

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ  
ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών  
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

« ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ: ΑΠΑΡΤΙΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ  
ΣΩΜΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ »

ΦΟΥΛΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ ΔΙΟΝΥΣΙΑ Α.Μ. 74500321000027

«Διερεύνηση ψυχοπαθολογικών παραμέτρων σε ασθενείς με διαπυούμενη  
ιδρωταδενίτιδα»

"Assessment of psychopathological parameters in patients with hidradenitis  
suppurativa"

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Κωνσταντίνος Κοντοάγγελος

Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής

Αθήνα, Δεκέμβριος 2023

# ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

## Σημείωμα του Συγγραφέα

Το δοκίμιο αυτό αποτελεί διπλωματική εργασία που συντάχθηκε για το Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Αθηνών και υποβλήθηκε τον Δεκέμβριο, 2023. Η συγγραφέας βεβαιώνει ότι το περιεχόμενο του παρόντος έργου είναι αποτέλεσμα προσωπικής εργασίας και ότι έχει γίνει η κατάλληλη αναφορά στην εργασία τρίτων, όπου κάτι τέτοιο ήταν απαραίτητο, σύμφωνα με τους κανόνες της ακαδημαϊκής δεοντολογίας.

### Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η Διαπυούμενη Ιδρωταδενίτιδα είναι μια νόσος με καταλυτική επιβάρυνση στους πάσχοντες, τόσο σωματική, κλίμακα βαρύτητας Hurley, Refined Hurley και IHS4 όσο και ψυχολογική. Αναμενόταν ότι όσο πιο έντονη βαρύτητα συμπτωμάτων θα βίωναν οι νοσούντες τόσο και μεγάλη η συσχέτιση με τις ψυχοσωματικές εκδηλώσεις.

**Σκοπός:** Η παρούσα μελέτη έχει ως στόχο να καλύψει βιβλιογραφικά κενά για τον λόγο αυτό θα μελετήσει την συσχέτιση της Διαπυούμενης Ιδρωταδενίτιδας με την ψυχοσωματική επιβάρυνση, με την προσωπικότητα και τους δημογραφικούς παράγοντες των συμμετεχόντων.

**Μέθοδος:** Οι συμμετέχοντες ήταν 90 εξωτερικοί ασθενείς του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός», ηλικίας 18 έως 65 που είχαν διαγνωστεί με Ιδρωταδενίτιδα και γνώριζαν επαρκώς την ελληνική γλώσσα. Τα ψυχομετρικά εργαλεία που χορηγήθηκαν ήταν: το Ερωτηματολόγιο Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η κλίμακα Κατάθλιψης του Beck (BDI), το ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας του Eysenck (EPQ), η κλίμακα Πόνου McGill /SF (MPQ), οι κλίμακες Hurley, Refined Hurley και IHS4 των δερματολόγων και ένα σύντομο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων. Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν μέσω του στατιστικού πακέτου SPSS-28.

**Αποτελέσματα:** Σύμφωνα με τις στατιστικές αναλύσεις, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της βαρύτητας της νόσου της ψυχοσωματικής επιβάρυνσης και της προσωπικότητας. Υπήρξαν όμως στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τους δημογραφικούς παράγοντες, όπως το γυναικείο φύλο, η απουσία συντροφικής σχέσης, ο δείκτης μάζας σώματος, το μέρος του σώματος με δερματική βλάβη, η ύπαρξη νοσηλείας, οι συννοσηρότητες, το ψυχιατρικό ιστορικό και ο πόνος με τις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις και την προσωπικότητα.

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

**Συμπεράσματα:** Αξίζει να γίνουν περαιτέρω έρευνες που θα συμπεριλαμβάνουν περισσότερες ψυχικές διαταραχές εκτός από το άγχος και την κατάθλιψη ενώ ταυτόχρονα θα αποκλειστούν οι συγχυτικοί παράγοντες για ασφαλέστερη γενίκευση ευρημάτων.

**Λέξεις - Κλειδιά:** ψυχοσωματική επιβάρυνση, προσωπικότητα, πόνος, βαρύτητα, επιπτώσεις.

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

Περιεχόμενα

Πρόλογος.....	6
Εισαγωγή .....	7
Διαπυούμενη Ιδρωταδενίτιδα.....	7
Διαπυούμενη Ιδρωταδενίτιδα και Ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις.....	12
Διαπυούμενη Ιδρωταδενίτιδα και Προσωπικότητα.....	21
Διαπυούμενη Ιδρωταδενίτιδα και Πόνος.....	23
Ερευνητικές Υποθέσεις.....	25
Μέθοδος.....	26
Συμμετέχοντες.....	26
Ερευνητική Διαδικασία.....	27
Μέσα Συλλογής Δεδομένων.....	28
Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας.....	35
Στατιστική Ανάλυση.....	35
Αποτελέσματα.....	36
Περιγραφικοί Στατιστικοί Δείκτες.....	36
Έλεγχος Ερευνητικών Ερωτημάτων.....	37
Συζήτηση.....	53
Περιορισμοί.....	60
Μελλοντικές Προεκτάσεις.....	61
Βιβλιογραφία.....	64

# ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

## Πρόλογος

Η επιθυμία μου να μελετήσω την ψυχοσωματική επιβάρυνση, την προσωπικότητα στην βαρύτητα της Διαπυούμενης Ιδρωταδενίτιδας, προέκυψε μέσα από την πρακτικής άσκησης του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διασυνδεδετική Ψυχιατρική Απαρτιωμένη Φροντίδα Σωματικής και Ψυχικής Υγείας» στο Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός». Στο πλαίσιο αυτό είδα για πρώτη φορά ασθενή με Διαπυούμενη Ιδρωταδενίτιδα και αντιλήφθηκα την σοβαρότητα του νοσήματος και την ψυχική επιβάρυνση των πασχόντων για τον λόγο αυτό διερεύνησα την συγκεκριμένη πάθηση για να δια φωτίσω τυχόν ελλείψεις της βιβλιογραφίας με σκοπό να συνδράμω στην βελτίωση της ζωής των ασθενών.

Στο σημείο αυτό, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον διευθυντή του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός» τον κ. Αλέξανδρο Ι. Στρατηγό ο οποίος ενέκρινε το πρωτόκολλο της διπλωματικής εργασίας και μου επέτρεψε να λάβω ασθενείς από την κλινική του. Επίσης την κα. Κατερίνα Λιάκου Ακαδημαϊκή Υπότροφο της Α΄ Πανεπιστημιακής Κλινικής του Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός» για την πολύτιμη βοήθεια της κατά την διάρκεια της συλλογής του δείγματος. Έπειτα τον καθηγητή μου κ. Κωνσταντίνο Κοντοάγγελο για την πολύτιμη συνεισφορά του σε κάθε δύσκολο σημείο που συναντούσα, τόσο κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας όσο και κατά τη διάρκεια της συγγραφής. Τέλος, τον Διευθυντή του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών κ. Εμμανουήλ Ρίζο και τον καθηγητή κ. Ιωάννη Μιχόπουλο που είχα την τιμή να αποτελέσουν μέλη της τριμελούς επιτροπής για την αξιολόγηση της διπλωματικής εργασίας.

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

Ο ανθρώπινος οργανισμός στο σύνολο του καλύπτεται από το δέρμα, καθιστώντας το έτσι το πιο ορατό όργανο του σώματος. Όπως είναι γνωστό, η εμφάνιση διαδραματίζει κομβικό ρόλο στις σύγχρονες κοινωνίες, με αποτέλεσμα η συναισθηματική ευημερία του ατόμου να εξαρτάται εν πολλοίς από την ύπαρξη υγιούς δέρματος (Carniciu et al., 2023). Συνεπώς, όποιο πρόβλημα εμφανιστεί στο δέρμα μπορεί εν δυνάμει να επηρεάσει την ψυχική υγεία του ατόμου (Carniciu et al., 2023). Ένα από τα νοσήματα το οποίο επιφέρει έντονες δερματικές αλλοιώσεις και έχει συνδεθεί με πληθώρα ψυχικών διαταραχών είναι και η Διαπυούμενη Ιδρωταδενίτιδα (Hidradenitis Suppurativa ·HS).

### **Διαπυούμενη Ιδρωταδενίτιδα**

Η διαπυούμενη ιδρωταδενίτιδα (Hidradenitis Suppurativa ·HS) είναι μια νόσος που μελετάται εδώ και αρκετά χρόνια. Ο επιπολασμός της κυμαίνεται από 1% έως και 4% παγκοσμίως, αν και στις περισσότερες χώρες που έχει μελετηθεί η ασθένεια αυτή φαίνεται πως είναι πιο κοντά στο 1% παρά στο 4% (Sabat et al., 2020). Αυτή η μεγάλη διαφοροποίηση σε επίπεδο επιπολασμού ενδεχομένως να οφείλεται σε δειγματοληπτικές μεροληψίες (Shavit et al., 2015· Von der Werth & Williams, 2000). Εμφανίζεται συνηθώς σε υγιή μέχρι την εφηβεία άτομα, για τον λόγο αυτό έχει χαρακτηριστεί και ως «ύπουλη νόσος» (Alikhan et al., 2009). Ενώ σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών φαίνεται ότι ο επιπολασμός μειώνεται (Revuz et al., 2008· Shavit et al., 2015). Οι γυναίκες προσβάλλονται πιο συχνά από τους άνδρες με αναλογία γυναικών ανδρών (3:1) (Shavit et al., 2015). Σύμφωνα με την συστηματική ανασκόπηση των Alikhan et al. (2009), υπάρχουν προάγγελοι της νόσου, οι οποίοι είναι το έντονου κάψιμο, ο κνησμός, υπεριδρωσία στην ζέστη και ο πόνος. Οι μορφές που λαμβάνει κυρίως είναι είτε οξεία είτε χρόνια (Alikhan et al., 2009).

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

Η πρώτη φορά που έγινε αναλυτική περιγραφή της ιδρωταδενίτιδας ήταν το 1854 από τον Γάλλο χειρουργό, Aristide Verneuil (Verneuil, 1854). Ο ίδιος υποστήριξε πως η διαπυούμενη ιδρωταδενίτιδα δεν προσδιορίζεται από εργαστηριακά τεστ, αλλά από την χρονιότητα της και τα κλινικά της χαρακτηριστικά (Verneuil, 1854). Με τον όρο κλινικά χαρακτηριστικά, αναφερόταν στην ύπαρξη επώδυνων, βαθιά ριζωμένων και στρογγυλών όζων που εξελίσσονται σε αποστήματα και υπερτροφικές ουλές στο δέρμα (Verneuil, 1854). Από τότε μέχρι σήμερα έχουν φυσικά εμπλουτιστεί σε κάποιο βαθμό τα κλινικά χαρακτηριστικά της νόσου.

Σύμφωνα με τους Dhaou et al. (2013), η διαπυούμενη ιδρωταδενίτιδα ή και αντίστροφη ακμή (acne inversa) όπως πολλές φορές ονομάζεται, είναι μια χρόνια εξουθενωτική φλεγμονώδης ασθένεια των τριχοθυλακίων με πολλές υποτροπές. Εμφανίζεται τυπικά στην πρώιμη ενήλικη ζωή σε δερματικές πτυχές συνήθως μασχαλιαίων, βουβωνικών, γλουτιαίων και υπομαστιαίων περιοχών του σώματος (Sabat et al., 2020; Wolk et al., 2020). Οι περιοχές αυτές ενδέχεται να μην προσβάλλονται τυχαία από την νόσο. Διότι, σε σχέση με άλλες περιοχές του ανθρώπινου σώματος παρατηρείται υψηλότερη θερμοκρασία, υγρασία και μειωμένη διαθεσιμότητα οξυγόνου (Wolk et al., 2020). Η νόσος ξεκινά με φλεγμονή γύρω από τους θύλακες των τριχών η οποία εξελίσσεται σε επώδυνους υποδόριους όζους, σε μεταγενέστερο επίπεδο σε αποστήματα, στην συνέχεια σε συρίγγια με πύον και τέλος σε εκτεταμένες ουλές (Alikhan et al., 2009; Wolk et al., 2020; Sabat et al., 2020). Οι εξάρσεις της νόσου χαρακτηρίζονται κυρίως δύσοσμες εκκρίσεις και έντονο πόνο (Shavit et al., 2015).

Η νόσος χωρίζεται σε 3 στάδια, σύστημα σταδιοποίησης κατά Hurley, ανάλογα με την βαρύτητα των συμπτωμάτων της (Lawrence & Telfer, 2010). Στο πρώτο στάδιο (I) είναι οι

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

ασθενείς με ήπια νόσο, στο δεύτερο στάδιο (II) είναι όσοι βρίσκονται σε μέτριο επίπεδο και στο τρίτο στάδιο (III) είναι όσοι υπάγονται σε σοβαρή συμπτωματολογία (Lawrence & Telfer, 2010). Πιο αναλυτικά, αναμένουμε στο πρώτο στάδιο τον σχηματισμό αποστήματος, μονό ή πολλαπλό χωρίς όμως φλεβοκομβικές οδούς (Dhaou et al., 2013). Εν συνεχεία στο δεύτερο στάδιο, υπάρχει ένα υποτροπιάζον απόστημα με σχηματισμό ουδού, το απόστημα αυτό μπορεί να είναι μονό ή πολλαπλό με ευρέως όμως διαχωριζόμενες βλάβες (Dhaou et al., 2013). Ακολούθως, το τρίτο στάδιο, το οποίο είναι και το πιο σοβαρό, εδώ ο πάσχων εμφανίζει διάχυτη προσβολή ή πολλαπλές διασυνδεδεμένες ουδούς και αποστήματα σε ολόκληρη την περιοχή (Dhaou et al., 2013). Η θεραπεία η οποία προτείνεται για την HS είναι ανάλογα με την βαρύτητα της νόσου (Dhaou et al., 2013; Revuz et al., 2008). Συνεπώς, σε πάσχοντες οι οποίοι βρίσκονται στο πρώτο στάδιο βασικός στόχος είναι ο όζος να μην εξελιχθεί σε απόστημα. Για τον λόγο αυτό, όσοι υπάγονται στο προαναφερθέν στάδιο μπορούν να κάνουν χρήση αντιβιοτικών (Dhaou et al., 2013). Ενώ όσοι βρίσκονται στο στάδιο III, έχει προταθεί ακόμα και η χειρουργική παρέμβαση ως πιο αποτελεσματική (Dhaou et al., 2013). Γίνεται έτσι κατανοητό ότι λόγω της ετερογένειας της νόσου δεν υπάρχει κάποιο φάρμακο το οποίο να θεωρείται θεραπεία εκλογής και ο βασικός στόχος είναι η παρεμπόδιση της εξάπλωσης της νόσου, η μείωση της υποτροπής και η αποφυγή της χρόνιας διαπύησης (Dhaou et al., 2013). Άλλωστε, όπως υποστηρίζουν οι Wolk et al. (2020), πάρα το γεγονός ότι η εν λόγω νόσος έχει σημαντική επιβάρυνση στους πάσχοντες οι θεραπευτικές επιλογές είναι περιορισμένες. Για τον λόγο αυτό χρειάζεται μεγαλύτερη κατανόηση των μηχανισμών της νόσου (Sabat et al., 2020; Wolk et al., 2020).

Η διαπυούμενη ιδρωταδενίτιδα, έχει συννοσηρότητα με μεταβολικές και καρδιαγγειακές διαταραχές οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα την μείωση του προσδόκιμου ζωής (Sabat et al.,

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

2020; Wolk et al., 2020). Παρόμοια ήταν τα ευρήματα των Wolk et al. (2020), οι οποίοι υποστήριξαν πως σε ασθενείς με HS η φλεγμονή ανιχνεύεται και στα εσωτερικά όργανα με αποτέλεσμα την συσχέτιση με καρδιοπάθειες, μεταβολικό σύνδρομο, αρτηριοσκλήρυνση, σπονδυλοαρθρίτιδα και φλεγμονώδη νόσο του εντέρου.

Η συστηματική ανασκόπηση των Alikhan et al. (2009) σχετικά με την αιτιοπαθογένεια της νόσου αναφέρουν πως σχετίζεται με το κάπνισμα, με την παχυσαρκία λόγω της τριβής των ρούχων, τα βακτήρια είναι ενδεχομένως δευτερογενείς αποικιστές, που μπορεί να δυσχεράνουν την νόσο αλλά δεν έχουν αιτιολογικό ρόλο, η κληρονομικότητα μέσα στις οικογένειες διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ενώ, η κακή υγιεινή δεν προκαλεί την νόσο. Ακόμα μια σημαντική πληροφορία των Alikhan et al. (2009), είναι η διαφοροποίηση από άλλους ερευνητές, οι οποίοι πίστευαν ότι είναι μια διαταραχή αποκρινικής προέλευσης ενώ στην παρούσα ανασκόπηση υποστηρίζεται ότι είναι ωοθυλακικής απόφραξης. Σε παρόμοια ευρήματα κατέληξαν και οι Sabat et al. (2020), οι οποίοι υποστήριξαν πως το κάπνισμα, η παχυσαρκία και οι γενετικοί παράγοντες είναι πλέον καθορισμένοι αιτιολογικά για την HS. Εντούτοις αξίζει να σημειωθεί, πως από τους Wolk et al. (2020) το κάπνισμα και η παχυσαρκία θεωρείται παράγοντες κινδύνου χωρίς να μπορούμε να μιλήσουμε απαραίτητα για αιτιοπαθογένεια.

Μια επιπλέον συνιστώσα που αξίζει να αναφερθεί, είναι η ύπαρξη του πόνου και του κνησμού. Με βάση την ανασκόπηση των Zouboulis et al. (2020), ο πόνος ήταν το βασικό σύμπτωμα των ασθενών με ποσοστά που έφθαναν έως και το 97%. Για τον λόγο αυτό έχει θεωρηθεί το πιο ενοχλητικό σύμπτωμα των πασχόντων (Zouboulis et al., 2020). Επίσης αν και η ιδρωταδενίτιδα δεν θεωρούνταν νόσος που προκαλεί κνησμό, στην μελέτη των Zouboulis et al. (2020), το 62 έως και το 77% ανέφεραν ότι είχαν κνησμό ο οποίος επίδρασε αρνητικά στην

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

ποιότητα της ζωής τους. Μάλιστα, είναι χαρακτηριστικό της επιβάρυνσης πως ένα υψηλό ποσοστό, 59 έως 74% εμφάνιζε ταυτόχρονα κνησμό και πόνο (Zouboulis et al., 2020).

Παρά το γεγονός, ότι δεν αποτελεί ένα σπάνιο νόσημα συχνά υποδιαγιγνώσκεται και συνεπώς υποθεραπεύεται (Garg et al., 2017). Όπως άλλωστε υποστήριξαν οι Saunte et al. (2015), κατά μέσο όρο οι πάσχοντες θα λάβουν τη σωστή διάγνωση μετά από επτά χρόνια από την έναρξη της νόσου. Η καθυστέρηση αυτή ήταν σημαντικά υψηλότερη σε σύγκριση με άλλες δερματολογικές παθήσεις, όπως για παράδειγμα τους ασθενείς με ψωρίαση (Saunte et al., 2015). Αυτό μπορεί να οφείλεται, είτε γιατί ο ασθενής δεν επισκέφτηκε κάποιο γιατρό είτε γιατί ο γιατρός δεν έκανε σωστή διάγνωση ή και στον συνδυασμό των δύο (Saunte et al., 2015). Ως αποτέλεσμα των προαναφερθέντων, ο πάσχων παραμένει καιρό χωρίς θεραπεία ή με ακατάλληλη θεραπεία και ταυτόχρονα βιώνει έντονο ψυχολογικό και σωματικό πόνο (Saunte et al., 2015).

