



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

**“ΑΓΧΟΣ, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΗ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ”**

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΩΤΣΗΣ
ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΟΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2012

«Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων δεν υποδηλώνει αποδοχή των γνώμών του συγγραφέα Ν. 5343/32, άρθρο 202, παράγραφος 2 (νομική κατοχύρωση του Ιατρικού Τμήματος)».

Ημερομηνία αίτησης του κ. Κώτση Κωνσταντίνου: 27-3-2009

Ημερομηνία ορισμού Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής: 658^α/7-4-2009

Μέλη Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής:

Επιβλέπων

Υφαντής Θωμάς Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Μέλη

Δρόσος Αλέξανδρος Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Creed Francis, Professor of Psychological Medicine University of Manchester

Ημερομηνία ορισμού θέματος: 10-4-2009

«Άγχος Κατάθλιψη, Σωματοποίηση και Ποιότητα ζωής στους ασθενείς με Ρευματικά Νοσήματα»

ΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΤΑΜΕΛΟΥΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ : 742^α/25-9-2012

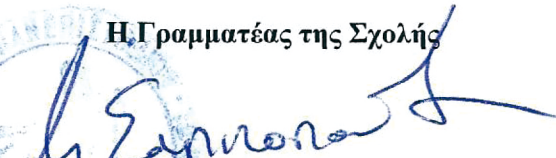
Δρόσος Αλέξανδρος	Καθηγητής Παθολογίας –Ρευματολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Κυρίτσης Αθανάσιος	Καθηγητής Νευρολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Μαυρέας Βενετσάνος	Καθηγητής Ψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Βούλγαρη Παρασκευή	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ρευματολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Υφαντής Θωμάς	Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
Ασημακόπουλος Κωνσταντίνος	Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πάτρας
Creed Francis	Professor of Psychological Medicine University of Manchester

Έγκριση Διδακτορικής Διατριβής με βαθμό «ΑΡΙΣΤΑ» στις 8-11-2012

ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ

Μαργαρίτα Τζαφλίδου

Καθηγήτρια Ιατρικής Φυσικής

Η Γραμματέας της Σχολής

ΜΑΡΙΑ ΚΑΠΙΤΟΠΟΥΛΟΥ

στη Τζούλια και τη Δανάη,

τον Παύλο και τη Μιχαέλα

Ηεκπόνηση της παρούσας διατριβής δεν θα ήταν εφικτή δίχως την πολύτιμη βοήθεια πολλών ανθρώπων.

Καταρχήν θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα της παρούσας διατριβής κ. Θωμά Υφαντή, Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε αναθέτοντας μου την διατριβή αυτή και για την συνεχή παρουσία του δίπλα μου από το 6^ο έτος της Ιατρικής Σχολής το 2002, στη συνέχεια στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών της Κοινωνικής Ψυχιατρικής και Παιδοψυχιατρικής την περίοδο 2004-2007 και τέλος στη παρούσα διατριβή από το 2009 έως το 2012. Η πολυεπίπεδη βοήθεια του όλα αυτά τα χρόνια ήταν πολύτιμη και συνετέλεσε όχι μόνο στην εκπόνηση της παρούσας διατριβής αλλά και γενικότερα στην εκπαίδευση μου στη ψυχική υγεία και την έρευνα.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Αλέξανδρο Δρόσο, Καθηγητή Παθολογίας - Ρευματολογίας ο οποίος με την επιστημονική του αρτιότητα συνετέλεσε στην εκπόνηση της διατριβής και με το ήθος και την προσωπικότητα του στη σχέση του με τους ασθενείς εξασφάλισε την άριστη συνεργασία μου μαζί τους αλλά και την αυθόρμητη και ειλικρινή προθυμία τους για συμμετοχή στη μελέτη.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Francis Creed Καθηγητή Ψυχολογικής Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο του Manchester. Παρόλο που η χιλιομετρική απόσταση ήταν μεγάλη, σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της διατριβής ήταν «κοντά» στην ερευνητική ομάδα και με τις πολύτιμες επιστημονικές του συμβουλές συνετέλεσε όχι μόνο στην ολοκλήρωση αλλά και στην επιστημονική βελτίωση της παρούσας διατριβής.

Επιπλέον θα ήθελα να ευχαριστήσω όλο το προσωπικό της Ρευματολογικής Κλινικής για τη πολύτιμη βοήθεια τους και υποστήριξη καθόλη τη διάρκεια της εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους ασθενείς που συμμετείχαν στη μελέτη και δέχτηκαν να “καταγράψουν” τις σκέψεις τους και τα συναισθήματα τους για τη νόσο.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	21
- Εξέλιξη της συμβουλευτικής – διασυνδετικής ψυχιατρικής.....	21
- Ο ρόλος του ψυχιάτρου της Σ-Δ.Ψυχιατρικής	28
2. ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....	31
- Ρευματοειδής Αρθρίτιδα	31
- Ψωριασική αρθρίτιδα.....	34
- Αγκυλοποιητική Σπονδυλαρθρίτιδα	37
- Σύνδρομο Sjogren.....	39
- Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος	41
- Σκληρόδερμα	43
- Ρευματολογικές νόσοι της παιδικής ηλικίας	44
3. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΣΤΑ ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....	47
- Ψυχική Καταπόνηση και Ρευματικά Νοσήματα.....	47
- Αντίληψη για τη Νόσο και Ρευματικά Νοσήματα	54
- Ποιότητα Ζωής στα Ρευματικά Νοσήματα.....	56

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	65
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ	67
3. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	69
4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	77
5. ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ – ΘΕΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ.....	79
6. ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ	81

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	85
----------------------------------	----

2. ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ RHQ-9.....	93
3. ΑΓΧΟΣ, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ,ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ.....	99
4. ΑΓΧΟΣ, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJOGREN ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ	107
5. ΑΓΧΟΣ, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	117
6. ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΑΝΙΚΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ ΜΕ ΕΝΑΡΞΗ ΣΤΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ	125

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

1. ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ RHQ-9.....	133
2. ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ, ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΑ ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ.....	137
3. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	145
4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	147

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	151
-----------------------	-----

SUMMARY	157
----------------------	-----

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	163
---------------------------	-----

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

1. ΤΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	201
2. ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ	217

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΔΙΑΣΥΝΔΕΤΙΚΗ ΚΑΙ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

Εξέλιξη της Συμβουλευτικής – Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής και της Ψυχοσωματικής Ιατρικής

Ο όρος Συμβουλευτική - Διασυνδεδετική Ψυχιατρική (ΣΔΨ) αναφέρεται στις ικανότητες και τη γνώση που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση και θεραπεία των συναισθηματικών και συμπεριφορικών καταστάσεων στους ασθενείς που νοσηλεύονται ή παρακολουθούνται για άλλες παθολογικές καταστάσεις. Πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν συννοσηρότητα ψυχιατρικών και παθολογικών καταστάσεων ενώ άλλοι έχουν συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες που προκύπτουν άμεσα από τη σωματική νόσο ή ως αντίδραση σε αυτή και τη θεραπεία της.

Ο όρος Ψυχοσωματική Ιατρική αναφέρεται στη μελέτη της σχέσης μεταξύ ψυχής και σώματος στην ιατρική. Ο όρος ψυχοσωματική για πρώτη φορά χρησιμοποιήθηκε από τον Johann Heinroth για ορισμένες αιτίες αϋπνίας το 1818 ⁽¹⁾, ενώ ο όρος ψυχοσωματική ιατρική χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά από τον ψυχαναλυτή Felix Deutsch το 1920 ⁽²⁾.

Αρχαίοι πολιτισμοί

Η σχέση ψυχής και σώματος απασχολεί τον άνθρωπο από την αρχαιότητα. Ο Imhotep, γιατρός του βασιλιά Djoser (2630-2611 π.Χ.) έχτισε την κλιμακωτή πυραμίδα στη Σαχάρα με σκοπό να διατηρήσει το σώμα του βασιλιά στο πέρασμα των αιώνων μέχρι να επιστρέψει η ψυχή του. Η ιατρική στην Ινδία και στην Κίνα έχουν πολλές ψυχοσωματικές καταβολές. Στη κινέζικη ιατρική η υπερβολή ή τα ελλείμματα σε 7 βασικά συναισθήματα – χαρά, θυμός, λύπη, θλίψη, ανησυχία, φόβος, τρόμος – θεωρούνται ως αίτια νόσων ⁽³⁾. Στην Ελλάδα ο Ιπποκράτης (470-370 π.Χ) ήταν ο πρώτος γιατρός που συστηματοποίησε κλινικά την ιδέα ότι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν την υγεία. Ήταν ένας άριστος κλινικός παρατηρητής των ψυχιατρικών εκδηλώσεων των σωματικών νόσων όπως φαίνεται από την λεπτομερή περιγραφή του για την επιλόχεια ψύχωση και το delirium που συνδέεται με την φυματίωση και την ελονοσία ⁽⁴⁾. Επίσης, ο Ιπποκράτης πρότεινε μια από τις παλαιότερες χαρακτηριστικές θεωρίες της προσωπικότητας, δίνοντας σημαντική ώθηση στην ψυχοσωματική αντίληψη. Ισχυρίστηκε ότι τέσσερα υγρά του σώματος, οι χυμοί, ήταν υπεύθυνα για την προσωπικότητα ή το χαρακτήρα, όπως επίσης για οργανικές ή νοητικές ασθένειες. Οι τέσσερις χυμοί που πρότεινε ήταν το αίμα, η μαύρη χολή, η κίτρινη χολή και το φλέγμα. Πίστευε, δηλαδή, πως η υγεία είναι μια κατάσταση που οφείλεται στην ισορροπία των τεσσάρων αυτών χυμών του σώματος. Κάθε διαταραχή στην αναλογία και τη ισορροπία των χυμών αυτών συνεπαγόταν νόσο. Η έμφαση του στο κλίμα, το περιβάλλον και τον τρόπο ζωής στην υγεία και τη νόσο,

παράλληλα με την άποψη του για το ρόλο των ψυχολογικών παραγόντων στην παθογένεση, τον έκαναν όχι μόνο τον πατέρα της ιατρικής και της ψυχοσωματικής ιατρικής αλλά και της βιοψυχοκοινωνικής προσέγγισης. Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφερθεί ότι η θεωρία του Ιπποκράτη για τη θεωρία των χυμών φαίνεται να επανέρχεται σήμερα βασιζόμενη στο θεωρητικό πλαίσιο του τεμπεραμέντου. Στη πρόσφατη μελέτη (2012) των Lara και συν.⁽⁵⁾ προτείνεται το Affective and Emotional Composite Temperament model (AFECT) ως κοινό υπόστρωμα για τη διάθεση, τη συμπεριφορά, τη προσωπικότητα και μέρος των γνωστικών λειτουργιών. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό το ταμπεραμέντο θεωρείται ως ένα αυτορυθμιζόμενο σύστημα αποτελούμενο από 6 «συγκινησιακές» διαστάσεις οι οποίες είναι οι: βούληση, θυμός, αναστολή, ευαισθησία, αντιμετώπιση και έλεγχος. Οι διαφορετικοί συνδυασμοί των 6 αυτών διαστάσεων έχουν ως αποτέλεσμα 12 συναισθηματικών τύπων ταμπεραμέντου: τον συναισθηματικό, τον αγχώδη, τον απαθή, τον κυκλοθυμικό, τον δυσφορικό, τον ευμετάβλητο, τον ψυχαναγκαστικό, τον ευθυμικό, τον υπερθυμικό, τον ευερέθιστο, τον ανασταλτικό και τον ευφορικό.

Η φιλοσοφία της σχέσης ψυχής - σώματος έως τον 19ο αιώνα

Ο Γάλλος μαθηματικός και φιλόσοφος Καρτέσιος πρότεινε ότι το ανθρώπινο σώμα είναι μια μηχανή και ότι η ψυχή είναι μια ξεχωριστή οντότητα που αλληλεπιδρά με το σώμα στο επίπεδο της επίφυσης. Ο δυϊσμός αυτός διευκόλυνε την έρευνα για το σώμα εις βάρος της μελέτης της ψυχής. Ο Benedictus de Spinoza (1632–1677), ένας Ολλανδός φιλόσοφος, υποστήριζε ότι το ψυχικό και το σωματικό είναι οι δυο αντίθετες πλευρές της ίδιας ουσίας που κατά την άποψη του ήταν ο Θεός. Ο Gottfried Wilhelm Leibniz (1646–1716) πρότεινε τον ψυχοφυσικό παραλληλισμό, κατά τον οποίο η ψυχή και το σώμα συνυπάρχουν σε αρμονία που έχει προκαθοριστεί από τον Θεό. Ο Julien Offroy de la Mettrie (1709–1751) υποστήριξε ότι οι ανθρώπινες ψυχές είναι απόλυτα εξαρτημένες από την κατάσταση του σώματος. Ο επιφαινομεναλισμός που προτάθηκε από τον Βρετανό φιλόσοφο Shadworth Holloway Hodgson (1832–1912), υποστηρίζει ότι η ψυχή είναι ένα επιφαινόμενο των λειτουργιών του νευρικού συστήματος. Σύμφωνα με αυτή η ψυχή και τα συναισθήματα ως επιφαινόμενα δεν μπορούν να επηρεάσουν το σωματικό όπως η σκιά δεν μπορεί να επηρεάσει ένα άτομο. Η θεωρία του George Henry Lewes (1817–1878), προτείνει ότι το ίδιο φαινόμενο αν ειδωθεί αντικειμενικά είναι σωματικό ενώ αν ειδωθεί υποκειμενικά είναι ψυχικό. Παρόλο που υπήρχαν ισχυρές μονιστικές τάσεις, το κυρίαρχο μοντέλο στην Ιατρική και την Ψυχιατρική παρέμενε δυϊστικό και αλληλεπιδραστικό, δηλαδή ότι η ψυχή επηρεάζει το σώμα και το αντίθετο. Φτάνοντας στο 1818 ο Johann Christian Heinroth (1773–1843), όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, εισήγαγε τον όρο ψυχοσωματικό στα πλαίσια της ψυχογενούς αιτιολογίας σωματικών συμπτωμάτων^{(1), (6)}.

Ψυχαναλυτική θεωρία

Η ψυχαναλυτική άποψη διατυπώθηκε από τον Sigmund Freud ο οποίος με τη μέθοδο του ελεύθερου συνειρμού ερεύνησε και υπέδειξε την ψυχογενή αιτιολογία για διάφορα σωματικά συμπτώματα. Ο Franz Alexander (1891-1964) ήταν μαθητής του Freud και ίδρυσε το Ψυχαναλυτικό Ινστιτούτο του Σικάγο, το 1932. Ο Alexander είχε σε ψυχανάλυση ασθενείς που έπασχαν από διάφορα σωματικά νοσήματα και υποστήριξε την άποψη ότι υπήρχαν επτά νοσήματα που ήταν κυρίως ψυχοσωματικά: υπέρταση, πεπτικό έλκος, θυρεοτοξίκωση, ελκώδης κολίτιδα, νευροδερματίτιδα, βρογχικό άσθμα και ρευματοειδής αρθρίτιδα. Θεωρούσε ότι συγκεκριμένες ψυχολογικές συγκρούσεις σχετίζονταν με τη διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος με αποτέλεσμα την ψυχοσωματική νόσο (πχ στο πεπτικό έλκος η καταστολή της εξάρτησης οδηγεί σε ενεργοποίηση της γαστρικής έκκρισης με αποτέλεσμα το έλκος). Η θεωρία αυτή ονομάστηκε θεωρία της ειδικότητας (specificity theory) της ψυχοσωματικής ιατρικής ⁽⁷⁾. Ο Flanders Dunbar (1902-1959) αντιθέτως πίστευε ότι η ψυχοσωματική νόσος σχετιζόταν με συγκεκριμένα προφίλ της προσωπικότητας παρά με συγκεκριμένες ψυχολογικές συγκρούσεις. Οι Peter Sifneos και John Nemiah υποστήριξαν ότι οι ψυχοσωματικές νόσοι είναι αποτέλεσμα της δυσκολίας έκφρασης ή αναγνώρισης των συναισθημάτων, μιας περιορισμένης φαντασιωσικής ζωής και μιας γενικευμένης περίσφιγξης της συναισθηματικής ζωής την οποία ονόμασαν αλεξιθυμία. Ο άκαμπτος τρόπος σκέψης που σχετίζεται με την αλεξιθυμία ονομάζεται ενεργητική σκέψη (operational thinking or pensée opératoire) και θεωρείται ότι σχετίζεται με αρχέγονες άμυνες όπως η άρνηση (denial) και η σχάση (splitting) και ενδέχεται να σχετίζεται με διαταραχές στην εγκεφαλική οργάνωση. Οι μηχανισμοί άμυνας έχει φανεί ότι είναι απαραίτητοι στη ρύθμιση της ψυχοφυσιολογικής αντίδρασης στο στρες ⁽⁶⁾.

Στο δεύτερο μισό του 20ου αιώνα, μέσω της έρευνας διαφόρων ερευνητών, η θεωρία της ειδικότητας έδωσε τη θέση της σε ένα άλλο πεδίο της ψυχοσωματικής ιατρικής στο οποίο η βιολογική κατασκευή αλληλεπιδρά με το περιβάλλον στην ανάπτυξη της προσωπικότητας η οποία με την σειρά της αλληλεπιδρά με το στρες στη υγεία και τη νόσο ^{(8), (9)}.

Μελέτες για την επίδραση του stress

Ο Αμερικανός φυσιολόγος Walter Cannon (1871–1945) ερεύνησε την φυσιολογική ενεργοποίηση που συνδέεται με την αντίδραση μάχης-φυγής σύμφωνα με την οποία ο άνθρωπος οργανισμός τίθεται σε κατάσταση ετοιμότητας και συναγερμού και προετοιμάζεται έτσι ώστε να δώσει μάχη ή να τραπεί σε φυγή όταν βρίσκεται σε κίνδυνο. Ο Hans Selye (1907–1982) μελέτησε το στρες με αποτέλεσμα που τον οδήγησε στην ανακάλυψη του “συνδρόμου γενικής προσαρμογής” μέσω της ενεργοποίησης του άξονα υποθαλάμου – υπόφυσης – επινεφριδίων. Αργότερα, τον 20ο αιώνα, με την ανάπτυξη της ψυχονευροενδοκρινολογίας και της ψυχοανοσολογίας αποσαφηνίστηκαν διάφορα θέματα όσον αφορά στην σχέση μεταξύ στρες και ανθρώπινου οργανισμού ⁽⁶⁾.

Βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο και ολιστική ιατρική

Ο George Engel (1913–1999), ένας γνωστός ψυχοσωματικός ερευνητής επινόησε τον όρο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο ⁽¹⁰⁾ ως εναλλακτικό στο επικρατούν τότε βιοϊατρικό μοντέλο, όπως το ονόμασε. Παρόλο που αναγνώρισε τη συμβολή του βιοϊατρικού μοντέλου στη σύγχρονη ιατρική, ο Engel αντιστάθηκε στο “δόγμα” του βιοϊατρικού μοντέλου ως περιοριστικό, μηχανιστικό και δυϊστικό. Χρησιμοποιώντας την θεωρία των γενικών συστημάτων υποστήριξε ότι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την παθογένεση όλων των νόσων. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο έτυχε ευρείας αποδοχής από τους ψυχιάτρους. Στα τέλη του 20^{ου} αιώνα η ολιστική ιατρική προσπάθησε να ενσωματώσει στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο προσεγγίσεις που προέρχονται από την εναλλακτική και συμπληρωματική ιατρική.

Σύγχρονη ψυχοσωματική ιατρική

Οι εξελίξεις στη μοριακή γενετική και την απεικονιστική τεχνολογία έχουν αποσαφηνίσει σε μεγάλο βαθμό τον ρόλο των γονιδίων, της μορφολογίας και λειτουργίας του εγκεφάλου και της συμπεριφοράς. Η ψυχονευροενδοκρινολογία και η ψυχονευροανοσολογία έχουν με τη σειρά τους συμβάλλει ώστε να αποσαφηνιστεί σημαντικά ο μηχανισμός με τον οποίο το στρες επηρεάζει τον ανθρώπινο οργανισμό. Η υγεία και η νόσος θεωρούνται πλέον ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ γονιδίων, πρώιμου περιβάλλοντος, ανάπτυξης της προσωπικότητας και όψιμου στρες. Η αλληλεπίδραση αυτή επηρεάζεται και από άλλους παράγοντες όπως παραδείγματος χάριν το κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο. Είναι σαφές πλέον ότι όλες οι νόσοι είναι αποτέλεσμα αυτής της αλληλεπίδρασης έτσι ώστε δεν υπάρχουν κάποια νοσήματα που να θεωρούνται περισσότερο ψυχοσωματικά ενώ κάποια άλλα όχι. Παρόλα αυτά ο όρος ψυχοσωματικός συνεχίζει να χρησιμοποιείται κυρίως σε μελέτες που δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες της σωματικής νόσου ⁽⁶⁾.

Στα πλαίσια της ανάπτυξης της ψυχοσωματικής ιατρικής έχουν δημιουργηθεί πολλοί εθνικοί και διεθνείς “ψυχοσωματικοί” οργανισμοί, όπως η American Psychosomatic Society, η Academy of Psychosomatic Medicine, η European Association of Psychosomatic Medicine, και το International College of Psychosomatic Medicine, καθώς και “ψυχοσωματικά” περιοδικά όπως το Psychosomatic Medicine, το Psychological Medicine, το Psychosomatics, το Journal of Psychosomatic Research, και το Psychotherapy and Psychosomatics. Οι περισσότεροι οργανισμοί και περιοδικά είναι διεπιστημονικά και αποτελούνται από μέλη διαφόρων ειδικοτήτων.

Ιστορική εξέλιξη της Συμβουλευτικής

Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής (ΣΔΨ) στις ΗΠΑ

Πολλοί λόγοι συνέβαλαν στην ανάπτυξη της ΣΔΨ στις Η.Π.Α. . Ένας από αυτούς ήταν οι ικανότητες του Δρ. James Eaton, που ήταν ο προηγούμενος διευθυντής του Κλάδου Ψυχια-

τρικής Εκπαίδευσης του Εθνικού Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας (ΕΙΨΥ). Ο Eaton παρείχε την υποστήριξη και την ενθάρρυνση που έκανε δυνατή τη δημιουργία των προγραμμάτων ΣΔΨ σε κάθε σημείο των Η.Π.Α. Ένας άλλος λόγος για αυτήν την ανάπτυξη ήταν το αυξανόμενο ενδιαφέρον των ιατρών της πρωτοβάθμιας φροντίδας, που χρειάζονταν ικανότητες στη ψυχιατρική διάγνωση και θεραπεία.

Το 1934 άρχισε να δημιουργείται η ψυχιατρική κλινική στο Γενικό Νοσοκομείο Μασσαχουσέττης (Γ.Ν.Μ.) όταν δόθηκε στον Stanley Cobb η έδρα της νευροπαθολογίας και χρηματοδοτήθηκε από το ίδρυμα Rockefeller ώστε να ιδρύσει ένα τμήμα στο νοσοκομείο για ψυχοσωματικές καταστάσεις. Πολλοί Ευρωπαίοι ιατροί μετανάστες κυνηγημένοι από τους ναζί, πήγαν στη κλινική του Cobb. Οι Felix και Helene Deutch, οι Edward και Grete Bibring και ο Hans Sachs ήταν οι πρώτες αφίξεις από την Ευρώπη. Ο Erich Lindemann πήγε στα μέσα της δεκαετίας του 1930 και εργάστηκε μαζί με τον Cobb σε μια σειρά θεμάτων, με πιο αξιοσημείωτη τη μελέτη του για το πένθος. Η μελέτη αυτή ήταν αποτέλεσμα της δουλειάς του με τα θύματα της πυρκαγιάς του 1942 στο Coconut Grove.

Όταν ο Lindemann έγινε διευθυντής των ψυχιατρικών υπηρεσιών το 1954, η συμβουλευτική υπηρεσία δεν είχε ακόμη ιδρυθεί. Το σύνηθες όμως ήταν να καλούν τον εφημερεύοντα ψυχίατρο τα βράδια στα επείγοντα περιστατικά για να βλέπει όλους τους παθολογικούς και χειρουργικούς ασθενείς που έχρηζαν ψυχιατρικής εκτίμησης. Ο Lindemann ίδρυσε την Ψυχιατρική Συμβουλευτική Υπηρεσία υπό την εποπτεία του Avery Weisman το 1956. Σαν ειδικευόμενος του Weisman, ο Hackett μοίρασε το χρόνο του στο να κάνει συμβουλευτική και να μαθαίνει ψυχοθεραπεία εξωτερικών ασθενών. Κατά τον πρώτο χρόνο ύπαρξης της Συμβουλευτικής Υπηρεσίας έγιναν 130 συμβουλευτικές συνεδρίες. Το 1958 ο αριθμός των συνεδριών αυξήθηκε στις 370 και διοργανώθηκε ένα ερευνητικό πρόγραμμα που αποτέλεσε το ακρογωνιαίο λίθο της όλης προσπάθειας.

Από το 1960 το πέρασμα από την Συμβουλευτική Υπηρεσία έγινε υποχρεωτικό για την απόκτηση ειδικότητας της ψυχιατρικής στο Γενικό Νοσοκομείο Μασσαχουσέττης (Γ.Ν.Μ.). Μεταξύ του 1956 και του 1960 η υπηρεσία συγκέντρωσε το ενδιαφέρον και άλλων συναδέλφων φοιτητών που συνεισέφεραν με μεταπτυχιακό έργο σε ψυχοσωματικά θέματα. Την ίδια περίοδο φοιτητές ιατρικής άρχισαν επίσης να επιλέγουν την υπηρεσία ως προαιρετικό μέρος στην προπτυχιακή τους άσκηση στη ψυχιατρική. Από τη δουλειά μας αυτή με τους συναδέλφους και τους φοιτητές ιατρικής άρχισαν διάφορες ερευνητικές μελέτες σε συνεργασία με άλλα τμήματα. Παραδείγματα των πρώτων αυτών ερευνών είναι 1) η χειρουργική θεραπεία του συνεχόμενου πόνου ⁽¹¹⁾, 2) η συμμόρφωση των ασθενών με δωδεκαδακτυλικό έλκος στη θεραπεία ⁽¹²⁾, 3) η κατάθλιψη μετά από ακρωτηριασμό σε ηλικιωμένους ασθενείς ⁽¹³⁾ 4) η συναισθηματική δυσπροσαρμοστικότητα του χειρουργικού ασθενούς ^{(14) (15)} και 5) ψυχολογικές πλευρές του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου ⁽¹⁶⁾.

Τον Ιούλιο του 2002 ο Frichione διορίστηκε διευθυντής του νέου Τμήματος Ψυχιατρικής και Ιατρικής με καθήκον να ενοποιήσει τις διάφορες εσωτερικές και εξωτερικές ιατρικές –

ψυχιατρικές υπηρεσίες στο Γ.Ν.Μ. και τα παραρτήματα του και παράλληλα να διατηρήσει ανέπαφες τις ξεχωριστές ιδιαιτερότητες και βάσεις της κάθε υπηρεσίας.

Τέλος τον Μάρτιο του 2003 το Αμερικανικό Συμβούλιο των Ιατρικών Ειδικοτήτων ομόφωνα ενέκρινε για το Αμερικανικό Συμβούλιο Ψυχιατρικής και Νευρολογίας (ABPN) την έκδοση πιστοποιητικού υποειδικότητας στη Ψυχοσωματική Ιατρική στη Ψυχοσωματική Ιατρική ⁽¹⁷⁾.

Ιστορική εξέλιξη της Συμβουλευτικής Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής (ΣΔΨ) στη Μ. Βρετανία

Κατά τον μεσαίωνα, οι ψυχικά ασθενείς νοσηλεύονταν κυρίως σε νοσοκομεία και θρησκευτικά ιδρύματα ⁽¹⁸⁾ ενώ τον 18ο αιώνα πολλά γενικά νοσοκομεία στην Μ. Βρετανία δεν δέχονταν ψυχικά ασθενείς. Επίσης, πολλοί ασθενείς με σωματικά προβλήματα εάν εμφάνιζαν ψυχικές διαταραχές είτε έπαιρναν εξιτήριο είτε μεταφέρονταν σε ιδιωτικά θεραπευτήρια ή σε άσυλα. Το πρώτο γενικό νοσοκομείο στη Μ. Βρετανία που δέχτηκε ψυχικά ασθενείς σε συγκεκριμένη πτέρυγα ήταν το νοσοκομείο Guy's and St. Thomas το 1728.

Μετά τον 2ο παγκόσμιο πόλεμο η συμβουλευτική έγινε πιο συχνή καθώς πολλές φορές οι ιατροί των άλλων ειδικοτήτων ζητούσαν την βοήθεια των ψυχιάτρων είτε για εσωτερικούς ασθενείς είτε στα επείγοντα περιστατικά. Έτσι άρχισαν να δημιουργούνται εξειδικευμένα τμήματα ΣΔΨ στα νοσοκομεία όπως στο Guy's and St. Thomas αλλά και στο Middlessex το 1961 από τον Sir Dennis Hill όπου το τμήμα της ΣΔΨ βασιζόταν στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο του Engel ⁽¹⁹⁾. Η ανάπτυξη τα τελευταία 20 χρόνια σχετίζεται με το έργο της Διασυνδεδετικής Ομάδας του Βασιλικού Κολεγίου των Ψυχιάτρων ⁽²⁰⁾ η οποία ιδρύθηκε το 1983 από μια μικρή ομάδα ψυχιάτρων και γρήγορα ανέλαβε την ευθύνη για την προαγωγή της καλής πρακτικής, της εκπαίδευσης και της έρευνας ⁽²¹⁾. Σημαντική στην ανάπτυξη της έρευνας αλλά και γενικότερα της ΣΔΨ στη Μ. Βρετανία, είναι η συμβολή των Francis Creed και Else Guthrie. Η Prof. Else Guthrie είναι πρώην πρόεδρος της Διασυνδεδετικής Ομάδας του Βασιλικού Κολεγίου των Ψυχιάτρων με αξιοσημείωτο ερευνητικό έργο που αφορά κυρίως στη σχέση μεταξύ συναισθηματικών παραγόντων, κατάθλιψης και σωματικών συμπτωμάτων. Επιπλέον έχει δημοσιεύσει πλήθος τυχαιοποιημένων κλινικών μελετών για τη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας της ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με συννοσηρότητα σωματικών και ψυχιατρικών νόσων. Ο Prof. Francis Creed, Καθηγητής Ψυχολογικής Ιατρικής στο Πανεπιστήμιο του Manchester και εκδότης του περιοδικού Journal of Psychosomatic Research, έχει αναπτύξει σημαντικό ερευνητικό και κλινικό έργο που αφορά στην αξιολόγηση της αιτιολογίας και θεραπείας της σωματοποίησης καθώς και στις ψυχολογικές διαταραχές που σχετίζονται με τις σωματικές νόσους. Πιο συγκεκριμένα έχει δημοσιεύσει μελέτες για την Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, το Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου, το Οξύ Έμφραγμα του Μυοκαρδίου, την εκπαίδευση στη Διασυνδεδετική και την ανάπτυξη υπηρεσιών Συμβουλευτικής – Διασυνδεδετικής Ψυχιατρικής. Τέλος οι Prof. Creed και Guthrie διευθύνουν από το 1993 το

εκπαιδευτικό πρόγραμμα “Manchester Course in Advanced Liaison Psychiatry” με κύρια θέματα τη σωματοποίηση και τις ψυχολογικές πλευρές των σωματικών νόσων.

Ιστορική εξέλιξη της ΣΔΨ στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα η ανάπτυξη της ΣΔΨ συνδέεται όπως σε πολλές χώρες με την δημιουργία ψυχιατρικών κλινικών στα γενικά νοσοκομεία και φυσικά με την αποασυλοποίηση. Το ενδιαφέρον στην Ελλάδα βρίσκεται στο γεγονός ότι η ανάπτυξη της ΣΔΨ ξεκίνησε από την επαρχία και όχι από την Αθήνα. Η ίδρυση ΣΔΨ υπηρεσιών συνδέεται με την ίδρυση των Πανεπιστημιακών Γενικών Νοσοκομείων στην Αλεξανδρούπολη το 1978 και στα Ιωάννινα λίγα χρόνια αργότερα. Με βάση τη σύγχρονη γνώση και στο πλαίσιο της ίδρυσης υπηρεσιών που θα ευνοούσαν την αποασυλοποίηση, δημιουργήθηκαν σχεδόν σε όλα τα νέα γενικά νοσοκομεία του ΕΣΥ ψυχιατρικά τμήματα και ακολούθως από το 1986 στα ήδη υπάρχοντα γενικά νοσοκομεία. Το πιο ευρέως διαδεδομένο μοντέλο ΣΔΨ στην Ελλάδα είναι το «εστιασμένο στον ασθενή», κατά το οποίο ο ψυχίατρος καλείται να εκτιμήσει έναν ασθενή όταν ο θεράπων ιατρός το ζητήσει είτε γιατί θεωρεί ότι υπάρχει κάποια διαταραχή λόγω της συμπεριφοράς του, είτε γιατί έχει διαγνωσμένη ψυχιατρική διαταραχή είτε γιατί κατά την εισαγωγή βρέθηκε ότι λαμβάνει ψυχιατρικά φάρμακα. Επιπλέον ο ψυχίατρος σχετίζεται και με θέματα συννοσηρότητας είτε με την έννοια της ψυχοπαθολογίας που οφείλεται σε σωματική νόσο είτε με την έννοια των ψυχολογικών παραγόντων που συνεισφέρουν στην σωματική νόσο καθεαυτή. Κατά το 2008 υπήρχαν 32 (32,3%) από τα 97 γενικά νοσοκομεία που διέθεταν υπηρεσία ΣΔ. Στην Ελλάδα γενικά οι ψυχιατρικές υπηρεσίες είναι υποστελεχωμένες με συνέπεια να αδυνατούν να αντεπεξέλθουν στις ψυχικές ανάγκες των ασθενών. Γενικά δεν είναι συνηθισμένο να υπάρχει πλήρης και οργανωμένη ΣΔΨ τμήμα ή ομάδα. Τον Δεκέμβριο του 2006 δημιουργήθηκε στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων υπό την Επιστημονική Ευθύνη του Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής κ. Θωμά Υφαντή η πρώτη ανεξάρτητη μονάδα Συμβουλευτικής – Διασυνδετικής Ψυχιατρικής. Η οργανωμένη μονάδα συνέβαλε στην ανάπτυξη της συνεργασίας μεταξύ των κλινικών του Νοσοκομείου με αποτέλεσμα οι παραπομπές σχεδόν να διπλασιαστούν 1 χρόνο μετά την ίδρυση της μονάδας. Ταυτόχρονα η μονάδα προσφέρει 9μηνη εκπαίδευση στους ειδικευόμενους Ψυχιάτρους ως τμήμα της ψυχιατρικής ειδικότητας καθώς και πλούσιο ερευνητικό έργο που αφορά στους ψυχολογικούς παράγοντες σε διάφορες σωματικές νόσους ⁽²²⁾. Τέλος όσον αφορά γενικά στην έρευνα στην Ελλάδα η αναζήτηση στη PubMed με λέξεις κλειδιά Greece και Liaison Psychiat* επαναφέρει λιγότερες από 30 δημοσιεύσεις. Ωστόσο στα πανελλήνια συνέδρια της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας σχεδόν πάντα υπάρχουν θέματα που αφορούν την ΣΔΨ ενώ παράλληλα υπάρχει και επιστημονικός κλάδος της Ελληνικής Ψυχιατρικής Εταιρείας με την ονομασία Κλάδος Συμβουλευτικής-Διασυνδετικής Ψυχιατρικής & Ψυχοσωματικής.. Τέλος η ΣΔΨ στην Ελλάδα δεν αναγνωρίζεται ως υποειδικότητα της ψυχιατρικής ⁽²³⁾.

Ο ρόλος του ψυχιάτρου της Σ-Δ Ψυχιατρικής

Ο όρος συμβουλευτική διασυνδετική εμπεριέχει δυο πρωταρχικές λειτουργίες. Αυτή της συμβουλευτικής, που παρέχει εξειδικευμένες οδηγίες - συμβουλές προς τον ασθενή και αυτόν της διασύνδεσης - του συνδέσμου ⁽⁶⁾. Με βάση αυτές τις πρωταρχικές λειτουργίες ο ρόλος του ψυχιάτρου της ΣΔΨ μπορεί να διακριθεί σε 4 επιμέρους λειτουργίες.

- 1. Κλινική λειτουργία:** Ο ψυχίατρος της ΣΔΨ καλείται από τον θεράποντα ιατρό για να εκφράσει την γνώμη του για κάποιον ασθενή και να συμμετέχει σε συνεργασία με τον θεράποντα ιατρό στη φροντίδα του ασθενούς.
- 2. Εκπαιδευτική λειτουργία:** Η εκπαίδευση αφορά στους ασθενείς, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, την οικογένεια και τους οικείους του ασθενή καθώς και γενικότερα το σύστημα υγείας. Παραδείγματα διασυνδετικής εκπαίδευσης αποτελούν η εκπαίδευση για τις ψυχολογικές ανάγκες του ασθενούς με βάση την προσωπικότητα του, η άμεση διαχείριση των ψυχιατρικών καταστάσεων, η χρήση των ψυχοτρόπων φαρμάκων καθώς και ο καθορισμός της ικανότητας για συγκατάθεση στις ιατρικές πράξεις. Η εκπαίδευση συνήθως παρέχεται σε ειδικευόμενους ψυχιατρικής, σε ειδικευόμενους άλλων ειδικοτήτων, σε γενικούς γιατρούς, σε νοσηλευτές, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς κλπ.
- 3. Διοικητικές λειτουργίες:** Συνήθως αυτές απαιτούνται από διοικητικές αρχές (πχ εισαγγελία) ή το ίδιο το νοσοκομείο. Παραδείγματα αποτελούν η απόφαση του ψυχιάτρου για το εάν ένας ασθενής που βρίσκεται στα τμήμα επειγόντων περιστατικών με απόπειρα αυτοκτονίας θα μεταφερθεί στη ψυχιατρική κλινική ή σε παθολογική κλινική καθώς και θέματα που αφορούν στην ακούσια νοσηλεία ενός ασθενή. Επίσης πολλές φορές τα νοσοκομεία στηρίζονται στην άποψη του ψυχιάτρου για το εάν ένας ασθενής έχει την νοητική και συναισθηματική ικανότητα να εξέλθει από το νοσοκομείο ή να αρνηθεί ιατρικές πράξεις παρά την αντίθετη γνώμη των ιατρών καθώς και για προβλήματα συμπεριφοράς που διαταράσσουν την ομαλή λειτουργία του νοσοκομείου.
- 4. Ερευνητική λειτουργία:** Το πλαίσιο της ΣΔΨ παρέχει μοναδικές ευκαιρίες για συνδυαστική έρευνα μεταξύ ιατρικής και ψυχιατρικής. Η έρευνα έχει οδηγήσει σε δημιουργία νέων υποειδικοτήτων όπως ψυχοογκολογία, ψυχονευρολογία, ψυχοενδοκρινολογία και ψυχογυναικολογία. Επίσης ένα σημαντικό πεδίο έρευνας της ΣΔΨ είναι και ο ρόλος της ψυχιατρικής παρέμβασης στη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα έχει φανεί ότι η ψυχιατρική παρέμβαση μειώνει το οικονομικό κόστος ^{(24) (25)}.

Η ερευνητική ομάδα της Συμβουλευτικής – Διασυνδετικής μονάδας της Ψυχιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων έχει πλούσιο ερευνητικό έργο που αφορά κυρίως στη διερεύνηση των ψυχολογικών μεταβλητών σε διάφορα σωματικά νοσήματα ορισμένα από τα οποία είναι το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, το γλαύκωμα, το

σκληρόδερμα, ο καρκίνος και η ρευματοειδής αρθρίτιδα ^{(26) (27) (28) (29) (30)}.

Είναι γνωστό από τη βιβλιογραφία ότι 30-60% των ασθενών που νοσηλεύονται στα νοσοκομεία έχουν κάποια ψυχιατρική διαταραχή ⁽³¹⁾. Η κατάθλιψη, το άγχος, η γνωστική δυσλειτουργία οδηγούν σε μεγαλύτερες σε διάρκεια νοσηλείες και υψηλότερο κόστος ακόμη και όταν ληφθούν υπόψη τα δημογραφικά στοιχεία, η υποκείμενη νόσος, οι συνθήκες εισαγωγής και ο βαθμός της σωματικής βλάβης ^{(32) (33)}. Η συννοσηρότητα ιατρικών και ψυχιατρικών νόσων οδηγεί σε φτωχότερη έκβαση και αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Τέλος έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία ότι η διασυνδετική ψυχιατρική μειώνει την θνητότητα, τη διάρκεια παραμονής και το οικονομικό κόστος νοσηλείας των ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου ⁽³¹⁾.

ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ) είναι μια χρόνια αυτοάνοση φλεγμονώδης νόσος η οποία εμφανίζεται σε όλους τους πληθυσμούς. Οι γυναίκες είναι 2,5 φορές πιο πιθανό να νοσήσουν από ότι οι άνδρες. Η νόσος συνήθως εμφανίζεται μεταξύ 40 και 50 ετών αλλά μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Η επίπτωση της ΡΑ διαφέρει με τον πληθυσμό. Χαμηλά ποσοστά [8.8/100.000] έχουν αναφερθεί στην Γαλλία ⁽³⁴⁾ ενώ αντίθετα στη Σκανδιναβία ⁽³⁵⁾ ⁽³⁶⁾ τα ποσοστά είναι υψηλότερα [24-36/100.00]. Τα υψηλότερα ποσοστά έχουν αναφερθεί στις Η.Π.Α. ⁽³⁷⁾ και είναι της τάξης του 42-45/100.000. Ο επιπολασμός της ΡΑ είναι 1-2 % και αυξάνει σταθερά στο 5% στην ηλικία των 70 ετών ⁽³⁸⁾. Ο επιπολασμός επίσης διαφέρει με τον πληθυσμό. Για παράδειγμα χαμηλά ποσοστά έχουν αναφερθεί στη Γιουγκοσλαβία [0.2%], στην Ιταλία [0.3%] και στη Γαλλία [0.3%] ⁽³⁹⁾ ⁽⁴⁰⁾ ⁽⁴¹⁾. Στη Μ. Βρετανία και τη Φιλανδία τα ποσοστά είναι της τάξης του 0.8% ενώ στις Η.Π.Α. φτάνουν το 1.1% ⁽⁴²⁾ ⁽⁴³⁾ ⁽⁴⁴⁾. Στη Βορειοδυτική Ελλάδα η μελέτη των Drosos και συν. έχει υπολογίσει την επίπτωση στο 15-36/100.000 και τον επιπολασμό στο 2.05 και 4.78 ανά 1000 κατοίκους για τους άνδρες και τις γυναίκες αντίστοιχα ⁽⁴⁵⁾. Τέλος ο επιπολασμός γενικά στην Ελλάδα το 2006 υπολογίστηκε στο 0.68%⁽⁴⁶⁾.

Πιο συχνά η έναρξη των συμπτωμάτων όπως ο πόνος στις αρθρώσεις και η διόγκωση είναι ύπουλη και διαρκεί από εβδομάδες έως μήνες, ωστόσο ένα μικρό ποσοστό ασθενών μπορεί να εμφανίσει οξείας έναρξης πολυαρθρίτιδα. Άλλοι ασθενείς επίσης μπορεί να παρουσιάσουν παροδικά αυτοπεριοριζόμενα επεισόδια μονο- ή πολύ- αρθρίτιδας που διαρκούν ημέρες έως εβδομάδες. Η παραπάνω εμφάνιση ονομάζεται παλίνδρομος ρευματισμός. Περίπου το 50% των ασθενών με παλίνδρομο ρευματισμό θα αναπτύξουν την πλήρη εικόνα πληρούν τα κριτήρια για ΡΑ, και μόνο το 15% θα παραμείνει χωρίς συμπτώματα μετά από 5 χρόνια ⁽⁴⁷⁾.

Η πορεία της ΡΑ ποικίλλει από μια ήπια νόσο έως μια ταχέως προοδευτική πολυσυστηματική φλεγμονή. Οι ασθενείς κυρίως παραπονιούνται για πόνο, δυσκαμψία και διόγκωση των περιφερειακών αρθρώσεων. Τα αρχικά συμπτώματα κυρίως αφορούν στα άνω άκρα σε άνω των 50% των ασθενών με πολλαπλές αρθρώσεις να επηρεάζονται στο 1/3 και μόνο η άκρα χείρα στο 1/4 των ασθενών. Τα συμπτώματα από τις αρθρώσεις αρχικά είναι συμμετρικά στο 70% ή γίνονται συμμετρικά σε 1 χρόνο από την έναρξη της νόσου στο 85% των ασθενών ⁽⁴⁸⁾. Οι πιο συνηθισμένες αρθρώσεις που προσβάλλονται είναι οι εγγύς μεσοφαλαγγικές και οι μετακαρποφαλαγγικές αρθρώσεις της άκρας χείρας και του καρπού και αμέσως λιγότερο συχνά οι μεταταρσοφαλαγγικές αρθρώσεις του ποδιού, οι αστράγαλοι και οι ώμοι ⁽⁴⁹⁾. Η πρωινή δυσκαμψία που διαρκεί για περισσότερο από μια ώρα είναι συνήθως χαρακτηριστικό σύμπτωμα της ΡΑ. Συχνά οι ασθενείς με πρόσφατη διαγνωσμένη ΡΑ σηκώνονται από το

κρεβάτι 1-2 ώρες νωρίτερα από το συνηθισμένο ώστε να περάσει η ώρα και να χαλαρώσουν (loose up) και συχνά περιγράφουν την ανάγκη για ένα ζεστό μπάνιο ή πλύσιμο των χεριών με ζεστό νερό ώστε να ευοδωθεί η πρωινή λειτουργικότητά τους. Ο πόνος κατά το άνοιγμα των θυρών, των βάζων και το κούμπωμα των πουκαμίσων είναι συχνά συμπτώματα, λόγω του πόνου και της διόγκωσης στους καρπούς και τις μικρές αρθρώσεις των χεριών. Η μεταταρσαλγία κατά την έγερση από το κρεβάτι οφείλεται στη φλεγμονή των μεταταρσοφαλλαγικών αρθρώσεων. Ο πόνος στον αυχένα και η δυσκαμψία τείνουν να εμφανίζονται αργότερα και ενδέχεται να αποτελούν σημείο τενοντοθηκίτιδας του εγκάρσιου συνδέσμου του A1 σπονδύλου που σταθεροποιεί την οδοντοειδή απόφυση του A2.

Καθώς η RA αποτελεί μια συστηματική φλεγμονώδη νόσο, οι συνέπειες συνεισφέρουν σημαντικά στον κίνδυνο σχετιζόμενης με τη νόσο πρόωρης θνητότητας. Ειδικότερα οι ασθενείς με εξωαρθρικές εκδηλώσεις έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου και σοβαρών λοιμώξεων⁽⁵⁰⁾⁽⁵¹⁾. Σοβαρές εξωαρθρικές εκδηλώσεις όπως αγγειίτιδα, σύνδρομο Felty, σπειραματονεφρίτιδα, περικαρδίτιδα, πλευρίτιδα και σκληρίτιδα εμφανίζονται περίπου στο 15% των Καυκάσιων ασθενών με RA⁽⁵²⁾. Τα σημεία συστηματικής φλεγμονής περιλαμβάνουν κόπωση, χαμηλό πυρετό και απώλεια βάρους καθώς και αυξημένη ταχύτητα καθίζησης ερυθρών (ΤΚΕ) και επίπεδα C αντιδρώσας πρωτεΐνης. Η μη ελεγχόμενη συστηματική φλεγμονή οδηγεί σε σοβαρές μακροχρόνιες επίπλοκες. Παραδείγματος χάριν, ο χαμηλός δείκτης μάζας σώματος συνδέεται με αυξημένη θνητότητα στους ασθενείς με RA⁽⁵³⁾, ενώ η επίμονη άνοδος των επιπέδων της αυξημένης ΤΚΕ και των επιπέδων της C αντιδρώσας πρωτεΐνης συνδέονται με αμυλοείδωση των ιστών και βλάβη οργάνων⁽⁵⁴⁾.

Οι κυριότερες εξωαρθρικές εκδηλώσεις της RA είναι:

- ▶ **Αιματολογικές νόσοι.** Η RA συνδέεται με τη λεγόμενη αναιμία χρόνιας πάθησης και λεμφοαδενοπάθεια και επίσης με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης λεμφώματος non-Hodgkin σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό⁽⁵⁵⁾.
- ▶ **Υποδόρια ρευματοειδή οζίδια.** Πρόκειται για μικρά υποδόρια οζίδια μεγέθους μέχρι 2 εκ. ή και μεγαλύτερα που είναι μαλακά, ανώδυνα, δεν συμφύονται με το δέρμα ούτε με τα υποκείμενα μόρια και εντοπίζονται συνήθως σε θέσεις που ασκείται πίεση, όπως π.χ. οι αγκώνες, οι αρθρώσεις των δακτύλων και ο Αχίλλειος τένοντας, αλλά μπορεί να εντοπίζονται και σε εσωτερικά όργανα όπως το μυοκάρδιο, οι μήνιγγες και οι πνεύμονες⁽⁵⁶⁾. Εμφανίζονται στο 7% των ασθενών κατά τη διάγνωση και ένα 30% θα εμφανίσει οζίδια κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της νόσου⁽⁵⁷⁾.
- ▶ **Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα.** Οφείλεται σε συμπίεση του μέσου νεύρου μέσα στον καρπιαίο σωλήνα λόγω τενοντοελυτρίτιδας των μυών που κάμπτουν τα δάκτυλα των χεριών. Τα κύρια συμπτώματα αυτού του συνδρόμου είναι τα μουδιάσματα, το κάψιμο και ο πόνος που εντοπίζονται στην κερκιδική πλευρά της παλάμης και στην παλαμιαία επιφάνεια του αντίχειρα, του δείκτη, του μέσου δακτύλου και του τέταρτου δακτύλου κατά το ήμισυ προς την κερκιδική πλευρά.

► **Σύνδρομο Sjögren.** Χαρακτηρίζεται κυρίως από ξηροφθαλμία και ξηροστομία.

► **Σκληρίτιδα.** Φλεγμονή στο σκληρό χιτώνα του ματιού.

► **Πνευμονικές εκδηλώσεις** όπως Διάμεση πνευμονική ίνωση και πλευρίτιδα.

► **Αγγειίτιδα.** Φλεγμονή στο τοίχωμα των αγγείων. Συνήθως πρόκειται για ελαφρά αγγειίτιδα και συγκεκριμένα για τη λεγόμενη δερματική λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα και πολύ σπάνια για σοβαρή αγγειίτιδα τύπου οζώδους πολυαρτηρίτιδας. Η δερματική λευκοκυτταροκλαστική αγγειίτιδα χαρακτηρίζεται από φλεγμονή στο τοίχωμα μικρών αγγείων (αρτηριδίων, τριχοειδών και φλεβιδίων) και εκδηλώνεται με δερματικές βλάβες, που έχουν ποικίλη μορφή και μπορεί να συνοδεύονται από κνησμό (φαγούρα) ή πόνο. Αντίθετα, η αγγειίτιδα τύπου οζώδους πολυαρτηρίτιδας προσβάλλει μικρού και μεσαίου μεγέθους αρτηρίες οποιουδήποτε οργάνου και έτσι εκδηλώνεται με διάφορες δερματικές βλάβες, περιφερική νευρίτιδα, αιματοουρία, διαταραχή της νεφρικής λειτουργίας, κοιλιακούς πόνους, υπέρταση κ.ά.

► **Περικαρδίτιδα.** Συλλογή υγρού μέσα στην περικαρδιακή κοιλότητα η οποία αποτελεί την πιο συχνή καρδιακή εκδήλωση της ΡΑ ⁽⁵⁸⁾. Η 30ετής επίπτωση της συμπτωματικής και κλινικά ανιχνεύσιμης περικαρδίτιδας έχει υπολογιστεί στο 11% των ασθενών ⁽⁵⁰⁾ αν και οι υποκλινικές περιπτώσεις αυξάνουν κατά πολύ το ποσοστό.

Όσον αφορά στην αιτιολογία και παθογένεση της ΡΑ έχουν ενοχοποιηθεί τόσο γενετικοί όσο και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Ο κίνδυνος εμφάνισης της νόσου σε πρώτου βαθμού συγγενείς είναι 1.5 φορές μεγαλύτερος από ό,τι στο γενικό πληθυσμό. Ο βαθμός συμφωνίας στα μονοζυγωτικά δίδυμα είναι υψηλότερος σε σχέση με τα διζυγωτικά (12-15% και 3.5% αντίστοιχα) υποστηρίζοντας έτσι τον σημαντικό ρόλο των γονιδίων σε συνδυασμό με περιβαλλοντικές παραμέτρους. Η συνολική κληρονομικότητα της ΡΑ έχει υπολογιστεί μέσα από μελέτες διδύμων στο 50-60% ⁽⁵⁹⁾ ⁽⁶⁰⁾. Σημαντικό ρόλο φαίνεται ότι διαδραματίζει το σύμπλεγμα μείζονος ιστοσυμβατότητας. Έχει υπολογιστεί ότι η περιοχή του Συμπλέγματος Μείζονος Ιστοσυμβατότητας (HLA) του ανθρώπινου γονιδιώματος εξηγεί περίπου το 1/3 του γενετικού κινδύνου της ΡΑ ⁽⁶¹⁾. Το μεγαλύτερο μέρος του κινδύνου που οφείλεται στο HLA σχετίζεται με αλληλόμορφα στο HLA-DRB1. Άλλα γονίδια του HLA που έχει φανεί ότι ενδέχεται να σχετίζονται με την ΡΑ είναι το DR3 ⁽⁶²⁾. Επίσης με την ΡΑ έχουν σχετιστεί και γονίδια εκτός του HLA όπως τα PTPN22 αλληλόμορφα και οι TRAF1/C5 και STAT4 τόποι ⁽⁶³⁾ ⁽⁶⁴⁾ ⁽⁶⁵⁾. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου που έχουν σχετιστεί με τη ΡΑ είναι η έκθεση στη σκόνη πυριτίου ⁽⁶⁶⁾, το κάπνισμα ⁽⁶⁷⁾, ορισμένες λοιμώξεις ⁽⁶⁸⁾, διαιτητικοί παράγοντες ⁽⁶⁹⁾ και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες ⁽⁷⁰⁾. Ωστόσο άλλες μελέτες δεν έχουν καταφέρει να αναπαράγουν τα παραπάνω ευρήματα.

Η διάγνωση και ταξινόμηση της ΡΑ γίνεται συνήθως με τα κριτήρια του Αμερικάνικου Κολλεγίου της Ρευματολογίας το οποίο πρόσφατα σε συνεργασία με τον Ευρωπαϊκό Σύνδεσμο ενάντια στις Ρευματοπάθειες δημοσίευσε τα νέα κριτήρια ⁽⁷¹⁾ ⁽⁷²⁾. Η αξιολόγηση και η παρακολούθηση της ΡΑ περιλαμβάνει μια πολύπλευρη διαδικασία η οποία περιλαμβάνει

νει κλινικές, λειτουργικές, βιοχημικές και απεικονιστικές παραμέτρους. Το ιστορικό και η φυσική εξέταση είναι υψίστης σημασίας για την συνεχή παρακολούθηση του ασθενούς. Ο πόνος μπορεί να αξιολογηθεί με την αναλογική κλίμακα εκτίμησης του πόνου (Visual Analogue Scale – VAS) ενώ η λειτουργική ικανότητα με εξειδικευμένα ερωτηματολόγια όπως το Health Assessment Questionnaire (HAQ). Οι εργαστηριακές μετρήσεις περιλαμβάνουν την ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών (ΤΚΕ), την CRP, τον RF, τα anti-CCP κλπ ενώ οι απεικονιστικές μέθοδοι όπως η μαγνητική τομογραφία (MRI) παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες για τη νόσο. Τέλος εκτός των παραπάνω η ενεργότητα της νόσου μπορεί να εκτιμηθεί με τον Disease Activity Index (DAS-28) ο οποίος συνεκτιμά τις προσβαλλόμενες αρθρώσεις, τον αναφερόμενο πόνο και τα επίπεδα της ΤΚΕ και της CRP ⁽⁷³⁾.

Η θεραπεία της ΡΑ είναι πολύπλευρη. Στους κύριους στόχους της θεραπευτικής αντιμετώπισης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας περιλαμβάνονται: η πλήρης ύφεση, η ανακούφιση από τον πόνο και γενικά ο έλεγχος όλων των συμπτωμάτων της νόσου, η πρόληψη των βλαβών των αρθρώσεων και, επομένως, πρόληψη των παραμορφώσεων των αρθρώσεων, των λειτουργικών κινητικών διαταραχών και της αναπηρίας και τέλος η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Όσον αφορά στη φαρμακευτική θεραπεία, 4 μεγάλες κατηγορίες χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της ΡΑ: 1) τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (NSAIDs), 2) τα γλυκοκορτικοειδή, 3) τα συνθετικά τροποποιητικά της Νόσου (DMARD) όπως η μεθοτρεξάτη, η σουλφασαλαζίνη και η υδροξυχλωροκίνη και 4) οι βιολογικοί παράγοντες όπως ινφλιξιμάμπη, ετανερσέπτη, ανταλιμουμάμπη, γκολιμουμάμπη. Η ιδανική φροντίδα θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει και τις συννοσηρές καταστάσεις που μπορεί να συνυπάρχουν με τη ΡΑ όπως η καρδιαγγειακή νόσος, η οστεοπόρωση, οι λοιμώξεις αλλά και οι ψυχιατρικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές ⁽⁷⁴⁾.

Ψωριασική Αρθρίτιδα

Η ψωριασική αρθρίτιδα (ΨΑ) είναι μια χρόνια φλεγμονώδης αρθρίτιδα που σχετίζεται με την παρουσία ψωρίασης ⁽⁷⁵⁾. Περίπου το 1/3 των ασθενών με ψωρίαση ενδέχεται να εμφανίσουν φλεγμονώδη αρθρίτιδα που παρουσιάζεται κυρίως με πόνο και δυσκαμψία των προσβαλλόμενων αρθρώσεων. Τόσο η ψωρίαση όσο και η ΨΑ προσβάλλουν με την ίδια συχνότητα και τα δυο φύλα. Η μέση ηλικία εμφάνισης της ΨΑ είναι τα 36 χρόνια ωστόσο μπορεί να εμφανιστεί τόσο στην παιδική ηλικία όσο και σε μεγαλύτερη ηλικία. Η ΨΑ διακρίθηκε από την ΡΑ στα μέσα του προηγούμενου αιώνα με την ανακάλυψη του ρευματοειδούς παράγοντα. Ενώ το 85% των ασθενών με ΡΑ είναι οροθετικοί ως προς τον ρευματοειδή παράγοντα, οι ασθενείς με ΨΑ είναι συνήθως οροαρνητικοί. Πρόσφατες μελέτες με τη χρήση σύγχρονων μεθόδων (ELISA) υποστηρίζουν ότι το ποσοστό των ασθενών με ΨΑ που είναι οροθετικοί στον ρευματοειδή παράγοντα κυμαίνεται στο 4-5% ⁽⁷⁶⁾, ενώ παλαιότερες μελέτες υπολόγιζαν το ποσοστό αυτό περίπου στο 15% ⁽⁷⁷⁾. Τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά που διακρίνουν την ΨΑ από την ΡΑ είναι η κατανομή στο φύλο, οι προσβαλλόμενες αρ-

θρώσεις, η συμμετοχή της σπονδυλικής στήλης και συγκεκριμένα απεικονιστικά ευρήματα. Λόγω της οροαρνητικότητας, της συμμετοχής της σπονδυλικής στήλης, των εξωαρθρικών εκδηλώσεων αλλά και της συσχέτισης με το HLA-B27 η ΨΑ κατατάσσεται στις οροαρνητικές σπονδυλαρθροπάθειες.

Ο ακριβής επιπολασμός της ΨΑ είναι άγνωστος. Ο επιπολασμός ποικίλλει και έχει υπολογιστεί στο 0.04% στα νησιά Faroe, στο 0.1% στη Mayo Clinic, στο 1.2% στη Σουηδία και στο 0.05% στη Βορειοδυτική Ελλάδα ^{(78) (79) (80)}. Ο επιπολασμός της ΨΑ είναι δύσκολο να υπολογιστεί καθώς πολλές φορές μπορεί να μη διαγιγνώσκεται είτε από τους ρευματολόγους γιατί η ψωρίαση δεν είναι σε εμφανή σημεία είτε από τους δερματολόγους γιατί οι ασθενείς με ψωρίαση δεν παραπονιούνται για πόνο στις αρθρώσεις ⁽⁸¹⁾. Έχοντας υπόψη ότι ο επιπολασμός της ψωρίασης στο γενικό πληθυσμό είναι 1-3% και το γεγονός ότι το 1/3 έχει ΨΑ υπολογίζεται ότι ο επιπολασμός της ΨΑ υποεκτιμάται και στην πραγματικότητα πρέπει να είναι μεταξύ 0.3-1%. Η επίπτωση της ΨΑ επίσης ποικίλλει μεταξύ των μελετών και υπολογίζεται στο 3-8/100.000 ^{(35) (36) (78)}.

Οι Wright και Moll ⁽⁷⁵⁾ περιέγραψαν 5 κλινικούς υπότυπους της ΨΑ οι οποίοι αντικατοπτρίζουν την κλινική ποικιλομορφία της νόσου. Αυτοί είναι: α) αρθρίτιδα άπω μεσοφαλαγγικών αρθρώσεων, η οποία ανιχνεύεται στο 5% των ασθενών, β) ακρωτηριαστική αρθρίτιδα, η οποία είναι μια πολύ καταστροφική μορφή αρθρίτιδας και εμφανίζεται επίσης στο 5% των ασθενών, γ) oligoarthritis, η οποία προσβάλλει 4 ή λιγότερες αρθρώσεις, συχνά ασύμμετρα και παρατηρείται στο 70% των ασθενών, δ) polyarthritis, η οποία εμφανίζεται στο 15% των ασθενών και ε) σπονδυλοαρθρίτιδα, η οποία εμφανίζεται είτε μόνη της στο 5% των ασθενών αλλά συχνά (40%) συνυπάρχει και με άλλες μορφές. Παρόλο που οι υπότυποι είναι χρήσιμοι κατά την διάγνωση, είναι πλέον γνωστό ότι δεν παραμένουν σταθεροί κατά την πορεία της νόσου ^{(82) (83)}.

Η αρθρίτιδα της ΨΑ είναι φλεγμονώδης και εμφανίζεται με πόνο, διόγκωση και δυσκαμψία. Μπορεί να προσβληθούν όλες οι αρθρώσεις. Αρχικά μπορεί να είναι oligoarthritis αλλά με την εξέλιξη της νόσου γίνεται polyarthritis καθώς προσβάλλονται περισσότερες αρθρώσεις. Χαρακτηριστικό της περιφερειακής αρθρίτιδας της ΨΑ είναι η ασύμμετρη κατανομή που την διακρίνει και από την RA. Η συμμετοχή των άπω φαλαγγικών αρθρώσεων χαρακτηρίζει κλινικά και διαγνωστικά τη νόσο και συνοδεύεται συχνά με ονχοδυστροφία. Η συμμετοχή της σπονδυλικής στήλης στην ΨΑ χαρακτηρίζεται από ασύμμετρη προσβολή των ιερολαγόνιων αρθρώσεων και της ΘΜΣΣ με ήπια συμπτώματα και από κατά τόπους ασύμμετρα οστεόφυτα. Με την χρήση απεικονιστικών μεθόδων το 78% των ασθενών παρουσιάζει ιερολαγονίτιδα ⁽⁸⁴⁾, ωστόσο μόνο ένα μικρό ποσοστό ασθενών εκδηλώνει πόνο ή πρωινή δυσκαμψία.

Οι υπόλοιπες αρθρικές εκδηλώσεις της ΨΑ περιλαμβάνουν:

◆ **Δακτυλίτιδα** ή αλλαντοειδές δάκτυλο, το οποίο είναι χαρακτηριστικό σημείο της ΨΑ.

Παρατηρείται κυρίως στις φάλαγγες των ποδιών και λιγότερο των δακτύλων. Χαρα-

κτηρίζεται από διόγκωση της άρθρωσης μιας φάλαγγας και των περιαρθρικών ιστών η οποία υπερβαίνει τα αρθρικά όρια και συχνά δίνει την τυπική εικόνα «αλλαντοειδούς δακτύλου».

♦ **Τενοντοελυτρίτιδα**, δηλ. φλεγμονή στο έλυτρο διάφορων τενόντων, που εκδηλώνεται με πόνο και τοπική διόγκωση. Η φλεγμονή μπορεί να προσβάλλει τους καμπτήρες τένοντες των δακτύλων καθώς και τον ωλένιο εκτείνοντα τον καρπό, περιοχές που προσβάλλονται και στη ΡΑ. Η τενοντοελυτρίτιδα του Αχιλλείου τένοντα είναι συχνή και επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ασθενούς.

♦ **Ενθεσίτιδα**, η οποία είναι επίσης χαρακτηριστική στη ΨΑ. Μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε πρόσφυση τένοντα αλλά πιο συχνά προσβάλλει την πελματιαία απονεύρωση, την πρόσφυση του Αχιλλείου τένοντα και αυτές του γόνατος και του ώμου. Έχει προταθεί ότι ενθεσίτιδα σε παρουσία ψωρίασης είναι αρκετή για να τεθεί η διάγνωση της ΨΑ ⁽⁸⁵⁾.

Οι εξωαρθρικές εκδηλώσεις της ΨΑ περιλαμβάνουν:

♦ **Ψωρίαση** η οποία κυρίως προσβάλλει τις εκτατικές επιφάνειες όπως τους αγκώνες και τα γόνατα. Η πιο συχνή μορφή ψωρίασης που σχετίζεται με την ΨΑ είναι η κοινή ψωρίαση. Η ψωρίαση μπορεί να προσβάλλει και τις καμπτικές επιφάνειες. Επίσης μπορεί να εμφανιστεί σταγονοειδής ψωρίαση, ωστόσο όχι τόσο συχνά όσο η κοινή ψωρίαση ⁽⁸⁶⁾. Η σχέση μεταξύ δερματικών βλαβών και βλάβης των αρθρώσεων ποικίλλει, ωστόσο η συσχέτιση είναι ισχυρότερη όταν οι βλάβες εμφανίζονται ταυτόχρονα ⁽⁸⁷⁾.

♦ **Ιρίτιδα** που εμφανίζεται περίπου στο 7% των ασθενών με ΨΑ.

♦ **Ουρηθρίτιδα** η οποία είναι σχετικά πιο σπάνια στην ΨΑ σε σχέση με τις άλλες σπονδυλαρθροπάθειες.

► **Μη ειδική κολίτιδα**

► **Άλλες εκδηλώσεις** όπως αορτική ανεπάρκεια ή πνευμονική ίνωση του άνω λοβού.

Για τη διάγνωση της ΨΑ έχουν προταθεί διάφορα κριτήρια. Πρόσφατα η διεθνής ομάδα CASPAR (Classification of Psoriatic Arthritis) πρότεινε νέα κριτήρια για την ταξινόμηση της ΨΑ τα οποία παρουσιάζουν 99% ειδικότητα και 92% ευαισθησία ⁽⁷⁶⁾.

Η ακριβής αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη, αν και φαίνεται πως γενετικοί, περιβαλλοντικοί και ανοσολογικοί παράγοντες συμβάλλουν στην παθογένειά της. Περίπου 40% των ασθενών με ΨΑ έχουν συγγενή πρώτου βαθμού με δερματικές ή αρθρικές εκδηλώσεις ⁽⁷⁷⁾. Πολλά γονίδια που κωδικοποιούνται από μόρια του Μείζονος Συστήματος Ιστοσυμβατότητας I και II (MCH-I, MCH-II) καθώς και γονιδιακοί πολυμορφισμοί του παράγοντα νέκρωσης των όγκων-α (TNF-α) έχουν προταθεί ότι προδιαθέτουν στην ανάπτυξη της νόσου ⁽⁸⁸⁾ ⁽⁸⁹⁾. Ιοί και βακτήρια έχουν ενοχοποιηθεί επίσης ως αιτιολογικοί παράγοντες έκλυσης της νόσου. Στο πλάσμα ασθενών με ΨΑ, βρέθηκαν υψηλά επίπεδα αντισωμάτων έναντι της στρεπτοκοκκικής εξωτοξίνης, ενώ υπάρχουν και έμμεσες ενδείξεις ενεργοποιημένης χυμικής και κυτταρικής ανοσίας ⁽⁹⁰⁾. Τα δεδομένα αυτά υποδηλώνουν μια πιθανή σχέση μεταξύ

βακτηριακών λοιμώξεων και ψωρίασης ή ΨΑ. Παρομοίως, παρότι κάτι τέτοιο δεν έχει ακόμη τεκμηριωθεί, ιογενείς λοιμώξεις έχουν προταθεί ότι επάγουν την ΨΑ⁽⁹¹⁾. Τέλος το φυσικό τραύμα είναι ένας ακόμη περιβαλλοντικός παράγοντας που θα μπορούσε να οδηγήσει στην εμφάνιση ψωρίασης και ΨΑ⁽⁹²⁾.

Παρόλο που παλιότερα η ΨΑ θεωρείτο πιο ήπια σε σχέση με την ΡΑ, πρόσφατα έχει γίνει σαφές ότι η ΨΑ είναι πολύ πιο σοβαρή νόσος. Μια μελέτη 20 ασθενών έδειξε ότι το 67% των ασθενών είχαν διαβρωτική νόσο κατά την έναρξη και το 20% είχε πολύ σοβαρή μορφή αρθρίτιδας παρόμοια με αυτή της ΡΑ⁽⁷⁷⁾. Οι περισσότεροι ασθενείς με ΨΑ αναπτύσσουν πολυαρθρίτιδα και αύξηση στις αρθρικές βλάβες τόσο κλινικά όσο και ακτινογραφικά⁽⁸³⁾.

