



ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
DEPARTMENT OF OCCUPATIONAL THERAPY
FACULTY OF HEALTH AND CARING SCIENCES

Πτυχιακή Εργασία
Συννοσηρότητα ψυχικών διαταραχών και παθολογικών
προβλημάτων. Ο ρόλος της Εργοθεραπείας.

Thesis
The role of occupational therapy in the comorbidity of mental
disorders and pathological problems

Ανθία Θ. Κλώνα
AM: 61916050
Anthia T. Klona
ID: 61916050

Επιβλέπουσα: Αθανασία Παπαδοπούλου, Ψυχίατρος MD, PhD
Supervisor: Athanasia Papadopoulou, Psychiatrist MD, PhD

Αθήνα, 2021

Επιτροπή Εξέτασης

1. Ονοματεπώνυμο: Αθανασία Παπαδοπούλου

2. Ονοματεπώνυμο: Σοφία Τριανταφυλλίδου

3. Ονοματεπώνυμο: Χριστίνα Αθανασοπούλου

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ/ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Κλώνα Ανθία του Θωμά, με αριθμό μητρώου 61916050 φοιτήτρια του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής της Σχολής Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας του Τμήματος Εργοθεραπείας, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της πτυχιακής/διπλωματικής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Η Δηλούσα



31/05/2021

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου, στην επιβλέπουσα καθηγήτρια της παρούσας Πτυχιακής μου Εργασίας, κ. Αθανασία Παπαδοπούλου, η οποία με την καθοδήγησή της και τις πολύτιμες συμβουλές της κατά την εκπόνησή της, συνέβαλε στην ολοκλήρωσή της.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές της σχολής, οι οποίοι συνέβαλαν στην απόκτηση των απαραίτητων γνώσεων, για την επιτυχή φοίτησή μου και κυρίως, διότι ενίσχυσαν την αγάπη μου για την Εργοθεραπεία.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία, πραγματεύεται το ρόλο της Εργοθεραπείας στη συννοσηρότητα ψυχικών διαταραχών και παθολογικών προβλημάτων ώστε να θεσπιστεί, προκειμένου να επωφεληθούν τα άτομα που νοσούν, για να βελτιώσουν τη λειτουργικότητα τους σε όλες τις δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής χωρίς να επηρεάζονται από την συννοσηρότητα. Αναλύεται ο ρόλος του εργοθεραπευτή στη παρέμβαση είτε σε ψυχικές είτε σε παθολογικές διαταραχές και έπειτα ο συνδυασμός των παρεμβάσεων αυτών όταν υπάρχει συννοσηρότητα, για την επιτυχία και όσο περισσότερο λειτουργική συμμετοχή των ατόμων σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής.

ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ: Ο ρόλος της εργοθεραπείας σε άτομα με ταυτόχρονη εμφάνιση ψυχικής και παθολογικής νόσου

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ: συννοσηρότητα, ψυχική διαταραχή, παθολογικό πρόβλημα, εργοθεραπεία, ποιότητα ζωής, λειτουργική ενασχόληση

ABSTRACT

The present dissertation deals with the role of occupational therapy in the comorbidity of mental disorders and pathological problems, in order to establish the role of occupational therapy, so as to benefit sick people, to improve their function in the activities of daily living without being influenced by the comorbidity. The role of occupational therapist in the intervention is analyzed, either in mental disorders or pathological problems and then the combination of the interventions when comorbidity happens, for the successful and as much as possible functional participation of patients in activities of daily living.

SUBJECT AREA: The role of occupational therapy in people with simultaneous occurrence of mental and pathological illness

KEY WORDS: comorbidity, mental disorder, pathological problem, occupational therapy, quality of life, functional activity

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ	3
Η ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ	3
2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ	3
2.2. ΣΧΕΣΗ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ	4
2.2.1. Γενικά επιδημιολογικά στοιχεία για τον χρόνιο πόνο	4
3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ	6
Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΠΡΟΞΕΑΡΧΟΥΣΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	6
3.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	6
3.2. ΣΧΕΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ	6
3.3. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ	8
3.4. ΠΙΘΑΝΟΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ.....	8
3.4.1. <i>Επιδημιολογικά στοιχεία στη συννοσηρότητα μεταξύ κατάθλιψης και παθολογικών διαταραχών</i>	9
3.5. Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΗΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ.....	10
4. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ	12
Άλλες Ψυχικές Διαταραχές ως Προξέαρχουσες Διαγνώσεις	12
4.1. ΟΙ ΣΥΝΗΘΕΣΤΕΡΕΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ ΣΤΙΣ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	12
4.2. ΆΝΟΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	12
4.3. ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΑΝΙΚΟΥ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	13
4.4. ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	13
4.4.1. <i>Επιδημιολογικά στοιχεία στη συννοσηρότητα με διπολική διαταραχή</i>	14
4.4.2. <i>Πιθανοί παθογενετικοί μηχανισμοί πρόκλησης της συννοσηρότητας στην διπολική διαταραχή</i>	14
4.5. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ	15
4.5.1. <i>Σχέση σχιζοφρένειας και χρόνιου πόνου</i>	15
4.5.2. <i>Επιδημιολογικά στοιχεία στη συννοσηρότητα με σχιζοφρένεια</i>	16
4.5.3. <i>Πιθανοί παθογενετικοί μηχανισμοί πρόκλησης της συννοσηρότητας στη σχιζοφρένεια</i>	16
5. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ	19
ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	19
5.1. ΣΧΕΣΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ	19
5.1.1. <i>Επιπτώσεις της ταυτόχρονης εμφάνισης διαβήτη και ψυχικών διαταραχών</i>	20
5.2. ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	20
5.3. ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	21
5.4. ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ DELIRIUM	22
5.5. ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	22
6. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ	23
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	23
6.1. ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	23
6.2. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΗ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	23

6.3. ΑΙΤΙΩΔΕΙΣ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ	24
6.4. Η ΕΠΙΡΡΟΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ.....	24
7. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ	26
ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	26
7.1. ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	26
7.1.1. <i>Επιδημιολογικά στοιχεία στη συννοσηρότητα καρκίνου με ψυχικές διαταραχές.....</i>	26
7.1.2. <i>Πιθανοί παράγοντες πρόκλησης της συννοσηρότητας στον καρκίνο</i>	27
8. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ.....	28
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	28
8.1. ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	28
8.2. ΗΜΙΚΡΑΝΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	28
8.3. ΚΡΑΝΙΟΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΚΑΚΩΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	28
8.4. ΝΟΣΟΣ ΤΟΥ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	29
8.4.1. <i>Επιδημιολογικά στοιχεία στη νόσο του Πάρκινσον</i>	30
8.4.2. <i>Νόσος του Πάρκινσον και αγχώδεις διαταραχές</i>	30
8.4.3. <i>Νόσος του Πάρκινσον και άνοια.....</i>	31
8.4.4. <i>Νόσος του Πάρκινσον και κατάθλιψη</i>	31
8.4.5. <i>Νόσος του Πάρκινσον και μανία.....</i>	32
8.4.6. <i>Νόσος του Πάρκινσον και ψυχωσικά φαινόμενα</i>	32
8.5. ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	33
8.5.1. <i>Πολλαπλή σκλήρυνση και διπολική διαταραχή.....</i>	34
8.5.2. <i>Πολλαπλή σκλήρυνση και κατάθλιψη.....</i>	34
9. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ	35
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	35
9.1. ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	35
9.1.1. <i>Επιπολασμός καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην ρευματοειδή αρθρίτιδα.....</i>	35
9.1.2. <i>Πιθανοί παθογενετικοί μηχανισμοί της κατάθλιψης στη ρευματοειδή αρθρίτιδα και η επιρροή τους.....</i>	36
9.1.3. <i>Τα αποτελέσματα της θεραπείας στη συννοσηρότητα</i>	38
9.2. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟΣ ΕΡΥΘΗΜΑΤΩΔΗΣ ΛΥΚΟΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	38
10. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΝΑΤΟ.....	40
ΠΝΕΥΜΟΝΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	40
10.1. ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ	40
10.2. ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	41
10.3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΤΗ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΜΕ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	42
10.4. ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΟΒΙΑ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ	43
10.5. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ	43
10.6. ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΠΡΟΚΛΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΧΡΟΝΙΑ ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΗ ΠΝΕΥΜΟΝΟΠΑΘΕΙΑ	45
11. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ.....	47
ΆΛΛΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	47
11.1. <i>Ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) και ψυχικές διαταραχές.....</i>	47

11.2. ΝΟΣΟΣ WILSON ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.....	48
12. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΔΕΚΑΤΟ	50
Η ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΤΗΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	50
12.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ	50
12.2. ΒΑΣΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ	51
12.3. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΙ ΡΟΛΟΙ ΖΩΗΣ.....	51
12.4. ΜΟΝΤΕΛΟ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ	51
12.5. ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΩΘΗΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	52
12.6. ΣΧΕΣΗ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΟΥ ΠΟΝΟΥ	53
13. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΩΔΕΚΑΤΟ	54
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ.....	54
13.1. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ.....	54
13.2. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΟΩΘΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	56
13.3. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΤΟΝ ΧΡΟΝΙΟ ΠΟΝΟ	56
13.4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ	57
13.4.1. Αποκατάσταση στην ψυχική υγεία	58
13.4.2. Ο ρόλος του εργοθεραπευτή στην κατάθλιψη	58
13.4.3. Ο ρόλος του εργοθεραπευτή στην αντιμετώπιση των γνωστικών ελλειμμάτων.....	59
13.4.4. Εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε άτομα με σχιζοφρένεια	62
13.5. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ	64
13.6. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ	66
13.7. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ	67
13.8. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ ΣΤΗ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ	68
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	72
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	74
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	75
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	87
ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΤΑ ICD-10	87

ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΥΝΤΜΗΣΕΩΝ

Συμβολισμός	Ορισμός
ΑΕΕ	Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο
ΔΚΖ	Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής
ΔΕΠΥ	Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα
ΚΕΚ	Κρανιοεγκεφαλική Κάκωση
ΚΝΣ	Κεντρικό Νευρικό Σύστημα
ΝΠ	Νόσος Πάρκινσον
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΣ	Πολλαπλή Σκλήρυνση
ΡΑ	Ρευματοειδής Αρθρίτιδα
ΣΕΛ	Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος
ΧΑΠ	Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονική Νόσο
BPD	Διπολική Διαταραχή
CAD	Στεφανιαία Νόσος
CP	Χρόνιος Πόνος
MD	Μείζονα Κατάθλιψη
MDD	Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή
NW	Νόσος Wilson
ΟΤ	Εργοθεραπεία
PD	Διαταραχή Πανικού
QoL	Ποιότητα Ζωής

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα Πτυχιακή Εργασία, με τίτλο «Συννοσηρότητα ψυχικών διαταραχών και παθολογικών προβλημάτων. Ο ρόλος της Εργοθεραπείας», εκπονήθηκε, για τη διερεύνηση του ρόλου του εργοθεραπευτή σε αυτή την συγκεκριμένη κατάσταση.

Αφορμή για τη συγγραφή αυτής της εργασίας, αποτέλεσε το γεγονός της συμμετοχής μου σε κλινικές ασκήσεις, στα πλαίσια του προγράμματος σπουδών μου, όπου ήρθα σε επαφή με ασθενείς των οποίων η διάγνωση περιλάμβανε πάνω από μια ασθένεια και συχνά μπορεί να υπήρχε ταυτόχρονα ψυχική και παθολογική δυσλειτουργία. Η εμπειρία αυτή, με ευαισθητοποίησε πάνω στον τομέα αυτών των νοσημάτων και προκάλεσε το ενδιαφέρον μου, για την εν λόγω εργασία. Πρόκειται για ένα θέμα το οποίο δεν έχει ερευνηθεί εκτενώς, ενώ παρουσιάζει μακροχρόνιες επιπτώσεις, τόσο σε λειτουργικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο.

Κατά την εκπόνηση της πτυχιακής, αναζητήθηκαν πηγές, τόσο στη διεθνή όσο και στην Ελληνική βιβλιογραφία και διαπιστώθηκε ότι μέχρι σήμερα η διερεύνηση του συγκεκριμένου θέματος παραμένει περιορισμένη, ειδικότερα σε ότι αφορά στο ρόλο του εργοθεραπευτή σε παρέμβαση όταν υπάρχει συννοσηρότητα ψυχικών διαταραχών και παθολογικών προβλημάτων.

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το αντικείμενο της εργασίας αυτής, πραγματεύεται την παρουσίαση των πιθανών παρεμβάσεων ενός εργοθεραπευτή, που είναι σε θέση να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα των ατόμων που πάσχουν ταυτόχρονα από ψυχικές διαταραχές και παθολογικές καταστάσεις.

Η ανάλυση αυτού του ρόλου, έχει σκοπό την ανάδειξη θεραπευτικών παρεμβάσεων, της παροχής μέσων, προσαρμογών και κατευθύνσεων, για την άρση των λειτουργικών περιορισμών, την προσαρμογή στις αλλαγές του τρόπου ζωής και τη συντήρηση ή βελτίωση της πάθησης και της ψυχικής υγείας του ασθενούς.

Πρόκειται για ένα ζήτημα με ιδιαίτερη σημασία, δεδομένου ότι στην βιβλιογραφία δεν έχει ερευνηθεί εκτενώς ο ρόλος του εργοθεραπευτή όταν υπάρχει συννοσηρότητα ψυχικών και παθολογικών καταστάσεων.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αναπτύσσεται σε δώδεκα κεφάλαια, όπως παρακάτω:

Στο 1^ο Κεφάλαιο, γίνεται μια περιγραφή του όρου της συννοσηρότητας των τύπων της και των πιθανών συνδυασμών που μπορεί να συμβαίνουν, καθώς και τον παραγόντων πρόκλησής της. Στη συνέχεια αναφέρονται πληροφορίες για τον χρόνιο πόνο και τη σχέση του με την συννοσηρότητα. Το πρώτο κεφάλαιο ολοκληρώνεται με τα επιδημιολογικά στοιχεία που αφορούν τον χρόνιο πόνο και τη συννοσηρότητα με ψυχικές διαταραχές.

Στο 2^ο Κεφάλαιο, αναλύεται η κατάθλιψη ως προεξάρχουσα διάγνωση, καθώς όπως φαίνεται είναι μια διαταραχή που συνυπάρχει συχνά είτε με άλλες ψυχικές διαταραχές είτε με παθολογικά προβλήματα. Επίσης αναλύεται η σχέση της με τον χρόνιο πόνο και άλλες συννοσηρότητες όπως και παθογενετικοί μηχανισμοί που αφορούν στη συννοσηρότητα αυτή. Από τα στοιχεία αυτά, προκύπτει η επιρροή της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής και στη συννόσηρη παθολογία.

Στο 3^ο Κεφάλαιο, αναφέρονται άλλες ψυχικές διαταραχές ως προεξάρχουσες και οι συνηθέστερες παθολογίες συγκεκριμένα παρατίθεται η άνοια, η διαταραχή πανικού, η διπολική διαταραχή και η σχιζοφρένεια και η σχέση των δύο τελευταίων με τον χρόνιο πόνο.

Στα Κεφάλαια 4-10, περιγράφονται διάφορες παθολογικές διαταραχές ως προεξάρχουσες διαγνώσεις. Συγκεκριμένα με την σειρά αναφέρονται ο διαβήτης, καρδιαγγειακά νοσήματα όπως η στεφανιαία νόσος, ο καρκίνος, νευρολογικά νοσήματα όπως το αγγειακό εγκεφαλικό, η ημικρανία, η κρανιοεγκεφαλική κάκωση, η νόσος του Πάρκινσον και η πολλαπλή σκλήρυνση, συστηματικά αυτοάνοσα νοσήματα όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα και ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος, πνευμολογικά νοσήματα, όπως η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ο ιός HIV και η νόσος του Wilson. Σε όλα τα κεφάλαια αναλύονται οι σχέσεις τους με τις πιο συχνά εμφανιζόμενες ψυχικές διαταραχές, επιδημιολογικά στοιχεία, πιθανοί μηχανισμοί πρόκλησης της συννοσηρότητας και η επιρροή της τελευταίας στην ποιότητα ζωής των ατόμων.

Στο 11^ο Κεφάλαιο ακολουθεί η ανάλυση της επιστήμης της εργοθεραπείας και μια ιστορική αναδρομή για να κατανοηθεί ο τωρινός της ρόλος. Επίσης αναλύονται βασικοί όροι που ισχύουν στην εργοθεραπεία όπως η λειτουργική ενασχόληση, οι βασικές δεξιότητες, το μοντέλο της αποκατάστασης. Τέλος περιγράφεται η σχέση της εργοθεραπείας με την προώθηση της υγείας και του χρόνιου πόνου.

Στο 12^οΚεφάλαιο περιγράφεται η σημαντικότητα του εργοθεραπευτή στη θεραπεία των ατόμων που πάσχουν ταυτόχρονα με ψυχική και παθολογική διαταραχή. Αρχικά αναλύεται ο ρόλος του εργοθεραπευτή γενικά και στην προώθηση της υγείας. Στη συνέχεια ο ρόλος του στο χρόνιο πόνο που συχνά προκαλεί τη συννοσηρότητα και στην ψυχική υγεία και στη αποκατάσταση στην τελευταία. Επίσης αποδεικνύεται ο ρόλος του εργοθεραπευτή σε συγκεκριμένες διαταραχές όπως στην κατάθλιψη, στην σχιζοφρένεια, στον καρκίνο, στη ν. Πάρκινσον και στη ρευματοειδή αρθρίτιδα και στην αντιμετώπιση και παρέμβαση σε γνωστικά ελλείματα. Τέλος γίνεται συνδυασμός των παραπάνω παρεμβάσεων ώστε να αποδειχθεί η σημαντικότητα του ρόλου του εργοθεραπευτή στη συννοσηρότητα ψυχικών διαταραχών και παθολογικών προβλημάτων.

2. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

Η συννοσηρότητα και η επιρροή του πόνου

2.1. Ορισμός συννοσηρότητας

Ο όρος συννοσηρότητα επινοήθηκε από τον Feinstein (1970) και αναφέρεται σε μια κατάσταση στην οποία συνυπάρχουν μία ή περισσότερες παθολογίες στο ίδιο άτομο. Με την ευρύτερη έννοια, μπορεί να περιλαμβάνει την ταυτόχρονη εμφάνιση παθολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών. Στην ψυχιατρική θεωρείται γενικά ότι συνδέεται με διαγνωστέες ψυχιατρικές διαταραχές. Η αναγνώριση της συννοσηρότητας είναι προϋπόθεση για την ολιστική αντιμετώπιση του ασθενούς.

Η συννοσηρότητα μπορεί να προκύψει από πολλούς παράγοντες. Μια διαταραχή μπορεί να αντιπροσωπεύει μια πρώιμη εκδήλωση μιας άλλης. Μπορεί να υπάρχουν προβλήματα ταξινόμησης, στα οποία η χρήση των ίδιων ή παρόμοιων συμπτωμάτων καθορίζει διαφορετικές διαταραχές. Για παράδειγμα, η παρουσία μιας διαταραχής σε έναν ασθενή μπορεί να κάνει μια άλλη κατάσταση πιο ορατή, παρόλο που μπορεί να μην είναι πιο συχνή από ότι σε έναν γενικό πληθυσμό. Ομοίως, η παρουσία μίας διαταραχής μπορεί να επηρεάσει τις παρατηρήσεις των ιατρών και να τους κάνει πιο πιθανό να αναφέρουν την παρουσία μιας άλλης διαταραχής (Klykylo, 2002).

Οι συννοσηρές διαταραχές είναι συνήθως πιο σοβαρές, χρόνιες και δύσκολες στη θεραπεία από τις διαταραχές που εμφανίζονται μεμονωμένα. Οι ερευνητές έχουν μελετήσει συννοσηρότητες μεταξύ ψυχικών διαταραχών, μεταξύ ψυχικών διαταραχών και χρήσης ουσιών και μεταξύ ψυχικών και σωματικών διαταραχών. Και οι τρεις τύποι συννοσηρότητας είναι αρκετά συνηθισμένοι στον γενικό πληθυσμό. Οι ψυχικές διαταραχές, ιδιαίτερα το άγχος και η κατάθλιψη, βρίσκονται επίσης σε μια σημαντική πλειοψηφία ατόμων που θεραπεύονται για σωματική ασθένεια και ιδιαίτερα μεταξύ των υψηλών χρηστών πρωτοβάθμιας φροντίδας.

Είναι γνωστό ότι οι υψηλοί χρήστες της πρωτοβάθμιας ιατρικής περίθαλψης έχουν υψηλά ποσοστά άγχους και διαταραχών της διάθεσης.

Τα στοιχεία είναι ακόμη ισχυρότερα στο να δείξουν ότι οι συννοσηρές ψυχικές διαταραχές επηρεάζουν δυσμενώς την πορεία των χρόνιων σωματικών διαταραχών. Έχουν προταθεί διάφοροι λόγοι για αυτό, όπως επιδράσεις της ψυχικής ασθένειας στην ευαισθησία σε σωματικά συμπτώματα, έλλειψη προσκόλλησης σε ιατρικά σχήματα,

μείωση της ανοσολογικής ικανότητας και αύξηση της αντιδραστικότητας του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (Kessler, 2001).

2.2. Σχέση χρόνιου πόνου και συννοσηρότητας

Ο πόνος ορίζεται ως η δυσάρεστη αισθητηριακή και συναισθηματική εμπειρία που σχετίζεται είτε με πραγματική ή με εν δυνάμει βλάβη ιστού είτε περιγράφεται με όρους τέτοιας βλάβης. Δεν υπάρχει απλός αλγόριθμος που να προσδιορίζει αν η αιτία του πόνου είναι ψυχολογική ή νευρολογική (IASP council, 2019).

Ο πόνος περιλαμβάνει αισθητηριακά, γνωστικά και συναισθηματικά στοιχεία. Το συναισθηματικό στοιχείο του πόνου περιλαμβάνει συναισθήματα ενόχλησης, θλίψης, άγχους και κατάθλιψης ως απόκριση σε ένα επιβλαβές ερέθισμα (Doan, Manders & Wang, 2015). Πολύ συχνά οι ασθενείς με χρόνια πόνο και ιατρικώς ανεξήγητα συμπτώματα είναι υψηλού κινδύνου για ιατρογενείς αρνητικές συνέπειες από υπερβολικό αριθμό διαγνωστικών δοκιμασιών, ακατάλληλη χρήση φαρμάκων και μη αναγκαίες χειρουργικές επεμβάσεις (Reilimo et al., 2020).

Όπως έχει αποδειχθεί από έρευνες ο οξύς πόνος προκαλεί καταθλιπτική διάθεση και ο χρόνιος πόνος είναι γνωστό ότι προκαλεί κατάθλιψη. Η κατάθλιψη, ταυτόχρονα, μπορεί επίσης να επηρεάσει δυσμενώς τις συμπεριφορές πόνου που κυμαίνονται από τη συμπτωματολογία έως την ανταπόκριση στη θεραπεία. Επομένως ο πόνος και η κατάθλιψη είναι πολύ συχνά δύο αλληλένδετες καταστάσεις, που επηρεάζουν ανεξάρτητα μακροχρόνια πλαστικότητα στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Οι συννοσηρές καταστάσεις, ωστόσο, έχουν διαφορετικά πρότυπα νευρικής ενεργοποίησης (Doan, Manders & Wang, 2015).

2.2.1. Γενικά επιδημιολογικά στοιχεία για τον χρόνια πόνο

Περίπου το ένα τέταρτο του πληθυσμού των Ηνωμένων Πολιτειών βιώνει κάποια μορφή χρόνιου πόνου. Στα κλινικά δείγματα, τα ποσοστά επίμονου πόνου είναι σημαντικά υψηλότερα από τον γενικό πληθυσμό, με σχεδόν τους μισούς ασθενείς στους χώρους υγειονομικής περίθαλψης των Βετεράνων (VA) να αντιμετωπίζουν πόνο σε τακτική βάση (Doanetal, 2015).

Υπάρχουν επίσης αυξανόμενα στοιχεία που συνδέουν τον χρόνια πόνο με ψυχιατρικά προβλήματα. Ένα σημαντικό μέρος της βιβλιογραφίας δείχνει ότι αυτοί που βιώνουν χρόνια πόνο έχουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους από εκείνους χωρίς χρόνια πόνο. Η κατάθλιψη έχει λάβει τη μεγαλύτερη προσοχή στη βιβλιογραφία χρόνιου

πόνου σε σύγκριση με άλλες ψυχιατρικές διαγνώσεις, διότι συνδέεται σε μεγάλο βαθμό με τον χρόνιο πόνο, με κατά μέσο όρο το 65% των ασθενών με διαγνωσμένες καταθλιπτικές διαταραχές να αναφέρουν συμπτώματα συνοδικού πόνου (Doan et al., 2015).

3. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η κατάθλιψη ως προεξάρχουσα διάγνωση

3.1. Ορισμός κατάθλιψης και επιδημιολογικά στοιχεία

Όπως φαίνεται παραπάνω αλλά και όπως θα αποδειχθεί παρακάτω, η κατάθλιψη είναι μια συναισθηματική διαταραχή όπως ορίζεται από το ICD-10 (βλ. πίνακα 1) που πολύ συχνά είναι η προεξάρχουσα διάγνωση στη συννοσηρότητα με παθολογικά προβλήματα. Η κατάθλιψη αναφέρεται σε μια κατάσταση χαμηλής διάθεσης, απώλεια θετικών επιδράσεων (σημαντικά μειωμένο ενδιαφέρον και απόλαυση σε δραστηριότητες που προηγουμένως θεωρούνταν ευχάριστες), και μια ποικιλία συναισθηματικών, γνωστικών και συμπεριφορικών συμπτωμάτων, όπως η ανηδονία, ο διαταραγμένος ύπνος και το φαγητό και η επαναλαμβανόμενη σκέψη του θανάτου. Χωρίς θεραπεία, η κατάθλιψη είναι πιθανό να είναι χρόνια, επαναλαμβανόμενη και σχετίζεται με την αυξανόμενη αναπηρία με την πάροδο του χρόνου. Η κατάθλιψη έχει προβλεφθεί ότι θα είναι η κύρια αιτία επιβάρυνσης των ασθενειών το 2030 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ). Έτσι, η ανεξάρτητη αναπηρία της κατάθλιψης μπορεί να υποδηλώνει ένα αναμενόμενο βάρος της κατάθλιψης στο πλαίσιο των σωματικών διαταραχών (Kang et al., 2015). Συγκεκριμένα στην μείζον κατάθλιψη βλέπουμε επίμονη λύπη, μειωμένη αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση, μειωμένη ενεργητικότητα και διαταραχές ύπνου και πορεία με διακριτά επεισόδια. Στις νευρολογικές παθήσεις, η δυσλειτουργία ρύθμισης της διάθεσης και των συναφών φαινομένων (π.χ. αυτοεκτίμηση, προοπτική, ύπνος, όρεξη, επίπεδο ενέργειας, λίμπιντο) είναι αποτέλεσμα της ασθένειας ή παρενέργεια της θεραπείας (Depression, 2018).

3.2. Σχέση κατάθλιψης και χρόνιου πόνου

Ο χρόνιος πόνος και η συννοσηρή κατάθλιψη αντιμετωπίζονται συχνά κλινικά. Σε ασθενείς που έλαβαν θεραπεία για την κατάθλιψη, η επικράτηση του χρόνιου πόνου αναφέρεται ότι είναι 51,8 έως 59,1%. Διαχρονικές μελέτες έχουν δείξει ότι η κατάθλιψη είναι παράγοντας κινδύνου για την έναρξη της αναπηρίας ή του χρόνιου πόνου. Αντίθετα, σε ασθενείς με χρόνια πόνο, ο μέσος επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης αναφέρεται ότι κυμαίνεται μεταξύ 18 και 85%, ανάλογα με τη ρύθμιση της πρακτικής. Στην

πραγματικότητα, ο πόνος είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη της κατάθλιψης (Doan et al., 2015).