Ως εκ τούτου, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η ύπαρξη διαπυούμενης ιδρωταδενίτιδας έχει συνδεθεί στενά με υψηλή ψυχοκοινωνική επιβάρυνση (Shavit et al., 2015). Οι ερευνητές υποστηρίζουν πως οι ψυχιατρικές διαταραχές είναι η πιο συχνή συννοσηρότητα της HS, αφού περισσότερο από το 57% των νοσούντων εμφανίζουν τουλάχιστον μια ψυχιατρική διαταραχή με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η ποιότητα ζωής τους (Shavit et al., 2015; Shlyankevich et al., 2014). Εκτιμάται ότι ένας στους τέσσερις πάσχει από κατάθλιψη, ένας στους πέντε από άγχος ενώ η διπολική διαταραχή, η σχιζοφρένεια και ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι συχνότερος σε σύγκριση με τα αντίστοιχα ποσοστά που αναμένονται στον γενικό πληθυσμό (Shlyankevich et al., 2014). Παρεμφερή ευρήματα επιβεβαιώνονται και από μια πρόσφατη μεταανάλυση, όπου αναφέρεται πως οι πάσχοντες από HS ήταν στατιστικά σημαντικά πιο πιθανό να εμφανίσουν

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις, διαταραχές προσωπικότητας, διαταραχές ουσιών και αλκοόλ σε αντιπαράβολη με τους υγιείς συνομηλίκους τους (Phan et al., 2020).

### *Διαπυούμενη Ιδρωταδενίτιδα και Ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις*

Αναμφίβολα οι πιο συχνά μελετώμενες πτυχές της διαπυούμενης ιδρωταδενίτιδας με βάση την διεθνή βιβλιογραφία, είναι η θετική συσχέτιση μεταξύ των νοσούντων του άγχους και της κατάθλιψης (Alikhan et al., 2009; Blanco et al., 2019; Fabrazzo et al., 2021; Patel et al., 2020; Rymaszewska et al., 2022; Sabat et al., 2020; Shavit et al., 2015).

Σύμφωνα με την τελευταία αναθεώρηση του Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) το μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο είναι αρκετά συνηθισμένο και έχει ανομοιογενή χαρακτηριστικά. Η έναρξη του μπορεί να συντελεστεί αιφνίδια εξαιτίας, κάποιου τραυματικού γεγονότος. Επηρεάζει εκτός από τη διάθεση τα κίνητρα, τη σκέψη, τη βιολογική και κινητική λειτουργία. Με βάση το εγχειρίδιο αυτό, το καταθλιπτικό επεισόδιο χαρακτηρίζεται από εννέα συμπτώματα, την καταθλιπτική διάθεση, την ανηδονία, την διαταραχή της όρεξης και του ύπνου, τη ψυχοκινητική διαταραχή, την απώλεια ενέργειας, τα συναισθήματα οι σκέψεις αναξιότητας και ενοχής, τις δυσκολίες στην σκέψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό. Προκειμένου να γίνει διάγνωση χρειάζονται πέντε από αυτά. Με την προϋπόθεση, να υπάρχει απαραίτητα στα πέντε αυτά είτε καταθλιπτική διάθεση είτε ανηδονία. Ταυτόχρονα, πρέπει τα άτομα να αισθάνονται δυσφορία για την κατάσταση στην οποία έχουν περιέλθει. Τα καταθλιπτικά επεισόδια είναι το βασικό χαρακτηριστικό της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (APA, 2013).

Αντίστοιχα, το άγχος σύμφωνα με την πέμπτη έκδοση του DSM, είναι ένα διάχυτο και ακαθόριστο συναίσθημα ανησυχίας επί απουσίας εξωτερικού ερεθίσματος, το οποίο ενεργοποιεί το συμπαθητικό σύστημα (APA, 2013). Οι αγχώδεις διαταραχές περιλαμβάνουν την διαταραχή

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

άγχους του αποχωρισμού, την επιλεκτική βωβότητα, την ειδική φοβία, την κοινωνική φοβία, την διαταραχή πανικού, την αγοραφοβία, την διαταραχή γενικευμένου άγχους, την αγχώδη διαταραχή οφειλόμενη σε σωματική νόσο, την προκαλούμενη από ουσίες και την μη προσδιορισμένη αγχώδη διαταραχή (APA, 2013).

Πιο αναλυτικά, σε έρευνα η οποία έγινε από τους Blanco et al. (2019), σε ασθενείς με HS σε Νοσοκομείο του Λονδίνου, χρησιμοποιώντας τα στάδια του Hurley, βρέθηκε ότι οι πάσχοντες είχαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους, μειωμένη ποιότητα ζωής καθώς και πιο αρνητικές πεποιθήσεις για την έκβαση της νόσου, εν συγκρίσει με τους νοσούντες από HS χωρίς ψυχιατρικές εκδηλώσεις. Μάλιστα, ήταν κομβικό το εύρημα, πως αποτελεί χειρότερο προγνωστικό παράγοντα η αντίληψη των ασθενών για την νόσο παρά η πραγματική σοβαρότητα της νόσου (Blanco et al., 2019). Συνεπώς γίνεται κατανοητό πως οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να στοχεύουν και στις αντιλήψεις των πασχόντων για την νόσο τους και όχι αποκλειστικά στην βαρύτητα των συμπτωμάτων τους (Blanco et al., 2019).

Υψηλά ποσοστά ψυχοπαθολογίας είχαν βρεθεί και στην έρευνα των Shavit et al. (2015), οι οποίοι σε μια μελέτη με 3207 ασθενών με HS και 6412 μαρτύρων βρήκαν πως το 6% του δείγματος είχε καταθλιπτική συμπτωματολογία, ενώ το 4% εμφάνισε αγχώδεις εκδηλώσεις. Τα ποσοστά αυτά αποδόθηκαν στην ίδια της φύση της νόσου με τον έντονο πόνο και τις δύσσομες εκκρίσεις, οι οποίες δυσχεραίνουν την καθημερινότητα του ατόμου, με αποτέλεσμα να απέχει από τις δραστηριότητές του και σταδιακά να οδηγείται στην απομόνωση η οποία εξ ορισμού είναι παράγοντας κινδύνου για την κατάθλιψη (Shavit et al., 2015). Ως επισφράγισμα των προαναφερθέντων το άγχος και η κατάθλιψη εξαιτίας της συμπτωματολογίας της νόσου

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

δημιουργεί ένα φαύλο κύκλο με αποτέλεσμα την επιδείνωση της συμπτωματολογίας (Fabrazzo et al., 2021; Shavit et al., 2015).

Σε παρόμοια ευρήματα κατέληξαν και οι Blanco et al. (2019) οι οποίοι υποστήριξαν ότι η ύπαρξη βλαβών σε σημεία τα οποία είναι ορατά καθώς και η έντονη οσμή οδηγεί σε δυσκολίες στην καθημερινότητα. Σε αντίστοιχο συμπέρασμα κατέληξαν και οι Gooderham & Papp (2015), οι οποίοι ανέφεραν πως η συνύπαρξη με ένα νόσημα με εξάρσεις και τόσο δύσοσμη μυρωδιά ήταν οδυνηρή για τους νοσούντες. Ως επισφράγισμα των ανωτέρω, οι Sabat et al., (2020) συνέδεσαν την νόσο έκτος από άγχος και κατάθλιψη και με την αυτοκτονικότητα και με υψηλά επίπεδα ανεργίας. Η ψυχοκοινωνική ευαλωτότητα των πασχόντων αποτυπώθηκε και στην ανασκόπηση των Alikhan et al. (2009), οι οποίοι ισχυρίστηκαν πως η διαπυούμενη ιδρωταδενίτιδα είναι μια νόσος που δημιουργεί ψυχολογική και οικονομική αναπηρία εκτός από τα σωματικά προβλήματα. Πρέπει να τονιστεί, πως βρέθηκε ότι οι ασθενείς με HS εμφάνιζαν σε σημαντικότερο βαθμό δυσμενέστερη ποιότητα ζωής, αγχώδης και καταθλιπτική συμπτωματολογία συγκριτικά από πάσχοντες με αλωπεκία, ηπία και μέτρια ψωρίαση καθώς και διάφορες άλλες δερματολογικές νόσους (Alikhan et al., 2009; Patel et al., 2020).

Σε μια πρόσφατη μελέτη με Πολωνούς ασθενείς, βρέθηκαν επίσης υψηλά ποσοστά άγχους και κατάθλιψης (Rymaszewska et al., 2022). Πιο συγκεκριμένα, η κατάθλιψη ήταν στο 41% του δείγματος και το άγχος στο 40%. Ενώ δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των δύο φύλων στις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις (Rymaszewska et al., 2022). Εν αντιθέσει με τα παραπάνω, όπου κανένα από τα δύο φύλα δεν συσχετιζόνταν με την κατάθλιψη, τα αποτελέσματα της μελέτης των Shavit et al. (2015), έδειξαν πως η κατάθλιψη ήταν πιο διαδεδομένη στις γυναίκες με HS, σε ποσοστό 4,2% και λιγότερο στους άνδρες πάσχοντες με ποσοστό 1,7%. Ενώ η ύπαρξη

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και για τα δύο φύλα εμφανιζόταν κυρίως στις ηλικίες 21 έως 50 ετών (Shavit et al., 2015). Και για το άγχος τα αποτελέσματα ήταν αντίστοιχα οι γυναίκες εμφάνιζαν άγχος σε ποσοστά 2,6% ενώ οι άνδρες χαρακτηριστικά λιγότερο 1,2% (Shavit et al., 2015).

Σε μεταανάλυση όπου συμπεριλήφθηκαν 27 άρθρα ο επιπολασμός της κατάθλιψης ήταν 26,5% σε πάσχοντες από HS έναντι 6,6% στον γενικό πληθυσμό. Παρεμφερή ποσοστά βρέθηκαν και για το άγχος, 18,1% οι νοσούντες έναντι 7,1% οι μάρτυρες (Patel et al., 2020). Συλλήβδην η ύπαρξη ιδρωταδενίτιδας συνδέθηκε με υψηλότερη χρήση αγχολυτικών, αντικαταθλιπτικών καθώς και αυτοκτονικότητας (Patel et al., 2020).

Εκτός από τις διαταραχές εσωτερικευσης η βιβλιογραφία τα τελευταία χρόνια έχει εστιάσει στην συσχέτιση μεταξύ της διαπυούμενης ιδρωταδενίτιδας και των ψυχώσεων και συγκεκριμένα της σχιζοφρένειας. Η οποία σύμφωνα με το DSM-5 είναι μια ψυχωτική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένο λόγο, κατατονική συμπεριφορά, υποβολιμότητα και κοινωνική έκπτωση (APA, 2013). Ο επιπολασμός της εκτιμάται περίπου στο 1% (APA, 2013).

Η πρώτη έρευνα που αναφέρεται σε ασθενείς με HS και σχιζοφρένειας ήταν η έρευνα των Shavit et al. (2015), της οποίας όμως η συσχέτιση δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Εν αντιθέσει με την προαναφερθείσα έρευνα, η μεγάλη μελέτη ασθενών μαρτύρων η οποία πραγματοποιήθηκε το 2018 στην Φιλανδία, συνέκρινε ασθενείς με HS, ψωρίαση και μελανοκυτταρικούς σπίλους ως προς τις ψυχικές διαταραχές, υποστήριξε πως οι ασθενείς με HS συσχετίζονταν υψηλότερα με κάθε ψυχιατρική μεταβλητή, γεγονός αξιοσημείωτο διότι οι ερευνητές ανέμεναν, με τα μέχρι τότε γνωστά δεδομένα πως οι νοσούντες με ψωρίαση θα

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

συσχετίζονταν υψηλότερα (Huilaja et al., 2018). Μάλιστα στην έρευνα αυτή βρέθηκε πως το 24,1% των ασθενών με HS εμφάνισαν τουλάχιστον μια ψυχική διαταραχή (Huilaja et al., 2018). Επίσης, τόσο η σχιζοφρένεια όσο και η διπολική διαταραχή εμφανίζονταν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό σε ασθενείς με ιδρωταδενίτιδα σε αντιδιαστολή με την ομάδα ελέγχου (Huilaja et al., 2018). Σχετικά με τον ρόλο του φύλου, το άγχος και η κατάθλιψη βρέθηκε να συσχετίζεται με το γυναικείο φύλο ενώ, η ύπαρξη σχιζοφρένειας ήταν πιο συχνή στους άνδρες (Huilaja et al., 2018). Αντίστοιχα ευρήματα βρέθηκαν και σε πιο πρόσφατη μελέτη, καθώς όπως υποστηρίζουν οι Caccavale et al. (2023), η διπολική διαταραχή και η σχιζοφρένεια ήταν τέσσερις φορές συχνότερη σε άτομα με HS. Συγχρονική μελέτη η οποία πραγματοποιήθηκε στο Ισραήλ με 4192 ασθενείς με HS και 20941 μάρτυρες υποστήριξε πως η πιθανότητα εμφάνισης σχιζοφρένειας στους νοσούντες ήταν 15 φορές περισσότερη από τα άτομα του γενικού πληθυσμού (Bitan et al., 2020).

Όπως γίνεται αντιληπτό, πληθώρα μελετών αναφέρει πως υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ των ψυχικών διαταραχών και της διαπυούμενης ιδρωταδενίτιδας χωρίς όμως να γίνεται λόγος για αιτιώδης σχέση. Μια ενδεχόμενη εξήγηση που αποδίδουν ορισμένοι ερευνητές ήταν ο ρόλος προφλεγμονωδών κυτοκινών (Souza et al., 2013; Van der Zee et al., 2011). Πιο συγκεκριμένα, τόσο στο τραυματισμένο δέρμα των ασθενών από HS όσο και στην μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, στις αγχώδεις εκδηλώσεις και στην σχιζοφρένεια υπάρχουν αυξημένα επίπεδα προφλεγμονωδών κυτοκινών, συνεπώς ενδέχεται να υπάρχει κάποια σύνδεση εγκεφάλου δέρματος σε επίπεδο προφλεγμονωδών κυτοκινών (Souza et al., 2013; Van der Zee et al., 2011).

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

Εκτός όμως από τη σύνδεση εγκεφάλου και δέρματος, στην βιβλιογραφία γίνονται αναφορές για κοινές συμπεριφορικές συνήθειες μεταξύ των πασχόντων από HS και ψυχικών διαταραχών (Kohorst et al., 2015). Πιο συγκεκριμένα, το κάπνισμα αποτελεί την κατεξοχήν κοινή συμπεριφορά μεταξύ των επιβαρυσμένων ασθενών από HS, κλίμακα βαρύτητας Hurley 3 και των ατόμων που εμφανίζουν ψυχικές διαταραχές (Kohorst et al., 2015; Konig et al., 1999). Σύμφωνα με την βιβλιογραφία το 90% των πασχόντων από HS είναι καπνιστές και στο κάπνισμα οφείλεται η πυροδότηση της νόσου (Konig et al., 1999). Αυτό συμβαίνει διότι, σε ασθενείς με ιδρωταδενίτιδα το κάπνισμα συντελεί στην πρόκληση επιδερμικής υπερπλασίας και αλλοιώσεων στις δερματολογικές ανασολογικές αποκρίσεις ενεργοποιώντας ουσιαστικά την νόσο (Kelly & Prens, 2016). Παράλληλα, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές και ιδιαίτερα με σχιζοφρένεια έχει βρεθεί πως επιδίδονται επίσης σε υπέρμετρη χρήση καπνού καθώς, τα συστατικά του επηρεάζουν την ντοπαμίνη του εγκεφάλου βοηθώντας στην γνωστική ενίσχυση του ατόμου (Mackowick et al., 2014).

Ακόμα μια κοινή συμπεριφορά των πασχόντων από HS και από ψυχικά νοσήματα, είναι η χρήση ουσιών και η κατανάλωση αλκοόλ (Caccavale et al., 2023). Οι ασθενείς με HS συνηθίζουν να κάνουν χρήση κάνναβης, οπιοειδών και αλκοόλ είτε λόγω αγχώδους είτε για να μειώσουν τον πόνο που βιώνουν εξαιτίας της νόσου (Caccavale et al., 2023). Για τον λόγο αυτό, θα ήταν ωφέλιμο η παραπομπή των ασθενών σε ειδικά ιατρεία πόνου, έτσι ώστε να παρέχεται πολύπλευρη και ολιστική κάλυψη στους νοσούντες (Caccavale et al., 2023).

Μια ακόμα διάσταση που αναφέρεται στην βιβλιογραφία, είναι η σύνδεση μεταξύ των δερματολογικών νοσημάτων και της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Η διαταραχή αυτή σύμφωνα με την 5<sup>η</sup> έκδοση του DSM, δεν υπάγεται πλέον στις αγχώδεις, αποτελεί μια αυτόνομη

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

διαγνωστική κατηγορία, η οποία έχει ως βασικά χαρακτηριστικά τις ιδεοληψίες και τους καταναγκασμούς ως απάντηση (APA, 2013). Οι ιδεοληψίες είναι επαναλαμβανόμενες σκέψεις που δημιουργούν μεγάλη δυσκολία στο άτομο συνοδεύονται από αρνητικά συναισθήματα όπως είναι το άγχος, η ντροπή και η αηδία (APA, 2013). Ο πάσχοντας προκειμένου να απαλλαχτεί από τις παρείσακτες και ανορθολογικές αυτές σκέψεις προβαίνει σε καταναγκαστικές πράξεις (APA, 2013). Οι καταναγκασμοί είναι ουσιαστικά μια επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά ως απάντηση στην ιδεοληψία που έχει στόχο την μείωση του άγχους που αυτή προκαλεί (APA, 2013). Εντούτοις, παρά την αρχικά φαινομενική ανακούφιση από το άγχος της ιδεοληψίας προκαλείται έντονη δυσφορία στο άτομο εξαιτίας της προσπάθειας αντίστασης από τις παρείσακτες σκέψεις (APA, 2013).

Έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε στην Ταϊβάν και περιελάμβανε όσους είχαν διαγνωστεί με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή από το 2001 έως και το 2009, συμμετείχαν δηλαδή 44.324 ασθενείς και 177.296 μάρτυρες αποκάλυψε πως η εμφάνιση δερματολογικών εκδηλώσεων ήταν έξι φορές πιθανότερη σε ασθενείς με ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Chou et al., 2023). Ακόμα μάλιστα και όταν λήφθηκαν μέτρα για τους συγχυτικούς παράγοντες, ο κίνδυνος εμφάνισης δερματολογικών παθήσεων σε άτομα με την εν λόγω διαταραχή παρέμεινε στατιστικά σημαντικά αυξημένος ανεξάρτητα από την ηλικία και για τα δύο φύλα (Chou et al., 2023). Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε να υπάρχει υψηλή συσχέτιση μεταξύ της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής και επτά δερματολογικών οντοτήτων, της ψωρίασης, της διαπυούμενης ιδρωταδενίτιδας, του ομαλού λειχήνα, της γυροειδής αλωπεκίας, της πέμφιγας, της λεύκης και του ερυθρηματώδη λύκου (Chou et al., 2023). Μια ενδεχόμενη εξήγηση που έδωσαν οι ερευνητές ήταν πως τα άτομα τα οποία πάσχουν από ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

εν συγκρίσει με τον γενικό πληθυσμό επισκέπτονται πιο συχνά επαγγελματίες υγείας με αποτέλεσμα να λαμβάνουν περισσότερες διαγνώσεις σε όλα τα νοσήματα συνεπώς και στα δερματολογικά (Chou et al., 2023). Σε κάθε περίπτωση, δεδομένης της απουσίας ερευνητικών δεδομένων στην βιβλιογραφία, το μόνο γνωστό είναι η σύνδεση μεταξύ της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής και των διαφόρων συνοσσυροτήτων, η συσχέτιση όμως με τα δερματολογικά νοσήματα χρήζει περαιτέρω μελέτης (Chou et al., 2023).

