



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

**«ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ
ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΚΑΤΑΠΟΝΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ»**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΜΑΡΙΝΑ Ε. ΜΠΑΗ
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2010



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

**«ΚΛΙΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ
ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΚΑΤΑΠΟΝΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ»**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΜΑΡΙΝΑ Ε. ΜΠΑΗ
ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2010

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)».

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**Επιβλέπων**

Θωμάς Υφαντής

Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων**Μέλη**

Βενετσιάνος Μαυρέας

Καθηγητής Ψυχιατρικής
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Αλέξανδρος Δρόσος

Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

- 1. Θωμάς Υφαντής** Αναπληρωτής Καθηγητής Ψυχιατρικής,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

- 2. Βενετσάνος Μαυρέας** Καθηγητής Ψυχιατρικής,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

- 3. Αλέξανδρος Δρόσος** Καθηγητής Παθολογίας/Ρευματολογίας,
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

- 4. Αργυροπούλου Μαρία** Καθηγήτρια Ακτινολογίας
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

- 5. Αθανάσιος Δουζένης** Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής
Πανεπιστήμιο Αθηνών

- 6. Κωνσταντίνος Ασημακόπουλος** Επίκουρος Καθηγητής Ψυχιατρικής
Πανεπιστήμιο Πατρών

- 7. Μερóπη Τζούφη** Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής
Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας τη διατριβή μου θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες και την ευγνωμοσύνη μου σε όσους με βοήθησαν:

Θερμότατα θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. *Υφαντή Θωμά*, Αναπληρωτή Καθηγητή Ψυχιατρικής, για την ιδιαίτερη εμπιστοσύνη που έδειξε, αναθέτοντάς μου αυτή τη διατριβή. Οι γόνιμες συζητήσεις που είχα μαζί του, και κυρίως, η γενικότερη φροντίδα και η επιστημονική επίβλεψη που ακούραστα ασκούσε σε όλα τα στάδια της έρευνας, έκαναν εφικτή την ολοκλήρωση της παρούσας διατριβής.

Σημαντικότερη υπήρξε η πολύπλευρη βοήθεια και η επιστημονική συμβολή σε όλα τα στάδια εκπόνησης της μελέτης αυτής, και κυρίως στην ανεύρεση υλικού, από τον Καθηγητή Παθολογίας/Ρευματολογίας, κ. *Δρόσο Αλέξανδρο*, τον οποίο ευχαριστώ και ιδιαίτερα.

Ακόμη θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. *Μαυρέα Βενετσάνο*, Καθηγητή Ψυχιατρικής για την ευκαιρία που μου έδωσε να πραγματοποιήσω την παρούσα διδακτορική διατριβή.

Τα υπόλοιπα μέλη της εξεταστικής επιτροπής:

Την κ.α *Μαρία Αργυροπούλου*, Καθηγήτρια Ακτινολογίας

Τον κ. *Αθανάσιο Δουζένη*, Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής

Τον κ. *Κωνσταντίνο Ασημακόπουλο*, Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής

Την κ.α. *Μερόπη Τζούφη*, Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλα τα μέλη της Ρευματολογικής Κλινικής και του Τμήματος της Σ-Δ/Ψυχιατρικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και ιδιαίτερα την κ.α *Σιαφάκα Βάσω*, Ψυχολόγο, ΜΑ, Δρ. Ιατρικής, για την πρόθυμη συνεργασία της και την αμέριστη συμπαράστασή της. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ.α *Αντωνίου Κατερίνα*, Επίκουρη Καθηγήτρια Φαρμακολογίας για την επιστημονική της καθοδήγηση και την πολύπλευρη στήριξή της, τους δικούς μου ανθρώπους για την κατανόηση και την ψυχολογική υποστήριξη που μου προσέφεραν και όλους όσους δέχτηκαν με προθυμία να συμμετάσχουν στην έρευνα.

ΑΦΙΕΡΩΝΕΤΑΙ

Στον σύζυγό μου, Χρήστο

στους γονείς μου & στην αδερφή μου

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	21
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	23
1. ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ	23
1.1 Η έννοια της ψυχοσωματικής	23
1.2 Η Εξέλιξη του όρου και η Σύγχρονη Έννοια της Ψυχοσωματικής Ιατρικής	29
1.3 Η Ψυχοσωματική στα πλαίσια της Συμβουλευτικής-Διασυνδετικής Ψυχιατρικής	31
2. ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ	36
3. ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	41
3.1 Τι είναι η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα.	41
3.2 Επιδημιολογία	42
3.3 Αιτιολογία	43
3.4 Κλινική Εικόνα.	44
3.5 Κλινική πορεία-Προγνωστικοί παράγοντες	46
3.6 Θεραπεία	47
4. ΨΥΧΟΝΕΥΡΟΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ	50
4.1 Τι είναι ψυχονευροανοσολογία	50
4.2 Στρες και Ανοσοποιητικό Σύστημα	50
5. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΣΤΗΝ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	54
5.1 Συχνότητα κατάθλιψης και άγχους στους ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα	54
5.2 Κλινικοί, δημογραφικοί & ψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία των ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα	60
5.3 Παράγοντες που σχετίζονται με την σωματική αναπηρία στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα	67
5.4 Προσωπικότητα και Ρευματοειδής Αρθρίτιδα	73
6. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	76

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	85
1. ΣΚΟΠΟΣ	87
2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	89
3. ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ	90
3.1 Ασθενείς	90
3.2 Εργαλεία	92
4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ	115
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	118
A) ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ	118
-Περιγραφική ανάλυση του δείγματος	118
-Αποτελέσματα	120
B) ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΠΟΝΗΣΗ ΚΑΙ ΡΑ	126
-Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με ΡΑ	126
-Κλινικά χαρακτηριστικά και σωματική δυσλειτουργία των ασθενών με ΡΑ	128
-Ψυχοπαθολογία & Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ασθενών με ΡΑ	130
-Παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με ΡΑ	136
-Πολυπαραγοντικές αναλύσεις για τη διερεύνηση της σχέσης όλων των μελετηθέντων παραγόντων με την εμφάνιση ψυχικής καταπόνησης στους ασθενείς με ΡΑ	148
Γ) ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ	153
-Παράγοντες που σχετίζονται με τη διεργασία ανάπτυξης της αναπηρίας στους ασθενείς με ΡΑ	154
-Πολυπαραγοντικές αναλύσεις για τη διερεύνηση της σχέσης όλων των μελετηθέντων παραγόντων με τη διεργασία ανάπτυξης της αναπηρίας στους ασθενείς με ΡΑ	160
6. ΤΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	166

ΣΥΖΗΤΗΣΗ	169
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	195
SUMMARY IN ENGLISH	201
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	205
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	271

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ

1.1 Η Έννοια της Ψυχοσωματικής

“...η ψυχή και το σώμα αλληλοεπηρεάζονται μεταξύ τους.
Και η συνήθεια της ψυχής, αν αλλοιωθεί, αλλάζει και
τη μορφή του σώματος και πάλι αν αλλοιωθεί η
μορφή του σώματος, αλλάζει και τη συνήθεια της ψυχής ...”
(Αριστοτέλης, 384-323 π.Χ.) [1].

Η άποψη ότι υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της ψυχής και του σώματος έχει τις ρίζες της στα βάθη των αιώνων. Είναι τόσο παλιά που μπορεί να βρεθεί ακόμα και σε αρχαία συγγράμματα Ελλήνων, Βαβυλωνίων, Ασσυρίων και των Αιγυπτίων, όπου αναφέρεται ότι η ξηροστομία και η ταχυκαρδία είναι φαινόμενα συνδεδεμένα με το φόβο ή την οργή και ότι οι πονοκέφαλοι προκαλούνται από συναισθηματικό στρες [2].

Η σχέση μεταξύ ψυχής και σώματος από πολύ παλιά αποτελούσε ένα θέμα αντιπαράθεσης μεταξύ φυσιολόγων και φιλοσόφων. Αρχικά, σε όλους τους αρχαίους λαούς, όπως και στην αρχαιότατη ελληνική αντίληψη, η ιδέα της προστασίας από τα νοσήματα ή η θεραπεία από αυτά συνδέθηκε στενά με τη θρησκευτική πίστη. Στο αρχαίο ελληνικό δωδεκάθεο, τρεις θεοί αναδείχθηκαν ως οι κύριοι προστάτες της υγείας: ο Απόλλων ως Παίων, η Παλλάς Αθηνά ως Υγεία και η Άρτεμις. Στα Ομηρικά έπη, ο Ασκληπιός αναφέρεται ακόμα ως θνητός που μετέχει στον Τρωικό πόλεμο. Τον συνοδεύουν οι γιοι του Μαχαών και Ποδαλείριος ως γιατροί, συμμετέχοντας στο πανελλήνιο εκστρατευτικό σώμα κατά της Τροίας. Φαίνεται ότι μετά από εκείνα τα χρόνια αναγνωρίζεται ο Ασκληπιός ως θεότητα και γιος του θεού Απόλλωνα. Στα Ασκληπιεία η θεουργική ιατρική αναμίχθηκε με τη φυσική ιατρική. Η περίπτωση του Ασκληπιείου συνδυάζει “εγκοίμηση” σε ιερό τόπο, υποβολή και μια χειρουργική επέμβαση. Έτσι, σε αυτή την περίοδο ξεκινά η ψυχοσωματική αντίληψη των ασθενειών. Μίγμα μαγείας καταρχήν, ώσπου με το χρόνο και με τη βοήθεια της φιλοσοφίας να εξελιχθεί στη συνέχεια μέσα στα πλαίσια της ιατρικής. Εκτός από την ιατρική των

Ασκληπιείων υπήρχε και η ιατρική των φιλοσόφων. Μυστικός φιλόσοφος και ιατρός (9^{ος} αιώνας π.Χ.) ήταν ο Ζάλμοξις, που κατά τον Πλάτωνα είναι ο θεμελιωτής της ψυχοσωματικής αντίληψης στην ιατρική. Η θεραπεία του πάσχοντος οργάνου προϋποθέτει, κατά τον Ζάλμοξι, θεραπεία ολόκληρου του σώματος και η θεραπεία του σώματος απαιτεί ταυτόχρονη θεραπεία της ψυχής. Και άλλοι φιλόσοφοι, όμως, συνεκτιμούν την επίδραση των φυσικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων σε σχέση με τη νόσο. Ο Θαλής ο Μιλήσιος (640-558 π.Χ.) της Ιωνικής Σχολής, εκτός από τη φυσική κατάσταση θεωρεί ως προϋποθέσεις ευημερίας την ψυχική διάθεση και την εκπαίδευση. Ο Σόλων, Αθηναίος φιλόσοφος, θεωρεί ότι η καλή σχέση του ασθενούς με τον θεραπευτή είναι αποτελεσματικότερη από τα φάρμακα. Ένα απλό άγγιγμα από τα χέρια του θεραπευτή, υποστηρίζει ο Σόλων, μπορεί να ανακουφίσει τον πόνο καλύτερα από τα κατευναστικά και να ξανακάνει υγιή έναν που πάσχει από βαριά και οδυνηρή νόσο. Ο Πυθαγόρας ο Σάμιος περί το 540 π.Χ. και οι μαθητές του ακολουθούσαν έναν αυστηρό ηθικοθρησκευτικό τρόπο ζωής με συνεχή φροντίδα για σωματική και ψυχική υγεία. Κατά τον Πυθαγόρα, για τη μεταβολή αυτή, πολλά μέσα μπορούν να χρησιμοποιηθούν, όπως η μουσική όπου ασκεί σημαντική επίδραση. Ο Πυθαγόρας συνιστά φάρμακα για του σωματικούς συντελεστές της νόσου, καθαρτήριες τελετές και επωδούς για τους ψυχικούς συντελεστές και ακόμη δίαιτα και ευμενή μεταβολή του περιβάλλοντος [3].

Η άνθιση της ιατρικής στον ελληνικό χώρο του 5^{ου} αιώνα π.Χ. συνοδεύτηκε από ανάλογη πρόοδο και στη θεώρηση της σχέσης ψυχής-σώματος. Ο Πλάτων (427-348 π.Χ.) εκφράζει τις ψυχοσωματικές απόψεις κυρίως στο διάλογο με τον τίτλο «Χαρμίδης». Κατά τον Πλάτωνα, ο άνθρωπος αποτελείται από δύο διακεκριμένες οντότητες: το σώμα και την ψυχή. Το σώμα είναι θνητό και υπηρετικό της ψυχής, η οποία είναι σπουδαιότερη και αθάνατη. Θεωρεί πως η ψυχή επηρεάζει τις λειτουργίες του σώματος και ότι η θεραπεία του σώματος χωρίς ταυτόχρονη θεραπεία της ψυχής είναι εμπειρισμός και όχι επιστημονική θεραπεία. Ανάλογες αντιλήψεις υποστηρίζει και ο μαθητής του Πλάτων Αριστοτέλης (384-323 π.Χ.) [4].

Από τον αρχαίο Έλληνα ιατρό Ιπποκράτη (460-377 π.Χ.), που προέρχεται από τη σχολή των Ασκληπιείων, προτείνεται 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 είχε προτείνει ήταν το αίμα, η μαύρη χολή, η κίτρινη χολή και το

φλέγμα. Πίστευε, δηλαδή, πως η υγεία είναι κατάσταση που οφείλεται στην ισορροπία των τεσσάρων χυμών του σώματος. Κάθε διαταραχή στην αναλογία και τη ισορροπία των χυμών αυτών συνεπαγόταν νόσο. Βεβαίως, αναγνώριζε ότι παράγοντες του κλίματος, της διατροφής και άλλοι μπορεί να προκαλούν νόσο [4].

Μεταγενέστερα, η ίδια θεωρία για τη διαταραχή των χυμών του οργανισμού ακολουθείται και από το Γαληνό (129-199 μ.Χ), ιατρό της ελληνορωμαϊκής περιόδου, από την Πέργαμο της Μ. Ασίας, άποψη η οποία όμως συμπεριέλαβε την άποψη ότι τα “πάθη της ψυχής” (συναισθήματα) προκαλούν σωματικές νόσους και η οποία επικρατεί κατά τους πρώτους χριστιανικούς χρόνους. Παρά τα προφανή μειονεκτήματα της, η θεωρία των τεσσάρων χυμών παρέμεινε δημοφιλής μέχρι πριν μερικούς αιώνες. Η θεωρία υποδεικνύει ότι στο πέρασμα του χρόνου, οι οργανικοί ή οι βιολογικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν και επηρεάζουν την προσωπικότητα ή την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου. Διατυπώνεται επίσης η σκέψη ότι και οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορούν να προκαλέσουν σωματικές νόσους. Πράγματι, οι αναφορές των αρχαίων στηρίζουν την άποψη ότι τα συναισθήματα ή τα πάθη, όπως συνήθως ονομάζονταν, όχι μόνο θα μπορούσαν να επηρεάσουν τις λειτουργίες του σώματος αλλά θα μπορούσαν επίσης να προκαλέσουν νόσο [5].

Κατά την περίοδο του Μεσαίωνα παρατηρείται μια οπισθοδρόμηση προς την κατεύθυνση της θεοκρατικής-μυστικιστικής αντίληψης των νόσων. Είναι η εποχή που οι επιδημίες θεωρούνται θείες μάστιγες και οι ασθενείς με ψυχικά προβλήματα στέλνονται στην πυρά ως δαίμονισμένοι [2].

Η Αναγέννηση σήμανε την απαρχή της επιστημονικής προσέγγισης της ασθένειας. Ένα καινούργιο ρεύμα ή προσέγγιση στην έρευνα των φυσιολογικών φαινομένων πρόβαλλε κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου. Μπροστά στους ευρύτατους ορίζοντες για την απόκτηση πρακτικών γνώσεων που ανοίχτηκαν τότε, η ασαφής οντότητα της ψυχής και οι αιτιοπαθογενετικές επιδράσεις της στο σώμα, προοδευτικά εγκαταλείφθηκαν από την ιατρική, παραχωρώντας στο πεδίο των ζητημάτων και των προβλημάτων της ψυχής αποκλειστικά στις θεωρητικές επιστήμες (θεολογία-φιλοσοφία). Ο Γάλλος φιλόσοφος Καρτέσιος (1596-1650) υποστήριξε ότι η ψυχή αποτελούσε μία ξεχωριστή οντότητα, παράλληλη με το σώμα, αλλά ανίκανη να επηρεάσει οργανικές λειτουργίες με οποιοδήποτε άμεσο τρόπο. Ο Καρτεσιανός διϊσμός της ψυχής και του σώματος έγινε η επικρατούσα φιλοσοφική βάση της ιατρικής. Ο Καρτέσιος υπαινίχθηκε ότι η ψυχή και το σώμα θα μπορούσαν να αλληλεπιδράσουν μέσω της επίφυσης (ή κωνάριο) που βρίσκεται στο μεσεγκέφαλο και είναι ο ζωτικός σύνδεσμος ανάμεσα στη

ψυχή και το σώμα. Όμως η βασική του πεποίθηση σχετικά με το δυϊσμό μετατόπισε, πλέον, το νέο και ανεξάρτητο γνωστικό πεδίο της ιατρικής, μακριά από την ολιστική προσέγγιση των αλληλεπιδράσεων ψυχής-σώματος, προς μια μηχανιστική-παθοφυσιολογική προσέγγιση, η οποία δέσποζε στο πεδίο της δυτικής ιατρικής μέχρι σχετικά πρόσφατα. Πράγματι, στην παραδοσιακή κουλτούρα του δυτικού πολιτισμού, ήταν δύσκολο να θεωρηθεί ότι η ψυχή και το σώμα είναι ένα, όπως αποδεικνύεται από την έλλειψη έστω και μιας αγγλικής λέξης που να δηλώνει επαρκώς την ενότητα της ψυχής και του σώματος [6].

Από την εποχή του Καρτέσιου, η προσοχή της ιατρικής επιστήμης στράφηκε αποκλειστικά στη μελέτη των οργάνων και λειτουργιών του σώματος υπό το πρίσμα της κυτταρικής και μοριακής βιολογίας. Τα αποτελέσματα αυτού του προσανατολισμού ήταν να σημειωθούν σημαντικά άλματα. Στον 19ο αιώνα ο Louis Pasteur ανέπτυξε τη «μικροβιακή θεωρία» των παθήσεων και υποστήριξε ότι κάθε αρρώστια οφείλεται στη δράση συγκεκριμένων μικροοργανισμών γεγονός που προκάλεσε ακόμα μεγαλύτερη αποδοχή της δυϊστικής άποψη. Σε αυτή την καινούργια επιστημονική φάση της Ιατρικής, οι νόμοι της μηχανικής και οι αρχές της φυσιολογίας έγιναν η μόνη αποδεκτή βάση εξήγησης της ασθένειας [6].

Όμως, η αντίληψη αυτή δεν πρόσφερε ικανοποιητικές απαντήσεις σε ορισμένα ερωτήματα, όπως, για παράδειγμα, γιατί όταν υπάρχει επιδημία γρίπης δεν αρρωσταίνουν όλα τα άτομα που εκτίθενται σε αυτή. Αν και η έμφαση ήταν ακόμη στο ρόλο που το σώμα, οι μικροοργανισμοί και οι βιολογικοί παράγοντες είχαν στο προσδιορισμό της ασθένειας, η Ιατρική σταδιακά άρχισε να ευαισθητοποιείται από την ύπαρξη και άλλων σημαντικών επιδράσεων. Η ιδέα της ψυχογένεσης (π.χ. η έννοια ότι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν σωματικές διαδικασίες) αναγεννήθηκε σταδιακά. Στις Ηνωμένες Πολιτείες, ο Benjamin Rush (1745-1813), έγραψε το πρώτο αμερικάνικο ψυχιατρικό εγχειρίδιο στα 1812 και υποστήριξε ότι "πράξεις του νου" ήταν οι πιθανοί λόγοι αρκετών ασθενειών και ότι η θεραπεία τους θα βοηθούσε στην ίαση [5].

Στα μέσα περίπου του 19ου αιώνα ο αυστηρός δυϊσμός, μετριάστηκε, κυρίως εξαιτίας του έργου διαφόρων φυσιολόγων, όπως του Claude Bernard (1813-1878). Ο Claude Bernard ισχυρίζεται ότι το «εσωτερικό περιβάλλον του αρρώστου», δηλαδή ο οργανισμός του ατόμου παίζει καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση της νόσου. Ο Bernard ήταν ένας από τους πρώτους διαπρεπείς φυσιολόγους που έδωσε έμφαση στο ρόλο των ψυχολογικών παραγόντων στις οργανικές παθήσεις. Επίσης, ο Γερμανός ιατρός Rudolf Virchow άρχισε να διερευνά τη συμβολή των κοινωνικών-οικονομικών παραγόντων

στην ανάπτυξη της αρρώστιας. Ο Virchow, μαζί με Γάλλους και Γερμανούς συναδέλφους του, δημιούργησε το κίνημα της «κοινωνικής ιατρικής», το οποίο αποδυναμώθηκε γρήγορα, αφού επικράτησε το βιοϊατρικό μοντέλο. Οι σημαντικές κατακτήσεις της ιατρικής επιστήμης του 20^{ου} αιώνα συνέβαλαν στη σημαντική αύξηση του μέσου όρου επιβίωσης του ανθρώπου και στην εξαφάνιση ορισμένων προβλημάτων υγείας, όμως νέα προβλήματα υγείας ανέκυψαν από αρρώστιες που δεν ήταν πλέον οξείες και θανατηφόρες αλλά χρόνιες. Έτσι λοιπόν, σώζεται η ζωή ενός ανθρώπου που απειλείται από κάποια σοβαρή σωματική ασθένεια, αλλά στη συνέχεια καλείται ο ασθενής να μάθει να ζει με κάποια βαριά σωματική ή πνευματική αναπηρία [6].

Υπήρχε ακόμη ενδιαφέρον για την ύπνωση που τόσο επηρέασε το χώρο της υγείας και αναφορές στις υστερικές καταστάσεις, και πριν από τα συγγράμματα του Freud. Η «εποχή της ύπνωσης» («μεσμερισμός») ξεκινά τον 18ο αιώνα στο Παρίσι με τον ο Franz Mesmer (1734-1815), έναν Αυστριακό ιατρό, ο οποίος κατά τη διάρκεια της πρακτικής του άσκησης στο Παρίσι στα τέλη του 18ου αιώνα ανέφερε αρκετές περιπτώσεις υστερικών καταστάσεων, όπως τύφλωση, κώφωση, και παράλυση, σωματικές αναπηρίες οι οποίες δεν δικαιολογούνταν με οποιαδήποτε βιοϊατρική λογική. Παρομοίως, ο γνωστός νευρολόγος από το Παρίσι Jean Martin Charcot (1825-1893), επίσης ερεύνησε υστερικές καταστάσεις και παρατήρησε πώς η ύπνωση θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για τη παραγωγή και την άρση κάποιων συμπτωμάτων [5].

Τον 20^ο αιώνα αναφύεται ένα έντονο ενδιαφέρον για την ανάπτυξη της ολιστικής προσέγγισης σχετικά με την υγεία και την ασθένεια, ειδικά εξαιτίας της προόδου της σύγχρονης ψυχιατρικής και ψυχολογίας. Η έννοια του ολισμού προέρχεται από τη ελληνική λέξη «όλο» ή «σύνολο». Ο ολισμός θεωρεί την ψυχή και το σώμα ως ένα αδιαίρετο σύνολο και απαιτεί μελέτη όλου του ατόμου αντί των μεμονωμένων μερών του. Η ζυγαριά άρχισε να γέρνει πλέον προς τις περισσότερο συνδυαστικές προσεγγίσεις. Το πεδίο αυτής της σύνδεσης υπήρξε η ψυχοσωματική ιατρική, που έχει επίσης δεχθεί σημαντικές αλλαγές τα τελευταία χρόνια. Η βασική αντίληψη της ψυχοσωματικής ιατρικής ήταν ότι οι κοινωνικοί και ψυχολογικοί παράγοντες είναι σημαντικοί στην αιτιολογία, στην ανάπτυξη και στη διατήρηση αρκετών ασθενειών, όπως επίσης και στη θεραπεία τους. Αυτό βασίστηκε στο μεγάλο αριθμό αναφορών σε ασθένειες που δεν ταίριαζαν με τη στενή και μονόπλευρη βιοϊατρική άποψη της υγείας και της ασθένειας. Οι αρχικές ανακαλύψεις της σημασίας των ψυχολογικών παραγόντων σε θέματα που σχετίζονται με την υγεία έγιναν από ψυχιάτρους και ψυχολόγους που ήταν ψυχοδυναμικά προσανατολισμένοι. Η δουλειά τους προήλθε άμεσα από το

ψυχαναλυτικό ρεύμα και από την δουλειά του Sigmund Freud, ο οποίος περιέγραψε σωματικά συμπτώματα τα οποία φαινομενικά προκλήθηκαν από ψυχολογικούς παράγοντες (π.χ. στις κλασικές μελέτες του πάνω στην υστερία μετατροπής) [5].

Οι πρώτες ψυχαναλυτικές θεωρίες για τη σωματική νόσο απέρρεαν εν πολλοίς από τη δομική θεωρία του Freud για τις ψυχονευρώσεις και βασίζονταν στην υπόθεση ότι οι απωθημένες συγκρούσεις και τα συναισθήματα τα οποία συνδέονταν με αυτές ήταν σημαντικά και για την παθογένεση των λεγόμενων ψυχοσωματικών διαταραχών. Οι ψυχαναλυτές, εντούτοις, δεν συμφωνούσαν στο αν μπορεί να εφαρμοστεί το μοντέλο της υστερικής μετατροπής του Freud στα ψυχοσωματικά συμπτώματα και στο αν αυτά είχαν πρωτογενώς συμβολικό νόημα. Το αποτέλεσμα ήταν να αναπτυχθούν αρκετές θεωρίες σχετικά με την αιτιολογία των ψυχοσωματικών νόσων, η καθεμία από τις οποίες διέφερε ως προς την αποδιδόμενη έμφαση σε συγκεκριμένους συγκρουσιακούς ή σε χαρακτηριστικούς παράγοντες, σε παλινδρομημένες φυσιολογικές λειτουργίες, σε παλινδρομημένες λειτουργίες του Εγώ ή και στη μετατροπή με συμβολοποίηση [7].

1.2 Η εξέλιξη του όρου και η σύγχρονη έννοια της Ψυχοσωματικής Ιατρικής

Η αναζήτηση για την ακριβή προέλευση του όρου «ψυχοσωματική ιατρική» είναι ένα δύσκολο εγχείρημα εκτός και αν κάποιος επιλέξει να εστιάσει στην πρώτη χρήση του όρου. Ο Johann Heinroth φαίνεται ότι επινόησε τον όρο ψυχοσωματική αναφερόμενος σε ορισμένες αιτίες αϋπνίας το 1818 [8]. Η λέξη ιατρική φαίνεται ότι προστέθηκε στην ψυχοσωματική πρώτα από τον ψυχαναλυτή Felix Deutsch στις αρχές της δεκαετίας του 1920 [9].

Τρεις σχολές άνθισαν στο πεδίο της ψυχοσωματικής ιατρικής παρέχοντας γόνιμο έδαφος για την ανάπτυξη της ψυχιατρικής και της συμβουλευτικής σε γενικά νοσοκομεία [10,11]. Η πρώτη είχε να κάνει με την ψυχοφυσιολογική σχολή, η οποία βασίστηκε στις μελέτες του Cannon για τις φυσιολογικές συνιστώσες των συναισθημάτων δίνοντας έμφαση της επίδρασης του στρες στο σώμα [12]. Η δεύτερη με την ψυχαναλυτική σχολή, η οποία εστίασε στις επιδράσεις που έχουν οι ψυχοδυναμικές συγκρούσεις στο σώμα. Από τους πιο σημαντικούς θεωρητικούς της ψυχοσωματικής των δεκαετιών του 1930 και του 1940 ήταν ο ψυχαναλυτής Franz Alexander (ιδρυτής του Chicago Institute for Psychoanalysis), ο οποίος προσπάθησε να εφαρμόσει τις ψυχαναλυτικές μεθόδους στη σωματική ασθένεια εστιάζοντας στην ψυχογένεση μιας ομάδας χρόνιων νοσημάτων αγνώστου αιτιολογίας, όπως το δωδεκαδακτυλικό έλκος, το βρογχικό άσθμα, η ελκώδης κολίτιδα, η θυρεοτοξίκωση, η ρευματοειδή αρθρίτιδα, η νευροδερματίτιδα και η ιδιοπαθής υπέρταση [13]. Η τρίτη είχε να κάνει με την οργανική άποψη, που ακολούθησε φιλόδοξα η ιατρός και ψυχαναλύτρια Helen Flanders Dunbar (1902-1959), η οποία προσπάθησε με μικρή επιτυχία να ενοποιήσει τη φυσιολογική και ψυχαναλυτική προσέγγιση. Η Dunbar κατήθυνε την κλινική έρευνα προς τη συσχέτιση τύπων προσωπικότητας με διάφορες σωματικές ασθένειες και έτσι, δίνοντας έμφαση στην ενότητα ψυχής-σώματος, εξέδωσε μαζί με το σύζυγό της Felix Deutsch και άλλους πρωτοπόρους της ψυχοσωματικής ιατρικής, το πρώτο επιστημονικό περιοδικό του χώρου “Psychosomatic Medicine” (1939) και συμμετείχε στην ίδρυση της Αμερικάνικης Ψυχοσωματικής Εταιρίας (1943) [14].

Στα τέλη της δεκαετίας του 1950, το πεδίο της Ψυχοσωματικής Ιατρικής υφίσταται μεγάλη κρίση εξαιτίας της αυξανόμενης αντίδρασης ενάντια στην ψυχαναλυτική προσέγγιση, η οποία θεωρήθηκε ως μη επιστημονική εξαιτίας της δυσκολίας απόδειξης με στατιστικές μεθόδους των κλινικών παρατηρήσεων. Έτσι, πολλοί ψυχαναλυτικά

προσανατολισμένοι ψυχίατροι εντάχθηκαν στο ίδιο ρεύμα με τους συναδέλφους τους που ήταν περισσότερο βιολογικά προσανατολισμένοι. Μέσα σε ένα κλίμα δυσαρέσκειας για τις προηγούμενες ψυχοδυναμικές διατυπώσεις κυριάρχησε στο χώρο η τρίτη τάση που επηρέασε το πεδίο της Ψυχοσωματικής Ιατρικής, η λεγόμενη **ψυχοφυσιολογική σχολή** η οποία βασίστηκε στις μελέτες του Ρανλόν για τα εξαρτημένα αντανακλαστικά και του Cannon για τις φυσιολογικές συνιστώσες των συναισθημάτων, δίνοντας έμφαση στην επίδραση του στρες στο σώμα. Σημαντικότερη μορφή της σχολής, ο H.G. Wolff, μελέτησε με αυστηρή επιστημονική μεθοδολογία την επίπτωση των γεγονότων ή συμβάντων της ζωής πάνω στην υγεία, τα φυσιολογικά (σωματικά) ανάλογα των συγκινησιακών καταστάσεων, τα φυσιολογικά (σωματικά) ανάλογα παθήσεων, όπως η στεφανιαία νόσος, τους φυσιολογικούς μηχανισμούς που κινητοποιούνται όταν το άτομο εκτεθεί σε προσωπικά σημαντική και ιδιαίτερα στρεσογόνα πληροφορήση κ.α. [15].

Στη δεκαετία του '70 η ψυχοσωματική ιατρική είχε επανακτήσει το κύρος της, δίνοντας πλέον ιδιαίτερη έμφαση στην ψυχοφυσιολογική έρευνα και έχοντας ενσωματώσει τη Συμβουλευτική – Διασυνδεδετική Ψυχιατρική ως κλινικό κλάδο. Ο ορισμός που ο Lipowsky προτείνει από το 1968 για την Ψυχοσωματική Ιατρική περιλαμβάνει: α) την επιστήμη των σχέσεων μεταξύ ψυχολογικών, βιολογικών και κοινωνικών παραμέτρων που εμπλέκονται στην ανθρώπινη υγεία ή ασθένεια, β) την προσέγγιση εκείνη στην άσκηση της Ιατρικής, η οποία συνηγορεί στη αξιολόγηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων για τη μελέτη, πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία όλων των νοσημάτων και τις γ) κλινικές δραστηριότητες στο σημείο που η Ιατρική συναντιέται με τις επιστήμες της συμπεριφοράς, και οι οποίες περιλαμβάνονται στον όρο «Συμβουλευτική-Διασυνδεδετική» [15].

Η πίστη στην ψυχανάλυση ήταν ελάχιστη πια, αλλά οι ψυχίατροι της διασυνδεδετικής συνέχιζαν να χρησιμοποιούν τις ψυχαναλυτικές έννοιες, προκειμένου να κατανοήσουν τις αντιδράσεις των ασθενών απέναντι στα σωματικά ελλείμματα [16] και στις σωματικές νόσους [17]. Η αρχική ιδέα της ψυχογένεσης εγκαταλείφθηκε, καθώς τα γραμμικά μοντέλα της ψυχοσωματικής αιτιότητας αντικαταστάθηκαν βαθμιαία από κυκλικά και αλληλεπιδραστικά μοντέλα τα οποία πρότειναν σωματο-ψυχο-σωματικές ακολουθίες στη θέση των ψυχοσωματικών ακολουθιών [18].

Στη δεκαετία του '80 η ψυχοσωματική ιατρική βασιζόταν σταθερά σε ένα βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της νόσου, το οποίο λαμβάνει υπόψη του την περίπλοκη αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων σε όλα τα νοσήματα. Αυτό το μοντέλο συνιστά έναν προκλητικό εναλλακτικό δρόμο στο

επικρατούν βιοϊατρικό μοντέλο, του οποίου η επιστημονική βάση είναι η μοριακή βιολογία [19]. Τα συναισθήματα θεωρούνται τώρα «παρεμβαίνουσες μεταβλητές» και όχι “αίτια” της νόσου, και η διάκριση μεταξύ «ψυχοσωματικών» και πραγματικών νοσημάτων έχει εξαλειφθεί. Όμως, η ψυχοσωματική ιατρική, παρά το ότι αναγνωρίζει το αδιαχώριστο και την αλληλεξάρτηση των ψυχοκοινωνικών και βιολογικών παραγόντων πλευρών του ανθρώπινου είδους [15], προσπαθεί συνεχώς να διερευνήσει για πιο λόγο ορισμένοι άνθρωποι είναι πιο τρωτοί στη νόσο από κάποιους άλλους και να εξηγήσει τους μηχανισμούς μέσω των οποίων οι ψυχοσωματικές εμπειρίες μπορεί να αλλοιώσουν τη σωματική λειτουργία. Στην εδραίωση της ολιστικής προσέγγισης του ασθενούς συνέβαλε και η ανάπτυξη της θεωρίας των συστημάτων και η εφαρμογή των αρχών της σε πολλές επιστήμες [20, 21].

Ο κλάδος της ψυχοσωματικής ιατρικής έχει τις ρίζες του στη ψυχανάλυση, στη ψυχοφυσιολογία και στη ψυχοβιολογία και αποτελεί σήμερα τον επιστημονικό κλάδο της Ψυχιατρικής που ως σκοπό έχει καταρχήν να μελετά τις σχέσεις των ψυχολογικών και των κοινωνικών φαινομένων με τις φυσιολογικές και παθολογικές σωματικές/βιολογικές λειτουργίες και κατά δεύτερον, να προωθεί την ολιστική (βιοψυχοκοινωνική) προσέγγιση στην αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών νόσων [15]. Ως υποειδικότητα, η ψυχοσωματική ιατρική καθιερώθηκε επίσημα από το Αμερικανικό Συμβούλιο των Ιατρικών Ειδικοτήτων το Μάρτιο του 2003 για το Αμερικάνικο Συμβούλιο Ψυχιατρικής και Νευρολογίας (American Board Psychiatry Neurology) [22].

1.3 Ψυχοσωματική και Συμβουλευτική-Διασυνδεδετική Ψυχιατρική

Ως τα μέσα του 19^{ου} αιώνα, όπως προαναφέρθηκε, δεν υπήρξε “διασύνδεση” μεταξύ της ψυχιατρικής και της ιατρικής. Αναμφισβήτητα υπήρξε ενδιαφέρον για την εφαρμογή της ψυχιατρικής σε ασθενείς με ιατρικά προβλήματα, αλλά το ενδιαφέρον για τους ασθενείς με σωματικά προβλήματα ήταν συνήθως προσωπικό και ανεπίσημο. Η προέλευση του οργανωμένου ενδιαφέροντος για την ψυχική ζωή των ασθενών σε Γενικό Νοσοκομείο χρονολογείται από το 1873 στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασσαχουσέτης (Γ.Ν.Μ), όταν ο James Jackson Putnam, ένας νεαρός νευρολόγος από το Harvard, επέστρεψε από μια μεγάλη περιήγηση στα ιατρικά τμήματα της Γερμανίας για να εξασκήσει την ειδικότητά του. Ο Putnam εξάσκησε τη Νευρολογία και την Ψυχιατρική

και θεράπευσε παθολογικούς και χειρουργικούς ασθενείς που ανέπτυξαν ψυχιατρικές διαταραχές [23].

Η πρώτη σπίθα για την αλληλεπίδραση μεταξύ ιατρικής και ψυχιατρικής άναψε κυρίως από τους Benjamin Rush, William Osler, Adolf Meyer και Franklin Ebaugh [5]. Ως πρωτοπόροι της Συμβουλευτικής-Διασυνδεδετικής/Ψυχιατρικής (Σ-Δ/Ψ) θεωρούνται οι A. M. Barrett, G. K. Pratt T. J. Heldt, G. W. Henry, E. G. Billings και Helen Flanders Dunbar. Στα τέλη της δεκαετίας του 1920 ο Δρ. Howard Means, διευθυντής ιατρικής, ανέθεσε σε έναν ψυχίατρο από τη Βοστώνη τον William Herman, να εξετάσει ασθενείς που εμφάνισαν ψυχιατρικές διαταραχές ταυτόχρονα με ενδοκρινικές διαταραχές. Ο Barrett (24) έγραψε ότι η ψυχιατρική “πήρε τη θέση μιας διασυνδεδετικής επιστήμης μεταξύ της ιατρικής και των κοινωνικών προβλημάτων,” και ο Pratt (25) έγραψε ότι “ψυχιατρική μπορεί να αποδειχθεί ένας διαμεσολαβητής, ο παράγοντας που ενώνει και διευκρινίζει όλες τις διαθέσιμες ιατρικές γνώσεις ...”. Ο Schwab ήταν ο πρώτος συγγραφέας εγχειρίδιου για τη Σ-Δ/Ψ και, το 1927, ο Heldt’s αναφέρει πάνω από 50 συνεδρίες συμβουλευτικής το μήνα στο Τμήμα Νευροψυχιατρικής του Νοσοκομείου Henry Ford. Τέλος, ο Billings ήταν ο πρώτος, το 1939, που αναφέρθηκε στον όρο “διασυνδεδετική ψυχιατρική” [26].

Από το 1940 αυξήθηκε ο αριθμός των μονάδων ψυχιατρικής σε γενικά νοσοκομεία και συνακόλουθα και των υπηρεσιών Σ-Δ/Ψ. Η εμπειρία του 2^{ου} Παγκοσμίου Πολέμου παρείχε νέα γνώση για τη Σ-Δ/Ψ (27): αυτή η γνώση προήλθε από ασθενείς με σωματικά προβλήματα και από χειρουργημένους ασθενείς με άσχημη πορεία και έκβαση, χωρίς διαγνωσμένη ψυχοπαθολογία αλλά με μη λειτουργικές ψυχολογικές αντιδράσεις στην ασθένεια, στη χειρουργική εμπειρία, στη νοσοκομειακή περίθαλψη και προβλήματα στη σχέση γιατρού-ασθενή. Αυτός ο μεταπολεμικός ενθουσιασμός για την εφαρμογή της “Ψυχοσωματικής Ιατρικής” στα καθημερινά κλινικά προβλήματα καθιέρωσε μια ισχυρή πλατφόρμα για την περαιτέρω ανάπτυξη της Σ-Δ/Ψ και ένας αυξανόμενος αριθμός ψυχιάτρων ενδιαφερόταν να εργαστούν στενά με συνάδελφους, μη ψυχιάτρους στα πλαίσια του γενικού νοσοκομείου [26].

Την ίδια περίπου περίοδο (1934) ιδρύεται από τον Stanley Cobb ένα τμήμα στο νοσοκομείο για ψυχοσωματικές καταστάσεις υπό τη χορηγία του ιδρύματος Rockefeller. Υπό την εποπτεία του Cobb, η κλινική επεκτάθηκε και έγινε γνωστή για τον εκλεκτικισμό της και για το ενδιαφέρον της στη σχέση νου και εγκεφάλου. Πολλοί Ευρωπαίοι μετανάστες κνηγημένοι 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. Μαζί με τον Cobb, ο Erich Lindemann πήγε στα μέσα της δεκαετίας του 1930 και εργάστηκε σε μια σειρά θεμάτων, με πιο αξιοσημείωτη τη μελέτη του για το πένθος. Αυτό προήλθε ως 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 σύνθημα όμως ήταν να καλούν τον εφημερεύοντα ψυχίατρο τα βράδια στα επείγοντα περιστατικά για να βλέπει όλους τους παθολογικούς και χειρουργικούς ασθενείς που έχριζαν ψυχιατρικής εκτίμησης. Αυτό θεωρούνταν απεχθές καθήκον, και τέτοιες κλήσεις ακυρώνονταν μέχρι μετά το δείπνο, με την ελπίδα ότι η διαταραχή ίσως να ηρεμούσε τις ώρες που μεσολαβούσαν. Οι οδηγίες στους πίνακες ήταν λιτές και ανέφικτες. Επίσης, σπάνια υπήρχε συνέχεια στην παρακολούθηση (follow-up). Ως αποτέλεσμα, η εχθρότητα για την ψυχιατρική μεγάλωνε. Για να το διορθώσει αυτό ο Lindemann ίδρυσε την Ψυχιατρική Συμβουλευτική Υπηρεσία, υπό την εποπτεία του Avery Weisman το 1956. Ως 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 [22].

Η Συμβουλευτική-Διασυνδεδετική και η Ψυχοσωματική Ιατρική στα τέλη της δεκαετίας του '60 ενσωματώθηκαν στην ψυχιατρική εκπαίδευση. Οι δευτεροετείς ειδικευόμενοι αναλάμβαναν 2 περιπτώσεις. Κάθε ειδικευόμενος περνούσε 20–30 ώρες την εβδομάδα στη Συμβουλευτική Υπηρεσία για 6 μήνες. Μεταξύ του 1956 και του 1960 η υπηρεσία συγκέντρωσε το ενδιαφέρον και άλλων φοιτητών που συνεισέφεραν με μεταπτυχιακό έργο σε ψυχοσωματικά θέματα. Από τη δουλειά αυτή με τους ψυχιάτρους 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 [28, 29], 2) η συμμόρφωση των ασθενών με δωδεκαδακτυλικό έλκος στη θεραπεία [30], 3) κατάθλιψη μετά από ακρωτηριασμό σε ηλικιωμένους ασθενείς [5], 4) συναισθηματική δυσπροσαρμοστικότητα του χειρουργικού ασθενούς [31, 32, 33] και 5) ψυχολογικές πλευρές του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου [34, 35].

Το 1970 ο Hackett, στη συνέχεια διευθυντής της Συμβουλευτικής Υπηρεσίας, είχε έναν πλήρους απασχόλησης ειδικευόμενο (4^ο μεταπτυχιακό χρόνο) και τρεις μερικής απασχόλησης ειδικευόμενους (3^ο μεταπτυχιακό χρόνο) για να κάνουν συμβουλευτικές

συνεδρίες σε 400 εξωτερικά κρεβάτια. Μια ιδιωτική συμβουλευτική υπηρεσία άρχισε να συστηματοποιεί τις συμβουλευτικές συνεδρίες για τα 600 κρεβάτια του νοσοκομείου. Άρχισαν οι σωματικές θεραπείες και επίσης γινόταν ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) σε ανθιστάμενους στη θεραπεία ασθενείς. Τρεις ψυχίατροι και ένα μέλος της σχολής προστέθηκαν το 1976 στον κατάλογο της υπηρεσίας. Ο Cassem έγινε διευθυντής της Συμβουλευτικής Υπηρεσίας και ο Murray διορίστηκε διευθυντής σε ένα πρόγραμμα στη ψυχοσωματική ιατρική/ συμβουλευτική ψυχιατρική. Στη συνέχεια, το 1995, ο Stern έγινε διευθυντής της Συμβουλευτικής Ψυχιατρικής Υπηρεσίας Avery Weisman και με τις υπάρχουσες συνθήκες οι ψυχίατροι και οι ειδικευόμενοι διενεργούν συμβουλευτικές συνεδρίες εκ περιτροπής σε ολόκληρο το νοσοκομείο. Το τμήμα της παιδοψυχιατρικής που αποτελείται από ειδικευόμενους και ειδικευμένους παρέχει πλήρη συμβουλευτική υπηρεσία σε 40 κρεβάτια του Παιδιατρικού Γ.Ν.Μ [22].

Τον Ιούλιο του 2002 ο Fricchione 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. Το τμήμα περιλαμβάνει τη Συμβουλευτική Ψυχιατρική Υπηρεσία Avery D. Weisman, την Ψυχοογκολογική Υπηρεσία Cox, τη Συμβουλευτική Υπηρεσία Μεταμοσχεύσεων, την Ψυχιατρική Υπηρεσία Εγκαυμάτων, τη Συμβουλευτική Υπηρεσία Γυναικών, την Καρδιαγγειακή Υπηρεσία και την Υπηρεσία Αποκατάστασης Συμπεριφοράς και Ψυχικής Υγείας [22].

Γενικότερα, θα λέγαμε ότι δεν υπάρχει αμφιβολία για τη στενή αλληλεπίδραση της ψυχοσωματικής ιατρικής και της Σ-Δ/Ψ. Όπως ο Lipsitt (26) τονίζει «εάν η ψυχιατρική σε γενικό νοσοκομείο υπήρξε το χώμα όπου αναπτύχθηκαν οι ρίζες της Σ-Δ/Ψ, τότε είναι πιθανό η ψυχοσωματική ιατρική να είναι το λίπασμα που καλλιέργησε την ανάπτυξή του». Οι ψυχίατροι του χώρου της Συμβουλευτικής-Διασυνδετικής Ψυχιατρικής αποτελούν συνδετικό ιστό μεταξύ ψυχιατρικής και των άλλων ιατρικών ειδικοτήτων [36]. Εντούτοις, η Σ-Δ/Ψ δεν παρέχει αποκλειστικά υπηρεσίες συμβουλευτικής για προβλήματα που άπτονται της ψυχιατρικής. Οι στόχοι της επεκτείνονται και σε τομείς όπως η εκπαίδευση, η έρευνα, η ευαισθητοποίηση του νοσηλευτικού και του ιατρικού προσωπικού του νοσοκομείου σε θέματα ψυχικής υγείας και η παροχή συμβουλευτικής βοήθειας σε προσωπικό και ασθενείς σε θέματα κλινικής ηθικής [36].

Η ψυχοσωματική προσέγγιση είχε σημαντική συμβολή, επίσης, στην αναθεώρηση θεμάτων που αφορούν στην ακούσια νοσηλεία, στις παραβιάσεις των ορίων και στη

σχέση γιατρού-ασθενή. Εισήγαγε έννοιες όπως η ολιστική προσέγγιση, ο ρόλος του στρες στην ασθένεια, ο αντίκτυπος της απώλειας, η επιδημιολογική προσέγγιση, οι επιπτώσεις των διαταραγμένων οικογενειακών σχέσεων, η αίσθηση του αβοήθητου και οι συναισθηματικές επιπτώσεις των χρόνιων νοσημάτων [26].

Η παρούσα διδακτορική διατριβή εκπονήθηκε στα πλαίσια της λειτουργίας της νεοσύστατης Μονάδας Σ-Δ/Ψυχιατρικής στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων (37).

2. ΤΟ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΤΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Η ιατρική μελετά τη φυσιολογική λειτουργία του ανθρώπινου οργανισμού, τα νοσήματα που τον προσβάλλουν καθώς και την αντιμετώπισή τους. Το περιβάλλον περιέχει μία μεγάλη ποικιλία από λοιμογόνους παράγοντες, όπως βακτήρια, ιούς, μύκητες και παράσιτα. Ο ανεξέλεγκτος πολλαπλασιασμός τέτοιων παραγόντων στον ανθρώπινο οργανισμό προκαλεί λοίμωξη και έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση βλάβης στο όργανο στόχο, οδηγώντας πιθανώς στην καταστροφή του. Ο οργανισμός διαθέτει διάφορους μηχανισμούς άμυνας, που φυσιολογικά τον προστατεύουν από τις λοιμώξεις και εξουδετερώνουν τις ξένες ουσίες [38].

Το ανοσολογικό σύστημα είναι ένα πολύπλοκο σύνολο οργάνων, κυττάρων και μορίων, που συνεργάζονται στενά μεταξύ τους για να προστατεύσουν τον οργανισμό από επιβλαβείς παράγοντες, όπως είναι τα μικρόβια, οι ιοί, οι μύκητες και τα παράσιτα. Η λειτουργία αυτή ονομάζεται ανοσία και ο όρος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1910, για να δηλώσει την προστασία του οργανισμού από λοιμώδη νοσήματα. Αργότερα, έγινε αντιληπτό ότι οι μηχανισμοί της ανοσίας αφορούν όχι μόνο στους λοιμογόνους παράγοντες αλλά και σε μη λοιμογόνους, όπως είναι οι νεοπλασίες (όγκοι), οι μεταμοσχευμένοι ιστοί (όπου μπορούν να προκαλέσουν απόρριψη του μοσχεύματος), αλλά και σε ιστούς του ίδιου του οργανισμού (φαινόμενο που, υπό ορισμένες συνθήκες, οδηγεί στην εμφάνιση των αυτοάνοσων νοσημάτων) [39].

Το ανοσιακό σύστημα δεν είναι προσανατολισμένο μόνον προς την παροχή αμυντικών λειτουργιών έναντι λοιμογόνων παραγόντων. Εποπτεύει, επίσης, και τις επιτελικές βιολογικές λειτουργίες της ομοιόστασης και της επιβίωσης. Ο όρος "ανοσία" περιλαμβάνει όλους εκείνους τους φυσιολογικούς μηχανισμούς που εξοπλίζουν τον οργανισμό με την ικανότητα να διακρίνει τα ξένα από τα ίδια στοιχεία και να τα εξουδετερώνει χωρίς να υφίστανται βλάβη οι ιστολογικές του δομές. Η τεράστια και ωφέλιμη παρακαταθήκη του ανοσιακού συστήματος να διακρίνει και να αντιμετωπίζει οποιονδήποτε μικροεισβολέα, ενέχει και ένα κόστος: τον κίνδυνο, όταν δυσλειτουργεί, να προκαλέσει το ίδιο ιστική βλάβη και νόσο, τον κίνδυνο δηλαδή της αυτοανοσοποίησης, της απόκρισης δηλαδή σε αυτόλογα στοιχεία .

Κάθε ανοσολογική απάντηση περιλαμβάνει αρχικά την αναγνώριση του παθογόνου ή του ξένου υλικού και στη συνέχεια την αντίδραση για την εξουδετέρωσή του. Ο οργανισμός για να αμυνθεί έναντι των βλαπτικών περιβαλλοντικών παραγόντων επιστρατεύει ποικίλους μηχανισμούς, στους οποίους περιλαμβάνονται φυσικοί φραγμοί,

ειδικά κύτταρα του αίματος και των ιστών καθώς και διάφορα αιματογενή δραστικά μόρια. Ορισμένοι από αυτούς τους αμυντικούς μηχανισμούς υπάρχουν πριν από την έκθεση του οργανισμού στον ξένο εισβολέα. Αυτοί οι μηχανισμοί στερούνται διακριτικής ικανότητας αναφορικά με τις ξένες ουσίες και η δράση τους δεν επεκτείνεται κατά τις επανειλημμένες επαφές με αυτές. Αυτό το σκέλος της ανοσίας ονομάζεται **φυσική ανοσία** (natural or native innate immunity). Τα κύρια στοιχεία της φυσικής ανοσίας είναι τα επιθήλια, τα φαγοκύτταρα (μακροφάγα, ουδετερόφιλα), τα «κύτταρα-φονείς» (NK) και το συμπλήρωμα. Στη διάρκεια αυτής της φάσης παράγονται προϊόντα που προσωρινά αναχαιτίζουν τη λοίμωξη και καθορίζουν την εξέλιξη της ειδικής ανοσίας [40].

Αν η φυσική ανοσία δεν κατορθώσει να εξουδετερώσει τις ξένες ουσίες, κινητοποιούνται άλλοι μηχανισμοί, που είναι εξαιρετικά ειδικοί για ορισμένες από αυτές και οι οποίοι βελτιώνουν σημαντικά την αμυντική ικανότητα του οργανισμού κατά τις τυχόν μελλοντικές επαφές του με τις ίδιες ξένες ουσίες. Οι μηχανισμοί αυτοί συνιστούν την επίκτητη ή **ειδική ανοσία** (acquired or specific or adaptive immunity). Στην ειδική ανοσία συμμετέχουν τα λεμφοκύτταρα και τα προϊόντα που εκκρίνουν (π.χ. αντισώματα). Οι ξένες ουσίες που επάγουν ειδική ανοσία ονομάζονται **αντιγόνα**. Η ειδική ανοσία εκδηλώνεται αργότερα από τη φυσική (συνήθως μέρες αργότερα). Η εξουδετέρωση των αντιγόνων και γενικά η άμυνα του οργανισμού είναι αποτέλεσμα στενής συνεργασίας των μηχανισμών της ειδικής και της φυσικής ανοσίας. Έτσι, η ειδική ανοσιακή απάντηση ενισχύει, κατευθύνει και εστιάζει τους μηχανισμούς της φυσικής ανοσίας προς τα σημεία εισόδου του αντιγόνου, κάνοντάς τους αποτελεσματικότερους [38].

Αναφέρθηκε ότι κάθε μόριο που μπορεί ειδικά να αναγνωριστεί από τα στοιχεία της επίκτητης ανοσίας ονομάζεται αντιγόνο. Η ειδική ανοσιακή απάντηση που εκδηλώνεται όταν ο οργανισμός έρθει σε επαφή με ξένο αντιγόνο λέγεται ανοσοποίηση και η ανοσία που επάγεται, λέγεται **ενεργητική ανοσία**. Χαρακτηριστικό παράδειγμα ενεργητικής ανοσοποίησης αποτελούν οι εμβολιασμοί.

Ανάλογα με τα στοιχεία του ανοσιακού συστήματος που συμμετέχουν στην εκδήλωση της ανοσιακής απάντησης, η ειδική ανοσία διακρίνεται σε α) *χυμική* β) *κυτταρική* ανοσία. Η χυμική ανοσία (humoral immunity) μεσολαβείται από μόρια του αίματος που εξυπηρετούν την ειδική αναγνώριση και εξουδετέρωση αντιγόνων και ονομάζονται αντισώματα ή ανοσοσφαιρίνες. Τα αντισώματα παράγονται από έναν υποπληθυσμό των λεμφοκυττάρων, τα Β λεμφοκύτταρα, που προέρχονται από τον μυελό των οστών και τα οποία αφού αναγνωρίσουν το αντιγόνο μετατρέπονται σε πλασματοκύτταρα (είναι τα

κύτταρα που παράγουν τα αντισώματα). Η κυτταρική ανοσία (cellular or cell-mediated immunity) μεσολαβείται με ένα υποπληθυσμό των λεμφοκυττάρων, τα Τ λεμφοκύτταρα, που προέρχονται από τον θύμο αδένα και που συνήθως συνεργάζονται με τα φαγοκύτταρα για την καταστροφή των μικροβίων.

Η ειδική ανοσιακή απάντηση έχει πέντε βασικά χαρακτηριστικά. Αυτά είναι: α) ειδικότητα β) ετερογένεια γ) μνήμη δ) αυτορρύθμιση, ε) διάκριση ίδιου-ξένου [38].

Α) Ειδικότητα. Η ανοσιακή απόκριση είναι ειδική για κάθε αντιγόνο και μάλιστα για καθένα από τα επιμέρους δομικά στοιχεία των πολύπλοκων πρωτεϊνικών και πολυσακχαριδικών αντιγόνων. Τα τμήματα των αντιγονικών μορίων που αναγνωρίζονται από διαφορετικά λεμφοκύτταρα ονομάζονται αντιγονικοί καθοριστές ή επίτοποι.

Β) Ετερογένεια. Ο οργανισμός διαθέτει τεράστια ποικιλία κυττάρων διαφορετικής αντιγονικής ειδικότητας, που λέγεται ρεπερτόριο λεμφοκυττάρων (lymphocyte repertoire). Το ανοσολογικό σύστημα των θηλαστικών μπορεί να διακρίνει 10^9 διαφορετικούς αντιγονικούς επιτόπους. Αυτή η ετερογένεια (diversity) είναι αποτέλεσμα της δομικής ποικιλομορφίας των θέσεων σύνδεσης που διαθέτουν οι υποδοχείς των λεμφοκυττάρων για τα αντιγόνα.

Γ) Μνήμη (immunologic memory). Η έκθεση του ανοσολογικού συστήματος σε ένα ξένο αντιγόνο αυξάνει την ικανότητα απάντησής του σε μία νέα επαφή με το ίδιο αντιγόνο. Η ανοσιακή απόκριση μετά την επανειλημμένη έκθεση στο ίδιο αντιγόνο λέγεται δευτερογενής ή αναμνηστική ανοσιακή απάντηση και είναι συνήθως ταχύτερη, ισχυρότερη και ποιοτικά καλύτερη σε σχέση με την πρωτογενή απάντηση.

Δ) Αυτορρύθμιση. Κάθε φυσιολογική ανοσιακή απάντηση εξασθενεί βαθμιαία λόγω εξάλειψης του αντιγόνου, εξέλιξης των λεμφοκυττάρων σε κύτταρα μνήμης μετά την αρχική δράση τους και λόγω παλίνδρομης ρύθμισης της ανοσιακής απάντησης.

Ε) Διάκριση "ίδιου"- "ξένου". Η ικανότητα των λεμφοκυττάρων να αναγνωρίζουν και να απαντούν στα ξένα αντιγόνα και ταυτόχρονα να μην αντιδρούν σε αντιγόνα του οργανισμού, είναι ιδιαίτερα σημαντική. Η απουσία ανοσολογικής απάντησης σε «ίδια» αντιγόνα λέγεται ανοσιακή ανοχή (immune tolerance). Η ανοχή είναι επίκτητη ιδιότητα, την οποία αποκτούν τα λεμφοκύτταρα μετά από «εκπαίδευση». Η αδυναμία επαγωγής ή η «διάσπαση» της ανοσιακής ανοχής, οδηγεί στην εκδήλωση «αυτοάνοσων νοσημάτων» [38].

Η όλη διαδικασία της διάκρισης του "ξένου" από το "μη-ξένο" προϋποθέτει τη διαφοροποίηση των Τ-κυττάρων που εκφράζουν επιφανειακούς υποδοχείς με ταυτόχρονη ανάπτυξη συγγένειας για το «μη-ξένο» αντιγόνο του μεγάλου συμπλέγματος

ιστοσυμβατότητας (MHC) και ένα αντιγονικό πεπτίδιο. Η ενεργοποίηση των T-κυττάρων μπορεί να οδηγήσει σε καταστροφή του κυττάρου στόχου είτε απευθείας, είτε μέσω εκκρινόμενων κυτταροκινών και να διεγείρει ή να καταστείλει την αντιγονο-επαγόμενη ενεργοποίηση του B-κυττάρου. Τα αντισώματα, που είναι προϊόντα των αντιγονο-ενεργοποιημένων B-κυττάρων, προάγουν τη φαγοκυττάρωση και την πέψη των αντιγονικών σωματιδίων ή κυττάρων στα φαγοκύτταρα, με την παρουσία ειδικών θέσεων σύνδεσής τους με ειδικούς υποδοχείς στην επιφάνεια των φαγοκυττάρων και την ενεργοποίηση των παραγόντων του συμπληρώματος. Η βλάβη στους ιστούς του ξενιστή είναι συνήθως το αποτέλεσμα της φλεγμονώδους απάντησης που ακολουθεί την ενεργοποίηση του T- ή B- λεμφοκυττάρου, πράγμα που μπορεί να συνοδεύεται από τοπικά και συστηματικά σημεία και συμπτώματα φλεγμονής και να προκαλεί βλάβες στους ιστούς του ξενιστή, ενίοτε δυσανάλογα βαρύτερες από αυτές που επάγονται από το αντιγόνο [41].

Η ανοσολογική απάντηση, είναι μια εναρμονισμένη αλληλεπίδραση των λευκοκυττάρων και των χυμικών προϊόντων που εκκρίνονται από αυτά, και έχει δύο βασικούς σκοπούς: 1. Τη μοριακή διάκριση μεταξύ του "ξένου" και του "ίδιου" και 2. Την καταστροφή, μέσω φλεγμονώδους απάντησης, αυτών των μορίων, κυττάρων και μικροοργανισμών που αναγνωρίζονται ως ξένα, "μη ίδια". Η πολύπλοκη από τη φύση της ανοσολογική απάντηση στο αντιγόνο, προσφέρεται για σφάλματα, που ενίοτε οδηγούν σε νόσο. Τα σφάλματα είναι κυρίως δύο τύπων: κακή ρύθμιση της ανοσολογικής απάντησης και **πλημμελής διάκριση του "ξένου" από το «ίδιο»** και οδηγούν σε μια παθολογικά εκτεταμένη ανοσολογική απάντηση ή σε αυτοανοσία. Οι νόσοι που προκαλούνται λόγω αυτοανοσίας, ονομάζονται **Αυτοάνοσα Νοσήματα** [38].

Το φάσμα των αυτοάνοσων παθήσεων (**σχ. 1**) είναι ευρύ και μπορεί να προσβάλει διάφορα συστήματα του οργανισμού με διαφορετικούς τρόπους όπως: το Μυοσκελετικό, μερικές από τις αυτοάνοσες παθήσεις που το **απαρτίζουν** είναι Ρευματοειδής Αρθρίτιδα, ο Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος, το Σκληρόδερμα, το Σύνδρομο Sjogren η Αγκυλοποιητική Σπονδυλίτιδα, η Πολυμυοσίτιδα και η Δερματομυοσίτιδα. το Νευρικό Σύστημα που περιλαμβάνει τη Σκλήρυνση κατά Πλάκας, τη Βαριά Μυασθένεια και τις Αυτοάνοσες Νευροπάθειες· το Γαστρεντερικό Σύστημα περιλαμβάνει τη Νόσο του Crohn, την Ελκώδη Κολίτιδα, την Πρωτοπαθή Χολική Κίρρωση, την Αυτοάνοση Ηπατίτιδα και το Δέρμα που περιλαμβάνει τη Λεύκη, την Ψωρίαση, την Ερπητοειδή Δερματίτιδα κ.α. [39].

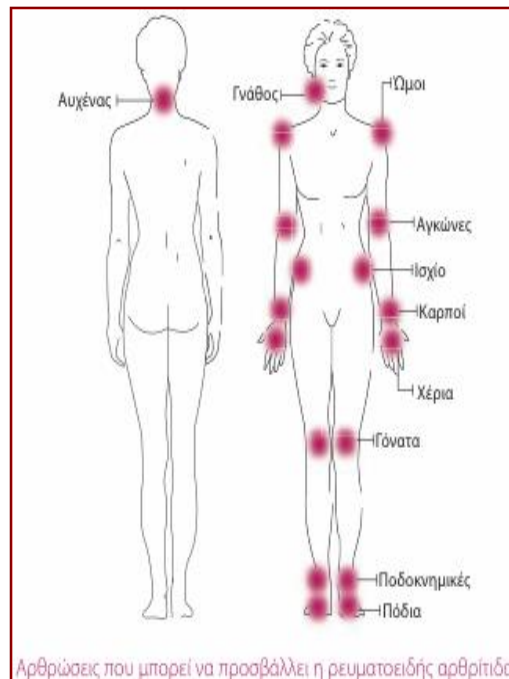
Σχήμα 1. Το φάσμα των αυτοάνοσων παθήσεων όπου προσβάλλει διάφορα συστήματα του οργανισμού: Μυοσκελετικό Σύστημα, Νευρικό Σύστημα, Γαστρεντερικό Σύστημα, Δέρμα, Αιμοφόρα Αγγεία, Αίμα, Ενδοκρινείς Αδένες [37].



3. ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

3.1 Τι είναι η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα (ΡΑ) είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος άγνωστης αιτιολογίας, που προκαλεί πόνο, οίδημα (διόγκωση), δυσκαμψία και απώλεια της σωματικής λειτουργικότητας. Παρουσιάζει μερικά χαρακτηριστικά που τη διαφοροποιούν από άλλα είδη αρθρίτιδας. Για παράδειγμα, η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα συνήθως εκδηλώνεται με συμμετρική προσβολή πολλών αρθρώσεων. Δηλαδή, εάν πάσχει το δεξιό γόνατο ή οι αρθρώσεις του δεξιού χεριού, πάσχουν και οι αντίστοιχες αρθρώσεις από την αριστερή πλευρά του σώματος.



Η νόσος συχνά προσβάλλει τον καρπό και τις κεντρικές μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις των δακτύλων. Εκτός από τις αρθρώσεις είναι δυνατό να προσβάλλει και άλλα μέρη του σώματος. Το ένα πέμπτο περίπου των ασθενών εμφανίζει ρευματοειδή οζίδια (υποδόρια ογκίδια που συνήθως εμφανίζονται κοντά στις αρθρώσεις). Πολλοί ασθενείς εμφανίζουν αναιμία. Άλλα, λιγότερο συχνά συμπτώματα είναι ο πόνος στον αυχένα, η ξηροφθαλμία και η ξηροστομία. Πολύ σπάνια οι ασθενείς μπορεί να εμφανίσουν φλεγμονή των αιμοφόρων αγγείων (αγγειίτιδα), του περιβλήματος των πνευμόνων (πλευρίτιδα) ή του σάκου της καρδιάς (περικαρδίτιδα). Επίσης, οι ασθενείς μπορεί να παρουσιάσουν κόπωση, περιστασιακά πυρετό και γενικά αίσθημα κακοδιαθεσίας. Ένα άλλο χαρακτηριστικό της νόσου είναι ότι εκδηλώνεται διαφορετικά από άτομο σε άτομο. Η ήπια μορφή της νόσου χαρακτηρίζεται από περιόδους κατά τις οποίες τα συμπτώματα χειροτερεύουν (εξάρσεις) και περιόδους βελτίωσης (υφέσεις) [37]. Παρόλη την καταστροφική της δυναμική, η πορεία της ΡΑ ποικίλλει ευρέως. Μερικοί ασθενείς μπορεί να προσβάλλονται μόνο από ήπια ολιγοαρθρική νόσο, βραχείας διάρκειας, με ελάχιστη καταστροφή αρθρώσεων, ενώ άλλοι μπορεί να έχουν μια αμείλικτη

εξελισσόμενη πολυαρθρίτιδα με εκσεσημασμένη παραμόρφωση των αρθρώσεων. Οι περισσότεροι όμως ασθενείς εμφανίζουν μια ενδιάμεση πορεία [42].

3.2 Επιδημιολογία

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα (ΡΑ) προσβάλλει όλες τις φυλές και εθνικότητες. Συνήθως, η νόσος αρχίζει κατά την 3^η ή την 4^η δεκαετία της ζωής του ασθενούς, αλλά είναι δυνατό να προσβάλει και άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Ωστόσο, όχι σπάνια, η νόσος μπορεί να εμφανισθεί σε νέους ενήλικες, ενώ ακόμα και τα παιδιά μπορούν να προσβληθούν από μια ειδική μορφή της νόσου που ονομάζεται νεανική χρόνια ή ιδιοπαθής αρθρίτιδα [39]. Όπως σε άλλα είδη αρθρίτιδας και αυτοάνοσων νοσημάτων, η συχνότητα εμφάνισης της ΡΑ είναι κατά δύο με τρεις φορές μεγαλύτερη στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες, ενώ το εύρος της ηλικίας κυμαίνεται από 35-50 έτη [43].

Επίσης, άτομα που προέρχονται από χαμηλά κοινωνικο-οικονομικά στρώματα φαίνεται να προσβάλλονται πιο συχνά [43, 44]. Ο επιπολασμός της κυμαίνεται από 1% στους Καυκάσιους, 3-4% σε ορισμένες φυλές Ινδιάνων και φτάνει μέχρι και 5% στους Μαύρους της Αμερικής. Επιδημιολογικές μελέτες σε 14 Ευρωπαϊκές χώρες έδειξαν ότι η συχνότητα της ΡΑ στις χώρες της Ν. Ευρώπης είναι χαμηλότερη από τις χώρες στη Β. Ευρώπη [44]. Συγκεκριμένα, σε πληθυσμούς από τη Νότια Ευρώπη ο επιπολασμός είναι περίπου 0,3% έως 0,7%, ενώ στη Β. Ευρώπη κυμαίνεται από 0,4% έως 1,10% [45]. Σε λευκούς πληθυσμούς από την Ευρώπη και την Αμερική ο επιπολασμός και η επίπτωση είναι περίπου 0,5%-1% και 0,3% αντίστοιχα ενώ υψηλότερες τιμές επιπολασμού έχουν αναφερθεί σε αυτόχθονες Αμερικανούς [44, 45]. Στην Ασία το ποσοστό κυμαίνεται από 0,1%-0,3% και στην Αφρική στο 0,3% στις πόλεις, ενώ είναι σπάνια στις επαρχιακές περιοχές της Αφρικής [48].

Στην Ελλάδα η συχνότητα της νόσου δεν είναι γνωστή. Ωστόσο, μια πρόσφατη έρευνα στη Βορειοδυτική Ελλάδα έδειξε ότι η συχνότητα της ΡΑ είναι μικρότερη του 0.5%. Μελέτες έδειξαν ότι η ΡΑ στη ΒΔ Ελλάδα διαφέρει στο κλινικό, ορολογικό και γενετικό υπόστρωμα [49,50]. Βρέθηκε ότι οι Έλληνες ασθενείς με ΡΑ έχουν πιο ήπια νόσο, με λιγότερο καταστροφικές αλλοιώσεις, συγκριτικά με ασθενείς των Βορείων λαών της Ευρώπης [49,50], ενώ με την παρατήρηση αυτή συμφωνούν και άλλοι ερευνητές και καταλήγουν πως οι ασθενείς με ΡΑ στην περιοχή της Μεσογείου έχουν λιγότερο επιθετική νόσο με ήπια και βραδεία εξέλιξη [51, 52]. Αυτή η διαφορά μπορεί να αποδοθεί είτε σε γενετικούς παράγοντες είτε σε περιβαλλοντικούς παράγοντες [39].

3.3 Αιτιολογία

Αν και δεν είναι γνωστή η ακριβής αιτία εμφάνισης του νοσήματος, οι έρευνες των τελευταίων ετών έχουν αρχίσει να αποκαλύπτουν τους παράγοντες που σχετίζονται με την παθογένειά του. Μολονότι πολλά ερωτήματα παραμένουν ακόμα αναπάντητα, οι μέχρι τώρα παρατηρήσεις συγκλίνουν στο ότι η εμφάνιση της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας οφείλεται στην αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων: γενετικών, περιβαλλοντικών και ορμονικών [39]. Υπάρχουν ενδείξεις ότι κάποιος λοιμώδης παράγοντας, σε ένα γενετικά προδιαθετημένο άτομο που φέρει το "ρευματοειδή επίτοπο" είναι υπεύθυνος για την έναρξη της νόσου. Η γενετική προδιάθεση για την ανάπτυξη της ΡΑ σημαίνει ότι οι ασθενείς κληρονομούν από τους γονείς τους ορισμένα γονίδια (δηλαδή γενετικά χαρακτηριστικά) που τους καθιστούν πιο επιρρεπείς στην ασθένεια αυτή. Φαίνεται δε ότι περισσότερα από ένα γονίδια που αφορούν στη νόσο αυτή καθορίζουν τη μορφή και τη σοβαρότητα της. Για παράδειγμα, βαριά ΡΑ παρατηρείται περίπου τέσσερις φορές περισσότερο από την αναμενόμενη συχνότητα, σε πρώτου βαθμού συγγενείς ασθενών με οροθετική νόσο. Επιπλέον, το 30% των μονοζυγωτών μονοζυγωτών διδύμων θα μπορούσαν να εμφανίσουν ταυτόχρονα ΡΑ, ενώ μόνο στο 5% των διζυγωτών (διζυγωτών) διδύμων συμβαίνει το ίδιο. Ο ρόλος της γενετικής επίδρασης στην αιτιολογία της ΡΑ επιβεβαιώθηκε με τη διαπίστωση της σχέσης με το αντιγόνο της τάξης II του μείζονος συστήματος ιστοσυμβατότητας, το HLA-DR4. Η διαίωσιση και η χρονιότητα της νόσου γίνονται με την ενεργοποίηση του ανοσιακού συστήματος, κυρίως των μακροφάγων, CD4+_T και B-λεμφοκυττάρων, που διηθούν και καταστρέφουν τον αρθρικό υμένα. Για την εγκατάσταση της νόσου στον αρθρικό υμένα ή εξωαρθρικά, υπεύθυνα είναι τα κύτταρα του αιμοποιητικού συστήματος (μονοκύτταρα, λεμφοκύτταρα, πολυμορφοπύρηνα και δενδριτικά κύτταρα) [44].

Ωστόσο, προς το παρόν δεν έχει βρεθεί η ακριβής και απόλυτη μέθοδος εξιχνίασης της ροπής αυτής ούτε ο τύπος του ατόμου που έχει μεγαλύτερη πιθανότητα να προσβληθεί από Ρευματοειδή Αρθρίτιδα σε κάποια στιγμή στη ζωής του. Έχει διαπιστωθεί ότι ορισμένα από τα γονίδια που ευθύνονται για την προδιάθεση εμφάνισης της νόσου ελέγχουν τη λειτουργία του ανοσολογικού συστήματος. Αυτό δεν σημαίνει ότι οι ασθενείς με τέτοιου είδους γονίδια θα νοσήσουν οπωσδήποτε, αφού είναι φανερό ότι και άλλα, ακόμα άγνωστα γονίδια, καθώς και ορισμένοι περιβαλλοντικοί και άλλοι παράγοντες παίζουν κάποιο ρόλο στην ενεργοποίηση της ασθένειας. Επίσης, σε άτομα με γενετικό υπόστρωμα είναι πιθανό κάποιος περιβαλλοντικός παράγοντας (π.χ. λοιμώδης,

όπως κάποιος ιός ή ένα βακτήριο) να πυροδοτήσει την ενεργοποίηση της ΡΑ. Πιστεύεται δε ότι η διαταραχή κάποιων ορμονών μπορεί να προκαλέσει την ενεργοποίηση της νόσου σ' ένα άτομο με γενετική προδιάθεση που έχει ήδη εκτεθεί σε κάποιον εκλυτικό περιβαλλοντικό παράγοντα [39].

3.4 Κλινική εικόνα – Διάγνωση

Χαρακτηριστικό της ΡΑ είναι η χρόνια πολυαρθρίτιδα. Στα δύο-τρίτα περίπου των ασθενών εμφανίζεται ύπουλα με κόπωση, ανορεξία, γενικευμένη μυϊκή αδυναμία και ακαθόριστα μυοσκελετικά συμπτώματα μέχρι να γίνει εμφανής η υμενίτιδα. Το πρόδρομο αυτό στάδιο μπορεί να επιμείνει για εβδομάδες ή και μήνες και να καθυστερήσει τη διάγνωση. Τα ειδικά συμπτώματα εμφανίζονται συνήθως σταδιακά καθώς



προσβάλλονται συμμετρικά διάφορες αρθρώσεις, ιδιαίτερα αυτές των άκρων χεριών, οι πηγεοκαρπικές, τα γόνατα και των άκρων ποδιών. Στο 10% περίπου των ασθενών η έναρξη είναι περισσότερο οξεία, με ταχεία ανάπτυξη πολυαρθρίτιδας, συχνά συνοδευόμενη από γενικά συμπτώματα που περιλαμβάνουν πυρετό, λεμφαδενοπάθεια και σπληνομεγαλία. Τα συμπτώματα στο ένα τρίτο περίπου των ασθενών, μπορεί αρχικά να είναι περιορισμένα. Παρόλο που σε ορισμένους ασθενείς η αρθρική προσβολή μπορεί να παραμένει ασύμμετρη, η συμμετρική προσβολή είναι συνηθέστερη [44].

Ο πόνος, η διόγκωση και η ευαισθησία μπορεί αρχικά να μην εντοπίζονται σαφώς στις αρθρώσεις. Ο πόνος στις προσβλημένες αρθρώσεις, που αυξάνει με την κίνηση, είναι η συνηθέστερη εκδήλωση της εγκατεστημένης ΡΑ. Αντιστοιχεί στον τρόπο προσβολής των αρθρώσεων, αλλά δεν συσχετίζεται πάντοτε με το βαθμό της υφιστάμενης φλεγμονής. Η γενικευμένη δυσκαμψία είναι συχνή και συνήθως μετά από περιόδους ακινησίας. Πρωινή δυσκαμψία μεγαλύτερης διάρκειας από μία ώρα αποτελεί σχεδόν σταθερό χαρακτηριστικό της φλεγμονώδους αρθροπάθειας και βοηθά στη διάκρισή της από ποικίλες άλλες μη φλεγμονώδεις παθήσεις των αρθρώσεων. Η διάρκεια και η ένταση της δυσκαμψίας μπορεί να χρησιμοποιηθούν για μία αδρή εκτίμηση της νόσου. Η πλειονότητα των ασθενών παρουσιάζει γενικά συμπτώματα, όπως αδυναμία, εύκολη κόπωση, ανορεξία και απώλεια σωματικού βάρους. Παρ' όλο που πυρετός ως 40°C

εμφανίζεται περιστασιακά, άνοδος της θερμοκρασίας πάνω από 38°C είναι ασυνήθης και υποδηλώνει την παρουσία παρεμπόπτουσας νόσου, όπως λοίμωξης [44].

Εξωαρθρικές εκδηλώσεις στην ΡΑ εμφανίζονται συχνά, αλλά δεν έχουν όλες τη μείζονα μαρτυρία δραστηριότητας της νόσου και αιτία νοσηρότητας. Κατά κανόνα οι εξωαρθρικές εκδηλώσεις εμφανίζονται σε ασθενείς με υψηλούς τίτλους ρευματοειδούς παράγοντα. Ρευματοειδή οζίδια εμφανίζονται σε αναλογία 20-30% των ασθενών με ΡΑ. Τα οζίδια ποικίλλουν σε μέγεθος και σύσταση και σπάνια είναι συμπτωματικά, αλλά περιστασιακά μπορεί να αιμορραγούν σαν αποτέλεσμα τραύματος ή να μολύνονται. Η ρευματοειδής αγγειίτιδα που μπορεί να προσβάλλει σχεδόν κάθε οργανικό σύστημα εμφανίζεται σε ασθενείς με βαριά ΡΑ και υψηλούς τίτλους ρευματοειδούς παράγοντα. Στην περισσότερο επιθετική της μορφή μπορεί να προκαλεί πολυνευροπάθεια και πολλαπλή μονονευρίτιδα, δερματικά έλκη και νέκρωση του δέρματος, γάγγραινα δακτύλων και σπλαχνικά έμφρακτα. Οι πλευροπνευμονικές εκδηλώσεις, οι οποίες συνήθως παρατηρούνται στους άνδρες, περιλαμβάνουν πλευρίτιδα, διάμεση ίνωση, πλευροπνευμονικά οζίδια, πνευμονίτιδα, ενώ η συμπτωματολογία κατά τη διάρκεια της ζωής είναι σπάνια. Κλινικά εμφανής καρδιακή νόσος οφειλόμενη στην ΡΑ είναι σπάνια, αλλά στοιχεία περικαρδίτιδας παρατηρούνται στη νεκροψία στο 50% των περιπτώσεων. Επίσης, η ΡΑ προσβάλλει τους οφθαλμούς στο 1% των ασθενών, αυτοί που προσβάλλονται έχουν συνήθως μακράς διάρκειας νόσο. Το σύνδρομο Felty συνίσταται από χρόνια ΡΑ, μεγαλοσπληνία, ουδετεροπενία και περιστασιακά αναιμία και θρομβοκυτταροπενία. Τέλος, συχνή είναι και η οστεοπόρωση, δευτεροπαθής της ρευματοειδούς προσβολής [44].

Η διάγνωση της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας είναι κατά κανόνα κλινική, δηλαδή γίνεται με τη λήψη του ιστορικού, την κλινική εξέταση και μερικές εξετάσεις ρουτίνας. Εντούτοις, στα αρχικά της στάδια πιθανώς να είναι δύσκολο να διαγνωστεί. Οι αιτίες ποικίλλουν, επειδή το είδος και η σοβαρότητα των συμπτωμάτων διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή. Μερικές φορές λίγα μόνο συμπτώματα εκδηλώνονται από τα αρχικά στάδια εμφάνισης της νόσου, η δε συνολική κλινική εικόνα εξελίσσεται με την πάροδο του χρόνου. Στο ατομικό ιστορικό καταγράφονται τα συμπτώματα του ασθενούς, το πότε και το πώς αυτά άρχισαν, εάν πάσχει από κάποια άλλη ασθένεια ή Ρευματική πάθηση, η διάρκεια παρακολούθησης από τους γιατρούς της Ρευματολογικής Κλινικής, ο Τύπος της Αρθρίτιδας (μονοαρθρίτιδα, ολιγοαρθρίτιδα (2-4 αρθρώσεις), πολυαρθρίτιδα), η Αναλογική Κλίμακα Εκτίμησης του Πόνου (100mm), η ενεργότητα της νόσου, όπως αυτή εκτιμάται από το DAS-28. Εδώ πρέπει να διευκρινιστεί ότι ο DAS-28 είναι ένας

κλινικο-εργαστηριακός δείκτης ενεργότητας της νόσου, ο οποίος διαμορφώνεται ανάλογα με τον αριθμό των προσβαλλόμενων αρθρώσεων (0-2,6 //ύφεση νόσου, <2,6//ενεργή νόσος).

Στην κλινική εξέταση περιλαμβάνεται η πλήρης ιατρική εξέταση των συστημάτων του οργανισμού, όπως π.χ. του δέρματος, των οφθαλμών, των πνευμόνων, της καρδιάς, της κοιλίας, των αρθρώσεων, του νευρικού και του μυϊκού συστήματος. Μια συνήθης εργαστηριακή εξέταση είναι η δοκιμασία για την ανεύρεση του ρευματοειδούς παράγοντα, δηλαδή ενός παθολογικού αντισώματος που ανιχνεύεται στο αίμα των περισσότερων ασθενών με ΡΑ. Εντούτοις, όλοι οι ασθενείς με ΡΑ δεν είναι θετικοί στον ρευματοειδή παράγοντα και ούτε το σύνολο των ατόμων που έχουν ρευματοειδή παράγοντα στον ορό του αίματός τους πάσχει από ΡΑ. Άλλες κοινές εξετάσεις είναι η γενική αίματος, η ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων, η γενική ούρων και οι πρωτεΐνες οξείας φάσης με κύριο εκπρόσωπο την C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (οι τιμές της υποδηλώνουν την παρουσία ή απουσία φλεγμονής ή λοίμωξης), καθώς και άλλες βιοχημικές εξετάσεις που ελέγχουν τη λειτουργία των νεφρών και του ήπατος. Τέλος, οι ασθενείς με ΡΑ υποβάλλονται σε ακτινολογικό έλεγχο των αρθρώσεων, προκειμένου να εκτιμηθούν η παρουσία και ο βαθμός των αρθρικών βλαβών. Ακόμα, όταν κριθεί απαραίτητο διάφορες άλλες εξετάσεις (ακτινογραφίες, αξονική τομογραφία, υπερηχογράφημα κλπ.) μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διερεύνηση της μορφολογίας άλλων οργάνων [39].

Οι κλινικο-εργαστηριακοί δείκτες βοηθούν στη διάγνωση και στην πορεία της νόσου αποτελώντας παράλληλα χρήσιμη πηγή πληροφοριών για την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης, καθώς έχει υποστηριχθεί ότι σχετίζονται ως ένα βαθμό με την ψυχολογική καταπόνηση και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Παραδείγματος χάριν, η έξαρση της νόσου (DAS-28 >2.6), η πρωινή δυσκαμψία, η Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών και ο πόνος έχουν σχετιστεί με χειρότερη ποιότητα ζωής καθώς και μεγαλύτερη ψυχική καταπόνηση [53,54, 55, 56].

3.5 Κλινική πορεία – Προγνωστικοί παράγοντες

Η κλινική πορεία και πρόγνωση της νόσου ποικίλλει και είναι δύσκολο να προβλεφθεί σε ένα συγκεκριμένο ασθενή. Οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζουν συνεχή αλλά με διακυμάνσεις δραστηριότητα της νόσου, που συνοδεύεται από διάφορου βαθμού παραμορφώσεις των αρθρώσεων. Μετά από 10 με 12 χρόνια, λιγότεροι από το 20% των

ασθενών δεν εμφανίζει κάποιας μορφής αναπηρία ή παραμόρφωση των αρθρώσεων. Προγνωστικοί παράγοντες ανάπτυξης αναπηρίας είναι η μεγάλη ηλικία, το θήλυ φύλο, η παρουσία σοβαρών ακτινολογικών αλλοιώσεων και η παρουσία ρευματοειδών οζιδίων και αυξημένων τίτλων ρευματοειδούς παράγοντα. Ούτε ο τρόπος έναρξης της νόσου, ούτε οι σύγχρονες θεραπείες φαίνεται να έχουν κάποια επίδραση στην ανάπτυξη αναπηρίας. Το 15% περίπου των ασθενών με RA θα έχει βραχείας διάρκειας φλεγμονή που υποχωρεί χωρίς να δημιουργεί σοβαρές παραμορφώσεις [44].

Η νόσος συνήθως χαρακτηρίζεται από συχνές εξάρσεις και υφέσεις στο 70% των περιπτώσεων. Σε ποσοστό 25%, μπορεί να είναι μικρής διάρκειας. Τέλος, σε ένα μικρό ποσοστό η νόσος είναι πολύ σοβαρή, με εξωαρθρικές εκδηλώσεις, συστηματική αγγειίτιδα, με συνεχή έξαρση και ανθεκτικότητα στις θεραπευτικές παρεμβάσεις [42].

Η κλινική πορεία της RA εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, οι οποίοι διακρίνονται σε πρώιμους, μεταγενέστερους και οριστικούς και οι οποίοι επηρεάζουν δυσμενώς την εξέλιξη και την πορεία της νόσου. Οι ασθενείς αυτοί έχουν μειωμένο προσδόκιμο ζωής, που είναι όμοιο με εκείνο των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη ή με στεφανιαία νόσο. Η μέση διάρκεια ζωής είναι ελαττωμένη κατά 7 χρόνια για τους άνδρες και κατά 3 χρόνια για τις γυναίκες. Ασθενείς που παρακολουθούνται στα εξωτερικά ιατρεία με RA έχουν κατά 1-3 φορές αυξημένη πιθανότητα να αναπτύξουν κάποια μορφή αναπηρίας μετά από 20 χρόνια, συγκριτικά με άλλους ασθενείς που παρακολουθούνται για το ίδιο χρονικό διάστημα [44].

3.6 Θεραπεία

Η αντιμετώπιση της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας απαιτεί συντονισμένη προσπάθεια και συνεργασία μεταξύ ασθενούς και γιατρού, ενώ συχνά κρίνεται αναγκαία και η συμμετοχή εξειδικευμένου ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού. Στη σύγχρονη πρακτική, ομάδα στελεχωμένη από γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων, εξειδικευμένους νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, ψυχολόγους, διαιτολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς αναλαμβάνει τη φροντίδα και την παρακολούθηση των ασθενών αυτών. Ο συντονιστής της ομάδας αυτής μπορεί να είναι ο θεράπων Ρευματολόγος.

Μελέτες έδειξαν ότι οι σωστά ενημερωμένοι ασθενείς, που συμμετέχουν ενεργά στη ρύθμιση της πορείας της νόσου αντιμετωπίζουν λιγότερα ψυχολογικά και

σωματικά προβλήματα [57]. Τόσο τα προγράμματα εκπαίδευσης και αυτοεξυπηρέτησης ασθενών με αρθρίτιδα, όσο και οι ομάδες υποστήριξης συμβάλλουν στη σωστότερη ενημέρωση του ασθενούς και στην υιοθέτηση από τον ίδιο ενεργητικής στάσης απέναντι στη νόσο [58]. Γενικότερα, τα προγράμματα αυτά βοηθούν μακροπρόθεσμα τους ασθενείς: α) να κατανοήσουν β) να μειώσουν τον πόνο σε περιόδους εξάρσεων της νόσου γ) να υποστηριχθούν σωματικά και ψυχολογικά δ) να μπορούν να ελέγχουν τη νόσο, να νιώθουν μεγαλύτερη αυτοπεποίθηση, να σχεδιάζουν και να ζουν μια ζωή με πλήρεις δραστηριότητες [39].

Αν και προς το παρόν για τη ΡΑ δεν υπάρχει θεραπεία που να παρέχει πλήρη ίαση, εντούτοις, η νόσος μπορεί να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά στους περισσότερους ασθενείς, με σωστή και έγκαιρη αγωγή. Αντικειμενικοί στόχοι της θεραπείας είναι: α) η ύφεση της νόσου (δηλαδή η μείωση ή η εξάλειψη της φλεγμονής), β) η ανακούφιση από τον πόνο, γ) ο περιορισμός της καταστροφής των αρθρώσεων και δ) η βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών. Η θεραπεία συνίσταται κυρίως στη χορήγηση δραστικών ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων που εμποδίζουν την ανάπτυξη της φλεγμονής, ενώ παράλληλα ο ασθενής ακολουθεί ειδική υποστηρικτική αγωγή, η οποία έχει ως στόχο την ανακούφιση από τον πόνο. Τα κυριότερα φάρμακα που χρησιμοποιούνται ανήκουν στην ομάδα των ονομαζόμενων «τροποποιητικών της νόσου αντιρρευματικών φαρμάκων» και χορηγούνται για να επιβραδύνουν την εξέλιξη της νόσου. Σε μεγάλες δόσεις τα φάρμακα αυτά είναι τοξικά και ορισμένα έχουν χρησιμοποιηθεί για τη θεραπεία του καρκίνου. Ωστόσο, σε μικρές δόσεις έχουν αποδειχθεί πολύ αποτελεσματικά για τη θεραπεία των χρόνιων ρευματικών νοσημάτων. Με την άμεση και κατάλληλη θεραπευτική αγωγή στους ασθενείς στους οποίους διαγνώσθηκε προσφάτως η ύπαρξη της νόσου, επιτυγχάνεται καλύτερα η αποφυγή μη αναστρέψιμων βλαβών των αρθρώσεων ή των άλλων πασχόντων οργάνων. Σε αντίθεση με ότι συνέβαινε στο παρελθόν, τα δραστικά αυτά θεραπευτικά φάρμακα και συγκεκριμένα τα ανοσοκατασταλτικά, χορηγούνται όσο το δυνατό νωρίτερα. Όταν η χορήγηση ενός μόνο φαρμάκου δεν επιφέρει τα αναμενόμενα αποτελέσματα, ακολουθείται συνδυασμένη θεραπευτική αγωγή με δύο ή περισσότερα φάρμακα.

Οι ασθενείς με μακροχρόνιο ιστορικό, μόνιμες βλάβες αλλά χωρίς στοιχεία φλεγμονής, συνήθως αντιμετωπίζονται διαφορετικά. Στην περίπτωση αυτή ακολουθείται συντηρητική θεραπευτική αγωγή σε συνδυασμό με χειρουργικές επεμβάσεις. Έτσι, ένας ασθενής με παραμορφωτικές βλάβες λόγω παλιάς μη

αποτελεσματικής θεραπείας για την αρθρίτιδα λαμβάνει αγωγή για την ανακούφιση από τον πόνο, ενώ συγχρόνως υποβάλλεται σε φυσικοθεραπεία και σε διορθωτικές ορθοπεδικές επεμβάσεις, προκειμένου να διατηρηθεί η λειτουργικότητα των αρθρώσεων [39].

