

Καταθλιπτική Συμπτωματολογία σε Ασθενείς που Πάσχουν από Ρευματικά Νοσήματα

Αφροδίτη Ζαρταλούδη,¹ Ιωάννης Κουτελέκος²

Depressive Symptomatology in Patients with Rheumatic Diseases

Abstract at the end of the article

¹PhD, MSc, Λέκτορας,
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής,
²PhD, MSc, Λέκτορας,
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

Υποβλήθηκε: 29/11/2017
Επανυποβλήθηκε: 12/01/2018
Εγκρίθηκε: 20/02/2018

Υπεύθυνος αλληλογραφίας:
Αφροδίτη Ζαρταλούδη,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο
Δυτικής Αττικής, Αγίου Σπυρίδωνος,
122 43 Αιγάλεω
Τηλ: (+30) 6974 663 525
e-mail: afzarta@gmail.com

Εισαγωγή: Η συχνότητα της κατάθλιψης εμφανίζεται αυξημένη στους ασθενείς με ρευματικές παθήσεις. Η ρευματική νόσος ακολουθεί συνήθως μια οδυνηρή, μακροχρόνια και απρόβλεπτη πορεία, που χαρακτηρίζεται από συνεχιζόμενες εξάρσεις και υφέσεις και έχει σημαντικές συνέπειες στην καθημερινή ζωή των ασθενών, καθώς μπορεί να επηρεάσει όλες τις πτυχές της σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής τους λειτουργικότητας. **Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συχνότητας εμφάνισης και των παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς με ρευματικές παθήσεις. **Υλικό και Μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση άρθρων στην ελληνική και αγγλική γλώσσα σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων όπως Medline, Scopus, Science Direct και Google Scholar, χρησιμοποιώντας τις λέξεις- κλειδιά: «ρευματικά νοσήματα/rheumatic diseases» και «κατάθλιψη/depression». **Αποτελέσματα:** Ο χρόνιος πόνος, η αναπηρία, η επιβαρυνόμενη λειτουργικότητα, η απώλεια αγαπημένων δραστηριοτήτων, η αίσθηση απώλειας ελέγχου και μειωμένη αυτοεπάρκεια συμβάλλουν στην εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στους ασθενείς με ρευματικά νοσήματα. Η κατάθλιψη αυτή πολλές φορές παραμένει αδιάγνωστη και δεν θεραπεύεται με συνέπεια να επιβαρύνει τη λειτουργική αναπηρία, να οδηγεί σε αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας και σε φτωχή συμμόρφωση στη θεραπεία και να επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών με ρευματικά νοσήματα. Όταν η κλινική εικόνα στις ρευματικές παθήσεις περιπλέκεται με καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι αναγκαία η αντιμετώπισή της με φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις. **Συμπεράσματα:** Καθίσταται, επομένως, φανερό η ανάγκη να ενσωματωθεί στη συνήθη κλινική πρακτική η ανίχνευση, η επαρκής αξιολόγηση καθώς και ο θεραπευτικός σχεδιασμός για την τροποποίηση και αντιμετώπιση των

ψυχοκοινωνικών παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη κατάθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς με ρευματικά νοσήματα. Ιδιαίτερα σημαντική είναι η συμβολή και η ευαισθητοποίηση των νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών υγείας προς την κατεύθυνση αυτή.

Λέξεις-ευρητήριο: Ρευματικά νοσήματα, κατάθλιψη, ποιότητα ζωής.

Εισαγωγή

Τα ρευματικά νοσήματα είναι οι μη τραυματικές και μη χειρουργικές παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος και οι παθήσεις του συνδετικού ιστού. Είναι δηλ. οι παθήσεις των αρθρώσεων, των τενόντων, των συνδέσμων, των ορογόνων θυλάκων, των μυών, των οστών και της σπονδυλικής στήλης. Ορισμένες, όμως, ρευματικές παθήσεις, όπως π.χ. οι λεγόμενες αυτοάνοσες ρευματικές παθήσεις, δεν περιορίζονται μόνο στο μυοσκελετικό σύστημα, αλλά προσβάλλουν και διάφορα άλλα όργανα ή συστήματα του ανθρώπινου οργανισμού, όπως π.χ. νεφρούς, δέρμα, μάτια, πνεύμονες, καρδιά, αρτηρίες, φλέβες, ήπαρ, εγκέφαλο κ.λπ. Οι αυτοάνοσες ρευματικές παθήσεις, που λέγονται και νοσήματα του συνδετικού ιστού, είναι όχι μόνο οι σοβαρότερες ρευματικές παθήσεις, αλλά μερικές από αυτές είναι από τις βαρύτερες παθήσεις του ανθρώπου. Τα ευρήματα της περιγραφικής επιδημιολογικής μελέτης ESORDIG, που διεξήχθη επί συνόλου 10.647 ατόμων του πληθυσμού της χώρας μας δείχνουν ότι τα ρευματικά νοσήματα είναι πολύ συχνά στον γενικό πληθυσμό της Ελλάδας. Σχεδόν ένας στους τέσσερεις ενήλικους πάσχει από κάποιο ρευματικό νόσημα.^{1,2}

Οι ρευματικές νόσοι προσβάλλουν τις αρθρώσεις και εκδηλώνονται με εντόπιση έντονου άλγους, οιδήματος και φλεγμονής των προσβεβλημένων αρθρώσεων, δυσκαμψία, εύκολη κόπωση και αίσθημα γενικευμένης κακουχίας στις περιόδους έξαρσης. Χαρακτηρίζονται από συχνές διακυμάνσεις της κλινικής εικόνας, δηλαδή εξάρσεις και υφέσεις, και ενδέχεται να καταλήξουν σε μόνιμες παραμορφώσεις των άκρων χειρών και των άκρων ποδιών λόγω των οστικών διαβρώσεων στις προσβεβλημένες αρθρώσεις. Οι εξάρσεις συμβάλλουν στην έκπτωση της λειτουργικής ικανότητας των ασθενών και πολλές φορές προκαλούν ανικανότητα αυτοεξυπηρέτησης, καταλήγοντας σε σοβαρού βαθμού αναπηρία.¹

Οι ρευματικές παθήσεις είναι χρόνια νοσήματα, που έχουν μεγάλη επίπτωση στη λειτουργικότητα του ασθενούς καθώς και στη σωματική και ψυχική του υγεία. Οι περισσότεροι ασθενείς με ρευματικές παθήσεις 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 είναι πολύ πιθανό να βιώσει κάποια μορφή ψυχοπαθολογίας. Ο χρόνιος πόνος, η αναπηρία, το stress, η απώλεια της λειτουργικότητας, η αδυναμία των ασθενών να αντεπεξέλθουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες σε σωματικό, κοινωνικό και πνευματικό επίπεδο ενδέχεται να οδηγήσουν σε μια πληθώρα ψυχιατρικών συμπτωμάτων με κύρια αυτά της κατάθλιψης και του άγχους ή και οι τα δύο.³⁻⁵

