



Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΘΕΤΙΚΩΝ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΝΟΣΟΥΣ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ: Ο ΡΟΛΟΣ
ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ Η
ΣΧΕΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΥΗΜΕΡΙΑΣ**

Υπό τον

ΑΝΤΩΝΙΟ ΜΠΟΖΑ ΨΥΧΟΛΟΓΟ

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ ΤΩΝ
ΠΡΟΥΠΟΘΕΣΕΩΝ ΑΠΟΝΟΜΗΣ ΤΟΥ ΠΜΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΟΥ
ΠΟΝΟΥ ΤΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

2016

©ΑΝΤΩΝΙΟΣ ΜΠΟΖΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

Μεταπτυχιακή εργασία ΠΜΣ Αντιμετώπισης του Πόνου

**Διερεύνηση Θετικών ψυχολογικών παραγόντων σε ασθενείς με νόσους του
Γαστρεντερολογικού Συστήματος: Ο ρόλος τους στη διαμόρφωση του
αναφερόμενου πόνου και η σχέση τους με τα επίπεδα ψυχολογικής ευημερίας.**

Μπόζας Αντώνιος: Ψυχολόγος Α.Π.Θ.

ΑΕΜ : 192

*Ακαδημαϊκός Επόπτης: Δρ. Δημήτρης Δαμίγος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής
Ψυχολογίας – Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*

*Κλινική Επόπτρια: Δρ. Χολέβα Βασιλική, Κλινική Ψυχολόγος, Α' Ψυχιατρική Κλινική
Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου*

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	8
ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ^ο : Εισαγωγή.....	10
1.1 Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι Εντέρου (ΙΦΝΕ).....	11
1.1.1. Γενετικοί Παράγοντες.....	12
1.1.2. Ανοσολογικοί Παράγοντες.....	13
1.1.3. Περιβαλλοντικοί Παράγοντες.....	14
1.2. Ελκώδης Κολίτιδα.....	15
1.3. Νόσος του Chrohn.....	17
1.4. Λειτουργικές Γαστρεντερολογικές Διαταραχές.....	20
1.4.1. Παθοφυσιολογία – Γενετικοί Παράγοντες.....	21
1.4.2. Άξονας Εγκέφαλος – Έντερο.....	22
1.4.3. Ανώμαλη κινητικότητα και σπλαχνική υπερευαισθησία.....	23
1.4.4. Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες και Ψυχιατρικά συμπτώματα.....	24
1.5. Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση.....	25
1.6. Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ^ο : Ψυχογαστρεντερολογία.....	31
2.1. Ψυχιατρική Συννοσηρότητα στις ΙΦΝΕ.....	32
2.2. Ψυχολογικοί παράγοντες και παράγοντες Προσωπικότητας στις ΙΦΝΕ.....	34
2.3. Ψυχιατρική Συννοσηρότητα στις Λειτουργικές διαταραχές.....	36
2.4. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες των Λειτουργικών διαταραχών.....	38
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ^ο : Θετική Ψυχολογία της Υγείας.....	40
3.1. Θετική Ψυχολογία της Υγείας: Βασικές Αρχές.....	40
3.2. Βασικοί Θετικοί Ψυχολογικοί παράγοντες.....	44
3.2.1. Ενσυνειδητότητα.....	45

3.2.2. Ανθεκτικότητα.....	47
3.2.3. Ικανοποίηση από τη ζωή.....	49
3.2.4. Ψυχολογικό Ευ Ζην.....	50
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ^ο : Σκοπός και σημασία της παρούσας έρευνας.....	53
ΜΕΡΟΣ II : ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ^ο : Μεθοδολογία.....	57
5.1. Δείγμα.....	57
5.2. Ψυχομετρικές Κλίμακες Αξιολόγησης.....	58
ΜΕΡΟΣ III: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 ^ο : Αποτελέσματα.....	62
6.1. Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος.....	62
6.2. Αναλύσεις Διακύμανσης.....	63
6.3. Έλεγχος μέσων τιμών σε ανεξάρτητα δείγματα.....	66
6.4. Αναλύσεις Συσχέτισης.....	68
6.5. Αναλύσεις Γραμμικής Παλινδρόμησης.....	70
ΜΕΡΟΣ IV: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 ^ο : Συμπεράσματα.....	74
7.1. Ερευνητικοί Περιορισμοί και Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	79
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ:ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΨΥΧΟΜΕΤΡΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ	

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα Μεταπτυχιακή εργασία αποτελεί μία προσπάθεια μελέτης των θετικών ψυχολογικών παραγόντων σε ασθενείς με Λειτουργικές στομαχικές διαταραχές και Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου. Είναι μία ακόμη προσπάθεια στη όλο και αυξανόμενη τάση της διεθνούς ερευνητικής δραστηριότητας για τη σημασία της επίδραση των θετικών συναισθημάτων στη βιολογική νόσο και το κατά πόσο τα συναισθήματα αυτά μπορούν να παίξουν καθοριστικό ρόλο στη διαχείριση της ασθένειας. Η προαγωγή και η καλλιέργειά τους, μέσα από ψυχοθεραπευτικές τεχνικές και παρεμβάσεις, ίσως είναι ένα από τα βασικά κομμάτια τα οποία συνθέτουν το πάζλ της σύγχρονης ολιστικής αντιμετώπισης της ασθένειας, πιστά πάντα στην πρόωμη αλλά πάντα επίκαιρη ιδέα της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης του ασθενή.

Η εργασία αυτή δεν αποτελεί μόνο την ολοκλήρωση μίας σειράς ακαδημαϊκών υποχρεώσεων για την περάτωση φοίτησης και την απόκτηση του Π.Μ.Σ. της αντιμετώπισης του Πόνου του Ιατρικού τμήματος του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Για εμένα αποτελεί το επιστέγασμα της αναζήτησης αλλά και της γνωριμίας με την ουσία της σύγχρονης ασθένειας και νόσου, τον άνθρωπο που υποφέρει και που στόχος του κάθε ειδικού υγείας είναι όχι μόνο η ίαση του, αλλά η φροντίδα, η ενεργητική ακρόαση και η εξασφάλιση της ποιότητας ζωής του.

Είναι σημαντικό να προχωρήσω σε μία σειρά από ευχαριστίες. Πρώτα από όλα θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους εκείνους τους ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων γαστρεντερολογίας του Γενικού Νοσοκομείου Παπαγεωργίου, για τη συμμετοχή τους στην έρευνα, που με τη διάθεσή τους να συνεργαστούν και να δείξουν ενδιαφέρον, με βοήθησαν να προσπαθήσω να καταλάβω τι πραγματικά χρειάζεται ένα άτομο το οποίο νοσεί στο γαστρεντερολογικό του σύστημα.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω το κύριο Δημήτρη Δαμίγο, επίκουρο καθηγητή Ιατρικής Ψυχολογίας και επόπτη της παρούσας εργασίας, για τη συνεργασία που είχαμε και για τη διάθεσή του να μας μνήσει στη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση του πόνου και της ασθένειας. Ευχαριστίες οφείλω και στο Δρ. Αθανάσιο Καλαμπάκα, διευθυντή του γαστρεντερολογικού τμήματος του νοσοκομείου, το Δρ. Στέργιο Γκαγκάλη, Επιμελητή Α' Γαστρεντερολόγο για την σημαντική του βοήθεια και το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού για την εξαιρετική συνεργασία, την ιδιαίτερη

βοήθεια τους στη συλλογή του δείγματος αλλά και τις ωραίες ώρες που περάσαμε στο τμήμα.

Θέλω να εκφράσω τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μου στη κλινική μου επόπτρια κα Βασιλική Χολέβα, Δρ. Κλινικής Ψυχολογίας της Α' Ψυχιατρικής Κλινικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου, όχι μόνο για τη βοήθεια, τις οδηγίες και την εποπτεία της (χωρίς την ίδια δεν θα είχε ολοκληρωθεί η συγκεκριμένη εργασία), αλλά για τη συνολική της παρουσία. Η Κα Χολέβα αποτέλεσε η αφορμή για να έρθω σε επαφή με το χώρο της Θετικής Ψυχολογίας και να ξεκινήσω να είμαι ένθερμος υποστηρικτικής της. Την ευχαριστώ λοιπόν διότι τα τελευταία 5 χρόνια αποτελεί σημαντική παρουσία για τη προσωπική μου επαγγελματική εξέλιξη, μέσα από τη μετάδοση των γνώσεων της, της πολύτιμης εμπειρίας της και τις ευκαιρίες που μου έχει δώσει. Κυρίως όμως την ευχαριστώ, γιατί με έμαθε τι σημαίνει επαγγελματίας ψυχικής υγείας, χωρίς προκαταλήψεις και παρωπίδες, αλλά με συνέπεια απέναντι στο επάγγελμα αλλά και στον άνθρωπο.

Πολλά ευχαριστώ πρέπει να εκφράσω στους φίλους μου, οι οποίοι ήταν δίπλα μου ανεξάντλητα σε όλη τη πορεία του μεταπτυχιακού μου. Οι στήριξή τους, η καλή τους διάθεση και η παρουσία τους ήταν αναπόσπαστο κομμάτι για την ολοκλήρωση της εργασίας. Τέλος, το σημαντικότερο ευχαριστώ το οφείλω στην οικογένειά μου, τους γονείς και την αδερφή μου, για τη στήριξη, την εμπιστοσύνη και το ενδιαφέρον τους, μα κυρίως γιατί με έχουν κάνει τον άνθρωπο που είμαι σήμερα.

Αντώνης Μπόζας

“People are just as wonderful as sunsets if you let them be. When I look at a sunset, I don't find myself saying, Soften the orange a bit on the right hand corner. I don't try to control a sunset. I watch with awe as it unfolds.”

— Carl R. Rogers, A Way of Being

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Διερεύνηση Θετικών ψυχολογικών παραγόντων σε ασθενείς με νόσους του Γαστρεντερολογικού Συστήματος: Ο ρόλος τους στη διαμόρφωση του αναφερόμενου πόνου και η σχέση τους με τα επίπεδα ψυχολογικής ευημερίας.

Στόχος: Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ των θετικών χαρακτηριστικών και ανέφερα πόνου σε ασθενείς με λειτουργικές γαστρεντερικές νόσους (FGIDs) και Ευερέθιστου Νοσήματα του Εντέρου (ΙΦΝΕ).

Σχεδιασμός: Οι συμμετέχοντες ασθενείς (N = 100) συμπλήρωσαν τη κλίμακα ανθεκτικότητας ενήλικων (Resilience scale), τη κλίμακα της Ενσυνειδητότητας – Προσοχής εστιασμένης στο παρόν (MAAS), τη κλίμακα Ικανοποίησης από τη ζωή (SWLS) και τη κλίμακα Ψυχολογικού Ευ ζην (PWBS) προκειμένου να διερευνηθούν οι θετικές διαστάσεις τους. Παράλληλα συμπλήρωσαν και τη αριθμητική κλίμακα πόνου για τη μέτρηση του αναφερόμενου πόνου τους στα πλαίσια της γαστρεντερολογικής τους συμπτωματολογίας.

Αποτελέσματα: Οι ασθενείς στο σύνολό τους, βρέθηκε να εμφανίζουν σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις ανάμεσα στη συμπτωματολογία του πόνου τον οποίο παρουσιάζουν και τις θετικές ψυχολογικές διαστάσεις τους. Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των γαστρεντερολογικών διαγνώσεων αναφορικά με τις θετικές διαστάσεις εκτός της ομάδας ασθενών με νόσο του Crohn, όπου θετικά χαρακτηριστικά βρέθηκε να λειτουργούν ως σημαντικοί προβλεπτικοί παράγοντες του πόνου. Επίσης, το επίπεδο εκπαίδευσης βρέθηκε να επηρεάζει την ψυχολογική ευημερία και η εργασιακή κατάσταση βρέθηκε ότι επηρεάζει τη συνολική ανθεκτικότητα και την ικανοποίηση από τη ζωή.

Συμπεράσματα: Δεν υπήρξαν διαφοροποιήσεις μεταξύ των τεσσάρων κύριων διαγνώσεις, εκτός της νόσου του Crohn, όπου ο πόνος βρέθηκε να επηρεάζεται από τους θετικούς ψυχολογικούς παράγοντες. Θετικά συναισθήματα, όπως στρατηγικές αντιμετώπισης μπορούν να βοηθήσουν σε μια ιδιαίτερη στρεσογόνο κατάσταση, όπως μια φλεγμονή. Παράλληλα, η εκδήλωση πόνου ίσως επηρεάζεται και από άλλα χαρακτηριστικά και πιο ειδικά από την ενσυνειδητότητα, την αναφερόμενη ικανοποίηση από τη ζωή και την αυτονομία. Η ανθεκτικότητα είναι ένας θετικός ψυχολογικός παράγοντας ο οποίος επηρεάζει τη συνολική ψυχολογική ευημερία.

Λέξεις κλειδιά: Γαστρεντερολογικές διαταραχές, ανθεκτικότητα, ενσυνειδητότητα, ψυχολογικό ευ ζην, πόνος.

ABSTRACT

Positive Traits, Psychological Well - Being and Pain in patients with diseases of the gastrointestinal system

Objective: Investigation of the relationship between positive characteristics and reported pain in patients with Functional Gastrointestinal Diseases (FGIDs) and Irritable Bowel Diseases (IBDs).

Design: Participants (N = 100) completed the Resilience Scale, the Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), the Satisfaction with Life Scale (SWLS) and the Psychological Well-Being Scale (PWBS) in order to investigate positive dimensions and the Numeric Pain Rating Scale for their related pain.

Results: Patients displayed significant negative correlations between related pain and positive characteristics. There were no significant differences between groups on positivity but in Crohn's disease group, positive characteristics were significant predictors of pain. Also education level was found to affect the psychological well – being and job status affected the total resilience and the satisfaction with life.

Conclusions: No differentiations between the three main GI diagnoses, except Crohn disease, were pain was found to be affected by positive domains. Positive emotions, as coping strategies can help in a great stressor situation like an inflammation. Dealings of pain expression and other features specific to mindfulness, satisfaction with life and autonomy. Resilience is a positive psychological factor that affects the overall psychological well-being.

Key words: Gastrointestinal diseases, resilience, mindfulness, psychological well – being, pain

ΜΕΡΟΣ Ι: ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Εισαγωγή

Η συσχέτιση μεταξύ των γαστρεντερολογικών προβλημάτων και ψυχικής ευαλωτότητας δεν περιορίζεται στη σύνδεση συναισθηματικής μεταβολής και παθολογικών συμπτωμάτων. Στην πραγματικότητα, το γαστρεντερολογικό σύστημα, ενώ ανταποκρίνεται στις περιβαλλοντικές συνθήκες και στους φυσιολογικούς παράγοντες, είναι επίσης άμεσα συνδεδεμένο με τον εγκέφαλο, βάση του "άξονα εγκέφαλος – έντερο", δημιουργώντας επιπλέον ευαισθησία στην ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων και το αντίστροφο (Jones, Dille, Drossman & Crowell, 2006). Είναι χαρακτηριστικός και ο καθορισμός μιας ομάδας δυσκολιών του πεπτικού συστήματος με τον όρο λειτουργικές διαταραχές του στομάχου.

Όπως αποδεικνύεται από μελέτες που εξετάζουν τις φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (IBD), εντός ενός βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου, καθώς και των λειτουργικών διαταραχών του στομάχου αλλά και των ηπατικών νόσων (Bitton et al., 2008), το γεγονός αυτό ισχύει για το σύνολο των γαστρεντερολογικών διαταραχών. Η παθοφυσιολογική ανασκόπηση του γαστρεντερολογικού συστήματος αναδεικνύει εκείνες τις νοσολογικές οντότητες, οι οποίες παρουσιάζουν κοινά χαρακτηριστικά και οι οποίες φαίνεται να επηρεάζονται από ψυχολογικούς παράγοντες. Σημαντικές δυσκολίες στη προσαρμοστικότητα του ατόμου δημιουργούν ιδιαίτερα και οι φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου, οι λειτουργικές διαταραχές του στομάχου καθώς και οι ηπατικές νόσοι. Το άτομο καλείται να διαχειριστεί μία δύσκολη κατάσταση υγείας σε βάθος χρόνου, γεγονός που επιδρά άμεσα στη καθημερινή του λειτουργικότητα.

Πρόσφατες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στα αποτελέσματα δυσλειτουργιών μεταξύ του άξονα εγκεφάλου - εντέρου, οι οποίες μπορούν να εξηγήσουν την

παθογένεση των Ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου καθώς και των Λειτουργικών γαστρεντερικών διαταραχών. Αυτές μπορούν να περιλαμβάνουν μία σειρά από σοβαρές καταστάσεις, όπως μια ανωμαλία στο άξονα αυτόματο νευρικό σύστημα - υποθάλαμος - υπόφυση -επινεφρίδια, ανωμαλία μεταξύ της σύνδεσης εντερικής μικροχλωρίδας και εγκεφάλου καθώς και σημαντικές επιπτώσεις κάποιας νευροψυχιατρικής εκδήλωσης (συναισθηματική δυσφορία, άγχος, κατάθλιψη) (Bonaz και Bernstein, 2013).

1.1. Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Γαστρεντερολογικού (ΙΦΝΕ)

Οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου (IBD), συμπεριλαμβανομένων της ελκώδους κολίτιδας (UC) και της νόσου του Crohn (CD) είναι δια βίου, υποτροπιάζουσες, διαλείπουσες και φλεγμονώδεις καταστάσεις που έχουν υψηλή επίπτωση στην ποιότητα της ζωής και τη σωματική, ψυχολογική, κοινωνική και επαγγελματική λειτουργικότητα (Larsson, Loof, Ronnblom, Nordin, 2008).

Όπως και άλλες χρόνιες ασθένειες χωρίς θεραπεία, οι IBD απαιτούν ένα μοναδικό σύνολο δεξιοτήτων αυτο-διαχείριση του ασθενούς καθώς και προσήλωση σε πολύπλοκες φαρμακευτικές αγωγές και κατευθυντήριες γραμμές για την επιτήρηση της ανάπτυξης καρκίνου, την κατάλληλη διαχείριση των παρενεργειών των φαρμάκων, εξτραεντερικά συμπτώματα, και αλλαγές στον τρόπο ζωής όταν είναι απαραίτητο (π.χ. διαχείριση του στρες, υγιεινή διατροφή, η διακοπή του καπνίσματος) (Jones, Wessinger & Crowell, 2006).

Η κλινική έκφραση των ΙΦΝΕ είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης περιβαλλοντικών παραγόντων, γενετικών καθώς και παραγόντων οι οποίοι

σχετίζονται με το ανοσολογικό σύστημα του ξενιστή. Επομένως η προσέγγιση της αιτιοπαθογένειας τους κινείται στη λογική της πολυπαραγοντικότητας η οποία χαρακτηρίζει τα συγκεκριμένα νοσήματα. Η ερευνητική δραστηριότητα τις τελευταίες δεκαετίες έχει αναδείξει σημαντικούς αιτιολογικούς παράγοντες για τη φύση και την προέλευση της εκδήλωσης των συγκεκριμένων νοσημάτων.

Παθοφυσιολογία

1.1.2. Γενετικοί Παράγοντες

Η επικρατέστερη υπόθεση για την αιτιοπαθογένεια των ΙΦΝΕ παρουσιάζει τις φλεγμονώδεις νόσους ως αποτέλεσμα μιας απορυθμισμένης, επιμένουσας ανοσολογικής απάντησης έναντι της φυσιολογικής εντερικής χλωρίδας και άλλων αντιγονικών παραγόντων, που εμφανίζεται σε άτομα με γενετική προδιάθεση και ενισχύεται από διαταραχές της λειτουργίας του εντερικού επιθηλιακού φραγμού και του ανοσοποιητικού συστήματος του βλεννογόνου (Hanauer, 2006).

Η γονιδιακή έρευνα αναδεικνύει κυρίως τρεις γενετικούς παράγοντες οι οποίοι φαίνεται ότι έχουν σχέση με την αιτιολογία και την εκδήλωση των ΙΦΝΕ και συγκεκριμένα α) γονίδια εντός του μείζονος συμπλέγματος ιστοσυμβατότητας (HLA) , β) γονίδια εκτός του συμπλέγματος ιστοσυμβατότητας (TNF – α) και γ) χαρτογράφηση του γενετικού υλικού. Η ανάλυση της σύνδεσης των γονιδίων (Linkage Analysis), είναι σημαντική έτσι ώστε να εντοπισθούν τα υποψήφια εμπλεκόμενα γονίδια. Τα χρωμοσώματα τα οποία έχουν βρεθεί να εμπλέκονται στην ανάπτυξη των ΙΦΝΕ είναι τα 1, 3, 4,5, 6,7,10,12,14,16,17,18 και 19 (Satsangl, Farrant, Jewell, Bell, Welsh, Bunce και Julier, 1996).

1.1.3. Ανοσολογικοί παράγοντες

Οι ΙΦΝΕ είναι χρόνιες μορφές εντεροπάθειας. Κινητοποιούνται σε γενετικώς προδιατιθέμενα άτομα από απώλεια της ανοσιακής ανοχής έναντι των συμβιωτικών μικροοργανισμών της εντερικής χλωρίδας. Αυτή δικαιολογείται είτε από τη παρουσία εντερικής φλεγμονής που προκαλεί οποιοδήποτε ενδογενές ή εξωγενές αίτιο. Οι υφέσεις και οι εξάρσεις στις ΙΦΝΕ ακολουθούν ακριβώς το μοτίβο της χρονιότητας τους με συνεχείς εναλλαγές μεταξύ των. Η παρέμβαση του ανοσιακού συστήματος έγκειται στην ικανότητα του ανοσιακού ιστού να κατευνάσει, ή μη, τη φλεγμονώδη αντίδραση, έτσι ώστε να αποτραπεί η χρόνια φλεγμονή που χαρακτηρίζει τις ΙΦΝΕ (Atreya, Atreya, και Neurath, 2008)

Κατά την εκδήλωση ΙΦΝΕ παρατηρείται διαταραχή της κυτταρικής και της χυμικής ανοσίας μετά τη ενεργοποίηση κάποιου ειδικού ή μη ειδικού αντιγόνου. Αυτή η διαταραχή μπορεί να είναι αιτία ενεργοποίησης παθολογίας είτε, εάν έχει ήδη εκδηλωθεί κάποια νόσος, να την επιβαρύνει. Η ενεργοποίηση μία σειράς ανοσολογικών κυτταρικών μηχανισμών, απέναντι στη παρουσία αντιγόνου, φαίνεται να επιδρά επιβαρυντικά στην εκδήλωση της φλεγμονής (Feldman, Friedman και Brandt, 2015). Συγκεκριμένα, ο μηχανισμός που συνδέεται με τη εκδήλωση βλάβης, αναφέρεται στην ενεργοποίηση των Τ λεμφοκυττάρων, των ιστικών μακροφάγων, των μαστοκυττάρων και των ινοβλαστών.

Με τη σειρά τους αυτά παράγουν κυταροκίνες, προσταγλαδίνες, ελεύθερες ρίζες οξυγόνου οι οποίες ευθύνονται για την πρόκληση κάποιας ιστικής βλάβης. Σε επίπεδο ανοσολογικής απόκρισης είναι σημαντική η αλληλεπίδραση λεμφοκυττάρων – αντιγόνων. Η παρουσία των αντιγονοπαρουσιαστικών, προκαλώντας τη φλεγμονώδη αντίδραση, οδηγεί στην ενεργοποίηση των Τ λεμφοκυττάρων τα οποία με τη σειρά τους τα απορροφούν. Η παραγόμενη ιντερλευκίνη συμβάλλει στην

περαιτέρω ενεργοποίηση των T λεμφοκυττάρων, ενεργών και ρυθμιστικών μέσω της ανοσολογικής ανοχής (Feldman, Friedman και Brandt, 2015)

1.1.4. Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

Η συνεχόμενη αύξηση της εκδήλωσης των ΙΦΝΕ παγκοσμίως, αναδεικνύει τη σημαντική συμβολή των διάφορων περιβαλλοντικών παραγόντων οι οποίοι φαίνεται να κατέχουν σημαντική θέση τόσο στην εκδήλωση όσο και στην επίπτωση των νοσημάτων αυτών. Αναφορικά με το κάπνισμα, ως επιβαρυντικό παράγοντα, ο μηχανισμός δράσης του δεν είναι ξεκάθαρος. Φαίνεται ότι συμβάλει στη διαταραχή της παραγωγής μεταβολιτών του αραχιδονικού οξέος και στη λειτουργία του βλενογονικού φραγμού του εντέρου. Παράλληλα φαίνεται ότι εμπλέκεται και στους μηχανισμούς της κυτταρικής και χυμικής ανοσίας, ενώ μπορεί να επηρεάσει το ανοσολογικό σύστημα στη παραγωγή των T – λεμφοκυττάρων και των μακροφάγων (Birrenbach και Böcker, 2004).

Η χρήση Μη Στεροειδών Αναλγητικών Φαρμάκων (ΜΣΑΦ), έχει κατηγορηθεί ότι επηρεάζει τις υποτροπές της νόσου, με τα ευρήματα όμως των διάφορων ερευνών να μην συμφωνούν μεταξύ τους. Αυτό ίσως να οφείλεται και στο ιδιαίτερο φαρμακολογικό προφίλ του κάθε ΜΣΑΦ και στο πως επιδρά στη εκδήλωση της φλεγμονής στη κάθε νόσο (Forrest, Symmons και Foster, 2004).

Άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες που έχουν συνδεθεί ερευνητικά με τις ΙΦΝΕ είναι η προηγηθείσα σκωληκοειδεκτομή, η χρήση αντισυλληπτικών φαρμάκων, λοιμώξεις στη παιδική ηλικία και κάποιοι διαιτητικοί παράγοντες (Ananthakrishnan, 2013). Ο ρόλος της διατροφής είναι σημαντικός τόσο αναφορικά με την εκδήλωση των νοσημάτων, μέσω της επιρροής της μικροχλωρίδας του εντέρου, όσο και κατά την αντιμετώπιση της νόσου. Τα αποτελέσματα των διάφορων

ερευνών είναι δύσκολο να επιδείξουν συγκεκριμένη συσχέτιση μεταξύ διατροφής και ΙΦΝΕ. Φαίνεται όμως ότι μία διατροφή χαμηλή σε κατανάλωση φυτικών ινών και παράλληλα υψηλή σε κατανάλωση λιπαρών τροφών, συναντάται στα άτομα με ΙΦΝΕ. Η μεσογειακή διατροφή έχει προταθεί σαν προστατευτικός παράγοντας στις περιπτώσεις γαστρεντερολογικών προβλημάτων αυτής της κατηγορίας και όχι μόνο (Ananthakrishnan, 2013).

