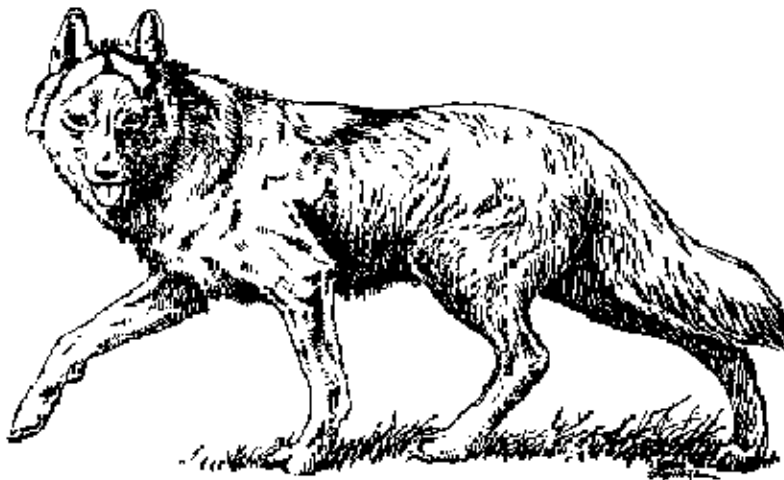


**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΡΗΤΗΣ**

ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ



**ΟΝΟΜΑΤΑ ΣΠΟΥΔΑΣΤΩΝ
ΑΝΤΩΝΟΓΙΑΝΝΑΚΗ ΚΑΤΕΡΙΝΑ
ΜΑΡΙΝΑΚΗΣ ΓΡΗΓΟΡΗΣ
ΤΟΥΡΑΝΑΚΟΥ ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΚΑΝΑΒΑΚΗΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ**

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2007

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος είναι μια «μυστικοπαθής» νόσος. Αυτός είναι και ο κυριότερος λόγος για την επιλογή του συγκεκριμένου θέματος. Ναι μεν οι γνώσεις για την παθογένεια του «λύκου», όπως αποκαλείται, έχουν αυξηθεί, παρ' όλα αυτά η αιτιολογία της εμφάνισης αυτού παραμένει άγνωστη. Η εμφάνιση κατάθλιψης στην νόσο αυτή είναι αρκετά συχνή. Έτσι όπως αποδεικνύεται και όπως είναι ευνόητο υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ του ΣΕΛ και της προαναφερθείσας, γνωστής σε όλους, ψυχιατρικής διαταραχής. Στις παρακάτω σελίδες αρχικά, γίνεται μια γενική αναφορά τόσο για τον Συστηματικό Ερυθματώδη Λύκο ως ασθένεια, όσο και για την κατάθλιψη ως ψυχική νόσο. Στην συνέχεια γίνεται συσχέτιση μεταξύ των και τέλος παρουσίαση και ανάλυση της έρευνας που πραγματοποιήθηκε με θέμα την εμφάνιση κατάθλιψης σε ασθενείς που πάσχουν από ΣΕΛ.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
---------------	---

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ

2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	3
2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	3
2.3 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	3
2.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	4
2.5 ΑΝΟΣΟΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ.....	5
2.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΔΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	5
2.7 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ(ΠΙΝΑΚΑΣ 2.1).....	6
2.8 ΕΙΔΙΚΕΣ ΥΠΟΟΜΑΔΕΣ	11
2.9 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....	11
2.10 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	12
2.11 ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	12
2.12 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	13
2.13 ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	14

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	15
3.2 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	15
3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ (ΠΙΝΑΚΑΣ 3.1).....	15
3.4 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ.....	21
3.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	24
3.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.....	24
3.7 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	25

3.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	27
3.9 ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	31

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ & ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ

4.1 ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	32
4.1.1 ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΚΙΝΗΣΕΩΝ ΜΕ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΟΡΓΑΝΩΝ.....	32
4.1.2 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΩΝ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ.....	33
4.1.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ (ΠΙΝΑΚΑΣ 4.1).....	35
4.1.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	36
4.2 ΑΓΧΟΣ	37
4.2.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Σ.Ε.Λ	37
4.2.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ.....	37
4.2.3 ΣΧΕΣΗ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΕΝΑΡΞΗΣ Σ.Ε.Λ.....	37
4.2.4 ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΕΞΑΡΣΗ ΤΟΥ Σ.Ε.Λ.....	38
4.3 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ.....	39
4.3.1 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ.....	39
4.3.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ.....	39

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

5.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.....	44
5.2 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΥΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ.....	44
5.3 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΣΒΟΛΗΣ ΤΟΥ Κ.Ν.Σ.....	45
5.4 ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	46
5.5 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΛΥΚΟΣ.....	47
5.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ.....	50

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

6.1 Η ΜΕΙΖΟΝΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ Η ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ.....	52
6.1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	52
6.1.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	52
6.1.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	54
6.2 Η ΚΟΠΩΣΗ ΣΤΟΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ:ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ, ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ, ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΕΠΙΚΕΙΜΕΝΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ.....	55
6.2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	55
6.2.2 ΜΕΘΟΔΟΙ.....	55
6.2.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	56
6.2.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	56
6.3 ΤΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΑΥΤΟ-ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ ΜΕ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ:Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙ-ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΟΥ ΚΥΤΤΑΡΟΥ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ.....	57
6.3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	57
6.3.2 ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ.....	57
6.3.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	58
6.3.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	59
6.3.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	59
6.4 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ.....	60
6.4.1 ΘΕΜΑ.....	60
6.5 Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ Μήπως οφείλεται στον Λύκο;.....	61
6.5.1 ΘΕΜΑ.....	61
6.6 ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ.....	63
6.6.1 ΘΕΜΑ.....	63
6.6.2 ΜΕΘΟΔΟΣ.....	63

6.6.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	64
6.6.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	65
6.6.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	67
6.7 ΟΙ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΙ ΟΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ:ΜΙΑ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΣΤΑΔΙΩΝ ΔΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΑΔΡΑΝΕΙΑΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ.....	68
6.8 ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΑ ΣΥΝΔΡΟΜΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ ΚΑΙ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ.....	69
6.8.1 ΘΕΜΑ.....	69
6.8.2 ΜΕΘΟΔΟΣ.....	69
6.8.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	70
6.8.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	71
6.9 Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, Η ΚΟΠΩΣΗ ΚΑΙ Ο ΠΟΝΟΣ ΣΤΟΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ:ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΛΙΣΤΑ ΤΟΥ Σ.Ε.Λ ΤΟΥ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΟΥ ΚΟΛΕΓΙΟΥ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ.....	71
6.9.1 ΘΕΜΑ.....	71
6.9.2 ΜΕΘΟΔΟΙ.....	72
6.9.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	72
6.9.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	72
6.10 Η ΚΟΠΩΣΗ ΣΤΟΝ Σ.Ε.Λ:Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΥΠΝΟΥ, ΤΗΣ ΑΥΠΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	73
6.10.1 ΘΕΜΑ.....	73
6.10.2 ΜΕΘΟΔΟΙ.....	73
6.10.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	73
6.10.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	74
 ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	75
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	75
ΜΕΘΟΔΟΣ.....	76
ΥΛΙΚΟ.....	76
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	77

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	85
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	88
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	90
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	92

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εργασία αυτή γίνεται λόγος για τη κατάθλιψη, την ψυχιατρική αυτή διαταραχή που εμφανίζεται στο Συστηματικό Ερυθρηματώδη Λύκο. Τα τελευταία χρόνια έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες που αποδεικνύουν την άμεση συσχέτιση που υπάρχει ανάμεσα στην κατάθλιψη και στον επονομαζόμενο «λύκο».

Ένα χαρακτηριστικό της κατάθλιψης είναι η πολυμορφία της, δηλαδή η ιδιότητά της να εκφράζεται κλινικά όχι με το χαρακτηριστικό της σύμπτωμα της έντονης και παρατεταμένης θλίψης, αλλά με ποικίλους της τρόπους, γι' αυτό άλλωστε αποκαλείται και *πρωτεϊκή* νόσος (μοιάζει με το μυθικό γέροντα Πρωτέα, που μπορούσε να μεταμορφωθεί σε οτιδήποτε). Από την άλλη, ο ΣΕΛ είναι μια πολυσυστηματική αυτοάνοση νόσος της όψιμης νεανικής ηλικίας, με πολύ συχνότερη εμφάνιση της γυναίκες σε σύγκριση με της άνδρες.

Το περιεχόμενο των παρακάτω κεφαλαίων δομείται από την ασθένεια του ΣΕΛ και της καταθλίψεως. Δίνονται πληροφορίες για την κάθε νόσο ξεχωριστά όσον αφορά την κλινική συμπτωματολογία, της αιτιοπαθογενετικούς παράγοντες, τη διάγνωση και της θεραπευτικούς τρόπους αντιμετώπισης καθώς της επιδημιολογικά και ιστορικά δεδομένα.

Στην συνέχεια της εργασίας επιδιώκεται μια ολική προσέγγιση της συσχέτισης των παραπάνω διαταραχών, δηλαδή κατά πόσο η κατάθλιψη παρουσιάζεται της ασθενείς που πάσχουν από το συγκεκριμένο αυτοάνοσο νόσημα. Στη συνέχεια αυτό επιτυγχάνεται μέσω της ερευνητικής μεθόδου, πραγματοποιώντας δηλαδή μια ποιοτική έρευνα με στόχο την επαλήθευση της συσχέτισεως μεταξύ της ψυχικής νόσου και της αυτοάνοσης διαταραχής, σε συνδυασμό με την πρόσφατη και σχετική ανασκόπηση της ερευνητικής βιβλιογραφίας. Ιδιαίτερη προσοχή δίνεται στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων, τα οποία απαντούν στην έρευνα που διεκπεραιώθηκε με την βοήθεια του υλικού και της μεθόδου που χρησιμοποιήθηκε. Έπειτα θα ακολουθήσει παράθεση των συμπερασμάτων, τα οποία

εξάγονται μέσω της συζήτησης που πραγματοποιήθηκε και σε σύγκριση βέβαια με τα βιβλιογραφικά δεδομένα (εθνικά και διεθνή).

Στο τέλος της εργασίας γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στη σχέση που υπάρχει μεταξύ του προβλήματος υγείας που υφίσταται και τον ρόλο της νοσηλευτικής πρακτικής. Σκοπός της νοσηλευτικής πρακτικής είναι η διατήρηση της υγείας του ατόμου καθώς της η πρόληψη, προαγωγή και αποκατάσταση αυτού από την υποτιθέμενη ασθένεια. Ο ρόλος που παίζει ο νοσηλευτής σε όλη τη νοσηλευτική διεργασία που πρέπει να σχεδιάσει είναι η σωστή αξιολόγηση των αναγκών και των προβλημάτων του ασθενούς καθώς της ο προγραμματισμός, η εφαρμογή και η τελική αξιολόγηση της νοσηλευτικής φροντίδας που θα προσφέρει.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ

2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Το όνομα συστηματικός ερυθματώδης λύκος χρονολογείται από τις αρχές του 20ου αιώνα. Συστηματικός σημαίνει ότι προσβάλλει πολλά όργανα και συστήματα του σώματος. Η λέξη λύκος (lupus στα λατινικά) αναφέρεται στο χαρακτηριστικό εξάνθημα σε σχήμα πεταλούδας που εμφανίζεται στο πρόσωπο και θύμιζε στους γιατρούς τα λευκά σημάδια που υπάρχουν στο πρόσωπο του λύκου. Ερυθματώδης στα ελληνικά σημαίνει κόκκινος και αναφέρεται στο κόκκινο χρώμα του δερματικού εξανθήματος του ΣΕΛ.

2.2 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος ΣΕΛ (Systemic Lupus Erythematosus-SLE) είναι μια χρόνια άγνωστης αιτιολογίας πολυσυστηματική αυτοάνοση διαταραχή, η οποία παρουσιάζει ισχυρή συσχέτιση με διάφορα αυτοαντισώματα. Ανήκει στην οικογένεια των ρευματικών παθήσεων. Οι ρευματικές παθήσεις προσβάλλουν τις αρθρώσεις, τους μυς και άλλα τμήματα του σώματος και συχνά περιλαμβάνουν κι ανωμαλίες του ανοσοποιητικού συστήματος. Ο λύκος μπορεί να προσβάλει όχι μόνο τις αρθρώσεις και τους μυς, αλλά και το δέρμα, τα νεφρά, το νευρικό σύστημα, τους πνεύμονες, την καρδιά και τα αιμοποιητικά όργανα.

2.3 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος σε αντίθεση με άλλα αυτοάνοσα νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η βαριά μυασθένεια αποτελεί ένα σύνολο σημείων και συμπτωμάτων, που ταξινομούνται ως μια νοσολογική οντότητα. Λόγω της ποικιλομορφίας στην εμφάνιση, της συσσώρευσης εκδηλώσεων στη διάρκεια του χρόνου και της χαρακτηριζόμενης από εξάρσεις και υφέσεις πορείας του, ο ΣΕΛ υπήρξε πάντα πρόκληση για τους κλινικούς ιατρούς. Η κοινή εργαστηριακή διαταραχή είναι η παρουσία

κυκλοφορούντων αντιτυρηνικών αντισωμάτων (ANA). Αναγνωρίζοντας την ποικιλομορφία της νόσου και το ευρύ φάσμα διαφορικής διάγνωσης και με σκοπό την ανεύρεση νέων θεραπευτικών στόχων, το Αμερικανικό Κολέγιο Ρευματολογίας έχει προσδιορίσει 11 διαγνωστικά κριτήρια, στα οποία περιλαμβάνονται οι μείζονες κλινικές εκδηλώσεις της νόσου (βλεννογονοδερματικές, αρθρικές, ορολογικές, νεφρολογικές και νευρολογικές) και τα συνοδά εργαστηριακά ευρήματα αυτής (αιματολογικά και ανοσολογικά). Η παρουσία τεσσάρων ή περισσότερων κριτηρίων είναι απαραίτητη για τη διάγνωση. Δεν είναι όμως υποχρεωτική η ταυτόχρονη παρουσία όλων των συμπτωμάτων: ένα μόνο κριτήριο όπως η αρθρίτιδα, μπορεί να εμφανίζεται περιοδικά κατά τη διάρκεια μηνών ή ετών πριν από την οριστική επιβεβαίωση της διάγνωσης από την παρουσία και άλλων πρόσθετων εκδηλώσεων.

Οποιοδήποτε τμήμα του ανθρώπινου οργανισμού μπορεί δυνητικά να προσβληθεί από το ΣΕΛ αλλά καθένα έχει διαφορετικά δομικά μέρη που μπορεί να εμπλακούν με ποικίλλουσα συχνότητα, όπως εκτιμήθηκε σε μια μεγάλη канаδική μελέτη. Μπορεί, ωστόσο να επικρατούν της κλινικής εικόνας μη ειδικά συμπτώματα, όπως εύκολη κόπωση, πυρετός και απώλεια βάρους. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η υπεροχή των γυναικών κυρίως της αναπαραγωγικής ηλικίας αποτελούν χρήσιμες ενδείξεις για την διάγνωση. Παράγοντες που μπορεί να είναι υπεύθυνοι για την έναρξη ή την έξαρση της συστηματικής νόσου ή μεμονωμένης προσβολής οργάνου, θεωρούνται η πρόσφατη έκθεση στον ήλιο, το συναισθηματικό stress, η λοίμωξη και ορισμένα φάρμακα όπως οι σουλφοναμίδες.

Η επιβίωση των ασθενών με ΣΕΛ σήμερα ανέρχεται τουλάχιστον στο 90% στα δυο πρώτα χρόνια μετά τη διάγνωση σε σύγκριση με περίπου 50% της αντίστοιχης επιβίωσης τρεις δεκαετίες πριν. Πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν, ότι η δεκαετής επιβίωση ανέρχεται σε 80-90% τα τελευταία χρόνια. Αν και ο ΣΕΛ δεν μπορεί να θεωρηθεί ιάσιμη νόσος, οι ασθενείς μπορεί να έχουν μακρές περιόδους ύφεσης, ουσιαστικά χωρίς κλινική δραστηριότητα και με εξαφάνιση των αντιτυρηνικών αντισωμάτων.

2.4 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος είναι νόσος κυρίως νεαρών γυναικών. Η συχνότερη ηλικία εμφάνισης είναι μεταξύ 15 και 40 ετών με αναλογία 9:1 γυναικών-ανδρών. Ωστόσο, η ηλικία έναρξης μπορεί να ποικίλει από την βρεφική έως την ενήλικη ζωή. Ο ΣΕΛ στο γενικό πληθυσμό προσβάλλει κατά προσέγγιση ένα στα 2000 άτομα,

παρόλο που η συχνότητα ποικίλει ανάλογα με την εθνικότητα, τη φυλή (π.χ Αφρο-αμερικανοί) και το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

Ο ΣΕΛ έχει ισχυρό οικογενή χαρακτήρα με υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης μεταξύ των συγγενών πρώτου βαθμού των ασθενών με ΣΕΛ. Η νόσος εμφανίζεται σε αναλογία 25-50% σε μονοζυγωτικούς διδύμους και 5% σε διζυγωματικούς. Επιπλέον, σε ευρύτερες οικογένειες, μπορεί να εμφανιστεί μαζί με άλλες αυτοάνοσες καταστάσεις, όπως η αιμολυτική αναιμία. Παρά την επίδραση της κληρονομικότητας οι περισσότερες περιπτώσεις ΣΕΛ εμφανίζονται σποραδικά.

2.5 ΑΝΟΣΟΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ

Τις γνώσεις για την παθογένεση της νόσου έχουν αυξήσει τόσο οι μεγάλες πληθυσμιακές έρευνες, όσο και τα υποδείγματα της σε πειραματόζωα. Η βασική ανοσολογική διαταραχή στον ΣΕΛ είναι η παραγωγή πληθώρας αυτοαντισωμάτων και ανοσοσυμπλεγμάτων σε συνδυασμό με ανεπάρκεια του οργανισμού να καταστείλει την παραγωγή τους. Επίσης, υποψήφια για σύνδεση με το ΣΕΛ θεωρήθηκαν ορισμένα γονίδια που σχετίζονται με το σύστημα των ανθρώπινων λευκοκυτταρικών αντιγόνων, διάφορους άλλους ανοσολογικούς δείκτες και συγκεκριμένες πρωτεΐνες. Στους ασθενείς με ΣΕΛ παρατηρούνται πολλές διαταραχές της ανοσίας, γεγονός που εμπλέκει στην παθογένεση της νόσου κάποια ανώμαλη ρύθμιση των συστημάτων της χυμικής και κυτταρικής ανοσίας.

Υπέρ της ανοσολογικής προέλευσης συνηγορούν, επίσης οι τεκμηριωμένοι ρόλοι του σχηματισμού ανοσοσυμπλεγμάτων και των διαταραχών του συστήματος του συμπληρώματος σε ορισμένες εκδηλώσεις του ΣΕΛ.

Ανοσα συμπλέγματα κυρίως από DNA(αντιγόνου)-ΑντιDNA αντισώματα μετά συμπληρώματος εναποτίθενται σε διάφορα όργανα στα οποία προκαλούν βλάβες.

Τα αυτόαντισώματα, μόνα τους ή ως συστατικά ανοσοσυμπλεγμάτων, εναποτίθενται στα μικρά αγγεία (π.χ αρθρώσεων ή νεφρικών σπειραμάτων) και μέσω συμπληρώματος οδηγούν σε φλεγμονή και σε νέκρωση. Επιπλέον, τα αυτοαντισώματα μπορούν να αναγνωρίζουν αντιγόνο απευθείας πάνω στις κυτταρικές μεμβράνες (π.χ ερυθρών αιμοσφαιρίων, προκαλώντας αιμόλυση) ή όργανα στόχους (π.χ θυρεοειδής, προκαλώντας αυτοάνοση νόσο).

2.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΔΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΝΟΣΟ

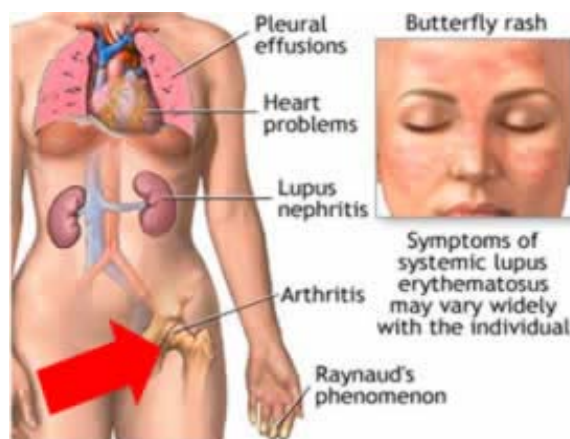
Μολονότι η παθογένεια της νόσου δεν είναι γνωστή, γενετικοί, περιβαλλοντικοί, ψυχο-νευρο-ανοσολογικοί και ορμονικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί. Παρόλο που υπάρχει κληρονομική προδιάθεση για τη νόσο, πιθανολογείται ότι η νόσος είναι πολυγονιδιακή και ότι υπεισέρχονται διαφορετικοί συνδυασμοί γονιδίων σε κάθε ασθενή. Η συμμετοχή γενετικών παραγόντων συνάγεται από τα ακόλουθα: α) η νόσος συνυπάρχει συχνότερα σε μονοζυγωτικούς παρά σε διζυγωτικούς διδύμους, β) αναπτύσσεται 10 φορές συχνότερα σε άτομα που προέρχονται από οικογένειες με τουλάχιστον ένα προσβεβλημένο μέλος και γ) γενετικές ανεπάρκειες παραγόντων του συμπληρώματος παρατηρούνται στο 6% των ασθενών με ΣΕΛ ενώ δεν υπερβαίνουν το 1:10000 στο γενικό πληθυσμό.

Η συμμετοχή περιβαλλοντικών παραγόντων στην παθογένεια της νόσου συνάγεται από τα ακόλουθα: α) η έκθεση στην υπεριώδη ακτινοβολία μπορεί να προκαλέσει έξαρση της νόσου, β) η χρήση φαρμάκων ισονιαζίδης και ποικίλα αντιεπιληπτικά μπορούν να προκαλέσουν κλινική συνδρομή ομοιάζουσα με ΣΕΛ (φαρμακογενής λύκος).

Ο ρόλος των ψυχονευροενδοκρινολογικών διαταραχών υποδεικνύεται από το ότι η έναρξη του ΣΕΛ ή η εμφάνιση εξάρσεων παρατηρούνται συχνά μετά από έντονη ψυχολογική καταπίεση. Ενδείξεις για τη συμμετοχή ορμονικών παραγόντων στην παθογένεια της νόσου είναι οι ακόλουθες: α) η πλειοψηφία των ασθενών είναι γυναίκες, β) η νόσος μεταξύ ανδρών εμφανίζεται συχνότερα σε αυτούς που πάσχουν από σύνδρομο **Klinefelter**¹ και γ) τα οιστρογόνα διεγείρουν τα Β λεμφοκύτταρα προς παραγωγή αντισωμάτων, ενώ η τεστοστερόνη τα καταστέλλει.

2.7 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Κατά την έναρξη η νόσος μπορεί να προσβάλει μόνο ένα σύστημα ή να είναι πολυσυστηματική. Αυτοαντισώματα είναι συνήθως παρόντα από την πρώτη επίσκεψη του αρρώστου στο ιατρείο. Δύο είναι τα



Εικόνα 2.1 Κυριότερα Συμπτώματα Σ.Ε.Λ

¹ Ανωμαλίες που αφορούν τα φυλετικά χρωμοσώματα, οι ασθενείς είναι άνδρες, τα κύρια χαρακτηριστικά τους είναι το ψηλόσωμο ανάστημα, η ατροφία των όρχεων (με στειρότητα), η γυναικομαστία και η αραιή τρίχωση στο σώμα, το 15-20% έχουν διανοητικό πηλίκιο (I.Q) κάτω του 80.

βασικά χαρακτηριστικά της πορείας της νόσου: α)διαδράμει από πολύ ήπια μέχρι πολύ βαριά, β)η πορεία της χαρακτηρίζεται από υφέσεις και εξάρσεις.Επτά στους 100 ασθενείς θα εκδηλώσουν τουλάχιστον ναι έξαρση κάθε χρόνο.Το 55-95% των ασθενών έχουν συστηματικά συμπτώματα, δηλαδή αδυναμία, αδιαθεσία, πυρετό, ανορεξία, απώλεια βάρους και ναυτία.

Α)ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΟ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΟ

Στο 90% των περιπτώσεων ΣΕΛ παρατηρούνται αρθραλγίες ή αρθρίτιδα.Η αρθρίτιδα είναι τυπικά συμμετρική και προσβάλλει μικρές αρθρώσεις των άκρων χεριών, των καρπών και των ποδιών.Στο 10-15% των περιπτώσεων αναπτύσσονται παραμορφώσεις παρόμοιες με της ρευματοειδούς αρθρίτιδας.Μυαλγίες,σαν αρχικό σύμπτωμα είναι πολύ σπάνιες.



Εικόνα 2.2 Αρθρίτιδα στο Σ.Ε.Λ

Β)ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Οι δεύτερες σε συχνότητα εκδηλώσεις του ΣΕΛ είναι οι διαταραχές του δέρματος, των τριχών ή των βλεννογόνων που παρατηρούνται στο 85% των περιπτώσεων.Στο ΣΕΛ μπορεί να παρατηρηθούν πολλοί διαφορετικοί τύποι δερματικών εκδηλώσεων.Το κλασσικό εξάνθημα των ζυγωματικών («σαν πεταλούδα»), ένα μη βλατιδώδες ερυθματώδες εξάνθημα που καλύπτει τις παρειές και τη ράχη της μύτης αφήνοντας άθικτες τις ρινοχειλικές πτυχές, μπορεί να παρατηρηθεί χωρίς έκθεση του ασθενούς στο ηλιακό φως, αλλά είναι δυνατό να επιδεινωθεί με την έκθεση.Το δεύτερο συχνότερο ερυθματώδες εξάνθημα είναι κηλιδοβλατιδώδες και μπορεί να εντοπίζεται σε οποιαδήποτε περιοχή του σώματος.



Εικόνα 2.3 Φαινόμενο της Πεταλούδας

Άλλες δερματικές εκδηλώσεις είναι κνίδωση, αλωπεκία και αγγειτιδικές βλάβες.Επίσης μπορεί να παρατηρηθούν εξελκώσεις, συχνά ανώδυνες, του βλεννογόνου της σκληρής και της μαλακής υπερώας



Εικόνα 2.4 Αλωπεκία



Εικόνα 2.5 Φαινόμενο Raynaud

και το φαινόμενο **Raynaud** το οποίο

μπορεί να είναι αρκετά βαρύ ώστε να προκαλέσει γάγγραινα των δακτύλων.

Γ)ΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Στο 20% περίπου των περιπτώσεων ΣΕΛ παρατηρείται επιπεφυκίτιδα και επισκληρίτιδα.Η αγγειίτιδα του αμφιβληστροειδούς είναι σπάνια αλλά μπορεί να προκαλέσει τύφλωση.Ξηρότητα των οφθαλμών αναπτύσσεται στο πλαίσιο δευτεροπαθούς συνδρόμου **Sjorgen**.

Δ)ΝΕΦΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Στο 50% περίπου των περιπτώσεων ΣΕΛ παρατηρείται κλινικά σημαντική προσβολή των νεφρών, αλλά ευτυχώς μόνο σε μικρή αναλογία ασθενών καταλήγει σε μη αναστρέψιμη ανεπάρκεια.Νεφρική νόσος εμφανίζεται πιο συχνά σε άτομα με ηλικία έναρξης νόσου κάτω των 50 ετών.Το συχνότερο κλινικό σημείο της νεφρίτιδας του λύκου είναι η πρωτεϊνουρία.Άλλα σημεία ενδεικτικά ενεργού νεφρικής νόσου είναι η υπέρταση, η αιματουρία και λευκωματουρία.

Ε)ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Όλοι σχεδόν οι ασθενείς με ενεργό ΣΕΛ εμφανίζουν μια ή περισσότερες διαταραχές του αίματος, οι οποίες συνίστανται σε αναιμία, λευκοπενία, θρομβοπενία και παρατεταμένο χρόνο ενεργοποιημένης μερικής θρομβοπλαστίνης που οφείλεται στο κυκλοφορούν «αντιπηκτικό του λύκου».

Η αναιμία είναι συχνά του τύπου της αναιμίας χρόνιας νόσου και εκδηλώνεται για παρατεταμένες χρονικές περιόδους κατά τις εξάρσεις της νόσου.Η λευκοπενία είναι συχνή και συσχετίζεται με εξάρσεις της νόσου.Τέλος, η θρομβοπενία αναπτύσσεται στο 25% των ασθενών και προκαλεί αιμορραγίες και πορφύρα.

ΣΤ)ΚΑΡΔΙΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Σε ποσοστό μέχρι 30% των περιπτώσεων ΣΕΛ παρατηρείται περικαρδίτιδα, η οποία αποτελεί τη συχνότερη καρδιακή εκδήλωση της νόσου.Στο περικαρδιακό υγρό βρίσκονται συχνά κύτταρα ΣΕΛ.Ο επιπωματισμός είναι συνήθως σπάνιος.Μυοκαρδίτιδα προκαλεί αρρυθμίες ή καρδιακή ανεπάρκεια.

Η πλευρίτιδα είναι συχνή εκδήλωση του ΣΕΛ.Επανειλήμμενα επεισόδια βήχα, δύσπνοιας και πυρετού, πιθανώς να υποδηλώνουν πνευμονίτιδα ή λοίμωξη.Σπάνιες αλλά δυνητικά θανατηφόρες είναι δυο άλλες επιπλοκές της νόσου, το σύνδρομο αναπνευστικής δυσχέρειας του ενήλικα και η μαζική ενδοκυψελιδική αιμορραγία.

Ε)ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Μη ειδικά συμπτώματα όπως ανορεξία, ναυτία, επιγαστρικός πόνος είναι συχνά.Σοβαρή επιπλοκή αποτελεί η αγγειίτιδα του εντέρου, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί με οξύ ή υποξύ πόνο τύπου «κράμπας», εμετό, βλεννοαιματηρές διάρροιες, ή ψευδοαπόφραξη με αναστολή της αποβολής αερίων και κοπράνων, διάτρηση, περιτονίτιδα και θάνατο.Τέλος βαριά παγκρεατίτιδα μπορεί να οφείλεται στη νόσο ή στη θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή.

Ζ)ΝΕΥΡΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Μπορεί να προσβληθεί σχεδόν κάθε περιοχή του εγκεφάλου, οι μήνιγγες, ο νοτιαίος μυελός, τα κρανιακά και τα περιφερικά νεύρα.Η προσβολή του νευρικού συστήματος μπορεί να είναι μεμονωμένη αλλά μπορεί να εκδηλωθεί στο πλαίσιο μιας ήδη βαριάς νόσου που αφορά και άλλα συστήματα.Ήπια διανοητική δυσλειτουργία και διαταραχές προσωπικότητας θεωρούνται οι πιο συχνές διαταραχές του νευρικού συστήματος.Επίσης συχνά εμφανίζεται επιληψία, η οποία μπορεί να προηγείται για χρόνια των άλλων εκδηλώσεων.Συχνά παρατηρούνται κατάθλιψη και ψύχωση.Άλλες εκδηλώσεις περιλαμβάνουν οργανικά ψυχοσύνδρομα, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, εξωπυραμιδικά σύνδρομα, χορεία, δυσλειτουργία παρεγκεφαλίδος, δυσλειτουργία υποθαλάμου με απρόσφορη έκκριση αντιδιουρητικής ορμόνης, υπαραχνοειδή αιμορραγία, άσηπτη μηνιγγίτιδα, και εγκάρσιες μυελίτιδες με παραπληγία ή τετραπληγία, οπτική νευρίτιδα.

Πίνακας 2.1 Διαταραχές ΣΕΛ

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	ΚΑΤΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ(%)
<u>1.ΓΕΝΙΚΕΣ</u>	
Καταβολή των δυνάμεων	90
Πυρετός	80
Απώλεια βάρους, ανορεξία	60
<u>2.ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΕΣ</u>	
Αρθρίτιδα, αρθραλγίες	90
Μυαλγίες, μυϊτιδα	30
<u>3.ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΙΕΣ</u>	
Εξάνθημα «σαν πεταλούδα»	60
Αλωπεκία	50
Φωτοευαισθησία	50
Φαινόμενο Raynaud	30
Έλκη βλεννογόνων	30
Δισκοειδής λύκος	20
Κνίδωση	10
Οίδημα	10
<u>4.ΟΦΘΑΛΜΙΚΕΣ</u>	
(Επιπεφυκίτιδα, επισκληρίτιδα και σύνδρομο ξηρότητας)	20
<u>5.ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΚΕΣ</u>	
<u>6.ΚΑΡΔΙΟΠΝΕΥΜΟΝΙΚΕΣ</u>	
Μυοκαρδίτιδα	30
Φυσήματα και Βαλβιδοπάθειες	30
Στεφανιαία νόσος	20
Πλευρίτιδα	50
Περικαρδίτιδα	50
<u>7.ΝΕΦΡΙΚΕΣ (Συνολικά)</u>	
Βαριές	20
Υπέρταση	30
<u>8.ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ</u>	
Αναιμία (Συνολικά)	70
Αιμολυτική	10
Πορφύρα (Συνολικά)	50
Θρομβοπενία	10
<u>9.Κ.Ν.Σ</u>	
Διαταραχές της προσωπικότητας	50
Σπασμοί	20
Ψυχώσεις	20
Εγκεφαλικό Επεισόδιο	10
Ημικρανίες	10
<i>Πηγή: CECIL Παθολογία 3^η Έκδοση Andreoli, Bernnett, Carpenter, Plum, Smith 1996</i>	

2.8 ΕΙΔΙΚΕΣ ΥΠΟΟΜΑΔΕΣ ΤΟΥ ΛΥΚΟΥ

Ο ΣΕΛ είναι πάθηση με πολυποίκιλη κλινική εικόνα και πορεία ακόμα της οποίας ορισμένοι τύποι χρειάζονται ειδική αναφορά. Ο *δισκοειδής ερυθματώδης λύκος* αποτελεί ιδιαίτερη υποομάδα, διότι στο 90% των περιπτώσεων η νόσος περιορίζεται στο δέρμα. Ο *υποξύς δερματικός ερυθματώδης λύκος* συνήθως παρατηρείται σε ασθενείς με αρνητικά ANA. Οι βλάβες αυτού του τύπου είναι συμμετρικές, επιπολής και δεν ουλοποιούνται. Πολλές φορές αυτοί οι ασθενείς παρουσιάζουν σημαντική φωτοευαισθησία. Ο *όψιμος ΣΕΛ* εμφανίζεται μετά την ηλικία των 50 ετών και αποτελεί το 15% όλων των περιπτώσεων της νόσου. Στη μορφή αυτή παρατηρείται μεγαλύτερη συχνότητα διάμεσης πνευμονοπάθειας, αλλά πολύ μικρότερη νευροψυχιατρικών διαταραχών ή προσβολής των νεφρών. Ο *νεογνικός λύκος* είναι σπάνιο σύνδρομο, το οποίο φαίνεται ότι αποτελεί επιπλοκή της κύησης οφειλόμενη στη μεταφορά μέσω του πλακούντα μητρικών αντισωμάτων προς συγκεκριμένα αντιγόνα. Μετά τη γέννηση τους τα βρέφη εμφανίζουν τυπικές δισκοειδής αλλοιώσεις όταν εκτεθούν στην υπεριώδη ακτινοβολία. Οι ασθενείς με ΣΕΛ που έχουν παιδί με νεογνικό λύκο έχουν 25% πιθανότητες να αποκτήσουν και δεύτερο παιδί με νεογνικό λύκο σε μεταγενέστερη κύηση. Τέλος, ορισμένα φάρμακα μπορούν να προκαλέσουν ένα λυκοειδές σύνδρομο, το λεγόμενο *φαρμακογενή ερυθματώδη λύκο*. Θεωρείται ελαφρότερη μορφή ΣΕΛ με αρθρίτιδα, ορογονίτιδα και συχνά γενικά συμπτώματα ενώ η προσβολή των νεφρών ή του ΚΝΣ είναι συχνά. Τα συχνότερα φάρμακα που προκαλούν τη συγκεκριμένη μορφή λύκου είναι η προκαΐναμίδη, υδραλαζίνη, αντιεπιληπτικά και αντιμικροβιακά.



Εικόνα 2.6
Νεογνικός Λύκος

2.9 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Αντιπυρηνικά αντισώματα (ANA) ανευρίσκονται πολύ συχνά στους ασθενείς με ΣΕΛ. Εντούτοις δεν είναι αποκλειστικά ειδικά για το ΣΕΛ. Μερικά φυσιολογικά άτομα μπορεί να είναι επίσης θετικά, ενώ το ποσοστό των μη νοσούντων ANA θετικών ατόμων αυξάνει με την ηλικία.

