

«ΨυχοΚοινωνική Επίδραση της Νεανικής Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας»

Dr Κυριακή ΣΤΑΘΗ (1)

(1) Ιατρός Αποκατάστασης - Μέλος του European Board Φ.Ι.Απ.
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
Διευθ. Μονάδας Φυσικής Ιατρικής και Αποκατάστασης - Πειραιάς.

Αλληλογραφία :

Δρ Κυριακή ΣΤΑΘΗ

Ζωσιμαδών 15

185 31 ΠΕΙΡΑΙΑΣ

Τηλ. : (01) 41 73 272

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα (Ρ.Α.) από πολλούς θεωρείται ως μια ιδιαίτερη μορφής χρόνια νόσου. Αρχίζει σε σχετικά νεαρή ηλικία, παρουσιάζει παγκόσμια δημογραφική κατανομή, έχει μεγάλη χρονική διάρκεια, είναι σχετικά ανθεκτική στη φαρμακευτική αγωγή, έχει ποικιλία επιπλοκών (συμπεριλαμβανομένης και της κατάθλιψης), κοστίζει ακριβά τόσο στην κοινωνία όσο και στις ασφαλιστικές εταιρείες, έχει πολυσύνθετες κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στο άτομο, στην οικογένεια και στην κοινότητα.

Τα ψυχολογικά προβλήματα (σχετικά με την επιβάρυνση της οικογένειας, τις καθημερινές εμπειρίες, το αίσθημα διαφορετικότητας) επηρεάζουν την αντίληψη της ανταγωνιστικότητας στις αθλητικές δραστηριότητες, της κοινωνικής αποδοχής, της φυσικής έλξης και της συνολικής αυτοεκτίμησης.

Λέξεις Κλειδιά : Νεανική Ρευματοειδής Αρθρίτιδα, Ψυχολογία, Κοινωνικές Επιδράσεις.

«ΨυχοΚοινωνική Επίδραση της Νεανικής Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα (Ρ.Α.) από πολλούς θεωρείται ως μια ιδιαίτερη μορφής χρόνια νόσου. Αρχίζει σε σχετικά νεαρή ηλικία, παρουσιάζει παγκόσμια δημογραφική κατανομή, έχει μεγάλη χρονική διάρκεια, είναι σχετικά ανθεκτική στη φαρμακευτική αγωγή, έχει ποικιλία επιπλοκών (συμπεριλαμβανομένης και της κατάθλιψης), κοστίζει ακριβά τόσο στην κοινωνία όσο και στις ασφαλιστικές εταιρείες, έχει πολυσύνθετες κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στο άτομο, στην οικογένεια και στην κοινότητα.

Άλλες χρόνιες παθήσεις - όπως αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης, γενετικά καθοριζόμενες νοσολογικές οντότητες, νευρολογικές ή τραυματικές καταστάσεις - σχετίζονται με λιγότερες από τις προαναφερόμενες παραμέτρους.

Το περιβαλλοντικό stress είναι σημαντικό στοιχείο της παθογενετικής αλυσίδας της Ρ.Α., προσβάλλοντας τις νευρικές δομές μέσω ανοσολογικών, βιοχημικών και νευροφυσιολογικών μηχανισμών. KELLY N.N., 1993 (13 Β).

Το ποσοστό της κατάθλιψης στο γενικό πληθυσμό αναφέρεται από 14 % έως 42 % **BRADLEY**, 1993 (6 Β).

Οι παλιότερες μελέτες εμφανίζονται αντιφατικές εξ αιτίας της διαφορετικής μεθοδολογίας και των περιοριστικών όρων που χρησιμοποιούν. Τα περισσότερα παιδιά επιβιώνουν από το «άγχος» της Ρ.Α. με καλή τελική ψυχολογική έκβαση.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η ανάπτυξη προγνωστικών κριτηρίων. Οι σύγχρονες μελέτες δεν αποδεικνύουν ιδιαιτερότητες στα παιδιά με Ν.Ρ.Α.

DRISCOLL S.W., 1994 (2 Α)

Τα ψυχολογικά προβλήματα (σχετικά με την επιβάρυνση της οικογένειας, τις καθημερινές εμπειρίες, το αίσθημα διαφορετικότητας) επηρεάζουν την αντίληψη της ανταγωνιστικότητας στις αθλητικές δραστηριότητες, της κοινωνικής αποδοχής, της φυσικής έλξης και της συνολικής αυτοεκτίμησης.

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ Ν.Ρ.Α.

Επιδημιολογία

Στις Η.Π.Α. αναφέρονται **GEWANTER H.L.**, 1983 (3 Α), **TOWNER S.R.**, 1983 (8 Α) :

50 - 113 / 100.000 παιδιά

9,2 - 13,9 / 100.000 παιδιά / έτος

Κριτήρια Ταξινόμησης - Διάγνωσης Ν.Ρ.Α. **CASSIDY J.T. et col.**, 1986, (1Α)

- Ηλικία Εναρξης < 16 χρόνων.
- Αρθρίτιδα μιάς ή περισσότερων αρθρώσεων
 - ◊ με την εικόνα διόγκωσης (ύδραρθρου)
 - ◊ με την παρουσία 2 ή περισσότερων από τα παρακάτω :
 - ⇒ περιορισμός εύρους κίνησης
 - ⇒ τοπική ευαισθησία
 - ⇒ πόνο κατά την κίνηση
 - ⇒ αύξηση της τοπικής θερμοκρασίας
- Διάρκεια νόσου > 6 εβδομάδων
- Η αρχική διαταραχή κατά τη διάρκεια των πρώτων 6 μηνών ταξινομείται ως :
 - * Πολυ-Αρθρίτιδα (συμμετοχή 5 ή περισσότερων αρθρώσεων)
 - * Ολιγο-Αρθρίτιδα (συμμετοχή ως 4 αρθρώσεων)
 - * Συστηματική Νόσος (αρθρίτιδα και δεκατική πυρετική κίνηση)
- Αποκλεισμός όλων των άλλων μορφών νεανικής αρθρίτιδας.

Αιτιολογία - Παθογένεια

Θεωρείται άγνωστη.

Εχουν ενοχοποιηθεί κατά καιρούς διάφοροι εκλυτικοί παράγοντες όπως : λοίμωξη, τραυματισμός, διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος, ανοσο-γενετική προδιάθεση.

Η ανοσο-γενετική προέλευση της νόσου σχετίζεται με την παρουσία των αντιγόνων ιστοσυμβατότητας (σειρά H.L.A.) : DW 5, DR 5 & DW 4, DW 14.

Οι ιοί που ενοχοποιούνται περισσότερο είναι : της ερυθράς, της ιλαράς και ο Epstein-Barr.

Εκτίμηση

- Ιστορικό
- Κλινική Εξέταση
- Λειτουργική Αξιολόγηση
- Εργαστηριακός Έλεγχος (αιματολογικός - ανοσολογικός - ακτινολογικός)
- Οφθαλμολογικός Έλεγχος (S.O.S. ιριδοκυκλίτιδας)

Πόνος

Ο πόνος έχει υποτιμηθεί σε σχετικές παλαιότερες μελέτες. Σήμερα θεωρείται κυρίαρχο σύμπτωμα. Ο **SHERRY D.D.**, 1990 (6 A) λέει ότι το 86 % των παιδιών με N.P.A. ανέφερε πόνο.

Η αντίληψη του πόνου επηρεάζεται από τη γνωσιακή ανάπτυξη του παιδιού. Γι' αυτό σχεδιάστηκαν ειδικά ερωτηματολόγια - κλίμακες εκτίμησης του πόνου σε παιδιά, λαμβάνοντας υπ' όψιν τους το επίπεδο της γνωσιακής ανάπτυξης **VARNI J.W.**, 1987 (10 A).