Οι ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα αντιμετωπίζουν όχι μόνο σωματικά αλλά και ψυχολογικά προβλήματα. Συναισθήματα που εκλύονται εξαιτίας της νόσου- φόβος, θυμός, απογοήτευση - συνδυαζόμενα με πόνο και περιορισμό της κινητικότητας του ατόμου μπορεί να αυξήσουν το άγχος [59]. Αν και δεν έχει αποδειχθεί ότι το άγχος μπορεί να προκαλέσει τη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, εντούτοις, συχνά δυσχεραίνει την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Τα άγχος και η κατάθλιψη μειώνουν την αντοχή στον πόνο [60]. Έτσι, για την αντιμετώπιση του πόνου προτείνονται διάφορα μέσα, όπως η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, ιδιαίτερα τρικυκλικών, οι τακτικές περίοδοι ανάπαυσης, οι ασκήσεις χαλάρωσης, τα προγράμματα άσκησης και η συμμετοχή σε ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης [39]. Κρίσιμη στο σημείο αυτό θεωρείται η ικανότητα των Ρευματολόγων Ιατρών να διαγιγνώσκουν την ψυχική καταπόνηση και να αντιμετωπίζουν, τουλάχιστον αρχικά, τα ψυχιατρικά συμπτώματα των ασθενών τους οι ίδιοι, π.χ. με τη χορήγηση αντικαταθλιπτικών. Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία αποτελεί την περισσότερο τεκμηριωμένη συμπληρωματική θεραπεία για τους ασθενείς με ΡΑ και, ιδιαίτερα, όταν εφαρμόζεται σε ασθενείς με πρόσφατη έναρξη της νόσου ή με διάρκεια νόσου μικρότερη των δύο ετών, καθώς και σε εκείνους που παρουσιάζουν ήπια προς μέτρια βαρύτητα νόσου [61].

4. ΨΥΧΟΝΕΥΡΟΑΝΟΣΟΛΟΓΙΑ

4.1 Τι είναι ψυχονευροανοσολογία

Η ψυχονευροανοσολογία (ΨΝΑ) είναι η μελέτη των αμοιβαίων σχέσεων ανάμεσα στο κεντρικό νευρικό σύστημα και το ανοσοποιητικό σύστημα. Ο όρος «αμοιβαίες σχέσεις» χρησιμοποιείται επειδή οι σχέσεις που δημιουργούνται ανάμεσά τους θεωρείται ότι είναι αμφίδρομες. Έρευνες σε ζώα έχουν αυξήσει την κατανόησή μας σχετικά με την αμφίδρομη αυτή σχέση [62,63,64]. Η έρευνα, ωστόσο, στον άνθρωπο, εστιάζει κυρίως στη συμπεριφορά και τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά, ως οδηγούς της λειτουργίας του ΚΝΣ και των αντιδράσεων του ανοσοποιητικού συστήματος [65, 66].

4.2 Στρες και Ανοσοποιητικό Σύστημα

Η έρευνα έχει επικεντρωθεί στην ικανότητα των ψυχολογικών παραγόντων να αλλάζουν την ανοσοποιητική λειτουργία. Διάφορες ψυχολογικές παράμετροι είναι πιθανό να επηρεάσουν το ανοσοποιητικό σύστημα, είτε μέσω άμεσης παρέμβασης στο ΚΝΣ και στα συστήματα του ανοσοποιητικού είτε μέσω ορμονικών οδών. Οι έρευνες έχουν επίσης εξετάσει τις επιδράσεις του στρες στις αλλαγές στη συμπεριφορά. Συγκεκριμένα, υποστηρίζουν ότι τα άτομα που βιώνουν υψηλά επίπεδα στρες παρουσιάζουν μεγαλύτερη τάση να συμπεριφέρονται με τρόπο που αυξάνει την πιθανότητα να αρρωστήσουν ή να τραυματιστούν [67]. Για παράδειγμα, το στρες μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση στην κατανάλωση αλκοόλ, τσιγάρων και καφέ, στην κακή διατροφή, καθώς και στη μείωση της φυσικής άσκησης [68,69]. Όλες αυτές οι συμπεριφορικές αλλαγές συνδέονται με την ανάπτυξη διαφόρων ασθενειών [70,71].

Το στρες είναι δυνατόν να επηρεάσει την υγεία και την ασθένεια, όχι μόνο μέσω της συμπεριφοράς αλλά και μέσω της φυσιολογίας και της λειτουργίας του ενδοκρινικού και του ανοσοποιητικού συστήματος [72,73,74]. Μελέτες περιγράφουν σχέσεις ανάμεσα σε ψυχολογικούς παράγοντες και στις κυτταρικές και χυμικές αντιδράσεις του ανοσοποιητικού συστήματος στο στρες [75,76, 77]. Υποστηρίζουν ότι το στρες μειώνει τη δραστηριότητα των κυττάρων «φυσικών φονέων» (Natural

killer –NK) [78, 79], τη δραστηριότητα των λεμφοκυττάρων και της ανοσοσφαιρίνης και συμβάλλει στην ανάπτυξη όγκου [80]. Ειδικότερα, οι Glaser & Glaser [79] υποστηρίζουν ότι το στρες προκαλεί μείωση των ορμονών που παράγονται για να καταπολεμήσουν τις καρκινογενέσεις και να αποκαταστήσουν το DNA.

Το οξύ στρες μπορεί να ενεργοποιεί περαιτέρω το ανοσοποιητικό σύστημα, ενώ το χρόνιο στρες είναι πιθανότερο να οδηγήσει σε υπολειτουργία του [81]. Υπάρχει, ωστόσο, μια αξιοσημείωτη μεταβλητότητα στον τρόπο που το ανοσοποιητικό σύστημα απαντά στο στρες, ανάλογα με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε ανθρώπου [73]. Αυτό σε μεγάλο βαθμό φαίνεται να καθορίζεται από τον τρόπο που το κάθε άτομο ξεχωριστά προσπαθεί να ανταπεξέλθει στο στρες. Η αντίληψη και η αξιολόγηση ενός στρεσογόνου παράγοντα καθώς και οι διάφοροι ειδικότεροι τρόποι αντιμετώπισης του στρες, σχετίζονται πιθανόν με τις ποικίλες μορφές απάντησης στο στρες: την ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και την ενεργοποίηση του άξονα υποθάλαμος–υπόφυση–επινεφρίδια (Hypothalamus-Pituitary-Adrenal, HPA), συστήματα που και τα δύο επηρεάζουν το ανοσοποιητικό σύστημα [82,77,72,73]. Η παρατεταμένη έκθεση σε στρεσογόνους παράγοντες ή σε σημαντικά γεγονότα ζωής είναι πιθανό να επηρεάσει τις στρατηγικές διαχείρισης του στρες, οδηγώντας σε καταθλιπτικά συναισθήματα [83].

Τα διάφορα είδη χρόνιου στρες, όπως το πένθος, τα οικογενειακά και συζυγικά προβλήματα, το στρες που σχετίζεται με την εργασία κ.α., φαίνεται πως έχουν γενικά μια κατασταλτική επίδραση στις παραμέτρους του ανοσοποιητικού συστήματος [84, 85,86,87,88]. Αρκετές συστηματικές ανασκοπήσεις [89, 90] και μετα-αναλύσεις [91] δείχνουν ότι το χρόνιο στρες μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των κυττάρων T και B και των μεγάλων κοκκωδών λεμφοκυττάρων καθώς και σε μείωση της δραστηριότητας των NK κυττάρων [84, 85, 86, 87,88].

Οι ανοσοποιητικές αλλαγές που οφείλονται στους βραχείας διάρκειας οξείς στρεσογόνους παράγοντες παρουσιάζουν αξιοσημείωτη ποικιλομορφία μεταξύ των ατόμων [89]. Ίσως, ο διαφορετικός τρόπος με τον οποίο προσπαθεί το κάθε άτομο να ανταπεξέλθει στις στρεσογόνες συνθήκες να σχετίζεται διαφορετικά με τις βιολογικές του λειτουργίες. Ο στρεσογόνος παράγοντας, αρχικά γίνεται αντιληπτός, ερμηνεύεται και αξιολογείται. Η συναισθηματική και συμπεριφορική απάντηση που ακολουθεί καθορίζεται από τις συγκεκριμένες στρατηγικές αντιμετώπισης και τους τρόπους άμυνας του κάθε ατόμου [66].

Τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά του κάθε ατόμου συν-καθορίζουν την αντίδραση του ενδοκρινικού και ανοσοποιητικού συστήματος, όχι μόνο ως απάντηση στο οξύ στρες, αλλά επίσης και σε καταστάσεις χρόνιου στρες, καθώς έχει αποδειχτεί ότι διαμορφώνουν τη λειτουργία του ενδοκρινικού και του ανοσοποιητικού συστήματος [72,73,74]. Το χρόνιο στρες ασκεί μια κατασταλτική επίδραση σε έναν αριθμό ανοσοποιητικών παραμέτρων, κυρίως όταν αυτό αλληλεπιδρά με συγκεκριμένα ψυχολογικά χαρακτηριστικά. Οι Brosschot και συν. [92] κατέδειξαν ότι η έλλειψη αυτοελέγχου σχετίζεται αρνητικά με τα λεμφοκύτταρα και τις πολλαπλασιαστικές απαντήσεις στα αντιγόνα. Επίσης, ένας αμυντικός τρόπος να αντεπεξέρχεται κανείς στο άγχος έχει φανεί να σχετίζεται αρνητικά με το ανοσοποιητικό σύστημα. Για παράδειγμα, τα ιδιαίτερα αμυντικά άτομα παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ανοσοσφαιρινών A και G (74). Επίσης, μια αμυντική στρατηγική που υιοθετεί κυρίως μηχανισμούς απώθησης, έχει διαπιστωθεί ότι σχετίζεται (μεταξύ άλλων) και με μειωμένο αριθμό μονοκυττάρων στο περιφερικό αίμα [93].

Μια περισσότερο αισιόδοξη στάση [94] ενισχύει την λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, όπως και το χιούμορ [95]. Πρόσφατα, το ενδιαφέρον έχει εκ νέου στραφεί στη μελέτη των ασυνείδητων μηχανισμών άμυνας του Εγώ και της σχέσης τους με τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Έτσι, προκαταρκτικά αποτελέσματα στον τομέα αυτό υποστηρίζουν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του αμυντικού μηχανισμού της «άρνησης» και των επιπέδων των λεμφοκυττάρων που σχετίζονται με τη κυτταρική ανοσία στους άνδρες [96], όπως και ανάλογη συσχέτιση μεταξύ του αμυντικού μηχανισμού της «διανοητικοποίησης» και του επιπέδου λεμφοκυττάρων που σχετίζονται με την χυμική ανοσία, στις γυναίκες [66]. Ακόμη η θετική διάθεση σχετίζεται με καλύτερη ανοσοποιητική λειτουργία, ενώ η αρνητική διάθεση με κακή [97]. Επίσης, υπάρχουν στοιχεία ότι ορισμένες στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως η καταστολή και η άρνηση, μπορεί να σχετίζονται με την έναρξη και την εξέλιξη της ασθένειας [98, 99]. Υπάρχουν επίσης στοιχεία ότι η ενθάρρυνση μέσω της έκφρασης ή της γραφής ομάδων συζήτησης μπορεί να μειώσει την αυτόνομη δραστηριότητα του νευρικού συστήματος [100], να αυξήσει τη δραστηριότητα των κυττάρων «φυσικών φονέων» (Natural killer-NK) [101] και των λεμφοκυττάρων [100].

Αναφορικά με τη συσχέτιση μεταξύ στρεσογόνων γεγονότων ζωής και εξέλιξης της ΡΑ, αξίζει να αναφερθεί μία διαχρονική μελέτη 74 ασθενών με ΡΑ, η οποία διαπιστώνει ότι σε μία ομάδα ασθενών η πορεία της νόσου συνδέθηκε με βιολογικούς

παράγοντες και λιγότερο με ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, ενώ σε άλλη περισσότερο με καταστάσεις ψυχοδυναμικών συγκρούσεων [102]. Αντίθετα, σε μία μελέτη 48 ασθενών με RA τα αποτελέσματά έδειξαν ότι η πορεία της RA δεν επηρεάζεται ούτε από τον αριθμό των στρεσογόνων γεγονότων ούτε από το στρες που προκαλείται από αυτά. Συνεπώς, δε θα πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο ρόλο των στρεσογόνων γεγονότων μεμονωμένα χωρίς να λαμβάνονται υπόψιν οι παράμετροι της νόσου [103].

5. ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΣΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Ένα σύγχρονο μοντέλο ολιστικής προσέγγισης, όπως ήδη αναφέρθηκε, βλέπει τον άνθρωπο που υποφέρει από χρόνια νοσήματα, όπως η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα, υπό ένα σύνθετο βιο-ψυχο-κοινωνικό πρίσμα, το οποίο αναφέρεται στην αλληλεπίδραση των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Στην ενότητα που ακολουθεί επιχειρείται να παρουσιαστούν η συχνότητα, οι μορφές ψυχοπαθολογίας που συνυπάρχουν σε ασθενείς με πρόσφατη και μακρόχρονη πορεία Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας (π.χ. κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές κ.α.), καθώς και οι παράγοντες που συνδέονται με την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας. Ειδικότερα, εξετάζονται τα μέχρι στιγμής δεδομένα σχετικά με τους ψυχολογικούς παράγοντες που διαμεσολαβούν ή τροποποιούν τη διεργασία της αναπηρίας των ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα.

5.1 Συχνότητα κατάθλιψης και άγχους σε ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα (ΡΑ), όπως ήδη έχει αναφερθεί, είναι μια χρόνια αυτοάνοση νόσος που προκαλεί φλεγμονή στις αρθρώσεις και οδηγεί στην απώλεια της λειτουργικότητας. Οι περισσότεροι ασθενείς βιώνουν περιόδους, κατά τις οποίες τα συμπτώματα χειροτερεύουν (εξάρσεις) και περιόδους βελτίωσης (υφέσεις). Μέσα σε αυτά τα πλαίσια μεταβλητότητας και αβεβαιότητας για την πορεία της υγείας τους ένας σημαντικός αριθμός ασθενών με ΡΑ είναι πολύ πιθανό να βιώσει κάποια μορφή ψυχοπαθολογίας.

Οι πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές που αναφέρονται στις περιπτώσεις ΡΑ είναι η κατάθλιψη και το άγχος ή και οι δύο [104,105,106,107]. Ιδιαίτερα, έχει τονιστεί η συχνή εμφάνιση κατάθλιψης στους ασθενείς που πάσχουν από ΡΑ, χωρίς να έχει καταστεί δυνατή η διερεύνηση της ενδεχόμενης σχέσης της με την εμφάνιση της νόσου [55]. Τα ερωτηματολόγια που συνήθως χρησιμοποιούνται στις μελέτες για την εκτίμηση της κατάθλιψης στους ασθενείς με ΡΑ είναι το “Center for Epidemiology Studies - Depression Scale” (CES-D), το “Geriatric Depression Scale” (GDS), το “Hamilton Depression Inventory” (HAM-D), το “Arthritis Impact Measurement

Scales 2” (AIMS-A), το ‘General Health Questionnaire’ και το ‘Symptom Checklist-90-Revision’ (SCL-90-R) [108].

Τα ερευνητικά αποτελέσματα καταδεικνύουν πως αναμφίβολα ο επιπολασμός της κατάθλιψης στους ασθενείς με ΡΑ είναι υψηλότερος απ’ ότι στο γενικό πληθυσμό [109]. Συγκεκριμένα, η κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της ζωής στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται στους άνδρες από 5%-12% και στις γυναίκες από 10%-25% [110], ενώ ο επιπολασμός της κατάθλιψης στους ασθενείς με ΡΑ, όπως έχει εκτιμηθεί από διαφορετικές μελέτες, παρουσιάζει μεγαλύτερη διακύμανση από 13,3% έως 45% [102,106,104,111,112,113,114,115,116,117,118,119,120,121,122]. Μία έρευνα, μάλιστα, ανεβάζει το ποσοστό της κατάθλιψης στο 66,2% [107]. Όπως εκτιμήθηκε από μια αναδρομική μελέτη 4 ετών περίπου το 15% των ασθενών με ΡΑ κάθε χρόνο διαγιγνώσκεται με κατάθλιψη, και οι ασθενείς αυτοί είχαν αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν κατάθλιψη και στο μέλλον [104]. Η μεγάλη διακύμανση του ποσοστού της κατάθλιψης στους ασθενείς με ΡΑ, ίσως να οφείλεται στις διαφορετικές μεθόδους συλλογής των δεδομένων και στη χρήση διαφορετικών ερευνητικών εργαλείων. Παραδείγματος χάριν, το ερωτηματολόγιο "Hospital Anxiety and Depression scale" σύμφωνα με μια μετανάλυση 12 ερευνών των Dickens et al [109] εκτιμήθηκε πως δίνει υψηλά ποσοστά ψυχοπαθολογίας συγκριτικά με άλλα ερωτηματολόγια.

Στην προσπάθεια διερεύνησης του ερωτήματος εάν η κατάθλιψη προϋπήρχε της νόσου ή είναι απλώς αντίδραση σε αυτήν, πολλές μελέτες διερευνούν ξεχωριστά την ΡΑ σε ασθενείς με πρόσφατη έναρξη (≤ 1 έως 2 έτη) και συγκρίνουν τα αποτελέσματά τους με μελέτες ασθενών με μακροχρόνια διάρκεια και πορεία νόσου. Οι απόψεις των ερευνητών σχετικά με τη συχνότητα της κατάθλιψης σε ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης και σε ασθενείς με ΡΑ μακροχρόνιας διάρκειας δίστανται. Ένας αριθμός μελετών υποθέτει ότι η ψυχοπαθολογία αυξάνεται αμέσως μετά την διάγνωση της νόσου, ως αντίδραση σε ένα τόσο απειλητικό για την υγεία γεγονός, ενώ άλλες μελέτες αναφέρουν ότι δεν βρέθηκαν διαφορές στα ποσοστά κατάθλιψης ανάμεσα σε ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης και σε ασθενείς με ΡΑ μακροχρόνιας διάρκειας. Συγκεκριμένα, από τους Smedstad και συν [123], σε 238 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με ΡΑ εκτιμήθηκε πως το ποσοστό της κατάθλιψης ήταν γύρω στο 20%. Σε μια πρόσφατη μελέτη της δικής μας ερευνητικής ομάδας [118], σε 22 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με ΡΑ < 12 μηνών εκτιμήθηκε ότι στο 31.8% υπήρξαν ενδείξεις ενεργού ψυχοπαθολογίας, δείχνοντας υψηλές τιμές στις κλίμακες του

Άγχους και της Κατάθλιψης. Οι Conway και συν [124], σε 60 ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης, διέγνωσαν κατάθλιψη στο 13.3%.

Εάν και κατά πόσο διαφέρει η ψυχολογική κατάσταση των νεοδιαγνωσθέντων ασθενών με ΡΑ από εκείνη των ασθενών με μακροχρόνια διάρκεια νόσου δεν είναι εξακριβωμένο ακόμη. Έχουν διατυπωθεί διάφορες εκτιμήσεις σχετικά με τα επίπεδα ψυχοπαθολογίας στα διάφορα στάδια της νόσου. Σε μια αναδρομική μελέτη από τους Evers και συν. [125], συγκρίθηκε η συχνότητα της κατάθλιψης 91 ασθενών με ΡΑ πρόσφατης έναρξης αμέσως μετά τη διάγνωση και μετά από ένα χρόνο, η κατάθλιψη εκτιμήθηκε ότι ανέρχεται σε ένα ποσοστό της τάξης του 20%. Επιπλέον, η ψυχοπαθολογία αυτών των ασθενών διαπιστώθηκε ότι ήταν σταθερή και ένα χρόνο μετά τη διάγνωση. Ανάλογα ήταν και τα αποτελέσματα της έρευνας των Palkonyai και συν. [126] σε 73 Ούγγρους ασθενείς με ΡΑ και σε 45 Αυστριακούς ασθενείς, σύμφωνα με την οποία εκτιμήθηκε ότι η κατάθλιψη παρέμενε σταθερή τα τρία πρώτα χρόνια της ασθένειας. Επίσης, στις συγχρονικές μελέτες των Meenan και συν. [127] και των Barlow και συν. [128] δεν καταγράφηκαν διαφορές στην επίπτωση της κατάθλιψης μεταξύ των ασθενών με ΡΑ πρόσφατης έναρξης και εκείνων με μακρόχρονης διάρκειας ΡΑ. Ωστόσο, από τους Isik και συν. [122] σε 82 ασθενείς με ΡΑ εκτιμήθηκε ότι η πορεία της συσχετίστηκε θετικά με την κατάθλιψη και αρνητικά με το άγχος. Αντιθέτως, στην μελέτη των Chaney και συν. [129] αναφέρεται ότι η επίπτωση της κατάθλιψης ήταν υψηλότερη στα πρώτα στάδια της νόσου [130,131, 104,132].

Σχετικά με τη συχνότητα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας ανάμεσα σε ασθενείς με μακρόχρονη πορεία νόσου και σε ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης θα πρέπει να γίνουν περισσότερες έρευνες με μεγαλύτερο αριθμό δείγματος για πιο έγκυρα αποτελέσματα, καθώς οι παράγοντες που εμπλέκονται στην εκδήλωση της κατάθλιψης στις διάφορες φάσεις της ασθένειας ποικίλουν.

Όσον αφορά το ποσοστό της κατάθλιψης σε ασθενείς με ΡΑ, όπως καταλήγει ο Greed [133] μέσα από την βιβλιογραφική του ανασκόπηση, δεν υπάρχουν ευρήματα που να παρέχουν σαφείς ενδείξεις ότι είναι υψηλότερο σε σύγκριση με εκείνο των ασθενών με άλλες χρόνιες σωματικές νόσους [134]. Ανάλογες διαπιστώσεις έχουν διατυπωθεί από τους οι Hawley & Wolfe [411], που μελέτησαν, σε περίοδο 10 ετών, ομάδα ασθενών με ΡΑ (n=6.153) στην οποία βρέθηκε ότι η εμφάνιση κατάθλιψης στους συγκεκριμένους ασθενείς είναι ανάλογη με αυτή άλλων σωματικών ασθενειών, με εξαίρεση την περίπτωση ασθενών με ινομυαλγία, όπου τα ποσοστά κατάθλιψης

των τελευταίων ήταν υψηλότερα. Ωστόσο, από τους Abdel-Nasser και συν. [55], οι οποίοι συνέκριναν μια ομάδα ασθενών με ΡΑ με μία ομάδα ασθενών με οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ), διαπιστώθηκε 2,7 φορές συχνότερη εμφάνιση κατάθλιψης στους ασθενείς με ΡΑ. Κρίνεται, όμως, σημαντικό να σημειωθεί ότι η διαφορά αυτή μειώθηκε, όταν η σύγκριση αφορούσε ασθενείς με ανάλογη μείωση της λειτουργικής ικανότητας, ως συνέπεια της ασθένειάς τους (23,3% των ασθενών με ΡΑ και 10% των ασθενών με ΟΑ).

Σημαντικά είναι τα αποτελέσματα της δεκαετιαίχρης αναδρομικής έρευνας των Timonen και συν. [135], η οποία είχε στόχο τη μελέτη του ψυχοκοινωνικού προφίλ αυτόχειρων ασθενών με ΡΑ. Τα στοιχεία προήλθαν από την καταγραφή όλων των αυτοκτονιών (n=1585) που διεπράχθησαν σε περιοχή της Βόρειας Φιλανδίας κατά την περίοδο 1988–2000. Από τους 1585 αυτόχειρες, οι 19 έπασχαν από Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (ΡΑ), οι 49 από Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) και οι υπόλοιποι 1517 δεν εμφάνιζαν καμία από τις παραπάνω ασθένειες. Από τους 1585 αυτόχειρες, οι 289 (18,2%) ήταν γυναίκες. Το ποσοστό των γυναικών με ΡΑ που αυτοκτόνησαν ήταν σημαντικά μεγαλύτερο από εκείνο των γυναικών που δεν έπασχαν από ΡΑ ή ΟΑ (52,6 % γυναίκες με ΡΑ vs 17,3% γυναίκες χωρίς ΡΑ ή ΟΑ). Επίσης, το 90% των γυναικών με ΡΑ που αυτοκτόνησε είχε προηγουμένως διαγνωστεί με κατάθλιψη, ενώ το 50% είχαν στο ιστορικό τους τουλάχιστον μία απόπειρα αυτοκτονίας. Επιπλέον, η μέθοδος αυτοκτονίας στις γυναίκες ασθενείς με ΡΑ χαρακτηριζόταν από βιαιότητα στο 90% των περιπτώσεων. Οι άνδρες ασθενείς με ΡΑ εμφανίζονταν λιγότερο καταθλιπτικοί και μάλιστα μικρό ποσοστό των ανδρών ασθενών με ΡΑ παρουσίασαν στο ιστορικό τους απόπειρες. Παράλληλα, σε όσες αυτοκτονίες διεπράχθησαν, διαπιστώθηκε ότι συνέβησαν σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά από τη διάγνωση της ασθένειας. Τέλος, ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών με ΡΑ που αυτοκτόνησαν ήταν σημαντικά μεγαλύτερος (μ.ο = 61.7.) από το μέσο όρο ηλικίας των υπολοίπων αυτοχείρων που δεν έπασχαν από ΡΑ ή ΟΑ (μ.ο=41.3). Εντούτοις, δεν ήταν υψηλότερος σε σύγκριση με το μέσο όρο ηλικίας των αυτοχείρων ασθενών με ΟΑ (μ.ο.= 61.9).

Μολονότι η σημασία της ψυχολογικής προσαρμογής έχει ευρέως μελετηθεί στα πλαίσια μίας σοβαρής ασθένειας κατά τη διάρκεια της οποίας τα συμπτώματα ποικίλουν ευρέως και είναι πιθανό να οδηγήσουν σε μια ποικιλία ψυχικών προβλημάτων, το άγχος κατά ένα μεγάλο μέρος έχει αγνοηθεί, καθώς η έρευνα στο συγκεκριμένο σημείο εξακολουθεί να είναι περιορισμένη [136,137,138]. Στο γενικό

πληθυσμό η επίπτωση του άγχους κατά τη διάρκεια της ζωής κυμαίνεται από 14.6% - 24.9% [139]. Ανάλογη φαίνεται πως είναι και η επίπτωση στους ασθενείς με ΡΑ. Οι Chandarana και συν. [140] μελέτησαν 86 ασθενείς με ΡΑ και διαπίστωσαν ότι τα επίπεδα του άγχους είναι παρόμοια με αυτά του γενικού πληθυσμού και εκτιμώνται στο 21.4%. Ανάλογα περίπου είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας των Zygiarona και συν. [120] σε 68 ασθενείς με ΡΑ, η οποία αναφέρει μια επίπτωση άγχους που φτάνει στο 17.8%. Λίγο μεγαλύτερο εμφανίζεται το ποσοστό (20% με 30%), σε μια από τις τελευταίες έρευνες των Odegard και συν. [121] σε 238 ασθενείς με ΡΑ.

Αντίθετα, στη μελέτη των Pincus και συν. [141], βρέθηκε ότι οι ασθενείς με ΡΑ είχαν σχεδόν τέσσερις φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν συμπτώματα άγχους από τον υγιή πληθυσμό. Αξιοσημείωτο είναι το ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό άγχους (70%), που βρέθηκε στην έρευνα των el Miedany & el Rasheed [107] σε 80 ασθενείς με ΡΑ.

Σε μία πιο διεξοδική έρευνα των VanDyke και συν. [105], βρέθηκε ότι το άγχος που προκαλείται από μία κατάσταση (state anxiety), ήταν αντίστοιχο με το γενικό πληθυσμό, ενώ το άγχος που εμφανίζεται ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (trait anxiety) ήταν αρκετά πιο υψηλό. Διαφορετική όμως, εικόνα παρουσιάζει η μελέτη των Radanov και συν [142], στην οποία βρέθηκε ότι οι ασθενείς με ΡΑ εμφάνισαν μέτρια επίπεδα άγχους που αναφέρεται ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητάς τους και τα οποία ήταν ανάλογα με το γενικό πληθυσμό. Συγκρίσιμα ήταν και τα αποτελέσματα της έρευνας των Anderson και συν [143], σε 64 ασθενείς με ΡΑ, όπου κατέγραψαν μέτρια επίπεδα παροδικού άγχους (state anxiety) σε ασθενείς με ΡΑ, παρόμοια με αυτά του γενικού πληθυσμού.

Εκτός από τις μελέτες που αναφέρονται σε συγκρίσεις που έχουν γίνει σε σχέση με το γενικό πληθυσμό, υπάρχουν και έρευνες, όπως των Hawley και Wolfe [106], που αναφέρουν ότι το επίπεδο άγχους των 400 ασθενών με ΡΑ που μελέτησαν ήταν παρόμοιο με αυτό των ασθενών με άλλες ρευματικές παθήσεις (π.χ. οστεοαρθρίτιδα, πόνος στη μέση, ινομυαλγία). Επίσης, οι Wittchen και συν [144], αναφέρουν ότι το άγχος προηγείται οποιασδήποτε άλλης διαταραχής και μπορεί να είναι πρόδρομος της εκδήλωσης κατάθλιψης. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, η ανίχνευση συμπτωμάτων άγχους σε ασθενείς με ΡΑ **μπορεί να διευκολύνει την πρόωρη εκτίμηση για την πιθανή εκδήλωση κατάθλιψης και να βοηθήσει να αποτραπούν μελλοντικά καταθλιπτικά επεισόδια**. Τέλος, άλλοι μελετητές διατύπωσαν την άποψη ότι το άγχος δεν συσχετίστηκε με την πορεία της νόσου [105], άποψη η οποία έρχεται σε

αντίθεση με εκείνους που υποστηρίζουν ότι το άγχος είναι μεγαλύτερο στα πρώτα χρόνια της εμφάνισης της νόσου [143,145].

Η κατάθλιψη στους ασθενείς με ΡΑ έχει εκτενώς μελετηθεί, ενώ το άγχος έχει μελετηθεί σε πολύ μικρότερο βαθμό. Ο επιπολασμός της ψυχοπαθολογίας στους ασθενείς με ΡΑ είναι ασαφής, καθώς τα ποσοστά ποικίλλουν στις διάφορες μελέτες. Οι διαφορές ίσως να οφείλονται στους παράγοντες που εμπλέκονται στην εκδήλωση ψυχοπαθολογίας και το διαφορετικό ρόλο που πιθανόν διαδραματίζουν στις διάφορες φάσεις της πορείας της νόσου. Συνεπώς, κρίνεται απαραίτητη η διερεύνηση των παραγόντων που εμπλέκονται στην εκδήλωση ψυχοπαθολογίας σε μία χρόνια και επίπονη ασθένεια όπως η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα.

Πίνακας 1. Συχνότητα άγχους και κατάθλιψης στους ασθενείς με ΡΑ

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ	ΔΕΙΓΜΑ	ΕΡΓΑΛΕΙΑ	ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΑΓΧΟΥΣ	ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ
Hawley & Wolfe	1993	713	-Arthritis Impact Measurement Scale		20,4%
Katz & Yelin	1993		-Geriatric Depression Scale -Health Assessment Quest		15-17%
Rimon & Lasko	1984	74	-Psychiatric Interview		40%
Chandarana et al	1987	86	-General Health Quest., Hospital -Anxiety and Depression Scale	21,4%	19%
Pincus et al	1996	113	-Hospital Anxiety & Depression Scale		15%
Smedstand et al	1996	238	-Self Report Questionnaire		20%
Abdel-Nasser et al	1998	60	-Symptom Checklist-90-R -Depression subscale -psychiatric interview -Health Assessment Quest		23%
Walsh et al	1999	43	-Center for epidemiology studies depression scale -Dyadic adjustment scale -Zarit burden inventory -SF-36 Health survey -Contextual social support measure -Relative source of distress index		35,7%
Marcenaro et al	1999	15	-Severity of Psychosocial Stressors Scale -Structured Clinical Interview for DSM-III-R		40%
Soderlin et al	2000		-Health Assessment Quest.		20%
el Miedany & el Rasheed	2002	80	-Psychiatric assessment (ICD-10) -Health Assessment Quest	70%	66,2%
Dickens et al	2003	74	-Standardised research interviews		39,2%
Zyrianova et al	2006	68		44,4%	37,5%
Nakajima et al	2006	4.558	-Review -Visual Analog Scale -Health Assessment Quest		41.1%
Isik et al	2007	82	-Hamilton Depression Scale	13.4%	41,5%

Πίνακας 2. Συχνότητα της κατάθλιψης και του άγχους στους ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης.

ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΧΡΟΝΟΛΟΓΙΑ	ΔΕΙΓΜΑ	ΕΡΓΑΛΕΙΑ	ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΑΓΧΟΥΣ	ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ
Conway et al	1994	60	-Health Assessment Quest. -Functional Limitations Profile -Psychiatric Assessment -Schedule Life events and Difficulties Schedule		13,3%
Smedstad et al	1996	238	-General Health Quest. -The Nottingham Health Profile -Health Assessment Quest. -Arthritis Impact Measurement Scale		20%
Evers et al	1997	91	-Impact of Rheumatic Diseases on General Health and Lifestyle		20%
Barlow et al	1999	33	-Health Assessment Quest. -Visual analogue scale -Hospital Anxiety and Depression scale -Acceptance of Illness Scale -Rheumatoid Arthritis Patient Knowledge Quest. -Psychosocial Issues Quest.		42%
Deckers et al	2001	54	-Questionnaire of Recently Experienced Events -Every Day Problem Check-List -Utrecht Coping List, -Impact of Rheumatic Diseases on General Health and Lifestyle	20,3%	
Hyphantis et al	2005	22	-Symptoms Checklist-90 Revised -General Health Quest. -Defense Style Quest. -Hostility and Direction of Hostility Questionnaire		31.8%
Palkonyai et al	2007	118	-Health Assessment Quest. -Beck Depression Inventory		12.3%
Odegard	2007	238	-Arthritis Impact Measurement -General Health Quest.-28 -Health Assessment Questionnaire -Visual Analogue Scale	20%-30%	5%-13%

5.2 Κλινικοί, δημογραφικοί & ψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με ψυχοπαθολογία ασθενών με ΡΑ

Ο συνοδός της νόσου πόνος και η έλλειψη λειτουργικότητας ήταν από τα πρώτα θέματα που μελετήθηκαν σχετικά με το κατά πόσο συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης και του άγχους, χωρίς και εδώ να είναι εύκολο να επιβεβαιωθεί η φορά της αιτιολογίας μεταξύ αυτών των παραγόντων. Η πλειοψηφία των μελετών για την εκτίμηση της σωματικής δυσλειτουργίας και του πόνου συνήθως χρησιμοποιεί τα ερωτηματολόγια: "Arthritis Impact Measurement Scale" [106,132,146,123,147,148,116,149,150,108], "Health Assessment Questionnaire" [151,104,145,152,153,154,155,128,147,132,156,157,158,159,160,126] και "Visual Analog Scale For Pain" [123,161,162,163,164,119].

Ένας μεγάλος αριθμός συγχρονικών (cross-sectional) μελετών σε ασθενείς με ΡΑ αναφέρει ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ ψυχοπαθολογίας και της ενεργότητας της νόσου [165] κυρίως με την ένταση του πόνου [166,167,151,133,131,168,123,169, 149,170,171,107,172,173,120,119].

Σύμφωνα με μια αναδρομική μελέτη διάρκειας 4 χρόνων των Suurmeijer και συν. [174], αναφέρεται ότι η κόπωση και ο πόνος αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της λειτουργικής ικανότητας και της κατάθλιψης. Σε μία συγχρονική μελέτη των Palkonyai και συν. [126], σε 73 Ούγγρους ασθενείς με ΡΑ και σε 45 Αυστριακούς επίσης με ΡΑ, βρέθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και της σωματικής δυσλειτουργίας. Επίσης, σε συγχρονική μελέτη των Zautra & Smith [170], όταν συγκρίθηκαν 87 ηλικιωμένες γυναίκες ασθενείς με ΡΑ και 101 ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα διαπιστώθηκαν υψηλότερα επίπεδα πόνου και άγχους στους ασθενείς με κατάθλιψη. Από τους Shih και συν. [175] εκτιμήθηκε ότι η ψυχοπαθολογία συσχετίστηκε με τη σωματική δυσλειτουργία και την κακή πορεία της νόσου.

Στην μετα-ανάλυση 12 ερευνών των Dickens και συν. [109] που ήδη αναφέρθηκε, προέκυψε πως ο πόνος επίσης είναι ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της κατάθλιψης. Ωστόσο, σε άλλες έρευνες, τα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας μπορούσαν να ερμηνευθούν από τη δραστηριότητα της νόσου μόνον έως ένα σχετικά περιορισμένο βαθμό [107,176,177,178]. Πιο συγκεκριμένα, από τους Hawley & Wolfe [106], σε ομάδα 400 ασθενών με ΡΑ, εκτιμήθηκε ότι το 25% της διακύμανσης των τιμών της κατάθλιψης οφείλεται στην ενεργότητα της νόσου. Επίσης, από τους ίδιους [132] σε μεταγενέστερη έρευνα 713 ασθενών με ΡΑ, το 34% της κατάθλιψης ερμηνεύτηκε από την ενεργότητα της νόσου, κυρίως με την ένταση του πόνου. Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα της μελέτης των Brown και συν. [179] όπου εκτιμήθηκε ότι η λειτουργική ικανότητα ερμηνεύει το 26% της διακύμανσης των τιμών της κατάθλιψης. Από τους Abdel-Nasser και συν. [55], σε 60 ασθενείς με ΡΑ, διαπιστώθηκε ότι η μείωση της λειτουργικής ικανότητας σε συνδυασμό με την απουσία έγγαμου βίου ερμήνευε το 22% της διακύμανσης των τιμών της κατάθλιψης. Ακόμη χαμηλότερα, μόλις ένα ποσοστό της τάξης του 10,7% της διακύμανσης της κατάθλιψης ερμηνευόταν από την ενεργότητα της νόσου [180].

Ακόμη μικρότερη συμμετοχή των κλινικών παραγόντων στην εκδήλωση ψυχοπαθολογίας υποστηρίζεται από άλλους ερευνητές. Συγκεκριμένα, οι Katz & Yelin [181] εκτίμησαν ότι η χειρότερη κλινική κατάσταση και η μείωση της

λειτουργικής ικανότητας έπαιζαν ρόλο στην εκδήλωση της κατάθλιψης, επισημαίνοντας παράλληλα, ότι η απώλεια αγαπημένων δραστηριοτήτων έδειχνε να είναι πιο σημαντικός παράγοντας για την εκδήλωσή της. Ομοίως, ο Wolfe [182] υποστηρίζει βάσει των δεδομένων της έρευνάς του ότι η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών με ΡΑ επηρεάζεται ελάχιστα από τη σοβαρότητα της νόσου.

Αντίθετα αποτελέσματα παραθέτονται σε άλλες μελέτες, στις οποίες δεν αναφέρεται συσχέτιση μεταξύ των δεικτών ενεργότητας της νόσου και της κατάθλιψης [183,184,169,185,186]. Ειδικότερα, μια σχετικά πρόσφατη έρευνα των Dickens και συν. [117] σε 74 ασθενείς με ΡΑ αναφέρει ότι οι κλινικοί δείκτες και οι δημογραφικοί παράγοντες δεν συσχετίζονται με την κατάθλιψη.

Πιθανόν, η ένταση της επίδρασης των κλινικών παραμέτρων της νόσου στην ψυχολογία των ασθενών με χρόνια ΡΑ να διαφέρει από την επίδρασή τους σε ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης. Έτσι, ορισμένοι ερευνητές προσπάθησαν να διερευνήσουν εάν ο πόνος και η ενεργότητα της νόσου συσχετίζονται με το άγχος και την κατάθλιψη στα πρωταρχικά στάδια της νόσου. Από τους Smedstad και συν. [123], σε 238 ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης βρέθηκε ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με τον πόνο, τη δυσλειτουργία και την κόπωση ακόμη και αμέσως μετά τη διάγνωση της νόσου. Επίσης, οι Smedstad και συν. [187], σε 216 ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης βρήκαν ότι η ενεργότητα της νόσου και η μείωση της λειτουργικής ικανότητας συσχετίζονται με την κατάθλιψη, επισημαίνοντας παράλληλα πως οι δείκτες αυτοί ερμήνευαν το 25%-28% της διακύμανσης των τιμών της κατάθλιψης.

Σύμφωνα με μια αναδρομική μελέτη [156], στην οποία εξετάστηκαν 22 ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης κατά τη διάρκεια μιας περιόδου 21 μηνών, διαπιστώθηκε ότι η μείωση της λειτουργικότητας, ο πόνος, οι παθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης ψυχοπιεστικών καταστάσεων και οι υποκειμενικές αντιλήψεις αναφορικά με τις επιπτώσεις της ασθένειας συνιστούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες για την εκδήλωση κατάθλιψης. Επίσης, σε μία άλλη αναδρομική μελέτη από τους Evers και συν [125] διερευνήθηκε συγκριτικά η ψυχολογική κατάσταση 91 ασθενών με ΡΑ πρόσφατης έναρξης για 1 χρόνο αμέσως μετά τη διάγνωση και μετά από 1 έτος. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ο πόνος, η σωματική δυσλειτουργία, η επίδραση της ασθένειας στην καθημερινή ζωή, το φύλο, τα στρεσογόνα γεγονότα και η κοινωνική στήριξη συσχετίζονται με το άγχος και την κατάθλιψη αμέσως μετά τη διάγνωση της νόσου. Επιπλέον, η ύφεση της νόσου αποτελούσε προγνωστικό

παράγοντα για την ύφεση της κατάθλιψης. Στα ίδια πλαίσια κυμαίνονται και τα αποτελέσματα της έρευνας των Evers και συν. [54], σε 78 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με ΡΑ, όπου εκτιμήθηκε ότι κατά τον επανέλεγχο στους ίδιους ασθενείς μετά από 3 και 5 έτη, η κακή κλινική κατάσταση, ο υψηλός νευρωτισμός και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της αύξησης του άγχους και της κατάθλιψης. Από μία ακόμη έρευνα των Conic και συν. [149], σε 134 ασθενείς με ΡΑ διαπιστώθηκε ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση κατάθλιψης ήταν η υψηλή ένταση και η χαμηλή αυτοεκτίμηση σε συνδυασμό με την κόπωση, την παθητική διαχείριση της κατάστασης, τον πόνο και τη σωματική δυσλειτουργία.

Από την άλλη πλευρά, η έρευνα των Eberhardt και συν. [145] σε 89 ασθενείς με ΡΑ, έδειξε ότι η κατάθλιψη και το άγχος δεν συσχετίστηκαν με τους κλινικούς παράγοντες της ασθένειας. Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα των Evers και συν. [54] που υποστηρίζουν ότι, το ποια άτομα θα παρουσιάσουν συμπτώματα ψυχοπαθολογίας στην πορεία της νόσου καθορίζεται από σχετικά πιο γενικούς και σταθερούς παράγοντες και όχι τόσο από τις επιδράσεις της ίδιας της ασθένειας. Στην ίδια κατεύθυνση, η προκαταρκτική μας μελέτη σε 22 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς, με διάρκεια νόσου μικρότερη του ενός έτους, έδειξε ότι η ενεργότητα της νόσου δεν συσχετίστηκε με την ψυχοπαθολογία [118].

Πολλοί ερευνητές διερεύνησαν περαιτέρω το ρόλο των δημογραφικών παραμέτρων στην ψυχοπαθολογία, συχνά με αντικρουόμενα αποτελέσματα. Στην έρευνα των Soderlin και συν. [188], το φύλο βρέθηκε να σχετίζεται με το άγχος, καθώς οι άντρες ασθενείς είχαν μεγαλύτερο άγχος από τις γυναίκες. Ως προς το ρόλο της ηλικίας στην ανάπτυξη της κατάθλιψης, στις έρευνες των Shih και συν. [175] και των Wright και συν. [189] διαπιστώθηκε υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης σε ασθενείς μικρότερης ηλικίας. Παρομοίως, στην έρευνα των Plach και συν. [190], σε 100 και 38 γυναίκες ασθενείς με ΡΑ μέσης ηλικίας και τρίτης ηλικίας αντίστοιχα, βρέθηκε ότι οι γυναίκες της τρίτης ηλικίας είχαν χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης. Η κατάθλιψη φέρεται να συσχετίζεται και με άλλους παράγοντες, όπως την κακή κοινωνικο-οικονομική κατάσταση [106,175], την αγαμία, το χωρισμό [104,55] και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο [118].

Εντούτοις, από τις έρευνες των Newman και συν. [131], εκτιμήθηκε ότι το ποσοστό της μεταβλητότητας που μπορούσε να εξηγηθεί από τους δημογραφικούς παράγοντες, την ηλικία, το φύλο, την κατάσταση γάμου και το επίπεδο εκπαίδευσης,

ήταν μόνο στο 38%, ενώ οι Smith και συν [180] αναφέρουν ότι μόνο το 7,5% ερμηνεύονταν από την ηλικία των ασθενών και το επίπεδο της εκπαίδευσής τους.

Άλλες έρευνες αναφέρουν επίσης ότι δεν βρήκαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ δημογραφικών παραγόντων και ανάπτυξης ψυχοπαθολογίας. Συγκεκριμένα, το φύλο [104,191,55,192,171], η ηλικία [104,191,55,171], η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση [104] και το μορφωτικό επίπεδο [104, 153] δεν βρέθηκε να συσχετίζονται με την κατάθλιψη [117].

Διερευνώντας δείγμα ασθενών με ΡΑ πρόσφατης έναρξης, η βιβλιογραφία αναφέρει ότι καταγράφηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του φύλου με την εκδήλωση της κατάθλιψης, επισημαίνοντας πως οι δείκτες αυτοί ερμηνεύουν το 23%-28% της μεταβλητότητας της κατάθλιψης [187]. Το φύλο φαίνεται πως είναι ένας από τους παράγοντες που συσχετίζονται με το άγχος και την κατάθλιψη αμέσως μετά τη διάγνωση της ασθένειας. Ειδικότερα, ένα χρόνο μετά εκτιμήθηκε ότι το ανδρικό φύλο, η ύφεση της νόσου και η κοινωνική υποστήριξη αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες για τη μείωση της κατάθλιψης [125]. Επίσης, κατά την περίοδο της διάγνωσης, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αποτελούσε προδιαθεσικό παράγοντα για την εκδήλωση της κατάθλιψης ακόμη και μετά από 3 και 5 χρόνια [54].

Σε αντίθεση με τα παραπάνω ευρήματα, οι Eberhardt και συν. [145], δεν βρήκαν κάποια σχέση μεταξύ των δημογραφικών παραγόντων και της ψυχοπαθολογίας σε 84 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με ΡΑ. Το ίδιο αναφέρεται και από τους Sharpe και συν. [156], στη μελέτη που πραγματοποίησαν, με 22 ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης, από την οποία προέκυψε πως καμία από τις βασικές δημογραφικές μεταβλητές δεν συσχετίστηκε με την κατάθλιψη.

Ως προς την κατανόηση της συμμετοχής ψυχολογικών παραγόντων στην ανάπτυξη κατάθλιψης ιδιαίτερα βοηθούν οι παρακάτω μελέτες. Στη θετική συσχέτιση μεταξύ του πόνου και της κατάθλιψης βρέθηκαν να παρεμβάλλονται οι παθητικές στρατηγικές διαχείρισης και η αίσθηση του αβοήθητου [193]. Παθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως αυτές που χαρακτηρίζονται από αυτομομφή και αυτοκαταστροφή, έχουν συσχετιστεί με αυξημένη συναισθηματική δυσανεξία, κατάθλιψη, πόνο και μείωση της λειτουργικότητας, ενώ αντίθετα ενεργητικές στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες επικεντρωμένες στην επίλυση προβλημάτων, έχουν συσχετιστεί με βελτίωση της ψυχολογικής προσαρμογής και με μείωση της κατάθλιψης [194,195, 196, 169, 149, 173].

Οι παθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης των δυσκολιών και οι πεποιθήσεις για τις επιπτώσεις της ασθένειας αποτελούν επίσης σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες και για την εκδήλωση κατάθλιψης [197,194,54,149] και άγχους Scharloo και συν. [196]. Σε μία άλλη έρευνα των Conic & Hough [198], εκτιμήθηκε ότι οι παθητικές στρατηγικές διαχείρισης της ασθένειας παρεμβάλλονται στην σωματική δυσλειτουργία και την κατάθλιψη [199]. Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι το υψηλότερο επίπεδο κατάθλιψης συνδέεται και με τον τρόπο που αντιλαμβάνονται οι ασθενείς την ίδια τη νόσο [200,150]. Σε μία συγχρονική μελέτη των Thernabe και συν. [201] με 55 ασθενείς με PA (με διάρκεια νόσου, >6 μήνες), με 52 ασθενείς με PA από 1-7 χρόνια και 47 ασθενείς με PA>7 χρόνια) διαπιστώθηκε ότι η αντίληψη της ασθένειας συσχετίζεται με την κατάθλιψη ιδιαίτερα στους νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς. Μια ενεργητική στάση απέναντι στην νόσο έχει ως αποτέλεσμα τη καλύτερη προσαρμογή, ενώ μια παθητική στάση, ιδιαίτερα σε περιόδους έξαρσης, αποτελεί έναν από τους παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη [202, 203, 179]. Οι περισσότεροι ασθενείς με PA χρησιμοποιούν μια ποικιλία από στρατηγικές διαχείρισης της κατάστασης [203]. Οι ασθενείς που χρησιμοποιούσαν λιγότερες στρατηγικές και ήταν λιγότερο ελαστικοί να τις αλλάξουν είχαν χειρότερη ψυχολογική κατάσταση [204].

Οι Bunchi και συν. [205] μελετώντας ομάδα ασθενών με PA με το ερωτηματολόγιο Sense of Coherence (SOC) που εκτιμά την ικανότητα των ασθενών να απαντούν σε ψυχοπιεστικά ερεθίσματα με την κατάλληλη εφαρμογή ποικιλίας μηχανισμών διαχείρισης, διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με χαμηλές τιμές στο SOC εμφάνιζαν συχνότερα κατάθλιψη (56%) σε σχέση με αυτούς με υψηλές τιμές (10%) [206].

Ένας ψυχολογικός παράγοντας που μελετάται και που ενδέχεται να επηρεάζει την προσαρμογή των ασθενών με PA, είναι το «κέντρο ελέγχου» (locus of control), το οποίο αναφέρεται στον βαθμό που οι ασθενείς πιστεύουν ότι έχουν τον έλεγχο της κατάστασης της υγείας τους. Οι ασθενείς που πιστεύουν ότι η υγεία τους εξαρτάται από «σημαντικούς άλλους» (π.χ. γιατρούς, συγγενείς), είναι λιγότερο πιθανό να αναλάβουν έναν ενεργό ρόλο στη διαχείριση της κατάστασής τους και εξαρτώνται από τους άλλους. Οι ασθενείς με ενδοπροσωπικό έλεγχο (internal control) αναλαμβάνουν περισσότερο την ευθύνη της θεραπείας τους, αλλά ίσως βιώνουν περισσότερο άγχος όταν η κατάσταση της υγείας τους ξεφεύγει από τον έλεγχό τους [207]. Οι Tennen και συν. [208] αναφέρουν ότι οι ασθενείς με υψηλό ενδοπροσωπικό έλεγχο (external

control) ανέφεραν λιγότερο πόνο, αλλά όταν τα επίπεδα του πόνου ήταν πολύ υψηλά και ξεπερνούσαν τα συνήθη επίπεδα, τότε οι ασθενείς ήταν πιο πιθανό να πάθουν κατάθλιψη.

Η αίσθηση αυτο-επάρκειας (self-efficacy) είναι μία έννοια που αναπτύχθηκε από τον Bandura [209] και αναφέρεται στην εμπιστοσύνη που έχει κάποιος στις ικανότητές του να αναπτύξει συγκεκριμένες συμπεριφορές σε ιδιαίζουσες καταστάσεις. Από τους Riesma και συν [210], οι οποίοι μελέτησαν 227 ασθενείς με ΡΑ, βρέθηκε ότι ασθενείς με υψηλή αίσθηση αυτο-επάρκειας, ανέφεραν λιγότερη ψυχική καταπόνηση. Επίσης, οι Smarr και συν. [211] εκτίμησαν πως οι αλλαγές στην αίσθηση της αυτο-επάρκειας συσχετίζονται με την κατάθλιψη στην ΡΑ [212]. Η έννοια της αυτό-αποτελεσματικότητας είναι πολύ στενά συνδεδεμένη με την αίσθηση του αβοήθητου. Η αίσθηση του αβοήθητου στην διαχρονική έρευνα των Smith και συν. [213] βρέθηκε ότι αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την εκδήλωση της κατάθλιψης.

Τέλος, η σημασία διαφόρων κοινωνικοψυχολογικών παραγόντων στην πορεία της ΡΑ και την πιθανότητα ανάπτυξης κατάθλιψης έχει αναδειχθεί μέσα από ένα πλήθος ερευνών. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει η μελέτη συσχέτισης της κατάθλιψης με παράγοντες όπως η υποστήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον. Το μη υποστηρικτικό κοινωνικό περιβάλλον και η έλλειψη κοινωνικών επαφών φαίνεται ότι ευνοεί την εμφάνιση κατάθλιψης στους ασθενείς με ΡΑ, ενώ ένα το υποστηρικτικό περιβάλλον ελαττώνει την πιθανότητα αυτή [214,131,215,216,188,217,175,120]. Ιδιαίτερα σε ασθενείς με μεγαλύτερη διάρκεια νόσου (πάνω από τρία χρόνια) υπάρχει μεγαλύτερη συσχέτιση μεταξύ του κοινωνικού υποστηρικτικού περιβάλλοντος και της ψυχοπαθολογίας [202, 218]. Σύμφωνα με έρευνα των el-Miedany και συν [107], η κατάθλιψη σχετίζεται περισσότερο με το κοινωνικό άγχος από ό,τι με την ενεργότητα της νόσου και τη σωματική ανικανότητα.

Παράγοντες που επίσης βρέθηκε ότι θα μπορούσαν να προβλέψουν την εκδήλωση κατάθλιψης ήταν οι καθημερινοί στρεσογόνοι παράγοντες, η αυτοπεποίθηση του ασθενή ότι έχει την ικανότητα να διαχειριστεί την κατάσταση και ο βαθμός της σωματικής λειτουργικότητας [219]. Από τους Sharpe και συν. [156] σε αναδρομική μελέτη 22 νεοδιαγνωσθέντων ασθενών με ΡΑ εκτιμήθηκε ότι η κατάθλιψη, η δυσλειτουργία, ο πόνος, η αντίληψη για τις συνέπειες της ασθένειας και οι στρατηγικές διαχείρισης της κατάστασης αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες για την εκδήλωση κατάθλιψης.

Σύμφωνα με αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών, η ψυχική καταπόνηση βρέθηκε ότι σχετίζεται με τις επιπτώσεις της ΡΑ, όπως με την ενεργότητα της νόσου, τον πόνο, την κόπωση και τη σωματική ανικανότητα. Επίσης, βρέθηκε ότι σχετίζεται με ψυχολογικούς παράγοντες, όπως με τη χρήση παθητικών στρατηγικών διαχείρισης της κατάστασης, την εσωτερική συγκρότηση, την αίσθηση του αβοήθητου, το κέντρο ελέγχου, την αίσθηση της αυτο-επάρκειας, την υποκειμενική αντίληψη για τις επιπτώσεις της ασθένειας, καθώς και την έλλειψη υποστηρικτικού περιβάλλοντος, την απώλεια αγαπημένων δραστηριοτήτων αλλά και με διάφορους δημογραφικούς παράγοντες (φύλο, ηλικία και μορφωτικό επίπεδο). Στην παρούσα μελέτη γίνεται προσπάθεια να διερευνηθούν οι ψυχολογικοί παράγοντες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που διαμεσολαβούν ή τροποποιούν τη σχέση μεταξύ κλινικών παραγόντων και ψυχικής καταπόνησης, δείχνοντας ποιοι ασθενείς θα επηρεαστούν περισσότερο ψυχολογικά από τις επιπτώσεις της νόσου.

5.3 Παράγοντες που σχετίζονται με την σωματική αναπηρία στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα

Η κλινική πορεία και η πρόγνωση της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας ποικίλλει και είναι δύσκολο να προβλεφθεί. Οι περισσότεροι ασθενείς εμφανίζουν συνεχή αλλά με διακυμάνσεις δραστηριότητα της νόσου, που συνοδεύεται από διάφορου βαθμού παραμορφώσεις των αρθρώσεων. Οι Drossaers-Bakker και συν. [220] διατυπώνουν την άποψη ότι, κατά μέσον όρο, η σωματική ικανότητα μειώνεται σταθερά με τα χρόνια, από την έναρξη έως τα προχωρημένα στάδια της νόσου, ενώ οι Strating και συν. [221] επισημαίνουν ότι υπάρχει μεγάλη απόκλιση μεταξύ των ασθενών.

Στην παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια να διερευνηθεί η σχετική συμμετοχή διαφόρων μεταβλητών στη διεργασία ανάπτυξης της αναπηρίας στους ασθενείς με ΡΑ, σύμφωνα με το μοντέλο της «διεργασίας της αναπηρίας» των Escalante και del Rincón [222], το οποίο βασίζεται στο γενικό μοντέλο των Verbrugge's and Jette's [223] σχετικά με τη διεργασία της αναπηρίας (Disablement Process Model) (DPM).

Το «Disablement Process Model» είναι ένα διευρυμένο και εξελιγμένο κοινωνικο-ιατρικό μοντέλο για τη διεργασία της ανάπτυξης της αναπηρίας, το οποίο είναι βασισμένο στα μοντέλα του κοινωνιολόγου ερευνητή Saad Nagi [224] και του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας [225] [International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH)]. Το μοντέλο **ICIDH** για την ανάπτυξη

σωματικής δυσλειτουργίας και ανικανότητας περιλαμβάνει τρεις διαδοχικές φάσεις: βλάβη (*impairments*), λειτουργικοί περιορισμοί (*disabilities*) και αναπηρία (*handicaps*) (σχ.1), ενώ το μοντέλο του Saad Nagi τέσσερις διαδοχικές φάσεις: παθολογία (*active pathology*), βλάβη (*impairment*), λειτουργικοί περιορισμοί (*functional limitation*) και αναπηρία (*disability*) (σχ.2) [223].

International Classification of Functioning, Disability and Handicap (ICIDH) **(World Health Organization, 1980)**

ΑΣΘΕΝΕΙΑ (DISEASE) →	ΒΛΑΒΗ (IMPAIRMENT) →	ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ (DISABILITY) →	ΑΝΑΠΗΡΙΑ (HANDICAP)
Παθολογία ή διαταραχή	απώλεια του φυσιολογικού σε ψυχολογικό και σωματικό επίπεδο	περιορισμός ή απώλεια της δυνατότητας να εκτελέσει μία δραστηριότητα με φυσιολογικό τρόπο	μειονέκτημα λόγω της βλάβης, η οποία περιορίζει την εκπλήρωση ενός κανονικού ρόλου (εξαρτάται από την ηλικία, το φύλο, τους κοινωνικούς παράγοντες κ.τ.λ.)

Σχήμα 1. Σχηματική αναπαράσταση του μοντέλου του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για τη διεργασία της ανάπτυξης της αναπηρίας (Verbrugge's and Jette's, 1994)

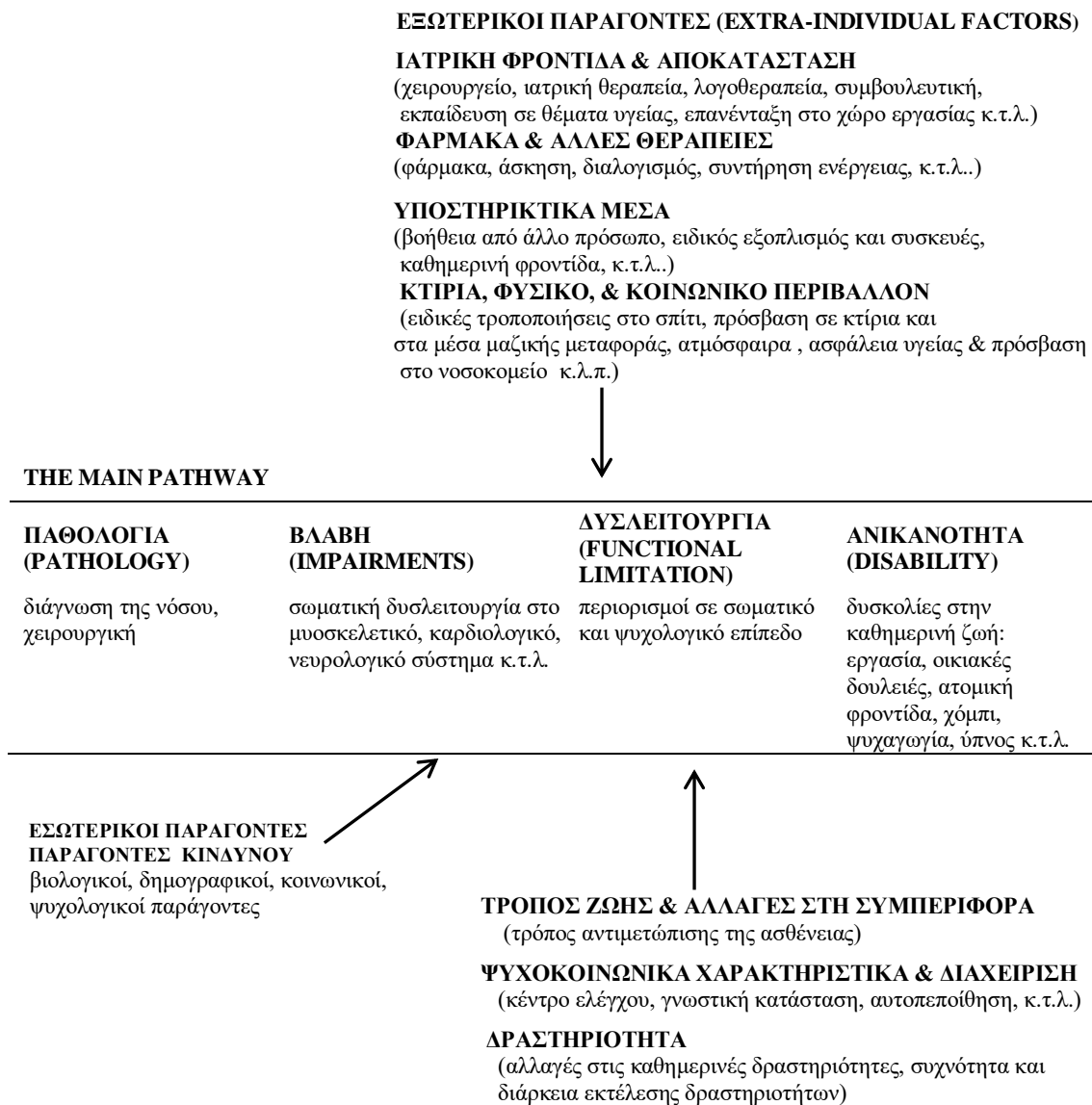
Nagi Scheme

ΕΝΕΡΓΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ (ACTIVE PATHOLOGY) →	ΒΛΑΒΗ (IMPAIRMENT) →	ΣΩΜΑΤΙΚΟΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ (FUNCTIONAL LIMITATION) →	ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ (DISABILITY)
περιορισμός της φυσιολογικής διαδικασίας και προσπάθειες από τον οργανισμό να επανακτήσει τη φυσιολογική κατάσταση	ανατομικές, σωματικές, ψυχικές, ή συναισθηματικές απώλειες	περιορισμός σε όλα τα επίπεδα	ανικανότητα να ανταποκριθεί στους κοινωνικούς ρόλους

Σχήμα 2. Σχηματική αναπαράσταση του μοντέλου του Saad Nagi για τη διεργασία της ανάπτυξης της αναπηρίας (Verbrugge's and Jette's, 1994).

Το «Disablement Process Model» [223] είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στην επιδημιολογική και κλινική έρευνα, καθώς κατευθύνει τη δημιουργία ερευνητικών υποθέσεων και το σχεδιασμό της θεραπείας για τις χρόνιες και σοβαρές σωματικές παθήσεις που προκαλούν αναπηρία. Το μοντέλο αυτό περιγράφει πώς μία χρόνια νόσος επηρεάζει τη λειτουργικότητα σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο, καθώς και τους βιολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (κοινωνικούς, ψυχολογικούς, περιβαλλοντικούς) που συμμετέχουν στην επίταση ή στην καθυστέρηση της σωματικής δυσλειτουργίας. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει τέσσερις διαδοχικές φάσεις: α) την παθολογία (*pathology*), η οποία αναφέρεται σε διαταραχές στη βιοχημεία και

στη φυσιολογία του οργανισμού. Η παθολογία μπορεί να διακριθεί σε χρόνια, η οποία περιλαμβάνει προοδευτικές νόσους, τραυματισμούς με μακροχρόνιες συνέπειες και μόνιμες δομικές/αισθητηριακές ανωμαλίες και σε παθολογία με διάρκεια μικρότερη από 3 μήνες, β) τις βλάβες (*impairments*), οι οποίες αναφέρονται στις δυσλειτουργίες και στις σημαντικές διαταραχές σε συγκεκριμένα συστήματα του οργανισμού που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα σε σωματικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο, γ) τους λειτουργικούς περιορισμούς (*functional limitations*), οι οποίοι αναφέρονται στην έλλειψη δυνατότητας εκτέλεσης σωματικών και πνευματικών ενεργειών στη καθημερινή ζωή (δυσκολίες στην κινητικότητα, βλάβη των αισθητηριακών οργάνων και έκπτωση των βασικών νοητικών λειτουργιών, όπως της πρόσφατης μνήμης, του λόγου, του προσανατολισμού στον τόπο και στο χρόνο κ.α) και δ) στην αναπηρία (*disability*), η οποία αποτελεί επέκταση του λειτουργικού περιορισμού, η οποία δημιουργεί ένα σύνολο εμποδίων σε σημαντικές περιοχές της ζωής, όπως στην αυτοεξυπηρέτηση, την εργασία, την ψυχαγωγία και την κοινωνική συμμετοχή (σχ.3) [223].



Σχήμα 3. Σχηματική αναπαράσταση του μοντέλου των Verbrugge's and Jette's (1994) για την ανάπτυξη της διεργασίας της αναπηρίας.

Το μοντέλο των Escalante και del Rincón [222], στο οποίο βασίζεται και η παρούσα έρευνα περιγράφει τη διεργασία της ανάπτυξης της αναπηρίας και τους διάφορους βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες που την επηρεάζουν, αποσαφηνίζοντας τις σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών. Αποτελείται από τέσσερα διαδοχικά στάδια της εξέλιξης της αναπηρίας στη ΡΑ: παθολογία (*pathology*) → βλάβη (*impairment*) → λειτουργικοί περιορισμοί (*functional limitation*) → αναπηρία (*physical disability*), τα οποία παρουσιάζονται αναλυτικότερα παρακάτω:

α) η παθολογία (*pathology*) εμφανίζεται στα κύτταρα και στους ιστούς και εκτιμάται είτε με τη μέτρηση της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων

(ΤΚΕ), της C αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP), τις κυτταροκίνες ή με την εξέταση των ακτινογραφιών και της μαγνητικής τομογραφίας,

β) οι βλάβες (*impairments*) είναι δυσλειτουργίες ή δομικές ανωμαλίες που εμφανίζονται στα όργανα ή τα οργανικά συστήματα. Σε αυτή τη φάση εμφανίζονται τα συμπτώματα της ασθένειας, όπως ο πόνος, η πρωινή δυσκαμψία, η ευαισθησία αρθρώσεων, το πρήξιμο και η δυσμορφία κ.α.

γ) οι λειτουργικοί περιορισμοί (*functional limitations*) αναφέρονται στον περιορισμό των σωματικών ή των νοητικών ενεργειών του παθόντος γενικότερα (πιάσιμο πραγμάτων, ταχύτητα βαδίσματος, κούμπωμα ρούχων κ.α.),

δ) η αναπηρία (*disability*) περιλαμβάνει δυσκολίες σε σημαντικούς τομείς της ζωής, όπως την αυτοεξυπηρέτηση, την απασχόληση, την εκπαίδευση, τη ψυχαγωγία και γενικότερα την κοινωνική συμμετοχή, οι οποίες περιορίζουν το άτομο από τον κοινωνικό του ρόλο. Για την εκτίμηση της αναπηρίας χρησιμοποιούνται συγκεκριμένα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια, όπως το «Health Assessment Questionnaire» ή η κλίμακα SF-36 [226].

Ένας σημαντικός αριθμός ερευνών έχει ασχοληθεί με το διαφορετικό ρυθμό της σωματικής έκπτωσης των ασθενών μελετώντας τους κλινικούς, κοινωνικο-δημογραφικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι επιδρούν μακροπρόθεσμα [223, 227, 228].

Ειδικότερα, οι μελέτες έχουν δείξει ότι οι κλινικοί παράγοντες όπως η δραστηριότητα της νόσου [191,229], η ευαισθησία των αρθρώσεων [229, 230, 221] και ο πόνος [227,230,161,231,232,233] αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες σωματικής δυσλειτουργίας. Αρκετές από τις έρευνες οι οποίες είτε μελέτησαν πρόσφατη, είτε μακροχρόνια διάρκεια νόσου προκύπτει ότι σημαντικός προάγγελος της μελλοντικής ανικανότητας ήταν η αρχική λειτουργική ανικανότητα [234, 230, 235, 222].

Από τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες που έχουν μελετηθεί ως προς τη σχέση τους με την εκδήλωση ή την επιτάχυνση της σωματικής αναπηρίας, το φύλο [236,234,230,237,238] [οι γυναίκες ανέφεραν χειρότερη έκβαση σωματικής δυσλειτουργίας [234,230,158], η μεγάλη ηλικία [234,239,240], η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση [238,241,242] και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ιδιαίτερα στους ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης [237] βρέθηκε ότι προμήνυαν την επιδείνωση της σωματικής ανικανότητας.

Ψυχοκοινωνικοί, επίσης, παράγοντες επιδρούν στην πορεία της σωματικής ανικανότητας. Λόγου χάρη, η αναπηρία μπορούσε να προβλεφθεί από τη ψυχολογική κατάσταση, όπως συμπεραίνεται από την αναδρομική μελέτη 238 ασθενών από τους Uhlig και συν. [147], οι οποίοι επανεξετάστηκαν μετά από 5 χρόνια. Παρόμοια συμπεράσματα προκύπτουν από τη μελέτη 113 ασθενών με ΡΑ πρόσφατης έναρξης των Van Der Heide και συν. [191] όπου εκτιμήθηκε ότι το 9-15% της δυσλειτουργίας οφειλόταν στην ψυχολογική κατάσταση του ασθενή. Επίσης, αξίζει να σημειωθούν τα αποτελέσματα των Escalante και del Rincon [243], σύμφωνα με τα οποία το 33% της σωματικής δυσλειτουργίας μπορούσε να ερμηνευθεί από τα χαρακτηριστικά της ασθένειας, ενώ το 20% από την ψυχολογική κατάσταση και τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Σε άλλη έρευνα αναφέρεται ότι το 41% της σωματικής δυσλειτουργίας συσχετίζεται με τον πόνο, ενώ μόλις το 7% και 5% αντίστοιχα με την πραγματική σωματική βλάβη και την κατάθλιψη [160]. Ειδικότερα, η έννοια της ψυχολογικής ευεξίας (well-being) έχει συμπεριληφθεί ως προγνωστικός παράγοντας της σωματικής ανικανότητας [239, 220] με τα ευρήματα να κυμαίνονται από τη μη συμβολή της στη σωματική δυσλειτουργία [230] έως τη μεγαλύτερη συμμετοχή της ακόμη και περισσότερο από τους κλινικούς δείκτες [244].

Οι Straiting και συν. [231], όμως, σε νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς αλλά και σε ασθενείς με μακροχρόνια διάρκεια νόσου, διαπίστωσαν ότι η ψυχική καταπόνηση δεν αποτελεί προγνωστικό παράγοντα της σωματικής ανικανότητας. Μάλιστα στην ίδια έρευνα, στους ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης βρέθηκε ότι η μεγαλύτερη ψυχοπαθολογία προέβλεπε λιγότερη σωματική ανικανότητα.

Ένας άλλος παράγοντας που πιθανότατα μπορεί να επηρεάσει τη σωματική δυσλειτουργία είναι η κοινωνική υποστήριξη, έχει επισημανθεί ότι τα χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης προβλέπουν χειρότερη σωματική λειτουργικότητα [245,246]. Η άποψη αυτή ενισχύεται και από την αναδρομική μελέτη των Evers και συν. [247], σε 78 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με ΡΑ, στην οποία εκτιμήθηκε ότι η παθητική διαχείριση του πόνου και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της σωματικής ανικανότητας μετά από τρία και πέντε χρόνια από την εκδήλωση της νόσου. Ωστόσο, σε μία μεγάλη αναδρομική μελέτη που διήρκεσε 13 χρόνια [231], σε 292 ασθενείς με ΡΑ βρέθηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη δεν συσχετίστηκε με τη λειτουργική ανικανότητα ούτε φάνηκε να έχει συμμετοχή σε αυτή.

Άλλοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που βρέθηκε ότι διαδραματίζουν έναν ρόλο στην ανάπτυξη σωματικής αναπηρίας είναι η χαμηλή αίσθηση αυτο-αποτελεσματικότητας (self-efficacy), η αίσθηση του αβοήθητου [232,227,228] και η παθητική διαχείριση του πόνου [245]. Όσον αφορά την παθητική διαχείριση του πόνου οι Evers και συν. [247] αναφέρουν ότι προέβλεπε σωματική δυσλειτουργία μετά από τρία χρόνια επανεξέτασης 78 ασθενών με RA πρόσφατης έναρξης, διευκρινίζοντας όμως, ότι δεν αποτελούσε προγνωστικό παράγοντα μετά από πέντε χρόνια. Ενώ, στη διαχρονική έρευνα των Danoff-Burg & Revenson [248], η κοινωνική υποστήριξη από τα αγαπημένα πρόσωπα περιγράφεται συχνά από τους ασθενείς ως όφελος στα πλαίσια μιας κατά τα άλλα επίπονης ασθένειας. Η εύρεση εσωτερικής ωφέλειας προέβλεπε χαμηλότερα επίπεδα δυσλειτουργίας μετά από τον επανέλεγχο 12 μηνών.

Συμπερασματικά, πρέπει να επισημανθεί ότι, παρόλο που οι προηγούμενες μελέτες έχουν συνεισφέρει στη διορατική εκτίμηση των παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη της σωματικής αναπηρίας, η μελλοντική έρευνα οφείλει να εστιάσει και σε περισσότερες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές. Όπως έχει επισημανθεί [249], η περισσότερη γνώση, που αφορά τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, μπορεί να συμβάλει σημαντικά στις θεραπευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες έχουν ως σκοπό να επιβραδύνουν την εξέλιξη της σωματικής ανικανότητας.

5.4 Προσωπικότητα και Ρευματοειδής Αρθρίτιδα

Σχετικά με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που διαμεσολαβούν σε παραμέτρους της RA, οι μελέτες που κυριάρχησαν μέχρι και τη δεκαετία του '70 ήταν εκείνες των ψυχοδυναμικών θεωρητικών, οι οποίοι προσπάθησαν να συσχετίσουν ορισμένες ασθένειες με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας.

Ο Franz Alexander, όπως ήδη έχει αναφερθεί σε προηγούμενη ενότητα, διεξήγαγε εις βάθος ψυχαναλυτικές έρευνες των ψυχοσωματικών ασθενών. Ο Alexander υποστήριξε ότι, όταν παρεμποδίζεται η άμεση έκφραση των εξαρτητικών αναγκών, η ενέργεια εκφράζεται μέσω του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος, το οποίο τελικά παράγει διάφορα νοσήματα, όπως το πεπτικό έλκος, την ελκώδη κολίτιδα και το βρογχικό άσθμα. Ενώ, όταν παρεμποδίζονται «η προσπάθεια και η επιθετικότητα», ενεργοποιείται το συμπαθητικό νευρικό σύστημα, γεγονός που οδηγεί σε νοσήματα, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η ιδιοπαθής υπέρταση και ο

υπερθυρεοειδισμός [250]. Τα ευρήματα, όμως, αυτά δεν έχουν τύχει επαρκούς εμπειρικής τεκμηρίωσης.

Αρκετές έρευνες έχουν υποστηρίξει πως άτομα με «ρευματοειδή προσωπικότητα» χαρακτηρίζονται ως άτομα που τείνουν να υπεραντιδρούν στο γεγονός της ασθένειας και να εμφανίζουν στοιχεία αυτοθυσίας, μαζοχισμού, ακαμψίας, συμβατικότητας, ηθικής και τελειομανίας [251,252,253,254]. Ωστόσο, οι Friedman και Booth-Kewley [255], διεξάγοντας μια μετα-ανάλυση, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχουν σαφή στοιχεία που να τεκμηριώνουν το γεγονός ότι συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας συνδέονται με συγκεκριμένες ασθένειες [133]. Αντ' αυτού, υποστήριξαν ότι η χρόνια ψυχολογική δυσανεξία συνδέεται με την εκδήλωση ή την υποτροπή ορισμένων ασθενειών, όπως συμβαίνει στην ΡΑ.

Σύμφωνα με επιπρόσθετα ερευνητικά δεδομένα, οι ασθενείς με ΡΑ παρουσιάζουν υψηλότερο νευρωτισμό σε σύγκριση με υγιείς μάρτυρες [178,142,115]. Σε μία πιο πρόσφατη έρευνα που διεξήχθη από τους Persson & Shalberg [256], εντοπίστηκε υψηλό ποσοστό νευρωτικών συμπτωμάτων σε δείγμα 317 ασθενών με ΡΑ. Ιδιαίτερα, οι ασθενείς με ΡΑ, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου προσωπικότητας MMPI, παρουσίαζαν υψηλές τιμές στις υποκλίμακες υποχονδρίασης, κατάθλιψης και υστερίας [257]. Ωστόσο, στην έρευνα των Stewart και συν. [258] σε 60 ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης δεν προέκυψε υψηλό ποσοστό νευρωτισμού.

Ένα ακόμη στοιχείο της προσωπικότητας, που συχνά έχει διερευνηθεί σε ασθενείς με ΡΑ, είναι η αλεξιθυμία. Σε ανάλογες έρευνες παρατηρείται ότι οι εν λόγω ασθενείς παρουσιάζουν μειωμένη ικανότητα στην αναγνώριση και την έκφραση συναισθημάτων [259,260,261,262,263].

Στα πλαίσια της μελέτης της προσωπικότητας εντάσσονται και άλλες ερευνητικές προσεγγίσεις, οι οποίες παραθέτουν ενδιαφέροντα στοιχεία. Η προκαταρκτική μας μελέτη [118], έδειξε ότι σε 22 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς με ΡΑ κυριαρχούν κατά σειρά ο "Ψευδοαλtruισμός" (Pseudoaltruisma), η "Απόσυρση" (Withdrawal) και η "Αρχέγονη Εξιδανίκευση" (Primitive Idealization). Επίσης, η συνολική "Εχθρότητα" των ασθενών με ΡΑ βρέθηκε σημαντικά αυξημένη και "Εξωστρεφόμενη". Εντούτοις, σε μια συγκριτική έρευνα ασθενών με ΡΑ πρόσφατης έναρξης και μακροχρόνιας διάρκειας, οι Thernabe και συν. [201] εκτίμησαν ότι οι ασθενείς στα αρχικά στάδια της νόσου χρησιμοποιούσαν κυρίως την άρνηση ως στρατηγική αντιμετώπισης της

κατάστασης περισσότερο από τους ασθενείς με μακροχρόνια διάρκεια νόσου. Όσοι όμως ασθενείς αποδέχτηκαν την ασθένεια εμφάνιζαν λιγότερο θυμό και επιθετικότητα.

Έχει ιδιαίτερη σημασία να αναφέρουμε ότι η έρευνα στο συγκεκριμένο πεδίο τα τελευταία χρόνια είναι αρκετά περιορισμένη. Ωστόσο, στην επιστημονική διερεύνηση της προσωπικότητας, στην οποία περιλαμβάνεται ένα σύνολο συστηματικών προσπαθειών να προσδιοριστούν και να εξηγηθούν οι σκέψεις, τα συναισθήματα και η συμπεριφορά των ασθενών με ΡΑ, μπορεί να βασιστεί η κατάλληλη ενημέρωση των ασθενών σε ό,τι αφορά τη φύση και την πορεία της ΡΑ. Επίσης, σε αυτήν μπορούν να στηριχθούν οι θεραπευτικοί χειρισμοί αντιμετώπισης της νόσου από τους ασθενείς, έτσι ώστε ο ασθενής να βιώνει τη νόσο του λιγότερο ψυχοτραυματικά και να αναπτύσσει τους κατάλληλους μηχανισμούς και στρατηγικές που θα οδηγούν σε μη κοινωνική τους απόσυρση.

6. Ποιότητα ζωής των ασθενών με ΡΑ



Τις τελευταίες δεκαετίες η έννοια της ποιότητας ζωής έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των ερευνητών στο χώρο της υγείας, η οποία χρησιμοποιείται σήμερα εκτεταμένα ως δείκτης αξιολόγησης των θεραπευτικών παρεμβάσεων και στρατηγικών που έχουν ως στόχο τόσο τη βελτίωση της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας. Υπάρχει ακόμη όμως, σύγχυση για το τι πρέπει να μετρηθεί και πώς, σύγχυση που πηγάζει από την έλλειψη ενός κοινού ορισμού της ποιότητας ζωής ή μιας ξεκάθαρης δήλωσης των σκοπών της μέτρησής της. Μια προσέγγιση που έχει προσπαθήσει να υπερνικήσει τέτοια προβλήματα είναι αυτή του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), ο οποίος ορίζει την Ποιότητα Ζωής 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» [264].

Ένας αριθμός μελετών καταδεικνύει ότι η σχετική με την υγεία Ποιότητα Ζωής των ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (ΡΑ) είναι πιθανώς φτωχότερη έναντι του γενικού πληθυσμού [265,266,267,268,269,270]. Ωστόσο, θα πρέπει να επισημανθεί ότι οι παραπάνω συγκριτικές μελέτες ενδέχεται να υπολείπονται αξιοπιστίας, καθώς τα εργαλεία τα οποία χορηγούν είναι σχεδιασμένα για την αξιολόγηση των συνεπειών της συγκεκριμένης νόσου στη ζωή των ασθενών [271].

Αρκετές έρευνες εστιάζουν το ενδιαφέρον στη σύγκριση της ποιότητας ζωής των ασθενών με αυτοάνοσα νοσήματα. Συγκεκριμένα, η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΡΑ και Ψωριασική Αρθρίτιδα (ΨΑ) δε βρέθηκε να διαφέρει, παρόλο που η βλάβη των αρθρώσεων είναι πιο σημαντική στους ασθενείς με ΡΑ [272]. Συναφή αποτελέσματα απαντώνται σε μία πρόσφατη έρευνα των Borman και συν. [270], όπου ο βαθμός της Ποιότητας Ζωής μεταξύ ασθενών με ΡΑ και ΨΑ δε φάνηκε να διαφέρει. Ενώ η καταστροφή των αρθρώσεων, η φλεγμονή και η σωματική ανικανότητα ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στους ασθενείς με ΡΑ, οι ψυχο-κοινωνικές επιπτώσεις στην Ποιότητα Ζωής εκτιμήθηκαν στα ίδια επίπεδα. Επίσης, στα ίδια επίπεδα κυμαίνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΡΑ με εκείνη των ασθενών με Ινομυαλγία [273] και με Οροαρνητική Αρθρίτιδα [274]. Σε άλλη συγκριτική μελέτη τόσο οι ασθενείς με ΡΑ, όσο και εκείνοι με Αγγυλοποιητική Σπονδυλίτιδα εμφάνιζαν

τις ίδιες τιμές στις κλίμακες που εκτιμούσαν το σωματικό πόνο, τη σωματική και την κοινωνική λειτουργικότητα, την κόπωση, τις στρατηγικές διαχείρισης της νόσου, τη συναισθηματική κατάσταση, την ενεργητικότητα και τη δυσλειτουργία στον εργασιακό τομέα [275].

Όσον αφορά τη σύγκριση της ποιότητας ζωής μεταξύ ασθενών με ΡΑ και Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο (ΣΕΛ) διαπιστώθηκε ότι δεν υπήρξε καμία διαφορά στις τιμές της ποιότητας ζωής μεταξύ των δύο ομάδων. Ο πιο σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής και για τις δύο ομάδες ασθενών ήταν η ψυχική καταπόνηση, η οποία στους ασθενείς με ΡΑ σχετίστηκε με την κοινωνική και σωματική δυσλειτουργία και στους ασθενείς με ΣΕΛ με την αντίληψη για τον αντίκτυπο της ασθένειας [276]. Σε μία πρόσφατη έρευνα [277] οι ασθενείς με ΡΑ είχαν χειρότερες τιμές στους δείκτες της σωματικής δυσλειτουργίας και υψηλότερο πόνο από τους ασθενείς με ΣΕΛ. Ειδικότερα, η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΡΑ συσχετίστηκε σημαντικά με τον πόνο στις αρθρώσεις, τις εκτιμήσεις του ασθενούς για την ποιότητα ζωής του, τη δραστηριότητα της νόσου, καθώς και τις εκτιμήσεις του γιατρού, ενώ στους ασθενείς με ΣΕΛ η δραστηριότητα της νόσου συσχετίστηκε με την ποιότητα ζωής και την ψυχοπαθολογία. Αντίθετα, οι ασθενείς με Σύνδρομο Sjogren φάνηκε να έχουν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής από τους ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα [278].

Πολλές είναι οι μελέτες που διερευνούν τους παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΡΑ. Αρκετές από αυτές υποστηρίζουν ότι η ψυχική καταπόνηση σχετίζεται με την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΡΑ ακόμα και όταν δεν εμπλέκονται παράγοντες όπως η σωματική δυσλειτουργία και η σοβαρότητα της νόσου [182, 156, 279, 280]. Μάλιστα, σε μελέτη των Bazzichi και συν. [279] σε ασθενείς με ΡΑ εκτιμήθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της ποιότητας ζωής, χωρίς να υπάρχει ιστορικό ψυχιατρικής ασθένειας.

Επίσης, οι κλινικές παράμετροι της νόσου εντάσσονται στους παράγοντες που επηρεάζουν την Ποιότητα Ζωής. Οι Cadena και συν. [281], επισημαίνουν ότι η χαμηλή ποιότητα ζωής συσχετίζεται με τη δραστηριότητα της νόσου. Σε μία πρόσφατη έρευνα, οι Haqoon και συν. [269] βρήκαν ότι η σωματική δυσλειτουργία σχετίζεται με την ποιότητα ζωής, όπως και η δραστηριότητα της νόσου με τη σωματική υγεία και τους ψυχολογικούς παράγοντες. Σε άλλη μελέτη [282], διαπιστώθηκε ότι η σωματική δυσλειτουργία ήταν ο πιο σημαντικός προγνωστικός

παράγοντας της ποιότητας ζωής πέντε χρόνια από την έναρξη της νόσου. Σε ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης βρέθηκε ότι η ποιότητα ζωής μπορούσε να ερμηνευθεί από το 18% της μεταβλητότητας από τους κλινικούς δείκτες κατά την έναρξη της ασθένειας και από το 7% μετά από 12 μήνες [283]. Τα αποτελέσματα παρέχουν ισχυρές ενδείξεις ότι η δραστηριότητα της νόσου επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα ζωής στους ασθενείς με ΡΑ.

Το αίσθημα του πόνου, επίσης, έχει ενοχοποιηθεί για την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των ασθενών [284, 233], το ίδιο και η χρόνια κόπωση (fatigue), η οποία έχει βρεθεί ότι συνιστά έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που μειώνει το επίπεδο της ποιότητας ζωής, όπως καταδεικνύεται στην έρευνα των Suurmeijer και συν. [174].

Όσον αφορά την επίδραση των δημογραφικών παραγόντων στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ΡΑ, στην έρευνα των Mikuls και συν. [285] αναφέρεται ότι η ηλικία και η καθυστερημένη έναρξη της νόσου συνδέεται με την κακή ποιότητα ζωής. Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας των Baczyk και συν. [286], τα οποία έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΡΑ εξαρτάται από την ηλικία, το φύλο και τους κλινικούς δείκτες. Αντίθετα, οι Cadena και συν. [281] εκτίμησαν ότι οι δημογραφικοί παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο και η πορεία της νόσου δεν βρέθηκε να επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής. Σχετικά με τους ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης, αναφέρθηκαν διαφορές στην ποιότητα ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών, όχι όμως σε ασθενείς με ΡΑ μακρόχρονης διάρκειας [287].

Κατά τη μελέτη των παραγόντων που καθορίζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΡΑ, συχνά εντοπίζεται το γεγονός ότι η οικογενειακή ζωή και η σεξουαλική δραστηριότητα μπορεί να μεταβληθεί δραματικά όταν η κατάσταση του ασθενούς επιδεινώνεται. Ειδικότερα, σε έρευνα των Bergas και συν [288] σε ασθενείς με ΡΑ και στους συντρόφους τους, αναφέρεται ότι οι παθητικές στρατηγικές διαχείρισης συσχετίζονται με χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης από το γάμο. Στην ίδια έρευνα, κακή ποιότητα ζωής επισημαίνεται και σε ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, καθώς και σε γυναίκες που είχαν σύντροφο με ΡΑ, οι οποίες μάλιστα, δήλωσαν ότι ήταν λιγότερο ικανοποιημένες από το γάμο τους.

Σε μία πρόσφατη έρευνα των Helland και συν. [289], το ένα τρίτο των ασθενών με ΡΑ ανέφερε ότι η σωματική τους υγεία επηρέαζε σε σημαντικό βαθμό τη σεξουαλική τους δραστηριότητα. Στην ίδια έρευνα εκτιμήθηκε ότι η χρόνια κόπωση και η ψυχική καταπόνηση, η περιορισμένη λειτουργικότητα, τα χαμηλά επίπεδα αυτο-επάρκειας

(self-efficacy), το ανδρικό φύλο σχετίστηκε με σεξουαλικά προβλήματα. Ωστόσο, στην έρευνα των van Lankveld και συν [290] σε ασθενείς με ΡΑ, να μεν βρέθηκε ότι οι επιπτώσεις της ασθένειας όπως τα υψηλά επίπεδα κόπωσης, η σωματική δυσλειτουργία συσχετίστηκαν με σεξουαλικά προβλήματα, εντούτοις η ψυχοπαθολογία και η κοινωνική στήριξη επηρέαζε σε μεγαλύτερο βαθμό τη συζυγική και τη σεξουαλική ικανοποίηση. Η επίδραση της κοινωνικής στήριξης στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ΡΑ διαπιστώνεται και από τις έρευνες των Kendig και συν. [291], και Lapsley και συν. [292].

Η αβεβαιότητα αυτής της ασθένειας αναφορικά με την εξέλιξή της δυσχεραίνει τους ασθενείς στο να παίρνουν αποφάσεις σε σχέση με την εργασία τους. Η απώλεια ενέργειας ή η κόπωση που οφείλεται στη φαρμακευτική αγωγή ή σε επιπλοκές της ΡΑ συνιστούν μια άλλη πηγή ανησυχίας. Οι κοινωνικές συναντήσεις και οι επαγγελματικές δραστηριότητές τους ενδεχομένως να ακυρωθούν ξαφνικά, προσθέτοντας άγχος στον ίδιο τον ασθενή, καθώς και στους συναδέλφους του. Σε μία έρευνα των Kendig και συν. [291], στην οποία συμμετείχαν 492 ασθενείς με ΡΑ, εκτιμήθηκε ότι το 70% των ασθενών είχε αλλάξει τουλάχιστον μία δουλειά. Επίσης, στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι οι αλλαγές στην εργασία σχετίζονται με μεγαλύτερες τιμές στις κλίμακες εκτίμησης της κατάθλιψης. Ακόμη, στην έρευνα των Sokka και συν. [293] βρέθηκε ότι ήδη από την αρχή των συμπτωμάτων της ΡΑ υπήρχε κίνδυνος να εμφανιστεί δυσλειτουργία στον εργασιακό τομέα. Επίσης, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο [294,295,296,297,298,299] συσχετίστηκε με δυσκολίες στον εργασιακό τομέα, η μεγαλύτερη διάρκεια της νόσου [300], το είδος της εργασίας και η μεγαλύτερη ηλικία [292].

Εδώ θα πρέπει να αναφερθεί η αναδρομική μελέτη 17 δημοσιευμένων ερευνών των de Croon και συν. [301], η οποία επισημαίνει ότι οι προγνωστικοί παράγοντες των δυσκολιών στην εργασία ήταν η φύση της εργασίας, η χαμηλή λειτουργικότητα, η δραστηριότητα της νόσου, ο πόνος, η μεγάλη ηλικία, οι ψυχολογικοί παράγοντες και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο. Επίσης, εκτιμάται ότι η πορεία της νόσου δεν ήταν ικανοποιητική στους ασθενείς που δεν εργάζονταν, σε σχέση με αυτούς που παρέμεναν εργαζόμενοι. Γενικά, η δυσλειτουργία στην εργασία μπορεί να οδηγήσει σε δυσχερείς καταστάσεις εξαιτίας της ψυχοκοινωνικών και οικονομικών συνεπειών της ασθένειας [302,303,304]. Εντούτοις, αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχουν και μελέτες οι οποίες δεν βρήκαν σταθερά ότι η πορεία της νόσου προβλέπει δυσλειτουργία στην εργασία [304, 305, 306,307].