Ακολούθως, υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της ιδρωταδενίτιδας και της σωματοποίησης. Η σωματοποίηση ή διαταραχή σωματικών συμπτωμάτων, περιλαμβάνει ένα ή περισσότερα σωματικά συμπτώματα που προκαλούν ψυχική καταπόνηση ή σημαντική αρνητική επίδραση στην καθημερινή ζωή (APA, 2013). Τα συμπτώματα, μπορεί να μην υπάρχουν συνεχώς παραμένουν όμως για τουλάχιστον έξι μήνες με βασικό σύμπτωμα τον πόνο ή μη ειδικά το αίσθημα κόπωσης (APA, 2013). Ακόμη, μπορεί να υπάρχει και σωματική νόσος (APA, 2013). Ο πάσχων χαρακτηρίζεται από δυσανάλογες, επίμονες σκέψεις και συναισθήματα σε σχέση με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του, συνεχή ανησυχία για τα συμπτώματα ή την υγεία του και αφιερώνει μεγάλο μέρος του χρόνου του ασχολούμενος με τα συμπτώματα αυτά (APA, 2013).

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει εστιάσει κυρίως στην ύπαρξη της σωματικής νόσου και στην υπερβολική ενασχόληση των πασχόντων με τα συμπτώματα αυτά. Πιο συγκεκριμένα, οι Tiri et al. (2018), υποστήριξαν πως οι νοσούντες με HS θα εμφανίσουν σωματικές συννοσηρότητες σε ποσοστό 34% ακόμα και από την εφηβεία. Στην μελέτη τους, οι ασθενείς με HS εν συγκρίσει με την ομάδα ελέγχου, είχαν υπέρταση, φλεγμονώδη νόσου του εντέρου και των αρθρώσεων, μεταβολικό σύνδρομο και διαταραχή του θυρεοειδούς (Tiri et al., 2018). Σε παρόμοια ευρήματα κατέληξαν και οι Kimball et al. (2018), όπου στην έρευνα τους φάνηκε ότι η σοβαρότητα της

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

νόσου συσχετιζόταν με ακόμα πιο έντονη σωματοποίηση. Μάλιστα και σε αυτή την μελέτη, υπήρξε συννοσηρότητα εκτός από την φλεγμονώδη νόσο εντέρου, με νεφρική νόσο και κακοήθη νεοπλάσματα (Kimball et al., 2018).

Ακόμα μια συσχέτιση της ιδρωταδενίτιδας είναι με την μεταβλητή του θυμού. Ο όρος θυμός δεν υφίσταται στην 5<sup>η</sup> έκδοση του διαγνωστικού εγχειριδίου των ψυχικών διαταραχών, αλλά αποδίδεται ως διαλείπουσα εκρηκτική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται κυρίως από επαναλαμβανόμενες εκρήξεις συμπεριφοράς που υποδηλώνουν την αποτυχία ελέγχου των επιθετικών παρορμήσεων (APA, 2013). Οι εκρήξεις αυτές είναι παρορμητικές και δύσκολο να προβλεφθούν, μπορεί να είναι είτε λεκτικές είτε σωματικής επιθετικότητας (APA, 2013). Τα ξεσπάσματα αυτά συμβαίνουν κυρίως χωρίς κάποιο έναυσμα ή το ερέθισμα που προηγήθηκε δεν είναι επουδενί ανάλογο της αντίδρασης (APA, 2013). Για να τεθεί η διάγνωση, πρέπει το άτομο να εμφανίζει τις προαναφερθείσες συμπεριφορές τουλάχιστον δυο φορές την εβδομάδα για διάστημα το λιγότερο τριών μηνών (APA, 2013).

Η έρευνα των Tugnoli et al. (2020), αποτελούνταν από 38 ασθενείς με HS οι οποίοι συγκρίθηκαν με 28 ασθενείς με σπίλους ως προς την κατάθλιψη, τον αυτοκτονικό ιδεασμό, τον θυμό και διαστάσεις της προσωπικότητας. Από τα αποτελέσματα προέκυψε πως οι ασθενείς με ιδρωταδενίτιδα ήταν στατιστικά σημαντικά πιο επηρεασμένοι σε όλες τις προς μελέτη διαστάσεις (Tugnoli et al., 2020). Μάλιστα όπως φάνηκε ο θυμός ήταν πιο πιθανό να οφείλεται στην ίδια την νόσο παρά να ήταν δομικό στοιχείο της προσωπικότητας των ασθενών, είτε λόγω παρορμητικότητας είτε λόγω λανθασμένης γνωστικής επεξεργασίας (Tugnoli et al., 2020). Το κομβικό ζήτημα με την ύπαρξη θυμού στους ασθενείς με HS ήταν η καταλυτική επιρροή που είχε στην θεραπευτική σχέση, δημιουργώντας έντονα αρνητικά συναισθήματα και στις δυο

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

πλευρές (Tugnoli et al., 2020). Είναι χαρακτηριστικό πως η ύπαρξη του θυμού είχε συνδεθεί με συναισθηματική ευαλωτότητα η οποία με την σειρά της συμβάλει στην εμφάνιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, χρειάζονται όμως επιπλέον μελέτες προκειμένου να υπάρξει βεβαιότητα για την εν λόγω συσχέτιση σε ασθενείς με ιδρωταδενίτιδα (Tugnoli et al., 2020).

**Διαπυούμενη Ιδρωταδενίτιδα και Προσωπικότητα.** Όπως έχει γίνει ήδη αντιληπτό, η διεθνής βιβλιογραφία έχει εστιάσει κυρίως στην συννοσηρότητα της ιδρωταδενίτιδας και των ψυχικών διαταραχών και υπάρχουν ελάχιστες μελέτες που πραγματεύονται τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ασθενών.

Η διατύπωση του ορισμού της προσωπικότητας έχει αλλάξει αρκετά με το πέρασμα των χρόνων. Σήμερα με βάση την 5<sup>η</sup> έκδοση του εγχειριδίου των ψυχικών διαταραχών, η προσωπικότητα είναι ένα σταθερό πρότυπο εσωτερικών βιωμάτων με το οποίο το άτομο σχετίζεται με τον εαυτό και με τους άλλους (APA, 2013). Διαμορφώνεται από τα πρώτα χρόνια της ζωής και είναι το κράμα μεταξύ της ιδιοσυγκρασίας και του περιβάλλοντος στο οποίο εκτίθεται ο εκάστοτε (APA, 2013). Όμως υπάρχουν ορισμένα άτομα που θα αποκτήσουν ένα εσωτερικό πρότυπο ψυχικών βιωμάτων που θα αποκλίνει από τις απαιτήσεις του κοινωνικού πλαισίου με αποτέλεσμα να δημιουργείται πρόβλημα τόσο στην λειτουργικότητα του ίδιου του ατόμου όσο και στους άλλους, κάνοντας έτσι λόγο για διαταραχή προσωπικότητας (APA, 2013). Η διαταραχή προσωπικότητας είναι ένα μόνιμο, δύσκαμπτο και διάχυτο χαρακτηριστικό σε ένα εύρος κοινωνικών περιστάσεων του ατόμου (APA, 2013). Υπάρχει συννοσηρότητα με απόπειρες αυτοκτονίας, κατάθλιψη, κρίσεις πανικού, βραχεία ψυχωτικά επεισόδια και χρήση ουσιών (APA, 2013).

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

Μεταανάλυση η οποία δημοσιεύτηκε το 2020 υποστήριξε πως υπήρξε συσχέτιση μεταξύ των διαταραχών προσωπικότητας και των ασθενών με ιδρωταδενίτιδα (Phan et al., 2020).

Μάλιστα, η ύπαρξη διαταραχών προσωπικότητας φαίνεται να επιδεινώνει την κοινωνική απομόνωση, την αίσθηση μοναξιάς και την χαμηλή αυτοεκτίμηση που ήδη βιώνουν σύμφωνα με την βιβλιογραφία οι νοσούντες από HS (Phan et al., 2020). Εντούτοις, όπως υποστήριξαν οι Phan et al. (2020), δεν υπήρξαν μελέτες που να υποδεικνύουν ποια διαταραχή προσωπικότητας είναι πιο συχνή μεταξύ των πασχόντων από HS με αποτέλεσμα να χρειάζεται περαιτέρω έρευνα.

Πρόσφατη μελέτη, συνδέει τα δερματολογικά νοσήματα με προσωπικότητα τύπου Δ (Sánchez-Díaz et al., 2023). Η προσωπικότητα αυτή χαρακτηρίζεται από κοινωνική αναστολή και ύπαρξη αρνητικών συναισθημάτων. Στην έρευνα αξιολογήθηκε αν υπήρξε συσχέτιση μεταξύ των δερματολογικών παθήσεων και της προσωπικότητας (Sánchez-Díaz et al., 2023). Για τον λόγο αυτό συγκρίθηκαν ασθενείς με ακμή, ιδρωταδενίτιδα, ψωρίαση, μελάνωμα, ατοπική δερματίτιδα και υγιείς μάρτυρες ως προς την προσωπικότητα τύπου Δ (Sánchez-Díaz et al., 2023). Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας οι ασθενείς με δερματολογικά νοσήματα εμφανίζουν προσωπικότητα Δ εν αντιθέσει με όσους δεν έχουν δερματολογικά προβλήματα (Sánchez-Díaz et al., 2023). Μάλιστα, η προσωπικότητα τύπου Δ έχει συσχετιστεί με χαμηλότερη ποιότητα ζωής, συννοσηρότητα με ψυχικές διαταραχές και ως εκ τούτου συνδράμει στην χειρότερη έκβαση των πασχόντων από δερματολογικά νοσήματα (Sánchez-Díaz et al., 2023). Όμως, δεν έχει γίνει κατανοητό αν η προσωπικότητα ήταν συνέπεια της ύπαρξης δερματολογικών προβλημάτων ή αν ήταν η αιτία για την απόκτηση δερματολογικών βλαβών (Sánchez-Díaz et al., 2023).

*Διαπνούμενη Ιδρωταδενίτιδα και Πόνος.* Ο πόνος ορίζεται ως μια δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται με μια πραγματική ή πιθανή βλάβη ιστού (Raja et al., 2020). Το βίωμα του πόνου διαφέρει από άτομο σε άτομο και εξαρτάται από βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες (Raja et al., 2020). Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία ο πόνος συγκαταλέγεται ανάμεσα στα πιο σημαντικά προβλήματα των νοσούντων από HS (Krajewski et al., 2021). Επηρεάζοντας μάλιστα έως και το 97% των ασθενών με δυσμενής επιπτώσεις για την εξέλιξη της νόσου (Matusiak et al., 2018). Στην συστηματική ανασκόπηση των Puza et al (2019), για τον πόνο που βιώνουν οι πάσχοντες από HS, γίνεται διάκριση μεταξύ του οξύ και χρόνιου πόνου. Ο πρώτος, είναι απόρροια φλεγμονωδών κυστών, οζιδίων και αποστημάτων που εξελίσσονται ταχέως απαιτώντας άμεση ιατρική παρέμβαση και αισθητηριακά περιγράφεται ως κάψιμο, τσούξιμο, μαχαιριά κ.α. (Puza et al., 2019). Ο χρόνιος πόνος, εμφανίζεται συνήθως σε άτομα με προχωρημένο στάδιο νόσου και αισθητηριακά περιγράφεται ως παλμικός, που δημιουργεί ευαισθησία κ.α. (Puza et al., 2019).

Έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομεία της Ολλανδίας και της Δανίας με 444 συμμετέχοντες, αποκάλυψε πως οι νοσούντες με ιδρωταδενίτιδα είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στον πόνο εν συγκρίσει με εκείνους που έχουν ψωρίαση, έκζεμα, ακμή και άλλα δερματολογικά νοσήματα (Onderdijk et al., 2013). Σε μελέτη των Krajewski et al., (2021) όπου συμμετείχαν 1795 ασθενείς το 83,6% ανέφερε πως βίωνε πόνο, με τις γυναίκες, τους καπνιστές και όσοι είχαν προσβληθεί σε πολλές περιοχές να αναφέρουν πως βιώνουν εντονότερο πόνο. Το ενδιαφέρον στην εν λόγω μελέτη ήταν, πως ο πόνος συσχετίζεται θετικά με την σοβαρότητα της νόσου, είτε έγινε μέτρηση με το IHS4 είτε με την κλίμακα Hurley και δεν συσχετίζεται με το μέρος της δερματικής βλάβης (Krajewski et al., 2021). Σε μελέτη αυτοαναφοράς όπου ζητήθηκε από τους

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

συμμετέχοντες να προσδιορίσουν τους πιο επιβαρυντικούς παράγοντες της ασθένειας το 18% ανέφερε τον πόνο, το 17% τον περιορισμό σε δραστηριότητες και την δυσκολία εύρεσης ρούχων, το 11% τις ερωτικές σχέσεις και την κακοσμία (Ring et al., 2016). Άλλωστε, η νόσος συσχετίζεται τόσο με την εκδήλωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων όσο και με την επιδείνωση των υφιστάμενων (Shavit et al., 2015). Παρόμοια ευρήματα βρέθηκαν και από τους Dufour et al., (2014), οι οποίοι υποστήριξαν πως τα επώδυνα και δύσσομα αποστήματα συμβάλουν στην χαμηλή αυτοεκτίμηση, στην αποφυγή κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και στα συναισθήματα απελπισίας γεγονός που πυροδοτεί την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Άλλωστε, η ύπαρξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι σύνηθες σε ασθενείς με χρόνια πόνο συμβάλλοντας στην επιδείνωση της νόσου (Bair et al., 2003). Το γεγονός αυτό αποτυπώνεται και από έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Αμερική όπου ο χρόνιος πόνος συσχετίστηκε με την ύπαρξη κατάθλιψης στους πάσχοντες σε ποσοστό 20% σε σύγκριση με 9% στον γενικό πληθυσμό (McWilliams et al., 2003). Το ίδιο μοτίβο επιβεβαιώνεται και από την ποιοτική μελέτη με 12 συμμετέχοντες, οι οποίοι ανέφεραν πως βίωναν φόβο καθώς επίσης και κοινωνικό στιγματισμό για τις ουλές τους (Esmann & Jemec, 2011).

Η βίωση αυτών των συναισθημάτων όπως είναι φυσικό εκτός από καταθλιπτικές προξενεί και αγχώδεις εκδηλώσεις (Kouris et al., 2017). Συγκεκριμένα, η ύπαρξη άγχους ενδέχεται να προξενείτε από τον φόβο μιας επικείμενης έξαρσης της νόσου, την κακοσμία, τον κοινωνικό στιγματισμό που ενέχει η αποκάλυψη των ουλών και τα οικονομικά προβλήματα (Kouris et al., 2017). Μάλιστα, όσο πιο υψηλή βαρύτητα συμπτωμάτων έχει ο πάσχοντας τόσο υψηλότερη βρέθηκε πως ήταν η βαθμολογία στην κλίμακα του άγχους (Esmann & Jemec, 2011).

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

Ως εκ τούτου, οι αγχώδεις διαταραχές σε πάσχοντες με χρόνιο πόνο εμφανίζονται σε ποσοστό 35% σε σχέση με το 18% του γενικού πληθυσμού (McWilliams et al., 2003).

Δεδομένης της έντονης συναισθηματικής επιρροής των πασχόντων, της συνεπακόλουθης μεγάλης οικονομικής επιβάρυνσης για το σύστημα υγείας και τον αντίκτυπο που έχει η νόσος για την ποιότητα ζωής των ασθενών, γίνεται κατανοητό ότι η επιστημονική κοινότητα πρέπει να εστιάσει στους ασθενείς με Διαπυούμενη Ιδρωταδενίτιδα και να προάγει την ψυχική υγεία των πασχόντων σε πρωτεύων στόχο.

Συνεπώς, η διεξαγωγή της εν λόγω μελέτης είναι μείζων σημασίας, διότι διαφέρει αρκετά από τις προηγούμενες. Η διαφοροποίηση αυτή έγκειται, στο ότι θα μελετηθούν συλλήβδην οι ψυχοπαθολογικές προεκτάσεις της διαπυούμενης ιδρωταδενίτιδας εν αντίθεση με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, η οποία εστιάζει κυρίως στις αγχώδεις και στις καταθλιπτικές εκδηλώσεις. Παράλληλα ένα ερευνητικό κενό το οποίο καλείται να διαλευκάνει είναι αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της νόσου και της προσωπικότητας.

Πιο αναλυτικά, σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διερευνηθεί αν υπάρχει συσχέτιση της βαρύτητας της Διαπυούμενης Ιδρωταδενίτιδας και της ψυχοσωματικής επιβάρυνσης;

Στην συνέχεια, αν η βαρύτητα της Διαπυούμενης Ιδρωταδενίτιδας συσχετίζεται με την προσωπικότητα;

Τέλος θα εξετάσει αν οι δημογραφικοί παράγοντες συσχετίζονται με τις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις και την προσωπικότητα;

## Μέθοδος

### Συμμετέχοντες

Το δείγμα της έρευνας περιελάμβανε ασθενείς που παρακολουθούνταν εξωτερικά από το Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός» και είχαν λάβει διάγνωση Διαπυούμενης Ιδρωταδενίτιδας. Η λήψη του δείγματος έγινε με δειγματοληψία ευκολίας. Κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα ήταν να είχε συμπληρωθεί το 18<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας τους, να μην έπασχαν από κάποια άλλη δερματολογική πάθηση, να γνωρίζουν επαρκώς την ελληνική γλώσσα καθώς επίσης να μπορούν να διαβάζουν με σκοπό την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Από το σύνολο των νοσούντων που επισκέφτηκαν τους δύο αυτούς μήνες το Νοσοκομείο, μόλις τρία άτομα αρνήθηκαν να λάβουν μέρος στην έρευνα.