Ψυχολογικές Επιπτώσεις (στο παιδί και στην οικογένεια)

Τα παιδιά με N.P.A. παρουσιάζουν συχνά προβλήματα στην κοινωνική τους δραστηριότητα. Συχνά εμφανίζουν μικρότερη ικανότητα πλήρους συμμετοχής στη σχολική και εξωσχολική δραστηριότητα.

Επιπλέον σ' ένα παιδί με σοβαρή νόσο αυξάνεται ο κίνδυνος αυξημένων ψυχολογικών επιπτώσεων και αυτός με τη σειρά του σχετίζεται με την εμφάνιση μητρικής / γονεϊκής κατάθλιψης, με τη μειωμένη αποτελεσματικότητα του μητρικού / γονεϊκού ρόλου και με την έκπτωση της έννοιας της γονεϊκής εξουσίας. **KING K.**, 1986 (4 A), **MILLER J.J.**, 1993 (5 A), **TIMKO C.**, 1992 (7 A), **VANDVIK I.H.**, 1991 (9 A).

Όσον αφορά τη συμπεριφορά, θα πρέπει να εξετασθεί σε συνάρτηση με την οικογένεια. Το παιδί με N.P.A., αν και μπαίνει στην εφηβεία, παραμένει ακόμα εξαρτημένο από τους γονείς του για καθημερινές δραστηριότητες (π.χ. ντύσιμο). Τις περισσότερες φορές είναι πολύ δύσκολο να ξεκινήσει να αλλάζει αυτή η κατάσταση τη συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Ο «απογαλακτισμός» αυτών των παιδιών μπορεί να γίνει πιο εύκολος με την εισαγωγή τους σε κέντρο αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας. Η συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις παιδιών με N.P.A. αυξάνει την αυτοεκτίμηση τους. Είναι δεδομένο ότι η ανεξαρτησία ενθαρρύνεται όταν το παιδί αποχωρίζεται τους γονείς του.

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Ιστορικά, ο όρος «κατάθλιψη» συνδέονταν αρχικά με ψυχωσικές διαταραχές, περιλαμβάνοντας όμως συχνά και μη-ψυχωσικές καταστάσεις.

Μετά το 2^ο παγκόσμιο πόλεμο, κυριαρχούσε η έννοια της «νεύρωσης», παράλληλα με την ακμή της ψυχανάλυσης. Τις τελευταίες δεκαετίες, η πρόοδος της ψυχο-φαρμακολογίας, οι καινούριες επιδημιολογικές μελέτες και η έμφαση στην πολυπλοκότητα της κοινωνίας είχαν ως αποτέλεσμα την καλύτερη κατανόηση της ετερογένειας της κατάθλιψης.

Η κατάθλιψη είναι μία από τις πιο κοινές παθολογικές οντότητες. Για τις Η.Π.Α. αναφέρονται 30.000.000 άτομα και 2 - 4 % με μείζονα κατάθλιψη. Η κλινική της εικόνα μιμείται μια μεγάλη ποικιλία παθολογικών καταστάσεων. **KLERMAN** 1981 (14 Β).

Πολλά από τα χρησιμοποιούμενα φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι παθο-φυσιολογικοί μηχανισμοί της κατάθλιψης δεν έχουν αποσαφηνιστεί. Εμπλέκονται νευρο-φυσιολογικοί, δυναμικοί και ψυχο-κοινωνικο-πολιτιστικοί παράμετροι.

Ως «**διάθεση**», η κατάθλιψη είναι η κατάσταση στην οποία παρατηρείται αποτυχία στην προσαρμογή των φυσιολογικών συναισθηματικών αντιδράσεων απέναντι στο καθημερινό stress. Είναι συνήθως ήπια, παροδική, δεν επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητες ρουτίνας και δεν απαιτεί ειδική θεραπευτική παρέμβαση.

Ως «**σύμπτωμα**», η κατάθλιψη είναι περισσότερο οργανωμένη, διαπερνά την ύπαρξη και έχει επιβλαβείς συναισθηματικές αλλαγές. Μπορεί να περιγραφεί ως επίμονη βαρυθυμία, κακοκεφιά, αποθάρρυνση και θλίψη. Έχει βαθύτερη ένταση και μακροχρόνια διάρκεια.

Ως «**σύνδρομο**», η κατάθλιψη περιλαμβάνει συμπτώματα και σημεία όπως : θλίψη, απελπισία, αίσθημα έλλειψης βοήθειας, αίσθημα εκμηδένισης, αίσθημα έκθεσης και ανίσχυρου απέναντι στα στοιχεία της φύσης, απαισιόδοξη στάση τόσο για το άτομο όσο και για την ανθρωπότητα, βαθύ αίσθημα αποτυχίας στη ζωή, αδυναμία να πειστεί για την αντίθετη άποψη. Επιπλέον είναι ένα σύνολο σημείων όπως : αντικειμενικό έλλειμα γνωσιακών λειτουργιών, ψυχοκινητική καθυστέρηση, αίσθημα φυσικής αδυναμίας και κόπωσης, υπνηλία ή αϋπνία, αρκετά μεγάλη ποικιλία σωματικών εκδηλώσεων από πολλά όργανα ή/και συστήματα. Η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί τμήμα διαφορετικών ψυχιατρικών οντοτήτων, από την ενδοκρινοπάθεια (υποθυρεοειδισμός) ως τη σχιζοφρένεια.

Ως «**νοσολογική οντότητα**», η κατάθλιψη θα πρέπει να εξετάζεται προσεκτικά από τους κλινικούς γιατρούς.

Στο D.S.M. IV (Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders) η κατάθλιψη προεξάρχει, χωρίς να είναι και πανταχού παρούσα. Κάτω από τον τίτλο «**διαταραχές διάθεσης**», η κατάθλιψη περιγράφεται ως : διπολική, μονοπολική, κυκλοθυμική, δυσθυμική, οργανική ή/και άτυπη διαταραχή.

Εν τούτοις μπορεί να αποτελεί μέρος : διαταραχών προσαρμογής, σχιζοειδών διαταραχών, άγχους, διαταραχών προσωπικότητας και αταξινόμητων καταστάσεων όπως συγκαλυμμένης αποστέρησης - αποχωρισμού, προβλημάτων διαπροσωπικών σχέσεων ή επαγγελματικών δυσκολιών.

Διαγνωστικά ΚΡΙΤΗΡΙΑ Μείζονος Επεισοδίου Κατάθλιψης

A.

- κατά τη διάρκεια 2 εβδομάδων θα πρέπει να είναι παρόντα τουλάχιστον 5 από τα παρακάτω σημεία.
 - θα πρέπει να υπάρχει αλλαγή σε προηγούμενη λειτουργία τουλάχιστον σε ένα από το 1^ο ή 2^ο σημείο.
1. Καταθλιπτική διάθεση την ημέρα, σχεδόν κάθε μέρα, που σημειώνεται με υποκειμενικές αναφορές (αίσθημα θλίψης, κενού) ή με αντικειμενική παρατήρηση (δακρυσμένη όψη).
 2. Μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης για όλες ή σχεδόν για όλες τις δραστηριότητες της ημέρας ή σχεδόν κάθε ημέρας.
 3. Σημαντική απώλεια ή αύξηση του βάρους χωρίς δίαιτα (περισσότερο από 5 % του σωματικού βάρους / μήνα) ή μείωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα.
 4. Αϋπνία ή Υπνηλία, σχεδόν καθημερινά.
 5. Ψυχοκινητική διέγερση ή Καταστολή σχεδόν κάθε μέρα, αντικειμενικά αισθήματα ανησυχίας ή αισθήματα κατάπτωσης.
 6. Κόπωση ή Απώλεια Ενέργειας.

