ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν Πανεπιστήμιον Αθηνών
ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837

Διπλωματική εργασία

Το χρόνιο άγχος, η κατάθλιψη, η αλεξιθυμία, το μετατραυματικό στρες της ασθενείας και η ψυχική ανθεκτικότητα σε ασθενείς που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα και συστηματικό ερυθηματώδη λύκο

ΠΜΣ: Προαγωγή ψυχικής υγείας και πρόληψη ψυχιατρικών διαταραχών

Επιβλέπων καθηγητής : Εμμανουήλ Ρίζος

Τζαρίμα Σοφία

Αθήνα, 2021

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

- Ρίζος Εμμανουήλ, Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Β' Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»

- Μιχόπουλος Ιωάννης, Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ, Υπεύθυνος μονάδας ΔΠΤ, Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ».

- Δουζένης Αθανάσιος, Καθηγητής Ψυχιατρικής – Ψυχιατροδικαστικής ΕΚΠΑ, Β΄ Ψυχιατρική Κλινική του ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Περίληψη

Εισαγωγή: Δεδομένων των χαρακτηριστικών της χρονιότητας, του πόνου, της λειτουργικής αναπηρίας, και της παραμόρφωσης από την ασθένεια, πολλές συμπεριφορές κατάθλιψης, άγχους, και στρες μπορεί να εμφανιστούν σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ) και συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (ΣΕΛ), και αυτά συχνά αντανακλούν τις δυσκολίες αυτών των ασθενών στην αντιμετώπιση μιας χρόνιας, εξουθενωτικής διαταραχής. Πρόσφατες μελέτες ερευνούν την παρουσία της αλεξιθυμίας σε ασθενείς που πάσχουν από ΡΑ και ΣΕΛ. Η αλεξιθυμία είναι μια διαταραχή του ρυθμιστικού μηχανισμού της επεξεργασίας συναισθημάτων και χαρακτηρίζεται από δυσκολίες στην έκφραση και αναγνώριση των συναισθημάτων. Ασθενείς με χρόνιες ασθένειες έχουν μελετηθεί σε σχέση με την κατάθλιψη, το άγχος, και την αλεξιθυμία, αλλά έχει δοθεί αμελητέα προσοχή στο μετατραυματικό στρες ως δυναμικό της χρόνιας ασθένειας. Πολλοί ασθενείς με σοβαρές χρόνιες ασθένειες έχουν τραυματικές αναμνήσεις, όπως εφιάλτες, πανικό, ή πόνο που μπορεί να σχετίζονται με την ανάπτυξη μετατραυματικού στρες. Ωστόσο, στοιχεία από άλλες χρόνιες ασθένειες όπως οι καργιαγγειακές παθήσεις υποδηλώνουν ότι το μετατραυματικό στρες των χρόνιων ασθενειών μπορεί να προκαλέσει δυσλειτουργική αντιμετώπιση της ασθένειας και να επιδεινώσει την πρόγνωση της νόσου. Η ανθεκτικότητα ως ικανότητα ή δυνατότητα ανάκαμψης και θετικής προσαρμογής απέναντι σε σημαντικούς στρεσσογόνους παράγοντες, παρά των εμπειριών σημαντικής δυσκολίας ή τραύματος μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας για την προαγωγή της (ψυχικής και σωματικής) υγείας.

Σκοπός της μελέτης: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι ο προσδιορισμός της επικράτησης του χρόνιου άγχους σε άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα και συστηματικό ερυθηματώδη λύκο. Συχρόνως μελετήθηκαν και άλλες μεταβλητές, η κατάθλιψη, η αλεξιθυμία, το

μετατραυματικό στρες της χρόνιας νόσου, και η ανθεκτικότητα. Αυτή η μελέτη εξετάζει εάν αυτές οι μεταβλητές συσχετίζονται με τα κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, την ενεργότητα της νόσου, την τήρηση φαρμακευτικής αγωγής, και με έξεις (όπως άσκηση, κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ).

Υλικό και Μέθοδος: Ο πληθυσμός της μελέτης αποτελείται από 106 ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με ΡΑ ή ΣΕΛ στο Τμήμα Ρευματολογίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών, "ΑΤΤΙΚΟΝ". Πρόκειται για ασθενείς που πάσχουν από ΣΕΛ (N=64) και ασθενείς που πάσχουν από ΡΑ (N=64). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (93.4%), μέσης ηλικίας τα 50.8 έτη και το 64.2% ήταν έγγαμες. Το 44.3% διαγνώστηκε πριν από 3 έως 7 χρόνια και σύμφωνα με την έναρξη των πρώιμων συμπτωμάτων, το 52.8% εμφάνισε τα πρώτα συμπτώματα πολύ πριν τα 7 έτη. Ένα ποσοστό 66% έχει επισκεφθεί ψυχίατρο ή ψυχολόγο τουλάχιστον μια φορά. Σχετικά με την επαγγελματική τους κατάσταση, το 71.7% δεν εργαζόταν.

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν κατά την επίσκεψή τους στη Ρευματολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου, Αττικό. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο από τον Σεπτέμβριο του 2020 έως τον Νοέμβριο του 2020.

Δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά δεδομένα και πληροφορίες σχετικά με συνήθειες ζωής (άσκηση, κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ) καταγράφηκαν μέσω ερωτηματολογίων από τους ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα. "Η κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο" (HADS) χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους. Η αλεξιθυμία ελέγχθηκε με την χρήση της "Κλίμακας Αλεξιθυμίας του Τορόντο" (TAS-20). Τα επίπεδα του μετατραυματικού στρες εκτιμήθηκαν με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς " Impact of Event Scale - Revised". Επίσης, οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν με τη χρήση της "κλίμακας Ανθεκτικότητας Conor-

Davidson", "The Connor-Davidson resilience scale" (CD-RISC), ένα μέσο για τη μέτρηση της ανθεκτικότητας. Για τη διερεύνηση της ενεργότητας των νόσων, τα ερευνητικά εργαλεία ήταν το DAS28 για τους ασθενείς με ΡΑ και το SLEDAI για τους ασθενείς με ΣΕΛ.

Αποτελέσματα: Το άγχος (Μ.Τ.= 857) βρέθηκε να είναι ήπιο. Υπήρξε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ άγχους και παράλειψης δόσης (p-value=0.004), της υποκειμενικής εμπειρίας επιδείνωσης των χρόνιων συμπτωμάτων κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες (p-value<0.001), σοβαρότητας του πόνου κατά την τελευταία βδομάδα (p-value=0.001), ενεργότητας της νόσου στη ΡΑ (p-value=0.008), και ψυχικής ανθεκτικότητας (r=-0.337, p-value<0.05). Η κατάθλιψη (Μ.Τ.=8.09) βρέθηκε, επίσης, σε ήπιο επίπεδο. Υπήρξε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κατάθλιψης και παράλειψης δόσης (p-value=0.018), της υποκειμενικής εμπειρίας επιδείνωσης των χρόνιων συμπτωμάτων κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες (p-value=0.023), σοβαρότητας του πόνου κατά την τελευταία εβδομάδα (p-value<0.001), διάγνωσης από 3 έως 7 χρόνια (p-value=0.029), ενεργότητας της νόσου στη ΡΑ (p-value=0.004), της ηλικίας διάγνωσης (r=0.218, p-value<0.05), και της ανθεκτικότητας (r=-0.399, p-value<0.05). Η συνολική μέση βαθμολογία του TAS20 έδειξε πιθανή αλεξιθυμία (Μ.Τ.=54.89). Υπήρξε στατιστικά σημαντική σχέση του συνολικού σκορ TAS 20 και της ηλικίας (r=0.284, p-value<0.05), του επιπέδου εκπαίδευσης (p-value=0.003), της έλλειψης εργασίας (Μ.Ο.= 57.42 vs. Μ.Ο.= 48.47, p-value<0.001), της ηλικίας διάγνωσης (r=0.277, p-value<0.05), και της ανθεκτικότητας (r=-0.254, p-value<0.05). Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ δυσκολίας αναγνώρισης συναισθημάτων και ηλικίας (r=0.196, p-value<0.01), έλλειψη εργασίας (Μ.Ο.= 21.16 vs. Μ.Ο.= 18.10, p-value=0.028), ενεργότητας της νόσου στη ΡΑ (p-value=0.003), ηλικίας διάγνωσης (r=0.221, p-value<0.01), και ανθεκτικότητας (r=-0.223, p-value<0.01). Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων με το επίπεδο εκπαίδευσης (p-value=0.002), την έλλειψη εργασίας (Μ.Ο.=15.39 vs. Μ.Ο. =11.87, p-value<0.001), και την ανθεκτικότητα (r=-

0.217, p-value<0.01). Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της εξωτερικά προσανατολισμένης σχέσης με την ηλικία (r=0.349, p-value<0.05), το επίπεδο εκπαίδευσης (p-value<0.001), την έλλειψη εργασίας (Μ.Ο.= 20.87 vs. Μ.Ο.= 18.50, p-value=0.012), και με την ηλικία διάγνωσης (r=0.328, p-value<0.05). Η συνολική μέση βαθμολογία του IES-R (Μ.Τ.=4.89) έδειξε υψηλό μετατραυματικό στρες. Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση του συνολικού σκορ IER με την υποκειμενική εμπειρία επιδείνωσης των χρόνιων συμπτωμάτων κατά τις τελευταίες δυο εβδομάδες (p-value<0.001), τη σοβαρότητα του πόνου κατά την τελευταία εβδομάδα (p-value=0.004). Βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της υπερδιέγερσης ως συμπτώματος του μετατραυματικού στρες με την παράλειψη δόσης (p-value=0.007), την υποκειμενική εμπειρία επιδείνωσης των χρόνιων συμπτωμάτων κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες (p-value<0.001), τη σοβαρότητα πόνου κατά την τελευταία εβδομάδα (p-value=0.002), και την ενεργότητα της νόσου στη ΡΑ (p-value=0.034). Υπήρξε στατιστικά σημαντική σχέση της αναβίωσης του τραυματικού γεγονότος ως σύμπτωμα του μετατραυματικού στρες με την υποκειμενική εμπειρία επιδείνωσης των χρόνιων συμπτωμάτων κατά τις τελευταίες δυο εβδομάδες (p-value<0.001), και την σοβαρότητα πόνου (p-value=0.007). Η συνολική μέση βαθμολογία της κλίμακας της ανθεκτικότητας, του CD-RISK25 ήταν ίση με 66.80±15.55. Η άσκηση συσχετίστηκε με την ανθεκτικότητα (p-value=0.014). Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ασθενών με ΡΑ και των ασθενών με ΣΕΛ.

Συμπεράσματα: Το χρόνιο άγχος στο δείγμα μας φάνηκε να είναι ήπιο και να σχετίζεται θετικά με την παράλειψη δόσης, την υποκειμενική εμπειρία επιδείνωσης των χρόνιων συμπτωμάτων κατά τις τελευταίες δυο εβδομάδες, την σοβαρότητα του πόνου κατά την τελευταία εβδομάδα, την ενεργότητα της νόσου στη ΡΑ, και αρνητικά με την ανθεκτικότητα. Μπορούμε να συμπεράνουμε ότι όταν οι καταστάσεις υγείας είναι αρνητικές και οι ασθενείς εισέρχονται σε μια επακόλουθη αρνητική κατάσταση, τότε η εξέλιξη της σωματικής και

ψυχικής υγείας είναι καθοδική. Οι χρόνιες αυτές επιβαρύνσεις στην υγεία προκαλούν μεγαλύτερη ανησυχία και λιγότερη ευημερία. Αυτή η μελέτη επιβεβαιώνει τις ψυχολογικές επιπτώσεις (άγχος, κατάθλιψη, αλεξιθυμία, και μετατραυματικό στρες) των χρόνιων παθήσεων, της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και του συστηματικού ερυθηματώδους λύκου. Γι' αυτόν το λόγο είναι απαραίτητο να αναπτυχθούν προληπτικές παρεμβάσεις που επιτρέπουν την ανάπτυξη προστατευτικών παραγόντων για την ανθεκτικότητα, οι οποίες θα μπορούσαν να βελτιώσουν τα αποτελέσματα στην υγεία.

Abstract:

Introduction: Given the characteristics of chronicity, pain, functional disability, and deformity by the disease, more behaviors of depression, anxiety and stress can occur in a considerable proportion of patients with rheumatoid arthritis (RA) and systemic lupus erythematosus (SLE), often reflecting the difficulties of these patients in coping with a chronic debilitating disorder. The recent studies investigate the presence of alexithymia in patients suffering from RA and SLE. Alexithymia is a disorder of the regulatory mechanism of the emotion elaboration; it is characterized by difficulties in differentiating and describing feelings. Patients experiencing chronic diseases have been studied with regard to depression, anxiety and alexithymia, but negligible attention has been given to the post traumatic stress potential of chronic disease. Many patients of severe chronic illness have traumatic memories such as nightmares, panic or pain which can be associated with the development of post-traumatic stress. Yet, evidence of other chronic diseases such as cardiovascular disease suggests that the post traumatic stress of chronic diseases, may produce maladaptive illness coping and worsen the prognosis of disease. Resilience as the capacity or the ability to rebound from and positively adapt to significant stressors, despite experiences of significant adversity or trauma can be an important factor in (mental and physical) health promotion.

Purpose of the study: The aim of this study is to identify the prevalence of anxiety (as chronic stress) in people with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. Other variables such as depression, anxiety, post traumatic stress of chronic disease and resilience were also studied. This study examines if these variables were correlated with socioeconomic and demographic characteristics, disease activity, medication adherence, and life- related habits (exercise, smoking, drinking alcohol).

Materials and Methods: The study population consists of 106 patients diagnosed with RA or SLE at the Rheumatology Department of the University General Hospital of Athens "ATTIKON", patients suffering from SLE (n=64) and patients suffering from RA (n=42). The majority of participants were women (93.4%), with a mean age of 50.8 years and 64.2% were married. 44.3% were diagnosed 3 to 7 years ago and according the onset of the first symptoms, 52.8% have experienced them for more than 7 years. A proportion of 66% have visited a psychiatrist or psychologist at least once. Regarding their working condition, 71.7% do not work.

The data collected during their visit to the rheumatology clinic of the Attiko General Hospital. The research took place over the period from September 2020 to November 2020.

Demographic and socio-economic data and informations about life- related habits (exercise, smoking, drinking alcohol) were recorded via questionnaires from the patients who took part in the research. The "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS) used to assess depressive and anxiety symptoms. Alexithymia was screened using the 20-item version of "The Toronto Alexithymia Scale", (TAS-20). Levels of post traumatic stress were estimated using an administered self-report questionnaire, "The Impact of Event Scale—Revised" (IES-R). Also, subjects were evaluated by using "The Connor-Davidson resilience scale" (CD-RISC), an instrument for measuring resilience. For the purpose of investigating the

disease activity, the research tools were the Disease Activity Score 28 (DAS28) for RA patients and the Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index (SLEDAI) for SLE patients.

Results: Anxiety (M=8.57) found to be mild. There was a statistically significant relation between anxiety and dose omission (p=0.004), subjective experience of worsening of chronic symptoms in the last two weeks (p <0.001), severity of the pain experienced by patients in the last week (p =0.001), disease activity in rheumatoid arthritis (p=0.008), and resilience (r=-0.337, p<0.05). Depression (M=8.09) was also found to be mild. There was a statistically significant relationship between depression and dose omission (p=0.018), subjective experience of worsening of chronic symptoms in the last two weeks (p =0.023), severity of the pain experienced by patients in the last week (p <0.001), diagnosis from 3 to 7 years (p =0.029), disease activity in rheumatoid arthritis (p=0.008), age of diagnosis (r=0.218, p <0.05), and resilience (r=-0.399, p<0.05). The overall mean score of TAS-20 indicated possible alexithymia (M=54.89). There was a statistically significant relation between the total TAS20 score and age (r=0.284, p-value<0.05), level of education (p =0.003), not work (M = 57.42 vs. M = 48.47, p <0.001), age of diagnosis (r=0.277, p <0.05), and resilience (r=-0.254, p- <0.05). A statistically significant relationship was found between the difficulty identifying feelings and age (r=0.196, p <0.01), not work (M= 21.16 vs. M = 18.10, p =0.028), disease activity in rheumatoid arthritis (p=0.003), age of diagnosis (r=0.221, p <0.01), and resilience (r=-0.223, p <0.01). A statistically significant relation was observed between the difficulty of describing feelings and level of education (p =0.002), not work, and resilience (r=-0.217, p <0.01). A statistically significant relation was found between the externally oriented thinking and age (r=0.349, p <0.05), level of education (p<0.001), not work (M = 20.87 vs. M = 18.50, p =0.012), and age of diagnosis (r=0.328, p <0.05). The overall mean score of IES-R indicated high post traumatic stress (M=4.89). A statistically

significant relationship was found between the total IES-R score and subjective experience of worsening of chronic symptoms in the last two weeks ($p < 0.001$), and severity of the pain experienced by patients in the last week ($p = 0.004$). A statistically significant relationship was found between hyperarousal as a symptom of post-traumatic stress and dose omission ($p=0.007$), subjective experience of worsening of chronic symptoms in the last two weeks ($p < 0.001$), and severity of the pain experienced by patients in the last week ($p = 0.002$), and disease activity in rheumatoid arthritis ($p=0.034$). There was a statistically significant relation between intrusion of the traumatic event as a symptom of post-traumatic stress and subjective experience of worsening of chronic symptoms in the last two weeks ($p < 0.001$), and severity of the pain experienced by patients in the last week ($p = 0.007$). The total mean score of CD-RISC 25 was equal to 66.80±15.55. Exercise was associated with resilience ($p=0.014$). No statistically significant differences were found between patients with RA and SLE.

Conclusions: Anxiety (chronic stress) in our sample appeared to be mild and positively correlated with dose omission, subjective experience of worsening of chronic symptoms in the last two weeks, severity of the pain experienced by patients in the last week, disease activity in rheumatoid arthritis, and resilience. We can conclude that when health states are negative and patients enter a consequent negative state, then the evolution of physical and mental health is declining. These chronic health burdens cause more anxiety and less well being. This study confirms the psychological effects (anxiety, depression, alexithymia, and post- traumatic stress) of chronic diseases, rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. For this reason, it is necessary to develop preventive interventions that allow protective factors for resilience to be developed, which could improve the outcomes in health.

Περιεχόμενα

1 Εισαγωγή 13

Γενικό Μέρος

1.1 Κατάθλιψη 30

1.1.1 Έννοια κατάθλιψης. 30

1.1.2Επιδημιολογία 32

1.1.3 Αιτιολογία 33

1.1.4 Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-V και ICD-10 38

1.1.5 Θεραπεία 42

1.2 Άγχος 47

1.2.1 Έννοια Άγχους 47

1.2.2 Αγχώδεις Διαταραχές 50

1.2.3 Επιδημιολογία 52

1.2.4 Αιτιολογία 55

1.2.5 Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-V και ICD-10 58

1.2.6 Θεραπεία 67

1.3 Μετατραυματικό στρες 72

1.3.1 Γένεση ψυχοτραυματολογίας 72

1.3.2 Χρόνια ασθένεια ως τραυματική εμπειρία 74

1.3.3 Έννοια μετατραυματικού στρες 76

1.3.4 Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-V 76

1.4 Αλεξιθυμία 80

1.4.1 Εννοιλογικός προσδιορισμός Αλεξιθυμίας 80

1.5 Ψυχική ανθεκτικότητα 83

1.5.1 Συμβολή θετικής ψυχολογίας 83

1.5.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός Ψυχικής Ανθεκτικότητας 84

1.6 Ψυχαναλυτικό και Γνωσιακό- Συμπεριφορικό Μοντέλο για το Άγχος και την Κατάθλιψη .. 93

1.7 Το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο για την Υγεία 97

1.8 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση σχετικών Ερευνητικών Δεδομένων**Error! Bookmark not defined.**106

1.8.1 Χρόνιο άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα 129

1.8.2 Χρόνιο άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με Συστηματικό Ερυθηματώδη .....

Λύκο 136

1.8.3Αλεξιθυμία σε ασθενείς με Ρεματοειδή Αρθρίτιδα και Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο 148

1.8.4 Ψυχοτραυματικό Στρες της Ασθένειας σε ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα και Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο 159

1.8.5 Ψυχική Ανθεκτικότητα ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα και Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο..... 181

Ειδικό Μέρος

1.9 Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα 181

2 Μέθοδος 182

2.1.1 Ερευνητική διαδικασία..... 182

2.1.2 Δείγμα της έρευνας 183

2.1.3 Συλλογή Δεδομένων..... 183

3 Στατιστική Ανάλυση 188

3.1 Μεθοδολογία 188

4 Ηθικά ζητήματα..... 190

5 Αποτελέσματα 191

6 Συζήτηση..... 230

7 Πλεονεκτήματα μελέτης 241

8 Περιορισμοί μελέτης/ Αδύναμα σημεία..... 242

10 Συμπεράσματα..... 246

11 Βιβλιογραφία 248

11.1 Ξενόγλωσση 248

11.2 Ελληνόγλωσση 335

Χρόνιο άγχος, κατάθλιψη, αλεξιθυμία, ψυχοτραυματικό στρες της ασθενείας και ψυχική ανθεκτικότητα σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα και συστηματικό ερυθηματώδη λύκο

Εισαγωγή

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει την ψυχική κατάσταση των ατόμων που έχουν διαγνωσθεί με αυτοάνοσα νοσήματα και συγκεκριμένα με ρευματοειδή αρθρίτιδα και συστηματικό ερυθηματώδη λύκο. Συγκεκριμένα, πρόκειται να εξετασθεί το χρόνιο άγχος, η κατάθλιψη, η αλεξιθυμία και το ψυχοτραυματικό στρες της ασθένειας, καθώς επίσης και η ψυχική ανθεκτικότητα των ασθενών αυτών.

Οι χρόνιες ασθένειες ορίζονται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) ως συνθήκες κακής υγείας που συνοδεύουν το άτομο για μεγάλο χρονικό διάστημα, προκαλούν ανικανότητα ή υπολειμματική αναπηρία που προκαλείται από μη αναστρέψιμες παθολογικές μεταβολές. Ακόμα, οι ασθενείς χρειάζονται αποκατάσταση και παρακολούθηση για μεγάλο χρονικό διάστημα , και μπορεί να παρουσιάσουν περιόδους βελτίωσης και περιόδους επιδείνωσης σε οξεία στάδια (Barros et al., 2006).

Χρόνια ασθένεια θεωρείται αυτή που διαρκεί 3 μήνες ή περισσότερο κατά τη διάρκεια της οποίας το άτομο βιώνει επαναλαμβανόμενους κύκλους βελτίωσης – επιδείνωσης. Οι χρόνιες ασθένειες είναι μη μεταδοτικές και χαρακτηρίζονται από αργή εξέλιξη. Σε γενικές γραμμές μπορούν να ταξινομηθούν σε : ογκολογικές παθήσεις, καρδιαγγειακές παθήσεις, σακχαρώδη διαβήτη, χρόνια αποφρακτική νόσο (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, WHO, 2015). Από τους 57εκ θανάτους παγκοσμίως ετησίως, περίπου το 59% (δηλαδή 34 εκ) προκαλούνται από χρόνιες ασθένειες, και αυτές οι ασθένειες

αντιπροσωπεύουν το 46% παγκόσμιας επιβάρυνσης νόσου (Κέντρο Ελέγχου και Πρόληψης Ασθενών της Κορέας (KCDC), (Kovacs, et al, 2015).

Οι χρόνιες ασθένειες συνοδεύονται συχνά από συναισθηματικές διαταραχές όπως άγχος και κατάθλιψη, οι οποίες προκαλούν ψυχολογικές επιπτώσεις με ιδιαίτερες συνέπειες στην ποιότητα ζωής και την ευεξία του ασθενούς (Zautra, Johnson, & Davis, 2005, (Edward, K. L., 2013).

Καταφυγή στην αρρώστια είναι μια παραστατική έκφραση που προσδιορίζει το γεγονός ότι το υποκείμενο αναζητά μέσα στη νεύρωση ένα μέσο διαφυγής από τις ψυχικές συγκρούσεις του. Αυτή η έκφραση βρήκε μεγάλη απήχηση με τη διάδοση της ψυχανάλυσης, εκτείνεται σήμερα όχι μόνο στο τομέα των νευρώσεων, αλλά και σ' αυτόν των οργανικών ασθενειών, στις οποίες είναι δυνατόν να εντοπισθεί μία ψυχολογική συνιστώσα.

Το υποκείμενο προσπαθεί να αποφύγει μία συγκρουσιακή κατάσταση, δημιουργό έντασης, και να πετύχει, μέσω του σχηματισμού συμπτωμάτων, μία ελάττωση των εντάσεων (Laplanche et al., 1986).

Τον 20ο αιώνα οι χρόνιες ασθένειες αντικαθιστούν τις μολυσματικές ασθένειες. Στις ΗΠΑ ο μισός πληθυσμός πάσχει από κάποια χρόνια διαταραχή και επί πλέον το 40% αυτών πάσχει και από κάποιο δεύτερο χρόνιο νόσημα (Institute of Medicine, 2001), με τα αυτοάνοσα να είναι η συνηθέστερη αιτία των χρόνιων παθήσεων (Wolfe, 2001). Μια αυτοάνοση ασθένεια είναι μια κατάσταση στην οποία το ανοσοποιητικό σύστημα επιτίθεται λανθασμένα και βλάπτει τους δικούς του ιστούς. Σε ασθενείς με αυτοάνοσες διαταραχές, το ανοσοποιητικό σύστημα παράγει αντισώματα που στρέφονται κατά των κυττάρων του σώματος. Ορισμένες από τις πιο συχνές αυτοάνοσες διαταραχές είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, η ψωρίαση, η σκλήρυνση κατά πλάκας, η

σαρκοείδωση, το σκληρόδερμα, το σύνδρομο Sjogren, η θυρεοειδίτιδα Hashimoto,η νόσος Crohn, η ελκώδης κολίτιδα, η λεύκη, κ.α. (Ngo, Steyn & McCombe, 2014).

Στις συγκεκριμένες παθήσεις, το ανοσοποιητικό σύστημα επιτίθεται σε ορισμένα όργανα και ιστούς. Τα συμπτώματα ποικίλλουν ανάλογα με τις περιοχές του σώματος που επηρεάζονται. Τα ακριβή αίτια των αυτοάνοσων ασθενειών παραμένουν ασαφή. Ωστόσο, πιθανώς εμπλέκεται ένας συνδυασμός γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Η αιτιολογία των αυτοάνοσων ασθενειών είναι πολυπαραγοντική, γενετικοί, περιβαλλοντικοί, ορμονικοί και ανοσολογικοί παράγοντες θεωρούνται όλοι ότι συμβάλουν στην ανάπτυξη αυτών των διαταραχών (Shoenfeld Y, Isenberg D, 1989). Τα συμπτώματα μπορεί να κυμαίνονται από ήπια έως σοβαρά, επηρεάζοντας σημαντικά την καθημερινή ζωή των ασθενών και την λειτουργικότητά τους σε σημαντικούς τομείς.

Οι αυτοάνοσες διαταραχές αποτελούν μια σειρά διαταραχών συγκεκριμένων οργάνων (π.χ. θυρεοειδίτιδα Hashimoto) έως συστηματικές διαταραχές με συμμετοχή πολλών οργάνων. Διαταραχές, που κυρίως, αλλά όχι αποκλειστικά, επηρεάζουν τις αρθρώσεις και τους μυς ομαδοποιούνται ως αυτοάνοσες ρευματικές ασθένειες, και περιλαμβάνουν τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, τον συστηματικό ερυθηματώδη λύκο, το σύνδρομο πρωτογενούς Sjögren, συστηματική σκλήρυνση (σκληρόδερμα), ιδιοπαθή φλεγμονώδη μυοσίτιδα και συστηματική αγγειίτιδα. Αν και αυτές οι ασθένειες μπορούν να εμφανιστούν κλασικά, γεγονός που καθιστά τη διάγνωση απλή, μοιράζονται επίσης πολλά κοινά χαρακτηριστικά, όπως μυαλγία, αρθραλγία και αρθρίτιδα, σύνδρομο sicca, πνευμονική, νεφρική και νευρολογική εμπλοκή, που μπορούν να καταστίσουν την διάκριση μεταξύ των ασθενειών δύσκολη (Goldblatt et al., 2013).

Έως το 50% των ασθενών με μια φαινομενική αυτοάνοση ρευματική ασθένεια δεν μπορεί να διαγνωστεί εύκολα με μια συγκεκριμένη διαταραχή κατά τους πρώτους 12 μήνες

παρακολούθησή τους (Alarcon et al. 1991). Ο όρος «μη διαφοροποιημένη νόσος του συνδετικού ιστού» χρησιμοποιείται συχνά για την περιγραφή αυτής της ομάδας ασθενών. Μερικοί ασθενείς μ' αυτή την παρουσίαση θα προχωρήσουν σε μια καθορισμένη αυτοάνοση ρευματική νόσο κατά τη διάρκεια 5 ετών παρακολούθησης, σε ένα μικρότερο ποσοστό να υποχωρεί εντελώς, οι περισσότεροι παραμένουν συμπτωματικοί, αλλά δεν προσδιορίζονται ως προς την νόσο (Williams et al., 1999, Bodolay et al., 2003, Mosca et al., 2011). Ασθενείς που μένουν συμπτωματικοί γενικά έχουν καλή πρόγνωση, αν και τα επίμονα συμπτώματα και η αβεβαιότητα σχετικά με την διάγνωση μπορούν να οδηγήσουν σε σημαντική αναστάτωση και νοσηρότητα των ασθενών. Λιγότερο συνηθισμένο είναι όταν υπάρχουν πειστικά χαρακτηριστικά δύο αυτοάνοσων ρευματικών ασθενειών, και συχνά χρησιμοποιούνται όροι, όπως rhupus (όταν συνυπάρχουν ενδείξεις και ΡΑ και ΣΕΛ) ή σύνδρομο αλληλοεπικάλυψης (π.χ. αλληλοεπικάλυψη σκληρόδερμα με λύκο) είναι συχνό. Η διαχείριση σ' αυτή την περίπτωση καθοδηγείται σε μεγάλο βαθμό από τον κυρίαρχο κλινικό φαινότυπο. Μια πιο συγκεκριμένη διάγνωση μπορεί να επιτευχθεί με κριτική από έναν έμπειρο κλινικό ιατρό, με αποτελεσματική χρήση και συνετή ερμηνεία των ανοσοπαθολογικών εξετάσεων μαζί με προσεκτική παρακολούθηση. Αν και οι αυτοάνοσες ρευματικές ασθένειες έχουν πολλά κοινά χαρακτηριστικά και κλινικές παρουσιάσεις, η διάκριση μεταξύ των ασθενειών είναι κρίσιμη λόγω σημαντικών διακρίσεων στην κλινική πορεία, την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, και την πρόγνωσή τους. Οι προσπάθειες για τη δημιουργία διεθνούς συναίνεσης κατά την τελευταία δεκαετία οδήγησαν στη δημοσίευση νέων κριτηρίων ταξινόμησης, ονοματολογίας για αρκετές αυτοάνοσες ρευματικές παθήσεις, κλινικής αξιολόγησης και ερμηνείας της διάγνωσης. Σ΄αυτήν την εποχή έχει βελτιωθεί πολύ το ποσοστό θνησιμότητας αυτών των ασθενών (Goldblatt et al., 2013).

Ακριβέστερα, η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ) είναι μια συμμετρική, χρόνια προοδευτική αυτοάνοση και φλεγμονώδης νόσος , στοιχείο που σημαίνει ότι το

ανοσοποιητικό σύστημα επιτίθεται κατά λάθος σε υγιή κύτταρα στο σώμα του ατόμου, προκαλώντας φλεγμονή (οδυνηρό πρήξιμο) στα προσβεβλημένα μέρη του σώματος, πόνο σε αρθρώσεις, δυσκαμψία, κόπωση (Smolen JS, Aletaha D, et al., 2016). Η ρευματοειδής αρθρίτιδα επιτίθεται κυρίως στις αρθρώσεις, επηρεάζοντας συνήθως τις αρθρώσεις στα χέρια, τους καρπούς και τα γόνατα (Crouthamel et al., 2018). Οι βλάβες που προκαλούνται στον ιστό των αρθρώσεων μπορεί να προκαλέσει μακροχρόνιο ή χρόνιο πόνο, αστάθεια (έλλειψη ισορροπίας) και παραμόρφωση. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα μπορεί επίσης να επηρεάσει διαφορετικούς ιστούς σε όλο το σώμα και να προκαλέσει προβλήματα σε όργανα όπως οι πνεύμονες, η καρδιά και τα μάτια (Crouthamel et al., 2018). Με την πάροδο του χρόνου, μπορεί να εμφανίσει διάβρωση οστών και πλήρης απώλεια της συνοχής των αρθρώσεων. Οι ασθενείς συνήθως εμφανίζουν πόνο και δυσκαμψία σε πολλαπλές αρθρώσεις, και τελικά πολλαπλά οργανικά συστήματα μπορούν να επηρεαστούν (Karmakar, et al., 2010). Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (PA) μπορεί να οδηγήσει σε αναπηρία, και να επηρεάσει σημαντικά τη λειτουργική προσαρμογή (Smolen JS, Aletaha D, et al., 2016). Οι σωματικοί και στρεσσογόνοι παράγοντες δημιουργούν τεράστια ψυχολογική δυσφορία. Οι ασθενείς που πάσχουν από PA συχνά έχουν υψηλό επιπολασμό άγχους και κατάθλιψης (Vriezekolk, J. E., van Lankveld, W. G., et al., 2011). Η PA μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της παραγωγικότητας και αύξηση της οικονομικής επιβάρυνσης και επιδείνωση της ποιότητας ζωής λόγω σωματικής αναπηρίας, και συνοδών ιατρικών διαταραχών (Sangha, 2000).

Τα κυριότερα συμπτώματα της διαταραχής αυτής είναι ο πόνος ή πόνος σε περισσότερες από μία αρθρώσεις, η σκληρότητα σε περισσότερες από μία αρθρώσεις, ευαισθησία και πρήξιμο σε περισσότερες από μία αρθρώσεις, η εμφάνιση των ίδιων συμπτωμάτων και στις δύο πλευρές του σώματος (όπως και στα δύο χέρια ή και στα δύο γόνατα), απώλεια βάρους, πυρετός, κόπωση και αδυναμία (Crouthamel et al., 2018).

Αυτή η νοσολογική οντότητα που όπως προαναφέρθηκε προκαλεί πόνο και παραμορφώσεις και μπορεί να εξελιχθεί σε σοβαρούς περιορισμούς, αναγκάζει τους ανθρώπους να εξαρτώνται από βοηθητικές συσκευές και ή τρίτα μέλη για να εκτελούν τις καθημερινές τους δραστηριότητες (de Oliveira Ribeiro et al., 2013).

Το 2015 καταγράφηκαν περίπου 24,5 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως (Vos T, et al., 2016) και ο παγκόσμιος επιπολασμός της ΡΑ κυμαίνεται από 0,5 έως 1% των ενηλίκων στον ανεπτυγμένο κόσμο (Suzuki et al., 2015). Κάθε χρόνο 5 - 50 νέα περιστατικά ανά 100.000 άτομα εμφανίζουν ΡΑ (Smolen JS, et al., 2016). Η συχνότερη εμφάνιση βρίσκεται κατά τη διάρκεια της μέσης ηλικίας και στις γυναίκες (επηρεάζονται 2,5 φορές συχνότερα από τους άνδρες). Η ΡΑ εμφανίζεται 2-3 φορές περισσότερο στις γυναίκες από ό,τι στους άντρες (Wilkes et al., 1979, Hur et al., 2008, Suzuki et al., 2015). Το 2013 η ΡΑ οδήγησε σε 38.000 θανάτους (Abubakar, et al., GBD 2013 Mortality Causes of Death Collaborators, 2015). Όντας μια συστηματική αυτοάνοση ασθένεια επηρεάζει το μυοσκελετικό, το νευρικό, το αναπνευστικό, νεφρικό, και αιματολογικό σύστημα (Lee et al., 2012).

Μια κατάσταση αυτοανοσίας, στην οποία έχει σπάσει η ανοσολογική ισορροπία προηγείται της ανάπτυξης συμπτωμάτων στην πλειοψηφία των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Γι’ άτομα που αργότερα θα αναπτύξουν οροθετική νόσο, αυτό υποδηλώνεται ως αυτοαντισώματα που στρέφονται εναντίον πρωτεϊνών που έχουν υποστεί συγκεκριμένες μετα-μεταφραστικές τροποποιήσεις. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η επαγωγή αυτής της απόκρισης αυτοαντισώματος συμβαίνει σε περιφερικά εξωαρθρικά βλεννογόνα σημεία, όπως το περιδόντιο και ο πνεύμονας. Εκτός από τη χρησιμότητά τους ως διαγνωστικούς δείκτες αυτά τα αυτοαντισώματα έχουν παθογόνο ρόλο που βοηθά στον εντοπισμό της νόσου στο αρθρικό. Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν σε προσυμπτωματική αυτοανοσία μπορεί να περιλαμβάνουν δυσβίωση στον γαστρεντερικό σωλήνα, μη φυσιολογική ανάπτυξη λεμφοειδούς ιστού και δυσρυθμισμένη μεσολαβούμενη από λιπίδια αντιφλεγμονώδη

σηματοδότηση. Αυτοί οι παράγοντες συνδυάζονται για να παρακάμψουν την ισορροπία μεταξύ προφλεγμονώδους και αντιφλεγμονώδους σηματοδότησης με τρόπο που είναι ανεκτός για την ανάπτυξη της κλινικής αρθρίτιδας (Tracy, A., et al., 2017). Υπάρχει αυξημένο ενδιαφέρον για τη μελέτη των πρώτων σταδίων με σκοπό τη ρύθμιση πρώιμων παθογόνων διαδικασιών για πρόληψη της ΡΑ (Raza, K., et al., 2006).

Οι συστάσεις του EULAR παρείχαν ένα τυπικό σύστημα για την περιγραφή φάσεων που οδηγούν σε ανάπτυξη της ΡΑ (Raza, K., et al., 2014, Shi, J., et al., 2011). Οι φάσεις αυτές ήταν οι ακόλουθες :

Α. Φάση : Γενετικοί παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη της ΡΑ

Β. Φάση : Περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου

Γ. Φάση : Συστηματική αυτοανοσία σχετική με ΡΑ

Δ. Φάση : Συμπτώματα χωρίς κλινική αρθρίτιδα

Ε. Φάση : Μη ταξινομημένη αρθρίτιδα

ΣΤ. Φάση : Ρευματοειδής Αρθρίτιδα.

Οι φάσεις Α-Γ μπορούν να θεωρηθούν σε κίνδυνο προσυμπτωματικές φάσεις, οι φάσεις Δ και Ε αντιπροσωπεύουν συμπτωματικές φάσεις πριν από την ανάπτυξη ταξινομήσιμης ΡΑ (Tracy, A., et al., 2017). Είναι αποδεδειγμένο από αναδρομικές μελέτες ότι τα άτομα μπορεί να είναι οροθετικά (θετικοί σε ACPA-RF), δηλαδή σε φάση Γ για πολλά χρόνια πριν από την εμφάνιση των συμπτωμάτων φλεγμονώδους αρθρίτιδας (Nielen, M. M., et al., 2004, Rantapaa-Dahlqvist, S., et al., 2003).

Οι παθολογικές ανοσολογικές διαδικασίες προηγούνται σημαντικά της έναρξης των συμπτωμάτων, η ανοσολογική ενεργοποίηση μπορεί να συμβεί προτού εντοπιστεί κλινικά. Σε μεγάλο ποσοστό ασθενών, η ΡΑ σχετίζεται με αυτοαντισώματα που στρέφονται εναντίον

μετα-μεταφραστικών τροποποιημένων πρωτεινών/ πεπτιδίων συμπεριλαμβανομένων των κιτρουλινωνένων (ACPAs), καρβαμυλιωμένων (ACarPAs), και ακετυλιωμένων πρωτεινών/ πεπτιδίων (AAPAs) (Shi, J., et al., 2011, Juarez, M., et al., 2016) ή και αυτοαντισωμάτων κατά του FC τμηματος IgG (ρευματοειδής παράγοντας, RF). Μια επιλέον σειρά στοιχείων για την προσυμπτωματική ανοσοπαθολογία προέρχεται από την ανάλυση των επιπέδων κυτοκίνης σε δείγματα αίματος από προσυμπτωματικά άτομα που αργότερα ανέπτυξαν PA. Αυτή κατέδειξε αυξημένη έκφραση προφλεγμονωδών κυτοκινών, και χημειοκινών σε σύγκριση με ομάδα ελέγχου (Kokkonen, H., et al., 2010). Επιπλέον, σε μαγνητική τομογραφία (MRI) υπάρχουν ενδείξεις υποκλινικής φλεγμονής σε αρθρώσεις σε ένα υποσύνολο ατόμων με αρθραλγία που θεωρούνται ύποπτα για εξέλιξη σε PA (van Steenbergen, H. W., et al., 2015). Αν και η ιστολογική ανάλυση σε προσυμπτωματικές φάσεις δεν έδειξε πάντοτε αρθρίτιδα, πρόδρομες ενδείξεις υποδηλώνουν λεπτή διήθηση T-κυττάρων που προηγείται των σημείων και των συμπτωμάτων της αρθρίτιδας (De Hair, et al., 2014).

Ο όρος λύκος έχει χρησιμοποιηθεί για τον εντοπισμό ορισμένων ανοσολογικών ασθενειών που έχουν παρόμοιες κλινικές παρουσιάσεις και εργαστηριακά χαρακτηριστικά, και ο συστηματικός ερυθηματώδης είναι ο πιο κοινός τύπος λύκου (Fanouriakis et al., 2019). Ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος χαρακτηρίζεται από σοβαρή κόπωση, πόνο στις αρθρώσεις, πρήξιμο στις αρθρώσεις, πονοκεφάλους, εξάνθημα στα μάγουλα και τη μύτη, που ονομάζεται «εξάνθημα πεταλούδας», απώλεια μαλλιών, αναιμία, προβλήματα πήξης του αίματος, μυρμήγκιασμα των δακτύλων όταν έχει κρύο και αλλαγή χρώματος (μπλε ή άσπρα). Άλλα συμπτώματα της ασθένειας εξαρτώνται από το μέρος του σώματος που επιτίθεται, όπως το πεπτικό σύστημα, η καρδιά ή το δέρμα (Fanouriakis et al., 2019). Το κλινικό εύρος της διαταραχής αυτής είναι ευρύ και ποικίλο, κυμαινόμενο από ήπιες αρθραλγίες, δερματικές αλλοιώσεις, ή κοκκινίλες στο πρόσωπο μέχρι και απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις που

συνεπάγονται σοβαρή και μερικές φορές μη αναστρέψιμη βλάβη οργάνων (Abbott, et al., 2003, Vadacca et al., 2014).

Ο συστηματικός ευθηματώδης λύκος (ΣΕΛ) εμφανίζεται σε 20 - 70 ανά 100.000 άτομα (Danchenko, et al., 2006). Ο ΣΕΛ πιο συχνός σε νέους (συνήθως αρχίζει μεταξύ των 15 και 45 ετών), και ειδικά γυναίκες (Kulczycka, L., Sysa-Jedrzejowska, A., & Robak, E., 2009). Οι γυναίκες σε αναπαραγωγική ηλικία επηρεάζονται περίπου εννέα φορές συχνότερα από τους άνδρες (Lisnevskaia, L., et al., 2014). Οι λαοί της Αφρικής, της Καραϊβικής και της Κίνας έχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης από τους λευκούς (Danchenko, N., et al., 2006). Η συχνότητα εμφάνισης στην Βραζιλία, (Natal RNI) είναι υψηλότερη προφανώς από εκείνη που αναφέρεται σ' άλλες περιοχές του κόσμου 8.7/100.000 ανά έτος (Vilar, M. J. P., Rodrigues, J. M., & Sato, E. I., 2003)

Το Αμερικανικό Κολλέγιο ρευματολογίας (American College of Rheumatology [ACR]) το 1982 αναθεώρησε τα κριτήρια ταξινόμησης για τον ΣΕΛ και η ενημέρωση πραγματοποιήθηκε το 1997 (απομάκρυνση της παρουσίας κυττάρου ερυθηματώδους λύκου και συμπερίληψη αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων). Αυτά τα κριτήρια χρησιμοποιήθηκαν παγκοσμίως για 30 χρόνια (Tan et al., 1982, Hochberg, 1997). Τα κριτήρια έχουν υψηλή προδιαγραφή για διάγνωση του ΣΕΛ, αλλά χρησιμοποιούνται συχνά λανθασμένα από τους κλινικούς ιατρούς ως διαγνωστικά κριτήρια. Αυτή η πρακτική μπορεί να οδηγήσει σε υποδιάγνωση πρώιμης νόσου ή σε υπερβολική χρήση αόριστων όρων, όπως «λύκος» ή ,«μη διαφοροποιημένη αυτοάνοση ρευματική νόσο». Τα κριτήρια αυτά έχουν επικριθεί, επειδή περιλαμβάνουν μόνο μερικούς ορισμούς των διαφόρων χαρακτηριστικών του ΣΕΛ (π.χ. νευροψυχιατρικός συστηματικός ερυθηματώδης λύκος), βασίζονται σε μεγάλο βαθμό στην παρουσία δερματικών εκδηλώσεων και αρθρίτιδας και δεν απαιτούν ανοσολογικά κριτήρια ταξινόμησης.

Το 2012 η ομάδα Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) πρότεινε ένα επικαιροποιημένο σύστημα ταξινόμησης, που περιλαμβάνει 11 κλινικά και 6 ανοσολογικά κριτήρια (Petri et al., 2012). Πρέπει να πληρούνται τόσο τα κλινικά όσο και τα ανοσολογικά κριτήρια. Η ταξινόμηση του ΣΕΛ πρέπει να πληροί 4 κριτήρια, συμπεριλαμβανομένης της παρουσίας τουλάχιστον ενός κλινικού και ενός ανοσολογικού κριτηρίου ή της παρουσίας αποδεδειγμένης βιοψίας νεφρίτιδας λύκου με θετικό αντιπυρηνικό αντίσωμα ή αντι-DNA αντίσωμα. Αν και τα κριτήρια ταξινόμησης ACR συνεχίζουν να αποδίδουν, τα κριτήρια ταξινόμησης SLICC παρέχουν μια ενημερωμένη εναλλακτική λύση για τους γιατρούς που πραγματοποιούν κλινική έρευνα σε ασθενείς με ΣΕΛ. Τα κριτήρια δεν έχουν γίνει ευρέως αποδεκτά, αλλά αντιμετωπίζουν πολλές από τις επικρίσεις των ACR. Εάν γίνουν ευρέως αποδεκτά, θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε συμπερίληψη σε κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες ατόμων με πιο ποικίλες εκδηλώσεις νόσου από ότι σε προηγούμενες μελέτες (π.χ. περισσότεροι ασθενείς με νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις ή εκείνοι με νεφρίτιδα λύκου απουσία δερματικής ή αρθρικής νόσου).

Σχετικά με τα κριτήρια ταξινόμησης του ΣΕΛ σύμφωνα με το SLICC:

<u>τα κλινικά κριτήρια</u> περιλαμβάνουν :

- οξύ δερματικό λύκο,
- χρόνιο δερματικό λύκο,
- στοματικά ή ρινοφαρυγγικά έλκη,
- αλωπεκία χωρίς ουλές,
- συνοβίτιδα σε δύο ή περισσότερες αρθρώσεις (περιλαμβάνει ευαισθησία, και 30 λεπτά ακαμψίας νωρίς το πρωί)
- σεροσίτιδα

- νεφρικές εκδηλώσεις: Πρωτεΐνη ούρων/ κρεατινίνης (ή 24 ώρες πρωτεΐνη ούρων), που αντιπροσωπεύει 500 mg πρωτεΐνης / 24 ώρες ή ερυθρά αιμοσφαίρια
- νευρολογικές εκδηλώσεις
- αιμολυτική αναιμία
- λευκοπενία, λεμφοπενία: Λευκοπενία <4000mm3 τουλάχιστον μία φορά (απουσία άλλων γνωστών αιτιών όπως Felty's, φάρμακα και πύλη υπέρταση) Λεμφοπενία <1000 mm3 τουλάχιστον μία φορά (απουσία άλλων γνωστών αιτιών όπως κορτικοστεροειδή, φάρμακα και λοίμωξη)
- θρομφοπενία: <100.000 mm3 τουλάχιστον μία φορά (απουσία άλλων γνωστών αιτιών, όπως φάρμακα, υπέρταση και TTP)

<u>τα ανοσολογικά κριτήρια</u> περιλαμβάνουν:

- αντιπυρηνικά αντισώματα ANA
- αντι-δίκλωνο DNA
- Anti-Smith
- Αντιφωσφολιπιδικό αντίσωμα (αντιπηκτικό λύκου, ψευδώς θετικά PRP, μεσαίο ή υψηλό τίτλο αντικαρδιολιπίνης (IgA,IgG ή IgM) και βήτα 2-γλυκοπρωτεΐνη I (IgA,IgG ή IgM)
- Χαμηλό συμπλήρωμα (C3, C4 ή CH50)
- Άμεση δοκιμή Coombs με αιμολυτική αναιμία

Οι ρευματικές ασθένειες συγκαταλέγονται μεταξύ των πλέον υπεύθυνων ασθενειών για επιβαρύνσεις υγείας τόσο έμμεσα όσο και άμεσα ως μια από τις συχνότερες ομάδες ασθενών στις ανεπτυγμένες χώρες, που αποτελούν την κυρία αιτία ιατρικών συμβουλίων, την κύρια αιτία αναπηρίας, την πρώτη αιτία απουσίας από την εργασία, και την θεμελιώδη αιτία πρόωρης συνταξιοδότησης λόγω ασθένειας (DGS, 2013).

Τόσο η ρευματοειδής αρθρίτιδα όσο και ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος είναι χρόνιες παθήσεις και ο χρόνιος και απρόβλεπτος χαρακτήρας τους επιδρά συχνά αρνητικά στην ψυχολογία των πασχόντων. Είναι ευρέως γνωστό ότι οι βιοϊατρικοί και οι παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια είναι στρεσογόνοι και σε συνδυασμό με συγκεκριμένους παράγοντες εσωτερικής ευπάθειας. Έτσι, επηρεάζεται σημαντικά η δυνατότητα των πασχόντων να ρυθμίσουν αποτελεσματικά τα συναισθήματά τους. Ο ρόλος των συναισθημάτων έχει αναγνωριστεί εδώ και αιώνες ως θεμελιώδης στην υγεία και τις ασθένειες (Vadacca et al., 2014).

Συμπτώματα σε ασθενείς με ΡΑ σχετίζονται με στρεσογόνους παράγοντες και συναισθήματα, και προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι ορισμένοι από τους μηχανισμούς που εμπλέκονται στο λεγόμενο «νευροψυχιατρικό λύκο» είναι ψυχολογικοί. Ωστόσο, τα όρια μεταξύ βιολογικών και ψυχολογικών διαστάσεων στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα είναι πολύ σαφή (Jennekens et al., 2002).

Στο ερευνητικό πεδίο ψυχονευροανοσολογίας, η συσσώρευση αποδεικτικών στοιχείων κατέδειξε την ύπαρξη αμοιβαίων οδών επικοινωνίας μεταξύ νευρικού, ενδοκρινικού και ανοσοποιητικού συστήματος. Από την άποψη αυτή, αυξάνεται το ενδιαφέρον για υποτιθέμενη συμμετοχή του ανοσοποιητικού συστήματος σε ψυχιατρικές και ψυχολογικές διαταραχές (Schiepers et al. 2005). Τα δεδομένα από μελέτες για την υγεία και τη συμπεριφορά υποδηλώνουν ότι οι συναισθηματικές καταστάσεις επηρεάζουν την εξέλιξη της νόσου και συμβάλλουν στην επιδείνωση του πόνου και την ευπάθεια σε ασθένειες (Barak, 2006).

Υπάρχουν ορισμένοι μηχανισμοί με τους οποίους μια αυτοάνοση ασθένεια μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης κάποιας ψυχικής διαταραχής, όπως είναι για παράδειγμα το άγχος, η κατάθλιψη και η διαταραχή μετατραυματικού στρες. Ακριβέστερα, αυτοί οι

μηχανισμοί σχετίζονται με φλεγμονώδεις αντιδράσεις και παραγωγή αντισωμάτων. Η χρόνια φλεγμονή συχνά υπογραμμίζει την πιθανή ύπαρξη αυτοάνοσων διαταραχών. Η φλεγμονή είναι μέρος της ανοσοποιητικής διαδικασίας που αποσκοπεί στην προστασία του σώματος από λοιμώξεις και ξένους οργανισμούς. Ωστόσο, στις αυτοάνοσες ασθένειες, αυτή η συνήθως προστατευτική φλεγμονώδης απόκριση ενεργοποιείται με μη φυσιολογικό τρόπο, προκαλώντας βλάβη στους ιστούς του σώματος (Stojanovich & Marisavljevich, 2008).

Οι ασθενείς που έχουν αυτοάνοσες διαταραχές διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ψυχιατρικών συμπτωμάτων, όπως άγχος και κατάθλιψη. Η οικονομική υπερφόρτωση που προκύπτει από τον λειτουργικό περιορισμό και τις πιθανές κοινωνικές συνέπειες της χρόνιας νόσου δικαιολογεί μεγαλύτερη προσοχή σε μηχανισμούς αντιμετώπισης, και των πόρων της ψυχικής ανθεκτικότητας (Yeung, E. W., Arewasikporn, A., & Zautra, A. J., 2012). Μάλιστα, φαίνεται πως η ύπαρξη ενός αυτοάνοσου νοσήματος όχι μόνο μπορεί να επηρεάσει την ψυχική υγεία, αλλά και αντίστροφα. Η κακή ψυχική υγεία και η έλλειψη ψυχικής ανθεκτικότητας μπορεί να οδηγήσουν στην ανάπτυξη αυτοάνοσων νοσημάτων αυξάνοντας σημαντικά τον ρίσκο εμφάνισής τους (Stojanovich & Marisavljevich, 2008).

Η αιτιολογία των αυτοάνοσων νοσημάτων είναι πολυπαραγοντική, καθώς συμπεριλαμβάνονται σε αυτήν διάφοροι γενετικοί, περιβαλλοντικοί, ορμονικοί και ανοσολογικοί παράγοντες. Ωστόσο, η εμφάνιση τουλάχιστον του 50% των αυτοάνοσων νοσημάτων έχει αποδοθεί σε άγνωστους παράγοντες πυροδότησης. Το σωματικό και ψυχολογικό στρες φαίνεται να οδηγεί στην ανάπτυξη των αυτοάνοσων νοσημάτων δεδομένου ότι πολλές έρευνες σε ζώα και ανθρώπους έχουν δείξει τις επιπτώσεις των στρεσογόνων παραγόντων στην λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Επιπρόσθετα, ένας μεγάλος αριθμός ερευνών που ξεπερνά το 80%, έχει δείξει ότι οι ασθενείς με

αυτοάνοσα νοσήματα αναφέρουν την ύπαρξη έντονου συναισθηματικού στρες και πριν την εμφάνιση της ασθένειας (Stojanovich & Marisavljevich, 2008).

Όπως έχει φανεί, συγκεκριμένα, όχι μόνο το στρες προκαλεί αυτοάνοσα νοσήματα, αλλά και η ίδια η ασθένεια προκαλεί επίσης σημαντικό στρες στους ασθενείς, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο. Τελευταία γίνεται λόγος για την μελέτη του πιθανού ρόλου του χρόνιου ψυχολογικού στρες και των κύριων ορμονών που σχετίζονται με το στρες στην παθογένεση των αυτοάνοσων νοσημάτων. Μελέτες καταδεικνύουν ότι μεταβολές των νευροενδοκρινικών ορμονών που προκαλούνται από το άγχος φαίνεται να σχετίζονται με μεταβολές της ανοσολογικής κατάστασης, η οποία τελικά οδηγεί σε αυτοάνοση νόσο, μεταβάλλοντας ή ενισχύοντας την παραγωγή κυτοκινών και άλλων ανοσολογικών παραγόντων (Lee et al., 2016).

Οι παράγοντες που εμπλέκονται στη φλεγμονώδη απόκριση, όπως οι προ-φλεγμονώδεις κυτοκίνες, φαίνεται να συνδέονται με την κατάθλιψη, το άγχος και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές. Ειδικότερα, τα υψηλότερα επίπεδα προ-φλεγμονωδών κυτοκινών σχετίζονται και με τη σοβαρότητα των ψυχιατρικών συμπτωμάτων (Makhija & Karunakaran, 2013). Σε ορισμένες περιπτώσεις, είναι πιθανό για το ανοσοποιητικό σύστημα να παράγει αντισώματα κατά τμημάτων του κεντρικού νευρικού συστήματος που παίζουν βασικό ρόλο στη διάθεση και τη σκέψη. Αυτό μπορεί να προκαλέσει νευρογνωστικές αλλαγές, όπως ευερεθιστότητα, αλλαγές προσωπικότητας, κατάθλιψη, ακόμη και ψύχωση (van Schouwenburg et al., 2013).

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει ένα συνεχές αυξανόμενο ενδιαφέρον των επιστημόνων και των επαγγελματικών υγείας σχετικά με τη βελτίωση της ζωής των ανθρώπων που ζουν με φλεγμονώδεις και αυτοάνοσες διαταραχές. Έτσι, γίνονται όλο και μεγαλύτερες προσπάθειες για την ευαισθητοποίηση των ασθενών σχετικά με την αναδυόμενη σχέση μεταξύ των

αυτοάνοσων καταστάσεων και ψυχικής υγείας. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους και να υπάρξει καλύτερη πρόγνωση για την ασθένειά τους, μειώνοντας παράλληλα το κόστος που συνεπιφέρει στην δημόσια υγεία η ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών.

Η έννοια της «ποιότητας ζωής» έχει μακρά ιστορία στους τομείς της κοινωνιολογίας και της ιατρικής. Ο Αριστοτέλης, ένας από τους πρώτους φιλοσόφους, ασχολήθηκε με τη φύση της ευτυχίας και τα απαραίτητα συστατικά μιας «καλής ζωής». Για τον Αριστοτέλη και τους περισσότερους διαδόχους του, το απόλυτο τέλος της ανθρώπινης ζωής επιτυγχάνει το υψηλότερο αγαθό, όταν κανείς καταφέρνει να έχει την καλύτερη συνθήκη για τη ζωή του. Με αυτόν τον τρόπο, ένα άτομο που επιτυγχάνει αυτόν τον στόχο έχει μια ζωή υψηλότερης ποιότητας. Στο τομέα της ιατρικής, η βελτίωση της ευημερίας των ασθενών ήταν μέρος της εκπαίδευσης των γιατρών, εκτός από τη θεραπεία και την αντιμετώπιση των προβλημάτων τους, ήδη από την εποχή του Ιπποκράτη (Müezzinoğlu, 2005).

Ο ορισμός της ποιότητας ζωής αλλάζει από την μία κοινωνία στην άλλη, καθώς και από άτομο σε άτομο. Ωστόσο, υπάρχει μια κοινή συμφωνία στο ότι οι ακόλουθοι τομείς θα πρέπει να καλύπτονται από την έννοια της ποιότητας της ζωής: η λειτουργική ικανότητα, οι διαμαρτυρίες για την ασθένεια και τη θεραπεία, και η επάρκεια της ψυχολογικής και κοινωνικής λειτουργικότητας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας Ποιότητα Ζωής (World Health Organization of Quality of Life) ορίζει την ποιότητα ζωής ως: "την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και των αξιών στις οποίες ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες ". Ο ορισμός αυτός επικεντρώνεται στον τρόπο με τον οποίο αξιολογούν οι ασθενείς την ποιότητα ζωής τους από τη δική τους οπτική, δεδομένου ότι πρόκειται για μία υποκειμενική έννοια (Kyle, Morgan & Espie, 2010; WHO, 1990).

Γενικότερα, η ποιότητα ζωής μπορεί να οριστεί ως μία πολυδιάστατη έννοια, η οποία περιλαμβάνει την επίδοση και την ευχαρίστηση από τους κοινωνικούς ρόλους, τη σωματική υγεία, την πνευματική λειτουργικότητα, τη συναισθηματική κατάσταση και την ικανοποίηση με τη ζωή ή την ευεξία (Pearlman & Uhlmann, 1988). Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL) είναι μια πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει τομείς που σχετίζονται με τη σωματική, πνευματική, συναισθηματική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, λοιπόν, αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της ποιότητας ζωής. Οι έννοιες αυτές, λοιπόν, συνδέονται στενά (Müezzinoğlu, 2005).

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία θα μπορούσε να οριστεί ως η " υποκειμενική αξιολόγηση του ίδιου του ασθενούς για τις επιπτώσεις της ασθένειας και της θεραπείας στον εαυτό του" (Müezzinoğlu, 2005). Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αναφέρεται στους τρόπους που μία κατάσταση σχετικά με την υγεία του ατόμου, επηρεάζει τη σωματική ικανότητα του ατόμου και την ικανότητά του να λειτουργήσει σε διάφορους τομείς της ζωής , όπως είναι οι κοινωνικές σχέσεις, όπως και η σωματική λειτουργικότητα και η ψυχική ευεξία (Ware & Sherbourne, 1992).

Επιπρόσθετα, η κοινωνική ευημερία είναι μία επίσης πολύπλοκη έννοια που αποτελείται από πολλές πτυχές, όπως είναι για παράδειγμα η αμοιβαία οικογενειακή υποστήριξη, οι κοινωνικές δραστηριότητες και η φιλία, η οικονομική επάρκεια, η προσωπική ζωή, συμπεριλαμβανομένης της προστασίας της ιδιωτικής ζωής, η ατομική επιτυχία, η σεξουαλική ικανοποίηση και η φιλοσοφία ζωής (Müezzinoğlu, 2005).

Οι γιατροί και οι επαγγελματίες υγείας έχουν χρησιμοποιήσει ευρέως την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και την ευημερία, προκειμένου να μετρήσουν τις επιπτώσεις των χρόνιων ασθενειών, των θεραπειών και των βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων αναπηριών. Η σημασία και η σπουδαιότητα, λοιπόν, της μέτρησης της σχετιζόμενης με την

υγεία ποιότητα ζωής έγκειται στο γεγονός ότι βοηθά στην κατανόηση της γενικής ευημερίας ενός ατόμου και του τρόπου με τον οποίο κάποιος μπορεί να επηρεαστεί από κάποια χρόνια ασθένεια ή αναπηρία (Guyatt et al., 1993).

Ιδιαίτερα αξιοσημείωτο, είναι το γεγονός ότι μια αναζήτηση στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων PubMed αποκάλυψε ότι οι δημοσιεύσεις με τον όρο «Ποιότητα Ζωής» στον τίτλο ή τις περιλήψεις έχουν αυξηθεί περισσότερο από τρεις φορές από το 2001 έως το 2011 σε σχέση με την προηγούμενη δεκαετία , από το 1991 έως το 2001 (Kyle, Morgan & Espie, 2010; Müezzinoğlu, 2005).

Η αύξηση αυτή οφείλεται κυρίως στις σημαντικές εξελίξεις που σημειώθηκαν στον τομέα της ιατρικής ως αποτέλεσμα των οποίων οι περισσότερες ασθένειες έχουν καταστεί θεραπεύσιμες, η διάρκεια και το προσδόκιμο ζωής έχουν αυξηθεί, και όλοι είναι πλέον σε θέση να ζήσουν με χρόνιες παθήσεις για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους (Timur & Şahin, 2012). Ακόμα, η γνώση των ασθενών για την ασθένειά τους, καθώς επίσης και το επίπεδο συμμετοχής στις αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία τους πιθανό να έχουν συνδράμει στην αύξηση του ενδιαφέροντος για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Εκτός από αυτό, όμως, φαίνεται πως και η αύξηση του ενδιαφέροντος για την ιδέα της "ιερότητας της ζωής" στον τομέα της ιατρικής έχει επίσης ενισχύσει το ενδιαφέρον για την έννοια της ποιότητας ζωής. Η ποιότητα της ζωής, συνοψίζοντας, λοιπόν, είναι ουσιαστικά αυτό που τα άτομα αντιλαμβάνονται ως συνολική αίσθηση ευημερίας με βάση τη λειτουργική ικανότητα, την υγεία και την ικανοποίηση από τις σημαντικές διαστάσεις της ζωής. Επομένως, καθορίζεται καλύτερα σε αλληλεπίδραση με το ίδιο το άτομο (Müezzinoğlu, 2005).

Ακόμα, η οικονομική επιβάρυνση που προκύπτει από τον περιορισμό της λειτουργικότητας των πασχόντων και τις πιθανές κοινωνικές συνέπειες της χρόνιας νόσου,

έχει στρέψει την προσοχή των επιστημόνων στους μηχανισμούς αντιμετώπισης και πιο πρόσφατα στη μελέτη της ανθεκτικότητας των πασχόντων (Yeung, Arewasikporn, & Zautra, 2012).

Γενικό Μέρος

Κατάθλιψη:

Έννοια Κατάθλιψης:

Η ανάπτυξη αυτοάνοσων νοσημάτων έχει συνδεθεί στενά με το άγχος και την κατάθλιψη. Η κατάθλιψη και το άγχος είναι από τα πιο συχνά προβλήματα ψυχικής υγείας που επηρεάζουν τη δημόσια υγεία, ενώ έχουν άμεση επίδραση τόσο στην ψυχική όσο και τη σωματική υγεία των ανθρώπων. Ιδιαίτερα στις ομάδες ασθενών η αρνητική συναισθηματική κατάσταση μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή ποιότητα ζωής, ακόμα και μείωση του προσδόκιμου ζωής τους (Paluska & Schwenk, 2000).

Ετυμολογικά η λέξη κατάθλιψη προέρχεται από τον λατινικό όρο “de primere”, που σημαίνει πιέζω “προς τα κάτω”. Αρχικά, ο όρος χρησιμοποιήθηκε κυριολεκτικά για περιγραφή φαινομένων στην αστρονομία, ενώ αργότερα κατέλαβε μεταφορική έννοια σε τομείς όπως η θεολογία και η ηθική. Στην ψυχολογία ο όρος εισήχθη με την μεταφορική έννοια τον 17ο αιώνα (Jadhav, S.,2000).

Μέχρι τον 17ο αιώνα η κατάθλιψη περιγραφόταν με τον όρο μελαγχολία. Ο όρος μελαγχολία χρησιμοποιούταν από την εποχή του Ιπποκράτη (5ος – 4ος αιώνας Π.Χ.), ο οποίος και την εισήγαγε. Η μελαγχολία για τον Ιπποκράτη αφορούσε μία παθολογική οντότητα, με οργανική αιτιολογία (υπερπαραγωγή μέλαινας χολής που επηρέαζε τον

εγκέφαλο και συμπτωματολογία την απώλεια όρεξης για φαγητό, τον εκνευρισμό, την αϋπνία, την αποθάρρυνση, την ανησυχία (Marsella, A. J. 2003)

Ακόμη ο Όμηρος στην Ιλιάδα αναφέρει πως η συμπεριφορά του Αίαντα τον οδήγησε στην αυτοκτονία και συγκεκριμένα ύστερα από μία κρίση υπερδραστηριότητας και επιθετικότητας περιήλθε σε κατάσταση μελαγχολίας και στην συνέχεια αυτοκτόνησε, περιγράφοντας με αυτόν τον τρόπο μια κατάσταση συναισθηματικής διαταραχής (ΔΙΚΑΙΟΣ, Δ. , 2006).

Ο Γερμανός Ψυχίατρος Emil kraepelin στις αρχές του 20ου αιώνα εισήγαγε τον όρο μανιοκαταθλιπτική ψύχωση, ο οποίος μέχρι το τέλος του 19ου αιώνα αναφερόταν ως κυκλική ψύχωση από Γάλλους ψυχιάτρους . Η διαταραχή αυτή αφορά στην ύπαρξη δυο φάσεων, μια φάση μανίας και μια φάση κατάθλιψης, όπου μπορεί να υπάρχει μόνο η μια (μονοπολική νόσος) ή να υπάρχουν εναλλαγές μεταξύ των δύο φάσεων (διπολική νόσος) (ΣΤΕΦΑΝΗΣ, Κ., 1990)

Οι διαταραχές της διάθεσης (παλαιότερα ονομάζονταν συναισθηματικές διαταραχές) περιλαμβάνουν μία μεγάλη ομάδα διαταραχών, στις οποίες η κλινική εικόνα κυριαρχείται από παθολογική διάθεση και συνοδές διαταραχές. Οι διαταραχές της διάθεσης περιλαμβάνουν τις μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές, τις διπολικές διαταραχές (τύποι Ι και ΙΙ), τη δυσθυμική διαταραχή, την κυκλοθυμική διαταραχή, τις διαταραχές της διάθεσης λόγω γενικής σωματικής κατάστασης, τη διαταραχή της διάθεσης που προκαλείται από ουσίες και τη γενική κατηγορία των καταθλιπτικών και διπολικών διαταραχών, μη προσδιοριζόμενων αλλιώς (Kaplan, H. και συν, 2007 σελ.193). Στην πράξη η ανίχνευση, η διάγνωση και η αντιμετώπισή της δημιουργούν συχνά προκλήσεις για κλινικούς λόγω των διάφορων παρουσιάσεων, της απρόβλεπτης πορείας και πρόγνωσης της και της μεταβλητής ανταπόκρισης στην θεραπεία.

Επιδημολογία:

Η κατάθλιψη είναι μία κοινή ασθένεια που περιορίζει σοβαρά την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και μειώνει την ποιότητα ζωής. Η κατάθλιψη είναι ένα κλινικά σημαντικό και αυξημένο ζήτημα υγείας. Το 2015, οι καταθλιπτικές διαταραχές εκτιμάται ότι είναι η τρίτη κύρια αιτία αναπηρίας παγκοσμίως, και ότι θα κατατάσσεται πρώτη έως το 2030(GBD 2015). Στις Ηνωμένες Πολιτείες ο εκτιμώμενος κίνδυνος ζωής για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο πλησιάζει το 30% (Kessler, R. C. και συν, 2012). Η επίπτωση αυτοκτονίας , η οποία σχετίζεται με διάγνωση κατάθλιψης περισσότερο από 50% του χρόνου(Henriksson, M. M., 1993), έχει αυξηθεί και είναι η 10η κύρια αιτία θανάτου στις Ηνωμένες Πολιτείες(National Center for Health Statistics (US), & National Center for Health Services Research., 2013).

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι συχνή με τον δία βίου επιπολασμό να φθάνει στο 5% με 12% για τους άνδρες και το 10% με 25% στις γυναίκες. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι συχνότερη στις γυναίκες, ενώ τα καταθλιπτικά επεισόδια είναι συχνότερα στους άνδρες. Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή απαντάται σ' όλο το φάσμα των ηλικιών, συμπεριλαμβανομένων των παιδιών. Οι καταθλιπτικές διαταραχές είναι συχνότερες μεταξύ ατόμων που ζουν μόνα τους ή έχουν χωρίσει από ότι στα παντρεμένα άτομα. Δεν υπάρχει συσχέτιση με το κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο. Δεν παρατηρούνται αλλαγές μεταξύ των φυλών ή θρησκευτικών ομάδων. (Kaplan, H. και συν, 2007, σελ.193). Η κατάθλιψη είναι μία ιδιαίτερα σοβαρή ψυχική διαταραχή με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης και αποτελεί την πρωταρχική αιτία αναπηρίας παγκοσμίως (Friedrich, 2017). Το ποσοστό του παγκόσμιου πληθυσμού που ζει με κατάθλιψη εκτιμάται σε 322 εκατομμύρια άτομα - 4,4% του παγκόσμιου πληθυσμού - σύμφωνα με μια νέα έκθεση, από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας με τίτλο «"Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates». Η έκθεση περιλαμβάνει επίσης δεδομένα σχετικά με τις διαταραχές άγχους, οι

οποίες επηρεάζουν περισσότερα από 260 εκατομμύρια άτομα - 3,6% του παγκόσμιου πληθυσμού. Ο επιπολασμός αυτών των κοινών ψυχικών διαταραχών αυξάνεται, ιδιαίτερα σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, με πολλά άτομα να αντιμετωπίζουν ταυτόχρονα διαταραχές κατάθλιψης και άγχους (Friedrich, 2017).

Αιτιολογία: (Kaplan, H. και συν, 2007, σελ. 193-196)

Α. *Βιολογικοί παράγοντες:*

1. Βιογενείς αμίνες : Ετερογενής απορρύθμιση των βιογενών αμινών, με βάση ευρήματα παθολογικών επιπέδων των μεταβολιτών των μονοαμινών, όπως του ομοβαλλινικού οξέος (HVA) (προέρχεται από τη ντοπαμίνη), του 5-υδροξυϊνδολοξεικού οξέος (5-HIAA) (προέρχεται από τη σεροτονίνη) και της 3-μεθοξυ-4-υγροξυφαινυλογλυκόλης (προέρχεται από τη νορεπινεφρίνη) στο αίμα, τα ούρα και το εγκεφαλονωτιαίο υγρό (ΕΝΥ) των ασθενών με διαταραχές της διάθεσης.

Η μείωση της σεροτονίνης σχετίζεται με κατάθλιψη, έτσι, οι φαρμακευτικοί σεροτονινεργικοί παράγοντες αποτελούν αποτελεσματικές θεραπείες για την κατάθλιψη. Χαμηλά επίπεδα 5-HIAA σχετίζονται με βία και αυτοκτονία. Η δραστηριότητα της ντοπαμίνης μπορεί να ελαττωθεί στην κατάθλιψη.

Η παθοφυσιολογία της κατάθλιψης είναι πολυπαραγοντική με συμμετοχή γενετικών και επιγενετικών παραγόντων. Η μειωμένη λειτουργία μονοανεργικών νευροδιαβιβαστών (σεροτονίνη, νορεπινεφρίνη, ντοπαμίνη,) στον εγκέφαλο εμπλέκεται με μηχανισμούς νευροπλαστικότητας, δηλαδή με λειτουργικές και δομικές αλλαγές στον εγκέφαλο ως απάντηση σε περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Μεγάλος αριθμός μοριακών και κυτταρικών μηχανισμών σηματοδοτούν το ανθρώπινο συναίσθημα (Krishnan, V., & Nestler, E. J., 2008)

2. Νευροενδοκρινολογική ρύθμιση: Οι νευροενδοκρινολογικές διαταραχές αντανακλούν πιθανώς διαταραχές στις εισερχόμενες στον υποθάλαμο πληροφορίες μέσω των βιογενών

αμινών. Η υπερδραστηριότητα του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια στην κατάθλιψη οδηγεί σε αυξημένη έκκριση της κορτιζόλης. Επίσης, στην κατάθλιψη έχουμε ελαττωμένη απελευθέρωση της θυρεοειδοτρόπου ορμόνης (TSH), της αυξητικής ορμόνης (GH) , της θυλακιοτρόπου ορμόνης (FSH), της ωχρινοποιητικής ορμόνης (LH), και της τεστοστερόνης, καθώς και ελαττωμένη νυκτερινή απέκκριση μελατονίνης. Οι ανοσολογικές λειτουργίες είναι ελαττωμένες στην κατάθλιψη.

3. Ύπνος: Στην κατάθλιψη, οι διαταραχές περιλαμβάνουν καθυστερημένη έναρξη του ύπνου, μικρότερη λανθάνουσα περίοδο REM ύπνου (ο χρόνος ανάμεσα στην έλευση ύπνου και την πρώτη περίοδο REM), αύξηση της διάρκειας της πρώτης REM περιόδου και παθολογικός ύπνος δ κυμάτων.

4. Αναδαύλιση(Kindling): Οι διαταραχές της διάθεσης μπορεί να αποτελούν συνέπεια της αναδαύλισης του κροταφικού λοβού. Η αναδαύλιση είναι μία διαδικασία μέσω της οποίας επανειλημμένη υπο-ουδική διέγερση ενός νευρώνα προκαλεί ένα δυναμικό ενέργειας. Αυτή η διέγερση οδηγεί, σε οργανικό επίπεδο, στην έκλυση επιληπτικής κρίσης. Η αποτελεσματικότητα των αντιεπιληπτικών φαρμάκων ως σταθεροποιητών της διάθεσης και η περιοδική φύση ορισμένων διαταραχών της διάθεσης έχει οδηγήσει σε διατύπωση αυτής της θεωρίας)

5. Γενετική: Τόσο οι διπολικές όσο και οι καταθλιπτικές διαταραχές έχουν οικογενή κατανομή, αλλά οι ενδείξεις για επίδραση της κληρονομικότητας είναι ισχυρότερες για τη διπολική διαταραχή.

6. Νευροανατομικά: Συμμετέχουν το μεταιχμιακό σύστημα, ο υποθάλαμος και τα βασικά γάγγλια.

Β. *Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες:*

1. Ψυχαναλυτικοί: Ο FREUD περιέγραψε ότι η εσωτερικευμένη αμφιθυμία για ένα αντικείμενο αγάπης (άτομο) μπορεί να προκαλέσει μια παθολογική μορφή πένθους αν το αντικείμενο χαθεί ή γίνει αντιληπτό ως χαμένο. Αυτό το πένθος παίρνει τη μορφή της σοβαρής κατάθλιψης με συναισθήματα ενοχής, αναξιότητας και αυτοκτονικό ιδεασμό. Η συμβολική ή πραγματική απώλεια του αντικειμένου αγάπης γίνεται αντιληπτή ως απόρριψη. Η μανία και η υπερθυμία αντιμετωπίζεται ως άμυνες έναντι της υποκείμενης κατάθλιψης. Το άκαμπτο υπερεγώ τιμωρεί το άτομο με συναισθήματα ενοχής, αναφορικά με ασυνείδητες σεξουαλικές ή επιθετικές ενορμήσεις.

2. Ψυχοδυναμικοί: Στην κατάθλιψη, η ενδοβολή ενός χαμένου αντικειμένου, επενδεδυμένου με αμφιθυμικά συναισθήματα, οδηγεί σε μία εσωτερική αίσθηση σύγκρουσης, ενοχής, οργής, πόνου, και απέχθειας. Ένα παθολογικό πένθος εξελίσσεται σε κατάθλιψη καθώς τα αμφιθυμικά συναισθήματα προς το ενδοβλημένο αντικείμενο κατευθύνεται κατά του εαυτού. Στην μανία, συναισθήματα ανεπάρκειας και αναξιότητας μετατρέπονται μέσω της άρνησης της πραγματικότητας, του αντιδραστικού σχηματισμού και της προβολής σε παραληρητικές ιδέες μεγαλείου.

3. Γνωσιακοί: Η γνωσιακή τριάδα του Aaron beck, (1) η αρνητική εικόνα εαυτού («τα πράγματα πάνε άσχημα γιατί εγώ είμαι κακός»)(2) η αρνητική ερμηνεία της εμπειρίας («όλα πήγαιναν πάντοτε άσχημα») (3) η αρνητική θεώρηση του μέλλοντος (προσμονή αποτυχίας).

4. Μαθημένη αίσθηση ανημποριάς: Μία θεωρία, που αποδίδει την κατάθλιψη στην ανικανότητα ενός ατόμου να ελέγξει τα γεγονότα. Η θεωρία προέρχεται από την παρατήρηση της συμπεριφοράς των ζώων πειραματικά, όταν τους χορηγούνται τυχαία, απρόβλεπτα σοκ, από τα οποία δεν μπορούν να ξεφύγουν.

5. Στρεσσογόνα γεγονότα ζωής: Συχνά προηγούνται των πρώτων επεισοδίων των διαταραχών διάθεσης. Αυτού του είδους τα γεγονότα μπορεί να προκαλέσουν μόνιμες

μεταβολή στους νευρώνες, που προδιαθέτουν ένα άτομο σε μεταγενέστερα επεισόδια διαταραχής της διάθεσης. Η απώλεια ενός γονέα πριν την ηλικία των 11 είναι ένα γεγονός στη ζωή ενός ατόμου που σχετίζεται ισχυρότερα με τη μετέπειτα ανάπτυξη της κατάθλιψης. Παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής πιθανώς αποτελούν το διαζύγιο ή ο χωρισμός (Weissman, M.M και συν., 1996).

6. Διάφορες ιατρικές καταστάσεις: Στο γενικό νοσοκομειακό περιβάλλον έως και το ένα τρίτο των ασθενών που παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να έχουν υποκείμενη ιατρική κατάσταση.(Cassem NH και συν. 2004).Για παράδειγμα εκδηλώσεις άνοιας και παραλήρημα, συμπεριλαμβανομένης της απώλεια κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, αρνητικές καταστάσεις διάθεσης και γνωστική δυσλειτουργία μπορεί να είναι παρόμοια με εκείνες της ΜΚΔ. Πολλές άλλες ιατρικές καταστάσεις που σχετίζονται με καταθλιπτικά συμπτώματα είναι η αναιμία, υποθυρεοειδισμός, επιληπτικές κρίσεις, νόσος Parkinson, υπνική άπνοια, έλλειψη βιταμινών B12 και φυλλικού οξέος, μολυσματικές ασθένειες όπως ο ιός ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV), η σύφιλη, και η νόσος Lyme (24). Σε ορισμένες περιπτώσεις, η θεραπεία αυτών των υποκείμενων ιατρικών καταστάσεων μπορεί να μειώσει ή και επιλύσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

7. Χρήση ουσιών: Επειδή τόσο οι συνταγογραφούμενες όσο και οι παράνομες ουσίες μπορούν να οδηγήσουν σε καταθλιπτικά συμπτώματα, το ιστορικό του ασθενούς πρέπει να περιλαμβάνει αξιολόγηση της χρήσης φαρμάκων, όπως οι β-αναστολείς, βαρβιτουρικά, αναβολικά στεροειδή και γλυκορτικοειδή, στατίνες, ορμόνες (π.χ. αντισυλληπτικά δια στόματος), λεβοντόπα και μεθυλοντόπα, οπιοειδή και ορισμένα αντιβιωτικά (φθοροκινολόνες, μεφλοκίνη, μετρονιδαζόλη)(Rogers, D., & Pies, R., 2008). Η τοξική - υπερβολική χρήση ή το στερητικό σύνδρομο εξαρτησιογόνων ουσιών ή φαρμάκων όπως για παράδειγμα η μαριχουάνα, οι βενζοδιαζεπίνες, τα υπναγωγά, οπιούχα, κοκαΐνη ή διεγερτικά μπορεί επίσης να οδηγήσουν σε καταθλιπτικά συμπτώματα. Συνεπώς εκτός από ένα

ολοκληρωμένο ιστορικό και την σωματική εξέταση, οι εργαστηριακές εξετάσεις θα πρέπει να πραγματοποιούνται σε οποιαδήποτε αρχική αξιολόγηση των ασθενών με καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι αρχικές εξετάσεις πρέπει να περιλαμβάνουν μετρήσεις αίματος και, βασικές μεταβολικές εξετάσεις , εξετάσεις λειτουργίας θυρεοειδούς και επίπεδα βιταμίνης Β και φυλλικού οξέος. Άλλες εργαστηριακές εξετάσεις όπως εξετάσεις ηπατικής λειτουργίας, επίπεδα τεστοστερόνης (σε άνδρες), συγκέντρωση Lyme, ταχεία δοκιμασία αντιδραστηρίων πλάσματος, τεστ HIV, και τοξικολογική εξέταση ούρων και ορού, θα πρέπει να θεωρούνται κλινικά κατάλληλες. Επίσης, θα πρέπει να εξεταστούν κι άλλες πιθανές συνυπάρχουσες ψυχιατρικές διαγνώσεις.

Προηγούμενα επεισόδια κατάθλιψης, αυξημένα επίπεδα στρες, ιστορικό τραύματος, και ιστορικό Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής σε συγγενείς πρώτου βαθμού, (DSM-V, Washington, 2013). Σε ασθενείς με ΜΚΔ, συνυπάρχουν άγχος, ψυχωσικά χαρακτηριστικά, κατάχρηση ουσιών και οριακή δομή προσωπικότητας και σχετίζονται με φτωχότερη πρόγνωση και μεγαλύτερη διάρκεια των επεισοδίων και μεγαλύτερη σοβαρότητα των συμπτωμάτων (DSM-V Washington, 2013)

Ψυχολογικές δοκιμασίες:

1. Βαθμολογούμενες κλίμακες για ενίσχυση διάγνωσης και εκτίμηση αποτελεσματικότητας της θεραπείας: Το ερωτηματολόγιο Beck για την κατάθλιψη (BDI), και η κλίμακα αυτοβαθμολόγησης Zung από τους ασθενείς. Η κλίμακα Hamilton για τη βαθμολόγηση της κατάθλιψης (HAM-D), η κλίμακα βαθμολόγησης της κατάθλιψης από τον εξεταστή των Montgomery-Asberg (MADRS).
2. Δοκιμασία Rorschach: Προτυποποιημένη δοκιμασία με δέκα κηλίδες μελάνης, που βαθμολογείται από τον εξεταστή. Μειωμένη παραγωγή συνειρμών, βραδύς χρόνος απάντησης στην κατάθλιψη.

3. Δοκιμασία θεματικής αντίληψης (TAT) : Σειρές 30 εικόνων, που απεικονίζονται διφορούμενες καταστάσεις και διαπροσωπικά γεγονότα. Ο ασθενής δημιουργεί μία ιστορία για κάθε σκηνή. Οι καταθλιπτικοί φτιάχνουν καταθλιπτικές ιστορίες.

Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-V και ICD-10:

Σύμφωνα με το Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 2013) τα βασικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης είναι το αίσθημα θλίψης και ανηδονίας κατά το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας, η αίσθηση απελπισίας, ενοχικότητας, αναξιότητας και κενού, η έλλειψη ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που στο παρελθόν έδιναν χαρά και ευχαρίστηση στον πάσχοντα, διαταραχές στον ύπνο και την όρεξη, που συνήθως εμφανίζονται είτε με αυξημένη ανάγκη για ύπνο και αυξημένη όρεξη ή το αντίστροφο, ευερεθιστότητα, άγχος και θυμός, κόπωση και μειωμένη ενέργεια, δυσκολία συγκέντρωσης και λήψης αποφάσεων και σκέψεις ή και απόπειρες αυτοκτονίας. Τα παραπάνω συμπτώματα συνοδεύονται από δυσφορία και μείωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε σημαντικούς τομείς της ζωής του, όπως είναι η προσωπική ζωή, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η επαγγελματική ζωή και οι σπουδές (American Psychiatric Association, 2013).

Τα κριτήρια από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), πέμπτη έκδοση (DSM-V) για τη διάγνωση και την αξιολόγηση της σοβαρότητας της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής :

Α. Πέντε (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα ήταν παρόντα κατά την διάρκεια της ίδιας περιόδου δύο εβδομάδων , αντιπροσωπεύουν μία αλλαγή στην προηγούμενη λειτουργικότητα και με τουλάχιστον το ένα από τα συμπτώματα να είναι είτε καταθλιπτική διάθεση είτε απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής (συμπτώματα που να μην οφείλονται σαφώς σε μια άλλη ιατρική πάθηση) :

1) Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά, όπως υποδεικνύεται είτε από την υποκειμενική αναφορά (π.χ. αισθάνεται θλίψη, κενός, χωρίς ελπίδα) είτε από παρατήρηση των άλλων (π.χ. φαίνεται ευσυγκίνητος/-η) [Στα παιδιά και στους εφήβους μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση].

2) Έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σ' όλες, ή σχεδόν όλες, τις δραστηριότητες στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν καθημερινά (όπως φαίνεται είτε από την υποκειμενική εκτίμηση είτε με την παρατήρηση των άλλων).

3) Σημαντική απώλεια βάρους ενώ δεν είναι σε δίαιτα, ή αύξηση του βάρους (π.χ. μεταβολή πάνω από 5% του σωματικού βάρους σε ένα μήνα), ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν καθημερινά. (Στα παιδιά πρέπει να ληφθεί υπόψη η αποτυχία στην πρόσληψη του αναμενόμενου βάρους).

4) Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν καθημερινά

5) Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν καθημερινά (παρατηρήσιμη από τους άλλους, όχι απλώς υποκειμενικά αισθήματα ανησυχία ή επιβράδυνσης).

6) Κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας σχεδόν καθημερινά.

7) Αισθήματα αναξιότητας ή υπέρμετρης ή απρόσφορης ενοχής (τα οποία είναι δυνατόν να είναι παραληρητικά) σχεδόν καθημερινά (όχι απλώς αυτομομφή ή ενοχή επειδή είναι ασθενής)

8) Μειωμένη ικανότητα σκέψης, ή συγκέντρωσης ή αναποφασιστηκότητα, σχεδόν καθημερινά (είτε από την υποκειμενική εκτίμηση είτε με την παρατήρηση των άλλων).

9) Επανερχόμενες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος θανάτου), επανερχόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο, ή μία απόπειρα αυτοκτονίας, ή ένα συγκεκριμένο σχέδιο να αυτοκτονήσει).

Σοβαρότητα κατάθλιψης:

- Ήπια: Λίγα , εάν υπάρχουν, συμπτώματα που υπερβαίνουν εκείνα που απαιτούνται για τη διάγνωση. Η ένταση των συμπτωμάτων είναι ενοχλητική αλλά διαχειρίσιμη, και τα συμπτώματα οδηγούν σε μικρή εξασθένηση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας.
- Μέτρια: Ο αριθμός των συμπτωμάτων, η ένταση των συμπτωμάτων και η εξασθένηση της λειτουργικότητας ή όλες αυτές οι μεταβλητές είναι μεταξύ αυτών που καθορίζονται για "ήπια" και "σοβαρή".
- Σοβαρή: Ο αριθμός των συμπτωμάτων είναι σημαντικά μεγαλύτερος από αυτόν που απαιτείται για διάγνωση, η ένταση των συμπτωμάτων είναι σοβαρά ενοχλητική και απείθαρχη, και τα συμπτώματα παρεμβαίνουν σημαντικά στην κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα.

Μια ολοκληρωμένη εκτίμηση της κατάθλιψης δεν πρέπει να βασίζεται απλώς σε έναν αριθμό συμπτωμάτων, αλλά πρέπει να λαμβάνει υπόψη τον βαθμό λειτουργικής βλάβης, αναπηρίας ή και τα δύο.

Είδη κατάθλιψης:

Σύμφωνα με το DSM-V γίνεται σαφής διαχωρισμός των καταθλιπτικών διαταραχών από τις διπολικές διαταραχές, οι οποίες δεν θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται σ΄αυτές, αλλά να εξετάζονται ως διαφορετικές κλινικές οντότητες. Κατά το DSM-V, υπάρχουν 7 διαφορετικά είδη κατάθλιψης. Το κάθε είδος έχει διαφορετικά συμπτώματα και χρειάζεται διαφορετική αντιμετώπιση. Στο DSM-V εισάγεται μια νέα διάγνωση, αυτή της Διασπαστικής Διαταραχής, διαταραχής απορρύθμισης της διάθεσης. Καθώς οι μέθοδοι αντιμετώπισης της κάθε κατηγορίας της κατάθλιψης διαφέρουν μεταξύ τους, είναι βασικό να αναγνωρίζουμε με ακρίβεια το είδος της κατάθλιψης που έχει ο αντίστοιχος ασθενής προτού κάνουμε οποιαδήποτε ενέργεια για την αντιμετώπισή της.

Η κατάθλιψη σύμφωνα με το ICD 10 υπάγεται σε μία ευρύτερη κατηγορία συναισθηματικών διαταραχών στις οποίες η θεμελιώδης διαταραχή είναι μια αλλαγή στην διάθεση ή την εμφάνιση καταθλιπτικής διάθεσης (με ή χωρίς σχετικό άγχος) ή σε έντονο ενθουσιασμό (μανία). Η αλλαγή της διάθεσης συνήθως συνοδεύεται από μια αλλαγή στο συνολικό επίπεδο δραστηριότητας. Τα περισσότερα από τα άλλα συμπτώματα είναι δευτερεύοντα ή εύκολα κατανοητά στο πλαίσιο της αλλαγής της διάθεσης και της δραστηριότητας και της γενικότερης ενεργητικότητας του ατόμου.

Οι περισσότερες από αυτές τις διαταραχές τείνουν να είναι επαναλαμβανόμενες και η έναρξη μεμονωμένων επεισοδίων μπορεί συχνά να σχετίζεται με αγχωτικά γεγονότα ή καταστάσεις. Αξίζει να σημειωθεί πως σε αντίθεση με το DSM-IV το ICD 10 χωρίζει διαφοροποιεί την κατάθλιψη ανάλογα με το επίπεδο σοβαρότητας των συμπτωμάτων, σε ήπια, μέτρια και σοβαρή, ενώ το DSM-IV χρησιμοποιεί μια σειρά από 9 διαγνωστικά κριτήρια, εκ των οποίων τα δύο θα πρέπει να είναι η θλιμμένη διάθεση και η ανηδονία, ώστε να γίνει η διάγνωση. Έτσι, ο βαθμός σοβαρότητας των συμπτωμάτων σύμφωνα με το DSM-IV δεν καθορίζει τις διαφορετικές διαγνωστικές κατηγορίες της κατάθλιψης (Gruenberg, Goldstein & Pincus, 2005).

Μια πρόσθετη διαφοροποίηση μεταξύ κριτηρίων ICD-10 και DSM-IV περιλαμβάνει την παρουσία ή απουσία ψυχωτικών συμπτωμάτων. Στο ICD-10, τα κριτήρια πρέπει να πληρούνται για ένα σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο (οκτώ στα 10 συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένης της καταθλιπτικής διάθεσης, της απώλειας ενδιαφέροντος και της μειωμένης ενέργειας). Εάν υπάρχουν ψυχωτικά χαρακτηριστικά, συμπεριλαμβανομένων των μη παράξενων ψευδαισθήσεων και παραληρηματικών ιδεών, τότε μπορεί να δοθεί η διάγνωση σοβαρού καταθλιπτικού επεισοδίου με ψυχωτικά συμπτώματα. Από την άλλη, στο DSM-IV, σημειώνεται ότι τα ψυχωτικά συμπτώματα εμφανίζονται συνήθως στις πιο σοβαρές περιπτώσεις της συγκεκριμένης διαταραχής (Gruenberg et al., 2005).