Ο αριθμός μελετών που διερευνά την ικανότητα στην εργασία μεταξύ ασθενών με RA πρόσφατης έναρξης και μακρόχρονης διάρκειας, είναι περιορισμένος [308]. Ωστόσο, σε κάποιες έρευνες [309,310] αναφέρεται ότι η δραστηριότητα της νόσου μπορεί να έχει επιπτώσεις στην ικανότητα για εργασία ακόμη περισσότερο κατά την έναρξη της νόσου, παρόλο που η κατάσταση των ασθενών επιδεινώνεται με την πάροδο του χρόνου.

Όσοι ασθενείς είχαν προβλήματα στον εργασιακό τομέα ανέφεραν περισσότερα συναισθηματικά προβλήματα, δυσλειτουργικές στρατηγικές διαχείρισης καταστάσεων, δυσπροσαρμοστικότητα στην εργασία, έλλειψη εκπαίδευση και ανεπαρκή υποστήριξη στη δουλειά [311,312]. Ακόμη και διακοπή της εργασίας αναφέρεται στην έρευνα των Rkain και συν. [313] εξαιτίας της μεγάλης ηλικίας, του ανδρικού φύλου και της επίπονης εργασίας. Μάλιστα, σε έρευνα των Kobelt και συν., [314] βρέθηκε ότι το 34% των ασθενών κάτω από την ηλικία των 60 είχαν συνταξιοδοτηθεί εξαιτίας της RA και μόνο το 15% των ασθενών συνέχιζαν να εργάζονται.

Η επιλογή της θεραπείας στους ασθενείς με RA έχει ως αντικειμενικούς στόχους, όχι μόνο την ύφεση της νόσου, την ανακούφιση από τον πόνο και τον περιορισμό της καταστροφής των αρθρώσεων αλλά και τη βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών. Στην έρευνα των Bresnihan και συν. [315], σε ασθενείς με RA πρόσφατης έναρξης διαπιστώθηκε ότι η θεραπεία με βιολογικό παράγοντα (Ιντερφερόνη, Anti-TNF κ.α) έδειξε ότι σχετίστηκε με αύξηση της παραγωγικότητας. Συγκρίσιμα είναι και τα αποτελέσματα μιας άλλης έρευνας των Yelin και συν. [316] κατά την οποία συμπεραίνεται ότι η θεραπεία με βιολογικό παράγοντα σχετίστηκε με την αύξηση των ωρών εργασίας. Σε ασθενείς με RA πρόσφατης έναρξης η θεραπεία με βιολογικό παράγοντα συνδέθηκε με επιβράδυνση της δυσλειτουργίας στην εργασία. Συνεπώς, η φαρμακευτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, του πόνου και των σωματικών δυσμορφιών, συμβάλλει στη σημαντική βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με RA [317].

Σχετικά με τη συσχέτιση προσωπικότητας και ποιότητας ζωής των ασθενών με RA τα ευρήματα των διαφόρων ερευνών δεν είναι σαφή, δηλαδή κατά πόσο τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με RA. Οι έρευνες έχουν εστιασθεί κυρίως στις στρατηγικές διαχείρισης, στην εσωτερική συγκρότηση (sense of coherence), στην αίσθηση της «αυτό-αποτελεσματικότητας» (self-efficacy) και στο «κέντρο ελέγχου» (locus of control)

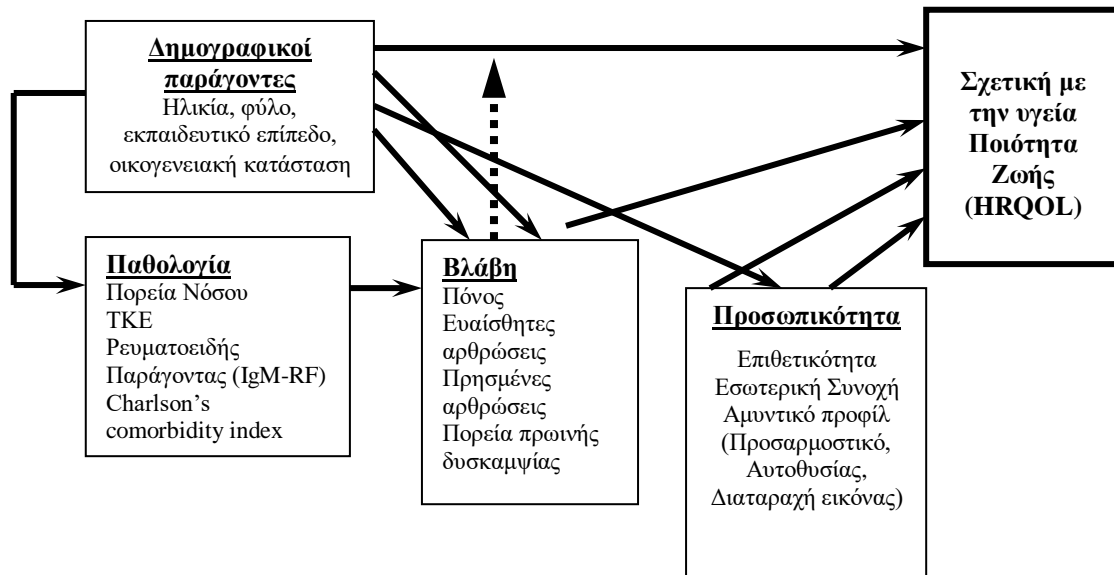
[231,227,318]. Ειδικότερα, στην έρευνα των Cross και συν. [319] βρέθηκε ότι η καλή σωματική υγεία των ασθενών με ΡΑ σχετίστηκε με υψηλότερη αίσθηση αυτο-αποτελεσματικότητας. Στην ίδια κατεύθυνση κινήθηκαν τα αποτελέσματα της έρευνας των Logig και συν. [212], σύμφωνα με την οποία υψηλότερες τιμές στην εκτίμηση της αυτο-επάρκειας σχετίστηκαν με καλύτερη σωματική υγεία και λιγότερο αναφερόμενο πόνο. Επίσης, σε έρευνα των Keefe και συν. [200], οι δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές διαχείρισης καταστάσεων, όπως η απόδραση από τις δυσκολίες μέσω της φαντασίας και η αίσθηση καταστροφής, εκτιμήθηκε ότι σχετίζονται με επιδείνωση της σωματικής υγείας.

Η αλληλεπίδραση της προσωπικότητας, με την ψυχική καταπόνηση και τις παραμέτρους της ασθένειας επηρεάζει με έναν σύνθετο τρόπο τη σωματική λειτουργικότητα των ασθενών. Παραδείγματος χάριν, ένας αριθμός μελετών σε ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα ενισχύουν τη θεωρία του Antonovsky για την εσωτερική συγκρότηση (SOC) ως παράγοντα που προάγει την υγεία, «υγειογενετικό παράγοντα» [320, 321, 322]. Επίσης, η πορεία της υγείας φάνηκε ότι έχει στενή σχέση με την εχθρότητα [322], στην οποία παρεμβάλλεται η «εσωτερική συγκρότηση» [322, 323]. Συνεπώς, μία χαμηλή εσωτερική συγκρότηση εξηγεί εν μέρει τις αρνητικές συνέπειες της εχθρότητας στην υγεία [322], ενώ στη σχέση μεταξύ εσωτερικής συγκρότησης και υγείας παρεμβάλλονται οι προσαρμοστικές στρατηγικές διαχείρισης της κατάστασης (adaptive coping strategies) [324].

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία κάθε άνθρωπος χρησιμοποιεί διαφορετικούς μηχανισμούς άμυνας του Εγώ, ανάλογα με τη δομή της προσωπικότητάς του και τους συγκεκριμένους μηχανισμούς άμυνας τους οποίους ασυνείδητα κινητοποιεί όταν αισθάνεται ότι απειλείται από ένα στρεσογόνο γεγονός. Προηγούμενες μελέτες της δικής μας ερευνητικής ομάδας έχουν δείξει, ότι οι ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης κατά τη διάρκεια έξαρσης της νόσου χρησιμοποιούν μηχανισμούς άμυνας που συνθέτουν το προφίλ της «διαταραχής της εικόνας» [118]. Επίσης, από τη δική μας ερευνητική ομάδα βρέθηκε σε ασθενείς με νόσο του Crohn's και με Ελκώδη Κολίτιδα ότι η δραστηριότητα της νόσου συνδέθηκε με συγκεκριμένα αμυντικά προφίλ [325], ενώ σε ασθενείς με Σκληρόδερμα διαπιστώθηκε ότι η ψυχική καταπόνηση, οι δυσπροσαρμοστικοί μηχανισμοί άμυνας και η χαμηλή εσωτερική συγκρότηση συσχετίστηκαν με χαμηλή Ποιότητα Ζωής [325].

Στα πλαίσια της προσπάθειας να διερευνήσουμε γιατί στην Ελλάδα η ΡΑ είναι πιο ήπια, με λιγότερο καταστροφικές αλλοιώσεις, συγκριτικά με ασθενείς των λαών της Βόρειας Ευρώπης [50,326], θα επιχειρήσουμε να εξετάσουμε το ρόλο της ψυχικής καταπόνησης και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στη διαδικασία ανάπτυξης της σωματικής αναπηρίας, βασιζόμενοι στη θεωρία των Escalante & Rincón [222], *σ ύ μ φ ω ν α μ ε τ η ν ο π ο ί α* η διαδικασία της αναπηρίας επηρεάζεται και από εξωτερικούς παράγοντες που δεν έχουν σχέση με την ασθένεια, όπως είναι οι ψυχολογικοί παράγοντες.

Η παραπάνω θεωρία, *η ο π ο ί α* στηρίζεται στο γενικό μοντέλο της σωματικής αναπηρίας των Verbrugge's and Jette's Verbrugge [327, 223] προτείνει ένα συγκεκριμένο μονοπάτι της διαδικασίας της αναπηρίας [222] και αποτελείται από τα ακόλουθα στάδια: *Παθολογία-Βλάβη-Σωματικοί Περιορισμοί-Δυσλειτουργία (σχ.4)* [222, 327, 223]. Στην παρούσα μελέτη θα επιχειρήσουμε να διερευνήσουμε το ρόλο που διαδραματίζουν η ψυχική καταπόνηση και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ως διαμεσολαβητές (mediators) ή τροποποιητές (moderators) στη διαδικασία της ανάπτυξης της αναπηρίας, είτε ανεξάρτητα, είτε σε συνδυασμό με άλλους κλινικούς παράγοντες, οι οποίοι συσχετίζονται με τη σχετική με την υγεία Ποιότητα Ζωής των ασθενών με ΡΑ.



Σχήμα 4. Σχηματική αναπαράσταση του μοντέλου της διεργασίας της ανάπτυξης της αναπηρίας που αποτέλεσε τη βάση ώστε διερευνηθεί η σχετική συμμετοχή διαφόρων μεταβλητών στη διεργασία της αναπηρίας στους ασθενείς με ΡΑ, εστιάζοντας στις μεταβλητές της προσωπικότητας (Bai et al, 2009).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα είναι ένα χρόνια συστηματικό νόσημα αγνώστου αιτιολογίας που προκαλεί πόνο, οίδημα (διόγκωση), δυσκαμψία και απώλεια της λειτουργικότητας, με σημαντικό κοινωνικό, ψυχολογικό και οικονομικό αντίκτυπο [109,175,282,126]. Ενώ ο πόνος στις αρθρώσεις και οι παραμορφώσεις σχετίζονται σαφώς με τη σωματική δυσλειτουργία των ασθενών [328] είναι λιγότερο ξεκάθαρο γιατί άνθρωποι με την ίδια σοβαρότητα ή δραστηριότητα της νόσου παρουσιάζουν διαφορετική σωματική και ψυχολογική κατάσταση και ποιότητα ζωής [222, 329]. Είναι εμφανές ότι η ψυχολογική ευεξία είναι μια σύνθετη διαδικασία. Έτσι, η μελέτη της σχέσης των κλινικών δεικτών και των χαρακτηριστικών προσωπικότητας με την ψυχική καταπόνηση και την ποιότητα ζωής θα μπορούσε να μας βοηθήσει στην κατανόηση της διαφορετικής αντίδρασης απέναντι σε μία τόσο σοβαρή για την υγεία νόσο, όπως η ΡΑ.

Όπως αναφέρθηκε, οι μελέτες για το ρόλο των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας είναι περιορισμένες. Βασικά ερωτήματα που γεννώνται είναι με ποιον τρόπο συγκεκριμένα γνώρισμα προσωπικότητας και αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους μπορούν να επηρεάσουν την ψυχολογική καταπόνηση και την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΡΑ. Η κύρια σύνδεση της εσωτερικής συγκρότησης με την υγεία ενδέχεται να πραγματοποιείται μέσω προσαρμοστικών στρατηγικών διαχείρισης της κατάστασης [324]. Ένας άλλος συνδετικός κρίκος της εσωτερικής συγκρότησης με τον τρόπο διαχείρισης της νόσου και των συνεπειών της είναι οι μηχανισμοί άμυνας του εγώ, οι οποίοι ορίζονται ως "αυτόματες ψυχολογικές διαδικασίες που προστατεύουν το άτομο από το άγχος και από τη συνειδητοποίηση των εσωτερικών ή εξωτερικών κινδύνων ή των στρεσογόνων παραγόντων" [330]. Δηλαδή, η απάντηση σε μια νόσο (παράγοντας άγχους) απεικονίζεται από την ενεργοποίηση μιας συστάδας αμυντικών μηχανισμών, ανάλογα με τις πρωταρχικές προσκολλήσεις της προσωπικότητας του ασθενή και της αμυντικής του δομής. Πιλοτική έρευνα της δικής μας ομάδας έχει δείξει ότι στους ασθενείς με RA πρόσφατης έναρξης η επιδείνωση της ασθένειάς τους συνδέεται με το αμυντικό προφίλ της "διαστρέβλωσης της εικόνας" [118]. Επομένως, μια προσεκτική διερεύνηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ του αμυντικού προφίλ, της εχθρότητας και της εσωτερικής συγκρότησης και του αντίκτυπού της θα μπορούσε να μας βοηθήσει στην κατανόηση του ρόλου των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην ψυχική καταπόνηση και στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Επίσης, στην παρούσα μελέτη εξετάζουμε το ρόλο της ψυχοπαθολογίας και της προσωπικότητας στη διαδικασία ανάπτυξης της σωματικής αναπηρίας στη RA, χρησιμοποιώντας το μοντέλο που προτείνεται από τους Escalante and del Rincón [222, 228] που ήδη περιγράφηκε.

Μελέτες στην Ελλάδα έχουν κυρίως εστιάσει το ενδιαφέρον τους στην ηλικία έναρξης της νόσου, στη βαρύτητά της, στην παρουσία ή την απουσία ορισμένων κατηγοριών συμπτωμάτων, στον τύπο έναρξης, στην πορεία και στην πρόγνωση, τα οποία ποικίλλουν ανάμεσα στους ασθενείς [331,332] Ωστόσο, παραμένουν περιορισμένες οι βιβλιογραφικές αναφορές στην Ελλάδα σχετικά με τη διερεύνηση και την αξιολόγηση των ψυχιατρικών και ψυχολογικών παραμέτρων στους ασθενείς με RA και την μεταξύ τους αλληλεπίδραση [118].

Συνοψίζοντας η παρούσα μελέτη έχει τους εξής στόχους: 1) να εκτιμηθούν οι κλινικοί δείκτες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που σχετίζονται με την εμφάνιση ψυχικής καταπόνησης στους ασθενείς με RA 2) να εξεταστεί η συγκεκριμένη υπόθεση ότι, στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, δηλαδή το αμυντικό προφίλ, η εχθρότητα και η εσωτερική συγκρότηση, σχετίζονται ανεξάρτητα με την ποιότητα ζωής, ελέγχοντας το βαθμό επίδρασης των άλλων πιθανών μεταβλητών και 3) να ελεγχθεί εάν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας έχουν ρόλο μεσολαβητή ή τροποποιητή στη διαδικασία ανάπτυξης της σωματικής αναπηρίας είτε μόνα είτε σε συνδυασμό με άλλες κλινικές μεταβλητές, οι οποίες σχετίζονται με τη Σωματική Ποιότητα Ζωής [222, 118].

2.ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Με βάση τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας οι υποθέσεις της παρούσας έρευνας διαμορφώθηκαν με τον ακόλουθο τρόπο:

- Οι ασθενείς με ΡΑ εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ψυχικής καταπόνησης
- Οι σημαντικότεροι δημογραφικοί παράγοντες σχετίζονται με την εμφάνιση ψυχικής καταπόνησης.
- Η εμφάνιση της ψυχικής καταπόνησης σχετίζεται με την ενεργότητα της νόσου, όπως αυτή εκτιμάται από τους κλινικούς δείκτες (DAS-28).
- Η εμφάνιση ψυχικής καταπόνησης σχετίζεται με το συνοδό της νόσου πόνο.
- Όσο μεγαλύτερη η διάρκεια της νόσου τόσο πιθανότερη είναι η εμφάνιση ψυχικής καταπόνησης.
- Η έλλειψη λειτουργικότητας σχετίζεται με την εμφάνιση ψυχικής καταπόνησης.
- Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σχετίζονται με την ψυχική καταπόνηση.
- Οι σημαντικότεροι δημογραφικοί παράγοντες σχετίζονται με την ανάπτυξη της αναπηρίας.
- Η δραστηριότητα της νόσου σχετίζεται με την ανάπτυξη της αναπηρίας
- Το αίσθημα του πόνου σχετίζεται με την ανάπτυξη της αναπηρίας
- Η διάρκεια της νόσου σχετίζεται με την ανάπτυξη της αναπηρίας
- Η ψυχική καταπόνηση και η προσωπικότητα σχετίζονται με την ανάπτυξη της αναπηρίας
- Οι παράγοντες της προσωπικότητας τροποποιούν τις επιπτώσεις της νόσου στην εμφάνιση της αναπηρίας

3.ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

3.1 Ασθενείς

Η συλλογή του ερευνητικού υλικού της παρούσας συγχρονικής (cross-sectional) μελέτης πραγματοποιήθηκε κατά το ακαδημαϊκά έτη 2005-2007 στα εξωτερικά ιατρεία της Ρευματολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, το οποίο παρέχει δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας σε πληθυσμό περίπου 350.000. Ο σχεδιασμός της έρευνας βασίστηκε στην πιλοτική έρευνά μας, στην οποία συμμετείχαν 22 ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα πρόσφατης έναρξης, που οδήγησε στην ανάδυση νέων θεωρητικών ζητημάτων [118].

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 168 ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. Στην πλειοψηφία τους ήταν γυναίκες (83.3%), το ηλικιακό εύρος κυμαινόταν από 20 έως 83 έτη (54.97 ± 12.6), ενώ η μέση διάρκεια της νόσου ήταν 13.94 ± 8.5 έτη. Τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών περιγράφονται αναλυτικά στον Πίνακα 1.

Στη μελέτη κλήθηκαν να συμμετάσχουν όλοι οι ασθενείς που παρακολουθούνται τακτικά στα εξωτερικά ιατρεία της Ρευματολογικής Κλινικής. Η διάγνωση της ΡΑ έγινε βάση τα κριτήρια της «Αμερικανικής Σχολής Ρευματολογίας» [American College of Rheumatology (ACR) [334]. Ως κριτήρια αποκλεισμού ορίστηκαν η ανεπαρκής γνώση της Ελληνικής γλώσσας, το ιστορικό σοβαρής ψυχικής νόσου, άνοιας ή χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών. Αρχικά οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας από τον θεράποντα ιατρό τους. Αφού δόθηκε από την ερευνήτρια υπογεγραμμένο έντυπο ενημέρωσης για τη διασφάλιση της ανωνυμίας των ερωτηματολογίων και του απόρρητου χαρακτήρα των προσωπικών πληροφοριών σε 221 ασθενείς, από τους 214 ασθενείς που πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής, 168 δέχθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη (ποσοστό συμμετοχής: 78.5%). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε βασικούς δημογραφικούς παράγοντες μεταξύ συμμετεχόντων και μη. Στη συνέχεια οι εξεταζόμενοι ενημερώθηκαν σχετικά με τον τρόπο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια σε ειδικό ήσυχο χώρο, ενώ η ερευνήτρια ήταν σταθερά διαθέσιμη καθ'όλη τη διάρκεια της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων για όποια απορία τυχόν θα είχαν οι ασθενείς. Ο συνολικός χρόνος της ασθένειας για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων κυμάνθηκε από 1-2 ώρες, ανάλογα με την ικανότητα του ασθενούς. Επίσης, χρησιμοποιήθηκε ένα αυτοσχέδιο

ερωτηματολόγιο ιατρικών στοιχείων για την καταγραφή της κατάστασης της σωματικής υγείας των συμμετεχόντων, του οποίου οι πληροφορίες αντλήθηκαν από τους ατομικούς φακέλους του τμήματος και υπό τη βοήθεια και καθοδήγηση ιατρών της Ρευματολογικής Κλινικής.

Οι διαδικασίες που ακολουθήθηκαν βασίστηκαν στους ηθικούς κανόνες δεοντολογίας που ορίζονται από την παγκόσμια επιτροπή πειραματικών ερευνών (World Medical Association Helsinki Declaration). Η έρευνα είχε επίσης την έγκριση της Επιστημονικής Επιτροπής του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (No 20/14.01.2004).

3.2 ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Η ψυχομετρική αξιολόγηση περιλαμβάνει τα ακόλουθα στοιχεία: Α) Δημογραφικές πληροφορίες, Β) Ιατρικό ιστορικό, Γ) Κλίμακες εκτίμησης Ψυχοπαθολογίας, Δ) Κλίμακες εκτίμησης Προσωπικότητας και Ε) Κλίμακες εκτίμησης της λειτουργικής ικανότητας και του επιπέδου της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Α. ΑΥΤΟΣΧΕΔΙΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΛΛΟΓΗ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Συγκεντρώθηκαν στοιχεία που αφορούσαν:

- φύλο
- ηλικία
- μορφωτικό επίπεδο: α) αναλφάβητος/η, β) μέχρι κάποιες τάξης του δημοτικού σχολείου, γ) απόφοιτος/η δημοτικού, δ) απόφοιτος/η γυμνασίου, ε) απόφοιτος/η λυκείου στ)φοιτητής/τρια ΤΕΙ, ζ) φοιτητής/τρια ΑΕΙ, η) απόφοιτος/η ΤΕΙ και ι) απόφοιτος/η ΑΕΙ
- επάγγελμα: α) άνεργος/η, β) οικιακά, γ) εργάτης/τρια δ) αγρότης/-τισσα ε) αυτοαπασχολούμενος/η στ) ιδιωτικός/ή υπάλληλος και η) δημόσιος/α υπάλληλος
- οικογενειακή κατάσταση: α) έγγαμος/η, β) άγαμος/η γ) διαζευγμένος/η, δ) συγκατοίκηση, και ε) χήρος/α
- τόπο κατοικίας: α) χωριό, β) κωμόπολη μέχρι 10.000 κατοίκους, γ) πόλη από 10.000-150.000 και δ) πόλη πάνω από 150.000
- την υποκειμενική αξιολόγηση των συμμετεχόντων για τη ψυχολογική τους λειτουργικότητα
- την παρακολούθηση από επαγγελματία ψυχικής υγείας: α) για ποιο λόγο β) διάρκεια επισκέψεων
- καπνιστικές συνήθειες και
- την κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών (**Βλ. Παράρτημα**)

B. ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Τα ιατρικά στοιχεία και οι εργαστηριακοί δείκτες που συγκεντρώθηκαν από το φάκελο των ασθενών για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας, ήταν τα εξής:

- 1) ο γενικός δείκτης συννοσηρότητας Charlson, ο οποίος εκτιμά την ύπαρξη άλλης σωματικής νόσου [335]. Αποτελεί μία από τις πιο τεκμηριωμένες κλίμακες εκτίμησης συννοσηρότητας, καθώς βασίζεται σε μελέτες που αντιπροσωπεύουν περισσότερους από 30.000 ασθενείς που ανήκουν σε ένα ευρύ φάσμα ασθενειών, με πολυάριθμες κλινικές εκβάσεις [336].
- 2) η ηλικία κατά την έναρξη της νόσου: νεανική αρθρίτιδα (Juvenile Rheumatoid Arthritis) ή έναρξη κατά την ενήλικη ζωή (Late onset)
- 3) το χρονικό διάστημα που έχει μεσολαβήσει από τη διάγνωση της ασθένειας μέχρι την ημέρα διεξαγωγής της έρευνας
- 4) η διάρκεια παρακολούθησης από τους γιατρούς της Ρευματολογικής Κλινικής
- 5) ο Τύπος Αρθρίτιδας ανάλογα με τον αριθμό των προσβαλλόμενων αρθρώσεων (μονοαρθρίτιδα, ολιγοαρθρίτιδα (2-4 αρθρώσεις) και πολυαρθρίτιδα)
- 6) η βαρύτητα της νόσου, όπως αυτή εκτιμάται από το DAS-28: ο DAS-28 είναι ένας κλινικο-εργαστηριακός δείκτης ενεργότητας της ΡΑ (0-2.6 //ύφεση νόσου, >2.6//ενεργή νόσος) ο οποίος περιλαμβάνει: α) τον αριθμό των κατεστραμμένων αρθρώσεων (28 αρθρώσεις), β) τον αριθμό των πρησμένων αρθρώσεων (28 αρθρώσεις), γ) την Ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων (ΤΚΕ) [Erythrocyte Sedimentation Rate (>25 mmHg)] και δ) την Αναλογική Κλίμακα Εκτίμησης του Πόνου από τον ασθενή (General health or Patients Global Assessment of Disease Activity on Visual Analogue Scale of 100 mm) [161].
- 7) ο Ρευματοειδής παράγων (Rheumatoid Factor : αυταντισώματα που στρέφονται κατά του Fs τμήματος της ανοσοσφαιρίνης IgM.), ενός δηλαδή παθολογικού αντισώματος που συνήθως ανιχνεύεται στους περισσότερους ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα. Εντούτοις, δεν είναι θετικοί όλοι οι ασθενείς με ΡΑ στο ρευματοειδή παράγοντα και ούτε το σύνολο των ατόμων με ρευματοειδή παράγοντα στον ορό του αίματός τους πάσχει από ΡΑ [39].
- 8) τα αντιπυρηνικά αντισώματα (ANA), ένα ευρύ φάσμα αντισωμάτων κατά των αντιγόνων του πυρήνα των κυττάρων, τα οποία παρατηρούνται σε άτομα ιδίως με παθήσεις του συνδετικού ιστού, όπως σε ΣΕΛ, σε σύνδρομο Sjogren,

- πολυμυοσίτιδα, σκληρόδερμα και αγγειίτιδες. Εντούτοις, τα ίδια αντισώματα μπορεί να ανιχνευτούν σε μερικά φυσιολογικά άτομα και πιθανόν να ανιχνευτούν και σε άτομα με άλλες παθήσεις. Από τα κύρια αντιγόνα που ανιχνεύονται κατά τον έλεγχο των ANA είναι τα (κατά ριβονουκλεοπρωτεΐνης) SSA (RO) και SSB(LA)
- 9) τα αντισώματα Anti Ro-Anti La, τα οποία βρίσκονται αυξημένα στο σύνδρομο Sjogren και ΣΕΛ και σε ορισμένες άλλες καταστάσεις
- 10) τα αντισώματα Anti TPO έναντι θυρεοειδικής υπεροξειδάσης (ένζυμο που καταλύει την ιωδίσωση και την σύζευξη των βασικών μονάδων στη σύνθεση θυρεοειδικών ορμονών), η οποία φαίνεται πως αποτελεί το κύριο μικροσωματικό αντιγόνο, έναντι του οποίου παράγονται αντισώματα στις αυτοάνοσες παθήσεις του θυρεοειδούς. Τα Anti TPO βοηθούν στη διάγνωση αυτοάνοσων παθήσεων θυρεοειδούς και στη διαφοροδιάγνωση της νόσου Graves από την οζώδη τοξική βρογχοκήλη και μπορεί να επιβεβαιώσει ότι η αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα είναι η αιτία της διάχυτης οζώδους βρογχοκήλης με ή χωρίς υποθυρεοειδισμό (Φ.Τ. <2IU/ml)
- 11) τα αντιθυρεοειδικά αντισώματα Anti TG, τα οποία συμβάλλουν στη διάγνωση αυτοάνοσων παθήσεων θυρεοειδούς. Παρότι τα anti-TG είναι λιγότερο συχνά από τα anti-TPO σε αυτοάνοσες θυρεοειδοπάθειες, ο έλεγχος και των δύο κατηγοριών ανοσοσφαιρινών αυξάνει την διαγνωστική ευαισθησία (Φ.Τ. <2IU/ml)
- 12) τα αυτοαντισώματα Anti-CCP, τα οποία στρέφονται κατά των πρωτεϊνών που περιέχουν το τροποποιημένο αμινοξύ κιτρουλίνη (προϊόν το οποίο παράγεται από μετα-μεταφραστική απαμίνωση καταλοίπων αργινίνης στις πρωτεΐνες). Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι τα anti-CCP εντοπίζονται πολύ πρώιμα στον ορό ασθενών με ΡΑ και επομένως μπορούν να συμβάλουν στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου
- 13) η Τριωδοθυρονίνη T3, η οποία παράγεται περίπου κατά 80 % από εξωθυρεοειδική αποϊωδίσωση της T4 και ένα ποσοστό εκκρίνεται απευθείας από το θυρεοειδή και αποτελεί μαζί με την T4 δείκτη λειτουργίας του θυρεοειδούς. Η Τριωδοθυρονίνη T3 χρησιμεύει στη διάγνωση-ρύθμιση θεραπείας υπερθυρεοειδισμού, στη διάγνωση της T3-θυρεοτοξίκωσης, καθορίζει τη βαρύτητα του υπερθυρεοειδισμού και είναι ευαίσθητη μέθοδος στη διάγνωση υποτροπής νόσου του Graves (Φ.Τ. 60-190ng/dl)

- 14) η θυροξίνη T4, η οποία είναι το κύριο μεταβολικό παράγωγο του θυρεοειδούς. Ειδικότερα, τα επίπεδα της ολικής θυροξίνης στον ορό αντανακλούν την παραγωγική δραστηριότητα του θυρεοειδούς, είναι αυξημένα στην πλειοψηφία των υπερθυρεοειδικών ατόμων και ελαττωμένα στους περισσότερους υποθυρεοειδικούς (Φ.Τ. 5,5-12Mg/dl)
- 15) η Θυρεοειδοτρόπος ορμόνη (TSH), η οποία εκκρίνεται από τον πρόσθιο λοβό της υπόφυσης και αυξάνει την παραγωγή και έκκριση της T4 και της T3 (υποψία υποθυρεοειδισμού)
- 16) οι πρωτεΐνες οξείας φάσης TKE–CRP, οι οποίες παράγονται από τα ηπατοκύτταρα, κατόπιν επαγωγής από προφλεγμονώδεις κυτταροκίνες και ιδιαίτερα της ιντερλευκίνης 6
- 17) η C αντιδρώσα πρωτεΐνη CRP, η οποία κατά την ενεργό φάση της ΡΑ τα επίπεδά της κυμαίνονται από 20-60mg/l
- 18) ο αιματοκρίτης Ht, ο οποίος εκφράζει το εκατοστιαίο ποσοστό των κυττάρων στο αίμα (δείκτης αναιμίας). Συγκεκριμένα στη ΡΑ η αναιμία είναι πολυπαραγοντική, καθώς ο αιματοκρίτης καταγράφεται στο 37, σε ποσοστό 47% των γυναικών, ενώ στο 42, στο 50% των ανδρών
- 19) τα ερυθρά αιμοσφαίρια Hb, τα οποία έχουν ως αποστολή την μεταφορά οξυγόνου στους ιστούς που πραγματοποιείται με τη βοήθεια της αιμοσφαιρίνης (Hb) (Φ.Τ. γυναίκες 12-16 g/dl, άνδρες 14-18 g/dl) και
- 20) ο δείκτης που περιλαμβάνεται στο ερωτηματολόγιο του ιατρικού ιστορικού είναι τα λευκά αιμοσφαίρια WBC (White blood cell), τα οποία είναι εξειδικευμένα κύτταρα και αποτελούν την άμυνα του οργανισμού έναντι διαφόρων βλαπτικών ουσιών (μικροβίων,ών κ.α.) (Φ.Τ. 4000-11000/Μl).
- 21) οι πιθανές βλάβες του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος: α) μονονευροπάθειες, (βλάβες μεμονωμένων περιφερικών (περιλαμβανομένων των κρανιακών) νεύρων), β) περιφερική νευροπάθεια κατά την οποία προσβάλλονται τα περιφερικά νεύρα, γ) πολλαπλή μονονευρίτιδα κατά την οποία προσβάλλεται ομάδα περιφερικών νεύρων και δ)νευροπάθειες από παγίδευση (νεύρου) σε κάποιο σημείο της πορείας του και
- 22) η ύπαρξη του Συνδρόμου καρπιαίου σωλήνα. Συνήθως, το σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα είναι ιδιοπαθές ή οφείλεται σε επανειλημμένα επαγγελματικά ατυχήματα ή οιδήματα μαλακών μορίων (Ρευματοειδής αρθρίτιδα, κύηση κ.α.).

Επιπλέον, καταγράφονται τα φάρμακα που έπαιρναν οι ασθενείς κατά τη φάση διεξαγωγής της έρευνας, τα οποία διακρίνονται σε τέσσερις γενικές κατηγορίες: 1) μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ) (π.χ ασπιρίνη, ναπροξένη κ.α.), 2) τα βραδέως δρώντα ή τροποποιητικά (χλωροκίνη, άλατα χρυσού, Δ-πενικιλλαμίνη, σουλαφασαλαζίνη κ.α.), 3) τα ανοσοκατασταλτικά (κορτικοστεροειδή, η μεθοτρεξάτη, κυκλοσπορίνη, κυκλοφωσφαμίδη, αζαθειοπρίνη κ.α.) και 4) οι βιολογικοί παράγοντες, οι οποίοι είναι ουσίες του οργανισμού που είτε λαμβάνονται αυτούσια είτε συντίθεται με τη βοήθεια της Μοριακής Γενετικής (Ιντερφερόνη, Anti-TNF κ.α). Τέλος, καταγράφηκε λεπτομερώς κάθε ψυχιατρικό φάρμακο που ελάμβανε ο/η ασθενής, η δοσολογία του και ο λόγος για τον οποίο το έπαιρνε (**Βλ. Παράρτημα**).

Όλες οι παραπάνω κλινικο-εργαστηριακές μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν στα πλαίσια της προσπάθειά μας να ελέγξουμε τη σχέση τους με την ψυχική καταπόνηση. Αποτελέσματα προηγούμενων μελετών έχουν διαπιστώσει ότι η ψυχική καταπόνηση σχετίζεται με κλινικο-εργαστηριακούς δείκτες, όπως η αρθρική φλεγμονή [337], η Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών Αιμοσφαιρίων (ΤΚΕ) [191], η μείωση του ποσοστού των κατασταλτικών Τ λεμφοκυττάρων και η αύξηση των CD20+/CD21 Β λεμφοκυττάρων [338], καθώς και οι ιντερλευκίνες IL-6 και IL-1beta [339,69], η μείωση της λειτουργικής ικανότητας [126] και ο πόνος [198].

Γ. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

Για την ανίχνευση της ύπαρξης ψυχιατρικών διαταραχών επιλέχθηκε το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ-28), ενώ για την εκτίμηση της έντασης των ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων η Κλίμακα SCL-90R.

I. Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας [General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)], [340 είναι ένα εργαλείο με υψηλή διακριτική ικανότητα που έχει στόχο την ανίχνευση ψυχιατρικών διαταραχών σε ασθενείς πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή εξωτερικών ιατρείων και δομών. Πρόκειται για ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς σε τέσσερις μορφές: α) 60 (GHQ-60), β) 30 (GHQ-30), γ) 28 (GHQ-28) ερωτημάτων και δ) 12 (GHQ-12). Στην παρούσα έρευνα χορηγήθηκε η μορφή το GHQ-28. Κάθε ερώτηση απαντάται σε μια κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων και η αξιολόγηση γίνεται είτε στην τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3), είτε στην ονομαζόμενη

κλίμακα GHQ (0-0-1-1) [340]. Εκτός από το συνολικό δείκτη πιθανής ψυχιατρικής νοσηρότητας, εξετάζει και το ενδεχόμενο ύπαρξης ψυχοπαθολογίας σε τέσσερις επιμέρους περιοχές: α) σωματικά συμπτώματα β) άγχος και διαταραχές του ύπνου, γ) κοινωνική δυσλειτουργία και δ) καταθλιπτικό συναίσθημα. Όσο η συνολική βαθμολογία ανεβαίνει, τόσο αυξάνεται και η πιθανότητα το περιστατικό να εκτιμηθεί ως «ψυχιατρική περίπτωση» (caseness). Επιπλέον, παρέχει τη δυνατότητα να εκτιμηθεί μέσω σημείων ουδών ή σημείων διαχωρισμού (cut-off points) το ενδεχόμενο ύπαρξης ή όχι ψυχικής διαταραχής. Το σημείο-ουδός για την εκτίμηση παρουσίας ή μη, ψυχικής νόσου, όσον αφορά τον Ελληνικό πληθυσμό, έχει βρεθεί ότι είναι το «4/5» [341]. Αξίζει να επισημανθεί ότι η ελληνική έκδοση του GHQ-28 μεταφράστηκε στα ελληνικά και συμπληρώθηκε, τόσο στην αγγλική όσο και στην ελληνική εκδοχή από 50 δίγλωσσους. Η προσαρμογή στα ελληνικά βασίστηκε σε 100 ασθενείς, οι οποίοι προσήλθαν διαδοχικά σε εξωτερικά ιατρεία παθολογικής κλινικής [341]. Η αξιοπιστία χορήγησης-επαναχορήγησης του ερωτηματολογίου εκτιμήθηκε με τρεις έρευνες, στις οποίες οι δείκτες ήταν αντιστοίχως 0.90, 0.75, 0.51 [341]. Η αξιοπιστία ελέγχθηκε με τη μέθοδο της «διαίρεσης στα δύο» (split-half), σε δείγμα 853 ατόμων και έδωσε συντελεστή 0.95 [341]. Ως προς την εγκυρότητα του GHQ-28, ο συντελεστής συνάφειας με την Present State Examination, η οποία έχει ήδη εκτιμηθεί για τον ελληνικό πληθυσμό, ήταν 0.77 [341]. Το GHQ-28 έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα στις ρευματοπάθειες και έρευνες επιβεβαιώνουν την άποψη ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο ως διακριτικό εργαλείο εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας, όσο και για την εκτίμηση της επίδρασης της ασθένειας σε τέτοιες σωματικές νόσους όπως η ΡΑ [342,123,325].

II. Η Κλίμακα εκτίμησης της έντασης των Ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων SCL-90R (Symptom Check List-90 Revised) [343]. Πρόκειται για μια αυτοσυμπληρούμενη πολυδιάστατη κλίμακα εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας, που αποτελείται από 90 διαπιστώσεις, οι οποίες είναι έτσι διατυπωμένες ώστε να δίνουν ένα μέτρο για την ένταση της συμπτωματολογίας σε αρκετές διαστάσεις της ψυχοπαθολογίας. Η παρουσιαζόμενη ψυχοπαθολογία παρίσταται σε 9 μείζονες συμπτωματολογικές διαστάσεις ή υποκλίμακες: 1) σωματοποίηση (12 διαπιστώσεις): αιτιάσεις που αφορούν σωματικά συμπτώματα· 2) ψυχαναγκαστικότητα-καταναγκαστικότητα (10 διαπιστώσεις): απηχεί το αντίστοιχο κλινικό σύνδρομο· 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): απηχεί το αντίστοιχο κλινικό σύνδρομο· 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 σύμμιξη 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 συναφείς υποκλίμακες του MMPI [344]. Τέλος, το SCL-90 R έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα στις ρευματοπάθειες και έρευνες επιβεβαιώνουν ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας [345,145,55,157,118,325].

Δ. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Στα προηγούμενα κεφάλαια αναφέρθηκε ότι οι ψυχολογικές παράμετροι είναι πιθανό να επηρεάσουν το ανοσοποιητικό σύστημα, είτε μέσω άμεσης παρέμβασης στο ΚΝΣ και στα συστήματα του ανοσοποιητικού, είτε μέσω ορμονικών οδών. Συγκεκριμένα, αλλαγές στη συμπεριφορά που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ή που εμφανίζονται ως προσαρμοστικές ή αμυντικές αντιδράσεις στην αντιμετώπιση στρεσογόνων γεγονότων ή αρνητικών συναισθηματικών καταστάσεων (π.χ. φτωχές πρακτικές υγείας, όπως κάπνισμα, χρήση οινοπνευματωδών ή κακή διατροφή κ.α), μπορούν να επηρεάσουν τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος [346,347].

Η επιλογή των ερωτηματολογίων που έπονται, βασίστηκε στην προσπάθεια να πραγματοποιηθεί η περιγραφή των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας των συμμετεχόντων υπό το πρίσμα διαφόρων θεωρητικών προσεγγίσεων. Η έννοια των μηχανισμών άμυνας αποτελεί μία από τις σημαντικότερες συνεισφορές της ψυχανάλυσης στη θεωρία της προσωπικότητας. Σύμφωνα με την Ψυχολογία του Εγώ, οι μηχανισμοί άμυνας αποτελούν το μείζον μέσο διαχείρισης των ενστικτωδών ενορμήσεων και του συναισθήματος· είναι ασυνείδητοι και διακριτοί μεταξύ τους, έχουν δυναμικό και αναστρέψιμο χαρακτήρα, ενώ δύνανται να είναι τόσο παθολογικοί όσο και συμβιβαστικοί σχηματισμοί και να αντιπροσωπεύουν προσαρμοστικές και δημιουργικές λύσεις έναντι των ενδοψυχικών συγκρούσεων [348]. Για την αξιολόγηση των μηχανισμών άμυνας του Εγώ επιλέχθηκαν τα ερωτηματολόγια *Defence Style Questionnaire* (DSQ) και *Life Style Index (LSI)*. Επίσης, μέσα στα πλαίσια της ψυχαναλυτικής προσέγγισης, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο *Inventory of Interpersonal Problems (IIP-40)* [349], το οποίο βασίζεται στο “διαπροσωπικό οκταγωνικό σχήμα” του Birtchnell· μια εκδοχή της θεωρίας των αντικειμενότροπων σχέσεων, η οποία δίνει πληροφορίες που αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις, αποκαλύπτοντας ταυτόχρονα πολλά στοιχεία για τη φύση των εσωτερικών αντικειμενοτρόπων σχέσεων του ασθενούς. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει το πλεονέκτημα τόσο της ενσωμάτωσης της εξελικτικής θεωρίας [350], όσο και για το ότι συμβιβάζεται με άνεση με το ψυχοδυναμικό μοντέλο. Παράλληλα, σε μία προσπάθεια όσο το δυνατόν πιο ολοκληρωμένης προσέγγισης της προσωπικότητας, επιλέχθηκε η κλίμακα *Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ)*, η οποία βασίζεται σε θεωρητικές απόψεις που υποστηρίζουν

την άποψη ότι υπάρχουν κάποιες συνδέσεις ανάμεσα στις ατομικές διαφορές, στα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και στις διαφορές στη λειτουργία του εγκεφάλου [351]. Η κλίμακα *εκτίμησης της Αίσθησης Συνεκτικότητας (Sense of Coherence-SOC)* που επιλέχθηκε, βασίζεται στη συστημική θεώρηση, σύμφωνα με την οποία όλα τα ζωντανά συστήματα είναι ανοιχτά· αλληλεπιδρούν με το περιβάλλον τους και για να κατανοήσουμε τη συμπεριφορά οποιουδήποτε οργανισμού θα πρέπει να τον δούμε ως σύνολο, αφενός εστιάζοντας στις αλληλεπιδράσεις και στις αλληλεξαρτήσεις ανάμεσα στα μέρη του και στα υπερσυστήματά του και αφετέρου στην έμφυτη τάση του να αυτοκατευθύνεται. Τέλος, επιλέχθηκε η κλίμακα *«Επιθετικότητα και Κατεύθυνση της Επιθετικότητας» (HDHQ)*, η οποία εκτιμά την επιθετικότητα ως τον τρόπο αντίδρασης του ατόμου στη ματαίωση.

1. Το *Defence Style Questionnaire (DSQ)*. Οι Vaillant & Vaillant [352] ανέπτυξαν ένα σύστημα ιεραρχικής ταξινόμησης των αμυντικών μηχανισμών ανάλογα με το βαθμό ανωριμότητας ή ωριμότητας που τους διακρίνει. Σύμφωνα με το σύστημα αυτό, οι αμυντικοί μηχανισμοί βρέθηκαν να οργανώνονται σε τρεις κατηγορίες: Πρώτη κατηγορία, οι ανώριμες άμυνες. Σε αυτό το επίπεδο εντάσσονται εκείνοι οι μηχανισμοί οι οποίοι είναι συχνοί σε ενήλικες με κατάθλιψη, με εξαρτήσεις και με διαταραχές προσωπικότητας. Έχει επίσης, υποστηριχθεί ότι οι ανώριμοι μηχανισμοί άμυνας απαντώνται συχνότερα μεταξύ ατόμων με ελλιπή δύναμη του Εγώ (π.χ. μεταξύ ψυχιατρικών ασθενών). Οι Semrad και συν. [353] μελέτησαν τους μηχανισμούς άμυνας σχιζοφρενικών ασθενών, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι σε περιόδους υποτροπής γίνεται χρήση ναρκισσιστικών κατά κύριο λόγο αμυντικών μηχανισμών (δηλ. άρνησης, προβολής και διαστρέβλωσης), προκειμένου να διατηρηθεί η ακεραιότητα του Εγώ. Ακόμη, ανώριμοι μηχανισμοί εντοπίζονται και σε μικρότερες ηλικίες. Δεύτερη κατηγορία, οι νευρωτικές άμυνες. Οι άμυνες αυτές κυριαρχούν στους ασθενείς με νεύρωση και μπορούν να αλλάξουν με την ψυχοθεραπεία. Τρίτη και τελευταία κατηγορία είναι οι ώριμες άμυνες οι οποίες είναι πιο συχνές στα ώριμα και υγιή ενήλικα άτομα [352]. Οι Bond και συν. [354] έχοντας ως στόχο την αξιολόγηση μηχανισμών του Εγώ, όπως αυτοί συνάγονται μέσω της εκδηλούμενης συμπεριφοράς, προχώρησαν στην ανάπτυξη του *Defense Style Questionnaire (DSQ)*. Το *Ερωτηματολόγιο Μελέτης του Αμυντικού Προφίλ (Defence Style Questionnaire, DSQ)*, αποτελείται από 88 διαπιστώσεις, οι οποίες περιγράφουν τα συνειδητά παράγωγα των μηχανισμών άμυνας του Εγώ. Η

αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων σε μια εννιάβαθμη κλίμακα τύπου Likert. Το DSQ αναπτύχθηκε με βάση την υπόθεση ότι οι άμυνες ακολουθούν μια ιεραρχική τάξη οργάνωσης στο συνεχές «ανωριμότητα-ωριμότητα», συγκροτώντας αμυντικά προφίλ. Η πρωτότυπη έκδοση προσδιορίζει 4 προφίλ και περιλαμβάνει 25 μηχανισμούς άμυνας του Εγώ:

- α) το «*Δυσπροσαρμοστικό Προφίλ*» (*Maladaptive Style*), το οποίο αποκαλύπτει την αδυναμία των συμμετοχόντων να διαχειριστούν τις ενορμήσεις τους και την κινητοποίηση λιγότερο ώριμων αμυντικών μηχανισμών όπως: της απόσυρσης (withdrawal), της παλινδρόμησης (regression), της εκδραμάτισης (acting out), της αναστολής (inhibition), της παθητικο-επιθετικότητας (passive-aggressive), και της προβολής (projection) [354,355,357].
- β) το «*Προφίλ της Διαστρέβλωσης της Εικόνας*» (*Image-Distorting Style*), το οποίο υποδηλώνει υποκείμενη Ναρκισσιστική ή και Οριακή Οργάνωση της προσωπικότητας. Τα άτομα με αυτό το προφίλ διαχωρίζουν την εικόνα του εαυτού τους και των άλλων σε καλή και κακή. Οι αμυντικοί μηχανισμοί που περιλαμβάνονται σε αυτή την κατηγορία είναι: ο παντοδύναμος έλεγχος (omnipotence), η σχάση (splitting) και η αρχέγονη εξιδανίκευση (primitive idealization) [354,355, 357].
- γ) το «*Προφίλ της Αυτοθυσίας*» (*Self-Sacrificing Style*), το οποίο απεικονίζει την ανάγκη του ατόμου να διατηρεί την εικόνα του καλού και ευγενικού που παρέχει βοήθεια στους άλλους και που ποτέ δε θυμώνει. Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται: ο ψευδοαλtruισμός (pseudo-altruism) και ο σχηματισμός εξ αντιδράσεως (reaction-formation) [354,355,357].
- δ) το «*Προσαρμοστικό Προφίλ*» (*Adaptive Style*), αναφέρεται στους λεγόμενους «ώριμους» μηχανισμούς άμυνας, την καταστολή (supression), τη μετουσίωση (sublimation) και το χιούμορ (humor) [354,355,357].

Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, καθώς οι τρεις πρώτοι παράγοντες που αναφέρθηκαν παραπάνω έχουν αρνητική συνάφεια με τις μετρήσεις ωριμότητας των κλιμάκων Ego Srtength Questionnaire και Sentence Completion Test of Loevinger, ενώ ο τέταρτος συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά θετικά. Ως προς την τρέχουσα εγκυρότητα, το Defense Style Questionnaire αποδείχτηκε ικανό να διακρίνει μεταξύ κλινικού και μη κλινικού δείγματος (358, 359, 360). Και όσον αφορά την εγκυρότητα πρόβλεψης, οι

Tuulio-Henriksson και συν. [361] υποστήριξαν ότι η παρουσία δυσπροσαρμοστικών μηχανισμών άμυνας περί το τέλος της εφηβείας παρουσιάζει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση με την εκδήλωση ψυχιατρικής συμπτωματολογίας κατά την πρώιμη ενήλικη ζωή, σύμφωνα με το General Health Questionnaire. Επίσης, το Defense Style Questionnaire (DSQ) συσχετίστηκε με τις κλίμακες Defense Mechanism Rating Scales (DMRS), Life Events Scale και Health-Sickness Rating Scale (HSRS). Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ των δυσπροσαρμοστικών μηχανισμών άμυνας του DSQ και των ανώριμων μηχανισμών άμυνας του DMRS, καθώς και των αγχογόνων γεγονότων ζωής, όπως αξιολογήθηκαν από το Life Events Scale [362]. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για τον πληθυσμό των ΗΠΑ, της Γαλλίας, της Γερμανίας, της Ολλανδίας και της Ιαπωνίας [363,364,365,366].

Το DSQ μεταφράστηκε στα Ελληνικά κατόπιν αδείας με την μέθοδο της αμφίδρομης μετάφρασης (back-translation) και χορηγήθηκε σε δείγμα 1531 ατόμων του προσωπικού του νοσοκομείου, 698 σωματικά ασθενείς που παρακολουθούνται από διάφορες κλινικές του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων και 241 Ψυχιατρικούς ασθενείς που παρακολουθούνται από την Ψυχιατρική Κλινική του ίδιου νοσοκομείου [367]. Για τον έλεγχο της Επαναληπτικής του Αξιοπιστίας, το DSQ χορηγήθηκε δύο φορές σε 163 τελειόφοιτους φοιτητές Ιατρικής, με μεσοδιάστημα ενός μηνός. Για τον έλεγχο επιμέρους πλευρών της εγκυρότητας χορηγήθηκαν ταυτόχρονα τα ερωτηματολόγια General Health Questionnaire-28, Symptom Distress Check List-90-R, MMPI-Ego Strength και Hostility and Direction of Hostility Questionnaire. Η Παραγοντική Ανάλυση ταυτοποίησε τέσσερις παράγοντες, οι οποίοι στην πλειονότητά τους συγκροτούν και τους παράγοντες της πρωτότυπης έκδοσης, ενώ η οι συσχετίσεις των παραγόντων μεταξύ τους βρέθηκαν συμβατές με το ιεραρχικό μοντέλο αμυντικής λειτουργίας που αποτελεί τη θεωρητική βάση κατασκευής του ερωτηματολογίου. Οι παράγοντες που έδειξαν πολύ υψηλούς και στατιστικά σημαντικούς συντελεστές Επαναληπτικής Αξιοπιστίας (ΣΕΑ) (0.883, 0.812, 0.796, και 0.815, αντίστοιχα) και, με την εξαίρεση του «Προσαρμοστικού Προφίλ», ικανοποιητική Εσωτερική Συνοχή (Cronbach Alpha: 0.749, 0.527, 0.404, και 0.271 αντίστοιχα). Ο συνυπολογισμός σε ορισμένα αμυντικά προφίλ και άλλων συναφών με αυτά μηχανισμών άμυνας, πέραν αυτών της αρχικής έκδοσης, ενίσχυσε την εσωτερική συνοχή τους στο Ελληνικό δείγμα (Cronbach Alpha: 0.511, 0.392 για την «Αυτοθυσία» και την «Προσαρμοστικότητα», αντίστοιχα). Η «Ισχύς του Εγώ»

(MMPI-EgS) έδειξε θετική συσχέτιση με το «Προσαρμοστικό Προφίλ» ($r=0.133$, $p<0.001$) και βαθμιαία αρνητική με τα υπόλοιπα (-0.577 , -0.353 , -0.327 , αντίστοιχα, $p<0.00001$), όπως θεωρητικά αναμένεται. Το «Δυπροσαρμοστικό Προφίλ» μπορούσε ευχερώς να διακρίνει τον πληθυσμό των ψυχιατρικά ασθενών από τους υγιείς ($p<0.00001$), ενώ οι τελευταίοι έδειξαν σημαντικά υψηλότερες τιμές στο «Προσαρμοστικό Προφίλ» ($p<0.001$). Οι κλίμακες εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας (GHQ-28 και SCL-90-R) βρέθηκε να σχετίζονται θετικά και σημαντικά με τα τρία «Ανώριμα» Προφίλ και αρνητικά με το «Προσαρμοστικό», ενώ ανάλογα αποτελέσματα έδειξε η συσχέτιση του DSQ με το HDHQ. Συμπερασματικά, η χρήση της Ελληνικής Έκδοσης του DSQ αποδεικνύεται ένα αξιόπιστο, έγκυρο και χρήσιμο μέσο για την εκτίμηση της ανάπτυξης και λειτουργίας του Εγώ μέσω της αμυντικής του οργάνωσης προσφέροντας παράλληλα σημαντικές πληροφορίες όσον αφορά τους ασθενείς με περιορισμένες δυνατότητες διαχείρισης του άγχους. Το Defense Style Questionnaire έχει χρησιμοποιηθεί σε ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις, όπως σε καρκινοπαθείς [368], σε ασθενείς με γαστρεντερολογικές παθήσεις [369], σε ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα [118] σε ασθενείς με Σκληρόδερμα [325] και σε ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Εντερική Νόσο και Ελκώδη Κολίτιδα [370].

2. Η Κλίμακα Life Style Index (LSI), η οποία κατασκευάστηκε από τους Plutchik και συν. [371] αφορά την εκτίμηση των μηχανισμών άμυνας του Εγώ σύμφωνα με τη γενική θεώρηση των συγκινήσεων που αναπτύχθηκε από τους ίδιους [Conte & Plutchik, 1995]. Αποτελείται από 97 προτάσεις, που περιγράφουν τα συνειδητά παράγωγα της αμυντικής λειτουργίας και αναφέρονται σε 8 επιμέρους υποκλίμακες-μηχανισμούς άμυνας. Οι τελευταίες περιλαμβάνουν τους αμυντικούς μηχανισμούς της υπεραναπλήρωσης (compensation), της άρνησης (denial), της μετάθεσης (displacement), της διανοητικοποίησης (intellectualization), της προβολής (projection), του σχηματισμού εξ αντιδράσεως (reaction formation), της παλινδρόμησης (regression) και της απώθησης (repression). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για κάθε εξεταζόμενο, δηλώνοντας *Ναι* ή *Όχι* αντίστοιχα. Η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας. Συγκεκριμένα, από τον έλεγχο αξιοπιστίας με τη δοκιμασία-επαναδοκιμασία σε «φυσιολογικό» δείγμα ενηλίκων Νορβηγών βρέθηκε ότι οι μηχανισμοί άμυνας, όπως εκτιμήθηκαν από το LSI παρέμεναν σταθεροί στο χρόνο, εκτός πιθανόν από την

παλινδρόμηση, κάτι αναμενόμενο. Στην έρευνα των Plutchik και συν. [371] που πραγματοποιήθηκε σε 29 ασθενείς με σχιζοφρένεια και σε 70 φοιτητές, καταδεικνύεται η διακριτική εγκυρότητα του ερωτηματολογίου, καθώς οι ασθενείς είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία σε επτά από τους οκτώ μηχανισμούς άμυνας. Από την ίδια έρευνα βρέθηκε ότι το LSI παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα δομικής κατασκευής, καθώς οι κλίμακες του LSI έχουν θετική συνάφεια με τις κλίμακες του ερωτηματολογίου Taylor Manifest Anxiety Scale [372] και οι πέντε από τους μηχανισμούς άμυνας του LSI αρνητική συνάφεια με το ερωτηματολόγιο Tennessee Self-Concept Scale, που εκτιμά την αυτοεκτίμηση [373]. Επίσης, η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής του LSI πιστοποιείται από την έρευνα των Apter και συν. [374], στην οποία παράλληλα χορηγήθηκαν το Suicide Risk Scale και το Acts of Violence Scale. Στη συγκεκριμένη έρευνα ο κίνδυνος αυτοκτονίας συσχετίστηκε θετικά με την παλινδρόμηση και τη μετάθεση και αρνητικά με την άρνηση, ενώ ο κίνδυνος βίας συσχετίστηκε με την προβολή και την άρνηση. Στην έρευνα των Plutchik και συν. [375] όπου χορηγήθηκε το LSI και το Ego Strength Scale βρέθηκε ότι ασθενείς με κατάθλιψη χρησιμοποιούσαν ανώριμους μηχανισμούς άμυνας. Συγκεκριμένα, είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην παλινδρόμηση, στην απώθηση, στο σχηματισμό εξ αντιδράσεως και στην προβολή. Στην ίδια έρευνα, μεταξύ του LSI και του Ego Strength Scale βρέθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συνάφεια. Στη μελέτη των Greenwald και συν. [376] σε 74 γυναίκες με διάγνωση αλκοολισμού βρέθηκε ότι είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην απώθηση και στη διανοητικοποίηση. Γενικότερα όμως, δεν βρέθηκε να διαφέρει η βαθμολογία τους από το γενικό πληθυσμό. Στην ίδια έρευνα οι ασθενείς συμπλήρωσαν το Suicide Risk Scale, Violence Risk Scale, LSI και το Million Clinical Multiaxial Inventory –II. Τα άτομα που είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην παλινδρόμηση επίσης σημείωναν υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα του MCMI-II που απεικονίζει την αντικοινωνική προσωπικότητα. Σε άλλη έρευνα που χορηγήθηκε το LSI και το Beck Depression Inventory βρέθηκε ότι οι αυτοκτονικοί ασθενείς είχαν υψηλότερη βαθμολογία στην παλινδρόμηση, στην απώθηση και στο γενικό δείκτη. Η εγκυρότητα πρόβλεψης του ερωτηματολογίου αναδεικνύεται στην έρευνα των Conte και συν. [377], σε δείγμα ασθενών με σχιζοφρένεια, καθώς οι ασθενείς που είχαν υψηλότερη βαθμολογία στους ανώριμους αμυντικούς μηχανισμούς ήταν πιθανότερο να νοσηλευτούν ξανά. Επίσης, η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής του LSI αναδεικνύεται στην έρευνα των Apter και συν. [374] όπου παράλληλα χορηγήθηκαν το Suicide Risk Scale και το

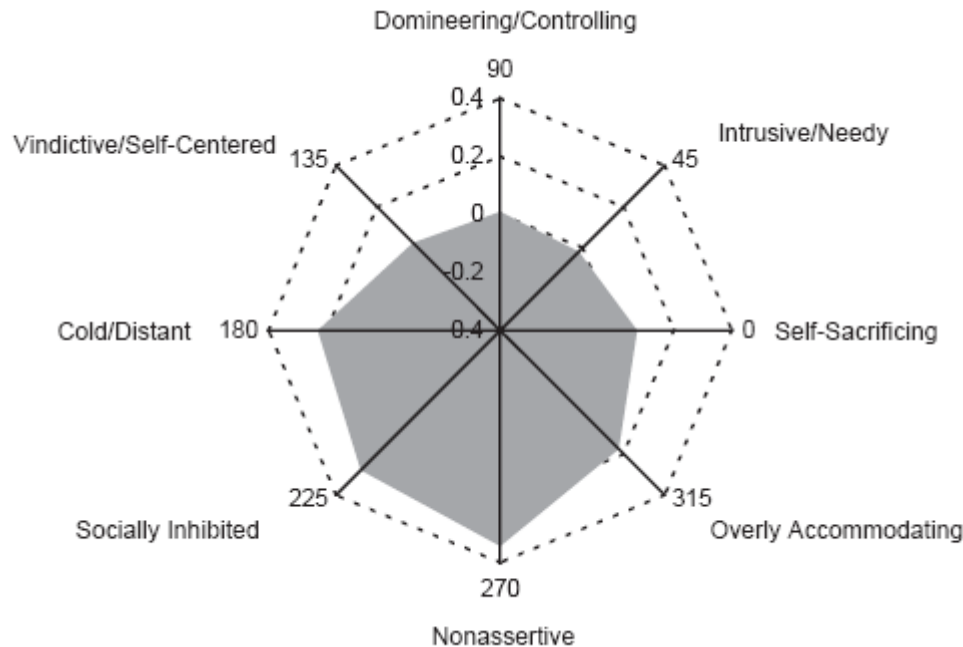
Acts of Violence Scale. Στη συγκεκριμένη έρευνα ο κίνδυνος αυτοκτονίας συσχετίστηκε θετικά με την παλινδρόμηση και τη μετάθεση και αρνητικά με την άρνηση, ενώ ο κίνδυνος βίας συσχετίστηκε με την προβολή και την άρνηση. Γενικότερα, η κλίμακα LSI παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για τον Αμερικανικό, Νορβηγικό και τον Ολλανδικό πληθυσμό. Η προσαρμογή της στον Ελληνικό πληθυσμό πραγματοποιείται από τη δική μας ερευνητική ομάδα κατόπιν αδειάς από τους συγγραφείς και δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί.

2. Το Ερωτηματολόγιο των Διαπροσωπικών Προβλημάτων (*Inventory of Interpersonal Problems*), το οποίο έχει κατασκευαστεί από τους Horowitz και συν. (1988), αποτελεί μέρος του τυπικού ρεπερτορίου των εργαλείων εκτίμησης της μεταβολής της συμπεριφοράς στο χώρο της ψυχοθεραπείας και απαρτίζεται από 127 θεματικές κατηγορίες. Απ' αυτό προκύπτουν οι θεματικές κατηγορίες του IIP-40 (*Inventory of Interpersonal Problems-40*) που αποτελείται από οκτώ υποκατηγορίες, από τις οποίες οι πέντε θεματικές κατηγορίες αντιστοιχούν στις θέσεις ενός «οκταμορίου του οκταγωνικού σχήματος» διαπροσωπικών σχέσεων του Birtchnell: μια εκδοχή της θεωρίας των αντικειμενοτρόπων σχέσεων. Το «διαπροσωπικό οκταγωνικό σχήμα» του Birtchnell έχει το πλεονέκτημα τόσο της ενσωμάτωσης της εξελικτικής θεωρίας όσο και για το ότι συμβιβάζεται με άνεση με το ψυχοδυναμικό μοντέλο. Οι άξονες του IIP-40 βασίζονται στο λεγόμενο Διαπροσωπικό Κύκλο (*Interpersonal Circle-IPC*), το οποίο αποτελεί ένα σύστημα κατηγοριοποίησης της διαπροσωπικής συμπεριφοράς μέσω της χρήσης ενός δυσδιάστατου μοντέλου, οριζόντια με βάση το δίπολο αγάπη/μίσος και κάθετα με βάση το δίπολο κυριαρχία/υποταγή. Ο ίδιος ο Birtchnell επισημαίνει πως ο IPC χαρακτηρίζεται από εγγενείς προκαταλήψεις σχετικά με το ότι μερικά είδη σχέσεων απολαμβάνουν προνομιακής αντιμετώπισης: για παράδειγμα, το αίσθημα της αγάπης θεωρείται καλύτερο από αυτό του μίσους. Υποστηρίζει μια προσπάθεια διόρθωσης αυτής της περιφρονητικής στάσης του IPC μέσα από τη δημιουργία ενός οκταγώνου, το οποίο σχηματίζεται γύρω από δύο άξονες σχέσεων: έναν άξονα “ισχύος” με δύο κομβικά σημεία (βρόχους), έναν άνω και έναν κάτω, και μια διάσταση γειτνίασης με βρόχους, την εγγύτητα και την απόσταση. Στη συνέχεια, ο Birtchnell αναμιγνύει κάθε ένα βρόχο με τους γειτονικούς του, ώστε να παραχθεί ένα οκτάγωνο με οκτώ θέσεις, τις οποίες ονομάζει άνω ουδέτερο βρόχο (*Upper Neutral*), κάτω κλειστό βρόχο (*Upper*

Close), ουδέτερο κλειστό βρόχο (Neutral Close), κλπ. Εν συνεχεία, περιγράφει καθ' έναν απ' αυτούς πιο λεπτομερειακά και αναφορικά τόσο με το προσαρμοστικό σύνολο σχέσεων, όσο και με το αντίστοιχο της έλλειψης κοινωνικής προσαρμογής [378]. Βασίζεται έτσι στην εξελικτική θεωρία για να τονίσει ότι τα ζητήματα της απόστασης σε σχέση με τους άλλους είναι κεφαλαιώδους σημασίας για κάθε έλλογο είδος. Σε αντίθεση με τον IPC, οι διαστάσεις του δεν στηρίζονται σε εγγενείς προκαταλήψεις: η απόμακρη συμπεριφορά συχνά συνδέεται με τη δημιουργικότητα, την επιτυχία και τη διασφάλιση ενός προσωπικού χώρου δράσης· η μειωτική συμπεριφορά διδάσκεται, μεταβιβάζεται από γενιά σε γενιά, αποδεχόμενη τον ορθολογισμό της εξουσίας, κλπ. Ο Birtchnell υποστηρίζει ότι τα καλά προσαρμοσμένα άτομα μετακινούνται μεταξύ διαφορετικών “σχεσιακών καταστάσεων” ανάλογα με τους διάφορους ρόλους τους, τα στάδια της ζωής τους και τα καθήκοντά τους. Ως τέτοιο, μπορεί να λεχθεί ότι πρόκειται για ένα ουδέτερο μοντέλο. Το γεγονός ότι το διαπροσωπικό οκτάγωνο δεν ακολουθεί το IPC σχετικά με τη χρήση της παραδοχής περί διπολισμού, αναγκαίου για ένα τέτοιου είδους μοντέλο, έχει δύο σημαντικά πλεονεκτήματα: το πρώτο είναι ότι μπορεί να συμβιβάσει το συχνά παρατηρούμενο γεγονός των υψηλών βαθμολογιών που δίνονται σε εκ πρώτης όψεως αντιφατικά σημεία (βρόχους), και το δεύτερο είναι η δυνατότητα να συμβιβάσει μια ψυχοδυναμική προσέγγιση, η οποία τονίζει τη σημασία της άμυνας (για παράδειγμα, η εχθρικήτητα ως μια άμυνα ενάντια στο φόβο της απόρριψης). Ένα συχνό εύρημα είναι ότι τα άτομα επιδεικνύουν αντιφατική ή παράδοξη συμπεριφορά στις κοινωνικές τους σχέσεις, την οποία κάθε διπολικό μοντέλο θα έβρισκε δύσκολο να συμβιβάσει. Το μοντέλο αυτό είναι σε καλύτερη θέση να εξηγήσει το γεγονός ότι πιο “σοβαρά” ασθενείς τείνουν να δίνουν υψηλότερους βαθμούς σε ένα ευρύ φάσμα ερωτημάτων του μοντέλου IIP: για παράδειγμα, οι ασθενείς αυτοί αναφέρουν την ύπαρξη προβλημάτων στις σχέσεις τους στις περισσότερες των επιμέρους κλιμάκων. Αυτό το εύρημα συμφωνεί με την έννοια της συννοσηρότητας και την παρατήρηση ότι οι ασθενείς συχνά εκδηλώνουν διαταραχές προσωπικότητας σε περισσότερους του ενός άξονες του DSM-IV [379].

Πιο συγκεκριμένα, το **Ερωτηματολόγιο Διαπροσωπικών Προβλημάτων (Inventory of Interpersonal Problems) (IIP-40)** των Riding and Cartright [380] είναι μια συντομευμένη εκδοχή 40 θεματικών κατηγοριών του IIP-127 και αποτελείται από τις ακόλουθες οκτώ υποκατηγορίες: 1) Κατώτερο Ουδέτερο (Lower Neutral), 2) Κατώτερο Κοντινό (Lower Close), 3) Ουδέτερο Κοντινό (Neutral Close), 4) Ανώτερο

Κοντινό (Upper Close), 5) Ανώτερο Ουδέτερο (Upper Neutral), 6) Ανώτερο Απόμακρο (Upper Distant), 7) Ουδέτερο Απόμακρο (Neutral Distant) και 8) Κατώτερο Απόμακρο (Lower Distant) (Σχήμα 1).



Σχήμα. 1 Σχηματική αναπαράσταση του οκταγωνικού σχήματος για την περιγραφή των διαπροσωπικών προβλημάτων [381].

Η βαθμολόγηση της κλίμακας γίνεται με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Ο βαθμός εσωτερικής αξιοπιστίας των θεμάτων της δομής των υποκατηγοριών βρέθηκε να είναι σε ικανοποιητικά επίπεδα, όταν εφαρμόστηκε επί ενός δείγματος συμπλήρωσης 150 ψυχοθεραπευτικών προκαταρκτικών απαντήσεων του ΠΡ. Για το σκοπό της μέτρησης της αξιοπιστίας εφαρμόστηκε η δοκιμασία Cronbach α τόσο για τα ανεπεξέργαστα όσο και για τα επεξεργασμένα στοιχεία. Ο συντελεστής Cronbach υπολογίστηκε μεταξύ 0.76 και 0.87 και για τα επεξεργασμένα στοιχεία από 0.56 και 0.77. Υψηλές βαθμολογίες στη θέση οκτημορίου της Ανώτερης Απομακρυσμένης βρέθηκαν να αποτελούν σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για τη διακοπή της θεραπείας [380]. Η μετάφραση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε από τη δική μας μεταφραστική ομάδα.

4. Το Ερωτηματολόγιο Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ) βασίστηκε στους θεωρητικούς που μοιράζονται την άποψη ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είναι θεμελιακές μονάδες που αντιπροσωπεύουν γενικές

προδιαθέσεις για συγκεκριμένες αντιδράσεις. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, τρεις ανεξάρτητες ερευνητικές κατευθύνσεις συνέκλιναν στη δημιουργία του Μοντέλου των Πέντε Παραγόντων (“Big Five”). Το Μοντέλο αυτό θεωρήθηκε σαν το πλέον κατάλληλο στη διάταξη των χιλιάδων συγκεκριμένων εννοιών της προσωπικότητας. Η πρώτη κατεύθυνση εστιάζει το ενδιαφέρον της στις ποσοτικές εκτιμήσεις διαστάσεων της προσωπικότητας· μια δεύτερη κατεύθυνση σχετίζεται με τη γλωσσική δομή των περιγραφών της προσωπικότητας· μία τρίτη κατεύθυνση αφορά τις αναλύσεις των ερωτηματολογίων της προσωπικότητας και μία τέταρτη την ανάλυση της γενετικής συμβολής στην προσωπικότητα. Πριν την ανάπτυξη του Μοντέλου των Πέντε Παραγόντων, οι βασικοί παράγοντες ήταν τρεις, ο Ψυχωτισμός (Psychotism), η Εξωστρέφεια (Extraversion) και ο Νευρωτισμός (Neurotism), τους οποίους κατάφερε μετά από μακροχρόνιες έρευνες να απομονώσει ο Eysenk με τη στατιστική τεχνική της παραγοντικής ανάλυσης. Οι παράγοντες έγιναν πέντε, ύστερα από συστηματική μελέτη και άλλων γνωστών ερωτηματολογίων προσωπικότητας, όπως το 16 Personality Research Factor Questionnaire [382], το Guilford-Zimmerman Temperament Survey [383], το Personality Research Form [384] και το Myers-Briggs Type Indicator [385]. Οι Costa & McCrae [386] συνέκλιναν στους εξής πέντε παράγοντες: α) Νευρωτισμό (Neurotism), β) Εξωστρέφεια (Extraversion), γ) Άνοιγμα στις Εμπειρίες (Openness to Experience), δ) Προσήνεια (Agreeableness) και ε) Ευσυνειδητότητα (Conscientiousness). Στο μοντέλο των Πέντε Παραγόντων όπως αναπτύχθηκε από τους Costa & McCrae [386] βασίστηκε **το Ερωτηματολόγιο Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ)** [387], το οποίο αποτελείται από 99 ερωτήματα, που αξιολογούν την παρουσία συγκεκριμένων γνωρισμάτων της προσωπικότητας και αναφέρονται σε 5 επιμέρους υποκλίμακες: Α) Παρορμητική Αναζήτηση Ευχαρίστησης/Ανταμοιβής: Αυτή η υποκλίμακα αποτελείται από 19 ερωτήσεις. Τα στοιχεία της παρορμητικότητας περιγράφουν μια έλλειψη προγραμματισμού και τάση για ενέργεια χωρίς δεύτερη σκέψη. Τα στοιχεία αναζήτηση της ευχαρίστησης περιγράφουν μια γενική ανάγκη για συγκινήσεις και ενθουσιασμό, μια προτίμηση για απρόβλεπτες καταστάσεις και φίλους, την ανάγκη για αλλαγή και την καινοτομία. Β) Νευρωτισμός – Άγχος: Οι 19 ερωτήσεις αυτής της κατηγορίας περιγράφουν συναισθηματική αστάθεια, ένταση ανησυχία, φόβο, αναποφασιστικότητα, έλλειψη αυτοπεποίθησης και ευαισθησία στην κριτική των άλλων. Γ) Επιθετικότητα – Εχθρότητα: Από τις 17 ερωτήσεις που περιγράφουν αυτή την κατηγορία ένα μέρος απεικονίζει ευκολία έκφρασης λεκτικής επιθετικότητας. Οι

υπόλοιπες περιλαμβάνουν αγένεια, αντικοινωνική συμπεριφορά, μνησικακία και κακεντρέχεια. Δ) Κοινωνικότητα: Τα 17 θέματα αυτής της κατηγορίας αναφέρονται στην αρέσκεια συμμετοχής σε μεγάλα πάρτι και τη συναναστροφή με πολλούς ανθρώπους. Η άλλη όψη δείχνει μια προτίμηση για κοινωνική απομόνωση. Ε) Δραστηριότητα: Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει 17 ερωτήσεις που από τη μία εκτιμά την ανάγκη για διαρκή κινητικότητα και ανυπομονησία και από την άλλη την ανάγκη για την πρόκληση και τη σκληρή δουλειά. Επίσης, περιλαμβάνει μία κλίμακα ελέγχου της αξιοπιστίας με 10 ερωτήσεις που δημιουργήθηκε με σκοπό να αναγνωρίσει μια γενική και εσκεμμένη αποφυγή του τεστ καθώς και να ταυτοποιήσει τα άτομα εκείνα που προσπάθησαν να παρουσιάσουν μια ευνοϊκή εικόνα του εαυτού τους, αλλοιώνοντας τις απαντήσεις. Αν η τιμή της κλίμακας είναι πάνω από 3 τότε θεωρείται ότι υπάρχει η προαναφερθείσα τάση. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για κάθε εξεταζόμενο, δηλώνοντας *Ναι* ή *Όχι* αντίστοιχα. Η παρουσία συγκεκριμένων γνωρισμάτων της προσωπικότητας προκύπτει από το σύνολο της βαθμολογίας των ερωτημάτων που περιλαμβάνονται σε κάθε υποκλίμακα. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική δομική, ταυτόχρονη και προβλεπτική εγκυρότητα. Ο δείκτης της Παρορμητικής Αναζήτησης της Ευχαρίστησης συσχετίστηκε με τη σταθερότητα στις θεραπευτικές συνεδρίες. Έρευνες σε προσωπικότητες που ρισοκινδυνεύουν [388] έδειξαν πως η κλίμακα της Παρορμητικής Αναζήτησης της Ευχαρίστησης συσχετίστηκε με το κάπνισμα, τη χρήση ναρκωτικών και το ρισοκίνδυνο σεξ. Συγκεκριμένα, η κλίμακα Επιθετικότητα-Εχθρότητα συσχετίστηκε με το ρισοκίνδυνο σεξ και με την απρόσεκτη οδήγηση. Η χαμηλή βαθμολογία στην κλίμακα Νεύρωση-Άγχος συσχετίστηκε με απρόσεκτη οδήγηση και η κλίμακα της Κοινωνικότητας συσχετίστηκε με τον τζόγο. Γενικότερα, η έρευνα έδειξε ότι το ZKPQ παρουσιάζει υψηλή εγκυρότητα πρόβλεψης και τρέχουσα εγκυρότητα, καθώς και ικανοποιητική αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας για τον πληθυσμό των ΗΠΑ, της Ισπανίας, της Γαλλίας και της Κίνας [389]. Η προσαρμογή της στον Ελληνικό πληθυσμό πραγματοποιείται από την δική μας ερευνητική ομάδα, κατόπιν αδείας από τους συγγραφείς.

5. Το θεωρητικό μοντέλο του Antonovsky για την υγεία εντάσσεται στα πλαίσια της συστημικής προσέγγισης. Ο Antonovsky, παρατηρώντας ανθρώπους που ενώ είχαν περάσει δύσκολες συνθήκες στη ζωής τους παρουσίαζαν ικανοποιητικά επίπεδα

ψυχικής και σωματικής υγείας, οδηγήθηκε στη διατύπωση της θεωρίας που ονομάστηκε «υγειογενετικό μοντέλο» (salutogenic model) [390]. Η υγειογενετική προσέγγιση απορρίπτει τη διχοτομική ταξινόμηση των ανθρώπων σε υγιείς και ασθενείς και την αντικαθιστά με την τοποθέτηση των ανθρώπων σε ένα πολυδιάστατο συνεχές ασθένειας-υγείας· δεν εστιάζει μόνο στην αιτιολογία μιας συγκεκριμένης ασθένειας, αλλά διερευνά όλη την ιστορία του εκάστοτε ανθρώπου, συμπεριλαμβανομένης και της ασθένειας που εμφανίζει. Προσπαθώντας να προσδιορίσει τους παράγοντες που ωθούν τον άνθρωπο προς τον υγιή πόλο του συνεχούς υγείας-ασθένειας, διατύπωσε την έννοια της «εσωτερικής συγκρότησης» [390]. Η εσωτερική συγκρότηση (sense of coherence) θεωρείται ότι εκφράζει μια σταθερή διάθεση της προσωπικότητας, που καθορίζει συγκεκριμένη στάση απέναντι στο περιβάλλον και χρησιμεύει ως μείζων μηχανισμός άμυνας για τη διατήρηση της υγείας [391]. Ο Antonovsky μελετώντας περισσότερο τις συνεντεύξεις αυτών που είχαν ισχυρή εσωτερική συγκρότηση και αυτών που ήταν στον αντίθετο πόλο, αναζήτησε θέματα που ήταν σταθερά παρόντα στη μία ομάδα και έλειπαν από την άλλη. Έτσι προσδιόρισε τρεις διαστάσεις της εσωτερικής συγκρότησης: την *“ικανότητα κατανόησης”* (comprehensibility), την *“ικανότητα χειρισμού”* (manageability) και την *“ικανότητα νοηματοδότησης”* (meaningfulness). Ο Antonovsky, για τη μέτρηση της εσωτερικής συγκρότησης θεώρησε χρήσιμο να κατασκευάσει ερωτηματολόγιο ώστε να ελέγξει την υπόθεση ότι η υψηλή εσωτερική συγκρότηση συνδέεται αιτιωδώς με την κατάσταση της σωματικής υγείας. Συνεπώς, προσδιόρισε τις διαστάσεις που θα μετρηθούν από το ερωτηματολόγιο και τα σημαντικά στοιχεία που περιλαμβάνει η κάθε διάσταση. Η **Κλίμακα εκτίμησης της Αίσθησης Συνεκτικότητας (Sense of Coherence - SOC)** [392] μπορεί να συμπληρωθεί είτε από το ίδιο το άτομο είτε μέσω συνέντευξης και αποτελείται από 29 ερωτήματα· κάτω από κάθε ερώτημα υπάρχει μία επταβάθμια κλίμακα, στα άκρα της οποίας (1 και 7) αντιστοιχούν δύο ακραίες, αντίθετες μεταξύ τους απαντήσεις. Τα ερωτήματα είναι διαμορφωμένα κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να μετρούν και τα τρία βασικά στοιχεία της SOC: 11 ερωτήματα αφορούν στην «κατανόηση των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος» (comprehensibility), 10 αφορούν «στην πεποίθηση ότι το άτομο θα ανταποκριθεί επιτυχημένα στις απαιτήσεις» (manageability) και 8 αφορούν «στην αίσθηση ότι η προσπάθεια αξίζει τον κόπο» (meaningfulness). Δεκατρία από τα ερωτήματα εμπεριέχουν άρνηση και η βαθμολογία τους θα πρέπει να αναστραφεί στον τελικό υπολογισμό του αθροίσματος. Αυτό το συνολικό άθροισμα από τη

βαθμολογία και των 29 ερωτημάτων είναι εκείνο που εκφράζει ποσοτικά τη SOC και όσο μεγαλύτερο είναι, τόσο ισχυρότερη θεωρείται η τελευταία. Όσοι έχουν υψηλή βαθμολογία είναι πιθανό να αντιλαμβάνονται τα στρεσογόνα ερεθίσματα ως προβλέψιμα και εξηγήσιμα, και έχουν εμπιστοσύνη στην ικανότητά τους να χειρίζονται τις προκλήσεις της ζωής θεωρώντας τις αξίες να ασχοληθούν μαζί τους και να επενδύσουν σ' αυτές. Ο Antonovsky ισχυρίζεται ότι το ερωτηματολόγιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί διαπολιτισμικά, βασιζόμενος στα δεδομένα των πρώτων ερευνών που πραγματοποιήθηκαν σε Ισραηλινούς φοιτητές [324]. Η κλίμακα SOC-29 έχει σταθμιστεί στο εξωτερικό και έχει χρησιμοποιηθεί σε 124 μελέτες επιδεικνύοντας υψηλούς βαθμούς αξιοπιστίας (reliability) και εγκυρότητας (validity), με το δείκτη Cronbach's α να κυμαίνεται από το 0.90 έως το 0.95 [393,394,395].

Σ τ η ν πα ρ ο ύ σ α μ ε λ έ τ η ο σ υ ν τ ε λ ε σ τ ή ς
ε σ ω τ ε ρ ι κ ή ς σ υ ν έ π ε ι α ς τ ο υ
ε ρ ω τ η μ α τ ο λ ο γ ί ο υ ήταν 0.91 [396]. Η SOC έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό [391]. Επίσης, π ρ ο β λ έ π ε ι τ η
θ ε τ ι κ ή έ κ β α σ η σ ε δ ι ά φ ο ρ ε ς ψυχολογικές ή
σ ω μ α τ ι κ έ ς νόσους [397]. Τ έ λ ο ς, αρκετές μελέτες έχουν
χρησιμοποιήσει τη SOC σε ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα και πρόσφατα σε
ασθενείς με Σκληρόδερμα (398, 205· 369, 118, 325). Συμπεράσματά μας έδειξαν ότι
SOC συνδέθηκε με διάφορες πτυχές της Ποιότητας Ζωής (HRQOL) στους ασθενείς
με Σκληρόδερμα [325].

6. Το ερωτηματολόγιο «*Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας*» (*The Hostility and Direction of Hostility Questionnaire - HDHQ*) που κατασκευάστηκε από τους Caine, Foulds και Hope [399] και εκτιμά την «εχθρότητα-επιθετικότητα» του υποκειμένου και δίνει έμφαση στον τρόπο που το άτομο βιώνει την επιθετικότητά του, όταν ματαιώνεται. Ειδικότερα, αξιολογεί το βαθμό ετοιμότητας για την εκδήλωση εχθρικής συμπεριφοράς, η οποία δεν αναφέρεται στην άσκηση σωματικής βίας, αλλά στη διαμόρφωση επικριτικής στάσης απέναντι στους άλλους (εξωστρεφής επιθετικότητα) ή απέναντι στον εαυτό του (ενδοβαλόμενης επιθετικότητα). Αποτελείται από 51 ερωτήματα, τα οποία αναφέρονται σε 5 επιμέρους υποκλίμακες: α) Παρορμητική Επιθετικότητα (Acting Out Hostility) β) Επίκριση των Άλλων (Criticism of Others), γ) Παραληρητική Επιθετικότητα (Delusional Hostility), δ) Αυτο-επίκριση (Self Criticism) και ε) Παραληρηματική

Ενοχή (Quilt). Η εκδήλωση παρορμητικής και παρανοειδούς επιθετικότητας, καθώς και η επίκριση των άλλων αφορούν την εξωστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις τιμωρητικότητας, ενώ η αυτο-επίκριση και η παραληρηματική ενοχή αφορούν την ενδοστρεφή επιθετικότητα και αποτελούν μετρήσεις αυτοτιμωρίας. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με την αντιπροσωπευτικότητα του περιεχομένου των προτάσεων για κάθε εξεταζόμενο, δηλώνοντας *Ναι* ή *Όχι* αντίστοιχα. Η άθροιση της βαθμολογίας στις 5 υποκλίμακες υποδηλώνει το βαθμό συνολικής επιθετικότητας, για τον οποίο ως σημείο αποκοπής έχει οριστεί, σύμφωνα με μελέτες υγιών, το 12 έως 14. Η κλίμακα έχει ευρέως χρησιμοποιηθεί στον Ελληνικό πληθυσμό, τόσο σε υγιείς [400] όσο και σε σωματικά [401,369, 118, 325] ή ψυχικά ασθενείς [402]. Σε πρόσφατη έρευνα της δικής ομάδας η επιθετικότητα, όπως εκτιμήθηκε από την κλίμακα HDHQ σχετίστηκε αρνητικά με τη Σωματική Ποιότητα Ζωής (PHRQOL) στους ασθενείς με Σκληρόδερμα. Συγκεκριμένα, ο δείκτης Cronbach alpha, όπως προέκυψε από το συγκεκριμένο δείγμα εκτιμήθηκε στο 0.79 για την εξωστρεφόμενη, στο 0.70 αντίστοιχα για την εσωστρεφόμενη και στο 0.68 για το σύνολο [325].

Δ. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.

Μία από τις διαστάσεις που καθορίζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών είναι η σωματική δυσλειτουργία την οποία επιφέρει η νόσος. Για την αξιολόγηση της σωματικής λειτουργικότητας επιλέχθηκε το «*Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ)*», μία κλίμακα ειδικά προσαρμοσμένη για τους ασθενείς με ρευματικά νοσήματα. Ενώ, για την εκτίμηση σφαιρικά της ποιότητας ζωής επιλέχθηκε η *Κλίμακα WHOQOL-BREF*, η οποία διερευνά γενικότερα θέματα όπως τη σωματική, την ψυχική, τη γνωστική, την κοινωνική και τη σχετικά με το ευρύτερο περιβάλλον ποιότητα ζωής.

1. Το «*Stanford Health Assessment Questionnaire*» αναπτύχθηκε από τους Fries και συν. [403] 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, όπως τη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, την Οστεοαρθρίτιδα, το, Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο, το Σκληρόδερμα, την Αγγυλοποιητική Σπονδυλίτιδα, την Ινομυαλγία και τη Ψωριασική Αρθρίτιδα. Είναι ένα από τα πρώτα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια εκτίμησης της λειτουργικότητας (δυσλειτουργίας) και χρησιμοποιείται ευρέως σ' 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. Η εκδοχή του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη είναι η ελληνική έκδοση της σύντομης μορφής του HAQ, η HAQ-Greek Version [404], η οποία αποτελείται: α) από την *Κλίμακα Σωματικής Δυσλειτουργίας*, η οποία συνήθως είναι αυτοσυμπληρούμενη, αλλά μπορεί επίσης να συμπληρωθεί με συνέντευξη σε κλινικό πλαίσιο και περιλαμβάνει 8 υποκατηγορίες που αναφέρονται στη σωματική λειτουργικότητα: 1) Ένδυση & Καλλωπισμός, 2) Όρθια Στάση, 3) Σίτιση, 4) Περπάτημα, 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. Σ' αυτή ζητείται από κάθε ασθενή να τοποθετήσει ένα σημάδι που αντιστοιχεί στον πόνο που ένιωθε 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. Το ερωτηματολόγιο HAQ-GrV παρουσιάζει πολύ καλή εσωτερική εγκυρότητα (alpha: 0.90) και ικανοποιητική επαναληπτική αξιοπιστία. Τέλος, το HAQ-GrV συσχετίστηκε με το Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Spearman's rho: 0.31 (P < 0.05) [404].

2. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η Ποιότητα Ζωής ορίζεται ως «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» [264]. Η ομάδα του ΠΟΥ αναγνωρίζοντας την πολυδιάστατη έννοια της ποιότητας ζωής έχει σχεδιάσει και εφαρμόσει σε διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια ένα νέο εργαλείο, το WHOQOL. Στην παρούσα έρευνα για την αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής επιλέχθηκε η **Κλίμακα WHOQOL-BREF** (Ποιότητα Ζωής). Πρόκειται για τη συντομευμένη έκδοση (29 ερωτήσεις) του ερωτηματολογίου WHOQOL-100. Παρέχει πληροφορίες για τέσσερις περιοχές που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής: α) τη Σωματική Υγεία, β) τη Ψυχολογική Υγεία, γ) τις Κοινωνικές Σχέσεις και δ) το Περιβάλλον. Δίνει επίσης ένα γενικό δείκτη εκτίμησης της ποιότητας ζωής και της γενικής κατάστασης της υγείας. Η υψηλότερη βαθμολογία δηλώνει καλύτερη Ποιότητα Ζωής. Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4-5) και τα αποτελέσματα προσαρμόζονται σε μία κλίμακα από το 0 έως το 100. Θεωρείται έγκυρο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο [264]. μάλιστα η συντομευμένη αυτή μορφή θεωρείται περισσότερο χρήσιμη και ευέλικτη για μεγάλες επιδημιολογικές μελέτες και κλινικές δοκιμές [264]. Συνιστάται ακόμη η χρήση του σε επαγγελματίες υγείας που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων [264]. Η ικανότητά του να εκτιμήσει την ποιότητα ζωής έχει διαπιστωθεί σε μεγάλες μελέτες, κυρίως σε αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες, και έχει μεταφραστεί μέχρι στιγμής σε 12 γλώσσες. Η στάθμιση στα ελληνικά πραγματοποιήθηκε από τους Ginieri-Coccosis και συν. [405]. Τέλος, η κλίμακα WHOQOL-BREF σύμφωνα με την έρευνα των Taylor και συν. [406] θεωρείται ένα έγκυρο όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τις παρεμβάσεις που προσδοκούν να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής των ανθρώπων με αυτή την ασθένεια. Από τη δική μας ερευνητική ομάδα χρησιμοποιήθηκε η ελληνική μορφή του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF για την εκτίμηση της Ποιότητας Ζωής ασθενών με Σκληρόδερμα [325].

4. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ

Όλες οι στατιστικές αναλύσεις των δεδομένων πραγματοποιήθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (Social Package for Social Sciences) 15.0 για τα Windows [SPSS Inc., Chicago, IL, USA]. Αρχικά, ελέγχθηκε η κανονικότητα των μεταβλητών με τη χρήση του Kolmogorov-Smirnov test [407]. Έγινε μια αρχική σύγκριση με μονοπαραγοντική μέθοδο (univariate analysis) για τη διερεύνηση της σχέσης της Ψυχοπαθολογίας (GHQ-28 Total) και της Ποιότητας Ζωής (PHRQOL) με όλες τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Για τις διχοτόμες μεταβλητές πραγματοποιήθηκε η δοκιμασία students (2-tailed) t-test, ενώ για τις συνεχείς μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι δείκτες συνάφειας Pearson ή Spearman [407]. Η επιλογή των ανεξάρτητων μεταβλητών για την Ιεραρχική Ανάλυση Παλινδρόμησης (Hierarchical Regression Analysis) βασίστηκε στα αποτελέσματα των μονοπαραγοντικών αναλύσεων.