Οι στόχοι της θεραπευτικής αντιμετώπισης της ψωριασικής αρθρίτιδας περιλαμβάνουν την καταστολή της φλεγμονής, τη βελτίωση του πόνου και γενικά τον έλεγχο όλων των συμπτωμάτων και την επίτευξη ύφεσης της νόσου, την αναστολή της εξέλιξης της νόσου και την πρόληψη της αναπηρίας και τέλος τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών. Η θεραπεία της ΨΑ περιλαμβάνει τις ίδιες 4 μεγάλες κατηγορίες φάρμακων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της ΡΑ: 1) τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (NSAIDs), 2) τα γλυκοκορτικοειδή, 3) τα συνθετικά τροποποιητικά της Νόσου (DMARD) όπως η μεθοτρεξάτη, η σουλφασαλαζίνη και η υδροξυχλωροκίνη και 4) τους βιολογικούς παράγοντες όπως ινφλιξιμάμπη, ετανερσέπτη, ανταλιμουμάμπη, γκολιμουμάμπη⁽⁷³⁾.

Αγκυλοποιητική Σπονδυλαρθρίτιδα

Η αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα (ΑΣ) είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος των ιερολαγόνιων αρθρώσεων και της σπονδυλικής στήλης και ενδέχεται να συνοδεύεται από πλήθος έξω-σπονδυλικών βλαβών που περιλαμβάνουν τους οφθαλμούς, το έντερο και την καρδιά. Η ΑΣ συνήθως εμφανίζεται σε νεαρούς ενήλικες. Η ΑΣ είναι μια προϊούσα νόσος με προοδευτική δυσκαμψία της σπονδυλικής στήλης και τελικά αγκύλωση που συμβαίνει μετά από μερικά χρόνια στα 2/3 των ασθενών. Οι ασθενείς με πολύ σοβαρή ΑΣ βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για πρόωρο θάνατο αλλά γενικά το προσδόκιμο ζωής για τους ασθενείς με ΑΣ είναι φυσιολογικό. Η ΑΣ ανήκει στις οροαρνητικές σπονδυλοαρθροπάθειες⁽⁹³⁾.

Ο επιπολασμός της ΑΣ ποικίλλει από 0.1% σε Αφρικανικούς πληθυσμούς, σε 1% σε λευκούς πληθυσμούς των ΗΠΑ και της Μ. Βρετανίας και μέχρι 6% σε ιθαγενείς Αμερικάνους στο Βόρειο Καναδά. Γενικά ο επιπολασμός αν και όχι αποκλειστικά αντανακλά τον επιπολασμό του HLA-B27 στους διάφορους πληθυσμούς⁽⁹⁴⁾⁽⁹⁵⁾. Η ΑΣ είναι πιο συχνή στους άνδρες από ότι στις γυναίκες σε αναλογία 2:1, ωστόσο μελέτες αναφέρουν ότι αυτό οφείλεται σε καθυστερημένες διαγνώσεις στις γυναίκες⁽⁹⁶⁾.

Η αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη. Ωστόσο, φαίνεται ότι γενετικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της νόσου, αφού έχει βρεθεί μια ισχυρή συσχέτιση με το αντιγόνο ιστοσυμβατότητας B27: 95% των ασθενών και μόνο 5-8% των φυσιολογικών ατόμων έχουν το αντιγόνο αυτό στην επιφάνεια των κυττάρων τους. Επίσης, λοιμώδεις

παράγοντες είναι πιθανό να πυροδοτούν τους φλεγμονώδεις μηχανισμούς με τους οποίους τελικά αναπτύσσεται η νόσος. Μελέτες των τελευταίων ετών έχουν δείξει ότι στα πλαίσια των μηχανισμών αυτών κεντρικό ρόλο παίζει ο παράγοντας νέκρωσης των όγκων ⁽⁹⁷⁾⁽⁹⁸⁾.

Οι επιπτώσεις της νόσου στη σπονδυλική στήλη εμφανίζονται πριν την ηλικία των 18. Πριν από αυτή την ηλικία τα παιδιά και οι έφηβοι μπορεί να αναπτύξουν ολιγοαρθρίτιδα (συχνά διόγκωση του γόνατος ή στις μεταταρσοφαλαγγικές αρθρώσεις) που μερικές φορές μπορεί να συνοδεύεται από ιρίτιδα ή και ενθεσίτιδα ⁽⁹⁹⁾.

Για αρκετούς τα συμπτώματα ξεκινάνε στην αρχή της τρίτης δεκαετίας με μέσο όρο έναρξης τα 26 χρόνια. Το πιο συχνό σύμπτωμα είναι ο πόνος στη ράχη ο οποίος είναι υποξύς, επιμένει για πάνω από 3 μήνες, επιδεινώνεται με την ξεκούραση και βελτιώνεται με την άσκηση. Ο νυκτερινός πόνος είναι επίσης ένα πολύ συχνό σύμπτωμα. Η ιερολαγονίτιδα το πιο συχνό αρχικό χαρακτηριστικό προκαλεί πόνο στους γλουτούς που μερικές φορές αντανακλά στην οπίσθια επιφάνεια των μηρών αλλά ποτέ κάτω από τα γόνατα. Ένας μικρός αριθμός ασθενών εμφανίζεται με ολιγοαρθρίτιδα ή ενθεσίτιδα που προσβάλλει κυρίως την πτέρνα ή με πόνο στο ισχίο λόγω σοβαρής υμενίτιδας. Η χρόνια κόπωση (fatigue) που είναι πολύ συχνό και βασανιστικό σύμπτωμα, ενδέχεται να οφείλεται στην κακή ποιότητα ύπνου λόγω πόνου και δυσκαμψίας. Άλλα συχνά χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν πυρετό και απώλεια βάρους. Επίσης, η κατάθλιψη συνοδεύεται από απώλεια της libido και μειωμένη ικανότητα για εργασία, σχετίζεται με φτωχότερη ποιότητα ζωής των ασθενών. Η δυσκαμψία είναι ανιούσα στη σπονδυλική στήλη με την πάροδο του χρόνου. Ένα από τα πρώτα κλινικά σημεία είναι η απώλεια της οσφυικής λόρδωσης. Προοδευτικά προσβάλλονται οι πλευρο-σπονδυλικές αρθρώσεις, μειώνοντας την αναπνευστική έκπτυξη, και η αυχενική μοίρα, μειώνοντας την αυχενική κινητικότητα. Η προσβολή της θωρακικής μοίρας συνοδεύεται από πρόσθιο θωρακικό άλγος. Η οστεοπόρωση μπορεί να οδηγήσει σε κατάγματα στη πορεία της νόσου ⁽⁷³⁾.

Όσον αφορά στις βλάβες από τα άλλα όργανα στην ΑΣ, αυτές περιλαμβάνουν.

♦ **Οφθαλμικές Βλάβες.** Ιρίτιδα εμφανίζεται περίπου στο 1/3 των ασθενών με ΑΣ με κύρια συμπτώματα την φλεγμονή με πόνο, ερυθρότητα, δακρύρροια, φωτοφοβία και θολή όραση. Η μη θεραπεία της ιρίτιδας μπορεί να οδηγήσει μέχρι και σε απώλεια της οπτικής οξύτητας ⁽¹⁰⁰⁾.

♦ **Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου.** Η ιερολαγονίτιδα εμφανίζεται στο 6-25% των ασθενών με νόσο του Crohn ή ελκώδη κολίτιδα. Αντίστοιχα, οι φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου εμφανίζονται σε ασθενείς με ΑΣ. Περίπου το 60% των ασθενών με ΑΣ έχουν υποκλινικές αλλαγές του λεπτού ή του παχέους εντέρου ⁽¹⁰¹⁾. Ωστόσο, μόνο το 10-15% των ασθενών με ΑΣ έχουν νόσο Crohn ή ελκώδη κολίτιδα. Η συσχέτιση αυτή ενδέχεται να συνδέεται με την παθογένεση της ΑΣ, ωστόσο κάτι τέτοιο δεν είναι ακόμη γνωστό.

Σε ένα μικρό αριθμό ασθενών με ΑΣ έχουν παρατηρηθεί εκδηλώσεις από το καρδιαγγει-

ακό σύστημα όπως ανωμαλίες στην καρδιακή αγωγιμότητα, καθώς επίσης και φλεγμονή της αορτής με διεύρυνση του αορτικού δακτυλίου και ανεπάρκεια της αορτικής βαλβίδας στο 1% των ασθενών ⁽¹⁰²⁾. Παρόμοιο ποσοστό ασθενών εμφανίζει προοδευτική ίνωση του άνω λοβού ⁽¹⁰³⁾. Επιπλέον, στο 10-25% των ασθενών παρατηρούνται ψωριατικού τύπου βλάβες στο δέρμα ⁽⁷³⁾. Τέλος, πιο σπάνιες είναι οι νευρολογικές βλάβες, που συχνά οφείλονται σε κατάγματα της σπονδυλικής στήλης και η δευτεροπαθής αμυλοείδωση ^{(104) (105)}.

Όπως και στις άλλες ρευματολογικές νόσους η διάγνωση στηρίζεται στο συνδυασμό κλινικών, απεικονιστικών και εργαστηριακών αποτελεσμάτων. Τα πιο ευρέως χρησιμοποιούμενα κριτήρια ταξινόμησης είναι τα τροποποιημένα κριτήρια της Νέας Υόρκης (Modified New York Criteria for classification of Ankylosing Spondylitis) ⁽¹⁰⁶⁾.

Στους στόχους της θεραπευτικής αντιμετώπισης της αγκυλοποιητικής σπονδυλαρθρίτιδας περιλαμβάνονται: η βελτίωση του πόνου και της κινητικότητας της σπονδυλικής στήλης, ο έλεγχος όλων των συμπτωμάτων και γενικά η ύφεση της νόσου. Επίσης η αναστολή της εξέλιξης της νόσου και η πρόληψη της αναπηρίας και τέλος η βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ασθενών. Ο ακρογωνιαίος λίθος στη θεραπεία για όλους τους ασθενείς είναι η φυσιοθεραπεία, η άσκηση και η εκπαίδευση του ασθενούς σε συνδυασμό με τις φαρμακολογικές θεραπείες, οι οποίες περιλαμβάνουν τις 4 μεγάλες κατηγορίες φαρμάκων (τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (NSAIDs), τα γλυκοκορτικοειδή, τα συνθετικά τροποποιητικά της νόσου (DMARD) και τους βιολογικούς παράγοντες) που αναφέρθηκαν και στις άλλες ρευματολογικές νόσους. Στους ασθενείς με σημαντικές διαταραχές ύπνου, κόπωση και σημαντικό βαθμό δυσκαμψίας χρήσιμη είναι η χορήγηση αντικαταθλιπτικών και μυοχαλαρωτικών ⁽⁷³⁾.

Σύνδρομο Sjögren

Το πρωτοπαθές σύνδρομο Sjögren (pSS) είναι μια συστηματική αυτοάνοση νόσος που προσβάλλει κατεξοχήν τους εξωκρινείς αδένες και κυρίως τους δακρυϊκούς και σιελογόνους. Το δευτεροπαθές σύνδρομο Sjögren (sSS) εμφανίζεται παράλληλα με άλλες αυτοάνοσες παθήσεις όπως την ρευματοειδή αρθρίτιδα και τον Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο. Το pSS είναι πολύ συχνότερο στις γυναίκες, με αναλογία ανδρών-γυναικών ίση με 9:1. Αν και μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, η μέση ηλικία έναρξης είναι τα 45-55 έτη. Πρόσφατες μελέτες αναφέρουν επιπολασμό της τάξης του 0.1-0.6% ⁽¹⁰⁷⁾. Επίσης υπολογίζεται ότι το 50% των ασθενών με Σύνδρομο Sjögren έχουν την δευτεροπαθή μορφή του ⁽¹⁰⁸⁾. Στην Ελλάδα ο επιπολασμός του pSS έχει υπολογιστεί στο 0.15-0.92% ^{(109) (110)}.

Το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα του συνδρόμου είναι η ξηρή κερατοεπιπεφυκίτιδα (keratoconjunctivitis sicca) η οποία περιγράφηκε για πρώτη φορά από τον Henrik Sjögren, έναν Σουηδό οφθαλμίατρο, το 1933 ⁽¹¹¹⁾. Η κερατοεπιπεφυκίτιδα προκαλεί σταδιακή μείωση της παραγωγής των δακρύων που με τη σειρά της οδηγεί σε αφυδάτωση. Τα πιο χαρακτηριστικά συμπτώματα της κερατοεπιπεφυκίτιδας είναι η αίσθηση ξένου σώματος (όπως σκόνη ή άμμος), καύσος, πόνος και φωτοφοβία ⁽¹¹²⁾.

Η προσβολή των σιελογόνων αδένων οδηγεί σε μειωμένη παραγωγή σιέλου. Ένα πολύ κοινό σύμπτωμα είναι η ξηροστομία, ενώ παράλληλα οι ασθενείς μπορεί να παραπονιούνται για δυσκολία μάσησης ή κατάποσης καθώς και για αίσθημα καύσου. Λόγω της μειωμένης παραγωγής σιέλου και κατ'επέκταση της απώλειας των αντιβακτηριδιακών του δράσεων, πολλοί ασθενείς παρουσιάζουν τερηδόνα. Περίπου το 40% των ασθενών εμφανίζουν απώλεια δοντιών κατά μέσο όρο 9 χρόνια μετά την πρώτη εμφάνιση της ξηροστομίας ⁽¹¹³⁾. Για τους ίδιους λόγους οι ασθενείς με σύνδρομο Sjögren είναι ευάλωτοι σε λοιμώξεις από candida. Πράγματι, σε μια μελέτη, πάνω από το 80% των ασθενών με σύνδρομο Sjögren ήταν θετικοί στην καλλιέργεια για candida ⁽¹¹⁴⁾. Επίσης οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της νόσου θα παρουσιάσουν διόγκωση των σιελογόνων αδένων, με τις παρωτίδες να προσβάλλονται πιο συχνά. Ωστόσο δεν είναι σπάνιο να εμφανίζεται διόγκωση τόσο στους υπογλώσσους όσο και στους υπογνάθιους αδένες. Επίσης μπορεί να προσβληθούν και άλλοι βλεννογόνοι όπως της μύτης, της τραχείας με αποτέλεσμα χρόνιο ξηρό βήχα και του κόλπου με αποτέλεσμα δυσπαρεύνια ⁽¹¹⁵⁾. Τέλος ο όγκος του ιδρώτα είναι μειωμένος στους ασθενείς με σύνδρομο Sjögren ⁽¹¹⁶⁾.

Οι συστηματικές εκδηλώσεις του συνδρόμου Sjögren περιλαμβάνουν:

- ♦ **Μυοσκελετικές:** Οι ασθενείς με pSS σε ποσοστό 54-84% παρουσιάζουν αρθραλγίες με τη μορφή κυρίως της δυσκαμψίας και της διόγκωσης πολλαπλών περιφερειακών αρθρώσεων ^{(117) (118)}.
- ♦ **Πνευμονικές:** Είναι σχετικά συχνό σύμπτωμα με κύριο το βήχα που παρατηρείται στο 40-50% των ασθενών αλλά και δύσπνοια και πόνο στο 9-43% των ασθενών ^{(119) (120)}.
- ♦ **Νεφρικές:** Οι νεφροί προσβάλλονται κυρίως με την μορφή της νεφροσωληνιακής οξέωσης σε ποσοστό 5-33% των ασθενών με pSS ενώ σε ποσοστό 4% υπάρχει σαφής νεφρική νόσος. Πιο συχνά όμως παρατηρούνται ήπιες διαταραχές στη σωληνιακή λειτουργία σε απουσία κλινικής νόσου ^{(121) (122)}.
- ♦ **Ηπατικές:** Ηπατική νόσος κυρίως με τη μορφή της αυτοάνοσης ηπατίτιδας ή της πρωτοπαθούς χολικής κίρρωσης έχει ταυτοποιηθεί στο 2-4% των ασθενών με pSS. Σε μια πρόσφατη μελέτη που περιελάμβανε βιοψία ήπατος βρέθηκε ότι το 47% είχε αυτοάνοση ηπατίτιδα, το 35% πρωτοπαθή χολική κίρρωση και το 18% μη ειδική χρόνια ή οξεία ηπατίτιδα ⁽¹²³⁾.
- ♦ **Αγγειακές:** Αγγειίτιδα έχει αναφερθεί στο 15% των ασθενών ⁽¹²⁴⁾ ενώ το φαινόμενο Raynaud είναι αρκετά συχνό με ποσοστά 13-66% ^{(125) (126)}.
- ♦ **Θυρεοειδική δυσλειτουργία** ανευρίσκεται σε ποσοστό μέχρι και 45% ενώ αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα σε ποσοστό 18-24% ^{(127) (128)}.

Οι νευρολογικές διαταραχές είναι ίσως οι πιο σημαντικές εκδηλώσεις του συνδρόμου, εξαιρουμένων των αδενικών. Μπορεί να προσβληθούν τόσο οι εγκεφαλικές συζυγίες όσο και τα περιφερειακά νεύρα ενώ πιο σπάνια είναι η προσβολή του ΚΝΣ. Κλινικές αναφορές υποστηρίζουν ότι πάνω από τους μισούς ασθενείς με σύνδρομο Sjögren έχουν νευρολογική

προσβολή με τα ποσοστά να κυμαίνονται από 22-76% ⁽¹²⁹⁾ ⁽¹³⁰⁾.

Μια από τις πιο επικίνδυνες επιπλοκές του συνδρόμου είναι η πιθανότητα για εμφάνιση μη Hodgkin λεμφώματος. Στη μελέτη των Kassan και συνεργατών ⁽⁵⁵⁾ ο κίνδυνος ήταν 40 φορές μεγαλύτερος, αν και διάφορες μελέτες έχουν δώσει μικρότερα ποσοστά πιθανώς λόγω διαφορετικών πληθυσμών. Για παράδειγμα, στη Ελλάδα ο κίνδυνος ήταν 4-12 φορές μεγαλύτερος ⁽¹³¹⁾ ⁽¹³²⁾.

Η αιτιολογία του συνδρόμου παραμένει άγνωστη. Υπάρχουν ωστόσο ενδείξεις γενετικών και μη γενετικών συνιστωσών. Παραδείγματος χάριν το σύνδρομο έχει βρεθεί σε μονοζυγωτικά δίδυμα και στις μητέρες τους ⁽¹³³⁾. Όπως και σε άλλες αυτοάνοσες νόσους υπάρχουν ενδείξεις για την συμμετοχή των HLA-B8, HLA-DR2 και HLA-DR3 ⁽¹³⁴⁾ ⁽¹³⁵⁾. Επίσης ενδείξεις για τη συμμετοχή στη παθογένεση του συνδρόμου υπάρχουν για διάφορους ιούς, χωρίς ωστόσο να έχει επιβεβαιωθεί η αιτιολογική τους σχέση. Ιοί που έχουν αναφερθεί είναι ο Epstein – Barr (EBV), ο Coxsackie, ο HIV και ο HCV ⁽¹³⁶⁾ ⁽¹³⁷⁾ ⁽¹³⁸⁾.

Η διάγνωση και ταξινόμηση του συνδρόμου γίνεται με βάση τα κριτήρια που έχουν προταθεί (American-European Consensus Classification Criteria) ⁽¹³⁹⁾. Η θεραπεία του συνδρόμου είναι πολύπλευρη κυρίως λόγω της ποικιλότητας των συμπτωμάτων και απαιτεί την συνεργασία πολλών ειδικοτήτων. Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη συμπτωματική ανακούφιση των ασθενών αλλά και την επιβράδυνση της εμφάνισης των συστηματικών συμπτωμάτων. Η θνησιμότητα δεν διαφέρει από τον γενικό πληθυσμό ⁽¹⁴⁰⁾ ωστόσο ειδικά στους ασθενείς που είναι σε υψηλό κίνδυνο για εμφάνιση λεμφώματος η θνησιμότητα είναι σαφώς αυξημένη.

Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος

Ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος (ΣΕΛ) είναι μια αυτοάνοση νόσος που χαρακτηρίζεται από ένα ευρύτατο φάσμα κλινικών εκδηλώσεων σε συνδυασμό με την παρουσία αυτοαντισωμάτων. Οι γυναίκες προσβάλλονται 9 φορές περισσότερο από τους άντρες. Ο ΣΕΛ αποτελεί νόσο της νεαρής ηλικίας με την μέγιστη επίπτωση του μεταξύ των ηλικιών 15 και 40. Ωστόσο η ηλικία έναρξης είναι πολύ ευρεία και κυμαίνεται από την παιδική ηλικία έως και άτομα μεγαλύτερα των 50 ετών. Σε αυτές τις ηλικιακές ομάδες η αναλογία γυναικών : ανδρών είναι περίπου 2:1. Από τους ασθενείς με ΣΕΛ το 65% είχαν ηλικία έναρξης μεταξύ 16-55 ετών, το 20% πριν από τα 16 και το 15% μετά τα 55 έτη ⁽¹⁴¹⁾. Ο επιπολασμός του ποικίλλει ανάλογα την φυλή, την εθνικότητα και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Στις ΗΠΑ ο επιπολασμός υπολογίζεται στο 51/100.000 ενώ η επίπτωση στην Βόρεια και Νότια Αμερική καθώς και στην Ευρώπη κυμαίνεται στο 2-8/100.000/έτος ⁽¹⁴²⁾ ⁽¹⁴³⁾. Τέλος στη Βορειοδυτική Ελλάδα η ετήσια επίπτωση έχει υπολογιστεί στο 1.9/100.000 ⁽¹⁴⁴⁾.

Ο ΣΕΛ μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε όργανο ή σύστημα του ανθρώπου και γι' αυτό χαρακτηρίζεται από ένα ευρύτατο φάσμα κλινικών εκδηλώσεων. Οι πιο συχνές αλλοιώσεις στον ΣΕΛ είναι οι βλεννογονοδερματικές οι οποίες παρατηρούνται στο 80-90% των

ασθενών⁽¹⁴⁵⁾. Οι δερματικές βλάβες του ΣΕΛ διακρίνονται σε οξείες, χρόνιες και υποξείες και με βάση τη κλινική εμφάνιση και τη διάρκεια. Οι βλεννογονοδερματικές αλλοιώσεις περιλαμβάνουν το χαρακτηριστικό εξάνθημα “πεταλούδας”, το δισκοειδές εξάνθημα, αγγειοιδικές αλλοιώσεις, τηλεαγγειεκτασίες, αλωπεκία, έλκη στο στόμα και αλλοιώσεις της σκληρής υπερώας⁽¹⁴⁶⁾ ⁽¹⁴⁷⁾. Πάρα πολύ συχνό σύμπτωμα στους ασθενείς με ΣΕΛ είναι και οι αρθραλγίες οι οποίες παρουσιάζονται στο 76-100% των ασθενών που συχνά αλλά όχι πάντα συνοδεύονται από δόγκωση, ερύθημα και μειωμένη κινητικότητα των αρθρώσεων. Άλλες μυοσκελετικές εκδηλώσεις είναι η τενοντοελυτρίτιδα και η μυοσίτιδα⁽⁷³⁾ ⁽¹⁴⁸⁾. Νεφρική προσβολή υπάρχει στο 50-75% των ασθενών με ΣΕΛ με κύρια εκδήλωση τη μικροσκοπική αιματοουρία και την πρωτεϊνουρία⁽¹⁴⁹⁾ ⁽¹⁵⁰⁾. Νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις παρατηρούνται στο 66% των ασθενών⁽¹⁵¹⁾. Οι εκδηλώσεις από το ΚΝΣ αναφέρονται σε ποσοστό 35-75% των ασθενών και περιλαμβάνουν κυρίως επιληπτικές κρίσεις στο 15-20%, ψυχιατρικές διαταραχές όπως ψύχωση, βαριά κατάθλιψη και διαταραχές του ύπνου στο 50-67% καθώς και διαταραχές από το κρανιακά νεύρα. Το περιφερικό νευρικό σύστημα προσβάλλεται κυρίως με τη μορφή της αισθητηριακής ή/και κινητικής νευροπάθειας σε ποσοστό 18% των ασθενών⁽¹⁵²⁾. Από το καρδιαγγειακό σύστημα το πιο συχνό σημείο είναι η περικαρδίτιδα σε ποσοστό 19-48% ενώ πιο σπάνια εμφανίζεται αγγειίτιδα και μυοκαρδίτιδα. Ο ΣΕΛ προδιαθέτει σε μεγαλύτερη επίπτωση εμφραγμάτων του μυοκαρδίου και η πιο συχνή αιτία θανάτου στον ΣΕΛ είναι η πρόωγη έναρξης καρδιαγγειακή νόσος⁽¹⁵³⁾ ⁽¹⁵⁴⁾. Οι πνεύμονες επίσης προσβάλλονται πολύ συχνά στον ΣΕΛ, καθώς πάνω από το 50% των ασθενών θα εμφανίσει κάποια εκδήλωση από τους πνεύμονες κατά τη διάρκεια της νόσου όπως πλευρίτιδα, διάμεση ίνωση και πνευμονική υπέρταση⁽¹⁵⁵⁾ ⁽¹⁵⁶⁾. Ο ΣΕΛ επίσης παρουσιάζει και αιματολογικές διαταραχές όπως αναιμία της χρόνιας νόσου σε 60-80% των ασθενών, λευκοπενία, θρομβοκυτοπενία και πιο σπάνια αυτοάνοση αιμολυτική αναιμία⁽¹⁵⁷⁾. Τέλος, άλλες εκδηλώσεις του ΣΕΛ περιλαμβάνουν ναυτία, εμέτους, παγκρεατίτιδα, χρόνια ενεργό ηπατίτιδα, επισκληρίτιδα, επιπεφυκίτιδα, οπτική νευρίτιδα και αμφιβληστροειδοπάθεια⁽¹⁵⁸⁾ ⁽¹⁵⁹⁾.

Αιτιολογικά, όπως και στις υπόλοιπες αυτοάνοσες παθήσεις, έχουν αναφερθεί πολλά γονίδια που αυξάνουν τον σχετικό κίνδυνο εμφάνισης της νόσου⁽¹⁶⁰⁾. Οι ενδείξεις για τη γενετική προδιάθεση της νόσου είναι πολλές, όπως παραδείγματος χάριν το εύρημα ότι τα μονοζυγωτικά δίδυμα είναι 10 φορές πιο πιθανό να έχουν τη νόσο σε σχέση με τα διζυγωτικά. Ο κίνδυνος για εμφάνιση της νόσου είναι από 5 έως 29 φορές μεγαλύτερος στους πρώτου βαθμού συγγενείς ασθενών με ΣΕΛ, ενώ 10 % των ασθενών με ΣΕΛ έχουν επίσης έναν νοσούντα συγγενή 1ου, 2ου ή 3ου βαθμού⁽¹⁶¹⁾ ⁽¹⁶²⁾ ⁽¹⁶³⁾. Επειδή ο μεγαλύτερος αναφερόμενος βαθμός συμφωνίας στα μονοζυγωτικά δίδυμα είναι 57%, είναι πολύ πιθανό ότι περιβαλλοντικοί και επιγενετικοί παράγοντες είναι απαραίτητοι για την εμφάνιση της νόσου⁽¹⁶¹⁾. Σαφέστατες αναφορές για τον ρόλο τους στον ΣΕΛ υπάρχουν για το φως, το φύλο και τον ιό Epstein – Barr⁽¹⁶⁴⁾ ⁽¹⁶⁵⁾ ⁽¹⁶⁶⁾.

Όσον αφορά στη θεραπεία, η εκπαίδευση του ασθενούς για την αντιμετώπιση της νό-

σου είναι πολύ σημαντική. Επειδή ο ΣΕΛ είναι μια ετερογενής πολυσυστηματική νόσος, η θεραπεία είναι εξατομικευμένη αναλόγως των κλινικών εκδηλώσεων που παρουσιάζει ο ασθενής αλλά σε γενικές γραμμές μπορεί να χωριστεί σε 2 κατηγορίες αναλόγως με το αν έχουν προσβληθεί μείζονα όργανα. Στην περίπτωση που δεν έχουν προσβληθεί μείζονα όργανα, οπότε υπάρχουν ήπιες εκδηλώσεις, τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται κυρίως είναι τα NSAIDs, τα ανθελονοσιακά όπως η υδροξυχλωροκίνη, τα γλυκοκορτικοειδή και σε σοβαρές περιπτώσεις ανοσοκατασταλτικά. Στην αντίθετη περίπτωση, χρησιμοποιούνται εξαρχής ανοσοκατασταλτικά, κυτταροτοξικά και βιολογικοί παράγοντες ⁽¹⁶⁷⁾.

Σκληρόδερμα

Η συστηματική σκλήρυνση ή σκληρόδερμα (SSc) είναι μια γενικευμένη αυτοάνοση πάθηση, που χαρακτηρίζεται από στενωτικές αλλοιώσεις του μικροαγγειακού δικτύου και από ίνωση στο δέρμα και σε ορισμένα εσωτερικά όργανα, όπως είναι ο γαστρεντερικός σωλήνας, οι πνεύμονες, η καρδιά και οι νεφροί και διακρίνεται σε διάχυτο και περιορισμένο σκληρόδερμα με βάση την έκταση του προσβαλλόμενου δέρματος ⁽⁷³⁾. Η επίπτωση του σκληροδέρματος υπολογίζεται σε 9-19/1.000.000/έτος και ο επιπολασμός από 28-253/1.000.000/έτος στις ΗΠΑ ⁽¹⁶⁸⁾ ⁽¹⁶⁹⁾. Στη Βορειοδυτική Ελλάδα ο επιπολασμός έχει υπολογιστεί στο 0.15% ⁽¹⁷⁰⁾. Όπως και με τα άλλα νοσήματα του συνδετικού ιστού το σκληρόδερμα είναι πιο συχνό στις γυναίκες με αναλογία ανδρών:γυναικών ίση με 1:3-5 και με πιο συχνή ηλικία εμφάνισης τα 30-50 χρόνια ⁽⁷³⁾.

Η πάχυνση και η σκλήρυνση του δέρματος είναι το χαρακτηριστικό του σκληροδέρματος. Στο περιορισμένο οι δερματικές αλλαγές περιορίζονται στα χέρια και το πρόσωπο κυρίως, ενώ στο διάχυτο οι αλλαγές αφορούν στα άνω και κάτω άκρα, το πρόσωπο, τον τράχηλο και τον κορμό ⁽⁷³⁾. Η αγγειοπάθεια των μικρών αγγείων είναι υπεύθυνη για το φαινόμενο Raynaud στο σκληρόδερμα το οποίο μπορεί να εμφανίζεται αρκετά χρόνια πριν την εμφάνιση των άλλων σημείων του σκληροδέρματος με σοβαρές επιπλοκές όπως ισχαιμία και έλκη. Επίσης το γαστρεντερικό σύστημα προσβάλλεται πολύ συχνά. Αναλόγως της έκτασης της προσβολής τα συμπτώματα περιλαμβάνουν δυσφαγία, οισοφάγο Barrett, οισοφαγίτιδα, γαστρίτιδα, απώλεια βάρους και δυσκοιλιότητα ⁽¹⁷¹⁾. Η πνευμονική προσβολή αποτελεί την κύρια αιτία θανάτου στο σκληρόδερμα. Πνευμονική ίνωση εμφανίζεται στο 20% περίπου των ασθενών. Άλλες εκδηλώσεις από τους πνεύμονες περιλαμβάνουν πνευμονική υπέρταση, πλευρίτιδα, κυψελίτιδα και βρογχεκτασία ⁽¹⁷²⁾ ⁽¹⁷³⁾. Η καρδιά επίσης προσβάλλεται στο σκληρόδερμα, γεγονός που έχει μεγάλη επίπτωση στην επιβίωση και τη πρόγνωση με κύρια σημεία διαταραχές της αγωγιμότητας, αρρυθμίες και περικαρδίτιδα ⁽¹⁶⁷⁾ ⁽¹⁷⁴⁾. Η νεφρική κρίση σκληροδερμίας ήταν η πιο συχνή αιτία θανάτου στο σκληρόδερμα πριν την ανακάλυψη των αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης και παρουσιάζεται στο 10-15% των ασθενών με διάχυτο σκληρόδερμα και στο 1-2% των ασθενών με περιορισμένο σκληρόδερμα. Τα κλινικά σημεία της κρίσης περιλαμβάνουν αυτά της σοβαρής υπέρτασης

δηλ. κεφαλαλγία, εγκεφαλικό επεισόδιο και καρδιακή ανεπάρκεια ⁽¹⁶⁷⁾⁽¹⁷⁵⁾. Οι μυοσκελετικές εκδηλώσεις του σκληροδέρματος περιλαμβάνουν μυοπάθεια, μυοσίτιδα, κριγμό των τενόντων, αρθραλγίες, περιορισμό της κινητικότητας των αρθρώσεων και οστεόλυση, υμενίτιδα και συμπιεστικές νευροπάθειες κυρίως σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα ⁽¹⁷⁶⁾.

Η γενετική του σκληροδέρματος είναι αρκετά σύνθετη. Τα δίδυμα παρουσιάζουν χαμηλό βαθμό συμφωνίας (<5%) ο οποίος δεν διαφέρει στα μονοζυγωτικά από τα διζυγωτικά ⁽¹⁷⁷⁾. Άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι το σκληρόδερμα είναι πιο συχνό στις οικογένειες που έχουν μέλος με σκληρόδερμα (1.6%) σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (0.026%) ⁽¹⁷⁸⁾. Ο σχετικά χαμηλός βαθμός συμφωνίας στους δίδυμους υποδηλώνει τη σημασία των περιβαλλοντικών παραγόντων στην εμφάνιση της νόσου. Ιοί που έχουν ενοχοποιηθεί είναι ο κυτταρομεγαλοϊός (CMV) και ο παρβοϊός B19 ⁽¹⁷⁹⁾⁽¹⁸⁰⁾. Τέλος έχει ενοχοποιηθεί η έκθεση σε διάφορους παράγοντες όπως η σκόνη πυριτίου, και οι αρωματικοί υδρογονάνθρακες ⁽¹⁸¹⁾⁽¹⁸²⁾.

Η πρόγνωση του σκληροδέρματος εξαρτάται κατά πολύ από τον υπότυπο της νόσου. Με την εισαγωγή των νέων φαρμάκων και την αναγνώριση της νόσου η πρόγνωση έχει βελτιωθεί και μια πρόσφατη μελέτη έδειξε πάνω από 80% 5ετή επιβίωση ⁽¹⁸³⁾. Παρόλο που το σκληρόδερμα περιλαμβάνει απειλητικές για τη ζωή επιπλοκές, οι υπότυποι χωρίς σημαντική προσβολή εσωτερικών οργάνων και περιορισμένη συμμετοχή του δέρματος έχουν φυσιολογική επιβίωση ⁽¹⁸⁴⁾.

Το σκληρόδερμα έχει από τα μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας μεταξύ των νοσημάτων του συνδετικού ιστού. Η θεραπεία είναι εξατομικευμένη και βασίζεται στα συμπτώματα και τα προσβαλλόμενα όργανα του κάθε ασθενούς ενώ απαραίτητη είναι και η εκπαίδευση του. Οι κυριότερες θεραπευτικές κατηγορίες είναι τα ανοσοτροποποιητικά φάρμακα όπως η μεθοτρεξάτη και η κυκλοσπορίνη, τα φάρμακα που στοχεύουν στην αγγειακή νόσο όπως η μποςεντάνη και τα φάρμακα που στοχεύουν στην ίνωση όπως η πιρφενιδόνη, και το ανασυνδυασμένο ανθρώπινο αντίσωμα κατά TGF-β1 ⁽⁷³⁾⁽¹⁶⁷⁾.

Ρευματολογικές νόσοι της παιδικής ηλικίας

Νεανική Ιδιοπαθής Αρθρίτιδα

Έχει περάσει περίπου ένας αιώνας από τότε που ο Still περιέγραψε τις διαφορές μεταξύ της παιδικής αρθρίτιδας και της ρευματοειδούς αρθρίτιδας των ενηλίκων ⁽¹⁸⁵⁾. Ο όρος νεανική ιδιοπαθής αρθρίτιδα (NIA) είναι ένας όρος “ομπρέλα” που περικλείει την ετερογενή ομάδα των αρθρίτιδων στα παιδιά ⁽¹⁸⁶⁾⁽¹⁸⁷⁾ και έχει αντικαταστήσει τους όρους νεανική χρόνια αρθρίτιδα και νεανική ρευματοειδής αρθρίτιδα.

Από τον ορισμό της η NIA έχει έναρξη πριν την ηλικία των 16 ετών. Τα παιδιά ηλικίας 1-3 ετών προσβάλλονται πιο συχνά, με τα κορίτσια να προσβάλλονται δυο φορές περισσότερο από τα αγόρια. Τα αγόρια έχουν ευρύτερο ηλικιακό φάσμα εμφάνισης της νόσου με μια μικρή ηλικιακή αιχμή μεταξύ 8-10 ετών. Εξαίρεση αποτελεί η συστηματική NIA η οποία εμ-

φανίζεται με ίση αναλογία αγοριών και κοριτσιών. Μελέτες για την επίπτωση της ΝΙΑ αναφέρουν ποσοστά από 3.5-13.9/100000 παιδιά/έτος ^{(188) (189) (190)}. Ο επιπολασμός της χρόνιας αρθρίτιδας της παιδικής ηλικίας έχει υπολογιστεί στα 148/100000 παιδιά σε μια Νορβηγική μελέτη και στα 400/100000 παιδιά σε μια μελέτη παιδιών ηλικίας 12 ετών ^{(191) (192)}. Η ΝΙΑ είναι το πιο κοινό ρευματικό νόσημα της παιδικής ηλικίας. Η συχνότητα της είναι παρόμοια με αυτή του Νεανικού Σακχαρώδη Διαβήτη, τέσσερις φορές μεγαλύτερη από αυτή της Κυστικής Ίνωσης και της Δρεπανοκυτταρικής νόσου και δέκα φορές μεγαλύτερη από αυτή της Οξείας Λεμφοβλαστικής Λευχαιμίας, της Αιμορροφιλίας και της Μυϊκής Δυστροφίας ⁽¹⁹³⁾.

Τα κριτήρια για τη διάγνωση της ΝΙΑ απαιτούν έναρξη πριν την ηλικία των 16 ετών, εμμένουσα αρθρίτιδα σε μια ή περισσότερες αρθρώσεις για τουλάχιστον 6 εβδομάδες και εξαίρεση άλλων αιτιών παιδικής αρθρίτιδας ^{(187) (194)}. Σύμφωνα με την τελευταία αναθεώρηση των κριτηρίων της επιτροπής ILAR (International League of Associations for Rheumatology) το 2001 στο Edmonton, η ΝΙΑ κατατάσσεται σε 8 υποομάδες, ανάλογα με τον τύπο έναρξης όσον αφορά στον αριθμό των αρθρώσεων, την πορεία της νόσου και την παρουσία ή μη ορισμένων ορολογικών δεικτών. Οι υποομάδες αυτές είναι: 1) συστηματική, 2) ολιγοαρθρική (με δύο μορφές επίμονη και επεκταθείσα), 3) πολυαρθρίτιδα με αρνητικό ρευματοειδή παράγοντα, 4) πολυαρθρίτιδα με θετικό ρευματοειδή παράγοντα, 5) ψωριασική, 6) αρθρίτιδα που σχετίζεται με ενθεσίτιδα και 7) αδιαφοροποίητη αρθρίτιδα ^{(187) (195)}. Η καθεμία από αυτές τις υποομάδες έχει μοναδικά κλινικά χαρακτηριστικά, ανοσογενετικές συσχετίσεις και κλινική πορεία.

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι σταθερή ύφεση της νόσου εμφανίζεται μόνο σε μικρό ποσοστό των ασθενών, αφού το 50% από αυτούς εισέρχεται στην ενήλικη ζωή με επιμένουσα ενεργότητα της νόσου ⁽¹⁹⁶⁾. Μόνο λίγοι ασθενείς θα έχουν μακροχρόνια ύφεση χωρίς φαρμακευτική αγωγή. Ένα 30-40% θα έχουν σημαντική λειτουργική αναπηρία όπως παραδείγματος χάριν αδυναμία εργασίας και ένα 25-50% θα χρειαστούν χειρουργείο ⁽¹⁹⁷⁾. Η ΝΙΑ συνδέεται με θνησιμότητα της τάξης του 0.4-2%, ποσοστό που είναι 3 φορές μεγαλύτερο από την θνησιμότητα του πληθυσμού των ΗΠΑ ⁽¹⁹⁸⁾.

Η θεραπεία της ΝΙΑ είναι πολυεπίπεδη λόγω της μεγάλης ποικιλομορφίας στη συμπτωματολογία αλλά και στην βαρύτητα. Έκτος από τη φαρμακευτική αγωγή (NSAID's, κορτικοστεροειδή, DMARD's και βιολογικοί παράγοντες) για την ιδανική φροντίδα των παιδιών με ΝΙΑ απαραίτητη είναι η διεπιστημονική ομάδα η οποία θα αποτελείται από πολλές ειδικότητες όπως παιδορευματολόγος, φυσιοθεραπευτής, εργοθεραπευτής, παιδοψυχίατρος, ψυχολόγος, νοσηλεύτης, κοινωνικός λειτουργός, οφθαλμίατρος, ορθοπαιδικός, οδοντίατρος και οποιαδήποτε άλλη ειδικότητα κρίνεται απαραίτητη για τον κάθε ασθενή. Ο μακροχρόνιος στόχος της θεραπείας είναι η έγκαιρη και πλήρης καταστολή της φλεγμονής χωρίς φαρμακευτική τοξικότητα, η διατήρηση της μυϊκής ισχύος, της κινητικότητας των αρθρώσεων και της λειτουργικότητας με ταυτόχρονη φροντίδα για την όσο το δυνατόν φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού ⁽¹⁶⁷⁾.

Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος της παιδικής ηλικίας

Ο ΣΕΛ της παιδικής ηλικίας αντιπροσωπεύει το 11% των παιδιών που παραπέμπονται σε ρευματολογικές κλινικές ενώ το 20% των ατόμων με ΣΕΛ αφορούν στα παιδιά. Η επίπτωση του ΣΕΛ της παιδικής ηλικίας έχει υπολογιστεί στο 0.6/100.000. Η νόσος γενικά θεωρείται ως πιο σοβαρή σε σχέση με αυτή των ενηλίκων. Η νόσος είναι σπάνια σε παιδιά κάτω των 4 ετών και γίνεται πιο συχνή από την ηλικία των 9 ετών έως και την εφηβεία. Η αναλογία αγοριών:κοριτσιών είναι 1:4.1 με 1:5 και εξαρτάται από την ηλικία ⁽¹⁶⁷⁾ ⁽¹⁹⁹⁾.

Κλινικά ο ΣΕΛ της παιδικής ηλικίας είναι μια νόσος με ποικίλα συμπτώματα η οποία μπορεί να εμφανιστεί με οποιαδήποτε βαρύτητα, από οξεία ταχέως θανατηφόρα νόσο έως μια υποξεία χρόνια κατάσταση με εξάρσεις και υφέσεις. Πολύ συχνά συμπτώματα είναι πυρετός, αδιαθεσία, απώλεια βάρους. Η προσβολή των βλεννογόνων και του δέρματος καθώς και το ερύθημα πεταλούδας είναι χαρακτηριστικά της οξείας νόσου. Επίσης συχνά είναι η ηπατομεγαλία και η σπληνομεγαλία. Πολύ συχνές εκδηλώσεις τέλος αποτελούν η αρθρίτιδα, η περικαρδίτιδα, η πλευρίτιδα και η προσβολή των νεφρών και του νευρικού συστήματος που αποτελεί και την πιο συχνή αιτία θανάτου στα παιδιά ⁽²⁰⁰⁾ ⁽²⁰¹⁾.

Ο ΣΕΛ χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις. Η έκβαση είναι δύσκολο να καθοριστεί ιδιαίτερα στα 2 πρώτα χρόνια εμφάνισης της νόσου. Γενικά η έκβαση είναι πιο φτωχή στα παιδιά με νεφρική προσβολή και προσβολή του ΚΝΣ καθώς αποτελούν τις κύριες αιτίες θανάτου μαζί με τις λοιμώξεις. Το προσδόκιμο επιβίωσης έχει αυξηθεί κατά μεγάλο βαθμό τα τελευταία χρόνια και η 10ετής επιβίωση υποστηρίζεται ότι πλησιάζει το 100% ⁽¹⁹⁹⁾.

Θεραπευτικά ο ΣΕΛ αντιμετωπίζεται αναλόγως των συμπτωμάτων με μια πληθώρα φαρμάκων όπως NSAID's και γλυκοκορτικοειδή. Όπως και στη ΝΙΑ θα πρέπει το θεραπευτικό πλάνο να λαμβάνει υπόψη του την ανάγκη για μια φυσιολογική ανάπτυξη αλλά και όσο το δυνατόν καλύτερη λειτουργικότητα του παιδιού στο σχολείο και το σπίτι ⁽¹⁶⁷⁾.

ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΣΤΑ ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Ψυχική καταπόνηση και ρευματικά νοσήματα

Τα ρευματικά νοσήματα είναι χρόνια νοσήματα με πολυσυστηματικές εκδηλώσεις. Οι εκδηλώσεις αυτές (αρθρικές και εξωαρθρικές) έχουν μεγάλη επίπτωση στη λειτουργικότητα του ασθενούς καθώς και στη σωματική και ψυχική του υγεία. Ο χρόνιος πόνος, η αναπηρία, το stress και η απώλεια της φυσιολογικής λειτουργικότητας ενδέχεται να οδηγήσουν σε μια πληθώρα ψυχιατρικών συμπτωμάτων με κύρια αυτά της κατάθλιψης και του άγχους.

Η ΡΑ ως χρόνια νόσος επηρεάζει τους ασθενείς σε πολλούς τομείς. Έχει αναφερθεί ότι σε ποσοστό 89% των ασθενών με ΡΑ, η νόσος έχει επηρεάσει αρνητικά τουλάχιστον έναν τομέα της κοινωνικοοικονομικής λειτουργικότητας (εργασία, εισόδημα, απαιτούμενος ημερήσιος χρόνος ανάπαυσης, δραστηριότητες αναψυχής, μετακίνηση, καθημερινότητα, κοινωνική εξάρτηση) ενώ στο 58% έχουν επηρεαστεί τουλάχιστον 3 τομείς ⁽²⁰²⁾. Άλλες κοινωνικές επιδράσεις της ΡΑ ενδέχεται να είναι η απώλεια των προσωπικών φιλοδοξιών, η απώλεια του κοινωνικού ρόλου, η απώλεια της οικονομικής ασφάλειας, οι διαταραχές στις κοινωνικές σχέσεις και η ανησυχία για την εικόνα του σώματος.

Πλήθος ερευνών έχει μελετήσει την κατάθλιψη στην ΡΑ. Ο επιπολασμός της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (ΜΚΔ) υπολογίζεται στο 13-17% των ασθενών ^{(203) (204) (205)} και είναι 2-3 φορές πιο συχνός σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό ⁽²⁰⁶⁾ αλλά παρόμοιος με άλλες χρόνιες νόσους ^{(207) (208)}. Σε μελέτες που αξιολογούν τα καταθλιπτικά συμπτώματα με ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, τα ποσοστά είναι σαφώς πιο υψηλά (για παράδειγμα 40%), ωστόσο η συμπτωματολογία μπορεί να είναι υποκλινική ⁽²⁰⁹⁾. Η κατάθλιψη στην ΡΑ σχετίζεται με αυξημένα επίπεδα πόνου, μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας, αυξημένη λειτουργική αναπηρία και υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας ^{(203) (210) (211)}. Πολλές μελέτες έχουν ασχοληθεί με το βαθμό και τον τρόπο που ο πόνος σχετίζεται με την κατάθλιψη στους ασθενείς με ΡΑ. Όσο γίνονται πιο κατανοητοί οι μηχανισμοί του πόνου τόσο περισσότερο σαφές γίνεται το γεγονός ότι ο πόνος και η κατάθλιψη σχετίζονται ⁽²¹²⁾. Οι περισσότερες μελέτες ήταν συγχρονικές και έχουν δείξει ότι ο βαθμός της κατάθλιψης ποικίλλει σε αναλογία με την ένταση του πόνου ^{(203) (213)}. Ωστόσο ο βαθμός συσχέτισης μπορεί να εξασθενεί όταν λαμβάνονται υπόψη οι επιδράσεις άλλων μεταβλητών όπως για παράδειγμα των δημογραφικών ⁽²¹⁴⁾. Οι διαχρονικές μελέτες που έχουν εξετάσει την σχέση μεταξύ πόνου και κατάθλιψης είναι σαφώς λιγότερες και ταυτόχρονα αντικρουόμενες. Μια από αυτές ⁽²¹⁵⁾ έδειξε ότι οι αλλαγές στη κατάθλιψη συνδέονται με αλλαγές στα επίπεδα του πόνου αλλά άλλες δεν έχουν καταφέρει να αναπαράγουν τα ίδια αποτελέσματα ^{(211) (216)}. Η ποικιλότητα

στα ευρήματα των παραπάνω μελετών είναι πιθανό να οφείλεται και σε άλλους παράγοντες που έχουν βρεθεί ότι σχετίζονται με την κατάθλιψη στη ΡΑ, όπως η σωματική αναπηρία, η ενεργότητα και η διάρκεια της νόσου, το φύλο και η διαθέσιμη υποστήριξη ^{(204) (213) (214) (215) (217)}. Παραδείγματος χάριν το γυναικείο φύλο, η μικρότερη ηλικία διάγνωσης και διάφορα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας έχουν αναφερθεί ότι επηρεάζουν την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ^{(218) (219) (220)}. Επίσης, η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων έχει αναφερθεί ότι επηρεάζεται και από την προσαρμογή κατά την διάγνωση αλλά και τη χρονιότητα της νόσου, δηλαδή μια φτωχή προσαρμογή σχετίζεται με την έναρξη των συμπτωμάτων κατάθλιψης ενώ τα ποσοστά κατάθλιψης είναι υψηλότερα στους ασθενείς με πρόσφατα διαγνωσμένη ΡΑ σε σχέση με τους ασθενείς που η διάγνωση είχε γίνει χρόνια πριν ^{(221) (222)}. Μια μετά-ανάλυση 12 μελετών που συγκρίναν ασθενείς με ΡΑ με υγιείς βρήκαν ότι είναι τα επίπεδα του πόνου που αποτελούν προγνωστικό παράγοντα της κατάθλιψης και όχι οι δημογραφικές μεταβλητές ⁽²²³⁾. Αντίθετα, μια συγχρονική μελέτη 636 ασθενών με ΡΑ βρήκε ότι η ηλικία σχετίζεται σε σημαντικό επίπεδο με την κατάθλιψη, δηλαδή οι νεότεροι ασθενείς είναι και πιο καταθλιπτικοί, ακόμα και μετά τη στάθμιση ως προς το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση και τη διάρκεια της ΡΑ ⁽²²⁴⁾. Άλλες μελέτες αναφέρουν ότι η σωματική αναπηρία ^{(222) (210)} και η οικογενειακή κατάσταση ⁽²¹⁰⁾, αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες για την κατάθλιψη στη ΡΑ. Σε μια διαχρονική μελέτη 5 ετών σε 182 ασθενείς με ΡΑ, ο μόνος προγνωστικός παράγοντας της ψυχολογικής κατάστασης των ασθενών στην πενταετία ήταν η ψυχολογική τους κατάσταση στην έναρξη της παρατήρησης ⁽²²⁵⁾. Τέλος σε μια μεγάλη μελέτη 22.131 ασθενών με ΡΑ, οι καλύτεροι προγνωστικοί παράγοντες της αυτοαναφερόμενης κατάθλιψης ήταν ο πόνος και η κόπωση ⁽²²⁶⁾. Ένα επιπλέον σημαντικό στοιχείο για τη ΡΑ και την κατάθλιψη αφορά στην αυτοκτονία και τον αυτοκτονικό ιδεασμό, σημεία τα οποία έχει βρεθεί ότι είναι πιο συχνά στη ΡΑ και ειδικά στις γυναίκες ^{(227) (228)}.

Σε αντίθεση με την κατάθλιψη, οι μελέτες για το άγχος στη ΡΑ είναι σαφώς πιο περιορισμένες ^{(229) (230)}. Οι Hawley και Wolf ⁽²¹⁶⁾ βρήκαν ότι το άγχος είναι συχνό στην ΡΑ αλλά στα ίδια επίπεδα με αυτό των άλλων ρευματικών νοσημάτων. Υπάρχει σημαντική αλληλοεπικάλυψη μεταξύ άγχους και κατάθλιψης, ωστόσο τα επίπεδα του άγχους είναι υψηλότερα όταν συνυπάρχει κατάθλιψη ⁽²³¹⁾. Τα ευρήματα των μελετών είναι αντικρουόμενα. Ορισμένες μελέτες αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά άγχους ^{(232) (233)} από ότι κατάθλιψη ενώ άλλες όχι ^{(234) (235)}. Γενικά στις διάφορες μελέτες τα ποσοστά άγχους στη ΡΑ κυμαίνονται από 20% μέχρι 70% ^{(216) (231) (232) (236)}. Σε πολλές μελέτες έχει χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο εκτίμησης του άγχους το Spielberger's State – Trait Anxiety Inventory το οποίο αξιολογεί το άγχος που προκαλείται από μια κατάσταση αλλά και το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Παρομοίως και σε αυτές τις μελέτες τα αποτελέσματα δεν είναι σταθερά. Σε ορισμένες από αυτές τις μελέτες έχει βρεθεί ότι το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας είναι υψηλότερο σε ασθενείς με ΡΑ ^{(231) (237) (238)} ενώ σε άλλες οι διάφορες δεν ήταν σημαντικές συγκρινόμενες με τον γενικό πληθυσμό ^{(239) (240)}.

Σε αντίθεση με την ΡΑ, οι μελέτες που αφορούν στην κατάθλιψη στην ΨΑ είναι ελάχιστες και έχουν δημοσιευθεί πρόσφατα. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα στην ΨΑ αναφέρεται ότι είναι παραδόξως πιο συχνά σε σύγκριση με την ΡΑ και την ΑΣ, γεγονός που αποδίδεται στη ταυτόχρονη βλάβη τόσο των αρθρώσεων όσο και του δέρματος ^{(241) (242)}. Οι Khraishi και συν. ⁽²⁴³⁾ το 2011 βρήκαν ότι το ποσοστό κατάθλιψης και άγχους μαζί ήταν 7.9% με το κίνδυνο να είναι αυξημένος στους ασθενείς στους οποίους η ΨΑ είχε διαγνωσθεί περισσότερο από 2 έτη. Επιπλέον, με τη χρήση της κλίμακας HADS (Hamilton Anxiety and Depression Scale) σε μια άλλη μελέτη επίσης του 2011 τα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους ήταν ελαφρώς υψηλότερα, με την κατάθλιψη να αγγίζει το 17.6% και το άγχος το 29.7 % ⁽²⁴⁴⁾. Στη μελέτη αυτή τα αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους σχετίζονταν με το γυναικείο φύλο και με μικτού τύπου έναρξης ΨΑ που προσέβαλλε κυρίως τις περιφερειακές αρθρώσεις. Τέλος, μια διαχρονική μελέτη ⁽²⁴⁵⁾ του 2012 που παρακολουθούσε ετησίως ασθενείς με ΨΑ για 7.5 χρόνια κατά μέσο όρο, προσπάθησε να διερευνήσει τη συσχέτιση μεταξύ πόνου και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Στη μελέτη αυτή τα ποσοστά της κατάθλιψης, με τη χρήση της υποκλίμακας της ψυχικής υγείας του ερωτηματολογίου «Επισκόπηση Υγείας SF-36», στην αρχή της παρακολούθησης ήταν 12% και 25% ανάλογα με το ποιο σημείο αποκοπής χρησιμοποιούσαν. Επίσης οι ερευνητές βρήκαν ότι οι πιο ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες των αλλαγών του πόνου και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν οι ίδιες αυτές μεταβλητές κατά την προηγούμενη αξιολόγηση. Ωστόσο, βρήκαν, αν και μικρή, αμφίδρομη σχέση μεταξύ πόνου και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Το σκορ στην υποκλίμακα της ψυχικής υγείας αλλά και οι αλλαγές του σχετιζόταν με τις αλλαγές στον πόνο. Αντίστοιχα τα επίπεδα του πόνου αλλά και οι αλλαγές του σχετιζόταν με τις αλλαγές στα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Όπως και στη ΨΑ έτσι και στην ΑΣ, οι μελέτες για την κατάθλιψη και την σχέση της με τη νόσο είναι περιορισμένες. Παρόλο το μικρό τους αριθμό οι μελέτες αυτές έχουν δείξει ότι συχνά η ΑΣ συνυπάρχει με διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές ⁽²⁴⁶⁾ με τα πιο κοινά συμπτώματα να είναι η κατάθλιψη και το άγχος ^{(247) (248)}. Οι Barlow και συν. ⁽²⁴⁶⁾ αναφέρουν ότι το 1/3 περίπου των ασθενών της έρευνας τους ανέφερε συμπτώματα κατάθλιψης ενώ παρόμοιο ποσοστό (27.4%) αναφέρεται και σε μια πιο πρόσφατη μελέτη ⁽²⁴⁹⁾. Σε αντιστοιχία με τις παραπάνω μελέτες ο Ward ⁽²⁵⁰⁾ στη μελέτη 175 ασθενών με ΑΣ βρήκε ποσοστό κατάθλιψης περίπου στο 28%. Γενικά τα ποσοστά κυμαίνονται από 20% έως 31%. Ωστόσο, σε μια μελέτη του 2011 ⁽²⁵¹⁾ 110 Μαροκινών ασθενών με ΑΣ, οι συγγραφείς αναφέρουν ποσοστό κατάθλιψης 55.5% αποδίδοντας όμως το μεγάλο αυτό ποσοστό στο χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο του δείγματος, στην έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης των ασθενών και σε παραμέτρους της νόσου. Παρότι όπως αναφέρθηκε οι μελέτες για την κατάθλιψη στην ΑΣ είναι περιορισμένες όπως και στην ΨΑ, φαίνεται όμως ότι στην ΑΣ υπάρχει μεγαλύτερο ερευνητικό ενδιαφέρον για τον τρόπο που σχετίζεται η κατάθλιψη με τη νόσο και ιδιαίτερα με την ενεργότητα αυτής. Στη μελέτη των 110 Μαροκινών ασθενών ⁽²⁵¹⁾ οι συγγραφείς βρήκαν ότι το σκορ στην κλίμακα HADS τόσο για την κατάθλιψη όσο και για το άγχος συσχετιζόταν

σε σημαντικό βαθμό με τον δείκτη ενεργότητας της νόσου BASDAI ⁽²⁵²⁾ (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index), τον λειτουργικό δείκτη BASFI ⁽²⁵³⁾ (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index) και τον δείκτη συνδυασμένης εκτίμησης της κινητικότητας της σπονδυλικής στήλης και της λειτουργικότητας των ισχίων BASMI ⁽²⁵⁴⁾ (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index). Παρόμοιες συσχετίσεις με τους παραπάνω δείκτες έχουν τονιστεί και από άλλους ερευνητές ^{(247) (255)}. Στις μελέτες αυτές επίσης έχει υπογραμμιστεί το γεγονός ότι οι ασθενείς με άγχος και κατάθλιψη στο κλινικό φάσμα έχουν χειρότερα σκορ στους δείκτες BASDAI και BASFI. Τα παραπάνω ευρήματα είναι σε συμφωνία με τα ευρήματα μελετών άλλων χρόνιων καταστάσεων, όπως παραδείγματος χάριν η οσφυαλγία ⁽²⁵⁶⁾ ⁽²⁵⁷⁾ υποδεικνύοντας με έναν τρόπο ότι η ενεργότητα της νόσου και ορισμένοι ψυχολογικοί παράγοντες συνδέονται στενά στην ΑΣ. Τα αποτελέσματα της “Προοπτικής Μελέτης των Εκβάσεων στην Αγκυλοποιητική Σπονδυλαρθρίτιδα” που περιλαμβάνει 294 ασθενείς με ΑΣ συσχετίζουν, από ψυχολογικούς παράγοντες, με τον BASDAI και τον BASFI όχι μόνο την κατάθλιψη αλλά και το αίσθημα του αβοήθητου. Η κατάθλιψη και το αίσθημα του αβοήθητου είχαν την πιο ισχυρή συσχέτιση, σε σύγκριση με τις δημογραφικές, βιολογικές και τις υπόλοιπες ψυχολογικές μεταβλητές, με τον BASDAI να εξηγεί το 39% της διακύμανσης των σκορ του ⁽²⁵⁸⁾. Συσχέτιση μεταξύ των συναισθηματικών δυσκολιών και των δεικτών ενεργότητας της νόσου αλλά και των λειτουργικών περιορισμών έχει βρεθεί και σε άλλες ρευματικές παθήσεις, όπως η ΡΑ και ο ΣΕΛ ^{(223, 259) (260) (261) (262)}. Τα ευρήματα αυτά φαίνεται να παραμένουν σταθερά ανεξαρτήτως του εργαλείου που θα χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση των ψυχολογικών παραμέτρων. Σε μια μελέτη ⁽²⁶³⁾ που χρησιμοποιήθηκε το SCL-90-R ⁽²⁶⁴⁾ βρέθηκε ότι οι δείκτες BASDAI και BASFI σχετίζονταν εκτός των άλλων με τις υποκλίμακες της κατάθλιψης και του άγχους ενώ ο BASMI με τις υποκλίμακες της σωματοποίησης και της διαπροσωπικής ευαισθησίας.

Οι μελέτες για την ψυχοπαθολογία στο πρωτοπαθές σύνδρομο Sjögren (pSS) είναι ακόμη πιο λίγες. Είναι όμως αποδεκτό ότι όπως και σε άλλα χρόνια νοσήματα, οι ασθενείς με pSS έχουν και αυτοί αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση κλινικής κατάθλιψης ⁽²⁶⁵⁾. Σε μια μελέτη του 2012 που συνέκρινε 176 γυναίκες με pSS με υγιή πληθυσμό χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο PHQ-9 ⁽²⁶⁶⁾ βρέθηκε ότι το 37.5% είχαν ήπια κατάθλιψη, το 25.6% μέτρια κατάθλιψη και το 12.5% σοβαρή κατάθλιψη ⁽²⁶⁷⁾. Σε δυο μελέτες της Segal και συν. το 2008 και το 2009, 277 και 94 ασθενών με pSS που χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα CES-D ⁽²⁶⁸⁾ κατάθλιψη ήταν παρούσα στο 37% και 32% των ασθενών αντίστοιχα ^{(269) (270)}. Υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης (47%) βρέθηκαν σε μια μελέτη η οποία ταυτόχρονα υπογράμμισε ότι η κατάθλιψη σχετιζόταν με χαμηλότερη απόδοση στις εκτελεστικές λειτουργίες και ότι η κατάθλιψη σε συνδυασμό με την λεκτική μνήμη αποτελούσαν προγνωστικούς παράγοντες και εξηγούσαν το 61% της διακύμανσης των γνωστικών συμπτωμάτων ⁽²⁷¹⁾. Τέλος οι μελέτες ^{(272) (273)} του Valtysdottir στη Σουηδία τονίζουν ότι οι ασθενείς με pSS έχουν περισσότερα ψυχιατρικά συμπτώματα από τους ασθενείς με ΡΑ και ταυτόχρονα αναφέρουν ποσοστό κατάθλιψης

30%, άγχους 42% και γνωστικών δυσλειτουργιών 60-70%.

Έχουν περάσει 140 χρόνια από τότε που ο Karosi ⁽²⁷⁴⁾ ανέφερε ότι ο ΣΕΛ μπορεί να συνοδεύεται από ψυχικές διαταραχές ωστόσο η πρώτη ανασκόπηση του επιπολασμού και του τύπου των ψυχιατρικών συμπτωμάτων στον ΣΕΛ δημοσιεύθηκε το 1972 ⁽²⁷⁵⁾. Οι συγγραφείς τότε ανέφεραν ότι δεν ήταν δυνατό να εξάγουν συμπεράσματα από τις μελέτες που συμπεριέλαβαν στην ανασκόπηση τους, καθώς σε καμία από τις μελέτες δεν υπήρχαν ομάδες σύγκρισης. Τα ψυχιατρικά συμπτώματα στον ΣΕΛ συνήθως περιγράφονται ως Νευροψυχιατρικός Λύκος και θεωρούνται ως αποτέλεσμα προσβολής του ΚΝΣ ή ως δευτεροπαθή φαινόμενα που προκαλούνται από άλλες εκδηλώσεις του ΣΕΛ (πχ ουραιμία) ή από τη θεραπεία ⁽¹⁵¹⁾ ⁽²⁷⁶⁾ ή τέλος ως συναισθηματικές αντιδράσεις στη χρόνια νόσο ⁽²⁷⁷⁾. Πρόσφατες μελέτες (2001-2004) τονίζουν ότι τα πιο συχνά ψυχιατρικά σύνδρομα που παρατηρούνται στο ΣΕΛ είναι οι διαταραχές της διάθεσης σε ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 14-51%, με τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή να είναι η πιο συχνή (8-39.6%) ⁽²⁷⁸⁾ ⁽²⁷⁹⁾ ⁽²⁸⁰⁾. Επιπλέον, υψηλά ποσοστά (6%-24%) αναφέρονται και για τις αγχώδεις διαταραχές ⁽²⁷⁸⁾ ⁽²⁷⁹⁾. Οι λόγοι των υψηλών αυτών ποσοστών δεν είναι πλήρως κατανοητοί. Οι πιθανές εξηγήσεις που αναφέρονται στη βιβλιογραφία είναι οι υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του ΣΕΛ, το στρες της χρόνιας νόσου και τα αυτοάνοσα φαινόμενα του ΣΕΛ και ιδιαίτερα τα αυτοαντισώματα ⁽²⁸¹⁾ ⁽²⁸²⁾ ⁽²⁸³⁾ ⁽²⁸⁴⁾. Σε μια από αυτές τις μελέτες ⁽²⁷⁹⁾ η οποία αποτελεί τμήμα της διαχρονικής μελέτης «San Antonio Lupus Study of Neuropsychiatric Disease», οι ερευνητές μελέτησαν εκτός των άλλων και τη σχέση των ψυχιατρικών διαταραχών με τα αντισώματα εναντίον της ριβονουκλεοπρωτεΐνης Ρ, χωρίς όμως να βρεθεί συσχέτιση μεταξύ τους, σε αντίθεση με προηγούμενες μελέτες ⁽²⁸⁵⁾. Ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζουν οι μελέτες όπου η αξιολόγηση των ψυχιατρικών διαταραχών γίνεται με την χρήση δομημένων συνεντεύξεων. Οι Nery και συν. ⁽²⁸⁶⁾ στη μελέτη 71 γυναικών με ΣΕΛ με τη χρήση της συνέντευξης SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV) ⁽²⁸⁷⁾ βρήκαν ότι διαταραχές της διάθεσης εμφάνιζε το 69% των ασθενών, με πιο συχνή διάγνωση τη Μείζονα Κατάθλιψη με ποσοστό 49.2%. Επιπλέον υψηλά ήταν και τα ποσοστά των αγχωδών διαταραχών που έφτασαν το 52.1% με κύριες διαγνώσεις την ειδική φοβία (26.8%) και την κοινωνική φοβία (16.9%). Οι συγγραφείς προσθέτουν ότι δεν βρήκαν καμία συσχέτιση μεταξύ των ψυχιατρικών διαταραχών και της ενεργότητας της νόσου, ούτε με την παρουσία αντισωμάτων εναντίον της ριβονουκλεοπρωτεΐνης Ρ. Παρόμοια ποσοστά αγχωδών διαταραχών αναφέρουν και άλλοι ερευνητές ⁽²⁸⁸⁾ οι οποίοι υποθέτουν ότι τα υψηλά αυτά ποσοστά σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό πιθανώς να οφείλονται στα αισθήματα ντροπής των ασθενών με ΣΕΛ λόγω των δερματικών αλλοιώσεων στο πρόσωπο και γενικά το δέρμα. Παρόμοια ποσοστά βρέθηκαν και σε μια άλλη μελέτη ⁽²⁸⁹⁾ με μεγάλο δείγμα (N=326) γυναικών με ΣΕΛ όπου χρησιμοποιήθηκε η διαγνωστική συνέντευξη CIDI (Composite International Diagnostic Interview). Τα ποσοστά που βρέθηκαν από τους συγγραφείς μετά την στάθμιση ως προς την ηλικία είναι για την Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή 47.0%, για την ειδική

φοβία 24.0%, για την διαταραχή πανικού 16.0% και για την Κοινωνική φοβία 14%. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον στη μελέτη αυτή έχει το γεγονός ότι οι συγγραφείς βρήκαν συσχέτιση μεταξύ της αυτοαναφερόμενης ενεργότητας της νόσου και των διαταραχών της διάθεσης και των αγχωδών διαταραχών, αλλά δεν βρέθηκε συσχέτιση με την νεφρική προσβολή που στην ουσία είναι ένας πολύ σημαντικός δείκτης της βαρύτητας της νόσου. Τέλος, σε μια πρόσφατη μελέτη του 2011 ⁽²⁹⁰⁾ με δείγμα 150 ασθενών όπου σκοπός των συγγραφέων ήταν η στάθμιση της κλίμακας CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) για την ανίχνευση της κατάθλιψης σε ασθενείς με ΣΕΛ, βρέθηκε ότι το 26% των ασθενών πληρούσαν τα κριτήρια για οποιαδήποτε διαταραχή της διάθεσης και το 17% για Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή. Η στάθμιση της κλίμακας και η ανίχνευση των διαταραχών της διάθεσης έγινε με βάση την δομημένη διαγνωστική συνέντευξη M.I.N.I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview) ⁽²⁹¹⁾.

Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται ορισμένες μελέτες επιπολασμού της κατάθλιψης και του άγχους στα διάφορα ρευματικά νοσήματα.