Θεραπεία:

Υπάρχει γενική συμφωνία σχετικά με αρχική θεραπεία ήπιας ως μέτριας ΜΚΔ σε ενήλικες (Davidson, J. R. 2010). Για ήπια κατάθλιψη, θα πρέπει να δίνεται αρχική προτίμηση σε ψυχοθεραπεία και παρακολούθηση συμπτωμάτων, με την φαρμακοθεραπεία να εξυπηρετείται εκ νέου σε περιπτώσεις ανεπαρκούς βελτίωσης. Ψυχοθεραπεία, φαρμακοθεραπεία ή και τα δύο πρέπει να λαμβάνεται υπόψη για την μέτρια κατάθλιψη (Thase, M. E., Greenhouse, J. B., και συν, 1997). Σε ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη, και σε ασθενείς με ψυχωσικά συμπτώματα ή αυτοκτονικές σκέψεις και συμπεριφορά κρίνεται σημαντική η παραπομπή σε ψυχίατρο.

Ακολουθούν κάποιες προτεινόμενες μορφές ψυχολογικής θεραπείας (Kaplan, H. και συν, 2007, σελ.212-215) .

Ψυχοφαρμακολογική:

1) Εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs). Οι πρώιμες παροδικές ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνουν άγχος, γαστρεντερικές ενοχλήσεις και κεφαλαλγία. Η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι συχνά μία επίμονη, συνηθισμένη παρενέργεια, που μπορεί να ανταποκριθεί σε αλλαγή του φαρμάκου ή της δοσολογίας του ή σε επικουρική θεραπεία με έναν παράγοντα όπως η βουπροπιόνη ή η βουσπιρόνη. Η πρώιμη αγχογόνος δράση των SSRIs μπορεί να επιδεινώσει τον αυτοκτονικό ιδεασμό και μπορεί να αντιμετωπιστεί είτε ελαττώνοντας τη δόση είτε προσθέτοντας ένα αγχολυτικό. Οι ασθενείς, που δεν ανταποκρίνονται ή δεν μπορούν να ανεχτούν έναν SSRI μπορεί να ανταποκριθεί σ΄ άλλον. Ορισμένοι κλινικοί αλλάζουν την αγωγή χορηγώντας έναν παράγοντα με διαφορετικό μηχανισμό δράσης, όπως τη βουπροπιόνη, την βενλαφαξίνη, τη δουλοξετίνη, τη μιρταζαπίνη, ένα τρικυκλικό ή έναν αναστολέα της μονοαμινο-οξειδάσης (MAOI).

2) Χορήγηση βουπροπιόνης. Είναι ένας νοραδρενεργικός, ντοπαμινεργικός παράγοντας με ιδιότητες που μοιάζουν με εκείνες των διεγερτών. Σε γενικές γραμμές είναι καλά ανεκτή και ιδιαίτερα χρήσιμη για την κατάθλιψη που χαρακτηρίζεται από άγχος και ψυχοκινητική επιβράδυνση. Οι ντοπαμινεργικές ιδιότητες μπορούν να οδηγήσουν σε επιδείνωση ψύχωσης. Παλαιότερες ανησυχίες αναφορικά με την τάση της να προκαλεί επιληπτικές κρίσεις έχουν αμβλυνθεί.

3) Χορήγηση βενλαφαξίνης και δουλοξετίνης, αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης, που μπορεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικοί σε σοβαρές ή ανθεκτικές μορφές κατάθλιψης. Τα ποσοστά ανταπόκρισης αυξάνουν σε υψηλότερες δόσεις. Οι παρενέργειες είναι παρόμοιες με εκείνες των SSRIs.

4) Χορήγηση νεφαζοδόνης, φάρμακο με σεροτονινεργικές ιδιότητες. Ο κύριος μηχανισμός δράσης της είναι ο προσυναπτικός αποκλεισμός των 5-HT2 υποδοχέων. Προκαλεί ευεργετικά αποτελέσματα για τον ύπνο και εμφανίζεται μικρό ποσοστό σεξουαλικών παρενεργειών. Έχει συσχετισθεί με ηπατική τοξικότητα.

5) Χορήγηση μιρταζαπίνης: διαθέτει αντιισταμινική, νοραδρενεργική και σεροτονινεργική δράση. Αποκλείει ειδικότερα τους 5-HT2 και 5-HT3 υποδοχείς, έτσι ώστε να αποφεύγονται οι αγχογόνες, σεξουαλικές και γαστρεντερικές παρενέργειες των σεροτονινεργικών φαρμάκων. Σε χαμηλές δόσεις, μπορεί να είναι ιδιαίτερα κατασταλτική και να αυξήσει το βάρος.

6) Τα τρικυκλικά,είναι πολύ αποτελεσματικά, αλλά απαιτείται τιτλοποίηση της δόσης τους. Σε παρενέργειες περιλαμβάνονται η αντιχολινεργική τους δράση επιπλέον της δυνητικής επιβράδυνσης της αγωγιμότητας στο μυοκάρδιο και της ορθοστατικής υπέρτασης. Οι δευτεροταγείς αμίνες είναι συχνά καλύτερα ανεκτές από τις τριτοταγείς αμίνες. Κατά τη λήψη σε μεγάλες δόσεις ανησυχητική είναι η αυξημένη θνησιμότητα.

7) Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσεις (MAOI). Θεωρούνται δεύτερης ή τρίτης γραμμής παράγοντες. Αναστέλλουν το ένζυμο μονοαμεινοξειδάσης. Χρησιμοποιούνται όταν οι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στα υπόλοιπα αντικαταθλιπτικά. Χρησιμοποιούνται επίσης στην κατάθλιψη με ψυχωτικά χαρακτηριστικά.

8) Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT), που είναι χρήσιμη στην ανθεκτική μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια με ψυχωτικά χαρακτηριστικά. Δεν χρησιμοποιείται όσο θα έπρεπε ως πρώτης γραμμής αντικαταθλιπτική θεραπεία.

9) Το λίθιο μπορεί να αποτελέσει πρώτης γραμμής αντικαταθλιπτικό για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Μπορεί και να προστεθεί ένα ετεροκυκλικό αντικαταθλιπτικό ή ένας MAOI.

10) Η επαναλαμβανόμενη διακρανιακή μαγνητική διέγερση (r TMS) χρησιμοποιεί μαγνητικά πεδία για τη διέγερση συγκεκριμένων περιοχών εγκεφαλικών περιοχών (π.χ. αριστερό προμετωπιαίο φλοιό), και οι οποίες εικάζεται ότι εμπλέκονται σε παθοφυσιολογία συγκεκριμένων διαταραχών. Θεωρείται μία ελπιδοφόρα μορφή θεραπείας για την κατάθλιψη.

Ψυχοθεραπεία:

Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις είναι θεραπείες πρώτης γραμμής για ήπια έως μέτρια κατάθλιψη (Cuijpers, P., Van Straten, A., Andersson, G., & Van Oppen, P., 2008). Ακολουθούν κάποιες προτεινόμενες μορφές ψυχολογικής θεραπείας (Kaplan, H. και συν, 2007).

1. Γνωσιακή: Βραχυπρόθεσμη θεραπεία που χαρακτηρίζεται από τη συνεργασία του ασθενούς με τον θεραπευτή και την ανάθεση εργασιών για το σπίτι. Ό στόχος είναι ο έλεγχος και η διόρθωση αρνητικών γνωσιών και ασυνείδητων υποθέσεων, οι οποίες υπόκεινται αυτών. Σε γενικές γραμμές στοχεύει στην διόρθωση των χρόνιων διαστρεβλώσεων της

σκέψης, οι οποίες οδηγούν σε κατάθλιψη, ιδιαίτερα της γνωστικής τριάδας των αισθημάτων της απελπισίας και αβοηθητότητας, αναφορικά με τον εαυτό, το μέλλον, και το παρελθόν του ασθενούς.

2. Συμπεριφορική: Βασίζεται σε θεωρία μάθησης (κλασική και συντελεστική εξαρτημένη μάθηση), κατά την οποία εντοπίζονται οι λανθασμένες συμπεριφορές και με συνεργασία θεραπευτή – θεραπευμένου αντικαθίστανται με θετικότερους τρόπους συμπεριφοράς. Πρόκειται για μία βραχυπρόθεσμη και έντονα δομημένη θεραπεία. Εστιάζει σε ειδικές, περιγεγραμμένες και ανεπιθύμητες συμπεριφορές.

3. Διαπροσωπική: Είναι ειδική, βραχυπρόθεσμη θεραπεία. Δίνεται έμφαση σε καθημερινά, τρέχοντα διαπροσωπικά ζητήματα και όχι σε ασυνείδητα ενδοψυχικά δυναμικά. Εντοπίζονται οι δυσλειτουργίες του ατόμου απέναντι στις διαπροσωπικές του σχέσεις (κοινωνική απομόνωση, παρατεταμένο πένθος, δυσλειτουργική κοινωνική συμπεριφορά).

4. Ψυχαναλυτικά προσανατολισμένη: εναισθητική ψυχοθεραπεία με αόριστο χρονικό ορίζοντα. Στοχεύει σε κατανόηση ασυνείδητων συγκρούσεων και κινήτρων, καθώς αυτά τροφοδοτούν και συντηρούν την κατάθλιψη.

5. Υποστηρικτική: Θεραπεία με αόριστο χρονικό ορίζοντα. Στόχος της είναι να προσφέρει συναισθηματική υποστήριξη. Ενδείκνυνται ιδιαίτερα σε οξεία κρίση, όπως το πένθος, ή όταν ο ασθενής αρχίζει να αναρρώνει από ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο αλλά δεν μπορεί να εμπλακεί σε περισσότερο απαιτητική και διαδραστική θεραπεία.

6. Ομαδική: Μέσα από την στήριξη, τις αποσαφηνίσεις, τη θετική ενίσχυση των ομάδων, τη διαπροσωπική αλληλεπίδραση και την άμεση διόρθωση των γνωσιακών και μεταβιβαστικών διαστρεβλώσεων με τα άλλα μέλη της ομάδας μπορούν να επωφεληθούν. Αυτή η ψυχολογική θεραπεία αντενδείκνυται για οξέως αυτοκτονικούς ασθενείς.

7. Οικογενειακή: Θεωρείται βοηθητική σε περιπτώσεις που η κατάθλιψη του ασθενούς διαταράσσει την οικογενειακή σταθερότητα, σχετίζεται με οικογενειακά προβλήματα ή στηρίζεται ή διατηρείται από τα οικογενειακά πρότυπα συμπεριφοράς.

Μια μετανάλυση διαφόρων ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων συμπεριλαμβανομένων συγκριτικών δοκιμών (στις οποίες συμμετείχαν 2.757 ασθενείς με ήπια έως μέτρια κατάθλιψη). Έδειξε ότι σ' όλες τις μορφές ψυχοθεραπείας το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 48% (έναντι 19% σε ομάδες ελέγχου)(Cuijpers, P., Van Straten, A., Andersson, G., & Van Oppen, P., 2008) . Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφόρων τύπων ψυχοθεραπείας σε CBT (εντοπισμός και τροποποίηση αρνητικών σκέψεων που επηρεάζουν δυσμενώς το συναίσθημα και την συμπεριφορά),ενεργοποίηση συμπεριφοράς (προγραμματισμός θετικών δραστηριοτήτων και αύξηση θετικών αλληλεπιδράσεων και διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (αντιμετώπιση διαπροσωπικών ζητημάτων με πολύ δομημένο τρόπο). Μια άλλη μετανάλυση έδειξε σημαντικά υψηλότερα ποσοστά ύφεσης μεταξύ ασθενών που έλαβαν ψυχοθεραπεία, συγκεκριμένα CBT (66%), ψυχοδυναμική (54%), υποστηρικτική συμβουλευτική (49%), συμπεριφορική ενεργοποίηση (74%) (Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & van Straten, A., 2014). Τα δεδομένα έχουν δείξει αποτελεσματικότητα τηλε-θεραπευτικών (Simon, G. E., Ludman, E. J., Tutty, S., Operskalski, B., & Von Korff, M., 2004) και διαδικτυακών (Arnberg, F. K., Linton, S. J., Hultcrantz, M., Heintz, E., & Jonsson, U., 2014) ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων, κι αυτές μπορούν να ληφθούν υπόψη ιδιαίτερα εάν η θεραπεία πρόσωπο με πρόσωπο δεν είναι προσβάσιμη. Εάν δεν παρατηρηθεί ουσιαστική βελτίωση μετά από 6 εβδομάδες ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης, θα πρέπει να εξεταστεί αλλαγή στον τύπο ψυχοθεραπείας, έναρξη της φαρμακοθεραπείας.

Άγχος

Έννοια άγχους:

Ο όρος άγχος προέρχεται από την ἄγχω, που στην αρχαία ελληνική γλώσσα σημαίνει σφίγγω ή πνίγω. Το άγχος είναι μια φυσιολογική σωματική και ψυχική αντίδραση του ατόμου σε μια απειλή ή σε μια αίτηση για την αντιμετώπιση κάποιων απαιτητικών καταστάσεων (Αλεβίζος, 2008).

Το άγχος στα πρώτα κείμενα του Freud εμφανίζεται ως απόρροια συσσωρευμένης και μη εκφορτισμένης λιβιδινικής έντασης. Το άγχος θεωρείται ως η αντίδραση του ατόμου κάθε φορά που βρίσκεται υπό τραυματικές συνθήκες, δηλαδή κάθε φορά που υποβάλλεται σε εισροή διεγέρσεων εξωτερικής ή εσωτερικής προέλευσης, τις οποίες είναι ανίκανο να ελέγξει. Ο Freud αντιδιαστέλλει το αυτόματο άγχος και το σήμα άγχους. Το άγχος πρέπει να θεωρηθεί προϊόν της κατάστασης ψυχικής απόγνωσης του βρέφους, η οποία αντανακλά βέβαια τη βιολογική του απόγνωση. Το αυθόρμητο άγχος αποτελεί αυθόρμητη απάντηση του οργανισμού σ' αυτή την τραυματική κατάσταση ή στην αναπαραγωγή της, υποδηλώνει έναν τύπο αντίδρασης, δεν προδικάζει την εσωτερική ή εξωτερική προέλευση των τραυματικών διεγέρσεων. (Laplanche, J., & Pontalis, J.-B.σελ 1, 1986)

«Άγχος μπροστά σε πραγματικό κίνδυνο» (Γερμανικά: Realangst, αγγλικά : realistic anxiety), όρος που χρησιμοποιείται από τον Freud στα πλαίσια της δεύτερης τοπικής του θεωρίας για το άγχος. Πρόκειται για άγχος μπροστά σε εξωτερικό κίνδυνο και αποτελεί πραγματική απειλή για το άτομο. Στη λέξη Realangst, το Real είναι ουσιαστικό, δεν χαρακτηρίζει το άγχος αυτό καθαυτό αλλά αυτό που το εκλύει. Το άγχος μπροστά σε πραγματικό κίνδυνο αντιδιαστέλλεται από το άγχος μπροστά στην ενόρμηση. (Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. σελ. 2, 1986)

Το άγχος είναι μία κατάσταση που σχετίζεται με έντονα συναισθήματα φόβου, συνοδευόμενα από σωματικά ενοχλήματα, όπως προκάρδιους παλμούς και εφίδρωση, τα οποία υποδηλώνουν υπερδραστηριότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Το άγχος επηρεάζει τη γνωσιακή ικανότητα και τείνει να προκαλεί παραμόρφωση της αντίληψης. Διαφοροποιείται από το φόβο, που αποτελεί πρόσφορη αντίδραση σε ένα γνωστό κίνδυνο. Το άγχος είναι η αντίδραση σε μία απειλή άγνωστη, ασαφής ή συγκρουσιακή (Kaplan H. και συν, 2007, σελ. 229).

Το άγχος είναι ένα συναίσθημα το οποίο χαρακτηρίζεται από αίσθημα έντασης, σκέψεις ανησυχίας και σωματικές αλλαγές όπως αυξημένη πίεση του αίματος. Τα άτομα μάλιστα με διαταραχές άγχους τείνουν να εμφανίζουν απρόσφορες σκέψεις και έντονη ανησυχία. Αυτό συχνά τα οδηγεί στο να αποφεύγουν ορισμένες καταστάσεις που είναι αγχωτικές για τα ίδια και την ίδια στιγμή, μπορεί να εμφανίζουν διάφορα σωματικά συμπτώματα, όπως είναι για παράδειγμα η εφίδρωση, το τρέμουλο, η ζαλάδα ή ο αυξημένος καρδιακός ρυθμός (APA).

Το άγχος, επομένως, βιώνεται ως μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που ενέχει συναισθήματα φόβου ή ακόμα και τρόμου ως απάντηση σε κάποιον υπαρκτό ή μη κίνδυνο, και προέρχεται ή προκαλείται από καταστάσεις ή γεγονότα ή και σκέψεις, όπως την υπερεκτίμηση ενός ενδεχόμενου κινδύνου, που συχνά δεν αναγνωρίζονται άμεσα από το άτομο ως υπερεκτιμημένα (Μάνος, 1997).

Στην καθημερινή ζωή, το άγχος λειτουργεί ως ένα σήμα κινδύνου για έναν συχνά απροσδιόριστο επικείμενο κίνδυνο και χρησιμεύει ως βασικός μηχανισμός ανάπτυξης επαρκών στρατηγικών αντιμετώπισης. Όταν το άγχος γίνεται σε μη φυσιολογικά επίπεδα έντονο ή και παρατεταμένο, μπορεί να αποτελέσει μία παθολογική μορφή. Έτσι, δύναται να οδηγήσει σε συνεχείς αρνητικές σκέψεις και αποκρίσεις, σε μη αποτελεσματικές στρατηγικές

αντιμετώπισης και σε αυξημένη δραστηριότητα του συμπαθητικού συστήματος, εμφανίζοντας σωματικά συμπτώματα, όπως η ταχυκαρδία, το τρέμουλο, η εφίδρωση, κ.α (Craig, Brown, & Baum, 2000).

Ένας συχνός διαχωρισμός του άγχους είναι σε καταστασιακό και χαρακτηρολογικό. Ως καταστασιακό ορίζεται το άγχος που είναι μια προσωρινή αντίδραση σε ένα δυσάρεστο γεγονός. Το χαρακτηρολογικό άγχος από την άλλη αποτελεί ένα πιο σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας και ορίζεται ως η τάση του ατόμου να αποκρίνεται με ανησυχία σε διάφορες καταστάσεις (Rapee, 2001). Το χαρακτηρολογικό άγχος συνδέεται με πολλές διαταραχές ψυχικής υγείας και την υπερδιέγερση του συμπαθητικού συστήματος. Τα άτομα με χαρακτηρολογικό άγχος είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν χρόνιο άγχος, που συναντά κανείς συχνά στην γενικευμένη αγχώδη διαταραχή (Endler & Kocovski, 2001).

Αρκετές μελέτες έχουν δείξει την επίδραση του άγχους στην ανοσία (Iwakabe, et al., 1998, Larson et al., 2001). Δεν είναι σαφές, εάν αυτές οι αλλαγές στο ανοσοποιητικό σύστημα πρέπει να είναι ισχυρές ή παρατεταμένες αρκετά ώστε να ενισχύσουν την ευαισθησία στην ασθένεια (Barak, 2006), αλλά υπάρχουν ενδείξεις ότι τα στρεσογόνα συμβάντα σχετίζονται με ανοσολογικές αλλαγές και παίζουν ρόλο στην έναρξη, την πρόοδο, την επιδείνωση των αυτοάνοσων ασθενειών (Barbasio, et al., 2013).

Ο Thoits (1983) περιέγραψε διάφορες βασικές διαστάσεις αγχωτικών γεγονότων ζωής. Μια από αυτές που σχετίζεται περισσότερο με το άγχος της ασθένειας είναι η προβλεψιμότητα του γεγονότος. Τα προβλέψιμα γεγονότα έχουν αποδειχθεί λιγότερο αγχωτικά από τα απρόβλεπτα (Thoits, 1983). Η προβλεψιμότητα έχει δυο υποδιαιρέσεις α) προβλεψιμότητα έκτακτων περιστατικών (για να έχει προβλεψιμότητα ένα γεγονός, σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, θα πρέπει το άτομο να γνωρίζει πότε και υπό ποιες συνθήκες θα συνέβαινε αυτό το γεγονός, να έχει ένα προειδοποιητικό σημάδι πριν από αυτό το

συμβάν), και β) προβλεψιμότητα «τι είδους συμβάν» (αναφέρεται σε γνώση γεγονότος και επιπτώσεων του, αφού το έχει βιώσει και σε προηγούμενο χρόνο). Στον τομέα της Ψυχολογίας της υγείας είναι σημαντική για τη μελέτη των γεγονότων ύφεσης της υγείας (Miller, 1981).

Η θεωρία προσθετικότητας "Additivity theory" προβλέπει ότι με την πάροδο του χρόνου, το άγχος πολλαπλών αρνητικών γεγονότων θα ισοδυναμεί με μια συσσωρευτική αρνητική επίδραση σε σωματική και ψυχολογική ευημερία ενός ατόμου. Η προσθετικότητα αυτή μπορεί να συμβεί, επειδή γεγονότα ζωής, που έχει βιώσει ένα άτομο καθορίζουν τις φυσικές και συναισθηματικές καταστάσεις με τις οποίες εισέρχεται σε μελλοντικές καταστάσεις. Εάν οι καταστάσεις αυτές είναι αρνητικές και το άτομο εισέρχεται σε μια επακόλουθη αρνητική κατάσταση μια καθοδική εξέλιξη της σωματικής και ψυχικής υγείας είναι πιθανή. Με την εφαρμογή της στον τομέα της Ψυχολογίας της Υγείας γι' όσους πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, η επίδραση κάθε ύφεσης υγείας θα προστεθεί σ' όλες τις προηγούμενες επιδράσεις από παρόμοιες περιόδους ύφεσης στην υγεία. Οι χρόνιες αυτές επιβαρύνσεις στην υγεία προκαλούν μεγαλύτερη ανησυχία και λιγότερη ευημερία από την ύφεση που συνέβη την πρώτη φορά (Seta et al., 1991).

Αγχώδεις διαταραχές:

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι συχνές καταστάσεις που προκαλούν αναπηρία, αρχίζουν κυρίως κατά την παιδική ηλικία, εφηβεία, πρώιμη ενηλικίωση. Διαφέρουν από το αναπτυξιακό κανονιστικό ή προκαλούμενο από στρες παροδικό άγχος (δηλαδή σ΄ αναλογία με την πραγματική απειλή που υπάρχει), καθώς αυτό επιμένει και επηρεάζει την καθημερινή λειτουργικότητα. Σύμφωνα με μελέτη οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν την έκτη κύρια αιτία αναπηρίας σε χώρες με υψηλό και χαμηλό εισόδημα, με υψηλότερη επιβάρυνση μεταξύ των ηλικιών 15-35 ετών. (Global Burden of Disease)(Baxter, A. J., Vos, T., et al, 2014). Οι

περισσότερες διαταραχές άγχους επηρεάζουν σχεδόν δύο φορές περισσότερο τις γυναίκες παρά τους άνδρες. Συχνά συνυπάρχουν με κατάθλιψη, διαταραχές αλκοόλ ή χρήση ουσιών, και διαταραχές προσωπικότητας. Η διαφορική διάγνωση από σωματικές καταστάσεις συμπεριλαμβανομένων θυρεοειδικών, καρδιαγγειακών, και αναπνευστικών διαταραχών, τοξικότητα ουσιών και στερητικό σύνδρομο είναι επιτακτική. Εάν δεν αντιμετωπιστούν οι αγχώδεις διαταραχές, τείνουν να υποτροπιάζουν χρονικά.

Κλινικές εμφανίσεις, σημεία και συμπτώματα :

Άτομα με αγχώδεις διαταραχές είναι υπερβολικά φοβισμένοι, ανήσυχοι, ή αποφεύγουν αντιληπτές απειλές στο περιβάλλον (π.χ. κοινωνικές καταστάσεις, ή άγνωστα μέρη) ή εσωτερικά για τον εαυτό τους (π.χ. ασυνήθιστες σωματικές καταστάσεις). Η απάντηση είναι αναλογική με τον πραγματικό κίνδυνο ή τον κίνδυνο που δημιουργείται. Ο φόβος εμφανίζεται ως αποτέλεσμα επικείμενης απειλής, ενώ το άγχος είναι μια κατάσταση αναμονής για αντιληπτές μελλοντικές απειλές (Craske, M. G., Rauch, S. L., et al. 2011). Συμπεριφορές αποφυγής κυμαίνονται από άρνηση εισόδου σε καταστάσεις έως τη στενή εξάρτηση από αντικείμενα ή ανθρώπους που μπορούν να αντιμετωπιστούν.

Οι διαταραχές άγχους θεωρούνται οι συχνότερες σε εμφάνιση ψυχικές διαταραχές και το ποσοστό των ατόμων στο γενικό πληθυσμό που πάσχει από αυτές είναι περίπου 13% και ως εκ τούτου (Steel et al., 2014). Ακόμα, οι αγχώδεις διαταραχές μπορούν να οδηγήσουν σε αρκετές περιπτώσεις το άτομο σε μείωση της παραγωγικότητάς του, και σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης άλλων διαταραχών. Επίσης, το αυξημένο άγχος έχει συνδεθεί με την κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ, το κάπνισμα και τον μεγαλύτερο κίνδυνο θνησιμότητας (Bystritsky et al., 2013).

Φόβος και άγχος είναι κοινά σε καθημερινή ζωή. Για να διαγνωστεί ως αγχώδης διαταραχή, ο φόβος και το άγχος χαρακτηρίζονται (υπερβολικά ή αναλογικά με την

πραγματική απειλή που δημιουργείται) επίμονα και σχετίζονται με διαταραχή σε κοινωνικούς, επαγγελματικούς ή άλλους σημαντικούς τομείς λειτουργικότητας. Οι περισσότεροι φόβοι σ' όλη την παιδική ηλικία και την εφηβεία είναι αναπτυξιακά κανονιστικοί, μόνο το 23% αντιπροσωπεύει αγχώδης διαταραχή (Muris, P., Merckelbach, H., et al. 2000). Καθ΄όλη τη διάρκεια της ενηλικίωσης, ο παροδικός φόβος ή το άγχος μπορεί να εμφανιστεί γύρω από περιόδους άγχους της ζωής, αλλά αυτά τα συμπτώματα δεν διαγιγνώσκονται ως αγχώδης διαταραχή, εκτός κι εάν επιμένουν (π.χ. για τουλάχιστον 6 μήνες) και παρεμβαίνουν σε λειτουργικότητα.

Επιδημιολογία:

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι η πιο διαδεδομένη κατάσταση ψυχικής υγείας (Kessler, R. C., Ruscio, A. M., et al., 2009). Από το 2013, ένας στους εννιά ανθρώπους παγκοσμίως είχε αγχώδης διαταραχή κατά το παρελθόν (Baxter, A. J., Scott, K. M., et al. 2013). Σε μια συστηματική ανασκόπηση (Baxter, A. J., Scott, K. M., et al.2013) μελετών ο επιπολασμός των αγχωδών διαταραχών εκτιμήθηκε σε 7.3% (95% CI 4.8–10.9), που υποδηλώνει ότι 1 στα 14 άτομα σ' όλον τον κόσμο ανά πάσα στιγμή έχει μια αγχώδης διαταραχή. Επιπλέον, 1 στους 9 (11.6%) [95% CI 7.6–17.7] θα έχει μια αγχώδης διαταραχή σε ένα δεδομένο έτος. Παγκοσμίως οι γυναίκες έχουν διπλάσιες πιθανότητες από τους άνδρες να έχουν αγχώδης διαταραχή, οι ενήλικοι ηλικίας 55 ετών και άνω έχουν 20% λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν αγχώδης διαταραχή σε σχέση μ' αυτούς ηλικίας 35-54 ετών. Συγκεκριμένα, οι εκτιμήσεις επιπολασμού για αγχώδεις διαταραχές ποικίλουν μεταξύ των χωρών, με επιπολασμό των 212 μηνών να κυμαίνεται από 2.4% σε Ιταλία έως 29.8% στο Μεξικό. Ο επιπολασμός σε ΗΠΑ και τις Ευρωπαϊκές Χώρες, τείνει να είναι υψηλότερος από αυτόν σ' άλλες χώρες του κόσμου.

Ευρήματα από επιδημιολογικές έρευνες από διάφορες χώρες δείχνουν σταθερά ότι η ειδική φοβία είναι η πιο κοινή αγχώδης διαταραχή, με εκτιμήσεις στα 6-12% (Baxter, A. J., Scott, K. M., et al, 2013). Τα περισσότερα άτομα έχουν περισσότερες από μια ειδικές φοβίες και πολλαπλές φοβίες σχετίζονται με αυξημένη σοβαρότητα και εξασθένηση. Η επόμενη πιο συνηθισμένη είναι η διαταραχή κοινωνικού άγχους με επιπολασμό ζωής έως και 10% (Baxter, A. J., Scott, K. M., et al, 2013). Η διαταραχή κοινωνικού άγχους τείνει να είναι υψηλότερη σε Β. Αμερική από ότι σε Δυτική Ευρώπη (Kessler, R. C., Ruscio, A. M., et al., 2009). Η απόκλιση στον επιπολασμό μεταξύ ανδρών και γυναικών δεν είναι τόσο μεγάλη για διαταραχές κοινωνικού άγχους όσο γι' άλλες αγχώδεις διαταραχές.(Kessler, R. C., Petukhova, M., et al 2012). Οι άλλες αγχώδεις διαταραχές είναι λιγότερο συχνές από ότι η διαταραχή κοινωνικού άγχους, με εκτιμήσεις επιπολασμού ζωής 3-5% για Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή, 2-5% για Διαταραχή Πανικού, 2-3% για Διαταραχή άγχους αποχωρισμού, και 2% για αγοραφοβία (Baxter, A. J., Scott, K. M., et al, 2013). Μεταξύ των νεαρών ηλικιακών ομάδων , που καλύπτουν την παιδική ηλικία και την εφηβεία (συνήθως έως και 19 ετών) οι πιο κοινές συχνές αγχώδεις διαταραχές είναι οι ειδικές φοβίες, η διαταραχή κοινωνικού άγχους και η διαταραχή άγχους αποχωρισμού (Beesdo-Baum, K., & Knappe, S., 2012). Η επιλεκτική αλαλία είναι σπάνια (περίπου 0.7-0.8%) (Bergman, R. L., Piacentini, J., & McCracken, J. T., 2002).

Η συννοσηρότητα μεταξύ των αγχωδών διαταραχών είναι συχνή, με το πάνω από το ήμισυ των ατόμων με μια αγχώδης διαταραχή να έχει άλλη κάποια στιγμή στη ζωή του σύμφωνα με την National Comborbidity Suyvey- Replication (NCS-R) στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Kessler, R. C., Chiu, W. T., et al, 2005). Οι αγχώδεις διαταραχές συνυπάρχουν με κατάθλιψη. Η συσχέτιση με μείζονα κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα ισχυρή για Γενικευμένη Διαταραχή άγχους και μέτρια ισχυρή με διαταραχή πανικού, αγοραφοβία και διαταραχή κοινωνικού άγχους (Kessler, R. C., Chiu, W. T., et al, 2005). Διαταραχή αλκοόλ

(Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S. et al, 2014) και άλλες διαταραχές χρήσης ουσιών είναι επίσης συνυπάρχουσες με αγχώδεις διαταραχές, αν και σε μικρότερο βαθμό από ότι με την κατάθλιψη (Kessler, R. C., Chiu, W. T., et al, 2005). Η συννοσηρότητα με διαταραχές προσωπικότητας είναι επίσης εκτεταμένη (Welander-Vatn, A., Ystrom, E., et al, 2015). Τα υψηλά επίπεδα συννοσηρότητας μεταξύ αγχωδών διαταραχών και ψυχαναγκαστικών και σχετικών με το στρες διαταραχών (π.χ. Διαταραχή Μετατραυματικού στρες) αναγνωρίζονται νοσολογικά με την ομαδοποίηση τους σε ̈Νευρωτικές, σχετικές με στρες και σωματομορφικές Διαταραχές στο ICD-10 (World Health Organization, 1993).

Η μη λειτουργικότητα και αναπηρία που σχετίζονται με αγχώδεις διαταραχές μπορεί να είναι μεγαλύτερες σε γυναίκες από άνδρες (McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T et al, 2011). Ακαδημαϊκά προβλήματα παρατηρούνται συνήθως σε νέους (ηλικίας 7-17 ετών) με αγχώδεις διαταραχές. (Nail, J. E., Christofferson, J., Ginsburg, G. S., et al, 2015). Σε αναδρομικές μελέτες, περισσότερο το άγχος αποχωρισμού και οι ειδικές φοβίες αναπτύσσονται σε παιδική ηλικία, η διαταραχή κοινωνικού άγχους αναπτύσσονται σε εφηβεία ή πρώιμη ενηλικίωση, και η ηλικία έναρξης για διαταραχή πανικού, αγοραφοβία, και γενικευμένη αγχώδης διαταραχή είναι συνήθως αργότερα και με μεγαλύτερη διασπορά κατανομών από ότι σ’ άλλες μορφές άγχους (Kessler, R. C., Ruscio, A. M., et al., 2009). Μελέτες προοπτικής για παιδιά και εφήβους συχνά δείχνουν ακόμη νεότερες ηλικίες έναρξης της διαταραχής (Baxter, A. J., Scott, K. M., et al, 2013). Επίσης, έχουν αναφερθεί περιπτώσεις διαταραχης άγχους αποχωρισμού ενηλίκων (Silove, D., Alonso, J., Bromet, E., et al, 2015), (Bögels, S. M., Knappe, S., & Clark, L. A. (2013) όπως και έναρξη της γενικευμένης διαταραχής άγχους με καθυστερημένη έναρξη (Zhang, X., Norton, J., et al, 2015). Εάν δεν αντιμετωπιστούν οι αγχώδεις διαταραχές τείνουν να είναι χρόνιες, με επαναλαμβανόμενα και φθίνοντα πρότυπα υποτροπής σ’ όλη την διάρκεια της ζωής (Kessler, R. C., Ruscio, A. M., et al., 2009), (Bruce, S. E., Yonkers, K. A., et al, 2015).

Αιτιολογία: (Kaplan H. και συν, 2007, σελ. 239-242)

Α. Βιολογικοί παράγοντες:

1. Το άγχος περιλαμβάνει μία υπερβολική αντίδραση του αυτόνομου νευρικού συστήματος με αύξηση του τόνου του συμπαθητικού.

2. Η απελευθέρωση κατεχολαμινών αυξάνεται, με αυξημένη παραγωγή μεταβολιτών της νορεπινεφρίνης (π.χ. 3-μεθοξυ-4-υδροξυφαινυλογλυκόλη)

3. Μπορεί να είναι ελαττωμένος ο λανθάνων χρόνος επέλευσης του ύπνου REM και του σταδίου IV του ύπνου.

4. Τα ελαττωμένα επίπεδα του γ-αμινοβουτυρικού οξέος (GABA) προκαλούν υπερδραστηριότητα του κεντρικού νευρικού συστήματος(ΚΝΣ) (το GABA αναστέλλει τη διεγερσιμότητα του ΚΝΣ και απαντάται γενικά σε όλον τον εγκέφαλο).

5. Με το άγχος σχετίζονται μεταβολές του σεροτονινεργικού συστήματος και αυξημένη ντοπαμινεργική δραστηριότητα.

6. Η δραστηριότητα στον κροταφικό λοβό είναι αυξημένη.

7. Ο υπομέλας τόπος, το εγκεφαλικό κέντρο των νοραδρενεργικών νευρώνων, είναι υπερδραστήριος στις αγχώδεις καταστάσεις, ιδίως στις κρίσεις πανικού.

8. Μελέτες επίσης υποστηρίζουν τον ρόλο που διαδραματίζουν τα νευροπεπτίδια (ουσία P, CRF και χολοκυστοκινίνη).

9. Η υπερδραστηριότητα και η απορρύθμιση της αμυγδαλής μπορεί να σχετίζεται με κοινωνικό άγχος.

Τα ευρήματα από γενετικές επιδημιολογικές μελέτες (Shimada-Sugimoto, M., Otowa, T., et al ,2015) δείχνουν μέτρια οικογενειακή συγκέντρωση για αγχώδεις διαταραχές με εκτιμήσεις κληρονομικότητας στο 30-50%. Συγκεκριμένοι τόποι γενετικής ευπάθειας δεν έχουν ακόμη επαναληφθεί πειστικά, αν και υπάρχουν πολλοί υποψήφιοι, συμπεριλαμβανομένου του CAMKMT, που κωδικοποιεί το CAMKMT σε χρωμόσωμα 2p21,

έχουν αναγνωριστεί σε μια μετανάλυση μελετών συσχέτισης σε ολόκληρο το γονιδίωμα των αγχωδών διαταραχών (Otowa, T., Hek, K., Lee, M., et al, 2016). Μια μετανάλυση μελετών (De Moor, M. H., Van Den Berg, S. M., et al , 2015) συσχέτισης σε ολόκληρο το γονιδίωμα για νευρωτισμό, που ουσιαστικά είναι πιο συχνό σε άτομα με άγχος ή κατάθλιψη από ότι σε άτομα χωρίς άγχος ή κατάθλιψη, έδειξε ότι ένας πολυμορφισμός ενός νουκλεοτιδίου στο γονιδίωμα MAGI1 είναι ένας τόπος γι' αυτό το χαρακτηριστικό. Οι ερευνητές μελλοντικών θα πρέπει να εξετάσουν πολυμορφισμούς μόνο νουκλεοτιδίου MAGI1 και σ' άλλους πρόσφατα ανακαλυφθέντες τόπους νευρωτισμού (Smith, D. J., Escott-Price, V., Davies, G., et al , 2016) για πιθανή συσχέτιση με διαταραχές άγχους.

Η παθοφυσιολογία των αγχωδών διαταραχών είναι ελάχιστα κατανοητή. Η υπεργενίκευση του αποκτημένου φόβου (Duits, P., Cath, D. C., Lissek, S., Hox, J. J., et al ,2015 , Dunsmoor, J. E., & Paz, R. ,2015) και τα ελλείμματα σε εξαφάνιση του αποκτημένου φόβου (Milad, M. R., Rosenbaum, B. L., & Simon, N. M., 2014) υποτίθεται ότι συμβάλλουν σε ανάπτυξη αγχωδών διαταραχών. Μελέτες απεικόνισης του εγκεφάλου (Etkin, A., & Wager, T. D. ,2007, Fonzo, G. A., Ramsawh, H. J., Flagan, T. M., et al., 2015, Kilgore, M. B., Augustin, M. M., Starks, C. M., et al, 2014, Stein, M. B., Simmons, A. N., et al., 2007) στις οποίες η χρήση λειτουργικής MRI είναι ολοένα πιο εμφανής, τείνουν να υποδηλώνουν υπερδραστηριότητα σε λεμφαδενικές περιοχές, όπως η αμυγδαλή κατά τη διάρκεια της επεξεργασίας συναισθηματικών ερεθισμάτων, και παρεκκλίνουσας λειτουργικής συνδεσιμότητας μεταξύ αυτών των περιοχών και μεταξύ άλλων πιθανώς ανασταλτικών περιοχών στον εγκέφαλο, όπως ο μεσαίος προμετωπιαίος φλοιός.

Β. Ψυχαναλυτικοί παράγοντες:

Σύμφωνα με τον Freud, οι ασυνείδητες ενορμήσεις (π.χ. σεξουαλικές, επιθετικές), απειλούν να εισβάλλουν στο πεδίο του συνειδητού και προκαλούν άγχος. Το άγχος

σχετίζεται αναπτυξιακά με φόβους αποδιοργάνωσης της παιδικής ηλικίας, οι οποίοι προέρχονται από τον φόβο μιας πραγματικής ή φαντασιακής απώλειας ενός αντικειμένου αγάπης ή το φόβο σωματικής βλάβης (π.χ. ευνουχισμός). Ο Freud χρησιμοποίησε τον όρο σήμα άγχους για να περιγράψει το άγχος, που δεν βιώνεται συνειδητά, αλλά πυροδοτεί αμυντικούς μηχανισμούς, οι οποίοι χρησιμοποιούνται από το άτομο για να αντιμετωπίσει μια δυνητικά απειλητική κατάσταση.

Γ. Θεωρία μάθησης:

1. Το άγχος προκαλείται από παρατεταμένη ή σοβαρή ματαίωση ή στρες. Στη συνέχεια, το άγχος γίνεται μια εξαρτημένη μάθηση σε σχέση με άλλες καταστάσεις, που είναι λιγότερο σοβαρά ματαιωτικές ή στρεσσογόνες.
2. Μπορεί να αποκτηθεί μέσω ταύτισης και μίμησης των σχημάτων άγχους των γονιών (κοινωνική θεωρία μάθησης).
3. Το άγχος σχετίζεται με ένα φυσικά τρομακτικό ερέθισμα (π.χ. ατύχημα). Η ακόλουθη μετάθεση ή μεταβίβαση σε ένα άλλο ερέθισμα μέσω εξαρτημένης μάθησης προκαλεί μια φοβία σε καινούργιο και διαφορετικό αντικείμενο ή κατάσταση.
4. Οι αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνουν λανθασμένα, διαστρεβλωμέναή αντιπαραγωγικά γνωστικά σχήματα.

Δ. Γενετικές μελέτες:

1. Οι μισοί από τους ασθενείς με διαταραχή πανικού έχουν ένα συγγενή με την ίδια διαταραχή.
2. Στο 5% περίπου των ατόμων με υψηλά επίπεδα άγχους ανευρίσκεται μια πολυμορφική παραλλαγή του γονιδίου που σχετίζεται με το μεταβολισμό του μεταφορέα της σεροτονίνης.

Στους παράγοντες κινδύνου- παθοφυσιολογία μπορεί να προστεθεί η παιδική κακοποίηση (π.χ. σεξουαλική κακοποίηση σε παιδική ηλικία) (Vachon, D. D., Krueger, R. F., et al, 2015), σωματική τιμωρία σε παιδική ηλικία (Clauss, J. A., & Blackford, J. U., 2012), ιστορικό γονέων με ψυχολογικές διαταραχές, χαμηλή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση (Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S. et al, 2014) και ένα υπερπροστατευτικό ή υπερβολικά αυστηρό στυλ γονικής ανατροφής (Beesdo-Baum, K., & Knappe, S., 2012) σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αγχωδών διαταραχών. Αυτοί οι παράγοντες κινδύνου είναι μη ειδικοί, αυξάνουν τον κίνδυνο για πολλές ψυχικές διαταραχές. Αντίθετα, η συστολή στην πρώιμη παιδική ηλικία (π.χ. προσκόλληση σε γνωστούς άλλους σε παρουσία αγνώστων) είναι συχνά πιο προγνωστική για διαταραχές κοινωνικούς άγχους (7.59, 95% CI 3.03–19.00) (Clauss, J. A., & Blackford, J. U., 2012) Οι γυναίκες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο κάθε διαταραχής άγχους (Kessler, R. C., & Wang, P. S., 2008) και οι λόγοι παραμένουν ασαφείς.

Επειδή η εμφάνιση πολλών από τις αγχώδεις διαταραχές είναι σε παιδική ηλικία και εφηβεία, και προβλέπει μετέπειτα ψυχοπαθολογία, ο προσδιορισμός των ατόμων που κινδυνεύουν και οι παρεμβάσεις σε μικρές ηλικίες είναι σημαντικότεροι παράγοντες θεραπείας.

Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-V και ICD-10

Τα άτομα με χρόνιο άγχος παρουσιάζουν συνεχές και υπερβολικό άγχος και ανησυχία, το οποίο δυσκολεύονται να ελέγξουν. Το άγχος αυτό συνοδεύεται από μια σειρά ψυχολογικών και σωματικών συμπτωμάτων που επηρεάζουν σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου σε σημαντικούς τομείς της ζωής (American Psychiatric Association, 2013). Το κύριο χαρακτηριστικό του χρόνιου άγχους είναι η υπερβολική ανησυχία για διάφορους τομείς της ζωής και καταστάσεις, προκαλώντας έντονη συναισθηματική δυσφορία στο άτομο (American Psychiatric Association, 2013).

Κατά τη διάρκεια αρκετών δεκαετιών η ταξινόμηση αυτών των διαταραχών δεν έχει αλλάξει δραματικά, αν και οι πρόοδοι στην νευροεπιστήμη και τη θεραπευτική έχουν εστιάσει την προσοχή τους στο πως οι αγχώδεις διαταραχές ομαδοποιούνται. Αρκετά διεθνή συνέδρια πραγματοποιήθηκαν το 2003-2008 για να οξύνουν φυσικά σημεία διαχωρισμού των διαγνωστικών ομάδων υπό την κατηγορία των αγχωδών διαταραχών.

Η δημοσίευση του DSM-V το 2013 είχε σημαντικό αντίκτυπο στην ταξινόμηση των αγχωδών διαταραχών. Το κεφάλαιο DSM-V για αγχώδεις διαταραχές δεν περιλαμβάνει την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, (και τοποθετεί την τελευταία σε νέο κεφάλαιο με τίτλο «Ιδεοψυχαναγκαστική και σχετικές διαταραχές»), ούτε την μετατραυματική διαταραχή στρες ή οξεία διαταραχή στρες (και την τοποθετεί σε ένα νέο κεφάλαιο «Τραύμα- Διαταραχές που σχετίζονται με στρεσσογόνους Παράγοντες». Το κεφάλαιο αντικατοπτρίζει μια αναπτυξιακή προσέγγιση, με διαταραχές σε ακολουθία ανάλογα με τη συνήθη ηλικία κατά την έναρξη. (American Psychiatric Association., 2019, Kupfer, D. J., 2015)

Η διαταραχή πανικού και η αγοραφοβία αποσυνδέονται τώρα στο DSM-V, το καθένα με ξεχωριστά κριτήρια. Η διαταραχή άγχους αποχωρισμού και επιλεκτική αλαλία ταξινομούνται ως διαταραχές άγχους, σε αντίθεση με την τοποθέτησή τους από το DSM-IV μεταξύ διαταραχών που εμφανίζονται στην παιδική ηλικία. Η διατύπωση των κριτηρίων για διαταραχή αποχωρισμού έχει τροποποιηθεί, ώστε να αντιπροσωπεύει καταλληλότερα την έκφραση συμπτωμάτων στην άγχους αποχωρισμού στην ενηλικίωση (American Psychiatric Association., 2019, Kupfer, D. J., 2015)

<u>Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή:</u>

Διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM-V (American Psychiatric Association., 2013):

Α. Υπερβολικό άγχος και ανησυχία (φοβισμένη προσδοκία) που εμφανίζονται περισσότερες ημέρες μίας περιόδου τουλάχιστον 6 μηνών, για σειρά γεγονότων ή δραστηριοτήτων (όπως η εργασία και η σχολική επίδοση)

Β. Το άτομο αισθάνεται ότι είναι δύσκολο να ελέγξει την ανησυχία.

Γ. Το άγχος και η ανησυχία συνδέονται με 3 (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα 6 συμπτώματα (με τουλάχιστον μερικά από αυτά να είναι παρόντα τις περισσότερες ημέρες κατά τη διάρκεια των τελευταίων 6 μηνών). [Στα παιδιά απαιτείται μόνο ένα σύμπτωμα].

1. Νευρικότητα ή αίσθημα αγωνίας ή με τεντωμένα νεύρα
2. Εύκολη κόπωση
3. Δυσκολία συγκέντρωσης ή αίσθημα ότι το μυαλό αδειάζει
4. Ευερεθιστότητα
5. Μυϊκή τάση
6. Διαταραχή του ύπνου (δυσκολία επέλευσης ή διατήρησης του ύπνου, ή ανήσυχος, μη ικανοποιητικός ύπνος).

Δ. Το άγχος, η ανησυχία ή τα σωματικά συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση των κοινωνικών, επαγγελματικών ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.

Ε. Η διαταραχή δεν οφείλεται σε άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακα) ή σε γενική σωματική κατάσταση (π.χ. υπερθυρεοειδισμός).

ΣΤ. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα από μία άλλη ψυχική διαταραχή, (π.χ. άγχος ή ανησυχία προσβολής πανικού στη διαταραχή πανικού, αρνητικής αξιολόγησης σε διαταραχή κοινωνικού άγχους στην κοινωνική φοβία, μόλυνσης ή άλλες εμμονές στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, αποχωρισμού από πρότυπα προσκόλλησης σε διαταραχή άγχους αποχωρισμού, υπενθυμίσεων τραυματικών συμβάντων σε διαταραχή

μετατραυματικού στρες, αύξησης βάρους σε ψυχογενής ανορεξία, σωματικών παραπόνων σε διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων, αντιληπτικών ελαττωμάτων στην εμφάνιση σε δυσμορφική διαταραχή, του να έχει μια σοβαρή ασθένεια σε διαταραχή άγχους ασθένειας ή το περιεχόμενο των παραληρητικών πεποιθήσεων σε σχιζοφρένεια και παραληρητική διαταραχή)

<u>Διαταραχή Πανικού:</u>

Διαγνωστικά Κριτήρια του DSM-V:

Α. Επανειλημμένες απροσδόκητες προσβολές πανικού. Μια προσβολή πανικού είναι μια απότομη έξαρση έντονου φόβου ή έντονης δυσφορίας που κορυφώνεται μέσα σε λίγα λεπτά, και κατά τη διάρκεια της οποίας εμφανίζονται 4 (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα:

{Σημείωση: Η απότομη αύξηση μπορεί να συμβεί από ήρεμη κατάσταση ό από ανήσυχη κατάσταση}.

1. Αίσθημα παλμών, καρδιά που «σφυροκοπά», ή επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού
2. Εφίδρωση
3. Τρέμουλο ή έντονος τρόμος
4. Αίσθημα λαχανιάσματος ή ασφυξίας
5. Αίσθημα πνιγμονής
6. Πόνος ή δυσφορία στο θώρακα
7. Ναυτία ή κοιλιακή ενόχληση
8. Αίσθημα ζάλης, αστάθειας, ή τάση λιποθυμίας
9. Ρίγη ή αίσθημα ζέστης
10. Παραισθησίες (μουδιάσματα ή μυρμηγκιάσματα)

11. Αποπραγματοποίηση (αισθήματα μη πραγματικού) ή αποπροσωποποίηση (ότι αποσπάται από τον ίδιο τον εαυτό του)

12. Φόβος απώλειας του ελέγχου ή της επερχόμενης τρέλας

13. Φόβος θανάτου

{Σημείωση: Μπορούν να παρατηρηθούν ειδικά συμπτώματα (π.χ. εμβοές, πόνος στον αυχένα, πονοκέφαλος, ανεξέλεγκτη κραυγή ή κλάμα). Αυτά τα συμπτώματα δεν πρέπει να υπολογίζονται ως ένα από τα 4 απαιτούμενα συμπτώματα.}

Β. Τουλάχιστον μια από τις προσβολές έχει ακολουθηθεί επί ένα μήνα (ή περισσότερο) από το ένα ή και τα δύο ακόλουθα:

1. Επίμονη ανησυχία ότι θα υπάρξουν κι άλλες προσβολές και ανησυχία για τις συνέπειες της προσβολής ή τις συνέπειές της (π.χ. απώλεια του ελέγχου, ότι θα υποστεί έμφραγμα μυοκαρδίου, ότι «θα τρελαθεί ».

2. Σημαντική μη προσαρμοστική αλλαγή της συμπεριφοράς που συνδέεται με τις προσβολές (π.χ. συμπεριφορές που αποσκοπούν σε αποφυγή προσβολών πανικού, όπως αποφυγή άσκησης ή αγνώστων καταστάσεων)

Γ. Η διαταραχή δεν μπορεί να αποδοθεί σε φυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακα) ή σε μια γενική σωματική κατάσταση (π.χ. υπερθυρεοειδισμός, καρδιοαναπνευστικές διαταραχές).

Δ. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα από μια άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. οι προσβολές πανικού δεν συμβαίνουν μόνο σε απάντηση σε φοβισμένες κοινωνικές καταστάσεις, όπως σε διαταραχή κοινωνικού άγχους, σε έκθεση σε καθορισμένα φοβικά αντικείμενα ή καταστάσεις, όπως σε ειδική φοβία, σε έκθεση σε εμμονές, όπως σε ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, σε απάντηση σε υπενθυμίσεις τραυματικών συμβάντων, όπως και στη διαταραχή

μετατραυματικού στρες, ή σε απάντηση στην απομάκρυνση από πρότυπα προσκόλλησης, όπως σε διαταραχή άγχους αποχωρισμού.

Συνοψίζονται τα βασικά συμπτώματα των υπολοίπων αγχωδών διαταραχών, όπως ορίζονται από το DSM-V (American Psychiatric Association., 2013), και την δέκατη Διεθνή έκδοση νοσημάτων (International Classification of Diseases) ICD-10 (World Health Organization., 1993). Και στα δύο ταξινομητικά συστήματα, ο φόβος και το άγχος είναι επίμονος, έντονος, και προκαλεί απώλεια της λειτουργικότητας.

Διαταραχή άγχους αποχωρισμού:

- Επισημασμένος φόβος ή άγχος σχετικά με τον αποχωρισμό από σχήματα προσκόλλησης σε βαθμό που είναι αναπτυξιακά ακατάλληλη.
- Επίμονος φόβος ή άγχος για βλάβη που έρχεται σε σχήματα προσκόλλησης και γεγονότα που θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε απώλεια ή αποχωρισμό από αυτά.
- Απροθυμία να αφήσουν σχήματα προσκόλλησης.
- Εφιάλτες και σωματικά συμπτώματα δυσφορίες.
- Τα συμπτώματα συνήθως αναπτύσσονται σε παιδική ηλικία, αλλά μπορούν να αναπτυχθούν και κατά την ενήλικη ζωή (DSM-V)
- Απαιτείται διάρκεια 4 εβδομάδων για διάγνωση στην παιδική ηλικία, ενώ μεγαλύτερη διάρκεια, συνήθως 6 μηνών σε ενηλικίωση (DSM-V).

Επιλεκτική αλαλία:

- Συνεπής αποτυχία ομιλίας σε συγκεκριμένες κοινωνικές καταστάσεις (π.χ. σχολείο), όπου υπάρχει προσδοκία ομιλίας, παρά το γεγονός ότι μιλάει σ' άλλες καταστάσεις.
- Δεν περιορίζεται σε αλληλεπιδράσεις των συνομιλήκων.
- Δεν εξηγείται από απουσία εξοικείωσης με την προφορική γλώσσα.
- Παραμένει για τουλάχιστον ένα μήνα (πέραν του πρώτου μήνα στο σχολείο).

Ειδική φοβία:

- Έκδηλος και επίμονος φόβος και ανησυχία, ή αποφυγή καθορισμένων αντικειμένων ή καταστάσεων (το DSM δηλώνει ότι οι φόβοι πρέπει να είναι αναλογικοί με τον κίνδυνο που δημιουργείται. Το ICD-10 προσδιορίζει την αναγνώριση ότι τα συμπτώματα είναι υπερβολικά ή παράλογα.)
- Τύποι συγκεκριμένων φοβιών περιλαμβάνουν ζώα (π.χ. αράχνες, έντομα, σκύλους), φυσικό περιβάλλον ύψη, καταιγίδες ή νερό), σχετικά με αίμα- ένεση- τραύμα (π.χ. βελόνες, επεμβατικές ιατρικές διαδικασίες), καταστασιακά (π.χ. αεροπλάνα, ανελκυστήρες, κλειστούς χώρους), και άλλα (καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν πνιγμονή, έμετο, σε παιδιά είναι οι δυνατοί θόρυβοι και τα ένστολα άτομα).

Διαταραχή κοινωνικού άγχους (κοινωνική φοβία):

- Επισημασμένος φόβος, άγχος, ή αποφυγή κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και καταστάσεων που περιλαμβάνουν τον εξονυχιστικό έλεγχο ή αποτελούν το επίκεντρο της προσοχής, όπως να παρατηρείται από άλλους ενώ μιλάει, τρώει ή να παρουσιάζει κάτι (το DSM-V ορίζει ότι ο φόβος και η ανησυχία θα πρέπει να είναι αναλογικά προς την απειλή που τίθενται. Το ICD-10 προσδιορίζει αναγνώριση ότι τα συμπτώματα είναι υπερβολικά ή παράλογα.)
- Φόβος για αρνητική κριτική από άλλους, και ιδίως φόβος να ντροπιαστεί, ταπεινωθεί ή να απορριφθεί ή να προσβληθεί από άλλους.
- Το ICD-10 καθορίζει σωματικά συμπτώματα και συμπτώματα όπως κοκκίνισμα, φόβος για έμετο ή επείγουσας ανάγκης, φόβος ούρησης ή αφόδευσης.
- Ένα υποσύνολο έχει κοινωνικό άγχος μόνο σε καταστάσεις απόδοσης (π.χ. να παρουσιάζω κάτι μπροστά στο κοινό).

Αγοραφοβία:

- Αισθητός φόβος, άγχος ή αποφυγή 2 ή περισσότερων από τις ακόλουθες καταστάσεις (DSM-V): δημόσιες συγκοινωνίες (π.χ. ταξίδια σε αυτοκίνητα, λεωφορεία, τρένα, πλοία, αεροπλάνα), ανοιχτοί χώροι (π.χ. παρκινγκ, χώροι αγορών, γέφυρες), κλειστοί χώροι (π.χ. καταστήματα, θέατρα, κινηματογράφος), ουρά ή πλήθη, εκτός του σπιτιού. Στο ICD-10 περιλαμβάνονται καταστάσεις με πλήθη, με δημόσιους χώρους, να ταξιδεύεις μόνος ή να ταξιδεύεις μακριά από το σπίτι και καθορίζει ότι τα συμπτώματα είναι υπερβολικά ή παράλογα. Στο DSM-V προσδιορίζεται ότι ο φόβος ή το άγχος είναι δυσανάλογο της απειλής που προκαλείται.
- Το DSM-V καθορίζει τον φόβο ότι η διαφυγή μπορεί να είναι δύσκολη ή ότι δεν θα υπάρχει βοήθεια σε περίπτωση πανικού ή άλλων αδύναμων και ενοχλητικών συμπτωμάτων (π.χ. ακράτεια). Το ICD-10 παραθέτει μόνο συμπτώματα πανικού.

Αγχώδεις διαταραχές που σχετίζονται με άλλη σωματική κατάσταση:

- Σημαντικός φόβος ή ανησυχία που είναι άμεση φυσιολογική συνέπεια άλλης ιατρικής διαταραχής.

Προκαλούμενη από ουσίες αγχώδης διαταραχή:

- Σημαντικός φόβος ή ανησυχία λόγω τοξίκωσης ή στέρησης ή λόγω φαρμακευτικής αγωγής.

Αγχώδης διαταραχή ασθένειας (υποχονδρίασης):

- Ενασχόληση- μανία έχοντας ή κολλώντας μία σοβαρή μη διαγνωσμένη ιατρική ασθένεια.
- Για το DSM-V, τα σωματικά συμπτώματα είτε δεν είναι παρόντα είτε μόνο ήπια σε ένταση (εάν υπάρχουν, θα μπορούσε να εφαρμοστεί η διάγνωση διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων)

- Για το ICD-10, η ενασχόληση- μανία μπορεί να είναι με υποτιθέμενη παραμόρφωση ή δυσμορφία (Σωματική δυσμορφική διαταραχή στο DSM-V)

Σύμφωνα με το International Classification of Diseases and Related Health Problems 10th edition (ICD 10) το άγχος περιγράφει μια κατηγορία ψυχιατρικών διαταραχών που χαρακτηρίζονται από τα συναισθήματα άγχους ή φόβου που συχνά συνοδεύονται από σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται με το άγχος. Ακόμα, το άγχος περιγράφεται ως μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από το φόβο ενός πιθανού κινδύνου και φόβο συνοδευόμενο από ανησυχία, ένταση, ταχυκαρδία και δύσπνοια που δεν συνδέονται με ένα σαφώς αναγνωρίσιμο ερέθισμα. Χαρακτηριστικό των σχετικών αγχωδών διαταραχών είναι πως χαρακτηρίζονται από άγχος ή φόβο χωρίς εμφανές αντικείμενο ή αιτία. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ευερεθιστότητα, ανήσυχες προσδοκίες, κρίσεις άγχους ή φοβίες (Slade & Andrews, 2001).

Διαφορική Διάγνωση:

Παρόλο που οι διάφορες αγχώδεις διαταραχές μοιράζονται πολλά κοινά χαρακτηριστικά, μπορούν να διακριθούν μεταξύ τους από τα καθοριστικά διαγνωστικά χαρακτηριστικά τους. Διαφορετικές αγχώδεις διαταραχές μπορούν να έχουν πανομοιότυπες ή πολύ παρόμοιες εκδηλώσεις συμπεριφοράς (π.χ. αποφυγή), αλλά οι έρευνες αναφορικά με τις σχετικές πεποιθήσεις (π.χ. γνωσίες) συνήθως επιτρέπουν την διάκριση της επικρατούσας διάγνωσης. Π.χ. ένα άτομο μπορεί να περιγράψει τον φόβο του να είναι σε πλήθη, όπως για παράδειγμα σε εμπορικά κέντρα. Η υποκείμενη αγχώδης διαταραχή θα μπορούσε να είναι η αγοραφοβία (εάν ο φόβος είναι ανικανότητα ή ότι δεν μπορεί να ξεφύγει τέτοιες καταστάσεις) ή διαταραχή κοινωνικού άγχους (εάν ο φόβος είναι η διερεύνηση και η αξιολόγηση από τους άλλους σε τέτοιες καταστάσεις) ή διαταραχή πανικού (εάν ο φόβος είναι σε κρίσεις πανικού), ή διαταραχή άγχους αποχωρισμού (εάν ο φόβος είναι αποχωρισμός από μια φιγούρα προσκόλλησης) ή ειδική φοβία (π.χ. εάν ο φόβος είναι ο

ανελκυστήρας). Η εκλεκτική αλαλία π.χ. μπορεί να είναι πολύ δύσκολο να διακριθεί από την διαταραχή κοινωνικού άγχους. Αυτή η αλληλοεπικάλυψη είναι ένα τεχνούργημα των διαγνωστικών κριτηρίων, στα οποία τα περισσότερα παιδιά με επιλεκτική αλαλία αναγνωρίζονται ότι πληρούν επίσης κριτήρια για διαταραχή κοινωνικού άγχους (τουλάχιστον στο DSM-V) (American Psychiatric Association., 2013). Πολλοί ειδικοί βλέπουν αυτές τις καταστάσεις ως την ίδια υποκείμενη διαταραχή, αν και η ομάδα DSM-V εργασίας άγχους θεώρησε ότι τα στοιχεία ήταν ανεπαρκή για ενοποίηση των διαγνώσεων.(Bögels, S. M., Alden, L., et al, 2010) Π.χ. ο φόβος οδήγησης για τον οποίο η διαφορική διάγνωση περιλαμβάνει την αγοραφοβία (ορίζεται από την παρουσία διαφόρων χαρακτηριστικών φόβων, ένας από τους οποίους μπορεί να οδηγήσει σε ορισμένες περιπτώσεις) και ειδική φοβία (που ορίζεται από την παρουσία ενός συγκεκριμένου φόβου που θα μπορούσε να είναι η οδήγηση γενικά ή η οδήγηση σε γέφυρες ειδικά). Απορίες γύρω από την διάγνωση επιλύονται με την πάροδο του χρόνου, καθώς ο γιατρός και ο ασθενής γίνονται πιο ενήμεροι για το κίνητρο για τους φόβους και τις σχετικές συμπεριφορές.

Θεραπεία: (Kaplan H. και συν, 2007, σελ. 245-250)

Α. Φαρμακευτική:

1. Βενζοδιαζεπίνες: είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση του άγχους γενικά. Είναι χρήσιμα σε διαταραχή πανικού , σε κοινωνική και ειδική φοβία. Υπάρχει ανησυχία για σωματική εξάρτηση, γι' αυτό δεν συνταγογραφούνται από τους γιατρούς όσο θα έπρεπε. Με κατάλληλη ψυχοθεραπευτική παρακολούθηση, ωστόσο, μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια για μεγάλα χρονικά διαστήματα χωρίς να τύχουν κατάχρησης. Το σύνδρομο στέρησης λόγω διακοπής τους απαντάται σε ασθενείς που χρησιμοποιούν τα φάρμακα αυτά για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

2. Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs):είναι αποτελεσματικότεροι από τα τρικυκλικά φάρμακα, επειδή στερούνται αντιχολινεργικών ιδιοτήτων και δεν είναι το ίδιο επικίνδυνοι όταν ληφθούν σε υπερβολική δόση. Οι συχνότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες είναι η παροδική ναυτία, η κεφαλαλγία, και η σεξουαλική δυσλειτουργία. Ορισμένοι ασθενείς, ειδικά όσοι πάσχουν από διαταραχή πανικού, αναφέρουν μια αρχική αύξηση του άγχους, όταν ξεκινάνε την αγωγή με αυτά τα φάρμακα, που μπορεί να ελεγχθεί με βενζοδιαζεπίνες μέχρις ότου δράσει πλήρως ο SSRI, συνήθως μέσα σε 2 με 4 εβδομάδες.

3. Τρικυκλικά: ελαττώνουν ένταση άγχους σ' όλες τις αγχώδεις διαταραχές, αλλά λόγω των παρενεργειών τους (π.χ. αντιχολινεργική δράση, καρδιοτοξικότητα και δυνητική θανατηφόρους δράση σε λήψη υπερβολικής δόσης) δεν αποτελούν θεραπεία πρώτης γραμμής.

4. Αναστολείς της μονοαμινο-οξειδάσης (MAOIs): είναι αποτελεσματικοί για την θεραπεία του πανικού και άλλων αγχωδών διαταραχών. Δεν αποτελούν πρώτης γραμμής φάρμακα λόγω μιας μείζονος παρενέργειας, εκδήλωση υπερτασικών κρίσεων δευτερογενών, όταν συνδυαστούν με κατανάλωση τροφών που περιέχουν τυραμίνη.

5. Άλλα φάρμακα:

- Ανταγωνιστές αδρενεργικών υποδοχέων (β-αναστολείς): καταστέλλουν τα σωματικά σημεία του άγχους ιδιαίτερα τις κρίσεις πανικού. Επίσης, είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην καταστολή του άγχους στην κοινωνική φοβία (π.χ. σε δημόσιες ομιλίες), όταν λαμβάνονται ως μεμονωμένη δόση μια ώρα πριν το φοβικό γεγονός. Στις ανεπιθύμητες ενέργειες περιλαμβάνονται η βραδυκαρδία, η υπόταση, και η υπνηλία. Δεν είναι χρήσιμα για το χρόνιο άγχος, εκτός κι αν οφείλεται σε μια αδρενεργική κατάσταση υπερευαισθησίας.

- Βενλαφαξίνη: αποτελεσματική σε γενικευμένη αγχώδη διαταραχή και διαταραχή πανικού.

- Βουσπιρόνη: διαθέτει ήπιες σεροτονινεργικές ιδιότητες και είναι αποτελεσματικότερο σε γενικευμένη αγχώδη διαταραχή παρά σε οξείες καταστάσεις. Έχει βραδύ ρυθμό έναρξης της δράσης και μπορεί να προκαλέσει ζάλη και κεφαλαλγία σε ορισμένους ασθενείς.
- Αντισπασμικά αγχολυτικά: Οι αναφορές για την αποτελεσματικότητά τους είναι ελάχιστες.

Β.Ψυχολογική:

1. Υποστηρικτική ψυχοθεραπεία: Περιλαμβάνει τη χρήση ψυχοδυναμικών εννοιών και μιας θεραπευτικής συμμαχίας για την προαγωγή της προσαρμοστικής διαχείρισης. Οι προσαρμοστικές άμυνες ενθαρρύνονται και ενδυναμώνονται και οι δυσπροσαρμοστικές αποθαρρύνονται. Ο θεραπευτή ενισχύει τον έλεγχο της πραγματικότητας και μπορεί να προσφέρει συμβουλές αναλογικά με τη συμπεριφορά.
2. Εναισθητική ψυχοθεραπεία: Ο στόχος είναι η ανάπτυξη εναισθησίας από τον ασθενή στις ψυχολογικές συγκρούσεις, που, αν δεν επιλυθούν, μπορούν να εκδηλωθούν ως συμπωματική συμπεριφορά (π.χ. άγχος, φοβίες, ιδοεληψίες, και ψυχαναγκασμοί και μετατραυματικές αντιδράσεις στρες). Αυτή η μορφή ψυχοθεραπείας ενδύκνυται ιδιαίτερα όταν i) τα αγχώδη συμπτώματα είναι σαφώς δευτερογενή μιας υποκείμενης ασυνείδητης σύγκρουσης, ii) το άγχος συνεχίζεται μετά τη χρήση φαρμακευτικών ή συμπεριφορικών θεραπειών, iii) αναπτύσσονται καινούργια συμπτώματα άγχους αφού έχουν επιλυθεί τα αρχικά (αντικατάσταση συμπτωμάτων, και iv) το άγχος είναι περισσότερο γενικευμένο και λιγότερο ειδικό.
3. Συμπεριφορική θεραπεία: Η βασική υπόθεση είναι ότι μια αλλαγή μπορεί να συμβεί χωρίς την ανάπτυξη ψυχολογικής εναισθησίας των υποκείμενων αιτιών. Στις τεχνικές περιλαμβάνονται η θετική και η αρνητική ενίσχυση, η συστηματική απευαισθητοποίηση, η ψυχοκατακλυσμική θεραπεία, η ενδόρρηξη, η σταδιακή έκθεση, η πρόληψη της

αντίδρασης, η διακοπή της σκέψης, τεχνικές χαλάρωσης, η θεραπεία ελέγχου του πανικού, η παρακολούθηση του εαυτού και η ύπνωση. Ενδείκνυται για περιγεγραμμένες, περιχαρακωμένες, δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές (π.χ. κρίσεις πανικού, φοβίες, ψυχαναγκασμοί, ιδεοληψίες. Οι σύγχρονες κλινικές απόψεις υποστηρίζουν ότι αν και τα φάρμακα βελτιώνουν γρήγορα το άγχος, η αποκλειστική θεραπεία με αυτά οδηγεί σε εξίσου πρώιμες υποτροπές. Η ανταπόκριση των ασθενών, που αντιμετωπίζονται με γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία, φαίνεται πως είναι σημαντικά και σταθερά καλύτερη από την ανταπόκριση εκείνων που λαμβάνουν μόνο φάρμακα.

4. Γνωσιακή θεραπεία: Βασίζεται σε υπόθεση ότι η δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά είναι δευτερογενής διαστρεβλώσεων στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους και του τρόπου με τον οποίο τους αντιλαμβάνονται οι άλλοι. Η θεραπεία είναι βραχύχρονη και διαδραστική, με ανάθεση εργασιών για το σπίτι και δοκιμασιών που εκτελούνται μεταξύ των συνεδριών, οι οποίες εστιάζουν στη διόρθωση διαστρεβλωμένων υποθέσεων και γνωσιών.

5. Ομαδική θεραπεία: Οι ομάδες μπορεί να είναι ομογενείς ή ετερογενείς αναφορικά με τη διάγνωση. Ποικίλλουν μεταξύ εκείνων που προσφέρουν μόνο υποστήριξη και βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων, εκείνων που εστιάζονται σε ανακούφιση συγκεκριμένων συμπτωμάτων και εκείνων που είναι κυρίως εναισθητικές.

6. Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία (ΓΣΘ) είναι η πιο εμπειρικά υποστηριζόμενη ψυχολογική θεραπεία για αγχώδεις διαταραχές σε νέους και ενήλικες. Πρόκειται για μία βραχυπρόθεσμη (π.χ. 10-20 εβδομάδες) προσανατολισμένη σε στόχους, βασισμένη σε δεξιότητες θεραπείας που μειώνει τις προκαλούμενες από το άγχος προκαταλήψεις-γνωσίες για να ερμηνεύσει τα διφορούμενα ερεθίσματα ως απειλητικά. Αντικαθιστά συμπεριφορές αποφυγής και αναζήτησης ασφάλειας με προσεγγίσεις και συμπεριφορές αντιμετώπισης και μειώνει την υπερβολική αυτόνομη διέγερση μέσω στρατηγικών όπως η

χαλάρωση ή η εκπαίδευση σε τεχνικές αναπνοής. (Craske, M. G., 2010). Αρκετές μεταναλύσεις (Hofmann, S. G., & Smits, J. A., 2008, Tolin, D. F., 2010, James, A. C., Reardon, T., Soler, A., et al., 2020, 6 Gould, R. L., Coulson, M. C., & Howard, R. J., 2012, Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A., & Stewart, S. H., 2016, Ye, X., Bapuji, S. B., Winters, S. E., et al., 2014) δείχνουν ότι η ΓΣΘ είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για αγχώδεις διαταραχές, με μεγάλα μεγέθη αποτελεσμάτων όταν συγκρίνεται με συνθήκη χωρίς θεραπεία. Τα μεγέθη των αποτελεσμάτων σε σχέση με εικονικό φάρμακο και ενεργή ψυχολογική θεραπεία είναι μικρότερα από αυτά που σχετίζονται με μη θεραπεία.

7. Οι θεραπείες με τη βοήθεια υπολογιστή και μέσω διαδικτύου (e- παρεμβάσεις) έχουν αναπτυχθεί ραγδαία τη τελευταία δεκαετία και μπορούν να παρέχουν φροντίδα σ΄ όσους δεν έχουν διαφορετικά πρόσβαση (π.χ. άτομα που ζουν σε αγροτικές περιοχές ή περιοχές με λίστες αναμονής για ΓΣΘ, ή άτομα που παρουσιάζουν οικονομικούς περιορισμούς) ή προτιμούν την ανωνυμία (Christensen, H., Batterham, P., & Calear, A., 2014). Τα ευρήματα τεκμηριώνουν αποτελεσματικότητα των e- παρεμβάσεων για το άγχος σε νέους και ενήλικες, τουλάχιστον σε σύγκριση με απουσία θεραπείας, αν και η ποιότητας της μελέτης συχνά θεωρείται χαμηλή έως μέτρια υψηλή.

Τα ευρήματα από μια ανασκόπηση 70 από 87 μελέτες ΓΣΘ για αγχώδεις διαταραχές έδειξαν ποσοστά ασθενών που σημείωσαν μείωση των συμπτωμάτων τους εντός κανονιστικών επιπέδων από 52.7% για ειδική φοβία, 45.3% για διαταραχή κοινωνικού άγχους, 53.2% για διαταραχή πανικού ή αγοραφοβία και 47.0% για γενικευμένη αγχώδη διαταραχή.

Αν και η ΓΣΘ είναι πολύ αποτελεσματική για αγχώδεις διαταραχές και οι επιδράσεις διατηρούνται γενικά με την πάροδο του χρόνου από αυτές της φαρμακοθεραπείας, εμφανίζεται υποτροπή σε νέους (40%) (Ginsburg, G. S., Becker, E. M., Keeton, C. P., et al.,

2014) και 5-30% των ενηλίκων με διαταραχή πανικού έχει αποδειχθεί ότι υποτροπιάζουν 1-2 χρόνια μετά τη διακοπή της ΓΣΘ(Heldt, E., Kipper, L., Blaya, C., Salum, G. A., et al., 2011, van Apeldoorn, F. J., Timmerman, M. E., et al., 2010).

Μετατραυματικό στρες:

Γένεση ψυχοτραυματολογίας: (Βεντουράτου, Δ., 2009) :

« Η ψυχοτραυματολογία εξετάζει τον τρόπο με τον οποίο ιδιαίτερα στρεσογόνα βιώματα αποτυπώνονται στον εγκέφαλο και επηρεάζουν τις νευροφυσιολογικές διαδικασίες, προκαλώντας ποικίλες ψυχοσωματικές ενοχλήσεις και παθήσεις, ή και διαταραχές συγκέντρωσης, απόδοσης καθώς και σοβαρές δυσκολίες στη ρύθμιση του συναισθήματος, έχοντας επιπτώσεις στην ικανότητα των θυμάτων να σχετίζονται, στην αυτοεκτίμησή τους, στη στάση τους απέναντι στη ζωή και την πνευματικότητά τους» (Huber, M., 2003).

Οι άνθρωποι από τα πανάρχαια χρόνια, αναζητούσαν απαντήσεις και ψυχικές διεξόδους σε αναπάντεχα πλήγματα, όπως φυσικές καταστροφές, πόλεμοι, απώλειες, κάθε είδους ασθένειες. Σ' όλα τα μήκη και πλάτη της γης γινόταν προσπάθεια από πλευράς θρησκειών και των τελετουργιών τους, της επιστήμης, της φιλοσοφίας για επίλυση αυτής της ανυπέρβλητης κατάστασης, προκριμένου οι πληγέντες να ξεπεράσουν τα ψυχικά αποθέματα των βιωμάτων τους. Ακόμη, και από την Αρχαία Ελλάδα με την διαδραμάτιση των τραγωδιών επί σκηνής, επερχόταν η «κάθαρση» και οι άνθρωποι βοηθούνταν μέσω της ταύτισης.

Το Ολοκαύτωμα, η επιστροφή των βετεράνων του Βιετνάμ, καθώς και οι φυσικές και τεχνικές καταστροφές του προηγούμενου αιώνα αποτέλεσαν το έναυσμα για τη γέννηση του νέου αυτού επιστημονικού κλάδου. Το ενδιαφέρον της Ψυχολογίας, και της Ψυχιατρικής συμπίπτει ιστορικά με τους δυο Παγκόσμιους Πολέμους.

Pierre Janet (1859-1947):

Ο Janet, μαθητής του Jean-Martin Charcot, αναζήτησε τα αίτια «υστερικών» συμπτωμάτων σε ψυχοτραυματικά βιώματα. Ήταν ο πρώτος που ανέφερε τον όρο «υστερικό-τραυματική ύπνωση» (van der Kolk et al., 2000).Οι μελέτες του επικεντρώθηκαν σε ασθενείς που έπασχαν από αμνησία, αποσυνδετική φυγή, πολλαπλή προσωπικότητα, και νεύρωση μετατροπής, συμπεραίνοντας ότι αυτά τα συμπτώματα ανάγονται σε αποσχισμένες πλευρές της προσωπικότητας, ανεξάρτητες μεταξύ τους. Η προέλευση αυτών των αποσχισμένων πλευρών βρισκόταν σε πρώιμες τραυματικές εμπειρίες. Το 1909 υποστήριξε ότι η ύπαρξη έντονων συναισθημάτων αποτρέπει την αφομοίωση, και την προσαρμογή τραυματικών αναμνήσεων, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μην έχουν αφηγηματική μνήμη των γεγονότων και να αναπτύσσουν ένα είδος φοβίας- αποφυγής των αναμνήσεων που συνδέονται με αυτά. Οι τραυματικές μνήμες αποσχίζονται από τη συνείδηση, ενώ τα ίχνη των βιωμάτων αυτών παραμένουν ως άκαμπτες, έμμονες ιδέες που προκαλούν τραυματικές φαντασιώσεις, σωματικά συμπτώματα, και φοβικές αντιδράσεις.

Sigmund Freud(1856-1939):

Αρχικά, ο Freud ασπάστηκε αρκετές από τις ιδέες του Janet. Στην αρχή απέδωσε τη νεύρωση σε πραγματικές δυσβάστακτες εμπειρίες, σε ένα πραγματικό εξωτερικό τραύμα, κατά την παιδική ηλικία. Υποστήριξε ότι το σύνηθες θέμα μιας υστερικής κρίσης συνίσταται στην επανάληψη μιας ψυχικής κατάστασης, την οποία ο ασθενής είχε βιώσει παλαιότερα, και κατά κάποιο τρόπο έχει κολλήσει στο τραύμα. Κι ένα βίωμα γίνεται, όταν είναι αποσχισμένο από τη συνείδηση.

Αργότερα, στο έργο του “Η αιτιολογία της νεύρωσης” (1896), ο Freud αποποιήθηκε της θεωρίας της απόσχισης- αποσύνδεσης, και υποστήριξε ότι απαγορευμένες επιθυμίες και φαντασιώσεις του παιδιού (κυρίως επιθετικού-σεξουαλικού χαρακτήρα) είναι αυτές που

κρύβονται πίσω από τις νευρώσεις ενηλίκων. Οι φαντασιώσεις αυτές, στη νεότερη θεωρία του, είναι απειλητικές για το «Εγώ» και κινητοποιούν τον αμυντικό μηχανισμό της απώθησης. Έτσι, δηλαδή εστίασε στις ενδοψυχικές συγκρούσεις, τις ενδοψυχικές απαγορευμένες ορμές (van der Kolk et al., 2000).

Χρόνια ασθένεια ως τραυματική εμπειρία:

Ενώ, υπάρχει πολλή ευαισθητοποίηση για τις ψυχικές συνέπειες που επιφέρει ένας πόλεμος, ή μια σωματική κακοποίηση, λίγοι είναι εκείνοι που μπορούν να αναγνωρίσουν το ψυχικό τραύμα που οφείλεται σε μια σοβαρή οργανική ασθένεια. Τόσο η καθαυτό διάγνωση μιας ασθένειας που απειλεί τη ζωή και τη σωματική ακεραιότητα όσο και μια σειρά από γεγονότα που συνδέονται με αυτήν, μπορούν να αποσυντονίσουν και να τραυματίσουν, σε ψυχικό επίπεδο τον ασθενή. Ο τρόπος που ανακοινώνεται η διάγνωση, οι επίπονες θεραπείες, οι επεμβάσεις, καθώς και η αίσθηση της αβεβαιότητας και της ανημποριάς είναι μόνο μερικές από αυτές τις παραμέτρους.

Σύμφωνα με τον ορισμό του ψυχικού τραύματος (ICD-10), μια απειλητική ή χρόνια ασθένεια μπορεί ακόμα να αποτελέσει ένα μακροχρόνιο, πολλαπλό και επαναλαμβανόμενο τραυματικό βίωμα, όπως ο βασανισμός ή η επαναλαμβανόμενη εμπειρία κακοποίησης. Η ιδιαιτερότητα στην περίπτωσης της σωματικής ασθένειας έγκειται στο ότι όχι μόνο το περιβάλλον, αλλά κυρίως και το ίδιο το σώμα βιώνεται ως θύτης (Shapiro 2001).

Άλλωστε, μια σοβαρή νόσος πυροδοτεί, κάποιες φορές, παλαιότερα ψυχικά τραύματα και απώλειες ανεπεξέργαστες, οι οποίες έρχονται και πάλι στην επιφάνεια και κατακλύζουν τον ασθενή.

Σημαντικό είναι να κατανοήσουμε που έγκειται ο ψυχικός τραυματισμός στην κάθε περίπτωση, εντοπίζοντας τις πιθανές τραυματικές εμπειρίες που είχε ο ασθενής με αφορμή τη νόσο. Ρωτάμε το πώς έμαθε για τη διάγνωση, πως βίωσε τις επεμβάσεις, τις θεραπείες, και

τις συνέπειές τους. Ποία αντιμετώπιση είχε στο νοσοκομείο από το προσωπικό και ποια από το οικογενειακό- φιλικό περιβάλλον του, εάν επηρεάστηκε, βλέποντας άλλους ασθενείς να υποφέρουν. Γενικότερα, εντοπίζουμε τις απώλειες και τον τρόπο που τις επεξεργάστηκε ψυχικά: απώλεια κινητικότητας, ή ικανότητα εργασίας ή ακόμα και σχέσεων.

Ο ασθενής έχει τραυματιστεί από την απώλεια ελέγχου του σώματός της και της υγείας της. Όσον αφορά το ιατρικό κομμάτι της θεραπείας, δεν έχει ούτε τις γνώσεις ούτε τον έλεγχο του τι θα συμβεί και εάν θα έχει αποτέλεσμα.

Η νόσος βιώνεται ως επίθεση στην εσωτερική συνοχή του ασθενούς και επηρεάζει τη λειτουργικότητά της, κλυδωνίζει τα θεμέλια της ταυτότητάς του (Huber, 2004). Είναι πιθανό να έχει χάσει τον ύπνο της, να παθαίνει κρίσεις πανικού ή να έχει εκρήξεις θυμού, να είναι ευάλωτη και να μην αναγνωρίζει η ίδια τον εαυτό της.

Ο ασθενής καλείται να αποχωριστεί την εικόνα του υγιούς, αρτιμελούς, άφθαρτου και ρωμαλέου σώματος, και ταυτόχρονα να έρθει σε επαφή με την ανημπορία του και το πεπρωμένο του υλικού του εαυτού και της ζωής. Βιώνει τον εαυτό σε κρίση, έχει την εμπειρία της απώλειας ελέγχου, τόσο της υγείας όσο και των συναισθηματικών αντιδράσεών του.

Ο κόσμος πια παύει να είναι προβλέψιμος, χαρούμενος και αισιόδοξος, βιώνεται ως απειλητικός και ανασφαλής. Το ίδιο ισχύει και για τη ζωή γενικότερα. Είναι πιθανό εάν δεν ξεπεράσει την νόσο ψυχικά, να πάψει να κάνει σχέδια, να χάσει την όρεξη για ζωή, να αποσυρθεί από τις σχέσεις και την εργασία της και να υιοθετήσει άθελά της μια καχύποπτη και απαισιόδοξη στάση απέναντι στη ζωή και τους συνανθρώπους της. Μ’ αυτή την έννοια, η εμπειρία της νόσου μπορεί να μεταβάλει μακροπρόθεσμα, ακόμα και την προσωπικότητά του (Reddemann, 2003).

Έννοια Μετατραυματικού στρες:

Το μετατραυματικού στρες αναφέρεται σε μία σοβαρή αγχώδη διαταραχή, η οποία μπορεί να παρουσιασθεί μετά από ένα στρεσογόνο, τρομακτικό ή δυσάρεστο γεγονός ή ακόμα και έπειτα από μία τραυματική εμπειρία, η οποία ήταν παρατεταμένη. Αυτό μπορεί να συμβεί για παράδειγμα, όταν το άτομο εκτίθεται σε κάποιον επαπειλούμενο ή υπαρκτό θάνατο, σε κάποιο τραυματισμό ή σε κάποια μορφή σεξουαλικής βίας (American Psychiatric Association, 2013).

Το άτομο μπορεί να εκτεθεί σε αυτά τα γεγονότα μέσα από διάφορες συνθήκες, όπως με το να βιώσει άμεσα το τραυματικό γεγονός ή τα τραυματικά γεγονότα, με το να είναι αυτόπτης μάρτυρας του γεγονότος που συνέβη σε άλλους, όπως για παράδειγμα ένα θανατηφόρο δυστύχημα, με το να μαθαίνει ότι το τραυματικό γεγονός συνέβη σε κάποιο μέλος του στενού περιβάλλοντός του, όπως μέλη της οικογένειας, συγγενείς, φίλοι, κ.α. και με το να βιώνει συνεχή ή εξεσημασμένη έκθεση σε δυσάρεστες και αποκρουστικές λεπτομέρειες του τραυματικού γεγονότος, όπως συμβαίνει για παράδειγμα σε άτομα άμεσης βοήθειας που συχνά χρειάζεται να μαζεύουν ανθρώπινα μέλη έπειτα από τροχαία δυστυχήματα, κ.α (APA, 2013).

Διαγνωστικά κριτήρια κατά το DSM – V:

Τα παρακάτω κριτήρια αφορούν ενήλικες, εφήβους, και παιδιά άνω των 6 ετών.

Η Διαταραχή Μετατραυματικού Στρες σύμφωνα με το τελευταίο διαγνωστικό εγχειρίδιο της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας DSM-V, ανήκει στην ευρύτερη διαγνωστική κατηγορία «Διαταραχές Συνδεόμενες με Τραύμα και Στρεσογόνους Παράγοντες». Προϋπόθεση για τη διάγνωση της διαταραχής είναι :

Α. Έκθεση σε πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο, σοβαρό τραυματισμό, ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας με έναν (ή περισσότερους) από τους ακόλουθους :

1. Το άτομο βίωσε άμεσα το τραυματικό γεγονός.

2. Ήταν μάρτυρας, προσωπικά, στο γεγονός ενώ συνέβαινε σ' άλλους.

3. Έμαθε ότι το τραυματικό γεγονός συνέβη σε ένα μέλος του στενού οικογενειακού κύκλου ή σε έναν στενό φίλο. Το γεγονός θα πρέπει να ήταν βίαιο ή τυχαίο/ αιφνίδιο.

4. Βίωσε επαναλαμβανόμενη ή υπερβολική έκθεση σε απεχθείς λεπτομέρειες του τραυματικού γεγονότος (π.χ. άνθρωποι που προσέτρεξαν σε δυστύχημα και συμμετείχαν στη συλλογή ανθρώπινων υπολειμμάτων, αστυνομικοί, που εκτίθενται κατ' επανάληψη σε λεπτομέρειες παιδικής κακοποίησης κλπ).

Β. Παρουσία ενός ή περισσότερων από τα ακόλουθα συμπτώματα τα οποία σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός και τα οποία εμφανίζονται αφού έχει συμβεί το γεγονός:

1. Επανειλημμένες, ακούσιες, και ανεξέλεγκτες μνήμες του τραυματικού γεγονότος.

2. Επανειλημμένα αγχωτικά όνειρα στα οποία το περιεχόμενο και το συναίσθημα του ονείρου σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός.

3. Αποσυνδετικά επεισόδια αναμνήσεων (flashbacks) στα οποία το άτομο νιώθει ή δρα σαν να έχει ξανασυμβεί το τραυματικό γεγονός (π.χ. τέτοιες αντιδράσεις μπορούν να συμβούν σε ένα συνεχές διάστημα κατά το οποίο η πιο ακραία αντίδραση είναι η πλήρης απώλεια της επίγνωσης του τωρινού περιβάλλοντος).

4. Έντονη ή παρατεταμένη ψυχολογική ενόχληση κατά την έκθεση σε εσωτερικών ή εξωτερικών ερεθισμάτων που συμβολίζουν ή προσομοιάζουν σε κάποια έκφανση του τραυματικού γεγονότος.

Γ. Επίμονη αποφυγή ερεθισμάτων μετά το τραυματικό γεγονός (το άτομο αποφεύγει ενοχλητικές μνήμες, σκέψεις, ή συναισθήματα που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός ή

αποφεύγει ανθρώπους, τόπους, δραστηριότητες, αντικείμενα, καταστάσεις που αναδύουν μνήμες, σκέψεις, συναισθήματα του γεγονότος).

Δ. Αρνητικές μεταβολές σε γνωστικές διεργασίες και στη διάθεση του ατόμου, οι οποίες σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός και επιδεινώνονται μετά το τραυματικό συμβάν όπως φαίνεται με δυο ή παραπάνω από τους ακόλουθους τρόπους :

1. Αδυναμία του ατόμου να ανακαλέσει μια σημαντική πλευρά του τραυματικού γεγονότος (αποσυνδετική αμνησία) {κι όχι λόγω άλλων παραγόντων , π.χ. τραυματισμός στο κεφάλι, αλκοόλ, ή ναρκωτικά}.

2. Επίμονες και υπερβολικές αρνητικές πεποιθήσεις και προσδοκίες από τον εαυτό, τους άλλους ή τον κόσμο (πχ. είμαι κακός, κανείς δεν είναι έμπιστος, ο κόσμος είναι ένα εντελώς επικίνδυνο μέρος, ολόκληρο το νευρικό σύστημα είναι κατεστραμμένο) .

3. Επίμονες, διαστρεβλωμένα γνωστικά σχήματα για το αίτιο ή τις συνέπειες του τραυματικού γεγονότος που οδηγούν το άτομο να κατηγορεί τον εαυτό του ή τους άλλους.

4. Επίμονα αρνητική συγκινησιακή κατάσταση (π.χ. φόβος, τρόμος, θυμός, ενοχή ή ντροπή).

5. Εμφανώς μειωμένο ενδιαφέρον για συμμετοχή σε σημαντικές δραστηριότητες, που προηγουμένως θεωρούσε ενδιαφέροντες.

6. Αισθήματα αποσυσχέτισης ή αποξένωσης από τους άλλους.

7. Επίμονη, συνεχόμενη αδυναμία να βιώσει θετικά συναισθήματα (π.χ. αισθήματα αγάπης, ευτυχία, ικανοποίηση).

Ε. Εμφανείς αλλαγές στην αντιδραστικότητα, αλλοιώσεις στην ανάδυση και την επαναβίωση που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός, και ξεκινούν ή επιδεινώνονται μετά το τραυματικό γεγονός όπως φαίνεται με δυο ή περισσότερα από τους παρακάτω τρόπους :

1. Ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού με μικρό ή ανύπαρκτο ερέθισμα που εκφράζεται συνήθως ως λεκτική ή σωματική επιθετικότητα προς ανθρώπους ή αντικείμενα.
2. Ριψοκίνδυνη ή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά.
3. Υπερεπαγρύπνηση.
4. Υπερβολική απάντηση στο ξάφνιασμα.
5. Δυσκολία συγκέντρωσης.
6. Διαταραχή του ύπνου (δυσκολία επέλευσης ή διατήρησης ύπνου ή ανήσυχος ύπνος).

ΣΤ. Η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι μεγαλύτερη από 1 μήνα και η έκφρασή τους μπορεί να είναι άμεσα σε σχέση με το τραυματικό γεγονός ή και μέχρι 6 μήνες μετά το γεγονός (με καθυστερημένη έκφραση).

Ζ. Η δυσφορία προκαλεί κλινικά σημαντικό άγχος και δυσχέρεια στις κοινωνικές, επαγγελματικές, ή σ' άλλους σημαντικούς τομείς της ζωής του ατόμου.

Η. Η δυσφορία δεν μπορεί να αποδοθεί σε κάποια οργανική επίδραση εξαιτίας μιας ουσίας (π.χ. φαρμακευτική εταιρία, αλκοόλ, ή κάποια άλλη κλινική κατάσταση).

Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του ICD-10 για την διαταραχή μετατραυματικού στρες, ο ασθενής χρειάζεται να έχει εκτεθεί σε ένα στρεσογόνο γεγονός ή κατάσταση, είτε σύντομης διάρκειας είτε μεγάλης, το οποίο να ήταν τρομακτικό και απειλητικό για τη ζωή του ατόμου ή μια φυσική καταστροφή, που είναι πιθανό να προκαλέσει μια διαρκή δυσφορία σχεδόν σε κάθε ένα. Ακόμα, πρέπει να υπάρχει επίμονη ανάμνηση ή «αναβίωση» του στρεσογόνου παράγοντα μέσα από flashbacks, ζωντανές αναμνήσεις, ή επαναλαμβανόμενα όνειρα, ή να βιώνει το άτομο αγωνία όταν εκτίθεται σε περιστάσεις που μοιάζουν ή σχετίζονται με το στρεσογόνο γεγονός. Επίσης, ο ασθενής πρέπει να εμφανίσει μια αποφυγή περιστάσεων που μοιάζουν ή σχετίζονται με τον

στρεσογόνο παράγοντα, η οποία δεν υπήρχε πριν από την έκθεση στο στρεσογόνο γεγονός (Center for Substance Abuse Treatment., 2014).