Πιο συγκεκριμένα, συμμετείχαν 90 ασθενείς με διαπυούμενη ιδρωταδενίτιδα, η πλειοψηφία ήταν άνδρες (N=48) σε ποσοστό 53,3%, έναντι των γυναικών (N=42) σε ποσοστό 46,7%. Σύμφωνα με την κατανομή της ηλικίας, οι συμμετέχοντες είχαν εύρος από 18 έως 65. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν ηλικίας 35 (N=20) και 50 (N=15). Η χώρα καταγωγής του στατιστικού πληθυσμού ήταν η Ελλάδα και μόλις οκτώ κατάγονταν από άλλες χώρες. Συγκεκριμένα τέσσερις από την Βουλγαρία, δύο από την Αλβανία ένας από την Συρία και το Πακιστάν. Την χρονική στιγμή κατά την οποία έγινε η έρευνα η συντριπτική πλειοψηφία διέμενε στην Αθήνα (N=84) και μόλις δύο στον Ασπρόπυργο, ένας στην Κω, στην Τήνο, στη Χίο και στην Καλαμάτα. Ως προς το μορφωτικό επίπεδο, η πλειοψηφία είχε ολοκληρώσει Τριτοβάθμια εκπαίδευση (N=55) σε ποσοστό 61,1%, ακολούθως Δευτεροβάθμια εκπαίδευση είχε ολοκληρώσει το 30,0% (N=27), μόλις το 8,9% (N=8) ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακών τίτλων και δεν υπήρξε κάποιος που να μην έχει ολοκληρώσει Δευτεροβάθμια εκπαίδευση ή να ήταν

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

κάτοχος διδακτορικού διπλώματος. Αναφορικά με το επάγγελμα των ασθενών η πλειοψηφία (N=73) ήταν εργαζόμενοι ή συνταξιούχοι σε ποσοστό 81,1%, ενώ το 18,9% ήταν άνεργοι, ασχολούνταν με τα οικιακά ή ήταν φοιτητές (N=17). Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν χωρίς κάποια συντροφική σχέση, διαζευγμένοι ή χήροι (N=54) σε ποσοστό 60%, σε αντίθεση με 40,0% (N=36) οι οποίοι ήταν έγγαμοι ή είχαν συνάψει σύμφωνο συμβίωσης. Ακολούθως, το 55,6% δεν είχε παιδιά κατά την διάρκεια της συλλογής των δεδομένων (N=50) και το 44,4% των ασθενών δήλωσαν ότι είχαν παιδιά (N=40). Σχετικά με το κάπνισμα το 70,0% ήταν καπνιστές (N=63) και μόλις το 30% των ερωτηθέντων (N=27) δεν κάπνιζε το παρόν χρονικό διάστημα. Στον αντίποδα, μόλις μια μειοψηφία έκανε χρήση ουσιών (N=15) σε ποσοστό 16,6%. Όσον αφορά το βάρος 37,8% ήταν παχύσαρκοι (N=34), το 34,4% ήταν υπέρβαροι (N=25) και 27,8% είχαν κανονικό βάρος (N=21). Το εύρος της έναρξης της νόσου κυμαινόταν από τα δύο χρόνια έως τα 43, με μέση τιμή τα 12,64 έτη και στην πλειοψηφία των συμμετεχόντων (N=70) σε ποσοστό 77,7% υπήρξε μεγάλη απόκλιση από την ημερομηνία έναρξης της νόσου μέχρι την ημερομηνία διάγνωσης. Μάλιστα το 71,1% (N=64) είχαν επισκεφτεί πολλές ειδικότητες ιατρών, όπως, γενικοί χειρουργοί, πλαστικοί, παθολόγοι γυναικολόγοι και δερματολόγοι μέχρι να λάβουν την σωστή διάγνωση. Επιπρόσθετα, σχετικά με το μέρος της σωματικής βλάβης η πλειοψηφία είχε σε γεννητικά όργανα, γλουτιαία, και μασχαλιαία (N=82) σε ποσοστό 91,1%, το 10% (N=10) εμφάνισε υπομάστια, μόλις το 5,5% (N=5) εμφάνισε την νόσο στο πρόσωπο και το 100% του δείγματος είχε τουλάχιστον δύο εστίες μόλυνσης από την νόσο. Σχετικά με την θεραπεία, η πλειοψηφία λάμβανε ενέσιμη αγωγή (N=48) σε ποσοστό 53,3%, το 28,8% λάμβανε αντιβιοτικά (N=26) ενώ μόλις μια μειοψηφία (N=16) δεν λάμβανε αγωγή σε ποσοστό 17,7%. Ακόμη, είχαν νοσηλευτεί για ιδρωταδενίτιδα

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

στο παρελθόν το 12,2% (N=11). Όταν πραγματοποιήθηκε η αξιολόγηση το 48,8% (N=44) σκόραρε στην κλίμακα βαρύτητας Hurley II, το 31,1% (N=28) εμφάνισε Hurley III και το 20% (N=18) είχε Hurley I. Σε αντίστοιχα πλαίσια ήταν και το εύρος του IHS4 που κυμαίνονταν από μηδέν έως 40, με την πλειονότητα να βρίσκεται 12 (N=14) σε ποσοστό 15,5%. Σχετικά με την συννοσηρότητα μόλις το 36,6% (N=33) εμφάνισε ταυτόχρονα με την ιδρωταδενίτιδα και μια ακόμα πάθηση, που ήταν κυρίως είτε καρδιαγγειακή (N=10) είτε ενδοκρινολογική (N=7). Επίσης, ψυχιατρικό ιστορικό δήλωσε πως έχει η μειοψηφία (N=24) σε ποσοστό 26,6%, από τους οποίους η πιο συχνά εμφανιζόμενη ψυχική διαταραχή ήταν η κατάθλιψη (N=16) και οι αγχώδεις εκδηλώσεις (N=5). Από τα 24 αυτά άτομα τα 19 λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή και από το σύνολο του δείγματος το 37,7% (N=34) έκαναν κάποιας μορφής ψυχοθεραπεία. Εν κατακλείδι, από τους 90 συμμετέχοντες, μόλις το 11,1% δήλωσε πως υπήρχε οικογενειακό ψυχιατρικό ιστορικό (N=9).

### ***Ερευνητική Διαδικασία***

Η εν προκειμένω έρευνα αποτελεί μια συγχρονικού τύπου μελέτη, η οποία διήρκησε για δύο μήνες προκειμένου να υπάρξει όσο το δυνατόν λιγότερη επιρροή από τις κοινωνικές συνθήκες. Από το δείγμα δεν αφαιρέθηκε κανένας συμμετέχοντας. Για την συλλογή των δεδομένων έγινε ανώνυμη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της μελέτης και η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική. Ενώ παράλληλα τηρήθηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα. Όλη η διαδικασία διέπεται εξ' ολοκλήρου από τις αρχές του Κώδικα Ηθικής & Δεοντολογίας.

### ***Μέσα Συλλογής Δεδομένων***

# ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

## **1. Σύντομο ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων**

Ζητήθηκαν πληροφορίες σχετικά με την ηλικία, το φύλο, το βάρος, το κάπνισμα, την ύπαρξη εργασίας, το μορφωτικό επίπεδο, την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό των παιδιών, τον τόπο καταγωγής, τον τόπο διαμονής, συννοσηρότητα με άλλες παθήσεις, την ημερομηνία έναρξης της νόσου, την ημερομηνία διάγνωσης, τις ιατρικές ειδικότητες που επισκέφτηκαν, το μέρος του σώματος που υπάρχει δερματική βλάβη, την θεραπεία που λαμβάνουν για την Ιδρωταδενίτιδα, την ύπαρξη νοσηλείας για την νόσο, το σκορ στις κλίμακες Hurley, Refind Hurley και IHS4, την ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού, την διάγνωση, την λήψη φαρμακευτικής αγωγής και το αν κάνουν ψυχοθεραπεία.

## **2. Ερωτηματολόγιο Ψυχοπαθολογίας – SCL 90 Revised (Symptom Checklist 90-R), (Ντώνιας, 1991), (Derogatis, 1977).**

Το ερωτηματολόγιο ψυχοπαθολογίας (SCL – 90 R) μετρά την ένταση των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, κατασκευάστηκε από τον Derogatis (1977), αποτελείται από 90 προτάσεις αυτοαναφοράς, οι οποίες περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις. Η κλίμακα χωρίζεται σε 9 υποκλίμακες την σωματοποίηση, τη ψυχαναγκαστικότητα, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, το ψυχωτισμό και το άγχος. Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν στις ερωτήσεις με μια πεντάβαθμη κλίμακα Likert, όπου μηδέν καθόλου και τέσσερα πάρα πολύ, ανάλογα με την δυσφορία που βιώνουν για την εκάστοτε δήλωση. Η τελική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα των απαντήσεων και κυμαίνεται από 0 έως 360, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδηλώνουν πιο σοβαρή ψυχική δυσφορία. Έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από τους Ντώνιας, Καραστεργίου και Μάνος (1991). Ο δείκτης

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

εσωτερικής συνέπειας Cronbach's  $\alpha$  έδειξε πολύ υψηλή αξιοπιστία (Cronbach's  $\alpha=0,97$ ) (Ντώνιας, Καραστεργίου, & Μάνος, 1991).

### **3. Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης Beck - BDI (Beck Depression Inventory), (Τζέμο, 1987), (Beck, 1961).**

Ακολούθως, το Beck Depression Inventory (BDI), είναι ένα ερωτηματολόγιο το οποίο μετράει την κατάθλιψη σε άτομα ηλικίας ανώτερης από 13 έτη (Beck, 1961) και προσαρμόστηκε στα ελληνικά από τον Τζέμο (1987). Αποτελείται από 21 ομαδοποιημένες δηλώσεις (items) που η κάθε μία από αυτές περιείχε τουλάχιστον τέσσερις εναλλακτικές. Οι συμμετέχοντες έπρεπε να εστιάσουν τις απαντήσεις τους στο πως ήταν η συναισθηματική τους διάθεση την τελευταία εβδομάδα. Είχε δημιουργηθεί σύμφωνα με την τέταρτη έκδοση του DSM, για το λόγο αυτό, κάθε μία δήλωση μετρούσε τα εννέα κριτήρια που από τη συγκεκριμένη έκδοση του DSM θεωρούνταν απαραίτητα για την ύπαρξη κατάθλιψης (APA, 2000). Συγκεκριμένα, μετρούσε την καταθλιπτική διάθεση (π.χ. Είμαι τόσο μελαγχολικός/ή ώστε δεν μπορώ να αντέξω), την ανηδονία (π.χ. Δεν με ευχαριστεί πια τίποτα), την διαταραχή της όρεξης (π.χ. Δεν έχω πια καθόλου όρεξη) και του ύπνου (π.χ. Κοιμάμαι τόσο καλά όσο συνήθως), την ψυχοκινητική διαταραχή (π.χ. Χρειάζεται να πιέσω πολύ τον εαυτό μου για να κάνω κάτι), την απώλεια ενέργειας (π.χ. Κουράζομαι με το παραμικρό που κάνω), συναισθήματα και σκέψεις αναξιότητας - ενοχής (π.χ. Αισθάνομαι πολύ αποτυχημένος/η ως άτομο – Αισθάνομαι ότι μου αξίζει να τιμωρηθώ) και σκέψεις για το θάνατο (π.χ. Μου φαίνεται ότι θα ήταν καλύτερα αν πέθαινα). Σύμφωνα με τους Smarr & Keefner (2011) η βαθμολόγηση έγινε με κλίμακα τεσσάρων σημείων που έδειχνε τον βαθμό της σοβαρότητας. Με άλλα λόγια, όσο πιο κοντά στο μηδέν ήταν οι συμμετέχοντες δεν είχαν παθολογία. Ενώ, όσο πιο κοντά στο τρία, τόσο πιο ακραία η

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

μορφή του κάθε συμπτώματος. Συγκεκριμένα, οι βαθμολογίες που μπορούσαν να λάβουν κυμαίνονται από 0 έως 63, 0-9 απουσία κατάθλιψης, 10 -18 ήπια κατάθλιψη, 19-29 μέτρια κατάθλιψη και 30-63 σοβαρή κατάθλιψη. Ο δείκτης αξιοπιστίας, Cronbach's  $\alpha$ , όπως υποστήριξαν οι Beck, Steer & Brown (1996) ήταν ( $\alpha = 0,92$ ) για τον κλινικό πληθυσμό και για τον γενικό πληθυσμό ήταν ( $\alpha = 0,93$ ).

#### **4. Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας Eysenck - EPQ (Eysenck Personality Questionnaire), (Alexopoulos & Kalaitzidis, 2004), (Eysenck, 1975).**

Το Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας Eysenck (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ) αναπτύχθηκε από τον Eysenck (1975), είναι ένα μέσο αυτό-αναφοράς, που βασίζεται στη θεωρία της προσωπικότητας του Eysenck και αξιολογεί τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του εκάστοτε συμμετέχοντα. Στο ερωτηματολόγιο αυτό παρουσιάζονται τρεις κύριες διαστάσεις της προσωπικότητας: ο Ψυχωτισμός, η Εξωστρέφεια/Εσωστρέφεια και ο Νευρωτισμός. Πιο συγκεκριμένα, η κλίμακα του Ψυχωτισμού, σχεδιάστηκε για να μετρήσει την εμμένουσα σκέψη, την κλίμακα Εξωστρέφειας / Εσωστρέφειας, που προοριζόταν για τη μέτρηση της εξωστρέφειας έναντι της εσωστρέφειας και την κλίμακα Νευρωτισμού, που κατασκευάστηκε για τη μέτρηση της συναισθηματικότητας ή της συναισθηματικής αστάθειας. Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν με Ναι ή Όχι σκεπτόμενοι απλώς την καθημερινή τους συμπεριφορά, σε ένα ερωτηματολόγιο 84 ερωτήσεων. Η κάθε υποκλίμακα αποτελείται από 25 ερωτήσεις και 9 η υποκλίμακα Ψεύδους, που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της εγκυρότητας. Το EPQ είναι σχεδιασμένο για άτομα ηλικίας 16 ετών και άνω. Η κάθε υποκλίμακα ξεχωριστά εξάγει μια συνολική βαθμολογία του αθροίσματος των απαντήσεων «Ναι» και αναλύει σε ποιο βαθμό ο συμμετέχων ανήκει σε κάθε υποκλίμακα. Οι τιμές κάθε

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

υποκλίμακας κυμαίνονται από 1 έως 25. Η υποκλίμακα Ψεύδους περιέχει παρόμοιες ερωτήσεις με σκοπό τον εντοπισμό ατόμων, που προσπαθούν να είναι κοινωνικά επιθυμητοί, το οποίο κυμαίνεται από το 1 έως το 9. Σε περίπτωση βαθμολογίας >5 ο συμμετέχων προσπαθεί να κάνει τον εαυτό του αρεστό και δεν είναι ειλικρινής με τις απαντήσεις του. Το Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας Eysenck έχει προσαρμοστεί στην ελληνική γλώσσα από τους Alexopoulos & Kalaitzidis (2004) και έχει μεταφραστεί σε αυτή βασισμένη στη διαδικασία της αντίστροφης ανεξάρτητης μετάφρασης. Το υποσύστημα του Ψυχοτισμού είχε ανεπιθύμητες ψυχομετρικές ιδιότητες και δέχθηκε κριτική για το ότι είχε χαμηλή αξιοπιστία, χαμηλό εύρος βαθμολογίας και στρέβλωση κατανομής. Η κλίμακα N είναι η καλύτερα μελετημένη και σχετίζεται με την κλινική διάγνωση της νεύρωσης. Η κλίμακα E αντιστοιχεί σε ιστριονικές προσωπικότητες. Η κλίμακα P συσχετίζεται με ψυχαναγκαστικές - καταναγκαστικές προσωπικότητες και δεν σχετίζεται με την ψύχωση. Η αξιοπιστία του δείγματος, Cronbach's  $\alpha$ , για το σύνολο των προτάσεων της κλίμακας κυμαίνεται από 0,61 - 0,81 (Alexopoulos & Kalaitzidis 2004).

### **5. Κλίμακα Πόνου McGill /SF – MPQ (McGill Pain Questionnaire Short Form), (Mystakidou et al., 2002), (Melzack, 1975).**

Το ερωτηματολόγιο του Melzack (1975) McGill Pain Questionnaire Short Form μετρά τον τύπο και το μέγεθος του πόνου. Αποτελείται από 3 υποενότητες. Η πρώτη χωρίζεται σε αισθητηριακή και συναισθηματική υποενότητα με 11 και 4 λέξεις αντίστοιχα, σύνολο 15. Κάθε μια από τις λέξεις βαθμολογούνται από 0 έως 3, το μηδέν αντιστοιχεί με καθόλου πόνος, το ένα με ήπιο πόνο, το δύο με μέτριο πόνο και το τρία με έντονο πόνο. Η δεύτερη υποενότητα, είναι μια οπτική αναλογική κλίμακα 10 χιλιοστών όπου ο κάθε συμμετέχοντας κυκλώνει έναν αριθμό από το 0 έως το 10, όπου το μηδέν σηματοδοτεί την απουσία πόνου και το 10 τον χειρότερο

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

πόνου που έχουν βιώσει. Η τρίτη υποενοότητα είναι η ένταση του παρόντος πόνου, με το καθόλου να βαθμολογείται με 0, το ήπιος με 1, το ενοχλητικός με 2, το οδυνηρός με 3, το φρικτός με 4 και το αφόρητος με 5. Αφού αθροιστούν οι βαθμολογίες και από τις τρεις αυτές υποενοότητες της κλίμακας πόνου, προκύπτει ένα μοναδικό αποτέλεσμα για τον κάθε συμμετέχοντα το οποίο κυμαίνεται από μηδέν καθόλου πόνος έως 60 ο μέγιστος πόνος που μπορεί κάποιος να βιώσει. Δεν υπάρχουν νόρμες που να ερμηνεύουν τον κάθε αριθμό της κλίμακας και η οδηγία που δίνεται είναι πως όσο πιο υψηλές οι τιμές του κάθε συμμετέχοντα τόσο πιο πολύ πόνου βιώνει. Έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά από τους Mystakidou et al., (2002).

### **6. Κλίμακες Hurley, Refined Hurley και IHS4.**

Για να υπολογιστεί η βαρύτητα της Διαπυούμενης Ιδρωταδενίτιδας (HS) οι δερματολόγοι αξιολογούν τους ασθενείς με 3 κλίμακες: Hurley, Refined Hurley και IHS4. Η κλίμακα Hurley αποτελείται από 3 υπότυπους, I, II και III. Πιο συγκεκριμένα, από την Hurley I όπου υποδηλώνει ότι ο πάσχων εμφανίζει ήπια συμπτωματολογία, έχει δηλαδή μονήρη ή πολλαπλά οζίδια χωρίς όμως να υπάρχουν συρίγγια και ουλές. Ο δεύτερος υπότυπος, Hurley II περιγράφει τους νοσούντες με μέτρια συμπτωματολογία, εμφανίζουν δηλαδή μονήρη ή πολλαπλά υποτροπιάζοντα αποστήματα με συρίγγια και ουλές αλλά διαμεσολαβεί υγιές δέρμα μεταξύ τους. Τέλος, ο υπότυπος Hurley III, όπου εδώ ο πάσχων βιώνει σοβαρή συμπτωματολογία, έχει διάχυτη προσβολή, πολλαπλά επικοινωνούντα συρίγγια και αποστήματα σε ολόκληρη την περιοχή.

Ακολούθως η Refined Hurley, είναι μια κλίμακα μεταγενέστερη της Hurley, η οποία δημιουργήθηκε κυρίως για να περιγράψει λεπτομερέστερα την σταδιοποίηση των ασθενών με

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

HS στην καθημερινή πρακτική και σε κλινικές δοκιμές και τελικά για να βελτιώσει τις στρατηγικές θεραπείας. Για τον λόγο αυτό, εν αντιθέση με τους 3 υπότυπους που αναφέρονται στην Hurley, σε αυτή την βελτιωμένη εκδοχή υπάρχουν 7 (Horváth et al., 2017). Πιο συγκεκριμένα, έχουν υποδιαιρεθεί τα στάδια I και II με επιπλέον προσδιοριστές A, B και C, ανάλογα με την έκταση της νόσου και τον βαθμό φλεγμονής (Horváth et al., 2017). Συνεπώς όπως και στην Hurley, εδώ θα υπάρχει Hurley IA, όπου η συμπτωματολογία είναι ήπια, Hurley IB, με μέτρια συμπτωματολογία και Hurley IC, με σοβαρή πλέον συμπτωματολογία για το πρώτο αυτό στάδιο (Horváth et al., 2017). Κατά τον ίδιο τρόπο θα ταξινομηθεί και η δεύτερη κατηγοριοποίηση Hurley II, με προσδιοριστές A (ήπιο) B (μέτριο) C (σοβαρό) (Horváth et al., 2017). Ενώ το στάδιο III παραμένει αδιαίρετο όπως ακριβώς ήταν και στην Hurley καθώς θεωρείται πολύ σοβαρό και δεν χρειάζεται περεταίρω διαχωρισμός (Horváth et al., 2017).