Γενικά είναι φανερό ότι η κατάθλιψη και το άγχος είναι πολύ συχνά φαινόμενα στα ρευματικά νοσήματα. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε αυτό τον πληθυσμό είναι τουλάχιστον διπλάσιος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό ⁽²⁹²⁾. Χωρίς να έχει εξακριβωθεί πλήρως ο λόγος για τον οποίο η κατάθλιψη εμφανίζεται τόσο συχνά στα ρευματικά νοσήματα, η κατάθλιψη σχετίζεται με λειτουργική αναπηρία, χειρότερη Σχετική με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (HRQoL) και φτωχή συμμόρφωση στη θεραπεία ⁽²⁹³⁾. Έκτος όμως της κατάθλιψης και του άγχους, στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι σημαντικό ρόλο στην έκβαση των νοσημάτων διαδραματίζουν και οι γνωστικές παράμετροι ^{(294) (295)}.

ΜΕΛΕΤΗ	ΕΤΟΣ	ΕΡΓΑΛΕΙΑ	ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	ΑΓΧΟΣ
ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ				
Covic et al. ⁽²⁰⁹⁾	2006	CES-D	40.0%	
Dickens et al. ⁽²⁶²⁾	2003	PAS	39.2%	
Murphy et al. ⁽²⁰⁴⁾	1998	HADS	17.0%	
Chandarana et al. ⁽²³⁶⁾	1987	HADS	19.0%	21.4%
ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ				
Husted et al. ⁽²⁴⁵⁾	2012	SF-36	11.9% (cut-off<35) 25.1% (cut-off<42)	
Khraishi et al. ⁽²⁴³⁾	2011	Αυτοαναφορά	7.9%	
Freire et al. ⁽²⁴⁴⁾	2011	HADS	17.6%	29.7%
ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΑΡΘΡΙΤΙΔΑ				
Hakkou et al. ⁽²⁵¹⁾	2011	HADS	55.5%	60.0%
Gunaydin et al. ⁽²⁴⁹⁾	2009	ZDS	27.4%	
Ward ⁽²⁵⁰⁾	1999	Αυτοαναφορά	28.7%	
Barlow et al. ⁽²⁴⁶⁾	1993	CES-D	31%	
ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJOGREN				
Westhoff et al. ⁽²⁶⁷⁾	2012	PHQ-9	Ήπια:37.5%, Μέτρια: 25.6%, Σοβαρή:12.5%	
Segal et al. ⁽²⁷¹⁾	2012	CES-D	47.0%	
Segal et al. ⁽²⁶⁹⁾	2009	CES-D	37.0%	
Valtysdottir et al. ⁽²⁷²⁾	2000	HADS	32.0%	48.0%
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ				
Julian et al. ⁽²⁹⁰⁾	2011	CES-D	Διαταραχές διάθεσης: 26.0% ΜΚΔ: 17.0%	
Bachen et al. ⁽²⁸⁹⁾	2009	CIDI	ΜΚΔ:47.0%	Διαταραχή πανικού: 16%, Ειδική Φοβία:24.0%
Nery et al. ⁽²⁸⁶⁾	2008	SCID	Διαταραχές διάθεσης: 69.0% ΜΚΔ: 49.2%	Αγχώδεις διαταραχές:52.1%
Afeltra et al. ⁽²⁷⁸⁾	2003	HAM-D HAM-A	Διαταραχές διάθεσης: 27.0%	Αγχώδεις Διαταραχές: 6.0%

Αντίληψη για τη νόσο και ρευματικά νοσήματα

Ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς σκέφτονται και κατανοούν τη νόσο τους είναι πολύ σημαντικός καθώς επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο την αντιμετωπίζουν. Η έναρξη μια νόσου εγείρει διάφορα προβλήματα τα οποία διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή, ακόμη και όταν οι ασθενείς πάσχουν από την ίδια νόσο. Για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα αυτά οι ασθενείς δημιουργούν τις δικές τους προσωπικές αναπαραστάσεις για τη νόσο. Το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο θεωρητικό πλαίσιο για την έρευνα στο παραπάνω πεδίο είναι το «αυτο-ρυθμιζόμενο» (self-regulatory) μοντέλο που ανέπτυξαν οι Leventhal και συν. με σκοπό να περιγράψουν τη διαδικασία με την οποία τα άτομα ανταποκρίνονται σε μια απειλή στην υγεία τους ⁽²⁹⁶⁾. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, τα συμπτώματα δημιουργούν γνωστικές και συναισθηματικές αναπαραστάσεις της νόσου ή της απειλής. Οι αναπαραστάσεις αυτές στη συνέχεια επεξεργάζονται από το άτομο σε 3 παράλληλα στάδια. Το άτομο αρχικά δημιουργεί την αναπαράσταση της νόσου, στη συνέχεια υιοθετεί στρατηγικές αντιμετώπισης και τέλος αξιολογεί την αποτελεσματικότητα των συμπεριφορών αυτών. Το μοντέλο περιλαμβάνει και μια συνεχόμενη ανατροφοδότηση, σύμφωνα με την οποία τα αποτελέσματα της αξιολόγησης εισέρχονται εκ νέου στη διαδικασία δημιουργίας των αναπαραστάσεων και της υιοθέτησης των στρατηγικών αντιμετώπισης. Η έρευνα έχει ταυτοποιήσει 5 συνιστώσες των γνωστικών αναπαραστάσεων της νόσου: 1) την ταυτότητα (identity), η οποία αναπαριστά τον τρόπο με τον οποίο το άτομο περιγράφει την νόσο και τα συμπτώματα τα οποία θεωρεί ως μέρος της νόσου, 2) τις συνέπειες (consequences), οι οποίες αναπαριστούν τα αναμενόμενα αποτελέσματα και την έκβαση της νόσου, 3) η διάρκεια (timeline), η οποία αναπαριστά το πόσο πιστεύει ο ασθενής ότι θα διαρκέσει η νόσος, 4) την αιτία (cause), η οποία αναπαριστά τις προσωπικές ιδέες του ασθενή σχετικά με το τι ευθύνεται για τη νόσο και 5) τον έλεγχο (control) ο οποίος αναπαριστά τον βαθμό κατά τον οποίο ο ασθενής πιστεύει ότι θα αναρρώσει ή ότι ελέγχει τη νόσο. Οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις περιλαμβάνουν αρνητικές αντιδράσεις όπως φόβο, θυμό και δυσφορία ^{(296) (297) (298)}. Η βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι οι αναπαραστάσεις της νόσου αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες κατάθλιψης και άγχους σε χρόνια νοσήματα όπως το σύνδρομο του ευερέθιστου εντέρου και η πολλαπλή σκλήρυνση ^{(299) (300)}. Επίσης εξαιρετικό ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα της μελέτης των Petrie και συν. ότι αλλάζοντας τις αναπαραστάσεις της νόσου των ασθενών βελτιώνεται η ανάρρωση τους μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ⁽³⁰¹⁾. Η μελέτη των αναπαραστάσεων της νόσου στα ρευματικά νοσήματα είναι περιορισμένη. Εκτός της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας έχουν δημοσιευθεί ελάχιστες μελέτες για τον ΣΕΛ και το Σκληρόδερμα.

Η μελέτη των Murphy και συν. ⁽³⁰²⁾ δείχνει με σαφήνεια την σχέση μεταξύ κατάθλιψης και αντίληψης της νόσου στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. Οι συνιστώσες που συσχετίζονταν πιο έντονα με την κατάθλιψη ήταν οι συνέπειες και ο έλεγχος, δηλαδή ο βαθμός στον οποίο οι ασθενείς θεωρούσαν τη νόσο τους ως σοβαρή και ο βαθμός με τον οποίο αισθάνονταν

ότι είχαν έλεγχο στην ασθένεια τους. Ακόμη και όταν λαμβάνονταν υπόψη η αναπηρία που προκαλούσε η νόσος, οι συσχετίσεις παρέμεναν ισχυρές. Το αν οι ασθενείς βλέπουν τη νόσο τους περισσότερο αρνητικά επειδή έχουν κατάθλιψη ή γίνονται καταθλιπτικοί επειδή βλέπουν τη νόσο πιο αρνητικά, είναι δύσκολο να απαντηθεί. Ωστόσο η προοπτική μελέτη των Smith και συν. ⁽³⁰³⁾ υποστηρίζει ότι οι αρνητικές γνωσιακές διεργασίες προηγούνται της κατάθλιψης στους ασθενείς με PA. Οι συνέπειες έχουν επίσης συσχετιστεί με τη κατάθλιψη και σε μια προοπτική μελέτη όπου το δείγμα αποτελούνταν από ασθενείς με πρόσφατης έναρξης PA (<2 έτη), εύρημα που τονίζει τη σημασία της πρώιμης ψυχολογικής παρέμβασης στη PA ⁽²²²⁾. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με τη μελέτη των Treharne και συν. ⁽³⁰⁴⁾ όπου οι συνέπειες σχετίζονταν ισχυρά με την κατάθλιψη ιδιαίτερα στα αρχικά στάδια της νόσου. Επιπλέον στη μελέτη αυτή οι συνέπειες βρέθηκε να σχετίζονται και με σωματικά συμπτώματα της PA όπως πόνος, κόπωση και πρωινή δυσκαμψία. Μια ακόμη συνιστώσα που έχει συσχετιστεί με την έκβαση στη PA είναι η ταυτότητα ⁽²²¹⁾. Στη μελέτη αυτή η οποία αξιολόγησε τη σχέση των αναπαραστάσεων για τη νόσο με τη λειτουργικότητα σε 3 διαφορετικές χρόνιες νόσους μια εκ των οποίων ήταν η PA, βρήκε ότι η ταυτότητα ήταν η συνιστώσα εκείνη που εξηγεί τη μεγαλύτερη διακύμανση στη λειτουργικότητα, τονίζοντας με αυτό τον τρόπο ότι μεγαλύτερη επίδραση στη λειτουργικότητα έχει το πώς ο ασθενής αντιλαμβάνεται τα συμπτώματα παρά τα ίδια τα συμπτώματα και κατά συνέπεια η βαρύτητα της νόσου. Επιπλέον, η ταυτότητα και ο έλεγχος έχουν συσχετιστεί με φτωχή σωματική και ψυχολογική προσαρμογή ενώ μόνο με τη σωματική προσαρμογή στην ίδια μελέτη συσχετίστηκαν οι συνέπειες και η διάρκεια ⁽²²¹⁾.

Όσον αφορά στα άλλα ρευματικά νοσήματα ελάχιστες είναι οι υπάρχουσες έρευνες και αυτές αφορούν μόνο στον ΣΕΛ και το σκληρόδερμα. Στον ΣΕΛ, τα περιορισμένα ευρήματα υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς που θεωρούν τον ΣΕΛ χρόνιο, με περισσότερες αρνητικές επιπτώσεις και θεωρούν ότι δεν τον κατανοούν αρκετά αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης ⁽³⁰⁵⁾. Επίσης οι ασθενείς που αναφέρουν έντονες συναισθηματικές επιδράσεις λόγω της νόσου αναφέρουν ταυτόχρονα και φτωχή συμμόρφωση στη φαρμακευτική αγωγή ⁽³⁰⁶⁾. Στο σκληρόδερμα οι δημοσιευμένες μελέτες είναι μόλις δυο στον αριθμό. Η πρώτη δημοσιεύθηκε το 2003 ⁽²⁹⁵⁾ και η δεύτερη το 2012 ⁽³⁰⁷⁾. Στη πρώτη μελέτη το 96% των ασθενών πίστευε ότι η νόσος θα είναι χρόνια και το 78% ότι θα είχε σοβαρές συνέπειες στη ζωή τους και παράλληλα οι ασθενείς με διάχυτο σκληρόδερμα ανέφεραν περισσότερες συνέπειες και μικρότερο έλεγχο στη νόσο από ότι οι ασθενείς με περιορισμένο σκληρόδερμα. Επίσης, οι συγγραφείς υπογραμμίζουν ότι οι αντιλήψεις για τη νόσο και κυρίως οι πεποιθήσεις για τις συνέπειες αυτής επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τη συναισθηματική αντίδραση στη νόσο και μάλιστα πολύ περισσότερο από ότι οι κλινικοί και δημογραφικοί παράγοντες, γεγονός που υποδηλώνει ότι οι πεποιθήσεις και οι συναισθηματικές αντιδράσεις σχετίζονται με το νόημα που αποδίδεται στη νόσο παρά με την βαρύτητα της. Τέλος, σημαντικό είναι το εύρημα ότι το 53% των ασθενών θεωρεί το στρες ως κύριο αίτιο της νόσου. Στη δεύτερη και πιο

πρόσφατη μελέτη, το δείγμα ήταν αρκετά μεγάλο (N=217) δεδομένου και του επιπολασμού της νόσου και είχε ως σκοπό την εκτίμηση της συσχέτισης μεταξύ των αντιλήψεων για τη νόσο και της σωματικής και ψυχικής υγείας. Στη μελέτη βρέθηκε ότι οι αναπαραστάσεις της νόσου επηρεάζουν την ποιότητα ζωής περισσότερο από ότι τα χαρακτηριστικά της νόσου. Πιο συγκεκριμένα, υψηλά σκορ στις συνέπειες και την ταυτότητα σχετίζονταν με φτωχή σωματική υγεία ενώ αντίθετα χαμηλά σκορ στην ταυτότητα και τη συναισθηματική απάντηση σχετίζονταν με καλή ψυχική υγεία.

Είναι φανερό ότι στη χρόνια νόσο οι αναπαραστάσεις που δημιουργεί ο κάθε ασθενής για τη νόσο του επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ως προς τη νόσο αλλά και την έκβαση αυτής σε διάφορους τομείς όπως για παράδειγμα η ποιότητα ζωής.

Ποιότητα Ζωής στα ρευματικά νοσήματα

Τις τελευταίες δεκαετίες η Σχετική με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΠΖ) αποτελεί έναν ευρέως χρησιμοποιούμενο δείκτη έκβασης των νοσημάτων αλλά και αποτελεσματικότητας διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ΠΖ ως την υποκειμενική αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους. Πρόκειται για έναν ευρύ ορισμό που επηρεάζεται με ένα πολύπλοκο τρόπο από τη σωματική υγεία, τη ψυχολογική κατάσταση, το βαθμό ανεξαρτησίας, και τις κοινωνικές σχέσεις του ασθενούς καθώς και τις σχέσεις τους με τα κυριότερα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος τους⁽³⁰⁸⁾. Δυο είναι οι λόγοι που καθιστούν σημαντική την αξιολόγηση της ΠΖ. Καταρχήν αποτελεί σημαντικό μέτρο εκτίμησης των επιπτώσεων των χρόνιων νοσημάτων. Παραδείγματος χάριν, τα εργαστηριακά ευρήματα μιας νόσου παρέχουν σημαντικές πληροφορίες στον ιατρό αλλά είναι περιορισμένου ενδιαφέροντος για τον ασθενή. Συχνά η συσχέτιση με την λειτουργική ικανότητα και την ευεξία του ασθενούς, τομείς που είναι ζωτικής σημασίας για τον ίδιο είναι φτωχή Ένας δεύτερος λόγος είναι το πολύ συχνό φαινόμενο, δυο ασθενείς με τα ίδια κλινικά χαρακτηριστικά να ανταποκρίνονται με τελείως διαφορετικό τρόπο στη νόσο⁽³⁰⁹⁾.

Στη βιβλιογραφία υπογραμμίζεται η αρνητική επίδραση της ΡΑ στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα⁽³¹⁰⁾⁽³¹¹⁾. Τα πυρηνικά συμπτώματα της ΡΑ όπως ο πόνος και η δυσκαμψία επηρεάζουν καθημερινά τους ασθενείς. Η αδυναμία των ασθενών να αντεπεξέλθουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες σε πολλούς τομείς όπως η σωματική, η κοινωνική και η γνωστική λειτουργικότητα έχει επιβεβαιωθεί σε διάφορες μελέτες⁽³¹²⁾⁽³¹³⁾. Συνεπώς έχει τεκμηριωθεί με τη χρήση διάφορων ερευνητικών εργαλείων ότι η ΠΖ στους ασθενείς με ΡΑ είναι φτωχότερη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό⁽³¹⁴⁾⁽³¹⁵⁾⁽³¹⁶⁾.

Έντονο ερευνητικό ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των παραγόντων που σχετίζονται

με την ΠΖ στην ΡΑ. Αρκετές από τις μελέτες υποστηρίζουν ότι ψυχολογικές και ψυχοκοινωνικές παράμετροι σχετίζονται με την ΠΖ στην ΡΑ. Στη μελέτη των Bazzichi και συν.⁽³¹⁷⁾ βρέθηκε ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετιζόταν με την ΠΖ ακόμα και όταν οι ασθενείς δεν πληρούσαν τα κριτήρια για Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, εύρημα το οποίο είναι σύμφωνο και με άλλες μελέτες^{(318) (319) (320)}. Η σημασία της επίδρασης της κατάθλιψης στην ΠΖ αποκτά ακόμα μεγαλύτερη βαρύτητα καθώς υποστηρίζεται και από διαχρονικές μελέτες⁽³²¹⁾. Επίσης οι στρατηγικές αντιμετώπισης (παθητικές ή ενεργητικές) και το αίσθημα του αβοήθητου αποτελούν παράγοντες που έχουν συσχετιστεί με την ΠΖ στη ΡΑ^{(259) (322)}.

Αναφορικά με τους δημογραφικούς παράγοντες στη βιβλιογραφία υπάρχουν ορισμένες μελέτες οι οποίες υποστηρίζουν τη σημασία τους χωρίς όμως αυτό να αποτελεί σταθερό εύρημα. Παραδείγματος χάριν, όσον αφορά στην ηλικία και το φύλο τα ευρήματα είναι αντιφατικά. Μελέτες^{(310) (323) (324)} υποστηρίζουν ότι η ηλικία και το φύλο μπορούν να επηρεάσουν την έκβαση της νόσου και την ΠΖ ωστόσο άλλες μελέτες^{(325) (326) (327) (328)} δεν κατάφεραν να υποστηρίξουν τη συσχέτιση αυτή. Τέλος έχουν βρεθεί ενδείξεις, αν και όχι ιδιαίτερα ισχυρές, και για την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στην ΠΖ^{(329) (330)}.

Εκτεταμένη έρευνα στη βιβλιογραφία έχει γίνει και για τις παραμέτρους της νόσου. Αρνητική συσχέτιση έχει βρεθεί μεταξύ του DAS-28 και των υποκλιμάκων της σωματικής και ψυχολογικής υγείας του WHOQOL-BREF⁽³¹⁶⁾. Αντίθετα σε άλλες μελέτες δεν έχει βρεθεί συσχέτιση του DAS-28 με την ΠΖ^{(321) (322)}. Ένα από τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά της νόσου και ευρέως μελετημένο στη ΡΑ είναι ο πόνος. Σε μια διαχρονική μελέτη⁽³³⁰⁾ που δημοσιεύθηκε το 2012 και το δείγμα περιελάμβανε 15.282 ασθενείς με ΡΑ (48.323 παρατηρήσεις) βρέθηκε ότι ο πόνος ήταν ο πιο σημαντικός παράγοντας της ψυχοκοινωνικής υγείας των ασθενών. Ένα άλλο κλινικό χαρακτηριστικό που έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με τον πόνο⁽³³¹⁾ αλλά και την ΠΖ⁽³³²⁾ είναι η χρόνια κόπωση που ο επιπολασμός της στους ασθενείς με ΡΑ εκτιμάται στο 80%^{(333) (334)}. Τέλος η λειτουργική αναπηρία είναι μία άλλη κλινική παράμετρος που έχει συσχετιστεί με την ΠΖ στη ΡΑ. Σε διάφορες μελέτες έχει βρεθεί ότι η λειτουργική αναπηρία είναι από τους πιο ισχυρούς προγνωστικούς παράγοντες της ΠΖ^{(316) (317) (335)}. Σε μια άλλη διαχρονική μελέτη παρακολούθησης 191 ασθενών με ΡΑ για 5 έτη βρέθηκε ότι η λειτουργική αναπηρία ήταν ο καλύτερος προγνωστικός παράγοντας της ΠΖ⁽³³⁶⁾.

Όπως και στη ΡΑ έτσι και στην ΨΑ έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς που πάσχουν εμφανίζουν φτωχότερη ΠΖ από τον γενικό πληθυσμό⁽³³⁷⁾. Πιο συγκεκριμένα οι ασθενείς με ΨΑ αναφέρουν χαμηλότερη σωματική λειτουργικότητα, περισσότερο πόνο και περιορισμούς στον ρόλο τους^{(338) (339)}. Ωστόσο, όπως είναι αναμενόμενο, οι μελέτες είναι σαφώς πιο περιορισμένες σε σχέση με την ΡΑ και οι περισσότερες εκτιμούν παράγοντες που πιθανώς να σχετίζονται με την ΠΖ όπως παραδείγματος χάριν, η λειτουργική αναπηρία. Για παράδειγμα στη προοπτική μελέτη των Husted και συν.⁽³⁴⁰⁾ βρέθηκε ότι η σωματική λειτουργική αναπηρία ακολουθούσε 3 πρότυπα αλλαγών. Το πρώτο ήταν μια σταθερή πορεία της αναπηρίας, το δεύτερο σταθερή βελτίωση ή επιδείνωση και το τρίτο χαρακτηριζόταν από πολλαπλές

αλλαγές και διακυμάνσεις στην αναπηρία. Οι μεταβλητές που αποτελούσαν τους προγνωστικούς παράγοντες για την αλλαγή μεταξύ των καταστάσεων λειτουργικής αναπηρίας ήταν το φύλο, η ηλικία, η διάρκεια της νόσου καθώς και ο αριθμός των φλεγμαίνουσων και παραμορφωμένων αρθρώσεων. Τέλος ένα άλλος παράγοντας που έχει σχετιστεί με την ΠΖ στην ΨΑ είναι ο πόνος ⁽³⁴¹⁾.

Αντίστοιχα με τα άλλα ρευματικά νοσήματα η ΠΖ είναι σαφώς φτωχότερη και στην ΑΣ. Η μελέτη του Ward ⁽²⁵⁰⁾ εκτίμησε σε 175 ασθενείς με ΑΣ ποιες είναι οι πλευρές εκείνες της ΠΖ που επηρεάζονται περισσότερο στην ΑΣ. Στη μελέτη αυτή οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για την παρουσία και σημασία 23 τομέων της ΠΖ συμπεριλαμβανομένων συμπτωμάτων, αναπηρίας, διάθεσης, σχέσης με άλλους, ανησυχιών για τη θεραπεία και για το μέλλον και ταυτόχρονα συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο SF-36. Οι τομείς που επηρεάστηκαν περισσότερο ήταν ο πόνος, η κόπωση και οι αντιλήψεις για την υγεία ενώ λιγότερο επηρεάστηκαν οι τομείς της ψυχικής υγείας, των περιορισμών του ρόλου και η κοινωνική λειτουργικότητα. Το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και το γυναικείο φύλο αποτέλεσαν παράγοντες κινδύνου για φτωχότερη ΠΖ. Η κατάθλιψη και το άγχος είναι δυο παράμετροι οι οποίοι έχει βρεθεί ότι επηρεάζουν την ΠΖ. Πιο συγκεκριμένα στη μελέτη των Baysal και συν. ⁽²⁵⁵⁾ βρέθηκε ότι οι ασθενείς με ΑΣ που ήταν υψηλού κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης και άγχους είχαν φτωχότερη ΠΖ. Ένας άλλος παράγοντας που σχετίζεται με την ΠΖ στην ΑΣ και καθώς αποτελεί και τμήμα της θεραπευτικής παρέμβασης είναι και η άσκηση. Βρέθηκε ότι είτε η ομαδική άσκηση υπό καθοδήγηση είτε η ατομική άσκηση στο σπίτι έχει θετική επίδραση στη ΠΖ ⁽³⁴²⁾. Στην ίδια μελέτη, όπως και σε άλλες στη βιβλιογραφία ⁽³⁴³⁾, η άσκηση σχετίστηκε με βελτίωση στους δείκτες BASDAI και BASMI. Ωστόσο η βελτίωση των δεικτών μέσω της άσκησης δεν αποτελεί σταθερό εύρημα ⁽³⁴⁴⁾. Επίσης η σεξουαλική λειτουργία έχει φανεί ότι είναι ένας παράγοντας που σχετίζεται με την ΠΖ. Σε μια μελέτη ανδρών με ΑΣ ⁽³⁴⁵⁾, όσοι ανέφεραν δυσκολίες στη σεξουαλική λειτουργία είχαν φτωχότερη ΠΖ στους τομείς της σωματικής λειτουργικότητας, της κόπωσης, των περιορισμών του ρόλου τους, των αντιλήψεων για την υγεία τους και της ψυχικής υγείας. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η μελέτη των Boonen και συν. ⁽³⁴⁶⁾ οι οποίοι μελέτησαν 216 ασθενείς με ΑΣ από 3 Ευρωπαϊκές χώρες (Ολλανδία, Γαλλία, Βέλγιο). Στη μελέτη αυτή βρέθηκε ότι οι παράγοντες που προδιέθεταν σε φτωχότερη ΠΖ ήταν το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, η παρουσία περιφερειακής αρθρίτιδας, η χειρότερη σωματική λειτουργικότητα και η ενεργότητα της νόσου. Επιπλέον, η ΠΖ ήταν χειρότερη στη Γαλλία και το Βέλγιο ενώ βρέθηκαν και αλληλεπιδράσεις μεταξύ του εκπαιδευτικού επιπέδου και της περιφερειακής αρθρίτιδας με την χώρα. Η επίδραση του εκπαιδευτικού επιπέδου στη ΠΖ ήταν ισχυρότερη στην Ολλανδία ενώ η επίδραση της περιφερειακής αρθρίτιδας στη ΠΖ ήταν ισχυρότερη στη Γαλλία. Τέλος ένα σημαντικό στοιχείο που συνδέεται με την ΠΖ των ασθενών με ΑΣ είναι η ικανότητα για εργασία. Στην ΑΣ έχει βρεθεί ότι ο κίνδυνος για εγκατάλειψη της εργασίας λόγω αναπηρίας είναι 2-3 φορές μεγαλύτερος από ότι στο γενικό πληθυσμό ^{(347) (348)}.

Η εκτεταμένη έρευνα για την ΠΖ στο pSS έχει αποδείξει ότι οι ασθενείς εμφανίζουν αξιωματικώς φτωχότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό^{(269) (349) (350) (351) (352) (353)}. Πλήθος παραγόντων έχει εκτιμηθεί για την επίδρασή του στην ΠΖ. Στη μελέτη των Inal και συν.⁽³⁵⁴⁾ όπου χρησιμοποιήθηκαν δυο διαφορετικά εργαλεία μέτρησης της ΠΖ βρέθηκε ότι και η κατάθλιψη και το άγχος επηρέαζαν την ΠΖ των ασθενών στους περισσότερους τομείς που αξιολογούσαν τα ερωτηματολόγια. Ωστόσο μη αναμενόμενο ήταν το εύρημα ότι οι ασθενείς με κατάθλιψη, ενώ στους περισσότερους τομείς είχαν σαφώς χαμηλότερα σκορ, στους τομείς του Σωματικού και του Συναισθηματικού ρόλου είχαν καλύτερα σκορ σε σχέση με τους ασθενείς δίχως κατάθλιψη. Οι συγγραφείς ανέφεραν ότι είναι δύσκολο να δοθεί μια ερμηνεία για αυτό το εύρημα ωστόσο προτείνουν και με βάση άλλες μελέτες⁽³⁵⁵⁾ ότι πιθανώς να οφείλεται σε προσαρμογή στην αλλαγή που συνέβη στην υγεία τους. Οι Meijer και συν.⁽³⁴⁹⁾ στη μελέτη 235 ασθενών με SS διερευνώντας ποιοι παράγοντες σχετίζονται με την ΠΖ βρήκαν ότι οι πιο σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για φτωχή Σχετική με τη Σωματική Υγεία ΠΖ ήταν η κόπωση, η μυαλγία, η συννοσηρότητα και το ανδρικό φύλο ενώ για την φτωχή Σχετική με την Ψυχική Υγεία ΠΖ ήταν η κόπωση, η αρθρική συμμετοχή, η συννοσηρότητα και η χρήση τεχνητών δακρύων και αντικαταθλιπτικών. Η χρόνια κόπωση που βρέθηκε σε αυτή τη μελέτη να συσχετίζεται με μειωμένη ΠΖ έχει αναφερθεί και από άλλες μελέτες ως προγνωστικός παράγοντας^{(353) (356)}. Παράλληλα, ένας παράγοντας κινδύνου για τη χρόνια κόπωση όπως έχει γίνει γνωστό από τη βιβλιογραφία είναι η κατάθλιψη καθώς και άλλες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές^{(270) (357)}. Σε συμφωνία με τις παραπάνω μελέτες οι Segal και συν.⁽²⁶⁹⁾ βρήκαν σε δείγμα 277 ασθενών ότι η κόπωση ήταν ισχυρός προγνωστικός παράγοντας για την γενική υγεία, η ένταση του πόνου και η κατάθλιψη για την συναισθηματική ευεξία ενώ η σωματική λειτουργικότητα συσχετίστηκε με την ηλικία, την βαρύτητα του πόνου και την σωματική κόπωση. Επιπλέον, η μελέτη των Champey και συν. έδειξε ότι η σωματική και ψυχική ΠΖ σχετίζεται ισχυρά με την ψυχοπαθολογικά συμπτώματα⁽³⁵⁷⁾. Τέλος, άλλοι παράγοντες που έχουν σχετιστεί με την ΠΖ στους ασθενείς με SS είναι η ηλικία, η ξηρότητα του κόλπου στις γυναίκες, οι εξωαδενικές εκδηλώσεις με πιο σημαντική τα συμπτώματα από τους πνεύμονες και η ιντερλευκίνη-6^{(350) (351)}.

Η φτωχότερη ΠΖ, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, στον ΣΕΛ όπως και στα υπόλοιπα ρευματικά νοσήματα έχει επιβεβαιωθεί από πολλές μελέτες^{(358) (359) (360) (361) (362)} και μάλιστα με την χρήση διάφορων ερευνητικών εργαλείων μέτρησης της. Η έρευνα αναφορικά στους παράγοντες που σχετίζονται με την ΠΖ στον ΣΕΛ κινείται στα ίδια πλαίσια με τα υπόλοιπα ρευματικά νοσήματα. Παραδείγματος χάριν, στην μελέτη των Doria και συν.⁽³⁶³⁾ βρέθηκε ότι η βαρύτητα της κατάθλιψης σχετιζόταν με φτωχότερη ΠΖ. Παράλληλα στην ίδια μελέτη η ΠΖ καθοριζόταν και από την ένταση του άγχους, αν και σε μικρότερο βαθμό από ότι της κατάθλιψης. Η ενεργότητα της νόσου αποτελεί έναν ακόμη παράγοντα που έχει μελετηθεί για την επίδραση του στη ΠΖ ωστόσο τα ευρήματα των μελετών ακόμα κι όταν χρησιμοποιούνται διαφορετικοί δείκτες ενεργότητας δεν είναι σταθερά. Οι Vu και συν.⁽³⁶⁰⁾

βρήκαν ότι ο δείκτης SLEDAI αποτελούσε προγνωστικό παράγοντα για τον πόνο αλλά και την γενική υγεία του ερωτηματολογίου SF-36 ενώ οι Jolly και συν. ⁽³⁶⁴⁾ βρήκαν ότι ο ίδιος δείκτης σχετιζόταν με τη σωματική υποκλίμακα του ίδιου ερωτηματολογίου αλλά όχι με την ψυχική. Τέλος, σε μια πρόσφατη μελέτη ⁽³⁶⁵⁾ με τη χρήση του τροποποιημένου Μεξικάνικου SLEDAI (Mex-SLEDAI) βρέθηκε ότι ο δείκτης σχετιζόταν με την Σχετική με τη Σωματική και Ψυχική ΠΖ αλλά όχι με την Κοινωνική και την Σχετική με το Περιβάλλον ΠΖ όπως αυτή εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας WHOQOL-BREF. Αντίθετα άλλες μελέτες δεν κατάφεραν να επαληθεύσουν τη σχέση μεταξύ ενεργότητας της νόσου και ΠΖ ^{(358) (366) (367)}. Παραδείγματος χάριν, οι Gladman και συν. ⁽³⁶⁸⁾ δεν βρήκαν καμία συσχέτιση μεταξύ του SLEDAI και πέντε διαφορετικών εργαλείων που μετρούσαν την υγεία στο σύνολο της. Η κόπωση έχει μελετηθεί εκτενώς ως προς την παρουσία της στον ΣΕΛ αλλά η επίδραση της στην ΠΖ έχει εκτιμηθεί σε μικρότερο βαθμό ^{(369) (369)}. Δύο μελέτες ^{(370) (371)} οι οποίες εξέτασαν την παραπάνω σχέση βρήκαν ότι η κόπωση επιδρά όπως αναμενόταν αρνητικά στην ΠΖ. Επίσης, όσο καλύτερη κοινωνική υποστήριξη έχει ένας ασθενής με ΣΕΛ τόσο καλύτερη ΠΖ εμφανίζει ⁽³⁵⁹⁾. Άλλοι παράγοντες που έχει βρεθεί ότι σχετίζονται με την ΠΖ είναι οι στρατηγικές αντιμετώπισης αλλά και ο αριθμός και η ένταση των καθημερινών στρεσογόνων γεγονότων όπως επίσης και το αίσθημα του αβοήθητου ^{(372) (373)} ⁽³⁷⁴⁾. Τέλος όσον αφορά στους δημογραφικούς παράγοντες φαίνεται ότι η ηλικία έχει αρνητική επίδραση στην ΠΖ σε αντίθεση με την διάρκεια της νόσου όπου ο ρόλος της ακόμα δεν έχει αποσαφηνιστεί ^{(361) (362) (363) (367) (374)}.

Αναφορικά με την Ποιότητα Ζωής στα ρευματικά νοσήματα η δική μας ερευνητική ομάδα έχει πραγματοποιήσει αρκετές μελέτες για την εκτίμηση της καθώς και για τους παράγοντες που σχετίζονται με αυτή και κυρίως με τον ρόλο των αμυντικών μηχανισμών και του προφίλ της προσωπικότητας. Παραδείγματος χάριν στη ΡΑ βρέθηκε ότι η ψυχική καταπόνηση, η λειτουργική αναπηρία και η αλληλεπίδραση μεταξύ πόνου και του αμυντικού προφίλ της αυτοθυσίας σχετίζονταν με τη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής ⁽³⁰⁾. Στο σύνδρομο Sjogren εκτός της ψυχικής καταπόνησης, η μικρότερη χρήση του μηχανισμού άμυνας του χιούμορ και η μεγαλύτερη χρήση της σχιζοειδικής φαντασίωσης συσχετίστηκαν με φτωχότερη ΠΖ ⁽³⁷⁵⁾. Επιπλέον στον ΣΕΛ βρέθηκε ότι η ψυχική καταπόνηση, η αίσθηση συνεκτικότητας και το δυσπροσαρμοστικό αμυντικό προφίλ αποτελούσαν παράγοντες συσχέτισης με την ΠΖ ⁽³⁷⁶⁾. Τέλος παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και στο σκληρόδερμα με την ΠΖ όμως συνολικά να είναι φτωχότερη σε σχέση με τους ασθενείς με ΡΑ, ΣΕΛ και σύνδρομο Sjogren ⁽²⁸⁾.

Είναι φανερό ότι η ΠΖ στα ρευματικά νοσήματα και οι παράγοντες που σχετίζονται με αυτή έχουν μελετηθεί επαρκώς. Ωστόσο τα αντικρουόμενα αποτελέσματα πιθανώς να οφείλονται στο ότι η σχέση των προγνωστικών παραγόντων με την ΠΖ δεν είναι γραμμική αλλά υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ των παραγόντων. Επίσης στη βιβλιογραφία δεν έχει εκτιμηθεί σε μεγάλο βαθμό η σχέση της ΠΖ με την αντίληψη για τη νόσο, σχέση που η διερεύνηση

της που αποτελεί έναν από τους σκοπούς της παρούσας μελέτης.

Τέλος είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι σε όλα τα ρευματικά νοσήματα οι σύγχρονες φαρμακευτικές θεραπείες έχουν συνεισφέρει σε σημαντικό βαθμό στη βελτίωση της Ποιότητας Ζωής των ασθενών, ωστόσο η παράθεση των ερευνητικών αυτών δεδομένων ξεφεύγει από τα όρια της παρούσας μελέτης.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τους ερευνητές έχει αποτελέσει και η σύγκριση της ΠΖ ανάμεσα στα διάφορα ρευματικά νοσήματα. Συγκεκριμένα αναφορικά με την ΨΑ και τη ΡΑ οι Husted και συν. ⁽²⁴²⁾ βρήκαν ότι η ΠΖ ήταν εξίσου μειωμένες και στα δυο νοσήματα, ωστόσο υπήρχαν και σημαντικές διαφορές στο πως επηρεάζεται η ΠΖ. Οι ασθενείς με ΨΑ ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα στη κλίμακα της ζωτικότητας του SF-36 σε σχέση με τους ασθενείς με ΡΑ, εύρημα που οι συγγραφείς αποδίδουν στη σχέση μεταξύ ινομυαλγίας που είναι πιο συχνή στη ΡΑ και ζωτικότητας. Αντίθετα, οι ασθενείς με ΨΑ ανέφεραν περισσότερους περιορισμούς στο ρόλο τους λόγω συναισθηματικών προβλημάτων αλλά και περισσότερο σωματικό πόνο. Σε μια άλλη μελέτη ⁽³⁷⁷⁾ η οποία συνέκρινε την ΠΖ σε 1056 ασθενείς με ΡΑ και 658 ασθενείς με ΑΣ ηλικίας 16-59 ετών, βρήκε ότι η Σχετική με τη Σωματική Υγεία ΠΖ ήταν φτωχότερη στη ΡΑ σε αντίθεση με την Σχετική με την Ψυχική Υγεία ΠΖ η οποία αναφερόταν ως καλύτερη από τους ασθενείς με ΡΑ. Αντίστοιχα ευρήματα, δηλαδή περισσότερη σωματική αναπηρία, πόνο και φτωχότερη Σχετική με τη Σωματική Υγεία ΠΖ στους ασθενείς με ΡΑ έχουν αναφερθεί από δύο μελέτες ⁽³⁶⁷⁾ ⁽³⁷⁸⁾ που σύγκριναν τους ασθενείς αυτούς και ασθενείς με ΣΕΛ. Παρομοίως η σωματική λειτουργία έχει αναφερθεί ως φτωχότερη στους ασθενείς με ΡΑ σε σχέση με τους ασθενείς με pSS, ενώ αντίθετα η Σχετική με την Ψυχική Υγεία ΠΖ δεν παρουσίαζε διαφορές ⁽³⁵²⁾. Τέλος σε μια πολύ ενδιαφέρουσα μελέτη των Salaffi και συν. ⁽²⁴¹⁾ με δείγμα 469 ασθενών με ΡΑ, 166 με ΨΑ και 164 με ΑΣ βρέθηκε ότι στους τομείς της σωματικής λειτουργικότητας χειρότερα ήταν οι ασθενείς με ΡΑ και στους τομείς της ψυχικής λειτουργικότητας ήταν οι ασθενείς με ΨΑ.

Ποιότητα Ζωής στα ρευματικά νοσήματα της παιδικής ηλικίας

Αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας έχει αποτελέσει και η ΠΖ στα ρευματικά νοσήματα της παιδικής ηλικίας. Επιπλέον, καθώς τα ρευματικά νοσήματα είναι χρόνια και οι θεραπευτικές επιλογές τα τελευταία χρόνια έχουν βελτιώσει τα ποσοστά επιβίωσης των ασθενών με ρευματικά νοσήματα με έναρξη στη παιδική ηλικία πολλοί ερευνητές έχουν εστιάσει στην ΠΖ των ενηλίκων ασθενών με ρευματικά νοσήματα της παιδικής ηλικίας. Η ΠΖ των ενηλίκων ασθενών με νεανικής έναρξης ρευματικά νοσήματα έχει γίνει αντικείμενο πολλών μελετών. Πιο συγκεκριμένα έχει βρεθεί ότι η Νεανική Ιδιοπαθής Αρθρίτιδα (ΝΙΑ) έχει σημαντική επίδραση στη ΠΖ τόσο στο σωματικό όσο και στον ψυχοκοινωνικό τομέα ⁽³⁷⁹⁾ ⁽³⁸⁰⁾. Σε μια μελέτη ⁽³⁸¹⁾ που συνέκρινε ενήλικες ασθενείς με ΝΙΑ και ασθενείς με

ΡΑ βρέθηκε ότι οι ασθενείς με ΝΙΑ είχαν καλύτερη πρόγνωση όταν η αξιολόγηση γινόταν με βάση ακτινολογικά κριτήρια και με βάση το ποσοστό των ασθενών σε ύφεση. Επίσης η εργασιακή αναπηρία ήταν μικρότερη στους ασθενείς με ΝΙΑ, εύρημα που έχει αποτυπωθεί και σε άλλες μελέτες ^{(382) (383) (384) (385)}. Στις μελέτες του Packham και συν. ^{(386) (387) (388) (389)} που παρακολούθησε 246 ενήλικες ασθενείς με ΝΙΑ βρέθηκε ότι λιγότεροι ασθενείς ήταν σε σταθερή σχέση και ότι είχαν καλύτερα αποτελέσματα στην εκπαίδευση σε σχέση με τα αδέρφια τους. Ωστόσο τα ποσοστά ανεργίας ήταν αυξημένα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Επίσης στις ίδιες μελέτες βρέθηκε ότι οι ενήλικες ασθενείς με ΝΙΑ παρουσίαζαν σημαντική λειτουργική αναπηρία και ότι οι προγνωστικοί παράγοντες του πόνου ήταν η λειτουργικότητα και οι στρατηγικές αντιμετώπισης του πόνου. Τέλος, οι μελέτες αυτές ανέφεραν ποσοστά κατάθλιψης 5.2% που είναι χαμηλότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού ωστόσο το ποσοστό του άγχους εμφανίζεται μεγαλύτερο από τον γενικό πληθυσμό και ίσο με 46%. Σε αντιστοιχία με τις μελέτες για τη ΝΙΑ είναι και οι μελέτες για τον ΣΕΛ με έναρξη στη παιδική ηλικία. Ο ΣΕΛ της παιδικής ηλικίας όπως και τα υπόλοιπα χρόνια νοσήματα επιδρούν στις φυσιολογικές αναπτυξιακές διαδικασίες, ωστόσο ο βαθμός της επίδρασης εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως η πορεία της νόσου, η προσωπικότητα και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ^{(390) (391)}. Η επίδραση του παιδιατρικού ΣΕΛ στην εκπαίδευση είναι παρόμοια με αυτή της ΝΙΑ αλλά όσον αφορά στην εργασία έχει βρεθεί ότι οι ενήλικες με παιδιατρικό ΣΕΛ που ήταν σε πλήρη απασχόληση ήταν λιγότεροι από ότι οι ενήλικες με ΝΙΑ ^{(379) (392)}. Η ΠΖ στον παιδιατρικό ΣΕΛ είναι φτωχότερη σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό ιδιαίτερο στο σωματικό τομέα, και παρόμοια με αυτή της ΝΙΑ ^{(393) (394) (395) (396)}. Τέλος σε μια μελέτη 885 ενηλίκων με ΣΕΛ (90 με παιδιατρικό ΣΕΛ και 795 με ΣΕΛ ενήλικης έναρξης) βρέθηκε ότι το σκορ στις κλίμακες της ΠΖ ήταν παρόμοιο και στις δυο ομάδες ⁽³⁹⁷⁾.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΣΚΟΠΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Οι στόχοι της παρούσας μελέτης ήταν:

- Η στάθμιση της Ελληνικής Έκδοσης του Ερωτηματολογίου Υγείας Ασθενούς (Patient Health Questionnaire, PHQ-9) για χρήση στους Έλληνες ασθενείς με ρευματικά νοσήματα.
- Η εκτίμηση του επιπολασμού της κατάθλιψης σε ένα συνεχές μη επιλεγμένο δείγμα Ελλήνων ασθενών με ρευματικά νοσήματα.
- Η εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής των ασθενών με ρευματικά νοσήματα
- Η εκτίμηση των αντιλήψεων για τη νόσο που έχουν οι ασθενείς με ρευματικά νοσήματα.
- Η εκτίμηση του ρόλου που διαδραματίζουν οι ψυχολογικές παράμετροι και η αντίληψη για τη νόσο στη Ποιότητα Ζωής των ασθενών αυτών.
- Η ανίχνευση διαφορών στη ψυχολογική κατάσταση και την ποιότητα ζωής των ασθενών με εμφάνιση της νόσου κατά την παιδική και εφηβική ηλικία σε σχέση με τους ασθενείς με έναρξη της νόσου στην ενήλικη ζωή καθώς και ο ρόλος των αντιλήψεων για τη νόσο στις δυο αυτές ομάδες ασθενών.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Δειγματοληψία

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Σεπτέμβριο του 2009 έως τον Νοέμβριο του 2010. Οι ασθενείς με ρευματολογικά νοσήματα που συμμετείχαν στην έρευνα προέρχονταν από τα εξωτερικά ιατρεία της Ρευματολογικής Κλινικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Η Ρευματολογική Κλινική καλύπτει τις ανάγκες της ευρύτερης περιοχής των Ιωαννίνων καθώς και αυτές γειτονικών νομών. Λόγω αυτού οι ασθενείς που αποτέλεσαν το δείγμα της συγκεκριμένης μελέτης προέρχονται τόσο από αγροτικούς όσο και από ημιαστικούς και αστικούς πληθυσμούς, είναι διαφόρων μορφωτικών επιπέδων και ανήκουν σε κάθε κοινωνικοοικονομική τάξη. Το παραπάνω εξασφάλισε την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος ώστε ο πληθυσμός να συνιστά ένα ευρύ μη επιλεγμένο συστηματικό δείγμα (Largely Unselected Systematic Sample).

Κριτήρια αποκλεισμού των ασθενών από την έρευνα ήταν τα εξής:

- Προβλήματα επικοινωνίας (νοητική καθυστέρηση, μη επαρκής γνώση της Ελληνικής γλώσσας)
- Ιστορικό σοβαρών ψυχιατρικών διαταραχών (πχ σχιζοφρένεια)
- Τρέχον ιστορικό κατάχρησης αλκοόλ ή ψυχοτρόπων ουσιών ή άνοια

Στην έρευνα εντάχθηκαν 572 ασθενείς με ρευματολογικά νοσήματα από τους 650 στους οποίους απευθυνθήκαμε για τη μελέτη (Ρυθμός απόκρισης: 88%). Το υψηλό ποσοστό συμμετοχής στη μελέτη πιθανώς μπορεί να εξηγηθεί από την καλή σχέση ρευματολόγου – ασθενούς καθώς υπάρχει μια διαχρονική παρακολούθηση αλλά και από την μακροχρόνια συνεργασία της Ρευματολογικής και Ψυχιατρικής Κλινικής που ως αποτέλεσμα έχει την σχεδόν συνεχή παρουσία επαγγελματία ψυχικής υγείας στα εξωτερικά ιατρεία της Ρευματολογικής Κλινικής.

Κλινική μελέτη

Η μελέτη διεξήχθη σε 2 φάσεις:

- 1^η Φάση: Χορήγηση ερωτηματολογίων

Αρχικά οι ασθενείς στο τακτικό τους ραντεβού με τον Ρευματολόγο ενημερώνονταν για το σκοπό και το τρόπο διεξαγωγής της μελέτης και εφόσον ανταποκρίνονταν θετικά χορηγείτο το ερωτηματολόγιο RHQ-9. Μετά την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ο ασθενής ερχόταν σε επαφή με τον ερευνητή – παιδοψυχίατρο ο οποίος χορηγούσε τα υπόλοιπα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια μαζί με το έντυπο δημογραφικών στοιχείων το οποίο περιελάμβανε ένα πλήρες κοινωνικό (ηλικία, επάγγελμα, εκπαιδευτικό επίπεδο) και ιατρικό

ιστορικό (οργανικές και ψυχιατρικές παθήσεις, λήψη φαρμακευτικής αγωγής). Συστήναμε στους ασθενείς η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων να γίνεται απουσία άλλων μελών της οικογένειας καθώς από τη βιβλιογραφία είναι γνωστό ότι η παρουσία συγγενών ενδέχεται να επηρεάσει την αξιόπιστη καταγραφή δεδομένων ιδιαιτέρως όσον αφορά στη συμπλήρωση ερωτηματολογίων που εκτιμούν την ψυχοπαθολογία. Τέλος, κατά τη συλλογή των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων, ενημερώναμε κάθε ασθενή ότι το προσωπικό της έρευνας αλλά και της Ψυχιατρικής Κλινικής ήταν διαθέσιμο στον ίδιο για οποιαδήποτε απορία, συμβουλή ή και δυσκολία που αντιμετώπιζε ή ενδεχομένως θα αντιμετώπιζε, ανεξάρτητα της συμμετοχής του στην έρευνα, τονίζοντας ότι σκοπός μας είναι να βοηθήσουμε τον ασθενή.

Συνοπτικά, στην πρώτη αυτή φάση, εκτός από το PHQ-9 χορηγήθηκαν στους ασθενείς τα έξης ερευνητικά εργαλεία:

1. Έντυπο Δημογραφικών Στοιχείων
2. Τα παρακάτω αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια
 - ▶ Το Σύντομο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Υγεία BIPQ (Brief Illness Perception Questionnaire)
 - ▶ Η Κλίμακα Εκτίμησης της Έντασης των Ψυχοπαθολογικών Συμπτωμάτων SCL-90R (Symptom Check List -90 Revised)
 - ▶ Το Ερωτηματολόγιο για την Αξιολόγηση της Υγείας HAQ (Health Assessment Questionnaire – Ειδικά προσαρμοσμένο για τους ασθενείς με ρευματικά νοσήματα)
 - ▶ Το Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής WHOQOL-BREF

■ 2η Φάση: Δομημένη Διαγνωστική Συνέντευξη

Η διερεύνηση της διαγνωστικής ακρίβειας μιας διαγνωστικής εξέτασης προϋποθέτει τη σίγουρη γνώση της ομάδας των ασθενών. Η γνώση αυτή συνήθως εξασφαλίζεται μέσω μιας εξαιρετικά ακριβούς διαγνωστικής εξέτασης, μιας εξέτασης αναφοράς που ονομάζεται «gold standard» Στη παρούσα μελέτη για την εκτίμηση της διαγνωστικής ακρίβειας του ερωτηματολογίου PHQ-9 ως gold standard στη παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η δομημένη διαγνωστική συνέντευξη M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview).

Για την συμμετοχή στη 2^η φάση της μελέτης ορίσαμε ως σημείο αποκοπής του PHQ-9 το 9 και περίπου 2 στους 3 ασθενείς με υψηλό σκορ ($\text{PHQ-9} \geq 9$) και 1 στους 3 με χαμηλό σκορ ($\text{PHQ-9} < 9$) κλήθηκαν να συμμετάσχουν στη συνέντευξη της 2^{ης} φάσης με την δομημένη διαγνωστική συνέντευξη MINI. Κανείς από τους ασθενείς δεν αρνήθηκε να συμμετέχει. Η συνέντευξη γινόταν μέσα σε 2 εβδομάδες είτε στο σπίτι του ασθενούς είτε στους χώρους της Ρευματολογικής Κλινικής.

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς (PHQ-9: Patient Health Questionnaire)

Το ερωτηματολόγιο PHQ-9 ⁽²⁶⁶⁾ αποτελεί το τμήμα που αφορά την κατάθλιψη του ερωτηματολογίου PHQ. Το PHQ δημιουργήθηκε το 1999 ως μια αυτοσυμπληρούμενη έκδοση του PRIME – MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) ⁽³⁹⁸⁾ για την ανίχνευση με βάση τα κριτήρια του DSM-IV ⁽³⁹⁹⁾ διαφόρων ψυχικών διαταραχών που απαντώνται στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 9 λήμματα - συμπτώματα που αντιστοιχούν στα 9 κριτήρια του DSM-IV και αφορούν τις 2 τελευταίες εβδομάδες. Κάθε ένα από αυτά βαθμολογείται με 0 («καθόλου»), 1 («αρκετές ημέρες»), 2 («περισσότερες από τις μισές ημέρες») και 3 («σχεδόν κάθε μέρα»). Από τα πιο βασικά πλεονεκτήματα του PHQ-9, εκτός της ταχείας χορήγησης, είναι η διπλή του ικανότητα να ανιχνεύει την κατάθλιψη όσο και να εκτιμά την βαρύτητα της. Για τη διάγνωση της κατάθλιψης χρησιμοποιείται ο κατηγορικός αλγόριθμος σύμφωνα με τον οποίο η Μείζων Κατάθλιψη διαγιγνώσκεται εάν 5 ή περισσότερα από τα 9 λήμματα - συμπτώματα έχουν απαντηθεί τουλάχιστον με 2 («περισσότερες από τις μισές ημέρες») και ένα από τα συμπτώματα είναι η καταθλιπτική διάθεση ή η ανηδονία. Ένα από τα συμπτώματα («σκεπτόσαστε ότι θα ήταν καλύτερο αν είχατε πεθάνει ή σκεπτόσαστε να προκαλέσετε κακό στον εαυτό σας με κάποιο τρόπο») θεωρείται «παρόν» αν έχει απαντηθεί τουλάχιστον με 1 («αρκετές ημέρες»). Επίσης, η διάγνωση άλλης καταθλιπτικής διαταραχής απαιτεί 2 έως 4 συμπτώματα να είναι παρόντα τουλάχιστον για «περισσότερες από τις μισές ημέρες» και ένα από τα συμπτώματα να είναι η καταθλιπτική διάθεση ή η ανηδονία. Για τη διάγνωση της μείζονος κατάθλιψης ή άλλης καταθλιπτικής διαταραχής απαιτείται έκπτωση στη κοινωνική, επαγγελματική ή σε άλλους τομείς της λειτουργικότητας (ερώτηση Νο10) καθώς και ο αποκλεισμός πένθους, μανιακού επεισοδίου ή οργανικών νόσων που προκαλούν κατάθλιψη. Ως εργαλείο μέτρησης της βαρύτητας της κατάθλιψης το σκορ του PHQ-9 ποικίλλει από 0 έως 27. Οι Kroenke et al. (266) προτείνουν διάφορα σημεία αποκοπής για την ταυτοποίηση της κατάθλιψης σε ελάχιστη (0-4), ήπια (5-9), μέτρια (10-14), μέτρια σοβαρή (15-19) και σοβαρή (>20). Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες, σε διάφορα πλαίσια και για διάφορα νοσήματα και έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες. Στη παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η ελληνική μετάφραση του ερωτηματολογίου το οποίο είναι διαθέσιμο σε ελεύθερη μορφή στο διαδίκτυο ⁽⁴⁰⁰⁾. Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται με χρονολογική σειρά ορισμένα από τα πλαίσια που έχει χρησιμοποιηθεί το PHQ-9. Επίσης παρατίθενται το σημείο αποκοπής, η ευαισθησία και η ειδικότητα καθώς και η γλώσσα του ερωτηματολογίου.

ΜΕΛΕΤΗ	ΠΛΑΙΣΙΟ	ΓΛΩΣΣΑ	ΣΗΜΕΙΟ ΑΠΟΚΟΠΗΣ	ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ
Kroenke 2001 ⁽²⁶⁶⁾	ΠΦΥ, ΠΘ, Γ/Μ	Αγγλικά	≥ 10	88%	88%
Williams 2001 ⁽⁴⁰¹⁾	ΑΕΕ	Αγγλικά	≥ 10	91%	89%
Diez-Quevedo 2001 ⁽⁴⁰²⁾	ΓΝ	Ισπανικά	Αλγόριθμος	84%	92%
Wulsin 2002 ⁽⁴⁰³⁾	ΠΦΥ	Ισπανικά (Ονδούρα)	≥ 10	77%	100%
Persoons 2003 ⁽⁴⁰⁴⁾	ΕΙ ΩΡΛ	Ολλανδικά	Αλγόριθμος	68.8%	94.4%
Lowe 2004 ⁽⁴⁰⁵⁾	ΓΝ, ΠΦΥ	Γερμανικά	Αλγόριθμος	83%	90%
Fann 2005 ⁽⁴⁰⁶⁾	Τραύμα κεφαλής	Αγγλικά	≥ 12	85%	94%
Watnick 2005 ⁽⁴⁰⁷⁾	ΕΙ Νεφρολογικά	Αγγλικά	≥ 10	92%	92%
Picardi 2005 ⁽⁴⁰⁸⁾	ΕΙ Δερματολογικά	Ιταλικά	Αλγόριθμος	55%	91%
McManus 2005 ⁽⁴⁰⁹⁾	ΕΙ Καρδιολογικά	Αγγλικά	≥ 10	54%	90%
Adewuya 2006 ⁽⁴¹⁰⁾	Νιγηριανοί φοιτητές στην Αγγλία	Αγγλικά	≥ 10	84%	99%
Gilbody 2007 ⁽⁴¹¹⁾	ΠΦΥ	Αγγλικά	≥ 10	91.7%	78.3%
Carballeira 2007 ⁽⁴¹²⁾	ΠΘ	Γαλλικά	Αλγόριθμος	50%	86%
Stafford 2007 ⁽⁴¹³⁾	ΣΝ	Αγγλικά	≥ 6	82.9%	78.7%
Lotrakul 2008 ⁽⁴¹⁴⁾	ΠΦΥ	Ταϊλανδέζικα	≥ 9	84%	77%
Lamers 2008 ⁽⁴¹⁵⁾	Ηλικιωμένοι με ΣΔ - ΧΑΠ	Ολλανδικά	≥ 7	92.2%	78.1%
Han 2008 ⁽⁴¹⁶⁾	Πληθυσμός ηλικιωμένων	Κορέατικα	≥ 5	80%	78%
Chen 2009 ⁽⁴¹⁷⁾	ΠΦΥ (ηλικιωμένοι)	Κινέζικα	≥ 9	86%	77%
Wittkamp 2009 ⁽⁴¹⁸⁾	ΠΦΥ (υψηλού κινδύνου)	Ολλανδικά	≥ 10	93%	85%
Phelan 2010 ⁽⁴¹⁹⁾	ΠΦΥ (ηλικιωμένοι)	Αγγλικά	≥ 9	88%	80%
Steenbergen-Weijnenburg 2010 ⁽⁴²⁰⁾	ΕΙ ΣΔ	Ολλανδικά	≥ 12	75.7%	80%
Arroll 2010 ⁽⁴²¹⁾	ΠΦΥ	Αγγλικά	≥ 10	74%	91%
Tomaszewski 2011 ⁽⁴²²⁾	Νοσηλευόμενοι Ηλικιωμένοι	Πολωνικά	≥ 6	70.4%	78.2%

ΠΦΥ= Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας, ΠΘ=Παθολογική Κλινική, Μ/Γ=Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, ΑΕΕ= Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο, ΓΝ= Γενικό Νοσοκομείο, ΩΡΛ= Ωτορινολαρυγγολογική Κλινική, ΕΙ= Εξωτερικά Ιατρεία, ΣΝ= Στεφανιαία Νόσος, ΣΔ= Σακχαρώδης Διαβήτης, ΧΑΠ= Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια.

Σύντομο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Υγεία (B-IPQ: Brief Illness Perception Questionnaire)

Το Σύντομο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Υγεία (BIPQ) αναπτύχθηκε από τους Broadbent et al. ⁽⁴²³⁾ για την ταχεία αξιολόγηση των γνωστικών και συναισθηματικών αναπαραστάσεων για την ασθένεια και προέρχεται από το Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Υγεία (IPQ). Το BIPQ αποτελείται από 9 λήμματα. Τα 8 βαθμολογούνται σε κλίμακα 11 βαθμών (0-10). Πέντε από τα λήμματα αξιολογούν τις γνωσιακές αναπαραστάσεις της νόσου: τις «συνέπειες» (λήμμα 1), τη «χρονική διάρκεια» (λήμμα 2), το «βαθμό του προσωπικού ελέγχου στη νόσο» (λήμμα 3), τον «θεραπευτικό έλεγχο» (λήμμα 4) και την «ταυτότητα» (λήμμα 5). Δύο λήμματα αξιολογούν τις συναισθηματικές αναπαραστάσεις: την «ανησυχία» (λήμμα 6) και τον «συναισθηματικό αντίκτυπο» (λήμμα 8) ενώ ένα λήμμα αξιολογεί την «κατανόηση της νόσου» (λήμμα 7).

Υψηλότερες τιμές στα παραπάνω λήμματα αναπαριστούν αντίστοιχα:

- ♦ **Συνέπειες:** Πεποίθηση ότι η νόσος είναι σοβαρή και έχει μεγάλες επιπτώσεις στη ζωή του ασθενούς.
- ♦ **Διάρκεια:** Πεποίθηση ότι η νόσος είναι χρόνια.
- ♦ **Προσωπικός έλεγχος:** Πεποίθηση ότι υπάρχει προσωπικός έλεγχος, δηλαδή ότι ο ασθενής μπορεί να ελέγξει τη νόσο και τα συμπτώματα.
- ♦ **Θεραπευτικός έλεγχος:** Πεποίθηση ότι η φαρμακευτική αγωγή είναι αποτελεσματική και μπορεί να ελέγξει τα συμπτώματα.
- ♦ **Ταυτότητα:** Ο ασθενής αποδίδει πολλά συμπτώματα στη νόσο και στην «ετικέτα» που χρησιμοποιεί για τη νόσο.
- ♦ **Ανησυχία:** Μεγάλη ανησυχία για τη νόσο.
- ♦ **Κατανόηση:** Ο ασθενής κατανοεί σε μεγάλο βαθμό τη νόσο.
- ♦ **Συναισθηματικός αντίκτυπος:** Πεποίθηση ότι η νόσος επηρεάζει συναισθηματικά σε μεγάλο βαθμό τον ασθενή.

Χαμηλότερες τιμές στα παραπάνω λήμματα αναπαριστούν την αντίθετη πεποίθηση.

Η αξιολόγηση της αιτιολογικής αναπαράστασης προκύπτει από μια ανοιχτού τύπου ερώτηση όπου ο ασθενής καλείται να ονομάσει τους 3 πιο σημαντικούς παράγοντες που πιστεύει ότι ευθύνονται για τη νόσο. Σύμφωνα με τις οδηγίες των συγγραφέων κωδικοποιήσαμε τις απαντήσεις στις αντίστοιχες κατηγορίες του πλήρους ερωτηματολογίου (IPQ). Οι κατηγορίες αυτές είναι 4: ψυχολογικοί παράγοντες (άγχος, στενοχώρια, οικογενειακά προβλήματα, υπερβολική εργασία, η προσωπικότητα), παράγοντες κινδύνου (κληρονομικότητα, διατροφικές συνήθειες, κάπνισμα, αλκοόλ, ηλικία), ανοσολογικοί (μικρόβιο ή ιός, μόλυνση περιβάλλοντος) και ατύχημα ή τύχη (ατυχία, τραυματισμός). Χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του B-IPQ ⁽⁴²⁴⁾ και ακολουθώντας τις οδηγίες των συγγραφέων η λέξη «νόσος» αντικαταστάθηκε από την αντίστοιχη νόσο του ασθενούς («Ρευματοειδής Αρθρίτιδα», «Συστηματικός Ερυθηματώ-

δης Λύκος», «Σκληρόδερμα», «Ψωριασική Αρθρίτιδα», «Αγκυλοποιητική Σπονδυλαρθρίτιδα», «Σύνδρομο Sjogren», «Οροαρνητική Αρθρίτιδα», «Μυοσίτιδα», «Αγγειίτιδα», «Μικτή Νόσος του Συνδετικού Ιστού», «Αντιφωσφολιπιδικό Σύνδρομο», «Ρευματική Πολυμυαλγία», «Νόσος του Still» και «Πολυχονδρίτιδα»).

Κλίμακα Εκτίμησης της Έντασης των Ψυχοπαθολογικών Συμπτωμάτων (SCL-90R: Symptom Check List-90 Revised)

Πρόκειται για μια αυτοσυμπληρούμενη πολυδιάστατη κλίμακα (264) εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας, που αποτελείται από 90 διαπιστώσεις, που δείχνουν την ένταση διαφόρων ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων. Η παρουσιαζόμενη ψυχοπαθολογία παρίσταται σε 9 μείζονες συμπτωματολογικές υποκλίμακες: 1) σωματοποίηση (12 διαπιστώσεις): αιτιάσεις που αφορούν σωματικά συμπτώματα· 2) ψυχαναγκαστικότητα-καταναγκαστικότητα (10 διαπιστώσεις): αντιστοιχεί στη κλινική οντότητα· 3) διαπροσωπική ευαισθησία (9 διαπιστώσεις): αιτιάσεις προσωπικής ανεπάρκειας, κατωτερότητας και αυτοϋποτίμησης, ιδιαίτερα σε σύγκριση με τους άλλους και στις σχέσεις με άλλους· 4) κατάθλιψη (13 διαπιστώσεις): αντιστοιχεί στη κλινική οντότητα· 5) επιθετικότητα (6 διαπιστώσεις): εκδηλώσεις και αισθήματα θυμού και επιθετικότητας· 6) φοβικό άγχος (7 διαπιστώσεις): απηχεί κυρίως τη διαταραχή πανικού με αγοραφοβία· 7) παρανοειδής ιδεασμός (6 διαπιστώσεις): αιτιάσεις και συμπεριφορά που αντιπροσωπεύουν παρανοειδή τρόπο σκέψης· 8) ψυχωτισμός (10 διαπιστώσεις): αντιπροσωπεύει μια σύμμεξη των συμπτωμάτων «Α τάξης» της σχιζοφρένειας με χαρακτηριστικά κυρίως στοιχεία αλλοτρίωσης και απόστασης στις διαπροσωπικές σχέσεις· επίσης, επτά διαπιστώσεις αφορούν διάφορες αιτιάσεις (όρεξη, επέλευση ύπνου, πρωινή αφύπνιση, ανήσυχος ύπνος, πρόσληψη τροφής, σκέψεις θανάτου, αισθήματα ενοχής), οι οποίες δεν περιλαμβάνονται στις παραπάνω υποκλίμακες, αλλά συνυπολογίζονται κατά την εξαγωγή των δεικτών που αναφέρονται στη συνέχεια. Εκτός των 9 υποκλιμάκων εξάγονται και 3 συνολικοί δείκτες ψυχοπαθολογίας: α) ο γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ), που συνδυάζει πληροφορίες για τον αριθμό των συμπτωμάτων και την ένταση της ενόχλησης από αυτά· β) το σύνολο θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ), που δίνει πληροφορίες μόνο για τον αριθμό των συμπτωμάτων· και γ) ο δείκτης ενόχλησης θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ) που αποτελεί ένα μέτρο της έντασης της ενόχλησης μόνο. Η βαθμολόγηση της κάθε υποκλίμακας γίνεται με την άθροιση των βαθμολογιών των επιμέρους διαπιστώσεων που την απαρτίζουν. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Η προσαρμογή της κλίμακας στον Ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, με σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με παρόμοιες υποκλίμακες του MMPI (425). Τέλος το SCL-90-R έχει επιβεβαιωθεί ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας στα ρευματικά νοσήματα

Ερωτηματολόγιο για την Αξιολόγηση της Υγείας (HAQ: Health Assessment Questionnaire)

Το «Stanford Health Assessment Questionnaire» αναπτύχθηκε από τους Fries και συν.⁽⁴²⁷⁾ και το άρθρο τους δημοσιεύτηκε για πρώτη φορά το 1980. Το HAQ σχεδιάστηκε για την καταγραφή της υποκειμενικής αντίληψης της σωματικής δυσλειτουργίας ασθενών με Ρευματικά Νοσήματα. Είναι ένα από τα πρώτα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια εκτίμησης της λειτουργικότητας και χρησιμοποιείται ευρέως σε όλο τον κόσμο. Το HAQ έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο σε πολλές διαφορετικές περιπτώσεις, όπως στην πρόβλεψη της φυσιολογικής γήρανσης, στην καταγραφή παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη οστεοαρθρίτιδας και στην εκτίμηση των κινδύνων θνησιμότητας στην ΡΑ. Στη παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση της σύντομης μορφής του HAQ,⁽⁴²⁸⁾ η οποία αποτελείται: α) από την Κλίμακα Σωματικής Δυσλειτουργίας, η οποία περιλαμβάνει 8 υποκατηγορίες που αναφέρονται στη σωματική λειτουργικότητα: 1) Ένδυση & Καλλωπισμός, 2) Όρθια Στάση, 3) Σίτιση, 4) Βάδιση, 5) Υγιεινή, 6) Προσέγγιση, 7) Πιάσιμο, 8) Καθημερινές Δραστηριότητες· β) την αναλογική συνολική οπτική κλίμακα για τον πόνο [Visual Analogue Scale for Pain (100mm)] που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση του πόνου. Στη κλίμακα αυτή ζητείται από κάθε ασθενή να τοποθετήσει ένα σημάδι που αντιστοιχεί στον πόνο που ένιωσε την τελευταία εβδομάδα, ανάμεσα σε δύο οριακά σημεία, στο ένα άκρο των οποίων δηλώνεται «καθόλου πόνος» και στο άλλο «αφόρητος πόνος»· και γ) την αναλογική οπτική κλίμακα [Patient Global Visual Analog Scale (100mm)], όπου επίσης ζητείται από τον ασθενή να τοποθετήσει ένα σημάδι ανάμεσα σε δύο οριακά σημεία, που αντιστοιχεί στο βαθμό που επηρεάζει η αρθρίτιδα τη ζωή του. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται στη βάση τετράβαθμης κλίμακας τύπου Likert (0 = χωρίς Καμία δυσκολία, 1=με Μέτρια δυσκολία, 2=με Πολύ δυσκολία, 3=Δεν μπορώ). Στη βαθμολογία λαμβάνεται υπόψη και η χρήση των βοηθητικών συσκευών, καθώς και η βοήθεια από κάποιο πρόσωπο. Η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου παρουσιάζει πολύ καλή εσωτερική εγκυρότητα (Cronbach's alpha: 0.90) και ικανοποιητική επαναληπτική αξιοπιστία.