Η κατάθλιψη είναι συχνό φαινόμενο σε χρόνια νοσήματα. Η κατάθλιψη σε ασθενείς με ρευματικά νοσήματα αποτελεί αντίδραση στην απώλεια της λειτουργικότητας, στην έλλειψη αυτοεκτίμησης ή στον φόβο ενδεχόμενων μελλοντικών απωλειών. Πρόκειται για μία ψυχιατρική διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από συνεχή θλίψη, έλλειψη ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης κατά τις δραστηριότητες, αίσθημα ενοχής, αυτομομφής και αναξιότητας ή χαμηλή αυτοεκτίμηση, διαταραχές του ύπνου ή της όρεξης, έλλειψη ενέργειας, εξάντληση και αδυναμία συγκέντρωσης. Επίσης, παρατηρείται τάση για απομόνωση και κοινωνική απόσυρση, άγχος, ανησυχία, αναποφασιστικότητα, απογοήτευση και απόγνωση και είναι δυνατόν να παραγνωρισθεί ως εκδήλωση, που αποτελεί μέρος των φυσικών συμπτωμάτων της νόσου. Χαρακτηριστικά είναι η κακή διάθεση καθημερινά, η απώλεια ερωτικού ενδιαφέροντος και η μείωση της σεξουαλικής ενέργειας, η απαισιοδοξία για το μέλλον και η εμφάνιση σκέψεων για τον θάνατο και την αυτοκτονία.^{3,19} Όταν η θλίψη γίνεται εντονότερη εμποδίζοντας τις φυσιολογικές δραστηριότητες και την καθημερινή λειτουργικότητα στην εργασία, τις διατροφικές συνήθειες, τον ύπνο και τις διαπροσωπικές σχέσεις, τότε εισάγεται η διάσταση και διάγνωση της κατάθλιψης. Δραστηριότητες που το άτομο πραγματοποιούσε εύκολα, τώρα φαντάζουν ανυπέρβλητα εμπόδια. Δυσκολεύεται να σκεφτεί, να συγκεντρωθεί, να θυμηθεί και να

αποφασίσει. Είναι απογοητευμένος και απελπισμένος. Στενοχωριέται, κλαίει, εστιάζει μόνο στις δυσάρεστες πτυχές των γεγονότων, οι οποίες λιμνάζουν στη σκέψη του, τις αναμασά, τις μεγεθύνει και τις διογκώνει. Νιώθει ανάξιος, ανίκανος, ένοχος, τα βάζει με τον εαυτό του. Άλλοτε καταδύεται στο παρελθόν, ανασύρει λάθη και παραλείψεις και κατακλύζεται από τύψεις. Το μέλλον φαντάζει ζοφερό και δυσοίωνο, αισθάνεται αβοήθητος, εξυφαίνει και επεξεργάζεται σχέδια αυτοκαταστροφής για να απαλλαγεί από τα αδιέξοδά του. Δραστηριότητες και χόμπι, κοινωνικές συναθροίσεις που τον ευχαριστούσαν, τον αφήνουν αδιάφορο, τίποτα δεν τον ευχαριστεί, όλα του φαίνονται μάταια και ανούσια, αποσύρεται, αδιαφορώντας πολλές φορές για την προσωπική του υγιεινή και την εμφάνισή του.^{6,19}

Σκοπός

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη συχνότητα και τους παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς με ρευματικές παθήσεις.

Υλικό και Μέθοδος

Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας μέσω αναζήτησης και συλλογής του υλικού στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus, Science Direct και μέσω της μηχανής αναζήτησης Google Scholar. Συμπεριλήφθηκαν δημοσιευμένες ερευνητικές μελέτες σε έγκυρα εξειδικευμένα περιοδικά. Χρησιμοποιήθηκαν άρθρα στην ελληνική και στην αγγλική γλώσσα. Ο χρονικός περιορισμός που τέθηκε ήταν να είναι δημοσιευμένα τις δύο τελευταίες δεκαετίες. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν κατά την αναζήτηση των άρθρων ήταν στην αγγλική γλώσσα: "depression", "rheumatic diseases" και στα Ελληνικά: «κατάθλιψη», «ρευματικά νοσήματα». Άρθρα τα οποία ήταν γραμμένα σε άλλη γλώσσα, πλην της Ελληνικής και Αγγλικής, αποκλείστηκαν. Επιπλέον, εξετάστηκαν όλες οι βιβλιογραφικές αναφορές των άρθρων που βρέθηκαν κατά την αρχική αναζήτηση.

Συχνότητα της κατάθλιψης στους ασθενείς με ρευματικά νοσήματα

Τα ερευνητικά αποτελέσματα καταδεικνύουν πως αναμφίβολα ο επιπολασμός της κατάθλιψης στους ασθενείς με ρευματικά νοσήματα είναι υψηλότερος απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, όπως έχει εκτι-

μηθεί από διαφορετικές μελέτες, παρουσιάζει μεγαλύτερη διακύμανση από 13–45%.^{3–5,7,8}

Η μεγάλη διακύμανση του ποσοστού της κατάθλιψης που αναφέρεται στους ασθενείς με ρευματικά νοσήματα, ίσως να οφείλεται στις διαφορετικές μεθόδους συλλογής των δεδομένων και στη χρήση διαφορετικών ερευνητικών εργαλείων. Πιο συγκεκριμένα στις περισσότερες μελέτες ο επιπολασμός της κατάθλιψης κυμαίνεται στο 13–20% των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα⁹ και είναι 2–3 φορές πιο συχνός σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό αλλά παρόμοιος με άλλα χρόνια νοσήματα.¹⁰

Υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν ότι συχνά η αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα και το πρωτοπαθές σύνδρομο Sjögren συνυπάρχουν με κατάθλιψη.^{11,12} Σε μια μελέτη του 2012 που συνέκρινε 176 γυναίκες με πρωτοπαθές σύνδρομο Sjögren με υγιή πληθυσμό χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο PHQ-9 βρέθηκε ότι το 37,5% είχαν ήπιας έντασης κατάθλιψη, το 25,6% μέτριας και το 12,5% σοβαρής έντασης κατάθλιψη.¹³ Σε δύο μελέτες της Segal et al το 2008 και το 2009, που συμμετείχαν, αντίστοιχα, 277 και 94 ασθενείς με πρωτοπαθές σύνδρομο Sjögren και στους οποίους χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα CES-D, η κατάθλιψη ήταν παρούσα στο 37% και 32% των ασθενών αντίστοιχα.^{14,15}

Οι ασθενείς με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο (ΣΕΛ) εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία σε υψηλότερο ποσοστό από τον γενικό πληθυσμό. Οι ασθενείς συνήθως αναφέρουν φόβους που περιστρέφονται γύρω από την επιδείνωση της ασθένειάς τους, τον θάνατο, την εξάρτησή τους από τη φαρμακευτική αγωγή και την αδυναμία επιτέλεσης των καθημερινών τους ασχολιών. Οι Nery et al¹⁶ στη μελέτη 71 γυναικών με ΣΕΛ με τη χρήση της συνέντευξης SCID (Structured Clinical Interview for DSM-IV) βρήκαν ότι διαταραχές της διάθεσης εμφάνιζε το 69% των ασθενών, με πιο συχνή διάγνωση τη Μείζονα Κατάθλιψη με ποσοστό 49.2%. Παρόμοια ποσοστά (47,0% για τη Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή) βρέθηκαν και σε μια άλλη μελέτη με μεγάλο δείγμα (N=326) γυναικών με ΣΕΛ όπου χρησιμοποιήθηκε η διαγνωστική συνέντευξη CIDI (Composite International Diagnostic Interview).¹⁷ Τέλος, σε μια πρόσφατη μελέτη του 2011 με δείγμα 150 ασθενών όπου χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) για την ανίχνευση της κατάθλιψης σε ασθενείς με ΣΕΛ, βρέθηκε ότι το 26% των ασθενών πληρούσαν τα κριτήρια για οποιαδήποτε διαταραχή της διάθεσης και το 17% για Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή.¹⁸ Ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε αυτόν τον πληθυσμό

είναι τουλάχιστον διπλάσιος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.¹⁹

Η ψυχιατρική αυτή συννοσηρότητα έχει μεγάλη σημασία, όχι μόνο γιατί αποτελεί θεραπευτικό στόχο από μόνη της, αλλά και γιατί η ύπαρξη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας συνδέεται με χειρότερη κλινική πορεία και λειτουργική κατάσταση του ασθενούς και μεγαλύτερη χρήση ιατρικών και νοσοκομειακών υπηρεσιών.^{9,13,19} Η διαπίστωση αυτή καθιστά ιδιαίτερα σημαντική την εντόπιση των παραγόντων που σχετίζονται με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς με ρευματικές παθήσεις και που παρουσιάζονται αναλυτικά στη συνέχεια.

Παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς με ρευματικές παθήσεις

Ενεργότητα της νόσου

Η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί μια μεμονωμένη εκδήλωση της παθολογίας του κεντρικού νευρικού συστήματος, που προκλήθηκε από τη δραστηριότητα της νόσου. Η εμπλοκή του κεντρικού νευρικού συστήματος μπορεί να είναι γενική ή εστιακή, επιφέροντας οξείες ή χρόνιες βλάβες. Οι βλάβες σε περιοχές του εγκεφάλου συμπεριλαμβανομένων του ιππόκαμπου, της αμυγδαλοειδούς δομής, των βασικών γαγγλίων και του εμπρόσθιου φλοιού μπορεί ενδεχομένως να σχετίζονται με την κατάθλιψη. Συσχέτιση μεταξύ των συναισθηματικών δυσκολιών και των δεικτών ενεργότητας της νόσου αλλά και των λειτουργικών περιορισμών έχει βρεθεί σε ρευματικές παθήσεις, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα και ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος. Τα ευρήματα αυτά φαίνεται να παραμένουν σταθερά ανεξαρτήτως του εργαλείου που θα χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση των ψυχολογικών παραμέτρων. Ένας μεγάλος αριθμός μελετών σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα αναφέρει ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ ψυχοπαθολογίας και της ενεργότητας της νόσου,²⁰ κυρίως συσχετίζεται με την ένταση του πόνου.^{8,5,21} Αντίθετα αποτελέσματα παραθέτονται σε άλλες μελέτες, στις οποίες δεν αναφέρεται συσχέτιση μεταξύ των δεικτών ενεργότητας της νόσου και της κατάθλιψης.^{22,23}

Αυτοκτονικότητα-αυτοχειρία-θνησιμότητα

Η αυτοχειρία και η θνησιμότητα είναι δύο συνέπειες της κατάθλιψης που είναι αναγκαίο να εξεταστούν στην περίπτωση ασθενών με ρευματικά νοσήματα καθώς δυνητικά θα μπορούσαν να προληφθούν. Οι Ang et al²⁴ στη μελέτη τους που διήρκεσε 18 χρόνια, κατέγραψαν ξεκάθαρη επίδραση της κατάθλιψης στη θνησιμότητα ασθενών με ρευ-

ματοειδή αρθρίτιδα. Σημαντικά είναι τα αποτελέσματα της δεκαετιάριας αναδρομικής έρευνας των Timonen et al²⁵ η οποία είχε στόχο τη μελέτη του ψυχοκοινωνικού προφίλ αυτόχειρων ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα και κατέγραψε όλες τις αυτοκτονίες (n=1585) που διεπράχθησαν σε περιοχή της Βόρειας Φινλανδίας κατά την περίοδο 1988–2000. Από τους 1585 αυτόχειρες, οι 289 (18,2%) ήταν γυναίκες. Το ποσοστό των γυναικών με ρευματοειδή αρθρίτιδα που αυτοκτόνησαν ήταν σημαντικά μεγαλύτερο από εκείνο των γυναικών που δεν έπασχαν από ρευματοειδή αρθρίτιδα ή οστεοαρθρίτιδα (52,6 % vs 17,3% αντίστοιχα). Επίσης, το 90% των γυναικών με ρευματοειδή αρθρίτιδα που αυτοκτόνησε είχε προηγουμένως διαγνωστεί με κατάθλιψη, ενώ το 50% είχε στο ιστορικό του τουλάχιστον μία απόπειρα αυτοκτονίας. Επιπλέον, η μέθοδος αυτοκτονίας στις γυναίκες ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα χαρακτηριζόταν από βιαιότητα στο 90% των περιπτώσεων.

Ποιότητα ζωής (ΠΖ)

Οι ασθενείς με χρόνιες και σοβαρές παθήσεις έχουν αρχίσει να ενδιαφέρονται όχι μόνο για τις πιθανότητες επιβίωσης αλλά και για ένα ικανοποιητικό επίπεδο συναισθηματικής, σωματικής και κοινωνικής δραστηριότητας που σχετίζεται με την ποιότητα της ζωής τους. Αυτό που ενδιαφέρει τους ερευνητές δεν είναι μόνο οι υποκειμενικές εκτιμήσεις των ασθενών για την κατάστασή τους, αλλά και η ικανότητα για δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και καθετί που επηρεάζει τη ζωή τους.

Η κατάθλιψη, που εμφανίζεται τόσο συχνά στα ρευματικά νοσήματα, έχει σημαντικά αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής. Στη μελέτη των Bazzichi et al²⁶ βρέθηκε ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονταν με την ΠΖ ακόμα και όταν οι ασθενείς δεν πληρούσαν τα κριτήρια για Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή. Αρκετές μελέτες υποστηρίζουν ότι η ψυχική καταπόνηση σχετίζεται με την ποιότητα ζωής των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα ακόμα και όταν δεν εμπλέκονται παράγοντες όπως η σωματική δυσλειτουργία και η σοβαρότητα της νόσου. Η βαρύτητα της κατάθλιψης σχετιζόταν με φτωχότερη ΠΖ.^{26–28}

Πόνος

Η κατάθλιψη στους ασθενείς με ρευματικές παθήσεις έχει συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα πόνου. Τα επίπεδα του πόνου αποτελούν σημαντικό προγνωστικό παράγοντα της κατάθλιψης.²⁹ Η σχέση ανάμεσα στον πόνο και την κατάθλιψη μπορεί να είναι αμφίδρομη.⁹ Ο πόνος μπορεί να αυξάνει τα καταθλιπτικά συμπτώματα και η κατάθλιψη να αυξάνει τον πόνο.³⁰

Μια διαχρονική μελέτη του 2012 που παρακολουθούσε ετησίως ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα για 7,5 χρόνια κατά μέσον όρο, προσπάθησε να διερευνήσει τη συσχέτιση μεταξύ πόνου και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Στη μελέτη αυτή³¹ τα ποσοστά της κατάθλιψης μετρήθηκαν με τη χρήση της υποκλίμακας της ψυχικής υγείας του ερωτηματολογίου «Επισκόπηση Υγείας SF-36». Οι ερευνητές βρήκαν, αν και μικρή, αμφίδρομη σχέση μεταξύ πόνου και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Το σκορ στην υποκλίμακα της ψυχικής υγείας αλλά και οι αλλαγές του σχετιζόταν με τις αλλαγές στον πόνο. Αντίστοιχα τα επίπεδα του πόνου, αλλά και οι αλλαγές του, σχετιζόνταν με τις αλλαγές στα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Κόπωση