Τα αντι-dsDNA και αντι-Sm αντισώματα, πάντως ανιχνεύονται σχεδόν αποκλειστικά σε ασθενείς με ΣΕΛ.

Κατά την ενεργό νόσο συνήθως υπάρχει αναιμία. Στο 50% των περιπτώσεων ΣΕΛ παρατηρείται λευκοπενία. Μπορεί επίσης να παρατηρηθεί λευκοκυττάρωση, αλλά δεν

πρέπει να αποδίδεται στον ΣΕΛ χωρίς προηγουμένως να αποκλειστεί η λοίμωξη. Συχνά ευρήματα, ιδιαίτερα στον ενεργό ΣΕΛ, αποτελούν η υπεργαμμασφαιριναιμία και η ελάττωση των επιπέδων του αιμολυτικού συμπληρώματος.

Στα ούρα των ασθενών με ενεργό νεφρική νόσο βρίσκονται λεύκωμα, κύλινδροι και λευκοκύτταρα. Το πλευριτικό υγρό συνήθως είναι εξίδρωμα και μπορεί να περιέχει, όπως και το περικαρδιακό, κύτταρα λύκου.

2.10 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Για να τεθεί η διάγνωση χρειάζονται 4 από τα παρακάτω 13 κριτήρια

- 1) Εξάνθημα («πεταλούδας»-οξύς δερματικός λύκος): μόνιμο, επίπεδο εξάνθημα της περιοχής των ζυγωματικών, το οποίο τείνει να μην περιλαμβάνει τις ρινοχειλικές πτυχές.
- 2) Δισκοειδής δερματικός λύκος (χρόνιος): ερυθρηματώδεις πλάκες σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος.
- 3) Φαινόμενο Raynaud: μετά από έκθεση των δαχτύλων σε ψυχρό περιβάλλον, εμφανίζεται ωχρότητα και κυάνωση του δέρματος.
- 4) Αλωπεκία: απώλεια τριχών σε σύντομο χρονικό διάστημα
- 5) Φωτοευαισθησία: ασυνήθιστη δερματική αντίδραση μετά από έκθεση στον ήλιο.
- 6) Στοματικά έλκη: στοματικοί ή ρινοφαρυγγική εξέλκωση συνήθως ανώδυνη.
- 7) Αρθρίτιδα: προσβολή μια ή περισσότερων περιφερικών αρθρώσεων.
- 8) Πλευρίτιδα, ξηρά ή υγρά και/ή περικαρδίτιδα.
- 9) Αιματολογικές διαταραχές: (αιμολυτική αναιμία, λευκοπενία, θρομβοπενία).
- 10) Νευρολογικές διαταραχές: επιληπτικές κρίσεις και ψύχωση χωρίς να γίνεται χρήση ενοχοποιητικών φαρμάκων και χωρίς να υπάρχουν μεταβολικές διαταραχές π.χ ουραιμία.
- 11) Νεφρικές διαταραχές: κύλινδροι στα ούρα και επίμονη πρωτεϊνουρία.
- 12) «Ψευδώς θετικές» ορολογικές αντιδράσεις σύφιλης από εξαμήνου τουλάχιστον επιβεβαίωση.
- 13) Παρουσία αντιπυρηνικού αντισώματος.

2.11 ΓΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Προς το παρόν, δεν υπάρχει τρόπος ίασης του λύκου και η θεραπεία αποβλέπει σε μείωση της φλεγμονής, καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος και στενή παρακολούθηση των ασθενών προκειμένου να διαπιστωθούν όσο είναι δυνατόν πιο έγκαιρα τα γνωρίσματα της νόσου.

Κεντρικό ρόλο στη θεραπεία του λύκου παίζουν η εκπαίδευση του ασθενούς και τα προφυλακτικά μέτρα πρόληψης των εξάρσεων της νόσου. Οι αντιδράσεις φωτοευαισθησίας αποφεύγονται αποτελεσματικά με αντηλιακά και προστατευτικά ενδύματα. Η χρησιμοποίηση οιστρογονούχων αντισυλληπτικών από το στόμα στο ΣΕΛ αποτελεί αντικείμενο διχογνωμίας και πολλά κέντρα την αποφεύγουν, διότι υπάρχουν ενδείξεις ότι τα φάρμακα αυτά αυξάνουν τη δραστηριότητα του λύκου. Στην περίπτωση των μετεμμηνοπαυσιακής ηλικίας γυναικών με ΣΕΛ υπάρχει ομοφωνία για την θεραπεία αναπλήρωσης με οιστρογόνα, η οποία και ενθαρρύνεται με σκοπό την προστασία των ασθενών από την οστεοπόρωση και ενδεχομένως την καρδιοπάθεια. Στην αντιμετώπιση του φαινομένου Raynaud στο ΣΕΛ βοηθούν τα προστατευτικά ή θερμά ενδύματα. Βασική σημασία έχει και η ψυχολογική υποστήριξη, διότι ο ΣΕΛ είναι χρόνια πάθηση που σε πολλούς ασθενείς μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη και άγχος. Επίσης, συνιστώνται οι συνηθισμένοι εμβολιασμοί, όπως ο αντιγριππικός και ο αντιπνευμονιοκοκκικός, σε όλες τις περιπτώσεις.

2.12 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Είναι άγνωστο αν ο ΣΕΛ ιάται και συνεπώς η θεραπεία βασίζεται στην ανακούφιση των συμπτωμάτων, στην καταστολή της φλεγμονής και στην πρόληψη μελλοντικών διαταραχών. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να εξετασθεί η σχέση της ωφέλειας που θα προσφέρουν τα φάρμακα προς την ενδεχόμενη τοξική δράση τους. Τη συγκεκριμένη μορφή θεραπείας υποδεικνύει το οργανικό σύστημα ή τα συστήματα που έχουν προσβληθεί από τη νόσο.

Στις ελαφρές αρθραλγίες χρησιμοποιούνται μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, αλλά κύρια αντιφλεγμονώδη φάρμακα στο ΣΕΛ παραμένουν τα γλυκοκορτικοειδή τα οποία χρησιμοποιούνται για όλες σχεδόν τις εκδηλώσεις του λύκου. Τα γλυκοκορτικοειδή δρουν αποτελεσματικά σε πολλές περιπτώσεις του λύκου, αλλά η χρόνια φύση της νόσου μπορεί να οδηγήσει σε παρατεταμένη χρησιμοποίησή τους, με συνέπεια πολλές τοξικές επιδράσεις όπως παχυσαρκία, σακχαρώδη διαβήτη, επιταχυνόμενη αθηροσκλήρυνση, οστεοπόρωση, άσηπτη νέκρωση οστών, καταρράκτη, γλαύκωμα και μεγάλο κίνδυνο λοιμώξεων. Επιπλέον μερικές εκδηλώσεις όπως η νεφρίτιδα και βαριά αγγειίτιδα ανταποκρίνονται μόνο στα γλυκοκορτικοειδή.

Τα ανθελονοσιακά φάρμακα έχει βρεθεί ότι δρουν αποτελεσματικά στο ΣΕΛ και σε πολλές περιπτώσεις αποτελούν σημαντικό μέρος της θεραπείας. Η υδροξυχλωροκίνη και η

χλωροκίνη είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές για τους πυρετούς, την αρθρίτιδα και τις δερματοβλεννογόνιες εκδηλώσεις του ΣΕΛ. Η τοξική επίδραση των φαρμάκων αυτών στον αμφιβληστροειδή δεν είναι συχνή, αλλά εξαρτάται από τη δόση.

Η αζαθειοπρίνη είναι ανοσοκατασταλτικό φάρμακο που χορηγείται στο λύκο όταν τα γλυκοκορτικοειδή δεν είναι μόνα τους πλήρως αποτελεσματικά ή για να καταστεί δυνατή η μείωση της δοσολογίας τους. Οι τοξικές επιδράσεις του συγκεκριμένου φαρμάκου είναι λευκοπενία, αναιμία και αύξηση του κινδύνου λοιμώξεων.

Το ισχυρότερο ανοσοκατασταλτικό φάρμακο που χρησιμοποιείται στη θεραπεία του ΣΕΛ είναι η κυκλοφωσφαμίδη, η οποία είναι εξαιρετικά τοξική και γι' αυτό συνήθως, χορηγείται μόνο στις βαρύτερες εκδηλώσεις του λύκου. Η κυκλοφωσφαμίδη χρησιμοποιείται συχνά στην βαριά εγκεφαλίτιδα του λύκου και στην νεκρωτική αγγειίτιδα των μικρών αγγείων. Οι οξείες αυτές αντιδράσεις της ουσίας αυτής συνίστανται σε αλωπεκία, βλεννογονίτιδα και αιμορραγική κυστίτιδα, ενώ η μακροχρόνια χρησιμοποίησή της μπορεί να οδηγήσει σε καρκίνωμα, κακοήθεις νεοπλασίες του αίματος, στείρωση, πρόωρη εμμηνοπαυση και ευκαιριακές λοιμώξεις.

Για την αντιμετώπιση του ΣΕΛ προτείνονται και πολλές άλλες μέθοδοι θεραπείας, οι περισσότερες από τις οποίες αποτελούν προσπάθειες να επηρεαστεί με κάποιον τρόπο η ανοσολογική αντίδραση. Η χορήγηση ανοσοσφαιρίνης ενδοφλεβίως είναι αποτελεσματική στην θρομβοπενία του ΣΕΛ. Οι δοκιμές χρησιμοποίησης της πλασμαφαίρεσης στη νεφρίτιδα του λύκου δεν έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές αλλά οι σχετικές έρευνες συνεχίζονται. Η μεθοτρεξάτη χρησιμοποιείται με αυξανόμενη συχνότητα στο λύκο ειδικά στην αρθρίτιδα. Τέλος οι ερευνητές δείχνουν από πολύ καιρό ενδιαφέρον για την ορμονική θεραπεία του ΣΕΛ αλλά δεν έχει αποδειχθεί κάποια σταθερή δράση των ορμονικών παραγόντων.

2.13 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η δεκαετής επιβίωση ασθενών με ΣΕΛ φθάνει το 70-95%. Ασθενείς με βαριά νεφρική, πνευμονική ή νευρολογική νόσο έχουν χειρότερη πρόγνωση. Οι νεφρικές επιπλοκές συντομεύουν τον βίο, αν και σήμερα με τις υψηλές δόσεις κορτικοστεροειδών σε συνδυασμό με κυτταροστατικά η πρόγνωση έχει βελτιωθεί κατά πολύ. Ένα τρίτο των θανάτων οφείλεται σε λοιμώξεις, και το ένα πέμπτο σε επιπλοκές της νεφρικής ανεπάρκειας, καρδιοαναπνευστικής ανεπάρκειας, καρκίνους και ατυχήματα, αυτοκτονίες ή άλλα μη γνωστά αίτια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που παρακολούθησε την ανθρωπότητα από τα πρώιμα στάδια της ύπαρξής της μέχρι σήμερα. Ιστορικές πηγές, ιατρικά κείμενα, τα Ομηρικά Έπη, η Βίβλος, το Αρχαίο Ελληνικό Δραματολόγιο, μαρτυρούν για του λόγου το αληθές. Η πρώτη προσέγγιση της καταθλίψεως ανήκει στον Ιπποκράτη, ο οποίος πριν από δύομισι χιλιάδες χρόνια περιέγραψε τη μελαγχολία και την απέδωσε στην υπερπαραγωγή της μέλαινας χολής, απ' όπου και το όνομα μελαγχολία. Εκατομμύρια ανθρώπων σε όλο τον κόσμο νοσούν από κατάθλιψη και υπολογίζεται ότι ένας στους 11 ανθρώπους θα νοσήσει σε κάποια περίοδο της ζωής του από αυτή.

3.2 ΟΡΙΣΜΟΣ

Η κατάθλιψη είναι ένα από τα συχνότερα ψυχικά νοσήματα, η οποία ανήκει στις λεγόμενες συναισθηματικές διαταραχές ή διαταραχών της διάθεσης. Χρήσιμο θα ήταν να γίνει ένας βασικός διαχωρισμός ανάμεσα στην έννοια της «θλίψης» και στην έννοια της «κατάθλιψης». Θλίψη είναι ένα φυσιολογικό και αναμενόμενο συναίσθημα, που εκλύεται κάτω από ορισμένες ψυχοτραυματικές συνθήκες. Σε αντίθεση με τη θλίψη, η κατάθλιψη είναι ένα παθολογικό συναίσθημα είτε μη αναμενόμενο είτε υπερβολικό σε ένταση ή διάρκεια. Ο άρρωστος που πάσχει από την συγκεκριμένη νόσο διακατέχεται από «ένα αφόρητο ψυχικό άλγος, το οποίο είναι χειρότερο από οποιονδήποτε σωματικό πόνο».

3.3 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Στην ιατρική η κατάθλιψη με την ποικιλία των συμπτωμάτων της φαίνεται να είναι πανταχού παρούσα. Σε ένα καταθλιπτικό ασθενή μπορεί να μην είναι η καταθλιπτική διάθεση πάντα εμφανής ή ακόμα και παρούσα, και άλλα συμπτώματα π.χ από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, τη σκέψη κ.λ.π να μας οδηγήσουν στην διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία.

Α)ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑ

Καταθλιπτική διάθεση

Το άτομο που βρίσκεται σε καταθλιπτική διαταραχή συνήθως περιγράφει τη διάθεσή του σαν καταθλιπτική, λέγοντας ότι νιώθει λύπη, θλίψη, απογοήτευση, απελπισία κ.α.Η καταθλιπτική αυτή διάθεση χαρακτηριστικά κυριαρχεί στη ζωή του ατόμου.Μπορεί όμως το άτομο να περιγράψει τη διάθεσή του και με λόγια, ή μπορεί ακόμη να λέει ότι δεν νιώθει θλίψη.Το τελευταίο είναι ιδιαίτερα συχνό σε παιδιά, που όμως δείχνουν την κατάθλιψη στο πρόσωπό τους.

Ανηδονία

Απώλεια της ευχαρίστησης σε δραστηριότητες που προηγουμένα ήταν ευχάριστες αποτελεί βασικό σύμπτωμα της κατάθλιψης και χρειάζεται προσοχή γιατί το άτομο μπορεί να μην το έχει συναισθανθεί και να μην παραπονιέται γι' αυτό.Δραστηριότητες που παύουν να είναι ευχάριστες είναι το φαγητό, το σεξ, τα χόμπι, τα σπορ, κοινωνικές και οικογενειακές εκδηλώσεις.

Άγχος

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς νιώθουν άγχος υπό μορφή εσωτερικής δυσφορίας, φόβου, αισθήματος επικείμενου κινδύνου, ευερεθιστότητας ή ακόμη και προσβολών πανικού με συνοδά φυτικά συμπτώματα όπως ιδρώτες, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία και άλλα.

Β)ΦΥΤΙΚΟ (ΑΥΤΟΝΟΜΟ) ΝΕΥΡΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

Συχνή είναι η παρουσία συμπτωμάτων από το φυτικό νευρικό σύστημα.Η αναγνώρισή τους είναι σημαντική τόσο για τη διάγνωση, όσο και την θεραπεία της κατάθλιψης.

Διαταραχή του ύπνου

Οι περισσότεροι καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν κάποιας μορφής διαταραχή του ύπνου, συνήθως αϋπνία, μερικές φορές και υπερυπνία.Η αϋπνία μπορεί να συνίσταται σε δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί, σε αφύπνιση τη διάρκεια της νύχτας και δυσκολία να ξανακοιμηθεί και σε αφύπνιση νωρίς το πρωί που είναι ιδιαίτερα συχνή και ενοχλητική καθώς το άτομο ξυπνά στις 5:00 ή 6:00 το πρωί και δεν μπορεί να ξανακοιμηθεί.

Διαταραχή της όρεξης

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν ανορεξία που συνοδεύεται ή όχι από απώλεια βάρους.Η απώλεια βάρους μπορεί να είναι μικρή, μεγάλη ή και απειλητική για τη ζωή.Λιγότερο συχνή είναι η αύξηση της όρεξης, που μπορεί να οδηγήσει και σε πρόσληψη σωματικού βάρους ιδιαίτερα σε νεαρές γυναίκες.

Κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας)

Συχνό παράπονο των καταθλιπτικών ασθενών είναι ένα αίσθημα κόπωσης ή εξάντλησης, σαν όλη η ζωτικότητα ή η ενέργεια που έχουν μέσα τους να έχει φύγει. Αυτό το αίσθημα, που πολλές φορές είναι ανυπόφορο, μπορεί να παρακολουθεί τις ημερήσιες διακυμάνσεις της συναισθηματικής διάθεσης, οπότε χαρακτηριστικά μπορεί να έχουμε μεγαλύτερη κατάθλιψη και κόπωση-εξάντληση το πρωί και βελτίωση και των δυο καθώς προχωράει η μέρα.

Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (libido)

Συχνή είναι η ελάττωση της libido, που ιδιαίτερα στους άνδρες, καθώς μπορεί να εκφράζεται και με διαταραχή της στύσης, τραυματίζει ακόμα περισσότερο την αυτοεκτίμησή τους.

Ψυχοκινητική επιβράδυνση

Πολλοί καταθλιπτικοί ασθενείς παρουσιάζουν επιβράδυνση της σκέψης, του λόγου και των κινήσεων. Έτσι, οι απαντήσεις τους είναι φτωχές ή και μονολεκτικές, ο λόγος γίνεται μονότονος και βραδύς το βλέμμα είναι απλανές, οι κινήσεις του σώματος αργές και η όλη εικόνα μπορεί να φθάσει να μοιάζει με την κατατονία.

Ψυχοκινητική διέγερση

Ορισμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς ιδιαίτερα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν εκνευρισμό, ανησυχία, ένταση ή και διέγερση αντί για επιβράδυνση. Έτσι οι ασθενείς αυτοί βηματίζουν πάνω κάτω, τραβούν τα μαλλιά τους, το δέρμα τους, τα ρούχα τους, παραπονιούνται έντονα ή φωνάζουν.

Γ)ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ

Απώλεια του ενδιαφέροντος στις συνηθισμένες δραστηριότητες

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς βιώνουν όχι μόνο μια απώλεια της ικανότητας για ευχαρίστηση, αλλά επίσης και μια ελάττωση της κινητοποίησης σε όλες τις εκφράσεις της ζωής. Εργασία, οικογενειακή ζωή κ.α χάνουν το ενδιαφέρον τους και το άτομο νιώθει ότι δεν έχει την ικανότητα-διάθεση να εκτελέσει τις συνηθισμένες ασχολίες.

Ανημποριά, έλλειψη ελπίδας

Χαρακτηριστικά το καταθλιπτικό άτομο νιώθει ανήμπορο να φέρει σε πέρας τις υποχρεώσεις του, ακόμη και απλά καθήκοντα μέχρι και το πώς να φροντίσει την εμφάνισή του και την υγιεινή του. Επίσης, νιώθει χωρίς ελπίδα για το μέλλον ή για την κατάστασή του.

Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας

Η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των καταθλιπτικών διαταραχών είναι οπωσδήποτε η αυτοκτονία. Η συχνότητα των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών είναι μεγάλη. Υπολογίζεται ότι 1% των καταθλιπτικών ασθενών πεθαίνει αυτοκτονώντας μέσα σε 12 μήνες από την έναρξη του καταθλιπτικού επεισοδίου. Σε ασθενείς που υποφέρουν από υποτροπιάζοντα επεισόδια κατάθλιψης το ποσοστό ανεβαίνει στο 15%. Ιδιαίτερα επικίνδυνο είναι το γεγονός ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος για αυτοκτονία είναι στην περίοδο των 6 έως 9 μηνών που ακολουθεί τη συμπτωματική βελτίωση των ασθενών, διότι σε αυτή την περίοδο ο ασθενής έχει αποκτήσει αρκετή ενεργητικότητα για να ολοκληρώσει ένα σχέδιο αυτοκτονίας.

Δ) ΣΚΕΨΗ-ΑΝΤΙΛΗΨΗ

Αισθήματα-σκέψεις ενοχής ή και αναξιότητας, χαμηλή αυτοεκτίμηση

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά εκφράζουν αισθήματα και σκέψεις ενοχής για τρέχουσες ή παρελθούσες αποτυχίες ή λάθη. Ο βαθμός αυτοκατηγορίας, όμως είναι υπερβολικός, που φαίνεται είτε από το ότι τα γεγονότα στα οποία αναφέρεται ο ασθενής είναι μηδαμινά είτε από το ότι ο ασθενής αποδίδει στον εαυτό του περισσότερη ευθύνη από ότι του αναλογεί. Επίσης το αίσθημα αναξιότητας, το οποίο παρουσιάζουν πολλοί ασθενείς, κυμαίνεται από αισθήματα ανεπάρκειας μέχρι έντονη αρνητική εκτίμηση της προσωπικής αξίας του ατόμου. Ανάλογα επηρεάζεται και η αυτοεκτίμηση καθώς οι ασθενείς είναι ανίκανοι να εκτιμήσουν ρεαλιστικά την απόδοσή τους στις καθημερινές υποχρεώσεις, αλλά και σαν συνέπεια των προηγούμενων.

Δυσκολία στην συγκέντρωση

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς μπορεί να είναι έντονα ενασχολημένοι με τις καταθλιπτικές τους σκέψεις που δυσκολεύονται να προσέξουν τι γίνεται γύρω τους. Επίσης παραπονούνται για έκπτωση της μνήμης ή για δυσκολία συγκέντρωσης που φαίνεται στην προσπάθειά τους να διαβάσουν κ.α. καθώς ακόμη παρουσιάζουν συχνά και επιβράδυνση της σκέψης και αναποφασιστικότητα.

Ψύχωση

Η κατάθλιψη μπορεί να είναι αρκετά βαριά, ώστε να περιλαμβάνει ψυχωτικά συμπτώματα, κυρίως ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Το περιεχόμενο αυτών των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών είναι σύντονο με την κατάθλιψη π.χ το άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν επειδή είναι αμαρτωλό ή έχει ακουστικές ψευδαισθήσεις που το κατηγορούν για αμαρτίες ή λάθη του. Μπορεί επίσης να

εμφανιστούν μηδενιστικές παραληρητικές ιδέες καταστροφής του κόσμου ή του ατόμου, σωματικές παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις σοβαρής ασθένειας. Λιγότερο συχνά το περιεχόμενο των ψευδαισθήσεων και των παραληρητικών ιδεών δεν έχει σχέση με την κατάθλιψη. Π.χ το άτομο πιστεύει ότι το καταδιώκουν χωρίς να μπορεί να εξηγήσει το λόγο κ.α.

Ε)ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΕΝΟΧΛΗΜΑΤΑ

Εκτός από τα κλασσικά συμπτώματα από το αυτόνομο κεντρικό νευρικό σύστημα υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός σωματικών συμπτωμάτων που αποτελούν έκφραση του καταθλιπτικού συνδρόμου. Στην κλινική πράξη, τέτοια ενοχλήματα είναι πονοκέφαλοι, πόνοι στη μέση, μυϊκοί σπασμοί (κράμπες), ναυτία, εμετός, δυσκοιλιότητα, οπισθοστερνικό κάψιμο, δυσκολία στην αναπνοή, πόνο στο στήθος κ.α. Μεγάλος αριθμός εξετάσεων γίνεται χωρίς λόγο και τελικά ο γιατρός καταλήγει ότι όλα ήταν «ψυχολογικά». Ο όρος «καλυμμένη κατάθλιψη» έχει χρησιμοποιηθεί για τις περιπτώσεις αυτές.

ΣΤ)ΟΡΙΣΜΕΝΑ ΣΥΝΟΔΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Αν και τα βασικά χαρακτηριστικά ενός μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου είναι τα ίδια στα νήπια, στα παιδιά, στους εφήβους και στους ενήλικες, εν τούτοις υπάρχουν ορισμένα συνοδά στοιχεία που διαφέρουν ανάλογα με την ηλικία. Έτσι στα προεφηβικά χρόνια μπορεί να αναπτυχθεί άγχος αποχωρισμού και να κάνει το παιδί να προσκολληθεί, να αρνείται να πάει στο σχολείο και να φοβάται ότι οι γονείς του θα πεθάνουν. Σε εφήβους μπορεί να εμφανιστεί αρνητική ή καθαρά αντικοινωνική συμπεριφορά. Τάσεις φυγής από το σπίτι, αισθήματα έλλειψης κατανόησης και επιδοκιμασίας, ανησυχία, εκνευρισμός, ευερεθιστότητα και επιθετικότητα είναι συχνά, όπως και η απομάκρυνση από κοινωνικές δραστηριότητες, η απομόνωση και προβλήματα με το σχολείο. Η προσωπική εμφάνιση μπορεί να παραμεληθεί. Μπορεί να εμφανιστεί ιδιαίτερη ευαισθησία στην απόρριψη στις ετεροφυλικές σχέσεις. Μπορεί να αναπτυχθεί εξάρτηση από ψυχοδραστικές ουσίες. Σε ηλικιωμένα άτομα εμφανίζεται έκπτωση της προσοχής, της συγκέντρωσης και η έκπτωση της μνήμης, η εικόνα δηλαδή της ψευδοάνοιας είναι συχνή και χρειάζεται διαφοροδιάγνωση από την άνοια.

Πίνακας 3.1 Συμπτώματα της Κατάθλιψης

A)Συναίσθημα

Καταθλιπτική διάθεση
Ανηδονία
Άγχος

B)Φυτικό(Αυτόνομο)Νευρικό Σύστημα

Διαταραχή του ύπνου
Διαταραχή της όρεξης
Κόπωση, εξάντληση (απώλεια ενέργειας)
Ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης(libido)
Ψυχοκινητική επιβράδυνση
Ψυχοκινητική διέγερση

Γ)Κινητοποίηση

Απώλεια του ενδιαφέροντος
Ανημποριά, έλλειψη ελπίδας
Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας

Δ)Σκέψη-Αντίληψη

Αισθήματα-σκέψεις ενοχής ή/και αναξιότητας
Χαμηλή αυτοεκτίμηση
Δυσκολία στη συγκέντρωση
Ψύχωση(ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες κ.α)

Ε)Σωματικά ενοχλήματα

*Πηγή:ΒΑΣΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ
Νίκος Μάνος, Θεσσαλονίκη 1988*

3.4 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Στις δυο πρόσφατες αναθεωρήσεις των ταξινομικών συστημάτων (DSM-IV και ICD-10) περιλαμβάνονται, με μικρές διαφοροποιήσεις, οι κλινικές μορφές της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας.

A) ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (*μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο*)

Το μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο τουλάχιστον από πέντε από τα συμπτώματα που ακολουθούν από τα οποία το ένα απαραίτητως πρέπει να είναι το καταθλιπτικό συναίσθημα ή η απώλεια ενδιαφερόντων ή ευχαρίστησης, τα οποία διαδράμουν κατά τη διάρκεια ενός τουλάχιστον 15νθημέρου και επηρεάζουν την προηγούμενη λειτουργικότητα του πάσχοντος.

- 1) Καταθλιπτικό συναίσθημα κατά τη διάρκεια του μεγαλύτερου μέρους της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, όπως αυτό αναφέρεται υποκειμενικά (π.χ. συναισθήματα λύπης ή κενού) ή διαπιστώνεται αντικειμενικά από τους άλλους (δακρυσμένη εμφάνιση). Σημειώνεται ότι σε παιδιά ή εφήβους μπορεί να υπάρχει ευερεθιστότητα.
- 2) Εκσεσημασμένη μείωση ενδιαφερόντων ή ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες, στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας και σχεδόν κάθε μέρα.
- 3) Σημαντική απώλεια ή αύξηση του βάρους (μεταβολή πάνω από το 5% του σωματικού βάρους σε διάστημα ενός μήνα), από μείωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα.
- 4) Αϋπνία ή υπερυπνία σχεδόν κάθε ημέρα.
- 5) Ψυχοκινητική ανησυχία ή αναστολή σχεδόν κάθε ημέρα.
- 6) Κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας σχεδόν κάθε ημέρα.
- 7) Συναισθήματα αναξιότητας ή έντονη ή ασύμβατη ενοχή σχεδόν κάθε ημέρα.
- 8) Δυσκολία στη συγκέντρωση και στην σκεπτική λειτουργία ή αναποφασιστικότητα σχεδόν κάθε μέρα.
- 9) Επαναληπτικές σκέψεις θανάτου, επαναληπτικές αυτοκαταστροφικές σκέψεις χωρίς ένα συγκεκριμένο σχέδιο, ή αυτοκαταστροφική απόπειρα.

Τα συμπτώματα αυτά δεν πρέπει να οφείλονται σε μια σωματική πάθηση ή να είναι το αποτέλεσμα της άμεσης επίδρασης μιας ουσίας (φαρμακευτικής ή τοξικής) ούτε να περιλαμβάνονται σε μια αντίδραση πένθους από κάποια απώλεια.

Β) ΜΟΝΑΔΙΚΟ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Τα διαγνωστικά κριτήρια για το συγκεκριμένο επεισόδιο περιλαμβάνουν τα ακόλουθα:

- 1) Υπαρξη ενός και μοναδικού καταθλιπτικού επεισοδίου
- 2) Το μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο δεν βρίσκεται στα πλαίσια σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής ή επικάθεται σε σχιζοφρενική, παραληρητική ή άλλη ψυχωσικής διαταραχής.
- 3) Δεν έχει προϋπάρξει μανιακό, υπομανιακό ή μικτό επεισόδιο.

Γ) ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η συγκεκριμένη διαταραχή χαρακτηρίζεται από τα εξής διαγνωστικά κριτήρια:

- 1) Υπαρξη δυο ή περισσότερων μείζωνων καταθλιπτικών επεισοδίων, τα οποία πρέπει να απέχουν μεταξύ τους τουλάχιστον δύο μήνες, κατά τη διάρκεια των οποίων δεν τηρούνται τα κριτήρια για μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο.
- 2) Τα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια δεν βρίσκονται στα πλαίσια σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής ούτε επικάθονται σε έδαφος σχιζοφρενικής, παραληρητικής ή άλλης ψυχωσικής διαταραχής.
- 3) Δεν έχει προϋπάρξει μανιακό, υπομανιακό ή μικτό επεισόδιο.

Δ) ΔΥΣΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Στις περισσότερες περιπτώσεις της συγκεκριμένης διαταραχής ο πάσχων παραπονείται ότι αισθάνεται συνεχώς θλιμμένος, αλλά η θλίψη του αυτή είναι περισσότερο υποκειμενική και λιγότερο αντικειμενική. Χαρακτηριστικά γνωρίσματα της πρωτοπαθούς δυσθυμικής διαταραχής αποτελούν: η συνηθισμένη και σχεδόν μόνιμη κατήφεια, η συνεχής «μουρμούρα», η απουσία απόλαυσης στη ζωή και η έντονη ενασχόληση με την προσωπική του ανεπάρκεια. Η κλινική εικόνα της δυσθυμικής διαταραχής αρχίζει κατά κανόνα ύπουλα στην παιδική ή εφηβική ηλικία και πάντως προ της έλευσης των 20 ετών. Τα διαγνωστικά κριτήρια τα οποία θεωρούνται απαραίτητα για τη διάγνωση της δυσθυμικής διαταραχής είναι τα ακόλουθα:

- 1) Καταθλιπτικό συναίσθημα στο μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, επί σειρά ημερών και για διάστημα τουλάχιστον δυο ετών σε κάθε περίπτωση. Σε παιδιά και εφήβους μπορεί να συνυπάρχει και ευερεθιστότητα.
- 2) Κατά τη διάρκεια της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας είναι απαραίτητο να συνυπάρχουν τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα:

- ανορεξία ή αυξημένη λήψη τροφής
- αϋπνία ή υπερυπνία

- μειωμένη ενεργητικότητα ή κόπωση
- μειωμένη αυτοεκτίμηση
- μειωμένη συγκέντρωση και αναποφασιστικότητα
- συναισθήματα απελπισίας.

3)Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου δεν παρατηρείται συμπτωματολογία που να πληρεί τα κριτήρια του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

4)Δεν παρατηρείται ακόμα συμπτωματολογία μανιακού, υπομανιακού ούτε μικτού επεισοδίου ούτε κυκλοθυμική διαταραχή.

5)Η συμπτωματολογία της δυσθυμικής διαταραχής δεν επισυμβαίνει κατά τη διάρκεια της διαδρομής χρόνιας σχιζοφρενικής ή παραληρητικής διαταραχής.

6)Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε άμεση επίδραση κάποιας ουσίας και δεν είναι αποτέλεσμα σωματικής πάθησης.

7)Τα συμπτώματα τέλος προκαλούν αίσθημα δυστυχίας σε σημαντικό βαθμό στον πάσχοντα και επηρεάζουν την προσωπική, επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα.

Ε)ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η κυκλοθυμική διαταραχή κατά κανόνα αρχίζει πριν από την ηλικία των 20ετών, η έναρξη της είναι βραδεία και αθόρυβη, χαρακτηρίζεται από εναλλαγή φάσεων κατάθλιψης και υπομανίας και μπορεί να θεωρηθεί ως μια ήπια μορφή διπολικής διαταραχής. Τα διαγνωστικά κριτήρια της κυκλοθυμίας είναι τα ακόλουθα:

1)Η ύπαρξη μεγάλου αριθμού υπομανιακών φάσεων που εναλλάσσονται με περιόδους καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε διάστημα τουλάχιστον δύο ετών ή ενός έτους προκειμένου για παιδιά ή εφήβους.

2)Κατά τη διάρκεια της περιόδου αυτής ο πάσχων δεν είναι ελεύθερος συμπτωματολογίας για διάστημα μεγαλύτερο των δύο μηνών.

3)Κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων ετών της κυκλοθυμίας, μη ύπαρξη μανιακού, μικτού ή μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου.

4)Τα συμπτώματα δεν οφείλονται σε άμεση επίδραση κάποιας ουσίας ή σε μια σωματική πάθηση.

5)Τα συμπτώματα προκαλούν αίσθημα δυστυχίας στον πάσχοντα και επηρεάζουν την προσωπική, επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα.

3.5 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Κίνδυνος νοσηρότητας και Φύλο. Τουλάχιστον 10% του γενικού πληθυσμού των ενηλίκων παρουσιάζουν ένα ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια σε κάποια στιγμή της ζωής τους. Ειδικότερα, μελέτες στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ αναφέρουν ποσοστά για τον κίνδυνο εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης σε όλη τη διάρκεια ζωής του ατόμου 9-26% για τις γυναίκες και 5-12% για τους άνδρες, δηλαδή δείχνουν ότι η μείζων κατάθλιψη είναι περίπου δύο φορές πιο συχνή στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες. Όσον αφορά τη δυσθυμία, θεωρείται ότι στους ενήλικες είναι τέσσερις έως πέντε φορές πιο συχνή στις γυναίκες απ' ότι στους άνδρες. Μερικές μελέτες ανεβάζουν τον κίνδυνο να παρουσιάσει ένα άτομο μείζονα κατάθλιψη ή δυσθυμία στη διάρκεια της ζωής του στο 30%.

Υπολογίζεται ότι 6% των γυναικών και 3% των ανδρών είχαν ένα μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο αρκετά σοβαρό, ώστε να χρειαστεί να νοσηλευτούν. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι 4,5% έως 9,3% των γυναικών και 2,3% έως 3,2% των ανδρών έχουν σήμερα μείζονα κατάθλιψη.

Ηλικία. Η δυσθυμία συνήθως αρχίζει στην παιδική ηλικία, στην εφηβεία ή νωρίς στην ενήλικη ζωή, γι' αυτό συχνά ονομαζόταν και καταθλιπτική προσωπικότητα. Η μείζων κατάθλιψη μπορεί να αρχίσει σε οποιαδήποτε ηλικία συμπεριλαμβανομένης και της βρεφονηπιακής ηλικίας και ηλικία έναρξής της κατανέμεται ομοιόμορφα σε όλη την ενήλικη ζωή, δηλαδή είναι το ίδιο συχνή τόσο σε νεαρά όσο και σε μεγαλύτερα άτομα. Κατά μέσο όρο, αρχίζει μεταξύ 25 και 30 ετών.

Φυλή. Η φυλή διαφοροποιείται επίσης στις μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές, οι μαύροι ίσως νοσούν λιγότερο από τους λευκούς.

3.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Πολυπαραγοντικές αναλύσεις έχουν αναδείξει τους παρακάτω συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου νόσησης από συναισθηματικές διαταραχές.