Οι μεταβλητές που συσχετίστηκαν στατιστικά σημαντικά σε επίπεδο 0.01 εισήχθησαν στις εξισώσεις ως ανεξάρτητες μεταβλητές. Εξαιτίας του μεγάλου αριθμού των σχετικών με την προσωπικότητα μεταβλητών, προηγήθηκε ξεχωριστή Ανάλυση Πολλαπλής Παλινδρόμησης (multiple regression analysis), με εξαρτημένη μεταβλητή τη σχετική με τη «σωματική» υγεία Ποιότητα Ζωής και ανεξάρτητες τις βαθμολογίες των ερωτηματολογίων DSQ, HDHQ και SOC, ώστε να προσδιοριστούν οι πιο σημαντικές μεταβλητές της προσωπικότητας που σχετίζονται με τη σχετική με τη «σωματική» υγεία Ποιότητα Ζωής και για να περιοριστούν τα προβλήματα που προκαλεί η πολυσυγγραμικότητα.

Διαμεσολάβηση και Ρύθμιση (Mediation and Moderation)

Σύμφωνα με τους Kraemer και συν. [408, 409], μία μεταβλητή (B) για να είναι διαμεσολαβητής της επίδρασης μιας άλλης μεταβλητής (A) στην έκβαση (Γ), πρέπει να υπάρχει χρονική προτεραιότητα (με την A να προηγείται της B), η B να σχετίζεται σημαντικά με την έκβαση (Γ), και, είτε η επίδραση της A στη Γ να επικρατεί εκείνης της B (πλήρης διαμεσολάβηση) είτε, να επικρατούν και η A και η B (μερική διαμεσολάβηση). Μία μεταβλητή (A) για να είναι διαμεσολαβητής πρέπει να είναι χαρακτηριστικό υποβάθρου, το οποίο μπορεί να αποδειχθεί ότι αλληλεπιδρά με μία άλλη μεταβλητή (B) στην έκβαση. Μια αλληλεπίδραση σημαίνει ότι η επίδραση της

Β μεταβλητής σε κάθε περίπτωση εξαρτάται από την τιμή της Α. Εάν η Α είναι μια βασική μεταβλητή, η οποία προσδιορίζει τις υποομάδες ασθενών (π.χ. η ηλικία, το φύλο, το αμυντικό προφίλ), τότε η Α δείχνει σε ποιον η μεταβλητή που μελετάται μπορεί να έχει τις σημαντικότερες επιρροές [409].

Στο δεύτερο μέρος της βασικής μας μελέτης, οι στατιστικές αναλύσεις της διαμεσολάβησης κατευθύνθηκαν προς τους πιθανούς διαμεσολαβητές στη σχετική με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής (ΠΖ). Χρησιμοποιήσαμε την ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης για να υπολογίσουμε το βαθμό διακύμανσης, ο οποίος ερμηνεύει κάθε μία από τις ομάδες μεταβλητών που εισήχθησαν σε κάθε βήμα του μοντέλου μας. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν: οι δημογραφικές μεταβλητές, η παθολογία, η βλάβη, η προσωπικότητα, η ψυχική καταπόνηση και οι λειτουργικοί περιορισμοί, οι οποίες σχετίστηκαν στις μονοπαραγοντικές αναλύσεις με τη σχετική με τη «σωματική υγεία» ΠΖ σε 0.01 επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας. Εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η σχετική με τη «σωματική υγεία» ΠΖ.

Σταθμίστηκαν οι ακατέργαστες τιμές των μεταβλητών, δηλαδή μετατράπηκαν σε z-τιμές, προκειμένου να εξεταστεί εάν μεταβλητές που προσδιορίζουν τις υποομάδες ασθενών (δηλ. φύλο, ηλικία, αμυντικά προφίλ, χαμηλή ή υψηλή επιθετικότητα, συγκρότηση) ήταν πιθανοί τροποποιητές της σχέσης μεταξύ των παραμέτρων της νόσου και της σχετικής με τη «σωματική υγεία» ΠΖ. Για να ισχυριστούμε ότι υπάρχει τροποποίηση, θα έπρεπε να παρουσιάσουμε σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ του τροποποιητή (π.χ. του αμυντικού προφίλ) και των παράμετρων της νόσου [409]. Απλές γραμμές παλινδρόμησης σχεδιάστηκαν προκειμένου να εξεταστούν οι σημαντικές αλληλεπιδράσεις, ενώ ακολουθήθηκε η ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης πραγματοποιήθηκε για να προσδιοριστούν οι επιδράσεις των τροποποιητών [410]. Στη συνέχεια, οι σταθμισμένοι προγνωστικοί και τροποποιητικοί παράγοντες πολλαπλασιάστηκαν, ώστε να παραγάγουν μια μεταβλητή αλληλεπίδρασης. Οι ανεξάρτητες μεταβλητές εισήχθησαν στην εξίσωση σε δύο βήματα. Σε πρώτη φάση, οι κατάλληλοι προγνωστικοί παράγοντες οι οποίοι είναι τροποποιητές εισήχθησαν χωριστά, ακολουθούμενοι στο τελικό βήμα από τη μεταβλητή αλληλεπίδρασης [409,410]. Η σχετική με τη «σωματική υγεία» ΠΖ είναι η μεταβλητή έκβασης.

Τροποποιημένη Διαμεσολάβηση (Moderated Mediation)

Πραγματοποιήθηκε πρόσθετη ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης, σύμφωνα με τις προηγούμενες αναλύσεις των διαμεσολαβητών, με τη διαφορά ότι προστέθηκε ένα επιπλέον μοντέλο, το οποίο περιέλαβε τους όρους αλληλεπίδρασης μεταξύ του διαμεσολαβητή και τροποποιητή, προκειμένου να περιληφθούν οι κύριες και οι αλληλεπιδρώμενες επιρροές του τροποποιητή για τον καθορισμό ενός μεσολαβητή.

5.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Α) ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Περιγραφική ανάλυση του δείγματος

Στην πιλοτική αυτή έρευνα συμμετείχαν 22 ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα πρόσφατης έναρξης (έναρξη νόσου μέσα στον τελευταίο χρόνο). Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στη Ρευματολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, από τον Αύγουστο του 2003 έως τον Δεκέμβριο του 2003. Η ομάδα των ασθενών συγκροτήθηκε από 22 ασθενείς με διάγνωση Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας σύμφωνα με τα κριτήρια του «American College of Rheumatology» [334]. Ο «υγιής» πληθυσμός (ομάδα ελέγχου) συγκροτήθηκε από 34 άτομα από το προσωπικό του νοσοκομείου, τα οποία ταίριαζαν σε ηλικία, φύλο και μορφωτικό επίπεδο με την ομάδα των ασθενών, δεν παρουσίαζαν στη συγκεκριμένη φάση της έρευνας προβλήματα άλλης σωματικής ή ψυχικής νόσου και δεν έπαιρναν οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή. Επίσης, όλοι οι συμμετέχοντες μπορούσαν να διαβάσουν και να γράψουν Ελληνικά και δεν είχαν ιστορικό σοβαρής ψυχικής νόσου ή χρήσης αλκοόλ και ναρκωτικών. Τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών περιγράφονται αναλυτικά στον **Πίνακα 1-1**. Οι ασθενείς με ΡΑ που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν διάρκεια νόσου μικρότερη του ενός έτους και δεν έπαιρναν αντιρρευματικά φάρμακα, τροποποιητικά της νόσου ή στεροειδή.

Πίνακας 1-1 Δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά ασθενών με ΡΑ πρόσφατης έναρξης και «υγιή πληθυσμού» (ομάδα ελέγχου)

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	Ρευματοειδής Αρθρίτιδα	«Υγιής» Πληθυσμός
Αριθμός ασθενών	22	34
Γυναίκες (83,3 %) : Άντρες (16,7%)	16:6	25:9
Ηλικία (χρόνια)		
range	18–71	22–70
(mean, ± SD)	51.0±14.6	46.1±12.4
(median)	51.0	44.5
Οικογενειακή κατάσταση : (n, %)		
Έγγαμος	18 (81.8)	24 (70.6)
Μορφωτικό Επίπεδο n (%)		
Απόφοιτοι Δημοτικού	15 (68.2)	21 (61.7)
Απόφοιτοι Γυμνασίου/Λυκείου	6 (27.3)	11 (32.5)
Απόφοιτοι Πανεπιστημίου	1 (4.5)	2 (5.9)
Επάγγελμα (n, %)		
Εργάζονται με πλήρη απασχόληση	14 (63.6)	24 (70.6)
Συνταξιοδοτηθέντες	2 (9.1)	1 (2.9)
Άνεργοι ή οικιακά	6 (27.3)	9 (26.5)
Διάρκεια νόσου (μήνες)		
Range (Mean ± SD)	7–12 (10.8±1.3)	
IgM ρευματοειδής παράγοντας θετικός n (%)	13 (59.05)	
DAS-28 (Mean ± SD)	3.2–6.1 (4.8±1.2)	

Σημείωση: range, mean, median ± standard deviation: εύρος, μέσος όρος, διάμεσος ± τυπική απόκλιση

Αποτελέσματα

Οι 7 από τους 22 ασθενείς με PA πρόσφατης έναρξης και οι 6 από τους 34 του υγιή πληθυσμού παρουσίασαν βαθμολογίες στην κλίμακα GHQ-28 πάνω από το σημείο ουδό (>4/5) για την ανίχνευση ψυχιατρικών περιστατικών στον ελληνικό πληθυσμό [341]. Έτσι, στο δείγμα μας, το 31.8% των ασθενών με PA παρουσίασε βαθμολογίες πάνω από το σημείο ένδειξης ενεργού ψυχοπαθολογίας συγκριτικά με το 17,6% του υγιή πληθυσμού ($\chi^2=1.66$, $df=1$, $P<0.1$). Η διαφορά μεταξύ ασθενών και ομάδας ελέγχου δεν είναι στατιστικά σημαντική, αλλά υποδηλώνεται μία τάση εμφάνισης υψηλότερου ποσοστού περιστατικών με πιθανή ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με PA. Σύμφωνα με το συντελεστή συσχέτισης Kendall's Tau-b οι ασθενείς με PA στο ερωτηματολόγιο του SCL-90-R εμφάνισαν υψηλότερες τιμές συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου στις υποκλίμακες της «σωματοποίησης» ($P<0.018$), της «κατάθλιψης» ($P<0.048$) και του «ανήσυχου ύπνου» ($P<0.034$) και στο ερωτηματολόγιο του GHQ-28 στην υποκλίμακα της κοινωνικής δυσλειτουργίας ($P<0.01$) (**Πίνακας 1-2**). Η πολυπαραγοντική ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης έδειξε ότι οι ασθενείς με PA έχουν υψηλότερες τιμές στις κλίμακες που εκτιμούν τα «σωματικά συμπτώματα» ($P<0.01$) και την «κοινωνική δυσλειτουργία» ($P<0.01$) (**Πίνακας 1-3**). Επίσης, σύμφωνα με το συντελεστή συσχέτισης Kendall's Tau-b οι ασθενείς με πιθανά συμπτώματα ψυχοπαθολογίας εμφάνισαν υψηλότερες τιμές στις υποκλίμακες της «κατάθλιψης» (1.8 ± 0.7 vs. 0.95 ± 0.5 , αντίστοιχα $P<0.005$), της «ψυχαναγκαστικότητας-καταναγκαστικότητας» (1.6 ± 0.75 vs. 1.0 ± 0.5 , αντίστοιχα, $P<0.05$) και της «διαπροσωπικής ευαισθησίας» (1.6 ± 0.9 vs. 1.0 ± 0.4 , αντίστοιχα, $P<0.05$) του SCL-90-R, συγκριτικά με τους ασθενείς με PA «χωρίς ψυχοπαθολογία» (**Σχ. 1-1**).

Πίνακας 1- 2 Ψυχιατρικοί παράγοντες που συσχετίζονται με ΡΑ πρόσφατης έναρξης

Ψυχιατρικοί παράγοντες	“Healthy” controls (N=34) (Mean ± SD)	RA (N=22) (Mean ± SD)	Kendall’s tau-b	P
Hopkins SCL-90-R				
Σωματοποίηση	0.8±0.6	1.3±0.9	0.269	0.018
ψυχαναγκαστικότητα - Καταναγκαστικότητα	0.9±0.5	1.2±0.6	0.168	NS
Διαπροσωπική Ευαισθησία	0.9±0.5	1.2±0.6	0.168	NS
Κατάθλιψη	1.0±0.5	2±0.7	0.096	NS
Άγχος	0.9±0.6	1.2±0.7	0.195	0.048
Εχθρότητα	0.6±0.7	0.7±0.6	0.088	NS
Φοβικό Άγχος	0.5±0.5	0.7±0.7	0.060	NS
Παρανοειδής Ιδεασμός	0.4±0.3	0.5±0.5	0.089	NS
Ψυχωτισμός	1.0±0.7	1.2±0.8	0.146	NS
Ανήσυχος ύνπος	0.8±0.9	1.5±1.3	0.265	0.034
Σκέψεις θανάτου	0.4±0.9	0.6±1.0	0.154	NS
Ενοχές	1.0±1.1	1.0±1.2	0.031	NS
Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔ Σ)	0.8±0.4	1.0±0.4	0.208	0.050
GHQ				
Σωματικά Συμπτώματα	10.9±4.9	12.1±4.2	0.106	NS
Άγχος και απνία	11.6±5.1	12.3±3.4	0.056	NS
Κοινωνική Δυσλειτουργία	11.7±3.8	14.1±3.7	0.306	0.010
Καταθλιπτικό Συναίσθημα	7.6±3.0	7.9±2.1	0.040	NS
HDHQ				
Παρορμητική Επιθετικότητα	3.9±1.5	3.7±1.9	-0.071	NS
Επίκριση των Άλλων	5.5±1.9	6.0±2.1	0.118	NS
Παραληρητική Επιθετικότητα	2.3±1.6	3.4±2.1	0.226	0.047
Αυτο-επίκριση	3.7±1.8	4.1±1.8	0.138	NS
Παραληρηματική Ενοχή	2.1±1.5	2.0±1.2	0.015	NS
Συνολική Εχθρότητα	17.5±6.0	19.3±6.1	0.123	NS
Κατεύθυνση της Εχθρότητας	-2.2±4.3	-2.95±5	-0.002	NS

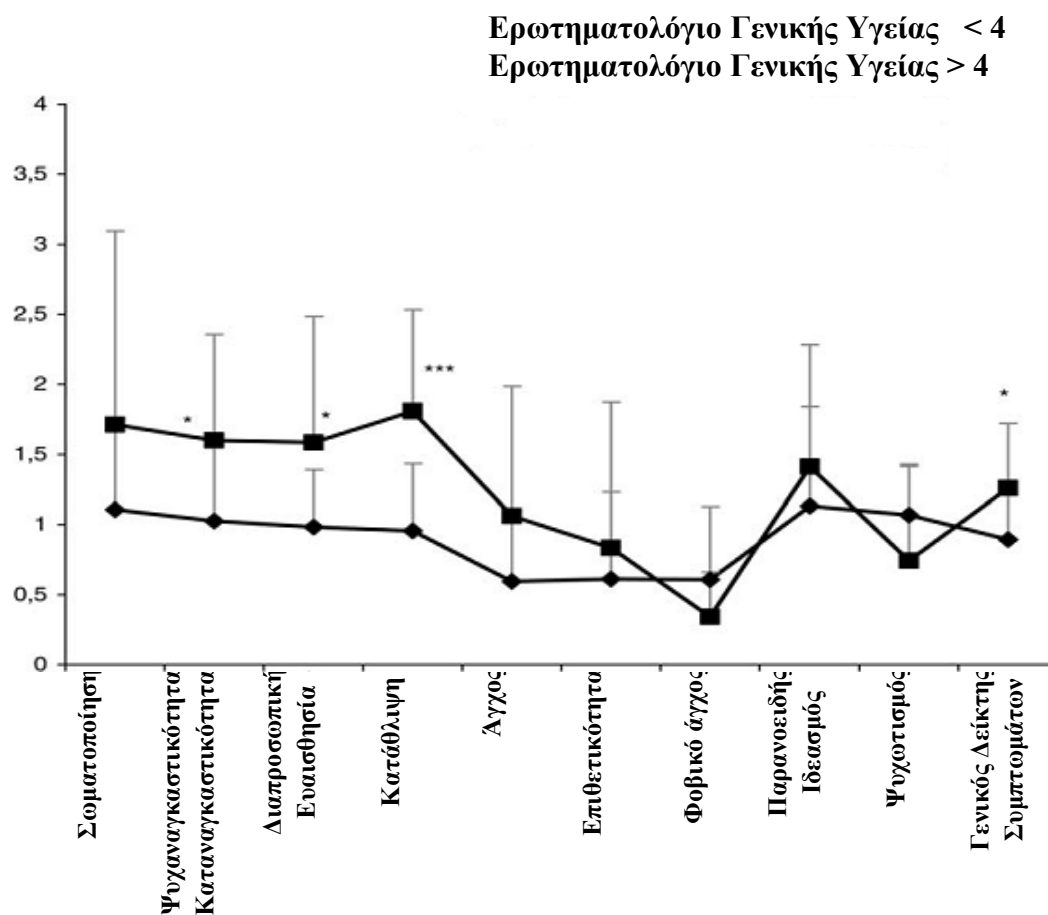
NS not significant= όχι στατιστικά σημαντικό

Πίνακας 1- 3 Παράγοντες προσωπικότητας και ψυχοπαθολογίας που συσχετίζονται με ΡΑ^a πρόσφατης έναρξης.

Μεταβλητές	Μονοπαραγοντικές Λογιστικές Αναλύσεις		Πολυπαραγοντική Λογιστική Ανάλυση	
	Odds ratio (95% CIs) ^b	P	Odds ratio (95% CIs)	P
SCL-90-R κατάθλιψη	1.858 (0.723–4.776)	0.05		
SCL-90-R σωματοποίηση	2.480 (1.125–5.466)	0.024	6.452 (1.429–29.125)	0.015
DSQ προσαρμοστικό προφίλ	0.747 (0.682–1.006)	0.05		
GHQ-28 κοινωνική δυσλειτουργία	1.241 (0.997–1.547)	0.05	1.651 (1.122–2.430)	0.011

^a Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική λογιστική ανάλυση παλινδρόμησης με την ύπαρξη της νόσου ως εξαρτημένη μεταβλητή (ΡΑ έναντι “υγιή” πληθυσμού) και ως ανεξάρτητες μεταβλητές την ψυχοπαθολογία, την επιθετικότητα και τα αμυντικά προφίλ. Οι προγνωστικές τιμές που υπολογίστηκαν βασίστηκαν στην πιθανότητα ύπαρξης της ασθένειας και η τιμή του σημείου αποκοπής μεταξύ των ασθενών με ΡΑ και της ομάδας ελέγχου ήταν 0.500. Παρουσιάζονται μόνο οι σημαντικές μεταβλητές. Η εξίσωση παλινδρόμησης επιτυχώς κατηγοριοποίησε το 85.5% των περιπτώσεων, με Cox και Snell $R^2=0.366$ ^bCis Διαστήματα Εμπιστοσύνης

Σχήμα 1-1. Οι κλίμακες του SCL-90-R των ασθενών με ΡΑ πρόσφατης έναρξης, με και χωρίς ψυχοπαθολογία, σύμφωνα με τη διάκριση της κλίμακας GHQ-28.



Χαρακτηριστικά προσωπικότητας

Το προφίλ των μηχανισμών άμυνας των ασθενών με ΡΑ πρόσφατης έναρξης παρουσιάζεται στον **πίνακα 1-4**. Εάν ο εξεταζόμενος σημειώσει σε κάποιο αμυντικό προφίλ πάνω από 0.5 SD, τότε θεωρείται ότι χρησιμοποιεί το συγκεκριμένο προφίλ, καθώς το σημείο αποκοπής θεωρείται το 0.5 SD [355]. Στον **πίνακα 1-4** φαίνεται ότι μόνο 5 από τους ασθενείς με ΡΑ (22.7%) έχουν την τάση να υιοθετούν προσαρμοστικό προφίλ συγκριτικά με τους 19 από την ομάδα ελέγχου (55.9%, $\chi^2=5.99$, $df=1$, $P<0.01$). Επιπλέον, στους ασθενείς με ΡΑ η κλίμακα της παραληρητικής επιθετικότητας βρέθηκε υψηλότερη (19.3 ± 6.1) από τον «υγιή» πληθυσμό ($P<0.047$) (**Πίνακας 1-2**).

Κλινικοί δείκτες, ψυχική καταπόνηση και προσωπικότητα

Ο **πίνακας 1-5** δείχνει ότι η ψυχική καταπόνηση, η εχθρότητα, το άγχος ή η κατάθλιψη δεν συσχετίστηκαν σημαντικά με την ενεργότητα της νόσου, όπως εκτιμήθηκε με το DAS-28. Αντιθέτως, τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως το «δυσπροσαρμοστικό προφίλ» και το προφίλ «διαστρέβλωσης της εικόνας» συσχετίστηκαν με το DAS-28. Η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης, με τη δραστηριότητα της νόσου ως εξαρτημένη μεταβλητή και την ψυχοπαθολογία και τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας ως ανεξάρτητες μεταβλητές έδειξε ότι το μορφωτικό επίπεδο και συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως το προφίλ «διαστρέβλωσης της εικόνας», ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες του δείκτη DAS-28 (**Πίνακας 1-5**). Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι όταν η νόσος βρίσκεται σε έξαρση, οι ασθενείς υιοθετούν ένα ανώριμο προφίλ, εκείνο της «διαστρέβλωσης της εικόνας». Αξίζει να σημειωθεί ότι αυτό το αμυντικό προφίλ σε συνδυασμό με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ερμηνεύουν το 28.7% της διακύμανσης των τιμών της ενεργότητας της νόσου σύμφωνα με τη στατιστική μας ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης.

Πίνακας 1-4 Αμυντικά προφίλ των ασθενών με ΡΑ^a πρόσφατης έναρξης

Αμυντικά Προφίλ	“Υγιείς” ομάδα ελέγχου (N=34) n (%)	ΡΑ (N=22) n (%)
Δυσπροσαρμοστικό προφίλ	14 (41.2)	8 (36.4)
Διαστρέβλωση της Εικόνας	11 (32.4)	7 (31.8)
Αυτοθυσίας	15 (44.1)	7 (31.8)
Προσαρμοστικό προφίλ	19 (55.9)	5 (22.7) ^b

^aΕπειδή κάποιοι συμμετέχοντες χρησιμοποιούν διάφορα αμυντικά προφίλ, το άθροισμα του ποσοστού επί της εκατό σε κάθε σειρά ενδέχεται να υπερβαίνει το 100 ^bP<0.01, X² test

Πίνακας 1-5 Παράγοντες που συσχετίστηκαν με την ενεργότητα της νόσου (DAS-28) σε ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης.

Μεταβλητές	Μονοπαραγοντική Ανάλυση	Πολλαπλή Παλινδρόμηση ^a		
	Kendall's tau-b	P	Beta	P
Ηλικία	0.053	NS	0.246	NS
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0.480	0.003	0.963	0.006
Συνολική Εχθρότητα	0.296	NS	0.186	NS
DSQ – Δυσπροσαρμοστικό Προφίλ	0.394	0.05	0.170	NS
DSQ – Διαστρέβλωση της Εικόνας	0.472	0.02	0.748	0.039
DSQ – Προφίλ Αυτοθυσίας	0.103	NS	0.421	NS
DSQ – Προσαρμοστικό Προφίλ	0.199	NS	0.283	NS
GHQ-28 Συνολική Ψυχιατρική Νοσηρότητα	0.242	NS	0.127	NS
SCL-90-R Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	0.216	NS	0.223	NS

^aΠολλαπλή ανάλυση παλινδρόμησης με την ενεργότητα της νόσου (DAS-28) ως εξαρτημένη μεταβλητή και ανεξάρτητες μεταβλητές οι πιο σημαντικοί δημογραφικοί παράγοντες, τα αμυντικά προφίλ και ο γενικός δείκτης ψυχοπαθολογίας, όπως εκτιμάται από το General Health Questionnaire και από το SCL-90-R. R²=0.792, Adjusted R²=0.287

NS not significant= όχι στατιστικά σημαντικό

Συμπεράσματα της πιλοτικής μελέτης

Συνοψίζοντας, τα αποτελέσματα της πιλοτικής μας μελέτης έδειξαν ότι το 31.8% των ασθενών με ΡΑ πρόσφατης έναρξης ικανοποιεί κριτήρια ψυχιατρικής διάγνωσης, συγκριτικά με το 17.6% της ομάδας ελέγχου. Η ψυχιατρική συμπτωματολογία στην ομάδα των ασθενών με ΡΑ εκδηλώνεται κυρίως με «καταθλιπτικά» ή «ψυχαναγκαστικά συμπτώματα», αν και όταν συγκρίνεται με την ομάδα ελέγχου η «σωματοποίηση» και η «κοινωνική δυσλειτουργία» εξαιτίας της ψυχικής καταπόνησης δεσπόζουν στη συμπτωματολογία των ασθενών με ΡΑ. Αναφορικά με τους δημογραφικούς παράγοντες, μόνο το εκπαιδευτικό επίπεδο βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά με την ψυχοπαθολογία.

Η προκαταρκτική μας έρευνα αποτέλεσε τη βάση για το σχεδιασμό της βασικής μας μελέτης, καθώς έδειξε ότι η ψυχιατρική νοσηρότητα είναι μία συνήθης εμπειρία στους ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης. Βασιζόμενοι στο αποτέλεσμα της πιλοτικής μας μελέτης πως η ενεργότητα της νόσου δεν σχετίζεται με την εμφάνιση ψυχικής καταπόνησης, προσπαθήσαμε να διερευνήσουμε την εμπλοκή και άλλων κλινικών παραγόντων στην εμφάνιση ψυχικής καταπόνησης, όπως του πόνου και της σωματικής αναπηρίας. Τέλος, επιχειρήσαμε να διερευνήσουμε περαιτέρω το ρόλο των μηχανισμών άμυνας του Εγώ αλλά και άλλων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, όπως της αίσθησης συνοχής στην εκδήλωση της ψυχικής καταπόνησης, καθώς η προκαταρκτική μελέτη έδειξε ότι η ενεργότητα της νόσου σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας και συγκεκριμένα με το προφίλ της «διαστέβλωσης της εικόνας».

B) ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΠΟΝΗΣΗ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα

Στη βασικής μας μελέτη συμμετείχαν 168 ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, από τα οποία τα 140 (83.3%) ήταν γυναίκες. Ο μέσος όρος ηλικίας του δείγματος ήταν 56 έτη (SD±12.61), με το εύρος να κυμαίνεται από 20 έως 83 έτη. Η πλειοψηφία των ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα ήταν έγγαμοι (81.5%), ενώ ακολουθούσαν κατά σειρά οι άγαμοι (7.1%), οι διαζευγμένοι (3.6%), όσοι συζούσαν (3.6%) και όσοι είχαν χηρέψει (4.2%). Σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (64.9%) ήταν απόφοιτοι δημοτικού, ενώ το 26.1% και το 8.9% ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου-Λυκείου και ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης, αντίστοιχα. Όσον αφορά στο επάγγελμα, 65 ασθενείς (38.7%) ήταν εργαζόμενοι σε εργασίες πλήρους απασχόλησης, 5 (3%) είχαν συνταξιοδοτηθεί και 98 ασθενείς (58.3%) ήταν άνεργοι ή ασχολούνταν με τα οικιακά. Ως προς τον τόπο διαμονής, 90 ασθενείς (53.6%) διέμεναν σε χωριό, 15 (8.9%) σε κωμόπολη (έως 10.000 κατοίκους), 56 (33.3%) σε πόλη (έως 150.000 κατοίκους) και 7 (4.2%) σε μεγαλούπολη (πάνω από 150.000 κατοίκους). Το οικογενειακό, μορφωτικό, επαγγελματικό και κοινωνικό προφίλ των ασθενών παρουσιάζονται αναλυτικά στον **πίνακα 2-1**.

Πίνακας 2-1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών με ΡΑ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ΤΙΜΕΣ
Αριθμός ασθενών	168
Γυναίκες (83.3 %) : Άντρες (16.7%)	139:29
Ηλικία (χρόνια)	
range	20 - 83
mean, median \pm SD	56, 54.97 \pm 12.61
Οικογενειακή κατάσταση : (N, %)	
Άγαμος	12 (7.1%)
Έγγαμος	137 (81.5%)
Συγκατοίκηση	6 (3.6%)
Διαζευγμένος	6 (3.6%)
Χηρεία	7 (4.2%)
Μορφωτικό Επίπεδο (N, %):	
Απόφοιτοι Δημοτικού	109 (64.9%)
Απόφοιτοι Γυμνασίου/Λυκείου	44 (26.1%)
Απόφοιτοι Πανεπιστημίου	15 (8.9 %)
Επάγγελμα (N, %)	
Εργάζονται με πλήρη απασχόληση	65 (38.7%)
Συνταξιοδοτηθέντες	5 (3%)
Άνεργοι ή οικιακά	98 (58.3%)
Διαμονή	
χωριό	90 (53.6%)
κωμόπολη μέχρι 10.000 κατοίκους	15 (8.9%)
πόλη από 10.000-150.000 κατοίκους	56 (33.3%)
πόλη πάνω από 150.000 κατοίκους	7 (4.2%)

Σημείωση: range, mean, median \pm standard deviation: εύρος, μέσος όρος, διάμεσος \pm τυπική απόκλιση

Κλινικά χαρακτηριστικά και σωματική δυσλειτουργία των ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα

Στον **πίνακα 2-2** παρατίθεται η κατανομή του δείγματος ως προς το κλινικό προφίλ. Το χρονικό διάστημα που είχε μεσολαβήσει από τη διάγνωση της ασθένειας μέχρι την ημέρα της συνέντευξης ήταν τα 14 έτη (μ.ο.), με εύρος από 0 έως 36 έτη. Σε ό,τι αφορά στους κλινικούς δείκτες, που στη βιβλιογραφία έχουν σχετιστεί με την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας, τα ευρήματα ήταν τα εξής: α) ο μέσος όρος της ενεργότητας της νόσου, όπως αυτή εκτιμήθηκε με τον δείκτη DAS-28 ήταν 2.69 ± 1.15 , με το εύρος να κυμαίνεται από 0.20 έως 6.57. Θα πρέπει, εδώ να ληφθεί υπόψη ότι ο μέσος όρος κυμαίνεται στα επίπεδα ύφεσης, β) η ένταση του πόνου, όπως εκτιμήθηκε από την αναλογική κλίμακα εκτίμησης του πόνου των 100mm (VAS-Pain), κυμάνθηκε από 0 έως 80, με μέσο όρο 30.9 ± 20.1 γ) ο μέσος όρος συννοσηρότητας, όπως εκτιμήθηκε από τον δείκτη «Charlson's comorbidity index» ήταν 0.13 ± 0.41 και δ) ο μέσος όρος της σωματικής δυσλειτουργίας, όπως εκτιμήθηκε από το «Health Assessment Questionnaire» ήταν 0.67 ± 0.69 . Σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή, το 45.8% και 49.4% έπαιρναν στεροειδή και μεθοτρεξάτη, αντίστοιχα, ενώ το 13.7% μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, το 3.6% Anti-TNF και το 4.8% ψυχιατρικά φάρμακα.

Πίνακας 2-2. Κλινικά χαρακτηριστικά και σωματική δυσλειτουργία των ασθενών με ΡΑ

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	ΤΙΜΕΣ
Διάρκεια νόσου (χρόνια) range median, mean \pm SD	0-36 14, 13.9 \pm 8.5
Ηλικία έναρξης της νόσου (N%) νεανική Αρθρίτιδα (Juvenile Arthritis) έναρξη νόσου στην ενήλικη ζωή (late onset)	9 (5.4%) 141 (83.9%)
Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών Αιμοσφαιρίων (ΤΚΕ) range median, mean	0-127 25, 27.1 \pm 20.1
IgM Ρευματοειδής παράγοντας - θετικός (N, %)	144 (85.7%)
Charlson's comorbidity index	0.13 \pm 0.41
Δείκτης ενεργότητας της νόσου (DAS-28) range median \pm SD	0.20 - 6.57 2.69 \pm 1.15
Διάρκεια πρωινής δυσκαμψίας (λεπτά) range mean \pm SD	0-240 7.9 \pm 24.8
Αριθμός ευαίσθητων αρθρώσεων (tender joints) range mean \pm SD	0-9 0.46 \pm 1.36
Αριθμός πρησμένων αρθρώσεων (swollen Joints) range mean \pm SD	0-14 1.5 \pm 2.65
Αναλογική Κλίμακα εκτίμησης Πόνου (VAS Pain) range median, mean \pm SD	0-80 27.2, 30.9 \pm 20.1
Σύνδρομο Καρπιαίου Σωλήνα - θετικοί (N%)	22 (13.1%)
Φάρμακα Νο (%)	
Στεροειδή	77 (45.8%)
Anti-TNF	6 (3.6%)
Μεθοτρεξάτη	83 (49.4%)
Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη	23 (13.7%)
Ψυχιατρικά Φάρμακα	8 (4.8%)
Σωματική Δυσλειτουργία (HAQ) (mean\pmSD)	0.67 \pm 0.69

Σημείωση: range, mean, median \pm standard deviation: εύρος, μέσος όρος, διάμεσος \pm τυπική απόκλιση

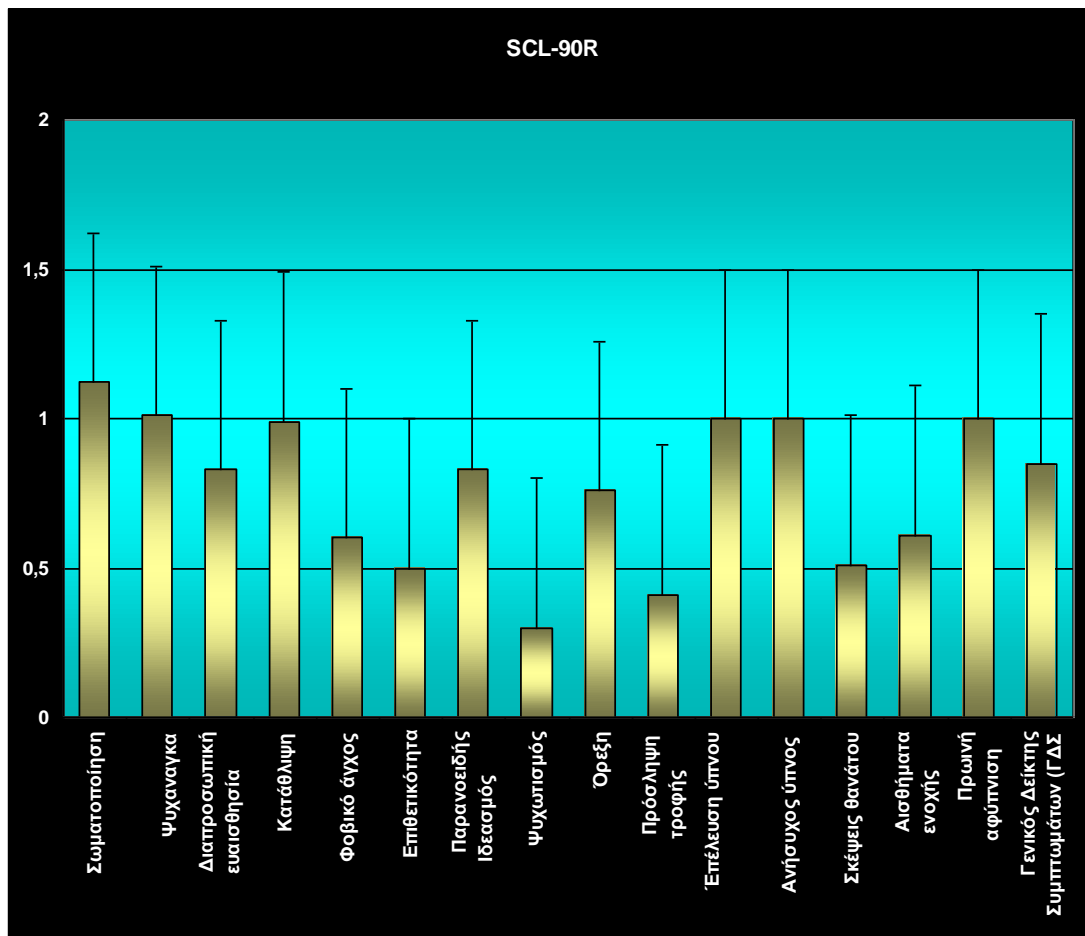
Ψυχοπαθολογία και χαρακτηριστικά προσωπικότητας των ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα

Εβδομήντα έξι από τους 168 ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα παρουσίασαν υψηλές τιμές στην κλίμακα εκτίμησης της Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire-28). Δεδομένου ότι η κλίμακα αυτή εκτιμά πως για τον Ελληνικό πληθυσμό τιμές πάνω από 4/5 συνιστούν ένδειξη ενεργού ψυχοπαθολογίας [341], το 45.2% των ασθενών με RA παρουσίασε βαθμολογία ≥ 5 στο GHQ-28, το οποίο σημαίνει ότι κάτι λιγότερο από τους μισούς ασθενείς δίνουν τιμές ενδεικτικές ενεργού ψυχοπαθολογίας [341]. Από τη λεπτομερέστερη ανάλυση του GHQ-28 προκύπτει ότι υψηλότερες τιμές σημειώνονται στις υποκλίμακες της «κοινωνικής δυσλειτουργίας» (14 ± 3.26) και του «άγχους» (12 ± 4.30), ενώ ο μέσος όρος του «γενικού δείκτη ψυχοπαθολογίας» ήταν 51.59 ± 12.25 (**Πίνακας 2-3**). Όσον αφορά στην ένταση της συμπτωματολογίας, όπως εκτιμήθηκε από την κλίμακα SCL-90R, εμφανίζεται υψηλότερη στις υποκλίμακες που εκτιμούν τη «σωματοποίηση» (1.12 ± 0.84) και την «ψυχαναγκαστικότητα -καταναγκαστικότητα» (1.01 ± 0.74). Ακολουθούν κατά σειρά σημαντικότητας, η «επέλευση ύπνου» (1.00 ± 1.20), ο «ανήσυχος ύπνος» (1.00 ± 1.34), η «πρωινή αφύπνιση» (1.00 ± 1.28) και η «κατάθλιψη» (0.99 ± 0.71). Τέλος, ο μέσος όρος του «γενικού δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» του SCL-90R ήταν 0.85 ± 0.57 (**Πίνακας 2-3, Σχ. 2-1**).

Πίνακας 2-3. Ψυχοπαθολογία των ασθενών με RA

ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ	ΤΙΜΕΣ
GHQ-28	
GHQ-28 Γενικός δείκτης Ψυχοπαθολογίας N (%)	77 (45.2%)
GHQ-28 Σωματικά ενοχλήματα της κατάθλιψης (median, mean \pm SD)	51.59 \pm 12.25
GHQ-28 Άγχος και διαταραχές του ύπνου (median, mean \pm SD)	12.00 \pm 4.30
GHQ-28 Κοινωνική δυσλειτουργία (median, mean \pm SD)	13.57 \pm 4.32
GHQ-28 Καταθλιπτικό συναίσθημα (median, mean \pm SD)	14.00 \pm 3.26
GHQ-28 Γενικός δείκτης Ψυχοπαθολογίας (median, mean \pm SD)	8.00 \pm 3.62
SCL-90 R (median, mean \pm SD)	
SCL-90R Σωματοποίηση	1.12 \pm 0.84
SCL-90R Ψυχαναγκαστικότητα-Καταναγκαστικότητα	1.01 \pm 0.74
SCL-90R Διαπροσωπική ευαισθησία	0.83 \pm 0.69
SCL-90R Κατάθλιψη	0.99 \pm 0.71
SCL-90R Φοβικό άγχος	0.60 \pm 0.71
SCL-90R Επιθετικότητα	0.50 \pm 0.75
SCL-90R Παρανοειδής Ιδεασμός	0.83 \pm 0.84
SCL-90R Ψυχωτισμός	0.30 \pm 0.46
SCL-90R Όρεξη	0.76 \pm 1.08
SCL-90R Πρόσληψη τροφής	0.41 \pm 0.84
SCL-90R Έπέλευση ύπνου	1.00 \pm 1.20
SCL-90R Ανήσυχος ύπνος	1.00 \pm 1.28
SCL-90R Σκέψεις θανάτου	0.51 \pm 0.95
SCL-90R Αισθήματα ενοχής	0.61 \pm 0.97
SCL-90R Πρωινή αφύπνιση	1.00 \pm 1.34
SCL-90R Γενικός Δείκτης Συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	0.85 \pm 0.57

Σημείως: mean \pm standard deviation: μέσος όρος, διάμεσος \pm Τυπική απόκλιση



Σχημα 2-1. Σχηματική απεικόνιση των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου "Symptom Check List – 90 Revised" στην οποία σκιαγραφείται η ένταση των ψυχιατρικών συμπτωμάτων των ασθενών με ΡΑ.

Όπως έδειξε η ανάλυση του Defence Style Questionnaire, στους ασθενείς με ΡΑ μακροχρόνιας διάρκειας κυριαρχεί το «προσαρμοστικό αμυντικό προφίλ» (**Πίνακας 2-4**). Στον **Πίνακα 2-4** παρατίθεται η ανάλυση του Life Style Index (LSI), σύμφωνα με την οποία οι αμυντικοί μηχανισμοί που φαίνεται να επικρατούν στους ασθενείς με ΡΑ, είναι της «προβολής» (76.92 ± 19.82) και του «σχηματισμού εξ αντιδράσεως» (60.00 ± 21.73).

Πίνακας 2-4. Χαρακτηριστικά προσωπικότητας των ασθενών με RA

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ	ΤΙΜΕΣ
DSQ Αμυντικά προφίλ (median, mean±SD)	
DSQ Δυσπροσαρμοστικό προφίλ	3.88 ± 1.26
DSQ Διαστρέβλωση της Εικόνας	3.68 ± 1.35
DSQ Προφίλ Αυτοθυσίας	4.74 ± 1.29
DSQ Προσαρμοστικό προφίλ	4.79 ± 1.51
DSQ Μηχανισμοί Άμυνας του Εγώ	
DSQ Παθητική επιθετικότητα	2.40 ± 1.49
DSQ Προβολή	3.40 ± 1.41
DSQ Παλινδρόμηση	4.08 ± 2.28
DSQ Αναστολή	4.80 ± 1.80
DSQ Προβλητική ταύτιση	1.00 ± 2.45
DSQ Εκδραμάτιση	3.73 ± 1.95
DSQ Σωματοποίηση	5.50 ± 2.47
DSQ Απόσυρση	5.27 ± 2.65
DSQ Σχιζοειδής φαντασίωση	2.00 ± 2.86
DSQ Αναστροφή στον εαυτό	3.59 ± 1.94
DSQ Καταναλωτικότητα-στοματικότητα	2.33 ± 1.72
DSQ Ματαίωση	4.10 ± 2.18
DSQ Παντοδυναμία	3.16 ± 1.59
DSQ Άρνηση	3.61 ± 1.87
DSQ Σχάση	4.00 ± 1.80
DSQ Αρχέγονη εξιδανίκευση	4.09 ± 2.37
DSQ Μόνωση	3.61 ± 1.74
DSQ Ψευδοαλτρουισμός	7.46 ± 1.83
DSQ Σχηματισμός εξ αντιδράσεως	4.85 ± 1.71
DSQ Χιούμορ	3.26 ± 1.72
DSQ Ανήκειν	5.23 ± 2.26
DSQ Μετουσίωση	5.50 ± 3.19
DSQ Καταστολή	4.61 ± 2.10
DSQ Στοχοκατευθυνόμενη	5.31 ± 2.29
DSQ Προβλέπειν-προσδοκάν	5.90 ± 2.30
Life Style Index	
LSI Άρνηση	53.85 ± 18.30
LSI Απόθεση	33.33 ± 18.82
LSI Παλινδρόμηση	28.57 ± 19.71
LSI Υπερاناπλήρωση	40.00 ± 18.08
LSI Προβολή	76.92 ± 19.82
LSI Μετάθεση	15.38 ± 16.64
LSI Διανοητικοποίηση	58.33 ± 16.18
LSI Σχηματισμός εξ αντιδράσεως	60.00 ± 21.73

Σημείωση: median, mean ± standard deviation: μέσος όρος, διάμεσος ± Τυπική απόκλιση

Στον **Πίνακα 2-5** παρουσιάζεται η εκτίμηση του ερωτηματολογίου Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ), η οποία έδειξε ότι οι ασθενείς με ΡΑ εμφανίζουν υψηλές τιμές στις κλίμακες του «νευρωτισμού-άγχους» (8.85 ± 4.77), της «δραστηριότητας» (8.32 ± 3.35) και της «κοινωνικότητας» (7.05 ± 2.7). Όσον αφορά την εκτίμηση του ερωτηματολογίου Inventory of Interpersonal Problems (IIP-40), οι υψηλότερες μέσες τιμές εμφανίζονται στις κλίμακες «ανώτερο κοντινό» (1.76 ± 0.82), «κατώτερο κοντινό» (1.28 ± 0.77) και «ουδέτερο κοντινό» (1.02 ± 0.70), ενώ ο μέσος όρος της «γενικής βαθμολογίας» του ερωτηματολογίου IIP-40 ήταν 1.04 ± 0.52 (Πίνακας 2-5). Σχετικά με τη συνολική «εχθρότητα» των ασθενών με ΡΑ, όπως αυτή εκτιμήθηκε με το ερωτηματολόγιο "Επιθετικότητας-Εχθρότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας" (HDHQ), βρέθηκε υψηλή (18.63 ± 7.34) και πάνω από το σημείο αποκοπής που έχει οριστεί, σύμφωνα με μελέτες υγιών, το 12 ως 14. Επίσης, η κατεύθυνση της εχθρότητας βρέθηκε "εξωστρεφόμενη" (-2.18 ± 4.76). Ειδικότερα, η «εξωστρεφόμενη» επιθετικότητα βρέθηκε στο 12.35 ± 4.88 και η «ενδοβαλόμενη» επιθετικότητα στο 9 ± 5.46 . Τέλος, στον **Πίνακα 2-5** παρουσιάζεται ο μέσος όρος της «εσωτερικής συγκρότησης» των ασθενών με ΡΑ, όπως εκτιμήθηκε από την κλίμακα εκτίμησης της «αίσθησης συνεκτικότητας» (Sense of Coherence - SOC), ήταν 131.4 ± 26.74 .

Πίνακας 2-5. Χαρακτηριστικά προσωπικότητας των ασθενών με ΡΑ

ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ	ΤΙΜΕΣ
ZKPQ (median, mean± SD)	
ZKPQ Παρορμητική Αναζήτηση Ευχαρίστησης	5.84 ± 3.10
ZKPQ Παρορμητισμός	2.00 ± 1.70
ZKPQ Αναζήτηση Ευχαρίστησης	3.00 ± 2.16
ZKPQ Νευρωτισμός - Άγχος	8.85 ± 4.77
ZKPQ Επιθετικότητα	5.00 ± 3.07
ZKPQ Δραστηριότητα	8.32 ± 3.35
ZKPQ Κοινωνικότητα	7.06 ± 2.74
HDHQ Επιθετικότητα-Εχθρότητα (median, mean± SD)	
HDHQ Εκδραμάτιση εχθρότητας	4.00 ± 1.69
HDHQ Επίκριση των άλλων	6.00 ± 2.51
HDHQ Παρανοειδής επιθετικότητα	3.00 ± 1.91
HDHQ Αυτοκριτική	4.00 ± 2.25
HDHQ Παραληρηματική ενοχή	2.00 ± 1.49
HDHQ Κατεύθυνση της επιθετικότητας	-2.18 ± 4.76
HDHQ Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα	12.35 ± 4.89
HDHQ Ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα	9.00 ± 5.49
HDHQ Συνολική Εχθρότητα	18.63 ± 7.34
IPP-40 Ερωτηματολόγιο Διαπροσωπικών Προβλημάτων (mean±SD)	
IPP-40 Κατώτερο Ουδέτερο	1.07 ± 0.72
IPP-40 Κατώτερο Κοντινό	1.28 ± 0.77
IPP-40 Ουδέτερο Κοντινό	1.02 ± 0.70
IPP-40 Ανώτερο Κοντινό	1.76 ± 0.82
IPP-40 Ανώτερο Ουδέτερο	0.86 ± 0.69
IPP-40 Ανώτερο Απόμακρο	0.90 ± 0.62
IPP-40 Ουδέτερο Απόμακρο	0.84 ± 0.82
IPP-40 Κατώτερο Απόμακρο	0.78 ± 0.68
IPP-40 Γενική Βαθμολογία	1.04 ± 0.52
SOC Εσωτερική Συγκρότηση (mean±SD)	
SOC Γενικός Δείκτης	131.4 ± 26.74

Σημείωση: mean ± standard deviation: μέσος όρος διάμεσος ± Τυπική απόκλιση

Παράγοντες που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα

Σε πρώτη φάση πραγματοποιήθηκε το στατιστικό κριτήριο (2-tailed) t-test για τις διχότομες μεταβλητές και οι δείκτες συνάφειας (Pearson r, Spearman rho) για τις συνεχείς μεταβλητές, με στόχο τη συσχέτιση των μέσων όρων των κλιμάκων εκτίμησης ψυχοπαθολογίας [«συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα» (GHQ-28), «καταθλιπτικό συναίσθημα» (GHQ-28), «γενικός δείκτης ψυχιατρικών συμπτωμάτων» (SCL-90R), «κατάθλιψη» (SCL-90R), «άγχος» (SCL-90R), «σωματοποίηση» (SCL-90R)] με τους μέσους όρους όλων των ανεξάρτητων μεταβλητών.

Δημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με RA

Αναφορικά με τους δημογραφικούς παράγοντες, διαπιστώνεται ότι οι τιμές της «συνολικής ψυχιατρικής νοσηρότητας» στο GHQ-28 ($p=0.019$), εμφανίζονται υψηλότερες στις γυναίκες, καθώς και του «γενικού δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p=0.002$), του «άγχους» ($p=0.021$) και της «σωματοποίησης» ($p=0.018$). Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, η χηρεία, ο χωρισμός και η διάσταση φαίνεται να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τη «σωματοποίηση» ($p=0.037$), ενώ η έλλειψη συντρόφου με το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p=0.05$), το «άγχος» ($p=0.05$) και τη «σωματοποίηση» ($p=0.001$). Στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις αρνητικής κατεύθυνσης παρατηρούνται μεταξύ υψηλού μορφωτικού επίπεδου και «γενικού δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p=0.019$). Επίσης, οι χαμηλού μορφωτικού πάσχοντες από Ρευματοειδή Αρθρίτιδα ασθενείς, παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές στις κλίμακες εκτίμησης της «κατάθλιψης» ($p=0.022$) και της «σωματοποίησης» ($p=0.001$). Όσον αφορά στην ηλικία, δεν παρατηρείται συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και των μεταβλητών ψυχοπαθολογίας, εκτός από τη μεγαλύτερη ηλικία που σχετίζεται θετικά με τη «σωματοποίηση» ($p=0.031$). Τέλος, το επάγγελμα και ο τόπος διαμονής δε φάνηκε να σχετίζονται με καμία ψυχοπαθολογική παράμετρο (**Πίνακας 2-6**).

Πίνακας 2-6. Συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών με την ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με ΡΑ

ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ						
	Συνολική Ψ-Νοσηρότητα	Γενικός Δείκτης Ψ-Συμπτωμάτων	Καταθλιπτικό Συναίσθημα	Κατάθλιψη	Άγχος	Σωματο- ποίηση
	GHQ-28	SCL-90R	GHQ-28	SCL-90R	SCL-90R	SCL-90R
Δημογραφικοί παράγοντες	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>
Γυναικείο Φύλο	0.019	0.002	0.162	0.001	0.021	0.018
Ηλικία (χρόνια)	0.632	0.375	0.761	0.231	0.872	0.031
Οικογενειακή κατάσταση (χωρισμένος /η , χήρος, διάσταση)	0.839	0.549	0.565	0.962	0.465	0.037
Χωρίς σύντροφο	0.179	0.05	0.576	0.054	0.05	0.001
Εκπαιδευτικό επιπεδο (χρόνια)	0.493	0.019	0.648	0.022	0.545	0.001
Επάγγελμα	0.052	0.052	0.262	0.069	0.158	0.178
Διαμονή (1:χωρίς 2:>10.000 κάτοικοι 3:10.000-150.000 4:>150.000)	0.558	0.617	0.596	0.616	0.927	0.210

Σημείωση: Μονοπαράγοντικές αναλύσεις με ανεξάρτητες μεταβλητές τους δημογραφικούς παράγοντες και με εξαρτημένη μεταβλητή τη ψυχιατρική νοσηρότητα, όπως εκτιμήθηκε από το GHQ-28 (συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα, καταθλιπτικό συναίσθημα) και το SCL-90R (γενικός δείκτης ψυχιατρικών συμπτωμάτων, κατάθλιψη, άγχος, σωματοποίηση). Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient, two tailed t-tests

Κλινικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με ΡΑ

Σχετικά με τα χαρακτηριστικά της νόσου, διαπιστώνεται στατιστικώς σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ οροθετικού παράγοντα και «γενικού δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p=0.028$) και «κατάθλιψης» ($p=0.048$). Επίσης, παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του κλινικού δείκτη DAS-28 με τη «συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα» ($p=0.028$) και τη «σωματοποίηση» ($p=0.030$). Ο πόνος σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη «συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα» ($p<0.0005$), το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p=0.010$), το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p=0.002$), την «κατάθλιψη» ($p=0.009$), το «άγχος» ($p=0.008$) και τη «σωματοποίηση» ($p<0.0005$). Αντίθετα, δεν προέκυψε στατιστική σημαντικότητα μεταξύ των παρακάτω κλινικών παραμέτρων και της ψυχιατρικής νοσηρότητας: όπως της χρόνιας ασθένειας, της ηλικίας έναρξης της νόσου, των ετών ιατρικής παρακολούθησης, της διάρκειας της νόσου, της Ταχύτητας Καθίζησης Ερυθρών και του δείκτη Charlson 's comorbidity Index. Αναλυτικά, η στατιστική σημαντικότητα μεταξύ κλινικών χαρακτηριστικών και ψυχοπαθολογίας παρουσιάζονται στον **Πίνακα 2-7**.

Πίνακας 2-7. Συσχέτιση των κλινικών χαρακτηριστικών με την ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με ΡΑ

Κλινικοί Παράγοντες	Συνολική Ψ-Νοσηρότητα	Γενικός Δείκτης Ψ-Συμπτωμάτων	Καταθλιπτικό Συναίσθημα	Κατάθλιψη	Άγχος	Σωματοποίηση
	GHQ-28	SCL-90R	GHQ-28	SCL-90R	SCL-90R	SCL-90R
	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>
Χρόνια νόσος	0.715	0.963	0.600	0.833	0.794	0.673
Πορεία νόσου (χρόνια)	0.712	0.213	0.774	0.093	0.238	0.943
Ιατρική παρακολούθηση (χρόνια)	0.713	0.340	0.858	0.203	0.211	0.833
Νεανική Αρθρίτιδα	0.545	0.310	0.839	0.261	0.447	0.214
Οροθετικός	0.602	0.028	0.562	0.048	0.135	0.058
DAS-28	0.002	0.237	0.083	0.171	0.358	0.030
Υποκειμενική αντίληψη λειτουργικότητας	0.015	0.060	0.005	0.030	0.025	0.586
Πρωινή δυσκαμψία	0.031	0.483	0.537	0.909	0.392	0.457
Διάρκεια πρωινής δυσκαμψίας	0.027	0.380	0.257	0.573	0.525	0.431
Αριθμός ευαίσθητων αρθρώσεων	0.039	0.870	0.369	0.921	0.874	0.475
Αριθμός πρησμένων αρθρώσεων	0.001	0.091	0.058	0.178	0.057	0.038
Πόνος (VAS-Pain)	0.0005	0.010	0.002	0.009	0.008	0.0005
Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών	0.735	0.778	0.528	0.873	0.369	0.900
Charlson's comorbidity Index	0.430	0.879	0.161	0.979	0.616	0.807

Σημείωση: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με ανεξάρτητες μεταβλητές τους κλινικούς παράγοντες και εξαρτημένη μεταβλητή τη ψυχιατρική νοσηρότητα, όπως εκτιμήθηκε από το GHQ-28 (συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα, καταθλιπτικό συναίσθημα) και το SCL-90R (γενικός δείκτης ψυχιατρικών συμπτωμάτων, κατάθλιψη, άγχος, σωματοποίηση). Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient, two tailed t-tests

Συσχέτιση της φαρμακευτικής αγωγής με την ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με ΡΑ

Όσον αφορά τη φαρμακευτική αγωγή, διαπιστώνεται στατιστικώς θετική σημαντική συσχέτιση της λήψης υδροξυχλωροκίνης με το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p=0.006$). Επίσης, παρατηρείται στατιστικώς σημαντική θετική συσχέτιση της λήψης χρυσού με τη «σωματοποίηση» ($p=0.047$), των στεροειδών με το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p=0.016$), την «κατάθλιψη» ($p=0.001$) και το «άγχος» ($p=0.007$) και του τύπου στεροειδών με το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p=0.035$), την «κατάθλιψη» ($p=0.002$) και το «άγχος» ($p=0.025$). Η δοσολογία όμως των στεροειδών δεν φαίνεται να σχετίζονται με κάποιο δείκτη ψυχοπαθολογίας. Η θεραπεία με Remicade φάνηκε να σχετίζεται σημαντικά με το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p=0.022$) και τη «σωματοποίηση» ($p=0.028$), ενώ η διάρκεια της θεραπείας αυτής σχετίζεται με τη «συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα» ($p=0.008$), το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p=0.020$), το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p<0.0005$), τη «σωματοποίηση» ($p=0.007$) και την «κατάθλιψη» ($p=0.013$). Η μεθοτρεξάτη, η λεφλουνομίδη η κυκλοσπορίνη Α, τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη και τα Anti-TNF και η δοσολογία τους δεν βρέθηκε να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την ψυχοπαθολογία. Δοθέντων αυτών των συσχετίσεων, οι αναλύσεις που ακολούθησαν σταθμίστηκαν ως προς τη λήψη των συγκεκριμένων φαρμάκων η χρήση των οποίων δεν βρέθηκε να συσχετίζονται με την ψυχοπαθολογία εκτός των αντικαταθλιπτικών (**Πίνακας 2-8**).

Πίνακας 2-8. Συσχέτιση της φαρμακευτικής αγωγής με την ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με ΡΑ

ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ						
	Συνολική Ψ-Νοσηρότητα	Γενικός Δείκτης Ψ-Συμπτωμάτων	Καταθλιπτικό Συναίσθημα	Κατάθλιψη	Άγχος	Σωματοποίηση
	GHQ-28	SCL-90R	GHQ-28	SCL-90R	SCL-90R	SCL-90R
Φάρμακα	P	P	P	P	P	P
Υδροξυχλωροκίνη	0.140	0.462	0.006	0.294	0.613	0.414
Υδροξυχλωροκίνη (Δοσολογία)	0.039	0.110	0.203	0.208	0.155	0.133
Μεθοτρεξάτη	0.319	0.572	0.745	0.693	0.697	0.188
Λεφλουνομίδη	0.913	0.523	0.807	0.740	0.564	0.968
Λεφλουνομίδη (Δοσολογία)	0.523	0.529	0.619	0.294	0.475	0.698
Κυκλοσπορίνη Α	0.331	0.226	0.694	0.293	0.643	0.556
Κυκλοσπορίνη Α (Δοσολογία)	0.410	0.206	0.843	0.344	0.265	0.560
Χρυσός	0.180	0.244	0.635	0.533	0.196	0.047
Στεροειδή	0.131	0.016	0.159	0.001	0.007	0.065
Τύπος στεροειδών	0.311	0.035	0.178	0.002	0.025	0.214
Στεροειδή (δοσολογία)	0.608	0.268	0.406	0.187	0.077	0.442
Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη	0.281	0.200	0.436	0.220	0.558	0.328
Anti-TNF	0.949	0.712	0.351	0.614	0.751	0.949
Anti-TNF (διάρκεια λήψης)	0.965	0.917	0.320	0.733	0.656	0.941
Remicade	0.012	0.107	0.022	0.064	0.411	0.028
Remicade (διάρκεια λήψης)	0.008	0.020	0.0005	0.013	0.087	0.007
Αντικαταθλιπτικά	0.0005	0.004	0.008	0.0005	0.003	0.010

Σημείωση: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με ανεξάρτητη μεταβλητή τη φαρμακευτική αγωγή και εξαρτημένη μεταβλητή τη ψυχιατρική νοσηρότητα όπως εκτιμήθηκε από το GHQ-28 (συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα, καταθλιπτικό συναίσθημα) και το SCL-90R (γενικός δείκτης ψυχιατρικών συμπτωμάτων, καταθλιπτικά συμπτώματα, άγχος, σωματοποίηση). Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient, two tailed t-tests

Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με ΡΑ

Όσον αφορά στους μηχανισμούς άμυνας, όπως αναμένεται και έδειξε η ανάλυση του Defense Style Questionnaire, διαπιστώνεται ότι το «δυσπροσαρμοστικό προφίλ», το «προφίλ διαστρέβλωσης της εικόνας» και το «προφίλ της αυτοθυσίας» βρέθηκε να σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τη «συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα» ($p < 0.0005$, $p < 0.0005$, $p = 0.001$, αντίστοιχα), τον «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p = 0.01$, $p < 0.0005$, $p < 0.0005$, αντίστοιχα), το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p = 0.01$, $p < 0.0005$, $p = 0.008$, αντίστοιχα), την «κατάθλιψη» ($p < 0.0005$, $p < 0.0005$, $p < 0.0005$, αντίστοιχα) και το «άγχος» ($p < 0.0005$, $p = 0.001$, $p = 0.004$, αντίστοιχα). Με την λεπτομερέστερη ανάλυση των μηχανισμών άμυνας, φάνηκε ότι η πλειοψηφία αυτών σχετίζονται με τους δείκτες ψυχοπαθολογίας (**Πίνακας 2-9**).

Πίνακας 2-9. Συσχέτιση μηχανισμών άμυνας του Εγώ (DSQ), με την ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με ΡΑ

ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ					
	Συνολική Ψ-Νοσηρότητα	Γενικός Δείκτης Ψ-Συμπτωμάτων	Καταθλιπτικό Συναίσθημα	Κατάθλιψη	Άγχος
	GHQ-28	SCL-90R	GHQ-28	SCL-90R	SCL-90R
DSQ Μηχανισμοί Άμυνας	P	P	P	P	P
Δυσπροσαρμοστικό προφίλ	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
Προφίλ διαστρέβλωσης της εικόνας	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005	0.001
Προφίλ αυτοθυσίας	0.001	0.0005	0.008	0.0005	0.004
Παθητικο- επιθετική	0.0005	0.006	0.0005	0.001	0.029
Προβολή	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
Παλινδρόμηση	0.0005	0.0005	0.002	0.0005	0.0005
Αναστολή	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
Προβλητική Ταύτιση	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005	0.004
Εκδραμάτιση	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
Σωματοποίηση	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
Απόσυρση	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
Σχιζοειδής Φαντασίωση	0.012	0.001	0.002	0.001	0.062
Αναστροφή στον εαυτό	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
Εξαρτητικότητα- Καταναλωτικότητα	0.003	0.007	0.005	0.073	0.010
Ακύρωση	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
Παντοδυναμία	0.024	0.0005	0.011	0.001	0.005
Άρνηση	0.097	0.109	0.117	0.088	0.030
Σχάση	0.002	0.0005	0.002	0.0005	0.003
Αρχέγονη Εξιδανίκευση	0.002	0.031	0.004	0.024	0.087
Μόνωση	0.0005	0.001	0.0005	0.0005	0.046
Ψευδοαλτρουϊσμός	0.595	0.679	0.220	0.683	0.925
Σχηματισμός εξ αντιδράσεως	0.129	0.156	0.447	0.115	0.546

Σημείωση: Μονοπαράγοντικές αναλύσεις με ανεξάρτητη μεταβλητή τους μηχανισμούς άμυνας του Εγώ, όπως εκτιμήθηκαν από το DSQ και εξαρτημένη τη ψυχιατρική νοσηρότητα όπως εκτιμήθηκε από το GHQ-28 (συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα, καταθλιπτικό συναίσθημα) και το SCL-90R (γενικός δείκτης ψυχιατρικών συμπτωμάτων, καταθλιπτικά συμπτώματα, άγχος, σωματοποίηση). Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient, two tailed t-tests.

Από την ανάλυση των μηχανισμών άμυνας, όπως εκτιμώνται από το Life Style Index, προέκυψε ότι οι μηχανισμοί άμυνας της «απόθησης», της «παλινδρόμησης», της «υπεραναπλήρωσης» και της «προβολής» σχετίζονται στατιστικά σημαντικά και θετικά με τη «συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα» ($p=0.010$, $p<0.0005$, $p=0.001$, $p=0.034$, αντίστοιχα), το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p=0.004$, $p<0.0005$, $p<0.0005$, $p<0.0005$, αντίστοιχα), το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p=0.001$, $p<0.0005$, $p=0.001$, $p<0.0005$, αντίστοιχα), την «κατάθλιψη» ($p=0.008$, $p<0.0005$, $p<0.0005$, $p<0.0005$, αντίστοιχα) και το «άγχος» ($p=0.015$, $p<0.0005$, $p<0.0005$, $p=0.007$, αντίστοιχα). Ο αμυντικός μηχανισμός της «μετάθεσης» βρέθηκε ότι συσχετίζεται με τη «συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα» ($p<0.0005$), το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p<0.0005$), το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p<0.0005$) και την «κατάθλιψη» ($p<0.0005$). Όσον αφορά στη «διανοητικοποίηση», διαπιστώνεται στατιστικώς σημαντική συσχέτιση μόνο με το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p=0.045$) και το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p<0.0005$). Ο «σηματισμός εξ αντιδράσεως» σχετίζεται με τη «συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα» ($p=0.040$) το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p=0.016$) και τη «σωματοποίηση» ($p=0.044$). Τέλος, και εδώ παρατηρείται ότι ο αμυντικός μηχανισμός της «άρνησης» δεν σχετίζεται με τις κλίμακες της ψυχοπαθολογίας (Πίνακας 2-10).

Πίνακας 2-10. Συσχέτιση μηχανισμών άμυνας (LSI) με την ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με ΡΑ.

ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ					
	Συνολική Ψ-Νοσηρότητα	Γενικός Δείκτης Ψ-Συμπτωμάτων	Καταθλιπτικό Συναίσθημα	Κατάθλιψη	Άγχος
	GHQ-28	SCL-90R	GHQ-28	SCL-90R	SCL-90R
LSI Μηχανισμοί Άμυνας	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>
Άρνηση	0.650	0.228	0.384	0.880	0.433
Απόθεση	0.010	0.004	0.001	0.008	0.015
Παλινδρόμηση	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
Υπεραναπλήρωση	0.001	0.0005	0.001	0.0005	0.0005
Προβολή	0.034	0.0005	0.0005	0.0005	0.007
Μετάθεση	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005	0.473
Διανοητικοποίηση	0.421	0.045	0.0005	0.054	0.843
Σχηματισμός εξ αντιδράσεως	0.040	0.016	0.057	0.122	0.044

Σημείωση: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με ανεξάρτητη μεταβλητή τους μηχανισμούς άμυνας, όπως εκτιμήθηκαν από το LSI, και εξαρτημένη τη ψυχιατρική συμπτωματολογία, όπως εκτιμήθηκε από το GHQ-28 (συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα, καταθλιπτικό συναίσθημα) και το SCL-90R (γενικός δείκτης ψυχιατρικών συμπτωμάτων, καταθλιπτικά συμπτώματα, άγχος, σωματοποίηση). Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient, two tailed t-tests

Όπως έδειξε η εκτίμηση του ερωτηματολογίου HDHQ, η «συνολική εχθρότητα» σχετίζεται σημαντικά με τη «συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα» ($p < 0.0005$), το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p < 0.0005$), το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p < 0.0005$) την «κατάθλιψη» ($p < 0.0005$) και το «άγχος» ($p < 0.0005$). Αναλυτικά, το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας των διαφόρων επιμέρους θεμάτων της κλίμακας παρουσιάζονται στον **Πίνακα 2-11**.

Πίνακας 2-11. Συσχέτιση της επιθετικότητας (HDHQ) με την ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με ΡΑ.

ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ					
HDHQ Επιθετικότητα	Συνολική Ψ-Νοσηρότητα	Γενικός Δείκτης Ψ-Συμπτωμάτων	Καταθλιπτικό Συναίσθημα	Κατάθλιψη	Άγχος
	GHQ-28	SCL-90R	GHQ-28	SCL-90R	SCL-90R
	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>
Εκδραμάτιση της Εχθρότητας	0.002	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
Κριτική των άλλων	0.232	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
Παρανοϊκή Εχθρότητα	0.001	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
Αυτοκριτική	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
Ενοχές	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
Κατεύθυνση της εχθρότητας	0.029	0.672	0.298	0.836	0.584
Εξωστρεφόμενη επιθετικότητα	0.002	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
Ενδοβαλλόμενη επιθετικότητα	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
Συνολική εχθρότητα	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005

Σημείωση: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με ανεξάρτητη μεταβλητή την επιθετικότητα, όπως εκτιμήθηκε από HDHQ, όπως εκτιμήθηκαν από το LSI, και εξαρτημένη τη ψυχιατρική νοσηρότητα, όπως εκτιμήθηκε από το GHQ-28 (συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα, καταθλιπτικό συναίσθημα) και το SCL-90R (γενικός δείκτης ψυχιατρικών συμπτωμάτων, καταθλιπτικά συμπτώματα, άγχος, σωματοποίηση). Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient, two tailed t-tests

Από την αξιολόγηση των επιμέρους υποκλιμάκων της εναλλακτικής προσέγγισης της προσωπικότητας μέσω του μοντέλου των «πέντε-παραγόντων» (ZKPQ), η «παρορμητική αναζήτηση της ευχαρίστησης» σχετίζεται με το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p=0.018$), το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p=0.023$), την «κατάθλιψη» ($p=0.012$) και το «άγχος» ($p=0.001$). Ο «παρορμητισμός» σχετίζεται με τη «συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα» ($p=0.018$), το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p<0.0005$), το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p<0.012$), την «κατάθλιψη» ($p=0.007$) και το «άγχος» ($p<0.0005$). Ο «νευρωτισμός-άγχος» σχετίζεται με τη «συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα» ($p=0.019$), το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p<0.0005$), το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p<0.0005$),

την «κατάθλιψη» ($p < 0.0005$). Η «επιθετικότητα» σχετίζεται με τη «συνολική πιθανής ψυχιατρική νοσηρότητα» ($p = 0.011$), το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p < 0.0005$), το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p < 0.001$), την «κατάθλιψη» ($p < 0.0005$) και το «άγχος» ($p < 0.0005$). Η «κοινωνικότητα» σχετίζεται με το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p = 0.030$) και η «δραστηριότητα» με την «κατάθλιψη» ($p = 0.043$). Τέλος, η κλίμακα «αναζήτησης της ευχαρίστησης» δεν σχετίζεται με τους δείκτες ψυχοπαθολογίας. (Πίνακας 2-12).

Πίνακας 2-12. Συσχέτιση γνωρισμάτων προσωπικότητας (ZKPQ) με την ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με ΡΑ.

ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ					
	Συνολική Ψ-Νοσηρότητα	Γενικός Δείκτης Ψ-Συμπτωμάτων	Καταθλιπτικό Συναίσθημα	Κατάθλιψη	Άγχος
	GHQ-28	SCL-90R	GHQ-28	SCL-90R	SCL-90R
ZKPQ	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>	<i>P</i>
Παρορμητική Αναζήτηση Ευχαρίστησης	0.069	0.018	0.023	0.012	0.001
Παρορμητισμός	0.018	0.0005	0.012	0.007	0.0005
Αναζήτηση Ευχαρίστησης	0.385	0.616	0.133	0.252	0.308
Νευρωτισμός- Άγχος	0.019	0.0005	0.0005	0.0005	
Επιθετικότητα	0.011	0.0005	0.001	0.0005	0.0005
Δραστηριότητα	0.091	0.095	0.262	0.043	0.496
Κοινωνικότητα	0.874	0.948	0.030	0.232	0.873

Σημείωση: Μονοπαράγοντικές αναλύσεις με ανεξάρτητη μεταβλητή την επιθετικότητα, όπως εκτιμήθηκε από HDHQ, όπως εκτιμήθηκαν από το LSI, και εξαρτημένη τη ψυχιατρική νοσηρότητα, όπως εκτιμήθηκε από το GHQ-28 (συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα, καταθλιπτικό συναίσθημα) και το SCL-90R (γενικός δείκτης ψυχιατρικών συμπτωμάτων, καταθλιπτικά συμπτώματα, άγχος, σωματοποίηση). Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient, two tailed t-tests

Πολυπαραγοντικές αναλύσεις για τη διερεύνηση της σχέσης επιμέρους συναφών παραγόντων με την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας στους ασθενείς με ΡΑ

Καθώς πολλές σχετικές με τους μηχανισμούς άμυνας και τις διαπροσωπικές σχέσεις μεταβλητές σχετίζονται στενά μεταξύ τους, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή ανάλυση παλινδρόμησης για να διαπιστωθεί ποιοι από τους επιμέρους μηχανισμούς άμυνας είναι σημαντικοί, ώστε να μειωθεί ο αριθμός των ανεξάρτητων μεταβλητών που θα επιλεγθούν για τις πολυπαραγοντικές αναλύσεις. Από την πολυμεταβλητή ανάλυση και από τον **πίνακα 2-13** φαίνεται ότι στη συνολική βαθμολογία του GHQ έχει στατιστικά σημαντική επίδραση μόνο η παλινδρόμηση ($p=0.001$). Συγκεκριμένα αύξηση της παλινδρόμησης οδηγεί σε αύξηση του συνολικού σκορ στο GHQ-28.

Πίνακας 2-13. Πολυμεταβλητή ανάλυση παλινδρόμησης, ώστε να ελεγχθεί ποιοι μηχανισμοί άμυνας του LSI σχετίζονται περισσότερο στενά με την ψυχοπαθολογία (συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα GHQ-28).

Μοντέλο	Σταθμισμένοι Συντελεστές	
	<i>beta</i>	<i>Sig.</i>
Άρνηση	-0.045	0.581
Απόθηση	0.048	0.574
Παλινδρόμηση	0.392	0.001
Υπεραναπλήρωσης	-0.054	0.580
Προβολή	0.500	0.618
Μετάθεση	0.159	0.133

Επίσης, πραγματοποιήθηκε πολυμεταβλητή ανάλυση παλινδρόμησης για να διαπιστωθεί ποιοι από τους επιμέρους παράγοντες του Inventory of Intepersonal Problems-40 είναι στατιστικά σημαντικοί. Από τον **πίνακα 2-14** φαίνεται ότι σημαντική επίδραση στην ψυχοπαθολογία (συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα του GHQ-28) έχουν οι παράγοντες κατώτερο ουδέτερο ($p=0.037$), κατώτερο κοντινό ($p=0.031$) και κατώτερο απόμακρο ($p=0.010$), ενώ οριακή είναι η σημαντικότητα του

παράγοντα ανώτερο απόμακρο ($p=0.050$). Επειδή θέλουμε να χρησιμοποιήσουμε μόνο ένα παράγοντα στο ιεραρχικό μοντέλο, χρησιμοποιούμε μόνο εκείνο που έχει χαμηλότερο p -value και είναι το «κατώτερο απόμακρο».

Πίνακας 2-14. Πολυμεταβλητή ανάλυση παλινδρόμησης, ώστε να ελεγχθεί ποιοι από τους επιμέρους παράγοντες του IIP-40 σχετίζονται περισσότερο στενά με την ψυχοπαθολογία (συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα GHQ-28).

Μοντέλο	Σταθμισμένοι Συντελεστές	
	<i>beta</i>	<i>Sig.</i>
Κατώτερο Ουδέτερο	0.197	0.037
Κατώτερο Κοντινό	0.226	0.031
Ουδέτερο Κοντινό	0.114	0.229
Ανώτερο Κοντινό	0.109	0.239
Ανώτερο Ουδέτερο	-0.188	0.078
Ανώτερο Απόμακρο	0.212	0.050
Ουδέτερο Απόμακρο	-0.192	0.085
Κατώτερο Απόμακρο	0.279	0.010

Στη συνέχεια, γίνεται ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης για τις 4 κατηγορίες μεταβλητών και εξετάζεται η σημαντικότητα των παραγόντων ανά κατηγορία: α) φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο β) διάρκεια νόσου, DAS-28, πόνος γ) σωματική δυσλειτουργία (HAQ) και δ) «δυσπροσαρμοστικό αμυντικό προφίλ», «αμυντικό προφίλ διαστρέβλωσης της εικόνας», «αμυντικό προφίλ αυτοθυσίας», μηχανισμός άμυνας «παλινδρόμησης», «συνολική εχθρότητα», «παρορμητισμός», «κατώτερο απόμακρο» και «εσωτερική συγκρότηση» (Πίνακας 2-15).

Από το ιεραρχικό μοντέλο παλινδρόμησης φαίνεται ότι καλύτερα εξηγείται η μεταβλητότητα από την προσθήκη της ομάδας μεταβλητών με τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας (R^2 Adj.=0.487), ενώ οι μεταβλητές που σχετίζονται με τα δημογραφικά στοιχεία και οι κλινικοί δείκτες έχουν τη μικρότερη επιρροή στο GHQ-28, με R^2 Adj. -0.002 και 0.080 αντίστοιχα.

Πίνακας 2-15. Ιεραρχικά μοντέλα των παραγόντων που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία σε ασθενείς με ΡΑ.

	Μοντέλο 1	Μοντέλο 2	Μοντέλο 3	Μοντέλο 4
Δημογραφικοί				
Φύλο	-0.160	-0.137	-0.080	0.005
Ηλικία	0.063	0.022	0.009	-0.056
Οικογενειακή κατάσταση	0.054	0.011	0.043	-0.046
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0.009	-0.005	0.006	0.026
Κλινικοί παράγοντες				
Διάρκεια νόσου	-	-0.066	-0.045	0.074
DAS-28	-	0.186	0.110	0.172
Πόνος	-	0.173**	0.115**	0.144**
Σωματική αναπηρία				
HAQ	-	-	-0.308*	-0.066
Προσωπικότητα				
Δυσπροσαρμοστικό προφίλ	-	-	-	0.257*
Προφίλ Διαστρέβλωσης της Εικόνας	-	-	-	0.045
Προφίλ Αυτοθυσίας	-	-	-	0.019
Παλινδρόμηση	-	-	-	0.278*
Συνολική Εχθρότητα	-	-	-	-0.078
Παρορμητισμός	-	-	-	-0.083
Κατώτερο Απόμακρο	-	-	-	0.188*
Εσωτερική Συγκρότηση	-	-	-	-0.165
Προσαρμοσμένος δείκτης R ² του μοντέλου	-0.002	0.080	0.152	0.487
Αύξηση του δείκτη R ²	-0.002	0.078	0.072	0.335
Στατιστικό κριτήριο F	0.441	0.007	0.002	0.000

Σημείωση: Οι ανεξάρτητες μεταβλητές εισήχθησαν διαδοχικά σε μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης κατά την οποία εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η ψυχοπαθολογία (συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα GHQ-28). Οι τιμές είναι σταθμισμένοι (beta) συντελεστές παλινδρόμησης. ***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

Επειδή όμως το μοντέλο 4 που εξηγεί σημαντικό ποσοστό της παρατηρηθείσας μεταβλητότητας περιέχει πάρα πολλές μεταβλητές, η ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης επαναλήφθηκε για τις τέσσερις ομάδες μεταβλητών, αλλά με stepwise μέθοδο. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον **πίνακα 2-16**, όπου

φαίνεται ότι οι κυριότερες ανεξάρτητες μεταβλητές είναι: α) ο πόνος β) η σωματική δυσλειτουργία (HAQ) και γ) το «δυσπροσαρμοστικό προφίλ». Στατιστικά σημαντική αλλά χωρίς μεγάλη επίδραση είναι η προσθήκη της «παλινδρόμησης» και της «εσωτερικής συγκρότησης». Τα δημογραφικά στοιχεία δεν επηρεάζουν το συνολικό GHQ.

Πίνακας 2-16. Ιεραρχική μοντέλα των παραγόντων που σχετίζονται με την ψυχοπαθολογία σε ασθενείς με ΡΑ.

	Μοντέλο 1	Μοντέλο 2	Μοντέλο 3	Μοντέλο 4	Μοντέλο 5
Κλινικοί παράγοντες					
Πόνος	0.314***	0.192*	0.228**	0.238**	0.250*
Σωματική αναπηρία					
HAQ	-	0.332***	0.161*	0.131*	0.124*
Προσωπικότητα					
Δυσπροσαρμοστικό προφίλ	-	-	0.506***	0.356***	0.303***
Παλινδρόμηση	-	-	-	0.311***	0.224**
Εσωτερική Συγκρότηση	-	-	-	-	-0.203*
Προσαρμοσμένος δείκτης R ² του μοντέλου	0.090	0.179	0.408	0.476	0.498
Αύξηση του δείκτη R ²	0.090	0.089	0.229	0.068	0.022
Στατιστικό κριτήριο F	0.001	0.000	0.000	0.000	0.019

Σημείωση: Ανεξάρτητες μεταβλητές εισήχθησαν διαδοχικά σε μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης κατά την οποία εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η ψυχοπαθολογία (συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα GHQ-28). Οι τιμές είναι σταθμισμένοι (beta) συντελεστές παλινδρόμησης: ***p<0.001, **p<0.01, *p<0.05

Η ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του πόνου, της σωματικής δυσλειτουργίας και του δυσπροσαρμοστικού προφίλ στο συνολικό σκορ του GHQ-28. Συγκεκριμένα η συνολική βαθμολογία του GHQ μεταβάλλεται ανάλογα με τον πόνο και το «δυσπροσαρμοστικό προφίλ» και με τη σωματική δυσλειτουργία. Δηλαδή αύξηση του πόνου, της σωματικής δυσλειτουργίας ή του «δυσπροσαρμοστικού προφίλ» οδηγεί σε αύξηση της συνολικής βαθμολογίας του GHQ-28, ανεξάρτητα από την επίδραση όλων των άλλων μεταβλητών που μελετήθηκαν.

Συμπεράσματα του Β Κεφαλαίου

Η επιλογή των ανεξάρτητων μεταβλητών για την ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης βασίστηκε στα αποτελέσματα των μονοπαραγοντικών αναλύσεων, σύμφωνα με τα οποία πολλές δημογραφικές και κλινικές μεταβλητές, καθώς και μεταβλητές της προσωπικότητας σχετίστηκαν στενά με την ψυχοπαθολογία. Η ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξε ότι οι πιο σημαντικοί δημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση και το εκπαιδευτικό επίπεδο δεν σχετίζονται με την ψυχική καταπόνηση. Επίσης, από τους κλινικούς παράγοντες φάνηκε ότι μόνο ο πόνος και η σωματική ανικανότητα βρέθηκε ότι ερμηνεύουν ένα ποσοστό της διακύμανσης των τιμών της ψυχικής καταπόνησης, ενώ η διάρκεια και η δραστηριότητα της νόσου δεν σχετίζονται με την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας. Η προσθήκη στο ιεραρχικό μοντέλο των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας αύξησε σημαντικά τη διακύμανση των τιμών της ψυχικής καταπόνησης. Συγκεκριμένα, το «δυσπροσαρμοστικό αμυντικό προφίλ», ο αμυντικός μηχανισμός της «παλινδρόμησης» και η «εσωτερική συγκρότηση» σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την ψυχική καταπόνηση, ερμηνεύοντας σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης των τιμών της.

Συνοψίζοντας, τα αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών αναλύσεων έδειξαν ότι ο πόνος, η σωματική δυσλειτουργία, ο αμυντικός μηχανισμός της «παλινδρόμησης», το «δυσπροσαρμοστικό» αμυντικό προφίλ και η «αίσθηση συνοχής» αποτελούν προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση ψυχικής καταπόνησης.

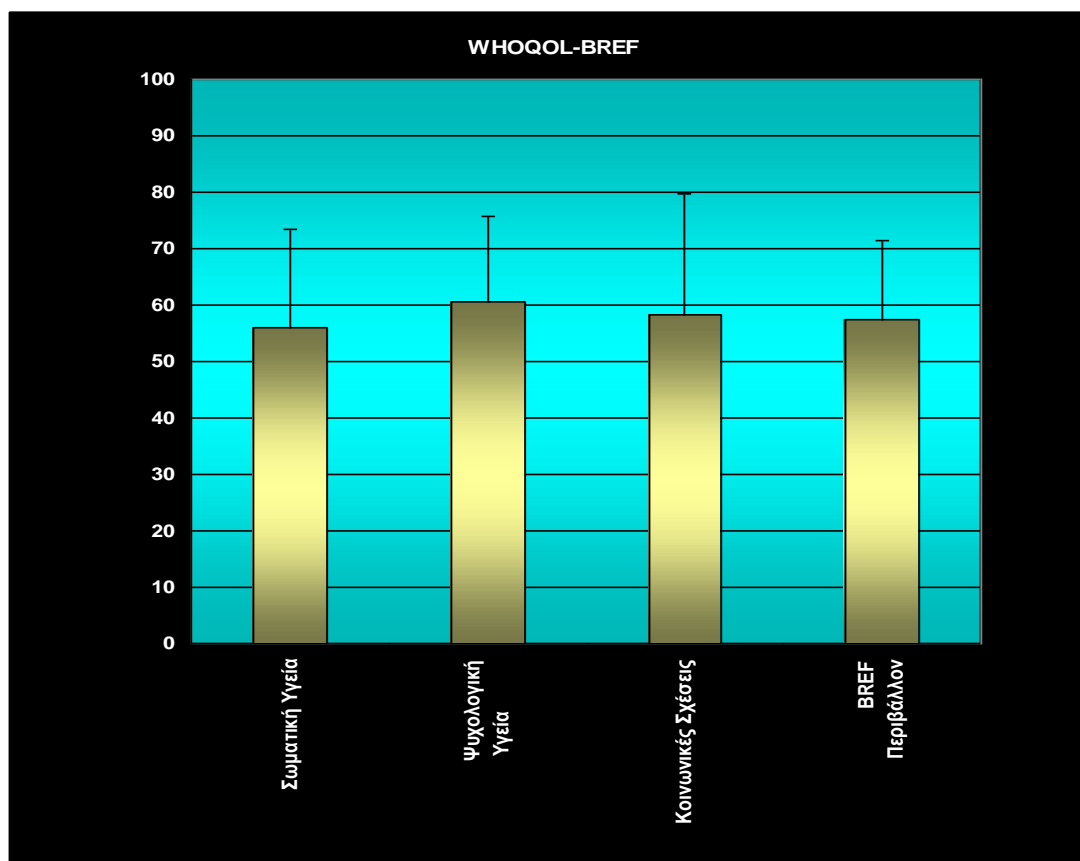
Γ) ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΑΝΑΠΗΡΙΑΣ

Η ανάλυση των απαντήσεων του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF έδειξε ότι υψηλότερη μέση τιμή σημειώνεται στη σχετική με τις «κοινωνικές σχέσεις» ΠΖ (60.48±15.31) και ακολουθούν η σχετική με τη «σωματική υγεία» (55.89±17.58) ΠΖ, η σχετική με την «ψυχολογική υγεία» ΠΖ (58.33±21.52) και η σχετική με το «περιβάλλον» ΠΖ (57.52±13.80) (Πίνακας 3-1, Σχ. 3-1).

Πίνακας 3-1. Ποιότητα Ζωής των ασθενών με ΡΑ

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	ΤΙΜΕΣ
WHOQOL-BREF (median, mean± SD)	
WHOQOL-BREF Σωματική Υγεία	55.89 ± 17.58
WHOQOL- BREF Ψυχολογική Υγεία	60.48 ± 15.31
WHOQOL- BREF Κοινωνικές Σχέσεις	58.33 ± 21.52
WHOQOL- BREF Περιβάλλον	57.52 ± 13.80

Σημείωση : mean ± standard deviation: μέσος όρος, διάμεσος ± Τυπική απόκλιση



Σχήμα 3-1. Σχηματική απεικόνιση του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF στην οποία σκιαγραφείται η Ποιότητας Ζωής των ασθενών με ΡΑ.

Παράγοντες που σχετίζονται με τη διεργασία ανάπτυξης της αναπηρίας στους ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα

Σε αυτό το κεφάλαιο της βασικής μας μελέτης προσπαθήσαμε να ελέγξουμε εάν η ψυχική καταπόνηση και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας έχουν ρόλο μεσολαβητή ή τροποποιητή στη διαδικασία ανάπτυξης της σωματικής αναπηρίας είτε μόνα είτε σε συνδυασμό με άλλες κλινικές μεταβλητές, οι οποίες σχετίζονται με τη σωματική Ποιότητα Ζωής, σύμφωνα με το μοντέλο της διεργασίας ανάπτυξης της αναπηρίας των Escalante και del Rinco' n [228]. Το μοντέλο αυτό βασίζεται κυρίως, στο γενικό μοντέλο των Verbrugge's and Jette's [223] και περιγράφει πώς μία χρόνια νόσος επηρεάζει τη λειτουργικότητα σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο, καθώς και τους βιολογικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (κοινωνικούς, ψυχολογικούς, περιβαλλοντικούς) που συμμετέχουν στην επίταση ή στην καθυστέρηση της σωματικής δυσλειτουργίας. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει τέσσερις διαδοχικές φάσεις: α) την παθολογία (pathology), β) τις βλάβες (impairments), γ) τους λειτουργικούς περιορισμούς (functional limitations) και δ) την αναπηρία (disability) [223]. Σε προηγούμενες έρευνες από τη δική μας ερευνητική ομάδα βρέθηκε σε ασθενείς με Σκληρόδερμα ότι η ψυχική καταπόνηση, οι δυσπροσαρμοστικοί μηχανισμοί άμυνας και η χαμηλή εσωτερική συγκρότηση σχετίστηκαν με χαμηλή Ποιότητα Ζωής [325].

Συσχέτιση δημογραφικών και κλινικών παραγόντων, φαρμακευτικής αγωγής και της σωματικής λειτουργικότητας με την Ποιότητα Ζωής στους ασθενείς με ΡΑ

Η ηλικία σχετίζεται αρνητικά με τις υποκλίμακες που εκτιμούν τη σχετική με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής ($p=0.031$) και τη σχετική με την «ψυχική υγεία» ΠΖ ($p=0.032$), ενώ το μορφωτικό επίπεδο συσχετίζεται θετικά με τις υποκλίμακες που εκτιμούν τη σχετική με τη «σωματική υγεία» ΠΖ ($p=0.002$), τη σχετική με τις «κοινωνικές σχέσεις» ΠΖ ($p=0.002$) και τη σχετική με το «περιβάλλον» ΠΖ ($p<0.0005$). Αντίθετα, το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση δεν βρέθηκε να σχετίζονται με τις κλίμακες του ερωτηματολογίου εκτίμησης της ΠΖ. Όσον αφορά στους κλινικούς παράγοντες, η διάρκεια νόσου, ο δείκτης DAS-28, ο πόνος και η Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών φαίνεται να συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τη σχετική με τη «σωματική υγεία» ΠΖ. ($p=0.01$, $p=0.001$, $p<0.0005$, $p=0.031$, αντίστοιχα). Ο δείκτης Charlson's comorbidity index σχετίζεται με τη σχετική με τη

«σωματική υγεία» ΠΖ ($p=0.018$) και τη σχετική με το «περιβάλλον» ΠΖ ($p=0.028$). Αναφορικά με τη φαρμακευτική αγωγή, μόνο τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη σχετίζονται αρνητικά με τη σχετική με τη «σωματική υγεία» ΠΖ ($p=0.028$) και τα ψυχιατρικά φάρμακα θετικά με τη σχετική με τη «σωματική υγεία» ΠΖ ($p=0.041$) και τη σχετική με τη «ψυχική υγεία» ΠΖ ($p=0.006$) **(Πίνακας 3-2)**.

Πίνακας 3-2. Συσχέτιση δημογραφικών, κλινικών χαρακτηριστικών, φαρμακευτικής αγωγής και της σωματικής λειτουργικότητας με την ΠΖ στους ασθενείς με ΡΑ.

ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ (p-values)				
Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Σχετική με τη σωματική υγεία ΠΖ	Σχετική με την ψυχική υγεία ΠΖ	Σχετική με τις κοινωνικές σχέσεις ΠΖ	Σχετική με το περιβάλλον ΠΖ
Δημογραφικοί παράγοντες				
Ηλικία (χρόνια)	0.031	0.032	0.097	0.062
Μορφωτικό επίπεδο (χρόνια)	0.002	0.065	0.002	0.0005
Φύλο (θήλυ=1)	0.336	0.065	0.873	0.418
Οικογενειακή κατάσταση (χήρος/α, χωρισμένος/η, διάσταση=1)	0.701	0.599	0.139	0.207
Χωρίς σύντροφο	0.791	0.617	0.201	0.649
Κλινικοί παράγοντες				
Διάρκεια νόσου	0.010	0.566	0.895	0.973
Ηλικία έναρξης της νόσου	0.609	0.900	0.920	0.756
Ιατρική παρακολούθηση (χρόνια)	0.319	0.755	0.772	0.802
DAS-28	0.001	0.119	0.262	0.836
Ταχύτητα Καθίζησης Ερυθρών (ΤΚΕ)	0.031	0.316	0.185	0.531
Ρευματοειδής παράγοντας (IgM)	0.491	0.668	0.295	0.325
Charlson´s comorbidty index	0.818	0.018	0.919	0.028
Αριθμός ευαίσθητων αρθρώσεων	0.006	0.771	0.288	0.462
Αριθμός πρησμένων αρθρώσεων	0.001	0.151	0.266	0.750
Διάρκεια πρωινής δυσκαμψίας (λεπτά)	0.050	0.510	0.623	0.909
Πόνος (VAS-Pain)	0.0005	0.067	0.233	0.346
Σύνδρομο Καρπιαίου Σωλήνα	0.076	0.022	0.010	0.004
Φάρμακα				
Στεροειδή	0.876	0.235	0.219	0.906
Anti-TNF	0.768	0.977	0.924	0.953
Μεθοτρεξάτη	0.551	0.868	0.950	0.849
Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη	0.028	0.253	0.171	0.660
Ψυχιατρικά φάρμακα	0.041	0.006	0.153	0.240

Σημείωση: Μονοπαράγοντικές αναλύσεις με εξαρτημένη την Ποιότητα Ζωής (WHOQOL-BREF) και ανεξάρτητες μεταβλητές, τους πιο σημαντικούς δημογραφικούς και κλινικούς παράγοντες, τη φαρμακευτική αγωγή και τη σωματική λειτουργικότητα (HAQ). Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient, two tailed t-tests.

Συσχέτιση χαρακτηριστικών προσωπικότητας με την Ποιότητα Ζωής στους ασθενείς με ΡΑ

Σχετικά με τα αμυντικά προφίλ και συγκεκριμένους μηχανισμούς άμυνας, τα αποτελέσματά μας έδειξαν ότι το «δυσπροσαρμοστικό προφίλ» σχετίζεται αρνητικά με τη σχετική με τη «σωματική υγεία» ΠΖ ($p=0.003$), τη σχετική με την «ψυχική υγεία» ΠΖ ($p<0.0005$), τη σχετική με τις «κοινωνικές σχέσεις» ΠΖ ($p<0.0005$) και τη σχετική με το «περιβάλλον» ΠΖ ($p<0.0005$). Το προφίλ «διαστρέβλωσης της εικόνας» σχετίζεται αρνητικά με τη σχετική με τη «σωματική υγεία» ΠΖ ($p=0.014$), τη σχετική με την «ψυχική υγεία» ΠΖ ($p=0.019$) και τη σχετική με το «περιβάλλον» ΠΖ ($p=0.039$). Το «προφίλ της αυτοθυσίας» σχετίζεται αρνητικά με τη σχετική με τη «σωματική υγεία» ΠΖ ($p=0.002$), τη σχετική με την «ψυχική υγεία» ΠΖ ($p=0.012$) και τη σχετική με το «περιβάλλον» ΠΖ ($p=0.015$). Ενώ το «προσαρμοστικό προφίλ» δεν σχετίζεται με καμία υποκλίμακα της Ποιότητα Ζωής. Όσον αφορά τη «συνολική εχθρότητα» σχετίζεται αρνητικά με τη σχετική με τη «σωματική υγεία» ΠΖ ($p=0.027$), τη σχετική με την «ψυχική υγεία» ΠΖ ($p<0.0005$), τη σχετική με τις «κοινωνικές σχέσεις» ΠΖ ($p<0.0005$) και τη σχετική με το «περιβάλλον» ΠΖ ($p<0.0005$). Τέλος, η «εσωτερική συγκρότηση» σχετίζεται με τη σχετική με τη «σωματική υγεία» ΠΖ ($p=0.004$), τη σχετική με την «ψυχική υγεία» ΠΖ ($p<0.0005$), τη σχετική με τις «κοινωνικές σχέσεις» ΠΖ ($p<0.0005$) και τη σχετική με το «περιβάλλον» ΠΖ ($p<0.0005$) (Πίνακας 3-3).

Πίνακας 3-3. Συσχέτιση χαρακτηριστικών προσωπικότητας και της ψυχοπαθολογίας με τη σχετική με την υγεία ΠΖ στους ασθενείς με ΡΑ

ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ (p-values)				
Ανεξάρτητες Μεταβλητές	Σχετική με τη σωματική υγεία ΠΖ	Σχετική με την ψυχική υγεία ΠΖ	Σχετική με τις κοινωνικές σχέσεις ΠΖ	Σχετική με το περιβάλλον ΠΖ
Προσωπικότητα				
DSQ Δυσπροσαρμοστικό προφίλ	0.003	0.0005	0.0005	0.0005
DSQ Διαστρέβλωση της Εικόνας	0.014	0.019	0.308	0.039
DSQ Προφίλ Αυτοθυσίας	0.002	0.012	0.378	0.015
DSQ Προσαρμοστικό προφίλ	0.227	0.182	0.302	0.916
HDHQ Συνολική Εχθρότητα	0.027	0.0005	0.0005	0.0005
SOC Εσωτερική Συγκρότηση	0.004	0.0005	0.0005	0.0005

Σημείωση: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με εξαρτημένη την Ποιότητα Ζωής (WHOQOL-BREF) και ανεξάρτητες μεταβλητές, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας (DSQ, HDHQ, SOC) και την ψυχική καταπόνηση (GHQ-28 συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα). Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient, two tailed t-tests

Συσχέτιση της ψυχοπαθολογίας με την Ποιότητα Ζωής και της Σωματικής Λειτουργικότητας στους ασθενείς με ΡΑ

Όπως έδειξε η ανάλυση του WHOQOL-BREF, η σχετική με τη σωματική υγεία Ποιότητα Ζωής σχετίζεται με τη «συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα ($p < 0.0005$), το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p < 0.0005$), το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p < 0.0005$), την «κατάθλιψη» ($p < 0.0005$) και το «άγχος» ($p < 0.0005$). Η σχετική με τις «κοινωνικές σχέσεις» ΠΖ σχετίζονται με τη «συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα» ($p < 0.0005$), το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p < 0.0005$), το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p < 0.0005$), την «κατάθλιψη» ($p < 0.0005$) και το «άγχος» ($p < 0.0005$). Η σχετική με το «περιβάλλον» ΠΖ σχετίζεται με τη «συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα» ($p < 0.0005$), το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων» ($p < 0.0005$), το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p < 0.0005$), την «κατάθλιψη» ($p < 0.0005$) και το «άγχος» ($p < 0.0005$). Σχετικά με τη «σωματική λειτουργικότητα», όπως εκτιμήθηκε από το HAQ, σχετίζεται με τη «συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα» ($p < 0.0005$), το «γενικό δείκτη ψυχιατρικών συμπτωμάτων»

($p=0.018$), το «καταθλιπτικό συναίσθημα» ($p<0.0005$), την «κατάθλιψη» ($p<0.0005$) και το «άγχος» ($p=0.004$) (Πίνακας 3-4).

Πίνακας 3-4. Συσχέτιση της ψυχοπαθολογίας με την Ποιότητα Ζωής και της Σωματικής Λειτουργικότητας

ΜΟΝΟΠΑΡΑΓΟΝΤΙΚΕΣ ΑΝΑΛΥΣΕΙΣ (p-values)					
		Σχετική με τη σωματική υγεία ΠΖ	Σχετική με τις κοινωνικές σχέσεις ΠΖ	Σχετική με το περιβάλλον ΠΖ	Σωματική Λειτουργικότητα (HAQ)
Ψυχοπαθολογία					
GHQ-28	Συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
SCL-90R	Γενικός Δείκτης Ψυχιατρικών Συμπτωμάτων	0.0005	0.0005	0.0005	0.018
GHQ-28	Καταθλιπτικό συναίσθημα	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
SCL-90R	Κατάθλιψη	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005
SCL-90R	Άγχος	0.0005	0.0005	0.0005	0.004

Σημείωση: Μονοπαραγοντικές αναλύσεις με εξαρτημένη την Ποιότητα Ζωής (WHOQOL-BREF) και τη Σωματική λειτουργικότητα (HAQ) και ανεξάρτητες μεταβλητές την ψυχική καταπόνηση (GHQ-28 συνολική ψυχιατρική νοσηρότητα, GHQ-28 καταθλιπτικό συναίσθημα, SCL-90R Γενικός δείκτης ψυχιατρικών συμπτωμάτων, SCL-90R κατάθλιψη, SCL-90R άγχος). Pearson correlation coefficient, Spearman correlation coefficient, two tailed t-tests.

Πολυπαραγοντικές αναλύσεις για τη διερεύνηση της σχέσης όλων των μελετηθέντων παραγόντων με τη διεργασία ανάπτυξης της αναπηρίας

Προκαταρκτικές αναλύσεις

Οι μονοπαραγοντικές αναλύσεις αποκάλυψαν έναν αριθμό μεταβλητών που σχετιζόταν με τη σχετική με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής (ΠΖ). Ως μεταβλητή έκβασης επιλέχθηκε η σχετική με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής. Και πάλι, επειδή ο αριθμός των αμυνών ήταν πολύ μεγάλος και πολλές άμυνες σχετιζόνταν μεταξύ τους, έγιναν προκαταρκτικές αναλύσεις ώστε να μειωθεί ο αριθμός της στις περισσότερο σημαντικές σχετιζόμενες με τη σχετική με τη «σωματική υγεία» ΠΖ άμυνες. Έτσι, η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη σχετική με τη «σωματική υγεία» ΠΖ και ανεξάρτητες μεταβλητές, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, έδειξαν ότι το προφίλ της «αυτοθυσίας» ($b=0.212$, $p=0.016$) και η «αίσθηση συνοχής» ($b=0.188$, $p=0,032$) ήταν οι μεταβλητές που σχετίστηκαν στενά με τη σχετική με τη «σωματική υγεία» ΠΖ (R^2 Adj=0.097, $p<0.032$). Καμία από τις κλίμακες της εχθρότητας δεν συμπεριλήφθηκε στην τελική εξίσωση, καθώς δεν σχετίστηκαν στατιστικά ως ανεξάρτητες μεταβλητές. Συνεπώς, το προφίλ της «αυτοθυσίας» και η «αίσθηση συνοχής» ήταν οι μεταβλητές που εισήχθησαν στο επόμενο βήμα της ιεραρχικής ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης, όπως φαίνεται στον **Πίνακα 3-5**.

Ανάλυση Διαμεσολάβησης (Mediation Analysis)

Ο **Πίνακας 3-5** δείχνει ότι οι περισσότερες δημογραφικές μεταβλητές (μοντέλο 1) και οι παράμετροι της παθολογίας (μοντέλο 2) ερμηνεύουν το 4.7% της διακύμανσης των τιμών της σχετικής με τη «σωματική υγεία» ΠΖ ($p=0.04$). Η προσθήκη της «σωματικής βλάβης» αύξησε τη διακύμανση των τιμών στην ΠΖ στο 37.3% (μοντέλο 3) και η προσθήκη των παραγόντων της προσωπικότητας (μοντέλο 4) την αύξησε κατά 2.9% ($p=0.03$). η «αίσθηση συνοχής» ήταν ο μόνος παράγοντας που συσχετίστηκε σημαντικά με την ΠΖ. Εντούτοις, η σχέση του πόνου με την έκβαση παρέμεινε στατιστικά σημαντική, δείχνοντας ότι οι παράγοντες της προσωπικότητας δεν διαμεσολαβούν στη σχέση μεταξύ πόνου και ΠΖ. Η προσθήκη της συνολικής βαθμολογίας του GHO-28 (μοντέλο 5) αύξησε τον προσαρμοσμένο δείκτη R^2 κατά

5.6% ($p=0.001$). Η σχέση του πόνου με την ΠΖ παρέμεινε στατιστικά σημαντική, αλλά η αίσθηση συνοχής δεν συσχετιζόταν πλέον. Συνεπώς, η ψυχική καταπόνηση διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ προσωπικότητας (δηλαδή την αίσθηση της συνοχής) και της ΠΖ. Τελικά, παρόλο που προστέθηκε η βαθμολογία του HAQ και αύξησε το ποσοστό της διακύμανσης των τιμών της έκβασης κατά 4,2% ($p=0.003$), η σχέση του πόνου και της ψυχικής καταπόνησης με την ΠΖ παρέμεινε σταθερή και στατιστικά σημαντική, υποδηλώνοντας ότι ο πόνος, η ψυχική καταπόνηση και οι λειτουργικοί περιορισμοί σχετίζονται σημαντικά και ανεξάρτητα με τη σχετική με τη «σωματική υγεία» ΠΖ.

Πίνακας 3-5. Ιεραρχικά μοντέλα των παραγόντων που συσχετίζονται με τη σχετική με τη σωματική υγεία ΠΖ σε ασθενείς με ΡΑ.

	Μοντέλο					
	1	2	3	4	5	6
Ηλικία, έτη	-0.118	-0.082	-0.083	-0.082	-0.052	-0.006
Φύλο (Γ=0, Α=1)	0.064	0.075	0.004	0.018	0.022	0.057
Εκπαίδευση, Χρόνια	0.081	0.049	0.035	0.032	0.050	0.057
Διάρκεια Νόσου	-	-0.188*	-0.118	-0.141	-0.120	-0.125
ΤΚΕ	-	-0.151*	-0.078	-0.083	-0.095	-0.092
Πόνος	-	-	-0.624***	-0.575***	-0.459***	0.358***
Αριθμός Ευαίσθητων Αρθρώσεων	-	-	-0.007	-0.038	-0.083	-0.089
Αριθμός Πρησμένων	-	-	-0.039	-0.054	-0.111	-0.122
Διάρκεια Πρωινής Δυσκαμψίας	-	-	-0.049	-0.046	-0.075	-0.086
Προφίλ Αυτοθυσίας	-	-	-	-0.102	-0.048	-0.022
Εσωτερική Συνοχή	-	-	-	0.164**	0.013	0.019
GHQ Συνολική Ψυχιατρική Νοσηρότητα	-	-	-	-	-0.341***	-0.337***
HAQ Βαθμολογία	-	-	-	-	-	-0.245***
Προσαρμοσμένος δείκτης R² του μοντέλου	0.008	0.047	0.373	0.402	0.458	0.500
Αύξηση του δείκτη R²	0.008	0.039	0.326	0.029	0.056	0.042
Στατιστικό κριτήριο F	0.281	0.041	<0.005	0.033	0.001	0.003

Σημείωση: Ανεξάρτητες μεταβλητές εισήχθησαν διαδοχικά σε μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης κατά την οποία εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η σχετική με την σωματική υγεία Ποιότητα Ζωής. Οι τιμές είναι σταθμισμένοι (beta) συντελεστές παλινδρόμησης: *** $p<0.001$, ** $p<0.01$, * $p<0.05$

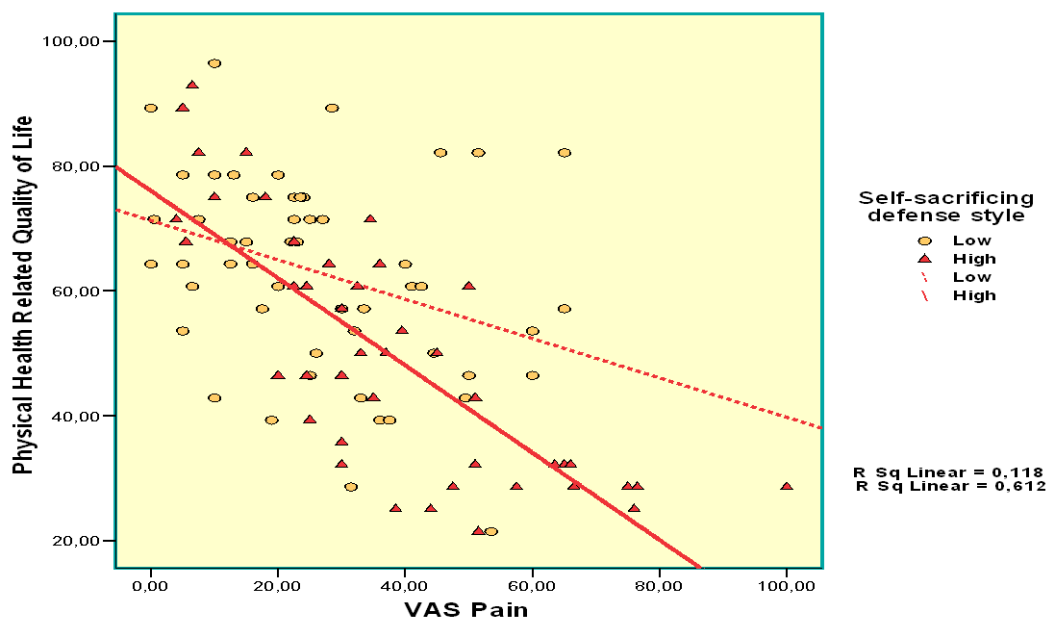
Ανάλυση της Ρύθμισης (Moderation Analysis)

Από τις αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν για να εκτιμηθούν οι πιθανοί παράγοντες που τροποποιούν τη σχέση μεταξύ πόνου και σχετικής με τη «σωματική υγεία» Ποιότητας Ζωής, μόνο το προφίλ της «αυτοθυσίας» τροποποιεί τη σχέση μεταξύ πόνου και σχετικής με τη «σωματική υγεία» ΠΖ. Όπως φαίνεται στο **Σχήμα 3-2**, η κλίση της σχέσης μεταξύ πόνου και ΠΖ είναι πιο κρημνώδης για τους ασθενείς με υψηλό «αυτοθυσιαστικό» προφίλ από αυτούς με χαμηλό (συντελεστής συσχέτισης Pearson: -0.78 και -0.34 αντίστοιχα). Περαιτέρω ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξε ότι το προφίλ της «αυτοθυσίας» ήταν ένας σημαντικός παράγοντας που τροποποιεί τη σχέση μεταξύ πόνου και έκβασης (ΠΖ), καθώς η αλληλεπίδραση της σχέσης (πόνος x αυτοθυσία) είχε σταθμισμένο συντελεστή (beta): -0.316 (**Πίνακας 3-6**, μοντέλο 2), που δείχνει ότι η σχέση μεταξύ πόνου και έκβασης (ΠΖ) ήταν σημαντικά μεγαλύτερη για τους ασθενείς με υψηλό δείκτη «αυτοθυσίας» απ' ό τι γι' αυτούς με χαμηλό.

Πίνακας 3-6. Ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης, ώστε να ελεγχθεί, εάν το προφίλ της «αυτοθυσίας» τροποποιεί τη σχέση μεταξύ πόνου και σχετικής με την υγεία ΠΖ.

	Μοντέλο 1	Μοντέλο 2
(z) Πόνος (VAS)	-0.564 ***	-0.302 **
(z) Προφίλ Αυτοθυσίας	-0.172 **	-0.172 **
(z) Προφίλ Αυτοθυσίας x Πόνος (Αλληλεπίδραση)	-	-0.316 ***
Προσαρμοσμένος δείκτης R² του μοντέλου	0.373	0.401
Αυξητικός προσαρμοσμένος δείκτης R²	0.373	0.028
Στατιστικό κριτήριο F	0.001	0.007

Σχήμα 3-2. Το στικτόγραμμα δείχνει τη γραμμή που ταιριάζει καλύτερα σε ασθενείς με χαμηλό και υψηλό προφίλ «αυτοθυσίας»



Ανάλυση της Αλληλεπίδρασης (Moderated Mediation Analysis)

Στη συνέχεια, η ανάλυση παλινδρόμησης του **Πίνακα 3-5** επαναλήφθηκε ώστε να συμπεριληφθεί η αλληλεπίδραση της σχέσης μεταξύ πόνου και προφίλ «αυτοθυσίας» (**Πίνακας 3-7**, μοντέλα 5, 6 και 7). Η προσθήκη της νέας μεταβλητής αύξησε σημαντικά τον προσαρμοσμένο δείκτη πολλαπλής συνάφειας (R^2) του μοντέλου ($p=0.007$) και μείωσε τη συμβολή του πόνου, η οποία όμως παρέμεινε στατιστικά σημαντική στο σημείο αυτό (μοντέλο 5, στον **πίνακα 3-7**). Ενώ η προσθήκη της ψυχικής καταπόνησης (μοντέλο 6) αύξησε το ποσοστό της διακύμανσης στο 6,1% ($p<0.005$), δεν άλλαξε τη σχέση αλληλεπίδρασης μεταξύ πόνου και «αυτοθυσίας» με την έκβαση, αλληλεπίδραση η οποία παρέμεινε στατιστικά σημαντική. Αντίθετα, η σχέση με τον πόνο έπαψε πλέον να είναι στατιστικά σημαντική. Αυτό δείχνει ότι η ψυχική καταπόνηση διαμεσολαβεί τη σχέση πόνου και εσωτερικής συγκρότησης με την ΠΖ αλλά δεν διαμεσολαβεί καθόλου τη σχέση της αλληλεπίδρασης πόνου και αυτοθυσίας με την ΠΖ. Η προσθήκη της σωματικής δυσλειτουργίας (μοντέλο 7) οδηγεί στην αύξηση του προσαρμοσμένου δείκτη πολλαπλής συνάφειας (adjusted R^2) αλλά η στατιστική σημαντικότητα της ψυχικής καταπόνησης και της αλληλεπίδρασης μεταξύ πόνου και προφίλ «αυτοθυσίας» παρέμεινε σταθερή.

Πίνακας 3-7. Ιεραρχικά μοντέλα των παραγόντων που σχετίζονται με τη σχετική με την σωματική υγεία ΠΖ, συμπεριλαμβανόμενης της αλληλεπίδρασης μεταξύ πόνου και προφίλ αυτοθυσίας.

	Μοντέλο						
	1	2	3	4	5	6	7
Ηλικία	-0.118	-0.082	-0.083	-0.082	-0.096	-0.066	-0.024
Φύλο	0.064	0.075	0.004	0.018	0.002	0.001	0.034
Εκπαίδευση	0.081	0.049	0.035	0.032	0.020	0.038	0.041
Διάρκεια Νόσου	-	-0.188*	-0.118	-0.141	-0.145	-0.123	-0.127
ΤΚΕ	-	-0.151*	-0.078	-0.083	-0.085	-0.097	-0.094
Πόνος	-	-	-0.624***	-0.575***	-0.299**	-0.171	-0.127
Αριθμός Ευαίσθητων Αρθρώσεων	-	-	-0.007	-0.038	-0.028	-0.074	-0.081
Αριθμός Πρησμένων Αρθρώσεων	-	-	-0.039	-0.054	-0.062	-0.091	-0.089
Διάρκεια Πρωινής Δυσκαμψίας	-	-	-0.049	-0.046	-0.040	-0.070	-0.080
Προφίλ Αυτοθυσίας	-	-	-	-0.102	-0.133	-0.079	-0.052
Εσωτερική Συνοχή	-	-	-	0.164**	0.147*	0.009	0.001
Πόνος x Προφίλ Αυτοθυσίας	-	-	-	-	-0.339***	-0.331***	-0.298**
Αλληλεπίδραση GHQ Συνολική βαθμολογία	-	-	-	-	-	-0.349***	-0.344***
HAQ Βαθμολογία	-	-	-	-	-	-	-0.211***
Προσαρμοσμένος δείκτης R² του μοντέλου	0.008	0.047	0.373	0.402	0.437	0.498	0.527
Αύξηση δείκτη R²	0.008	0.039	0.326	0.076	0.035	0.061	0.029
Στατιστικό κριτήριο F	0.281	0.041	<0.0005	0.033	0.007	<0.0005	0.008

Σημείωση: Ανεξάρτητες μεταβλητές εισήχθησαν διαδοχικά σε μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης κατά την οποία εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η σχετική με την υγεία ΠΖ. Οι τιμές είναι σταθμισμένοι (beta) συντελεστές παλινδρόμησης: ***p<0.001, **p<0.01, * p<0.05.

Συμπεράσματα του 7^{ου} Κεφαλαίου

Συνοψίζοντας, τα αποτελέσματα του τρίτου κεφαλαίου έδειξαν ότι οι περισσότερες δημογραφικές μεταβλητές και οι παράμετροι της παθολογίας σχετίζονται με την έκβαση, ερμηνεύοντας ένα μικρό ποσοστό (4.7%) της διακύμανσης των τιμών της. Σημαντικό ρόλο στην αύξηση της διακύμανσης των τιμών της έκβασης φάνηκε ότι διαδραματίζει η προσθήκη της «σωματικής βλάβης», καθώς ερμηνεύει ένα σημαντικό ποσοστό (32.6%). Επίσης, οι πολυπαραγοντικές έδειξαν ότι στη διεργασία ανάπτυξης της αναπηρίας εμπλέκονται εκτός από την ψυχική καταπόνηση και οι μεταβλητές της προσωπικότητας. Η διαφορά μεταξύ ψυχικής καταπόνησης και μεταβλητών της προσωπικότητας είναι ότι η πρώτη διαμεσολαβεί και η δεύτερη τροποποιεί τις επιπτώσεις της ασθένειας στη σχετική με την «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής. Συγκεκριμένα, η εσωτερική συγκρότηση διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ επιθετικότητας και σχετικής με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής, ενώ η ψυχική καταπόνηση διαμεσολαβεί στη σχέση της εσωτερικής συγκρότησης με τη σχετική με τη σωματική υγεία ποιότητα ζωής. Αξιοσημείωτο συμπέρασμα, επίσης, ήταν ότι: το αμυντικό προφίλ της «αυτοθυσίας» μεσολαβεί στην αλληλεπίδραση μεταξύ πόνου και σχετικής με τη σωματική υγεία ποιότητας ζωής: ο πόνος σχετιζόταν με κακή σωματική ποιότητα ζωής μόνο στους ασθενείς που κυριαρχούσε το αμυντικό προφίλ της «αυτοθυσίας». Η σχέση μεταξύ αυτής της αλληλεπίδρασης (πόνου x αυτοθυσίας) και σχετικής με τη «σωματική υγεία» ποιότητας ζωής ήταν τόσο δυνατή που μείωσε τη συμβολή του πόνου. Έτσι, τα συγκεκριμένα αποτελέσματα δείχνουν ποιοι ασθενείς θα επηρεαστούν περισσότερο από τις επιδράσεις του πόνου στην ποιότητα ζωής: οι ασθενείς με το αμυντικό προφίλ της «αυτοθυσίας».

6. ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Όπως έδειξε η πιλοτική μας μελέτη, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με ΡΑ πρόσφατης έναρξης (31.8%) ικανοποιεί κριτήρια ψυχιατρικής διάγνωσης, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (17.6%). Επίσης, η πιλοτική μελέτη έδειξε ότι η ενεργότητα της νόσου δεν σχετίζεται με την ψυχική καταπόνηση, αλλά με το «δυσπροσαρμοστικό προφίλ» και το προφίλ της «διαστρέλωσης της εικόνας». Μάλιστα, φάνηκε πως όταν η νόσος είναι σε έξαρση οι ασθενείς υιοθετούν ένα ανώριμο αμυντικό προφίλ.

Τα σημαντικότερα αποτελέσματα της βασικής μας μελέτης, η οποία σχεδιάστηκε βασιζόμενη στα αποτελέσματα της προκαταρκτικής μελέτης, έδειξαν ότι από τους κλινικούς παράγοντες μόνο ο πόνος και η σωματική ανικανότητα βρέθηκε ότι ερμηνεύουν ένα ποσοστό της διακύμανσης των τιμών της ψυχικής καταπόνησης (17.9%), ενώ η διάρκεια και η δραστηριότητα της νόσου δεν σχετίζονται με την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας. Επίσης, φάνηκε ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ψυχικής καταπόνησης. Συγκεκριμένα, το «δυσπροσαρμοστικό» αμυντικό προφίλ, ο αμυντικός μηχανισμός της «παλινδρόμησης» και η «εσωτερική συγκρότηση» ερμηνεύουν ένα σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης των τιμών της ψυχικής καταπόνησης (49,8%).

Τέλος, τα αποτελέσματα του δεύτερου μέρους της βασικής μας μελέτης έδειξαν ότι οι περισσότερες δημογραφικές μεταβλητές και οι παράμετροι της παθολογίας σχετίζονται με την έκβαση, ερμηνεύοντας ένα μικρό ποσοστό (4.7%) της διακύμανσης των τιμών της. Σημαντικό ρόλο στην αύξηση της διακύμανσης των τιμών της έκβασης φάνηκε ότι διαδραματίζει η προσθήκη της «σωματικής βλάβης», καθώς ερμηνεύει ένα αξιόλογο ποσοστό (32.6%). Επίσης, οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις έδειξαν ότι στη διεργασία ανάπτυξης της αναπηρίας εμπλέκονται εκτός από την ψυχική καταπόνηση, η οποία αύξησε τον προσαρμοζόμενο δείκτη R^2 κατά 5.6% και οι μεταβλητές της προσωπικότητας. Η διαφορά μεταξύ ψυχικής καταπόνησης και μεταβλητών της προσωπικότητας είναι ότι η πρώτη διαμεσολαβεί και η δεύτερη τροποποιεί τις επιπτώσεις της ασθένειας στη σχετική με την «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής. Συγκεκριμένα, η εσωτερική συγκρότηση διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ επιθετικότητας και σχετικής με τη «σωματική υγεία» Ποιότητα Ζωής, ενώ η ψυχική καταπόνηση διαμεσολαβεί στη σχέση της εσωτερικής συγκρότησης με τη σχετική με τη σωματική υγεία ποιότητα ζωής. Αξιοσημείωτο συμπέρασμα, επίσης, ήταν ότι: το αμυντικό προφίλ της «αυτοθυσίας» μεσολαβεί

στην αλληλεπίδραση μεταξύ πόνου και σχετικής με τη «σωματική υγεία» Ποιότητας Ζωής: ο πόνος σχετιζόταν με κακή σωματική ποιότητα ζωής μόνο στους ασθενείς που κυριαρχούσε το αμυντικό προφίλ της «αυτοθυσίας». Η σχέση μεταξύ αυτής της αλληλεπίδρασης (πόνου x αυτοθυσίας) και σχετικής με τη «σωματική υγεία» Ποιότητας Ζωής ήταν τόσο δυνατή που μείωσε τη συμβολή του πόνου. Έτσι, τα συγκεκριμένα αποτελέσματα δείχνουν ποιοι ασθενείς θα επηρεαστούν περισσότερο από τις επιδράσεις του πόνου στην ποιότητα ζωής: οι ασθενείς με το αμυντικό προφίλ της «αυτοθυσίας».

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα ευρήματα της προκαταρκτικής μελέτης σε ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης (1<έτος) έδειξαν ότι η ψυχική καταπόνηση είναι ένα σχετικά κοινό βίωμα στους ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης, εκδηλούμενη κυρίως με σωματοποίηση, κατάθλιψη και κοινωνική δυσλειτουργία. Επιπλέον, οι ασθενείς στο δείγμα μας είχαν την τάση να υιοθετούν μία λιγότερο ώριμη ικανότητα «διαχείρισης του στρες». Η δραστηριότητα της νόσου δεν σχετιζόταν με την ψυχική καταπόνηση, αλλά υπήρξε σημαντική συσχέτιση με τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας: όταν η νόσος είναι σε έξαρση τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας προσομοιάζουν αυτών με οριακή οργάνωση της προσωπικότητας.

Συγκεκριμένα, μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών με ΡΑ πρόσφατης έναρξης (31.8%) ικανοποιεί κριτήρια ψυχιατρικής διάγνωσης, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (17.6%). Η ψυχιατρική συμπτωματολογία στην ομάδα των ασθενών με ΡΑ εκδηλώνεται κυρίως με καταθλιπτικά ή ψυχαναγκαστικά συμπτώματα, αν και όταν συγκρίνεται με την ομάδα ελέγχου η σωματοποίηση και η κοινωνική δυσλειτουργία εξαιτίας της ψυχικής καταπόνησης δεσπόζουν στη συμπτωματολογία των ασθενών με ΡΑ πρόσφατης έναρξης.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η καταθλιπτική διάθεση εμφανίζεται συχνά σε ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης [156]. Τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με ΡΑ με διάρκεια νόσου μικρότερη του ενός έτους, κυμαίνονται από 18 έως 21% και από 5.7 έως 20% αντίστοιχα. Ομοίως, τα αποτελέσματα των ερευνών ως προς τη συχνότητα της ψυχοπαθολογίας ποικίλουν σημαντικά. Στο γεγονός αυτό ίσως να εμπλέκεται ως έναν βαθμό από τη μία η εφαρμογή διαφορετικών μεθόδων συλλογής των δεδομένων, όπου οι προοπτικές μελέτες μπορεί να δώσουν διαφορετικά αποτελέσματα από τις συγχρονικές και από την άλλη η χρήση διαφορετικών ερευνητικών εργαλείων. Σε συμφωνία με τα δικά μας δεδομένα, οι Parker και συν. [345] αναφέρουν ότι οι ασθενείς με ΡΑ στο ερωτηματολόγιο SCL-90-R εμφανίζουν υψηλότερες τιμές στις κλίμακες της «σωματοποίησης», του «ψυχαναγκασμού-καταναγκασμού» και της «κατάθλιψης». Συνολικά, όσον αφορά ασθενείς με ΡΑ επίσης πρόσφατης έναρξης αλλά με πορεία νόσου έως δύο χρόνια, το ποσοστό της κατάθλιψης κυμαίνεται από το 13.3% έως 33.0% [156, 70], η οποία εκφράζεται συνήθως ως νευρωτική κατάθλιψη [123]. Έτσι, λοιπόν, ενώ ένας μεγάλος αριθμός ερευνών έχουν δείξει ότι η ΡΑ στη Ν. Ευρώπη είναι πιο ήπια νόσος από ό,τι στη Β. Ευρώπη ως προς τη σοβαρότητα των κλινικών συμπτωμάτων [49, 50, 52], τα

προκαταρκτικά αυτά αποτελέσματα δείχνουν ότι οι Έλληνες ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ψυχοπαθολογίας. Θα πρέπει, όμως, να επισημανθεί ότι χρειάζεται ένα μεγαλύτερο δείγμα για να δώσει πιο ακριβή συμπεράσματα για τους δείκτες της ψυχοπαθολογίας των ασθενών με ΡΑ στην Ελλάδα. Επιπλέον, θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα ψυχομετρικά τεστ, ανεξάρτητα από την εγκυρότητα, την αξιοπιστία και τη χρησιμότητα, δεν έχουν τη δυνατότητα να αντικαταστήσουν τη διαγνωστική αξία της ψυχιατρικής εξέτασης. Λαμβάνοντας υπόψη τα δικά μας ερευνητικά μας δεδομένα αλλά και τα αποτελέσματα προηγούμενων μελετών, υπάρχουν ενδείξεις ότι η ψυχοπαθολογία στους ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης αναπτύσσεται προς την κατεύθυνση της κατάθλιψης, της ψυχανακαστικότητας-καταναγκαστικότητας, της σωματοποίησης και της κοινωνικής δυσλειτουργίας.

Ομοίως σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας, η δραστηριότητα της νόσου δεν συσχετίστηκε με την ψυχική καταπόνηση, το άγχος ή την κατάθλιψη. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η σχέση μεταξύ ενεργότητας της νόσου και ψυχιατρικής νοσηρότητας είναι αμφιλεγόμενη. Επιπλέον, σε έρευνες με ασθενείς με μακροχρόνια ΡΑ, οι κλινικοί δείκτες δείχνουν να μπορούν να ερμηνεύσουν ως ένα βαθμό τα καταθλιπτικά συμπτώματα [104,132, 191]. Επιπροσθέτως, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν πως ο πόνος και η ενεργότητα της νόσου ακόμα και στα πρωταρχικά στάδια της νόσου συσχετίζονται με το άγχος και την κατάθλιψη [187,53], καθώς η μείωση της ψυχοπαθολογίας μετά από ένα χρόνο από την έναρξη της νόσου μπορούσε να προβλεφθεί από μικρότερη σοβαρότητα της νόσου [53].

Από την άλλη πλευρά, κάποιες έρευνες υποστηρίζουν ότι τα ψυχιατρικά συμπτώματα δεν σχετίζονται με την ενεργότητα της νόσου ούτε σε συγχρονική μελέτη ούτε σε προοπτική [244]. Ακόμη και σε μακροχρόνια ΡΑ, έρευνες αναφέρουν ότι δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της κατάθλιψης και των δεικτών της ενεργότητας της νόσου [132,134]. Επιπλέον, σε συμφωνία με τα δικά μας αποτελέσματα, οι Abdel-Nasser και συν. [55] που χορήγησαν το ερωτηματολόγιο SCL-90-R αναφέρουν ότι κανένας κλινικός δείκτης δεν συσχετίστηκε με την κατάθλιψη. Φαίνεται πως ο πόνος και η δυσλειτουργία παίζουν σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη ή επίταση της ψυχοπαθολογίας, αλλά είναι αδιευκρίνιστο πότε η ενεργότητα της νόσου, γενικά, συσχετίζεται με το άγχος και την κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα της προκαταρκτικής μας έρευνας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η ενεργότητα της νόσου και η ψυχοπαθολογία στον πρώτο χρόνο της νόσου δεν

συσχετίζονται. Το συμπέρασμα αυτό υποστηρίζει η έρευνα των Evers και συν. [54], όπου διατυπώνεται η άποψη ότι πιο γενικοί και σταθεροί παράγοντες σχετίζονται με το άγχος και την κατάθλιψη, από ό,τι τα συμπτώματα της ίδιας της νόσου. Θα πρέπει να γίνουν περισσότερες έρευνες με μεγαλύτερο αριθμό δείγματος για πιο έγκυρα αποτελέσματα. Οι παράγοντες που εμπλέκονται στην εκδήλωση της κατάθλιψης στις διάφορες φάσεις της ασθένειας ποικίλουν.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο ήταν ο μόνος δημογραφικός παράγοντας που μπορούσε να προβλέψει την ψυχοπαθολογία, ενώ το φύλο και η ηλικία δεν φάνηκε να συσχετίζονται με αυτή. Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο σχετίστηκε τόσο με την ψυχιατρική νοσηρότητα όσο και με την ενεργότητα της νόσου. Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, το μορφωτικό επίπεδο ακόμα και την περίοδο της διάγνωσης της ΡΑ, βρέθηκε ότι συσχετίζεται με την κατάθλιψη. Από τους Newman και συν [131] εκτιμήθηκε το ποσοστό της μεταβλητότητας που εξηγείται από τους δημογραφικούς παράγοντες, την ηλικία, το φύλο, την κατάσταση γάμου και το επίπεδο εκπαίδευσης στο 38%. Από τους Evers και συν [54] σε ασθενείς πρόσφατης έναρξης αναφέρεται ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την εκδήλωση της κατάθλιψης. Αντίθετα από τους Dickens και συν [117], σε ασθενείς μακρόχρονης ΡΑ, διαπιστώθηκε ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά δεν σχετίζονται με τη διάγνωση κατάθλιψης. Αλλά και σε έρευνα με ασθενείς πρόσφατης έναρξης, εκτιμήθηκε πως καμία από τις βασικές δημογραφικές μεταβλητές δεν συσχετίστηκε με την κατάθλιψη [156].

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της προκαταρκτικής μας μελέτης, το φύλο και η ηλικία δεν φάνηκε να σχετίζονται με την κατάθλιψη. Το συμπέρασμα αυτό υποστηρίζουν και οι έρευνες των Katz & Yelin [104] και των Abdel-Nasser και συν [55], όπου ενώ οι ασθενείς που είχαν κατάθλιψη ήταν λιγότερο πιθανό να είναι παντρεμένοι, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο, την ηλικία, την καταγωγή ή το μορφωτικό επίπεδο. Επίσης, από τους Fifield και συν [192] δεν βρέθηκαν διαφορές στο φύλο όσον αφορά την κατάθλιψη. Αντίθετα, από τους Wright και συν [189] διαπιστώθηκε υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης σε ασθενείς ηλικίας μικρότερης των 45 ετών. Ειδικότερα, στους νεότερους σε ηλικία ασθενείς παρουσιάστηκε σε μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψη, ακόμη και όταν σταθμίστηκαν παράγοντες όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, τα φάρμακα, η πορεία της νόσου και η λειτουργικότητα. Από τους Evers και συν [53] σε ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης, διαπιστώθηκε ότι το φύλο είναι ένας από τους

παράγοντες που συσχετίζονται με το άγχος και την κατάθλιψη αμέσως μετά τη διάγνωση της ασθένειας. Από τους Smedstad και συν [187], τέλος, καταγράφηκε θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του φύλου με την εκδήλωση της κατάθλιψης, επισημαίνοντας πως οι δείκτες αυτοί ερμηνεύουν το 23%-28% της μεταβλητότητας της σχετικής με την κατάθλιψη.

Τα αποτελέσματα σχετικά με την οργάνωση της προσωπικότητας των ασθενών υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς με ΡΑ, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, έχουν την τάση να υιοθετούν ένα λιγότερο ώριμο και προσαρμοστικό αμυντικό προφίλ. Το «προσαρμοστικό» αμυντικό προφίλ συνίσταται βασικά από τους ακόλουθους αμυντικούς μηχανισμούς: την καταστολή, το χιούμορ και τη μετουσίωση. Η καταστολή είναι ο συνειδητός έλεγχος και αναστολή μιας μη αποδεκτής ενόρμησης, συναισθήματος ή ιδέας π.χ. η συνειδητή προσωρινή καταστολή μιας επώδυνης εμπειρίας μέχρι το άτομο να είναι έτοιμο να την αντιμετωπίσει. Το χιούμορ επιτρέπει την έκφραση βασικά αγχογόνων συναισθημάτων και ιδεών χωρίς την πρόκληση άγχους με εστιασμό στην αστεία ή ειρωνική και σαρκαστική πλευρά τους. Η μετουσίωση μεταστρέφει μη αποδεκτές ενορμήσεις – σεξουαλικές και επιθετικές – σε κανάλια που είναι προσωπικά και κοινωνικά αποδεκτά. Για παράδειγμα, η επιθετικότητα μπορεί να μετουσιωθεί σε συναγωνιστικά αθλήματα, μη αποδεκτή σεξουαλικότητα σε καλλιτεχνία κ.α. Και οι τρεις μηχανισμοί συσχετίζονται με ένα εποικοδομητικό τρόπο ελέγχου της σύγκρουσης και με καλή διαχείριση μιας κατάστασης [355].

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα, ένα μεγάλο ποσοστό των ασθενών με ΡΑ στερείται του ελέγχου των εσωτερικών και εξωτερικών συγκρούσεων με έναν τέτοιο εποικοδομητικό και ώριμο τρόπο [355]. Τα ευρήματα των μελετών για τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ασθενών με ΡΑ καθώς και για τη σχέση τους με την πορεία της νόσου, είναι μάλλον αντιφατικά. Οι ψυχοδυναμικές μελέτες, οι οποίες κυριάρχησαν κατά τη δεκαετία του '60 και υποστήριξαν ότι οι ασθενείς με ΡΑ εμφανίζονται ως νευρωτικοί, καταθλιπτικοί αγχώδεις, με μαζοχισμό και υπερβολικό έλεγχο, αμφισβητήθηκαν αρκετά [251].

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα ότι όταν η νόσος είναι σε ενεργό φάση οι ασθενείς με ΡΑ υιοθετούν ανώριμους αμυντικούς μηχανισμούς. Έτσι, οι ασθενείς της παρούσας μελέτης που βρίσκονται σε μια πιο ενεργό και εξαντλητική φάση της νόσου, παρουσίαζαν χαρακτηριστικά που συγκροτούν το αμυντικό προφίλ της «διαστρέβλωσης της εικόνας», σύμφωνα με το οποίο κυριαρχούν ιδιαίτερα

δυσπροσαρμοστικοί μηχανισμοί άμυνας του Εγώ, όπως η «σχάση», ο «παντοδύναμος έλεγχος- υποτίμηση» και η «αρχέγονη εξιδανίκευση». Οι ασθενείς που χρησιμοποιούν τον μηχανισμό αυτό διαχωρίζουν τον εαυτό τους και τους άλλους άλλοτε σε «ολοκληρωτικά καλούς» και άλλοτε σε «ολοκληρωτικά κακούς». Παρόλο που σε περιόδους στρες οι αμυντικοί μηχανισμοί του συγκεκριμένου προφίλ ενδέχεται να συμβάλουν σε κάποια μορφή προσαρμογής [412], (π.χ. η εξιδανίκευση να βοηθήσει τον ασθενή να εμπιστευτεί περισσότερο το γιατρό του), σε άλλες περιόδους συνδέονται με μια «οριακή» (borderline) οργάνωση της προσωπικότητας.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι οι λιγότερο ώριμοι άνθρωποι εμφανίζουν προβλήματα συμπεριφοράς και, ειδικότερα, όσοι ανήκουν στην ομάδα των οριακών δυσκολεύονται να δουν τον εαυτό τους και τους άλλους ρεαλιστικά, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν προβλήματα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις [355]. Σύμφωνα με τα ερευνητικά μας δεδομένα, η κοινωνική δυσλειτουργία, η οποία ενδέχεται να σχετίζεται με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά οριακής οργάνωσης της προσωπικότητας, κυριαρχούσε στους ασθενείς με ΡΑ συγκριτικά με τον «υγιή» πληθυσμό.

Αυτά τα αποτελέσματα συμφωνούν με την έρευνα του Marcenaro και συν [115], οι οποίοι, σε ασθενείς με ΡΑ, βρήκαν υψηλή συχνότητα ψυχαναγκαστικής-καταναγκαστικής και οριακής διαταραχής προσωπικότητας. Πρέπει να επισημανθεί ότι η συγκεκριμένη έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς με μακροχρόνια ΡΑ και δεν γίνεται αναφορά στο ρόλο της ενεργότητας της νόσου σε σχέση με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Παρόλα αυτά, τα παρόντα στοιχεία πρέπει να μας αποτρέψουν από γενικεύσεις, ειδικά στην περίπτωση της μελέτης ασυνείδητων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας όπως οι αμυντικοί μηχανισμοί, απόψεις που είναι δύσκολο να ερευνηθούν μόνο με τη χρησιμοποίηση αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων [355,354,413], αν και το DSQ παρέχει αξιοσημείωτη εγκυρότητα όσον αφορά στην εκτίμηση του ρόλου των μηχανισμών άμυνας στη διαμόρφωση της προσωπικότητας και στην ψυχοπαθολογία [414, 415].

Τα αποτελέσματά μας παρέχουν κάποια προκαταρκτικά στοιχεία ότι στους ασθενείς με ΡΑ υπάρχουν χαρακτηριστικά οριακής οργάνωσης της προσωπικότητας που κρύβονται ενδεχομένως κάτω από μία επιφανειακά «αρκετά καλή» ψυχαναγκαστική προσωπικότητα. Υπό την πίεση της έξαρσης της νόσου, φαίνεται να αποδιοργανώνονται, δείχνοντας ένα μάλλον δομικό έλλειμμα, που αποτυγχάνει να

ενσωματώσει τις θετικές και αρνητικές ιδιότητες του εαυτού και των άλλων σε συνεκτικές εικόνες.

Τα συμπεράσματα μας, ίσως φανούν χρήσιμα στις ψυχολογικές παρεμβάσεις, οι οποίες θα πρέπει να πραγματοποιούνται αμέσως μετά τη διάγνωση της νόσου και να στοχεύουν στην ενίσχυση των λειτουργικών μηχανισμών άμυνας. Οι έρευνες σε ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης θα πρέπει να διερευνήσουν και άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως η εσωτερική συγκρότηση ή η κοινωνική υποστήριξη που πιθανά μεσολαβούν ή τροποποιούν τη σχέση μεταξύ κλινικών παραμέτρων της νόσου και ψυχικής καταπόνησης, ώστε η έγκαιρη ψυχολογική υποστήριξη να στηριχθεί σε εκείνες τις ψυχολογικές παραμέτρους, οι οποίες θα βοηθήσουν την ψυχολογική προσαρμογή των ασθενών με ΡΑ

Οι γιατροί, που έρχονται σε επαφή με τους ασθενείς συνήθως όταν η νόσος βρίσκεται σε έξαρση, θα πρέπει να γνωρίζουν ότι αυξάνεται η πιθανότητα να εμφανίζουν χαρακτηριστικά οριακής προσωπικότητας, τα οποία χρειάζονται συνήθως και συγκεκριμένη θεραπευτική αντιμετώπιση. Η ανάλογη προσοχή, η κατανόηση και η ψυχολογική υποστήριξη σε ορισμένες περιπτώσεις, θα μπορούσε να βοηθήσει στη σωστή αντιμετώπιση αυτής της «ανώριμης» διαχείρισης της κατάστασης από τους ασθενείς. Θα μπορούσε, επίσης, να συμβάλλει στην καλύτερη προσαρμογή των ασθενών ώστε να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα της νόσου και να βελτιώσει το βαθμό συμμόρφωσης στη θεραπεία. Όπως έχει επισημάνει ο Evers και συν. [54], η ψυχολογική προσαρμογή των ασθενών με ΡΑ μπορεί να βελτιωθεί όχι μόνο με την ιατρική περίθαλψη αλλά και με την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στο πρώτο έτος μετά από τη διάγνωση.

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της προκαταρκτικής έρευνας έχουν δείξει ότι οι ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ψυχιατρικής νοσηρότητας, συγκεκριμένα κατάθλιψη και κοινωνική δυσλειτουργία, τα οποία δε συσχετίστηκαν με την ενεργότητα της νόσου. Επιπλέον, χαρακτηριστικά οριακής οργάνωσης της προσωπικότητας κρύβονται ενδεχομένως κάτω από την προσωπικότητα των ασθενών ΡΑ. Αυτά τα αποτελέσματα επισημαίνουν τη σημαντικότητα της προσεκτικής προσέγγισης των ασθενών με ΡΑ πρόσφατης έναρξης, ώστε να μπορέσουν αντιμετωπίσουν το στρες που προκαλείται αμέσως μετά τη διάγνωση, αλλά και κατά την περίοδο των εξάρσεων της ασθένειας.

Τα αποτελέσματα της προκαταρκτικής μας έρευνας αποτέλεσαν τη βάση για το σχεδιασμό της βασικής μας μελέτης, ώστε να διερευνήσουμε περαιτέρω το ρόλο των

κλινικών παραγόντων και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην εμφάνιση ψυχικής καταπόνησης σε ασθενείς με ΡΑ μακρόχρονης διάρκειας νόσου.

Ο πρώτος στόχος της βασικής μας μελέτης ήταν να εκτιμηθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση ψυχικής καταπόνησης στους ασθενείς με ΡΑ μακρόχρονης διάρκειας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας ότι ο πόνος, η σωματική δυσλειτουργία, η παλινδρόμηση, το δυσπροσαρμοστικό προφίλ και η «αίσθηση συνοχής» αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες για την εκδήλωση ψυχικής καταπόνησης (σχ. 4-1).

Ένας αρκετά μεγάλος αριθμός μελετών υποδεικνύουν την εμπλοκή διαφόρων δημογραφικών παραγόντων στην ανάπτυξη της κατάθλιψης, όπως το φύλο, την ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και την οικογενειακή κατάσταση. Στην παρούσα μελέτη το φύλο δεν σχετίστηκε με την ψυχική καταπόνηση. Σε συμφωνία με τα δικά μας αποτελέσματα, οι Dickens και συν. [117], αναφέρουν ότι οι δημογραφικοί παράγοντες δεν σχετίζονται με την κατάθλιψη, ενώ στην έρευνα των Soderlin και συν. [188], το φύλο βρέθηκε να σχετίζεται με το άγχος, καθώς οι άντρες ασθενείς είχαν περισσότερο άγχος από τις γυναίκες.

Τα αποτελέσματά μας έδειξαν επίσης ότι η ψυχοπαθολογία δεν σχετίζεται με την ηλικία. Το συμπέρασμα αυτό υποστηρίζεται στις έρευνες των Sharpe και συν. [156] και των Heide και συν. [416], ενώ στις έρευνες των Shih και συν. [99] και των Wright και συν. [189] διαπιστώθηκε υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης σε ασθενείς μικρότερης ηλικίας. Παρομοίως, στην έρευνα των Plach και συν. [190], εκτιμάται ότι οι ασθενείς με ΡΑ της τρίτης ηλικίας είχαν χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης.

Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι το μορφωτικό επίπεδο δεν επηρεάζει την ψυχική καταπόνηση όταν συνυπολογιστούν και άλλοι παράγοντες. Στα ίδια πλαίσια κυμαίνονται και τα αποτελέσματα της έρευνας των Katz & Yelin [104] και των Berkanovic και συν. [153], ενώ οι Evers και συν. [54] εκτίμησαν ότι το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ήταν ένας από τους σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της αύξησης του άγχους και της κατάθλιψης. Επίσης, από τους Smith και συν. [180] αναφέρεται ότι μόνο το 7,5% της διακύμανσης της μεταβλητότητας για την κατάθλιψη ερμηνεύονταν από την ηλικία των ασθενών και το επίπεδο της εκπαίδευσής τους.

Η οικογενειακή κατάσταση επίσης δεν βρέθηκε να σχετίζεται με την ψυχική καταπόνηση, όπως και στην έρευνα των Nagyova και συν [418]. Εντούτοις, από τους Abdel-Nasser και συν. [55], διαπιστώθηκε ότι η μείωση της λειτουργικής ικανότητας,

σε συνδυασμό με την απουσία έγγαμου βίου, ερμήνευε το 22% της διακύμανσης της μεταβλητότητας της κατάθλιψης. Από τις έρευνες των Newman και συν. [131], εκτιμήθηκε ότι το ποσοστό της μεταβλητότητας που μπορούσε να εξηγηθεί από τους δημογραφικούς παράγοντες, την ηλικία, το φύλο, την κατάσταση γάμου και το επίπεδο εκπαίδευσης, ήταν στο 38%. Από τους Katz & Yelin [104], τέλος, εκτιμήθηκε ότι οι ασθενείς που είχαν κατάθλιψη ήταν λιγότερο πιθανό να είναι παντρεμένοι.

Μία χρόνια νόσος, όπως η ΡΑ, η οποία προκαλεί έντονο πόνο, αποτελεί σημαντική πρόκληση για την ψυχολογική προσαρμογή, καθώς απαιτείται συνεχής προσπάθεια διαχείρισης του πόνου και των πιθανών λειτουργικών επιπτώσεων σε διάφορους τομείς της καθημερινής ζωής. Σημαντικός αριθμός μελετών προσπάθησε να μελετήσει κατά πόσο ο πόνος συμβάλλει στην εμφάνιση ψυχικής καταπόνησης, χωρίς και εδώ να είναι εύκολο να επιβεβαιωθεί η φορά της αιτιολογικής σχέσης μεταξύ αυτών των παραγόντων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης ο πόνος συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την ψυχική καταπόνηση, ερμηνεύοντας, όμως, μόνο το 0.09% της διακύμανσης των τιμών της. Ομοίως με τα δικά μας ευρήματα, από τους Strating και συν. [221] εκτιμήθηκε ότι στους ασθενείς με μακροχρόνια διάρκεια νόσου ο πόνος ερμήνευε ένα περιορισμένο βαθμό την κατάθλιψη. Επίσης, οι Wolfe and Hawley [132] κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι υπάρχει σύνδεση μεταξύ κατάθλιψης και πόνου, αλλά το μεγαλύτερο μέρος της μεταβλητότητας της κατάθλιψης δεν ερμηνεύεται από τους κλινικούς δείκτες. Επίσης, σε συγχρονική μελέτη των Zautra & Smith [170], διαπιστώθηκαν υψηλότερα επίπεδα πόνου και άγχους στους ασθενείς με κατάθλιψη.

Στην μετα-ανάλυση 12 συγχρονικών ερευνών των Dickens και συν. [109], προέκυψε ότι ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ πόνου και κατάθλιψης ποικίλει. Παραδείγματος χάριν, ο συντελεστής συσχέτισης μεταξύ πόνου και κατάθλιψης εκτιμήθηκε στο 0.4 (184,151). Παρόλα αυτά, η συσχέτιση είναι αδύναμη, καθώς δεν παραμένει πλέον στατιστικά σημαντική όταν ελέγχονται και άλλες μεταβλητές, όπως οι δημογραφικοί παράγοντες και η σωματική ανικανότητα. [131]. Αναφέρονται λίγες προοπτικές μελέτες που διερευνούν τη σχέση μεταξύ πόνου και κατάθλιψης [109]. Σε μία από αυτές [132], εκτιμήθηκε ότι οι αλλαγές στην κατάθλιψη σχετίζονταν με αλλαγές στον πόνο, ενώ από τις υπόλοιπες δεν επιβεβαιώθηκε αυτή η σχέση [202,106 244].

Από την άλλη πλευρά, οι Pincus και συν. [141] βρήκαν ότι μια καταθλιπτική κατάσταση σχετίζονταν σημαντικά με τον πόνο. Επίσης, οι Conner και συν. [419] εκτίμησαν ότι ο πόνος ήταν σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της διαχείρισης ικανότητας της κατάστασης και της ψυχικής διάθεσης, υπονοώντας ότι ο πόνος ήταν αιτιολογικός παράγων. Στην έρευνα των Suurmeijer και συν [174], αναφέρεται ότι η κόπωση και ο πόνος αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της λειτουργικής ικανότητας και της κατάθλιψης. Σύμφωνα με την έρευνα των Shih και συν. [175], οι ασθενείς με περιοδικό πόνο είχαν τρεις φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να αναφέρουν σοβαρά προβλήματα ψυχικής καταπόνησης από αυτούς που δεν είχαν περιοδικούς πόνους.

Έχει γίνει μεγάλη συζήτηση στη βιβλιογραφία για τον τρόπο με τον οποίο εμπλέκονται οι κλινικοί παράμετροι στην ανάπτυξη της κατάθλιψης. Τα αιτιολογικά μοντέλα τα οποία κατασκευάστηκαν για να αποσαφηνίσουν τη σχέση μεταξύ πόνου και ψυχικής καταπόνησης δεν παρέχουν σταθερά αποτελέσματα. Η αντιφατικότητα των αποτελεσμάτων, ίσως, να οφείλεται στη χρήση διαφορετικών εργαλείων για την εκτίμηση του πόνου.

Ένας αριθμός μελετών διερευνά την εμπλοκή των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στη σχέση μεταξύ πόνου και κατάθλιψης. Από την έρευνα των Conic και συν. [172] διαπιστώθηκε ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση κατάθλιψης ήταν η υψηλή ένταση των ασθενών με ΡΑ και η χαμηλή αυτοεκτίμηση σε συνδυασμό με την κόπωση, την παθητική διαχείριση της κατάστασης, τον πόνο και τη σωματική δυσλειτουργία. Στην έρευνα των Nagyova και συν. [418], η ιεραρχική ανάλυση παλινδρόμησης υποστηρίζει ότι ο πόνος αυξάνει το επίπεδο της ψυχικής καταπόνησης και ότι η αυτοεκτίμηση και η προσαρμογή στη νόσο παρεμβαίνουν σημαντικά στη σχέση μεταξύ πόνου και ψυχικής καταπόνησης. Ο πόνος ερμηνεύει το 1/3 της διακύμανσης των τιμών της ψυχικής καταπόνησης, μαζί όμως με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ερμηνεύουν περισσότερο από το μισό της συνολικής τιμής της ψυχικής καταπόνησης. Επίσης, από την έρευνα των Sharpe και συν. [156], διαπιστώθηκε ότι η μείωση της λειτουργικότητας, ο πόνος, οι παθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης ψυχοπαιστικών καταστάσεων και οι υποκειμενικές αντιλήψεις αναφορικά με τις επιπτώσεις της νόσου συνιστούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες για την εκδήλωση κατάθλιψης. Επίσης, σε μία άλλη αναδρομική μελέτη από τους Evers και συν. [53] βρέθηκε ότι ο πόνος, η σωματική δυσλειτουργία, η επίδραση της νόσου στην

καθημερινή ζωή, το φύλο, τα στρεσογόνα γεγονότα και η κοινωνική στήριξη συσχετίζονται με το άγχος και την κατάθλιψη αμέσως μετά τη διάγνωση της νόσου. Ακόμη, η έρευνα των Eberhardt και συν. [145] έδειξε ότι ο πόνος αποτελεί προγνωστικό παράγοντα της ψυχικής καταπόνησης και στον επανέλεγχο μετά από δύο χρόνια.

Αντίθετα αποτελέσματα παραθέτονται σε άλλες μελέτες, στις οποίες δεν αναφέρεται συσχέτιση μεταξύ των δεικτών ενεργότητας της νόσου και της κατάθλιψης [183,184,134,185,186]. Ειδικότερα, στην έρευνα των Dickens και συν. [117], αναφέρεται ότι οι κλινικοί δείκτες δεν συσχετίζονται με την κατάθλιψη. Επίσης, στην έρευνα των Evers και συν. [54] η ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι ο πόνος και η σωματική δυσλειτουργία δεν συσχετίστηκαν σημαντικά με την ψυχική καταπόνηση μετά από τρία ή πέντε χρόνια, παρά μόνον με τα επίπεδα του άγχους μετά από πέντε χρόνια. Ο νευρωτισμός αποδείχτηκε ο πιο σταθερός προγνωστικός παράγοντας του άγχους και της κατάθλιψης μετά από τρία και πέντε χρόνια. Ακόμη στην έρευνα των Dickens και συν. [420], πολλοί ασθενείς με υψηλά επίπεδα πόνου και σωματικής ανικανότητας δεν αναφέρουν συμπτώματα κατάθλιψης. Στην έρευνα των Thernabe και συν. [201] εκτιμήθηκε ότι ο πόνος δεν επηρεάζει την ψυχική καταπόνηση. Τέλος, στην έρευνα των Mangelli και συν. [171] η ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι ο πόνος δεν αποτελεί προγνωστικό παράγοντα της ψυχικής καταπόνησης.

Η γνώση του ιστορικού κατάθλιψης, καθώς και η εκτίμηση της παρούσας ψυχικής κατάστασης, μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικά συμπεράσματα, καθώς υπάρχει πιθανότητα ο ασθενής να αντιδρά περισσότερο συναισθηματικά στον καθημερινό πόνο, ο οποίος μπορεί να επιδεινωθεί με το πέρασμα του χρόνου. Συνεπώς, η θεραπεία του πόνου θα πρέπει να στηρίζεται σε μια ολιστική προσέγγιση που θα λαμβάνει υπόψη την ψυχολογική και κοινωνική κατάσταση του ασθενούς.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της βασικής μας μελέτης σε ασθενείς με ΡΑ μακρόχρονης διάρκειας, η σωματική δυσλειτουργία επηρεάζει την ψυχική καταπόνηση, ερμηνεύοντας το 17% της διακύμανσης των τιμών της ψυχικής καταπόνησης. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών. Έτσι, στην έρευνα των Heide και συν. [416] η ιεραρχική ανάλυση έδειξε ότι η σωματική ανικανότητα ερμήνευε το 9-15% της διακύμανσης των τιμών της κατάθλιψης. Από τους Abdel-Nasser και συν. [55], διαπιστώθηκε ότι η μείωση της λειτουργικής ικανότητας σε συνδυασμό με την

απουσία έγγαμου βίου ερμηνεύει το 22% της διακύμανσης των τιμών της κατάθλιψης. Επίσης, από τους Smedstand και συν. [187] εκτιμήθηκε ότι η σωματική δυσλειτουργία ερμηνεύει το 25% της διακύμανσης των τιμών της ψυχικής καταπόνησης. Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα της μελέτης των Brown και συν. [179], όπου εκτιμήθηκε ότι η λειτουργική ικανότητα ερμηνεύει το 26% της διακύμανσης των τιμών της κατάθλιψης. Ακόμη χαμηλότερα, μόλις ένα ποσοστό της τάξης του 10.7% της διακύμανσης της κατάθλιψης, ερμηνευόταν από τους κλινικούς δείκτες [180].

Ομοίως, στη συγχρονική μελέτη των Palkonyai και συν. [126] βρέθηκε ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και της σωματικής δυσλειτουργίας. Στην έρευνα των Katz & Yelin [104] βρέθηκε ότι η κατάθλιψη συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη σωματική ανικανότητα. Επίσης, στην έρευνα των el-Miedany & el-Rasheed [107], η σωματική ανικανότητα, το κοινωνικό άγχος και η πρωινή δυσκαμψία ήταν οι παράγοντες που σχετίζονταν σημαντικά με την κατάθλιψη. Αντίστοιχα, από τους Neugebauer & Katz [421] εκτιμήθηκε ότι η σωματική ανικανότητα αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα της κατάθλιψης, όπως και από τους Conic και συν. [198]. Στην έρευνα των Barlow και συν. [128] βρέθηκε ότι η αποδοχή της νόσου, η κόπωση, η μικρότερη πορεία νόσου και η σωματική ανικανότητα ήταν προγνωστικοί παράγοντες της κατάθλιψης. Η πολυπαραγοντική ανάλυση στην μελέτη των Nakajima και συν. [119] έδειξε ότι η κακή γενική υγεία και η σωματική ανικανότητα σχετίζονται με την καταθλιπτική διάθεση στους ασθενείς με ΡΑ.

Αντίθετα, από ένα μικρό αριθμό μελετών εκτιμάται ότι η κατάθλιψη και το άγχος δεν συσχετίζονται με τον πόνο και τη σωματική ανικανότητα [145,117]. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των Doeglas και συν. [238], οι αλλαγές στη σωματική ανικανότητα δεν συσχετίζονται με τις αλλαγές στην κατάθλιψη.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι αναλύσεις της παρούσας μελέτης στηρίζονται σε αποτελέσματα συγχρονικής μελέτης και, συνεπώς, η αιτιολογική κατεύθυνση μεταξύ των μεταβλητών δεν μπορεί να ειπωθεί με βεβαιότητα. Πλεονέκτημα της παρούσας μελέτης είναι ότι χρησιμοποιήθηκε το HAQ, το οποίο θεωρείται ένας αξιόπιστος δείκτης εκτίμησης της σωματικής ανικανότητας, καθώς δεν φαίνεται να επηρεάζεται από τη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς [151].

Γενικότερα, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι οι ασθενείς με ΡΑ που παρουσιάζουν σημαντική σωματική δυσλειτουργία, έχουν αυξημένες

πιθανότητες να εμφανίσουν και ψυχιατρικά συμπτώματα. Συνεπώς, η θεραπεία της σωματικής δυσλειτουργίας θα πρέπει να συνδυάζεται με ψυχοεκπαίδευση, ώστε να αναπτυχθεί η ικανότητα του ασθενούς να διαχειρίζεται την νόσο και τις επιπτώσεις της σε καθημερινή βάση.

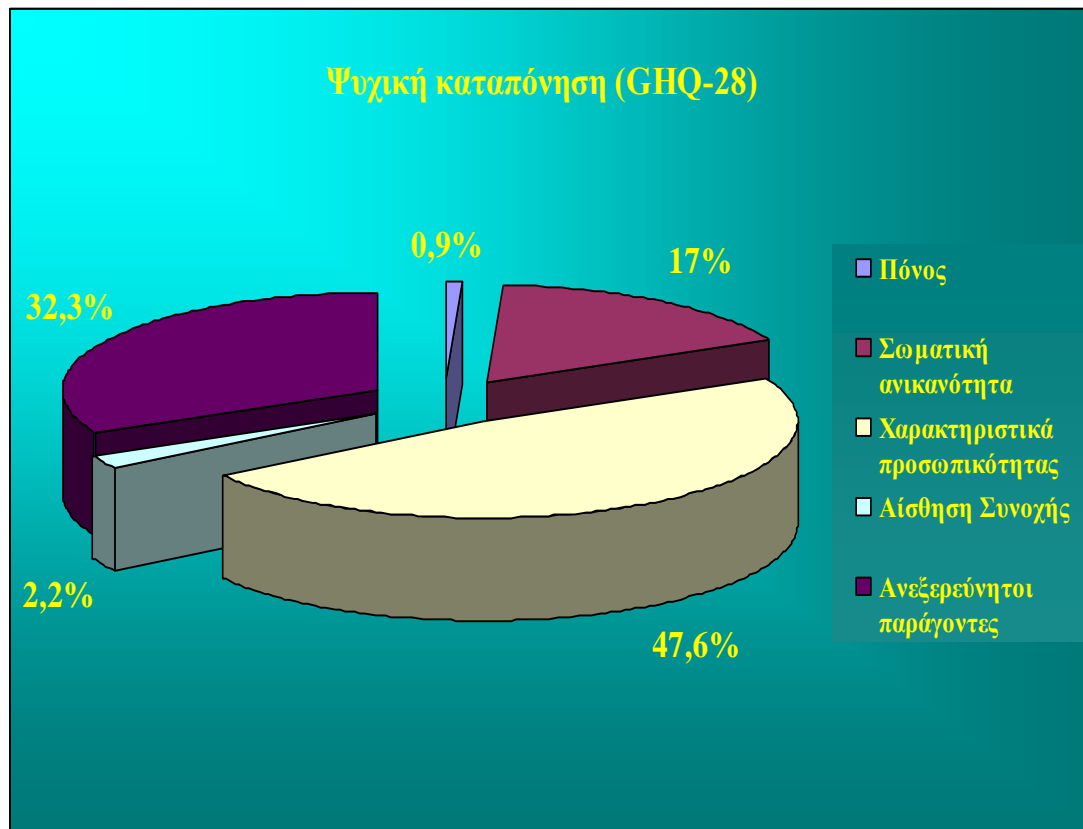
Η έρευνα των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στους ασθενείς με ΡΑ έχει εστιασθεί κυρίως, στο ρόλο των στρατηγικών διαχείρισης του στρες, της αίσθησης του αβοήθητου, της αίσθησης αυτο-επάρκειας, του «κέντρου ελέγχου», της αυτοεκτίμησης, του νευρωτισμού και της αίσθησης συνοχής [193,194,195,196,169,172,173,197,54]. Στην παρούσα έρευνα επιχειρείται να εξεταστεί η συμβολή επιπλέον χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην εμφάνιση ψυχοπαθολογίας και ιδιαίτερα των μηχανισμών άμυνας του Εγώ.

Σύμφωνα με την ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης φάνηκε, ότι το «δυσπροσαρμοστικό» προφίλ και οι μηχανισμοί άμυνας της «παλινδρόμησης» σχετίζονται σημαντικά με την ψυχική καταπόνηση. Συγκεκριμένα, η προσθήκη του «δυσπροσαρμοστικού» προφίλ και της «παλινδρόμησης» αύξησε τη διακύμανση των τιμών της ψυχικής καταπόνησης στο 47.6%. Ανάλογα είναι τα συμπεράσματα των Evers και συν. [54], οι οποίοι υποστηρίζουν ότι το εάν οι ασθενείς θα παρουσιάσουν συμπτώματα ψυχοπαθολογίας στην πορεία της νόσου καθορίζεται από σχετικά πιο γενικούς και σταθερούς παράγοντες και όχι τόσο από τις επιδράσεις της ίδιας της νόσου.

Επίσης, η αίσθηση συνοχής σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την ψυχική καταπόνηση, αυξάνοντας το ποσοστό της διακύμανσης κατά 2.2%. Σε συμφωνία με τα δικά μας ευρήματα, τα αποτελέσματα των Buchi και συν. [205] υποστηρίζουν ότι η αύξηση των τιμών της κατάθλιψης συσχετίστηκε με χαμηλή αίσθηση συνοχής. Επίσης, από την έρευνα των Schnyder και συν. [206] βρέθηκε ότι η αίσθηση συνοχής συσχετίζεται σημαντικά με την κατάθλιψη, η οποία εκτιμήθηκε με την κλίμακα SCL-90-R, όπως και στη δική μας μελέτη.

Συνοψίζοντας, σύμφωνα με τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης οι ασθενείς με ΡΑ οι οποίοι αναφέρουν υψηλά επίπεδα πόνου και σωματικής ανικανότητας έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν ψυχολογικά προβλήματα. Η πιθανότητα, όμως, εκδήλωσης ψυχιατρικών συμπτωμάτων αυξάνεται σημαντικά όταν στους ασθενείς κινητοποιούνται δυσπροσαρμοστικοί μηχανισμοί άμυνας. Επίσης μια χαμηλή αίσθηση συνοχής αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης ψυχικής καταπόνησης.

Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι μια έγκαιρη ψυχολογική παρέμβαση εστιασμένη στην τροποποίηση του δυσπροσαρμοστικού αμυντικού προφίλ, ίσως μειώσει τις αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης της ψυχικής καταπόνησης.



Σχήμα 4-1. Παρουσιάζονται οι παράγοντες που εμπλέκονται στην ανάπτυξη ψυχικής καταπόνησης. Οι τιμές είναι προσαρμοσμένοι δείκτες πολλαπλής συνάφειας R^2 . Ο πόνος ερμηνεύει το 0.9% της ψυχικής καταπόνησης, η σωματική ανικανότητα το 17%, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας το 47.6% και η αίσθηση συνοχής 2.2%, ενώ το 32.3% οφείλεται σε ανεξερεύνητους παράγοντες.

Ο δεύτερος στόχος της βασικής μας μελέτης ήταν να διερευνηθεί εάν η ψυχική καταπόνηση και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας έχουν ρόλο «μεσολαβητή» ή «τροποποιητή» στη διαδικασία ανάπτυξης της σωματικής αναπηρίας είτε μόνα είτε σε συνδυασμό με άλλες κλινικές μεταβλητές, οι οποίες σχετίζονται με τη σχετική με τη «σωματική» υγεία Ποιότητα Ζωής, σύμφωνα με το μοντέλο της διεργασίας ανάπτυξης της αναπηρίας των Escalante και del Rinco 'n [228] (σχ. 4-2). Το μοντέλο αυτό βασίζεται κυρίως, στο γενικό μοντέλο των Verbrugge's and Jette's [223], και είναι ιδιαίτερα χρήσιμο στην επιδημιολογική και κλινική έρευνα, καθώς κατευθύνει τη δημιουργία ερευνητικών υποθέσεων και το σχεδιασμό της θεραπείας για τις χρόνιες και σοβαρές σωματικές παθήσεις που προκαλούν αναπηρία. Το μοντέλο αυτό περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο μία χρόνια νόσος επηρεάζει τη λειτουργικότητα σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο, καθώς και τους βιολογικούς και

περιβαλλοντικούς παράγοντες (κοινωνικούς, ψυχολογικούς, περιβαλλοντικούς) που συμμετέχουν στην επίταση ή στην καθυστέρηση της ανάπτυξης σωματικής αναπηρίας. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνει τέσσερις διαδοχικές φάσεις: α) την παθολογία (pathology), β) τις βλάβες (impairments), γ) τους λειτουργικούς περιορισμούς (functional limitations) και δ) την αναπηρία (disability) [223].

Αρχικά, στη διαδικασία ανάπτυξης της αναπηρίας των ασθενών με RA εξετάστηκε εδώ η εμπλοκή των βασικών δημογραφικών χαρακτηριστικών και των παραγόντων οι οποίες περιλαμβάνονται στην «παθολογία» και στη «βλάβη». Οι δημογραφικές μεταβλητές ερμηνεύουν το 4.7% της διακύμανσης των τιμών της έκβασης (Σχετική με τη σωματική υγεία ΠΖ). Στην έρευνα των Mikuls και συν. [285] αναφέρεται ότι η ηλικία και μια καθυστερημένη έναρξη της νόσου συνδέεται με φτωχή ποιότητα ζωής. Αντίστοιχα είναι και τα αποτελέσματα της έρευνας των Baczyk και συν. [286], τα οποία έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με RA εξαρτάται από την ηλικία, το φύλο και κλινικούς δείκτες. Επίσης, στην έρευνα των Groessl και συν. [299], εκτιμήθηκε ότι η μεγαλύτερη ηλικία, το γυναικείο φύλο, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και η ανεργία συσχετίζονται με χαμηλή σχετική με τη σωματική υγεία Ποιότητα Ζωής. Σε μία πρόσφατη έρευνα των Helland και συν. [289], εκτιμήθηκε ότι η χρόνια κόπωση (chronic fatigue), η ψυχική καταπόνηση, η περιορισμένη λειτουργικότητα, τα χαμηλά επίπεδα αυτο-επάρκειας (self-efficacy) και το ανδρικό φύλο σχετίζονται με την Ποιότητα Ζωής των ασθενών με RA. Ομοίως, το φύλο [236,234,230,237,238], με τις γυναίκες να αναφέρουν χειρότερη έκβαση σωματικής δυσλειτουργίας [234,230,158], η μεγάλη ηλικία [234,239,240], η κοινωνικο-οικονομική κατάσταση [238,241,242] και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ιδιαίτερα στους ασθενείς με RA πρόσφατης έναρξης [237] βρέθηκε ότι προμηνύουν την επιδείνωση της σωματικής αναπηρίας.

Αντίθετα, οι Cadena και συν. [422] εκτίμησαν ότι δημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία ή το φύλο αλλά κλινικοί, όπως η διάρκεια της νόσου, δεν βρέθηκε να επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής. Επίσης, από τους Bedi και συν. [423] βρέθηκε ότι η ηλικία, το φύλο, η πορεία της νόσου και το μορφωτικό επίπεδο δεν επηρεάζουν τη σχετική με τη σχετική με τη σωματική υγεία Ποιότητα Ζωής. Σχετικά με τους ασθενείς με RA πρόσφατης έναρξης, αναφέρθηκαν διαφορές στην ποιότητα ζωής μεταξύ ανδρών και γυναικών, όχι όμως σε ασθενείς με RA μακρόχρονης διάρκειας [287].

Στη μελέτη μας, οι παράγοντες που περιλαμβάνονται στην «παθολογία» είναι η Ταχύτητα Καθίζησης των Ερυθρών Αιμοσφαιρίων (ΤΚΕ), ο Ρευματοειδής παράγοντας και η διάρκεια της νόσου. Όπως προέκυψε από την ανάλυση παλινδρόμησης, η Ταχύτητα Καθίζησης των Ερυθρών και η διάρκεια νόσου συσχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την έκβαση, ερμηνεύοντας το 3.9% των τιμών της. Σε συμφωνία με τα δικά μας αποτελέσματα, από την έρευνα των Escalante & del Rincon [222] εκτιμήθηκε ότι η ΤΚΕ, η διάρκεια νόσου και οι αρχικές βλάβες στις αρθρώσεις σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τη σωματική αναπηρία, ερμηνεύοντας το 20% της διακύμανσης των τιμών της. Επίσης, από τους Heide και συν. [416] εκτιμήθηκε ότι η ΤΚΕ συσχετίζεται με τη σωματική αναπηρία. Αντίθετα, από τους Bedi και συν. [423], εκτιμήθηκε ότι η διάρκεια της νόσου δεν σχετίζεται με την έκβαση. Στη μελέτη μας, ο ρευματοειδής παράγοντας δεν βρέθηκε να σχετίζεται με την έκβαση. Σε αντιστοιχία με τα δικά μας είναι και τα αποτελέσματα των Uhlih και συν. [147] από τους οποίους εκτιμήθηκε ότι ο ρευματοειδής παράγοντας δεν συσχετίζεται με την έκβαση, αν και από τους Zeben και συν. [424] βρέθηκε ότι ο ρευματοειδής παράγοντας είναι ένας από πιο τους σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της έκβασης.

Στο μοντέλο μας οι παράγοντες που περιλαμβάνονται στη «βλάβη» είναι ο πόνος, ο αριθμός των ευαίσθητων και πρησμένων αρθρώσεων και η διάρκεια πρωινής δυσκαμψίας. Η εκτίμηση του πόνου πραγματοποιήθηκε με την κλίμακα «Visual Analogue Scale for Pain». Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ο πόνος συσχετίστηκε σημαντικά με την Ποιότητα Ζωής. Ειδικότερα, ο πόνος ερμηνεύει το 32.6% της διακύμανσης των τιμών της έκβασης αυξάνοντας τη διακύμανση των τιμών της στο 37.3%. Παρόμοια αποτελέσματα με τα δικά μας είναι των Sokka και συν. [161], από τους οποίους εκτιμήθηκε ότι ο πόνος ερμηνεύει το 41.4% της σωματικής αναπηρίας. Από τους Strating και συν. [231] βρέθηκε ότι οι σωματικές «βλάβες» ερμηνεύουν σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης των τιμών της έκβασης. Συγκεκριμένα, οι παράμετροι της νόσου ερμηνεύουν το 43% της διακύμανσης των τιμών της σωματικής αναπηρίας στους ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης και το 27% στους ασθενείς με μακροχρόνια διάρκεια νόσου, δείχνοντας ότι η συμβολή της «παθολογίας» και της «βλάβης» στη σωματική αναπηρία μειώνεται σημαντικά όσο μεγαλώνει και η διάρκεια της νόσου. Τα αποτελέσματα των Holm και συν. [227] υποστηρίζουν ότι η σωματική βλάβες, οι δημογραφικοί παράγοντες και οι κλινικοί δείκτες ερμηνεύουν το 64% της διακύμανσης των τιμών της ανικανότητας και οι

ψυχολογικοί παράγοντες ερμηνεύουν το 49%. Ενώ από τους Thyberg και συν. [283] οι κλινικές και εργαστηριακές εκτιμήσεις εξηγούν το 18–20% της διακύμανσης των τιμών της ΠΖ. Επίσης, από τους Schoenfeld-Smith και συν. [232] αναφέρθηκε ότι ο πόνος και η αίσθηση του αβοήθητου ήταν σημαντικοί διαμεσολαβητές στη σχέση μεταξύ δραστηριότητας της νόσου και έκβασης. Τα συμπεράσματα υποστηρίζουν ότι ο πόνος και η αίσθηση του αβοήθητου επηρεάζουν σημαντικά την εξέλιξη της αναπηρίας.

Από τους Rupp και συν. [280] και τους Minnock και συν. [233], επίσης, εκτιμήθηκε ότι ο πόνος σχετίζεται σημαντικά με την ΠΖ, ενώ οι Jakobsson και συν. [425] βρήκαν ότι ο πόνος, οι λειτουργικοί περιορισμοί και η μεγάλη ηλικία σχετίζονται με επιβάρυνση της ΠΖ.

Οι ασθενείς με ΡΑ έρχονται αντιμέτωποι με ένα απρόβλεπτο μακροχρόνιο πόνο, που οποίος επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους. Οι ασθενείς οδηγούνται σε μειωμένη πνευματική, σωματική, κοινωνική δραστηριότητα και ποιότητα ζωής. Η θεραπεία θα πρέπει να βασίζεται στην ολοκληρωμένη εικόνα ενός ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα ατομικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του, το χαρακτήρα του, την αντοχή του στον πόνο και την αλληλεπίδραση των παθήσεων στο συνολικό επίπεδο ποιότητας της ζωής του. Από τη στιγμή που κάθε θεραπεία μπορεί να έχει σοβαρές παρενέργειες για έναν ασθενή, θα πρέπει να εφαρμόζεται εκείνη η θεραπεία, η οποία θα έχει όχι τη μεγαλύτερη επιτυχία στην ανακούφιση συγκεκριμένης συμπτωματολογίας, αλλά τις λιγότερες αρνητικές επιπτώσεις στη συνολική ποιότητα ζωής του ασθενή. Στις περιπτώσεις αυτές η αλλαγή της νοοτροπίας των ίδιων των ασθενών επιβάλλεται, προκειμένου να ενισχυθεί η ενημέρωσή τους από τους ειδικούς αναφορικά με τις δυνατότητες θεραπείας που υπάρχουν, αλλά και τα εναλλακτικά οφέλη που θα έχουν στη συνολική ποιότητα της ζωής τους.

Η επιλογή της αποτελεσματικής θεραπείας, εξατομικευμένης για κάθε ασθενή, η λεπτομερής επεξήγηση της θεραπείας και η ενεργητική συμμετοχή του ασθενή είναι σημαντικοί παράγοντες για την επιτυχημένη διαχείριση του πόνου. Για την αντιμετώπιση του πόνου χρησιμοποιείται μία πληθώρα μεθόδων (φάρμακα, παρεμβατικές τεχνικές, ψυχολογική υποστήριξη, εναλλακτικές θεραπείες, φυσικοθεραπεία κ.λ.π.). Ο συνδυασμός διαφόρων φαρμάκων και η ψυχολογική υποστήριξη μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να εξοικειωθεί με τον χρόνιο πόνο και να αυξήσει τα επίπεδα διάθεσής του. Γενικότερα, για την ανακούφιση των ασθενών με χρόνιο πόνο απαιτείται μια πολυπαραγοντική προσέγγιση όπου

συνδυάζεται η φαρμακευτική αγωγή, οι παρεμβατικές τεχνικές, η ψυχολογική υποστήριξη, η υποστήριξη της οικογένειας, η φυσικοθεραπεία και όλες οι άλλες τεχνικές που απαιτούνται για την ολιστική και πλήρη αντιμετώπιση του ανθρώπου που πάσχει από χρόνια πόνο και από τα συνοδά του συμπτώματα.

Όσον αφορά στη συμμετοχή της σωματικής αναπηρίας στην έκβαση, στη μελέτη μας η ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι η προσθήκη των τιμών της σωματικής δυσλειτουργίας ερμηνεύει το 4.2% της διακύμανσης των τιμών της έκβασης, ποσοστό φαινομενικά μικρό, αλλά πάντως στατιστικά σημαντικό. Για την εκτίμηση της έκβασης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα WHOQOL-BREF. Γενικότερα, η WHOQOL-BREF θεωρείται έγκυρο και αξιόπιστο ερωτηματολόγιο [264]. Συνιστάται ακόμη η χρήση του σε επαγγελματίες υγείας που εξετάζουν την αποτελεσματικότητα διαφόρων θεραπευτικών παρεμβάσεων [264]. Επίσης, η κλίμακα WHOQOL-BREF σύμφωνα με την έρευνα των Taylor και συν. [271] θεωρείται ένα έγκυρο όργανο μέτρησης της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΡΑ και μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τις παρεμβάσεις που προσδοκούν να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής των ανθρώπων με αυτή την νόσο.

Η πορεία της νόσου, ο βαθμός εξέλιξής της και η έκταση της αρθρικής βλάβης διαφέρει σημαντικά σε κάθε ασθενή με ΡΑ [426, 427]. Σε μερικούς ασθενείς η νόσος εξελίσσεται αργά, ενώ σε άλλους πολύ γρήγορα, ακόμη και από την έναρξη της νόσου, με σοβαρή φλεγμονή και εκτεταμένη βλάβη στις αρθρώσεις [426]. Η δραστηριότητα της νόσου έχει συνδεθεί με την επιδείνωση της λειτουργικότητας [428]. Σε κάποιες περιπτώσεις, η φλεγμονή αποτελεί τον κύριο παράγοντα της σωματικής ανικανότητας, με μόνιμη καταστροφή των αρθρώσεων. Σε μερικές περιπτώσεις, η φλεγμονή αποτελεί αρχικά το βασικό παράγοντα της σωματικής δυσλειτουργίας, με την καταστροφή των αρθρώσεων να γίνεται πιο μόνιμη με την εξέλιξη της νόσου. Παρόλα αυτά, η πορεία δεν είναι ίδια σε όλους τους ασθενείς με ΡΑ. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να έχουν σταθερά φθίνουσα πορεία για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα και να χειροτερεύσουν απότομα κάποια στιγμή. Άλλοι να πηγαίνουν καλά και σε σύντομο χρονικό διάστημα να χειροτερεύουν ραγδαία [429]. Υπολογίζεται ότι το 60–90% των ασθενών με ΡΑ έχουν προοδευτική πορεία νόσου, η οποία συνήθως συσχετίζεται με σημαντική βλάβη των αρθρώσεων [431,432,433]. Η προοδευτική καταστροφή των αρθρώσεων, οδηγεί στη μείωση της λειτουργικής ικανότητας και της ποιότητας ζωής [429]. Συνεπώς, είναι σημαντική η πρόκληση να

αναγνωριστούν έγκαιρα οι ασθενείς, οι οποίοι θα έχουν ραγδαία επιδείνωση της νόσου [431].

Οι μελέτες στη διαδικασία ανάπτυξης της αναπηρίας των ασθενών με ΡΑ έχουν δείξει ότι κλινικοί παράγοντες όπως η δραστηριότητα της νόσου [191, 229] ή η ευαισθησία των αρθρώσεων [230] αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες της σωματικής αναπηρίας. Αρκετές από τις έρευνες οι οποίες μελέτησαν είτε πρόσφατη είτε μακροχρόνια διάρκεια νόσου κατέληξαν ότι σημαντικός προάγγελος μελλοντικής ανικανότητας ήταν η αρχική λειτουργική ανικανότητα [234,230, 235,222].

Ομοίως με τα δικά μας αποτελέσματα, βρέθηκε μικρή συσχέτιση μεταξύ κλινικών δεικτών και ποιότητας ζωής από τους Thyberg και συν. [283] σε ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης. Συγκεκριμένα, η ποιότητα ζωής μπορούσε να ερμηνευθεί από το 18% της μεταβλητότητας από τους κλινικούς δείκτες κατά την έναρξη της νόσου και από το 7% μετά από 12 μήνες. Στη μελέτη των Escalante and del Rinco'n [228], οι λειτουργικοί περιορισμοί ερμήνευαν το 11% της διακύμανσης των τιμών της έκβασης. Σε μία πρόσφατη έρευνα των Haroon και συν. [269] βρέθηκε ότι η σωματική ανικανότητα και η δραστηριότητα της νόσου συσχετίζεται με την ποιότητα ζωής. Ενώ, στη μελέτη των Cohen και συν. [282] διαπιστώθηκε ότι η σωματική δυσλειτουργία ήταν ο πιο σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής πέντε χρόνια από την έναρξη της νόσου. Αντίθετα, από τους Bedi και συν. [423] εκτιμήθηκε ότι η σωματική δυσλειτουργία δεν επηρεάζει τη σχετική με τη σωματική υγεία ΠΖ.

Τα αποτελέσματα παρέχουν ενδείξεις ότι οι λειτουργικοί περιορισμοί επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΡΑ. Συνεπώς, η έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να επιβραδύνει την διαδικασία ανάπτυξης της αναπηρίας και να βελτιώσει την Ποιότητα Ζωής τους [431].

Σχετικά με το ρόλο της ψυχικής καταπόνησης, η ανάλυση παλινδρόμησης έδειξε ότι η συνολική βαθμολογία του GHQ-28 σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με την έκβαση, αυξάνοντας τη διακύμανση των τιμών της έκβασης κατά 6.1%. Το GHQ-28 έχει χρησιμοποιηθεί ευρύτατα στις ρευματοπάθειες και έρευνες επιβεβαιώνουν την άποψη ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο ως διακριτικό εργαλείο εκτίμησης της ψυχοπαθολογίας, όσο και για την εκτίμηση της επίδρασης της νόσου σε τέτοιες σωματικές νόσους, όπως η ΡΑ [140, 123, 369, 118].

Παρόμοια με τα δικά μας δεδομένα προέκυψαν από την μελέτη των Van der Heide και συν. [416], όπου βρέθηκε ότι το 9-15% της διακύμανσης των τιμών της

ανικανότητας ερμηνεύεται από την ψυχική καταπόνηση. Ομοίως, από τους Escalante & del Rincón [228] βρέθηκε ότι η γενικότερη ψυχολογική κατάσταση των ασθενών ερμήνευε το 17% της διακύμανσης των τιμών της σωματικής αναπηρίας, ενώ η κατάθλιψη ερμήνευε το 3%. Στην παραπάνω έρευνα υποστηρίζεται ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες έχουν ανάλογη επιρροή με τους κλινικούς παράγοντες στην εξέλιξη της σωματικής αναπηρίας στους ασθενείς με ΡΑ [228]. Επίσης, από τους Holm και συν. [227] εκτιμήθηκε ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες ερμηνεύουν το 49% της διακύμανσης των τιμών της σωματικής δυσλειτουργίας.

Όπως προέκυψε από τη μελέτη των Rupp και συν. [280], η ψυχοπαθολογία εμφανίζεται ως σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της έκβασης. Συγκεκριμένα, εκτιμήθηκε ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι ένας σταθερός προγνωστικός παράγοντας της έκβασης. Αντίστοιχα είναι τα δεδομένα των Lorish και συν. [434], όπου διαπιστώθηκε ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες (π.χ., το άγχος ή η κατάθλιψη) επηρεάζουν σημαντικά τη σωματική ανικανότητα των ασθενών με ΡΑ. Επίσης, από τους Katz & Yelin [168] βρέθηκε ότι τα συμπτώματα της κατάθλιψης σχετίστηκαν σημαντικά με την κακή υγεία και την αναπηρία. Από την έρευνα των Uhlig και συν. [147] η σωματική αναπηρία μπορούσε να προβλεφθεί από την ψυχολογική κατάσταση. Τέλος, από τους Callahan και συν. [242] εκτιμήθηκε ότι η ηλικία, η ψυχική καταπόνηση και η σωματική ανικανότητα ήταν πιο σημαντικοί προγνωστικοί της θνησιμότητας παράγοντες από ό,τι οι εργαστηριακές εξετάσεις μετά από 5 χρόνια.