Ένα από τα κύρια συμπτώματα των ρευματικών παθήσεων είναι η κόπωση που εμφανίζεται και δυσχεραίνει τον τρόπο ζωής των πασχόντων. Η κόπωση είναι μία υποκειμενική έννοια και ορίζεται ως «η κατάσταση, η οποία χαρακτηρίζεται από μειωμένη ικανότητα για σωματική και διανοητική εργασία και αποτελεσματικότητα στην διεκπεραίωση της εργασίας, που συνήθως συνοδεύεται από ένα αίσθημα εξάντλησης, νωθρότητας και μειωμένης ενεργητικότητας». Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ψυχολογικοί παράγοντες, ψυχοκοινωνικές μεταβλητές και κατάθλιψη φαίνεται να συμβάλουν στην εμφάνιση της χρόνιας κόπωσης.¹⁵ Η κατάθλιψη και γενικότερα οι συναισθηματικές διαταραχές μπορούν να επιφέρουν κόπωση στους ασθενείς σε ποσοστό 87% περίπου, η οποία με τη σειρά της επιδρά αρνητικά στην κοινωνική, τη συναισθηματική και την πνευματική δραστηριότητα³² και μπορεί να επιδράσει αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ρευματικές παθήσεις.³³

Χρήση υπηρεσιών υγείας και οικονομικές επιπτώσεις

Η εμφάνιση της κατάθλιψης αυξάνει το κόστος που προκύπτει από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς που πάσχουν από ρευματικά νοσήματα. Η αύξηση του προαναφερόμενου κόστους προκύπτει από την αύξηση των ιατρικών επισκέψεων και των νοσηλείων αλλά και από τις δαπάνες για φαρμακευτική αγωγή και διαγνωστικές εξετάσεις. Το έμμεσο κόστος προκύπτει από την απώλεια του εισοδήματος λόγω της υποαπασχόλησης ή της διακοπής της εργασίας. Τα ρευματικά νοσήματα συνιστούν κύρια αιτία όσον αφορά στην απώλεια εργασίας και στη χορήγηση επιδομάτων εργατικής ανικανότητας. Έχει αναφερθεί ότι σε ποσοστό 89% των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα, η νόσος έχει επηρεάσει αρνητικά τουλάχιστον έναν τομέα της κοινωνικοοικονομικής λει-

τουργικότητας (εργασία, εισόδημα, απαιτούμενος ημερήσιος χρόνος ανάπαυσης, δραστηριότητες αναψυχής, μετακίνηση, καθημερινότητα, κοινωνική εξάρτηση) ενώ στο 58% έχουν επηρεαστεί τουλάχιστον τρεις από τους παραπάνω τομείς.³⁴

Άλλες κοινωνικές επιδράσεις της ρευματοειδούς αρθρίτιδας ενδέχεται να είναι η απώλεια των προσωπικών φιλοδοξιών, η απώλεια του κοινωνικού ρόλου, η απώλεια της οικονομικής ασφάλειας, οι διαταραχές στις κοινωνικές σχέσεις και η ανησυχία για την εικόνα του σώματος. Είναι σαφές ότι εκτός από την οικονομική ανταμοιβή της εργασίας, δευτερεύοντα οφέλη είναι η αναγνώριση και η εκτίμηση από άλλα μέλη του κοινωνικού συνόλου, ενώ η ανικανότητα προς εργασία μπορεί να οδηγήσει σε έλλειψη αυτοεκτίμησης και σε κατάθλιψη. Η κατάθλιψη, που εμφανίζεται τόσο συχνά στα ρευματικά νοσήματα, σχετίζεται με πτωχή συμμόρφωση στη θεραπεία, που με τη σειρά της οδηγεί σε επιδείνωση της κατάστασης του ασθενούς με συνακόλουθες επιπτώσεις στη χρήση των υπηρεσιών υγείας, οικονομικές επιπτώσεις καθώς και επιπτώσεις στην ποιότητα της ζωής του. Υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης σε άτομα με ρευματικές παθήσεις έχουν συσχετιστεί με πτωχότερη πρόγνωση στις μεταβλητές κλινικής έκβασης και με αυξανόμενη χρήση παροχών υγείας.³⁵

Σωματική αναπηρία – απώλεια λειτουργικότητας

Η αυξημένη σωματική δυσλειτουργία και η σωματική αναπηρία στους ασθενείς με ρευματικές παθήσεις αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες και συσχετίζονται με την εμφάνιση της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη παρουσιάζεται ακολουθώντας τον περιορισμό στη λειτουργική ικανότητα, ειδικά όσον αφορά σε δραστηριότητες, οι οποίες εκτιμώνται ως σημαντικές. Η χειρότερη κλινική κατάσταση και η μείωση της λειτουργικής ικανότητας παίζουν ρόλο στην εκδήλωση της κατάθλιψης, επισημαίνοντας παράλληλα, ότι η απώλεια αγαπημένων δραστηριοτήτων δείχνει να είναι πιο σημαντικός παράγοντας για την εκδήλωσή της.^{36,37}

Η κατάθλιψη μπορεί να προηγείται της σωματικής δυσλειτουργίας, προβλέποντας πτωχότερη λειτουργική κατάσταση και περισσότερες μέρες νοσηλείας λόγω των ρευματικών παθήσεων. Μελέτες αναφέρουν ότι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επιδρούν στην πορεία της σωματικής ανικανότητας. Η ψυχολογική κατάσταση επηρεάζει την εμφάνιση αναπηρίας, όπως συμπεραίνεται από την αναδρομική μελέτη 238 ασθενών από τους Uhlig et al,³⁸ οι οποίοι επανεξετάστηκαν μετά από 5 χρόνια.

Επίσης, αξίζει να σημειωθούν τα αποτελέσματα των Escalante και del Rincon,³⁹ 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. Πιθανώς, η αιτιολογική σχέση μεταξύ σωματικής δυσλειτουργίας και κατάθλιψης να είναι αμφίδρομη με τη σωματική δυσλειτουργία να αυξάνει την κατάθλιψη και την κατάθλιψη να αυξάνει τη σωματική δυσλειτουργία.

Αντίληψη νόσου

Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι το υψηλότερο επίπεδο κατάθλιψης συνδέεται και με τον τρόπο που αντιλαμβάνονται οι ασθενείς την ίδια τη νόσο. Ο τρόπος με τον οποίο οι ασθενείς σκέφτονται και κατανοούν τη νόσο τους είναι πολύ σημαντικός καθώς επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο την αντιμετωπίζουν. Το αν οι ασθενείς βλέπουν τη νόσο τους περισσότερο αρνητικά επειδή έχουν κατάθλιψη ή γίνονται καταθλιπτικοί επειδή βλέπουν τη νόσο πιο αρνητικά είναι δύσκολο να απαντηθεί.⁴⁰

Η κατάθλιψη συνδέεται με αυξημένη ανησυχία για την ασθένεια και με βεβαιότητα για τη σοβαρότητά της, σχέση η οποία παραμένει ακόμα και έπειτα από στάθμιση της έντασης της νόσου και των επιπέδων του πόνου. Οι ασθενείς με κατάθλιψη εκλαμβάνουν την ασθένειά τους ως πιο σοβαρή και αισθάνονται αβοήθητοι στη θεραπεία συγκρινόμενοι με τους ασθενείς που δεν εμφανίζουν κατάθλιψη, ακόμη και όταν έχουν ίδιας σοβαρότητας αρθρίτιδα.⁴¹

Αίσθηση αυτο-επάρκειας (self-efficacy)

Η αίσθηση αυτο-επάρκειας (self-efficacy) είναι μία έννοια που αναπτύχθηκε από τον Bandura και αναφέρεται στην εμπιστοσύνη που έχει κάποιος στις ικανότητές του να αναπτύξει συγκεκριμένες συμπεριφορές σε ιδιαίζουσες καταστάσεις. Οι Smar et al⁴² εκτίμησαν πως οι αλλαγές στην αίσθηση της αυτο-επάρκειας συσχετίζονται με την κατάθλιψη στη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Από τους Riesma et al,⁴³ οι οποίοι μελέτησαν 227 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, βρέθηκε ότι ασθενείς με υψηλή αίσθηση αυτο-επάρκειας, ανέφεραν λιγότερη ψυχική καταπόνηση.