7. Αίσθημα Εκμηδένισης, υπερβολικές ή απρόσφορες Ενοχές (μπορεί να είναι και παραισθητικές) σχεδόν καθημερινά.
8. Μειωμένη ικανότητα Σκέψης ή Συγκέντρωσης ή Αναποφασιστικότητα (αντικειμενική παρατήρηση).
9. Περιοδικές σκέψεις θανάτου (όχι σαφής φόβος θανάτου) περιοδικές ιδεοληψίες αυτοκτονίας χωρίς απαραίτητα ειδικό σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας.

Β.

Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή κοινωνικό έλλειμα ή έλλειμα σε άλλες σημαντικές λειτουργίες.

Γ.

Τα συμπτώματα ΔΕΝ είναι άμεσο αποτέλεσμα χρήσης ουσιών (π.χ. κατάχρησης φαρμάκων ή χρήσης ναρκωτικών) ή γενικής παθολογικής κατάστασης (π.χ. υποθυρεοειδισμός).

Δ.

ΔΕΝ έχει συμβεί τους τελευταίους 2 μήνες : απώλεια αγαπημένου προσώπου ή ερωτική απογοήτευση (εκτός αν συνδέεται με εκσεσημασμένο λειτουργικό έλλειμα, νοσηρή απορρόφηση με αίσθημα εκμηδένισης, ιδέες αυτοκτονία, ψυχωσικά συμπτώματα ή ψυχο-κινητική καταστολή).

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ της Κατάθλιψης

Η αιτιο-παθογένεια της κατάθλιψης είναι πολυπαραγοντική. Ενοχοποιούνται παράγοντες όπως : γενετικοί, βιοχημικοί, νευρο-φυσιολογικοί, παθολογία των νευροδιαβαστών (νορ-αδρεναλίνης, σεροτονίνης, ντοπαμίνης, κ.α.), νευρο-ανατομική (βλάβες των βασικών γαγγλίων, του ΑΡ προμετωπιαίου φλοιού, του λιμπιτικού συστήματος, κ.α.), ψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης των καταστάσεων σε σχέση με ενδογενείς ή εξωγενείς στρεσογόνους παράγοντες.

Γνωσιακές δυσλειτουργίες - όπως η διαταραχή της ατομικής αντίληψης που δεν καταφέρνει να βρεί τις διαθέσιμες εφικτές λύσεις για τον περιορισμό ή την εξάλειψη των πηγών του stress - ακολουθούνται από κατακλυσμιαία αντίληψη των γεγονότων και οδηγούν σε κατάθλιψη.

Ψυχοδυναμικές καταστάσεις - όπως απώλεια, προσκόλληση, ενοχή, ντροπή - είναι στενά συνδεδεμένες με κλινική κατάθλιψη.

Τέλος, οι κοινωνικές και πολιτιστικές διαστάσεις της κατάθλιψης μελετήθηκαν πρόσφατα με τις εμπειρίες της κοινωνικοποίησης στα πλαίσια της οικογένειας και μέσω της μετέπειτα αλληλεπίδρασης του ατόμου με την κοινωνία. Αυτό το πρότυπο επηρεάζει τη συμπεριφορά και την πιθανή κατάθλιψη μέσω εννοιών και συνηθειών μάθησης, διαπροσωπικών δυναμικών, πιέσεων, πολιτιστικής κληρονομιάς, κοινωνικών προτύπων (κανόνες τιμωρίας και ανταμοιβής) και θρησκευτικών πεποιθήσεων.

MARSELLA A.J., 1985 (18 Β) - MENDELSON M., 1982 (19 Β)

Για τη διαγνωστική προοπτική θα πρέπει να διερευνηθούν προσεκτικά οι έννοιες της συγκαλυμμένης κατάθλιψης και των ισοδύναμων κατάθλιψης (σωματοποιημένα συμπτώματα).

Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στις περιπτώσεις αυτοκτονίας (ορισμένοι συγγραφείς την θεωρούν ως δείκτη θνησιμότητας της κατάθλιψης). Το 10 - 25 % των καταθλιπτικών ασθενών έχουν και ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας.

Εργαλεία ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ της Κατάθλιψης

- M.M.P.I. : Minnesota Multiphasic Personality Inventory
- M.C.M.I. : Millon Comprehensive Multifactorial Inventory
- C.M.I. : Cornell Medical Inventory
- H.R.Q. : Health Review Questionnaire
- S.C.L.-90 : Symptom Check List - 90

Κατάθλιψη σε ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ Καταστάσεις

Η κατάθλιψη είναι κοινή, συχνά παραγνωρίζεται και υποθεραπεύεται σε ασθενείς που πάσχουν από όλων των ειδών τις παθολογικές καταστάσεις. Η συχνότητα της υπολογίζεται σε 5 - 10 % σε ασθενείς που κινητοποιούνται και σε 10 - 15 % σε κλινήρεις ή καθηλωμένους ασθενείς. **KATON, 1992 (11 B)**

Εφαρμόζοντας το D.S.M. IV (με τις διευρυσμένες έννοιες της κατάθλιψης) το ποσοστό φτάνει το 3 %.

Η ανίχνευση και η θεραπεία της κατάθλιψης σε ασθενείς με παθολογικά προβλήματα μπορεί να παρακωλύεται από σοβαρούς παράγοντες. Ιδιαίτερο πρόβλημα είναι η διάκριση μεταξύ των σωματικών και νευροφυτικών συμπτωμάτων της κατάθλιψης και των δευτερογενών συμπτωμάτων της βασικής νόσου.

Αυξημένη δραστηριότητα ή κόπωση, απώλεια όρεξης, ψυχοκινητική επιβράδυνση, διαταραχές ύπνου, μειωμένη συγκέντρωση μπορεί να είναι τόσο τα άμεσα αποτελέσματα της βασικής νόσου, όσο και τα πρώιμα συμπτώματα ενός επεισοδίου μείζονος κατάθλιψης.

Το 48 % των περιπτώσεων ξεφεύγει !!

Ενας άλλος λόγος που δεν γίνεται έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης είναι η έλλειψη εξοικείωσης των κλινικών γιατρών με τη ψυχιατρική παθολογία. Πολλοί συγχέουν τη θλίψη και τη δυσφορία με την κατάθλιψη. Παρόλο που η δυσφορία είναι μια κατάσταση διάθεσης και η κατάθλιψη μια νοσολογική οντότητα.

Αν αυτή η διάκριση δεν είναι σαφής, ο καταθλιπτικός ασθενής μπορεί να χαρακτηριστεί ως «θλιμμένος» και να θεωρείται ως «φυσιολογικός» και ως αναμενόμενη η αντίδραση του στη νόσο, στον πόνο και στην ανικανότητα, αποκλείοντας έτσι την εξειδικευμένη διαγνωστική και θεραπευτική παρέμβαση.

Η κατάθλιψη κοστίζει σημαντικά τόσο στον ασθενή όσο και στα συστήματα υγείας. Η κατάθλιψη συνδέεται με υψηλή συχνότητα χρήσης ιατρικών υπηρεσιών. Επιπλέον οι ομάδες ασθενών με χρόνια νόσο και ψυχιατρικές εκδηλώσεις παρουσιάζουν χαμηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας.

Συμπέρασμα : στη P.A. όση σημασία οφείλεται στα συμπτώματα της ίδιας της νόσου, η ίδια θα πρέπει να αποδίδεται και στα πιθανά συμπτώματα κατάθλιψης.

Κατάθλιψη και P.A.