Ακόμα, χρειάζεται να υπάρχει κάποιο από τα ακόλουθα συμπτώματα προκειμένου να γίνει διάγνωση: Αδυναμία ανάκλησης, μερικώς ή πλήρως, ορισμένων σημαντικών πτυχών της περιόδου έκθεσης στο στρεσογόνο γεγονός. Επίμονα συμπτώματα αυξημένης ψυχολογικής ευαισθησίας και διέγερσης (δεν υπήρχαν πριν από την έκθεση στον στρεσογόνο παράγοντα), που παρουσιάζονται μέσα από δύο από τα ακόλουθα: Δυσκολία να πέσει ή να κοιμηθεί το άτομο, Ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού, δυσκολία συγκέντρωσης, υπερβολική απόκριση τρόμου (Gillies, Taylor, Gray, O'Brien & D'Abrew, 2013).

Η διαταραχή μετατραυματικού στρες διατηρείται συνήθως μέσα από τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές του ατόμου. Ως εκ τούτου, το άτομο οδηγείται σε έναν φαύλο κύκλο δυσλειτουργικών μοτίβων, που χαρακτηρίζεται από την αναβίωση του δυσάρεστου γεγονότος, η οποία επηρεάζει αρνητικά τη σκέψη, τα συναισθήματα και τις σωματικές αντιδράσεις. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την υιοθέτηση συμπεριφορών ασφαλείας, όπως είναι για παράδειγμα η αποφυγή (Westbrook, Kennerly, Kirk,2012). Το μετατραυματικό στρες μπορεί να εμφανιστεί εντός των πρώτων 3 μηνών μετά την τραυματική εμπειρία, αλλά και μετά από μήνες ή χρόνια (APA, 2013).

Αλεξιθυμία

Εννοιολογικός Προσδιορισμός της Αλεξιθυμίας:

Η αλεξιθυμία αναφέρεται στο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που χαρακτηρίζεται από την απορύθμιση των διεργασιών του συναισθήματος και της ρύθμισης των συναισθημάτων που περιλαμβάνει την αποσύνδεση με τις συναισθηματικές και σωματικές αποκρίσεις στα γεγονότα που συμβαίνουν στη ζωή του ατόμου (Chimenti et al., 2019). Η αλεξιθυμία είναι μια πολύπλευρη δομή προσωπικότητας που χαρακτηρίζεται από

μειωμένη ικανότητα αναγνώρισης και περιγραφής των συναισθημάτων κάποιου και την τάση να επικεντρώνεται σε εξωτερικά γεγονότα και όχι σε εσωτερικές εμπειρίες (Lane et al., 1997). Η δυσκολία στην ταυτοποίηση, και περιγραφή συναισθημάτων, η αλεξιθυμία αναφέρεται σε ένα γνωστικό στυλ που χαρακτηρίζεται από συγκεκριμένη εξωτερικά επικεντρωμένη σκέψη παρά από ενδοσκόπηση, φαντασία, και ονειροπόληση (Van Middendorp et al., 2005, Nemiah, 1976).

Συγκεκριμένα, η αλεξιθυμία γίνεται αντιληπτή ως μία διαταραχή των μηχανισμών ρύθμισης των συναισθημάτων, που περιλαμβάνει την αποσύνδεση των συναισθηματικών και σωματικών αποκρίσεων στις διάφορες καταστάσεις και τις σωματικές αισθήσεις. Ακόμα, η ίδια η λέξη χρησιμοποιείται συχνά για να περιγράψει τους ανθρώπους που δεν έχουν την ικανότητα περιγραφής των συναισθημάτων τους ή έχουν περιορισμένη φαντασία. Τα βασικά γνωρίσματα της αλεξιθυμίας, ωστόσο, είναι η αξιοσημείωτη δυσλειτουργία στην επίγνωση των συναισθημάτων του ίδιου του ατόμου, στην κοινωνική προσκόλληση και τις διαπροσωπικές σχέσεις (Vadacca et al., 2014).

Παρά το γεγονός ότι η αλεξιθυμία δεν θεωρείται ψυχική διαταραχή και αναγνωρίζεται ως σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου, με πιθανή αιτιοπαθογένεια τους γενετικούς παράγοντες, φαίνεται ότι πια εξετάζεται και μια διαφορετική διάστασή της. Ακριβέστερα, σχετικές μελέτες σε κλινικούς πληθυσμούς έχουν δείξει πως όταν η αλεξιθυμία συνδέεται με την ψυχοπαθολογία μπορεί να γίνει αντιληπτή ως απόρροια της αίσθησης ευαλωτότητας που ένιωσε το άτομο όταν βίωνε μια στρεσογόνα κατάσταση. Πλέον, φαίνεται ότι οι δύο προσεγγίσεις σχετικά με τη αλεξιθυμία δεν διαφοροποιούνται η μία από την άλλη, καθώς ουσιαστικά αλληλοσυμπληρώνονται (Panaite & Bylsma, 2012).

Συχνά είναι δύσκολο να εντοπιστούν τα συμπτώματα της αλεξιθυμίας, καθώς οι πάσχοντες έχουν δυσκολία έκφρασης των συναισθημάτων. Τα άτομα αυτά, όμως, μπορεί να βιώνουν θυμό, δυσφορία, αυξημένη ταχυκαρδία, δυσκολία «να διαβάσουν τα πρόσωπα των άλλων», αίσθημα κενού, πανικό και έλλειψη συναισθημάτων. Αυτή η συνθήκη μπορεί, επίσης, να καταστήσει δύσκολο για το άτομο το να ερμηνεύσει τις σωματικές αλλαγές που βιώνει ως συναισθηματικές αποκρίσεις. Για παράδειγμα, μπορεί κανείς να δυσκολεύεται να συνδέσει την ταχυκαρδία του με το αίσθημα του φόβου ή της χαράς, αλλά να εξακολουθεί να αναγνωρίζει ότι βιώνει μια σωματική απόκριση στη δεδομένη στιγμή (Vadacca et al., 2014).

Μια ακόμη ψυχολογική παράμετρος η οποία συνδέθηκε σε πολλές εργασίες με τις οργανικές νόσους ήταν η αλεξιθυμία. Η αλεξιθυμία συνδέθηκε άμεσα με μια ομάδα ασθενών, που παρουσιάζουν τις επτά κλασσικές ψυχοσωματικές νόσους(το βρογχικό άσθμα, η ελκώδης κολίτιδα, η ατοπική ρευματίτιδα, το έλκος του δωδεκαδακτύλου, η ιδιοπαθής υπέρταση, και η ρευματοειδής αρθρίτιδα), για τους οποίους είχε υποτεθεί ότι λειτουργούσαν έτσι ώστε, αντί να αντιμετωπίζουν ενεργητικά την ψυχολογική σύγκρουση, προσάρμοζαν την σωματική τους λειτουργία σ' αυτήν (Alexander, 1950). Το αποτέλεσμα αυτής της λειτουργίας ήταν ένας χρόνιος ερεθισμός ιστών και οργάνων, ο οποίος οδηγούσε στην ανατομική εκφύλισή τους, και κατέληγε σε εμφάνιση μη- αναστρέψιμων οργανικών διαταραχών.

Ο επιπολασμός της αλεξιθυμίας είναι σημαντικά αυξημένος στους ασθενείς με εμπειρία χρόνιου πόνου, με ψυχοφυσιολογικές και χρόνιες διαταραχές, σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες (Taylor et al., 1997). Η αλεξιθυμία παρατηρείται συχνότερα σε επώδυνες ρευματικές καταστάσεις, όπως η ΡΑ και η ινομυαλγία (Steinweg et al., 2011). Οι συναισθηματικές αποκρίσεις αποτελούν συστατικά σύνθετων φυσιολογικών αλληλεπιδράσεων που επηρεάζουν την ικανότητα του σώματος να παραμείνει ή να γίνει υγιές ή να αντισταθεί ή να ξεπεράσει την ασθένεια (Baum et al., 1999, Barak, 2006).

Μάλιστα, η δυσκολία αναγνώρισης και έκφρασης των συναισθημάτων συσχετίζεται θετικά με την παρουσία αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Honkalampi et al., 2001). Στη βιβλιογραφία υπάρχουν πολλές μελέτες που εστιάζονται αποκλειστικά στη σχέση μεταξύ της αλεξιθυμίας και της κατάθλιψης (Hendryx, et al., 1991, Hintikka, et al., 2001). Μια θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ αλεξιθυμίας και κατάθλιψης (Hintikka, et al., 2001), ενώ και έλλειψη συσχέτισης μεταξύ καταθλιπτικών συμπτωμάτων και αλεξιθυμίας (Karahan, et al., 2016). Από την άλλη πλευρά ορισμένες μελέτες έχουν τονίσει ότι οι διάφορες καταστάσεις της αλεξιθυμίας μπορεί να έχουν διαφορετικές σχέσεις με την κατάθλιψη. Οι υποκλίμακες της αλεξιθυμίας δυσκολία αναγνώρισης των συναισθημάτων, και δυσκολία έκφρασης των συναισθημάτων συσχετίστηκαν με κατάθλιψη, ενώ η τρίτη υποκατηγορία, εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη δεν συσχετίστηκε (Haviland et al., 1988, Berthoz et al., 1999).

Ασθενείς με διαταραχές άγχους έχουν υψηλότερο ποσοστό αλεξιθυμίας (Berthoz et al., 1999, Arık et al., 2002, Karahan, et al., 2016).

Ψυχική Ανθεκτικότητα

Συμβολή θετικής ψυχολογίας:

Με την έναρξη της δεύτερης δεκαετίας του 21ου αιώνα η ψυχολογία, ως επιστήμη μελέτης της ανθρώπινης νόησης, του συναισθήματος και της συμπεριφοράς, καλείται να αναλάβει νέο ρόλο, υπό το πρίσμα των οικονομικών και κοινωνικών εξελίξεων παγκοσμίως. Σε αντιδιαστολή με τη μονοδιάστατη επικέντρωση στην ψυχική νόσο και τους τρόπους αντιμετώπισης και θεραπείας της κατά το παρελθόν, η ψυχολογία βρίσκεται πλέον αντιμέτωπη με ερωτήματα που αφορούν στην ανάπτυξη των ανθρώπων, την εύρεση νοήματος στη ζωή, την καλλιέργεια ικανοτήτων και την επιδίωξη της ψυχολογικής ευημερίας. Την απάντηση σ’ αυτές τις νέες προκλήσεις έρχεται να δώσει ένας νέος κλάδος, η

Θετική Ψυχολογία. Πρώιμες έρευνες στο συγκεκριμένο πεδίο από τα τέλη του προηγούμενου αιώνα μέχρι και σήμερα, έχουν δείξει την ευεργετική επίδραση «θετικών μεταβλητών», όπως είναι η ελπίδα, η αισιοδοξία, η πίστη, η ψυχολογική ανθεκτικότητα, η σοφία, η χαρά, η αγάπη, το ενδιαφέρον, και η ευτυχία (Seligman, et al., 2000). Η πρώτη μελέτη στη σύγχρονη εποχή που επικεντρώθηκε στα ανοσολογικά αποτελέσματα των θετικών συναισθημάτων δημοσιεύθηκε το 1974 (Barak 2006, Solomon et al., 1974).

Με την άνοδο της θετικής ψυχολογίας, οι ερευνητές σταδιακά έστρεψαν το ενδιαφέρον τους στην εξερεύνηση των επιπτώσεων των θετικών ψυχολογικών δομών στα πλαίσια της υγείας σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες (Bao, Y., Li, L., Guan, Y., et al., 2017, DuBois, C. M., Lopez, O. V., et al., 2015). Στην κλινική πρακτική, αρκετές παρεμβάσεις που ενσωματώνουν θετικές ψυχολογικές ικανότητες έχουν δείξει ενθαρρυντικά αποτελέσματα για την υγεία (DuBois CM, Millstein RA, ET AL., 2016, Baños RM, Espinoza M, et al., 2013). Μεταξύ αυτών των θετικών δομών η ψυχική ανθεκτικότητα είναι το επίκεντρο σ΄αυτό τον τομέα.

Εννοιολογικός Προσδιορισμός της Ψυχικής Ανθεκτικότητας:

Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι μια έννοια που δημιουργήθηκε στον τομέα της ψυχολογίας στο 2ο μισό του 20ου αιώνα. Στη δεκαετία του ΄90, έγινε ένας από τους κύριους κλάδους έρευνας στη θετική ψυχολογία (Quiceno et al., 2011). Αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να ανακτήσει την δική του ομοιόσταση και να αποφύγει την ανάπτυξη ψυχοπαθολογικής έκβασης μετά από οξεία ή χρόνια έκθεση σε στρες (Quiceno et al., 2011, Stewart et al., 2011, Tosevski et al.,2006). Ζητήματα ανθεκτικότητας προέκυψαν στον τομέα ανάπτυξης των παιδιών, καθώς με βάση παρατηρήσεις πολλών παιδιών , αυτά παρουσίασαν θετική λειτουργικότητα και ανάπτυξη παρά την παρουσία σημαντικών παραγόντων

κινδύνου, π.χ. κακοποίηση ή χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση(Luthar, S. S., et al., 2000).

Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι μία αμετάβλητη, καθολική ικανότητα, που μπορεί να χρησιμοποιηθεί και να εξαφανιστεί σε συγκεκριμένες στιγμές της ζωής, και επιτρέπει στο άτομο να αποτρέψει, να προλάβει, να ελαχιστοποιήσει ή να ξεπεράσει τις επιβλαβείς επιπτώσεις των αντιξοοτήτων, ακόμα κι εάν δεν είναι αλώβητος μπορεί να βγει πιο ενδυναμωμένος από αυτές τις καταστάσεις (Oliveira et al.,2008, Carvalho et al., 2007, Ferreira et al., 2012, Poletto et al., 2008).

Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι η ικανότητα του ανθρώπου να ανταποκρίνεται σε δυσμενείς καταστάσεις που αντιμετωπίζει, ακόμα κι όταν αυτές έχουν πιθανό κίνδυνο για την υγεία ή την ανάπτυξη του (Luthar, Cicinatti, Becker, 2000, Rytter, 2006).

Η ψυχική ανθεκτικότητα έχει οριστεί ως χαρακτηριστικό προσωπικότητας, που μετριάζει τις αρνητικές επιπτώσεις του στρες και προάγει την προσαρμογή σε αντιξοότητες (Wagnild, G. M., & Young, H. M., 1993). Ο Wagnild και ο Young (1993) όρισαν την ψυχική ανθεκτικότητα ως συναισθηματική ενέργεια ή ένα θετικό στοιχείο του χαρακτήρα που μετριάζει τις αρνητικές επιπτώσεις στο στρες και βελτιώνει την προσαρμογή. Σε μια άλλη μελέτη ισχυρίστηκε ότι η ψυχική ανθεκτικότητα αφορά μια δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων κινδύνου και προστατευτικών παραγόντων κατά τη διάρκεια μιας αντιξοότητας ή κρίσης, και ότι αυτή μπορεί να αποτελέσει τη διαδικασία παρέμβασης ενός ατόμου κατά την αντιμετώπιση μιας κρίσης (Dias, et al., 2015).

Η ψυχική ανθεκτικότητα μελετήθηκε από πολλές οπτικές γωνίες, λαμβάνοντας την μεταξύ άλλων ως έμφυτη ανθρώπινη ιδιοκτησία, ένα αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης κατά τη διάρκεια μιας κρίσης, και μια διαδικασία υπέρβασης της κρίσης (Block, Kremen, 1996, Dias et al., 2015, Fredickson 1998, 2001, Klohnen 1996, Tugade-Fredickson 2004). Αυτή η

ποικιλομορφία είναι συνέπεια της σύνθετης και πολυδιάστατης φύσης της ψυχικής ανθεκτικότητας, η οποία ορίζει ένα στενό ορισμό που περιορίζει την κατασκευή σε έναν μικρό αριθμό προσωπικών ιδιοτήτων.

Ο Rutter πρότεινε 4 πιθανούς μηχανισμούς της ψυχικής ανθεκτικότητας 1) μείωση αντίκτυπου παραγόντων κινδύνου, συμπεριλαμβανομένων αλλαγών σε γνώση σχετικά με παράγοντες κινδύνου και αποφυγή ή μείωση της επαφής μαζί τους, 2) μείωση αρνητικής αλυσιδωτής αντίδρασης αρνητικών συμβάντων ζωής, 3) βελτίωση επιπέδων αυτοεκτίμησης και αυτοαποτελεσματικότητας, 4) βοήθεια των ατόμων να αποκτήσουν πρόσβαση σε διαθέσιμους πόρους για ελπίδα και επιτυχία (Rutter, M., 1987).

Η ψυχική ανθεκτικότητα συνεπάγεται αντίσταση σε εμπειρίες περιβαλλοντικών κινδύνων ή στο άγχος και τις δυσκολίες και σχετίζεται με μεμονωμένες διαφορές στην ανταπόκριση των ατόμων στο άγχος, εκτός από προστατευτικούς παράγοντες. Οι παράγοντες κινδύνου είναι τα αγχωτικά συμβάντα της ζωής, και σε περίπτωση της χρόνιας νόσου εκτός από αυτές τις καταστάσεις είναι η δυσκολία αντιμετώπισής τους, η μη προσκόλληση σε θεραπεία που βλάπτουν αυτοί οι παράγοντες την ανάρρωση. Επιπλέον υπάρχουν κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες, όπως η ανεργία και η ανικανότητα, εκτός από τις συναισθηματικές απώλειες, την κατάθλιψη και το άγχος (Rutter, 1987) , που μπορεί να προκαλούν συναισθηματική επιβάρυνση και απαιτούν συνεχή φροντίδα και προσαρμοστικές διαδικασίες. Αυτοί οι παράγοντες δεν μπορούν να φανούν μεμονωμένα, αλλά πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι αλληλεπιδράσεις και οι διαδικασίες ανάπτυξης (Rutter, 2006, 2012). Είναι γνωστό σε ερευνητές ότι οι προστατευτικοί παράγοντες που εμπλέκονται στην ψυχική ανθεκτικότητα είναι η αισιοδοξία και η θετικότητα, η αυτοεκτίμηση, η αυτοεξυπηρέτηση, η ανεξαρτησία, η κοινωνική υποστήριξη, και το μειωμένο άγχος, καθώς σχετίζονται με επίδραση στην υγεία, συμπεριλαμβανομένων των βιολογικών διεργασιών, όπως η νευροενδοκρινική και ανοσολογική λειτουργία.

Ψυχολογικές ιδιότητες (όπως προσωπικός έλεγχος, θετικότητα, αισιοδοξία, και κοινωνική υποστήριξη) μπορούν να μειώσουν τις αρνητικές συνέπειες του στρες στην ανοσία, ιδιαίτερα σε φλεγμονώδεις αντιδράσεις (McEwen, B. S., 1998), ενώ αντίθετα οι ανοσολογικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν την ατομική προσαρμογή σε στρεσογόνες καταστάσεις και την ανάκαμψη από αυτές (Eisenberger, N. I., Moieni, M., 2017).

Πέντε μελέτες βρήκαν μια αντίστροφη σχέση μεταξύ βαθμολογίας ψυχικής ανθεκτικότητας και βαθμολογίας κατάθλιψης, άγχους, (Brionez et al., 2010, Erim et al., 2010, Holden et al., 2012, Mangelli, Gribbin, Buchi, et al., 2002, Ponarovsky, Amital, et al., 2011, Robottom, et al., 2012, Wingo et al., 2010) γεγονός που υποδηλώνει ότι οι υψηλές βαθμολογίες της ψυχικής ανθεκτικότητας μπορούν να προστατεύσουν από ανάπτυξη ψυχιατρικών ασθενειών, οι οποίες υπάρχουν σε υψηλή επικράτηση σε χρόνιες παθήσεις. (Bachen, Chesney, et al., 2009, Erim et al., 2010).

Ο Feder et al. πρότειναν ένα ολοκληρωμένο μοντέλο ανθεκτικότητας βασισμένο σε ψυχοβιολογία και μοριακή γενετική και ισχυρίστηκαν ότι η ψυχική ανθεκτικότητα ήταν μια ενεργή διαδικασία, όχι μόνο απουσία παθολογίας, και μπορεί να προωθηθεί μέσω ενίσχυσης προστατευτικών παραγόντων (Feder et al., 2009).

Ο Polk (1997) θεωρούσε ότι η ψυχική ανθεκτικότητα βασίζεται σε 4 μοτίβα : διάθεση, σχεσιακή, καταστασιακή, και φιλοσοφική. Η θεωρία ψυχικής ανθεκτικότητας του Polk είναι η καλύτερη αναπαράσταση των πολύπλοκων και πολυδιάστατων χαρακτηριστικών της ψυχικής ανθεκτικότητας, αλλά επειδή είναι μια θεωρία μέσου εύρους δεν μπορεί να εφαρμοστεί άμεσα σε μελέτες κλινικής παρέμβασης.

Σε μια ανασκόπηση (Kim, G. M., Lim, J. Y., Kim, E. J., & Park, S. M., 2019) 7 μελέτες όρισαν την ψυχική ανθεκτικότητα ως μοτίβο κατάστασης και εστίασαν τις παρεμβάσεις τους σε γνωστικές ικανότητες και ικανότητες επίλυσης προβλημάτων, που

εκδηλώνονται σε καταστάσεις άγχους, όπως όταν υποφέρουν από χρόνιες ασθένειες (Loprizini, Prasad, Schroeder, Sood, 2011, Kavacs et al., 2015, Klatt, Wise, Lyons and Wei, 2016, Sansom-Daly et al., 2014, Mayw, Black, Mosher, Heinly et al., 2011, Mays, Black, Mosher, Shad, and Tercyak, 2011, Vranceanu et al., 2016) . Οι Victoria Cerezo, Ortiz-Tallo, Cardenal, Torre-Luque (2014) και οι Kim et al. (2015) επικεντρώθηκαν στο πρότυπο διάθεσης της ψυχικής ανθεκτικότητας, μάλιστα στην αυτοεκτίμηση των ατόμων και τα θετικά συναισθήματά τους, που βοηθούν τους ασθενείς να ξεπεράσουν τις αρνητικές καταστάσεις που προκαλούνται από τη χρόνια νόσο τους βελτιώνοντας αυτές τις εσωτερικές ιδιότητες. Οι Ye et al. (2016) και οι Bradshaw et al. (2007) εξέτασαν τα πρότυπα διάθεσης και τα φιλοσοφικά πρότυπα της ψυχικής ανθεκτικότητας, και περιέλαβαν υπερβατικές και αφηρημένες έννοιες όπως πνευματικότητα και ελπίδα. Kovacs et al. (2015), Ye et al. (2016), Burton et al. (2009) προσπάθησαν να εξετάσουν το σχεσιακό πρότυπο της ψυχικής ανθεκτικότητας εξετάζοντας την κοινωνική λειτουργικότητα και την κοινωνική υποστήριξη ως μεταβλητές. Έτσι, η ψυχική ανθεκτικότητα εξετάζεται εν μέρει σε κάθε μελέτη, και ο λειτουργικός ορισμός της ποικίλλει σε μεγάλο βαθμό σ' αυτές τις μελέτες. Σε μια μελέτη που εξέτασε ένα πρόγραμμα παρέμβασης, που αποσκοπούσε σε ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας, ο Seok (2015) τόνισε ότι 8 συνεδρίες δεν επαρκούν για μείωση του άγχους των συμμετεχόντων και αντιμετώπιση διαφόρων άλλων προβλημάτων, και ότι οι συνεδρίες διάρκειας 60 λεπτών είναι επίσης ανεπαρκείς για αντιμετώπιση διαφόρων ψυχοκοινωνικών παραγόντων, που περιλαμβάνουν ένα πρόγραμμα ιδίως σε σχέση με τη διευκόλυνση της δυναμικής της ομάδας σε προγράμματα ομαδικής παρέμβασης. Επιπλέον, τα προγράμματα κατάρτισης της ψυχικής ανθεκτικότητας σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες θα πρέπει να σχεδιάζονται έτσι ώστε κάθε συνεδρία να διαρκεί αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα και το σύνολο του προγράμματος να περιλαμβάνει περισσότερες από 10 συνεδρίες (Mays, Black, Mosher, Heinly et al., 2011, Mayw, Black, Mosher, Shrad et al., 2011).

Ο Masten διέκρινε 3 πτυχές που σχετίζονται με δυναμική διαδικασία της ψυχικής ανθεκτικότητας, 1) άτομα που κινδύνευαν έδειξαν καλύτερα αποτελέσματα από αυτά που αναμενόταν 2) θετική προσαρμογή, παρά την εμπειρία του στρες, 3) μια καλή ανάρρωση από το τραύμα (Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N., 1990). Στο σημείο 3 οι Zautra, Arewasikporn, Davis πρόσθεσαν τα στοιχεία της νέας μάθησης, ανάπτυξης, καλλιέργειας, ως συνέπεια στην αντιξοότητα επιτρέποντας στο άτομο να μεταμορφωθεί ξεπερνώντας την εμπειρία (Zautra, A. J., Arewasikporn, A., & Davis, M. C., 2010).

Η ανθεκτικότητα έχει αναγνωριστεί ως η ικανότητα να ανακάμπτει κανείς από τις δυσκολίες και να ανακτά την υγεία του (Rojas et al., 2018). Η ψυχολογική ανθεκτικότητα είναι η ικανότητα του ατόμου να μπορεί συναισθηματικά και ψυχικά να διαχειρίζεται αποτελεσματικά τις κρίσιμες καταστάσεις ή να επιστρέφει στο στάδιο πριν την κατάσταση αυτή σχετικά γρήγορα. Η ανθεκτικότητα υπάρχει όταν ένα άτομο χρησιμοποιεί τις ψυχικές του διεργασίες και συμπεριφορές για να προωθήσει τα προσωπικά του χαρίσματα και να προφυλάξει τον εαυτό του από τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις των διαφόρων στρεσογόνων παραγόντων με τους οποίους μπορεί να έρθει κανείς αντιμέτωπος.

Υπάρχουν διάφορα επίπεδα για το πόσο καλά ένα άτομο αντιμετωπίζει συναισθηματικά το άγχος και τις αντιξοότητες που συμβαίνουν στη ζωή του. Μερικοί άνθρωποι, από τη φύση τους, είναι περισσότερο ή λιγότερο ευαίσθητοι στην αλλαγή. Το πώς ένα άτομο ανταποκρίνεται σε μια κατάσταση μπορεί να προκαλέσει μια πληθώρα συναισθημάτων. Οι συναισθηματικά ανθεκτικοί άνθρωποι καταλαβαίνουν τι αισθάνονται και γιατί. Χρησιμοποιούν ρεαλιστική αισιοδοξία, ακόμη και όταν αντιμετωπίζουν μια κρίση, και είναι ενεργοί στη χρήση εσωτερικών και εξωτερικών πόρων. Ως αποτέλεσμα, είναι σε θέση να διαχειριστούν το στρες και τα συναισθήματά τους με έναν υγιή, θετικό τρόπο. Επιπρόσθετα, οι άνθρωποι που εμφανίζουν ψυχολογική ανθεκτικότητα αναπτύσσουν στρατηγικές αντιμετώπισης και ικανότητες που τους επιτρέπουν να παραμείνουν ήρεμοι και

επικεντρωμένοι κατά τη διάρκεια μιας κρίσης και να προχωρήσουν χωρίς μακροπρόθεσμες αρνητικές συνέπειες (Egeland, Carlson & Sroufe, 1993).

Η σημασία των πηγών της θετικής ψυχολογίας ήταν άλλο ένα πιο σημαντικό θέμα στον κλινικό τομέα. Η ανθεκτικότητα ορίζεται ως η μετρήσιμη ικανότητα ενός δυναμικού συστήματος να προσαρμόζεται επιτυχώς στις δυσμενείς εμπειρίες της ζωής, όπως μια διαταραχή, απογοητεύσεις, αστοχίες, που απειλούν τη βιωσιμότητα, τη λειτουργία και την ανάπτυξη του συστήματος (Masten, A. S., 2014, Youssef-Morgan, C. M., & Luthans, F., 2015). Έχει τεκμηριωθεί ότι τα άτομα με την ικανότητα ανθεκτικότητας σε αντιξοότητες φαίνεται να διαθέτουν την ικανότητα για ελαστικότητα συμπεριφοράς ή ευέλικτη προσαρμογή σε επιπτώσεις δοκιμασιών (Southwick, S. M., et al., 2018).

Οι παλαιότερες έρευνες σχετικά με τη ανθεκτικότητα εστιάζουν στις δυνατότητες ή τα χαρίσματα του ατόμου, όπως είναι η πνευματική λειτουργικότητα που βοηθά τους ανθρώπους να αντιμετωπίσουν τις αντιξοότητες. Οι πιο σύγχρονες έρευνες, όμως, δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στις δυσκολίες και αντιξοότητες που μπορεί να βιώσει κανείς κατά την παιδική του ηλικία. Αυτές οι δυσκολίες έχουν συνδεθεί με τα προβλήματα προσαρμογής και με την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών. Ορισμένα από τα πιο συνήθη αντίξοα γεγονότα είναι η φτώχεια, το να είναι κανείς άστεγος, να έχει στερηθεί τους γονείς του, να έχει βιώσει τραυματικά γεγονότα, φυσικές καταστροφές, βία, πόλεμο ή κάποια σωματική ασθένεια (Herrmann et al., 2011).

Πρόσφατη έρευνα έχει αρχίσει να εντοπίζει περιβαλλοντικούς, γενετικούς, επιγενετικούς μηχανισμούς που βασίζονται σε ψυχική ανθεκτικότητα, και έχει δείξει ότι η ψυχική ανθεκτικότητα προκαλείται από προσαρμοστικές αλλαγές σε πολλά νευρικά κυκλώματα που περιλαμβάνουν πολυάριθμους νευροδιαβιβαστές και μοριακές οδούς. Αυτές οι αλλαγές διαμορφώνουν τη λειτουργία των νευρικών κυκλωμάτων που ρυθμίζουν την

ανταμοιβή, το φόβο, τη συναισθηματική αντιδραστικότητα και την κοινωνική συμπεριφορά, τα οποία μαζί πιστεύεται ότι μεσολαβούν σε επιτυχή αντιμετώπιση του άγχους. Τα ανθεκτικά άτομα επιδεικνύουν προσαρμοστικές αντιδράσεις ψυχολογικού και φυσιολογικού στρες στο οξύ στρες, το τραύμα ή τις πιο χρόνιες μορφές αντιξοότητας. Οι πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις μεταξύ της γενετικής σύνθεσης ενός ατόμου και του ιστορικού έκθεσής τους σε περιβαλλοντικούς στρεσογόνους παράγοντες επηρεάζουν την προσαρμοστικότητα των συστημάτων απόκρισης στρες και τη λειτουργία των νευρικών κυκλωμάτων. Σημειώνεται πρόοδος στον εντοπισμό νευρικών κυκλωμάτων στον εγκέφαλο που μεσολαβούν στην ψυχική ανθεκτικότητα. Πρόσφατες εργασίες έχουν αρχίσει να εντοπίζουν συγκεκριμένες αλλαγές σε έκφραση γονιδίων και αναδιαμόρφωσης χρωματίνης, που αποτελούν το υπόβαθρο της ψυχικής ανθεκτικότητας (Feder, A., et al., 2009).

Ένα ανθεκτικό άτομο έχει δοκιμαστεί από αντιξοότητες (Rutter, M., 2006) και συνεχίζει να επιδεικνύει προσαρμοστικές ψυχολογικές και φυσιολογικές αντιδράσεις στο στρες ή "ψυχοβιολογική αλλοστάση" (McEwen, B. S., 2003, Charney, D. S., 2004).

Μόνο τα τελευταία χρόνια οι σημαντικές επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις κατέστησαν δυνατή την κατανόηση των υποκείμενων βιολογικών διαδικασιών που σχετίζονται με τους ανθεκτικούς φαιμότυπους (Cicchetti, D., & Blender, J. A. , 2006, Charney, D. S., 2004). Μελέτες σε ζώα αποτελούν σημαντικό συστατικό σε αναζήτηση βιολογικών καθοριστικών παραγόντων ψυχικής ανθεκτικότητας και αρχίζουν να εντοπίζουν νευρικά κυκλώματα και μοριακές οδούς που μεσολαβούν σε ελαστικούς φαινότυπους (Rutter, M., 2006, Krishnan, V., et al., 2008).

Ο Scoloveno (2016) όρισε την ψυχική ανθεκτικότητα ως θετική προσαρμογή ή αντιμετώπιση σοβαρού στρες ή αντιξοοτήτων. Ωστόσο δεν είναι σαφές εάν η ψυχική ανθεκτικότητα είναι αποτέλεσμα παρέμβασης ή ένας παράγοντας μετριασμού ή

μεσολάβησης. Ως εκ τούτου είναι δύσκολο να θεωρηθεί η ψυχική ανθεκτικότητα απλώς ένα ενιαίο κατασκεύασμα, και οι πολύπλοκες και πολυδιάστατες ιδιότητες της μπορεί να εμποδίσουν την παραγωγή συνεκτικών και μετρήσιμων ορισμών του ρόλου της ως παράγοντα παρέμβασης σε διαδικασία αντιμετώπισης μιας κρίσης. Απαιτείται μια μεθοδολογική μελέτη για να βοηθήσει τους ερευνητές να καθορίσουν και να μετρήσουν την ψυχική ανθεκτικότητα με τρόπο που να είναι κατάλληλο για τα πλαίσια των συμμετεχόντων σε μελέτες που διερευνούν παρεμβάσεις για ασθενείς με χρόνιες ασθένειες (Kim, G. M., Lim, J. Y., Kim, E. J., & Park, S. M., 2019).

Η ψυχική ανθεκτικότητα που σχετίζεται με την ασθένεια μπορεί να γίνει κατανοητή ως η ικανότητα ενός ατόμου να αντιμετωπίσει την ασθένεια αποδεχόμενος τους περιορισμούς του, ακολουθώντας την θεραπεία αναπροσαρμόζοντας, και επιβιώνοντας θετικά (Bianchini, D. C. S., & Dell'Aglio, D. D., 2006). Η ψυχική ανθεκτικότητα που σχετίζεται με ασθένεια μπορεί να θεωρηθεί ως ένας παράγοντας κινδύνου και προστασίας και σε παρούσα μελέτη η προσκόλληση σε θεραπεία θεωρήθηκε ως μια σημαντική συμπεριφορά προστασίας για την ανθεκτικότητα και η μη τήρηση ως παράγοντας κινδύνου, επειδή η μη τήρηση της θεραπείας μπορεί να επιδεινώσει την ασθένεια (Sutanto, B., et al., 2013). Η ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί να είναι ένας παράγοντας που συμβάλει ώστε αυτοί οι ασθενείς να μπορούν να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους, να διατηρήσουν τις δραστηριότητες όσο το δυνατόν περισσότερο, επειδή η ανθεκτικότητα είναι η επιτυχής προσαρμογή παρά τις αντιξοότητες ή το άγχος, και συνεπάγεται αποτελεσματική απόδοση καθημερινών δραστηριοτήτων (Ferreira, C. L., et al., 2012, Poletto, M., & Koller, S. H., 2008, Cal, S. F., & Santiago, M. B., 2013).

Ψυχική ανθεκτικότητα είναι μια έννοια που προέρχεται από προοπτική ενίσχυσης των δυνατών σημείων των ασθενών, αναφέρεται σε δύναμη να ξεπεράσει ένα σοκ ή μια κατάσταση και να επιστρέψει σε μια αρχική κατάσταση (Rutter, Freedenthal, Osman, 2008,

Wagnild, Young, 1993). Επιπλέον, η ψυχική ανθεκτικότητα ως ψυχοκοινωνική ικανότητα να μειώνει τα αρνητικά συναισθήματα, ενώ παράλληλα ενισχύει την προσαρμογή κατά την διάρκεια μιας κρίσης (Yoo, 2006) διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην παροχή κινήτρων να παραμείνουν διανοητικά υγιείς, να συμμετάσχουν σε δραστηριότητες που τους βοηθούν να αντιμετωπίζουν το άγχος και την κατάθλιψη που προκαλούνται από τις απειλητικές για την ζωή χρόνιες ασθένειες και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους (Irwin, Shariene, Tim, 2008).

Μια άλλη μελέτη επιβεβαιώνει ότι οι ασθενείς έχουν βρει δύναμη να αντιμετωπίζουν την ασθένεια με πνευματική έμπνευση, μ' αυτό να είναι ένας προστατευτικός παράγοντας της ψυχικής ανθεκτικότητας σε χρόνιες παθήσεις (Sytanto et al., 2013).

Αξίζει να σημειωθεί ότι δεν υπάρχει ακόμα ένας συγκεκριμένος λειτουργικός ορισμός για την ανθεκτικότητα, καθώς υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ των ορισμών που έχουν προταθεί. Βασική διαφορά μεταξύ των προτεινόμενων ορισμών είναι σχετικά με την αντίληψη της ανθεκτικότητας ως ένα στοιχείο της προσωπικότητας και την ανθεκτικότητας ως μια δυναμική διεργασία. Γενικότερα, η ανθεκτικότητα γίνεται αντιληπτή ως ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που λειτουργεί έπειτα από ένα τραυματικό γεγονός που έχει βιώσει το άτομο (Herrman et al., 2011).

Ψυχαναλυτικό και Γνωσιακό-συμπεριφορικό Μοντέλο για το 'Αγχος και την Κατάθλιψη:

Η ψυχαναλυτική θεωρία αναπτύχθηκε από τον Σίγκμουντ Φρόυντ, ο οποίος έδωσε έμφαση στην εξερεύνηση του ασυνειδήτου, όπου είναι αποθηκευμένες οι αυτοκαταστροφικές σκέψεις και τα συναισθήματα. Ταυτόχρονα, ο Φρόυντ τόνισε ότι οι εμπειρίες της παιδικής ηλικίας επηρεάζουν την προσωπικότητα του ενήλικα (Elliott, 2015).

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία, υπάρχουν τρία επίπεδα της συνείδησης στον άνθρωπο: το ασυνείδητο, που περιλαμβάνει φαινόμενα για τα οποία ο άνθρωπος δεν έχει πλήρη επίγνωση, το προσυνειδητό, όπου υπάρχουν τα φαινόμενα που αντιλαμβάνεται το άτομο στην περίπτωση που τους δώσει σημασία και το συνειδητό στην περίπτωση που υπάρχουν φαινόμενα για τα οποία έχει κανείς επίγνωση σε οποιαδήποτε στιγμή. Ο Φρόυντ ήταν ο πρώτος που διερεύνησε σε βάθος τις ιδιότητες της ασυνείδητης ζωής και ανακάλυψε ότι έχουν πρωταρχική σημασία στην καθημερινότητα (Mitchell & Black, 2016).

Ακόμα, ο Φρόυντ πρότεινε ένα μοντέλο που προερχόταν από τις έννοιες του Εκείνου, του Εγώ και του Υπερεγώ. Το Εκείνο ενεργοποιεί τις ανθρώπινες ενορμήσεις χωρίς αναστολές. Το Υπερεγώ από την άλλη είναι το ηθικό μέρος της λειτουργίας μας, το οποίο περιγράφει την ύπαρξη συνείδησης της πράξης ανάλογα με τις περιστάσεις, όπου εμπεριέχονται τα ιδανικά για τα οποία αγωνίζεται κανείς, όπως και οι τιμωρίες (Rennison, 2015).

Το Εγώ μπορεί να είναι ευέλικτο και να έχει κατανόηση. Συγκρίνοντας τις τρεις αυτές έννοιες μεταξύ τους, είναι εμφανές ότι η το Εκείνο αναζητά την ηδονή, το Υπερεγώ την τελειότητα και το Εγώ την πραγματικότητα. Οπότε το εγώ μπορεί να ξεχωρίσει την επιθυμία από την φαντασίωση. Ο άνθρωπος έτσι αρχίζει να σκέφτεται το μέλλον και τι είναι καλό ή κακό σε βάθος χρόνου (John, Robins & Pervin, 2001).

Το άγχος σύμφωνα με τον Φρόυντ είναι τόσο δυσάρεστη και επώδυνη κατάσταση που δυσκολεύεται κανείς να την ελέγξει για πολύ. Έτσι αναπτύσσονται διάφοροι αμυντικοί μηχανισμοί προστασίας από το άγχος. Προκειμένου να μην νιώθει άγχος κανείς, διώχνει ασυνείδητα κάποια συναισθήματα από το συνειδητό προσπαθώντας να αλλάξει την πραγματικότητα και ενεργοποιώντας διάφορους μηχανισμούς άμυνας. Ορισμένοι από αυτούς

τους μηχανισμούς άμυνας είναι η άρνηση, η προβολή, η παλινδρόμηση, η εκλογίκευση, η ματαίωση, η απώθηση, η μετουσίωση, μετάθεση και η ταύτιση (Μαλικιώση-Λοΐζου, 2012).

Ο Φρόιντ (1917) πρότεινε, επίσης, ότι πολλές περιπτώσεις κατάθλιψης οφείλονταν σε βιολογικούς παράγοντες. Ωστόσο, ο Φρόιντ υποστήριξε ακόμα, ότι ορισμένες περιπτώσεις κατάθλιψης θα μπορούσαν να συνδέονται με την απώλεια ή την απόρριψη από έναν γονέα. Η κατάθλιψη είναι σαν το πένθος, καθώς συμβαίνει συχνά ως αντίδραση στην απώλεια μιας σημαντικής σχέσης (Blatt, 1998).

Ωστόσο, υπάρχει μια σημαντική διαφορά, επειδή οι άνθρωποι με κατάθλιψη θεωρούν συχνά τους αυτούς τους ως ανίκανους. Αυτό που συμβαίνει είναι ότι το άτομο ταυτίζεται με το χαμένο άτομο, έτσι ώστε ο καταπιεσμένος θυμός προς το χαμένο άτομο κατευθύνεται προς τα μέσα προς τον εαυτό. Ο εσωτερικός θυμός μειώνει την αυτοεκτίμηση του ατόμου και το κάνει ευάλωτο σε κατάθλιψη στο μέλλον (Blatt, 1998).

Ο Φρόιντ διακρίνει μεταξύ πραγματικών απωλειών (π.χ. θάνατο ενός αγαπημένου προσώπου) και συμβολικών απωλειών (π.χ. απώλεια εργασίας). Και τα δύο είδη απωλειών μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη προκαλώντας στο άτομο να ξαναβιώσει επεισόδια παιδικής ηλικίας όταν βίωσε την απώλεια αγάπης από κάποιο σημαντικό άτομο (π.χ. γονέα).

Αργότερα, ο Φρόιντ τροποποίησε τη θεωρία του δηλώνοντας ότι η τάση εσωτερικοποίησης των χαμένων προσώπων είναι φυσιολογική και ότι η κατάθλιψη οφείλεται απλώς σε ένα υπερβολικά σοβαρό Υπερεγώ. Έτσι, η καταθλιπτική φάση συμβαίνει όταν κυριαρχεί το Υπερεγώ.ή η συνείδηση του ατόμου (Bonime, 1989). Προκειμένου να αποφευχθεί η απώλεια που μετατρέπεται σε κατάθλιψη, το άτομο πρέπει να περάσει από μία περίοδο πένθους, κατά τη διάρκεια της οποίας θυμάται τις αναμνήσεις του χαμένου ατόμου. Αυτό επιτρέπει στο άτομο να χωρίσει από το «χαμένο άτομο», και έτσι να μειώσει τον εσωτερικό θυμό. Ωστόσο, τα άτομα που εξαρτώνται πολύ από τους άλλους για την αίσθηση

της αυτοεκτίμησής τους μπορεί να μην μπορούν να το κάνουν αυτό, και έτσι παραμένουν σε κατάθλιψη (Bonime, 1989).

Τα μοντέλα γνωστικής συμπεριφοράς της κατάθλιψης υποδηλώνουν ότι η παρουσία αρνητικών συμβάντων ζωής εκτός από την αντίληψη ή την αντίδραση κάποιου σε αυτά τα συμβάντα μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη και τη διατήρηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Τα γνωστικά μοντέλα κατάθλιψης υποδηλώνουν ότι οι αρνητικές γνωστικές πεποιθήσεις και τα υποκείμενα σχήματα «όλα ή τίποτα» συμβάλλουν και διαιωνίζουν την καταθλιπτική διάθεση. Πιο συγκεκριμένα, τα γνωστικά μοντέλα ευπάθειας-στρες υποδηλώνουν ότι, ενόψει των αρνητικών γεγονότων στη ζωή, τα άτομα που έχουν την τάση να κάνουν αρνητικές αποδόσεις σχετικά με τις αιτίες αυτών των γεγονότων, για τον εαυτό τους και για τις μελλοντικές συνέπειες (σύμφωνα με το θεωρία της απελπισίας της κατάθλιψης) μπορεί να είναι πιο πιθανό να αναπτύξουν κατάθλιψη (Gámez-Guadix, 2014).

Αυτό μπορεί να συμβάλλει δυνητικά στις διαφορές μεταξύ των φύλων στα ποσοστά κατάθλιψης μετά την εφηβεία. Τα μοντέλα συμπεριφοράς υποδηλώνουν ότι η κατάθλιψη μπορεί να προκύψει από ελλείμματα θετικής ενίσχυσης που εξαρτώνται από την ανταπόκριση και από τις ανεπαρκείς κοινωνικές δεξιότητες ή από την εξάρτηση από συμπεριφορές διαφυγής και αποφυγής. Έτσι, οι συμπεριφορές αποφυγής ως απόκριση στα αρνητικά γεγονότα της ζωής και αντίστοιχα, στα αρνητικά συναισθήματα μπορεί να οδηγήσουν σε επιδείνωση της κατάθλιψη (Gámez-Guadix, 2014).

Με βάση τη γνωσιακή συμπεριφορική προσέγγιση γίνεται πλέον η θεραπεία πολλών κοινών ψυχικών διαταραχών, όπως του άγχους και της κατάθλιψης, καθώς και της διαταραχής μετατραυματικού στρες, με μεγάλη αποτελεσματικότητα. Η θεραπεία στοχεύει στην τροποποίηση των δυσλειτουργικών, αρνητικών και καταστροφολογικών σκέψεων, αντιλήψεων και γνωστικών σχημάτων και στην εκμάθηση νέων στρατηγικών αντιμετώπισης

και τρόπων συναισθηματικής διαχείρισης (Westbrook, Kennerley & Kirk, 2012). Η εφαρμογή των στρατηγικών της προσέγγισης αυτής έχουν στόχο την τροποποίηση των σχετικών σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών που κάνει το άτομο (Salters-Pedneault, 2013).

Το Βιοψυχοκοινωνικό Μοντέλο για την Υγεία

Το 1987 ο καθηγητής από το Πανεπιστήμιο Εδιμβούργου, Cairns Aitken τόνισε τη σημασία της ψυχοσωματικής προσέγγισης σε χρόνιες ασθένειες, που δεν έχουν βρεθεί ακόμη αποτελεσματικές θεραπείες, «όσο λιγότερο αποτελεσματική είναι η θεραπεία οποιασδήποτε νόσου τόσο πιο σημαντικές είναι οι ψυχοκοινωνικές πτυχές. Το αποτέλεσμα τόσο από φυσική όσο και ψυχοσωματική άποψη καθορίζεται συχνά τόσο από τα χαρακτηριστικά του ασθενούς όσο και από την ασθένεια που πάσχει.» (Aitken, 1987).

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της υγείας και της ασθένειας αναπτύχθηκε από τον George L. Engel και βασίζεται στην ιδέα ότι οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων καθορίζουν την αιτία, την εκδήλωση και το αποτέλεσμα της ευημερίας και της ασθένειας. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο τονίζει ότι οποιοσδήποτε παράγοντας δεν είναι επαρκής από μόνος του και έτσι, η αλληλεπίδραση μεταξύ της γενετικής σύνθεσης των ανθρώπων, της ψυχικής υγείας και της συμπεριφοράς και του κοινωνικού και πολιτιστικού πλαισίου μπορούν να καθορίσουν την πορεία των αποτελεσμάτων που σχετίζονται με την υγεία τους (Hatala, 2012).

Οι βιολογικές επιδράσεις στην υγεία περιλαμβάνουν τη γενετική σύνθεση ενός ατόμου και το ιστορικό του όσον αφορά πιθανούς τραυματισμούς, μολύνσεις και ασθένειες. Πολλές διαταραχές έχουν κληρονομική γενετική προέλευση αυξάνοντας τον κίνδυνο ευαλωτότητας εκδήλωσής τους. Παρά το γεγονός, όμως ότι είναι σαφές πως οι γενετικοί

παράγοντες διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της πολλών ασθενειών, είναι εξίσου σαφές ότι πρέπει να υπάρχουν και άλλοι μη βιολογικοί παράγοντες, δηλαδή περιβαλλοντικοί που μπορούν να επηρεάσουν εκδήλωση μίας ασθένειας στα άτομα με προϋπάρχοντα γενετικό κίνδυνο.

Η ψυχολογική διάσταση του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου επιδιώκει να βρει μια ψυχολογική βάση για ένα συγκεκριμένο σύμπτωμα ή μια σειρά συμπτωμάτων. Άτομα με γενετική ευπάθεια μπορεί να είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν αρνητική σκέψη που τους θέτει σε κίνδυνο για κατάθλιψη και άγχος, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο που διαχειρίζονται την ασθένειά τους και την συμμόρφωσή τους με τη θεραπεία και τις ιατρικές οδηγίες. Εναλλακτικά, οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να επιδεινώσουν μια βιολογική προδιάθεση θέτοντας σε κίνδυνο ένα γενετικά ευάλωτο άτομο για την εκδήλωση άλλων προβλημάτων (Hatala, 2012).

Οι κοινωνικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τον πολιτισμό, την τεχνολογία και τη θρησκεία. Για παράδειγμα, η απώλεια της δουλειάς ή η διακοπή μιας ρομαντικής σχέσης μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων. Τέτοια γεγονότα της ζωής μπορεί να προδιαθέτουν ένα άτομο να αναπτύξει κατάθλιψη και άγχος, τα οποία με τη σειρά τους μπορεί να συμβάλουν σε προβλήματα σωματικής υγείας. Ο αντίκτυπος των κοινωνικών παραγόντων αναγνωρίζεται ευρέως στην ανάπτυξη ψυχικών και σωματικών διαταραχών (Lehman, David & Gruber, 2017).

Επίσης περιλαμβάνονται στον κοινωνικό τομέα, οι πολιτιστικοί παράγοντες. Για παράδειγμα, οι διαφορές στις συνθήκες, τις προσδοκίες και τα συστήματα πεποιθήσεων των διαφορετικών πολιτιστικών ομάδων συμβάλλουν σε διαφορετικούς ρυθμούς επικράτησης και έκφρασης των συμπτωμάτων διαφόρων διαταραχών. Ο πολιτισμός μπορεί να ποικίλλει σε

ένα μικρό γεωγραφικό εύρος, όπως από περιοχές χαμηλού εισοδήματος έως περιοχές υψηλότερου εισοδήματος, και τα ποσοστά ασθενειών και διαταραχών να διαφέρουν ανάλογα με αυτές τις κοινότητες. Ο πολιτισμός μπορεί ακόμη και να αλλάξει τη βιολογία, όπως αρχίζουν να δείχνουν οι επιγενετικές μελέτες (Bolton & Gillett, 2019). Συγκεκριμένα, η έρευνα για την επιγενετική δείχνει ότι το περιβάλλον μπορεί πραγματικά να αλλάξει τη γενετική σύνθεση ενός ατόμου (Suls & Rothman, 2004).

Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο υποστηρίζει ότι η λειτουργία του σώματος, του νου και του περιβάλλοντος αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και επηρεάζουν το ένα το άλλο. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, κανένας από αυτούς τους παράγοντες μεμονωμένα δεν επαρκεί για να οδηγήσει οριστικά στην υγεία ή την ασθένεια. Έτσι, είναι η βαθιά συσχέτιση και των τριών συστατικών που οδηγεί σε ένα δεδομένο αποτέλεσμα.

Έτσι, η προώθηση της υγείας πρέπει να συνυπολογίζει και τους τρεις παράγοντες, καθώς τα ευρήματα σχετικών εμπειρικών ερευνών δείχνουν ότι είναι ο συνδυασμός πολλών παραγόντων που επηρεάζουν την απόφαση ενός ασθενούς να προχωρήσει σε συμπεριφορές που προάγουν την υγεία, όπως η λήψη φαρμάκων, η σωστή διατροφή και η σωματική άσκηση. Ορισμένοι από αυτούς τους παράγοντες είναι η κατάσταση της υγείας του ατόμου, οι αντιλήψεις του για την υγεία και η ύπαρξη κοινωνικοπολιτισμικών εμποδίων στην πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη (Bolton & Gillett, 2019).

Σύμφωνα με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, επομένως, οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία και την ασθένεια είναι απόρροια βιολογικών παραγόντων, όπως είναι για παράδειγμα τα γονίδια, της συμπεριφοράς, όπως ο τρόπος ζωής, το άγχος και οι πεποιθήσεις για την υγεία και την ασθένεια και των κοινωνικών συνθηκών, όπως είναι οι πολιτισμικές επιρροές, οι οικογενειακές σχέσεις και η κοινωνική υποστήριξη (Hatala, 2012).

Όπως τονίζεται, επομένως, μέσα από το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο για την υγεία, το μυαλό και το σώμα διατηρούν αμφίδρομη σύνδεση. Υπό αυτήν την έννοια, οι καταστάσεις που επηρεάζουν το σώμα μπορεί να έχουν αντίκτυπο στη σκέψη και τα συναισθήματα του ατόμου. Ομοίως, οι σκέψεις και τα συναισθήματά μπορούν να επηρεάσουν τα συμπτώματα της αυτοάνοσης νόσου. Στην πραγματικότητα, όπως έχει φανεί μέσα από σχετικά ερευνητικά δεδομένα, το αίσθημα κατάθλιψης μπορεί να επιδεινώσει τα αυτοάνοσα συμπτώματα. Ως εκ τούτου, η θεραπεία και η βελτίωση αυτών των συμπτωμάτων μπορεί με τη σειρά της να βελτιώσει τα αυτοάνοσα συμπτώματα. Επιπλέον, η αποτελεσματική διαχείριση της αυτοάνοσης διαταραχής μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματα ψυχικής υγείας, όπως το άγχος και την κατάθλιψη (Margaretten, Julian, Katz & Yelin, 2011).

Σήμερα γίνεται σαφές ότι φυσιολογικοί, βιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες σχετίζονται και καθορίζουν την υγεία ανεξάρτητα και αλληλεπιδραστικά. Ωστόσο, οι βιολογικοί μηχανισμοί που μεσολαβούν σ' αυτές τις αλλαγές παραμένουν ελάχιστα κατανοητοί, και οι σχέσεις μεταξύ των συναισθηματικών καταστάσεων και της έναρξης της οργανικής νόσου είναι ακόμη αμφιλεγόμενες. Παρόλο που υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι τα συναισθήματα μπορούν να επηρεάσουν το ανοσοποιητικό σύστημα μέσω της επίδρασης τους στο συμπαθητικό νευρικό σύστημα και τις ενδοκρινικές λειτουργίες (Schiepers et al., 2005, Barbosa, et al., 2009) δεν έχει επιβεβαιωθεί ότι αυτές οι αλλαγές θα μπορούσαν να οδηγήσουν ή να συσχετιστούν με μια αυτοάνοση νόσο (Parker et al., 1993, Barbosa, et al., 2009).

Ψυχιατρική και ψυχαναλυτική βιβλιογραφία

Από τις πρώτες κιόλας μελέτες του ο Freud έκανε λόγο για τη σωματική μετατροπή, τη μεταβίβαση της συναισθηματικής έντασης σε σωματικά συμπτώματα. Αναφέρθηκε επίσης, σε μετέπειτα έργα του στη δυναμικότητα της σχέσης μεταξύ της ενόρμησης της ζωής

και της ενόρμησης του θανάτου. Η επικράτησης της μιας ενόρμησης επί της άλλης εξαρτάται από στοιχεία εσωτερικής οργάνωσης ή αποδιοργάνωσης. Η επιθετικότητα είναι μια εκδήλωση της ψυχικής λειτουργίας της ορμής του θανάτου. Και ο Freud θεωρούσε ότι αυτή είναι έμφυτη σε κάθε κύτταρο του σώματος, με αποτέλεσμα σταδιακά να αφανίζεται η οργανική υπόσταση κάθε ζώντος οργανισμού (Freud, 1956).

Σύμφωνα με την Mahler, κατά τη φυσιολογική συμβιωτική φάση, που δεν υπάρχει διαφοροποίηση μεταξύ μητέρας και βρέφους, το Εγω παραμένει αδιαφοροποίητο από το Εκείνο, με αποτέλεσμα οι λιβιδινικές και επιθετικές τάσεις να συνυπάρχουν. Στην επόμενη φάση του αποχωρισμού αρχίζουν οι διεργασίες της διαφοροποίησης και ανάπτυξης της εικόνας του σώματος. Οι επιθετικές ενορμήσεις σ’ αυτό το στάδιο είναι πολύ σημαντικές για την περαιτέρω ανάπτυξη του παιδιού και εάν δεν γίνει σωστός τους χειρισμός από την πλευρά της μητέρας είναι πιθανό η επιθετικότητα αυτών των ενορμήσεων να στραφεί προς το ίδιο το σώμα του ατόμου, και να επέλθει ενδοβολή των αρνητικών συναισθημάτων τους και μη εξωτερίκευσή τους (Winnicott, 1966).

Για τον Winnicott η ψυχική υγεία είναι το αποτέλεσμα της φροντίδας που παρέχει η μητέρα στο παιδί, φροντίδα που επιτρέπει τη συνέχεια της συναισθηματικής του ανάπτυξης. Κι όταν η μητέρα δεν είναι ικανή να εκπληρώσει αυτό το ρόλο, τότε το παιδί κατακλύζεται από έντονο άγχος, άγχος εκμηδενισμού, κομματιάσματος, όπου το παιδί χάνει την επαφή με το σώμα του. Έτσι, το βρέφος μη διαθέτοντας οργανωμένο ψυχισμό αντιδρά με καθολικό τρόπο μέσα από την αδιαφοροποίητη ψυχοσωματική του οντότητα (Winnicott, 1978, Σακελλαρόπουλος, 1998).

Ο Winnicott συνδέει αυτό το άγχος με τις διαταραχές οργάνωσης του Εγώ, το οποίο χαρακτηρίζεται από τρεις τάσεις 1) την τάση της απαρτίωσης σε σχέση με το κράτημα από τη μητέρα, 2) την τάση για προσωποποίηση, μια σταθερή ένωση του Εγώ και του σώματος,

σε σχέση με τον τρόπο που η μητέρα φροντίζει το μωρό και τους χειρισμούς της, 3) την τάση εγκατάστασης μιας σχέσης μέσα από τον τρόπο που η μητέρα όχι μόνο ικανοποιεί τις ανάγκες του μωρού, αλλά το αφήνει να βρει το αντικείμενο στήθος / μπιμπερό) και να το εξερευνήσει, δίνοντάς του την ψευδαίσθηση ότι το δημιούργησε μόνο του. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Winnicott, στους ψυχοσωματικούς ασθενείς δεν έχει επέλθει διαφοροποίηση μεταξύ της ψυχής και του σώματος, γεγονός που μπορεί να εξηγήσει την έλλειψη φαντασίας και τη μηχανιστική συγκεκριμένη σκέψη των ψυχοσωματικών ασθενών (Spitz R, 1954, Τσιάντης και συν., 1987).

Σύμφωνα με τον Marty η ασθένεια είναι «μια ειδική κατάσταση ισορροπίας» του ατόμου σε μια συγκεκριμένη στιγμή της ζωής του. Η ψυχοσωματική νόσος επέρχεται κάποια στιγμή στη ζωή ενός ατόμου ως αυτόματη λύση μιας κατάστασης (των πιθανών τραυματικών γεγονότων που έχει το άτομο ή των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς του), δεδομένου ότι δεν υπάρχει άλλη διέξοδος. Η ίδια η νόσος εμφανίζεται ως άμυνα του ατόμου, που έχει αποτύχει να αντιμετωπίσει επιτυχώς την εσωτερική ή εξωτερική του πραγματικότητα. Η ανισορροπία της νόσου δεν αποτελεί ένα παθολογικό γεγονός, αλλά έναν από τους παράγοντες «ομοιοστασίας» με βάση τις υφιστάμενες συνθήκες. (Jonson, Kamilaris et al., 1992).

Η Ψυχιατρική και ψυχαναλυτική βιβλιογραφία στη ΡΑ φώτισαν περαιτέρω αυτό τον χώρο. Οι ασθενείς με ΡΑ ξεφεύγουν από τις συναισθηματικές τους συγκρούσεις μέσω σωματικής/ φυσικής λειτουργίας, και όχι μέσω της φαντασίας, όπως οι σχιζοφρενείς (με απουσία της αρθρίτιδας μεταξύ ψυχωτικών) (Nissen et al., 1936). Ο Booth ανέφερε μεταξύ άλλων προδιαθέσεων για χρόνια αρθρίτιδα, μια παρόρμηση να είναι κάποιος ενεργός, και μια αδυναμία να συνεχιστεί αυτή η δραστηριότητα εξαιτίας μιας νευρωτικής αμυντικής στάσης (Booth, 1937). Οι ασθενείς με ΡΑ τείνουν να παρουσιάζουν έντονο περιορισμό στη συναισθηματική τους έκφραση και είναι ικανοί να δείξουν ισχυρά στοιχεία αυτοθυσίας.

Μάλιστα, οι καταναγκαστικές εκδηλώσεις και ο ιδεοληπτικές τάσεις προηγούνταν πολύ πριν ξεκινήσει η ασθένεια (Halliday, 1937, 1942). Σε παιδιά με ΡΑ ένα εξαιρετικό χαρακτηριστικό στη δομή της προσωπικότητάς τους ήταν η σύγκρουση που προέκυπτε από την ανικανότητα να επιτύχουν συναισθηματικό διαχωρισμό από τις μητέρες τους (Blom et al., 1954). Η εμφάνιση ΡΑ φαίνεται να ακολουθεί γεγονότα, που αναστέλλουν την ισορροπία μεταξύ επιθετικών παρορμήσεων και ελέγχου τους (Meyer, 1958). Λαμβάνοντας υπόψη την ψυχογένεση και των υποθετικών συγκρούσεων που αφορούν κυρίως τις ενορμήσεις ή τις ανάγκες του τόμου ο Groddeck (1928) ανέφερε μια περίπτωση μιας γυναίκας με σπονδυλική αρθρίτιδα, στην οποία η ασθένειά της φαινόταν να αποτελεί μια άμυνα ενάντια στον ετεροφυλόφιλο ρόλο της. Ο Alexander επίσης, ανέφερε μια περίπτωση της MacFarlane, στην οποία τα συμπτώματά της είχαν την διπλή έννοια της τιμωρίας για τα εχθρικά ανταγωνιστικά αισθήματα απέναντι στους άνδρες και την εξιλέωση για την αγαπημένη της δραστηριότητα, τον χορό, που ο πατέρας της δεν ενέκρινε (Cormier et al., 1957).

Σε μια μελέτη με 33 ασθενείς με ΡΑ, των οποίων οι 29 ήταν γυναίκες φάνηκε ότι η πλειονότητα αυτών έμαθε να απαλλάσσει την εχθρότητα μέσω του ανδρικού ανταγωνισμού, της σωματικής δραστηριότητας και της καταναγκαστικής εργασίας, καθώς και μέσω της κυριαρχίας της οικογένειας. Όταν οι μέθοδοι απόρριψης αποκλείονται, ο αυξημένος μυϊκός πόνος που προκύπτει από την ανασταλτική επιθετικότητα και την άμυνα εναντίον του προκαλεί την ασθένεια (επειδή οι παράγοντες αυτοί απαντώνται σε ασθενείς που δεν πάσχουν από αρθρίτιδα, θα πρέπει να υποστηριχθούν επιπλέον αιτιολογικοί παράγοντες) (Johnson et al., 1947).

Ο Ludwig (1954) αναφερόμενος σε υλικό που συλλέχθηκε από 8 ασθενείς που μελετήθηκαν ψυχαναλυτικά για αρκετές εκατοντάδες ώρες ο καθένας, βρήκε ένα πρότυπο προσωπικότητας που παρατηρήθηκε και σ’ ασθενείς μ’ άλλες ψυχοσωματικές διαταραχές και

είναι παρόμοιο μ’ αυτό που είχε περιγράψει ο Kardiner σε άτομα με χρόνιες τραυματικές νευρώσεις, που προκλήθηκαν από πόλεμο.

Ο Ludwig δήλωσε «Το σημαντικό χαρακτηριστικό γνώρισμα είναι η έντονη εξασθένηση της λειτουργίας του Εγώ, που εκδηλώνεται από υπερβολική εξάρτηση, ανασφάλεια, συναισθήματα ανεπάρκειας, δυσκολία σε συνήθεις μεθόδους μάθησης ή αντιμετώπισης του περιβάλλοντος και των άλλων ανθρώπων, και σοβαρός αποκλεισμός της εξωτερικής έκφρασης του συναισθήματος με την εσωτερίκευση του αισθήματος και μιας αυτόνομης δραστηριότητας.» Έτσι, στα γραπτά του τονίζει την παρουσία καταθλιπτικών χαρακτηριστικών σ’ αυτές τις περιπτώσεις, αλλά τείνει να τα ταξινομήσει ψυχοδυναμικά στη σχιζοφρενική ομάδα και να συγκρίνει τον χρόνιο ασθενή PA με τον κατατονικό σχιζοφρενικό ασθενή (Cormier et al., 1957).

Σε μια έρευνα παρατηρήθηκε ότι η κινητική δραστηριότητα, εάν όχι η υπερδραστηριότητα, και παρορμητικότητα βρέθηκαν να είναι τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά κατά την παιδική ή εφηβική ηλικία σε PA ασθενείς. Ως βρέφη θεωρούνταν υπερκινητικά μωρά. Πολλοί από αυτούς έχουν δείξει πολύ δυναμισμό νωρίς στη ζωή τους. Αυτή η ανάγκη για κινητική δραστηριότητα βρέθηκε αργότερα να μετατρέπεται σε ενεργό συμμετοχή σε αθλήματα και παιχνίδια, και όχι σπάνια σε βάρος ενδιαφέροντος για μάθηση και πνευματικές επιδιώξεις. Σε μερικά από αυτά τα άτομα η κινητική τους δραστηριότητα αντιστοιχήθηκε σε απείθαρχη συμπεριφορά. Τρεις από τους PA ασθενείς ήταν παραβατικοί και είχαν αποσταλεί σε σχολείο αναμόρφωσης. Τρεις άλλοι (προφανείς εξαιρέσεις από τον κανόνα) ήταν ήσυχοι και ντροπαλοί, και συγκρατημένοι. Ωστόσο, η πρόδηλη συμπεριφορά τους ήταν σε έντονη αντίθεση με τις ανταγωνιστικές και επιθετικές φαντασιώσεις τους. Η αντίστοιχη ομάδα των αδερφών (εκείνων που δεν έπασχαν από PA) έδειξε αντίθετες τάσεις στην παιδική τους ηλικία και την εφηβεία. Ήταν, δηλαδή ήσυχα, και ντροπαλά, επιφυλακτικά και με τάση συμμόρφωσης ως παιδιά, έδειξαν σίγουρα λιγότερη ενέργεια από τα αδέρφια τους (που

ανέπτυξαν μελλοντικά ΡΑ) στα αθλήματα και τα παιχνίδια ή οποιοδήποτε άλλο είδος κινητικής δραστηριότητας, αλλά παρουσίαζαν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για καθιστικές δραστηριότητες, όπως σχέδιο και ανάγνωση. Και οι δυο ομάδες αδερφών, ανέφεραν τον ένα ή και τους δυο γονείς ως αυστηρούς. Ως παιδιά, αυτοί που αργότερα στη ζωή τους εμφάνισαν ΡΑ θεώρησαν τις απαιτήσεις των γονέων τους ως υπερβολικές, και αντιδρούσαν σ' αυτές με παρορμητική περιφρόνηση, ενώ αντίθετα τα αδέρφια τους, που δεν εμφάνισαν ΡΑ δέχτηκαν ανεπιφύλακτα και αδιαμαρτύρητα τις ίδιες απαιτήσεις ή τις παρέκαμπταν με ένα μη προκλητικό τρόπο. Σε αντίθεση με τα αδέρφια τους, οι μέλλοντες ασθενείς ΡΑ ως παιδιά είχαν προβλήματα και συγκρούσεις με τους γονείς τους. Καθώς αυτοί εξελίσσονται από την εφηβεία στην ενηλικίωση παρατηρούνται σημαντικές αλλαγές. Η επιθετική, προσβλητική και απείθαρχη συμπεριφορά μπορεί να επικρατήσει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ωστόσο, σταδιακά και ολοένα και περισσότερο, καθώς προκύπτουν οι απαιτήσεις της ενηλικίωσης η κινητική δραστηριότητα περιορίζεται, και η συγκράτηση αυτή επιτυγχάνεται συχνά με εμμονή. Τέσσερις από τους ασθενείς που μελετήθηκαν εμφάνισαν στοιχεία ιδεοψυχαναγκαστικής νεύρωσης, η πλειοψηφία εμφάνισε συγκεκριμένα ιδεοψυχαναγκαστικά χαρακτηριστρικά (εμμονή να προσπαθεί να είναι ακριβής, τακτοποιημένος, και τελειομανής ως αδυναμία τους να αντιμετωπίσουν μια κατάσταση που απαιτεί άμεση δράση). Η εξωτερίκευση της επιθετικότητας αντικαθιστάται από την αυτοθυσία ή τη συγχώρεση στάσεων ως αντιδραστικός μηχανισμός ενάντια στην εμφάνιση και τη δράση των επιθετικών ενορμήσεων. Περιστασιακές εκρήξεις οργής ήταν πιο συχνές και βίαιες στους μελλοντικούς ΡΑ ασθενείς και έπειτα έτειναν να είχαν συναισθήματα μετάνοιας και ενοχής, και να υπόκεινται σε ιδεοληψίες. Φαίνεται σαν σε βαθιά στρώματα της σκέψης τους να είχαν φανταστεί ότι προκάλεσαν τόσο σοβαρή βλάβη στα αντικείμενα της επίθεσής τους, ώστε η ανάγκη τους για αυτοτιμωρία και αποκατάσταση ήταν επιτακτική. Τα αδέρφια των ΡΑ από ντροπαλά μεγαλώνοντας απέκτησαν σταδιακά τη σιγουριά και την αυτοπεποίθηση, έμαθαν

να υπερασπίζονται τα διακιώματά τους, και αντί να χρησιμοποιούν αντιδραστικούς μηχανισμούς αντιμετωπίσουν τις επιθετικές τους ενορμήσεις μέσω της μετουσίωσης, της εξουδετέρωσης. Ακόμη, οι ασθενείς με ΡΑ σε δοκιμασία Rorschach έδωσαν ενδείξεις έντονης εσωστρέφειας με κατασταλτικό έλεγχο. Η συνειδητή ή η ασυνείδητη ορμή για εκκένωση επιθετικών παρορμήσεων αντισταθμίζεται σ' αυτούς τους ασθενείς με το συνειδητό ή ασυνείδητο φόβο των συνεπειών και της ενοχής.

Βιβλιογραφική Ανασκόπηση σχετικών Ερευνητικών Δεδομένων

Χρόνιο άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα.

Μελέτες έχουν δείξει ότι μια σειρά ψυχοκοινωνικών προβλημάτων σχετίζεται με ΡΑ. Αυτές οι δυσκολίες περιλαμβάνουν ελαττωμένη ικανότητα για ενεργή απασχόληση, μειωμένες ψυχαγωγικές δραστηριότητες, κοινωνική απομόνωση, μοναξιά (σύμπλεγμα "εγκατάλειψης"), χαμηλή αυτοεκτίμηση, συμπτώματα δυσφορίας, παραίτηση από την εργασία, φοβική και αποφευκτική συμπεριφορά, νευρικότητα, καταστασιακό άγχος, αβεβαιότητα γα το μέλλον, διατάραξη της σεξουαλικής ζωής, καθώς το άτομο αισθάνεται ότι είναι λιγότερο ελκυστικό, και ανεπαρκή αντιμετώπιση των συναισθημάτων επιθετικότητας (Anderson et al., 1985, Liang, 1989).

Το άγχος είναι ένα κοινό δαπανηρό και σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Η μελέτη του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας επιδημιολογικού τομέα βρήκε ένα ποσοστό 14,6% για τις αγχώδεις διαταραχές (Regier et al., 1988), και η Εθνική Έρευνα Συννοσηρότητας βρήκε το ποσοστό 24,9% (Kessler et al., 1994). Το 1990, το κόστος που σχετίζεται με αγχώδεις διαταραχές (π.χ. μειωμένη απασχόληση, και αυξημένη ιατρική περίθαλψη) ανήλθε σε 46,6 δις. δολάρια, που ήταν 30% των συνολικών δαπανών ψυχικής υγείας εκείνο το έτος (DuPont et al., 1996).

Πληθώρα ερευνητικών δεδομένων έχει δείξει ότι οι χρόνιες ιατρικές παθήσεις σχετίζονται με τον αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης και αυτοκτονίας. Ακόμα, η διάγνωση της συγκεκριμένης ασθένειας συχνά προκαλεί άγχος, στρες και αίσθημα αβεβαιότητας στους ασθενείς και τους συγγενείς τους. Έτσι, και στην ρευματοειδή αρθρίτιδα οι ασθενείς βιώνουν συχνά έντονες σωματικές ενοχλήσεις, αλλά και σημαντικές αλλαγές στον εργασιακό και διαπροσωπικό τομέα, όπως και στην ψυχική τους υγεία και την κοινωνική τους ζωή.

Τα αυτοάνοσα νοσήματα αποτελούν σημαντικό παράγοντα άγχους, καθώς αποτελούν πηγή απειλών σχετικά με την διατήρηση του αισθήματος ευεξίας, όπως τα χρόνια προβλήματα υγείας, τον περιορισμό των δραστηριοτήτων, τις μακροχρόνιες ανικανότητες (B.Luban-Plazza, W.Poldinger, F.Kroger, Boris, et al., 1997). Το χρόνιο στρες είναι η ανταπόκριση στη συναισθηματική πίεση που υφίσταται για παρατεταμένο χρονικό διάστημα, όταν ένα άτομο αντιλαμβάνεται ότι έχει ελάχιστο ή καθόλου έλεγχο της κατάστασης. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα, μια χρόνια ασθένεια που προσβάλλει 1,3 εκατομμύρια ενήλικες στις ΗΠΑ, είναι μια συστηματική φλεγμονώδης νόσος που προσβάλλει τα άτομα τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά (Margaretten et al., 2011). Οι διαταραχές της ψυχικής υγείας έχουν από καιρού αναγνωριστεί ως σημαντικότερες συννοσηρότητες της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, παρόλο που η ακριβής μέτρηση και διάγνωση ποικίλλει μεταξύ των μελετών (Nerurkar et al., 2019). Η παρουσία αρθρίτιδας σε νεότερους πληθυσμούς (<45 ετών) ήταν ένας παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη διαταραχής ψυχικής υγείας μετά από 3 χρόνια παρακολούθησης, αλλά το αντίστροφο δεν παρατηρήθηκε (van't Land et al., 2010).

Ιδιαίτερα, ο χρόνιος πόνος και οι περιορισμοί στις σωματικές δραστηριότητες που βιώνουν οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, η αστάθεια από τα συμπτώματα και την εξέλιξη της ασθένειας, όπως και η αδυναμία πρόβλεψης της πρόγνωσής της, οδηγούν και σε σημαντική αύξηση του άγχους (Bradley et al., 1984, Soósová et al., 2017).

Ο βαθμός επικράτησης του άγχους στην βιβλιογραφία είναι μεταβλητός. Η συχνότητα του άγχους σε ΡΑ ήταν 70% (El-Miedany et al., 2002), και 69% και 12,5% με σοβαρά συμπτώματα άγχους (Karahan, et al., 2016). Ο επιπολασμός του άγχους σε ασθενείς με ΡΑ είναι 13,4%. Είναι συχνό το άγχος στην ΡΑ, αλλά στα ίδια επίπεδα μ΄ αυτό άλλων ρευματικών νοσημάτων (Hawley, Wolf, 1988). Πολλές αναδρομικές μελέτες διαπίστωσαν ότι ένα υψηλό ποσοστό ασθενών (έως και 80%) αναφέρουν ασυνήθιστο συναισθηματικό στρες πριν την έναρξη της νόσου (Stojanovich L., 2006). Και η ίδια η ασθένεια με την σειρά της προκαλεί επίσης, σημαντικό άγχος στους ασθενείς, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο (Huerta PT, Kowal C, DeGiorgio L, et al., 2006). Ο Lok et (2010) αναφέρουν ότι είναι περίπου 13% και ο Zhang et 30,6% (2017) μέχρι και 94% Lisitsyna (2012). Γενικά στις διάφορες μελέτες τα ποσοστά άγχους στη ΡΑ κυμαίνονται από 20% μέχρι 70%. Τα ευρήματα των μελετών είναι αντικρουόμενα. Ορισμένες μελέτες αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά άγχους από ότι κατάθλιψη ενώ άλλες όχι. Βρέθηκε σημαντική αλληλοεπικάλυψη με κατάθλιψη, ώστε τα επίπεδα άγχους ήταν υψηλότερα, όταν συνυπήρχε κατάθλιψη (VanDyke MM, et al., 2004).

Οι VanDyke MM et al. (2004) χρησιμοποιώντας ως εργαλείο εκτίμησης του άγχους το Spielberger's State – Trait Anxiety Inventory (STAI) έδειξαν ότι πολυάριθμες καταστάσεις που σχετίζονται με τη ΡΑ (π.χ. πόνος, μειωμένη λειτουργική κατάσταση, μειωμένο εισόδημα) μπορούν να συμβάλλουν σε παρατηρούμενη αύξηση του άγχους ως χαρακτηριστικού της προσωπικότητας σε ασθενείς με ΡΑ ($P<0.001$) [ενώ σε άλλες έρευνες οι διάφορες δεν ήταν σημαντικές συγκρινόμενες με τον γενικό πληθυσμό (Radanov BP et al., 1997)], καθώς και ότι άτομα με ΡΑ, που πληρούσαν και κριτήρια κατάθλιψης εμφάνισαν στατιστικά υψηλότερα επίπεδα άγχους και ως χαρακτηριστικού και ως κατάστασης ($\rho<0.001$) (VanDyke et al., 2004).

Το επίπεδο άγχους δεν σχετίζεται με γραμμικό τρόπο με τη διάρκεια της νόσου στη ΡΑ. Κατά τη διάρκεια της νόσου τους, οι ασθενείς με ΡΑ παρουσιάζουν ένα ευρύ φάσμα επιπέδων άγχους (VanDyke et al., 2004). Το εύρημα αυτό μπορεί να φαίνεται κάπως ασυνεπές με προηγούμενες αναφορές που δείχνουν ελαφρές μειώσεις του άγχους κατά τα πρώτα χρόνια εμφάνισης της ΡΑ (Hawley et al., 1988, Anderson et al., 1988, Eberhardt et al., 1993).

Σε χρόνιες ασθένειες όπως ρευματοειδή αρθρίτιδα και νεανική ιδιοπαθή αρθρίτιδα, το στρες μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση της ενεργότητας της νόσου. Παρατηρήθηκε ότι τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής έπαιξαν έναν ρόλο για την ασθένεια (Straub et al., 2005).

Η σχέση μεταξύ φύλου και άγχους έχει μελετηθεί εκτενώς (Kinrys and Wygant, 2005). Σε μια μελέτη στο Ισραήλ (2017) με 11.782 ασθενείς με ΡΑ και 57.973 άτομα στην ομάδα ελέγχου βρέθηκαν υψηλότερα ποσοστά επικράτησης και κίνδυνο ζωής για αγχώδεις διαταραχές, καθώς και μεγαλύτερη επιβάρυνση, ειδικά σε νεαρές γυναίκες ασθενείς ΡΑ με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο (Watad A., et al., 2017). Σε μια μελέτη (Collaborative Psychiatric Epidemiology Studies, CPES) οι γυναίκες σταθερά είχαν υψηλότερα ποσοστά επικράτησης και κινδύνου για διαταραχές άγχους, καθώς και μεγαλύτερο βάρος, ενώ καμία διαφοροποίηση φύλου σε ηλικία έναρξης και χρονιότητα νόσου (McLean et al., 2011).

Στην βιβλιογραφία έχουν βρεθεί αντιφατικά αποτελέσματα στη σχέση μεταξύ ηλικίας και άγχους. Ορισμένες μελέτες έχουν βρει υψηλότερο ποσοστό με την αύξηση της ηλικίας (Krasucki et al., 1998), ενώ έχει βρεθεί και μια αντίστροφη σχέση. (Correll, 1984) .

Η βιβλιογραφία σε διαταραχές άγχους και ποιότητας ζωής έδειξε μείωση σε επαγγελματική/ εκπαιδευτική/ κοινωνική λειτουργία, σωματική και ψυχική υγεία (Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B.,2000).

Καθημερινοί παράγοντες άγχους έχει θεωρηθεί ότι σχετίζονται με δείκτες φλεγμονώδης, ενδοκρινικής και νοσολογικής λειτουργίας, που επηρεάζουν την πορεία της νόσου και τα συμπτώματα ΡΑ, και προέβλεψαν αυξημένη κόπωση τον επόμενο μήνα και αρνητική πρόβλεψη για αυξημένη ενεργότητα της ασθένειας, πρησμένο αριθμό αρθρώσεων και πόνο τον επόμενο μήνα. Κυτοκίνες IL-1β και INF γ, παράγοντες πρόβλεψης της κόπωσης.

Το άγχος είναι ένας καλός προβλεπτικός παράγοντας για πόνο σε ΡΑ, λειτουργική βλάβη,(Jamshidi, et al., 2016) ποιότητα ζωής, (Wan, et al.,2016), ενεργότητας νόσου (Matcham et al., 2016), στο οποίο τα στοιχεία είναι αντικρουόμενα.

Το άγχος μπορεί να προβλέψει κακή προσκόλληση σε θεραπεία (Xia et al., 2016), χαμηλή ποιότητα ύπνου (Guo et al., 2016) και αποτελεσμάτων θεραπείας (Matcham, 2016).

Ενώ, τα στοιχεία για συσχέτιση μεταξύ κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και ψυχιατρικών διαταραχών, όπως σχιζοφρένεια είναι πιο σταθερά και ισχυρά, υπάρχουν λιγότερες μελέτες σχετικά με τη σχέση κοινωνικοοικονομικού επιπέδου και άγχους, δεδομένου ότι η έννοια και η διάγνωση του άγχους έχουν διακυμάνσεις καθ΄όλη τη διάρκεια του χρόνου, κι ως εκ τούτου είναι συνεπείς λίγες διαχρονικές μελέτες (Muntaner et al., 2004). Το χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο συσχετίστηκε με άγχος σε ασθενείς με ΡΑ (Watad A., et al., 2017, Green, M. J., Benzeval, M., 2013). Η έρευνα Γενικευμένων αγχωδών διαταραχών Ι και έρευνα Γενικευμένων αγχωδών διαταραχών ΙΙ βρήκαν διαφορές ανάλογα με το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της περιοχής, που διέμεναν οι ασθενείς (Ansseau, et al., 2008). Δεδομένα από τη μελέτη επιδημιολογικού τομέα (Martin, 2003), και από την Εθνική μελέτη συννοσηρότητας (Wittchen et al., 1994) υποδηλώνουν ότι τα άτομα με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο έχουν υψηλότερο επιπολασμό γενικευμένης αγχώδους

διαταραχής.Σε άτομα με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, η ΡΑ είναι πιο διαδεδομένη και ο αντίκτυπος της νόσου υψηλότερος (Pincus et al., 1987).

Οι καπνιστές παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά άγχους από τους μη καπνιστές, παρόλο που δεν μπορούσε να παρατηρηθεί συσχέτιση μεταξύ ποσότητας καπνίσματος και επιβάρυνσης άγχους (Schneider and Houston, 1970). Επιπλέον, γενικά οι δραστηριότητες καπνίσματος συγκεντρώνονται ιδιαίτερα κατά την περίοδο άγχους, αλλά δεν φαίνονται να διατηρούνται σε περιόδους μη άγχους. Μελέτες έδειξαν ότι το κάπνισμα μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών άγχους κατά τη διάρκεια της εφηβείας και της πρώιμης ενηλικίωσης (Johnson et al., 2000). Ορισμένες μελέτες υποστηρίζουν τη νευροβιολογική βάση μιας τέτοιας συσχέτισης. Ο διάμεσος άξονας διαμορφώνοντας τις αρνητικές συναισθηματικές αποκρίσεις, φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο (Molas et al., 2017).

Παρά το γεγονός ότι έχει υπογραμμιστεί πολλάκις η σημασία της ψυχολογικής προσαρμογής των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα, φαίνεται ότι οι μελέτες για τη διερεύνηση του άγχους είναι ακόμα σχετικά περιορισμένες. Παρ' όλα αυτά, το άγχος είναι μία βασική διάσταση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, δεδομένου ότι τα συμπτώματά της μπορεί να διαφοροποιούνται και να ποικίλλουν μέσα στη μέρα ή ανά περιόδους, οδηγώντας σε συμπτώματα άγχους. Επίσης, η απρόβλεπτη πορεία της ασθένειας, ο χρόνιος πόνος και οι περιορισμοί στην κίνηση μπορεί να αυξήσουν σημαντικά το άγχος των πασχόντων. Έτσι, όπως έδειξε και η μελέτη των El-Miedany & El Rasheed (2002), το άγχος στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα όχι μόνο είναι συχνό, αλλά φαίνεται να είναι πιο συνηθισμένο σε σχέση με την κατάθλιψη.

Ακόμα, η λήψη αντιρρευματικών φαρμάκων για την διαχείριση της ασθένειας, όπως και τα στεροειδή και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη

ρευματοειδή αρθρίτιδα, μπορούν να βελτιώσουν την ψυχολογική κατάσταση των ασθενών ως αποτέλεσμα της ρύθμισης ορισμένων σωματικών συμπτωμάτων (Benjamin, Bansal, Goyal & Lappin, 2018). Από την άλλη πλευρά, η ιδέα της συνεχούς χρήσης φαρμάκων μπορεί να αυξήσει το άγχος των ασθενών. Έχει υποστηριχθεί, επίσης, ότι το άγχος, το οποίο υπάρχει προσωρινά στο αρχικό στάδιο της ασθένειας, αντικαθίσταται από την κατάθλιψη με την πάροδο του χρόνου, ενώ μπορεί να είναι και πρόδρομος της μεταγενέστερης κατάθλιψης (VanDyke et al., 2004). Ακόμα, η έρευνα των VanDyke et al. (2004) εξέτασε το επίπεδο του άγχους των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το καταστασιακό άγχος των ερευνητικών υποκειμένων ήταν συγκρίσιμο με αυτό του υγιή πληθυσμού, ενώ τα επίπεδα του χαρακτηρολογικού άγχους να ήταν σημαντικά υψηλότερο (VanDyke et al., 2004).

Το άγχος είναι ένας παράγοντας, που ασκεί επιδράσεις στον άξονα HPA και τον μυελό των επινεφριδίων, τμήμα του Συμπαθητικού Νευρικού Συστήματος και έτσι μπορεί να επιδεινώσει την εξέλιξη των χρόνιων φλεγμονωδών ασθενειών (Straub et al., 2005). Σε μια μελέτη που διερεύνησε τα επίπεδα κυκλοφορούντων κυτοκινών που εμπλέκονται στην εξέλιξη της νόσου σε ασθενείς με PA, σε ασθενείς με ψωρίαση και σε υγιείς, έδειξε ότι οι ασθενείς με PA είχαν διαφορετική ανοσοαπόκριση στο στρες από τους ασθενείς με ψωρίαση και τους υγιείς, με τα βασικά επίπεδα κυτοκινών εκτός από 1L-8 να ήταν σημαντικά υψηλότερα σε ασθενείς με PA (de Brouwer et al., 2014).

Η εκπαίδευση στη διαχείριση του στρες όχι μόνο μείωσε τα επίπεδα της υποκειμενικής έντασης και της αντιδραστικότητας της κορτιζόλης (De Brouwer et al., 2011), αλλά επηρέασε επίσης την απόκριση στο 1L-8 στο οξύ στρες σε ασθενείς με PA υποδεικνύοντας ότι οι ψυχολογικές παρεμβάσεις μπορούν να αλλάξουν την ανοσοποιητική λειτουργία (de Brouwer et al., 2013).

Στα αυτοάνοσα νοσήματα, ψυχολογικά συμπτώματα, όπως κόπωση, απώλεια ενδιαφέροντος για καθημερινές δραστηριότητες και γνωστικά ελλείμματα είναι κοινά. Η συνύπαρξη φλεγμονωδών ασθενειών με κατάθλιψη έχουν αναγνωριστεί από καιρού ότι αντιπροσωπεύουν το τρίτο μεγαλύτερο μερίδιο παγκόσμιου βάρους ασθενειών σε σχέση με τα χρόνια που χάνονται από αναπηρία (Global Burden of Disease 2016) (Vos, T., Allen, C., Arora, e.t. 2016).

Πλήθος ερευνών έχει μελετήσει την κατάθλιψη σ' αυτή την ομάδα ασθενών. Απ' όλες τις ψυχικές διαταραχές η κατάθλιψη σχετίζεται περισσότερο με τη ρευματοειδή αρθρίτιδα (Matcham et al., 2013). Παρόλο που η κατάθλιψη είναι πιο κοινή στη ρευματοειδή αρθρίτιδα από τον γενικό πληθυσμό (Waraich et al., 2004), εκτιμήσεις του επιπολασμού ποικίλλουν σημαντικά, κυμαινόμενες από 14% έως 48% (Matcham et al., 2013). Παρά τη σημαντική ετερογένεια στη μέτρηση, μια μετανάλυση παρείχε μια πιο συντηρητική εκτίμηση της κατάθλιψης στη ρευματοειδή αρθρίτιδα, 18.8%, αν και αυτή η εκτίμηση εξακολουθεί να είναι σημαντικά υψηλότερη από την επικράτηση του γενικού πληθυσμού (Matcham et al., 2013, Waraich et al., 2004). Ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε ΡΑ ήταν 41,5% (Isik et al., 2007). Εκτιμάται ότι οι ασθενείς με σοβαρή καταθλιπτική διαταραχή που έχουν διαγνωσθεί με ρευματοειδή αρθρίτιδα, αποτελούν το 13-42% του συγκεκριμένου πληθυσμού (Isik et al., 2007). Το ποσοστό αυτό, μάλιστα, φαίνεται πως είναι τουλάχιστον διπλάσιο έως τετραπλάσιο από αυτό του γενικού πληθυσμού. Το ευρύ φάσμα του επιπολασμού της κατάθλιψης σε κλινικές μελέτες με δείγμα τους ασθενείς αυτούς πιθανότατα να οφείλεται στις διαφορετικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Margaretten et al.,2011). Ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης σε ασθενείς με ΡΑ έχει αναφερθεί σε κλινικές μελέτες ότι κυμαίνεται από 13-30% (Frank et al., 1988, Murphy et al., 1988, Ohtsuki et al., 2010, Peck et al., 1989, Kojima et al., 2009, Sato et al., 2013, Covic et al., 2006). Σχετικά με τον επιπολασμό της είναι 2-3 φορές πιο συχνός σε

σχέση με τον γενικό πληθυσμό, αλλά παρόμοιος μ' αυτόν άλλων χρόνιων νόσων (Regier DA, Boyd JH, et 1988). Η κατάθλιψη παρατηρείται συχνότερα σε ασθενείς με ΡΑ που κυμαίνεται από 22-80% (Rimon, 1978). Σύμφωνά με μία μετανάλυση με 43 μεθόδους καθορισμού της η επικράτησή της κατάθλιψης (με όριο cutoff 8 και 11) ήταν 34,2% (HADS) (95% CI 34%, 43%) και 14,8% (95% CI 12%, 18%) αντίστοιχα (Matcham et al., 2013). Σε μελέτες που αξιολογούν τα καταθλιπτικά συμπτώματα με ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, τα ποσοστά είναι σαφώς πιο υψηλά (για παράδειγμα 40%), ωστόσο η συμπτωματολογία μπορεί να είναι υποκλινική (Covic et al., 2006).

Εκτιμήσεις επιπολασμού της κατάθλιψης επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες, όπως διαφορές στις μεθόδους μέτρησης (με 7 από τις 21 ερωτήσεις στην κλίμακα Beck's Depression Inventory να αξιολογεί σωματικά συμπτώματα, τα οποία είναι και σημαντικά μέρη αξιολόγησης της ενεργότητας της ΡΑ), διαφορές στην πορεία και επανεμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, λόγω της διάκρισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων έναντι του συνδρόμου (δηλαδή, που δεν πληροί τα πλήρη διαγνωστικά κριτήρια), και τα διαγνωστικά κατώτατα όρια. Ακριβής εκτίμηση επιπολασμού της κατάθλιψης έχει παρεμποδιστεί λόγω μεγάλης ποικιλίας μεθόδων και ορισμών (Matcham et al., 2013). Η κατάθλιψη έχει καθοριστεί με 40 διαφορετικούς τρόπους σε 72 μελέτες. Επίσης, αξιοσημείωτο είναι πως αντιμετωπίζονται συμπτώματα που παρατηρούνται και στις δυο διαταραχές (όπως διαταραχή ύπνου, κόπωση). Παρά τις δυσκολίες στον προσδιορισμό της κατάθλιψης τα στοιχεία δείχνουν μια ισχυρή και κλινικά στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ΡΑ και της κατάθλιψης (Lin, et al., 2015).