Στρατηγικές αντιμετώπισης

Οι περισσότεροι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα χρησιμοποιούν μια ποικιλία από στρατηγικές διαχείρισης της κατάστασης. Οι παθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης των δυσκολιών και οι πεποισίες για τις επιπτώσεις της ασθένειας αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες για την εκδήλωση κατάθλιψης.²²

Μια παθητική στάση, ιδιαίτερα σε περιόδους έξαρσης, αποτελεί έναν από τους παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη, ενώ μια ενεργητική στάση απέναντι στη νόσο έχει ως αποτέλεσμα την καλύτερη προσαρμογή.⁴⁴ Παθητικές στρατηγικές αντιμετώπισης, όπως αυτές που χαρακτηρίζονται από αυτομομφή και αυτοκαταστροφή, έχουν συσχετιστεί με αυξημένη συναισθηματική δυσφορία, 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.^{21,45}

Η μακροπρόθεσμη χρήση αποφευκτικών και παθητικών στρατηγικών, όπως είναι η μείωση της δραστηριότητας, η αύξηση της ανάπαυσης, η κοινωνική απομόνωση, η απόσυρση στη φαντασία, η εξάρτηση από τους άλλους έχει σχετισθεί συστηματικά με αύξηση της ψυχικής δυσφορίας και της αντίληψης του πόνου και με μείωση του επιπέδου της καθημερινής λειτουργικότητας.⁴⁶

Η άρνηση αποδοχής της νόσου, που αποτελεί αμυντικό μηχανισμό για τη νοερή εξάλειψη απειλητικών δεδομένων, δίνει τη θέση της στον θυμό, ο οποίος ακολουθείται από κατάθλιψη. Η αποδοχή της νόσου και των συνεπειών της έχει συσχετισθεί με χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής δυσφορίας και αντίληψης του πόνου.⁴⁷ Κατά την ιδανική προσαρμογή στη ρευματοειδή αρθρίτιδα εμπλέκεται μια συνεχής διαδικασία εξισορρόπησης ανάμεσα στις επικεντρωμένες στην επίλυση του προβλήματος στρατηγικές με στόχο τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας και στις επικεντρωμένες στη ρύθμιση του συναισθήματος στρατηγικές με στόχο τη συμμόρφωση στην κατάσταση της υγείας, όπως έχει υποστηριχθεί και σε άλλες χρόνιες παθήσεις. Πραγματικά, οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα έχει βρεθεί ότι εναλλάσσουν τις στρατηγικές που χρησιμοποιούν για να αντιμετωπίσουν τα διαφορετικά προβλήματα που απορρέουν από τη νόσο και αυτή η εναλλαγή φαίνεται ότι βρίσκεται σε συνάρτηση με τον έλεγχο που αντιλαμβάνονται ότι έχουν πάνω στο κάθε πρόβλημα. Η αντίληψη του πόσο σημαντικό και πόσο ελεγχόμενο είναι ένα συγκεκριμένο πρόβλημα που απορρέει από τη νόσο έχει βρεθεί ότι επηρεάζει την επιλογή της αντίδρασης του ασθενούς. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα είναι περισσότερο πιθανό να χρησιμοποιήσουν στρατηγικές επικεντρωμένες στην επίλυση του προβλήματος για να αντιμετωπίσουν προβλήματα που αντιλαμβάνονται ως ελεγχόμενα και στρατηγικές επικεντρωμένες στη ρύθμιση του συναισθήματος για να αντιμετωπίσουν προβλήματα που αντιλαμβάνονται ως μη ελεγχόμενα.⁴⁸

Αντίληψη ελέγχου - «Κέντρο Ελέγχου» (Locus of Control)

Ένας ψυχολογικός παράγοντας, που μελετάται και που ενδέχεται να επηρεάζει την προσαρμογή των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα, 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. Η αντίληψη έλλειψης ελέγχου της ίδιας της νόσου ή των συνεπειών της συσχετίζεται με την κατάθλιψη στη ρευματοειδή αρθρίτιδα.²³

Η επώδυνη και απρόβλεπτη φύση της ασθένειας, η οποία προοδευτικά μπορεί να οδηγήσει στην αναπηρία, συμβάλλει στη δημιουργία της αντίληψης του ανεξέλεγκτου και δημιουργεί μια χρόνια έκθεση των ασθενών στο αίσθημα της αβεβαιότητας και στην αντίληψη ότι είναι ανίκανοι να επηρεάσουν ή να ελέγξουν την κατάστασή τους, γεγονός που τους καθιστά περισσότερο επιρρεπείς στην κατάθλιψη. Αντίστροφα, οι ασθενείς που πιστεύουν ότι μπορούν να ελέγξουν τη νόσο τους μέσω σημαντικών τρίτων προσώπων, π.χ. μέσω της θεραπείας και της περίθαλψης που παρέχει το προσωπικό υγείας, εκδηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και υψηλότερα επίπεδα θετικού συναισθήματος.⁴⁹ Επίσης, οι ασθενείς που πιστεύουν ότι μπορούν να ελέγξουν τις συνέπειες της νόσου, όπως τον πόνο και τα άλλα συμπτώματα, ιδιαίτερα την κούραση, την περιορισμένη κινητικότητα, και τα αρνητικά συναισθήματα που προκαλούνται από αυτά, έχει βρεθεί ότι εκδηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και πόνου και υψηλότερα επίπεδα καθημερινής λειτουργικότητας και θετικού συναισθήματος.⁵⁰

Κοινωνική στήριξη

Η στήριξη από το κοινωνικό περιβάλλον είναι ένας, ακόμη, παράγοντας που έχει βρεθεί να είναι σημαντικός στην ψυχολογική προσαρμογή των ασθενών, καθώς ελαττώνει τις επιπτώσεις του φυσικού περιορισμού που προκαλούν οι ρευματικές παθήσεις. Κοινωνικοί παράγοντες, όπως το κοινωνικό στρες και η έλλειψη κοινωνικής στήριξης εμφανίζουν μεγάλη συσχέτιση με την κατάθλιψη στη νόσο αυτή. Τα άτομα με αρθρίτιδα συχνά χρειάζονται μεγάλη υποστήριξη και αυτό μπορεί μερικές φορές να επιβαρύνει τις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Το μη υποστηρικτικό κοινωνικό περιβάλλον και η έλλειψη κοινωνικών επαφών φαίνεται ότι ευνοεί την εμφάνιση κατάθλιψης στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, ενώ το υποστηρικτικό περιβάλλον ελαττώνει την πιθανότητα αυτή. Ιδιαίτερα σε ασθενείς με μεγαλύτερη διάρκεια νόσου υπάρχει μεγαλύτερη συσχέτιση μεταξύ του