1.2. Ελκώδης Κολίτιδα

Πρόκειται για νόσο που η οποία παρουσιάζει υποτροπιάζοντα επεισόδια φλεγμονής του βλεννογόνου του παχέος εντέρου. Αρχικά προσβάλλεται ο βλεννογόνος του ορθού και στη συνέχεια μπορεί να επεκταθεί κατά μήκος του ιστού του παχέος εντέρου. Η νόσος εμφανίζεται πιο συχνά σε νεαρά άτομα με ηλικία έναρξης να δύναται να είναι και τα 10 έτη, χωρίς να σημαίνει ότι δεν μπορεί να εμφανιστεί και σε ηλικία άνω των 40 για πρώτη φορά (Loftus, 2004)

Η έκταση της προσβολής του παχέος εντέρου καθορίζει και τη σοβαρότητα της νόσου και κατά επέκταση και τη θεραπευτική αντιμετώπισή της. Έτσι οι διάφοροι τύποι μπορεί να είναι οι : η ελκώδης ορθίτιδα η οποία περιορίζεται στον όρθο, η περιφερική κολίτιδα η οποία επεκτείνεται περίπου στη μέση του σιγμοειδούς, η αριστερή κολίτιδα που εκτείνεται έως την σπληνική καμπή, η εκτεταμένη κολίτιδα έως την ηπατική καμπή και η πανκολίτιδα που προσβάλλει ολόκληρο το παχύ έντερο (Loftus, 2004).

Σε επίπεδο κλινικών χαρακτηριστικών, τα βασικά τα οποία συναντώνται στην ελκώδη κολίτιδα είναι η διάρροια, η απώλεια αίματος από τον όρθο και το κοιλιακό άλγος. Η παρουσία φλεγμονής στο ορθό οδηγεί στη μείωση της ελαστικότητας και της αποθηκευτικής ικανότητας του ορθού και στην αύξηση της ευαισθησίας και της

συσπαστικότητα του. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία αισθήματος επείγουσας τάσης για αφόδευση, ατελούς κένωσης και της παρουσίας ακράτειας, που οδηγούν τον ασθενή σε περιορισμό των δραστηριοτήτων του (Sands, 2004).

Το κοιλιακό άλγος δεν αποτελεί προεξάρχον σύμπτωμα της ελκώδους κολίτιδας και για αυτό, όταν ο πόνος είναι συνεχόμενος και επίμονος τότε πιθανό να οφείλεται σε προέκταση της φλεγμονής κατά μήκος του παχέος εντέρου (Loftus, 2004). Καθώς είναι σύνηθες να συνυπάρχουν συμπτώματα ευερέθιστου εντέρου, το κοιλιακό άλγος μπορεί να εκδηλώνεται στα πλαίσια μιας τέτοιας συμπτωματολογίας και να δημιουργεί μεγαλύτερη δυσκολία στο άτομο. Είναι δυνατό να εμφανίζονται και συμπτώματα αναιμίας, όπως αδυναμία, ναυτία και απώλεια βάρους, λόγω περιορισμένης λήψης τροφής η οποία οφείλεται στην απώλεια όρεξης. Ενεργή νόσος μπορεί παράλληλα να συνεπάγεται και εξωεντερικά συμπτώματα στο δέρμα, στις αρθρώσεις, στο πνεύμονα καθώς και σε άλλα όργανα (Sands, 2004).

Η εμφάνιση της νόσου χαρακτηρίζεται από σταδιακή έναρξη των συμπτωμάτων, τα οποία μπορούν να υπάρχουν για εβδομάδες και μήνες γεγονός που καθιστά την νόσο ιδιαίτερα δύσκολη στην έγκαιρη διάγνωση. Είναι δυνατό να έχει προηγηθεί ένα αιμορραγικό επεισόδιο το οποίο να υποχώρησε ή ακόμη η νόσος να εκδηλώνεται μετά από μια διάγνωση λοίμωξης του γαστρεντερολογικού (Mylonaki, Langmead, Pantes, Johnson και Rampton, 2004). Μερικοί ασθενείς μπορεί να είναι ασυμπτωματικοί για αρκετό διάστημα ή να έχουν κάποια εξωεντερική εκδήλωση αρχικά και στη πορεία να εμφανίζουν κάποιο σύμπτωμα κολίτιδας. Η εμφάνιση της νόσου στη παιδική ηλικία μπορεί να συνοδεύεται με διαταραχές στην ανάπτυξη του παιδιού καθώς και καθυστέρηση στην ήβη του.

Ανάλογα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η νόσος μπορεί να χαρακτηριστεί ήπια, μέσης βαρύτητας ή σοβαρή και να συνοδεύεται από επιπλοκές όπως η εντερική διάτρηση, η μαζική αιμορραγία, τοξικό megacolon, καλοήγη στένωση του παχέος εντέρου ή ακόμη και καρκίνο του παχέος εντέρου (Loftus, 2004).

1.3. Νόσος του Crohn

Αποτελεί μαζί με τη ελκώδη κολίτιδα την ομάδα των σοβαρών ιδιοπαθών φλεγμονών του εντέρου. Πρόκειται για μία εκδήλωση διατοίχωματικής φλεγμονής η οποία μπορεί να εμφανιστεί κατά μήκος ολόκληρης της γαστρεντερολογικής οδού, δηλαδή από το πρωκτό μέχρι το στόμα. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που νοσούν, θα εμφανίσουν συνήθως τη φλεγμονώδη αντίδραση στο λεπτό έντερο και συγκεκριμένα στο τελικό του μέρος, τον ειλεό. Ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό παρουσιάζει συμπτώματα και στο παχύ έντερο και το πρωκτό, ενώ ασθενείς με αρχικά συμπτώματα εκδήλωσης της νόσου στην υπόλοιπη γαστρεντερολογική οδό είναι λιγότεροι, καθώς η επέκταση των συμπτωμάτων στο γαστροδωδεκαδάκτυλο αλλά και στη περιοχή του οισοφάγου συνήθως εμφανίζονται μετά από έξαρση της συμπτωματολογίας (Loftus, 2004).

Η ιδιαιτερότητα της νόσου οφείλεται στο γεγονός ότι εκδηλώνεται ποικιλοτρόπως και για μεγάλο χρονικό διάστημα δύναται να υποβόσκει. Τα συμπτώματα ποικίλουν από άτομο σε άτομο και η εκδήλωση διαφοροποιείται ανάλογα την έκταση και την ένταση της φλεγμονώδους αντίδρασης. Βασικά συμπτώματα της νόσου είναι το κοιλιακό άλγος, ο πυρετός, η απώλεια βάρους και η διάρροια (Peppercorn, 2004). Τόσο η διάρροια όσο και ο κοιλιακός πόνος έχουν μεγάλη συχνότητα εκδήλωσης και διαφοροποιούνται ανάλογα με την εντόπιση της φλεγμονής στο γαστρεντερολογικό σωλήνα. Και στη προσβολή του τελικού ειλεού

αλλά και στη προσβολή του όρθρου, οι διαρροϊκές κενώσεις είναι συχνές ημερησίως οδηγώντας το άτομο, σε ένταση των συμπτωμάτων, να εμφανίσει ακράτεια καθώς η απώλεια της ικανότητας διάτασης προκαλεί στο άτομο την αίσθηση της επείγουσας κένωσης. Απώλεια αίματος μέσω διάρροιας μπορεί να εμφανιστεί, χωρίς όμως να είναι τόσο συχνή όσο και στην ελκώδη κολίτιδα (Loftus, 2004).

Όπως προαναφέρθηκε η εκδήλωση του πόνου διαφέρει ανάλογα την εντόπιση της φλεγμονής. Συνήθως ο πόνος χαρακτηρίζεται ως κωλικοειδής, ήπιας ή μέτριας έντασης. Εκδηλώνεται μετά από τη λήψη τροφής και ανακουφίζεται με την κένωση. Επίσης συχνά συνδέεται με την ατελή απόφραξη του προσβεβλημένου τμήματος του εντερικού αυλού. Μπορεί να συνυπάρχει διάταση της κοιλιάς, ναυτία και εμετός. Σε άλλες περιπτώσεις ο πόνος μπορεί να είναι και σπλαχνικός καθώς επίσης μπορεί να εκδηλώνεται και σε άτομα τα οποία δεν έχουν ατελή απόφραξη ή βρίσκονται σε ύφεση. Η παθολογική αιτιολογία σε εκείνες τις περιπτώσεις είναι περιορισμένη (Triantafillidis, Emmanouilidis, Manousos, Nicolakis και Kogevinas, 2000).

Ο πυρετός συνήθως είναι μέτριας εκδήλωσης και ποικίλει ανάλογα την ένταση της νόσου τη συγκεκριμένη περίοδο. Κάποιες φορές είναι και το μόνο αρχικό σύμπτωμα, ενώ υψηλός πυρετός μπορεί να οφείλεται στο σχηματισμό αποστήματος. Οι περισσότεροι ασθενείς κατά την εμφάνιση της νόσου, χάνουν περίπου το 5% του σωματικού βάρους τους ενώ ένα μικρότερο ποσοστό εμφανίζει μεγαλύτερη απώλεια. Η απώλεια βάρους συνήθως οφείλεται στην ελαττωμένη πρόσληψη τροφής και στην ανορεξία. Μάλιστα οι συχνές διαρροϊκές κενώσεις αλλά και ο έντονος πόνος που εκδηλώνεται μετά από τη λήψη τροφής οδηγούν το άτομο στην ελαττωμένη πρόσληψη ούτως ώστε να αποφύγει την εκδήλωση έντονων συμπτωμάτων (Triantafillidis et al., 2000).

Η νόσος του Crohn, εμφανίζεται και διαγιγνώσκεται στις περισσότερες περιπτώσεις πριν από την ενηλικίωση. Το ιδιαίτερο με την εκδήλωση της κατά την παιδική ηλικία είναι το γεγονός πως εντοπίζεται με διαφορετική συχνότητα από ότι των ενηλίκων σε διάφορα μέρη του γαστρεντερολογικού σωλήνα (Crocco, Martelossi, Giurici, Villanacci και Ventura, 2012). Στα παιδιά ασθενείς η νόσος, παρόλο που έχει διαγνωστικά τις ίδιες εκδηλώσεις με τους ενήλικες, συνοδεύεται από συχνές εξωεντερικές εκδηλώσεις, όπως ωχρότητα, μεταβολές της διάθεσης, απώλεια βάρους ή καθυστέρηση της ανάπτυξης η οποία αποτελεί και βασικό διαγνωστικό κριτήριο σε αυτή την ηλικία, με αποτέλεσμα να καθυστερεί η διάγνωση της. Μάλιστα η καθυστέρηση της ανάπτυξης έχει πολυπαραγοντική αιτιολογία, η οποία εξηγείται από την ανεπαρκή πρόσληψη τροφής, τις αυξημένες απώλειες θρεπτικών ουσιών, την επίδραση των φαρμάκων αλλά και το φόβο του παιδιού για επίταση των συμπτωμάτων (Crocco, 2012).

Η νόσος παρουσιάζει αρκετές επιπλοκές μερικές εκ των οποίων είναι ο αποφρακτικός ειλεός, η διάτρηση του εντέρου, τα αποστήματα, το τοξικό megacolon, ουροποιητικές εκδηλώσεις και καρκίνο του πεπτικού συστήματος (Peppercorn, 2004).

1.4. Λειτουργικές διαταραχές του Γαστρεντερολογικού συστήματος

Οι λειτουργικές γαστρεντερικές διαταραχές αποτελούν μια ετερογενής ομάδα χρόνιων παθήσεων. Θεωρείται ότι τα συμπτώματα αυτής της κατηγορίας των νοσημάτων δεν οφείλονται σε κάποιες βιοχημικές ή δομικές ανωμαλίες σε πρώτο επίπεδο. Έτσι η διάγνωσή τους μέσω βασικών ιατρικών εξετάσεων μπορεί να έχει ουσιαστικά αρνητικό αποτέλεσμα. Χαρακτηρίζονται από επίμονα και επαναλαμβανόμενα γαστρεντερολογικά συμπτώματα ως αποτέλεσμα της ανώμαλης λειτουργίας της γαστρεντερολογικής οδού. Μπορούν να επηρεάσουν οποιοδήποτε μέρος του γαστρεντερικού σωλήνα, συμπεριλαμβανομένου του οισοφάγου, του στομάχου, του χοληδόχου πόρου και των εντέρων (Talley, 2008).

Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά των λειτουργικών διαταραχών είναι η κινητικότητα, η σωματική αίσθηση και η δυσλειτουργία του άξονα εγκέφαλου – εντέρου. Στις διαταραχές αυτές, η κινητικότητα του γαστρικού σωλήνα είναι ανώμαλη. Μπορεί να υπάρχουν μυϊκοί σπασμοί που προκαλούν πόνο και δύναται να είναι είτε πολύ γρήγορες, είτε πολύ αργές είτε αποδιοργανωμένες. Η σωματική αίσθηση αναφέρεται στην ανταπόκριση των νεύρων του συστήματος στα διάφορα ερεθίσματα. Στις λειτουργικές διαταραχές, τα νεύρα είναι μερικές φορές τόσο ευαίσθητα ώστε ακόμη και κανονικές συσπάσεις μπορούν να επιφέρουν πόνο και δυσφορία. Επιπλέον σε αυτές τις παθολογικές καταστάσεις παρατηρείται και δυσλειτουργία στην επικοινωνία μεταξύ εγκέφαλου και εντέρου γεγονός το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε παθολογικές λειτουργικές εκδηλώσεις (Drossman, 2006).

Ο όρος "λειτουργικές" γενικά εφαρμόζεται σε διαταραχές όπου συνήθεις δραστηριότητες του σώματος, όσον αφορά την κίνηση των εντέρων, την ευαισθησία των νεύρων των εντέρων, ή τον τρόπο με τον οποίο ο εγκέφαλος ελέγχει ορισμένες

από αυτές τις λειτουργίες, είναι μειωμένες. Έτσι προσδιορίζονται από τα χαρακτηριστικά των συμπτωμάτων κατά κύριο λόγο. Η διαγνωστική ταξινόμηση των κριτηρίων της Ρώμης έχει κατηγοριοποιήσει τις λειτουργικές γαστρεντερικές διαταραχές και έχει καθορίσει τα διαγνωστικά κριτήρια των συμπτωμάτων για κάθε κατηγορία. Έχουν λοιπόν κατηγοριοποιηθεί σε έξι μεγάλες κατηγορίες: Α) τις λειτουργικές διαταραχές του οισοφάγου, Β) τις λειτουργικές διαταραχές του δωδεκαδάκτυλου, Γ) τις λειτουργικές διαταραχές του εντέρου, Δ) τα λειτουργικά σύνδρομα του κοιλιακού πόνου, Ε) τη λειτουργική διαταραχή της χοληδόχου κύστης και ΣΤ) τον απροσδιόριστο λειτουργικό ορθοπρωκτικό πόνο (Drossman, 2007).

1.4.1. Παθοφυσιολογία - Γενετικοί παράγοντες

Υπάρχουν γενετικοί παράγοντες οι οποίοι δύνανται να προδιαθέτουν ορισμένα άτομα στο να αναπτύξουν μια λειτουργική διαταραχή. Παράλληλα η επιρροή άλλων περιβαλλοντικών παραγόντων μπορεί να συμβάλλει στην έκφραση της γονιδιακής αυτής προδιάθεσης. Οι γενετικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάζουν την εκδήλωση των διαταραχών αυτών σε διάφορα επίπεδα μηχανισμών όπως για παράδειγμα το να οδηγήσουν σε χαμηλότερα επίπεδα της IL-10-αντιφλεγμονώδους κυτοκίνης (Yeo, Boyd, Lumsden, Saunders, Handley, Stubbins και Crocker, 2004). Με τη σειρά της αυτή μπορεί να επηρεάσει το τη νευρική ευαισθησία του εντερικού βλεννογόνου καθώς και την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης, οδηγώντας έτσι σε επιρροή νευροδιαβιβαστών όπως η 5-HT, ή της πρωτεΐνης g οι οποίες συνδέονται με το κεντρικό νευρικό σύστημα και τις εντερικές αντιδράσεις (Caspi, Sugden, Moffitt, Taylor, Craig, Harrington και Poulton, 2005).

Η σχέση μεταξύ γενετικών ανωμαλιών και κεντρικού νευρικού συστήματος φαίνεται ότι συσχετίζεται με τη λειτουργία του άξονα υποθαλάμου – υπόφυσης – επινεφριδίων και συγκεκριμένα με την απελευθέρωση της κορτικοτροπίνης (Gonsalkorale, Perrey, Pravica, Whorwell και Hutchinson, 2003). Η απελευθέρωση της ορμόνης σχετίζεται άμεσα με την εκδήλωση αγχωδών και συναισθηματικών διαταραχών των οποίων η συννοσηρότητα είναι συχνή στις λειτουργικές διαταραχές. Θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένας γονιδιακός σύνδεσμος μεταξύ της λειτουργίας εγκεφάλου και εντέρου.

1.4.2. *Άξονας Εγκέφαλος – Έντερο*

Η επικοινωνία έντερου και ο εγκέφαλου είναι ολοκληρωμένη και αμφίδρομη σε μεγάλο βαθμό μέσω του αυτόνομου νευρικού συστήματος και του άξονα υποθάλαμος – επινεφρίδια. Στα πλαίσια του κεντρικού νευρικού συστήματος, το κέντρο ελέγχου του εντέρου βρίσκεται κυρίως στο μεταιχμιακό σύστημα, το οποίο είναι υπεύθυνο για την εσωτερική και εξωτερική ομοιόσταση του οργανισμού. Το μεταιχμιακό σύστημα διαδραματίζει επίσης κεντρικό ρόλο στην συναισθηματικότητα διευκολύνοντας την επιβίωση, τη κοινωνική αλληλεπίδραση, και τη μάθηση. Η λειτουργία των συναισθημάτων και των συναφών φυσιολογικών αλλαγών είναι έργο του μεταιχμιακού συστήματος και από νευροανατομικής σκοπιάς, η αλληλεπίδραση νου – σώματος προκύπτει κατά κύριο λόγο στη περιοχή αυτή. Παράλληλα το μεταιχμιακό σύστημα εμπλέκεται και στη ρύθμιση του σπλαχνικού πόνου και της σπλαχνικής αντίληψης. Η επιρροή και άλλων παραγόντων, όπως γνωστικοί, ψυχολογικοί παράγοντες, κινητικές ανωμαλίες και σπλαχνικές αντιλήψεις, συμπληρώνουν την αμφίδρομη αυτή σχέση του άξονα αυτού (Jones, Dille, Drossman και Crowell, 2006).

Έτσι εξωγενείς ή ενδογενείς πληροφορίες μέσω των νευρικών συνδέσεων με τα υψηλότερα νευρικά κέντρα, έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν τη γαστρική αίσθηση, την κινητικότητα, την έκκριση, και φλεγμονή. Από την άλλη, οι σπλαχνικές εκδηλώσεις, μπορούν να επηρεάσουν αμοιβαία τη κεντρική αντίληψη του πόνου, τη διάθεση και τη συμπεριφορά. Παράλληλα, η αυξημένη διέγερση και το άγχος συνδέονται με τη κινητική δραστηριότητα του λεπτού εντέρου αλλά και με τη σπλαχνική υπερευαισθησία (Jones et al., 2006).

1.4.3. *Ανώμαλη κινητικότητα και σπλαχνική υπερευαισθησία*

Η απόκριση στο περιβαλλοντικό στρες ή σε κάποιο ισχυρό συναίσθημα, συνδέεται με τη κινητικότητα του οισοφάγου, του στομάχου του λεπτού και του παχέος εντέρου. Στα άτομα με λειτουργικές διαταραχές, η απάντηση σε στρεσογόνους παράγοντες είναι μεγαλύτερη και εν μέρει σχετίζεται με εντερικά συμπτώματα, ιδιαίτερα εμετό, διάρροια και δυσκοιλιότητα (Drossman, Camilleri, Mayer και Whitehead, 2002).

Η σπλαχνική υπερευαισθησία είναι ιδιαίτερα σημαντική στους ασθενείς με γαστρεντερολογικά συμπτώματα λειτουργικής φύσεως. Η σημαντικότητά της έγκειται στο γεγονός ότι συνδέεται με την ευπάθεια ή αλλιώς υπεραλγησία. Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν χαμηλότερο όριο του πόνου κατά την εντερική διάταση (σπλαχνική υπεραλγησία), ή έχουν αυξημένη ευαισθησία ακόμη και στη φυσιολογική εντερική λειτουργία (π.χ., αλλοδυνία). Υπερευαισθησία και ευαισθητοποίηση μπορεί να συμβεί μέσω της μεταβολή της ευαισθησίας των υποδοχέων του εντερικού βλεννογόνου και του μυοεντερικού πλέγματος, οι οποίες μπορούν να προκληθούν και από την ύπαρξη φλεγμονής στο βλενογόνο (Delgado-Aros και Camilleri, 2005).

1.4.4. *Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και Ψυχιατρικά συμπτώματα*

Παρά το γεγονός ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες δεν απαιτούνται για τη διάγνωση, είναι βασικοί για τη συμπεριφορά του ασθενούς. Κατά καιρούς έχουν διατυπωθεί τρεις γενικές παρατηρήσεις: α) Ψυχολογικοί παράγοντες επιδεινώνουν το στρες και τα γαστρεντερικά συμπτώματα. Παράλληλα το ψυχολογικό στρες μπορεί να επηρεάσει τη γαστρική λειτουργία ακόμη και σε άτομα τα οποία δεν έχουν διάγνωση κάποιας γαστρικής διαταραχής. β) Οι διάφοροι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορούν να τροποποιήσουν την εμπειρία της ασθένειας αλλά και τη συμπεριφορά του ασθενούς. Χαρακτηριστικό παράδειγμα συμπεριφοράς υγείας, είναι η αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης (Locke, Weaver, Melton και Talley, 2004). Η παραπομπή των ασθενών αυτών δεν διαφέρει ιδιαίτερα από το γενικό πληθυσμό καθώς δεν υπάρχουν αυτές οι αισθητές διαφορές μεταξύ των.

Παράγοντες όπως η ψυχοκοινωνική υποστήριξη, το υποστηρικτικό οικογενειακό και φιλικό πλαίσιο αλλά και οι αυξημένες στρατηγικές αντιμετώπισης μπορούν να βοηθήσουν το άτομο που νοσεί πριν απευθυνθεί σε ειδικό ψυχικής υγείας. Η παραπομπή όμως είναι συχνά ιδιαίτερα σημαντική λόγω της κακής πρόγνωσης διαχείρισης των συμπτωμάτων από τη πλευρά του ασθενή. γ) Μια λειτουργική διαταραχή του γαστρεντερικού μπορεί να έχει ψυχοκοινωνικές συνέπειες. Οποιαδήποτε χρόνια ασθένεια έχει ψυχοκοινωνικές συνέπειες για τη γενική ευημερία ενός ατόμου, για τη καθημερινή λειτουργικότητά του, την αίσθηση ελέγχου επί των συμπτωμάτων του, και τις επιπτώσεις της ασθένειας στη μελλοντική προσωπική και εργασιακή λειτουργικότητα (Locke, Weaver, Melton και Talley, 2004).

Η ψυχιατρική συννοσηρότητα είναι πολύ συχνή σε ασθενείς με σοβαρά ή ανθεκτικά γαστρεντερολογικά συμπτώματα. Οι πιο συχνές διαγνώσεις που παρατηρούνται σε γαστρεντερολογικούς ασθενείς είναι οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές της διάθεσης και οι σωματόφορμες και σωματοποιητικές διαταραχές. Το ψυχιατρικό σύμπτωμα συχνά προηγείται ή συμπίπτει με την έναρξη της πάθησης, επισημαίνοντας συχνά την μεταβολή της σπλαχνικής αίσθησης μετά από την εκδήλωση κάποιας ψυχιατρικής συμπτωματολογίας. Αυτό ίσως μπορεί, σε ένα επίπεδο, να εξηγήσει τη σπλαχνική υπερευαισθησία που βιώνουν αυτά τα άτομα.

1.5. Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση είναι η πιο κοινή γαστρεντερική διάγνωση. Ο ορισμός της είναι ιδιαίτερα δύσκολος καθώς εξαρτάται από τη συχνότητα των βασικών συμπτωμάτων της. Μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια κατάσταση κατά την οποία η παλινδρόμηση του περιεχομένου του στομάχου προκαλεί ενοχλητικά συμπτώματα καύσου και παλινδρόμησης (τουλάχιστον δύο επεισόδια καούρας ανά εβδομάδα) με τις αντίστοιχες επιπλοκές οι οποίες επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου (Vakil, van Zanten, Kahrilas και Jones, 2006). Παρουσία εξωεντερικών εκδηλώσεων της νόσου συμπεριλαμβάνουν τη λαρυγγίτιδα και το βήχα. Η επίδρασή της στον οισοφάγο δύναται να είναι σημαντική, συμπεριλαμβάνοντας διάφορες παθολογικές καταστάσεις όπως οισοφαγίτιδα, στένωση, μεταπλασία του φυσιολογικού πλακώδους επιθηλίου (οισοφάγος Barrett) και αδενοκαρκίνωμα (Dent, El-Serag, Wallander και Johansson, 2005)

Η οισοφαγίτιδα συμβαίνει όταν υπάρχει υπερβολική παλινδρόμηση οξέος και πεψίνης με αποτελέσματα τη νέκρωση των επιφανειακών στρωμάτων του οισοφαγικού βλεννογόνου, προκαλώντας διαβρώσεις και έλκη. Κατάλοιπα γαστρικού υγρού στον οισοφάγο επίσης προκαλούν διαβρώσεις (De Vries, Van Herwaarden, Smout, και Samsom, 2008). Ενώ γενικά η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση είναι μία φυσιολογική διαδικασία, διάφοροι παράγοντες μπορεί να προδιαθέτουν τους ασθενείς σε παθολογική παλινδρόμηση, συμπεριλαμβανομένης της διαφραγματοκλήλης, της απώλειας της οισοφαγικής περισταλτικής λειτουργίας, της αυξημένης κοιλιακής παχυσαρκίας, της γαστρικής υπερέκκρισης και της καθυστερημένης γαστρικής κένωσης και την υπερκατανάλωση τροφής. Συχνά πολλαπλοί παράγοντες κινδύνου είναι παρόντες (De Vries et al., 2008).

Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση συμβαίνει όταν η πίεση του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα είναι χαμηλότερη της ενδογαστρικής πίεσης. Προκαλείται από μια αποτυχία του κατώτερου οισοφαγικού σφιγκτήρα. Σε υγιείς ασθενείς, η γωνία κατά την οποία ο οισοφάγος μπαίνει το στομάχι, δημιουργεί μια βαλβίδα που εμποδίζει τη χολή του δωδεκαδακτύλου. Έτσι τα ένζυμα και τα οξέα του στομάχου ταξιδεύουν πίσω στον οισοφάγο, όπου μπορούν να προκαλέσουν κάψιμο και φλεγμονή των ευαίσθητων οισοφαγικών ιστών. Η παλινδρόμηση μπορεί να είναι παρούσα σε άτομα χωρίς συμπτώματα και η διάγνωση απαιτεί δύο τουλάχιστον συμπτώματα ή επιπλοκές και παλινδρόμηση του περιεχομένου του στομάχου (Kahrilas et al., 2008).