Η κατάθλιψη εμφανίζεται σχεδόν στο 50% των ασθενών με αυτοάνοσες διαταραχές και συνεπιφέρει αρνητικές συνέπειες στην πρόγνωση της ασθένειας χειροτερεύοντας την υγεία των ατόμων. Ιδιαίτερα όταν δεν έχει γίνει διάγνωση και θεραπεία για την κατάθλιψη, οι ασθενείς είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας (Katz & Yelin,

2001). Ακριβέστερα, σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα η κατάθλιψη αποτελεί έναν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων, εμφράγματος του μυοκαρδίου, αυτοκτονικού ιδεασμού και θανάτου. Αυτό, μάλιστα, μπορεί να συμβεί και αφού έχει γίνει έλεγχος του πόνου, της διάρκειας, της αναπηρίας και της δραστηριότητας της νόσου (Li, Gignac & Anis, 2006).

Ασθενείς που πάσχουν από ΡΑ και συννοσηρή κατάθλιψη οδήγησαν σε αυξημένο κόστος για την υγειονομική περίθαλψη, σχεδόν 7.2% αύξηση του ιατρικού κόστους το χρόνο (12.225 δολάρια έναντι 11.404 δολαρίων) (Joyce et al., 2009) και υπερδιπλασιάστηκε η πιθανότητα θνησιμότητας σε σύγκριση με ασθενείς με ΡΑ μόνο χωρίς συννοσηρή κατάθλιψη (Ang et al., 2005).

Παράλληλα, οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα και κατάθλιψη τείνουν να κάνουν συχνότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας και είναι λιγότερο πιθανό να ακολουθήσουν την φαρμακευτική αγωγή που τους δίνεται για τη θεραπεία τους. Επιπρόσθετα, η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει τον ασθενή στην ανεργία, την απώλεια της παραγωγικότητάς του στην εργασία, καθώς και στη μεγάλη οικονομική επιβάρυνση λόγω των εξόδων για την αντιμετώπιση της αρθρίτιδας (Joyce et al., 2009). Ενώ, η ικανότητα σε ασθενείς με ΡΑ να διατηρούν αμειβόμενη εργασία μετά την εμφάνιση της νόσου σχετίζεται με χαμηλότερες αναφορές πόνου και καταθλιπτικών συμπτωμάτων ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της νόσου (Fifield et al., 1991).

Ταυτόχρονα, όπως παρατηρήθηκε μέσα από την έρευνα των Katz and Yelin (2001), η μείωση της επίδοσης των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα στις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής τους αποτελεί έναν βασικό προβλεπτικό παράγοντα της εμφάνισης σοβαρής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Ωστόσο, σύμφωνα με τα ευρήματα της ίδιας μελέτης, η έκπτωση της λειτουργικότητας των ασθενών σε συγκεκριμένες διαστάσεις της

καθημερινής τους ζωής, όπως είναι η ικανότητά τους να εκτελέσουν ψυχαγωγικές δραστηριότητες και να εμπλακούν σε κοινωνικές δραστηριότητες, συνδέεται πιο πολύ με την εμφάνιση κατάθλιψης (Katz & Yelin, 2001).

Μια παλαιότερη μελέτη που διεξήχθη από τους Katz and Yelin (1994) είχε δείξει ότι τα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα που αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας τείνουν να εκτελούν λιγότερες δραστηριότητες που είναι σημαντικές για τους ίδιους σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς κατάθλιψη. Η διαφορά αυτή παρατηρήθηκε σε όλες τις διαστάσεις δραστηριοτήτων που είχαν εξεταστεί εκτός από τη διατήρηση των δραστηριοτήτων που αφορούν τις δουλειές του σπιτιού και τις καθιστικές δραστηριότητες αναψυχής στο σπίτι, όπως είναι το να δει κανείς τηλεόραση. Επίσης, έχει βρεθεί και μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνας των Katz & Yelin (1995) ότι η μείωση της λειτουργικότητας των ασθενών, σε βασικούς τομείς, όπως η διατήρηση της υγιεινής τους, καθώς και η συμμετοχή τους σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες και κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, αποτελεί ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα της εμφάνισης κατάθλιψης (Katz & Yelin, 1995).

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες είναι καλύτεροι προγνωστικοί παράγοντες για ανάπτυξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Hawley et al., 1988) με την πάροδο του χρόνου από ό,τι κλινικές μεταβλητές (πόνος, δείκτης αναπηρίας), με το χαμηλό εισόδημα σε ασθενείς με ΡΑ να συσχετίζεται αρνητικά με την κατάθλιψη (Ho et al., 2011). Η θεωρία της Πύλης (Melzack et al., 1983) και τα κοινωνικά οικολογικά μοντέλα του πόνου (Ross et al., 1988) αναγνωρίζουν τον ρόλο των κοινωνικών, συναισθηματικών και γνωστικών παραγόντων αξιολόγησης στην εμπειρία του πόνου. Αυτές οι θεωρίες δείχνουν ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν τον πόνο και όχι τα χαρακτηριστικά της νόσου καθώς αυτά τα τελευταία δεν μπορούν να εξηγήσουν την ένταση και τη συχνότητα εμφάνισης του πόνου.

Υπάρχει ταυτοποίηση μιας αμφίδρομης σχέσης ΡΑ και κατάθλιψης, με τη ρευματοειδή αρθρίτιδα να προβλέπει τη μελλοντική κατάθλιψη και την κατάθλιψη να προβλέπει τη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ΡΑ ήταν υψηλότερη από αυτούς που δεν έπασχαν από ΡΑ [15.69 vs. 8.95 per 1,000 person-years (PYs)], με ρυθμούς επικινδυνότητας (HRs) of 1.69 [95% (CI), 1.51–1.87]. Η συχνότητα εμφάνισης ΡΑ ήταν υψηλότερη σε άτομα που έπασχαν από κατάθλιψη από αυτούς που δεν έπασχαν. (2.07 vs. 1.21 per 1,000 PYs), με HRs of 1.65 (95% CI, 1.41–1.77). Μηχανισμοί που είναι υπεύθυνοι για την πρόβλεψη της ρευματοειδούς αρθρίτιδας από προϋπάρχουσα κατάθλιψη δεν είναι σαφείς, αλλά η διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος θα μπορούσε ενδεχομένως να οδηγήσει και στις δυο καταστάσεις, και ως εκ τούτου ο κοινός μεσολαβητικός παράγοντας σ' αυτή την συσχέτιση θα μπορούσε να μεταβάλλει την ανοσολογική λειτουργία (Lu et al., 2016).

Πολλές μελέτες τεκμηριώνουν τη γνωστή θετική συσχέτιση μεταξύ πόνου και κατάθλιψης (Kramlinger K,et al., 1983), διάρκειας πρωινής δυσκαμψίας και λειτουργικής ανικανότητας (Chandarana P C, et al., 1987). Ο πόνος και η αλληλεπίδραση πόνου - παθητικής αντιμετώπισης της ασθένειας συνέβαλλαν σε υψηλότερη κατάθλιψη, καθώς και χαμηλότερα επίπεδα αντιληπτικής συναισθηματικής στήριξης (Brown et al., 1989). Στη ρευματοειδή αρθρίτιδα έχει αναφερθεί ότι η κατάθλιψη μπορεί όχι μόνο να επιδεινώσει τον πόνο και την ενεργότητα της νόσου, αλλά και να μειώσει την αποτελεσματικότητα των φαρμακολογικών (βιολογικών και μη), και ορισμένων μη φαρμακολογικών θεραπειών (π.χ. γνωστική συμπεριφορική θεραπεία) (Rathbun et al., 2013). Το πρώτο εύρυμα ήταν συνεπές με το αποτέλεσμα μιας μελέτης, όσο πιο ανασταλτική η νόσος τόσο υψηλότερη η επικράτηση της κατάθλιψης (Moos et al., 1964).Τα ευρήματα της μελέτης του Rathbun et al. ήταν αντιφατικά με τα αποτέλεσματα μιας άλλης έρευνας, που δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση κατάθλιψης με την ενεργότητα της νόσου (Karahan, et al., 2016, Sato et al., 2013), ούτε

στατιστικά σημαντική διαφορά κατάθλιψης και φαρμάκων που χρησιμοποιήθηκαν στη θεραπεία ασθενών που πάσχουν από PA (p>0.05) (Karahan, et al., 2016).

Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε PA είναι το γυναικείο φύλο, οι περισσότερες συννοσηρότητες, η μικρότερη ηλικία διάγνωσης, διάφορα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, η προσαρμογή κατά την διάγνωση, περίοδος οξείας έκρηξης, η πρόσφατα διαγνωσμένη PA σε σχέση με τους ασθενείς που η διάγνωση είχε γίνει χρόνια πριν, η σωματική αναπηρία και η οικογενειακή κατάσταση (Sharpe L, Sensky T, Allard, 2001), η ερμηνεία του ασθενή σχετικά με την ασθένεια, η έλλειψη αντιληπτικού ελέγχου (Timothy W. Smith,et)(μοντέλο μαθημένης αδυναμίας-ανικανότητας).

Η κατάθλιψη συσχετίστηκε σημαντικά θετικά με την ηλικία (p=0.039), με το χαμηλό εισόδημα, τα υψηλά επίπεδα Rfactor, την κακή ψυχική υγεία (Ho et al., 2011), αρνητικά με την θετική υποστήριξη από φίλους και συγγενείς (Revenson et al., 1991), αρνητικά με ικανότητα να διατηρεί αμειβόμενη εργασία, ανεξάρτητα από σοβαρότητα πόνου (Fifield et al., 1991).

Διάφορες μελέτες έχουν αναφέρει ότι κακή κοινωνική υποστήριξη, η σωματική αναπηρία, η ενεργότητα της νόσου, και ο πόνος στις αρθρώσεις μπορεί να οδηγήσουν σε συνυπάρχουσα κατάθλιψη με PA (Frank et al., 1988, Murphy et al., 1988, Peck et al., 1989, Kojima et al., 2009).

Σε μία μελέτη στην ομάδα PA το 38,5% είχε μια συνοδή ιατρική νόσο, εκ των οποίων η πιο διαδεδομένη ήταν η υπέρταση (20,9%). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ κατάθλιψης και φύλου, κοινωνικοοικονομικής κατάστασης, οικογενειακής κατάστασης, επιπέδου εκπαίδευσης (Karahan, et al., 2016). Δεν παρατήθηκε σχέση μεταξύ κατάθλιψης και φύλου, το φύλο και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση δεν ήταν παράγοντες κινδύνου για κατάθλιψη σ’ ασθενείς με PA (Jackson-Triche et al., 2000). Σε ασθενείς με PA

αναφέρθηκε σχέση μεταξύ χαμηλής κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και συννοσηρών ψυχιατρικών διαταραχών, κατάθλιψης, θνησιμότητας (Lorant et al., 2003, Stringhini et al., 2010).

Η σημασία του καθορισμού και της μέτρησης της κατάθλιψης σε ασθενείς με ΡΑ αφορά όχι μόνο τη θεραπεία της συννοσηρής εξασθενητικής διαταραχής της ψυχικής υγείας, αλλά και τον μετριασμό των έμμεσων αρνητικών επιπτώσεων που επιφέρει η κατάθλιψη στα αποτελέσματα της ΡΑ, τόσο από την άποψη της λειτουργικής εξέλιξης όσο και στην απόκριση της θεραπείας (Sturgeon et al., 2016). Η διαχείριση της κατάθλιψης σ' αυτό τον πληθυσμό ασθενών είναι σημαντική όχι μόνο για τη βελτίωση της ψυχικής τους υγείας, αλλά και για την διαχείριση των φυσικών πτυχών της ασθένειας. Η κατάθλιψη στην ΡΑ αυξάνει την αναπηρία (Margaretten et al., 2011, Löwe et al., 2004) και μειώνει την πιθανότητα ύφεσης και ανταπόκρισης στην θεραπεία της ΡΑ (Michelsen et al., 2017, Kekow et al., 2011, Hider et al., 2009, Rathbun et al., 2013). Ο Matcham και συν χρησιμοποίησαν δεδομένα από το μητρώο της Βρετανικής ρευματολογικής εταιρείας (British Society for Rheumatology Biologic Register) και ανέφεραν ότι η κατάθλιψη κατά την έναρξη συνέβαλε σε περίπου 30% μειωμένες πιθανότητες θετικής ανταπόκρισης στη βιολογική θεραπεία στη ΡΑ. Επιπρόσθετα, ο βαθμός ενεργότητας των 28 αρθρώσεων (DAS28) απέναντι στους βιολογικούς παράγοντες μειώθηκε σ΄αυτούς τους ασθενείς με την πάροδο του χρόνου (Matcham et al., 2018). Σχετικά με αυτά τα ευρήματα είναι η αρνητική επίδραση της χρόνιας, σε αντίθεση με της μικρότερης διάρκειας κατάθλιψη στην προσκόλληση της αντιρρευματικής φαρμακευτικής αγωγής. Μια τέτοια μειωμένη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής έχει παρατηρηθεί και σε άλλες καταστάσεις (DiMatteo et al., 2000). Άλλες ιατρικές συννοσηρότητες στη ΡΑ σχετίζονται επίσης συχνά με την κατάθλιψη. Για παράδειγμα, η καρδιαγγειακή νόσος σχετίζεται σημαντικά και με τις δυο καταστάσεις και η αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών των ασθενειών μπορεί να επιδεινώσει αυτούς τους κινδύνους (Sattar et al., 2003). Η κατάθλιψη

στη ΡΑ σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα τόσο από την αυτοκτονία (Timonen et al., 2003) όσο και γενικά (Ang et al., 2005).

Ασθενείς, που αντιμετωπίζουν την ασθένεια τους με αναδιάρθρωση των στόχων ζωής αντί να ελπίζουν σε μη ρεαλιστικές λύσεις και να κατηγορούν τον εαυτό τους, είναι λιγότερο πιθανό να είναι καταθλιπτικοί (Parker et al., 1988). Η τάση για διαστρεβλωμένη σκέψη ή γνωστικά λάθη (Beck,1976) έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται με αυξημένη κατάθλιψη μεταξύ ασθενών που πάσχουν από ΡΑ, καθώς αυτή η νοητική παραμόρφωση αποτελεί μεγάλη σημασία στη συσχέτιση μεταξύ σοβαρότητας ΡΑ και κατάθλιψης (Smith et al., 1988). Οι αυτοαξιολογήσεις ασθενών για τις αναπηρίες τους έχει επίσης βρεθεί ότι διαμεσολαβούν στη σχέση σοβαρότητας νόσου και συναισθηματικής προσαρμογής. Η κατάθλιψη σχετίζεται με επίπεδα ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας των ασθενών σχετικά με τις φυσικές τους ικανότητες και δεν αντικατοπτρίζει ανεξάρτητη επίδραση των ίδιων των ικανοτήτων (Blalock et al., 1988). Σύμφωνα με το μοντέλο μαθημένης αδυναμίας (Abramson et al., 1989) η κατάθλιψη, οι καταστάσεις απελπισίας οφείλονται στη προσδοκία ότι άκρως επιθυμητά αποτελέσματα δεν θα προκύψουν. Αρκετοί συγγραφείς έχουν προτείνει ότι η φαινομενικά απρόβλεπτη πορεία επιδείνωσης και ύφεσης στη συμπτωματολογία σε ΡΑ μπορεί να προκαλέσει μαθημένη αδυναμία σε ασθενείς με συναφείς συμπεριφορικές και συναισθηματικές συνέπειες (Bradley,, 1985, Nicassio et al., 1985). Εν όψει σοβαρής και επιδεινούμενης ασθένειας και της συνακόλουθης αυξανόμενης δυσφορίας και μείωσης της ικανότητας να εμπλέκεται σε εξωτερικές δραστηριότητες, οι ασθενείς, που πάσχουν από ΡΑ και που βλέπουν τον εαυτό τους ως ανήμπορο είναι πιο πιθανό να είναι καταθλιπτικοί. Δεν είναι η επίδραση της ίδιας της ασθένειας που προκαλεί την κατάθλιψη, αλλά η ερμηνεία της από τον ασθενή ότι είναι αβοήθητος απέναντι σε αυτή την ανεξέλεγκτη κατάσταση.

Όπως φαίνεται, επομένως, οι διάφοροι στρεσογόνοι παράγοντες που καλούνται να αντιμετωπίσουν τα άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα, ο πόνος, η μείωση της σωματικής

λειτουργικότητας και οι περιορισμοί στις δραστηριότητες συνδέονται άμεσα με την ψυχολογική επιβάρυνση των ασθενών. Ως εκ τούτου, οι αλλαγές που συνεπιφέρει η ασθένεια στην ποιότητα ζωή τους, μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη άγχους, στρες, και κατάθλιψης και σε ένα έντονο αίσθημα ότι είναι αβοήθητοι (Euesden et al., 2017). Πολλές περιπτώσεις ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα παρουσιάζουν συννοσηρότητα άγχους και κατάθλιψης, ενώ ταυτόχρονα ορισμένα συμπτώματα, όπως η αδυναμία, η κόπωση, και η έλλειψη ύπνου μπορεί να αποτελούν όχι μόνο επιπτώσεις της ασθένειας, αλλά και συμπτώματα της ύπαρξης ψυχικών διαταραχών (Euesden et al., 2017).

Τα παραπάνω δεδομένα επιβεβαιώνουν πως τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, όχι μόνο είναι αρκετά συχνά, αλλά εμφανίζονται σε υψηλότερη συχνότητα στην συγκεκριμένη ομάδα ασθενών σε σχέση με άλλες ιατρικές καταστάσεις. Ως εκ τούτου, η περαιτέρω διερεύνηση του ζητήματος αυτού είναι απαραίτητη, όπως και η αναγνώριση της κατάθλιψης και του άγχους, και η λήψη της κατάλληλης θεραπείας για την αντιμετώπισή τους. Ιδιαίτερη προσοχή, μάλιστα, θα μπορούσε να δοθεί στον τομέα του κοινωνικού στρες και της κοινωνικής υποστήριξης των ασθενών αυτών. Αυτό θα ήταν σημαντικό, λαμβάνοντας υπόψη πως η μείωση της λειτουργικότητάς στον κοινωνικό τομέα και τις δραστηριότητες ψυχαγωγίας αποτελεί από τους βασικούς παράγοντας που συντελούν στην ψυχολογική επιβάρυνση των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα (El-Miedany & El Rasheed, 2002).

Ακόμα, είναι σημαντικό να συνυπολογίζονται και οι δημογραφικοί παράγοντες που οδηγούν σε αύξηση της επικινδυνότητας εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και άγχους, τα οικονομικά προβλήματα, η διάρκεια της ασθένειας, η κοινωνική απομόνωση και ο βαθμός αναπηρίας των ασθενών. Η σπουδαιότητα εξέτασης των παραγόντων αυτών έγκειται στο γεγονός πως μπορεί να βοηθήσουν στο να εξετασθεί η επιρροή τους στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών και να συνυπολογιστούν στον σχεδιασμό και την εφαρμογή

σχετικών παρεμβατικών προγραμμάτων (Euesden et al., 2017). Σε μια μελέτη παρατήρησης το άγχος και η κατάθλιψη ήταν υψηλότερα σε γυναίκες, με έντονο πόνο, και λειτουργική δυσλειτουργία, το άγχος αυξάνεται από χαμηλό εισόδημα και επιδείνωση κατάστασης υγείας (Cunha et al., 2016). Κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες φύλου, το μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα, και κλινικές παράμετροι, όπως η αντίληψη του πόνου και η γενική κατάσταση νόσου επηρέασαν σημαντικά τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με PA (Cunha et al., 2016).

Η μελέτη των Soósová et al. (2017) είχε εξετάσει το άγχος και την κατάθλιψη σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε υψηλό ποσοστό εμφάνισης κατάθλιψης και άγχους μεταξύ των ασθενών. Ταυτόχρονα, η ύπαρξη κατάθλιψης φάνηκε να προέβλεπε τον πόνο των αρθρώσεων και την λειτουργική αναπηρία των ασθενών. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν την ιδέα ότι οι αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις μπορεί να επηρεάσουν την υποκειμενική αντίληψη του πόνου των αρθρώσεων και της αναπηρίας των ασθενών αυτών. Επομένως, θα ήταν χρήσιμο να γίνονται συχνοί έλεγχοι και εξετάσεις για την κατάθλιψη και το άγχος, όπως και να εφαρμοσθούν ψυχολογικές παρεμβάσεις για τη διαχείριση των συμπτωμάτων των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Soósová et al., 2017).

Επιπλέον, οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα που παρουσίασαν καταθλιπτική συμπτωματολογία φάνηκε να έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα άγχους, τόσο καταστασιακού όσο και χαρακτηρολογικού. Τα επίπεδα του άγχους των ασθενών συνδέονταν επίσης με το στρες και την κατάθλιψη, ενώ το άγχος δεν φάνηκε να συνδέεται με τη διάρκεια της ασθένειας (VanDyke et al., 2004).

Η κατάθλιψη και το άγχος συσχετίστηκαν με υψηλή ενεργότητα νόσου, σημαντική ένταση πόνου, και σημαντική λειτουργική βλάβη σε ασθενείς με PA, με το άγχος να είναι υψηλότερο από την κατάθλιψη, και συνύπαρξη άγχους και κατάθλιψης παρατηρήθηκε σε

ασθενείς με σημαντική λειτουργική ανεπάρκεια (Slama et al., 2014). Το άγχος ήταν υψηλότερο από την κατάθλιψη σε ασθενείς με ΡΑ και σε μια ακόμη μελέτη (El-Miedany et al., 2002). Ασθενείς με ΡΑ που δήλωσαν μέτριο ή ακραίο επίπεδο άγχους ή κατάθλιψης είχαν μεγαλύτερη εργασιακή δυσλειτουργία, μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι μην είναι ικανοποιημένοι από την τρέχουσα θεραπεία τους, και εμφάνισαν μεγαλύτερη ενεργότητα νόσου (Peterson et al., 2016). Το 67,5% είχε σημεία κατάθλιψης, και το 65,6% άγχους σε ασθενείς με ΡΑ (Brahem, et al., 2017).

Νευροβιολογία της κατάθλιψης: (Iwata et al., 2013).

Η ανοσοδιαμεσολαβούμενη φλεγμονή σε ΡΑ έχει επιπτώσεις σε νευροδιαβίβαση, νευρογένεση, νευροενδοκρινική δραστηριότητα με μεταβολές σε άξονα υποθάλαμο, υπόφυση, επινεφριδίων, και νευροπλαστικότητα, οδηγώντας σε μείωση της διαθεσιμότητας της σεροτονίνης σε ΚΝΣ, λόγω μειωμένης διαθεσιμότητας της τρυπτοφάνης.

Σημειώνονται μεταβολές σε συγκεντρώσεις φλεγμονωδών βιοδεικτών , ο ανταγωνιστής υποδοχέας IL1, χημειοκίνες και κυτοκίνες κεντρικές σε ανοσοαπόκριση, υψηλές συγκεντρώσεις C-αντιδρώσας πρωτεΐνης στο πλάσμα, και λειτουργία κορτικοειδών σχετίζονται με κατάθλιψη.

IL6, TNFa, IL1β έχουν εμπλακεί σε παθογένεση κόπωσης και πόνου, υποδηλώνοντας ότι μπορούν να συμβάλλουν σε καταθλιπτική παθολογία έμμεσα.

Ο ρόλος ορολογικών δεικτών, ο ρυθμός καθίζησης ερυρθροκυττάρων (ESR), C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP), ρευματοειδούς παράγοντα RF, σε πρόβλεψη κατάθλιψης και άγχους σε ΡΑ παραμένει προς διερεύνηση.

Διάφορες μελέτες απεικονίζουν τις αρνητικές επιπτώσεις της κατάθλιψης στο πλαίσιο της ΡΑ, όχι μόνο λόγω της συννοσηρότητας, αλλά επειδή αλληλεπιδρά με τέτοιο τρόπο ώστε να επιφέρει επιπρόσθετη λειτουργική επίδραση στον ασθενή.

Βιολογικοί μηχανισμοί που διέπουν τη σχέση μεταξύ κατάθλιψης και ΡΑ δεν είναι πλήρως κατανοητοί. Ωστόσο, έχει υπάρξει μεγάλη πρόοδος στον εντοπισμό ανοσολογικών αλλοιώσεων που υπάρχουν και στις δυο καταστάσεις, και στις επιπτώσεις τους στη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου, συνδέοντας αυτές τις αλλαγές με νευροψυχιατρικά συμπτώματα. Η ΡΑ ως μια ανοσοποιητική φλεγμονώδης νόσος που χαρακτηρίζεται από αύξηση στην ρύθμιση των κυριότερων προφλεγμονοδών κυτοκινών, όπως η ιντερλευκίνη 1-β (1L-1β), ο παράγοντας νέκρωσης όγκων –α (TNFα) και 1L6, που αντικατοπτρίζουν απορρυθμισμένη έμφυτη και προσαρμοστική ανοσοποιητική παθοφυσιολογία (Szekanecz et al., 2010, Firestein et al., 2017). Από μεταναλύσεις έχει φανεί ότι οι συγκεντρώσεις κυτοκινών, συμπεριλαμβανομένων των 1L6, 1L1β, TNFα είναι υψηλές στο περιφερικό αίμα των ασθενών με κατάθλιψη σε σύγκριση με ομάδα υγιών (Goldsmith et al., 2016, Köhler et al., 2017, Howren, et al., 2009, Dowlati et al., 2010, Haapakoski et al., 2015). Τα ευρήματα σχετικά με την 1L1β είναι διφορούμενα, με μόνο μια μετανάλυση να βρίσκει σημαντική μεταβολή (Howren, et al., 2009). Ο ανταγωνιστής υποδοχέας 1L1 χρησιμοποιείται συχνά ως υποκατάστατος δείκτης του 1L1β και έχει συσχετιστεί με κατάθλιψη. Αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι μπορεί να συμβεί αλλοίωση στην απόκριση 1L1 σε άτομα με κατάθλιψη. Άλλες μεταναλύσεις έχουν αναφερθεί σε χημειοκίνες (χημειοτακτικές κυτοκίνες κεντρικές στην ενορχήστρωση της ανοσοαπόκρισης) στην κατάθλιψη (Köhler et al., 2017, Leighton et al., 2018). Επιπλέον, υψηλές συγκεντρώσεις στο πλάσμα C-αντιδρώσας πρωτεΐνης σχετίζεται με ανθεκτική στη θεραπεία κατάθλιψη, υποδηλώνοντας ότι τα άτομα με φλεγμονώδες φορτίο είναι πιθανότερο να μην ανταποκρίνονται στη συμβατική θεραπεία (Chamberlain et al., 2019). Το πώς μόρια όπως οι κυτοκίνες μπορούν να επηρεάσουν την παθοφυσιολογία της κατάθλιψης σε φλεγμονώδεις αυτοάνοσες ασθένειες βασίζεται στο πως εισέρχονται και αλληλεπιδρούν με το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα. Αυτό μπορεί να γίνει μέσω χημικών ουσιών, 1) οι μεσολαβητές που κυκλοφορούν μπορούν να ενεργοποιήσουν το ενδοθήλιο

αιματοεγκεφαλικού φραγμού (Pan et al., 2011, Schiltz et al., 2002), 2) ο αιματοεγκεφαλικός φραγμός μπορεί να μεταφέρει ενεργά μόρια, όπως το TNFα στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (Pan et al., 2011) 3) φλεγμονώδη μόρια θα μπορούσαν να έχουν πρόσβαση στο ΚΝΣ μέσω κοιλιακών οργάνων (Schiltz et al., 2002). Επίσης, και μέσω της νευρικής οδού, το καλύτερα περιγραφόμενο μοντέλο είναι το φλεγμονώδες αντανακλαστικό, το οποίο προτείνει ότι το πνευμονογαστρικό νεύρο μεταδίδει ανοδικές προσαγωγές πληροφορίες σχετικά με την περιφερική ανοσολογική κατάσταση στο ΚΝΣ και φθίνουσες απαγωγές πληροφορίες που ρυθμίζουν τις περιφερειακές ανοσολογικές αποκρίσεις (Tracey, 2002, 2009). Όσον αφορά τη νευροβιολογία της κατάθλιψης, η φλεγμονή που προκαλείται από το ανοσοποιητικό έχει επιπτώσεις στη νευροδιαβίβαση, στη νευρογένεση, στη νευροενδοκρινική δραστηριότητα (άξονας υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων, hypothalamic-pituitary-adrenal [HPA]) και στη νευροπλαστικότητα. Οι επιδράσεις της φλεγμονής στη νευροδιαβίβαση αναδεικνύονται από την υπερβολική ρύθμιση του ενζύμου Ινδολαμίνη 2,3- Διοξυγενάσης, ενός ενζύμου που εμπλέκεται στον μεταβολισμό της τρυπτοφάνης, που οδηγεί σε αυξήσεις στην κυνουρενίνη και πιθανώς στη μείωση της διαθεσιμότητας της σεροτονίνης εντός του ΚΝΣ λόγω της μειωμένης διαθεσιμότητας της τρυπτοφάνης (Müller et al., 2007). Οι επιδράσεις που έχει η φλεγμονή στη νευροδιαβίβαση αποδεικνύεται, επίσης, από τις σχετιζόμενες με TNFα αυξήσεις στην έκφραση του μεταφορέα σεροτονίνης μειώνοντας πιθανώς τη διαθεσιμότητα της σεροτονίνης του εγκεφάλου (Krishnadas et al., 2016). Όσον αφορά της νευρογενείς επιδράσεις η φλεγμονή έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τόσο την έκφραση του νευροτροφικού παράγοντα (Brain-Derived Neurotrophic Factor, BDNF) που προέρχεται από τον εγκέφαλο όσο και τη νευρογένεση (Calabrese et al., 2014). Συγκεκριμένα σε ένα μοντέλο αρθρίτιδας (που προκαλείται από ανοσοενισχυτικό) αρουραίου, σημειώθηκαν πολλές μειώσεις στις συγκεντρώσεις τόσο του φλοιού όσο και του ιππόκαμπου BDNF υποστηρίζοντας την ιδέα ότι οι φλεγμονώδεις αλλαγές στην αρθρίτιδα μπορεί να οδηγήσουν σε αλλαγές που σχετίζονται

με την αρθρίτιδα (Pedard et al., 2018). Επιπλέον, δεδομένα από τον Bialas et al. έχουν επισημάνει την επίδραση των μη φυσιολογικών αποκρίσεων ιντερφερόνης τύπου 1 σε ένα μοντέλο λύκου ποντικού (Bialas, et al., 2017). Στη μελέτη τους, η αυξημένη μικρογλοιακή ενεργοποίηση συνοδεύτηκε από αυξημένη καταπόνηση νευρικού υλικού (ειδικά από συνάψεις), η οποία δείχνει ότι η ιντερφερόνη τύπου 1 μπορεί να ρυθμίζει τη νευρωνική συνδεσιμότητα μέσω συναπτικού κλαδέματος που προκαλείται από μικρογλοιακά. Εκτός από τα προκλινικά μοντέλα, μελέτες νευροαπεικόνισης στον άνθρωπο έχουν συνδέσει την ιντερφερόνη με τις ανωμαλίες του γλουταμινικού στα βασικά γάγγλια και τις αλλαγές στην διάθεση. Κατά την εξέταση του ρόλου των ιντερφερονών στην παθογένεση της ΡΑ (McInnes et al., 2017), και της συσχέτισης μεταξύ θεραπείας ιντερφερονών και ανάπτυξης κατάθλιψης η ιδέα ότι αυτή η μοριακή οδός θα μπορούσε να είναι το κλειδί στην σύνδεση ΡΑ και κατάθλιψης είναι ενδιαφέρουσα (Udina et al., 2012, Zdilar, et al., 2000). Αυτά τα δεδομένα δείχνουν ότι η χημειοκίνες και οι κυτοκίνες μπορούν να τροποποιήσουν τη νευρωνική λειτουργία και πλαστικότητα, με συνέπειες για τη νευρογνωστική λειτουργά, εμπλέκοντας στην ανάπτυξη της καταθλιπτικής παθολογίας.

Μεταβολές στον άξονα HPA και τη λειτουργία των γλυκοκορτικοειδών συνδέονται έντονα με την κατάθλιψη (Pariante et al., 2008). Η άμεση λειτουργική επίδραση της φλεγμονής στο HPA είναι καλά τεκμηριωμένη, φλεγμονώδεις κυτοκίνες όπως η 1L1β φαίνεται να είναι σημαντικοί μεσολαβητές αυτής της απόκρισης (Silverman et al., 2012).

Παράλληλα με αυτές τις κοινές αλλαγές στις φλεγμονώδους οδούς η αλληλεπίδραση μεταξύ πόνου, κόπωσης, και κατάθλιψης είναι πιθανό να έχει ένα ρόλο σε υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε ασθενείς με ΡΑ. Ο πόνος και η κόπωση είναι συχνά στη ρευματοειδή αρθρίτιδα και συχνά αναφέρονται από τους ασθενείς ως βασικές περιοχές ανεκπλήρωτης ανάγκης (Hewlett et al., 2005, Wolfe et al., 1996). Η κόπωση και ο πόνος, ιδιαίτερα στο πλαίσιο της χρόνιας περιόδου σχετίζονται με την κατάθλιψη (Bair et al., 2003, Daniels et al.,

2017), η κόπωση μάλιστα είναι ένα σύμπτωμα σε πολλούς ασθενείς με κατάθλιψη (Penner et al., 2017). Υπάρχουν, επίσης στοιχεία αλληλεπικάλυψης μεταξύ ανοσοποιητικών οδών που εμπλέκονται στον πόνο και την κόπωση και σε οδούς που σχετίζονται με την κατάθλιψη. Οι Choy και Calebrese περιέγραψαν τον ρόλο που έχει η 1L6 τόσο στον πόνο όσο και την κόπωση, και συζήτησαν τον ρόλο που μπορεί να έχει στην κατάθλιψη (Choy et al., 2018). Οι περισσότερες μελέτες που χρησιμοποίησαν αντι-1L6 θεραπεία ανέφεραν σημαντικές μειώσεις σ' αυτούς τους τομείς (πόνος, κόπωση, κατάθλιψη). Ωστόσο, είναι δύσκολο να εκτιμηθεί, εάν μειώσεις στον ένα τομέα αλληλεπιδρούν με τέτοιο τρόπο ώστε να προκαλέσουν μειώσεις στον άλλον, ή εάν η 1L6 οδηγεί σε πόνο, κόπωση και κατάθλιψη. Παράλληλα με την 1L6, και ο TNFα και η 1L1β έχουν εμπλακεί στην παθογένεση της κόπωσης (Lorusso et al., 2009) και του πόνου (Leung et al., 2010, Ren et al., 2009) υποδηλώνοντας ότι αυτοί οι ανοσοποιητικοί μεσολαβητές θα μπορούσαν να συμβάλλουν έμμεσα σε καταθλιπτική παθολογία μέσω της αύξησης του πόνου και της κόπωσης. Ο Dowell et al. χρησιμοποίησαν την απεικόνιση με μαγνητικό τομογράφο (MRI) για να μελετήσουν τις επιδράσεις της φλεγμονής στον εγκέφαλο (Dowell et al., 2016). Σ' αυτή την προοπτική μελέτη των ασθενών που έλαβαν ιντερφερόνη άλφα, διαπίστωσαν ότι υψηλές ποσότητες ραβδωτής αλλαγής σχετίζονται με κόπωση που προκαλείται από ιντερφερόνη άλφα, η οποία ήταν σαφώς διαχωριστική από τα συμπτώματα διάθεσης που προκαλούνται από ιντερφερόνη άλφα. Οι δομές των βασικών γαγγλίων είναι ιδιαίτερα ευαίσθητες στην περιφερική ιντερφερόνη άλφα και έχουν δυνητικά κεντρικό ρόλο στην επακόλουθη ανάπτυξη της κόπωσης (Dowell et al., 2016, Capuron et al., 2007, Haroon et al., 2014). Ο πόνος και η κατάθλιψη μπορούν ενδεχομένως να προκαλέσουν και να επιδεινώσουν την κατάθλιψη τόσο μέσω των κοινών μηχανιστικών οδών όσο και των συνεπειών στην ποιότητα ζωής. Επιπλέον, συνδέονται συχνά με την αναπηρία, η οποία μπορεί να επηρεάσει περαιτέρω τη διάθεση και την ψυχική υγεία. Αυτά τα δεδομένα και δεδομένα από προκλινικά μοντέλα

δείχνουν ότι αν και είναι δύσκολο να διαχωριστεί εντελώς από τον πόνο και την κόπωση, η κατάθλιψη είναι ένα ξεχωριστό φαινόμενο που μπορεί να επηρεαστεί άμεσα μέσω ανοσολογικών δομών. Αλλοιωμένες ανοσολογικές οδοί της ΡΑ μπορούν να οδηγήσουν άμεσα στην ανάπτυξη της κατάθλιψης, αντί να την προκαλούν έμμεσα μέσω άλλων παθολογιών που προκαλούνται στο ανοσοποιητικό (Nerurkar et al., 2019).

Δεν έχουν υπάρξει κλινικές δοκιμές βιολογικών παραγόντων στη ΡΑ με πρωταρχικό αποτέλεσμα την κατάθλιψη. Πάνω από 20 κλινικές δοκιμές μείωσης της κυτοκίνης έχουν μετρήσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα ως δευτερεύον αποτέλεσμα σε μια σειρά από φλεγμονώδεις αυτοάνοσες ασθένειες. Σ' αυτά περιλαμβάνονται αναστολείς TNF (συνήθως σε συνδυασμό με συμβατικά αντιρρευματικά ανοσοτροποποιητικά φάρμακα) και αναστολείς της 1L6 (tocilizumab). Η μετανάλυση τυχαίων επιδράσεων σε ανοσοκατασταλμένες φλεγμονώδεις νόσους έδειξε σημαντική αντικαταθλιπτική δράση (τυποποιημένη μέση διαφορά 0.40) αυτών των φαρμάκων σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο (Kappelmann et al., 2018). Ασθενείς με ψωρίαση που λαμβάνουν βιολογικούς παράγοντες θεραπείας φαίνεται να έχουν χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων από εκείνους που λαμβάνουν συμβατικές και λιγότερο ισχυρές θεραπείες (Strober et al., 2018). Αυτό υποδηλώνει ότι οι βιολογικοί παράγοντες θεραπείας μπορούν να έχουν επίδραση στα καταθλιπτικά συμπτώματα των ασθενών ΡΑ. Πρέπει να τονιστεί ότι επειδή η κατάθλιψη είναι πολυπαραγοντική, δεν θα ανταποκριθούν όλοι οι ασθενείς σε βιολογικές θεραπείες και σημαντικός αριθμός ατόμων θα χρειαστεί να λάβει παραδοσιακή αντικαταθλιπτική θεραπεία και ψυχολογικές θεραπείες. Η φαρμακευτική αγωγή με infliximab μπόρεσε να βελτιώσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε ασθενείς με αρχική υψηλή φλεγμονή, η οποία μετρήθηκε με την C- αντιδρώσα πρωτεΐνη (Raison et al., 2013).

Χρόνιο Άγχος και Κατάθλιψη σε Ασθενείς με Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο.

Ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος είναι μια αυτοάνοση διαταραχή που σχετίζεται με την νεφρική ανεπάρκεια, το έμφραγμα του μυοκαρδίου, τη θανατηφόρα λοίμωξη και την πρόωρη θνησιμότητα. Οι υψηλοί επιπολασμοί του άγχους και της ψυχολογικής δυσφορίας είναι καλά τεκμηριωμένοι μεταξύ των ατόμων με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο. Έτσι, το άγχος και η συναισθηματική δυσφορία συχνά υποδηλώνονται από τους ασθενείς με τη συγκεκριμένη νόσο ως πιθανές αιτίες της εκδήλωσης της νόσου τους (Stojanovich & Marisavljevich, 2008).

Υψηλά ποσοστά άγχους σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό πιθανώς να οφείλονται στα αισθήματα ντροπής των ασθενών με ΣΕΛ λόγω των δερματικών αλλοιώσεων στο πρόσωπο και γενικά το δέρμα (Lindal et al., 1995). Οι ενήλικες ασθενείς μπορεί να φοβούνται ότι θα χάσουν την ανεξαρτησία τους και ότι θα γίνουν βάρος για την οικογένειά τους (Sutanto et al., 2013).

Τα αποτελέσματα μιας μελέτης είχαν δείξει ότι οι ασθενείς με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αγχωδών διαταραχών, όπως ειδική φοβία, αγοραφοβία και διαταραχή πανικού, συγκριτικά με τον υγιή πληθυσμό, καθώς το 62% των ασθενών είχε λάβει διάγνωση για κάποια από τις παραπάνω διαταραχές (Lindal et al., 1995). Ακόμα, η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή φαίνεται να είναι αρκετά συχνή καθώς εμφανίζεται σχεδόν στους μισούς ασθενείς με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (Segui et al., 2009).

Ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι μελέτες όπου η αξιολόγηση των ψυχιατρικών διαταραχών γίνεται με την χρήση δομημένων συνεντεύξεων. Τέτοιου είδους αξιολόγηση ακολούθησε μια μελέτη με μεγάλο δείγμα (N=326) γυναικών με ΣΕΛ CIDI (Composite International Diagnostic Interview). Τα ποσοστά μετά την στάθμιση ως προς την ηλικία είναι για την Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή 47.0%, για την ειδική φοβία 24.0%,

για την διαταραχή πανικού 16.0% και για την Κοινωνική φοβία 14%. Βρέθηκε συσχέτιση της αυτοαναφερόμενης ενεργότητας της νόσου και των διαταραχών της διάθεσης και των αγχωδών διαταραχών, αλλά δεν βρέθηκε συσχέτιση με την νεφρική προσβολή που στην ουσία είναι ένας πολύ σημαντικός δείκτης της βαρύτητας της νόσου.

Η μελέτη των Bachen, Chesney & Criswell (2009) εξέτασε την συχνότητα εμφάνισης των διαταραχών άγχους και διάθεσης σε γυναίκες που είχαν διαγνωσθεί με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής έδειξαν ότι 65% των συμμετεχόντων έλαβαν διάγνωση για διαταραχή διάθεσης ή άγχους, το 47% για καταθλιπτική διαταραχή, το 24% για ειδική φοβία, το 16% για διαταραχή πανικού (16%), 9% για ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και το 6% για διπολική διαταραχή (6%). Αν και οι περισσότεροι ασθενείς με ιστορικό διαταραχών της διάθεσης ανέφεραν τα ψυχιατρικά τους συμπτώματα σε κάποιον επαγγελματία ψυχικής υγείας, φάνηκε ότι ένας σημαντικός αριθμός ασθενών με διαταραχές άγχους δεν το έκαναν. Η αυτοαναφερόμενη δραστηριότητα της νόσου συσχετίστηκε με το ιστορικό καταθλιπτικής διαταραχής και την παρουσία διαταραχής διάθεσης ή άγχους, έπειτα από τον έλεγχο για τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά. Επομένως, φαίνεται ότι αρκετές διαταραχές διάθεσης και άγχους ήταν πιο συχνές σε γυναίκες με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό και η δραστηριότητα των ασθενειών μπορεί να συμβάλει σε αυτόν τον υψηλότερο κίνδυνο (Bachen et al., 2009).

Παρά το γεγονός ότι το άγχος και οι αγχώδεις διαταραχές είναι αρκετά κοινές μεταξύ των ασθενών με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο, φαίνεται ότι τα περισσότερα ερευνητικά δεδομένα αφορούν την ύπαρξη της κατάθλιψης στους ασθενείς αυτούς. Ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι όσο πιο μεγάλη είναι η σοβαρότητα της νόσου και η διάρκειά της τόσο αυξάνεται και ο κίνδυνος να αναπτύξουν οι ασθενείς κλινική κατάθλιψη. Επιπλέον, φαίνεται ότι οι ασθενείς με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο, εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά

συννοσηρότητας με άλλες διαταραχές. Επίσης, έχει τονιστεί ότι τα συμπτώματα άγχους στους ασθενείς αυτούς είναι εξίσου σημαντικά με της κατάθλιψης, αλλά το γεγονός ότι οι ασθενείς συχνά δεν τα αναφέρουν στους γιατρούς τους, μπορεί να οδηγεί στην παραμέλησή τους (Bachen et al., 2009).

Ο ΣΕΛ με ψυχιατρικές διαγνώσεις βρέθηκε σε ποσοστό 44,6% των ασθενών, με πιο συχνό το Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (21,7%), και κίνδυνο αυτοκτονίας σε 9,6% (Jarpa et al., 2011). Στην παθογένεση Ψυχιατρικών συνδρόμων σε ΣΕΛ ευθύνονται ορισμένα αυτοαντισώματα που στρέφονται κατά ειδικών νευρωνικών στόχων (Jarpa et al., 2011).

Υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και κόπωσης έχουν αναφερθεί σε ασθενείς με ΣΕΛ ανεξάρτητα από τη νευροψυχιατρική εμπλοκή, σε σύγκριση με τους μάρτυρες. Η κατάθλιψη είναι μια από τις πιο συχνές διαταραχές που παρατηρούνται σε ασθενείς με ΣΕΛ. Μελέτες αναφέρουν ένα ευρύ φάσμα ποσοστών επιπολασμού κατάθλιψης που κυμαίνονται από 17 έως 75%, που είναι πολύ υψηλότερο από ό,τι στον γενικό πληθυσμό (Palagini et al., 2013). Τα συμπτώματα κατάθλιψης σε ΣΕΛ κυμαίνονται από 11% - 71%, με μία μελέτη να αναφέρει επιπολασμό 47%. (Bachen EA, et 2009), με επιπολασμό κατάθλιψης σε ΣΕΛ να είναι παρόμοιος με ΡΑ (<39%).

Σε μοντέλο ποντικιού ΣΕΛ που εγχύθηκε αντι-Ρ ριβοσωματικά αντισώματα, τα πρώτα αντισώματα που αναφέρθηκαν να συσχετίζονται με τον Νευροψυχιατρικό λύκο, έδειξαν κατάθλιπτική συμπεριφορά, και μειωμένες ικανότητες όσφρησης (Perricone et al., 2013, Katzavet al., 2008). Συναισθηματική δυσφορία και κατάθλιψη έχουν αναφερθεί σε ένα τεράστιο ποσοστό ασθενών που έχουν προσβληθεί από ασθένειες του συνδετικού ιστού (Cohen et al., 2004).

Η μελέτη των Nery et al., (2007) εξέτασε την υπόθεση εάν η ενεργότητα του συστηματικού ερυθηματώδη λύκου σχετίζεται με την παρουσία και τη σοβαρότητα της

μείζονος κατάθλιψης σε ασθενείς με τη συγκεκριμένη νόσο. Στην έρευνα αυτή, είχαν λάβει μέρος 71 ασθενείς με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο, οι οποίοι αξιολογήθηκαν για την παρουσία και σοβαρότητα της καταθλιπτικής συμτωματολογίας, των ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων, της λειτουργικής αναπηρίας τους, της ενεργότητα του συστηματικού ερυθηματώδη λύκου και της συνολικής καταστροφής που είχαν υποστεί. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι οι ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη είχαν την τάση να έχουν πιο έντονη ενεργότητα συγκριτικά με τους ασθενείς χωρίς μείζονα κατάθλιψη (Nery et al., 2007).

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα συσχετίστηκαν με υψηλότερα επίπεδα πόνου($p<001$) και αρνητικά αναφερόμενη κατάσταση της τρέχουσας υγείας ($p=0.002$) (Karol et al., 2013). Σε έρευνα το 49% παρουσίασε μέτρια ή σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα,($p<0.01$) τα οποία συσχετίστηκαν με υψηλότερα επίπεδα πόνου ($p<0.001$) και χαμηλότερη αυτοαναφορά της τρέχουσας κατάστασης υγείας ($p=0.002$). Από τους 3 με μέτρια ή σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα μόνο στους 26 (49%) είχαν συνταγογραφηθεί αντικαταθλιπτικά, 8 στους 53 (15%) έλαβαν μέγιστη δόση αντικαταθλιπτικών. Όπως και σε πολλές χρόνιες καταστάσεις μπορεί να επηρεάσει αντιλήψεις ασθενών για τα συμπτώματά τους, την φυσική λειτουργία τους και την ποιότητα ζωής, με χαμηλότερα επίπεδα φαρμακευτικής προσκόλλησης.

Παρατηρήθηκε επίδραση πόνου ($p=0.001$), δείκτη μάζας σώματος ($p=0.026$), άγχους ($p=0.001$), κόπωσης($p<0.001$) καθώς και μειωμένης σωματικής και ψυχικής λειτουργίας στην κατάθλιψη (Figueiredo-Braga et al., 2018).

Ασθενείς με ΣΕΛ και συννοσηρή κατάθλιψη έχουν αυξημένες δυσκολίες στον εργασιακό τομέα (Nery et al., 2007, Baker et al., 2009). Η κατάθλιψη έχει συνδεθεί με ανεπαρκείς κλινικές εκβάσεις στο ΣΕΛ, συμπεριλαμβανομένων χαμηλότερων επιπέδων προσκόλλησης στη φαρμακευτική αγωγή (Julian et al., 2009), καθώς και υψηλότερου κόστου

άμεσης υγειονομικής περίθαλψης και κόστους παραγωγικότητας (Panopalis et al., 2008). Μια μελέτη εξωτερικών ασθενών ΣΕΛ στη Βραζιλία έδειξε ότι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη παρουσίασαν μια μη σημαντική τάση προς σοβαρότερη ενεργότητα της νόσου ΣΕΛ σε σύγκριση μ' εκείνους που δεν εμφάνισαν μείζονα κατάθλιψη (p=0.056), η οποία παρέμεινε και μετά τον έλεγχο για αγχώδη επεισόδια ζωής και προηγούμενα επεισόδια μείζονος κατάθλιψης (Nery et al., 2007). Αρκετές, ωστόσο, μελέτες δεν έχουν δείξει καμία συσχέτιση μεταξύ των ταυτόχρονων καταθλιπτικών συμπτωμάτων και της ενεργότητας της νόσου στο ΣΕΛ (Shortall et al., 1995, Jarpa et al., 2011, Ward et al., 2002, Nery et al., 2008, Karol et al., 2013, Jarpa et al., 2011). Έρευνες έχουν , επίσης, βρει ότι η θεραπεία κατάθλιψης οδηγεί σε βελτίωση των κλινικών παραμέτρων (μειωμένα επίπεδα αιμοσφαιρίνης A1c, μειωμένη λιποπρωτεΐνη χαμηλής πυκνότητας, χαμηλότερες συστολικές αρτηριακές πιέσεις (Katon et al., 2010).

Σε μια μελέτη ασθενείς με μέτρια ή σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα ήταν πιο πιθανό να έχουν ΣΕΛ σε σύγκριση με εκείνους που δεν είχαν ήπια ή καθόλου καταθλιπτικά συμπτώματα (49% έναντι 18%), ασθενείς που ανέφεραν πρόσφατο επίπεδο πόνου και αρνητικά αναφερόμενη κατάσταση υγείας σχετίζονταν σημαντικά με καταθλιπτικά συμπτώματα (Karol et al., 2013, Xie et al., 2016).

Η σχέση μεταξύ πόνου και κατάθλιψης είναι πολύπλοκη και πιθανότατα και αμφίδρομη. Η παρουσία πόνου μπορεί να οδηγήσει σε πολλά καταθλιπτικά συμπτώματα, όπως έλλειψη ευχαρίστησης, κόπωση, ελλιπής συγκέντρωση. Η συμβολή της κατάθλιψης στην εμπειρία του πόνου και της λειτουργικής βλάβης είναι επίσης τεκμηριωμένη (Katon et al., 2001, Wells et al., 1988, Dionne et al., 1997) και η θεραπεία της κατάθλιψης σε ασθενείς μ' άλλες μορφές αρθρίτιδας έχει αποδειχθεί ότι είναι αποτελεσματική όχι μόνο στη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αλλά και στη μείωση του πόνου και στη βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης και της ποιότητας της ζωής (Lin et al., 2003).

Η παθογένεση των ψυχιατρικών διαταραχών στο ΣΕΛ είναι σχετικά άγνωστη. Μελέτες υποδεικνύουν ορισμένα αυτοαντισώματα που στρέφονται κατά ειδικών νευρωνικών στόχων και παίζουν κάποιο ρόλο στην παθογένεση ψυχιατρικών εκδηλώσεων. Έχουν εντοπιστεί δυο στόχοι. 1) ο υποδοχέας NMDA(N-methylD-aspartate), (DeGiorgio et al., 2001, Huerta et al., 2006) 2) μια πρωτεΐνη, πρόσφατα αναγνωρισμένη ως αντιγόνο κυτταρικής επιφάνειας, που ονομάζεται αντιγόνο νευρικής επιφάνειας (Neuronal Surface P Antigen (NSPA), που αναγνωρίζεται από αυτοαντισώματα κατά των αντι-ριβοσωματικών P πρωτεΐνη, που συνδέεται σημαντικά σε μεγάλο βαθμό με ψύχωση λύκου (Matus et al., 2007). Αυτά τα στοιχεία υποστηρίζουν την ιδέα ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές σχετίζονται με παθογόνα αντισώματα. Ωστόσο, σε μια από τις μελέτες, η οποία αποτελεί τμήμα της διαχρονικής μελέτης «San Antonio Lupus Study of Neuropsychiatric Disease», οι ερευνητές μελέτησαν εκτός των άλλων και τη σχέση των ψυχιατρικών διαταραχών με τα αντισώματα εναντίον της ριβονουκλοπρωτεινης P, χωρίς όμως να βρεθεί συσχέτιση μεταξύ τους (Brey et al., 2002), σε αντίθεση με προηγούμενες μελέτες (Arnett et al., 1996).

Μεταξύ των πολλών παραγόντων που μπορούν να εξηγήσουν την παρουσία μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου σε ασθενείς ΣΕΛ είναι το άγχος της ύπαρξης χρόνιας ασθένειας μαζί με το κοινωνικό άγχος, και την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, τον εγγενή πόνο, την αναπηρία και την χρήση γλυκοκορτικοειδών (Jarpa et al., 2011).

Σε μια μελέτη με 72 ασθενείς με ΣΕΛ φάνηκε η επίδραση της κόπωσης, του πόνου, του δείκτη μάζας σώματος, του άγχους , καθώς και της μειωμένης σωματικής και ψυχικής λειτουργίας στην κατάθλιψη, με την κόπωση να είναι ο ισχυρότερος παράγοντας που σχετίζεται με την κατάθλιψη. Υψηλότερο ποσοστό ασθενών με ΣΕΛ που παρουσίασαν καταθλιπτικά συμπτώματα κατανάλωναν τακτικά αλκοολούχα ποτά. (Figueiredo-Braga et al., 2018).

Παράγοντες, που μπορούν να επηρεάσουν την κατάθλιψη και το άγχος σε ασθενείς με ΣΕΛ περιλαμβάνουν κοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, η ενεργότητα και η σοβαρότητα της νόσου (Figueiredo-Braga et al., 2007). Η κατάθλιψη είναι 6 φορές πιο διαδεδομένη σε γυναίκες με ΣΕΛ από ότι σε υγιείς και προκαλεί απώλεια της ποιότητας ζωής (Figueiredo-Braga, et al., 2018). Ασθενείς με ΣΕΛ που ζούσαν σε χαμηλές κοινωνικοοικονομικές περιοχές έχουν υψηλότερη συχνότητα κατάθλιψης (Navarrete-Navarrete et al., 2010).

Αιτίες κατάθλιψης σε ΣΕΛ δεν είναι σαφείς λόγω της πολυπλοκότητας. Έχουν εμπλακεί βιολογικοί μηχανισμοί, επειδή η κατάθλιψη στο ΣΕΛ έχει συσχετιστεί μ' άλλες ασθένειες του ΚΝΣ, υψηλότερη ενεργότητα νόσου και πιο σοβαρές κλινικές εκδηλώσεις (Segui et al., 2000). Φλεγμονή εγκεφάλου, αλληλεπίδραση αυτοαντισωμάτων με αντιγόνα σε μεμβράνη νευρωνικών κυττάρων και έκφραση κυτοκίνης που προκαλεί δυσλειτουργία νευροδιαβιβαστών έχουν θεωρηθεί ως πιθανές αιτίες κατάθλιψης σε ασθενείς με ΣΕΛ και σε μοντέλα τρωκτικών με ΣΕΛ (Tsai et al., 1994, Sakic et al., 2005, Lapteva et al., 2006, Yamout et al., 2010, Stojanovich et al., 2007, Postal et al., 2016).

Περισσότεροι πονοκέφαλοι, μειωμένα επίπεδα συνολικού συμπληρώματος CH50 παρατηρήθηκαν σε ασθενείς ΣΕΛ με κατάθλιψη, αυτό υποστηρίχθηκε και σε μοντέλα ζώων (Alexander et al., 2005, Stock et al., 2013).

Πρόσφατα έχει περιγραφεί η σχέση μεταξύ ανησυχιών της φυσικής εμφάνισης και ψυχολογικής δυσφορίας σε ασθενείς με ΣΕΛ και ασθενείς με ΡΑ. Αν και η ΡΑ και ο ΣΕΛ έχει συσχετιστεί με αισθητές αλλαγές στη φυσική εμφάνιση, οι φυσικές αλλαγές στο ΣΕΛ τείνουν να είναι προσωρινές κατά τη διάρκεια περιόδων ενεργότητας της νόσου. Τόσο η εμφάνιση όσο και η σωματική αναπηρία είναι προγνωστικά της κατάθλιψης αλλά όχι του άγχους σε ασθενείς με ΡΑ, υποδηλώνοντας ότι οι ανησυχίες εμφάνισης είναι σημαντικές και

σχετίζονται με την κατάθλιψη ανεξάρτητα από την αναπηρία. Αυτός ο παράγοντας μεσολαβεί μεταξύ αναπηρίας και κατάθλιψης σε ασθενείς με ΣΕΛ. Γι' αυτό η ανησυχία των ασθενών σχετικά με την εμφάνισή τους πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην ψυχολογική λειτουργία των ασθενών με ρευματική νόσο (Monaghan et al., 2007).

Αλεξιθυμία σε Ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα και Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο.

Η αλεξιθυμία περιγράφεται ως μία σημαντική διάσταση για πολλές ασθένειες συμπεριλαμβανομένων και των αυτοάνοσων νοσημάτων. Η αλεξιθυμία θεωρείται ότι παρεμποδίζει την επιτυχή ρύθμιση των συναισθημάτων, και περιλαμβάνει έναν διαχωρισμό των συναισθηματικών και φυσικών απαντήσεων σε γεγονότα ζωής και σωματικές ασθένειες, μ' έμφαση στη σωματοαισθητική ενίσχυση και παράπονα για σωματικά συμπτώματα. Αλεξιθυμικά άτομα δεν είναι σε θέση να διαφοροποιήσουν τα συναισθήματά τους από άλλες φυσιολογικές καταστάσεις. Η αλεξιθυμία έχει συσχετιστεί με εσφαλμένη αντίληψη σωματικών συμπτωμάτων, έχοντας ως αποτέλεσμα καθυστέρηση στην αναζήτηση θεραπείας (Lumley et al., 1996). Έχει αναφερθεί προηγουμένως ένας αυξημένος επιπολασμός της αλεξιθυμίας μεταξύ ασθενών με διάφορες χρόνιες διαταραχές σε σύγκριση με υγιείς (Lumley et al., 1997), αλλά υπάρχουν λίγες μελέτες για αλεξιθυμία και ασθένεια συνδετικών ιστών (Lumley et al., 2005).

Μελέτες έχουν βρει αυξημένα επίπεδα αλεξιθυμίας μεταξύ ασθενών με χρόνιο ή επίμονο πόνο, (π.χ. το 1/3 από το 53% των ασθενών με διάφορους τύπους επίμονου πόνου φαίνεται να είναι αλεξιθυμικό) (Millard et al., 1992, Zayfert et al., 1992, Cox et al., 1994), με την κατάθλιψη ως πιθανό και υποτιθέμενο μεσολαβητή στην σχέση αυτή (Lumley et al., 2002). Μελέτες έχουν βρει υψηλότερα επίπεδα αλεξιθυμίας μεταξύ ασθενών με ψυχογενή πόνο (Sriram et al., 1987), με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Fernandez et al., 1989) και σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου (Porcelli et al., 1995). Το ¼ έως το ήμισυ αυτών των ασθενών σ' αυτές

τις μελέτες εμφάνιζε υψηλές βαθμολογίες αλεξιθυμίας στις σχετικές κλίμακες. Παρομοίως υπάρχουν σημαντικές ατομικές διαφορές σε σοβαρότητα πόνου και αναπηρίας μεταξύ των ασθενών με επίμονο πόνο. Μερικοί αναφέρουν μικρής έντασης πόνο και έχουν ελάχιστη αναπηρία, κι άλλοι αναφέρουν μεγάλης έντασης πόνο και δυσλειτουργία. Αυτό αυξάνει την πιθανότητα ότι οι διαφορές στην αλεξιθυμία αντιπροσωπεύουν παραλλαγές στην εμπειρία του πόνου και την αναπηρία. Σε τρεις μελέτες με υγιείς ανθρώπους διαπιστώθηκε ότι η αλεξιθυμία συσχετίστηκε θετικά με αναφερθέντα πόνο κατά την επαγωγή πειραματικού πόνου ή κατά την διάρκεια ιατρικών διαδικασιών (Puttermanet al., 2001, Nyklíček, et al., 2000, Sivik, 1993). Αντίθετα, 3 μελέτες σχετικά μεγάλων δειγμάτων ασθενών με διάφορες καταστάσεις χρόνιου πόνου δεν διαπίστωσαν σχέση μεταξύ αλεξιθυμίας και σοβαρότητας πόνου (Millard et al., 1992, Zayfert et al., 1992, Cox et al., 1994).

Η αλεξιθυμία έχει βρεθεί ότι έχει συσχέτιση με διάφορα ψυχικά και σωματικά προβλήματα, όπως κατάθλιψη (Taylor et al., 2004), φλεγμονή (Corcos et al., 2004, De Berardis et al., 2008, Honkalampi et al., 2011) και πόνο (Lumley et al., 2011).Υποψιάζεται ότι είναι ένας σημαντικός ψυχοκοινωνικός παράγοντας που επηρεάζει τον έλεγχο της νόσου και την προαγωγή της υγείας (Fassino, 2010, Kojima, 2012, Lumley et al., 2007).

Η αλεξιθυμία είναι πιο συχνή σε άτομα με αυτοάνοσες ασθένειες. Γι’ αυτό τον λόγο η αλεξιθυμία πρέπει να διερευνείται σε ασθενείς με ΡΑ και ΣΕΛ, επειδή τα αρνητικά συναισθήματα, που σχετίζονται με την αδυναμία αντιμετώπισής τους συμβάλλουν έμμεσα σε ανοσοαπορύθμιση.

Αν και η αλεξιθυμία εμφανίζεται συχνότερα σε επώδυνες ρευματικές καταστάσεις όπως η ΡΑ, υπάρχουν περιορισμένα κλινικά δεδομένα αναφορικά με τις σχέσεις της μ’ άλλες ψυχιατρικές καταστάσεις, όπως η κατάθλιψη και το άγχος, και η επίδρασή τους στην ποιότητα ζωής. Σε μια μελέτη που βασίστηκε στην κοινότητα ο επιπολασμός της αλεξιθυμίας

για νεαρούς ενήλικες ασθενείς με ΡΑ ήταν 9% για τους άνδρες , και 5% για τις γυναίκες (Kokkonen et al., 2001). Ο επιπολασμός της αλεξιθυμίας ήταν 13% σε μια άλλη κοινοτική μελέτη στη Φινλανδία (Salminen, et al., 1999). Ο επιπολασμός της αλεξιθυμίας σε ασθενείς που πάσχουν από ΡΑ ήταν 31%. Ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη από την ομάδα ελέγχου υγιών ατόμων ($p<0.05$). Το 41,9% των ασθενών με ΡΑ διαγνώστηκε με κατάθλιψη, το 20,9% είχαν σοβαρά συμπτώματα άγχους, και ανεξάρτητα από την ενεργότητα της νόσου, η αλεξιθυμία, τα συμπτώματα κατάθλιψης, και άγχους είναι πιο κοινά σε ασθενείς με ΡΑ, και τα οποία στην συνέχεια μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα ζωής. (Karahan et al., 2016).

Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με ΡΑ, ινομυαλγία, και γενικούς νοσοκομειακούς ασθενείς δεν έδειξε σημαντική διαφορά μεταξύ της αλεξιθυμίας, του φύλου και της κοινωνικοπολιτισμικής κατάστασης. Αντίθετα, βρέθηκε να είναι υψηλότερος ο επιπολασμός της αλεξιθυμίας σε ασθενείς με χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Steinweg et al., 2011). Σε κοινοτικές μελέτες ασθενών με ΡΑ είχε αναφερθεί συσχέτιση μεταξύ της αλεξιθυμίας, του ανδρικού φύλου, της μεγαλύτερης ηλικίας, και του χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου (Salminen et al., 1999).

Ασθενείς με ΡΑ που εμφάνισαν αλεξιθυμία είναι πιο πιθανό να είναι άγαμοι, να ζουν μόνοι τους, να έχουν ελλιπή ανώτατη εκπαίδευση και σοβαρές σωματικές αναπηρίες συγκριτικά μ’ εκείνους χωρίς αλεξιθυμία. Δεν βρέθηκαν διαφορές σε ηλικία, φύλο, διάρκεια νόσου, επιπέδων CRP μεταξύ αυτών που εμφάνισαν και αυτών που δεν εμφάνισαν αλεξιθυμία (Kojima et al., 2014). Η αλεξιθυμία μπορεί να εξηγήσει ανθυγιεινές συμπεριφορές, όπως καθυστέρηση σε χρήση υγειονομικής περίθαλψης, χαμηλή συμμόρφωση σε θεραπεία, άλλες συμπεριφορές που μπορούν να οδηγήσουν σε δυσχερείς επιπτώσεις για την υγεία, συμπεριλαμβανομένου του πρόωρου θανάτου, που έχουν παρατηρηθεί σταθερά στον πληθυσμό με αλεξιθυμία (Kojima, 2012).

Ασθενείς που πάσχουν από ΡΑ με μεγαλύτερη λειτουργική βλάβη και μεγαλύτερο βαθμό πόνου εμφάνισαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες πρωτογενούς αλεξιθυμίας (TAS > 74) (Fernandez, et al.,1989).

Αξιοσημείωτα είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας των Fernandez, Sriram, Rajkumar & Chandrasekar (1989), που είχε στόχο να διερευνήσει την αλεξιθυμία σε ένα δείγμα ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα και ένα δείγμα υγιών ερευνητικών υποκειμένων με παρόμοια κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ομάδα ασθενών παρουσίασε στατιστικά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά αλεξιθυμίας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Μάλιστα, το 27.5% των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα χαρακτηρίστηκε ως αλεξιθυμικό, ενώ παρατηρήθηκε ότι όσο υψηλότερα ήταν τα χαρακτηριστικά της αλεξιθυμίας τόσο υψηλότερος ήταν ο βαθμός έκπτωσης της λειτουργικότητας των ασθενών (Fernandez et al., 1989).

Σε μία μελέτη στην ομάδα ΡΑ με το 38,5% να είχε μια συνοδή ιατρική νόσο, εκ των οποίων η πιο διαδεδομένη ήταν η υπέρταση (20,9%) δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της αλεξιθυμίας και των κοινωνιοδημογραφικών χαρακτηριστικών, του συνοδού νοσήματος και ενεργότητας DAS-28 σε ασθενείς με ΡΑ. Η αλεξιθυμία παρατηρήθηκε συχνότερα σε ασθενείς που λάμβαναν rituximab για τη θεραπεία της ΡΑ (p=0.009). Ενώ δεν ήταν στατιστικά σημαντική η σχέση της αλεξιθυμίας και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (p = 0.720), η σχέση με την παρουσία του άγχους ήταν στατιστικά σημαντική (p=0.035). Όλοι οι τομείς του TAS-20, και οι συνολικές βαθμολογίες TAS-20 ήταν υψηλότερες σε ασθενείς με ΡΑ συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (Karahan, et al., 2016).

Σε μια έρευνα βρεθηκε θετική συσχέτιση της αλεξιθυμίας και των συγκεντρώσεων TNF σε ΡΑ ασθενείς (Bruni et al., 2006).

Από βιβλιογραφική ανασκόπηση, αναφορές σε αλεξιθυμία ή πτυχές προσωπικότητας σε ΣΕΛ ήταν σπάνιες (Lumley et al., 2005). Έχει βρεθεί υψηλός επιπολασμός της αλεξιθυμίας σε ασθενείς με ΣΕΛ και ασθενείς με ΡΑ (Bruni et al., 2006, Barbasio et al., 2013). Ο υψηλός επιπολασμός της αλεξιθυμίας σ' αυτούς τους ασθενείς με μια αυτοάνοση διαταραχή θα μπορούσε να επιβεβαιώσει την υπόθεση ότι η δυσκολία στην αναγνώριση συναισθηματικών καταστάσεων ή ο τρόπος αντιμετώπισης των συναισθηματικών καταστάσεων μπορεί να επηρεάσει την ανοσολογική λειτουργία (Guilbaud et al., 2003). Στην πραγματικότητα λόγω της αδυναμίας τους στο να εντοπίσουν και να εκφράσουν τα συναισθήματά τους μπορεί να παρουσιάσουν μια εξαιρετική αντίδραση στο στρες με ανεπαρκώς ανεπτυγμένα κανάλια για σωστή συναισθηματική συμπεριφορά και αποσύνδεση μεταξύ υποκειμενικών και φυσιολογικών αποκρίσεων στο στρες (Martin et al., 1986). Σε ασθενείς με ΣΕΛ η αλεξιθυμία μπορεί να θεωρηθεί ως μηχανισμός αντιμετώπισης για προστασία του εαυτού έναντι συναισθηματικής δυσφορίας επηρεάζοντας έτσι την ικανότητα αναγνώρισης και διαφοροποίησης των συναισθημάτων, καθώς και της έκφρασης (Barbasio et al., 2013). Έχει υπογραμμιστεί μια στατιστικά σημαντική διαφορά στην υποκατηγορία "εξωτερικά επικεντρωμένη σκέψη" (Vadacca et al., 2014). Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς ανταποκρίνονται περισσότερο σε αντικειμενικά γεγονότα παρά σε ψυχολογικές διεργασίες.

Η έρευνα των Barbosa et al. (2011) εξέτασε τους παράγοντες (ψυχολογικοί παράγοντες και διαστάσεις ποιότητας ζωής) που σχετίζονται με την αλεξιθυμία σε ασθενείς με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως υπήρχε συσχέτιση μεταξύ της αλεξιθυμίας και των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και της διάστασης της προσωπικότητας και της ποιότητας ζωής. Μέσω της ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης, βρέθηκε ότι η πνευματική διαθεσιμότητα (openness) και η κατάθλιψη ήταν οι δύο προγνωστικοί παράγοντες για την αλεξιθυμία σε ασθενείς με συστηματικό ερυθηματώδη

λύκο. Επίσης, βρέθηκε υψηλό ποσοστό επιπολασμού της αλεξιθυμίας σε ασθενείς με τη συγκεκριμένη νόσο.

Βρέθηκε συσχέτιση αλεξιθυμίας και ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων σε ΣΕΛ, ιδεοψυχαναγκασμών (r=0.409, p<.002), κατάθλιψης (r=0.463, p<.000), άγχους (r=-.317, p<.021), ψυχωτισμού (r=0.353, p<.009), καθώς και συσχέτιση αλεξιθυμίας και διαστάσεων προσωπικότητας, νευρωτισμού (r=0.499, p<.001), εξωστρέφειας (r=-.064, p<.05), δεκτικότητας σε νέες ιδέες (openness) (r=-0.443, p<.001) (Barbosa et al., 2011).

Σε ασθενείς με ΣΕΛ βρέθηκαν συσχετίσεις της αλεξιθυμίας με ορισμένες διαστάσεις ποιότητας ζωής, ιδιαίτερα με εμφάνιση περισσότερου σωματικού πόνου, και χαμηλότερης ζωτικότητας. Η αλεξιθυμία μπορεί να διαδραματίσει ρόλο στην αντίληψη συμπτωμάτων, όπως πόνος και κόπωση (Barbosa et al., 2011).

Συγκρίνοντας αλεξιθυμικούς ασθενείς από μη αλεξιθυμικούς ασθενείς με ΣΕΛ διαπιστώθηκε στην πρώτη υποομάδα υψηλότερη βλάβη στις διαστάσεις της ποιότητας ζωής και στα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, παρουσιάζοντας υψηλότερες βαθμολογίες στο άγχος και την κατάθλιψη. Επίσης, διαφορές υπήρχαν και στις διαστάσεις της προσωπικότητας με τους αλεξιθυμικούς να βιώνουν περισσότερα αρνητικά συναισθήματα και να είναι λιγότερο ανοικτοί σε νέες εμπειρίες (Barbosa et al., 2011). Στο ΣΕΛ συγκεκριμένα η εμπειρία αυτής της απρόβλεπτης και απειλητικής για τη ζωή ασθένειας θα μπορούσε να είναι ένας άλλος παράγοντας που επιδεινώνει τη συναισθηματική διέγερση και ενισχύει τις δυσκολίες στη ρύθμιση των συναισθημάτων (Barbosa, 2011).

Φαίνεται, επομένως, ότι η αλεξιθυμία συσχετίζεται με την ψυχολογική δυσφορία και με την ποιότητα ζωής. Έτσι, η κατανόηση του ρόλου των ψυχολογικών παραγόντων στους ασθενείς με τη συγκεκριμένη νόσο, μπορεί να συμβάλει σε μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση και προσέγγιση της νόσου, τον αντίκτυπό της στην καθημερινή ρουτίνα του

ασθενούς και τον τρόπο με τον οποίο οι ίδιοι προσαρμόζονται συναισθηματικά σε μια χρόνια ασθένεια (Barbosa et al., 2011).

Σε μια μετανάλυση 77 μελετών από την αρχή έως τον Ιούνιο του 2017 με δείγμα 8.019 ασθενών με χρόνιο πόνο εξετάστηκε πως η αλεξιθυμία σχετίζεται με το χρόνιο πόνο και τη σχετική αναπηρία. Οι αναλύσεις έδειξαν ότι τα δείγματα χρόνιου πόνου είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία αλεξιθυμίας από τους μη κλινικούς, και την ομάδα ελέγχου. Στα δείγματα χρόνιου πόνου η αλεξιθυμία συσχετίστηκε σημαντικά θετικά με την ένταση του πόνου (d=0.20), τη σωματική παρέμβαση (d=0.17), την κατάθλιψη (d=0.46), και το άγχος (d=0.43) (Aaron, et al., 2017). Ο χρόνιος πόνος επηρεάζει τη σωματική, κοινωνική, και συναισθηματική λειτουργία (Burke, et al., 2015, Gross, 2015) και μπορεί να καταστήσει κάποιον ανάπηρο (Huguet, et al., 2008, Nahin, 2012). Ο χρόνιος πόνος συσχετίζεται επίσης μ' αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους (Asmundson, et al., 2009, Noel, et al., 2016, Rayner, et al., 2016). Δεδομένου του υψηλού κόστους και της κοινωνικής επιβάρυνσης του χρόνιου πόνου, ο προσδιορισμός στόχων βιοψυχοκοινωνικής θεραπείας για τη βελτίωση της λειτουργικότητας σ' αυτό τον πληθυσμό είναι κρίσιμος (Gaskin, et al., 2012, Groenewald, et al., 2014).

Η αλεξιθυμία συσχετίζεται με μεγαλύτερη ένταση πόνου και αναπηρία (Atagün, et al., 2012, Lumley, et al., 2005), με μεγαλύτερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης σε διάφορους πληθυσμούς (Leweke, et al., 2012, Li, et al., 2015) όπως και μεταξύ ατόμων με χρόνιο πόνο (Di Tella, et al., 2017). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η αλεξιθυμία σχετίζεται με μειωμένη ικανότητα να ρυθμίζει επιτυχώς και να διαχειρίζεται κάποιος τα αρνητικά συναισθήματα (Swart, et al., 2009). Η εμπειρία του χρόνιου πόνου παρέχει επιπλέον άγχος σε πολλούς τομείς της ζωής (κοινωνική, συναισθηματική, σωματική) (Turk et al., 2016). Απέναντι σ' αυτούς τους στρεσσογόνους παράγοντες, η αλεξιθυμία μπορεί να

σχετίζεται με μεγαλύτερη δυσκολία ρύθμισης των συναισθημάτων συμβάλλοντας στην κακή έκβαση της ψυχικής υγείας (Lumley et al., 2008).

Με βάση τα προηγούμενα, οι ενήλικες με χρόνιο πόνο είχαν μεγαλύτερες βαθμολογίες στην υποκλίμακα δυσκολίας αναγνώρισης των συναισθημάτων σε σύγκριση με μη κλινικά δείγματα, και στην υποκλίμακα δυσκολία έκφρασης των συναισθημάτων. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην υποκλίμακα, εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη μεταξύ ενηλίκων με χρόνιο πόνο και δείγματος μη κλινικών ατόμων.

Η πρόσφατη έρευνα υπογραμμίζει τη μεταβλητότητα της αλεξιθυμίας με ψυχολογικές παρεμβάσεις (Melin, et al., 2010, Cameron, et al., 2014, Bornemann, et al., 2017), τονίζοντας τη σχέση αλεξιθυμίας και χρόνιου πόνου στην κλινική πρακτική. Για παράδειγμα, σε μια πρόσφατη μελέτη ενήλικες με χρόνιο μυοσκελετικό πόνο που υποβλήθηκαν σε ομαδική παρέμβαση με στόχο τη συναισθηματική ευαισθητοποίηση – συνειδητοποίηση και έκφραση κατέδειξαν βελτιώσεις στην αλεξιθυμία, καθώς συσχετίστηκαν με μείωση της ψυχολογικής δυσφορίας και βελτιώσεις στην ένταση του πόνου και τις παρεμβάσεις (Burger, et al., 2016).

Μία σχετικά πρόσφατη μελέτη που διεξήχθη από τους Vadacca et al. (2014) διερεύνησε την αλεξιθυμία, την ψυχική κατάσταση και την εμπειρία του πόνου ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα και συστηματικό ερυθηματώδη λύκο. Τα ευρήματα έδειξαν ότι οι ασθενείς με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο είχαν χειρότερη ψυχική κατάσταση σε όλες τις αρνητικές διαστάσεις της διάθεσης (ένταση ή άγχος, θυμός ή εχθρότητα, κόπωση, αδράνεια, κατάθλιψη ή απόρριψη και σύγχυση) σε σχέση με τους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Ακόμα, φάνηκε πως τόσο οι ασθενείς με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο όσο και οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα είχαν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά αλεξιθυμίας. Όπως συμπέραναν οι συγγραφείς της ίδιας μελέτης η δυσκολία των ασθενών να αναφέρουν τα

συναισθήματά τους ενδεχομένως να διαμεσολαβείται από την αρνητική συναισθηματική τους κατάσταση (Vadacca et al., 2014).

Σε μια μελέτη που εξετάζει την αλεξιθυμία, τις καταστάσεις διάθεσης και την εμπειρία του πόνου σε ασθενείς που πάσχουν από ΣΕΛ και ΡΑ, ο επιπολασμός της αλεξιθυμίας ήταν υψηλότερος σε ασθενείς με ΡΑ (44%) από ό,τι σε ασθενείς με ΣΕΛ (37,5%). Οι μέσες τιμές VAS (μέτρο έντασης πόνου) ήταν σημαντικά υψηλότερες σε ΡΑ συγκριτικά με τον πληθυσμό ΣΕΛ. Ο χρόνιος πόνος επηρεάζεται από συναισθηματική κατάσταση όπως τεκμηριώνεται από τη γραμμική σχέση μεταξύ τιμών TAS-20 και VAS σε ασθενείς με ΣΕΛ, ενώ δεν παρατηρήθηκε καμία σχέση σε ασθενείς με ΡΑ (ενδεχομένως αυτό να οφείλεται στον υψηλότερο πόνο που αναφέρθηκε από τους ασθενείς που πάσχουν από ΡΑ). Η δυσκολία στην αναφορά συναισθηματικών απαντήσεων σ' αυτούς τους ασθενείς φαίνεται να προκαλείται από αρνητικές καταστάσεις διάθεσης. Δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ συνολικών βαθμολογιών TAS-20 και ηλικίας, διάρκειας νόσου, και ενεργότητας νόσου (Vadacca et al., 2014). Μια σημαντική συσχέτιση βρέθηκε σε ασθενείς με ΣΕΛ μεταξύ αλεξιθυμίας και ορισμένων φυσικών διαστάσεων στην ποιότητα ζωής, ιδιαίτερα με την εμφάνιση περισσότερου σωματικού πόνου. Οι δυσκολίες που εκφράζουν αυτοί οι ασθενείς στην αντιμετώπιση των συναισθημάτων μπορούν να προδιαθέτουν μια περαιτέρω επιδείνωση των φυσικών συμπτωμάτων, συμπεριλαμβανομένου του πόνου (Barbosa, et al., 2011).

Στη βιβλιογραφία τα αποτελέσματα σχετικά με την ενεργότητα της νόσου που σχετίζεται με ψυχολογικές/ ψυχιατρικές παραμέτρους σε ασθενείς με ΣΕΛ και ΡΑ είναι ασυνεπή, πιθανώς λόγω των διαφορετικών στοιχείων που χρησιμοποιούνται για την ταξινόμηση αυτών των συμπτωμάτων (Doria et al., 2004). Δεν εντοπίστηκε καμία συσχέτιση μεταξύ της ενεργότητας νόσου και της αλεξιθυμίας (Vadacca et al., 2014). Έχουν υποτεθεί αρκετά μονοπάτια που συνδέουν την αλεξιθυμία με τη σωματική ασθένεια σε φυσιολογικά,

συμπεριφορικά και γνωστικά επίπεδα (Lumley et al., 1997, Barbosa et al., 2011), αλλά δεν έχουν αναφερθεί σαφείς συσχετισμοί. Μια πιθανή εξήγηση σ' αυτό το εύρημα βασίζεται στο γεγονός ότι η αλεξιθυμία μπορεί να προκαλέσει φυσικά ή σωματικά συμπτώματα, αλλά όχι σε άμεση αιτιώδη σχέση.

Σε 14 μελέτες αναφορικά με τις σχέσεις αλεξιθυμίας και έντασης του πόνου ελέγχθηκε η ψυχολογική δυσφορία και βρέθηκε ότι η αλεξιθυμία δεν σχετίζεται μοναδικά με μεταβλητές πόνου (Aaron, et al., 2017). Πρώτον, πολλοί μελετητές αμφισβήτησαν την εγκυρότητα της αυτοαναφερόμενης αλεξιθυμίας, ειδικά δεδομένης της σύγκλισης με μετρήσεις αρνητικής επίδρασης, που θα μπορούσαν να διογκώσουν ψευδώς τους συσχετισμούς της αλεξιθυμίας με αυτοαναφερόμενες μετρήσεις πόνου και άλλων συμπτωμάτων. Επίσης, τα καταθλιπτικά άτομα είναι πιο πιθανό να αξιολογήσουν αρνητικά τον εαυτό τους και τις ικανότητές τους σε μια έρευνα αυτοαναφοράς. Μια άλλη ενδιαφέρουσα πιθανότητα είναι ότι μπορεί η δυσφορία ή η αρνητική επίδραση να προκάλεσει τους δεσμούς ανάμεσα στην αλεξιθυμία και τον πόνο (Leising, et al., 2009, Lumley, 2000).

Η αλεξιθυμία έχει συσχετιστεί με την κατάθλιψη σε ασθενείς με χρόνιο πόνο (Saariaho et al., 2013). Η αλεξιθυμία ως ένα δυσλειτουργικό σύστημα είναι ένας παράγοντας ευπάθειας σε ανάπτυξη και προώθηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Honkalampi et al., 2010).

Η αλεξιθυμία σχετίζεται μ' εξάρτηση από αναποτελεσματικές προσεγγίσεις στη ρύθμιση συναισθημάτων, όπως της καταστολής και της αποφυγής (Panayiotou et al., 2015, Swart et al., 2009).

Η εξασθενημένη συναισθηματική διαδικασία και ικανότητα ρύθμισης της συναισθηματικής διέγερσης που χαρακτηρίζουν την αλεξιθυμία μπορούν να οδηγήσουν α) σε ενίσχυση και παρερμηνεία των σωματικών αισθήσεων, που συνοδεύουν τη σωματική

διέγερση, οδηγώντας σε υποχονδρία και σωματοποίηση, β) την τάση να βιώνει κάποιος αδιαφοροποίητες αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις, που οδηγούν σε συναισθηματικές διαταραχές, και γ) αυξημένο αυτόνομο νευρικό σύστημα και νευροενδοκρινική δραστηριότητα σε σωματικές διαταραχές, υπογραμμίζοντας την επίδραση της αλεξιθυμίας στο σώμα, δηλαδή σε σωματικά συμπτώματα (De Gucht et al., 2003).

Αν και ένας αριθμός παραγόντων, όπως η αυτοαποτελεσματικότητα, η ένταση στρεσογόνων παραγόντων, τα συμφραζόμενα/ συνθηματικές ενδείξεις, και οι πολιτιστικοί κανόνες, επηρεάζουν την επιλογή ενός ατόμου για τη στρατηγική σχετικά με την συναισθηματική ρύθμιση, η αυξημένη συνειδητοποίηση των συναισθηματικών καταστάσεων κάποιου θεωρείται καθοριστικής σημασίας για τη λήψη μέτρων σχετικά με την προσαρμοστική ρύθμιση των συναισθημάτων (Gross, 2015, Kashdan, et al., 2015). Στην εκτεταμένη θεωρία της διαδικασίας ρύθμισης των συναισθημάτων, ο Gross εξηγεί ότι η ταυτοποίηση των συναισθημάτων επιτρέπει σε ένα άτομο να κάνει προσαρμοστικά βήματα για να ρυθμίσει τα συναισθήματά του, και ως εκ τούτου είναι ένα ουσιαστικό πρώτο βήμα στη διαδικασία ρύθμισης των συναισθημάτων (Gross, 2015). Οι Lieberman et al. δείχνουν ότι η απλή πράξη της εφαρμογής μιας λεκτικής ετικέτας στη συναισθηματική κατάσταση ενός ατόμου οδηγεί σε μείωση αρνητικών επιπτώσεων τόσο υποκειμενικά όσο και νευρολογικά επιδεικνύοντας τις ιδιότητες της συναισθηματικής ρύθμισης της συναισθηματικής συνειδητοποίησης. Μετά την λεκτικοποίηση των συναισθημάτων, παρατηρείται ενεργοποίηση της προμετωπιαίας περιοχής του εγκεφάλου με ταυτόχρονη μείωση της δραστηριότητας στην αμυγδαλή. Η ονομασία του αρνητικού συναισθήματος συμβάλλει στη μείωση δραστηριότητας στην περιοχή του εγκεφάλου που πυροδοτεί τα αρνητικά συναισθήματα (Lieberman, et al., 2007, Lieberman, et al., 2011). Ως επακόλουθο η ενσυνειδητότητα, η κατάσταση να βιώνουμε όσο πιο συνειδητά μπορούμε το παρόν, έχει πολλά οφέλη για την προαγωγή της υγείας.

Τα παρόντα αποτελέσματα προτείνουν σαφώς τη σημασία εξέτασης της παρουσίας και των επιπτώσεων της αλεξιθυμίας κατά τον σχεδιασμό μιας αποτελεσματικής προσέγγισης.

Η αλεξιθυμία έχει αναγνωριστεί ως ένας δυνητικά χρήσιμος στόχος θεραπείας λόγω των έμμεσων επιπτώσεων που ασκεί στην αντίληψη της νόσου και την ψυχική ευημερία (Foran et al., 2013). Παρεμβάσεις που επικεντρώνονται στην αλεξιθυμία έχουν δείξει την αποτελεσματικότητά τους στη βελτίωση των σχέσεων, τη μείωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης και του κινδύνου αρνητικών συμπτωμάτων της σωματικής υγείας, και έχουν πολύ μεγάλη επίδραση στη ψυχική και σωματική υγεία.

Θεραπεία κατάθλιψης με χρήση φαρμάκων και ή ψυχοθεραπείας έχει αναφερθεί αναποτελεσματική σε ασθενείς με αλεξιθυμία (Honkalampi et al., 2007, Ogrodniczuk et al., 2004, Özsahin et al., 2003, Viinamäki et al., 2002) και μέθοδοι αποτελεσματικοί για την αλεξιθυμία δεν έχουν ακόμη καθοριστεί (Ogrodniczuk et al., 2011). Θεωρητικά υποστηρικτικές ψυχιατρικές θεραπείες συνιστώνται για ασθενείς με πρωτοπαθή αλεξιθυμία, ενώ τροποποιημένες ψυχοδυναμικές θεραπείες θεωρούνται κατάλληλες για εκείνους που αναπτύσσουν δευτεροπαθή αλεξιθυμία ως αντίδραση σε αγχωτικές καταστάσεις (Sifneos, 1983). Δυο τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες κατέδειξαν την αποτελεσματικότητα της εβδομαδιαίας ομαδικής ψυχοθεραπείας 4 μηνών, (συμπεριλαμβανομένης της άσκησης χαλάρωσης και παίξιμο ρόλου) σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο (Beresnevaite, 2000) και την αποτελεσματικότητα της εβδομαδιαίας ατομικής υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας 5 μηνών στους γενικούς ψυχιατρικούς ασθενείς για την βελτίωση των επιπέδων αλεξιθυμίας (Ogrodniczuk et al., 2013). Απαιτείται μεγαλύτερη συσσώρευση στοιχείων για να προσδιοριστούν τεχνικές αποτελεσματικότητα της θεραπείας αλεξιθυμίας.

Η Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ) είναι μια καθιερωμένη θεραπεία επιλογής για τη διαχείριση του χρόνου πόνου (Williams et al., 2012). Μια πορεία θεραπείας που ξεκινά με ατομική υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και συνεχίζει ακολουθώντας μια πιο ερμηνευτική προσέγγιση εστιάζοντας στην τροποποίηση αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών σε συνδυασμό με πρόγραμμα ΓΣΘ για μείωση πόνου αξίζει να δοκιμαστεί σε ασθενείς με σοβαρή αλεξιθυμία (Ogrodniczuk et al., 2013). Μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση επιβεβαίωσε ότι ψυχολογικές παρεμβάσεις σε ασθενείς με ΡΑ είχαν μικρό αλλά σημαντικό όφελος (Knittle et al., 2010). Σύμφωνα με συγκριτικές αναλύσεις τεχνικές παρεμβάσεις που χρησιμοποιούν τη θεωρία αυτορρύθμισης (ρύθμιση στόχων, προγραμματισμός, αυτοπαρατήρηση, ανατροφοδότηση και πρόληψη υποτροπών) ήταν πιο αποτελεσματικές για τη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και του άγχους. Για τα αλεξιθυμικά άτομα αυτές οι πρακτικές και συμπεριφορικές προσεγγίσεις φαίνονται κατάλληλες, ωστόσο ενδέχεται να τροποποιηθεί η διαδικασία αυτοπαρατήρησης. Η προσοχή των ρευματολόγων σε ψυχολογικά προβλήματα κάθε ασθενούς και η συνεργασία με ειδικούς συμπεριφορικής ιατρικής και εξειδικευμένους κλινικούς ψυχολόγους είναι ουσιώδεις για την επίτευξη κατάλληλων θεραπευτικών επιλογών (Nicassio, 2008).

Ψυχοτραυματικό Στρες της Ασθένειας σε Ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα και Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο.

Τα άτομα που βιώνουν χρόνιες παθήσεις έχουν μελετηθεί σε μεγάλο βαθμό σε σχέση με την ανάπτυξη κατάθλιψη, το άγχος και μια σειρά δυσλειτουργιών μηχανισμών αντιμετώπισης των προβλημάτων και των αντιξοοτήτων. Ωστόσο, έχει δοθεί περιορισμένη προσοχή στο ψυχοτραυματικό στρες που μπορεί να συνοδεύει την ανάπτυξη μιας χρόνιας νόσου κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (Alonzo, 2000).

Τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα, όμως, υποδηλώνουν ότι το ψυχοτραυματικό στρες στις χρόνιες παθήσεις, κάποιες ξαφνικές και απροσδόκητες εκδηλώσεις, και οι τραυματικές αλλαγές ή μεταβολές στις συνθήκες ζωής, μπορεί να προκαλέσουν κακή προσαρμογή στην ασθένεια που αντιμετωπίζει κανείς. Η αξιολόγηση του ψυχοτραυματικού στρες, καθώς και των επιπρόσθετων δυσκολιών που αντιμετωπίζουν συχνά οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, παρέχουν μια καλύτερη κατανόηση των συνθηκών που βιώνουν οι ασθενείς χρόνιων παθήσεων. Ακόμα, μπορεί να προσφέρει μια καλύτερη κατανόηση σχετικά με τους λόγους για κακή προσαρμογή μετά από επεμβατικές θεραπείες και αλλαγές στην πορεία της νόσου (Alonzo, 2000).

Όπως έχει φανεί μέχρι στιγμής από τα σχετικά ερευνητικά δεδομένα τα άτομα που έχουν αναπτύξει σχετικές με το στρες διαταραχές έπειτα από ένα τραυματικό γεγονός, βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αυτοάνοσων νοσημάτων. Αυτές οι συσχετίσεις είναι ανεξάρτητες με το ιστορικό άλλων ψυχιατρικών διαταραχών που μπορεί να εμφανίζει κανείς. Ακόμα, οι συσχετίσεις γίνονται ισχυρότερες με την συννοσηρότητα με άλλες ψυχικές διαταραχές. Επιπρόσθετα, μεταξύ των ασθενών με διαταραχή μετατραυματικού στρες, η παρατεταμένη χρήση αντικαταθλιπτικών και ειδικά αναστολέων επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, έπειτα από τον πρώτο χρόνο της διάγνωσης, φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης αυτοάνοσων νοσημάτων σε ασθενείς με μετατραυματικό στρες (Song et al., 2018). Τα ευρήματα αυτής της μελέτης συνάδουν με κάποια βιολογικά στοιχεία που συνδέουν το ψυχολογικό άγχος και τα στρεσογόνα συμβάντα με διάφορες διαταραχές της ανοσολογικής λειτουργίας (Song et al., 2018). Οι μελέτες αυτές υποστηρίζουν το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο στην αιτιολογία της αυτοάνοσης νόσου. Υπό πίεση, το ενεργοποιημένο αυτόνομο νευρικό σύστημα μπορεί να προκαλέσει την απορρύθμιση της ανοσολογικής λειτουργίας και την αναστολή της φλεγμονώδους απόκρισης μέσω του φλεγμονώδους αντανακλαστικού (Pavlov & Tracey, 2012).