Σε μια έρευνα, οι ασθενείς που διαγνώστηκαν με κατάθλιψη αποτελούσαν τη μεγαλύτερη διαγνωστική ομάδα του πληθυσμού της, με 14,6% (N = 757.807). Σε αναπροσαρμοσμένες αναλύσεις, ασθενείς με κατάθλιψη είχαν περισσότερες από δυόμισι φορές πιθανότητες να διαγνωστούν με πόνο [λόγος πιθανότητας (OR = 2,61)] και τουλάχιστον πάνω από δύο φορές πιο πιθανό να εκτιμηθεί κάθε άλλη κατάσταση πόνου για: αρθρίτιδα (OR = 2,03), πόνο στην πλάτη (OR = 2,63) , χρόνιο πόνο (OR = 5,08), ημικρανία (OR = 3,51), άλλο πονοκέφαλο (OR = 3,35), ψυχογενή (OR = 11,91) και νευροπαθητικό (OR = 2,05) σε σχέση με την ομάδα σύγκρισης ασθενών χωρίς κατάθλιψη. Οι πιθανότητες ασθενών με κατάθλιψη που βίωναν πόνο μειώθηκαν, αν και οι πιθανότητες οποιασδήποτε κατάστασης πόνου (OR = 2,61) και κάθε συγκεκριμένης κατάστασης παρέμειναν στατιστικά σημαντικές (προσαρμοσμένες OR που κυμαίνονται από 1,79 έως 8,80) (Birgenheir et al., 2013).

Σε μια άλλη μελέτη που εξέτασε τη μακροπρόθεσμη πορεία της κατάθλιψης, η μεγαλύτερη σοβαρότητα του πόνου κατά την έναρξη, ο μεγαλύτερος αριθμός θέσεων πόνου και η μεγαλύτερη διάρκεια του πόνου αύξησαν σημαντικά τον κίνδυνο να εξακολουθήσουν οι ασθενείς να έχουν κατάθλιψη μετά από δύο χρόνια.

Στην έρευνα των Doan, Manders&Wang (2015) οι ασθενείς με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή με χρόνιο πόνο βρέθηκαν να είναι 2,1-4,6 φορές πιο πιθανό να αναφέρουν παρεμβολές σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής και οικογενειακές και κοινωνικές αλληλεπιδράσεις σε σχέση με ασθενείς με κατάθλιψη χωρίς πόνο. Διαπιστώθηκε επίσης ότι είναι πιο πιθανό να πάρουν άδεια ασθενείας λόγω πόνου.

Βασικές και μεταφραστικές μελέτες που χρησιμοποιούν την απεικόνιση καθώς και ζωικά μοντέλα έχουν αρχίσει να ξεδιπλώνουν τη μηχανιστική βάση για τη σχέση μεταξύ πόνου και κατάθλιψης (Doanetal., 2015).

Γενικότερα, υπάρχουν ενδείξεις ότι η καταθλιπτική διάθεση ή άλλες αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις μπορούν επίσης να ρυθμίσουν αισθητηριακές νευρικές αποκρίσεις. Σε μια μελέτη με λειτουργική μαγνητική τομογραφία (fMRI), τα άτομα εκτέθηκαν σε μη οδυνηρή σπλαχνική διέγερση σε ουδέτερα και αρνητικά συναισθηματικά περιβάλλοντα. Σημαντικά μεγαλύτερες ενεργοποιήσεις σημειώθηκαν στον πρόσθιο κατιών κλάδο και στην πρόσθια χοριοειδή αρτηρία κατά τη διάρκεια

ολοένα μεγαλύτερων αρνητικών συναισθηματικών πλαισίων και μεγαλύτερων επιπέδων αναφερόμενου άγχους που απαντώνται συνήθως σε καταθλιπτικούς ασθενείς (Doan et al., 2015).

3.3. Κατάθλιψη και παθολογικά προβλήματα

Ένα αναδυόμενο σύνολο στοιχείων δείχνει ότι η κατάθλιψη και οι παθολογικές διαταραχές συχνά συνυπάρχουν. Για παράδειγμα η αρχή της καρδιαγγειακής νόσου μπορεί να εμφανίζεται νωρίτερα σε άτομα με κατάθλιψη σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό (Goldstein et al., 2009). Αυτή η συννοσηρότητα σχετίζεται με κακή ποιότητα ζωής (QoL), χειρότερα αποτελέσματα των σωματικών διαταραχών, αυξημένη θνησιμότητα, υψηλότερο ιατρικό κόστος, μεγαλύτερη αναπηρία και αυξημένο λειτουργικό αντίκτυπο από ό,τι όταν υπάρχει κατάθλιψη ή παθολογική ασθένεια μόνη της. Με βάση αυτά τα ευρήματα, η συννοσηρότητα της κατάθλιψης και μιας παθολογικής διαταραχής έχει αναγνωριστεί ως ένα όλο και πιο σημαντικό ζήτημα κλινικών στην παγκόσμια υγεία. Σε αυτό το πλαίσιο, ένα αναπτυσσόμενο πεδίο έρευνας προσπαθεί να εντοπίσει παράγοντες κινδύνου και αποτελεσματικές θεραπείες για την κατάθλιψη σε ευάλωτους ασθενείς με σωματικές διαταραχές, αλλά αυτή η σχέση παραμένει υποαναγνωρισμένη και χωρίς θεραπεία (Kang et al., 2015).

3.4. Πιθανοί παθογενετικοί μηχανισμοί

Η ανοσολογική θεώρηση σχετικά με την κατάθλιψη αρθρώθηκε πριν από σχεδόν 30 χρόνια σε μια προσπάθεια ενοποίησης αρκετών σχετικών παρατηρήσεων, συμπεριλαμβανομένης μιας αυξανόμενης αναγνώρισης ότι οι προφλεγμονώδεις κυτοκίνες μπορούν να προκαλέσουν καταθλιπτικά συμπτώματα μεταξύ υγιών εθελοντών και ότι η κατάθλιψη συνήθως εμφανίζεται σε ασθένειες που σχετίζονται με φλεγμονή, όπως η στεφανιαία νόσος και η ρευματοειδής αρθρίτιδα. Από τότε, η συσσώρευση στοιχείων δείχνει ότι η μεταβολή στη φλεγμονή είναι σημαντική για την παθογένεση και πιθανώς την θεραπεία μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (MDD). Λαμβάνοντας μαζί όλες τις μελέτες που αναφέρονται στη φλεγμονή στην MDD προτείνεται ότι προ-φλεγμονώδεις κυτοκίνες μπορεί να εξυπηρετήσουν καταθλιπτική συμπτωματολογία με ενεργοποίηση του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (HPA) και επηρεάζοντας τα κεντρικά μονοαμινεργικά συστήματα (Goldstein et al., 2009).

Ενώ μια συσχέτιση μεταξύ μείζονος κατάθλιψης [major depression (MD)] και στεφανιαίας νόσου [coronaryarterydisease (CAD)] έχει από καιρό σημειωθεί και

πρόσφατα επιβεβαιώθηκε, η κατεύθυνση και η αιτία αυτής της συσχέτισης παραμένουν ασαφείς. Επειδή οι γενετικοί παράγοντες είναι αιτιολογικά σημαντικοί στις MD και CAD, οι κοινοί γενετικοί παράγοντες κινδύνου μπορεί να συμβάλλουν στη συννοσηρότητα. Ωστόσο, εναλλακτικοί αιτιώδεις μηχανισμοί μπορεί επίσης να λειτουργούν υπέρ της συννοσηρότητας. Οι μηχανισμοί, οι οποίοι περιλαμβάνουν υπερκορτιζολαιμία, φλεγμονή, αυτόνομη διέγερση και αλλοιωμένη λειτουργία αιμοπεταλίων μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο CAD. Η στεφανιαία νόσος, όπως θα φανεί και παρακάτω, ως αγχωτικό γεγονός μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο MD ή μπορεί να αντανάκλα αθηροσκλήρωση, διαδικασίες που αυξάνουν τον κίνδυνο για MD μέσω αγγειακής εγκεφαλικής νόσου. Ένα κοινό σύνολο παραγόντων περιβαλλοντικού κινδύνου θα μπορούσε να προδιαθέσει τόσο σε MD όσο και σε CAD. Η χρόνια κατάθλιψη θα μπορούσε να μειώσει την αναζήτηση θεραπείας για CAD ή τη συμμόρφωση της θεραπείας (Kendler, Gardner, Fiske & Gatz, 2009). Τέλος, φαίνεται να υπάρχουν διαφορές σε σχέση με τα φύλα σε ότι αφορά την εκδήλωση της συννοσηρότητας κατάθλιψης και στεφανιαίας νόσου (Kendler, Gardner, Fiske & Gatz, 2009).

Όσον αφορά την βιολογική αιτία των διαταραχών γενικά, βρέθηκε ότι οι ασθενείς με παθολογικές διαταραχές βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης εάν διαθέτουν το 5-HTTLPR s αλληλόμορφο (Kang et al., 2015).

3.4.1. Επιδημιολογικά στοιχεία στη συννοσηρότητα μεταξύ κατάθλιψης και παθολογικών διαταραχών

Έχει φανεί ότι η κατάθλιψη είναι πιο συχνή σε ασθενείς με παθολογικές διαταραχές και ιδιαίτερα σε ασθενείς με πολλαπλές σωματικές διαταραχές. Μια μελέτη επιπολασμού διάρκειας 1 έτους σε 30.801 ενήλικες στις Ηνωμένες Πολιτείες διαπίστωσε ότι οι ασθενείς με χρόνιες ιατρικές παθήσεις είχαν σχεδόν τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να υποφέρουν από κατάθλιψη. Ομοίως, η μελέτη επιπολασμού 1 έτους κατάθλιψης μεταξύ 245.400 ασθενών από 60 χώρες που διεξήχθη από τον ΠΟΥ διαπίστωσε ότι το 9,3% έως 18% των ατόμων με μία φυσική διαταραχή είχαν κατάθλιψη, ενώ μόνο το 3,2% των ατόμων χωρίς σωματική διαταραχή είχαν κατάθλιψη. Επιπλέον, σχεδόν το ένα τέταρτο (23%) των ασθενών με δύο ή περισσότερες σωματικές παθήσεις υπέφεραν από κατάθλιψη (Kang et al., 2015).

Μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση 61 μελετών που διερεύνησαν την κατάθλιψη μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο διαπίστωσαν ότι το 31% όλων των επιζώντων

από εγκεφαλικό επεισόδιο υπέφεραν από κατάθλιψη (Kim et al., 2012, Kang et al., 2015). Επιπλέον, μια άλλη συστηματική ανασκόπηση χρησιμοποιώντας μια δομημένη συνέντευξη διαπίστωσε ότι το 19,8% των ασθενών με οξύ στεφανιαίο νόσημα [acute coronary syndrome (ACS)] εμφάνισαν βαριά κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους (Dickens et al., 2012, Kang et al., 2015). Τέλος, ο επιπολασμός κατάθλιψης σε ασθενείς με σωματικές διαταραχές είναι περίπου δύο έως τρεις φορές υψηλότερος από ό, τι στον γενικό πληθυσμό (6,6%), 10,5% και 20,7%, αντίστοιχα, σε ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο και 18,3% και 20,7%, αντίστοιχα, σε ασθενείς με ACS (Kang et al., 2014, 2015). Ειδικότερα, σύμφωνα με μια Κορεατική Εθνική Έρευνα για την Υγεία και τη Διατροφή, το 21,7% των ασθενών με ACS και το 25,5% των ασθενών με εγκεφαλικό έχουν εμφανίσει κατάθλιψη. Στην Κορέα, τα ποσοστά επιπολασμού της κατάθλιψης σε ασθενείς με παθολογικές διαταραχές είναι πολύ υψηλότερα από εκείνα στο γενικό πληθυσμό (Kang et al., 2015).

Με βάση το φύλο, η αύξηση του κινδύνου για CAD κατά το έτος εμφάνισης MD είναι μεγαλύτερη στους άνδρες (HR, 3,16) από ό, τι στις γυναίκες (HR, 2,11). Ενώ έλεγχος που μπορεί να γίνει στο ατομικό ιστορικό σχετικά με την MD και ο γενετικός κίνδυνος για την MD μπορεί να προβλέψει ασθενώς τον κίνδυνο για CAD σε γυναίκες με λόγο κινδύνου (HR, 1,10) αλλά στους άνδρες δεν έχει διαπιστωθεί η ίδια επίδραση (HR, 0,95) (Kendler et al., 2009).

3.5. Η επιρροή της κατάθλιψης στην ποιότητα ζωής και στην πορεία της συννοσηρής παθολογίας

Όσον αφορά την ποιότητα ζωής (QoL) μελέτη ανέφερε ότι η συννοσηρή χρόνια κατάθλιψη επιδεινώνει σταδιακά την κατάσταση της υγείας σε σύγκριση με την κατάθλιψη μόνο, με οποιαδήποτε παθολογική διαταραχή μόνο και με οποιονδήποτε συνδυασμό παθολογικών διαταραχών χωρίς κατάθλιψη. Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ότι η παρουσία κατάθλιψης μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο [Post Stroke Depression (PSD)] παίζει ρόλο στον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής των ασθενών με εγκεφαλικό επεισόδιο και ότι η κατάθλιψη προβλέπει στη συνέχεια κακή ποιότητα ζωής σε ασθενείς με ACS, ακόμη και μετά τον έλεγχο για συγγέουσες μεταβλητές, συμπεριλαμβανομένης της βασικής QoL και της σοβαρότητας του ACS. Επιπλέον, το PSD κατά την έναρξη συνδέεται με κακή QoL τόσο στην οξεία φάση του εγκεφαλικού επεισοδίου (2 εβδομάδες μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο) όσο και στην υποξεία φάση (3 μήνες μετά το εγκεφαλικό επεισόδιο). Μια ανάλυση δεδομένων παρακολούθησης από ασθενείς με ACS, αποκάλυψε

ότι η κατάθλιψη συσχετίστηκε με χαμηλότερη ποιότητα ζωής, ακόμη και σε ασθενείς που είχαν πρόσφατα υποφέρει από ACS και ότι η θεραπεία κατάθλιψης σχετίζεται με βελτιωμένη QoL. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν τη σημασία της ψυχολογικής αξιολόγησης και παρέμβασης σε ασθενείς με παθολογικές διαταραχές, ακόμα και κατά τη διάρκεια των οξέων σταδίων μιας ασθένειας.

Μια μελέτη 30.801 ενηλίκων διαπίστωσε ότι ασθενείς με συνυπάρχουσα κατάθλιψη και σωματικές διαταραχές παρουσιάζουν μεγαλύτερες λειτουργικές διαταραχές, γεγονός που υποδηλώνει ότι η συννοσηρή κατάθλιψη επηρεάζει ανεξάρτητα τη λειτουργική αναπηρία. Μια καρδιολογική μελέτη έδειξε ότι η συννοσηρή κατάθλιψη σχετίζεται προοπτικά με μειωμένη περιπατητική απόσταση σε 6 λεπτά με τα πόδια, καθώς και με αυτο-τεκμηριωμένες λειτουργικές αναπηρίες. Επιπλέον, τα ευρήματα των τυχαιοποιημένων δοκιμών δείχνουν ότι η θεραπεία της κατάθλιψης μειώνει αποτελεσματικά τόσο τα καταθλιπτικά συμπτώματα όσο και τις λειτουργικές αναπηρίες. Μια πρόσφατη ανασκόπηση 14 ομάδων με συνολικά 4.498 ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο αποκάλυψε ότι η κατάθλιψη συσχετίστηκε αρνητικά με λειτουργικά αποτελέσματα, και μια μελέτη από την ερευνητική ομάδα που αξιολόγησε τους Κορεάτες ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο έδειξε ότι η κατάθλιψη στην οξεία φάση του εγκεφαλικού επεισοδίου προέβλεψε φτωχότερα λειτουργικά αποτελέσματα έτους (Kang et al., 2015).

Συνοπτικά, η έγκαιρη ταυτοποίηση ασθενών με ειδικά χαρακτηριστικά θα διευκόλυνε την έγκαιρη εφαρμογή χρήσιμης διαχείρισης για αυτούς τους ασθενείς, γεγονός που μπορεί να αποτρέψει την ανάπτυξη κατάθλιψης. Αυτοί οι πληθυσμοί περιλαμβάνουν ασθενείς με σωματική διαταραχή που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο κατάθλιψης, ασθενείς με καρκίνο που έχουν ευπαθή γονίδια σε συνδυασμό με προηγούμενα και οικογενειακά ιστορικά κατάθλιψης, ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο με κατάθλιψη, σοβαρή αναπηρία, μεγαλύτερα επίπεδα στρες στη ζωή και μη λειτουργικά συστήματα υποστήριξης και ασθενείς με ACS που είναι γυναίκες, είχαν προηγούμενο ACS, έχουν χαμηλό μορφωτικό επίπεδο ή έχουν υψηλότερο καρδιακό ρυθμό (Kang et al., 2015).

4. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

Άλλες ψυχικές διαταραχές ως προεξάρχουσες διαγνώσεις

4.1. Οι συνηθέστερες συννοσηρότητες στις ψυχικές διαταραχές

Σύμφωνα με την τρέχουσα βιβλιογραφία υποδηλώνεται ότι σε πολλές από τις ψυχικές διαταραχές υπάρχει συννοσηρότητα με συγκεκριμένες παθολογικές καταστάσεις όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, σακχαρώδη διαβήτη, χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσο (ΧΑΠ), γρίπη ή πνευμονία, υπέρταση και υπερχοληστερολαιμία και αυξημένη θνησιμότητα εξαιτίας αυτών και όχι λόγω των ψυχικών διαταραχών. Οι συγκεκριμένες έχουν ταξινομηθεί σύμφωνα με τους κωδικούς ICD -10: καρδιαγγειακές παθήσεις (κωδικοί ICD-10 I00-I99), οι οποίες υποκατηγοριοποιήθηκαν ως υπέρταση (κωδικός ICD-10 I10), ισχαιμική καρδιακή νόσος (IHD) (κωδικοί ICD-10 I20-I25) και εγκεφαλικό επεισόδιο (κωδικοί ICD-10 I60-I66), οποιαδήποτε μορφή καρκίνου(κωδικοί ICD-10 C00-C97), σακχαρώδης διαβήτη (ICD-10 κωδικοί E10-E14), διαταραχές των λιπιδίων (κωδικός ICD-10 E78), γρίπη ή πνευμονία (κωδικοί ICD-10 J09-J18) και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) (κωδικοί ICD-10 J41-J44) (Crump et al., 2013).

4.2. Άνοια και παθολογικές καταστάσεις

Η άνοια είναι κατά κύριο λόγο μια ασθένεια γήρατος και συχνά συνυπάρχει με άλλες καταστάσεις γήρατος (Bunn et al., 2014). Τα σημαντικά χαρακτηριστικά αυτής της κατάστασης είναι έναρξη στην ενήλικη ζωή, έκπτωση σε δύο ή περισσότερες νοητικές λειτουργίες και φυσιολογικά επίπεδα συνείδησης και εγρήγορσης. Τα ψυχιατρικά συμπτώματα είναι συνήθη στην άνοια, ανεξάρτητα από τον τύπο και περιλαμβάνουν απάθεια (30%), διέγερση (25%), κατάθλιψη (20%), παραληρήματα (20%) και ψευδαισθήσεις (15%) (Hertenstein et al., 2019).

Τα στοιχεία δείχνουν ότι μεταξύ των ατόμων με άνοια υπάρχει υψηλός επιπολασμός ιατρικών καταστάσεων. Επιπλέον, υπάρχουν στοιχεία που υποστηρίζουν τη συσχέτιση μεταξύ του συνδρόμου άνοιας, συμπεριλαμβανομένης της νόσου του Alzheimer και των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου, όπως υπέρταση και υπερχοληστερολαιμία (Bunn et al., 2014).

Επίσης η άνοια ως συννοσηρή κατάσταση είναι ικανή να επηρεάσει του ασθενείς στη διαχείριση άλλων χρόνιων παθήσεών τους και στη συμμετοχή του τους σε δραστηριότητες συντήρησης της υγείας. Γι' αυτό, παρόλο που συμπεριλήφθηκαν όλοι οι

τύποι συννοσηρότητας σε έρευνα των Bunn et al., ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε σε τρεις παραδειγματικές ιατρικές παθήσεις: διαβήτη, εγκεφαλικό επεισόδιο και προβλήματα όρασης. Αυτές οι τρεις προϋποθέσεις επιλέχθηκαν επειδή είναι συχνές σε ηλικιωμένους, γενικά περιλαμβάνουν κάποια μορφή εξωτερικής παρακολούθησης και απαιτούν συνεργασία μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Τέλος ενδέχεται να επιδεινώσουν ή να επηρεάσουν την πρόοδο της άνοιας και τη διαχείριση αυτών των καταστάσεων, πιο συγκεκριμένα, η αυτοδιαχείριση ενδέχεται να περιπλέκεται από την παρουσία άνοιας (Bunn et al., 2014).

4.3. Διαταραχή πανικού και παθολογικές καταστάσεις

Οι ασθενείς με διαταραχή πανικού [panic disorder (PD): που είναι μια αγχώδης διαταραχή που χαρακτηρίζεται από επανειλημμένες απροσδόκητες προβολές πανικού (Na, Cho&Cho, 2021)] τείνουν να δείχνουν προσεκτική στάση απέναντι σε απειλητικές ενδείξεις και έχουν υπερβολική ανταπόκριση σε αυτά τα ερεθίσματα που σχετίζονται με την απειλή. Η υπερβολική ανταπόκριση στα ερεθίσματα που σχετίζονται με την απειλή σε ασθενείς με PD μπορεί να εκφραστεί μέσω σωματικών αισθήσεων ή σωματικών συμπτωμάτων. Τα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνουν πόνο στο στήθος, καρδιακό σφυγμό, ταχυκαρδία, δύσπνοια, εφίδρωση και ζάλη. Αυτές οι φυσικές αποκρίσεις του PD μπορεί να υποδηλώνουν δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ANS) (Wang et al., 2013).

Επίσης είναι γνωστό ότι έχουν υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου και ξαφνικό καρδιακό θάνατο. Το πιο σημαντικό, η μειωμένη μεταβλητότητα καρδιακού ρυθμού (HRV) σε ασθενείς με PD σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιακών επεισοδίων και καρδιακής θνησιμότητας. Επομένως, η συμπαθητική υπερκινητικότητα που προκαλείται από απειλή μπορεί να είναι ένας από τους σημαντικούς παράγοντες που συμβάλλουν στον υψηλότερο κίνδυνο ξαφνικού καρδιακού θανάτου σε ασθενείς με PD (Wang et al., 2013).

4.4. Διπολική διαταραχή και παθολογικές καταστάσεις

Τόσο οι γυναίκες όσο και οι άντρες ασθενείς με διπολική διαταραχή έχουν αυξημένη θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις, σακχαρώδη διαβήτη, χρόνια αποφρακτική πνευμονική νόσο (ΧΑΠ), γρίπη ή πνευμονία, ακούσια τραύματα και αυτοκτονία και μόνο οι γυναίκες από καρκίνο (Crump et al., 2013). Για πάνω από 25 χρόνια, οι μελέτες έχουν δείξει ότι έχει αυξηθεί η θνησιμότητα λόγω καρδιαγγειακής νόσου σε διπολική

διαταραχή, με τις πιο πρόσφατες εκτιμήσεις να υποδηλώνουν τυποποιημένες αναλογίες θνησιμότητας για άνδρες και γυναίκες, αντίστοιχα.

Επειδή, η πλειονότητα των ενηλίκων με διπολική διαταραχή είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι, τα επιδημιολογικά δεδομένα υποδηλώνουν αμοιβαία αυξημένο επιπολασμό διπολικής διαταραχής και παχυσαρκίας. Ομοίως, ο επιπολασμός του διαβήτη είναι αυξημένος σε διπολική διαταραχή, ακόμη και μετά τον έλεγχο για ψυχοτρόπα φάρμακα, συνήθως εξαιτίας των παραπάνω (Goldstein et al., 2009).

4.4.1. Επιδημιολογικά στοιχεία στη συννοσηρότητα με διπολική διαταραχή

Σε ποσοτικές έρευνες που διεξάχθηκαν κατά καιρούς τα αποτελέσματα για την διπολική διαταραχή ήταν τα εξής: μετά την προσαρμογή για την ηλικία και άλλους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες, οι ασθενείς με διπολική διαταραχή είχαν αυξημένο κίνδυνο διάγνωσης με γρίπη ή πνευμονία (2,4 φορές μεταξύ των γυναικών και 1,9 φορές μεταξύ των ανδρών), ΧΑΠ (2,1 φορές μεταξύ των γυναικών και 1,7 φορές μεταξύ των ανδρών), διαβήτη (1,7 φορές μεταξύ των γυναικών και 1,6 φορές μεταξύ των ανδρών), καρδιαγγειακές παθήσεις (1,3 φορές μεταξύ των γυναικών και 1,2 φορές μεταξύ των ανδρών) και συγκεκριμένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (1,6 φορές μεταξύ των γυναικών και 1,3 φορές μεταξύ των ανδρών) (Crump et al., 2013).

Η αυξανόμενη βιβλιογραφία δείχνει τη διεισδυτικότητα και τη σημασία της συννοσηρότητας και σε νέους με διπολική διαταραχή. Για παράδειγμα, έως και το 90% των νέων με BPD έχει περιγραφεί ότι εκδηλώνουν συννοσηρότητα με ΔΕΠΥ. Επίσης το άγχος, η χρήση ουσιών και οι διαταραχές της συμπεριφοράς είναι οι άλλες συχνότερα αναφερόμενες συννοσηρότητες με BPD. Η παρουσία συννοσηρών διαταραχών με την BPD έχει ως αποτέλεσμα μια πιο σοβαρή κλινική κατάσταση. Τέλος όπως ισχύει για όλες τις διαταραχές, η παρουσία συννοσηρότητας έχει επιπτώσεις στην απόκριση της θεραπείας τόσο για την BPD όσο και για τη σχετική συννοσηρή διαταραχή (Joshi, & Wilens, 2009).

4.4.2. Πιθανοί παθογενετικοί μηχανισμοί πρόκλησης της συννοσηρότητας στην διπολική διαταραχή

Αρκετοί παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί έχει υποτεθεί ότι συμβάλλουν στην καρδιαγγειακή νόσο ή στον διαβήτη σε ασθενείς με διπολική διαταραχή, συμπεριλαμβανομένων των προφλεγμονωδών κυτοκινών, οξειδωτικού στρες, δυσλειτουργία άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων, ή γενετικών παραγόντων. Το

μεταβολικό σύνδρομο είναι κοινό και οι ανεπιθύμητες ενέργειες μπορεί να είναι σημαντικοί παράγοντες. Αντιψυχωσικά δεύτερης γενιάς και άλλα ψυχοτρόπα φάρμακα μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακών παθήσεων, διαβήτη, και η θνησιμότητα μέσω μεταβολικών μονοπατιών που περιλαμβάνουν αύξηση βάρους, δυσανεξία στη γλυκόζη, δυσλιπιδαιμία, και/ή καρδιακή τοξικότητα είναι σημαντική (Bunn et al., 2014).

4.5. Σχιζοφρένεια και παθολογικές καταστάσεις

Για την σχιζοφρένεια είναι γνωστό ότι είναι μια νόσος που χαρακτηρίζεται από διαταραχές στο περιεχόμενο και στην δομή της σκέψης, αντιληπτικές διαταραχές και έκπτωση στην κοινωνική και διαπροσωπική λειτουργικότητα με την πάροδο του χρόνου (Schizophrenia, 2020).