Η ατελής κάθαρση του οισοφάγου επιτρέπει ακόμη και περιστασιακά, η παλινδρόμηση να γίνει μια σοβαρή κατάσταση. Για τους ασθενείς με κακή κάθαρση του οισοφάγου, ακόμα και περιστασιακές παλινδρομήσεις δύνανται να οδηγήσουν σε μεγάλους χρόνους παραμονής, γεγονός που σημαίνει ότι η αναρροή

γαστρικού οξέος στον οισοφάγο μπορεί να επιμείνει για μεγάλη περίοδο, προκαλώντας τραυματισμό του οισοφάγου. Παράλληλα η ατελής γαστρική κένωση μπορεί να προκαλέσει γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Αν το στομάχι δεν αδειάζει και γεμίζει, το γαστρικό περιεχόμενο μπορεί να χυθεί πίσω στον οισοφάγο. Η γαστρική κένωση θα πρέπει να είναι λαμβάνεται υπόψη κατά την αξιολόγηση ασθενών για γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (Rosemurgy, Donn, Paul, Luberic, και Ross, 2011).

Παθοφυσιολογία της σοβαρής παλινδρομικής νόσου συσχετίζεται με μεγαλύτερη έκθεση του οισοφάγου σε οξύ και συνήθως συνοδεύεται από πιο σοβαρή με αποτέλεσμα την εκδήλωση διαβρωτικής οισοφαγικής νόσου. Αυτό μπορεί να συμβεί κατά την κατάποση ή οφείλεται σε μεγάλες περιόδους όπου υπάρχει πολύ χαμηλή ενδογαστρική πίεση η οποία επιτρέπει τη παλινδρόμηση. Η σοβαρή παλινδρόμηση μπορεί να συμβεί και κατά τη διάρκεια της νύχτας (Lee και McColl, 2013).

Οι συνέπειες της εκδήλωσης γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης μπορεί να οδηγήσουν σε καρκίνο του οισοφάγου. Ο οισοφάγος Barret, ως συνέπεια της παλινδρόμησης, είναι ιδιαίτερα ανθεκτικός στην ιατρική θεραπεία. Συχνά οι ασθενείς με καρκίνο του οισοφάγου έχουν λάβει κατά το παρελθόν διάγνωση γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης και θεραπεία για μία εκτεταμένη χρονική περίοδο. Παρατεταμένη παλινδρόμηση μπορεί να οδηγήσει σε τραυματισμό του και στη συνέχεια σε δυσπλασία, οδηγώντας σε μια ακολουθία μεταβολών η οποία δύναται να οδηγήσει σε καρκίνο του οισοφάγου. Προκαρκινικές αλλαγές στον οισοφάγο, όπως ο οισοφάγος Barrett, θα πρέπει πάντα να λαμβάνονται υπόψη κατά τη φροντίδα για τους ασθενείς με μακροχρόνια παλινδρόμηση. (Rosemurgy et al., 2011).

1.6. Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου

Πρόκειται για μία γαστρεντερική λειτουργική διαταραχή του εντέρου, η οποία χαρακτηρίζεται από δυσλειτουργία του εντέρου και συνοδεύεται από κοιλιακή δυσφορία και πόνο, χωρίς τη παρουσία κάποιας δομικής ή βιοχημικής ανωμαλίας (Drossman, 2006). Η έντασή της μπορεί να είναι τέτοια ώστε να επηρεάσει σημαντικά την υγεία, τη λειτουργικότητα και τη ποιότητα της ζωής του ατόμου το οποίο τη παρουσιάζει. Βασική ιδιαιτερότητα της διαταραχής είναι η δυσκολία κατανόησής της αλλά και η πολυπαραγοντική αιτιολογία της. Η ιατρική έρευνα αναφέρει ένα πλήθος παραγόντων οι οποίοι μπορεί να εμπλέκονται στη παθογένεσή της. Μερικοί από αυτούς είναι η διαταραχή της γαστρεντερικής κινητικότητας, η σπλαγγχική υπερευαισθησία, μεταμολυσματική δραστικότητα και υπερανάπτυξη βακτηριδίων, δυσλειτουργία στην αλληλεπίδραση εγκεφάλου-εντέρου, αλλοίωση της μικροχλωρίδας, εντερική φλεγμονή καθώς επίσης και η επίδραση του στρες σε συνδυασμό με ψυχολογικούς παράγοντες (Occhipinti και Smith, 2012).

Τα βασικά συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνεται είναι το κοιλιακό άλγος, η δυσφορία, ο μετεωρισμός και η διάρροια ή δυσκοιλιότητα. Η κόπωση είναι επίσης ένα κοινό μη γαστρεντερικό σύμπτωμα. Τα συμπτώματα ανακουφίζονται κατά κύριο λόγο μέσω της αφόδευσης, η οποία επηρεάζεται άμεσα με την έναρξη της διαταραχής (Occhipinti και Smith, 2012). Οι ασθενείς με Ευερέθιστο Έντερο συχνά μπορούν να εμφανίσουν μία σειρά από σύνοδες καταστάσεις όπως γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος, ινομυαλγία, κεφαλαλγία, οσφυαλγία και ψυχοπαθολογικά συμπτώματα (Drossman, 2006). Σε κάποιες περιπτώσεις, η διαταραχή μπορεί να έχει μια οξεία έναρξη και ανάπτυξη μετά από μια μολυσματική ασθένεια που χαρακτηρίζεται από δύο ή περισσότερα από τα ακόλουθα: πυρετός, εμετός, διάρροια, ή θετική καλλιέργεια κοπράνων.

Παράλληλα, η διάγνωση Ευερέθιστου Εντέρου επικαλύπτει έναν αριθμό άλλων γαστρεντερικών συμπτωμάτων, όπως η χρόνια δυσκοιλιότητα και η δυσπεψία, υποδηλώνοντας ότι αυτές οι συνθήκες μπορεί να μην είναι διακριτές οντότητες, αλλά αντιπροσωπεύουν διαταραχές με κοινή αιτιοπαθογένεια (Locke, Zinsmeister, Fett, Melton και Talley, 2005).

Σε επίπεδο αιτιοπαθογένειας, όλο και περισσότερα ευρήματα υποστηρίζουν το ρόλο του ανοσοποιητικού συστήματος, της ενεργοποίησής του, και τη σχέση του με την εκδήλωση ευερέθιστου εντέρου (Matricon, Meleine, Gelot, Piche, Dapoigny, Muller, και Ardid, 2012). Μερικοί από τους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του συνδρόμου είναι η παρατεταμένη διάρκεια της αρχικής ασθένειας, η τοξικότητα του βακτηριακού στελέχους το οποίο ευθύνεται για τη μόλυνση, το κάπνισμα, δείκτες φλεγμονής του βλενογόνου, το γυναικείο φύλο, η κατάθλιψη, υποχονδρία καθώς και η επίδραση του στρες. Οι μηχανισμοί που προκαλούν το σύνδρομο είναι άγνωστοι, θα μπορούσαν όμως να περιλαμβάνουν υπολειμματικές φλεγμονές αλλά και αλλαγές στη βλεννογόνου και τη γαστρεντερική μικροχλωρίδα, γεγονός το οποίο υποδηλώνει ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος. Επιπλέον, το ψυχολογικό στρες έχει αναφερθεί ως παράγοντας ενεργοποίησης ανοσολογικής απόκρισης (Matricon et al., 2012).

Άλλος ένα παράγοντας ο οποίος έχει ενοχοποιηθεί για την εκδήλωση ευερέθιστου εντέρου είναι η υπερανάπτυξη βακτηρίων στο έντερο. Η εντερική βακτηριακή υπερανάπτυξη είναι μια συχνή κατάσταση στην παρουσία του συνδρόμου χωρίς όμως να είναι σαφές αν όντως προκαλεί το σύνδρομο ή όχι. Και αυτό διότι δεν είναι γνωστό αν η παρουσία των βακτηρίων προηγείται τις εκδηλώσεις των συμπτωμάτων ή έπεται μετά από αυτά. Η υπερανάπτυξη κάποιων βακτηρίων μπορεί να συνεισφέρει σε ορισμένα συμπτώματα, αλλά δεν μπορεί να είναι η μόνη

εξήγηση για την αιτιώδη συνάφεια μεταξύ της συνδρόμου και υπερανάπτυξης (Spiegel, 2011).

Πιθανή δυσλειτουργία στον άξονα εγκέφαλος – έντερο, φαίνεται ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο και στην περίπτωση του ευερέθιστου εντέρου. Το κεντρικό νευρικό σύστημα ρυθμίζει διάφορες λειτουργίες όπως την έκκριση, την κινητικότητα, και τη ροή του αίματος (Mayer, 2000). Τα σήματα από το έντερο, με τη σειρά τους, εμπλέκονται στη ρύθμιση των αντανακλαστικών. Οι εντερικές αντιδράσεις γίνονται αντιληπτές μέσω των προσαγωγών οδών. Οι πληροφορίες διαμορφώνονται τόσο περιφερικά όσο και κεντρικά (Mayer, 2000). Οποιαδήποτε μεταβολή στη διαδικασία μπορεί να συνδέεται με παθοφυσιολογική εκδήλωση. Εκτός των αμιγώς νευρολογικών αντιδράσεων, και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες φαίνεται να έχουν επίδραση στο σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, καθώς δύνανται να μεταβάλλουν άμεσα τη λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος. Το άγχος και κατάθλιψη είναι επίσης κοινά σε αυτούς τους ασθενείς (Talley και Spiller, 2002). Ειδικοί του χώρου έχουν χαρακτηρίσει το σύνδρομο ως διαταραχή σωματοποίησης, άποψη που όμως δεν φαίνεται να επιβεβαιώνεται λόγω των σαφών ενδείξεων παθοφυσιολογίας του συνδρόμου (Talley και Spiller, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

Ψυχογαστρεντερολογία

Τις τελευταίες δεκαετίες, τίθεται όλο ένα και περισσότερο η σημασία της εμπλοκής και των ειδικών ψυχικής υγείας στη πρόληψη αλλά και τη θεραπεία νόσων και διαταραχών του γαστρεντερολογικού. Η τάση αυτή βασίζεται στο γεγονός ότι, αφενός, η ψυχιατρική συννοσηρότητα (ιδιαίτερα σε επίπεδο διαταραχών άγχους και διαταραχών διάθεσης) είναι αρκετά συχνή και αφετέρου, ένα σύνολο ψυχολογικών πτυχών (π.χ. χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, αλεξιθυμία) μπορεί να επηρεάσει την παθολογική εκδήλωση σε σημαντικό επίπεδο.

Το στρες είναι ένας σημαντικός παράγοντας ο οποίος μπορεί να εξηγήσει τη συνύπαρξη ψυχολογικών και ψυχιατρικών εκδηλώσεων στις γαστρεντερολογικές παθήσεις. Τόσο στις Ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους όσο και στις Λειτουργικές διαταραχές, το στρες δύναται να είναι ένας παράγοντας ενεργοποίησης και να συσχετίζεται με την προσωπικότητα καθώς επίσης και να επηρεάζει σημαντικούς βιολογικούς μηχανισμούς όπως το ανοσολογικό σύστημα, την εντερική διαπερατότητα και του ΚΝΣ (Mawdsley και Rampton, 2005, Kiank, Tache, και Larauche, 2010). Από την άλλη πλευρά, οι στρεσογόνοι παράγοντες φαίνεται να έχουν μια διαδραστική σχέση με γαστρεντερολογική συμπτωματολογία (Tougas, 2000). Μπορούν να τροποποιήσουν το εντερικό ανοσοποιητικό σύστημα, έτσι ώστε μια παρατεταμένη περίοδο στρες να επηρεάζει την ανοσολογική απάντηση και να καταστήσει το γαστρεντερικό σύστημα πιο ευάλωτο σε βλάβες και λοιμώξεις (Dragos, & Tănăsescu, 2010).

2.1. Ψυχιατρική Συννοσορότητα στις ΙΦΝΕ

Η ερευνητική δραστηριότητα αναδεικνύει τη κατάθλιψη και το άγχος ως τις πιο συχνές ψυχιατρικές εκδηλώσεις σε ασθενείς με ΙΦΝΕ. Οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν μεγαλύτερες εκδηλώσεις άγχους και συναισθηματικών διαταραχών σε σχέση με το γενικός πληθυσμός. Ο επιπολασμός τους έχει βρεθεί να είναι παρόμοιος με αυτόν σε ασθενείς με χρόνια σωματική ασθένεια (Filipović et al., 2007). Η εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς με ΙΦΝΕ φαίνεται να είναι συχνότερη σε μεγαλύτερους σε ηλικία ασθενείς, ενώ άτομα με προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό είναι πιθανό να εκδηλώσουν πιο εύκολα καταθλιπτικά συμπτώματα (Kurina, Goldacre, Yeates και Gill, 2001). Παράλληλα αυτού του είδους οι ασθενείς, οι οποίοι λαμβάνουν αγχολυτική ή αντικαταθλιπτική αγωγή, εμφανίζουν χαμηλότερες βαθμολογίες στην αξιολόγηση της ποιότητας ζωής τους σχετιζόμενη με την κατάσταση υγείας τους.

Οι αγχώδεις διαταραχές και οι διαταραχές διάθεσης είναι οι πιο συχνά εκδηλωμένες διαταραχές ακόμη και στο γενικό πληθυσμό, και ως εκ τούτου αποτελούν τα κυριότερα πεδία έρευνας στις διάφορες παθοφυσιολογικές καταστάσεις, ως σύνοδες εκδηλώσεις. Τα τυπικά συμπτώματα των αγχωδών διαταραχών περιλαμβάνουν υψηλά επίπεδα φυσιολογικής διέγερσης, υπερβολική ανησυχία για το μέλλον, αποφυγή καταστάσεων λόγω έντονου φόβου (όπως π.χ. ιατρικών ραντεβού και εξετάσεων) και δυσκολία στην αντιμετώπιση άγνωστων καταστάσεων (Acosta-Ramírez, Pagán-Ocasio, Torres, Rodríguez, και Caro, 2013). Οι διαταραχές της διάθεσης συνήθως παρουσιάζουν ένα σύνολο συναισθηματικών, γνωστικών και σωματικών συμπτωμάτων, συμπεριλαμβανομένης της καταθλιπτικής διάθεσης, της απώλειας ενδιαφέροντος για τις καθημερινές δραστηριότητες, αισθήματα ενοχής και αναξιοσύνης, απελπισία, δυσκολίες στη συγκέντρωση, μείωση

της σωματικής ενέργειας, αλλαγές στην όρεξη και στον ύπνο καθώς και απόσυρση. Όταν αυτά τα συμπτώματα επιμένουν μετά από μερικές εβδομάδες και η καθημερινή λειτουργικότητα επηρεάζεται σημαντικά, τότε τα εντάσσονται σε ένα κλινικό φάσμα και χρήζουν άμεσης παρέμβασης (Acosta – Ramirez et al., 2013).

Τόσο η κατάθλιψη όσο και το άγχος φαίνεται να προηγούνται της ελκώδους κολίτιδας σημαντικά πιο συχνά σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Η σύνδεση ψυχιατρικής εκδήλωσης και παθολογικής νόσου είναι πιο έντονη όταν η διάγνωση λαμβάνει χώρα κατά τον ίδιο χρόνο. Καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι δυνατό να προηγείται της ελκώδους κολίτιδας ακόμη και κάποια χρόνια πριν από τη διάγνωση της τελευταίας. Στη νόσο του Crohn, η ψυχιατρική εκδήλωση άγχους και κατάθλιψης δεν φαίνεται να προηγείται της νόσου αλλά μάλλον συνοδεύει την ίδια είτε ως ψυχοπιεστικό αποτέλεσμα είτε ως εκδήλωση της γενικότερης λειτουργικής έκπτωσης του ατόμου (Mittermaier, Dejaco, Waldhoer, Oefflerbauer-Ernst, Miehsler, Beier και Moser, 2004).

Ανεξαρτήτως της σειράς εμφάνισης πριν ή μετά τη γαστρεντερολογική νόσο, η παρουσία των συμπτωμάτων αυτών, φαίνεται ότι μπορεί να επηρεάσει την παραγωγή των προφλεγμονωδών κυτοκινών και να επηρεάσουν αρνητικά την πορεία της νόσου (Taché και Bernstein, 2009). Οι Drossman και Ringel (2001) θεωρούν ότι μία ψυχολογική διαταραχή, ως συστατικό της φλεγμονώδους νόσου, μπορεί να ρυθμίζει την κλινική εκδήλωση της και ως εκ τούτου, αποτελεί σημαντική προτεραιότητα ή διερεύνηση μίας τέτοιας ψυχιατρικής κατάστασης σε ασθενείς με ΙΦΝΕ.

2.2. Ψυχολογικοί Παράγοντες και Παράγοντες Προσωπικότητας στις ΙΦΝΕ

Επίπτωση της φλεγμονώδους νόσου του εντέρου στην προσωπικότητα δεν είναι απίθανη, δεδομένου ότι τα συμπτώματα συχνά ξεκινούν κατά την εφηβεία, αναγκάζοντας τους ασθενείς να παλινδρομούν σε εξαρτημένους ρόλους λόγω της δυσκολίας της κατάστασης την οποία βιώνουν. Και ιδιαίτερα δύσκολο είναι πως η παλινδρόμηση αυτή υφίσταται σε μία περίοδο όπου το κύριο χαρακτηριστικό της είναι η αναζήτηση για ανεξαρτησία. Το γεγονός αυτό δύναται να επηρεάσει την αυτοεκτίμηση των νεαρών ασθενών μέσω της εκδήλωσης ακράτειας κοπράνων η οποία, παρεμπιπτόντως, μπορεί να υπαγορεύει μια ιδεοληπτική ενασχόληση με τον εντοπισμό της πλησιέστερης τουαλέτας.

Πράγματι, ορισμένοι ασθενείς με ΙΦΝΕ πιστεύουν ότι η προσωπικότητα τους έχει μια σημαντική συμβολή στην ανάπτυξη της νόσου τους. Σε ασθενείς με ΙΦΝΕ, το προεξάρχον χαρακτηριστικό της προσωπικότητας φαίνεται να είναι ο νευρωτισμός (Prasko, Jelenova και Mihal, 2010). Ο νευρωτισμός ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, έχει συνδεθεί παράλληλα και με την εκδήλωση εκείνων των ψυχολογικών συμπτωμάτων τα οποία ανήκουν στο φάσμα των αγχωδών εκδηλώσεων. Υψηλά επίπεδα νευρωτισμού φαίνεται να επηρεάζουν τη ψυχολογική ευεξία, τη ψυχολογική προσαρμογή, και την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με ΙΦΝΕ (Boye, Lundin, Leganger, Mogleby, Jantschek, Jantschek και Blomhoff, 2008).

Σημαντικός παράγοντας σε αυτή τη κατηγορία ασθενών είναι και η τελειομανία. Αρνητικές επιπτώσεις της στις ΙΦΝΕ πιθανών να εξηγούνται από τη σύνδεση της τελειομανίας με αρνητικές γνωστικές προκαταλήψεις, με αυξημένη αντιδραστικότητα σε στρεσογόνους παράγοντες, και με αίσθημα πίεσης και καταναγκαστικότητας (Flett, Baricza, Gupta, Hewitt και Endler, 2011).

Η τελευταία μπορεί να είναι ιδιαίτερα επιζήμια για τους ασθενείς με ΙΦΝΕ, διότι αυτές οι συνθήκες συχνά συνοδεύονται από στίγμα, αίσθημα ντροπής καθώς επίσης και από ψυχολογική επιβάρυνση. Τα δύο παραπάνω χαρακτηριστικά συνδέονται με δυσπροσαρμοστική αντιμετώπιση της νόσου (Flett et al., 2011).

Άλλο ένα σημαντικό χαρακτηριστικό το οποίο συναντάται συχνά σε ασθενείς με ΙΦΝΕ είναι η αλεξιθυμία. Οι ασθενείς με αλεξιθυμία έχουν δυσκολία στην αναγνώριση και έκφραση των συναισθημάτων τους, δυσκολία στην ικανότητά να ρυθμίζουν τα συναισθήματα τους καθώς επίσης και δυσκολία στο να τα εκφράσουν (Moreno – Jinenez et al., 2007). Δυσκολία στην περιγραφή των συναισθημάτων μπορεί να οδηγήσει σε άμεση μείωση της κοινωνικής λειτουργικότητας. Παρά το γεγονός ότι αλεξιθυμία δεν είναι χαρακτηριστικό μόνο των ΙΦΝΕ, μπορεί να οδηγήσει τους ασθενείς σε ψυχολογική δυσφορία εκφραζόμενη μέσα από συμπεριφορικά και σωματικά συμπτώματα, λόγω της δυσκολίας λεκτικής επικοινωνίας. Η δυσφορία αυτή είναι πιο έντονη όταν συνυπάρχει με περιορισμένη κοινωνική αντίληψη και εσωστρέφεια. Έτσι επηρεάζονται περισσότερο, δεν εκφράζονται συναισθηματικά, έχουν χαμηλότερη ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα, χαμηλότερη ποιότητα ζωής και φτωχότερη έκβαση της νόσου τους (Moreno-Jiménez et al., 2007).

Χαρακτηριστικά όπως ο νευρωτισμός, η συναισθηματική υπερευαισθησία και η επιθετική στάση μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην εκδήλωση των συμπτωμάτων αλλά και στη συμπεριφορά του ασθενούς απέναντι στην ασθένεια (Jones, Crowell, Olden και Creed, 2007). Διάφορα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας έχουν μελετηθεί στις ΙΦΝΕ, χωρίς όμως να συντίθεται ένας συγκεκριμένος τύπος προσωπικότητας στη συγκεκριμένη κατηγορία ασθενειών (όπως για παράδειγμα ο τύπος προσωπικότητας Α, στις καρδιολογικές ασθένειες) .

Οι τύποι προσωπικότητας Γ και Δ (C και D) ίσως είναι εκείνοι οι τύποι των οποίων τα χαρακτηριστικά να συναντώνται συχνότερα, καθώς ταιριάζουν περισσότερο με εκδηλώσεις στο ανοσοποιητικό και το ορμονικό σύστημα, συστήματα τα οποία εμπλέκονται ιδιαίτερα στις ΙΦΝΕ (Temoshok, Waldstein, Wald, Garzino-Demo, Synowski, Sun and Wiley, 2008). Ο τύπος προσωπικότητας Γ περιλαμβάνει τα άτομα εκείνα τα οποία χαρακτηρίζονται από εσωστρέφεια, τελειομανία, ευαισθησία και ευγένεια. Τα άτομα με προσωπικότητα τύπου Δ έχουν την τάση να βιώσουν αυξημένα αρνητικά συναισθήματα στις διάφορες καταστάσεις και τείνουν να μην μοιράζονται τα συναισθήματα τους με άλλους λόγω του φόβου απόρριψης ή αποδοκιμασίας (Mols and Denollet, 2010).

2.3. Ψυχιατρική Συννοσηρότητα στις Λειτουργικές Διαταραχές

Η εκδήλωση ψυχιατρικών διαταραχών είναι συχνή σε ασθενείς με σοβαρά ή ανθεκτικά συμπτώματα. Συχνές σύνοδες ψυχιατρικές καταστάσεις είναι οι διαταραχές άγχους, οι διαταραχές της διάθεσης και καταθλιπτικές εκδηλώσεις καθώς επίσης και οι σωματόμορφες διαταραχές. Στις τελευταίες, η εκδήλωση πόνου αλλά και η σωματοποίηση μπορεί να προηγηθεί της διάγνωσης της νόσου ή ακόμη και να συμπίπτει με αυτή, δεδομένο το οποίο μπορεί να εξηγήσει τη συχνή παράλληλη εκδήλωση ψυχιατρικού συμπτώματος με κάποια μεταβολή στην επεξεργασία της σπλαχνικής αίσθησης. Αυτό ίσως μπορεί να εξηγήσει σε κάποιο βαθμό τη σπλαχνική υπερευαισθησία την οποία βιώνουν τα άτομα που νοσούν (Naliboff, Derbyshire, Munakata, Berman, Mandelkern, Chang και Mayer, 2001)

Οι περισσότερες από τις λειτουργικές γαστρεντερολογικές διαταραχές φαίνεται να έχουν σημαντική σύνδεση με κάποια ψυχοπαθολογική εκδήλωση. Η εκδήλωση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, αγχώδους διαταραχής, φοβικής αντίδρασης και σωματοποίησης συσχετίζονται σημαντικά με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων (Van Oudenhove, Vandenberghe, Geeraerts, Vos, Persoons, Fischler και Tack, 2008). Φαίνεται πως οι ασθενείς με λειτουργική διαταραχή του γαστρεντερολογικού συστήματος και σύννοδη ψυχιατρική εκδήλωση, χαρακτηρίζονται από χαμηλά όρια κοιλιακού άλγους, υψηλά ποσοστά διαβουλεύσεων της υγειονομικής τους περίθαλψης, διαπροσωπικά προβλήματα και σε κάποιες περιπτώσεις επιβαρυσμένο ψυχοκοινωνικό ιστορικό (Guthrie, Creed, Fernandes, Ratcliffe, Van Der Jagt Martin και Tomenson, 2003).

Παράλληλα φαίνεται ότι αυτή η κατηγορία ασθενών εκφράζει μεγαλύτερη ανησυχία σχετικά με τα συμπτώματα τα οποία εμφανίζουν και ότι αυτά πιθανό να αντιπροσωπεύουν μια σοβαρότερη υποκείμενη νόσο. Αυτό τους κάνει πιο επιφυλακτικούς στην ιατρική άποψη ακόμη και αν αυτή έχει ως στόχο να τους καθησυχάσει ουσιαστικά (Locke, Weaver, Melton και Talley, 2004). Επίσης, οι ασθενείς αυτοί φαίνεται πως εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες υποχονδριακών πεποιθήσεων, φοβικών αντιδράσεων αναφορικά με τη νόσο και μεγαλύτερη ενασχόληση με το σώμα τους και τυχόν εξω – εντερικά συμπτώματα (Whitehead, Palsson και Jones, (2002).

2.4. Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες στις Λειτουργικές Διαταραχές

Η αποτελεσματικότερη θεραπευτική παρέμβαση των λειτουργικών διαταραχών, θέτει ως προαπαιτούμενο τη κατανόηση του κοινωνικού και ψυχολογικού πλαισίου μέσα στο οποίο ζει και αναπτύσσεται το άτομο το οποίο νοσεί. Η ερευνητική δραστηριότητα στο τομέα της ψυχοκοινωνικής διάστασης της ασθένειας και ιδιαίτερα των διαταραχών του γαστρεντερολογικού έχει αναδείξει μια σειρά από παράγοντες οι οποίοι μπορούν να λειτουργήσουν επιβαρυντικά κατά την εκδήλωση της νόσου, η ακόμη να ωθούν στη γρηγορότερη εκδήλωση της ως επιβαρυντικοί παράγοντες (Creed, Ratcliffe, Fernandes, Palmer, Rigby, Tomenson και Thompson, 2005).