Κοινωνικοοικονομική κατάσταση. Χωρίς να είναι σαφές σταθερό στοιχείο, η κατάθλιψη φαίνεται να είναι κάπως συχνότερη σε ανώτερα κοινωνικά στρώματα.

Ιδιαίτερη σημασία έχει αποδοθεί στο φαινόμενο της ανεργίας, ως προϋπόθεσης για την πυροδότηση συναισθηματικής διαταραχής. Ο τόπος μόνιμης κατοικίας έχει αναδειχθεί επίσης ως παράγων κινδύνου. Οι αστικές περιοχές αποτελούν το χώρο όπου η επικράτηση

των συναισθηματικών διαταραχών είναι μεγαλύτερη. Τέλος, η διαμόρφωση της προσωπικότητας παίζει σημαντικό ρόλο στη μετέπειτα εμφάνιση της κατάθλιψης.

Οικογενειακή κατάσταση. Δεν υπάρχει σημαντική διαφορά στη συχνότητα της κατάθλιψης ανάμεσα σε ανύπαντρα, παντρεμένα, χωρισμένα ή σε χηρεία άτομα όσον αφορά τη μείζονα κατάθλιψη. Κάποια διαφορά ίσως να υπάρχει όσον αφορά τη δυσθυμία, καθώς κάποιες μελέτες μιλούν για αυξημένη συχνότητά της σε χωρισμένα και διαζευγμένα άτομα. Η πρόωμη αποστέρηση γονέων λόγω θανάτου και η διαταραγμένη οικογενειακή ζωή κατά την παιδική ηλικία, βρέθηκε να συσχετίζεται με την εμφάνιση μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής καθώς επίσης και τα αρνητικά ψυχοπιεστικά γεγονότα ζωής και η ύπαρξη χρόνιου stress.

Οικογενειακό ιστορικό. Μελέτες έχουν δείξει ότι η μείζονα κατάθλιψη είναι πιο συχνή (1,5 έως 3 φορές) ανάμεσα στους βιολογικούς συγγενείς 1^{ου} βαθμού ατόμων με μείζονα κατάθλιψη απ' ότι στο γενικό πληθυσμό. Υπάρχουν στοιχεία ότι η δυσθυμία είναι πιο συχνή ανάμεσα στους βιολογικούς συγγενείς 1^{ου} βαθμού ατόμων με μείζονα κατάθλιψη απ' ότι στο γενικό πληθυσμό.

3.7 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Όπως για τις περισσότερες ψυχικές διαταραχές έτσι και για την κατάθλιψη δεν έχει φυσικά απομονωθεί ένας και μοναδικός ή συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας που φαίνεται να συμβάλει στην ανάπτυξη καταθλιπτικών διαταραχών.

Γενετικοί παράγοντες. Μελέτες της συχνότητας (επίπτωσης) των καταθλιπτικών διαταραχών σε δίδυμους, σε οικογένειες και στο γενικό πληθυσμό, υποστηρίζουν έντονα την ύπαρξη γενετικής βάσης τουλάχιστον για ορισμένες καταθλίψεις. Έχει βρεθεί π.χ ότι συγγενείς ασθενών με μονοπολική καταθλιπτική διαταραχή παρουσιάζουν υψηλότερη συχνότητα κατάθλιψης απ' ότι ο γενικός πληθυσμός και ότι ο επιπολασμός της μονοπολικής κατάθλιψης είναι μεγαλύτερος στους βιολογικούς συγγενείς 1^{ου} βαθμού των μονοπολικών καταθλιπτικών. Επίσης, έχει βρεθεί ότι οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι έχουν μεγαλύτερο βαθμό συμφωνίας για κατάθλιψη (54%), από ότι οι διζυγωτικοί δίδυμοι (19%), δηλαδή εάν ο ένας δίδυμος έχει κατάθλιψη, είναι πιθανότερο ότι και ο άλλος θα παρουσιάσει κατάθλιψη, εάν είναι πανομοιότυποι δίδυμοι.

Νευροχημικοί παράγοντες. Και στην περίπτωση της καταθλίψεως όπως και στην σχιζοφρένεια το νευροχημικό υπόστρωμα, οι χημικές ουσίες που μεταβιβάζουν τη νευρική

διέγερση από τον ένα νευρώνα στον άλλο στον εγκέφαλο, έχει ερευνηθεί και ερευνάται προσεκτικά, ιδιαίτερα οι δυο νευροδιαβιβαστές, η νορεπινεφρίνη και η σεροτονίνη.

Η *νορεπινεφρίνη* ανευρίσκεται τόσο στο κεντρικό όσο και στο περιφερικό νευρικό σύστημα και υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν ότι σε μερικές μορφές κατάθλιψης υπάρχει ανεπάρκεια νορεπινεφρίνης στο Κ.Ν.Σ.

Η *σεροτονίνη* είναι και αυτή νευροδιαβιβαστής του Κ.Ν.Σ. και η έλλειψη της ανευρίσκεται σε ορισμένους καταθλιπτικούς ασθενείς. Έτσι, δυο τύποι κατάθλιψης φαίνεται να συσχετίζονται με ανεπάρκεια νευροδιαβιβαστών στο Κ.Ν.Σ. Πρέπει όμως να τονίσουμε ότι σε πολλούς ασθενείς που είναι καταθλιπτικοί, δεν μπορούμε να καταδείξουμε ανεπάρκεια νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης, ούτε απαντούν οπωσδήποτε σε θεραπεία με αντικαταθλιπτικά. Άρα, η ανεπάρκεια των νευροδιαβιβαστών δεν φθάνει για να εξηγήσει όλα τα καταθλιπτικά σύνδρομα.

Βιολογικοί παράγοντες. Καθώς η υπόθεση των νευροδιαβιβαστών δεν φάνηκε να μπορεί να εξηγήσει την αιτιολογία της κατάθλιψης σε ικανοποιητικό βαθμό, οι έρευνες στράφηκαν προς άλλους βιολογικούς παράγοντες, όπως ηλεκτρολυτικές διαταραχές, ηλεκτροεγκεφαλικές ανωμαλίες, νευροενδοκρινικές ανωμαλίες. Ιδιαίτερα ερευνήθηκαν οι λειτουργίες του υποθαλάμου, της υπόφυσης, του φλοιού των επινεφριδίων και του θυρεοειδούς για πιθανά αιτιολογικά στοιχεία. Ίσως, σήμερα το μεγαλύτερο ενδιαφέρον συγκεντρώνεται στη διερεύνηση του υποθαλαμο-υποφυσιο-επινεφριδικού άξονα και στο εμπειρικό εύρημα ότι ορισμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς δεν μπορούν να καταστείλουν την παραγωγή κορτιζόλης από τον επινεφριδικό φλοιό, όταν τους χορηγηθεί δοσολογία δεξαμεθαζόνης αρκετή για να καταστείλει την παραγωγή κορτιζόλης σε φυσιολογικά άτομα.

Ψυχολογικοί παράγοντες. Μέχρι σήμερα δεν έχει αποδειχθεί ότι μια συγκεκριμένη προσωπικότητα ή στοιχεία προσωπικότητας ή ένας συγκεκριμένος ψυχολογικός μηχανισμός προδιαθέτει ή προκαλεί την κατάθλιψη. Κατά ορισμένους θεωρητικούς τα άτομα που είναι επιρρεπή για κατάθλιψη χαρακτηρίζονται από χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονη αυτοκριτική. Κατά άλλους η κατάθλιψη είναι θυμός ή επιθετικότητα στραμμένη εναντίον του εαυτού. Άλλοι υποστηρίζουν ότι αστάθεια και ανασφάλεια στην βρεφονηπιακή ηλικία που προέρχεται από διαταραγμένη σχέση μητέρας-παιδιού δημιουργούν το υπόστρωμα για ευαισθησία και ευαλοτότητα σε αποχωρισμούς αργότερα.

Έρευνες επίσης έχουν δείξει ότι υπάρχει αυξημένη συχνότητα κατάθλιψης σε άτομα που έχασαν κάποιο γονιό στην παιδική τους ηλικία -κατά πάσα πιθανότητα λόγω αυξημένης ευαισθησίας σε διαπροσωπικές απώλειες αργότερα. Η γνωστική θεωρία της

κατάθλιψη, απομακρύνεται από την ψυχοδυναμική θεώρηση και αποδίδει την κατάθλιψη σε αρνητική, λαθεμένη εκτίμηση που κάνει το άτομο για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον. Γενικά πάντως φαίνεται ότι η ποικιλία των ψυχολογικών παραγόντων που μπορεί να συμβάλλουν στην κατάθλιψη είναι απεριόριστοι. Έτσι ουσιαστικά γίνεται λόγος για προδιαθετικούς μάλλον παρά για αιτιολογικούς παράγοντες της κατάθλιψης, στους οποίους φυσικά ανήκουν και τα διάφορα ψυχοκοινωνικά stress, οι σωματικές ασθένειες, οι διαταραχές της προσωπικότητας, οι διαταραχές λόγω χρήσης ψυχοδραστικών ουσιών κ.α.

3.8 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι βιολογικές θεραπευτικές προσεγγίσεις στην κατάθλιψη περιλαμβάνουν κυρίως την φαρμακευτική θεραπεία και την ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Αποσκοπούν στην αντιμετώπιση του οξέος καταθλιπτικού επεισοδίου, στην διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος με συνεχιζόμενη αγωγή και ενδεχομένως περιλαμβάνουν θεραπεία για την προστασία του αρρώστου από επακόλουθα επεισόδια. Αν και η φαρμακοθεραπεία αντιπροσωπεύει την θεραπεία εκλογής για την αντιμετώπιση ενός καταθλιπτικού επεισοδίου και έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα επιτυγχάνονται όταν συνδυαστεί με ψυχοθεραπεία.

Πριν από την εφαρμογή της θεραπείας θα πρέπει να εκτιμηθεί η κλινική εικόνα του αρρώστου, το προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό, τυχόν συνύπαρξη σωματικής νόσου, χρήση ουσιών και οινοπνεύματος καθώς και το οικογενειακό και ψυχοκοινωνικό περιβάλλον του αρρώστου, καθ' ότι το ψυχοκοινωνικό stress συνδέεται με αυξημένη συχνότητα υποτροπών.

A) Βιολογικά Μέσα Θεραπείας

Αντικαταθλιπτικά Φάρμακα

1) Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (όπως ιμιπραμίνη, χλωριμιπραμίνη)

Είναι τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συχνότερα στην κατάθλιψη και ιδιαίτερα στην μείζονα κατάθλιψη. Περίπου το 60-80% των καταθλιπτικών ασθενών ανταποκρίνονται στην θεραπεία με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.

2) Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (όπως φλουοξετίνη, φλουβοξάνη)

Έχουν παρόμοιες ενδείξεις με αυτές των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών και συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα. Πλεονεκτούν γιατί έχουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Είναι πιο

ακριβά φάρμακα από τα τρικυκλικά και η παράμετρος αυτή έχει σημασία όταν πρόκειται να ληφθούν αποφάσεις για μακροχρόνια χρήση.

3)Εκλεκτικοί αναστολείς σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (όπως η βενλαφαξίνη)

Έχουν συγκρίσιμη αποτελεσματικότητα με τα προηγούμενα και ευρύτερο φάσμα δράσης, γιατί εκτός από την αναστολή επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, ασκούν παρόμοια δράση και στην νοραδρεναλίνη.

4)Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (όπως φαινελζίνη, νιαλαμίνη)

Είναι λιγότερο αποτελεσματικά από τα τρικυκλικά και παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα ανεπιθύμητων ενεργειών, μερικές από τις οποίες είναι δυνητικά επικίνδυνες όπως π.χ οι υπερτασικές κρίσεις όταν συγχωρηγούνται με ορισμένες τροφές ή φάρμακα.Χορηγούνται στις περιπτώσεις όπου τα άλλα αντικαταθλιπτικά δεν είναι αποτελεσματικά ή αντενδείκνυται καθώς και σε περιπτώσεις λανθανουσών ή άτυπων καταθλίψεων, ιδίως όταν κυριαρχούν άγχος, φοβίες και ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα.

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία

Η κύρια ένδειξη της ηλεκτροσπασμοθεραπείας είναι η βαριά κατάθλιψη.Πρόκειται για μια ταχείας δράσης αποτελεσματική και αρκετά ασφαλή θεραπευτική μέθοδο.Συνίσταται στη διοχέτευση ηλεκτρικού ρεύματος στον εγκέφαλο του ασθενούς κάτω από συνθήκες γενικής αναισθησίας και μυοχάλασης.Είναι η μέθοδος εκλογής σε περιπτώσεις όπου υπάρχει κίνδυνος για τη ζωή του ασθενούς και απαιτείται γρήγορο αποτέλεσμα.Επίσης η παραληρητική κατάθλιψη ανταποκρίνεται περισσότερο στην ηλεκτροσπασμοθεραπεία.Συνήθως απαιτούνται 8-10 θεραπευτικές συνεδρίες για να ολοκληρωθεί μια πλήρη σειρά ηλεκτροσπασμοθεραπειών.

Η συγκεκριμένη μέθοδος δεν χρησιμοποιείται τόσο συχνά και αυτό οφείλεται στον στιγματισμό της μεθόδου αυτής για ποικίλους λόγους, ένας από τους οποίους είναι η σύγχυση που υπάρχει ανάμεσα στην θεραπευτική αυτή μέθοδο και στα «ηλεκτροσόκ» που χρησιμοποιούνται σε αυταρχικά καθεστώτα για βασανισμό.

Αντιψυχωσικά (νευροληπτικά)φάρμακα

(όπως αλοπεριδόλη, ρισπεριδόλη, ολανζαπίνη)

Χορηγούνται στις περιπτώσεις όπου η κατάθλιψη συνοδεύεται από ψυχωσικά συμπτώματα.Τα συμπτώματα που αναμένεται να υποχωρήσουν με τα φάρμακα αυτά είναι κυρίως οι παραληρητικές ιδέες, οι ψευδαισθήσεις και άγχος.

Αγχολυτικά και κατευναστικά (όπως βενζοδιαζεπίνες, βαρβιτουρικά)

Τα φάρμακα αυτά καλό είναι να μην χρησιμοποιούνται στην κατάθλιψη παρά μόνο συμπτωματικά και περιστασιακά και αυτό για δυο βασικούς λόγους:πολλά από αυτά

μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη και πολλά από αυτά έχουν εξαρτησιογόνο δράση. Το άγχος και η αϋπνία είναι συμπτώματα της κατάθλιψης και υποχωρούν συνήθως με την αντιμετώπισή της.

Υπνική αποστέρηση

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η στέρηση ύπνου μπορεί να έχει θεραπευτικό αποτέλεσμα σε 2/3 των καταθλιπτικών ασθενών. Οι κυριότερες τεχνικές είναι η ολική υπνική αποστέρηση (στέρηση ύπνου επί 36 ώρες δυο φορές την εβδομάδα) και μερική υπνική αποστέρηση (ο ασθενής κοιμάται νωρίς και ξυπνάει μετά από 4 ώρες). Η μέθοδος αυτή είναι αποτελεσματική στη μείζονα κατάθλιψη και όχι στη δυσθυμία και χρησιμοποιείται είτε για να συνεπικουρήσει κάποια φαρμακευτική θεραπεία είτε στο αρχικό στάδιο μιας φαρμακευτικής θεραπείας (αφού τα φάρμακα δεν είναι δραστικά στο αρχικό αυτό στάδιο)

Φωτοθεραπεία

Εφαρμόζεται στις καταθλίψεις που έχουν εποχιακή κατανομή και συμβαίνουν κατά το τέλος του φθινοπώρου και την αρχή του χειμώνα. Οι ασθενείς εκτίθενται σε ισχυρό φως (με κατάλληλους λαμπτήρες) και οι περισσότεροι ανταποκρίνονται θετικά στη θεραπεία.

B) Ψυχολογικά Μέσα Θεραπείας

Ατομική ψυχοθεραπεία

Χρησιμοποιείται κυρίως σε ήπιες και χρόνιες μορφές κατάθλιψης. Βασίζεται σε ψυχοδυναμικές αρχές (δίνει έμφαση στο ρόλο των προηγούμενων εμπειριών και των μη συνειδητών κινήτρων στον προσδιορισμό της συμπεριφοράς). Η βραχεία, ψυχοδυναμικής έμπνευσης ψυχοθεραπεία, που δεν διαρκεί συνήθως περισσότερο από 20 συνεδρίες, έχει βραχυπρόθεσμους στόχους, δηλαδή υποστήριξη του ασθενούς, παρέμβαση σε περίοδο κρίσης και υποβοήθηση του ασθενούς στον τομέα της απόκτησης δεξιοτήτων επικοινωνίας με τους άλλους. Η μακρά, ψυχοδυναμικής έμπνευσης ψυχοθεραπεία (ψυχανάλυση) που διαρκεί μήνες ή και χρόνια, έχει πιο φιλόδοξους στόχους, αποβλέποντας στην αποκάλυψη και επίλυση καταστάσεων εσωτερικής διαπάλης, που πολλές φορές ανάγονται σε βιώματα της παιδικής ηλικίας.

Διαπροσωπική ψυχοθεραπεία

Πρόκειται για μορφή ψυχοθεραπείας που απευθύνεται ειδικά σε ασθενείς με κατάθλιψη. Διαρκεί 12-16 συνεδρίες, δεν επικεντρώνεται στο χθες, όπως οι προηγούμενες ψυχοθεραπείες, αλλά στο σήμερα και έχει στόχο ψυχοεκπαιδευτικό, αποβλέπει δηλαδή στο να δώσει στον ασθενή την απαραίτητη πληροφόρηση για την πάθησή του και να τον

βοηθήσει να διαμορφώσει τις στρατηγικές που απαιτούνται για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες του. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία προσφέρεται κυρίως για ήπιες μορφές της κατάθλιψης.

Ομαδική ψυχοθεραπεία

Συμβάλλει στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων ή στη βελτίωση των υπαρχουσών, σε ένα αμοιβαίως υποστηρικτικό περιβάλλον, ένα περιβάλλον δηλαδή όπου ο ένας ασθενής βοηθάει τον άλλον να ξεπεράσει τις δυσκολίες του. Η ομαδική ψυχοθεραπεία δίνει τη δυνατότητα διερεύνησης και βελτίωσης των τρόπων που επικοινωνεί ο ασθενής με τους άλλους.

Γνωσιακή-Συμπεριφορική θεραπεία

Η θεραπευτική αυτή προσέγγιση, που διατυπώθηκε από τον Beck, αποβλέπει στην τροποποίηση των αρνητικών «γνωσιών» του ασθενούς για τον εαυτό του (π.χ είμαι ανίκανος) και για τους άλλους (π.χ όλοι με σιχαίνονται) και την αντικατάσταση των «γνωσιών» αυτών με άλλες που εκφράζουν μια πιο θετική αντίληψη.

Σύμφωνα με τη γνωσιακή θεωρία, οφείλεται στις αρνητικές «γνωσίες» και επομένως η θεραπεία συνίσταται στην θετικοποίηση των «γνωσιών» αυτών.

Γ) Ψυχοκοινωνικές Θεραπείες

Αποβλέπουν στον περιορισμό των περιβαλλοντικών στρεσογόνων παραγόντων που συμβάλλουν στην γένεση, επιδείνωση, συντήρηση, υποτροπή ή νέα νόσηση της κατάθλιψης. Ορισμένοι από αυτούς τους παράγοντες είναι αντιμετωπίσιμοι (π.χ οι οικογενειακές διαμάχες, όπου εφαρμόζεται θεραπεία οικογένειας), άλλοι όμως, όπως αυτοί που σχετίζονται με μεγαλοκοινωνικά μεγέθη (φτώχεια, ανεργία), είναι δύσκολο να αντιμετωπιστούν γιατί απαιτούν ευρύτερου φάσματος προσεγγίσεις, που δεν έχουν άμεση αλλά κατ' εφαπτομένη σχέση με την ψυχιατρική.

Δ) Συνδυασμοί Θεραπειών

Τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης επιτυγχάνονται όταν συνδυάζονται οι βιολογικές με τις ψυχοθεραπευτικές και τις ψυχοκοινωνικές μεθόδους. Οι πρώτες μέθοδοι επηρεάζουν κυρίως τις βιολογικές παραμέτρους της κατάθλιψης, οι δεύτερες κυρίως τη λειτουργικότητα που είναι συναρτημένη με την προσωπικότητα του πάσχοντος και οι τρίτες την κοινωνική λειτουργικότητα.

3.9 ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η διάρκεια των καταθλιπτικών επεισοδίων είναι μεγαλύτερη από τα μανιακά. Η αποδρομή ενός επεισοδίου είναι συχνότερη στα νεαρά άτομα ενώ στους ηλικιωμένους είναι αμφίβολη. Στο σύνολο των συναισθηματικών διαταραχών υπολογίζεται ότι ποσοστό 20% δεν αποκαθίστανται εντελώς, ενώ δέκα στους εκατό αρρώστους γίνονται χρόνιοι. Οι συναισθηματικές διαταραχές δεν αποδιοργανώνουν την προσωπικότητα γι' αυτό οι άρρωστοι, εκτός φάσεως επανέρχονται σε φυσιολογικές συνθήκες διαβίωσης. Δυσμενή προγνωστικά στοιχεία είναι η πρόωμη έναρξη, η ύπαρξη επιβαρυντικών χαρακτηριστικών στην προνοσηρή προσωπικότητα (ανασφάλεια, εξάρτηση, δυσανεξία στο stress), η ανάμιξη υποχονδριακών, ψυχαναγκαστικών ή φοβικών στοιχείων στην κλινική εικόνα και σε αντίθεση με τη σχιζοφρένεια η παρουσία εκλυτικού παράγοντα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΕΣ & ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ

4.1 ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Στις διαταραχές αυτές συμβαίνει το αντίθετο απ' ότι στα οργανικά ψυχοσύνδρομα. Δηλαδή, ψυχολογικοί παράγοντες προκαλούν (ακριβέστερα, συμβάλλουν στο να προκληθούν) «σωματικά νοσήματα» (π.χ έλκος δωδεκαδακτύλου, βρογχικό άσθμα, ρευματοειδή αρθρίτιδα κτλ.).

Ψυχολογικά αίτια

>>>>>

Οργανικά συμπτώματα

Όλα τα νοσήματα είναι ψυχοσωματικά, γιατί όλα τα νοσήματα προσδιορίζονται αιτιοπαθογενετικά και εξελικτικά τόσο από βιολογικούς όσο και από ψυχολογικούς-ψυχοκοινωνικούς παράγοντες.

Ωστόσο, έχει επικρατήσει να χαρακτηρίζονται ως ψυχοσωματικά κυρίως τα νοσήματα όπου ο ψυχολογικός παράγοντας είναι περισσότερο εμφανής.

Έτσι λοιπόν, με την πιο περιοριστική αυτή έννοια, ψυχοσωματικές θεωρούμε τις διαταραχές της υφής ή της λειτουργίας ενός οργάνου ή συστήματος οργάνων, που στη γένεσή τους συμβάλλουν ψυχολογικοί συντελεστές. Τα όργανα ή τα συστήματα οργάνων νευρώνονται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα.

Στην κατηγορία των ψυχοσωματικών νοσημάτων δεν περιλαμβάνονται:

- Σωματικές διαταραχές που αποτελούν μέρος της συμπτωματολογίας μιας ψυχικής νόσου (όπως π.χ με την ευκοπωσία στην κατάθλιψη).
- Η υποχονδριακή διαταραχή, μια διαταραχή υπαγόμενη στις σωματόμορφες διαταραχές (όπου υπάρχει υπερβολική ενασχόληση του ατόμου με την σωματική του υγεία).
- Σωματικά νοσήματα συναρτημένα με χρήση ουσιών (π.χ βρογχίτιδα στους καπνιστές).

4.1.1 ΣΧΕΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΚΙΝΗΣΕΩΝ ΜΕ ΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΟΡΓΑΝΩΝ

Η σχέση αυτή μελετήθηκε καλύτερα και πιο άμεσα σε άτομα με γαστρικά συρίγγια που προκλήθηκαν από τραυματισμό ή εγχείρηση. Παρατηρήθηκαν χαρακτηριστικές διαφοροποιήσεις στην αιμάτωση, κινητικότητα και έκκριση γαστρικού υγρού κάτω από την επίδραση διαφόρων συγκινήσεων που προκαλούσαν οι ερευνητές πειραματικά. Έτσι,

π.χ ο θυμός προκαλούσε υπεραιμία, οίδημα, παροδική εξέλκωση του βλεννογόνου, αυξημένη έκκριση γαστρικού υγρού και μεγαλύτερη κινητικότητα, ενώ αντίθετα, η θλίψη προκαλούσε μείωση της αιμάτωσης, της έκκρισης γαστρικού υγρού και της κινητικότητας του στομάχου.

Παρόμοιες παρατηρήσεις έχουν γίνει και σε άλλα όργανα και από τις παρατηρήσεις αυτές καθώς και από σύγχρονες συστηματικές μελέτες έχει προκύψει το συμπέρασμα ότι σε σημαντικό βαθμό η λειτουργία των οργάνων του σώματός μας επηρεάζεται από τις συγκινήσεις, δηλαδή από ψυχολογικούς παράγοντες.

4.1.2 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΩΝ

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

Α)ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟΤΗΤΑ

Αυτό που πιστεύεται ότι κληρονομείται είναι η προδιάθεση για νόσηση.Αυτή η προδιάθεση έχει επισημανθεί σε νοσήματα όπως το βρογχικό άσθμα, το έλκος του δωδεκαδακτύλου, η ημικρανία, η αρτηριακή υπέρταση κ.τ.λ.

Β)ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑ

Παίζει κάποιο ρόλο στην εκδήλωση ψυχοσωματικών νοσημάτων, όχι όμως καθοριστικών ούτε και εξειδικευμένο.Παλαιότερα, είχε υποστηριχτεί ότι ένα συγκεκριμένος τύπος προσωπικότητας προδιαθέτει για συγκεκριμένη πάθηση, η άποψη όμως αυτή είναι σήμερα ξεπερασμένη.Από τους ψυχοδυναμικού προσανατολισμού ερευνητές υποστηρίζεται ότι οι παθήσεις του ανώτερου τμήματος του πεπτικού σωλήνα (π.χ έλκος δωδεκαδακτύλου) απαντούν σε άτομα που έχουν καθηλωθεί στο στοματικό στάδιο της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης, ενώ παθήσεις του κατώτερου τμήματος του πεπτικού σωλήνα σε άτομα που έχουν καθηλωθεί στο πρωκτικό στάδιο.

Γ)ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΠΑΛΗ

Έχει υποστηριχθεί ότι ένας συγκεκριμένος τύπος συναισθηματικής διαπάλης προδιαθέτει στην εκδήλωση ενός συγκεκριμένου τύπου ψυχοσωματικής διαταραχής.Για παράδειγμα, ο Alexander και οι συνεργάτες του έχουν υποστηρίξει ότι η διαπάλη ανάμεσα στις συνειδητές τάσεις ανεξαρτησίας και στις υποσυνείδητες τάσεις εξάρτησης μπορεί να οδηγήσει σε έλκος του δωδεκαδακτύλου.Οι ψυχοδυναμικές αυτές απόψεις επιβεβαιώθηκαν από ορισμένες μελέτες, δεν έχουν όμως γενική προσαρμογή.

Δ)ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Ψυχοπιεστικές καταστάσεις που προκαλούν stress συμβάλλουν στην έκλυση ψυχοσωματικών νοσημάτων.Οι ψυχοπιεστικές αυτές καταστάσεις συνήθως είναι δυσάρεστες.Ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, η απώλεια της εργασίας, η υποβάθμιση του επαγγελματικού ή κοινωνικού status, ακόμα και η απώλεια υλικών αγαθών συνιστούν στρεσογόνα γεγονότα.Υπάρχουν όμως και ευχάριστες καταστάσεις, που συνιστούν στρεσογόνα γεγονότα.Η προαγωγή στην εργασία, ο γάμος, η απόκτηση παιδιού δημιουργούν μεγαλύτερες υποχρεώσεις και περισσότερο stress.

Ιδιαίτερη σημασία για την έκλυση ψυχοσωματικών νοσημάτων έχει αποδοθεί στις καταστάσεις ψυχολογικού αδιεξόδου, στις καταστάσεις δηλαδή όπου οι συνθήκες είναι τόσο απελπιστικές, ώστε δεν υπάρχει ελπίδα βελτίωσης ή οδός διαφυγής.Τέτοιες καταστάσεις παρατηρήθηκαν σε μεγάλες ομάδες πληθυσμού κατά τον πρόσφατο πόλεμο στην πρώην Γιουγκοσλαβία, στις οποίες παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση όπως ο καρκίνος κ.τ.λ.

Οι στρεσογόνοι αυτοί παράγοντες δρουν όπως περιγράφεται παρακάτω, ο μεσάζων μπορεί να είναι:

Το αυτόνομο νευρικό σύστημα

Η επικράτηση του ενός ή του άλλου σκέλους του αυτόνομου νευρικού συστήματος θεωρείται καθοριστικής σημασίας.Για παράδειγμα, στο έλκος επικρατεί το παρασυμπαθητικό, ενώ στην αρτηριακή υπέρταση το συμπαθητικό σκέλος.

Ο υποθαλαμο-υποφυσιο-επινεφριδιακός άξονας

Η δυσλειτουργία του άξονα αυτού οδηγεί σε μια πλειάδα ψυχοσωματικών εκδηλώσεων.

Το ανοσοβιολογικό σύστημα

Υπάρχει στενή σχέση του ανοσοβιολογικού συστήματος με τον εγκέφαλο.Μεταβολές στο Κ.Ν.Σ τροποποιούν την απαντητικότητα του ανοσοβιολογικού συστήματος και οι ανοσοβιολογικές αντιδράσεις επιδρούν στην δραστηριότητα του Κ.Ν.Σ.

Ε)ΜΑΘΗΣΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Είναι γνωστό ότι με μηχανισμούς μάθησης μπορεί κανείς να επηρεάζει συνειδητά ορισμένες λειτουργίες του σώματος όπως π.χ τον καρδιακό ρυθμό, την αρτηριακή πίεση κ.τ.λ.Οι παρατηρήσεις αυτές έχουν οδηγήσει στη διατύπωση της άποψης ότι οι μαθησιακοί παράγοντες μπορεί να συνδέονται αιτιοπαθογενετικά με τα ψυχοσωματικά νοσήματα.

ΣΤ)ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΥΝΔΕΟΜΕΝΟΙ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΚΦΟΡΤΙΣΗ

Κατά την άποψη των ψυχοδυναμικών ψυχιάτρων, οι επιθετικές τάσεις εκφορτίζονται ακολουθώντας την παρακάτω διαδικασία:

- Σχεδιασμός της επιθετικής ενέργειας.
- Προσαρμογή του οργανισμού στις ανάγκες που απορρέουν από την επιθετική ενέργεια (αύξηση της κυκλοφορίας του αίματος, υπέρπνοια) μέσω του αυτόνομου νευρικού συστήματος.
- Σωματοποίηση της επιθετικότητας με επιθετική μυϊκή ενέργεια.

Αν η διαδικασία αυτή ανασταλεί κατά την πρώτη φάση μπορεί να προκληθεί ημικρανία, αν ανασταλεί στη δεύτερη φάση μπορεί να προκύψει υπέρταση, αν ανασταλεί στην Τρίτη φάση μπορεί να προκύψει αρθρίτιδα.

Ζ)ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Έχει βρεθεί κάποια σχέση των ψυχοσωματικών διαταραχών με τη χαμηλή κοινωνικοοικονομική τάξη, καθώς και με συνθήκες κοινωνικής αποδιοργάνωσης. Η αρτηριακή υπέρταση ειδικότερα έχει συσχετιστεί με χαμηλό οικονομικό εισόδημα, καθώς και με διαβίωση σε συνθήκες συνωστισμού.

4.1.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Για την ένταξη στην κατηγορία «ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν ιατρικές καταστάσεις» (όπως αναφέρεται πλέον στο ταξινομικό σύστημα DSM-IV) είναι απαραίτητο:

1. Να υπάρχει ένα σωματικό νόσημα (π.χ άσθμα, έλκος, κολίτιδα)
2. Να υπάρχουν ψυχολογικοί παράγοντες που:
 - Είτε επηρεάζουν την πορεία του νοσήματος (π.χ επιβράδυνση της ανάρρωσης από μια εγχείρηση έλκους).
 - Είτε επηρεάζουν τη θεραπεία του νοσήματος (π.χ μη συμμόρφωση στη θεραπεία).
 - Είτε υπεισέρχονται στη θεραπευτική αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης πάθησης.
 - Είτε συνιστούν πρόσθετα στοιχεία κινδύνου για την υγεία του ατόμου.
 - Είτε εκλύουν ή επιτείνουν τα συμπτώματα της πάθησης (π.χ φυσιολογικές αντιδράσεις που προκαλούνται από το stress).

Πίνακας 4.1 Ψυχοσωματικές Διαταραχές

Ακμή	Παχυσαρκία
Αλλεργικές αντιδράσεις	Αρρυθμία
Βρογχικό άσθμα	Σύνδρομο χρόνιου πόνου
Στηθάγχη	Στεφανιαία νόσος
Σακχαρώδης διαβήτης	Έλκος δωδεκαδακτύλου
Αρτηριακή υπέρταση	Κεφαλαλγία
Ημικρανία	Έρπης
Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου	Βλεννώδης κολίτιδα
Προεμμηνορρυσιακή συνδρομή	Εμετοί
Τοπική εντερίτιδα	Ρευματοειδής Αρθρίτιδα
Ταχυκαρδία	Ελκώδης κολίτιδα
Φυματίωση	Καρκίνος
Ανοσοβιολογικά νοσήματα (Σ.Ε.Λ)	Υπερθυρεοειδισμός

*Πηγή: Γ.Ν ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ 1^{ος} Τόμος Εκδόσεις ΒΗΤΑ
Έτος 2000*

4.1.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Ιστορικά, η αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών με ψυχοθεραπεία ψυχοδυναμικού τύπου. Αργότερα, άρχισαν να εφαρμόζονται θεραπείες βασισμένες στη θεωρία της μάθησης. Χρησιμοποιούνται επίσης διάφορες τεχνικές συμπεριφορικού τύπου όπως μυϊκή χαλάρωση, ελεγχόμενη αναπνοή καθώς και ύπνωση. Ψυχοφάρμακα χρησιμοποιούνται είτε περιστασιακά κυρίως για την αντιμετώπιση του άγχους, είτε όταν υπάρχει κατάθλιψη.

Στις περισσότερες την ευθύνη της θεραπείας αναλαμβάνει ο «σωματικός» γιατρός, που έχει τη δυνατότητα να προσφέρει σφαιρική φροντίδα (να παρέχει δηλαδή ψυχολογική υποστήριξη καλύπτοντας και το βιολογικό σκέλος της θεραπείας). Ο ψυχίατρος συμβουλευεί και καθοδηγεί τον γιατρό, αλλά όταν του ζητηθεί, αναλαμβάνει την άμεση φροντίδα του ασθενούς.

Έτσι ο γιατρός πρέπει να καταλαβαίνει τόσο τον άρρωστο (το υποκειμενικό βίωμα της νόσησης) όσο και την αρρώστια (τα εμπειρικά παρατηρούμενα σημεία και συμπτώματα).

4.2 ΑΓΧΟΣ

Το άγχος σημαίνει διαφορετικά πράγματα σε διαφορετικούς ανθρώπους που βασίζεται στο υπόβαθρό τους και στη συγκεκριμένη συναισθηματική και φυσική τους κατάσταση.

Διευκρινίζοντας, άγχος είναι ένα «ιδιότυπο βίωμα μεγάλης εσωτερικής δυσφορίας που προκαλείται από μια αόριστη εσωτερική απειλή και καθώς δεν έχει συγκεκριμένο αντικείμενο, δεν μπορεί να αποφευχθεί από το άτομο, το οποίο και εξουθενώνεται».

4.2.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΑΓΧΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Σ.Ε.Λ

Σε μερικούς ασθενείς με Σ.Ε.Λ. (όπως και σε ανθρώπους που δεν πάσχουν από Σ.Ε.Λ.), η πίεση δεν μπορεί να προκαλέσει κανένα έμμεσο ή άμεσο αποτέλεσμα. Η πίεση εντούτοις, μπορεί να έχει επιπτώσεις σε ένα πρόσωπο με Σ.Ε.Λ. με έναν από τους ακόλουθους τρόπους:

- Το stress μπορεί να προκαλέσει τις ίδιες αντιδράσεις που μπορούν να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε δεν πάσχει από Σ.Ε.Λ.
- Το stress μπορεί να συνδεθεί με (ίζημα) την πρώτη εμφάνιση της ασθένειας.
- Το stress μπορεί να συνδεθεί με την έξαρση της ήδη υπάρχουσας ασθένειας.