Επιπλέον, οι ασθενείς με ψυχοτραυματικό στρες συνήθως έχουν υπερβολικά χαμηλά επίπεδα κορτιζόλης, ιδιαίτερα στο πλαίσιο της έκθεσης σε τραύματα της πρώιμης ζωής. Η συνέπεια των μακροχρόνιων χαμηλότερων επιπέδων κορτιζόλης μπορεί να είναι η ενισχυμένη παραγωγή προφλεγμονωδών κυτοκινών, πράγμα που επιταχύνει τη γήρανση των ανοσοποιητικών κυττάρων και καθιστά το ανοσοποιητικό σύστημα υπερβολικά ενεργοποιημένο. Ένας εναλλακτικός μηχανισμός είναι μια πιθανή αλλαγή στον τρόπο ζωής μετά από την έκθεση του ατόμου σε κάποιο τραυματικό γεγονός, όπως είναι η διαταραχή του ύπνου, η κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών και το αυξημένο κάπνισμα, που μπορεί έμμεσα να αυξήσουν τον κίνδυνο αυτοάνοσης ασθένειας (Palma et al., 2006).

Η έρευνα των Boscarino, Forsberg & Goldberg (2010) που έγινε σε δίδυμα αδέλφια, εξέτασε τη συσχέτιση των συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες με την ρευματοειδή αρθρίτιδα. Ακόμα, οι ερευνητές προσπάθησαν να διερευνήσουν εάν η ανάπτυξη του αυτοάνοσου νοσήματος ήταν εξαιτίας της διαταραχής τραυματικού στρες ή αν προκλήθηκε από περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 3143 ζεύγη διδύμων στο Βιετνάμ, με μέσο όρο ηλικίας τα 40.6 έτη. Οι συμμετέχοντες είχαν λάβει μέρος στον πόλεμο του Βιετνάμ. Όπως έδειξαν τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής, τα συμπτώματα της διαταραχής τραυματικού στρες συσχετιζόταν με την εμφάνιση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Ακόμα και αφού έγινε προσαρμογή των οικογενειακών και γενετικών παραγόντων, η συσχέτιση των συμπτωμάτων της διαταραχής μετατραυματικού στρες και της ρευματοειδούς αρθρίτιδας συνέχισε να υπάρχει (Boscarino et al., 2010).

Όμοια ήταν και τα ευρήματα της μελέτης των Lee et al. (2016) που έγινε σε ένα δείγμα 54.224 γυναικών που εργάζονταν ως νοσηλεύτριες. Πιο συγκεκριμένα, η έρευνα είχε στόχο να εξετάσει τη σχέση μεταξύ των συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες και της ρευματοειδούς αρθρίτιδας διερευνώντας παράλληλα τον ρόλο του καπνίσματος σε αυτήν τη

σχέση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες με διαταραχή μετατραυματικούς στρες είναι σε πιο υψηλό κίνδυνο εμφάνισης ρευματοειδούς αρθρίτιδας, ανεξάρτητα από το εάν καπνίζουν ή όχι. Τα δεδομένα αυτά, επομένως, υπογραμμίζουν ότι το στρες αποτελεί έναν καθοριστικό παράγοντα για την σωματική υγεία, καθώς συμβάλει αρνητικά στην εμφάνιση ποικίλων ασθενειών, μεταξύ των οποίων είναι και τα αυτοάνοσα νοσήματα, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα (Lee et al., 2016).

Τα αποτελέσματα των ερευνών που εξετάζουν τη συσχέτιση του μετατραυματικού στρες με την εμφάνιση συστηματικού ερυθηματώδη λύκου είναι όμοια με αυτά των μελετών που αφορούν την ρευματοειδή αρθρίτιδα. Για παράδειγμα, η διαχρονική έρευνα των Roberts et al. (2017) που έγινε σε ένα δείγμα 54.763 γυναικών, έδειξε ότι το ψυχολογικό τραύμα και οι σχετιζόμενες αποκρίσεις στο στρες μπορεί να οδηγούν στην εμφάνιση συστηματικού ερυθηματώδη λύκου. Μάλιστα, η έκθεση σε ένα τραυματικό γεγονός φάνηκε να σχετίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι η διαταραχή μετατραυματικού στρες με την ανάπτυξη συστηματικού ερυθηματώδη λύκου, ενώ το κάπνισμα, ο δείκτης μάζας σώματος και η λήψη αντισυλληπτικών χαπιών μείωναν ελαφρώς τις συσχετίσεις αυτές (Roberts et al., 2017).

Επιπρόσθετα, έχει βρεθεί πως οι Βετεράνοι του στρατού έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης συστηματικού ερυθηματώδη λύκου, όταν έχουν αναπτύξει διαταραχή μετατραυματικού στρες. Ακόμα, η συγκεκριμένη διαταραχή φάνηκε να συνδέεται σε μεγαλύτερο βαθμό με την εμφάνιση του συστηματικού ερυθηματώδη λύκου, συγκριτικά με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (O'Donovan et al., 2015).

Οι μηχανισμοί στους οποίους βασίζεται αυτή η συσχέτιση δεν είναι ακόμη καλά κατανοητοί, όπως τονίστηκε και από τους συγγραφείς της παραπάνω μελέτης. Έτσι, θα ήταν καλό να γίνουν περαιτέρω έρευνες για να εξεταστεί ο ρόλος άλλων συμπεριφορών και κλινικών χαρακτηριστικών, όπως η κατανάλωση αλκοόλ και η παχυσαρκία, ως πιθανοί

μεσολαβητές της συσχέτισης μεταξύ διαταραχής τραυματικού στρες και του κινδύνου ανάπτυξης ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Επιπλέον, είναι απαραίτητο να γίνονται εκτιμήσεις των επιπέδων κορτιζόλης για τον χαρακτηρισμό της βασικής δραστηριότητας του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων και της απόκρισης στο στρες, για τη διερεύνηση των βιολογικών οδών που συνδέουν τη διαταραχή μετατραυματικού στρες με τον αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση ρευματοειδούς αρθρίτιδας (Lee et al., 2016).

Τα παραπάνω δεδομένα δείχνουν ότι υπάρχουν σημαντικές ενδείξεις ότι το ψυχοκοινωνικό τραύμα και οι σχετικές αντιδράσεις στο στρες οδηγούν σε αυτοάνοσα νοσήματα. Ο προσδιορισμός των βιολογικών οδών με τις οποίες το ψυχοκοινωνικό τραύμα μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης κάποιας αυτοάνοσης νόσου είναι ζωτικής σημασίας και μπορεί να παρέχει μεγαλύτερη εικόνα για την αιτιολογία των αυτοάνοσων νοσημάτων, καθώς και στρατηγικές για την πρόληψή τους. Επιπλέον, η ταυτοποίηση των μηχανισμών με τους οποίους το τραύμα και το μετατραυματικό στρες συνδέονται με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ρευματοειδούς αρθρίτιδας και συστηματικού ερυθηματώδους λύκου, μπορεί να υποδηλώνει μηχανισμούς για τη συσχέτιση του μετατραυματικού στρες και της έκθεσης σε τραύματα με άλλες χρόνιες ασθένειες. Έτσι, θα ήταν χρήσιμο να γίνουν μελλοντικές μελέτες για να προσδιοριστεί εάν η θεραπεία για τη διαταραχή μετατραυματικού στρες επηρεάζει αυτές τις οδούς και εάν οι παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής των ασθενών μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο εμφάνισης κάποιας αυτοάνοσης νόσου έπειτα από ένα τραύμα ή την ανάπτυξη διαταραχής μετατραυματικού στρες (Roberts et al., 2017).

Σε μια μετανάλυση μελετών που περιγράφουν την Διαταραχή μετατραυματικού στρες ως αποτέλεσμα σωματικής ασθένειας και της θεραπείας της σε ασθένειες μεταξύ των οποίων το έμφραγμα του μυοκαρδίου, η καρδιακή χειρουργική επέμβαση, η αιμορραγία, το εγκεφαλικό επεισόδιο, ο τοκετός, η αποβολή, οι αμβλώσεις, και άλλες γυναικολογικές διαδικασίες, οι θεραπείες εντατικής φροντίδας, οι λοιμώξεις από ιό ανθρώπινης

ανοσοανεπάρκειας (HIV). Τα υψηλότερα επίπεδα επικράτησης μετατραυματικού στρες εντοπιστήκαν σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μονάδες εντατικής θεραπείας και σ' αυτούς με λοίμωξη HIV. Τα υπάρχοντα χαρακτηριστικά του ασθενούς μπορεί να προδιαθέτουν σε ανάπτυξη της ΔΜΣ, όπως και άλλοι παράγοντες, όπως κακή κοινωνική υποστήριξη, αρνητικές αλληλεπιδράσεις με προσωπικό υγείας. Γενικά, η σοβαρότητα της ίδιας της ασθένειας δεν είναι προγνωστική της ΔΜΣ. Η παρουσία ΔΜΣ πιθανότατα επηρεάζει την χρήση των πόρων της υγειονομικής περίθαλψης, και μπορεί να επηρεάσει το κλινικό αποτέλεσμα. Ανεξάρτητα από την σωματική ασθένεια, η μετατραυματική συμπτωματολογία είναι πιο συχνή από την ΔΜΣ (Tedstone, J. E., & Tarrier, N., 2003).

ΔΜΣ είναι μια σοβαρή ψυχική κατάσταση που κατηγοριοποιείται από ένα άτομο, που βιώνει ένα τραυματικό συμβάν που περιλαμβάνει πραγματικό ή απειλούμενο θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό. Το γεγονός πρέπει να προκαλέσει μια αντίδραση φόβου, αδυναμίας ή τρόμου, και στη συνέχεια συμπτώματα παρείσφρησης/ αναβίωσης, αποφυγής/ μουδιάσματος, και διέγερσης, επαρκή για την ικανοποίηση των προκαθορισμένων κριτηρίων. Συνήθως, ο τύπος των τραυματικών συμβάντων που οδηγεί σε ΔΜΣ είναι η έκθεση σε μάχη, εγκληματικές ή σεξουαλικές επιθέσεις, φυσικές καταστροφές, ή ανθρωπογενή ατυχήματα. Αυτά τα συμβάντα τυχαίνουν στο εξωτερικό περιβάλλον του ατόμου και έχουν ως αποτέλεσμα την έκθεση σε ακραίες εξωτερικές απειλές για τη σωματική ακεραιότητα του ατόμου. Στο DSM-IV, η διάγνωση απειλητική για τη ζωή ασθένεια, προστέθηκε ως τραυματικό στρες (American Psychiatric Association, A. P., 1994). Ανακύπτει το ερώτημα εάν η εμπειρία μιας σοβαρής σωματικής ασθένειας, ουσιαστικά ενός εσωτερικού συμβάντος του ατόμου ικανοποιεί το κριτήριο του τραυματικού στρες (Κριτήτιο Α) για την ΔΜΣ, κι αν η ΔΜΣ εμφανίζεται ως απόκριση σε τέτοιες ασθένειες ή ως συνέπεια σ' αυτές.

Σε μελέτη που έχει διερευνήσει συμπτώματα διείσδυσης και αποφυγής μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου, οι ασθενείς που σημείωσαν υψηλή βαθμολογία σε κλίμακα

μετατραυματικού στρες (IES) έτειναν να αναφέρουν γενικά κακή ψυχική υγεία και ανησυχία με σωματικά παράπονα (Ladwig, K. H., Schoefinius, A., et al., 1999).

Σε μελέτες για εμφράγματα μυοκαρδίου, η μέση βαθμολογία αποφυγής ήταν υψηλότερη από τη μέση τιμή διείσδυσης, της αναβίωσης. Οι ασθενείς είναι πιθανόν να αποφεύγουν την κόπωση ή έκθεση στο στρες λόγω φόβου μήπως προκαλέσουν υποτροπή, έτσι η αποφυγή γίνεται ένα καθιερωμένο πρότυπο, κι ως αποτέλεσμα τα συμπτώματα αποφυγής αυξάνονται κατά την αξιολόγησης της ΔΜΣ (Tedstone, J. E., & Tarrier, N., 2003). Σε μια μελέτη βρέθηκε ότι οι βαθμολογίες σε μετατραυματικό στρες (IES) δεν άλλαξαν σημαντικά κατά τη διάρκεια των 3 μηνών μετά από έμφραγμα του μυοακαρδίου, και ότι οι γυναίκες ήταν πιο πιθανό από άνδρες να αποφύγουν τις υπενθυμίσεις του εμφράγματος (Bennett, P., Conway, M., et al., 2001).

Σε μια μελέτη υψηλότερα ποσοστά PDS και IES σε ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου συσχετίστηκαν με αλεξιθυμία, χαμηλότερη ηλικία, έλλειψη υποστήριξης εμπιστοσύνης (Bennett, P., & Brooke, S., 1999). Σε μια άλλη ασθενείς με καρδιακό επεισόδιο με ΔΜΣ ασχολήθηκαν με σωματικά παράπονα και υψηλότερες βαθμολογίες άγχους και κατάθλιψης (Ladwig, K. H., Schoefinius, A., et al., 1999). Σε μια άλλη ασθενείς με πρόσφατο έμφραγμα μυοκαρδίου, τα συμπτώματα μετατραυματικού στρες συσχετίστηκαν με σημαντικά μειωμένη προσκόλληση σε φαρμακευτική αγωγή. Η λήψη του φαρμάκου χρησίμευε ως υπενθύμιση του εμφράγματος, την οποία θα προτιμούσαν να αποφύγουν όσοι είχαν ΔΜΣ. Ο έλεγχος για ΔΜΣ μπορεί να εντοπίσει εκείνους τους ασθενείς που κινδυνεύουν από μη συμμόρφωση, και οι παρεμβάσεις που στοχεύουν σε μείωση του στρες και της συμπτωματολογίας της ΔΜΣ θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε σημαντικά οφέλη για την υγεία (Shemesh, E., et al., 2001). Μια άλλη μελέτη με 61 ασθενείς με πρώτο εγκεφαλικό επεισόδιο, η ΔΜΣ δεν συσχετίστηκε με την ηλικία, το φύλο, τον χρόνο από το πρώτο επεισόδιο ή την αναπηρία μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο (Sembi, S., et al., 1998). Σε μια

μελέτη με κανονικές, φυσιολογικές γέννες, η ΔΜΣ σχετίστηκε με προηγούμενες δυσκολίες ψυχικής υγείας, και άγχος ως χαρακτηριστικό (Czarnocka, J., et al., 2000). Σε μια μελέτη 500 γυναικών μετά από επεμβατικές- χειρουργικές διαδικασίες, φάνηκε ότι η ΔΜΣ μεταξύ άλλων συσχετίστηκε με την εμπειρία του πόνου (Menage, J., 1993). Σε μια μελέτη ασθενών που είχαν λάβει εντατική θεραπεία, η ΔΜΣ συσχετίστηκε με μεγαλύτερο αριθμό ημερών καταστολής, νευρομυικού αποκλεισμού, αλλά όχι με σοβαρότητα νόσου (Nelson, B. J., et al., 2000). Σε μια άλλη με 180 επιζώντες εντατικής θεραπείας, τα δεδομένα έδειξαν καθυστέρηση στην έναρξη της ΔΜΣ, και η νεότερη ηλικία ήταν παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη ΔΜΣ (Scragg, P., et al., 2001).

Σε καταστάσεις όπου η αποφυγή δεν είναι δυνατή, οι ασθενείς ενδέχεται να είναι λιγότερο πιθανό να πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της ΔΜΣ, καθώς δεν μπορούν να αποφύγουν την έκθεσή τους σε υπενθυμίσεις και μπορεί να βιώσουν φυσική εξοικείωση (Tedstone, J. E., & Tarrier, N., 2003).

Η βιβλιογραφία έδειξε ότι οι ασθενείς εξετάζονται σπάνια για ΔΜΣ, πόσο μάλλον να λάβουν συστηματική αποτελεσματική θεραπεία για ψυχολογικές διαταραχές. Η βιβλιογραφία πρότεινε ότι τα υπάρχοντα χαρακτηριστικά του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων των παραγόντων προσωπικότητας (Czarnocka, J., et al., 2000), προηγούμενες αντιξοότητες στη ζωή (Kutz, I.,et al., 1994, Menage, J., 1993) και προηγούμενες δυσκολίες υγείας (Czarnocka, J., et al., 2000), μπορούν να προδιαθέτουν τα άτομα σε ανάπτυξη ΔΜΣ. Υπάρχουν μικτές ενδείξεις σχετικά με τον αντίκτυπο της ηλικίας σε ανάπτυξη ΔΜΣ στην βιβλιογραφία σωματικής υγείας. Η νεαρότερη ηλικία έχει αναφερθεί ως παράγοντας κινδύνου σε μελέτες (Scragg, P., et al., 2001, Bennett, P., & Brooke, S., 1999, Stukas Jr., et al., 1999), ενώ σ' άλλες όχι (Sembi, S., et al., 1998, Bennett, P., Conway, M., et al., 2001, Doerfler, L. A., et al., 1994). Η σοβαρότητα της νόσου δεν φαίνεται να είναι προγνωστική για ανάπτυξη της ΔΜΣ στις περισσότερες μελέτες (Sembi, S., et al., 1998, Kutz, I.,et al., 1994, Barak, Y., et

a;., 1998, Nelson, B. J., et al., 2000), με μόνη εξαίρεση σε ασθενείς με πιο σοβαρές προεγχειρητικές καρδιακές παθήσεις που είχαν περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν ΔΜΣ μετεγχειρητικά (Stoll, C., et al., 2000). Η σοβαρότητα της ιατρικής παρέμβασης έχει συσχετιστεί με ανάπτυξη ΔΜΣ (Menage, J., 1993, Creedy, D. K., et al., 2000). Πιθανώς το επίπεδο παρέμβασης και οι αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με το εμπλεκόμενο προσωπικό υγείας μπορεί να σχετίζονται (Tedstone, J. E., & Tarrier, N., 2003).

Μια επεμβατική ή τραυματική διαδικασία μπορεί να λειτουργήσει ως έναυσμα για μια σειρά από απαντήσεις σε καλοήθες άγχος σε ΔΜΣ , που είχαν προηγούμενες δυσκολίες ψυχικής υγείας, συμβάντα ζωής ή τραύματα που δεν είχαν αντιμετωπιστεί επαρκώς (Alonzo, A. A., 2000). Η συνεχιζόμενη κακή υγεία που οδηγεί σε ένα τραυματικό συμβάν υγείας και τα επακόλουθα της (π.χ. επανειλημμένες επισκέψεις σε νοσοκομείο, ανησυχία για μελλοντική κακή υγεία, και οικονομικές δυσκολίες) μπορεί να λειτουργεί ως πρόσθετο αποτέλεσμα, στο οποίο ο Alonzo αναφέρεται ως "αθροιστική δυσκολία". Καθώς τα συμπτώματα άγχους αυξάνονται, η ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει ασθένειες και συμβάντα μη σχετικά με τις ασθένειες μειώνεται. Παράγοντες, όπως τα συμπτώματα απόφυγής ή το γενικό άγχος, η αβεβαιότητα του μελλοντικού αποτελέσματος μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα οι ασθενείς να μην συμμορφώνονται, να λείπουν από τα ραντεβού, και να μην τηρούν τις ιατρικές συμβουλές. Εάν αυτό συμβαίνει, υπάρχει η ανάγκη ταυτοποίησης των ασθενών που κινδυνεύουν με ΔΜΣ, καθώς ενδέχεται να είναι πιο πιθανό να σπαταλήσουν πόρους υγείας και να θέσουν σε κίνδυνο τη μελλοντική τους υγεία (Tedstone, J. E., & Tarrier, N., 2003).

Δεδομένου ότι υπάρχει μια γενική προδιάθεση για σωματοποίηση σε άτομα με ΔΜΣ, εκείνα στα οποία η ΔΜΣ σχετίζεται με σωματική – ιατρική ασθένεια ή παρέμβαση μπορεί να διατρέχουν περαιτέρω κίνδυνο σωματοποίησης και περαιτέρω χρήση υγειονομικής περίθαλψης (Tedstone, J. E., & Tarrier, N., 2003).

Υπάρχουν στοιχεία που υποδηλώνουν ότι η ΔΜΣ αλληλεπιδρά και αυξάνει την αντίληψη χρόνιου πόνου (Amir, M., et al., 1997, Bonin, M., 2000, Geisser, M. E., et al., 1996, Sherman, J. J., et al., 2000).

Η ΔΜΣ έχει συσχετιστεί με κακή συμμόρφωση σε φάρμακα μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου (Shemesh, E., et al., 2001), το οποίο θα μπορούσε να αυξήσει την ανάγκη για ιατρική φροντίδα.

Η εξουθενωτική επίδραση της ΔΜΣ θα μπορούσε να οδηγήσει σε κακή αυτοεξυπηρέτηση, και ανθυγιεινό τρόπο ζωής, η οποία με τη σειρά της θα μπορούσε να έχει μη ειδική αρνητική επίδραση στην υγεία και αυξημένη χρήση των πόρων της υγειονομικής περίθαλψης, που μπορεί να συνεπάγεται οικονομικό κόστος. Η ΔΜΣ μπορεί να προκύψει σε μια μειονότητα ατόμων μετά από ένα ευρύ φάσμα ασθενειών ή ιατρικών παρεμβάσεων. Είναι πιθανό το ιατρικό τραύμα σε ορισμένες περιπτώσεις να λειτουργεί απλώς ως έναυσμα για ασθενείς με προδιάθεση σε ανάπτυξη της ΔΜΣ (Tedstone, J. E., & Tarrier, N., 2003).

Σε μία μελέτη διατομής (N=188 ασθενείς με διαγνωσμένο καρκίνο ορθού, που είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση) πέντε παράγοντες, αυτοαναφερόμενη σωματική κατάσταση, ανθεκτικότητα, συμπτώματα ουροποιητικού συστήματος, ηλικία κατά τη διάγνωση, και φύλο, εξήγησαν το 27.7% της συνολικής διακύμανσης των συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες (Lin, et al., 2020). Μέση βαθμολογία ανθεκτικότητας σ' αυτούς τους ασθενείς, παρόμοια μ' αυτή των βιβλιογραφιών, υποδεικνύοντας ότι η μέση ανθεκτικότητα σ' αυτή την μελέτη είναι παρόμοια μ' αυτήν των ατόμων σε μια στρεσογόνα κατάσταση (Abiola, T., et al., 2011), και σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία (Pei-Hua, W. U., et al., 2018).

Οι βαθμολογίες ψυχικής ανθεκτικότητας συσχετίστηκαν αρνητικά με συμπτώματα μετατραυματικού στρες, υποδεικνύοντας ότι οι ασθενείς με καρκίνο ορθού με υψηλότερη

ανθεκτικότητα παρουσίασαν χαμηλότερο ποσοστό συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες (Lin, et al., 2020, Ha, et al;., 2014, Liu, et al., 2017).

Μερικά από τα χαρακτηριστικά των ασθενών που συνέβαλαν σε συμπτώματα μετατραυματικού στρες, νεότερη ηλικία, χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (Koutrouli, N., et al., 2012, Salsman, J. M., et al;., 2009), λήψη χημειοθεραπείας (Hermelink, K., et al., 2017). Ωστόσο, η βιβλιογραφία έδειξε διαφορετικά αποτελέσματα, η ηλικία των ασθενών με καρκίνο του ορθού, το εκπαιδευτικό επίπεδο, το στάδιο καρκίνου δεν προέβλεπαν την συμπτωματολογία του μετατραυματικού στρες (Ristvedt, S. L., et al., 2009).

Το IES - R (Impact of Event Scale- Revised) αναπτύχθηκε από τους Weiss, Marmar το 1997 για να παραλληλίσουν τα κριτήρια του DSM-IV για ΔΜΣ. Το IES αναπτύχθηκε πριν από την υιοθέτηση της ΔΜΣ ως νόμιμης διάγνωσης στο DSM-III, το οποίο δημοσιεύθηκε το 1980, και αγγίζει 2 από τα 4 κριτήρια που καθορίζονται για την ΔΜΣ στο DSM-IV, εισβολή/ αναβίωση, και αποφυγή. Η εισβολή- αναβίωση αναφέρεται σε απαγορευμένες σκέψεις και εικόνες, ταραγμένα όνειρα, έντονους σπασμούς και συναισθήματα και επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά. Απαντήσεις αποφυγής περιλαμβάνουν ιδεολογική κατασκευή, άρνηση των εννοιών και συνεπειών γεγονότος, αμβλύ αίσθηση, αναστολή συμπεριφοράς ή αντι-φοβική δραστηριότητα, και επίγνωση συναισθηματικού μουδιάσματος (Weiss, D. S., 2007). Η εισβολή- αναβίωση και η αποφυγή έχουν αναγνωριστεί ως δυο κύριοι μηχανισμοί αντιμετώπισης καταστροφικών γεγονότων ζωής (Sundin, E. C., & Horowitz, M. J., 2003). Το IES-R είναι παρόμοιο με το IES στο ότι είναι μέτρο αυτοαναφοράς που έχει σχεδιαστεί για οποιοδήποτε συγκεκριμένο συμβάν ζωής. Το IES-R έχει 22 κλίμακες, 7 έχουν προστεθεί στο αρχικό IES (Weiss, D. S., 2007). Τα επτά περιλαμβάνουν 6 που ανήκουν σε συμπτώματα υπερδιέγερσης, όπως θυμό, ευερεθιστότητα, αυξημένη απόκριση σε τραυματική κατάσταση, δυσκολία συγκέντρωσης, και υπερεγρήγορση, και ένα νέο στοιχείο εισβολής που αγγίζει την αποσύνδεση της επαναβίωσης, όταν βιώνεται πραγματική αναδρομή.

Σε μια μελέτη με ασθενείς προχωρημένου σταδίου καρκίνου (N=82) φάνηκε σημαντική συσχέτιση υποκλιμάκων αποφυγής – άγχους, υποκλιμάκων αποφυγής – κατάθλιψης, εισβολής/ αναβίωσης – άγχους και εισβολής/ αναβίωσης – κατάθλιψης, υπερδιέγερσης - άγχους, υπερδιέγερσης – κατάθλιψης. Θετικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ βαθμολογιών υπερδιέγερσης και τεσσάρων χαρακτηριστικών ασθενών, ηλικία, φύλο, εκπαίδευση, οικογενειακή κατάσταση. Οι ασθενείς κάτω των 60 ετών, γυναίκες, με λιγότερη εκπαίδευση, και οι άγαμοι ασθενείς εμφάνισαν μεγαλύτερη επίδραση σε υπερδιέγερση. Οι νεότεροι αντιλήφθηκαν περισσότερη επίδραση από την αποφυγή, ενώ οι γυναίκες ασθενείς από την εισβολή. Έχει βρεθεί ότι τα ποσοστά επικράτησης της καταθλιπτικής διαταραχής και της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής είναι κοινά συννοσηρά προβλήματα με ΔΜΣ (Blanchard, E. B., et al., 1998, Boudreaux, E., et al., 1998). Επιπλέον, νεότεροι ασθενείς αντιλήφθηκαν μεγαλύτερη επίδραση από την αποφυγή, ενώ οι γυναίκες από την εισβολή (Mystakidou, K., et al., 2007). Τα αποτελέσματα αυτά για τις ηλικιακές διαφορές είναι παρόμοια μ' ευρήματα από προηγούμενες μελέτες, όπου η χαμηλότερη ηλικία είχε αναφερθεί ως παράγοντας κινδύνου (Bennett, P., & Brooke, S., 1999).

Ψυχική Ανθεκτικότητα Ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα και Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο.

Η ψυχική ανθεκτικότητα ασθενών με χρόνιες παθήσεις είναι ένα ζήτημα που έχει απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό το ενδιαφέρον των ερευνητών τα τελευταία χρόνια. Όπως έχει φανεί μέσα από τις αντίστοιχες έρευνες, η ανθεκτικότητα συσχετίζεται αρνητικά με την κατάθλιψη, το άγχος, την αίσθηση ανημπορίας και την σωματοποίηση και μπορεί να επηρεάσει σημαντικά την εξέλιξη κάθε ασθένειας. Έτσι, αποτελεί έναν από τους καθοριστικούς παράγοντες για την προώθηση της υγείας, καθώς σχετίζεται άμεσα και με την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και τις συμπεριφορές των ασθενών που συνδέονται με την προώθηση ή μη της υγείας τους (Friendli, 2009). Η ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί να

δείξει άμεσα χαμηλότερα επίπεδα αντιληπτής δυσφορίας, καλύτερη προσαρμογή και αποτελέσματα υγείας μεταξύ ασθενών με χρόνιες ασθένειες, όπως ο καρκίνος, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο διαβήτης, οι ψυχιατρικές διαταραχές (Lee, D., Cha, B., et al., 2017, Li, M. Y., Yang, Y. L., Liu, L., & Wang, L., 2016, Nawaz, A., Malik, J. A., & Batool, A., 2014, Strand, E. B., Zautra, A. J., et al., 2006). Επιπλέον, μπορεί επίσης να λειτουργήσει ως «συντονιστής» για να ενισχύσει ή να μειώσει τις επιπτώσεις των στρεσογόνων γεγονότων στη σωματική και ψυχική ευεξία.

Μέχρι στιγμής τα ερευνητικά δεδομένα έχουν τονίσει ότι η ανθεκτικότητα επηρεάζει την θεραπεία των χρόνιων παθήσεων, όπως είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα και ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος. Η ανάπτυξη συμπτωματολογίας σε χρόνιες ασθένειες μπορεί να σχετίζεται με ψυχολογικές διεργασίες, όπως το στρες και η ανθεκτικότητα, και να παρεμβαίνει στη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, αυξάνοντας την ευαλωτότητα του σώματος στην ασθένεια (Aspinwall & Tedeschi, 2010). Αυτές οι βιολογικές, νευροενδοκρινικές και νευρολογικές αλλαγές που συνοδεύουν την ανθεκτικότητα μπορεί να σχετίζονται με τις επιδράσεις της αποτελεσματικής αντιμετώπισης, οδηγώντας σε ισχυρότερη αίσθηση αυτο-αποτελεσματικότητας στην αντιμετώπιση των ασθενειών (Aspinwall & Tedeschi, 2010).

Η ψυχική ανθεκτικότητα σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες τους βοηθά να αναγνωρίζουν τις αλλαγές στη ζωή τους και τους παρακινεί να συμμετέχουν ενεργά στην θεραπεία, που μπορεί να τους βοηθήσει να επιστρέψουν σε μία υγιή ζωή (Faria, Revoredo, Vilar, Maia, 2014). Με λίγα λόγια, η αύξηση της ψυχικής ανθεκτικότητας βοηθά τους ασθενείς να αποδεχθούν τις σωματικές και κοινωνικές καταστάσεις και να συμμορφωθούν με τη θεραπευτική περίθαλψη, η οποία μπορεί να τους οδηγήσει σε μια πιο υγιή ζωή. Η ενίσχυση της ικανότητας των ασθενών να αυξήσουν την ψυχική ανθεκτικότητα έχει βρεθεί ότι βοηθά τους ασθενείς να χρησιμοποιούν διάφορους πόρους για να αντιμετωπίσουν θετικά

το άγχος τους, και έτσι προτείνεται η κατασκευή κλίμακας ψυχικής ανθεκτικότητας σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες, ώστε να διευκολυνθεί η εφαρμογή της στο κλινικό περιβάλλον, καθώς και η ανάπτυξη πιο συστηματικών προγραμμάτων παρέμβασης που βελτιώνουν την ψυχική ανθεκτικόυητα σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες για προώθηση αλλαγών συμπεριφοράς και αλλαγών στο εσωτερικό σύστημα πεποιθήσεων και τις αξίες τους (Kim, G. M., Lim, J. Y., Kim, E. J., & Park, S. M., 2019). Παρεμβάσεις (όπως εκπαίδευση και παροχή συμβουλών για διαχείριση του στρες) σε ασθενείς με καρκίνο έδειξαν ότι η ψυχική ανθεκτικότητα είχε θετικές επιπτώσεις στη συνολική διαδικασία αποκατάστασης της υγείας, στην ποιότητα ζωής, σε καλύτερη ψυχολογική και κοινωνική προσαρμογή και δημιουργία ενός σκοπού ζωής. (Kim, G. M., Lim, J. Y., Kim, E. J., & Park, S. M., 2019).

Η ανθεκτικότητα συνεπάγεται αντίσταση στις εμπειρίες περιβαλλοντικών κινδύνων ή στο στρες. Οι παράγοντες κινδύνου είναι τα αγχωτικά περιστατικά της ζωής, και στην περίπτωση μιας χρόνιας νόσου, βασικό παράγοντα άγχους αποτελεί η δυσκολία αντιμετώπισής της. Έτσι, η μη αποδοχή των προσωπικών περιορισμών κάθε ατόμου και η μη προσκόλληση στη θεραπεία θεωρούνται παράγοντες κινδύνου που βλάπτουν την ανάκαμψη. Επιπλέον, υπάρχουν κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες, όπως η ανεργία, και συναισθηματικές δυσκολίες, όπως η κατάθλιψη και το άγχος που μπορεί να επιβαρύνουν το άτομο αποτρέποντας την αποτελεσματική προσαρμογή του (Rutter, 2006, 2012).

Υψηλές βαθμολογίες στην ψυχική ανθεκτικότητα σχετίζονται άμεσα με καλύτερη σωματική υγεία, λιγότερα συμπτώματα, και αντιστρόφως με την κατάθλιψη και άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, επίσης σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα ζωής (Wagnild, G. M., & Collins, J. A., 2009)

Δεν βρέθηκε συσχέτιση κατάθλιψης και χαμηλότερης ψυχικής ανθεκτικότητα σε ασθενείς με ΣΕΛ, εκτός από περιπτώσεις στις οποίες υπήρχε αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας (Cal, S. F., & Santiago, M. B., 2013). Οι αυτοκτονικές ιδέες και οι απόπειρες αυτοκτονίας σχετίζονται με χαμηλή ψυχική ανθεκτικότητα (Roy, A., et al., 2007).

Άλλος ένας παράγοντας κινδύνου για την ψυχική ανθεκτικότητα είναι η φτώχεια (Masten, A. S., 2001). Η ψυχική ανθεκτικότητα και η ενσυναίσθηση συσχετίστηκαν θετικά (Morice-Ramat, A. et al., 2018) ενώ η ψυχική ανθεκτικότητα και η αλεξιθυμία συσχετίστηκαν αρντικά (Morice-Ramat, A. et al., 2018, Wei H-h, et al., 2011, Fasihi R. et al., 2013).

Ο χρόνιος πόνος έχει συσχετιστεί με μια ποικιλία αρνητικών αποτελεσμάτων, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης (Gatchel, R. J., et al., 2007). Όλο και πιο εντυπωσιακά αυξανόμενα στοιχεία δείχνουν ότι οι ρευματικές παθήσεις έχουν σημαντική αρνητική επίδραση στη ποιότητα καθημερινής ζωής και ότι ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς αντιμετωπίζουν τις καταστάσεις επηρεάζει τη μακρόχρονη σωματική και ψυχολογική τους προσαρμογή (Stanton, A. L., et al., 2007, Keefe, F. J., et al., 2002, Vriezekolk, J. E., et al., 2011, Edwards, R. R., et al., 2006).

Σε μια πρόσφατη μελέτη σε γυναίκες με αυτοάνοσες ρευματικές παθήσεις, ΡΑ, ΣΕΛ, συστημική σκήρυνση φάνηκε ότι η ψυχική ανθεκτικότητα είναι μια συνεχής διαδικασία, που επηρεάστηκε από την ηλικία, την διάρκεια νόσου, και την κοινωνικο-οικονιμική κατάσταση. Δεν υπήρχε επίδραση της ενεργότητας της νόσου στην ψυχική ανθεκτικότητα (μόνο στην συστημική σκήρυνση παρατηρήθηκε μια ιδιαίτερη συμπεριφορά, ασθενείς με υψηλότερη κοινωνικο-οικονομική κατάσταση και κανονική ενεργότητα νόσου είχαν υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας). Συγκεκριμένα, χαμηλές βαθμολογίες σε νεότερους ασθενείς (<48

ετών) και με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο παρουσιάστηκαν σ' αυτή την μελέτη (Rojas, M., et al., 2018).

Αν και η διάρκεια της νόσου ήταν υψηλότερη σε ασθενείς με ΡΑ, οι ασθενείς με ΣΕΛ φάνηκε να αυξάνουν την ψυχική ανθεκτικότητα σ' όλη τη διάρκεια της νόσου, πιθανώς δεδομένου ότι η διάγνωση γίνεται νωρίς σε σύγκριση με άλλες αυτοάνοσες ρευματικές παθήσεις, τονίζοντας έτσι την ψυχική ανθεκτικότητα ως συνέχεια στο φάσμα και προσαρμοστική διαδικασία στο ΣΕΛ (Rojas, M., et al., 2018).

Η άσκηση αυξάνει την δραστηριότητα του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων και του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, καθώς η επαναλαμβανόμενη, τακτική έκθεση σε άσκηση, με αρκετό χρόνο ξεκούρασης ανάμεσα, μπορεί να οδηγήσει σε μια φυσιολογική "stress training", η οποία στο τέλος, βοηθά τους ασθενείς να ανταποκρίνονται καλύτερα στο ψυχολογικό και σωματικό άγχος (Silverman, M. N., & Deuster, P. A., 2014). Στη μελέτη αυτή ασθενείς με συστηματική σκλήρυνση που ασκούνται 30 λεπτά 3 φορές την εβδομάδα παρουσίασαν υψηλότερες βαθμολογίες ψυχικής ανθεκτικότητας από εκείνους που δεν το έκαναν (Rojas, M., et al., 2018). Αντίθετα, άλλες αναφορές έχουν δείξει ότι η άσκηση σ' αυτή την ομάδα ασθενών εντείνει τη συστηματική φλεγμονή και το οξειδωτικό στρες (Harðardóttir, H., et al., 2010). Ωστόσο, η τακτική σωματική άσκηση στην συστηματική σκλήρυνση έχει συσχετιστεί με χαμηλότερα συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης και κόπωσης, και μεγαλύτερη ικανότητα συμμετοχής σε κοινωνικούς ρόλους και δραστηριότητες (Azar, M., et al., 2018).

Άνεργοι ΣΕΛ δεν είχαν διαφορετικά επίπεδα ανθεκτικότητας (Cal, S. F., & Santiago, M. B., 2013), και η ψυχική ανθεκτικότητα συσχετίστηκε θετικά με φόρτο εργασίας (ώρες εργασίας) (Faria, D. A. P., et al., 2014).

Μία έρευνα που μελετούσε την σχέση της ψυχικής ανθεκτικότητας και το φύλο σε 1.719 Σουηδούς συμμετέχοντες έδειξε ότι η ψυχική ανθεκτικότητα συσχετίσθηκε θετικά με ηλικία (Lundman, B., Strandberg, G., et al., 2007), αυτό προέκυψε και σ' άλλη μελέτη (Cal, S. F., & Santiago, M. B., 2013). Η υποστήριξη του γιατρού και η βεβαιότητα ότι αυτός ο επαγγελματίας είναι κάποιος που μπορεί να εμπιστευθεί ο ασθενής, καθώς και η ενθάρρυνση που έλαβαν από φίλους και την οικογένειά τους έχουν χαρακτηριστεί ως σημαντικά για την αντιμετώπιση της νόσου στον ΣΕΛ (Sutanto, B., et al., 2013). Σχετικά με εσωτερικούς προστατευτικούς παράγοντες που σχετίζονται με προώθηση της ανθεκτικότητας, έρευνες έχουν δείξει ότι όταν το άτομο παρουσιάζει μια αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας, αίσθηση χιούμορ, και έχει πνευματικές ικανότητες, όπως αυτοεκτίμηση (Tavares, B. C., et al., 2011) , αυτονομία (Ferreira, C. L., et al., 2012), διορατικότητα (Carvalho, F. T. D., et al., 2007) μαζί με την προσθήκη της αυτοφροντίδας, την ανάπτυξη θετικών αντιδραστικών στρατηγικών και στρατηγικών αυτοάμυνας (Sutanto, B., et al., 2013) θεωρείται ανθεκτικό.

Υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας επηρεάζουν θετικά τις αντιλήψεις για το άγχος και τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, σχετίζονται με θετικές αυτοαξιολογήσεις σωματικής υγείας και σωματικών συμπτωμάτων(Judkins S, 2004) και αντιστρόφως σχετίζεται με άγχος και κατάθλιψη (Beasley M et al., 2003).

Είναι γνωστό στους ερευνητές ότι οι προστατευτικοί παράγοντες που εμπλέκονται στην ανθεκτικότητα, σχετίζονται με την επίδραση στην υγεία, συμπεριλαμβανομένων των βιολογικών διεργασιών όπως νευροενδοκρινική και ανοσολογική λειτουργία. Μεταξύ αυτών των παραγόντων είναι η αισιοδοξία και η θετική διάθεση, η αυτοεκτίμηση, η αυτοεξυπηρέτηση, η ανεξαρτησία, η κοινωνική υποστήριξη και το μειωμένο άγχος, Επιπλέον, υπάρχουν μεταναλύσεις που επισημαίνουν τη σχέση αυτών των παραγόντων με την εξέλιξη της νόσου, των συμπτωμάτων και της θνησιμότητας. Μια άλλη μελέτη επιβεβαιώνει ότι ορισμένοι ασθενείς έχουν βρει τη δύναμη να αντιμετωπίσουν την ασθένεια

μέσα από την πνευματικότητα, πράγμα που αποτελεί έναν ακόμα προστατευτικό παράγοντα για την ανθεκτικότητα σε χρόνιες παθήσεις (Sutanto et al., 2013).

Πιο συγκεκριμένα, οι Sutanto et al. (2013) διεξήγαγαν μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση για να διερευνήσουν τις εμπειρίες και τις οπτικές των ενηλίκων με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο, διεξάγοντας μια θεματική σύνθεση σχετικών ποιοτικών μελετών. Όπως τονίστηκε από τα ευρήματα της μελέτης αυτής, οι ασθενείς με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο, φάνηκε πως ανέπτυσσαν ανθεκτικότητα μέσα από την αισιοδοξία, τον έλεγχο και την ενδυνάμωση, με το να είναι ενημερωμένοι και εμπλεκόμενοι στις διαδικασίες της θεραπείας, καθώς και μέσα από την αμοιβαία κατανόηση. Ακόμα, φάνηκε ότι η συμμόρφωσή τους με την θεραπεία ήταν μεγαλύτερη όταν υπήρχε μια σχέση εμπιστοσύνης με το γιατρό τους, διαπραγμάτευση για τις φαρμακευτικές συνταγές και μικρότερη οικονομική επιβάρυνση (Sutanto et al., 2013).

Στον ΣΕΛ κίνδυνος θεωρείται η μη προσκόλληση στην θεραπεία, που περιλαμβάνει μη παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής και των προτεινόμενων θεραπειών, μη γνώση σχετική με την νόσο, μη αποδοχή των περιορισμών, και μη παρακολούθηση ιατρικών συστάσεων (τακτικές επισκέψεις, απαγόρευση καπνίσματος, αποφυγή ηλιακού φωτός, έλεγχος κινδύνου καρδιακών παθήσεων). Η προσκόλληση σε θεραπεία και η ύπαρξη δικτύου υποστήριξης θεωρούνται παράγοντες προστασίας (Faria, D. A. P., Revoredo, L. S., et al., 2014).

Ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος έχει σοβαρό και διεισδυτικό αντίκτυπο στην αυτοεκτίμηση και το αίσθημα ανεξαρτησίας των ασθενών. Η σωματική και κοινωνική τους λειτουργικότητα είναι περιορισμένη και αισθάνονται ανήσυχοι για το μέλλον τους. Οι ασθενείς αντιλαμβάνονται, μάλιστα, συχνά, ότι η νόσος τους γίνεται αντιληπτή από το οικογενειακό τους περιβάλλον ως κάτι το ασήμαντο, και συχνά αποτελεί στίγμα για την

οικογένεια, τους φίλους και τους γιατρούς τους, γεγονός που ενισχύει την αίσθηση της απομόνωσης (Sutanto et al., 2013).

Η ανθεκτικότητα θα μπορούσε να θεωρηθεί ένα από τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά σε ασθενείς με χρόνιες ασθένειες, όπως τις αυτοάνοσες ρευματικές παθήσεις. Σ΄ αυτές η ενεργότητα της νόσου, η μειωμένη υγεία, και η επιδείνωση της λειτουργικής ικανότητας προσθέτουν υψηλό φορτίο άγχους στο άτομο (Quiceno, J. M., & Vinaccia, S., 2013). Η ψυχική ανθεκτικότητα σ' αυτές τις ομάδες θα μπορούσε να διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην έκβαση της νόσου, επειδή όσο μεγαλύτερη είναι η ανθεκτικότητα του ασθενούς, τόσο χαμηλότερη η ευπάθεια και οι επιβλαβείς επιπτώσεις της κατάστασης υγείας τους (Tosevski, D. L., & Milovancevic, M. P., 2006, Smith, B. W., & Zautra, A. J., 2008).

Μερικά γεγονότα πρώιμου άγχους, όπως χορήγηση κορτικοειδών ή στέρηση τροφής στην ενδομήτρια ζωή, πρώιμες περίοδοι μητρικού αποχωρισμού και η συμπεριφορά της μητρικής φροντίδας στον τοκετό και το κοινωνικό στρες κατά την βρεφική ηλικία και την εφηβεία έχουν συσχετιστεί με ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας (Lupien, S. J., et al., 2009). Στην ενήλικη ζωή η ικανότητα ανάκαμψης επηρεάζεται από αγχωτικά γεγονότα ζωής, όπως χρόνιες ασθένειες, που αυξάνουν το αλλοστατικό φορτίου (δηλαδή τις φυσιολογικές συνέπειες που συσσωρεύονται μέσω γήρανσης, ως αποτέλεσμα της επαναλαμβανόμενης ή χρόνιας έκθεσης στο στρες και ενδεχομένως να οδηγήσει σε σωματική και ψυχολογική βλάβη (McEwen, B. S., 1998).

Η ανθεκτικότητα, η κατάθλιψη, το άγχος, η διπολική διαταραχή, η σχιζοφρένεια, και η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή μπορεί να επηρεαστεί από πολλαπλά συστήματα, όπως τον άξονα υπόφυσης-υποθαλάμου- επινεφριδίων, το αυτόνομο νευρικό σύστημα, και το ανοσοποιητικό σύστημα (Elenkov, I. J., et al., 2002).

Σε ασθενείς με ΣΕΛ, και ΡΑ εμφανίστηκαν αντικρουόμενα στοιχεία σχετικά με την ηλικία και την διάρκεια νόσου ως τροποποιητές της ψυχικής ανθεκτικότητας. Οι Cal et al. εφάρμοσαν την κλίμακα RS Wagnild – Young και διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με ΣΕΛ κάτω των 35 ετών είχε τις υψηλότερες βαθμολογίες ψυχικής ανθεκτικότητας (Cal, S. F., & Santiago, M. B., 2013). Επιπλέον, οι Faria et al. εφαρμόζοντας την ίδια κλίμακα διαπίστωσαν ότι η ψυχική ανθεκτικότητα στο ΣΕΛ συσχετίστηκε αντιστρόφως με την ηλικία, και τη διάρκεια της νόσου (Faria, D. A. P., et al., 2014). Αντίθετα παρατηρήσεις σε νεότερους ασθενείς με ΣΕΛ έχουν δείξει ότι ενδέχεται να αντιληφθούν έναν περιορισμό σχετικά με σωματικές και κοινωνικές τους ικανότητες, που θα μπορούσαν να επηρεάσουν την ψυχική ανθεκτικότητα σε νεαρή ηλικία (Tunnicliffe, D. J., et al., 2016). Από την άλλη, μελέτες της ψυχικής ανθεκτικότητας σε ασθενείς με ΡΑ είναι σπάνιες. Η ηλικία δεν συσχετίστηκε με την ψυχική ανθεκτικότητα (Liu, L., et al., 2017).

Τα ευρήματα έδειξαν έλλειψη συσχέτισης μεταξύ ενεργότητα νόσου και βαθμό ανθεκτικότητας σε ασθενείς με ΡΑ (Rojas, M., et al., 2018, Liu, L., et al., 2017).

Καθώς η ανθεκτικότητα μπορεί να αποκτηθεί σ' οποιοδήποτε στάδιο της ζωής, ανεξάρτητα από την ηλικία, και την κατάσταση της νόσου, υπάρχει ανάγκη για βελτίωση της ψυχικής ανθεκτικότητας μεταξύ ασθενών μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων (Gheshlagh, R. G., et al., 2016).

Οι χρόνιες ασθένειες επηρεάζουν όλες τις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές πτυχές της ζωής ενός ατόμου, καθώς είναι μακροχρόνιες, ανίατες και δεν μπορούν να θεραπευτούν πλήρως (Compas, B. E., et al., 2001, Eggenberger, S. K., et al., 2011). Οι χρόνιες ασθένειες είναι αδιαμφισβήτητα πιέσεις, καθώς απειλούν την ευημερία, την σωματική ακεραιότητα, τα μελλοντικά σχέδια, και την οικονομική σταθερότητα, και υπονομεύουν την ικανότητα εκπλήρωσης οικογενειακών, κοινωνικών και επαγγελματικών ρόλων (Livneh, H., &

Antonak, R. F., 2005). Ασθενείς που διαγιγνώσκονται με χρόνια ασθένεια αντιμετωπίζουν νέες καταστάσεις, για τις οποίες οι συνήθεις στρατηγικές αντοχής ενδέχεται να μην είναι αποτελεσματικές, και απαιτούν υιοθέτηση νέων στρατηγικών (De Ridder, D., et al., 2008). Αν και αυτές οι αντιδράσεις και οι αποκρίσεις είναι φυσιολογικές στην αρχή, κι ακόμη βοηθούν στη προσαρμογή σε νέα κατάσταση, εάν το πρόβλημα δεν προσεγγιστεί σωστά, επηρεάζει ολόκληρη τη ζωή του ασθενούς (Akhbardeh, M., 2011).

Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι ένας τρόπος ανταπόκρισης στο στρες, επιτρέποντας στο άτομο να προσαρμοστεί σε διάφορους στρεσσογόνους παράγοντες όπως τραυματισμοί, απειλές, τραγικά γεγονότα, διαπροσωπικά και οικογενειακά προβλήματα οικονομικά, προβλήματα σχετικά με εργασία και υγεία, ασθένειες. Ο στόχος της ψυχικής ανθεκτικότητας είναι η μείωση των αρνητικών επιπτώσεων των στρεσσογόνων γεγονότων (Basim, H. N., & Cetin, F., 2011, Reis, S. M., et al., 2004). Δεν υπάρχει ένας ορισμός της ψυχικής ανθεκτικότητας, ωστόσο υπάρχει συμφωνία μεταξύ των συγγραφέων σχετικά με ορισμένα από τα κύρια χαρακτηριστικά της, όπως π.χ. επιστροφή σε κανονική απόδοση, αύξηση προσαρμοστικότητας, και διατήρηση ψυχικής υγείας (Wagnild, G. M., & Young, H. M., 1993, Garroway, A., 2014). Η ανθεκτικότητα δεν είναι μία γενική δομή γι΄ όλους τους τομείς της ζωής, αλλά είναι μάλλον ένα προσωπικό, πολιτιστικό, δυναμικό, και εξαρτώμενο φαινόμενο. Οι άνθρωποι μπορεί να μην επιδεικνύουν σ’ όλα τα γεγονότα ή πτυχές της ζωής, αλλά μόνο σε συγκεκριμένες καταστάσεις, δηλαδή μπορεί να είναι ανθεκτικοί σε συγκεκριμένες απειλές και ευάλωτοι σ’ άλλες (Tusaie, K., & Dyer, J., 2004, Shakespeare-Finch, J., ετ αλ., 2005, Meichenbaum, D., 2005). Ορισμένες πηγές ψυχικής ανθεκτικότητας είναι εφικτές μόνο σε συγκεκριμένα πλαίσια, που σημαίνει ότι είναι ένας τρόπος αλληλεπίδρασης μεταξύ στρεσσογόνων γεγονότων, πλαισίου, και προσωπικών χαρακτηριστικών (McAllister, M., & McKinnon, J., 2009). Ανθεκτικά άτομα μπορεί να

αντιμετωπίσουν επιβλαβείς καταστάσεις, αλλά δεν υποφέρουν από διακοπή της τάξης ζωής τους (Sadeghi, S., et al., 2014).

Μελέτες έδειξαν ότι η ανθεκτικότητα σε ασθενείς με χρόνιες σωματικές ασθένειες συσχετίστηκε με διάφορους παράγοντες, όπως αυτοεξυπηρέτηση, τήρηση προγραμμάτων θεραπείας, ποιότητας ζωής, που σχετίζεται με την υγεία, αντιλήψεις ασθενών για ασθένεια, πόνο, προσήλωση σε σωματική δραστηριότητα, αυτοενδυνάμωση, αύξηση αυτοαποδοτικότητας, μείωση κατάθλιψης, άγχους, στρες, αύξηση αισιοδοξίας, και επιτάχυνση ανάκαμψης (Santos, F. R. M., et al., 2013, Steinhardt, M. A., et al., 2009, Kilic, S. A., et al., 2013, Chan, I. W., et al., 2006, Robottom, B. J., Gruber-Baldini, A. L., et al. 2012).

Οι περισσότερες μελέτες στη βιβλιογραφία σχετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα είχαν επικεντρωθεί σε θέματα με σοβαρά τραύματα και κοινωνικά προβλήματα ή σε φτωχά παιδιά που είχαν πέσει θύματα σωματικής κακοποίησης. Υπάρχει έλλειψη μελετών σε ασθενείς με χρόνια νόσο (Ungar, M. (Ed.)., 2005, Schetter, C. D., & Dolbier, C., 2011).

Σε μια μετανάλυση άρθρων που είχαν δημοσιευτεί μεταξύ 2013-2016, (n=3.369), με δείγμα ασθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις, καρκίνο, τραυματισμούς νωτιαίου μυελού, ασθενή με νεφρική ανεπάρκεια, ασθενή με AIDS και ασθενή με ΣΕΛ, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσο πιο θανατηφόρα η ασθένεια, τόσο μεγαλύτερη ανθεκτικότητα παρουσίασαν οι ασθενείς για μείωση αρνητικών επιπτώσεων της νόσου (Gheshlagh, R. G., et al., 2016). Η ανθεκτικότητα μαζί με συναισθήματα ελέγχου και ικανότητας κάνουν τον ασθενή να αισθάνεται ότι έχει τον έλεγχο της νόσου και ότι είναι σε θέσει να λαμβάνει την φαρμακευτική αγωγή.

Η βαθμολογία ψυχικής ανθεκτικότητας σε Ευρωπαίους ήταν υψηλότερη από εκείνων της Ασίας, της Αμερικής, της Αυστραλίας, αν κι αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι τα

εργαλεία της ψυχικής ανθεκτικότητας σχεδιάστηκαν ως επί το πλείστον για Δυτικούς πολιτισμούς (Gheshlagh, R. G., et al., 2016). Λαμβάνοντας υπόψη ότι η ψυχική ανθεκτικότητα αντικατοπτρίζει πεποιθήσεις, στάσεις, ιδεολογία, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι οι προστατευτικοί παράγοντες διαφέρουν ανάλογα με το φύλο, την φυλή, την κουλτούρα του ασθενούς (Cheung, C. K., & Kam, P. K., 2012).

Η ψυχική ανθεκτικότητα δείχνει τον τρόπο υγιέστερης ζωής σε ασθενείς, ώστε να προσαρμοστούν περισσότερο στις αλλαγές στη ζωή τους και να είναι πρόθυμοι να λάβουν μέρος σε προγράμματα θεραπείας (Faria, D. A. P., et al., 2014)

Υπάρχουν μελέτες που δείχνουν ότι η ψυχική ανθεκτικότητα έχει αντίκτυπο στην θεραπεία διάφορων χρόνιων παθήσεων όπως ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, η ρευματοειδή αρθρίτιδα, ο διαβήτης, η ιδιοπαθή νεανική αρθρίτιδα, η ασθένεια Chagas κλπ (Zautra, et al., 2005, Mota, Benevides-Pereira, et al., 2006, Girtler, et al., 2010, DeNisco, S.,2011, Cal, S. F., & Santiago, M. B., 2013).

Η έρευνα των Rojas et al. (2018) προχώρησε στην αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ ανθεκτικότητας και των κλινικών αποτελεσμάτων σε ασθενείς με αυτοάνοσες ρευματικές παθήσεις. Για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας πραγματοποιήθηκαν ομάδες εστίασης, ατομικές συνεντεύξεις και αξιολογήσεις γραφημάτων για τη συλλογή δεδομένων. Συνολικά έλαβαν μέρος 188 γυναίκες με αυτοάνοσες ρευματικές παθήσεις, δηλαδή ρευματοειδή αρθρίτιδα (n = 51), συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (n = 70), συστηματική σκλήρυνση (n = 35), και σύνδρομο Sjögren (n = 32). Οι δημογραφικές, κλινικές και εργαστηριακές μεταβλητές αξιολογήθηκαν συμπεριλαμβανομένης της δραστηριότητας της νόσου από τα αποτελέσματα που ανέφερε η κάθε ασθενής. Η ανθεκτικότητα αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας το Brief Resilience Scale.

Δεν βρέθηκε επίδραση φύλου και ηλικίας σε ψυχική ανθεκτικότητα, σχετικά με την εκπαίδευση και το κοινωνικό περιβάλλον βρέθηκε μικρή αλλά σημαντική διαφορά μεταξύ δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, εκπαίδευσης σε τεχνικά σχολεία με χαμηλότερη ψυχική ανθεκτικότητα. Έχει βρεθεί θετική επίδραση της ηλικίας στην ψυχική ανθεκτικότητα και ποσοτικοποιήθηκε από Lundman et al. (Lundman B, et al., 2007) οι οποίοι αναλύοντας ένα δείγμα 1.719 συμμετεχόντων ηλικίας 19-103 ετών υπέδειξαν αύξηση 0,134 μονάδες ανά έτος, αύξηση της ψυχικής ανθεκτικότητας με την ηλικία. Τα δεδομένα επιβεβαίωσαν τη μειωμένη ψυχική ανθεκτικότητα σε νέους. Σ΄ άλλες μελέτες σχετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα στην παιδική και εφηβική ηλικία, βρέθηκε επίδραση του φύλου που δείχνει υψηλότερες τιμές ψυχικής ανθεκτικότητας σε έφηβες γυναίκες.(Hunter et al., 1994). Αυτό συμφωνούσε με διαχρονικές μελέτες Werner (Werner, 1982, Werner EE, Smith R, 1992, Rutter (1985). Διαφορά φύλου δεν παρατηρήθηκε (Rew L et al., 2001, Lundman et al., 2007). Η κακή υγεία μπορεί να εξηγήσει χαμηλή βαθμολογία σε ψυχική ανθεκτικότητα και έλλειψη διαφορών μεταξύ των δύο φύλων. Χαρακτηριστικά ανθεκτικών ατόμων θεωρούνται η υποκειμενική ευημερία (Diener E, 2000), η ευτυχία (Buss DM, 2000), η αισιοδοξία και κοινωνικές αξίες (Peterson C, 2000), και η κοινωνική ικανότητα (Benson PL, 1997). Η μελέτη των χαρακτηριστικών της ψυχικής ανθεκτικότητας μπορεί να βοηθήσει να εξηγήσουμε πως απέναντι σε μια χρόνιο νόσο οι άνθρωποι είναι σε θέση να την αντιμετωπίσουν με παραγωγικό και αποτελεσματικό τρόπο (Resnick MD, 2000, Resnick MD et al., 1997). Η ψυχική ανθεκτικότητα και η αντιμετώπιση είναι συναφείς δομές, η αντιμετώπιση αξιολογεί γνωστικές και συμπεριφορικές στρατηγικές που χρησιμοποιεί ένα άτομο για να διαχειριστεί τις απαιτήσεις στρεσσογόνων καταστάσεων (Folkman et al., 2004), ενώ η ψυχική ανθεκτικότητα αξιολογεί τις ικανότητες θετικής προσαρμογής ενόψει δυσκολίας και περιλαμβάνει βιολογικά, διαπροσωπικά, συναισθηματικά, μη σχετιζόμενα με

στρες γνωστικά χαρακτηριστικά και ατομική διαφορά (Freitas et al., 1998, Curtis et al., 2003).

Η έρευνα δείχνει ότι διαφορετικοί τύποι ψυχοκοινωνικών στρεσσογόνων παραγόντων μπορεί να επηρεάσουν τους νευροενδοκρινικούς, ανοσοποιητικούς μηχανισμούς με διαφορετικούς τρόπους κυρίως στην χρόνια νόσο (Walker et al., 1999). Ισχυρίστηκαν ότι κατά τη διάρκεια οξείας δευτερεύουσας πίεσης μπορεί να παρατηρηθεί μια σύντομη αύξηση της κορτιζόλης και της νορεπινεφρίνης, και ότι το χρόνιο άγχος σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα μείωσε την απόκριση στο στρες και μπορεί να προκαλέσει επιδείνωση της νόσου. Η απόκριση στο στρες πρέπει να θεωρείται ατομική, ως αποτέλεσμα ασυμφωνίας που γίνεται αντιληπτή από το άτομο, μεταξύ των δυνατοτήτων αντιμετώπισης και των περιβαλλοντικών απαιτήσεων, ανεξάρτητα από μια τραυματική εμπειρία (Straub et al, Walker et al., 1999). Επίσης, η έναρξη του συνδρόμου ινομυαλγίας έχει συσχετιστεί με ιστορικό σωματικού ή και ψυχολογικού τραύματος (Herrmann et al., 2000, Zautra et al., 1997, Zautra et al., 1998, Feigenbaum et al., 1979, Buskila et al., 2009) και με υψηλή συχνότητα Μετατραυματικής διαταραχής στρες (Dekkers, et al., 2001). Οι Karoly et al. συνέκριναν ανθεκτικούς από μη ανθεκτικούς ενήλικες που πάσχουν από χρόνιο πόνο και βρήκαν σημαντικές διαφορές υπέρ των ανθεκτικών στο στυλ αντιμετώπισης, τις στασεις και πεποιθήσεις πόνου, τις καταστροφικές τάσεις, τις θετικές και αρνητικές κοινωνικές αντιδράσεις στον πόνο, τα πρότυπα χρήσης της υγειονομικής περίθαλψης και της φαρμακευτικής αγωγής (Karoly et al., 2006). Ο Wright et al. μελετώντας ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα σε γόνατο έδειξε ότι η ψυχική ανθεκτικότητα σχετίζεται με αυξημένη αυτοαποτελεσματικότητα, διαχείριση νόσου, μείωση πόνου και ποιότητα ζωής (Wright et al., 2008). Οι συγγραφείς αυτοί τόνισαν ότι η ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας και της αυτοαποτελεσματικότητας στο αρχικό στάδιο της νόσου μπορεί να είναι κρίσιμη για την πρόληψη ή μείωση επιπέδων μελλοντικού πόνου και αναπηρίας. Οι Zautra et al. μελέτησαν γυναίκες με οστεοαρθρίτιδα με ή χωρίς ινομυαλγία και

ισχυρίστηκαν ότι οι πόροι της ψυχικής ανθεκτικότητας μπορεί να βοηθήσουν σε ανάρρωση από τον πόνο ή στο άγχος σε πληθυσμούς με χρόνιες ασθένειες, και ότι τα θετικά συναισθήματα, που θεωρούνται συστατικά της ψυχικής ανθεκτικότητας, μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην προώθηση της ανάρρωσης μετά από επεισόδια υψηλού πόνου (Zautra et al., 2005).

Ο Robottom et al. βρήκαν μια αρνητική σχέση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και ανικανότητας και σωματοποίησης και μια σχέση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και καλύτερη ποιότητα ζωής σε σωματική και ψυχική ζωή, η οποία συμφωνεί και με άλλα παρόμοια ευρήματα στη βιβλιογραφία (Robottom et al., 2012, Stauss et al., 2007) και μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και συμπεριφορών προώθησης υγείας όπως επαρκής διατροφή, μείωση στρες, αυτοπραγμάτωση και κατάλληλα αθλήματα (Ma et al., 2013).

Οι De Nisco Erim et al. και Wingo et al. και Brionez et al. μελέτησαν την ψυχική ανθεκτικότητα σε διάφορες χρόνιες παθήσεις και βρήκαν μια αντίστροφη σχέση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και των επιπέδων HbA1c (επίπεδο γλυκοζιωμένης αιμοσφαιρίνης) σε διαβήτη, το βαθμό κατάθλιψης σε ασθενείς με ηπατίτιδα C και τα επίπεδα ενεργότητας νόσου σε αγκυλοποιητική σπονδυλοαρθρίτιδα (BAS DAI, δείκτης ενεργότητας σε αγκυλοποιητική σπονδυλοαρθρίτιδα). Συνάγεται έτσι, ότι η ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί να έχει επιρροή σε εξέλιξη της ασθένειας (DeNico 2011, Erim 2010, Wingo, 2010), και αντιστοιχεί σε παρατηρήσεις του Ponarovsky et al. (2011) και Aspinwall και Tedeschi (2010).

Σε μια ανασκόπηση βιβλιογραφίας, που αφορούσε δημοσιεύσεις σχετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα και την χρόνια ασθένεια από τον Ιούνιο του 1993 έως τον Ιούνιο του 2013, 12 μελέτες έδειξαν αρνητική σχέση μεταξύ ψυχικής ανθεκτικότητας και κατάθλιψης, άγχους, ανικανότητας, σωματοποίησης,, επίσης βρέθηκε μια αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ

βαθμολογιών ψυχικής ανθεκτικότητας και εξέλιξης νόσου (π.χ. ενεργότητας νόσου, έλεγχος γλυκαιμικού επιπέδου, σοβαρότητα κατάθλιψης), και μια σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και συμπεριφορά προώθησης υγείας, που είναι πολύ σημαντική καθώς μπορεί να προσφέρει υψηλότερο επίπεδο ευεξίας και προσκόλλησης σε θεραπεία. Η ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί να επηρεάσει τη διαδικασία της ασθένειας και των αποτελεσμάτων υγείας. Εκείνοι με χαμηλότερη ψυχική ανθεκτικότητα παρουσίασαν επιδείνωση της ενεργότητας νόσου, δυσκολία στον έλεγχο γλυκαιμίας, και σοβαρότητα κατάθλιψης, συνάγοντας το συμπέρασμα ότι η ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί να παρεμβαίνει σε εξέλιξη της νόσου, και ότι είναι απαραίτητο να αναπτυχθούν παρεμβάσεις που θα μπορούσαν να βελτιώσουν αυτή την ικανότητα σε ασθενείς (Cal, S. F., de Sá, L. R., Glustak, M. E., & Santiago, M. B., 2015)

Αυτές οι βιολογικές, νευροενδοκρινολογικές και νευρικές αλλαγές που σηματοδοτούν την ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί να σχετίζονται με επιδράσεις αποτελεσματικής αντιμετώπισης, οδηγώντας σε αυτοαποτελεσματικότητα σε αντιμετώπιση ασθενειών και ως κοινωνικές δεξιότητες που βελτιώνουν ικανότητα χρήσης κοινωνικής υποστήριξης (Aspinwall, Tedeschi, 2010, Rutter, 2012)

Η ψυχική ανθεκτικότητα περιλαμβάνει διατήρηση υγιών επιπέδων λειτουργικότητας μετά από δυσκολίες και είναι μια δυναμική διαδικασία και όχι ένα χαρακτηριστικό προσωπικότητας και ως δυναμική διαδικασία ποικίλλει σε διάφορα στάδια της νόσου (Johnston, M. C., Porteous, T., Crilly, 2015.) Η ενεργότητα νόσου έχει σημαντικό αρνητικό αντίκτυπο σε επίπεδο ψυχικής ανθεκτικότητας, υποδεικνύοντας ότι η κακή φυσική κατάσταση μπορεί να μειώσει τις θετικές ψυχολογικές ικανότητες του ασθενούς. Εδώ η ενεργότητα της νόσου έχει έμμεση επίδραση στην ψυχική HRQOL μέσω μείωσης της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Η ανθεκτικότητα των ασθενών, όπως έδειξαν τα αποτελέσματα της μελέτης, επηρεάστηκε από την ηλικία, τη διάρκεια της νόσου και την κοινωνικοοικονομική κατάστασή τους. Χαμηλότερες βαθμολογίες ανθεκτικότητας παρατηρήθηκαν σε νεότερους ασθενείς (<48 ετών) με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο, ρευματοειδή αρθρίτιδα και συστηματική σκλήρυνση που είχαν χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς (> 50 ετών) από την άλλη είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στην ανθεκτικότητα ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση.

Σε μια διατομεακή μελέτη έγινε σύγκριση της ψυχικής ανθεκτικότητας σε γυναίκες με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο και σε υγιείς γυναίκες για να προσδιοριστεί, εάν οι κοινωνικοδημογραφικοί (ηλικία, επάγγελμα, κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, και αριθμός μελών οικογένειας) παράγοντες και τα καταθλιπτικά συμπτώματα συσχετίστηκαν με την ψυχική ανθεκτικότητα. Η ανθεκτικότητα δεν διέφερε μεταξύ υγιών και γυναικών που έπασχαν από ΣΕΛ. Σε ασθενείς με ΣΕΛ τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να επηρεάσουν την ψυχική ανθεκτικότητα, αλλά όχι και οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες.(García-Carrasco, M., Mendoza-Pinto,et al., 2019).

Μεταξύ των ασθένων που έπασχαν από ΣΕΛ και των υγιών δεν υπήρξαν διαφορές στα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, εκτός από το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σε ασθενείς με ΣΕΛ. Οι γυναίκες με ΣΕΛ (32,5%) είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην κατάθλιψη από τις υγιείς. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα συσχετίστηκαν αρνητικά με την ψυχική ανθεκτικότητα σε ασθενείς με ΣΕΛ ($r = -0.54$, $p<0,001$). Η διάρκεια νόσου, και το SLEDAI δεν συσχετίστηκαν με την ψυχική ανθεκτικότητα .(García-Carrasco, M., Mendoza-Pinto,et al., 2019).

Η ψυχική ανθεκτικότητα είναι ένας προστατευτικός παράγοντας στην χρόνια νόσο. Σε ασθενείς με ΣΕΛ ο αναφερόμενος επιπολασμός των διαταραχών διάθεσης είναι 65-69%

(Bachen, E. A., Chesney, M. A., & Criswell, L. A., 2009). Οι ασθενείς με ΣΕΛ μπορεί να είναι πιο αποθαρρυμένοι από καρκινοπαθείς (Katz, R. C., Flasher, L., Cacciapaglia, H., & Nelson, S., 2001). Γι΄αυτό είναι σημαντικό να αξιολογηθεί η ψυχική ανθεκτικότητα ως μέρος της αξιολόγησής του. Καμία συσχέτιση κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών και ψυχικής ανθεκτικότητας και σ΄άλλες μελέτες (Cal, S. F., & Santiago, M. B., 2013, Faria, D. A. P., Revoredo, L. S., Vilar, M. J., & Chaves, M. E. M., 2014, López-Pina, J. A., Meseguer-Henarejos, A. B., et al., 2016). Κι αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι περισσότεροι ασθενείς με ΣΕΛ στις μελέτες αυτές ήταν στα μέσα της ζωής τους, είχαν σημαντικά περισσότερα έτη εκπαίδευσης από τους υγιείς, κάτι που θα μπορούσε να επηρεάσει την ψυχική ανθεκτικότητα και επρόκειτο για ασθενείς που είχαν εγγραφεί σε ένα δημόσιο σύστημα που παρέχει δημόσια υγεία. Αλλά δεν μπορούν να γενικευτούν και σε ασθενείς με ΣΕΛ με διαφορετική πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη.

Η αρνητική συσχέτιση ψυχικής ανθεκτικότητας και καταθλιπτικών συμπτωμάτων παρατηρήθηκε και σε άλλες (Holden, K. B., Hall, S. P., Robinson, M., et al., 2012, Wingo, A. P., Wrenn, G., Pelletier, T., Gutman, A. R., et al., 2010) και σε μία μελέτη συμπεριλαμβανομένων ασθενών με ΣΕΛ (Azizoddin, D. R., Zamora-Racaza, G., et al., 2017).

Παράγοντες όπως το φύλο, η εκπαίδευση, η ηλικία, η φυλή, ένα σταθερό εισόδημα έχουν συσχετιστεί με την ψυχική ανθεκτικότητα στον γενικό πληθυσμό και τους ασθενείς με μυοσκελετικό πόνο (Bonanno, G. A., Galea, S., et al., 2007, Souza, I., Vasconcelos, A. G. G., et al., 2017). Η κατάθλιψη που αποτελεί παράγοντα κινδύνου για χαμηλή ψυχική ανθεκτικότητα(Cal, S. F., & Santiago, M. B., 2013) και έχει βρεθεί να είναι διπλάσια συχνότερη σε ασθενείς με ΣΕΛ σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Bachen, E. A., Chesney, M. A., & Criswell, L. A., 2009)

Η ψυχική ανθεκτικότητα σε ασθενείς με ΣΕΛ συσχετίστηκε με ηλικία (r=-0.3960), με ώρες εργασίας (r=0.5533), διάρκεια συγκεκριμένης θεραπείας (r=-0.8103), και διάρκεια από διάγνωση ασθένειας (r=-0.80104). Ασθενείς με ΣΕΛ έτειναν να ακολουθούν σωστά τη θεραπεία τους, να προσπαθούν να κατανοήσουν την ασθένεια, και τήρησαν την θεραπεία για να αποφύγουν κινδύνους, και να προωθήσουν προστατευτικούς παράγοντες. Ασθενείς που δουλεύουν έτειναν να παρουσιάζουν υψηλή ανθεκτικότητα, ενώ εκείνοι που είχαν σταματήσει την δουλειά λόγω ΣΕΛ έτειναν να παρουσιάζουν χαμηλή ανθεκτικότητα. Ασθενείς που έκαναν σωστά την φαρμακευτική αγωγή και αυτοί που γνώριζαν για την ασθένειά τους είχαν την τάση να παρουσιάζουν υψηλή ανθεκτικότητα. Η ανθεκτικότητα είναι απαραίτητη για ασθενείς με ΣΕΛ. Είναι σημαντικό το κράτος να λαμβάνει τις απαραίτητες ενέργειες για να διευκολύνει την πρόσβαση στην θεραπεία, σε εκπαιδευτικά προγράμματα, και στην ιατρική υποστήριξη. Πρέπει να ξεκινήσουν συνεδρίες ευαισθητοποίησης και παροχής ατομικών ικανοτήτων για να μάθουν να ανγτιμετωπίζουν την ασθένεια. Ενώ οι περισσότεροι συμμετέχοντες βρίσκονταν σε ηλικιακή ομάδα που μπορούσαν να εργάζονται κανονικά, οι περισσότεροι είχαν σταματήσει την δουλειά λόγω του ΣΕΛ. Οι ασθενείς είχαν σταματήσει να κάνουν δουλείες στο σπίτι και δραστηριότητες αναψυχής λόγω κόπωσης, συμπτωμάτων κατάθλιψης, ενεργότητας νόσου, και πόνου. Εδώ, οι περισσότεροι είχαν μέτρια ανθεκτικότητα, παρόμοια με (Faria, D. A. P., Revoredo, L. S., et al., 2014).

Η ανθεκτικότητα σε ασθενείς με αυτοάνοσες ρευματικές παθήσεις, όπως κατέληξαν οι συγγραφείς της ίδιας έρευνας, είναι μια συνεχής διαδικασία που επηρεάζεται από την ηλικία και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση των ασθενών. Τα συγκεκριμένα ευρήματα δεν αποτελούν έκπληξη δεδομένου ότι μέσα από πολλές έρευνες έχει τονιστεί ότι όσο κανείς μεγαλώνει τείνει να αναπτύσσει μεγαλύτερη ανθεκτικότητα και έτσι, όσο μεγαλύτερος είναι κανείς ηλικιακά τόσο υψηλότερα επίπεδα ανθεκτικότητας τείνει να έχει (Van Kessel, 2013).

Η ψυχική ανθεκτικότητα έχει μελετηθεί σπάνια σε ρευματοειδή αρθρίτιδα (Strand, E. B., Zautra, A. J., et al., 2006). Η ψυχική ανθεκτικότητα έχει συσχετιστεί με σημαντικά και θετικά με ψυχικό HRQOL (Liu, L., Xu, X., Xu, N., & Wang, L., 2017, Lee, D., Cha, B., et al., 2017, Nawaz, A., Malik, J. A., & Batool, A., 2014,). Η ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί να μετριάσει τον αντίκτυπο της ενεργότητα νόσου σε ψυχικό HRQOL (Liu, L., Xu, X., Xu, N., & Wang, L., 2017).

Η έρευνα των Shaw et al. (2020) περιέγραψε την αναπτυξιακή διαδικασία της ανθεκτικότητας και τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα για να καλλιεργήσουν την ανθεκτικότητα. Οι ερευνητές για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποίησαν μεταξύ άλλων τις ημί-δομημένες συνεντεύξεις και ρώτησαν τα ερευνητικά υποκείμενα να συζητήσουν τις εμπειρίες τους σχετικά με τη διάγνωση, το πώς είναι να ζουν με ρευματοειδή αρθρίτιδα, να αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις, πώς βιώνουν τη θεραπεία και την παροχή περίθαλψης. Συνολικά έλαβαν μέρος 80 ασθενείς από 27 έως 80 ετών, οι οποίοι έπασχαν από ρευματοειδή αρθρίτιδα από 5 έως 41 χρόνια.

Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων ως προς τις καταστάσεις που αποτελούν πρόκληση ομαδοποιήθηκαν σε τρία στάδια: έλλειψη ικανότητας να διαχειριστούν την κατάσταση, ανάπτυξη της ικανότητας διαχείρισης της κατάστασης, αν και δύσκολη διαδικασία, και η επίτευξη των δεξιοτήτων. Οι ασθενείς χρησιμοποίησαν 10 στρατηγικές για να καλλιεργήσουν την ανθεκτικότητα: την επιμονή, την ανταλλαγή κοινωνικής υποστήριξης, την επιδίωξη αξιόλογων δραστηριοτήτων, την ευελιξία, τη θετική αναμόρφωση, την αποδοχή, το χιούμορ, την αποφυγή απειλητικών σκέψεων, την ηρεμία και τη διατήρηση αίσθησης ελέγχου.

Φαίνεται, λοιπόν, ότι οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα αποκτούν την ανθεκτικότητα στα πλαίσια μιας δυναμικής διαδικασίας, όπου μαθαίνουν να

ανταποκρίνονται στις προκλήσεις. Η επίγνωση αυτών των στρατηγικών θα μπορούσε να επωφελείσει τους ασθενείς, τους επαγγελματίες υγείας που τους παρέχουν φροντίδα, όπως και τους ερευνητές, έτσι ώστε να αναπτύξουν συμπεριφορικές παρεμβάσεις και προγράμματα κοινωνικής υποστήριξης για την ρευματοειδή αρθρίτιδα και άλλες χρόνιες παθήσεις (Shaw et al., 2020).

Ακόμα, η έρευνα των García-Carrasco et al. (2019) διερεύνησε τη συσχέτιση της ανθεκτικότητας με τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες και τα καταθλιπτικά συμπτώματα στις γυναίκες με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο. Συγκεκριμένα, οι συγγραφείς είχαν στόχο να συγκρίνουν την ανθεκτικότητα των γυναικών με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο με αυτή των υγειών γυναικών και να καθορίσουν εάν οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες και τα καταθλιπτικά συμπτώματα συνδέονται με την ανθεκτικότητα των γυναικών με το αυτοάνοσο νόσημα.

Στην έρευνα έλαβαν μέρος 123 γυναίκες που είχαν διαγνωσθεί με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο και 132 γυναίκες με κοντινή ηλικία, που ήταν υγιείς. Τα αποτελέσματα της μελέτης δεν έδειξαν διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών όσον αφορά τα επίπεδα ανθεκτικότητας. Ωστόσο, οι γυναίκες με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά στην αυτοαποτελεσματικότητα, καθώς επίσης και στην καταθλιπτική συμπτωματολογία. Οι συνολικές βαθμολογίες στην ανθεκτικότητα φάνηκε να σχετίζονται με τα καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ οι κοινωνικό-δημογραφικοί παράγοντες δεν φάνηκε να συνδέονται με την ανθεκτικότητα των ασθενών με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο. Όπως, φαίνεται επομένως, μέσα από τα αποτελέσματα αυτά, η ανθεκτικότητα μεταξύ των δύο ομάδων γυναικών δεν διέφερε, ενώ στις ασθενείς με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να επηρεάζουν την ανθεκτικότητα και τις διαστάσεις της, σε αντίθεση με τους κοινωνικό-δημογραφικούς παράγοντες (García-Carrasco et al., 2019).

Πρόσφατη έρευνα έχει αρχίσει να εντοπίζει περιβαλλοντικούς, γενετικούς, επιγενετικούς μηχανισμούς που βασίζονται σε ψυχική ανθεκτικότητα, και έχει δείξει ότι η ψυχική ανθεκτικότητα προκαλείται από προσαρμοστικές αλλαγές σε πολλά νευρικά κυκλώματα που περιλαμβάνουν πολυάριθμους νευροδιαβιβαστές και μοριακές οδούς. Αυτές οι αλλαγές διαμορφώνουν τη λειτουργία των νευρικών κυκλωμάτων που ρυθμίζουν την ανταμοιβή, το φόβο, τη συναισθηματική αντιδραστικότητα και την κοινωνική συμπεριφορά, τα οποία μαζί πιστεύεται ότι μεσολαβούν σε επιτυχή αντιμετώπιση του άγχους. Τα ανθεκτικά άτομα επιδεικνύουν προσαρμοστικές αντιδράσεις ψυχολογικού και φυσιολογικού στρες στο οξύ στρες, το τραύμα ή τις πιο χρόνιες μορφές αντιξοότητας. Οι πολύπλοκες αλληλεπιδράσεις μεταξύ της γενετικής σύνθεσης ενός ατόμου και του ιστορικού έκθεσής τους σε περιβαλλοντικούς στρεσογόνους παράγοντες επηρεάζουν την προσαρμοστικότητα των συστημάτων απόκρισης στρες και τη λειτουργία των νευρικών κυκλωμάτων. Σημειώνεται πρόοδος σε εντοπισμό νευρικών κυκλωμάτων στον εγκέφαλο που μεσολαβούν σε ψυχική ανθεκτικότητα. Πρόσφατες εργασίες έχουν αρχίσει να εντοπίζουν συγκεκριμένες αλλαγές σε έκφραση γονιδίων και αναδιαμόρφωσης χρωματίνης, που αποτελούν το υπόβαθρο της ψυχικής ανθεκτικότητας (Feder, A., et al., 2009).

Ένα ανθεκτικό άτομο έχει δοκιμαστεί από αντιξοότητες (Rutter, M., 2006) και συνεχίζει να επιδεικνύει προσαρμοστικές ψυχολογικές και φυσιολογικές αντιδράσεις στο στρες ή "ψυχοβιολογική αλλοστάση" (McEwen, B. S., 2003, Charney, D. S., 2004).

Μόνο τα τελευταία χρόνια οι σημαντικές επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις κατέστησαν δυνατή την κατανόηση των υποκείμενων βιολογικών διαδικασιών που σχετίζονται με τους ανθεκτικούς φαινοτύπους (Cicchetti, D., & Blender, J. A. , 2006, Charney, D. S., 2004). Μελέτες σε ζώα αποτελούν σημαντικό συστατικό σε αναζήτηση βιολογικών καθοριστικών παραγόντων ψυχικής ανθεκτικότητας και αρχίζουν να εντοπίζουν

νευρικά κυκλώματα και μοριακές οδούς που μεσολαβούν σε ελαστικούς φαινότυπους (Rutter, M., 2006, Krishnan, V., et al., 2008).

Ειδικό Μέρος

Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσει το χρόνιο άγχος ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα και συστηματικό ερυθηματώδη λύκο, ενώ συγχρόνως μελετήθηκαν κι άλλες μεταβλητές, όπως την κατάθλιψη, την αλεξιθυμία, το μετατραυματικό στρες και την ανθεκτικότητα. Η μελέτη αυτή είναι η πρώτη που γίνεται στην Ελλάδα και εξετάζει τις συγκεκριμένες μεταβλητές αλλά και τις μεταξύ τους πιθανές συσχετίσεις, ενώ τα αποτελέσματά της θα μπορούσαν να συμβάλουν στην βελτίωση της πρόγνωσης των ασθενών με αυτοάνοσα νοσήματα μέσα από τη βελτίωση της ψυχοπαθολογίας αναφορικά με συναισθηματικές εκδηλωσεις των ασθενών αυτών. Ακριβέστερα, στόχος είναι να εξεταστούν οι ακόλουθες ερευνητικές υποθέσεις και να απαντήθούν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

Ερευνητικές υποθέσεις:

- Αναμένεται η υψηλή ενεργότητα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και του συστηματικού ερυθηματώδη λύκου θα σχετίζεται με τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, άγχους μετατραυματικού στρες.
- Όσο υψηλότερη θα είναι η ψυχική ανθεκτικότητα τόσο χαμηλότερη θα είναι η αλεξιθυμία και το χρόνιο άγχος, η κατάθλιψη και η διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Ερευνητικά ερωτήματα:

- Ποια θα είναι τα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης, αλεξιθυμίας, μετατραυματικού στρες και ανθεκτικότητας των συμμετεχόντων;
- Διαφοροποιείται το άγχος, η κατάθλιψη, η αλεξιθυμία και το μετατραυματικό στρες ανάλογα με την ασθένεια των συμμετεχόντων (συστηματικός ερυθηματώδης λύκος ή ρευματοειδής αρθρίτιδα);
- Σχετίζεται η ενεργότητα των υπό μελέτη ψυχοσωμαατικών διαταραχών με την αλεξιθυμία;
- Σχετίζεται η ενεργότητα των υπό μελέτη ψυχοσωματικών διαταραχών με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες;
- Σχετίζεται η ηλικία διάγνωσης των πασχόντων με την ανάπτυξη κατάθλιψης και την αλεξιθυμία;
- Συσχετίζεται η ανθεκτικότητα των ασθενών με την συμμόρφωση των ασθενών;
- Σχετίζονται τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με τις υπό μελέτη μεταβλητές.

Μέθοδος:

Ερευνητική διαδικασία :

Η έρευνα διεξήχθη από τα μέσα Σεπτεμβρίου 2020 έως και τις αρχές Νοεμβρίου 2020. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στην Ρευματολογική Κλινική στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο, «ΑΤΤΙΚΟΝ».

Οι ασθενείς στο τακτικό τους ραντεβού με τον Ρευματολόγο ή και κατά την προγραμματισμένη τους θεραπεία ενημερώνονται για το σκοπό και το τρόπο διεξαγωγής της μελέτης και τους δίνεται ένα ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΔΟΧΗΣ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ, κατόπιν συναίνεσης τους γίνεται

προσπάθεια να διασφαλιστεί κατά το δυνατόν ένα ήσυχο περιβάλλον για τη διενέργεια της έρευνας. Η μελέτη έχει εγκριθεί από την επιστημονική επιτροπή του νοσοκομείου.

Δείγμα της έρευνας :

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από ασθενείς που έχουν διαγνωστεί από ρευματικά νοσήματα, συγκεκριμένα ασθενείς που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα, και ασθενείς που πάσχουν από συστηματικό ερυθηματώδη λύκο. Στον αρχικό σχεδιασμό είχαν προβλεφθεί και ασθενείς με συστηματική σκλήρυνση (σκληροδερμία), λόγω πολύ μικρού δείγματος (N=10) δεν συμπεριλήφθηκαν στις μετρήσεις για αποφυγή ανομοιογένειας του δείγματος.

<u>*Κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσαν*</u> :

- Προβλήματα επικοινωνίας (νοητική καθυστέρηση, μη επαρκής γνώση της Ελληνικής γλώσσας)
- Ιστορικό σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών (πχ σχιζοφρένεια)
- Τρέχον ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ ή ψυχοτρόπων ουσιών ή άνοια
- Νοσηλεία του ασθενούς εντός κλινικής (δεν περιλήφθησαν εσωτερικοί ασθενείς).

Η συννοσηρότητα δεν αποτέλεσε κριτήριο αποκλεισμού.

Συλλογή Δεδομένων:

Για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε το Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), το οποίο είναι ένα δημοφιλές ψυχομετρικό εργαλείο που εξετάζει το άγχος και τη κατάθλιψη. Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου, όπως σταθμίστηκε από τους Michopoulos et al. (2008) στα ελληνικά, η οποία δεν περιέχει τα σωματικά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, που είναι συχνά και σε ασθενείς ενός γενικού νοσοκομείου και μπορούν να μπερδευτούν με τα συμπτώματα της

νόσου τους. Το εργαλείο αυτό αναπτύχθηκε από τους Zigmond &Snaith για την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης σε έναν γενικό πληθυσμό ασθενών που νοσηλεύονταν σε νοσοκομειακές μονάδες εκτός των ψυχιατρικών κλινικών (Zigmond & Snaith,1983). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από επτά ερωτήσεις για το άγχος και επτά ερωτήσεις για την κατάθλιψη (Bjelland, Dahl, Haug & Neckelmann, 2002).

Οι ερωτηθέντες πρέπει να απαντήσουν σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο νιώθουν τη μέρα που συμπληρώνουν το εργαλείο. Οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε μια κλίμακα Likert 4 βαθμών και κυμαίνονται από 0 έως 3. Η συνολική βαθμολογία της υποκλίμακας του άγχους και της κατάθλιψης μπορεί να κυμαίνεται από 0 έως 21 και όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο υψηλότερο σημαίνει ότι είναι και το άγχος και η κατάθλιψη των συμμετεχόντων. Βαθμολόγηση: 0-7 θεωρούνται φυσιολογικές τιμές ήπιου άγχους ή κατάθλιψης , 8-10: κατατάσσεται ως περίπτωση μέτριων συμπτωμάτων, ενώ βαθμολογίες >11: θεωρούνται παθολογικές τιμές σοβαρού άγχους ή κατάθλιψης (Zigmond & Snaith, 1983).

Για την αξιολόγηση της αλεξιθυμίας των ασθενών χορηγήθηκε η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου The Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), το οποίο αναπτύχθηκε από τους Leising, Grande & Faber (2009). Η ελληνική έκδοση του εργαλείου αυτού παρουσιάζει ικανοποιητικές ψυχομετρικές ιδιότητες, και αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο. Συνολικά, περιλαμβάνει 20 ερωτήματα και το κάθε ένα από αυτά μπορεί να απαντηθεί σε μία κλίμακα Likert 5 βαθμίδων. Το μεγαλύτερο σκορ που υποδηλώνει τα ύψιστα ποσοστά αλεξιθυμίας είναι το 100 και το χαμηλότερο το 20. Τέλος, το συγκεκριμένο εργαλείο περιλαμβάνει τρεις διαστάσεις, τη δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων, με δείκτη Cronbach's a 0,68, τη δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων, με δείκτη Cronbach's a 0,78 και την εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη, με δείκτη Cronbach's a 0,60 (Σταλίκας, Τριλίβα, Ρούσση, 2012).

Το μετατραυματικό στρες (σχετικά με την επώδυνη εμπειρία της εισόδου/ διάγνωσης και της ύπαρξης της χρόνιας νόσου στην ζωή του ατόμου με ο,τιδήποτε αυτή συνεπάγεται) αξιολογήθηκε μέσα από το Impact of Event Scale- Revised (IES-R), το οποίο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί και στα ελληνικά σε καρκινοπαθείς ασθενείς από τους Μυστακίδου και συν (Mystakidou, Tsilika, Parpa, Galanos & Vlahos, 2007). Η κλίμακα αυτή αποτελεί ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς, που είναι το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο μέτρο για την εκτίμηση συμπτωμάτων μετατραυματικής διαταραχής στρες στην έρευνα αποτελεσμάτων εντατικής φροντίδας. Η αρχική κλίμακα IES μετρούσε μόνο συμπτώματα «εισβολής/ αναβίωση» (π.χ. αναμνήσεις, εφιάλτες, ή αναλαμπές) καθώς και συμπτώματα αποφυγής/ παράλυσης (π.χ. αποφυγή τοποθεσιών ή θεμάτων, αίσθημα μουδιάσματος σχετικά με το συμβάν), ενώ δεν κατέγραψε συμπτώματα υπερδιέγερσης που παρατηρούνται στο μετατραυματικό στρες (π.χ. δυσκολία ύπνου ή ευερεθιστότητα) (Horowitz et al., 1979). Γι΄αυτόν τον λόγο, η αναθεωρημένη μορφή IES-R τροποποιήθηκε και προστέθηκαν έξι στοιχεία υπερδιέγερσης και ένα ακόμα στοιχείο αναβίωσης (Weiss et al., 1997). Το εργαλείο αυτό περιλαμβάνει 22 ερωτήματα και χωρίζεται σε τρεις υποκλίμακες: την αποφυγή (8 ερωτήματα), την αναβίωση (8 ερωτήματα) και την υπερδιέγερση (6 ερωτήματα). Οι συμμετέχοντες χρειάστηκε να απαντήσουν σε κάθε ερώτημα βαθμολογώντας σε μία κλίμακα από το 0 έως το 4 (0=καθόλου, 4=πάρα πολύ) κατά τις τελευταίες 7 ημέρες. Οι συνολικές βαθμολογίες κυμαίνονται από το 0 έως το 35 για την εισβολή, 0 έως 40 για την αποφυγή, και 0 έως 75 για το σύνολο των ερωτημάτων. Η συνολική βαθμολογία μπορεί να ερμηνευτεί σύμφωνα με τις ακόλουθες διαστάσεις των συμπτωμάτων : 0 έως 8 (υποκλινικό φάσμα), 9 έως 25 (ήπιο φάσμα), 26 έως 43 (ενδιάμεσο φάσμα), 44+ (φάσμα μεγάλης βαρύτητας) (Weiss et al., 1997). Όσο μεγαλύτερο είναι το σκορ, τόσο μεγαλύτερος βαθμός μετατραυματικού στρες υπάρχει (Mystakidou et al., 2007). Η κλίμακα IES-R επέδειξε Cronbach’s alphaτιμές για την εισβολή, την αποφυγή, και τα

υπερδιεγερτικά συμπτώματα 0.72, 0.77 και 0.85 αντίστοιχα, ενώ η συνολική αξιοπιστία test-retest ήταν ικανοποιητική σε $p<0.0005$.