Στρεσογόνα γεγονότα και αλλαγές στη καθημερινότητα είναι δυνατό να προηγούνται της εκδήλωσης μιας διαταραχής ή να συνδέονται με την έξαρση της συμπτωματολογίας της. Οι ασθενείς τείνουν να αναφέρουν την έναρξη των συμπτωμάτων ή την επιδείνωση τους πιο συχνά μετά από αρνητικές αλλαγές στη καθημερινότητά τους από ότι ασθενείς με κάποια άλλου είδους οργανικότητα (Locke, Weaver, Melton και Talley, 2004). Οι πρώιμες στρεσογόνες συνθήκες ήδη από τη παιδική ηλικία, οι οποίες συνδέονται με μία νευρωτική δομή αναπτυξιακά, φαίνεται ότι σχετίζονται σημαντικά με την εκδήλωση λειτουργικών διαταραχών όχι μόνο στην ενήλικη ζωή, αλλά ήδη από την παιδική ηλικία.

Οι στρεσογόνες συνθήκες περιλαμβάνουν αποστέρηση κατά την παιδική ηλικία, ύπαρξη τραυματικού γεγονότος, εγκατάλειψη και σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση. Η διεθνής βιβλιογραφία υποστηρίζει πως ένα ιστορικό κακοποίησης φαίνεται να είναι πιο συχνό σε ασθενείς με διαταραχές του πεπτικού συστήματος (Delvaux, Denis και Allemand, 1997). Έτσι, ασθενείς με ιστορικό κακοποίησης είναι

πιο πιθανό να εμφανίσουν σοβαρά πεπτικά συμπτώματα, μεγαλύτερη ψυχιατρική δυσφορία και ελλιπή κλινικά αποτελέσματα. Η σοβαρή και παρατεταμένη κακοποίηση δύναται να οδηγήσει σε μεγαλύτερη αρνητική επίπτωση στη παθοφυσιολογική κατάσταση του ατόμου (Chitkara, van Tilburg, Blois-Martin και Whitehead, 2008). Ένα ιστορικό κατάχρησης δεν μπορεί να προκαλέσει κάποια λειτουργική διαταραχή του στομάχου, όμως είναι δυνατό να σχετίζεται με την ανάπτυξη διαταραχής σωματοποίησης και αυξημένη σπλαγγνική αίσθηση (Leserman, Drossman, Toomey, Nachman και Glogau, 1996).

Τέλος, τόσο τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας όσο και οι στρατηγικές αντιμετώπισης, φαίνεται πως επηρεάζουν σημαντικά την υγειονομική περίθαλψη που αναζητούν τα άτομα που νοσούν. Οι παράγοντες οι οποίοι έχουν περιγραφεί και οι οποίοι φαίνεται να εμπλέκονται περισσότερο στην εκδήλωση αυτού του είδους της παθολογίας είναι ο νευρωτισμός, η εχθρική στάση, η συναισθηματική υπερευαισθησία και κάποιοι δυσπροσαρμοστικοί τρόποι αντιμετώπισης της κατάστασης (Tanum και Malt, 2001). Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με λειτουργικά σύνδρομα, όχι μόνο γαστρεντερολογικά, τείνουν να εμφανίζουν υψηλά επίπεδα νευρωτισμού, γεγονός που υποδηλώνει ότι το χαρακτηριστικό αυτό μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη συμπεριφορά που υιοθετεί ο ασθενής (Tanum και Malt, 2001).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Θετική Ψυχολογία της Υγείας: Βασικές αρχές

Η σύγχρονη τάση στην κλινική έρευνα έχει μετατοπίσει το ενδιαφέρον της στους λεγόμενους θετικούς ψυχολογικούς παράγοντες καθώς φαίνεται ότι παίζουν προστατευτικό ρόλο και οδηγούν σε πιο θετικότερα αποτελέσματα σε παθολογικές καταστάσεις (Karoly και Ruehlman, 2006). Οι θετικές ψυχολογικές κατασκευές είναι παρούσες στη έρευνα, η οποία σχετίζεται με τη παθοφυσιολογική και τη ψυχική υγεία ιδιαίτερα τη τελευταία δεκαετία. Από νωρίς η έρευνα εστιάστηκε στη σημασία των κοινωνικών σχέσεων για την υγεία, με τα τρέχοντα μοντέλα να προσπαθούν να εξηγήσουν πώς η εμπειρία των θετικών συναισθημάτων οδηγεί σε καλύτερη καρδιαγγειακή υγεία, καλύτερη λειτουργία του ανοσοποιητικού, και πιο αργή εξέλιξη στην ύπαρξη κάποιας νόσου. Το πεδίο της θετικής ψυχολογίας της υγείας, έχει συμβάλει σημαντικά στις αντιλήψεις για την υγεία και την ευεξία (Schmidt, Raque-Bogdan, Piontkowski και Schaefer, 2011).

Ο θεμελιωτής της Θετικής Ψυχολογίας Seligman (2008), επεσήμανε τη σημασία της διερεύνησης εκείνων των μεταβλητών οι οποίοι σχετίζονται με την υποκειμενική, βιολογική και λειτουργική υγεία του ατόμου, ώστε να υπάρχει ένας σαφής καθορισμός στο τι συνιστά Θετική Ψυχολογία της Υγείας. Η υποκειμενική υγεία αφορά το βαθμό κατά τον οποίο ένα άτομο αισθάνεται καλά και αξιολογεί την υγεία τους ως βέλτιστη. Το λειτουργικό στοιχείο για την υγεία αναφέρεται στην ικανότητα ενός ατόμου να λειτουργεί στο βέλτιστο ή ιδανικό επίπεδο πληρώντας τις απαιτήσεις της εργασίας του, των σχέσεών του αλλά και του τρόπου με τον οποίο ψυχαγωγείται. Ο Seligman (2008) πρότεινε επίσης να εξετάζονται και μεταβλητές, όπως η μακροζωία, η ποιότητα ζωής, οι δαπάνες για την υγεία και η πρόγνωση της

ψυχικής υγείας. Η σχέση μεταξύ θετικών συναισθημάτων και σωματικής υγείας έχει αποκτήσει πολύ μεγάλο ερευνητικό ρεύμα, ιδιαίτερα την τελευταία δεκαετία. Ενώ ερευνητικά έχει αποδειχθεί ότι τα άτομα με καταθλιπτική διάθεση και μεγαλύτερης έντασης αρνητικά συναισθήματα έχουν περισσότερα προβλήματα υγείας (Salovey et al., 2000), η θεωρητική προσέγγιση του προστατευτικού ρόλου των θετικών συναισθημάτων δεν είναι απόλυτα ενιαία. Αρκετές υποθέσεις και μοντέλα έχουν προταθεί για να εξηγήσουν τη σχέση αυτή.

Οι Pressman και Cohen (2005) υποστήριξαν ότι διαφορετικά δεδομένα μπορούν να υποστηρίξουν μία τέτοια σύνδεση. Αρχικά οι ίδιοι θεώρησαν πως η διατήρηση ενός θετικού γνωρίσματος δύναται να έχει άμεση επίδραση στη σωματική υγεία. Η θετική στάση φαίνεται να συνδέεται με καλύτερες πρακτικές για την υγεία, αυξημένη ενεργοποίηση του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος, μείωση της στρεσογόνας αντίδρασης, αύξηση των ενδογενών οπιοειδών και αυξημένη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος.

Μια δεύτερη άποψη διατυπώθηκε πάλι από τους Pressman και Cohen (2005) και συνδέει τη προαγωγή των θετικών συναισθημάτων με τη μείωση των επιπτώσεων του στρες στη σωματική υγεία μέσω της αύξησης της ανθεκτικότητας, της αισιοδοξίας, της αντοχής και της κοινωνικής υποστήριξης. Έτσι, τα θετικά συναισθήματα μπορούν να θεωρηθούν συντονιστής του στρες στην υγεία και την ασθένεια. Επιπλέον, μπορούν να ασκήσουν επιρροή στη σωματική υγεία με την ενθάρρυνση θετικών πρακτικών υγείας όπως ο ύπνος, η άσκηση, η χαλάρωση και η σωστή διατροφή (Smith και Baum 2003).

Μία σημαντική πτυχή στη διερεύνηση των θετικών συναισθημάτων είναι η θεωρία της "διεύρυνσης και οικοδόμησης των θετικών συναισθημάτων" (broaden

and build theory of positive emotions) (Fredrickson, 2001). Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη θεωρία, το βίωμα θετικών συναισθημάτων, όπως η χαρά, η ικανοποίηση, το ενδιαφέρον και η αγάπη μπορούν να διευρύνουν τα ρεπερτόρια της σκέψης και της δράσης των ανθρώπων και να οικοδομήσουν τα προσωπικά τους στοιχεία, συμπεριλαμβανομένων και αυτών της σωματικής υγείας όπως οι συμπεριφορές υγείας. (Fredrickson 2001). Παρόλο που τα συγκεκριμένα ρεπερτόρια τείνουν να περιοριστούν μετά την εμπειρία αρνητικών συναισθημάτων, όπως ο φόβος ή ο θυμός, η εμπειρία θετικών συναισθημάτων μπορεί να δώσει στα άτομα τη δυνατότητα για δημιουργικές σκέψεις, τις οποίες μπορούν να κοινωνήσουν και σε άλλους. Με τη σειρά της, αυτή η αυξημένη ικανότητα του ατόμου οδηγεί στην ενθάρρυνση των ατόμων ώστε να συνδεθούν με άλλους, να πιστεύουν στον εαυτό τους και να είναι δημιουργικοί.

Και παρόλο που η εμπειρία ενός θετικού συναισθήματος είναι προσωρινή, τα οφέλη για το άτομο είναι μακροπρόθεσμα. Μερικά από τα ρεπερτόρια σκέψης – δράσης, τα οποία έχουν υπάρξει αντικείμενο μελέτης της συγκεκριμένης θεωρίας, είναι η ψυχολογική ευεξία, η ικανοποίηση από τη ζωή, η ανθεκτικότητα και το κατά πόσο αυτά συμβάλλουν στη προαγωγή της σωματικής υγείας (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek και Finkel, 2008).

Στα πλαίσια της διερεύνησης της σχέσης σωματικής υγείας και θετικών συναισθημάτων, η διεθνής ερευνητική δραστηριότητα έχει αναδείξει τη σημασία της αισιοδοξίας ως έναν από τους βασικούς συνδετικούς κρίκους. Ως αισιοδοξία ορίζεται μια γενικευμένη προσδοκία για θετικά αποτελέσματα (Rasmussen, Scheier και Greenhouse, 2009). Οι προδιαθεσικά αισιόδοξοι τείνουν να υιοθετούν συχνότερα συμπεριφορές με γνώμονα την αντιμετώπιση μιας κατάστασης, κάνοντας χρήση εύλικτων στρατηγικών αντιμετώπισης για τον έλεγχο του στρες και καλύτερη

αντιληπτική ικανότητα στη διαχείριση δυνητικά τραυματικών γεγονότων (Nes και Segerstrom, 2006) . Η αισιοδοξία έχει συσχετιστεί με την καλύτερη αντιμετώπιση ποικιλίας προβλημάτων υγείας (Carver et al., 1993; Taylor et al., 1992). Παράλληλα συνδέεται με θετικές συμπεριφορές υγείας, καλύτερη ανάρρωση και θετικές αλλαγές στο ανοσοποιητικό σύστημα (Giltay, Geleijnse, Zitman, Buijsse και Kromhout, 2007).

Ένα ακόμη συστατικό στοιχείο στην εδραίωση και προαγωγή της Θετικής Ψυχολογίας της Υγείας είναι η ικανότητα της αίσθησης της συνοχής (Antonovsky, 1993). Η αίσθηση της συνοχής είναι εκείνη η ατομική ιδιότητα η οποία απαρτίζεται από τρία συστατικά στοιχεία: α) τη σαφήνεια, β) τη ικανότητα διαχείρισης και γ) το προσωπικό νόημα. Η συμβολή αυτών των τριών χαρακτηριστικών διατυπώνεται σε σχέση με τα γεγονότα τα οποία βιώνει ένα άτομο στη ζωή του. Έτσι λοιπόν οι άνθρωποι βιώνουν γεγονότα τα οποία μπορεί να είναι αγχογόνα, τραυματικά, χαοτικά τυχαία και ανεξήγητα, λειτουργώντας σαν πρόκληση για τη ζωή τους. Όμως, τέτοια υψηλής γεγονότα μπορούν να γίνουν λιγότερο στρεσογόνα όταν το άτομο που τα βιώνει μπορεί να τα κατανοήσει σε καλύτερο βαθμό.

Όταν είναι σε θέση να κατανοήσει καλύτερα αυτό που του συμβαίνει, βιώνει λιγότερο άγχος και έχει καλύτερη δυνατότητα διαχείρισης. Η καλύτερη διαχείριση αναδεικνύει όλες εκείνες τις θετικές κατασκευές, οι οποίες δίνουν την αίσθηση στο άτομο ότι ακόμη και ένα αρκετά δύσκολο βίωμα είναι ανεκτό (Antonovsky, 1993). Η απόδοση μάλιστα νοήματος σε αυτό που του συμβαίνει, του επιτρέπει να προσεγγίσει καλύτερα τη αγχογόνα κατάσταση, να τη προσεγγίσει σε ένα καλύτερα επεξεργασμένο γνωστικά επίπεδο και ως εκ τούτου να τη διαχειριστεί καλύτερα. Ίσως το προσωπικό νόημα να είναι και η πιο σημαντική πτυχή της αίσθησης της συνοχής. Η απόδοση νοήματος είναι σημαντική σε όλες τις πτυχές της ζωής του

ατόμου, δηλαδή στα συναισθήματά του, στις διαπροσωπικές του σχέσεις και στα υπαρξιακά του ζητήματα (Wong, 2011).

Τέλος, δύο ακόμη σημαντικές έννοιες για τη Ψυχολογία της Υγείας και τη θετική της προέκταση είναι και οι έννοιες της δυνατότητας του οφέλους (Helgeson, Reynolds και Tomich, 2006) και της μετα - τραυματικής ανάπτυξης (Taku, Cann, Calhoun και Tedeschi, 2008). Οι άνθρωποι που βιώνουν κάποιο στρεσογόνο ή τραυματικό γεγονός, συμπεριλαμβανομένης και της σωματικής ασθένειας, τείνουν να εντάσσουν στα πλαίσια της προσωπικής τους ανάπτυξης ή ακόμη και να αποκομίσουν κάποιο όφελος από τις αντιξοότητες αυτές. Αυτό δύναται να γίνει μέσω της ενεργοποίησης της αίσθηση συνεκτικότητάς και ανθεκτικότητάς τους (Tedeschi και Calhoun, 1996). Η μετα – τραυματική ανάπτυξη οδηγεί το άτομο στο να επαναπροσδιορίσει τις θεμελιώδεις πεποιθήσεις του, να αναθεωρήσει τις μελλοντικές του προοπτικές και να στοχεύσει στη προσωπική του ανάπτυξη (Sears, Stanton και Danoff-Burg, 2003).

Η προσωπική ανάπτυξη δεν περιλαμβάνει μόνο τη ψυχολογική αναδιαμόρφωση του ατόμου, δηλαδή τη βελτίωση των διαπροσωπικών του σχέσεων, την εκτίμηση για τη ζωή του και τη πνευματική αλλαγή, αλλά και αλλαγές σε έμπρακτο επίπεδο συμπεριφοράς, όπως η διακοπή του καπνίσματος, η τήρηση μιας υγιούς διατροφής και η προσωπική ξεκούραση (Hefferon, Grealy και Mutrie, 2009). Η παρουσία μίας σοβαρής και χρόνιας νόσου, στα άτομα που βιώνουν μία μετα – τραυματική ανάπτυξη, μπορεί να αποτελέσει εκείνο το γεγονός που θα αποτελέσει απαρχή για την προσωπική εξέλιξη όλων των παραπάνω στοιχείων (Hefferon et al., 2009).

3.1. Βασικοί Θετικοί Ψυχολογικοί Παράγοντες

3.1.1. Ενσυνειδητότητα (Mindfulness)

Η έννοια της Ενσυνειδητότητας, δηλαδή της γνώσης και της συναίσθησης, προέρχεται κυρίως από τη Βουδιστική Φιλοσοφία. Η διαμόρφωση όμως της έννοιας αυτής έχει και πολλές επιρροές από την αρχαία Ελληνική Φιλοσοφία, τον υπαρξισμό, τη φαινομενολογία και τον ανθρωπισμό. Η κεντρική της ιδέα αναφέρεται στο βίωμα της ανθρώπινης εμπειρίας, δίνοντας παράλληλα έμφαση στις συνειδησιακές δραστηριότητες της προσοχής και της ευαισθητοποίησης (Brown, Ryan και Creswell, 2007). Η ευαισθητοποίηση αναφέρεται στη συνειδητή καταγραφή των ερεθισμάτων, συμπεριλαμβανομένων των πέντε αισθήσεων, των κιναισθητικών αισθήσεων, και των δραστηριοτήτων του νου, έχοντας άμεση σύνδεση με τη πραγματικότητα (Brown, Ryan και Creswell, 2007). Όταν ένα ερέθισμα είναι αρκετά ισχυρό, εμπλέκεται η προσοχή και συμβαίνει η λεγόμενη στροφή προς το αντικείμενο. Τα χαρακτηριστικά της συνείδησης έχουν καθοριστική σημασία για την ποιότητα της εμπειρίας και της δράσης.

Η Ενσυνειδητότητα λοιπόν, ως προστατευτικός παράγοντας, χαρακτηρίζεται από την προ - εννοιολογική ευαισθητοποίηση, τον έλεγχο της προσοχής, την αποδοχή της εμπειρίας χωρίς κριτική και τον εστιασμένο στο παρόν προσανατολισμό (Brown, Ryan και Creswell, 2007). Μηχανισμοί όπως ο έλεγχος της προσοχής, η επίγνωση του σώματος, η ρύθμιση του συναισθήματος και οι αλλαγές των προσωπικών προοπτικών είναι στοιχεία τα οποία συνάδουν και συνδέονται με την Ενσυνειδητότητα. Μάλιστα, η προώθηση αυτών δύναται να έχει σημαντική επίδραση στο πόσο ανεκτικό είναι ένα άτομο στα αρνητικά συναισθήματα και στους στρεσογόνους παράγοντες (Hölzel, Lazar, Schuman-Olivier, Vago και Ott, 2011).

Επιπλέον υψηλά επίπεδα γνώσης και συναίσθησης μπορούν να βοηθήσουν στη διαχείριση του στρες, του άγχους και των συμπτωμάτων (Brown et al., 2007). Η σημασία αυτών των χαρακτηριστικών επικεντρώνεται στο γεγονός ότι συνδέονται με τη σωματική και τη ψυχολογική ευημερία.

Η προώθηση των χαρακτηριστικών της Ενσυνειδητότητας, έχει βρεθεί ότι μπορεί να επηρεάσει την ευαισθησία ενός ατόμου στην ασθένεια, αλλά και στην ικανότητά του να διαχειριστεί την ασθένεια του και να επανέλθει σε λειτουργικότερα επίπεδα. Μερικά από τα αποτελέσματα της προαγωγής των χαρακτηριστικών της Ενσυνειδητότητας είναι : αυξημένη ικανότητα ανοχής του πόνου, μείωση του στρες του άγχους και της κατάθλιψης, καλύτερη αντίδραση σε στρεσογόνα γεγονότα (άρα και μειωμένη χρήση φαρμακευτικής αγωγής), καλύτερη αντίληψη στην αναζήτηση ιατρικής βοήθειας (Ludwig και Kabat-Zinn, 2008). Παράλληλα μπορεί να οδηγήσει και σε αυξημένα κίνητρα για αλλαγές στον τρόπο ζωής που αφορούν τη διατροφή, τη σωματική άσκηση, τη διακοπή του καπνίσματος, ή άλλες συμπεριφορές και καλύτερες κοινωνικές σχέσεις (Ludwig και Kabat-Zinn, 2008).

Στο τομέα της εφαρμογής της ψυχοθεραπείας σε ιατρικές καταστάσεις, παρεμβάσεις όπως η έκθεση, ο διαλογισμός και η προαγωγή της Ενσυνειδητότητας, φαίνεται ότι μειώνουν σημαντικά το στρες, βοηθούν στη διαχείριση του πόνου, στις διαταραχές σωματοποίησης και στις χρόνιες παθήσεις (Lakhan και Schofield, 2013). Οι θεραπείες οι οποίες βασίζονται στην Ενσυνειδητότητα, όπως η θεραπεία βασισμένη στην Ενσυνειδητότητα για τη μείωση του στρες (Mindfulness Based Stress Reduction) και η Γνωστική θεραπεία της Ενσυνειδητότητας (Mindfulness Based Cognitive Therapy), είναι οι πιο πρόσφατες προσθήκες στη λίστα των παρεμβάσεων για διάφορες παθολογικές καταστάσεις. Σε ανασκόπηση και μετα – ανάλυση τους, οι Lakhan και Schofield (2013), εξέτασαν μια σειρά πολυάριθμων

μελετών , στις οποίες μια τέτοιας μορφής θεραπείας έχει εφαρμοστεί σε διαταραχές σωματοποίησης, και συγκεκριμένα στην ινομυαλγία, στο σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, σε συνθήκες πόνου, στο σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου και σε μη καθορισμένες διαταραχές σωματοποίησης. Τέτοιες μορφές παρεμβάσεων μπορούν όχι μόνο να βοηθήσουν στη διαχείριση, αλλά παράλληλα και στην προώθηση της ποιότητας ζωής (Berrill, Sadlier, Hood and Green, 2014).

3.1.2. Ανθεκτικότητα (Resilience)

Αρκετοί θετικοί παράγοντες (π.χ. ανθεκτικότητα, την αισιοδοξία, σκοπός ζωής) μπορούν να μειώσουν την ευπάθεια του ατόμου και θα μπορούσαν να προβλέψουν την παρουσία ενός αρνητικού συναισθήματος (Sturgeon και Zautra, 2010). Ένας σημαντικός προστατευτικός παράγοντας είναι η ανθεκτικότητα. Λόγω της πολυπλοκότητας της φύσης της, είναι δύσκολο να έχουμε ένα καθολικό ορισμό. Οι Southwick, Bonanno, Masten, Panter-Brick και Yehuda (2014), προσπάθησαν να προσδιορίσουν τις διάφορες πτυχές της ανθεκτικότητας, σύμφωνα με διάφορες τομείς στους οποίους εμπλέκεται. Σε γενικές γραμμές, η ανθεκτικότητα μπορεί να χαρακτηριστεί ως δυναμική ικανότητα ενός ατόμου να προσαρμοστεί με επιτυχία σε όποια διαταραχή απειλεί τη βιωσιμότητα, τη λειτουργία, την ανάπτυξη και τη διατήρηση του ευ ζην του ατόμου (Southwick et al, 2014). Η ανθεκτικότητα ενισχύει την ατομική προσαρμογή και συμπεριλαμβάνει τις πτυχές της πίστης στην προσωπική αρμοδιότητα κάποιου καθώς και της αποδοχής του εαυτού του.

Σύμφωνα με τη Συναλλακτική θεωρία του Στρες (Transactional Stress Theory) (Wagnild και Young, 1993), τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, όπως η ανθεκτικότητα, επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τις διαδικασίες αξιολόγησης του ερεθίσματος από το άτομο, οι οποίες με τη σειρά τους διαμεσολαβούν στην απόκριση στο στρεσογόνο παράγοντα. Έτσι, οι στρεσογόνοι παράγοντες και η ανθεκτικότητα διαμορφώνουν μια σχέση πρόβλεψης για τη στρεσογόνο αντίδραση: ένα άτομο με υψηλά επίπεδα αποδοχής του εαυτού του, είναι δυνατό να είναι πιο ανθεκτικό στη κριτική και να βιώνει μεγαλύτερη εμπιστοσύνη ως προς τις ικανότητες του (Wagnild και Young, 1993). Κοινά χαρακτηριστικά των ανθεκτικών ατόμων, όπως η προσωπική κυριαρχία, η ελπίδα, η αισιοδοξία, η αυτοεκτίμηση, δύνανται να βοηθήσουν τα άτομα στη καλύτερη διαχείριση του προβλήματος υγείας τους.

Μια συστηματική ανασκόπηση των Stewart και Yuen (2011), συγκέντρωσε μια σειρά από έρευνες που έχουν μελετήσει χαρακτηριστικά της ανθεκτικότητας σε σχέση με διάφορες παθοφυσιολογικές καταστάσεις, όπως οι καρδιακές παθήσεις, ο διαβήτης, ο καρκίνος, τα αυτοάνοσα νοσήματα και άλλες. Στις περισσότερες από αυτές, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα χαρακτηριστικά τα οποία ενισχύουν το άτομο με υψηλή αντοχή, συνδέονται με την καλύτερη αντίληψη της κατάστασης της υγείας, περισσότερη κοινωνική υποστήριξη και καλύτερες στρατηγικές προσαρμογής και αντιμετώπισης (Stewart και Yuen, 2011).

3.1.3. Ικανοποίηση από τη Ζωή (*Satisfaction with Life*)

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, σημαντική ερευνητική δραστηριότητα έχει σημειωθεί γύρω από την έννοια της υποκειμενικής ευημερίας και πόσο αυτή συνδέεται με τον άνθρωπο όχι μόνο σε επίπεδο ψυχοκοινωνικής έρευνας αλλά και σε επίπεδο ιατρικής και έρευνας της ασθένειας. Η υποκειμενική ευημερία έχει ένα πολυδιάστατο χαρακτήρα, με τόσο συναισθηματικά όσο και γνωστικά συστατικά (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999).

Η Ικανοποίηση από τη ζωή, ως συστατικό της υποκειμενικής ευημερίας, έχει προσδιοριστεί ως μια διακριτή δομή, η οποία αντιπροσωπεύει τη γνωστική και συνολική αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής του ατόμου. Αν και η ικανοποίηση από τη ζωή συσχετίζεται με τις συναισθηματικές συνιστώσες της ευημερίας, αποτελεί από μόνη της ένα ισχυρό γνωστικό παράγοντα (Diener & Seligman, 2004). Μπορεί να χαρακτηριστεί λοιπόν, ως μία διαδικασία κρίσης κατά την οποία ένα άτομο αξιολογεί την ποιότητα της ζωής με βάση το δικό του μοναδικό σύνολο κριτηρίων, ενώ παράλληλα μπορεί να είναι μία συνειδητή γνωστική κρίση με βάση την προσωπική απόφαση του ατόμου (Oishi, 2006).