Τα ποσοστά ποικίλλουν από 14 - 80 % !! Η μεγάλη απόκλιση αποδίδεται στη χρήση δειγμάτων πληθυσμού από ρευματοπαθείς και όχι, στην ασαφή διάγνωση, στα διαφορετικά διαγνωστικά κριτήρια, στη χρήση ερωτηματολογίων αυτο-εκτίμησης, στις διαφορετικές εκτιμήσεις των κλινικών εξετάσεων, στην παρουσία παραγόντων όπως ο πόνος, στη χρήση καταθλιπτικών φαρμάκων, σε ποικιλία κοινωνικών και δημογραφικών στοιχείων.

Όπως και νάναι, τα επίπεδα κατάθλιψης σε ρευματοπαθείς ασθενείς είναι παρόμοια με εκείνα ασθενών με άλλη χρόνια νόσο. Η συχνότητα σοβαρής κατάθλιψης φτάνει το 20 %.

Η ζωή του ρευματοπαθούς δέχεται πολλά καταθλιψιογόνα πλήγματα, όπως : η γενική κατάσταση της υγείας του, οι λειτουργικοί περιορισμοί και οι εμπειρίες του πόνου.

Ο βαθμός κατάθλιψης φαίνεται να συνδέεται με τη βαρύτητα της νόσου. Η κατάθλιψη συνδέεται με την αυξημένη ανικανότητα, το λειτουργικό έλλειμα που σχετίζονται με τη βαρύτητα της νόσου.

LINDBERG N., 1988 (16 B)

Το B.D.I - Score για την υποχονδρίαση και το άγχος υγείας είναι σημαντικά αυξημένο και σχετίζεται με την ανικανότητα.

ΑΙΤΙΟ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ της Κατάθλιψης στη Ρ.Α.

Ατομικές - Μελέτες Προσωπικότητας

Οι αρχικές έρευνες επικεντρώνονταν στη μελέτη της «ρευματοπαθούς» προσωπικότητας. Ο ασθενής με Ρ.Α. περιγράφεται ως : εξαρτημένος, άνθρωπος που θυσιάζεται, ενοχικός, ηθικολόγος, συντηρητικός, τελειομανής, συνεπής, αυτο-ανασταλμένος, ανίκανος να εξωτερικεύσει το θυμό ή την οργή του.

ANDERSON K.O., 1985 (2 B) - **BAUM J.**, 1982 (3 B)

Στο χώρο των ασθενών με Ρ.Α. συναντάται συχνά υποχονδρίαση, κατάθλιψη και υστερία : η νευρωτική τριάδα. **ANDERSON K.O.**, 1985 (2 B), **BAUM J.**, 1982 (3 B), **LIANG M.H.**, 1984 (15 B).

Όλα αυτά τα αρνητικά στοιχεία δεν αποδεικνύεται ότι είναι «αποκλειστικό προνόμιο» των ρευματοπαθών. Θεωρούνται μάλλον ως αντιδράσεις απέναντι στον πόνο και στην ανικανότητα που προκαλεί η χρόνια νόσος. **ANDERSON K.O.**, 1985 (2 B), **BAUM J.**, 1982 (3 B).

Επιπλέον οι μετρήσεις με κλίμακες κατάθλιψης τη συνδέουν με το βαθμό της ανικανότητας και όχι με τη βαρύτητα της Ρ.Α.. **ANDERSON K.O.**, 1985 (2 B), **PINCUS T.**, 1986 (20 B).

Αντίθετα, κάποιοι συγγραφείς υποστηρίζουν ότι οι χρόνιοι ρευματοπαθείς έχουν τα ίδια ψυχολογικά scores με κείνα του γενικού πληθυσμού. **CROWN S.**, 1975 (7 B).

Οι περισσότερες μελέτες προσωπικότητας στη Ρ.Α. παρουσιάζουν μεθοδολογικά προβλήματα. Αρκετές αγνοούν τη διάρκεια και τη βαρύτητα της νόσου ή τα κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία. Άλλες επικεντρώνονται στα αρνητικά χαρακτηριστικά, αγνοώντας τα θετικά ή/και εκείνα της προσαρμογής.

Μελέτες Γνωσιακών Λειτουργιών

Σοβαροί μελετητές έχουν επικεντρωθεί στην επίδραση των γνωσιακών παραμέτρων στην ανάπτυξη της κατάθλιψης σε ασθενείς με Ρ.Α.. Ο ρόλος της γνωσιακής διαταραχής έχει τονιστεί ιδιαίτερα.

Οι **SMITH T.W.**, 1988 (22 B) επισημαίνουν τα παρακάτω γνωσιακά λάθη :

- Catastrophizing (magnification) = καταστροφή - μεγιστοποίηση (τα γεγονότα βιώνονται ως η μέγιστη καταστροφή)
- Overgeneralization = υπεργενίκευση (θεωρείται εσφαλμένα ότι η δραματική τελική έκβαση μιας περίπτωσης είναι και η τελική για όλες τις περιπτώσεις)
- Personalization = προσωποποίηση (κάθε αρνητική έκβαση θεωρείται ως προσωπικό λάθος ή υπαιτιότητα)
- Selective distrotion (abstarction) = εκλεκτική διαστρέβλωση ή αφαίρεση (από κάθε γεγονός κρατά μόνο τα αρνητικά σημεία).

Τα άτομα που έχουν τέτοιες γνωσιακές διαταραχές απαντούν στα στρεσογόνα ερεθίσματα με δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά ή συναισθηματική αντίδραση δυσφορίας.

Η κατάθλιψη στη Ρ.Α. μπορεί να προκύψει από τη «ματαιώση της προσδοκίας» **DE VELLIS**, 1992 (8 B). Αυτή δεν είναι απαραίτητο να προέρχεται από τη σοβαρότητα της νόσου, αλλά από την αντίληψη του ασθενή ή/και την αντίδραση του απέναντι στη νόσο.

Η πεποίθηση / αντίληψη της απώλειας του ελέγχου της νόσου μπορεί να ευθύνεται για την ανάπτυξη της κατάθλιψης. **DE VELLIS**, 1992 (8 B) - **SMITH T.W.**, 1988 (22 B).

Αυτή η αντίληψη έχει σημαντικές επιπλοκές, ιδιαίτερα επειδή αυτά τα γνωσιακά λάθη συνδέονται τόσο με την ανικανότητα όσο και με την κατάθλιψη. **SMITH T.W.**, 1988 (22 B).

Κάποιοι συγγραφείς ερεύνησαν τη σημασία των διαδικασιών «**αντιγραφής**» σε ασθενείς με Ρ.Α. και έδειξαν ότι αυτοί που τα βγάζουν πέρα με αναδομημένους γνωσιακά στόχους ζωής έχουν και καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή και καλύτερη λειτουργική κατάσταση από τους ασθενείς που ελπίζουν σε μη-ρεαλιστικές λύσεις ή καθηλώνονται στην αυτομομφή. Η χρήση της γνωσιακής αναδόμησης / επαναπροσδιορισμού ως στρατηγική «**αντιγραφής**» σχετίζεται με μικρότερου βαθμού κατάθλιψη, μικρότερου βαθμού έλλειψη ελπίδας και μικρότερου βαθμού λειτουργικό έλλειμα.

Μελέτες Stress

Η πολύπλοκη σχέση μεταξύ της δραστηριότητας της νόσου, της ανοσολογικής λειτουργίας και της ψυχολογικής κατάστασης αντιμετωπίζεται με αυξημένη προσοχή, ιδιαίτερα στη P.A.. Το κεντρικό και το περιφερικό νευρικό σύστημα, το ενδοκρινικό σύστημα και το αμυντικό - ανοσολογικό σύστημα συνδέονται ξεκάθαρα. Διαταραχές στο ένα σύστημα συνεπάγεται αλλαγές και στα άλλα.