Αντίθετα από την έρευνα των Smedstad και συν. [123], εκτιμήθηκε ότι η ψυχική καταπόνηση δεν αποτελεί προγνωστικό παράγοντα της σωματικής αναπηρίας. Επίσης, σε μία σχετικά πρόσφατη έρευνα των Strating και συν. [231] σε ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης και σε ασθενείς με ΡΑ μακρόχρονης διάρκειας, βρέθηκε ότι η ψυχική καταπόνηση και η κοινωνική υποστήριξη δεν αποτελούν προγνωστικοί παράγοντες ανάπτυξης της σωματικής αναπηρίας.

Στην παρούσα μελέτη, οι πολυπαραγοντικές αναλύσεις σχετικά με τη διεργασία της ανάπτυξης της αναπηρίας στη ΡΑ έδειξαν ότι σε αυτή εμπλέκονται, εκτός από την ψυχική καταπόνηση, και οι μεταβλητές της προσωπικότητας, με τη διαφορά ότι η πρώτη διαμεσολαβεί και η δεύτερη τροποποιεί τις επιπτώσεις της νόσου στη σχετική με τη σωματική υγεία ποιότητα ζωής. Αν και πολλές έρευνες εκτιμούν ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες της

ανάπτυξης της αναπηρίας ή της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με ΡΑ, τα αποτελέσματα είναι αντιφατικά. [118, 318, 228, 231, 227].

Εδώ, λοιπόν, ο νευρωτισμός αναφέρεται ότι αποτελεί προγνωστικό παράγοντα της ψυχικής καταπόνησης στη RA [54], η οποία επηρεάζει την ποιότητα ζωής σε συνδυασμό με τον πόνο και τη σωματική δυσλειτουργία [182,156,279,280,282], λίγες έρευνες αναλύουν την προσωπικότητα σε σχέση με όλες τις άλλες σχετικές μεταβλητές [206]. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, η εσωτερική συγκρότηση διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ επιθετικότητας και σχετικής με τη σωματική υγεία ποιότητα ζωής, επιβεβαιώνοντας αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών [323]. Στη συνέχεια βρέθηκε ότι η ψυχική καταπόνηση διαμεσολαβεί τη σχέση της εσωτερικής συγκρότησης με τη σχετική με τη σωματική υγεία ποιότητα ζωής. Εύρημα, το οποίο απορρίπτει τη βασική υπόθεσή μας, καθώς κανένα χαρακτηριστικό προσωπικότητας δεν σχετίζεται ανεξάρτητα με τη σχετική με τη σωματική υγεία Ποιότητα Ζωής.

Δεύτερο και κύριο συμπέρασμά μας ήταν ότι: το αμυντικό προφίλ της «αυτοθυσίας» τροποποιεί την αλληλεπίδραση μεταξύ πόνου και σχετικής με τη σωματική υγεία ποιότητας ζωής: ο πόνος σχετιζόταν με κακή σωματική ποιότητα ζωής μόνο στους ασθενείς που κυριαρχούσε το αμυντικό προφίλ της «αυτοθυσίας». Η σχέση μεταξύ αυτής της αλληλεπίδρασης (πόνου x αυτοθυσίας) και σχετικής με τη σωματική υγεία Ποιότητας Ζωής ήταν τόσο δυνατή, που μείωσε τη συμβολή του πόνου, σύμφωνα με την πολυπαραγοντική ανάλυση. Υποθέτουμε ότι το αμυντικό προφίλ της «αυτοθυσίας» προηγείται της έναρξης της ΡΑ, καθώς θεωρείται σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας [356].

Το προφίλ της «αυτοθυσίας» απεικονίζει την ανάγκη του ατόμου να διατηρεί την εικόνα του καλού και ευγενικού που παρέχει βοήθεια στους άλλους και που ποτέ δε θυμώνει. Ένα άτομο με το συγκεκριμένο αμυντικό προφίλ, εάν βρεθεί αντιμέτωπο με μια χρόνια, επίπονη κατάσταση όπως η RA, η οποία προκαλεί λειτουργικούς περιορισμούς και ψυχολογική πίεση, κατά πάσα πιθανότητα θα δυσκολευτεί ακόμη περισσότερο. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα δείχνουν **ποιοι** ασθενείς θα επηρεαστούν περισσότερο από τις επιδράσεις του πόνου στην ποιότητα ζωής: οι ασθενείς με το αμυντικό προφίλ της «αυτοθυσίας».

Το εύρημα ότι η προσωπικότητα συνδέεται με την έκβαση μιας σωματικής νόσου δεν διαπιστώνεται μόνο στη ΡΑ. Οι ασθενείς με Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου (Irritable Bowel Syndrome (IBS) με κυρίαρχο σύμπτωμα τη διάρροια και με

μακρόχρονη διάρκεια νόσου ανέφεραν ότι έκαναν υπερβολικά πολλές αυτοθυσίες (προσπαθούσαν σκληρά να ευχαριστήσουν τους άλλους, ενώ περιγράφουν τον εαυτό τους ως πολύ επιτρεπτικούς, γενναιόδωρους, περιποιητικούς) σε σχέση με τους υπολοίπους [381]. Το αμυντικό προφίλ της «θυσίες» έχει σχετιστεί με την κατάθλιψη και την αυτοκτονία [435] καθώς και με ελλείμματα σε συγκεκριμένες συναισθηματικές ρυθμιστικές δεξιότητες [436], τα οποία με τη σειρά τους θα δημιουργήσουν μακροπρόθεσμα προβλήματα υγείας [437]. Παρόλο που οι αμυντικοί μηχανισμοί είναι σχετικά σταθερά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, είναι επίσης ανατρέψιμοι από ψυχοδυναμικές ψυχοθεραπείες [356].

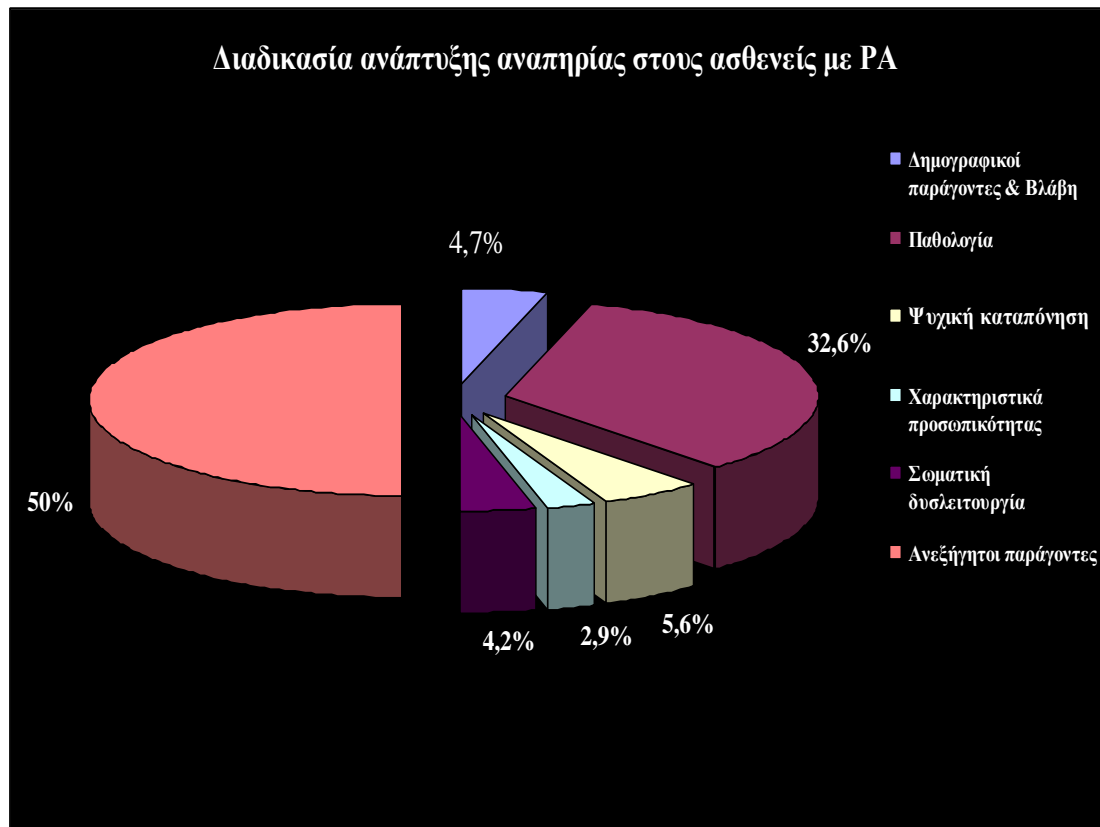
Όπως έχει ήδη αναφερθεί, χρησιμοποιήσαμε το HAQ για την εκτίμηση των λειτουργικών περιορισμών [227], σύμφωνα με το μοντέλο της διεργασίας της αναπηρίας (π.χ. δυσκολία στο να φτάνουν, να πιάνουν, να σηκώνονται). Θεωρήσαμε το HAQ ως έναν από τους παράγοντες που προβλέπουν τον τρόπο που η RA επιδρά στην καθημερινή ζωή ενός ανθρώπου, και πιο συγκεκριμένα στην ποιότητα ζωής. Μ' αυτό τον τρόπο το μοντέλο μας διαφέρει από άλλα που χρησιμοποιούν το HAQ ως μέσο εκτίμησης της έκβασης της νόσου [228].

Δυνατό σημείο της έρευνάς μας αποτελεί το μεγάλο ποσοστό ανταπόκρισης (78%). Επίσης, δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα σ' αυτούς που δέχτηκαν να απαντήσουν στην έρευνά μας και σ' αυτούς που δεν δέχτηκαν. Επιπλέον, το δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο Νοσοκομείο μας παρέχει φροντίδα στην πλειονότητα των ασθενών με PA της περιοχής που συλλέγουμε τα δεδομένα, που σημαίνει ότι έχουμε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα ατόμων με PA. Δεν μπορούμε όμως να αποκλείσουμε την πολύ μικρή πιθανότητα ότι κάποιοι ασθενείς με ήπια νόσο να αντιπροσωπεύτηκαν λιγότερο, καθώς τέτοιοι ασθενείς μπορεί να μην επισκέφτηκαν ρευματολόγους για την φροντίδα τους.

Ο κύριος περιορισμός της έρευνάς μας έγκειται στο ότι είναι συγχρονική μελέτη. Τα συμπεράσματα πρέπει να επανεξεταστούν σε μια διαχρονική μελέτη. Έτσι, η παρούσα ανάλυση για τους παραγόντες που μεσολαβούν και τροποποιούν την αναπηρία, θα πρέπει να θεωρείται ως δημιουργός υποθέσεων και όχι ως αποτέλεσμα υποθέσεων. Ακόμη, το μειονέκτημα να χρησιμοποιούνται μόνο αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια για την εκτίμηση των ψυχολογικών παραγόντων και της έκβασης σημαίνει ότι δεν μπορούμε να αρνηθούμε την κριτική ότι ένα ασυνείδητο απαντητικό στυλ, μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματά μας. Συμπληρωματικά σε αυτό, θα λέγαμε ότι το ερωτηματολόγιο εκτίμησης των μηχανισμών άμυνας είναι μία

προσπάθεια να περιγραφούν ασυνείδητα ενδοψυχικά φαινόμενα, μια προσπάθεια η οποία επιτυγχάνεται δύσκολα. Είναι επίσης πιθανό, άλλοι παράγοντες που δεν συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα έρευνα, όπως η κοινωνική στήριξη, να έχουν μια μεσολαβητική ή τροποποιητική επίδραση στη σχετική με τη σωματική υγεία ΠΖ. Από την άλλη πλευρά, χρησιμοποιήσαμε αξιόπιστα ψυχομετρικά εργαλεία και αναλύσαμε τα δεδομένα μας σύμφωνα με το πρότυπο εργασίας των Kraemer και συν. [408, 409] [225,224,438] για να προσδιορίσουμε τους παράγοντες που διαμεσολαβούν ή και τροποποιούν την ανάπτυξη της αναπηρίας. Τα αποτελέσματά μας υποστηρίζουν το μοντέλο της διεργασίας ανάπτυξης της αναπηρίας των Escalante και του del Rincon [228] και προσθέτουν νέα δεδομένα σχετικά με τις επιδράσεις των εξωτερικών ψυχολογικών παραγόντων (δηλαδή ψυχική καταπόνηση και χαρακτηριστικά προσωπικότητας) στη διεργασία ανάπτυξης της αναπηρίας.

Μέχρι τώρα, έχουν μελετηθεί διάφοροι ψυχολογικοί παράγοντες που παρεμβαίνουν στη διεργασία ανάπτυξης της αναπηρίας, όπως η αίσθηση της «αυτοεπάρκειας» και του «αβοήθητου» [227,228, 232], ενώ έχει επίσης διερευνηθεί ο ρόλος των «στρατηγικών διαχείρισης» της κατάστασης στην ανάπτυξη της αναπηρίας, χωρίς όμως να είναι ξεκάθαρη η σύνθετη αλληλεπίδραση των παραγόντων [245, 247]. Χρειάζονται, λοιπόν, περαιτέρω ερευνητικές προσπάθειες, ώστε να διερευνηθούν και άλλα χαρακτηριστικά προσωπικότητας που ίσως, τροποποιούν την ανάπτυξη της αναπηρίας, παρέχοντας νέα δεδομένα που ίσως αποδειχθούν χρήσιμα στη θεραπεία, η οποία έχει στόχο την επιβράδυνση της αναπηρίας.



Σχήμα 4-2. Παρουσιάζονται οι παράγοντες που εμπλέκονται στη διαδικασία ανάπτυξης της αναπηρίας. Οι τιμές είναι προσαρμοσμένοι δείκτες πολλαπλής συνάφειας R^2 . Οι σωματικές «βλάβες» ερμηνεύουν το 32.6% της σωματικής αναπηρίας, οι δημογραφικοί παράγοντες το 4.7%, η ψυχική καταπόνηση το 5.6%, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας το 2.9% και η σωματική δυσλειτουργία το 4.2%, ενώ το 50% οφείλεται σε ανεξερευνήτους παράγοντες.

Συνοψίζοντας, η προκαταρκτική μελέτη έδειξε ότι οι ασθενείς με ΡΑ πρόσφατης έναρξης εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ψυχιατρικής νοσηρότητας. Η ψυχική καταπόνηση εκδηλώνεται κυρίως με σωματοποίηση, κατάθλιψη και κοινωνική δυσλειτουργία. Η δραστηριότητα της νόσου δεν συσχετίστηκε με την ψυχική καταπόνηση, αλλά υπήρξε σημαντική συσχέτιση με τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας: όταν η νόσος είναι σε έξαρση τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας προσομοιάζουν αυτών της οριακής διαταραχής προσωπικότητας.

Αυτά τα αποτελέσματα επισημαίνουν τη σημαντικότητα της προσεκτικής προσέγγισης των ασθενών με ΡΑ πρόσφατης έναρξης και ίσως φανούν χρήσιμα στις ψυχολογικές παρεμβάσεις, οι οποίες θα πρέπει να πραγματοποιούνται αμέσως μετά τη διάγνωση της νόσου. Υπενθυμίζουμε, όμως, ότι τα μέχρι στιγμής αποτελέσματά μας είναι ενδεικτικά και ασφαλώς η υπόθεση εργασίας μας χρειάζεται περαιτέρω μελέτη και τεκμηρίωση. Χρειάζεται ένας σημαντικά μεγάλος αριθμός μελετών, με μεγαλύτερο δείγμα, για την καλύτερη εκτίμηση της επίδρασης της ενεργότητας της

νόσου στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών από την περίοδο της διάγνωσης αλλά και στις υπόλοιπες χρονικές περιόδους.

Επίσης, για τον σκοπό αυτό χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση για το ρόλο των δημογραφικών παραγόντων, της σωματικής δυσλειτουργίας, της κοινωνικής υποστήριξης, του πόνου, των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας στην εκδήλωση και στην ένταση της ψυχικής καταπόνησης, αμέσως μετά τη διάγνωση της νόσου. Επίσης, καθίσταται αναγκαία η διερεύνηση του ρόλου και άλλων χαρακτηριστικών προσωπικότητας εστιάζοντας περισσότερο στη μελέτη ναρκισσιστικών και οριακών οργανώσεων, ώστε να αναδυθούν πληροφορίες οι οποίες θα φανούν χρήσιμες στις ψυχολογικές παρεμβάσεις των ασθενών με ΡΑ πρόσφατης έναρξης.

Από τα αποτελέσματα της προκαταρκτικής έρευνας, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι τα αυξημένα επίπεδα ψυχοπαθολογίας των ασθενών δεν φαίνεται να αποτελούν άμεση συνέπεια της νόσου, αλλά εκδηλώσεις της δυσκολίας τους να διαπραγματεύονται ουσιαστικά και σε βάθος όσα συμβαίνουν στη ζωή τους. Οι ψυχολογικοί μηχανισμοί φαίνεται πως συμμετέχουν στην εκδήλωση και στην ένταση της κατάθλιψης των ασθενών. Καθίσταται, έτσι, φανερό, πως υφίσταται ανάγκη για σωστή ενημέρωση των ασθενών σε ότι αφορά τη φύση και την πορεία της ΡΑ. Για την ομαλή ψυχοκοινωνική προσαρμογή του ασθενούς με ΡΑ θα πρέπει να βοηθάται στην κατανόηση της ασθένειάς του, να δέχεται τις απαραίτητες κατά περίπτωση θεραπείες και να του επισημαίνεται ότι, τυχόν επιπλοκές οι οποίες εμφανίζονται στην πορεία της νόσου, δεν σημαίνουν απαραίτητα επιδείνωση. Επιπλέον, χρειάζεται να ενθαρρύνεται να αντιμετωπίζει το μέλλον με αισιοδοξία και να ενισχύεται η προσωπική συμμετοχή του σε θέματα διαχείρισης της νόσου με σκοπό την προώθηση της αυτονομίας του. Επίσης, επιτακτική ίσως είναι η ανάγκη υιοθέτησης θεραπευτικών χειρισμών, έτσι ώστε να αντιμετωπίζονται έγκαιρα τα όποια προβλήματα ψυχοπαθολογίας ή και διαταραχών της προσωπικότητας, αλλά και να βιώνει ο ασθενής τη νόσο του λιγότερο ψυχοτραυματικά και να αναπτύσσει τους κατάλληλους μηχανισμούς και στρατηγικές που θα οδηγούν σε μη κοινωνική απόσυρση.

Αναφορικά με την προσπάθεια ταυτοποίησης των παραγόντων που συμμετέχουν στην ανάπτυξη ψυχιατρικής νοσηρότητας σε ασθενείς με ΡΑ μακρόχρονης διάρκειας, τα αποτελέσματα των πολυπαραγοντικών αναλύσεων της βασικής μελέτης έδειξαν ότι ο πόνος, η σωματική δυσλειτουργία, ένα δυσπροσαρμοστικό αμυντικό προφίλ, η παλινδρόμηση και η «αίσθηση συνοχής» αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες για

την εκδήλωση ψυχικής καταπόνησης. Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ο πόνος ερμηνεύει σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης των τιμών της ψυχικής καταπόνησης και η σωματική δυσλειτουργία το 17%, ενώ το «δυσπροσαρμοστικό» προφίλ, η «παλινδρόμηση» και η «αίσθηση συνοχής» το 49.8%. Από τα παραπάνω προκύπτει ότι τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας φάνηκε να διαδραματίζουν πιο σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ψυχικής καταπόνησης από τις επιπτώσεις της ίδιας της νόσου. Περαιτέρω ερευνητικές προσπάθειες απαιτούνται ώστε να προστεθούν χαρακτηριστικά προσωπικότητας που πιθανά συμμετέχουν στην ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας και διαμεσολαβούν στη σχέση μεταξύ κλινικών παραμέτρων της νόσου και ψυχικής καταπόνησης, παρέχοντας στοιχεία στη Συμβουλευτική-Διασυνδεδετική εργασία, η οποία έχει στόχο τον εντοπισμό των ψυχολογικών προβλημάτων, τη διευκρίνιση των απρόσφορων συναισθηματικών αντιδράσεων, τη λύση των ενδοψυχικών συγκρούσεων, τη συζήτηση των βαθύτερων συναισθημάτων για τη νόσο, την ανακούφιση από το άγχος για τους πιθανούς κινδύνους της νόσου και την υποστήριξη για τις δυσκολίες που δημιουργεί στη ζωή του ασθενούς η ΡΑ, ώστε γενικότερα να επιτευχθεί η καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή των ασθενών στη νόσο.

Συνοπτικά, τέλος, τα συμπεράσματα της βασικής μας μελέτης σχετικά με τους παράγοντες που εμπλέκονται στη διαδικασία ανάπτυξης της αναπηρίας των ασθενών με ΡΑ μακροχρόνιας διάρκειας έδειξαν ότι οι βασικές δημογραφικές μεταβλητές (ηλικία, φύλο, εκπαίδευση) και οι παράμετροι της παθολογίας (ΤΚΕ και διάρκεια νόσου) ερμηνεύουν το 4.7% της διακύμανσης των τιμών της έκβασης, η «σωματική βλάβη» (πόνος) το 32.6%, οι παράγοντες της προσωπικότητας (αίσθηση συνοχής) το 2.9%, η ψυχική καταπόνηση το 5.6% και οι λειτουργικοί περιορισμοί (HAQ) το 4.2%.

Φαίνεται πως οι κλινικοί παράγοντες επηρεάζουν δυσμενώς την έκβαση της νόσου, σε μία σχέση την οποία φαίνεται να διαμεσολαβούν η επίδραση της ψυχικής καταπόνησης και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Χρειάζονται περαιτέρω μελέτες, να διερευνήσουν και άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως η κοινωνική στήριξη, που μεσολαβούν ή τροποποιούν την έκβαση των ασθενών με ΡΑ σύμφωνα με το μοντέλο της διεργασίας της αναπηρίας. Η αίσθηση της κοινωνικής αποξένωσης λόγω της μειωμένης κοινωνικής επαφής είναι μια από τις πιο καταστρεπτικές συνέπειες της νόσου, η οποία μπορεί να επηρεάσει τη σχετική με τη σωματική υγεία ΠΖ. Οι περαιτέρω μελέτες θα βοηθήσουν να στοχοποιηθούν οι

ψυχολογικές παράμετροι που πρέπει να αντιμετωπιστούν, ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΡΑ. Έτσι, οι ψυχολογικές παρεμβάσεις που στόχο έχουν τη βελτίωση της ικανότητας του ασθενή να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τις δυσκολίες που προκαλεί η νόσος, είναι πιθανό να έχουν ευεργετική επίδραση στην έκβαση.

Ψυχολογικές παρεμβάσεις ψυχοδυναμικού τύπου μπορεί να βοηθήσουν ασθενείς με υψηλές τιμές στο προφίλ της αυτοθυσίας [356]. Τα συμπεράσματα μας, ίσως φανούν χρήσιμα στις ψυχολογικές παρεμβάσεις που στοχεύουν στην τροποποίηση του αμυντικού προφίλ. Η κατανόηση, συνεπώς, των ψυχολογικών μηχανισμών και της υποκείμενης δομής της προσωπικότητας των ασθενών με ΡΑ μπορεί να συμβάλλει σημαντικά σε μια καλύτερη και περισσότερο ολοκληρωμένη θεραπευτική προσέγγιση.

Τέλος, η εκτίμηση της ψυχοπαθολογίας θα πρέπει να εντάσσεται στην καθημερινή ιατρική πρακτική και μαζί τις ιατρικές εξετάσεις, να καταγράφεται η σωματική και ψυχολογική παθολογία. Η άμεση θεραπευτική παρέμβαση σε ασθενείς με υψηλά επίπεδα άγχους ή συμπτώματα κατάθλιψης, είναι ιδιαίτερα σημαντική. Έχει φανεί ότι μέσω συμβουλευτικής και ψυχοθεραπευτικής εργασίας στους ασθενείς με ΡΑ μειώνεται το άγχος και η ενοχή, διευκολύνεται η επικοινωνία με τους γιατρούς και αποκτάται μια περισσότερο ρεαλιστική στάση απέναντι στη νόσο συμβάλλοντας έτσι στην επιβράδυνση της εξέλιξής της.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα (RA) είναι μια χρόνια συστηματική νόσος, που προσβάλλει κυρίως τον αρθρικό υμένα, με αποτέλεσμα βλάβη των αρθρώσεων και των οστών. Η νόσος, αν μείνει αθεράπευτη, έχει σοβαρότατες επιπλοκές, όχι μόνο από το σκελετικό αλλά και από άλλα όργανα και συστήματα. Η RA εμφανίζεται κυρίως σε γυναίκες, σε αναλογία 3:1, ενώ ο μέσος όρος ηλικίας κυμαίνεται από 40-60 ετών. Η αιτιολογία της νόσου παραμένει άγνωστη, υπάρχουν ενδείξεις ότι κάποιος λοιμώδης παράγοντας, σε ένα γενετικά προδιαθετημένο άτομο που φέρει το "ρευματοειδή επίτοπο" είναι υπεύθυνος για την έναρξη της νόσου. Οι ασθενείς παραπονούνται για πρωινή δυσκαμψία και οίδημα των χεριών. Άλλες φορές η νόσος συνοδεύεται από συστηματικά ενοχλήματα, όπως μυϊκή αδυναμία, πόνο, καταβολή, δυσκαμψία, δεκατική πυρετική κίνηση και απώλεια βάρους. Η κλινική πορεία της νόσου ποικίλλει. Συνήθως χαρακτηρίζεται από συνεχιζόμενες εξάρσεις και υφέσεις στο 70% των περιπτώσεων και σε ένα μικρό ποσοστό η νόσος είναι πολύ σοβαρή με εξωαρθρικές εκδηλώσεις, συστηματική αγγειίτιδα, σχεδόν συνεχή έξαρση και ανθεκτικότητα στις θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Η εμπειρία μιας μακροχρόνιας και απρόβλεπτης ασθένειας, όπως η RA, έχει σημαντικές συνέπειες στην καθημερινή ζωή των ασθενών, καθώς μπορεί να επηρεάσει όλες τις πτυχές της σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής τους λειτουργικότητας. Ο πόνος, η σωματική ανικανότητα και η απώλεια αγαπημένων δραστηριοτήτων μπορεί να οδηγήσει στην αίσθηση απώλειας του ελέγχου και εν συνεχεία στην εμφάνιση άγχους και κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, η συχνότητα της κατάθλιψης εμφανίζεται αυξημένη στους ασθενείς με RA. Ενώ η πλειοψηφία των ασθενών δείχνει να προσαρμόζεται καλά στις νέες συνθήκες που επιβάλλει η νόσος, ένας αριθμός μελετών εκτιμά ότι η συχνότητα της ψυχικής καταπόνησης στους ασθενείς με RA κυμαίνεται από 14% έως 46%. Παρόλο που η συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης, του πόνου και της λειτουργικής ανικανότητας είναι αναμφίβολη, η αιτιολογική κατεύθυνση μεταξύ αυτών των παραγόντων δεν είναι εύκολο να επιβεβαιωθεί.

Ένας σημαντικός αριθμός ερευνών έχει ασχοληθεί με το διαφορετικό ρυθμό της σωματικής έκπτωσης των ασθενών μελετώντας τους κλινικούς, κοινωνικο-δημογραφικούς και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, οι οποίοι επιδρούν μακροπρόθεσμα. Ειδικότερα, οι μελέτες έχουν δείξει ότι οι κλινικοί παράγοντες όπως η δραστηριότητα της νόσου, η ευαισθησία των αρθρώσεων και ο πόνος αποτελούν

προγνωστικούς παράγοντες της σωματικής δυσλειτουργίας. Αρκετές από τις έρευνες οι οποίες είτε μελέτησαν πρόσφατη, είτε μακροχρόνια διάρκεια νόσου προκύπτει ότι σημαντικός προάγγελος της μελλοντικής ανικανότητας ήταν η αρχική λειτουργική ανικανότητα. Η μελέτη της συμβολής των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη διαδικασία ανάπτυξης της αναπηρίας θα βοηθήσει στην κατανόηση αυτής της πολύπλοκης διεργασίας, η οποία επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΡΑ. Παρόλο που είναι γνωστό ότι η ψυχική καταπόνηση αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό παράγοντα της σχετικής με τη σωματική υγεία Ποιότητας Ζωής των ασθενών (HRQOL) με ΡΑ, ο ρόλος των χαρακτηριστικών προσωπικότητας στην Ποιότητα Ζωής είναι λιγότερο ξεκάθαρος. Τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και η σύνθετη αλληλεπίδραση αυτών, φαίνεται ότι διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία ανάπτυξης της αναπηρίας.

Ο στόχος της προκαταρκτικής μελέτης ήταν να διερευνήσουμε την εμπλοκή της ψυχοπαθολογίας, των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και των μηχανισμών άμυνας του Εγώ στην έναρξη, στην πορεία και στην πρόγνωση της νόσου σε πρόσφατα διαγνωσθέντες Έλληνες ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα.

Όσον αφορά τους στόχους της βασικής μελέτης ήταν: 1) να εκτιμηθούν οι κλινικοί δείκτες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που σχετίζονται με την εμφάνιση ψυχικής καταπόνησης στους ασθενείς με ΡΑ, 2) να εξεταστεί η συγκεκριμένη υπόθεση ότι, στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, δηλαδή το αμυντικό προφίλ, η εχθρότητα και η εσωτερική συγκρότηση, σχετίζονται ανεξάρτητα με την ποιότητα ζωής, ελέγχοντας το βαθμό επίδρασης των άλλων πιθανών μεταβλητών και 3) να ελεγχθεί εάν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας έχουν ρόλο μεσολαβητή ή τροποποιητή στη διαδικασία ανάπτυξης της σωματικής αναπηρίας είτε μόνα είτε σε συνδυασμό με άλλες κλινικές μεταβλητές, οι οποίες σχετίζονται με τη Σωματική Ποιότητα Ζωής, σύμφωνα με το μοντέλο της «διεργασίας της αναπηρίας» των Escalante και del Rincón.

Ο σχεδιασμός της έρευνας βασίστηκε στην πιλοτική έρευνά μας, στην οποία συμμετείχαν 22 ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα πρόσφατης έναρξης, που οδήγησε στην ανάδυση νέων θεωρητικών ζητημάτων. Στη βασική έρευνα συμμετείχαν 168 ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, στην οποία κλήθηκαν να συμμετάσχουν όλοι οι ασθενείς που παρακολουθούνται τακτικά στα εξωτερικά ιατρεία της Ρευματολογικής Κλινικής. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με

ημιδομημένη συνέντευξη, καθώς και με τη συμπλήρωση των παρακάτω ερευνητικών εργαλείων:

1. Το ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας
[*General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)*]
2. Το ερωτηματολόγιο εκτίμησης της έντασης της Ψυχοπαθολογίας
(*Symptom Check List-90 Revised*)
3. Το ερωτηματολόγιο Μελέτης του Αμυντικού Προφίλ
[*Defence Style Questionnaire (DSQ)*]
4. Η κλίμακα Life Style Index (LSI)
5. Η κλίμακα Διαπροσωπικών Προβλημάτων
(*Inventory of Interpersonal Problems*)
6. Το ερωτηματολόγιο Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ)
7. Η κλίμακα εκτίμησης της Αίσθησης Συνεκτικότητας (Sense of Coherence–SOC)
8. Η κλίμακα «Επιθετικότητας και Κατεύθυνσης της Επιθετικότητας»
[*The Hostility and Direction of Hostility Questionnaire – (HDHQ)*]
9. Το ερωτηματολόγιο «Stanford Health Assessment Questionnaire»
10. Το ερωτηματολόγιο εκτίμησης της Ποιότητας Ζωής WHOQOL-BREF

Από τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων της προκαταρκτικής μελέτης προέκυψε ότι το 31,8% των ασθενών με ΡΑ παρουσίασε βαθμολογίες πάνω από το σημείο ένδειξης ενεργού ψυχοπαθολογίας συγκριτικά με το 17,6% του υγιή πληθυσμού ($P < 0.1$). Η ψυχική καταπόνηση, η εχθρότητα, το άγχος ή η κατάθλιψη δεν συσχετίστηκαν σημαντικά με τη δραστηριότητα της νόσου, όπως εκτιμήθηκε με το DAS-28. Η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης, με τη δραστηριότητα της νόσου ως εξαρτημένη μεταβλητή και την ψυχοπαθολογία και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ως ανεξάρτητες μεταβλητές έδειξε ότι το μορφωτικό επίπεδο, τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως το προφίλ «Διαστρέβλωσης της Εικόνας», ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες του δείκτη DAS-28. Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι όταν η νόσος βρίσκεται σε έξαρση, οι ασθενείς υιοθετούν ένα ανώριμο προφίλ. Τέλος, το αμυντικό προφίλ της «Διαστρέβλωσης της Εικόνας» σε συνδυασμό με το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, ερμηνεύουν το 28.7% της διακύμανσης των τιμών της δραστηριότητας της νόσου.

Τα ευρήματα της προκαταρκτικής θέσανε τη βάση για το σχεδιασμό της βασικής μελέτης, της οποίας τα αποτελέσματα χωρίζονται σε δύο ενότητες. Αρχικά παρουσιάζονται τα ευρήματα, σχετικά με τις μεταβλητές που αποτελούν

προγνωστικοί παράγοντες για την εμφάνιση ψυχικής καταπόνησης σε ασθενείς με ΡΑ: Η ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξε ότι οι κυριότερες ανεξάρτητες μεταβλητές είναι: α) ο πόνος, β) η σωματική δυσλειτουργία (HAQ) και γ) το «δυσπροσαρμοστικό προφίλ». Έτσι, υπάρχει στατιστικά σημαντική επίδραση του πόνου, της σωματικής δυσλειτουργίας και του δυσπροσαρμοστικού προφίλ στην ψυχική καταπόνηση (συνολικό βαθμολογία GHQ-28). Ο πόνος και η σωματική δυσλειτουργία ερμηνεύουν το 17.9% ($p=0.000$) της διακύμανσης των τιμών της ψυχικής καταπόνησης. Η προσθήκη του δυσπροσαρμοστικού προφίλ αύξησε την διακύμανση των τιμών της ψυχικής καταπόνησης στο 40.8% ($p=0.000$). Στατιστικά σημαντική αλλά χωρίς μεγάλη επίδραση είναι η προσθήκη της παλινδρόμησης, η οποία αύξησε τη διακύμανση των τιμών της ψυχικής καταπόνησης στο 47.6% ($p=0.000$). Η προσθήκη της αίσθησης συνοχής, επίσης, παρέμεινε στατιστικά σημαντική αυξάνοντας, όμως, λίγο το ποσοστό κατά 2.2% ($p=0.019$). Ενώ, τα δημογραφικά στοιχεία δεν επηρεάζουν την ψυχική καταπόνηση.

Στη συνέχεια παραθέτονται τα αποτελέσματα σχετικά με τους παράγοντες που εμπλέκονται στη διεργασία ανάπτυξης της αναπηρίας: Η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τη σχετική με την υγεία ΠΖ και ανεξάρτητες μεταβλητές, τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, έδειξαν ότι το προφίλ της «αυτοθυσίας» ($b=0.212$, $p=0.016$) και η αίσθηση συνοχής ($b=0.188$, $p=0,032$) ήταν οι μεταβλητές που σχετίστηκαν στενά με την έκβαση (PhHRQOL) (R^2 Adj=0.097, $p<0.032$). Η προσθήκη της «σωματικής βλάβης» αύξησε τη διακύμανση των τιμών της έκβασης στο 37.3%. Η σχέση του πόνου με την έκβαση παρέμεινε στατιστικά σημαντική, δείχνοντας ότι οι παράγοντες της προσωπικότητας δεν μεσολαβούν στη σχέση μεταξύ πόνου και έκβασης (PhHRQOL). Η ψυχική καταπόνηση διαμεσολαβεί στη σχέση μεταξύ προσωπικότητας (δηλαδή την αίσθηση της συνοχής) και της έκβασης (PhHRQOL). Η σχέση του πόνου και της ψυχικής καταπόνησης με την έκβαση (PhHRQOL) παρέμεινε σταθερή και στατιστικά σημαντική, επιδεικνύοντας ότι ο πόνος, η ψυχική καταπόνηση και οι λειτουργικοί περιορισμοί συσχετίζονται ανεξάρτητα με τη σχετική με τη σωματική υγεία ΠΖ (PhHRQOL). Από τις αναλύσεις που πραγματοποιήθηκαν για να εκτιμήσουμε τους πιθανούς παράγοντες που τροποποιούν τη σχέση μεταξύ πόνου και έκβασης (PhHRQOL), μόνο το προφίλ της «αυτοθυσίας» τροποποιεί τη σχέση μεταξύ πόνου και έκβασης (PhHRQOL). Περαιτέρω ιεραρχική ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξε ότι το προφίλ της «αυτοθυσίας» ήταν ένας σημαντικός παράγοντας που

τροποποιεί τη σχέση μεταξύ πόνου και έκβασης (PhHRQOL), που δείχνει ότι η σχέση μεταξύ πόνου και έκβασης (PhHRQOL) ήταν σημαντικά μεγαλύτερη για τους ασθενείς με υψηλό δείκτη «αυτοθυσίας» απ' ότι γι' αυτούς με χαμηλό. Η ψυχική καταπόνηση παρεμβάλλεται στις επιπτώσεις του πόνου και της εσωτερικής συγκρότησης αλλά δεν μεσολαβεί καθόλου στην αλληλεπίδραση μεταξύ πόνου και του προφίλ αυτοθυσίας. Η προσθήκη της σωματικής δυσλειτουργίας οδηγεί στην αύξηση του προσαρμοσμένου δείκτη πολλαπλής συνάφειας (adjusted R²) αλλά η στατιστική σημαντικότητα της ψυχικής καταπόνησης και της αλληλεπίδρασης μεταξύ πόνου και προφίλ «αυτοθυσίας» παρέμεινε σταθερή.

Τα αποτελέσματα της προκαταρκτικής μελέτης επισημαίνουν τη σημαντικότητα της προσεκτικής προσέγγισης των ασθενών με ΡΑ πρόσφατης έναρξης, ώστε να μπορέσουν αντιμετωπίσουν το στρες που προκαλείται αμέσως μετά τη διάγνωση, αλλά και κατά την περίοδο των εξάρσεων της ασθένειας.

Σχετικά με τα συμπεράσματα της συγχρονικής μας μελέτης προκύπτει ότι η έγκαιρη ψυχολογική παρέμβαση εστιασμένη στην τροποποίηση του δυσπροσαρμοστικού αμυντικού προφίλ, ίσως μειώσει τις αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης της κατάθλιψης, ακόμα και σε περιόδους που ο ασθενής δεν υποφέρει από πόνο και σωματική ανικανότητα. Επίσης, τα παραπάνω αποτελέσματα υποστηρίζουν το μοντέλο της διεργασίας ανάπτυξης της αναπηρίας των Escalante και του del Rincon και προσθέτουν αποδείξεις σχετικά με τις επιδράσεις των εξωτερικών ψυχολογικών παραγόντων (δηλαδή ψυχολογική κούραση και χαρακτηριστικά προσωπικότητας) στην διεργασία της αναπηρίας. Η ψυχική καταπόνηση διαμεσολαβεί τη σχέση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας με την έκβαση, υποδηλώνοντας τη σημασία που έχει στη θεραπευτική παρέμβαση. Τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας (π.χ. το προφίλ αυτοθυσίας) τροποποιούν τις επιδράσεις του πόνου στην έκβαση, δείχνοντας ότι υπάρχει αλληλεπίδραση μεταξύ αυτής της πλευράς της προσωπικότητας και του πόνου που προκαλεί η ΡΑ, η οποία τελικά καθορίζει την έκβαση. Η ψυχολογική παρέμβαση ψυχοδυναμικού τύπου μπορεί να βοηθήσει ασθενείς με υψηλές τιμές στο προφίλ της αυτοθυσίας. Τέλος, χρειάζονται περαιτέρω μελέτες, να διερευνηθούν και άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, όπως η κοινωνική στήριξη, που επηρεάζουν είτε την ψυχική καταπόνηση είτε την έκβαση των ασθενών με ΡΑ. Αυτό μπορεί στοχοποιήσει τις ψυχολογικές παραμέτρους που πρέπει να αντιμετωπιστούν, ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΡΑ.

SUMMARY IN ENGLISH

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic, debilitating disease characterized by inflammation of joint tissues, persistent pain, functional disability, stiffness and fatigue. RA is one of the most wide spread of the rheumatic diseases with a prevalence of 0.5–1.0%. It is more common amongst females with a sex ratio of 3:1 and usually manifests between the ages of 40 and 60. The precise cause of RA is undetermined and the individual prognosis is unpredictable. Moreover, RA follows an unknown course of exacerbations and remissions. These aspects of the disease can have a significant impact on the daily life of the patients, since they have to deal with a potentially uncontrollable longterm condition that may affect almost all aspects of their physical, psychological and social functioning. Pain, physical disability and loss of valued activities can lead to a lack of perceived control and create feelings of anxiety and depression. Psychological distress in general, and especially depressive symptoms appear to be elevated in patients with RA. Although most patients seem to adjust well to apparent changes imposed by the disease and find an acceptable level of well being, a number of studies estimate that the prevalence of psychological distress in RA patients varies from 14 to 46%. Clinical measures such as disease activity, pain and physical disability have been related to anxiety and depression, but the nature of these relationships still remains unclear.

Moreover, rheumatoid arthritis has a significant impact on patients' quality of life. While joint pain, deformity, and loss of function are clearly related to patients' disability, it is less clear why do people with similar disease severity levels or activity limitations report differences in disability status and quality of life. It is evident that disability is a complex process and the study of psychological contributors to disease outcome could help us to improve our understanding with respect to individual differences in RA patients' disability and quality of life. Although it is known that psychological distress is an independent predictor of health-related quality of life (HRQOL) in RA even after adjustment for severity of arthritis and physical disability, the role of personality traits in relation to HRQOL is less clear, partly because of difficulties with the definition of "personality". Several personality variables and their complex interaction, however, seem to play a significant role in a disease process.

The purpose of the preliminary study was to investigate the psychiatric manifestations, personality traits and ego mechanisms of defence possibly involved in the onset, course and prognosis of RA in Greek patients. In the basic study we aimed

to test the specific hypothesis that, in arthritis patients, personality variables, namely defensive styles, hostility and sense of coherence, are independent correlates of psychological distress. We also tested whether these personality variables act as mediators or moderators in the disablement process model either alone or in conjunction with other disease-related variables, which are associated with physical health-related quality of life.

Twenty-two unselected RA outpatients with illness duration less than one year consecutively participated in the preliminary study. In the cross-sectional study 168 out of the 214 eligible patients agreed to participate in the study (response rate: 78.5%). Clinical and self-report data were collected with the following eight self-report instruments:

1. *The General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)*
2. *The Symptom Check List-90 Revised (SCL-90-R)*
3. *The Défence Style Questionnaire (DSQ)*
4. *The Life Style Index (LSI)*
5. *The Inventory of Interpersonal Problems (IIP-40)*
6. *The Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ)*
7. *The Sense of Coherence (SOC)*
8. *The Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ)*
9. *The Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ)*
10. *The WHOQOL-BREF*

As far as the results of the preliminary study, seven patients (31.8%) presented psychological distress scores indicative of possible psychiatric caseness, expressing obsessive-compulsive symptoms and depression, as compared to six (17.6%) of controls. Social dysfunction distress and somatization were prominent psychiatric manifestations in early RA group. Early RA patients tend to adopt a less adaptive defence style than controls. Although disease activity was not correlated to psychological distress, a significant association between disease activity and patients' defensive style was observed: as the disease is exacerbated, there was a shift from "non-adaptive" to "immature image distorting or borderline" defence style, suggesting a rather fragile underlying personality structure.

In the present cross-sectional study it was assessed that in RA patients, pain and disability explained 17.9% of the variance in the psychological distress ($p=0.000$). Addition of "maladaptive" defence style increased the variance explained by 40.8%

($p=0.000$). The addition of regression added an additional 6.8% ($p=0.000$) of the variance in psychological distress and addition of sense of coherence increased it by 2.2% ($p=0.019$). Demographic variables were not associated with psychological distress.

In RA, multiple regression analysis with physical HRQOL as the dependent variable and personality variables as independent variables showed that the sense of coherence was associated with physical HRQOL but the relationship was mediated by psychological distress. Self-sacrificing defence style moderated the relationship between pain and physical HRQOL: Pain was associated with impaired physical HRQOL only in patients with predominant self sacrificing defence style. Although psychological distress and personality variables were also associated with physical HRQOL in the disease control group, the moderating effects of personality on physical HRQOL were unique to RA. Thus, in RA, psychological distress, functional disability and the interaction term between pain and self-sacrificing defence style were independently associated with physical HRQOL.

Accordance to the preliminary results psychological distress is a relatively common experience in early RA. Social dysfunction, along with the less adaptive defence style, which under the stress of the disease exacerbation turns to “borderline”, underlines the importance of a careful assessment and consultation in early RA patients in order to face the distress shortly after diagnosis and highlights potential risk factors for future adaptation to exacerbations of the disease.

The results of the cross-sectional study indicate that both physical and psychological factors have an impact on depression in RA. The key predictors identified in this study need to be considered within the regular RA management as possible cues to depression development. Also the results support Escalante’s and del Rincon’s RA disablement process model and add further evidence regarding the effects of psychological external modifiers (i.e. psychological distress and personality traits) on the disablement process. Psychological distress mediated the association of personality variables with physical HRQOL and should be amenable to specific treatment. Personality traits (i.e. self-sacrificing defence style) moderated the effects of pain on physical HRQOL, after controlling for all potential confounders and, since patients with high scores in self-sacrificing defence style can improve with psychodynamic psychotherapy, our findings might be relevant to psychological interventions aimed at modifying defence style. Further longitudinal studies are

needed, which use the mediation and moderation analyses in a similar way to the present study and include additional psychosocial factors, such as social support, to develop further the disablement process model to predict HRQOL in RA patients. This might provide key targets to address the potential psychological parameters that need to be treated in order to improve RA patient 's HRQOL.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ - ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ημερομηνία Φύλο: Άνδρας Γυναίκα Ηλικία:

Οικογενειακή Κατάσταση:

Έγγαμος/η.....	<input type="checkbox"/>
Άγαμος/η.....	<input type="checkbox"/>
Διαζευγμένος/η.....	<input type="checkbox"/>
Συζώ.	<input type="checkbox"/>
Χήρος/α.....	<input type="checkbox"/>

Εκπαίδευση:

Αναλφάβητος/η.....	<input type="checkbox"/>
Δεν τελείωσα το δημοτικό σχολείο.....	<input type="checkbox"/>
Απόφοιτος δημοτικού	<input type="checkbox"/>
Απόφοιτος Γυμνασίου	<input type="checkbox"/>
Απόφοιτος Λυκείου	<input type="checkbox"/>
Φοιτητής/-τρια ΤΕΙ	<input type="checkbox"/>
Φοιτητής/-τρια ΑΕΙ	<input type="checkbox"/>
Απόφοιτος ΤΕΙ	<input type="checkbox"/>
Απόφοιτος ΑΕΙ	<input type="checkbox"/>

Επάγγελμα:

Άνεργος/ η	<input type="checkbox"/>
Οικιακά	<input type="checkbox"/>
Εργάτης /-τρια	<input type="checkbox"/>
Αγρότης/-ισσα.....	<input type="checkbox"/>
Αυτοαπασχολούμενος/η.....	<input type="checkbox"/>
Ιδιωτικός υπάλληλος.....	<input type="checkbox"/>
Δημόσιος υπάλληλος.....	<input type="checkbox"/>
Άλλο	<input type="checkbox"/>

Επάγγελμα (περιγράψτε αναλυτικά)

.....

Μένετε:

Σε χωριό.....	<input type="checkbox"/>
Σε κομόπολη μέχρι 10.000 κατοίκους.....	<input type="checkbox"/>
Σε πόλη από 10.000-150.000 κατοίκους.....	<input type="checkbox"/>
Σε πόλη πάνω από 150.000 κατοίκους.....	<input type="checkbox"/>

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;

.....

.

ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

Καπνίζετε; ΝΑΙ ΟΧΙ

Εάν ναι, πόσα τσιγάρα καπνίζετε καθημερινά;

- 1-9
-
- 10-19
-
- Πάνω από 19

Πόσα ποτήρια αλκοόλ πίνετε την εβδομάδα;
(σημειώστε τον αριθμό και το είδος του ποτού)

Άλλες συνήθειες (περιγράψτε αναλυτικά)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

Πηγή καταγραφής: Π.Γ.Ν.Ιωαννίνων

Επώνυμο – Όνομα:..... **Φύλο:** Άνδρας Γυναίκα
Όνομα Πατρός **Επάγγελμα**
 Ηλικία κατά την έναρξη της νόσου: **Life Event:**
 Διάρκεια νόσου (έτη):
 Ημερομηνία διάγνωσης: --
 Διάρκεια παρακολούθησης (έτη):

Τύπος Αρθρίτιδας

Μονοαρθρίτιδα
 Συμμετρική πολυαρθρίτιδα
 Ασύμμετρη ποπλυαρθρίτιδα

Κλινική εικόνα

Πρωινή δυσκαμψία :..... min....
 Swollen joints:
 Tender joints:
 VAS πόνου:
 DAS28:

Εργαστηριακοί δείκτες

ANA
 anti Ro
 anti La
 anti TPO
 anti TG
 Anti-CCP
 T3/T4/TSH
 ΤΚΕ (>25 mmHg)
 CRP
 RF
 Ht/Hb
 WBC
 Τύπος (Π/Λ / Η/Μ)
 Άλλο

Φάρμακα**Από πότε**

Υδροξυγλωροκίνη
 Μεθοτρεξάτη
 Λεφλουνομίδη
 Σουλφασαλαζίνη
 Κυκλοσπορίνη Α
 Αζαθειοπρίνη
 D – Πενικιλλαμίνη
 Χρυσός
 Ωσεις Κυκλοφωσφαμίδης

Στεροειδή από το στόμα

Ωσεις στεροειδών

ΜΣΑΦ

Άλλα

ΚΝΣ/Νευρολογικές διαταραχές

Περιφερική νευροπάθεια

Πολλαπλή μονονευρίτιδα

Νευροπάθειες από παγίδευση.....

Καρπιαίος σωλήνας Άλλο

Συμπίεση αυχ/κης μοίρας Ν.Μ.....

Αγγεΐτιδα ΚΝΣ

Έκβαση νόσου

Καλύτερα

Το ίδιο

Χειρότερα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (GHQ-28)**(Goldberg, 1978; Goldberg & Hillier, 1979)****(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό: Γ. Γαρυφαλλός & συν., 1991)**

Παρακαλούμε διαβάστε τα παρακάτω προσεκτικά. Θα θέλαμε να ξέρουμε αν είχατε κάποια ενοχλήματα, και γενικά πως ήταν η υγεία σας τις **τελευταίες εβδομάδες**. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε **όλες** τις παρακάτω ερωτήσεις, σημειώνοντας την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα.

Προσέξτε μόνο, θα θέλαμε να ξέρουμε τα **τωρινά και πρόσφατα** ενοχλήματα σας και όχι αυτά που είχατε στο παρελθόν. Έχει σημασία να προσπαθήσετε να απαντήσετε σε **όλες** τις ερωτήσεις.

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

1. Αισθανόσαστε εντελώς καλά, απόλυτα υγιής;	Καλύτερα απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Χειρότερα απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ χειρότερα απ' ό,τι συνήθως 4
2. Νοιώθατε την ανάγκη για κάποιο δυναμωτικό;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
3. Νοιώθατε εξαντλημένος/η & κακοδιάθετος/η;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
4. Είχατε αισθανθεί πως είσαστε άρρωστος/η;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
5. Είχατε καθόλου πόνους στο κεφάλι;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
6. Νοιώθατε σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
7. Είχατε περιόδους που αισθανόσαστε κρυάδες ή εξάψεις;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
8. Έχετε συχνά χάσει τον ύπνο σας επειδή ήσαστε ανήσυχος/η;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
9. Έχετε δυσκολία να συνεχίσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείτε;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4

10. Έχετε αισθανθεί ότι βρισκόσαστε συνεχώς σε υπερένταση;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
11. Είσαστε οξύθυμος/η και αρπαζόσαστε εύκολα;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
12. Νοιώθατε φόβο ή πανικό χωρίς σοβαρό λόγο;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
13. Αισθανόσαστε πως σας έχουν καταπλακώσει οι καθημερινές ασχολίες;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
14. Αισθανόσαστε συνεχώς νευρικός/ή και σε υπερδιέγερση;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
15. Έχετε καταφέρει να είσαστε δραστήριος/α και πάντα απασχολημένος/η;	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Μάλλον λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 4
16. Σας παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνετε τις δουλειές σας;	Γρηγορότερα απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
17. Αισθανόσαστε ότι σε γενικές γραμμές τα καταφέρνατε καλά;	Καλύτερα απ' ό,τι συνήθως 1	Περίπου το ίδιο 2	Χειρότερα απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ χειρότερα απ' ό,τι συνήθως 4
18. Είσαστε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που κάνατε τις δουλειές σας;	Περισσότερο ικανοποιημένος/η 1	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως 2	Λιγότερο ικανοποιημένος/η απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η 4
19. Έχετε αισθανθεί ότι παίζετε χρήσιμο ρόλο σε ότι συμβαίνει γύρω σας;	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Λιγότερο χρήσιμο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο χρήσιμο απ' ό,τι συνήθως 4
20. Αισθανόσαστε ικανός/ή να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 4

21. Μπορούσατε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σας;	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 1	Το ίδιο όπως συνήθως 2	Λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως 4
22. Σκεφτόσαστε πως δεν αξίζετε τίποτα;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
23. Αισθανόσαστε πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
24. Αισθανόσαστε πως δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
25. Σας πέρασε από το μυαλό η πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	Σίγουρα όχι 1	Δεν νομίζω 2	Πέρασε από το μυαλό μου 3	Σίγουρα το σκέφτηκα 4
26. Βρίσκατε μερικές φορές ότι δεν μπορούσατε να κάνετε τίποτα γιατί τα νεύρα σας ήταν σε άσχημη κατάσταση;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
27. Πιάνετε τον εαυτό σας να εύχεται να είσαστε πεθαμένος/η και να είχατε ξεμπερδέψει απ' όλα;	Καθόλου 1	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 2	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 3	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως 4
28. Βρίσκετε πως η ιδέα να δώσετε τέλος στη ζωή σας ερχόταν συνεχώς στο μυαλό σας;	Καθόλου 1	Δεν νομίζω 2	Πέρασε από το μυαλό μου 3	Σίγουρα ναι 4

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ SCL-90 (Derogatis, 1977)**(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό: Ντώνιας & συν., 1991)**

Όνοματεπώνυμο.....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 νευρική 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 είστε 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 συμπονούν;	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 είστε 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 τρένο;	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 ανήσυχος 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 νευρικότητα 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 DSQ (Bond et al, 1984)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό κατόπιν αδείας: Θ. Υφαντής & συν., 2002)

Όνοματεπώνυμο..... Ημερομηνία

ΟΔΗΓΙΕΣ

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 88 ερωτήσεις.

Κάτω από κάθε ερώτηση υπάρχει μια βαθμολογία, από το 1 έως το 9:

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

Σημειώστε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε ερώτηση, βάζοντας σε έναν κύκλο τον αριθμό που κατά τη γνώμη σας αντιστοιχεί στην απάντησή σας.**Παράδειγμα:**

#. Η Αθήνα είναι μια πόλη της Ελλάδας.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

Εδώ, θα συμφωνούσατε απολύτως και θα βάζατε σε κύκλο τον αριθμό εννέα.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Με ευχαριστεί να βοηθάω τους άλλους και θα με λυπούσε πολύ αν μου το στερούσαν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

2. Συχνά ο κόσμος με λέει κατσούφη.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

3. Μέχρι να βρώ χρόνο να ασχοληθώ με ένα πρόβλημα που με απασχολεί, μπορώ να μην το σκέφτομαι.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

4. Πάντα μου φέρνονται άδικα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

5. Εκτονώνω το άγχος μου κάνοντας κάτι εποικοδομητικό και δημιουργικό, όπως το να ζωγραφίζω ή να ασχολούμαι με την ξυλουργική.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

6. Κάπου-κάπου αναβάλλω για αύριο ό,τι πρέπει να κάνω σήμερα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

-
7. **Μπλέκομαι συνέχεια σε καταστάσεις που με απογοητεύουν, και δεν μπορώ να καταλάβω γιατί.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
8. **Μπορώ πολύ εύκολα να γελώ με τον εαυτό μου.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
9. **Όταν απογοητεύομαι φέρνομαι σαν παιδί.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
10. **Δειλιάζω όταν είναι να διεκδικήσω τα δικαιώματά μου απέναντι στους άλλους.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
11. **Είμαι ανώτερος από τους περισσότερους ανθρώπους που ξέρω.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
12. **Οι άνθρωποι έχουν την τάση να μου φέρνονται άσχημα.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
13. **Αν κάποιος με λήστευε στον δρόμο, θα προτιμούσα να γίνουν προσπάθειες να βοηθηθεί παρά να τιμωρηθεί.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
14. **Κάπου-κάπου σκέφτομαι πολύ κακά πράγματα, που δεν θα μπορούσαν να συζητηθούν.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
15. **Κάπου-κάπου γελώ με ένα βρώμικο αστείο.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
16. **Οι άνθρωποι λένε πως είμαι σαν την στρουθοκάμηλο, με το κεφάλι μου χωμένο στην άμμο. Μ' άλλα λόγια, έχω την τάση να αγνοώ τα δυσάρεστα πράγματα, σαν να μην υπήρχαν.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
17. **Δεν αφήνω τον εαυτό μου να βάλλει τα δυνατά του όταν συναγωνίζομαι με άλλους.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
18. **Συχνά νοιώθω ανώτερος απ' τους ανθρώπους γύρω μου.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
19. **Κάποιος μου κλέβει ό,τι συναίσθημα έχω.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
20. **Μερικές φορές θυμώνω.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
21. **Συχνά οδηγούμαι στο να αντιδρώ παρορμητικά.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
-

22. Θα προτιμούσα να λιμοκτονήσω παρά να πιεστώ να φάω.

Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απολύτως
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------

23. Αψηφώ τον κίνδυνο σαν να ήμουν ο Σούπερμαν.

Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απολύτως
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------

24. Περηφανεύομαι για την ικανότητά μου να δείχνω στους ανθρώπους ότι δεν είναι τόσο σπουδαίοι όσο φαντάζονται.

Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απολύτως
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------

25. Οι άνθρωποι μου λένε πως νομίζω ότι όλοι με καταδιώκουν.

Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απολύτως
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------

26. Μερικές φορές όταν δεν νοιώθω καλά εκνευρίζομαι.

Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απολύτως
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------

27. Συχνά αντιδρώ παρορμητικά όταν κάτι με ενοχλεί.

Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απολύτως
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------

28. Αρρωσταίνω πραγματικά όταν τα πράγματα δεν μου πηγαίνουν καλά.

Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απολύτως
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------

29. Είμαι πολύ συγκρατημένος άνθρωπος.

Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απολύτως
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------

30. Είμαι στ' αλήθεια ένας παραγνωρισμένος καλλιτέχνης.

Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απολύτως
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------

31. Δεν λέω πάντα την αλήθεια.

Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απολύτως
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------

32. Όταν πληγώνομαι κλείνομαι στον εαυτό μου.

Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απολύτως
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------

33. Πολλές φορές το παρακάνω κι έτσι οι άλλοι αναγκάζονται να μου βάλουν όρια.

Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απολύτως
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------

34. Οι φίλοι μου με βλέπουν σαν κλόουν.

Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απολύτως
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------

35. Όταν είμαι θυμωμένος κλείνομαι στον εαυτό μου.

Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απολύτως
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------

36. Έχω την τάση να είμαι επιφυλακτικός με ανθρώπους που φέρνονται περισσότερο φιλικά από όσο θα φανταζόμουν.

Διαφωνώ απολύτως	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Συμφωνώ απολύτως
------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------

-
- 37. Έχω κάποιες ιδιαίτερες ικανότητες που μου επιτρέπουν να ζώ χωρίς προβλήματα.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 38. Συχνά σε διάφορες εκλογές ψηφίζω ανθρώπους για τους οποίους δεν ξέρω σχεδόν τίποτα.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 39. Συχνά καθυστερώ στα ραντεβού μου.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 40. Ζώ περισσότερα πράγματα στη φαντασία μου παρά στην πραγματική ζωή μου.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 41. Είμαι πολύ άτολμος στο να πλησιάσω τους άλλους.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 42. Δεν φοβάμαι τίποτα.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 43. Μερικές φορές νοιώθω ότι είμαι ένας άγγελος και άλλες ότι είμαι διάβολος.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 44. Σ' ένα παιγνίδι προτιμώ να κερδίσω παρά να χάσω.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 45. Όταν θυμώνω, γίνομαι πολύ σαρκαστικός.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 46. Όταν πληγώνομαι, γίνομαι ανοιχτά επιθετικός.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 47. Όταν κάποιος με πληγώσει πιστεύω ότι πρέπει να γυρίσω και το άλλο μάγουλο.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 48. Δεν διαβάζω κάθε μέρα όλα τα κύρια άρθρα στην εφημερίδα.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 49. Όταν στεναχωριέμαι κλείνομαι στον εαυτό μου.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 50. Είμαι ντροπαλός σε θέματα σχετικά με το σέξ.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 51. Πάντα νοιώθω πως κάποιος που ξέρω είναι σαν φύλακας άγγελός μου.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 52. Η φιλοσοφία μου είναι «Δεν είδα τίποτα, δεν άκουσα τίποτα, δεν ξέρω τίποτα».**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
-

53. Για μένα, οι άνθρωποι είναι ή καλοί ή κακοί.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

54. Αν το αφεντικό μου μούκανε τη ζωή δύσκολη, μπορεί να έκανα κάποιο λάθος στη δουλειά μου ή να δούλευα πιο αργά για να τον εκδικηθώ.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

55. Όλοι είναι εναντίον μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

56. Προσπαθώ να είμαι καλός με τους ανθρώπους που δεν συμπαθώ.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

57. Δεν θα ταραζόμουν πολύ αν χάλαγε ένας κινητήρας του αεροπλάνου την ώρα της πτήσης.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

58. Ξέρω κάποιον για τον οποίο τίποτα δεν είναι αδύνατο και που είναι απολύτως έντιμος και δίκαιος.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

59. Μπορώ να καταπιέσω τα συναισθήματά μου, αν νοιώσω ότι θα παρεμπόδιζαν ό,τι κάνω, εάν τα άφηνα να εκφραστούν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

60. Κάποιοι σχεδιάζουν να με σκοτώσουν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

61. Συνήθως, μπορώ να δω την αστεία πλευρά μιας κατά τα άλλα δυσάρεστης κατάστασης.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

62. Με πιάνει πονοκέφαλος όταν έχω να κάνω κάτι που δεν μ' αρέσει.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

63. Συχνά πιάνω τον εαυτό μου να είναι πολύ καλός με ανθρώπους που θα είχα κάθε λόγο να είμαι θυμωμένος μαζί τους.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

64. Δεν ισχύει αυτό που λένε «μπορείς να βρείς στον καθένα και κάποια καλή πλευρά». Αν είσαι κακός, είσαι τελείως κακός.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

65. Δεν θάπρεπε ποτέ να θυμώνουμε με ανθρώπους που δεν συμπαθούμε.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

66. Σίγουρα η ζωή μου έχει φερθεί σκληρά.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

67. Διαλύομαι όταν έχω στρές.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

68. Όταν ξέρω ότι θα πρέπει να αντιμετωπίσω μια δύσκολη κατάσταση, όπως εξετάσεις ή μία συνέντευξη για εργασία, προσπαθώ να φανταστώ πώς θα είναι και σχεδιάζω έναν τρόπο να τα βγάλω πέρα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

69. Οι γιατροί ποτέ δεν καταλαβαίνουν πραγματικά τι δεν πηγαίνει καλά με μένα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

70. Δεν νοιώθω να ταράζομαι όταν πεθαίνει κάποιος κοντινός μου άνθρωπος.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

71. Αφού αγωνιστώ για τα δικαιώματά μου, έχω την τάση να απολογούμαι για την επιμονή μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

72. Για τα περισσότερα πράγματα που μου συμβαίνουν, δεν είμαι εγώ υπεύθυνος.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

73. Όταν είμαι αγχωμένος ή στεναχωρημένος, το να τρώω με κάνει να νοιώθω καλύτερα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

74. Η σκληρή δουλειά με κάνει να νοιώθω καλύτερα.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

75. Οι γιατροί μου δεν μπορούν να με βοηθήσουν να ξεπεράσω πραγματικά τα προβλήματά μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

76. Συχνά μου λένε ότι δεν δείχνω τα συναισθήματά μου.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

77. Πιστεύω πως οι άνθρωποι συνήθως διακρίνουν περισσότερα πράγματα στις ταινίες, στο θέατρο ή στα βιβλία, από όσα πραγματικά υπάρχουν.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

78. Έχω κάποιες σταθερές συνήθειες ή «τελετουργικούς» τρόπους να κάνω κάποια πράγματα, γιατί φοβάμαι ότι αλλιώς κάτι τρομερό θα συμβεί.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

79. Όταν είμαι σε ένταση, πίνω αλκοόλ ή παίρνω φάρμακα ή ακόμη και ναρκωτικά.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

80. Όταν νοιώθω άσχημα, προσπαθώ να είμαι παρέα με κάποιον.

Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως

-
- 81. Όταν έχω τη δυνατότητα εκ των προτέρων να προβλέψω ότι θα στεναχωρηθώ, μπορώ να το αντιμετωπίσω καλύτερα.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 82. Όσο και να παραπονούμαι, δεν βρίσκω ποτέ ικανοποιητική ανταπόκριση.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 83. Συχνά βρίσκω ότι δεν νοιώθω τίποτα σε καταστάσεις που θα δικαιολογούσαν έντονα συναισθήματα.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 84. Το να ασχολούμαι με μια δουλειά που πρέπει να γίνει, με προστατεύει από το άγχος και τη στεναχώρια.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 85. Όταν εκνευρίζομαι, καπνίζω.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 86. Αν αντιμετωπίζα μια κρίση, θα αναζητούσα κάποιο πρόσωπο που είχε το ίδιο πρόβλημα.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 87. Δεν είναι δικό μου το φταιξιμο για τα λάθη που κάνω.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
- 88. Αν κάνω κάποια επιθετική σκέψη, νοιώθω την ανάγκη να κάνω κάτι για να εξιλεωθώ.**
- Διαφωνώ απολύτως 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Συμφωνώ απολύτως
-

Sense of Coherence

Εδώ βρίσκεται μια σειρά ερωτήσεων που σχετίζονται με αρκετές πτυχές της ζωής μας. Κάθε ερώτηση έχει 7 πιθανές απαντήσεις. Παρακαλώ, σημειώστε τον αριθμό που εκφράζει την απάντησή σας, με τα νούμερα 1 και 7 να δηλώνουν τις ακραίες απαντήσεις. Αν οι λέξεις κάτω από το 1 είναι σωστές για εσάς, κυκλώστε το 1, αν οι λέξεις κάτω από το 7 είναι σωστές για εσάς, κυκλώστε το 7. Αν αισθάνεστε διαφορετικά, κυκλώστε τον αριθμό που εκφράζει καλύτερα τα συναισθήματά σας. Παρακαλώ, δώστε μόνο μία απάντηση σε κάθε ερώτηση.

R 1. Όταν μιλάτε με τους ανθρώπους, έχετε την αίσθηση ότι δεν σας καταλαβαίνουν;

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ δεν έχω αυτή την αίσθηση						Πάντα έχω αυτή την αίσθηση

2. Στο παρελθόν, όταν έπρεπε να συνεργαστείτε με άλλους για κάτι, είχατε την αίσθηση ότι:

1	2	3	4	5	6	7
Σίγουρα δεν θα γινόταν						Σίγουρα θα γινόταν

3. Σκεφτείτε τους ανθρώπους με τους οποίους έρχεστε καθημερινά σε επαφή, εκτός από αυτούς που αισθάνεστε περισσότερο κοντά σας. Πόσο καλά γνωρίζετε τους περισσότερους από αυτούς;

1	2	3	4	5	6	7
Αισθάνεστε ότι είναι ξένοι						Τους γνωρίζετε πολύ καλά

R 4. Έχετε την αίσθηση ότι δεν νοιάζεστε πραγματικά για ό,τι συμβαίνει γύρω σας;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ σπάνια ή ποτέ						Πολύ συχνά

R 5. Συνέβη στο παρελθόν να εκπλαγείτε από τη συμπεριφορά ατόμων που νομίζατε ότι γνωρίζατε καλά;

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ δεν συνέβη						Πάντα συνέβαινε

R 6. Έχει συμβεί ποτέ να σας απογοητεύσουν οι άνθρωποι, στους οποίους βασισόσασταν;

1	2	3	4	5	6	7
Ποτέ δεν συνέβη						Πάντα συνέβαινε

R 7. Η ζωή είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Γεμάτη ενδιαφέρον						Τελείως ρουτίνα

8. Μέχρι τώρα η ζωή σας είχε:

1	2	3	4	5	6	7
Κανέναν απολύτως σαφή στόχο ή σκοπό						Πολύ σαφείς στόχους και σκοπό

9. Έχετε την αίσθηση ότι σας συμπεριφέρονται άδικα;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						Πολύ σπάνια ή ποτέ

10. Τα τελευταία δέκα χρόνια η ζωή σας ήταν:

1	2	3	4	5	6	7
Γεμάτη αλλαγές, χωρίς εσείς να γνωρίζετε τι θα συμβεί στη συνέχεια						Απόλυτα σταθερή και σαφής

R 11. Τα περισσότερα από τα πράγματα που θα κάνετε στο μέλλον πιθανόν θα είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Απόλυτα συναρπαστικά						Θανάσιμα βαρετά

12. Έχετε την αίσθηση ότι βρίσκεστε σε μια περίεργη κατάσταση και δεν ξέρετε τι να κάνετε;

1	2	3	4	5	6	7
Πολύ συχνά						Πολύ σπάνια ή ποτέ

R 13. Τι περιγράφει καλύτερα το πώς βλέπετε τη ζωή;

1	2	3	4	5	6	7
Κάποιος μπορεί πάντα να βρει μια λύση για τα οδυνηρά πράγματα στη ζωή						Δεν υπάρχει καμιά λύση για τα οδυνηρά πράγματα στη ζωή

R 14. Όταν σκέφτεστε τη ζωή σας, πολύ συχνά:

1	2	3	4	5	6	7
Αισθάνεστε πόσο καλό είναι το να ζείτε						Αναρωτιέστε γιατί υπάρχετε καθόλου

15. Όταν αντιμετωπίζετε ένα δύσκολο πρόβλημα, η επιλογή της λύσης είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Πάντα μπερδεμένη και δύσκολο να βρεθεί						Πάντα απόλυτα σαφής

R 16. Το να κάνετε τα πράγματα που κάνετε κάθε μέρα είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Μια πηγή βαθιάς ευχαρίστησης και ικανοποίησης						Μια πηγή πόνου και πλήξης

17. Περιμένετε τη ζωή σας στο μέλλον να είναι:

1	2	3	4	5	6	7
Γεμάτη απρόβλεπτες αλλαγές						Απόλυτα σταθερή και προβλέψιμη

18. Όταν κάτι δυσάρεστο συνέβη στο παρελθόν, η τάση σας ήταν:

1	2	3	4	5	6	7
Υποφέρατε έντονα κλεισμένος στον εαυτό σας						Να πείτε «εντάξει, αυτά συμβαίνουν, πρέπει να συνεχίσω τη ζωή μου»

19. Έχετε πολύ μπερδεμένα συναισθήματα και ιδέες;
- 1 2 3 4 5 6 7
Πολύ συχνά Πολύ σπάνια ή ποτέ
- R 20. Όταν κάνετε κάτι που σας κάνει να αισθάνεστε καλά:
- 1 2 3 4 5 6 7
Είναι βέβαιο ότι θα συνεχίσετε να αισθάνεστε καλά Είναι βέβαιο ότι κάτι θα συμβεί και θα σας καλύψει το συναίσθημα
21. Σας συμβαίνει να έχετε συναισθήματα που θα προτιμούσατε να μην είχατε;
- 1 2 3 4 5 6 7
Πολύ συχνά Πολύ σπάνια ή ποτέ
22. Περιμένετε την προσωπική σας ζωή στο μέλλον να είναι:
- 1 2 3 4 5 6 7
Χωρίς νόημα ή σκοπό Γεμάτη νόημα και σκοπό
- R 23. Νομίζετε ότι πάντα θα υπάρχουν άνθρωποι, στους οποίους θα βασίζεστε στο μέλλον;
- 1 2 3 4 5 6 7
Είστε βέβαιος ότι θα υπάρχουν Αμφιβάλλετε αν θα υπάρχουν
24. Σας συμβαίνει να έχετε το αίσθημα ότι δεν γνωρίζετε ακριβώς το τι πρόκειται να συμβεί;
- 1 2 3 4 5 6 7
Πολύ συχνά Πολύ σπάνια ή ποτέ
- R 25. Πολλοί άνθρωποι –ακόμα και εκείνοι με δυνατό χαρακτήρα– μερικές φορές αισθάνονται ως αποτυχημένοι σε κάποιες καταστάσεις. Πόσο συχνά έχετε αισθανθεί κατ' αυτόν τον τρόπο στο παρελθόν;
- 1 2 3 4 5 6 7
Ποτέ Πολύ συχνά
26. Όταν συνέβαινε κάτι, ανακαλύπτατε γενικά ότι:
- 1 2 3 4 5 6 7
Υπερεκτιμήσατε ή υποτιμήσατε τη σημασία του Είδατε τα πράγματα στις σωστές τους αναλογίες
- R 27. Όταν σκέφτεστε τις δυσκολίες που πρόκειται πιθανά να αντιμετωπίσετε σε σημαντικούς τομείς της ζωής σας, έχετε την αίσθηση ότι:
- 1 2 3 4 5 6 7
Πάντα θα πετυχαίνετε να ξεπερνάτε τις δυσκολίες Δεν θα πετύχετε να ξεπεράσετε τις δυσκολίες
28. Πόσο συχνά έχετε την αίσθηση ότι έχουν λίγο νόημα τα πράγματα που κάνετε στην καθημερινή σας ζωή;
- 1 2 3 4 5 6 7
Πολύ συχνά Πολύ σπάνια ή ποτέ
29. Πόσο συχνά έχετε συναισθήματα που δεν είστε σίγουροι ότι μπορείτε να κρατήσετε υπό έλεγχο;
- 1 2 3 4 5 6 7
Πολύ συχνά Πολύ σπάνια ή ποτέ

Inventory of Interpersonal Problems (IIP-40) (Riding and Cartwright, 1999)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακάτω υπάρχει ένας κατάλογος με προβλήματα και δυσκολίες που έχουν μερικές φορές οι άνθρωποι στις σχέσεις τους. Σας παρακαλούμε να διαβάζετε το κάθε ένα προσεκτικά. Ύστερα, βάλτε σε κύκλο έναν από τους αριθμούς στο δεξιό μέρος, που να δείχνει καλύτερα πόση δυσκολία νομίζετε ότι έχετε σε κάθε θέμα. Πρέπει να βάλετε σε κύκλο μόνον έναν αριθμό και δεν πρέπει να παραλείψετε καμία απάντηση.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ:

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
Δυσκολεύομαι να λέω «όχι» στους άλλους	0	1	2	3	4

	ΚΑΘΟΛΟΥ	ΛΙΓΟ	ΜΕΤΡΙΑ	ΑΡΚΕΤΑ	ΥΠΕΡΒΟΛΙΚΑ
1. Δυσκολεύομαι να λέω «όχι» στους άλλους	0	1	2	3	4
2. Δυσκολεύομαι να κρατώ μυστικά από τους άλλους	0	1	2	3	4
3. Δυσκολεύομαι να πω σε κάποιον να σταματήσει να μ' ενοχλεί	0	1	2	3	4
4. Δυσκολεύομαι να συστήνομαι στους άλλους	0	1	2	3	4
5. Δυσκολεύομαι να μιλάω με ανθρώπους που αντιμετωπίζουν προβλήματα	0	1	2	3	4
6. Δυσκολεύομαι να λέω τη γνώμη μου όταν συζητώ με κάποιον	0	1	2	3	4
7. Δυσκολεύομαι να κάνω φίλους	0	1	2	3	4
8. Δυσκολεύομαι στις συναναστροφές με ανθρώπους που έχουν εξουσία πάνω μου	0	1	2	3	4
9. Δυσκολεύομαι στις κοινωνικές συναναστροφές	0	1	2	3	4
10. Δυσκολεύομαι να δεθώ συναισθηματικά με τους άλλους	0	1	2	3	4
11. Δυσκολεύομαι να νοιώσω άνετα όταν βρίσκομαι με άλλους ανθρώπους	0	1	2	3	4
12. Δυσκολεύομαι να παίρνω αποφάσεις όταν χρειάζεται	0	1	2	3	4
13. Δυσκολεύομαι να νοιώσω «κοντά» στους άλλους ανθρώπους	0	1	2	3	4
14. Δυσκολεύομαι να αποδεχθώ την εξουσία κάποιου πάνω μου	0	1	2	3	4
15. Δυσκολεύομαι να νιώθω ξεχωριστή οντότητα όταν βρίσκομαι σε μια σχέση	0	1	2	3	4

«Ψυχική Καταπόνηση και Ρευματοειδής Αρθρίτιδα»

16. Μου είναι δύσκολο να μην ανακατεύομαι στις δουλειές των άλλων	0	1	2	3	4
17. Δυσκολεύομαι να επικεντρωθώ στην προσωπική μου ευτυχία όταν κάποιος άλλος βρίσκεται σε κατάσταση ανάγκης	0	1	2	3	4
18. Τσακώνομαι συνεχώς με τους άλλους	0	1	2	3	4
19. Αισθάνομαι σε μεγάλο βαθμό υπεύθυνος να λύσω τα προβλήματα των άλλων	0	1	2	3	4
20. Ανοίγομαι υπερβολικά στους άλλους	0	1	2	3	4
21. Προσπαθώ συνεχώς να ικανοποιώ τους άλλους	0	1	2	3	4
22. Αισθάνομαι συνεχώς ότι οι άλλοι με προσβάλλουν	0	1	2	3	4
23. Θέλω συνεχώς να τραβάω την προσοχή των άλλων	0	1	2	3	4
24. Ασκώ υπερβολική κριτική στους άλλους	0	1	2	3	4
25. Προσπαθώ συνεχώς να ελέγχω τους άλλους	0	1	2	3	4
26. Αποφεύγω συνεχώς τους άλλους	0	1	2	3	4
27. Βάζω συνεχώς τις ανάγκες των άλλων πάνω από τις δικές μου	0	1	2	3	4
28. Προσπαθώ συνεχώς να αλλάζω τους άλλους	0	1	2	3	4
29. Είμαι υπερβολικά γενναιόδωρος με τους άλλους ανθρώπους	0	1	2	3	4
30. Φοβάμαι πολύ τους άλλους	0	1	2	3	4
31. Ανησυχώ υπερβολικά για τις αντιδράσεις των άλλων απέναντί μου	0	1	2	3	4
32. Επηρεάζομαι υπερβολικά από τις σκέψεις και τα συναισθήματα των άλλων	0	1	2	3	4
33. Ανησυχώ υπερβολικά για το αν θα απογοητεύσω τους άλλους	0	1	2	3	4
34. Χρησιμοποιώ τους άλλους για να παίρνω αυτό που θέλω	0	1	2	3	4
35. Λέω σε υπερβολικό βαθμό τα προσωπικά μου στους άλλους	0	1	2	3	4
36. Κατηγορώ τον εαυτό μου ότι προκαλώ συνέχεια προβλήματα στους άλλους	0	1	2	3	4
37. Συνεχώς διαφωνώ με τους άλλους	0	1	2	3	4
38. Είμαι υπερβολικά ντροπαλός/ντροπαλή μπροστά σε άλλους	0	1	2	3	4
39. Επηρεάζομαι υπερβολικά από τη δυστυχία των άλλων	0	1	2	3	4
40. Επιθυμώ συνεχώς να παίρνω εκδίκηση από τους άλλους	0	1	2	3	4

LIFE STYLE INDEX (Plutchik et al, 1979)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό κατόπιν αδειάς: Θ. Υφαντής & συν., 2003)

Όνοματεπώνυμο.....Ημερομηνία

ΟΔΗΓΙΕΣ

Παρακαλώ, σημειώστε εάν κάθε μια από τις παρακάτω προτάσεις περιγράφει πώς νοιώθετε ή πώς αντιδράτε **συνήθως**.

Εάν η πρόταση σας περιγράφει, βάλτε σε κύκλο τη λέξη «ΝΑΙ».

Εάν η πρόταση δεν σας περιγράφει, βάλτε σε κύκλο την λέξη «ΟΧΙ».

Σας περιγράφει;

- | | | | |
|--|-----|---|-----|
| 1. Είμαι πολύ καλόβολος άνθρωπος και τα πάω καλά με όλους..... | ΝΑΙ | - | ΟΧΙ |
| 2. Μου είναι δύσκολο να περιμένω για ν' αποκτήσω κάτι που θέλω..... | ΝΑΙ | - | ΟΧΙ |
| 3. Πάντα υπήρχε κάποιος στον οποίο ευχόμουν να έμοιαζα..... | ΝΑΙ | - | ΟΧΙ |
| 4. Ο κόσμος δεν με θεωρεί συναισθηματικό άτομο..... | ΝΑΙ | - | ΟΧΙ |
| 5. Αγανακτώ με τις άσεμνες ταινίες..... | ΝΑΙ | - | ΟΧΙ |
| 6. Σπάνια θυμάμαι τα όνειρά μου..... | ΝΑΙ | - | ΟΧΙ |
| 7. Με κάνουν έξαλλο/η οι άνθρωποι που παριστάνουν το αφεντικό στους άλλους..... | ΝΑΙ | - | ΟΧΙ |
| 8. Μερικές φορές μου έρχεται να ρίξω μια γροθιά στον τοίχο..... | ΝΑΙ | - | ΟΧΙ |
| 9. Μ' ενοχλεί που οι άνθρωποι παριστάνουν τόσο πολύ τους σπουδαίους..... | ΝΑΙ | - | ΟΧΙ |
| 10. Όταν ονειροπολώ, φαντάζομαι πάντα ότι είμαι το επίκεντρο της προσοχής..... | ΝΑΙ | - | ΟΧΙ |
| 11. Είμαι ο τύπος του ανθρώπου που δεν κλαίει ποτέ..... | ΝΑΙ | - | ΟΧΙ |
| 12. Εκνευρίζομαι όταν χρησιμοποιώ δημόσιες τουαλέτες..... | ΝΑΙ | - | ΟΧΙ |
| 13. Όταν υπάρχει μια διαφωνία είμαι πάντα πρόθυμος/η να ακούσω όλες τις πλευρές..... | ΝΑΙ | - | ΟΧΙ |
| 14. Γίνομαι εύκολα έξω φρενών..... | ΝΑΙ | - | ΟΧΙ |
| 15. Αν κάποιος μες το πλήθος με σπρώξει, μου έρχεται να τον κλωσήσω..... | ΝΑΙ | - | ΟΧΙ |
| 16. Ο κόσμος θαυμάζει πολλά πράγματα σε μένα..... | ΝΑΙ | - | ΟΧΙ |
| 17. Πιστεύω ότι είναι καλύτερο να σκέφτεσαι προσεκτικά μερικά πράγματα παρά να θυμώνεις..... | ΝΑΙ | - | ΟΧΙ |
| 18. Αρρωσταίνω συχνά..... | ΝΑΙ | - | ΟΧΙ |
| 19. Δεν συγκρατώ εύκολα φυσιογνωμίες..... | ΝΑΙ | - | ΟΧΙ |
| 20. Μερικές από τις φορές που με απέρριψαν, μου ήρθε να αυτοκτονήσω..... | ΝΑΙ | - | ΟΧΙ |
| 21. Όταν ακούω σόκιν ανέκδοτα, αισθάνομαι πολύ αμήχανα..... | ΝΑΙ | - | ΟΧΙ |
| 22. Βλέπω πάντα την θετική πλευρά των πραγμάτων..... | ΝΑΙ | - | ΟΧΙ |

-
23. Μισώ τους ανθρώπους που συμπεριφέρονται εχθρικά..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
24. Δυσκολεύομαι να πετάξω κάτι που μου ανήκει..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
25. Δυσκολεύομαι να θυμηθώ τα ονόματα των ανθρώπων..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
26. Συχνά είμαι υπερβολικά παρορμητικός/ή..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
27. Με αρρωσταίνουν οι άνθρωποι που προσπαθούν με φωνές και κραυγές να γίνει το δικό τους..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
28. Δεν έχω καμία προκατάληψη..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
29. Έχω έντονη την ανάγκη να μου λένε οι άλλοι ότι είμαι γοητευτικός/η..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
30. Όταν πηγαίνω ένα ταξίδι, το προγραμματίζω από πριν με κάθε λεπτομέρεια..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
31. Κάποιες φορές εύχομαι μια ατομική βόμβα να καταστρέψει τον κόσμο..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
32. Η πορνογραφία είναι αηδιαστική..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
33. Όταν τaráζομαι, τρώω πολύ..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
34. Ποτέ δεν έχω νοιώσει ότι βαρέθηκα τους ανθρώπους..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
35. Δεν μπορώ να θυμηθώ πολλά πράγματα από την παιδική μου ηλικία..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
36. Συχνά παίρνω δουλειά μαζί μου όταν πηγαίνω διακοπές..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
37. Με τη φαντασία μου, καταφέρνω σπουδαία πράγματα..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
38. Οι περισσότεροι άνθρωποι με ενοχλούν επειδή είναι πολύ εγωιστές..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
39. Όταν ακουμπήσω οτιδήποτε γλοιώδες, με πιάνει ναυτία..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
40. Όταν κάποιος με ενοχλεί, δεν το λέω στον ίδιο, αλλά έχω την τάση να παραπονιέμαι σε κάποιον άλλον..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
41. Πιστεύω ότι οι άνθρωποι θα σε εκμεταλλευτούν εάν δεν είσαι προσεκτικός..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
42. Μου παίρνει πολύ καιρό να αντιληφθώ τις κακές πλευρές άλλων ανθρώπων..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
43. Όταν ακούω ή διαβάζω για μια τραγωδία, ποτέ δεν δείχνω να επηρεάζομαι..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
44. Σε μια αντιπαράθεση, είμαι συνήθως πιο λογικός/ή από τον άλλο..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
45. Έχω έντονη την ανάγκη να με επαινούν..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
46. Η άστατη σεξουαλική ζωή είναι αηδιαστική..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
47. Όταν οδηγώ, κάποιες φορές μου έρχεται να ρίξω το αυτοκίνητό μου πάνω σ' ένα άλλο..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
48. Όταν τα πράγματα δεν πάνε όπως θα ήθελα, μερικές φορές κατεβάζω τα μούτρα..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
49. Όταν βλέπω κάποιον μέσ' τα αίματα, δεν ενοχλούμαι σχεδόν ποτέ..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
50. Εκνευρίζομαι εύκολα όταν δεν με προσέχουν..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
51. Ο κόσμος μου λέει πως ό,τι και να μου πουν θα το πιστέψω..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
-

-
52. Φορώ ρούχα που κρύβουν τις ατέλειές μου..... NAI - OXI
53. Μου είναι πολύ δύσκολο να λέω πρόστυχες λέξεις..... NAI - OXI
54. Μάλλον καυγαδίζω συχνά με τους άλλους..... NAI - OXI
55. Ένα από τα πράγματα που μισώ στους ανθρώπους είναι ότι δεν είναι
ειλικρινείς..... NAI - OXI
56. Οι άνθρωποι μου λένε ότι είμαι υπερβολικά αντικειμενικός/ή για τα
πάντα..... NAI - OXI
57. Τα ηθικά μου κριτήρια είναι υψηλότερα από εκείνα των περισσότερων
ανθρώπων που ξέρω..... NAI - OXI
58. Όταν δεν μπορώ να τα βγάλω πέρα, μου έρχεται να κλάψω..... NAI - OXI
59. Δείχνω να μη μπορώ να εκφράσω τα συναισθήματά μου..... NAI - OXI
60. Όταν κάποιος σκοντάφτει επάνω μου, γίνομαι έξαλλος..... NAI - OXI
61. Πράγματα που δεν μου αρέσουν, τα βγάζω έξω από το μυαλό μου..... NAI - OXI
62. Πολύ σπάνια νοιώθω τρυφερότητα για κάποιον..... NAI - OXI
63. Μισώ τους ανθρώπους που πάντα προσπαθούν να είναι το κέντρο της
προσοχής..... NAI - OXI
64. Κάνω συλλογή από πολλά και διάφορα πράγματα..... NAI - OXI
65. Εργάζομαι πιο σκληρά από τους περισσότερους ανθρώπους, για να
γίνω καλός σε ό,τι με ενδιαφέρει..... NAI - OXI
66. Δεν ενοχλούμαι όταν ακούω ένα μωρό να κλαίει..... NAI - OXI
67. Μου έχει συμβεί να θυμώσω τόσο πολύ που να θέλω να σπάσω
πράγματα..... NAI - OXI
68. Είμαι πάντα αισιόδοξος/η..... NAI - OXI
69. Λέω πολλά ψέματα..... NAI - OXI
70. Νοιώθω να είμαι περισσότερο αφοσιωμένος/η στο καθήκον παρά στην
κοινωνική μου ζωή..... NAI - OXI
71. Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι ενοχλητικοί..... NAI - OXI
72. Δεν θα πήγαινα ποτέ σε μια ταινία με σκηνές σεξ και βίας..... NAI - OXI
73. Με ενοχλεί που οι άνθρωποι δεν είναι άξιοι εμπιστοσύνης..... NAI - OXI
74. Θα έκανα τα πάντα για να κάνω καλή εντύπωση..... NAI - OXI
75. Δεν μπορώ να καταλάβω τον λόγο για τον οποίο κάνω ορισμένα
πράγματα..... NAI - OXI
76. Μπορώ να κάνω πολλά πράγματα προκειμένου να δω ταινίες που
δείχνουν πολύ βία..... NAI - OXI
77. Πιστεύω ότι η κατάσταση στο κόσμο είναι πολύ καλύτερη από ό,τι οι
περισσότεροι άνθρωποι πιστεύουν..... NAI - OXI
-

-
78. Όταν απογοητεύομαι, γίνομαι πολύ οξυθυμος/η..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
79. Στις μέρες μας ο τρόπος που οι άνθρωποι ντύνονται στις παραλίες είναι άσεμνος..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
80. Δεν αφήνω τα συναισθήματά μου να με παρασύρουν..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
81. Προετοιμάζομαι για το χειρότερο, έτσι ώστε να μην πιαστώ στον ύπνο..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
82. Η ζωή μου είναι τόσο ωραία που πολλοί άνθρωποι θα εύχονταν να ήταν στη θέση μου..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
83. Σε μια στιγμή θυμού έχω χτυπήσει ή κλωστήσει κάτι τόσο δυνατά που, χωρίς να το θέλω, χτύπησα εγώ ο ίδιος..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
84. Οι άνθρωποι με χαμηλά ηθικά κριτήρια με αρρωσταίνουν..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
85. Δεν θυμάμαι σχεδόν τίποτα από τα πρώτα σχολικά μου χρόνια..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
86. Όταν ταραζομαι, παιδιαρίζω χωρίς να το θέλω..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
87. Αισθάνομαι πιο άνετα όταν συζητώ για τις σκέψεις μου, απ' ό,τι όταν συζητώ για τα συναισθήματά μου..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
88. Δείχνω να μη μπορώ να τελειώσω οτιδήποτε αρχίζω..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
89. Δεν ενοχλούμαι όταν ακούω για θηριωδίες..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
90. Τα μέλη της οικογένειας μου δεν διαφωνούν σχεδόν ποτέ μεταξύ τους.... ΝΑΙ - ΟΧΙ
91. Πολύ συχνά βάζω τις φωνές στους άλλους..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
92. Μισώ τους ανθρώπους που πατούν επί πτωμάτων για να προχωρήσουν..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
93. Όταν ταραζομαι, πολλές φορές μεθώ..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
94. Είμαι τυχερός/ή που έχω λιγότερα προβλήματα από τους περισσότερους ανθρώπους ΝΑΙ - ΟΧΙ
95. Όταν κάτι με ενοχλεί ή με στενοχωρεί κοιμάμαι περισσότερο από το συνηθισμένο..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
96. Νομίζω ότι είναι αηδιαστικό που οι πιο πολλοί άνθρωποι λένε ψέματα για να πάνε μπροστά..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
97. Χρησιμοποιώ αρκετά συχνά βρώμικες λέξεις..... ΝΑΙ - ΟΧΙ
-

ZUCKERMAN-KUHLMAN PERSONALITY QUESTIONNAIRE (ZKPQ) (1993, 2002)

(Απόδοση και προσαρμογή για τον Ελληνικό πληθυσμό κατόπιν αδείας: Θ. Υφαντής & συν., 2003)

Διαβάστε όλες τις προτάσεις που ακολουθούν και αποφασίστε εάν ισχύουν για σας ή όχι.