Οι αντιλήψεις για την ικανοποίηση από τη ζωή είναι πιθανό να επηρεάζονται από τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, κυρίως από την εξωστρέφεια και το νευρωτισμό, αλλά και από σημαντικά γεγονότα και αλλαγές σε διάφορους τομείς τομείς της ζωής. Παράγοντες, όπως η παροδική διάθεση ή η επίδραση ενός γεγονότος παίζουν το ρόλο τους στις αξιολογικές κρίσεις ικανοποίησης, χωρίς όμως να αλλάζουν αυτόματα και τη γενικότερη στάση απέναντι στην ικανοποίηση που νιώθει το άτομο (Schimmack, Diener και Oishi, 2002).

Έτσι, οι αλλαγές στην ικανοποίηση από τη ζωή φαίνεται να συνδέονται πιο συστηματικά με αλλαγές που λαμβάνουν χώρα για κάποιο χρονικό διάστημα, αντί να είναι προϊόν τυχαίων και παροδικών παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν το άτομο (Schimmack & Oishi, 2005).

3.1.4. Ψυχολογικό Ευ – Ζήν (*Psychological Well – Being*)

Το Ψυχολογικό Ευ - Ζην ορίζεται ως ο συνδυασμός των θετικών συναισθηματικών καταστάσεων, όπως η ευτυχία (ηδονιστική προοπτική) και η μέγιστη λειτουργική αποτελεσματικότητα στην ατομική και κοινωνική ζωή (ευδαιμονική προοπτική) (Deci και Ryan, 2008). Το Ψυχολογικό Ευ Ζην ενός ατόμου είναι ο συνδυασμός του να νιώθει καλά και να λειτουργεί αποτελεσματικά. Ως εκ τούτου, τα άτομα με υψηλή αίσθηση Ευ Ζην νιώθουν ευτυχισμένα, ικανά, και ικανοποιημένα με τη ζωή τους. Παράλληλα συμπεριλαμβάνονται και άλλα στοιχεία όπως η καλύτερη σωματική υγεία, η καλύτερη ενεργοποίηση του εγκεφάλου, συγκεκριμένες νευροχημικές επιδράσεις και ίσως κάποια γενετική επιρροή (Huppert, 2009).

Στο θεωρητικό μοντέλο της Ryff διακρίνονται έξι βασικές διαστάσεις θετικής ψυχικής υγείας: η αποδοχή του εαυτού, οι θετικές σχέσεις με τους άλλους, η αυτονομία, η περιβαλλοντική κυριαρχία, ο σκοπός στη ζωή, και η προσωπική ανάπτυξη (Ryff et al., 1995). Το αρχικό μοντέλο της Ryff, έχει δεχτεί κριτική και έχουν γίνει ερευνητικές προσπάθειες επαναπροσδιορισμού του. Οι Springer και Hauser (2006) σε μία μετα – ανάλυση τους, διατυπώνουν αμφιβολίες σχετικά με την εγκυρότητα του μοντέλου των έξι παραγόντων.

Τα αποτελέσματά τους έδειξαν ότι τέσσερις από τις έξι διαστάσεις (η προσωπική ανάπτυξη, ο σκοπός στη ζωή, η αποδοχή του εαυτού και η περιβαλλοντική κυριαρχία) εμπειρικά δύνανται να αποτελούν μόνο μία διάσταση.

Η έννοια του Ψυχολογικού Ευ Ζην και η εφαρμογή του έχει σημαντικό αντίκτυπο αλλά και συνεχή ερευνητική δραστηριότητα στο τομέα της κλινικής ψυχολογίας. Η προσέγγιση της θετικής ψυχολογικής λειτουργίας του ατόμου είναι πλέον αναπόσπαστο κομμάτι στη διερεύνηση της λειτουργικότητας του αλλά και στη προσπάθεια προσέγγισης των ψυχολογικών δυσκολιών τις οποίες μπορεί να αντιμετωπίσει. Σύμφωνα με τους Joseph και Wood (2010), η ψυχιατρική έχει υιοθετήσει μια περιορισμένη αντίληψη και οπτική της ατομικής ευημερίας με αποτέλεσμα να μην λαμβάνει σημαντικά υπόψη την αγωνία του ατόμου αλλά και τη δυσλειτουργία η οποία εκπορεύεται ακριβώς από την αγωνία αυτή. Παράλληλα, οι ίδιοι θεωρούν ότι, όχι μόνο η προσέγγιση αλλά και η μέτρηση της ευημερίας με όρους ψυχομετρίας, δύναται να βοηθήσει ακόμη περισσότερο τόσο στην αντίληψη της αλλά και στο σχεδιασμό παρεμβάσεων, οι οποίες θα στοχεύουν στο να μειώσουν τα επίπεδα ανησυχίας και αγωνίας του ατόμου, καθώς ευθύνονται για μία σειρά κλινικών εκδηλώσεων και δυσλειτουργιών (Joseph και Wood, 2010).

Παράλληλα με το τομέα της κλινικής ψυχολογίας, οι νέες εξελίξεις στο τομέα του Ευ Ζην έχουν θέσει νέα δεδομένα και στο τομέα της σωματικής υγείας και των βασικών βιολογικών λειτουργιών. Η αντίληψη ότι η μειωμένη ψυχολογική ευεξία συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης σωματικής ασθένειας δεν είναι νέα, αφού υπάρχει αρκετή ερευνητική βιβλιογραφία που συνδέει τη μειωμένη ευεξία με την πρόωρη θνησιμότητα, τη στεφανιαία νόσο, τον διαβήτη, την αναπηρία και άλλες χρόνιες καταστάσεις υγείας (Lyubomirsky, King και Diener, 2005).

Υπάρχει ένας αριθμός σημαντικών ευρημάτων μεταξύ ευημερίας και σωματικών αποτελεσμάτων στην υγεία όπως η βελτιωμένη απόκριση του ανοσοποιητικού συστήματος, η μεγαλύτερη ανοχή στο πόνο, η αυξημένη μακροβιότητα, η πιο αργή εξέλιξη μιας χρόνιας νόσου αλλά και η καλύτερη αναπαραγωγική υγεία (Howell, Kern και Lyubomirsky, 2007).

Σε επίπεδο βιολογικής απόκρισης, τα υψηλότερα επίπεδα θετικής ευημερίας φαίνεται ότι συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα κορτιζόλης. Οι συσχετίσεις αυτές είναι σημαντικές, δεδομένου ότι η αυξημένη κορτιζόλη εμπλέκεται στο μεταβολισμό των λιπιδίων, στη ρύθμιση του ανοσοποιητικού συστήματος, στην ρύθμιση της παχυσαρκίας, στη διατήρηση της ακεραιότητας του ιπποκάμπου καθώς και στην ασβεστοποίηση των οστών (Stephoe, O'Donnell, Badrick, Kumari, και Marmot, 2008). Παράλληλα, το σύνολο των θετικών στοιχείων τα οποία συνθέτουν τα υψηλά επίπεδα ευημερίας φαίνεται ότι βοηθούν στη μειωμένη φλεγμονώδη απόκριση σε φλεγμονώδεις νόσους καθώς και λιγότερες καρδιαγγειακές εκδηλώσεις μετά από οξύ ψυχολογικό στρες (Stephoe, Demakakos, de Oliveira και Wardle, 2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Σκοπός και σημασία της παρούσας ερευνητικής εργασίας

Η ψυχολογική προσέγγιση των διαταραχών του γαστρεντερικού συστήματος μπορεί να στηριχτεί σε κάποιες βασικές θεωρήσεις, οι οποίες προκύπτουν τόσο από θεωρητικές υποθέσεις, αλλά και από επιστημονική και ερευνητική επανάληψη των υποθέσεων αυτών. Επιγραμματικά θα μπορούσε να λεχθεί ότι η λογική της ψυχολογικής διερεύνησης των διαταραχών αυτών μπορεί να εξηγηθεί βάσει των:

- Στρεσογόνα γεγονότα ζωής μπορούν να οδηγήσουν σε εξάρσεις τέτοιων συμπτωμάτων, καθώς επίσης και τραυματικά γεγονότα πιθανό να έχουν κάποια σύνδεση με τον επιπολασμό ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων αλλά και λειτουργικών διαταραχών (Chitkara et al., 2008).
- Συννοσηρότητα με ψυχικές διαταραχές όπως η διαταραχή γενικευμένου άγχους και η μείζον κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα διαδεδομένες σε ασθενείς με λειτουργικές διαταραχές του στομάχου (Levy et al., 2006).
- Στη δυσπεψία, το άγχος συσχετίζεται με τη γαστρική δυσφορία / πόνο και τη μειωμένη γαστρική διαμόνη, ενώ η κατάθλιψη σχετίζεται με αυξημένη μεταγευματική δυσφορία, ναυτία και έμετο. Σε ασθενείς με σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, το άγχος μειώνει το σπλαχνικό κατώτατο όριο του πόνου και υποκινεί τη κινητικότητα του παχέος εντέρου (Clauwaert, Jones & Holvoet, 2012).

- Ένας μεγάλος αριθμός τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών δείχνουν ότι η μικρής διάρκειας ψυχολογικές παρεμβάσεις μπορούν να βελτιώσουν σημαντικά τα συμπτώματα πολλών FGIDs, ενώ ταυτόχρονα βελτιώνοντας τη συναισθηματική βελτιώνεται και η ποιότητα ζωής.
- Τα νεώτερα δεδομένα αναδεικνύουν την σημασία που έχει η εκπαίδευση στην καλλιέργεια της ανθεκτικότητας και άλλων θετικών χαρακτηριστικών. Λόγω της μεγάλης συμμετοχής συναισθηματικών, γνωστικών και νευρολογικών παραγόντων, η σκιαγράφηση και αυτών των χαρακτηριστικών μπορούν να βοηθήσουν ουσιαστικά στη οργάνωση στοχευμένων παρεμβάσεων για τη καλύτερη δυνατή βοήθεια στη διαχείριση της ασθένειας. Σημαντικός αριθμός μελετών έχουν διερευνήσει ψυχολογικές παρεμβάσεις, οι οποίες εστιάζονται στη ψυχοεκπαίδευση των ασθενών σε συγκεκριμένα επίπεδα, δείχνοντας ότι τα αποτελέσματα ήταν αρκετά ενθαρρυντικά (Kearney D.J. και Brown-Chang J. 2008).

Ο βασικός στόχος της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η διαφορετική έκφραση των θετικών χαρακτηριστικών και συγκεκριμένα της ανθεκτικότητας, της ενσυνειδητότητας, της ικανοποίησης από τη ζωή και της ψυχολογικής ευεξίας σε δείγμα ασθενών με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου και με λειτουργικές διαταραχές του στομάχου. Βασική ερευνητική αναζήτηση αποτέλεσε η προσπάθεια αποσαφήνισης της επίδρασης των επιπέδων των θετικών χαρακτηριστικών στη κλινική εικόνα των ασθενών και πώς τα χαρακτηριστικά δύνανται να επηρεάσουν τα επίπεδα του πόνου που εκδηλώνουν οι ασθενείς και τα οποία αποτελούν βασική

κλινική εκδήλωση του συνόλου των γαστρεντερολογικών διαταραχών. Πιο συγκεκριμένα, υποθέσαμε ότι:

1. οι ασθενείς με ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους θα εμφανίσουν χαμηλότερα σκορ στις θετικές κλίμακες αξιολόγησης ως αποτέλεσμα της ιδιαίτερης παθοφυσιολογικής κατάστασης την οποία εκδηλώνουν.
2. Διαφορές στα επίπεδα ανθεκτικότητας, ενσυνειδητότητας και ικανοποίησης μεταξύ ανδρών και γυναικών πρόκειται να υπάρξουν.
3. Διαφορές στα επίπεδα ανθεκτικότητας, ικανοποίησης από τη ζωή και ψυχολογικού ευ ζην θα υπάρξουν μεταξύ διαφορετικών κοινωνικο – οικονομικών επιπέδων και εργασιακής κατάστασης. Συγκεκριμένα υποθέτουμε ότι ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, καλύτερες εργασιακές συνθήκες και μεγαλύτερες οικονομικές απολαβές θα εμφανίσουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ευημερίας και καλύτερη ανθεκτικότητα.
4. Οι διαφορετικές θετικές διαστάσεις θα επηρεάζονται μεταξύ τους.
5. Οι εκδηλώσεις του πόνου θα επηρεάζονται από τα επίπεδα ανθεκτικότητας που εμφανίζουν οι ασθενείς και τα επίπεδα ενσυνειδητότητας τους για το σύνολο των επιμέρους διαγνωστικών κατηγοριών.

ΜΕΡΟΣ ΙΙ : ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

Μεθοδολογία

5.1. Δείγμα

Το δείγμα αποτελούνταν από 100 ενήλικες ασθενείς (42 άνδρες, 57 γυναίκες και ένα διεμφυλικό ασθενή) οι οποίοι προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία γαστρεντερολογίας της Α' Παθολογικής κλινικής του γενικού νοσοκομείου Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης. Η μέση ηλικία ήταν τα 42,18 χρόνια (Μ.Ο. = 12.1) με το ηλικιακό εύρος να ανέρχεται από τα 19 έως 71 έτη. 29 άτομα είχαν μια διαγνωσθεί με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, 20 είχαν διάγνωση νόσου του Crohn, οι 23 είχαν διάγνωση ελκώδους κολίτιδας, 24 σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και 4 από αυτούς διαγνώστηκαν με μικτή γαστρεντερολογική διαταραχή. Οι ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη ήταν αναγκαίο να είχαν λάβει διάγνωση είτε Ιδιοπαθούς Φλεγμονώδους νόσου του Εντέρου είτε Λειτουργικής Γαστρεντερολογικής διαταραχής.

Ασθενείς οι οποίοι προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία με συμπτώματα της μίας ή της άλλης κατηγορίας, χωρίς όμως αυτά να συνιστούν διάγνωση σύμφωνα με τα επίσης κριτήρια της Ρώμης ή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, αποκλείονταν από το δείγμα της έρευνας. Επίσης οι ασθενείς, οι οποίοι δεν ήταν σε θέση να διαχειριστούν τη ψυχομετρική αξιολόγηση, αποκλείονταν από το δείγμα της έρευνας. Όλα τα κριτήρια για την ένταξη των ασθενών στο πρωτόκολλο της μελέτης είχαν δοθεί στον επιμελητή γαστρεντερολόγο ο οποίος διενέργησε τη παθοφυσιολογική εξέταση.

Αφού πληρούνταν τα κριτήρια για τον κάθε ένα ασθενή, ο ψυχολόγος - ερευνητής στη συνέχεια, ενημέρωνε πλήρως τους ασθενείς για τους στόχους και τους σκοπούς της μελέτης. Ένα έγγραφο με πληροφορίες δόθηκε σε κάθε επιλέξιμο

ασθενή. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν προαιρετική και εθελοντική και γινόταν μετά την έγγραφη συγκατάθεση των ιδίων.

Στο πρώτο μέρος της αξιολόγησης, συλλεγόταν ένα λεπτομερές αναμνηστικό του ασθενή με στόχο τη συλλογή πληροφοριών για το ιστορικό της ασθένειας, τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά του ασθενούς, πιθανή ύπαρξη παθολογικής συννοσηρότητας, φαρμακευτική αγωγή καθώς επίσης και πιθανή ύπαρξη ψυχιατρικής συννοσηρότητας. Στο δεύτερο μέρος, μετά την ενημέρωση του ψυχολόγου, ζητήθηκε από τον κάθε συμμετέχοντα να συμπληρώσει μία σειρά από ψυχομετρικά εργαλεία αυτοαναφοράς. Η διαδικασία αξιολόγησης τελείωνε με τη πλήρη ολοκλήρωση της ψυχομετρικής αξιολόγησης του ασθενούς.

5.2. Ψυχομετρικές κλίμακες αξιολόγησης

Οι συμμετέχοντες της παρούσας έρευνας κλήθηκαν να συμπληρώσουν μία σειρά από ερωτηματολόγια και κλίμακες αξιολόγησης. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε ένα σύνολο 6 εργαλείων: ένα ερωτηματολόγιο συλλογής δημογραφικών και κλινικών δεδομένων, τέσσερις ψυχομετρικές κλίμακες αξιολόγησης για τη μέτρηση των θετικών διαστάσεων και μία κλίμακα αξιολόγησης της έντασης του πόνου.

Δημογραφικά και κλινικά δεδομένα: Στα κοινωνικό - δημογραφικά δεδομένα περιλαμβάνονταν μεταβλητές όπως η ηλικία, το φύλο, τα έτη εκπαίδευσης, το εργασιακό καθεστώς, οι ώρες απασχόλησης, οι μηνιαίες αποδοχές καθώς επίσης και η πίστη σε κάποια θρησκεία. Η συλλογή των κλινικών πληροφοριών αφορούσε τον τύπο και χρόνο της διάγνωσης της νόσου του κάθε ασθενή, τον αριθμό των

εισαγωγών σε νοσοκομειακή δομή και τις πιθανές χειρουργικές επεμβάσεις και τη φαρμακευτική αγωγή σχετιζόμενη με τη διαγνωσμένη γαστρεντερολογική διαταραχή. Παράλληλα συλλέγονταν πληροφορίες για την ύπαρξη ψυχιατρικής συννοσηρότητας, ενδεχόμενη ψυχιατρική αγωγή και ψυχοθεραπευτική παρέμβαση καθώς επίσης και χρήση καπνού ή κάποιων άλλων ψυχοδραστικών ουσιών.

Η κλίμακα της Ανθεκτικότητας (*The Resilience Scale, Wagnild and Young, 1993, 2009*) είναι μία κλίμακα 25 στοιχείων σχεδιασμένη για να μετρά άμεσα την ανθεκτικότητα του ατόμου σε μία πεντάβαθμη κλίμακα Likert (1= διαφωνώ απόλυτα, 5= συμφωνώ απόλυτα). Η ανθεκτικότητα, όπως ερμηνεύεται από τους Wagnild and Young (1993), περιλαμβάνει 5 βασικά χαρακτηριστικά: α) το νόημα της ζωής (σκοπός), β) την επιμονή, γ) την αυτοδυναμία, δ) τη προσωπική ηρεμία και ε) την υπαρξιακή μοναξιά. Το πρώτο από αυτά τα στοιχεία έχει χαρακτηριστεί ως το πιο σημαντικό, το οποίο θέτει τα θεμέλια για τα άλλα τέσσερα. Υψηλές βαθμολογίες σε κάθε ένα από αυτά τα στοιχεία αντικατοπτρίζουν υψηλά επίπεδα των χαρακτηριστικών αυτών και ως αποτέλεσμα υψηλά επίπεδα ανθεκτικότητας.

Η κλίμακα της Ενσυνειδητότητας – Εστιασμένης Προσοχής στο παρόν- (*Mindful Attention Awareness Scale, MAAS, Brown & Ryan, 2003*) είναι μία κλίμακα 15 στοιχείων η οποία σχεδιάστηκε για να αξιολογεί το πυρηνικό χαρακτηριστικό της γνώσης και της συναίσθησης, δηλαδή, τη δεκτική κατάσταση του νου στην οποία η προσοχή, διαμορφώνεται από μια ευαίσθητη επίγνωση του τι συμβαίνει στο παρόν, παραθέτοντας την προσωπική αντίληψη του τι λαμβάνει χώρα στο παρόν. Υψηλότερες βαθμολογίες στην κλίμακα δείχνουν την καλύτερη γνώση και συναίσθηση του ατόμου (Mantzios et al., 2013).

Η κλίμακα Ικανοποίηση από τη Ζωής (*Satisfaction with Life Scale, SWLS*) (*Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985*) είναι μία πεντάβαθμη κλίμακα Likert σχεδιασμένη για να μετρά τη συνειδητή, νοητική, κριτική αξιολόγηση της ζωής του ατόμου με βάση τα δικά του κριτήρια (όχι ένα είτε θετικό είτε αρνητικό συναίσθημα). Οι συμμετέχοντες δείχνουν πόσο συμφωνούν ή διαφωνούν με κάθε μία από τις 5 ερωτήσεις χρησιμοποιώντας ένα επταβάθμια κλίμακα η οποία κυμαίνεται από το 7 (συμφωνώ απόλυτα) έως το 1 (διαφωνώ απόλυτα).

Η κλίμακα Μέτρησης του Ψυχολογικού Ευ Ζην (*The Psychological Well-Being Scale, PWBS, Ryff & Keyes, 1989*). Η κλίμακα αποτελείται από μια σειρά από καταστάσεις που αντανάκλουν τις έξι περιοχές της ψυχολογικής ευημερίας και του ψυχολογικού ευ ζην: την αυτονομία, τη περιβαλλοντική κυριότητα, τη προσωπική ανάπτυξη, τις θετικές σχέσεις με τους άλλους το σκοπό στη ζωή, και την αυτο-αποδοχή. Η έννοια του ευ ζην αφορά τον τρόπο και το λόγο για τον οποίο τα άτομα βιώνουν τη ζωή τους με θετικό τρόπο και περιλαμβάνει γνωστικές κρίσεις και συναισθηματικές αντιδράσεις. Αποτελείται από 86 ερωτήσεις οι οποίες απατώνται σε μία κλίμακα έξι διαβαθμίσεων τύπου (1 = διαφωνώ πολύ, 6 = συμφωνώ πολύ). Υψηλές τιμές αναδύκνουν και την υψηλότερη θετική ευημερία του ατόμου (*Seifert, 2005*).

Η Αριθμητική κλίμακα Μέτρησης του Πόνου (*The Numeric Pain Rating Scale, McCaffery, et al., 1989*) είναι μια κλίμακα 11 σημείων για την αυτο-αναφορά του πόνου. Είναι κατάλληλη για ενήλικες και παιδιά ηλικίας 10 ετών και άνω. Σύμφωνα με τα επίπεδα του πόνου, βαθμολογίες από 1 έως 3 αναφέρονται σε ήπιο πόνο, 4 έως 6 σε μέτριο και 7 έως 10 σε σοβαρό πόνο (*Williamson & Hoggart, 2005*).

ΜΕΡΟΣ ΙΙΙ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

Αποτελέσματα

Στην ενότητα αυτή θα παρουσιαστεί η στατιστική επεξεργασία του δείγματος και τα αποτελέσματα τα οποία προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση του δείγματος της έρευνας. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 20.0.

6.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Από το σύνολο των 100 ασθενών, 61 ήταν παντρεμένοι, 6 ήταν διαζευγμένοι, 19 ήταν ελεύθεροι, 12 σε μια σχέση και 2 σε χηρεία. Αναφορικά με την επαγγελματική κατάσταση, το 35% ήταν εργαζόμενοι πλήρους - απασχόλησης, το 17% ήταν εργαζόμενοι μερικής απασχόλησης και το 15% ήταν άνεργοι. Το υπόλοιπο 19% βρισκόταν σε κάποιο ακαδημαϊκό στάδιο εκπαίδευσης. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, το 51% είχε ένα πτυχίο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και μόνο το 4% κατείχε ένα μεταπτυχιακό τίτλο ή ένα διδακτορικό δίπλωμα. Το υπόλοιπο ποσοστό αναφερόταν σε απόφοιτους δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (γυμνάσιο ή λύκειο). Σε επίπεδο δημογραφικών χαρακτηριστικών οι πλειοψηφία του δείγματος, ήταν χριστιανοί ορθόδοξοι (82%), ενώ το υπόλοιπο ποσοστό αναφερόταν αγνωστικιστές ή σε άτομα χωρίς κάποια θρησκευτική πίστη (18%).

Στο επίπεδο της συνοσυσυρότητας, από το σύνολο του δείγματος, 24 άτομα ανέφεραν την ύπαρξη προηγούμενης ψυχιατρικής διάγνωσης στο ατομικό του ιστορικό. Πιο συγκεκριμένα, 18 άτομα είχαν λάβει διάγνωση διαταραχών άγχους ή συναισθηματικών διαταραχών, 2 άτομα είχαν μια διάγνωση της σωματοποιητικής διαταραχής, 2 είχαν διαγνωστεί με διαταραχή ουσιοεξάρτησης και τέλος, 2 άτομα είχαν λάβει διάγνωση πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου.

6.3. Αναλύσεις διακύμανσης

Έλεγχος υποθέσεων σχετικά με την κανονικότητα, τη γραμμικότητα και την ομοιογένεια της διακύμανσης διεξήχθη πριν τις αναλύσεις διακύμανσης. Διεξήχθη ανάλυση διακύμανσης προς ένα παράγοντα (one – way Anova) για να γίνει σύγκριση του συνόλου των γαστρεντερολογικών διαγνώσεων και των βασικών θετικών χαρακτηριστικών. Το σύνολο των ομάδων το διάφορων διαγνώσεων δεν παρουσίασε ιδιαίτερες διαφορές ως προς τα βασικές κλίμακες και υποκλίμακες των θετικών χαρακτηριστικών (ανθεκτικότητα: [F (4, 95) =,542, p =, 075], ενσυνειδητότητα: [F (4, 95) =, 571, p =, 684], ικανοποίηση από τη ζωή: [F (4, 95) =, 661, p =, 620], Ψυχολογικό ευ ζην : [F (4, 95) =, 031, p =, 998]). Ο Πίνακας 1 δείχνει τους μέσους όρους και τις τυπικές αποκλίσεις των θετικών χαρακτηριστικών στις διαγνωστικές κατηγορίες. Ανάλυση διακύμανσης προς ένα παράγοντα διεξήχθη επίσης προκειμένου να συγκριθεί η επίδραση του μορφωτικού επιπέδου και της εργασιακής κατάστασης στα επιμέρους θετικά χαρακτηριστικά (πίνακες 2 και 3). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, το μορφωτικό επίπεδο βρέθηκε να επηρεάζει το επίπεδο του ψυχολογικού ευ ζην [F (5, 94) = 2.903, p =, 018] και η εργασιακή κατάσταση να επηρεάζει τη συνολική ανθεκτικότητα και την ικανοποίηση της ζωής [F (6, 93) = 2, 265, p =, 044], [F (6, 93) = 3,943, p =, 001].