Τέλος το IHS4 είναι ένα επικυρωμένο εργαλείο για τη δυναμική αξιολόγηση της σοβαρότητας του HS, συσχετίζεται με την ταξινόμηση κατά Hurley και μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο στην πραγματική ζωή όσο και σε ένα περιβάλλον κλινικών δοκιμών. Η κλίμακα αυτή μετρά όπως και οι προηγούμενες την βαρύτητα της νόσου και προσδιορίζεται μόνο αριθμητικά. Ο τελικός αριθμός προκύπτει ανάλογα με τα σημεία της βλάβης του πάσχοντα, αφού πολλαπλασιαστούν και αθροιστούν. Συγκεκριμένα, πολλαπλασιάζεται ο αριθμός των όζων  $\chi_1$ , ο αριθμός των αποστημάτων  $\chi_2$  και ο αριθμός των παραγωγικών συριγγίων  $\chi_4$  και έπειτα αθροίζονται οι ανωτέρω τιμές (Zouboulis et al., 2017). Από το άθροισμα θα προκύψει ένα μοναδικό σκορ για τον κάθε ασθενή. Επομένως, όσοι έχουν λάβει τιμές  $\leq 3$  εμφανίζουν ήπια συμπτωματολογία, όσοι είναι μεταξύ του 4 και του 10 έχουν μέτρια συμπτώματα, ενώ όσοι

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

βρίσκονται στο  $11 \geq$  χαρακτηρίζονται ως πάσχοντες με σοβαρή συμπτωματολογία (Zouboulis et al., 2017).

**Θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας.** Σύμφωνα με τις αρχές της ηθικής και δεοντολογίας όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν γραπτώς για τον σκοπό και τη διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Η συμμετοχή των ατόμων στην έρευνα ήταν εθελοντική, μπορούσαν να διακόψουν την συμπλήρωση σε όποιο σημείο επιθυμούσαν και σε περίπτωση δημοσίευσης τα στοιχεία τους θα είναι ανώνυμα.

**Στατιστική Ανάλυση.** Όλες οι στατιστικές αναλύσεις πραγματοποιήθηκαν μέσω του στατιστικού πακέτου SPSS έκδοση 28 (Statistical Package for the Social Sciences-SPSS).

# ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

## **Αποτελέσματα**

Στην παρούσα έρευνα εξετάζεται η συσχέτιση των ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων και της προσωπικότητας, αναφορικά με την βαρύτητα της νόσου των ασθενών με Διαπυούμενη Ιδρωταδενίτιδα. Στην συνέχεια θα διερευνηθεί αν οι δημογραφικοί παράγοντες, ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, μέρος σώματος με δερματική βλάβη, πόνος, νοσηλεία και ψυχιατρικό ιστορικό συσχετίζονται με τις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις και την προσωπικότητα. Προκειμένου να απαντηθούν τα παραπάνω ερωτήματα πραγματοποιήθηκαν πληθώρα αναλύσεων και χρησιμοποιήθηκε το SPSS (Version 28.0). Στο πρώτο στάδιο παρουσιάζονται οι περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες και οι συντελεστές αξιοπιστίας των ψυχομετρικών εργαλείων της μελέτης. Πραγματοποιήθηκε έλεγχος κανονικότητας της κατανομής με Kolmogorov-Smirnov τεστ για τις κλίμακες BDI SCL90 και EPQ, απορρίφθηκε η μηδενική υπόθεση της κανονικής κατανομής συνεπώς εφαρμόστηκαν μη παραμετρικά κριτήρια. Συγκεκριμένα εφαρμόστηκε το Mann-Whitney τεστ για δίτιμες κατηγορικές μεταβλητές και το Kruskal Wallis τεστ για τρεις κατηγορίες αντίστοιχα. Συντελεστής συσχέτισης (Spearman correlation coefficients) χρησιμοποιήθηκε για να εξεταστεί η σχέση των ψυχομετρικών κλιμάκων με την ηλικία των ασθενών, την κλίμακα πόνου, την ηλικία εμφάνισης και διάγνωσης της νόσου. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας για τη στατιστική ανάλυση καθορίστηκε το  $p \leq 0.05$ .

## **Περιγραφικοί Στατιστικοί Δείκτες**

Στον ακόλουθο πίνακα παρουσιάζονται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, το εύρος και ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach's alpha των τριών ψυχομετρικών εργαλείων για τις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις του δείγματος (*Πίνακα 1*).

### **Πίνακας 1**

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

*Περιγραφικοί στατιστικοί δείκτες και Συντελεστές Αξιοπιστίας των Υπό Μελέτη Κλιμάκων για N=90.*

Κλίμακες	M.O.	T.A.	Χαμηλότερο Όριο	Υψηλότερο Όριο	Alpha
BDI	13,10	10,99	0	46	0,93
SCL90					
Σωματοποίηση	0,76	0,98	0	4	0,95
Ψυχαναγκαστικότητα	0,00	0,00	0	0	0,97
Διαπροσωπική ευαισθησία	0,00	0,00	0	0	0,95
Κατάθλιψη	15,48	11,15	0	42	0,97
Άγχος	8,77	7,59	0	29	0,95
Θυμός – Επιθετικότητα	5,53	4,89	0	23	0,85
Φοβικό άγχος	3,39	5,08	0	20	0,97
Παρανοειδής ιδεασμός	4,83	4,71	0	20	0,90
Ψυχωτισμός	5,18	5,98	0	24	0,85
EPQ					
Ψυχωτισμός	4,62	2,40	1	12	0,70
Νευρωτισμός	12,12	5,72	1	22	0,81
Εξωστρέφεια	12,52	4,60	1	19	0,81
Ψεύδος	9,44	4,02	1	18	0,65

**Έλεγχος ερευνητικών ερωτημάτων**

**Ερευνητικό Ερώτημα 1:** Αν υπάρχει συσχέτιση της βαρύτητα της Διαπυούμενης Ιδρωταδενίτιδας και της ψυχοσωματικής επιβάρυνσης;

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης Kruskal-Wallis H τεστ για την ψυχοσωματική επιβάρυνση (BDI & SCL90) και την βαρύτητα της νόσου (Hurley, Refined Hurley και IHS4).

Από την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές  $p > 0,05$ . Τα αποτελέσματα αποτυπώνονται αναλυτικά παρακάτω (Πίνακας 2,3).

**Πίνακας 2**

*Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Kruskal-Wallis H test των Ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων (BDI & S CL90) με την βαρύτητα της Διαπυούμενης Ιδρωταδενίτιδας (Hurley & Refined Hurley)*

Hurley & Refined Hurley

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

Ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις	Ήπια		Μέτρια		Σοβαρή		Kruskal-Wallis H	P
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		
<b>BDI</b>	14,06	13,77	13,16	10,79	12,52	9,97	0,04	0,085
<b>SCL90</b>								
Σωματοποίηση	11,06	9,19	10,16	10,97	6,81	6,75	1,59	0,093
Ψυχαναγκαστικότητα	11,44	7,65	10,60	8,99	9,03	7,19	1,01	0,118
Διαπροσωπική ευαισθησία	8,63	8,72	7,42	6,94	6,94	6,40	0,13	0,234
Κατάθλιψη	15,31	11,95	13,70	11,07	14,26	10,54	0,26	0,079
Άγχος	9,13	8,25	7,65	7,76	6,32	6,45	1,00	0,091
Θυμός	—							0,143
Επιθετικότητα	3,75	2,86	5,30	5,60	4,26	4,71	0,31	
Φοβικό άγχος	5,19	6,89	2,58	4,17	1,97	3,98	2,77	0,087
Παρανοειδής ιδεασμός	4,75	5,27	4,53	4,50	4,84	5,00	0,15	0,156
Ψυχωτισμός	6,00	6,90	5,09	6,11	4,45	5,28	0,13	0,174

Σημείωση. \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

### Πίνακας 3

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Kruskal-Wallis H test των Ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων (BDI & SCL90) με την βαρύτητα της Διαπυούμενης Ιδρωταδενίτιδας (IHS4)

Ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις	IHS4						Kruskal-Wallis H	P
	Ήπια		Μέτρια		Σοβαρή			
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		
<b>BDI</b>	14,33	13,12	13,29	10,40	11,57	10,79	0,65	0,076
<b>SCL90</b>								
Σωματοποίηση	13,61	10,06	8,10	8,53	7,95	10,37	5,91	0,068
Ψυχαναγκαστικότητα	12,67	7,36	9,86	8,50	8,95	7,79	3,64	0,316
Διαπροσωπική ευαισθησία	9,22	8,39	7,25	6,78	6,48	6,51	1,26	0,078
Κατάθλιψη	16,39	11,54	14,04	10,30	12,62	12,13	1,74	0,086
Άγχος	9,56	8,05	7,39	7,39	5,81	6,77	2,92	0,075
Θυμός	—							0,153
Επιθετικότητα	5,22	4,82	4,75	5,39	4,00	3,73	0,70	

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

Φοβικό άγχος	4,44	6,28	2,63	4,69	1,95	3,12	2,40	0,062
Παρανοειδής ιδεασμό	5,28	5,75	4,82	4,64	3,81	4,21	0,91	0,257
Ψυχωτισμός	6,33	6,95	5,04	5,77	3,90	5,48	1,56	0,481

Σημείωση. \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

**Ερευνητικό Ερώτημα 2:** Αν υπάρχει συσχέτιση της βαρύτητα της Διαπυούμενης Ιδρωταδενίτιδας και της Προσωπικότητας;

Πραγματοποιήθηκε έλεγχος συσχέτισης Kruskal-Wallis H τεστ για την κλίμακα προσωπικότητας (EPQ) και την βαρύτητα της νόσου (Hurley, Refined Hurley και IHS4). Από την ανάλυση των ερευνητικών δεδομένων διαπιστώθηκε ότι δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές  $p > 0,05$ . Τα αποτελέσματα αποτυπώνονται αναλυτικά παρακάτω (Πίνακας 4,5).

**Πίνακας 4**

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Kruskal-Wallis H test της κλίμακας Προσωπικότητας (EPQ) με την βαρύτητα της Διαπυούμενης Ιδρωταδενίτιδας (Hurley & Refined Hurley)

Κλίμακα Προσωπικότητας	Hurley & Refined Hurley						Kruskal- Wallis H	P
	Ήπια		Μέτρια		Σοβαρή			
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		
<b>EPQ</b>								
Ψυχωτισμός	4,63	2,73	4,33	2,11	5,03	2,61	1,068	0,071
Νευρωτισμός	12,25	6,22	12,23	5,45	11,90	6,00	0,135	0,152
Εξωστρέφεια	11,63	3,88	11,65	5,16	14,19	3,69	5,747	0,317
Ψεύδος	9,81	3,92	9,70	3,45	8,90	4,81	0,946	0,087

Σημείωση. \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

**Πίνακας 5**

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Kruskal-Wallis H test της Κλίμακας Προσωπικότητας (EPQ) με την βαρύτητα της Διαπυούμενης Ιδρωταδενίτιδας (IHS4)

IHS4	
------	--

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

Κλίμακα προσωπικότητας							Kruskal- Wallis H	P
	Ήπια		Μέτρια		Σοβαρή			
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		
<b>EPQ</b>								
Ψυχωτισμός	4,33	2,81	4,57	2,08	5,00	2,81	1,03	0,069
Νευρωτισμός	12,11	5,84	12,88	5,38	10,29	6,26	3,44	0,241
Εξωστρέφεια	12,00	4,30	12,41	4,97	13,24	3,99	0,76	0,461
Ψεύδος	10,44	3,75	8,84	3,46	10,05	5,30	3,25	0,152

Σημείωση. \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

**Ερευνητικό ερώτημα 3:** Αν οι δημογραφικοί παράγοντες όπως ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, βάρος, μέρος σώματος με δερματική βλάβη, πόνος, νοσηλεία, συννοσηρότητα και ψυχιατρικό ιστορικό συσχετίζονται με τις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις και την προσωπικότητα;

Πραγματοποιήθηκε Mann-Whitney test για την συσχέτιση του φύλου με τις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις και την προσωπικότητα. Από την στατιστική ανάλυση προκύπτει ότι, οι γυναίκες που έχουν διαγνωστεί με ιδρωταδενίτιδα έχουν κατά μέσο όρο υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τους άνδρες σε πληθώρα μεταβλητών. Πιο συγκεκριμένα, την κλίμακα κατάθλιψης BDI (M.O.: 16,17, T.A.: 12,20) έναντι των ανδρών (M.O.:10,42, T.A.: 9,11), σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας  $p < 0,05$ , την σωματοποίηση (M.O.:12,40, T.A.:10,04) έναντι (M.O.:6,33, T.A.:7,98),  $p < 0,01$ , την ψυχαναγκαστικότητα (M.O.:12,38, T.A.:9,26) έναντι (M.O.:8,31, T.A.:6,54),  $p < 0,05$ , τη διαπροσωπική ευαισθησία (M.O.:9,81, T.A.:8,59) έναντι (M.O.:5,42 T.A.:4,54),  $p < 0,05$ , τη κατάθλιψη (M.O.:17,55, T.A.:12,59) έναντι (M.O.:11,23, T.A.8,33),  $p < 0,05$ , το άγχος (M.O.:9,98, T.A.:8,99) έναντι (M.O.:5,25, T.A.:4,76)  $p < 0,05$  και το

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

φοβικό άγχος (Μ.Ο.:4,60, Τ.Α.:6,17) έναντι (Μ.Ο.:1,29, Τ.Α.:2,20)  $p < 0,01$ . Τα αποτελέσματα αποτυπώνονται αναλυτικά παρακάτω (Πίνακας 6).

**Πίνακας 6**

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Mann-Whitney test των Ψυχομετρικών κλιμάκων με το Φύλο των ασθενών

Ψυχομετρικές κλίμακες	Φύλο				U-τιμή	P
	Άνδρες		Γυναίκες			
	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.		
<b>BDI</b>	10,42	9,11	16,17	12,20	720,00*	0,042
<b>SCL90</b>						
Σωματοποίηση	6,33	7,98	12,40	10,04	626,50**	0,015
Ψυχαναγκαστικότητα	8,31	6,54	12,38	9,26	761,50*	0,035
Διαπροσωπική ευαισθησία	5,42	4,54	9,81	8,59	715,50*	0,028
Κατάθλιψη	11,23	8,33	17,55	12,59	743,50*	0,031
Άγχος	5,25	4,76	9,98	8,99	754,50*	0,049
Θυμός –Επιθετικότητα	4,35	4,48	5,02	5,39	968,50	0,069
Φοβικό άγχος	1,29	2,20	4,60	6,17	650,00**	0,006
Παρανοειδής ιδεασμό	3,69	3,26	5,81	5,88	873,50	0,073
Ψυχωτισμός	3,65	4,57	6,62	6,92	782,50	0,156
<b>EPQ</b>						
Ψυχωτισμός	4,52	2,25	4,74	2,59	989,50	0,087
Νευρωτισμός	11,25	5,93	13,12	5,37	845,00	0,065
Εξωστρέφεια/ Εσωστρέφεια	13,13	4,52	11,83	4,65	844,00	0,241
Ψεύδος	8,92	3,74	10,05	4,29	847,50	0,157

Σημείωση. \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

Έπειτα εξετάστηκε αν η οικογενειακή κατάσταση συσχετίζεται με τις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις και την προσωπικότητα. Εφαρμόστηκε Mann-Whitney test, από το οποίο φαίνεται πως οι ασθενείς που ήταν χωρίς συντροφική σχέση, άγαμοι, διαζευγμένοι ή χήροι έχουν κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία  $p = 0,041 \Rightarrow p < 0,05$ , στην κλίμακα του

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

άγχους σε σχέση με τους ασθενείς που ήταν έγγαμοι (Μ.Ο.:8,00, Τ.Α.:7,02) έναντι (Μ.Ο.:6,37, Τ.Α.:7,83) (Πίνακας 7).

**Πίνακας 7**

*Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Mann-Whitney test των Ψυχομετρικών κλιμάκων με την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών*

Ψυχομετρικές κλίμακες	Οικογενειακή κατάσταση				U-τιμή	P
	Άγαμος/Διαζευγμένος /Χήρος		Έγγαμος/Σύμφωνο συμβίωσης			
	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.		
<b>BDI</b>	13,70	11,77	12,19	9,79	946,00	0,672
<b>SCL90</b>						
Σωματοποίηση	7,70	7,65	9,60	10,57	722,00	0,079
Ψυχαναγκαστικότητα	10,00	7,68	9,89	8,11	723,00	0,082
Διαπροσωπική ευαισθησία	7,70	6,97	6,80	6,91	651,00	0,064
Κατάθλιψη	13,35	9,32	13,91	11,43	722,00	0,075
Άγχος	8,00	7,02	6,37	7,83	554,50*	0,041
Θυμός –						
Επιθετικότητα	4,42	3,64	5,06	6,36	687,50	0,072
Φοβικό άγχος	3,40	4,95	2,37	4,91	583,50	0,061
Παρανοειδής ιδεασμό	4,26	4,35	4,77	4,89	721,00	0,084
Ψυχωτισμός	4,84	5,39	4,74	5,91	691,00	0,086
<b>EPQ</b>						
Ψυχωτισμός	4,78	2,60	4,39	2,09	927,00	0,371
Νευρωτισμός	12,15	6,07	12,08	5,24	966,00	0,492
Εξωστρέφεια/						
Εσωστρέφεια	12,56	4,99	12,47	4,01	934,00	0,357
Ψεύδος	9,35	4,37	9,58	3,50	924,50	0,319

Σημείωση. \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

Ακολούθως στον έλεγχο που έγινε με το Mann-Whitney test μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου και των ψυχομετρικών κλιμάκων της έρευνας, δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές (Πίνακας 8).

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

**Πίνακας 8**

*Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Mann-Whitney test των Ψυχομετρικών κλιμάκων με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών*

Ψυχομετρικές κλίμακες	Μορφωτικό επίπεδο				U-τιμή	P
	Βασικό		Ανώτερο/ Ανώτατο			
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		
<b>BDI</b>	16,04	12,75	11,84	9,99	680,00	0,081
<b>SCL90</b>						
Σωματοποίηση	11,15	9,98	8,32	9,17	693,00	0,089
Ψυχαναγκαστικότητα	11,19	8,44	9,79	8,04	771,50	0,094
Διαπροσωπική ευαισθησία	8,70	7,71	6,94	6,75	725,50	0,097
Κατάθλιψη	16,11	12,71	13,35	10,09	761,50	0,153
Άγχος	8,89	8,09	6,84	7,08	727,50	0,082
Θυμός - Επιθετικότητα	5,59	6,18	4,27	4,24	771,50	0,172
Φοβικό άγχος	2,96	5,40	2,78	4,53	825,50	0,261
Παρανοειδής ιδεασμός	5,04	4,91	4,52	4,73	798,50	0,099
Ψυχωτισμός	6,26	7,12	4,51	5,34	770,50	0,094
<b>EPQ</b>						
Ψυχωτισμός	4,85	2,67	4,52	2,29	820,00	0,251
Νευρωτισμός	13,41	6,065	11,57	5,523	710,50	0,083
Εξωστρέφεια/ Εσωστρέφεια	11,63	4,58	12,90	4,60	696,00	0,074
Ψεύδος	9,33	4,55	9,49	3,81	836,00	0,272

*Σημείωση. \*p < 0,05. \*\*p < 0,01. \*\*\*p < 0,001.*

Σχετικά με τον δείκτη μάζας σώματος εφαρμόστηκε το κριτήριο Kruskal-Wallis H, από την ανάλυση φαίνεται ότι οι ασθενείς που είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι σε σχέση με τους ασθενείς με κανονικό βάρος έχουν υψηλότερες βαθμολογίες στις κλίμακες της διαπροσωπικής ευαισθησίας (M.O.:8,29, T.A.:8,06 και M.O.:8,91, T.A.:7,26) έναντι (M.O.:4,48, T.A.:4,18) και του παρανοειδή ιδεασμού (M.O.:5,39, T.A.:4,39 και M.O.: 5,79, T.A.:5,90) έναντι (M.O.:2,28, T.A.:1,95) σε επίπεδο στατιστικά σημαντικό επίπεδο  $p < 0,05$  (Πίνακας 9).