Η ανθεκτικότητα των ασθενών μετρήθηκε από το The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) το οποίο αναπτύχθηκε από τους Connor & Davidson (2003) και σταθμίστηκε πρόσφατα στον ελληνικό πληθυσμό από τους Tsigkaropoulou et al. (2018). Το εργαλείο αυτό είναι αξιόπιστο και έγκυρο και χρησιμοποιείται σε κλινικό και μη πληθυσμό για την αξιολόγηση της ανθεκτικότητας. Το CD-RISC περιλαμβάνει 25 προτάσεις και οι συμμετέχοντες απάντησαν σε μία κλίμακα 4 βαθμίδων, από το 0 έως το 4 αναφορικά με την περιγραφή τους και το πόσο τους αντιπροσωπεύουν τον τελευταίο μήνα. Το τελικό σκορ μπορεί να είναι 0 έως 100 με τις μεγαλύτερες τιμές να υποδηλώνουν υψηλότερο επίπεδο ανθεκτικότητας.

Ακόμα, χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο για τη συλλογή των δημογραφικών στοιχείων και πληροφοριών των ερωτηθέντων, όπως είναι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, η επαγγελματική κατάσταση, ο τόπος διαμονής) καθώς και ένα ερωτηματολόγιο σχετικά με τις έξεις και τον τρόπο ζωής, και τις ανθρωπομετρικές μετρήσεις των ασθενών (π.χ. δείκτης μάζας σώματος, άσκηση, κάπνισμα, αλκοόλ).

Ακόμα, χορηγήθηκε ένα ερωτηματολόγιο για τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών, αναφορικά με τις ασθένειές τους (π.χ. ένταση πόνου ύπαρξη υποτροπής τις τελευταίες 2 βδομάδες, επιδείνωση συμπτωμάτων τις τελευταίες 2 εβδομάδες).

Ένα ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε στο τέλος σχετικά με την θεραπεία, τα συνοδά νοσήματα, το έτος διάγνωσης, και την ενεργότητα της νόσου σύμφωνα με τα εγγεγραμένα στοιχεία των ασθενών.

Η ενεργότητα της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας το σύστημα βαθμολόγησης Ενεργότητας νόσου (Disease Activity Score-28) (DAS-28). Ο

δείκτης DAS-28 προσδιορίζεται από μια μαθηματική εξίσωση, η οποία περιλαμβάνει το σύνολο των επώδυνων και διογκωμένων αρθρώσεων κατά την κλινική εξέταση του ασθενούς, το δείκτη VAS(οπτική αναλογική κλίμακα: υποκείμενη εκτίμηση των ασθενών για την ενεργότητα της νόσου τους) και την Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών [(TKE) / Erythrocyte Sedimentation Rate –**(**ESR)] (DAS28 = 0.56*√(t28) + 0.28*√(sw28) + 0.70*Ln(ESR) + 0.014*VAS) ή την C-αντιδρώσα πρωτεΐνη [**C**-Reactive Protein (CRP)] (DAS28-CRP [mg/L] = 0.56*√(t28) + 0.28*√(sw28) + 0.36*Ln(CRP + 1) + 0.014*VAS + 0.96). Για τον προσδιορισμό του δείκτη χρησιμοποιούνται 28 (14 στην αριστερά και 14 στη δεξιά πλευρά του σώματος) προκαθορισμένες αρθρώσεις, οι οποίες εξετάστηκαν σε κάθε ασθενή. Ο υπολογισμός πραγματοποιείται με ειδικό αυτόματο υπολογιστή για το DAS-28. Ανάλογα με το σκορ του δείκτη αυτού, οι ομάδες κατάταξης της ενεργότητας είναι DAS 28 ≤ 2.6 για ύφεση (Όχι ενεργότητα νόσου), DAS 28 = 2.6 – 3.2 για χαμηλή ενεργότητα νόσου, DAS 28 = 3.2-5.1 για μέτρια ενεργότητα νόσου, DAS 28 > 5.2 για υψηλή ενεργότητα νόσου (Mäkinen et al., 2007, Prevoo et al., 1995).

Για την αξιολόγηση της ενεργότητας/ δραστηριότητα νόσου στο ΣΕΛ έχουν προταθεί 60 περίπου διαφορετικές μέθοδοι, ωστόσο καμία δεν αποτελεί το χρυσό πρότυπο (Griffiths et al., 2005). Τα τελευταία χρόνια έχουν συγκροτηθεί δύο κατηγορίες δομημένων δεικτών ενεργότητας. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει δείκτες που αποδίδουν μια συνολική αξιολόγηση της νόσου σε όλα τα οργανικά συστήματα, όπως ο SLEDAI, ο SLAM, ο ECLAM και ο LAI. Η δεύτερη κατηγορία περιλαμβάνει τον δείκτη BILAG, ο οποίος αξιολογεί ξεχωριστά τα διάφορα οργανικά συστήματα. Στους δείκτες αυτούς αξιολογούνται τα συμπτώματα που οφείλονται στη δραστηριότητα του ΣΕΛ και όχι σε σωρευμένη βλάβη ή συννοσηρότητες. Αν και κανείς δείκτης ενεργότητας δεν είναι καθολικά αποδεκτός σε παγκόσμιο επίπεδο, τρεις από αυτούς, ο SLEDAI, ο SLAM και ο BILAG έχουν καταδείξει την εγκυρότητά τους όταν χρησιμοποιήθηκαν από ερευνητές διαφορετικών χωρών (Gladman

et al., 1992). Ο πιο ευρέως χρησιμοποιούμενος δείκτης στην καθημερινή κλινική πρακτική είναι ο SLEDAI και οι διάφορες εκδοχές του (SELENA-SLEDAI, SLEDAI-2k, MEX-SLEDAI). Ο δείκτης SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index) δημιουργήθηκε το 1992 (SELENA-SLEDAI, SLEDAI 2000) και εν συνεχεία τροποποιήθηκε το 2002 (SLEDAI-2k) για να συμπεριλάβει 24 αντικειμενικές, εργαστηριακές και κλινικές εκδηλώσεις, κυμαινόμενης βαρύτητας (16 κλινικές, 8 εργαστηριακές). Η κάθε εκδήλωση αξιολογείται εφόσον έχει εμφανιστεί εντός των τελευταίων 10 ημερών από την επίσκεψη και η συνολική βαθμολογία ενεργότητας που μπορεί να λάβει ο ασθενής κυμαίνεται από 0 έως 105 βαθμούς (Bombardier et al., 1992). Οι ανοσολογικές παράμετροι που συμπεριλαμβάνονται είναι τα επίπεδα των C3/C4 κλασμάτων του συμπληρώματος και των αντι-dsDNA αντισωμάτων. Οι τροποποιήσεις στον αρχικά σχεδιασμένο δείκτη οδήγησαν σε καλύτερη αξιολόγηση της μεταβολής στη δραστηριότητα νόσου (SLEDAI-2000) με ενσωμάτωση των νέων τεχνικών στην ανίχνευση των αντι-dsDNA αντισωμάτων. Στις περισσότερες μελέτες, με μικρές διαφορές, οι ομάδες κατάταξης της ενεργότητας είναι SLEDAI=0 για ανενεργό λύκο, SLEDAI= 1-5 για ήπια ενεργότητα, SLEDAI=6-10 για μέτρια ενεργότητα, SLEDAI=11-19 για υψηλή ενεργότητα και SLEDAI≥20 για πολύ υψηλή ενεργότητα (Castrejón et al., 2014, Abrahamowicz et al., 1998, Cook et al., 2000).

Στατιστική Ανάλυση:

Μεθοδολογία

Όλα τα δεδομένα αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας περιγραφικά μέτρα. Οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται μέσω της μέσης τιμής και της τυπικής απόκλισης, ενώ οι ποιοτικές μεταβλητές εκφράζονται ως πλήθος (N) και ποσοστό (%) των συμμετεχόντων σε κάθε κατηγορία της μεταβλητής.

Ελέγχθηκε, η υπόθεση της κανονικότητας για τις μεταβλητές, καθώς η επιλογή των κατάλληλων στατιστικών ελέγχων καθορίζεται με βάση την ισχύ ή όχι της συγκεκριμένης υπόθεσης. Ο έλεγχος της υπόθεσης κανονικότητας πραγματοποιήθηκε με τη χρήση των ελέγχων Shapiro-Wilk, για δείγματα κάτω των 30 πειραματικών μονάδων, και Kolmogorov-Smirnov, για δείγματα άνω των 30.

Για τον έλεγχο της ισότητας των μέσων τιμών δύο δειγμάτων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος Student's t-test, καθώς και η αντίστοιχη μη παραμετρική διαδικασία Mann-Whitney, η οποία δεν προϋποθέτει την κανονικότητα των δεδομένων. Για τον έλεγχο των μέσων τιμών για παραπάνω από δύο δείγματα που ακολουθούν την κανονική κατανομή, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης κατά ένα παράγοντα (one-way ANOVA) και ο αντίστοιχος μη παραμετρικός έλεγχος Kruskal Wallis H καθώς και ο post hoc έλεγχος Bonferroni και Tukey για διόρθωση πολλαπλών συγκρίσεων.

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε στο στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics (Version 25). Επιπλέον, ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας χρησιμοποιήθηκε το $p < 0.05$.

Θέματα Βιοηθικής:

Για την υλοποίηση της παρούσας εργασίας διασφαλίστηκε έγκαιρα η έγκριση από τους αρμόδιους φορείς, την επιστημονική ομάδα του νοσοκομείου, προκειμένου να διαφυλαχτούν οι βασικοί κανόνες επιστημονικής δεοντολογίας. Η έρευνα είναι σε απόλυτη συμμόρφωση με όλες τις εθνικές και διεθνείς νομοθετικές διατάξεις, συμβάσεις και κώδικες δεοντολογίας.

Δήλωση τήρησης εχεμύθειας:

« Η συμμετοχή των φυσικών προσώπων στην έρευνα είναι εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα

των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα θα τύχουν ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομεία ή φυσικό πρόσωπο δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ΄όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δεσμεύει τα μέλη της ερευνητικής ομάδας».

Ηθικά ζητήματα / Εμπιστευτικότητα :

- Η συμμετοχή στην παρούσα έρευνα δεν παρεμβαλλόταν στη φαρμακευτική και θεραπευτική αγωγή που ακολουθούν οι ασθενείς.
- Η συμμετοχή στην παρούσα έρευνα δεν προδιέθετε κανενός είδους κίνδυνο για τον συμμετέχοντα.
- Δεν προβλεπόταν κάποιο κόστος για την συμμετοχή στην έρευνα.
- Δεν προβλέπονταν αποζημιώσεις.
- Η συμμετοχή στην έρευνα δεν προκάλεσε ενόχληση ούτε επηρέασε σε καμία περίπτωση την υγεία του ασθενούς.
- Η συμμετοχή στην παρούσα έρευνα δεν καταπάτησε κανένα δικαίωμα του συμμετέχοντα ως άτομο, ως ασθενή ή ως οποιαδήποτε άλλη ιδιότητα.
- Η συναίνεση για συμμετοχή στην έρευνα γινόταν μετά από λεπτομερή πληροφόρηση του συμμετέχοντα σχετικά με του σκοπούς της έρευνας και τον τρόπο αξιοποίησης των δεδομένων.
- Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική, και υπήρξε το δικαίωμα διακοπής της συμμετοχής σε οποιοδήποτε χρόνο. Ο συμμετέχων μπορούσε να αποσυρθεί από την έρευνα

οποιαδήποτε στιγμή. Η συμμετοχή ή μη στο πρόγραμμα δεν επηρεάσε με κανένα τρόπο την ποιότητα παροχής της ιατρικής φροντίδας.

- Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν προαιρετική, ζητούταν σε κάθε συμμετέχοντα να υπογράψει τη «φόρμα συγκατάθεσης». Υπήρξε και το δικαίωμα μη συμμετοχής στην έρευνα
- Ο συμμετέχων μπορούσε να απαντήσει στις ερωτήσεις με απόλυτη ειλικρίνεια και σε καμία περίπτωση δε κρίθηκε για τις απαντήσεις του.
- Η έρευνα ήταν ανώνυμη και εμπιστευτική.
- Κατά την επαφή για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων πληρούνταν όλες οι προϋποθέσεις των κανόνων υγιεινής ως μέτρου εξάπλωσης τηγς διάδοσης του COVID-19.

Αποτελέσματα

Το συγκεκριμένο κεφάλαιο περιλαμβάνει τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων. Αρχικά, παρουσιάζεται η περιγραφική ανάλυση των μεταβλητών και στη συνέχεια τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την εφαρμογή των κατάλληλων στατιστικών ελέγχων.

Περιγραφικοί Στατιστικοί Δείκτες

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζεται η κατανομή (N,%) των ατομικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων της έρευνας. Όπως παρατηρείται, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είναι γυναίκες (93.4%), μέσης ηλικίας τα 50.8 έτη. Αναφορικά με το μορφωτικό τους επίπεδο, το 41.5% έχει ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση, ενώ μόνον ένας συμμετέχων δεν έχει ολοκληρώσει το δημοτικό. Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, το 64.2% είναι έγγαμοι/ες και ακολουθούν με ποσοστό 15.1% οι άγαμοι. Το 74.5% των συμμετεχόντων έχει κατά μέσο 1 με 2 παιδιά. Σχετικά με την επαγγελματική τους κατάσταση, το 71.7% δεν εργάζεται. Επιπλέον, το 29.5% ασχολείται με τα οικιακά, ακολουθούν οι ιδιωτικοί υπάλληλοι (25.0%), οι ελεύθεροι επαγγελματίες (20.5%) και οι δημόσιοι υπάλληλοι (20.5%). Το μηνιαίο εισόδημα της πλειοψηφίας είναι μέχρι 600€

(45.3%) και το ετήσιο οικογενειακό εισόδημα κυμαίνεται από 0-15.000€ (69.8%). Τέλος, το 84.0% κατοικεί σε πόλη πάνω από 150.000 κατοίκους (84.0%).

Πίνακας 1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

	N	%
Φύλο		
Άνδρας	7	6.6
Γυναίκα	99	93.4
Ηλικία, Μ.Ο.(Τ.Α)	50.8 (15.5)	
Επίπεδο εκπαιδευσης		
Δεν έχω ολοκληρώσει το δημοτικό	1	0.9
Δημοτικό	21	19.8
Γυμνάσιο	16	15.1
Δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Λύκειο/ΙΕΚ)	44	41.5
Τριτοβάθμια εκπαίδευση	18	17.0
Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	6	5.7
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	16	15.1
Έγγαμος/η	68	64.2
Συζώ	2	1.9
Διαζευγμένος/η	11	10.4
Χήρος/α	5	4.7
Μονογονεική οικογένεια	4	3.8
Παιδιά		
Ναι	79	74.5
Όχι	27	25.5
Αριθμός παιδιών, Μ.Ο.(Τ.Α.)	1.5 (1.1)	
Εργάζεστε		
Ναι	30	28.3
Όχι	76	71.7
Επάγγελμα		
Αγρότης	2	4.5
Δημόσιος Υπάλληλος	9	20.5
Ελεύθερος επαγγελματίας	9	20.5
Ιδιωτικός Υπάλληλος	11	25.0
Οικιακά	13	29.5
Εάν όχι		
Άνεργος	13	17.1
Συνταξιούχος	28	36.8
Υπό εκπαίδευση	7	9.2
Κάτι άλλο	28	36.8
Μηνιαίο εισόδημα		
0€	25	23.6
Μέχρι 600€	48	45.3
Μέχρι 1000€	25	23.6
Πάνω από 1000€	8	7.5
Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα		

0-15.000€	74	69.8
15.000-25.000 €	26	24.5
25.000€ και άνω	6	5.7
Τόπος διαμονής		
Σε κωμόπολη μέχρι 10.000 κατοίκους	3	2.8
Σε νησί κάτω των 5000 κατοίκων	1	0.9
Σε νησί πάνω από 5000 κατοίκους	1	0.9
Σε πόλη από 10.000-150.000 κατοίκους	8	7.5
Σε πόλη πάνω από 150.000 κατοίκους	89	84.0
Σε χωριό	4	3.8

Στη συνέχεια, στον Πίνακα 2 παρουσιάζονται οι ανθρωπομετρικές μετρήσεις των ασθενών καθώς και οι συνήθειες τους όσον αφορά τη διατροφή τους, την άσκηση, την κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα. Το 37.7% των ατόμων ανήκει στην κατηγορία του φυσιολογικού δείκτη μάζας σώματος και ακολουθούν οι υπέρβαροι (27.4%). Η πλειοψηφία ακολουθεί τη δίαιτα διατροφής που τους έχει ορίσει ο ιατρός τους είτε συνεχώς (30.2%) είτε τις περισσότερες φορές (36.8%). Οι περισσότεροι ασκούνται περιστασιακά (34.9%) και ακολουθούν όσοι δεν ασκούνται καθόλου (24.5%). Σχετικά με τις καπνιστικές τους συνήθειες, το 35.8% καπνίζει από 11-20 τσιγάρα καθημερινά (47.2%). Σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες δεν καταναλώνουν αλκοόλ (58.5%).

Πίνακας 2 Ανθρωπομετρικές μετρήσεις και συνήθειες ασθενών

	N	**%**
ΔΜΣ (kg/m^2), Μ.Ο.(Τ.Α)	27.3 (6.2)	
Δείκτης μάζας σώματος (kg/m^2)		
Ελλιποβαρής	4	3.8
Φυσιολογικός	40	37.7
Υπέρβαρος	29	27.4
Παχύσαρκος 1ου βαθμού	21	19.8
Παχύσαρκος 2ου βαθμού	7	6.6
Παχύσαρκος 3ου βαθμού	5	4.7
Ακολουθείτε πιστά τη δίαιτα διατροφής που ορίζει ο ιατρός σας;		
Καθόλου	5	4.7
Λίγες φορές	9	8.5
Κάποιες φορές	21	19.8
Συνεχώς	32	30.2
Τις περισσότερες φορές	39	36.8
Ασκείτε το σώμα σας;		
Ποτέ	26	24.5
Περιστασιακά	37	34.9
Συχνά	24	22.6
Σχεδόν καθημερινά	19	17.9

Καπνίζετε;		
Ναι	38	35.8
Όχι	68	64.2
Αριθμός τσιγάρων καθημερινά		
1-10	16	44.4
11-20	17	47.2
21-30	2	5.6
> 30	1	2.8
Καταναλώνετε αλκοόλ;		
Ποτέ	62	58.5
Περιστασιακά	38	35.8
Συχνά	3	2.8
Σχεδόν καθημερινά	3	2.8

Σχετικά με τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών, το 60.4% έχει εκδηλώσει συστηματικό ερυθηματώδη λύκο και το 39.6% ρευματοειδή αρθρίτιδα. Βάσει του δείκτη ενεργότητας της ρευματοειδούς αρθρίτιδας DASS, το 50% των ασθενών ανήκει στην κατηγορία της μεσαίας ενεργότητας, ακολουθούν οι ασθενείς με χαμηλή ενεργότητα (33.3%) και τέλος ένα μικρό ποσοστό είναι ασθενείς με υψηλή ενεργότητα νόσου (16.7%). Αντίστοιχα, για το συστηματικό ερυθηματώδη λύκο, ο δείκτης ενεργότητας SLEDAI έδειξε πως το 39.1% είναι ασθενείς μέτριας ενεργότητας, το 34.4% χαμηλής, το 18.8% ασθενείς που βρίσκονται σε ύφεση, το 6.3% υψηλής ενεργότητας και τέλος μόνον 1 ασθενής είναι πολύ υψηλής ενεργότητας. Σχετικά με την έναρξη των πρώτων συμπτωμάτων, το 52.8% τα έχει αντιληφθεί παραπάνω από 7 έτη. Επιπλέον, σχετικά με τη διάγνωση της πάθησής τους, το 44.3% έχει διαγνωστεί πριν από 3 έως 7 έτη. Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή και οι μισοί από αυτούς δεν αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα στη λήψη των φαρμάκων τους. Το 47.2% δεν παραλείπει κάποια δόση από τα φάρμακά του. Σχετικά με τη βαρύτητα του πόνου που βιώνουν λόγω της ασθένειας τους, το 21.7% βιώνει ελαφρύ πόνου, το 21.7% μέτριο πόνο, το 19.8% έντονο πόνο και τέλος το 12.3% αβάσταχτο πόνο και το υπόλοιπο 12.3% δεν βιώνει καθόλου πόνο. Οι 54/106 συμμετέχοντες δεν περάσανε ή περνάνε φάση υποτροπής της νόσου τις τελευταίες εβδομάδες. Η πλειοψηφία, επίσης, των συμμετεχόντων δεν έχει παρουσιάσει επιδείνωση των χρόνιων συμπτωμάτων τους. Επιπλέον, στους περισσότερους συμμετέχοντες δεν υπήρχε οικογενειακό ιστορικό (67.0%). Από το σύνολο των ατόμων που είχαν οικογενειακό ιστορικό, στο 70.6% είχαν εκδηλώσει κάποια νόσο οι γονείς τους και η πιο συχνή πάθηση ήταν η ρευματοειδής αρθρίτιδα (42.5%) και ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος (27.5%). Όσον αφορά, την επίσκεψή τους σε ψυχίατρο ή ψυχολόγο, το 66.0% έχει επισκεφτεί έστω και μία φορά ψυχίατρο ή ψυχολόγο, με το 55.7% να έχει πάει πριν τη διάγνωση της αυτοάνοσης νόσου και

το υπόλοιπο 44.3% μετά τη διάγνωση. Οι πιο συχνοί λόγοι επίσκεψης ήταν η κατάθλιψη (32.9%) και τα οικογενειακά θέματα (15.7%). Οι 36/70 (51.4%) συμμετέχοντες που έχουν επισκεφτεί ψυχίατρο ή ψυχολόγο, τον επισκέπτονται ακόμα (Πίναικας 3).

Πίνακας 3 Κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών

	N	**%**
Πάθηση		
Ρευματοειδή Αρθρίτιδα	42	39.6
Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος	64	60.4
Ενεργότητα Νόσου (DASS)		
Χαμηλή ενεργότητα	14	33.3
Μεσαία ενεργότητα	21	50.0
Υψηλή ενεργότητα	7	16.7
Ενεργότητα Νόσου (SLEDAI)		
Ύφεση	12	18.8
Χαμηλή ενεργότητα	22	34.4
Μέτρια ενεργότητα	25	39.1
Υψηλή ενεργότητα	4	6.3
Πολύ υψηλή ενεργότητα	1	1.6
Πότε αντιληφθήκατε τα πρώτα συμπτώματα;		
Πρόσφατα (<2 έτη)	17	16.0
Μέση (3-7 έτη)	33	31.1
Παλαιότερα (> 7έτη)	56	52.8
Πόσα χρόνια έχετε διαγνωστεί		
Πρόσφατα (<2 έτη)	39	36.8
Μέση (3-7 έτη)	47	44.3
Παλαιότερα (> 7έτη)	20	18.9
Λαμβάνεται φαρμακευτική αγωγή		
Ναι	105	99.0
Όχι	1	1.0
Έχετε πρόβλημα στη λήψη των φαρμάκων σας καθημερινά		
Καθόλου	53	50.0
Λίγες φορές	11	10.4
Κάποιες φορές	33	31.1
Συνεχώς	5	4.7
Τις περισσότερες φορές	4	3.8
Πόσες φορές τυχαίνει να παραλείψετε κάποια δόση από τα φάρμακά σας		
Ποτέ ή σχεδόν ποτέ	50	47.2
1 φορά την εβδομάδα	11	10.4
2-3 φορές την εβδομάδα	15	14.2
1 φορά τον μήνα	27	25.5
Σχεδόν καθημερινά	3	2.8

Πόσο πονούσατε λόγω της ασθένειάς σας την τελευταία εβδομάδα		
Καθόλου πόνος	13	12.3
Ελαφρύς	23	21.7
Μέτριος	23	21.7
Έντονος	21	19.8
Πολύ έντονος	13	12.3
Αβάσταχτος	13	12.3
Τις τελευταίες εβδομάδες περάσατε ή περνάτε φάση υποτροπής της νόσου		
Ναι	52	49.1
Όχι	54	50.9
Τις τελευταίες 2 εβδομάδες παρουσιάζετε επιδείνωση των χρόνιων συμπτωμάτων σας		
Ναι	44	41.5
Όχι	62	58.5
Υπάρχει οικογενειακό ιστορικό		
Ναι	35	33.0
Όχι	71	67.0
Αν ναι, ποιος		
Αδελφός/ή	8	23.5
Γονείς	24	70.6
Άλλος στην οικογένεια	2	5.9
Αν ναι, ποιο νόσημα		
Νόσος Parkinson	1	2.5
Οστεοαρθρίτιδα	1	2.5
Σύνδρομο Raynaud	1	2.5
Ρευματοειδής αρθρίτιδα	17	42.5
Σαρκοείδωση πνεύμονα	1	2.5
Σκλήρυνση κατά πλάκας	1	2.5
Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος	11	27.5
Ψωρίαση	6	15.0
Ψωριασική αρθρίτιδα	1	2.5
Έχετε επισκεφτεί ποτέ Ψυχίατρο ή Ψυχολόγο		
Ναι	70	66.0
Όχι	36	34.0
Αν ναι, πότε		
Μετά τη διάγνωση της αυτοάνοσης νόσου	31	44.3
Πριν τη διάγνωση της αυτοάνοσης νόσου	39	55.7
Αν ναι, για ποιο λόγο		
Άγχος	5	7.1
Αγχώδης Διαταραχή	3	4.3
Βουλιμία	1	1.4
Για διαχείριση κρίσης σχέσης	1	1.4
Για σύνταξη	1	1.4
Διαχείριση νοσήματος	4	5.7
Διπολική διαταραχή	1	1.4
Θάνατος κοντινού προσώπου	3	4.3

Κατάθλιψη	23	32.9
Κενά μνήμης	1	1.4
Κρίσεις πανικού	3	4.3
Λόγω προσωπικών θεμάτων	1	1.4
Οικογενειακά θέματα	11	15.7
Παραπομπή από γιατρό	3	4.3
Πρόγραμμα ΟΑΕΔ για μακροχρόνια ανέργους	1	1.4
Φροντιστής ευάλωτου ατόμου	3	4.3
Ψυχολογική υποστήριξη λόγω προβλημάτων υγείας	4	5.7
Ψυχοσωματικός πόνος	1	1.4
Αν ναι, τον επισκέπτεστε ακόμη;		
Ναι	36	51.4
Όχι	34	48.6

Η Υδροξυχλωροκίνη είναι η ουσία που βρέθηκε να έχει συνταγογραφηθεί με τη μεγαλύτερη συχνότητα (22.4%), ακολουθεί η μεθοτρεξάτη (13.0%) και η ριτουξιμάμπη (11.8%). Το 60.4% των ασθενών λαμβάνουν τη φαρμακευτική τους αγωγή με ενδοφλέβια χορήγηση. Επιπλέον, το 29.8% των ασθενών λαμβάνει αγχολυτική/ αντικαταθλιπτική αγωγή (Πίνακας 4).

Πίνακας 4 Φαρμακευτική αγωγή ασθενών

Φαρμακευτική αγωγή	**N**	**%**
Αδαλιμουμάμπη	3	1.2
Γκολιμουμάμπη	1	0.4
Ινφλιξιμάμπη	14	5.7
Κορτιζόνη	23	9.3
Κυκλοφωσφαμίδη	19	7.7
Λεφλουνομίδη	10	4.1
Μεθοτρεξάτη	32	13.0
Μεθυλπρεδνιζολόνη	21	8.5
Μπελιμουμάμπη	7	2.8
Μυκοφαινολάτη μοφετίλ	8	3.3
Ριτουξιμάμπη	29	11.8
Τοσιλιζουμάμπη	1	0.4
Υδροξυχλωροκίνη	55	22.4
Αζαθειοπρίνη	1	0.4
Ακετυλσαλικυλικό οξύ	5	2.0
Αμπατασέπτη	4	1.6
Ετανερσέπτη	1	0.4
Πρεδνιζολόνη	11	4.6
Κερτολιζουμάμπη πεγόλη	1	0.4
Ενδοφλέβια		
Ναι	64	60.4
Όχι	42	39.6

Λήψη αγχολυτικού/ αντικαταθλιπτικού		
Ναι	31	29.8
Όχι	73	70.2

Τα πιο συχνά συνοδά νοσήματα που καταγράφηκαν στους ασθενείς της μελέτης ήταν η αρτηριακή υπέρταση (32.1%), η θυροειδοπάθεια (30.2%), η δυσλιπιδαιμία (29.2%), η ινομυαλγία (27.4%), η οστεοπόρωση (25.5%) και τέλος τα καρδιολογικά προβλήματα (24.5%) (Πίνακας 5).

Πίνακας 5 Συνοδά νοσήματα ασθενών

	N	**%**
Ινομυαλγία		
Ναι	29	27.4
Όχι	77	72.6
Δυσλιπιδαιμία		
Ναι	31	29.2
Όχι	75	70.8
Αρτηριακή Υπέρταση		
Ναι	34	32.1
Όχι	72	67.9
Θυρεοειδοπάθεια		
Ναι	32	30.2
Όχι	74	69.8
Οστεοπόρωση		
Ναι	27	25.5
Όχι	79	74.5
Καρδιολογικό Πρόβλημα		
Ναι	26	24.5
Όχι	80	75.5
ΧΑΠ/Ασθμα		
Ναι	13	12.3
Όχι	93	87.7
Πολλαπλό Μυέλωμα(παλαιότερα)		
Ναι	1	0.9
Όχι	105	99.1
Πολλαπλή Σκλήρυνση		
Ναι	3	2.8
Όχι	103	97.2
Επιληψία		
Ναι	2	1.9
Όχι	104	98.1
Χρόνια νεφρική νόσο		
Ναι	2	1.9

Όχι	104	98.1
Σακχαρώδης διαβήτης		
Ναι	17	16.0
Όχι	89	84.0
Στίγμα μεσογειακής αναιμίας		
Ναι	3	2.8
Όχι	103	97.2
Χρόνια Σπαστική κολίτιδα		
Ναι	1	0.9
Όχι	105	99.1
Χειρουργηθέν καρκίνος		
Ναι	4	3.8
Όχι	102	96.2
ΓΟΠ / Πεπτικό έλκος		
Ναι	11	10.4
Όχι	95	89.6
Νόσος Parkinson		
Ναι	2	1.9
Όχι	104	98.1
Ελκώδης κολίτιδα		
Ναι	2	1.9
Όχι	104	98.1
Αναιμία		
Ναι	2	1.9
Όχι	104	98.1
Πνευμονική Υπέρταση		
Ναι	2	1.9
Όχι	104	98.1
Υπνική άπνοια		
Ναι	1	0.9
Όχι	105	99.1
Βαρηκοιία		
Ναι	1	0.9
Όχι	105	99.1

Ακολουθούν τα αποτελέσματα της βασικής υπό μελέτης μεταβλητής, του άγχους.

1. <u>Άγχος</u>

Στον Πίνακα 6 παρουσιάζεται το περιγραφικό μέτρο του σκορ του αξιολογητικού εργαλείου HADS , που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα για τη μέτρηση των επιπέδων άγχους. Σχετικά με την υποκλίμακα του άγχους, το άγχος (Μ.Τ.= 8.57) βρέθηκε σε ήπια επίπεδα (Μ.Τ.= 8.09).

Πίνακας 6 Περιγραφικό μέτρο για το σκορ του αξιολογητικού εργαλείου HADS για το άγχος

	N	**Μέση τιμή**	**Τυπ. Απόκλιση**	**Ελάχιστη**	**Μέγιστη**

HADS					
Άγχος	106	8.57	4.76	0.00	21.00

Ηλικία

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζεται ο συντελεστής συσχέτισης της ηλικίας με το σκορ του αξιολογητικού εργαλείου HADS για το άγχος. Η ηλικία των ασθενών δεν συσχετίστηκε με το άγχος.

Πίνακας 7 Συσχέτιση της ηλικίας με τα σκορ του αξιολογητικού εργαλείου HADS για το άγχος

	Ηλικία
Άγχος	0.064

**p<0.01, **p<0.05*

Πάθηση

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τους ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν προκειμένου να αξιολογηθεί εάν η πάθηση από την οποία πάσχουν οι ασθενείς, ρευματοειδής αρθρίτιδα και συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο τα επίπεδα άγχους των ασθενών. Όπως παρατηρείται, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα και συστηματικό ερυθηματώδη λύκο.

Πίνακας 8 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της πάθησης των ασθενών και της υποκλίμακας άγχους του ερωτηματολογίου HADS

	Πάθηση	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Άγχος	Ρευματοειδή Αρθρίτιδα	42	8.38	4.79	-0.339 [α]	0.735
	Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος	64	8.70	4.78		

a, t-test, β, Mann-Whitney

Επίπεδο εκπαίδευσης

Στη συνέχεια, εξετάστηκε αν το επίπεδο της εκπαίδευσης των ασθενών σχετίζεται με το άγχος, και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών δεν συσχετίστηκε με το άγχος τους (Πίνακας 9).

Πίνακας 9 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της εκπαίδευσης και της υποκλίμακας άγχους του ερωτηματολογίου HADS

	Επίπεδο εκπαίδευσης	N	M.O.	T.A.	Statistic	p-value
Άγχος	Δεν έχω ολοκληρώσει το Δημοτικό/ Δημοτικό	22	8.32	4.83	0.195 [α]	0.899
	Γυμνάσιο	16	9.37	4.50		
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Λυκειο/ΙΕΚ)	44	8.57	4.73		
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	24	8.29	5.16		

a, one-way ANOVA

Εργασία

Διερευνήθηκε, επίσης, εάν η επαγγελματική τους κατάσταση μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα άγχους των ασθενών. Δεν βρέθηκαν διαφορές στις μέσες τιμές σε στατιστικά σημαντικό βαθμό της υπο-κλίμακας άγχους μεταξύ αυτών που εργάζονταν και αυτών που δεν εργάζονταν (Πίνακας 10).

Πίνακας 10 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της επαγγελματικής κατάστασης και της υποκλίμακας άγχους του ερωτηματολογίου HADS

	Εργάζεστε	N	M.O.	T.A.	Statistic	p-value
Άγχος	Ναι	30	7.17	4.52	-1.937 [α]	0.055
	Όχι	76	9.13	4.77		

a, t-test, β, Mann-Whitney

Έχετε παραλείψει κάποια δόση από τα φάρμακά σας;

Εξετάστηκε, ακόμη, εάν το να παραλείψουν κάποια δόση από τα φάρμακά τους έχει επίδραση στα επέπεδα άγχους τους. Παρατηρήθηκε πως υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση του άγχους με την παράλειψη της δόσης και πιο συγκεκριμένα ασθενείς που έχουν παραλείψει κάποια δόση εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους στην καθημερινότητά τους (M.O.=9.78 vs. M.O.=7.22, p-value=0.004) (Πίνακας 11).

Πίνακας 11 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου HADS σε σχέση με το αν έχουν παραλείψει κάποια δόση των φαρμάκων

	Έχετε παραλείψει κάποια δόση από τα φάρμακά σας;	N	Μ.Ο.	Τ.Α.	Statistic	p-value
Άγχος	Όχι	50	7.22	4.59	-2.896 $^{\beta}$	**0.004**
	Ναι	56	9.78	4.63		

β, Mann-Whitney

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες παρουσιάσατε επιδείνωση των χρόνιων συμπτωμάτων σας;

Βρέθηκε, επίσης, πως οι ασθενείς που παρουσίασαν επιδείνωση των χρόνιων συμπτωμάτων τους τις τελευταίες δύο εβδομάδες, εμφάνισαν και υψηλότερα επίπεδα άγχους (Μ.Ο.= 10.59 vs. Μ.Ο.= 7.14, p-value<0.001) (Πίνακας 12).

Πίνακας 12 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης της υποκλίμακα του άγχους του ερωτηματολογίου HADS σε σχέση με το αν παρουσίασαν επιδείνωση των συμπτωμάτων τους

	Τις τελευταίες 2 εβδομάδες παρουσιάσατε επιδείνωση των χρόνιων συμπτωμάτων σας;	N	Μ.Ο.	Τ.Α.	Statistic	p-value
Άγχος	Ναι	44	10.59	4.55	-3.564 $^{\beta}$	**<0.001**
	Όχι	62	7.14	4.41		

β, Mann-Whitney

Πόσο πονούσατε λόγω της ασθένειάς σας την τελευταία εβδομάδα;

Επίσης, το άγχος (p-value=0.001) βρέθηκε να διαφέρει σύμφωνα με τη βαρύτητα του πόνου που βίωσαν οι ασθενείς την τελευταία εβδομάδα. Αναλυτικότερα, οι διαφορές εντοπίστηκαν μεταξύ των ασθενών χωρίς πόνο (Μ.Ο.= 5.54 vs. Μ.Ο.= 11.77, p-value=0.012) και ελαφρύ πόνο (Μ.Ο.= 6.13 vs. Μ.Ο.= 11.77, p-value=0.015) σε σχέση με όσους βίωσαν αβάσταχτο πόνο, με τους τελευταίους να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα άγχους (Πίνακας13).

Πίνακας 13 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης της υποκλίμακας του άγχους του ερωτηματολογίου HADS σε σχέση με τη βαρύτητα του πόνου

	Πόσο πονούσατε λόγω της ασθένειάς σας την τελευταία εβδομάδα;	N	Μ.Ο.	Τ.Α.	Statistic	p-value
Άγχος	Καθόλου πόνος	13	5.54	5.35	20.049 $^{\beta}$	**0.001**
	Ελαφρύς	23	6.13	4.00		
	Μέτριος	23	8.78	3.69		

Έντονος	21	9.71	4.04
Πολύ έντονος	13	10.54	5.17
Αβάσταχτος	13	11.77	4.76

α, one-way ANOVA, β, Kruskal Wallis

Πόσα χρόνια έχετε διαγνωστεί;

Παρατηρήθηκε, επίσης, πως ο χρόνος από τότε που διαγνώστηκαν δεν σχετίζεται με τα επίπεδα άγχους, δεν βρέθηκαν διαφορές στις μέσες τιμές σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο στην υποκλίμακα άγχους μεταξύ αυτών που είχαν διαγνωστεί πρόσφατα, σε διάστημα 3-7 ετών, ή και παλαιότερα, παραπάνω από 7 έτη (Πίνακας 14).

Πίνακας 14 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης της υποκλίμακας του άγχους του ερωτηματολογίου HADS σε σχέση με το έτος διάγνωσης

	Πόσα χρόνια έχετε διαγνωστεί;	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Άγχος	Πρόσφατα (<2 έτη)	39	8.10	4.40	0.399 $^{\beta}$	0.819
	Μέση (3-7 έτη)	47	9.17	5.26		
	Παλαιότερα (> 7έτη)	20	8.10	4.24		

β, Kruskal Wallis

Ενεργότητα ρευματοειδούς αρθρίτιδας

Επιπλέον, βρέθηκε πως η ενεργότητα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας σχετίζεται με τα επίπεδα άγχους (p-value=0.008). Αναλυτικότερα, βρέθηκε πως οι ασθενείς με χαμηλή ενεργότητα νόσου παρουσιάζουν μειωμένα επίπεδα άγχους συγκριτικά με τους ασθενείς με υψηλή ενεργότητα (M.O.= 5.86 vs. M.O.= 12.43, p-value=0.008) (Πίνακας 15).

Πίνακας 15 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης της υποκλίμακας άγχους του ερωτηματολογίου HADS σε σχέση με την ενεργότητα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας

		N	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Άγχος	Χαμηλή ενεργότητα	14	5.86	3.66	5.480 $^{\alpha}$	**0.008**
	Μεσαία ενεργότητα	21	8.71	4.86		
	Υψηλή ενεργότητα	7	12.43	3.82		

α, one-way ANOVA

Ηλικία διάγνωσης

Στον Πίνακα 16 παρουσιάζεται ο συντελεστής συσχέτισης για την αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ της ηλικίας διάγνωσης με το σκορ του αξιολογητικού εργαλείου HADS για το άγχος. Δεν βρέθηκε συσχέτιση σε στατιστικά σημαντικό βαθμό μεταξύ της ηλικίας διάγνωσης και του άγχους.

Πίνακας 16 Συσχέτιση της ηλικίας διάγνωσης με το σκορ του αξιολογητικού εργαλείου HADS για το άγχος

	Ηλικία διάγνωσης
Άγχος	0.096

**p<0.01, **p<0.05*

Συνολικό σκορ CD-RISK

Στον Πίνακα 17 παρουσιάζεται ο συντελεστής συσχέτισης της ανθεκτικότητας με το σκορ του αξιολογητικού εργαλείου HADS για το άγχος. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση του άγχους (r=-0.337, p-value<0.05) με την κλίμακα της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Πίνακας 17 Συσχέτιση της ανθεκτικότητας με το σκορ του αξιολογητικού εργαλείου HADS για το άγχος

	Συνολικό σκορ CD-RISK
Άγχος	-0.337**

**p<0.01, **p<0.05*

Στην συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των επιμέρους μεταβλητών, που μελετήθηκαν συγχρόνως με τα επίπεδα άγχους, όπως τα αποτελέσματα της κατάθλιψης, της αλεξιθυμίας, του μετατραυματικού στρες, και της ανθεκτικότητας.

2. Κατάθλιψη

Στον Πίνακα 18 παρουσιάζεται το περιγραφικό μέτρο του σκορ του αξιολογητικού εργαλείου HADS για την κατάθλιψη, που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα. Σχετικά με την υποκλίμακα της κατάθλιψης, η κατάθλιψη βρέθηκε σε ήπια επίπεδα (Μ.Τ.= 8.09).

Πίνακας 18 Περιγραφικό μέτρο για το σκορ του αξιολογητικού εργαλείου HADS για την κατάθλιψη

	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	Ελάχιστη	Μέγιστη
HADS					
Κατάθλιψη	106	8.09	4.36	0.00	18.00

Ηλικία

Στον Πίνακα 19 παρουσιάζεται ο συντελεστής συσχέτισης της ηλικίας με το σκορ του αξιολογητικού εργαλείου HADS για την κατάθλιψη. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με την υποκλίμακα της κατάθλιψης.

Πίνακας 19 Συσχέτιση της ηλικίας με τα σκορ του αξιολογητικού εργαλείου HADS για την κατάθλιψη

	Ηλικία
Κατάθλιψη	0.152

**p<0.01, **p<0.05*

Πάθηση

Στον Πίνακα 20 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από τους ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν προκειμένου να αξιολογηθεί εάν η πάθηση από την οποία πάσχουν οι ασθενείς, ρευματοειδής αρθρίτιδα και συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο τα επίπεδα κατάθλιψης των ασθενών. Όπως παρατηρείται, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα και συστηματικό ερυθηματώδη λύκο.

Πίνακας 20 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της πάθησης των ασθενών και της υποκλίμακας κατάθλιψης του ερωτηματολογίου HADS

	Πάθηση	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Κατάθλιψη	Ρευματοειδή Αρθρίτιδα	42	8.31	4.78	-0.075 $^{\beta}$	0.941
	Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος	64	7.95	4.09		

a, t-test, β, Mann-Whitney

Επίπεδο εκπαίδευσης

Στη συνέχεια, εξετάστηκε αν το επίπεδο της εκπαίδευσης των ασθενών σχετίζεται με την κατάθλιψη. Παρατηρείται ότι η κατάθλιψη δεν βρέθηκε να διαφέρει ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών (Πίνακας 21).

Πίνακας 21 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της εκπαίδευσης και της υποκλίμακας κατάθλιψης του ερωτηματολογίου HADS

	Επίπεδο εκπαίδευσης	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Κατάθλιψη	Δεν έχω ολοκληρώσει το Δημοτικό/ Δημοτικό	22	8.59	4.40	0.381 [α]	0.767
	Γυμνάσιο	16	8.19	4.37		
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Λυκειο/ΙΕΚ)	44	8.25	4.21		
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	24	7.29	4.74		

a, one-way ANOVA

Εργασία

Εξετάστηκε, επίσης, εάν η επαγγελματική τους κατάσταση μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα κατάθλιψης. Δεν βρέθηκαν διαφορές στις μέσες τιμές σε στατιστικά σημαντικό βαθμό της υπο-κλίμακας κατάθλιψης μεταξύ ασθενών που εργάζονταν και αυτών που δεν εργάζονταν (Πίνακας 22).

Πίνακας 22 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της επαγγελματικής κατάστασης και της υποκλίμακας κατάθλιψης του ερωτηματολογίου HADS

	Εργάζεστε	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Κατάθλιψη	Ναι	30	6.87	3.94	-1.864 [β]	0.062
	Όχι	76	8.58	4.45		

a, t-test, β, Mann-Whitney

Έχετε παραλείψει κάποια δόση από τα φάρμακά σας;

Διερευνήθηκε, ακόμη, εάν το να παραλείψουν κάποια δόση από τα φάρμακά τους μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα κατάθλιψης. Παρατηρήθηκε πως υπάρχει σχέση μεταξύ της κατάθλιψης με την παράλειψη της δόσης και πιο συγκεκριμένα ασθενείς που έχουν παραλείψει κάποια δόση εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης στην καθημερινότητά τους (M.O.=8.98 vs. M.O.=7.10, p-value=0.018) (Πίνακας 23).

Πίνακας 23 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης της υποκλίμακας κατάθλιψης του ερωτηματολογίου HADS σε σχέση με το αν έχουν παραλείψει κάποια δόση των φαρμάκων

	Έχετε παραλείψει κάποια δόση από τα φάρμακά σας;	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Κατάθλιψη	Όχι	50	7.10	4.67	-2.368 $^{\beta}$	**0.018**
	Ναι	56	8.98	3.89		

β, Mann-Whitney

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες παρουσιάσατε επιδείνωση των χρόνιων συμπτωμάτων σας;

Βρέθηκε, επίσης, πως οι ασθενείς που παρουσίασαν επιδείνωση των χρόνιων συμπτωμάτων τους τις τελευταίες δύο εβδομάδες, εμφάνισαν και υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης (M.O.= 9.41 vs. M.O.= 7.16, p-value=0.023) (Πίνακας 24).

Πίνακας 24 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης της υποκλίμακας κατάθλιψης του ερωτηματολογίου HADS σε σχέση με το αν παρουσίασαν επιδείνωση των συμπτωμάτων τους

	Τις τελευταίες 2 εβδομάδες παρουσιάσατε επιδείνωση των χρόνιων συμπτωμάτων σας;	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Κατάθλιψη	Ναι	44	9.41	4.67	-2.280 $^{\beta}$	**0.023**
	Όχι	62	7.16	3.90		

β, Mann-Whitney

Πόσο πονούσατε λόγω της ασθένειάς σας την τελευταία εβδομάδα;

Επίσης, η κατάθλιψη (p-value<0.001) βρέθηκε να διαφέρει σύμφωνα με τη βαρύτητα του πόνου που βίωσαν οι ασθενείς την τελευταία εβδομάδα. Αναλυτικότερα, οι ασθενείς χωρίς πόνο φάνηκε να εκδηλώνουν τα χαμηλότερα επίπεδα συγκριτικά με τους ασθενείς με μέτριο πόνο (M.O.= 4.38 vs. M.O.= 9.57, p-value=0.004), με πολύ έντονο πόνο (M.O.= 4.38 vs. M.O.= 10.15, p-value=0.005) και με αβάσταχτο πόνο (M.O.= 4.38 vs. M.O.= 10.23, p-value=0.004) (Πίνακας 25).

Πίνακας 4 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης της υποκλίμακας κατάθλιψης του ερωτηματολογίου HADS σε σχέση με τη βαρύτητα του πόνου

	Πόσο πονούσατε λόγω της ασθένειάς σας την τελευταία εβδομάδα;	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Κατάθλιψη	Καθόλου πόνος	13	4.38	3.25	5.545 [α]	**<0.001**
	Ελαφρύς	23	6.13	3.61		
	Μέτριος	23	9.57	3.38		
	Έντονος	21	8.33	4.41		
	Πολύ έντονος	13	10.15	4.45		
	Αβάσταχτος	13	10.23	4.75		

α, one-way ANOVA, β, Kruskal Wallis

Πόσα χρόνια έχετε διαγνωστεί;

Παρατηρήθηκε, επίσης, πως ο χρόνος από τότε που διαγνώστηκαν σχετίζεται με τα επίπεδα κατάθλιψης, καθώς βρέθηκαν πως όσοι είχαν διαγνωστεί παλαιότερα, παραπάνω από 7 έτη, εμφάνισαν χαμηλότερη κατάθλιψη σε σχέση με όσους είχαν διαγνωστεί από 3-7 έτη (M.O.= 6.55 vs. M.O.= 9.36, p-value=0.029) (Πίνακας 26).

Πίνακας 26 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης της υποκλίμακας κατάθλιψης του ερωτηματολογίου HADS σε σχέση με το έτος διάγνωσης

	Πόσα χρόνια έχετε διαγνωστεί;	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Κατάθλιψη	Πρόσφατα (<2 έτη)	39	7.36	4.32	7.112 [β]	**0.029**
	Μέση (3-7 έτη)	47	9.36	4.51		
	Παλαιότερα (> 7έτη)	20	6.55	3.28		

β, Kruskal Wallis

Ενεργότητα ρευματοειδούς αρθρίτιδας

Επιπλέον, βρέθηκε πως η ενεργότητα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας σχετίζεται με τα επίπεδα κατάθλιψης (p-value=0.004). Αναλυτικότερα, βρέθηκε πως οι ασθενείς με χαμηλή ενεργότητα έχουν μειωμένα επίπεδα κατάθλιψης σε σχέση με τους ασθενείς με υψηλή ενεργότητα (M.O.= 5.93 vs. M.O.= 13.00, p-value=0.004) (Πίνακας 27).

Πίνακας 27 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης της υποκλίμακας κατάθλιψης του ερωτηματολογίου HADS σε σχέση με την ενεργότητα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας

		N	M.O.	T.A.	Statistic	p-value
Κατάθλιψη	Χαμηλή ενεργότητα	14	5.93	4.18	6.450 [α]	**0.004**
	Μεσαία ενεργότητα	21	8.33	4.32		
	Υψηλή ενεργότητα	7	13.00	4.20		

a, one-way ANOVA

Ηλικία διάγνωσης

Στον Πίνακα 28 παρουσιάζεται ο συντελεστής συσχέτισης για την αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ της ηλικίας διάγνωσης με το σκορ του αξιολογητικού εργαλείου HADS για την κατάθλιψη. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση της ηλικίας διάγνωσης με την κατάθλιψη (r=0.218, p-value<0.05), υποδηλώνοντας πως σε όσο μεγαλύτερη ηλικία έγινε η διάγνωση της νόσου τόσο υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης παρατηρήθηκαν.

Πίνακας 28 Συσχέτιση της ηλικίας διάγνωσης με το σκορ του αξιολογητικού εργαλείου HADS για την κατάθλιψη

	Ηλικία διάγνωσης
Κατάθλιψη	0.218*

**p<0.01, **p<0.05*

Συνολικό σκορ CD-RISK

Στον Πίνακα 29 παρουσιάζεται ο συντελεστής συσχέτισης της ανθεκτικότητας με το σκορ του αξιολογητικού εργαλείου HADS για την κατάθλιψη. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση της κατάθλιψης (r=-0.399, p-value<0.05) με την κλίμακα της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Πίνακας 29 Συσχέτιση της ανθεκτικότητας με το σκορ του αξιολογητικού εργαλείου HADS για την κατάθλιψη

	Συνολικό σκορ CD-RISK
Κατάθλιψη	-0.399**

**p<0.01, **p<0.05*

3. ***Αλεξιθυμία***

Στον Πίνακα 30 παρουσιάζεται το περιγραφικό μέτρο του συνολικού σκορ, καθώς και των υποκλιμάκων του αξιολογητικού εργαλείου TAS20 για την αλεξιθυμία, που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα. Σχετικά με την κλίμακα της αλεξιθυμίας, το συνολικό μέσο σκορ υποδηλώνει πιθανή αλεξιθυμία (Μ.Τ.=54.89).

Πίνακας 30 Περιγραφικό μέτρο για το σκορ του αξιολογητικού εργαλείου TAS20 για την αλεξιθυμία

	N	**Μέση τιμή**	**Τυπ. Απόκλιση**	**Ελάχιστη**	**Μέγιστη**
TAS 20					
Δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων	106	14.40	4.68	5.00	24.00
Δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων	106	20.29	6.49	7.00	35.00
Εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη	106	20.20	4.52	10.00	29.00
Συνολικό σκορ TAS 20	106	54.89	12.12	31.00	80.00

Ηλικία

Παρουσιάζεται, επίσης, ο συντελεστής συσχέτισης της ηλικίας με τα σκορ του αξιολογητικού εργαλείου TAS20 για την αλεξιθυμία. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση της ηλικίας με την υπο-κλίμακα «Δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων» (r=0.196, p-value<0.01), με την υπο-κλίμακα «Εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη» (r=0.349, p-value<0.05) και το συνολικό σκορ TAS 20 (r=0.284, p-value<0.05), υποδηλώνοντας πως οι μεγαλύτερες ηλικίες συνδέονται και με υψηλότερα επίπεδα αλεξιθυμίας (Πίνακας 31).

Πίνακας 31 Συσχέτιση της ηλικίας με τα σκορ του αξιολογητικού εργαλείου TAS20 για την αλεξιθυμία

	Ηλικία
Δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων	0.183
Δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων	0.196*
Εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη	0.349**
Συνολικό σκορ TAS 20	0.284**

**p<0.01, **p<0.05*

Πάθηση

Τα αποτελέσματα από τους ελέγχους που πραγματοποιήθηκαν προκειμένου να αξιολογηθεί εάν η πάθηση από την οποία πάσχουν οι ασθενείς, ρευματοειδής αρθρίτιδα και συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο την αλεξιθυμία των ασθενών έδειξαν ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα και συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (Πίνακας 32).

Πίνακας 32 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της πάθησης των ασθενών και των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου TAS 20

	Πάθηση	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων	Ρευματοειδή Αρθρίτιδα	42	13.81	4.78	-1.047 $^{\alpha}$	0.297
	Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος	64	14.78	4.60		
Δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων	Ρευματοειδή Αρθρίτιδα	42	19.88	6.07	-0.527 $^{\beta}$	0.599
	Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος	64	20.56	6.78		
Εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη	Ρευματοειδή Αρθρίτιδα	42	20.81	4.82	-1.270 $^{\beta}$	0.204
	Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος	64	19.80	4.30		
Συνολικό σκορ TAS 20	Ρευματοειδή Αρθρίτιδα	42	54.50	11.77	-0.265 $^{\alpha}$	0.792
	Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος	64	55.14	12.43		

a, t-test, β, Mann-Whitney

Επίπεδο εκπαίδευσης

Στη συνέχεια, εξετάστηκε αν το επίπεδο της εκπαίδευσης των ασθενών σχετίζεται την αλεξιθυμία. Παρατηρήθηκε ότι η δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων (p-value=0.002), η εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη (p-value<0.001) και η συνολική βαθμολογία TAS 20 (p-value=0.003) βρέθηκαν να διαφέρουν ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών. Αναλυτικότερα, παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς που έχουν ολοκληρώσει την τριτοβάθμια εκπαίδευση ή έχουν αποκτήσει μεταπτυχιακό ή διδακτορικό δίπλωμα παρουσιάζουν μικρότερη δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων συγκριτικά με ασθενείς που είτε δεν έχουν ολοκληρώσει το δημοτικό, είτε έχουν ολοκληρώσει μόνον το δημοτικό (M.T.= 11.71 vs. M.T.= 15.91, p-value=0.011), είτε έχουν τελειώσει το γυμνάσιο (M.T.= 11.71 vs. M.T.= 16.81, p-value=0.003). Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα και για το συνολικό σκορ TAS 20,

με τους απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ή κατόχους μεταπτυχιακού/ διδακτορικού διπλώματος να εμφανίζουν μειωμένα επίπεδα αλεξιθυμίας συγκριτικά με ασθενείς που είτε δεν έχουν ολοκληρώσει το δημοτικό, είτε το έχουν ολοκληρώσει (Μ.Τ.= 48.71 vs. Μ.Τ.= 60.36, p-value=0.005), είτε έχουν τελειώσει το γυμνάσιο (Μ.Τ.= 48.71 vs. Μ.Τ.= 59.19, p-value=0.034). Επιπλέον, σχετικά με την υπο-κλίμακα της εξωτερικά προσανατολισμένης σκέψης, οι ασθενείς που δεν έχουν ολοκληρώσει το δημοτικό και που έχουν ολοκληρώσει μόνον το δημοτικό έχουν υψηλότερη μέση τιμή συγκριτικά με τους ασθενείς που έχουν ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση (Μ.Τ.= 23.32 vs. Μ.Τ.= 19.89, p-value=0.002) καθώς και με τους ασθενείς απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης ή κατόχους μεταπτυχιακού/ διδακτορικού διπλώματος (Μ.Τ.= 23.32 vs. Μ.Τ.= 17.54, p-value<0.001) (Πίνακας 33).

Πίνακας 33 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της εκπαίδευσης και των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου TAS 20

	Επίπεδο εκπαίδευσης	**N**	**Μ.Ο.**	**Τ.Α.**	**Statistic**	**p-value**
Δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων	Δεν έχω ολοκληρώσει το Δημοτικό/ Δημοτικό	22	15.91	4.64	15.142 $^{\beta}$	**0.002**
	Γυμνάσιο	16	16.81	4.05		
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Λυκειο/ΙΕΚ)	44	14.23	4.48		
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	24	11.71	4.25		
Δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων	Δεν έχω ολοκληρώσει το Δημοτικό/ Δημοτικό	22	21.14	5.75	0.546 $^{\alpha}$	0.652
	Γυμνάσιο	16	21.63	6.22		
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Λυκειο/ΙΕΚ)	44	19.84	7.35		
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	24	19.46	5.71		
Εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη	Δεν έχω ολοκληρώσει το Δημοτικό/ Δημοτικό	22	23.32	2.87	7.628 $^{\alpha}$	**<0.001**
	Γυμνάσιο	16	20.75	4.34		
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Λυκειο/ΙΕΚ)	44	19.89	4.26		
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	24	17.54	4.73		
Συνολικό σκορ TAS 20	Δεν έχω ολοκληρώσει το Δημοτικό/ Δημοτικό	22	60.36	8.94	13.756 $^{\beta}$	**0.003**
	Γυμνάσιο	16	59.19	10.60		
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Λυκειο/ΙΕΚ)	44	53.95	13.00		
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	24	48.71	11.21		

a, one-way ANOVA, β, Kruskal Wallis

Εργασία

Εξετάστηκε, επίσης, εάν η επαγγελματική τους κατάσταση μπορεί να συσχετιστεί με την αλεξιθυμία. Βρέθηκε πως όσοι δεν εργάζονται έχουν υψηλότερη μέση τιμή σε στατιστικά

σημαντικό βαθμό της υπο-κλίμακας «Δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων» (Μ.Ο.=15.39 vs. Μ.Ο.=11.87, p-value<0.001), «Δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων» (Μ.Ο.= 21.16 vs. Μ.Ο.= 18.10, p-value=0.028), «Εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη» (Μ.Ο.= 20.87 vs. Μ.Ο.= 18.50, p-value=0.012) και του συνολικού σκορ TAS 20 (Μ.Ο.= 57.42 vs. Μ.Ο.= 48.47, p-value<0.001), υποδηλώνοντας πως όσοι δεν εργάζονται έχουν υψηλότερα επίπεδα αλεξιθυμίας συγκριτικά με τους ασθενείς που εργάζονται (Πίνακας 34).

Πίνακας 34 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της επαγγελματικής κατάστασης και των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου TAS 20

	Εργάζεστε	**N**	**Μ.Ο.**	**Τ.Α.**	**Statistic**	**p-value**
Δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων	Ναι	30	11.87	4.27	-3.543 $^{\beta}$	**<0.001**
	Όχι	76	15.39	4.47		
Δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων	Ναι	30	18.10	6.07	-2.191 $^{\beta}$	**0.028**
	Όχι	76	21.16	6.48		
Εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη	Ναι	30	18.50	4.29	-2.500 $^{\beta}$	**0.012**
	Όχι	76	20.87	4.46		
Συνολικό σκορ TAS 20	Ναι	30	48.47	10.79	-3.618 $^{\alpha}$	**<0.001**
	Όχι	76	57.42	11.73		

α, t-test, β, Mann-Whitney

Έχετε παραλείψει κάποια δόση από τα φάρμακά σας;

Επιπλέον, στην εξέταση, εάν η παράλειψη δόσης σχετίζεται με διαφορετικά επίπεδα αλεξιθυμίας, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα (Πίνακας 35).

Πίνακας 35 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου TAS 20 σε σχέση με το αν έχουν παραλείψει κάποια δόση των φαρμάκων

	Έχετε παραλείψει κάποια δόση από τα φάρμακά σας;	**N**	**Μ.Ο.**	**Τ.Α.**	**Statistic**	**p-value**
Δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων	Όχι	50	13.72	4.61	-1.415 $^{\beta}$	0.157
	Ναι	56	15.00	4.69		
Δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων	Όχι	50	19.60	6.02	-1.255 $^{\beta}$	0.209
	Ναι	56	20.91	6.87		
Εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη	Όχι	50	19.48	4.46	-1.577 $^{\beta}$	0.115
	Ναι	56	20.84	4.51		
Συνολικό σκορ TAS	Όχι	50	52.80	11.81	-1.690 $^{\alpha}$	0.094

20	Ναι	56	56.75	12.19

a, t-test, β, Mann-Whitney

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες παρουσιάσατε επιδείνωση των χρόνιων συμπτωμάτων σας;

Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την αλεξιθυμία σύμφωνα με την επιδείνωση ή όχι των χρόνιων συμπτωμάτων των ασθενών κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες (Πίνακας 36).

Πίνακας 36 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου TAS 20 σε σχέση με το αν παρουσίασαν επιδείνωση των συμπτωμάτων τους

	Τις τελευταίες 2 εβδομάδες παρουσιάσατε επιδείνωση των χρόνιων συμπτωμάτων σας;	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων	Ναι	44	15.25	4.74	-1.465 β	0.143
	Όχι	62	13.79	4.57		
Δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων	Ναι	44	21.16	6.84	1.161 α	0.248
	Όχι	62	19.68	6.20		
Εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη	Ναι	44	20.25	4.24	-0.087 β	0.931
	Όχι	62	20.16	4.74		
Συνολικό σκορ TAS 20	Ναι	44	56.66	11.84	-1.219 β	0.223
	Όχι	62	53.63	12.26		

a, t-test, β, Mann-Whitney

Πόσο πονούσατε λόγω της ασθένειάς σας την τελευταία εβδομάδα;

Η αλεξιθυμία δε βρέθηκε να διαφέρει σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ανάλογα με τη βαρύτητα του πόνου που βίωσαν οι ασθενείς την τελευταία εβδομάδα (Πίνακας 37).

Πίνακας 37 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου TAS 20 σε σχέση με τη βαρύτητα του πόνου

	Πόσο πονούσατε λόγω της ασθένειάς σας την τελευταία εβδομάδα;	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων	Καθόλου πόνος	13	12.31	5.01	1.316 α	0.263
	Ελαφρύς	23	13.39	5.27		
	Μέτριος	23	15.04	3.83		

	Έντονος	21	15.86	4.63		
	Πολύ έντονος	13	14.08	3.73		
	Αβάσταχτος	13	15.08	5.19		
	Καθόλου πόνος	13	15.77	7.04	2.133 α	0.068
Δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων	Ελαφρύς	23	19.39	5.81		
	Μέτριος	23	21.13	5.29		
	Έντονος	21	21.48	6.11		
	Πολύ έντονος	13	20.31	6.25		
	Αβάσταχτος	13	23.00	8.27		
	Καθόλου πόνος	13	19.77	4.48	1.535 β	0.909
Εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη	Ελαφρύς	23	20.52	5.12		
	Μέτριος	23	20.30	4.82		
	Έντονος	21	20.76	3.56		
	Πολύ έντονος	13	18.92	4.91		
	Αβάσταχτος	13	20.23	4.48		
	Καθόλου πόνος	13	47.85	12.91	8.319 β	0.139
Συνολικό σκορ TAS 20	Ελαφρύς	23	53.30	13.13		
	Μέτριος	23	56.48	9.89		
	Έντονος	21	58.10	10.69		
	Πολύ έντονος	13	53.31	12.56		
	Αβάσταχτος	13	58.31	13.38		

α, one-way ANOVA, β, Kruskal Wallis

Πόσα χρόνια έχετε διαγνωστεί;

Ο χρόνος από τότε που διαγνώστηκαν δεν σχετίζεται με τα επίπεδα αλεξιθυμίας (Πίνακας 38).

Πίνακας 38 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου TAS 20 σε σχέση με το έτος διάγνωσης

	Πόσα χρόνια έχετε διαγνωστεί;	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων	Πρόσφατα (<2 έτη)	39	14.00	4.87	0.222 α	0.802
	Μέση (3-7 έτη)	47	14.60	4.83		
	Παλαιότερα (> 7έτη)	20	14.70	4.05		
Δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων	Πρόσφατα (<2 έτη)	39	20.13	5.70	0.045 β	0.978
	Μέση (3-7 έτη)	47	20.49	7.26		
	Παλαιότερα (> 7έτη)	20	20.15	6.29		
Εξωτερικά	Πρόσφατα (<2 έτη)	39	20.85	4.50	1.233 β	0.540

προσανατολισμένη σκέψη	Μέση (3-7 έτη)	47	19.77	4.15		
	Παλαιότερα (> 7έτη)	20	19.95	5.41		
	Πρόσφατα (<2 έτη)	39	54.97	10.72	0.002 α	0.998
Συνολικό σκορ TAS 20	Μέση (3-7 έτη)	47	54.85	13.08		
	Παλαιότερα (> 7έτη)	20	54.80	12.96		

a, one-way ANOVA, β, Kruskal Wallis

Ενεργότητα ρευματοειδούς αρθρίτιδας

Σχετικά με την αλεξιθυμία των ασθενών, βρέθηκε, επίσης, πως υπάρχει διαφορά στη δυσκολία αναγνώρισης των συναισθημάτων (p-value=0.003) μεταξύ των ασθενών με χαμηλή και υψηλή ενεργότητα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, με τους τελευταίους να παρουσιάζουν μεγαλύτερη δυσκολία αναγνώρισης των συναισθημάτων (Μ.Ο.= 26.00 vs. Μ.Ο.= 16.79, p-value=0.003) (Πίνακας 39).

Πίνακας 39 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου TAS 20 σε σχέση με την ενεργότητα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας

		N	**Μ.Ο.**	**Τ.Α.**	**Statistic**	**p-value**
Δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων	Χαμηλή ενεργότητα	14	11.71	3.99	2.730 α	0.078
	Μεσαία ενεργότητα	21	14.33	5.01		
	Υψηλή ενεργότητα	7	16.43	4.35		
Δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων	Χαμηλή ενεργότητα	14	16.79	5.19	6.935 α	**0.003**
	Μεσαία ενεργότητα	21	19.90	5.72		
	Υψηλή ενεργότητα	7	26.00	4.28		
Εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη	Χαμηλή ενεργότητα	14	21.71	5.12	0.359 α	0.701
	Μεσαία ενεργότητα	21	20.33	4.73		
	Υψηλή ενεργότητα	7	20.43	5.00		
Συνολικό σκορ TAS 20	Χαμηλή ενεργότητα	14	50.21	10.36	2.946 α	0.064
	Μεσαία ενεργότητα	21	54.57	12.41		
	Υψηλή ενεργότητα	7	62.86	8.78		

a, one-way ANOVA

Ηλικία διάγνωσης

Στον Πίνακα 40 παρουσιάζεται ο συντελεστής συσχέτισης για την αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ της ηλικίας διάγνωσης με το συνολικό σκορ και την βαθμολογία στις υποκλίμακες του αξιολογητικού εργαλείου TAS20 για την αλεξιθυμία. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση της ηλικίας διάγνωσης με την κατάθλιψη (r=0.218, p-value<0.05), με την υπο-κλίμακα «Δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων» (r=0.221, p-

value<0.01), με την υπο-κλίμακα «Εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη» (r=0.328, p-value<0.05) και το συνολικό σκορ TAS 20 (r=0.277, p-value<0.05), υποδηλώνοντας πως σε όσο μεγαλύτερη ηλικία έγινε η διάγνωση της νόσου τόσο υψηλότερα επίπεδα αλεξιθυμίας παρατηρήθηκαν καθώς και κατάθλιψης.

Πίνακας 40 Συσχέτιση της ηλικίας διάγνωσης με το σκορ του αξιολογητικού εργαλείου TAS20 για την αλεξιθυμία

	Ηλικία διάγνωσης
Δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων	0.127
Δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων	0.221*
Εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη	0.328**
Συνολικό σκορ TAS 20	0.277**

**p<0.01, **p<0.05*

Συνολικό σκορ CD-RISK

Στον Πίνακα 41 παρουσιάζεται ο συντελεστής συσχέτισης της ανθεκτικότητας με το σκορ του αξιολογητικού εργαλείου TAS20 για την αλεξιθυμία. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση της δυσκολίας έκφρασης συναισθημάτων (r=-0.217, p-value<0.01), της δυσκολίας αναγνώρισης συναισθημάτων (r=-0.223, p-value<0.01) και του συνολικού σκορ TAS20 (r=-0.254, p-value<0.05) με την κλίμακα της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Πίνακας 41 Συσχέτιση της ανθεκτικότητας με το σκορ του αξιολογητικού εργαλείου TAS20 για την αλεξιθυμία

	Συνολικό σκορ CD-RISK
Δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων	-0.217*
Δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων	-0.223*
Εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη	-0.109
Συνολικό σκορ TAS 20	-0.254**

**p<0.01, **p<0.05*

4. ***Μετατραυματικό στρες***

Η συνολική κλίμακα μέτρησης των συμπτωμάτων του μετα-τραυματικού στρες υποδεικνύει υψηλά επίπεδα συμπτωματολογίας (Μ.Τ.=4.89) (Πίνακας 42).

Πίνακας 52 Περιγραφικό μέτρο για το σκορ του αξιολογητικού εργαλείου IES-R για το μετατραυματικό στρες

	N	Μέση τιμή	Τυπ. Απόκλιση	Ελάχιστη	Μέγιστη
IES-R					
Αποφυγή	106	1.69	0.89	0.00	3.50
Αναβίωση	106	1.57	0.94	0.00	3.38
Υπερδιέγερση	106	1.63	1.11	0.00	4.00
Συνολικό σκορ IES R	106	4.89	2.65	0.00	10.17

Ηλικία

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με το μετατραυματικό στρες (Πίνακας 43).

Πίνακας 43 Συσχέτιση της ηλικίας με το σκορ του αξιολογητικού εργαλείου IES-R

	Ηλικία
Αποφυγή	0.168
Αναβίωση	0.156
Υπερδιέγερση	0.109
Συνολικό σκορ IES R	0.169

**p<0.01, **p<0.05*

Πάθηση

Δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα και συστηματικό ερυθηματώδη λύκο στις υποκλίμακες και το συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου IES-R για το μετατραυματικό στρες (Πίνακας 44).

Πίνακας 44 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της πάθησης των ασθενών και των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου IES R

	Πάθηση	N	M.O.	T.A.	Statistic	p-value
Αποφυγή	Ρευματοειδή Αρθρίτιδα	42	1.59	0.95	-0.883 [α]	0.379
	Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος	64	1.75	0.85		
Αναβίωση	Ρευματοειδή Αρθρίτιδα	42	1.47	0.95	-0.820 [α]	0.414
	Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος	64	1.63	0.94		

Υπερδιέγερση	Ρευματοειδή Αρθρίτιδα	42	1.57	1.07	-0.560 β	0.576
	Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος	64	1.68	1.15		
Συνολικό σκορ IES R	Ρευματοειδή Αρθρίτιδα	42	4.63	2.66	-0.795 α	0.428
	Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος	64	5.05	2.65		

a, t-test, β, Mann-Whitney

Επίπεδο εκπαίδευσης

Παρατηρήθηκε ότι η αποφυγή, η αναβίωση, η υπερδιέγερση, και το συνολικό σκορ IES-R δεν βρέθηκαν να διαφέρουν ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών (Πίνακας 45).

Πίνακας 45 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της εκπαίδευσης και των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου IES R

	Επίπεδο εκπαίδευσης	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Αποφυγή	Δεν έχω ολοκληρώσει το Δημοτικό/ Δημοτικό	22	1.77	0.72	0.670 α	0.572
	Γυμνάσιο	16	1.84	0.79		
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Λυκειο/ΙΕΚ)	44	1.70	0.94		
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	24	1.48	0.99		
Αναβίωση	Δεν έχω ολοκληρώσει το Δημοτικό/ Δημοτικό	22	1.65	0.80	0.259 α	0.855
	Γυμνάσιο	16	1.65	1.05		
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Λυκειο/ΙΕΚ)	44	1.57	0.96		
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	24	1.43	0.99		
Υπερδιέγερση	Δεν έχω ολοκληρώσει το Δημοτικό/ Δημοτικό	22	1.70	1.07	1.617 β	0.655
	Γυμνάσιο	16	1.86	1.08		
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Λυκειο/ΙΕΚ)	44	1.63	1.07		
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	24	1.44	1.27		
Συνολικό σκορ IES R	Δεν έχω ολοκληρώσει το Δημοτικό/ Δημοτικό	22	5.12	2.23	0.549 α	0.650
	Γυμνάσιο	16	5.36	2.51		
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Λυκειο/ΙΕΚ)	44	4.89	2.72		
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	24	4.35	3.01		

a, one-way ANOVA, β, Kruskal Wallis

Εργασία

Η εργασία δε φάνηκε να συσχετίζεται με τις υποκλίμακες και το συνολικό σκορ του ερωτηματολογίου IES-R (Πίνακας 46).

Πίνακας 46 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της επαγγελματικής κατάστασης και των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου IES R

	Εργάζεστε	**N**	**Μ.Ο.**	**Τ.Α.**	**Statistic**	**p-value**
Αποφυγή	Ναι	30	1.54	0.93	-1.055 α	0.294
	Όχι	76	1.74	0.87		
Αναβίωση	Ναι	30	1.33	0.96	-1.608 α	0.111
	Όχι	76	1.66	0.93		
Υπερδιέγερση	Ναι	30	1.33	1.09	-1.762 α	0.081
	Όχι	76	1.75	1.11		
Συνολικό σκορ IES R	Ναι	30	4.21	2.66	-1.668 α	0.098
	Όχι	76	5.15	2.61		

a, t-test, β, Mann-Whitney

Έχετε παραλείψει κάποια δόση από τα φάρμακά σας;

Επιπλέον, βρέθηκε πως η παράλειψη δόσης σχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα υπερδιέγερσης ως σύμπτωμα μετατραυματικού στρες (Μ.Ο.= 1.92 vs. Μ.Ο.= 1.32, p-value=0.007) (Πίνακας 47).

Πίνακας 47 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου IES R σε σχέση με το αν έχουν παραλείψει κάποια δόση των φαρμάκων

	Έχετε παραλείψει κάποια δόση από τα φάρμακά σας;	**N**	**Μ.Ο.**	**Τ.Α.**	**Statistic**	**p-value**
Αποφυγή	Όχι	50	1.64	0.93	-0.561 α	0.576
	Ναι	56	1.73	0.85		
Αναβίωση	Όχι	50	1.41	1.01	-1.595 α	0.114
	Ναι	56	1.70	0.87		
Υπερδιέγερση	Όχι	50	1.32	1.13	-2.685 β	**0.007**
	Ναι	56	1.92	1.03		
Συνολικό σκορ IES R	Όχι	50	4.36	2.74	-1.941 α	0.055
	Ναι	56	5.35	2.50		

a, t-test, β, Mann-Whitney

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες παρουσιάσατε επιδείνωση των χρόνιων συμπτωμάτων σας;

Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν ως προς τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες, καθώς οι ασθενείς με επιδείνωση των χρόνιων συμπτωμάτων τους κατά τις τελευταίες

δύο εβδομάδες εμφάνισαν αυξημένα επίπεδα αναβίωσης του τραυματικού γεγονότος (Μ.Ο.= 2.00 vs. Μ.Ο.= 1.26, p-value<0.001), της υπερδιέγερσης (Μ.Ο.= 2.12 vs. Μ.Ο.= 1.29, p-value<0.001) καθώς και του συνολικού σκορ IER (Μ.Ο.= 5.95 vs. Μ.Ο.= 4.13, p-value<0.001), υποδηλώνοντας πως η επιδείνωση των χρόνιων συμπτωμάτων επιδεινώνει και τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες (Πίνακας 48).

Πίνακας 48 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου IES R σε σχέση με το αν παρουσίασαν επιδείνωση των συμπτωμάτων τους

	Τις τελευταίες 2 εβδομάδες παρουσιάσατε επιδείνωση των χρόνιων συμπτωμάτων σας;	**N**	**Μ.Ο.**	**Τ.Α.**	**Statistic**	**p-value**
Αποφυγή	Ναι	44	1.83	0.74	-1.335 $^{\beta}$	0.182
	Όχι	62	1.58	0.97		
Αναβίωση	Ναι	44	2.00	0.90	4.312 $^{\alpha}$	**<0.001**
	Όχι	62	1.26	0.86		
Υπερδιέγερση	Ναι	44	2.12	1.07	-3.777 $^{\beta}$	**<0.001**
	Όχι	62	1.29	1.02		
Συνολικό σκορ IES R	Ναι	44	5.95	2.46	3.674 $^{\alpha}$	**<0.001**
	Όχι	62	4.13	2.54		

α, t-test, β, Mann-Whitney

Πόσο πονούσατε λόγω της ασθένειάς σας την τελευταία εβδομάδα;

Στατιστικά σημαντικές διαφορές βρέθηκαν για τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες ως προς την κλίμακα αναβίωσης (p-value=0.007), υπερδιέγερσης (p-value=0.002) και του συνολικού σκορ IER (p-value=0.004) ανάλογα με τη βαρύτητα του πόνου που βίωσαν οι ασθενείς την τελευταία εβδομάδα. Αναλυτικότερα, παρατηρήθηκαν υψηλότερα επίπεδα αναβίωσης στους ασθενείς με αβάσταχτο πόνο σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς πόνο (Μ.Ο.= 2.05 vs. Μ.Ο.= 0.99, p-value=0.048). Σε σχέση με την υπερδιέγερση, οι διαφορές εντοπίστηκαν μεταξύ των ασθενών με ελαφρύ και αβάσταχτο πόνο (Μ.Ο.= 1.01 vs. Μ.Ο.= 2.27, p-value=0.019), με τους τελευταίους να εμφανίζουν αυξημένη διέγερση. Τέλος, με βάση το συνολικό σκορ IER, οι ασθενείς με ελαφρύ πόνο εμφάνισαν χαμηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες σε σχέση με τους ασθενείς που βίωσαν έντονο (Μ.Ο.= 3.59 vs. Μ.Ο.= 5.83, p-value=0.040) ή αβάσταχτο πόνο (Μ.Ο.= 3.59 vs. Μ.Ο.= 6.12, p-value=0.048) (Πίνακας 49).

Πίνακας 49 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου IES R σε σχέση με τη βαρύτητα του πόνου

	Πόσο πονούσατε λόγω της ασθένειάς σας την τελευταία εβδομάδα;	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Αποφυγή	Καθόλου πόνος	13	1.33	0.95	1.929 [α]	0.096
	Ελαφρύς	23	1.40	1.06		
	Μέτριος	23	1.84	0.78		
	Έντονος	21	2.05	0.68		
	Πολύ έντονος	13	1.57	0.88		
	Αβάσταχτος	13	1.80	0.82		
Αναβίωση	Καθόλου πόνος	13	0.99	1.01	15.804 [β]	**0.007**
	Ελαφρύς	23	1.17	0.98		
	Μέτριος	23	1.61	0.71		
	Έντονος	21	1.83	0.93		
	Πολύ έντονος	13	1.86	0.91		
	Αβάσταχτος	13	2.05	0.82		
Υπερδιέγερση	Καθόλου πόνος	13	1.03	1.19	19.553 [β]	**0.002**
	Ελαφρύς	23	1.01	1.00		
	Μέτριος	23	1.70	0.80		
	Έντονος	21	1.95	1.11		
	Πολύ έντονος	13	2.06	1.07		
	Αβάσταχτος	13	2.27	1.13		
Συνολικό σκορ IES R	Καθόλου πόνος	13	3.34	2.92	3.688 [α]	**0.004**
	Ελαφρύς	23	3.59	2.60		
	Μέτριος	23	5.16	2.04		
	Έντονος	21	5.83	2.43		
	Πολύ έντονος	13	5.49	2.67		
	Αβάσταχτος	13	6.12	2.53		

α, one-way ANOVA, β, Kruskal Wallis

Πόσα χρόνια έχετε διαγνωστεί;

Παρατηρήθηκε, επίσης, πως ο χρόνος από τότε που διαγνώστηκαν δε σχετίζεται με τα επίπεδα μετατραυματικού στρες (Πίνακας 50).

Πίνακας 50 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου IES R σε σχέση με το έτος διάγνωσης

	Πόσα χρόνια έχετε διαγνωστεί;	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Αποφυγή	Πρόσφατα (<2 έτη)	39	1.64	0.81	0.069 [α]	0.933
	Μέση (3-7 έτη)	47	1.71	0.92		

	Παλαιότερα (> 7έτη)	20	1.72	1.00		
	Πρόσφατα (<2 έτη)	39	1.53	0.93	0.075 α	0.927
Αναβίωση	Μέση (3-7 έτη)	47	1.57	0.97		
	Παλαιότερα (> 7έτη)	20	1.63	0.96		
	Πρόσφατα (<2 έτη)	39	1.61	1.03	0.177 β	0.915
Υπερδιέγερση	Μέση (3-7 έτη)	47	1.68	1.23		
	Παλαιότερα (> 7έτη)	20	1.58	1.02		
	Πρόσφατα (<2 έτη)	39	4.78	2.40	0.053 α	0.949
Συνολικό σκορ IES R	Μέση (3-7 έτη)	47	4.96	2.85		
	Παλαιότερα (> 7έτη)	20	4.93	2.75		

a, one-way ANOVA, β, Kruskal Wallis

Ενεργότητα ρευματοειδούς αρθρίτιδας

Όσον αφορά τα συμπτώματα του μετατραυματικού στρες, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην κλίμακα της υπερδιέγερσης (p-value=0.034) ανάλογα με τον βαθμό ενεργότητας της ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Αναλυτικότερα, προέκυψε ότι ασθενείς με υψηλή ενεργότητα νόσου παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα υπερδιέγερσης συγκριτικά με ασθενείς με χαμηλή ενεργότητα (Μ.Ο.= 2.26 vs. Μ.Ο.= 1.05, p-value=0.034) (Πίνακας 51).

Πίνακας 51 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου IES R σε σχέση με την ενεργότητα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας

		N	**Μ.Ο.**	**Τ.Α.**	**Statistic**	**p-value**
Αποφυγή	Χαμηλή ενεργότητα	14	1.48	1.09	0.145 α	0.866
	Μεσαία ενεργότητα	21	1.66	0.96		
	Υψηλή ενεργότητα	7	1.61	0.63		
Αναβίωση	Χαμηλή ενεργότητα	14	1.13	0.88	2.496 α	0.096
	Μεσαία ενεργότητα	21	1.51	1.03		
	Υψηλή ενεργότητα	7	2.07	0.57		
Υπερδιέγερση	Χαμηλή ενεργότητα	14	1.05	0.85	3.686 α	**0.034**
	Μεσαία ενεργότητα	21	1.68	1.09		
	Υψηλή ενεργότητα	7	2.26	1.03		
Συνολικό σκορ IES R	Χαμηλή ενεργότητα	14	3.65	2.39	1.944 α	0.157
	Μεσαία ενεργότητα	21	4.85	2.87		
	Υψηλή ενεργότητα	7	5.94	2.08		

a, one-way ANOVA

Ηλικία διάγνωσης

Στον Πίνακα 52 δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας διάγνωσης με το μετατραυματικό στρες .

Πίνακας 52 Συσχέτιση της ηλικίας διάγνωσης με το σκορ των αξιολογητικού εργαλείου IES-R

	Ηλικία διάγνωσης
Αποφυγή	0.171
Αναβίωση	0.172
Υπερδιέγερση	0.133
Συνολικό σκορ IES R	0.182

**p<0.01, **p<0.05*

Συνολικό σκορ CD-RISK

Στον Πίνακα 53 δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική του μετατραυματικού στρες με την κλίμακα της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Πίνακας 53 Συσχέτιση της ανθεκτικότητας με το σκορ του αξιολογητικού εργαλείου IES-R

	Συνολικό σκορ CD-RISK
Αποφυγή	-0.109
Αναβίωση	-0.148
Υπερδιέγερση	-0.176
Συνολικό σκορ IES R	-0.158

**p<0.01, **p<0.05*

5. ***Ψυχική ανθεκτικότητα***

Η μέση κλίμακα ανθεκτικότητας CD-RISK 25 ισούται με 66.80, υποδηλώνοντας ότι η ανθεκτικότητα των ασθενών αυτών, οι οποίοι πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα και συστηματικό ερυθηματώδη λύκο κυμαίνεται από μεσαία προς υψηλά επίπεδα (Πίνακας 54).

Πίνακας 54 Περιγραφικό μέτρο για το σκορ του αξιολογητικού εργαλείου για την ψυχική ανθεκτικότητα, CD-RISK 25

	N	**Μέση τιμή**	**Τυπ. Απόκλιση**	**Ελάχιστη**	**Μέγιστη**
CD-RISK 25					
Συνολικό σκορ CD-RISK	106	66.80	15.55	12.00	95.00

Ηλικία

Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με το συνολικό σκορ της κλίμακας της ανθεκτικότητας, CD-RISK 25 (Πίνακας 55).

Πίνακας 65 Συσχέτιση της ηλικίας με το σκορ του αξιολογητικού εργαλείου CD-RISK 25

	Ηλικία
Συνολικό σκορ CD-RISK	-0.059

**p<0.01, **p<0.05*

Πάθηση

Όπως παρατηρείται, δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές των επιπέδων της ψυχικής ανθεκτικότητας μεταξύ των ασθενών που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα και συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (Πίνακας 56).

Πίνακας 56 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της πάθησης των ασθενών και των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου CD-RISK

	Πάθηση	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**T**	**p-value**
Συνολικό σκορ CD-RISK	Ρευματοειδή Αρθρίτιδα	42	66.71	14.82	-0.047 [α]	0.963
	Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος	64	66.86	16.14		

a, t-test

Επίπεδο εκπαίδευσης

Η ψυχική ανθεκτικότητα βρέθηκε να μην διαφέρει ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών (Πίνακας 57).

Πίνακας 7 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της εκπαίδευσης και των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου CD-RISK

	Επίπεδο εκπαίδευσης	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Συνολικό σκορ CD-RISK	Δεν έχω ολοκληρώσει το Δημοτικό/ Δημοτικό	22	64.32	20.43	0.947 [α]	0.421
	Γυμνάσιο	16	65.88	10.80		
	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση (Λυκειο/ΙΕΚ)	44	65.89	14.44		
	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση/ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό	24	71.38	15.09		

a, one-way ANOVA

Εργασία

Δεν βρέθηκαν διαφορές στις μέσες τιμές μεταξύ αυτών που εργάζονταν και αυτών που δεν εργάζονταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό στην κλίμακα ψυχικής ανθεκτικότητας, CD-RISK 25 (Πίνακας 58).

Πίνακας 58 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της επαγγελματικής κατάστασης και των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου CD-RISK 25

	Εργάζεστε	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Συνολικό σκορ CD-RISK	Ναι	30	69.80	11.18	1.486 [α]	0.141
	Όχι	76	65.62	16.89		

a, t-test

Έχετε παραλείψει κάποια δόση από τα φάρμακά σας;

Βρέθηκε ότι η παράλειψη δόσης δεν συσχετίστηκε με την ανθεκτικότητα (Πίνακας 59).

Πίνακας 59 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου CD-RISK σε σχέση με το αν έχουν παραλείψει κάποια δόση των φαρμάκων

	Έχετε παραλείψει κάποια δόση από τα φάρμακά σας;	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Συνολικό σκορ CD-RISK	Όχι	50	68.02	15.71	0.760 [α]	0.449
	Ναι	56	65.71	15.48		

a, t-test

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες παρουσιάσατε επιδείνωση των χρόνιων συμπτωμάτων σας;

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της επιδείνωσης των χρόνιων συμπτωμάτων κατά τις τελευταίες 2 εβδομάδες με την ψυχική ανθεκτικότητα (Πίνακας 60).

Πίνακας 60 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου CD-RISK σε σχέση με το αν παρουσίασαν επιδείνωση των συμπτωμάτων τους

	Τις τελευταίες 2 εβδομάδες παρουσιάσατε επιδείνωση των χρόνιων συμπτωμάτων σας;	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**

Συνολικό σκορ CD-RISK	Ναι	44	64.82	16.54	-1.107 [α]	0.271
	Όχι	62	68.21	14.79		

a, t-test

Πόσο πονούσατε λόγω της ασθένειάς σας την τελευταία εβδομάδα;

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στο συνολικό σκορ της CD-RISK 25 και τη σοβαρότητα πόνου, που βίωσαν οι ασθενείς την τελευταία εβδομάδα (Πίνακας 61).

Πίνακας 61 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου CD-RISK σε σχέση με τη βαρύτητα του πόνου

	Πόσο πονούσατε λόγω της ασθένειάς σας την τελευταία εβδομάδα;	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Συνολικό σκορ CD-RISK	Καθόλου πόνος	13	71.69	12.58	1.642 [α]	0.156
	Ελαφρύς	23	69.96	12.45		
	Μέτριος	23	70.13	12.83		
	Έντονος	21	60.29	19.58		
	Πολύ έντονος	13	63.00	12.47		
	Αβάσταχτος	13	64.77	20.44		

a, one-way ANOVA

Πόσα χρόνια έχετε διαγνωστεί;

Παρατηρήθηκε, επίσης, πως ο χρόνος από τότε που διαγνώστηκαν δε σχετίζεται με τα επίπεδα ανθεκτικότητας (Πίνακας 62).

Πίνακας 62 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου CD-RISK σε σχέση με το έτος διάγνωσης

	Πόσα χρόνια έχετε διαγνωστεί;	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Συνολικό σκορ CD-RISK	Πρόσφατα (<2 έτη)	39	67.72	17.85	1.519 [β]	0.468
	Μέση (3-7 έτη)	47	65.32	14.29		
	Παλαιότερα (> 7έτη)	20	68.50	13.98		

β, Kruskal Wallis

Ενεργότητα ρευματοειδούς αρθρίτιδας

Επιπλέον, δε βρέθηκε η ενεργότητα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας να σχετίζεται με τα επίπεδα ανθεκτικότητας (Πίνακας 63).

Πίνακας 63 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης των υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου CD-RISK σε σχέση με την ενεργότητα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας

		N	M.O.	T.A.	Statistic	p-value
Συνολικό σκορ CD-RISK	Χαμηλή ενεργότητα	14	67.64	17.80	0.219 [α]	0.804
	Μεσαία ενεργότητα	21	67.24	12.73		
	Υψηλή ενεργότητα	7	63.29	16.04		

a, one-way ANOVA

Ηλικία διάγνωσης

Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας διάγνωσης με την ανθεκτικότητα (Πίνακας 64).

Πίνακας 64Συσχέτιση της ηλικίας διάγνωσης με το συνολικό σκορ CD-RISC 25

	Ηλικία διάγνωσης
Συνολικό σκορ CD-RISK	-0.079

**p<0.01, **p<0.05*

Στη συνέχεια, στους Πίνακες 65-68 εξετάστηκε αν ψυχική ανθεκτικότητα σχετίζεται με τη συμμόρφωση στη δίαιτα-διατροφή, την άσκηση, το κάπνισμα, και το εάν έχουν επισκεφτεί ποτέ ψυχίατρο ή ψυχολόγο. Μόνον η άσκηση βρέθηκε να σχετίζεται, με τους ασθενείς που ασκούνται σχεδόν καθημερινά να εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερη ανθεκτικότητα σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν εντάξει την άσκηση στην καθημερινότητά τους (M.O.= 75.26 vs. M.O.= 60.23, p-value=0.014) (Πίνακας 66).