Πίνακα 1. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις συνόλου θετικών διαστάσεων για κάθε διάγνωση (ANOVA)

	ΓΟΠΝ		Νόσος Κρον		Ελκώδη κολίτιδα		Ευερέθιστο έντερο	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.
	Ανθεκτικότητα συνολικό	120,07	16,36	120,79	13,58	119,04	21,35	126,13
Επιμονή	24,97	3,917	24,89	3,58	24,43	3,89	26,08	5,44
Σκοπός ζωής	24,03	3,764	23,05	3,00	24,26	4,014	25,50	4,54
Προσωπική ηρεμία	23,90	3,708	23,68	3,43	22,35	5,26	23,50	4,58
Αυτοδυναμία	22,67	4,978	23,79	2,46	23,43	5,31	25,21	4,60
Υπαρξιακή μοναξιά	24,67	4,270	25,47	3,82	24,91	5,40	56,67	4,39
Ενσυνειδητότητα συνολικό	56,57	9,758	60,68	10,35	56,87	10,96	56,17	12,72
Ικανοποίηση συνολικό	21,30	3,879	20,53	5,13	21,91	4,05	22,17	5,44
Ψυχ. Ευ ζην συνολικό	308,73	28,82	308,11	15,73	308,43	16,00	310,04	17,27
Αυτονομία	48,27	6,405	47,32	4,84	48,74	5,87	51,42	5,40
Κυριαρχία περιβάλλοντος	52,13	6,016	50,11	4,13	53,17	6,12	53,38	6,92
Προσωπική ανάπτυξη	54,20	6,672	59,89	7,72	56,13	7,78	56,25	6,47
Θετικές σχέσεις	53,67	6,619	50,58	5,25	53,83	7,05	55,63	12,95
Σκοπός	53,43	6,862	52,37	6,26	52,26	12,29	55,25	7,01
Αποδοχή εαυτού	51,83	5,596	50,00	3,85	53,17	5,71	52,54	6,97
Κλίμακα πόνου	5,60	1,303	5,84	1,53	5,96	1,63	5,63	1,58

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, όσο υψηλότερη ακαδημαϊκή εκπαίδευση ένα άτομο λαμβάνει, τόσο περισσότερο επηρεάζονται οι θετικές διαστάσεις, εξασφαλίζοντας του / της καλύτερη ψυχολογική ευεξία. Παράλληλα βρέθηκε ότι η εργασιακή κατάσταση αποτελεί σημαντικό ζήτημα για τη λειτουργικότητα των ατόμων και συγκεκριμένα στο πόσο ανθεκτικά παρουσιάζονται καθώς και στο πόσο ικανοποιημένοι νιώθουν. Αναφορικά με το χαρακτηριστικό της ανθεκτικότητας, οι συνταξιούχοι και νοικοκυρές παρουσιάζονται πιο ανθεκτικοί με μια μικρή στατιστικά σημαντική διαφορά από τις υπόλοιπες κατηγορίες (πίνακας 3). Από την άλλη, τα άτομα του δείγματος τα οποία εργάζονταν είτε σε συνθήκες πλήρους απασχόλησης είτε μερικής, παρουσίασαν μεγαλύτερη ικανοποίηση ζωής με μια ισχυρά στατιστική σημαντική τιμή ($p = ,001$).

Πίνακας 2. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των βασικών διαστάσεων για κάθε εκπαιδευτικό επίπεδο (ANOVA)

	Ανθεκτικότητα		Ενσυνειδητότητα		Ικανοποίηση ζωής		Ψυχολογικό Ευ ζην	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.
Γυμνάσιο	112,57	19,68	55,29	6,28	19,1	5,09	308,64	22,49
Λύκειο	120,25	15,96	59,14	12,19	22,21	3,74	310,50	19,19
ΤΕΙ	127,00	20,01	57,29	10,24	20,10	4,94	309,95	14,43
ΑΕΙ	118,93	17,82	56,07	10,90	22,67	5,04	311,17	15,95
Μεταπτυχιακό/ διδασκαλικό	137,75	19,31	54,25	15,19	21,50	2,51	317,00	24,45
Άλλο	113,67	18,55	64,33	15,14	21,00	1,00	267,67	55,94

Πίνακας 3. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις θετικών διαστάσεων για κάθε εργασιακή κατάσταση (ANOVA)

	Ανθεκτικότητα		Ενσυνειδητότητα		Ικανοποίηση ζωής		Ψυχολογικό Ευ ζην	
	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.	M.O.	T.A.
Πλήρης απασχόληση	121,51	17,07	60,14	13,08	22,71	3,67	313,09	19,57
Μερική απασχόληση	121,24	17,12	55,65	9,32	21,18	4,00	306,53	18,15
Συνταξιούχοι	129,70	15,55	58,50	9,64	22,70	4,64	309,20	12,63
Άνεργοι	125,60	23,26	55,47	6,69	18,60	5,28	311,53	19,97
Φοιτητές	119,83	15,79	51,50	6,85	21,00	5,20	306,64	14,79
Οικιακά	130,67	13,91	59,44	13,84	22,89	3,65	299,00	38,00

6.3. Έλεγχος μέσων τιμών σε ανεξάρτητα δείγματα

Για τη σύγκριση των εξεταζόμενων θετικών χαρακτηριστικών μεταξύ των ανδρών και των γυναικών του δείγματος διεξήχθη έλεγχος μέσων τιμών σε ανεξάρτητα δείγματα (independent sample t –test). Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές φύλου στα υπό διερεύνηση θετικά χαρακτηριστικά εκτός της ενσυνειδητότητας. Οι άνδρες του δείγματος βρέθηκαν να αναφέρουν μεγαλύτερα επίπεδα ενσυνειδητότητας και προσοχής στη παρούσα εμπειρία σε σχέση με τις γυναίκες [άνδρες (M = 61, 19, SD = 11, 35) και γυναίκες (M = 64,68, SD = 9,6), $t(97) = 3,07, p = ,003$] (Πίνακας 7).

Πίνακας 7 . Έλεγχος μέσων τιμών μεταξύ ψυχομετρικών διαστάσεων και φύλου (T – test)

		M.O.	T.A.	Μέση T.A.	t	df	sig (2-tailed)
Ανθεκτικότητα συνολικό	Άνδρες	122,93	15,85	2,44	,602	97	,549
	Γυναίκες	120,68	19,96	2,64			
Επιμονή	Άνδρες	25,50	3,63	,56	,722	97	,472
	Γυναίκες	24,88	4,63	,61			
Προσωπικό Νόημα	Άνδρες	24,24	3,48	,53	-,392	97	,696
	Γυναίκες	24,56	4,43	,58			
Προσωπική ηρεμία	Άνδρες	23,21	4,46	,68	-,374	97	,709
	Γυναίκες	23,54	4,23	,56			
Αυτοδυναμία	Άνδρες	24,14	4,16	,64	,658	97	,512
	Γυναίκες	23,53	4,91	,65			
Υπαρξιακή μοναξιά	Άνδρες	25,79	4,03	,62	1,346	97	,181
	Γυναίκες	24,53	4,97	,65			
Ενσυνειδητότητα συνολικό	Άνδρες	61,19	11,35	1,75	3,073	97	,003
	Γυναίκες	54,68	9,66	1,28			
Ικανοποίηση ζωής συνολικό	Άνδρες	21,12	4,59	,70	-,614	97	,541
	Γυναίκες	21,70	4,72	,62			
Ψυχολογικό Ευ ζην συνολικό	Άνδρες	310,05	18,86	2,91	,466	97	,642
	Γυναίκες	308,09	21,92	2,90			
Αυτονομία	Άνδρες	49,76	5,86	,90	1,299	97	,197
	Γυναίκες	48,23	5,76	,76			
Περιβαλλοντική κυριαρχία	Άνδρες	52,64	5,97	,92	,863	97	,390
	Γυναίκες	51,58	6,12	,81			
Προσωπική ανάπτυξη	Άνδρες	55,17	6,45	,99	-,140	97	,889
	Γυναίκες	55,37	7,50	,99			
Θετικές σχέσεις	Άνδρες	53,07	6,31	,97	-,572	97	,568
	Γυναίκες	54,05	9,68	1,28			
Σκοπός ζωής	Άνδρες	53,71	10,77	1,66	,371	97	,712
	Γυναίκες	53,09	5,88	,77			
Αποδοχή εαυτού	Άνδρες	52,31	5,34	,82	,195	97	,846
	Γυναίκες	52,07	6,49	,86			
Κλίμακα Πόνου	Άνδρες	5,48	1,70	,26	-1,067	97	,288
	Γυναίκες	5,81	1,38	,18			

6.4. Αναλύσεις Συσχέτισης

Προκειμένου να διερευνηθούν οι σχέσεις μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson ® , για τη διερεύνηση της ύπαρξης συσχέτισης μεταξύ της έκφρασης του πόνου και των βασικών θετικών διαστάσεων. Παράλληλα, εφαρμόστηκε ανάλυση συσχέτισης με το συντελεστή Pearson για τη διερεύνηση ύπαρξης συσχετίσεων των επιμέρους μεταβλητών της ανθεκτικότητας και του ψυχολογικού ευ ζην με την έκφραση του πόνου. Στη ανάλυση των συσχετίσεων μεταξύ των χαρακτηριστικών, προέκυψαν θετικές συσχετίσεις μεταξύ της ανθεκτικότητας τόσο με την ικανοποίηση από τη ζωή όσο και με το ψυχολογικό ευ ζην ($r = ,335, p = 0,001$ και $r = ,325, p = 0,001$). Η ενσυνειδητότητα δεν παρουσίασε κάποια σημαντική συσχέτιση με τις υπόλοιπες θετικές διαστάσεις. Αντίθετα, η έκφραση του πόνου παρουσίασε ισχυρές αρνητικές συσχετίσεις με τη πλειοψηφία των θετικών διαστάσεων και των υποκατηγοριών τους, εκτός του ψυχολογικού ευ ζην (ανθεκτικότητα, $r = -,259, p = 0,009$, ενσυνειδητότητα, $r = -,224, p = .025$, ικανοποίηση από τη ζωή, $r = -,333, p = 0,001$) (πίνακας 4). Πιο συγκεκριμένα, τα επίπεδα πόνου επί του συνόλου του δείγματος, παρουσίασαν μέτρια αρνητική συσχέτιση με τρία από τα πέντε χαρακτηριστικά της ανθεκτικότητας (πίνακας 5) και με τις έξι περιοχές του ψυχολογικού ευ ζην (πίνακας 6).

Πίνακας 4. Συσχετίσεις μεταξύ των βασικών θετικών διαστάσεων και του πόνου

	Πόνος	Ανθεκτικότητα συνολικό	Ενσυνειδητότητα συνολικό	Ικανοποίηση ζωής συνολικό	Ψυχολογικό Ευ ζην συνολικό
Πόνος	-				
Ανθεκτικότητα	-,259**	-			
Ενσυνειδητότητα	-,224*	,076	-		
Ικανοποίηση ζωής	-,333**	,335**	,167	-	
Ψυχολογικό Ευ ζην	-,190	,25**	-,038	,290*	-

** . Επίπεδο σημαντικότητας 0.01 (2-tailed).

* . Επίπεδο σημαντικότητας 0.05(2-tailed

Πίνακας 5. Συσχετίσεις μεταξύ του πόνου και των χαρακτηριστικών της ανθεκτικότητας

	Πόνος	Σκοπός	Επιμονή	Προσωπική ηρεμία	Αυτοδυναμία	Υπαρξιακή μοναξιά
Πόνος	-					
Σκοπός	-,192	-				
Επιμονή	-,245*	,387**	-			
Προσωπική ηρεμία	-,233*	,601**	,477**	-		
Αυτοδυναμία	-,114	,591**	,325**	,525**	-	
Υπαρξιακή μοναξιά	-,233*	,617**	,508**	,717**	,598**	-

** . Επίπεδο σημαντικότητας 0.01 (2-tailed).

* . Επίπεδο σημαντικότητας 0.05 (2-tailed).

Πίνακας 6. Συσχετίσεις μεταξύ πόνου και των υποκλιμάκων του Ψυχολογικού Ευ ζην

	Πόνος	Αυτονομία	Περιβαλλοντική κυριαρχία	Προσωπική ανάπτυξη	Θετικές σχέσεις	Σκοπός ζωής	Αποδοχή εαυτού
Πόνος	-						
Αυτονομία	-,317**	-					
Περιβαλλοντική κυριαρχία	-,256*	,627**	-				
Προσωπική ανάπτυξη	-,259**	,318**	,501**	-			
Θετικές σχέσεις	-,221*	,499**	,626**	,576**	-		
Σκοπός ζωής	-,261**	,273**	,477**	,613**	,420**	-	
Αποδοχή εαυτού	-,267**	,508**	,676**	,681**	,545**	,477**	-

** . Επίπεδο σημαντικότητας 0.01 (2-tailed).

*. Επίπεδο σημαντικότητας 0.05 (2-tailed).

6.5. Αναλύσεις γραμμικής παλινδρόμησης

Για το προσδιορισμό της επιρροής των θετικών διαστάσεων στον εκφραζόμενο πόνο του δείγματος διεξήχθησαν πολλαπλές αναλύσεις γραμμικής παλινδρόμησης. Εφαρμόστηκε το στατιστικό κριτήριο Durbin-Watson: 2.762, για την ανεξαρτησία των συστηματικών σφαλμάτων. Επιπλέον, ελέχθησαν οι υποθέσεις της γραμμικότητας, της ανεξαρτησία των σφαλμάτων, της ομοιογένειας και της κανονικότητας. Από το σύνολο των διαγνώσεων των δύο κατηγοριών γαστρεντερολογικών διαταραχών, βρέθηκαν σημαντικά αποτελέσματα μόνο για την ομάδα των ασθενών που είχαν λάβει διάγνωση νόσου του Crohn ($F(12,6) = 9,007, p < 0,05$), με ένα R^2 της τάξης του 0.947. Έτσι λοιπόν, βρέθηκε ότι στη συγκεκριμένη νόσο ο συνδυασμός κάποιων θετικών διαστάσεων, δύναται να παίζει ρόλο προγνωστικού παράγοντα στο πόνο τον οποίο εκφράζουν οι ασθενείς αυτοί (πίνακας 8).

Ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης διενεργήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί η δυνατότητα πρόβλεψης του πόνου αναφορικά με την εκφραζόμενη ενσυνειδητότητα του υπό μελέτη δείγματος (κριτήριο Durbin -Watson = 1,947). Βρέθηκε μία σημαντική παλινδρόμηση ($F(1, 98) = 5,172, p < 0,05$), με R^2 της τάξης του 0.050. Στο συγκεκριμένο δείγμα ασθενών της μελέτης, διαπιστώθηκε ότι η εστίαση στο παρόν μπορεί να αποτελέσει προγνωστικό δείκτη για το πώς ο πόνος γίνεται αντιληπτός ($Beta = -, 224, p < 0,05$), αλλά παράλληλα μπορεί να επηρεάσει την ένταση του.

Περαιτέρω πολλαπλές αναλύσεις γραμμικής παλινδρόμησης για τον προσδιορισμό της επιρροής των υπόλοιπων διαστάσεων στο πόνο διεξήχθησαν, με την ικανοποίηση ζωής να παρουσιάζει σημαντικά αποτελέσματα σε σχέση με τις υπόλοιπες ($F(4, 95) = 4.841, p = 0.001$, με R^2 της τάξης του 0.169). Όσο πιο ικανοποιημένο λοιπόν είναι ένα άτομο είναι στη καθημερινή του ζωή, τόσο λιγότερες πιθανότητες έχει να αναφέρει υψηλότερα επίπεδα πόνου ($Beta = -, 232, p < 0,05$). Τέλος, αναφορικά με τη διερεύνηση των υποκατηγοριών των θετικών διαστάσεων, βρέθηκε ότι η υπό – διάσταση της προσωπικής αυτονομία μπορεί να προβλέψει την έκφραση του πόνου και το πόσο ανθεκτικός είναι ο ασθενής σε αυτή ($F(2, 97) = 9,532, p = 0,014, Beta = -, 241, p < 0,05$).

Πίνακας 8. Ανάλυση διακύμανσης για τη προβλεπτικότητα των θετικών χαρακτηριστικών στην έκφραση του πόνου σε ασθενείς με νόσο του Crohn

	B	β	T	Sig
Ανθεκτικότητα συνολικό	,132	1,168	3,040	,023
Προσωπική ηρεμία	-,663	-1,548	-5,314	,002
Επιμονή	-,639	-1,024	-5,335	,002
Υπαρξιακή μοναξιά	,443	1,101	4,109	,006
Ενσυνειδητότητα συνολικό	,070	,473	1,480	,189
Ικανοποίηση από τη ζωή	-,188	-,626	-2,581	,042
Αυτονομία	-,754	-2,375	-3,625	,011
Περιβαλλοντική κυριαρχία	,227	,611	1,078	,323
Προσωπική ανάπτυξη	-,586	-2,944	-3,820	,009
Θετικές σχέσεις	,302	1,034	2,073	,084
Σκοπός ζωής	-,034	-,140	-,337	,747
Αποδοχή εαυτού	,810	2,032	4,185	,006

ΜΕΡΟΣ IV : ΣΥΖΗΤΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

Συμπεράσματα

Η κατανόηση των ιδιαίτερων παθοφυσιολογικών συνθηκών των γαστρεντερολογικών διαταραχών, αποτελεί προϋπόθεση για να συνειδητοποιήσουμε ότι οι ασθενείς αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα και σοβαρές επιβαρύνσεις προκαλούμενες από την κατάσταση της υγείας τους. Ως εκ τούτου, ένα βασικό ζήτημα στη σύγχρονη βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση σε αυτές τις ασθένειες, και όχι μόνο, είναι η κατανόηση αυτών των μηχανισμών που βοηθούν είτε στην πρόληψη της υποτροπής ή στην καλύτερη δυνατή διαχείριση της προοπτικής του ασθενούς. Έτσι λοιπόν, η προσέγγιση του τρόπου με τον οποίο συμβάλουν τα θετικά χαρακτηριστικά και οι δομημένες βάσει αυτών παρεμβάσεις, αποτελούν σημαντικό πεδίο της σύγχρονης έρευνας.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν ανέδειξαν ιδιαίτερες διαφορές στην έκφραση των διαστάσεων της θετικότητας μεταξύ των δύο βασικών ομάδων γαστρεντερολογικής. Σύμφωνα με τη μελέτη, τα άτομα από διαφορετικές ομάδες δεν βρέθηκαν να παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην έκφραση των διαστάσεων της θετικότητας. Επίσης δεν σημειώθηκαν συγκεκριμένες διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων, ιδιοπαθών νόσων και λειτουργικών διαταραχών. Καμία από τις τέσσερις κύριες γαστρεντερολογικές διαγνώσεις δεν βρέθηκε να εκφράζει ιδιαίτερα σημαντικές στατιστικές διαφορές στις υπό διερεύνηση μεταβλητές.

Η εφαρμογή πολλαπλών αναλύσεων γραμμικής παλινδρόμησης μεταξύ των διαγνώσεις, του πόνου και των θετικών χαρακτηριστικών ανέδειξε ευρήματα σχετικά με την εκδήλωση του πόνου αλλά και την πιθανή επιρροή της έκφρασης του από τις υπό διερεύνηση μεταβλητές. Παρά το γεγονός ότι δεν υπήρξαν διαφοροποιήσεις

μεταξύ των τεσσάρων κύριων διαγνώσεις στη μεταξύ τους σύγκριση, στην ομάδα των ατόμων με νόσο του Crohn βρέθηκε πιθανή επιρροή στην εκδήλωση του πόνου που βιώνει το άτομο. Έτσι λοιπόν βρέθηκε πως η έκφραση του πόνου επηρεάζεται από κάποιες από τις θετικές διαστάσεις και συγκεκριμένα από την ανθεκτικότητα και τα συστατικά της στοιχεία (την αυτοδυναμία, την επιμονή, την υπαρξιακή μοναξιά), από την ικανοποίηση ζωής και από συγκεκριμένα συστατικά του Ψυχολογικού Ευ ζην (αυτονομία, την προσωπική ανάπτυξη, αποδοχή εαυτού).

Φαίνεται ότι αυτού του είδους οι θετικοί ψυχολογικοί παράγοντες, μπορούν να σχετίζονται με ρύθμιση του νευροενδοκρινικού και του ανοσοποιητικού συστήματος. Τόσο ο κοιλιακός όσο και ο σπλαγγχνικός πόνος είναι δύο σημαντικές εκδηλώσεις στις φλεγμονώδεις νόσους με τους ασθενείς να έρχονται αντιμέτωποι με τη φλεγμονή σχεδόν σε καθημερινό επίπεδο, ειδικά όταν η φλεγμονή είναι ενεργή (Bielefeldt, Davis και Binion, 2009). Η εμπειρία από ένα αγχωτικό γεγονός όπως ο πόνος, ιδιαίτερα στο πλαίσιο της παθολογίας, οδηγεί με γραμμικό τρόπο στην ενεργοποίηση των στρατηγικών αντιμετώπισης που έχει και οι οποίες βοηθούν το άτομο διαχειρίζεται τη κατάστασή του. Η εστιασμένη προσοχή στο παρόν αποτελεί σημαντική ικανότητα αντιμετώπισης καταστάσεων υγείας, όπως ο πόνος. Ειδικά στα συμπτώματα των ΙΦΝΕ, πολλές μελέτες συμφωνούν με την ιδέα ότι ένα πρόγραμμα που βασίζεται στην προώθηση της γνώσης και συναίσθησης μπορεί να ελέγχει τη γαστρεντερολογική συμπτωματολογία και την αγχώδη εκδήλωση μέσα από διάφορες τεχνικές (Kearney et al., 2011). Σύμφωνα με την ανασκόπηση τους, οι Aucoin, Lalonde-Parsi και Cooley (2014), εξέτασαν μια σειρά μελετών στις οποίες οι παρεμβάσεις ενσυνειδητότητας πέτυχαν τόσο τη μείωση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων των ασθενών όσο και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Αυτοί οι τύποι των παρεμβάσεων φαίνεται πως έχουν θετικά αποτελέσματα στις διάφορες

παθολογικές εκδηλώσεις, όπως ο πόνος, το άγχος, η κατάθλιψη και η ποιότητα ζωής. Στις ΙΦΝΕ, δεδομένου ότι συχνά συμπτώματα τύπου σπαστικής κολίτιδας συνυπάρχουν και αποτελούν ένα σημαντικό θεραπευτικό στόχο, έχουν προταθεί συχνά παρεμβάσεις εστιασμένες στην ενσυνειδητότητα καθώς παρουσιάζουν σημαντικά θετικά αποτελέσματα στη διαχείρισή τους (Schoultz, Atherton and Watson, 2015).

Τα θετικά συναισθήματα λοιπόν, ως στρατηγικές αντιμετώπισης μπορούν να βοηθήσουν σε μια ιδιαίτερα στρεσογόνα συνθήκη όπως μια φλεγμονή. Στη βάση της θεωρίας “ διεύρυνσης και οικοδόμησης των θετικών συναισθημάτων ” (Fredrickson, 2004), κατά την οποία η θετική λειτουργικότητα μπορεί να σχετίζεται με μια σειρά από πλεονεκτήματα σε καταστάσεις πόνου, τα αποτελέσματά της μελέτης συμφωνούν με την ιδέα ότι τα υψηλότερα επίπεδα των θετικών συναισθημάτων μπορούν να οδηγήσουν σε καλύτερη αντιμετώπιση στρεσογόνων παραγόντων και γρηγορότερη ανάκαμψη από αρνητικές εμπειρίες (Kratz, Davis και Zautra, 2007).

Περαιτέρω ανάλυση του συνολικού δείγματος ανέδειξε περισσότερο σχέσεις της έντασης του πόνου και με άλλα χαρακτηριστικά, και ειδικά με την εστίαση στο παρόν, την ικανοποίηση από τη ζωή, αλλά και τη διάσταση της αυτονομίας του ψυχολογικού ευ ζην. Τα ευρήματα αυτά ενισχύονται επίσης και από τις αναλύσεις συσχέτισης και συγκεκριμένα με τις αρνητικές συσχετίσεις πόνου και θετικών διαστάσεων αλλά και τις θετικές συσχετίσεις μεταξύ των υπο διερεύνηση χαρακτηριστικών. Η σημασία του Ευ ζην συνοψίζεται στο γεγονός ότι, μπορεί να διαδραματίσει ένα προστατευτικό ρόλο μέσω είτε αντιστροφής είτε πρόληψης των επιπτώσεων οι οποίες προκαλούνται από την αρνητική εμπειρία (Fredrickson, 2004).

Τα ευρήματά μας συμφωνούν επίσης με την ιδέα ότι η ανθεκτικότητα είναι ένας θετικός ψυχολογικός παράγοντας που επηρεάζει τη συνολική ψυχολογική ευεξία.

Η Ryff (2012) στην ενασχόληση της με το Ευ ζην, υποστηρίζει πως η ανθεκτικότητα συνδέεται με την ευδαιμονία σε ένα διορθωτικό επίπεδο. Αυτή η σχέση δηλαδή, επιτρέπει σε ένα άτομο να προωθήσει την ψυχολογική και βιολογική του ευημερία, ακόμη και αν ο ίδιος αντιμετωπίζει σοβαρούς επιβαρυντικούς παράγοντες όπως κάποια ψυχολογική δυσκολία ή μια χρόνια πάθηση, όπως μια γαστρεντερική διαταραχή με συνοδευόμενο πόνο (Ryff, 2012).

Εκτός των παθολογικών παραγόντων, κοινωνικό - οικονομικές συνθήκες, όπως το εργασιακό καθεστώς και το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, φαίνεται να σχετίζονται τόσο με την προσωπική ικανοποίηση όσο και τη γενική ψυχολογική και κοινωνική ευημερία. Στο δείγμα μας, οι μεταβλητές οι οποίες βρέθηκαν να σχετίζονται με τις συνθήκες εργασίας και το εκπαιδευτικό υπόβαθρο, ήταν ανθεκτικότητα και το Ευ ζην. Παρά το γεγονός ότι δεν υπήρχαν σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ενσυνειδητότητα, η ικανοποίηση από τη ζωή βρέθηκε να σχετίζεται κυρίως με την εργασιακή κατάσταση και το εκπαιδευτικό υπόβαθρο. Πρόσφατες έρευνες με αντικείμενο τη μελέτη της θετικής ανθρώπινης λειτουργίας, επισημαίνουν την επιρροή της εργασίας και της εκπαίδευσης στη γενικότερη ατομική ευημερία.

Σε μία ειδική ανασκόπησή της, η Ryff (2013), μελέτησε μια σειρά ερευνών σχετικά με την εργασία, την εκπαίδευση και την επιρροή τους την ανθρώπινη ευδαιμονία. Αναφέρεται μια ποικιλομορφία των διαφόρων ευρημάτων, τόσο σε ότι αφορά το φύλο όσο και τις συνθήκες εργασίας. Καλύτερες συνθήκες εργασίας λοιπόν, συνδέονται με υψηλότερα ποσοστά αυτοελέγχου, αποδοχής εαυτού, καλύτερης κοινωνικό - οικονομική κατάσταση και καλύτερης κατάσταση υγείας.

Έτσι , οι παράγοντες αυτοί φαίνεται να λειτουργούν προβλεπτικά σε ηλικιωμένα άτομα, ενώ το δείγμα των γυναικών στις διάφορες μελέτες βρέθηκε να επηρεάζεται περισσότερο από το φόρτο εργασίας (Ryff, 2013).