4.2.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Πολλά συμπτώματα έχουν συνδεθεί με το stress στα υγιή άτομα καθώς επίσης και στους ασθενείς με Σ.Ε.Λ.. Αυτά τα συμπτώματα περιλαμβάνουν το φτωχό ή ανεπαρκή ύπνο (αϋπνία), την ανησυχία, την κατάθλιψη, τις κρίσεις πανικού, τους πονοκέφαλους, τη φτωχή συγκέντρωση, τους πόνους μυών, την φλεγμονή δέρματος (έκζεμα), την φλεγμονή των αρθρώσεων (αρθρίτιδα), το σύνδρομο ευερέθιστων εντέρων (σπαστική κολίτιδα), τη δυσκοιλιότητα και τη διάρροια, την υψηλή πίεση αίματος (υπέρταση), ορισμένους τύπους ελκών στομαχιών, τις κρίσεις άσθματος, και ακόμη και κάποιο καρκίνο. Οποιοδήποτε από αυτά τα συμπτώματα, ή οποιοσδήποτε συνδυασμός τους, μπορούν να έχουν επιπτώσεις σε ένα πρόσωπο που πάσχει από stress.

4.2.3 ΣΧΕΣΗ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΙ ΕΝΑΡΞΗΣ Σ.Ε.Λ

Η ακριβής αιτία του Λύκου είναι άγνωστη. Η απομόνωση της αιτίας του Λύκου και άλλων ανοσολογικών (αμυντικό σύστημα) διαταραχών είναι ένας πολύ ενεργός τομέας της έρευνας σε όλο τον κόσμο. Μέχρι σήμερα, υπάρχουν κάποια στοιχεία που υποστηρίζουν διάφορους πιθανούς παράγοντες που οδηγούν στην ανάπτυξη του Λύκου. Για ένα πράγμα,

τα γονίδια που κληρονομούνται από τους γονείς στα παιδιά διαδραματίζουν σαφώς έναν ρόλο στην αύξηση της τάσης προς την ανάπτυξη του Λύκου ή άλλων αποκαλούμενων αυτοάνοσων ασθενειών, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα και οι ανοσολογικές διαταραχές θυρεοειδή. Κατά συνέπεια, άλλες αυτοάνοσες ασθένειες είναι πιο κοινές μεταξύ των συγγενών των ασθενών με το Λύκο απ' ό,τι στο γενικό πληθυσμό.

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνονται επίσης να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο. Παραδείγματος χάριν, τα συμπτώματα του Λύκου ίσως να εμφανιστούν πρώτα μετά από την έκθεση σε υπεριώδες φως του ήλιου, περαιτέρω μερικοί επιστήμονες υποθέτουν ότι το ανοσοποιητικό σύστημα στους ασθενείς με το Λύκο ενεργοποιείται ευκολότερα από (είναι ευαίσθητος) τους εξωτερικούς παράγοντες, όπως οι ιοί και το υπεριώδες φως. Επιπρόσθετα ποικίλα φάρμακα (ιδιαίτερα ορισμένα φάρμακα για την πίεση αίματος, τους ανώμαλους ρυθμούς καρδιάς, και τις κρίσεις) έχει αναφερθεί στην εμφάνιση του Σ.Ε.Λ. Τέλος, οι ορμόνες φύλων θεωρούνται επίσης παράγοντες στην προδιάθεση ενός προσώπου στο Λύκο.

Το stress έχει συνδεθεί επίσης με την έναρξη του Λύκου. Πώς το stress μπορεί να συμβάλλει στην έναρξη του Σ.Ε.Λ είναι ασαφές. Ίσως ορισμένα γενετικά και ορμονικά ευαίσθητα πρόσωπα, που έχουν εκτεθεί ακριβώς στο σωστό ποσό περιβαλλοντικών παραγόντων, είναι "ώριμα" για τις πιέσεις για να προκαλέσουν την έναρξη της ασθένειας. Δεν είναι γνωστό ακόμα εντούτοις, πώς κάθε παράγοντας επηρεάζει την ενεργοποίηση αυτής της αυτοάνοσης ασθένειας.

4.2.4 ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΕΞΑΡΣΗ ΤΟΥ Σ.Ε.Λ

Το stress μπορεί να μην προκαλέσει οποιαδήποτε προβλήματα για οποιοδήποτε μεμονωμένο ασθενή. Εντούτοις, θεωρείται ότι η πίεση όχι μόνο μπορεί να προκαλέσει την κόπωση και μια γενική έλλειψη ευημερίας, αλλά μπορεί επίσης να προκαλέσει έξαρση (επανενεργοποίηση) του Λύκου. Αυτό σημαίνει ότι τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του Λύκου, συμπεριλαμβανομένης της κόπωσης, του πόνου και της ακαμψίας, των πυρετών, και των ανωμαλιών εξέτασης αίματος μπορούν να επιδεινωθούν. Το stress μπορεί επίσης να έχει έμμεσα αποτελέσματα στην ασθένεια Λύκου. Παραδείγματος χάριν, είναι γνωστό ότι οι γυναίκες με το συστηματικό ερυθρεμάτιο λύκο δοκιμάζουν όχι σπάνια μια επιδείνωση των συμπτωμάτων πριν από τις εμμηνορροϊκές περιόδους τους.

Επιπλέον, στην ετήσια επιστημονική συνεδρίαση του 2001 του Αμερικανικού Κολεγίου Rheumatology, αναφέρθηκε από τους ερευνητές που τονίζουν ότι η μείωση του stress

μείωσε την δραστηριότητα της ασθένειας του Λύκου. Στην πραγματικότητα, βασισμένος στην εμπειρία τους με ποικίλους ασθενείς, γιατροί που θεραπεύουν το Λύκο έχει δεχτεί από καιρό αυτήν την έννοια μιας σχέσης μεταξύ της πίεσης και του Λύκου

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Εν κατακλείδι το stress μπορεί να είναι ανθυγιεινό για τον καθένα. Εντούτοις, το stress είναι συχνά, αλλά όχι πάντα, κάτι που μπορούμε να ελέγξουμε ως ένα ορισμένο βαθμό. Στα πρόσωπα που στενοχωρούνται με το Λύκο, το stress μπορεί να έχει τις άμεσες συνέπειες, όχι μόνο στη γενική υγεία τους, αλλά και στην ασθένειά τους.

4.3 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ

Όπως υπάρχουν ψυχιατρικές διαταραχές που μπορεί να υποδυθούν σωματική νόσο (π.χ σωματόμορφες διαταραχές, συγκαλυμμένη κατάθλιψη), έτσι και ψυχιατρικά συμπτώματα μπορεί να συνοδεύουν ορισμένες σωματικές παθήσεις. Τα κυριότερα ψυχιατρικά συμπτώματα που εμφανίζονται κατά τη διαδρομή των σωματικών νόσων είναι το άγχος και η κατάθλιψη, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να παρουσιαστούν και ψυχωσικές εκδηλώσεις, όπως παραληρήματα και ψευδαισθήσεις καθώς και συγχυτικά φαινόμενα.

4.3.1 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ

Διάφορες μελέτες έδειξαν ότι ένα ποσοστό που κυμαίνεται από 45-65% των νοσηλευομένων στα γενικά νοσοκομεία εμφανίζουν κάποιας μορφής ψυχιατρική συμπτωματολογία. Από την άλλη πλευρά 10-20% των ψυχιατρικών εξωτερικών αρρώστων παρουσιάζουν κάποιο σωματικό πρόβλημα.

4.3.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ

Τα σωματικά νοσήματα που συνήθως παρουσιάζουν ψυχιατρικές εκδηλώσεις μπορούν να ταξινομηθούν συστηματικά ως ακολούθως:

A)ΚΑΡΚΙΝΟΣ

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου η αντίδραση του ασθενούς αποκτά διαστάσεις κλινικής κατάθλιψης. Αυτό παρατηρείται σε ποσοστό περίπου 13% των καρκινοπαθών. Στις περιπτώσεις αυτές η παρέμβαση ψυχιάτρου είναι απαραίτητη, όπως απαραίτητη είναι η παρέμβαση όταν υπάρχει συνύπαρξη καρκίνου και κατάθλιψης. Στις περιπτώσεις αυτές

είναι απαραίτητη η βιολογική αντιμετώπιση της κατάθλιψης με βιολογικά φάρμακα και άλλα βιολογικά θεραπευτικά μέσα, παράλληλα με την ψυχολογική υποστήριξη.

Θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας ότι η φαρμακευτική αγωγή που χορηγείται για την αντιμετώπιση του καρκίνου μπορεί να είναι υπεύθυνη για την κατάθλιψη του ασθενούς και το ίδιο ισχύει για τυχόν συνυπάρχουσες παθολογικές καταστάσεις.

Όταν ο καρκίνος εντοπίζεται στο Κ.Ν.Σ ή όταν πρόκειται για ορμονοπαραγωγικό καρκίνο, τότε υπάρχει μεγάλη πιθανότητα η κατάθλιψη να οφείλεται άμεσα στον καρκίνο.

Β) ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΤΟΥ Κ.Ν.Σ

-Νεοπλάσματα:Κύριο χαρακτηριστικό των νεοπλασιών του Κ.Ν.Σ είναι η προοδευτική μεταβολή της προσωπικότητας.Στους όγκους των κροταφικών λοβών παρατηρούνται κατάθλιψη, παρανοειδής αντιδράσεις, ψευδαισθήσεις.Σε νεοπλασίες υπερκείμενες του σκηνιδίου της παρεγκεφαλίδας παρατηρούνται συνήθως κατάθλιψη και διαταραχές των γνωσιακών λειτουργιών.

-Φλεγμονές:Στη νόσο Creutzfeldt-Jacob συχνά εμφανίζονται πρώιμα στην κλινική εικόνα κατάθλιψη και ψυχωσικές εκδηλώσεις.

-Επιληψία:Έχει υπολογιστεί ότι το 30-50% των επιληπτικών αρρώστων παρουσιάζουν ψυχικές διαταραχές.Μεταξύ των κρίσεων παρατηρούνται συχνά διαταραχές της προσωπικότητας, άγχος, κατάθλιψη, παρανοειδής ιδεασμός, ευφορική ή και επιθετική συμπεριφορά.

-Αιματώματα:Τα επισκληρίδια αιματώματα συνήθως παρουσιάζουν μεταβολές της διάθεσης, ενώ σε πρώιμα στάδια παρατηρείται βραδυψυχισμός, που δίνει την εντύπωση αρχόμενης κατάθλιψης.

-Άλλες νόσοι:Η σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζει σε πρώιμα στάδια δυσφορία και άγχος, ενώ αργότερα εμφανίζονται κατάθλιψη ή μανιακόμορφη συμπεριφορά.Η νόσος του Huntington συνοδεύεται συχνά από κατάθλιψη και μεταβολές της προσωπικότητας.Έντονες καταθλιπτικές, παραληρητικές και ψευδαισθητικές εκδηλώσεις παρατηρούνται στη νόσο Alzheimer.Τέλος στον υδρόκεφαλο φυσιολογικής πίεσης μπορεί να παρατηρηθούν μεταβολές της προσωπικότητας, διωκτικό παραλήρημα και μείζων κατάθλιψη.

Γ)ΝΟΣΟΙ ΤΩΝ ΕΝΔΟΚΡΙΝΩΝ ΑΔΕΝΩΝ

-Θυρεοειδής:Στον υποθυρεοειδισμό παρατηρούνται συνήθως κατάθλιψη, υποτονία, μεταβολές της προσωπικότητας καθώς και μανιακόμορφες εκδηλώσεις.Στα πιο ηλικιωμένα άτομα μπορεί να εμφανιστεί και κατάθλιψη.

-Παραθυροειδής:Σε υπολειτουργία παρατηρείται ευερεθιστότητα, άγχος, κατάθλιψη και διανοητική σύγχυση.

-Επινεφρίδιο:Στη νόσο του Cushing και σε ποσοστό πάνω από 50% των περιπτώσεων παρατηρείται κατάθλιψη με αυτοκτονικό ιδεασμό και αϋπνία.Άτομα που βρίσκονται υπό κορτιζονοθεραπεία, εμφανίζουν ευερεθιστότητα, ευφορική διάθεση αλλά και κατάθλιψη με παρανοειδή ιδεασμό.Στη νόσο του Addison, οι συχνότερες εκδηλώσεις (35%) είναι κατάθλιψη, ψυχωσικές εκδηλώσεις και διανοητική σύγχυση.

-Γεννητικοί Αδένες:Σε γυναίκες που παίρνουν αντισυλληπτική αγωγή παρατηρείται αρκετά συχνά κατάθλιψη.

-Σακχαρώδης Διαβήτης:Η αιφνίδια εκδήλωση της νόσου συχνά συνδέεται με έντονη ψυχική καταπόνηση, που διαταράσσει την ομοιοστατική ισορροπία σε κάποιο άτομο με γενετική προδιάθεση.Ψυχολογικοί παράγοντες που φαίνεται να έχουν σημασία, είναι αυτοί που προκαλούν αισθήματα ματαίωσης, μοναξιάς και αποθάρρυνσης.Οι διαβητικοί ασθενείς πρέπει συνήθως να διατηρούν κάποιο διαιτητικό έλεγχο του διαβήτη τους.Όταν όμως είναι καταθλιπτικοί και αποθαρρυσμένοι, συχνά τρώνε περισσότερο και πίνουν περισσότερο κατά τρόπο αυτοκαταστροφικό, προκαλώντας την απορύθμιση του διαβήτη τους.

Δ)ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ

-Οξεία Πορφυρία:Στην πλειονότητα των περιπτώσεων παρατηρούνται ψυχοκινητική ανησυχία, κατάθλιψη, παρανοειδής εκδηλώσεις και ψευδαισθήσεις.

-Αναιμίες:Ανεξάρτητα από την αιτιολογία τους συχνά συνοδεύονται από καταθλιπτικού τύπου συμπτώματα.

-Πολυερυθαιμία:Παρατηρούνται αρκετά συχνά αγχώδεις εκδηλώσεις, αϋπνία, κατάθλιψη και σπανιότερα ψευδαισθήσεις και συγχυτικά φαινόμενα.

Ε)ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

-Καρκίνος κεφαλής του παγκρέατος:Χαρακτηρίζεται από καταθλιπτικά συμπτώματα μείζονος τύπου, τα οποία στο 20% περίπου των περιπτώσεων μπορεί να προηγηθούν αρκετά της αποκάλυψης της νόσου.

-**Ηπατική Εγκεφαλοπάθεια:** Παρατηρούνται διακυμάνσεις του συναισθήματος (ευφορία-κατάθλιψη και συγχυτικά φαινόμενα).

ΣΤ) ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

-**Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια:** Συνοδεύεται συχνά από καταθλιπτικά συμπτώματα.

-**Σύνδρομο Υπνικής Άπνοιας:** Συνοδεύεται από κατάθλιψη.

Ζ) ΝΟΣΟΙ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

-**Νεφρική Ανεπάρκεια και Ουραιμία:** Στα αρχικά στάδια παρατηρούνται δυσχέρειες συγκέντρωσης, ευερεθιστότητα και κατάθλιψη.

Η) ΛΟΙΜΩΔΕΙΣ ΝΟΣΟΥΣ

-**Λοιμώδης Μονοπυρήνωση:** Συχνά συνοδεύεται από κατάθλιψη

-**Φυματίωση:** Συνοδεύεται από κατάθλιψη με αυτοκαταστροφικές τάσεις και ευερεθιστότητα.

Θ) ΚΟΛΛΑΓΟΝΩΣΕΙΣ

-**Κροταφική Αρτηρίτιδα:** Συχνά συνοδεύεται από συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης και ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα.

-**Ρευματική Πολυμυαλγία:** Συχνά παρατηρούνται καταθλιπτικά συμπτώματα.

Ι) ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ

Οι περισσότερες από τις νόσους αυτές συνοδεύονται από διάφορες ψυχιατρικές εκδηλώσεις, κυρίως άγχος και κατάθλιψη.

Κ) ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Πολλοί ασθενείς, με πρωτοπαθείς δερματικές παθήσεις, παρουσιάζουν συχνά ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις, όπως αίσθημα αμηχανίας, μειωμένη αυτοεκτίμηση, άγχος, κοινωνική φοβία, ακόμα και καταθλιπτική συμπτωματολογία. Οι εκδηλώσεις αυτές αναπτύσσονται ως αντίδραση των πασχόντων απέναντι στο κακό αισθητικό αποτέλεσμα, το οποίο δημιουργούν οι δερματοπάθειες.

ΚΑ)ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΕΣ ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Η κατάθλιψη και η συμπτωματολογία αγχωδών διαταραχών παρατηρούνται πολύ συχνά. Η επίπτωση της κατάθλιψης έχει υπολογιστεί με διάφορες μελέτες σε ποσοστό μέχρι 80%. Η έναρξη ή και η επιδείνωσή της βρίσκεται σε συνάφεια με στρεσογόνες για το άτομο συνθήκες ζωής, όπως διαρκές και έντονο άγχος, παρατεταμένο πένθος και έκθεση σε συγκρουσιακές συνθήκες ζωής. Η επίπτωση αυτών των ψυχογενών παραγόντων κυμαίνεται από 22-100%.

-Ρευματοειδής Αρθρίτιδα: Η συννοσηρότητα κατάθλιψη και ΡΑ είναι υψηλή. Η επικράτηση της κατάθλιψης υπολογίζεται σε 15-40% ανάλογα με τη μελέτη. Είναι μάλλον αποδεκτό, ότι η επικράτηση της κατάθλιψης στη ΡΑ δεν ξεπερνά την αντίστοιχη σε άλλες χρόνιες παθήσεις. Η ψυχιατρική αυτή συννοσηρότητα όμως 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.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

5.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ

Μερικές ψυχιατρικές και ιατρικές μελέτες υποστηρίζουν ότι το 15% των ασθενών με χρόνια πάθηση υποφέρει από κατάθλιψη. Σε άλλες έρευνες ο αριθμός είναι υψηλός έως 60%. Παρόλο που η κατάθλιψη είναι πολύ κοινό σύμπτωμα σε ανθρώπους με χρόνια ασθένεια από ότι στον γενικό πληθυσμό, αυτό δεν σημαίνει ότι κάθε χρόνιος ασθενής πάσχει από κατάθλιψη.

Επεισόδια από κατάθλιψη συνήθως διαρκούν λίγους μήνες σε ασθενείς με χρόνια ασθένεια. Η έξαρση της ασθένειας μπορεί να επαναφέρει την κατάθλιψη επειδή το άτομο αισθάνεται μάλλον ότι ποτέ δεν θα απαλλαγεί από την νόσο.

Υπάρχει ένα κομμάτι του πληθυσμού που δεν νοσεί από μια χρόνια ασθένεια και πάσχει από κατάθλιψη. Δυστυχώς είναι πολύ κοινό λάθος ότι «κάποιος που πάσχει από χρόνια ασθένεια έχει λόγο να έχει κατάθλιψη επειδή είναι άρρωστος». Σε αυτή την άποψη επεμβαίνει η έγκαιρη αναγνώριση, η έγκαιρη θεραπεία, και η έγκαιρη ανακούφιση απ' την κατάθλιψη. Αυτή η πεποίθηση επίσης αγνοεί το γεγονός ότι η κατάθλιψη μπορεί να υπάρχει και σε άτομα που δεν νοσούν από φυσική ασθένεια. Σύμφωνα με τα δεδομένα της ψυχιατρικής θεραπείας ότι οι ασθενείς στους οποίους εφαρμόζεται θεραπευτική αγωγή μόνο για την φυσική τους ασθένεια μπορεί να υποφέρουν επιπλέον και από κατάθλιψη.

5.2 ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ

Ψυχιατρικές εκδηλώσεις εντοπίζονται σε περίπου 50% των ασθενών και η ύπαρξη αυτής της συμπτωματολογίας συνδέεται με αυξημένη θνητότητα. Ανιχνεύονται συχνά από τον πρώτο χρόνο, άλλα σπάνια προηγούνται των κλασσικών συμπτωμάτων της νόσου. Τα περισσότερα ψυχιατρικά συμπτώματα είναι παροδικά και δεν έχουν συνήθως διάρκεια μεγαλύτερη από 6 μήνες, μολονότι επανεμφανίζονται συχνά στην πορεία της νόσου. Η ψυχιατρική συμπτωματολογία στον ΣΕΛ δεν έχει χαρακτηριστική πορεία και περιεχόμενο, αλλά εναλλάσσεται και τροποποιείται στο χρόνο, όπως εξάλλου συμβαίνει και με τις άλλες εκδηλώσεις της νόσου. Πάντως σε γενικές γραμμές, οι ψυχιατρικές εκδηλώσεις εμφανίζονται συνήθως στα όψιμα στάδια του ΣΕΛ και εκδηλώνονται κυρίως σε φάσεις υποτροπής όταν είναι εμφανείς η προσβολή και άλλων συστημάτων.

Η κλινική εικόνα οργανικού ψυχοσυνδρόμου είναι η συχνότερη ψυχιατρική εκδήλωση στην πορεία του ΣΕΛ, σε ποσοστό που ανέρχεται στο 30%. Κυριαρχεί η εικόνα ήπιας σύγχυσης και διαταραχής του επιπέδου συνείδησης, αλλά συχνή είναι επίσης η σύγχυση με ψυχοκινητική ανησυχία και σύνοδες αντιληπτικές διαταραχές (οπτικές και ακουστικές ψευδαισθήσεις). Όταν στην κλινική εικόνα υπάρχουν και παραληρητικές ιδέες, η πιθανότητα να τεθεί λανθασμένα η διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι μεγάλη, εάν δεν ληφθούν υπόψη οι προαναφερθείσες ήπιες διαταραχές του επιπέδου συνείδησης, οι διαταραχές προσανατολισμού και άλλα κλινικά σημεία που διαφορίζουν τις δυο καταστάσεις. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι συστηματικές λοιμώξεις του Κ.Ν.Σ, όπως και αγωγή με στεροειδή σε συμβατικές δοσολογίες, μπορεί να συμβάλλουν στην εμφάνιση παραληρήματος. Το οργανικό ψυχοσύνδρομο δεν διαρκεί περισσότερο από μερικές ώρες έως ημέρες και συνήθως υποχωρεί πλήρως, επανεμφανίζεται όμως συχνά, συνήθως σε φάσεις υποτροπής της νόσου.

Η κλινική εικόνα λειτουργικής ψύχωσης είναι σαφώς σπανιότερη από εκείνη του οργανικού ψυχοσυνδρόμου. Στο ΣΕΛ μπορεί να είναι σχιζοφρενικού, υπομανιακού ή καταθλιπτικού τύπου, με συνηθέστερη την εμφάνιση μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου με ψυχωσικά στοιχεία, σε ποσοστό έως και 10% των ασθενών.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η πρόσφατη διαπίστωση ότι διαταραχές των ανώτερων γνωσιακών λειτουργιών εμφανίζονται σε άτομα που νοσούν από ΣΕΛ και ανευρίσκονται ακόμη και σε διαστήματα όπου δεν επικρατούν ενεργά συμπτώματα της νόσου, ψυχιατρικές ή νευρολογικές εκδηλώσεις. Διαπιστώνονται προβλήματα προσοχής, συγκέντρωσης και μνήμης, καθώς και μείωση της οπτικοκινητικής συνέργειας.

Οι ασθενείς με ΣΕΛ εμφανίζουν αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία σε υψηλότερο ποσοστό από το γενικό πληθυσμό, αλλά και από τους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Η επικράτηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με ΣΕΛ διακυμαίνεται από 41-80%. Οι ασθενείς συνήθως αναφέρουν φόβους που περιστρέφονται γύρω από την επιδείνωση της ασθένειάς τους, το θάνατο, την εξάρτησή τους από τη φαρμακευτική αγωγή και από την αδυναμία επιτέλεσης των καθημερινών τους ασχολιών.

5.3 ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΡΟΣΒΟΛΗΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

Η προσβολή του ΚΝΣ αποδίδεται κυρίως σε βλάβες των μικρών αιμοφόρων αγγείων του εγκεφάλου, με αποτέλεσμα την πρόκληση εμφράκτων και αιμορραγιών συνήθως στο

φλοιό και στο εγκεφαλικό στέλεχος. Τα έμφρακτα είναι συνήθως μικρά και πολλαπλά και πολλές από τις νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις της προσβολής του ΚΝΣ στον ΣΕΛ συνδέονται με την εμφάνιση των διάστικτων μικροσκοπικών αιμορραγικών ή αποφρακτικών εγκεφαλικών εστιών.

Μολονότι η εμφάνιση ψυχωσικών συμπτωμάτων θεωρείται γενικά ως εκδήλωση εγκεφαλικής συμμετοχής στο ΣΕΛ, η καταθλιπτική συμπτωματολογία ως εκδήλωση εγκεφαλικής συμμετοχής αμφισβητείται. Εκτιμάται ότι η καταθλιπτική συμπτωματολογία δεν έχει άμεση προέλευση από την προσβολή του ΚΝΣ, αλλά περισσότερο συσχετίζεται με ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που είναι δευτερογενείς στις δερματολογικές και μυοσκελετικές αλλοιώσεις.

5.4 ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Κατά τη θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενών με νευροψυχιατρικές διαταραχές στα πλαίσια ΣΕΛ, είναι σημαντική η προσεκτική εξέταση για την παρουσία δευτερογενών αιτιών των διαταραχών αυτών και για αναζήτηση τυχόν διαταραχών του μεταβολισμού και συμπτωμάτων φαρμακευτικής τοξίκωσης (συνήθως από κορτικοστεροειδή και ιδιαίτερα στην περίπτωση της καταθλιπτικής διάθεσης). Η υπομανιακού τύπου απάντηση στα κορτικοστεροειδή δεν είναι συχνή στους ασθενείς με ΣΕΛ. Η αγωγή στην περίπτωση αυτή συνήθως περιλαμβάνει μείωση της δοσολογίας του στεροειδούς, εάν αυτό είναι δυνατό, και σπάνια την προσθήκη ανθρακικού λιθίου. Ο θεραπευτικός αυτός συνδυασμός μπορεί να εφαρμοστεί ακόμα και σε νεφροπαθείς ασθενείς, με μείωση της δοσολογίας του λιθίου και στενή παρακολούθηση των επιπέδων του στο αίμα.

Διάχυτες εκδηλώσεις από το κεντρικό νευρικό σύστημα είναι δυνατό να αντικατοπτρίζουν πρωτογενή αγγειοπάθεια του ΚΝΣ και μπορεί να προκαλέσουν παραληρητικό ιδεασμό ή συγχυτικά επεισόδια. Αντιμετωπίζονται με αυξομειώσεις στη δόση των κορτικοστεροειδών, εάν ήδη χορηγούνται, και με χορήγηση κορτικοστεροειδών εάν δεν χορηγούνται, καθώς και με προσθήκη αντιψυχωσικού φαρμάκου με μικρή αντιχολινεργική και περιφερική καρδιολογική δράση. Η χρήση αντικαταθλιπτικών είναι συχνή σε διαπιστωμένες καταθλιπτικές διαταραχές και ηλεκτροσπασμοθεραπεία δεν αντενδείκνυται.

5.5 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΛΥΚΟΣ

Η κατάθλιψη συχνά δεν αναγνωρίζεται γιατί μοιάζει με τα συμπτώματα της ασθένειας. Αυτό είναι μια υπολανθάνουσα κατάσταση. Για ασθενείς με λύκο τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι κρυμμένα και μπορεί να αποδίδονται στο Σ.Ε.Λ. Η κατάσταση περιλαμβάνει:

- Απραξία
- Έλλειψη ενέργειας και ενδιαφέροντος
- Αϋπνία
- Έντονος πόνος
- Ελάττωση σεξουαλικού ενδιαφέροντος

Δεν έχει βρεθεί αιτία που παρουσιάζεται η κατάθλιψη στον ΣΕΛ. Πιθανότατα οφείλεται σε μια ποικιλία διαφόρων συνιστωσών οι οποίες συμβάλλουν στην εμφάνισή της και είναι οι ακόλουθες:

- 1) Το πιο κοινό είναι ότι προκαλείται συναισθηματική επιβάρυνση απ' την συνεχόμενη στρεσογόνο κατάσταση για την αντιμετώπιση της χρόνιας ασθένειας και την κλινική κατάσταση του εκάστοτε ασθενούς.
- 2) Άλλες αιτίες μπορούν να είναι οι πολλές θυσίες και οι απώλειες που απαιτούνται από τις συνεχείς ρυθμίσεις ζωής που ένας ασθενής με μια χρόνια ασθένεια πρέπει να κάνει.
- 3) Τα διάφορα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για να θεραπεύσουν το Λύκο, όπως τα στεροειδή (π.χ., prednisone), μπορούν να επιφέρουν την κατάθλιψη.
- 4) Η συμμετοχή Λύκου ορισμένων οργάνων (π.χ., ο εγκέφαλος, η καρδιά, ή τα νεφρά) μπορεί να οδηγήσει στην κλινική κατάθλιψη.
- 5) Επίσης υπάρχουν πολλοί παραγνωρισμένοι ή άγνωστοι παράγοντες που μπορούν να προκαλέσουν την καταθλιπτική ασθένεια.

Επιπρόσθετα η ύπαρξη αρνητικών βιωμάτων από αξιοσημείωτα περιστατικά κατά την διάρκεια των προηγούμενων 6 μηνών σχετίζονταν τόσο με την εμφάνιση μείζονος κατάθλιψης όσο και με την σοβαρότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Θεωρείται ότι τα βιώματα συμβάλλουν στην εμφάνιση, την υποτροπή και την σοβαρότητα της μείζονος κατάθλιψης. Επιπλέον, η ψυχοπαθολογική καταπόνηση στους ασθενείς με συστηματικό ερυθρεμάτη λύκο συνήθως σχετίζεται με βιώματα. Αυτό υποδεικνύει ότι οι ασθενείς, που βιώνουν περισσότερα καταπιεστικά ερεθίσματα καθημερινά θα μπορούσαν να είναι πιο καταβεβλημένοι αλλά μια εναλλακτική εξήγηση είναι ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς

διεγείρονται πιο εύκολα και για αυτό είναι πιο επιρρεπείς στην αντίληψη και την αναφορά καθημερινών δυσκολιών.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει, ότι με την χρησιμοποίηση κατάλληλων οργάνων σε δείγματα ασθενών, η σοβαρότητα της κατάθλιψης σχετιζόταν σημαντικά με την δραστηριότητα της νόσου του συστηματικού ερυθματώδους λύκου, ακόμη και μετά τον έλεγχο του ιστορικού προηγούμενων επεισοδίων μείζονος κατάθλιψης και την ύπαρξη βιωμάτων. Αυτό το εύρημα υποστηρίζει την υπόθεση ότι η κατάθλιψη και η σοβαρότητα της σχετίζονται με την δραστηριότητα της νόσου του συστηματικού ερυθματώδους λύκου και είναι ανεξάρτητη από την τάση επαναλαμβανόμενης διαταραχής μείζονος κατάθλιψης και των εξωτερικών πιεστικών παραγόντων.

Ακόμη, μια ενδιαφέρουσα ερμηνεία είναι ότι η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί μια μεμονωμένη εκδήλωση της παθολογίας του κεντρικού νευρικού συστήματος, που προκλήθηκε από την δραστηριότητα της νόσου. Η εγκεφαλική εμπλοκή στον Σ.Ε.Λ δεν είναι ακόμη αρκετά κατανοητή αλλά αναγνωρίζεται ότι συμβαίνει σε ασθενείς με ενεργό νόσο ακόμη και χωρίς εμφανείς νευρο-ψυχιατρικές εκδηλώσεις. Η εμπλοκή του κεντρικού νευρικού συστήματος μπορεί να είναι γενική ή εστιακή, επιφέροντας οξείες ή χρόνιες βλάβες. Είναι γνωστό ότι η βλάβη στην δομή του εγκεφάλου σε περιοχές, που σχετίζονται με ρύθμιση της ψυχολογίας, συμπεριλαμβανομένων του ιπόκαμπου, της αμυγδαλοειδούς δομής, των βασικών γαγγλίων και του εμπρόσθιου φλοιού σχετίζεται συνήθως με την κατάθλιψη. Για αυτό η δραστηριότητα της νόσου του συστηματικού ερυθματώδους λύκου μέσα στο κεντρικό νευρικό σύστημα θα μπορούσε ενδεχομένως να οδηγήσει στην κατάθλιψη προκαλώντας νευρική βλάβη σε αυτές τις περιοχές.

Επιπλέον έχουν εκπονηθεί μελέτες σε επιρρεπή στην ασθένεια του λύκου ποντίκια όσο και σε ανθρώπινα δείγματα ασθενών με Συστηματικό Ερυθματώδη Λύκο (SLE) για να διαπιστωθεί αν υπάρχει κάποια σχέση αιτίας – αποτελέσματος ανάμεσα στον λύκο και την κατάθλιψη. Τα πειράματα αυτά σε ποντίκια, που εμφάνισαν την ασθένεια του λύκου φυσικά (χωρίς τεχνητά μέσα), έδειξαν ότι διάφορες ανωμαλίες στην συμπεριφορά εμφανίζονται ταυτόχρονα με την αυτό-άνοση ασθένεια, παρουσίασαν δηλαδή μια γενική φοβία-δειλία όπως π.χ δισταγμό στην εξερεύνηση.

Αυτό που κάνει το θέμα της αποκαλούμενης κατάθλιψης των επιρρεπών στον λύκο ποντικών πολύ ενδιαφέρον και πληροφοριακό, ιδιαίτερα ως προς το αν ο λύκος σαν ασθένεια προκαλεί αυτές τις εκδηλώσεις ή όχι, είναι το γεγονός ότι με την χορήγηση ως θεραπευτική αγωγή κυκλοφωσφαιδίου, μερικές από τις καταθλιπτικής μορφής συμπεριφορές επανέρχονται στις φυσιολογικές συμπεριφορές, όπως θα συνέβαινε αν είχαν

χορηγηθεί στα ποντίκια αντικαταθλιπτικά. Αυτό υποδεικνύει ότι η εξέλιξη της αυτό-ανοσίας είναι πιθανόν υπεύθυνη για κάποιες από αυτές τις καταθλιπτικές συμπεριφορές. Η έρευνα για το ποιοι παράγοντες του ανοσολογικού συστήματος θα μπορούσαν να προκαλέσουν αυτήν την καταθλιπτικής μορφής ασθένεια στα ποντίκια, ανακαλύφθηκε ένα ιδιαίτερο μόριο, που ονομάζεται ιντερλευκίνη-6, το οποίο εμφανίζεται σε πολλές φλεγμονώδεις αντιδράσεις στους συνδέσμους, στο δέρμα ή στο νευρικό σύστημα και το οποίο μπορεί να προκαλέσει άμεσα συμπτώματα κατάθλιψης. Όταν τα επίπεδα της ιντερλευκίνης-6 είναι αυξημένα σε ποντίκια, που δεν πάσχουν από λύκο, εμφανίζονται κάποιες από τις συμπεριφορές κατάθλιψης, όπως η εκτεταμένη επίπλευση. Ένα αντίσωμα στην ιντερλευκίνη-6 περιορίζει κάποια από αυτήν την καταθλιπτική συμπεριφορά. Έτσι, η ιντερλευκίνη-6 μπορεί να αποτελεί μια αιτία της «κατάθλιψης», που παρατηρείται στα επιρρεπή στον λύκο ποντίκια.

Όσον αφορά τους ανθρώπους, δεν υπάρχουν αρκετές πληροφορίες για τους ενεργούς μηχανισμούς, που σχετίζονται με την κατάθλιψη. Όμως εξαιτίας του ενδιαφέροντος που υπάρχει στην έρευνα και την εξέταση των ασθενών με λύκο για νοητικές ανωμαλίες (στην σκέψη, την μνήμη, την συγκέντρωση και τις σχετικές ικανότητες, οι οποίες εμφανίζονταν προηγουμένως να επιδεινώνονται σε πολλούς ασθενείς με λύκο), μελετήθηκαν τα γνωστικά χαρακτηριστικά των καταθλιπτικών ασθενών με λύκο και έγινε σύγκριση με ασθενείς, που πάσχουν από λύκο, χωρίς να είναι καταθλιπτικοί, όπως και με ασθενείς με κατάθλιψη, που δεν πάσχουν από λύκο. Φαίνεται ότι τα γνωστικά χαρακτηριστικά των καταθλιπτικών ασθενών με λύκο μπορεί να είναι διαφορετικά από αυτά των καταθλιπτικών ασθενών που δεν πάσχουν από λύκο, υποδεικνύοντας ότι υπάρχουν φλεγμονώδη περιστατικά σε εξέλιξη μέσα στον εγκέφαλο του ασθενούς με λύκο επιπρόσθετα ακριβώς στις αλλαγές, που παρατηρούνται στην χημεία του εγκεφάλου στην κατάθλιψη, που δεν οφείλεται στον λύκο. Επίσης γίνεται προσπάθεια να βρεθεί αν η ιντερλευκίνη-6 παίζει κάποιο ρόλο σαν αίτιο τόσο της κατάθλιψης όσο και των διανοητικών ανωμαλιών στους ασθενείς με λύκο.