Ερωτηματολόγιο για την Ποιότητα Ζωής (WHOQOL-BREF)

Πρόκειται για μια συντομευμένη έκδοχή του 100 ερωτήσεων ερωτηματολογίου για τη διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής WHOQOL-100. Παρέχει πληροφορίες για τέσσερις περιοχές που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής: τη Σωματική Υγεία (απουσία ή παρουσία πόνου και κόπωσης, ποιότητα ύπνου κ.λπ.), την Ψυχολογική Υγεία (θετικά ή αρνητικά συναισθήματα, εικόνα εαυτού κ.λπ.), τις Κοινωνικές Σχέσεις (προσωπικές σχέσεις, σεξουαλική δραστηριότητα) και το Περιβάλλον (οικιστικό, φυσικό, κοινωνική και υγειονομική πρόνοια). Δίνει επίσης ένα γενικό δείκτη εκτίμησης της ποιότητας ζωής και της γενικής κατάστασης της υγείας. Θεωρείται έγκυρο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο, η δε συντομευμένη αυτή μορφή θεωρείται περισσότερο χρήσιμη και ευέλικτη για μελέτες που απαιτούν μια σύντομη εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής,

όπως οι μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες και οι κλινικές δοκιμές. Συνιστάται επίσης ιδιαίτερα για χρήση από επαγγελματίες υγείας που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων ^{(308) (429)}.

Οι ερωτήσεις ακολουθούν την πενταβάθμια κλίμακα του Likert (με διαβαθμίσεις από το 1 ως το 5) και το άτομο καλείται να τις απαντήσει, αναλογιζόμενο τον εαυτό του και τη ζωή του κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Οι υψηλότερες τιμές σηματοδοτούν καλύτερη Ποιότητα Ζωής.

Η ικανότητα του συγκεκριμένου εργαλείου να εκτιμήσει την ποιότητα ζωής και η καλή του λειτουργία έχει εκτιμηθεί σε μεγάλες μελέτες, κυρίως σε αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, και έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες. Η μετάφραση και η στάθμιση του ερωτηματολογίου για τη χορήγησή του στον Ελληνικό πληθυσμό πραγματοποιήθηκε από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνεργασία με το Αιγινήτειο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο υπό την αιγίδα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και εξασφάλισε τη γλωσσική και πολιτιστική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, ενώ χρειάστηκε να προστεθούν κάποιες ερωτήσεις που αφορούν τομείς οι οποίοι παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον στη διαμόρφωση της έννοιας ποιότητας ζωής στα πολιτισμικά μας δεδομένα ^{(308) (429) (430) (431)}.

M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview)

Η M.I.N.I. είναι μια δομημένη διαγνωστική συνέντευξη η οποία αναπτύχθηκε από τους Sheehan και Lecrubier ⁽²⁹¹⁾ με σκοπό τη δημιουργία μιας βραχείας και αξιόπιστης διαγνωστικής συνέντευξης. Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες διαγνωστικές συνεντεύξεις είναι οι SCID και η CIDI, οι οποίες απαιτούν περίπου 3 ώρες για τη χορήγηση και τη βαθμολόγηση. Αντίθετα η MINI μπορεί να διεξαχθεί σε πολύ μικρότερο χρόνο (μέσος όρος $18,7 \pm 11,6$ λεπτά, διάμεσος 15 λεπτά). Η M.I.N.I. περιέχει 130 ερωτήσεις (με απαντήσεις ΝΑΙ και ΟΧΙ) που καλύπτουν 16 διαταραχές του Άξονα I του DSM-IV και μια διαταραχή προσωπικότητας. Παρομοίως με την SCID και την CIDI, η MINI οργανώνεται σε διαγνωστικά τμήματα. Για τα περισσότερα από αυτά υπάρχουν 2 με 4 ανιχνευτικές ερωτήσεις με σκοπό τον αποκλεισμό παρουσίας της διαταραχής. Θετικές απαντήσεις σε αυτές τις ερωτήσεις διερευνώνται με τις υπόλοιπες ερωτήσεις που αφορούν στην εκάστοτε διαταραχή. Όσον αφορά στην Αγγλική έκδοση της MINI έχει αναφερθεί άριστη αξιοπιστία στο χρόνο αλλά και μεταξύ συνεντευκτών καθώς και ικανοποιητική εγκυρότητα σε σχέση με την CIDI και την SCID ^{(432) (433)}. Οι τιμές Kappa για τις περισσότερες διαγνώσεις σε σχέση με την SCID ήταν 0.70 και άνω. Πέντε διαγνώσεις (επεισόδιο μανίας στο παρόν, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, επεισόδιο αγοραφοβίας στο παρόν, εξάρτηση από αλκοόλ στο παρόν και χρόνια εξάρτηση από ουσίες) είχαν τιμές Kappa μεταξύ 0.60 και 0.70. Τρεις διαγνώσεις (δυσθυμία στο παρόν, κοινωνική φοβία και ψυχωτικό επεισόδιο στο παρόν) είχαν τιμές Kappa μεταξύ 0.50 και 0.60 ενώ η εξάρτηση από ουσίες στο παρόν είχε 0.43. Πάνω από 0.70 ήταν οι τιμές Kappa και σε σχέση με την CIDI για τις περισσότερες διαγνώσεις. Τέσσερις διαγνώσεις (επεισόδιο μανίας στο παρόν και στο παρελθόν, διαταραχή

πανικού και ψυχωτική διαταραχή στο παρόν και το παρελθόν) είχαν τιμές Kappa μεταξύ 0.60 και 0.70. Τρεις διαγνώσεις (αγοραφοβία, κοινωνική φοβία και χρόνια βουλιμία) είχαν τιμές Kappa μεταξύ 0.50 και 0.60 και δύο διαγνώσεις (γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και απλή φοβία) είχαν τιμές κάτω από 0.50. Ένα πλεονέκτημα της MINI είναι η αποδοχή της από τους ασθενείς, όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία. Οι Pininnti et al. ⁽⁴³⁴⁾ στη μελέτη τους τονίζουν ότι η άποψη των ασθενών για την MINI ήταν θετική και ότι οι περισσότεροι θεώρησαν την MINI αρκετά περιεκτική που καλύπτει τα περισσότερα συμπτώματα σε ελάχιστο χρόνο. Τέλος οι συγγραφείς αναφέρουν ότι οι ασθενείς δεν ενοχλήθηκαν από τον τύπο της συνέντευξης. Η MINI έχει μεταφραστεί σε περισσότερες από 48 χώρες. Για τους σκοπούς της μελέτης μας χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση της MINI (v. 5.0.0) ⁽⁴³⁵⁾

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε
με το λογισμικό Statistical Package for the Social Sciences,
v.15 (S.P.S.S. Inc., Chicago, IL)

Για την εκτίμηση της διαγνωστικής εγκυρότητας του ερωτηματολογίου PHQ-9 εφαρμόστηκε ανάλυση Καμπύλης Λειτουργικού Χαρακτηριστικού Δέκτη (ROC analysis, Receiver Operating Characteristic curve) σχεδιάζοντας την ευαισθησία έναντι του ποσοστού των ψευδώς θετικών περιπτώσεων (1-ειδικότητα) για όλα τα πιθανά σημεία αποκοπής ως προς τις περιπτώσεις που διαγνώστηκαν με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή με το “πρότυπο αναφοράς” (gold standard), τη διαγνωστική συνέντευξη M.I.N.I., ώστε να υπολογιστεί το βέλτιστο σημείο αποκοπής ⁽⁴³⁶⁾. Το βέλτιστο σημείο αποκοπής επιλέχθηκε με βάση τον δείκτη Youden και λόγω του ότι το ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται για ανιχνευτικούς σκοπούς επιλέχθηκε εκείνο το σημείο αποκοπής με την υψηλότερη ευαισθησία και αρνητική προγνωστική αξία ⁽⁴³⁷⁾. Για τον επιπολασμό της κατάθλιψης στο δείγμα μας χρησιμοποιήθηκε η «απλή χρήση των υπό συνθήκη πιθανοτήτων» που προτείνεται από τους Pickles και συν. για τις επιδημιολογικές μελέτες 2 φάσεων ⁽⁴³⁸⁾. Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή ο συνολικός επιπολασμός (π) υπολογίζεται από την εξίσωση: $\pi = \omega\pi_1 + (1 - \omega)\pi_2$, όπου ω και $(1-\omega)$ είναι τα σχετικά μεγέθη από την πρώτη φάση, $\pi_1 =$ ο λόγος των αληθώς θετικών περιπτώσεων από τη δεύτερη φάση προς τα θετικά περιστατικά από την αρχική φάση τα οποία επιλέχθηκαν για τη δεύτερη φάση και $\pi_2 =$ ο λόγος των ψευδώς αρνητικών περιστατικών της δεύτερης φάσης προς τα αρνητικά περιστατικά από την αρχική φάση τα οποία επιλέχθηκαν για τη δεύτερη φάση. Η διαστασιακή δομή του ερωτηματολογίου ελέγχθηκε με παραγοντική ανάλυση κυρίων συνιστωσών με ορθογώνια περιστροφή και η εσωτερική συνοχή του με τον συντελεστή Cronbach alpha. Για την εκτίμηση της συγκλίνουσας εγκυρότητας, εκτιμήθηκε επίσης η ψυχιατρική συμπτωματολογία (SCL-90R), ο πόνος και ο βαθμός αναπηρίας (HAQ-DI) και το επίπεδο ποιότητας ζωής (WHOQOL-BREF) σε μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης.

Οι έλεγχοι κανονικότητας διεξήχθησαν με την χρησιμοποίηση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov. Για την αξιολόγηση των διαφορών μεταξύ των ασθενών κατά νόσο χρησιμοποιήθηκαν για τις μεν κατηγορικές μεταβλητές η ανάλυση χ^2 (chi-square), για τις δε συνεχείς μεταβλητές το t-test για ανεξάρτητα ή κατά ζεύγη δείγματα (independent samples t-test). Για την εκτίμηση των διαφορών μεταξύ των ασθενών κατά νόσο για τα συμπτώματα ψυχολογικής δυσφορίας του SCL-90-R, την αντίληψη για τη νόσο του B-IPQ και τη Σχετική με την Υγεία Ποιότητα Ζωής του WHOQOL-BREF χρησιμοποιήθηκε Ανάλυση της Διακύμανσης (Analysis Of Variance, ANOVA) και στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε Ανάλυση Συνδιακύμανσης (Analysis of

Covariance, ANCOVA) με στάθμιση σε κάθε περίπτωση ως προς τις διαφορές που προέκυψαν από την ANOVA.

Για να αξιολογηθεί εάν η σχέση της ψυχολογικής δυσφορίας και των αντιλήψεων για τη νόσο με τη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής διαφέρει ανάμεσα στα διαφορετικά ρευματολογικά νοσήματα, χρησιμοποιήθηκε Ανάλυση Ιεραρχικής Παλινδρόμησης. Καθώς έχει βρεθεί ότι τα συμπτώματα της ψυχολογικής δυσφορίας διαμεσολαβούν τη σχέση των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών με την Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής στη PA⁽³⁰⁾, ο συγκεκριμένος τομέας της ΠΖ επιλέχθηκε ως κύρια έκβαση καθώς επίσης έχει δείξει μεγαλύτερη μέση τυπική ανταπόκριση (Standardizez Response Mean) από άλλες κλίμακες που μετρούν την αναπηρία στη PA και ενδέχεται να αυξάνει τη στατιστική ισχύ στην ανίχνευση αλλαγών στους ρευματολογικούς ασθενείς⁽³³⁵⁾. Αρχικά διενεργήθηκαν μονοπαραγοντικές αναλύσεις μεταξύ των ψυχολογικών μεταβλητών και της Σχετικής με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Η επιλογή των μεταβλητών για την Ανάλυση Ιεραρχικής Παλινδρόμησης βασίστηκε στα αποτελέσματα των μονοπαραγοντικών αναλύσεων. Καθώς σε ορισμένες περιπτώσεις υπήρχαν πολλές ψυχολογικές μεταβλητές που συσχετίζονταν σε μονοπαραγοντικό επίπεδο, πραγματοποιήθηκαν ξεχωριστές προκαταρκτικές Αναλύσεις Πολλαπλής Παλινδρόμησης ώστε να καθοριστούν οι πιο σημαντικές μεταβλητές που σχετίζονται με την Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Ως εξαρτημένες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι υποκλίμακες του SCL-90-R και οι συνιστώσες του B-IPQ και ως εξαρτημένη μεταβλητή η Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής.

Στις Αναλύσεις Ιεραρχικής Παλινδρόμησης στο πρώτο βήμα εισήχθησαν οι δημογραφικές μεταβλητές, στο δεύτερο βήμα οι παράμετροι της νόσου, στο τρίτο βήμα οι συνιστώσες για την αντίληψη της νόσου και τέλος στην ανάλυση εισήχθησαν τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης. Το μέγεθος της αλλαγής του R^2 χρησιμοποιήθηκε σε κάθε βήμα για τον καθορισμό της διακύμανσης που εξηγούσε κάθε ομάδα μεταβλητών. Η συγγραμικότητα μεταξύ των ανεξάρτητων μεταβλητών ελέγχθηκε με τους συντελεστές διόγκωσης της διακύμανσης (VIF: Variance Inflation Factors) και των ανοχών για κάθε μεταβλητή. Όλες οι τιμές ανοχών ήταν μεγαλύτερες από 0.2, όριο κάτω από το οποίο ενδέχεται να υπάρχουν προβλήματα πολλαπλής συγγραμικότητας. Επίσης όλοι οι συντελεστές διόγκωσης της διακύμανσης ήταν μικρότερες του 2 υποδεικνύοντας ότι τα μοντέλα παλινδρόμησης δεν εμφάνιζαν προβλήματα πολλαπλής συγγραμικότητας.

Τέλος σε όλους τους έλεγχους που διεξήχθησαν στατιστικά σημαντικές διαφορές χαρακτηρίστηκαν αυτές για τις οποίες το p ήταν μικρότερο του 0.05.

ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ – ΘΕΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Βασική παράμετρος αλλά και προϋπόθεση επιλογής για την συμμετοχή στην έρευνα, ήταν να παρέχεται πληροφόρηση σε κάθε ασθενή για τους σκοπούς της έρευνας και να ζητείται να υπογράψει «φόρμα συγκατάθεσης» για τη συμμετοχή στην έρευνα. Στη φάση αυτή το θέμα της εμπιστευτικότητας των στοιχείων επισημαίνονταν ιδιαίτερα στους ασθενείς. Επιπλέον η έρευνα ήταν σε απόλυτη συμμόρφωση με όλες τις εθνικές και διεθνείς νομοθετικές διατάξεις, συμβάσεις και κώδικες δεοντολογίας. Τέλος οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν βασίστηκαν στους ηθικούς κανόνες δεοντολογίας που ορίζονται από την παγκόσμια επιτροπή πειραματικών ερευνών (World Medical Association Helsinki Declaration).

ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

Σε όλη τη διάρκεια της διεξαγωγής της παρούσας μελέτης παραμέναμε στη διάθεση των ασθενών για οποιαδήποτε συμβουλή ή και δυσκολία που ενδεχομένως θα αντιμετώπιζαν, ανεξαρτήτως της συμμετοχής τους στην έρευνα, τονίζοντας το σημείο ότι σκοπός μας είναι να βοηθήσουμε τον ασθενή με ρευματολογική νόσο.

Στο σημείο αυτό αξίζει να αναφέρουμε το γεγονός ότι πολλοί ασθενείς εκδήλωσαν το ενδιαφέρον τους να ενημερωθούν για τα αποτελέσματα της έρευνας όταν αυτή θα έφτανε στο τέλος της.

Ιδιαίτερη μεριμνά λαμβάνονταν για τους ασθενείς που κατέγραφαν βαθμολογία στο PHQ-9 ≥ 10 καθώς και για αυτούς που εξέφραζαν οποιασδήποτε βαρύτητας αυτοκτονικό ιδεασμό με μια επιπλέον συνάντηση εφόσον το επιθυμούσαν και παραπέμπονταν στα εξωτερικά ιατρεία της Ψυχιατρικής Κλινικής για την περαιτέρω διερεύνηση και την κατάλληλη αντιμετώπιση (ψυχοθεραπεία, αντικαταθλιπτική αγωγή).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στο τελικό δείγμα περιελήφθησαν 572 των οποίων τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στους πίνακες 1 και 2. Η μέση ηλικία των ασθενών του δείγματος ήταν 51.32 έτη ($SD \pm 14.17$). Οι περισσότεροι ασθενείς ήταν γυναίκες (71.7%) και η μέση διάρκεια της νόσου ήταν 12.02 έτη ($SD \pm 9.62$).

Πίνακας 1. Φύλο ασθενών

	N	%
ΦΥΛΟ		
Άνδρας	162	28.3
Γυναίκα	410	71.7

Πίνακας 2. Ηλικία και Διάρκεια Νόσου

	Mean	SD
ΗΛΙΚΙΑ	51.32	14.17
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΟΥ	12.02	9.62
Εύρος	1-50	
Median	10.00	

Τα γενικά δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος παρουσιάζονται στον πίνακα 3. Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν έγγαμοι (76%). Επαγγελματικά το μεγαλύτερο ποσοστό ασχολούνταν με τα οικιακά (36.2%) πιθανώς λόγω και του μεγαλύτερου ποσοστού γυναικών στο δείγμα, με κάποια άλλη απασχόληση το 13.1% και δημόσιοι υπάλληλοι το 12.1%. Τέλος όσον αφορά στην εργασία ένα ποσοστό 4.4% ήταν άνεργοι. Εκπαιδευτικά, το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος ήταν απόφοιτοι Δημοτικού (34.8%) και ακολουθούσαν οι απόφοιτοι Λυκείου (22.7%). Τέλος η πλειονότητα διέμενε σε αγροτικές (42.1%) και σε αστικές περιοχές (37.6%).

Πίνακας 3. Γενικά Δημογραφικά Στοιχεία

	N	%
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ		
Έγγαμος	435	76
Άγαμος	70	12.2
Συζεί	7	1.2
Διαζευγμένος	19	3.3
Χήρος	31	5.4
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ		
Αναλφάβητος	12	2.1
Μερικές τάξεις του Δημοτικού	55	9.6
Απόφοιτος Δημοτικού	199	34.8
Απόφοιτος Γυμνασίου	58	10.1
Απόφοιτος Λυκείου	130	22.7
Φοιτητής ΤΕΙ	2	0.3
Φοιτητής ΑΕΙ	8	1.4
Απόφοιτος ΤΕΙ	46	8.0
Απόφοιτος ΑΕΙ	56	9.8
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ		
Άνεργος	25	4.4
Οικιακά	207	36.2
Εργάτης	14	2.4
Αγρότης	59	10.3
Αυτοαπασχολούμενος	67	11.7
Ιδιωτικός Υπάλληλος	47	8.2
Δημόσιος Υπάλληλος	69	12.1
Άλλο	75	13.1
ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ		
Χωριό	241	42.1
Έως 10000	68	11.9
Έως 150000	215	37.6
Άνω των 150000	42	7.3

Όσον αφορά στο ρευματολογικό ιστορικό του δείγματος, κατά σειρά συχνότητας τα ρευματικά νοσήματα που εμφάνιζαν οι ασθενείς ήταν η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα (N=199, 34.8%), η Ψωριασική Αρθρίτιδα (N=83, 14.5%), ο Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος (N=75, 13.1%),

το σύνδρομο Sjögren (N=57, 10.0%), η Αγκυλοποιητική Σπονδυλαρθρίτιδα (N=55, 9.6%) και το Σκληρόδερμα (N=29, 5.1%). Τέλος, σε μικρότερα ποσοστά εμφανίζονταν άλλα ρευματικά νοσήματα τα οποία παρατίθενται στον πίνακα 4. Επίσης η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών εμφάνισε τη νόσο στην ενήλικη ζωή (70.6%).

Πίνακας 4. Ρευματολογική Νόσος και Φαρμακευτική αγωγή

	N	%
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΝΟΣΟΣ		
Ρευματοειδής Αρθρίτιδα	199	34.8
Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος	75	13.1
Σκληρόδερμα	29	5.1
Αγκυλοποιητική Σπονδυλαρθρίτιδα	55	9.6
Ψωριασική Αρθρίτιδα	83	14.5
Σύνδρομο Sjogren	57	10.0
Οροαρνητική Αρθρίτιδα	15	2.6
Αγγειίτιδα	16	2.8
Μυοσίτιδα	9	1.6
Ρευματική Πολυμυαλγία	9	1.6
Μικτή Νόσος Συνδετικού Ιστού	15	2.6
Ανιψωσφολιπιδικό Σύνδρομο	2	0.3
Νόσος Still	5	0.9
Πολυχονδρίτιδα	2	0.3
Εντεροπαθητική Αρθρίτιδα	1	0.2
ΈΝΑΡΞΗ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ		
Στη παιδική ή εφηβική ηλικία	44	7.7
Στην ενήλικη ζωή	404	70.6
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ		
Γενικά (DMARD's {πχ Αζαθειοπρίνη, Μεθοτρεξάτη} και Κορτικοστεροειδή)	412	72.0
Βιολογικοί Παράγοντες (πχ Ινφλιξιμάμπη, Ετανερσέπτη)	135	23.6

Στους πίνακες 5-10 παρουσιάζεται το ψυχολογικό ιστορικό και προφίλ του δείγματος με βάση τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν.

Ποσοστό ίσο με 19.1% έχει επισκεφθεί ψυχίατρο και ποσοστό 6.8% κατά τη διάρκεια της μελέτης λάμβανε κάποια αντικαταθλιπτική αγωγή. Τέλος ένα ποσοστό 15.6% θεωρούσε ότι ψυχολογικά δεν λειτουργεί ικανοποιητικά (Πίνακας 5).

Πίνακας 5. Ψυχολογικό Ιστορικό

	N	%
ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ		
Δεν λειτουργεί ικανοποιητικά	89	15.6
Λειτουργεί ικανοποιητικά	448	78.3
ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΨΥΧΙΑΤΡΟ		
Δεν έχει επισκεφθεί	455	79.5
Έχει επισκεφθεί	109	19.1
ΛΗΨΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ		
Δεν παίρνει	522	91.3
Παίρνει	39	6.8

Όσον αφορά στο ψυχολογικό προφίλ όπως αυτό διαμορφώθηκε από τις απαντήσεις των αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων φαίνεται ότι τα βασικά ψυχοπαθολογικά σημεία του δείγματος αφορούν κυρίως στον ύπνο καθώς τα σκορ στις απαντήσεις του SCL-90-R αναφορικά με τον ύπνο ήταν τα υψηλότερα. Υψηλά σκορ επίσης εμφάνιζαν και τα συμπτώματα της σωματοποίησης και της κατάθλιψης (Πίνακας 6).

Πίνακας 6. Ψυχοπαθολογικά συμπτώματα (Ερωτηματολόγιο SCL-90R)

	MEAN	SD
Σωματοποίηση	0.89	0.72
Ψυχαναγκαστικότητα- Καταναγκαστικότητα	0.71	0.70
Διαπροσωπική ευαισθησία	0.69	0.57
Κατάθλιψη	0.87	0.68
Άγχος	0.53	0.58
Επιθετικότητα	0.54	0.62
Φοβικό άγχος	0.28	0.45
Παρανοειδής ιδεασμός	0.73	0.70
Ψυχωτισμός	0.31	0.42
Αύξηση όρεξης	0.17	0.54
Μείωση όρεξης	0.61	1.01
Επέλευση ύπνου	0.91	1.19
Αφύπνιση	0.99	1.21
Ανήσυχος ύπνος	1.18	1.25
Σκέψεις θανάτου	0.42	0.86
Αισθήματα ενοχής	0.42	0.83
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων	0.64	0.50

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι των απαντήσεων σε ολόκληρο το δείγμα σχετικά με τις διάφορες παραμέτρους της Ποιότητας Ζωής (Πίνακας 7).

Πίνακας 7. Ποιότητα Ζωής (Ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF)

	MEAN	SD
Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής	61.05	19.41
Σχετική με την Ψυχική Υγεία Ποιότητα Ζωής	65.19	17.69
Σχετική με τις Κοινωνικές Σχέσεις Ποιότητα Ζωής	60.85	21.54
Σχετική με το Περιβάλλον Ποιότητα Ζωής	62.93	15.72

Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι των απαντήσεων που αφορούν στην αναπηρία όπως αυτοί προέκυψαν από τις απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο HAQ-DI.

Πίνακας 8. Κλινικά Χαρακτηριστικά της Νόσου (Ερωτηματολόγιο HAQ)

	MEAN	SD
Αναπηρία	0.53	0.62
Πόνος	0.88	0.87
Συνολική Αξιολόγηση	0.95	0.86

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον στη παρούσα μελέτη είχαν τα αποτελέσματα για την αντίληψη της νόσου. Το δείγμα φαίνεται να είχε πολύ καλή ενημέρωση για τη νόσο καθώς τα υψηλότερα σκορ εμφανίστηκαν στο ερώτημα για τη χρονιότητα της ασθένειας αλλά και στο ερώτημα για το βαθμό που κατανοούν τη νόσο (Πίνακας 9). Τέλος ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών (39.7%) θεωρούσε ότι η νόσος οφείλεται σε ψυχολογικούς παράγοντες (Πίνακας 10).

Πίνακας 9. Αντίληψη για τη Νόσο (Ερωτηματολόγιο BIPQ)

	MEAN	SD
Συνέπειες	5.53	3.22
Χρονική Διάρκεια	8.73	2.52
Προσωπικός έλεγχος	6.70	2.90
Θεραπευτικός έλεγχος	7.83	2.61
Ταυτότητα	5.26	2.99
Ανησυχία	5.71	3.49
Κατανόηση της νόσου	7.37	2.75
Συναισθηματικός αντίκτυπος	5.85	3.49
Συνολική Βαθμολογία	38.90	13.93

Πίνακας 10. Αιτιολογική πεποίθηση για τη νόσο (Αιτιολογική ερώτηση BIPQ)

	N	%
Ψυχολογικοί παράγοντες	227	39.7
Παράγοντες κινδύνου	102	17.8
Ανοσολογικοί	25	4.4
Τύχη	8	1.4

Όσον αφορά στο PHQ-9, το βασικό ερευνητικό εργαλείο της παρούσας μελέτης, χρησιμοποιώντας τον κατηγορικό αλγόριθμο βρέθηκε ότι ποσοστό 11.7% του δείγματος εμφάνιζε Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή (Πίνακας 11). Χρησιμοποιώντας τον αλγόριθμο εκτίμησης της βαρύτητας της κατάθλιψης (Πίνακας 12) το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (38.5%) εμφάνιζε “ελάχιστη κατάθλιψη” (PHQ-9=1-4).

Πίνακας 11. Διάγνωση κατάθλιψης (Κατηγορικός Αλγόριθμος PHQ-9)

	N	%
Μείζων καταθλιπτική διαταραχή	67	11.7
Άλλη καταθλιπτική διαταραχή	117	20.5
Χωρίς κατάθλιψη	386	67.5

Πίνακας 12. Βαρύτητα κατάθλιψης (Συνολική βαθμολογία PHQ-9)

	ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ PHQ-9	N	%
Χωρίς κατάθλιψη	0	54	9.4
Ελάχιστη κατάθλιψη	1-4	220	38.5
Ήπια κατάθλιψη	5-9	157	27.4
Μέτρια κατάθλιψη	10-14	101	17.7
Μετρίως σοβαρή κατάθλιψη	15-19	30	5.2
Σοβαρή κατάθλιψη	20-27	8	1.4

Τα πιο υψηλά σκορ στις μεμονωμένες ερωτήσεις του PHQ-9 εμφανίστηκαν στις ερωτήσεις που αφορούσαν στη μειωμένη ενέργεια, πιθανώς λόγω και της συμμετοχής των αρθρώσεων στα συμπτώματα, αλλά και στη καταθλιπτική διάθεση (Πίνακας 13). Όσον αφορά στον αυτοκτονικό ιδεασμό ποσοστό 0.7% (N=4) ανέφερε αυτοκτονικές σκέψεις σχεδόν καθημερινά ενώ ποσοστό 3.8% (N=22) τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας. (Πίνακας 14).

Πίνακας 13. Μέσες τιμές στις ερωτήσεις του PHQ-9 (max=3)

	MEAN	SD
Συνολική βαθμολογία (max=27)	5.95	5.02
Ανηδονία	0.84	0.98
Καταθλιπτική διάθεση	1.03	1.02
Διαταραχές ύπνου	0.86	1.05
Μειωμένη ενέργεια	1.07	0.97
Διαταραχές όρεξης	0.46	0.81
Αισθήματα αναξιότητας	0.65	0.91
Διαταραχές συγκέντρωσης	0.42	0.75
Ψυχοκινητική διέγερση/επιβράδυνση	0.44	0.79
Αυτοκτονικός ιδεασμός	0.19	0.52

Πίνακας 14. Συχνότητα αυτοκτονικών σκέψεων σύμφωνα με το PHQ-9

	N	%
Καθόλου	492	86.0
Αρκετές ημέρες	51	8.9
Περισσότερες από τις μισές ημέρες	22	3.8
Σχεδόν καθημερινά	4	0.7

Αναφορικά με τις διαγνώσεις που προέκυψαν από την δομημένη διαγνωστική συνέντευξη M.I.N.I., το μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνιζε Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή (32.4%) και ακολουθούσαν οι Αγχώδεις Διαταραχές, με την Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή σε ποσοστό 9.3% και την Διαταραχή Πανικού με ποσοστό 6.4% (Πίνακας 15).

Πίνακας 15. Διαγνώσεις σύμφωνα με την MINI

ΔΙΑΓΝΩΣΗ	N	%
Μείζων καταθλιπτική διαταραχή	69	32.4
Δυσθυμία	9	4.4
Μανιακό επεισόδιο	0	
Υπομανιακό επεισόδιο	0	
Διαταραχή πανικού	13	6.4
Αγοραφοβία	6	2.9
Κοινωνική φοβία	1	0.5
Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή	1	0.5
Μετατραυματική διαταραχή	1	0.5
Εξάρτηση από αλκοόλ	0	
Εξάρτηση από ουσίες	0	
Ψύχωση	0	
Ψυχογενής ανορεξία	0	
Ψυχογενής βουλιμία	0	
Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή	19	9.3
Αυτοκτονικός Ιδεασμός	13	6.4
Κίνδυνος Αυτοκτονίας		
Μέτριος	11	5.4
Υψηλός	2	1.0

2. ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ PHQ-9

Στη μελέτη στάθμισης του ερωτηματολογίου PHQ-9 συμμετείχαν 475 ασθενείς και συνολικά πραγματοποιήθηκαν 213 διαγνωστικές συνεντεύξεις. Από τους 475 ασθενείς, οι 134 (28.2%) είχαν βαθμολογία στο PHQ-9 ≥ 9 και χαρακτηρίστηκαν ως «περιστατικά με υψηλό σκορ». Οι 85 από αυτούς προσεγγίστηκαν για συμμετοχή στη 2η φάση με τη χρήση της διαγνωστικής συνέντευξης M.I.N.I.. Το 68.2% (N=58) αυτών διαγνώστηκαν με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή (ΜΚΔ) σύμφωνα με την M.I.N.I.. Από τους 128 ασθενείς «με χαμηλό σκορ» (PHQ-9<9), στους οποίους πραγματοποιήθηκε διαγνωστική συνέντευξη, οι 11 (8.6%) πληρούσαν τα κριτήρια για Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή σύμφωνα με την M.I.N.I.. Από τους συνολικά 213 ασθενείς που προσεγγίστηκαν για τη διαγνωστική συνέντευξη δεν αρνήθηκε κανείς τη συμμετοχή του σε αυτή τη 2^η φάση. Συνολικά 69 άτομα (32.4%) διαγνώστηκαν με ΜΚΔ με τη διαγνωστική συνέντευξη M.I.N.I.. Βασιζόμενοι στην αναλογία των ασθενών που διαγνώστηκαν με ΜΚΔ, ο επιπολασμός της ΜΚΔ στο συνολικό δείγμα χρησιμοποιώντας τη μέθοδο των Pickles και συν. ⁽⁴³⁸⁾ υπολογίστηκε στο 25.4% (95% CI: 17.8-33.0%).

Στον πίνακα 16 παρουσιάζονται οι διαγνώσεις των ασθενών, ο αριθμός και τα εκατοστιαία ποσοστά ανάλογα με τη νόσο των ασθενών που συμμετείχαν στη 2η φάση.

Πίνακας 16. Διαγνώσεις, αριθμός ασθενών και ποσοστό ασθενών αναλόγως της νόσου που πραγματοποιήθηκε συνέντευξη

ΝΟΣΟΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ N=475, %	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ 2ΗΣ ΦΑΣΗΣ. (ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ) N=213, %	ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΑΝΑΛΟΓΩΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ (%)
Ρευματοειδής Αρθρίτιδα	166 (34.9%)	67 (31.5%)	40.4%
Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος	62 (13.1%)	27 (12.7%)	43.5%
Οροαρνητικές Σπονδυλαρθρίτιδες	130 (27.3%)	51 (23.9%)	39.2%
Αγκυλοποιητική Σπονδυλαρθρίτιδα	49 (10.3%)	14 (6.6%)	28.6%
Ψωριασική Αρθρίτιδα	69 (14.5%)	31 (14.5%)	44.9%
Άλλες οροαρνητικές	12 (2.5%)	6 (2.8%)	50.0%
Σύνδρομο Sjogren	47 (9.9%)	30 (14.1%)	63.8%
Σκληρόδερμα	25 (5.3%)	15 (7.0%)	60.0%
Άλλη	45 (9.5%)	23 (10.8%)	51.1%
Αγγειίτιδα	13 (2.7%)	9 (4.2%)	69.2%
Μυοσίτιδα	6 (1.3%)	1 (0.5%)	16.7%
Ρευματική Πολυμυαλγία	6 (1.3%)	2 (0.9%)	33.3%

ΝΟΣΟΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΔΕΙΓΜΑ N=475, %	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ 2ΗΣ ΦΑΣΗΣ. (ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ) N=213, %	ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΑΝΑΛΟΓΩΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ (%)
Μικτή Νόσος Συνδετικού Ιστού	12 (2.5%)	6 (2.8%)	50.0%
Αντιφωσφολιπιδικό Σύνδρομο	2 (0.4%)	1 (0.5%)	50.0%
Νόσος Still	4 (0.8%)	3 (1.4%)	75.0%
Πολυχονδρίτιδα	2 (0.4%)	1 (0.5%)	50.0%

Στον πίνακα 17 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά του συνολικού δείγματος, τα χαρακτηριστικά του δείγματος που συμμετείχε στη 2^η φάση και η κατανομή τους αναλόγως της διάγνωσης καθώς και οι διαφορές τους. Οι ασθενείς με ΜΚΔ σύμφωνα με την Μ.Ι.Ν.Ι. είχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς ΜΚΔ σε όλες τις υπό αξιολόγηση μεταβλητές. Οι διαφορές στο σκορ του PHQ-9, στη διάσταση της κατάθλιψης του SCL-90-R, στην αναπηρία του HAQ και στη Σχετική με τη Σωματική Υγεία, την Ψυχική Υγεία και τις Κοινωνικές Σχέσεις Ποιότητα Ζωής ήταν στατιστικώς σημαντικές στο επίπεδο του 0.001. Μικρότερη διαφορά εμφάνιζαν οι δυο ομάδες, ωστόσο παρέμενε στατιστικώς σημαντική στη Σχετική με το Περιβάλλον Ποιότητα Ζωής.

Πίνακας 17. Χαρακτηριστικά του συνολικού δείγματος, του δείγματος της 2ης φάσης και οι διαφορές μεταξύ των ασθενών με ΜΚΔ και χωρίς ΜΚΔ σύμφωνα με τη MINI

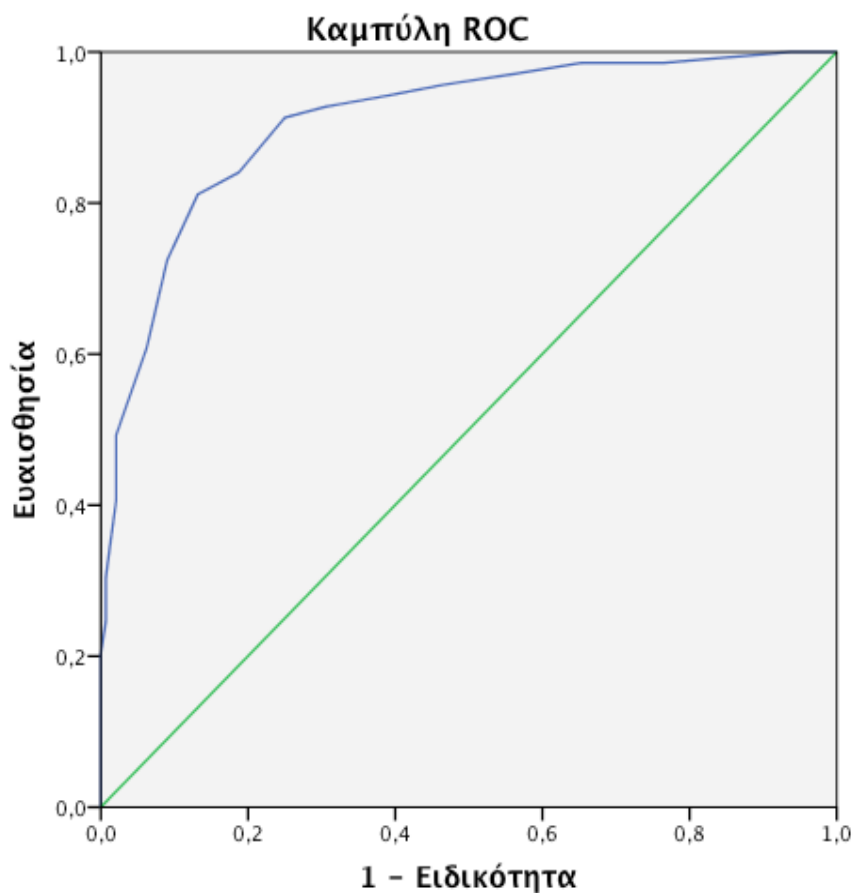
	ΣΥΝΟΛΟ (N=475)	ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ (N=213)	ΜΚΔ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗ ΜΙΝΙ		p (ΜΚΔ VS ΜΗ ΜΚΔ)
			ΟΧΙ (N=144)	ΝΑΙ (N=69)	
Ηλικία (mean ± SD)	50.9 ± 13.5	54.2 ± 13.5	53.4 ± 14.4	55.7 ± 11.46	0.246
Φύλο (N, %)					
Γυναίκα	337 (70.9)	162 (76.1)	101 (70.1)	61 (88.4)	0.003
Άνδρας	138 (29.1)	51 (23.9)	43 (29.9)	8 (11.6)	
Εκπαίδευση (N, %)					
Υποχρεωτική (9 έτη)	261 (54.9)	138 (64.8)	91 (63.2)	47 (68.1)	0.375
Λύκειο (12 έτη)	111 (23.4)	42 (19.7)	32 (22.2)	10 (14.5)	
ΤΕΙ/ΑΕΙ	96 (20.2)	32 (15.0)	20 (13.9)	12 (17.4)	
Οικογενειακή κατάσταση (N, %)					
Άγαμος	59 (12.4)	18 (8.5)	12 (8.3)	6 (8.7)	0.153
Έγγαμος/Συζεί	366 (77.1)	173 (81.2)	120 (83.3)	53 (76.8)	
Διαζευγμένος/Χήρος	39 (8.2)	19 (8.9)	9 (6.2)	10 (14.5)	
Διάρκεια Νόσου (έτη, mean ± SD)	11.9 ± 9.6	12.2 ± 9.2	11.2 ± 8.9	14.2 ± 9.5	0.043
PHQ-9 (median, IQR)	5 (2-9)	7 (3-11)	4 (2-7.75)	12 (10-15.5)	<0.001

	ΣΥΝΟΛΟ (N=475)	ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ (N=213)	ΜΚΔ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗ ΜΙΝΙ		p (ΜΚΔ VS ΜΗ ΜΚΔ)
			ΟΧΙ (N=144)	ΝΑΙ (N=69)	
SCL-90R Κατάθλιψη (mean ± SD)	0.87 ± 0.69	0.99 ± 0.70	0.70 ± 0.48	1.60 ± 0.69	<0.001
HAQ-DI ^d (mean ± SD)	0.63 ± 0.76	0.77 ± 0.81	0.52 ± 0.64	1.29 ± 0.87	<0.001
Σωματική ΠΖ (mean ± SD)	60.9 ± 19.9	57.3 ± 19.5	62.6 ± 17.7	46.3 ± 18.3	<0.001
Ψυχική ΠΖ (mean ± SD)	63.2 ± 21.0	62.3 ± 20.9	69.2 ± 18.3	48.1 ± 19.2	<0.001
Κοινωνικές Σχέσεις ΠΖ (mean ± SD)	59.4 ± 26.4	56.9 ± 25.7	62.7 ± 24.4	44.9 ± 24.1	<0.001
Περιβάλλον ΠΖ (mean ± SD)	60.9 ± 21.5	64.2 ± 21.1	66.3 ± 20.2	59.9 ± 22.4	0.037

IQR: Interquartile Range

Ανάλυση Διακριτικής Ικανότητας (Diagnostic Accuracy) του PHQ-9

Η καμπύλη ROC έδειξε ότι το PHQ-9 διαθέτει πολύ καλή ικανότητα να διακρίνει τους ασθενείς με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή με την περιοχή κάτω από την καμπύλη (AUC: Area Under Curve) να είναι 0.91 (SEM 0.02, 95% CI 0.86-0.94).



Η ευαισθησία και η ειδικότητα για τα διάφορα σημεία αποκοπής παρουσιάζονται στον πίνακα 18. Στο σημείο αποκοπής ≥ 9 που χρησιμοποιήθηκε στην αρχική φάση για την διάκριση των ασθενών με υψηλό και χαμηλό σκορ ώστε να συμμετάσχουν στη 2^η φάση, η ευαισθησία ήταν 84.1% και η ειδικότητα 81.2%. Στο σημείο αποκοπής ≥ 10 η ευαισθησία και η ειδικότητα ήταν 81.2% και 86.8% ενώ στο σημείο αποκοπής ≥ 11 ήταν 72.4% και 91.0% αντίστοιχα. Με βάση τον Youden Index ⁽⁴³⁷⁾, το βέλτιστο σημείο αποκοπής είναι το 10, σημείο στο οποίο το ερωτηματολόγιο μπορεί να διακρίνει το 81.2% των αληθώς θετικών περιστατικών και το 86.8% των αληθώς αρνητικών. Επίσης, στον πίνακα 18 παρουσιάζονται και οι τιμές ευαισθησίας και ειδικότητας του κατηγορικού αλγόριθμου του RHQ-9. Όπως φαίνεται η ειδικότητα του ήταν υψηλή (95.1%), ωστόσο η ευαισθησία ήταν μόνο 52.2%, τιμές που αντιστοιχούν περίπου στα σημεία αποκοπής 12 και 13.

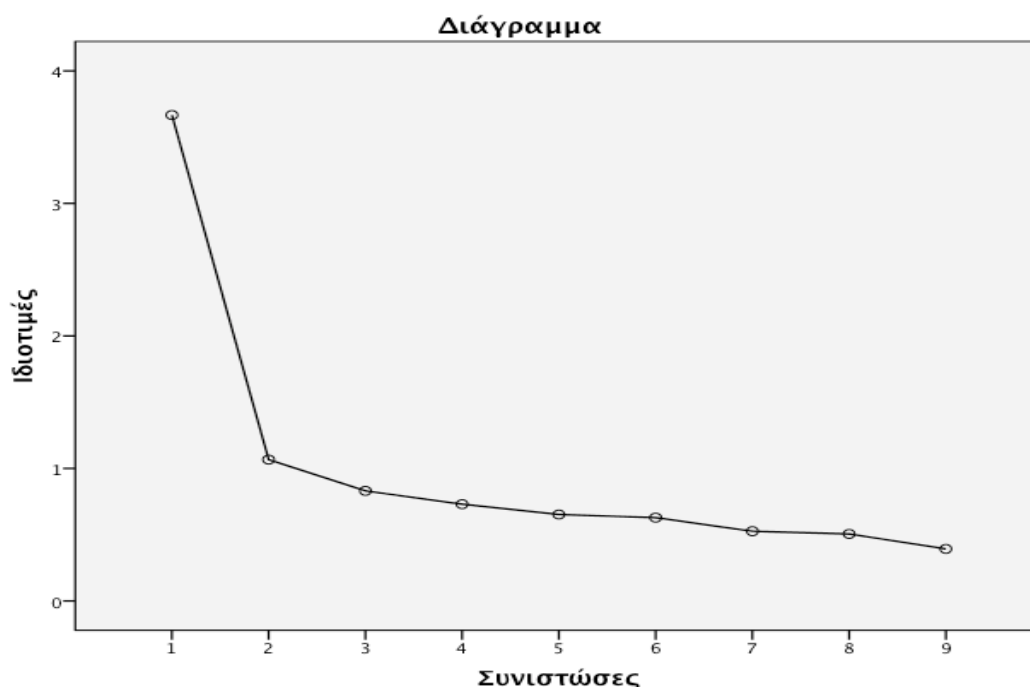
Πίνακας 18. Κατανομή της ΜΚΔ, ευαισθησία, ειδικότητα, προγνωστικές αξίες και λόγοι πιθανοτήτων για διάφορα σημεία αποκοπής του RHQ-9

ΣΗΜΕΙΟ ΑΠΟΚΟΠΗΣ	ΜΚΔ (MINI)	ΨΕΥΔΩΣ ΘΕΤΙΚΑ	ΨΕΥΔΩΣ ΑΡΝΗΤΙΚΑ	ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ (95% CI)	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ (95% CI)	+LR (95% CI)	-LR (95% CI)	PPV (95% CI)	NPV (95% CI)
4	1		3	97.1 (89.9-99.6)	43.7 (35.5-52.3)	1.73 (1.4-2.1)	0.07 (0.02-0.3)	45.3 (37.1-53.7)	96.9 (89.3-99.6)
5	1		4	95.6 (87.8-99.1)	53.5 (45.0-61.8)	2.06 (1.8-2.4)	0.08 (0.03-0.2)	49.6 (40.8-58.4)	96.2 (89.4-99.2)
6	1		5	94.2 (85.8-98.4)	61.1 (52.6-69.1)	2.42 (2.1-2.8)	0.09 (0.04-0.3)	53.7 (44.4-62.8)	95.7 (89.2-98.8)
7	1		6	92.7 (83.9-97.6)	69.4 (61.2-76.8)	3.04 (2.7-3.4)	0.10 (0.04-0.3)	59.3 (49.4-68.6)	95.2 (89.2-98.4)
8	5		11	91.3 (82.0-96.7)	75.0 (67.1-81.8)	3.65 (3.2-4.1)	0.12 (0.05-0.3)	63.6 (53.4-73.1)	94.7 (88.9-98.0)
9	2		13	84.1 (73.3-91.8)	81.2 (73.9-87.3)	4.48 (3.9-5.1)	0.20 (0.1-0.4)	68.2 (57.2-77.9)	91.4 (85.1-95.6)
10	6	19		81.2 (69.9-89.6)	86.1 (80.2-91.9)	6.15 (5.4-7.0)	0.22 (0.1-0.4)	74.7 (63.3-84.0)	90.6 (84.4-94.9)
11	8	13		72.4 (60.4-82.5)	91.0 (85.1-95.1)	8.03 (6.9-9.4)	0.30 (0.2-0.6)	79.4 (67.3-88.5)	87.3 (80.9-92.2)
12	8	9		60.9 (48.4-72.4)	93.7 (88.5-97.1)	9.74 (8.0-11.8)	0.42 (0.2-0.8)	82.4 (69.1-91.6)	83.3 (76.7-88.7)
13	6	3		49.3 (37.0-61.6)	97.9 (94.0-99.6)	23.65 (18.6-30.1)	0.52 (0.2-1.6)	91.9 (78.1-98.3)	80.1 (73.4-85.7)
14	7			40.6 (28.9-53.1)	97.9 (94.0-99.6)	19.48 (14.6-25.9)	0.61 (0.2-1.9)	90.3 (74.2-98.0)	77.5 (70.7-83.3)
15	4			30.4 (19.9-42.7)	99.3 (96.2-100.0)	43.83 (30.7-62.6)	0.70 (0.10-5.0)	95.5 (76.5-99.9)	74.9 (68.1-80.9)
16	3			24.6 (15.1-36.5)	99.3 (96.2-100.0)	35.48 (23.5-53.6)	0.76 (0.1-5.4)	94.4 (71.8-99.9)	73.3 (66.5-79.4)
RHQ-9 Αλγόριθμος	43			52.2 (40.6 – 63.5)	95.1 (90.3 – 97.6)	10.73 (5.03-22.9)	0.50 (0.4-0.6)	83.7 (70.0-91.9)	80.6 (74.1-85.8)

*+LR=Θετικός Λόγος Πιθανοτήτων, -LR=Αρνητικός Λόγος Πιθανοτήτων, PPV=Θετική Προγνωστική Αξία, NPV=Αρνητική Προγνωστική Αξία CI: Διάστημα Εμπιστοσύνης

Παραγοντική Ανάλυση και έλεγχος εσωτερικής συνοχής του PHQ-9

Ο έλεγχος της Συνολικής Δειγματικής Καταλληλότητας στην Ανάλυση Κύριων Συνιστωσών με Ορθογώνια Περιστροφή (Principal Components Analysis with Varimax Rotation) έδειξε ότι το μέτρο Kaiser-Mayer-Olkin ήταν ίσο με 0.870. Το Bartlett's test για τον έλεγχο της σφαιρικότητας ήταν σημαντικό ($\chi^2 = 1,108.2$, 36df, $p < 0.0005$). Η αξιολόγηση του διαγράμματος και των αντίστοιχων ιδιοτιμών έδειξε μια μεγάλη πρώτη συνιστώσα ακολουθούμενη από μικρές ιδιοτιμές υποστηρίζοντας έτσι την μονοδιάστατη δομή του ερωτηματολογίου. Η εσωτερική συνοχή του ερωτηματολογίου ήταν καλή καθώς ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν ίσος με 0.82. Όλες οι φορτίσεις παραγόντων των μεταβλητών ήταν πολύ σημαντικές με εύρος 0.51-0.77.



Συγκλίνουσα εγκυρότητα και συσχετίσεις με την Αναπηρία και την Ποιότητα Ζωής

Το συνολικό σκορ του PHQ-9 συσχετίστηκε σε σημαντικό βαθμό με όλες τις υποκλίμακες του SCL-90-R, με την ισχυρότερη συσχέτισή του να είναι αυτή με την υποκλίμακα της κατάθλιψης ($r=0.736$, $p < 0.001$) και αμέσως μετά με αυτή της σωματοποίησης (Πίνακας 19). Επίσης σημαντική ήταν η συσχέτιση του με όλες τις συνιστώσες της Ποιότητας Ζωής του WHOQOL-BREF και πιο ισχυρά με την σχετική με την ψυχική υγεία Ποιότητα Ζωής ($r=0.736$, $p < 0.001$). Τέλος στατιστικώς σημαντική συσχέτιση εμφάνισε και με τον πόνο ($r=0.454$, $p < 0.001$) αλλά και με τον δείκτη αναπηρίας του HAQ ($r=0.493$, $p < 0.001$). Στον πίνακα 19 φαίνονται οι συσχετίσεις του PHQ-9 με τις υποκλίμακες του SCL-90-R, του WHOQOL-BREF καθώς και με τον πόνο και την αναπηρία του HAQ.

Πίνακας 19 Συσχετίσεις του PHQ-9 με το SCL-90 R, το WHOQOL-BREF, το HAQ και τον πόνο

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ SCL-90R	r	p
Κατάθλιψη	0.736	<0.001
Σωματοποίηση	0.627	<0.001
Αγχος	0.545	<0.001
Ψυχαναγκαστικότητα	0.547	<0.001
Διαπροσωπική Ευαισθησία	0.475	<0.001
Επιθετικότητα	0.351	<0.001
Φοβικό άγχος	0.312	<0.001
Παρανοειδής ιδεσμός	0.406	<0.001
Ψυχωτισμός	0.354	<0.001
ΣΥΝΙΣΤΩΣΕΣ WHOQOL-BREF		
Σωματική Υγεία	-0.571	<0.001
Ψυχική Υγεία	-0.526	<0.001
Κοινωνικές Σχέσεις	-0.380	<0.001
Περιβάλλον	-0.205	<0.001
ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ HAQ		
	0.493	<0.001
ΠΟΝΟΣ (VAS)		
	0.454	<0.001

*r= Συντελεστής Pearson

3. ΑΓΧΟΣ, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Χαρακτηριστικά των ασθενών με Ψωριασική και Ρευματοειδή Αρθρίτιδα

Οι ασθενείς με PA ήταν στην πλειονότητα τους γυναίκες (N=164, 82.4%) και η μέση ηλικία τους ήταν 55.2 έτη (SD=13.7). Από τους ασθενείς με Ψωριασική Αρθρίτιδα οι 41 (49.4%) είχαν ολιγοαρθρίτιδα, οι 30 (36.1%) πολυαρθρίτιδα και οι 6 (7.2%) σπονδυλαρθρίτιδα. Κανείς ασθενής δεν είχε αρθρίτιδα άπω μεσοφαλαγγικών αρθρώσεων ή ακρωτηριαστική αρθρίτιδα. Η συννοσηρότητα τόσο στην ΨΑ όσο και στη PA κυμαίνονταν σε πολύ χαμηλά επίπεδα (2.4% και 2.5% αντίστοιχα). Οι ασθενείς με ΨΑ ήταν νεότεροι (48.9 ± 12.4 έναντι 55.2 ± 13.7 έτη, $p<0.001$), είχαν παρακολουθήσει περισσότερα έτη εκπαίδευσης (9.6 ± 3.7 έναντι 7.9 ± 4.3 , $p<0.05$) και η αναλογία των ανδρών ασθενών ήταν υψηλότερη σε σχέση με τους ασθενείς με PA (53% έναντι 17.6%, $p<0.001$). Επιπλέον οι ασθενείς με ΨΑ είχαν μικρότερη διάρκεια νόσου (9.2 ± 7.8 έναντι 13.7 ± 10.5 , $p<0.001$), ωστόσο η ένταση του αυτοαναφερόμενου πόνου δεν διέφερε μεταξύ των δυο ομάδων ($p=0.489$). Τέλος οι δυο ομάδες εμφάνιζαν διάφορες και στη φαρμακευτική θεραπεία όσον αφορά στους βιολογικούς παράγοντες και τα αντικαταθλιπτικά. Μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών με ΨΑ σε σχέση με τους ασθενείς με PA λάμβανε βιολογικούς παράγοντες (39.7% και 22.6% αντίστοιχα, $p=0.003$). Το αντίθετο συνέβαινε για τα αντικαταθλιπτικά (ΨΑ=2.4% και PA=8.5%, $p=0.05$). Λαμβάνοντας υπόψη τις παραπάνω διαφορές όλες οι αναλύσεις για τις διαφορές μεταξύ των δυο νοσημάτων έγιναν σταθμίζοντας προς την ηλικία, το φύλο, την εκπαίδευση, τη διάρκεια της νόσου και τη φαρμακευτική αγωγή.

Πίνακας 20. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά και αιτιολογική αντίληψη για τη νόσο των ασθενών με Ψωριασική Αρθρίτιδα και με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα

	ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (N=83)	ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (N=199)	d	p
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ				
Ηλικία [mean $\pm$ SD]	48.9 ± 12.4	55.2 ± 13.7	-0.472	<0.001 ⁽¹⁾
Έτη εκπαίδευσης (mean $\pm$ SD)	9.6 ± 3.7	7.9 ± 4.3	0.411	<0.05 ⁽¹⁾
Φύλο (Γυναίκες) N (%)	39 (47.0%)	164 (82.4%)	-0.917	<0.001 ⁽²⁾
Διαζύγιο/Χηρεία/Διάσπαση, N (%)	10 (12.2%)	19 (9.7%)	0.143	0.526 ⁽²⁾
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ				
Διάρκεια Νόσου (έτη) [mean $\pm$ SD] [median]	9.2 ± 7.8 6.0	13.7 ± 10.5 11.0	-0.460	<0.001 ⁽¹⁾ -

	ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (N=83)	ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (N=199)	d	p
ΨΑ – Ολιγοαρθρίδα	41 (49.4%)	-		-
ΨΑ – Πολυαρθρίδα	30 (36.1%)	-		-
ΨΑ – Σπονδυλαρθρίδα	6 (7.2%)	-		-
ΨΑ – PASI σκορ [mean±SD]	1.77 ± 2.14	-		-
ΨΑ – PASI σκορ [range]	0 – 9.3			
PA DAS-28 [mean±SD]	-	2.72 ± 0.96		-
PA DAS-28 [range]	-	1.11 – 5.59		-
Πόνος (VAS) [mean±SD]	0.85 ± 0.90	0.94 ± 0.88	-0.101	0.489 ⁽¹⁾
ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ (N, %)				
Στεφανιαία νόσος	-	3 (1.5%)		
Θυρεοειδική νόσος	1 (1.2%)	-		
Σακχαρώδης Διαβήτης	-	1 (0.5%)		
Μυασθένεια	-	1 (0.5%)		
Νόσος Crohn	1 (1.2%)	-		
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (N, %)				
DMARD's (πχ Αζαθειοπρίνη, Μεθοτρεξάτη)	21 (25.3%)	49 (24.6%)	0.019	0.409 ⁽²⁾
Κορτικοστεροειδή	3 (3.6%)	16 (8.0%)	-0.192	0.060 ⁽²⁾
Βιολογικοί παράγοντες (πχ Ινφλιξιμάμπη, Ετανερσέπτη)	33 (39.7%)	45 (22.6%)	0.448	0.003 ⁽²⁾
Αντικαταθλιπτικά	2 (2.4%)	17 (8.5%)	-0.606	0.050 ⁽²⁾
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ (N, %)				
(Αίτια σύμφωνα με B-IPQ)			-0.335	0.05 ⁽²⁾
Ψυχολογικοί παράγοντες	45 (54.3%)	77 (38.7%)		
Παράγοντες κινδύνου	16 (19.3%)	36 (18.1%)		
Ανοσολογικοί παράγοντες	1 (1.2%)	14 (7.0%)		
PHQ-9 ≥ 10 (N, %)	18 (21.7%)	50 (25.1%)		0.538 ⁽²⁾

(1) t-test, (2) chi-square, d: Cohen'd ως effect size, PASI: Περιοχή Ψωρίασης και Δείκτης Βαρύτητας, DAS-28: Δείκτης Ενεργότητας της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας, B-IPQ: Brief Illness Perceptions Questionnaire

Επιπολασμός των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, συμπτώματα ψυχολογικής δυσφορίας, αντίληψη για τη νόσο και Σχετική με την Υγεία Ποιότητα Ζωής

Από τους 83 ασθενείς με ΨΑ οι 18 (21.7%) είχαν συνολική βαθμολογία στο PHQ-9 ≥ 10 , που σύμφωνα με την προηγούμενη στάθμιση του ερωτηματολογίου αντιπροσωπεύει μέτρια με σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα, ποσοστά παρόμοια με αυτά των ασθενών με ΡΑ (N=50, 25.1%, $\chi^2=0.38$, $p=0.538$). Αναφορικά με τον τύπο της ΨΑ και τη βαθμολογία στο PHQ-9, οι 11 από τους 30 (36.7%) ασθενείς με πολυαρθρίτιδα είχαν βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση του 10, οι 4 από τους 41 (9.8%) με ολιγοαρθρίτιδα και 1 από τους 6 (16.7%) με σπονδυλοαρθρίτιδα. ($\chi^2=7.55$, $p=0.022$).

Από την αξιολόγηση των διαφορών στα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα του SCL-90-R μεταξύ των ασθενών με ΨΑ και ΡΑ και μετά τη στάθμιση ως προς φύλο, ηλικία, έτη εκπαίδευσης, διάρκεια νόσου και φαρμακευτική αγωγή, δεν προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές. (Πίνακας 21).

Παρόμοια με τα αποτελέσματα της σύγκρισης του SCL-90-R ήταν και τα αποτελέσματα για την Αντίληψη της Νόσου και της Σχετικής με την Υγεία Ποιότητας Ζωής. Μετά από τη στάθμιση ως προς τις ίδιες μεταβλητές, οι δυο ομάδες δεν εμφάνισαν καμία στατιστικώς σημαντική διαφορά (Πίνακας 21). Όσον αφορά στην αντίληψη για τη νόσο, οι υψηλές βαθμολογίες στη *διάρκεια* και την *κατανόηση* φανερώνουν ότι οι ασθενείς γνώριζαν πολλές πτυχές της νόσου τους, καθώς θεωρούσαν ότι η νόσος τους είναι χρόνια και ότι την κατανοούν σε ικανοποιητικό βαθμό.

Πίνακας 21. Ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, Αντίληψη για τη νόσο και Ποιότητα Ζωής μεταξύ των ασθενών με Ψωριασική και Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. (ANCOVA με στάθμιση ως προς ηλικία, φύλο, έτη εκπαίδευσης, διάρκεια νόσου και φαρμακευτική αγωγή)

	ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (N=83) (MEAN±SE)	ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (N=199) (MEAN±SE)	F	p
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ				
Άγχος	0.56 ± 0.08	0.52 ± 0.04	0.205	0.651
Κατάθλιψη	0.86 ± 0.08	0.91 ± 0.05	0.271	0.603
Σωματοποίηση	0.89 ± 0.09	0.87 ± 0.05	0.032	0.859
Διαπροσωπική Ευαισθησία	0.72 ± 0.08	0.70 ± 0.05	0.031	0.860
Επιθετικότητα	0.50 ± 0.08	0.49 ± 0.05	0.001	0.994
Φοβικό άγχος	0.31 ± 0.06	0.26 ± 0.04	0.385	0.528
Ψυχαναγκαστικότητα	0.74 ± 0.09	0.67 ± 0.05	0.390	0.533
Παρανοειδής ιδεασμός	0.80 ± 0.09	0.66 ± 0.05	1.696	0.194

	ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (N=83) (MEAN±SE)	ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (N=199) (MEAN±SE)	F	p
Ψυχωπισμός	0.27 ± 0.05	0.27 ± 0.03	0.001	0.988
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ				
Συνέπειες	5.47 ± 0.42	5.94 ± 0.24	0.864	0.354
Διάρκεια	8.81 ± 0.35	8.79 ± 0.20	0.003	0.953
Προσωπικός έλεγχος	6.95 ± 0.42	6.30 ± 0.24	1.609	0.206
Θεραπευτικός έλεγχος	8.11 ± 0.33	7.90 ± 0.19	0.278	0.598
Ταυτότητα	5.13 ± 0.39	5.59 ± 0.23	0.947	0.332
Ανησυχία	5.99 ± 0.49	5.57 ± 0.28	0.496	0.482
Κατανόηση	7.13 ± 0.33	7.65 ± 0.19	1.668	0.198
Συναισθηματικός αντίκτυπος	5.70 ± 0.49	6.04 ± 0.28	0.312	0.577
Συνολική βαθμολογία	38.91 ± 1.86	40.08 ± 1.06	0.273	0.602
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ				
Σωματική	58.96 ± 2.44	58.62 ± 1.41	0.014	0.907
Ψυχική	61.09 ± 2.37	65.14 ± 1.35	2.012	0.158
Κοινωνικές Σχέσεις	56.95 ± 2.89	60.27 ± 1.65	0.912	0.341
Περιβάλλον	60.28 ± 2.07	64.46 ± 1.18	2.809	0.095

Ψυχοπαθολογικά Συμπτώματα, Αντίληψη για τη νόσο και Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής

Οι μονοπαραγοντικές αναλύσεις έδειξαν ότι στους ασθενείς με ΨΑ οι *συνέπειες* και η *ταυτότητα* από τις συνιστώσες του B-IPQ, συσχετίστηκαν με την Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Οι ίδιες συνιστώσες σχετίστηκαν πιο ισχυρά με την ίδια έκβαση στους ασθενείς με ΡΑ. Όσο περισσότερες συνέπειες πίστευαν ότι έχει η νόσος και όσα περισσότερα συμπτώματα απέδιδαν στη νόσο οι ασθενείς, τόσο φτωχότερη ήταν η Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής τους (Πίνακας 22). Οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις επίσης έδειξαν ότι τόσο στη ΨΑ όσο και στη ΡΑ, από τις συνιστώσες του SCL-90-R, εκείνες που συνδέονταν πιο ισχυρά με τη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής ήταν το άγχος και η κατάθλιψη, ενώ από τις συνιστώσες του B-IPQ ήταν οι *συνέπειες* και η *ταυτότητα* (Πίνακας 23). Με βάση αυτά τα αποτελέσματα οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στη ιεραρχική ανάλυση ήταν το άγχος, η κατάθλιψη, οι συνέπειες και η ταυτότητα και για τα δυο νοσήματα.

Πίνακας 22. Μονοπαραγοντικές αναλύσεις μεταξύ της Σχετικής με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής των ασθενών με Ψωριασική και Ρευματοειδή Αρθρίτιδα και των ψυχολογικών μεταβλητών

	ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ		ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	
	Pearson	p	Pearson	p
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ(SCL-90-R)				
Άγχος	-0.396	0.000	-0.470	<0.001
Κατάθλιψη	-0.365	0.001	-0.596	<0.001
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ (B-IPQ)				
Συνέπειες	-0.270	0.014	-0.679	<0.001
Διάρκεια	-0.194	0.080	-0.367	<0.001
Προσωπικός έλεγχος	0.048	0.670	0.239	0.001
Θεραπευτικός έλεγχος	0.128	0.252	0.233	0.001
Ταυτότητα	-0.392	0.000	-0.600	<0.001
Ανησυχία	-0.195	0.080	-0.439	<0.001
Κατανόηση	0.173	0.119	0.058	0.425
Συναισθηματικός αντίκτυπος	-0.145	0.194	-0.489	<0.001

Πίνακας 23. Προκαταρκτικές αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής και εξαρτημένες μεταβλητές τις 9 υποκλίμακες του SCL-90-R και τις 8 συνιστώσες του B-IPQ

	ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ		ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	
	beta	p	beta	p
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ				
Άγχος	-0.400	0.042	-0.328	<.001
Κατάθλιψη	-0.287	0.050	-0.635	<.001
Σωματοποίηση	-0.189	0.332	-0.130	0.092
Διαπροσωπική Ευαισθησία	-0.128	0.510	-0.129	0.096
Επιθετικότητα	-0.104	0.509	-0.008	0.904
Φοβικό άγχος	-0.050	0.778	-0.179	0.431
Ψυχαναγκαστικότητα	-0.058	0.744	-0.062	0.555
Παρανοειδής ιδεασμός	-0.069	0.701	-0.070	0.408
Ψυχωτισμός	-0.069	0.655	-0.047	0.590

	ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ		ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	
	beta	p	beta	p
	R ² _{Adj} =0.135, p=0.026		R ² _{Adj} =0.495, p<0.001	
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ				
Συνέπειες	-0.311	0.050	-0.421	<0.001
Διάρκεια	-0.099	0.388	-0.113	0.072
Προσωπικός έλεγχος	-0.213	0.085	0.068	0.197
Θεραπευτικός έλεγχος	0.054	0.650	0.002	0.976
Ταυτότητα	-0.368	0.007	-0.167	0.025
Ανησυχία	-0.078	0.568	-0.126	0.074
Κατανόηση	0.203	0.068	0.084	0.101
Συναισθηματικός αντίκτυπος	0.269	0.127	-0.053	0.495
	R ² _{Adj} =0.128, p=0.019		R ² _{Adj} =0.511, p<0.001	

Στη ΨΑ (Πίνακας 24), οι δημογραφικές μεταβλητές (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση) και οι παράμετροι της νόσου (PASI, πολυαρθρίτιδα, διάρκεια νόσου και πόνος) εξηγούσαν το 24% ($p<0.001$) της διακύμανσης της Σχετικής με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Η προσθήκη στο επόμενο βήμα (βήμα 3) των Αντιλήψεων για τη νόσο αύξησαν την εξήγηση της διακύμανσης κατά 5.4% ($p=0.025$). Στο βήμα αυτό βρέθηκε ότι η *ταυτότητα* (συμπτώματα που αποδίδουν στη νόσο) σχετίζεται ισχυρά με την Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Στο βήμα 4, η προσθήκη των καταθλιπτικών συμπτωμάτων πρόσθεσε επιπλέον 11.3% στη διακύμανση ($p<0.001$) και η προσθήκη των συμπτωμάτων του άγχους αύξησε περαιτέρω την διακύμανση κατά 3.2% ($p=0.036$). Ενδιαφέρον εύρημα στο βήμα αυτό είναι το γεγονός ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν σχετίζονταν πλέον με τη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Επομένως, οι μεταβλητές που βρέθηκαν να σχετίζονται με την Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής ήταν ο πόνος, το άγχος και η αντίληψη για την ταυτότητα της νόσου. Συμπερασματικά, στους ασθενείς με ΨΑ η Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής βρέθηκε ότι καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τον πόνο που βιώνουν οι ασθενείς, από το άγχος τους και από τον βαθμό με τον οποίο αποδίδουν τα συμπτώματα που αισθάνονται στη νόσο. Άρα, όσο μεγαλύτερος πόνος, όσο μεγαλύτερο άγχος και όσα περισσότερα συμπτώματα αποδίδονται στη νόσο, τόσο φτωχότερη είναι η Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής.

Η ίδια ανάλυση στη ΡΑ (Πίνακας 25) έδειξε ότι οι δημογραφικές μεταβλητές και οι παράμετροι της νόσου εξηγούσαν το 29.5% της διακύμανσης ($p<0.001$) και οι σχετικές με τη αντίληψη για τη νόσο παράμετροι ένα επιπρόσθετο 21.3% ($p<0.001$) με τις *συνέπειες* να σχετίζονται σε στατιστικώς σημαντικό βαθμό με τη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Τα συμπτώματα άγχους πρόσθεσαν ένα επιπλέον 4.7% ($p=0.001$) και τα

καταθλιπτικά συμπτώματα ένα επιπρόσθετο 3.5% ($p=0.001$). Στο βήμα αυτό, σε αντίθεση με τους ασθενείς με ΨΑ, το άγχος έχασε τη στατιστική του σημαντικότητα. Εν τέλει, οι μεταβλητές που συσχετίστηκαν με τη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής ήταν ο πόνος, η αντίληψη για τις συνέπειες της νόσου και τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Συνεπώς στους ασθενείς με ΡΑ, όσο μεγαλύτερος πόνος, όσο περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και όσες περισσότερες οι συνέπειες που πιστεύουν οι ασθενείς ότι είχε η νόσος, τόσο φτωχότερη η Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής.