Εν κατακλείδι, ίσως υπάρχει μια δυνητική διαφοροποίηση μεταξύ των λειτουργικών και ιδιοπαθών διαταραχών, λόγω των σοβαρών παθοφυσιολογικών συνθηκών των τελευταίων. Εξίσου σημαντική είναι και η επίδραση της συνοσηρότητας του πόνου. Στο δείγμα της παρούσας έρευνας δεν υπήρξαν ιδιαίτερες διαφοροποιήσεις στην έκφραση των χαρακτηριστικών αυτών. Αλλά σε ασθενείς με νόσο του Crohn, ο αναφερόμενος πόνος φαίνεται να επηρεάζεται από το πόσο ανθεκτικά είναι τα άτομα και πόσο υψηλό είναι το ψυχολογικό τους ευ ζην. Συγχρόνως, τα επίπεδα του πόνου σε όλες τις κατηγορίες διαγνώσεων, επηρεάζονται από την ενσυνειδητότητα και την ικανοποίηση ζωής. Η κοινωνικο - οικονομική κατάσταση επιπλέον, αντικατοπτρίζεται στις θετικές διαστάσεις. Τέλος, δεν διαπιστώθηκαν διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών.

7.1. Ερευνητικοί περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Πρέπει να ληφθεί υπόψη μια σειρά από περιορισμούς της μελέτης. Αρχικά, δεδομένου ότι η μελέτη ήταν συγχρονική, είναι αδύνατο να προσδιοριστεί η ακριβής φύση των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών που παρουσιάζουν ενδιαφέρον ή να διατυπωθούν γενικευμένα συμπεράσματα στις σχέσεις αιτίου – αιτιατού. Είναι σημαντικό να προσδιοριστεί η ακριβής φύση των σχέσεων μέσω διαχρονικών μελετών.

Επιπλέον, τα ευρήματά μας βασίζονται σε περιορισμένο αριθμό ασθενών. Τα εργαλεία αυτο-αναφοράς ήταν η μόνη μέθοδος που ακολουθήθηκε. Η μελλοντική έρευνα θα πρέπει να αναπαράγει την παρούσα μελέτη και να περιλαμβάνει διάφορες μεθόδους αξιολόγησης, καθώς και πειραματικά σχέδια.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Acosta-Ramírez, D., Pagán-Ocasio, V., Torres, E. A., Rodríguez, M., & Caro, O. (2013). Profile of the inflammatory bowel disease patient with depressive disorders. *Puerto Rico health sciences journal*, 20(3).
- Ananthakrishnan, A. N. (2013). Environmental risk factors for inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol (NY)*, 9(6), 367-74.
- Antonovsky, A. (1993). The sense of coherence as a determinant of health. In *Health and Wellbeing* (pp. 202-211). Macmillan Education UK.
- Atreya, I., Atreya, R., & Neurath, M. F. (2008). NF-κB in inflammatory bowel disease. *Journal of internal medicine*, 263(6), 591-596.
- Aucoin, M., Lalonde-Parsi, M. J., & Cooley, K. (2014). Mindfulness-Based Therapies in the Treatment of Functional Gastrointestinal Disorders: A Meta-Analysis. *Evidence Based Complementary and Alternative Medicine*, 2014.
- Berrill, J. W., Sadlier, M., Hood, K., & Green, J. T. (2014). Mindfulness-based therapy for inflammatory bowel disease patients with functional abdominal symptoms or high perceived stress levels. *Journal of Crohn's and Colitis*, 8(9), 945-955.
- Bielefeldt, K., Davis, B., & Binion, D. G. (2009). Pain and inflammatory bowel disease. *Inflammatory bowel diseases*, 15(5), 778-788.
- Birrenbach, T., & Böcker, U. (2004). Inflammatory bowel disease and smoking. A review of epidemiology, pathophysiology, and therapeutic implications. *Inflammatory bowel diseases*, 10(6), 848-859.

- Bonaz, B. L., & Bernstein, C. N. (2013). Brain-gut interactions in inflammatory bowel disease. *Gastroenterology*, *144*(1), 36-49.
- Boye, B., Lundin, K. E., Leganger, S., Mogleby, K., Jantschek, G., Jantschek, I., ... & Blomhoff, S. (2008). The INSPIRE study: do personality traits predict general quality of life (short form-36) in distressed patients with ulcerative colitis and Crohn's disease?. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, *43*(12), 1505-1513.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological inquiry*, *18*(4), 211-237.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological inquiry*, *18*(4), 211-237.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and social psychology*, *65*(2), 375.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., & Poulton, R. (2005). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Focus*.
- Chitkara DK, van Tilburg MA, Blois-Martin N, et al.(2008). ‘‘Early life risk factors that contribute to irritable bowel syndrome in adults: a systematic review’’. *Am J Gastroenterol*. 103:765–775.

- Chitkara, D. K., van Tilburg, M. A., Blois-Martin, N., & Whitehead, W. E. (2008). Early life risk factors that contribute to irritable bowel syndrome in adults: a systematic review. *The American journal of gastroenterology*, *103*(3), 765-774.
- Clauwaert N, Jones MP, Holvoet L, (2012). "Associations between gastric sensorimotor function, depression, somatization, and symptom-based subgroups in functional gastroduodenal disorders: are all symptoms equal?". *Neurogastroenterol Motil.* *24*:1088-e565.
- Creed, F., Ratcliffe, J. O. Y., Fernandes, L., Palmer, S., Rigby, C., Tomenson, B., & Thompson, D. G. (2005). Outcome in severe irritable bowel syndrome with and without accompanying depressive, panic and neurasthenic disorders. *The British Journal of Psychiatry*, *186*(6), 507-515.
- Crocco, S., Martelossi, S., Giurici, N., Villanacci, V., & Ventura, A. (2012). Upper gastrointestinal involvement in paediatric onset Crohn's disease: prevalence and clinical implications. *Journal of Crohn's and Colitis*, *6*(1), 51-55.
- De Vries, D. R., Van Herwaarden, M. A., Smout, A. J., & Samsom, M. (2008). Gastroesophageal pressure gradients in gastroesophageal reflux disease: relations with hiatal hernia, body mass index, and esophageal acid exposure. *The American journal of gastroenterology*, *103*(6), 1349-1354.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, *9*(1), 1-11.
- Deiner, E., Suh, E., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, *125*(2), 276-302.

- Delgado-Aros, S., & Camilleri, M. (2005). Visceral hypersensitivity. *Journal of clinical gastroenterology*, 39(5), S194-S203.
- Delvaux, M., Denis, P., & Allemand, H. (1997). Sexual abuse is more frequently reported by IBS patients than by patients with organic digestive diseases or controls. Results of a multicentre inquiry. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 9(4), 345-352.
- Dent, J., El-Serag, H. B., Wallander, M., & Johansson, S. (2005). Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut*, 54(5), 710-717.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., & Seligman, M. E. (2004). Beyond money toward an economy of wellbeing. *Psychological science in the public interest*, 5(1), 1-31.
- Dragoș, D., & Tănăsescu, M. D. (2010). The effect of stress on the defense systems. *Journal of medicine and life*, 3(1), 10.
- Drossman, D. A. (2006). The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *gastroenterology*, 130(5), 1377-1390.
- Drossman, D. A. (2007). Introduction. The Rome Foundation and Rome III. *Neurogastroenterology & Motility*, 19(10), 783-786.
- Drossman, D. A., Camilleri, M., Mayer, E. A., & Whitehead, W. E. (2002). AGA technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 123(6), 2108-2131.

- Feldman, M., Friedman, L. S., & Brandt, L. J. (Eds.). (2015). *Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: pathophysiology, diagnosis, management*. Elsevier Health Sciences.
- Filipović, B. R., Filipović, B. F., Kerkez, M., Milinić, N., & Randelović, T. (2007). Depression and anxiety levels in therapy-naive patients with inflammatory bowel disease and cancer of the colon. *World J Gastroenterol*, *13*(3), 438-443.
- Flett, G. L., Baricza, C., Gupta, A., Hewitt, P. L., & Endler, N. S. (2011). Perfectionism, psychosocial impact and coping with irritable bowel disease: a study of patients with Crohn's disease and ulcerative colitis. *Journal of health psychology*, 1359105310383601.
- Forrest, K., Symmons, D., & Foster, P. (2004). Systematic review: is ingestion of paracetamol or non-steroidal anti-inflammatory drugs associated with exacerbations of inflammatory bowel disease?. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, *20*(10), 1035-1043.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychologist*, *56*(3), 218.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of personality and social psychology*, *95*(5), 1045.

- Giltay, E. J., Geleijnse, J. M., Zitman, F. G., Buijsse, B., & Kromhout, D. (2007). Lifestyle and dietary correlates of dispositional optimism in men: The Zutphen Elderly Study. *Journal of psychosomatic research*, *63*(5), 483-490.
- Gonsalkorale, W. M., Perrey, C., Pravica, V., Whorwell, P. J., & Hutchinson, I. V. (2003). Interleukin 10 genotypes in irritable bowel syndrome: evidence for an inflammatory component?. *Gut*, *52*(1), 91-93.
- Guthrie, E., Creed, F., Fernandes, L., Ratcliffe, J., Van Der Jagt, J., Martin, J., & Tomenson, B. (2003). Cluster analysis of symptoms and health seeking behaviour differentiates subgroups of patients with severe irritable bowel syndrome. *Gut*, *52*(11), 1616-1622.
- Hanauer, S. B. (2006). Inflammatory bowel disease: epidemiology, pathogenesis, and therapeutic opportunities. *Inflammatory bowel diseases*, *12*(5), S3-S9.
- Hefferon, K., Greal, M., & Mutrie, N. (2009). Post-traumatic growth and life threatening physical illness: A systematic review of the qualitative literature. *British journal of health psychology*, *14*(2), 343-378.
- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of consulting and clinical psychology*, *74*(5), 797.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, *6*(6), 537-559.

- Howell, R. T., Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review, 1*(1), 83-136.
- Huppert, F. A. (2009). Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being, 1*(2), 137-164.
- Jones, M. P., Dilley, J. B., Drossman, D., & Crowell, M. D. (2006). Brain–gut connections in functional GI disorders: anatomic and physiologic relationships. *Neurogastroenterology & Motility, 18*(2), 91-103.
- Jones, M. P., Wessinger, S., & Crowell, M. D. (2006). Coping strategies and interpersonal support in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology, 4*(4), 474-481.
- Joseph, S., & Wood, A. (2010). Assessment of positive functioning in clinical psychology: Theoretical and practical issues. *Clinical psychology review, 30*(7), 830-838.
- Karoly, P., & Ruhlman, L. S. (2006). Psychological “resilience” and its correlates in chronic pain: findings from a national community sample. *Pain, 123*(1), 90-97.
- Kearney D.J., Brown-Chang J. (2008). “Complementary and alternative medicine for IBS in adults: mind–body interventions,” *Nature Clinical Practice Gastroenterology & Hepatology*, vol. 5, pp. 624–636.

- Kearney, D. J., McDermott, K., Martinez, M., & Simpson, T. L. (2011). Association of participation in a mindfulness programme with bowel symptoms, gastrointestinal symptom specific anxiety and quality of life. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 34(3), 363-373.)
- Kiank, C., Taché, Y., & Larauche, M. (2010). Stress-related modulation of inflammation in experimental models of bowel disease and post-infectious irritable bowel syndrome: role of corticotropin-releasing factor receptors. *Brain, behavior, and immunity*, 24(1), 41-48.
- Kratz, A. L., Davis, M. C., & Zautra, A. J. (2007). Pain acceptance moderates the relation between pain and negative affect in female osteoarthritis and fibromyalgia patients. *Annals of Behavioral Medicine*, 33(3), 291-301.
- Kurina, L. M., Goldacre, M. J., Yeates, D., & Gill, L. E. (2001). Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(10), 716-720.
- Lakhan, S. E., & Schofield, K. L. (2013). Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 8(8), e71834.
- Lee, Y. Y., & McColl, K. E. (2013). Pathophysiology of gastroesophageal reflux disease. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 27(3), 339-351.
- Leserman, J., Drossman, D. A., Li, Z., Toomey, T. C., Nachman, G., & Glogau, L. (1996). Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status. *Psychosomatic medicine*, 58(1), 4-15.

- Levy R.L., Olden K.W and Naliboff B.D. (2006). 'Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders'. *Gastroenterology*;130:1447–1458.
- Locke, G. R., Weaver, A. L., Melton, L. J., & Talley, N. J. (2004). Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case-control study. *The American journal of gastroenterology*, 99(2), 350-357.
- Locke, G. R., Weaver, A. L., Melton, L. J., & Talley, N. J. (2004). Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case-control study. *The American journal of gastroenterology*, 99(2), 350-357.
- Locke, G. R., Weaver, A. L., Melton, L. J., & Talley, N. J. (2004). Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case-control study. *The American journal of gastroenterology*, 99(2), 350-357.
- Locke, G. R., Zinsmeister, A. R., Fett, S. L., Melton, L. J., & Talley, N. J. (2005). Overlap of gastrointestinal symptom complexes in a US community. *Neurogastroenterology & Motility*, 17(1), 29-34.
- Loftus, E. V. (2004). Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology*, 126(6), 1504-1517.
- Ludwig, D. S., & Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in medicine. *Jama*, 300(11), 1350-1352.

- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success?. *Psychological bulletin*, *131*(6), 803.
- Mantzios, M., Wilson, J. C., & Giannou, K. (2013). Psychometric properties of the Greek versions of the self-compassion and mindful attention and awareness scales. *Mindfulness*, *6*(1), 123-132.
- Matricon, J., Meleine, M., Gelot, A., Piche, T., Dapoigny, M., Muller, E., & Ardid, D. (2012). Review article: Associations between immune activation, intestinal permeability and the irritable bowel syndrome. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, *36*(11-12), 1009-1031.
- Mawdsley, J. E., & Rampton, D. S. (2005). Psychological stress in IBD: new insights into pathogenic and therapeutic implications. *Gut*, *54*(10), 1481-1491.
- Mayer, E. A. (2000). The neurobiology of stress and gastrointestinal disease. *Gut*, *47*(6), 861-869.
- Mittermaier, C., Dejaco, C., Waldhoer, T., Oefflerbauer-Ernst, A., Miehsler, W., Beier, M., & Moser, G. (2004). Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: a prospective 18-month follow-up study. *Psychosomatic medicine*, *66*(1), 79-84.
- Mols, F., & Denollet, J. (2010). Type D personality among noncardiovascular patient populations: a systematic review. *General hospital psychiatry*, *32*(1), 66-72.
- Moreno-Jiménez, B., Blanco, B. L., Rodríguez-Muñoz, A., & Hernández, E. G. (2007). The influence of personality factors on health-related quality of life of patients with inflammatory bowel disease. *Journal of psychosomatic research*, *62*(1), 39-46.

- Mylonaki, M., Langmead, L., Pantos, A., Johnson, F., & Rampton, D. S. (2004). Enteric infection in relapse of inflammatory bowel disease: importance of microbiological examination of stool. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 16(8), 775-778.
- Naliboff, B. D., Derbyshire, S. W., Munakata, J., Berman, S., Mandelkern, M., Chang, L., & Mayer, E. A. (2001). Cerebral activation in patients with irritable bowel syndrome and control subjects during rectosigmoid stimulation. *Psychosomatic medicine*, 63(3), 365-375.
- Nes, L. S., & Segerstrom, S. C. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and social psychology review*, 10(3), 235-251.
- Occhipinti, K., & Smith, J. W. (2012). Irritable bowel syndrome: a review and update. *Clinics in colon and rectal surgery*, 25(1), 46.
- Oishi, S. (2006). The concept of life satisfaction across cultures: An IRT analysis. *Journal of Research in Personality*, 40(4), 411-423.
- Peppercorn MA. (2004). Clinical manifestations and diagnosis of Crohn's disease. *Up To Date 12.3 Gastroenterology and Hepatology*.
- Prasko, J., Jelenova, D., & Mihal, V. (2010). Psychological aspects and psychotherapy of inflammatory bowel diseases and irritable bowel syndrome in children. *Biomedical Papers*, 154(4), 307-314.
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health?. *Psychological bulletin*, 131(6), 925.

- Rasmussen, H. N., Scheier, M. F., & Greenhouse, J. B. (2009). Optimism and physical health: A meta-analytic review. *Annals of behavioral medicine*, 37(3), 239-256.
- Ringel, Y., & Drossman, D. A. (2001). Psychosocial aspects of Crohn's disease. *Surgical Clinics of North America*, 81(1), 231-252.
- Rosemurgy, A. S., Donn, N., Paul, H., Luberic, K., & Ross, S. B. (2011). Gastroesophageal reflux disease. *Surgical Clinics of North America*, 91(5), 1015-1029.
- Ryff, C. D. (2013). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 10-28.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719.
- Ryff, C. D., Friedman, E. M., Morozink, J. A., & Tsenkova, V. (2012). Psychological resilience in adulthood and later life: Implications for health. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 32(1), 73-92.
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B., & Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55, 110-121.
- Sands, B. E. (2004). From symptom to diagnosis: clinical distinctions among various forms of intestinal inflammation. *Gastroenterology*, 126(6), 1518-1532.
- Satsangl, J., Farrant, J. M., Jewell, D. P., Bell, J. I., Welsh, K. I., Bunce, M., & Julier, C. (1996). Contribution of genes of the major histocompatibility complex to susceptibility and disease phenotype in inflammatory bowel disease. *The Lancet*, 347(9010), 1212-1217.

- Schimmack, U., & Oishi, S. (2005). The influence of chronically and temporarily accessible information on life satisfaction judgments. *Journal of personality and social psychology*, 89(3), 395.
- Schimmack, U., Diener, E., & Oishi, S. (2002). Life-satisfaction is a momentary judgment and a stable personality characteristic: The use of chronically accessible and stable sources. *Journal of personality*, 70(3), 345-384.
- Schmidt, C. K., Raque-Bogdan, T. L., Piontkowski, S., & Schaefer, K. L. (2011). Putting the positive in health psychology: A content analysis of three journals. *Journal of Health Psychology*, 1359105310384296.
- Schoultz, M., Atherton, I., & Watson, A. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for inflammatory bowel disease patients: findings from an exploratory pilot randomized controlled trial. *Trials*, 16(1), 379.
- Sears, S. R., Stanton, A. L., & Danoff-Burg, S. (2003). The yellow brick road and the emerald city: benefit finding, positive reappraisal coping and posttraumatic growth in women with early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 22(5), 487.
- Seifert, T. A. (2005). The Ryff scales of psychological well-being. *Assessment Notes Center of Inquiry Home Retrieved from <http://www.liberalarts.wabash.edu/ryff-scales/>*. In.
- Seligman, M. E. (2008). Positive health. *Applied psychology*, 57(s1), 3-18.
- Smith, A. W., & Baum, A. (2003). The influence of psychological factors on restorative function in health and illness. *Social psychological foundations of health and illness*, 431-457.

- Southwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C., & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European journal of psychotraumatology*, 5.
- Spiegel, B. M. (2011). Questioning the bacterial overgrowth hypothesis of irritable bowel syndrome: an epidemiologic and evolutionary perspective. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 9(6), 461-469.
- Springer, K. W., & Hauser, R. M. (2006). An assessment of the construct validity of Ryff's scales of psychological well-being: Method, mode, and measurement effects. *Social science research*, 35(4), 1080-1102.
- Steptoe, A., Demakakos, P., de Oliveira, C., & Wardle, J. (2012). Distinctive biological correlates of positive psychological well-being in older men and women. *Psychosomatic Medicine*, 74(5), 501-508.
- Steptoe, A., O'Donnell, K., Badrick, E., Kumari, M., & Marmot, M. (2008). Neuroendocrine and inflammatory factors associated with positive affect in healthy men and women the Whitehall II Study. *American Journal of Epidemiology*, 167(1), 96-102.
- Stewart, D. E., & Yuen, T. (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*, 52(3), 199-209.
- Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J. (2010). Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. *Current pain and headache reports*, 14(2), 105-112
- Taché, Y., & Bernstein, C. N. (2009). Evidence for the role of the brain-gut axis in inflammatory bowel disease: depression as cause and effect?. *Gastroenterology*, 136(7), 2058.

- Taku, K., Cann, A., Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2008). The factor structure of the Posttraumatic Growth Inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal of traumatic stress, 21*(2), 158-164.
- Talley, N. J. (2008). Functional gastrointestinal disorders as a public health problem. *Neurogastroenterology & Motility, 20*(s1), 121-129.
- Talley, N. J., & Spiller, R. (2002). Irritable bowel syndrome: a little understood organic bowel disease?. *The Lancet, 360*(9332), 555-564.
- Tanum, L., & Malt, U. F. (2001). Personality and physical symptoms in nonpsychiatric patients with functional gastrointestinal disorder. *Journal of psychosomatic research, 50*(3), 139-146.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Aspinwall, L. G., Schneider, S. G., Rodriguez, R., & Herbert, M. (1992). Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Journal of personality and social psychology, 63*(3), 460.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of traumatic stress, 9*(3), 455-471.
- Temoshok, L. R., Waldstein, S. R., Wald, R. L., Garzino-Demo, A., Synowski, S. J., Sun, L., & Wiley, J. A. (2008). Type C coping, alexithymia, and heart rate reactivity are associated independently and differentially with specific immune mechanisms linked to HIV progression. *Brain, behavior, and immunity, 22*(5), 781-792.

- Tougas, G. (2000). The autonomic nervous system in functional bowel disorders. *Gut*, 47(suppl 4), iv78-iv80.
- Triantafillidis, J. K., Emmanouilidis, A., Manousos, O., Nicolakis, D., & Kogevinas, M. (2000). Clinical patterns of Crohn's disease in Greece: a follow-up study of 155 cases. *Digestion*, 61(2), 121-128.
- Vakil, N., van Zanten, S. V., Kahrilas, P., Dent, J., & Jones, R. (2006). The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *The American journal of gastroenterology*, 101(8), 1900-1920.
- Van Oudenhove, L., Vandenberghe, J., Geeraerts, B., Vos, R., Persoons, P., Fischler, B. & Tack, J. (2008). Determinants of symptoms in functional dyspepsia: gastric sensorimotor function, psychosocial factors or somatisation?. *Gut*, 57(12), 1666-1673.
- Wagnild, G. (2009). A review of the Resilience Scale. *Journal of nursing measurement*, 17(2), 105-113.
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and psychometric. *J Nurs Meas*, 1, 165-178.
- Whitehead, W. E., Palsson, O., & Jones, K. R. (2002). Systematic review of the comorbidity of irritable bowel syndrome with other disorders: what are the causes and implications?. *Gastroenterology*, 122(4), 1140-1156.
- Williamson, A., & Hoggart, B. (2005). Pain: a review of three commonly used pain ratingscales. *Journal of clinical nursing*, 14(7), 798-804.

Wong, P. T. (2011). Positive psychology 2.0: Towards a balanced interactive model of the good life. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 52(2), 69.

Yeo, A., Boyd, P., Lumsden, S., Saunders, T., Handley, A., Stubbins, M., & Crocker, N. (2004). Association between a functional polymorphism in the serotonin transporter gene and diarrhoea predominant irritable bowel syndrome in women. *Gut*, 53(10), 1452-1458.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Δημογραφικά στοιχεία

Σας ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας στην παρούσα μελέτη. Τα δεδομένα αυτά συλλέγονται στο πλαίσιο μιας ερευνητικής μελέτης με τίτλο «»Παρακαλούμε επιλέξτε με απόλυτη ειλικρίνεια την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει. Τα στοιχεία σας θα χρησιμοποιηθούν με ευαισθησία και τηρώντας σε κάθε περίπτωση την αρχή της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας.

1. Ηλικία: _____

2. Φύλο:

- Άνδρας _____
- Γυναίκα _____

3. Οικογενειακή κατάσταση:

- Παντρεμένος/η _____
- Διαζευγμένος/η _____
- Χήρος/α _____
- Έχω μία σταθερή σχέση _____
- Ελεύθερος _____

4. Εκπαιδευτικό επίπεδο:

- Απόφοιτος/η Γυμνασίου _____
- Απόφοιτος/η Λυκείου _____
- Απόφοιτος/η ΤΕΙ _____
- Απόφοιτος/η ΑΕΙ _____
- Μεταπτυχιακές σπουδές _____
- Διδακτορικό δίπλωμα _____
- Άλλο:
Διευκρινήστε.....
.....
.....

5. Επαγγελματική κατάσταση:

- Πλήρης απασχόληση _____
 - Μερική απασχόληση _____
 - Συνταξιούχος _____
 - Άνεργος/η _____
 - Φοιτητής/τρια _____
 - Οικιακά _____
 - Στρατιωτική θητεία _____
 - Άλλο: _____
- Διευκρινήστε.....
.....

Αν εργάζεστε, παρακαλούμε αναφέρετε το επάγγελμα που κάνετε:.....

6. Μηνιαίο ατομικό εισόδημα:

- Κάτω από 500 ευρώ _____
- 501-800 ευρώ _____
- 801-1200 ευρώ _____
- 1201-1600 ευρώ _____
- 1601-2000 ευρώ _____
- 2001-2500 ευρώ _____
- Πάνω από 2500 ευρώ _____

7. Έχετε κάποια θρησκευτική πίστη?

Ναι _____
Όχι _____

Αν ναι, παρακαλούμε διευκρινήστε.....

8. Έχετε βιώσει τον τελευταίο χρόνο κάποια απώλεια που να επηρέασε καθοριστικά την ψυχολογική σας κατάσταση? (θάνατος κοντινού προσώπου, διαζύγιο, χωρισμός)

Ναι _____
Όχι _____

Αν ναι, παρακαλούμε διευκρινήστε.....
.....

9. Έχετε αντιμετωπίσει ποτέ κάποιο πρόβλημα με το νόμο? (νομικές διεκδικήσεις, φυλάκιση, εμπλοκή σε δικαστικές διαμάχες)

Ναι _____

Όχι _____

Αν ναι, παρακαλούμε
διεκρυνήστε.....

.....

10. Έχετε επισκεφτεί ποτέ κάποιον ειδικό ψυχικής υγείας?

Ναι _____

Όχι _____

Αν ναι, παρακαλούμε διευκρινήστε την ειδικότητα του ειδικού και το λόγο της
επίσκεψής
σας.....

.....

.....

11. Νιώθετε ικανοποιημένος από τη ζωή σας?

• Ναι _____

• Όχι _____

• Νιώθω ουδέτερα _____

• Δεν ξέρω _____

Ψυχιατρικό ιστορικό

Λαμβάνετε κάποια ψυχιατρική αγωγή; Αν ναι παρακαλώ περιγράψτε:

Έχετε λάβει ποτέ κάποια ψυχιατρική διάγνωση ; Αν ναι
παρακαλώ περιγράψτε

Πρώτη διάγνωση

Ιατρικό ιστορικό

Λαμβάνετε αγωγή για κάποιο άλλο πρόβλημα υγείας; Αν ναι παρακαλώ περιγράψτε

Νοσηλείες:

Διάγνωση:

Παρατηρήσεις:

Η Κλίμακα Ανθεκτικότητας

Παρακαλώ, διαβάστε τις παρακάτω προτάσεις. Στα δεξιά κάθε πρότασης, θα βρείτε 7 αριθμούς, από το «1» (Διαφωνώ Πολύ) στα αριστερά μέχρι το «7» (Συμφωνώ Πολύ) στα δεξιά. Σημειώστε τον κύκλο κάτω από τον αριθμό ο οποίος υποδεικνύει καλύτερα τι αισθάνεστε για την πρόταση. Για παράδειγμα, αν διαφωνείτε πολύ με μία πρόταση σημειώστε «1». Αν είστε ουδέτερος/η, σημειώστε «4», και αν συμφωνείτε πολύ, σημειώστε «7», κ.τ.λ.