4.5.1. Σχέση σχιζοφρένειας και χρόνιου πόνου

Μελέτες που έχουν γίνει κατά καιρούς έχουν αποδείξει την συχνή εμφάνιση οποιουδήποτε χρόνιου πόνου στη σχιζοφρένεια. Σε έρευνα σε βετεράνους με σχιζοφρένεια [λόγος πιθανότητας (OR) = 1,21] φάνηκε ότι είχαν σημαντικά περισσότερες πιθανότητες να έχουν χρόνια πόνο συνολικά, σε σχέση με τους βετεράνους χωρίς αυτή την ψυχιατρική κατάσταση και οι υψηλότερες συσχετίσεις μεταξύ συγκεκριμένης ψυχιατρικής διάγνωσης και πάθησης βρέθηκαν με χρόνια πόνο, πονοκέφαλο και ψυχογενή πόνο (Birgenheir et al., 2013).

Ενώ σε άλλη μελέτη οι ασθενείς που διαγνώστηκαν με σχιζοφρένεια αποτελούσαν το 1,8% (N = 93,874) του συνολικού πληθυσμού και πριν από τον έλεγχο για άλλες μεταβλητές, ήταν πολύ πιο πιθανό να αναφέρουν οποιαδήποτε κατάσταση πόνου (OR = 1,21). Ομοίως, σε μη προσαρμοσμένες αναλύσεις, τα άτομα με σχιζοφρένεια είχαν περισσότερες πιθανότητες να αξιολογούν κάθε συγκεκριμένη κατάσταση πόνου: αρθρίτιδα (OR = 1,16), πόνο στην πλάτη (OR = 1,37), χρόνια πόνο (OR = 2,84), ημικρανία (OR = 1,46), άλλο πονοκέφαλο (OR = 2,02), ψυχογενή (OR = 4,56), νευροπαθητικό (OR = 1,09) σε σχέση με την ομάδα σύγκρισης ασθενών χωρίς σχιζοφρένεια. Μετά τον έλεγχο των επιδράσεων των δημογραφικών στοιχείων και της ιατρικής συννοσηρότητας, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια ήταν σημαντικά λιγότερο πιθανό να έχουν κάποια κατάσταση πόνου (OR = 0,91), καθώς και αρθρίτιδα (OR = 0,93) και νευροπαθητικό πόνο (OR = 0,94), αλλά συνέχισαν να έχουν υψηλότερες πιθανότητες διαγνώσεων χρόνιας (OR = 2,10), ημικρανίας (OR = 1,13), άλλου πονοκέφαλου (OR = 1,46) και ψυχογενών (OR = 2,72) καταστάσεων πόνου (Birgenheir et al., 2013).

4.5.2. Επιδημιολογικά στοιχεία στη συννοσηρότητα με σχιζοφρένεια

Βάση μελετών κατά μέσο όρο, οι άνδρες με σχιζοφρένεια πεθαίνουν 15 χρόνια νωρίτερα, και οι γυναίκες 12 χρόνια νωρίτερα, από τον υπόλοιπο πληθυσμό, και αυτό οφείλεται σε θανάτους που προκαλούνται από παθολογικές καταστάσεις. Οι κύριες αιτίες είναι η ισχαιμική καρδιακή νόσος και ο καρκίνος. Παρόλο που έχουν διπλάσιες επαφές με το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, οι ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν αυξημένη θνησιμότητα από ισχαιμική καρδιακή νόσο [προσαρμοσμένη αναλογία κινδύνου για τις γυναίκες, 3,33 (95% CI = 2,73– 4,05) · για άνδρες, 2,20 (95% CI = 1,83-2,65)] και καρκίνο [προσαρμοσμένη αναλογία κινδύνου για γυναίκες, 1,71 (95% CI = 1,38-2,21) · για άνδρες, 1,44 (95% CI = 1,15-1,80)]. Η πιο συχνά διαγνωσμένη χρόνια νόσος μεταξύ των ασθενών με σχιζοφρένεια είναι ο διαβήτης, στο 12,5% των γυναικών και 11,0% των ανδρών κατά τη διάρκεια της 7ετούς περιόδου παρακολούθησης βάσει ερευνών, σε σύγκριση με 5,1% και 6,4%, αντίστοιχα, στο γενικό πληθυσμό) (Crump et al., 2013).

Ακόμα οι σχιζοφρενικοί ασθενείς υποφέρουν περισσότερο από άσθμα, ΧΑΠ και είκοσι τρεις ακόμη ασθένειες, πολλές από τις οποίες σχετίζονται με διαβητικές επιπλοκές ή άλλες περιβαλλοντικά επηρεασμένες καταστάσεις (Schoepf et al., 2014) και με μια σειρά από αρνητικά κλινικά και λειτουργικά αποτελέσματα, που επηρεάζουν την καθημερινότητα συμπεριλαμβανομένης της εργασίας. Γι' αυτό και η επίτευξη του στόχου της ανάκαμψης απαιτεί την αναγνώριση, τη διαχείριση και θεραπεία και την αποκατάσταση συννοσηρών συνθηκών (McGurk et al., 2009).

Πράγματι, τα ποσοστά νοσηρότητας και θνησιμότητας από γενικές ιατρικές παθήσεις μεταξύ ασθενών με σχιζοφρένεια είναι αυξημένα σε σύγκριση με τα ποσοστά στο γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ και αυτό το χάσμα έχει διευρυνθεί τις τελευταίες δεκαετίες. Από 50% έως 74% ασθενείς με σχιζοφρένεια έχουν αναφερθεί ότι έχουν μία ή περισσότερες συννοσηρές ψυχιατρικές ή γενικές ιατρικές καταστάσεις που μπορεί να επιδεινώσουν την πρόγνωση και να συμβάλουν στην αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας (Weber et al., 2015).

4.5.3. Πιθανοί παθογενετικοί μηχανισμοί πρόκλησης της συννοσηρότητας στη σχιζοφρένεια

Τα υψηλά ποσοστά καπνίσματος τσιγάρων, το αλκοόλ και η χρήση άλλων ψυχοδραστικών ουσιών, η κακή διατροφή και η έλλειψη άσκησης σε αυτόν τον πληθυσμό μπορεί να συμβάλουν σε αυξημένα ποσοστά καρδιοπνευμονικής, μεταβολικής

και γαστρεντερικής παθολογίας. Η κακή υγιεινή, η χρήση ενέσιμων ναρκωτικών και η εμπλοκή σε σεξουαλική συμπεριφορά υψηλού κινδύνου μεταξύ ατόμων με σχιζοφρένεια σχετίζονται με υψηλότερο κίνδυνο γαστρεντερικών, μεταδιδόμενων με το αίμα και σεξουαλικά μεταδιδόμενων μολυσματικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένης της ηπατίτιδας και του ιού HIV (Weber et al., 2015).

Τα ψυχοτρόπα φάρμακα που βοηθούν στην ανακούφιση των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας και στη βελτίωση της συνολικής πρόγνωσης της νόσου μπορεί να έχουν σημαντικές παρενέργειες, όπως εξωπυραμιδικά συμπτώματα και όψιμη δυσκινησία, αύξηση βάρους, παχυσαρκία, υπεργλυκαιμία και διαβήτη και καρδιαγγειακές παθήσεις. Η συσχέτιση της σχιζοφρένειας με ορισμένες γενικές ιατρικές παθήσεις, όπως το μεταβολικό σύνδρομο και ο διαβήτης τύπου II, μετά από αναλύσεις ελέγχου για άλλους παράγοντες, αναδεικνύει κοινές αιθοπαθογόνες οδούς (Weber et al., 2015).

Επιπρόσθετα αρκετές μελέτες διαπίστωσαν πιο έντονη γνωστική εξασθένηση που εξαρτάται από το αλκοόλ σε σχέση με τους μη εξαρτώμενους ασθενείς με σχιζοφρένεια. Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, η κατάχρηση αλκοόλ συσχετίστηκε κυρίως με χαμηλότερες ικανότητες μνήμης εργασίας και αρκετές μελέτες επιβεβαίωσαν μια πρόσθετη επίδραση της κατάχρησης αλκοόλ και της σχιζοφρένειας στην καθυστερημένη λεκτική μνήμη, την εκτελεστική λειτουργία και την αισθητηριακή πύλη. Συνολικά, αυτά τα αποτελέσματα ευθυγραμμίζονται με τις ενδείξεις νευροτοξικών επιδράσεων που προκαλούνται από αιθανόλη στα κυκλώματα μετωπιαίου-ιπποκάμπου, που έχουν συσχετιστεί με τη διαμεσολάβηση του εκτελεστικού ελέγχου και της μνήμης. Οι επιζήμιες μακροπρόθεσμες επιδράσεις του αλκοόλ στη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου φαίνεται να εκδηλώνονται πιο έντονα σε ηλικιωμένους ασθενείς με σχιζοφρένεια, και η καλύτερη γνωστική λειτουργία σε νεότερους ασθενείς μπορεί να καλύψει τις επιδράσεις του αλκοόλ στις γνωστικές λειτουργίες, στη σχιζοφρένεια στα αρχικά στάδια Miguel-Hidalgo et al., 2010).

Η οξεία έκθεση στο αλκοόλ ή η εγκεφαλική βλάβη που προκαλείται από το αλκοόλ μπορεί να οδηγήσει σε γλοίωση (διεύρυνση των αστροκυττάρων και των διεργασιών τους) και η παρατεταμένη πρόσληψη αιθανόλης έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της ανοσοαντιδραστικότητας της όξινης οινώδους πρωτεΐνης(GFAP) (Thoma & Daum, 2013).

Συνεπώς ένα ευρύ φάσμα συννοσηρών συνθηκών είναι συχνές στη σχιζοφρένεια και εκτός των άλλων έχουν τη δυνατότητα να επηρεάσουν την απασχόληση και την ανταπόκριση στην επαγγελματική αποκατάσταση (McGurk et al., 2009).

5. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

Διαβήτης και ψυχικές διαταραχές

5.1. Σχέση διαβήτη και ψυχικών διαταραχών

Οι ψυχιατρικές διαταραχές, ιδιαίτερα η μείζονα κατάθλιψη (MDD), η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή και οι διατροφικές διαταραχές, είναι πιο διαδεδομένες σε άτομα με διαβήτη σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Robinson, Luthra, & Vallis, 2013).

Η πορεία του διαβήτη μπορεί να περιπλέκεται από την εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών. Σε τέτοιες περιπτώσεις ο διαβήτης συμβάλλει στην παθογένεση των ψυχιατρικών διαταραχών. Διάφοροι βιολογικοί και ψυχολογικοί παράγοντες μεσολαβούν στην εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών σε ένα τέτοιο πλαίσιο. Τρίτον, ορισμένες ψυχιατρικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη και η σχιζοφρένεια όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, λειτουργούν ως σημαντικοί ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη διαβήτη. Τέταρτον, θα μπορούσε να υπάρξει αλληλοεπικάλυψη μεταξύ της κλινικής παρουσίασης επεισοδίων υπογλυκαιμίας και κετοξέωσης και καταστάσεων όπως κρίσεις πανικού. Πέμπτον, η μειωμένη ανοχή στη γλυκόζη και ο διαβήτης θα μπορούσαν να εμφανιστούν ως παρενέργεια των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για ψυχιατρικές διαταραχές (PalSinghBalhara, 2011).

Επιπλέον οι ασθενείς με διαβήτη και συννοσηρές ψυχιατρικές ασθένειες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης μεταβολικού συνδρόμου, πιθανώς λόγω συνδυασμού των ακόλουθων παραγόντων: παράγοντες που αφορούν τους ίδιους ασθενείς (επιλογή του τρόπου ζωής τους), παράγοντες ασθένειας, παράγοντες φαρμακευτικής αγωγής, περιβαλλοντικοί παράγοντες (π.χ. πρόσβαση σε υγειονομικούς παράγοντες) (Robinson et al., 2013).

Είναι αλήθεια ότι, μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις στη διαχείριση ψυχιατρικών διαταραχών μεταξύ εκείνων που πάσχουν από διαβήτη είναι τα χαμηλά ποσοστά ανίχνευσης. Έως και το 45% των περιπτώσεων συννοσηρότητας με ψυχική διαταραχή και σοβαρή ψυχολογική δυσφορία περνάνε απαρατήρητες μεταξύ των ασθενών που υποβάλλονται σε θεραπεία για το διαβήτη. Επομένως όλα τα άτομα με διαβήτη πρέπει να ελέγχονται τακτικά για την παρουσία καταθλιπτικών και αγχωδών συμπτωμάτων. (PalSinghBalhara, 2011).

5.1.1. Επιπτώσεις της ταυτόχρονης εμφάνισης διαβήτη και ψυχικών διαταραχών

Ένα σημαντικό ζήτημα με σημαντικές επιπτώσεις στη διαχείριση ατόμων με διαβήτη και ψυχιατρικές διαταραχές είναι το ζήτημα της τήρησης της θεραπείας. Ψυχολογικά, γνωστικά και συναισθηματικά ζητήματα που σχετίζονται με ψυχιατρικές διαταραχές καθιστούν το ζήτημα περίπλοκο. Τα άτομα με συννοσηρό διαβήτη και ψυχιατρική ασθένεια είναι πιο πιθανό να μην φροντίζουν σωστά τον διαβήτη. Η κακή τήρηση της θεραπείας παρατηρείται τόσο με τη χρήση φαρμάκων όσο και με έρευνες. Η αυτοδιαχείριση είναι βασικό συστατικό της φροντίδας του διαβήτη και η παρουσία συννοσηρής ψυχιατρικής ασθένειας μπορεί να καταστήσει δύσκολη την εφαρμογή της αυτοδιαχείρισης (PalSinghBalhara, 2011).

Ο διαβήτης επηρεάζει την ποιότητα ζωής και αποτελεί παράγοντα κινδύνου για τη δυσφορία που σχετίζεται με τον διαβήτη, καθώς και τις ψυχιατρικές διαταραχές που αναφέρονται παραπάνω. Οι προκλήσεις που συνοδεύουν τη διάγνωση του διαβήτη περιλαμβάνουν προσαρμογή στην ασθένεια, τήρηση του θεραπευτικού σχήματος και ψυχοκοινωνικές δυσκολίες τόσο σε προσωπικό όσο και σε διαπροσωπικό επίπεδο. Το άγχος, η ανεπαρκής κοινωνική υποστήριξη και οι αρνητικές στάσεις απέναντι στον διαβήτη μπορούν να επηρεάσουν την αυτο-φροντίδα και τον γλυκαιμικό έλεγχο (Robinson, Luthra, & Vallis, 2013)

Πέρα από τα παραπάνω, οι συνυπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές σε ασθενείς με διαβήτη σχετίζονται με μειωμένη ποιότητα ζωής, αυξημένο κόστος φροντίδας, κακή τήρηση της θεραπείας, κακό έλεγχο της γλυκαιμίας (αποδεικνύεται από τα αυξημένα επίπεδα HbA1c), αυξημένες επισκέψεις σε επείγοντα περιστατικά λόγω διαβητικής κετοξέωσης και υψηλότερη συχνότητα νοσηλείας, με συνέπεια να υπάρχει αύξηση του κόστους της ιατρικής περίθαλψης. Το κόστος της φροντίδας για μη ψυχικές υγειονομικές καταστάσεις σε ασθενείς με συνυπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές και ενδοκρινικές διαταραχές είναι διπλό ή ακόμη υψηλότερο (ανάλογα με τη ρύθμιση της θεραπείας) από τον πληθυσμό χωρίς ταυτόχρονες ψυχιατρικές διαταραχές (PalSinghBalhara, 2011).

5.2. Διαβήτης και κατάθλιψη

Ο διαβήτης και οι ψυχιατρικές διαταραχές μοιράζονται μια αμφίδρομη σχέση - και οι δύο επηρεάζουν ο ένας τον άλλον με πολλούς τρόπους. Πολλές μελέτες ανέφεραν διαδοχικές συσχετίσεις μεταξύ διαταραχών της διάθεσης, που περιλαμβάνουν καταθλιπτικές διαταραχές, δυσθυμία και διπολικές συναισθηματικές διαταραχές

(BPAD) και σακχαρώδους διαβήτη και τα συμπεράσματα τους συνοψίζονται ως εξής: η κατάθλιψη και ο διαβήτης συμβαίνουν συχνά, η παρουσία κατάθλιψης αυξάνει τον κίνδυνο μελλοντικού διαβήτη και ο διαβήτης αυξάνει τον κίνδυνο επακόλουθης κατάθλιψης (de Jonge et al., 2014).

Η ταυτόχρονη εμφάνιση διαβήτη και κατάθλιψης έχει τεκμηριωθεί σε κλινικές και γενικές μελέτες πληθυσμού. Αυτή η συνύπαρξη σχετίζεται με αυξημένη βλάβη καθώς και θνησιμότητα. Ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης είναι 50-100% υψηλότερος μεταξύ ασθενείς με διαβήτη σε σύγκριση με ότι μεταξύ του γενικού πληθυσμού. Η συννοσηρή κατάθλιψη επιδεινώνει τα κλινικά αποτελέσματα στον διαβήτη, πιθανώς επειδή ο συνοδευτικός λήθαργος μειώνει τα κίνητρα για αυτο-φροντίδα, με αποτέλεσμα τη μείωση της φυσικής και ψυχολογικής ικανότητας, την υψηλότερη χρήση των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και τη μείωση της τήρησης των θεραπειών. Πέρα από αυτό, η εμφάνιση κατάθλιψης στον διαβήτη σχετίζεται με αυξημένες επιπλοκές, ποσοστά θνησιμότητας και κόστος υγειονομικής περίθαλψης (PalSinghBalhara, 2011).

Οι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη κατάθλιψης σε άτομα με διαβήτη είναι οι εξής: φύλο, ηλικία, φτώχεια, λίγες κοινωνικές υποστηρίξεις, αγχωτικά γεγονότα ζωής, κακός γλυκαιμικός έλεγχος, υποτροπιάζουσα υπογλυκαιμία, μεγαλύτερη διάρκεια του διαβήτη και παρουσία μακροχρόνιων επιπλοκών (Robinson et al., 2013).

5.3. Διαβήτης και αγχώδεις διαταραχές

Ο επιπολασμός των διαταραχών άγχους σε ασθενείς με διαβήτη είναι σημαντικά υψηλότερος σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Το ποσοστό επικράτησης της γενικευμένης διαταραχής άγχους (GAD) έχει βρεθεί ότι είναι περίπου τρεις φορές υψηλότερο από αυτό που αναφέρθηκε στον γενικό πληθυσμό. Μια μελέτη υπολόγισε ότι το 14% των ατόμων με διαβήτη έπασχαν από γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, με το διπλάσιο αυτό να βιώνει υποκλινική διαταραχή άγχους και να τριπλασιάσει αυτόν τον αριθμό που έχει τουλάχιστον κάποια συμπτώματα άγχους (Robinson et al., 2013).

Η φοβία βελόνας και η ένεση και η φοβία του υπογλυκαιμικού επεισοδίου είναι δύο καταστάσεις που σχετίζονται με τον διαβήτη. Γι' αυτό το λόγο, οι ασθενείς με αυτές τις καταστάσεις είναι πιθανό να χάσουν την παρακολούθηση της γλυκόζης ή ακόμη και τη χορήγηση δόσης ινσουλίνης σε σοβαρές περιπτώσεις. Επίσης, μπορεί να διατηρήσουν μια κατάσταση χρόνιας υπεργλυκαιμίας για το φόβο της ανάπτυξης υπογλυκαιμικού επεισοδίου.

Λόγο του ότι κλινικά χαρακτηριστικά όπως εφίδρωση, άγχος, τρόμος, ταχυκαρδία και σύγχυση μοιράζονται και τα δύο υπογλυκαιμικά επεισόδια και οι διαταραχές άγχους, αυτή η συνύπαρξη θα μπορούσε να παρουσιάσει μια διαγνωστική πρόκληση ειδικά σε άτομα που έχουν φοβία υπογλυκαιμικών επεισοδίων (PalSinghBalhara, 2011).

5.4. Διαβήτης και Delirium

Το οξύ παραλήρημα του διαβήτη θα μπορούσε να είναι μια εκδήλωση υπογλυκαιμικών επεισοδίων ή διαβητικής κετοξέωσης. Το Delirium αντιπροσωπεύει το σοβαρό τέλος του φάσματος της κλινικής εκδήλωσης αυτών των φάσεων. Οι ασθενείς με διαβήτη που πάσχουν από συννοσηρές ψυχιατρικές διαταραχές είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν υπογλυκαιμικό παραλήρημα.

Το οξύ παραλήρημα του διαβήτη μπορεί να εμφανιστεί ως υποδραστικό ή υπερδραστικό παραλήρημα. Ο ασθενής μιλάει άσχετα και κινείται άσκοπα σε υπερδραστήριο παραλήρημα. Αντιθέτως, η μειωμένη ψυχοκινητική δραστηριότητα υπερισχύει της κλινικής εικόνας στο υποκινητικό. Επιπλέον, ο αποπροσανατολισμός, η σύγχυση και οι αλλοιωμένες αντιληπτικές διαταραχές παρουσιάζονται στις δύο αυτές μορφές. Άλλα κλινικά χαρακτηριστικά παραληρήματος περιλαμβάνουν αντιληπτικές διαταραχές όπως ψευδαισθήσεις, διαταραχές κύκλου ύπνου-αφύπνισης και διαταραχή σκέψης (PalSinghBalhara, 2011).

5.5. Διαβήτης και διατροφικές διαταραχές

Διατροφικές διαταραχές, όπως η νευρική ανορεξία, η νευρική βουλιμία και η υπερβολική κατανάλωση τροφής, έχουν βρεθεί ότι είναι πιο συχνές σε άτομα με διαβήτη (τόσο τύπου 1 όσο και τύπου 2) από ό, τι στον γενικό πληθυσμό. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι σε μεγάλο βαθμό συνοδευτικά με διατροφικές διαταραχές, επηρεάζοντας έως και το 50% των ασθενών. Ο διαβήτης τύπου 1 σε έφηβες γυναίκες φαίνεται να αποτελεί παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη διατροφικής διαταραχής μέσω σκόπιμης παράλειψης ινσουλίνης ή υποδόριας δόσης της. Το σύνδρομο νυχτερινής διατροφής έχει παρατηρηθεί ότι εμφανίζεται σε άτομα με διαβήτη τύπου 2 που έχουν καταθλιπτικά συμπτώματα. Αυτό χαρακτηρίζεται από την κατανάλωση μεγαλύτερου του 25% της ημερήσιας πρόσληψης θερμίδων μετά το βραδινό γεύμα και το ξύπνημα τη νύχτα για φαγητό, κατά μέσο όρο, τουλάχιστον 3 φορές την εβδομάδα και μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση βάρους, χαμηλό γλυκαιμικό έλεγχο και αυξημένο αριθμό διαβητικών επιπλοκών (Robinson et al., 2013).

6. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

Καρδιαγγειακά νοσήματα και ψυχικές διαταραχές

6.1. Στεφανιαία νόσος και ψυχικές διαταραχές

Η νοσηρότητα και η θνησιμότητα από καρδιαγγειακές παθήσεις βρίσκονται σε υψηλά ποσοστά παγκοσμίως. Μη τροποποιήσιμοι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, όπως ηλικία, φύλο, οικογενειακό ιστορικό και φυλή, καθώς και τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου, όπως υπέρταση, βάρος, κάπνισμα, καθιστικός τρόπος ζωής, ανώμαλα προφίλ λιπιδίων, φλεγμονώδεις δείκτες, διαβήτης, μεταβολικό σύνδρομο και υποκλινικό CAD, σχετίζονται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο (Khawaja et al., 2009). Η κατάθλιψη είναι μία σοβαρή ασθένεια που επηρεάζει ανθρώπους σε όλες τις χώρες. Πολυάριθμες επιδημιολογικές μελέτες έχουν επιβεβαιώσει ότι υπάρχει υψηλή συννοσηρότητα μεταξύ τους. Η κατάθλιψη και η στεφανιαία νόσος έχουν αμφίδρομη σχέση, δηλαδή, η στεφανιαία νόσος μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη και η κατάθλιψη είναι ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για τη στεφανιαία νόσο και τις επιπλοκές της. Ακόμα η κατάθλιψη μπορεί να συμβάλει στον ξαφνικό καρδιακό θάνατο και να αυξήσει όλες τις αιτίες της καρδιακής θνησιμότητας και να συμβάλει στον ανθυγιεινό τρόπο ζωής και την κακή τήρηση της θεραπείας (Khawaja et al., 2009). Μια μετα-ανάλυση έδειξε ότι οι ασθενείς με ψυχικές διαταραχές έχουν 26% αυξημένο κίνδυνο να πάσχουν από στεφανιαία νόσο και 48% αυξημένο κίνδυνο καρδιακού θανάτου (Dempe et al., 2013).

6.2. Επιδημιολογικά στοιχεία στη συννοσηρότητα στεφανιαίας νόσου και ψυχικών διαταραχών

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τα συμπτώματα άγχους έχουν υψηλό επιπολασμό. Σε μελέτες διατομής που πραγματοποιήθηκαν στο παρελθόν, 19% - 66% των ασθενών με έμφραγμα του μυοκαρδίου έχουν κάποια ψυχική διαταραχή, κυρίως καταθλιπτικές καταστάσεις και καταστάσεις άγχους. Σε αρκετές μελέτες, 17% - 44% των ασθενών με CAD έχουν επίσης διάγνωση μείζονος κατάθλιψης. Μια άλλη μελέτη διαπίστωσε ότι το 27% των ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση παράκαμψης στεφανιαίας αρτηρίας είχαν κατάθλιψη μετά τη χειρουργική επέμβαση (Dempe et al., 2013). Σε μία έρευνα το 42% των συμμετεχόντων με καρδιακή ασθένεια ανέφεραν ότι πάσχουν από τουλάχιστον ένα από τα δύο συμπτώματα. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα ήταν τρεις φορές πιο συχνά σε συνδυασμό με άγχος από ό, τι χωρίς (Khawaja et al., 2009).

6.3. Αιτιώδεις μηχανισμοί πρόκλησης της συννοσηρότητας

Υπάρχουν αυξανόμενες ενδείξεις ότι υπάρχουν αρκετοί παθοφυσιολογικοί δεσμοί που εξηγούν την επίδραση της κατάθλιψης στο καρδιαγγειακό σύστημα και μπορεί να εξηγήσουν το ρόλο της στο CAD. Η έρευνα επικεντρώνεται σε διάφορους διαμεσολαβητές, επιδιώκοντας να προσδιορίσει πώς ενεργοποιούνται αυτοί οι μεσολαβητές από την κατάθλιψη. Μερικοί από τους πιο σημαντικούς μηχανισμούς που εμπλέκονται είναι: η υπερδραστηριότητα του συστήματος νοραδρενεργικής και υποθαλαμικής υπόφυσης επινεφριδιακών κορτικολών, ο αυτονομικός τόνος που προκαλείται από κατάθλιψη που σχετίζεται με χαμηλή μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού που οδηγεί σε δυσρυθμίες και η φλεγμονώδης διαδικασία και μη φυσιολογική λειτουργία των αιμοπεταλίων (Dempeetal., 2013).