κοινωνικού υποστηρικτικού περιβάλλοντος και της ψυχοπαθολογίας.^{5,51}

Θεραπευτικές παρεμβάσεις

Αν και προς το παρόν για τις ρευματικές παθήσεις δεν υπάρχει θεραπεία που να παρέχει πλήρη ίαση, εντούτοις, οι νόσοι μπορεί να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά στους περισσότερους ασθενείς, με σωστή και έγκαιρη αγωγή. Αντικειμενικοί στόχοι της θεραπευτικής αντιμετώπισης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας είναι: (α) η ύφεση της νόσου, (β) η ανακούφιση από τον πόνο, (γ) ο περιορισμός της καταστροφής των αρθρώσεων και των συνακόλουθων παραμορφώσεων και (δ) η βελτίωση της λειτουργικής ικανότητας και της ποιότητας ζωής των ασθενών.²

Τα άγχος και η κατάθλιψη μειώνουν την αντοχή στον πόνο. Έτσι, για την αντιμετώπιση του πόνου προτείνονται διάφορα μέσα, όπως η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, οι τακτικές περίοδοι ανάπαυσης, οι ασκήσεις χαλάρωσης, τα προγράμματα άσκησης και η συμμετοχή σε ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης. Κρίσιμη στο σημείο αυτό θεωρείται η ικανότητα των επαγγελματιών υγείας, μεταξύ των οποίων και των νοσηλευτών, να διαγιγνώσκουν την ψυχική καταπόνηση και να αντιμετωπίζουν, τουλάχιστον αρχικά, τα ψυχιατρικά συμπτώματα των ασθενών τους. Η κατάθλιψη στους ασθενείς με ρευματικές παθήσεις παραμένει αδιάγνωστη και υποθεραπευόμενη λόγω της τάσης εστίασης στα σωματικά συμπτώματα της νόσου αλλά και λόγω της συχνής αλληλοεπικάλυψης των συμπτωμάτων της κατάθλιψης με εκείνα των ρευματικών παθήσεων. Για ασθενείς με ρευματικές παθήσεις τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να αποδίδονται στην ίδια την ασθένεια.¹

Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία αποτελεί την περισσότερο τεκμηριωμένη συμπληρωματική θεραπεία για τους ασθενείς με ρευματικές παθήσεις 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. Η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία βοηθά τους ασθενείς να αντιληφθούν την επίδραση που ασκούν οι σκέψεις, οι προσδοκίες ή οι συμπεριφορές τους στα συμπτώματά τους, δίνει έμφαση στη λήψη ευθύνης και ενεργοποίηση του ασθενούς, στην αντιμετώπιση δυσλειτουργικών γνωσιών και στάσεων, στον συμπεριφορικό έλεγχο των συμπτωμάτων και στην αντιμετώπιση των δυσλειτουργικών επιλογών τους. Διδάσκει τρόπους γνωσιακής και συμπεριφορικής αντιμετώπισης των δυσκολιών τους (π.χ. ελάττωση της προσοχής στον πόνο

με ευχάριστες δραστηριότητες, ισορροπία μεταξύ της καθημερινής εργασίας και των ευχάριστων δραστηριοτήτων, κ.ά.). Ο ασθενής οδηγείται να θέσει ρεαλιστικούς στόχους που προοδευτικά τους επιτυγχάνει π.χ. προοδευτικά αυξάνει τη διάρκεια και τη συχνότητα της φυσικής του δραστηριότητας. Ο ασθενής συμμετέχει σε ομαδική θεραπεία, ομάδες αυτοβοήθειας πασχόντων και παρακολουθεί άλλους ασθενείς σαν αυτόν που με την κατάλληλη παρέμβαση βελτίωσαν τη λειτουργία τους και ελάττωσαν τα συμπτώματά τους.^{6,21,52}

Η αποδοχή εκ μέρους του προσωπικού υγείας γενικότερα και των νοσηλευτών ειδικότερα του γεγονότος ότι η κατάθλιψη αποτελεί φυσιολογική αντίδραση, όπως και της δυνατότητας του ασθενούς να εκφράσει ελεύθερα τα συναισθήματά του, τον καθιστά ικανό να κινητοποιήσει τα ψυχικά του αποθέματα. Χρήσιμη είναι και η γνώση του τρόπου με τον οποίο ανταποκρίθηκε ο ασθενής σε δύσκολες στρεσογόνες καταστάσεις στο παρελθόν, καθώς οι μηχανισμοί που χρησιμοποιήθηκαν στο παρελθόν τείνουν να επαναλαμβάνονται και να χρησιμοποιούνται εκ νέου και στο παρόν.^{41,42,47,48}

Συμπεράσματα

Τα χρόνια νοσήματα φέρνουν τους ασθενείς αντιμέτωπους με μακροχρόνιες θεραπείες και προκλήσεις όπως η διατήρηση ικανοποιητικής συναισθηματικής ισορροπίας, αυτοεκτίμησης και αυτοελέγχου, η ενίσχυση των σχέσεων με την οικογένεια και τους φίλους και ο συμβιβασμός με ένα αβέβαιο μέλλον. Επιπλέον, οι διαγνωστικές ασάφειες, η ανικανότητα, η εξάρτηση, το κοινωνικό στίγμα και οι αλλαγές στον τρόπο ζωής αποτελούν χαρακτηριστικό των χρόνιων νοσημάτων.^{3,9}

Η ψυχοπαθολογία ενδέχεται να αυξάνεται αμέσως μετά την διάγνωση της νόσου, ως αντίδραση σε ένα τόσο απειλητικό για την υγεία γεγονός, ενώ η εξάρση της ασθένειας μπορεί να επαναφέρει την κατάθλιψη επειδή το άτομο αισθάνεται μάλλον ότι ποτέ δεν θα απαλλαγεί από τη νόσο.¹²

Η παρουσία μιας ασθένειας συχνά σημαίνει ότι διαταράσσονται καθημερινές συνήθειες, όπως το να πηγαίνει κανείς στη δουλειά, να παρακολουθεί μαθήματα ή να μαγειρεύει. Σημαίνει ακόμη ότι ο πάσχων είναι πολύ πιθανό να μην αισθάνεται καλά, ούτε σωματικά ούτε ψυχικά, για κάποια χρονική περίοδο. Οι χρόνιες ασθένειες, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι εξ ορισμού μακροχρόνιες. Έτσι, οι συνέπειές τους στη ζωή των πασχόντων και των οικείων τους είναι αναπόφευκτα πιο σοβαρές.¹⁹ Οι επιπτώσεις των ρευματικών νόσων, η ενεργότητα της νόσου, ο πόνος, η κόπωση, η σωματική ανικανότητα, βρέθηκε

ότι σχετίζονται με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Επίσης, η κατάθλιψη 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 και την απώλεια αγαπημένων δραστηριοτήτων.^{4,5,7,21,23,28}