Μελέτες απέδειξαν ότι οι ασθενείς με P.A. έχουν μειωμένη δραστηριότητα του άξονα υποθάλαμος - υπόφυση - επινεφρίδια. Αυτό το εύρημα είναι σχετικό, λόγω του ό,τι η διάσπαση αυτού του άξονα σχετίζεται με κατάθλιψη και άλλες ψυχιατρικές νόσους.

Άλλες μελέτες συνδέουν διάφορους τύπους στρεσογόνων γεγονότων της ζωής με διάφορες ανοσολογικές και αμυντικές αντιδράσεις. Οι ποικίλλοι τύποι στρεσογόνων ερεθισμάτων προκαλούν όχι μόνο διαφορετικά αποτελέσματα αντίδρασης, αλλά επίσης ακόμα και η απάντηση στο ίδιο στρεσογόνο ερέθισμα εξατομικεύεται.

Εχει υποστηριχθεί ότι υπάρχουν αρκετές υποδιαιρέσεις της P.A. και οι ψυχολογικοί στρεσογόνοι παράγοντες μπορούν να επηρεάζουν κάποιες μορφές P.A. και κάποιες άλλες όχι. Π.χ. οι οροαρνητικοί ασθενείς -αν και η νόσος σ' αυτούς είναι λιγώτερο σοβαρή- έχουν περισσότερο νευρωτικές και αγχώδεις αντιδράσεις και είναι περισσότερο επιρρεπείς στους ψυχολογικούς στρεσογόνους παράγοντες απ' ότι οι οροθετικοί.

Αντίθετα άλλες μελέτες αναφέρουν ότι η αυξημένη δραστηριότητα της νόσου δεν σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με αυξημένη επίπτωση κατάθλιψης.

DEVINS G.M., 1992 (9 B) - **McFARLANE A.C.**, **BROOCKS P.M.**, 1988 (17 B)

Ετσι μερικοί κλινικοί ισχυρίζονται ότι η κατάθλιψη και η δραστηριότητα της νόσου είναι εντελώς ανεξάρτητοι παράμετροι μεταξύ τους.

Οι McFARLANE και συν. υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς με περισσότερα ψυχολογικά συμπτώματα έχουν καλύτερη έκβαση. Οι συγγραφείς υποθέτουν ότι αυτό είναι αποτέλεσμα της ανοικτής αποδοχής από τον ασθενή και όχι της άρνησης των συναισθηματικών προβλημάτων που συνδέονται με την πάθησή του. Συμπεραίνουν επίσης, ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς που είναι σχετικά ανοσοκατασταλμένοι, δυνητικά εμφανίζουν περιορισμό της παθογενετικής διαδικασίας.

Επομένως, το ερώτημα με την πιο αποφασιστική σημασία δεν είναι αν η δραστηριότητα της P.A. σχετίζεται με την κατάθλιψη αλλά το ποια είναι η φύση της σχέσης τους.

Δημογραφικοί και Κοινωνικοί Παράγοντες

Με την κατάθλιψη συνδέονται σοβαροί δημογραφικοί και κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες. Γυναίκες, απώλεια συντρόφου (συζύγου), μεγάλη ηλικία, χαμηλή οικονομική κατάσταση (ιδιαίτερα για ανεπάγγελτους) και διάρκεια νόσου συνδέονται με την κατάθλιψη και τη δυσλειτουργία του ρευματοπαθούς πληθυσμού. **BECKHAM J.C.**, 1992 (4 B) - **KATZ P.P.**, 1993 (12 B)

Αυξημένη προσοχή δίδεται στη σημασία της κοινωνικής υποστήριξης ή στην έλλειψή της. Πρόσφατες μελέτες επικεντρώνονται πρωταρχικά στην συζυγική / οικογενειακή κατάσταση, ακόμα πιο σύγχρονες αφορούν το διευρυσμένο πεδίο των διαπροσωπικών σχέσεων και των ενδείξεων κοινωνικών σχέσεων.

Εξ αιτίας της απώλειας της ανεξάρτητης δραστηριότητας και του ελλείματος της φυσικής λειτουργικότητας που συνδέονται με τη P.A., αρκετοί ασθενείς αναπτύσσουν παραπονημένες σχέσεις με τους γύρω τους. Αυτό οδηγεί στην αύξηση της απομόνωσης και μειώνει τις σχέσεις με τους άλλους.

Η ψυχολογική δυσλειτουργία και τα μειωμένα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης έχουν συσχετισθεί με κατάθλιψη και με αποδιοργάνωση της κατάστασης υγείας. Αντίθετα οι κοινωνικές σχέσεις και ιδιαίτερα η ικανοποίηση που αντλείται από αυτές σχετίζονται με καλή ψυχολογική κατάσταση ή χαμηλούς ρυθμούς κατάθλιψης στα πλαίσια του φυσικά ανίκανου πληθυσμού.

Δεν υπάρχει σαφής σχέση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης, του λειτουργικού ελλείματος και της κατάθλιψης. Η σχέση πιθανώς δεν είναι απλή. Ανάλογα το λειτουργικό έλλειμα οδηγεί σε κοινωνική απομόνωση, που με τη σειρά της έχει σαν αποτέλεσμα την κατάθλιψη. Η διερεύνηση αυτών των σχέσεων απαιτεί περισσότερη μελέτη και έλεγχο και άλλων πιθανών παραμέτρων. Εντούτοις, η ύπαρξη θετικών ή/και υποστηρικτικών κοινωνικών βοηθημάτων έχει σχετιστεί με μειωμένη συχνότητα κατάθλιψης. Οι προβληματικές κοινωνικές σχέσεις συνδέονται με αύξηση των συμπτωμάτων κατάθλιψης. **REVENSON T.A.**, 1991 (21 B).

Πόνος και Νοσηρότητα

Η σχέση μεταξύ πόνου και κατάθλιψης έχει αναγνωρισθεί εδώ και πολύ καιρό και οδηγεί μερικούς συγγραφείς να υποθέτουν ότι κάποιοι τύποι πόνου μπορεί να αποτελούν μορφές κατάθλιψης. **BLUMER D.**, 1982 (5 B).

Η φύση αυτής της σχέσης είναι πολυσύνθετη. Αυξημένος πόνος μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι ένας τρόπος αντίληψης του πόνου. Ο προβαλλόμενος πόνος ή/και η συμπεριφορά μοιράζονται κοινό βιολογικό μηχανισμό.

Η αδιαφορία για κάθε ευκαιριακή σχέση, η παρουσία ή το ιστορικό κατάθλιψη συνδέονται με ψηλότερα επίπεδα πόνου σε ρευματοπαθείς ασθενείς. **FRANCE R.D.**, 1989 (10 B).

Το ίδιο συμβαίνει και με την υποχονδρίαση. Τέλος μερικοί συγγραφείς υποστηρίζουν ότι η νοσηρότητα της νόσου αυξάνει την κατάθλιψη σε ασθενείς με P.A. και δημιουργεί μεγαλύτερο φυσικό έλλειμα. Επιπλέον αυτοί οι ασθενείς έχουν περισσότερες πιθανότητες να απομονωθούν κοινωνικά.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πρόγνωση ασθενών με P.A. και κατάθλιψη - τόσο για κείνους που αντιμετωπίζονται θεραπευτικά, όσο και για εκείνους που δεν ακολουθούν θεραπευτική αγωγή - είναι μόνο μερικά μελετημένα.

Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της συναισθηματικής κατάστασης είναι πρωταρχική. Μελέτες σε ασθενείς με χρόνια νόσο και συνυπάρχουσα κατάθλιψη έδειξαν ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα εμφανίζουν σημαντική αποτελεσματικότητα σε σχέση με τα placebo.