Πίνακας 24. Ιεραρχικά μοντέλα ανάλυσης παλινδρόμησης των παραγόντων που σχετίζονται με την Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής στους ασθενείς με Ψωριασική Αρθρίτιδα

	ΜΟΝΤΕΛΟ 1	ΜΟΝΤΕΛΟ 2	ΜΟΝΤΕΛΟ 3	ΜΟΝΤΕΛΟ 4	ΜΟΝΤΕΛΟ 5
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ					
Ηλικία	-0.133	-0.038	-0.042	-0.041	-0.032
Φύλο	0.016	0.014	0.018	0.022	0.014
Εκπαίδευση	0.162	0.149	0.138	0.122	0.074
ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ					
PASI		-0.261 **	-0.245 **	-0.240 **	-0.447 **
Πολυαρθρίτιδα		-0.034	-0.024	-0.028	-0.024
Διάρκεια νόσου	-	-0.017	-0.022	-0.003	-0.022
Πόνος (VAS)		-0.440 ***	-0.270 **	-0.245 **	-0.270 **
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ					
Συνέπειες	-	-	-0.122	-0.105	-0.084
Ταυτότητα			-0.334 **	-0.359 **	-0.327 **
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ					
Κατάθλιψη (SCL-90-R)	-	-	-	-0.386 ***	-0.181
Άγχος (SCL-90-R)	-	-	-	-	-0.283 **
Adjusted R ² of model	0.035	0.240	0.294	0.407	0.439
Αύξηση Adjusted R ²	0.035	0.205	0.054	0.113	0.032
Significance of F change	0.120	0.001	0.025	0.001	0.036

Οι τιμές που εμφανίζονται στον πίνακα είναι οι σταθμισμένοι beta συντελεστές πολλαπλής παλινδρόμησης.

*** $p<0.001$, ** $p<0.01$, * $p<0.05$

Πίνακας 25. Ιεραρχικά μοντέλα ανάλυσης παλινδρόμησης των παραγόντων που σχετίζονται με την Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής στους ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα

	ΜΟΝΤΕΛΟ 1	ΜΟΝΤΕΛΟ 2	ΜΟΝΤΕΛΟ 3	ΜΟΝΤΕΛΟ 4	ΜΟΝΤΕΛΟ 5
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ					
Ηλικία	-0.073	-0.044	-0.008	-0.057	-0.052
Φύλο	0.101	0.054	0.008	0.017	0.003
Εκπαίδευση	0.210 *	0.145 *	0.061	0.074	0.081
ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ					
DAS-28		-0.189 ***	-0.111 *	-0.087	-0.073
Διάρκεια νόσου	-	-0.129 *	-0.060	-0.070	-0.074
Πόνος (VAS)		-0.432 ***	-0.173 **	-0.157**	-0.165 **
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ					
Συνέπειες	-	-	-0.427 ***	-0.353 ***	-0.273 ***
Ταυτότητα	-	-	-0.163 *	-0.114	-0.102
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ					
Άγχος (SCL-90-R)	-	-	-	-0.247 ***	-0.064
Κατάθλιψη (SCL-90-R)	-	-	-	-	-0.295 ***
Adjusted R ² of model	0.070	0.295	0.508	0.555	0.590
Αύξηση Adjusted R ²	0.070	0.225	0.213	0.047	0.035
Significance of F change	0.001	0.001	0.001	0.001	0.001

Οι τιμές που εμφανίζονται στον πίνακα είναι οι σταθμισμένοι beta συντελεστές πολλαπλής παλινδρόμησης.

*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05

4. ΑΓΧΟΣ, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJOEGREN ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ

Χαρακτηριστικά των ασθενών με Σύνδρομο Sjögren και Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο

Στον πίνακα 26 φαίνεται ότι από τις 3 ομάδες νοσημάτων που συγκρίθηκαν (Σύνδρομο Sjögren, ΣΕΛ και ΡΑ) οι πιο νέοι σε ηλικία (44.1 ± 13.3) ασθενείς καθώς και αυτοί με την μεγαλύτερη εκπαίδευση σε έτη (10.9 ± 3.8) ήταν οι ασθενείς με ΣΕΛ. Αντίθετα, οι ασθενείς με την μεγαλύτερη διάρκεια νόσου ήταν οι ασθενείς με ΡΑ (13.7 ± 10.5). Οι τρεις ομάδες παρουσίαζαν διαφορές στην αυτοαναφερόμενη αναπηρία (HAQ-DI) καθώς οι ασθενείς με ΡΑ ανέφεραν αρκετά μεγαλύτερη αναπηρία σε σχέση με τους ασθενείς με σύνδρομο Sjögren και ΣΕΛ. Ωστόσο οι τρεις ομάδες δεν παρουσίαζαν καμία διαφορά στον αναφερόμενο πόνο ($p=0.370$). Τέλος, οι ασθενείς των τριών νοσημάτων του δείγματος διέφεραν ως προς τη φαρμακευτική αγωγή που λάμβαναν.

Αναφορικά με τον επιπολασμό των μέτριων και σοβαρών καταθλιπτικών συμπτωμάτων όπως αυτός προέκυψε από το ερωτηματολόγιο PHQ-9 βρέθηκε 24.6% για τους ασθενείς με σύνδρομο Sjögren, 25.1% για τους ασθενείς με Ρευματοειδή αρθρίτιδα και ελαφρώς υψηλότερο για τους ασθενείς με ΣΕΛ (29.3%). Ωστόσο, δεν υπήρχε στατιστικώς σημαντική διαφορά. Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών και των τριών νοσημάτων απέδιδε τη νόσο σε ψυχολογικά αίτια.

Πίνακας 26. Δημογραφικά, κλινικά χαρακτηριστικά και αιτιολογική αντίληψη για τη νόσο των ασθενών με Σύνδρομο Sjögren, Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο και σύγκριση με Ρευματοειδή αρθρίτιδα

	ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJOGREN (1) (N=57)	ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ (2 (N=75)	ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (3) (N=199)	p
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ				
Ηλικία [mean ± SD]	55.4 ± 13.2 ⁽²⁾	44.1 ± 13.3 ^(1,3)	55.2 ± 13.7 ⁽²⁾	<0.001 ^(*)
Έτη εκπαίδευσης (mean±SD)	8.2 ± 4.5 ⁽²⁾	10.9 ± 3.8 ^(1,3)	7.9 ± 4.3 ⁽²⁾	<0.001 ^(*)
Φύλο (Γυναίκες) N (%)	56 (98.2%)	63 (84.0%)	164 (82.4%)	<0.010 ^(†)
Διαζύγιο/Χηρεία/Διάσταση, N (%)	3 (4.1%)	3 (4.1%)	19 (9.7%)	0.308 ^(†)
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ				
Διάρκεια νόσου (έτη) [mean±SD]	9.1 ± 5.8 ^(2,3)	13.2 ± 9.1 ⁽¹⁾	13.7 ± 10.5 ⁽¹⁾	0.017 ^(*)
SLE – SLEDAI [mean±SD]	-	2.73 ± 1.39	-	-
RA DAS-28 [mean±SD]	-	-	2.72 ± 0.96	-
Πόνος (VAS) [mean±SD]	0.93 ± 0.87	0.75 ± 0.83	0.94 ± 0.88	0.370 ^(*)
ΑΝΑΠΗΡΙΑ (HAQ-DI) [MEAN±SD]	0.58 ± 0.64	0.53 ± 0.75 ⁽³⁾	0.82 ± 0.88 ⁽²⁾	0.015 ^(*)
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (N, %)				
DMARD's	22 (38.6%)	36 (48.0%)	49 (24.6%)	<0.001
Κορτικοστεροειδή	3 (5.3%)	9 (12.0%)	16 (8.0%)	0.655
Βιολογικοί παράγοντες	1 (1.8%)	1 (1.3%)	45 (22.6%)	<0.001
Αντικαταθλιπτικά	5 (8.8%)	8 (10.7%)	17 (8.5%)	0.580
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (PHQ-9)				0.502 ^(†)
0 (Χωρίς κατάθλιψη)	3 (5.3%)	7 (9.3%)	10 (5.0%)	
1-4 (Ελάχιστη κατάθλιψη)	18 (31.6%)	28 (37.3%)	81 (40.7%)	
5-9 (Ηπια κατάθλιψη)	22 (38.6%)	18 (24.0%)	57 (28.6%)	
10-14 (Μέτρια κατάθλιψη)	8 (14.0%)	16 (21.3%)	36 (18.1%)	
15-19 (Μέτρια σοβαρή κατάθλιψη)	4 (7.0%)	6 (8.0%)	10 (5.0%)	
20-27 (Σοβαρή κατάθλιψη)	2 (3.5%)	0 (0.0%)	4 (2.0%)	
PHQ-9 ≥ 10	14 (24.6%)	22 (29.3%)	50 (25.1%)	0.751 ^(†)
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ				0.502 ^(†)
Ψυχολογικοί παράγοντες	21 (70.0%)	32 (62.7%)	77 (38.7%)	
Παράγοντες κινδύνου	6 (20.0%)	15 (29.4%)	36 (18.1%)	
Ανοσολογικοί παράγοντες	1 (3.3%)	3 (5.9%)	14 (7.0%)	

^(*) One-way ANOVA; οι αριθμοί στις παρενθέσεις δείχνουν ότι η συγκεκριμένη ομάδα διαφέρει σε στατιστικώς σημαντικό επίπεδο (τουλάχιστον $p < 0.05$) από αυτή που υποδεικνύεται με τον αριθμό στη παρένθεση με βάση τα Bonferroni post-hoc tests. ^(†) chi-square tests; SLEDAI: Δείκτης Ενεργότητας Συστηματικού Ερυθηματώδη Λύκου (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index), DAS-28: Δείκτης Ενεργότητας Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας (Disease Activity Index), DMARDs: Disease Modifying Antirheumatic Drugs

Από τον πίνακα 27 φαίνεται ότι οι ασθενείς με σύνδρομο Sjogren, ΣΕΛ και ΡΑ δεν παρουσίαζαν καμία διαφορά στις βαθμολογίες των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων αλλά και σε κανέναν τομέα της Ποιότητας Ζωής. Ωστόσο, παρουσίαζαν διαφορές σε τρεις από τις οκτώ συνιστώσες της αντίληψης για τη νόσο του B-IPQ και συγκεκριμένα στη *διάρκεια*, τη *ταυτότητα* και τη *κατανόηση*. Αναλυτικά, οι ασθενείς με ΡΑ ήταν πιο αισιόδοξοι για τη διάρκεια της νόσου, αν και η βαθμολογία ήταν υψηλή ωστόσο χαμηλότερη από τις άλλες δυο ομάδες νοσημάτων. Αναφορικά με τη συνιστώσα της *ταυτότητας* οι ασθενείς με σύνδρομο Sjogren είχαν την υψηλότερη βαθμολογία, συνεπώς τείνουν να αποδίδουν περισσότερα συμπτώματα στη νόσο σε σχέση με τους ασθενείς με ΡΑ και ΣΕΛ. Τέλος, όσον αφορά στη συνιστώσα της *κατανόησης*, επίσης οι ασθενείς με σύνδρομο Sjogren ανέφεραν ότι κατανοούν λιγότερο τη νόσο τους σε σχέση με τους ασθενείς των άλλων δυο νοσημάτων.

Πίνακας 27. Ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, Αντίληψη για τη νόσο και Ποιότητα Ζωής στους ασθενείς με σύνδρομο Sjogren, Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο και Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. ANCOVA με στάθμιση ως προς φύλο, ηλικία, έτη εκπαίδευσης, διάρκεια ζωής, αναπηρία και φαρμακευτική αγωγή

	ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJOUREN (1) (N=57)	ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ (2) (N=75)	ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (3) (N=199)	F	p
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ					
Άγχος	0.60 ± 0.08	0.57 ± 0.07	0.52 ± 0.04	0.380	0.684
Κατάθλιψη	0.94 ± 0.09	1.09 ± 0.08	0.91 ± 0.05	1.743	0.177
Σωματοποίηση	0.97 ± 0.09	0.94 ± 0.08	0.87 ± 0.05	0.616	0.541
Διαπροσωπική Ευαισθησία	0.64 ± 0.08	0.65 ± 0.07	0.70 ± 0.05	0.308	0.735
Επιθετικότητα	0.47 ± 0.08	0.55 ± 0.07	0.49 ± 0.05	0.379	0.685
Φοβικό άγχος	0.25 ± 0.07	0.31 ± 0.06	0.26 ± 0.04	0.237	0.789
Ψυχαναγκαστικότητα	0.64 ± 0.10	0.75 ± 0.08	0.67 ± 0.05	0.383	0.682
Παρανοειδής ιδεασμός	0.67 ± 0.10	0.71 ± 0.08	0.66 ± 0.05	0.104	0.901
Ψυχωτισμός	0.29 ± 0.06	0.29 ± 0.05	0.27 ± 0.03	0.211	0.810
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ					
Συνέπειες	6.16±0.37	6.33±0.32	5.94 ± 0.24	1.643	0.195
Διάρκεια	9.58±0.33	9.48±0.28	8.79 ± 0.20 *	3.800	0.024
Προσωπικός έλεγχος	6.80±0.40	6.74±0.34	6.30 ± 0.24	0.425	0.655
Θεραπευτικός έλεγχος	7.12±0.36	7.57±0.31	7.90 ± 0.19	1.980	0.140
Ταυτότητα	6.37±0.35 *	5.01±0.30	5.59 ± 0.23	4.378	0.014
Ανησυχία	5.73±0.51	5.21±0.43	5.57 ± 0.28	0.385	0.681
Κατανόηση	6.70±0.43 *	7.47±0.34	7.65 ± 0.19	4.322	0.014

	ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJOGREN (1) (N=57)	ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ (2) (N=75)	ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (3) (N=199)	F	p
Συναισθηματικός αντίκτυπος	6.27±0.47	5.70±0.40	6.04 ± 0.28	0.432	0.650
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ					
Σωματική	58.31±2.09	60.20±1.79	60.62±1.10	0.474	0.623
Ψυχική	64.49±2.39	61.21±2.05	65.88±1.24	1.802	0.167
Κοινωνικές Σχέσεις	58.05±3.25	54.28±2.76	61.09±1.67	2.175	0.116
Περιβάλλον	62.32±2.23	63.15±1.91	65.77±1.15	1.312	0.271

Οι αστερίσκοι δείχνουν τις στατιστικώς σημαντικές διαφορές με βάση τα Bonferoni post-hoc tests;

Ψυχοπαθολογικά Συμπτώματα, Αντίληψη για τη νόσο και Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής

Οι μονοπαραγοντικές αναλύσεις έδειξαν ότι στους ασθενείς με ΣΕΛ και ΡΑ τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης σχετίζονταν ισχυρά με την Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Αντίθετα, στους ασθενείς με σύνδρομο Sjogren το άγχος δεν συσχετίστηκε με την Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής σε αντίθεση με την κατάθλιψη, όπου όπως και στους ασθενείς με ΡΑ και ΣΕΛ η συσχέτιση ήταν ισχυρή. Αναφορικά με τις συνιστώσες της αντίληψης για τη νόσο, στους ασθενείς με ΡΑ όλες με εξαίρεση την κατανόηση συσχετίστηκαν με την Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Στο ΣΕΛ οι πιο ισχυρές συσχετίσεις βρέθηκαν με τις *συνέπειες*, την *ταυτότητα* και τον *συναισθηματικό αντίκτυπο* ενώ στο σύνδρομο Sjogren οι συσχετίσεις αφορούσαν τις *συνέπειες*, την *ταυτότητα* και την *ανησυχία* για τη νόσο. Σε λιγότερο βαθμό συσχετίστηκαν και άλλες συνιστώσες τόσο στους ασθενείς με ΣΕΛ όσο και στους ασθενείς με σύνδρομο Sjogren (Πίνακας 28). Με βάση αυτά τα αποτελέσματα, οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στη ιεραρχική ανάλυση ήταν το άγχος, η κατάθλιψη, οι *συνέπειες*, η *ταυτότητα* και η *ανησυχία* και για τα τρία νοσήματα.

Πίνακας 28. Μονοπαράγοντικές αναλύσεις μεταξύ της Σχετικής με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής και των ψυχολογικών μεταβλητών στους ασθενείς με σύνδρομο Sjogren, Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο και Ρευματοειδή αρθρίτιδα

	ΣΥΝΔΡΟΜΟ SJOJGREN (1) (N=57)	ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ (2) (N=75)	ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (3) (N=199)
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ			
Άγχος	-0.008	-0.333 ***	-0.470 ***
Κατάθλιψη	-0.371 ***	-0.577 ***	-0.596 ***
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ			
Συνέπειες	-0.620 ***	-0.582 ***	-0.679 ***
Διάρκεια	-0.299 *	-0.251 *	-0.367 ***
Προσωπικός έλεγχος	0.212	0.229 *	0.239 ***
Θεραπευτικός έλεγχος	0.189	0.047	0.233 ***
Ταυτότητα	-0.418 **	-0.646 ***	-0.600 ***
Ανπουσία	-0.399 **	-0.188	-0.439 ***
Κατανόηση	-0.013	0.037	0.058
Συναισθηματικός αντίκτυπος	-0.386 **	-0.510 ***	-0.489 ***

Συντελεστής συσχέτισης Pearson *** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$

Στο σύνδρομο Sjogren (Πίνακας 29) οι δημογραφικές μεταβλητές (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση) και οι παράμετροι της νόσου (διάρκεια νόσου και πόνος) εξηγούσαν το 32.3% της διακύμανσης της Σχετικής με την Σωματική Υγεία Ποιότητας Ζωής. Η προσθήκη στο επόμενο βήμα (βήμα 3) των Αντιλήψεων για τη νόσο αύξησαν την εξήγηση της διακύμανσης κατά 24.6%, με το συνολικό ποσοστό να φτάνει το 56.9%. Στο βήμα αυτό βρέθηκε ότι οι *συνέπειες* σχετίζονται ισχυρά με την Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής ενώ παράλληλα ο πόνος, με την προσθήκη των αντιλήψεων για τη νόσο, σταμάτησε να σχετίζεται σημαντικά με την Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Η προσθήκη στο τελευταίο βήμα του άγχους και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων προσέθεσε ένα επιπρόσθετο 2.9% στη συνολική διακύμανση, με την κατάθλιψη να σχετίζεται με τη Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής, σε αντίθεση με το άγχος που δεν βρέθηκε συσχέτιση. Επομένως οι μεταβλητές που βρέθηκαν να σχετίζονται με την Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής ήταν οι αντιλήψεις σχετικά με τις συνέπειες και η κατάθλιψη. Συμπερασματικά, στους ασθενείς με σύνδρομο Sjogren η Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής βρέθηκε ότι καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από τις αντιλήψεις σχετικά με τις συνέπειες που θεωρούν ότι είχε η νόσος καθώς και από τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Άρα, όσο περισσότερες *συνέπειες* θεωρούν ότι είχε η νόσος και όσο περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα ανέφεραν, τόσο

φτωχότερη ήταν η Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής.

Στο ασθενείς με ΣΕΛ (Πίνακας 30) οι δημογραφικές μεταβλητές (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση) και οι παράμετροι της νόσου (SLEDAI, διάρκεια νόσου και πόνος) εξηγούσαν το 41.1% της διακύμανσης, με τον πόνο να σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με τη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Η προσθήκη των συνιστωσών της αντίληψης για τη νόσο πρόσθεσε ακόμα 18%, με τις *συνέπειες* και την *ταυτότητα* να σχετίζονται με την Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής, ενώ τέλος η προσθήκη του άγχους και της κατάθλιψης πρόσθεσαν ακόμα 3.1% στη συνολική διακύμανση, με μόνο την κατάθλιψη να σχετίζεται με τη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Επομένως, οι μεταβλητές που βρέθηκαν να σχετίζονται με την σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής ήταν ο πόνος, οι *συνέπειες*, η *ταυτότητα* και η κατάθλιψη. Συνεπώς στους ασθενείς με ΣΕΛ όσο μεγαλύτερος είναι ο αρθρικός πόνος, όσες περισσότερες *συνέπειες* και *συμπτώματα* απέδιδαν στη νόσο και όσο περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα παρουσίαζαν τόσο φτωχότερη ήταν η Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής.

Η ίδια ανάλυση στην PA (πίνακας 31) έδειξε ότι οι δημογραφικές μεταβλητές (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση) και οι παράμετροι της νόσου (DAS-28, διάρκεια νόσου και πόνος) εξηγούσαν το 44.8% της διακύμανσης, με το εκπαιδευτικό επίπεδο, το δείκτη ενεργότητας της νόσου DAS-28 και τον πόνο να σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με τη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Στο επόμενο βήμα, με την προσθήκη των αντίληψεων για τη νόσο, η εξήγηση της διακύμανσης ήταν συνολικά στο 64.1%, με το εκπαιδευτικό επίπεδο, τον πόνο, τις *συνέπειες* και την *ανησυχία* να αποτελούν τις μεταβλητές που σχετίζονται με την Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Η προσθήκη του άγχους και της κατάθλιψης στο τελευταίο βήμα πρόσθεσε ακόμα 7.5% στη συνολική διακύμανση και εξάλειψε τη συσχέτιση της *ανησυχίας* για τη νόσο. Τελικά, οι μεταβλητές που σχετίστηκαν με τη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής ήταν το εκπαιδευτικό επίπεδο, ο πόνος, οι *συνέπειες* και η κατάθλιψη. Συμπερασματικά, όσο πιο υψηλό το εκπαιδευτικό επίπεδο, όσο περισσότερος ο αναφερόμενος πόνος και οι αντιλήψεις για τις συνέπειες της νόσου και όσο περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα παρουσίαζαν τόσο φτωχότερη ήταν η Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής.

Πίνακας 29. Ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης των παραγόντων που συνδέονται με την Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής στους ασθενείς με σύνδρομο Sjogren (N=57)

	ΜΟΝΤΕΛΟ 1	ΜΟΝΤΕΛΟ 2	ΜΟΝΤΕΛΟ 3	ΜΟΝΤΕΛΟ 4
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ				
Ηλικία	-0.147	-0.100	-0.132	-0.060
Φύλο (Ανδρας)	0.215	0.218	0.175	0.175
Εκπαίδευση	0.106	-0.037	-0.026	0.024
Παράμετροι της νόσου				
Διάρκεια νόσου	-	-0.170	-0.144	-0.115
Πόνος (VAS)		-0.495 **	-0.195	-0.071
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ				
Συνέπειες	-	-	-0.479 **	-0.398 *
Ταυτότητα	-	-	-0.049	-0.122
Ανησυχία	-	-	-0.152	-0.146
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ				
Άγχος (SCL-90-R)	-	-	-	0.224
Κατάθλιψη (SCL-90-R)	-	-	-	-0.337 *
Adjusted R ² of model	0.054	0.323	0.569	0.598
Αύξηση Adjusted R ²	0.054	0.269	0.246	0.029
Significance of F change	0.172	0.001	0.001	0.050

Σταθμισμένοι beta συντελεστές παλινδρόμησης ** p<0.01, * p<0.05

Πίνακας 30. Ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης των παραγόντων που συνδέονται με την Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής στους ασθενείς με Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο (N=75)

	ΜΟΝΤΕΛΟ 1	ΜΟΝΤΕΛΟ 2	ΜΟΝΤΕΛΟ 3	ΜΟΝΤΕΛΟ 4
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ				
Ηλικία	-0.251 *	-0.225	-0.123	-0.096
Φύλο (Ανδρας)	0.073	0.061	-0.026	-0.072
Εκπαίδευση	0.241	0.136	0.091	0.117
ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ				
SLEDAI	-	0.092	0.019	0,089
Διάρκεια νόσου	-	0.134	0.069	0,063
Πόνος (VAS)		-0.503 ***	-0.279 **	-0.231 *
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ				
Συνέπειες	-	-	-0.297 **	-0.228 *
Ταυτότητα	-	-	-0.365 ***	-0.327 **
Ανησυχία	-	-	0.080	0.084
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ				
Άγχος (SCL-90-R)	-	-	-	0.156
Κατάθλιψη (SCL-90-R)	-	-	-	-0.315 **
Adjusted R ² of model	0.151	0.411	0.591	0.622
Αύξηση Adjusted R ²	0.151	0.260	0.180	0.031
Significance of F change	0.002	0.000	0.000	0.031

Σταθμισμένοι beta συντελεστές παλινδρόμησης ***p<0.001 ** p<0.01, * p<0.05., SLEDAI: Δείκτης Ενεργότητας Συστηματικού Ερυθηματώδη Λύκου (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index)

Πίνακας 31. Ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής γραμικής παλινδρόμησης των παραγόντων που συνδέονται με την Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής στους ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (N= 199)

	ΜΟΝΤΕΛΟ 1	ΜΟΝΤΕΛΟ 2	ΜΟΝΤΕΛΟ 3	ΜΟΝΤΕΛΟ 4
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ				
Ηλικία	-0.100	-0.029	-0.025	-0.075
Φύλο (Ανδρας)	0.104	0.041	-0.027	-0.043
Εκπαίδευση	0.303 **	0.250**	0.173 *	0.187 **
ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ				
DAS-28	-	-0.202 **	-0.010	0.002
Διάρκεια νόσου	-	-0.058	0.019	0.001
Πόνος (VAS)		-0.539 ***	-0.246 **	-0.236 ***
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ				
Συνέπειες	-	-	-0.425 ***	-0.297 ***
Ταυτότητα	-	-	-0.118	-0.080
Ανησυχία	-	-	-0.160 *	-0.090
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ				
Άγχος (SCL-90-R)	-	-	-	-0.050
Κατάθλιψη (SCL-90-R)	-	-	-	-0.298 ***
Adjusted R ² of model	0.134	0.448	0.641	0.716
Αύξηση Adjusted R ²	0.134	0.314	0.193	0.075
Significance of F change	0.000	0.000	0.000	0.000

Σταθμισμένοι beta συντελεστές παλινδρόμησης *** $p < 0.001$ ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$,

DAS-28: Δείκτης ενεργότητας της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας (Disease Activity Index)

5. ΑΓΧΟΣ, ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Χαρακτηριστικά των ασθενών με Αγκυλοποιητική Σπονδυλαρθρίτιδα

Οι ασθενείς με Αγκυλοποιητική Σπονδυλαρθρίτιδα (ΑΣ) βρέθηκε να είναι πιο νέοι σε ηλικία (42.9 ± 10.9) και να έχουν περισσότερα έτη εκπαίδευσης (11.0 ± 3.5) σε σχέση με τους ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (ΡΑ). Επίσης, οι περισσότεροι ασθενείς με ΑΣ ήταν άνδρες (85.5%) σε αντίθεση με τους ασθενείς με ΡΑ όπου η πλειονότητα ήταν γυναίκες. Η συννοσηρότητα και στα δυο νοσήματα ήταν πολύ μικρή και επιπλέον οι δυο ομάδες δεν παρουσίαζαν διαφορές στη διάρκεια της νόσου και στην ένταση του αναφερόμενου πόνου ($p=0.752$). Ωστόσο, οι δυο ομάδες παρουσίαζαν μεγάλες διαφορές στη φαρμακευτική αγωγή που λάμβαναν, καθώς όλοι οι ασθενείς με ΑΣ ήταν σε θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες ενώ κανείς τους δεν λάμβανε αντικαταθλιπτική αγωγή. Οι περισσότεροι ασθενείς με ΑΣ ($N=16$, 64%) απέδιδαν τη νόσο σε *παράγοντες κινδύνου* δίνοντας μια περισσότερο “βιολογική” διάσταση στη νόσο, σε σχέση με τους ασθενείς με ΡΑ, οι περισσότεροι από τους οποίους πίστευαν ότι η νόσος οφείλεται σε ψυχολογικά αίτια. Τέλος, με βάση το ερωτηματολόγιο PHQ-9, οι ασθενείς των δυο ομάδων δεν παρουσίαζαν διαφορές ($p=0.09$). Όμως ο επιπολασμός της κατάθλιψης, με βάση το PHQ-9, στους ασθενείς με ΑΣ βρέθηκε να είναι 14.8% και στους ασθενείς με ΡΑ 25.1% (Πίνακας 32). Με βάση τις παραπάνω διαφορές οι στατιστικές αναλύσεις έγιναν σταθμίζοντας ως προς φύλο, ηλικία, έτη εκπαίδευσης και φαρμακευτική αγωγή.

Πίνακας 32. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών με Αγκυλοποιητική Σπονδυλαρθρίτιδα και σύγκριση με τους ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα

	ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (N=55)	ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (N=199)	d	p
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ				
Ηλικία [mean ± SD]	42.9 ± 10.9	55.2 ± 13.6	-0.941	<0.001 ⁽¹⁾
Εκπαίδευση (mean±SD)	11.0 ± 3.5	7.9 ± 4.3	0.739	<0.001 ⁽¹⁾
Γυναικείο Φύλο, N (%)	8 (14.5%)	164 (82.4%)	-1.493	<0.001 ⁽²⁾
Διαζύγιο, Χρηρεία, Διάσπαση N (%)	1 (1.8%)	19 (9.7%)	-0.357	0.08 ⁽²⁾
ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ				
Διάρκεια νόσου [mean±SD]	15.3 ± 11.5	13.7 ± 10.5	0.149	0.479 ⁽¹⁾
Πόνος (VAS) [mean±SD]	0.88 ± 0.77	0.94 ± 0.88	-0.070	0.752 ⁽¹⁾
PA DAS-28 [mean±SD]	-	2.72 ± 0.96	-	-
ΑΣ BASDAI [mean±SD]	1.97±1.38	-	-	-
ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ (N, %)				
Στεφανιαία νόσος	1 (1.8%)	3 (1.5%)	-	-
Θυρεοειδική νόσος	-	-	-	-
Σακχαρώδης Διαβήτης	-	1 (0.5%)	-	-
Μυασθένεια	-	1 (0.5%)	-	-
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (N, %)				
DMARD's	0 (0.0%)	49 (24.6%)	-0.779	<0.001 ⁽²⁾
Κορτικοστεροειδή	0 (0.0%)	16 (8.0%)	-0.304	0.003 ⁽²⁾
Βιολογικοί παράγοντες	49 (89.1%)	45 (22.6%)	1.477	<0.001 ⁽²⁾
Αντικαταθλιπτικά	0 (0.0%)	17 (8.5%)	-0.266	0.045 ⁽²⁾
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ (N, %)				
(Απία σύμφωνα με B-IPQ)			0.496	0.03 ⁽²⁾
Ψυχολογικοί παράγοντες	6 (24.0%)	77 (38.7%)		
Παράγοντες κινδύνου	16 (64.0%)	36 (18.1%)		
Ανοσολογικοί παράγοντες	2 (8.0%)	14 (7.0%)		
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (PHQ-9)				
0 (Χωρίς κατάθλιψη)	13 (24.1%)	10 (5.0%)	-0.449	0.001 ⁽²⁾
1-4 (Ελάχιστη κατάθλιψη)	19 (35.2%)	81 (40.7%)		
5-9 (Ηπια κατάθλιψη)	14 (25.9%)	57 (28.6%)		
10-14 (Μέτρια κατάθλιψη)	7 (13.0%)	36 (18.1%)		
15-19 (Μέτρια σοβαρή κατάθλιψη)	0 (0.0%)	10 (5.0%)		
20-27 (Σοβαρή κατάθλιψη)	1 (1.9%)	4 (2.0%)		
PHQ-9 ≥ 10	8 (14.8%)	50 (25.1%)	-0.279	0.09 ⁽²⁾

Two tailed t-tests; (2) chi-square tests; d, Cohen's d ως effect size, BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Δείκτης Ενεργότητας, DAS-28: PA Δείκτης Ενεργότητας, DMARDs: Disease Modifying Antirheumatic Drugs

Στον πίνακα 33 φαίνονται οι συγκρίσεις των δυο ομάδων όσον αφορά στα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, την αντίληψη για τη νόσο και τους τομείς της Ποιότητας Ζωής. Ενώ αρχικά ως προς τις βαθμολογίες οι δυο ομάδες διέφεραν στα καταθλιπτικά συμπτώματα, στις *συνέπειες*, την *ταυτότητα*, τη συνολική βαθμολογία του PHQ-9 και την Σχετική με τις Κοινωνικές Σχέσεις Ποιότητα Ζωής, μετά τη στάθμιση ως προς φύλο, ηλικία, εκπαίδευση και φαρμακευτική αγωγή οι διαφορές αυτές εξαλείφθηκαν.

Πίνακας 33. Ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, αντίληψη για τη νόσο και ποιότητα ζωής στους ασθενείς με Αγκυλοποιητική Σπονδυλαρθρίτιδα και Ρευματοειδή Αρθρίτιδα

	ΑΣ (N=55)	ΡΑ(N=199)	F	p	ΑΣ (N=55)	ΡΑ (N=199)	F	p
	ONE WAY ANOVA				ANCOVA ΩΣ ΠΡΟΣ ΗΛΙΚΙΑ,ΦΥΛΟ,ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ			
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ								
Άγχος	0.49 ± 0.07	0.54 ± 0.04	0.311	0.578	0.57 ± 0.10	0.52 ± 0.04	0.247	0.620
Κατάθλιψη	0.66 ± 0.07	0.91 ± 0.04	6.452	0.012 *	0.85 ± 0.10	0.87 ± 0.04	0.022	0.883
Σωματοποίηση	0.84 ± 0.10	0.90 ± 0.05	0.267	0.606	1.09 ± 0.12	0.84 ± 0.05	2.851	0.093
Διαπροσωπική Ευαισθησία	0.63 ± 0.07	0.70 ± 0.04	0.631	0.428	0.70 ± 0.10	0.69 ± 0.04	0.009	0.925
Επιθετικότητα	0.62 ± 0.09	0.49 ± 0.04	2.324	0.129	0.55 ± 0.10	0.51 ± 0.04	0.130	0.718
Φοβικό άγχος	0.27 ± 0.05	0.28 ± 0.03	0.041	0.841	0.35 ± 0.08	0.27 ± 0.03	0.874	0.351
Ψυχαναγκαστικότητα	0.73 ± 0.10	0.69 ± 0.05	0.140	0.708	0.81 ± 0.12	0.68 ± 0.05	0.920	0.338
Παρανοειδής ιδεασμός	0.80 ± 0.09	0.66 ± 0.05	1.564	0.212	0.86 ± 0.11	0.66 ± 0.05	2.112	0.147
Ψυχωπισμός	0.38 ± 0.06	0.27 ± 0.03	3.416	0.066	0.36 ± 0.06	0.28 ± 0.03	0.960	0.328
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ								
Συνέπειες	4.52 ± 0.45	5.94 ± 0.21	9.262	0.003 **	5.73±0.48	5.63±0.21	0.030	0.863
Διάρκεια	8.96 ± 0.27	8.88 ± 0.17	0.049	0.824	9.41±0.38	8.74±0.17	2.169	0.142
Προσωπικός έλεγχος	7.15 ± 0.40	6.40 ± 0.21	2.758	0.098	6.51±0.50	6.55±0.22	0.006	0.939
Θεραπευτικός έλεγχος	8.43 ± 0.30	7.83 ± 0.17	2.605	0.108	8.22±0.41	7.84±0.18	0.711	0.400
Ταυτότητα	4.74 ± 0.47	5.63 ± 0.19	4.010	0.046 *	5.91±0.47	5.31±0.21	1.148	0.285
Ανησυχία	5.74 ± 0.50	5.65 ± 0.25	0.028	0.868	5.98±0.60	5.57±0.27	0.334	0.564
Κατανόηση	7.80 ± 0.37	7.50 ± 0.18	0.566	0.453	7.36±0.42	7.61±0.18	0.252	0.616
Συναισθηματικός αντίκτυπος	5.28 ± 0.45	5.97 ± 0.24	1.782	0.183	5.64±0.58	5.88±0.26	0.130	0.718
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ								
Σωματική	63.83±2.65	58.12±1.40	3.620	0.058	56.37±3.17	60.01±1.43	0.988	0.321
Ψυχική	69.07±2.48	64.93±1.26	2.240	0.136	64.90±3.09	65.88±1.36	0.073	0.787
Κοινωνικές Σχέσεις	67.32±2.68	60.14±1.55	4.696	0.031*	62.81±3.55	61.18±1.55	0.154	0.695
Περιβάλλον	60.39±1.78	63.03±1.12	1.257	0.263	61.08±2.66	62.83±1.16	0.313	0.576
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ PHQ-9	4.61±0.64	6.39±0.36	5.303	0.022 *	5.58±0.85	6.17±0.38	0.337	0.562

** p<0.01, * p<0.05

Ψυχοπαθολογικά Συμπτώματα, Αντίληψη για τη νόσο και Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής

Οι μονοπαραγοντικές αναλύσεις (Πίνακας 34) έδειξαν ότι στους ασθενείς με ΑΣ και ΡΑ η Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής εμφάνιζε παρόμοιες συσχετίσεις. Και στα δυο νοσήματα βρέθηκε ότι η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, ο πόνος, το άγχος και η κατάθλιψη συσχετίζονταν ισχυρά με την Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Επιπλέον, τόσο στην ΑΣ όσο και στη ΡΑ συσχέτιση εμφάνιζαν και οι αντίστοιχοι δείκτες ενεργότητας της νόσου (BASDAI και DAS-28). Οι περισσότερες από τις συνιστώσες του B-IPQ βρέθηκε να σχετίζονται σημαντικά με την Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής τόσο στους ασθενείς με ΑΣ όσο και σε εκείνους με ΡΑ. Για να διερευνηθεί ποιες συνιστώσες συσχετίζονται πιο ισχυρά με την Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής, διενεργήθηκε προκαταρκτική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης (Πίνακας 35), η οποία έδειξε ότι στην ΑΣ οι συνιστώσες που συσχετίστηκαν πιο ισχυρά ήταν ο *συναισθηματικός αντίκτυπος*, οι *συνέπειες* και η *ανησυχία* για τη νόσο ενώ στη ΡΑ οι *συνέπειες* και η *ανησυχία* για τη νόσο. Με βάση τα αποτελέσματα αυτά, οι συνιστώσες του B-IPQ που χρησιμοποιήθηκαν στη ιεραρχική ανάλυση ήταν οι *συνέπειες* και η *ανησυχία* για τη νόσο. Ο *συναισθηματικός αντίκτυπος* δεν χρησιμοποιήθηκε στην ιεραρχική ανάλυση, καθώς παρουσίαζε υψηλή συγγαμικότητα με τα καταθλιπτικά συμπτώματα του SCL-90-R.

Πίνακας 34. Μονοπαραγοντικές αναλύσεις μεταξύ της Σχετικής με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής και των διάφορων δημογραφικών και ψυχολογικών μεταβλητών

	ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (N=55)	ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (N=199)
Ηλικία	-0.427 ***	-0.211 **
Φύλο	0.217	0.125
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0.409 **	0.272***
Διάρκεια νόσου	-0.302	-0.247 **
BASDAI	-0.608 ***	-
DAS-28	-	-0.167 **
Πόνος	-0.474 **	-0.598 ***
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ		
Αγχος	-0.456 ***	-0.470 ***
Κατάθλιψη	-0.478 ***	-0.596 ***
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ		
Συνέπειες	-0.640 ***	-0.679 ***
Διάρκεια	-0.325 *	-0.367 ***

	ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (N=55)	ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (N=199)
Προσωπικός έλεγχος	0.249	0.239 ***
Θεραπευτικός έλεγχος	0.006	0.233 ***
Ταυτότητα	-0.692 ***	-0.600 ***
Ανησυχία	-0.650***	-0.439 ***
Κατανόηση	0.040	0.058
Συναισθηματικός αντίκτυπος	-0.726***	-0.489 ***

Συντελεστής παλινδρόμησης beta *** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$ * $p < 0.05$, BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Δείκτης Ενεργότητας, DAS-28: PA Δείκτης Ενεργότητας

Πίνακας 35. Προκαταρκτικές αναλύσεις πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής και ανεξάρτητες μεταβλητές τις 8 συνιστώσες τους B-IPQ

	ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (N=55)		ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ (N=199)	
	beta	p	beta	p
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ (B-IPQ)				
Συναισθηματικός αντίκτυπος	-0.447	<0.001	-0.043	0.578
Ανησυχία	-0.421	<0.001	-0.185	0.009
Συνέπειες	-0.333	0.019	-0.447	<0.001
Ταυτότητα	-0.096	0.161	-0.142	0.012
Προσωπικός έλεγχος	0.139	0.123	0.082	0.115
Θεραπευτικός έλεγχος	-0.108	0.267	0.016	0.774
Διάρκεια	-0.099	0.388	-0.127	0.018
Κατανόηση	0.018	0.924	0.071	0.130
	$R^2_{Adj} = 0.507, p = .019$		$R^2_{Adj} = 0.511, p < .001$	

Η ιεραρχική ανάλυση γραμμικής πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής, στους ασθενείς με ΑΣ (Πίνακας 36) έδειξε αρχικά ότι οι δημογραφικοί παράγοντες καθώς και οι παράγοντες της νόσου (BASDAI και πόνος) εξηγούσαν το 38.2% της διακύμανσης της Σχετικής με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Η προσθήκη των αντιλήψεων για τη νόσο πρόσθεσε ένα ακόμα 13% στη συνολική διακύμανση, με την ανησυχία να σχετίζεται σε ισχυρό βαθμό με την Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Στο βήμα αυτό με την εισαγωγή της ανησυχίας ο πόνος πλέον δεν σχετιζόταν σημαντικά σε αντίθεση με τον δείκτη ενεργότητας BASDAI ο οποίος διατήρησε τη συσχέτιση του. Ενδιαφέρον αποτελεί στο τελευταίο βήμα το γεγονός ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα και το άγχος δεν βρέθηκαν να σχετίζονται με την Σχετική με την

Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Τελικά, οι μεταβλητές που συσχετίστηκαν με την Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής στους ασθενείς με ΑΣ ήταν ο δείκτης ενεργότητας της νόσου BASDAI καθώς και η *ανησυχία*. Συμπερασματικά όσο πιο υψηλός ο δείκτης BASDAI και όσο πιο μεγάλη η ανησυχία για την ασθένεια τόσο φτωχότερη η Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής.

Η ίδια ανάλυση στη ΡΑ έδειξε ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με τη Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής ήταν ως ένα βαθμό διαφορετικοί από ό,τι στους ασθενείς με ΑΣ (Πίνακας 37). Οι δημογραφικές μεταβλητές, οι κλινικές παράμετροι και οι αντιλήψεις για τη νόσο εξηγούσαν το 52.4% της διακύμανσης, με το δείκτη ενεργότητας DAS-28, τον πόνο, τις *συνέπειες* και την *ανησυχία* για τη νόσο να σχετίζονται με την Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Με την εισαγωγή των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης, η συνολική διακύμανση έφτασε το 59%, με το δείκτη ενεργότητας να μην σχετίζεται πλέον. Ο πόνος, οι *συνέπειες*, η *ανησυχία* για τη νόσο και τα καταθλιπτικά συμπτώματα ήταν οι μοναδικές μεταβλητές που συσχετίζονταν με την Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Άρα, όσο μεγαλύτερος ο πόνος, η *ανησυχία* και όσο περισσότερες οι αντιλήψεις για τις *συνέπειες* της νόσου και τα καταθλιπτικά συμπτώματα, τόσο φτωχότερη η Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής.

Πίνακας 36. Ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης των παραγόντων που σχετίζονται με τη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής στους ασθενείς με ΑΣ (N=55)

	ΜΟΝΤΕΛΟ 1	ΜΟΝΤΕΛΟ 2	ΜΟΝΤΕΛΟ 3	ΜΟΝΤΕΛΟ 4
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ				
Ηλικία	-0.321 *	-0.115	-0.021	0.001
Εκπαίδευση	0.293 *	0.264 *	0.152	0.151
Παράμετροι της νόσου				
BASDAI	-	-0.334 **	-0.306 **	-0.264 *
Πόνος (VAS)	-	-0.264 *	-0.142	-0.128
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ				
Συνέπειες	-	-	-0.112	-0.057
Ανησυχία	-		-0.371***	-0.370***
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ				
Κατάθλιψη	-	-	-	-0.066
Άγχος	-	-	-	-0.071
Adjusted R ² of model	0.228	0.382	0.512	0.520
Αύξηση Adjusted R ²	0.228	0.154	0.129	0.008
Significance of F change	<0.01	0.001	0.001	0.553

Οι τιμές αντιπροσωπεύουν τον σταθμισμένο συντελεστή παλινδρόμησης beta *** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05, BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Δείκτης Ενεργότητας

Πίνακας 37. Ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης των παραγόντων που σχετίζονται με τη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής στους ασθενείς με ΡΑ (N= 199)

	ΜΟΝΤΕΛΟ 1	ΜΟΝΤΕΛΟ 2	ΜΟΝΤΕΛΟ 3	ΜΟΝΤΕΛΟ 4
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ				
Ηλικία	-0.058	-0.048	-0.103	-0.077
Εκπαίδευση	0.231**	0.142	0.075	0.081
ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ				
DAS-28	-	-0.189 ***	-0.111 *	-0.073
Διάρκεια νόσου	-	-0.134*	-0.048	-0.064
Πόνος (VAS)	-	-0.425***	-0.199***	-0.182***
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ				
Συνέπειες	-	-	-0.441***	-0.314***
Ανησυχία	-	-	-0.226*	-0.146**
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ				
Άγχος	-	-	-	-0.087
Κατάθλιψη	-	-	-	-0.250***
Adjusted R ² of model	0.065	0.266	0.524	0.590
Αύξηση Adjusted R ²	0.065	0.201	0.258	0.066
Significance of F change	0.001	0.001	0.001	0.001

Οι τιμές αντιπροσωπεύουν τον σταθμισμένο συντελεστή παλινδρόμησης beta

*** p<0.001, ** p<0.01, * p<0.05, DAS-28: ΡΑ Δείκτης Ενεργότητας

6. ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΑΝΙΚΗ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ ΜΕ ΕΝΑΡΞΗ ΣΤΗ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Χαρακτηριστικά των ασθενών με Νεανική Ιδιοπαθή Αρθρίτιδα και Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο με έναρξη στη παιδική ηλικία

Το δείγμα αποτελούσαν 35 ενήλικες ασθενείς με έναρξη της νόσου στη παιδική και εφηβική ηλικία (ΠΗ). Από αυτούς, οι 21 είχαν Νεανική Ιδιοπαθή Αρθρίτιδα (ΝΙΑ) και οι 14 Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο. Για τις αναλύσεις επιλέχθηκαν για κάθε έναν από τους παραπάνω ασθενείς 2 ασθενείς με παρόμοια ηλικία και το ίδιο φύλο, με αποτέλεσμα η ομάδα ελέγχου να αποτελείται από 42 ασθενείς με ΡΑ και 28 ασθενείς με ΣΕΛ των οποίων η νόσος ξεκίνησε στην ενήλικη ζωή (ΕΖ). Ο πίνακας 38 παρουσιάζει τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, τις κλινικές παραμέτρους, τις αντιλήψεις για τη νόσο και τη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο PHQ-9. Όπως είναι λογικό, οι δυο ομάδες δεν διέφεραν στο φύλο και την ηλικία, ωστόσο παρουσίαζαν διαφορές στο εκπαιδευτικό επίπεδο, με τους ασθενείς με έναρξη στη παιδική ηλικία να παρουσιάζουν ελαφρώς υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο (6.4 ± 1.7) και φυσικά στη διάρκεια νόσου (19.9 ± 14.5 έναντι 8.2 ± 5.9 , $p < 0.001$) σε σχέση με τους ασθενείς με έναρξη της νόσου στην ενήλικη ζωή. Τέλος, οι ασθενείς των δυο ομάδων δεν διέφεραν στον επιπολασμό της κατάθλιψης, στον αναφερόμενο πόνο και στην αυτοαναφερόμενη αναπηρία. Επιπλέον, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών και των δυο ομάδων απέδιδε τη νόσο σε ψυχολογικά αίτια.

Πίνακας 38. Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά και αιτιολογική αντίληψη για τη νόσο στους ασθενείς με ρευματικά νοσήματα με έναρξη στη παιδική ηλικία και με έναρξη στη ενήλικη ζωή

	ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ (N=35)	ΕΝΗΛΙΚΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ (N=70)	
ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ			
Ηλικία [mean ± SD]	34.2 ± 11.4	38.0 ± 6.6	0.076 ⁽¹⁾
Γυναίκες (N, %)	26 (74.3%)	52 (74.3%)	1.000 ⁽²⁾
Έτη εκπαίδευσης (mean±SD)	6.4 ± 1.7	5.2 ± 2.1	<0.01 ⁽¹⁾
Διαζύγιο/Χηρεία/Διάσταση, N (%)	1 (2.9%)	4 (5.8%)	0.661 ⁽²⁾
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ			
Διάρκεια νόσου [mean±SD] [median]	19.9 ± 14.5 17.0	8.2 ± 5.9 7.0	<0.001 ⁽¹⁾ -
Πόνος (VAS) [mean±SD]	0.78 ± 0.88	0.65 ± 0.71	0.564 ⁽¹⁾
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ (N, %)			
Βιολογικοί παράγοντες	11 (31.4%)	9 (13.8%)	0.064 ⁽²⁾
Αντικαταθλιπτικά	0 (0.0%)	6 (8.7%)	0.174 ⁽²⁾
ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ (HAQ)	0.67 ± 0.93	0.47 ± 0.64	0.222 ⁽¹⁾
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ (N, %) (B-IPQ)			0.174 ⁽²⁾
Ψυχολογικοί παράγοντες	10 (45.5%)	26 (52.0%)	
Παράγοντες κινδύνου	7 (31.8%)	21 (42.0%)	
Ανοσολογικοί παράγοντες	2 (9.1%)	2 (4.0%)	
Τύχη	3 (13.6%)	1 (2.0%)	
RHQ-9>10 (N, %)	9 (25.7%)	12 (17.1%)	0.312 ⁽²⁾
RHQ-9 score (mean±SD)	6.26 ± 5.86	5.03 ± 4.37	0.230 ⁽¹⁾

Two tailed t-tests; (2) chi-square tests;

Ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, αντίληψη για τη νόσο και ποιότητα ζωής στους ασθενείς με Νεανική Ιδιοπαθή Αρθρίτιδα και Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο με έναρξη στη παιδική ηλικία

Στη σύγκριση των δυο ομάδων (Πίνακας 39) όσον αφορά στα συμπτώματα ψυχολογικής δυσφορίας και τους τομείς της Ποιότητας Ζωής, οι ασθενείς δεν εμφάνιζαν καμία διαφορά ύστερα από την στάθμιση ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο. Ωστόσο, αναφορικά με τις συνιστώσες της αντίληψης για τη νόσο, οι δυο ομάδες εμφάνιζαν διαφορές ως προς δυο συνιστώσες, αυτή του *προσωπικού* και αυτή του *θεραπευτικού ελέγχου* με τους ασθενείς με έναρξη της νόσου στη παιδική ηλικία να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα προσωπικού και θεραπευτικού ελέγχου σε σχέση με τους ασθενείς με έναρξη στην ενήλικη ζωή.

Πίνακας 39. Ψυχοπαθολογικά συμπτώματα, αντίληψη για τη νόσο και ποιότητα ζωής στους ασθενείς με παιδικής και ενήλικης έναρξης ρευματικά νοσήματα (Analyses of covariance [ANCOVA] Στάθμιση ως προς εκπαιδευτικό επίπεδο)

	ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ (N=35) (MEAN±SE)	ΕΝΗΛΙΚΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ (N=70) (MEAN±SE)	F	p
ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ				
Άγχος	0.49 ± 0.11	0.61 ± 0.07	0.873	0.353
Κατάθλιψη	0.86 ± 0.13	0.91 ± 0.09	0.091	0.763
Σωματοποίηση	0.60 ± 0.11	0.85 ± 0.08	3.025	0.085
Διαπροσωπική Ευαισθησία	0.69 ± 0.11	0.72 ± 0.07	0.054	0.817
Επιθετικότητα	0.76 ± 0.13	0.70 ± 0.09	0.120	0.730
Φοβικό άγχος	0.20 ± 0.08	0.31 ± 0.06	1.041	0.310
Ψυχαναγκαστικότητα	0.64 ± 0.12	0.80 ± 0.08	1.117	0.293
Παρανοειδής ιδεασμός	0.79 ± 0.13	0.76 ± 0.09	0.039	0.844
Ψυχωπισμός	0.42 ± 0.08	0.40 ± 0.05	0.043	0.837
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ				
Συνέπειες	5.32 ± 0.52	5.03 ± 0.37	0.201	0.655
Διάρκεια	8.58 ± 0.47	8.53 ± 0.33	0.007	0.934
Προσωπικός έλεγχος	7.71 ± 0.47	6.20 ± 0.33	6.759	0.011*
Θεραπευτικός έλεγχος	8.90 ± 0.37	7.70 ± 0.26	6.690	0.011*
Ταυτότητα	4.30 ± 0.51	4.64 ± 0.35	0.296	0.588
Ανησυχία	6.20 ± 0.56	5.99 ± 0.39	0.089	0.766
Κατανόηση	8.11 ± 0.40	8.11 ± 0.28	0.000	0.990
Συναισθηματικός αντίκτυπος	6.30 ± 0.56	5.97 ± 0.40	0.220	0.640
Συνολική βαθμολογία	35.98 ± 2.17	38.16 ± 1.53	0.648	0.423
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ				
Σωματική	63.30 ± 3.19	68.25 ± 2.24	1.553	0.216
Ψυχική	64.10 ± 3.10	65.79 ± 2.18	0.191	0.663
Κοινωνικές Σχέσεις	59.88 ± 3.89	65.99 ± 2.73	1.598	0.209
Περιβάλλον	60.81 ± 2.68	62.58 ± 1.88	0.283	0.596

Αντίληψη για τη νόσο και Ποιότητα Ζωής

Στους πίνακες 40-43 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις των συνιστωσών της αντίληψης για τη νόσο με τους 4 τομείς της Ποιότητας Ζωής (Σωματική, Ψυχική, Κοινωνικές Σχέσεις και Περιβάλλον) όπως αυτοί αξιολογούνται από το ερωτηματολόγιο WHOQOL-BREF

ξεχωριστά για κάθε μια ομάδα (Παιδικής και Ενήλικης έναρξης).

Στη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής (Πίνακας 40) τόσο στους ασθενείς με έναρξη της νόσου στη παιδική ηλικία όσο και στους ασθενείς με έναρξη στην ενήλικη ζωή η μοναδική συνιστώσα που βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά ήταν οι αντιλήψεις για τις συνέπειες της νόσου. Και στις δυο ομάδες όσο περισσότερο πίστευαν οι ασθενείς ότι η νόσος έχει επηρεάσει σημαντικά τη ζωή τους, τόσο φτωχότερη ήταν η Σωματική Ποιότητα Ζωής τους.

Πίνακας 40. Πολυπαραγοντικές αναλύσεις με εξαρτημένη μεταβλητή τη Σχετική με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής των ασθενών με ρευματικά νοσήματα με έναρξη στη παιδική ηλικία και την ενήλικη ζωή

	ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ (N=35)		ΕΝΗΛΙΚΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ (N=70)	
	beta	p	beta	p
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ				
Συνέπειες	-0.619	0.006**	-0.395	0.003**
Διάρκεια	-0.064	0.724	-0.107	0.277
Προσωπικός έλεγχος	0.222	0.169	0.049	0.587
Θεραπευτικός έλεγχος	0.093	0.532	0.15	0.207
Ταυτότητα	-0.274	0.139	-0.257	0.068
Ανησυχία	0.372	0.168	-0.025	0.848
Κατανόηση	-0.040	0.804	0.119	0.219
Συναισθηματικός αντίκτυπος	-0.127	0.566	-0.123	0.429

Όσον αφορά στη Σχετική με την Ψυχική Υγεία Ποιότητα Ζωής (Πίνακας 41) οι δυο ομάδες παρουσίαζαν σημαντικές διαφορές ως προς τους παράγοντες που συσχετίζονταν με τον συγκεκριμένο τομέα της Ποιότητας Ζωής. Αναλυτικότερα στους ασθενείς με έναρξη στην ενήλικη ζωή η μοναδική συνιστώσα που βρέθηκε να συσχετίζεται με την Ψυχική Ποιότητα Ζωής ήταν ο *συναισθηματικός αντίκτυπος*, ενώ στους ασθενείς με έναρξη στη παιδική ηλικία οι συνιστώσες που σχετίζονταν είχαν περισσότερο γνωσιακό χαρακτήρα και ήταν οι *συνέπειες*, ο *προσωπικός έλεγχος* και η *κατανόηση*. Όλες οι συσχετίσεις και στις δυο ομάδες ήταν στην αναμενόμενη κατεύθυνση, εκτός από την κατανόηση στους ασθενείς με έναρξη στη παιδική ηλικία όπου τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσο μεγαλύτερη κατανόηση της νόσου είχαν οι ασθενείς τόσο φτωχότερη ήταν η Σχετική με την Ψυχική Υγεία Ποιότητα Ζωής.

Πίνακας 41. Πολυπαραγοντικές αναλύσεις με εξαρτημένη μεταβλητή τη Σχετική με τη Ψυχική Υγεία Ποιότητα Ζωής των ασθενών με ρευματικά νοσήματα με έναρξη στη παιδική ηλικία και την ενήλικη ζωή

	ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ (N=35)		ΕΝΗΛΙΚΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ (N=70)	
	beta	p	beta	p
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ				
Συνέπειες	-0.640	0.003**	-0.056	0.723
Διάρκεια	-0.026	0.878	-0.181	0.134
Προσωπικός έλεγχος	0.322	0.040*	0.002	0.986
Θεραπευτικός έλεγχος	0.030	0.833	0.074	0.508
Ταυτότητα	-0.027	0.874	-0.081	0.636
Ανησυχία	0.144	0.568	0.025	0.875
Κατανόηση	-0.322	0.041*	0.147	0.216
Συναισθηματικός αντίκτυπος	-0.157	0.457	-0.457	0.019*

Αντίθετα με τους προηγούμενους τομείς της Ποιότητας Ζωής, η Σχετική με τις Κοινωνικές Σχέσεις Ποιότητα Ζωής (Πίνακας 42) δεν σχετιζόταν με καμία από τις συνιστώσες στην ομάδα με έναρξη στη παιδική ηλικία, ενώ στους ασθενείς με έναρξη στην ενήλικη ζωή η μόνη συνιστώσα που βρέθηκε να σχετίζεται ήταν η *διάρκεια*. Όσο περισσότερο χρόνια θεωρούσαν τη νόσο τους οι ασθενείς με έναρξη στην ενήλικη ζωή, τόσο φτωχότερη ήταν η Ποιότητα Ζωής τους όσον αφορά στις κοινωνικές σχέσεις.

Πίνακας 42. Πολυπαραγοντικές αναλύσεις με εξαρτημένη μεταβλητή τη Σχετική με τις Κοινωνικές Σχέσεις Ποιότητα Ζωής των ασθενών με ρευματικά νοσήματα με έναρξη στη παιδική ηλικία και την ενήλικη ζωή

	ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ (N=35)		ΕΝΗΛΙΚΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ (N=70)	
	beta	p	beta	p
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ				
Συνέπειες	-0.280	0.245	-0.234	0.171
Διάρκεια	-0.155	0.456	-0.257	0.047*
Προσωπικός έλεγχος	0.219	0.233	0.047	0.691
Θεραπευτικός έλεγχος	0.133	0.436	0.187	0.117
Ταυτότητα	0.250	0.233	-0.025	0.889
Ανησυχία	0.028	0.926	-0.075	0.653
Κατανόηση	0.147	0.422	0.083	0.507
Συναισθηματικός αντίκτυπος	-0.278	0.274	0.052	0.797

Τέλος, αναφορικά με την Σχετική με το Περιβάλλον Ποιότητα Ζωής (Πίνακας 43) σε καμία από τις δυο ομάδες ασθενών οι συνιστώσες της αντίληψης για τη νόσο δεν αποτελούσαν παράγοντα συσχέτισης.

Πίνακας 43. Πολυπαραγοντικές αναλύσεις με εξαρτημένη μεταβλητή τη Σχετική με το Περιβάλλον Ποιότητα Ζωής των ασθενών με ρευματικά νοσήματα με έναρξη στη παιδική ηλικία και την ενήλικη ζωή

	ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ (N=35)		ΕΝΗΛΙΚΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ (N=70)	
	beta	p	beta	p
ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ				
Συνέπειες	-0.392	0.113	0.076	0.668
Διάρκεια	0.180	0.396	-0.074	0.581
Προσωπικός έλεγχος	0.137	0.457	-0.149	0.230
Θεραπευτικός έλεγχος	0.149	0.391	0.069	0.578
Ταυτότητα	-0.029	0.890	-0.299	0.119
Ανησυχία	-0.083	0.787	-0.075	0.671
Κατανόηση	0.222	0.237	0.089	0.501
Συναισθηματικός αντίκτυπος	-0.099	0.699	-0.028	0.897

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη είχε ως σκοπό τη στάθμιση της Ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου PHQ-9 για ανίχνευση της κατάθλιψης σε ασθενείς με ρευματικά νοσήματα. Επιπλέον ως σκοπό είχε την διερεύνηση της Ποιότητας Ζωής των ασθενών με ρευματικά νοσήματα και το ρόλο των ψυχολογικών παραγόντων αλλά και της αντίληψης των ασθενών για τη νόσο στη διαμόρφωση της Ποιότητας Ζωής.

1. ΣΤΑΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ PHQ-9

Το ερωτηματολόγιο PHQ-9 έχει μεταφρασθεί σε πολλές γλώσσες και έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες με σκοπό την ανίχνευση της κατάθλιψης σε διάφορα πλαίσια όπως παραδείγματος χάριν στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αλλά και σε διαφορετικούς πληθυσμούς ασθενών ⁽⁴³⁹⁾. Ωστόσο, δεν έχει χρησιμοποιηθεί μέχρι στιγμής σε ρευματολογικό πληθυσμό. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης που βρέθηκε στη παρούσα μελέτη (25.4%) ήταν διπλάσιος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, εύρημα που υποστηρίζεται και από άλλες μελέτες ⁽²⁹²⁾. Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι το PHQ-9 στο σημείο αποκοπής ≥ 10 δείχνει άριστη ικανότητα διάκρισης των ρευματολογικών ασθενών με και χωρίς κατάθλιψη, με την περιοχή κάτω από την καμπύλη (AUC) να είναι 0.91. Στο πρωτότυπο άρθρο των Kroenke et al. ⁽²⁶⁶⁾ βρέθηκε ότι η περιοχή κάτω από την καμπύλη ήταν ίση με 0.95, τονίζοντας έτσι το γεγονός της άριστης ικανότητας του PHQ-9 να ανιχνεύει την κατάθλιψη. Επιπλέον, οι συγγραφείς τονίζουν ότι είναι απίθανο κάποιο άλλο ερωτηματολόγιο να έχει καλύτερη ικανότητα, αφού όταν η AUC ισούται με 1 υποδεικνύει το τέλειο ερωτηματολόγιο. Ωστόσο, έχουν αναφερθεί και χαμηλές τιμές της AUC όπως στη μελέτη των van Steenbergen-Weijenburg et al. ⁽⁴²⁰⁾ όπου η AUC ήταν ίση με 0.77 δείχνοντας απλά μια επαρκώς καλή ικανότητα διάκρισης της κατάθλιψης. Ωστόσο, πιθανώς αυτό να οφείλεται στις ιδιαιτερότητες του εκάστοτε υπό εξέταση πληθυσμού. Στη παραπάνω μελέτη, παραδείγματος χάριν, ο πληθυσμός αποτελούνταν από ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη και το βέλτιστο σημείο αποκοπής βρέθηκε να είναι το 12. Αντίθετα με το ίδιο σημείο αποκοπής ⁽⁴⁰⁶⁾, σε ασθενείς όμως με εγκεφαλική βλάβη μετά από τραυματισμό, βρέθηκε ότι η AUC έδειχνε ένα άριστο εργαλείο και ήταν ίση με 0.97. Επίσης, η άποψη των συγγραφέων του πρωτότυπου άρθρου για την ικανότητα του PHQ-9 φαίνεται να υποστηρίζεται και από τη μελέτη των Adewuya et al. ⁽⁴¹⁰⁾, στην οποία ο υπό εξέταση πληθυσμός ήταν φοιτητές στη Νιγηρία χωρίς κάποια συννοσηρή ιατρική νόσο. Στη μελέτη αυτή το PHQ-9 έδειξε εξαιρετική ικανότητα ανίχνευσης της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής σε σύγκριση με τη διαγνωστική συνέντευξη M.I.N.I., με την AUC να είναι ίση με 0.995. Φαίνεται, εν τέλει, ότι το PHQ-9 αποτελεί ένα εύχρηστο και ικανότατο εργαλείο ανίχνευσης της κατάθλιψης, το οποίο όμως αποδίδει διαφορετικά στους διάφορους πληθυσμούς, όπως είναι αναμενόμενο.

Αντίστοιχα με την πρωτότυπη μορφή η Ελληνική έκδοση του PHQ-9 βρέθηκε να είναι μονοδιάστατη και έδειξε καλή εσωτερική εγκυρότητα (Cronbach's alpha=0.82). Η εκτίμηση

της συγκλίνουσας εγκυρότητας ανέδειξε ότι οι πιο ισχυρές συσχετίσεις του PHQ-9 ήταν με την υποκλίμακα της κατάθλιψης του SCL-90-R καθώς και με την Σχετική με την Ψυχική Υγεία Ποιότητα Ζωής του WHOQOL-BREF όπως αναμενόταν. Επίσης, η σημαντική συσχέτιση του με την λειτουργική αναπηρία καθώς και με όλους τους τομείς της Σχετικής με την Υγεία Ποιότητας Ζωής υποστηρίζουν περαιτέρω την εγκυρότητα του. Το παραπάνω εύρημα είναι συμβατό με τα έως τώρα βιβλιογραφικά δεδομένα, καθώς οι μελέτες αξιοπιστίας του PHQ-9 συσχετίζουν σε ισχυρό βαθμό το ερωτηματολόγιο με άλλες κλίμακες κατάθλιψης καθώς και με την Ποιότητα Ζωής. Ορισμένες από τις κλίμακες με τις οποίες έχει συσχετιστεί το PHQ-9 είναι η CES-D (Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale)⁽⁴⁴⁰⁾, το BDI (Beck Depression Inventory)⁽⁴¹⁸⁾, το HSCL-20 (Hopkins Symptom Checklist – 20)⁽⁴⁴¹⁾ και η HADS-D (Hamilton Rating Scale for Depression)^{(413) (414) (442)}. Επιπλέον, η εγκυρότητα του φαίνεται και από τη συσχέτιση του στη συσχέτιση του με τις κλίμακες της Ποιότητας Ζωής και ιδιαίτερα με τους τομείς της Ψυχικής Υγείας του SF-12, του SF-20 και του SF-36^{(266) (402) (440) (443) (444)} όπως και στη παρούσα μελέτη.

Ο επιπολασμός της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής σε διάφορα σωματικά νοσήματα, με τη χρήση δομημένων κλινικών συνεντεύξεων αναφέρεται ότι κυμαίνεται από 8.4% έως και 47%^{(290) (408) (409) (439)}. Αναφορικά με τον επιπολασμό της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής στα ρευματικά νοσήματα, οι μελέτες στη βιβλιογραφία αναφέρουν ποσοστά 9.5-16.2% για τη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα^{(262) (445)}, 19% για το σκληρόδερμα⁽⁴⁴⁶⁾, και 17-22.5% για τον Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο^{(282) (447)} με τον επιπολασμό ζωής στις γυναίκες να φτάνει το 47%⁽²⁸⁹⁾. Για τα υπόλοιπα ρευματικά νοσήματα οι μελέτες είναι ελάχιστες ιδιαίτερα όσον αφορά στη χρήση δομημένων συνεντεύξεων. Στη παρούσα μελέτη ο επιπολασμός της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής βρέθηκε να είναι 25.4%. Το ποσοστό αυτό αναφέρεται στο συνολικό επιπολασμό για όλα τα ρευματικά νοσήματα που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Παρόλο που το ποσοστό αυτό μπορεί να διαφέρει μεταξύ των ρευματικών νοσημάτων ωστόσο δίνει μια αδρή εκτίμηση του αριθμού των ασθενών με κατάθλιψη που μπορεί να αντιμετωπίσει ένας ρευματολόγος στη καθημερινή του πρακτική.

Στη παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι το βέλτιστο σημείο αποκοπής του PHQ-9 για την ανίχνευση της κατάθλιψης σε ρευματολογικούς ασθενείς είναι το 10. Στο σημείο αυτό το ερωτηματολόγιο μπορεί με αξιοπιστία να διαγνώσει (ευαισθησία: 81.2%) τη Μείζονα Κατάθλιψη αλλά και να την αποκλείσει (ειδικότητα: 86.8%). Το βέλτιστο σημείο αποκοπής της παρούσας μελέτης βρίσκεται σε συμφωνία με τη βιβλιογραφία, καθώς το πιο συχνό αναφερόμενο σημείο αποκοπής για την ανίχνευση της κατάθλιψης μέσω του PHQ-9 είναι το 10. Σε μια μετανάλυση του 2012⁽⁴⁴⁸⁾ οι ερευνητές εκτίμησαν τις μελέτες που ανέφεραν διάφορα σημεία αποκοπής για το PHQ-9. Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα διάφορα σημεία αποκοπής, ο αριθμός των αναφερόμενων μελετών και των ασθενών καθώς και η ευαισθησία και η ειδικότητα. Όπως φαίνεται, οι περισσότερες μελέτες βρήκαν ότι το βέλτιστο σημείο αποκοπής είναι το 10.