1. Όταν κάνω σχέδια, τα ολοκληρώνω.	1 μ	2 μ	3 μ	4 μ	5 μ	6 μ	7 μ
2. Συνήθως τα καταφέρνω, με τον έναν ή τον άλλο τρόπο.	1 μ	2 μ	3 μ	4 μ	5 μ	6 μ	7 μ
3. Είμαι ικανός/ή να βασίζομαι στον εαυτό μου περισσότερο από ότι σε οποιονδήποτε άλλο.	1 μ	2 μ	3 μ	4 μ	5 μ	6 μ	7 μ
4. Το να κρατώ το ενδιαφέρον μου σε πράγματα είναι σημαντικό για μένα.	1 μ	2 μ	3 μ	4 μ	5 μ	6 μ	7 μ
5. Μπορώ να είμαι μόνος/-η μου αν πρέπει.	1 μ	2 μ	3 μ	4 μ	5 μ	6 μ	7 μ
6. Νιώθω περήφανος/-η που έχω πετύχει πράγματα στη ζωή.	1 μ	2 μ	3 μ	4 μ	5 μ	6 μ	7 μ
7. Συνήθως ενσωματώνω τα πράγματα στο ρυθμό της ζωής μου.	1 μ	2 μ	3 μ	4 μ	5 μ	6 μ	7 μ
8. Είμαστε φίλοι με τον εαυτό μου.	1 μ	2 μ	3 μ	4 μ	5 μ	6 μ	7 μ
9. Νιώθω ότι μπορώ να χειριστώ πολλά πράγματα ταυτόχρονα.	1 μ	2 μ	3 μ	4 μ	5 μ	6 μ	7 μ
10. Είμαι αποφασιστικός/-ή.	1 μ	2 μ	3 μ	4 μ	5 μ	6 μ	7 μ
11. Σπάνια αναρωτιέμαι ποιο είναι το νόημα όλων των πραγμάτων.	1 μ	2 μ	3 μ	4 μ	5 μ	6 μ	7 μ
12. Κάνω ένα βήμα τη φορά.	1 μ	2 μ	3 μ	4 μ	5 μ	6 μ	7 μ
13. Μπορώ να ανταπεξέλθω σε δύσκολους καιρούς γιατί αντιμετωπίσα δυσκολίες και πριν.	1 μ	2 μ	3 μ	4 μ	5 μ	6 μ	7 μ
14. Έχω αυτοπειθαρχία.	1 μ	2 μ	3 μ	4 μ	5 μ	6 μ	7 μ
15. Διατηρώ το ενδιαφέρον μου σε πράγματα.	1 μ	2 μ	3 μ	4 μ	5 μ	6 μ	7 μ
16. Μπορώ συνήθως να βρω κάτι με το οποίο να γελάσω.	1 μ	2 μ	3 μ	4 μ	5 μ	6 μ	7 μ
17. Η πίστη μου στον εαυτό μου με βοηθά να τα βγάλω πέρα στους δύσκολους καιρούς.	1 μ	2 μ	3 μ	4 μ	5 μ	6 μ	7 μ
18. Σε περίπτωση ανάγκης είμαι κάποιος στον οποίο οι άνθρωποι μπορούν να βασιστούν.	1 μ	2 μ	3 μ	4 μ	5 μ	6 μ	7 μ
19. Μπορώ συνήθως να δω μια κατάσταση από διαφορετικές οπτικές γωνίες.	1 μ	2 μ	3 μ	4 μ	5 μ	6 μ	7 μ
20. Μερικές φορές ωθώ τον εαυτό μου να κάνει κάποια πράγματα είτε το θέλω, είτε όχι.	1 μ	2 μ	3 μ	4 μ	5 μ	6 μ	7 μ
21. Η ζωή μου έχει νόημα.	1 μ	2 μ	3 μ	4 μ	5 μ	6 μ	7 μ
22. Δεν λιμνάζω σε πράγματα για τα οποία δε μπορώ να κάνω τίποτα.	1 μ	2 μ	3 μ	4 μ	5 μ	6 μ	7 μ
23. Όταν είμαι σε μια δύσκολη κατάσταση, συνήθως μπορώ να βρω	1 μ	2 μ	3 μ	4 μ	5 μ	6 μ	7 μ

το δρόμο προς τη λύση.	μ	μ	μ	μ	μ	μ	μ
24. Έχω αρκετή ενέργεια για να κάνω αυτά που πρέπει να κάνω.	1	2	3	4	5	6	7
	μ	μ	μ	μ	μ	μ	μ
25. Δεν με ενοχλεί αν υπάρχουν άνθρωποι που δε με συμπαθούν.	1	2	3	4	5	6	7
	μ	μ	μ	μ	μ	μ	μ

Κλίμακα Ενσυνειδητότητας Brown & Ryan (2003)

Οδηγίες: Παρακάτω ακολουθεί μια σειρά από προτάσεις σχετικές με την καθημερινή σας εμπειρία. Χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα 1-6, παρακαλώ προσδιορίστε πόσο συχνά ή σπάνια έχετε καθεμιά από αυτές τις εμπειρίες το τελευταίο καιρό. Παρακαλώ απαντήστε σύμφωνα με το τι πραγματικά αντανακλά την εμπειρία σας παρά με το ποια πιστεύετε ότι θα έπρεπε να είναι η εμπειρία σας. Παρακαλώ, απαντήστε μεμονωμένα στην κάθε ερώτηση.

1	2	3	4	5	6
Σχεδόν Πάντα	Πολύ Συχνά	Κάπως Συχνά	Κάπως Σπάνια	Πολύ Σπάνια	Σχεδόν Ποτέ

Θα μπορούσα να βιώνω κάποιο συναίσθημα και να το συνειδητοποιήσω μετά από κάποιο χρονικό διάστημα.	1	2	3	4	5	6
Σπάω ή χύνω πράγματα από απροσεξία, έλλειψη προσοχής ή επειδή σκέφτομαι κάτι διαφορετικό.	1	2	3	4	5	6
Το βρίσκω δύσκολο να μένω συγκεντρωμένος/-η σε αυτό που συμβαίνει στο παρόν.	1	2	3	4	5	6
Τείνω να περπατάω γρήγορα για να φτάσω εκεί που πηγαίνω χωρίς να δίνω ιδιαίτερη προσοχή σε αυτό που βιώνω στη διαδρομή.	1	2	3	4	5	6
Έχω την τάση να μη δίνω σημασία σε σωματικές ενοχλήσεις ή πόνους μέχρι να μου τραβήξουν πραγματικά την προσοχή μου.	1	2	3	4	5	6
Ξεχνώ το όνομα ενός ατόμου σχεδόν αμέσως μόλις μου το λένε για πρώτη φορά.	1	2	3	4	5	6
Φαίνεται ότι «λειτουργώ στον αυτόματο», χωρίς να έχω επίγνωση του τι κάνω.	1	2	3	4	5	6
Βιάζομαι να τελειώσω τις δραστηριότητες χωρίς να είμαι ιδιαίτερα προσεχτικός /-η σε αυτές.	1	2	3	4	5	6
Εστιάζω τόσο πολύ στο στόχο που θέλω να πετύχω που χάνω την επαφή με το τι κάνω εκείνη τη στιγμή προκειμένου να φτάσω εκεί.	1	2	3	4	5	6
Κάνω τις δουλειές και τα καθήκοντα αυτόματα, χωρίς να έχω επίγνωση του τι κάνω.	1	2	3	4	5	6
Πιάνω τον εαυτό μου να ακούει κάποιον με το ένα αυτί και να κάνει κάτι άλλο συγχρόνως.	1	2	3	4	5	6
Πηγαίνω σε μέρη με «τον αυτόματο πιλότο» και μετά αναρωτιέμαι γιατί πήγα εκεί.	1	2	3	4	5	6
Πιάνω τον εαυτό μου να ασχολείται ιδιαίτερα με το μέλλον ή το παρελθόν.	1	2	3	4	5	6
Πιάνω τον εαυτό μου να κάνει πράγματα χωρίς ιδιαίτερη προσοχή.	1	2	3	4	5	6
Τσιμπολογώ χωρίς να συνειδητοποιώ ότι τρώω.	1	2	3	4	5	6

Κλίμακα Ικανοποίησης με τη Ζωή

E. Diener (1985)

Παρακάτω υπάρχουν πέντε προτάσεις με τις οποίες μπορεί να συμφωνείτε ή να διαφωνείτε. Χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα από το 1 έως το 7, καταδείξτε την συμφωνία σας με κάθε λήμμα τοποθετώντας τον κατάλληλο αριθμό στην γραμμή που προηγείται του λήμματος αυτού. Παρακαλώ, να είστε ανοιχτοί και ειλικρινείς στις απαντήσεις σας.

1 = Διαφωνώ Πολύ

2 = Διαφωνώ

3 = Διαφωνώ Λίγο

4 = Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ

5 = Συμφωνώ Λίγο

6 = Συμφωνώ

7 = Συμφωνώ Πολύ

- _____ 1. Από τις περισσότερες απόψεις η ζωή μου είναι κοντά στο ιδανικό μου.
- _____ 2. Οι συνθήκες της ζωής μου είναι εξαιρετικές.
- _____ 3. Είμαι ικανοποιημένος/-η με τη ζωή .
- _____ 4. Μέχρι στιγμής έχω κατορθώσει τα σημαντικά πράγματα που θέλω στη ζωή.
- _____ 5. Αν μπορούσα να ξαναζήσω τη ζωή μου, δεν θα άλλαζα σχεδόν τίποτα.

**Κλίμακα Μέτρησης του Ψυχολογικού Ευ Ζην
(Psychological Well-Being Scales - Short Scales [PWBS])**

Απόδοση στα ελληνικά: Σ. Λεοντοπούλου

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακαλώ σημειώστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε μία από τις παρακάτω προτάσεις. Απαντήστε αυθόρμητα και μη ξοδεύετε πολύ χρόνο σε κάθε ερώτηση. Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις, μας ενδιαφέρει η προσωπική σας άποψη.

	Διαφωνώ Πολύ	Διαφωνώ Μέτρια	Διαφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Λίγο	Συμφωνώ Μέτρια	Συμφωνώ Πολύ
1. Οι περισσότεροι άνθρωποι με θεωρούν στοργικό και τρυφερό άτομο	1	2	3	4	5	6
2. Μερικές φορές αλλάζω τον τρόπο που ενεργώ ή σκέφτομαι για να μοιάζω περισσότερο με τους άλλους γύρω μου	1	2	3	4	5	6
3. Γενικά, αισθάνομαι ότι εγώ κατευθύνω τη ζωή μου	1	2	3	4	5	6
4. Δεν με ενδιαφέρουν δραστηριότητες που διευρύνουν τους ορίζοντές μου	1	2	3	4	5	6
5. Αισθάνομαι καλά όταν σκέφτομαι όσα έχω κάνει στο παρελθόν και όσα ελπίζω να κάνω στο μέλλον	1	2	3	4	5	6
6. Όταν αναλογίζομαι το παρελθόν μου, είμαι ικανοποιημένος/η με το πώς ήρθαν τα πράγματα μέχρι στιγμής	1	2	3	4	5	6
7. Δε φοβάμαι να πω αυτό που σκέφτομαι, ακόμη και όταν οι άλλοι δε συμφωνούν μαζί μου	1	2	3	4	5	6
8. Η καθημερινή ζωή με καταβάλλει συχνά	1	2	3	4	5	6
9. Γενικά, αισθάνομαι ότι συνεχίζω να μαθαίνω περισσότερα για τον εαυτό μου με το πέρασμα του χρόνου	1	2	3	4	5	6
10. Μου ήταν δύσκολο να διατηρήσω στενούς φίλους	1	2	3	4	5	6
11. Ζω τη ζωή μου μέρα με τη μέρα και δε σκέφτομαι ιδιαίτερα το μέλλον	1	2	3	4	5	6

Διαφορικό Ποσό	Διαφορικό Μέτρια	Διαφορικό Λέγο	Συμφωνό Λέγο	Συμφωνό Μέτρια	Συμφωνό Ποσό
----------------	------------------	----------------	--------------	----------------	--------------

12.Γενικά, έχω αυτοπεποίθηση και αισθάνομαι θετικά για τον εαυτό μου	1	2	3	4	5	6
13.Οι αποφάσεις μου δεν επηρεάζονται συνήθως από το τι κάνουν όλοι οι άλλοι	1	2	3	4	5	6
14.Δεν ταιριάζω πολύ καλά με άλλους ανθρώπους	1	2	3	4	5	6
15.Είμαι ο τύπος του ανθρώπου που του αρέσει να δοκιμάζει καινούρια πράγματα	1	2	3	4	5	6
16.Συχνά αισθάνομαι μοναξιά επειδή έχω λίγους στενούς φίλους στους οποίους μπορώ να μιλήσω ελεύθερα	1	2	3	4	5	6
17.Προτιμώ να σκέφτομαι το παρόν, επειδή το μέλλον σχεδόν πάντοτε μου επιφυλάσσει προβλήματα	1	2	3	4	5	6
18.Αισθάνομαι ότι πολλοί από τους ανθρώπους που γνωρίζω έχουν πετύχει περισσότερα στη ζωή τους από ότι εγώ	1	2	3	4	5	6
19.Γείνω να στενοχωριέμαι σχετικά με το τι πιστεύουν οι άλλοι για μένα	1	2	3	4	5	6
20.Είμαι αρκετά καλός/ή στο να διαχειρίζομαι την καθημερινή μου ζωή	1	2	3	4	5	6
21.Δεν θέλω να δοκιμάζω νέους τρόπους να κάνω πράγματα – η ζωή μου είναι μια χαρά έτσι όπως είναι	1	2	3	4	5	6
22.Απολαμβάνω τις καλές συζητήσεις με την οικογένεια και τους φίλους μου	1	2	3	4	5	6
23.Έχω μια αίσθηση προσανατολισμού και σκοπού στη ζωή μου	1	2	3	4	5	6
24.Αν είχα την ευκαιρία θα άλλαζα πολλά πράγματα σε μένα	1	2	3	4	5	6
25.Είναι πιο σημαντικό να είμαι ευτυχισμένος/η με τον εαυτό μου παρά να με επιδοκιμάζουν οι άλλοι	1	2	3	4	5	6
26.Συχνά αισθάνομαι να με κατακλύζουν οι ευθύνες μου	1	2	3	4	5	6
27.Νομίζω ότι είναι σημαντικό να έχεις νέες εμπειρίες που να προκαλούν τον τρόπο που σκέφτεσαι για τον εαυτό σου και τον κόσμο	1	2	3	4	5	6
28.Είναι σημαντικό για μένα να είμαι καλός ακροατής όταν οι στενοί μου φίλοι μου μιλούν για τα προβλήματά τους	1	2	3	4	5	6

Διαφορικό Ποσό	Διαφορικό Μέτρια	Διαφορικό Λέγο	Συμφωνό Λέγο	Συμφωνό Μέτρια	Συμφωνό Ποσό
----------------	------------------	----------------	--------------	----------------	--------------

29.Οι καθημερινές μου δραστηριότητες μου φαίνονται συχνά άνευ σημασίας	1	2	3	4	5	6
30. Μου αρέσουν οι περισσότερες πλευρές της προσωπικότητάς μου	1	2	3	4	5	6
31.Τείνω να επηρεάζομαι από ανθρώπους με ισχυρές απόψεις	1	2	3	4	5	6
32.Αν ήμουν δυσαρεστημένος/η με τη ζωή μου θα έκανα κάτι για να την αλλάξω	1	2	3	4	5	6
33.Τώρα που το σκέφτομαι, δεν έχω βελτιωθεί πραγματικά ως άνθρωπος με το πέρασμα των χρόνων	1	2	3	4	5	6
34.Δεν έχω πολλούς ανθρώπους που να θέλουν να ακούσουν όταν χρειάζομαι να μιλήσω	1	2	3	4	5	6
35.Δεν ξέρω πραγματικά τι προσπαθώ να κάνω στη ζωή μου	1	2	3	4	5	6
36.Έκανα μερικά λάθη στο παρελθόν, αλλά αισθάνομαι ότι τελικά όλα έγιναν για το καλύτερο	1	2	3	4	5	6
37.Οι άνθρωποι σπάνια με πείθουν να κάνω πράγματα που δεν θέλω	1	2	3	4	5	6
38.Γενικά είμαι καλός/ή στο να φροντίζω τα προσωπικά μου οικονομικά θέματα και τις υποθέσεις μου	1	2	3	4	5	6
39.Κατά την άποψή μου, άνθρωποι κάθε ηλικίας είναι ικανοί να αναπτύσσονται και να εξελίσσονται	1	2	3	4	5	6
40.Αισθάνομαι ότι κερδίζω πολλά από τις φιλίες μου	1	2	3	4	5	6
41.Συνήθιζα στο παρελθόν να θέτω στόχους για τον εαυτό μου, αλλά τώρα μου φαίνεται χάσιμο χρόνου	1	2	3	4	5	6
42.Από πολλές απόψεις, αισθάνομαι απογοητευμένος/η με όσα πέτυχα στη ζωή μου	1	2	3	4	5	6
43.Είναι πιο σημαντικό για μένα να ταιριάζω με τους άλλους παρά να υπερασπίζομαι τις αρχές μου και να είμαι μόνος/η μου	1	2	3	4	5	6
44.Με αγχώνει το ότι δεν μπορώ να προλάβω όσα έχω να κάνω κάθε μέρα	1	2	3	4	5	6
45.Με τον καιρό, κατάλαβα πολλά πράγματα για τη ζωή και αυτό με έκανε ένα πιο δυνατό, πιο ικανό άτομο	1	2	3	4	5	6

Διαφορικό Ποσό	Διαφορικό Μέτρια	Διαφορικό Λέγο	Συμφωνό Λέγο	Συμφωνό Μέτρια	Συμφωνό Ποσό
----------------	------------------	----------------	--------------	----------------	--------------

46.Μου φαίνεται ότι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν περισσότερους φίλους από ότι εγώ	1	2	3	4	5	6
47.Μου αρέσει να κάνω σχέδια για το μέλλον και να προσπαθώ να τα πραγματοποιήσω	1	2	3	4	5	6
48.Ως επί το πλείστον, είμαι περήφανος/η για το ποιος/α είμαι και το είδος της ζωής που έχω	1	2	3	4	5	6
49.Πιστεύω στις απόψεις μου, ακόμη και αν οι περισσότεροι άνθρωποι δεν συμφωνούν μαζί τους	1	2	3	4	5	6
50.Καταφέρνω να ρυθμίζω το χρόνο μου έτσι ώστε να προλαβαίνω όλα όσα πρέπει να γίνουν	1	2	3	4	5	6
51.Νομίζω ότι έχω εξελιχθεί πολύ ως άτομο με τον καιρό	1	2	3	4	5	6
52.Οι άνθρωποι θα με περιέγραφαν ως άτομο που προσφέρει	1	2	3	4	5	6
53.Είμαι ενεργητικό άτομο και κάνω αυτό που ξεκινώ να κάνω	1	2	3	4	5	6
54.Ζηλεύω πολλούς ανθρώπους για τη ζωή που κάνουν	1	2	3	4	5	6
55.Μου είναι δύσκολο να λέω αυτό που σκέφτομαι σχετικά με αμφιλεγόμενα ζητήματα	1	2	3	4	5	6
56.Είμαι πολυάσχολος/η στην καθημερινή μου ζωή, αλλά έχω μία αίσθηση ικανοποίησης με το να τα προλαβαίνω όλα	1	2	3	4	5	6
57.Δεν απολαμβάνω να βρίσκομαι σε νέες καταστάσεις όπου χρειάζεται να αλλάξω τον τρόπο που κάνω πράγματα	1	2	3	4	5	6
58.Δεν είχα πολλές κοντινές φιλίες και σχέσεις εμπιστοσύνης με τους άλλους	1	2	3	4	5	6
59.Μερικοί άνθρωποι δεν ξέρουν τι θέλουν από τη ζωή τους, αλλά εγώ δεν είμαι ένας/μία από αυτούς	1	2	3	4	5	6
60.Πιθανόν δεν αισθάνομαι τόσο θετικά για τον εαυτό μου όσο άλλοι αισθάνονται για τους εαυτούς τους	1	2	3	4	5	6
61.Αλλάζω συχνά γνώμη σχετικά με αποφάσεις αν οι φίλοι μου ή η οικογένειά μου διαφωνούν	1	2	3	4	5	6
62.Απογοητεύομαι όταν προσπαθώ να σχεδιάσω τις καθημερινές μου δραστηριότητες επειδή ποτέ δεν τελειώνω όσα ξεκινώ να κάνω	1	2	3	4	5	6

Διαφορικό Ποσό	Διαφορικό Μέτρια	Διαφορικό Λέγο	Συμφωνό Λέγο	Συμφωνό Μέτρια	Συμφωνό Ποσό
----------------	------------------	----------------	--------------	----------------	--------------

63.Για μένα, η ζωή ως τώρα υπήρξε μια ιστορία μάθησης, αλλαγής και ανάπτυξης	1	2	3	4	5	6
64.Συχνά αισθάνομαι σαν να είμαι εξωτερικός παρατηρητής όσο αφορά στις φιλίες	1	2	3	4	5	6
65.Μερικές φορές αισθάνομαι ότι έκανα όλα όσα ήταν να κάνω στη ζωή μου	1	2	3	4	5	6
66.Πολλές μέρες ξυπνώ και αισθάνομαι αποθαρρυσμένος/η από το πώς έχω ζήσει τη ζωή μου ως τώρα	1	2	3	4	5	6
67.Συνήθως δεν υποχωρώ όταν οι άλλοι θέλουν να σκέφτομαι ή να ενεργώ με συγκεκριμένο τρόπο	1	2	3	4	5	6
68.Καταφέρνω να βρίσκω πράγματα να κάνω και τους φίλους που χρειάζομαι	1	2	3	4	5	6
69.Απολαμβάνω να βλέπω πώς άλλαξαν και ωρίμασαν οι απόψεις μου με τα χρόνια	1	2	3	4	5	6
70.Ξέρω ότι μπορώ να εμπιστευθώ τους φίλους μου, όπως και εκείνοι ξέρουν ότι μπορούν να εμπιστευθούν εμένα	1	2	3	4	5	6
71.Οι στόχοι μου στη ζωή υπήρξαν περισσότερο πηγή ικανοποίησης παρά απογοήτευσης για μένα	1	2	3	4	5	6
72.Το παρελθόν είχε τα σκαμπανεβάσματά του, αλλά σε γενικές γραμμές, δεν θα ήθελα να το αλλάξω	1	2	3	4	5	6
73.Με απασχολεί το πώς άλλοι άνθρωποι αξιολογούν τις επιλογές που έχω κάνει στη ζωή μου	1	2	3	4	5	6
74.Έχω δυσκολία να διευθετήσω τη ζωή μου με έναν τρόπο ικανοποιητικό για μένα	1	2	3	4	5	6
75.Βρίσκω δύσκολο να ανοιχτώ πραγματικά όταν μιλώ με άλλους	1	2	3	4	5	6
76.Παραιτήθηκα από την προσπάθεια να κάνω μεγάλες βελτιώσεις ή αλλαγές στη ζωή μου εδώ και πολύ καιρό	1	2	3	4	5	6
77.Βρίσκω ικανοποίηση όταν σκέφτομαι αυτά που πέτυχα στη ζωή μου	1	2	3	4	5	6
78.Όταν συγκρίνω τον εαυτό μου με φίλους και ανθρώπους που γνωρίζω, με κάνει να νιώθω καλά για το ποιος/α είμαι	1	2	3	4	5	6

Διαφορικό Ποσό	Διαφορικό Μέτρια	Διαφορικό Λέγο	Συμφωνό Λέγο	Συμφωνό Μέτρια	Συμφωνό Ποσό
----------------	------------------	----------------	--------------	----------------	--------------

79.Κρίνω τον εαυτό μου με βάση αυτά που εγώ θεωρώ σημαντικά, όχι με αυτά που οι άλλοι θεωρούν σημαντικά	1	2	3	4	5	6
80.Μέχρι τώρα μπόρεσα να κάνω τη ζωή μου όπως την ήθελα να είναι	1	2	3	4	5	6
81.Υπάρχει αλήθεια σε αυτό που λένε ότι «δεν μπορείς να διδάξεις καινούρια κόλπα σε γέρικο σκυλί»	1	2	3	4	5	6
82.Οι φίλοι μου και εγώ συμεριζόμαστε τα προβλήματα του καθένα μας	1	2	3	4	5	6
83.Σε τελική ανάλυση, δεν είμαι τόσο σίγουρος/η ότι πέτυχα και τόσο πολλά στη ζωή μου	1	2	3	4	5	6
84.Όλοι έχουμε τις αδυναμίες μας, αλλά εγώ φαίνεται πως έχω περισσότερες από άλλους	1	2	3	4	5	6

ΟΔΗΓΙΕΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗΣ

Συνολικά καταρτίζονται έξι υποκλίμακες του Ψυχολογικού Ευ Ζην, ενώ το άθροισμα των έξι αυτών υποκλιμάκων συνιστά το συνολικό επίπεδο Ευ Ζην του ατόμου. Υψηλή βαθμολογία καταδεικνύει υψηλή αίσθηση Ευ Ζην.

Υποκλίμακες

1. Αυτονομία: -2, 7, 13, -19, 25, -31, 37, -43, 49, -55, -61, 67, -73, 79
2. Κυριαρχία στο περιβάλλον: 3, -8, -14, 20, -26, 32, 38, -44, 50, 56, -62, 68, -74, 80
3. Προσωπική ανάπτυξη: -4, 9, 15, -21, 27, -33, 39, 45, 51, -57, 63, 69, -75, -81
4. Θετικές σχέσεις με τους άλλους: 1, -10, -16, 22, 28, -34, 40, -46, 52, -58, -64, 70, -76, 82
5. Σκοπός στη ζωή: 5, -11, -17, 23, -29, -35, -41, 47, 53, 59, -65, 71, 77, -83
6. Αποδοχή του εαυτού: 6, 12, -18, -24, 30, 36, -42, 48, -54, -60, -66, 72, 78, -84

Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις που φέρουν το πρόσημο «->» αντιστρέφονται στην τελική διαδικασία βαθμολόγησης, έτσι ώστε υψηλά σκορ να υποδεικνύουν υψηλές αυτο-αξιολογήσεις στην υποκλίμακα.

ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations of the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
2. Λεοντοπούλου, Σ. (2012). Προσαρμογή της Κλίμακας Μέτρησης του Ψυχολογικού Ευ Ζην. Στο Αν. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα & Π. Ρούσση (Επιμ.), *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*, σ. 759. Αθήνα: Εκδόσεις Πεδίο.