Η δράση των αντικαταθλιπτικών δεν πρέπει να εκτιμάται μόνο σε σχέση με τον περιορισμό της κατάθλιψης αλλά και τη βελτίωση των φυσικών συμπτωμάτων, της άνεσης και της καθημερινής λειτουργικότητας.

Δυστυχώς οι ασθενείς που εμφάνισαν το πρώτο επεισόδιο κατάθλιψης μετά από την έναρξη της χρόνιας νόσου, μπορεί να έχουν μειωμένη απάντηση στα αντικαταθλιπτικά περισσότερο από εκείνους στους οποίους προϋπήρχαν επεισόδια κατάθλιψης.

Οι Keitner και συν. αναφέρουν ότι στη σύνθετη κατάθλιψη (κατάθλιψη με συνύπαρξη ψυχιατρικής ή παθολογικής πάθησης) όχι μόνο η διαδρομή της είναι πιο δύσκολη αλλά και οι ρυθμοί ανάρρωσης είναι πιο αργοί απ' εκείνους της καθαρής κατάθλιψης.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης που συνδέεται με τη P.A. είναι υπόθεση μιας πολυδιάστατης ομάδας, ώστε να είναι δυνατή η εφαρμογή διάφορων θεραπευτικών μεθόδων. Η συνεχής, συστηματική και τακτική θεραπεία είναι αποφασιστικής σημασίας για την επιτυχία σ' αυτό το δύσκολο πληθυσμό.

Η αισιόδοξη φαρμακο-θεραπευτική προσέγγιση μπορεί να αποτύχει αν ο ασθενής δεν έχει την ενδελεχόμενη καθοδήγηση ή / και ψυχοθεραπεία, την υποστήριξη της ομάδας, την παρακολούθηση των ειδικών προγραμμάτων εκπαίδευσης (ιδιαίτερα με τη συνοδία σημαντικών μελών της οικογένειάς του).

Επιπλέον αυτές οι θεραπευτικές παρεμβάσεις μπορεί να αποδειχθούν ΜΗ αποτελεσματικές αν δεν συνοδεύονται από την καθοδήγηση της ομάδας αποκατάστασης σε συνδυασμό με το πρόγραμμα εφαρμογής φυσικών μέσων, την επαγγελματική αποκατάσταση, την κοινωνική υποστήριξη και τις δραστηριότητες εκπαίδευσης και αναψυχής.

Επειδή η κατάθλιψη είναι πολυδιάστατη, όταν αυτή περιπλέκεται με χρόνιες καταστάσεις όπως η Ρ.Α., η συλλογική θεραπευτική προσέγγιση είναι ο μόνος τρόπος επιτυχούς αντιμετώπισης.

Τελικά απαιτείται πολυδιάστατη έρευνα σε σχέση με :

- τη δραστηριότητα και τη σοβαρότητα της νόσου
- τη λειτουργική εκτίμηση
- τον πόνο
- την ταυτόχρονα χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή
- την κοινωνικο-οικονομική κατάσταση
- το γνωσιακό και προσωπικό τρόπο αντίδρασης
- τη συνυπάρχουσα φυσική και ψυχική κατάσταση

Μερικές μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει τυποποιημένες διαγνωστικές εκτιμήσεις και κριτήρια κατάθλιψης. Αντίθετα αρκετές έρευνες χρησιμοποίησαν διαβαθμισμένες κλίμακες με τη μορφή ειδικών ερωτηματολογίων. Η διευκρίνιση της αξιοπιστίας και της ακρίβειας αυτών των κλιμάκων πρέπει να διερευνηθεί.

Επίσης απαιτείται επιπλέον έρευνα για την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών μεθόδων όπως γνωσιακή, συμπεριφεριολογική, παραδοσιακή ψυχοθεραπεία και ψυχο-φαρμακολογική παρέμβαση.

Ψυχολογικά Προβλήματα στην Αποκατάσταση Φυσικών Αναπηριών

Η ύπαρξη κινητικής αναπηρίας δεν συνεπάγεται απαραίτητα και συγκεκριμένη ψυχολογική κατάσταση.

Στο ψυχολογικό τομέα διακρίνονται τρεις κατηγορίες προβλημάτων :

- Τα τρέχοντα προβλήματα, που αφορούν εξ ίσου και τα άτομα με κινητικά προβλήματα και προϋπάρχουν της αναπηρίας. Αυτά επιβαρύνονται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ή της μακροχρόνιας θεραπείας.
- Τα πιο κλασσικά ή εκείνα που συναντώνται πιο συχνά στους κινητικά αναπήρους, όπως αντιδράσεις : νευρωτικές, παλλινδρόμησης, καταθλιπτικές ή άρνησης θεραπευτικών προγραμμάτων. (συχνή εικόνα κατά τον αποχωρισμό των παιδιών από τους γονείς στην ηλικία των 6 - 10 χρόνων).
- Τα ειδικά - τυπικά προβλήματα κάποιων αναπηριών, εύκολη κόπωση, δυσχέρεια συγκέντρωσης της προσοχής, ανικανότητα να καταβάλει υποστηριζόμενη προσπάθεια, διαταραχές αντίληψης, διαταραχές λόγου-επικοινωνίας, διανοητική έκπτωση.

Οι αντιδράσεις καθορίζονται είτε από το κινητικό πρόβλημα αυτό καθ' αυτό, είτε από την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον (σχολικό, εκπαιδευτικό, επαγγελματικό, οικογενειακό και κοινωνικό). Έτσι προκύπτει μεγάλη ποικιλία ψυχολογικών αντιδράσεων - προβλημάτων σε μια και μόνη αναπηρία.

Διανοητικές Λειτουργίες

Οι μαθησιακές δυσκολίες ενός ανάπηρου παιδιού είναι πολύ σοβαρές όταν συνυπάρχουν αισθητηριακές διαταραχές ή όρασης, κ.α.. Δεν πρέπει όμως να θεωρείται τελειωτική - καθοριστική η έκπτωση ακόμα και αν είναι πολύ συχνή σε περιπτώσεις εγκεφαλικής βλάβης. Φαίνεται ότι η αρτιότητα του διανοητικού επιπέδου είναι απαραίτητη για την επίτευξη του μέγιστου προσδόκιμου της αποκατάστασης. Κάποιες χειρουργικές παρεμβάσεις θεωρούνται «άχρηστες» σε άτομα με διανοητική έκπτωση.

Επιπλέον οι διανοητικές λειτουργίες οφείλουν να συντηρούνται στον ενήλικα και να αναπτύσσονται στα παιδιά.

Σε παιδιά και σε εφήβους με κινητικό έλλειμα και που φαίνεται να υπολλείπονται ως προς το δείκτη νοημοσύνης, αρκετοί είναι αυτοί που δεν έχουν μειωμένη εξυπνάδα αλλά υπολλείπονται στην κινητική έκφραση των διανοητικών τους ικανοτήτων : η «**κινητικά παγιδευμένη εφύια**».

Τα ψυχολογικά - διανοητικά tests είναι αναγκαία για την αποκάλυψη της πραγματικής κατάστασης του ατόμου. Τα tests θα πρέπει να είναι προσαρμοσμένα στην ηλικία του ατόμου και να λαμβάνουν υπόψιν το είδος του φυσικού ελλείματος.

Σχέσεις με το Περιβάλλον

Ως περιβάλλον θεωρείται η οικογένεια, οι συνασθενείς, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και τα μη ανάπηρα άτομα.