ΣΗΜΕΙΟ ΑΠΟΚΟΠΗΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΕΛΕΤΩΝ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ	ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ
7	5	2794	83%	73%
8	6	3306	82%	83%
9	7	3269	83%	86%
10	16	5782	85%	89%
11	10	3451	89%	89%
12	10	3451	77%	91%
13	8	2759	81%	92%
14	6	2162	67%	95%
15	6	2482	62%	96%

Όλες οι μελέτες που τελικά επιλέχθηκαν για τη μετανάλυση (συνολικά 18) στάθμισαν το ερωτηματολόγιο σε σχέση με κάποια δομημένη διαγνωστική συνέντευξη (M.I.N.I., SCID, CIDI) και η συγκεντρωτική ευαισθησία και ειδικότητα για το σημείο αποκοπής 10 ήταν 85% και 89% αντίστοιχα. Αξίζει στο σημείο αυτό να αναφερθεί ότι ο μόνος προγνωστικός παράγοντας για την ετερογένεια των μελετών ήταν το αν η διαγνωστική συνέντευξη ήταν “τυφλή” ως προς το PHQ-9. Η διαγνωστική ικανότητα του ερωτηματολογίου φάνηκε ότι δεν επηρεαζόταν από το φύλο, το πλαίσιο (Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ή νοσοκομείο), τον επιπολασμό της κατάθλιψης, το μέγεθος του δείγματος και τη μέση ηλικία. Τέλος σημαντικό εύρημα της μετανάλυσης που βρίσκει εφαρμογή στη παρούσα μελέτη είναι το γεγονός ότι η διαγνωστική ικανότητα δεν επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από τη μετάφραση. Οι ερευνητές εν τέλει καταλήγουν ότι το σημείο αποκοπής 10 δεν είναι ιδανικότερο από το 11 ή το 12 όσον αφορά στην ευαισθησία και ότι τα σημεία αποκοπής από 8 έως 11 δίνουν καλή διαγνωστική ικανότητα στο PHQ-9. Ωστόσο, το βέλτιστο σημείο αποκοπής μπορεί να διαφέρει από πλαίσιο σε πλαίσιο.

Εκτός του βέλτιστου σημείου αποκοπής, στη παρούσα μελέτη έγινε και διερεύνηση της διαγνωστικής ικανότητας του κατηγορικού αλγόριθμου του PHQ-9. Η ειδικότητα βρέθηκε πολύ υψηλή (95.1%), ωστόσο η ευαισθησία ήταν πολύ χαμηλή (52.2%) εύρημα που συμφωνεί με τη βιβλιογραφία. Οι Wittkampf και συν.⁽⁴⁴⁹⁾ βρήκαν σε μια μετανάλυση ότι η συγκεντρωτική ειδικότητα ήταν 94% ενώ η συγκεντρωτική ευαισθησία ήταν επίσης χαμηλή (77%). Συνεπώς με τη χρήση του κατηγορικού αλγόριθμου, λόγω της υψηλής ειδικότητας αποφεύγεται μεν η υπερδιάγνωση, ωστόσο λόγω της χαμηλής ευαισθησίας (ειδικά στη παρούσα μελέτη) είναι πιθανό περιστατικά με κατάθλιψη να μείνουν αδιάγνωστα. Συνεπώς, τουλάχιστον για τους Έλληνες ρευματολογικούς ασθενείς, ίσως να είναι πιο χρήσιμο να χρησιμοποιείται το σημείο αποκοπής παρά ο κατηγορικός αλγόριθμος για την ανίχνευση της κατάθλιψης.

2. ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ, ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΑ ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Ψωριασική Αρθρίτιδα και Ρευματοειδής Αρθρίτιδα

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η ψωριασική και η ρευματοειδής αρθρίτιδα εμφανίζουν παρόμοιο επιπολασμό μέτριων και σοβαρών καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Ωστόσο, οι ασθενείς με ψωριασική πολυαρθρίτιδα εμφάνιζαν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά κατάθλιψης, εύρημα που μπορεί να εξηγείται μερικώς λόγω και της κλινικής εικόνας. Και στη ψωριασική και στη ρευματοειδή αρθρίτιδα βρέθηκε ότι εκτός του πόνου, τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα αποτελούσαν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες για την Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής, υποδεικνύοντας τη σημασία της αναγνώρισης και θεραπείας τους στη κλινική πράξη για τη βελτίωση της Ποιότητας Ζωής. Επιπλέον, και στις δυο μορφές αρθρίτιδας η αντίληψη που έχουν οι ασθενείς για τη νόσο βρέθηκε ότι επηρεάζει τη Ποιότητα Ζωής τους. Ωστόσο τόσο τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα όσο κι η αντίληψη για τη νόσο παρουσίαζαν ορισμένες διαφορές ανάμεσα στα δυο νοσήματα. Στη ψωριασική αρθρίτιδα το άγχος ήταν το σύμπτωμα που σχετιζόταν σε ισχυρότερο βαθμό με τη Ποιότητα Ζωής, ενώ αντίθετα στη ρευματοειδή αρθρίτιδα ήταν η κατάθλιψη. Επίσης, οι γνωστικοί παράγοντες διέφεραν στα δυο νοσήματα. Στη ψωριασική αρθρίτιδα, η Ποιότητα Ζωής επηρεαζόταν από το βαθμό που οι ασθενείς απέδιδαν τα διάφορα συμπτώματα στη νόσο τους, ενώ στη ρευματοειδή αρθρίτιδα η Ποιότητα Ζωής επηρεαζόταν από το βαθμό που οι ασθενείς θεωρούσαν ότι οι συνέπειες της νόσου επηρέαζαν τη ζωή τους. Συμπερασματικά, στη παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι οι επιπτώσεις του άγχους, της κατάθλιψης και της αντίληψης για τη νόσο στη Σχετική με την Υγεία Ποιότητα Ζωής είναι σημαντικές αλλά ταυτόχρονα σύνθετες και κυρίως διαφέρουν μεταξύ της ψωριασικής και της ρευματοειδούς αρθρίτιδας.

Ο επιπολασμός της κατάθλιψης βρέθηκε να είναι στη ρευματοειδή αρθρίτιδα 25.1% και στη ψωριασική 21.7%. Στη βιβλιογραφία οι μελέτες για την κατάθλιψη στη ρευματοειδή αρθρίτιδα αναφέρουν παρόμοια ποσοστά, όπου με τη χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς τα ποσοστά αγγίζουν το 40% ⁽²⁰⁹⁾ ενώ όταν χρησιμοποιούνται πιο ακριβείς μέθοδοι το ποσοστό κυμαίνεται μεταξύ 13-17% ^{(203) (204) (205)}. Οι διαφορές στα ποσοστά, εκτός από τα διαφορετικά εργαλεία πιθανώς να οφείλονται και σε άλλες παραμέτρους, όπως η αξιολόγηση των παραγόντων που οδηγούν στη κατάθλιψη καθώς είναι γνωστό ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα στη ρευματοειδή αρθρίτιδα αποτελούν ένα σύνθετο φαινόμενο που οφείλεται σε διάφορες παραμέτρους όπως ο πόνος, η αναπηρία, το προηγούμενο ιστορικό καθώς και από πλήθος ψυχοκοινωνικών μεταβλητών. Αντιθέτως, ο επιπολασμός της κατάθλιψης στους ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα (21.7%) είναι υψηλότερος σε σχέση με αυτόν που αναφέρεται σε προηγούμενες μελέτες. Ωστόσο, και στην περίπτωση της ψωριασικής αρθρίτιδας

τα αποτελέσματα δεν είναι σταθερά και εξαρτώνται και από τη μέθοδο εκτίμησης. Σε πρόσφατες μελέτες ⁽²⁴³⁾ έχουν βρεθεί συνδυασμένα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης μαζί 7.9% το οποίο αντιπροσωπεύει ένα αρκετά χαμηλό ποσοστό. Ωστόσο, σε μια άλλη πρόσφατη μελέτη ⁽²⁴⁵⁾ που χρησιμοποίησε δυο διαφορετικά σημεία αποκοπής του ίδιου ερωτηματολογίου, το ποσοστό της κατάθλιψης ήταν 12% και 25% αντίστοιχα.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει στη παρούσα μελέτη το εύρημα ότι παρόλο που περίπου το 20% των ασθενών με ψωριασική αρθρίτιδα εμφάνιζαν καταθλιπτικά συμπτώματα, μόνο 2 από τους 18 (11.1%) λάμβαναν αντικαταθλιπτική αγωγή. Αντίθετα το αντίστοιχο ποσοστό στη ρευματοειδή αρθρίτιδα ήταν 34%. Τα ανωτέρω ευρήματα δείχνουν ότι στην ψωριασική αρθρίτιδα η κατάθλιψη μάλλον δεν αναγνωρίζεται το ίδιο εύκολα όπως στη ρευματοειδή αρθρίτιδα και συνεπώς δεν θεραπεύεται στον ίδιο βαθμό. Ωστόσο, περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς (54.3%) με ψωριασική αρθρίτιδα αποδίδουν τη νόσο τους σε ψυχολογικά αίτια. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει ότι οι ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στους ψυχολογικούς παράγοντες και αυτό πιθανώς να αποτελεί έναν βοηθητικό παράγοντα και για τους ρευματολόγους ώστε να αναγνωρίζουν και να συζητάνε τα ψυχολογικά συμπτώματα με τους ασθενείς τους, αλλά και να ενσωματώσουν στη κλινική τους πρακτική μια αδρή ψυχολογική εκτίμηση.

Επιπλέον, αναφορικά με την Ποιότητα Ζωής δεν ανιχνεύθηκαν διαφορές μεταξύ των ασθενών με ψωριασική και ρευματοειδή αρθρίτιδα, υποστηρίζοντας έτσι τα ευρήματα και άλλων προηγούμενων μελετών ότι η Ποιότητα Ζωής των ασθενών επηρεάζεται στον ίδιο βαθμό ^{(450) (451) (452)}. Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα έχουν φτωχότερη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής, ενώ οι ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα φτωχότερη Σχετική με την Ψυχική Υγεία Ποιότητα Ζωής, εύρημα που αποδίδεται στις δερματικές βλάβες της ψωρίασης που συνοδεύουν την αρθρίτιδα ^{(76) (242)}. Όσον αφορά στους παράγοντες που σχετίζονται με τη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής, βρέθηκε ότι στη ρευματοειδή αρθρίτιδα ήταν τα καταθλιπτικά συμπτώματα και οι αντιλήψεις των ασθενών για τις *συνέπειες* της νόσου, ενώ αντίθετα στην ψωριασική αρθρίτιδα ήταν το άγχος και τα συμπτώματα που απέδιδαν οι ασθενείς στη νόσο. Πιθανώς το εύρημα αυτό να ερμηνεύεται από τις δερματικές βλάβες και τις επιδράσεις που έχουν κυρίως όσον αφορά στα θέματα του κοινωνικού στίγματος. Συνεπώς, οι ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα ενδέχεται να εμφανίζονται περισσότερο αγχωμένοι για την εικόνα του σώματος τους καθώς και για τα συμπτώματα τους. Αντίθετα, στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα οι *συνέπειες* σχετίζονται με μια πιθανή απώλεια της ανεξαρτησίας τους, τουλάχιστον σε σωματικό επίπεδο, και αυτό εντείνεται από τη συνοδευόμενη κατάθλιψη με συνέπεια και τα δυο να επηρεάζουν τη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Τέλος, καθώς το άγχος φαίνεται να επηρεάζει τους ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα, θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμη η αναγνώριση και η αντιμετώπιση του για τη βελτίωση της Ποιότητας Ζωής των ασθενών. Στη βιβλιογραφία τονίζεται η μικρότερης έκτασης βαρύτητα που αποδίδεται στο άγχος σε σχέση με την κατάθλιψη,

καθώς έχει βρεθεί παραδείγματος χάριν, ότι στους ασθενείς με σκληρόδερμα το 49% έχει τουλάχιστον μια αγχώδη διαταραχή στο παρόν και το 64% τουλάχιστον μια στο παρελθόν, αλλά μόνο το 2% και το 10% αντίστοιχα έχουν λάβει ψυχιατρική υποστήριξη ⁽⁴⁴⁶⁾.

Σύνδρομο Sjogren και Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος

Τα αποτελέσματα της μελέτης αναφορικά με το σύνδρομο Sjogren και τον Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο έδειξαν ότι ο επιπολασμός των μέτριων και σοβαρών καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι παρόμοιος τόσο μεταξύ αυτών όσο και σε σχέση με την Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. Οι ασθενείς των τριών νοσημάτων δεν εμφάνισαν διαφορές στις βαθμολογίες των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων και σε αυτές της Ποιότητας Ζωής. Ωστόσο διέφεραν σε ορισμένες συνιστώσες της αντίληψης για τη νόσο και πιο συγκεκριμένα στη *διάρκεια* που πίστευαν ότι θα έχει η νόσος, στον αριθμό των συμπτωμάτων (*ταυτότητα*) που απέδιδαν στη νόσο και στη *κατανόηση* της νόσου. Αναλυτικά, οι ασθενείς με σύνδρομο Sjogren εμφάνιζαν υψηλότερη βαθμολογία στη συνιστώσα της *διάρκειας* και της *ταυτότητας* και χαμηλότερη σε αυτή της *κατανόησης* σε σχέση με τα άλλα δυο νοσήματα. Αναφορικά με τους προγνωστικούς παράγοντες της Σχετικής με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής και στα τρία νοσήματα σημαντικό ρόλο βρέθηκε να διαδραματίζουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα και οι αντιλήψεις των ασθενών για τις *συνέπειες* της νόσου. Ωστόσο, οι ασθενείς εμφάνιζαν και ορισμένες διαφορές, καθώς βρέθηκε ότι ο πόνος αποτελούσε προγνωστικό παράγοντα της Ποιότητας Ζωής για τους ασθενείς με Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο και Ρευματοειδή Αρθρίτιδα σε αντίθεση με τους ασθενείς με σύνδρομο Sjogren. Επιπλέον, μόνο στους ασθενείς με Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο βρέθηκε ότι προγνωστικό παράγοντα αποτελεί και το πλήθος των συμπτωμάτων που αποδίδουν στη νόσο (*ταυτότητα*) ενώ στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και το εκπαιδευτικό επίπεδο των ασθενών. Συμπερασματικά, στη παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι οι επιπτώσεις της κατάθλιψης, του πόνου και των αντιλήψεων για τη νόσο στη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής στους ασθενείς με σύνδρομο Sjogren, Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο και Ρευματοειδή Αρθρίτιδα είναι σημαντικές, ωστόσο παρουσιάζουν μικρές διαφορές ως προς τον τρόπο επίδρασης τους στη Ποιότητα Ζωής ανάμεσα στα τρία νοσήματα.

Ο επιπολασμός της κατάθλιψης στη παρούσα μελέτη βρέθηκε να είναι στη ρευματοειδή αρθρίτιδα 25.1%, στο σύνδρομο Sjogren 24.6% και στο Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο 25.1%. Το ποσοστό της κατάθλιψης στο σύνδρομο Sjogren είναι ελαφρώς χαμηλότερο σε σχέση με τα ποσοστά που αναφέρονται στη βιβλιογραφία τα οποία κυμαίνονται από 30% έως 47% ^{(271) (272)} με τη χρήση διαφόρων ερωτηματολογίων. Ωστόσο, με τη χρήση του RHQ-9 και τη διάκριση των συμπτωμάτων σε ήπια, μέτρια και σοβαρά, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης είναι συμβατά με τη βιβλιογραφία καθώς έχει βρεθεί ότι το 25.6% και το 12.5% των ασθενών με σύνδρομο Sjogren εμφανίζουν μέτρια και σοβαρή κατάθλιψη

αντίστοιχα ⁽²⁶⁷⁾. Αντίστοιχα με το σύνδρομο Sjogren, στο Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο τα ευρήματα της παρούσας μελέτης όσον αφορά στον επιπολασμό της κατάθλιψης είναι χαμηλότερα σε σχέση με αυτά που αναφέρονται στη βιβλιογραφία. Ωστόσο και σε αυτή τη περίπτωση τα αναφερόμενα ποσοστά εμφανίζουν ευρεία διακύμανση από 17% έως 49.2% για τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή μέχρι και 69% για οποιαδήποτε διαταραχή της διάθεσης ^{(286) (290)}. Αξίζει ωστόσο να αναφερθεί ότι μελέτες που χρησιμοποιούν την κλίμακα CES-D και τη διαγνωστική συνέντευξη M.I.N.I. βρέθηκε ότι ο επιπολασμός των διαταραχών της διάθεσης ήταν 26%, ποσοστό παρόμοιο με τη παρούσα μελέτη ⁽²⁹⁰⁾.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα της παρούσας μελέτης που αφορά στις διαφορές των ασθενών στην αντίληψη για τη νόσο. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς με σύνδρομο Sjogren πιστεύουν ότι η νόσος τους θα διαρκέσει περισσότερο από ότι πιστεύουν οι ασθενείς με ΣΕΛ και ΡΑ. Επιπλέον, οι ασθενείς με σύνδρομο Sjogren αποδίδουν περισσότερα συμπτώματα στη νόσο από ότι οι ασθενείς με ΣΕΛ και ΡΑ και ταυτόχρονα αναφέρουν ότι κατανοούν τη νόσο τους σε μικρότερο βαθμό. Οι δυο αυτές συνιστώσες, της *ταυτότητας* και της *κατανόησης*, πιθανώς να συνδέονται ως ένα βαθμό στους ασθενείς με σύνδρομο Sjogren, καθώς η μικρότερη *κατανόηση* της νόσου ενδέχεται να οδηγεί τους ασθενείς στο να αποδίδουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα στη νόσο τους, λαμβάνοντας υπόψη και την ποικιλία των μη ειδικών συμπτωμάτων της νόσου όπως ξηροστομία, ξηροφθαλμία καθώς και το πλήθος των συστηματικών εκδηλώσεων.

Αναφορικά με την Ποιότητα Ζωής, δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των τριών νοσημάτων, εύρημα συμβατό με προηγούμενα ευρήματα της ερευνητικής μας ομάδας όπου η Ποιότητα Ζωής εμφάνιζε παρόμοια έκπτωση τόσο στον Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο όσο και στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα και το σύνδρομο Sjogren ^{(375) (376)}. Ωστόσο, μελέτες στη βιβλιογραφία υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς με ΡΑ έχουν φτωχότερη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής σε σχέση με τους ασθενείς με ΣΕΛ και σύνδρομο Sjogren ^{(352) (378)}. Όσον αφορά στους παράγοντες που σχετίζονται με τη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής, στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα και οι *συνέπειες* που απέδιδαν οι ασθενείς στη νόσο τους αποτελούσαν προγνωστικό παράγοντα για φτωχότερη Ποιότητα Ζωής. Τα αποτελέσματα που αφορούν στο ρόλο των καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι συμβατά με τη βιβλιογραφία και για τα τρία νοσήματα. Ωστόσο, ο ρόλος των *συνεπειών* τουλάχιστον στον ΣΕΛ και το σύνδρομο Sjogren δεν έχει μελετηθεί. Είναι φανερό από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, ότι η αντίληψη που έχουν οι ασθενείς για την επίδραση που έχει στη ζωή τους η νόσος, επηρεάζει με τη σειρά της την Ποιότητα Ζωής τους. Επιπλέον, στους ασθενείς με ΣΕΛ και ΡΑ, η Ποιότητα Ζωής τους επηρεάζεται από τον αναφερόμενο πόνο, κάτι που δεν φαίνεται να συμβαίνει στους ασθενείς με σύνδρομο Sjogren όπου ο πόνος δεν αποτελεί προγνωστικό παράγοντα της Ποιότητας Ζωής. Μια πιθανή εξήγηση για το ανωτέρω εύρημα θα μπορούσε να είναι η κυρίαρχη συμπτωματολογία του συνδρόμου, η οποία συνίσταται κυρίως στη προσβολή των εξωκρινών αδένων και λιγότερο των αρθρώσεων, αν και το ποσοστό προσβολής

τους στη βιβλιογραφία δεν είναι αμελητέο καθώς εμφανίζεται στο 54-84% των ασθενών ⁽¹¹⁷⁾ ⁽¹¹⁸⁾. Ενδέχεται οι ασθενείς με σύνδρομο Sjogren να δίνουν μεγαλύτερη σημασία στις συνέπειες των συμπτωμάτων παρά στα ίδια τα συμπτώματα. Αντίθετα, στον Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο, προγνωστικό παράγοντα για την Ποιότητα Ζωής αποτελεί η αντίληψη των ασθενών για τα συμπτώματα τους και ο βαθμός που τα αποδίδουν στη νόσο, εύρημα που φαίνεται ως ένα βαθμό συμβατό με τη φύση της νόσου αν ληφθεί υπόψη η ετερογένεια του ΣΕΛ και το γεγονός ότι μπορεί να προσβάλλει οποιοδήποτε όργανο ή σύστημα του ανθρώπινου οργανισμού με συνέπεια ένα ευρύτατο φάσμα κλινικών εκδηλώσεων. Επιπλέον, στην παρούσα μελέτη, το εύρημα ότι το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο συνδέεται με φτωχότερη Ποιότητα Ζωής στους ασθενείς με ΡΑ είναι κατά κάποιο τρόπο, μη αναμενόμενο λαμβάνοντας υπόψη και τα αντίθετα ευρήματα της βιβλιογραφίας ⁽²⁴¹⁾. Μια πιθανή εξήγηση που θα μπορούσε να δοθεί για το παραπάνω εύρημα είναι ότι ενδέχεται οι ασθενείς με υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο να είχαν περισσότερες προσδοκίες από τη ζωή τους και την εργασία τους με αποτέλεσμα μια χρόνια νόσος να συνέβαλε σε υψηλότερα αισθήματα απογοήτευσης.

Αγκυλοποιητική Σπονδυλαρθρίτιδα (ΑΣ)

Στην παρούσα μελέτη αναφορικά με τον επιπολασμό των μέτριων και σοβαρών καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην ΑΣ βρέθηκε ότι, αν και μικρότερος από αυτόν της ΡΑ (14.8% έναντι 25.1%), στατιστικώς η διαφορά δεν ήταν σημαντική όταν ληφθεί υπόψη η ετερογένεια του δείγματος όσον αφορά στη δημογραφική του σύνθεση. Επιπλέον, βρέθηκε ότι η πλειονότητα των ασθενών με ΑΣ (64%) αποδίδουν τη νόσο τους περισσότερο σε διάφορους παράγοντες κινδύνου όπως κληρονομικότητα, κάπνισμα, διατροφή, αλκοόλ παρά σε ψυχολογικούς παράγοντες, όπως κάνουν πολλοί (<50%) από τους ασθενείς με ΡΑ. Επίσης, όσον αφορά στη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής τα δυο νοσήματα εμφάνιζαν σημαντικές διαφορές ως προς τους προγνωστικούς παράγοντες. Στη ΡΑ σημαντικό ρόλο βρέθηκε να διαδραματίζουν ο πόνος, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και η αντίληψη για τη νόσο, σε αντίθεση με την ΑΣ όπου οι μοναδικοί προγνωστικοί παράγοντες βρέθηκαν να είναι ο δείκτης ενεργότητας της νόσου BASDAI και η συνιστώσα της *ανησυχίας* από το ερωτηματολόγιο για την αντίληψη για τη νόσο, δίχως τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα να αποτελούν προγνωστικό παράγοντα για τη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής.

Ο επιπολασμός των μέτριων και σοβαρών καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην παρούσα μελέτη βρέθηκε να είναι για τους ασθενείς με ΑΣ ίσος με 14.8%. Το ποσοστό αυτό φαίνεται να είναι σχετικά χαμηλότερο από τα ποσοστά που αναφέρονται στη βιβλιογραφία καθώς αυτά αδρά κυμαίνονται από 20% έως 31% ⁽²⁴⁶⁾ ⁽²⁵⁰⁾. Παράλληλα έχουν αναφερθεί και ακόμα πιο υψηλά ποσοστά της τάξης του 55.5% ⁽²⁵¹⁾ ωστόσο, το αποτέλεσμα αυτό εξηγήθηκε από την επίδραση κοινωνικοοικονομικών παραγόντων. Πιθανώς και στη παρούσα μελέτη και λόγω και του μικρού αριθμού των ασθενών με ΑΣ διάφορες δημογραφικές μεταβλητές να αποτέλεσαν την αιτία για το χαμηλό αυτό ποσοστό.

Ένα επιπλέον ενδιαφέρον εύρημα που πιθανώς να σχετίζεται και με το χαμηλό ποσοστό κατάθλιψης στο δείγμα μας είναι το ότι παρόλο που το 14.8% των ασθενών ανέφερε μέτρια και σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα, κανείς ασθενής δεν λάμβανε αντικαταθλιπτική αγωγή. Είναι πιθανό η κατάθλιψη στους ασθενείς με ΑΣ να μην αναγνωρίζεται το ίδιο εύκολα όπως στους ασθενείς με ΡΑ ή οι ίδιοι οι ασθενείς να μη δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στα ψυχολογικά συμπτώματα.

Αναφορικά με τη Ποιότητα Ζωής δεν σημειώθηκαν διαφορές μεταξύ των δυο νοσημάτων. Στη βιβλιογραφία, ωστόσο, τονίζεται ότι τα δυο νοσήματα εμφανίζουν διαφορές με τους ασθενείς που πάσχουν από ΡΑ να αναφέρουν φτωχότερη Σωματική Ποιότητα Ζωής σε σχέση με τους ασθενείς με ΑΣ ^{(241) (377)}. Οι παράγοντες που βρέθηκαν να επηρεάζουν τη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής στη ΡΑ ήταν ο πόνος, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και οι συνιστώσες των *συνεπειών* και της *ανησυχίας*. Φαίνεται δηλαδή ότι στη ΡΑ, εκτός του πόνου, οι ψυχολογικοί παράγοντες σε συνδυασμό με τους γνωστικούς παράγοντες επηρεάζουν από κοινού την Ποιότητα Ζωής. Αντίθετα, στην ΑΣ, εκτός του δείκτης ενεργότητας BASDAI (ο οποίος συνίσταται στην αξιολόγηση της κόπωσης, του πόνου της σπονδυλικής στήλης και των αρθρώσεων, της ενθεσίτιδας καθώς και της διάρκειας και βαρύτητας της πρωινής δυσκαμψίας), προγνωστικό ρόλο διαδραμάτιζαν μόνο οι γνωστικές μεταβλητές και κυρίως η *ανησυχία* για τη νόσο. Αντίθετα οι ψυχολογικοί παράγοντες βρέθηκε ότι δεν αποτελούν προγνωστικό παράγοντα της Ποιότητας Ζωής στους ασθενείς με ΑΣ. Μια πιθανή εξήγηση για τη σημασία της *ανησυχίας* για τη νόσο να είναι η γνώση των ασθενών για την επιθετική μορφή της νόσου η οποία οδηγεί σε πλήρη ακαμψία της σπονδυλικής στήλης με βαριές καμπτικές παραμορφώσεις. Συνεπώς στους ασθενείς με ΑΣ θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμη η εκτίμηση των γνωσιών τους για τη νόσο και ιδιαίτερα της *ανησυχίας* τους για αυτή, καθώς αυτό θα αποτελούσε ένα σημαντικό βήμα για τη βελτίωση της Ποιότητας Ζωής τους.

Ασθενείς με έναρξη της νόσου στη Παιδική Ηλικία

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι ο επιπολασμός των μέτριων και σοβαρών καταθλιπτικών συμπτωμάτων στις δυο ομάδες ασθενών ήταν παρόμοιος και, παράλληλα, οι δυο ομάδες δεν παρουσίασαν διαφορές αναφορικά με την Ποιότητα Ζωής. Ωστόσο, σχετικά με το αν και ποιες συνιστώσες της αντίληψης για τη νόσο συσχετίζονται με την Ποιότητα Ζωής, οι δυο ομάδες εμφάνισαν κάποιες διαφορές.

Το ποσοστό των μέτριων και σοβαρών καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους ασθενείς με έναρξη της νόσου στη παιδική ηλικία ήταν 25.7% ενώ σε αυτούς με έναρξη στην ενήλικη ζωή ήταν 17.1%. Στη βιβλιογραφία οι μελέτες δεν δίνουν όλες παρόμοια ποσοστά. Παραδείγματος χάριν, όσον αφορά στη Νεανική Ιδιοπαθή Αρθρίτιδα, σε ενήλικες ασθενείς υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν μηδενικά ποσοστά καταθλιπτικών διαταραχών έως και μελέτες που βρήκαν ποσοστό κλινικής κατάθλιψης ίσο με 21%.

Η αντίληψη για τη νόσο δεν έχει μελετηθεί σε ενήλικες ασθενείς με ρευματικά νοσήματα

με έναρξη στη παιδική ηλικία. Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι οι ασθενείς αυτοί θεωρούσαν ότι είχαν υψηλότερο προσωπικό και θεραπευτικό έλεγχο σε σχέση με τους ασθενείς με έναρξη στην ενήλικη ζωή. Θεωρούσαν δηλαδή ότι μπορούσαν να κάνουν πολλά πράγματα για να ελέγξουν τα συμπτώματα και τη νόσο τους, ότι η πορεία της νόσου εξαρτάται και από τους ίδιους καθώς και ότι η θεραπεία τους θα είναι αποτελεσματική και θα μπορέσει να ελέγξει τη νόσο τους. Φαίνεται δηλαδή ότι διατηρούσαν μια πιο αισιόδοξη στάση αναφορικά με τον έλεγχο της νόσου τους. Πιθανώς η διάρκεια της νόσου καθώς και η ανάγκη προσαρμογής σε ένα συγκεκριμένο τρόπο ζωής από μικρή ηλικία να βοηθά τους ασθενείς αυτούς να αναπτύσσουν γνωσιακές στρατηγικές για να αντεπεξέλθουν στη νόσο.

Όσον αφορά στην Ποιότητα Ζωής και τη σχέση της με την αντίληψη για τη νόσο, τα αποτελέσματα διέφεραν ανάλογα με τον τομέα της Ποιότητας Ζωής. Αναλυτικότερα, στους ασθενείς με έναρξη της νόσου στη παιδική ηλικία δεν βρέθηκε καμία συνιστώσα της αντίληψης για τη νόσο να σχετίζεται με την Σχετική με τις Κοινωνικές Σχέσεις αλλά και το Περιβάλλον Ποιότητα Ζωής. Το ίδιο ισχύει και για τους ασθενείς με έναρξη στην ενήλικη ζωή με την εξαίρεση της διάρκειας που βρέθηκε να σχετίζεται με την Σχετική με τις Κοινωνικές Σχέσεις Ποιότητα Ζωής, ωστόσο η συσχέτιση δεν ήταν ισχυρή. Η Σχετική με την Ψυχική Υγεία Ποιότητα Ζωής εμφάνισε διαφορές ως προς τους παράγοντες συσχέτισης ανάμεσα στις δυο ομάδες. Στους ασθενείς ενήλικης έναρξης σχετιζόταν με τον *συναισθηματικό αντίκτυπο* ενώ στους ασθενείς με έναρξη στη παιδική ηλικία σχετίστηκε με τις *συνέπειες*, τον *προσωπικό έλεγχο* και την *κατανόηση*. Φαίνεται δηλαδή ότι στη πρώτη ομάδα οι συναισθηματικές αναπαραστάσεις καθορίζουν τη Ποιότητα Ζωής σε αντίθεση με την ομάδα της παιδικής έναρξης όπου οι παράγοντες είναι περισσότερο γνωστικού τύπου. Πιθανώς, η μεγαλύτερη διάρκεια νόσου να έχει δώσει στους ασθενείς τον χρόνο να αναπτύξουν τις κατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισης των συναισθηματικών δυσκολιών που ενδέχεται να δημιουργήσει μια χρόνια νόσος της παιδικής ηλικίας και να επηρεάζονται στην ενήλικη ζωή μόνο από γνωσιακούς παράγοντες. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι, παραδείγματος χάριν, ο *προσωπικός έλεγχος* σχετίζεται με τη Σχετική με την Ψυχική Υγεία Ποιότητα Ζωής, εύρημα που φαίνεται λογικό μιας και η απώλεια του προσωπικού ελέγχου ύστερα από πολλά χρόνια της νόσου να αποτελεί ένα ιδιαίτερα στρεσογόνο γεγονός για τους ασθενείς που χρειάστηκε να προσαρμοστούν σε μια νόσο από την παιδική τους ηλικία. Αυτό που δεν ήταν αναμενόμενο και μοιάζει δύσκολο να εξηγηθεί είναι η αρνητική συσχέτιση με την *κατανόηση*, δηλαδή όσο μεγαλύτερη *κατανόηση* της νόσου θεωρούν ότι έχουν τόσο φτωχότερη η Σχετική με την Ψυχική Υγεία Ποιότητα Ζωής, καθώς στους ενήλικες με χρόνια νόσο της παιδικής ηλικίας όπως είναι η κυστική ίνωση, η *κατανόηση* συνδέεται με καλύτερη Ποιότητα Ζωής⁽⁴⁵³⁾. Τέλος η Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής συσχετίστηκε και στις δυο ομάδες της παρούσας μελέτης με τις *συνέπειες*, ένα αναμενόμενο εύρημα καθώς η συνιστώσα αυτή μετράει την επίδραση της νόσου στη καθημερινή ζωή. Στη μελέτη των ενηλίκων ασθενών με κυστική ίνωση⁽⁴⁵³⁾ οι *συνέπειες* δεν συσχετίστηκαν με τη Σχετική Υγεία Ποιότητα Ζωής αλλά ίσως

αυτό εξηγείται από τη φύση της κάθε νόσου καθώς η συμμετοχή των αρθρώσεων στα ρευματικά νοσήματα να εξηγεί τη συσχέτιση αυτή.

3. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Αναφορικά με τη στάθμιση του ερωτηματολογίου PHQ-9, τον κύριο περιορισμό της μελέτης αποτελεί η ετερογένεια του δείγματος καθώς αποτελείται από 14 διαφορετικά ρευματικά νοσήματα. Λαμβάνοντας υπόψη και το γεγονός ότι σε άλλες μελέτες στάθμισης του PHQ-9 συγκεκριμένων νοσημάτων το βέλτιστο σημείο αποκοπής ποικίλλει και δεν είναι αποκλειστικά το 10, θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι στα διακριτά ρευματικά νοσήματα το σημείο αποκοπής θα μπορούσε να είναι διαφορετικό για κάθε νόσημα. Ωστόσο τουλάχιστον μέχρι τη συγγραφή της παρούσας διατριβής, η ερευνητική ομάδα δεν είχε υπόψη της άλλη μελέτη στάθμισης του PHQ-9 σε ασθενείς με ρευματικά νοσήματα. Συνεπώς, το πλεονέκτημα της μελέτης είναι η προσθήκη ακόμη μιας ομάδας νοσημάτων στις ήδη υπάρχουσες όπου το PHQ-9 έχει αποδειχθεί έγκυρο και αξιόπιστο για την ανίχνευση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής. Ωστόσο, επειδή η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου αποδείχθηκε αποκλειστικά στον Ελληνικό πληθυσμό, η χρήση του με σημείο αποκοπής το 10 σε άλλες χώρες πρέπει να γίνεται με προσοχή, γεγονός που αποτελεί ακόμα ένα περιορισμό της μελέτης, αν και υπάρχουν ενδείξεις ότι το PHQ-9 μπορεί να χρησιμοποιηθεί χωρίς ιδιαίτερη προσαρμογή σε διαφορετικούς πληθυσμούς ⁽⁴⁵⁴⁾. Επιπλέον, παρόλο που μπορεί στα διάφορα ρευματικά νοσήματα το σημείο αποκοπής να αποδειχθεί διαφορετικό, θα πρέπει να ληφθεί υπόψη και η ευκολία της χρήσης ενός και μόνο ερευνητικού εργαλείου όταν πρόκειται για κλινικές με αυξημένο φόρτο εργασίας. Το υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης των ασθενών αποτελεί πλεονέκτημα της παρούσας μελέτης και υποστηρίζει την σκοπιμότητα της ανίχνευσης της κατάθλιψης στη καθημερινή κλινική πράξη στις ρευματολογικές κλινικές. Τέλος ένα ακόμα εύρημα που υποστηρίζει την ανάγκη ενσωμάτωσης στη καθημερινή κλινική πράξη εργαλείων ανίχνευσης της κατάθλιψης είναι και το γεγονός ότι όλοι οι ασθενείς που στη διαγνωστική συνέντευξη M.I.N.I. ανέφεραν αυτοκτονικό ιδεασμό είχαν βαθμολογία ≥ 10 στο PHQ-9.

Αναφορικά με τους περιορισμούς στη διερεύνηση της συσχέτισης των αντιλήψεων για τη νόσο με τη Ποιότητα Ζωής στους ασθενείς με ρευματικά νοσήματα, ο πιο σημαντικός είναι ο συγχρονικός της σχεδιασμός, συνεπώς είναι αδύνατο να γίνουν αιτιολογικές συσχετίσεις. Είναι τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα και η αντίληψη για τη νόσο αυτά που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής ή η φτωχότερη Ποιότητα Ζωής οδηγεί σε ψυχοπαθολογία και δυσλειτουργικές αντιλήψεις για τη νόσο; Είναι σχεδόν βέβαιο ότι η σχέση αυτή δεν είναι γραμμική, συνεπώς είναι απαραίτητο να διεξαχθούν προοπτικές μελέτες με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών ώστε να διερευνηθεί ακόμη περισσότερο η σημασία και ο ρόλος των αντιλήψεων για τη νόσο. Ο μικρός αριθμός των ασθενών, εκτός ίσως της ΡΑ, αποτελεί έναν ακόμα περιορισμό της παρούσας μελέτης ο οποίος εμποδίζει και την γενίκευση των αποτελεσμάτων. Ωστόσο, και ιδιαίτερα στη Ψωριασική Αρθρίτιδα και την Αγκυλοποιητική Σπονδυλαρθρίτιδα, ο αριθμός των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη μπορεί να θεωρηθεί σημαντικός,

αν ληφθεί υπόψη ο επιπολασμός των νοσημάτων στην ευρύτερη περιοχή της Βορειοδυτικής Ελλάδας. Πιο συγκεκριμένα την περίοδο 1982-2001 βρέθηκαν 221 ασθενείς με Ψωριασική Αρθρίτιδα ⁽⁸⁰⁾ ενώ κατά την περίοδο 1983-2002 οι ασθενείς που διαγνώστηκαν με Αγκυλοποιητική Σπονδυλαρθρίτιδα ήταν 113 ⁽⁴⁵⁵⁾. Επίσης, περιορισμό της μελέτης αποτελεί και η ετερογένεια του δείγματος των ασθενών με έναρξη της νόσου στη παιδική ηλικία καθώς περιελάμβανε ασθενείς με Νεανική Ιδιοπαθή Αρθρίτιδα καθώς και ασθενείς με ΣΕΛ. Επίσης, η Νεανική Ιδιοπαθή Αρθρίτιδα είναι και η ίδια μια ετερογενής νόσος και δεν αποτελεί απλά την παιδική μορφή της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας. Ακόμη ένας περιορισμός της μελέτης αφορά στα εργαλεία αξιολόγησης τα οποία είναι αυτοσυμπληρούμενα. Τα αυτοσυμπληρούμενα εργαλεία, αν και παρουσιάζουν πολλά οφέλη όσον αφορά στην εξοικονόμηση χρόνου και ενέργειας τόσο για τους ερευνητές όσο και για τους συμμετέχοντες στη μελέτη, εντούτοις δεν εξασφαλίζουν την καταγραφή των απόψεων, των στάσεων ή των γεγονότων με τον πλέον αξιόπιστο τρόπο, καθώς πολλά άτομα είτε δυσκολεύονται να απαντήσουν με σαφήνεια και ακρίβεια στα όσα ερωτώνται, είτε απαντούν με τρόπο που θεωρούν ότι τα καθιστά περισσότερο αποδεκτά σύμφωνα με τις κοινωνικές νόρμες. Επιπλέον, η αυστηρή δομή των ερωτηματολογίων, αντικατοπτρίζοντας το θεωρητικό υπόβαθρο στο οποίο βασίστηκε η δημιουργία τους, δεσμεύει τους συμμετέχοντες να απαντήσουν με τρόπους που ενδεχομένως αγνοούν σημαντικές πτυχές της οπτικής τους στα πράγματα. Άλλωστε δύσκολα μπορεί να τεκμηριωθούν συσχετίσεις του τύπου «αιτίου-αιτιατού» μέσω των αυτοσυμπληρούμενων εργαλείων, καθώς άλλοι ενδεχομένως πιο σημαντικοί παράγοντες για το κάθε υποκείμενο που δεν περιλαμβάνονται στο χορηγούμενο εργαλείο δεν διερευνώνται και δεν καταγράφονται. Όλα τα παραπάνω επίσης εμποδίζουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Παραδείγματος χάριν, το RHQ-9 παρόλο που αποδείχτηκε έγκυρο, είναι βέβαιο ότι δεν έχει την ίδια αξιοπιστία με μια δομημένη διαγνωστική συνέντευξη. Επίσης, αναφορικά με το B-IPQ το οποίο χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση της αντίληψης για τη νόσο το ότι περιλαμβάνει μόνο ένα λήμμα για κάθε διάσταση των αναπαραστάσεων της νόσου πιθανώς να το καθιστά λιγότερο αξιόπιστο από το πλήρες ερωτηματολόγιο. Ωστόσο η αξιολόγηση των αντιλήψεων για τη νόσο και της συσχέτισης τους με την Ποιότητα Ζωής, με εξαίρεση τη ΡΑ και το Σκληρόδερμα ⁽³⁰⁷⁾, δεν έχουν μελετηθεί στη βιβλιογραφία, γεγονός που αποτελεί πλεονέκτημα της παρούσας μελέτης.

4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη στάθμισε το ερωτηματολόγιο PHQ-9 για την ανίχνευση της κατάθλιψης σε ασθενείς με ρευματικά νοσήματα και διερεύνησε τη σχέση των ψυχολογικών παραγόντων αλλά και της αντίληψης για τη νόσο με την Ποιότητα Ζωής. Πολλά από τα ευρήματα ήταν σύμφωνα με τη βιβλιογραφία ενώ προστέθηκαν κι άλλα και ιδιαίτερα αυτό της διερεύνησης της αντίληψης για τη νόσο των ασθενών με ρευματικά νοσήματα όπου η βιβλιογραφία είναι περιορισμένη.

Η κατάθλιψη στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αλλά και στα Νοσοκομεία συχνά μένει αδιάγνωστη. Τα εργαλεία ανίχνευσης έχουν αυξήσει τα ποσοστά αναγνώρισης, ωστόσο, αυτό σπάνια οδηγεί σε αυξημένα ποσοστά θεραπευτικών παρεμβάσεων ή σε αυξημένη συνταγογράφηση αντικαταθλιπτικών ⁽⁴⁵⁶⁾. Τυχαιοποιημένες μελέτες που διερεύνησαν το όφελος της ενσωμάτωσης των ανιχνευτικών εργαλείων κατάθλιψης στη κλινική πρακτική, βρήκαν ότι αυτό δεν ήταν σημαντικό τόσο σε επίπεδο βελτίωσης της αντιμετώπισης των ασθενών όσο και σε επίπεδο εκβάσεων ⁽⁴³⁹⁾. Αν αυτό ισχύει για την ΠΦΥ όπου είναι μέρος της καθημερινής κλινικής πρακτικής των ιατρών να ανιχνεύουν τις ψυχιατρικές διαταραχές, τότε για τις ρευματολογικές κλινικές χρειάζονται περισσότερες και πιο έντονες ενέργειες για να ευοδωθεί η αναγνώριση και η θεραπεία της κατάθλιψης. Οι Sleath και συν. ⁽⁴⁵⁷⁾ παραδείγματος χάριν, ανέφεραν ότι μόνο 4 (19%) στους 21 ασθενείς με κατάθλιψη συζήτησαν το θέμα αυτό κατά την επίσκεψη τους στο ρευματολόγο, και πάντα οι ασθενείς ήταν αυτοί που το ανέφεραν. Σε καμία από τις συνολικά 200 επισκέψεις ο ρευματολόγος δεν έθιξε ψυχολογικά ζητήματα. Οι χρονικοί περιορισμοί, η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης, η έλλειψη προσωπικού, η έλλειψη επαρκούς εκπαίδευσης στις ψυχοκοινωνικές διεργασίες των ρευματικών νοσημάτων καθώς και η υψηλή εξειδίκευση στη ρευματολογία εμποδίζουν τους ρευματολόγους να αντιμετωπίσουν τα ψυχοκοινωνικά θέματα. Η αναγνώριση της κατάθλιψης στα ρευματικά νοσήματα δεν είναι δύσκολη, ιδιαίτερα με την χρήση των διάφορων εργαλείων που έχουν προταθεί ⁽⁴⁵⁸⁾. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι το PHQ-9 το οποίο είναι ένα ταχύ, εύκολο στη χορήγηση και στη βαθμολόγηση ερωτηματολόγιο στο σημείο αποκοπής ≥ 10 , αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο για την ανίχνευση της Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής στους Έλληνες ασθενείς με ρευματικά νοσήματα. Η Ρευματολογία αποτελεί μια ειδικότητα η οποία κατεξοχήν χρησιμοποιεί εργαλεία αυτοαναφοράς για την αξιολόγηση της υγείας των ασθενών, αλλά το αν η ανίχνευση της κατάθλιψης στις ρευματολογικές κλινικές θα οδηγήσει σε αύξηση της θεραπείας της παραμένει άγνωστο, καθώς η ανίχνευση ενδέχεται να είναι άνευ σημασίας ωστόσο οι ασθενείς με υψηλές βαθμολογίες στο PHQ-9 να θεραπεύονται επαρκώς. Η US Preventive Services Task Force συστήνει ότι παρόλο που οι διαδικασίες ανίχνευσης της κατάθλιψης από μόνες τους δεν είναι αποτελεσματικές στη θεραπευτική έκβαση, εάν συνδυαστούν με αλλαγές στο σύστημα υγείας τότε πιθανώς να εξασφαλιστεί η θεραπεία της κατάθλιψης ⁽⁴⁵⁹⁾ ⁽⁴⁶⁰⁾. Επομένως εκτός

των άλλων μέτρων, η δημιουργία μιας σταθερής διασύνδεσης μεταξύ ρευματολόγων και ψυχιάτρων της συμβουλευτικής - διασυνδετικής ομάδας θα αποτελούσε το ιδανικό μέτρο για την διαχείριση της κατάθλιψης στους ασθενείς με ρευματικά νοσήματα με συνέπεια τη βελτίωση της Ποιότητας Ζωής τους.

Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη και τα ευρήματα της παρούσας μελέτης στους ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα, εκτός της αναγνώρισης και θεραπείας της κατάθλιψης οι γιατροί θα πρέπει να μην αμελούν την αξιολόγηση του άγχους. Οι περισσότερες μελέτες που διερευνούν τους παράγοντες που σχετίζονται με την έκβαση στα ρευματικά νοσήματα εστιάζουν στη κατάθλιψη. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης τονίζουν το γεγονός ότι το άγχος δεν πρέπει να υποτιμάται. Παραδείγματος χάριν, στη βιβλιογραφία έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς με Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά αγχωδών διαταραχών σε σχέση με το γενικό πληθυσμό αλλά είναι λιγότερο πιθανό να αναφέρουν τα συμπτώματα του άγχους σε σχέση με της κατάθλιψης στους θεράποντες ιατρούς ⁽²⁸⁹⁾. Συνεπώς καθίσταται απαραίτητη η εκτίμηση του άγχους, εκτός της κατάθλιψης, στους ασθενείς με ρευματικά νοσήματα.

Επιπλέον, είναι απαραίτητη και η αξιολόγηση των αναπαραστάσεων της νόσου που δημιουργούν οι ασθενείς καθώς φαίνεται ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην έκβαση της νόσου και στην Ποιότητα Ζωής. Στο σύνδρομο Sjogren φαίνεται ότι καμία άλλη παράμετρος εκτός των *συνεπειών* και της κατάθλιψης δεν σχετίζεται με την Ποιότητα Ζωής. Λαμβάνοντας υπόψη και τις διαφορές που βρέθηκαν στις συνιστώσες της αντίληψης για τη νόσο καθίσταται απαραίτητη η αξιολόγηση αυτών των αντιλήψεων για την βελτίωση της υγείας των ασθενών με σύνδρομο Sjogren καθώς και η εξατομικευμένη αντιμετώπιση και εκπαίδευση των ασθενών σε σχέση με τους ασθενείς με Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο και Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. Οι ασθενείς με σύνδρομο Sjogren φαίνεται να κατανοούν τη νόσο τους λιγότερο σε σχέση με τον ΣΕΛ και τη ΡΑ πιθανώς λόγω της φύσης της νόσου. Η μικρότερης έκτασης κατανόηση ενδέχεται να τους οδηγεί στο να αποδίδουν περισσότερα συμπτώματα στη νόσο και να είναι περισσότερο απαισιόδοξοι για αυτήν και τις συνέπειες της. Στην αλλαγή των πεποιθήσεων αυτών κεντρικό ρόλο μπορεί να παίξει η εκπαίδευση των ασθενών. Η εκπαίδευση θα τους ενθάρρυνε και θα τους βοηθούσε να αναπτύξουν εκείνες τις στρατηγικές αντιμετώπισης που χρειάζονται ώστε να έχουν μια πιο ρεαλιστική αντιμετώπιση της νόσου και παράλληλα θα τους βοηθούσε στη πληρέστερη κατανόηση αυτής. Η θεραπευτική εκπαίδευση έχει φανεί ότι έχει ευεργετικά αποτελέσματα στη ΡΑ και με διάρκεια στο χρόνο ⁽⁴⁶¹⁾. Στη βιβλιογραφία έχει αναφερθεί επίσης ότι η αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους ασθενείς με σύνδρομο Sjogren καθορίζεται βιοψυχοκοινωνικά παρά με βάση την προσβολή των αδένων ⁽²⁶⁷⁾. Η πιθανή εξήγηση για την αυξημένη χρήση είναι η ύπαρξη της κατάθλιψης και η χρόνια κόπωση. Στους δυο αυτούς παράγοντες θα μπορούσαν να προστεθούν και οι αντιλήψεις για τη νόσο, καθώς η μη επαρκής κατανόηση της νόσου, η απαισιόδοξη στάση και η απόδοση πολλών συμπτωμάτων στη νόσο αποτελούν ικανούς παράγοντες για χρήση των υπηρεσιών

υγείας. Στον Συστηματικό Ερυθρηματώδη Λύκο, αντίστοιχα οι *συνέπειες* και η *ταυτότητα* ήταν οι συνιστώσες που βρέθηκε να επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής ταυτόχρονα με τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Ειδικότερα στον Συστηματικό Ερυθρηματώδη Λύκο η βιβλιογραφία συνδέει άμεσα την αντίληψη για τη νόσο και την κατάθλιψη ⁽³⁰⁵⁾. Επιπλέον η συνιστώσα της *ταυτότητας* όπως αναφέρεται και στη βιβλιογραφία ⁽⁴⁶²⁾ ενδέχεται να φανερώνει τις δυσκολίες που έχουν οι ασθενείς να διακρίνουν μεταξύ των συμπτωμάτων της νόσου και των φυσιολογικών αντιδράσεων στα διάφορα καθημερινά γεγονότα. Ακόμα πιο σημαντική φαίνεται να είναι η αξιολόγηση των αναπαραστάσεων της νόσου στους ασθενείς με ΑΣ καθώς στη παρούσα μελέτη φάνηκε ότι οι γνωσιακές μεταβλητές είναι οι μόνες που συνδέονται με την Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Οι ψυχολογικές παράμετροι βρέθηκε ότι δεν παίζουν σημαντικό ρόλο, ωστόσο αυτό πιθανώς να οφείλεται στο συγκεκριμένο δείγμα της μελέτης μας και σε παράγοντες που δεν αξιολογήθηκαν. Παραδείγματος χάριν, σε μια μελέτη ⁽³⁴⁶⁾ ασθενών με ΑΣ σε 3 διαφορετικές Ευρωπαϊκές χώρες βρέθηκαν διαφορές στη ΠΖ ανάμεσα στους 3 διαφορετικούς πληθυσμούς. Αν και ο επιπολασμός των μέτριων και σοβαρών καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους ασθενείς με ΑΣ ήταν σχετικά χαμηλός, κανείς από τους ασθενείς που εμφάνιζαν αυτά τα συμπτώματα δεν λάμβανε αντικαταθλιπτική αγωγή. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως πιθανώς αυτό να οφείλεται είτε σε μειωμένη αναγνώριση της κατάθλιψης στην ΑΣ αλλά περισσότερο δεδομένου και του χαμηλού επιπολασμού της κατάθλιψης στο δείγμα μας να οφείλεται στην μειωμένη βαρύτητα που δίνουν οι ασθενείς με ΑΣ στα ψυχολογικά συμπτώματα. Το παραπάνω φαίνεται να συμβαδίζει και με το εύρημα ότι το 64% των ασθενών με ΑΣ απέδωσαν τη νόσο τους σε παράγοντες κινδύνου σε αντίθεση με τους ασθενείς με ΡΑ αλλά και με το συνολικό δείγμα της παρούσας μελέτης όπου η πλειονότητα απέδιδαν το ρευματικό νόσημα σε ψυχολογικά αίτια. Οι ασθενείς με ΑΣ συνεπώς έχουν μια πιο “βιοιατρική” αντίληψη για τη νόσο τους, γεγονός που αντανακλά τη σημασία των γνωστικών παραγόντων. Άλλωστε, η ΑΣ παρουσιάζει υψηλή γενετική συνιστώσα, καθώς το HLA-B27 ανιχνεύεται σε παραπάνω από 90% των ασθενών ⁽⁷³⁾. Συμπερασματικά, στην ΑΣ, περισσότερο από τα υπόλοιπα ρευματικά νοσήματα, πιθανώς να είναι πιο χρήσιμες οι ψυχολογικές παρεμβάσεις γνωσιακού τύπου και λιγότερο οι πιο “ενδοσκοπικές” ή η αντικαταθλιπτική αγωγή, όπως για παράδειγμα στη ΡΑ όπου τα καταθλιπτικά συμπτώματα φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικότερο ρόλο. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία έχει φανεί ότι έχει ευεργετικά αποτελέσματα στον πόνο στους ασθενείς με ΑΣ ⁽⁴⁶³⁾. Συνεπώς, αν στους ασθενείς με ΑΣ εφαρμοστούν γνωσιακές τεχνικές οι οποίες θα στοχεύουν στην αλλαγή των αναπαραστάσεων της νόσου τους να μειωθεί η ανησυχία τους και να βελτιωθεί η Ποιότητα Ζωής τους. Στη βιβλιογραφία έχει βρεθεί ότι η αλλαγή των αναπαραστάσεων της νόσου σε νοσήματα όπως το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ⁽³⁰¹⁾, ο σακχαρώδης διαβήτης ⁽⁴⁶⁴⁾ αλλά και η οστεοαρθρίτιδα ⁽⁴⁶⁵⁾ έχει θετικά αποτελέσματα στην έκβαση της νόσου. Τέλος, αναφορικά με τους ασθενείς με έναρξη της νόσου στην παιδική ηλικία, το ότι παρά τα περισσότερα χρόνια διάρκειας της νόσου και μάλιστα κατά την ευαίσθητη περίοδο της σωματικής και ψυ-

χοσυναισθηματικής ανάπτυξης δεν εμφάνισαν φτωχότερη Ποιότητα Ζωής από τους ασθενείς με έναρξη της νόσου στην ενήλικη ζωή, τονίζει τη σημασία της διαφοράς στη συνιστώσα του *προσωπικού ελέγχου* με τους ασθενείς με έναρξη στην ενήλικη ζωή. Συνεπώς, οι ψυχολογικές θεραπευτικές παρεμβάσεις που ενδυναμώνουν την αίσθηση του *προσωπικού ελέγχου* όπως αυτές που στοχεύουν στην ενίσχυση των ικανοτήτων αυτό-διαχείρισης (self-management skills) να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα στην Ποιότητα Ζωής των ασθενών με ρευματικά νοσήματα.

Συνολικά τα ευρήματα της παρούσας μελέτης τονίζουν τη σημασία των αντιλήψεων για τη νόσο που έχουν οι ασθενείς καθώς και την επίδραση τους στη Ποιότητα Ζωής ταυτόχρονα με τα συμπτώματα της κατάθλιψης και του άγχους. Εάν παράλληλα ληφθεί υπόψη ότι 227 ασθενείς του δείγματος (39.7%) απέδωσαν τη νόσο σε ψυχολογικά αίτια, καθίσταται σαφές ότι η αντιμετώπιση των ψυχολογικών συμπτωμάτων καθώς και η αλλαγή στις αναπαραστάσεις της νόσου σε πιο προσαρμοστικές και λειτουργικές θα μπορούσε να είχε ευεργετικές επιδράσεις στη Ποιότητα Ζωής των ασθενών με ρευματικά νοσήματα. Άλλωστε τα τελευταία 10 χρόνια η βιβλιογραφία έχει υπογραμμίσει το γεγονός ότι όσο πιο αρνητική εικόνα έχουν για τη νόσο τους οι ασθενείς τόσο πιο φτωχή η έκβαση. Η συσχέτιση αυτή μοιάζει λογική, καθώς οι αναπαραστάσεις της νόσου αντανακλούν τη φύση της νόσου. Οι ασθενείς με περισσότερο αρνητικές αναπαραστάσεις είναι αναμενόμενο να έχουν μεγαλύτερο πόνο και αναπηρία καθώς και ψυχολογικές δυσκολίες. Ακόμη μια πιθανή εξήγηση για τη συσχέτιση αυτή, είναι ότι οι αναπαραστάσεις οδηγούν σε συγκεκριμένες στρατηγικές αντιμετώπισης οι οποίες με τη σειρά τους επηρεάζουν την έκβαση. Συνεπώς, είναι απαραίτητη η διενέργεια διαχρονικών μελετών με μεγάλο αριθμό ασθενών για την ακριβή διερεύνηση του ρόλου των αναπαραστάσεων της νόσου στη έκβαση αυτής, έτσι ώστε οι ρευματολόγοι σε συνεργασία με τους ψυχιάτρους της διασυνδετικής να σχεδιάσουν τις κατάλληλες, ολοκληρωμένες αλλά και εξατομικευμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις για τους ασθενείς με ρευματικά νοσήματα.

ПЕРІЛНΨН

Ο επιπολασμός της κατάθλιψης στα ρευματικά νοσήματα έχει βρεθεί ότι είναι τουλάχιστον διπλάσιος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Ωστόσο, η κατάθλιψη πολλές φορές παραμένει αδιάγνωστη και δεν θεραπεύεται με συνέπεια, εκτός των άλλων (λειτουργική αναπηρία, αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας, φτωχή συμμόρφωση στη θεραπεία), να επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την Ποιότητα Ζωής των ασθενών με ρευματικά νοσήματα. Ταυτόχρονα, τα χρόνια σωματικά νοσήματα δημιουργούν διάφορες δυσκολίες και οι ασθενείς, στην προσπάθειά τους να κατανοήσουν και να αντιμετωπίσουν τη νόσο και τις συνέπειές της, σχηματίζουν εσωτερικές αναπαραστάσεις της νόσου και γνώσεις σχετικά με αυτή και τις συνέπειές της. Οι αναπαραστάσεις αυτές έχει βρεθεί ότι είναι εξίσου σημαντικές με την ψυχική καταπόνηση για την έκβαση της νόσου και την Ποιότητα Ζωής των ασθενών.

Ο πρώτος στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η στάθμιση της Ελληνικής έκδοσης του Ερωτηματολογίου Υγείας Ασθενούς (Patient Health Questionnaire – PHQ-9) για την ανίχνευση της κατάθλιψης στους Έλληνες ασθενείς με ρευματικά νοσήματα, με κίνητρο την προσφορά στους Έλληνες Ρευματολόγους ενός εύχρηστου εργαλείου για την εκτίμηση της κατάθλιψης κατά την άσκηση της συνήθους κλινικής τους πράξης. Μια δεύτερη παράμετρος που απασχόλησε τη μελέτη ήταν η εκτίμηση του ρόλου που διαδραματίζουν οι ψυχολογικές παράμετροι και οι αντιλήψεις για τη νόσο στην διαμόρφωση της Ποιότητας Ζωής των ασθενών με ρευματικά νοσήματα. Τέλος, η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο και την ανίχνευση των διαφορών στη ψυχολογική κατάσταση και την Ποιότητα Ζωής των ασθενών με έναρξη της νόσου στη παιδική ηλικία και στην ενήλικη ζωή, καθώς και την εκτίμηση του ρόλου των αντιλήψεων για τη νόσο στη Ποιότητα Ζωής των δυο αυτών ομάδων.

Στην έρευνα εντάχθηκαν 572 ασθενείς με ρευματικά νοσήματα από τους 650 που απευθυνθήκαμε για τη μελέτη (Ρυθμός απόκρισης: 88%). Η έρευνα διεξήχθη σε 2 φάσεις. Στην πρώτη φάση, εκτός του PHQ-9 χορηγήθηκαν και τα υπόλοιπα ερευνητικά εργαλεία της μελέτης: Έντυπο Δημογραφικών Στοιχείων, Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), Brief Illness Perception Questionnaire (B-IPQ), Health Assessment Questionnaire (HAQ) και World Health Organization Quality Of Life Instrument – Short Form (WHOQOL-BREF). Για τη συμμετοχή στη 2η φάση της μελέτης της στάθμισης του ερωτηματολογίου PHQ-9, ορίσαμε ως σημείο αποκοπής του ερωτηματολογίου το 9 και περίπου 2 στους 3 ασθενείς με υψηλό σκορ ($PHQ-9 \geq 9$) και 1 στους 3 με χαμηλό σκορ ($PHQ-9 < 9$) κλήθηκαν να συμμετάσχουν στη συνέντευξη της 2ης φάσης. Ως “gold standard” στη 2η αυτή φάση χρησιμοποιήθηκε η δομημένη διαγνωστική συνέντευξη M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) και συνολικά πραγματοποιήθηκαν 213 διαγνωστικές συνεντεύξεις.

Τα αποτελέσματα της στάθμισης του PHQ-9 έδειξαν ότι το βέλτιστο σημείο αποκοπής είναι το 10, σημείο στο οποίο η ευαισθησία του ερωτηματολογίου είναι 81.2% και η ειδικότητα 86.8%. Η περιοχή κάτω από την καμπύλη (AUC) ήταν 0.91. Η δομή του ερωτηματολογίου βρέθηκε να είναι μονοδιάστατη και η εσωτερική του συνοχή ικανοποιητική (Cronbach’s alpha: 0.82). Η βαθμολογία του PHQ-9 βρέθηκε να συσχετίζεται πιο ισχυρά με

την υποκλίμακα της κατάθλιψης του SCL-90-R και με την κλίμακα της Σχετικής με την Ψυχική Υγεία Ποιότητα Ζωής του WHOQOL-BREF. Επιπλέον, όλες οι υπόλοιπες συσχετίσεις με τις κλίμακες του HAQ αλλά και τις υπόλοιπες κλίμακες του WHOQOL-BREF ήταν προς την αναμενόμενη κατεύθυνση. Βασιζόμενοι στην αναλογία των ασθενών που διαγνώστηκαν με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, ο επιπολασμός της στο συνολικό δείγμα υπολογίστηκε στο 25.4% (95% C.I.: 17.8%-33.0%).

Όσον αφορά στον επιπολασμό των μέτριων και σοβαρών καταθλιπτικών συμπτωμάτων όπως αυτός υπολογίστηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου PHQ-9, βρέθηκε ότι στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα είναι 25.1%, στη Ψωριασική Αρθρίτιδα 21.7%, στο Σύνδρομο Sjogren 24.6%, στον Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο 29.3% και στην Αγκυλοποιητική Σπονδυλαρθρίτιδα 14.8%.

Όσον αφορά στους παράγοντες που σχετίζονται με τη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής στα διάφορα ρευματικά νοσήματα, βρέθηκε ότι ο ρόλος των αντιλήψεων για τη νόσο ήταν σημαντικός, παράλληλα με τις ψυχολογικές παραμέτρους.

Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της ιεραρχικής ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης στην Ψωριασική Αρθρίτιδα έδειξαν ότι ο πόνος, ο βαθμός στον οποίο οι ασθενείς απέδιδαν τα συμπτώματα στη νόσο (*ταυτότητα*) και τα συμπτώματα άγχους συσχετίστηκαν σε στατιστικώς σημαντικό βαθμό με τη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής και συνολικά εξηγούσαν το 43.9% της διακύμανσής της.

Στο σύνδρομο Sjogren, οι μεταβλητές που βρέθηκαν να σχετίζονται με τη Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής ήταν η αντίληψη των ασθενών για τις *συνέπειες* της νόσου (ο βαθμός δηλαδή στον οποίο πιστεύουν οι ασθενείς ότι η νόσος επηρεάζει τη ζωή τους) και τα καταθλιπτικά συμπτώματα, δίχως η Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής να σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με άλλες παραμέτρους όπως οι δημογραφικές μεταβλητές και οι παράμετροι της νόσου. Οι μεταβλητές που βρέθηκαν να σχετίζονται σε στατιστικώς σημαντικό βαθμό με την Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής εξηγούσαν συνολικά το 59.8% της διακύμανσής της. Επιπλέον, στη παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι οι ασθενείς με σύνδρομο Sjogren θεωρούν ότι κατανοούν τη νόσο τους σε μικρότερο βαθμό και αποδίδουν περισσότερα συμπτώματα σε αυτή, από ότι οι ασθενείς με Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο και με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα.

Παρόμοια με το σύνδρομο Sjogren ήταν τα αποτελέσματα και στον Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο με την διαφορά ότι στην περίπτωση του ΣΕΛ εκτός των συνεπειών και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων η Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής βρέθηκε να σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό και με τον πόνο και την *ταυτότητα*, με τις μεταβλητές αυτές να εξηγούν συνολικά το 62.2% της διακύμανσής της.

Αντίθετα, στην Αγκυλοποιητική Σπονδυλαρθρίτιδα, οι ψυχολογικές παράμετροι δεν βρέθηκε να σχετίζονται με την Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής, σε αντίθεση με τις αντιλήψεις για τη νόσο, όπου η συνιστώσα της *ανησυχίας* (ο βαθμός δηλαδή στον οποίο

οι ασθενείς ανησυχούν για τη νόσο τους) βρέθηκε να είναι ο σημαντικότερος προγνωστικός παράγοντας της Ποιότητας Ζωής, παράλληλα με τον δείκτη ενεργότητας της νόσου BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index). Οι μεταβλητές αυτές στη περίπτωση της ΑΣ εξηγούσαν το 52.0% της διακύμανσης της Σχετικής με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής.

Τέλος, αναφορικά με τις διαφορές μεταξύ των ασθενών με έναρξη στη παιδική ηλικία και την ενήλικη ζωή, δεν ανιχνεύθηκαν διαφορές στα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα και την Ποιότητα Ζωής, ωστόσο ανιχνεύθηκαν διαφορές στις αντιλήψεις για τη νόσο, όπου οι ασθενείς με έναρξη στη παιδική ηλικία βρέθηκε να πιστεύουν ότι έχουν καλύτερο προσωπικό και θεραπευτικό έλεγχο (πεποιθήσεις για τον βαθμό που ο ίδιος ασθενής και η θεραπεία μπορούν να επηρεάσουν τη νόσο).

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αποδεικνύουν την ικανότητα του PHQ-9 να διακρίνει ικανοποιητικά την κατάθλιψη σε ασθενείς με ρευματολογικά νοσήματα. Η υψηλή του ευαισθησία και ειδικότητα και η ικανοποιητική του αξιοπιστία που αναδεικνύονται από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης παράλληλα με τα υπόλοιπα πλεονεκτήματα του (μικρό μέγεθος, ελάχιστος χρόνος συμπλήρωσης) το καθιστούν ένα εύχρηστο εργαλείο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τους ρευματολόγους στη καθημερινή κλινική τους πράξη για την έγκαιρη ανίχνευση της κατάθλιψης στους ασθενείς με ρευματολογικά νοσήματα.

Ταυτόχρονα, η παρούσα μελέτη τονίζει τη σημασία που έχει η ύπαρξη άγχους για τους ασθενείς με Ψωριασική Αρθρίτιδα, εύρημα που αναδεικνύει τη σημασία της διερεύνησης του, καθώς σε πολλά χρόνια νοσήματα φαίνεται να υποτιμάται σε σχέση με την κατάθλιψη. Επιπλέον, το υψηλό ποσοστό (54.3%) των ασθενών με Ψωριασική Αρθρίτιδα που βρέθηκε να αποδίδουν τη νόσο τους σε ψυχολογικά αίτια υποδεικνύει ότι οι ασθενείς με ΨΑ δίνουν ιδιαίτερη βαρύτητα στους ψυχολογικούς παράγοντες, γεγονός που μπορεί να αποτελέσει βοηθητικό παράγοντα για τους ρευματολόγους, έτσι ώστε να ενσωματώσουν στην καθημερινή τους κλινική πρακτική μια αδρή ψυχολογική εκτίμηση των ασθενών τους.

Επιπλέον στο σύνδρομο Sjogren η μικρότερη έκταση κατανόηση της νόσου καθώς και η απόδοση περισσότερων συμπτωμάτων στη νόσο τους, σε σχέση τουλάχιστον με τους ασθενείς με ΣΕΛ και ΡΑ, υποδεικνύει το κεντρικό ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει η εκπαίδευση των ασθενών στην υιοθέτηση μιας πιο ρεαλιστικής εικόνας για τη νόσο τους. Αντίστοιχα, τα αποτελέσματα αναφορικά με τον Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο τονίζουν περαιτέρω τη σημασία της αξιολόγησης των αντιλήψεων που έχουν οι ασθενείς για τη νόσο τους καθώς και την αξιολόγηση των συμπτωμάτων ψυχικής καταπόνησης στα ρευματικά νοσήματα.

Στην Αγκυλοποιητική Σπονδυλαρθρίτιδα η παρούσα μελέτη ανέδειξε τη σημασία των αντιλήψεων που διατηρούν οι ασθενείς για τη νόσο τους, σε αντίθεση με τις ψυχολογικές παραμέτρους, εύρημα το οποίο υποδεικνύει ότι ψυχολογικές παρεμβάσεις γνωσιακού προ-

σανατολισμού θα ήταν πιο κατάλληλες στο να βοηθήσουν τους ασθενείς με ΑΣ.

Στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα οι μεταβλητές που σχετίζονται με την Σχετική με τη Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής βρέθηκαν να είναι η κατάθλιψη καθώς και οι περισσότερες από τις συνιστώσες των αντιλήψεων για τη νόσο, με πιο ισχυρή συσχέτιση ωστόσο να παρουσιάζει η συνιστώσα των συνεπειών. Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω ευρήματα οι πιο κατάλληλες παρεμβάσεις για τους ασθενείς με ΡΑ φαίνεται να είναι αυτές που στοχεύουν στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης (ψυχοθεραπεία ή/και αντικαταθλιπτική αγωγή) καθώς και στην αλλαγή των αναπαραστάσεων της νόσου.

Τέλος το εύρημα ότι οι ασθενείς με έναρξη της νόσου στη παιδική ηλικία, παρότι η διάρκεια της νόσου είναι μεγαλύτερη σε σχέση με τους ασθενείς με έναρξη στην ενήλικη ζωή, δεν εμφανίζουν φτωχότερη Ποιότητα Ζωής, αναδεικνύει τη σημασία του υψηλότερου προσωπικού και θεραπευτικού ελέγχου που εμφανίζουν οι ασθενείς με έναρξη στη παιδική ηλικία. Το εύρημα αυτό υποδεικνύει ότι ψυχολογικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην ενδυνάμωση του προσωπικού ελέγχου όπως οι παρεμβάσεις ενίσχυσης των ικανοτήτων αυτοδιαχείρισης (self-management skills) μπορούν να έχουν θετικά αποτελέσματα στους ασθενείς με ρευματικά νοσήματα.

Συνολικά, η παρούσα μελέτη ανέδειξε τον σημαντικό ρόλο που διαδραματίζουν οι αντιλήψεις για τη νόσο στην διαμόρφωση της Ποιότητας Ζωής των ασθενών με ρευματικά νοσήματα, καθώς σε όλα τα υπό εξέταση νοσήματα ορισμένες από τις συνιστώσες των αντιλήψεων που έχουν οι ασθενείς για τη νόσο αποτελούσαν προγνωστικούς παράγοντες της Σχετικής με την Σωματική Υγεία Ποιότητα Ζωής. Δεδομένου και του υψηλού ποσοστού (39.7%) των ασθενών που απέδωσαν τη νόσο τους σε ψυχολογικά αίτια, καθίσταται φανερό η ανάγκη όχι μόνο για την αξιολόγηση των αντιλήψεων που έχουν οι ασθενείς για τη νόσο τους, αλλά και για τον σχεδιασμό ψυχολογικών θεραπευτικών παρεμβάσεων που στοχεύουν στην μετατροπή των αντιλήψεων αυτών σε πιο ρεαλιστικές και προσαρμοστικές με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της Ποιότητας Ζωής των ασθενών με ρευματικό νόσημα.

SUMMARY

The prevalence of depression in patients with rheumatologic disorders has been reported to be at least double compared to the general population. However, depression is often unrecognized and undertreated and is associated with functional disability, increased health care utilization and medical costs, poor adherence to treatment and impaired health-related quality of life (HRQOL). In addition, cognitive variables are also important in determining outcome in rheumatologic patients. The illness causes various difficulties and patients develop representations of their illness to make sense of and respond to these adversities. These illness representations are organized in various components and may influence patients' ability to cope with their illness.

The first aim of the present study was the validation of the Greek version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) for use in patients with rheumatologic disorders. A second aim was the assessment of the prevalence and severity of psychological distress symptoms in rheumatological disorders as well as the assessment of the associations between psychological distress, illness perceptions and HRQoL. Finally an additional aim was the evaluation of differences regarding psychological distress, illness perceptions and HRQoL between patients with childhood and adult onset rheumatological disorders.

In a 2-phase sampling design study, we recruited 572 out of 650 eligible patients with established rheumatologic disorders (Response Rate: 88%). In the first phase, the patients completed all the self-reported questionnaires included in the study: PHQ-9, Demographic and Medical Data Information Sheet, SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised), B-IPQ (Brief Illness Perception Questionnaire), HAQ (Health Assessment Questionnaire) και WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality Of Life). In the second phase, with the cutoff score set at a PHQ-9 score ≥ 9 for the first phase, approximately 2 of 3 high scorers and approximately 1 of 3 low scorers were selected to participate in the second phase interviewing. In this phase, the structured diagnostic interview M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) was used as the "gold standard" and 213 diagnostic interviews were conducted.

At an optimum threshold of 10, the PHQ-9 showed a sensitivity of 81.2% and a specificity of 86.8%. The area under the curve was 0.91. The PHQ-9 presented unidimensional structure with good scale reliability (Cronbach's alpha: 0.82). The PHQ-9 score presented the greatest correlations with SCL-90-R depression and WHOQOL-BREF mental HRQOL scales, and all other correlations with disability and HRQOL were in the expected direction. Based on the proportion of patients who were diagnosed with Major Depressive Disorder (MDD) according to the MINI, the estimated prevalence of MDD for the whole sample was 25.4% (95% confidence interval [95% CI] 17.8–33.0%).

The prevalence of moderate to severe depressive symptoms as calculated by PHQ-9 was 25.1% in Rheumatoid Arthritis (RA), 21.7% in Psoriatic Arthritis (PsA), 24.6% in Sjogren's syndrome (pSS), 29.3% in Systemic Lupus Erythematosus (SLE) and 14.8% in Ankylosind

Spondylitis (AS).

Regarding the factors associated to Physical Health Related Quality of Life (Physical HRQoL) the findings of this study underline the importance of illness perceptions as well as psychological distress. In PsA, anxiety and concern about bodily symptoms attributed to the illness (identity) were independent correlates of Physical HRQoL. Depressive symptoms and consequences (beliefs about the negative outcomes, attributed by the patient, to their illness) were associated with Physical HRQoL in Sjogren's syndrome and in SLE the independent correlates were also depressive symptoms and consequences as well as identity. Finally in AS patients illness concern (the degree to which a patient is concerned about his illness) was associated with Physical HRQoL whereas symptoms of psychological distress had no associations.

Finally the present study did not detect any differences in terms of psychological distress and HRQoL between patients with childhood and adult onset rheumatological disorders. However the two groups differed in illness perceptions where the childhood onset group having higher scores in personal and treatment control (beliefs about whether one's own actions or medical treatment can influence the disease).

In conclusion, at a cutoff of 10, the PHQ-9 is an accurate, reliable, and valid measure for screening for MDD among Greek rheumatologic patients. Moreover, the results of the present study revealed some important clinical implications.

In PsA, clinicians should also pay attention to anxiety symptoms, since we found that anxiety may be an important predictor of outcome in psoriatic arthritis. This finding underlines the importance of assessing anxiety, as sometimes the importance of anxiety in rheumatologic patients is underestimated. Moreover the high percentage (54.3%) of PsA patients that attributed their illness to psychological factors indicates that they may be open to discuss psychological issues with their physicians. Patients with Sjogren's syndrome believe that they don't understand their illness as much as patients with SLE and RA, a finding that is in accordance with the higher score of these patients in identity component. Thus, patients with Sjogren's syndrome are in need of more education (information) regarding their disease in order to increase their understanding which can improve outcome. In addition, the identity component in SLE patients is an independent correlate of Physical HRQoL which also reveals the importance of educational interventions in those patients along with the psychological interventions. In contrast, in Ankylosing Spondylitis as the strongest predictor of Physical HRQoL is the concern component and the psychological variables has no statistical significant associations with Physical HRQoL, the most appropriate interventions seem to be the cognitive oriented psychotherapies. Moreover since the majority (64%) of AS patients attribute their illness to risk factors, holding in this way a more "biomedical" approach, the cognitive interventions seem to be even more suitable for AS patients. In Rheumatoid Arthritis, despite the fact that almost every illness perception component was associated

to Physical HRQoL, the strongest correlation found, was between Physical HRQoL and, consequences and symptoms of depression. As a result, the most appropriate interventions in RA patients in order to improve their Quality of Life, seem to be those that target in relieving the depressive symptoms (psychotherapy or/and antidepressant drugs) and transforming the patients illness representations. Finally, the finding that childhood onset patients group, despite the bigger duration of their disease, did not differ regarding Quality of Life with adult onset patients group, highlights the importance of the differences revealed in illness perceptions. As childhood onset patients had higher scores in personal and treatment control and the same Quality of Life, indicates that enhancement of self-management strategies can improve outcome in patients with rheumatic diseases.

Finally the present study revealed that illness perceptions contributes significantly in determining outcome in rheumatologic conditions as in all studied disorders, illness perceptions components were associated with the Physical HRQoL. Thus it is necessary to design psychological interventions targeting the transformation of illness representations in more realistic and adaptive in order to improve HRQoL in rheumatological patients.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Heinroth J. Lehrbuch der storungen des seelenlebens. Leipzig, Germany: FCW Vogel; 1818.
2. Deutsch F. Der gesunde und der kranke korper in psychoanalytischer betrachtun. Int Zeit Psa 1922;8:290.
3. Rainone F. Complementary and Alternative Medicine and Psychiatry. Muskin P, editor. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
4. Zilboorg G. A History of Medical Psychology. New York: W.W. Norton; 1941.
5. Lara DR, Bisol LW, Brunstein MG, Reppold CT, de Carvalho HW, Ottoni GL. The Affective and Emotional Composite Temperament (AFECT) model and scale: a system-based integrative approach. J Affect Disord. 2012 Sep;140(1):14-37.
6. Handbook of Consultation-Liaison Psychiatry. Streltzer HLaJ, editor. NY: Springer; 2008.
7. Alexander F. Psychosomatic Medicine. Its principles and applications. New York: Grune and Stratton; 1950.
8. Mirsky IA, Reiser MF, Thaler M, Weiner H. Etiology of duodenal ulcer. I. Relation of specific psychological characteristics to rate of gastric secretion (serum pepsinogen). Psychosom Med. 1957 Jan-Feb;19(1):1-10.
9. H. Leigh MR. The Patient: Biological, Psychological, and Social Dimensions of Medical Practice. 3rd ed. New York: Plenum; 1992.
10. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977 Apr 8;196(4286):129-36.
11. White JC, Sweet WH, Hackett TP. Radiofrequency leukotomy for relief of pain: coagulation of medial frontal white fibers in stages by means of inlying electrodes. Arch Neurol. 1960 Mar;2:317-30.
12. Hernandez M, Hackett TP. The problem of nonadherence to therapy in the management of duodenal ulcer recurrences. Am J Dig Dis. 1962 Dec;7:1047-60.
13. Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry: the first half century. Gen Hosp Psychiatry. 1986 Sep;8(5):305-15.
14. Hackett TP, Weisman AD. Psychiatric management of operative syndromes. I. The therapeutic consultation and the effect of noninterpretive intervention. Psychosom Med. 1960 Jul-Aug;22:267-82.
15. Hackett TP, Weisman AD. Psychiatric management of operative syndromes. II. Psychodynamic factors in formulation and management. Psychosom Med. 1960 Sep-Oct;22:356-72.
16. Olin HS, Hackett TP. The Denial of Chest Pain in 32 Patients with Acute Myocardial Infarction. JAMA. 1964 Dec 14;190:977-81.
17. Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry. 5th ed. Theodore A. Stern MDea, editor. St. Louis: Mosby; 2004.

18. Porter R. *A social History of Madness: Stories of the insane*. London: George Weidenfeld and Nicolson; 1987.
19. Mayou R. The history of general hospital psychiatry. *Br J Psychiatry*. 1989 Dec;155:764-76.
20. Lloyd G. Origins of a section: liaison psychiatry in the College. *Psychiatric Bulletin*. 2001(25):313-5.
21. Guthrie E. Development of liaison psychiatry. Real expansion or a bubble that is about to burst? *Psychiatric Bulletin*. 1998(22):291-3.
22. Hyphantis T, Mantas C, Mavreas V. The psychodynamically oriented consultation-liaison psychiatry unit, University of Ioannina, Greece. *J Psychosom Res*. 2009 Jan;66(1):95-7.
23. Douzenis A, Lykouras L, Christodoulou GN. Consultation liaison psychiatry in Greece. *J Psychosom Res*. 2008 Apr;64(4):457-8.
24. Katon WJ, Schoenbaum M, Fan MY, Callahan CM, Williams J, Jr., Hunkeler E, et al. Cost-effectiveness of improving primary care treatment of late-life depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Dec;62(12):1313-20.
25. Wells K, Sherbourne C, Duan N, Unutzer J, Miranda J, Schoenbaum M, et al. Quality improvement for depression in primary care: do patients with subthreshold depression benefit in the long run? *Am J Psychiatry*. 2005 Jun;162(6):1149-57.
26. Hyphantis T, Guthrie E, Tomenson B, Creed F. Psychodynamic interpersonal therapy and improvement in interpersonal difficulties in people with severe irritable bowel syndrome. *Pain*. 2009 Sep;145(1-2):196-203.
27. Pappa C, Hyphantis T, Pappa S, Aspiotis M, Stefaniotou M, Kitsos G, et al. Psychiatric manifestations and personality traits associated with compliance with glaucoma treatment. *J Psychosom Res*. 2006 Nov;61(5):609-17.
28. Hyphantis TN, Tsifetaki N, Siafaka V, Voulgari PV, Pappa C, Bai M, et al. The impact of psychological functioning upon systemic sclerosis patients' quality of life. *Semin Arthritis Rheum*. 2007 Oct;37(2):81-92.
29. Almyroudi A, Degner LF, Paika V, Pavlidis N, Hyphantis T. Decision-making preferences and information needs among Greek breast cancer patients. *Psychooncology*. 2011 Aug;20(8):871-9.
30. Bai M, Tomenson B, Creed F, Mantis D, Tsifetaki N, Voulgari PV, et al. The role of psychological distress and personality variables in the disablement process in rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol*. 2009 Nov-Dec;38(6):419-30.
31. RCW Hall JR, MK Popkin. Cost-effectiveness of the consultation-liaison service. In: MG Wise JR, editor. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Consultation-Liaison Psychiatry: Psychiatry in the Medically Ill*. 2nd edition ed. Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2002. p. 25-32.
32. Levenson JL, Hamer RM, Rossiter LF. Relation of psychopathology in general medical

- inpatients to use and cost of services. *Am J Psychiatry*. 1990 Nov;147(11):1498-503.
33. Saravay SM, Lavin M. Psychiatric comorbidity and length of stay in the general hospital. A critical review of outcome studies. *Psychosomatics*. 1994 May-Jun;35(3):233-52.
 34. Guillemin F, Briancon S, Klein JM, Sauleau E, Pourel J. Low incidence of rheumatoid arthritis in France. *Scand J Rheumatol*. 1994;23(5):264-8.
 35. Soderlin MK, Borjesson O, Kautiainen H, Skogh T, Leirisalo-Repo M. Annual incidence of inflammatory joint diseases in a population based study in southern Sweden. *Ann Rheum Dis*. 2002 Oct;61(10):911-5.
 36. Savolainen E, Kaipiainen-Seppanen O, Kroger L, Luosujarvi R. Total incidence and distribution of inflammatory joint diseases in a defined population: results from the Kuopio 2000 arthritis survey. *J Rheumatol*. 2003 Nov;30(11):2460-8.
 37. Doran MF, Pond GR, Crowson CS, O'Fallon WM, Gabriel SE. Trends in incidence and mortality in rheumatoid arthritis in Rochester, Minnesota, over a forty-year period. *Arthritis Rheum*. 2002 Mar;46(3):625-31.
 38. Symmons DP, Barrett EM, Bankhead CR, Scott DG, Silman AJ. The incidence of rheumatoid arthritis in the United Kingdom: results from the Norfolk Arthritis Register. *Br J Rheumatol*. 1994 Aug;33(8):735-9.
 39. Stojanovic R, Vlajinac H, Palic-Obradovic D, Janosevic S, Adanja B. Prevalence of rheumatoid arthritis in Belgrade, Yugoslavia. *Br J Rheumatol*. 1998 Jul;37(7):729-32.
 40. Cimmino MA, Parisi M, Moggiana G, Mela GS, Accardo S. Prevalence of rheumatoid arthritis in Italy: the Chiavari Study. *Ann Rheum Dis*. 1998 May;57(5):315-8.
 41. Guillemin F, Saraux A, Guggenbuhl P, Roux CH, Fardellone P, Le Bihan E, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in France: 2001. *Ann Rheum Dis*. 2005 Oct;64(10):1427-30.
 42. Symmons D, Turner G, Webb R, Asten P, Barrett E, Lunt M, et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in the United Kingdom: new estimates for a new century. *Rheumatology (Oxford)*. 2002 Jul;41(7):793-800.
 43. Hakala M, Pollanen R, Nieminen P. The ARA 1987 revised criteria select patients with clinical rheumatoid arthritis from a population based cohort of subjects with chronic rheumatic diseases registered for drug reimbursement. *J Rheumatol*. 1993 Oct;20(10):1674-8.
 44. Gabriel SE, Crowson CS, O'Fallon WM. The epidemiology of rheumatoid arthritis in Rochester, Minnesota, 1955-1985. *Arthritis Rheum*. 1999 Mar;42(3):415-20.
 45. Drosos AA, Alamanos I, Voulgari PV, Psychos DN, Katsaraki A, Papadopoulos I, et al. Epidemiology of adult rheumatoid arthritis in northwest Greece 1987-1995. *J Rheumatol*. 1997 Nov;24(11):2129-33.
 46. Andrianakos A, Trontzas P, Christoyannis F, Kaskani E, Nikolia Z, Tavaniotou E, et al. Prevalence and management of rheumatoid arthritis in the general population of Greece-the ESORDIG study. *Rheumatology (Oxford)*. 2006 Dec;45(12):1549-54.

47. Jacoby RK, Jayson MI, Cosh JA. Onset, early stages, and prognosis of rheumatoid arthritis: a clinical study of 100 patients with 11-year follow-up. *Br Med J*. 1973 Apr 14;2(5858):96-100.
48. Fleming A, Crown JM, Corbett M. Early rheumatoid disease. I. Onset. *Ann Rheum Dis*. 1976 Aug;35(4):357-60.
49. Fleming A, Benn RT, Corbett M, Wood PH. Early rheumatoid disease. II. Patterns of joint involvement. *Ann Rheum Dis*. 1976 Aug;35(4):361-4.
50. Turesson C, McClelland RL, Christianson TJ, Matteson EL. Severe extra-articular disease manifestations are associated with an increased risk of first ever cardiovascular events in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2007 Jan;66(1):70-5.
51. Doran MF, Crowson CS, Pond GR, O'Fallon WM, Gabriel SE. Predictors of infection in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2002 Sep;46(9):2294-300.
52. Turesson C, Eberhardt K, Jacobsson LT, Lindqvist E. Incidence and predictors of severe extra-articular disease manifestations in an early rheumatoid arthritis inception cohort. *Ann Rheum Dis*. 2007 Nov;66(11):1543-4.
53. Kremers HM, Nicola PJ, Crowson CS, Ballman KV, Gabriel SE. Prognostic importance of low body mass index in relation to cardiovascular mortality in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2004 Nov;50(11):3450-7.
54. Schneider F. [AA-amyloidosis in inflammatory rheumatic diseases. A report of clinical experiences]. *Z Rheumatol*. 1992 Jul-Aug;51(4):177-82.
55. Kassan SS, Thomas TL, Moutsopoulos HM, Hoover R, Kimberly RP, Budman DR, et al. Increased risk of lymphoma in sicca syndrome. *Ann Intern Med*. 1978 Dec;89(6):888-92.
56. Raven RW, Weber FP, Price LW. The necrobiotic nodules of rheumatoid arthritis; case in which the scalp, abdominal wall, involving striped muscle, larynx, pericardium, involving myocardium, pleurae, involving lungs, and peritoneum were affected. *Ann Rheum Dis*. 1948 Jun;7(2):63-75.
57. Nyhall-Wahlin BM, Jacobsson LT, Petersson IF, Turesson C, group Bs. Smoking is a strong risk factor for rheumatoid nodules in early rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2006 May;65(5):601-6.
58. Kirk J, Cosh J. The pericarditis of rheumatoid arthritis. *Q J Med*. 1969 Oct;38(152):397-423.
59. Silman AJ, MacGregor AJ, Thomson W, Holligan S, Carthy D, Farhan A, et al. Twin concordance rates for rheumatoid arthritis: results from a nationwide study. *Br J Rheumatol*. 1993 Oct;32(10):903-7.
60. Jarvinen P, Aho K. Twin studies in rheumatic diseases. *Semin Arthritis Rheum*. 1994 Aug;24(1):19-28.
61. Deighton CM, Walker DJ, Griffiths ID, Roberts DF. The contribution of HLA to

- rheumatoid arthritis. *Clin Genet*. 1989 Sep;36(3):178-82.
62. Jawaheer D, Li W, Graham RR, Chen W, Damle A, Xiao X, et al. Dissecting the genetic complexity of the association between human leukocyte antigens and rheumatoid arthritis. *Am J Hum Genet*. 2002 Sep;71(3):585-94.
 63. Begovich AB, Carlton VE, Honigberg LA, Schrodi SJ, Chokkalingam AP, Alexander HC, et al. A missense single-nucleotide polymorphism in a gene encoding a protein tyrosine phosphatase (PTPN22) is associated with rheumatoid arthritis. *Am J Hum Genet*. 2004 Aug;75(2):330-7.
 64. Plenge RM, Seielstad M, Padyukov L, Lee AT, Remmers EF, Ding B, et al. TRAF1-C5 as a risk locus for rheumatoid arthritis--a genomewide study. *N Engl J Med*. 2007 Sep 20;357(12):1199-209.
 65. Remmers EF, Plenge RM, Lee AT, Graham RR, Hom G, Behrens TW, et al. STAT4 and the risk of rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med*. 2007 Sep 6;357(10):977-86.
 66. Steenland K, Sanderson W, Calvert GM. Kidney disease and arthritis in a cohort study of workers exposed to silica. *Epidemiology*. 2001 Jul;12(4):405-12.
 67. Vessey MP, Villard-Mackintosh L, Yeates D. Oral contraceptives, cigarette smoking and other factors in relation to arthritis. *Contraception*. 1987 May;35(5):457-64.
 68. Molina V, Shoenfeld Y. Infection, vaccines and other environmental triggers of autoimmunity. *Autoimmunity*. 2005 May;38(3):235-45.
 69. Pattison DJ, Harrison RA, Symmons DP. The role of diet in susceptibility to rheumatoid arthritis: a systematic review. *J Rheumatol*. 2004 Jul;31(7):1310-9.
 70. Bengtsson C, Nordmark B, Klareskog L, Lundberg I, Alfredsson L, Group ES. Socioeconomic status and the risk of developing rheumatoid arthritis: results from the Swedish EIRA study. *Ann Rheum Dis*. 2005 Nov;64(11):1588-94.
 71. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1988 Mar;31(3):315-24.
 72. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO, 3rd, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis*. 2010 Sep;69(9):1580-8.
 73. *Primer on the Rheumatic Diseases*. 13th ed. J.H.Klippel JHS, L.J.Crofford, P.H.White, editor. New York: Springer; 2008.
 74. J.Imboden DH, J.Stone. *Current diagnosis and treatment in rheumatology*. 2nd ed. New York: McGraw-Hill Professional; 2006.
 75. V.Wright JM. *Psoriatic arthritis in: Seronegative polyarthritis*. Amsterdam: North Holland Publishing; 1976.

-
76. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum.* 2006 Aug;54(8):2665-73.
 77. Gladman DD, Shuckett R, Russell ML, Thorne JC, Schachter RK. Psoriatic arthritis (PSA)--an analysis of 220 patients. *Q J Med.* 1987 Feb;62(238):127-41.
 78. Bruce I. *Psoriatic arthritis clinical features in Rheumatology.* St. Louis: Mosby; 2003.
 79. Hellgren L. Association between rheumatoid arthritis and psoriasis in total populations. *Acta Rheumatol Scand.* 1969;15(4):316-26.
 80. Alamanos Y, Papadopoulos NG, Voulgari PV, Siozos C, Psychos DN, Tympanidou M, et al. Epidemiology of psoriatic arthritis in northwest Greece, 1982-2001. *J Rheumatol.* 2003 Dec;30(12):2641-4.
 81. Gorter S, van der Heijde DM, van der Linden S, Houben H, Rethans JJ, Scherpbier AJ, et al. Psoriatic arthritis: performance of rheumatologists in daily practice. *Ann Rheum Dis.* 2002 Mar;61(3):219-24.
 82. Khan M, Schentag C, Gladman DD. Clinical and radiological changes during psoriatic arthritis disease progression. *J Rheumatol.* 2003 May;30(5):1022-6.
 83. McHugh NJ, Balachrishnan C, Jones SM. Progression of peripheral joint disease in psoriatic arthritis: a 5-yr prospective study. *Rheumatology (Oxford).* 2003 Jun;42(6):778-83.
 84. Battistone MJ, Manaster BJ, Reda DJ, Clegg DO. The prevalence of sacroilitis in psoriatic arthritis: new perspectives from a large, multicenter cohort. A Department of Veterans Affairs Cooperative Study. *Skeletal Radiol.* 1999 Apr;28(4):196-201.
 85. Salvarani C, Cantini F, Olivieri I, Macchioni P, Niccoli L, Padula A, et al. Isolated peripheral enthesitis and/or dactylitis: a subset of psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 1997 Jun;24(6):1106-10.
 86. Madland TM, Apalset EM, Johannessen AE, Rossebo B, Brun JG. Prevalence, disease manifestations, and treatment of psoriatic arthritis in Western Norway. *J Rheumatol.* 2005 Oct;32(10):1918-22.
 87. Elkayam O, Ophir J, Yaron M, Caspi D. Psoriatic arthritis: interrelationships between skin and joint manifestations related to onset, course and distribution. *Clin Rheumatol.* 2000;19(4):301-5.
 88. Gladman DD, Anhorn KA, Schachter RK, Mervart H. HLA antigens in psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 1986 Jun;13(3):586-92.
 89. Rahman P, Siannis F, Butt C, Farewell V, Peddle L, Pellett F, et al. TNFalpha polymorphisms and risk of psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2006 Jul;65(7):919-23.
 90. Vasey FB, Deitz C, Fenske NA, Germain BF, Espinoza LR. Possible involvement of group A streptococci in the pathogenesis of psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 1982 Sep-Oct;9(5):719-22.

-
91. Njobvu P, McGill P. Psoriatic arthritis and human immunodeficiency virus infection in Zambia. *J Rheumatol*. 2000 Jul;27(7):1699-702.
 92. Langevitz P, Buskila D, Gladman DD. Psoriatic arthritis precipitated by physical trauma. *J Rheumatol*. 1990 May;17(5):695-7.
 93. Khan MA. An overview of clinical spectrum and heterogeneity of spondyloarthropathies. *Rheum Dis Clin North Am*. 1992 Feb;18(1):1-10.
 94. Gran JT, Husby G, Hordvik M. Prevalence of ankylosing spondylitis in males and females in a young middle-aged population of Tromsø, northern Norway. *Ann Rheum Dis*. 1985 Jun;44(6):359-67.
 95. Gofton JP, Chalmers A, Price GE, Reeve CE. HL-A 27 and ankylosing spondylitis in B.C. Indians. *J Rheumatol*. 1984 Oct;11(5):572-3.
 96. Kidd B, Mullee M, Frank A, Cawley M. Disease expression of ankylosing spondylitis in males and females. *J Rheumatol*. 1988 Sep;15(9):1407-9.
 97. Wordsworth P. Genes in the spondyloarthropathies. *Rheum Dis Clin North Am*. 1998 Nov;24(4):845-63.
 98. Gonzalez S, Martinez-Borra J, Lopez-Larrea C. Immunogenetics, HLA-B27 and spondyloarthropathies. *Curr Opin Rheumatol*. 1999 Jul;11(4):257-64.
 99. Burgos-Vargas R, Vazquez-Mellado J. The early clinical recognition of juvenile-onset ankylosing spondylitis and its differentiation from juvenile rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1995 Jun;38(6):835-44.
 100. Monnet D, Breban M, Hudry C, Dougados M, Brezin AP. Ophthalmic findings and frequency of extraocular manifestations in patients with HLA-B27 uveitis: a study of 175 cases. *Ophthalmology*. 2004 Apr;111(4):802-9.
 101. Leirisalo-Repo M, Repo H. Gut and spondyloarthropathies. *Rheum Dis Clin North Am*. 1992 Feb;18(1):23-35.
 102. O'Neill TW, Bresnihan B. The heart in ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. 1992 Jun;51(6):705-6.
 103. Rosenow E, Strimlan CV, Muhm JR, Ferguson RH. Pleuropulmonary manifestations of ankylosing spondylitis. *Mayo Clin Proc*. 1977 Oct;52(10):641-9.
 104. Jones DW, Mansell MA, Samuell CT, Isenberg DA. Renal abnormalities in ankylosing spondylitis. *Br J Rheumatol*. 1987 Oct;26(5):341-5.
 105. Sant SM, O'Connell D. Cauda equina syndrome in ankylosing spondylitis: a case report and review of the literature. *Clin Rheumatol*. 1995 Mar;14(2):224-6.
 106. van der Linden S, Valkenburg HA, Cats A. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. A proposal for modification of the New York criteria. *Arthritis Rheum*. 1984 Apr;27(4):361-8.
 107. Bowman SJ, Ibrahim GH, Holmes G, Hamburger J, Ainsworth JR. Estimating the prevalence among Caucasian women of primary Sjogren's syndrome in two general

- practices in Birmingham, UK. *Scand J Rheumatol*. 2004;33(1):39-43.
108. Pillemer SR, Matteson EL, Jacobsson LT, Martens PB, Melton LJ, 3rd, O'Fallon WM, et al. Incidence of physician-diagnosed primary Sjogren syndrome in residents of Olmsted County, Minnesota. *Mayo Clin Proc*. 2001 Jun;76(6):593-9.
 109. Andrianakos A, Trontzas P, Christoyannis F, Dantis P, Voudouris C, Georgountzos A, et al. Prevalence of rheumatic diseases in Greece: a cross-sectional population based epidemiological study. The ESORDIG Study. *J Rheumatol*. 2003 Jul;30(7):1589-601.
 110. Alamanos Y, Tsifetaki N, Voulgari PV, Venetsanopoulou AI, Siozos C, Drosos AA. Epidemiology of primary Sjogren's syndrome in north-west Greece, 1982-2003. *Rheumatology (Oxford)*. 2006 Feb;45(2):187-91.
 111. Sjögren H. Zur Kenntnis der keratoconjunctivitis sicca (keratitis filiformis bei hypofunktion der tranendrusen. . *Acta Ophthalmol* 1933;11:1.
 112. Friedlaender MH. Ocular manifestations of Sjogren's syndrome: keratoconjunctivitis sicca. *Rheum Dis Clin North Am*. 1992 Aug;18(3):591-608.
 113. Baudet-Pommel M, Albuissou E, Kemeny JL, Falvard F, Ristori JM, Frayssé MP, et al. Early dental loss in Sjogren's syndrome. Histologic correlates. European Community Study Group on Diagnostic Criteria for Sjogren's Syndrome (EEC COMAC). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1994 Aug;78(2):181-6.
 114. Rhodus NL, Bloomquist C, Liljemark W, Bereuter J. Prevalence, density, and manifestations of oral *Candida albicans* in patients with Sjogren's syndrome. *J Otolaryngol*. 1997 Oct;26(5):300-5.
 115. Lehrer S, Bogursky E, Yemini M, Kase NG, Birkenfeld A. Gynecologic manifestations of Sjogren's syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 1994 Mar;170(3):835-7.
 116. Katayama I, Yokozeki H, Nishioka K. Impaired sweating as an exocrine manifestation in Sjogren's syndrome. *Br J Dermatol*. 1995 Nov;133(5):716-20.
 117. Castro-Poltronieri A, Alarcon-Segovia D. Articular manifestations of primary Sjogren's syndrome. *J Rheumatol*. 1983 Jun;10(3):485-8.
 118. Pease CT, Shattles W, Barrett NK, Maini RN. The arthropathy of Sjogren's syndrome. *Br J Rheumatol*. 1993 Jul;32(7):609-13.
 119. Papiris SA, Maniati M, Constantopoulos SH, Roussos C, Moutsopoulos HM, Skopouli FN. Lung involvement in primary Sjogren's syndrome is mainly related to the small airway disease. *Ann Rheum Dis*. 1999 Jan;58(1):61-4.
 120. Kelly C, Gardiner P, Pal B, Griffiths I. Lung function in primary Sjogren's syndrome: a cross sectional and longitudinal study. *Thorax*. 1991 Mar;46(3):180-3.
 121. Goules A, Masouridi S, Tzioufas AG, Ioannidis JP, Skopouli FN, Moutsopoulos HM. Clinically significant and biopsy-documented renal involvement in primary Sjogren syndrome. *Medicine (Baltimore)*. 2000 Jul;79(4):241-9.
 122. Shiozawa S, Shiozawa K, Shimizu S, Nakada M, Isobe T, Fujita T. Clinical studies of

- renal disease in Sjogren's syndrome. *Ann Rheum Dis*. 1987 Oct;46(10):768-72.
123. Matsumoto T, Morizane T, Aoki Y, Yamasaki S, Nakajima M, Enomoto N, et al. Autoimmune hepatitis in primary Sjogren's syndrome: pathological study of the livers and labial salivary glands in 17 patients with primary Sjogren's syndrome. *Pathol Int*. 2005 Feb;55(2):70-6.
 124. Tsokos M, Lazarou SA, Moutsopoulos HM. Vasculitis in primary Sjogren's syndrome. Histologic classification and clinical presentation. *Am J Clin Pathol*. 1987 Jul;88(1):26-31.
 125. Skopouli FN, Talal A, Galanopoulou V, Tsampoulas CG, Drosos AA, Moutsopoulos HM. Raynaud's phenomenon in primary Sjogren's syndrome. *J Rheumatol*. 1990 May;17(5):618-20.
 126. Garcia-Carrasco M, Siso A, Ramos-Casals M, Rosas J, de la Red G, Gil V, et al. Raynaud's phenomenon in primary Sjogren's syndrome. Prevalence and clinical characteristics in a series of 320 patients. *J Rheumatol*. 2002 Apr;29(4):726-30.
 127. Ramos-Casals M, Garcia-Carrasco M, Cervera R, Gaya J, Halperin I, Ubieto I, et al. Thyroid disease in primary Sjogren syndrome. Study in a series of 160 patients. *Medicine (Baltimore)*. 2000 Mar;79(2):103-8.
 128. Perez B, Kraus A, Lopez G, Cifuentes M, Alarcon-Segovia D. Autoimmune thyroid disease in primary Sjogren's syndrome. *Am J Med*. 1995 Nov;99(5):480-4.
 129. Andonopoulos AP, Lagos G, Drosos AA, Moutsopoulos HM. The spectrum of neurological involvement in Sjogren's syndrome. *Br J Rheumatol*. 1990 Feb;29(1):21-3.
 130. Lafitte C, Amoura Z, Cacoub P, Pradat-Diehl P, Picq C, Salachas F, et al. Neurological complications of primary Sjogren's syndrome. *J Neurol*. 2001 Jul;248(7):577-84.
 131. Ioannidis JP, Vassiliou VA, Moutsopoulos HM. Long-term risk of mortality and lymphoproliferative disease and predictive classification of primary Sjogren's syndrome. *Arthritis Rheum*. 2002 Mar;46(3):741-7.
 132. Skopouli FN, Dafni U, Ioannidis JP, Moutsopoulos HM. Clinical evolution, and morbidity and mortality of primary Sjogren's syndrome. *Semin Arthritis Rheum*. 2000 Apr;29(5):296-304.
 133. Bolstad AI, Haga HJ, Wassmuth R, Jonsson R. Monozygotic twins with primary Sjogren's syndrome. *J Rheumatol*. 2000 Sep;27(9):2264-6.
 134. Fye KH, Terasaki PI, Moutsopoulos H, Daniels TE, Michalski JP, Talal N. Association of Sjogren's syndrome with HLA-B8. *Arthritis Rheum*. 1976 Sep-Oct;19(5):883-6.
 135. Chused TM, Kassan SS, Opelz G, Moutsopoulos HM, Terasaki PI. Sjogren's syndrome association with HLA-Dw3. *N Engl J Med*. 1977 Apr 21;296(16):895-7.
 136. Fox RI, Pearson G, Vaughan JH. Detection of Epstein-Barr virus-associated antigens and DNA in salivary gland biopsies from patients with Sjogren's syndrome. *J Immunol*. 1986 Nov 15;137(10):3162-8.

-
137. Triantafyllopoulou A, Tapinos N, Moutsopoulos HM. Evidence for coxsackievirus infection in primary Sjogren's syndrome. *Arthritis Rheum.* 2004 Sep;50(9):2897-902.
 138. Ramos-Casals M, Loustaud-Ratti V, De Vita S, Zeher M, Bosch JA, Toussirot E, et al. Sjogren syndrome associated with hepatitis C virus: a multicenter analysis of 137 cases. *Medicine (Baltimore).* 2005 Mar;84(2):81-9.
 139. Vitali C, Bombardieri S, Jonsson R, Moutsopoulos HM, Alexander EL, Carsons SE, et al. Classification criteria for Sjogren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. *Ann Rheum Dis.* 2002 Jun;61(6):554-8.
 140. Theander E, Manthorpe R, Jacobsson LT. Mortality and causes of death in primary Sjogren's syndrome: a prospective cohort study. *Arthritis Rheum.* 2004 Apr;50(4):1262-9.
 141. Ballou SP, Khan MA, Kushner I. Clinical features of systemic lupus erythematosus: differences related to race and age of onset. *Arthritis Rheum.* 1982 Jan;25(1):55-60.
 142. Vilar MJ, Sato EI. Estimating the incidence of systemic lupus erythematosus in a tropical region (Natal, Brazil). *Lupus.* 2002;11(8):528-32.
 143. Lawrence RC, Helmick CG, Arnett FC, Deyo RA, Felson DT, Giannini EH, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis Rheum.* 1998 May;41(5):778-99.
 144. Alamanos Y, Voulgari PV, Siozos C, Katsimpri P, Tsintzos S, Dimou G, et al. Epidemiology of systemic lupus erythematosus in northwest Greece 1982-2001. *J Rheumatol.* 2003 Apr;30(4):731-5.
 145. D.Mimouni CN, Lahita R, ed. *Systemic lupus erythematosus*. 4th ed. New York: Elsevier/Academic Press; 2004.
 146. Patel P, Werth V. Cutaneous lupus erythematosus: a review. *Dermatol Clin.* 2002 Jul;20(3):373-85, v.
 147. Gilliam JN, Sontheimer RD. Subacute cutaneous lupus erythematosus. *Clin Rheum Dis.* 1982 Aug;8(2):343-52.
 148. Tsokos GC, Moutsopoulos HM, Steinberg AD. Muscle involvement in systemic lupus erythematosus. *JAMA.* 1981 Aug 14;246(7):766-8.
 149. Appel GB, Silva FG, Pirani CL, Meltzer JI, Estes D. Renal involvement in systemic lupus erythematosus (SLE): a study of 56 patients emphasizing histologic classification. *Medicine (Baltimore).* 1978 Sep;57(5):371-410.
 150. Austin HA. Clinical evaluation and monitoring of lupus kidney disease. *Lupus.* 1998;7(9):618-21.
 151. McCune WJ, Golbus J. Neuropsychiatric lupus. *Rheum Dis Clin North Am.* 1988 Apr;14(1):149-67.
 152. Feinglass EJ, Arnett FC, Dorsch CA, Zizic TM, Stevens MB. Neuropsychiatric

- manifestations of systemic lupus erythematosus: diagnosis, clinical spectrum, and relationship to other features of the disease. *Medicine (Baltimore)*. 1976 Jul;55(4):323-39.
153. Salmon JE, Roman MJ. Accelerated atherosclerosis in systemic lupus erythematosus: implications for patient management. *Curr Opin Rheumatol*. 2001 Sep;13(5):341-4.
 154. Urowitz MB, Gladman DD. Accelerated atheroma in lupus--background. *Lupus*. 2000;9(3):161-5.
 155. Mochizuki T, Aotsuka S, Satoh T. Clinical and laboratory features of lupus patients with complicating pulmonary disease. *Respir Med*. 1999 Feb;93(2):95-101.
 156. Kawamura N, Tsutsui H, Fukuyama K, Hayashidani S, Koike G, Egashira K, et al. Severe pulmonary hypertension in a patient with systemic lupus erythematosus and minimal lupus activity. *Intern Med*. 2002 Feb;41(2):109-12.
 157. Budman DR, Steinberg AD. Hematologic aspects of systemic lupus erythematosus. Current concepts. *Ann Intern Med*. 1977 Feb;86(2):220-9.
 158. Luman W, Chua KB, Cheong WK, Ng HS. Gastrointestinal manifestations of systemic lupus erythematosus. *Singapore Med J*. 2001 Aug;42(8):380-4.
 159. Stafford-Brady FJ, Urowitz MB, Gladman DD, Easterbrook M. Lupus retinopathy. Patterns, associations, and prognosis. *Arthritis Rheum*. 1988 Sep;31(9):1105-10.
 160. Harley JB, Kelly JA, Kaufman KM. Unraveling the genetics of systemic lupus erythematosus. *Springer Semin Immunopathol*. 2006 Oct;28(2):119-30.
 161. Block SR, Winfield JB, Lockshin MD, D'Angelo WA, Christian CL. Studies of twins with systemic lupus erythematosus. A review of the literature and presentation of 12 additional sets. *Am J Med*. 1975 Oct;59(4):533-52.
 162. Jarvinen P, Kaprio J, Makitalo R, Koskenvuo M, Aho K. Systemic lupus erythematosus and related systemic diseases in a nationwide twin cohort: an increased prevalence of disease in MZ twins and concordance of disease features. *J Intern Med*. 1992 Jan;231(1):67-72.
 163. Alarcon-Segovia D, Alarcon-Riquelme ME, Cardiel MH, Caeiro F, Massardo L, Villa AR, et al. Familial aggregation of systemic lupus erythematosus, rheumatoid arthritis, and other autoimmune diseases in 1,177 lupus patients from the GLADEL cohort. *Arthritis Rheum*. 2005 Apr;52(4):1138-47.
 164. Cooper GS, Dooley MA, Treadwell EL, St Clair EW, Parks CG, Gilkeson GS. Hormonal, environmental, and infectious risk factors for developing systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 1998 Oct;41(10):1714-24.
 165. Wysenbeek AJ, Block DA, Fries JF. Prevalence and expression of photosensitivity in systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 1989 Jun;48(6):461-3.
 166. James JA, Kaufman KM, Farris AD, Taylor-Albert E, Lehman TJ, Harley JB. An increased prevalence of Epstein-Barr virus infection in young patients suggests a possible

- etiology for systemic lupus erythematosus. *J Clin Invest.* 1997 Dec 15;100(12):3019-26.
167. G.S. Firestein RCB, E.D. Harris Jr, I.B. McInnes, S. Ruddy, J.S. Sergent. Kelley's Textbook of Rheumatology. 8th ed. Philadelphia: Saunders; 2008.
 168. Steen VD, Oddis CV, Conte CG, Janoski J, Casterline GZ, Medsger TA, Jr. Incidence of systemic sclerosis in Allegheny County, Pennsylvania. A twenty-year study of hospital-diagnosed cases, 1963-1982. *Arthritis Rheum.* 1997 Mar;40(3):441-5.
 169. Mayes MD, Lacey JV, Jr., Beebe-Dimmer J, Gillespie BW, Cooper B, Laing TJ, et al. Prevalence, incidence, survival, and disease characteristics of systemic sclerosis in a large US population. *Arthritis Rheum.* 2003 Aug;48(8):2246-55.
 170. Alamanos Y, Tsifetaki N, Voulgari PV, Siozos C, Tsamandouraki K, Alexiou GA, et al. Epidemiology of systemic sclerosis in northwest Greece 1981 to 2002. *Semin Arthritis Rheum.* 2005 Apr;34(5):714-20.
 171. WM Weinstein BK. The gastrointestinal tract in systemic sclerosis. In :Clements PJ, Furst DE eds Systemic Sclerosis. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
 172. Latsi PI, Wells AU. Evaluation and management of alveolitis and interstitial lung disease in scleroderma. *Curr Opin Rheumatol.* 2003 Nov;15(6):748-55.
 173. Robertson L, Pignone A, Kowal-Bielecka O, Fiori G, Denton CP, Matucci-Cerinic M. Pulmonary arterial hypertension in systemic sclerosis: diagnostic pathway and therapeutic approach. *Ann Rheum Dis.* 2005 Jun;64(6):804-7.
 174. Lee P, Langevitz P, Alderdice CA, Aubrey M, Baer PA, Baron M, et al. Mortality in systemic sclerosis (scleroderma). *Q J Med.* 1992 Feb;82(298):139-48.
 175. Penn H, Howie AJ, Kingdon EJ, Bunn CC, Stratton RJ, Black CM, et al. Scleroderma renal crisis: patient characteristics and long-term outcomes. *QJM.* 2007 Aug;100(8):485-94.
 176. Pope JE. Musculoskeletal involvement in scleroderma. *Rheum Dis Clin North Am.* 2003 May;29(2):391-408.
 177. Feghali-Bostwick C, Medsger TA, Jr., Wright TM. Analysis of systemic sclerosis in twins reveals low concordance for disease and high concordance for the presence of antinuclear antibodies. *Arthritis Rheum.* 2003 Jul;48(7):1956-63.
 178. Arnett FC, Cho M, Chatterjee S, Aguilar MB, Reveille JD, Mayes MD. Familial occurrence frequencies and relative risks for systemic sclerosis (scleroderma) in three United States cohorts. *Arthritis Rheum.* 2001 Jun;44(6):1359-62.
 179. Pandey JP, LeRoy EC. Human cytomegalovirus and the vasculopathies of autoimmune diseases (especially scleroderma), allograft rejection, and coronary restenosis. *Arthritis Rheum.* 1998 Jan;41(1):10-5.
 180. Ghinoi A, Mascia MT, Giuggioli D, Magistro R, Barbolini G, Magro CM, et al. Coexistence of non-specific and usual interstitial pneumonia in a patient with severe cystic scleroderma lung involvement and parvovirus B19 infection. *Clin Exp Rheumatol.*

- 2005 May-Jun;23(3):431-3.
181. Diot E, Lesire V, Guilmot JL, Metzger MD, Pilore R, Rogier S, et al. Systemic sclerosis and occupational risk factors: a case-control study. *Occup Environ Med*. 2002 Aug;59(8):545-9.
 182. Nietert PJ, Sutherland SE, Silver RM, Pandey JP, Knapp RG, Hoel DG, et al. Is occupational organic solvent exposure a risk factor for scleroderma? *Arthritis Rheum*. 1998 Jun;41(6):1111-8.
 183. Shand L, Lunt M, Nihtyanova S, Hoseini M, Silman A, Black CM, et al. Relationship between change in skin score and disease outcome in diffuse cutaneous systemic sclerosis: application of a latent linear trajectory model. *Arthritis Rheum*. 2007 Jul;56(7):2422-31.
 184. Steen VD, Medsger TA, Jr. Long-term outcomes of scleroderma renal crisis. *Ann Intern Med*. 2000 Oct 17;133(8):600-3.
 185. Still GF. On a Form of Chronic Joint Disease in Children. *Med Chir Trans*. 1897;80:47-60 9.
 186. Petty RE, Southwood TR, Baum J, Bhattay E, Glass DN, Manners P, et al. Revision of the proposed classification criteria for juvenile idiopathic arthritis: Durban, 1997. *J Rheumatol*. 1998 Oct;25(10):1991-4.
 187. Petty RE, Southwood TR, Manners P, Baum J, Glass DN, Goldenberg J, et al. International League of Associations for Rheumatology classification of juvenile idiopathic arthritis: second revision, Edmonton, 2001. *J Rheumatol*. 2004 Feb;31(2):390-2.
 188. Denardo BA, Tucker LB, Miller LC, Szer IS, Schaller JG. Demography of a regional pediatric rheumatology patient population. Affiliated Children's Arthritis Centers of New England. *J Rheumatol*. 1994 Aug;21(8):1553-61.
 189. Malleson PN, Fung MY, Rosenberg AM. The incidence of pediatric rheumatic diseases: results from the Canadian Pediatric Rheumatology Association Disease Registry. *J Rheumatol*. 1996 Nov;23(11):1981-7.
 190. Symmons DP, Jones M, Osborne J, Sills J, Southwood TR, Woo P. Pediatric rheumatology in the United Kingdom: data from the British Pediatric Rheumatology Group National Diagnostic Register. *J Rheumatol*. 1996 Nov;23(11):1975-80.
 191. Moe N, Rygg M. Epidemiology of juvenile chronic arthritis in northern Norway: a ten-year retrospective study. *Clin Exp Rheumatol*. 1998 Jan-Feb;16(1):99-101.
 192. Manners PJ, Diepeveen DA. Prevalence of juvenile chronic arthritis in a population of 12-year-old children in urban Australia. *Pediatrics*. 1996 Jul;98(1):84-90.
 193. Gortmaker SL, Sappenfield W. Chronic childhood disorders: prevalence and impact. *Pediatr Clin North Am*. 1984 Feb;31(1):3-18.
 194. Hofer M, Southwood TR. Classification of childhood arthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2002 Jul;16(3):379-96.
 195. Ravelli A, Martini A. Juvenile idiopathic arthritis. *Lancet*. 2007 Mar 3;369(9563):767-

- 78.
196. Davidson J CM. Outcome for juvenile idiopathic arthritis. *Paediatr Child Health*. 2010;20(2):73-8.
197. Oen K, Malleson PN, Cabral DA, Rosenberg AM, Petty RE, Cheang M. Disease course and outcome of juvenile rheumatoid arthritis in a multicenter cohort. *J Rheumatol*. 2002 Sep;29(9):1989-99.
198. Wallace CA, Levinson JE. Juvenile rheumatoid arthritis: outcome and treatment for the 1990s. *Rheum Dis Clin North Am*. 1991 Nov;17(4):891-905.
199. Tucker LB, Menon S, Schaller JG, Isenberg DA. Adult- and childhood-onset systemic lupus erythematosus: a comparison of onset, clinical features, serology, and outcome. *Br J Rheumatol*. 1995 Sep;34(9):866-72.
200. Bader-Meunier B, Armengaud JB, Haddad E, Salomon R, Deschenes G, Kone-Paut I, et al. Initial presentation of childhood-onset systemic lupus erythematosus: a French multicenter study. *J Pediatr*. 2005 May;146(5):648-53.
201. Sibbitt WL, Jr., Brandt JR, Johnson CR, Maldonado ME, Patel SR, Ford CC, et al. The incidence and prevalence of neuropsychiatric syndromes in pediatric onset systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 2002 Jul;29(7):1536-42.
202. Albers JM, Kuper HH, van Riel PL, Prevoo ML, van 't Hof MA, van Gestel AM, et al. Socio-economic consequences of rheumatoid arthritis in the first years of the disease. *Rheumatology (Oxford)*. 1999 May;38(5):423-30.
203. Frank RG, Beck NC, Parker JC, Kashani JH, Elliott TR, Haut AE, et al. Depression in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1988 Jun;15(6):920-5.
204. Murphy S, Creed F, Jayson MI. Psychiatric disorder and illness behaviour in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol*. 1988 Oct;27(5):357-63.
205. Creed F. Psychological disorders in rheumatoid arthritis: a growing consensus? *Ann Rheum Dis*. 1990 Oct;49(10):808-12.
206. Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Jr., Rae DS, Myers JK, Kramer M, et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Arch Gen Psychiatry*. 1988 Nov;45(11):977-86.
207. Robinson RG, Spalletta G. Poststroke depression: a review. *Can J Psychiatry*. 2010 Jun;55(6):341-9.
208. Hawley DJ, Wolfe F. Depression is not more common in rheumatoid arthritis: a 10-year longitudinal study of 6,153 patients with rheumatic disease. *J Rheumatol*. 1993 Dec;20(12):2025-31.
209. Covic T, Tyson G, Spencer D, Howe G. Depression in rheumatoid arthritis patients: demographic, clinical, and psychological predictors. *J Psychosom Res*. 2006 May;60(5):469-76.
210. Abdel-Nasser AM, Abd El-Azim S, Taal E, El-Badawy SA, Rasker JJ, Valkenburg HA.

- Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: an analysis of their occurrence and determinants. *Br J Rheumatol*. 1998 Apr;37(4):391-7.
211. McFarlane AC, Brooks PM. An analysis of the relationship between psychological morbidity and disease activity in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1988 Jun;15(6):926-31.
 212. Lepine JP, Briley M. The epidemiology of pain in depression. *Hum Psychopharmacol*. 2004 Oct;19 Suppl 1:S3-7.
 213. Hurwicz ML, Berkanovic E. The stress process in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1993 Nov;20(11):1836-44.
 214. Newman SP, Fitzpatrick R, Lamb R, Shipley M. The origins of depressed mood in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1989 Jun;16(6):740-4.
 215. Wolfe F, Hawley DJ. The relationship between clinical activity and depression in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1993 Dec;20(12):2032-7.
 216. Hawley DJ, Wolfe F. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis: a prospective study of 400 patients. *J Rheumatol*. 1988 Jun;15(6):932-41.
 217. Katz PP, Yelin EH. Life activities of persons with rheumatoid arthritis with and without depressive symptoms. *Arthritis Care Res*. 1994 Jun;7(2):69-77.
 218. Ramjeet J, Koutantji M, Barrett EM, Scott DG. Coping and psychological adjustment in recent-onset inflammatory polyarthritis: the role of gender and age. *Rheumatology (Oxford)*. 2005 Sep;44(9):1166-8.
 219. Covic T, Adamson B, Spencer D, Howe G. A biopsychosocial model of pain and depression in rheumatoid arthritis: a 12-month longitudinal study. *Rheumatology (Oxford)*. 2003 Nov;42(11):1287-94.
 220. Curtis R, Groarke A, Coughlan R, Gsel A. Psychological stress as a predictor of psychological adjustment and health status in patients with rheumatoid arthritis. *Patient Educ Couns*. 2005 Nov;59(2):192-8.
 221. Groarke A, Curtis R, Coughlan R, Gsel A. The role of perceived and actual disease status in adjustment to rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2004 Sep;43(9):1142-9.
 222. Sharpe L, Sensky T, Allard S. The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis: the predictive role of disability, illness perceptions, pain and coping. *J Psychosom Res*. 2001 Dec;51(6):713-9.
 223. Dickens C, McGowan L, Clark-Carter D, Creed F. Depression in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosom Med*. 2002 Jan-Feb;64(1):52-60.
 224. Wright GE, Parker JC, Smarr KL, Johnson JC, Hewett JE, Walker SE. Age, depressive symptoms, and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1998 Feb;41(2):298-305.
 225. Uhlig T, Smedstad LM, Vaglum P, Moum T, Gerard N, Kvien TK. The course of rheumatoid arthritis and predictors of psychological, physical and radiographic outcome

- after 5 years of follow-up. *Rheumatology (Oxford)*. 2000 Jul;39(7):732-41.
226. Wolfe F, Michaud K. Predicting depression in rheumatoid arthritis: the signal importance of pain extent and fatigue, and comorbidity. *Arthritis Rheum*. 2009 May 15;61(5):667-73.
 227. Timonen M, Viilo K, Hakko H, Sarkioja T, Ylikulju M, Meyer-Rochow VB, et al. Suicides in persons suffering from rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2003 Feb;42(2):287-91.
 228. Treharne GJ, Lyons AC, Kitas GD. Suicidal ideation in patients with rheumatoid arthritis. Research may help identify patients at high risk. *BMJ*. 2000 Nov 18;321(7271):1290.
 229. Affleck G, Urrows S, Tennen H, Higgins P, Pav D, Aloisi R. A dual pathway model of daily stressor effects on rheumatoid arthritis. *Ann Behav Med*. 1997 Spring;19(2):161-70.
 230. Zautra AJ, Burleson MH, Matt KS, Roth S, Burrows L. Interpersonal stress, depression, and disease activity in rheumatoid arthritis and osteoarthritis patients. *Health Psychol*. 1994 Mar;13(2):139-48.
 231. VanDyke MM, Parker JC, Smarr KL, Hewett JE, Johnson GE, Slaughter JR, et al. Anxiety in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2004 Jun 15;51(3):408-12.
 232. el-Miedany YM, el-Rasheed AH. Is anxiety a more common disorder than depression in rheumatoid arthritis? *Joint Bone Spine*. 2002 May;69(3):300-6.
 233. Odegard S, Finset A, Mowinckel P, Kvien TK, Uhlig T. Pain and psychological health status over a 10-year period in patients with recent onset rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2007 Sep;66(9):1195-201.
 234. Uguz F, Akman C, Kucuksarac S, Tufekci O. Anti-tumor necrosis factor-alpha therapy is associated with less frequent mood and anxiety disorders in patients with rheumatoid arthritis. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2009 Feb;63(1):50-5.
 235. Isik A, Koca SS, Ozturk A, Mermi O. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2007 Jun;26(6):872-8.
 236. Chandarana PC, Eals M, Steingart AB, Bellamy N, Allen S. The detection of psychiatric morbidity and associated factors in patients with rheumatoid arthritis. *Can J Psychiatry*. 1987 Jun;32(5):356-61.
 237. Takeda T, Morimoto N, Kinukawa N, Nagamine R, Shutou T, Tashiro N. Factors affecting depression and anxiety in female Japanese patients with rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 2000 Nov-Dec;18(6):735-8.
 238. Bradley LA, Young LD, Anderson KO, Turner RA, Agudelo CA, McDaniel LK, et al. Effects of psychological therapy on pain behavior of rheumatoid arthritis patients. Treatment outcome and six-month followup. *Arthritis Rheum*. 1987 Oct;30(10):1105-14.
 239. Radanov BP, Schwarz HA, Frost SA, Augustiny KF. Relationship between self-rated functional status and psychosocial stress in patients suffering from rheumatoid arthritis.

- Psychother Psychosom. 1997;66(5):252-7.
240. Anderson KO, Keefe FJ, Bradley LA, McDaniel LK, Young LD, Turner RA, et al. Prediction of pain behavior and functional status of rheumatoid arthritis patients using medical status and psychological variables. *Pain*. 1988 Apr;33(1):25-32.
 241. Salaffi F, Carotti M, Gasparini S, Intorcia M, Grassi W. The health-related quality of life in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: a comparison with a selected sample of healthy people. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7:25.
 242. Husted JA, Gladman DD, Farewell VT, Cook RJ. Health-related quality of life of patients with psoriatic arthritis: a comparison with patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2001 Apr;45(2):151-8.
 243. Khraishi M, MacDonald D, Rampakakis E, Vaillancourt J, Sampalis JS. Prevalence of patient-reported comorbidities in early and established psoriatic arthritis cohorts. *Clin Rheumatol*. 2011 Jul;30(7):877-85.
 244. Freire M, Rodriguez J, Moller I, Valcarcel A, Tornero C, Diaz G, et al. [Prevalence of symptoms of anxiety and depression in patients with psoriatic arthritis attending rheumatology clinics]. *Reumatol Clin*. 2011 Jan-Feb;7(1):20-6.
 245. Husted JA, Tom BD, Farewell VT, Gladman DD. Longitudinal study of the bidirectional association between pain and depressive symptoms in patients with psoriatic arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012 May;64(5):758-65.
 246. Barlow JH, Macey SJ, Struthers GR. Gender, depression, and ankylosing spondylitis. *Arthritis Care Res*. 1993 Mar;6(1):45-51.
 247. Martindale J, Smith J, Sutton CJ, Grennan D, Goodacre L, Goodacre JA. Disease and psychological status in ankylosing spondylitis. *Rheumatology (Oxford)*. 2006 Oct;45(10):1288-93.
 248. Taylor AL, Balakrishnan C, Calin A. Reference centile charts for measures of disease activity, functional impairment, and metrology in ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum*. 1998 Jun;41(6):1119-25.
 249. Gunaydin R, Goksel Karatepe A, Cesmeli N, Kaya T. Fatigue in patients with ankylosing spondylitis: relationships with disease-specific variables, depression, and sleep disturbance. *Clin Rheumatol*. 2009 Sep;28(9):1045-51.
 250. Ward MM. Health-related quality of life in ankylosing spondylitis: a survey of 175 patients. *Arthritis Care Res*. 1999 Aug;12(4):247-55.
 251. Hakkou J, Rostom S, Aissaoui N, Berrada KR, Abouqal R, Bahiri R, et al. Psychological status in Moroccan patients with ankylosing spondylitis and its relationships with disease parameters and quality of life. *J Clin Rheumatol*. 2011 Dec;17(8):424-8.
 252. Garrett S, Jenkinson T, Kennedy LG, Whitelock H, Gaisford P, Calin A. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol*. 1994 Dec;21(12):2286-91.

-
253. Calin A, Garrett S, Whitelock H, Kennedy LG, O’Hea J, Mallorie P, et al. A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: the development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. *J Rheumatol*. 1994 Dec;21(12):2281-5.
 254. Jenkinson TR, Mallorie PA, Whitelock HC, Kennedy LG, Garrett SL, Calin A. Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis (AS). The Bath AS Metrology Index. *J Rheumatol*. 1994 Sep;21(9):1694-8.
 255. Baysal O, Durmus B, Ersoy Y, Altay Z, Senel K, Nas K, et al. Relationship between psychological status and disease activity and quality of life in ankylosing spondylitis. *Rheumatol Int*. 2011 Jun;31(6):795-800.
 256. Harkapaa K, Jarvikoski A, Mellin G, Hurri H, Luoma J. Health locus of control beliefs and psychological distress as predictors for treatment outcome in low-back pain patients: results of a 3-month follow-up of a controlled intervention study. *Pain*. 1991 Jul;46(1):35-41.
 257. Pincus T, Burton AK, Vogel S, Field AP. A systematic review of psychological factors as predictors of chronicity/disability in prospective cohorts of low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2002 Mar 1;27(5):E109-20.
 258. Brionez TF, Assassi S, Reveille JD, Green C, Learch T, Diekman L, et al. Psychological correlates of self-reported disease activity in ankylosing spondylitis. *J Rheumatol*. 2010 Apr;37(4):829-34.
 259. Brown GK, Nicassio PM. Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*. 1987 Oct;31(1):53-64.
 260. Smith TW, Peck JR, Ward JR. Helplessness and depression in rheumatoid arthritis. *Health Psychol*. 1990;9(4):377-89.
 261. Keefe FJ, Brown GK, Wallston KA, Caldwell DS. Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain*. 1989 Apr;37(1):51-6.
 262. Dickens C, Jackson J, Tomenson B, Hay E, Creed F. Association of depression and rheumatoid arthritis. *Psychosomatics*. 2003 May-Jun;44(3):209-15.
 263. Ortancil O, Konuk N, May H, Sanli A, Ozturk D, Ankarali H. Psychological status and patient-assessed health instruments in ankylosing spondylitis. *J Clin Rheumatol*. 2010 Oct;16(7):313-6.
 264. Derogatis L. SCL-90-R: administration, scoring, and procedure manual. 3rd ed. Minneapolis: National Computer Systems; 1994.
 265. Stevenson HA, Jones ME, Rostron JL, Longman LP, Field EA. UK patients with primary Sjogren’s syndrome are at increased risk from clinical depression. *Gerodontology*. 2004 Sep;21(3):141-5.
 266. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001 Sep;16(9):606-13.
 267. Westhoff G, Dorner T, Zink A. Fatigue and depression predict physician visits and

- work disability in women with primary Sjogren's syndrome: results from a cohort study. *Rheumatology* (Oxford). 2012 Feb;51(2):262-9.
268. Radloff L. The Center for Epidemiology Studies Scale for Depression: A Self-Report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol M.* 1977;3:383–401.
 269. Segal B, Bowman SJ, Fox PC, Vivino FB, Murukutla N, Brodscholl J, et al. Primary Sjogren's Syndrome: health experiences and predictors of health quality among patients in the United States. *Health Qual Life Outcomes.* 2009;7:46.
 270. Segal B, Thomas W, Rogers T, Leon JM, Hughes P, Patel D, et al. Prevalence, severity, and predictors of fatigue in subjects with primary Sjogren's syndrome. *Arthritis Rheum.* 2008 Dec 15;59(12):1780-7.
 271. Segal BM, Pogatchnik B, Holker E, Liu H, Sloan J, Rhodus N, et al. Primary Sjogren's syndrome: cognitive symptoms, mood, and cognitive performance. *Acta Neurol Scand.* 2012 Apr;125(4):272-8.
 272. Valtysdottir ST, Gudbjornsson B, Lindqvist U, Hallgren R, Hetta J. Anxiety and depression in patients with primary Sjogren's syndrome. *J Rheumatol.* 2000 Jan;27(1):165-9.
 273. Valtysdottir ST, Gudbjornsson B, Hallgren R, Hetta J. Psychological well-being in patients with primary Sjogren's syndrome. *Clin Exp Rheumatol.* 2000 Sep-Oct;18(5):597-600.
 274. Kaposi M. Neue Beitrage zur Kenntniss des Lupus erythematosus. *Arch Dermatol Syph.* 1872;4(36-52).
 275. Gurland BJ, Ganz VH, Fleiss JL, Zubin J. The study of the psychiatric symptoms of systemic lupus erythematosus.. A critical review. *Psychosom Med.* 1972 May-Jun;34(3):199-206.
 276. van Dam AP. Diagnosis and pathogenesis of CNS lupus. *Rheumatol Int.* 1991;11(1):1-11.
 277. Perry S. Psychiatric aspects of systemic lupus erythematosus. In Lahita RG (ed), *Systemic Lupus Erythematosus.* New York: Wiley & Sons; 1987.
 278. Afeltra A, Garzia P, Mitterhofer AP, Vadacca M, Galluzzo S, Del Porto F, et al. Neuropsychiatric lupus syndromes: relationship with antiphospholipid antibodies. *Neurology.* 2003 Jul 8;61(1):108-10.
 279. Brey RL, Holliday SL, Saklad AR, Navarrete MG, Hermosillo-Romo D, Stallworth CL, et al. Neuropsychiatric syndromes in lupus: prevalence using standardized definitions. *Neurology.* 2002 Apr 23;58(8):1214-20.
 280. Sanna G, Bertolaccini ML, Cuadrado MJ, Laing H, Khamashta MA, Mathieu A, et al. Neuropsychiatric manifestations in systemic lupus erythematosus: prevalence and association with antiphospholipid antibodies. *J Rheumatol.* 2003 May;30(5):985-92.
 281. Lim L, Ron MA, Ormerod IE, David J, Miller DH, Logsdail SJ, et al. Psychiatric and neurological manifestations in systemic lupus erythematosus. *Q J Med.* 1988

- Jan;66(249):27-38.
282. Nery FG, Borba EF, Hatch JP, Soares JC, Bonfa E, Neto FL. Major depressive disorder and disease activity in systemic lupus erythematosus. *Compr Psychiatry*. 2007 Jan-Feb;48(1):14-9.
 283. Omdal R, Brokstad K, Waterloo K, Koldingsnes W, Jonsson R, Mellgren SI. Neuropsychiatric disturbances in SLE are associated with antibodies against NMDA receptors. *Eur J Neurol*. 2005 May;12(5):392-8.
 284. The American College of Rheumatology nomenclature and case definitions for neuropsychiatric lupus syndromes. *Arthritis Rheum*. 1999 Apr;42(4):599-608.
 285. Arnett FC, Reveille JD, Moutsopoulos HM, Georgescu L, Elkon KB. Ribosomal P autoantibodies in systemic lupus erythematosus. Frequencies in different ethnic groups and clinical and immunogenetic associations. *Arthritis Rheum*. 1996 Nov;39(11):1833-9.
 286. Nery FG, Borba EF, Viana VS, Hatch JP, Soares JC, Bonfa E, et al. Prevalence of depressive and anxiety disorders in systemic lupus erythematosus and their association with anti-ribosomal P antibodies. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2008 Apr 1;32(3):695-700.
 287. First MB, Spitzer, Robert L, Gibbon Miriam, and Williams, Janet B.W. Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P) New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 2002.
 288. Lindal E, Thorlacius S, Steinsson K, Stefansson JG. Psychiatric disorders among subjects with systemic lupus erythematosus in an unselected population. *Scand J Rheumatol*. 1995;24(6):346-51.
 289. Bachen EA, Chesney MA, Criswell LA. Prevalence of mood and anxiety disorders in women with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2009 Jun 15;61(6):822-9.
 290. Julian LJ, Gregorich SE, Tonner C, Yazdany J, Trupin L, Criswell LA, et al. Using the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale to screen for depression in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011 Jun;63(6):884-90.
 291. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 4-57.
 292. Thombs BD, Taillefer SS, Hudson M, Baron M. Depression in patients with systemic sclerosis: a systematic review of the evidence. *Arthritis Rheum*. 2007 Aug 15;57(6):1089-97.
 293. Bansback N, Harrison M, Brazier J, Davies L, Kopec J, Marra C, et al. Health state utility values: a description of their development and application for rheumatic diseases. *Arthritis Rheum*. 2008 Jul 15;59(7):1018-26.

294. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J, Bergman W, Vermeer BJ, Rooijmans HG. Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *Br J Dermatol*. 2000 May;142(5):899-907.
295. Richards HL, Herrick AL, Griffin K, Gwilliam PD, Loukes J, Fortune DG. Systemic sclerosis: patients' perceptions of their condition. *Arthritis Rheum*. 2003 Oct 15;49(5):689-96.
296. Leventhal H, ND, Steele DJ. Illness representations and coping with health threats. In: Baum A TS, Singer JE, editor. *Handbook of Psychology and Health, Volume IV: social psychological aspects of health*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1984. p. 219-52.
297. Lau RR, Hartman K.A. Common sense representations of common illnesses. *Health Psychol*. 1983;2:167-85.
298. Lau RR, Bernard TM, Hartman KA. Further explorations of common-sense representations of common illnesses. *Health Psychol*. 1989;8(2):195-219.
299. Rutter CL, Rutter DR. Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *Br J Health Psychol*. 2002 Nov;7(Part 4):377-91.
300. Jopson NM, Moss-Morris R. The role of illness severity and illness representations in adjusting to multiple sclerosis. *J Psychosom Res*. 2003 Jun;54(6):503-11; discussion 13-4.
301. Petrie KJ, Cameron LD, Ellis CJ, Buick D, Weinman J. Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosom Med*. 2002 Jul-Aug;64(4):580-6.
302. Murphy H, Dickens C, Creed F, Bernstein R. Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res*. 1999 Feb;46(2):155-64.
303. Smith TW, Christensen AJ, Peck JR, Ward JR. Cognitive distortion, helplessness, and depressed mood in rheumatoid arthritis: a four-year longitudinal analysis. *Health Psychol*. 1994 May;13(3):213-7.
304. Treharne GJ, Kitas GD, Lyons AC, Booth DA. Well-being in rheumatoid arthritis: the effects of disease duration and psychosocial factors. *J Health Psychol*. 2005 May;10(3):457-74.
305. Philip EJ, Lindner H, Lederman L. Relationship of illness perceptions with depression among individuals diagnosed with lupus. *Depress Anxiety*. 2009;26(6):575-82.
306. Daleboudt GM, Broadbent E, McQueen F, Kaptein AA. Intentional and unintentional treatment nonadherence in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011 Mar;63(3):342-50.
307. Arat S, Verschueren P, De Langhe E, Smith V, Vanthuyne M, Diya L, et al. The association of illness perceptions with physical and mental health in systemic sclerosis patients: an exploratory study. *Musculoskeletal Care*. 2012 Mar;10(1):18-28.
308. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life

- assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med*. 1998 May;28(3):551-8.
309. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993 Apr 15;118(8):622-9.
 310. West E, Jonsson SW. Health-related quality of life in rheumatoid arthritis in Northern Sweden: a comparison between patients with early RA, patients with medium-term disease and controls, using SF-36. *Clin Rheumatol*. 2005 Apr;24(2):117-22.
 311. Bartlett SJ, Piedmont R, Bilderback A, Matsumoto AK, Bathon JM. Spirituality, well-being, and quality of life in people with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2003 Dec 15;49(6):778-83.
 312. Pincus T, Callahan LF, Sale WG, Brooks AL, Payne LE, Vaughn WK. Severe functional declines, work disability, and increased mortality in seventy-five rheumatoid arthritis patients studied over nine years. *Arthritis Rheum*. 1984 Aug;27(8):864-72.
 313. Sokka T, Krishnan E, Hakkinen A, Hannonen P. Functional disability in rheumatoid arthritis patients compared with a community population in Finland. *Arthritis Rheum*. 2003 Jan;48(1):59-63.
 314. Bekkelund SI, Husby G, Mellgren SI. Quality of life in rheumatoid arthritis: a case-control study in patients living in northern Norway. *Clin Exp Rheumatol*. 1995 Jul-Aug;13(4):471-5.
 315. Hill CL, Parsons J, Taylor A, Leach G. Health related quality of life in a population sample with arthritis. *J Rheumatol*. 1999 Sep;26(9):2029-35.
 316. Haroon N, Aggarwal A, Lawrence A, Agarwal V, Misra R. Impact of rheumatoid arthritis on quality of life. *Mod Rheumatol*. 2007;17(4):290-5.
 317. Bazzichi L, Maser J, Piccinni A, Rucci P, Del Debbio A, Vivarelli L, et al. Quality of life in rheumatoid arthritis: impact of disability and lifetime depressive spectrum symptomatology. *Clin Exp Rheumatol*. 2005 Nov-Dec;23(6):783-8.
 318. Wells KB, Stewart A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M, et al. The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*. 1989 Aug 18;262(7):914-9.
 319. Katz PP, Yelin EH. Prevalence and correlates of depressive symptoms among persons with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1993 May;20(5):790-6.
 320. Smarr KL, Parker JC, Kosciulek JF, Buchholz JL, Multon KD, Hewett JE, et al. Implications of depression in rheumatoid arthritis: do subtypes really matter? *Arthritis Care Res*. 2000 Feb;13(1):23-32.
 321. Rupp I, Boshuizen HC, Dinant HJ, Jacobi CE, van den Bos GA. Disability and health-related quality of life among patients with rheumatoid arthritis: association with radiographic joint damage, disease activity, pain, and depressive symptoms. *Scand J Rheumatol*. 2006 May-Jun;35(3):175-81.
 322. Nicassio PM, Kay MA, Custodio MK, Irwin MR, Olmstead R, Weisman MH. An

- evaluation of a biopsychosocial framework for health-related quality of life and disability in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res.* 2011 Aug;71(2):79-85.
- 323.n Baczyk G, Samborski P, Piescikowska J, Kmiecik M, Walkowiak I. Comparison functioning and quality of life of patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Adv Med Sci.* 2007;52 Suppl 1:55-9.
324. Hawley DJ, Wolfe F. Pain, disability, and pain/disability relationships in seven rheumatic disorders: a study of 1,522 patients. *J Rheumatol.* 1991 Oct;18(10):1552-7.
325. Meenan RF, Kazis LE, Anderson JJ. The stability of health status in rheumatoid arthritis: a five-year study of patients with established disease. *Am J Public Health.* 1988 Nov;78(11):1484-7.
326. Cadena J, Vinaccia S, Perez A, Rico MI, Hinojosa R, Anaya JM. The impact of disease activity on the quality of life, mental health status, and family dysfunction in colombian patients with rheumatoid arthritis. *J Clin Rheumatol.* 2003 Jun;9(3):142-50.
327. Tander B, Cengiz K, Alayli G, Ilhanli I, Canbaz S, Canturk F. A comparative evaluation of health related quality of life and depression in patients with fibromyalgia syndrome and rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int.* 2008 Jul;28(9):859-65.
328. Bedi GS, Gupta N, Handa R, Pal H, Pandey RM. Quality of life in Indian patients with rheumatoid arthritis. *Qual Life Res.* 2005 Oct;14(8):1953-8.
329. Krol B, Sanderman R, Suurmeijer TP. Social support, rheumatoid arthritis and quality of life: concepts, measurement and research. *Patient Educ Couns.* 1993 May;20(2-3):101-20.
330. Courvoisier DS, Agoritsas T, Glauser J, Michaud K, Wolfe F, Cantoni E, et al. Pain as an important predictor of psychosocial health in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2012 Feb;64(2):190-6.
331. Tack BB. Fatigue in rheumatoid arthritis. Conditions, strategies, and consequences. *Arthritis Care Res.* 1990 Jun;3(2):65-70.
332. Rupp I, Boshuizen HC, Jacobi CE, Dinant HJ, van den Bos GA. Impact of fatigue on health-related quality of life in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2004 Aug 15;51(4):578-85.
333. Belza BL. Comparison of self-reported fatigue in rheumatoid arthritis and controls. *J Rheumatol.* 1995 Apr;22(4):639-43.
334. Belza BL, Henke CJ, Yelin EH, Epstein WV, Gilliss CL. Correlates of fatigue in older adults with rheumatoid arthritis. *Nurs Res.* 1993 Mar-Apr;42(2):93-9.
335. Taylor WJ, Myers J, Simpson RT, McPherson KM, Weatherall M. Quality of life of people with rheumatoid arthritis as measured by the World Health Organization Quality of Life Instrument, short form (WHOQOL-BREF): score distributions and psychometric properties. *Arthritis Rheum.* 2004 Jun 15;51(3):350-7.
336. Cohen JD, Dougados M, Goupille P, Cantagrel A, Meyer O, Sibilia J, et al. Health

- assessment questionnaire score is the best predictor of 5-year quality of life in early rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2006 Oct;33(10):1936-41.
337. Husted JA, Gladman DD, Farewell VT, Long JA, Cook RJ. Validating the SF-36 health survey questionnaire in patients with psoriatic arthritis. *J Rheumatol*. 1997 Mar;24(3):511-7.
 338. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992 Jun;30(6):473-83.
 339. Leung YY, Ho KW, Zhu TY, Tam LS, Kun EW, Li EK. Testing scaling assumptions, reliability and validity of medical outcomes study short-form 36 health survey in psoriatic arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2010 Aug;49(8):1495-501.
 340. Husted JA, Tom BD, Farewell VT, Schentag CT, Gladman DD. Description and prediction of physical functional disability in psoriatic arthritis: a longitudinal analysis using a Markov model approach. *Arthritis Rheum*. 2005 Jun 15;53(3):404-9.
 341. Jajic Z, Rajnpreht I, Kovacic N, Lukic IK, Velagic V, Grubisic F, et al. Which clinical variables have the most significant correlation with quality of life evaluated by SF-36 survey in Croatian cohort of patient with ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis? *Rheumatol Int*. 2011 Nov 8.
 342. Karapolat H, Akkoc Y, Sari I, Eyigor S, Akar S, Kirazli Y, et al. Comparison of group-based exercise versus home-based exercise in patients with ankylosing spondylitis: effects on Bath Ankylosing Spondylitis Indices, quality of life and depression. *Clin Rheumatol*. 2008 Jun;27(6):695-700.
 343. Karatepe AG, Akkoc Y, Akar S, Kirazli Y, Akkoc N. The Turkish versions of the Bath Ankylosing Spondylitis and Dougados Functional Indices: reliability and validity. *Rheumatol Int*. 2005 Oct;25(8):612-8.
 344. Sweeney S, Taylor G, Calin A. The effect of a home based exercise intervention package on outcome in ankylosing spondylitis: a randomized controlled trial. *J Rheumatol*. 2002 Apr;29(4):763-6.
 345. Cakar E, Dincer U, Kiralp MZ, Taskaynatan MA, Yasar E, Bayman EO, et al. Sexual problems in male ankylosing spondylitis patients: relationship with functionality, disease activity, quality of life, and emotional status. *Clin Rheumatol*. 2007 Oct;26(10):1607-13.
 346. Boonen A, van der Heijde D, Landewe R, Guillemin F, Spoorenberg A, Schouten H, et al. Costs of ankylosing spondylitis in three European countries: the patient's perspective. *Ann Rheum Dis*. 2003 Aug;62(8):741-7.
 347. Boonen A, Chorus A, Miedema H, van der Heijde D, Landewe R, Schouten H, et al. Withdrawal from labour force due to work disability in patients with ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis*. 2001 Nov;60(11):1033-9.
 348. Ward MM, Reveille JD, Learch TJ, Davis JC, Jr., Weisman MH. Impact of ankylosing spondylitis on work and family life: comparisons with the US population. *Arthritis*

- Rheum. 2008 Apr 15;59(4):497-503.
349. Meijer JM, Meiners PM, Huddleston Slater JJ, Spijkervet FK, Kallenberg CG, Vissink A, et al. Health-related quality of life, employment and disability in patients with Sjogren's syndrome. *Rheumatology (Oxford)*. 2009 Sep;48(9):1077-82.
 350. Baturone R, Soto MJ, Marquez M, Macias I, de Oca MM, Medina F, et al. Health-related quality of life in patients with primary Sjogren's syndrome: relationship with serum levels of proinflammatory cytokines. *Scand J Rheumatol*. 2009;38(5):386-9.
 351. Belenguer R, Ramos-Casals M, Brito-Zeron P, del Pino J, Sentis J, Aguiló S, et al. Influence of clinical and immunological parameters on the health-related quality of life of patients with primary Sjogren's syndrome. *Clin Exp Rheumatol*. 2005 May-Jun;23(3):351-6.
 352. Strombeck B, Ekdahl C, Manthorpe R, Wikstrom I, Jacobsson L. Health-related quality of life in primary Sjogren's syndrome, rheumatoid arthritis and fibromyalgia compared to normal population data using SF-36. *Scand J Rheumatol*. 2000;29(1):20-8.
 353. Tensing EK, Solovieva SA, Tervahartiala T, Nordstrom DC, Laine M, Niissalo S, et al. Fatigue and health profile in sicca syndrome of Sjogren's and non-Sjogren's syndrome origin. *Clin Exp Rheumatol*. 2001 May-Jun;19(3):313-6.
 354. Inal V, Kitapcioglu G, Karabulut G, Keser G, Kabasakal Y. Evaluation of quality of life in relation to anxiety and depression in primary Sjogren's syndrome. *Mod Rheumatol*. 2010 Dec;20(6):588-97.
 355. Ubel PA, Loewenstein G, Jepson C. Whose quality of life? A commentary exploring discrepancies between health state evaluations of patients and the general public. *Qual Life Res*. 2003 Sep;12(6):599-607.
 356. Barendregt PJ, Visser MR, Smets EM, Tulen JH, van den Meiracker AH, Boomsma F, et al. Fatigue in primary Sjogren's syndrome. *Ann Rheum Dis*. 1998 May;57(5):291-5.
 357. Champey J, Corruble E, Gottenberg JE, Buhl C, Meyer T, Caudmont C, et al. Quality of life and psychological status in patients with primary Sjogren's syndrome and sicca symptoms without autoimmune features. *Arthritis Rheum*. 2006 Jun 15;55(3):451-7.
 358. Hanly JG. Disease activity, cumulative damage and quality of life in systematic lupus erythematosus: results of a cross-sectional study. *Lupus*. 1997;6(3):243-7.
 359. Sutcliffe N, Clarke AE, Levinton C, Frost C, Gordon C, Isenberg DA. Associates of health status in patients with systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 1999 Nov;26(11):2352-6.
 360. Vu TV, Escalante A. A comparison of the quality of life of patients with systemic lupus erythematosus with and without endstage renal disease. *J Rheumatol*. 1999 Dec;26(12):2595-601.
 361. Alarcon GS, McGwin G, Jr., Uribe A, Friedman AW, Roseman JM, Fessler BJ, et al. Systemic lupus erythematosus in a multiethnic lupus cohort (LUMINA). XVII. Predictors

- of self-reported health-related quality of life early in the disease course. *Arthritis Rheum.* 2004 Jun 15;51(3):465-74.
362. Rinaldi S, Doria A, Salaffi F, Ermani M, Iaccarino L, Ghirardello A, et al. Health-related quality of life in Italian patients with systemic lupus erythematosus. I. Relationship between physical and mental dimension and impact of age. *Rheumatology (Oxford)*. 2004 Dec;43(12):1574-9.
 363. Doria A, Rinaldi S, Ermani M, Salaffi F, Iaccarino L, Ghirardello A, et al. Health-related quality of life in Italian patients with systemic lupus erythematosus. II. Role of clinical, immunological and psychological determinants. *Rheumatology (Oxford)*. 2004 Dec;43(12):1580-6.
 364. Jolly M, Utset TO. Can disease specific measures for systemic lupus erythematosus predict patients health related quality of life? *Lupus*. 2004;13(12):924-6.
 365. Khanna S, Pal H, Pandey RM, Handa R. The relationship between disease activity and quality of life in systemic lupus erythematosus. *Rheumatology (Oxford)*. 2004 Dec;43(12):1536-40.
 366. Gladman DD, Urowitz MB, Ong A, Gough J, MacKinnon A. Lack of correlation among the 3 outcomes describing SLE: disease activity, damage and quality of life. *Clin Exp Rheumatol*. 1996 May-Jun;14(3):305-8.
 367. Gilboe IM, Kvien TK, Husby G. Health status in systemic lupus erythematosus compared to rheumatoid arthritis and healthy controls. *J Rheumatol*. 1999 Aug;26(8):1694-700.
 368. Gladman DD, Urowitz MB, Ong A, Gough J, MacKinnon A. A comparison of five health status instruments in patients with systemic lupus erythematosus (SLE). *Lupus*. 1996 Jun;5(3):190-5.
 369. Krupp LB, LaRocca NG, Muir J, Steinberg AD. A study of fatigue in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 1990 Nov;17(11):1450-2.
 370. Bruce IN, Mak VC, Hallett DC, Gladman DD, Urowitz MB. Factors associated with fatigue in patients with systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 1999 Jun;58(6):379-81.
 371. Wang B, Gladman DD, Urowitz MB. Fatigue in lupus is not correlated with disease activity. *J Rheumatol*. 1998 May;25(5):892-5.
 372. Dobkin PL, Da Costa D, Dritsa M, Fortin PR, Senecal JL, Goulet JR, et al. Quality of life in systemic lupus erythematosus patients during more and less active disease states: differential contributors to mental and physical health. *Arthritis Care Res*. 1999 Dec;12(6):401-10.
 373. Wekking EM, Vingerhoets AJ, van Dam AP, Nossent JC, Swaak AJ. Daily stressors and systemic lupus erythematosus: a longitudinal analysis--first findings. *Psychother Psychosom*. 1991;55(2-4):108-13.
 374. Thumboo J, Fong KY, Chan SP, Leong KH, Feng PH, Thio ST, et al. A prospective

- study of factors affecting quality of life in systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 2000 Jun;27(6):1414-20.
375. Hyphantis T, Mantis D, Voulgari PV, Tsifetaki N, Drosos AA. The psychological defensive profile of primary Sjogren's syndrome patients and its relationship to health-related quality of life. *Clin Exp Rheumatol*. 2011 May-Jun;29(3):485-93.
 376. Hyphantis T, Palieraki K, Voulgari PV, Tsifetaki N, Drosos AA. Coping with health-stressors and defence styles associated with health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *Lupus*. 2011 Aug;20(9):893-903.
 377. Chorus AM, Miedema HS, Boonen A, Van Der Linden S. Quality of life and work in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis of working age. *Ann Rheum Dis*. 2003 Dec;62(12):1178-84.
 378. Benitha R, Tikly M. Functional disability and health-related quality of life in South Africans with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus. *Clin Rheumatol*. 2007 Jan;26(1):24-9.
 379. Peterson LS, Mason T, Nelson AM, O'Fallon WM, Gabriel SE. Psychosocial outcomes and health status of adults who have had juvenile rheumatoid arthritis: a controlled, population-based study. *Arthritis Rheum*. 1997 Dec;40(12):2235-40.
 380. Foster HE, Marshall N, Myers A, Dunkley P, Griffiths ID. Outcome in adults with juvenile idiopathic arthritis: a quality of life study. *Arthritis Rheum*. 2003 Mar;48(3):767-75.
 381. Koivuniemi R, Leirisalo-Repo M. Juvenile chronic arthritis in adult life: a study of long-term outcome in patients with juvenile chronic arthritis or adult rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 1999;18(3):220-6.
 382. Ansell BM. Juvenile chronic polyarthritis: series 3. *Arthritis Rheum* 1977;20(suppl 2):176-8.
 383. Ansell BM. Rehabilitation in juvenile chronic arthritis. *Rheumatol Rehabil*. 1979;Suppl:74-6.
 384. Makisara GL, Makisara P. Prognosis of functional capacity and work capacity in rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 1982 Jun;1(2):117-25.
 385. Yelin E, Henke C, Epstein W. The work dynamics of the person with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1987 May;30(5):507-12.
 386. Packham JC, Hall MA. Long-term follow-up of 246 adults with juvenile idiopathic arthritis: social function, relationships and sexual activity. *Rheumatology (Oxford)*. 2002 Dec;41(12):1440-3.
 387. Packham JC, Hall MA. Long-term follow-up of 246 adults with juvenile idiopathic arthritis: education and employment. *Rheumatology (Oxford)*. 2002 Dec;41(12):1436-9.
 388. Packham JC, Hall MA. Long-term follow-up of 246 adults with juvenile idiopathic arthritis: functional outcome. *Rheumatology (Oxford)*. 2002 Dec;41(12):1428-35.

-
389. Packham JC, Hall MA, Pimm TJ. Long-term follow-up of 246 adults with juvenile idiopathic arthritis: predictive factors for mood and pain. *Rheumatology (Oxford)*. 2002 Dec;41(12):1444-9.
 390. Falcini F, Nacci F. Systemic lupus erythematosus in the young: the importance of a transition clinic. *Lupus*. 2007;16(8):613-7.
 391. Wagner-Weiner L. Pediatric rheumatology for the adult rheumatologist. *J Clin Rheumatol*. 2008 Apr;14(2):109-19.
 392. Minden K, Niewerth M, Listing J, Biedermann T, Bollow M, Schontube M, et al. Long-term outcome in patients with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum*. 2002 Sep;46(9):2392-401.
 393. Ruperto N, Buratti S, Duarte-Salazar C, Pistorio A, Reiff A, Bernstein B, et al. Health-related quality of life in juvenile-onset systemic lupus erythematosus and its relationship to disease activity and damage. *Arthritis Rheum*. 2004 Jun 15;51(3):458-64.
 394. Moorthy LN, Peterson MG, Baratelli M, Harrison MJ, Onel KB, Chalom EC, et al. Multicenter validation of a new quality of life measure in pediatric lupus. *Arthritis Rheum*. 2007 Oct 15;57(7):1165-73.
 395. Brunner HI, Klein-Gitelman MS, Miller MJ, Trombley M, Baldwin N, Kress A, et al. Health of children with chronic arthritis: relationship of different measures and the quality of parent proxy reporting. *Arthritis Rheum*. 2004 Oct 15;51(5):763-73.
 396. Brunner HI, Higgins GC, Wiers K, Lapidus SK, Olson JC, Onel K, et al. Health-related quality of life and its relationship to patient disease course in childhood-onset systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol*. 2009 Jul;36(7):1536-45.
 397. Hersh AO, von Scheven E, Yazdany J, Panopalis P, Trupin L, Julian L, et al. Differences in long-term disease activity and treatment of adult patients with childhood- and adult-onset systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2009 Jan 15;61(1):13-20.
 398. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. *JAMA*. 1999 Nov 10;282(18):1737-44.
 399. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
 400. Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners. 2011; Available from: www.phqscreeners.com.
 401. Williams LS, Brizendine EJ, Plue L, Bakas T, Tu W, Hendrie H, et al. Performance of the PHQ-9 as a screening tool for depression after stroke. *Stroke*. 2005 Mar;36(3):635-8.
 402. Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL. Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosom Med*. 2001 Jul-Aug;63(4):679-86.
 403. Wulsin L, Somoza E, Heck J. The Feasibility of Using the Spanish PHQ-9 to Screen

- for Depression in Primary Care in Honduras. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2002 Oct;4(5):191-5.
404. Persoons P, Luyckx K, Desloovere C, Vandenberghe J, Fischler B. Anxiety and mood disorders in otorhinolaryngology outpatients presenting with dizziness: validation of the self-administered PRIME-MD Patient Health Questionnaire and epidemiology. *Gen Hosp Psychiatry*. 2003 Sep-Oct;25(5):316-23.
 405. Lowe B, Grafe K, Zipfel S, Witte S, Loerch B, Herzog W. Diagnosing ICD-10 depressive episodes: superior criterion validity of the Patient Health Questionnaire. *Psychother Psychosom*. 2004 Nov-Dec;73(6):386-90.
 406. Fann JR, Bombardier CH, Dikmen S, Esselman P, Warms CA, Pelzer E, et al. Validity of the Patient Health Questionnaire-9 in assessing depression following traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*. 2005 Nov-Dec;20(6):501-11.
 407. Watnick S, Wang PL, Demadura T, Ganzini L. Validation of 2 depression screening tools in dialysis patients. *Am J Kidney Dis*. 2005 Nov;46(5):919-24.
 408. Picardi A, Adler DA, Abeni D, Chang H, Pasquini P, Rogers WH, et al. Screening for depressive disorders in patients with skin diseases: a comparison of three screeners. *Acta Derm Venereol*. 2005;85(5):414-9.
 409. McManus D, Pipkin SS, Whooley MA. Screening for depression in patients with coronary heart disease (data from the Heart and Soul Study). *Am J Cardiol*. 2005 Oct 15;96(8):1076-81.
 410. Adewuya AO, Ola BA, Afolabi OO. Validity of the patient health questionnaire (PHQ-9) as a screening tool for depression amongst Nigerian university students. *J Affect Disord*. 2006 Nov;96(1-2):89-93.
 411. Gilbody S, Richards D, Barkham M. Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: UK validation of PHQ-9 and CORE-OM. *Br J Gen Pract*. 2007 Aug;57(541):650-2.
 412. Carballeira Y, Dumont P, Borgacci S, Rentsch D, de Tonnac N, Archinard M, et al. Criterion validity of the French version of Patient Health Questionnaire (PHQ) in a hospital department of internal medicine. *Psychol Psychother*. 2007 Mar;80(Pt 1):69-77.
 413. Stafford L, Berk M, Jackson HJ. Validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale and Patient Health Questionnaire-9 to screen for depression in patients with coronary artery disease. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007 Sep-Oct;29(5):417-24.
 414. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry*. 2008;8:46.
 415. Lamers F, Jonkers CC, Bosma H, Penninx BW, Knottnerus JA, van Eijk JT. Summed score of the Patient Health Questionnaire-9 was a reliable and valid method for depression screening in chronically ill elderly patients. *J Clin Epidemiol*. 2008 Jul;61(7):679-87.
 416. Han C, Jo SA, Kwak JH, Pae CU, Steffens D, Jo I, et al. Validation of the Patient Health

- Questionnaire-9 Korean version in the elderly population: the Ansan Geriatric study. *Compr Psychiatry*. 2008 Mar-Apr;49(2):218-23.
417. Chen S, Chiu H, Xu B, Ma Y, Jin T, Wu M, et al. Reliability and validity of the PHQ-9 for screening late-life depression in Chinese primary care. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010 Nov;25(11):1127-33.
 418. Wittkamp K, van Ravesteijn H, Baas K, van de Hoogen H, Schene A, Bindels P, et al. The accuracy of Patient Health Questionnaire-9 in detecting depression and measuring depression severity in high-risk groups in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 2009 Sep-Oct;31(5):451-9.
 419. Phelan E, Williams B, Meeker K, Bonn K, Frederick J, Logerfo J, et al. A study of the diagnostic accuracy of the PHQ-9 in primary care elderly. *BMC Fam Pract*. 2010;11:63.
 420. van Steenberg-Weijenburg KM, de Vroeghe L, Ploeger RR, Brals JW, Vloedveld MG, Veneman TF, et al. Validation of the PHQ-9 as a screening instrument for depression in diabetes patients in specialized outpatient clinics. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:235.
 421. Arroll B, Goodyear-Smith F, Crengle S, Gunn J, Kerse N, Fishman T, et al. Validation of PHQ-2 and PHQ-9 to screen for major depression in the primary care population. *Ann Fam Med*. 2010 Jul-Aug;8(4):348-53.
 422. Tomaszewski K, Zarychta M, Bienkowska A, Chmurowicz E, Nowak W, Skalska A. [Validation of the Patient Health Questionnaire-9 Polish version in the hospitalised elderly population]. *Psychiatr Pol*. 2011 Mar-Apr;45(2):223-33.
 423. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res*. 2006 Jun;60(6):631-7.
 424. Karademas EC, Bakouli A, Bastounis A, Kallergi F, Tamtami P, Theofilou M. Illness perceptions, illness-related problems, subjective health and the role of perceived primal threat: preliminary findings. *J Health Psychol*. 2008 Nov;13(8):1021-9.
 425. Donias SK, A. Manos, N. Standardization of the symptom checklist-90-R rating scale in a Greek population *Psychiatriki*. 1991;2:42-8.
 426. Parker JC, Buckelew SP, Smarr KL, Buescher KL, Beck NC, Frank RG, et al. Psychological screening in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1990 Aug;17(8):1016-21.
 427. Fries JF, Spitz P, Kraines RG, Holman HR. Measurement of patient outcome in arthritis. *Arthritis Rheum*. 1980 Feb;23(2):137-45.
 428. Chatzitheodorou D, Kabitsis C, Papadopoulos NG, Galanopoulou V. Assessing disability in patients with rheumatic diseases: translation, reliability and validity testing of a Greek version of the Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ). *Rheumatol Int*. 2008 Sep;28(11):1091-7.
 429. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA, Group W. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*. 2004

- Mar;13(2):299-310.
430. Ginieri-Coccossis. M TE, Antonopoulou V, Christodoulou GN. Translation and cross-cultural adaptation of WHOQOL-100 in Greece. *Psychiatry Today*. 2001;32:1.
 431. Ginieri-Coccossis. M TE, Antonopoulou V, Tomaras B, Christodoulou G. Quality of life in relation to Whoqol 100 questionnaire Εγχειρίδιο ποιότητας ζωής με άξονα το ερωτηματολόγιο Whoqol-100 (in Greek). Athens: Beta Medical Arts; 2001.
 432. Lecrubier YSD, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan K, et al. The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): a short diagnostic structured interview. Reliability and validity according to the CIDI. . *Eur Psychiatry* 1997. 1997;12:224 –31.
 433. Sheehan DV LY, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonara LI, et al. Reliability and validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): according to the SCID-P. *Eur Psychiatry* 1997;12:232–41.
 434. Pinninti NR, Madison H, Musser E, Rissmiller D. MINI International Neuropsychiatric Schedule: clinical utility and patient acceptance. *Eur Psychiatry*. 2003 Nov;18(7):361-4.
 435. Papadimitriou. GN BS, Matsoukas T, Soldatos KR. The Greek translation of the Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI 5.0.0. . 2004.
 436. Field A. *Discovering statistics using SPSS*. 2nd ed. London: SAGE publications; 2005.
 437. Youden WJ. Index for rating diagnostic tests. *Cancer*. 1950 Jan;3(1):32-5.
 438. Pickles A, Dunn G, Vazquez-Barquero JL. Screening for stratification in two-phase ('two-stage') epidemiological surveys. *Stat Methods Med Res*. 1995 Mar;4(1):73-89.
 439. Gilbody S, Richards D, Brealey S, Hewitt C. Screening for depression in medical settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): a diagnostic meta-analysis. *J Gen Intern Med*. 2007 Nov;22(11):1596-602.
 440. Milette K, Hudson M, Baron M, Thombs BD, Canadian Scleroderma Research G. Comparison of the PHQ-9 and CES-D depression scales in systemic sclerosis: internal consistency reliability, convergent validity and clinical correlates. *Rheumatology (Oxford)*. 2010 Apr;49(4):789-96.
 441. Lee PW, Schulberg HC, Raue PJ, Kroenke K. Concordance between the PHQ-9 and the HSCL-20 in depressed primary care patients. *J Affect Disord*. 2007 Apr;99(1-3):139-45.
 442. Cameron IM, Crawford JR, Lawton K, Reid IC. Psychometric comparison of PHQ-9 and HADS for measuring depression severity in primary care. *Br J Gen Pract*. 2008 Jan;58(546):32-6.
 443. Martin A, Rief W, Klaiberg A, Braehler E. Validity of the Brief Patient Health Questionnaire Mood Scale (PHQ-9) in the general population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006 Jan-Feb;28(1):71-7.
 444. Zuithoff NP, Vergouwe Y, King M, Nazareth I, van Wezep MJ, Moons KG, et al. The Patient Health Questionnaire-9 for detection of major depressive disorder in primary

- care: consequences of current thresholds in a crosssectional study. *BMC Fam Pract*. 2010;11:98.
445. Lok EY, Mok CC, Cheng CW, Cheung EF. Prevalence and determinants of psychiatric disorders in patients with rheumatoid arthritis. *Psychosomatics*. 2010 Jul-Aug;51(4):338-e8.
 446. Baubet T, Ranque B, Taieb O, Berezne A, Bricou O, Mehallel S, et al. Mood and anxiety disorders in systemic sclerosis patients. *Presse Med*. 2011 Feb;40(2):e111-9.
 447. Jarpa E, Babul M, Calderon J, Gonzalez M, Martinez ME, Bravo-Zehnder M, et al. Common mental disorders and psychological distress in systemic lupus erythematosus are not associated with disease activity. *Lupus*. 2011 Jan;20(1):58-66.
 448. Manea L, Gilbody S, McMillan D. Optimal cut-off score for diagnosing depression with the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *CMAJ*. 2012 Feb 21;184(3):E191-6.
 449. Wittkamp KA, Naeije L, Schene AH, Huyser J, van Weert HC. Diagnostic accuracy of the mood module of the Patient Health Questionnaire: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*. 2007 Sep-Oct;29(5):388-95.
 450. Borman P, Toy GG, Babaoglu S, Bodur H, Ciliz D, Alli N. A comparative evaluation of quality of life and life satisfaction in patients with psoriatic and rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2007 Mar;26(3):330-4.
 451. Sokoll KB, Helliwell PS. Comparison of disability and quality of life in rheumatoid and psoriatic arthritis. *J Rheumatol*. 2001 Aug;28(8):1842-6.
 452. Zink A, Thiele K, Huscher D, Listing J, Sieper J, Krause A, et al. Healthcare and burden of disease in psoriatic arthritis. A comparison with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *J Rheumatol*. 2006 Jan;33(1):86-90.
 453. Sawicki GS, Sellers DE, Robinson WM. Associations between illness perceptions and health-related quality of life in adults with cystic fibrosis. *J Psychosom Res*. 2011 Feb;70(2):161-7.
 454. Huang FY, Chung H, Kroenke K, Delucchi KL, Spitzer RL. Using the Patient Health Questionnaire-9 to measure depression among racially and ethnically diverse primary care patients. *J Gen Intern Med*. 2006 Jun;21(6):547-52.
 455. Alamanos Y, Papadopoulos NG, Voulgari PV, Karakatsanis A, Siozos C, Drosos AA. Epidemiology of ankylosing spondylitis in Northwest Greece, 1983-2002. *Rheumatology (Oxford)*. 2004 May;43(5):615-8.
 456. Gilbody S, Sheldon T, House A. Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. *CMAJ*. 2008 Apr 8;178(8):997-1003.
 457. Sleath B, Chewning B, de Vellis BM, Weinberger M, de Vellis RF, Tudor G, et al. Communication about depression during rheumatoid arthritis patient visits. *Arthritis Rheum*. 2008 Feb 15;59(2):186-91.

458. Nicassio PM. The problem of detecting and managing depression in the rheumatology clinic. *Arthritis Rheum.* 2008 Feb 15;59(2):155-8.
459. Leentjens AF. Recognizing depression in physical illness: clinical alertness, case finding, or screening? *J Psychosom Res.* 2010 Jun;68(6):507-9.
460. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, et al. Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2002 May 21;136(10):765-76.
461. Abourazzak F, El Mansouri L, Huchet D, Lozac'hmeur R, Hajjaj-Hassouni N, Ingels A, et al. Long-term effects of therapeutic education for patients with rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine.* 2009 Dec;76(6):648-53.
462. Goodman D, Morrissey S, Graham D, Bossingham D. Illness representations of systemic lupus erythematosus. *Qual Health Res.* 2005 May;15(5):606-19.
463. Basler HD, Rehfisch HP. Cognitive-behavioral therapy in patients with ankylosing spondylitis in a German self-help organization. *J Psychosom Res.* 1991;35(2-3):345-54.
464. Keogh KM, White P, Smith SM, McGilloway S, O'Dowd T, Gibney J. Changing illness perceptions in patients with poorly controlled type 2 diabetes, a randomised controlled trial of a family-based intervention: protocol and pilot study. *BMC Fam Pract.* 2007;8:36.
465. Bijsterbosch J, Scharloo M, Visser AW, Watt I, Meulenbelt I, Huizinga TW, et al. Illness perceptions in patients with osteoarthritis: change over time and association with disability. *Arthritis Rheum.* 2009 Aug 15;61(8):1054-61.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ - ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ημερομηνία Φύλο: Άνδρας ☐ Γυναίκα ☐ Ηλικία:

Οικογενειακή Κατάσταση: Έγγαμος/η..... ☐ Τηλ:
Άγαμος/η..... ☐
Διαζευγμένος/η..... ☐
Συζώ. ☐
Χήρος/α..... ☐

Εκπαίδευση: Αναλφάβητος/η..... ☐
Δεν τελείωσα το δημοτικό σχολείο..... ☐
Απόφοιτος δημοτικού ☐
Απόφοιτος Γυμνασίου ☐
Απόφοιτος Λυκείου ☐
Φοιτητής/-τρια ΤΕΙ ☐
Φοιτητής/-τρια ΑΕΙ ☐
Απόφοιτος ΤΕΙ ☐
Απόφοιτος ΑΕΙ ☐

Επάγγελμα: Άνεργος/ η ☐
Οικιακά ☐
Εργάτης /-τρια ☐
Αγρότης/-ισσα..... ☐
Αυτοαπασχολούμενος/η..... ☐
Ιδιωτικός υπάλληλος..... ☐
Δημόσιος υπάλληλος..... ☐
Άλλο

Επάγγελμα (περιγράψτε αναλυτικά)

Μένετε: Σε χωριό..... ☐
Σε κωμόπολη μέχρι 10.000 κατοίκους..... ☐
Σε πόλη από 10.000-150.000 κατοίκους..... ☐
Σε πόλη πάνω από 150.000 κατοίκους..... ☐

Μήπως πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο; Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, από ποια;

Παίρνετε φάρμακα γι' αυτήν; Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, ποια;Αν ναι, από πότε;.....

Θεωρείτε ότι από ψυχολογικής άποψης λειτουργείτε ικανοποιητικά;
(δηλαδή, ότι δεν αντιμετωπίζετε μεγαλύτερες δυσκολίες σε σχέση
με τους περισσότερους ανθρώπους που γνωρίζετε και συναναστρέφεστε)..... Ναι ☐ Όχι ☐
Έχετε επισκεφθεί ποτέ Ψυχίατρο ή Ψυχολόγο;..... Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, για ποιο λόγο;

.....

Αν ναι, τον επισκέπτεστε ακόμη; Ναι ☐ Όχι ☐

Την εποχή που συμπληρώνετε τα ερωτηματολόγια, παίρνετε
μήπως κάποιο Ψυχιατρικό φάρμακο;..... Ναι ☐ Όχι ☐

Αν ναι, ποιο;

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (PHQ-9)

Τις <u>τελευταίες 2 εβδομάδες</u> πόσο συχνά ενοχληθήκατε απ' οποιοδήποτε από τα παρακάτω προβλήματα; (Υποδείξτε την απάντησή σας με ένα "✓")	Καθόλου	Αρκετές μέρες	Περισσότερες από τις μισές μέρες	Σχεδόν κάθε μέρα
1. Μικρό ενδιαφέρον ή λίγη απόλαυση στις δραστηριότητές μου	0	1	2	3
2. Νιώθετε καταβεβλημένος(η), κατατεθλιμμένος(η) ή απελπισμένος(η)	0	1	2	3
3. Έχετε πρόβλημα να αποκοιμηθείτε ή να συνεχίσετε τον ύπνο σας ή κοιμάστε υπερβολικά	0	1	2	3
4. Νιώθετε κουρασμένος(η) ή έχετε λίγη ενέργεια	0	1	2	3
5. Έχετε λίγη όρεξη ή τρώτε υπερβολικά	0	1	2	3
6. Νιώθετε άσχημα για τον εαυτό σας ή ότι έχετε αποτύχει ή ότι έχετε απογοητεύσει τον εαυτό σας ή την οικογένειά σας	0	1	2	3
7. Έχετε πρόβλημα συγκέντρωσης σε κάποιες ενέργειες, όπως όταν διαβάζετε την εφημερίδα ή όταν παρακολουθείτε τηλεόραση	0	1	2	3
8. Κινείστε ή μιλάτε τόσο αργά που άλλοι άνθρωποι θα το παρατηρούσαν. Ή το αντίθετο – είστε τόσο ανήσυχος(η) ή νευρικός(ή), που κινείστε πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο	0	1	2	3
9. Σκεπτόσαστε ότι θα ήταν καλύτερα αν είχατε πεθάνει ή σκεπτόσαστε να προκαλέσετε κακό στον εαυτό σας με κάποιο τρόπο	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + _____ + _____ + _____
=Total Score: _____

Εάν επιλέξατε κάποια προβλήματα, πόση δυσκολία προκάλεσαν τα προβλήματα αυτά στη δουλειά σας, στις οικιακές εργασίες σας ή στην επικοινωνία σας με άλλα άτομα;

Καμία δυσκολία
☐

Μερική δυσκολία
☐

Μεγάλη δυσκολία
☐

Υπερβολική δυσκολία
☐

Το Σύντομο Ερωτηματολόγιο Αντιλήψεων για την Υγεία

Στις επόμενες ερωτήσεις, βάλτε παρακαλώ σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στην άποψή σας.

1. Πόσο πολύ επηρεάζει η ασθένειά σας τη ζωή σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Καμία απολύτως επίδραση										Επηρεάζει σοβαρά τη ζωή μου
2. Πόσο πολύ πιστεύετε ότι θα διαρκέσει η ασθένειά σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Για πολύ σύντομο διάστημα										Για πάντα
3. Πόσο πολύ έλεγχο αισθάνεστε ότι έχετε στην ασθένειά σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Κανένα απολύτως έλεγχο										Εξαιρετικά μεγάλο έλεγχο
4. Πόσο πολύ πιστεύετε ότι η θεραπεία που ακολουθείτε μπορεί να βοηθήσει στην ασθένειά σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Καθόλου										Εξαιρετικά βοηθητική
5. Πόσο πολύ αισθάνεστε συμπτώματα της ασθένειάς σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Κανένα απολύτως σύμπτωμα										Πολλά σοβαρά συμπτώματα
6. Πόσο ανησυχείτε σχετικά με την ασθένειά σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Καμία ανησυχία										Εξαιρετικά μεγάλη ανησυχία
7. Πόσο καλά αισθάνεστε ότι κατανοείτε την ασθένειά σας;

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Δεν την κατανοώ καθόλου										Την κατανοώ ξεκάθαρα
8. Πόσο πολύ σας επηρεάζει η ασθένειά σας συναισθηματικά; (π.χ., σας θυμώνει, φοβίζει, ή στεναχωρεί;)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Δεν με επηρεάζει καθόλου										Με επηρεάζει εξαιρετικά

Παρακαλώ, ιεραρχήστε τους τρεις πιο σημαντικούς παράγοντες που πιστεύετε ότι προκάλεσαν την ασθένειά σας.

1. _____
2. _____
3. _____

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ SCL-90 (Derogatis, 1977)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό: Ντώνιας & συν., 1991)

Ονοματεπώνυμο.....Ημερομηνία

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος με προβλήματα και ενοχλήματα που έχουν μερικές φορές οι άνθρωποι. Παρακαλείσθε να διαβάσετε το κάθε ένα προσεκτικά. Ύστερα, βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στο δεξιό μέρος, που να δείχνει καλύτερα πόση ενόχληση σας έχει προκαλέσει αυτό το πρόβλημα **κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας**, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

Πρέπει να βάλετε σε κύκλο μόνον έναν αριθμό και δεν πρέπει να παραλείψετε καμία απάντηση.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ:

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
Πόσο έχετε ενοχληθεί από: 1. Πόνους στο σώμα	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Υποφέρετε από πονοκεφάλους;	0	1	2	3	4
2. Νοιώθετε νευρικότητα ή εσωτερική τρεμούλα;	0	1	2	3	4
3. Έχετε επαναλαμβανόμενες δυσάρεστες σκέψεις που δεν φεύγουν από το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
4. Έχετε τάση για λιποθυμία ή ζαλάδα;	0	1	2	3	4
5. Έχετε χάσει το σεξουαλικό σας ενδιαφέρον ή ευχαρίστηση;	0	1	2	3	4
6. Έχετε διάθεση να κατακρίνετε τους άλλους;	0	1	2	3	4
7. Νομίζετε ότι κάποιος άλλος ελέγχει τη σκέψη σας;	0	1	2	3	4
8. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι φταίνε για τα προβλήματά σας;	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύεσθε να θυμάσθε διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
10. Ανησυχείτε για το ότι είσθε απεριποίητος ή ατημέλητος;	0	1	2	3	4
11. Αισθάνεσθε ότι νευριάζετε ή ερεθίζεσθε εύκολα;	0	1	2	3	4
12. Νοιώθετε πόνους στην καρδιά ή στον θώρακα;	0	1	2	3	4
13. Αισθάνεσθε φόβο όταν βρίσκεσθε σε ανοιχτούς χώρους ή στους δρόμους;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
14. Αισθάνεσθε υποτονικός, αδρανής, αποδυναμωμένος;	0	1	2	3	4
15. Έχετε σκέψεις αυτοκτονίας;	0	1	2	3	4
16. Ακούτε φωνές που οι άλλοι άνθρωποι δεν ακούν;	0	1	2	3	4
17. Τρέμετε;	0	1	2	3	4
18. Αισθάνεσθε ότι δεν μπορείτε να εμπιστευτείτε τους περισσότερους ανθρώπους;	0	1	2	3	4
19. Έχετε ανορεξία	0	1	2	3	4
20. Κλαίτε εύκολα;	0	1	2	3	4
21. Αισθάνεσθε ντροπαλός ή όχι άνετα με το άλλο φύλο;	0	1	2	3	4
22. Νοιώθετε ότι έχετε μπλεχτεί ή παγιδευτεί;	0	1	2	3	4
23. Ξαφνικά φοβάσθε χωρίς κανένα λόγο;	0	1	2	3	4
24. Έχετε εκρήξεις οργής που δεν μπορείτε να ελέγξετε;	0	1	2	3	4
25. Φοβάσθε να βγείτε μόνος από το σπίτι σας;	0	1	2	3	4
26. Κατηγορείτε τον εαυτό σας για διάφορα πράγματα;	0	1	2	3	4
27. Έχετε πόνους στη μέση;	0	1	2	3	4
28. Αισθάνεσθε ότι εμποδίζεσθε να κάνετε αυτά που θέλετε;	0	1	2	3	4
29. Αισθάνεσθε μοναξιά;	0	1	2	3	4
30. Αισθάνεσθε κακοκεφιά;	0	1	2	3	4
31. Ανησυχείτε υπερβολικά για διάφορες καταστάσεις;	0	1	2	3	4
32. Δεν βρίσκετε ενδιαφέρον σε τίποτα;	0	1	2	3	4
33. Νοιώθετε φοβισμένος;	0	1	2	3	4
34. Τα αισθήματά σας εύκολα πληγώνονται;	0	1	2	3	4
35. Οι άλλοι γνωρίζουν τις προσωπικές σας σκέψεις;	0	1	2	3	4
36. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι δεν σας καταλαβαίνουν και δεν σας συμπονοούν;	0	1	2	3	4
37. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι είναι εχθρικοί ή σας αντιπαθούν;	0	1	2	3	4
38. Πρέπει να ενεργείτε πολύ αργά ώστε να είσθε σίγουρος ότι δεν έχετε κάνει λάθος;	0	1	2	3	4
39. Νοιώθετε καρδιακούς παλμούς ή ταχυπαλμία;	0	1	2	3	4
40. Έχετε ναυτία ή στομαχικές διαταραχές;	0	1	2	3	4
41. Αισθάνεσθε κατώτερος από τους άλλους;	0	1	2	3	4
42. Νοιώθετε πόνους στους μύς;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
43. Αισθάνεσθε ότι σας παρακολουθούν ή ότι μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
44. Υποφέρετε από αϋπνία;	0	1	2	3	4
45. Πρέπει να ελέγχετε ξανά και ξανά ότι κάνετε;	0	1	2	3	4
46. Δυσκολεύεσθε να παίρνετε αποφάσεις;	0	1	2	3	4
47. Φοβάσθε να ταξιδεύετε με λεωφορείο ή τραίνο;	0	1	2	3	4
48. Έχετε δύσπνοια;	0	1	2	3	4
49. Αισθάνεσθε ζέστη ή κρύο;	0	1	2	3	4
50. Νοιώθετε ότι πρέπει να αποφεύγετε μερικά πράγματα, μέρη ή ασχολίες γιατί σας φοβίζουν;	0	1	2	3	4
51. Νοιώθετε να αδειάζει το μυαλό σας;	0	1	2	3	4
52. Αισθάνεσθε μούδιασμα ή ελαφρό πόνο σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
53. Έχετε ένα κόμπο στο λαιμό;	0	1	2	3	4
54. Πιστεύετε ότι δεν έχετε ελπίδες για το μέλλον;	0	1	2	3	4
55. Δυσκολεύεσθε να συγκεντρωθείτε;	0	1	2	3	4
56. Αισθάνεσθε αδυναμία σε τμήματα του σώματός σας;	0	1	2	3	4
57. Αισθάνεσθε τεντωμένα τα νεύρα σας ή γεμάτος αγωνία;	0	1	2	3	4
58. Νοιώθετε βάρος στα χέρια ή στα πόδια σας;	0	1	2	3	4
59. Έχετε σκέψεις θανάτου ή ότι πεθαίνετε;	0	1	2	3	4
60. Τρώτε παραπάνω από το κανονικό;	0	1	2	3	4
61. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν σας κοιτάνε ή μιλούν για σας;	0	1	2	3	4
62. Έχετε σκέψεις που δεν είναι δικές σας;	0	1	2	3	4
63. Έχετε παρορμήσεις να χτυπήσετε, να τραυματίσετε ή να βλάψετε κάποιον;	0	1	2	3	4
64. Ξυπνάτε πολύ νωρίς το πρωί;	0	1	2	3	4
65. Πρέπει να επαναλαμβάνετε τις ίδιες πράξεις (ν' αγγίζετε, να μετράτε, να πλένετε κάτι);	0	1	2	3	4
66. Κοιμάσθε ανήσυχα ή με διακοπές;	0	1	2	3	4
67. Σας έρχεται να σπάσετε πράγματα ή να καταστρέψετε πράγματα;	0	1	2	3	4
68. Έχετε ιδέες και απόψεις που οι άλλοι δεν συμμερίζονται;	0	1	2	3	4
69. Νοιώθετε πολύ συνεσταλμένος όταν βρίσκεσθε με άλλους;	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
70. Δεν αισθάνεσθε άνετα μέσα στο πλήθος (στα καταστήματα ή στον κινηματογράφο);	0	1	2	3	4
71. Νοιώθετε ότι και για το παραμικρό πράγμα πρέπει να κάνετε προσπάθεια;	0	1	2	3	4
72. Έχετε περιόδους με τρόμο ή πανικό;	0	1	2	3	4
73. Δεν αισθάνεσθε άνετα όταν τρώτε ή πίνετε δημόσια;	0	1	2	3	4
74. Τσακώνεσθε συχνά;	0	1	2	3	4
75. Αισθάνεσθε νευρικήτητα όταν μένετε μόνος;	0	1	2	3	4
76. Νοιώθετε ότι οι άλλοι δεν εκτιμούν όσο πρέπει αυτά που κάνετε;	0	1	2	3	4
77. Αισθάνεσθε μοναξιά ακόμα και όταν βρίσκεσθε με κόσμο;	0	1	2	3	4
78. Είστε τόσο ανήσυχος ώστε δεν μπορείτε να μείνετε σε μία θέση;	0	1	2	3	4
79. Αισθάνεσθε ότι δεν αξίζετε;	0	1	2	3	4
80. Έχετε το προαίσθημα ότι κάτι κακό θα σας συμβεί;	0	1	2	3	4
81. Φωνάζετε ή πετάτε πράγματα;	0	1	2	3	4
82. Φοβάσθε ότι θα λιποθυμήσετε όταν είστε σε πολύ κόσμο;	0	1	2	3	4
83. Αισθάνεσθε ότι οι άλλοι θα σας εκμεταλλευτούν αν τους το επιτρέψετε;	0	1	2	3	4
84. Έχετε σκέψεις για σεξουαλικά θέματα που σας ενοχλούν πολύ;	0	1	2	3	4
85. Νομίζετε ότι θα έπρεπε να τιμωρηθείτε για τις αμαρτίες σας;	0	1	2	3	4
86. Έχετε σκέψεις ή φαντασίες που σας τρομάζουν;	0	1	2	3	4
87. Νομίζετε ότι έχετε κάποιο σοβαρό ελάττωμα στο σώμα σας;	0	1	2	3	4
88. Δεν αισθάνεσθε ποτέ κοντά σε άλλο πρόσωπο;	0	1	2	3	4
89. Νοιώθετε ενοχές;	0	1	2	3	4
90. Νομίζετε ότι κάτι δεν λειτουργεί καλά στο μυαλό σας;	0	1	2	3	4

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ				
Was assessment completed? No ☐ (If no, give reason in comments) Yes ☐				
Date completed: _____ day/month/year				
Στο τμήμα αυτό θα θέλαμε να μάθουμε πώς η ασθένειά σας επηρεάζει την ικανότητά σας στις καθημερινές σας δραστηριότητες.				
Παρακαλούμε σημειώστε με ένα (x) την απάντηση που περιγράφει καλύτερα τις συνήθεις ικανότητές σας ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΠΟΥ ΠΕΡΑΣΕ:				
	Χωρίς ΚΑΜΙΑ Δυσκολία	Με ΛΙΓΗ Δυσκολία	Με ΠΟΛΛΗ Δυσκολία	ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΣΑ Να Το Κάνω
ΝΤΥΣΙΜΟ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ				
Είστε σε θέση:				
- Να ντυθείτε, να δέσετε τα παπούτσια σας και να κουμπώσετε ή να ξεκουμπώσετε τα ρούχα σας;	☐	☐	☐	☐
- Να λούσετε τα μαλλιά σας;	☐	☐	☐	☐
ΣΗΚΩΜΑ				
Είστε σε θέση:				
- Να σηκωθείτε από ίσια καρέκλα;	☐	☐	☐	☐
- Να ξαπλώσετε και να σηκωθείτε από το κρεβάτι;	☐	☐	☐	☐
ΦΑΓΗΤΟ				
Είστε σε θέση:				
- Να κόψετε το κρέας;	☐	☐	☐	☐
- Να φέρετε στο στόμα σας ένα γεμάτο φλιτζάνι ή ποτήρι;	☐	☐	☐	☐
- Να ανοίξετε ένα καινούριο κουτί φρέσκο γάλα;	☐	☐	☐	☐
Comments:				
Copyright© 1980 James F. Fries, M.D. – All Rights Reserved				
Βεβαιώνω ότι τα στοιχεία σε αυτό το τμήμα είναι ακριβή.		Αρχικά Ασθενή:	Ημερομηνία:	
Investigator's name:		Staff's initials:	Date:	

HAQ2-4

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ				
Παρακαλούμε σημειώστε με ένα (X) την απάντηση που περιγράφει καλύτερα τις συνήθειες ικανότητές σας ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΠΟΥ ΠΕΡΑΣΕ:				
	Χωρίς ΚΑΜΙΑ Δυσκολία	Με ΛΙΓΗ Δυσκολία	Με ΠΟΛΛΗ Δυσκολία	ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΣΑ Να Το Κάνω
ΠΕΡΠΑΤΗΜΑ Είστε σε θέση:				
- Να περπατήσετε έξω σε επίπεδο έδαφος;	☐	☐	☐	☐
- Να ανεβείτε πέντε σκαλοπάτια;	☐	☐	☐	☐
Παρακαλώ σημειώστε οποιαδήποτε ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ ή ΣΥΣΚΕΥΕΣ χρησιμοποιείτε συνήθως για οποιαδήποτε από αυτές τις δραστηριότητες στις σελίδες 1 και 2:				
☐ Μπαστούνι	☐ Δεκανίκια	☐ Ενισχυμένα ή ειδικά σκεύη		
☐ Π για περπάτημα	☐ Αναπηρική Καρέκλα	☐ Ειδική ή ενισχυμένη καρέκλα		
☐ Συσκευές που χρησιμοποιούνται για το ντύσιμο				
☐ Άλλο (διευκρινίστε) _____				
Παρακαλούμε σημειώστε για ποιες από τις παρακάτω ενέργειες συνήθως χρειάζεστε ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΑΤΟΜΟ:				
☐ Ντύσιμο και Περιποίηση	☐ Σήκωμα	☐ Φαγητό	☐ Περπάτημα	
Copyright© 1980 James F. Fries, M.D. – All Rights Reserved				
Βεβαιώνω ότι τα στοιχεία σε αυτό το τμήμα είναι ακριβή.	Αρχικά Ασθενή:	Ημερομηνία:		
Investigator's name:	Staff's initials:	Date:		

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ				
Παρακαλούμε σημειώστε με ένα (x) την απάντηση που περιγράφει καλύτερα τις συνήθειες ικανότητές σας ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΠΟΥ ΠΕΡΑΣΕ:				
	Χωρίς ΚΑΜΙΑ Δυσκολία	Με ΛΙΓΗ Δυσκολία	Με ΠΟΛΛΗ Δυσκολία	ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΣΑ Να Το Κάνω
ΥΓΙΕΙΝΗ (Προσωπική Καθαριότητα) Είστε σε θέση:				
- Να πλύνετε και να σκουπίσετε το σώμα σας;	☐	☐	☐	☐
- Να κάνετε μπάνιο μέσα σε μπανιέρα;	☐	☐	☐	☐
- Να καθίσετε και να σηκωθείτε από τη λεκάνη της τουαλέτας;	☐	☐	☐	☐
ΤΕΝΤΩΜΑ ΧΕΡΙΩΝ Είστε σε θέση:				
- Να τεντώσετε το χέρι και να κατεβάσετε ένα αντικείμενο 2,5 κιλών που βρίσκεται ακριβώς πάνω από το κεφάλι σας (π.χ. ένα βαρύ οικιακό σκεύος);	☐	☐	☐	☐
- Να σκύψετε για να σηκώσετε ένα ρούχο από το πάτωμα;	☐	☐	☐	☐
ΠΙΑΣΙΜΟ Είστε σε θέση:				
- Να ανοίξετε πόρτες αυτοκινήτων;	☐	☐	☐	☐
- Να ανοίξετε βάζα που έχουν ξαναανοιχτεί;	☐	☐	☐	☐
- Να ανοίξετε και να κλείσετε βρύσες;	☐	☐	☐	☐
Copyright© 1980 James F. Fries, M.D. – All Rights Reserved				
Βεβαιώνω ότι τα στοιχεία σε αυτό το τμήμα είναι ακριβή.	Αρχικά Ασθενή:	Ημερομηνία:		
Investigator's name:	Staff's initials:	Date:		

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Παρακαλούμε σημειώστε με ένα (x) την απάντηση που περιγράφει καλύτερα τις συνήθειες ικανότητές σας ΤΗΝ ΕΒΔΟΜΑΔΑ ΠΟΥ ΠΕΡΑΣΕ:

<u>ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ</u> Είστε σε θέση:	Χωρίς ΚΑΜΙΑ Δυσκολία	Με ΛΙΓΗ Δυσκολία	Με ΠΟΛΛΗ Δυσκολία	ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΣΑ Να Το Κάνω
- Να κάνετε ελαφρές εξωτερικές δουλειές και ψώνια;	☐	☐	☐	☐
- Να μπείτε και να βγείτε στο αυτοκίνητο;	☐	☐	☐	☐
- Να κάνετε δουλειές του σπιτιού π.χ. να βάλετε ηλεκτρική σκούπα να ή φροντίσετε τον κήπο;	☐	☐	☐	☐

Παρακαλούμε σημειώστε οποιαδήποτε ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ ή ΣΥΣΚΕΥΕΣ χρησιμοποιείτε συνήθως για οποιεσδήποτε από αυτές τις δραστηριότητες στις σελίδες 3 και 4:

- | | |
|---|--|
| ☐ Ανυψωτικό κάθισμα τουαλέτας | ☐ Χερούλι μπανιέρας |
| ☐ Κάθισμα μπανιέρας | ☐ Συσκευές με μακρύ κοντάρι για να φτάνετε πράγματα |
| ☐ Ανοιχτήρι για βάζα
(για βάζα που έχουν ξανανοιχτεί) | ☐ Συσκευές με μακρύ κοντάρι για το μπάνιο |
| ☐ Άλλο (διευκρινίστε) _____ | |

Παρακαλούμε σημειώστε για ποιες από τις παρακάτω ενέργειες συνήθως χρειάζεστε ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΑΤΟΜΟ:

- | | |
|--|---|
| ☐ Υγιεινή | ☐ Τέντωμα χεριών |
| ☐ Πιάσιμο και άνοιγμα πραγμάτων | ☐ Εξωτερικές δουλειές και δουλειές στο σπίτι |

Copyright© 1980 James F. Fries, M.D. – All Rights Reserved

Βεβαιώνω ότι τα στοιχεία σε αυτό το τμήμα είναι ακριβή.	Αρχικά Ασθενή:	Ημερομηνία:
Investigator's name:	Staff's initials:	Date:

Ενδιαφερόμαστε επίσης για το εάν πονάτε ή όχι λόγω της ασθένειας σας.

Πόσο πονούσατε λόγω της ασθένειας σας ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ?

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΤΕ ΕΝΑ ΚΑΘΕΤΟ (|) ΣΗΜΑΔΙ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΚΑΤΩ
ΓΡΑΜΜΗ ΓΙΑ ΝΑ ΜΑΣ ΥΠΟΔΕΙΞΕΤΕ ΤΗΝ ΣΟΒΑΡΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

Καθόλου πόνος

Πολύ σοβαρός πόνος

|_____|

0

100

Λαμβάνοντας υπόψη όλους τους τρόπους με τους οποίους σας επηρεάζει η ασθένεια σας
βαθμολογήστε το πόσο καλά τα πηγαίνατε, στην παρακάτω κλίμακα τοποθετώντας ένα
κάθετο (|) σημάδι στη γραμμή.

Πολύ καλά

Πολύ άσχημα

|_____|

0

100

WHOQOL-BREF**(Μετάφραση-Προσαρμογή: Μ. Τζινιέρη-Κοκκώση και συν, 2000)**

Στο ερωτηματολόγιο αυτό εξετάζεται πως **εσείς** αξιολογείτε την **ποιότητα ζωής σας**, την υγεία σας καθώς και άλλες πλευρές της ζωής σας. Παρακαλούμε **να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις**. Αν δεν είστε σίγουρος/η για την απάντηση σε κάποια ερώτηση, παρακαλούμε **να διαλέξετε εκείνη που νομίζετε ότι είναι η πιο κατάλληλη για σας**. Συχνά, η πιο σωστή απάντηση μπορεί να είναι η πρώτη απάντηση που σκεφτήκατε να δώσετε.

Παρακαλούμε να σκεφτείτε τα δικά σας κριτήρια και τις δικές σας προσδοκίες στη ζωή, καθώς και ό,τι σας δίνει χαρά, αλλά και ό,τι μπορεί να σας απασχολεί. Θα θέλαμε να φέρετε στην μνήμη σας **τις δύο τελευταίες εβδομάδες** της ζωής σας και να δώσετε τις απαντήσεις σας σύμφωνα με αυτό το χρονικό πλαίσιο. Για παράδειγμα, σκεπτόμενοι τις δύο τελευταίες εβδομάδες, μία ερώτηση θα μπορούσε να είναι:

Έχετε από τους άλλους την συγκεκριμένη υποστήριξη που χρειάζεστε;	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
	1	2	3	4	5

Θα πρέπει να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί περισσότερο στο βαθμό στον οποίο αισθάνεστε ότι έχετε υποστήριξη από τους άλλους τις δύο τελευταίες εβδομάδες. Για παράδειγμα, εάν έχετε σε μεγάλο βαθμό υποστήριξη από τους άλλους, θα σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό **4** που αντιστοιχεί στη διαβάθμιση «**Πολύ**».

Αν δεν έχετε «**Καθόλου**» την υποστήριξη που χρειάζεστε από τους άλλους τις δύο τελευταίες εβδομάδες, τότε θα σημειώσετε σε κύκλο τον **αριθμό 1**.

Παρακαλούμε να διαβάσετε κάθε ερώτηση, να σκεφτείτε και να αξιολογήσετε τα συναισθήματά σας και να σημειώσετε σε κύκλο τον αριθμό της κλίμακας που δίνει την πιο κατάλληλη για σας απάντηση, σε κάθε ερώτηση.

	Πολύ κακή	Κακή	Ούτε κακή ούτε καλή	Καλή	Πολύ καλή
Πως θα βαθμολογούσατε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;	1	2	3	4	5

	Πολύ δυσαρεστημένος/η	Δυσανεστημένος/η	Ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η	Ικανοποιημένος/η	Πολύ ικανοποιημένος/η
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υγεία σας;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν **πόσο πολύ** βιώνετε κάποιες καταστάσεις **τις δυο τελευταίες εβδομάδες**

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Υπερβολικά
Σε ποιο βαθμό αισθάνεστε ότι σωματικοί πόνοι σας εμποδίζουν να κάνετε τις δουλειές σας;	1	2	3	4	5
Πόσο χρειάζεστε κάποιου είδους ιατρική θεραπεία για να λειτουργήσετε στην καθημερινή ζωή;	1	2	3	4	5
Πόσο απολαμβάνετε τη ζωή;	1	2	3	4	5
Αισθάνεστε ότι η ζωή σας έχει νόημα ;	1	2	3	4	5
Πόσο καλά μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που κάνετε ;	1	2	3	4	5
Πόσο ασφαλής από εξωτερικούς κινδύνους αισθάνεστε στην καθημερινή ζωή σας;	1	2	3	4	5
Πόσο υγιεινό είναι το φυσικό περιβάλλον που ζείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν **πόσο απόλυτα**, δηλαδή **σε ποιο βαθμό** μπορείτε να βιώνετε κάποιες καταστάσεις ή **πόσο ικανός/ή** θεωρείτε ότι είστε έτσι ώστε να κάνετε ορισμένα πράγματα τις δυο τελευταίες εβδομάδες.

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα
Έχετε την απαραίτητη ενεργητικότητα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
Μπορείτε να αποδεχθείτε τη σωματική εμφάνισή σας;	1	2	3	4	5
Έχετε τα απαραίτητα χρήματα για να καλύψετε τις ανάγκες σας;	1	2	3	4	5
Πόσο εύκολα μπορείτε να έχετε την πληροφόρηση που χρειάζεστε για θέματα που αφορούν την καθημερινή ζωή σας;	1	2	3	4	5
Σε ποιο βαθμό έχετε ελεύθερο χρόνο για ψυχαγωγία;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανός/ή είστε να κινείστε στο χώρο και να κυκλοφορείτε;	1	2	3	4	5

Οι επόμενες ερωτήσεις εξετάζουν **πόσο ικανοποιημένος/η** νιώθετε από διάφορες πλευρές της ζωής σας τις **δύο τελευταίες εβδομάδες**.

	Πολύ δυσανε- στημένος/η	Δυσανε- μένος/η	Ούτε δυσανε- στημένος/η ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιη- μένος/η	Πολύ ικανοποιημένος
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τον ύπνο σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητά σας να βγάξετε πέρα με τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ικανότητά σας για εργασία;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τον εαυτό σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις προσωπικές σχέσεις σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την σεξουαλική ζωή σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη υποστήριξη που έχετε από τους φίλους σας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις συνθήκες που υπάρχουν στον τόπο που κατοικείτε;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την πρόσβαση που έχετε στις διάφορες υπηρεσίες υγείας;	1	2	3	4	5
Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τα μεταφορικά μέσα που χρησιμοποιείτε;	1	2	3	4	5

Η επόμενη ερώτηση εξετάζει **πόσο συχνά** έχετε ορισμένα συναισθήματα τις **δύο τελευταίες εβδομάδες**.

Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα όπως μελαγχολική διάθεση, απελπισία, άγχος, κατάθλιψη;	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Συνεχώς
	1	2	3	4	5

Diagnostic Accuracy, Internal Consistency, and Convergent Validity of the Greek Version of the Patient Health Questionnaire 9 in Diagnosing Depression in Rheumatologic Disorders

THOMAS HYPHANTIS,¹ KONSTANTINOS KOTSIS,² PARASKEVI V. VOULGARI,² NIKI TSIFETAKI,² FRANCIS CREED,³ AND ALEXANDROS A. DROSOS²

Objective. The Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) was developed to screen for depressive disorders in community, primary care, and medical settings. We aimed to estimate its diagnostic accuracy, internal consistency, reliability, and convergent validity in diagnosing major depressive disorder (MDD) in Greek patients with rheumatologic disorders.

Methods. In a 2-phase sampling design study, we recruited 475 patients with established rheumatologic disorders. One of 2 of the high scorers (PHQ-9 score ≥ 9 , $n = 85$) and 1 of 3 of the low scorers (PHQ-9 score 0–8, $n = 128$) were interviewed using the Mini International Neuropsychiatric Interview to confirm MDD. A receiver operator characteristic curve analysis was performed to confirm the optimum threshold value. The scale's dimensional structure was tested with factor analysis, and internal consistency reliability was assessed with Cronbach's alpha. Psychological distress (Symptom Check List-90-Revised [SCL-90-R]), disability (Health Assessment Questionnaire disability index), and health-related quality of life (HRQOL; World Health Organization Quality of Life Instrument [WHOQOL-BREF]) were also assessed to test convergent validity with bivariate correlations.

Results. At an optimum threshold of 10, the PHQ-9 showed a sensitivity of 81.2% and a specificity of 86.8%. The area under the curve was 0.91. The PHQ-9 presented unidimensional structure with good scale reliability ($\alpha = 0.82$). The PHQ-9 score presented the greatest correlations with SCL-90-R depression ($r = 0.736$) and WHOQOL-BREF mental HRQOL scales ($r = -0.571$), and all other correlations with disability and HRQOL were in the expected direction.

Conclusion. At a cutoff of 10, the PHQ-9 is an accurate, reliable, and valid measure for screening for MDD among Greek rheumatologic patients.

Anxiety and Depressive Symptoms and Illness Perceptions in Psoriatic Arthritis and Associations With Physical Health-Related Quality of Life

KONSTANTINOS KOTSIS,¹ PARASKEVI V. VOULGARI,¹ NIKI TSIFETAKI,¹ MYRELA O. MACHADO,² ANDRÉ F. CARVALHO,² FRANCIS CREED,³ ALEXANDROS A. DROSOS,¹ AND THOMAS HYPHANTIS¹

Objective. Symptoms of psychological distress, including anxiety and depressive symptoms, and illness perceptions are important in determining outcome in patients with rheumatic disease. We aimed to compare psychological distress in psoriatic arthritis (PsA) and rheumatoid arthritis (RA) and to test whether the association between psychological variables and health-related quality of life (HRQOL) was similar in the 2 forms of arthritis.

Methods. In 83 PsA patients and 199 RA patients, we used the Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9), the Symptom Checklist-90-Revised, and the Brief Illness Perception Questionnaire to assess psychological variables and the World Health Organization Quality of Life Instrument, Short Form to assess HRQOL. We used hierarchical regression analysis to determine the associations between psychological variables and HRQOL after adjusting for demographic variables and disease parameters.

Results. The prevalence of moderate to severe levels of depressive symptoms (PHQ-9 score ≥ 10) was 21.7% in PsA patients, 25.1% in RA patients, and 36.7% in those PsA patients with polyarthritis. After adjustment for severity of disease and pain, anxiety ($\beta = -0.28$) and concern about bodily symptoms attributed to the illness ($\beta = -0.33$) were independent correlates of physical HRQOL in PsA. In RA, depressive symptoms ($\beta = -0.29$) and concern about the consequences of the arthritis ($\beta = -0.27$) were independent correlates of physical HRQOL.

Conclusion. These findings suggest strongly that psychological factors are important correlates of HRQOL in PsA as well as in RA. Attention to patients' anxiety and their concern about numerous bodily symptoms attributed to the illness may enable rheumatologists to identify and manage treatable aspects of HRQOL in PsA.