Φυσικά, υπάρχουν άνθρωποι που θα ανέπτυσαν την κλινική κατάθλιψη εάν είχαν ή όχι Λύκο. Στην πραγματικότητα, είναι ο πιο κοινός ψυχιατρικός όρος που έχει διαγνωσθεί στο γενικότερο πληθυσμό και συγκεκριμένα 20% στις γυναίκες και 10% στους άνδρες.

Έρευνες έχουν δείξει ότι η κατάθλιψη που παρουσιάζεται στο λύκο είναι θεραπεύσιμη. Η αποτελεσματική θεραπεία είναι διαθέσιμη για την καταθλιπτική ασθένεια και αποτελείται συνήθως από το ψυχοτρόπο φάρμακα, ψυχοθεραπεία και συχνότερα ο συνδυασμός και των δυο.

Αποτελεσματική θεραπεία απαιτεί έγκαιρη πρόγνωση καθώς και παρέμβαση.Ευτυχώς, τα περισσότερα επεισόδια της καταθλιπτικής ασθένειας στους ανθρώπους με λύκο υποχωρούν από μόνα τους μέσα σε μερικούς μήνες. Ακριβώς όπως μερικοί άνθρωποι με λύκο μπορούν να ανεχτούν σωματικό πόνο, μερικοί φαίνονται να είναι σε θέση να δεχτούν και να ανεχτούν σημαντικά συμπτώματα της καταθλιπτικής ασθένειας χωρίς καταγγελία. Εντούτοις, η κατάθλιψη προάγει όπως είναι φυσικό, το άγχος και την ανησυχία, κάτι το οποίο μπορεί να επιδεινώσει τη δραστηριότητα του λύκου. Οι καταθλιπτικές αντιδράσεις πρέπει να αντιμετωπιστούν με την ίδια επιμονή που κάποιος θα χρησιμοποιούσε για να θεραπεύσει κάθε έξαρση του λύκου.Φυσικά, οποιαδήποτε ελλοχεύουσα φυσική κατάσταση που θα μπορούσε να συμβάλει στην κατάθλιψη πρέπει να προσδιοριστεί και να ελεγχθεί.

5.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΛΥΚΟ

Σήμερα υπάρχει αποτελεσματική θεραπεία στην κατάθλιψη, συνήθως χρησιμοποιούνται ψυχοτρόπα φάρμακα και ψυχοθεραπεία και πολύ συχνά και τα δυο. Τα πιο διαδεδομένα αντικαταθλιπτικά είναι τα εξής :τρικυκλικά νεότερης γενιάς, μη τρικυκλικά αγχολυτικά, αναστολείς MAO και λίθιο.Η αποτελεσματικότητα αυτών των φαρμάκων μπορεί να αυξηθεί με τη χρησιμοποίησή τους σε συνδυασμό ή από την προσθήκη άλλων φαρμάκων. Η επαρκής και επιθετική θεραπεία περιλαμβάνει τη συνεργασία του ασθενή, την υποστήριξη, την εκπαίδευση, και τη συμμετοχή της οικογένειας και των στενών φίλων αυτού. Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει αιματολογικές εξετάσεις που να καθορίζουν τις κατάλληλες δόσεις φαρμάκων, καθώς και ανοικτή επικοινωνία με τους ασθενείς και την θεραπευτική ομάδα, και τέλος υποστήριξη υπό μορφή ενθάρρυνσης, υπομονής, διαθεσιμότητας και εμμόνης από τον ασθενή.Φυσικά κάθε υπολανθάνουσα ιατρική κατάσταση που μπορεί να επιβαρύνει την κατάθλιψη πρέπει να αναγνωρίζεται και να αναφέρεται επίσης και όταν η αντικαταθλιπτική θεραπεία προκαλεί έξαρση στα συμπτώματα στον λύκο. Όταν η αντικαταθλιπτική θεραπεία είναι αποτελεσματική υπάρχει μια σημαντική πρόοδος και στους ασθενείς δημιουργείται η αίσθηση καλύτερης γενικής συμπεριφοράς κα διευθέτησης.

Η ανάκαμψη απ' την κατάθλιψη είναι συνήθως βαθμιαία.Θεαματική βελτίωση δεν είναι συνηθισμένο να συμβεί σε μερικές μέρες, παρ' όλα αυτά με το ξεκίνημα της θεραπείας υπάρχει μια μερική βελτίωση.Όταν τα σημάδια της κατάθλιψης είναι γοργά δεν είναι ασυνήθιστο, όταν η θεραπεία διακοπεί, ένα άτομο να υποτροπιάσει.Για τον λόγο

αυτό η θεραπεία πρέπει να συνεχίζεται και να πλησιάζει τους 6 μήνες ή και περισσότερο και οι δόσεις πρέπει να μειώνονται σταδιακά για 3-4 βδομάδες, όταν η θεραπεία είναι δύσκολο να συνεχιστεί.

Οι παροδικές μεταβολές στην διανοητική λειτουργία βελτιώνονται όσο η καταθλιπτική διάθεση βελτιώνεται. Ψυχοθεραπευτές μπορεί να είναι ωφέλιμοι να συμπαραστέκονται στους ανθρώπους με κατάθλιψη, να δουλέψουν μαζί τους και να καταλάβουν τα συναισθήματα τους και την πάθησή τους καθώς και τις προσωπικές τους σχέσεις, με στόχο οι ασθενείς να αντεπεξέρχονται περισσότερο αποτελεσματικά με το άγχος στην ζωή τους. Η ασθένεια θεραπεύεται πιο εύκολα όταν η αρχική ψυχιατρική φροντίδα διατηρεί μια κοντινή σχέση μεταξύ ψυχιάτρων και ψυχολόγων.

Μια τέτοια εργασιακή σχέση βελτιώνει την ποιότητα της ζωής του ασθενούς και παρέχει την ισχυρότερη προσέγγιση στη διαχείριση της κατάθλιψης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΝΑΦΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ

6.1

Η μείζονα κατάθλιψη και η δράση της ασθένειας στον Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο (SLE)

Fabiano G. Nery, Eduardo F. Borba, John P. Hatch, Jair C. Soares, Eloisa Bonfa και Francisco Lotufo Neto

6.1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να διαπιστωθεί η σχέση ανάμεσα στην κλινική κατάσταση του συστηματικού ερυθηματώδους λύκου και στην εμφάνιση και σοβαρότητα της μείζονος κατάθλιψης στους ασθενείς με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο χωρίς εμφανείς εκδηλώσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος, όπως νευρολογικά ή ψυχωτικά συμπτώματα. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος εξετάστηκε ένα συνεχές δείγμα ασθενών, που πάσχουν από συστηματικό ερυθηματώδη λύκο για την εμφάνιση της μείζονος κατάθλιψης και την σοβαρότητα της νόσου του συστηματικού ερυθηματώδους λύκου. Στην συνέχεια, ερευνήθηκαν οι συσχετισμοί ανάμεσα στην εμφάνιση και την σοβαρότητα της κατάθλιψης και στις ψυχοκοινωνικές μετρήσεις, όπως τα βιώματα, τις καθημερινές δυσκολίες και την λειτουργική ανικανότητα. Τέλος, ερευνήθηκε ο συσχετισμός ανάμεσα στην δράση της νόσου του συστηματικού ερυθηματώδους λύκου και την σοβαρότητα της κατάθλιψης ενόσω ελέγχθηκαν οι επιπτώσεις πιεστικών βιωμάτων και την σοβαρότητα προηγούμενων καταθλιπτικών επεισοδίων.

6.1.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Εξετάστηκαν εβδομήντα-ένας ασθενείς με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο για την εμφάνιση και την ένταση της μείζονος κατάθλιψης, τους ψυχο-κοινωνικούς παράγοντες, την λειτουργική ανικανότητα, την δράση της νόσου του συστηματικού ερυθηματώδους λύκου και την προοδευτική βλάβη. Οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη παρουσίασαν μια τάση να έχουν σοβαρότερης μορφής δράση της νόσου του συστηματικού ερυθηματώδους λύκο συγκρινόμενοι με εκείνους χωρίς μείζονα κατάθλιψη.

Δεκαέξι ασθενείς (22.5%) εξετάστηκαν με τα διαγνωστικά κριτήρια του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου-4^η έκδοση (DSM-IV) για ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης σε εξέλιξη, 3 ασθενείς (4.2%) εξετάστηκαν με κριτήρια για ένα καταθλιπτικό επεισόδιο, που δεν προσδιορίζεται αλλιώς, μικρότερης σημασίας και 52 ασθενείς (73.2%) δεν είχαν καμία ψυχική διαταραχή. Ανάμεσα στα 16 αντικείμενα έρευνας (δείγματα) με μείζονα κατάθλιψη, οι 3 εξετάστηκαν με κριτήρια Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου-4^η έκδοση (DSM-IV) για μια ψυχική διαταραχή, που εμφανίστηκε από μια γενική ιατρική κατάσταση εκδηλώνοντας χαρακτηριστικά, όπως παραλληλισμό της χρονολογίας και ένταση των καταθλιπτικών και των συστηματικού ερυθματώδους λύκου συμπτωμάτων ή απουσία προηγούμενων επεισοδίων μείζονος κατάθλιψης. Δεν βρέθηκαν διαφορές στα συμπτώματα κατάθλιψης του μοντέλου ανάμεσα σε αυτούς τους ασθενείς και τους υπόλοιπους ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη. Κανένας ασθενής δεν παρουσίασε ψυχική διαταραχή λόγω της χρήσης ουσιών (πρεδνιζόνη) σύμφωνα με τα κριτήρια διάγνωσης του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου-4^η έκδοση (DSM-IV).

Οι ασθενείς με ή χωρίς μείζονα κατάθλιψη δεν διέφεραν σημαντικά όσον αφορά τον μέσο όρο ηλικία και τον μέσο όρο διάρκειας της νόσου του συστηματικού ερυθματώδους λύκου. Όμως, οι ασθενείς, που πάσχουν από συστηματικό ερυθματώδη λύκο με μείζονα κατάθλιψη παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά στον δείκτη δραστηριότητας της νόσου (SLEDAI) από ότι η ομάδα χωρίς μείζονα κατάθλιψη, με μια τάση προς την στατιστική σπουδαιότητα. Ο υψηλότερος μέσος όρος του δείκτη δραστηριότητας της νόσου (SLEDAI) για την υπό-ομάδα με μείζονα κατάθλιψη αντικατοπτρίζει ενεργό ασθένεια με είτε περισσότερο σοβαρές εκδηλώσεις είτε πολλαπλές ελαφρότερες επιπλοκές. Αντίθετα, ο μέσος όρος του δείκτη δραστηριότητας της νόσου (SLEDAI) του 3.44 εκείνων των ασθενών χωρίς μείζονα κατάθλιψη υποδεικνύει μια ελαφριάς μορφής δραστηριότητα της νόσου, όπως μεμονωμένη εργαστηριακή εναλλαγή ή ελαφριάς μορφής κλινικές εκδηλώσεις. Από την άλλη, παρατηρήθηκαν χαμηλά επίπεδα προοδευτικής βλάβης στις δύο υπό-ομάδες, τα οποία υποδεικνύουν μικρότερη μη αναστρέψιμη βλάβη λόγω της ίδιας της νόσου του συστηματικού ερυθματώδους λύκου και στις δύο υπό-ομάδες. Η σοβαρότητα της κατάθλιψης, που μετρήθηκε με κριτήρια MADRS, κατέδειξε θετικό συσχετισμό με την ένταση της δραστηριότητας της νόσου, που μετρήθηκε με τον δείκτη δραστηριότητας της νόσου (SLEDAI). Επτά ασθενείς (43,8%) με μείζονα κατάθλιψη σε εξέλιξη και 14 (25,5%) ασθενείς χωρίς μείζονα κατάθλιψη σε εξέλιξη είχαν ένα ιστορικό προηγούμενων «λειτουργικών» επεισοδίων μείζονος κατάθλιψης δηλ. προηγούμενα

επεισόδια μείζονος κατάθλιψης, που δεν συνέβαιναν κατά τις περιόδους αυξημένης δραστηριότητας της νόσου του συστηματικού ερυθματώδους λύκου.

Εννέα ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο και μείζονα κατάθλιψη (56.3%) ανέφεραν τουλάχιστον ένα βίωμα αξιοσημείωτου περιστατικού συγκρινόμενοι με 13 ασθενείς (26.3%) χωρίς μείζονα κατάθλιψη. Τα βιώματα του σοβαρού, του μέτριου και του ελαφρού αρνητικού περιστατικού, παρόλο που παρατηρούνται πιο συχνά στους καταθλιπτικούς ασθενείς δεν σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με την ύπαρξη μείζονος κατάθλιψης. Οι ασθενείς, που είχαν βιώματα αξιοσημείωτων περιστατικών καταμέτρησαν υψηλότερα ποσοστά στην κλίμακα μέτρησης κατάθλιψης Montgomery Asberg από ότι οι ασθενείς χωρίς ιστορικό αξιοσημείωτων επιδραστικών βιωμάτων. Οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη ανέφεραν επίσης περισσότερες δυσκολίες, που εκτιμήθηκαν ως σοβαρές συγκρινόμενες με αυτές των ασθενών χωρίς μείζονα κατάθλιψη. Υπήρχε επίσης, ένας άμεσος συσχετισμός ανάμεσα στον αριθμό των δυσκολιών και την σοβαρότητα της κατάθλιψης. Δεν υπήρχε σημαντικό βαθμού σχέση ανάμεσα στην μείζονα κατάθλιψη και τις δυσκολίες ελαφριάς ή μέτριας μορφής σοβαρότητας.

Η ύπαρξη της μείζονος κατάθλιψης και η σοβαρότητα της κατάθλιψης σχετίζονταν σε μεγάλο βαθμό με την λειτουργική ανικανότητα. Οι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη δεν διέφεραν σημαντικά από τους ασθενείς χωρίς μείζονα κατάθλιψη στον μέσο όρο δοσολογίας πρεδνιζόνης και στον μέσο όρο προοδευτικής βλάβης. Δεν υπήρχε καθόλου σημαντικός συσχετισμός ανάμεσα στην δοσολογία της πρεδνιζόνης και την σοβαρότητα της κατάθλιψης.

6.1.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Τα μεγάλα ποσοστά επικράτησης της μείζονος κατάθλιψης ή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο (SLE) στην μελέτη είναι παρόμοια με εκείνα των προηγούμενων ερευνών. Ακόμη πιο σημαντικό είναι ότι, τα αποτελέσματα μας υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς με ενεργό νόσο του συστηματικού ερυθματώδους λύκου βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης.

Οι περιορισμοί αυτής της μελέτης είναι το σχετικό μικρό δείγμα, η απουσία μιας συγκριτικής ομάδας και ο αποσπασματικός της σχεδιασμός. Ακόμη περισσότερο, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι ασθενείς, που πάσχουν από συστηματικό ερυθματώδη λύκο με ενεργό την νόσο βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης μείζονος

κατάθλιψης από ότι οι ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο με την νόσο σε καταστολή, ανεξάρτητα από την ύπαρξη βιωμάτων ή την ροπή σε επαναλαμβανόμενες διαταραχές μείζονος κατάθλιψης. Αποδείχθηκε, επίσης, ότι οι ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο και μείζονα κατάθλιψη αναφέρουν περισσότερη λειτουργική ανικανότητα συγκρινόμενοι με εκείνους χωρίς κατάθλιψη. Η αποδοχή αυτών των συσχετισμών μπορεί να προσφέρει πιο κατάλληλο χειρισμό για αυτούς τους ασθενείς και μπορεί, επίσης, να δώσει νέες ιδέες για την κατανόηση του βασικού μηχανισμού, που εμπλέκεται σε αυτήν την σημαντική κλινική εκδήλωση του συστηματικού ερυθματώδους λύκου.

6.2

Η κόπωση στον συστηματικό ερυθματώδη λύκο: οι παράγοντες της δραστηριότητας της νόσου, του πόνου, της κατάθλιψης και η επικείμενη κοινωνική υποστήριξη.

Jump RL, Robinson ME, Armstrong AE, Barnes EV, Kilbourn KM, Richards HB

Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Φλόριντα

6.2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο πόνος και η ψυχολογική πίεση σχετίζονται με την κόπωση και η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να παίξει ανακουφιστικό ρόλο στην προσαρμογή σε μια χρόνια ασθένεια. Οι έρευνες του συσχετισμού ανάμεσα στην κόπωση και την δράση της νόσου στις χρόνιες ασθένειες δεν έδωσαν οριστικά συμπεράσματα. Η επιρροή των φαρμάκων στην επικείμενη κόπωση παραμένει αδιευκρίνιστη. Ερευνήθηκε η σχέση ανάμεσα στον πόνο, την κατάθλιψη, την κόπωση και την δραστηριότητα της νόσου σε ασθενείς που πάσχουν από συστηματικό ερυθματώδη λύκο (Σ.Ε.Λ).

6.2.2 ΜΕΘΟΔΟΙ:

Οι συμμετέχοντες (n=127) συμπλήρωσαν ένα ψυχοκοινωνικό ερωτηματολόγιο κατά την διάρκεια των συνηθισμένων τους επισκέψεων για εξετάσεις. Πραγματοποιήθηκε μια ιεραρχική, πολλαπλής αναδρομής ανάλυση για να προβλεφθεί η συμβολή της

δραστηριότητας της νόσου, του πόνου, της κατάθλιψης (Κατάλογος Κατάθλιψης Beck) και της επικείμενης κοινωνικής υποστήριξης στην κόπωση.

6.2.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η δραστηριότητα της νόσου όπως μετρήθηκε με τον Δείκτη Δραστηριότητας της Νόσου του συστηματικού ερυθματώδους λύκου(SLEDAI) δεν προέβλεψε επίπεδα ατομικών αναφορών κόπωσης. Η χρήση φαρμάκων δεν προέβλεψε επίπεδα κόπωσης. Ο πόνος και η κατάθλιψη ήταν και οι δύο μοναδικοί προγνώστες της κόπωσης. Ελέγχοντας για πόνο και κατάθλιψη, η επικείμενη κοινωνική υποστήριξη συνέβαλε αρνητικά στην διαφοροποίηση των επιπέδων κόπωσης υποδεικνύοντας μια ανακουφιστική επιρροή. Αυτό το μοντέλο εξήγησε ακριβώς το 42% της διακύμανσης των επιπέδων κόπωσης.

6.2.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Τα αποτελέσματα τονίζουν την σημασία της κατάθλιψης, του πόνου και της επικείμενης κοινωνικής υποστήριξης στην πρόγνωση των αναφερομένων επιπέδων κόπωσης στους ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο. Αντίθετα, η δραστηριότητα της νόσου, που μετρήθηκε με τον Δείκτη Δραστηριότητας Νόσου του συστηματικού ερυθματώδους λύκου (SLEDAI) δεν φαίνεται να υπολογίζει και την κόπωση στον συστηματικό ερυθματώδη λύκο. Η κατανόηση της επίδρασης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων πάνω στην κόπωση στον συστηματικό ερυθματώδη λύκο μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα του ασθενή μέσω ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, που στοχεύουν στην μείωση του πόνου και στην αύξηση των λειτουργιών και της κοινωνικής υποστήριξης.

6.3

Τα χαρακτηριστικά του αυτό-αντισώματος στον συστηματικό ερυθματώδη λύκο (SLE) με ψυχιατρικές εκδηλώσεις: ο ρόλος των αντί-ενδοθηλιακού κυττάρου αντισωμάτων.

Fabrizio Conti, Cristiano Alessandri, Daniela Bompane, Michele Bombardieri, Francesca Romana Spinelli, Anna Carlotta Rusconi και Guido Valesini

6.3.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην εξέλιξη της νόσου του συστηματικού ερυθματώδους λύκου αναφέρονται διάφορες ψυχιατρικές ανωμαλίες, συμπεριλαμβανομένων και των ψυχικών διαταραχών (συμπτώματα κατάθλιψης), της ψύχωσης και του άγχους. Η αναφερόμενη επικράτηση των ψυχιατρικών διαταραχών στον συστηματικό ερυθματώδη λύκο εκτείνεται ευρέως, κυμαινόμενη από 17% έως 75%. Η διάγνωση των ψυχιατρικών συνδρόμων στον συστηματικό ερυθματώδη λύκο είναι δύσκολη και εξαρτάται από την αφαίρεση των επιπλοκών, που οφείλονται σε μια ιατρογονική επίδραση φαρμάκων, σε ανωμαλίες του μεταβολισμού ή σε μολύνσεις. Περαιτέρω, η διάγνωση απαιτεί μια προσεκτική ψυχιατρική εξέταση για να αφαιρεθούν απλώς οι αντιδραστικές ψυχολογικές ανωμαλίες. Ειδικότερα, το άγχος μπορεί να αφορά μια αντιδραστική διαδικασία μάλλον παρά ένα χαρακτηριστικό του νευροψυχιατρικού συστηματικού ερυθματώδους λύκου

Θεωρήθηκε ότι διάφορες ιδιαιτερότητες αυτό-αντισωμάτων παίζουν ρόλο στην παθογένεση του νευροψυχιατρικού συστηματικού ερυθματώδους λύκου (NPSLE). Η ενδεχόμενη παθογονική υπεροχή έχει αποδοθεί στα αντισώματα, ανάμεσα σε άλλα, το αντί-νευρικό, το αντί-φωσφολιπιδιακό, το αντί-γαγγλιοσιδικό και την αντί-ριβοσωμική πρωτεΐνη P (αντί-P).

Ο στόχος της μελέτης ήταν να προσδιορισθεί ο συσχετισμός των ψυχιατρικών εκδηλώσεων και των διαφόρων αντισωμάτων που θα μπορούσαν να έχουν συμμετοχή στην παθογένεση των ψυχιατρικών διαταραχών στην εξέλιξη της νόσου του συστηματικού ερυθματώδους λύκου.

6.3.2 ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Αυτή η μελέτη συμπεριέλαβε 51 μη επιλεγμένους εξωτερικούς ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο (44 γυναίκες, 7 άνδρες, με μέσο όρο ηλικίας 36.8 ετών, σε κλίμακα 22-54 ετών, μέσο όρο διάρκειας νόσου 9.4 έτη, σε κλίμακα 0.5-26 έτη), που παρακολουθούνται στον Τομέα Ρευματολογίας του Πανεπιστημίου της Ρώμης “La Sapienza”. Όλοι οι ασθενείς συμπλήρωσαν τα αναθεωρημένα κριτήρια του Αμερικανικού Κολεγίου Ρευματολογίας (ACR) για την κατηγοριοποίηση του συστηματικού ερυθματώδους λύκου και τέλος λήφθηκε δείγμα αίματος από κάθε ασθενή.

Η ψυχιατρική διάγνωση πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Νοητικών Διαταραχών, 4^η έκδοση (DSM-IV). Η τυποποιημένη Κλινική Συνέντευξη για τις διαταραχές του άξονα I του DSM-IV διανεμήθηκε σε όλους τους ασθενείς από τον ίδιο ψυχίατρο. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε ομάδα Α ή Β βάσει της κλινικής ψυχιατρικής εξέτασης. Εκείνοι με την πιο σοβαρή ψυχοπαθολογία, όπως η ψύχωση και οι ψυχικές διαταραχές (υποτροπιάζουσα μείζονα κατάθλιψη, δυσθυμία ή καταθλιπτική διαταραχή, που δεν εξειδικεύεται αλλιώς) συμπεριλήφθηκαν στην ομάδα Α. Η ομάδα Β περιλάμβανε ασθενείς χωρίς ψυχιατρικές εκδηλώσεις εκτός από το άγχος. Δεν συμπεριλήφθηκαν στην ομάδα Α ασθενείς με αγχώδη ενόχληση μόνο επειδή στους περισσότερους ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο το άγχος θεωρείται μια δευτερογενής πιεστική αντίδραση και όχι μια άμεση εκδήλωση του νευροψυχιατρικού συστηματικού ερυθματώδους λύκου.

6.3.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ

Η επικράτηση των ψυχιατρικών διαταραχών στους ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο ήταν σε ποσοστό 3.9% (οι 2 στους 51), για ψύχωση, σε 29.4% (οι 15 στους 51) για ψυχικές διαταραχές και σε 31.4% (οι 16 στους 51) για άγχος. Η ομάδα Α αποτελούνταν από ασθενείς με πιο σοβαρή ψυχοπαθολογία, όπως η ψύχωση (δύο ασθενείς είχαν σοβαρή παραληρηματική παράνοια, ο ένας από αυτούς είχε καταδιωκτική και ο άλλος ερωτομανή) ή οι ψυχικές διαταραχές. Αναγνωρίστηκαν 15 ασθενείς με ψυχικές διαταραχές: οι 11 ασθενείς με σύνδρομο μείζονος κατάθλιψης (οι 5 με ένα μέτριας έντασης απλό επεισόδιο και οι 6 με μια υποτροπιάζουσα μέτριας έντασης διαταραχή), ο ένας ασθενής με δυσθυμία σε πρώιμο στάδιο και οι 3 ασθενείς με καταθλιπτική διαταραχή, που δεν ορίζεται διαφορετικά. Η ομάδα Β περιλάμβανε ασθενείς χωρίς ψυχιατρικές εκδηλώσεις άλλες εκτός από το άγχος. Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν σημαντικά στον μέσο

όρο ηλικίας, το φύλο, την διάρκεια της νόσου, στην δοσολογία στεροειδών, στην δραστηριότητα της νόσου ή στις νευρολογικές εκδηλώσεις.

6.3.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Αυτή η μελέτη παρέχει τις πρώτες αποδείξεις ενός συσχετισμού ανάμεσα στα ορογόνα αντισώματα αντί-ενδοθηλιακού κυττάρου και στις ψυχιατρικές διαταραχές σε ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο. Οι ψυχικές διαταραχές και η ψύχωση εντοπίστηκαν σε ποσοστό 29.4% και 3.9% των ασθενών, αντίστοιχα. Οι ψυχικές διαταραχές εμφανίζονται συχνά στους ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο με μια επικράτηση, που κυμαίνεται από το 16% έως το 51%, όπου η σχετική επικράτηση της ψύχωσης κυμαινόταν από το 2% έως το 7%.

Παρά τις γενικές μεγάλου μεγέθους έρευνες, η παθογένεση του νευροψυχιατρικού συστηματικού ερυθματώδους λύκου (NPSLE) δεν είναι επαρκώς κατανοητή. Παρόλο, που υπονοήθηκε ο άμεσος παθογονικός ρόλος των αντισωμάτων στον νευροψυχιατρικό συστηματικό ερυθματώδη λύκο (NPSLE) μέσω της εμφάνισης της νευρικής δυσλειτουργίας, της αγγειοπάθειας και της διαταραχής στην πήξη του αίματος, ο κλινικός συσχετισμός ανάμεσα στα αυτό-αντισώματα, που ανιχνεύθηκε τόσο στον ορό όσο και στον νωτιαίο μυελό, και στον νευροψυχιατρικό συστηματικό ερυθματώδη λύκο (NPSLE) παραμένει ασαφής.

Τέλος, το άγχος και η κατάθλιψη ανιχνεύονται συχνά στους ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο και υποδείχθηκε ότι αυτές οι διαταραχές είναι κυρίως ψυχο-αντιδραστικές. Όμως, σε μια μεγάλη αναδρομική μελέτη, οι ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο με κατάθλιψη παρουσίασαν εμπλοκή του κεντρικού νευρικού συστήματος πολύ πιο συχνά από ότι οι ασθενείς χωρίς, υποστηρίζοντας την άποψη ότι οι ψυχικές διαταραχές δεν είναι απλά μια αντίδραση στο άγχος. Τα δεδομένα που παρουσιάζουν την παρουσία του ορού των αντισωμάτων αντι-ενδοθηλιακού κυττάρου στο 60% των ασθενών με κατάθλιψη και μόνο στο 25% των ασθενών με άγχος μόνο υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η κατάθλιψη στον συστηματικό ερυθματώδη λύκο θα μπορούσε να έχει μια βιολογική προέλευση.

6.3.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Αυτή η μελέτη παρέχει αποδείξεις ενός συσχετισμού ανάμεσα στον ορό AECA και τις ψυχιατρικές διαταραχές (δηλ. την ψύχωση και τις ψυχικές διαταραχές) στους ασθενείς με

συστηματικό ερυθματώδη λύκο. Αντίστροφα, δεν θα ήταν ικανό να παρουσιασθεί κανένας συσχετισμός ανάμεσα στην ψυχοπαθολογία και τις άλλες ειδικότητες αντισωμάτων, που ερευνήθηκαν. Η υψηλή αυτή επικράτηση του ορού AECA στους ασθενείς με ψύχωση και ψυχικές διαταραχές υποστηρίζει την υπόθεση της βιολογικής προέλευσης αυτών των ανωμαλιών.

6.4

Ψυχιατρικές και ψυχολογικές διαταραχές σε ασθενείς με Συστηματικό Ερυθματώδη Λύκο: μελέτη των ενεργών και ανενεργών σταδίων της ασθένειας.

Τμήμα ψυχιατρικής και κλινικής ψυχολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Βαρκελώνης

6.4.1 ΘΕΜΑ

Ο στόχος της έρευνας ήταν να αναλυθούν οι ψυχιατρικές και ψυχολογικές διαταραχές σε ασθενείς με Συστηματικό Ερυθματώδη Λύκο, που μελετήθηκαν κατά τη διάρκεια της ενεργής και ανενεργής φάσης της ασθένειάς τους για μια περίοδο 6 μηνών. Επιλέχθηκαν 20 ασθενείς με Σ.Ε.Λ που παρουσίασαν έξαρση της ασθένειάς τους. Όλοι οι ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια που θεσπίστηκαν το 1982 από το Αμερικανικό Κολέγιο Ρευματολογίας. Για τις ανάγκες της έρευνας έγινε ψυχιατρική και ψυχοκοινωνική εκτίμηση. Ένα χρόνο αργότερα, επαναλήφθηκαν αυτές οι ψυχιατρικές και ψυχοκοινωνικές εκτιμήσεις, όταν πλέον υπήρχε αδράνεια της ασθένειας. Οι 20 ασθενείς που αξιολογήθηκαν ήταν γυναίκες, με μέση ηλικία 34 ετών. Σύμφωνα με την αξιολόγηση του CIS, διαγνώστηκαν ψυχιατρικές διαταραχές σε 8 ασθενείς (40%), κατά την ενεργή φάση της ασθένειας του Συστηματικού Ερυθματώδους Λύκου. Επιπρόσθετα, η διάγνωση έδειξε γενικευμένη ανησυχία σε 5 ασθενείς, διαταραχές πανικού σε 2 ασθενείς και τέλος γενικευμένη ανησυχία σε συνδυασμό με καταθλιπτική συμπτωματολογία σε ένα ασθενή. Ένα χρόνο αργότερα όταν η ασθένεια εμφάνισε μειωμένη δραστηριότητα, ψυχιατρικές διαταραχές διαγνώστηκαν σε 2 ασθενείς που αντιπροσωπεύουν το 10%. Όταν η ασθένεια του Σ.Ε.Λ ήταν αδρανής, οι ασθενείς δεν εμφάνισαν δυσθυμία και γενικευμένη ανησυχία.

6.5

Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ

Μήπως οφείλεται στον Λύκο;

Judah A. Denburg, M.D., F.R.C.P.C.

Susan D. Denburg, Ph.D.

6.5.1 ΘΕΜΑ

Μια από τις μορφές νευρο-ψυχιατρικών εκδηλώσεων στην κατάθλιψη Συστηματικού Ερυθματώδους Λύκου εμφανίζεται συχνά και είναι πολύ ενοχλητική για τον ασθενή. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης ή ακόμη και η μείζονα κατάθλιψη, που απαιτούν φαρμακευτική αγωγή εμφανίζονται απροσδόκητα σε ασθενείς με Συστηματικό Ερυθματώδη Λύκο και μπορεί να εμφανισθούν ανεξάρτητα με την δραστηριότητα της ασθένειας σε άλλα όργανα. Η θλίψη/μελαγχολία και οι διαταραχές ύπνου, με ή χωρίς κατάθλιψη, σχετίζονται με την ινο-μυαλγία στον Συστηματικό Ερυθματώδη Λύκο. Η ινο-μυαλγία αυτούσια εμφανίζεται συχνά στους ασθενείς, που πάσχουν από Συστηματικό Ερυθματώδη Λύκο. Αυτός ο συνδυασμός συναισθηματικών, μυοσκελετικών και σχετικών με τον ύπνο προβλημάτων είναι μυστηριώδης, όπως και η γένεση του. Σε πρόσφατες μελέτες, η ομάδα προσπάθησε να διαπιστώσει αν η εξέλιξη της ίδιας της αρρώστιας του Συστηματικού Ερυθματώδους Λύκου ή όχι, όπως π.χ. η διαδικασία αυτό-άνοσης, θα μπορούσε να ευθύνεται για την κατάθλιψη και τα σχετικά συμπτώματα σε μερικούς τουλάχιστον από την ομάδα ασθενών με Συστηματικό Ερυθματώδη Λύκο.

Έχουν εκπονηθεί μελέτες τόσο σε επιρρεπή στην ασθένεια του λύκου ποντίκια όσο και σε ανθρώπινα δείγματα ασθενών με Συστηματικό Ερυθματώδη Λύκο για να διαπιστωθεί αν υπάρχει κάποια σχέση αιτίας – αποτελέσματος ανάμεσα στον λύκο και την κατάθλιψη. Τα πειράματα σε ποντίκια, που εμφάνισαν την ασθένεια του λύκου φυσικά (χωρίς τεχνητά μέσα), έδειξαν ότι διάφορες ανωμαλίες στην συμπεριφορά εμφανίζονται ταυτόχρονα με την αυτό-άνοση ασθένεια. Τα ποντίκια παρουσιάζουν μια γενική φοβία-δειλία όπως ένα δισταγμό στην εξερεύνηση, εκτεταμένη όσφρηση ή αφή σε καινούρια αντικείμενα και έλλειψη ενδιαφέροντος σε ερεθίσματα, που επιβραβεύουν όπως το σιρόπι. Επιπλέον, αυτά τα ποντίκια, που πάσχουν από λύκο παραιτούνται πολύ νωρίτερα από ότι άλλα ποντίκια από την προσπάθεια εξεύρεσης σανίδας σε μια μάζα νερού, καταλήγοντας να επιπλέουν αβοήθητα. Αυτή αποτελεί συμπεριφορά ίδια με αυτήν, που θα εξέφραζαν τα ποντίκια, που θεωρούνται «καταθλιπτικά» (οι επιστήμονες εξάγουν αυτό το συμπέρασμα επειδή η συμπεριφορά αυτών των ποντικιών βελτιώνεται με θεραπεία αντικαταθλιπτικών). Παρόλο

που δεν μπορούν να ερωτηθούν τα ζώα «πως αισθάνονται», το συμπέρασμα που διεξήχθη ήταν ότι πολλές, αλλά όχι όλες, από τις ανωμαλίες στην συμπεριφορά, που παρουσίασαν αυτά τα ποντίκια, που πάσχουν από λύκο αποτελούν παραδείγματα της δικής τους «κατάθλιψης».

Αυτό που κάνει το θέμα της αποκαλούμενης κατάθλιψης των επιρρεπών στον λύκο ποντικών πολύ ενδιαφέρον και πληροφοριακό, ιδιαίτερα ως προς το αν ο λύκος σαν ασθένεια προκαλεί αυτές τις εκδηλώσεις ή όχι, είναι το γεγονός ότι με την χορήγηση ως θεραπευτική αγωγή κυκλοφωσφαμιδίου, μερικές από τις καταθλιπτικής μορφής συμπεριφορές επανέρχονται στις φυσιολογικές συμπεριφορές, όπως θα συνέβαινε αν είχαν χορηγηθεί στα ποντίκια αντικαταθλιπτικά! Αυτό υποδεικνύει ότι η εξέλιξη της αυτό-ανοσίας είναι πιθανόν υπεύθυνη για κάποιες από αυτές τις καταθλιπτικές συμπεριφορές. Ερευνώντας για το ποιοι παράγοντες του ανοσολογικού συστήματος θα μπορούσαν να προκαλέσουν αυτήν την καταθλιπτικής μορφής ασθένεια στα ποντίκια, ανακαλύφθηκε ένα ιδιαίτερο μόριο, που ονομάζεται ιντερλευκίνη-6, το οποίο εμφανίζεται σε πολλές φλεγμονώδεις αντιδράσεις στους συνδέσμους, στο δέρμα ή στο νευρικό σύστημα και το οποίο μπορεί να προκαλέσει άμεσα συμπτώματα κατάθλιψης. Όταν τα επίπεδα της ιντερλευκίνης-6 είναι αυξημένα σε ποντίκια, που δεν πάσχουν από λύκο, εμφανίζονται κάποιες από τις συμπεριφορές κατάθλιψης, όπως η αδιαφορία στα σιρόπια και η εκτεταμένη επίπλευση. Ένα αντίσωμα στην ιντερλευκίνη-6 περιορίζει κάποια από αυτήν την καταθλιπτική συμπεριφορά. Έτσι, η ιντερλευκίνη-6 μπορεί να αποτελεί μια αιτία της «κατάθλιψης», που παρατηρείται στα επιρρεπή στον λύκο ποντίκια.