6.4. Η επιρροή των ψυχικών διαταραχών στην πορεία της θεραπείας της στεφανιαίας νόσου

Πρώτα από όλα αποδεικνύεται ότι μία από τις προτεινόμενες οδούς που συνδέουν τις ψυχικές διαταραχές και τη μειωμένη πρόγνωση σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο είναι η μη τήρηση φαρμάκων. Διαπιστώθηκε ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα καθώς και τα συμπτώματα άγχους συσχετίστηκαν ανεξάρτητα και συγκρίσιμα με τη μη τήρηση των φαρμάκων. Αυτή η επίδραση αυξήθηκε με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Ακόμη, μια ασθενής, αλλά κάπως ισχυρότερη, σχέση παρατηρήθηκε σε ασθενείς που υπέφεραν ταυτόχρονα και από τα δύο συμπτώματα και ο κίνδυνος μη τήρησης των φαρμάκων ήταν έως 4,4 φορές υψηλότερος σε σύγκριση με ασθενείς χωρίς άγχος και χωρίς καταθλιπτικά συμπτώματα. Μια μετα-ανάλυση έδειξε ότι σε έναν πληθυσμό ασθενών με χρόνιες ασθένειες, οι πιθανότητες μη τήρησης φαρμάκων είναι έως και 3 φορές μεγαλύτερες σε καταθλιπτικούς από ό, τι σε μη καταθλιπτικούς ασθενείς.

Επιπρόσθετα η μη τήρηση των φαρμάκων αυξάνεται με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Σε μια μελέτη 500 περίπου ασθενών συνολικά, 15,3% ασθενών χωρίς συμπτώματα ανέφεραν ότι δεν έλαβαν τα φάρμακά τους σε σύγκριση με το 39,6% ασθενών με ήπια και 54,5% με σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης. Σε σύγκριση με τους ασθενείς που ανέφεραν ότι δεν είχαν συμπτώματα, εκείνοι με σοβαρά συμπτώματα είχαν 3,6 φορές υψηλότερο κίνδυνο να μην ακολουθήσουν τη συνταγογραφούμενη φαρμακευτική αγωγή.

Παρόμοια με τα καταθλιπτικά συμπτώματα, η μη τήρηση των φαρμάκων αυξάνεται και με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων άγχους. Σε έλεγχο 150 ασθενών το 27,1% των ασθενών με ήπια και το 50,7% αυτών με σοβαρά συμπτώματα άγχους, ανέφεραν ότι δεν έλαβαν τα φάρμακά τους σε σύγκριση με 15,6% εκείνων που δεν είχαν άγχος, που αντιστοιχούν σε έως και 3,2 φορές υψηλότερο κίνδυνο μη τήρησης φαρμάκων σε ασθενείς με συμπτώματα άγχους. Ο κίνδυνος μη τήρησης των φαρμάκων ήταν έως 4,4 φορές υψηλότερος από ότι σε ασθενείς χωρίς αυτά τα ψυχικά συμπτώματα (Khawaja et al., 2009).

Επίσης η νεότερη ηλικία συσχετίζεται ασθενώς με τη μη τήρηση φαρμάκων. Όσο νεότεροι οι ασθενείς τόσο υψηλότερος είναι ο κίνδυνος να μην πάρουν τα φάρμακά τους σύμφωνα με τις οδηγίες, ενώ το ποσοστό της μη τήρησης μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι σχεδόν το ίδιο.

Μία ακόμη απόρροια της κατάθλιψης είναι οι λάθος συμπεριφορές δευτερογενής πρόληψης όπως η άσκηση και διακοπή του καπνίσματος σε ασθενείς με οξεία στεφανιαία σύνδρομα, καθώς οι ασθενείς με κατάθλιψη είναι πιο ικανοί να έχουν έναν ανθυγιεινό τρόπο ζωής, επιλέγοντας συμπεριφορές όπως το κάπνισμα, τον καθιστικό τρόπο ζωής, το ποτό και τη μη τήρηση συνταγογραφούμενων φαρμάκων.

Είναι λοιπόν σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι ο έλεγχος για κατάθλιψη στο περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης μπορεί να βελτιώσει τα κλινικά αποτελέσματα και ότι η ταχεία εκτίμηση της κατάθλιψης μπορεί επίσης να βοηθήσει στον εντοπισμό ασθενών που κινδυνεύουν από κακή δευτερογενή πρόληψη (Dempeetal., 2013).

7. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

Καρκίνος και ψυχικές διαταραχές

7.1. Καρκίνος και ψυχικές διαταραχές

Ο καρκίνος γίνεται μια χρόνια ασθένεια για έναν ραγδαία αυξανόμενο αριθμό ατόμων και συχνά συνυπάρχει με ψυχικές διαταραχές οι οποίες επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής και αυξάνουν το κόστος υγειονομικής περίθαλψης (Sharpe et al, 2014).

7.1.1. Επιδημιολογικά στοιχεία στη συννοσηρότητα καρκίνου με ψυχικές διαταραχές

Πολλαπλές έρευνες έχουν αποδείξει την συχνή συννοσηρότητα καρκίνου με ψυχικές διαταραχές. Αρχικά σε πρόσφατη μελέτη αναφέρθηκε ότι το 18,7% όλων των ασθενών που παρουσίασαν καρκίνο καταληκτικού τύπου σε ένα κέντρο, είχαν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης και το 24% είχαν σημαντικά συμπτώματα άγχους και συγκεκριμένα ισχυρή συννοσηρότητα υπήρξε σε ασθενείς με καρκίνο της κεφαλής και του τραχήλου. Επίσης ο βασικός επιπολασμός των μικτών συμπτωμάτων άγχους /κατάθλιψης ήταν 12,4% και σε μια μεγάλη ομάδα ασθενών με καρκίνο που παρουσιάστηκαν σε ένα κέντρο καρκίνου τριτοβάθμιας περίθαλψης. Συνολικά, το 18,3% της κοόρτης πληρούσε τα κριτήρια για κατάθλιψη και 24,0% για τα συμπτώματα άγχους. Με άλλα λόγια, τα δύο τρίτα των καρκινοπαθών με συμπτώματα κατάθλιψης έδειξαν επίσης σημαντικά συμπτώματα άγχους και οι μισοί από αυτούς με σημαντικά συμπτώματα άγχους εκδήλωσαν συμπτώματα κατάθλιψης. Στην πραγματικότητα, τα μικτά συμπτώματα άγχους / κατάθλιψης (8,4%) ήταν τόσο κοινά όσο άγχος (11,7%) και πιο κοινά από τα συμπτώματα κατάθλιψης χωρίς αγχώδεις στοιχεία (6,0%). Αυτό ήταν σύμφωνο με την υπόθεσή ότι, βάσει της κλινικής εργασίας, αναμένονταν να φανούν μικτά συμπτώματα άγχους / κατάθλιψης τουλάχιστον τόσο συχνά όσο μόνο αγχώδη ή μόνο καταθλιπτική διαταραχή (Sharpe et al, 2014).

Ειδικότερα για την κατάθλιψη μια συστηματική ανασκόπηση 31 μελετών επιπολασμού που χρησιμοποίησε δομημένες συνεντεύξεις αποκάλυψε ότι το 10,8% των ασθενών με καρκίνο είχαν μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, ενώ σε ασθενείς με καρκίνο του μαστού τα ποσοστά επιπολασμού των μειζόνων και ελασσόνων καταθλιπτικών διαταραχών ήταν 2,6% και 20,4%, αντίστοιχα (Kang et al., 2015). Όσον αφορά την επιρροή της στους ασθενείς, η χρόνια κατάθλιψη επηρεάζει περίπου το 10% των ασθενών με καρκίνο και σχετίζεται με άγχος, πόνο, κόπωση και λειτουργία αυτοκτονικών σκέψεων

και κακή τήρηση αντικαρκινικών θεραπειών (Brintzenhofe-Szoc et al., 2009) εντούτοις σε μια μελέτη ασθενών με μεταστατικό καρκίνο (N = 271), η αποθάρρυνση, η ανηδονία και η θλίψη συσχετίστηκαν διαφορετικά με το χαρακτηριστικό άγχος (Kang et al., 2015).

7.1.2. Πιθανοί παράγοντες πρόκλησης της συννοσηρότητας στον καρκίνο

Σε ασθενείς με καρκίνο, ένα φτωχό QoL σχετίζεται συχνότερα με ψυχολογικές καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης, παρά με κοινωνικοδημογραφικές ή σχετιζόμενες με καρκίνο μεταβλητές. Επίσης στην Κορέα έχει διαπιστωθεί ότι αρκετές ψυχολογικές μεταβλητές, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης και της συνειδητοποίησης της κατάστασης της νόσου, σχετίζονται με το QoL σε ασθενείς με καρκίνο τερματικού σταδίου (Kang et al., 2015).

Σε ασθενείς με καρκίνο, τα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονται με κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες, όπως νεότερη ηλικία, χαμηλότερη εκπαίδευση, ιστορικό κατάθλιψης στο παρελθόν, απουσία στενών σχέσεων ή κοινωνική υποστήριξη, προσωπικότητα, απελπισία και χαμηλή αυτοεκτίμηση. Σε αντίθεση, κλινικές μεταβλητές συμπεριλαμβανομένου του σταδίου του καρκίνου, το μέγεθος του όγκου, τον τύπο της χειρουργικής επέμβασης, χημειοθεραπείας, και ραδιοθεραπείας έχουν δείξει αντιφατικά αποτελέσματα. Τα δεδομένα 335 ασθενών με καρκίνο του μαστού που εισήχθησαν στο Εθνικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Hwasun Chonnam έδειξαν ότι το παρελθόν και το οικογενειακό ιστορικό της κατάθλιψης συσχετίστηκαν σημαντικά με την κατάθλιψη κατά την έναρξη και ότι ο αριθμός των μεταστατικών μασχαλιαίων λεμφαδένων σε καρκίνο του μαστού συσχετίστηκε με την εμμονή της κατάθλιψης σε αξιολόγηση παρακολούθησης (Kang et al., 2015).

8. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

Νευρολογικά νοσήματα και ψυχικές διαταραχές

8.1. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και ψυχικές διαταραχές

Τα ψυχιατρικά σύνδρομα είναι συνήθεις επιπλοκές του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (ΑΕΕ) και σχετίζονται με την ψυχολογική πίεση, τη σοβαρού βαθμού αναπηρία, την πτωχή έκβαση της αποκατάστασης και την υπερβολική νοσηρότητα. Εκτεταμένο ΑΕΕ ή μια σειρά από μικρά ΑΕΕ που αφορούν και στα δύο ημισφαίρια οδηγούν σε συνολική νοητική εξασθένηση που πληροί τα κριτήρια της άνοιας. Η μείζονα κατάθλιψη εμφανίζεται στο 30% περίπου των νοσηλευόμενων ασθενών με οξύ εγκεφαλικό επεισόδιο, ενισχύει τα νοητικά ελλείματα που ακολουθούν το εγκεφαλικό και παρεμποδίζει τη νοητική αποκατάσταση. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν μειωμένη ενεργητικότητα, αυτοαμφισβήτηση, αδυναμία συγκέντρωσης, ανορεξία, διαταραχή του ύπνου, απαισιοδοξία και ανηδονία.

Άλλες συννοσηρές ψυχιατρικές καταστάσεις που εμφανίζονται λιγότερο συχνά μαζί με το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είναι η μανία, οι αγχώδεις διαταραχές και το παθολογικό γέλιο και κλάμα (GammelgaardDamsbo et al., 2020).

8.2. Ημικρανία και ψυχικές διαταραχές

Κατά τη διάρκεια της ζωής τους, 18% των γυναικών και 6% των ανδρών πάσχουν από ημικρανία. Οι ασθενείς αυτοί είναι υψηλού κινδύνου για υπερβολική χρήση φαρμάκων με αποτέλεσμα φαινόμενα αναπήδησης του πονοκεφάλου, ψυχιατρική συννόσηση όπως κατάθλιψη και άγχος, λειτουργική αναπηρία και παροξυσμικούς πονοκεφάλους που σχετίζονται με το άγχος (Urits et al., 2020).

Μελέτες σε γενικό πληθυσμό και σε κλινικούς πληθυσμούς δείχνουν ότι οι ψυχιατρικές συννοσηρότητες, ιδιαίτερα οι διαταραχές της διάθεσης και του άγχους, είναι πιο συχνές σε άτομα με χρόνια ημικρανία από ό, τι σε εκείνα με επεισοδιακή ημικρανία. Πρόσθετες μελέτες υποδηλώνουν ότι οι ψυχιατρικές συννοσηρότητες μπορεί να είναι ένας παράγοντας κινδύνου για προοδευτική επιδείνωση της νόσου (δηλαδή, εξέλιξη από επεισοδιακή σε χρόνια ημικρανία) (Buse et al., 2013).

8.3. Κρανιοεγκεφαλική κάκωση και ψυχικές διαταραχές

Η κρανιοεγκεφαλική κάκωση (ΚΕΚ) είναι σημαντική αιτία αναπηρίας στις ΗΠΑ με επίπτωση γύρω στο 1,5 εκατομμύριο ανά έτος και συνδέεται με νευρολογικές και

ψυχιατρικές επιπτώσεις. Ενώ τα νευρολογικά προβλήματα συνήθως σταθεροποιούνται με τον χρόνο, οι ψυχιατρικές διαταραχές συχνά υποτροπιάζουν.

Οι διαταραχές της διάθεσης που συνοδεύουν την κρανιοεγκεφαλική κάκωση είναι η μείζων κατάθλιψη, η μανία, το άγχος και η απάθεια. Η μείζων κατάθλιψη εμφανίζεται σε 25% των ανθρώπων με ΚΕΚ ενώ η μανία είναι λιγότερο συνήθης αλλά πιο συχνή απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό. Οι αγχώδεις διαταραχές είναι συνήθεις και μπορεί να εμφανιστούν ως διαταραχή γενικευμένου άγχους, διαταραχή πανικού, φοβική διαταραχή, μετατραυματική διαταραχή και ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Wiart et al., 2016).

Ψυχωσικά φαινόμενα (δηλαδή παραληρήματα, ψευδαισθήσεις, διαταραχή σκέψης) είναι συχνότερα σε ασθενείς με ΚΕΚ παρά στον γενικό πληθυσμό (Batty et al., 2016). Εκτός από τις προαναφερθείσες καταστάσεις, δύο άλλες ψυχιατρικές διαταραχές συναντώνται συχνά σε ασθενείς με κρανιοεγκεφαλική κάκωση το μετατραυματικό σύνδρομο και διαταραχή ύπνου. Το μετατραυματικό σύνδρομο περιλαμβάνει παθολογικά, γνωσιακά και συναισθηματικά συμπτώματα, όπως πονοκεφάλους, ζάλη, κούραση, αυξημένη ευαισθησία στον θόρυβο και άλλα ερεθίσματα, διαλείψεις, πτωχή συγκέντρωση, λύπη, θυμό, επιθετικότητα και ευερεθιστότητα. Περίπου το 80% με 90% των ασθενών με μετατραυματικό σύνδρομο επανέρχονται μέσα στους πρώτους τρεις μήνες, ενώ το 10% με 15% έχει υπολειμματικά συμπτώματα που μπορούν να διαρκέσουν για 1 ή περισσότερα χρόνια (Singh et al., 2016).

8.4. Νόσος του Πάρκινσον και ψυχικές διαταραχές

Η νόσος Πάρκινσον (ΝΠ) είναι η δεύτερη πιο συνηθισμένη νευροεκφυλιστική διαταραχή μετά τη νόσο Alzheimer και έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση νευρολογικής συμπτωματολογίας προοδευτικά επιδεινούμενης που χαρακτηρίζεται από βραδυκινησία, τρόμο, δυσκαμψία και στα τελευταία στάδια διαταραχή της ισορροπίας. Τα κινητικά συμπτώματα της ΝΠ οφείλονται σε απώλεια των ντοπαμινεργικών νευρώνων στη μέλαινα ουσία του μεσεγκεφάλου, ενώ σωματίδια που είναι έγκλειστα στους νευρώνες και ονομάζονται σωματίδια Lewy, υπάρχουν επίσης στο μταιχμιακό σύστημα, στον φλοιό, και μαζί με άλλα ελλείματα των νευροδιαβιβαστών συνδέονται με μη κινητικές εκφάνσεις της νόσου (Franciotti et al., 2019, Tysnes&Storstein, 2017).

Οι ψυχιατρικές διαταραχές στη ν. Πάρκινσον είναι οι εξής: άνοια, ντελίριο, κατάθλιψη, συναισθηματική ακράτεια, αγχώδεις διαταραχές (διαταραχή πανικού, φοβίες, διαταραχή γενικευμένου άγχους), απάθεια, μανία-υπομανία και ψυχωσικά φαινόμενα.

8.4.1. Επιδημιολογικά στοιχεία στη νόσο του Πάρκινσον

Ο επιπολασμός της ποικίλλει. Οι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν επιπολασμό ανάλογο με την ηλικία (ανά 100.000 άτομα) που κυμαίνεται γύρω στο 104,7 στην Ιαπωνία, 114,6 στις ΗΠΑ, 168,8 στην Ταϊβάν και 258,8 στη Σικελία. Η νόσος προσβάλλει περίπου 1 εκατ. άτομα στη Β. Αμερική – σχεδόν 0,5% έως 1% του πληθυσμού με ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών. Η μέση ηλικία έναρξης της νόσου είναι τα 60 χρόνια, αλλά το 5% έως 10% των ασθενών εμφανίζουν ΝΠ σε νεότερη ηλικία, πριν από τα 40. Η νόσος προσβάλλει όλες τις φυλές και υπάρχει ελαφρώς υψηλότερος επιπολασμός της ΝΠ μεταξύ των ανδρών (Ding et al., 2017, Marras et al., 2018, Elbaz et al., 2016).

Δύο από τα τρία κυρίαρχα κινητικά συμπτώματα απαιτούνται για τη διάγνωση (τρόμος, ακινησία/βραδυκινησία και δυσκαμψία) όμως αυτά τα κλινικά συμπτώματα επικαλύπτονται και με άλλες παρκινσονικές διαταραχές. Η ν. Πάρκινσον διακρίνεται από τον παρκινσονισμό, γενικός περιγραφικός όρος, που αναφέρεται σε κλινικές συνθήκες με τα ίδια κινητικά συμπτώματα, αλλά που δεν έχει συγκεκριμένη αιτιολογία (Elbaz et al., 2016).

8.4.2. Νόσος του Πάρκινσον και αγχώδεις διαταραχές

Οι αγχώδεις διαταραχές είναι πολύ συνήθεις στη ΝΠ. Μελέτες έδειξαν ότι σχεδόν το 40% των ασθενών με ΝΠ έχουν διαταραχές άγχους, με τους άνδρες και τις γυναίκες να επηρεάζονται ισότιμα. Η διαταραχή πανικού ακολουθεί με επιπολασμό 25%. Ομοίως με τους ασθενείς χωρίς ΝΠ, η διαταραχή πανικού σε ασθενείς με ΝΠ περιλαμβάνει την αυθόρμητη και συχνά ξαφνική εμφάνιση αγωνίας και ανησυχίας, συχνά με το φόβο ότι ο ασθενής έχει υποστεί καρδιακό επεισόδιο, ότι πεθαίνει ή χάνει τον έλεγχο του εαυτού του. Υπάρχουν αρκετά σωματικά συμπτώματα που συνοδεύουν την κρίση πανικού, όπως δυσκολία στην αναπνοή, δυσπεψία, δυσφορία στο στήθος, ναυτία, ζάλη, παραισθήσεις και διάφορα συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Διαταραχή γενικευμένου άγχους, κοινωνικές φοβίες, κλειστοφοβία και άλλες φοβίες επίσης διαγιγνώσκονται. Είναι συχνή η συννόσηση κατάθλιψης σε ασθενείς με ν. Πάρκινσον και αγχώδεις διαταραχές. Διακυμάνσεις των επιπέδων της λεβοντόπα και “on-off” καταστάσεις συνδέονται με το άγχος. Τέτοιες «μη κινητικές διακυμάνσεις» συχνά περιλαμβάνουν σοβαρές κρίσεις πανικού που επιμένουν ακόμα και μετά την βελτίωση της κινητικής λειτουργίας στη “on” περίοδο. Τέλος μερικοί ασθενείς έχουν σοβαρό άγχος που επιδεινώνει τα κινητικά συμπτώματα (Dissanayaka et al., 2010).

Στην κλινική πρακτική οι αγχώδεις διαταραχές, συχνά αναπτύσσονται στη διάρκεια μιας πρόδρομης περιόδου πριν την εμφάνιση των κινητικών συμπτωμάτων, ή ακόμα και 20 χρόνια πριν την εμφάνιση των κινητικών σημείων. Το παθολογικό άγχος μπορεί ως εκ τούτου να αντιπροσωπεύει είτε έναν παράγοντα κινδύνου για ν. Πάρκινσον ή ένα πρόιμο μη κινητικό σύμπτωμα της νόσου. Μετά την εμφάνιση της ΝΠ, οι αγχώδεις διαταραχές μπορεί να εμφανιστούν ανά πάσα στιγμή. Όπως και η κατάθλιψη, το παθολογικό άγχος μπορεί να μην αναγνωρισθεί έγκαιρα επειδή οι εκδηλώσεις του είναι επεισοδιακές και περιστασιακές και θεωρούνται σαν μια λογική αντίδραση στις δυσκολίες που συνδέονται με τα κινητικά συμπτώματα της ΝΠ. Παρ' όλα αυτά οι ασθενείς με αγχώδεις διαταραχές συχνά περιγράφουν ότι το άγχος του είναι υπερβολικό σε σχέση με τις περιστάσεις (Dissanayaka et al., 2010).

8.4.3. Νόσος του Πάρκινσον και άνοια

Τα ανοϊκά σύνδρομα στη ν. Πάρκινσον γενικά αναπτύσσονται αργότερα στην πορεία της νόσου, προκαλούν εκτεταμένα ελλείματα και εμποδίζουν την ανεξάρτητη διαβίωση.

Η άνοια έχει καταστροφικές επιπτώσεις για μοναχικά άτομα, επειδή η ανεξάρτητη διαβίωση είναι επισφαλής και δυσχεραίνει τη συμμόρφωση με τα πολύπλοκα σχήματα της αντιπαρκινσονικής αγωγής. Συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο ψυχιατρικών διαταραχών, όπως η κατάθλιψη, τα ψυχωσικά φαινόμενα, η επαναλαμβανόμενη συμπεριφορά και απάθεια (Horvath et al., 2013).

8.4.4. Νόσος του Πάρκινσον και κατάθλιψη

Οι επιπτώσεις των συναισθηματικών διαταραχών που δεν αντιμετωπίζονται θεραπευτικά είναι σοβαρές. Η μείζων κατάθλιψη συνδέεται με σοβαρά κινητικά και νοητικά ελλείματα, υπερβολική και ταχεία εξέλιξη της αναπηρίας, επιδείνωση της ποιότητας ζωής, μεγαλύτερη επιβάρυνση των ασθενών και κατάθλιψη. Οι ασθενείς συχνά πιστεύουν ότι η κατάθλιψη τους είναι το αποτέλεσμα ελλείματος των κινητικών τους δεξιοτήτων, ενώ ισχύει το αντίθετο. Με τη νόσο Πάρκινσον, η επιτυχής προσαρμογή δεν είναι εφικτή όταν δεν έχει αντιμετωπιστεί θεραπευτικά η κατάθλιψη. Η θεραπεία της καταθλιπτικής διαταραχής επιτρέπει την αντιμετώπιση των προκλήσεων που σχετίζονται με την υποκείμενη νόσο. Τα κινητικά συμπτώματα συνήθως επιδεινώνονται από τα συμπτώματα άγχους, τα οποία, αν δεν αντιμετωπισθούν, μπορεί να οδηγήσει σε υπερβολική λήψη αντιπαρκινσονικών φαρμάκων (Rektorova, 2019).

Η κατάθλιψη είναι συχνή στη ν. Πάρκινσον. Αν και τα ποσοστά τείνουν να είναι υψηλότερα στους ασθενείς σε κέντρα τριτοβάθμιας περίθαλψης, ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι 40% έως 50%. Λίγο λιγότερο από το ήμισυ αυτών των ασθενών έχουν μείζονα κατάθλιψη, ενώ η πλειοψηφία των ασθενών έχουν ελαφρύτερες μορφές κατάθλιψης. Η κατάθλιψη στη ΝΠ υποδιαγιγνώσκεται σε περισσότερο από το ήμισυ των ασθενών, φαινόμενο που μπορεί να οφείλεται σε επικάλυψη των σωματικών και νοητικών διαταραχών της ΝΠ και της μείζονος κατάθλιψης. Η προχωρημένη ηλικία των ασθενών ή η παρουσία της ΝΠ οδηγούν ασθενείς και ιατρούς συχνά στο συμπέρασμα ότι η κατάθλιψη είναι «φυσιολογική αντίδραση» στις σωματικές αναπηρίες των ασθενών (Dragašević-Miškončić et al., 2020).

8.4.5. Νόσος του Πάρκινσον και μανία

Ο επιπολασμός της μανίας ή της υπομανίας στην ΝΠ δεν έχει προσδιοριστεί. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων μανιακά επεισόδια φαίνεται να συνδέονται περισσότερο με τη θεραπεία. Υπάρχουν αναφορές για επεισόδια μανίας με τη χρήση λεβοντόπας, ειδικά όταν χρησιμοποιείται για πρώτη φορά σε υψηλές δόσεις για την αντιμετώπιση της ΝΠ. Η μανία μπορεί επίσης να εμφανιστεί ύστερα από θεραπεία με άλλα ντοπαμινεργικά φάρμακα ή μετά από νευροχειρουργικές θεραπείες για ΝΠ. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, μερικοί ασθενείς έχουν διακυμάνσεις μεταξύ καταστάσεων μανίας όταν είναι “on” και καταθλιπτικές καταστάσεις όταν είναι “off”. Τελικά, υπάρχουν ασθενείς με ΝΠ και ιστορικό μονοπολικής κατάθλιψης που αναπτύσσουν υπομανία ή επεισόδια μανίας από τη συνδυασμένη χρήση αντικαταθλιπτικών και αντιπαρκινσονικών φαρμάκων (Raucher-Chéné et al., 2008).

8.4.6. Νόσος του Πάρκινσον και ψυχωσικά φαινόμενα

Τα ψυχωσικά φαινόμενα στη ν. Πάρκινσον περιλαμβάνουν ψευδαισθήσεις και παραληρήματα. Περίπου το 50% των ασθενών βιώνουν ψευδαισθήσεις και ο διαστρώματικός επιπολασμός είναι 25% με 40%. Παραληρήματα εμφανίζονται σε περισσότερους από το 30% των ασθενών. Η εμφάνιση ψυχωσικών φαινομένων στη ΝΠ συνδέεται με τη ντοπαμινεργική θεραπεία, αλλά η δόση της ντοπαμινεργικής θεραπείας δεν σχετίζεται με την παρουσία παραληρήματος και ψευδαισθήσεων. Οι οπτικές ψευδαισθήσεις είναι συχνότερες και βιώνονται από το 15% έως το 40% των ασθενών, και από σχεδόν το 50% των ασθενών κατά τη διάρκεια της ΝΠ. Αυτές μπορεί να είναι φευγαλέες απλές εικόνες (π.χ. σκιές) ή σύνθετες σκηνές με καλά σχηματισμένους ανθρώπους και έχουν στερεότυπη επανάληψη. Μικρότερες ψευδαισθήσεις αναφέρθηκαν

από το 25% των ασθενών και περιλαμβάνουν την αίσθηση μιας παρουσίας (π.χ. άνθρωπος), μια βραχεία οπτική εμπειρία (π.χ. συνήθως άνθρωπος ή ζώο) να περνά πλάι στο περιφερικό οπτικό πεδίο ή παραισθήσεις. Ασθενείς στα πρώιμα στάδια της ΝΠ συχνά έχουν επίγνωση της μη πραγματικής φύσης των ψευδαισθήσεων. Όταν δεν υπάρχει επίγνωση ή εναισθησία, οι ασθενείς γίνονται καχύποπτοι, ταρασσονται για την πιθανότητα παρουσίας εισβολέων στον χώρο τους ή προσπαθούν να περιποιηθούν και να φροντίσουν απρόσκλητους επισκέπτες.