Πίνακας 65 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης του ερωτηματολογίου CD-RISK σε σχέση με τη συμμόρφωση στη διατροφή

	Ακολουθείτε πιστά τη δίαιτα διατροφής που ορίζει ο ιατρός σας	N	M.O.	T.A.	Statistic	p-value
Συνολικό σκορ CD-RISK	Καθόλου/ Λίγες φορές	14	62.29	15.36	7.338 [β]	0.062
	Κάποιες φορές	21	65.29	20.42		
	Συνεχώς	32	72.16	13.30		
	Τις περισσότερες φορές	39	64.85	13.68		

β, Kruskal Wallis

Πίνακας 66 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης του ερωτηματολογίου CD-RISK σε σχέση με την άσκηση

	Ασκείτε το σώμα σας	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Συνολικό σκορ CD-RISK	Ποτέ	26	60.23	18.10	3.694 [α]	**0.014**
	Περιστασιακά	37	66.73	13.57		
	Συχνά	24	67.33	16.04		
	Σχεδόν καθημερινά	19	75.26	11.00		

a, one-way ANOVA

Πίνακας 67 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης του ερωτηματολογίου CD-RISK σε σχέση με το κάπνισμα

	Καπνίζετε	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Συνολικό σκορ CD-RISK	Ναι	38	67.34	17.94	0.266 [α]	0.791
	Όχι	68	66.50	14.18		

a, t-test

Πίνακας 68 Έλεγχος για την αξιολόγηση της συσχέτισης του ερωτηματολογίου CD-RISK σε σχέση με τον έχουν επισκεφτεί ψυχίατρο ή ψυχολόγο

	Έχετε επισκεφτεί ποτέ ψυχίατρο ή ψυχολόγο;	**N**	**M.O.**	**T.A.**	**Statistic**	**p-value**
Συνολικό σκορ CD-RISK	Ναι	70	65.33	15.54	-1.365 [α]	0.175
	Όχι	36	69.67	15.39		

a, t-test

Στον Πίνακα 69 παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης της ανθεκτικότητας με τα σκορ όλων των αξιολογητικών εργαλείων. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση του άγχους (r=-0.337, p-value<0.05), της κατάθλιψης (r=-0.399, p-value<0.05), της δυσκολίας έκφρασης συναισθημάτων (r=-0.217, p-value<0.01), της δυσκολίας αναγνώρισης συναισθημάτων (r=-0.223, p-value<0.01) και του συνολικού σκορ TAS 20 (r=-0.254, p-value<0.05) με την κλίμακα της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Πίνακας 69 Συσχέτιση της ανθεκτικότητας με τα σκορ των αξιολογητικών εργαλείων

	Συνολικό σκορ CD-RISK
Άγχος	-0.337**
Κατάθλιψη	-0.399**
Δυσκολία έκφρασης συναισθημάτων	-0.217*
Δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων	-0.223*
Εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη	-0.109
Συνολικό σκορ TAS 20	-0.254**
Αποφυγή	-0.109
Αναβίωση	-0.148
Υπερδιέγερση	-0.176
Συνολικό σκορ IES R	-0.158

**p<0.01, **p<0.05*

Συζήτηση

Στόχος της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσει το χρόνιο άγχος, την κατάθλιψη, την αλεξιθυμία το μετατραυματικό στρες και την ανθεκτικότητα ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα και συστηματικό ερυθηματώδη λύκο. Τα ευρήματα της έρευνας σε γενικές γραμμές επιβεβαίωσαν τις αρχικές ερευνητικές υποθέσεις, προσθέτοντας ακόμα μία ένδειξη στον συγκεκριμένο ερευνητικό τομέα πως η συγκεκριμένη ομάδα ασθενών, που αντιμετωπίζει αυτοάνοσα νοσήματα εμφανίζει συχνά άγχος, κατάθλιψη, αλεξιθυμία και μετατραυματικό στρες. Παράλληλα, επιβεβαιώθηκε η υπόθεση πως η ψυχική ανθεκτικότητα των ασθενών συσχετίζεται με τα χαμηλότερα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης, αλεξιθυμίας και μετατραυματικού στρες.

Τα συμπτώματα της αλεξιθυμίας, της κατάθλιψης και του άγχους είναι κοινά σε ασθενείς με ΡΑ και μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της ασθένειας, η αξιολόγηση των ψυχιατρικών διαταραχών, κατά τη διάρκειας της θεραπείας και παρακολούθησης μπορεί να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής και στην αύξηση της συμμόρφωσης στην θεραπεία (Salminen et al., 1999).

Αξίζει να σημειωθεί, πως οι αναλύσεις έδειξαν πως δεν υπάρχει κάποια διαφοροποίηση μεταξύ των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα και συστηματικό ερυθηματώδη λύκο ως προς τις υπό μελέτη μεταβλητές, ενδεχομένως λόγω του γεγονότος πως γενικά τα αυτοάνοσα νοσήματα συνδέονται με την ύπαρξη συγκεκριμένων ψυχικών δυσκολιών ανεξάρτητα από τα σωματικά συμπτώματα της εκάστοτε νόσου (Vasile, 2020). Ακόμα, τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης των συμμετεχόντων ήταν μέτρια, γεγονός που μπορεί να συνδέεται με τα σχετικά αυξημένα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας που παρουσίασαν. Ωστόσο, θα μπορούσε να είναι και αποτέλεσμα του γεγονότος πως συχνά οι ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα τείνουν να μην αναφέρουν τα συμπτώματα κατάθλιψης και κυρίως του άγχους, γιατί μπορεί να τα μπερδεύουν με τα συμπτώματα της ίδιας της νόσου ή επειδή έχουν δυσκολία στο να τα αναγνωρίσουν και να τα εκφράσουν.

Η ερευνητική υπόθεση της παρούσας έρευνας πως η υψηλή ενεργότητα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας και του συστηματικού ερυθηματώδη λύκου θα σχετίζεται με τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους, επιβεβαιώθηκε μέσα από τα ευρήματα για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Ομοίως, τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών έχουν τονίσει αυτή τη συσχέτιση. Για παράδειγμα, η μελέτη των Melikoglu & Melikoglu (2010) έδειξε ότι η υψηλή ενεργότητα της ρευματοειδούς αρθρίτιδας συνδεόταν με τα υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, πράγμα που τονίζει ότι είναι σημαντικό να δίνεται μεγαλύτερη προσοχή στην καταθλιπτική συμτωματολογία της συγκεκριμένης ομάδας ασθενών.

Το ίδιο εύρημα βρέθηκε και από τη μελέτη των Imran et al. (2015), όπου φάνηκε πως τα ¾ των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα έπασχαν από κατάθλιψη, ενώ παράλληλα, υπογραμμίσθηκε πως συχνά η διάγνωση της κατάθλιψης γίνεται δύσκολη. Αυτό συμβαίνει διότι ορισμένα από τα συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως η μειωμένη ενέργεια και η κόπωση μπορεί να συγχέονται με τα ίδια τα συμπτώματα του αυτοάνοσου νοσήματος. Επίσης, η περιορισμένη λειτουργικότητα των ασθενών αυτών φαίνεται πως συντελεί στην

ανάπτυξη κατάθλιψης, αυξάνοντας την ένταση των συμπτωμάτων όπως είναι ο πόνος, μειώνοντας τη συμμόρφωση με τη θεραπεία, αυξάνοντας τις επισκέψεις στους ιατρούς και τα αιτήματα για αναλγησία και μειώνοντας την ποιότητα ζωής τους (Melikoglu & Melikoglu , 2010).

Ομοίως, η μελέτη των Matcham et al. (2016) που έγινε σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα έδειξε ότι όσο πιο έντονη ήταν η κατάθλιψη και το άγχος των ασθενών τόσο πιο έντονη ήταν και η ρευματοειδής αρθρίτιδα. Αυτό θα μπορούσε να οφείλεται και στο γεγονός πως η ύπαρξη κατάθλιψης και άγχους συχνά παρεμποδίζει τη θεραπεία των ασθενών, τη συμμόρφωσή τους με τις οδηγίες των γιατρών και έτσι, μπορεί να βιώνουν πιο έντονα τα συμπτώματα της νόσου. Ως εκ τούτου χρειάζεται η λήψη αποφάσεων για τη διαχείριση αυτών των ασθενειών να συνυπολογίζει και το κομμάτι της ψυχολογικής νοσηρότητας και όχι μόνο της σωματικής που μπορεί να οφείλεται στον φλεγμονώδη πόνο. Η πραγματική δραστηριότητα της νόσου, επομένως, μπορεί να μην είναι τόσο έντονη στην περίπτωση της κατάθλιψης και του άγχους, αλλά να βιώνεται έτσι λόγου και της ψυχοπαθολογίας που συνοδεύει τους ασθενείς (Matcham et al., 2016).

Το ίδιο εύρημα έδειξε και η παρούσα έρευνα για τους ασθενείς με συμπτώματα μετατραυματικού στρες. Οι τρέχουσες μελέτες δείχνουν πως υπάρχει περίσσεια φλεγμονωδών ενεργειών του ανοσοποιητικού συστήματος σε άτομα με χρόνιο μετατραυματικό στρες. Τα υψηλά επίπεδα φλεγμονωδών κυτοκινών έχουν επίσης συνδεθεί με την ευαλωτότητα για μετατραυματικό στρες σε άτομα που έχουν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός. Υπάρχουν επίσης ενδείξεις ότι η υπερβολική φλεγμονή οφείλεται εν μέρει στην ανεπαρκή ρύθμιση από την κορτιζόλη, που προκαλείται λόγω του έντονου στρες σε αυτούς τους ασθενείς. Όπως φαίνεται, λοιπόν, η περιττή φλεγμονώδης ανοσολογική δραστηριότητα μπορεί να συμβάλει στη χειροτέρευση της υγείας σε άτομα με

μετατραυματικό στρες και η θεραπεία των συμπτωμάτων του μετατραυματικού στρες μπορεί να μειώσει αυτούς τους κινδύνους (Gill, Saligan, Woods & Page, 2009).

Αντίστοιχα, στην περίπτωση του συστηματικού ερυθηματώδη λύκου φαίνεται ότι υπάρχει και εκεί συσχέτιση με τις διαταραχές της διάθεσης, αλλά όχι και με την ενεργότητα της νόσου. Αυτό το εύρημα δεν είναι σύμφωνο με τα αποτελέσματα της μελέτης των Nery et al. (2007), επιβεβαιώνοντας πως η ενεργότητα του συστηματικού ερυθηματώδους λύκου σχετίζεται με την ύπαρξη ψυχικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη. Μάλιστα, η ίδια μελέτη έδειξε πως η ενεργότητα της νόσου μπορεί να αποτελεί πιθανό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση και σοβαρότητα της κατάθλιψης σε ασθενείς με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο. Γενικότερα, η ύπαρξη ψυχικών διαταραχών, όπως είναι το στρες και η κατάθλιψη μπορεί να αναπαρίσταται μέσα από τις νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις στην ενεργότητα των αυτοάνοσων νοσημάτων ή μπορεί να είναι μια συνέπεια του στρες που βιώνει κανείς όταν έχει μία χρόνια σοβαρή πάθηση Nery et al. (2007).

Ακόμα, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι όσο υψηλότερα ήταν τα ποσοστά άγχους, κατάθλιψης, της δυσκολίας αναγνώρισης και έκφρασης των συναισθημάτων της αλεξιθυμίας, συνολικά, τόσο χαμηλότερα ήταν τα επίπεδα της ψυχικής ανθεκτικότητας, αντίστοιχα. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει την αρχική υπόθεση της έρευνας και είναι σύμφωνο με τα αποτελέσματα σχετικών μελετών. Η ψυχική ανθεκτικότητα φαίνεται ότι λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας, βοηθώντας τα άτομα να αντεπεξέλθουν τις δυσκολίες, τις αντιξοότητες και τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους.

Η σημασία, μάλιστα, της αλεξιθυμίας και η συσχέτισή της με την ψυχική ανθεκτικότητα είχε τονιστεί και μέσα από την μελέτη των Morice-Ramat, Goronflot & Guihard (2018) που έδειξε ότι όχι μόνο ότι η αλεξιθυμία συσχετίζεται αρνητικά με την

ψυχική ανθεκτικότητα, αλλά και πως αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα ανάπτυξης της ψυχικής ανθεκτικότητας. Έτσι, θα ήταν χρήσιμο οι παρεμβάσεις που εστιάζουν στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας των ατόμων με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο και ρευματοειδή αρθρίτιδα, να ελέγχουν και τη διαχείριση της αλεξιθυμίας. Αυτό θα μπορούσε να γίνει μέσα από την εκμάθηση ειδικών τεχνικών για την αναγνώριση, την κατανόηση και έκφραση των συναισθημάτων, προκειμένου να μειωθεί ο βαθμός αλεξιθυμίας και να αυξηθεί η ψυχική ανθεκτικότητα των ασθενών (Morice-Ramat et al., 2018).

Η ψυχική ανθεκτικότητα, επίσης, έχει βρεθεί μέσα από πολλές έρευνες ότι είναι βασικός παράγοντας για την διατήρηση της καλής ψυχικής υγείας, της προσαρμογής στις δυσκολίες και την αποτελεσματική διαχείριση των αλλαγών. Μάλιστα, η ψυχική ανθεκτικότητα όχι μόνο προστατεύει την ψυχική υγεία, αλλά μπορεί να μειώσει και την επίδραση άλλων παραγόντων που απειλούν την ψυχική υγεία, όπως είναι ένα τραυματικό γεγονός. Η βιβλιογραφική ανασκόπηση των Färber & Rosendahl (2018) υπογράμμισε πως η ψυχική ανθεκτικότητα συσχετίζεται άμεσα με την ψυχική υγεία των ατόμων με σωματικά προβλήματα. Στην κλινική πρακτική, επομένως, η έλλειψη ψυχικής ανθεκτικότητας ως εφόδιο για την επιτυχή αντιμετώπιση των δυσκολιών, μπορεί να υποδηλώνει την ανάγκη για ψυχοκοινωνική υποστήριξη κατά τη διάρκεια της θεραπείας των σωματικών ασθενειών (Färber & Rosendahl , 2018).

Μερικοί θεραπευτές θεωρούν ότι η ψυχική ανθεκτικότητα είναι μια ενεργή διαδικασία που μπορεί να προαχθεί με ανάπτυξη προστατευτικών παραγόντων μέσω παρεμβάσεων, όπως η ψυχοθεραπεία (Bolier et al., 2013, Feder, Nester, 2009, Girtler, 2010).

Η ψυχική ανθεκτικότητα θα πρέπει να βελτιώνεται με αποτελεσματικές παρεμβάσεις θετικής ψυχολογίας σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα για την αντιμετώπιση της αρνητικής επίδρασης της ενεργότητας της νόσου σε HRQOL, ειδικά στη ψυχική υγεία (Liu,

L., Xu, X., Xu, N., & Wang, L., 2017). Προηγούμενες μελέτες έχουν αναπτύξει μερικές διαφορετικές στρατηγικές για ψυχική ανθεκτικότητα, όπως παρεμβάσεις ΓΣΘ, βασισμένες στην ενσυνειδητότητα (mindfulness) (Graninger, M., 2015), και σε προγράμματα βασισμένα στην κοινότητα (Sun, J., Buys, N., & Jayasinghe, R. 2014).

Η δια βιου θεραπεία και αυτοφροντίδα των ασθενών είναι ζωτικής σημασίας για τη διαχείριση χρόνιων ασθενειών, και οι προσπάθειες των ασθενών είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Λόγω των απαιτήσεων της συνεχούς αυτοφροντίδας, οι ασθενείς με χρόνιες παθήσεις συχνά βιώνουν επαναλαμβανόμενο ψυχολογικό στρες, κοινωνικό εκφοβισμό, μειωμένη αυτοεκτίμηση, εκτός από την επιδείνωση των σωματικών συμπτωμάτων, που σημαίνει ότι μπορεί να είναι ευάλωτοι σε κακή προσαρμογή και κατάθλιψη (Gong, 2009). Το ποσοστό των ατόμων που έχουν ταυτόχρονα χρόνιες ασθένειες και κατάθλιψη είναι ως εξής 5% σε ατοπική δερματίτιδα (Lim et al., 2016), 25% σε χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (Zhang Ho, Cheung Fu Mak, 2011), 16% σε διαβήτη (Niti, Ng, Kua, Ho, Tan, 2007), 20% σε ουρική αρθρίτιδα (Mak, Tang, Chan, Cheak, Ho, 2011), 14% σε υπέρταση (Niti et al., 2007), 17% σε ισχιαιμικό (Niti et al., 2007), 15% σε ρευματοειδή αρθρίτιδα (Ho, Fu, Chua, Cheak, Mak, 2011), 30% σε εγκεφαλικό επεισόδιο (Sharma, Yeo, Ho, Rathakrishnan, 2013), και 22% σε συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (Mak et al., 2011). Γενετικοί παράγοντες, όπως ο πολυμορφισμός του γονιδίου μεταφορέα της σεροτονίνης παίζουν σημαντικό ρόλο σε ευπάθεια στην κατάθλιψη μεταξύ ασθενών που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες (Mak, Kong, Mak, Sharma, Ho, 2013).

Παράγοντες ψυχικής ανθεκτικότηας όπως θετικό αποτέλεσμα, ζωτικότητα, εξωστρέφεια, έχουν αποδειχθεί ότι προβλέπουν αυξημένη αυτοαποτελεσματικότητα, σωματική δραστηριότητα και πιο ενεργό χειρισμό (Williams et al., 2004, Engel et al., 2004, Fredrickson, 2001, Ingledew et al.,2004). Η ψυχική ανθεκτικότητα έχει τεράστια χρηστικότητα από ψυχολόγους, γιατρούς, νοσηλευτές. Η κατάσταση των ανθεκτικών

χαρακτηριστικών και των διαδικασιών που ενισχύουν την ψυχική ανθεκτικότητα σε ασθενείς μπορεί να επιτρέψει στο προσωπικό του νοσοκομείου να προωθήσει τις ανθεκτικές συμπεριφορές σε περιόδους αντιξοότητας ή χρόνιας νόσου.

Επιπρόσθετα, τα υψηλά επίπεδα αλεξιθυμίας φάνηκε να σχετίζονται με τη υψηλότερη ενεργότητα της νόσου, εύρημα που επιβεβαιώθηκε και από τη μελέτη των Yalbuzdag, Sengul, Delibas, Kaya & Karatepe (2017) που έγινε σε δείγμα ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Πιο συγκεκριμένα, οι ερευνητές εξέτασαν σε ένα δείγμα 97 γυναικών με ρευματοειδή αρθρίτιδα, την πιθανή συσχέτιση της ενεργότητας της νόσου με την ύπαρξη αλεξιθυμίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα υψηλότερα επίπεδα αλεξιθυμίας αποτελούσαν συντελεστικό παράγοντα για την ενεργότητα της νόσου. Μία πιθανή εξήγηση για αυτό το εύρημα είναι το γεγονός πως οι ασθενείς με αλεξιθυμία μπορεί να δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν και να περιγράψουν τα συναισθήματά τους, πράγμα που μπορεί να συνεπιφέρει αρνητικές επιδράσεις στον καθορισμό της έντασης του πόνου. Έτσι, οι ασθενείς μπορεί να δυσκολεύονται να εκφράσουν και να περιγράψουν και τα συμπτώματα και την ένταση των σωματικών ενοχλήσεων που μπορεί να βιώνουν, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει την πορεία της ασθένειας και την θεραπεία (Yalbuzdag, Sengul, Delibas, Kaya & Karatepe, 2017).

Στην παρούσα μελέτη η αλεξιθυμία δεν σχετίστηκε με τη σοβαρότητα πόνου την τελευταία εβδομάδα ούτε την υποκειμενική επιδείνωση των χρόνιων συμπτωμάτων κατά τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Με βάση τη βιβλιογραφία, η αλεξιθυμία μπορεί να είναι ένας παράγοντας κινδύνου για επακόλουθο πόνο όπου η μειωμένη ικανότητα επισήμανσης και αναγνώρισης των συναισθημάτων οδηγεί σ’ εσφαλμένες αντιλήψεις των φυσιολογικών συσχετίσεων του συναισθήματος ως σημάδια ασθένειας (Lane et al., 1987, Lumley et al., 2007, Taylor et al., 1999). Από την άλλη ο πόνος μπορεί να συμβάλει σε συναισθηματικά ελλείμματα, τα οποία παρατηρούνται στην αλεξιθυμία. Οι κονστρουκτιβιστικές θεωρίες των

συναισθημάτων υποστηρίζουν ότι η υποκειμενική εμπειρία του συναισθήματος προκύπτει εν μέρει από τη συνειδητοποίηση των σωματικών ενδείξεων (Barrett, 2006). Μια πρόσφατη συστηματική ανασκόπηση κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα άτομα με χρόνιο πόνο έχουν μειωμένη ακρίβεια στον εντοπισμό εσωδεκτικών συνθημάτων σε σύγκριση με τα δείγματα σύγκρισης (Di Lernia et al., 2016). Η παρουσία του πόνου, ενός δυνητικά απειλητικού βιολογικού συνθήματος- ένδειξης, μπορεί να αποσπάσει την ευαισθητοποίηση από τα σχετικά παρεμβατικά στοιχεία, ιδιαίτερα αυτές τις λεπτές ενδείξεις που εμπλέκονται σε καθημερινές εμπειρίες και αλληλεπιδράσεις μ' άλλους.

Είναι πιθανό ότι άτομα με χρόνιο πόνο και αυξημένη αλεξιθυμία μπορούν να επωφεληθούν από παρεμβάσεις που στοχεύουν άμεσα σε διαδικασίες που σχετίζονται με τη συναισθηματική συνειδητοποίηση, όπως εκπαίδευση στη συναισθηματική συνειδητοποίηση και έκφραση (Lumley, et al., 2017). Από την άλλη πιο γενικές ψυχολογικές παρεμβάσεις μπορεί να λειτουργήσουν για τη μείωση της κατάθλιψης και του άγχους και κατά συνέπεια σε μείωση της αλεξιθυμίας. Η απόκλιση από αυτό τον κανόνα μπορεί να υποδηλώνει ψυχοπαθολογία στη δυτική κουλτούρα, αλλά όχι απαραίτητα σ' άλλους. Μελλοντικές μελέτες πρέπει να εξετάσουν εάν η εθνικότητα ή ο πολιτισμός μετριάζουν τη σχέση μεταξύ αλεξιθυμίας και χρόνιου πόνου. Ένας άλλος περιορισμός του TAS-20, ιδιαίτερα της υποκλίμακας δυσκολίας αναγνώρισης των συναισθημάτων είναι ότι περιέχει ερωτήσεις που σχετίζονται με φυσιολογικές αισθήσεις (π.χ. «Έχω σωματικά συμπτώματα που ούτε οι γιατροί δεν μπορούν να καταλάβουν», «Συχνά με προβληματίζουν κάποια περίεργα συμπτώματα στο σώμα μου.»). Τέτοιες ερωτήσεις πιθανώς αντικατοπτρίζουν τεχνητά διογκωμένες συσχετίσεις της εμπειρίας του χρόνιου πόνου με το TAS-20. Η σχέση της αλεξιθυμίας με τη σοβαρότητα του πόνου μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με το φύλο ή την εθνικότητα (Dere, et al., 2013, Ogrodniczuk et al., 2018) και είναι συνάρτηση των χαρακτηριστικών του πόνου, όπως η διάρκεια του πόνου ή η ειδική κατάσταση του πόνου.

Σχετικά με την ενεργότητα των ψυχοσωματικών διαταραχών και της διαταραχής μετατραυματικού στρες παρατηρήθηκε ότι οι συμμετέχοντες που είχαν υψηλότερη ενεργότητα, παρουσίασαν και υψηλότερα επίπεδα στην διάσταση της υπερδιέγερσης. Γενικότερα, έχει φανεί ότι τα άτομα που ζουν με μετατραυματικό στρες συνήθως εκδηλώνουν δυσλειτουργίες στα συστήματα που ρυθμίζουν την απόκριση στο στρες, συμπεριλαμβανομένου του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA) και την ανάπτυξη προφλεγμονώδους κατάστασης. Επιπλέον, οι σωματικές αυτοάνοσες και φλεγμονώδεις ασθένειες και διαταραχές έχουν υψηλό ποσοστό συννοσηρότητας με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (Neigh & Ali, 2016).

Έτσι, φαίνεται πως η αναγνώριση και η κατανόηση της επίδρασης που μπορούν να έχουν αυτές οι καταστάσεις των ασθενειών η μία στην άλλη, έχει τη δυνατότητα να οδηγήσει σε επιπρόσθετες ευκαιρίες θεραπείας. Αυτό αποδεικνύεται από τα φτωχότερα αποτελέσματα της θεραπείας και την επιταχυνόμενη εξέλιξη της νόσου σε ασθενείς που πάσχουν από μετατραυματικό στρες ή / και άλλες αυτοάνοσες και φλεγμονώδεις ασθένειες (Neigh & Ali, 2016).

Αναφορικά με την ηλικία διάγνωσης, όπως φάνηκε μέσα από την έρευνα αυτή, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία του ατόμου που διαγιγνώσκεται με τα συγκεκριμένα αυτοάνοσα νοσήματα τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος ανάπτυξης κατάθλιψης. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα συχνά αναπτύσσονται, ωστόσο, ως συννοσηρότητα κατά την πορεία της αυτοάνοσης ασθένειας, ενώ σε άλλες περιπτώσεις υπάρχουν πριν την εμφάνιση των αυτοάνοσων νοσημάτων. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, οι μεγάλες περίοδοι αναπηρίας και ο χρόνιος πόνος είναι οι τρεις πιο συχνές αιτίες καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε πολλές χρόνιες καταστάσεις. Επιπλέον, ο υψηλότερος επιπολασμός των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στα αυτοάνοσα νοσήματα υποδηλώνει ότι η ανοσολογική δυσλειτουργία μπορεί να συμβάλει στην αυξημένη νοσηρότητα της κατάθλιψης.

Η κατάθλιψη και η αλεξιθυμία έχουν συνδεθεί μέσα από σχετικές έρευνες με την ηλικία, καθώς φαίνεται να εμφανίζονται πιο συχνά σε άτομα που είναι από 50 ετών και πάνω (Bamonti et al., 2010). Ακόμα, η αλεξιθυμία έχει συνδεθεί με το πεσμένο ανοσοποιητικό σύστημα και τη ανάπτυξη συστηματικού ερυθηματώδη λύκου και ρευματοειδούς αρθρίτιδας, αλλά όχι με την ηλικία εμφάνισης των διαταραχών αυτών. Μέχρι στιγμής, όμως, δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα που να δείχνουν ότι η ηλικία διάγνωσης των αυτοάνοσων νοσημάτων σχετίζεται με την ανάπτυξη κατάθλιψης και την αλεξιθυμία και ως εκ τούτου, θα χρειαστεί το συγκεκριμένο ζήτημα να διερευνηθεί περαιτέρω στο μέλλον.

Ακόμα, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι όσο υψηλότερη είναι η ανθεκτικότητα των ασθενών τόσο πιο πιθανό είναι να συμμορφωθούν για τις συστάσεις σχετικά με την άσκηση, αλλά όχι για το κάπνισμα και την δίαιτα-διατροφή. Γενικότερα, τα ευρήματα σχετικών ερευνών έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με υψηλή ανθεκτικότητα έτειναν να ακολουθούν σωστά τη θεραπεία, προσπάθησαν να κατανοήσουν την ασθένεια και προσχώρησαν περισσότερο στη θεραπεία για να αποφύγουν κινδύνους και να προωθήσουν τους προστατευτικούς παράγοντες (Faria, Revoredo, Vilar & Chaves, 2014). Αναφορικά με την άσκηση, θα μπορούσε κανείς να υποθέσει, ότι οι ασθενείς βιώνουν μέσω της έκκρισης των θετικών ορμονών που κατά τη σωματική δραστηριότητα (π.χ. ενδορφίνες, σεροτονίνη), μπορεί να ενισχύεται η συμμόρφωσή τους στη σύσταση των γιατρών σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τη διακοπή του καπνίσματος ή την διατροφή. Η ένταση της άσκησης θεωρείται ότι επηρεάζει τη συναισθηματική απόκριση στην άσκηση μέσω διαδραστικών (π.χ. αναπνευστικής κίνησης) και γνωστικών (π.χ. αντιληπτή αυτονομία).

Η συναισθηματική απόκριση στην άσκηση θεωρείται ότι επηρεάζει την προσήλωση στην άσκηση μέσω της αναμενόμενης συναισθηματικής απόκρισης στη μελλοντική άσκηση (Williams, 2008). Όσον αφορά τη δίαιτα-διατροφή και την άσκηση, ενδεχομένως να ήταν χρήσιμο να εξεταστούν στα πλαίσια μιας άλλης έρευνας οι παράγοντες που μπορεί να

αποτρέπουν τους ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα να συμμορφώνονται με τις σχετικές συστάσεις, παρά την ψυχική τους ανθεκτικότητα. Αυτό θα ήταν χρήσιμο για την εφαρμογή παρεμβάσεων που θα στοχεύουν στη συνολική ενίσχυση της συμμόρφωσης των ασθενών και την ρύθμιση και διαχείριση των εμποδίων που μπορεί να υπάρχουν.

Σε κάθε περίπτωση είναι απαραίτητη η γνώση της ανθεκτικότητας σε ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα και χρειάζεται το κράτος να λάβει τις απαραίτητες ενέργειες για να διευκολύνει την πρόσβαση στη θεραπεία, σε εκπαιδευτικά προγράμματα και στην ιατρική υποστήριξη των ασθενών. Έτσι, θα ήταν χρήσιμο να ξεκινήσουν συνεδρίες ευαισθητοποίησης και παροχής συμβουλών για την ανάπτυξη και την προώθηση ατομικών ικανοτήτων για να μάθουν οι ασθενείς πώς να αντιμετωπίζουν την ασθένεια για την οποία η ψυχολογική υποστήριξη της οικογένειας και των γιατρών μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο (Faria et al., 2014).

Αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, φάνηκε πως η αλεξιθυμία ήταν μεγαλύτερη στα άτομα με χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης και στα άτομα που δεν εργάζονταν, ενώ οι άλλες μεταβλητές δεν παρουσίασαν κάποια σημαντική συσχέτιση. Το ίδιο εύρημα έχει τονιστεί και από τους Lane, Sechrest & Riedel (1998). ωστόσο όπως τονίστηκε από τους ίδιους, η συσχέτιση της αλεξιθυμίας με τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες δεν έχει γίνει ακόμα καλά κατανοητή. Παράλληλα, τα αποτελέσματα άλλων σχετικών ερευνών ήταν ασυνεπή μεταξύ τους, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη να μελετηθεί το συγκεκριμένο ζήτημα στο μέλλον, ενδεχομένως μέσα από διαχρονικές μελέτες και συνυπολογίζοντας την πιθανή ύπαρξη ψυχικών διαταραχών ή άλλων παραγόντων που θα μπορούσαν να αλληλεπιδρούν και να οδηγούν σε αυτό το συμπέρασμα.

Πλεονεκτήματα μελέτης:

Κάποια από τα πλεονεκτήματα της παρούσας μελέτης είναι η προσπάθεια εξερεύνησης μεταβλητών χωρίς να έχουν μετρηθεί ταυτόχρονα στις συγκεκριμένες καταστάσεις και στις συγκεκριμένες ασθένειες, με ενδιαφέροντα τα αποτελέσματα. Τα ερωτηματολόγια που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι έγκυρα. Συγκεκριμένα, τα ερωτηματολόγια άγχους που έχουν χρησιμοποιηθεί σε μελέτες που έχουν διεξαχθεί είναι Depression Anxiety and Stress Scale (DASS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), State Trait Anxiety Inventory (STAI), and HAQ Disability Index (HAQ-DI) (Bacconnier et al., 2015, Covic et al., 2012, VanDyke et al., 2004), με το ερωτηματολόγιο HADS που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη να θεωρείται βέλτιστο σε ασθενείς με σωματικά προβλήματα, καθώς δεν λαμβάνει υπόψη του τα σωματικά συμπτώματα.

Υπάρχουν πολλές μέθοδοι ανίχνευσης της κατάθλιψης. Ο χρυσός κανόνας είναι η ψυχιατρική συνέντευξη και διάγνωση σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM ή του ICD. Ωστόσο, τέτοιες συνεντεύξεις είναι δαπανηρές και χρονοβόρες, και συχνά μη ιδανικές για εξέταση ασθενών σ’ ένα πολυάσχολο νοσοκομειακό περιβάλλον (Hotopf et al., 2012). Εναλλακτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, όπως και στην παρούσα μελέτη (HADS). Αυτά είναι εύκολα, και γρήγορα στην συμπλήρωση, και προτιμώνται από τους ερευνητές που θέλουν να συλλέξουν ένα μεγάλο όγκο δεδομένων από ένα μεγάλο δείγμα, επίσης, είναι φθηνότερα από τις διαγνωστικές συνεντεύξεις.

Έχουν χρησιμοποιηθεί στοιχεία των διαγνώσεων και σημαντικών ιατρικών πληροφοριών (π.χ. συνοδά νοσήματα, είδος φαρμακευτικής αγωγής, ενεργότητα νόσου) σύμφωνα με την αναφορά ειδικών ιατρών του συστήματος υγείας κι όχι αυτοαναφερόμενες διαγνώσεις και πληροφορίες των ίδιων των ασθενών.

Τα αποτελέσματά της είναι χρήσιμα για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και μελλοντικών παρεμβάσεων στον χώρο της υγείας. Το χαμηλό της κόστος και η σύντομη διάρκειά της προσίδουν ένα ακόμη προσόν στα θετικ΄αυτής της έρευνας. Τα αποτελέσματά της μπορούν να θεωρηθούν πρόδρομα και βοηθητικά για μελλοντικές μελέτες.

Περιορισμοί μελέτης /αδύναμα σημεία :

Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας είναι σημαντικό να ληφθούν υπόψη με βάση κάποιους περιορισμούς που υπήρχαν. Αρχικά, το μέγεθος του δείγματος δεν ήταν ενδεικτικό, καθώς ήταν σχετικά μικρό και δεν υπήρχε οικολογική εγκυρότητα, καθώς δεν προερχόταν από διάφορες περιοχές της Ελλάδας, ούτε η ενεργότητα της νόσου ήταν ισάξια κατανεμημένη. Έτσι, τα αποτελέσματα θα ήταν δύσκολο να γενικευτούν στον ευρύτερο πληθυσμό. Είναι δύσκολο να βρεθεί μεγάλο δείγμα για κάθε πειραματική ομάδα, και λόγω του μικρού δείγματος των ομάδων μπορεί να μην εξαχθούν *στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα.* Έτσι, αυξάνει την πιθανότητα σφάλματος ΙΙ και αποκλείει τον οριστικό αποκλεισμό ορισμένων συσχετίσεων άλλων κλινικών και κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών. Λόγω του μικρού δείγματος των ομάδων δε μπορεί να γίνει αξιόπιστη γενίκευση των αποτελεσμάτων στον ευρύτερο πληθυσμό.

Περιορισμοί έγκεινται αναφορικά με την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος. Ειδικότερα, οι ομάδες μπορεί να μην είναι ομοιογενείς, μπορεί να υπάρχουν υποκείμενες ασθένειες που είτε δεν αποκαλύφθηκαν, είτε είναι ακόμη ασυμπτωματικές και δεν έχουν εμφανιστεί στην παρούσα χρονική στιγμή.

Ψυχολογικές καταστάσεις, όπως είναι το στρες, η κατάθλιψη, η αλεξιθυμία, το μετατραυματικό στρες και η ψυχική ανθεκτικότητα είναι *δύσκολο να μετρηθούν*. Συνήθως επιλέγονται κλίμακες αυτοαναφοράς. Οι εκτιμήσεις επικράτησης σύμφωνα με τέτοια εργαλεία διαλογής βασίζονται συχνά σε προκαθορισμένα όρια, τα οποία μπορούν να

οδηγήσουν σε υπερεκτίμηση του επιπολασμού, καθώς αυτά τα εργαλεία δίνουν προτεραιότητα στην ευαισθησία έναντι της ακρίβειας (Hotopf et al., 2012).

Η μέτρηση της κατάθλιψης είναι πολύ δύσκολη. Η κατάθλιψη επηρεάζει άμεσα τις εσωτερικές διαθέσεις και τις γνωστικές διεργασίες των ασθενών, και συχνά είναι "μη ορατή " σε τρίτους. Αυτή η ιδιωτικότητα της κατάθλιψης μπορεί να εμποδίσει την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της. Αυτά τα ζητήματα επιδεινώνονται, όταν το κοινωνικό στίγμα που περιβάλλει την κατάθλιψη οδηγεί τους ασθενείς να κρύψουν σκόπιμα τα καταθλιπτικά τους συμπτώματα (National Institute of Mental Health, 2001). Επομένως, ο εντοπισμός παρατηρήσιμων δεικτών συμπεριφοράς κατάθλιψης είναι μια σημαντική επιστημονική προσπάθεια με θεωρητικές και κλινικές επιπτώσεις (Mehl, 2006). Οι Robbins et al. χρησιμοποίησαν στην μελέτη τους ένα ηλεκτρονικό ενεργοποιημένο καταγραφικό για παρατήρηση του αναστεναγμού στην καθημερινή ζωή των ασθενών με ΡΑ ως δείκτη συμπεριφοράς κατάθλιψης και αναφερόμενων σωματικών συμπτωμάτων, με τον αναστεναγμό να συσχετίζεται σημαντικά και έντονα με επίπεδα κατάθλιψης και μη στατιστικά σημαντικά και λιγότερα ισχυρά με αναφερόμενο πόνο (Robbins et al., 2011).

Υπάρχει ουσιαστική συζήτηση για την κατασκευή της αλεξιθυμίας ευρύτερα. Η αλεξιθυμία, γενικά, και το TAS-20 συγκεκριμένα έχει επικριθεί κατά καιρούς για το ότι βασίζεται σε δυτικούς κανόνες, οι οποίοι εκτιμούν την ατομική συναισθηματική εμπειρία και λεκτική έκφραση του συναισθήματος (Kirmayer, 1987). Σε μελλοντικές έρευνες έχει προταθεί από τους συγκεκριμένους συγγραφείς ότι θα μπορούσε να διευρυνθεί η κοόρτη για την εξέταδη περισσότερων ετερογενών δειγμάτων με διαφορετικές ενεργότητες νόσου.

Αναφορικά με την κλίμακα της αλεξιθυμίας ως χαρακτηριστικό σε προφίλ προσωπικότητας ασθενών (3 ομάδες ΡΑ ασθενών : οροθετικών, οροαρνητικών, μικτής αρθρίτιδας) έχει χρησιμοποιηθεί σε μια μελέτη η προβολική δοκιμασία, τη Δοκιμασία Θεαματικής Αντίληψης, Thematic Apperception Test (T.A.T.) (Vollhardt et al., 1986) και σε

μια μελέτη ασθενών ΡΑ και των αδερφών τους (Cormier et al., 1957). Το Τ.Α.Τ. αξιολογεί πολλές μεταβλητές, έλεγχος και στρες [αμυντικότητα απέναντι στο στρες/ φαντασία, τάση για απλοποίηση- αμυντικότητα, στυλ ανταπόκρισης ή διαχείρισης (εσωστρεφής, εξωστρεφής, αμφιταλαντευόμενος, αποφευκτικός τύπος), ευελιξία ή ακαμψία στη χρήση του στυλ ανταπόκρισης ή διαχείρισης, διαθέσιμα εσωτερικά αποθέματα, ύπαρξη ή όχι δυσφορίας, τρέχουσες απαιτήσεις που αντιμετωπίζει το άτομο, συνήθεις απαιτήσεις που αντιμετωπίζει, τρέχουσα ικανότητα για έλεγχο και ανοχή στο στρες, τυπική ή συνήθης ικανότητα του ατόμου για έλεγχο, περιφερειακή νοητική ικανότητα, που συνδέεται με αίσθηση ανικανοποίητων αναγκών, παρεισφρητικές σκέψεις που συνδέονται με περιστασιακό στρες, αρνητικό συναίσθημα που συνδέεται με αναστολή ή καταστολή του συναισθήματος, αρνητικά συναισθήματα που απορρέουν από αρνητική ενδοσκόπηση και τάση αυτοϋποτίμησης, συναισθήματα μοναξιάς ή συναισθηματική αποστέρηση ή έντονη ανάγκη για εγγύτητα, διάχυτο άγχος/ παθητικότητα και αίσθημα αβοήθητου που συνδέονται με περιστασιακό στρες], συναίσθημα (έλεγχος και ρύθμιση έκφρασης συναισθήματος, ανώριμη έκφραση συναισθημάτων/ παρορμητικότητα, έκφραση ή καταπίεση συναισθημάτων, ενδιαφέρον για συναισθηματικά ερεθίσματα, εναντίωση/ θυμός/ αρνητική στάση απέναντι στο τεστ, ψυχολογική πολυπλοκότητα, άρνηση των δυσάρεστων συναισθημάτων ή συναισθηματικών ερεθισμάτων), επεξεργασία πληροφοριών, γνωστική μεσολάβηση, σκέψη, αυτοαντίληψη, διαπροσωπική αντίληψη και συμπεριφορά, και άλλους δείκτες (προβλήματα στη σκέψη, συναισθηματικά προβλήματα/ κατάθλιψη, λειτουργικότητα/ δυσκολίες σχέσεων/ κοινωνική ανωριμότητα, επικινδυνότητα για αυτοκτονία, υπερεγρήγορση/ καχυποψία, ψυχαναγκασμός/ τελειομανία) (Exner, 2001). Θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί σε μια μελλοντική έρευνα για μέτρηση κάποιων από των μεταβλητών που αξιολογεί η συγκεκριμένη δοκιμασία σε ασθενείς με χρόνια ρευματικά

νοσήματα, αν και η χρήση του θα ήταν χρονοβόρα, και η εφαρμογή της σε μεγάλο δείγμα θα ήταν αδύνατη.

Αναφορικά με την κλίμακα ψυχικής ανθεκτικότητα, η κατασκευή μιας κλίμακας για δείγμα ασθενών με χρόνια νοσήματα είναι επιτακτική και ένα σημαντικό μελλοντικό ερευνητικό εγχείρημα.

Επίσης, υπάρχει προκατάληψη απέναντι στις μελετώμενες ψυχολογικές καταστάσεις, επομένως πολλοί μπορεί να μη θέλουν να παραδεχτούν την πραγματική κατάσταση, επομένως οι μετρήσεις να μην ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα.

Δεν μπορούμε να συμπεράνουμε στην παρούσα μελέτη την **χρονική ακολουθία** μεταξύ των μεταβλητών. Μια μελέτη κοόρτης θα ήταν χρήσιμη σ' αυτή την περίπτωση. Η γνώση της ψυχικής τους κατάστασης στην πρώτη τους επίσκεψη θα ήταν πολύ καρποδοφόρα.

Η παρούσα μελέτη εξετάζει το μετατραυματικό στρες της ίδιας της χρόνιας ασθένειας, ενώ στερείται άλλων πρώιμων ή πρόσφατων τραυματικών γεγονότων στη ζωή των ασθενών. Επικεντρώθηκε στο μετατραυματικό στρες της ίδιας της ασθένειας, καθώς οι μελέτες ήταν μηδενικές συγκριτά με ασθενείς άλλων χρόνιων νοσημάτων.

Δεν έχει συμπεριλάβει ***ιατρικές εξετάσεις,*** καθώς έχει βρεθεί ότι αυτές οι μεταβλητές που μελετώνται σχετίζονται και με ανοσοποιητικούς δείκτες (van Middendorp, et al., 2016). Ενώ υπάρχουν ***κι άλλοι παράγοντες σημαντικοί*** δεν έχουν συνυπολογιστεί στην παρούσα μελέτη (π.χ. ποιότητα ζωής, κόπωση, κοινωνική υποστήριξη, αδυναμία (helplessness), στοιχεία προσωπικότητας κ.α.).

Ακόμα, θα ήταν χρήσιμο μελλοντικά να εξεταστούν ξανά οι υπό μελέτη μεταβλητές, προχωρώντας σε επιπρόσθετες στατιστικές αναλύσεις, όπως η ανάλυση παλινδρόμησης, προκειμένου να διερευνηθεί εάν υπάρχει σχέση αιτίου – αιτιατού μεταξύ των μεταβλητών

που εξετάστηκαν ή όχι. Προς τον παρόν, ωστόσο, δεν γίνεται να αποδοθούν τα αποτελέσματα στην επίδραση κάποιας από της μεταβλητές που εξετάστηκαν.

Συμπεράσματα:

Ο ΣΕΛ και η ΡΑ είναι δύο χρόνιες ασθένειες και ο χρόνιος και απρόβλεπτος χαρακτήρας τους έχει συνέπειες για την ψυχολογική ευεξία. Είναι γνωστό ότι βιοιατρικοί και σχετικοί με την ασθένεια στρεσογόνοι παράγοντες σε συνδυασμό με συγκεκριμένους εσωτερικούς παράγοντες ευπάθειας επηρεάζουν τη συναισθηματική ρύθμιση. Ο ρόλος των συναισθημάτων έχει αναγνωριστεί εδώ και αιώνες ως θεμελιώδης για την υγεία και την ασθένεια (Van Middendorp et al., 2005).

Το επίπεδο άγχος στο δείγμα της παρούσας έρευνας ήταν μέτριο, και συχετίστηκε θετικά με την παράλειψη δόσης, την υποκειμενική εμπειρία επιδείνωσης των χρόνιων συμπτωμάτων κατά τις τελευταίες δυο εβδομάδες, την σοβαρότητα του πόνου κατά την τελευταία εβδομάδα, την ενεργότητα της νόσου στη ΡΑ, και αρνητικά με την ανθεκτικότητα. Το άγχος πολλαπλών αρνητικών γεγονότων στο τομέα της υγείας θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι ισοδυναμεί με μια συσσωρευτική αρνητική επίδραση σε σωματική και ψυχολογική ευημερία ενός ατόμου (θεωρία προσθετικότητας “Additivity theory”). Όταν οι καταστάσεις υγείας είναι δυσχερείς και οι ασθενείς εισέρχονται σε μια επερχόμενη αρνητική κατάσταση, τότε οι χρόνιες αυτές επιβαρύνσεις στην υγεία προκαλούν μεγαλύτερη ανησυχία, λιγότερη ευημερία και μια πτωτική πορεία σχετικά με την σωματική και ψυχική υγεία.

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της χρόνιας ασθένειας, συγκεκριμένα η εμφάνιση κατάθλιψης και άγχους σε ήπια επίπεδα, μετατραυματικού στρες και αλεξιθυμίας σε υψηλά επίπεδα, καθώς η αρνητική συσχέτιση αυτών των μεταβλητών με την ψυχική ανθεκτικότητα αποτελεί μια πραγματικότητα για τους ασθενείς αυτής της μελέτης που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα και συστηματικό ερυθηματώδη λύκο.

Παρά τους περιορισμούς της συγκεκριμένης έρευνας, φαίνεται πως τα ευρήματα τόνισαν την αναγκαιότητα να υπάρχει μεγαλύτερη μέριμνα για την ψυχική υγεία των ασθενών με αυτοάνοσα νοσήματα, καθώς μπορεί να επηρεαστεί άμεσα το πώς βιώνουν τα συμπτώματά τους, καθώς και η πορεία της νόσου και η ποιότητα ζωής τους. Παράλληλα, θα ήταν χρήσιμο να γίνουν παρεμβάσεις σε ασθενείς με κατάθλιψη, άγχος, μετατραυματικό στρες και αλεξιθυμία, προκειμένου να μάθουν να διαχειρίζονται πιο αποτελεσματικά τα συναισθήματά τους, να τα αναγνωρίζουν και να τα επεξεργάζονται.

Επιπρόσθετα, οι επαγγελματίες υγείας είναι καλό να ευαισθητοποιηθούν σε μεγαλύτερο βαθμό και να εξετάζουν είτε με έγκυρα διαγνωστικά εργαλεία την πιθανότητα ύπαρξης κάποιας ψυχικής διαταραχής σε ασθενείς με αυτοάνοσα νοσήματα. Έτσι, θα μπορούσε να γίνει τόσο διαφορική διάγνωση μεταξύ των συμπτωμάτων και της έντασης των ίδιων των συμπτωμάτων της νόσου όσο και της ψυχικής τους διαταραχής και έπειτα, να λάβουν και την αντίστοιχη θεραπεία.

Επίσης, είναι σημαντικό να γίνουν περισσότερες έρευνες μελλοντικά για να καθορίσουν εάν η αποτελεσματική διαχείριση της κατάθλιψης, του άγχους, του μετατραυματικού στρες και της αλεξιθυμίας μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματα και την πρόοδο των αυτοάνοσων νοσημάτων. Δεδομένου ότι έχει φανεί πως η αποτελεσματικότητα ψυχολογικών παρεμβάσεων είναι μεγάλη για την βελτίωση της προόδου της ασθένειας των ασθενών με ασθένειες όπως είναι ο διαβήτης ή τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Katon et al., 2010), φαίνεται από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, πως θα ήταν χρήσιμο να εφαρμοσθεί μια παρόμοια προσέγγιση και στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα και συστηματικό ερυθηματώδη λύκο.

Συμπερασματικά, η παρούσα έρευνα υπογράμμισε την σύνδεση των ψυχοσωματικών νοσημάτων, όπως της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, και του συστηματικού

ερυθηματώδους λύκου με βασικούς ψυχογενείς παράγοντες και την συνύπαρξη συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας με τις συγκεκριμένες παθήσεις. Ως εκ τούτου, η θεραπευτική προσέγγιση των αυτοάνοσων νοσημάτων χρειάζεται να περιλαμβάνει την πρόληψη εμφάνισης και αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, που μπορούν να επηρεάσουν καθοριστικά την πορεία της νόσου.

Βιβλιογραφία:

Ξενόγλωσση:

Aaron, R. V., Fisher, E. A., de la Vega, R., Lumley, M. A., & Palermo, T. M. (2019). Alexithymia in individuals with chronic pain and its relation to pain intensity, physical interference, depression, and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, *160*(5), 994.

Abbott, N. J., Mendonça, L. L., & Dolman, D. E. (2003). The blood-brain barrier in systemic lupus erythematosus. *Lupus*, *12*(12), 908-915.

Abiola, T., & Udofia, O. (2011). Psychometric assessment of the Wagnild and Young's resilience scale in Kano, Nigeria. BMC Research Notes, 4(1), 1-5.

Abrahamowicz, M., Fortin, P. R., Du Berger, R., Nayak, V., Neville, C., & Liang, M. H. (1998). The relationship between disease activity and expert physician's decision to start major treatment in active systemic lupus erythematosus: a decision aid for development of entry criteria for clinical trials. *The Journal of Rheumatology*, *25*(2), 277-284.

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological review*, *96*(2), 358.

Abubakar, I. I., Tillmann, T., & Banerjee, A. (2015). Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet, 385(9963), 117-171.

Ader, R., & Cohen, N. (1993). Psychoneuroimmunology: conditioning and stress. Annual review of psychology, 44(1), 53-85.

Aitken, C. (1987). Psychosomatics for All–Past, Present and Future. *Psychotherapy and psychosomatics*, *47*(3-4), 128-138.

Akhbardeh, M. (2011). Role of spiritual beliefs and prayer in health promotion of chronic patients: A qualitative study.

Alarcon, G. S., Williams, G. V., Singer, J. Z., Steen, V. D., Clegg, D. O., Paulus, H. E. & Willkens, R. F. (1991). Early undifferentiated connective tissue disease. I. Early clinical manifestation in a large cohort of patients with undifferentiated connective tissue diseases compared with cohorts of well established connective tissue disease. *The Journal of rheumatology*, *18*(9), 1332-1339.

Alexander, F. (1950). Fundamental principles of the psychosomatic approach. Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications (New York, NY: WW Norton & Company), 54-80.

Alexander, J. J., Jacob, A., Bao, L., Macdonald, R. L., & Quigg, R. J. (2005). Complement-dependent apoptosis and inflammatory gene changes in murine lupus cerebritis. *The Journal of Immunology*, *175*(12), 8312-8319.

Alonzo, A. A. (2000). The experience of chronic illness and post-traumatic stress disorder: the consequences of cumulative adversity. Social Science and Medicine, 50(10), 1475 – 1484.

American Psychiatric Association, A. P. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV).

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.

American Psychiatric Association. (2019). American psychiatric association.

Amir, M., Kaplan, Z., Neumann, L., Sharabani, R., Shani, N., & Buskila, D. (1997). Posttraumatic stress disorder, tenderness and fibromyalgia. Journal of Psychosomatic Research, 42(6), 607 – 613.

Anderson, K. O., Bradley, L. A., Young, L. D., McDaniel, L. K., & Wise, C. M. (1985). Rheumatoid arthritis: review of psychological factors related to etiology, effects, and treatment. *Psychological bulletin*, *98*(2), 358.

Anderson, K. O., Keefe, F. J., Bradley, L. A., McDaniel, L. K., Young, L. D., Turner, R. A., & Pisko, E. J. (1988). Prediction of pain behavior and functional status of rheumatoid arthritis patients using medical status and psychological variables. *Pain*, *33*(1), 25-32.

Ang, D. C., Choi, H., Kroenke, K., & Wolfe, F. (2005). Comorbid depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology*, *32*(6), 1013-1019.

Ansseau, M., Fischler, B., Dierick, M., Albert, A., Leyman, S., & Mignon, A. (2008). Socioeconomic correlates of generalized anxiety disorder and major depression in primary

care: the GADIS II study (Generalized Anxiety and Depression Impact Survey II). Depression and anxiety, 25(6), 506-513.

Arık, A. C., Soylu, Ö. E., & Şahin, A. R. (2002). Marmara depreminden sonra gelişen posttravmatik stres bozukluğunda aleksitimik özellikler.

Arnberg, F. K., Linton, S. J., Hultcrantz, M., Heintz, E., & Jonsson, U. (2014). Internet-delivered psychological treatments for mood and anxiety disorders: a systematic review of their efficacy, safety, and cost-effectiveness. PloS one, 9(5), e98118.

Arnett, F. C., Reveille, J. D., Moutsopoulos, H. M., Georgescu, L., & Elkon, K. B. (1996). Ribosomal P autoantibodies in systemic lupus erythematosus. Frequencies in different ethnic groups and clinical and immunogenetic associations. Arthritis & Rheumatism, 39(11), 1833-1839.

Asmundson, G. J., & Katz, J. (2009). Understanding the co-occurrence of anxiety disorders and chronic pain: state-of-the-art. *Depression and anxiety*, *26*(10), 888-901.

Aspinwall, L. G., & Tedeschi, R. G. (2010). The value of positive psychology for health psychology: Progress and pitfalls in examining the relation of positive phenomena to health. Annals of behavioral medicine, 39(1), 4-15.

Atagün, M. İ., Atagün, Z., Evren, C., Balaban, Ö. D., Yalçinkaya, E. Y., & Önes, K. (2012). Mental symptoms are related with impact of the disease and impairment in quality of life in female patients with fibromyalgia. *Dusunen Adam*, *25*(4), 338.

Azar, M., Rice, D. B., Kwakkenbos, L., Carrier, M. E., Shrier, I., Bartlett, S. J., ... & SPIN investigators. (2018). Exercise habits and factors associated with exercise in systemic sclerosis: a Scleroderma Patient-centered Intervention Network (SPIN) cohort study. Disability and rehabilitation, 40(17), 1997-2003.

Azizoddin, D. R., Zamora-Racaza, G., Ormseth, S. R., Sumner, L. A., Cost, C., Ayeroff, J. R.. & Nicassio, P. M. (2017). Psychological factors that link socioeconomic status to depression/anxiety in patients with systemic lupus erythematosus. Journal of clinical psychology in medical settings, 24(3), 302-315.

Bacconnier, L., Rincheval, N., Flipo, R. M., Goupille, P., Daures, J. P., Boulenger, J. P., & Combe, B. (2015). Psychological distress over time in early rheumatoid arthritis: results from a longitudinal study in an early arthritis cohort. *Rheumatology*, *54*(3), 520-527.

Bachen, E. A., Chesney, M. A., & Criswell, L. A. (2009). Prevalence of mood and anxiety disorders in women with systemic lupus erythematosus. Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology, 61(6), 822-829.

Bair, M. J., Robinson, R. L., Katon, W., & Kroenke, K. (2003). Depression and pain comorbidity: a literature review. *Archives of internal medicine*, *163*(20), 2433-2445.

Baker, A. (2001). Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century (Vol. 323, No. 7322, p. 1192). British Medical Journal Publishing Group.

Baker, K., Pope, J., Fortin, P., Silverman, E., Peschken, C., & 1000 Faces of Lupus Investigators and CaNIOS (Canadian Network for Improved Outcomes in SLE). (2009). Work disability in systemic lupus erythematosus is prevalent and associated with socio-demographic and disease related factors. *Lupus*, *18*(14), 1281-1288.

Bamonti, P. M., Heisel, M. J., Topciu, R. A., Franus, N., Talbot, N. L., & Duberstein, P. R. (2010). Association of alexithymia and depression symptom severity in adults aged 50 years and older. The American Journal of Geriatric Psychiatry, 18(1), 51-56.

Baños, R. M., Espinoza, M., García-Palacios, A., Cervera, J. M., Esquerdo, G., Barrajón, E., & Botella, C. (2013). A positive psychological intervention using virtual reality

for patients with advanced cancer in a hospital setting: a pilot study to assess feasibility. Supportive Care in Cancer, 21(1), 263-270.

Bao, Y., Li, L., Guan, Y., Wang, W., Liu, Y., Wang, P., & Wang, Y. (2017). Prevalence and associated positive psychological variables of anxiety and depression among patients with central nervous system tumors in China: a cross-sectional study. Psycho-oncology, 26(2), 262-269.

Barak Y (2006) The immune system and happiness. Autoimmun Rev 5:523–527

Barak, Y., Achiron, A., Rotstein, Z., Elizur, A., & Noy, S. (1998). Stress associated with asbestosis: the trauma of waiting for death. Psycho-Oncology, 7(2), 126 – 128.

Barbasio, C., & Granieri, A. (2013). Emotion regulation and mental representation of attachment in patients with systemic lupus erythematosus: a study using the Adult Attachment Interview. *The Journal of nervous and mental disease*, *201*(4), 304-310.

Barbosa, F., Mota, C., Alves, M., Alcântara, C., Rossiñol, B., Patrício, P., & Ferreira, C. (2009). Alexithymia in systemic lupus erythematosus patients. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1173*(1), 227.

Barbosa, F., Mota, C., Patrício, P., Alcântara, C., Ferreira, C., & Barbosa, A. (2011). The relationship between alexithymia and psychological factors in systemic lupus erythematosus. Comprehensive psychiatry, 52(6), 754-762.

Barbosa, F., Mota, C., Patrício, P., Alcântara, C., Ferreira, C., & Barbosa, A. (2011). Alexithymia and clinical variables in SLE patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, *80*(2), 123.

Barrett, L. F. (2006). Are emotions natural kinds?. *Perspectives on psychological science*, *1*(1), 28-58.

Barros, M. B. D., César, C. L. G., Carandina, L., & Dalla Torre, G. (2006). Social inequalities in the prevalence of chronic diseases in Brazil, PNAD-2003. Ciência & Saúde Coletiva, 11(4), 911.

Basim, H. N., & Cetin, F. (2011). The reliability and validity of the Resilience Scale for Adults-Turkish Version. Turk Psikiyatri Derg, 22(2), 104.

Baum A, Posluzny DM (1999) Health psychology: mapping biobehavioral contributions to health and illness. Annu Rev Psychol 50: 137–163

Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. Psychological medicine, 43(5), 897.

Baxter, A. J., Vos, T., Scott, K. M., Ferrari, A. J., & Whiteford, H. A. (2014). The global burden of anxiety disorders in 2010. Psychological medicine, 44(11), 2363.

Beasley, M., Thompson, T., & Davidson, J. (2003). Resilience in response to life stress: the effects of coping style and cognitive hardiness. Personality and Individual differences, 34(1), 77-95.

Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York: International Universities Press

Beesdo-Baum, K., & Knappe, S. (2012). Developmental epidemiology of anxiety disorders. Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 21(3), 457-478.

Benjamin, O., Bansal, P., Goyal, A., & Lappin, S. L. (2018). Disease modifying anti-rheumatic drugs (DMARD). Retrieved from https://europepmc.org/article/nbk/nbk507863

Bennett, P., & Brooke, S. (1999). Intrusive memories, post-traumatic stress disorder and myocardial infarction. British Journal of Clinical Psychology, 38(4), 411 – 416.

Bennett, P., Conway, M., Clatworthy, J., Brooke, S., & Owen, R. (2001). Predicting post-traumatic symptoms in cardiac patients. Heart and Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 30(6), 458 – 465

Benson, P. L. (1997). All kids are our kids. *Adolescence*, *32*(128), 999.

Beresnevaite, M. (2000). Exploring the benefits of group psychotherapy in reducing alexithymia in coronary heart disease patients: a preliminary study. *Psychotherapy and psychosomatics*, *69*(3), 117-122.

Bergman, R. L., Piacentini, J., & McCracken, J. T. (2002). Prevalence and description of selective mutism in a school-based sample. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41(8), 938-946.

Berthoz, S., Consoli, S., Perez-Diaz, F., & Jouvent, R. (1999). Alexithymia and anxiety: compounded relationships? A psychometric study. *European Psychiatry*, *14*(7), 372-378.

Bialas, A. R., Presumey, J., Das, A., van der Poel, C. E., Lapchak, P. H., Mesin, L., & Carroll, M. C. (2017). Microglia-dependent synapse loss in type I interferon-mediated lupus. *Nature*, *546*(7659), 539-543.

Bianchini, D. C. S., & Dell'Aglio, D. D. (2006). Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. Paidéia (Ribeirão Preto), 16(35), 427-436.

Bjelland, I., Dahl, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. Journal of psychosomatic research, 52(2), 69-77.

Blalock, S. J., Vellis, B. M. D., DeVellis, R. F., & Sauter, S. V. H. (1988). Self-evaluation processes and adjustment to rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, *31*(10), 1245-1251.

Blanchard, E. B., Buckley, T. C., Hickling, E. J., & Taylor, A. E. (1998). Posttraumatic stress disorder and comorbid major depression: is the correlation an illusion?. Journal of anxiety disorders, 12(1), 21-37.

Blatt, S. J. (1998). Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. Journal of the American Psychoanalytic Association, 46(3), 723-752.

Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resiliency: Conceptual and empirical connections and separateness. Journal of Personality and Social Psychology, 70, 349–361.

Blom, G. E., & Nicholls, G. (1954). Emotional factors in children with rheumatoid arthritis. *American Journal of Orthopsychiatry*, *24*(3), 588.

Bodolay, E., Csiki, Z., Szekanecz, Z., Ben, T., Kiss, E., Szucs, G., & Szegedi, G. (2003). Five-year follow-up of 665 Hungarian patients with undifferentiated connective tissue disease (UCTD). *Clinical and experimental rheumatology*, *21*(3), 313-320.

Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B., & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. Depression and anxiety, 27(2), 168-189.

Bögels, S. M., Knappe, S., & Clark, L. A. (2013). Adult separation anxiety disorder in DSM-5. Clinical psychology review, 33(5), 663-674.

Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. BMC public health, 13(1), 1-20.

Bolton, D. & Gillett, G. (2019). The Biopsychosocial Model 40 Years On. In The Biopsychosocial Model of Health and Disease (pp. 1-43). Palgrave Pivot, Cham.

Bombardier, C., Gladman, D. D., Urowitz, M. B., Caron, D., Chang, C. H., Austin, A., & Schur, P. H. (1992). Derivation of the SLEDAI. A disease activity index for lupus patients. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, *35*(6), 630-640.

Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of consulting and clinical psychology*, *75*(5), 671.

Bonime, W. (1989). Collaborative psychoanalysis: Anxiety, depression, dreams, and personality change. Fairleigh Dickinson Univ Press.

Bonin, M., Norton, R., Frombach, I., & Asmundson, G. J. G. (2000). PTSD in different treatment settings: a preliminary investigation of PTSD symptomatology in substance abuse and chronic pain patients. Depression and Anxiety, 11, 131 – 133.

Booth, G. C. (1937). Personality and chronic arthritis. *Journal of Nervous and Mental Disease*.

Bornemann, B., & Singer, T. (2017). Taking time to feel our body: Steady increases in heartbeat perception accuracy and decreases in alexithymia over 9 months of contemplative mental training. *Psychophysiology*, *54*(3), 469-482.

Boscarino, J. A., Forsberg, C. W. & Goldberg, J. (2010). A twin study of the association between PTSD symptoms and rheumatoid arthritis. Psychosomatic medicine, 72(5), 481-486.

Boudreaux, E., Kilpatrick, G., Resnick, H. S., Best, C. L., & Saunders, B. E. (1998). Criminal victimization, posttraumatic stress disorder, and comorbid psychopathology among a community sample of women. Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 11(4), 665-678.

Bradley, L. A. (1985). Psychological aspects of arthritis. Bulletin of the Rheumatic Diseases, 25, 1-12.

Bradley, L. A., Young, L. D., Anderson, K. O., McDaniel, L. K., Turner, R. A. & Agudelo, C. A. (1984). Psychological approaches to the management of arthritis pain. Social Science & Medicine, 19(12), 1353-1360.

Bradshaw, B. G., Richardson, G. E., Kumpfer, K., Carlson, J., Stanchfield, J., Overall, J., & Kulkarni, K. (2007). Determining the efficacy of a resiliency training approach in adults with type 2 diabetes. The Diabetes Educator, 33, 650–659.

Brahem, M., Maraoui, M., Hachfi, H., Hammouda, S. B., Haddada, I., Jguirim, M., & Younes, M. (2017). AB0346 Mood disorders (anxiety and depression) in rheumatoid arthritis.

Brey, R. L., Holliday, S. L., Saklad, A. R., Navarrete, M. G., Hermosillo–Romo, D., Stallworth, C. L., & McGlasson, D. (2002). Neuropsychiatric syndromes in lupus: prevalence using standardized definitions. Neurology, 58(8), 1214-1220.

Brionez, T. F., Assassi, S., Reveille, J. D., Green, C., Learch, T., Diekman, L., & Nicassio, P. (2010). Psychological correlates of self-reported disease activity in ankylosing spondylitis. The Journal of rheumatology, 37(4), 829-834.

Brown, G. K., Nicassio, P. M., & Wallston, K. A. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. Journal of consulting and Clinical Psychology, 57(5), 652.

Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., & Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. American Journal of psychiatry, 162(6), 1179-1187.

Bruni, R., Serino, F. M., Galluzzo, S., Coppolino, G., Cacciapaglia, F., Vadacca, M., & Afeltra, A. (2006). Alexithymia and Neuroendocrine-Immune Response in Patients with Autoimmune Diseases: Preliminary Results on Relationship between Alexithymic Construct and TNF-α Levels. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1069*(1), 208-211.

Burger, A. J., Lumley, M. A., Carty, J. N., Latsch, D. V., Thakur, E. R., Hyde-Nolan, M. E., & Schubiner, H. (2016). The effects of a novel psychological attribution and emotional awareness and expression therapy for chronic musculoskeletal pain: A preliminary, uncontrolled trial. *Journal of psychosomatic research*, *81*, 1-8.

Burke, A. L., Mathias, J. L., & Denson, L. A. (2015). Psychological functioning of people living with chronic pain: A meta-analytic review. *British Journal of Clinical Psychology*, *54*(3), 345-360.

Burton, N. W., Pakenham, K. I., & Brown, W. J. (2009). Evaluating the effectiveness of psychosocial resilience training for heart health, and the added value of promoting physical activity: A cluster randomized trial of the READY program. BMC Public Health, 23, 427.

Buskila, D., Ablin, J. N., Ben-Zion, I., Muntanu, D., Shalev, A., Sarzi-Puttini, P., & Cohen, H. (2009). A painful train of events: increased prevalence of fibromyalgia in survivors of a major train crash. Clinical & Experimental Rheumatology, 27(5), S79.

Buss, D. M. (2000). The evolution of happiness. *American psychologist*, *55*(1), 15.

Bystritsky, A., Khalsa, S. S., Cameron, M. E. & Schiffman, J. (2013). Current diagnosis & treatment of anxiety disorders. Pharmacy & Therapeutics, 38(1), 30.

Cal, S. F., & Santiago, M. B. (2013). Resilience in systemic lupus erythematosus. Psychology, health & medicine, 18(5), 558-563.

Cal, S. F., de Sá, L. R., Glustak, M. E., & Santiago, M. B. (2015). Resilience in chronic diseases: A systematic review. Cogent Psychology, 2(1), 1024928.

Calabrese, F., Rossetti, A. C., Racagni, G., Gass, P., Riva, M. A., & Molteni, R. (2014). Brain-derived neurotrophic factor: a bridge between inflammation and neuroplasticity. *Frontiers in cellular neuroscience*, *8*, 430.

Cameron, K., Ogrodniczuk, J., & Hadjipavlou, G. (2014). Changes in alexithymia following psychological intervention: a review. *Harvard review of psychiatry*, *22*(3), 162-178.

Capuron, L., Pagnoni, G., Demetrashvili, M. F., Lawson, D. H., Fornwalt, F. B., Woolwine, B., & Miller, A. H. (2007). Basal ganglia hypermetabolism and symptoms of fatigue during interferon-α therapy. *Neuropsychopharmacology*, *32*(11), 2384-2392.

Carvalho, F. T. D., Morais, N. A. D., Koller, S. H., & Piccinini, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. Cadernos de Saúde Pública, 23, 2023-2033.

Cassem, N. H., Murray, G. B., Lafayette, J. M., & Stern, T. A. (2004). Delirious patients. In Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry (pp. 119-134). Mosby.

Cassem, N. H., Papakostas, G. I., Fava, M., & Stern, T. A. (2004). Mood-disordered patients. In Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry (pp. 69-92). Mosby.

Castrejón, I., Tani, C., Jolly, M., Huang, A., & Mosca, M. (2014). Indices to assess patients with systemic lupus erythematosus in clinical trials, long-term observational studies, and clinical care. *Clin Exp Rheumatol*, *32*(5 Suppl 85), 85-95.

Center for Substance Abuse Treatment. (2014). Understanding the impact of trauma. In Trauma-informed care in behavioral health services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).

Chamberlain, S. R., Cavanagh, J., De Boer, P., Mondelli, V., Jones, D. N., Drevets, W. C. & Bullmore, E. T. (2019). Treatment-resistant depression and peripheral C-reactive protein. *The British Journal of Psychiatry*, *214*(1), 11-19.

Chan, I. W., Lai, J. C., & Wong, K. W. (2006). Resilience is associated with better recovery in Chinese people diagnosed with coronary heart disease. Psychology and Health, 21(3), 335-349.

Chandarana, P. C., Eals, M., Steingart, A. B., Bellamy, N., & Allen, S. (1987). The detection of psychiatric morbidity and associated factors in patients with rheumatoid arthritis. The Canadian Journal of Psychiatry, 32(5), 356-361.

Charney, D. S. (2004). Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. American journal of Psychiatry, 161(2), 195-216.

Cheung, C. K., & Kam, P. K. (2012). Resiliency in older Hong Kong Chinese: Using the grounded theory approach to reveal social and spiritual conditions. Journal of aging studies, 26(3), 355-367.

Chimenti, M. S., Fonti, G. L., Conigliaro, P., Hitaj, J., Triggianese, P., Teoli, M., ... & Perricone, R. (2019). Evaluation of alexithymia in patients affected by rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis: a cross-sectional study. Medicine, 98(4).

Choy, E. H., & Calabrese, L. H. (2018). Neuroendocrine and neurophysiological effects of interleukin 6 in rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, *57*(11), 1885-1895.

Christensen, H., Batterham, P., & Calear, A. (2014). Online interventions for anxiety disorders. Current opinion in psychiatry, 27(1), 7-13.

Cicchetti, D., & Blender, J. A. (2006). A multiple-levels-of-analysis perspective on resilience: implications for the developing brain, neural plasticity, and preventive interventions. Annals of the New York Academy of Sciences, 1094(1), 248-258.

Clauss, J. A., & Blackford, J. U. (2012). Behavioral inhibition and risk for developing social anxiety disorder: a meta-analytic study. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 51(10), 1066-1075.

Cohen, W. S., Roberts Jr, W. N., & Levenson, J. L. (2004). Psychiatric aspects of systemic lupus erythematosus. In *Systemic lupus erythematosus* (pp. 785-825). Academic Press.

Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. Psychological bulletin, 127(1), 87.

Cook, R. J., Gladman, D. D., Pericak, D., & Urowitz, M. B. (2000). Prediction of short term mortality in systemic lupus erythematosus with time dependent measures of disease activity. *The Journal of rheumatology*, *27*(8), 1892-1895.

Corcos, M., Guilbaud, O., Paterniti, S., Curt, F., Hjalmarsson, L., Moussa, M., & Jeammet, P. (2004). Correlation between serum levels of interleukin-4 and alexithymia scores in healthy female subjects: preliminary findings. *Psychoneuroendocrinology*, *29*(4), 557-562.

Cormier, B. M., & Wittkower, E. D. (1957). Psychological aspects of rheumatoid arthritis. *Canadian Medical Association Journal*, *77*(6), 533.

Correll, R. E. (1984). Relationship of anxiety and depression to age and sex in an acute psychiatric population. Psychological reports, 55(3), 979-986.

Covic, T., Cumming, S. R., Pallant, J. F., Manolios, N., Emery, P., Conaghan, P. G., & Tennant, A. (2012). Depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: prevalence rates based on a comparison of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) and the hospital, Anxiety and Depression Scale (HADS). *BMC psychiatry*, *12*(1), 1-10.

Covic, T., Tyson, G., Spencer, D., & Howe, G. (2006). Depression in rheumatoid arthritis patients: demographic, clinical, and psychological predictors. *Journal of psychosomatic research*, *60*(5), 469-476.

Cox, B. J., Kuch, K., Parker, J. D., Shulman, I. D., & Evans, R. J. (1994). Alexithymia in somatoform disorder patients with chronic pain. *Journal of psychosomatic research*, *38*(6), 523-527.

Craig, K. J., Brown, K. J., & Baum, A. (2000). Environmental factors in the etiology of anxiety., retrieved from http://www.acnp.org/G4/GN401000127/CH125.html

Craske, M. G. (2010). Cognitive–behavioral therapy. American Psychological Association.

Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2011). What is an anxiety disorder?. Focus, 9(3), 369-388.

Creedy, D. K., Shochet, I. M., & Horsfall, J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. Birth, 27(2), 104 – 111.

Crouthamel, M., Quattrocchi, E., Watts, S., Wang, S., Berry, P., Garcia-Gancedo, L. & Williams, R. E. (2018). Using a ResearchKit smartphone app to collect rheumatoid arthritis symptoms from real-world participants: feasibility study. JMIR mHealth and uHealth, 6(9), e177.

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D., & van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: a meta-analysis. Journal of affective disorders, 159, 118-126.

Cuijpers, P., Van Straten, A., Andersson, G., & Van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. Journal of consulting and clinical psychology, 76(6), 909.

Cunha, M., Ribeiro, A., & André, S. (2016). Anxiety, depression and stress in patients with rheumatoid arthritis. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *217*, 337-343.

Curtis, W. J., & Cicchetti, D. (2003). Moving research on resilience into the 21st century: Theoretical and methodological considerations in examining the biological contributors to resilience. Development and psychopathology, 15(3), 773-810.

Czarnocka, J., & Slade, P. (2000). Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth. British Journal of Clinical Psychology, 39(1), 35 – 51.

Danchenko, N., Satia, J. A., & Anthony, M. S. (2006). Epidemiology of systemic lupus erythematosus: a comparison of worldwide disease burden. Lupus, 15(5), 308-318.

Daniels, J., Brigden, A., & Kacorova, A. (2017). Anxiety and depression in chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME): examining the incidence of health anxiety in CFS/ME. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *90*(3), 502-509.

Davidson, J. R. (2010). Major depressive disorder treatment guidelines in America and Europe. The Journal of clinical psychiatry, 71(suppl E1), 4-4.

De Berardis, D., Serroni, N., Campanella, D., Carano, A., Gambi, F., Valchera, A., & Ferro, F. M. (2008). Alexithymia and its relationships with C-reactive protein and serum lipid levels among drug naïve adult outpatients with major depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *32*(8), 1982-1986.

De Brouwer, S. J., Kraaimaat, F. W., Sweep, F. C., Donders, R. T., Eijsbouts, A., van Koulil, S. & Evers, A. W. (2011). Psychophysiological responses to stress after stress management training in patients with rheumatoid arthritis. *PLoS One*, *6*(12), e27432.

de Brouwer, S. J., van Middendorp, H., Kraaimaat, F. W., Radstake, T. R., Joosten, I., Donders, A. R. T. & Evers, A. W. (2013). Immune responses to stress after stress management training in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis research & therapy*, *15*(6), 1-8.

de Brouwer, S. J., van Middendorp, H., Stormink, C., Kraaimaat, F. W., Joosten, I., Radstake, T. R. & Evers, A. W. (2014). Immune responses to stress in rheumatoid arthritis and psoriasis. *Rheumatology*, *53*(10), 1844-1848.

De Gucht, V., & Heiser, W. (2003). Alexithymia and somatisation: a quantitative review of the literature. *Journal of psychosomatic research*, *54*(5), 425-434.

De Hair, M. J. H., van de Sande, M. G. H., Ramwadhdoebe, T. H., Hansson, M., Landewe, R., Van Der Leij, C., & Tak, P. P. (2014). Features of the synovium of individuals at risk of developing rheumatoid arthritis: implications for understanding preclinical rheumatoid arthritis. Arthritis & rheumatology, 66(3), 513-522.

De Moor, M. H., Van Den Berg, S. M., Verweij, K. J., Krueger, R. F., Luciano, M., Vasquez, A. A. & Boomsma, D. I. (2015). Meta-analysis of genome-wide association studies for neuroticism, and the polygenic association with major depressive disorder. JAMA psychiatry, 72(7), 642-650.

de Oliveira Ribeiro, N. P., de Mello Schier, A. R., Ornelas, A. C., de Oliveira, C. M. P., Nardi, A. E., & Silva, A. C. (2013). Anxiety, depression and suicidal ideation in patients with rheumatoid arthritis in use of methotrexate, hydroxychloroquine, leflunomide and biological drugs. *Comprehensive psychiatry*, *54*(8), 1185-1189.

De Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. The Lancet, 372(9634), 246-255.

DeGiorgio, L. A., Konstantinov, K. N., Lee, S. C., Hardin, J. A., Volpe, B. T., & Diamond, B. (2001). A subset of lupus anti-DNA antibodies cross-reacts with the NR2 glutamate receptor in systemic lupus erythematosus. *Nature medicine*, *7*(11), 1189-1193

Dekkers, J. C., Geenen, R., Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., Bijlsma, J. W., & Godaert, G. L. (2001). Biopsychosocial mediators and moderators of stress–health relationships in patients with recently diagnosed rheumatoid arthritis. Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology, 45(4), 307-316.

DeNisco, S. (2011). Exploring the relationship between resilience and diabetes outcomes in African Americans. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 23(11), 602-610.

Dere, J., Tang, Q., Zhu, X., Cai, L., Yao, S., & Ryder, A. G. (2013). The cultural shaping of alexithymia: values and externally oriented thinking in a Chinese clinical sample. *Comprehensive Psychiatry*, *54*(4), 362-368.

DGS (2013). Rede de Referenciação Hospitalar de Reumatologia. Retirado de: http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006184.pdf, consultado a 09 de Novembro de 2013.

Di Lernia, D., Serino, S., & Riva, G. (2016). Pain in the body. Altered interoception in chronic pain conditions: a systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *71*, 328-341.

Di Tella, M., Ghiggia, A., Tesio, V., Romeo, A., Colonna, F., Fusaro, E., ... & Castelli, L. (2017). Pain experience in Fibromyalgia Syndrome: The role of alexithymia and psychological distress. *Journal of affective disorders*, *208*, 87-93.

Dias, R., Santos, R. L., Sousa, M. F., Nogueira, M. M., Torres, B., Belfort, T., & Dourado, M. C. (2015). Resilience of caregivers of people with dementia: A systematic review of biological and psychosocial determinants. Trends in Psychiatry & Psychotherapy, 37, 12–19

Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. American psychologist, 55(1), 34-43

DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. *Archives of internal medicine*, *160*(14), 2101-2107.

Dionne, C. E., Koepsell, T. D., Von Korff, M., Deyo, R. A., Barlow, W. E., & Checkoway, H. (1997). Predicting long-term functional limitations among back pain patients in primary care settings. *Journal of clinical epidemiology*, *50*(1), 31-43.

Doerfler, L. A., Pbert, L., & DeCosimo, D. (1994). Symptoms of post-traumatic stress disorder following myocardial infarction and coronary artery bypass surgery. General Hospital Psychiatry, 16, 193 – 199.

Doria, A., Rinaldi, S., Ermani, M., Salaffi, F., Iaccarino, L., Ghirardello, A., ... & Todesco, S. (2004). Health-related quality of life in Italian patients with systemic lupus erythematosus. II. Role of clinical, immunological and psychological determinants. *Rheumatology*, *43*(12), 1580-1586.

Dowell, N. G., Cooper, E. A., Tibble, J., Voon, V., Critchley, H. D., Cercignani, M., & Harrison, N. A. (2016). Acute changes in striatal microstructure predict the development of interferon-alpha induced fatigue. *Biological psychiatry*, *79*(4), 320-328.

Dowlati, Y., Herrmann, N., Swardfager, W., Liu, H., Sham, L., Reim, E. K., & Lanctôt, K. L. (2010). A meta-analysis of cytokines in major depression. *Biological psychiatry*, *67*(5), 446-457.

DuBois, C. M., Lopez, O. V., Beale, E. E., Healy, B. C., Boehm, J. K., & Huffman, J. C. (2015). Relationships between positive psychological constructs and health outcomes in patients with cardiovascular disease: A systematic review. International journal of cardiology, 195, 265-280.

DuBois, C. M., Millstein, R. A., Celano, C. M., Wexler, D. J., & Huffman, J. C. (2016). Feasibility and acceptability of a positive psychological intervention for patients with type 2 diabetes. The primary care companion for CNS disorders, 18(3).

Duits, P., Cath, D. C., Lissek, S., Hox, J. J., Hamm, A. O., Engelhard, I. M., & Baas, J. M. (2015). Updated meta-analysis of classical fear conditioning in the anxiety disorders. Depression and anxiety, 32(4), 239-253.

Dunsmoor, J. E., & Paz, R. (2015). Fear generalization and anxiety: behavioral and neural mechanisms. Biological psychiatry, 78(5), 336-343.

DuPont, R. L., Rice, D. P., Miller, L. S., Shiraki, S. S., Rowland, C. R., & Harwood, H. J. (1996). Economic costs of anxiety disorders. *Anxiety*, *2*(4), 167-172.

Eberhardt, K., Larsson, B. M., & Nived, K. (1993). Early rheumatoid arthritis–some social, economical, and psychological aspects. *Scandinavian journal of rheumatology*, *22*(3), 119-123.

Edward, K. L. (2013). Chronic illness and wellbeing: using nursing practice to foster resilience as resistance. British Journal of Nursing, 22(13), 741-746.

Edwards, R. R., Bingham III, C. O., Bathon, J., & Haythornthwaite, J. A. (2006). Catastrophizing and pain in arthritis, fibromyalgia, and other rheumatic diseases. Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology, 55(2), 325-332.

Egeland, B., Carlson, E. & Sroufe, L. A. (1993). Resilience as process. Development and psychopathology, 5(4), 517-528.

Eggenberger, S. K., Meiers, S. J., Krumwiede, N., Bliesmer, M., & Earle, P. (2011). Reintegration within families in the context of chronic illness: A family health promoting process. Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness, 3(3), 283-292.

Eisenberger, N. I., Moieni, M., Inagaki, T. K., Muscatell, K. A., & Irwin, M. R. (2017). In sickness and in health: the co-regulation of inflammation and social behavior. Neuropsychopharmacology, 42(1), 242-253.

Elenkov, I. J., & Chrousos, G. P. (2002). Stress hormones, proinflammatory and antiinflammatory cytokines, and autoimmunity. Annals of the New York Academy of Sciences, 966(1), 290-303.

Elliott, A. (2015). Psychoanalytic theory: An introduction. Palgrave Macmillan.

El-Miedany, Y. M., & El Rasheed, A. H. (2002). Is anxiety a more common disorder than depression in rheumatoid arthritis?. *Joint Bone Spine*, *69*(3), 300-306.

Endler, N. S. & Kocovski, N. L. (2001). State and trait anxiety revisited. Journal of anxiety disorders, 15(3), 231-245.

Engel, C., Hamilton, N. A., Potter, P. T., & Zautra, A. J. (2004). Impact of two types of expectancy on recovery from total knee replacement surgery (TKR) in adults with osteoarthritis. Behavioral Medicine, 30(3), 113-123

Erim, Y., Tagay, S., Beckmann, M., Bein, S., Cicinnati, V., Beckebaum, S. & Schlaak, J. F. (2010). Depression and protective factors of mental health in people with hepatitis C: a questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies, 47(3), 342-349.

Etkin, A., & Wager, T. D. (2007). Functional neuroimaging of anxiety: a meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. American journal of Psychiatry, 164(10), 1476-1488.

Euesden, J., Matcham, F., Hotopf, M., Steer, S., Cope, A. P., Lewis, C. M. & Scott, I. C. (2017). The relationship between mental health, disease severity, and genetic risk for depression in early rheumatoid arthritis. Psychosomatic medicine, 79(6), 638.

Exner Jr, J. E. (2001). A Rorschach workbook for the Comprehensive System. In *Rorschach Workshops* (pp. 171-187).

Fanouriakis, A., Kostopoulou, M., Alunno, A., Aringer, M., Bajema, I., Boletis, J. N., & Boumpas, D. T. (2019). 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. Annals of the rheumatic diseases, 78(6), 736-745.

Färber, F., & Rosendahl, J. (2018). The association between resilience and mental health in the somatically ill: a systematic review and meta-analysis. Deutsches Ärzteblatt International, 115(38), 621.

Faria, D. A. P., Revoredo, L. S., Vilar, M. J., & Chaves, M. E. M. (2014). Resilience and treatment adhesion in patients with systemic lupus erythematosus. The open rheumatology journal, 8, 1.

Fasihi R, Hassanzadeh R, Mahmoudi G. Correlation between attachment style, alexithymia and resiliency in university students. Int J Sci Basic Appl Res. 2013;2(10):898-902.

Fassino, S. (2010). Psychosomatic approach is the new medicine tailored for patient personality with a focus on ethics, economy, and quality. *Panminerva medica*, *52*(3), 249-264.

Feder, A., Nestler, E. J., & Charney, D. S. (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. Nature Reviews Neuroscience, 10(6), 446-457.

Feigenbaum, S. L., Masi, A. T., & Kaplan, S. B. (1979). Prognosis in rheumatoid arthritis: a longitudinal study of newly diagnosed younger adult patients. The American journal of medicine, 66(3), 377-384.

Fernandez, A., Sriram, T. G., Rajkumar, S., & Chandrasekar, A. N. (1989). Alexithymic characteristics in rheumatoid arthritis: a controlled study. *Psychotherapy and psychosomatics*, *51*(1), 45-50.

Ferreira, C. L., Santos, L. M. O., & Maia, E. M. C. (2012). Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 46(2), 328-334.

Fifield, J., Reisine, S. T., & Grady, K. (1991). Work disability and the experience of pain and depression in rheumatoid arthritis. *Social science & medicine*, *33*(5), 579-585.

Figueiredo-Braga, M., Cornaby, C., Bernardes, M., Figueiredo, M., Mesquita, C. D. S., Costa, L., & Poole, B. D. (2018). Correlation between physical markers and psychiatric health in a Portuguese systemic lupus erythematosus cohort: The role of suffering in chronic autoimmune disease. *PloS one*, *13*(4), e0195579.

Figueiredo-Braga, M., Cornaby, C., Cortez, A., Bernardes, M., Terroso, G., Figueiredo, M. & Poole, B. D. (2018). Depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: the crosstalk between immunological, clinical, and psychosocial factors. Medicine, 97(28).

Firestein, G. S., & McInnes, I. B. (2017). Immunopathogenesis of rheumatoid arthritis. *Immunity*, *46*(2), 183-196.

Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. Annu. Rev. Psychol., 55, 745-774.

Fonzo, G. A., Ramsawh, H. J., Flagan, T. M., Sullivan, S. G., Letamendi, A., Simmons, A. N., & Stein, M. B. (2015). Common and disorder-specific neural responses to emotional faces in generalised anxiety, social anxiety and panic disorders. The British Journal of Psychiatry, 206(3), 206-215.

Foran, H. M., & O'Leary, K. D. (2013). The role of relationships in understanding the alexithymia–depression link. *European Journal of Personality*, *27*(5), 470-480.

Frank, R. G., Beck, N. C., Parker, J. C., Kashani, J. H., Elliott, T. R., Haut, A. E. & Kay, D. R. (1988). Depression in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*, *15*(6), 920-5.

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. American psychologist, 56(3), 218.

Freitas, A. L., & Downey, G. (1998). Resilience: A dynamic perspective. International journal of behavioral development, 22(2), 263-285.

Freud, S., (1956). The standard edition of the complete psychological works, *James Strachey. London: The Hogarth Press*, 2, 1-305

Friedli, L., & World Health Organization. (2009). *Mental health, resilience and inequalities* (No. EU/08/5087203). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe:.

Friedrich, M. J. (2017). Depression is the leading cause of disability around the world. Jama, 317(15), 1517-1517.

Gámez-Guadix, M. (2014). Depressive symptoms and problematic Internet use among adolescents: Analysis of the longitudinal relationships from the cognitive–behavioral model. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 17(11), 714-719.

García-Carrasco, M., Mendoza-Pinto, C., León-Vázquez, J., Méndez-Martínez, S., Munguía-Realpozo, P., Etchegaray-Morales, I. & López-Colombo, A. (2019). Associations

between resilience and sociodemographic factors and depressive symptoms in women with systemic lupus erythematosus. Journal of psychosomatic research, 122, 39-42.

Garroway, A. (2014). Resilience in Parkinson's disease: An empirical examination of age-related components of the construct.

Gaskin, D. J., & Richard, P. (2012). The economic costs of pain in the United States. *The Journal of Pain*, *13*(8), 715-724.

Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. Psychological bulletin, 133(4), 581.

Geisser, M. E., Roth, R. R., Bachman, J. E., & Eckert, T. A. (1996). The relationship between symptoms of traumatic stress disorder and pain, affective disturbance and disability among patients with accident and nonaccident related pain. Pain, 66, 207 – 214.

Gheshlagh, R. G., Sayehmiri, K., Ebadi, A., Dalvandi, A., Dalvand, S., & Tabrizi, K. N. (2016). Resilience of patients with chronic physical diseases: A systematic review and meta-analysis. Iranian Red Crescent Medical Journal, 18(7).

Gill, J. M., Saligan, L., Woods, S., & Page, G. (2009). PTSD is associated with an excess of inflammatory immune activities. Perspectives in psychiatric care, 45(4), 262-277.

Gillies, D., Taylor, F., Gray, C., O'Brien, L., & D'Abrew, N. (2013). Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. Evidence-based child health: a Cochrane review journal, 8(3), 1004-1116.

Ginsburg, G. S., Becker, E. M., Keeton, C. P., Sakolsky, D., Piacentini, J., Albano, A. M. & Kendall, P. C. (2014). Naturalistic follow-up of youths treated for pediatric anxiety disorders. JAMA psychiatry, 71(3), 310-318.

Girtler, N. C. E. F., Casari, E. F., Brugnolo, A., Cutolo, M., Dessi, B., Guasco, S & De Carli, F. (2010). Italian validation of the Wagnild and Young Resilience Scale: a perspective to rheumatic diseases. Clinical & Experimental Rheumatology, 28(5), 669.

Gladman, D. D., Goldsmith, C. H., Urowitz, M. B., Bacon, P., Bombardier, C., Isenberg, D., & Nived, O. (1992). Crosscultural validation and reliability of 3 disease activity indices in systemic lupus erythematosus. *The Journal of Rheumatology*, *19*(4), 608-611.

Goldblatt, F., & O'Neill, S. G. (2013). Clinical aspects of autoimmune rheumatic diseases. *The Lancet*, *382*(9894), 797-808.

Goldsmith, D. R., Rapaport, M. H., & Miller, B. J. (2016). A meta-analysis of blood cytokine network alterations in psychiatric patients: comparisons between schizophrenia, bipolar disorder and depression. *Molecular psychiatry*, *21*(12), 1696-1709.

Gong, M. S. (2009). Hope and resilience of patients on dialysis (Unpublished master's thesis). Seoul, South Korea: Ehwa Women's University.

Gould, R. L., Coulson, M. C., & Howard, R. J. (2012). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people: A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. Journal of the American Geriatrics Society, 60(2), 218-229.

Graninger, M. (2015). Behavioral training as additional therapy Approach for rheumatoid arthritis. Zeitschrift fur Rheumatologie, 74(7), 579-583.

Green, M. J., & Benzeval, M. (2013). The development of socioeconomic inequalities in anxiety and depression symptoms over the lifecourse. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 48(12), 1951-1961.

Griffiths, B., Mosca, M., & Gordon, C. (2005). Assessment of patients with systemic lupus erythematosus and the use of lupus disease activity indices. *Best practice & research Clinical rheumatology*, *19*(5), 685-708.

Groenewald, C. B., Essner, B. S., Wright, D., Fesinmeyer, M. D., & Palermo, T. M. (2014). The economic costs of chronic pain among a cohort of treatment-seeking adolescents in the United States. *The Journal of Pain*, *15*(9), 925-933.

Gross, J. J. (2015). The extended process model of emotion regulation: Elaborations, applications, and future directions. *Psychological Inquiry*, *26*(1), 130-137.

Gruenberg, A. M., Goldstein, R. D., & Pincus, H. A. (2005). Classification of depression: research and diagnostic criteria: DSM-IV and ICD-10. Biology of Depression, 11, 43.

Guilbaud, O., Corcos, M., Hjalmarsson, L., Loas, G., & Jeammet, P. (2003). Is there a psychoneuroimmunological pathway between alexithymia and immunity? Immune and physiological correlates of alexithymia. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, *57*(7), 292-295.

Guo, G., Fu, T., Yin, R., Zhang, L., Zhang, Q., Xia, Y. & Gu, Z. (2016). Sleep quality in Chinese patients with rheumatoid arthritis: contributing factors and effects on health-related quality of life. Health and quality of life outcomes, 14(1), 1-8.

Guyatt, G. H., Feeny, D. H. & Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. Annals of internal medicine, 118(8), 622-629.

Ha, B. Y., Jung, E. J., & Choi, S. Y. (2014). Effects of resilience, post-traumatic stress disorder on the quality of life in patients with breast cancer. Korean Journal of Women Health Nursing, 20(1), 83-91.

Haapakoski, R., Mathieu, J., Ebmeier, K. P., Alenius, H., & Kivimäki, M. (2015). Cumulative meta-analysis of interleukins 6 and 1β, tumour necrosis factor α and C-reactive protein in patients with major depressive disorder. *Brain, behavior, and immunity*, *49*, 206-215.

Halliday, J. L. (1937). Psychological Factors in Rheumatism, Part I. *British medical journal*, *1*(3969), 213.

Halliday, J. L. (1942). Psychological aspects of rheumatoid arthritis.

Harðardóttir, H., van Helvoort, H. A. C., Vonk, M. C., van den Hoogen, F. H. J., Dekhuijzen, P. N. R., & Heijdra, Y. F. (2010). Exercise in systemic sclerosis intensifies systemic inflammation and oxidative stress. Scandinavian journal of rheumatology, 39(1), 63-70.