Όταν ένα άτομο αντιμετωπίζει οργανικά προβλήματα και το σώμα του δεν λειτουργεί «φυσιολογικά», τότε η αλληλεπίδρασή του με τον κοινωνικό περίγυρο γίνεται επικίνδυνη. Η εξάρτηση από τους άλλους ανθρώπους μπορεί να αυξηθεί κι αυτό μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα να απειλείται η αίσθηση του εαυτού. Για παράδειγμα, η εμφάνιση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα έναν σοβαρό περιορισμό των σωματικών κινήσεων, πράγμα που ίσως σημαίνει ότι ο/η πάσχων/πάσχουσα εξαρτάται από άλλους προκειμένου να φέρει σε πέρας ενέργειες που προηγουμένως διεκπεραιώνε μόνος/μόνη. Μια τέτοια κατάσταση, ιδιαίτερα στο πλαίσιο μιας πολιτιστικής πραγματικότητας η οποία δίνει έμφαση στην ανεξαρτησία και στο να βασίζεται κανείς στον εαυτό του, πιθανόν να απειλήσει την αυτοεκτίμηση του πάσχοντος. Μπορεί επίσης να κάνει τις κοινωνικές του σχέσεις, οι οποίες στις κοινωνίες μας βασίζονται κυρίως στην έννοια της αμοιβαιότητας, ιδιαίτερα επισημασμένες. Ένας χρόνιος ασθενής που «περιμένει πολλά» ή «έχει πολλές απαιτήσεις» είναι πολύ πιθανό να αποριφθεί από τους άλλους. Αυτό σημαίνει ότι το άτομο που ασθενεί πρέπει διαρκώς να αξιολογεί την ορθότητα των απαιτήσεων που έχει από τους άλλους. Ουσιαστικά, λοιπόν, η χρόνια ασθένεια έχει επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή των πασχόντων, στις κοινωνικές τους σχέσεις, στην ταυτότητα τους (την άποψη που έχουν οι άλλοι για κείνους) και την αίσθηση του εαυτού (την προσωπική τους άποψη για τους ίδιους).^{5,30,34}

Παρόλο που η κατάθλιψη είναι πολύ κοινό σύμπτωμα σε ανθρώπους με χρόνια ασθένεια από ό,τι στον γενικό πληθυσμό, αυτό δεν σημαίνει ότι κάθε χρόνιος ασθενής πάσχει από κατάθλιψη. Η διερεύνηση και η αξιολόγηση όλων των παραπάνω ψυχολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων θα βοηθήσει στην κατανόηση των αλληλεπιδράσεων και τον σχεδιασμό ψυχολογικών θεραπευτικών παρεμβάσεων που στοχεύουν στην τροποποίηση και την αντιμετώπισή τους, με απώτερο σκοπό τη μείωση της πιθανότητας εκδήλωσης κατάθλιψης και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ρευματικές παθήσεις.^{9,19,41}

ABSTRACT

Depressive Symptomatology in Patients with Rheumatic Diseases

Afroditi Zartaloudi,¹ Ioannis Koutelekos²¹PhD, MSc, Lecturer, Department of Nursing, University of Western Attica,²PhD, MSc, Lecturer, Department of Nursing, University of Western Attica, Attica, Greece

Introduction: The prevalence of depression has been reported to be elevated in patients with rheumatic diseases. Rheumatic disease follows a painful, chronic and unknown course of exacerbations and remissions. These aspects of the disease may have a significant impact on the daily life of the patients, since they have to deal with a potentially unpredictable long-term condition that may affect almost all aspects of their physical, psychological and social functioning. **Aim:** The aim of the present review was to explore the frequency and the factors related to the appearance of depressive symptomatology in patients with rheumatic diseases. **Material and Method:** A literature review was conducted through Medline, Scopus, Science Direct και Google Scholar databases, using the key-words: "rheumatic diseases" and "depression". **Results:** Chronic pain, physical disability, impaired functioning, the loss of valued activities, the lack of perceived control and self-efficacy may lead to the appearance of depressive symptomatology in patients with rheumatic diseases. However, depression remains often unrecognized and undertreated and is associated with functional disability, increased health care utilization and medical costs, poor compliance to treatment and impaired health-related quality of life. When the clinical status in rheumatic disorders becomes complicated with depressive symptoms, effective treatment, including drugs administration and/or psychological interventions, is necessary. **Conclusion:** The findings highlight the importance of the detection and the evaluation of the psychosocial factors, which contribute to the appearance of depressive symptoms, but also the necessity to design psychological interventions targeting to their transformation, in order to decrease the elevated prevalence of depression. Health professionals' and especially nurses' role in the above process is extremely important.

Key-words: Rheumatic diseases, depression, quality of life.

✉ **Corresponding Author:** Afroditi Zartaloudi, Department of Nursing, University of Western Attica, Agiou Spiridonos street, GR-122 43 Egaleo, Greece, Tel: (+30) 6974 663 525, e-mail: afzarta@gmail.com

Βιβλιογραφία

1. Andrianakos A, Miyakis S, Trontzas P, Kaziolas G, Christoyannis F, Karamitsos D et al. The burden of the rheumatic diseases in the general adult population of Greece: the ESORDIG study. *Rheumatology* 2005;1-7
2. Andrianakos A, Trontzas P, Christoyannis F, Kaskani E, Nikola Z, Tavaniotou E et al. Prevalence and management of rheumatoid arthritis in the general population of Greece- the ESORDIG study. *Rheumatology (Oxford)* 2006, 45:1549-1554
3. Isik A, Koca SS, Ozturk A, Mermi O. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2007, 26:872-878
4. Odegård S, Finset A, Mowinckel P, Kvien TK, Uhlig T et al. Pain and psychological health status over a 10-year period in patients with recent onset rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2007, 66:1195-1201
5. Zyrianova Y, Kelly BD, Gallagher C, McCarthy C, Molloy MG, Sheehan J et al. Depression and anxiety in rheumatoid arthritis: the role of perceived social support. *Ir J Med Sci* 2006, 175:32-36
6. McKenzie K. *Μάθετε για την κατάθλιψη*. Αθήνα, Εκδόσεις Χ.Π. Πασχαλίδης, 2008
7. Hyphantis TN, 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, 26:828-836
8. Nakajima A. Application of cellular gene therapy for rheumatoid arthritis. *Mod Rheumatol* 2006, 16:269-275
9. Sheehy C, Murphy E, Barry M. Depression in rheumatoid arthritis-underscoring the problem. *Rheumatology (Oxford)* 2006, 45:1325-1327
10. Robinson RG, Spalletta G. Poststroke depression: a review. *Can J Psychiatry* 2010, 55:341-349
11. Gunaydin R, Goksel Karatepe A, Cesmeli N, Kaya T. Fatigue in patients with ankylosing spondylitis: relationships with disease-specific variables, depression, and sleep disturbance. *Clin Rheumatol* 2009, 28:1045-1051
12. Martindale J, Smith J, Sutton CJ, Grennan D, Goodacre L, Goodacre JA. Disease and psychological status in ankylosing spondylitis. *Rheumatology (Oxford)* 2006, 45:1288-93
13. Westhoff G, Dorner T, Zink A. Fatigue and depression predict physician visits and work disability in women with