Σχεδόν οι μισοί ασθενείς με οπτικές ψευδαισθήσεις βιώνουν και άλλους τύπους ψευδαισθήσεων. Περίπου 10% των ασθενών με ν. Πάρκινσον που έχουν ψευδαισθήσεις έχουν ακουστικές ψευδαισθήσεις, ενώ άλλες μορφές ψευδαισθήσεων είναι λιγότερο συχνές.

Ακόμα και εάν δεν υπάρχει ψυχιατρική παθολογία, η ΝΠ είναι μια πολύπλοκη διαταραχή με ετερογενή, προοδευτικά επιδεινούμενα κινητικά και μη κινητικά ευρήματα. Υπάρχει σημαντική αλληλεπίδραση μεταξύ των κινητικών, νοητικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών, έτσι ώστε οι επιπτώσεις κάθε μιας στη λειτουργικότητα να είναι αθροιστικές. Η επιτυχής θεραπεία των ψυχιατρικών διαταραχών βοηθάει στη θεραπεία και μειώνει τη σοβαρή αναπηρία (Goldman et al., 2018, Schmidt et al., 2018).

8.5. Πολλαπλή σκλήρυνση και ψυχικές διαταραχές

Η πορεία της πολλαπλής σκλήρυνσης χαρακτηρίζεται από περιόδους εξάρσεων που διακόπτονται από περιόδους σχετικής ηρεμίας (υποτροπιάζουσα-διαλείπουσα) ή από περιόδους που διακρίνονται από συνεχή επιδείνωση, με ώσεις που είναι πολυφασικές και πολυεστιακές (δηλαδή διαδίδονται σε χρόνο και τόπο κατά μήκος του νευράξονα). Τουλάχιστον 350.000 άτομα στις ΗΠΑ πάσχουν από ΠΣ. Διαγιγνώσκεται σε ηλικίες μεταξύ 20 και 40 και η αναλογία εμφάνισης είναι 2:1 γυναίκες προς άντρες. Είναι η δεύτερη σε αιτία ανικανότητας από νευρολογική νόσο στις δυτικές κοινωνίες. Η ΠΣ μπορεί να έχει καλοήγη χαρακτηριστικά με ελάχιστες βλάβες ή κακοήγη χαρακτηριστικά με ραγδαία ταχέως εξελισσόμενη πορεία που προκαλεί ανικανότητα και απαιτεί βαθιές προσαρμογές στον τρόπο ζωής. Η ανικανότητα εκδηλώνεται ως φυσική/αισθητηριακή βλάβη ή νευροψυχιατρική διαταραχή. Η προσαρμογή των ασθενών είναι πολύ δύσκολη εξαιτίας της απρόβλεπτης πορείας της. Μερικές φορές η δυνατότητα προσαρμογής υποσκάπτεται από τις καταπονήσεις που υφίσταται, με αποτέλεσμα αποθάρρυνση, αμηχανία και άγχος (Wallin et al., 2016).

8.5.1. Πολλαπλή σκλήρυνση και διπολική διαταραχή

Σε επιδημιολογικές μελέτες ο επιπολασμός της διπολικής διαταραχής είναι 2% στη πολλαπλή σκλήρυνση, το διπλάσιο απ' όσο στον γενικό πληθυσμό, ενώ κλινικές μελέτες έχουν προσδιορίσει τη διπολική διαταραχή σε ποσοστό 13% των ασθενών με ΠΣ. Φαίνεται ότι υπάρχει γενετικός σύνδεσμος μεταξύ διπολικής διαταραχής και ΠΣ σε γυναίκες. Τα στεροειδή φάρμακα που χρησιμοποιούνται για να αντιμετωπιστούν οι εξάρσεις της ΠΣ επάγουν αυξημένη ενεργητικότητα, μειωμένο ύπνο και κυμαινόμενη ευφορία, κάτι που μερικές φορές περιγράφεται σαν «στεροειδής ψύχωση». Πολλές μελέτες ενοχοποιούν τις οργανικές βλάβες στους μετωπιαίους λοβούς ως αιτία της διπολικής διαταραχής και άλλων νευροψυχιατρικών συμπτωμάτων στην ΠΣ, ιδιαίτερα στον δεξιό μετωπιαίο λοβό. Παρόλ' αυτά, άλλες μελέτες ενοχοποιούν οργανικές βλάβες του αριστερού κροταφικού λοβού (Lorefice et al., 2020).

Άλλες ψυχιατρικές διαταραχές συννοσηρές με την πολλαπλή σκλήρυνση είναι η ευφορία, η ψευδοπρομηκική διάθεση, απάθεια και ψύχωση. Παρότι οι μελέτες για την διάγνωση και την θεραπεία των συνοδών ψυχιατρικών νοσημάτων της ΠΣ είναι ακόμα σε αρχικό στάδιο, υπάρχουν ενδείξεις ότι η κλινική αντιμετώπιση των νευροψυχιατρικών εκδηλώσεων έχει σημαντικές επιπτώσεις στη λειτουργικότητα, την ποιότητα ζωής και τη μακροζωία των ασθενών (Askey-Jones et al., 2013).

8.5.2. Πολλαπλή σκλήρυνση και κατάθλιψη

Η κατάθλιψη συμπεριλαμβάνεται μεταξύ των πρώτων συμπτωμάτων που αναγνωρίστηκε στην πολλαπλή σκλήρυνση. Ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης μεταξύ των κλινικά ασθενών με ΠΣ είναι 15% έως 30% και ο επιπολασμός κατά τη διάρκεια της ζωής είναι 40% έως 60%. Η αναλογία αυτή είναι τρεις με δέκα φορές μεγαλύτερη απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό. Επίσης η κατάθλιψη είναι πιο συχνή στην ΠΣ παρά σε άλλες χρόνιες και νευρολογικές παθήσεις.

Η κατάθλιψη όπως αναφέρουν οι ασθενείς με ΠΣ έχει μεγαλύτερη επίπτωση στην ποιότητα ζωής τους απ' ό,τι η αναπηρία, η κόπωση ή τα νοητικά ελλείματα. Επίσης επιβαρύνει την καθημερινή λειτουργικότητα, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την νοητική λειτουργία και την κόπωση. Είναι καθοριστικός παράγοντας στην πορεία των διαπροσωπικών σχέσεων και συνδέεται με απώλειες εργατοωρών, αποδόμηση του κοινωνικού υποστηρικτικού περιβάλλοντος, κακή συμμόρφωση στα θεραπευτικά σχήματα (Fidao et al., 2021).

9. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΟΓΔΩΟ

Συστηματικά αυτοάνοσα νοσήματα και ψυχικές διαταραχές

9.1. Ρευματοειδής αρθρίτιδα και κατάθλιψη

Οι χρόνιες ιατρικές παθήσεις σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης και αυτοκτονίας. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ), μια χρόνια ασθένεια που προσβάλλει 1,3 εκατομμύρια ενήλικες στις ΗΠΑ, είναι μια συστηματική φλεγμονώδης νόσος που προσβάλλει άτομα τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή είναι κοινή σε ασθενείς με ΡΑ. Τα στοιχεία που μπορεί να τους καθιστούν ευάλωτους σε κατάθλιψη περιλαμβάνουν πόνο, λειτουργική απώλεια και αντίκτυπο στις καθημερινές δραστηριότητες (Wolfe&Michaud, 2009).

Οι ασθενείς με ρευματοειδής αρθρίτιδα και συννοσηρή κατάθλιψη έχουν πιο επιβαρυνόμενη κατάσταση στην υγεία τους. Συγκεκριμένα, η κατάθλιψη σε ασθενείς με ΡΑ είναι ένας ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακές παθήσεις και έμφραγμα του μυοκαρδίου, ιδεασμό αυτοκτονίας, ασθενή δραστηριότητα, αναπηρία και πόνο. Επίσης, οι ασθενείς με ΡΑ και σχετιζόμενη κατάθλιψη δεν χρησιμοποιούν συχνά τις υπηρεσίες υγείας και είναι λιγότερο πιθανό να τηρούν την φαρμακευτική τους αγωγή. Εκτός από αυτές τις αρνητικές συνέπειες για την υγεία, η κατάθλιψη μπορεί να συμβάλει στην ανεργία, στην απώλεια της παραγωγικότητας της εργασίας και στο αυξημένο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης (Margaretten et al., 2011).

9.1.1. Επιπολασμός καταθλιπτικών συμπτωμάτων στην ρευματοειδή αρθρίτιδα

Ο επιπολασμός των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ή της αυτοαναφερόμενης κατάθλιψης εξαρτάται από τη μέθοδο εξακρίβωσης και τη ρύθμιση. Το ευρύ φάσμα του επιπολασμού της κατάθλιψης σε κλινικές μελέτες της ΡΑ πιθανότατα οφείλεται στις διαφορετικές μεθόδους που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και κυμαίνεται στο 13-42%, τουλάχιστον διπλάσιο έως τέσσερις-φορές μεγαλύτερο ποσοστό απ' ό τι στο γενικό πληθυσμό (Margaretten et al., 2011). Σε ένα δείγμα 75.858 ασθενών που επισκέφτηκαν γιατρούς πρωτοβάθμιας περίθαλψης για οποιονδήποτε λόγο, ο επιπολασμός των κλινικά σημαντικών συμπτωμάτων κατάθλιψης βρέθηκε να είναι 20,9%, αλλά το ποσοστό των ασθενών που ανέφεραν την κατάθλιψη ως λόγο επίσκεψης ήταν 1,2%.

Σε μια μετα-ανάλυση των μελετών κατάθλιψης- ρευματοειδής αρθρίτιδας, η αύξηση της κατάθλιψης σε ασθενείς σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες βρέθηκε να είναι μέτρια (μέγεθος επίδρασης 0,21). Τα αποτελέσματα της τρέχουσας μελέτης ήταν παρόμοια με εκείνα των Katz και Yelin, οι οποίοι εξέτασαν επίσης ένα δείγμα ασθενών με ΡΑ. Χρησιμοποιώντας την κλίμακα Geriatric Depression Scale διαπίστωσαν ότι ένας ετήσιος επιπολασμός των καταθλιπτικών συμπτωμάτων ήταν 15-17% (Wolfe & Michaud, 2009).

Τέλος βάση έρευνας ο αθροιστικός κίνδυνος αυτοαναφερόμενης κατάθλιψης σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, είναι σημαντικός, φτάνοντας σχεδόν το 40% στα 9 χρόνια παρακολούθησης. Αντίθετα, το ποσοστό των ασθενών με αυτοαναφερόμενη κατάθλιψη διαγνωσμένη ήταν μόνο 15,2% στην ίδια έρευνα. Αυτό δείχνει ότι πολλοί ασθενείς με ΡΑ θα παρουσιάσουν αυτοαναφερόμενη κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της ΡΑ, αλλά ότι η αυτοαναφερόμενη κατάθλιψη θα τείνει επίσης να υποχωρεί ή να είναι διαλείπουσα στις περισσότερες περιπτώσεις. Αυτό συμβαδίζει με τις παρατηρήσεις επιστημόνων, οι οποίοι σημείωσαν ότι μόνο το 4% των ασθενών είχαν επίμονη κατάθλιψη («κάθε χρόνο») (Margaretten et al., 2011).

9.1.2. Πιθανοί παθογενετικοί μηχανισμοί της κατάθλιψης στη ρευματοειδή αρθρίτιδα και η επιρροή τους

Η κατάθλιψη μπορεί να αυξήσει τον πόνο και την κόπωση, όπως και ο πόνος και η κόπωση μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα κατάθλιψης. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η κατάθλιψη μπορεί να έχει ξεκινήσει πριν από την αξιολόγηση της (Wolfe & Michaud, 2009).

Η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το φύλο, η ηλικία, η φυλή/εθνικότητα, ο λειτουργικός περιορισμός, ο πόνος και η κακή κλινική κατάσταση έχουν όλα συνδεθεί με την κατάθλιψη μεταξύ ατόμων με ΡΑ. Η συστηματική φλεγμονή μπορεί επίσης να σχετίζεται με, να προκαλέσει ή να συμβάλει στην κατάθλιψη στην ΡΑ (Vallerand et al., 2019).

Γενικά εξετάζονται δύο ομάδες συντελεστών στην κατάθλιψη μεταξύ ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα - το κοινωνικό πλαίσιο του ατόμου και η κατάσταση της βιολογικής νόσου της ΡΑ του ατόμου αυτού.

Η κατάθλιψη επηρεάζει ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα πέρα από το ίδιο το βάρος της ψυχικής ασθένειας. Όπως με τα περισσότερα πολύπλοκα βιολογικά συστήματα, η

σχέση μεταξύ κατάθλιψης και PA είναι πολυπαραγοντική: είναι πιθανό ότι η κατάθλιψη προκαλείται από τα κοινωνικοοικονομικά αποτελέσματα της PA. Επίσης, μπορεί να οφείλεται σε αναπηρία από την PA και/ή τη συστηματική φλεγμονή από το προφλεγμονώδες περιβάλλον κυτοκίνης της PA. Ανεξάρτητα από τους παράγοντες έναρξης, η συμβολή των κοινωνικοοικονομικών, λειτουργικών και βιολογικών συνεπειών της PA μπορεί να διαιωνίσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα.

Η PA επηρεάζει τους ανθρώπους τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά και εστιάζοντας στις αλληλεπιδράσεις μεταξύ κοινωνικών, ατομικών, συμφραζομένων και βιολογικών αιτιών κατάθλιψης στην PA (Margaretten et al., 2011).

Η κατανόηση των μηχανισμών της κατάθλιψης στην PA είναι κρίσιμη για αποτελεσματική θεραπεία, γι' αυτό και παρατίθενται παρακάτω τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την κατάθλιψη στη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Σε μία μελέτη η σχέση μεταξύ της σοβαρότητας της κατάθλιψης και της δραστηριότητας της ρευματοειδούς αρθρίτιδας ήταν γραμμική με σημαντική τιμή $p < 0,0001$. Η πλειοψηφία (67,6%) των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα είχε ενεργό νόσο και θα είχε υψηλές φλεγμονώδεις κυτοκίνες όπως TNF και IL-6, γεγονός που συμβάλλει επίσης στην κατάθλιψη. Οι πρόσφατες εξελίξεις στην ιατρική και την έρευνα έχουν διευκολύνει την ανάπτυξη μοντέλων που προσφέρουν μια φλεγμονώδη υπόθεση για να εξηγήσουν τη σχέση μεταξύ της συστηματικής φλεγμονής της PA και της επακόλουθης επίδρασης στον εγκέφαλο και τη λειτουργία του. Είναι πλέον αποδεκτό ότι η φλεγμονή είναι ένα χαρακτηριστικό της κατάθλιψης, καθώς παρατηρούνται αυξημένα επίπεδα προ-φλεγμονωδών κυτοκινών απουσία αυτοάνοσης νόσου. Είναι ενδιαφέρον ότι η διακύμανση της ανταπόκρισης του ασθενούς στη φαρμακοθεραπεία για κατάθλιψη θεωρείται ότι σχετίζεται με μεταβολές στην ισορροπία των προ-φλεγμονωδών και μη-φλεγμονωδών κυτοκινών σε ένα άτομο. Οι μηχανισμοί με τους οποίους η κεντρική φλεγμονή στην κατάθλιψη μπορεί να προκαλέσει συστηματικές φλεγμονώδεις αποκρίσεις, και τελικά να οδηγήσει σε αυτοάνοσες ασθένειες όπως η PA, είναι ακόμη υπό μελέτη (Vallerand, Patten & Barnabe, 2019).

Η αξιολόγηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα μπορεί να είναι δύσκολη. Είναι καλά κατανοητό ότι τα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης (π.χ. κόπωση ή μειωμένη ενέργεια) επικαλύπτονται με συμπτώματα ρευματοειδούς αρθρίτιδας (Imran et al., 2015). Πρέπει να κατανοηθούν οι παράγοντες της ρευματοειδούς αρθρίτιδας που είναι: η φλεγμονή (σε όλα της τα επίπεδα), ο πόνος, η

λειτουργική κατάσταση ή η αναπηρία αντίστοιχα και η κλινική ύφεση (Margaretten, 2011).

9.1.3. Τα αποτελέσματα της θεραπείας στη συννοσηρότητα

Όσον αφορά στη θεραπεία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας, δεν είναι απροσδόκητο ότι σε ασθενείς που επιτυγχάνουν κλινική ύφεση είναι λιγότερο πιθανό να παραμείνει κατάθλιψη σε σύγκριση με εκείνους που δεν επιτυγχάνουν PA ύφεση. Το αντίστροφο ισχύει επίσης - οι ασθενείς που εμφανίζουν επίμονα καταθλιπτικά συμπτώματα έχουν λιγότερη ανταπόκριση στη θεραπεία και μικρότερες μειώσεις στις βαθμολογίες DAS28 (κλίμακα μέτρησης της δραστηριότητας της νόσου στη ρευματοειδή αρθρίτιδα) τους. Ένα κοινό στοιχείο στους προτεινόμενους μηχανισμούς που συνδέουν τα χαρακτηριστικά της νόσου του ασθενούς και της PA με την κατάθλιψη είναι η ικανότητα προσαρμογής στο βάρος της νόσου της PA και της θεραπείας της. Θετικοί μηχανισμοί αντιμετώπισης, κοινωνική υποστήριξη και η αίσθηση του ελέγχου της PA κάποιου σχετίζεται επίσης με μειωμένα συμπτώματα κατάθλιψης. Αυτό ισχύει και για άλλες αυτοάνοσες ασθένειες, όπως ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος (Margaretten, 2011).

9.2. Συστηματικός ερυθματώδης λύκος και ψυχικές διαταραχές

Ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος (ΣΕΛ) είναι μια πολυσυστηματική ανοσολογική διαταραχή που επιδρά στον εγκέφαλο με πολλούς τρόπους. Έχει επίπτωση 5/100.000 ετησίως και επιπολασμό 45/100.000 ετησίως. Οι αναλογία γυναικών και ανδρών που επηρεάζονται είναι 2:1. Συνδέεται με ποικιλία συστηματικών εκδηλώσεων, περιλαμβανόμενων του εμπύρετου, του εξανθήματος, της αδενοπάθειας, του πόνου στις αρθρώσεις, της καρδιακής νόσου, της νεφρικής νόσου, της αλωπεκίας και της υπέρτασης. Το κύριο παθολογικό εύρημα είναι η αγγειοπάθεια των μικρών αγγείων με ινώδη εκφύλιση των τειχών των αιμοφόρων αγγείων που έχει ως αποτέλεσμα μικροέμφρακτα και μικροαιμοραγίες. Ο ΣΕΛ έχει συνδεθεί με πολλές νευρολογικές εκδηλώσεις, τόσο κεντρικές όσο και περιφερικές. Οι πλέον σύνηθες εκδηλώσεις περιλαμβάνουν πονοκέφαλο, εγκεφαλικά επεισόδια, επιληπτικές κρίσεις, μυελίτιδα και παρκινσονισμό. Οι συνήθεις ψυχιατρικές διαταραχές που διαπιστώνονται στους ασθενείς με ΣΕΛ αφορούν περίπου στο 75% των ασθενών και περιλαμβάνουν το ντελίριο, την άνοια και ηπιότερες νοητικές διαταραχές, διαταραχές της διάθεσης και σχιζοφρενικόμορφες ψυχώσεις. Οι διαταραχές διάθεσης και οι διαταραχές άγχους αναφέρεται ότι είναι το δεύτερο συχνότερο νευροψυχιατρικό σύνδρομο σε ασθενείς με ΣΕΛ. Αρκετές φλεγμονώδεις κυτοκίνες έχουν επίσης αποδειχθεί ότι σχετίζονται με την ανάπτυξη

διαταραχών διάθεσης και άγχους. Άτομα με σοβαρό άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα έχουν αναφέρει δυσκολία συμμετοχής στα σχέδια θεραπείας που σχετίζονται με την υγεία, με αποτέλεσμα την απώλεια επαρκούς ελέγχου των συμπτωμάτων ΣΕΛ τους. Επομένως, είναι ζωτικής σημασίας να εντοπίσουμε έγκαιρα τους ασθενείς με άγχος και κατάθλιψη με τη χρήση μετρημένων τιμών (Moustafa et al., 2020).

10. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΝΑΤΟ

Πνευμονολογικά νοσήματα και ψυχικές διαταραχές

10.1. Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και ψυχικές διαταραχές

Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) είναι μια χρόνια πνευμονοπάθεια που έχει σημαντικές εξωπνευμονικές επιδράσεις που μπορεί να επηρεάσουν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων στους ασθενείς. Η ΧΑΠ είναι μια εξαιρετικά διαδεδομένη ασθένεια παγκοσμίως. Ο επιπολασμός είναι μεταβλητός μεταξύ των χωρών, αλλά συνολικά υπάρχει ποσοστό επικράτησης περίπου 10% σε άτομα ηλικίας 40 ετών και άνω. Στις ανεπτυγμένες χώρες, η ΧΑΠ είναι υπεύθυνη για περίπου το 4% όλων των θανάτων (Pumar et al., 2014).

Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια είναι ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας που οδηγεί σε υψηλή νοσηρότητα, αναπηρία και θνησιμότητα. Οι συννοσηρότητες είναι πολύ διαδεδομένες σε ασθενείς με ΧΑΠ λόγω της γήρανσης, των κοινών παραγόντων κινδύνου και οδών, της αυξανόμενης θνησιμότητας και της αναπηρίας (Tsiligianni et al., 2013).

Κατά την τελευταία δεκαετία, έχει αναγνωριστεί στην έρευνα, στην κυβερνητική πολιτική και στην κλινική πρακτική ότι συχνά συνυπάρχουν σωματικές παθήσεις, όπως αναπνευστικές και καρδιαγγειακές παθήσεις και ψυχικές παθήσεις, όπως άγχος και κατάθλιψη. Εκτιμάται ότι το 30% των ατόμων με 1 ή περισσότερες χρόνιες παθολογικές διαταραχές στην Αγγλία θα έχουν μια παράλληλη ψυχική νόσο (Easton et al., 2019). Υπάρχει ένα αυξανόμενο και δικαιολογημένο ενδιαφέρον για το ρόλο των συννοσηρών ψυχολογικών παθήσεων σε ασθενείς με χρόνια ασθένεια. Μέχρι πρόσφατα, υπήρξε μικρή εστίαση στο ρόλο των ψυχιατρικών διαταραχών σε ασθενείς με αναπνευστική νόσο, ιδιαίτερα στη ΧΑΠ. Ωστόσο, αναδυόμενα στοιχεία υποδηλώνουν ότι ο αντίκτυπος του συνδρόμου άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με ΧΑΠ μπορεί να επηρεάσει σημαντικά τη σωματική λειτουργία, την ποιότητα ζωής και τη χρήση της υγειονομικής περίθαλψης (Livermore, Sharpe&McKenzie, 2010). Το αγχώδες σύνδρομο και η κατάθλιψη είναι συχνότερα σε ασθενείς με ΧΑΠ παρά σε άλλες χρόνιες παθήσεις (π.χ. οστεοαρθρίτιδα) και άλλες αναπνευστικές παθήσεις όπως η πνευμονική φυματίωση. Το άγχος σε ασθενείς με ΧΑΠ είναι πιθανότερο να είναι ένα χρόνιο και σχετιζόμενο με την ασθένεια φαινόμενο (Willgoss&Yohannes, 2013).

Επίσης οι ασθενείς με ΧΑΠ είναι ένας πληθυσμός ο οποίος είναι έως και 10 φορές πιο πιθανό να υποστεί κρίσεις πανικού από ότι ο γενικός πληθυσμός (Easton et al., 2019). Η κρίση πανικού είναι μία περίοδος διακεκριμένη από έντονο φόβο και δυσφορία συνοδευόμενη από συμπτώματα φυσικής διέγερσης όπως αισθήσεις βραχείας αναπνοής ή ασφυξίας και φόβου για απώλεια ελέγχου ή για θάνατο (Livermore, Sharpe&McKenzie, 2010).

10.2. Χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και αγχώδεις διαταραχές

Η διαταραχή πανικού μπορεί να διακριθεί σε ασθενείς με ΧΑΠ από το προγνωστικό άγχος σχετικά με μελλοντικές κρίσεις πανικού και την απροσδόκητη και απρόβλεπτη φύση τουλάχιστον ορισμένων από αυτές τις επιθέσεις, οι οποίες δεν συμβαίνουν αποκλειστικά ως απάντηση σε καταστάσεις που προκαλούν αναπόφευκτα δύσπνοια στη ΧΑΠ (όπως σωματική άσκηση ή μολυσματικές επιδείξεις).

Η δύσπνοια μπορεί να είναι μια δυσάρεστη και δυνητικά τρομακτική εμπειρία ανά πάσα στιγμή και, ως το βασικό σύμπτωμα μιας ενδεχομένως θανατηφόρου ασθένειας όπως η ΧΑΠ, είναι μια ασαφής αίσθηση ανοιχτή σε καταστροφική ερμηνεία. Κλινικές και πειραματικές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι τα άτομα με διαταραχή πανικού είναι πιο πιθανό να κατευθύνουν την προσοχή τους σε ασαφείς σωματικές αισθήσεις και να ερμηνεύσουν τέτοιες αισθήσεις ως απειλητικές. Η απειλή που παρουσιάζεται από τη δύσπνοια στη ΧΑΠ συνάδει με τον υψηλό επιπολασμό της συννοσηρής διαταραχής πανικού σε αυτήν την ομάδα ασθενών. Το άγχος αυξάνει τον αναπνευστικό ρυθμό και ο υπεραερισμός που προκύπτει θα επιδεινώσει σημαντικά τη δύσπνοια στην ασθένεια. Μπορεί να ακολουθήσει καταστροφική ερμηνεία, όπως στον φαύλο κύκλο πανικού, και μπορεί επίσης να προκύψει συμπεριφορά αποφυγής (Livermore, Sharpe&McKenzie, 2010).

Συμπερασματικά το άγχος και η κατάθλιψη έχουν αναγνωριστεί ως οι πιο συχνές ψυχιατρικές συννοσηρότητες σε άτομα με ΧΑΠ και πρόσφατες κλινικές οδηγίες τόσο από το Εθνικό Κέντρο Κλινικής Κατευθυντήριας Οδηγίας όσο και από την Παγκόσμια Πρωτοβουλία για Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια έχουν επισημάνει τη σημασία του αποτελεσματικού ελέγχου και της διαχείρισης και των δύο συνθηκών (Willgoss&Yohannes, 2013). Ο αντίκτυπος των συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους δεν περιορίζεται στην πνευμονική νόσο ενός ατόμου. Η παρουσία μπορεί να επηρεάσει

τις αποφάσεις του ατόμου για το τέλος της ζωής ή μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στους συντρόφους και τις αντίστοιχες σχέσεις τους (Pumar et al., 2014).

10.3. Επιδημιολογικά στοιχεία στη συννοσηρότητα με συναισθηματικές διαταραχές

Για ασθενείς με σταθερή ΧΑΠ σε ρυθμίσεις πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή αναπνευστικές κλινικές, ο επιπολασμός του άγχους κυμαίνεται από 7% έως 50% (Pumar et al., 2014) και της κατάθλιψης ποικίλλει ευρέως από 10% έως 57%, σημαντικά υψηλότερο ποσοστό από αυτό που βρέθηκε στο γενικό πληθυσμό (4,1%). Ο επιπολασμός του κλινικού άγχους σε άτομα με ΧΑΠ είναι επίσης σημαντικά υψηλότερος από ό, τι σε άτομα με φυματίωση και χρόνιες ορθοπεδικές παθήσεις (Willgoss & Yohannes, 2013). Η αύξηση της σοβαρότητας της ΧΑΠ σχετίζεται με υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους. Για παράδειγμα, σε ασθενείς που χρειάζονται μακροχρόνιο οξυγόνο, το 57% βρέθηκε να έχει καταθλιπτικά συμπτώματα και το 18% είχε κατάθλιψη ταξινομημένη ως σοβαρή. Οι ασθενείς με ΧΑΠ τελικού σταδίου που υποβάλλονται σε ανακουφιστική φροντίδα έχουν επίσης υψηλά ποσοστά άγχους και κατάθλιψης (Pumar et al., 2014).