Αν θεωρείτε ότι μια πρόταση ισχύει για εσάς και περιγράφει κάποια πλευρά του χαρακτήρα σας, βάλτε σε κύκλο το «**Σωστό**».

Αν θεωρείτε ότι η πρόταση δεν ισχύει για σας και δεν περιγράφει κάποια πλευρά του χαρακτήρα σας, βάλτε σε κύκλο το «**Λάθος**».

Απαντήστε σε όλες τις προτάσεις, έστω κι αν δεν είστε απολύτως σίγουροι για την απάντησή σας.

- | | |
|--|---------------|
| 1. Συνήθως ξεκινώ μια νέα δουλειά χωρίς να προγραμματίζω
ιδιαίτερα το πώς θα την κάνω..... | ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ |
| 2. Δεν ανησυχώ για ασήμαντα πράγματα..... | ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ |
| 3. Χαίρομαι να βλέπω κάποιον για τον οποίο δεν νοιάζομαι
να ταπεινώνεται μπροστά σε άλλους..... | ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ |
| 4. Ποτέ δεν συνάντησα άνθρωπο που να μην τον συμπαθήσω..... | ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ |
| 5. Δεν μου αρέσει να χάνω χρόνο με το να κάθομαι και να χαλαρώνω.... | ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ |
| 6. Συνήθως, σκέφτομαι κάτι πριν το κάνω..... | ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ |
| 7. Δεν έχω μεγάλη εμπιστοσύνη στον εαυτό μου ή στις ικανότητές μου. | ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ |
| 8. Όταν θυμώνω, λέω άσχημα πράγματα..... | ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ |
| 9. Έχω την τάση να ξεκινώ συζητήσεις στις παρέες..... | ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ |
| 10. Έλεγα και λέω πάντα την αλήθεια..... | ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ |
| 11. Είναι φυσικό για μένα να βρίζω όταν θυμώνω..... | ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ |
| 12. Δεν με πειράζει να βγαίνω μόνος/η μου και, συνήθως,
το προτιμώ από το να βγαίνω με μεγάλη παρέα..... | ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ |
| 13. Στην ζωή μου είμαι πιο πολυάσχολος/η απ' τον περισσότερο κόσμο.... | ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ |
| 14. Συχνά κάνω πράγματα παρορμητικά..... | ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ |
| 15. Συχνά με πιάνει νευρικότητα χωρίς φανερό λόγο..... | ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ |
| 16. Σχεδόν ποτέ δεν πετώ σκουπίδια στους δρόμους..... | ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ |
| 17. Δεν θα με πείραζε να μείνω μόνος/η σε κάποιο μέρος
για μερικές μέρες χωρίς καμία επαφή με άλλους ανθρώπους..... | ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ |
| 18. Μου αρέσουν οι πολύπλοκες δουλειές που απαιτούν
μεγάλη προσπάθεια και συγκέντρωση..... | ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ |
| 19. Σπανίως αφιερώνω πολύ χρόνο στο να προγραμματίζω
το μέλλον λεπτομερώς..... | ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ |
| 20. Μερικές φορές νοιώθω ένταση και νευρικότητα..... | ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ |
| 21. Σχεδόν ποτέ δεν νοιώθω ότι θα ήθελα να χτυπήσω κάποιον..... | ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ |

22. Περνώ με τους φίλους μου όσο περισσότερο χρόνο μπορώ.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
23. Δεν έχω μεγάλα αποθέματα ενέργειας, ώστε να αντεπεξέλθω στις πιο απαιτητικές υποχρεώσεις της ζωής.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
24. Μου αρέσει να έχω νέες και συναρπαστικές εμπειρίες και εντυπώσεις ακόμα και αν είναι λίγο τρομακτικές.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
25. Αισθάνομαι συχνά το σώμα μου σφιγμένο χωρίς φανερό λόγο.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
26. Πάντα κερδίζω στα παιχνίδια.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
27. Συχνά βρίσκομαι να είμαι «η ψυχή του πάρτυ».....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
28. Προτιμώ να ασχολούμαι με κάτι απαιτητικό παρά με μια δουλειά ρουτίνας.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
29. Πριν ξεκινήσω μια περίπλοκη δουλειά την σχεδιάζω προσεκτικά.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
30. Συχνά αισθάνομαι συναισθηματικά αναστατωμένος/η.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
31. Αν κάποιος με προσβάλλει, προσπαθώ απλώς να μην το σκέφτομαι....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
32. Δεν έχω βαρεθεί ποτέ.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
33. Μου αρέσει να ασχολούμαι διαρκώς με κάτι.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
34. Θα μου άρεσε να φύγω για ένα ταξίδι, χωρίς καθορισμένη διαδρομή ή πρόγραμμα.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
35. Συνήθως είμαι υπερευαίσθητος/η και πληγώνομαι εύκολα από απερίσκεπτα σχόλια και πράξεις των άλλων.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
36. Σε πολλά καταστήματα απλώς δεν μπορείς να εξυπηρετηθείς αν δεν σπρώξεις για να περάσεις μπροστά από τους άλλους.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
37. Δεν χρειάζομαι πολλούς περιστασιακούς φίλους.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
38. Μπορώ να περάσω καλά απλώς με το να είμαι αραχτός, χωρίς να ασχολούμαι δραστήρια με κάτι.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
39. Μου αρέσει να ανακατεύομαι σε νέες καταστάσεις όπου δεν μπορείς να προβλέψεις πως θα εξελιχθούν τα πράγματα.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
40. Δεν χάνομαι ποτέ, ακόμα και σε άγνωστα μέρη.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
41. Τρομάζω εύκολα.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
42. Αν κάποιος άνθρωπος με ενοχλούν, δεν διστάζω να τους το πω.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
43. Συνήθως δεν νοιώθω άνετα σε μεγάλες παρέες.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
44. Δεν αισθάνομαι την ανάγκη να ασχολούμαι διαρκώς με κάτι.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
45. Μου αρέσει να κάνω πράγματα απλώς για την πλάκα τους.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
46. Καμιά φορά νοιώθω πανικό.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
47. Όταν θυμώνω με κάποιους δεν προσπαθώ να τους το κρύψω.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
48. Στα πάρτυ μου αρέσει να ανακατεύομαι με πολλούς ανθρώπους, είτε τους ξέρω είτε όχι.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
49. Θα μου άρεσε μια δουλειά που θα μου άφηνε όσο το δυνατόν περισσότερο ελεύθερο χρόνο.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

50. Έχω την τάση να αλλάζω συχνά ενδιαφέροντα.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
51. Συχνά σκέφτομαι ότι οι άνθρωποι που συναντώ είναι καλύτεροι από εμένα.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
52. Ποτέ δεν ενοχλούμαι όταν κάποιος μπαίνουν μπροστά μου στην ουρά.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
53. Συνήθως ξεκινώ τις κοινωνικές δραστηριότητες του Σαββατοκύριακου από την Πέμπτη.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
54. Συνήθως φαίνομαι βιαστικός/ή.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
55. Κάποιες φορές μου αρέσει να κάνω πράγματα που είναι λίγο τρομακτικά.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
56. Κάποιες φορές, όταν είμαι συναισθηματικά ταραγμένος, νοιώθω ξαφνικά σαν να τρέμουν τα πόδια μου.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
57. Γενικά δεν βρίζω άσχημα, ακόμα και όταν είμαι θυμωμένος.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
58. Προτιμώ να «τριγυρνάω» με φίλους παρά να ασχολούμαι με κάτι μόνος μου.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
59. Όταν είμαι σε διακοπές προτιμώ να ασχολούμαι ενεργά με τα σπορ, παρά απλώς να κάθομαι.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
60. Θα δοκίμαζα τα πάντα για μια φορά.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
61. Συχνά νοιώθω αβέβαιος για τον εαυτό μου.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
62. Μπορώ εύκολα να συγχωρήσω ανθρώπους που με προσέβαλλαν ή πλήγωσαν τα συναισθήματά μου.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
63. Δεν θα με πείραζε να απομονωθώ κοινωνικά σε κάποιο μέρος για κάποιο χρονικό διάστημα.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
64. Μου αρέσει να εξαντλώ τον εαυτό μου με σκληρή δουλειά ή άσκηση.	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
65. Θα μου άρεσε μια ζωή γεμάτη κίνηση και ταξίδια, με πολλές αλλαγές και συγκινήσεις.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
66. Συχνά ανησυχώ για πράγματα που οι άλλοι θεωρούν ασήμαντα.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
67. Όταν κάποιος διαφωνούν μαζί μου νοιώθω υποχρεωμένος να μαλώσω μαζί τους.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
68. Γενικά, μου αρέσει να είμαι μόνος μου, ώστε να μπορώ να κάνω αυτά που θέλω χωρίς να με ενοχλούν οι άλλοι.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
69. Δεν έχω ποτέ πρόβλημα να καταλάβω κάτι από την πρώτη φορά που το διαβάζω.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
70. Καμιά φορά κάνω «τρελά» πράγματα απλώς για πλάκα.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
71. Συχνά δυσκολεύομαι όταν προσπαθώ να επιλέξω.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ
72. Θυμώνω πολύ εύκολα.....	ΣΩΣΤΟ – ΛΑΘΟΣ

73. Δεν έχω χάσει ποτέ μου τίποτα.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
74. Μου αρέσει να είμαι δραστήριος/α από τη στιγμή που ξυπνάω το πρωί.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
75. Μου αρέσει να εξερευνώ μια άγνωστη περιοχή ή πόλη μόνος μου, ακόμα και αν χαθώ.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
76. Οι μύες μου είναι τόσο σφιγμένοι που τον περισσότερο καιρό νοιώθω κουρασμένος.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
77. Δεν μπορώ να αποφύγω να είμαι κάπως αγενής με ανθρώπους που δεν συμπαθώ.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
78. Είμαι πολύ κοινωνικό άτομο.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
79. Προτιμώ φίλους που με συναρπάζουν κάνοντας πράγματα που δεν τα περιμένεις.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
80. Συχνά νοιώθω πως θέλω να κλάψω, καμιά φορά χωρίς λόγο.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
81. Όση ζέστη ή κρύο και αν κάνει, νοιώθω πάντα πολύ άνετα.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
82. Έχω ανάγκη να νοιώθω ότι είμαι ένα σημαντικό μέλος μιας ομάδας....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
83. Μου αρέσει να είμαι συνεχώς απασχολημένος.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
84. Συχνά ενθουσιάζομαι και παρασύρομαι τόσο πολύ από καινούρια και συναρπαστικά πράγματα ή ιδέες, που δεν σκέπτομαι τις πιθανές συνέπειες.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
85. Δεν αφήνω πολλά ασήμαντα πράγματα να με εκνευρίσουν.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
86. Είμαι πάντα υπομονετικός/ή με τους άλλους, ακόμα και όταν είναι εκνευριστικοί.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
87. Συνήθως προτιμώ να κάνω τα πράγματα μόνος μου.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
88. Καμιά φορά μου αρέσουν οι δραστηριότητες ρουτίνας που δεν απαιτούν πολύ συγκέντρωση ή προσπάθεια.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
89. Είμαι παρορμητικό άτομο.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
90. Συχνά νοιώθω άβολα και στενόχωρα χωρίς πραγματικό λόγο.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
91. Συχνά τσακώνομαι με άλλους.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
92. Μάλλον περνάω περισσότερο χρόνο από ό,τι θα έπρεπε παρέα με φίλους.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
93. Δεν με ενοχλεί αν κάποιος με εκμεταλλευτεί.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
94. Όταν κάνω πράγματα, αφιερώνω πολλή ενέργεια.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
95. Μου αρέσουν τα «άγρια», χωρίς φραγμούς πάρτυ.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
96. Αφού αγοράσω κάτι, συχνά ανησυχώ μήπως έχω κάνει την λάθος επιλογή.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
97. Όταν μου βάζουν τις φωνές, απαντώ κι εγώ με φωνές.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
98. Έχω πιο πολλούς φίλους από τους περισσότερους ανθρώπους.....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ
99. Συχνά οι άλλοι με παροτρύνουν να «χαλαρώσω».....	ΣΩΣΤΟ - ΛΑΘΟΣ

HDHQ (Caine and Foulds, 1967)

Όνοματεπώνυμο.....Ημερομηνία

ΠΑΡΑΚΛΗΣΗ

Απαντήστε στις ερωτήσεις, βάζοντας κύκλο γύρω από τις λέξεις «ΝΑΙ» ή «ΟΧΙ» που υπάρχουν στο τέλος κάθε πρότασης. Αν το βρίσκετε δύσκολο να αποφασίσετε, τότε σκεφτείτε αν η πρόταση είναι **γ ε ν ι κ ά** σωστή ή όχι, και βάλτε κύκλο στην ανάλογη λέξη.

1. Οι πιο πολλοί κάνουν φίλους γιατί οι φίλοι μπορεί να τους φανούν κάποτε χρήσιμοι..... **ΝΑΙ - ΟΧΙ**
2. Δεν κατηγορώ εκείνον που παίρνει σαν ευκαιρία το ότι κάποιος του άνοιξε τον εαυτό του..... **ΝΑΙ - ΟΧΙ**
3. Συνήθως περιμένω να πετύχω σ' αυτά που κάνω..... **ΝΑΙ - ΟΧΙ**
4. Δεν έχω εχθρούς που να θέλουν πραγματικά να με βλάψουν..... **ΝΑΙ - ΟΧΙ**
5. Μακάρι να μπορούσα να μην στεναχωριέμαι για πράγματα που έχω πει και που μπορεί να πλήγωσαν τα αισθήματα άλλων ανθρώπων..... **ΝΑΙ - ΟΧΙ**
6. Νομίζω ότι ο καθένας θάλεγε ψέματα για να αποφύγει μπελάδες..... **ΝΑΙ - ΟΧΙ**
7. Δεν κατηγορώ κανένα που προσπαθεί ν' αρπάξει ό,τι μπορεί σ' αυτόν τον κόσμο..... **ΝΑΙ - ΟΧΙ**
8. Τις πιο σκληρές μάχες τις δίνω με τον εαυτό μου..... **ΝΑΙ - ΟΧΙ**
9. Ξέρω ποιος άλλος εκτός από μένα είναι υπεύθυνος για τα περισσότερα από τα βάσανά μου..... **ΝΑΙ - ΟΧΙ**
10. Μερικοί παριστάνουν τόσο πολύ το αφεντικό, που μου έρχεται να κάνω το αντίθετο από αυτό που μου ζητούν, ακόμη κι αν ξέρω ότι έχουν δίκιο..... **ΝΑΙ - ΟΧΙ**
11. Μερικά μέλη της οικογένειάς μου έχουν συνήθειες που μ' ενοχλούν και με τσαντίζουν πολύ..... **ΝΑΙ - ΟΧΙ**
12. Πιστεύω ότι έχω κάνει ασυγχώρετα σφάλματα..... **ΝΑΙ - ΟΧΙ**
13. Πολύ λίγους καυγάδες κάνω με τα μέλη της οικογένειάς μου..... **ΝΑΙ - ΟΧΙ**
14. Συχνά, σε διάφορες περιστάσεις στη ζωή μου, έχω βρεθεί χαμένος σε μια υπόθεση, γιατί δεν μπόρεσα να αποφασίσω εγκαίρως..... **ΝΑΙ - ΟΧΙ**
15. Μπορώ εύκολα να κάνω τους άλλους να με φοβούνται και μερικές φορές το κάνω για πλάκα..... **ΝΑΙ - ΟΧΙ**
16. Πιστεύω ότι είμαι ένας καταδικασμένος άνθρωπος..... **ΝΑΙ - ΟΧΙ**
17. Στο σχολείο τιμωρήθηκα μερικές φορές για κακή συμπεριφορά..... **ΝΑΙ - ΟΧΙ**
18. Μερικές φορές έχω σταθεί εμπόδιο στο δρόμο ανθρώπων που προσπαθούσαν να κάνουν κάτι, όχι γιατί αυτό με έβλαπτε προσωπικά, αλλά γιατί ήτανε για μένα ζήτημα αρχής..... **ΝΑΙ - ΟΧΙ**
19. Οι πιο πολλοί είναι τίμιοι κυρίως γιατί φοβούνται μήπως συλληφθούν..... **ΝΑΙ - ΟΧΙ**
20. Μερικές φορές μ' αρέσει να πληγώνω πρόσωπα που αγαπάω..... **ΝΑΙ - ΟΧΙ**
21. Δεν έχω ζήσει τη ζωή μου όπως θα έπρεπε..... **ΝΑΙ - ΟΧΙ**

22. Μερικές φορές μούρχεται να τραυματίσω τον εαυτό μου ή κάποιον άλλο.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
23. Φαίνεται να είμαι εξίσου ικανός και έξυπνος όσο και οι περισσότεροι άνθρωποι γύρω μου.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
24. Μερικές φορές πειράζω τα ζώα.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
25. Μερικές φορές θυμώνω.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
26. Έχω απόλυτη εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
27. Συχνά δεν καταλαβαίνω γιατί έχω γίνει τόσο τσαντίλας και γκρινιάρης.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
28. Αποφεύγω να αντιμετωπίσω δύσκολες και κρίσιμες καταστάσεις.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
29. Νομίζω ότι οι περισσότεροι άνθρωποι θάλεγαν φέματα για να πάνε μπροστά.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
30. Είναι φορές που ένοιωσα ότι οι δυσκολίες συσσωρεύτηκαν τόσο πολύ, που δεν θα μπορούσα να τις υπερνικήσω.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
31. Πιστεύω ότι αν δεν υπήρχαν άνθρωποι να μου σταθούν εμπόδιο, θα μπορούσα να ήμουν πολύ περισσότερο επιτυχημένος.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
32. Συχνά βλέπω τους άλλους να ζηλεύουν τις σωστές μου ιδέες.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
33. Συχνά αισθάνομαι σα να έχω κάνει κάποιο κακό ή και κάτι άδικο.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
34. Αρκετές φορές παράτησα κάτι που έκανα, γιατί νόμισα ότι οι ικανότητές μου ήσαν πολύ μικρές γι' αυτό.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
35. Κάποιος μ' έχει στο μάτι.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
36. Όταν κάποιος μου κάνει κακό, αισθάνομαι ότι πρέπει να του το ανταποδώσω, αν μπορέσω, έτσι, γιατί είναι ζήτημα αρχής.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
37. Είμαι σίγουρος ότι η ζωή με έχει αδικήσει.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
38. Πιστεύω ότι με παρακολουθούν.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
39. Μερικές φορές έχω την έντονη τάση να κάνω κάτι βλαβερό και συγκλονιστικό.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
40. Πολύ εύκολα με βάζουν κάτω σε μια συζήτηση.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
41. Καλύτερα να μην εμπιστεύεσαι κανέναν.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
42. Δεν μπορώ εύκολα να ανέχομαι τους άλλους.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
43. Μερικές φορές αισθάνομαι ότι είμαι τελείως ανάξιος.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
44. Συχνά αναρωτιέμαι για ποια κρυφή αιτία κάποιος μου κάνει καλό.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
45. Θυμώνω εύκολα και εύκολα ξεθυμώνω.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
46. Μερικές φορές μούρχεται ν' αρχίσω να τα σπάω.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
47. Νομίζω ότι κάποια συνωμοσία γίνεται σε βάρος μου.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
48. Μερικές φορές, στα σίγουρα αισθάνομαι τελείως άχρηστος.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
49. Μερικές φορές μούρχεται ν' αρπαχτώ στις μπουιές με κάποιον.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
50. Κάποιος προσπάθησε να με ληστέψει.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ
51. Στα σίγουρα μου λείπει κάθε εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.....	ΝΑΙ - ΟΧΙ

ΠΑΡΑΚΛΗΣΗ: ΣΙΓΟΥΡΕΥΤΕΙΤΕ ΟΤΙ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

The STANFORD HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE©
Stanford University School of Medicine, Division of Immunology & Rheumatology

ΗΑQ Κλίμακα Σωματικής Δυσλειτουργίας:

Με αυτό το ερωτηματολόγιο ενδιαφερόμαστε να διαπιστώσουμε σε ποιο βαθμό η ασθένειά σας επηρεάζει την ικανότητά σας να κάνετε διάφορες καθημερινές δραστηριότητες. Στο πίσω μέρος αυτής της σελίδας μπορείτε ελεύθερα να σημειώσετε επιπλέον σχόλια.

Στις παρακάτω ερωτήσεις παρακαλούμε σημειώστε τη μοναδική απάντηση που περιγράφει καλύτερα τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗΣ ΕΒΔΟΜΑΔΑΣ:

	Χωρίς ΚΑΜΙΑ δυσκολία⁰	Με ΜΕΤΡΙΑ δυσκολία¹	Με ΜΕΓΑΛΗ δυσκολία²	ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ³
ΝΤΥΣΙΜΟ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ				
Μπορείτε :				
- Να ντυθείτε μόνοι σας, να δέσετε τα κορδόνια από τα παπούτσια σας, να κουμπωθείτε;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Να λούσετε τα μαλλιά σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΕΓΕΡΣΗ ΣΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΣΤΑΣΗ				
Μπορείτε :				
- Να σηκωθείτε από χαμηλή καρέκλα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Να ζαπλώσετε και να σηκωθείτε από το κρεβάτι;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΟΤΑΝ ΤΡΩΤΕ (ΣΤΟ ΓΕΥΜΑ)				
Μπορείτε:				
- Να κόψετε το κρέας μόνοι /η σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Να σηκώσετε ένα γεμάτο φλιτζάνι ή ένα ποτήρι ως το στόμα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Να ανοίξετε ένα κατιούριο κουτί με γάλα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΒΑΔΙΣΜΑ				
Μπορείτε:				
- Να περπατήσετε έξω από το σπίτι σε επίπεδο έδαφος;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Να ανεβείτε πέντε σκαλοπάτια;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Παρακαλούμε σημειώστε κάθε ΒΟΗΘΗΜΑ ή ΕΞΑΡΤΗΜΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ που συνήθως χρησιμοποιείτε για οποιαδήποτε από τις παρακάτω δραστηριότητες:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Μπαστούνι | <input type="checkbox"/> Εξαρτήματα -βοηθήματα για το ντύσιμο (γάντζο για κουμπιά, βοήθημα για να τραβάς φερμουάρ, ειδικό μακρύ κόκαλο παπουτσιών κ.λπ.) |
| <input type="checkbox"/> Περπατούρα (Π) | <input type="checkbox"/> Ειδικό μολύβι ή ειδικά εργαλεία |
| <input type="checkbox"/> Πατερίτσες | <input type="checkbox"/> Ειδικά τροποποιημένη καρέκλα |
| <input type="checkbox"/> Αναπηρικό καροτσάκι | <input type="checkbox"/> Άλλο (διευκρινίστε: _____) |

Παρακαλούμε σημειώστε κάθε κατηγορία στην οποία χρειάζεστε συνήθως ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΑΛΛΟ ΠΡΟΣΩΠΟ:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ντύσιμο και περιποίηση | <input type="checkbox"/> Όταν τρώτε (στο γεύμα) |
| <input type="checkbox"/> Έγερση στην όρθια θέση | <input type="checkbox"/> Βάδισμα |

	Χωρίς ΚΑΜΠΑ δυσκολία ⁰	Με ΜΕΤΡΙΑ δυσκολία ¹	Με ΜΕΓΑΛΗ δυσκολία ²	ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ ³
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΗΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ				
Μπορείτε:				
- Να πλύνετε και να σκουπίσετε όλο το σώμα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Να κάνετε ένα μπάνιο (να μπειτε και να βγείτε από την μπανιέρα) ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Να καθίσετε και να σηκωθείτε από την τουαλέτα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΩΝ				
Μπορείτε :				
- Να φτάσετε και να κατεβάσετε ένα αντικείμενο βάρους ενός κιλού (π.χ μια σακούλα ζάχαρη) από ένα ύψος λίγο πάνω από το κεφάλι σας;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Να σκύψετε και να μαζέψετε ρούχα από το πάτωμα;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΝΑ ΣΦΙΓΓΕΤΕ ΜΕ ΤΑ ΔΑΧΤΥΛΑ				
Μπορείτε:				
- Να ανοίξετε την πόρτα του αυτοκινήτου;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Να ανοίξετε βάζα που έχουν ήδη ξεσφιχτεί;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Να ανοίξετε και να κλείσετε βρύσες?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΑΛΛΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ				
Μπορείτε:				
- Να κάνετε θελήματα και ψώνια;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Να μπαίνετε και να βγαίνετε από το αυτοκίνητο;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Να κάνετε δουλειές του σπιτιού (π.χ να πλύνετε πιάτα, να βγάλετε έξω τα σκουπίδια, να βάλτε ηλεκτρική ή δουλειές στην αυλή);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Παρακαλούμε σημειώσετε κάθε **ΒΟΗΘΗΜΑ** ή **ΕΞΑΡΤΗΜΑ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ** που συνήθως χρησιμοποιείτε για οποιαδήποτε από τις παρακάτω δραστηριότητες:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Υπερψωμένο κάθισμα τουαλέτας | <input type="checkbox"/> Μπάρα συγκράτησης για την μπανιέρα |
| <input type="checkbox"/> Σκαμνάκι μπανιέρας | <input type="checkbox"/> Συσκευές με μακρύ χερσούλι |
| <input type="checkbox"/> Ανοιχτήρι για βάζα (για τα βάζα που έχουν ήδη ξεσφιχτεί) | <input type="checkbox"/> Συσκευές με μακρύ χερσούλι στο λουτρό |
| | Άλλο (διευκρινίστε:_____) |

Παρακαλούμε σημειώσετε κάθε κατηγορία στην οποία χρειάζεστε συνήθως **ΒΟΗΘΕΙΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΑΛΛΟ ΠΡΟΣΩΠΟ** λόγω της ασθένειάς:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Φροντίδα της υγιεινής του σώματος | <input type="checkbox"/> Σφίξιμο και άνοιγμα πραγμάτων |
| <input type="checkbox"/> Να απλώνετε το χέρι και να φτάνετε αντικείμενα | <input type="checkbox"/> Θελήματα και δουλειές |

Πόνος: Ενδιαφερόμαστε επίσης να μάθουμε αν αισθάνεστε πόνο εξαιτίας της ασθένειάς σας.

Πόσο νομίζατε ότι πονούσατε εξαιτίας της ασθένειάς σας **ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΕΒΔΟΜΑΔΑ** :

Βάλτε ένα **σημάδι (|)** στην παρακάτω γραμμή για να δείξετε το μέγεθος του πόνου.

Καθόλου πόνος 0 | _____ | 100 Πολύ δυνατός πόνος

ΣΦΑΙΡΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ: Λαμβάνοντας υπόψη όλους τους τρόπους με τους οποίους η αρθρίτιδα επηρεάζει τη ζωή σας, βαθμολογίστε πόσο καλά πηγαίνετε βάζοντας ένα **σημάδι (|)** στη γραμμή παρακάτω.

Πολύ καλά 0 | _____ | 100 Πολύ άσχημα

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 δυο 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 **δύο 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 εξωτερι-κούς 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 δύο 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	Ικανοποι- 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**.

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

Rheumatol Int (2005)
DOI 10.1007/s00296-005-0086-z

ORIGINAL ARTICLE

T.N. Hyphantis · M. Bai · V. Siafaka · A.N. Georgiadis
P.V. Voulgari · V. Mavreas · A.A. Drosos

Psychological distress and personality traits in early rheumatoid arthritis: a preliminary survey

Received: 3 June 2005 / Accepted: 3 November 2005
© Springer-Verlag 2005

Abstract Objectives: To investigate psychiatric manifestations, personality traits, and ego mechanisms of defense involved in early rheumatoid arthritis (RA). **Methods:** Twenty-two unselected early RA outpatients with disease duration less than 1 year participated in the study. The majority of participants were females (72.7%), married (81.8%), aged 51.0 ± 14.6 years. Thirty-four subjects matched for age, sex and educational level served as “healthy” controls. General Health Questionnaire, Symptom Distress Checklist, Defense Style Questionnaire and Hostility and Direction of Hostility Questionnaire were used; disease activity was estimated by disease activity for 28-joint indices score. **Results:** Seven patients (31.8%) presented psychological distress scores indicative of possible psychiatric caseness, expressing obsessive-compulsive symptoms and depression, as compared to six (17.6%) of controls. Social dysfunction distress and somatization were prominent psychiatric manifestations in early RA group. Early RA patients tend to adopt a less adaptive defense style than controls. Although disease activity was not correlated to psychological distress, a significant association between disease activity and patients’ defensive style was observed: as the disease is exacerbated, there was a shift from “non-adaptive” to “immature image distorting or borderline” defense style, suggesting a rather fragile underlying personality structure. **Conclusion:** Psychological distress is a relatively common experience in early RA. Social dysfunction, along with the less adaptive defense style, which under the stress of the disease exacerbation turns to “borderline”, underlines the

importance of a careful assessment and consultation in early RA patients in order to face the distress shortly after diagnosis and highlights potential risk factors for future adaptation to exacerbations of the disease.

Keywords Early rheumatoid arthritis · Psychological distress · Depression · Personality · Disease activity for 28-joint indices score

Introduction

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic, debilitating disease characterized by inflammation of joint tissues, persistent pain, functional disability, stiffness and fatigue [1, 2]. RA is one of the most widespread of the rheumatic diseases with a prevalence of 0.5–1.0% [3, 4]. It is more common amongst females with a sex ratio of 3:1 and usually manifests between the ages of 40 and 60 [5]. The precise cause of RA is undetermined and the individual prognosis is unpredictable. Moreover, RA follows an unknown course of exacerbations and remissions. These aspects of the disease can have a significant impact on the daily life of the patients, since they have to deal with a potentially uncontrollable long-term condition that may affect almost all aspects of their physical, psychological and social functioning [6, 7]. Pain, physical disability and loss of valued activities can lead to a lack of perceived control and create feelings of anxiety and depression [8].

Psychological distress in general, and especially depressive symptoms appear to be elevated in patients with RA. Although most patients seem to adjust well to apparent changes imposed by the disease and find an acceptable level of well being, a number of studies estimate that the prevalence of psychological distress in RA patients varies from 14 to 46% [9–19]. Clinical measures such as disease activity, pain and physical disability have been related to anxiety and depression, but the nature of these relationships still remains unclear [10, 19–22]. It should be noticed that most of these relationships

T.N. Hyphantis · M. Bai · V. Siafaka · V. Mavreas
Department of Psychiatry, Medical School, University of Ioannina,
45110 Ioannina, Greece

A.N. Georgiadis · P.V. Voulgari · A.A. Drosos (✉)
Department of Internal Medicine, Rheumatology Clinic,
Medical School, University of Ioannina, 45110 Ioannina, Greece
E-mail: adrosos@cc.uoi.gr
Tel.: +30-26510-99755
Fax: +30-26510-97054

Table 1 Demographic and clinical characteristics of early RA patients and “Healthy” controls

Variables	Total or value		P
	Rheumatoid arthritis	“Healthy” controls	
Number of patients	22	34	
Female: Male	16:6	25:9	NS
Age (years) range	18–71	22–70	
Age (Mean ± SD)	51.0 ± 14.6	46.1 ± 12.4	NS
Age (median)	51.0	44.5	
Family status: married n (%)	18 (81.8)	24 (70.6)	
Educational level n (%)			
Basic lower education (sixth grade)	15 (68.2)	21 (61.7)	NS
High-school education (12th grade)	6 (27.3)	11 (32.5)	NS
University educated (college/university)	1 (4.5)	2 (5.9)	NS
Employment n (%)			
Currently working full-time	14 (63.6)	24 (70.6)	NS
Retired from paid employment	2 (9.1)	1 (2.9)	NS
Unemployed or householders	6 (27.3)	9 (26.5)	NS
Disease duration (months) Range (Mean ± SD)	7–12 (10.8 ± 1.3)		
IgM rheumatoid factor positive n (%)	13 (59.05)		
DAS-28 (Mean ± SD)	3.2–6.1 (4.8 ± 1.2)		

NS not significant

mainly concern patients with established and long-standing disease, while few studies are focused on early RA patients [1, 2].

Studies on personality structure of RA patients have shown that patients with RA tend to be self-sacrificing, masochistic, rigid, moralistic, self-conscious, perfectionist and with poor capacity to recognize and express emotions [23–25]. Furthermore, it has also been reported that these patients appear to be neurotic and over-controlled [17, 26–29]. On the contrary, other studies suggest that patients with RA do not have a special personality disorder or some specific psychological characteristics, as compared to patients with other medical conditions [30, 31]. Apparently, the concept of a personality disorder in RA is highly questionable [23].

According to the aforementioned findings, a few studies have focused on psychiatric manifestations in early RA patients with illness duration less than 1 year. Furthermore, as far as we know, there is not any study that systematically investigated the defense styles and ego mechanisms of defense that possibly contribute to or restrain adaptation to the disease. Therefore, we plan to investigate psychiatric manifestations, personality traits and ego mechanisms of defense possibly involved in the onset, course and prognosis of RA in Greek patients. The concept of defense mechanisms has been a clinically useful metaphor that can be used to explain certain intrapsychic processes. Defenses have the function of keeping anxiety within manageable limits [32] and are believed to be a relatively stable aspect of personality [35, 36]. The study of ego defenses provide a theoretical and empirical basis for studying the relations among defense mechanisms, diagnosis, level of maturity, and other ongoing psychological

phenomena [32–36]. The present study has been designed for longitudinal detection, and we present preliminary results in a cohort of early RA patients with disease onset less than 1 year.

Methods

Participants

A consecutive unselected sample of 22 outpatients with early RA participated in the study. The sample included all newly diagnosed RA patients in the Rheumatology Department of the University Hospital of Ioannina, Greece, during a 1-year period. All patients had a diagnosis of RA according to the American College of Rheumatology criteria [37]. Thirty-four subjects randomly selected from the hospital’s staff matched for age, sex and educational level, not manifesting at the time of investigation problems requiring medical or psychiatric intervention, or receiving any medication, served as “healthy” controls. All participants were able to read and write Greek and none had a history of psychotic illness, current alcohol and/or drug abuse or dementia. The demographic and clinical characteristics of the patients and controls are described in Table 1. All patients entering into the study had disease duration of less than 1 year, without prior use of disease-modifying antirheumatic drugs or steroids. Patients, after completing the psychometric questionnaires, were treated with disease-modifying antirheumatic drugs with or without steroids and were followed up at predefined times according to a standardized protocol. To assess clinical and self-report data at the beginning of the study and at

follow-up periods, we are going to collect data on psychological distress, personality traits, clinical indices, disease activity and functional disability every year for a 5-year follow-up period.

Procedure and measures

All the procedures followed were in accordance with the ethical standards on human experimentation (World Medical Association Helsinki Declaration) and of the local hospital's responsible committee (No 20/14.02.2004). After complete description of the study to the subjects, all patients agreed to participate in the study and an informed consent was obtained. Clinical and self-report data were assessed during their second visit. Along with a request for demographic information, the following four self-report instruments were used:

The General Health Questionnaire-28 (GHQ-28) [38], a screening instrument, which estimates the likelihood of subjects being assessed as psychiatric cases at interview. The GHQ-28 consists of 28 items belonging to four clusters: (a) somatic symptoms, (b) anxiety and insomnia, (c) social dysfunction and (d) depressive feeling. As the total GHQ-28 score exceeds the recommended cut-off point, the probability of becoming a psychiatric case increases. GHQ-28 has been widely used in RA patients and studies have shown that GHQ-28 may be used as a screening instrument as well as to assess the impact of illness on RA sufferers [39, 40]. GHQ-28 has been standardized for the Greeks and the best cut-off point of the Greek Version was 4, as found by receiver-operating characteristics analysis [41]. Thus, in our sample, a score ≥ 5 was regarded as a predictor of the likelihood that someone would be diagnosed as suffering from a stress-related psychiatric disorder.

The Symptom Distress Checklist-90-R (SCL-90-R), a 90-item multidimensional self-report symptom inventory designed to measure psychological symptom patterns in psychiatric and medical patients [42]. It contains nine dimensions of psychiatric symptomatology: somatization, obsessive-compulsiveness, interpersonal sensitivity, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid ideation and psychoticism. The utility of SCL-90-R as a psychological screening instrument in RA patients has been well documented [43], and it has been standardized in Greece [44].

The Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ) [45], an attitudinal measure for a wide range of manifestations of hostility as a personality trait that reflects the subject's reaction to frustrating occurrences. HDHQ has been used in Greek normal samples [46] and in psychiatric or somatic patients [47].

The Defense Style Questionnaire (DSQ), a rating scale that is designed to estimate behavior suggestive of 25 psychodynamic (in origin) ego mechanisms of defense and four defense styles, namely "maladaptive action", "image distorting", "self-sacrificing" and "adaptive" styles [32, 33]. DSQ was translated into Greek after

Dr. Bond's permission and its features in Greek samples are now under investigation by our research team. DSQ has been used in Greek medical patients [48, 49], and the standardization results so far indicate that the Greek version of DSQ shares almost the same properties as the original [49].

Disease activity

Disease activity was estimated by disease activity for 28-joint indices score (DAS-28) [50].

Statistical analysis

The statistical analysis was carried out using SPSS 10.0 (Statistical package for the social sciences, SPSS Inc., Chicago, IL, USA) for Windows. For the ordinal variables, the non-parametric rank-order correlation coefficient Kendall's tau-b was used. The case for using this correlation coefficient with psychometric data has been argued by Priest [47, 51]. Briefly, Kendall's tau-b is a coefficient of association that makes no assumptions about the normality of the underlying distribution of the data, especially when the sample size is small. It is also appropriate for the ordinal level of measurement, gives coefficients of rank-ordered correlations and a level of statistical significance, and allows a partial correlation coefficient to be calculated if necessary [47]. Chi-square analyses were carried out for categorical data (e.g. the Defense styles). Subsequently, a multiple logistic regression analysis was performed to determine the study variables that best differentiate the RA patients from controls. Finally, a multiple regression analysis was carried out for the RA group to determine factors that could predict disease activity. A stepwise procedure was used to arrive at the final model.

Results

Psychological distress

Seven out of 22 patients with early RA and six out of 34 controls presented scores above the cut-off point suggested by Garyfallos et al. [41] for detection of psychiatric cases among Greeks using GHQ-28. Thus, in our sample, 31.8% of RA patients presented scores above this point, in comparison with 17.6% of controls ($\chi^2=1.66$, $df=1$, $P<0.1$). The difference between patients and controls did not reach statistical significance, but show a tendency of a rather high percentage of possible psychiatric "caseness" in early RA patients. Kendall's tau-b correlation analyses of psychopathology clusters revealed that RA patients presented higher scores on SCL-90-R somatization ($P<0.018$), depression ($P<0.048$) and sleep restlessness ($P<0.034$) subscales and on GHQ-28 social dysfunction subscale

Table 2 Psychiatric variables associated with early RA

Psychiatric variables	“Healthy” controls (N=34) (Mean ± SD)	RA (N=22) (Mean ± SD)	Kendall’s tau-b	P
Hopkins SCL-90-R				
Somatization	0.8±0.6	1.3±0.9	0.269	0.018
Obsessiveness-compulsiveness	0.9±0.5	1.2±0.6	0.168	NS
Interpersonal sensitivity	1.0±0.5	1.2±0.7	0.096	NS
Depression	0.9±0.6	1.2±0.7	0.195	0.048
Anxiety	0.6±0.7	0.7±0.6	0.088	NS
Hostility	0.5±0.5	0.7±0.7	0.060	NS
Phobic anxiety	0.4±0.3	0.5±0.5	0.089	NS
Paranoid ideation	1.0±0.7	1.2±0.8	0.146	NS
Psychoticism	0.4±0.3	0.5±0.5	0.038	NS
Sleep restless	0.8±0.9	1.5±1.3	0.265	0.034
Thoughts of death	0.4±0.9	0.6±1.0	0.154	NS
Guilt	1.0±1.1	1.0±1.2	0.031	NS
General Distress Index	0.8±0.4	1.0±0.4	0.208	0.050
GHQ				
Physical symptoms	10.9±4.9	12.1±4.2	0.106	NS
Anxiety and insomnia	11.6±5.1	12.3±3.4	0.056	NS
Social dysfunction	11.7±3.8	14.1±3.7	0.306	0.010
Depressive feelings	7.6±3.0	7.9±2.1	0.040	NS
HDHQ				
Acting out hostility	3.9±1.5	3.7±1.9	-0.071	NS
Criticism of others	5.5±1.9	6.0±2.1	0.118	NS
Delusional hostility	2.3±1.6	3.4±2.1	0.226	0.047
Self criticism	3.7±1.8	4.1±1.8	0.138	NS
Guilt	2.1±1.5	2.0±1.2	0.015	NS
Total hostility	17.5±6.0	19.3±6.1	0.123	NS
Direction of hostility	-2.2±4.3	-2.95±5	-0.002	NS

NS not significant

($P < 0.01$), compared to “healthy” controls (Table 2). Multivariate logistic regression analysis revealed that “somatization symptoms” ($P < 0.01$) and “social dysfunction distress” ($P < 0.01$) were the significant predictors of membership in RA group (Table 3). Kendall’s correlation analysis within RA patients group revealed that patients with “possible mental disorder” presented higher scores in SCL-90-R subscales of depression (1.8 ± 0.7 vs. 0.95 ± 0.5 , respectively, $P < 0.005$), obsessiveness-compulsiveness (1.6 ± 0.75 vs. 1.0 ± 0.5 , respectively, $P < 0.05$) and interpersonal sensitivity (1.6 ± 0.9 vs. 1.0 ± 0.4 , respectively, $P < 0.05$) as compared to RA patients “without mental disorder” (Fig. 1).

Personality traits

Defense styles used by individual patients are presented in Table 4. If a subject’s score for each defense style was 0.5 SD above the mean on a particular factor, we consider that this subject used that corresponding defense style, because a cut-off point of 0.5 SD has been considered to provide the best discrimination here [32]. Table 4 shows that only five RA patients (22.7%) tended to use an adaptive defense style, in comparison with 19 controls (55.9%, $\chi^2 = 5.99$, $df = 1$, $P < 0.01$). In addition, RA patients presented higher scores on HDHQ delusional hostility scale than the controls ($P < 0.047$) (Table 2).

Table 3 Personality and psychopathology variables associated with early RA^a

Variables	Univariate logistic analysis		Multivariate logistic analysis	
	Odds ratio (95% CIs) ^b	P	Odds ratio (95% CIs)	P
SCL-90-R depression	1.858 (0.723–4.776)	0.05		
SCL-90-R somatization	2.480 (1.125–5.466)	0.024	6.452 (1.429–29.125)	0.015
DSQ adaptive style	0.747 (0.682–1.006)	0.05		
GHQ-28 social dysfunction	1.241 (0.997–1.547)	0.05	1.651 (1.122–2.430)	0.011

^aUnivariate and multivariate logistic regression analyses with the disease as dependent variable (RA versus “healthy” controls) and the psychopathology and hostility scales as well as defensive styles as independent variables. The predictive values were calculated based on the probability of being RA and the cut-off value between RA and controls was 0.500. Only statistically significant results are shown. Multivariate regression equation correctly classified 85.5% of the cases, with a Cox and Snell $R^2 = 0.366$

^bCIs Confidence Intervals

Fig. 1 Symptoms distress check-list sub-scales (Mean \pm SD) in early RA patients with General Health Questionnaire values of ≥ 5 or ≤ 4 (* $P < 0.05$; *** $P < 0.001$, Kendall's tau-b)

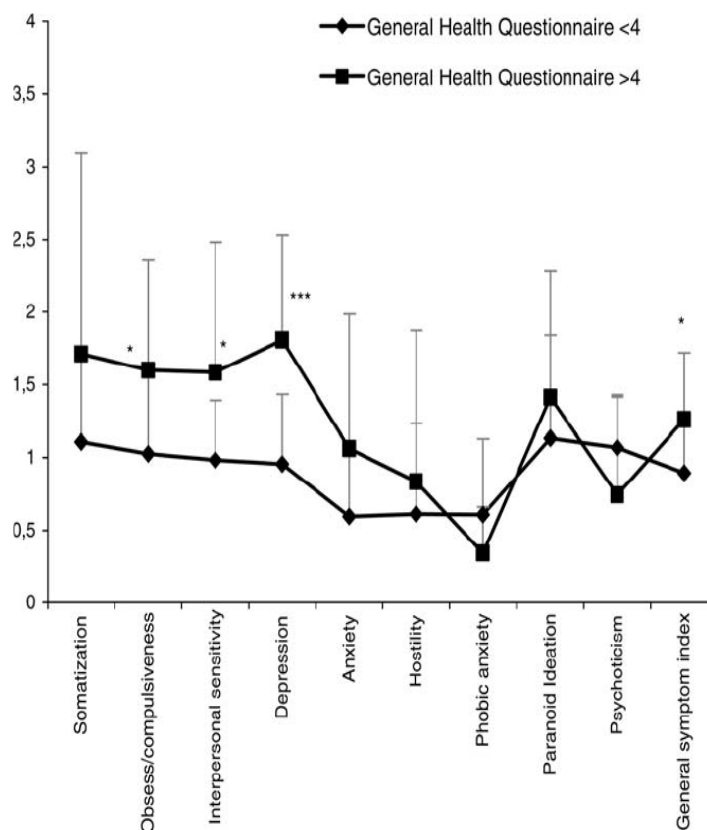


Table 4 Defense styles used by early RA patients^a

Defense styles	"Healthy" controls (N = 34) n (%)	Early RA (N = 22) n (%)
Maladaptive action	14 (41.2)	8 (36.4)
Image distorting	11 (32.4)	7 (31.8)
Self-sacrificing	15 (44.1)	7 (31.8)
Adaptive	19 (55.9)	5 (22.7) ^b

^aBecause some subjects reported testing multiple defense styles, the sum of percentages in any row may exceed 100
^b $P < 0.01$, chi-square test

Clinical indices, psychological distress and personality

Table 5 shows that initial levels of psychological distress, hostility, anxiety or depression were not significantly correlated to disease activity, as measured by DAS-28. On the contrary, personality factors such as "maladaptive action" and "image distorting" defense styles were found to be significantly correlated to DAS-28. Multiple regression analysis with the "disease activity" as dependent variable and all background, psychopathology and personality variables as independent variables revealed that educational level and a specific personality characteristic, DSQ's "image distorting" defensive style, were the major predictors of DAS-28 (Table 5). These results indicate that as the disease is exacerbated, the patients tend to adopt a specific immature defense style, the "image distorting" style. This style, along with educational level, accounted for 28.7% of the variance in disease activity in this multiple regression analysis.

Discussion

Preliminary findings on this cohort of early RA patients have shown that psychological distress is a relatively common experience in early RA, expressed mainly with somatization, depression and social dysfunction. In addition, RA patients in our sample tended to adopt a less mature "coping with stress" ability. Disease activity was not correlated to psychological distress, but there was a strong association between disease activity and personality traits: when the disease is exacerbated, personality traits resemble the characteristics of a borderline personality disorder.

In particular, a higher proportion of early RA patients (31.8%) meet "caseness" criteria for psychiatric morbidity, as compared to controls (17.6%). Psychiatric symptomatology in RA patients is depicted with "depressive" or "obsessive-compulsive" symptoms, whereas somatization symptoms and social dysfunction

Table 5 Factors associated with disease activity for 28-joint indices score in patients with early RA

Variables	Univariate analyses		Multiple regression ^a	
	Kendall's tau-b	P	Beta	P
Age	-0.053	NS	-0.246	NS
Educational level	-0.480	0.003	-0.963	0.006
Total hostility	-0.296	NS	-0.186	NS
DSQ - Maladaptive Action	0.394	0.05	0.170	NS
DSQ - Image Distorting Style	0.472	0.02	0.748	0.039
DSQ - Self Sacrificing Style	-0.103	NS	-0.421	NS
DSQ - Adaptive Style	0.199	NS	0.283	NS
GHQ-28 (Total score)	-0.242	NS	-0.127	NS
SCL-90-R General Symptom Distress Index	-0.216	NS	-0.223	NS

^aMultiple regression analysis with disease activity as dependent variable for 28-joint indices score and independent variables the major demographic variables, the Defense Style Questionnaire Defensive Styles, the General Health Questionnaire as well as SCL-90-R indices of psychological distress. $R^2 = 0.792$, Adjusted $R^2 = 0.287$

NS not significant

due to psychological distress were prominent in RA group as compared to controls.

The research so far indicates that depressed mood seems to be a relatively common experience in early RA [2]. Data focused on RA patients with disease duration less than 1 year reported high levels of anxiety and depression, with a prevalence ranging from 18 to 21% and 5.7 to 20%, respectively [16, 52, 53]. In keeping with our findings, Parker et al. [43] reported that “somatization”, “obsessive-compulsive” symptoms and “depression” were the highest scales on SCL-90-R in their study group of RA patients. Concerning early RA patients who were diagnosed within the last 2 years, the range of possible psychiatric cases varied from 13.3 to 33% [2, 11], expressed usually as neurotic depression [14]. Thus, although a number of studies have shown that in southern Europe RA seems to be milder than in northern Europe in various areas of their clinical severity and appearance [5, 54–56], the results of the present study provide preliminary evidence that Greek early RA patients presented with at least the same, if not the highest, “psychological distress indices” as the rest of the worldwide samples. These results, however, must be interpreted with caution, since larger sample sizes may be necessary in order to detect accurate psychological distress indices. In addition, it should be noted that psychometric tests, despite their validity, reliability and usefulness, do not have the diagnostic strength to replace a formal psychiatric examination [47]. Based on our findings and the results of the aforementioned studies, it could be suggested that the psychological distress profile of early RA patients is characterized by depression, obsessiveness-compulsiveness, somatization symptoms and social dysfunction distress.

According to our results, disease activity was not correlated with initial levels of psychological distress, anxiety or depression. Literature so far on the association between disease activity and psychiatric manifestations remains controversial. In patients with longstanding disease, clinical variables, such as disease activity, seem to be able to explain a significant amount of the variance in current depression [10, 21, 52]. In

addition, some authors have postulated that pain and disability even in early RA were strongly related with symptoms of anxiety and depression [1, 16], while a decrease in psychological distress after 1 year could be predicted by an initially less severe inflammatory activity [16].

On the other hand, other researchers hold the view that there is no significant relationship between psychiatric symptoms and measures of disease activity either in cross-sectional or longitudinal studies [57]. Even in longstanding RA, some studies reported that there were no significant correlations between current depression and measures of disease activity [9, 58, 59]. Moreover, in line with the results of our study, Abdel-Nasser et al. [15] reported that none of the disease activity variables tested was significantly correlated with SCL-90-R depressive scores. It seems that, although pain and disability definitely contribute to psychological distress, it is unclear whether disease activity is directly correlated with anxiety and/or depression. The results of the present study suggest that disease activity and psychopathology at the first year of RA are independent entities, and, as Evers et al. [7] have proposed, whether individuals become more depressed or anxious in the long run is determined by relatively general and stable vulnerability factors, than RA itself.

The results of the present study on patients' personality organization indicated that RA patients tend to adopt a less mature and less adaptive defensive profile than the control group. The main components of “adaptive style” are “suppression”, “humor”, and “sublimation” defense mechanisms. Suppression allows an anxiety-producing conflict to be put out of awareness until the individual is ready to deal with this issue. Humor reflects a capacity to accept a conflictual situation while taking the edge off its painful aspects and sublimation uses the anxiety-provoking impulse in the service of creative response. All three defenses are associated with a constructive type of mastery of the conflict and with good coping [32]. According to the aforementioned concept, a great proportion of our RA patients lack mastering the inner and outer conflicts with such a

constructive and mature manner. Studies on the personality structure of RA patients and its relationship with the course of the disease are rather restricted. Psychodynamic studies on RA patients from early sixties regard the concept of a personality disorder in RA as highly questionable, although RA patients appeared to be neurotic, depressed, anxious, masochistic and over-controlled [23].

Interestingly, as the disease is exacerbated, RA patients tend to adopt even more immature defenses. Thus, in our sample, patients in the more active and exhausting phase of the disease exhibit characteristics of an "image distorting" defense style. The main components of this style are the ego defenses of "splitting", "omnipotence with devaluation" and "primitive idealization". The essence of this style is that the patient "split" the image of self and other into good and bad, strong and weak, so he/she perceives others as "all good", omnipotent and strong or "all bad", devaluated and weak. Although in situations of stress these defenses could be invoked for adaptation [60], i.e. to trust in the omnipotence of the physician, this style is mostly associated with borderline personality disorder [61], a disorder characterized by extraordinarily unstable affect, mood, behavior and self-image.

It is generally argued that the least mature people have behavior problems, and especially those in borderline group have a problem in realistically viewing themselves and others, resulting in relationship problems [32]. According to our results, social dysfunction, which could be related to specific borderline features, was prominent in RA patients as compared to "healthy" controls. In accordance with this view, Marcenaro et al. [17] described a high prevalence of both obsessive-compulsive and borderline personality disorders among RA patients. However, this study refers to a long-standing disease and it does not report any relation between disease activity and personality traits. Although present data must prevent us from generalizations, especially in the case of the study of unconscious personality traits such as defense mechanisms, facets that are difficult to investigate using self-report measures alone [32–34], evidence suggests that DSQ provides a valid and replicated method for an estimation of the role of defense styles in personality and psychopathology formation [35, 36].

Our results provide some preliminary evidence that there are borderline personality traits possibly underlying the superficially "good enough" obsessive personality of RA patients. Under the stress of the disease exacerbation, they seem to be disorganized, indicating a rather specific structural deficit, failing to integrate the positive and negative qualities of the self and others into cohesive images. Clinicians should be alert to the aforementioned personality profile, which usually warrants specific therapeutic attitude. Attention, understanding and, in selected cases, intervention in the patients' inner psychological structure could help the management of these immature coping skills and subsequently could offer an

important help in assisting the patient to adjust to the aversive symptoms and to improve the patient's compliance to treatment. As Evers et al. [7] has pointed out, besides medical treatment, psychological adjustment of patients may be optimized by support-enhancing health-care facilities in the first year after diagnosis.

In conclusion, the results of the present study suggest that early RA patients exhibit rather high indices of psychiatric manifestations, especially depression and social dysfunction psychological distress, which were not related to disease activity. In addition, borderline personality traits are possibly underlying the personality of RA patients. These results underline the importance of a careful assessment and consultation in recently diagnosed RA patients, in order to face the distress shortly after diagnosis, and highlight and/or restrain risk factors for future adaptation to exacerbations of the disease. A weakness of this study is the small number of patients in each group, which could result in a lower power, or ability to detect, differences in the groups. Further studies are needed in order to confirm the impact of the disease activity upon psychological distress. However, future results of the present ongoing longitudinal study could shed more light on the bi-directional association among the disease activity and psychiatric manifestations, personality traits and ego mechanisms of defense.

Acknowledgements This study was partially supported by grants from the Hellenic Society of Rheumatology.

References

1. Smedstad LM, Vaglum P, Moum T, Kvien TK (1997) The relationship between psychological distress and traditional clinical variables: a 2 year prospective study of 216 patients with early rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 36:1304–1311
2. Sharpe L, Sensky T, Allard S (2001) The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis: the predictive role of disability, illness perceptions, pain and coping. *J Psychosom Res* 51:713–719
3. Drosos AA, Alamanos I, Voulgari PV, Psychos DN, Katsaraki A, Papadopoulos I, Dimou G, Siozos C (1997) Epidemiology of adult rheumatoid arthritis in northwest Greece 1987–1995. *J Rheumatol* 24:2129–2133
4. Uhlig T, Kvien TK (2005) Is rheumatoid arthritis disappearing? *Ann Rheum Dis* 64:7–10
5. Drosos AA, Lanchbury JS, Panayi GS, Moutsopoulos HM (1992) Rheumatoid arthritis in Greek and British patients. A comparative clinical, radiologic, and serologic study. *Arthritis Rheum* 35:745–748
6. Eberhardt K, Larsson BM, Nived K (1993) Early rheumatoid arthritis—some social, economical, and psychological aspects. *Scand J Rheumatol* 22:119–123
7. Evers AW, Kraaijmaat FW, Geenen R, Jacobs JW, Bijlsma JW (2002) Longterm predictors of anxiety and depression mood in early rheumatoid arthritis: a 3 year 5 year followup. *J Rheumatol* 29:2327–2336
8. Katz PP, Yelin EH (2001) Activity loss and the onset of depressive symptoms: do some activities matter more than others? *Arthritis Rheum* 44:1194–1202
9. Hawley DJ, Wolfe F (1993) Depression is not more common in rheumatoid arthritis: a 10-year longitudinal study of 6,153 patients with rheumatic disease. *J Rheumatol* 20:2025–2031

10. Katz PP, Yelin EH (1993) Prevalence and correlates of depressive symptoms among persons with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 20:790-796
11. Conway SC, Creed FH, Symmons DP (1994) Life events and the onset of rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res* 38:837-847
12. DeVellis BM (1995) The psychological impact of arthritis: prevalence of depression. *Arthritis Care Res* 8:284-289
13. Parker JC, Wright GE (1995) The implications of depression for pain and disability in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 8:279-283
14. Smedstad LM, Moum T, Vaglum P, Kvien TK (1996) The impact of early rheumatoid arthritis on psychological distress. A comparison between 238 patients with RA and 116 matched controls. *Scand J Rheumatol* 25:377-382
15. Abdel-Nasser AM, Abd El-Aziz S, Taal E, El-Badawy S, Rasker J, Valkenburg HA (1998) Depression and depressive symptoms in rheumatoid arthritis patients: an analysis of their occurrence and determinants. *Br J Rheumatol* 37:391-397
16. Evers AW, Kraaimaat FW, Geenen R, Bijlsma JW (1997) Determinants of psychological distress and its course in the first year after diagnosis in rheumatoid arthritis patients. *J Behav Med* 20:489-504
17. Marcenaro M, Prete C, Badini A, Sull A, Magi E, Cutolo M (1999) Rheumatoid arthritis, personality, stress response style, and coping with illness. A preliminary survey. *Ann NY Acad Sci* 876:419-425
18. Pincus T (2003) Psychological factors and rheumatoid arthritis. *Int J Adv Rheumatol* 1:58-63
19. Dickens C, McGowan L, Clark-Carter D, Creed F (2002) Depression in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosom Med* 64:52-60
20. Newman SP, Fitzpatrick R, Lamb R, Shipley M (1989) The origins of depressed mood in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 16:740-744
21. Wolfe F, Hawley DJ (1993) The relationship between clinical activity and depression in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 20:2032-2037
22. Covic T, Adamson BJ, Spencer D, Howe G (2003) A biopsychosocial model of pain and depression in rheumatoid arthritis: a 12-month longitudinal study. *Rheumatology (Oxford)* 42:1287-1294
23. Moos RH, Solomon GF (1964) Minnesota multiphasic personality inventory response patterns in patients with rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res* 26:17-28
24. Lumley MA, Stettner L, Wehmer F (1996) How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *J Psychosom Res* 41:505-518
25. Brady TJ (1998) Integration of stress research in rheumatoid arthritis: from Alexander to Zautra and back again. *Arthritis Care Res* 11:77-79
26. Gardiner BM (1980) Psychological aspects of rheumatoid arthritis. *Psychol Med* 10:159-163
27. Vollhardt BR, Ackerman SH, Schindldecker RD (1986) Verbal expression of affect in rheumatoid arthritis patients. A blind, controlled test for alexithymia. *Acta Psychiatr Scand* 74:73-79
28. Radanov BP, Schwarz HA, Frost SA, Augustiny KF (1997) Relationship between self-rated functional status and psychosocial stress in patients suffering from rheumatoid arthritis. *Psychother Psychosom* 66:252-257
29. Persson LO, Sahlberg D (2002) The influence of negative illness cognitions and neuroticism on subjective symptoms and mood in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 61:1000-1006
30. Stewart MW, Knight RG, Palmer DG, Highton J (1994) Differential relationships between stress and disease activity for immunologically distinct subgroups of people with rheumatoid arthritis. *J Abnorm Psychol* 103:251-258
31. Wolfe F (1999) Psychological distress and rheumatic disease. *Scand J Rheumatol* 28:131-136
32. Bond M (1992) An empirical study of defense styles: the Defense Style Questionnaire. In: Vaillant GE (ed) *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*. American Psychiatric Press, Washington DC
33. Bond M, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ (1983) Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 40:333-338
34. Bond MP, Vaillant JS (1986) An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. *Arch Gen Psychiatry* 43:285-288
35. Vaillant GE, Bond M, Vaillant CO (1986) An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Arch Gen Psychiatry* 43:786-794
36. Andrews G, Pollock C, Stewart G (1989) The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatry* 46:455-460
37. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, et al (1988) The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 31:315-324
38. Goldberg DP, Hillier VF (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 9:139-145
39. Chandarana PC, Eals M, Steingart AB, Bellamy N, Allen S (1987) The detection of psychiatric morbidity and associated factors in patients with rheumatoid arthritis. *Can J Psychiatry* 32:356-361
40. Jenkinson C, Fitzpatrick R (1990) Measurement of health status in patients with chronic illness: comparison of the Nottingham health profile and the general health questionnaire. *Fam Pract* 7:121-124
41. Garyfallos G, Karastergiou A, Adamopoulou A, Moutzoukis C, Alagiozidou E, Mala D, Garyfallos A (1991) Greek version of the General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr Scand* 84:371-378
42. Derogatis LR (1994) SCL-90-R: administration, scoring, and procedure manual, 3rd edn. National Computer Systems, MN
43. Parker JC, Buckelew SP, Smarr KL, Buescher KL, Beck NC, Frank RG, Anderson SK, Walker SE (1990) Psychological screening in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 17:1016-1021
44. Donias S, Karastergiou A, Manos N (1991) Standardization of the symptom checklist-90-R rating scale in a Greek population (in Greek with English abstract). *Psychiatriki* 2:42-48
45. Caine TM, Foulds GA, Hope K (1967) *Manual of hostility and direction of hostility questionnaire*. University of London Press, London
46. Economou M, Angelopoulos NV (1989) Dysthymic symptoms, hostility and scholastic achievement in a group of high school students. *Educ Psychol* 9:331-337
47. Angelopoulos NV, Drosos AA, Moutsopoulos HM (2001) Psychiatric symptoms associated with scleroderma. *Psychother Psychosom* 70:145-150
48. Vagenakis GA, Hyphantis TN, Papageorgiou C, Protonatarou A, Sgourou A, Dimopoulos PA, Mavreas V, Vagenakis AG, Georgopoulos NA (2004) Kallmann's syndrome and schizophrenia. *Int J Psychiatry Med* 34:379-390
49. Hyphantis TN, Triantafyllidis JK, Pappa S, Mantas C, Kaltsouda A, Cherakakis P, Alamanos Y, Manousos ON, Mavreas VG (2005) Defense mechanisms in inflammatory bowel disease. *J Gastroenterol* 40:24-30
50. Prevo ML, van't Hof MA, Kuper HH, van Leeuwen MA, van de Putte LB, van Riel PL (1995) Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 38:44-48
51. Priest RG (1976) The homeless person and the psychiatric services: an Edinburgh survey. *Br J Psychiatry* 128:128-136
52. Van der Heide A, Jacobs JW, van Albada-Kuipers GA, Kraaimaat FW, Greener R, Bijlsma JW (1994) Physical disability and psychological well being in recent onset rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2:28-32
53. Barlow JH, Cullen LA, Rowe IF (1999) Comparison of knowledge and psychological well-being between patients with a short disease duration (< or = 1 year) and patients with more established rheumatoid arthritis (> or = 10 years duration). *Patient Educ Couns* 38:195-203

54. Moutsopoulos HM, Skopouli FN, Sarras AK, Tsampoulas C, Mavridis AK, Constantopoulos SH, Maddison PG (1985) Anti Ro (SSA) positive rheumatoid arthritis (RA): a clinicoserological group of patients with high incidence of D-penicillamine side effects. *Ann Rheum Dis* 44:215-219
55. Boki KA, Panayi GS, Vaughan RW, Drosos AA, Moutsopoulos HM, Lanchbury JS (1992) HLA class II sequence polymorphisms and susceptibility to rheumatoid arthritis in Greeks. The HLA-DR beta shared-epitope hypothesis accounts for the disease in only a minority of Greek patients. *Arthritis Rheum* 35:749-755
56. Benazet JF, Reviron D, Mercier P, Roux H, Roudier J (1995) HLA-DRB1 alleles associated with rheumatoid arthritis in southern France. Absence of extraarticular disease despite expression of the shared epitope. *J Rheumatol* 22:607-610
57. McFarlane AC, Brooks PM (1988) An analysis of the relationship between psychological morbidity and disease activity in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 15:926-931
58. RG, Beck NC, Parker JC, Kashani JH, Elliott TR, Haut AE, Smith E, Atwood C, Brownlee-Duffeck M, Kay DR (1988) Depression in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 15:920-925
59. Murphy S, Creed F, Jayson MI (1988) Psychiatric disorder and illness behavior in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 27:357-363
60. Bond M (1995) The development and properties of the Defense Style Questionnaire. In: Conte HR, Plutchik (eds) *Ego defenses*. Wiley, New York, 212pp
61. Kernberg O (1967) Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc* 15:641-685

The role of psychological distress and personality variables in the disablement process in rheumatoid arthritis

M Bai¹, B Tomenson², F Creed², D Mantis¹, N Tsifetaki³, PV Voulgari³, AA Drosos³, TN Hyphantis^{1,2}

¹Consultation-Liaison Psychiatry Unit, Department of Psychiatry, Medical School, University of Ioannina, Ioannina, Greece, ²Psychiatry Research Group, Medical School, University of Manchester, Manchester, UK, and ³Rheumatology Clinic, Department of Internal Medicine, Medical School, University of Ioannina, Ioannina, Greece

Objective: To test whether psychological distress and personality variables mediate or moderate physical health-related quality of life (HRQOL) in rheumatoid arthritis (RA) patients.

Methods: In 168 RA patients the following self-report instruments were administered: the Health Assessment Questionnaire (HAQ), the General Health Questionnaire (GHQ), the Defence Style Questionnaire (DSQ), the Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ), and the Sense of Coherence (SOC) scale. A total of 152 patients with several rheumatological disorders [56 with systemic sclerosis (SSc), 56 with systemic lupus erythematosus (SLE) and 40 with Sjögren's syndrome (SS)] served as disease controls. The outcome measure was the physical scale of the World Health Organization Quality of Life Instrument, Short Form (WHOQOL-BREF). We used hierarchical regression to determine whether our data were consistent with the disablement process model.

Results: In RA patients, sense of coherence was associated with physical HRQOL but the relationship was mediated by psychological distress. Self-sacrificing defence style moderated the relationship between pain and physical HRQOL: pain was associated with impaired physical HRQOL only in patients with predominant self-sacrificing defence style. Although psychological distress and personality variables were also associated with physical HRQOL in the disease control group, the moderating effects of personality on physical HRQOL were unique to RA. Thus, in RA, psychological distress, functional disability, and the interaction term between pain and self-sacrificing defence style were independently associated with physical HRQOL.

Conclusions: In RA patients, psychological distress mediated the association of personality variables with physical HRQOL but personality moderated the effects of pain on physical HRQOL and this could be relevant to psychological interventions.

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic, disabling disease with significant impact on patients' quality of life. While joint pain, deformity, and loss of function are clearly related to patients' disability (1), it is less clear why people with similar disease severity levels or activity limitations report differences in disability status and quality of life (2, 3). It is evident that disability is a complex process and the study of psychological contributors to disease outcome could help us to improve our understanding with respect to individual differences in RA patients' disability and quality of life.

Although it is known that psychological distress is an independent predictor of health-related quality of life (HRQOL) in RA even after adjustment for severity

of arthritis and physical disability (4–7), the role of personality traits in relation to HRQOL is less clear, partly because of difficulties with the definition of 'personality'. Several personality variables and their complex interaction, however, seem to play a significant role in a disease process. Our previous research has shown that disease activity is connected with the defensive profile in RA and inflammatory bowel disease patients (8, 9), while ego mechanisms of defence have been shown to be indicators even of lowered survival in cancer patients (10). A strong sense of coherence, a health-promoting factor (11), has also been associated with health outcome (12–14) and with reduced rates of all-cause mortality (13). Finally, hostility has been shown to be a risk factor for ill health (14, 15), but its impact on HRQOL was found to be mediated through sense of coherence (14, 16).

There is, however, little research-based discussion on the association of these traits with HRQOL in RA patients (17–19). Living with RA is a severe psychological distress and it is likely that the patient's

Thomas Hyphantis, Department of Psychiatry, Medical School, University of Ioannina, 45110 Ioannina, Greece.
E-mail: tyfantis@cc.uoi.gr

Accepted 4 May 2009

predominant defence style may determine his or her psychological response. The response results from the activation of a cluster of defence mechanisms and is also associated with the patient's capacity to cope with health stressors (20–22). In this way, ego mechanisms of defence link sense of coherence with patients' resources and coping capacities. The study of these personality traits in relation to disease outcome may help us to better identify on which patient a disease parameter will have a major impact. Our previous research in scleroderma showed that both psychological distress and personality traits were strongly correlated with HRQOL and that, in particular, maladaptive defences and lower sense of coherence were strongly associated with diminished HRQOL (23). Thus, we examine here whether the same is true in RA.

In this study we aimed to test the specific hypothesis that, in arthritis patients, personality variables, namely defensive styles, hostility, and sense of coherence, are independent correlates of physical HRQOL after adjusting for potential confounders. We also tested whether these personality variables act as mediators or moderators in the disablement process model (2, 24) either alone or in conjunction with other disease-related variables, which are associated with physical HRQOL.

Methods

Patients and procedures

In this cross-sectional study the sample comprised consecutive patients with RA attending a follow-up clinic during a 1-year period at the Rheumatology Department of the University Hospital of Ioannina, which provides secondary and tertiary care for a population of 350 000. Diagnosis of RA was confirmed using the American College of Rheumatology (ACR) criteria (25). Exclusion criteria were the inability to read and write Greek, a history of psychotic illness, current alcohol, and/or drug abuse, or dementia. After complete description of the study to the 221 invited patients, 168 out of the 214 eligible patients agreed to participate in the study (response rate 78.5%) and a signed informed consent was obtained. No statistically significant differences were found in major demographic characteristics between the participants' and non-participants' groups.

To test whether the relationship of psychological distress and personality variables with physical HRQOL is unique to RA, we performed the same statistical analyses in a group of 152 patients suffering from other rheumatic diseases with years of attendance at the same Rheumatology Department, which served as 'disease controls'. This sample consisted of 56 patients with systemic sclerosis (SSc), 56 with systemic lupus erythematosus (SLE), and 40 with Sjögren's

syndrome (SS). These diseases were chosen because they share many similarities with RA (26) and have been used for comparison in other studies evaluating HRQOL in rheumatic diseases (27). Diagnoses of SSc, SLE, and SS were confirmed based on the respectively recommended criteria (28–31).

The demographic and clinical characteristics of the patients are described in Table 1. All the procedures followed were in accordance with the ethical standards on human experimentation (World Medical Association Helsinki Declaration) and of the local hospital's ethics committee (No. 20/14.02.2004).

The disablement process model

We examined the role of psychological distress and personality variables using the model of the disablement process in RA proposed by Escalante and del Rincón (2, 24). This model is based mainly on Verbrugge and Jette's (32) generic model of the disablement process, which in turn has its main foundation in the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (33) and the Saad Nagi scheme (34).

The model posits a main disease-disability pathway consisting of a series of consecutive linked events that occur as a consequence of the disease, and that culminate in disability (2). The main pathway consists of the following stages: Pathology → Impairments → Physical-function limitations → Disability (2, 32). This pathway is itself influenced by phenomena that are external to the disease, such as the genetic background, the social environment, or a maladaptive psychological response to illness (2). It has been suggested that disability theory should be extended to encompass the effects of disability on psychological well-being and quality of life (3). Therefore, based on the aforementioned disability process, we studied whether psychological distress and personality variables mediate or moderate patients' physical HRQOL.

In understanding the relative contributions to HRQOL of factors related to several physical and psychological parameters unique or external to the disease, it is useful to distinguish between mediators and moderators. A mediator variable is one that explains how and why another variable affects the outcome (29–31). For instance, does psychological distress mediate a relationship between pain and HRQOL? A moderator specifies on whom or under what conditions another variable will operate to produce the outcome (35–37). For example, is a relationship between pain and HRQOL different in males than in females or in people with different aspects of personality? Hence, gender or personality could be tested as moderators of the relationship between pain and HRQOL, but this can only be done

Table 1. Patients' characteristics and univariate comparisons between physical health-related quality of life (PhHRQOL) and major independent variables.

	Rheumatoid arthritis (n = 168)		Disease controls (n = 152)	
	Values	Univariate comparisons with PhHRQOL	Values	Univariate comparisons with PhHRQOL
Demographics				
Age (years)	54.9 ± 12.6	-0.173† **	50.0 ± 13.1	-0.262† ***
Years of education	7.3 ± 4.13	0.245‡ ***	6.32 ± 2.10	0.17‡ **
Female gender	140 (83.3)	n.s.§	132 (86.8)	n.s.§
Living alone	25 (14.9)	n.s.§	34 (22.4)	n.s.§
Pathology				
Disease duration (years)	13.9 ± 8.5	-0.167‡ **	12.6 ± 9.4	-0.154 *
ESR	27.1 ± 20.1	-0.182‡ **	21.8 ± 17.5	-0.098 ²
IgM rheumatoid factor – positive	144 (85.7)	n.s.§	–	–
Charlson's comorbidity index	0.13 ± 0.41	-0.032‡, n.s.	0.19 ± 0.56	-0.075‡
Physical impairment				
Number of tender joints	0.46 ± 1.36	-0.226‡ ***	–	–
Number of swollen joints	1.5 ± 2.65	-0.286‡ ***	–	–
Duration of morning stiffness	7.9 ± 24.8	-0.179‡ **	–	–
VAS pain	30.9 ± 20.1	-0.593† ***	30.7 ± 23.7	-0.585† ***
Medications				
Steroids	77 (45.8)	n.s.§	104 (68.4)	n.s.§
Anti-TNF	6 (3.6)	n.s.§	–	–
Methotrexate	83 (49.4)	n.s.§	99 (65.1)	n.s.§
Antidepressants	8 (4.8)	n.s.§	11 (7.2)	n.s.§

Values are given as mean ± s.d. or n (%).

†Pearson correlation coefficient; ‡Spearman correlation coefficient; §two-tailed t-tests; *** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05.

by testing each variable in turn as a moderator in a series of exploratory analyses (38). Therefore, the present procedures and analyses must be considered as 'exploratory' and 'hypothesis generating' rather than 'hypothesis testing' and the results should be presented as hypotheses for the researchers to consider in formulating future hypotheses and designing future studies (38). We carried out the present study with this in mind.

Figure 1 shows a graphical representation of the model tested in the present analysis. As we were interested in testing whether psychological variables mediate or moderate the relationship of disease parameters (e.g. pathology, physical impairment, or pain) with physical HRQOL, we added psychological distress and personality variables after the 'physical impairment' step of the disablement process. Additional hierarchical models were tested sequentially, to assess whether the mediation properties of personality or psychological distress could remain stable after entering the psychological distress or the functional disability in every next model, respectively. Finally, we also tested the moderator potential of personality variables.

Measures

We used the following scales and measures proposed by Escalante and del Rincón (24) for testing the main

disease–disability pathway adapted for the purposes of the current study.

Pathology. We included the Western erythrocyte sedimentation rate (ESR) measured within 1 week of the assessment, the presence or absence of immunoglobulin (Ig)M rheumatoid factor in the serum, and the duration of the disease as measures of the disease's pathogenic process (24).

Comorbidity. The patients' medical records were reviewed for coexisting medical diseases and these were scored using the general comorbidity scale developed by Charlson et al (39). The Charlson Index is the most extensively studied comorbidity index, and evidence based on studies representing more than 30 000 patients has validated this index in a wide variety of diseases for numerous clinical outcomes (40).

Physical impairment. Each patient recorded the severity of their pain on a visual analogue scale (VAS) from 0 to 100, with a higher score indicating more pain. In addition, we included the number of tender and swollen joints as assessed by the same clinician (NT) as well as the duration of morning stiffness.

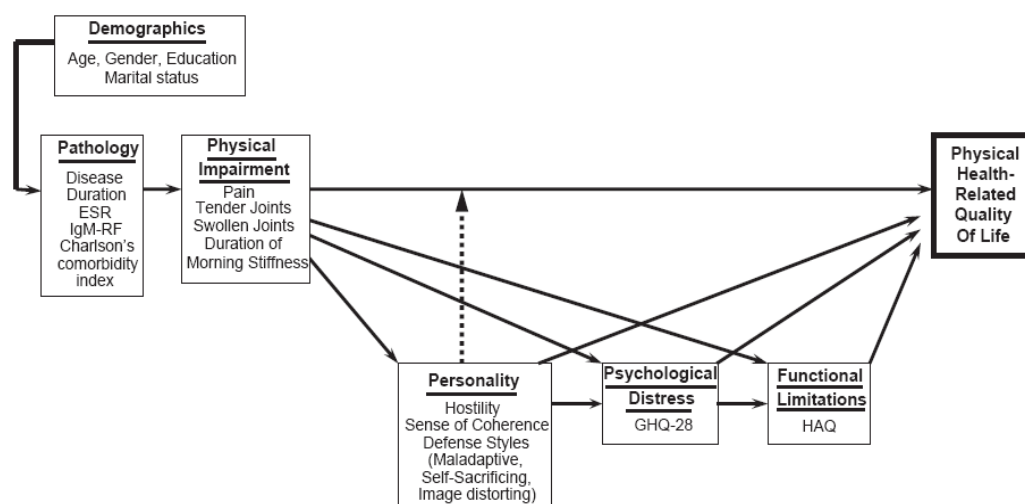


Figure 1. Diagram of the hierarchical model tested for investigating the relative contribution of several independent variables in the disablement pathway, focusing on the personality variables.

Medications. The current use of any category of anti-inflammatory, antirheumatic, or antidepressant agent was recorded from the patients' medical and pharmacy records. Each type of medication was examined separately for its effect on physical HRQOL.

Personality variables

Defence mechanisms. Ego mechanisms of defence are defined as 'automatic psychological processes that protect the individual against anxiety and from the awareness of internal or external dangers and stressors, mediating the individual's reactions to emotional conflicts and to internal or external stressors' (41). To measure the patients' defensive profile we used the Defence Style Questionnaire (DSQ). This is an 88-item rating scale that is designed to estimate behaviour indicating four defence styles (42). 'Maladaptive action' style indicates the participants' inability to deal with their impulses by taking constructive action on their own behalf. The essence of 'image distorting' style is the splitting of the image of self and other into good and bad and into strong and weak. 'Self-sacrificing' style reflects a need to perceive one's self as being kind, helpful to others, and never angry, and 'adaptive' style consists of the regarded 'mature' defences of humour, suppression, and sublimation (42, 43). Each item is rated on a nine-point Likert interval scale. The validity of DSQ is established (43) and evidence suggests that it predicts outcome of psychodynamic psychotherapy (44). It has been widely used with Greek medical and rheumatic patients (8, 9, 23) and maladaptive defence DSQ styles have been associated with diminished HRQOL in scleroderma patients (23).

Hostility: The Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ) (45) was used. This provides a measure of hostility that reflects an attitudinal personality trait and shows the participant's reaction to frustrating occurrences. The HDHQ has been used in the Greek population and with medical patients (8, 9, 23) and hostility, as measured by HDHQ, was strongly negatively associated with physical health QOL in SS patients (23).

Sense of coherence (SOC). Sense of coherence has been defined as a global orientation based on a person's pervasive confidence that internal and external stimuli are structured and predictable; that the resources needed to meet these demands are available; and that these demands are seen as challenges, worthy of investment, and engagement (11). The SOC scale is regarded a reliable, valid, and cross-culturally applicable instrument measuring how people manage stressful situations and stay well (46). We used the SOC-29 version, which has been translated and standardized for the Greek population (47). SOC predicts a positive outcome in long-term perspective in various mental or physical illnesses (46) and our previous findings showed that SOC was associated with several aspects of HRQOL in scleroderma patients (23).

Psychological distress

The 28-item General Health Questionnaire (GHQ-28) (48) was used. The GHQ-28 consists of 28 items belonging to four clusters: (a) somatic symptoms of depression, (b) anxiety and insomnia, (c) social dysfunction, and (d) depressive feelings. The GHQ-28 has been widely used in rheumatic diseases (49) and it

has been standardized for the Greek population (50). We have shown previously that all the GHQ-28 subscales were strongly associated with all aspects of HRQOL in patients with SSc (23).

Functional limitations

For the measurement of patients' functional ability, the Short Health Assessment Questionnaire (HAQ) was used, which has been shown to be reliable and valid in different languages and contexts (51). The HAQ is composed of 20 items and there are eight categories, each of which has at least two component questions (dressing and grooming, arising, eating, walking, hygiene, reach, grip, and common daily activities). The Greek translation of the HAQ was used (Health Outcomes Group, San Francisco, CA, USA). The HAQ has been found to be one of the most powerful predictors of HRQOL in RA (52).

Outcome

HRQOL was assessed using the World Health Organization Quality of Life Instrument, Short-Form (WHOQOL-BREF) (53, 54), which has four domains of HRQOL: physical health, psychological health, social relationships, and environment-related quality of life. As the focus of our study was the patients' physical disability, we used the physical HRQOL domain as outcome measure, as this domain has shown greater standardized response mean than HAQ and might have increased statistical power in detecting change in RA patients (55). There are seven items in the physical subscale. Each item is rated on a five-point Likert interval scale and the scores are transformed on a scale from 0 to 100. A higher score indicates better physical HRQOL. Domain scores produced by the WHOQOL-BREF correlate highly with the longer version of the instrument domain scores (WHOQOL-100) and demonstrated good discriminant validity, content validity, internal consistency, and test-retest reliability, providing a valid and reliable alternative to WHOQOL-100 (53). In addition, data obtained from a survey of adults carried out in 23 countries including Greece showed that WHOQOL-BREF has good to excellent psychometric properties, indicating that it is a cross-culturally valid assessment of QOL (54). The WHOQOL-BREF has been found to have adequate test-retest reliability, internal consistency, and factor structure in people with RA and evidence suggest that it should be considered a valid outcome measure for interventions that aim to improve quality of life for people with this disease (55). We have previously used the Greek version of the WHOQOL-BREF (54, 56) as an outcome measure of HRQOL in Greek scleroderma patients (23).

Statistical analyses

All the statistical analyses were performed using SPSS version 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) for Windows. Summary statistics for all variables were calculated. Normality was tested by the Kolmogorov-Smirnov test (57). Univariate comparisons were first conducted to assess the independent relationships between independent variables and physical HRQOL. Two-tailed t-tests were carried out for dichotomous variables, and Pearson's or Spearman's correlations were calculated for continuous variables, as appropriate (57).

Selection of independent variables for subsequent hierarchical regression analyses was based on the results of the univariate analyses. Variables that were significant at a 0.01 level were entered in the equations as independent variables. As there was a large number of personality variables, preliminary separate multiple regression analysis was performed with physical HRQOL as the dependent variable and the DSQ, HDHQ, and SOC scores as independent variables, in order to determine the most important personality variables associated with physical HRQOL and to reduce problems with multicollinearity.

Mediation and moderation

According to Kraemer et al (36, 37), for a variable (B) to be a mediator of the effect of another variable (A) on outcome (C), there must be temporal precedence (with A preceding B), B must be associated with outcome (C), and either the effect of A on C be dominated by B (total mediation) or A and B be codominated (partial mediation). To be a moderator, a variable (A) must be a background characteristic that can be shown to have an interactive effect with another variable (B) on the outcome. An interactive effect means that the effect of B on individual subsets depends on their value of A. If A is a baseline variable that identifies subgroups of patients (e.g. age, sex, defensive style), then A indicates on whom the variable of interest may have the most significant effects (37, 38).

In the present study, statistical tests of mediation were first conducted for possible mediators of physical HRQOL. We used hierarchical regression to estimate the amount of variance explained by each of the groups of variables entered in each step of our model. The independent variables were those demographic data, pathology, impairment, personality, psychological distress, and functional limitations that were significantly associated with physical HRQOL in univariate analyses at a 0.01 level. Physical HRQOL was the dependent variable. Colinearity between independent variables was tested based on variance inflation factors (VIFs) and tolerances for individual variables (58).

To test whether variables that identify subgroups of patients (i.e. sex, age, defence style, high or low hostile or coherent patients) were potential moderators of the relationship between disease parameters and physical HRQOL, the raw scores of the variables were standardized (i.e. converted to z-scores). To demonstrate moderation, we would have to show a significant interaction between the moderator (e.g. the defensive style) and disease parameters (38). Simple regression lines were plotted to probe the significant interactions effects and hierarchical multiple regression analyses were performed to quantify moderator effects (58). The standardized predictor and moderator variables were then multiplied to yield an interaction variable. The independent variables were entered into the equation in two steps. In the first step, the appropriate predictor and moderator variables were entered separately, followed in the final step by the interaction variable (37, 58). Physical HRQOL was the outcome variable.

Moderated mediation

Additional hierarchical regression analyses were performed, similar to the former analyses performed for mediators, but adding an additional model that included the interaction terms between the mediator and the moderator variables, in order to include main and interactive effects of moderator in the definition of a mediator (37).

Results

Preliminary analyses

Univariate analyses revealed that a number of variables correlated with physical HRQOL in both groups of patients (Table 1). In addition to the anticipated demographic and disease-related variables, numerous personality variables were associated with physical HRQOL (Table 2). In RA, multiple regression analysis with physical HRQOL as the dependent variable and personality variables as independent variables showed that self-sacrificing defence style ($b = -0.212$, $p = 0.016$) and sense of coherence ($b = 0.188$, $p = 0.032$) were the variables most closely associated with physical HRQOL ($R_{Adj}^2 = 0.097$, $p < 0.032$). None of the hostility measures were significant independent predictors and were not included in the final regression equation (data not shown). Thus, self-sacrificing defence style and sense of coherence were the variables that were entered in the corresponding step of the subsequent hierarchical regression analysis presented in Table 3.

Mediation analyses

Table 3 shows that, in RA patients, the major demographic variables (model 1) and 'pathology' parameters (model 2) explained 4.7% of the variance in the physical HRQOL scale ($p = 0.04$). Addition of 'physical impairment' variables increased the variance explained by 32.6% (model 3) and addition of personality variables (model 4) increased it by 2.9% ($p = 0.033$); sense of coherence was the only variable that was significantly associated with physical HRQOL.

The addition of GHQ-28 total score (model 5) increased the adjusted R^2 by 5.6% ($p = 0.001$). The significance of pain remained stable, but sense of coherence was no longer statistically significant. Thus, psychological distress mediated totally the relationship between personality (i.e. the sense of coherence) and physical HRQOL. Finally, the addition of HAQ score added an additional 4.2% ($p = 0.003$) of the variance in physical HRQOL scale (model 6). Pain and psychological distress remained stable and significant, indicating that pain, psychological distress, and functional limitations were all independently associated with physical HRQOL.

As shown in Table 4, the same analysis performed in the disease control group (i.e. patients with other rheumatological disorders) showed that the major demographic variables (model 1), the 'pathology' parameters (model 2) and the 'physical impairment' variables, explained 27.1% of the variance in the physical HRQOL scale ($p < 0.005$). Age and pain were the variables most closely associated with physical HRQOL. Addition of GHQ-28 score increased the variance explained by 6.9% (model 4) and addition of personality variables (model 5) increased it by 2.2% ($p = 0.033$); sense of coherence was significantly associated with physical HRQOL. The significance of pain remained stable, but psychological distress was no longer statistically significant. Thus, sense of coherence mediated totally the relationship between psychological distress and physical HRQOL. Finally, the addition of HAQ score added an additional 14.4% ($p = 0.002$) of the variance in physical HRQOL scale (model 6). Age, pain, and sense of coherence remained stable and significant, indicating that age, pain, sense of coherence, and functional limitations were all independently associated with physical HRQOL.

Moderator analyses

Of the analyses performed to assess potential moderators of the relationship between pain and physical HRQOL, only one showed a significant moderator effect in RA patients, which was a significant

Table 2. Patients' psychological characteristics, functional limitations, and physical health-related quality of life (PhHRQOL) and univariate comparisons between PhHRQOL and major independent variables.

	Rheumatoid arthritis (n = 168)		Disease controls (n = 152)	
	Values	Univariate comparisons with PhHRQOL†	Values	Univariate comparisons with PhHRQOL†
Personality				
DSQ maladaptive action	3.88 ± 1.26	-0.235 ***	3.83 ± 1.44	-0.119
DSQ image distorting	3.68 ± 1.35	-0.215 ***	3.78 ± 1.35	-0.147
DSQ self-sacrificing	4.74 ± 1.29	-0.248 ***	5.22 ± 1.45	-0.175 *
DSQ adaptive	4.79 ± 1.51	0.042	4.93 ± 1.52	0.052
HDHQ total hostility	18.63 ± 7.34	-0.209 **	18.49 ± 7.83	-0.137
Sense of coherence	131.4 ± 26.74	0.247 ***	135.6 ± 30.3	0.249 ***
Psychological distress (GHQ-28)	51.59 ± 12.25	-0.553 ***	52.15 ± 14.73	-0.290 ***
Functional limitations (HAQ)	0.67 ± 0.69	-0.410 ***	0.38 ± 0.61	-0.522 ***
PhHRQOL	55.89 ± 17.58	-	49.28 ± 23.51	-

Values are given as mean ± s.d.

†Pearson correlation coefficients; *** p < 0.001; ** p < 0.01; * p < 0.05.

interaction between self-sacrificing defence style and pain. On the contrary, none of the analyses showed a significant moderator effect in the group of patients with other rheumatological disorders. As shown in Figure 2A, in RA, the slope of the relationship between pain and physical HRQOL is steeper for the people with a high rather than a low self-sacrificing score (Pearson correlation coefficients: -0.78 and -0.34, respectively). By contrast, in the disease control group (Figure 2B), the slope of this relationship is almost parallel for both patients with high and

low self-sacrificing scores, indicating that self-sacrificing defence style did not moderate the relationship of pain with physical HRQOL.

In a further hierarchical linear regression analysis in RA, self-sacrificing defence style was found to be a significant moderator in the relationship between pain and physical HRQOL, as the interaction term (pain × self-sacrificing) had a beta coefficient of -0.316 (Table 5, model 2), indicating that, in RA, the relationship between pain and physical HRQOL was significantly greater for patients with high

Table 3. Hierarchical models of the factors associated with the RA patients' physical health-related quality of life (PhHRQOL).

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6
Demographics						
Age	-0.118	-0.082	-0.083	-0.082	-0.052	-0.006
Gender	0.064	0.075	0.004	0.018	0.022	0.057
Education	0.081	0.049	0.035	0.032	0.050	0.051
Pathology						
Disease duration	-	-0.188 *	-0.118	-0.141	-0.120	-0.125
ESR	-	-0.151 *	-0.078	-0.083	-0.095	-0.092
Physical impairment						
VAS pain	-	-	-0.624 ***	-0.575 ***	-0.459 ***	-0.358 ***
Number of tender joints	-	-	-0.007	-0.038	-0.083	-0.089
Number of swollen joints	-	-	-0.039	-0.054	-0.111	-0.122
Duration of morning stiffness	-	-	-0.049	-0.046	-0.075	-0.086
Personality						
Self-sacrificing defence style	-	-	-	-0.102	-0.048	-0.022
Sense of coherence	-	-	-	0.164 **	0.013	0.019
Psychological distress						
GHQ total	-	-	-	-	-0.341 ***	-0.337 ***
Functional limitations						
HAQ score	-	-	-	-	-	-0.245 ***
Adjusted R ² of model	0.008	0.047	0.373	0.402	0.458	0.500
Incremental adjusted R ²	0.008	0.039	0.326	0.029	0.056	0.042
Significance of F change	0.281	0.041	<0.0005	0.033	0.001	0.003

Independent variables were sequentially entered in linear regression models in which the dependent variable was the PhHRQOL. Values shown are standardized (beta) regression coefficients. Identification of multicollinearity was based on variance inflation factors (VIFs) and tolerances. All the VIFs for individual variables were less than 2 and all tolerances were close to 1.

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

Table 4. Hierarchical models of the factors associated with the disease control group patients' physical health-related quality of life (PhHRQOL).