**Πίνακας 9**

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Kruskal-Wallis H test των Ψυχομετρικών κλιμάκων με τον δείκτη μάζας σώματος των ασθενών

Ψυχομετρικές κλίμακες	Δείκτης Μάζας Σώματος						Kruskal -Wallis H	P
	Κανονικό		Υπέρβαρος		Παχύσαρκος			
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		
<b>BDI</b>	8,92	7,91	15,39	12,97	14,09	10,39	4,59	0,061
<b>SCL90</b>								
Σωματοποίηση	6,08	6,42	10,58	10,44	10,15	10,10	2,98	0,071
Ψυχαναγκαστικότητα	6,92	4,75	10,81	9,57	12,09	8,17	5,25	0,067
Διαπροσωπική ευαισθησία	4,48	4,18	8,29	8,06	8,91	7,26	6,97*	0,035
Κατάθλιψη	10,00	7,23	15,42	11,89	16,12	11,74	4,20	0,067
Άγχος	5,12	4,64	7,61	7,86	9,03	8,34	2,55	0,077
Θυμός								
Επιθετικότητα	3,12	3,37	4,00	3,55	6,41	6,31	4,46	0,081
Φοβικό άγχος	1,88	3,79	3,13	5,40	3,26	4,86	2,32	0,073
Παρανοειδής ιδεασμό	2,28	1,95	5,39	4,39	5,79	5,90	7,49*	0,041
Ψυχωτισμός	2,64	3,49	6,06	7,03	5,85	5,96	4,99	0,075
<b>EPQ</b>								
Ψυχωτισμός	4,76	2,92	4,52	2,50	4,62	1,91	0,25	0,079
Νευρωτισμός	10,36	4,66	13,03	6,00	12,59	6,03	4,41	0,063
Εξωστρέφεια /Εσωστρέφεια	13,48	3,03	12,55	5,21	11,79	4,95	1,38	0,071
Ψεύδος	9,80	3,67	8,81	3,68	9,76	4,57	1,20	0,082

Σημείωση. \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

Ακολούθως, έγινε Mann-Whitney test για την συσχέτιση των σημείων που υπήρχε δερματική βλάβη, των ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων και της προσωπικότητας. Οι ασθενείς που είχαν βλάβες στην μασχάλη, έχουν στατιστικά σημαντικά περισσότερα συμπτώματα εξωστρέφειας  $p=0,007 \Rightarrow p < 0,01$  σε σχέση με τους ασθενείς που δεν έχουν σωματικές βλάβες στην μασχάλη (M.O.:13,79, T.A.:4,64) έναντι (M.O.:11,42, T.A.:4,32) (Πίνακας 10). Οι

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

ασθενείς που είχαν βλάβες στα γεννητικά όργανα, στον πρωκτό ή γλουτιαία έχουν κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία  $p=0,021 \Rightarrow p<0,05$  στην κλίμακα της εξωστρέφειας (Μ.Ο.:11,15, Τ.Α.:4,75) έναντι (Μ.Ο.:13,57, Τ.Α.:4,24) (Πίνακας 11). Ενώ δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές στους ασθενείς με βλάβες υπομάστια (Πίνακας 12).

**Πίνακας 10**

*Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Mann-Whitney test των Ψυχομετρικών κλιμάκων με την σωματική βλάβη στην μασχάλη*

Ψυχομετρικές κλίμακες	Μασχάλη				U-τιμή	P
	Όχι		Ναι			
	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.		
<b>BDI</b>	13,38	10,97	12,79	11,13	953,50	0,357
<b>SCL90</b>						
Σωματοποίηση	9,19	10,00	9,14	8,92	968,00	0,428
Ψυχαναγκαστικότητα	9,94	8,51	10,52	7,79	933,50	0,237
Διαπροσωπική ευαισθησία	7,44	7,72	7,50	6,29	912,50	0,215
Κατάθλιψη	14,88	11,19	13,38	10,73	950,00	0,371
Άγχος	7,33	7,95	7,60	6,83	905,50	0,299
Θυμός Επιθετικότητα	4,19	5,02	5,21	4,78	824,00	0,271
Φοβικό άγχος	3,19	5,58	2,43	3,69	965,50	0,451
Παρανοειδής ιδεασμός	4,44	4,88	4,95	4,67	886,50	0,157
Ψυχωτισμός	4,94	6,34	5,14	5,53	915,00	0,184
<b>EPQ</b>						
Ψυχωτισμός	4,23	2,38	5,07	2,37	779,00	0,139
Νευρωτισμός	12,67	5,31	11,50	6,17	915,00	0,244
Εξωστρέφεια	11,42	4,32	13,79	4,64	683,00**	0,007
Ψεύδος	9,79	3,72	9,05	4,36	904,00	0,275

Σημείωση. \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

**Πίνακας 11**

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Mann-Whitney test των Ψυχομετρικών κλιμάκων με την σωματική βλάβη σε γεννητικά όργανα πρωκτό ή γλουτιαία

Ψυχομετρικές κλίμακες	Γεννητικά όργανα/ Πρωκτός/ γλουτιαία				U-τιμή	P
	Όχι		Ναι			
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		
<b>BDI</b>	11,98	10,00	14,56	12,14	883,50	0,069
<b>SCL90</b>						
Σωματοποίηση	9,45	8,50	8,79	10,68	872,00	0,084
Ψυχαναγκαστικότητα	9,90	6,77	10,62	9,73	961,50	0,071
Διαπροσωπική ευαισθησία	6,76	6,18	8,38	8,04	906,00	0,077
Κατάθλιψη	13,31	10,29	15,31	11,77	906,00	0,069
Άγχος	7,71	6,85	7,13	8,16	878,00	0,073
Θυμός						
Επιθετικότητα	4,69	4,62	4,64	5,32	939,00	0,671
Φοβικό άγχος	2,76	4,11	2,92	5,59	909,00	0,453
Παρανοειδής ιδεασμός	4,18	4,13	5,33	5,47	899,00	0,241
Ψυχωτισμός	4,76	5,26	5,38	6,80	966,00	0,153
<b>EPQ</b>						
Ψυχωτισμός	4,67	2,16	4,56	2,71	936,50	0,079
Νευρωτισμός	11,41	5,84	13,05	5,50	828,50	0,062
Εξωστρέφεια	13,57	4,24	11,15	4,75	703,00*	0,021
Ψεύδος	9,63	4,15	9,21	3,89	924,00	0,176

Σημείωση. \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

**Πίνακας 12**

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Mann-Whitney test των Ψυχομετρικών κλιμάκων με την σωματική βλάβη υπομάστια

Ψυχομετρικές κλίμακες	Υπομάστια				U-τιμή	P
	Όχι		Ναι			
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		
<b>BDI</b>	12,96	10,71	14,00	13,17	462,00	0,068
<b>SCL90</b>						
Σωματοποίηση	9,03	9,51	10,08	9,42	422,50	0,062

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

Ψυχαναγκαστικότητα	10,03	7,64	11,42	11,18	464,50	0,075
Διαπροσωπική ευαισθησία	7,32	6,78	8,42	8,92	450,00	0,064
Κατάθλιψη	14,31	10,63	13,33	13,28	412,50	0,061
Άγχος	7,42	7,28	7,67	8,56	464,50	0,073
Θυμός						
Επιθετικότητα	4,90	5,01	3,17	4,02	361,00	0,082
Φοβικό άγχος	2,69	4,62	3,75	5,85	425,50	0,092
Παρανοειδής ιδεασμός						0,096
Ψυχωτισμός	4,73	4,83	4,33	4,46	439,00	
<b>EPQ</b>						
Ψυχωτισμός	5,17	5,85	4,17	6,77	404,00	0,072
Ψυχωτισμός	4,59	2,30	4,83	3,07	456,50	0,178
Νευρωτισμός	12,00	5,86	12,92	4,81	407,50	0,358
Εξωστρέφεια	12,71	4,64	11,33	4,31	381,00	0,481
Ψεύδος	9,50	4,18	9,08	2,88	438,00	0,074

Σημείωση. \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

Επιπρόσθετα εφαρμόστηκε Mann-Whitney test και εξετάστηκε αν οι ψυχομετρικές κλίμακες επηρεάζονται από τη νοσηλεία. Οι ασθενείς που έχουν νοσηλευτεί παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα κατάθλιψης BDI (Μ.Ο.:6,09, Τ.Α.:7,16) έναντι (Μ.Ο.:14,08, Τ.Α.:11,10),  $p < 0,05$ , της σωματοποίησης (Μ.Ο.:4,09, Τ.Α.:5,26) έναντι (Μ.Ο.:9,87, Τ.Α.:9,71),  $p < 0,05$ , της διαπροσωπικής ευαισθησίας (Μ.Ο.:3,73, Τ.Α.:3,41) έναντι (Μ.Ο.:7,99, Τ.Α.:7,28),  $p < 0,05$ , της κατάθλιψης της SCL90 (Μ.Ο.:8,27, Τ.Α.:7,48) έναντι (Μ.Ο.:15,00, Τ.Α.:11,13),  $p < 0,05$ , του νευρωτισμού (Μ.Ο.:8,36, Τ.Α.:5,78) έναντι (Μ.Ο.:12,65, Τ.Α.:5,55),  $p < 0,05$  και υψηλότερα σκορ στην κλίμακα της εξωστρέφειας (Μ.Ο.:16,27, Τ.Α.:1,85) έναντι (Μ.Ο.:12,00, Τ.Α.:4,63),  $p < 0,01$  (Πίνακας 13).

### Πίνακας 13

Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Mann-Whitney test των Ψυχομετρικών κλιμάκων με την νοσηλεία των ασθενών

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

Ψυχομετρικές κλίμακες	Νοσηλεία για ιδρωταδενίτιδα				U-τιμή	P
	Όχι		Ναι			
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		
<b>BDI</b>	14,08	11,10	6,09	7,16	229,00*	0,024
<b>SCL90</b>						
Σωματοποίηση	9,87	9,71	4,09	5,26	260,00*	0,037
Ψυχαναγκαστικότητα	10,72	8,27	6,55	6,27	299,00	0,065
Διαπροσωπική ευαισθησία	7,99	7,28	3,73	3,41	274,50*	0,042
Κατάθλιψη	15,00	11,13	8,27	7,48	269,00*	0,039
Άγχος	7,87	7,73	4,45	3,39	353,00	0,069
Θυμός						
Επιθετικότητα	4,78	5,06	3,82	3,74	393,50	0,088
Φοβικό άγχος	3,13	5,02	0,73	1,19	309,00	0,063
Παρανοειδής ιδεασμός	5,01	4,92	2,27	2,33	290,50	0,084
Ψυχωτισμός	5,38	6,11	2,55	3,96	285,00	0,097
<b>EPQ</b>						
Ψυχωτισμός	4,61	2,46	4,73	2,05	402,50	0,073
Νευρωτισμός	12,65	5,55	8,36	5,78	246,00*	0,031
Εξωστρέφεια	12,00	4,63	16,27	1,85	186,50**	0,007
Ψεύδος	9,23	3,90	11,00	4,71	330,00	0,159

Σημείωση. \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

Επιπρόσθετα, εξετάστηκε με το Mann-Whitney test αν η ύπαρξη συνοδών παθήσεων συσχετίζεται με τις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις και την προσωπικότητα. Οι ασθενείς που έχουν συνοδές παθήσεις έχουν κατά μέσο όρο στατιστικά σημαντικά υψηλότερα σκορ στην κλίμακα της ψυχαναγκαστικότητας (M.O.:12,58, T.A.:8,75) έναντι (M.O.:8,63, T.A.:7,37),  $p < 0,05$  του παρανοειδή ιδεασμού (M.O.:6,22, T.A.:5,66) έναντι (M.O.:3,65, T.A.:3,77),  $p < 0,05$  και του ψυχωτισμού (M.O.:6,53, T.A.:6,46) έναντι (M.O.:4,04, T.A.:5,41),  $p < 0,05$  (Πίνακας 14).

**Πίνακας 14**

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

*Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Mann-Whitney test των Ψυχομετρικών κλιμάκων με τις συνοδές παθήσεις των ασθενών*

Ψυχομετρικές κλίμακες	Συνοδές παθήσεις				U-τιμή	P
	Όχι		Ναι			
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.		
<b>BDI</b>	11,69	9,80	15,22	12,41	807,00	0,078
<b>SCL90</b>						
Σωματοποίηση	7,89	8,86	11,08	10,10	780,50	0,064
Ψυχαναγκαστικότητα	8,63	7,37	12,58	8,75	686,50*	0,037
Διαπροσωπική ευαισθησία	6,33	5,97	9,17	8,22	759,50	0,082
Κατάθλιψη	12,76	10,44	16,31	11,47	788,50	0,087
Άγχος	6,83	7,09	8,39	7,87	821,50	0,073
Θυμός						
Επιθετικότητα	3,96	4,00	5,72	5,92	821,00	0,081
Φοβικό άγχος	2,44	3,96	3,42	5,81	928,00	0,074
Παρανοειδής ιδεασμός	3,65	3,77	6,22	5,66	720,00*	0,041
Ψυχωτισμός	4,04	5,41	6,53	6,46	691,50*	0,039
<b>EPQ</b>						
Ψυχωτισμός	4,37	2,40	5,00	2,39	815,00	0,063
Νευρωτισμός	11,87	5,65	12,50	5,89	905,50	0,072
Εξωστρέφεια	12,43	4,58	12,67	4,69	942,00	0,061
Ψεύδος	9,76	3,78	8,97	4,37	873,00	0,179

*Σημείωση. \*p < 0,05. \*\*p < 0,01. \*\*\*p < 0,001.*

Η ύπαρξη ψυχιατρικού ιστορικού στους ασθενείς που πάσχουν από ιδρωταδενίτιδα επηρεάζει τις περισσότερες ψυχιατρικές κλίμακες. Οι ασθενείς με ψυχιατρικό ιστορικό έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα σκορ στην κλίμακα BDI (M.O.:22,96, T.A.:13,24) έναντι (M.O.:9,52, T.A.:7,37),  $p < 0,001$  και σε όλες τις κλίμακες της ψυχοπαθολογίας της SCL90.

Αναφορικά με τις κλίμακες της προσωπικότητας, οι ασθενείς με ψυχιατρικό ιστορικό σκόραραν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα στην κλίμακα του ψυχωτισμού (M.O.:5,75, T.A.:2,47) έναντι

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

(Μ.Ο.:4,21, Τ.Α.:2,26),  $p < 0,01$ ) και του νευρωτισμού (Μ.Ο.:15,58, Τ.Α.:5,67) έναντι (Μ.Ο.:10,86, Τ.Α.:5,23),  $p < 0,001$ . Ενώ, σκόραραν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα στην κλίμακα της εξωστρέφειας (Μ.Ο.:10,58, Τ.Α.:5,41) έναντι (Μ.Ο.:13,23, Τ.Α.:4,09),  $p < 0,05$  (Πίνακας 15).

**Πίνακας 15**

*Μέσοι Όροι, Τυπικές Αποκλίσεις και Mann-Whitney test των Ψυχομετρικών κλιμάκων με το ψυχιατρικό ιστορικό των ασθενών*

Ψυχομετρικές κλίμακες	Ψυχιατρικό ιστορικό				U-τιμή	P
	Όχι		Ναι			
	Μ.Ο.	Τ.Α.	Μ.Ο.	Τ.Α.		
<b>BDI</b>	9,52	7,37	22,96	13,24	318,00***	0,000
<b>SCL90</b>						
Σωματοποίηση	6,68	6,98	16,00	11,90	413,50**	0,005
Ψυχαναγκαστικότητα	7,82	5,77	16,79	10,03	368,50***	0,000
Διαπροσωπική ευαισθησία	5,20	4,27	13,71	9,24	347,00***	0,000
Κατάθλιψη	10,86	7,85	23,29	13,07	364,00***	0,000
Άγχος	4,92	4,54	14,42	9,23	335,50***	0,000
Θυμός						
Επιθετικότητα	3,68	3,80	7,38	6,47	522,50*	0,042
Φοβικό άγχος	1,18	1,75	7,38	7,09	357,00***	0,000
Παρανοειδής ιδεασμός	3,29	3,60	8,50	5,51	357,00***	0,000
Ψυχωτισμός	3,17	3,47	10,17	8,08	357,00***	0,000
<b>EPQ</b>						
Ψυχωτισμός	4,21	2,26	5,75	2,47	500,00**	0,003
Νευρωτισμός	10,86	5,23	15,58	5,67	407,00***	0,000
Εξωστρέφεια	13,23	4,09	10,58	5,41	554,00*	0,049
Ψεύδος	9,58	3,65	9,08	4,99	723,5	0,432

Σημείωση. \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

Τέλος, παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης των ψυχομετρικών κλιμάκων των ασθενών με την ηλικία, την ηλικία εμφάνισης της νόσου, την διάρκεια της νόσησης και την

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

κλίμακα του πόνου. Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές σχέσεις των ψυχομετρικών κλιμάκων των ασθενών με την ηλικία τους, την ηλικία εμφάνισης της νόσου και την διάρκεια της νόσησης. Η κλίμακα του πόνου φαίνεται να επηρεάζει τα σκορ των ασθενών στις ψυχομετρικές κλίμακες, αφού, η κλίμακα BDI της κατάθλιψης σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με θετικό συντελεστή συσχέτισης με την κλίμακα του πόνου ( $r=0,65$ ,  $p<0,001$ ). Η κλίμακα του πόνου σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την κλίμακες της κατάθλιψης ( $r=0,62$ ,  $p<0,001$ ), του άγχους ( $r=0,58$ ,  $p<0,001$ ), του θυμού και επιθετικότητας ( $r=0,39$ ,  $p<0,001$ ), του φοβικού άγχους ( $r=0,45$ ,  $p<0,001$ ), του παρανοειδή ιδεασμού ( $r=0,37$ ,  $p<0,001$ ) και του ψυχωτισμού ( $r=0,36$ ,  $p<0,01$ ) με θετικούς συντελεστές συσχέτισης, επομένως, οι ασθενείς που βιώνουν περισσότερο πόνο, σκοράρουν υψηλότερα και στις αντίστοιχες κλίμακες. Επιπλέον, η κλίμακα του πόνου σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την κλίμακα του νευρωτισμού ( $r=0,46$ ,  $p<0,001$ ) (Πίνακας 16).

**Πίνακας 16**

*Συνάφεια (Δείκτες Spearman r) μεταξύ των Ψυχομετρικών Κλίμακας και της ηλικία των ασθενών, της ηλικία νόσησης και της διάρκειας νόσησης*

	Ηλικία		Διάρκεια νόσησης	Πόνος	P
	Ηλικία	εμφάνισης της νόσου			
<b>BDI</b>	0,04	-0,02	-0,08	0,65***	0,000
<b>SCL90</b>					
Σωματοποίηση	-0,19	-0,01	0,05	0,11	0,073
Ψυχαναγκαστικότητα	0,03	0,07	0,11	0,19.	0,082
Διαπροσωπική ευαισθησία	0,05	0,03	0,06	0,64.	0,062
Κατάθλιψη	0,04	0,06	-0,04	0,62***	0,000
Άγχος	-0,06	0,11	-0,08	0,58***	0,000
Θυμός					
Επιθετικότητα	-0,06	-0,01	-0,07	0,39***	0,000

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

Φοβικό άγχος	-0,19	-0,05	-0,12	0,45***	0,000
Παρανοειδής ιδεασμό	0,07	0,06	0,08	0,37***	0,000
Ψυχωτισμός	-0,07	-0,04	0,07	0,36**	0,005
<b>EPQ</b>					
Ψυχωτισμός	0,10	0,03	0,09	0,10	0,072
Νευρωτισμός	0,02	0,07	0,02	0,46***	0,000
Εξωστρέφεια	0,04	-0,04	0,10	-0,15	0,064
Ψεύδος	0,00	0,01	-0,01	-0,20	0,071

Σημείωση: \* $p < 0,05$ . \*\* $p < 0,01$ . \*\*\* $p < 0,001$ .