Όσον αφορά τους ανθρώπους, αρκετά δεν είναι γνωστά για τους ενεργούς μηχανισμούς, που σχετίζονται με την κατάθλιψη. Όμως εξαιτίας του ενδιαφέροντος στην έρευνα και την εξέταση των ασθενών με λύκο για νοητικές ανωμαλίες (στην σκέψη, την μνήμη, την συγκέντρωση και τις σχετικές ικανότητες, οι οποίες εμφανίζονταν προηγουμένως να επιδεινώνονται σε πολλούς ασθενείς με λύκο), μελετήθηκαν τα γνωστικά χαρακτηριστικά των καταθλιπτικών ασθενών με λύκο και συγκρίθηκαν με ασθενείς, που πάσχουν από λύκο, χωρίς να είναι καταθλιπτικοί, όπως και με ασθενείς με κατάθλιψη, που δεν πάσχουν από λύκο. Φαίνεται ότι τα γνωστικά χαρακτηριστικά των καταθλιπτικών ασθενών με λύκο μπορεί να είναι διαφορετικά από αυτά των καταθλιπτικών ασθενών που δεν πάσχουν από λύκο, υποδεικνύοντας ότι υπάρχουν φλεγμονώδη περιστατικά σε εξέλιξη μέσα στον εγκέφαλο του ασθενούς με λύκο επιπρόσθετα ακριβώς στις αλλαγές, που παρατηρούνται στην χημεία του εγκεφάλου στην κατάθλιψη, που δεν οφείλεται στον λύκο. Τώρα έγινε προσπάθεια να βρεθεί αν η

ιντερλευκίνη-6 παίζει κάποιο ρόλο σαν αίτιο τόσο της κατάθλιψης όσο και των διανοητικών ανωμαλιών στους ασθενείς με λύκο. Επίσης θα χορηγηθούν αντικαταθλιπτικά τόσο στους καταθλιπτικούς ασθενείς με λύκο όσο και σε αυτούς με κατάθλιψη χωρίς λύκο, για να διαπιστωθεί αν οι ανταποκρίσεις στην θεραπεία είναι διαφορετικές. Μπορεί να υπάρχει μια πιο φτωγή ανταπόκριση στην βασική αντικαταθλιπτική θεραπεία των ασθενών με λύκο εξαιτίας των επιπλέον φλεγμονωδών παραγόντων, που μπορεί να είναι η κατάθλιψη. Για αυτό, μπορεί να συμπεραίνεται ότι τα αντί-φλεγμονώδη ή τα ανοσοκατασταλτικά επιπρόσθετα στα ή αντί για τα αντικαταθλιπτικά, θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για να αντιμετωπισθεί η κατάθλιψη στον λύκο, καθώς η ίδια η ασθένεια του λύκου θα μπορούσε να προκαλεί αυτό το πρόβλημα. Ακριβώς, όπως στα δείγματα ποντικίου, όπου το κυκλοφωσφαμίδιο θα μπορούσε να αντιμετωπίσει μέρος της κατάθλιψης, μπορεί παρόμοια αλλά λιγότερο τοξικά φάρμακα με απευθυνόμενα στο ανοσολογικό σύστημα θα μπορούσαν να βοηθήσουν την κατάθλιψη, που παρατηρείται στον Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο. Υπάρχει ελπίδα με την συνεχή έρευνα να ξεκαθαριστεί αυτό το ζήτημα σύντομα.

6.6

ΑΠΟΠΕΙΡΕΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗ ΛΥΚΟ

Κέντρο Ρευματολογίας, Νοσοκομείο Middlesex, Πανεπιστήμιο Λονδίνου
Karassa FB, Magliano M, Isenberg DA.

6.6.1 ΘΕΜΑ

Η εξασφάλιση καλύτερης κατανόησης των αιτιών της συμπεριφοράς με τάσεις αυτοκτονίας στους ασθενείς με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο.

6.6.2 ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν τα ιατρικά αρχεία των πρώτων 300 ασθενών με συστηματικό ερυθηματώδη λύκο, που παρακολουθούνται από το τμήμα σε μια χρονική περίοδο 20 ετών για να εντοπισθούν απόπειρες αυτοκτονίας και αυτοκτονίες. Ο στόχος ήταν να αναγνωρισθούν πιθανοί παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία σε αυτούς τους ασθενείς, που να σχετίζεται με την υφιστάμενη κατάσταση τους.

Όλοι οι ασθενείς συμπλήρωσαν τα αναθεωρημένα (1982) κριτήρια του Αμερικανικού Κολεγίου Ρευματολογίας (ACR) για την ταξινόμηση του συστηματικού ερυθματώδους λύκου.

Καταγράφηκαν τα δημογραφικά, τα κλινικά και τα εργαστηριακά δεδομένα όπως και οι τρέχουσες και οι προηγούμενες θεραπείες από τα αρχεία των ασθενών. Η δραστηριότητα της νόσου εκτιμήθηκε χρησιμοποιώντας τον Δείκτη της Βρετανικής Ομάδας Αξιολόγησης Λύκου (BILAG) (3^η Έκδοση). Ο λύκος νευρο-ψυχιατρικής μορφής (NPSLE) ορίστηκε σύμφωνα με τους ορισμούς του Αμερικανικού Κολεγίου Ρευματολογίας (ACR).

6.6.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από το 1979 πέντε ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο (2%), τέσσερις γυναίκες και ένας άνδρας έκαναν επτά απόπειρες αυτοκτονίας αν και μόνο μια ήταν μοιραία. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών κατά την περίοδο της απόπειρας ήταν 41 ετών και η μέση διάρκεια της νόσου 2.5 χρόνια (σε κλίμακα 1-11 χρόνια). Όλοι οι ασθενείς είχαν ιστορικό κατάθλιψης κατά την περίοδο της απόπειρας. Κανένας από αυτούς δεν νοσούσε κατά την περίοδο της απόπειρας. Μόνο ένας ασθενής είχε εκφράσει προηγουμένως πρόθεση αυτοκτονίας και βρέθηκε να έχει αφήσει και σημείωμα για τους λόγους (ασθενής 1). Κανένας από τους άλλους, όσο ήταν δυνατό να εξακριβωθεί, δεν είχε εκφράσει σκέψεις αυτοκτονίας ή είχε δώσει προειδοποιητικά δείγματα. Μετά από τις δύο απόπειρες οι ασθενείς δεν μπορούσαν να περιγράψουν ξεκάθαρα πως έγιναν ευάλωτοι σε αυτοκτονικές τάσεις. Όμως τέσσερις ασθενείς εξέφρασαν δυσκολία στο να συμβιβασθούν με την αλήθεια της διάγνωσης συστηματικού ερυθματώδους λύκου. Ένας ασθενής (ο ασθενής 3) ανέφερε διαταραχές ύπνου και επιθετικότητα ένα χρόνο πριν την απόπειρα αυτοκτονίας. Οι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως η ανεργία, η περιθωριοποίηση και η απομόνωση στην κοινωνία λόγω της χρόνιας νόσου υπήρχαν σε όλους τους ασθενείς. Η λήψη φαρμάκων ήταν ο μόνος τρόπος για συμπεριφορές αυτοκτονίας και χρησιμοποιήθηκαν τα σχετικά αναλγητικά φάρμακα κανονικά σε έξι περιπτώσεις ασθενών. Η άλλη μορφή λήψης φαρμάκων ήταν η χρήση ενός υγρού τερεβινθίνης. Όλοι οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν από ένα ψυχίατρο και προσέλαβαν θεραπεία για κατάθλιψη.

Όλοι οι ασθενείς είχαν στοιχεία νευρο-ψυχιατρικής μορφής συστηματικού ερυθματώδους λύκου (NPSLE) πριν από την στιγμή της απόπειρας αυτοκτονίας. Οι ασθενείς 2-5 είχαν κατάθλιψη με ή χωρίς αγχώδη κατάσταση κατά την περίοδο της απόπειρας. Η ασθενής 1 είχε ένα πολύπλοκο ιστορικό και οι δύο ψυχίατροι, που την

παρακολουθούσαν έδωσαν αποκλίνουσες απόψεις. Εξισορροπώντας τα πράγματα ήταν λογικό να θεωρηθεί ότι ήταν σε κατάθλιψη κατά την περίοδο της πρώτης απόπειρας αλλά αυτή δεν ήταν τόσο ξεκάθαρη εικόνα κατά την περίοδο της δεύτερης απόπειρας της. Είχε προοδευτική νοητική δυσλειτουργία όπως παρουσιάστηκε από μια ύφεση στον προφορικό δείκτη νοημοσύνης και στην εξασθένηση της μνήμης, με μια βαθιά επιρροή στην διάθεση της ασθενούς και ένα αίσθημα απελπισίας.

Ο μέσος χρόνος από την εμφάνιση της εμπλοκής του κεντρικού νευρικού συστήματος έως την απόπειρα αυτοκτονίας ήταν 12.5 μήνες (σε μια περίοδο 3-27 μηνών). Στους δύο από τους τρεις ασθενείς, που εξετάστηκαν με εγκεφαλογράφημα (MRI) βρέθηκαν πολλαπλές βλάβες στην φαιά ουσία.

Δύο ασθενείς είχαν εκτιμητή δραστηριότητα της νόσου κατά την περίοδο της απόπειρας. Υπήρχε λεμφοπενία σε έξι περιστατικά, με τον αριθμό των λεμφοκυττάρων στα δύο να είναι λιγότερος του $0.7 \times 10^9/l$. Ανιχνεύθηκαν αντισώματα αντί-SSA/Ro σε τρεις ασθενείς όπου κανένας από αυτούς δεν είχε αντισώματα αντί-SSB/La. Μετά την απόπειρα αυτοκτονίας στην ασθενή 1 χορηγούνταν δόσεις κυκλοφωσφαμίδης και μεθυλπρεδνιζολόνης (ο πρώτος κύκλος ακολουθήθηκε από την πρώτη απόπειρα), ο ασθενής 4 προσλάμβανε τρεις δόσεις μεθυλπρεδνιζολόνης και η χορηγούμενη δια στόματος πρεδνιζολόνη αυξήθηκε στους ασθενείς 2,3 και 5 (με ένα μέσο όρο 20 mg την ημέρα). Η ασθενής 1 εξακολούθησε να χειροτερεύει νοητικά και παρά την θεραπεία με κυκλοφωσφαμίδη και το μονοκλωνικό αντίσωμα αντί- CD20 οδηγούσε σε εκδηλώσεις νευροψυχιατρικού συστηματικού ερυθματώδους λύκου (NPSLE). Αυτή η ασθενής έκανε δύο διαδοχικές απόπειρες αυτοκτονίας με την τελευταία να αποβαίνει μοιραία.

6.6.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο βρίσκονται σχεδόν πέντε φορές σε μεγαλύτερο κίνδυνο για αυτοκτονία από ότι ήταν αναμενόμενο. Στην ομάδα ασθενών το 2% είχαν καταγεγραμμένο ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας. Μήπως θα ήταν δυνατόν να έχουν αποφευχθεί περισσότερες απόπειρες αυτοκτονίας; Δεν μπορεί να αποκλεισθεί εντελώς αυτή η πιθανότητα αλλά να θεωρηθεί απίθανο καθώς το ερωτηματολόγιο BILAG, που συμπληρώνεται σε κάθε εξέταση ασθενούς καταγράφει συγκεκριμένα κατάθλιψη και οποιαδήποτε επιδείνωση αυτού του χαρακτηριστικού θα οδηγούσε σε περισσότερες εξετάσεις σχετικά με τις απόπειρες αυτοκτονίας. Σαν έλεγχο μελετήθηκαν οι σημειώσεις πάνω σε 140 ασθενείς με πρώιμο σύνδρομο Sjogren (ξηροστομία, διόγκωση παρωτίδων

κλπ.), που παρακολουθούνταν από το 1988 έως το 2001. Μέχρι σήμερα κανένας από αυτούς δεν έκανε απόπειρα αυτοκτονίας.

Όλοι οι ασθενείς, που έκαναν απόπειρες αυτοκτονίας είχαν διαγνωσθεί σαν καταθλιπτικοί κάποια χρονική στιγμή πριν από την απόπειρα. Η ψυχιατρική διαταραχή αντιπροσωπεύει μια συνηθισμένη εκδήλωση νευρο-ψυχιατρικού συστηματικού ερυθματώδους λύκου (NPSLE) και μπορεί να κυμαίνεται από ελαφριάς μορφής συναισθηματικές διαταραχές μέχρι σοβαρές ψυχώσεις. Οι ασθενείς με νευροψυχιατρικό συστηματικό ερυθματώδη λύκο (NPSLE) έκαναν απόπειρες αυτοκτονίας μέσα σε δύο χρόνια από την έναρξη εμπλοκής του κεντρικού νευρικού συστήματος. Όλοι εκτός από έναν είχαν ικανοποιητικά αποτελέσματα με πιο εντατική θεραπεία. Ομοίως, οι πέντε στους επτά ασθενείς που καταγράφηκαν ως αποπειραθέντες αυτόχειρες με συστηματικό ερυθματώδη λύκο παρουσιάστηκαν είτε ως καταθλιπτικοί είτε ως σχιζοφρενείς. Οι τρεις επιζήσαντες είχαν ικανοποιητική αντίδραση στην αυξημένη δοσολογία στεροειδών ή ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων. Κανένας από τους 300 ασθενείς δεν αποπειράθηκε να αυτοκτονήσει μετά από θεραπεία με μεγάλη δοσολογία κορτικοστεροειδών. Η αϋπνία ήταν ένα χαρακτηριστικό σε όλους τους ασθενείς πριν από την απόπειρα αυτοκτονίας και η εμφάνιση μείωσης επιπέδων συμπληρώματος στο αίμα και η μείωση στην δοσολογία των στεροειδών, πιθανώς επιφέροντας μια σχεδόν ευνοϊκότερη ρύθμιση της δραστηριότητας της νόσου υπονοήθηκαν σαν σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για αυτοκτονία.

Ο Futrell και άλλοι περιέγραψε έξι απόπειρες αυτοκτονίας σε 31 ασθενείς με νευροψυχιατρικό συστηματικό ερυθματώδη λύκο (NPSLE) με μεγάλες αλλαγές στην συμπεριφορά. Έχουν καταγραφεί, επίσης, ασθενείς αυτόχειρες με συστηματικό ερυθματώδη λύκο σε συνδυασμό με κατάθλιψη και επιθετική συμπεριφορά.

Παρόλο που έχει εντοπισθεί μια σύνδεση ανάμεσα στην ψύχωση λύκου και στα αντιριβωσώμικα αντισώματα τύπου P δεν υπάρχουν διαθέσιμα εύκολα άρθρα, που να μελετούν αυτά τα αντισώματα για να αναγνωρίζονται ποιοι ασθενείς βρίσκονται σε κίνδυνο στην συνηθισμένη κλινική εξέταση. Ενδιαφέρον είναι ότι εντοπίστηκαν αντισώματα SSA/Ro σε τρεις από τους ασθενείς μας. Αυτά αποτελούν το διπλάσιο στο 30% της επικράτησης αυτών των αντισωμάτων στους ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο γενικά (σχετικός κίνδυνος=3.66, D A Isenberg, μη δημοσιευμένες παρατηρήσεις). Κανένας από αυτούς δεν είχε υποδεέστερα αντισώματα SSB/La. Ο συσχετισμός αυτού του πορίσματος είναι άγνωστος.

Οι ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο αυτοκτονίας και είναι σημαντική η ψυχραιμία για να αναγνωρισθούν και να διαχειριστούν τα συμπτώματα και τα σημάδια κατάθλιψης. Παρόλο που η εμπλοκή του κεντρικού νευρικού συστήματος προσθέτει ένα επιπλέον κίνδυνο δεν θα πρέπει να υποτιμάμε την σημασία των ψυχοκοινωνικών παραγόντων, που έρχονται αντιμέτωποι με την απειλή της ζωής και που τους προκαλεί η απρόβλεπτη νόσος.

6.6.5 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η περισσότερη ενημέρωση για τον κίνδυνο αυτοκτονίας των ασθενών με ψυχιατρικής μορφής εκδηλώσεις του συστηματικού ερυθματώδους λύκου μπορεί να βοηθήσει στην μείωση των περιστατικών αυτού του ενδεχομένως μοιραίου φαινομένου.

Η απόπειρα αυτοκτονίας είναι μια πράξη αυτό-επιβαλλόμενης βλάβης συνοδευόμενης από αναμφίβολη ή ενδεχόμενη πρόθεση πρόκλησης θανάτου. Παρόλο που ο ένας στους οκτώ με 10 ανθρώπους, που αποπειρώνται να αυτοκτονήσουν το καταφέρνει, η αυτοκτονία παραμένει μια σημαντική αιτία θανάτου. Περισσότερα από το 90% των θυμάτων από αυτοκτονία είναι ψυχιατρικά άρρωστα και το 45-77% αυτών είχαν ψυχική διαταραχή την στιγμή του θανάτου. Η χρόνια σωματική ασθένεια αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου για αυτοκτονία. Ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος είναι μια νόσος με κίνδυνο, που αποτιμάται να είναι πέντε φορές υψηλότερος από ότι ήταν αναμενόμενο. Πολλοί παράγοντες μπορεί να συμβάλλουν σε αυτά τα περιστατικά: οι παθο-φυσιολογικές αλλαγές στον εγκέφαλο, που απορρέουν από την υφιστάμενη νόσο (NPSLE), η κατάθλιψη που σχετίζεται με την μεταβλητή πορεία και την απρόβλεπτη φύση της νόσου και τα κορτικοστεροειδή μπορεί κάποιες φορές να προκαλέσουν νοητική διαταραχή.

6.7

Οι ψυχιατρικές και οι ψυχοκοινωνικές διαταραχές σε ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο: μια μακροχρόνια μελέτη των σταδίων δράσης και αδράνειας της νόσου.

Τμήμα Ψυχιατρικής και Κλινικής Ψυχολογίας, Τμήμα Ιατρικής, IDIBAPS (Ινστιτούτο Ερευνών, Βιο-ιατρική August Pi i Sunyer), Νοσοκομειακή Κλινική, Σχολή Ιατρικής, Πανεπιστήμιο της Βαρκελώνης, Βαρκελώνη, Ισπανία

Το θέμα ήταν να αναλυθούν οι ψυχιατρικές διαταραχές και η ψυχοκοινωνική δυσλειτουργία στους ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο, με μακροχρόνια μελέτη κατά την διάρκεια του ενεργού και του συνεπαγόμενου ανενεργού σταδίου της ασθένειας τους. Κατά την διάρκεια μιας περιόδου 6 μηνών μελέτης, επιλέχθηκαν 20 συνεχείς ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο, που παρουσιάστηκαν με μια αναζωπύρωση του συστηματικού ερυθματώδους λύκου. Όλοι οι ασθενείς συμπλήρωναν τα αναθεωρημένα κριτήρια (1982) του Αμερικανικού Κολεγίου Ρευματολογίας για την ταξινόμηση της νόσου του συστηματικού ερυθματώδους λύκου. Όταν οι ασθενείς εισήλθαν στην έρευνα, πραγματοποιήθηκε ψυχιατρική (CIS, RDC, STAI, HD, BDI, GHQ και MMS) και ψυχοκοινωνική (GAS και VAS-P) εξέταση στην ομάδα. Ένα χρόνο αργότερα, επαναλήφθηκε η ψυχιατρική και η ψυχοκοινωνική εξέταση όταν οι ασθενείς παρουσίαζαν αδράνεια της νόσου. Οι 20 ασθενείς, που εξετάστηκαν ήταν γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας 34 ετών. Σύμφωνα με την μέθοδο εξέτασης CIS, διαγνώστηκαν 8 ψυχιατρικά περιστατικά (40%) στο στάδιο έξαρσης του συστηματικού ερυθματώδους λύκου. Η μέθοδος διάγνωσης RDC έδειξε γενικευμένο άγχος σε 5 ασθενείς, κρίσεις πανικού σε 2 ασθενείς και γενικευμένο άγχος συν καταθλιπτικά συμπτώματα σε ένα ασθενή. Ένα χρόνο αργότερα, όταν οι ασθενείς δεν παρουσίαζαν δράση της νόσου, διαγνώστηκαν 2 ψυχιατρικά περιστατικά (10%). Όταν οι ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο παρουσιάζονταν κλινικά ανενεργοί εμφάνιζαν χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής πίεσης (κλίμακα διάγνωσης GHQ, 1.8 έναντι 5.6, $P < 0.001$), με λιγότερο βαθμό άγχους μετρημένο τόσο με τις κλίμακες διάγνωσης HA (3.2. έναντι 8.2, $P < 0.01$) όσο και με την STAI-S (7.95 έναντι 20.90, $P < 0.001$). Βρέθηκε επίσης χαμηλότερο επίπεδο στην αίσθηση του πόνου (VAS-P) (2.80 έναντι 4.25, $P < 0.01$) και υψηλότερη

επαγγελματική δραστηριότητα (VAS-P) (83.9 έναντι 66.2, $P < 0.01$) και γενική ευεξία (GAS) (93.75 έναντι 83.50, $P < 0.05$) κατά την διάρκεια του σταδίου αδράνειας της νόσου. Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές όταν συγκρίναμε την νοητική επιδείνωση, τον βαθμό κατάθλιψης και την φυσική δυσλειτουργία ανάμεσα στο στάδιο δράσης και σε αυτό της αδράνειας της νόσου. Συμπερασματικά, στους ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο οι ψυχιατρικές και οι ψυχοκοινωνικές διαταραχές κατά την διάρκεια οξείας μορφής επεισοδίων είναι συνήθως ελαφρές και φαίνεται να σχετίζονται με την ψυχολογική επίδραση της δραστηριότητας της νόσου στην ζωή των ασθενών. Αυτή η μορφή ψυχιατρικής παθολογίας είναι παρόμοια με αυτήν, η οποία θα ήταν αναμενόμενη σε άλλες ομάδες, που αντιμετωπίζουν ένα έντονης πίεσης επεισόδιο, υποδεικνύοντας ότι οι ασθενείς δεν αντέδρασαν με ένα τρόπο εξειδικευμένα προσδιορισμένο από την συστηματική τους νόσο.

6.8

Νευροψυχιατρικά σύνδρομα σε ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο και ρευματοειδή αρθρίτιδα.

Τμήμα Ρευματολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Κέντρο Ερευνών Υγείας Queen Elizabeth II και Πανεπιστήμιο Dalhousie, Halifax, Νέα Σκωτία, Καναδάς

6.8.1 ΘΕΜΑ

Η αιτία των νευρολογικών (N) και ψυχιατρικών (P) συνδρόμων σε ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο έχει πολλαπλούς παράγοντες και περιλαμβάνει πρώιμους ανοσο-παθογονικούς μηχανισμούς, μη συγκεκριμένα επακόλουθα χρόνιας νόσου και συνεπαγόμενες ασθένειες. Συγκρίθηκαν η υπεροχή, η ποικιλία και η κλινική σημασία των νευρο-ψυχιατρικών συνδρόμων σε ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο και ρευματοειδή αρθρίτιδα.

6.8.2 ΜΕΘΟΔΟΣ

Πενήντα-τρεις ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο ενώθηκαν σύμφωνα με την ηλικία και το φύλο τους με 53 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, που παρακολουθούν μη κλινική θεραπεία σε ένα απλό ακαδημαϊκό ιατρικό κέντρο. Όλοι συμπλήρωσαν τα κριτήρια ταξινόμησης είτε του συστηματικού ερυθματώδους λύκου

είτε της ρευματοειδούς αρθρίτιδας του Αμερικανικού Κολεγίου Ρευματολογίας (ACR). Οι συνεχείς νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις προσδιορίστηκαν χρησιμοποιώντας την ορολογία και τους ορισμούς περιστατικών του Αμερικανικού Κολεγίου Ρευματολογίας για 19 νευροψυχιατρικά σύνδρομα. Η κατάθλιψη και το άγχος μετρήθηκαν με την μέθοδο Νοσοκομειακές Κλίμακες Άγχους και Κατάθλιψης (HADS) και τα συμπτώματα νοητικής διαταραχής εξετάστηκαν με το Ευρετήριο Νοητικών Συμπτωμάτων (CSI). Η σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQOL) εξετάστηκε με την μέθοδο SF-36 και η κόπωση με μια κλίμακα 10 βαθμών Likert.

6.8.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς ταίριαζαν απόλυτα όσον αφορά την ηλικία, το φύλο, την διάρκεια της νόσου και το μορφωτικό επίπεδο. Δεν υπήρξαν σημαντικές διαφορές στις προσωπικές αναφορές στην σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQOL), την κόπωση, το άγχος, την κατάθλιψη και τα νοητικά συμπτώματα ανάμεσα στις 2 ομάδες. Η αναλογία των ασθενών με συνεπαγόμενα νευροψυχιατρικά περιστατικά ήταν υψηλότερη στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα από ότι στους ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο (47% έναντι 28%, $p=0.045$) και από αυτούς η εμφάνιση πολλαπλών νευροψυχιατρικών περιστατικών στους αυτοτελείς ασθενείς ήταν συγκρίσιμη και στις δύο ομάδες (SLE 53%, RA 48%, $p=0.75$). Το πενήντα πέντε τοις εκατό και το 66% των νευροψυχιατρικών περιστατικών συνέβησαν πριν από την διάγνωση του συστηματικού ερυθματώδους λύκου και της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, αντίστοιχα. Τα κοινά νευροψυχιατρικά περιστατικά τόσο στους ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο όσο και στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα ήταν οι πονοκέφαλοι, οι διαταραχές στην διάθεση, οι οξείας μορφής καταστάσεις σύγχυσης, το άγχος, η εγκεφαλο-αγγειακή νόσος και η νοητική διαταραχή. Οι κρίσεις επιληψίας και το σύνδρομο απομυελίνωσης εμφανίσθηκαν μόνο στους ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο αλλά ήταν σπάνια περιστατικά. Τα επίπεδα κατάθλιψης (HADS) ήταν σημαντικά υψηλότερα στους ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο με ιστορικό συνεχόμενων νευροψυχιατρικών περιστατικών συγκρινόμενοι με τους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα με νευροψυχιατρικά περιστατικά ($p=0.02$). Ομοίως, τα συμπτώματα νοητικής διαταραχής (CSI) ήταν πιο συνηθισμένα στους ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο με ιστορικό νευρο-ψυχιατρικών εκδηλώσεων ($p=0.02$). Όμως δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στην υπό-κλίμακα SF-36 ή στα επίπεδα κόπωσης ανάμεσα στους ασθενείς με

συστηματικό ερυθματώδη λύκο και στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα με προοδευτικά νευρο-ψυχιατρικά περιστατικά.

6.8.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Τα νευρο-ψυχιατρικά σύνδρομα, ανεξάρτητα από την αιτιολογία, είναι συνηθισμένα τόσο στους ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο όσο και στους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Οι ασθενείς συστηματικού ερυθματώδους λύκου με νευρο-ψυχιατρικά σύνδρομα παρουσιάζουν περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης ή νοητικής διαταραχής συγκρινόμενοι με τους ασθενείς της ρευματοειδούς αρθρίτιδας με νευρο-ψυχιατρικό σύνδρομο αλλά δεν παρουσιάζουν σημαντικά αδύνατη σχετική με την υγεία ποιότητα ζωής (HRQOL). Αυτά τα αποτελέσματα τονίζουν την ύπαρξη μη συγκεκριμένων νοσογόνων αιτιών των νευροψυχιατρικών εκδηλώσεων στους ασθενείς συστηματικού ερυθματώδους λύκου, τα οποία θα πρέπει να αναγνωρίζονται σε μελλοντικές μελέτες παθογένεσης και θεραπείας.

6.9

Η κατάθλιψη, η κόπωση και ο πόνος στον συστηματικό ερυθματώδη λύκο: σχέση με την νευροψυχολογική λίστα συστηματικού ερυθματώδους λύκου του Αμερικανικού Κολεγίου Ρευματολογίας.

Εθνικό Εβραϊκό Κέντρο Ιατρικής και Έρευνας, Κέντρο Ερευνών Υγείας του Πανεπιστημίου του Κολοράντο, Denver, CO 80206, Η.Π.Α.

6.9.1 ΘΕΜΑ

Να εξετασθεί η συχνότητα και διατήρηση της κατάθλιψης, της κόπωσης και τους πόνου από μετρήσεις προσωπικών αναφορών σε ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο και οι έλεγχοι υγείας και να εξετασθεί η σχέση ανάμεσα σε ένα δείκτη νοητικής λειτουργίας που πηγάζει από την λίστα δοκιμασιών νευροψυχολογικής έρευνας σε ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο του Αμερικανικού Κολεγίου Ρευματολογίας (λίστα ACR-SLE) και μετράει την κατάθλιψη, τον πόνο, την κόπωση και την εμφανή νοητική διαταραχή.

6.9.2 ΜΕΘΟΔΟΙ

Τριάντα- ένας ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο με ιστορικό εμφανών νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων (νευροψυχιατρικός συστηματικός ερυθματώδης λύκος [NPSLE]), 22 ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο αλλά χωρίς εμφανή νευροψυχιατρικά συμπτώματα (όχι-NPSLE) και 25 υγιείς συμπλήρωσαν τις ακόλουθες μετρήσεις σαν βασική γραμμή και 1 μηνός συνεχή παρακολούθηση: την λίστα ACR-SLE, τις εμφανείς νοητικές δυσκολίες, την κατάθλιψη, την κόπωση και τον πόνο.

6.9.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο (τόσο αυτοί με νευροψυχιατρικό όσο και αυτοί χωρίς) εμφάνισαν υψηλότερου βαθμού συμπτώματα κατάθλιψης, υψηλότερα επίπεδα κόπωσης, μεγαλύτερο πόνο και περισσότερα εμφανή νοητικά προβλήματα. Όλες οι μετρήσεις εκτός από την κλίμακα κατάθλιψης του Κέντρου Επιδημιολογίας (CES-D) παρουσίασαν επαρκή διατήρηση έναντι των ομάδων με συστηματικό ερυθματώδη λύκο στην επανάληψη της δοκιμασίας. Μόνο οι ασθενείς με νευροψυχιατρικό συστηματικό ερυθματώδη λύκο (NPSLE) είχαν σημαντικούς συσχετισμούς ανάμεσα στον δείκτη νοητικής λειτουργίας και την κατάθλιψη, την κόπωση και τον πόνο. Ούτε οι μη νευροψυχιατρικού συστηματικού ερυθματώδους λύκου ασθενείς αλλά ούτε και οι υγιείς είχαν σημαντικούς συσχετισμούς με τον δείκτη νοητικής λειτουργίας και αυτές τις μετρήσεις συμπεριφοράς.

6.9.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα νοητικών δυσκολιών, κατάθλιψης, πόνου και κόπωσης συγκρινόμενοι με τους υγιείς. Η διατήρηση για όλες τις μετρήσεις, εκτός από αυτήν του Κέντρου Επιδημιολογίας, ήταν καθιερωμένες στην ομάδα ασθενών με συστηματικό ερυθματώδη λύκο. Γενικά, τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι η νοητική διαταραχή, ο πόνος, η κόπωση και η κατάθλιψη στους ασθενείς με νευροψυχιατρικό συστηματικό ερυθματώδη λύκο μπορεί να αντιπροσωπεύουν γενικές αλλαγές στο κεντρικό νευρικό σύστημα που απαιτούν συνεχή εξέταση και θεραπεία.

6.10

Η κόπωση στον Συστηματικό Ερυθματώδη Λύκο (SLE): Η συμβολή των διαταραχών ύπνου, της αϋπνίας και της κατάθλιψης.

Πανεπιστήμιο του Τορόντο, Κέντρο Πρόγνωσης και Έρευνας των Ρευματικών Ασθενειών, Οντάριο, Καναδάς.

Iaboni A., Ibanez D., Gladman DD., Urowitz MB., Moldofsky H.

6.10.1 ΘΕΜΑ

Να ξεκαθαριστεί ο ρόλος των διαταραχών ύπνου, της αϋπνίας και της κατάθλιψης στους ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο, που εκφράζουν παράπονα κόπωσης.

6.10.2 ΜΕΘΟΔΟΙ

Οι ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο (31 γυναίκες και 4 άνδρες) με υπερκόπωση εξετάστηκαν με την μέθοδο μέτρησης Υπνηλίας Epworth (ESS) και ολονύχτιο πολύ-υπνογράφημα, που ακολουθήθηκε από ημερήσιες πολλαπλές δοκιμασίες τάσης ύπνου (MSLT) και το Ευρετήριο Κατάθλιψης Beck (BDI). Το πολύ-υπνογράφημα τους συγκρίθηκε με αυτό από 17 υγιείς, χωρίς συμπτώματα.

6.10.3 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το πολύ-υπνογράφημα των ασθενών σε σύγκριση με τους ελέγχους των υγιών έδειξε επιδείνωση επάρκειας ύπνου, υψηλού βαθμού συχνότητες αφύπνισης, αυξημένο ύπνο σταδίου 1, μειωμένο ύπνο σταδίου $\frac{3}{4}$ ύπνου βραδέων κυμάτων και υψηλό ποσοστό (το 77% των ασθενών) με αυξημένο άλφα- EEG και όχι ύπνο REM. Στο 23% των ασθενών παρατηρήθηκε διαταραχή στην περιοδική κίνηση των άκρων (PLM). Το 26% των ασθενών είχαν ανασταλτική άπνοια ύπνου και ένας ασθενής είχε ναρκοληψία- καταπληξία. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 51% των ασθενών είχαν υπερβολική τάση για ύπνο τόσο στις δοκιμασίες ESS όσο και στις MSLT (μέσος όρος τάσης για ύπνο < 10 λεπτά). Αυτή η υπερβολική υπνηλία κατά την διάρκεια της ημέρας δεν σχετιζονταν με την έλλειψη ύπνου. Δεν υπήρχε σχέση ανάμεσα στην υπνηλία και τα χαρακτηριστικά της νόσου του συστηματικού ερυθματώδους λύκου όπως ο νευροψυχιατρικός συστηματικός ερυθματώδης λύκος, τα φάρμακα, η ινομυαλγία, ή η δράση της νόσου. Σαν συμπέρασμα, η ομάδα μελέτης αναφέρθηκε ως από ελαφριάς έως μέτριας μορφής καταθλιπτική. Μέσα

στην ομάδα οι ασθενείς με τάσεις υπνηλίας είχαν χαμηλότερο βαθμό στον δείκτη BDI (κατάθλιψη) από ότι οι ασθενείς με τάσεις στην αϋπνία και λιγότεροι από τους ασθενείς με τάσεις υπνηλίας ήταν καταθλιπτικοί .