- primary Sjogren's syndrome: results from a cohort study. *Rheumatology (Oxford)* 2012, 51:262–269
14. Segal B, Bowman SJ, Fox PC, Vivino FB, Murukutla N, Brod-scholl J et al. Primary Sjogren's Syndrome: health experi-ences and predictors of health quality among patients in the United States. *Health Qual Life Outcomes* 2009, 7:46
 15. Segal B, Thomas W, Rogers T, Leon JM, Hughes P, Patel D et al. Prevalence, severity, and predictors of fatigue in subjects with primary Sjogren's syndrome. *Arthritis Rheum* 2008, 59:1780–1787
 16. Nery FG, Borba EF, Viana VS, Hatch JP, Soares JC, Bonfa E et al. Prevalence of depressive and anxiety disorders in systemic lupus erythematosus and their association with anti-ribosomal P antibodies. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008, 32:695–700
 17. Bachen EA, Chesney MA, Criswell LA. Prevalence of mood and anxiety disorders in women with systemic lupus ery-thematosus. *Arthritis Rheum* 2009, 61:822–829
 18. Julian LJ, Gregorich SE, Tonner C, Yazdany J, Trupin L, Criswell LA et al. Using the Center for Epidemiologic Stud-ies Depression Scale to screen for depression in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2011, 63:884–890
 19. Thombs BD, Taillefer SS, Hudson M, Baron M. Depression in patients with systemic sclerosis: a systematic review of the evidence. *Arthritis Rheum* 2007, 57:1089–1097
 20. Braun IM, Liang MH, Orav EJ, Ahern DK, Barsky AJ. A person-ality characteristic, somatic absorption, and the perception of somatic symptoms in rheumatoid arthritis patients. *J Rheumatol* 2008, 35:782–789
 21. Martens MP, Parker JC, Smarr KL, Hewett JE, Ge B, Hanson KD et al. Health status, cognitive coping, and depressive symptoms: testing for a mediator effect. *J Rheumatol* 2005, 32:1584–1588
 22. Evers AW, Kraaimaat FW, Geenen R, Jacobs JW, Bijlsma JW. Long-term predictors of anxiety and depressed mood in early rheumatoid arthritis: a 3 and 5 year follow up. *J Rheu-matol* 2002, 29:2327–2336
 23. Murphy H, Dickens C, Creed F, Bernstein R. Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *J Psychosom Res* 1999, 46:155–64
 24. Ang DC, Choi H, Kroenke K, Wolfe F. Comorbid depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2005, 32:1013–1019
 25. Timonen M, Viilo K, Hakko H, Särkioja T, Ylikulju M, Meyer-Rochow VB et al. Suicides in persons suffering from rheu-matoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2003, 42:287–291
 26. Bazzichi L, Maser J, Piccinni A, Rucci P, Del Debbio A, Vivarelli L et al. Quality of life in rheumatoid arthritis: impact of dis-ability and lifetime depressive spectrum symptomatology. *Clin Exp Rheumatol* 2005, 23:783–788
 27. Baysal O, Durmus B, Ersoy Y, Altay Z, Senel K, Nas K, et al. Relationship between psychological status and disease activity and quality of life in ankylosing spondylitis. *Rheu-matol Int* 2011, 31:795–800
 28. Rupp I, Boshuizen HC, Dinant HJ, Jacobi CE, Van Den Bos GA M. Disability and health-related quality of life among patients with rheumatoid arthritis: association with radio-graphic joint damage, disease activity, pain, and depressive symptoms. *Scand J rheumatology* 2006, 35:175–181
 29. Wolfe F, Michaud K. Predicting depression in rheumatoid arthritis: the signal importance of pain extent and fatigue, and comorbidity. *Arthritis Rheum* 2009, 61:667–673
 30. Pollard L, Choy EH, Scott DL. The consequences of rheu-matoid arthritis: Quality of life measures in the individual patient. *Clin Exp Rheumatol* 2005, 23:43–52
 31. Husted JA, Tom BD, Farewell VT, Gladman DD. Longitudinal study of the bidirectional association between pain and depressive symptoms in patients with psoriatic arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2012, 64:758–765
 32. Ramsey-Goldman R, Rothrock N. Fatigue in Systemic Lupus Erythematosus and Rheumatoid Arthritis. *Am Acad Physic Med Rehabil* 2010, 2:384–392
 33. Repping-Wuts H, Uitterhoeve R, Riel PV, Achterberg TV. Fatigue as experienced by patients with rheumatoid ar-thritis (RA): A qualitative study. *Int J Nurs Studies* 2008, 45: 995–1002
 34. Albers JM, Kuper HH, van Riel PL, Prevo ML, van 't Hof MA, van Gestel AM et al. Socio-economic consequences of rheumatoid arthritis in the first years of the disease. *Rheumatology (Oxford)* 1999, 38:423–430
 35. Bansback N, Harrison M, Brazier J, Davies L, Kopec J, Marra C et al. Health state utility values: a description of their de-velopment and application for rheumatic diseases. *Arthritis Rheum* 2008, 59:1018–1026
 36. Palkonyai E, Kolarz G, Kopp M, Bogye G, Temesvari P, Pal-konyay L et al. Depressive symptoms in early rheumatoid arthritis: a comparative longitudinal study. *Clin Rheumatol* 2007, 26:753–758
 37. Kvien TK, Uhlig T. Quality of Life in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 2005, 35:4
 38. Uhlig T, Smedstad LM, Vaglum P, Moum T, Gerard N, Kvien TK. The course of rheumatoid arthritis and predictors of psychological, physical and radiographic outcome after 5 years of follow-up. *Rheumatology (Oxford)* 2000, 39:732–741
 39. Escalante A & del Rinco'n I. How much disability in rheuma-toid arthritis is explained by rheumatoid arthritis? *Arthritis Rheum* 1999, 42:1712–1721
 40. 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, 10:457–474

41. Dickens C, Creed F. The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology* (Oxford) 2001, 40:1327–1330
42. Smarr KL, Parker JC, Wright GE, Stucky-Ropp RC, Buckelew SP, Hoffman RW et al. The importance of enhancing self-efficacy in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res* 1997, 10:18–26
43. Riesma RP, Rasker JJ, Taal E. Fatigue in rheumatoid arthritis: the role of self-efficacy and problematic social support. *Br J Rheumatol* 1998, 37:1042–1046
44. Brown SC, Glass JM, Park DC. The relationship of pain and depression to cognitive function in rheumatoid arthritis patients. *Pain* 2002, 96:279–284
45. 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, 42:1287–1294
46. Curtis R, Groarke A, Coughlan R, Gsel A. Psychological stress as a predictor of psychological adjustment and health status in patients with rheumatoid arthritis. *Pat Educ Counsel* 2005, 59:192–198
47. Ramjeet J, Koutantji M, Barrett EM, Scott DGI. Coping and psychological adjustment in recent-onset inflammatory polyarthritis: the role of gender and age. *Rheumatology* 2005, 44:1166–1168
48. McCracken LM, Carson JW, Eccleston C, Keefe FJ. Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain* 2004, 109:4–7
49. Ryan S, Hassell A, Dawes P, Kendall S. Control perceptions in patients with rheumatoid arthritis: The impact of the medical consultation. *Rheumatology* 2003, 42:135–140
50. Barlow JH, Cullen LA, Rowe IF. Educational preferences, psychological wellbeing and self-efficacy among people with rheumatoid arthritis. *Pat Educ Counsel* 2002, 46:11–19
51. Shih M, Hootman JM, Strine TW, Chapman DP, Brady TJ. Serious psychological distress in US adults with arthritis. *J Gen Intern Med* 2006, 21:1160–1166
52. Zautra AJ, Davis MC, Reich JW, Nicassario P, Tennen H, Finan P 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, 76:408–421