### Συζήτηση

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης όπως έχει ήδη αναφερθεί είναι να διερευνήσει την συσχέτιση των ψυχοσωματικών παραμέτρων, της προσωπικότητας και των δημογραφικών στοιχείων με την βαρύτητα της Διαπυούμενης Ιδρωταδενίτιδας.

Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα, δεν υπήρξε συσχέτιση μεταξύ της βαρύτητας της νόσου και των ψυχοσωματικών εκδηλώσεων. Η συσχέτιση αυτή είναι αντίθετη με την υπάρχουσα βιβλιογραφία. Καθώς αναμενόταν πως όσο πιο σοβαρές βλάβες θα είχαν οι πάσχοντες (Hurley III) τόσο πιο υψηλή θα ήταν η βαθμολογία τους στις ψυχοσωματικές διαταραχές (Carniciu et al., 2023; Esmann & Jemec, 2011). Μια πιθανή εξήγηση για το εύρημα αυτό είναι ότι οι νοσούντες όπως έχει ανακύψει από την μελέτη του Blanco et al. (2019) φαίνεται να επηρεάζεται η ψυχική τους κατάσταση περισσότερο από την αντίληψη που έχουν για το νόσημα και τις συνέπειες που αυτό θα επιφέρει στην ζωή τους παρά από την ίδια την βαρύτητα του νοσήματος, όπως αυτή αποτυπώνεται από τις κλίμακες Hurley, Refined Hurley και IHS4 των δερματολόγων. Άλλωστε είναι πλέον γνωστό πως οι ψυχικές εκδηλώσεις δεν ακολουθούν το γραμμικό μοντέλο. Σύμφωνα με το οποίο εάν ένας πάσχοντας νοσεί σοβαρά από Ιδρωταδενίτιδα θα πρέπει να εμφανίζει επίσης έντονη ψυχοσωματική επιβάρυνση.

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα το οποίο εξετάστηκε ήταν αν η προσωπικότητα των πασχόντων συσχετίζεται με την βαρύτητα της νόσου. Όμως σε καμία από τις τρεις εξεταζόμενες διαστάσεις, ψυχωτισμός, νευρωτισμός και εξωστρέφεια δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Μια πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να αποτελέσει και ο ίδιος ο ορισμός της προσωπικότητας (APA, 2013). Καθώς σύμφωνα με την 5<sup>η</sup> έκδοση του διεθνές εγχειριδίου για τις ψυχικές διαταραχές η προσωπικότητα είναι ένα σταθερό γνώρισμα του ατόμου, συνεπώς δεν θα

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

μπορούσε να τροποποιηθεί συλλήβδην παρά την επιβάρυνση που βιώνει ένας ασθενής από την νόσο. Ακόμη αξίζει να συνυπολογιστεί πως αρκετοί συμμετέχοντες απαντούσαν με κοινωνικά επιθυμητό τρόπο όπως προκύπτει από την κλίμακα ψεύδους, συνεπώς αν δεν προσπαθούσαν να γίνουν αρεστοί τα αποτελέσματα μπορεί σε κάποιο σημείο να διέφεραν. Σε κάθε περίπτωση χρειάζεται να γίνουν πρόσθετες μελέτες σχετικά με την προσωπικότητα.

Το τρίτο ερώτημα εστιάζει στο αν οι δημογραφικοί παράγοντες συσχετίζονται με τις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις και την προσωπικότητα, όπου βρέθηκαν ισχυρά στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

Πιο αναλυτικά, ως προς το φύλο η στατιστική ανάλυση έδειξε πως οι γυναίκες ήταν πιο επιβαρυνμένες στην κατάθλιψη, την διαπροσωπική ευαισθησία, το άγχος, το φοβικό άγχος, την σωματοποίηση και την ψυχαναγκαστικότητα. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με την διεθνή βιβλιογραφία, καθώς το γυναικείο φύλο έχει μεγαλύτερη συννοσηρότητα με τις περισσότερες διαταραχές εσωτερίκευσης (APA, 2013). Από την έρευνα των Shavit et al. (2015) προκύπτει ότι οι γυναίκες που νοσούν από HS εμφανίζουν πιο συχνά αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία. Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξαν και οι Huilaja et al. (2018). Εντούτοις σε πιο πρόσφατη μελέτη των Rymaszewska et al. (2022) δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως προς τις ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις. Οι διαφοροποιήσεις όμως αυτές μπορεί να οφείλονται στα ίδια τα χαρακτηριστικά του προς μελέτη δείγματος για τον λόγο αυτό χρειάζονται να γίνουν περαιτέρω έρευνες για να διασαφηνιστεί αν πράγματι οι γυναίκες που νοσούν από Ιδρωταδενίτιδα συσχετίζονται θετικά με ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις.

Στην συνέχεια ως προς την οικογενειακή κατάσταση οι συμμετέχοντες που την περίοδο που πραγματοποιήθηκε η έρευνα ήταν χωρίς συντροφική σχέση βίωναν στατιστικά σημαντικά

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

περισσότερο άγχος εν συγκρίσει με όσους είχαν κάποια συντροφική σχέση. Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί με βάση την βιβλιογραφία, καθώς η ύπαρξη μιας καλής συντροφικής σχέσης αποτελεί προστατευτικό παράγοντα για ψυχικές διαταραχές. Όπως έχει γίνει ήδη γνωστό, η συγκεκριμένη νόσος καθιστά τους πάσχοντες μη λειτουργικούς, συνεπώς η απουσία μιας υποστηρικτικής σχέσης ενδέχεται να συμβάλλει περισσότερο στην αβοηθητότητα των πασχόντων με αποτέλεσμα οι ίδιοι να εμφανίζουν αγχώδεις εκδηλώσεις.

Ως προς το μορφωτικό επίπεδο δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές ούτε στην κλίμακα της ψυχοσωματικής επιβάρυνσης ούτε στην κλίμακα της προσωπικότητας. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ίδιο το δείγμα της έρευνας καθώς δεν υπήρχαν σημαντικές διαβαθμίσεις ως προς τα επίπεδα εκπαίδευσης. Συγκεκριμένα, δεν υπήρχαν συμμετέχοντες που να μην έχουν ολοκληρώσει Δευτεροβάθμια εκπαίδευση, η πλειοψηφία είχε ολοκληρώσει Τριτοβάθμια εκπαίδευση, μόλις οκτώ άτομα ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακών τίτλων και δεν υπήρχε κανείς που να κατέχει διδακτορικό. Συνεπώς, το δείγμα ήταν μια ομοιογενή ομάδα χωρίς ακραίες τιμές με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν διαφορές.

Ακόμα σχετικά με τον δείκτη μάζας σώματος, βρέθηκε πως οι υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι σε αντιδιαστολή με τους νοσούντες με κανονικό βάρος έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες στις κλίμακες της διαπροσωπικής ευαισθησίας και του παρανοειδή ιδεασμού. Μια πιθανή εξήγηση για τη συσχέτιση με τη διαπροσωπική ευαισθησία και τον παρανοειδή ιδεασμό ενδεχομένως να είναι η συνεχής εισήγηση που γίνεται από τους δερματολόγους για να χάσουν βάρος. Καθώς η παχυσαρκία είναι ένας από τους βασικούς παράγοντες που επηρεάζει αρνητικά την εξέλιξη του νοσήματος Wolk et al. (2020). Ενώ σύμφωνα με τους Sabat et al. (2020) ενδεχομένως να αποτελεί και αιτιολογικό παράγοντα.

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

Συνεπώς μη μπορώντας να χάσουν το απαιτούμενο βάρος, ενώ γνωρίζουν πόσο κομβικό είναι για την εξέλιξη της νόσου τους, ενδέχεται να γίνονται αρκετά ευαίσθητοι στην κριτική, κάτι που χαρακτηρίζει και την διαπροσωπική ευαισθησία και τον παρανοειδή ιδεασμό (APA, 2013).

Επιπρόσθετα το μέρος του σώματος που οι ασθενείς εκδήλωσαν δερματική βλάβη συσχετίζεται με την μεταβλητή της εξωστρέφειας στην κλίμακα της προσωπικότητας. Βλάβες στην μασχάλη συσχετίζονται με υψηλότερες βαθμολογίες στην εξωστρέφεια, ενώ αντίθετα όσοι έχουν βλάβες σε γεννητικά όργανα, στον πρωκτό ή γλουτιαία σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα της εξωστρέφειας. Ταυτόχρονα, δεν παρατηρούνται διαφορές σε όσους εκδηλώνουν βλάβες υπομάστια. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η ύπαρξη βλάβης στα γεννητικά όργανα και στον πρωκτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την αποφυγή των σεξουαλικών επαφών. Ακόμη το σημείο της βλάβης σε συνδυασμό με τις λάθος διαγνώσεις των ειδικών μπορεί να παρερμηνευτεί με σεξουαλικός μεταδιδόμενα νοσήματα με αποτέλεσμα τα άτομα αυτά να απομονώνονται από τις αλληλεπιδράσεις βιώνοντας φόβο και κοινωνικό στιγματισμό (Esmann & Jemec, 2011; Kouris et al., 2017). Μάλιστα οι βλάβες εκτός από αισθητική συνοδεύονται και από έντονη οσμή η οποία δυσχεραίνει περαιτέρω την καθημερινότητα (Blanco et al., 2019; Gooderham & Papp, 2015). Έτσι γίνονται κατανοητές οι διαφορές ως προς την μεταβλητή της εξωστρέφειας μεταξύ των νοσούντων που εμφανίζουν βλάβη στην μασχάλη που θα μπορούσε να θεωρηθεί ένα ουδέτερο σημείο του σώματος και στα γεννητικά όργανα που είναι συνυφασμένα με την σεξουαλικότητα. Ενώ ότι δεν παρατηρούνται διαφορές υπομάστια μπορεί να οφείλεται επίσης στο ότι είναι μια ουδέτερη περιοχή στο σώμα καθώς επίσης και με δειγματοληπτικές παραμέτρους, διότι μόλις 10 συμμετέχοντες είχαν βλάβες

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

στο εν λόγω σημείο. Συνεπώς χρειάζονται επιπλέον μελέτες που θα μπορούσαν να διευκρινίσουν αν οι βλάβες υπομάστια συσχετίζονται με την εξωστρέφεια θετικά ή αρνητικά.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η μεταβλητή της νοσηλείας για Ιδρωταδενίτιδα, όσοι έχουν νοσηλευτεί παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα της κατάθλιψης, της σωματοποίησης, της διαπροσωπικής ευαισθησίας και του νευρωτισμού και υψηλότερα σκορ στην κλίμακα της εξωστρέφειας. Το εύρημα αυτό δεν αναμένεται από την βιβλιογραφία δεδομένου του ότι για να συντελεστεί νοσηλεία τα συμπτώματα θα πρέπει να είναι σε έξαρση, συνεπώς θα υπάρχουν περισσότερα σημεία του σώματος με βλάβη και εκτεταμένες ουλές, τα οποία επουδενί δεν συμβάλουν στην καλή ψυχική υγεία (Carniciu et al., 2023). Μια πιθανή εξήγηση για το εύρημα αυτό, θα μπορούσε να είναι πως οι νοσηλείες των ασθενών ήταν στο Νοσοκομείο Ανδρέας Συγγρός στο οποίο παρέχονται υπηρεσίες Διασυνδεδετικής, συνεπώς οι πάσχοντες είχαν λάβει κατάλληλη ψυχιατρική υποστήριξη και ήταν πλήρως ενημερωμένοι για την εξέλιξη του νοσήματος. Ακόμη οι νοσηλείες συντελέστηκαν σε παρελθόντα χρόνο, με αποτέλεσμα στο παρόν πράγματι οι νοσούντες να μην είναι σε έξαρση και να είναι όντως λειτουργικοί. Παράλληλα ο μικρός αριθμός των ατόμων που νοσηλεύτηκαν, 11 συμμετέχοντες, δεν επιτρέπει την διεξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

Επιπρόσθετα, σημαντικές σχέσεις βρέθηκαν και με τους ασθενείς που είχαν συνοδές παθήσεις. Οι άνθρωποι αυτοί εμφάνισαν υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα ψυχαναγκαστικότητας, παρανοειδή ιδεασμού και ψυχωτισμού. Στην παρούσα μελέτη συννοσηρότητα εμφάνισαν 33 άτομα που ήταν κυρίως καρδιαγγειακής και ενδοκρινολογικής φύσης, συνεπώς λόγω του μικρού αριθμού των ατόμων που εκτός από την Ιδρωταδενίτιδα είχαν ακόμα ένα νόσημα, τα συμπεράσματα έχουν αρκετούς περιορισμούς. Η σύνδεση μεταξύ της

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

ψυχαναγκαστικότητας και των ατόμων που εμφανίζουν διάφορα οργανικά νοσήματα είναι γνωστή. Μια πιθανή εξήγηση ενδεχομένως να είναι η έμφαση που δίνουν οι νοσούντες στις σωματικές αλλαγές, με αποτέλεσμα να επισκέπτονται συχνότερα τις δομές υγείας και να λαμβάνουν περισσότερες διαγνώσεις σε όλα τα νοσήματα σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Chou et al., 2023). Ακόμη μια πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να είναι ότι οι ενδοκρινολογικές διαταραχές εκτός από άγχος και κατάθλιψη έχουν συσχετιστεί θετικά και με εμφάνιση ψυχωσικών εκδηλώσεων (Aslan et al., 2005).

Επιπλέον, εξετάστηκε και το ψυχιατρικό ιστορικό, το οποίο φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με όλες τις μεταβλητές της ψυχοσωματικής επιβάρυνσης, τον ψυχωτισμό και τον νευρωτισμό ενώ υπάρχει αρνητική συσχέτιση με την μεταβλητή της εξωστρέφειας. Από την ανάλυση αυτή φαίνεται πως το ψυχιατρικό ιστορικό αποτελεί ίσως μια μεταβλητή με τις πιο υψηλά στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις στην ψυχοσωματική επιβάρυνση και στην κλίμακα προσωπικότητας. Αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στον φαύλο κύκλο που δημιουργεί η ύπαρξη ψυχικής νόσου με ένα νόσημα στο οποίο τουλάχιστον το 57% θα εμφανίσει μια ψυχική διαταραχή (Shavit et al., 2015; Shlyankevich et al., 2014). Αξίζει να σημειωθεί, πως η ερώτηση που κλήθηκαν να απαντήσουν οι συμμετέχοντες ήταν εάν είχαν ψυχιατρικό ιστορικό χωρίς να προσδιορίζεται εάν προϋπήρχε της νόσου ή εάν εμφανίστηκε λόγω της επιβάρυνσης της νόσου. Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να αξιολογείται η ψυχική κατάσταση των πασχόντων και να λαμβάνουν άμεσα την κατάλληλη βοήθεια. Ακόμη η μεταβλητή του ψυχιατρικού ιστορικού συσχετίζεται θετικά με την κλίμακα ψυχωτισμού της προσωπικότητας που σύμφωνα με τους κατασκευαστές της EPQ μετρά την ψυχαναγκαστικότητα και τον νευρωτισμό που ομοιάζει με την ιστριονική προσωπικότητα. Αυτό θα μπορούσε να συμβαίνει διότι, υπάρχει μεγάλη

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

συννοσηρότητα μεταξύ των δερματολογικών διαταραχών και της ιδεοψυχαναγκαστικής προσωπικότητας, ανεξάρτητα από την ηλικία και για τα δύο φύλα (Chou et al., 2023). Ακόμη το ψυχιατρικό ιστορικό συσχετίζεται αρνητικά με την εξωστρέφεια, αυτό ενδεχομένως οφείλεται στο γεγονός ότι τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και ιδιαίτερα εσωτερίκευσης δεν εμφανίζουν χαρακτηριστικά εξωστρέφειας (APA, 2013). Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την ίδια την νόσο που επιβαρύνει περαιτέρω τους πάσχοντες και τους ωθεί στην κοινωνική απομόνωση έρχεται σε αντίθεση με την εξωστρέφεια (Shavit et al., 2015). Δεδομένου όμως ότι δεν υπάρχουν μελέτες για τις διαταραχές προσωπικότητας και για την Ιδρωταδενίτιδα οποιαδήποτε σύνδεση μόνο υπόθεση θα μπορούσε να είναι.

Τέλος, εξετάστηκε αν υπήρξε συσχέτιση με την ηλικία των ασθενών, την ηλικία έναρξης της νόσου, την ηλικία διάγνωσης και τον πόνο. Βρέθηκε ότι οι τρεις πρώτες μεταβλητές δεν συσχετίζονταν μεταξύ τους ο πόνος όμως φαίνεται πως επιβαρύνει σημαντικά τους ασθενείς. Για τον λόγο αυτό, η κλίμακα του πόνου συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την κατάθλιψη, το άγχος, τον θυμό, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και από την κλίμακα προσωπικότητας με την μεταβλητή του νευρωτισμού. Αναμενόταν με βάση την βιβλιογραφία πως όσο μεγαλύτερη ήταν η απόσταση μεταξύ της ημερομηνίας έναρξης από την ηλικία διάγνωσης της νόσου, τόσο πιο μεγάλη θα ήταν η επιβάρυνση των νοσούντων, διότι θα είχαν συμπτώματα Ιδρωταδενίτιδας χωρίς να γνωρίζουν τι νόσημα έχουν ούτε θα λάμβαναν την κατάλληλη θεραπεία, όμως αυτό δεν επιβεβαιώθηκε από την παρούσα έρευνα (Saunte et al., 2015). Μια εξήγηση θα μπορούσε να είναι πως όλοι οι νοσούντες είχαν μεγάλη απόκλιση μεταξύ της έναρξης και της διάγνωσης της νόσου, ως εκ τούτου τα δεδομένα ήταν ομοιογενή και γι' αυτό δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Επιπρόσθετα, ίσως η απουσία σχέσης να

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

οφείλεται στο γεγονός ότι όταν έγινε λήψη του δείγματος όλοι λάμβαναν την κατάλληλη θεραπεία και είχαν επαρκή γνώση του νοσήματος, συνεπώς όποια ψυχική ή σωματική επιβάρυνση είχαν νιώσει στο παρελθόν στον παρόντα χρόνο θα είχε αντισταθμιστεί και δεν θα απαντούσαν όντας επιβαρυνμένοι. Σχετικά με τον πόνο και την συσχέτιση του με τις περισσότερες κλίμακες ψυχοπαθολογίας είναι μια έκβαση που αναμενόταν καθώς, με βάση την διεθνή βιβλιογραφία ο πόνος συγκαταλέγεται ανάμεσα στα πιο σημαντικά προβλήματα των νοσούντων από HS (Krajewski et al., 2021), αφού επηρεάζει έως και το 97% των ασθενών (Matusiak et al., 2018). Μάλιστα, τα επώδυνα και δύσσομα αποστήματα συμβάλουν στην χαμηλή αυτοεκτίμηση, στην αποφυγή κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και στα συναισθήματα απελπισίας γεγονός που πυροδοτεί την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας (Dufour et al., 2014). Ενώ η συσχέτιση με την κλίμακα νευρωτισμού που ταυτίζεται με την υστριονική προσωπικότητα θα μπορούσε να οφείλεται στις συμπεριφορές εκδραμάτισης που είναι το δομικό χαρακτηριστικό της διαταραχής, το οποίο ενδέχεται να πυροδοτείται λόγω του πόνου, σε κάθε περίπτωση όμως εξαιτίας της απουσίας ερευνών χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση.