Οι εκτιμήσεις για τον επιπολασμό της διαταραχής πανικού στη ΧΑΠ κυμαίνονται από 6% έως 67%. Το ευρύ φάσμα μπορεί να αντικατοπτρίζει μεθοδολογικές διαφορές μεταξύ των μελετών όσον αφορά την επιλογή και το μέγεθος του δείγματος και τις μεθόδους μέτρησης. Ωστόσο, ο επιπολασμός είναι σαφώς πολύ υψηλότερος από εκείνον του 1,5-3,5% για τον πληθυσμό γενικά, ίσως έως και 10 φορές (Livermore, Sharpe & McKenzie, 2010).

Μία μελέτη ανέφερε τις διαφορές στην επικράτηση άγχους μεταξύ ανδρών και γυναικών. Οι γυναίκες ήταν πολύ πιο πιθανό να είχαν αυξημένη διαταραχή άγχους από τους άνδρες (56% έναντι 35%) (Willgoss & Yohannes, 2013) και τα ποσοστά κατάθλιψης συσχετίζονται πιο έντονα με τη σοβαρότητα της δύσπνοιας σε σύγκριση με τους άνδρες (Pumar et al., 2014). Συγκεκριμένα, οι γυναίκες είχαν πολύ περισσότερες πιθανότητες να έχουν συγκεκριμένη φοβία (34% έναντι 17%) και PD (29% έναντι 9%), από ότι οι άνδρες (Willgoss & Yohannes, 2013).

Επίσης σε ένα μεγάλο δείγμα της κοινότητας, οι μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες με ιστορικό ΧΑΠ είχαν πολύ περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν ότι είχαν κρίσεις πανικού 4,13% από ότι οι γυναίκες χωρίς ΧΑΠ. Μια άλλη μελέτη 48 εξωτερικών ασθενών με ΧΑΠ διαπίστωσε ότι το 37% είχε υποστεί κρίση πανικού τις προηγούμενες τρεις εβδομάδες. Σε μια πιο πρόσφατη μελέτη το 63% (n = 37) των ατόμων είχαν

υποστεί τουλάχιστον μία επίθεση πανικού τον προηγούμενο χρόνο και το 51% (n = 19) αυτών των επιθέσεων τον προηγούμενο μήνα (Livermore, Sharpe & McKenzie, 2010).

10.4. Κοινωνική φοβία και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια

Συγκεκριμένες διαγνώσεις άγχους, συμπεριλαμβανομένων των GAD, PD (με και χωρίς αγοραφοβία), συγκεκριμένη φοβία και κοινωνική φοβία, είναι σχετικά συχνές και εμφανίζονται με μεγαλύτερο ρυθμό σε άτομα με ΧΑΠ, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό.

Τα αποτελέσματα μελετών δείχνουν ότι ο επιπολασμός της κοινωνικής φοβίας σε ασθενείς με ΧΑΠ κυμαίνεται από 5-11%. Αυτό είναι σημαντικά υψηλότερο από αυτό που παρατηρείται στον γενικό ηλικιωμένο πληθυσμό (1-2%). Η κοινωνική φοβία χαρακτηρίζεται από ακατάλληλο άγχος που αντιμετωπίζει ένα άτομο σε καταστάσεις στις οποίες παρατηρείται και μπορεί να επικριθεί. Οι σχέσεις μεταξύ της κοινωνικής φοβίας και της ΧΑΠ δεν έχουν ακόμη διερευνηθεί, αλλά είναι πιθανό ότι η αυξημένη επικράτηση αυτής της διαταραχής οφείλεται στην αυξημένη αυτοσυνείδηση και αμηχανία. Μια πρόσφατη μελέτη που διερευνά τις εμπειρίες των ασθενών με ΧΑΠ με άγχος δείχνει ότι οι ασθενείς μπορεί να αισθάνονται ενοχλημένοι από την δύσπνοια και επίσης από συμπτώματα σωματικού άγχους όπως υπερβολική εφίδρωση και ακράτεια ούρων. Άλλες μελέτες έχουν επίσης αναφέρει ότι οι ασθενείς με ΧΑΠ μπορεί να αισθάνονται αμηχανία στο κοινωνικό περιβάλλον, ιδιαίτερα εάν έχουν εμφανή σημάδια αναπνευστικής ασθένειας τους. Είναι πιθανό ότι τα υψηλά επίπεδα συγκεκριμένης φοβίας σε αυτόν τον πληθυσμό σχετίζονται με την έκθεση και τον επακόλουθο φόβο για δυσάρεστες καταστάσεις. Αυτό υποστηρίζεται από παρατηρήσεις από μια ποιοτική μελέτη των εμπειριών των ασθενών, η οποία υποδηλώνει ότι οι ασθενείς με ΧΑΠ συχνά αποφεύγουν καταστάσεις όπως η έξοδος από το σπίτι χωρίς φάρμακα ή δραστηριότητες που είναι πιθανό να προκαλέσουν δύσπνοια (Willgoss&Yohannes, 2013).

10.5. Παράγοντες κινδύνου πρόκλησης της συννοσηρότητας στη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια

Όταν υπάρχει, το κλινικά σημαντικό άγχος μειώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΧΑΠ και επίσης αυξάνει το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης (Livermore, Sharpe&McKenzie, 2010).

Οι παράγοντες κινδύνου για αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης περιλαμβάνουν τη μοναχική διαβίωση και το φύλο.

Άλλοι σημαντικοί παράγοντες κινδύνου είναι οι ασθενείς που έχουν νοσηλευτεί για έξαρση της ΧΑΠ ή που αναρρώνουν μόνοι τους από μια παρόξυνση, σοβαρότητα των αναπνευστικών συμπτωμάτων, ιδίως δύσπνοια και σοβαρή εξασθένηση της φυσικής λειτουργίας.

Η αιτιολογία της σχέσης μεταξύ κατάθλιψης και ΧΑΠ δεν είναι πλήρως κατανοητή. Ωστόσο, η σχέση είναι περίπλοκη και διαδραστική. Ο πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου για τη ΧΑΠ είναι το κάπνισμα. Το κάπνισμα και η κατάθλιψη έχουν αμφίδρομη αλληλεπίδραση. Τα άτομα με κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να καπνίσουν, εμφανίζουν υψηλότερο κίνδυνο να ξεκινήσουν το κάπνισμα και βρίσκουν δυσκολότερη τη διακοπή του καπνίσματος. Αντίθετα, οι καπνιστές είναι πιο πιθανό να είναι καταθλιπτικοί, κάτι που μπορεί να προκληθεί από ενεργοποίηση των υποδοχέων νικοτινικής ακετυλοχολίνης ή από άμεσες φλεγμονώδεις επιδράσεις του καπνίσματος (Pumaretal., 2014).

Η υποξία είναι ένας επιπλέον παράγοντας που μπορεί να παίζει ρόλο στην ανάπτυξη της κατάθλιψης στη ΧΑΠ. Ο χαμηλός αρτηριακός κορεσμός οξυγόνου έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται με περιστροφικές κοιλότητες λευκών ουσιών, οι οποίες υπάρχουν σε ασθενείς με κατάθλιψη. Ωστόσο, η σημασία αυτών των ευρημάτων είναι αμφισβητούμενη δεδομένου ότι ο εντοπισμός της υποφλοιώδους κυτοκίνης σε καταθλιπτικούς ασθενείς έχει βρεθεί ότι ποικίλλει λόγω διαφορετικών τεχνολογιών απεικόνισης, ορισμού βλαβών και τεχνικών μέτρησης (Pumaretal., 2014).

Αν και το κάπνισμα, η φλεγμονή και η υποξία έχουν πιθανό αντίκτυπο στον επιπολασμό της κατάθλιψης στη ΧΑΠ, οι ισχυρότεροι προγνωστικοί παράγοντες της κατάθλιψης μεταξύ των ασθενών με ΧΑΠ είναι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων και η αναφερόμενη ποιότητα ζωής. Το ποσό της αντιληπτής οργανικής υποστήριξης (η ανάγκη βοήθειας για δραστηριότητες καθημερινής ζωής) μεταξύ των ασθενών με ΧΑΠ έχει επίσης αποδειχθεί ότι συσχετίζεται με την κατάθλιψη.

Είναι σημαντικό ότι μια προοπτική μελέτη από την Divo και τους συναδέλφους της, από την κοόρτη BODE, έδειξε ότι το άγχος μεταξύ των γυναικών ασθενών με ΧΑΠ συσχετίστηκε με σημαντική αύξηση της θνησιμότητας, με αναλογία κινδύνου 13,76 που ήταν περισσότερο από τον κίνδυνο που προκαλείται από στεφανιαία νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια ή καρκίνο του πνεύμονα. Οι πιθανές αιτίες αυτής της αυξημένης θνησιμότητας είναι πιθανώς πολυπαραγοντικές. Εναλλακτικά, το άγχος μπορεί να είναι

δευτερεύον στη σοβαρότητα της υποκείμενης ΧΑΠ, και επομένως θα μπορούσε να είναι κλινικός δείκτης σοβαρότητας της νόσου και να αυξάνει τον κίνδυνο θανάτου.

Συμπερασματικά τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε ασθενείς με ΧΑΠ σχετίζονται με το επίμονο κάπνισμα, την αυξημένη επιβάρυνση των συμπτωμάτων, την κακή σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα και τη δυσκολία στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων. Η χαμηλή αυτοπεποίθηση ή η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι επίσης συχνές και μπορεί να οδηγήσουν σε επιδείνωση της ικανότητας αντιμετώπισης της χρόνιας νόσου (Pumar et al., 2014).

10.6. Παθογενετικοί μηχανισμοί πρόκλησης της συννοσηρότητας στην χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια

Δεν είναι σαφές γιατί υπάρχει αυξημένη συχνότητα άγχους σε ασθενείς με ΧΑΠ, όμως έχουν προταθεί αρκετές θεωρίες για να το εξηγήσουν. Ο υπεραερισμός ορίζεται ως η υπερβολική αναπνοή που υπερβαίνει τη μεταβολική ανάγκη, προκαλώντας μείωση του pCO₂ και προκαλώντας αναπνευστική αλκάλωση. Αυτό το πρότυπο αναπνοής μπορεί να προκαλέσει δύσπνοια σε υγιή άτομα και κατά συνέπεια κρίσεις πανικού σε αυτούς τους ασθενείς με προδιάθεση (Pumar et al., 2014).

Μια θεωρία υποστηρίζει ότι η σχέση άγχους-δύσπνοιας μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη διαταραχών άγχους όπως η διαταραχή πανικού. Πρόσφατες μελέτες απεικόνισης εγκεφάλου υποστηρίζουν την ιδέα ότι μπορεί να υπάρχει κοινή αιτιολογία μεταξύ άγχους και δύσπνοιας. Μελέτες δείχνουν ότι η συναισθηματική διάσταση της δύσπνοιας (που χαρακτηρίζεται από δυσφορία και ανησυχία) υποβάλλεται σε επεξεργασία στις ίδιες περιοχές του εγκεφάλου που επεξεργάζονται φόβο, άγχος και πόνο. Άλλες θεωρίες, όπως το γνωστικό μοντέλο πανικού του Clark, έχουν επικεντρωθεί σε ψυχολογικές και όχι σε φυσιολογικές εξηγήσεις. (Willgoss & Yohannes, 2013).

Επιπλέον, το γνωστικό μοντέλο του άγχους πανικού είναι η πιο ευρέως αποδεκτή θεωρία επίθεσης πανικού και διαταραχής πανικού σε σωματικά υγιείς ενήλικες. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, κρίσεις πανικού συμβαίνουν όταν καταστροφικές παρερμηνείες διαφορούμενων φυσικών αισθήσεων (όπως δύσπνοια ή αυξημένος καρδιακός ρυθμός) αυξάνουν την διέγερση, δημιουργώντας έναν θετικό βρόχο ανατροφοδότησης που οδηγεί σε πανικό. Ως το κύριο σύμπτωμα μιας τελικής ασθένειας που απειλεί την πιο βασική μας φυσική απαίτηση, η δύσπνοια στη ΧΑΠ είναι ανοιχτή σε καταστροφικές παρερμηνείες (Livermore, Sharpe & McKenzie, 2010). Αυτές οι παρερμηνείες μπορεί να σχετίζονται με

μια συμπεριφορική εκδήλωση ευαισθητοποίησης (τραύμα), δεδομένου ότι το 20-30% των ασθενών με διαταραχή πανικού χωρίς ΧΑΠ είχε μια παρ'ολίγον εμπειρία πνιγμού ή ασφυξίας. Οι ασθενείς με ΧΑΠ διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο τραυματικού συμβάντος που προκαλείται από επιδείνωση, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαταραχών πανικού (Pumar et al., 2014).

Τέλος υπάρχει αλληλοεπικάλυψη μεταξύ άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με ΧΑΠ, γεγονός που μπορεί να αυξήσει τον επιπολασμό των ασθενών με «άγχος κατάθλιψης» όπως αναφέρεται σε άλλες χρόνιες ασθένειες. Υπήρξαν αναφορές ότι οι ασθενείς με άγχος και κατάθλιψη είναι πιθανότερο να παρουσιάσουν πολύ υψηλότερο επίπεδο αυτοκτονικού ιδεασμού και χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων, σε σύγκριση με ασθενείς με μόνο κατάθλιψη ή μόνο άγχος (Willgoss & Yohannes, 2013).

11. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΚΑΤΟ

Άλλα παθολογικά προβλήματα και ψυχικές διαταραχές

11.1. Ιός της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) και ψυχικές διαταραχές

Η λοίμωξη από HIV υπολογίζεται ότι προσβάλλει 1 εκατ. ανθρώπους στις ΗΠΑ και σχεδόν 40 εκατ. παγκοσμίως. Ο ιός μεταδίδεται με τη σεξουαλική επαφή, τη χρήση ουσιών, από την έγκυο μητέρα στο έμβρυο και με τη μετάγγιση αίματος (που είναι αρκετά σπάνιο). Μετά την προσβολή από τον ιό, οι περισσότεροι βιώνουν ένα παροδικό σύνδρομο που μοιάζει με γρίπη. Από τη στιγμή που η λοίμωξη έχει εγκατασταθεί, η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών βιώνουν σταθερή μείωση των CD4 λεμφοκυττάρων. Τελικά, η διαταραχή του ανοσοποιητικού [σύνδρομο επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS)] οδηγεί σε ευκαιριακές λοιμώξεις ή στην ανάπτυξη συγκεκριμένων καρκίνων. Οι ασθενείς εξασθενούν από τις επαναλαμβανόμενες λοιμώξεις και η νόσος οδηγεί στον θάνατο.

Η εγκεφαλοπάθεια είναι πρόιμη εκδήλωση της λοίμωξης από HIV. Ο ιός HIV μεταφέρεται στο ΚΝΣ μέσω μολυσμένων κυττάρων. Στο ΚΝΣ ο ιός προκαλεί νευροτοξικότητα, πιθανότητα με την ενεργοποίηση του ανοσοποιητικού συστήματος και την απελευθέρωση των κυτταροτοξικών κυτταροκινών. Η εγκεφαλοπάθεια πρέπει να διαφοροδιαγνωσθεί από άλλες νευρολογικές παθήσεις ή επιπλοκές όγκων του εγκεφάλου και προΐουσής πολυεστιακής λευκοεγκεφαλοπάθειας. Περιφερειακές νευρολογικές εκδηλώσεις της HIV περιλαμβάνουν την επώδυνη μυοπάθεια και την γενικευμένη μυϊκή ατροφία (Whatis HIV, 2020).

Τα ψυχιατρικά συμπτώματα της λοίμωξης από HIV είναι πολλά. Ασθενείς με συγκεκριμένες ψυχιατρικές διαταραχές, ιδιαίτερα χρήση ουσιών, σχιζοφρένεια και διπολική διαταραχή είναι περισσότερο επιρρεπείς σε συμπεριφορές που ευνοούν τη μετάδοση του ιού. Ως εκ τούτου, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, πολλοί ασθενείς έχουν προϋπάρχουσες ψυχιατρικές καταστάσεις που τους ακολουθούν και στη λοίμωξη (Chowdhary, N. &Patel, V., 2010).

Σε αυτό το πλαίσιο προεξάρχουν η χρόνια αποθάρρυνση και ο χαοτικός τρόπος ζωής, όπως επίσης και οι διαταραχές προσωπικότητας. Τελικά, οι ασθενείς με HIV

αναπτύσσουν ψυχιατρικά συμπτώματα που συνδέονται με την εγκεφαλοπάθεια. Αυτά περιλαμβάνουν ήπια «κινητική-νοητική» διαταραχή και χαρακτηριστική υποφλοιώδη άνοια και οι δύο καταστάσεις συνδέονται με ποικίλου βαθμού λησμοσύνη, απροσεξία, εκτελεστική δυσλειτουργία, έλλειψη συντονισμού, απάθεια, επιβράδυνση και μη ειδικά νευρολογικά σημεία. Αυτές οι νοητικές δυσλειτουργίες είναι σήμερα λιγότερο συνήθεις λόγω της αντιρετροϊκής θεραπείας, πράγμα που σημαίνει ότι η αποτελεσματική αντι-ική θεραπεία μειώνει τις επιδράσεις του ιού στο ΚΝΣ (Chowdhary, N. & Patel, V., 2010).

Περισσότερο από το 50% των ασθενών με HIV/AIDS αναπτύσσουν καταθλιπτικές διαταραχές, ειδικότερα μείζονα κατάθλιψη. Οι προσβεβλημένοι ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη εμφανίζουν θλίψη, ανηδονία, κόπωση, απάθεια, ανορεξία και διαταραχές ύπνου. Μερικές φορές είναι δύσκολο να αποφασιστεί εάν τα τελευταία είναι συμπτώματα της νόσου HIV/AIDS ή της κατάθλιψης.

Στα αρχικά στάδια της νόσου, η κατάχρηση ουσιών, οι διαταραχές διάθεσης (συνήθως προϋπάρχουσες), και οι διαταραχές προσωπικότητας είναι οι σοβαρότερες ψυχιατρικές καταστάσεις που παρουσιάζονται. Αργότερα εμφανίζονται πολύ συχνά ντελίριο, άνοια και διαταραχές διάθεσης εξαιτίας του AIDS. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς με HIV/AIDS παρουσιάζονται ταυτόχρονα με πολλαπλές διαταραχές. Όλα αυτά, μαζί με τις επιπλοκές της ίδιας της νόσου καθώς και τη συχνή παρουσία του κοινωνικού στίγματος, οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η περίθαλψη αυτής της ομάδας των ασθενών είναι πολύ δύσκολη (Shadloo et al., 2018).

11.2. Νόσος Wilson και ψυχικές διαταραχές

Η νόσος Wilson (NW) είναι ένα αυτοσωμικό υπολειπόμενο κληρονομούμενο νόσημα μεταβολισμού του χαλκού, το οποίο έχει ως αποτέλεσμα, την εναπόθεση χαλκού στο ήπαρ και στον εγκέφαλο, εξαιτίας της ανεπάρκειας της σερουλοπλασμίνης, μιας A-2 σφαιρίνης, πρωτεΐνης υπεύθυνης για τη μεταφορά του χαλκού. Εμφανίζεται σε 1/15.000 ανθρώπους και η συχνότητα του γονιδίου είναι 1/90. Παρουσιάζεται ως επί το πλείστον στη δεύτερη ή τρίτη δεκαετία, αν και σπανιότερα εμφανίζεται στην έκτη ή ακόμη και στην έβδομη δεκαετία. Η εμφάνιση της νόσου χαρακτηρίζεται από την υποξεία έναρξη εξωπυραμιδικών και παρεγκεφαλιδικών κινητικών ανωμαλιών, όπως δυστονία, προμηκική ομιλία και διαταραχή βάδισης, αλλά και αλλαγή στη συμπεριφορά, μείωση των σχολικών επιδόσεων και ανωμαλίες των ηπατικών ενζύμων που μπορεί επίσης να είναι τα πρώτα από τα προβλήματα που εντοπίζονται.

Τα ψυχιατρικά φαινόμενα εμφανίζονται στο ένα τρίτο των περιπτώσεων της ΝW. Οι νοητικές διαταραχές περιλαμβάνουν εκτελεστική δυσλειτουργία και απροσεξία, όπως και παραληρήματα, ψευδαισθήσεις, συναισθηματική διαταραχή και αντικοινωνική συμπεριφορά. Ο συνδυασμός «ασυνήθιστων» δυστονικών κινήσεων, διαταραχών προσωπικότητας και συμπεριφοράς με τις βλάβες της εκτελεστικής λειτουργίας και την εμφάνιση στην εφηβεία και την πρώιμη ενήλικη ζωή, οδηγεί σε μη αναγνώριση της ΝW εξαιτίας της απόδοσης των συμπερασμάτων σε πρωτογενείς ψυχιατρικές παθήσεις (Zimbrea et al., 2020, Mulligan & Bronstein, 2020).

12. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΝΔΕΚΑΤΟ

Η επιστήμη της εργοθεραπείας

12.1. Ορισμός της εργοθεραπείας

Η Εργοθεραπεία είναι ένα επάγγελμα υγείας που στοχεύει στη βελτίωση της απόδοσης του ατόμου στις Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής (ΔΚΖ), παρέχοντας του μέσα για την πρόληψη λειτουργικών περιορισμών, την προσαρμογή στις αλλαγές του τρόπου ζωής και τη συντήρηση ή τη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής υγείας (De Almeida et al., 2015).

Το έργο (occupation) για τους εργοθεραπευτές έχει αναπτυχθεί τα τελευταία χρόνια σε έναν πολύ-εννοιολογικό όρο που χρησιμοποιείται στα κείμενα της Εργοθεραπείας όταν αναφέρονται «σε όλες εκείνες τις καθημερινές δραστηριότητες που κάνουν τα άτομα, είτε μόνα τους, είτε μαζί με άλλους, οι οποίες γεμίζουν το χρόνο των ατόμων, δίνουν σκοπό και νόημα στη ζωή τους και αντανακλούν την ταυτότητά τους» (World Federation of Occupational Therapy [WFOT], 2012). Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό για να κατανοηθεί ο ορισμός του έργου θα πρέπει να είναι γνωστά στοιχεία του ατόμου και στοιχεία του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο λαμβάνει χώρα το συγκεκριμένο έργο.

Η συμμετοχή σε έργα αποτελεί την καθημερινή ενεργητική εμπλοκή και κάλυψη του χρόνου του ατόμου με έργα από διάφορους τομείς (π.χ. δραστηριότητες καθημερινής ζωής, εργασία, κ.τ.λ.), που αποτελούν μέρος του κοινωνικο-πολιτισμικού περιβάλλοντος του ατόμου και είναι επιθυμητά ή απαραίτητα για την ευημερία του (ΑΟΤΑ, 2008, 2014, Kielhofner, 2009, Μοροζίνη, 2014).

Ακολουθώντας την οπτική της Clifford-O'Brien (2013) έχουμε τα εξής:

- ✓ Το έργο (occupation) είναι δραστηριότητες με σκοπό, στις οποίες το άτομο δεσμεύεται και συμμετέχει στην καθημερινότητα, και από αυτές παίρνει νόημα και ταυτότητα. Τα έργα καθορίζονται από το ίδιο το άτομο και είναι σημαντικά για την ανάπτυξη της αίσθησης εαυτού.
- ✓ Οι δραστηριότητες (activities) μπορεί να έχουν σκοπό και νόημα αλλά δεν είναι κεντρικά στοιχεία της ταυτότητας του ατόμου. Συνήθως, η δραστηριότητα έχει ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα. Το άτομο συμμετέχει καθημερινά σε μια ποικιλία δραστηριοτήτων.
- ✓ Οι ενέργειες (tasks) είναι βασικές μονάδες δράσης που απαιτούνται για την ολοκλήρωση των δραστηριοτήτων που εμπεριέχονται στα έργα.

12.2. Βασικές δεξιότητες

Οι προϋποθέσεις για την επιτυχή εμπλοκή του ατόμου σε δραστηριότητες λειτουργικής ενασχόλησης είναι οι θεμελιώδεις δεξιότητες σύμφωνα με τα διάφορα στάδια ανάπτυξης.

- ✓ Αισθητικοκινητικές δεξιότητες: η ανάπτυξή τους επιτρέπει στο άτομο να αποδέχεται τα ερεθίσματα, να επεξεργάζεται τις πληροφορίες και να παράγει αποτελέσματα.
- ✓ Αισθητηριακές δεξιότητες: Αισθητηριακή καταγραφή, αισθητηριακή επεξεργασία ή ευαισθησία.
- ✓ Αντιληπτικές δεξιότητες: η οργάνωση των αισθητηριακών ερεθισμάτων σε σημαντικά πρότυπα.
- ✓ Κινητικές δεξιότητες
- ✓ Νευρομυοσκελετικές δεξιότητες
- ✓ Γνωστικές δεξιότητες
- ✓ Ψυχοκοινωνικές δεξιότητες (ΑΟΤΑ, 2014).

12.3. Λειτουργικοί ρόλοι ζωής

Κάθε άτομο εκπληρώνει ένα σύνολο ρόλων κατά την διάρκεια της ζωής του. Σε οποιαδήποτε στιγμή υιοθετεί και αποδέχεται ποικίλους ρόλους, οι οποίοι εναλλάσσονται στα διάφορα στάδια της ζωής του. Οι ρόλοι είναι κοινωνικές δομές οι οποίες επιβάλλουν συμπεριφορικές απαιτήσεις και συμβάλλουν στην αίσθηση της ταυτότητας και της εικόνας του εαυτού (Crabtree, 2009). Κάθε άτομο ερμηνεύει ένα ρόλο με μοναδικό τρόπο. Γενικώς οι ρόλοι είναι δυνατόν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις τομείς:

- ✓ Στους οικογενειακούς ρόλους
- ✓ Στους προσωπικούς ρόλους
- ✓ Στους εργασιακούς ρόλους

Το κάθε άτομο μπορεί να ορίσει τους λειτουργικούς ρόλους της ζωής του μέσα από τον καθορισμό των δραστηριοτήτων, οι οποίες συνδέονται και θεωρούνται ουσιώδεις για την επιτυχή ανάληψη τους.

12.4. Μοντέλο αποκατάστασης

Σύμφωνα με την Υπηρεσία κατάχρησης ουσιών και ψυχικής υγείας (SAMHSA), η αποκατάσταση ορίζεται ως «μια διαδικασία αλλαγής μέσω της οποίας τα άτομα

βελτιώνουν την υγεία και την ευεξία τους, ζουν μια αυτοκατευθυνόμενη ζωή και προσπαθούν να αξιοποιήσουν πλήρως τις δυνατότητές τους» (SAMHSA, 2012).