Haroon, E., Woolwine, B. J., Chen, X., Pace, T. W., Parekh, S., Spivey, J. R. & Miller, A. H. (2014). IFN-alpha-induced cortical and subcortical glutamate changes assessed by magnetic resonance spectroscopy. *Neuropsychopharmacology*, *39*(7), 1777-1785.

Hatala, A. R. (2012). The status of the “biopsychosocial” model in health psychology: Towards an integrated approach and a critique of cultural conceptions. Retrieved from https://www.scirp.org/html/1-2250021_23900.htm.

Haviland, M. G., Shaw, D. G., Cummings, M. A., & MacMurray, J. P. (1988). Alexithymia: subscales and relationship to depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *50*(3), 164-170.

Hawley DJ, Wolfe F. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis: a prospective study of 400 patients. J Rheumatol. 1988 Jun;15(6):932-41.

Heldt, E., Kipper, L., Blaya, C., Salum, G. A., Hirakata, V. N., Otto, M. W., & Manfro, G. G. (2011). Predictors of relapse in the second follow-up year post cognitive-behavior therapy for panic disorder. Brazilian Journal of Psychiatry, 33(1), 23-29.

Hendryx, M. S., Haviland, M. G., & Shaw, D. G. (1991). Dimensions of alexithymia and their relationships to anxiety and depression. *Journal of personality assessment*, *56*(2), 227-237.

Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Isometsa, E. T., Kuoppasalmi, K. I., & Lonnqvist, J. K. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. American journal of psychiatry, 150, 935-935.

Hermelink, K., Bühner, M., Sckopke, P., Neufeld, F., Kaste, J., Voigt, V. & Harbeck, N. (2017). Chemotherapy and post-traumatic stress in the causation of cognitive dysfunction in breast cancer patients. JNCI: Journal of the National Cancer Institute, 109(10).

Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B. & Yuen, T. (2011). What is resilience?. The Canadian Journal of Psychiatry, 56(5), 258-265.

Herrmann, M., Schölmerich, J., & Straub, R. H. (2000). Stress and rheumatic diseases. Rheumatic Disease Clinics of North America, 26(4), 737-763.

Hewlett, S., Cockshott, Z., Byron, M., Kitchen, K., Tipler, S., Pope, D., & Hehir, M. (2005). Patients' perceptions of fatigue in rheumatoid arthritis: overwhelming, uncontrollable, ignored. *Arthritis Care & Research*, *53*(5), 697-702.

Hider, S. L., Tanveer, W., Brownfield, A., Mattey, D. L., & Packham, J. C. (2009). Depression in RA patients treated with anti-TNF is common and under-recognized in the rheumatology clinic. *Rheumatology*, *48*(9), 1152-1154.

Hintikka, J., Honkalampi, K., Lehtonen, J., & Viinamäki, H. (2001). Are alexithymia and depression distinct or overlapping constructs?: a study in a general population. *Comprehensive psychiatry*, *42*(3), 234-239.

Ho, R. C., Fu, E. H., Chua, A. N., Cheak, A. A., & Mak, A. (2011). Clinical and psychosocial factors associated with depression and anxiety in Singaporean patients with rheumatoid arthritis. *International journal of rheumatic diseases*, *14*(1), 37-47.

Hochberg, M. C. (1997). Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, *40*(9), 1725-1725.

Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. The Journal of clinical psychiatry, 69(4), 621.

Holden, K. B., Hall, S. P., Robinson, M., Triplett, S., Babalola, D., Plummer, V., ... & Bradford, L. D. (2012). Psychosocial and sociocultural correlates of depressive symptoms among diverse African American women. Journal of the National Medical Association, 104(11-12), 493-504.

Honkalampi, K., Hintikka, J., Koivumaa-Honkanen, H., Antikainen, R., Haatainen, K., & Viinamäki, H. (2007). Long-term alexithymic features indicate poor recovery from depression and psychopathology. *Psychotherapy and psychosomatics*, *76*(5), 312-314.

Honkalampi, K., Hintikka, J., Laukkanen, E., & Viinamäki, J. L. H. (2001). Alexithymia and depression: a prospective study of patients with major depressive disorder. Psychosomatics, 42(3), 229-234.

Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Lehto, S. M., Hintikka, J., Haatainen, K., Rissanen, T., & Viinamäki, H. (2010). Is alexithymia a risk factor for major depression, personality disorder, or alcohol use disorders? A prospective population-based study. *Journal of psychosomatic research*, *68*(3), 269-273.

Honkalampi, K., Lehto, S. M., Koivumaa-Honkanen, H., Hintikka, J., Niskanen, L., Valkonen-Korhonen, M., & Viinamäki, H. (2011). Alexithymia and tissue inflammation. *Psychotherapy and psychosomatics*, *80*(6), 359-364.

Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic medicine*, *41*(3), 209-218.

Hotopf, M., Chidgey, J., Addington-Hall, J., & Ly, K. L. (2002). Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. *Palliative medicine*, *16*(2), 81-97.

Howren, M. B., Lamkin, D. M., & Suls, J. (2009). Associations of depression with C-reactive protein, IL-1, and IL-6: a meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, *71*(2), 171-186.

Huber, M. (2003). Wege der Traumabehandlung, Teil 2. Paderborn: Junfermann.

Huerta, P. T., Kowal, C., DeGiorgio, L. A., Volpe, B. T., & Diamond, B. (2006). Immunity and behavior: antibodies alter emotion. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *103*(3), 678-683.

Huguet, A., & Miró, J. (2008). The severity of chronic pediatric pain: an epidemiological study. *The Journal of Pain*, *9*(3), 226-236.

Hunter, A. J., & Chandler, G. E. (1999). Adolescent resilience. Image: The Journal of Nursing Scholarship, 31(3), 243-247.

Hur, N. W., Choi, C. B., Uhm, W. S., & Bae, S. C. (2008). The prevalence and trend of arthritis in Korea: results from Korea National Health and Nutrition Examination Surveys. *The journal of the Korean rheumatism association*, *15*(1), 11-26.

Imran, M. Y., Khan, E. A. S., Ahmad, N. M., Raja, S. F., Saeed, M. A., & Haider, I. I. (2015). Depression in rheumatoid arthritis and its relation to disease activity. Pakistan journal of medical sciences, 31(2), 393.

Ingledew, D. K., Markland, D., & Sheppard, K. E. (2004). Personality and self-determination of exercise behaviour. Personality and individual differences, 36(8), 1921-1932.

Irwin, N. S., Shariene, A. W., & Tim, S. A. (2008). Resilience rather recovery: A contextual framework on adaptation following bereavement. New York: The Free Press.

Isik, A., Koca, S. S., Ozturk, A., & Mermi, O. (2007). Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical rheumatology*, *26*(6), 872-878.

Iwakabe, K., Shimada, M., Ohta, A., Yahata, T., Ohmi, Y., Habu, S., & Nishimura, T. (1998). The restraint stress drives a shift in Th1/Th2 balance toward Th2-dominant immunity in mice. *Immunology letters*, *62*(1), 39-43.

Iwata, M., Ota, K. T., & Duman, R. S. (2013). The inflammasome: pathways linking psychological stress, depression, and systemic illnesses. Brain, behavior, and immunity, 31, 105-114.

Jackson-Triche, M. E., Sullivan, J. G., Wells, K. B., Rogers, W., Camp, P., & Mazel, R. (2000). Depression and health-related quality of life in ethnic minorities seeking care in general medical settings. *Journal of affective disorders*, *58*(2), 89-97.

Jadhav, S. (2000). The cultural construction of western depression at V. Scultans, J. Cox (eds): Anthropological approaches to psychological medicine. Crossing bridges, London and Philadelphia, J.

James, A. C., Reardon, T., Soler, A., James, G., & Creswell, C. (2020). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. Cochrane database of systematic reviews, (11).

Jamshidi, A. R., Banihashemi, A. T., Paragomi, P., Hasanzadeh, M., Barghamdi, M., & Ghoroghi, S. (2016). Anxiety and depression in rheumatoid arthritis: an epidemiologic survey and investigation of clinical correlates in Iranian population. Rheumatology international, 36(8), 1119-1125.

Jarpa, E., Babul, M., Calderón, J., González, M., Martínez, M. E., Bravo-Zehnder, M., & Massardo, L. (2011). Common mental disorders and psychological distress in systemic lupus erythematosus are not associated with disease activity. *Lupus*, *20*(1), 58-66.

Jennekens, F. G. I., & Kater, L. (2002). The central nervous system in systemic lupus erythematosus. Part 1. Clinical syndromes: a literature investigation. *Rheumatology*, *41*(6), 605-618.

John, O. P., Robins, R. W., & Pervin, L. A. (Eds.). (2010). Handbook of personality: Theory and research. Guilford Press.

Johnson, A., Shapiro, L. B., & Alexander, F. (1947). Preliminary report on a psychosomatic study of rheumatoid arthritis. *Psychosomatic medicine*, *9*(5), 295-300.

Johnson, E. O., Kamilaris, T. C., Chrousos, G. P., & Gold, P. W. (1992). Mechanisms of stress: a dynamic overview of hormonal and behavioral homeostasis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *16*(2), 115-130.

Johnson, J. G., Cohen, P., Pine, D. S., Klein, D. F., Kasen, S., & Brook, J. S. (2000). Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. Jama, 284(18), 2348-2351.

Johnston, M. C., Porteous, T., Crilly, M. A., Burton, C. D., Elliott, A., Iversen, L. & Black, C. (2015). Physical disease and resilient outcomes: a systematic review of resilience definitions and study methods. Psychosomatics, 56(2), 168-180.

Joyce, A. T., Smith, P., Khandker, R., Melin, J. M., & Singh, A. (2009). Hidden cost of rheumatoid arthritis (RA): estimating cost of comorbid cardiovascular disease and depression among patients with RA. *The Journal of rheumatology*, *36*(4), 743-752.

Juarez, M., Bang, H., Hammar, F., Reimer, U., Dyke, B., Sahbudin, I. & Raza, K. (2016). Identification of novel antiacetylated vimentin antibodies in patients with early inflammatory arthritis. Annals of the rheumatic diseases, 75(6), 1099-1107.

Judkins, S. (2004). Stress among nurse managers: can anything help?. Nurse Researcher (through 2013), 12(2), 58.

Julian, L. J., Yelin, E., Yazdany, J., Panopalis, P., Trupin, L., Criswell, L. A., & Katz, P. (2009). Depression, medication adherence, and service utilization in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care & Research*, *61*(2), 240-246.

Kappelmann, N., Lewis, G., Dantzer, R., Jones, P. B., & Khandaker, G. M. (2018). Antidepressant activity of anti-cytokine treatment: a systematic review and meta-analysis of clinical trials of chronic inflammatory conditions. *Molecular psychiatry*, *23*(2), 335-343.

Karahan, A. Y., Kucuk, A. D. E. M., Balkarli, A. Y. Ş. E., Kayhan, F., Ozhan, N., Nas, O. & Kucuksen, S. (2016). Alexithymia, depression, anxiety levels and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Acta Medica Mediterranea*, *32*, 1021-28.

Karmakar, S., Kay, J., & Gravallese, E. M. (2010). Bone damage in rheumatoid arthritis: mechanistic insights and approaches to prevention. *Rheumatic Disease Clinics*, *36*(2), 385-404.

Karol, D. E., Criscione-Schreiber, L. G., Lin, M., & Clowse, M. E. (2013). Depressive symptoms and associated factors in systemic lupus erythematosus. *Psychosomatics*, *54*(5), 443-450.

Karoly, P., & Ruehlman, L. S. (2006). Psychological "resilience" and its correlates in chronic pain: findings from a national community sample. Pain, 123(1-2), 90-97.

Kashdan, T. B., Barrett, L. F., & McKnight, P. E. (2015). Unpacking emotion differentiation: Transforming unpleasant experience by perceiving distinctions in negativity. *Current Directions in Psychological Science*, *24*(1), 10-16.

Katon, W. J., Lin, E. H., Von Korff, M., Ciechanowski, P., Ludman, E. J., Young, B. & McCulloch, D. (2010). Collaborative care for patients with depression and chronic illnesses. *New England Journal of Medicine*, *363*(27), 2611-2620.

Katon, W., Sullivan, M., & Walker, E. (2001). Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits. *Annals of internal medicine*, *134*(9_Part_2), 917-925.

Katz, P. P. & Yelin, E. H. (1994). Life activities of persons with rheumatoid arthritis with and without depressive symptoms. Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology, 7(2), 69-77.

Katz, P. P., & Yelin, E. H. (1995). The development of depressive symptoms among women with rheumatoid arthritis the role of function. Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology, 38(1), 49-56.

Katz, P. P., & Yelin, E. H. (2001). Activity loss and the onset of depressive symptoms: do some activities matter more than others?. Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology, 44(5), 1194-1202.

Katz, R. C., Flasher, L., Cacciapaglia, H., & Nelson, S. (2001). The psychosocial impact of cancer and lupus: A cross validation study that extends the generality of "benefit-finding" in patients with chronic disease. Journal of behavioral medicine, 24(6), 561-571.

Katzav, A., Ben-Ziv, T., Chapman, J., Blank, M., Reichlin, M., & Shoenfeld, Y. (2008). Anti-P ribosomal antibodies induce defect in smell capability in a model of CNS-SLE (depression). *Journal of autoimmunity*, *31*(4), 393-398.

Keefe, F. J., Smith, S. J., Buffington, A. L., Gibson, J., Studts, J. L., & Caldwell, D. S. (2002). Recent advances and future directions in the biopsychosocial assessment and treatment of arthritis. Journal of consulting and clinical psychology, 70(3), 640.

Kekow, J., Moots, R., Khandker, R., Melin, J., Freundlich, B., & Singh, A. (2011). Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, *50*(2), 401-409.

Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., & Pedersen, N. L. (2006). A Swedish national twin study of lifetime major depression. American Journal of Psychiatry, 163(1), 109-114.

Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. Annual review of psychology, 48(1), 191-214.

Kessler, R. C., & Wang, P. S. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. Annu. Rev. Public Health, 29, 115-129.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R. & Wang, P. S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Jama, 289(23), 3095-3105.

Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Archives of general psychiatry, 62(6), 617-627.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, *51*(1), 8-19.

Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. International journal of methods in psychiatric research, 21(3), 169-184.

Kessler, R. C., Ruscio, A. M., Shear, K., & Wittchen, H. U. (2009). Epidemiology of anxiety disorders. Behavioral neurobiology of anxiety and its treatment, 21-35.

Kilgore, M. B., Augustin, M. M., Starks, C. M., O'Neil-Johnson, M., May, G. D., Crow, J. A., & Kutchan, T. M. (2014). Cloning and characterization of a norbelladine 4′-O-methyltransferase involved in the biosynthesis of the Alzheimer's drug galanthamine in Narcissus sp. aff. pseudonarcissus. PloS one, 9(7), e103223.

Kilic, S. A., Dorstyn, D. S., & Guiver, N. G. (2013). Examining factors that contribute to the process of resilience following spinal cord injury. Spinal cord, 51(7), 553-557.

Kim, G. M., Lim, J. Y., Kim, E. J., & Park, S. M. (2019). Resilience of patients with chronic diseases: A systematic review. Health & social care in the community, 27(4), 797-807

Kim, S., Koo, B., Ahn, J., Chang, M. I. A. E., Kang, E., Kim, M., & Kwon, M. (2015). The effect of a group coaching program on resilience, self-esteem in breast cancer patients: Pilot study. Supportive Care in Cancer, 23(SUPPL 1), s71.

Kinrys, G., & Wygant, L. E. (2005). Anxiety disorders in women: does gender matter to treatment?. Brazilian Journal of Psychiatry, 27, s43-s50.

Kirmayer, L. J. (1987). Languages of suffering healing: Alexithymia as a social and cultural process. *Transcultural Psychiatric Research Review*, *24*(2), 119-136.

Klatt, M., Wise, E., Lyons, F., & Wei, L. (2016). An intervention with caregivers and survivors together encouraging resilient cancer survivorship: A feasibility study. Journal of Alternative and Complementary Medicine, 22, A79.

Klohnen, E. C. (1996). Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency. Journal of Personality and Social Psychology, 70, 1067–1079.

Knittle, K., Maes, S., & De Gucht, V. (2010). Psychological interventions for rheumatoid arthritis: Examining the role of self-regulation with a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis care & research*, *62*(10), 1460-1472.

Köhler, C. A., Freitas, T. H., Maes, M. D., De Andrade, N. Q., Liu, C. S., Fernandes, B. S. & Carvalho, A. F. (2017). Peripheral cytokine and chemokine alterations in depression: a meta-analysis of 82 studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *135*(5), 373-387.

Kojima, M. (2012). Alexithymia as a prognostic risk factor for health problems: a brief review of epidemiological studies. *BioPsychoSocial medicine*, *6*(1), 1-9.

Kojima, M., Kojima, T., Suzuki, S., Oguchi, T., Oba, M., Tsuchiya, H. & Ishiguro, N. (2009). Depression, inflammation, and pain in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, *61*(8), 1018-1024.

Kojima, M., Kojima, T., Suzuki, S., Takahashi, N., Funahashi, K., Kato, D., & Ishiguro, N. (2014). Alexithymia, depression, inflammation, and pain in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis care & research*, *66*(5), 679-686.

Kokkonen, H., Söderström, I., Rocklöv, J., Hallmans, G., Lejon, K., & Rantapää Dahlqvist, S. (2010). Up-regulation of cytokines and chemokines predates the onset of rheumatoid arthritis. Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology, 62(2), 383-391.

Kokkonen, P., Karvonen, J. T., Veijola, J., Läksy, K., & Jokelainen, J. (2001). Perceived and sociodemographic correlates of alexithymia in a population sample of young adults. *Comprehensive psychiatry*.

Koutrouli, N., Anagnostopoulos, F., & Potamianos, G. (2012). Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth in breast cancer patients: a systematic review. Women & health, 52(5), 503-516.

Kovacs, A. H., Bandyopadhyay, M., Grace, S. L., Kentner, A. C., Nolan, R. P., Silversides, C. K., & Irvine, M. J. (2015). Adult congenital heart disease-coping and resilience (ACHD-CARE): Rationale and methodology of a pilot randomized controlled trial. Contemporary Clinical Trials, 45, 385–393.

Kramlinger, K. G., Swanson, D. W., & Maruta, T. (1983). Are patients with chronic pain depressed?. The American journal of psychiatry.

Krasucki, C., Howard, R., & Mann, A. (1998). The relationship between anxiety disorders and age. International journal of geriatric psychiatry, 13(2), 79-99.

Krishnadas, R., Nicol, A., Sassarini, J., Puri, N., Burden, A. D., Leman, J., & Cavanagh, J. (2016). Circulating tumour necrosis factor is highly correlated with brainstem serotonin transporter availability in humans. *Brain, behavior, and immunity*, *51*, 29-38.

Krishnan, V., & Nestler, E. J. (2008). The molecular neurobiology of depression. Nature, 455(7215), 894-902.

Kulczycka, L., Sysa-Jedrzejowska, A., & Robak, E. (2009). Life satisfaction together with positive and negative aspects in Polish patients with systemic lupus erythematosus. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 23(3), 251-255.

Kupfer, D. J. (2015). Anxiety and DSM-5. Dialogues in clinical neuroscience, 17(3), 245.

Kutz, I., Shabata, H., Solomon, Z., Neumann, M., & David, D. (1994). Post-traumatic stress disorder in myocardial infarction patients: prevalence study. Israeli Journal of Psychiatry and Related Science, 31, 48 – 56.

Kyle, SD. Morgan, K. & Espie, CA. (2010). Insomnia and health-related quality of life. Sleep Medicine Reviews. Vol.14, pp.69–82.

Ladwig, K. H., Schoefinius, A., Dammann, G., Danner, R., Gurtler, R., & Herrmann, R. (1999). Long-acting psychotraumatic properties of a cardiac arrest experience. American Journal of Psychiatry, 156(6), 912 – 919.

Lane, R. D., & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: a cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *The American journal of psychiatry*.

Lane, R. D., Ahern, G. L., Schwartz, G. E., & Kaszniak, A. W. (1997). Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight?. *Biological psychiatry*, *42*(9), 834-844.

Lane, R. D., Sechrest, L., & Riedel, R. (1998). Sociodemographic correlates of alexithymia. Comprehensive psychiatry, 39(6), 377-385.

Lapteva, L., Nowak, M., Yarboro, C. H., Takada, K., Roebuck-Spencer, T., Weickert, T., & Illei, G. G. (2006). Anti–N-methyl-D-aspartate receptor antibodies, cognitive dysfunction, and depression in systemic lupus erythematosus. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, *54*(8), 2505-2514.

Larson, M. R., Ader, R., & Moynihan, J. A. (2001). Heart rate, neuroendocrine, and immunological reactivity in response to an acute laboratory stressor. *Psychosomatic Medicine*, *63*(3), 493-501.

Lee, D., Cha, B., Park, C. S., Kim, B. J., Lee, C. S., Lee, S. J. & Choi, J. W. (2017). Effects of resilience on quality of life in patients with bipolar disorder. Journal of Affective Disorders, 207, 434-441.

Lee, T. J., Park, B. H., Son, H. K., Song, R., Shin, K. C., Lee, E. B., & Song, Y. W. (2012). Cost of illness and quality of life of patients with rheumatoid arthritis in South Korea. *Value in Health*, *15*(1), S43-S49.

Lee, Y. C., Agnew-Blais, J., Malspeis, S., Keyes, K., Costenbader, K., Kubzansky, L. D. & Karlson, E. W. (2016). Post-traumatic stress disorder and risk for incident rheumatoid arthritis. Arthritis care & research, 68(3), 292-298.

Lehman, B. J., David, D. M., & Gruber, J. A. (2017). Rethinking the biopsychosocial model of health: Understanding health as a dynamic system. Social and Personality Psychology Compass, 11(8), e12328.

Leighton, S. P., Nerurkar, L., Krishnadas, R., Johnman, C., Graham, G. J., & Cavanagh, J. (2018). Chemokines in depression in health and in inflammatory illness: a systematic review and meta-analysis. *Molecular psychiatry*, *23*(1), 48-58.

Leising, D., Grande, T., & Faber, R. (2009). The Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): A measure of general psychological distress. Journal of Research in Personality, 43(4), 707-710.

Leung, L., & Cahill, C. M. (2010). TNF-α and neuropathic pain-a review. *Journal of neuroinflammation*, *7*(1), 1-11.

Leweke, F., Leichsenring, F., Kruse, J., & Hermes, S. (2012). Is alexithymia associated with specific mental disorders. *Psychopathology*, *45*(1), 22-28.

Li, M. Y., Yang, Y. L., Liu, L., & Wang, L. (2016). Effects of social support, hope and resilience on quality of life among Chinese bladder cancer patients: a cross-sectional study. Health and quality of life outcomes, 14(1), 1-9.

Li, S., Zhang, B., Guo, Y., & Zhang, J. (2015). The association between alexithymia as assessed by the 20-item Toronto Alexithymia Scale and depression: a meta-analysis. *Psychiatry research*, *227*(1), 1-9.

Li, X., Gignac, M. A., & Anis, A. H. (2006). The indirect costs of arthritis resulting from unemployment, reduced performance, and occupational changes while at work. Medical care, 304-310.

Liang, M. H. (1989). Psychosocial aspects of rheumatic disease. *Kelley, Textbook of rheumatology; 3rd ed.(Saunders, Philadelphia 1989)*.

Lieberman, M. D., Eisenberger, N. I., Crockett, M. J., Tom, S. M., Pfeifer, J. H., & Way, B. M. (2007). Putting feelings into words. *Psychological science*, *18*(5), 421-428.

Lieberman, M. D., Inagaki, T. K., Tabibnia, G., & Crockett, M. J. (2011). Subjective responses to emotional stimuli during labeling, reappraisal, and distraction. *Emotion*, *11*(3), 468.

Lim, V. Z., Ho, R. C., Tee, S. I., Ho, M. S., Pan, J. Y., Lim, Y. L., Giam, Y. C. (2016). Anxiety and depression in patients with atopic dermatitis in a Southeast Asian tertiary dermatological centre. Annals Academy of Medicine Singapore, 45, 451–455

Lin, E. H., Katon, W., Von Korff, M., Tang, L., Williams Jr, J. W., Kroenke, K., & Unutzer, J. (2003). IMPACT Investigators Effect of improving depression care on pain and functional outcomes among older adults with arthritis: a randomized controlled trial. *JAMA*, *290*(18), 2428-2429.

Lin, M. C., Guo, H. R., Lu, M. C., Livneh, H., Lai, N. S., & Tsai, T. Y. (2015). Increased risk of depression in patients with rheumatoid arthritis: a seven-year population-based cohort study. *Clinics*, *70*(2), 91-96.

Lin, Y. H., Kao, C. C., Pan, I. J., & Liu, Y. H. (2020). Lower urinary symptoms, resilience, and post-traumatic stress symptoms among rectal cancer patients after surgery. Japan Journal of Nursing Science, 17(3), e12320.

Lindal, E., Thorlacius, S., Steinsson, K., & Stefansson, J. G. (1995). Psychiatric disorders among subjects with systemic lupus erythematosus in an unselected population. Scandinavian journal of rheumatology, 24(6), 346-351.

Lisitsyna, T.A., Zeltyn', A.E., Vel'tishchev, D.I., Kovalevskaia, O.B., Seravina, O.F., Novikova, D.S., Novikov, A.A., Aleksandrova, E.N., Krasnov, V.N., Nasonov, E.L., (2012). Cognitive impairment and anxiety-depressive disorders in patients with rheumatoid arthritis. Zhurnal Nevrol. i psikhiatrii Im. S.S. Korsakova 112, 96–103.

Lisnevskaia, L; Murphy, G; Isenberg, D (22 November 2014). "Systemic lupus erythematosus". Lancet. 384 (9957): 1878–88.

Liu, C., Zhang, Y., Jiang, H., & Wu, H. (2017). Association between social support and post-traumatic stress disorder symptoms among Chinese patients with ovarian cancer: A multiple mediation model. PLoS One, 12(5), e0177055.

Liu, L., Xu, X., Xu, N., & Wang, L. (2017). Disease activity, resilience and health-related quality of life in Chinese patients with rheumatoid arthritis: a multi-center, cross-sectional study. Health and quality of life outcomes, 15(1), 1-10.

Livneh, H., & Antonak, R. F. (2005). Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A primer for counselors. Journal of Counseling & Development, 83(1), 12-20.

Lok, E. Y. C., Mok, C. C., Cheng, C. W., & Cheung, E. F. C. (2010). Prevalence and determinants of psychiatric disorders in patients with rheumatoid arthritis. Psychosomatics, 51(4), 338-338.

López-Pina, J. A., Meseguer-Henarejos, A. B., Gascón-Cánovas, J. J., Navarro-Villalba, D. J., Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2016). Measurement properties of the brief resilient coping scale in patients with systemic lupus erythematosus using rasch analysis. Health and quality of life outcomes, 14(1), 1-8.

Loprinzi, C. E., Prasad, K., Schroeder, D. R., & Sood, A. (2011). Stress Management and Resilience Training (SMART) Program to decrease stress and enhance resilience among

breast cancer survivors: A pilot randomized clinical trial. Clinical Breast Cancer, 11, 364–368.

Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American journal of epidemiology*, *157*(2), 98-112.

Lorusso, L., Mikhaylova, S. V., Capelli, E., Ferrari, D., Ngonga, G. K., & Ricevuti, G. (2009). Immunological aspects of chronic fatigue syndrome. *Autoimmunity reviews*, *8*(4), 287-291.

Löwe, B., Willand, L., Eich, W., Zipfel, S., Ho, A. D., Herzog, W., & Fiehn, C. (2004). Psychiatric comorbidity and work disability in patients with inflammatory rheumatic diseases. *Psychosomatic Medicine*, *66*(3), 395-402.

Lu, M. C., Guo, H. R., Lin, M. C., Livneh, H., Lai, N. S., & Tsai, T. Y. (2016). Bidirectional associations between rheumatoid arthritis and depression: a nationwide longitudinal study. *Scientific reports*, *6*(1), 1-7.

Luban-Plozza, B., Pöldinger, W., & Kröger, F. (1992). Psychoautonomic Syndromes. In Psychosomatic Disorders in General Practice (pp. 103-110). Springer, Berlin, Heidelberg.

Lumley MA, Asselin LA, Norman S (1997) Alexithymia in chronic pain patients. Compr Psychiatry 38:160–165

Lumley, M. A. (2000). Alexithymia and negative emotional conditions.

Lumley, M. A., Beyer, J., & Radcliffe, A. (2008). Alexithymia and physical health problems: A critique of potential pathways and a research agenda. In *Conference on The (Non) Expression of Emotions in Health and Disease, 3rd, 2003, Tilburg University, Tilburg,*

Netherlands; This chapter is based on a contribution of the aforementioned conference.. Springer Science+ Business Media.

Lumley, M. A., Cohen, J. L., Borszcz, G. S., Cano, A., Radcliffe, A. M., Porter, L. S.,& Keefe, F. J. (2011). Pain and emotion: a biopsychosocial review of recent research. *Journal of clinical psychology*, *67*(9), 942-968.

Lumley, M. A., Neely, L. C., & Burger, A. J. (2007). The assessment of alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *Journal of personality assessment*, *89*(3), 230-246.

Lumley, M. A., Radcliffe, A. M., Macklem, D. J., Mosley-Williams, A., Leisen, J. C., Huffman, J. L. & Rapport, L. J. (2005). Alexithymia and pain in three chronic pain samples: comparing Caucasians and African Americans. Pain medicine, 6(3), 251-261.

Lumley, M. A., Schubiner, H., Lockhart, N. A., Kidwell, K. M., Harte, S. E., Clauw, D. J., & Williams, D. A. (2017). Emotional awareness and expression therapy, cognitive-behavioral therapy, and education for fibromyalgia: a cluster-randomized controlled trial. *Pain*, *158*(12), 2354.

Lumley, M. A., Smith, J. A., & Longo, D. J. (2002). The relationship of alexithymia to pain severity and impairment among patients with chronic myofascial pain: comparisons with self-efficacy, catastrophizing, and depression. Journal of Psychosomatic Research, 53(3), 823-830.

Lumley, M. A., Stettner, L., & Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. Journal of psychosomatic research, 41(6), 505-518.

Lundman, B., Strandberg, G., Eisemann, M., Gustafson, Y., & Brulin, C. (2007). Psychometric properties of the Swedish version of the Resilience Scale. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 21(2), 229-237.

Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., & Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. Nature reviews neuroscience, 10(6), 434-445.

Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. Child development, 71(3), 543-562.

Ma, L. C., Chang, H. J., Liu, Y. M., Hsieh, H. L., Lo, L., Lin, M. Y., & Lu, K. C. (2013). The relationship between health-promoting behaviors and resilience in patients with chronic kidney disease. The Scientific World Journal, 2013.

Maes, M. (1995). Evidence for an immune response in major depression: a review and hypothesis. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 19(1), 11-38.

Maier, S. F., Watkins, L. R., & Fleshner, M. (1994). Psychoneuroimmunology: the interface between behavior, brain, and immunity. American psychologist, 49(12), 1004.

Mak, A., Tang, C. S. K., Chan, M. F., Cheak, A. A. C., & Ho, R. C. M. (2011). Damage accrual, cumulative glucocorticoid dose and depression predict anxiety in patients with systemic lupus erythematosus. Clinical Rheumatology, 30(6), 795–803.

Mak, K. K., Kong, W. Y., Mak, A., Sharma, V. K., & Ho, R. C. M. (2013). Polymorphisms of the serotonin transporter gene and post-stroke depression: A meta-analysis. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, 84, 322–328.

Makhija, K., & Karunakaran, S. (2013). The role of inflammatory cytokines on the aetiopathogenesis of depression. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 47(9), 828-839.

Mäkinen, H., Kautiainen, H., Hannonen, P., Möttönen, T., Korpela, M., Leirisalo-Repo, M. & Sokka, T. (2007). Disease activity score 28 as an instrument to measure disease activity in patients with early rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology*, *34*(10), 1987-1991.

Mangelli, L., Gribbin, N., Büchi, S., Allard, S., & Sensky, T. (2002). Psychological well-being in rheumatoid arthritis: relationship to 'disease'variables and affective disturbance. Psychotherapy and psychosomatics, 71(2), 112-116.

Margaretten, M., Julian, L., Katz, P., & Yelin, E. (2011). Depression in patients with rheumatoid arthritis: description, causes and mechanisms. *International journal of clinical rheumatology*, *6*(6), 617.

Marsella, A. J. (2003). Cultural aspects of depressive experience and disorders. Online readings in psychology and culture, 10(2), 2307-0919.

Martin JB, Phil RO (1986) Influence of alexithymic characteristics on physiological and subjective stress responses in normal individuals. Psychother Psychosom 45:66–77

Martin, P. (2003). The epidemiology of anxiety disorders: a review. Dialogues in clinical neuroscience, 5(3), 281.

Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. American psychologist, 56(3), 227.

Masten, A. S. (2014). Global perspectives on resilience in children and youth. Child development, 85(1), 6-20.

Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. Development and psychopathology, 2(4), 425-444.

Matcham, F., Ali, S., Irving, K., Hotopf, M., & Chalder, T. (2016). Are depression and anxiety associated with disease activity in rheumatoid arthritis? A prospective study. BMC musculoskeletal disorders, 17(1), 1-9.

Matcham, F., Davies, R., Hotopf, M., Hyrich, K. L., Norton, S., Steer, S., & Galloway, J. (2018). The relationship between depression and biologic treatment response in rheumatoid arthritis: an analysis of the British Society for Rheumatology Biologics Register. *Rheumatology*, *57*(5), 835-843.

Matcham, F., Norton, S., Scott, D. L., Steer, S., & Hotopf, M. (2016). Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial. Rheumatology, 55(2), 268-278.

Matcham, F., Rayner, L., Steer, S., & Hotopf, M. (2013). The prevalence of depression in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*, *52*(12), 2136-2148.

Matus, S., Burgos, P. V., Bravo-Zehnder, M., Kraft, R., Porras, O. H., Farías, P., & González, A. (2007). Antiribosomal-P autoantibodies from psychiatric lupus target a novel neuronal surface protein causing calcium influx and apoptosis. *The Journal of experimental medicine*, *204*(13), 3221-3234.

Mays, D., Black, J. D., Mosher, R. B., Heinly, A., Shad, A. T., & Tercyak, K. P. (2011). Efficacy of the Survivor Health and Resilience Education (SHARE) program to

improve bone health behaviors among adolescent survivors of childhood cancer. Annals of Behavioral Medicine: A Publication of the Society of Behavioral Medicine, 42, 91–98.

Mays, D., Black, J. D., Mosher, R. B., Shad, A. T., & Tercyak, K. P. (2011). Improving short-term sun safety practices among adolescent survivors of childhood cancer: A randomized controlled efficacy trial. Journal of Cancer Survivorship, 5, 247–254.

McAllister, M., & McKinnon, J. (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. Nurse education today, 29(4), 371-379.

McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. New England journal of medicine, 338(3), 171-179.

McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease: Allostasis and allostatic load. Annals of the New York academy of sciences, 840(1), 33-44.

McEwen, B. S. (2003). Mood disorders and allostatic load. Biological psychiatry, 54(3), 200-207.

McInnes, I. B., & Schett, G. (2017). Pathogenetic insights from the treatment of rheumatoid arthritis. *The Lancet*, *389*(10086), 2328-2337.

McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. Journal of psychiatric research, 45(8), 1027-1035.

Mehl, M. R. (2006). The lay assessment of subclinical depression in daily life. *Psychological assessment*, *18*(3), 340.

Meichenbaum, D. (2005). Understanding resilience in children and adults: Implications for prevention and interventions. In paper delivered to the Melissa Institute Ninth Annual Conference on Resilience.

Melikoglu, M. A., & Melikoglu, M. (2010). The relationship between disease activity and depression in patients with Behcet disease and rheumatoid arthritis. Rheumatology international, 30(7), 941-946.

Melin, E. O., Thulesius, H. O., & Persson, B. A. (2010). Affect School for chronic benign pain patients showed improved alexithymia assessments with TAS-20. *BioPsychoSocial medicine*, *4*(1), 1-10.

Melzack, R., & Wall, P. D. (1983). The challenge of pain. New York: Basic Books

Menage, J. (1993). Post-traumatic stress disorder in women who have undergone obstetric and/or gynaecological procedures: a consecutive series of 30 cases of post-traumatic stress disorder. Journal of Reproductive and Infant Psychology, 11, 221 – 228.

Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. American Journal of Psychiatry, 157(5), 669-682.

Meyer, B. C. (1958). Some psychiatric aspects of surgical practice. *Psychosomatic medicine*, *20*(3), 203-214.

Michelsen, B., Kristianslund, E. K., Sexton, J., Hammer, H. B., Fagerli, K. M., Lie, E. & Kvien, T. K. (2017). Do depression and anxiety reduce the likelihood of remission in rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis? Data from the prospective multicentre NOR-DMARD study. *Annals of the rheumatic diseases*, *76*(11), 1906-1910.

Michopoulos, I., Douzenis, A., Kalkavoura, C., Christodoulou, C., Michalopoulou, P., Kalemi, G. & Lykouras, L. (2008). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): validation in a Greek general hospital sample. Annals of general psychiatry, 7(1), 1-5.

Milad, M. R., Rosenbaum, B. L., & Simon, N. M. (2014). Neuroscience of fear extinction: implications for assessment and treatment of fear-based and anxiety related disorders. Behaviour research and therapy, 62, 17-23.

Millard, R. W., & Kinsler, B. L. (1992). Evaluation of constricted affect in chronic pain: an attempt using the Toronto Alexythymia Scale. *Pain*, *50*(3), 287-292.

Miller, S. M. (1981). Predictability and human stress: Toward a clarification of evidence and theory. In *Advances in experimental social psychology* (Vol. 14, pp. 203-256). Academic Press.

Mitchell, S. A., & Black, M. (2016). Freud and beyond: A history of modern psychoanalytic thought. Basic Books.

Molas, S., DeGroot, S. R., Zhao-Shea, R., & Tapper, A. R. (2017). Anxiety and nicotine dependence: emerging role of the habenulo-interpeduncular axis. Trends in pharmacological sciences, 38(2), 169-180.

Monaghan, S. M., Sharpe, L., Denton, F., Levy, J., Schrieber, L., & Sensky, T. (2007). Relationship between appearance and psychological distress in rheumatic diseases. *Arthritis Care & Research*, *57*(2), 303-309.

Moos, R. H., & Solomon, G. F. (1964). Personality correlates of the rapidity of progression of rheumatoid arthritis. Annals of the rheumatic diseases, 23(2), 145.

Moreno-Peral, P., Conejo-Cerón, S., Motrico, E., Rodríguez-Morejón, A., Fernández, A., García-Campayo, J. & Bellón, J. Á. (2014). Risk factors for the onset of panic and

generalised anxiety disorders in the general adult population: a systematic review of cohort studies. Journal of affective disorders, 168, 337-348.

Morice-Ramat, A., Goronflot, L., & Guihard, G. (2018). Are alexithymia and empathy predicting factors of the resilience of medical residents in France?. International journal of medical education, 9, 122.

Mosca, M., Tani, C., Talarico, R., & Bombardieri, S. (2011). Undifferentiated connective tissue diseases (UCTD): simplified systemic autoimmune diseases. *Autoimmunity reviews*, *10*(5), 256-258.

Mota, D. C. G. D. A., Benevides-Pereira, A. M. T., Gomes, M. L., & de Araújo, S. M. (2006). Estresse e resiliência em doença de Chagas. Aletheia, (24), 57-68.

Müezzinoğlu, T. (2005). Quality of life. Üroonkoloji Bülteni. 1, pp.25-29.

Müller, N., & Schwarz, M. J. (2007). The immune-mediated alteration of serotonin and glutamate: towards an integrated view of depression. *Molecular psychiatry*, *12*(11), 988-1000.

Muntaner, C., Eaton, W. W., Miech, R., & O'campo, P. (2004). Socioeconomic position and major mental disorders. Epidemiologic reviews, 26(1), 53-62.

Muris, P., Merckelbach, H., Gadet, B., & Moulaert, V. (2000). Fears, worries, and scary dreams in 4-to 12-year-old children: Their content, developmental pattern, and origins. Journal of clinical child psychology, 29(1), 43-52.

Murphy, S., Creed, F., & Jayson, M. I. V. (1988). Psychiatric disorder and illness behaviour in rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, *27*(5), 357-363.

Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Galanos, A., & Vlahos, L. (2007). Psychometric properties of the Impact of Event Scale in Greek cancer patients. Journal of Pain and Symptom Management, 33(4), 454-461.

Nahin, R. L. (2015). Estimates of pain prevalence and severity in adults: United States, 2012. *The Journal of Pain*, *16*(8), 769-780.

Nail, J. E., Christofferson, J., Ginsburg, G. S., Drake, K., Kendall, P. C., McCracken, J. T. & Sakolsky, D. (2015, June). Academic impairment and impact of treatments among youth with anxiety disorders. In Child & Youth Care Forum (Vol. 44, No. 3, pp. 327-342). Springer US.

National Center for Health Statistics (US), & National Center for Health Services Research. (2013). Health, United States.

National Institute of Mental Health. (2001). The invisible disease: Depression.

Navarrete-Navarrete, N., Peralta-Ramírez, M. I., Sabio-Sánchez, J. M., Coín, M. A., Robles-Ortega, H., Hidalgo-Tenorio, C. & Jiménez-Alonso, J. (2010). Efficacy of cognitive behavioural therapy for the treatment of chronic stress in patients with lupus erythematosus: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, *79*(2), 107-115.

Nawaz, A., Malik, J. A., & Batool, A. (2014). Relationship between resilience and quality of life in diabetics. J Coll Physicians Surg Pak, 24(9), 670-5.

Neigh, G. N., & Ali, F. F. (2016). Co-morbidity of PTSD and immune system dysfunction: opportunities for treatment. Current opinion in pharmacology, 29, 104-110.

Nelson, B. J., Weinert, C. R., Bury, C. L., Marinelli, W. A., & Gross, C. R. (2000). Intensive care unit drug use and subsequent quality of life in acute lung injury patients. Critical Care Medicine, 28(11), 3626 – 3630.

Nemiah, J. C. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. *Modern trends in psychosomatic medicine*, *3*, 430-439.

Nerurkar, L., Siebert, S., McInnes, I. B., & Cavanagh, J. (2019). Rheumatoid arthritis and depression: an inflammatory perspective. *The Lancet Psychiatry*, *6*(2), 164-173.

Nery, F. G., Borba, E. F., Hatch, J. P., Soares, J. C., Bonfá, E., & Neto, F. L. (2007). Major depressive disorder and disease activity in systemic lupus erythematosus. *Comprehensive psychiatry*, *48*(1), 14-19.

Nery, F. G., Borba, E. F., Viana, V. S., Hatch, J. P., Soares, J. C., Bonfá, E., & Neto, F. L. (2008). Prevalence of depressive and anxiety disorders in systemic lupus erythematosus and their association with anti-ribosomal P antibodies. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *32*(3), 695-700.

Ngo, S. T., Steyn, F. J., & McCombe, P. A. (2014). Gender differences in autoimmune disease. Frontiers in neuroendocrinology, 35(3), 347-369.

Nicassio, P. M. (2008). The problem of detecting and managing depression in the rheumatology clinic.

Nicassio, P. M., Wallston, K. A., Callahan, L. F., Herbert, M. A. R. I. A. N. N. E., & Pincus, T. (1985). The measurement of helplessness in rheumatoid arthritis. The development of the arthritis helplessness index. *J Rheumatol*, *12*(3), 462-467.

Nielen, M. M., van Schaardenburg, D., Reesink, H. W., Van de Stadt, R. J., van der Horst-Bruinsma, I. E., de Koning, M. H., & Dijkmans, B. A. (2004). Specific autoantibodies precede the symptoms of rheumatoid arthritis: a study of serial measurements in blood donors. Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology, 50(2), 380-386.

Nissen, H. A., & Spencer, K. A. (1936). The psychogenic problem (endocrinal and metabolic) in chronic arthritis. *New England Journal of Medicine*, *214*(12), 576-581.

Niti, M., Ng, T. P., Kua, E. H., Ho, R. C. M., & Tan, C. H. (2007). Depression and chronic medical illnesses in Asian older adults: The role of subjective health and functional status. International Journal of Geriatric Psychiatry, 22(11), 1087–1094.

Noel, M., Groenewald, C. B., Beals-Erickson, S. E., Gebert, J. T., & Palermo, T. M. (2016). Chronic pain in adolescence and internalizing mental health disorders: a nationally representative study. *Pain*, *157*(6), 1333.

Nyklíček, I., & Vingerhoets, A. J. (2000). Alexithymia is associated with low tolerance to experimental painful stimulation. *Pain*, *85*(3), 471-475.

O'Donovan, A., Cohen, B. E., Seal, K. H., Bertenthal, D., Margaretten, M., Nishimi, K., & Neylan, T. C. (2015). Elevated risk for autoimmune disorders in Iraq and Afghanistan veterans with posttraumatic stress disorder. Biological psychiatry, 77(4), 365-374.

Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., & Piper, W. E. (2013). Change in alexithymia in two dynamically informed individual psychotherapies. *Psychotherapy and psychosomatics*, *82*(1), 61-63.

Ogrodniczuk, J. S., Kealy, D., Joyce, A. S., & Abbass, A. A. (2018). Body talk: Sex differences in the influence of alexithymia on physical complaints among psychiatric outpatients. *Psychiatry research*, *261*, 168-172.

Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2004). Alexithymia as a predictor of residual symptoms in depressed patients who respond to short-term psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, *58*(2), 150-161.

Ogrodniczuk, J. S., Piper, W. E., & Joyce, A. S. (2011). Effect of alexithymia on the process and outcome of psychotherapy: A programmatic review. *Psychiatry research*, *190*(1), 43-48.

Ohtsuki, T., Inagaki, M., Oikawa, Y., Saitoh, A., Kurosawa, M., Muramatsu, K., & Yamada, M. (2010). Multiple barriers against successful care provision for depressed patients in general internal medicine in a Japanese rural hospital: a cross-sectional study. *BMC psychiatry*, *10*(1), 1-9.

Oliveira, M. A. D., Reis, V. L. D., Zanelato, L. S., & Neme, C. M. B. (2008). Resiliência: análise das publicações no período de 2000 a 2006. Psicologia: ciência e profissão, 28(4), 754-767.

Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A., & Stewart, S. H. (2016). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, (3).

Otowa, T., Hek, K., Lee, M., Byrne, E. M., Mirza, S. S., Nivard, M. G., ... & Hettema, J. M. (2016). Meta-analysis of genome-wide association studies of anxiety disorders. Molecular psychiatry, 21(10), 1391-1399.

Özsahin, A., Uzun, Ö., Cansever, A., & Gulcat, Z. (2003). The effect of alexithymic features on response to antidepressant medication in patients with major depression. *Depression and anxiety*, *18*(2), 62-66.

Palagini, L., Mosca, M., Tani, C., Gemignani, A., Mauri, M., & Bombardieri, S. (2013). Depression and systemic lupus erythematosus: a systematic review. *Lupus*, *22*(5), 409-416.

Palma, B. D., Gabriel Jr, A., Colugnati, F. A., & Tufik, S. (2006). Effects of sleep deprivation on the development of autoimmune disease in an experimental model of systemic lupus erythematosus. American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology, 291(5), R1527-R1532.

Paluska, S. A., & Schwenk, T. L. (2000). Physical activity and mental health. Sports medicine, 29(3), 167-180.

Pan, W., P Stone, K., Hsuchou, H., K Manda, V., Zhang, Y., & J Kastin, A. (2011). Cytokine signaling modulates blood-brain barrier function. *Current pharmaceutical design*, *17*(33), 3729-3740.

Panaite, V., & Bylsma, L. M. (2012). Alexithymia.

Panayiotou, G., Leonidou, C., Constantinou, E., Hart, J., Rinehart, K. L., Sy, J. T., & Björgvinsson, T. (2015). Do alexithymic individuals avoid their feelings? Experiential avoidance mediates the association between alexithymia, psychosomatic, and depressive symptoms in a community and a clinical sample. *Comprehensive psychiatry*, *56*, 206-216.

Panopalis, P., Yazdany, J., Gillis, J. Z., Julian, L., Trupin, L., Hersh, A. O., & Yelin, E. (2008). Health care costs and costs associated with changes in work productivity among persons with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care & Research*, *59*(12), 1788-1795.

Pariante, C. M., & Lightman, S. L. (2008). The HPA axis in major depression: classical theories and new developments. *Trends in neurosciences*, *31*(9), 464-468.

Parker, J., McRae, C., Smarr, K., Beck, N., Frank, R., Anderson, S., & Walker, S. (1988). Coping strategies in rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology*, *15*(9), 1376-1383.

Parker, J., Taylor, G., & Bagby, M. (1993). Alexithymia and the processing of emotional stimuli: An experimental study. *New Trends in Experimental and Clinical Psychiatry*, *9*, 9-9.

Pavlov, V. A. & Tracey, K. J. (2012). The vagus nerve and the inflammatory reflex—linking immunity and metabolism. Nature Reviews Endocrinology, 8(12), 743.

Pearlman, R. A., & Uhlmann, R. F. (1988). Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients. Journal of gerontology, 43(2), M25-M30.

Peck, J. R., Smith, T. W., Ward, J. R., & Milano, R. (1989). Disability and depression in rheumatoid arthritis. A multi-trait, multi-method investigation. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, *32*(9), 1100-1106.

Pedard, M., Demougeot, C., Prati, C., & Marie, C. (2018). Brain-derived neurotrophic factor in adjuvant-induced arthritis in rats. Relationship with inflammation and endothelial dysfunction. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *82*, 249-254.

Pei-Hua, W. U., Shang-Wen, C. H. E. N., Huang, W. T., Chang, S. C., & Mei-Chi, H. S. U. (2018). Effects of a psychoeducational intervention in patients with breast cancer undergoing chemotherapy. Journal of Nursing Research, 26(4), 266-279.

Penner, I. K., & Paul, F. (2017). Fatigue as a symptom or comorbidity of neurological diseases. *Nature Reviews Neurology*, *13*(11), 662.

Perricone, C., Shoenfeld, N., Agmon-Levin, N., de Carolis, C., Perricone, R., & Shoenfeld, Y. (2013). Smell and autoimmunity: a comprehensive review. *Clinical reviews in allergy & immunology*, *45*(1), 87-96.

Peterson, C. (2000). The future of optimism. American psychologist, 55(1), 44.

Peterson, S., Li, N., Blackburn, S., & Kielar, D. (2016). SAT0089 Anxiety and Depression among Rheumatoid Arthritis Patients, and Association with Clinical Measurements and Patient Reported Disability and Treatment Satisfaction.

Petri, M., Kim, M. Y., Kalunian, K. C., Grossman, J., Hahn, B. H., Sammaritano, L. R., & Buyon, J. P. (2005). Combined oral contraceptives in women with systemic lupus erythematosus. *New England Journal of Medicine*, *353*(24), 2550-2558.

Petri, M., Orbai, A. M., Alarcón, G. S., Gordon, C., Merrill, J. T., Fortin, P. R., & Magder, L. S. (2012). Derivation and validation of the Systemic Lupus International Collaborating Clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis & Rheumatism*, *64*(8), 2677-2686.

Pincus, T., Callahan, L. F., & Burkhauser, R. V. (1987). Most chronic diseases are reported more frequently by individuals with fewer than 12 years of formal education in the age 18–64 United States population. Journal of chronic diseases, 40(9), 865-874.

Poletto, M., & Koller, S. H. (2008). Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. Estudos de Psicologia (Campinas), 25(3), 405-416.

Polk, L. V. (1997). Toward a middle range theory of resilience. Advanced in Nursing Science, 19, 797–13.

Ponarovsky, B., Amital, D., Lazarov, A., Kotler, M., & Amital, H. (2011). Anxiety and depression in patients with allergic and non-allergic cutaneous disorders. International journal of dermatology, 50(10), 1217-1222.

Porcelli, P., Zaka, S., Leoci, C., Centonze, S., & Taylor, G. J. (1995). Alexithymia in inflammatory bowel disease. *Psychotherapy and psychosomatics*, *64*(1), 49-53.

Postal, M., Lapa, A. T., Sinicato, N. A., de Oliveira Peliçari, K., Peres, F. A., Costallat, L. T. L., & Appenzeller, S. (2016). Depressive symptoms are associated with tumor necrosis factor alpha in systemic lupus erythematosus. *Journal of neuroinflammation*, *13*(1), 1-7.

Prevoo, M. L. L., Van'T Hof, M., Kuper, H. H., Van Leeuwen, M. A., Van De Putte, L. B. A., & Van Riel, P. L. C. M. (1995). Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, *38*(1), 44-48.

Putterman, E., Byrne, N., & Ditto, B. (2001, January). Alexithymia and symptom reporting following blood donation. In *Psychosomatic Medicine* (Vol. 63, No. 1, pp. 138-139). 530 WALNUT ST, PHILADELPHIA, PA 19106-3621 USA: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS.

Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2011). Resiliencia: una perspectiva desde la enfermedad crónica en población adulta. Pensamiento psicológico, 9(17), 69-82.

Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2013). Resilience, illness perception, beliefs and spiritual-religious coping and health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis diagnosis. Psicología desde el Caribe, 30(3), 590-619.

Radanov, B. P., Schwarz, H. A., Frost, S. A., & Augustiny, K. F. (1997). Relationship between self-rated functional status and psychosocial stress in patients suffering from rheumatoid arthritis. Psychotherapy and psychosomatics, 66(5), 252-257.

Raison, C. L., Rutherford, R. E., Woolwine, B. J., Shuo, C., Schettler, P., Drake, D. F., & Miller, A. H. (2013). A randomized controlled trial of the tumor necrosis factor

antagonist infliximab for treatment-resistant depression: the role of baseline inflammatory biomarkers. *JAMA psychiatry*, *70*(1), 31-41.

Rantapaa-Dahlqvist, S., de Jong, B. A., Berglin, E., Hallmans, G., & Wadell, G. S. H., Sundin, U., and van Venrooij, WJ (2003) Antibodies against cyclic citrullinated peptide and IgA rheumatoid factor predict the development of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum, 48, 2741-9.

Rapee, R. M. (2001). The development of generalized anxiety. The developmental psychopathology of anxiety, 481-503.

Rathbun, A. M., Reed, G. W., & Harrold, L. R. (2013). The temporal relationship between depression and rheumatoid arthritis disease activity, treatment persistence and response: a systematic review. *Rheumatology*, *52*(10), 1785-1794.

Rayner, L., Hotopf, M., Petkova, H., Matcham, F., Simpson, A., & McCracken, L. M. (2016). Depression in patients with chronic pain attending a specialised pain treatment centre: prevalence and impact on health care costs. *Pain*, *157*(7), 1472.

Raza, K., & Gerlag, D. M. (2014). Preclinical inflammatory rheumatic diseases: an overview and relevant nomenclature. Rheumatic Disease Clinics, 40(4), 569-580.

Raza, K., Buckley, C. E., Salmon, M., & Buckley, C. D. (2006). Treating very early rheumatoid arthritis. Best practice & research Clinical rheumatology, 20(5), 849-863.

Regier, D. A., Boyd, J. H., Burke, J. D., Rae, D. S., Myers, J. K., Kramer, M. & Locke, B. Z. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States: Based on five epidemiologic catchment area sites. Archives of General Psychiatry, 45(11), 977-986.

Regier, D. A., Hirschfeld, R. M., Goodwin, F. K., Burke, J. D., Lazar, J. B., & Judd, L. L. (1988). The NIMH Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program: structure, aims, and scientific basis. *Am J Psychiatry*, *145*(11), 1351-1357.

Reis, S. M., Colbert, R. D., & Hébert, T. P. (2004). Understanding resilience in diverse, talented students in an urban high school. Roeper Review, 27(2), 110-120.

Ren, K., & Torres, R. (2009). Role of interleukin-1β during pain and inflammation. *Brain research reviews*, *60*(1), 57-64.

Rennison, N. (2015). Freud And Psychoanalysis: Everything You Need To Know About Id, Ego, Super-Ego and More. Oldcastle Books.

Resnick, M. D. (2000). Resilience and protective factors in the lives of adolescents. Journal of Adolescent Health, 27(1), 1-2.

Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J. & Udry, J. R. (1997). Protecting adolescents from harm: findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. Jama, 278(10), 823-832.

Revenson, T. A., Schiaffino, K. M., Majerovitz, S. D., & Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: The relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. Social science & medicine, 33(7), 807-813.

Rew, L., Taylor-Seehafer, M., Thomas, N. Y., & Yockey, R. D. (2001). Correlates of resilience in homeless adolescents. Journal of nursing scholarship, 33(1), 33-40

Rimon, R. (1978). Depression in bei chronischer Polyarthritis. *Aktuelle Rheumatologie*, *3*, 143-147.

Ristvedt, S. L., & Trinkaus, K. M. (2009). Trait anxiety as an independent predictor of poor health-related quality of life and post-traumatic stress symptoms in rectal cancer. British Journal of Health Psychology, 14(4), 701-715.

Robbins, M. L., Mehl, M. R., Holleran, S. E., & Kasle, S. (2011). Naturalistically observed sighing and depression in rheumatoid arthritis patients: A preliminary study. *Health Psychology*, *30*(1), 129.

Roberts, A. L., Malspeis, S., Kubzansky, L. D., Feldman, C. H., Chang, S. C., Koenen, K. C., & Costenbader, K. H. (2017). Association of trauma and posttraumatic stress disorder with incident systemic lupus erythematosus in a longitudinal cohort of women. Arthritis & Rheumatology, 69(11), 2162-2169.

Robottom, B. J., Gruber-Baldini, A. L., Anderson, K. E., Reich, S. G., Fishman, P. S., Weiner, W. J., & Shulman, L. M. (2012). What determines resilience in patients with Parkinson's disease?. Parkinsonism & related disorders, 18(2), 174-177.

Rogers, D., & Pies, R. (2008). General medical with depression drugs associated. Psychiatry (Edgmont (Pa.: Township)), 5(12), 28-41.

Rojas, M., Rodriguez, Y., Pacheco, Y., Zapata, E., Monsalve, D. M., Mantilla, R. D. & Anaya, J. M. (2018). Resilience in women with autoimmune rheumatic diseases. Joint Bone Spine, 85(6), 715-720.

Ross, D. M., & Ross, S. A. (1988). Childhood pain: Current issues, research and management. Baltimore, Mth Urban and Schwarzenberg.

Roy, A., Sarchiapone, M., & Carli, V. (2007). Low resilience in suicide attempters: relationship to depressive symptoms. Depression and Anxiety, 24(4), 273-274.

Rutten, B. P., Hammels, C., Geschwind, N., Menne-Lothmann, C., Pishva, E., Schruers, K. & Wichers, M. (2013). Resilience in mental health: linking psychological and neurobiological perspectives. Acta Psychiatrica Scandinavica, 128(1), 3-20.

Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. Annals of the Academy of Medicine, Singapore, 8(3), 324-338.

Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. The British journal of psychiatry, 147(6), 598-611.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. American journal of orthopsychiatry, 57(3), 316-331.

Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. Annals of the New York Academy of Sciences, 1094(1), 1-12.

Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. Development and psychopathology, 24(2), 335-344.

Rutter, P. A., Freedenthal, S., & Osman, A. (2008). Assessing protection from suicidal risk: Psychometric properties of the suicide resilience inventory. Death Study, 32, 142–153.

Saariaho, A. S., Saariaho, T. H., Mattila, A. K., Karukivi, M. R., & Joukamaa, M. I. (2013). Alexithymia and depression in a chronic pain patient sample. *General hospital psychiatry*, *35*(3), 239-245.

Sadeghi, S., Maarefvand, M., & Shoja, A. (2014). Relation of Creativity and Resiliency in Child Laborers. Quarterly Journal of Social Work, 3(1), 10-15.

Sakic, B., Kirkham, D. L., Ballok, D. A., Mwanjewe, J., Fearon, I. M., Macri, J., & Doering, L. C. (2005). Proliferating brain cells are a target of neurotoxic CSF in systemic autoimmune disease. *Journal of neuroimmunology*, *169*(1-2), 68-85.

Salminen, J. K., Saarijärvi, S., Äärelä, E., Toikka, T., & Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of psychosomatic research*, *46*(1), 75-82.

Salsman, J. M., Segerstrom, S. C., Brechting, E. H., Carlson, C. R., & Andrykowski, M. A. (2009). Posttraumatic growth and PTSD symptomatology among colorectal cancer survivors: a 3-month longitudinal examination of cognitive processing. Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer, 18(1), 30-41.

Salters-Pedneault, K. (2013). Hofmann, SG (2012). An Introduction to Modern CBT: Psychological Solutions to Mental Health Problems Malden, MA: Wiley-Blackwell.

Sangha, O. (2000). Epidemiology of rheumatic diseases. *Rheumatology*, *39*(suppl_2), 3-12.

Sansom-Daly, U. M., Wakefield, C. E., Bryant, R. A., Ellis, S., Doolan, E., & Cohn, R. J. (2014). Adapting evidence-based psychological therapy to the computer screen for adolescent and young adult cancer survivors: Preliminary results from the 'recapture life' randomized controlled trial. Asia-Pacific Journal of Clinical Oncology, 10, 36.

Santos, F. R. M., Bernardo, V., Gabbay, M. A., Dib, S. A., & Sigulem, D. (2013). The impact of knowledge about diabetes, resilience and depression on glycemic control: a cross-sectional study among adolescents and young adults with type 1 diabetes. Diabetology & metabolic syndrome, 5(1), 1-5

Sato, E., Nishimura, K., Nakajima, A., Okamoto, H., Shinozaki, M., Inoue, E., & Yamanaka, H. (2013). Major depressive disorder in patients with rheumatoid arthritis. *Modern rheumatology*, *23*(2), 237-244.

Sattar, N., McCarey, D. W., Capell, H., & McInnes, I. B. (2003). Explaining how "high-grade" systemic inflammation accelerates vascular risk in rheumatoid arthritis. *Circulation*, *108*(24), 2957-2963.

Schetter, C. D., & Dolbier, C. (2011). Resilience in the context of chronic stress and health in adults. Social and Personality Psychology Compass, 5(9), 634-652.

Schiepers, O. J., Wichers, M. C., & Maes, M. (2005). Cytokines and major depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *29*(2), 201-217.

Schiltz, J. C., & Sawchenko, P. E. (2002). Distinct brain vascular cell types manifest inducible cyclooxygenase expression as a function of the strength and nature of immune insults. *Journal of Neuroscience*, *22*(13), 5606-5618.

Schneider, N. G., & Houston, J. P. (1970). Smoking and anxiety. Psychological reports, 26(3), 941-942.

Scoloveno, R. (2016). A concept analysis of the phenomenon of resilience. Journal of Nursing and Care, 5(4), 353–358.

Scragg, P., Jones, A., & Fauvel, N. (2001). Psychological problems following ICU treatment. Anaesthesia, 56(1), 9 – 14.

Segui, J., Ramos-Casals, M., Garcia-Carrasco, M., De Flores, T., Cervera, R., Valdeés, M. & Ingelmo, M. (2000). Psychiatric and psychosocial disorders in patients with

systemic lupus erythematosus: a longitudinal study of active and inactive stages of the disease. Lupus, 9(8), 584-588.

Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction [special issue], American Psychologist, 55(1),5-14.

Sembi, S., Tarrier, N., O'Neill, P., Burns, A., & Faragher, B. (1998). Does post-traumatic stress disorder occur after stroke: a preliminary study. International journal of geriatric psychiatry, 13(5), 315-322.

Seta, J. J., Seta, C. E., & Wang, M. A. (1991). Feelings of negativity and stress: An averaging-summation analysis of impressions of negative life experiences. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *17*(4), 376-384.

Shakespeare-Finch, J., Gow, K., & Smith, S. (2005). Personality, coping and posttraumatic growth in emergency ambulance personnel. Traumatology, 11(4), 325-334.

Sharma, V. K., Yeo, L. L. L., Ho, R. C., & Rathakrishnan, R. (2013). Severe transient suicidality due to hemispheric hyperperfusion after successful acute stroke thrombolysis. The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 25, E33–E34.

Sharpe, L., Sensky, T., & Allard, S. (2001). The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis: the predictive role of disability, illness perceptions, pain and coping. Journal of psychosomatic research, 51(6), 713-719.

Shaw, Y., Bradley, M., Zhang, C., Dominique, A., Michaud, K., McDonald, D., & Simon, T. A. (2020). Development of Resilience Among Rheumatoid Arthritis Patients: A Qualitative Study. Arthritis care & research, 72(9), 1257-1265.

Shemesh, E., Rudnick, A., Kaluski, E., Milovanov, O., Salah, A., Alon, D. & Cotter, G. (2001). A prospective study of posttraumatic stress symptoms and nonadherence in survivors of a myocardial infarction (MI). General Hospital Psychiatry, 23(4), 215-222.

Sherman, J. J., Turk, D. C., & Okifuji, A. (2000). Prevalence and impact of posttraumatic stress disorder-like symptoms on patients with fibromyalgia syndrome. Clinical Journal of Pain, 16(2), 127 – 134.

Shi, J., Knevel, R., Suwannalai, P., van der Linden, M. P., Janssen, G. M., van Veelen, P. A. & Trouw, L. A. (2011). Autoantibodies recognizing carbamylated proteins are present in sera of patients with rheumatoid arthritis and predict joint damage. Proceedings of the National Academy of Sciences, 108(42), 17372-17377.

Shimada-Sugimoto, M., Otowa, T., & Hettema, J. M. (2015). Genetics of anxiety disorders: genetic epidemiological and molecular studies in humans. Psychiatry and clinical neurosciences, 69(7), 388-401.

Shoenfeld, Y., & Isenberg, D. (1989). The mosaic of autoimmunity; Research monographs in immunology.

Shortall, E., Isenberg, D., & Newman, S. P. (1995). Factors associated with mood and mood disorders in SLE. *Lupus*, *4*(4), 272-279.

Sifneos, P. E. (1983). Psychotherapies for psychosomatic and alexithymic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, *40*(1-4), 66-73.

Silove, D., Alonso, J., Bromet, E., Gruber, M., Sampson, N., Scott, K. & Kessler, R. C. (2015). Pediatric-onset and adult-onset separation anxiety disorder across countries in the World Mental Health Survey. American Journal of Psychiatry, 172(7), 647-656.

Silverman, M. N., & Deuster, P. A. (2014). Biological mechanisms underlying the role of physical fitness in health and resilience. Interface focus, 4(5), 20140040.

Silverman, M. N., & Sternberg, E. M. (2012). Glucocorticoid regulation of inflammation and its behavioral and metabolic correlates: from HPA axis to glucocorticoid receptor dysfunction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1261*, 55.

Simon, G. E., Ludman, E. J., Tutty, S., Operskalski, B., & Von Korff, M. (2004). Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: a randomized controlled trial. Jama, 292(8), 935-942.

Sivik, T. (1993). Alexithymia and hypersensitivity to touch and palpation. *Integrative physiological and behavioral science*, *28*(2), 130-136.

Slade, T., & Andrews, G. (2001). DSM-IV and ICD-10 generalized anxiety disorder: discrepant diagnoses and associated disability. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36(1), 45-51.

Slama, I. B., Allali, F., El Kabbaj, S., Lakhdar, T., Medrare, L., Ngeuleu, A., & Hajjaj-Hassouni, N. (2014). SAT0153 Anxiety and Depression in Rheumatoid Arthritis: Which is More Frequent?. *Annals of the Rheumatic Diseases*, *73*(Suppl 2), 646-646.

Smith, B. W., & Zautra, A. J. (2008). Vulnerability and resilience in women with arthritis: test of a two-factor model. Journal of consulting and clinical psychology, 76(5), 799.

Smith, D. J., Escott-Price, V., Davies, G., Bailey, M. E., Colodro-Conde, L., Ward, J. & O'Donovan, M. C. (2016). Genome-wide analysis of over 106 000 individuals identifies 9 neuroticism-associated loci. Molecular psychiatry, 21(6), 749-757.

Smith, T. W., Peck, J. R., & Ward, J. R. (1990). Helplessness and depression in rheumatoid arthritis. Health Psychology, 9(4), 377.

Smith, T. W., Peck, J. R., Milano, R. A., & Ward, J. R. (1988). Cognitive distortion in rheumatoid arthritis: Relation to depression and disability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(3), 412.

Smolen, J. S., Aletaha, D., & McInnes, I. B. Rheumatoid arthritis. Lancet [Internet]. 2016 [cited 2017 Feb 23]; 388 (10055): 2023-2038.

Solomon, G. F., Amkraut, A. A., & Kasper, P. (1974). Immunity, emotions and stress. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *23*(1-6), 209-217.

Song, H., Fang, F., Tomasson, G., Arnberg, F. K., Mataix-Cols, D., de la Cruz, L. F. & Valdimarsdóttir, U. A. (2018). Association of stress-related disorders with subsequent autoimmune disease. Jama, 319(23), 2388-2400.

Soósová, M. S., Macejová, Ž., Zamboriová, M., & Dimunová, L. (2017). Anxiety and depression in Slovak patients with rheumatoid arthritis. Journal of Mental Health, 26(1), 21-27.

Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2018). Resilience: The science of mastering life's greatest challenges. Cambridge University Press.

Souza, I., Vasconcelos, A. G. G., Caumo, W., & Baptista, A. F. (2017). Resilience profile of patients with chronic pain. Cadernos de saude publica, 33, e00146915.

Spitz, R. A. (1954). *Genèse des premières relations objectales: Observations directes sur le nourrisson pendant sa première année*. FeniXX.

Sriram, T. G., Chaturvedi, S. K., Gopinath, P. S., & Shanmugam, V. (1987). Controlled study of alexithymic characteristics in patients with psychogenic pain disorder. *Psychotherapy and psychosomatics*, *47*(1), 11-17.

Stanton, A. L., Revenson, T. A., & Tennen, H. (2007). Health psychology: psychological adjustment to chronic disease. Annu. Rev. Psychol., 58, 565-592.

Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. International journal of epidemiology, 43(2), 476-493.

Stein, M. B., Simmons, A. N., Feinstein, J. S., & Paulus, M. P. (2007). Increased amygdala and insula activation during emotion processing in anxiety-prone subjects. American Journal of Psychiatry, 164(2), 318-327.

Steinhardt, M. A., Mamerow, M. M., Brown, S. A., & Jolly, C. A. (2009). A resilience intervention in African American adults with type 2 diabetes. The Diabetes Educator, 35(2), 274-284.

Steinweg, D. L., Dallas, A. P., & Rea, W. S. (2011). Fibromyalgia: unspeakable suffering, a prevalence study of alexithymia. *Psychosomatics*, *52*(3), 255-262.

Stewart, D. E., & Yuen, T. (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. Psychosomatics, 52(3), 199-209.

Stock AD, Wen J, Putterman, C. (2013). Neuropsychiatric lupus, the blood brain barrier, and the TWEAK/Fn14 pathway. *Frontiers in immunology*, *4*, 484.

Stojanovich, L., & Marisavljevich, D. (2008). Stress as a trigger of autoimmune disease. Autoimmunity reviews, 7(3), 209-213.

Stojanovich, L., Zandman-Goddard, G., Pavlovich, S., & Sikanich, N. (2007). Psychiatric manifestations in systemic lupus erythematosus. *Autoimmunity reviews*, *6*(6), 421-426.

Stoll, C., Schelling, G., Goetz, A. E., Kilger, E., Bayer, A., Kapfhammar, H. P., Rothenhausler, H. B., Kreuzer, E., Reichart, B., & Peter, K. (2000). Health-related quality of life and post-traumatic stress disorder in patients after cardiac surgery and intensive care treatment. Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery, 120(3), 505 – 512.

Strand, E. B., Zautra, A. J., Thoresen, M., Ødegård, S., Uhlig, T., & Finset, A. (2006). Positive affect as a factor of resilience in the pain—negative affect relationship in patients with rheumatoid arthritis. Journal of psychosomatic research, 60(5), 477-484.

Straub, R. H., & Cutolo, M. (2006). Does stress influence the course of rheumatic diseases?. Clinical and experimental rheumatology, 24(3), 225.

Straub, R. H., Dhabhar, F. S., Bijlsma, J. W., & Cutolo, M. (2005). How psychological stress via hormones and nerve fibers may exacerbate rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, *52*(1), 16-26.

Strauss, B., Brix, C., Fischer, S., Leppert, K., Füller, J., Roehrig, B. & Wendt, T. G. (2007). The influence of resilience on fatigue in cancer patients undergoing radiation therapy (RT). Journal of cancer research and clinical oncology, 133(8), 511-518.

Stringhini, S., Sabia, S., Shipley, M., Brunner, E., Nabi, H., Kivimaki, M., & Singh-Manoux, A. (2010). Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *Jama*, *303*(12), 1159-1166.

Strober, B., Gooderham, M., de Jong, E. M., Kimball, A. B., Langley, R. G., Lakdawala, N. & Menter, A. (2018). Depressive symptoms, depression, and the effect of biologic therapy among patients in Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry (PSOLAR). *Journal of the American Academy of Dermatology*, *78*(1), 70-80.

Stukas Jr., A. A., Dew, M. A., Switzer, G. E., DiMartini, A., Kormos, R. L., & Griffith, B. P. (1999). PTSD in heart transplant recipients and their primary family caregivers. Psychosomatics, 40(3), 212 – 221.

Sturgeon, J. A., Finan, P. H., & Zautra, A. J. (2016). Affective disturbance in rheumatoid arthritis: psychological and disease-related pathways. *Nature Reviews Rheumatology*, *12*(9), 532.

Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis. American Journal of Psychiatry, 157(10), 1552-1562.

Suls, J., & Rothman, A. (2004). Evolution of the biopsychosocial model: prospects and challenges for health psychology. Health psychology, 23(2), 119.

Sun, J., Buys, N., & Jayasinghe, R. (2014). Effects of community-based meditative Tai Chi programme on improving quality of life, physical and mental health in chronic heart-failure participants. Aging & mental health, 18(3), 289-295.

Sundin, E. C., & Horowitz, M. J. (2003). Horowitz's Impact of Event Scale evaluation of 20 years of use. Psychosomatic medicine, 65(5), 870-876.

Sutanto, B., Singh-Grewal, D., McNeil, H. P., O'Neill, S., Craig, J. C., Jones, J., & Tong, A. (2013). Experiences and perspectives of adults living with systemic lupus erythematosus: thematic synthesis of qualitative studies. Arthritis care & research, 65(11), 1752-1765.

Suzuki, A., & Yamamoto, K. (2015). From genetics to functional insights into rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*, *33*(4 Suppl 92), S40-3.

Swart, M., Kortekaas, R., & Aleman, A. (2009). Dealing with feelings: characterization of trait alexithymia on emotion regulation strategies and cognitive-emotional processing. *PloS one*, *4*(6), e5751.

Szekanecz, Z., Vegvari, A., Szabo, Z., & Koch, A. E. (2010). Chemokines and chemokine receptors in arthritis. *Frontiers in bioscience (Scholar edition)*, *2*, 153.

Tan, E. M., Cohen, A. S., Fries, J. F., Masi, A. T., Mcshane, D. J., Rothfield, N. F., & Winchester, R. J. (1982). The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology*, *25*(11), 1271-1277.

Tavares, B. C., Barreto, F. D. A., Lodetti, M. L., Silva, D. M. G. V. D., & Lessmann, J. C. (2011). Resiliência de pessoas com diabetes mellitus. Texto & Contexto-Enfermagem, 20(4), 751-757.

Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (1997) Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press, Cambridge

Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2004). New trends in alexithymia research. *Psychotherapy and psychosomatics*, *73*(2), 68-77.

Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1999). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.

Tecoma, E. S., & Huey, L. Y. (1985). Psychic distress and the immune response. Life Sciences, 36(19), 1799-1812.

Tedstone, J. E., & Tarrier, N. (2003). Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. Clinical psychology review, 23(3), 409-448.

Thase, M. E., Greenhouse, J. B., Frank, E., Reynolds, C. F., Pilkonis, P. A., Hurley, K. & Kupfer, D. J. (1997). Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. Archives of general psychiatry, 54(11), 1009-1015.

Thoits, P. (1983). Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature. In H. Kaplan (Ed.), Psychosocialstress (pp. 33-103). New \brk: Academic Press

Timonen, M., Viilo, K., Hakko, H., Särkioja, T., Ylikulju, M., Meyer-Rochow, V. B., & Räsänen, P. (2003). Suicides in persons suffering from rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, *42*(2), 287-291.

Tolin, D. F. (2010). Is cognitive–behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review. Clinical psychology review, 30(6), 710-720.

Tosevski, D. L., & Milovancevic, M. P. (2006). Stressful life events and physical health. Current opinion in psychiatry, 19(2), 184-189.

Tracey, K. J. (2002). The inflammatory reflex. *Nature*, *420*(6917), 853-859.

Tracey, K. J. (2009). Reflex control of immunity. *Nature Reviews Immunology*, *9*(6), 418-428.

Tracy, A., Buckley, C. D., & Raza, K. (2017, June). Pre-symptomatic autoimmunity in rheumatoid arthritis: when does the disease start?. In Seminars in immunopathology (Vol. 39, No. 4, pp. 423-435). Springer Berlin Heidelberg.

Tsai, C. Y., Wu, T. H., Tsai, S. T., Chen, K. H., Thajeb, P., Lin, W. M., ... & Yu, C. L. (1994). Cerebrospinal Fluid lnterleukin-6, Prostaglandin E2 and Autoantibodies in Patients

with Neuropsychiatric Systemic Lupus Erythematosus and Central Nervous System Infections. *Scandinavian journal of rheumatology*, *23*(2), 57-63.

Tsigkaropoulou, E., Douzenis, A., Tsitas, N., Ferentinos, P., Liappas, I., & Michopoulos, I. (2018). Greek version of the Connor-Davidson resilience scale: psychometric properties in a sample of 546 subjects. in vivo, 32(6), 1629-1634.

Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. Journal of Personality and Social Psychology, 86, 320–333.

Tunnicliffe, D. J., Singh-Grewal, D., Chaitow, J., Mackie, F., Manolios, N., Lin, M. W. & Tong, A. (2016). Lupus means sacrifices: perspectives of adolescents and young adults with systemic lupus erythematosus. Arthritis care & research, 68(6), 828-837.

Turk, D. C., Fillingim, R. B., Ohrbach, R., & Patel, K. V. (2016). Assessment of psychosocial and functional impact of chronic pain. *The Journal of Pain*, *17*(9), T21-T49.

Tusaie, K., & Dyer, J. (2004). Resilience: A historical review of the construct. Holistic nursing practice, 18(1), 3-10.

Udina, M., Castellví, P., Moreno-España, J., Navinés, R., Valdés, M., Forns, X. & Martín-Santos, R. (2012). Interferon-induced depression in chronic hepatitis C: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, *73*(8), 1128-1138.

Ungar, M. (Ed.). (2005). Handbook for working with children and youth: Pathways to resilience across cultures and contexts. Sage Publications.

Vachon, D. D., Krueger, R. F., Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2015). Assessment of the harmful psychiatric and behavioral effects of different forms of child maltreatment. JAMA psychiatry, 72(11), 1135-1142.

Vadacca, M., Bruni, R., Terminio, N., Sambataro, G., Margiotta, D., Serino, F. M., & Afeltra, A. (2014). Alexithymia, mood states and pain experience in systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Clinical rheumatology*, *33*(10), 1443-1450.

van Apeldoorn, F. J., Timmerman, M. E., Mersch, P. P. A., van Hout, W. J., Visser, S., van Dyck, R., & den Boer, J. A. (2010). A randomized trial of cognitive-behavioral therapy or selective serotonin reuptake inhibitor or both combined for panic disorder with or without agoraphobia: treatment results through 1-year follow-up. The Journal of clinical psychiatry, 71(5), 574-586.

Van Der, K. B., McFarlane, A., & Weisaeth, L. (2000). Traumatic stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Junfermann, Paderborn.

Van Kessel, G. (2013). The ability of older people to overcome adversity: a review of the resilience concept. Geriatric Nursing, 34(2), 122-127.

van Middendorp, H., & Evers, A. W. (2016). The role of psychological factors in inflammatory rheumatic diseases: From burden to tailored treatment. *Best practice & research Clinical rheumatology*, *30*(5), 932-945.

Van Middendorp, H., Geenen, R., Sorbi, M. J., Van Doornen, L. J. P., & Bijlsma, J. W. J. (2005). Emotion regulation predicts change of perceived health in patients with rheumatoid arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, *64*(7), 1071-1074.

van Schouwenburg, P. A., van de Stadt, L. A., de Jong, R. N., van Buren, E. E., Kruithof, S., de Groot, E. & Wouters, D. (2013). Adalimumab elicits a restricted anti-idiotypic antibody response in autoimmune patients resulting in functional neutralisation. Annals of the rheumatic diseases, 72(1), 104-109.

van Steenbergen, H. W., van Nies, J. A., Huizinga, T. W., Bloem, J. L., Reijnierse, M., & van der Helm-van, A. H. (2015). Characterising arthralgia in the preclinical phase of rheumatoid arthritis using MRI. Annals of the rheumatic diseases, 74(6), 1225-1232.

VanDyke, M. M., Parker, J. C., Smarr, K. L., Hewett, J. E., Johnson, G. E., Slaughter, J. R., & Walker, S. E. (2004). Anxiety in rheumatoid arthritis. *Arthritis care & research*, *51*(3), 408-412.

van't Land, H., Verdurmen, J., Ten Have, M., van Dorsselaer, S., Beekman, A., & de Graaf, R. (2010). The association between arthritis and psychiatric disorders; results from a longitudinal population-based study. *Journal of psychosomatic research*, *68*(2), 187-193.

Vasile, C. (2020). Mental health and immunity. Experimental and Therapeutic Medicine, 20(6), 1-1.

Victoria Cerezo, M., Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., & Torre-Luque, A. (2014). Positive psychology group intervention for breast cancer patients: A randomised trial. Psychological Reports, 115, 44–64.

Viinamäki, H., Hintikka, J., Tanskanen, A., Honkalampi, K., Antikainen, R., Koivumaa-Honkanen, H.,& Lehtonen, J. (2002). Partial remission in major depression: a two-phase, 12-month prospective study. *Nordic Journal of Psychiatry*, *56*(1), 33-37.

Vilar, M. J. P., Rodrigues, J. M., & Sato, E. I. (2003). Incidência de lúpus eritematoso sistêmico em Natal, RN-Brasil. Revista Brasileira de Reumatologia, 43(6), 343-346.

Vollhardt, B. R., Ackerman, S. H., & Shindledecker, R. D. (1986). Verbal expression of affect in rheumatoid arthritis patients: A blind, controlled test for alexithymia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *74*(1), 73-79.

Vos, T., Allen, C., Arora, M., Barber, R. M., Bhutta, Z. A., Brown, A. & Coggeshall, M. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. The lancet, 388(10053), 1545-1602.

Vranceanu, A. M., Riklin, E., Merker, V. L., Macklin, E. A., Park, E. R., & Plotkin, S. R. (2016). Mind-body therapy via videoconferencing in patients with neurofibromatosis. Neurology, 87, 806–814.

Vriezekolk, J. E., van Lankveld, W. G., Geenen, R., & van den Ende, C. H. (2011). Longitudinal association between coping and psychological distress in rheumatoid arthritis: a systematic review. Annals of the rheumatic diseases, 70(7), 1243-1250.

Wagnild, G. M. (2011). The resilience scale user's guide: For the US English version of the Resilience Scale and the 14-item Resilience Scale (RS-14). Resilience center.

Wagnild, G. M., & Collins, J. A. (2009). Assessing resilience. Journal of psychosocial nursing and mental health services, 47(12), 28-33.

Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric. Journal of nursing measurement, 1(2), 165-17847.

Walker, J. G., Littlejohn, G. O., McMurray, N. E., & Cutolo, M. (1999). Stress system response and rheumatoid arthritis: a multilevel approach. Rheumatology, 38(11), 1050-1057.

Wan, S. W., He, H. G., Mak, A., Lahiri, M., Luo, N., Cheung, P. P., & Wang, W. (2016). Health-related quality of life and its predictors among patients with rheumatoid arthritis. Applied Nursing Research, 30, 176-183.

Waraich, P., Goldner, E. M., Somers, J. M., & Hsu, L. (2004). Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *49*(2), 124-138.

Ward, M. M., Marx, A. S., & Barry, N. N. (2002). Psychological distress and changes in the activity of systemic lupus erythematosus. *Rheumatology*, *41*(2), 184-188.

Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Medical care, 473-483.

Watad, A., Bragazzi, N. L., Adawi, M., Aljadeff, G., Amital, H., Comaneshter, D., & Amital, D. (2017). Anxiety disorder among rheumatoid arthritis patients: insights from real-life data. *Journal of affective disorders*, *213*, 30-34.

Wei, H., Zhang, L., Zhou, X., Wang, Y., Ren, Z., Lin, H. & Yao, G. (2011). A study of correlation between alexithymia and resilience in military personnel. Chinese Journal of Behavioral Medicine and Brain Science, 20(12), 1134-1136.

Weiss, D. S. (2007). The impact of event scale: revised. In Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD (pp. 219-238). Springer, Boston, MA.

Weiss, D. S., Marmar, C. R., Wilson, J. P., & Keane, T. M. (1997). Assessing psychological trauma and PTSD. *The Impact of Events Scale—Revised*, *19*, 399-411.

Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G. & Yeh, E. K. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. Jama, 276(4), 293-299.

Welander-Vatn, A., Ystrom, E., Tambs, K., Neale, M. C., Kendler, K. S., Reichborn-Kjennerud, T., & Knudsen, G. P. (2016). The relationship between anxiety disorders and

dimensional representations of DSM-IV personality disorders: a co-twin control study. Journal of affective disorders, 190, 349-356.

Wells, K. B., Golding, J. M., & Burnam, M. A. (1988). Psychiatric disorder and limitations in physical functioning in a sample of the Los Angeles general population. *The American journal of psychiatry*.

Werner EE, S. R. (1982). Vulnerable but Invincible: A Longitudinal Study of Resilient Children and Youth. New York, Mc Graw Hill.

Werner, E. E., & Smith, R. S. (1992). Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood. Cornell University Press.

WHO (2015). World report on ageing and health, Noncommunicable diseases fact sheet. Geneva: WHO. Retrieved from https://www.who.int/chp/en/

Wilkes, E., & Meek, E. S. (1979). Rheumatoid arthritis: review of searches for an infectious cause. Part II. *Infection*, *7*(4), 192-197.

Williams, A.C., de C, Eccleston C, Morley S. (2012) Psychological therapies for the management of chronic pain (excluding headache) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, *11*.

Williams, D. A., Farrell, M. J., Cunningham, J., Gracely, R. H., Ambrose, K., Cupps, T. & Clauw, D. J. (2004). Knee pain and radiographic osteoarthritis interact in the prediction of levels of self-reported disability. Arthritis Care & Research, 51(4), 558-561.

Williams, D. M. (2008). Exercise, affect, and adherence: an integrated model and a case for self-paced exercise. Journal of Sport and Exercise Psychology, 30(5), 471-496.

Williams, H. J., Alarcon, G. S., Joks, R., Steen, V. D., Bulpitt, K., Clegg, D. O., & Ward, J. R. (1999). Early undifferentiated connective tissue disease (CTD). VI. An inception

cohort after 10 years: disease remissions and changes in diagnoses in well established and undifferentiated CTD. *The Journal of rheumatology*, *26*(4), 816-825.

Wingo, A. P., Wrenn, G., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B., & Ressler, K. J. (2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure. Journal of affective disorders, 126(3), 411-414.

Winnicott, D. W. (1966). Psycho-somatic illness in its positive and negative aspects. *International Journal of Psycho-Analysis*, *47*, 510-516.

Winnicott, D. W. (2014). *Through pediatrics to psychoanalysis: Collected papers*. Routledge.

Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of general psychiatry, 51(5), 355-364.

Wolfe, A. (2001). Institute of Medicine Report: crossing the quality chasm: a new health care system for the 21st century. Policy, Politics, & Nursing Practice, 2(3), 233-235.

Wolfe, F., Hawley, D. J., & Wilson, K. (1996). The prevalence and meaning of fatigue in rheumatic disease. *The Journal of rheumatology*, *23*(8), 1407-1417.

World Health Organization. (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research (Vol. 2). World Health Organization.

Wright, L. J., Zautra, A. J., & Going, S. (2008). Adaptation to early knee osteoarthritis: the role of risk, resilience, and disease severity on pain and physical functioning. Annals of Behavioral Medicine, 36(1), 70-80.

Xia, Y., Yin, R., Fu, T., Zhang, L., Zhang, Q., Guo, G. & Gu, Z. (2016). Treatment adherence to disease-modifying antirheumatic drugs in Chinese patients with rheumatoid arthritis. Patient preference and adherence, 10, 735.

Xie, X., Wu, D., & Chen, H. (2016). Prevalence and risk factors of anxiety and depression in patients with systemic lupus erythematosus in Southwest China. *Rheumatology international*, *36*(12), 1705-1710.

Yalbuzdag, S. A., Sengul, I., Delibas, D. H., Kaya, T., & Karatepe, A. G. (2017). Is Alexithymia Associated with High Disease Activity in Rheumatoid Arthritis?. Journal of Clinical and Analytical Medicine, 8(5), 387-391.

Yamout, B., Hourani, R., Salti, H., Barada, W., El-Hajj, T., Al-Kutoubi, A. & Bazarbachi, A. (2010). Bone marrow mesenchymal stem cell transplantation in patients with multiple sclerosis: a pilot study. *Journal of neuroimmunology*, *227*(1-2), 185-189.

Ye, X., Bapuji, S. B., Winters, S. E., Struthers, A., Raynard, M., & Metge, C. & Sutherland, K.(2014). Effectiveness of internet-based interventions for children, youth, and young adults with anxiety and/or depression: a systematic review and meta-analysis. BMC health services research, 14(1), 313.

Ye, Z. J., Liang, M. Z., Qiu, H. Z., Liu, M. L., Hu, G. Y., Zhu, Y. F., Quan, X. M. (2016). Effect of a multidiscipline mentor-based program, Be Resilient to Breast Cancer (BRBC), on female breast cancer survivors in mainland China—A randomized, controlled, theoretically-derived intervention trial. Breast Cancer Research and Treatment, 158, 509–522.

Yeung, E. W., Arewasikporn, A. & Zautra, A. J. (2012). Resilience and chronic pain. Journal of Social and Clinical Psychology, 31(6), 593-617.

Yoo, K. H. (2006). A correlational study on the mastery and depression in chronic arthritis patients. The Korean Journal of Rehabilitation Nursing, 9, 161–165.

Youssef-Morgan, C. M., & Luthans, F. (2015). Psychological capital and well-being. Stress and health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress.

Zautra, A. J., Arewasikporn, A., & Davis, M. C. (2010). Resilience: Promoting well-being through recovery, sustainability, and growth. Research in Human Development, 7(3), 221-238.

Zautra, A. J., Hoffman, J. M., Matt, K. S., Yocum, D., Potter, P. T., Castro, W. L., & Roth, S. (1998). An examination of individual differences in the relationship between interpersonal stress and disease activity among women with rheumatoid arthritis. Arthritis & Rheumatism: Official Journal of the American College of Rheumatology, 11(4), 271-279.

Zautra, A. J., Hoffman, J., Potter, P., Matt, K. S., Yocum, D., & Castro, L. (1997). Examination of changes in interpersonal stress as a factor in disease exacerbations among women with rheumatoid arthritis. Annals of behavioral medicine, 19(3), 279-286.

Zautra, A. J., Johnson, L. M., & Davis, M. C. (2005). Positive affect as a source of resilience for women in chronic pain. Journal of consulting and clinical psychology, 73(2), 212.

Zayfert, C., McCracken, L. M., & Gross, R. T. (1992, April). Alexithymia, disability, and emotional distress in chronic non-malignant pain. In *annual meeting of the American Psychosomatic Society, New York*.

Zdilar, D., Franco-Bronson, K., Buchler, N., Locala, J. A., & Younossi, Z. M. (2000). Hepatitis C, interferon alfa, and depression. *Hepatology*, *31*(6), 1207-1211.

Zhang, L., Xia, Y., Zhang, Q., Fu, T., Yin, R., Guo, G., & Gu, Z. (2017). The correlations of socioeconomic status, disease activity, quality of life, and depression/anxiety in Chinese patients with rheumatoid arthritis. Psychology, health & medicine, 22(1), 28-36.

Zhang, M. W. B., Ho, R. C. M., Cheung, M. W. L., Fu, E., & Mak, A. (2011). Prevalence of depressive symptoms in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review, meta-analysis and meta-regression. General Hospital Psychiatry, 33, 217–223.

Zhang, X., Norton, J., Carrière, I., Ritchie, K., Chaudieu, I., & Ancelin, M. L. (2015). Generalized anxiety in community-dwelling elderly: prevalence and clinical characteristics. Journal of Affective Disorders, 172, 24-29.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. Acta psychiatrica scandinavica, 67(6), 361-370.

Ελληνόγλωσση:

Kaplan, H., Sadock, B., & Sadock, V. (2007). Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1986). Λεξιλόγιο της ψυχανάλυσης. Αθήνα: Εκδόσεις Κέδρος.

Westbrook, D., Kennerly, H. & Kirk, J. (2012). Εισαγωγή στη γνωσιακή συμπεριφοριστική θεραπεία. Αθήνα: Πεδίο.

Αλεβίζος, Β. (2008). Άγχος Ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις. Αθήνα: Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.

Αναστάσιος Σταλίκας, Σ. Τ. (2012). Τα Ψυχομετρικά εργαλεία στη Ελλάδα. Αθήνα: Πεδίο.

Βεντουράτου, Δ. (2009). Εισαγωγή στην Ψυχοτραυματολογία και στην τραυματοθεραπεία. Η μέθοδος EMDR. Αθήνα, Εκδόσεις Πεδίο.

ΔΙΚΑΙΟΣ, Δ. (2006). Συναισθηματικές διαταραχές. Στο: Σολδάτος Κ, Λύκουρας Λ (Επιμ.) Σύγγραμμα Ψυχιατρικής. Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 303.

Μαλικιώση-Λοΐζου (2012). Συμβουλευτική ψυχολογία, Εκδόσεις Πεδίο.

Μάνος, Ν.(1997). Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Σακελλαρόπουλος, Π. (1998). Σχέσεις μητέρας-παιδιού τον πρώτο χρόνο της ζωής, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

ΣΤΕΦΑΝΗΣ, Κ. (1990). Θέματα Ψυχιατρικής. Εκδόσεις Συμμετρία.

Τσιάντης Γ., Μανωλόπουλος, Σ. (1987). Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής. Τόμος Πρώτος, Αθήνα : Εκδ. Καστανιώτη.