### **Περιορισμοί**

Αναμφίβολα όπως κάθε άλλη έρευνα έτσι και η παρούσα έχει αρκετούς περιορισμούς. Αρχικά, το δείγμα ήταν αρκετά μικρό (N=90), προερχόταν όλο από ένα μόλις Νοσοκομείο, οι συμμετέχοντες ήταν από αστικά κέντρα συνεπώς, ο τρόπος επιλογής του δεν ήταν σύμφωνος με την πιθανοτική δειγματοληψία, αντιθέτως ήταν δείγμα ευκολίας και τα αποτελέσματά του δεν χαιρούν γενίκευσης στον πληθυσμό. Τουτέστιν, τα αποτελέσματα περιορίζονται αποκλειστικά στους συμμετέχοντες του δείγματος. Ακόμα η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο του καλοκαιριού, όπου λόγω των υψηλών θερμοκρασιών και της τριβής των

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

ρούχων υπάρχει σε κάποιο βαθμό επιδείνωση του νοσήματος και της ψυχικής δυσφορίας που αισθάνονται καθώς οι δερματικές βλάβες που είναι στο σώμα είναι πλέον ορατές και στους άλλους. Ακόμη στις προς μελέτη μεταβλητές δεν είχε πραγματοποιηθεί εξίσωση κατά ζεύγη ως εκ τούτου κάποιοι συμμετέχοντες υπερεκπροσωπούσαν κάποιες ομάδες, με αποτέλεσμα να μην διεξάγονται ασφαλή συμπεράσματα. Επιπρόσθετα, για να συμπεριληφθούν όσο το δυνατόν περισσότεροι ασθενείς δεν αποκλείστηκαν όλοι οι συγχυτικοί παράγοντες, όπως οι συννοσηρότητες γεγονός που μπορεί να σχετίζεται με πλασματικές συνάψεις. Περιορισμός θα μπορούσαν να είναι και τα ίδια τα ψυχομετρικά εργαλεία τα οποία ήταν πολυσέλιδα και ενδεχομένως να μην συμπληρώθηκαν με την δέουσα προσοχή. Ακόμη, στην μεταβλητή της προσωπικότητας όπου τόσο το ερωτηματολόγιο, το οποίο δεν ανταποκρίνεται στην τελευταία αναθεώρηση του DSM όσο και το ότι δεν υπάρχουν μελέτες που να εστιάζουν στην προσωπικότητα δυσχεραίνει τη εύρεση τεκμηριωμένων συσχετίσεων. Επιπρόσθετα, το ίδιο το νόσημα το οποίο έχει υφέσεις και εξάρσεις με αποτέλεσμα ο ίδιος ασθενής σε διαφορετικές χρονικές στιγμές ενδεχομένως να βιώνει και διαφορετική επιβάρυνση. Τέλος, εξετάζονταν ασθενείς ως προς την ψυχοσωματική επιβάρυνση και μέσα στο δείγμα υπήρχαν νοσούντες που λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή, ψυχοθεραπεία και απουσία θεραπείας, συνεπώς αν κανείς δεν λάμβανε κάποιας μορφής παρέμβασης τα αποτελέσματα ενδέχεται να ήταν διαφορετικά και να φαινόταν ο πραγματικός αντίκτυπος του νοσήματος στην ψυχική σφαίρα.

### **Μελλοντικές Προεκτάσεις**

Προκειμένου να αποφευχθούν στο μέλλον αυτοί οι περιορισμοί, είναι καλό να μην χρησιμοποιούνται δείγματα ευκολίας και να προσανατολιστούν οι ερευνητές σε τυχαία δείγματα. Επίσης, το δείγμα να μην προέρχεται μόνο από μεγάλα Νοσοκομεία του αστικού

## ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

ιστού. Ακόμα θα ήταν ωφέλιμο σε μελλοντικές έρευνες να ληφθούν μέτρα για να μειωθούν οι συγχυτικοί παράγοντες, όπως οι εξίσωση κατά ζεύγη και η απουσία συννοσηρότητας. Επιπλέον και η διεθνής κοινότητα πρέπει να εστιάσει στην μεταβλητή της προσωπικότητας, τόσο ερευνητικά όσο και προς την κατασκευή σύγχρονων ψυχομετρικών εργαλείων. Έπειτα, εκτός από τις δυο μεταβλητές, άγχος και κατάθλιψη και θα ήταν καλό να γίνουν μελέτες και με άλλες ψυχικές διαταραχές που ενδεχομένως το νόσημα μπορεί να επηρεάζει. Επίσης, μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να εστιάσουν σε επίπεδο μεταανάλυσης στο ρόλο του φύλου, ώστε να αποδειχθεί αν πράγματι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη επιβάρυνση. Ταυτόχρονα, όπως φαίνεται και από την παρούσα μελέτη και από τις προϋπάρχουσες θα πρέπει να υπάρξει καλύτερη ενημέρωση τόσο στην ιατρική κοινότητα όσο και στον γενικό πληθυσμό. Διότι, οι πάσχοντες υπομένουν για πολλά χρόνια τα συμπτώματα μιας νόσου που δεν γνωρίζουν τι είναι και που λαμβάνουν ακατάλληλες θεραπείες διότι τόσο οι δερματολόγοι όσο και οι υπόλοιπες ιατρικές ειδικότητες δεν κάνουν σωστή διαφοροδιάγνωση. Στον ίδιο άξονα, οι θεραπείες που θα παρέχονται στους ασθενείς συνίσταται να είναι ολιστικές, να έχουν ως κορωνίδα την ενημέρωση, να μειώνουν τον πόνο, τις υποτροπές και την ψυχική επιβάρυνση. Για τον λόγο αυτό θα έπρεπε εκτός από τους δερματολόγους μέλη της διεπιστημονικής ομάδας να είναι τόσο οι ψυχίατροι όσο και οι ψυχολόγοι με σκοπό την πολύπλευρη κάλυψη του ασθενούς και των οικείων του. Εν κατακλείδι, θα ήταν σημαντικό και οι ίδιες οι κοινωνίες να εστιάζουν στην πρόνοια των πασχόντων από μια νόσο με κεφαλαιώδη έκπτωση λειτουργικότητας και αδυναμία εργασίας.

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ  
ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

Βιβλιογραφία

- Alexopoulos, D. S., & Kalaitzidis, I. (2004). Psychometric properties of Eysenck personality questionnaire-revised (EPQ-R) short scale in Greece. *Personality and Individual Differences*, 37(6), 1205-1220.
- Alikhan, A., Lynch, P. J., & Eisen, D. B. (2009). Hidradenitis suppurativa: a comprehensive review. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 60(4), 539-561.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaad.2008.11.911>
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Aslan, S., Ersoy, R., Kuruoglu, A. C., Karakoc, A., & Cakir, N. (2005). Psychiatric symptoms and diagnoses in thyroid disorders: a cross-sectional study. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 9(3), 187-192.  
<https://doi.org/10.1080/13651500510029129>
- 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.  
<https://doi.org/10.1001/archinte.163.20.2433>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory-II. *San Antonio*, 78(2), 490-498.
- Caccavale, S., Tancredi, V., Boccellino, M. P., Babino, G., Fulgione, E., & Argenziano, G. (2023). Hidradenitis Suppurativa Burdens on Mental Health: A Literature Review of Associated Psychiatric Disorders and Their Pathogenesis. *Life*, 13(1), 189.  
<https://doi.org/10.3390/life13010189>

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

Carniciu, S., Hafi, B., Gkini, M. A., Tzellos, T., Jafferany, M., & Stamu-O'Brien, C. Secondary psychiatric disorders and the skin. *Dermatological Reviews*.

<https://doi.org/10.1002/der2.211>

Chou, Y. J., Tai, Y. H., Dai, Y. X., Lee, D. D., Chang, Y. T., Chen, T. J., & Chen, M. H. (2023). Obsessive–compulsive disorder and the associated risk of autoimmune skin diseases: a nationwide population-based cohort study. *CNS spectrums*, 28(2), 157-163.

<https://doi.org/10.1017/S1092852921000973>

Derogatis, L.R. (1977). The SCL-90 Manual: Scoring, administration and procedures for the SCL-90. Baltimore: John Hopkins University, School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.

Dhaou, B. B., Boussema, F., Aydi, Z., Baili, L., & Rokbani, L. (2013). Hidradenitis suppurativa (Verneuil's disease). *Journal of the Saudi Society of Dermatology & Dermatologic Surgery*, 17(1), 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.jssdds.2012.06.003>

Dufour, D. N., Emtestam, L., & Jemec, G. B. (2014). Hidradenitis suppurativa: a common and burdensome, yet under-recognised, inflammatory skin disease. *Postgraduate Medical Journal*, 90(1062), 216-221. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2013-131994>

Esmann, S., & Jemec, G. B. (2011). Psychosocial impact of hidradenitis suppurativa: a qualitative study. *Acta dermato-venereologica*, 91(3), 328-332.

<https://doi.org/10.2340/00015555-1082>.

Fabrazzo, M., Cipolla, S., Signoriello, S., Camerlengo, A., Calabrese, G., Giordano, G. M., ... & Galderisi, S. (2021). A systematic review on shared biological mechanisms of depression

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

- and anxiety in comorbidity with psoriasis, atopic dermatitis, and hidradenitis suppurativa. *European Psychiatry*, 64(1), e71. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2249>
- Gooderham, M., & Papp, K. (2015). The psychosocial impact of hidradenitis suppurativa. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 73(5), S19-S22. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.07.054>
- Horváth, B., Janse, I. C., Blok, J. L., Driessen, R. J., Boer, J., Mekkes, J. R., ... & Van Der Zee, H. H. (2017). Hurley staging refined: a proposal by the Dutch Hidradenitis Suppurativa Expert Group. <https://doi.org/hdl.handle.net/2066/169695>
- Huilaja, L., Tiri, H., Jokelainen, J., Timonen, M., & Tasanen, K. (2018). Patients with hidradenitis suppurativa have a high psychiatric disease burden: a Finnish nationwide registry study. *Journal of Investigative Dermatology*, 138(1), 46-51. <https://doi.org/10.1016/j.jid.2017.06.020>.
- Kelly, G., & Prens, E. P. (2016). Inflammatory mechanisms in hidradenitis suppurativa. *Dermatologic clinics*, 34(1), 51-58.
- Kimball, A. B., Sundaram, M., Gauthier, G., Guérin, A., Pivneva, I., Singh, R., & Ganguli, A. (2018). The comorbidity burden of hidradenitis suppurativa in the United States: a claims data analysis. *Dermatology and therapy*, 8, 557-569.
- Kohorst, J. J., Kimball, A. B., & Davis, M. D. (2015). Systemic associations of hidradenitis suppurativa. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 73(5), S27-S35. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2015.07.055>

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

König, A., Lehmann, C., Rompel, R., & Happle, R. (1999). Cigarette smoking as a triggering factor of hidradenitis suppurativa. *Dermatology*, 198(3), 261-264.

<https://doi.org/10.1159/000018126>

Kouris, A., Platsidaki, E., Christodoulou, C., Efstathiou, V., Dessinioti, C., Tzanetakou, V., ... & Kontochristopoulos, G. (2017). Quality of life and psychosocial implications in patients with hidradenitis suppurativa. *Dermatology*, 232(6), 687-691.

<https://doi.org/10.1159/000453355>

Krajewski, P. K., Matusiak, L., Von Stebut, E., Schultheis, M., Kirschner, U., Nikolakis, G., & Szepietowski, J. C. (2021). Pain in hidradenitis suppurativa: a cross-sectional study of 1,795 patients. *Acta Dermato-Venereologica*, 101(1). [https://doi.org/10.2340/00015555-](https://doi.org/10.2340/00015555-3724)

[3724](https://doi.org/10.2340/00015555-3724)

Lawrence, C. M., & Telfer, N. R. (2010). Dermatological surgery. *Rook's textbook of dermatology*, 1, 1-50.

Mackowick, K. M., Barr, M. S., Wing, V. C., Rabin, R. A., Ouellet-Plamondon, C., & George, T. P. (2014). Neurocognitive endophenotypes in schizophrenia: modulation by nicotinic receptor systems. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 52, 79-85. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2013.07.010>

Matusiak, Ł., Szczech, J., Kaaz, K., Lelonek, E., & Szepietowski, J. C. (2018). Clinical characteristics of pruritus and pain in patients with hidradenitis suppurativa. *Acta dermato-venereologica*, 98(2), 191-194. <https://doi.org/10.2340/00015555-2815>

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106(1-2), 127-133. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00301-4](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00301-4)

Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *pain*, 1(3), 277-299. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(75\)90044-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(75)90044-5)

Mystakidou, K., Parpa, E., Tsilika, E., Kalaidopoulou, O., Georgaki, S., Galanos, A., & Vlahos, L. (2002). Greek McGill Pain Questionnaire: validation and utility in cancer patients. *Journal of pain and symptom management*, 24(4), 379-387.

Ντόνιας, Σ., Καραστεργίου, Α., & Μάνος, Ν. (1991). Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist-90-R σε ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, 2, 42-48.

Onderdijk, A. J., Van der Zee, H. H., Esmann, S., Lophaven, S., Dufour, D. N., Jemec, G. B. E., & Boer, J. (2013). Depression in patients with hidradenitis suppurativa. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 27(4), 473-478. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2012.04468.x>

Patel, K. R., Lee, H. H., Rastogi, S., Vakharia, P. P., Hua, T., Chhiba, K., ... & Silverberg, J. I. (2020). Association between hidradenitis suppurativa, depression, anxiety, and suicidality: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 83(3), 737-744. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2019.11.068>

Pavon Blanco, A., Turner, M. A., Petrof, G., & Weinman, J. (2019). To what extent do disease severity and illness perceptions explain depression, anxiety and quality of life in hidradenitis suppurativa? *British Journal of Dermatology*, 180(2), 338-345. <https://doi.org/10.1111/bjd.17123>

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

- Phan, K., Huo, Y. R., & Smith, S. D. (2020). Hidradenitis suppurativa and psychiatric comorbidities, suicides and substance abuse: systematic review and meta-analysis. *Annals of translational medicine*, 8(13).
- Puza, C. J., Wolfe, S. A., & Jaleel, T. (2019). Pain management in patients with hidradenitis suppurativa requiring surgery. *Dermatologic Surgery*, 45(10), 1327-1330. <https://doi.org/10.1097/DSS.0000000000001693>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., ... & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Revuz, J. E., Canoui-Poitaine, F., Wolkenstein, P., Viallette, C., Gabison, G., Pouget, F., ... & Bastuji-Garin, S. (2008). Prevalence and factors associated with hidradenitis suppurativa: results from two case-control studies. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 59(4), 596-601.
- Ring, H. C., Theut Riis, P., Miller, I. M., Saunte, D. M., & Jemec, G. B. (2016). Self-reported pain management in hidradenitis suppurativa. *British Journal of Dermatology*, 174(4), 909-911. <https://doi.org/10.1111/bjd.14266>
- Rymaszewska, J., Krajewski, P., Szczęch, J., & Szepietowski, J. (2022). Depression and anxiety in hidradenitis suppurativa patients: A cross-sectional study among Polish patients. *Advances in Dermatology and Allergology/Postępy Dermatologii i Alergologii*, 39(1). <https://doi.org/10.5114/ada.2022.119080>

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

Sabat, R., Jemec, G. B., Matusiak, Ł., Kimball, A. B., Prens, E., & Wolk, K. (2020). Hidradenitis suppurativa. *Nature reviews Disease primers*, 6(1), 18.

Sánchez-Díaz, M., Montero-Vílchez, T., Quiñones-Vico, M. I., Sierra-Sánchez, Á., Ubago-Rodríguez, A., Sanabria-de la Torre, R., ... & Arias-Santiago, S. (2023). Type D Personality as a Marker of Poorer Quality of Life and Mood Status Disturbances in Patients with Skin Diseases: A Systematic Review. *Acta Dermato-Venereologica*, 103. <https://doi.org/10.2340/actadvv103.2741>

Shavit, E., Dreiherr, J., Freud, T., Halevy, S., Vinker, S., & Cohen, A. D. (2015). Psychiatric comorbidities in 3207 patients with hidradenitis suppurativa. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 29(2), 371-376. <https://doi.org/10.1111/jdv.12567>

Shlyankevich, J., Chen, A. J., Kim, G. E., & Kimball, A. B. (2014). Hidradenitis suppurativa is a systemic disease with substantial comorbidity burden: a chart-verified case-control analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 71(6), 1144-1150. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2014.09.012>

Smarr, K. L., & Keefer, A. L. (2011). Measures of depression and depressive symptoms: beck depression inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), geriatric depression scale (GDS), hospital anxiety and depression scale (HADS), and patient health Questionnaire-9 (PHQ-9). *Arthritis care & research*, 63(S11), S454-S466. <https://doi.org/10.1002/acr.20556>

de Souza, D. F., Wartchow, K., Hansen, F., Lunardi, P., Guerra, M. C., Nardin, P., & Gonçalves, C. A. (2013). Interleukin-6-induced S100B secretion is inhibited by haloperidol and

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

- risperidone. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 43, 14-22. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2012.12.001>
- Tiri, H., Jokelainen, J., Timonen, M., Tasanen, K., & Huilaja, L. (2018). Somatic and psychiatric comorbidities of hidradenitis suppurativa in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 79(3), 514-519. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.02.067>
- Tugnoli, S., Agnoli, C., Silvestri, A., Giari, S., Bettoli, V., & Caracciolo, S. (2020). Anger, emotional fragility, self-esteem, and psychiatric comorbidity in patients with hidradenitis suppurativa/acne Inversa. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 27, 527-540.
- Tzur Bitan, D., Berzin, D., & Cohen, A. D. (2020). Hidradenitis suppurativa and schizophrenia: a nationwide cohort study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 34(3), 574-579. <https://doi.org/10.1111/jdv.15997>
- Van der Zee, H. H., de Ruiten, L., Van Den Broecke, D. G., Dik, W. A., Laman, J. D., & Prens, E. P. (2011). Elevated levels of tumour necrosis factor (TNF)- $\alpha$ , interleukin (IL)-1 $\beta$  and IL-10 in hidradenitis suppurativa skin: a rationale for targeting TNF- $\alpha$  and IL-1 $\beta$ . *British Journal of Dermatology*, 164(6), 1292-1298. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.2011.10254.x>
- Verneuil, A. (1854). Etudes sur les tumeurs de la peau; de quelques maladies des glandes sudoripares. *Arch Gen Med*, 4(447), 693.

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΠΥΟΥΜΕΝΗΣ ΙΔΡΩΤΑΔΕΝΙΤΙΔΑΣ

Von der Werth, J. M., & Williams, H. (2000). The natural history of hidradenitis

suppurativa. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 14(5), 389-392. <https://doi.org/10.1046/j.1468-3083.2000.00087.x>

Wolk, K., Join-Lambert, O., & Sabat, R. (2020). Aetiology and pathogenesis of hidradenitis

suppurativa. *British Journal of Dermatology*, 183(6), 999-1010. <https://doi.org/10.1111/bjd.19556>

Zouboulis, C. C., Benhadou, F., Byrd, A. S., Chandran, N. S., Giamarellos-Bourboulis, E. J.,

Fabbrocini, G., ... & van der Zee, H. H. (2020). What causes hidradenitis suppurativa? 15 years after. *Experimental dermatology*, 29(12), 1154-1170.

<https://doi.org/10.1111/exd.14214>

Zouboulis, C. C., Tzellos, T., Kyrgidis, A., Jemec, G. B. E., Bechara, F. G., Giamarellos-

Bourboulis, E. J., ... & Kimball, A. B. (2017). Development and validation of the International Hidradenitis Suppurativa Severity Score System (IHS4), a novel dynamic scoring system to assess HS severity. *British Journal of dermatology*, 177(5), 1401-1409.

<https://doi.org/10.1111/bjd.15748>