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ

Η ψυχολογική ισορροπία του ατόμου που υφίσταται μια φυσική τραυματική εμπειρία εξαρτάται κατά πολύ από τον τύπο της προσωπικότητας που σφυριλάτησε η οικογένεια. Αν αγνοούνται ή παραλείπονται τα προηγούμενα γεγονότα της ζωής τότε η προσπάθεια κατανόησης των αντιδράσεων απέναντι στην αναπηρία βρίσκεται σε λάθος δρόμο.

⇒ Το αγόρι ή το κορίτσι που γίνεται ανάπηρο στην κρίσιμη οιδιπόδεια ηλικία (3 - 7 χρόνων)

Η προσεκτική παρατήρηση αυτών των παιδιών τα εμφανίζει αγχώδη, αρκετά επιθετικά, με διαφορούμενες τάσεις απέναντι στους ενήλικες και με συναισθηματική ανασφάλεια.

Σ' αυτήν την ηλικία αναπτύσσονται φυσιολογικά ασυνείδητες ενοχές που σ' αυτά τα παιδιά διογκώνονται. Βιώνουν όχι την αναπηρία αλλά τις συνέπειές της (πόνος, αποχωρισμό) ως τιμωρία. Αυτή η κατάσταση εξελίσσεται και περνάει φυσιολογικά, όταν το οικογενειακό περιβάλλον είναι υγιές (υπάρχει σταθερότητα στον οικογενειακό χαρακτήρα).

Οι γονείς και τα παιδιά εισάγονται σ' ένα νευρωτικό κλίμα όταν οι γονείς είναι νευρωτικοί. Στην περίπτωση μιας οξείας αναπηρίας, που είναι συνέπεια ενός ατυχήματος που συνέβη εξ αιτίας ανυπακοής ή γονεϊκής παραμέλησης ή οικογενειακής περιφρόνησης, τότε τα προβλήματα έχουν ιδιαίτερο χαρακτήρα.

Η έλευση μιας αναπηρίας ξυπνά στους γονείς διαφορετικές τάσεις :

- Απόρριψη που συνδέεται με αισθήματα ντροπής.
- Υπερπροστασία, υπερκάλυψη των αναγκών του παιδιού που κυριαρχείται από το διχασμό ανάμεσα στην αγάπη για το παιδί και την απόρριψη της αναπηρίας του.
- Φυσιολογικοί γονείς, είναι αυτοί που δεν εμφανίζουν τίποτε από τα παραπάνω ή που κατάφεραν να τα διαχειριστούν και να τα ξεπεράσουν.

⇒ Η έλευση της αναπηρίας σε έγγαμο ενήλικα

Η αναπηρία αλλάζει την κατάσταση - θέση του ενήλικα μέσα στην οικογένεια. Ο προστάτης γίνεται προστατευόμενος, εξαρτημένος και λιγότερο λειτουργικός, σαν παιδί. Επιπλέον εμφανίζονται συχνά πιθανά οικονομικά, ψυχο-κοινωνικά ή επαγγελματικά προβλήματα στα οποία οφείλουν να συνυπολογιστούν και τα προβλήματα τεκνοποίησης.

ΣΥΝΑΣΘΕΝΕΙΣ

Το κινητικά ανάπηρο άτομο στο Κέντρο Αποκατάστασης ζεί μέσα μια κοινότητα. Αυτό συνεπάγεται και τα προβλήματα - καταστάσεις της ομάδας. Ετσι διαχέονται φήμες για την αποτελεσματικότητα θεραπευτικών μεθόδων, χειρουργικών επεμβάσεων, τάσεων ή θέσεων των μελών της ομάδας αποκατάστασης.

Αυτά εκφράζονται τόσο από τα παιδιά όσο και από τους ενήλικες πιο πολύ με τη μορφή της επιθετικότητας παρά ως παράμετροι προόδου.

ΙΑΤΡΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

Η επικοινωνία του προσωπικού με το κινητικά ανάπηρο άτομο έχει διαφορετικά προβλήματα ανάλογα με την ηλικία του ασθενή.

⇒ Παιδί

Αναζητεί τη στοργή εκείνων που ασχολούνται μαζί του. Πρέπει να επιβραβεύονται οι λειτουργικές και σχολικές πρόοδοι του, να δίνεται προσοχή στα προβλήματα του μέσα στην ομάδα, να ενθαρρύνεται να παλεύει ενάντια στην παθητικότητα του και να του δίνονται οι ευκαιρίες για ενεργητική συμμετοχή.

Είναι απαραίτητο να νοιώθει ότι το εμπιστεύονται και ενδιαφέρονται για την πρόοδό του. Υπενθυμίζεται ότι **η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του παιδιού και του ενήλικα εξαρτάται από την προσωπικότητα του τελευταίου**. Η ανασφάλεια που παρατηρείται σε κάποια παιδιά συχνά είναι αποτέλεσμα των πολύ ηθικολογικών, πολύ άκαμπτων και πολύ ευσυνείδητων τάσεων των ενηλίκων.

⇒ Εφηβος

Είναι σπάνιο η κύρια φροντίδα ενός εφήβου να μην είναι η λειτουργική του αποκατάσταση. Δύο παράγοντες μπορεί να εμποδίσουν αυτή την προσπάθεια :

- η πραγματική ωρίμανση της ανεπάρκειας που οφείλεται σε οικογενειακές διαταραχές που ήδη προαναφέρθηκαν και τον αναγκάζουν να αναζητά την εξάρτηση και την άνεση σ' ένα προστατευόμενο περιβάλλον.
- οι προβολές - αναπαραστάσεις που κάνει ο έφηβος για την αναπηρία και το μέλλον του. Πρόκειται για την ιδέα που έχει το άτομο για την αναπηρία και τις διαταραχές που του προκαλεί στην εικόνα του σωματικού του εγώ.

Γύρω στα 8 - 10 χρόνια το παιδί πληροφορείται συχνά με τρόπο βίαιο και αρνητικό ότι δεν μοιάζει με τους άλλους. Στον έφηβο το τοπίο γίνεται ακόμα πιο σκοτεινό. Ο νεαρός ή η νεαρή ενδιαφέρονται για το επαγγελματικό και αισθηματικό μέλλον τους. Η φυσική δύναμη και ομορφιά τους απασχολούν πολύ. Πρέπει να αποδεχθούν την πραγματική σωματική εικόνα της διαφοράς της από εκείνη των ονείρων και των προσδοκιών τους.

⇒ Ενήλικας

Ο ενήλικας είναι λιγώτερο αυθόρμητα εύπιστος και λιγώτερα επιδεκτικός στο να μάθει καινούριες λειτουργικές λύσεις. Πρέπει να αποδραματοποιηθεί η αναπηρία με τρόπο ώστε το άτομο να κατανοήσει ότι ο ίδιος είναι κύριος της αποκατάστασής του.

Το μεγαλύτερο μέρος των δυσκολιών ξεκινά από την αναπηρία στο μέτρο που αυτή αντιτίθεται ή θέτει εμπόδια στην ικανοποίηση κάποιου αριθμού αναγκών. Η επανεκπαίδευση θα πρέπει να μπορεί να δημιουργήσει νέα κίνητρα, ιδιαίτερα για την ελάφρυνση της αποστέρησης. Δεν πρέπει να λησμονείται **ο τρόπος που το άτομο ζει την αναπηρία είναι πιο σημαντικός από το βαθμό της προσβολής**.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ :

1. HAMONET CI., HEULEU J.N., 1978, «Problemes psychologiques poses par la reeducation des handicapes physiques» au «Reeducation Fonctionnelle et Readaptation» (2e ed.), MASSON, Paris (31) : 221 - 225, 1978.