Το μοντέλο αποκατάστασης απαιτεί μια κοινή διαδικασία λήψης αποφάσεων που είναι επικεντρωμένη στο άτομο και καθοδηγείται από τον πελάτη. Στόχος του είναι να διευκολύνει την ευεξία του ατόμου σε τομέα της επιλογής του παρά να διαχειριστεί τα συμπτώματα. Η SAMHSA (2012) εντόπισε 10 κατευθυντήριες αρχές της αποκατάστασης: (1) ελπίδα, (2) καθοδηγούμενη από τον άνθρωπο θεραπεία, (3) πολλά μονοπάτια, (4) ολιστική θεραπεία, (5) υποστήριξη από ομότιμους, (6) σχεσιακή θεραπεία, (7) κουλτούρα, (8) αντιμετώπιση του τραύματος, (9) δυνατά σημεία / αίσθημα ευθύνη και (10) σεβασμός. Αυτές οι θεμελιώδεις αρχές αποκατάστασης ευθυγραμμίζονται πλήρως με τη φιλοσοφία της πρακτικής της εργοθεραπείας, η οποία είναι εγγενώς ανθρωποκεντρική, συνεργατική και επικεντρώνεται στην υποστήριξη της ανθεκτικότητας, της πλήρους συμμετοχής, της προαγωγής της υγείας και ενός τρόπου ζωής ευεξίας.

12.5. Σχέση εργοθεραπείας και προώθησης της υγείας

Ο δρόμος για την υγεία και την ευεξία συνδέεται περίπλοκα με τη συμμετοχή σε καθημερινά έργα. Η εργοθεραπεία επικεντρώνεται στο να δίνει τη δυνατότητα στα άτομα να μεγιστοποιήσουν την ικανότητά τους να συμμετέχουν σε δραστηριότητες που είναι γεμάτες νόημα και σημαντικές για αυτούς, για την προώθηση της συνολικής υγείας και ευεξίας τους. Οι εργοθεραπευτές διευκολύνουν τα άτομα να οργανώνουν και να προσαρμόζουν τα καθημερινά τους έργα ή δραστηριότητες που σχετίζονται με την αυτοφροντίδα, τη διαχείριση του σπιτιού, τη συμμετοχή στην κοινότητα, την εκπαίδευση, την εργασία και /ή την αναψυχή σε καθημερινές ρουτίνες για την πρόληψη και ελαχιστοποίηση της δυσλειτουργίας, την προώθηση και ανάπτυξη ενός υγιούς τρόπου ζωής και τη διευκόλυνση προσαρμογή και ανάκαμψη από τραυματισμούς, ασθένειες ή αναπτυξιακές προκλήσεις.

Καθώς εφαρμόζεται η μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης και τα συστήματα πληρωμής και παράδοσης ευθυγραμμίζονται ώστε να επικεντρώνονται στην φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή, η εργοθεραπεία μπορεί να διαδραματίσει βασικό ρόλο στην προώθηση της υγείας σε πολλούς πληθυσμούς.

12.6. Σχέση εργοθεραπείας και χρόνιου πόνου

Έχει αποδειχθεί ότι η εργοθεραπεία (ΟΤ) συμβάλλει μοναδικά στη διαχείριση του χρόνιου πόνου (CP), λόγω της επικεντρωμένης εστίασής της στην δραστηριότητα (Lagueux, Dépelteau&Masse, 2018).

Συχνά, σε ένα περιβάλλον αποκατάστασης, οι ασθενείς λαμβάνουν τόσο σωματική θεραπεία όσο και εργοθεραπεία. Οι παρεμβάσεις όσον αφορά τον πόνο παρέχουν πολυεπιστημονική προσέγγιση στη διαχείριση του πόνου, συμπεριλαμβανομένης της εργοθεραπείας. Σύμφωνα με τον McGear, επίκουρο καθηγητή εργοθεραπείας στο QuinnipiacUniversity στο HampdenConnecticut, ο πόνος είναι πολυπαραγοντικός. Αυτό σημαίνει ότι επηρεάζει τη γνωστική ικανότητα ενός ατόμου εξαιτίας του στρες, διότι ένας ασθενής με έντονο άγχος και φόβο έχει διαφορετική ανταπόκριση στον πόνο του (Hofmann, 2019).

Τα αποτελέσματα έρευνας αναδεικνύουν τον κύριο ρόλο του Καναδέζικου μοντέλου απόδοσης έργου στη βελτίωση των δραστηριοτήτων και συμμετοχής με ποσοστό 76,9% και στη διαχείριση των ενηλίκων με χρόνια πόνο και τον κύριο ρόλο του Καναδέζικου μέτρου απόδοσης έργου με ποσοστό 21,2%. Επίσης τονίζουν την σημαντικότητα διάκρισης και συμπληρωματικότητας μεταξύ των προσεγγίσεων bottomup και topdown για την παρέμβαση της εργοθεραπείας (Lagueux, Dépelteau&Masse, 2018).

13. ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΩΔΕΚΑΤΟ

Ο ρόλος του εργοθεραπευτή

13.1. Ο ρόλος του εργοθεραπευτή

Η εμπλοκή του εργοθεραπευτή στον τομέα της αποκατάστασης εστιάζεται κυρίως στην βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής του ασθενή (Bain, 1997a).

Οι εργοθεραπευτές εργάζονται για να δώσουν τη δυνατότητα σε κάθε άτομο να συμμετάσχει πλήρως και να είναι επιτυχής και ικανοποιημένος στα αυτό-επιλεγμένα έργα του.

Ως μέλη της διεπιστημονικής ομάδας, οι εργοθεραπευτές επιδιώκουν να παράσχουν μέσα για την εκτέλεση των δραστηριοτήτων που απαιτούνται για τη δέσμευση του ατόμου σε σημαντικές για το ίδιο ασχολίες, ευνοώντας την αυτονομία και την ανεξαρτησία στις δραστηριότητες αυτοφροντίδας, την απασχόληση, την εκπαίδευση, την επικοινωνία και τον ελεύθερο χρόνο (De Almeida et al., 2015).

Ο εργοθεραπευτής είναι ο κατ' εξοχήν ειδικός ο οποίος με τη χρήση της Υποστηρικτικής Τεχνολογίας, είτε σε επίπεδο χαμηλής τεχνολογίας είτε σε επίπεδο υψηλής τεχνολογίας, θα εξασφαλίσει ένα αποτελεσματικό επίπεδο κάλυψης των αναγκών του ασθενή και θα συμβάλλει στην διαμόρφωση ενός καλύτερου επιπέδου διαβίωσης (Bain, 1997a).

Κεντρικής σημασίας ως προς την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης είναι η θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον εργοθεραπευτή και το άτομο. Η σχέση αυτή είναι σχέση αλληλεπίδρασης και πρέπει να βασίζεται στην ενσυναίσθηση, στην ειλικρίνεια και στο σεβασμό ιδιαίτερα των απόψεων και των επιλογών ή προτεραιοτήτων του ατόμου (Cook&Husey, 1995; Μαλαματίδου, 1997). Επίσης σημαντικός είναι ο ρόλος του εργοθεραπευτή και ως προς τη συνεργασία με τις εταιρείες που κατασκευάζουν ή τροποποιούν υποστηρικτικές συσκευές, τους εργοδότες, τους δασκάλους και τους θεραπευτές από προηγούμενες παρεμβάσεις που έχει δεχτεί το άτομο.

Αναλυτικά ο εργοθεραπευτής κατά την παρέμβαση:

- ❖ Αξιολογεί το άτομο (σε επίπεδο δεξιοτήτων και λειτουργικών ρόλων ζωής), τα χαρακτηριστικά των διαθέσιμων συσκευών (πολυπλοκότητα, υφή

κατασκευαστικών υλικών, δυνατές ενέργειες) και το περιβάλλον (οικιακό, σχολικό, εργασιακό, κοινοτικό) στο οποίο αναμένεται να χρησιμοποιούν οι συσκευές

- ❖ Συνεργάζεται με τη διεπιστημονική ομάδα για την επιλογή των πλέον κατάλληλων συσκευών για κάθε περιστατικό
- ❖ Προβαίνει στις αναγκαίες τροποποιήσεις των συσκευών όταν αυτό είναι απαραίτητο
- ❖ Εκπαιδεύει τον ασθενή στη χρήση και σωστή συντήρηση των συσκευών
- ❖ Επανελέγχει συχνά τόσο λειτουργικό επίπεδο του ατόμου όσο και τις συσκευές που χρησιμοποιεί και προτείνει τις αντίστοιχες προσαρμογές ή αλλαγές που απαιτούνται (Bain, 1997; Struck, 1996).

Στις περισσότερες περιπτώσεις οι εργοθεραπευτές αποτελούν τους συντονιστές όλης της διεπιστημονικής ομάδας και έχουν τη συνολική ευθύνη του προγράμματος (Mann & Beaver, 1995a; Mann & Lane, 1995).

Ο εργοθεραπευτής συνεισφέρει σημαντικά στη δημιουργία μιας επιτυχούς επιλογής και αντιστοίχισης των δεξιοτήτων και αναγκών του πελάτη με τις ανάλογες συσκευές υποστηρικτικής τεχνολογίας, μέσω της δυνατότητάς του να αναλύει τις δεξιότητες που απαιτούνται, τα χαρακτηριστικά της τεχνολογικής συσκευής, τις απαιτήσεις της δραστηριότητας λειτουργικής ενασχόλησης, καθώς και τα περιβαλλοντικά πλαίσια στα οποία θα γίνει η μετάβαση και θα χρησιμοποιηθούν οι συσκευές.

Οι εργοθεραπευτές έχουν εντοπιστεί ως ιδανικά τοποθετημένοι για να είναι προσανατολισμένοι στην ανάκαμψη αλλά υπάρχει περιορισμένη έρευνα που διερευνά τον τρόπο με τον οποίο το κάνουν αυτό. Σε μελέτη δώδεκα εργοθεραπευτών της Αυστραλίας που εργάζονταν σε διαφορετικούς τύπους υπηρεσιών ψυχικής υγείας και χαρακτηρίστηκαν ως προσανατολισμένοι στην ανάκαμψη τα αποτελέσματα των συνεντεύξεων έδειξαν ότι: οι εργοθεραπευτές περιγράφουν την πρακτική που βασίζεται στην ανάκαμψη ως μια ενεργή, συνεχιζόμενη και σκόπιμη διαδικασία αναζήτησης γνώσεων, εύρεσης συνάφειας μεταξύ της κατανόησης της πρακτικής που βασίζεται στην ανάκτηση και της επαγγελματικής τους ταυτότητας, της κατοχής ελπίδας και της ανάπτυξης εμπιστοσύνης μέσω της κλινικής συλλογιστικής. Επίσης αποδείχθηκε ότι οι ανθρώπινες και συστηματικές πτυχές του περιβάλλοντος χώρου εργασίας των θεραπειών επηρέασαν τη διαδικασία αυτή. Τέλος φάνηκε ότι το να είσαι

εργοθεραπευτής με προσανατολισμό στην αποκατάσταση απαιτεί κάτι περισσότερο από το να δεχθεί απλώς ένα συγκεκριμένο πλαίσιο. Απαιτεί δέσμευση και συνεχιζόμενες εργασίες για την ανάπτυξη και τη διατήρηση του προσανατολισμού της ανάκαμψης γι' αυτό οι εργοθεραπευτές καλούνται να επεκτείνουν την τρέχουσα ηγετική δραστηριότητα πέραν του χώρου εργασίας τους και να υποστηρίξουν την ευρύτερη συστημική αλλαγή (Nugent, Hancock, & Honey, 2017).

13.2. Ο ρόλος του εργοθεραπευτή στην προώθηση της υγείας

Οι εργοθεραπευτές παίζουν σημαντικό ρόλο και στην προώθηση της υγείας των ατόμων επειδή:

- ❖ Εργάζονται με άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία ή ανάρρωση από καρκίνο για να μετριάσουν τις παρενέργειες στην καθημερινή λειτουργία
- ❖ Πραγματοποιούν αξιολογήσεις για κινδύνους για την υγεία, όπως η πιθανότητα πτώσεων, η επίδραση της χαμηλής όρασης και / ή γνωστικά ζητήματα στην ασφάλεια σε καθημερινές εργασίες και πόσο καλά το σπίτι είναι ικανό να υποστηρίξει τρέχουσες και πιθανές αναπηρίες
- ❖ Διδάσκουν σε άτομα όλων των ηλικιών και ικανοτήτων στρατηγικές για να ενσωματώσουν υγιείς συνήθειες και ρουτίνες σε καθημερινές δραστηριότητες
- ❖ Προσδιορίζουν λύσεις σε προσωπικά και περιβαλλοντικά εμπόδια (π.χ. ζητήματα ψυχικής υγείας, έλλειψη κινητικότητας της κοινότητας), που είναι περιοριστικά στα άτομα στη συμμετοχή σε υγιείς δραστηριότητες
- ❖ Παρέχουν κατάρτιση δεξιοτήτων σε τομείς όπως κοινωνικοποίηση, φροντίδα, γονική μέριμνα, διαχείριση χρόνου, διαχείριση άγχους κ.λπ.

13.3. Ο ρόλος του εργοθεραπευτή στον χρόνιο πόνο

Ο πόνος είναι πολύπλοκος και οι εργοθεραπευτές κατανοούν τις πολλές διαστάσεις του. Κατανοούν επίσης την υποκειμενικότητα του και σέβονται την αναφορά του ατόμου. Με την αξιολόγηση των διαφόρων φυσικών, γνωστικών και ψυχολογικών στοιχείων που επηρεάζονται ταυτόχρονα σε κάποιον με χρόνιο πόνο, οι εργοθεραπευτές μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς τους να αντιμετωπίσουν και να διαχειριστούν τον πόνο τους, ώστε να μπορέσουν να επιτύχουν σε ουσιαστικές για αυτούς δραστηριότητες.

Οι εργοθεραπευτές εκτιμούν και μπορούν να αντιμετωπίσουν την πλήρη πολυπλοκότητα του χρόνιου πόνου ενός ασθενή. Στα πλαίσια του χρόνιου πόνου, αξιολογούν τον αντίκτυπο που έχει στις επιθυμητές δραστηριότητες και την ποιότητα

ζωής ενός ατόμου και το εξοπλίζουν με τις δεξιότητες και τις στρατηγικές για τη διαχείριση του πόνου.

Οι εργοθεραπευτές κατανοούν τις αισθητικές, γνωστικές και συναισθηματικές διαστάσεις του πολυπαραγοντικού πόνου. Αρχικά, επικυρώνουν τον πόνο του ατόμου και εργάζονται μαζί του για να δημιουργήσουν μια σχέση εμπιστοσύνης όπως και προσδιορίζουν τη στάση του ασθενή απέναντι στον πόνο και τον βαθμό στον οποίο ο ασθενής πιστεύει ότι μπορεί να τον ελέγξει ή να τον επηρεάσει. Επίσης μπορούν να δείξουν στους πελάτες τους πως να αναπροσανατολίσουν τον πόνο τους έτσι ώστε να παρεμβαίνει λιγότερο στην καθημερινότητά τους. Οι δραστηριότητες χαλάρωσης και οπτικοποίησης αναπροσανατολίζουν τον πόνο. Τέλος καθώς οι ασθενείς συχνά αποδυναμώνονται φυσικά λόγω του χρόνιου πόνου, ο θεραπευτής θα πρέπει να ασχοληθεί με ήπιες ασκήσεις για να αυξήσει τη δύναμη και την αντοχή τους (Hofmann, 2019).

13.4. Ο ρόλος του εργοθεραπευτή στην ψυχική υγεία

Η ψυχική υγεία είναι συστατικό όλων των παρεμβάσεων στην εργοθεραπεία. Οι εργοθεραπευτές παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας και πρόληψης σε παιδιά, νέους, τρίτη ηλικία και σε άτομα με σοβαρή και επίμονη ψυχική ασθένεια, με έμφαση στη λειτουργία και την ανεξαρτησία.

Η πρακτική της εργοθεραπείας, όπως το μοντέλο αποκατάστασης, βασίζεται στη φιλοσοφία και τα στοιχεία ότι τα άτομα που διαγιγνώσκονται με ψυχικές καταστάσεις μπορούν να αναρρώσουν και να ζήσουν ουσιαστικές, ικανοποιητικές και παραγωγικές ζωές. Είναι η έμφαση του επαγγέλματος σε μια ολιστική προσέγγιση στη λειτουργία, τη συμμετοχή και τη συνεργασία που χρησιμοποιείται για να βοηθήσει την υποστήριξη ατόμων με ψυχική ασθένεια να αναπτύξουν δεξιότητες, να συμμετάσχουν σε δραστηριότητες ενδιαφέροντος και να επιτύχουν ατομικούς στόχους ανάκαμψης.

Οι εργοθεραπευτές συνεργάζονται επίσης με άτομα, οικογένειες και φροντιστές, διεπιστημονικούς επαγγελματίες και άλλους ενδιαφερόμενους φορείς ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων των οργανώσεων υγείας συμπεριφοράς, των πληρωτών και των κοινοτήτων, για να βοηθήσουν στη μετατροπή της κουλτούρας της ψυχικής υγειονομικής περίθαλψης μέσω της προώθησης και της ενεργού εφαρμογής της αποκατάστασης-βασισμένες σε αρχές και πρακτικές. Μαζί, αυτές οι ομάδες σχεδιάζουν πρωτοποριακό υποστηρικτικό προγραμματισμό με βάση την κοινότητα και με βάση τις αρχές ανάκτησης.

13.4.1. Αποκατάσταση στην ψυχική υγεία

Τα παρακάτω είναι παραδείγματα του τρόπου με τον οποίο η εργοθεραπευτική παρέμβαση χρησιμοποιείται στην παροχή βοήθειας στον τομέα της ψυχικής υγείας:

- Διδάσκει και υποστηρίζει την ενεργό χρήση στρατηγικών αντιμετώπισης για να βοηθήσει στη διαχείριση των επιπτώσεων των συμπτωμάτων ασθένειας στη ζωή κάποιου, συμπεριλαμβανομένης της πιο οργανωμένης και ικανής συμμετοχής σε δραστηριότητες επιλογής
- Βοηθάει να εντοπιστούν και να εφαρμοστούν υγιείς συνήθειες, τελετές και ρουτίνες για να υποστηρίξει έναν τρόπο ζωής ευεξίας αντιμετωπίζοντας τα εμπόδια και αξιοποιώντας τις υπάρχουσες ικανότητες
- Υποστηρίζει τον προσδιορισμό των προσωπικών αξιών, των αναγκών και των στόχων για να επιτρέψει ενημερωμένη, ρεαλιστική λήψη αποφάσεων, όπως όταν εξετάζει επιλογές στέγασης και απασχόλησης
- Υποστηρίζει τη δημιουργία και τη χρήση ενός σχεδίου δράσης αποκατάστασης ευεξίας σε ομαδικές ή μεμονωμένες συνεδρίες
- Παρέχει πληροφορίες για να αυξήσει την ευαισθητοποίηση σχετικά με πόρους που βασίζονται στην κοινότητα, όπως ομάδες που διευκολύνονται από ομότιμους και άλλες επιλογές υποστήριξης
- Παρέχει πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο παρακολούθησης των προβλημάτων σωματικής υγείας (π.χ. διαχείριση του διαβήτη, διακοπή του καπνίσματος), ανάπτυξη στρατηγικών για τον έλεγχο χρόνιων συμπτωμάτων και αναγνώριση και απόκριση σε οξείες αλλαγές στην κατάσταση της ψυχικής υγείας
- Υποστηρίζει τη δυνατότητα συμμετοχής σε μακροπρόθεσμο σχεδιασμό (π.χ. προϋπολογισμός για μεγάλες αγορές, προετοιμασία προηγμένων οδηγιών ιατρικής και ψυχικής υγείας) που οδηγεί στην επίτευξη προσωπικών στόχων ανάκαμψης.

13.4.2. Ο ρόλος του εργοθεραπευτή στην κατάθλιψη

Οι εργοθεραπευτές μπορούν να εξετάσουν τους ρόλους της ζωής που είναι σημαντικοί για τα άτομα με κατάθλιψη και βοηθούν στην προσαρμογή των ευθυνών τους για να τους δώσουν την ευκαιρία να συμμετάσχουν και να αποκτήσουν μια αίσθηση ολοκλήρωσης. Καθορίζουν έπειτα τι παρεμποδίζει την ικανότητα ενός ατόμου να ανταποκριθεί σε αυτές τις ευθύνες, όπως το να δουλεύεις αργά καθημερινά ή να βρεις συντριπτικές εργασίες.

Η αυτοεκτίμηση και η ταυτότητα παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο στη διαχείριση της κατάθλιψης. Οι εργοθεραπευτές μπορούν να μιλήσουν με τους πελάτες για τη δόμηση της ημέρας και την αντικατάσταση των κακών συνηθειών με καλές. Για παράδειγμα, τι θα κάνουν τα άτομα με κατάθλιψη για να γεμίσουν και να δομήσουν όλο αυτό το χρόνο που είχαν περάσει μόνοι τους, ίσως στο κρεβάτι ή μπροστά από την τηλεόραση.

Οι εργοθεραπευτές μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα με κατάθλιψη να εξετάσουν πώς να ισορροπήσουν τον ελεύθερο χρόνο, την εργασία και τις σχέσεις. Συγκεκριμένα βάση μελέτης συγκεκριμένης περίπτωσης που υπάρχει στο παράρτημα, παρατηρείται ότι παρόλο που η περίπτωση αυτού του πελάτη είναι ασυνήθιστη, δείχνει πόσο στενά το έργο - τα πράγματα που κάνουν οι άνθρωποι - συνδέεται με την αίσθηση του σκοπού και της ταυτότητας κάποιου, και εδώ ευδοκیمی η εργοθεραπεία. Όπως το θέτει ο Mahaffey, «Η εργοθεραπεία είναι στην κατάλληλη θέση για να βοηθήσει τους ανθρώπους να αναπτύξουν την επαγγελματική τους ταυτότητα και να αρχίσουν να παίρνουν ικανοποίηση από τα πράγματα που κάνουν».

13.4.3. Ο ρόλος του εργοθεραπευτή στην αντιμετώπιση των γνωστικών ελλειμμάτων

Όπως έχει αποδειχθεί και παραπάνω ένα κοινό χαρακτηριστικό των ατόμων με ψυχικές διαταραχές είναι η έκλειψη των γνωστικών δεξιοτήτων λόγω της ασθένειας. Άτομα που αντιμετωπίζουν γνωστικά ελλείμματα προκαλούνται από τις καθημερινές ρουτίνες που είναι απαραίτητες για να λειτουργήσουν στη σημερινή κοινωνία. Αναμένεται να εκτελέσουν εργασίες και να ανταποκριθούν στις προσδοκίες εργασίας που θα μπορούσαν να χειριστούν προηγουμένως, αλλά ενδέχεται να μην είναι πλέον σε θέση να το κάνουν εγκαίρως ή ολοκληρωτικά. Αυτά τα άτομα συχνά δεν εντοπίζονται από επαγγελματίες του ιατρικού τομέα ή από εργοδότες επειδή φαίνονται τόσο «φυσιολογικά» όσο πριν από τον τραυματισμό ή την έναρξη της νόσου, ενώ χρειάζονται υπηρεσίες εργοθεραπείας. Ωστόσο, όταν οι απαιτήσεις ή οι προσδοκίες αυξάνονται ή η δομημένη ρουτίνα τους αλλάξει, μπορεί να αρχίσουν να αγωνίζονται. Συχνά, αυτά τα άτομα θα έχουν ανεπαίσθητα ελλείμματα που δεν εντοπίζονται έως ότου επιστρέψουν στις απαιτήσεις του χώρου εργασίας. Τέτοια άτομα μπορεί να θεωρηθούν «δύσκολα» και «δύσκολα στη διαχείριση», αλλά στην πραγματικότητα, η συμπεριφορά τους είναι το αποτέλεσμα σχετικά λεπτών γνωστικών ελλειμμάτων. Η έρευνα δείχνει ότι η αποκατάσταση που εστιάζει σε δυσκολίες που σχετίζονται με τραυματισμούς, κοινωνικά κατάλληλη συμπεριφορά, κατάλληλους στόχους σταδιοδρομίας και χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος (π.χ. αποζημιώσεις, τροποποιήσεις προηγούμενων

καθηκόντων εργασίας κ.λπ.) μπορεί να αυξήσει την τοποθέτηση και τη διατήρηση εργασίας (Klonoff, Lamb, & Henderson, 2000).

13.4.3.1. Οι επιπτώσεις των γνωστικών δυσλειτουργιών στην απόδοση

Οι γνωστικές διαταραχές μπορούν να επηρεάσουν την ικανότητα των ανθρώπων να εκτελούν καθημερινές λειτουργικές εργασίες, συμπεριλαμβανομένων ενδεικτικά:

- Δυσκολία στην αντίληψη του ρόλου τους στο εργασιακό περιβάλλον, όπως η μη κατανόηση των σχέσεων με τους επόπτες και τους συναδέλφους, η επιρρεπής σε κοινωνικά λάθη και η αντίληψη του νέου ρόλου τους ως λιγότερο εκτιμημένη.
- Αδυναμία διαμόρφωσης, σχεδιασμού και εκτέλεσης μιας διαδικασίας χωρίς δομή, αρχική υποστήριξη ή καθοδήγηση.
- Βραχυπρόθεσμες βλάβες στη μνήμη, ώστε να μην επιστρέφουν τηλεφωνικές κλήσεις εάν δεν έχουν γράψει τις πληροφορίες ή να μην θυμούνται σε ποιον μίλησαν, μπορεί να ξεχάσουν να παρακολουθήσουν εργασίες ή να μην μπορούν να εφαρμόσουν πληροφορίες σε παρόμοιες εργασίες.
- Αδυναμίες της ακουστικής επεξεργασίας που οδηγούν σε εσφαλμένη ολοκλήρωση εργασιών επειδή δεν ακούνε προφορικές οδηγίες.
- Οπτικές - χωρικές δυσλειτουργίες που οδηγούν σε παρανόηση γραπτών οδηγιών ή χρειάζονται καθοδήγηση σχετικά με την παρακολούθηση σε ολόκληρο το εργασιακό περιβάλλον, ειδικά εάν έχουν οπτική παραμέληση ή εξασθένηση.
- Μειωμένη διορατικότητα, προσοχή, επίλυση προβλημάτων και αλληλουχία, ώστε να χάνουν ζωτικές πληροφορίες λόγω της αδυναμίας εστίασης στην εργασία, των περισπασμών στο περιβάλλον, μιας γενικής έλλειψης κατανόησης του τι απαιτείται για την ολοκλήρωση της εργασίας και της αδυναμίας εστίασης σε περισσότερα από ένα πράγματα τη φορά.
- Μειωμένες ικανότητες αυτο-φροντίδας, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν σε αυξημένο χρόνο για δραστηριότητες αυτοεξυπηρέτησης (όπως διαλείμματα μπάνιου).
- Κακή συμπεριφορά ύπνου επειδή προσπαθούν να κάνουν τα πάντα «σωστά», αλλά η έλλειψη ύπνου μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη κόπωση, ευερεθιστότητα και λάθη.
- Άγχος ή κατάθλιψη για την απόδοση της εργασίας τους, έτσι ώστε να αισθάνονται ότι ξεετάζονται, γεγονός που θα αυξήσει μόνο το άγχος τους. Μπορεί επίσης να βιώσουν κατάθλιψη, συνειδητοποιώντας ότι η απόδοση της δουλειάς τους δεν

είναι αυτή που ήταν πριν από τον τραυματισμό τους. Το άγχος και η κατάθλιψη μπορούν να οδηγήσουν σε οικονομικές πιέσεις και προκλήσεις σχέσης.

- Μειωμένη ικανότητα οδήγησης, η οποία επηρεάζει πώς και πότε φτάνουν στη δουλειά.

13.4.3.2. Τρόποι παρέμβασης των εργοθεραπευτών στα άτομα με γνωστικά ελλείματα

Παρακάτω είναι μερικοί από τους τρόπους με τους οποίους οι εργοθεραπευτές παίζουν ζωτικό ρόλο στην αντιμετώπιση των ελλειμμάτων που συχνά αντιμετωπίζουν άτομα με γνωστική εξασθένηση.