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6
Demographics						
Age	-0.241 **	-0.226 **	-0.152 *	-0.158 *	-0.190 **	-0.190 **
Gender	0.004	0.006	0.003	0.008	0.005	0.005
Education	0.049	0.047	0.032	0.023	0.018	0.014
Pathology						
Disease duration	-	-0.082	-0.064	-0.060	-0.054	-0.054
Physical Impairment						
VAS pain	-	-	-0.483 ***	-0.444 ***	-0.448 ***	-0.450 ***
Psychological distress						
GHQ total	-	-	-	-0.160 *	-0.075	-0.076
Personality						
Self-sacrificing defence Style	-	-	-	-	-0.025	-0.024
Sense of coherence	-	-	-	-	0.168 *	0.166 *
Functional limitations						
HAQ score	-	-	-	-	-	-0.223 **
Adjusted R ² of model	0.050	0.050	0.271	0.290	0.312	0.456
Incremental adjusted R ²	0.050	0.000	0.221	0.069	0.022	0.144
Significance of F change	0.014	0.312	<0.0005	0.031	0.018	0.002

Independent variables were sequentially entered in linear regression models in which the dependent variable was the PhHRQOL. Values shown are standardized (beta) regression coefficients. Identification of multicollinearity was based on variance inflation factors (VIFs) and tolerances. All the VIFs for individual variables were less than 2 and all tolerances were close to 1.

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

self-sacrificing defence style than for those with low self-sacrificing style. The same analysis performed in the disease control group showed non-significant results (data not shown).

Analyses of the interaction

When the regression analysis shown in Table 3 was repeated including the pain \times self-sacrificing interaction term, the addition of the new variable

increased the adjusted R² of the model from 40.2% to 43.7% ($p = 0.007$); the contribution of pain was reduced, although it remained significant (Table 6, model 5). The addition of GHQ-28 total score (model 6) led to pain becoming non-significant but the pain and self-sacrificing interaction remained a powerful correlate of physical HRQOL. In the final model (model 7) psychological distress, functional disability, and the interaction between pain

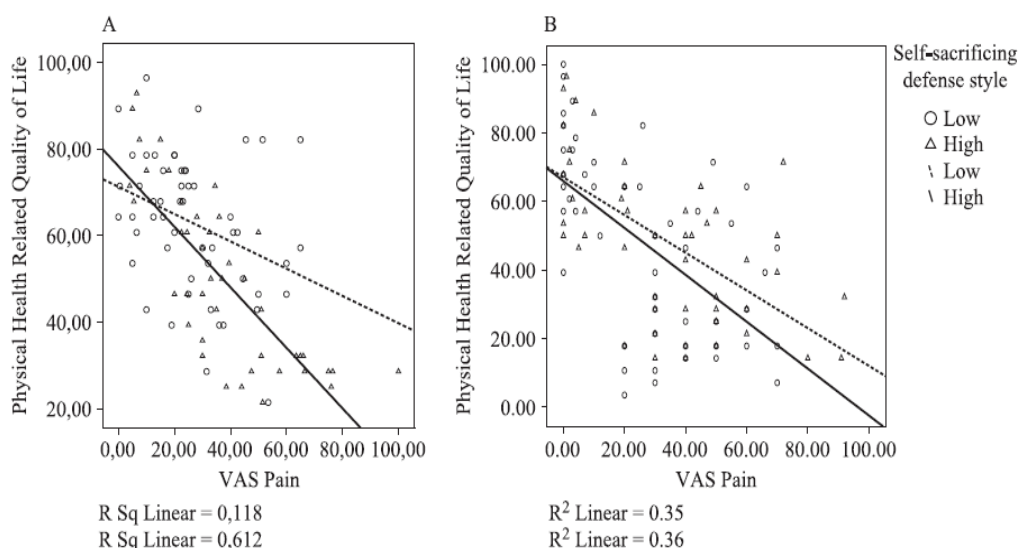


Figure 2. Scatterplots showing lines of best fit for high and low self-sacrificing patients: (A) the disease control group ($n = 152$); (B) rheumatoid arthritis patients ($n = 168$). Self-sacrificing was dichotomized according to Bond's suggestions (25): subjects are deemed to score high on self-sacrificing defence style if their score is 0.5 s.d. above the mean and low if it is 0.5 s.d. below the mean on that style.

Table 5. Hierarchical multiple regression analysis to examine whether self-sacrificing defence style is a moderator of the relationship between pain and physical health-related quality of life (PhHRQOL) in RA patients.

	Model 1	Model 2
(z) VAS pain	-0.564 ***	-0.302 **
(z) Self-sacrificing defence style	-0.172 **	-0.172 **
(z) Self-sacrificing × pain interaction	-	-0.316 ***
Adjusted R ² of model	0.373	0.401
Incremental adjusted R ²	0.373	0.028
Significance of F change	0.001	0.007

and self-sacrificing defence style were all independently associated with physical HRQOL.

Discussion

The results of the present study show that both psychological distress and personality variables are involved in the disablement process in RA, but the former mediates and the latter moderate the effects of the disease on physical HRQOL. Although we found that psychological distress and personality variables also seem to play a role in the disablement process in patients with other rheumatological diseases, the moderating effects of personality on physical HRQOL seem to be unique to RA. Previous studies

have included personality variables as predictors of disability or HRQOL in RA patients, but the findings have been conflicting (8, 24, 59, 60). To our knowledge, this is the first study that has examined the possible moderating effects of personality variables on physical HRQOL. Neuroticism predicts psychological distress in RA (61) and such distress contributes with pain and functional limitations to HRQOL (4-7,52,62), but few such studies have analysed personality variables in conjunction with all these other relevant variables (63).

Our first finding was that the association between hostility and physical HRQOL was mediated totally by sense of coherence, confirming the results of previous studies (14,16). We then discovered that the relationship of sense of coherence with physical

Table 6. Hierarchical models of the factors associated with the RA physical health-related quality of life (PhHRQOL), including the interaction between pain and defence style used.

	Model 1	Model 2	Model 3	Model 4	Model 5	Model 6	Model 7
Demographics							
Age	-0.118	-0.082	-0.083	-0.082	-0.096	-0.066	-0.024
Gender	0.064	0.075	0.004	0.018	0.002	0.001	0.034
Education	0.081	0.049	0.035	0.032	0.020	0.038	0.041
Pathology							
Disease duration	-	-0.188 *	-0.118	-0.141	-0.145	-0.123	-0.127
ESR	-	-0.151 *	-0.078	-0.083	-0.085	-0.097	-0.094
Physical impairment							
VAS pain	-	-	-0.624 ***	-0.575 ***	-0.299 **	-0.171	-0.127
Number of tender joints	-	-	-0.007	-0.038	-0.028	-0.074	-0.081
Number of swollen joints	-	-	-0.039	-0.054	-0.062	-0.091	-0.089
Duration of morning stiffness	-	-	-0.049	-0.046	-0.040	-0.070	-0.080
Personality							
Self-sacrificing defence style	-	-	-	-0.102	-0.133	-0.079	-0.052
Sense of coherence	-	-	-	0.164 **	0.147 *	0.009	0.001
Interaction of personality with pain							
Pain × self-sacrificing interaction	-	-	-	-	-0.339 ***	-0.331 ***	-0.298 **
Psychological distress							
GHQ total	-	-	-	-	-	-0.349 ***	-0.344 ***
Functional limitations							
HAQ score	-	-	-	-	-	-	-0.211 ***
Adjusted R ² of model	0.008	0.047	0.373	0.402	0.437	0.498	0.527
Incremental adjusted R ²	0.008	0.039	0.326	0.076	0.035	0.061	0.029
Significance of F change	0.281	0.041	<0.0005	0.033	0.007	<0.0005	0.008

Independent variables were sequentially entered in linear regression models in which the dependent variable was the PhHRQOL. Values shown are standardized (beta) regression coefficients. Identification of multicollinearity was based on variance inflation factors (VIFs) and tolerances. All the VIFs for individual variables were less than 2 and all tolerances were close to 1.

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

HRQOL was totally mediated by psychological distress only in RA patients. This is a new finding, which means that our main hypothesis was rejected; no personality variable had an independent association with physical HRQOL in RA.

Our second finding was the main new one: self-sacrificing defence style moderated the relationship between pain and physical HRQOL only in RA patients: pain was associated with impaired physical HRQOL only in RA patients with predominant self-sacrificing defence style. The association between this interaction (pain \times self sacrificing) and physical HRQOL was so strong that it displaced pain when entered into the regression analysis. We assume that a self-sacrificing defence style precedes the onset of RA as self-sacrificing is considered to be a stable personality trait (44).

The essence of a self-sacrificing defence style is the need to perceive oneself as being kind, helpful to others, and never angry. This defence style is, presumably, seriously challenged when the individual is faced with a chronic, painful condition such as RA and functional limitations and psychological distress occur. Thus, during the disablement process it is pain, psychological distress, and functional limitations that determine physical HRQOL directly whereas our findings indicate in which RA patients the mediating effects of pain on physical HRQOL will have the greatest impact: the RA patient who has a self-sacrificing defence style.

Although we found that the moderating effect of self-sacrificing on the relationship between pain and physical HRQOL is unique to RA, the fact that personality is linked, in general, to outcome of a physical illness is not unique to RA. In irritable bowel syndrome (IBS) patients, those with a diarrhoea-predominant symptom pattern and those with longer disease duration reported that they were more excessively affiliative and self-sacrificing (try too hard to please others; describe themselves as overly permissive, caring, and generous in relating to others) than do their counterparts (64). Such personality characteristics appear to be ill-suited to the process of coping with disabling disease. Self-sacrificing defence style has been associated with depression and suicide (65) and individuals with self-sacrificing interpersonal profile may have deficits in appropriate emotion regulation skills (66), which in turn it might affect long-term health problems (67). Although defence styles are relative stable aspects of personality, they are also modifiable by psychodynamic psychotherapy (44).

In our model we used the HAQ as a measure of functional limitations within the context of the disablement process model, as suggested previously (60), as the majority of the HAQ items reflect functional limitations as defined by the disablement

process model (i.e. difficulty in reaching, gripping, and arising). We incorporated the HAQ as one of many predictors of the way RA affects a person's daily life, namely the HRQOL. In this way our model differs from those who have used the HAQ as an outcome measure (24).

The strengths of our study include the reasonably high response rate (78%) and we could show no statistically significant differences between responders and non-responders. In addition, our secondary and tertiary hospital provides care to the majority of the RA patients of the catchment area, suggesting that we recruited a representative sample of people with RA. Although we think it is unlikely, we cannot exclude the possibility that particularly severe or mild RA was under-represented as such patients might not visit rheumatologists for care.

The main limitation of our study lies in the cross-sectional design. The findings need to be replicated in a prospective study. Consequently, the current mediation and moderator analyses should be regarded as hypothesis generating rather than hypothesis testing. Moreover, the drawback of using only self-report measures of independent psychological predictors and outcome physical HRQOL means that we cannot refute the criticism that an underlying response style might have led to our results. In addition to this, the DSQ used is an attempt to describe an inferred intrapsychic phenomenon that may be out of a subject's awareness, an attempt that is fraught with difficulty (42). A review of published studies, however, indicates strong evidence that adaptiveness of defence style, as measured by the DSQ, correlates with mental health and change (43). It is also possible that other factors not included in the present study, such as social support, may have a mediating or moderating effect in physical HRQOL. However, we did use well-recognized instruments for all our measures and we followed the operational framework of Kreamer et al (36-38) for defining moderation and moderator effects.

In conclusion, the results of the present study support Escalante and del Rincon's RA disablement process model and add further evidence regarding the effects of psychological external modifiers (i.e. psychological distress and personality traits) on the disablement process. Psychological distress mediated the association of personality variables with physical HRQOL and should be amenable to specific treatment. Personality traits (i.e. self-sacrificing defence style) moderated the effects of pain on physical HRQOL, after controlling for all potential confounders, and because patients with high scores in self-sacrificing defence style can improve with psychodynamic psychotherapy (44), our findings might be relevant to psychological interventions aimed at modifying defence style. Further longitudinal studies

are needed that use the mediation and moderation analyses in a similar way to the present study and include additional psychosocial factors, such as social support, to develop further the disablement process model to predict HRQOL in RA patients. This might provide key targets to address the potential psychological parameters that need to be treated to improve RA patients' HRQOL.

References

- Sherrer YS, Bloch DA, Mitchell DM, Young DY, Fries JF. The development of disability in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1986;29:494-500.
- Escalante A, del Rincón I. The disablement process in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2002;47:333-42.
- Yelin EH, Katz PP. Focusing interventions for disability among patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2002;47:231-3.
- Wolfe F. Psychological distress and rheumatic disease. *Scand J Rheumatol* 1999;28:131-6.
- 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;51:713-9.
- 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;23:783-8.
- 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;35:175-81.
- Hyphantis T, Bai M, Siafaka V, Georgiadis AN, Voulgari PV, Mavreas V, et al. Psychological distress and personality traits in early rheumatoid arthritis: a preliminary survey. *Rheumatol Int* 2006;26:828-36.
- Hyphantis TN, Triantafyllidis JK, Pappa S, Mantas C, Kaltsouda A, Cherakakis P, et al. Defense mechanisms in inflammatory bowel disease. *J Gastroenterol* 2005;40:24-30.
- Beresford TP, Alfors J, Mangum L, Clapp L, Martin B. Cancer survival probability as a function of ego defense (adaptive) mechanisms versus depressive symptoms. *Psychosomatics* 2006;47:247-53.
- Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well.* San Francisco: Jossey-Bass Inc; 1987.
- Suominen S, Helenius H, Blomberg H, Uutela A, Koskenvuo M. Sense of coherence as predictor of subjective state of health: results of 4 years of follow-up of adults. *J Psychosom Res* 2001;50:77-86.
- Surtees P, Wainwright N, Luben R, Khaw K-T, Day N. Sense of coherence and mortality in men and women in the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *Am J Epidemiol* 2003;158:1202-9.
- Julkunen J, Ahlström R. Hostility, anger, and sense of coherence as predictors of health-related quality of life. Results of an ASCOT substudy. *J Psychosom Res* 2006;61:33-9.
- Everson SA, Kauhanen J, Kaplan GA, Goldberg DE, Julkunen J, Tuomilehto J, et al. Hostility and increased risk of mortality and acute myocardial infarction: the mediating role of behavioral risk factors. *Am J Epidemiol* 1997;146:142-52.
- Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Nurmi J-E, Feldt T, Keltikangas-Järvinen L, et al. Sense of coherence as a mediator between hostility and health: seven-year prospective study on female employees. *J Psychosom Res* 2002;52:239-47.
- Evers AW, Kraaijaat FW, Geenen R, Jacobs JW, Bijlsma JW. Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behav Res Ther* 2003;41:1295-310.
- Eurenius E, Brodin N, Lindblad S, Opava CH. PARA Study Group. Predicting physical activity and general health perception among patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2007;34:10-5.
- Keefe FJ, Brown GK, Wallston KA, Caldwell DS. Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain* 1989;37:51-6.
- Lindström B, Eriksson M. Salutogenesis. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:440-2.
- Vaillant GE. *Ego mechanisms of defense. A guide for clinicians and researchers.* Washington, DC: American Psychiatric Press; 1992.
- Sartorius N, Jablensky A, Regier DA. *Sources and traditions of classification in psychiatry.* Toronto: Hogrefe and Huber; 1990.
- 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;37:81-92.
- Escalante A, del Rincón I. How much disability in rheumatoid arthritis is explained by rheumatoid arthritis? *Arthritis Rheum* 1999;42:1712-21.
- Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, et al. The American Rheumatism Association revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* ;31 1987;1988:315-24.
- Danieli E, Airo P, Bettoni L, Cinquini M, Antonioli Ch, Cavazzana I, et al. Health-related quality of life measured by the Short Form 36 (SF 36) in systemic sclerosis: correlations with indexes of disease activity and severity, disability and depressive symptoms. *Clin Rheumatol* 2005;24:48-54.
- Strombeck B, Ekdahl C, Mantorpe R, Wilkstrom I, Jacobsson L. Health-related quality of life in primary Sjögren's syndrome, rheumatoid arthritis and fibromyalgia compared to normal population data using SF-36. *Scand J Rheumatol* 2000;29:20-8.
- Preliminary criteria for the classification of systemic sclerosis (scleroderma). Subcommittee for scleroderma criteria of the American Rheumatism Association Diagnostic and Therapeutic Committee. *Arthritis Rheum* 1980;23:581-90.
- Tan EM, Cohen AS, Fries JF, Masi AT, McShane DJ, Rothfield NF, et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1982;25:1271-7.
- Hochberg MC. Updating the American College of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1997;40:1725.
- Vitali C, Bombardieri S, Jonsson R, Moutsopoulos HM, Alexander EL, Carsons SE, et al. European Study Group on Classification Criteria for Sjögren's Syndrome. Classification criteria for Sjögren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group. *Ann Rheum Dis* 2002;61:554-8.
- Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med* 1994;38:1-14.
- International classification of impairments, disabilities and handicaps. Geneva: World Health Organization, 1980.
- Nagi SZ. Disability concepts revised: implications for prevention. In: Pope AM, Tarlov AR, editors. *Disability in America: toward a national agenda for prevention.* Division of Health Promotion and Disease Prevention, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press; 1991:309-27.

35. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 1986; 51:1173-82.
36. Kraemer HC, Stice E, Kazdin A, Offord D, Kupfer D. How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *Am J Psychiatry* 2001;158:848-56.
37. Kraemer HC, Wilson GT, Fairburn CG, Agras WS. Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:877-83.
38. Kraemer HC, Frank E, Kupfer DJ. Moderators of treatment outcomes: clinical, research, and policy importance. *J Am Med Assoc* 2006;296:1286-9.
39. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis* 1987;40:373-83.
40. de Groot V, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter LM. How to measure comorbidity. A critical review of available methods. *J Clin Epidemiol* 2003;56:221-9.
41. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edn. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
42. Bond M. An empirical study of defense styles: the Defense Style Questionnaire. In: Vaillant GE, editor. *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1992:139-40.
43. Bond M. Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. *Harv Rev Psychiatry* 2004; 12:263-78.
44. Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *Am J Psychiatry* 2004;161:1665-71.
45. Caine TM, Foulds GA, Hope K. *Manual of hostility and direction of hostility questionnaire*. London: University of London Press; 1967.
46. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:460-6.
47. Karalis I, Langius A, Tsirogianni M, Faresjö T, Nettelbladt P, Lionis C. [The translation-validation of the sense of coherence scale into Greek and its use in primary health care], in Greek. *Arch Hell Med* 2004;21:195-203.
48. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979;9:139-45.
49. 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; 32:356-61.
50. Garyfallos G, Karastergiou A, Adamopoulou A, Moutzoukis C, Alagiozidou E, Mala D, et al. Greek version of the General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:371-8.
51. Bruce B, Fries JF. The Stanford Health Assessment Questionnaire: a review of its history, issues, progress, and documentation. *J Rheumatol* 2003;30:167-78.
52. 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;33:1936-41.
53. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med* 1998;28:551-8.
54. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. WHOQOL Group. 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;13:299-310.
55. 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;51:350-7.
56. Ginieri-Cocossis M, Triantafyllou E, Antonopoulou V, Tomaras B, Christodoulou G. [Quality of life in relation to WHOQOL-100 questionnaire], in Greek. Athens: Beta Medical Arts, 2001.
57. Altman DG. *Practical statistics for medical research*. London: Chapman and Hall; 1991:285.
58. Miles J, Shevlin M. *Applying regression and correlation*. London: Sage; 2003. p. 165-91.
59. Strating MM, Van Schuur WH, Suurmeijer TP. Predictors of functional disability in rheumatoid arthritis: results from a 13-year prospective study. *Disabil Rehabil* 2007; 29:805-15.
60. Holm MB, Rogers JC, Kwok CK. Predictors of functional disability in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 1998;11:346-55.
61. Evers AW, Kraaijaat FW, Geenen R, Jacobs JW, Bijlsma JW. Longterm predictors of anxiety and depressed mood in early rheumatoid arthritis: a 3 and 5 year follow up. *J Rheumatol* 2002;29:2327-36.
62. Katz PP, Morris A, Yelin EH. Prevalence and predictors of disability in valued life activities among individuals with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2006;65:763-9.
63. Schnyder U, Buchi S, Mörgeli H, Sensky T, Klaghofer R. Sense of coherence: a mediator between disability and handicap? *Psychother Psychosom* 1999;68:102-10.
64. Lackner JM, Gurtman MB. Patterns of interpersonal problems in irritable bowel syndrome patients: a circumplex analysis. *J Psychosom Res* 2005;58:523-32.
65. Chance SE, Reviere SL, Rogers JH, James ME, Jessee S, Rojas L, et al. An empirical study of the psychodynamics of suicide: a preliminary report. *Depression* 1996;4:89-91.
66. Horowitz LM, Alden LE, Wiggins JS, Pincus AL. *The inventory of interpersonal problems (IIP)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 2000.
67. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychol Bull* 2002;128:230-66.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Χριστοδούλου ΙΣ. Αριστοτέλης ΠΕΡΙ ΨΥΧΗΣ, 2003, Εκδόσεις Ζήτρος. Θεσσαλονίκη.
2. Παπαγιαννόπουλος ΙΓ: Στοιχεία Ιστορίας της Ιατρικής, 1992, Ιωάννινα.
3. Rigatos GA & Skarlos DB.: Psychosomatic concepts in writings of ancient Greek philosophers. In: Psychosomatic Medicine. Past Future. 1987; G.N. Christodoulou editor. Plenum Press, New York and London, p.43-46.
4. Ρηγάτος Α: Ψυχοκοινωνική Ογκολογία. 2000, Εκδόσεις ASCENT, Αθήνα.
5. Lipowski ZJ. Consultation-liaison psychiatry: the first half century. Gen Hosp Psychiatry 1986;8: 305–15.
6. Παπαδάτου Δ & Αναγνωστόπουλος Φ: Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας, 1999, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
7. Τεϊλор ΤΓ.: Ψυχοσωματική ιατρική και σύγχρονη ψυχανάλυση. 2001, Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα..
8. Heinroth IC: Lehrbuch der storungen des seelenbens. 1818; FCW Vogel. Leipzig, Germany.
9. Deutsch F: Der gesunde und der kranke korper in psychoanalytischer betrachtun. Int Zeit Psa 1922; 8: 290.
10. Henry GW: Some modern aspects of psychiatry in general hospital practice. Am J Psychiatry 1929; 86: 481-499.
11. Heldt TJ: Psychiatric services in general hospitals. Am J Psychiatry 1939; 95:865-871.
12. Cannon WB: Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage: an account of recent researchers into the function of emotional excitement. 1915; New York, Appleton and Company,.
13. Alexander F. Psychosomatic Medicine. Its principles and applications. 1950; New York, Grune and Stratton.
14. Powell RC: Helen Flanders Dunbar (1902-1959) and a holistic approach to psychosomatic problems: II. the role of Dunbar’s nonmedical background. Psychiatr Q 1978; 50: 144-157.

15. Lipowsky ZJ: Psychosomatic medicine in the seventies: An overview. *Amer. J. Psychiat* 1977; 134:233-244.
16. Castelnuovo-Tedesco P. Psychological consequences of physical defects: A psychoanalytic perspective. *Internat Rev. Psycho-Anal.*, 1981; 8:145-154.
17. Strain JJ & Grossman S. *Psychological Care of the Medical III : A Primer in Liaison Psychiatry*. 1975; New York: Apleton-Century-Crofts.
18. Leigh H & Reiser MF. Major trends in psychosomatic medicine. *Ann Intern. Med.*, 1977; 87:233-239.
19. Engel GL The clinical application of the biopsychosocial model. *Amer. J. Psychiatry*, 1980; 137:535-544.
20. Bertalanffy L: *General Systems Theory: Foundations, development, applications*. 1968; Braziller, New York.
21. Heylinghten F: Basic concepts of the systems approach. *Principia Cybenetica Web* 1998; 1: 1-8.
22. Stern TA., Fricchione GL, Cassem NH et al.: *Massachusetts General Hospital 2004; Handbook of General Hospital Psychiatry*, Boston, Massachusetts.
23. Hale NG: *Freud and the Americans*. 1971; New York, Oxford University Press.
24. Barrett AM. The broadened interests of psychiatry. *Am J Psychiatry* 1922;2:1–13.
25. Pratt GK. Psychiatric departments in general hospitals. *Am J Psychiatry* 1926;82:403–10.
26. Lipsitt DR. Consultation-Liaison Psychiatry and Psychosomatic Medicine: The Company They Keep *Psychosomatic Medicine* 2001; 63:896–909
27. Lipsitt DR. Psyche and soma: struggles to close the gap. In: Menninger RW, Nemiah JC, editors. *American psychiatry after World War II*. Washington DC: American Psychiatric Press 2000; 152–86.
28. White JC, Sweet WH, Hackett TP. Radiofrequency leucotomy for the relief of pain. *Arch Neurol* 1960; 2:317-330.
29. Mark VH & Hackett TP. Surgical aspects of thalamotomy in the human. *Trans Am Neurol Assoc* 1959; 84:92-94.

30. Hernandez M, Hackett TP. The problem of nonadherence to therapy in the management of duodenal ulcer recurrences. *Am J Dig Dis* 1962; 7: 1047-1060.
31. Caplan LM, Hackett TP. Prelude to death: emotional effects of lower limb amputation in the aged. *N Engl J Med.* 1963; 269: 1166-1171.
32. Weisman AD, Hackett TP. Psychosis after eye surgery establishment of a specific doctor-patient relation and the prevention and treatment "black patch delirium". *N Engl J Med.* 1958; 258: 1284-1289.
33. Weisman AD, Hackett TP. Predilection to death: death and dying as a psychiatric problem. *Psychosom Med.* 1960; 23: 232-257.
34. Olin HS, Hackett TP. The denial of chest pain in thirty-two patients with acute myocardial infarction. *JAMA* 1964; 190:977-981.
35. Cassem NH, Hackett TP. Psychiatric consultation in a coronary care unit. *Ann Intern Med.* 1971; 75: 9-14.
36. Gitlin DF, Levenson JL & Lyketsos CG. Psychosomatic Medicine: A New Psychiatric Subspecialty. *Academic Psychiatry* 2004; 28:1.
37. 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.
38. Βούλγαρη Π.. Σημειώσεις Ανοσολογίας. 2003, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις, Ιωάννινα.
39. Μουτσόπουλος ΧΜ. ΕΓΚΥΚΛΟΠΑΙΔΕΙΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ. 2005, Εκδόσεις ΚΑΠΟΝ, Αθήνα.
40. Μπούρα Μ. Ανοσολογία Αυτοάνοσων Νοσημάτων. Στο:Εσωτερική Παθολογία. 1998, Πανεπιστημιακές Εκδόσεις, Θεσσαλονίκη.
41. Stein JH. Stein Παθολογία. 1998, Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.
42. Harisson: Principles of internal medicine. 2002; Latest edition. McGraw-Hill, Book Company, USA.
43. Symmons D.P.M. Epidemiology of rheumatoid arthritis: determinants of onset, persistence and outcome. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology Vol ,* 2002; 16 (5) Dec:707-722.

44. Drosos AA.: Archives of Hellenic Medicine 1998, 159(2):150-157.
45. Aho K, Kaipiainen-Seppänen O, Heliövaara M, Klaukka T. Epidemiology of rheumatoid arthritis in Finland. Semin Arthritis Rheum. 1998, Apr; 27(5):325-34.
46. Kvien TK, Glennas A, Knudsrød OG, Smedstad LM, Mowinckel P, Forre O. The prevalence and severity of rheumatoid arthritis in Oslo Results from a county register and a population survey. Scand J Rheumatol. 1997;26(6):412-8.
47. Gabriel SE. The epidemiology of rheumatoid arthritis. Rheum Dis Clin North Am. 2001, May;27(2):269-81
48. Silman AJ, Ollier W, Holligan S et al. Absence of rheumatoid arthritis in a rural Nigerian population. J Rheumatol. 1993, Apr;20(4):618-22.
49. Drosos AA, Lanchbury JS, Panayi GS, Moutsopoulos HMR. Rheumatoid arthritis in Greek and British patients. A comparative clinical, radiologic, and serologic study. Arthritis Rheum. 1992, Jul;35(7):745-8.
50. Boki KA, Panayi GS, Vaughan RW, Drosos AA, Moutsopoulos HM, Lanchbury JS. HLA class II sequence polymorphisms and susceptibility to rheumatoid arthritis in Greeks. The HLA-DR beta shared-epitope hypothesis accounts for the disease in only a minority of Greek patients Arthritis Rheum. 1992, Jul; 35(7):749-55.
51. Ronda E, Ruiz MT, Pascual E, Gibson T. Differences between Spanish and British patients in the severity of rheumatoid arthritis: comment on the article by Drosos et al Arthritis Rheum. 1994, Jan; 37(1):147-8.
52. Benazet JF, Revirion D, Mercier P et al. HLA-DRB1 alleles associated with rheumatoid arthritis in southern France. Absence of extraarticular disease despite expression of the shared epitope. J Rheumatol. 1995, Apr;22(4):607-10.
53. Evers AW, Kraaimat FW, Geenen R, Bijlsma JW. Determinants of psychological distress and its course in the first year after diagnosis in rheumatoid arthritis patients. J Behav Med 1997; 20(5): 489-504,.
54. Evers AW, Kraaimaat FW, Geenen R, Jacobs JW, Bijlsma JW. Longterm predictors of anxiety and depressed mood in early rheumatoid arthritis: a 3 and 5 year follow up. J Rheumatol 2002;29(11):2327-36.

55. Abdel-Nasser A, Abd EL-Azim S, Taal E, El-Badawy S, Rasker J, Valkenburg H. Depression and depressive symptoms in Rheumatoid Arthritis patients: an analysis of their occurrence and determinants. *British Journal of Rheumatology* 1998;37:391-397.
56. 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.
57. Mayoux-Benhamou A, Giraudet-Le Quintrec JS et al. Influence of patient education on exercise compliance in rheumatoid arthritis: a prospective 12-month randomized controlled trial. *J Rheumatol.* 2008, Feb;35(2):216-23.
58. Mäkeläinen P, Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä AM. Rheumatoid arthritis patients' knowledge of the disease and its treatments: A descriptive study *Musculoskeletal Care.* 2008, Aug 11;7(1):31-44.
59. Shih M, Hootman JM, Strine TW et al. Serious psychological distress in U.S. adults with arthritis *J Gen Intern Med.* 2006, Nov;21(11):1160-6.
60. Rhee SH, Parker JC, Smarr KL, et al. Stress management in rheumatoid arthritis: what is the underlying mechanism? *Arthritis Care Res.* 2000, Dec;13(6):435-42.
61. Zautra AJ, Davis MC, Reich JW et al. Comparison of cognitive behavioral and mindfulness meditation interventions on adaptation to rheumatoid arthritis for patients with and without history of recurrent depression. *J Consult Clin Psychol.* 2008, Jun;76(3):408 -21.
62. Shavit Y, Caldecott-Hazard S, Liebeskind JC. Activating endogenous opioid systems by electroconvulsive shock or footshock stress inhibits recurrent kindled seizures in rats. *Brain Res.* 1984, Jul 9;305(2):203-7.
63. Felten DL, Livnat S, Felten SY et al. Sympathetic innervation of lymph nodes in mice. *Brain Res Bull.* 1984, Dec;13(6):693-9.
64. Rabin, B.S., Cohen, S., Ganguli, R., et al. Bidirectional interaction between the central nervous system and immune system. *Crit. Rev. Immunol* 1989; 9: 279–312.
65. Cohen S, Herbert TB. Health psychology: psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annu Rev Psychol.* 1996; 47:113-42.

66. Αναγνωστόπουλος Φ, Δανιηλίδου Ν., Δημητράκη Χ. και συν. Συλλογικό έργο, Υγεία και ασθένεια Ψυχολογικές διεργασίες. 2008, Εκδοτικός Οίκος Α.Α.Λιβάνη, Αθήνα.
67. Wiebe DJ, McCallum DM. Health practices and hardiness as mediators in the stress-illness relationship. *Health Psychol.* 1986; 5(5):425-38.
68. Baum A, & Posluszny DM. Health Psychology. Mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Review of Psychology* 1999; 50:137-163.
69. Sreptoe A, Wardle J, Pollard TM et al. Stress, social support and health-related behaviour: a study of smoking, alcohol consumption and physical exercise. *Journal of Psychosomatic Research.* 1996; 46: 229-240.
70. Conway S, Creed F, Symmons D. Life events and the onset of rheumatoid arthritis. *J psychosom res* 1994; 38: 837-847.
71. Baer AN, Dessypris EN, Goldwasser E, Krantz SB. Blunted erythropoietin response to anaemia in rheumatoid arthritis. *Br J Haematol.* 1987, Aug;66(4):559-64.
72. Lazarus RS., Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping.* 1984; New York, Springer.
73. Levine S., Ursin H., Brown, M.R. What is stress? *Stress-Neurobiology and Neuroendocrinology* 1991; 3-21.
74. Ursin H & Olf M. Psychobiology of coping and defence. *Neuropsychobiology* 1993; 28: 66-71.
75. Jemmott JB 3rd, Hellman C, McClelland DC et al. Motivational syndromes associated with natural killer cell activity. *J Behav Med.* 1990, Feb;13(1):53-73.
76. Endresen IM, Relling GB, Tønder O, Myking O et al. Brief uncontrollable stress and psychological parameters influence human plasma concentrations of IgM and complement component C3. *Behav Med.* 1991-1992 Winter;17(4):167-76.
77. Olf M, Brosschot JF, Godaert G et al.. Modularity effects of defense and coping on stress-induced changes in endocrine and immune parameters.; *International Journal of Behavioural Medicine* 1995; 2:85-103.
78. Kiecolt-Glaser JK, Garner W, Speicher CE et al. Psychosocial modifiers of

- immunocompetence in medical students. *Psychosom. Med* 1984; 46:7–14.
79. Glaser R, Rice J, Speicher CE et al. Stress depresses interferon production by leukocytes concomitant with a decrease in natural killer cell activity. *Behav. Neurosci.* 1986 ; 100: 675–78.
80. Laudenslager ML, Ryan SM, Drugan RC et al. Coping and immunosuppression: inescapable but not escapable shock suppresses lymphocyte proliferation. *Science* 1983, Aug 5;221(4610):568-70.
81. Olf M . Stress, depression and immunity: the role of defense and coping styles. *Psychiatry Research* 1999; 85: 7-15.
82. Olf M., Brosschot JF, Godaert G. Coping styles and health. *Perspectives on Individual Difference*, 1993; 15: 81-90.
83. Stein M et al. Depression, the immune system, and health, and illness. *Archives of General Psychiatry* 1991; 48: 171-177.
84. Bartrop WR, Luckhurst E, Lazarus L et al. Depressed lymphocyte function after bereavement. *Lancet* 1977 ; 16:1(8016), 834-6.
85. Jemmott JB 3rd, Locke SE Psychosocial factors, immunologic mediation, and human susceptibility to infectious diseases: how much do we know? *Psychol Bull.* 1984, Jan;95(1):78-108.
86. Ursin H, Mykletun R, Tonder O et al. Psychological stress-factors and concentrations of immunoglobulins and complement components in humans. *Scand J Psychol.*1984;25(4):340-7.
87. Glaser R, Kiecolt-Glaser JK, Speicher CE et al. Stress, loneliness, and changes in herpesvirus latency. *J Behav Med* 1985a; 8: 249–60.
88. O’Leary A. Stress, emotion and human immune function. *Psychological Bulletin* 1990;108: 363-382.
89. Kiecolt-Glaser JK & Glaser R. Psychoneuroimmunology: can psychological interventions modulate immunity? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1992; 60: 569-575.
90. Kiecolt-Glaser JK & Glaser R. Psychoneuroimmunology and health consequences: data and shared mechanisms. *Psychosomatic Medicine* 1995; 57, 269-274.

91. Herbert TB, Cohen S. Stress and immunity in humans: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin* 1993;55:364-379.
92. Brosschot JF, Olf M, Godaert GLR, Ballieux RE. Stress, perceived control and the human immuneresponse. In: Hentschel, U., Eurelings-Bontekoe, L. (Eds.), *Experimental Research in Psychosomatics* Leiden: DSWO Press Leiden University 1993; 169-185.
93. Jamner LD, Schwartz GE, Leigh H. The relationship between repressive and defensive coping styles and monocyte, eosinophile, and serum glucose levels: support for the opioid peptide hypothesis of repression. *Psychosom Med.* 1988, Nov-Dec;50(6):567-75.
94. Segerstrom SC. Optimism effects on cellular immunity: testing the affective and persistence models. *Personality and Individual Differences* 2003; 35:1615-1624.
95. Dillon KM. Positive emotional state and enhancement of the immune system. *Int J Psychiatry Med* 1985;15:13-17.
96. Vlasenko VI. Ego defense mechanisms and immunological status. *Biological Psychiatry* 1997; 42 (1): Suppl. 1, 113S.
97. Stone R, Coppock JS, Dawes PT et al. Clinical value of ELISA assays for IgM and IgG rheumatoid factors. *J Clin Pathol* 1987, Jan;40(1):107-11.
98. Kune GA, Kune S, Watson LF, Bahnson CB. Personality as a risk factor in large bowel cancer: data from the Melbourne Colorectal Cancer Study. *Psychol Med.* 1991, Feb;21(1):29-41.
99. Gross JJ, Levenson RW. Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion *J Abnorm Psychol* 1997, Feb;106(1):95-103.
100. Pennebaker JW. Putting stress into words: health, linguistic, and therapeutic implications *Behav Res Ther.* 1993, Jul;31(6):539-48.
101. Futterman AD, Kemeny ME, Shapiro D, Polonsky W, Fahey JL. Immunological variability associated with experimentally-induced positive and negative affective states *Psychol Med.* 1992, Feb;22(1):231-8
102. Rimón R, Laakso RL Life stress and rheumatoid arthritis . A 15-year follow-up study *Psychother Psychosom.* 1985; 43(1):38-43.

- 103.Haller C, Holzner B, Mur E, Günther V. The impact of life events on patients with rheumatoid arthritis: a psychological myth? *Clin Exp Rheumatol*. 1997, Mar-Apr;15(2):175-9.
- 104.Katz PP, Yelin EH. Prevalence and correlates of depressive symptoms among persons with rheumatoid arthritis *J Rheumatol* 1993, May;20(5):790-6.
- 105.VanDyke MM, Parker JC, Smarr KL, Hewett JE, Johnson GE, Slaughter JR, Walker SE. Anxiety in rheumatoid arthritis *Arthritis Rheum*. 2004, Jun 15;51(3):408-12
- 106.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.
- 107.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.
- 108.Mathew AJ, Antony J, Eremenco S et al. J Health-related quality of life in rheumatoid arthritis patients in South India. *Singapore Med J* 2009, Aug;50(8):800-3.
109. 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.
110. Palinkas LA, Wingard DL, Barrett-Connor E.J Chronic illness and depressive symptoms in the elderly: a population-based study. *Clin Epidemiol* 1990; 43(11):1131-41.
111. McEvoy DeVellis B. The psychological impact of arthritis: prevalence of depression. *Arthritis Care and Research* 1995; 8 (4): 284-289
- 112.Parker JC & Wright GE. The implications of depression for pain and disability in rheumatoid arthritis *Arthritis Care Res*. 1995, Dec;8(4):279-83.
- 113.Walsh JD, Blanchard EB, Kremer JM, Blanchard CG. The psychosocial effects of rheumatoid arthritis on the patient and the well partner. *Behav Res Ther* 1999, Mar; 37(3):259-71.
114. Pincus T. Psychological factors and rheumatoid arthritis. *Int J Adv Rheumatol*. 2003;1: 58–63.

115. Marcenaro M, Prete C, Badini A, et al. Rheumatoid arthritis, personality, stress response style, and coping with illness. A preliminary survey. *Ann N Y Acad Sci.* 1999, Jun 22;876:419-25.
116. Söderlin MK, Hakala M, Nieminen P. Anxiety and depression in a community-based rheumatoid arthritis population. *Scand J Rheumatol.* 2000; 29(3):177-83.
117. Dickens, C., Jackson, J., Tomenson, B. et al. Association of depression and rheumatoid arthritis. *Psychosomatics* 2003;44 (3): 209-215.
118. Hyphantis TN, Bai M, Siafaka V, et al. Psychological distress and personality traits in early rheumatoid arthritis: A preliminary survey. *Rheumatol Int.* 2006, Jul;26(9):828-36.
119. Nakajima A. Application of cellular gene therapy for rheumatoid arthritis. *Mod Rheumatol.* 2006;16(5):269-75. Review.
120. Zyrianova Y, Kelly BD, Gallagher C, et al. Depression and anxiety in rheumatoid arthritis: the role of perceived social support. *Ir J Med Sci.* 2006, Apr-Jun;175(2):32-6.
121. Odegård S, Finset A, Mowinckel P, et al. 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.
122. Isik A, Koca SS, Ozturk A, Meremi O. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2007, Jun; 26(6):872-8.
123. Smedstad LM, Moum T, Vaglum P, Kvien TK. The impact of early rheumatoid arthritis on psychological distress. A comparison between 238 patients with RA and 116 matched controls. *Scand J Rheumatol.* 1996; 25(6):377-82.
124. Conway SC, Creed FH, Symmons DP. Life events and the onset of rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res.* 1994, Nov;38(8):837-47.
125. Evers AW, Kraaijaat FW, Geenen R, Bijlsma JW. Determinants of psychological distress and its course in the first year after diagnosis in rheumatoid arthritis patients. *J Behav Med* 1997; 20:489-504
126. Palkonyai E, Kolarz G, Kopp M et al. Meszaros E. Depressive symptoms in early rheumatoid arthritis: a comparative longitudinal study. *Clin Rheumatol.* 2007 May;26(5):753-8

127. Meenan RF, Kazis LE, Anthony JM, Wallin BA. The clinical and health status of patients with recent-onset rheumatoid arthritis. *Arthr. Rheum* 1989; 31: 761-765.
128. Barlow JH., Cullen, LA, Rowe, IF. Comparison of knowledge and psychological well-being between patients with a short disease duration (<1 year) and patients with more established rheumatoid arthritis (>10 years duration). *Patient Education and Counseling* 1999;38: 195-203.
129. Chaney JM, Uretsky DL, Mullins LL et al. Differential effects of age and illness duration on pain-depression relationships in rheumatoid arthritis. *Int. J Rehab. Health* 1996; 2: 101-112.
130. Deyo, R., Unui, T., Leininger, J., Overman, S. Physical and psychosocial function in rheumatoid arthritis. *Arch. Int. Med.* 1982;142: 879-882.
131. Newman SP, Fitzpatrick R, Lamb R, Shipley M. The origins of depressed mood in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 1989, Jun;16(6):740-4.
132. Wolfe F & Hawley DJ. The relationship between clinical activity and depression in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 1993, Dec;20(12):2032-7.
133. Creed F. Psychological disorders in rheumatoid arthritis: a growing consensus? *Ann Rheum Dis.* 1990, Oct; 49(10):808-12. Review
134. Murphy S, Creed F, Jayson MI. Psychiatric disorder and illness behaviour in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol.* 1988, Oct;27(5):357-63.
135. Timonen M, Viilo K, Hakko H et al. Suicides in persons suffering from rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford).* 2003, Feb;42(2):287-91.
136. Affleck G, Urrows S, Tennen H et al. A dual pathway model of daily stressor effects on rheumatoid arthritis. *Ann Behav Med.* 1997, Spring;19(2):161-70.
137. Parker JC, Smarr KL, Angelone EO et al. Psychological factors, immunologic activation, and disease activity in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 1992, Dec;5(4):196-201.
138. Zautra AJ, Burleson MH, Matt KS et al. Interpersonal stress, depression, and disease activity in rheumatoid arthritis and osteoarthritis patients. *Health Psychol.* 1994, Mar;13(2):139-48.

139. Robins LN, Wing J, Wittchen HU et al et al. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic Instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry*. 1988, Dec;45(12):1069-77.
140. Chandarana PC, Eals M, Steingart AB et al. The detection of psychiatric morbidity and associated factors in patients with rheumatoid arthritis. *Can J Psychiatry* 1987; 32:356-61
141. Pincus T, Griffith J, Pearce S, Isenberg D. Prevalence of self-reported depression in patients with rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol*. 1996, Sep;35(9):879-83
142. 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.
143. Anderson JJ, Firschein HE, Meenan RF. Sensitivity of a health status measure to short-term clinical changes in arthritis. *Arthritis Rheum*. 1989, Jul;32(7):844-50
144. Wittchen HU, Kessler RC, Pfister H, Lieb M. Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2000; (406):14-23.
145. Eberhardt K, Larsson BM, Nived K. Psychological reactions in patients with early rheumatoid arthritis *Patient Educ Couns*. 1993, May;20(2-3):93-100.
146. Beckham JC, Burker EJ, Rice JR, Talton SL Patient predictors of caregiver burden, optimism, and pessimism in rheumatoid arthritis. *Behav Med*. 1995, Winter;20(4):171-8
147. Uhlig T, Smedstad LM, Vaglum P et al 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
148. Smarr KL, Parker JC, Kosciulek JF et al. Implications of depression in rheumatoid arthritis: do subtypes really matter?. *Arthritis Care Res*. 2000, Feb;13(1):23-32.
149. 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.

150. 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.
151. Peck JR, Smith TW, Ward JR, Milano R. Disability and depression in rheumatoid arthritis. A multi-trait, multi-method investigation *Arthritis Rheum*. 1989, Sep;32(9):1100-6.
152. Crotty M, McFarlane AC, Brooks PM et al The psychosocial and clinical status of younger women with early rheumatoid arthritis: a longitudinal study with frequent measures. *Br J Rheumatol*. 1994, Aug; 33(8):754-60
153. Berkanovic E, Oster P, Wong WK et al. The relationship between socioeconomic status and recently diagnosed rheumatoid arthritis *Arthritis Care Res*. 1996 Dec;9(6):257-62.
154. Talamo J, Frater A, Gallivan S, Young A. Use of the short form 36 (SF36) for health status measurement in rheumatoid arthritis *Br J Rheumatol*. 1997, Apr;36(4):463-9.
155. Leymarie F, Jolly D, Sanderman R et al. Life events and disability in rheumatoid arthritis: a European cohort *Br J Rheumatol*. 1997, Oct;36(10):1106-12
156. 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; 51(6):713-9.
157. Bardwell WA, Nicassio PM, Weisman MH, Gevirtz R, Bazzo D. Rheumatoid Arthritis Severity Scale: a brief, physician-completed scale not confounded by patient self-report of psychological functioning. *Rheumatology (Oxford)*. 2002, Jan;41(1):38-45.
158. Hallert E, Thyberg I, Hass U, Skargren E, Skogh T Comparison between women and men with recent onset rheumatoid arthritis of disease activity and functional ability over two years (the TIRA project). *Ann Rheum Dis*. 2003, Jul; 62(7):667-70.
159. Perceptions of control in patients with rheumatoid arthritis. Ryan S, Hassell A, Dawes P, Kendall S *Nurs Times*. 2003, Apr 1-7;99(13):36-8.
160. Scott DL, Smith C, Kingsley G. What are the consequences of early rheumatoid arthritis for the individual? *Clin Rheumatol*. 2005, Feb;19(1):117-36. Review.

161. Sokka T, Kankainen A, Hannonen P. Scores for functional disability in patients with rheumatoid arthritis are correlated at higher levels with pain scores than with radiographic scores. *Arthritis Rheum.* 2000, Feb;43(2):386-9.
162. Tjhuis GJ, Kooiman KG, Zwinderman AH, Hazes JM, Breedveld FC, Vliet Vlieland TP. Validation of a novel satisfaction questionnaire for patients with rheumatoid arthritis receiving outpatient clinical nurse specialist care, inpatient care, or day patient team care. *Arthritis Rheum* 2003, Apr 15;49(2):193-9.
163. Wolfe F. Fatigue assessments in rheumatoid arthritis: comparative performance of visual analog scales and longer fatigue questionnaires in 7760 patients. *J Rheumatol.* 2004, Oct;31(10):1896-902.
164. Kobelt G, Lindgren P, Lindroth Y et al. Modelling the effect of function and disease activity on costs and quality of life in rheumatoid arthritis *Rheumatology (Oxford).* 2005, Sep; 44(9):1169-75.
165. Braun IM, Liang MH, Orav EJ et al. A personality characteristic, somatic absorption, and the perception of somatic symptoms in rheumatoid arthritis patients. *J Rheumatol.* 2008, May;35(5):782-9.
166. Sullivan FM, Eagers RC, Lynch K, Barber JH. Assessment of disability caused by rheumatic diseases in general practice. *Ann Rheum Dis.* 1987, Aug;46(8):598-600.
167. Bendtsen P, Hörnquist JO Change and status in quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Qual Life Res.* 1992, Oct;1(5):296-305.
168. 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.
169. 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
170. Zautra AJ, Smith BW. Depression and reactivity to stress in older women with rheumatoid arthritis and osteoarthritis *Psychosom Med.* 2001, Jul-Aug;63(4):687-96.
171. Mangelli L, Gribbin N, Büchi S et al. Psychological well-being in rheumatoid arthritis: relationship to 'disease' variables and affective disturbance. *Psychother Psychosom.* 2002, Mar-Apr;71(2):112-6.

- 172.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.
- 173.Parker JC, Smarr KL, Hewett JE et al. Health status, cognitive coping, and depressive symptoms: testing for a mediator effect. *J Rheumatol.* 2005, Aug;32(8):1584-8.
- 174.Suurmeijer TP, Waltz M, Moum T, Guillemin F, van Sonderen FL, Briançon S, Sanderman R, van den Heuvel WJ. Quality of life profiles in the first years of rheumatoid arthritis: results from the EURIDISS longitudinal study. *Arthritis Rheum.* 2001, Apr;45(2):111-21.
- 175.Shih M, Hootman JM, Strine TW, Chapman DP, Brady TJ Serious psychological distress in U.S. adults with arthritis *J Gen Intern Med.* 2006, Nov;21(11):1160-6.
- 176.Strand EB, Zautra AJ, Thoresen M, Ødegård S, Uhlig T, Finset A. Positive affect as a factor of resilience in the pain-negative affect relationship in patients with rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res.* 2006, May;60(5):477-84.
177. Mindham RH, Bagshaw A, James SA, Swannell AJ. Factors associated with the appearance of psychiatric symptoms in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res.* 1981; 25(5):429-35.
- 178.Gardiner BM. Psychological aspects of rheumatoid arthritis. *Psychol Med.* 1980, Feb;10(1):159-63.
- 179.Brown SC, Glass JM, Park DC. The relationship of pain and depression to cognitive function in rheumatoid arthritis patients *Pain.* 2002, Apr;96(3):279-84.
- 180.Smith TW, Peck JR, Ward JR. Helplessness and depression in rheumatoid arthritis. *Health Psychol.* 1990; 9(4):377-89.
- 181.Katz PP, Yelin EH. The development of depressive symptoms among women with rheumatoid arthritis. The role of function 1995, Jan;38(1):49-56.
- 182.Wolfe F. Psychological distress and rheumatic disease. *Scand J Rheumatol.*1999; 28(3):131-6.
- 183.Deyo RA, Inui TS, Leininger JD, Overman SS. Measuring functional outcomes in chronic disease: a comparison of traditional scales and a self-administered

- health status questionnaire in patients with rheumatoid arthritis. *Med Care*. 1983, Feb;21(2):180-92.
184. Frank RG, Beck NC, Parker JC, Kashani JH, Elliott TR, Haut AE, Smith E, Atwood C, Brownlee-Duffeck M, Kay DR. Depression in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1988, Jun;15(6):920-5
185. Wolfe F. 50 years of antirheumatic therapy: the prognosis of rheumatoid arthritis. *J Rheumatol Suppl*. 1990, May;22:24-32.
186. Bijlsma JWJ, Huiskes CJAE, Kraaijmaat FW et al. Relation between patients own health assessment and clinical and laboratory findings in RA. *J Rheumatol* 1993;18: 581-589.
187. Smedstad LM, Vaglum P, Moum T, Kvien TK. The relationship between psychological distress and traditional clinical variables: a 2 year prospective study of 216 patients with early rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol*. 1997, Dec;36(12):1304-11.
188. Soderlin MK, Hakala M, Nieminen P. Anxiety and depression in a community-based rheumatoid arthritis population. *Scand J Rheumatol*. 2000; 29(3):177-83.
189. Wright GE, Parker JC, Smarr KL et al. Age, depressive symptoms, and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1998, Feb;41(2):298-305.
190. Plach SK, Napholz L, Kelber ST. Social, health, and age differences associated with depressive disorders in women with rheumatoid arthritis. *Int J Aging Hum Dev*. 2005;61(3):179-94
191. van der Heide A, Jacobs JW, van Albada-Kuipers GA et al. Self report functional disability scores and the use of devices: two distinct aspects of physical function in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 1993, Jul;52(7):497-502.
192. Fifield J, Reisine S, Sheehan TJ, McQuillan J. Gender, paid work, and symptoms of emotional distress in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Rheum*. 1996, Mar;39(3):427-35.
193. Wolfe F. & Skevington SM. Measuring the epidemiology of distress: the rheumatology distress index. *J Rheumatol*. 2000, Aug; 27(8): 2000-9.

194. Young LD. Psychological factors in rheumatoid arthritis. *J Consult Clin Psychol.* 1992, Aug;60(4):619-27.
195. Latman NS, Walls R. Personality and stress: an exploratory comparison of rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Arch Phys Med Rehabil.* 1996, Aug;77(8):796-800
196. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman JA, Hazes JM, Breedveld FC, Rooijmans HG. Predicting functional status in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 1999, Aug;26(8):1686-93.
197. Manne SL, Zautra AJ. Coping with arthritis. Current status and critique. *Arthritis Rheum.* 1992, Nov;35(11):1273-80.
198. Covic T, Adamson B, Hough M. The impact of passive coping on rheumatoid arthritis pain. *Rheumatology (Oxford).* 2000, Sep;39(9):1027-30.
199. Dekkers JC, Geenen R, Evers AW, Kraaijmaat FW, Bijlsma JW, Godaert GL. Biopsychosocial mediators and moderators of stress-health relationships in patients with recently diagnosed rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2001, Aug;45(4):307-16.
200. Keefe FJ, Brown GK, Wallston KA, Caldwell DS. Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain.* 1989; 37:51-6.
201. Thernabe GJ, Kitis GD, Lyons AC, Booth DA. Well-being in rheumatoid arthritis: the effects of disease duration and psychological factors. *J Health Psychol.* 2005, May; 10(3):457-474.
202. Brown GK, Nicassio PM, Wallston KA. Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *J Consult Clin Psychol.* 1989, Oct;57(5):652-7.
203. Newman RJ. *J R Soc Health.* Major joint replacement surgery for rheumatoid arthritis. 1990, Dec;110(6):194-8.
204. Blalock SJ, DeVellis BM, Holt K, Hahn PM. Coping with rheumatoid arthritis: is one problem the same as another? *Health Educ Q.* 1993, Spring;20(1):119-32.
205. Büchi S, Sensky T, Allard S et al. Sense of coherence a protective factor for depression in rheumatoid arthritis. *Rheumatol.* 1998, May;25(5):869-75.
206. Schnyder U, Büchi S, Mörgeli H et al. Sense of coherence - a mediator between disability and handicap? *Psychother Psychosom.* 1999, Mar-Apr;68(2):102-10.

207. Affleck G, Pfeiffer C, Tennen H., Fifield J. Attributional processes in rheumatoid arthritis patients. *Arthrit Rheum* 1987; 30, 927-931.
208. Tennen, H, Affleck, G, Urrows S. Perceiving control, construing benefits and daily processes in rheumatoid arthritis. *Can J Behavioral Sci* 1992; 2: 186-203.
209. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* 1977; 84: 191-215.
210. Riesma RP, Rasker JJ, Taal E. Fatigue in rheumatoid arthritis : the role of self-efficacy and problematic social support. *British Journal of Rheumatology* 1998; 37(10): 1042-1046.
211. Smarr KL, Parker JC, Wright GE, et al The importance of enhancing self-efficacy in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 1997, Feb;10(1):18-26.
212. Lorig K, Chastain RL, Ung E et al. Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis Rheum* 1989;32: 37-44.
213. 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.
214. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis *Psychol Bull.* 1985, Sep;98(2):310-57.
215. Fitzpatrick R, Newman S, Archer R, Shipley M. Social support, disability and depression: a longitudinal study of rheumatoid arthritis *Soc Sci Med.* 1991, 33(5):605-11.
216. Manne SL, Zautra AJ. Couples coping with chronic illness: women with rheumatoid arthritis and their healthy husbands *J Behav Med.* 1990, Aug;13(4):327-42.
217. Fyrand L, Moum T, Finset A, Glennås A. The impact of disability and disease duration on social support of women with rheumatoid arthritis. *J Behav Med.* 2002, Jun;25(3):251-68.
218. Goodenow C, Reisine ST, Grady KE. Quality of social support and associated social and psychological functioning in women with rheumatoid arthritis. *Health Psychol.* 1990, 9(3):266-84.

219. Wright GE, Parker JC Smarr KL et al. Risk factors for depression in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 1996, Aug;9(4):264-72.
220. Drossaers-Bakker KW, de Buck M, van Zeben D et al. Long-term course and outcome of functional capacity in rheumatoid arthritis: the effect of disease activity and radiologic damage over time. *Arthritis Rheum.* 1999, Sep;42(9):1854-60.
221. Strating MM, Suurmeijer TP, van Schuur WH. Disability, social support, and distress in rheumatoid arthritis: results from a thirteen-year prospective study.. *Arthritis Rheum.* 2006, Oct 15;55(5):736-44.
222. Escalante A & Del Rincón I. The disablement process in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2002; 47(3):333-42.
223. Verbrugge LM, Jette AM. The disablement process. *Soc Sci Med* 1994;38:1–14.
224. Nagi SZ. Disability concepts revised: implications for prevention. In: Pope AM, Tarlov AR, editors. *Disability in America: toward a national agenda for prevention.* Division of Health Promotion and Disease Prevention, Institute of Medicine. Washington, DC: National Academy Press;1991:309-27.
225. International classification of impairments, disabilities and handicaps. 1980; Geneva: World Health Organization.
226. Escalante A, Haas RW, del Rincón I. Measurement of global functional performance in patients with rheumatoid arthritis using rheumatology function tests. *Arthritis Res Ther.* 2004; 6(4):R315-25.
227. Holm MB, Rogers JC, Kwoh CK. Predictors of functional disability in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 1998;11(5):346-55.
228. Escalante A, del Rincón I. How much disability in rheumatoid arthritis is explained by rheumatoid arthritis? *Arthritis Rheum.* 1999, Aug;42(8):1712-21.
229. Guillemin F, Functional disability and quality of life assessment in clinical practice *Rheumatology* 2000; 39 (1):17-23.
230. Smedstad LM, Vaglum P, Kvien TK, Moum T.J. The relationship between self-reported pain and sociodemographic variables, anxiety, and depressive symptoms in rheumatoid arthritis. *Rheumatol.* 1995, Mar;22(3):514-20.

231. Strating MM, Van Schuur WH, Suurmeijer TP. Predictors of functional disability in rheumatoid arthritis: results from a 13-year prospective study. *Disabil Rehabil.* 2007, May 30;29(10):805-15.
232. Schoenfeld-Smith K, Petroski GF, Hewett JE et al. A biopsychosocial model of disability in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 1996, Oct;9(5):368-75.
233. Minnock P, Fitzgerald O, Bresnihan B. Women with established rheumatoid arthritis perceive pain as the predominant impairment of health status. *Rheumatology (Oxford).* 2003, Aug;42(8):995-1000.
234. Leigh JP, Fries JF. Predictors of disability in a longitudinal sample of patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 1992, May;51(5):581-7.
235. Jansen LM, van Schaardenburg D, van Der Horst-Bruinsma IE et al. Predictors of functional status in patients with early rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2000, Mar;59(3):223-6.
236. Feigenbaum SL, Masi AT, Kaplan SB. Prognosis in rheumatoid arthritis. A longitudinal study of newly diagnosed younger adult patients. *Am J Med.* 1979, Mar;66(3):377-84.
237. Eberhardt KB, Fex EJ. Functional impairment and disability in early rheumatoid arthritis-development over 5 years. *Rheumatol.* 1995 Jun;22(6):1037-42.
238. Doeglas D, Suurmeijer T, Krol B et al. Work disability in early rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 1995, Jun;54(6):455-60.
239. Bendtsen P, Hörnquist JO. Disease course and prognosis in rheumatoid arthritis: an interdisciplinary prospective longitudinal study. *Scand J Soc Med.* 1996, Sep;24(3):193-8.
240. Scott DL, Symmons DP, Coulton BL, Popert AJ. Long-term outcome of treating rheumatoid arthritis: results after 20 years. *Lancet.* 1987, May 16;1(8542):1108-11.
241. Jacobi CE, Mol GD, Boshuizen HC et al. Impact of socioeconomic status on the course of rheumatoid arthritis and on related use of health care services. *Arthritis Rheum.* 2003, Aug 15;49(4):567-73.

- 242.Callahan LF, Pincus T. Formal education level as a significant marker of clinical status in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1988, Nov;31(11):1346-57.
- 243.Escalante A & del Rinco'n I. How much disability in rheumatoid arthritis is explained by rheumatoid arthritis? *Arthritis Rheum* 1999;42:1712-21.
- 244.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.
- 245.Evers AW, Kraaimaat FW, Geenen R, Bijlsma JW. Psychosocial predictors of functional change in recently diagnosed rheumatoid arthritis patients. *Behav Res Ther.* 1998, Feb;36(2):179-93.
- 246.Smith CA & Wallston KA. Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis: application of a general model. *Health Psychol.* 1992;11(3):151-62
- 247.Evers AW, Kraaimaat FW, Geenen R et al. Pain coping and social support as predictors of long-term functional disability and pain in early rheumatoid arthritis. *Behav Res Ther.* 2003; 41(11):1295-310.
- 248.Danoff-Burg S, Revenson TA. Benefit-finding among patients with rheumatoid arthritis: positive effects on interpersonal relationships. *J Behav Med.* 2005 Feb;28(1):91-103.
- 249.Katz PP. Education and self-care activities among persons with rheumatoid arthritis. *Soc Sci Med.* 1998, Apr;46(8):1057-66.
- 250.Alexander F. *Psychosomatic Medicine. Its principles and applications.* 1950; New York, Grune and Stratton.
- 251.Moos RH & Solomon GF. Minnesota multiphasic personality inventory response patterns in patients with rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res* 1964; 26:17-28.
- 252.Crown S, Crown JM, Fleming. Aspects of the psychology and epidemiology of rheumatoid disease. *A. Psychol Med.* 1975, Aug;5(3):291-9.
- 253.Anderson K, Bradley L, Young L et al. Rheumatoid arthritis: review of psychological factors related to etiology, effects and treatment. *Psychol Bull* 1985; 9: 358-387.

- 254.Brady TJ. Integration of stress research in rheumatoid arthritis: from Alexander to Zautra and back again. *Arthritis Care Res.* 1998, Apr;11(2):77-9. Review.
- 255.Friedman H & Booth-Kewley S. The ‘‘disease-prone personality’’: a meta-analysis view of the construct. *Am Psychologist* 1987; 42: 539-555.
- 256.Persson LO. & Shalberg D.:The influence of negative illness cognitions and neurotism on subjective symptoms and mood in rheumatoid arthritis.*Ann Rheum Dis.* 2002; 61(11):1000-6.
- 257.Liang MH, Rogers M, Larson M et al. The psychosocial impact of systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1984, Jan;27(1):13-9.
- 258.Stewart MW, Knight RG, Palmer DG, Highton J. Differential relationships between stress and disease activity for immunologically distinct subgroups of people with rheumatoid arthritis. *J Abnorm Psychol.* 1994, May;103(2):251-8.
- 259.Vollhardt B., Ackerman S., Schindlecker R.:Verbal expression of affect in rheumatoid arthritis patients. A blind, controlled test for alexithymia. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 1986 ; 74(1): 73-79.
- 260.Piergiacomi G, Blasetti P, Berti C, et al. Personality pattern in rheumatoid arthritis and fibromyalgic syndrome. Psychological investigation. *Rheumatol.* 1989, Nov-Dec;48(6):288-93.
- 261.Lumley M., Stettner L., Wehmer F. How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of Psychosomatic Research,* 1996; 41(6): 505-518.
- 262.Todarello O., Casamassima A., Daniele S. et al. Alexithymia, immunity and cervical intraepithelial neoplasia: replication. *Psychothepy and Psychosomatics* 1997; 66 (4): 208-213.
- 263.Wood B and Wessely S.: Personality and social attitudes in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research* 1999; 47(4): 385-397.
- 264.THE WHOQOL GROUP,1998 WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOLBREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med.*1998; 28(3):551-8.

265. 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.
266. Borman P, Celiker R, Hasçelik Z. Muscle performance in fibromyalgia syndrome. *Rheumatol Int*. 1999; 19(1-2):27-30.
267. Hill CL., Parson J, Taylor A, Leach G. Health related quality of life in a population sample with arthritis. *Journal of Rheumatology* 1999; 26(9):2029-2035.
268. 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.
269. Haroon N, Aggarwal A, Lawrence A et al. Impact of rheumatoid arthritis on quality of life. *Mod Rheumatol*. 2007;17(4):290-5.
270. Borman P, Toy GG, Babaoğlu S et al. *Clin Rheumatol*. 2007, Mar;26(3):330-4.
271. Taylor WJ, Myers J, Simpson RT et al. 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; 51(3):350-7.
272. Sokoll KB, Helliwell PS. Comparison of disability and quality of life in rheumatoid and psoriatic arthritis. *J Rheumatol*. 2001, Aug;28(8):1842-6.
273. Martinez JE, Ferraz MB, Sato EI, Atra E. Fibromyalgia versus rheumatoid arthritis: a longitudinal comparison of the quality of life. *Rheumatol*. 1995 Feb;22(2):270-4.
274. Wolfe F, Hawley DJ. Measurement of the quality of life in rheumatic disorders using the EuroQol. *Br J Rheumatol*. 1997, Jul;36(7):786-93.
275. 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.
276. Burckhardt CS, Archenholtz B, Bjelle A. Quality of life of women with systemic lupus erythematosus: a comparison with women with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 1993, Jun;20(6):977-81.

277. Benitha R, Mohammed T. 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.
278. Strombeck B, Ekdahl C, Manthorpe R et al. Health-related quality of life in primary Sjögren's syndrome, rheumatoid arthritis and fibromyalgia compared to normal population data using SF-36. *Scand J Rheumatol* 2000; 29: 20-8.
279. Bazzichi L, Maser J, Piccinni A et al. Quality of life in rheumatoid arthritis: impact of disability and lifetime depressive spectrum symptomatology. *Clin Exp Rheumatol*. 2005; 23(6):783-8.
280. Rupp I, Boshuizen HC, Dinant HJ et al. 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; 35(3):175-81.
281. Vinaccia CJ, A Rico, Hinojosa MI, Anaya R, Manuel J The Impact of Disease Activity on the Quality of Life, Mental Health Status, and Family Dysfunction in Colombian Patients With Rheumatoid Arthritis. *Journal of Clinical Rheumatology* 2003, Volume 9(3), June: pp 142-150.
282. Cohen JD, Dougados M, Goupille P et al. Health assessment questionnaire score is the best predictor of 5-year quality of life in early rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2006; 33(10):1936-41.
283. Thyberg I., Skogh T., Hass UAM., Gerdle B. Recent-onset rheumatoid arthritis: A 1-year observational study of correlations between Health-Related Quality of life and clinical/laboratory data. *J Rehabil Med* 2005; 37:159-165.
284. van Lankveld W, Naring G, van' t Pad Bosh P, van de Putte L. The negative effect of decreasing the level of activity in coping with pain in rheumatoid arthritis: an increase in psychological distress and disease impact. *J Behav Med* 2000; 23:377-391.
285. Mikuls T, Saag K, Criswell L et al. Health related quality of life in women with elderly onset rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2003, May;30(5):952-7.
286. Baczyk G, Samborski P, Pieścikowska J et al. Comparison functioning and quality of life of patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Adv Med Sci*. 2007; 52 Suppl 1:55-9.

287. West EZ, Wallberg SJ. 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; 24: 117–122
288. Bermas BL, Tucker JS, Winkelman DK, Katz JN. Marital satisfaction in couples with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 2000, Jun;13(3):149-55.
289. Helland Y, Dagfinrud H, Kvien TK. Perceived influence of health status on sexual activity in RA patients: associations with demographic and disease-related variables.. *Scand J Rheumatol.* 2008, May-Jun;37(3):194-9.
290. van Lankveld W, Ruitkamp G, Näring G, de Rooij DJ. Marital and sexual satisfaction in patients with RA and their spouses. *Scand J Rheumatol.* 2004; 33(6):405-8
291. Kendig H, Browning CJ & Young AY. Impacts of illness and disability on the well-being of older people. *Disability and Rehabilitation* 2000; 22(1/2): 15-22.
292. Lapsley HM, March LM, Tribe KL et al. Living with rheumatoid arthritis: expenditures, health status, and social impact on patients. Arthritis Cost and Outcome Project Group. *Ann Rheum Dis.* 2002, Sep;61(9):818-21.
293. Work disability in early rheumatoid arthritis. Sokka T. *Clin Exp Rheumatol.* 2003, Sep-Oct;21(5 Suppl 31):S71-4. Review.
294. Wolfe F. The prognosis of rheumatoid arthritis: assessment of disease activity and disease severity in the clinic. *Am J Med.* 1997, Dec 29;103(6A):12S-18S. Review.
295. Alarcón GS. Predictive factors in rheumatoid arthritis. *Am J Med.* 1997, Dec 29;103(6A):19S-24S. Review.
296. Shanahan EM, Smith MD. Rheumatoid arthritis, disability and the workplace.. *Baillieres Best Pract Res Clin Rheumatol.* 1999, Dec;13(4):675-88. Review.
297. Pincus T, Sokka T. How can the risk of long-term consequences of rheumatoid arthritis be reduced? *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2001, Mar;15(1):139-Review.

298. Allaire SH. Curr Update on work disability in rheumatic diseases. *Opin Rheumatol.* 2001, Mar;13(2):93-8.
299. Groessl EJ, Ganiats TG, Sarkin AJ. Pharmacoeconomics. Sociodemographic differences in quality of life in rheumatoid arthritis. 2006; 24(2):109-21.
300. Mau W, Listing J, Huscher D et al. Employment across chronic inflammatory rheumatic diseases and comparison with the general population. *Rheumatol.* 2005, Apr;32(4):721-8.
301. de Croon EM, Sluiter JK, Nijssen TF et al. Predictive factors of work disability in rheumatoid arthritis: a systematic literature review. *Ann Rheum Dis.* 2004, Nov;63(11):1362-7.
302. Fifield J, Reisine ST, Grady K. Work disability and the experience of pain and depression in rheumatoid arthritis. *Soc Sci Med.* 1991; 33(5):579-85.
303. Reisine S, Fifield J, Winkelman DK. J Employment patterns and their effect on health outcomes among women with rheumatoid arthritis followed for 7 years. *Rheumatol.* 1998, Oct;25(10):1908-16.
304. Wolfe F, Hawley DJ. The longterm outcomes of rheumatoid arthritis: Work disability: a prospective 18 year study of 823 patients. *J Rheumatol.* 1998, Nov;25(11):2108-17.
305. Yelin E, Lubeck D, Holman H, Epstein W.J. The impact of rheumatoid arthritis and osteoarthritis: the activities of patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis compared to controls. *Rheumatol.* 1987, Aug;14(4):710-7
306. Fex E, Larsson BM, Nived K, Eberhardt K. Effect of rheumatoid arthritis on work status and social and leisure time activities in patients followed 8 years from onset. *J Rheumatol.* 1998, Jan;25(1):44-50.
307. Pincus T, Callahan LF, Sale WG et al. 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.
308. Mau W, Bornmann M, Weber H et al. Prediction of permanent work disability in a follow-up study of early rheumatoid arthritis: results of a tree structured analysis using RECPAM. *Br J Rheumatol.* 1996, Jul;35(7):652-9.

309. Factors associated with continued employment among patients with rheumatoid arthritis: a survival model. Reisine S, Fifield J, Walsh SJ, Feinn R. *J Rheumatol.* 2001, Nov;28(11):2400-8.
310. Welsing PM, van Gestel AM, Swinkels HL et al. The relationship between disease activity, joint destruction, and functional capacity over the course of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2001, Sep;44(9):2009-17.
311. Chorus AM, Miedema HS, Wevers CW, van der Linden S. Work factors and behavioural coping in relation to withdrawal from the labour force in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2001, Nov;60(11):1025-32.
312. De Roos AJ, Callahan LF. Differences by sex in correlates of work status in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Care Res.* 1999, Dec;12(6):381-91.
313. Rkain H, Allali F, Jroundi I, Hajjaj-Hassouni N. Socioeconomic impact of rheumatoid arthritis in Morocco. *Joint Bone Spine.* 2006, May;73(3):278-83.
314. Kobelt G, Woronoff AS, Richard B, Peeters P, Sany J. Disease status, costs and quality of life of patients with rheumatoid arthritis in France: the ECO-PR Study. *Joint Bone Spine.* 2008, Jul;75(4):408-15.
315. Bresnihan B. Rheumatoid arthritis: principles of early treatment. *J Rheumatol Suppl.* 2002, Nov;66:9-12. Review.
316. Yelin E, Trupin L, Wong B, Rush S. The impact of functional status and change in functional status on mortality over 18 years among persons with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 2002, Sep;29(9):1851-7.
317. Taal E, Rasker JJ, Seydel ER, Wiegman O. Health status, adherence with health recommendations, self-efficacy and social support in patients with rheumatoid arthritis. *Patient Educ Couns.* 1993, May;20(2-3):63-76.
318. Marks R. Efficacy theory and its utility in arthritis rehabilitation: review and recommendations. *Disabil Rehabil.* 2001; 23(7):271-80.
319. Cross MJ, March LM, Lapsley HM et al. Patient self-efficacy and health locus of control: relationships with health status and arthritis-related expenditure. *Rheumatology (Oxford).* 2006; 45(1):92-6.

- 320.Suominen S, Helenius H, Blomberg H et al. Sense of coherence as predictor of subjective state of health—results of 4 years of followup of adults. *J Psychosom Res* 2001; 50:77 – 86.
- 321.Surtees P, Wainwright N, Luben R, et al Sense of coherence and mortality in men and women in the EPIC-Norfolk United Kingdom prospective cohort study. *Am J Epimemiol* 2003; 158:1202–9.
- 322.Julkunen J, Ahlström R. Hostility, anger, and sense of coherence as predictors of health-related quality of life. Results of an ASCOT substudy. *J Psychosom Res.* 2006;61(1):33-9.
- 323.Kivimaki M, Elovainio M, Vahtera J et al. Sense of coherence as a mediator between hostility and health: seven-year prospective study on female employees. *J Psychosom Res* 2002;52:239– 47
- 324.Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. 1987; San Fransisco. Jossey-Bass Inc.
- 325.Hyphantis TN, Tsifetaki N, Siafaka V, Voulgari PV, Pappa C, Bai M, et al. TheImpact of Psychological Functioning upon Systemic Sclerosis Patients' Quality of Life. *Semin Arthritis Rheum* 2007; 37(2):81-92.
- 326.Drosos AA., Moutsopoulos, HM. Rheumatoid arthritis in Greece: clinical, serological and genetic conciderations. *Clinical Exp Rheumatol* 1995; 13 (12), s7-s12.
- 327.Verbrugge LM. Disability. *Rheum Dis Clin North Am* 1990;16:741–61.
- 328.Sherrer YS, Bloch DA, Mitchell DM, et al.The development of disability in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1986, Apr;29(4):494-500.
329. Yelin EH, Katz PP. Focusing interventions for disability among patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2002; 47(3):231-3.
- 330.American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, ed 4 (DSM-IV) Washington, DC, 1994; American Psychiatric Association.
- 331.Alamanos Y, Voulgari PV, Drosos AA. Epidemiology of rheumatic diseases in Greece. *J Rheumatol.* 2004, Aug;31(8):1669-70; author reply 1670-1.

- 332.Papadopoulos NG, Alamanos Y, Voulgari PV, Epagelis EK, Tsifetaki N, Drosos AA. Does cigarette smoking influence disease expression, activity and severity in early rheumatoid arthritis patients? *Clin Exp Rheumatol*. 2005, Nov-Dec;23(6):861-6.
- 333.Alamanos Y, Voulgari PV, Drosos AA. Incidence and prevalence of rheumatoid arthritis, based on the 1987 American College of Rheumatology criteria: a systematic review. *Semin Arthritis Rheum*. 2006, Dec;36(3):182-8. Review.
- 334.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;31:315-24
- 335.Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies:development and validation. *J Chronic Dis* 1987; 40: 373-83.
- 336.de Groot V, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter LM. How to measure comorbidity. A critical review of available methods. *J Clin Epidemiol* 2003; 56: 221-9.
- 337.Strand V, Scott DL, Emery P et al Leflunomide Rheumatoid Arthritis Investigators Groups. Physical function and health related quality of life: analysis of 2-year data from randomized, controlled studies of leflunomide, sulfasalazine, or methotrexate in patients with active rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2005, Apr;32(4):590-601.
- 338.Parker J, Smarr K, Anderson et al. Relationship of changes in Helplessness and Depression to Disease Activity in RA. *J Rheumatol* 1992; 19:1901-1905.
- 339.Zautra YDC, Villanueva I et al. Immune activation and depression in women with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*. 2004, Mar;31(3):457-6.
- 340.Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med* 1979; 9:139-45.
- 341.Garyfallos G, Karastergiou A, Adamopoulou A et al. Greek version of the General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84:371-8.

- 342.Chandarana PC, Eals M, Steingart AB et al. The detection of psychiatric morbidity and associated factors in patients with rheumatoid arthritis. *Can J Psychiatry* 1987; 32: 356-61.
- 343.Derogatis LR. SCL-90-R: administration, scoring, and procedure manual, 3rd edn. 1994;National Computer Systems, MN.
- 344.Donias S, Karastergiou A, Manos N. Standardization of the symptom checklist-90-R rating scale in a Greek population (in Greek with English abstract). *Psychiatriki* 1991; 2:42-48
- 345.Parker JC, Buckelew SP, Smarr KL, Buescher KL et al. Psychological screening in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 1990, Aug;17(8):1016-21.
- 346.Cohen S, Williamson GM. Stress and infectious disease in humans. *Psychol Bull.* 1991, Jan;109(1):5-24.
347. Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R.. Methodological issues in behavioral immunology research with humans. *Brain Behav. Immun* 1988; 2, 67-68.
- 348.Gabbard Glen O. Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική στην Κλινική Πράξη. 2006, Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Θωμάς Ν. Υφαντής, Τρίτη έκδοση, Αθήνα.
- 349.Riding N, Cartwright A. Interpreting the Inventory of Interpersonal Problems: subscales based on an interpersonal theory model. *Br J Med Psychol.* 1999, Sep;72 (Pt 3):407-20.
- 350.Birtchnell J. Does recollection of exposure to poor maternal care in childhood affect later ability to relate? *Br J Psychiatry.* 1993, Mar;162:335-44.
- 351.Depue RA, Luciana M, Arbisi P, Collins P, Leon A. Dopamine and the structure of personality: relation of agonist-induced dopamine activity to positive emotionality. *J Pers Soc Psychol.* 1994, Sep;67(3):485-98.
- 352.Vaillant GE. Ego mechanisms of defense. A guide for clinicians and researchers. 1992; Washington, DC: American Psychiatric Press.
- 353.Semrad EV, Grinspoon L, Fienberg SE. Development of an ego profile scale. *Arch Gen Psychiatry.* 1973, Jan;28(1):70-7.
- 354.Bond M, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40:333-338.

355. Bond M. An empirical study of defense styles: the Defense Style Questionnaire. In: Vaillant GE, eds. Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers. Washington DC, American Psychiatric Press, 1992; 139-140.
356. Bond M. Empirical studies of defense style: relationships with psychopathology and change. *Harv Rev Psychiatry*. 2004;12(5):263-78.
357. Bond M, Perry JC. Long-term changes in defense styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *Am J Psychiatry* 2004; 161(9):1665-71.
358. Jacobson AM. An approach to evaluating adolescent ego defense mechanisms using clinical interviews. Σε G.E. Vaillant (Ed.), *Empirical studies of ego mechanisms of defense*. 1992; Washington, DC: American Psychiatric Press, (pp. 89-99).
359. Reister G, Fellhauer RF, Franz M, et al. [Psychometric assessment of defense mechanisms: correlation between questionnaire and expert rating. Initial study of validity] *Psychother Psychosom Med Psychol*. 1993, Jan;43(1):15-20.
360. Trijsburg RW, van t' Spijker A, Van HL, et al. Measuring overall defensive functioning with the Defense Style Questionnaire: a comparison of different scoring methods. *J Nerv Ment Dis*. 2000, Jul;188(7):432-9.
361. Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Aalto-Setälä T, Lönnqvist J. Psychological defense styles in late adolescence and young adulthood: a follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, Aug;36(8):1148-53.
362. Bond, M. Validating the self-report of defense styles. *Journal of Personality disorders* 1989; 8(1): 28-31.
363. Sammalahti P, Aalberg V, & Penttinen JP. (). Does defense style vary with severity of mental disorder? An empirical assessment. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90(4): 290-294.
364. Schauenburg H, Schüssler G, Leibing E. [Empirical assessment of defense mechanisms with a self evaluation questionnaire (according to Bond et al.)]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 1991, Sep-Oct;41(9-10):392-400.
365. Nishimura R. Study of the measurement of defense style using Bond's Defense Style Questionnaire. *Psychiatry Clin Neurosci*. 1998, Aug;52(4):419-24.

366. Bonsack C, Despland JN, Spagnoli J. The French version of the Defense Style Questionnaire. *Psychother Psychosom.* 1998; 67(1):24-30.
367. Υφαντής Θ., Μαυρέας Β., Η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου εκτίμησης του αμυντικού προφίλ «Defense Style Questionnaire» (DSQ). 2006, Πρακτικά 19^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Ψυχιατρικής 4-8 Μαΐου, Αθήνα
368. Beresford TP, Alfors J, Mangum L et al. Cancer survival probability as a function of ego defense (adaptive) mechanisms versus depressive symptoms. *Psychosomatics* 2006, May-Jun; 47(3):247-53.
369. Hyphantis TN, Triantafillidis JK, Pappa S et al. Defense mechanisms in inflammatory bowel disease. *J Gastroenterol* 2005, 40: 24-30.
370. Hyphantis TN, Tomenson B, Bai M et al. Psychological Distress, Somatization, and Defense Mechanisms Associated with Quality of Life in Inflammatory Bowel Disease Patients. *Dig Dis Sci.* 2009; Mar : 3.
371. Plutchik R, Hyman L, Karasu TB. Medical symptoms and life stresses in psychiatric emergency room patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 1977; 86: 447-449.
372. Bendig AW. Ranking methodology: the development of a judgmental criterion with clinical case histories. *J Consult Psychol.* 1956, Feb; 20(1):75-8.
373. Fitts WH. The Tennessee Self-Concept Scale. TN.: Counselor Recordings & Test. 1965; Nashville.
374. Apter A, Plutchik R, Sevy S et al. Defense mechanisms in risk of suicide and risk of violence. *Am J Psychiatry.* 1989, Aug; 146(8):1027-31.
375. Conte HR, Plutchick R, Buck L et al. Interrelations among ego functions and personality traits : Their relation to psychotherapy outcome. *American Journal of Psychotherapy.* 1991; 45: 69-77.
376. Greenwald DJ. Suicide and violence risk : Predictors of aggressive expression. 1991; Unpublished doctoral dissertation, Fonbam University, New York.
377. Conte HR, Plutchick R, Schwartz B, Wild K, Psychodynamic variables related to outcome in hospitalized schizophrenics. 1995; Paper presented at the Convention of the American Psychological Association, Anaheim CA.

378. Birtchnell J. Personality set within an octogonal model of relating. 1997; In: Conte, H.R., Editor. Circumplex models of personality and emotions, APA, Washington, DC.
379. Dolan M, Völlm B. Antisocial personality disorder and psychopathy in women: a literature review on the reliability and validity of assessment instruments. *Int J Law Psychiatry*. 2009, Jan-Feb;32(1):2-9.
380. Riding N, Cartwright A. *Br J Med Psychol*. Interpreting the Inventory of Interpersonal Problems: subscales based on an interpersonal theory model. 1999, Sep;72 (Pt 3):407-20
381. Lackner JM, Gurtman MB. Patterns of interpersonal problems in irritable bowel syndrome patients: a circumplex analysis. *J Psychosom Res*. 2005 ; 58(6):523-32.
382. Cattell RB, *Personality and Learning theory*. 1979; New York, Springer.
383. Guilford JP, Shneidman ES, Zimmerman WS. The Guilford-Shneidman-Zimmerman interest survey. *J Consult Psychol*. 1949, Aug;13(4):302-6.
384. Jackson DN: *Personality Research Form Manual*. Port Huron, Research Psychologists Press, 1984.
385. Myers KM, Burke P, McCauley E. Suicidal behavior by hospitalized preadolescent children on a psychiatric unit. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1985, Jul;24(4):474-80.
386. Costa PT & McCrae RR. *NEO-PI-R: Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R)*. 1992; Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
387. Zuckerman M, Kuhlman DM. & Camac C. What lies beyond E and N? Factor analysis of scales believed to measure basic dimensions of personality. *Journal of Personality and Social Psychology* 1988; 54:96-107.
388. Zuckerman M & Kuhlman DM, Camac C. Personality and risk-taking: Common biosocial factors. *Journal of Personality* 2000; 68:999-1029.
389. Zuckerman GB, Bielory L. Complementary and alternative medicine herbal therapies for atopic disorders. *Am J Med*. 2002, Dec 16;113 Suppl 9A:47S-51S. Review.

390. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. 1987; San Francisco: Jossey-Bass Inc.
391. Karalis I, Langius A, Tsirogianni M et al. The translation-validation of the sense of coherence scale into Greek and its use in primary health care (In Greek with English abstract). Archives of Hellenic Medicine 2004; 21(2):195–203.
392. Antonovsky HF. Length of stay in a psychiatric hospital: how is the decision made? Isr J Psychiatry Relat Sci. 1983; 20(3):205-19.
393. Carmel M Quality in the market-place: White Paper challenges. Health Libr Rev. 1990, Dec;7(4):185-9.
394. Stefani G, Tredese F, Vinante O et al. Localized ovarian cancer: surgery plus chemotherapy. Eur J Cancer Clin Oncol. 1986, Nov;22(11):1365-70.
395. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. Soc Sci Med 1993; 36(6), 725-33.
396. Hyphantis TN, Christou K, Kontoudaki S et al. Disability status, disease parameters, defense styles, and ego strength associated with psychiatric complications of multiple sclerosis. Int J Psychiatry Med. 2008; 38(3):307-27.
397. Eriksson M, Lindström B. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. J Epidemiol Community Health. 2005; 59(6):460-6.
398. Callahan LF, Pincus T. Mortality in the rheumatic diseases. Arthritis Care Res. 1995, Dec;8(4):229-41. Review.
399. Caine TM, Foulds GA, Hope K. Manual of Hostility and Direction of Hostility Questionnaire. 1967; London, University of London Press.
400. Angelopoulos NV, Economou M. Eur Psychiatry. Hierarchical arrangement of psychiatric symptoms in the context of schizophrenia. 2001, Aug;16(5):267-73.
401. Drosos AA, Angelopoulos NV, Liakos A, Moutsopoulos HM. J Autoimmun. Personality structure disturbances and psychiatric manifestations in primary Sjögren's syndrome 1989, Aug;2(4):489-93..
402. Lyketsos GC, Blackburn IM, Tsiantis J. The movement of hostility during recovery from depression. Psychol Med. 1978, Feb;8(1):145-9.
403. Fries JF. N Aging, natural death, and the compression of morbidity. Engl J Med. 1980, Jul 17;303(3):130-5.

404. 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.
405. Ginieri-Coccosis M, Triantafillou E, Antonopoulou V et al. Quality of life in relation to WHOQOL-100 questionnaire (in Greek). 2001; Athens: Beta Medical Arts.
406. Taylor WJ, Myers J, Simpson RT et al. 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; 51: 350-7.
407. Altman DG. Practical statistics for medical research. London, Chapman and Hall 1991; In: 285.
408. Kraemer HC, Stice E, Kazdin A, Offord D, Kupfer D. How do risk factors work together? Mediators, moderators, and independent, overlapping, and proxy risk factors. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 848-56.
409. Kraemer HC, Wilson GT, Fairburn CG, Agras WS. Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 877-83.
410. Miles J, Shevlin M. Applying regression and correlation. London: Sage 2003: p. 165-91.
411. 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; 20:2025–2031
412. Bond M. The development and properties of the Defense Style Questionnaire. 1995; In: Conte HR, Plutchik (eds) *Ego defenses*. Wiley, New York: 212pp.
413. Bond MP, Vaillant JS. An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:285–288
414. Vaillant GE, Bond M, Vaillant CO. An empirically validated hierarchy of defense mechanisms. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:786–794.

415. Andrews G, Pollock C, Stewart G. The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:455–460.
416. Van der Heide A, Jacobs JW, van Albada-Kuipers GA et al Physical disability and psychological well being in recent onset rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1994;2:28–32.
417. Neugebauer A and Katz PP. Impact of Social Support on Valued Activity Disability and Depressive Symptoms in Patients With Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatism* 2004; August 15: pp 586–592.
418. Nagyova I, Stewart RE, Macejova et al. The impact of pain on psychological well-being in rheumatoid arthritis: the mediating effects of self-esteem and adjustment to disease. *Patient Educ Couns.* 2005, Jul;58(1):55-62.
419. Conner TS, Tennen H, Zautra AJ, Affleck G, Armeli S, Fifield Coping with rheumatoid arthritis pain in daily life: within-person analyses reveal hidden vulnerability for the formerly depressed. *J.Pain.* 2006, Dec 15;126(1-3):198-209.
420. Dickens C, Creed F. The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford).* 2001, Dec;40(12):1327-30. Review.
421. Neugebauer A, Katz PP, Pasch LA. Effect of valued activity disability, social comparisons, and satisfaction with ability on depressive symptoms in rheumatoid arthritis. *Health Psychol.* 2003, May;22(3):253-62.
422. Cadena J, Vinaccia S, Pérez A et al. 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.
423. Bedi GS, Gupta N, Handa R et al. Quality of life in Indian patients with rheumatoid arthritis. *Qual Life Res.* 2005, Oct;14(8):1953-8.
424. van Zeben D, Hazes JM, Zwinderman AH et al. Factors predicting outcome of rheumatoid arthritis: results of a followup study. *J Rheumatol.* 1993, Aug;20(8):1288-96.
425. Jakobsson U, Hallberg IR. Pain and quality of life among older people with rheumatoid arthritis and/or osteoarthritis: a literature review. *J Clin Nurs.* 2002, Jul;11(4):430-43.

426. Verstappen SMM, Poole AR, Ionescu M et al. Utrecht Rheumatoid Arthritis Cohort Study group (SRU). Radiographic joint damage in rheumatoid arthritis is associated with differences in cartilage turnover and can be detected by serum biomarkers: an evaluation from 1 to 4 years after diagnosis. *Arthritis Res Ther* 2006;8:1–9.
427. Roux-Lombard P, Eberhardt K, Saxne T, et al. Cytokines, metalloproteinases, their inhibitors and cartilage oligomeric matrix protein: relationship to radiological progression and inflammation in early rheumatoid arthritis. A prospective 5-year study. *Rheumatology* 2001;40:544–51.
428. Kirwan JR. Links between radiological change, disability, and pathology in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2001; 28:881–6.
429. Smolen JS, van der Heijde DM, St Clair EW et al. Active-controlled study of patients receiving infliximab for the treatment of rheumatoid arthritis of early onset (ASPIRE) study group. Predictors of joint damage in patients with early rheumatoid arthritis treated with high-dose methotrexate with or without concomitant infliximab. Results from the ASPIRE Trial. *Arthritis Rheum* 2006; 54:702–10.
430. van Leeuwen MA, van Rijswijk MH, van der Heijde DM et al. The acute-phase response in relation to radiographic progression in early rheumatoid arthritis: a prospective study during the first three years of the disease. *Br J Rheumatol* 1993; (32 Suppl 3):9–13.
431. Stenger AA, van Leeuwen MA, Houtman PM et al. Early effective suppression of inflammation in rheumatoid arthritis reduces radiographic progression. *Br J Rheumatol* 1998;37:1157–63.
432. van der Horst-Bruinsma IE, Speyer I, Visser H, Breedveld FC, Hazes JM. Diagnosis and course of early onset arthritis: results from a special early arthritis clinic compared to routine patient care. *Br J Rheumatol* 1998;37:1084–8.
433. Kaufmann J, Kielstein V, Kilian S, Stein G, Hein G. Relation between body mass index and radiological progression in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2003;30:2350–5.
434. Lorish CD, Abraham N, Austin J et al. Disease and psychological factors related to physical functioning in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1991;18:1150–1157.

435. Chance SE, Reviere SL, Rogers JH et al. An empirical study of the psychodynamics of suicide: a preliminary report. *Depression* 1996; 4: 89-91.
436. Horowitz LM, Alden LE, Wiggins JS, Pincus AL. *The inventory of interpersonal problems (IIP)*. 2000; San Antonio, TX: Psychological Corporation.
437. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: family social environments and the mental and physical health of off spring. *Psychol Bull* 2002; 128: 230_66.
438. Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol* 1986; 51: 1173-82.