« Η Οικογενειακή Απήχηση της Παιδικής Αναπηρίας : μια προσπάθεια εκτίμησης »

- Κατάθλιψη = 23 - 31 %
- Προβλήματα στη σχέση του Ζευγαριού : 20 %

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ :

1. VERGER S., PIALOUX B., NICALAS B., BRISSOT R., 1998, «Retentissement familial du handicap de l' enfant : un essai d' evaluation», Annales de Readaptation et de Medecine Physique, Vol 41 (6) : 301, 1998.

BIBΛIOΓPAΦIA :

- 1.
- 2.
- 3.

BIBΛIOΓPAΦIA :

- 1 A. **CASSIDY J.T. et col.**, 1986, «A study of classification criteria for a diagnosis of Juvenile Rheumatoid Arthritis», *Arthritis Rheum.*, 29 : 274, 1986.
- 2 A. **DRISCOLL S.W., NOLL S.F., KOCH B.M.**, 1994, «Juvenile Rheumatoid Arthritis», *P.M.R. Clinics of North America*, Nov 1994 : 763 - 783, 1991.
- 3 A. **GEWANTER H.L., ROGHMANN K.J., BAUM J.**, 1983, « The prevalence of Juvenile Arthritis» *Arthritis Rheum.*, 26 : 599, 1983.
- 4 A. **KING K., HANSON V.**, 1986, «Psychosocial aspects of Juvenile Rheumatoid Arthritis», *Pediatr Clin. North Am.*, 33 : 1221, 1986.
- 5 A. **MILLER J.J.**, 1993, «Psychosocial factors related to rheumatic diseases in childhood» *J. Rheumatol.* 20 (suppl 38) : 1, 1993.
- 6 A. **SHERRY D.D., BOHNSACK J., SALMONSON K. et col.**, 1990, «Painless Juvenile Rheumatoid Arthritis», *J.Pediatr.*, 116 : 921, 1990.
- 7 A. **TIMKO C., STOVEL K.W., MOSS R.H.**, 1992, «Functioning among mothers and fathers of children with Juvenile Rheumatic Disease : a longitudinal study», *J. Pediatr. Psychol.*, 17 : 705, 1992.
- 8 A. **TOWNER S.R., MICHEC C.J., O'FALLON W.M. et col.**, 1983, «The epidemiology of Juvenile Arthritis in Rochester, Minnesota 1960 - 1979», *Arthritis Rheum.*, 26 : 1208, 1983.
- 9 A. **VANDVIK I.H., ECKBLAD G.**, 1991, «Mothers of children with recent onset of rheumatic disease : associations between maternal distress, psychosocial variables and the disease of the children» *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 12 : 84, 1991
- 10 **VARNI J.W., THOMPSON K.L., HANSON V.**, 1987, «The VARNI / THOMPSON pain questionnaire I : chronic musculoskeletal pain in Juvenile Rheumatoid Arthritis», *Pain*, 28 : 27, 1987.

BIBΛIOΓPAΦIA :

- 1 B. **ALARCON R.D., GLOVER S.G.**, 1994, «Assessment and Management of Depression in Rheumatoid Arthritis», *P.R.M. Clinics of North America*, Nov. 1994, 5 (4) : 837 - 858, 1994.
- 2 B. **ANDERSON K.O., BRADLEY L.A., YOUNG L.D.**, 1985, «Rheumatoid arthritis : review of psychological factors related to etiology, effects and treatment», *Psychol Bull*, 98 : 358 - 387, 1985.
- 3 B. **BAUM J.**, 1982, «A review of the psychological aspects of rheumatic diseases», *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 11 : 352 - 361, 1982.
- 4 B. **BECKHAM J.C., D' AMICO C.J., RICE J.R.**, 1992, «Depression and level of functioning in patients with rheumatoid arthritis», *Can. J. Psychiatry*, 37 : 539 - 543, 1992
- 5 B. **BLUMER D., HEILBRONN M.**, 1982, «Chronic Pain as a variant of depressive disease : The pain-prone disorder», *J.Nern. Ment. Dis.*, 170 : 381 - 406, 1982.
- 6 B. **BRADLEY L.A.**, 1993, «Psychological factors and arthritis» in *Schumacher H.R., Klippel J.H., Koopman W.J. (eds) : Primer on Rheumatic Diseases*, Atlanta, Arthritis Foundation : 319 - 322, 1993.
- 7 B. **CROWN S., CROWN J.M., FLEMING A.**, 1975, «Aspects of the psychology and epidemiology of rheumatoid disease», *Psychol. Med.* 5 : 291 - 299, 1975.
- 8 B. **De VELLIS B.M., BLALOCK S.J.**, 1992, «Illness attributions and hopelessness depression : the role of hopelessness expectancy», *J. Abnorm. Psychol.* 101 : 257 - 264, 1992.
- 9 B. **DEVINS G.M., EDWORTHY S.M., GUTHRIE N.G.**, 1992, «Illness intrusiveness in rheumatoid arthritis : Differential impact on depressive symptoms over the adult life span», *J.Rheumatol.*, 19 : 709 - 715, 1992.
- 10 **FRANCE R.D.**, 1989, «Psychiatric aspects of pain», *Clin. J. Pain*, 5 (suppl) : 535 - 542, 1989.

- 11 **KATTON W., SCHULBERG H.**, 1992, «Epidemiology of depression in primary care», *Gen. B. Hosp. Psychiatry*, 14 : 237 - 247, 1992.
- 12 **KATZ P.P., YELIN E.H.**, 1993, «Prevalence and correlates of depressive symptoms among persons with rheumatoid arthritis», *J. Rheumatol.*, 20 : 790 - 796, 1993.
- 13 **KELLY W.N., RUDDY S., SLEDGE C.B.** (eds), 1993, «Textbook of Rheumatology» 4ed. B. Philadelphia, W.B. SAUNDERS, 1993.
- 14 **KLERMAN G.L.**, 1981, «Depression in the medically ill», *Psychiatr Clin. North Am.*, 4 : 301 - 317, 1981.
- 15 **LIANG M.H., ROGERS M., LARSON M.**, 1984, «The psychological impact of systemic lupus erythematosus and rheumatoid arthritis», *Arthritis Rheum.*, 27 : 13 - 19, 1984.
- 16 **LINDBERG N., LINDBERG E.**, 1988, «Experiences in the psychotherapy of rheumatoid arthritis» B. *Psychosom.*, 50 : 157 - 163, 1988.
- 17 **McFARLANE A.C., BROOCKS P.M.**, 1988, «An analysis of the relationship between psychological morbidity and disease activity in rheumatoid arthritis» *J. Rheumatol.*, 15 : 926 - 931, 1988.
- 18 **MARSELLA A.J., SARTORIUS N., JABLENSKY A.**, 1985, «Cross-cultural studies of depressive disorders : An overview», in *Kleinman A., Good B.* (eds) : *Culture and Depression*, Berkley, University of California Press, 299 - 324, 1985.
- 19 **MENDELSON M.**, 1982, «Psychodynamics of depression», in *Paykel E.S.* (eds) : *Handbook of Affective Disorders*, New York, Guilford Press : 162 - 174, 1982.
- 20 **PINCUS T., CALLAHAN L.F., BRADLEY L.A.**, 1986, «Elevated M.M.P.I. scores for hypochondriasis, depression and hysteria in patients with rheumatoid arthritis reflect disease rather than psychological status» *Arthritis Rheum.*, 29 : 1456 - 1466, 1986
- 21 **REVENSON T.A., SCHIAFFINO K.M., MAJEROVITZ S.D.**, 1991, «Social support as a double-edged sword : the relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients», *Soc. Sci. Med.*, 33 : 807 - 813, 1991.
- 22 **SMITH T.W., PECK J.R., MILANO R.A.**, 1988, «Cognitive distortion in rheumatoid arthritis : relation to depression and disability», *J. Consult. Psychol.*, 56 : 412 - 416, 1988.