6.10.4 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι πρώιμες διαταραχές ύπνου, η υπνηλία και η κατάθλιψη είναι συνηθισμένες στους κουρασμένους ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο. Η κόπωση στον συστηματικό ερυθματώδη λύκο, που είναι το αποτέλεσμα υπερβολικής ημερήσιας υπνηλίας μπορεί να διαχωριστεί από την κόπωση της κατάθλιψης. Τέτοιοι διαχωρισμοί θα βοηθήσουν να βρεθεί η κατάλληλη θεραπεία για τους κουρασμένους ασθενείς με συστηματικό ερυθματώδη λύκο.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο Σ.Ε.Λ θεωρείται μια αυτοάνοση πολύ συστηματική διαταραχή της όψιμης νεανικής ηλικίας , με συχνότερη εμφάνιση στις γυναίκες .Προσβάλλονται είτε μεμονωμένα όργανα είτε πολλά συστήματα ταυτόχρονα και η προσβολή του Κ.Ν.Σ δεν είναι σπάνια .Η κατάθλιψη αποτελεί την συχνότερη ψυχική διαταραχή .Ένα χαρακτηριστικό αυτής της πρωτεύουσας νόσου είναι η πολυμορφία της δηλ. η ιδιότητα της να μην εκφράζεται με το κυρίως σύμπτωμα της έντονης θλίψης ,αλλά με ποικίλους άλλους τρόπους. Επιπρόσθετα , στην εργασία αναλύθηκε η σχέση μεταξύ του Συστηματικού Ερυθματώδη Λύκου και της κατάθλιψης και επιπλέον γίνεται αναφορά σε ψυχοσωματικές ασθένειες και στις ψυχιατρικές διαταραχές που εντοπίζονται σε ορισμένες οργανικές νόσους

Η σχέση ανάμεσα στην εμφάνιση κατάθλιψης και στην ασθένεια του Σ.Ε.Λ. αποτέλεσε το θέμα της ερευνάς που πραγματοποιήθηκε .Οι ψυχικές διαταραχές που παρατηρούνται ,όπως υποδεικνύεται σε μεγάλο ποσοστό , μπορεί να αντιπροσωπεύουν νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις της δράσης του ΣΕΛ .Εξετάσθηκε η υπόθεση η δράση της προαναφερθείσας αυτό άνοσης διαταραχής να ευθύνεται για την εμφάνιση και την σοβαρότητας της μείζονος κατάθλιψης .

Αξιολογήθηκαν 120 ασθενείς που πάσχουν από Συστηματικό Ερυθματώδη Λύκο σύμφωνα με το ταξινομικό σύστημα ψυχιατρικών διαταραχών DSM-IV σε ελεγχόμενο περιβάλλον , για την εμφάνιση και την ένταση της κατάθλιψης και τα ευρήματα αναλύθηκαν με βάση την ηλικία , το φύλο ,τον τόπο κατοικίας, το μορφωτικό επίπεδο , την οικογενειακή κατάσταση και το επάγγελμα .

Συμπερασματικά , αυτά τα αποτελέσματα υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η δράση της νόσου του Συστηματικού Ερυθματώδη Λύκου είναι ένας ενδεχόμενος παράγοντας κίνδυνου για την εμφάνιση και την σοβαρότητας της κατάθλιψης στους ασθενείς που πάσχουν από Σ.Ε.Λ.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο σκοπός αυτής της ερευνάς ήταν να διαπιστωθεί η σχέση ανάμεσα στην κλινική κατάσταση του Σ.Ε.Λ. και στην εμφάνιση και η σοβαρότητα της μείζονος κατάθλιψης στους ασθενείς με Σ.Ε.Λ. , χωρίς εμφανείς εκδηλώσεις του Κ.Ν.Σ. όπως νευρολογικά και ψυχωσικά συμπτώματα

ΜΕΘΟΔΟΣ

Διερεύνηση για την ύπαρξη κατάθλιψης με ερωτηματολόγιο σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του Στατιστικού εγχειριδίου –4^η έκδοση (DSM-IV) , Σε τυχαίο δείγμα ασθενών με Σ.Ε.Λ και ατόμων που δεν πάσχουν από Σ.Ε.Λ

ΥΛΙΚΟ

Αυτή η ερευνά συμπεριέλαβε την ομάδα έρευνας, που περιελάμβανε ασθενείς με Συστηματικό Ερυθριματώδη Λύκο και την ομάδα έλεγχου, άτομα δηλαδή που δεν νοσούν από ΣΕΛ. Το δείγμα της κάθε ομάδας αποτελείται από 120 άτομα. Τα δεδομένα, όσον αφορά την ομάδα έρευνας, συλλέχθηκαν σε ελεγχόμενο χώρο πανεπιστημιακών , περιφερειακών και ιδιωτικών ιατρειών εκ των οποίων 9 στο Βοστανείο Περιφερειακό Νοσοκομείο Μυτιλήνης, 10 στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Τριπόλεως, 42 στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου, 21 στο Περιφερειακό Νοσοκομείο Χανίων, 27 στο Γενικό Πανεπιστημιακό Αττικό Νοσοκομείο, 4 στο Ιδιωτικό Ιατρείο Ρευματολόγου Κου Λασιθιωτάκη, 7 στο Ιδιωτικό Ιατρείο Ρευματολόγου Κου Φραγκάκη Ν., χρησιμοποιώντας την τυποποιημένη κλινική συνέντευξη για τις διαταραχές του άξονα I του DSM-IV η όποια διανεμήθηκε σε όλους του ασθενής με ΣΕΛ και σε άτομα που δεν νοσούν από την αυτοάνοση νόσο του φιλικού και οικογενειακού περιβάλλοντος, από εμάς τους ίδιους, σε διάστημα 10 μηνών . Τα δεδομένα αναλύθηκαν με βάση την ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο την οικογενειακή κατάσταση και το επάγγελμα .

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

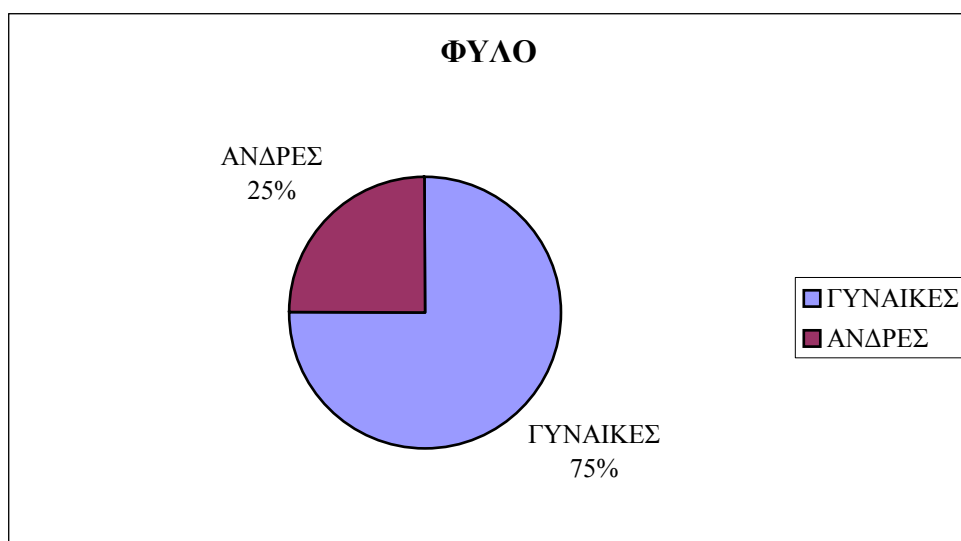
ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΦΥΛΟ

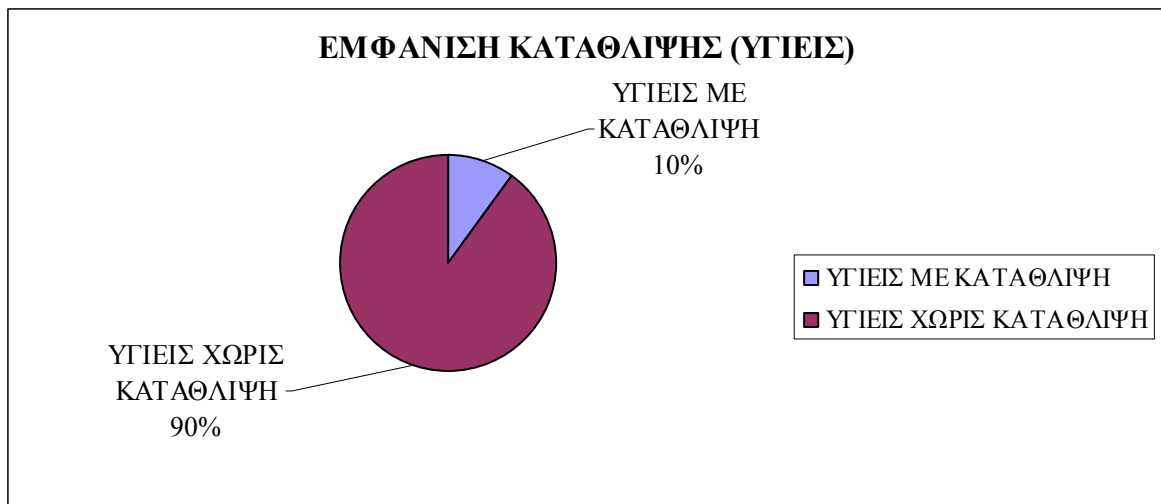
	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	180	75%
ΑΝΤΡΕΣ	60	25%
ΣΥΝΟΛΟ	240	100%

ΟΜΑΔΑ ΕΛΕΓΧΟΥ

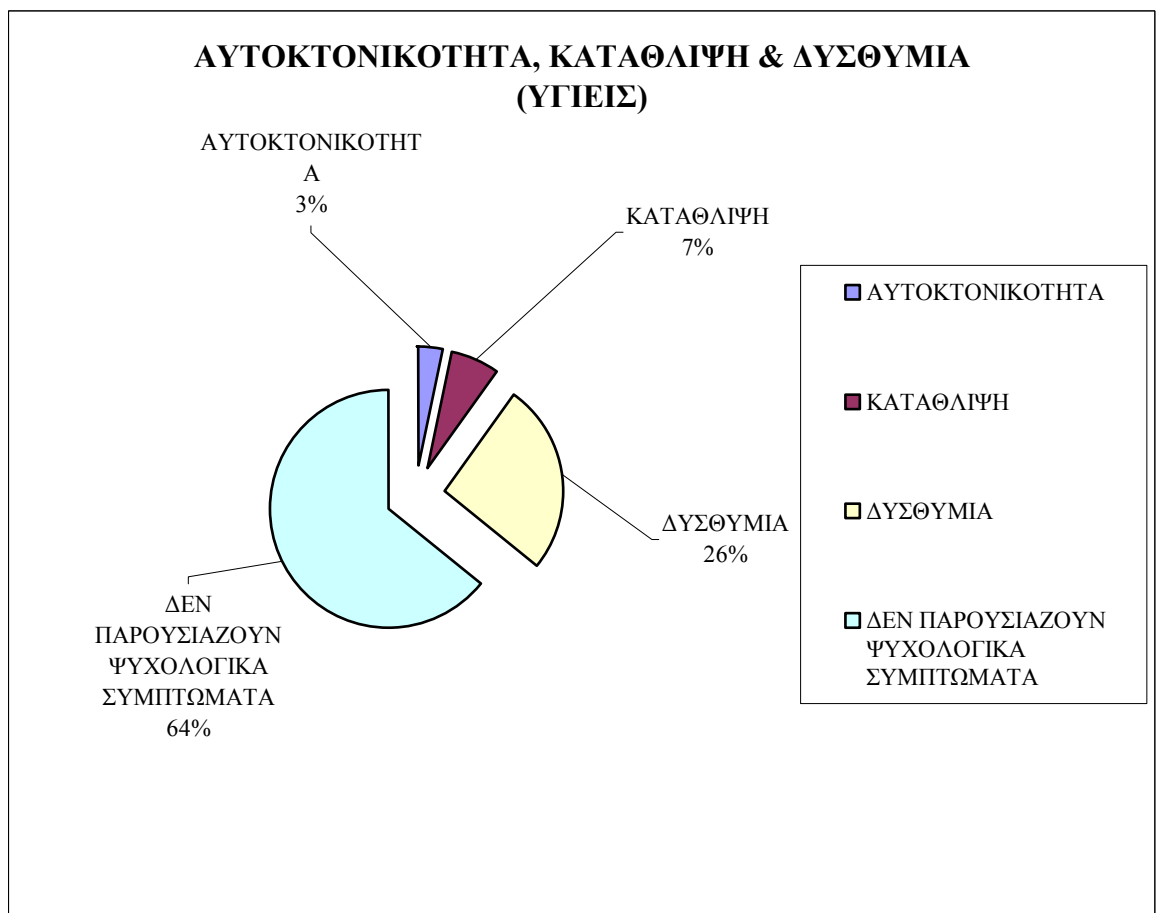
ΥΓΙΕΙΣ



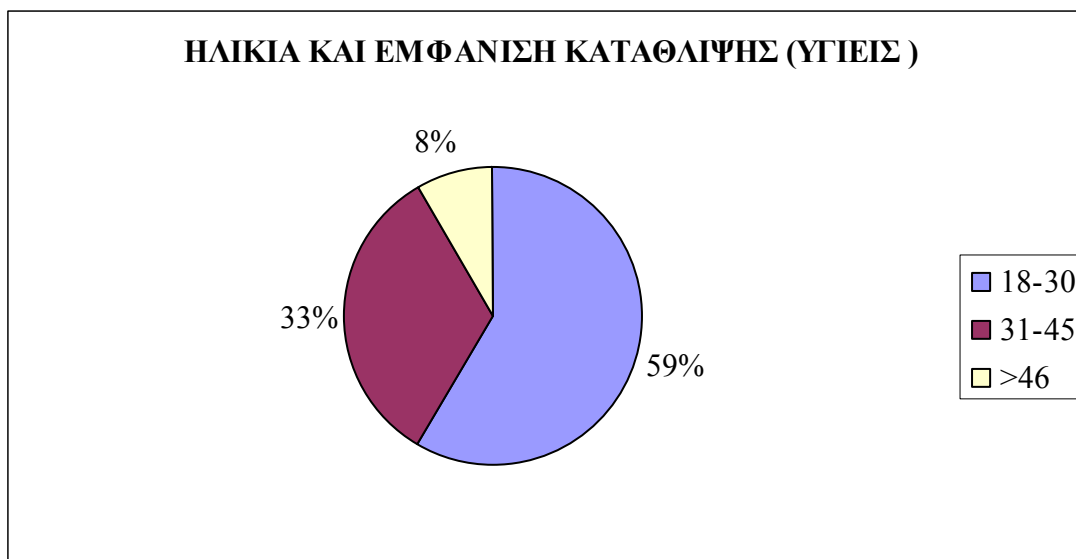
Εικόνα 1: στο δείγμα ελέγχου (120 ατόμων) αξιολογήθηκαν 90 γυναίκες και 30 άνδρες.



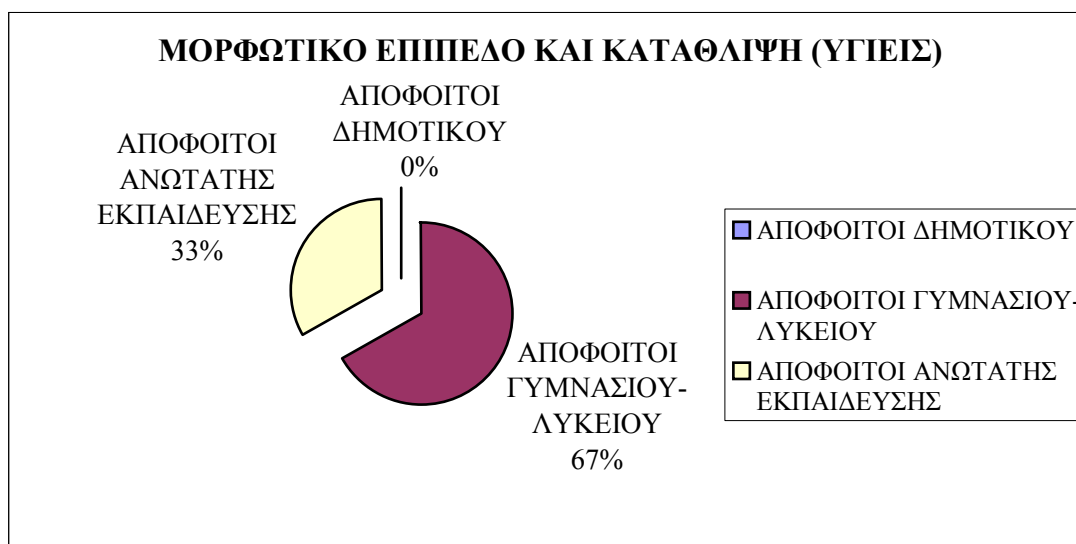
Εικόνα 2: στο δείγμα ελέγχου (120 ατόμων) εμφανίστηκαν συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης σε 12 άτομα.



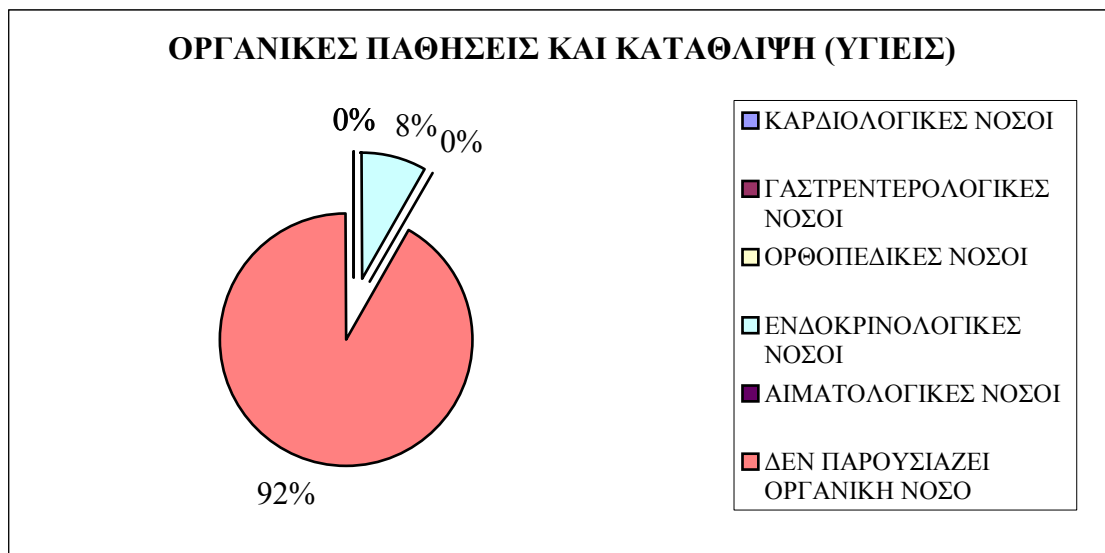
Εικόνα 3: στο δείγμα έλεγχου(120 ατόμων) βρέθηκαν στα αποτελέσματα 9 άτομα με αυτοκτονικότητα 12 με κατάθλιψη και 31 άτομα με δυσθυμία



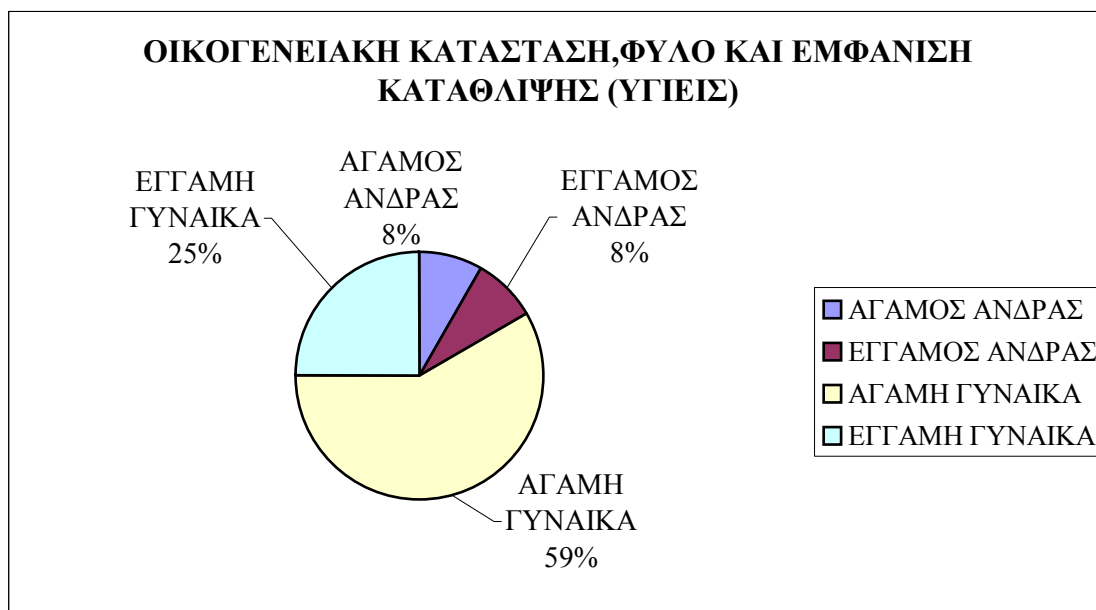
Εικόνα 4: στο δείγμα έλεγχου (120 ατόμων) βρέθηκαν ότι 7 άτομα ηλικίας από 18-30χρ., 4 άτομα από 31-45χρ. και 1 άτομο ηλικίας >46 χρ. παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα



Εικόνα 5: στο δείγμα ελέγχου (120 ατόμων) βρέθηκαν 8 άτομα απόφοιτοι γυμνασίου και λυκείου και 4 άτομα ανωτάτης εκπαίδευσης παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα.



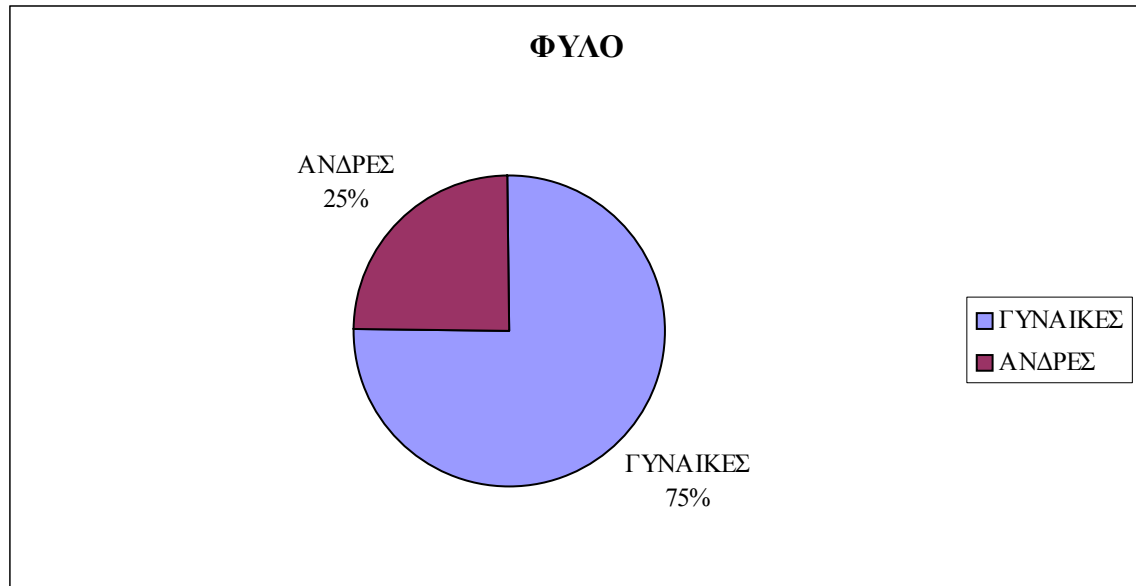
Εικόνα 6: από το δείγμα έλεγχου (120 ατόμων) βρέθηκαν 1 άτομο που παρουσιάζει καταθλιπτικά συμπτώματα να πάσχει και από ενδοκρινολογική νόσο και 11 άτομα που παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα δεν παρουσιάζουν καμία οργανική πάθηση



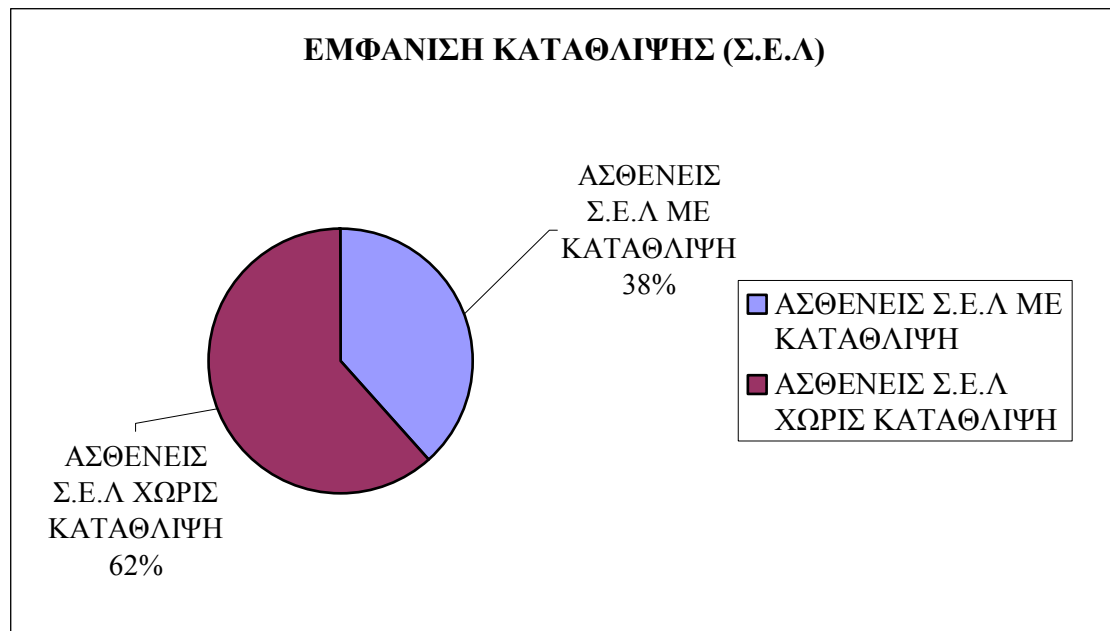
Εικόνα 7: στο δείγμα έλεγχου (120 ατόμων) βρέθηκε 1 άγαμος άντρας ,1 έγγαμος άντρας που παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, 7 άγαμες γυναίκες και 3 έγγαμες γυναίκες που παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα.

ΟΜΑΔΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

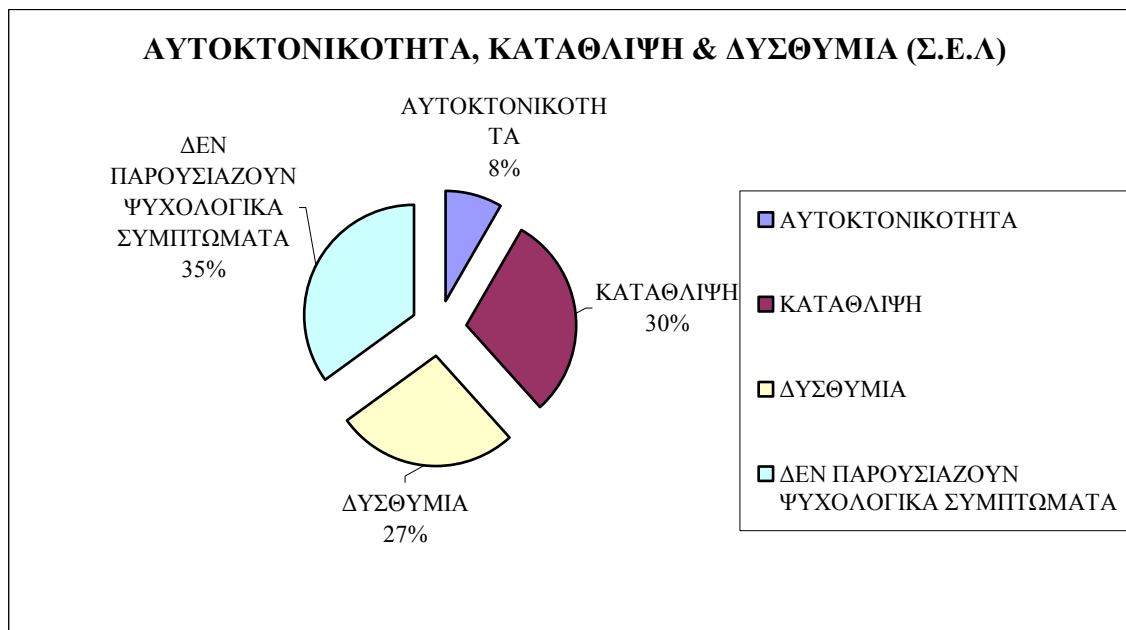
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ



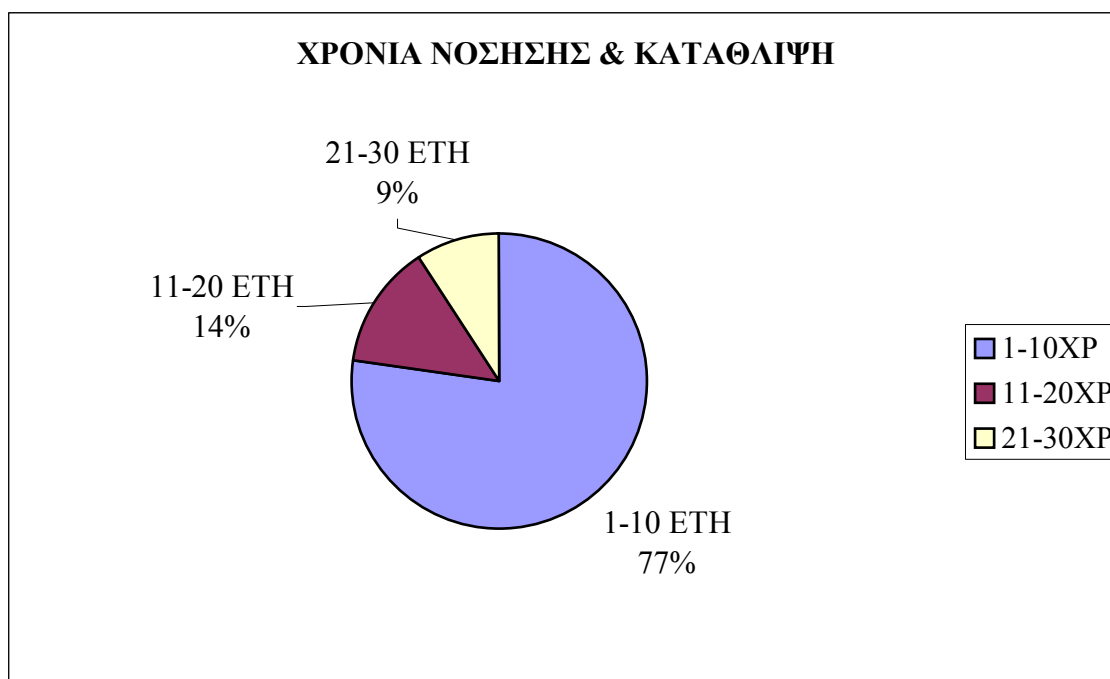
Εικόνα 1: στο δείγμα ελέγχου (120 ατόμων) αξιολογήθηκαν 90 γυναίκες και 30 άνδρες.



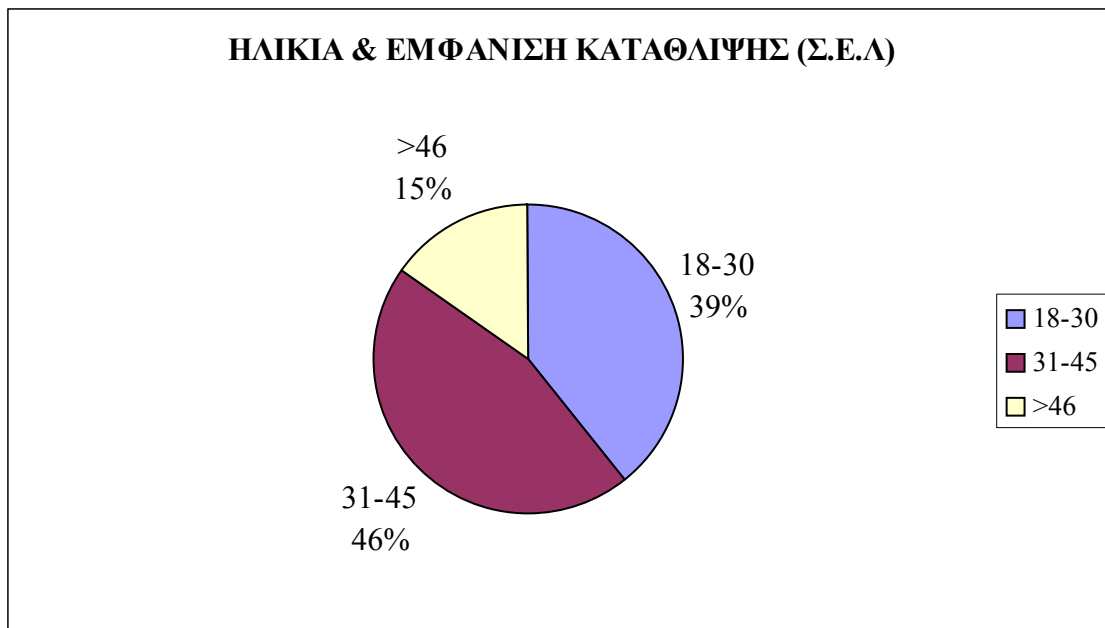
Εικόνα 2: στο δείγμα ελέγχου (120 ατόμων) εμφανίστηκαν συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης σε 46 άτομα που νοσούν από Σ.Ε.Λ.



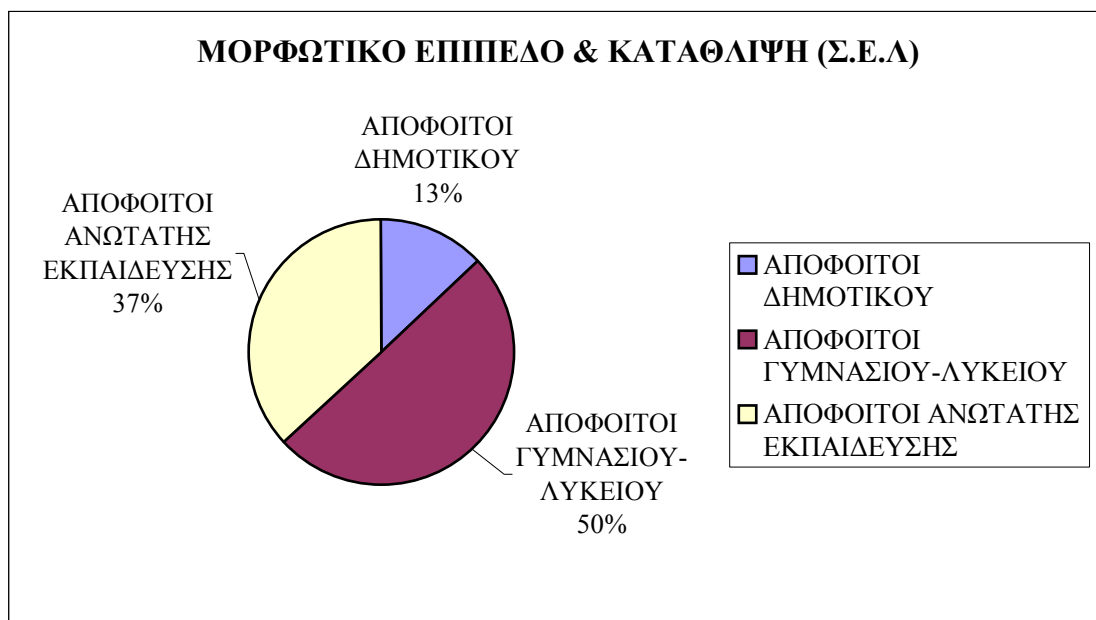
Εικόνα 3:στην ομάδα ερευνάς ασθενών με ΣΕΛ (120 ατόμων) βρέθηκαν στα αποτελέσματα ότι 10 ασθενείς είχαν αυτοκτονικές τάσεις, 36 ασθενείς με κατάθλιψη και 32 άτομα με δυσθυμική διάθεση .



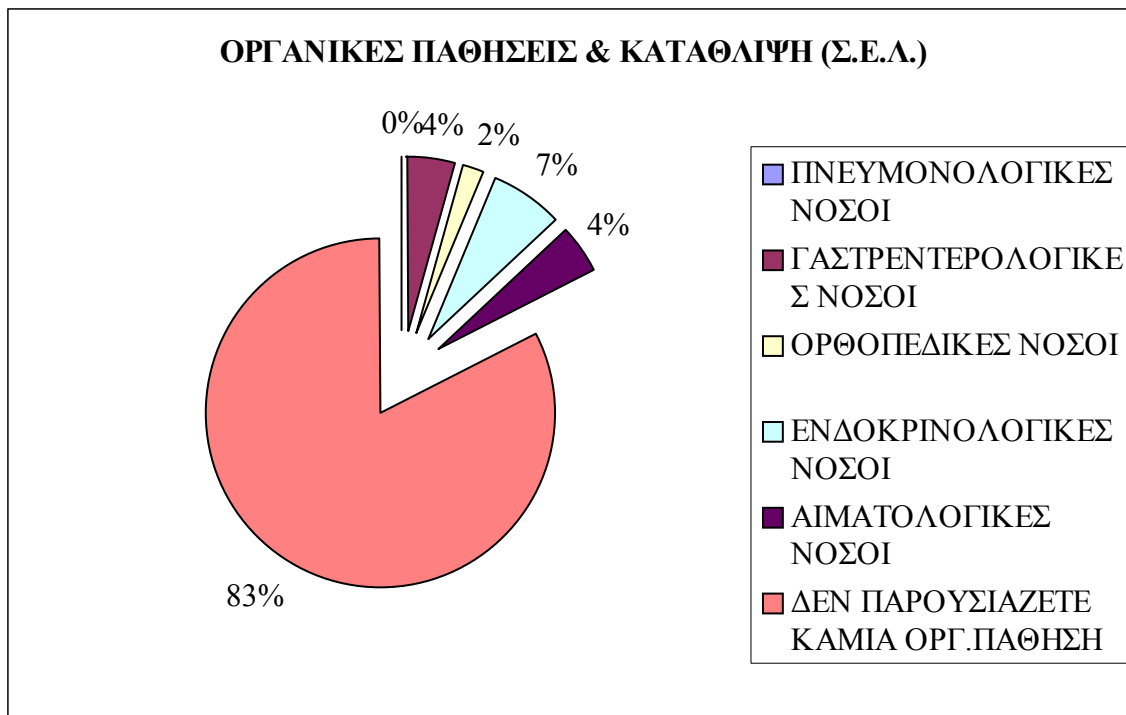
Εικόνα 4:στο δείγμα ελέγχου (120 ατόμων) βρέθηκε ότι 36 ασθενείς που νοσούν από 1-10 έτη από ΣΕΛ παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα, 6 ασθενείς που νοσούν 11-20 έτη από ΣΕΛ, και 4 άτομα που νοσούν 21-30 έτη από ΣΕΛ παρουσιάζουν επίσης καταθλιπτικά συμπτώματα



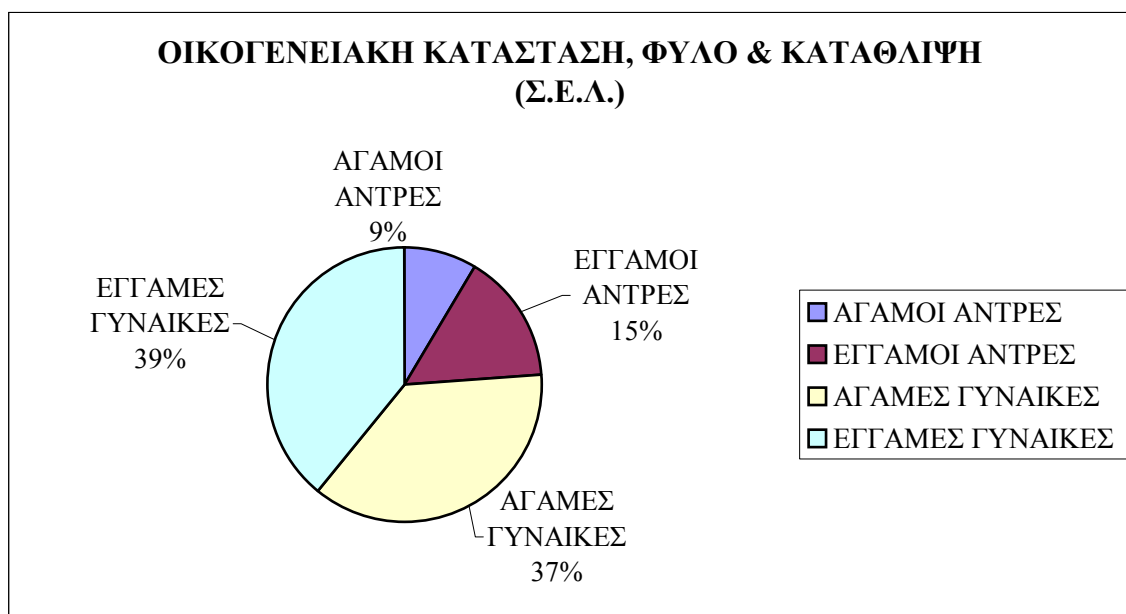
Εικόνα 5: στο δείγμα ελέγχου (120 ατόμων) της έρευνας βρέθηκαν 18 άτομα ηλικίας από 18-30χρ., 21 άτομα ηλικίας από 31-45χρ. και 7 άτομα ηλικίας >46χρ. να παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα παράλληλα με την νόσο του Σ.Ε.Λ.



Εικόνα 6: στο δείγμα ελέγχου (120 ατόμων) 6 άτομα απόφοιτοι δημοτικού , 23 άτομα απόφοιτοι γυμνάσιου, λυκείου και 17 άτομα ανωτάτης εκπαίδευσης ,να παρουσιάζουν κατάθλιψη παράλληλα με την νόσο του Σ.Ε.Λ.



Εικόνα 7: στο δείγμα ελέγχου (120 ατόμων με Σ.Ε.Λ) βρέθηκε ότι 2 άτομα νοσούν από γαστρεντερολογική πάθηση, 1 από ορθοπεδική πάθηση, 3 από ενδοκρινολογική και 2 από αιματολογική νόσο και 38 ασθενείς με ΣΕΛ δεν παρουσιάζουν καμία άλλη οργανική πάθηση.



Εικόνα 8: στο δείγμα ελέγχου (120 ατόμων) βρέθηκε ότι 4 άντρες άγαμοι με ΣΕΛ, 7 έγγαμοι άντρες με ΣΕΛ, 17 γυναίκες άγαμες και 18 γυναίκες με ΣΕΛ έγγαμες παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα μεγάλα ποσοστά επικράτησης της μείζονος κατάθλιψης ή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους ασθενείς με Συστηματικό Ερυθματώδη Λύκο στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε είναι παρόμοια με εκείνα των προηγούμενων ερευνών. Ακόμη πιο σημαντικό είναι ότι τα αποτελέσματα υποδεικνύουν ότι οι ασθενείς με ενεργό νόσο του Συστηματικού Ερυθματώδη Λύκου βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης.

Αξιολογήθηκαν 120 ασθενείς με Σ.Ε.Λ και 120 άτομα που δεν νοσούν από Σ.Ε.Λ. εκ των οποίων 90 γυναίκες και 30 άνδρες σε κάθε ομάδα με μέσο όρο ηλικίας τα 31έτη. Οι συσχετίσεις όπως προαναφέρθηκε έγιναν με βάση το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο καθώς και τα χρόνια της ασθένειας. Όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της έρευνας βρέθηκε ότι από τους 120 ασθενείς που πάσχουν από Σ.Ε.Λ το 30% (36 άτομα) έχει εμφανίσει συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης και το 8% (10 άτομα) εμφάνιζε συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης με αυτοκτονικότητα και το 62% (74 άτομα) δεν εμφάνισε καταθλιπτική συμπτωματολογία. Με βάση την οικογενειακή κατάσταση των ασθενών όπως και το φύλο, το μεγαλύτερο ποσοστό κατέχουν οι έγγαμες, 39% (18 άτομα) και άγαμες γυναίκες με 37% (17 άτομα) και έτσι αποδεικνύεται ότι οι γυναίκες πέρα από την οικογενειακή τους κατάσταση είναι περισσότερο επιρρεπείς στην κατάθλιψη κάτι που συμφωνεί με έρευνες που έχουμε παραθέσει παραπάνω.

Στην ομάδα έρευνας βρέθηκε επιπρόσθετα ότι υπάρχει μια ελαφρά επικράτηση σε άτομα ηλικίας από 31-45χρ. που παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα παράλληλα με την νόσο του Σ.Ε.Λ. που ανέρχεται στο 46% (21 άτομα). Συμπερασματικά διαπιστώθηκε ότι η μέση ηλικία εμφανίζει καταθλιπτική συμπτωματολογία πιθανότατα λόγω της έναρξης της ασθένειας.

Επίσης προκύπτει με βάση το μορφωτικό επίπεδο ότι οι ασθενείς με ΣΕΛ που είναι απόφοιτοι γυμνασίου –λυκείου παρουσιάζουν σε ποσοστό 50% (23 άτομα) κατάθλιψη.

Από την υπόθεση αν οι ασθενείς με ΣΕΛ και κατάθλιψη παρουσιάζουν παράλληλα άλλη οργανική πάθηση, συμπεραίνεται ότι το 83% (38 άτομα) των ασθενών με ΣΕΛ και κατάθλιψη δεν πάσχει από άλλη οργανική πάθηση.

Η εμφάνιση της κατάθλιψης στα πρώτα 10 έτη από την έναρξη της ασθένειας αποτελεί ένα ακόμα στοιχείο της ερευνάς, καταλαμβάνοντας το 77% (36 άτομα) των αξιολογηθέντων ασθενών. Πιθανόν αυτό να συμβαίνει γιατί η ασθένεια του ΣΕΛ εμφανίζεται σε άτομα νεαρής ηλικίας.

Σε σύγκριση της ομάδας ελέγχου των ατόμων χωρίς ΣΕΛ και της ομάδας έρευνας των ασθενών με ΣΕΛ συμπεραίνεται ότι η αυτοάνοση διαταραχή είναι ενδεχόμενος παράγοντας που μπορεί να προκαλέσει την ψυχική διαταραχή της κατάθλιψης. Επίσης ένα ακόμα συμπέρασμα είναι ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο επιρρεπείς να εμφανίσουν κατάθλιψη ασχέτως από την εμφάνιση κάποιας οργανικής νόσου.

Είναι εμφανές από τα αποτελέσματα ότι η εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας σε ασθενείς με Συστηματικό Ερυθματώδη Λύκο είναι ιδιαίτερα συχνή, κάτι που επιβεβαιώνεται από τη σχετική και πρόσφατη βιβλιογραφία η οποία εμπεριέχει έρευνες οι οποίες παρατίθενται παρακάτω.

Σύμφωνα με την έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Chin, Cheong και Kong το 1993 με αντικείμενο της μελέτης Ψυχιατρικές διαταραχές σε ασθενείς από την Μαλαισία με ΣΕΛ βρέθηκε ότι το 51% εμφάνισε ψυχιατρικές διαταραχές με επικράτηση της κατάθλιψης 39%. Η ψυχιατρική διαταραχή είναι κοινή για πάνω από το μισό των εξετασθέντων και η κατάθλιψη όπως φαίνεται ήταν η πιο συχνή διάγνωση. Η έρευνα αυτή συμφωνεί με τα υψηλά ποσοστά που παρουσιάστηκαν στην δική μας μελέτη τα οποία όπως προαναφέρθηκε ανέρχεται στο 38%.

Επίσης σύμφωνα με την έρευνα που εκπονήθηκε από τους Rogers και Fozdar το 1996 η αλληλεπίδραση ανάμεσα στο ανοσολογικό σύστημα και στα ψυχολογικά στάδια είναι σημαντική. Σε αυτήν την εργασία εξερευνείται η ψυχοανοσολογία των αυτοάνοσων νοσημάτων. Ιδιαίτερα στην ρευματοειδή αρθρίτιδα και του ΣΕΛ. Η παρατήρηση για τα αποτελέσματα του άγχους και των αυτοάνοσων διαταραχών έχουν προστεθεί στην κατανόηση των ψυχοανοσολογικών αλληλεπιδράσεων. Από αυτό συμπεραίνεται ότι το άγχος μπορεί να συμβάλλει στην εμφάνιση της αυτοάνοσης διαταραχής του Σ.Ε.Λ., υπονοώντας ότι ίσως να είναι μια ψυχοσωματική ασθένεια.

Οι Stoll, Kauer et.al υποστήριξαν σε μια μελέτη το 2001 ότι η κατάθλιψη είναι κοινή σε ασθενείς με Σ.Ε.Λ και επεσήμαναν την αξία της γνώσης της κατάθλιψης και της έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας της κατάθλιψης σε ασθενείς με Σ.Ε.Λ.

Οι Kawakatsu και Wada το 2001 εξέτασαν τα καταθλιπτικά συμπτώματα στη ρευματική ασθένεια Στο ΣΕΛ τα καταθλιπτικά συμπτώματα ήταν συχνά εμφανή με συχνότητα 30% και συνήθως οι ασθενείς με λύκο ανταποκρίνονται στα αντικαταθλιπτικά. Η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι 2 μήνες στους περισσότερους ασθενείς.

Σε μια ερευνά που πραγματοποιήθηκε το 2005 από τους Koroza, E.Ellison ,M.C. Waxmonsky et.al.με σκοπό της μελέτης να εξεταστεί η ψυχολογική πρόοδος των ασθενών με ΣΕΛ και ρευματοειδή αρθρίτιδα σε σχέση με το άγχος της ζωής, την κοινωνική

υποστήριξη και την γνωσιακή ικανότητα. Σε ασθενείς με ΣΕΛ η πλειονότητα των νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων έχουν δημιουργήσει μεγάλο ψυχολογικό άγχος σε σύγκριση με τους ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα και το δείγμα ελέγχου. Συνεπώς τα αρνητικά βιώματα του ασθενούς και η επιβλαβή δράση της ασθένειας που προκαλούν άγχος στους ασθενείς συμβάλουν στην εμφάνιση της την εν λόγω της ψυχιατρικής διαταραχής.

Η κατάθλιψη το άγχος και ο πόνος όπως υποστήριξαν οι Doria ,A. Rinaldi, S. Ermani et. al. σε μια μελέτη το 2004, συσχετίζεται με την χαμηλή ποιότητα ζωής όπου δευτερεύοντα επιβλαβή ρόλο φαίνεται να έχει η ηλικία και η αρθρίτιδα.

Ο Magner το 1991 σε μια μελέτη που πραγματοποίησε, τα αποτελέσματα έδειξαν ένα υψηλό επίπεδο νευρωτικής κατάθλιψης και στις δυο ομάδες, 40% ΣΕΛ και 32%Ρ.ΑΗ ποσοτική εκτίμηση της αγωνίας (άγχους ,κοινωνικής αμηχανίας) ήταν υψηλή και στις δυο ομάδες Δεν βρέθηκε ψύχωση ή οργανικά ψυχοσύνδρομα Στην ομάδα ασθενών με ΣΕΛ η ψυχική νόσος φαίνεται να οφειλόταν σε κοινωνικούς-ψυχολογικούς παράγοντες παρά σε οργανικές αιτίες. Αυτό είναι κοινό αποτέλεσμα και από τις απαντήσεις των ασθενών στην ερευνά που έγινε από εμάς .

Οι Krupp, kK.L. La Rocca N.G. Muir , Steinberg διετέλεσαν ερευνά για την κόπωση στον ΣΕΛ. Στο 53% η κόπωση παρουσιάζεται ως το πιο εξουθενωτικό σύμπτωμα και μεγάλη σημασία παρουσιάζει το γεγονός ότι το 21% του δείγματος εκτιμήθηκε με κατάθλιψη.

Ερευνήθηκε η παρουσία της αυτοκτονικότητας σε ασθενείς με λύκο από τους Karassa F.B. Magliano et.al το 2003 .Το δείγμα ήταν 300 και πέντε από αυτούς διέπραξαν επτά απόπειρες αυτοκτονίας σε μια εικοσαετή περίοδο follow-up (συνεχής παρακολούθηση), μία από αυτές ήταν μοιραία.

Όλοι όσοι αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν είχαν ιστορικό νεύρο-ψυχιατρικού ΣΕΛ, εκφραζόμενο με κατάθλιψη και διέπραξαν τις απόπειρες αφού έμαθαν ότι νοσούν από νεύρο-ψυχιατρικό λύκο. Όλοι οι ασθενείς εκτός από έναν ανταποκρίθηκαν στη θεραπεία της κατάθλιψης Μεγάλη επαγρύπνηση (ανησυχία) στον κίνδυνο αυτοκτονίας σε ασθενείς με ψυχιατρική εκδήλωση ΣΕΛ μπορεί να βοηθήσει στη μείωση της πιθανότητας αυτού του μοιραίου φαινομένου. Στην ερευνά που διεξήχθη για την πτυχιακή εργασία συναντήθηκαν άτομα με αυτοκτονικότητα .

Ο Gifford σημειώνει ότι ο ΣΕΛ είναι μια χρόνια αυτοάνοση ασθένεια ,που ο περισσότερος κόσμος ξέρει λίγα για αυτήν. Μπορεί να επηρεάσει το δέρμα , την καρδιά , το νευρικό σύστημα , το αίμα και αλλά όργανα του συστήματος. Για τους περισσότερους

ανθρώπους είναι μια συσχετιζόμενη ασθένεια που προκαλεί απειλητικά για την ζωή προβλήματα.

Κοινωνικοί λειτουργοί και οι ειδικοί επιστήμονες υγείας πρέπει να μάθουν να αναγνωρίζουν πως ο ΣΕΛ επηρεάζει τους ασθενείς και την οικογένεια τους, οργανικά, ψυχολογικά και κοινωνικά έτσι ώστε να αναπτύξουν αποτελεσματικά δίκτυα για τους ασθενείς κάτι που έχει επισημανθεί και από εμάς παρακάτω.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η συντηρητική θεραπεία και περισσότερο η επιθετική θεραπεία, είναι η φροντίδα για τους ασθενείς που πάσχουν από συστηματικό ερυθματώδη λύκο και περιλαμβάνει την καλύτερη δυνατή διαχείριση της ασθένειας η οποία επιδρά στην ψυχολογική και κοινωνική ζωή αυτών. Οι κλινικοί αναφέρουν πως το να ζεις με Σ.Ε.Λ σίγουρα σημαίνει να διαπραγματεύεσαι με μια χρόνια ασθένεια με μειωμένη ενεργητικότητα, που οφείλεται στην κόπωση και στο άλγος των αρθρώσεων. Μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, απελπισία και θυμό κυρίως λόγω του απρόβλεπτου της ασθένειας και της μη καταστολής των συμπτωμάτων από την φαρμακευτική αγωγή. Η κόπωση δεν μοιάζει να είναι δικαιολογημένη απ' τα πολλά ψυχολογικά γεγονότα που παρουσιάζονται αλλά είναι ένα σύνθετο σύμπτωμα της χρόνιας ασθένειας.

Γνωρίζοντας την σημασία της αρρώστιας για τους ασθενείς, που αποδίδεται σε πολλά φαινόμενα που συσχετίζονται με τον λύκο είναι απαραίτητο από τους γιατρούς, νοσηλευτές και άλλους ειδικούς υγείας να προσφέρουν αποτελεσματικά. Θα είναι άστοχο να δίνεται ένα πακέτο από ιατρικές οδηγίες συμβουλές η προειδοποιήσεις εάν οι ασθενείς δεν αντιλαμβάνονται και δεν αξιολογούν την σοβαρότητα της ασθένειας. Σε αυτή την λογική μια μελέτη πρέπει πάντα να προηγείται με μια σφαιρική προσέγγιση σε μια κεντρική ομάδα ασθενών.

Επίσης πρέπει να δίνονται συμβουλές τόσο από το νοσηλευτικό προσωπικό όσο και από τους γιατρούς, να διατηρεί μια ενεργή στάση ζωής που βοηθά να διατηρεί εύκαμπτες αρθρώσεις και που θα μετριάξει την άσκηση με περιόδους ξεκούρασης ή της χαλάρωσης. Λεπτομερής προσοχή πρέπει να δοθεί στις γυναίκες που επιθυμούν να κυοφορήσουν συμβουλευοντας αυτές να περιμένουν μια λιγότερο ενεργή στιγμή της ασθένειας για να αποκτήσει παιδί.

Ο ρόλος του ψυχιάτρου είναι επίσης να βοηθήσει στην διαφορική διάγνωση, όσον αφορά την φύση νέων συμπτωμάτων, αν επί παραδείγματι ένα σύμπτωμα είναι

λειτουργικό ή οφείλεται στη νόσο.Οι λειτουργοί της ψυχικής υγείας όπως είναι ο κοινωνικός λειτουργός, ο νοσηλευτής και ο εργοθεραπευτής ψυχικής υγείας, είναι ίσως οι πλέον αρμόδιοι να βοηθήσουν τις θεραπευτικές ομάδες που ασχολούνται με τα σωματικά προβλήματα των ασθενών με Σ.Ε.Λ, να μάθουν να υπομένουν τις δυστροπίες των ασθενών, των οποίων πολλά από τα ψυχικά ή συμπεριφερολογικά συμπτώματα οφείλονται σε προσβολή του εγκεφάλου από τη νόσο και είναι σε κάποιο βαθμό ακούσια.

Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι θεραπευτικός, οργανωτικός-διοικητικός, εκπαιδευτικός, συμβουλευτικός και ερευνητικός.Το φάσμα των δραστηριοτήτων του περιλαμβάνει την προαγωγή άνεσης του ασθενούς, την πρόληψη επιπλοκών και την αναστολή εξέλιξης της νόσου, καθώς επίσης την ψυχολογική υποστήριξη του ασθενούς όπως και του οικογενειακού περιβάλλοντος.Ακόμη συμβάλλει στην εκτίμηση του ασθενούς συγκεντρώνοντας πληροφορίες για τον ίδιο έπειτα από συνεχή παρατήρηση της κατάστασης του και παρεμβαίνοντας με στόχο να εξασφαλίσει την ευημερία του.

Τέλος, υποχρέωση των λειτουργών υγείας θεωρείται η εξασφάλιση καλύτερων συνθηκών υγείας που θα αποσκοπούν στην μέγιστη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.Η συμμετοχή επίσης σε συλλόγους συμπασχόντων μπορεί να παίξει έναν ιδιαίτερα καταλυτικό ρόλο στην απομυθοποίησή της, σε μεγάλο βαθμό, άγνωστης και σχετικά σπάνιας αυτής νόσου.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σωτηρίου Α. Ράπτη. Εσωτερική Παθολογία. Έτος Έκδοσης 1998. 2^{ος} Τόμος. Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισσιανός» Αθήνα. (σελ.1208-1216).
2. Κώστας. Π. Βουδούρης. Διαγνωστική Ρευματολογία. Έτος Έκδοσης 1987. Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών. Θεσσαλονίκη. (σελ. 282-285).
3. Κ.Δ. Γαρδίκας. Ειδική Νοσολογία. Νέα Έκδοση. Επιστημονικές Εκδόσεις «Γρηγόριος Παρισσιανός» Αθήνα. (σελ. 492-497).
4. Alan. E. Read, D. W. Barritt, R.Langton Hewer. Σύγχρονη Παθολογία. Δεύτερη Έκδοση. Έτος Έκδοσης 1984. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Επιμέλεια-Μετάφραση: Χ. Μουτσόπουλος.
5. Jill. B. Buyon, David. S. Pisetsky. Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος (σελ. 440-447).
6. Thomas. E. Andreoli, Charles. C. J. Carpenter, Robert. C. Griggs, Joseph Loscalzo Βασική Παθολογία. Έτος Έκδοσης 2003. 5^η Έκδοση. 2^{ος} Τόμος. Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. (σελ. 833-838).
7. Thomas. E. Andreoli, J. Claude. Bennett, Charles C. J. Carpenter, Fred Plum, Lloyd. H. Smith. Παθολογία. Έτος Έκδοσης 1996. 3^η Έκδοση, 2^{ος} Τόμος, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. Επιμέλεια-Μετάφραση: Χ. Μουτσόπουλος. (σελ. 143-146).
8. Γιώργος. Ν. Χριστοδούλου Κατάθλιψη. Έτος Έκδοσης 1998. 2^η Έκδοση. Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα (σελ. 1-3, 7-9, 15-21, 24-26).
9. Γιώργος. Ν. Χριστοδούλου και Συνεργάτες. Ψυχιατρική. Έτος Έκδοσης 2000. 1^{ος} Τόμος. Εκδόσεις Βήτα. (σελ 445-449).
10. Νίκος Μάνος. Βασικά Στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Έτος Έκδοσης 1988. Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων και Περιοδικών. Θεσσαλονίκη (σελ. 175-181, 184-190, 195-203).
11. Χ. Ιεροδιακόνου, Χ. Φωτιάδης, Ε. Δημητρίου. Ψυχιατρική. Έτος Έκδοσης 1988. Εκδόσεις Μαστορίδη. Θεσσαλονίκη. (σελ. 197).
12. Βάσος Σκουτέλλας, Ρευματολόγος. Συστηματικός Ερυθματώδης Λύκος. Ημερομηνία Συγγραφής 12 Ιανουαρίου 2004. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.specialeducation.gr/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=158>. (15/4/2006).

- 13.A. Jonsen, A. A. Bengtsson, O. Nived, B. Ryberg, G. Sturfelt. Outcome of neuropsychiatric systemic lupus erythematosus. Έτος Συγγραφής 2004. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://rheumatology.oupjournals.org/cgi/content/abstract/41/11/1308>. (2/6/2006).
14. Howard S. Shapiro, M.D. Depression in Lupus. Έτος Συγγραφής 1998. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.lupus.org/education/brochures/depress07.html>. (4/9/2006).
15. Jennifer Keller. Living Well With Lupus. Έτος Συγγραφής 1999. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.Lupusmm.org/education/articies/lupusandloss.htm>. (18/9/2006).
16. Gilberto Dari Mattje Egberto Riberto Turato. Κλινική ποιοτική μελέτη στην Βραζιλία Έτος Συγγραφής 2006. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO194-11692006000400002&1 (7/11/2006).
17. Howard S. Shapiro, M.D. CARING AND SHARING. Ημερομηνία Συγγραφής 7/6/1996. Διαθέσιμο στον δικτυακό τόπο: <http://www.elef.rhemanet.org/newsletter/7/NLT0705.html> (7/11/2006).
18. Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών. (10/10/2006).
19. Fabiano G. Nery, Eduardo F. Borba, John P. Hatch, Jair C. Soares, Eloísa Bonfá and Francisco Lotufo Neto.
Major depressive disorder and disease activity in systemic lupus erythematosus
Comprehensive Psychiatry, Volume 48, Issue 1, January-February 2007, Pages 14-19
Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο:
http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleListURL&_method=list&_ArticleListID=502801288&_sort=d&view=c&_acct=C000059636&_version=1&_urlVersion=0&_use rid=109814&md5=21052d401dbb6e47f7fd8c91c3020939 (24/10/06)
20. William C. Shiel, Leslie J. Schenfield. Does Stress Affrect Lupus. Ημερομηνία Συγγραφής: 10/5/2006. Διαθέσιμο στο δικτυακό τόπο: <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=19761> (1/11/06)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο, γίνεται στα πλαίσια έρευνας πτυχιακής εργασίας που εκπονείται στα ΤΕΙ Νοσηλευτικής με θέμα Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος και κατάθλιψη.

Ηλικία..... Φύλο..... Επάγγελμα.....

Οικ. Κατάσταση.....

Διαμονή.....

Καταγωγή.....

Μορφωτικό Επίπεδο.....

Χρόνια Ασθένειας.....

Άλλες Ασθένειες.....

Φαρμακευτική Αγωγή.....

A. ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

(**Σημαίνει** πήγαινε στο κουτί της διάγνωσης, κύκλωσε ΟΧΙ και πήγαινε στην επόμενη διαταραχή)

A1.Τις προηγούμενες δύο εβδομάδες είχατε αισθανθεί σταθερά κατάθλιψη ή στις μαύρες σας κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.

ΝΑΙ ΟΧΙ

A2.Τις προηγούμενες δύο εβδομάδες ενδιαφερόσασταν λιγότερο για τα πράγματα ή δεν ήσασταν σε θέση να ευχαριστηθείτε με πράγματα που σας ευχαριστούσαν πριν για το περισσότερο χρονικό διάστημα.

ΝΑΙ ΟΧΙ

Είναι το A1 ή το A2 κωδικοποιημένα; ΝΑΙ ΟΧΙ

A3.Τις προηγούμενες δύο εβδομάδες αισθανθήκατε κατάθλιψη ή έλλειψη ενδιαφέροντος για το περισσότερο χρονικό διάστημα:

A)Άλλαξε η όρεξή σας σημαντικά ή αυξήθηκε ή ελαττώθηκε σχεδόν κάθε μέρα;Αυξήθηκε ή μειώθηκε το βάρος σας χωρίς να προσπαθείτε επίτηδες 8lbs(π.χ 5% σωματικού βάρους)
ΝΑΙ ΟΧΙ

B)Είχατε δυσκολία στον ύπνο σχεδόν κάθε νύχτα (δυσκολία να σας πάρει ο ύπνος, να ξυπνάτε στη μέση, να ξυπνάτε νωρίς τι πρωί ή να κοιμάστε υπερβολικά);
ΝΑΙ ΟΧΙ

Γ)Η ομιλία σας ή η κίνησή σας ήταν πιο αργή από συνήθως ή αισθανθήκατε νευρικός, ανήσυχος ή είχατε δυσκολία στο να καθίσετε ήσυχα;
ΝΑΙ ΟΧΙ

Δ)Αισθανόσασταν κουρασμένος ή χωρίς ενεργητικότητα για το περισσότερο χρονικό διάστημα. ΝΑΙ ΟΧΙ

Ε)Αισθανόσασταν χωρίς αξία ή ένοχος για το περισσότερο χρονικό διάστημα.
ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΤ)Είχατε δυσκολία να συγκεντρωθείτε ή να πάρετε αποφάσεις;
ΝΑΙ ΟΧΙ

Ζ)Είχατε σκεφτεί να βλάψετε τον εαυτό σας, είχατε ιδέες αυτοκτονίας ή επιθυμούσατε να είστε πεθαμένος;
ΝΑΙ ΟΧΙ

Είναι 5 ή περισσότερες απαντήσεις (Α1-Α3) σημειωμένες ΝΑΙ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Μείζον Καταθλιπτικό Τρέχων Επεισόδιο

A4.

A)Κατά τη διάρκεια της ζωής σας, είχατε άλλες περιόδους ή περισσότερες από δύο εβδομάδες που νιώθατε κατάθλιψη ή έλλειψη ενδιαφέροντος για τα περισσότερα πράγματα και είχατε τα περισσότερα προβλήματα τα οποία αναφέραμε;
ΝΑΙ ΟΧΙ

B)Είχατε ποτέ ένα διάλειμμα τουλάχιστον δύο μηνών χωρίς καθόλου κατάθλιψη και χωρίς έλλειψη ενδιαφέροντος ανάμεσα σε δύο επεισόδια κατάθλιψης;
ΝΑΙ ΟΧΙ

Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο Υποτροπιάζον

ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΜΕ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΛΑΓΧΟΛΙΑΣ
(προαιρετικό)

(# Σημαίνει: πήγαινε στο κουτί της διάγνωσης, κύκλωσε ΟΧΙ και πήγαινε στην επόμενη διαταραχή).

Αν ο ασθενής έχει θετικούς κωδικούς για τρέχων μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο (Α3=ΝΑΙ), ερεύνησε τα παρακάτω:

Α5.

Α)Είναι το Α2 σημειωμένο ΝΑΙ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Β)Κατά τη διάρκεια της πιο σοβαρής περιόδου του τρέχοντος καταθλιπτικού επεισοδίου, χάσατε την ικανότητα να ανταποκρίνεστε σε πράγματα που πριν σας ευχαριστούσαν ή σας έκαναν χαρούμενο;

ΑΝ ΟΧΙ:όταν γίνεται κάτι καλό, σας συμβαίνει αυτό το καλό να μην σας κάνει να νιώθετε καλύτερα, ακόμα και προσωρινά;

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΙΝΑΙ ΤΟ Α5Α Η ΤΟ Α5Β ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ ΝΑΙ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Α6.Κατά τη διάρκεια των δύο προηγούμενων εβδομάδων όταν νιώθατε κατάθλιψη και έλλειψη ενδιαφέροντος;

Α)Νιώθατε κατάθλιψη με έναν διαφορετικό τρόπο από το συναίσθημα που νιώθει κάποιος όταν πεθάνει ένα κοντινό του πρόσωπο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Β)Νιώθατε τακτικά χειρότερα το πρωί σχεδόν κάθε μέρα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Γ)Ξυπνάγατε τουλάχιστον δύο ώρες πριν τη συνηθισμένη ώρα και είχατε δυσκολία στον ύπνο στο να κοιμηθείτε ξανά, σχεδόν κάθε μέρα;

ΝΑΙ ΟΧΙ

i) ΕΙΝΑΙ ΤΟ Α3Γ ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ ΝΑΙ (ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΗ ΒΡΑΔΥΤΗΤΑ Η ΥΠΕΡΔΙΕΓΕΡΣΗ); ΝΑΙ ΟΧΙ

ii) ΕΙΝΑΙ ΤΟ Α3Α ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ ΝΑΙ ΓΙΑ ΑΝΟΡΕΞΙΑ Η ΧΑΣΙΜΟ ΒΑΡΟΥΣ;
ΝΑΙ ΟΧΙ

iii) Νιώθατε εξαιρετικές ενοχές ή ενοχές δυσανάλογες με την πραγματικότητα της κατάστασης; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΙΝΑΙ ΤΡΕΙΣ Η ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ Α6 ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΕΣ ΝΑΙ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Μείζον Καταθλιπτικό Επεισόδιο Τρέχον με Στοιχεία Μελαγχολίας

B. ΔΥΣΘΥΜΙΑ

(Σημαίνει: πήγαινε στο κουτί της διάγνωσης, κύκλωσε ΟΧΙ και πήγαινε στην επόμενη διαταραχή)

Εάν ο ασθενής πληρεί τα κριτήρια για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, αγνοήστε αυτή την ομάδα ερωτήσεων.

B1.Έχετε αισθανθεί λυπημένος, πεσμένος σε κατάθλιψη για το περισσότερο χρονικό διάστημα κατά τα τελευταία δύο χρόνια;

ΝΑΙ ΟΧΙ

B2.Διακόπηκε αυτή η περίοδος με το να νιώθετε καλά για δύο μήνες και περισσότερο;

ΝΑΙ ΟΧΙ

B3)Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου της κατάθλιψης την περισσότερη ώρα:

A)Άλλαξε σημαντικά η όρεξή σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

B)Είχατε δυσκολία να σας πάρει ο ύπνος ή κοιμόσασταν υπερβολικά;

ΝΑΙ ΟΧΙ

Γ)Αισθανόσασταν κουρασμένοι ή χωρίς ενέργεια; ΝΑΙ ΟΧΙ

Δ)Είχατε χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό σας; ΝΑΙ ΟΧΙ

Ε)Είχατε δυσκολία να συγκεντρωθείτε ή να πάρετε αποφάσεις; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΣΤ)Αισθανόσασταν απελπισία; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΙΝΑΙ 2 Η ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ Β3 ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΕΣ ΝΑΙ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

B4.Τα συμπτώματα της κατάθλιψης σας προκάλεσαν σημαντική δυσφορία ή μείωσαν την ικανότητά σας να λειτουργήσετε στην εργασία σας κοινωνικά ή στις άλλες καθημερινές σας δραστηριότητες; ΝΑΙ ΟΧΙ

ΕΙΝΑΙ ΤΟ Β4 ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ ΝΑΙ; ΝΑΙ ΟΧΙ

Τρέχουσα Δυσθυμία

Γ. ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟΤΗΤΑ

Τον τελευταίο μήνα:

Γ1.Νιώθατε ότι θα ήσασταν καλύτερα εάν ήσασταν πεθαμένοι ή ευχηθήκατε να είχατε πεθάνει; ΝΑΙ ΟΧΙ 1

Γ2.Θέλατε να βλάψετε τον εαυτό σας; ΝΑΙ ΟΧΙ 2

Γ3.Κάνατε σκέψεις για αυτοκτονία; ΝΑΙ ΟΧΙ 6

Γ4.Είχατε κάποιο σχέδιο για αυτοκτονία; ΝΑΙ ΟΧΙ 10

Γ5.Προσπαθήσατε να αυτοκτονήσετε; ΝΑΙ ΟΧΙ 10

Κατά τη διάρκεια της ζωής σας:

Γ6.Έχετε κάνει ποτέ απόπειρα αυτοκτονίας; ΝΑΙ ΟΧΙ 4

ΕΙΝΑΙ ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ ΕΝΑ ΑΠΟ ΤΑ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΟ ΝΑΙ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΤΡΕΧΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ

1-5 ΒΑΘΜΟΙ ΧΑΜΗΛΟΣ

6-9 ΒΑΘΜΟΙ ΜΕΤΡΙΟΣ

>10 ΒΑΘΜΟΙ ΥΨΗΛΟΣ

ΕΑΝ ΝΑΙ, ΑΘΡΟΙΣΕ ΤΟ ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΑΡΙΘΜΟ ΤΩΝ ΒΑΘΜΩΝ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ (Γ1-Γ6) ΠΟΥ ΕΙΝΑΙ ΣΗΜΕΙΩΜΕΝΑ ΝΑΙ ΚΑΙ ΚΑΘΟΡΙΣΕ ΤΟΝ ΒΑΘΜΟ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑΣ ΟΠΩΣ ΠΡΟΗΓΕΙΤΑΙ.

ΤΕΛΟΣ