- ❖ Αναλύουν το ρόλο του πελάτη στο χώρο εργασίας και παρέχουν συστάσεις στον εργοδότη και το άτομο σχετικά με τρόπους επιτυχίας. Αυτή η παρέμβαση μπορεί να ξεκινήσει σε ένα περιβάλλον εξωτερικών ασθενών για να μπορέσει ο πελάτης να γενικεύσει και να εξασκήσει τις εργασίες που απαιτούνται για την επιτυχή ολοκλήρωση των εργασιακών ευθυνών πριν επιστρέψει πραγματικά στο χώρο εργασίας.
- ❖ Δημιουργούν ένα βιβλίο μνήμης ή ρυθμίζουν εξωτερικά βοηθήματα (π.χ. μια υπενθύμιση έξυπνου τηλεφώνου) για να βοηθήσουν το άτομο να εκτελέσει μια συγκεκριμένη εργασία, να βοηθήσει στην οργάνωση της καθημερινής ροής εργασίας και να προσφέρει στοιχεία για χρονοδιαγράμματα και προθεσμίες.
- ❖ Εκπαιδεύουν το άτομο με προβλήματα ακουστικής επεξεργασίας σε αντισταθμιστικές στρατηγικές, όπως ζητώντας από τον επιβλέποντα να παράσχει γραπτές πληροφορίες ή αιτήματα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου σε σχέση με απλώς προφορικές οδηγίες.
- ❖ Βοηθούν με την αποκατάσταση της όρασης και εκπαιδεύουν τον πελάτη για τρόπους βέλτιστης προσαρμογής και ελιγμών στο περιβάλλον με προβλήματα όρασης.
- ❖ Ορίζουν στόχους και εργάζονται στη γνωστική αποκατάσταση για να βελτιώσουν τη διορατικότητα, το εύρος προσοχής, τη μεταφορά, την επίλυση προβλημάτων και τον προσδιορισμό αλληλουχιών, μειώνοντας παράλληλα τα εξωτερικά ερεθίσματα.
- ❖ Αντιμετωπίζουν τη χαλάρωση και τη διαχείριση του στρες για να βοηθήσουν το άτομο να επιτύχει ικανοποιητικό ύπνο, για καλύτερη λειτουργία στην εργασία

- ❖ Αντιμετωπίζουν την ψυχική υγεία των πελατών για να τους βοηθήσουν να λειτουργήσουν με επιτυχία. Αυτό είναι ένα ζωτικό βήμα για να ξαναρχίσει τελικά μια παραγωγική ζωή, καθώς αυτά τα άτομα θέλουν και πρέπει να εργαστούν για να διατηρήσουν την αυτοεκτίμησή τους και την ικανότητα να στηρίζουν τον εαυτό τους και τις οικογένειές τους.

Οι εργοθεραπευτές διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην επιστροφή των ατόμων στην εργασία τους μέσω της μοναδικής τους ικανότητας να παρέχουν αξιολόγηση και παρέμβαση για τα ελλείμματα απόδοσης ενός ατόμου και τις απαιτήσεις στο χώρο εργασίας για τη μεγιστοποίηση των ευκαιριών για επιτυχή επανένταξη μιας σημαντικής καθημερινής εργασίας.

Από όλα τα παραπάνω συμπεραίνεται ότι όποιος έχει νοητική βλάβη και θέλει να επιστρέψει στην εργασία του μπορεί να επωφεληθεί από τις υπηρεσίες εργοθεραπείας. Αυτές οι υπηρεσίες μπορούν να παρέχονται αρχικά είτε σε ένα κλινικό περιβάλλον εσωτερικού ή εξωτερικού ιατρείου, στη συνέχεια στο χώρο εργασίας του πελάτη για να παρέχει καθοδήγηση και να καθορίζει ποιες υποστηρίξεις μπορεί να είναι απαραίτητες κατά τη διάρκεια μιας μεταβατικής περιόδου. Υπάρχουν επίσης γραφεία φροντίδας κατ' οίκον που συνεργάζονται με άτομα που έχουν συγκεκριμένες καταστάσεις με αποτέλεσμα γνωστικές διαταραχές.

13.4.4. Εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε άτομα με σχιζοφρένεια

Η αντιμετώπιση των γνωστικών λειτουργιών των ατόμων με σχιζοφρένεια συζητείται σε διάφορα προγράμματα που διαφέρουν ως προς τη θεωρητική τους βάση, τις μεθόδους, τους στόχους και τα αποτελέσματά τους. Το μοντέλο αποκατάστασης ή προσανατολισμένη στη διαδικασία προσέγγιση συνίσταται σε άμεση επανεκπαίδευση ή αποκατάσταση μειωμένων βασικών τομέων γνωστικών δεξιοτήτων. Αυτή η μέθοδος θεραπείας στοχεύει τους υποκείμενους μηχανισμούς που μπορεί να προκαλέσουν το έλλειμμα.

Ένα παράδειγμα ενός τέτοιου προγράμματος παρέμβασης είναι το Goal Management Training (GMT), που αναπτύχθηκε από τον Levine και τους συναδέλφους του (2000). Αυτό το πρόγραμμα χρησιμοποιήθηκε σε άτομα με τραυματική εγκεφαλική βλάβη και πιο πρόσφατα επεξεργάστηκε και χρησιμοποιήθηκε σε υγιείς ηλικιωμένους. Αυτό το πρόγραμμα είναι η βάση του προγράμματος OGI (occupational goals intervention).

Το πρόγραμμα OGI επικεντρώνεται στην εκμάθηση στρατηγικής χρησιμοποιώντας δραστηριότητες και καθημερινά έργα. Τα βήματα του προγράμματος ακολουθούν GMT, αλλά με έμφαση στην αρχή, στην ατομική επιλογή σημαντικών δραστηριοτήτων και στο τέλος, στην ενημέρωση της απόδοσης της δραστηριότητας.

Ένα άλλο παράδειγμα είναι η παρέμβαση FEP (frontal executive program) που περιλαμβάνει ειδική εκπαίδευση για νευρογνωστική αποκατάσταση βάσει μιας συγκεκριμένης διαδικασίας. Το FEP αποτελείται από τρεις ενότητες - γνωστική μετατόπιση, λειτουργική μνήμη και σχεδιασμό - που στοχεύουν στην ευελιξία και τη λειτουργική μνήμη και προγραμματίζουν τα ελλείμματα με διαβαθμισμένο τρόπο. Αποτελείται από εργασίες που χρησιμοποιούν κυρίως χαρτί και μολύβι, αλλά έχει επίσης διάφορες δραστηριότητες που περιλαμβάνουν κινήσεις χεριών και διακριτικά ταξινόμησης (δομικά στοιχεία) ανά χρώμα, σχήμα και μέγεθος. Συνιστάται όχι μόνο σε άτομα με σχιζοφρένεια, αλλά και σε άτομα που αντιμετωπίζουν δυσκολίες με γνωστικές λειτουργίες λόγω νευροψυχιατρικών διαταραχών και υψηλότερων εγκεφαλικών δυσλειτουργιών όπως αναπτυξιακές διαταραχές, μαθησιακές δυσκολίες, ADHD, αμνησία, άνοια, διαταραχές που σχετίζονται με ουσίες, διαταραχές της διάθεσης, διαταραχές ελέγχου παλμών, εγκεφαλικοί τραυματισμοί, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, εγκεφαλικοί όγκοι και επιληψία.

Συνοπτικά, τα αποτελέσματα έρευνας δείχνουν ότι όλοι οι συμμετέχοντες στις πειραματικές ομάδες, ανεξάρτητα από τη συμμετοχή τους στην ομάδα, κερδίζουν από τη θεραπεία με κάποιο τρόπο. Έτσι, μια συστηματική αντιμετώπιση των εκτελεστικών λειτουργιών που βασίζεται σε ένα θεωρητικό μοντέλο χρησιμοποιώντας μια διορθωτική ή μια στρατηγική προσέγγιση μάθησης φαίνεται ότι βελτιώνει την απόδοση των ασθενών με σχιζοφρένεια σε τεστ για τις δεξιότητες αυτές. Επιπλέον, το OGI βελτιώνει την απόδοση στις καθημερινές λειτουργίες. Η σημασία της μεταφοράς και της γενίκευσης από τη θεραπεία στην πραγματική ζωή αναγνωρίζεται έντονα από ερευνητές και κλινικούς για την αποκατάσταση και την εργοθεραπεία.

Τέλος τα ευρήματα παρέχουν αρχική υποστήριξη για την αποτελεσματικότητα του OGI για ασθενείς με σχιζοφρένεια στη βελτίωση τόσο των εκτελεστικών λειτουργιών όσο και της καθημερινής δραστηριότητας και συμμετοχής. Ενώ η γνωστική προσέγγιση αποκατάστασης (FEP) δείχνει αποτελεσματικότητα στα επίσημα μέτρα εκτίμησης γνωστικών λειτουργιών. (Katz & Keren, 2011).

13.5. Ο ρόλος του εργοθεραπευτή σε ασθενείς με καρκίνο

Οι εργοθεραπευτές έχουν την εκπαίδευση, τις δεξιότητες και τις γνώσεις για να παρέχουν εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις σε ενήλικες με καρκίνο (Braveman et al., 2017). Οι εργοθεραπευτές αντιμετωπίζουν κάθε ασθενή ολιστικά και χρησιμοποιούν δημιουργικές λύσεις για τη βελτίωση της συνολικής γνωστικής και λειτουργικής ικανότητας των ενηλίκων με καρκίνο, καθιστώντας τους ένα κρίσιμο μέλος της διεπιστημονικής ομάδας φροντίδας καρκίνου (Pergolotti et al., 2016). Σε μελέτες περίπτωσης ασθενών που επέζησαν από καρκίνο φαίνεται ο ρόλος του εργοθεραπευτή στην θεραπεία. Για παράδειγμα στην περίπτωση ενός ασθενή με λέμφωμα ο εργοθεραπευτής αρχικά χρησιμοποιεί το Model of Human Occupation screening tool για τον εντοπισμό δυσλειτουργίας σε έργα και το Καναδέζικο μέτρο απόδοσης έργου για την ολοκλήρωση σχηματισμού του προφίλ έργου του ασθενή. Στη συνέχεια για να αποκτήσει πρόσθετες πληροφορίες σχετικά με τη λειτουργική κατάσταση χρησιμοποιεί διάφορες αξιολογήσεις, όπως το Brief Fatigue Inventory, μια κλίμακα εκτίμησης πόνου, το Rivermead Behavioral Memory Test. Τέλος θέτει τους στόχους της παρέμβασης και δημιουργεί ένα θεραπευτικό πλάνο ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή (Braveman et al., 2017).

Για ενήλικες με καρκίνο, η εργοθεραπεία έχει τη δυνατότητα να περιορίσει και να αντιστρέψει την αναπηρία που σχετίζεται με τον καρκίνο, ωστόσο δεν εφαρμόζεται συχνά.

Η γνωστική βλάβη που σχετίζεται με τον καρκίνο του μαστού παρουσιάζεται ως δυσκολίες που σχετίζονται με τη μνήμη, την προσοχή, την ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών και την οργάνωση και μπορούν να επηρεάσουν όλες τις ηλικιακές ομάδες. Για παράδειγμα, οι γυναίκες με καρκίνο μαστού αναφέρουν ήπια γνωστική μείωση που επηρεάζει την ικανότητά τους να λειτουργούν, καθιστώντας τις προηγούμενες εύκολες δραστηριότητες πιο δύσκολες και προκαλώντας ενοχλητική απώλεια ανεξαρτησίας στους ρόλους της οικογενειακής ζωής. Για αυτό το ζήτημα, η εργοθεραπευτική παρέμβαση θα εργαστεί για την προσαρμογή ή την αποκατάσταση της λειτουργικής βλάβης μέσω διαφορετικών γνωστικών στρατηγικών. Ο εργοθεραπευτής θα ενσωματώσει γενικά προσαρμοστικές στρατηγικές έτσι ώστε ο ασθενής να μάθει πώς να αντισταθμίσει την εξασθενημένη μνήμη ή την προσοχή κατά την εκτέλεση συγκεκριμένων εργασιών ή να χρησιμοποιεί αποκαταστατικές δραστηριότητες για τη βελτίωση των γνωστικών λειτουργιών κατά την εκτέλεση συγκεκριμένων εργασιών. Για παράδειγμα, έναν ασθενή

με προβλήματα μνήμης και προσοχής, ένας εργοθεραπευτής θα βοηθήσει στη δημιουργία εξατομικευμένων συστημάτων για να ορίσει υπενθυμίσεις για φάρμακα, να προγραμματίσει ραντεβού και να χειριστείτε εργασίες που πρέπει να κάνει για αγορές, μαγείρεμα και διαχείριση χρημάτων. Ένα άλλο παράδειγμα παρεμβάσεων για τη γνωστική παρακμή θα ήταν η εκπαίδευση ή η επανεκπαίδευση στη χρήση χάρτινων χαρτών ή / και συσκευών παγκόσμιου συστήματος εντοπισμού θέσης για την ενίσχυση της ανεξαρτησίας στην κοινοτική πλοήγηση.

Οι ασθενείς με καρκίνο του μαστού μπορούν να επωφεληθούν από την εκπαίδευση εξοικονόμησης ενέργειας που διδάσκεται στην εργοθεραπεία. Αυτό μεταφράζεται σε πρακτικές στρατηγικές για τη διαχείριση της κόπωσης για επανάληψη ρόλων και ρουτίνων. Η τροποποίηση της δομημένης δραστηριότητας και η ιεράρχηση των προτεραιοτήτων, καθώς και η χρήση ενός ημερολογίου καθημερινής δραστηριότητας για την παρακολούθηση δραστηριοτήτων και ενεργειακών προτύπων βάσει έργων, αποτελούν μέρος αυτής της εκπαίδευσης. Οι ασθενείς έχουν έτσι εξατομικευμένες ρυθμίσεις (π.χ. τοποθέτηση αντικειμένων που χρησιμοποιούνται συχνά στο ψυγείο σε εύκολα προσβάσιμα ύψη) για εξοικονόμηση ενέργειας για να απολαύσουν τις δραστηριότητες που συμβάλλουν περισσότερο στην ποιότητα ζωής τους.

Η εργοθεραπεία για ασθενείς με περιορισμούς στα άνω άκρα τους μπορεί να περιλαμβάνει συνδυασμό άσκησης, τεντώματος και τρόπων βελτίωσης του εύρους της κίνησης και της μυϊκής δύναμης, ακολουθούμενη από εκπαίδευση στην εκτέλεση λειτουργικών εργασιών και προσαρμογή της δραστηριότητας ή του περιβάλλοντος, όπως απαιτείται. Πολλά εργαλεία που χρησιμοποιούνται συνήθως και συνιστώνται από τους εργοθεραπευτές μπορούν να βελτιώσουν την ανεξαρτησία (π.χ. ένα μαχαίρι rocker που χρησιμοποιείται για να κόβει φαγητό με το ένα χέρι) και να περιορίσουν την επίδραση των περιορισμών του άνω άκρου στην ποιότητα ζωής.

Οι εργοθεραπευτές μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς να εντοπίσουν σημαντικές δραστηριότητες και να εφαρμόσουν τροποποιήσεις δραστηριότητας για επιτυχή ολοκλήρωση, να χρησιμοποιήσουν τεχνικές διαχείρισης άγχους και χαλάρωσης για να μειώσουν το άγχος και να αντιμετωπίσουν ανησυχίες που σχετίζονται με αλλαγές στην εικόνα του σώματος.

Για ενήλικες που παρουσιάζουν λειτουργικές δυσλειτουργίες, οι επεμβάσεις εργοθεραπείας βοηθούν με δεξιότητες που κυμαίνονται από το ντύσιμο, το μπάνιο και τη

χρήση της τουαλέτας, έως τις πιο περίπλοκες εργασίες των σύνθετων δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής για την οργάνωση του προγράμματος της ημέρας, την εξισορρόπηση ενός βιβλίου ελέγχου, το μαγείρεμα και την ικανότητα φροντίδας για παιδιά ή ηλικιωμένους συγγενείς (Pergolotti et al., 2016).

Οι ηλικιωμένοι με καρκίνο διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο πτώσης σε σύγκριση με εκείνους που δεν έχουν καρκίνο. Σε μια μελέτη, το 44% των ασθενών που έπεσαν ανέφεραν επίσης περιορισμό στις σύνθετες δραστηριότητες καθημερινής ζωής. Για την πρόληψη πτώσης σε ηλικιωμένους ενήλικες, οι πιο αποτελεσματικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τροποποιήσεις και προσαρμογές στο σπίτι, οι οποίες είναι πιο αποτελεσματικές όταν ολοκληρώνονται από έναν εργοθεραπευτή. Σε μια τυχαιοποιημένη δοκιμή ελέγχου για ηλικιωμένους ενήλικες, η εργοθεραπεία στο σπίτι μείωσε τον κίνδυνο πτώσης σε εκείνους που είχαν πέσει πριν. Σε μια μετα-ανάλυση, οι τροποποιήσεις στο σπίτι από μια εξειδικευμένη υπηρεσία, όπως η εργοθεραπεία, μείωσαν τις πτώσεις κατά 21% συνολικά και 39% στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Οι οικιακές τροποποιήσεις μπορούν να περιλαμβάνουν μπάρες αρπάγης στην μπανιέρα ή ντους για να βοηθήσουν τον ασθενή να μπει και να βγει από την μπανιέρα ή κοντά στην τουαλέτα για να τον βοηθήσουν να ανεβεί από μια καθιστή σε όρθια θέση και να χρησιμοποιήσει την τουαλέτα με ασφάλεια. Άλλες τροποποιήσεις περιλαμβάνουν χειρολισθήρες σκάλας, απομάκρυνση επικίνδυνων αντικειμένων και ρύθμιση της ακαταστασίας, καθώς και χρήση αντιολισθητικών χαλιών

13.6. Ο ρόλος του εργοθεραπευτή στη νόσο του Πάρκινσον

Η προοδευτική αναπηρία της νόσου του Πάρκινσον εμποδίζει όλο και περισσότερο τις καθημερινές δραστηριότητες και την κοινωνική συμμετοχή. Η ποικιλομορφία και η πολυπλοκότητα των αναγκών των ασθενών με νόσο του Πάρκινσον και των φροντιστών τους δικαιολογούν μια προσέγγιση με επίκεντρο τον ασθενή και διεπιστημονική φροντίδα. Η εργοθεραπεία επικεντρώνεται πρωτίστως στην υποστήριξη της συμμετοχής στην καθημερινή ζωή, επιτρέποντας στον ασθενή να αναλάβει ρόλους που είναι σημαντικοί για αυτόν ή αυτήν, και να βελτιστοποιήσει τις δραστηριότητες στους τομείς της αυτοεξυπηρέτησης, της αναψυχής και των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με το σπίτι και την εργασία. Οι παρεμβάσεις περιλαμβάνουν συμβουλές ή εκπαίδευση στρατηγικής σε δραστηριότητες ή προσαρμογές έργων, καθημερινών ρουτίνων ή περιβάλλοντος. Οι εργοθεραπευτές ακολουθούν την παρακάτω διαδικασία:

- Ορίζουν τις προτεραιότητες των ασθενών
- Αποσαφηνίζουν τις ανάγκες των ασθενών και των φροντιστών μέσω αφηγηματικών συνεντεύξεων
- Παρατηρούν την απόδοση στην δραστηριότητα
- Αξιολογούν τους περιβαλλοντικούς παράγοντες
- Αναλύουν τα δεδομένα της αξιολόγησης
- Επικοινωνούν με άλλους επαγγελματίες υγείας όποτε χρειάζεται
- Μαζί με τους ασθενείς ορίζουν τους στόχους και προγραμματίζουν την θεραπεία

Στη θεραπευτική φάση στη γενική προσέγγιση τονώνουν την αυτοδιαχείριση των ασθενών, προπονούν, ενημερώνουν και εκπαιδεύουν σε δραστηριότητες. Ενώ σε μια ειδική προσέγγιση μπορούν να:

- Κάνουν χρήση εναλλακτικών και αντισταθμιστικών στρατηγικών για να βελτιώσουν την απόδοση δραστηριοτήτων π.χ. χρήση ενδείξεων, αναδιοργάνωση σύνθετης ακολουθίας απόδοσης, εστιασμένη προσοχή και γνωστικές στρατηγικές όπως διαχείριση πίεσης χρόνου.
- Δίνουν συμβουλές για τη βελτιστοποίηση καθημερινών ρουτινών και απλοποιούν δραστηριότητες
- Δίνουν συμβουλές για κατάλληλους στόχους και μετατροπές του περιβάλλοντος για να ενθαρρύνουν την αποτελεσματικότητα, την ανεξαρτησία και την ασφάλεια του
- Παρέχουν πληροφορίες στους φροντιστές για την επίδραση της ασθένειας στις καθημερινές λειτουργίες του ασθενή, για πιθανές πηγές φροντίδας, βοηθήματα και προσαρμογές
- Εκπαιδεύουν τους φροντιστές για να υποστηρίξουν και να καθοδηγήσουν τον ασθενή στις καθημερινές του δραστηριότητες (Sturkenboom et al., 2014).

13.7. Ο ρόλος του εργοθεραπευτή στη ρευματοειδή αρθρίτιδα

Επειδή η αρθρίτιδα είναι μια χρόνια κατάσταση, οι εργοθεραπευτές συνεργάζονται με τους ασθενείς για να βρουν αποτελεσματικές στρατηγικές, για τη διαχείριση και τον έλεγχο των συμπτωμάτων, με την θέσπιση ειδικών στόχων που αφορούν σε στοχευμένες δραστηριότητες.

Από τις αξιολογήσεις και τις εκτιμήσεις των εργοθεραπευτών συγκεντρώνονται στοιχεία, για να οργανωθεί ένα πρόγραμμα θεραπείας με στόχο την επαναπροσαρμογή

του ασθενή με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Ο εργοθεραπευτής οργανώνει στρατηγικές παρέμβασης που περιλαμβάνουν:

- Παρεμβάσεις φυσικού παράγοντα (πχ χρησιμοποιώντας θερμότητα ή κάποιο κρύο ερέθισμα), για να βοηθήσουν στη διαχείριση του πόνου, ενισχύοντας την ικανότητα του ασθενή να εκτελεί τα καθημερινά του έργα.
- Θεραπευτικές δραστηριότητες και ασκήσεις, για την προαγωγή του αδρού και λεπτού κινητικού ελέγχου, του εύρους κίνησης, αντοχής και δύναμης, βελτιώνοντας έτσι τις λειτουργικές ικανότητες στα καθημερινά καθήκοντα, όπως η αυτοεξυπηρέτηση, η οικιακή διαχείριση, η εργασία και τα χόμπι.
- Τεχνικές για τη διαχείριση ή τον έλεγχο του οιδήματος και της φλεγμονής.
- Παροχή προσαρμοσμένων ή προκατασκευασμένων ορθωτικών συσκευών, που βοηθούν στην αντιμετώπιση του πόνου, διατηρώντας το χέρι σε λειτουργικές θέσεις και ενισχύοντας τη λειτουργικότητά του.
- Εκπαίδευση στη χρήση τεχνικών κοινής προστασίας και εξοικονόμησης ενέργειας, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης προσαρμοστικών και βοηθητικών συσκευών, τροποποίηση της καθημερινής ρουτίνας, για να εξασφαλιστεί επαρκής ανάπαυση και να αποφευχθεί η κατάχρηση.
- Εργονομική αξιολόγηση και αλλαγές δραστηριότητας στην οικία, στην εργασία ή στο σχολείο.

Επιπλέον οι εργοθεραπευτές, εκπαιδεύουν τους ασθενείς να σχεδιάζουν, να απλοποιούν και να επιταχύνουν τα καθήκοντα τους με έναν τρόπο προστασίας των αρθρώσεων, μείωσης της καταπόνησης, της κόπωσης και του πόνου, αποφεύγοντας την κατάχρηση των αρθρώσεων και των ιστών, ενώ συμμετέχουν σε δραστηριότητες. Η αλλαγή των δραστηριοτήτων και η προσαρμογή τους με βάση τη λειτουργικότητα του ασθενή εξυπηρετούν την εξοικονόμηση ενέργειας και την προστασία των αρθρώσεων. Οι παραπάνω παρεμβάσεις αντιμετωπίζουν τις λειτουργικές ανάγκες των ασθενών και διατηρούν ή αυξάνουν τη συμμετοχή τους στις ΔΚΖ.

13.8. Ο ρόλος του εργοθεραπευτή στη συννοσηρότητα

Οι εργοθεραπευτές κατανοούν τις πολύπλοκες και δυναμικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ανθρώπων, του περιβάλλοντός τους και των δραστηριοτήτων που πρέπει να ολοκληρώσουν στην καθημερινή τους ζωή και πώς αυτές οι αλληλεπιδράσεις επηρεάζουν την υγεία και την ευεξία. Οι συννοσηρές συνθήκες μειώνουν την ποιότητα ζωής,

αυξάνουν την αναπηρία και αυξάνουν τη χρήση και το κόστος των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης

Με βάση όλα τα παραπάνω όταν υπάρχει συννοσηρότητα οι εργοθεραπευτές θα πρέπει να παρεμβαίνουν ολιστικά και να λαμβάνουν υπόψιν τις συνέπειες και της ψυχικής διαταραχής και του παθολογικού προβλήματος κατά τη διάρκεια της αξιολόγησης, γιατί όπως αποδείχθηκε τα δύο αυτά αλληλεξαρτώνται. Η ταυτόχρονη αντιμετώπιση αυτών των καταστάσεων μπορεί να διακόψει έναν κύκλο στον οποίο κάθε κατάσταση επιδεινώνει την άλλη. Οι συννοσηρότητες μπορεί να λειτουργούν ως συντονιστές αποτελεσμάτων στις παρεμβάσεις.

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι η καθημερινότητα του ατόμου να γεμίσει νόημα και αυτό επιτυγχάνεται μέσω της αξιολόγησης και κατανόησης των επιθυμιών του και όλων των ψυχοκοινωνικών πτυχών του πόνου προκειμένου να αποφευχθεί η αναπηρία. Η υιοθέτηση μιας προσέγγισης με επίκεντρο τον ασθενή στοχεύει στη μείωση του πόνου και στην ανάταση της ψυχολογικής κατάστασης του ατόμου. Οι εργοθεραπευτές πρέπει να αναγνωρίσουν ακόμα τη σημασία των συνηθειών και των ρουτινών που προωθούν την υιοθέτηση και τη διατήρηση υγιών συμπεριφορών. Κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης επίσης πρέπει να λάβουν υπόψη την ατομική ασθένεια, την εμπειρία της ασθένειας και ολόκληρο το άτομο από βιοψυχοκοινωνική άποψη. Η βελτίωση της ανεξαρτησίας στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής προωθεί την αυτονομία των ατόμων με αποτέλεσμα να μην ματαιώνονται και να βελτιώνεται η ψυχολογική τους κατάσταση.

Στη συνέχεια θα μπορέσουν να διαμορφώσουν ένα πρόγραμμα παρέμβασης, που θα στοχεύει στη βελτίωση των καθημερινών δεξιοτήτων του ασθενή, θα τον ενθαρρύνει να συνεχίζει και να απομακρύνεται από τις αρνητικές συνήθειες και σκέψεις που έχει λόγω της ψυχικής του ασθένειας. Αυτό επιτρέπει στους εργοθεραπευτές να διευκολύνουν την επιτυχία συνδυάζοντας τις δεξιότητες του ατόμου με τις απαιτήσεις της δραστηριότητας, χρησιμοποιώντας περιβαλλοντικά στηρίγματα και ελαχιστοποιώντας τα εμπόδια και προσφέροντας λύσεις σε προκλήσεις που σχετίζονται με μεταβαλλόμενη κατάσταση υγείας, συνήθειες και ρουτίνες. Η παρέμβαση είναι συγκεκριμένη για τις ανάγκες, τις προκλήσεις και τα δυνατά σημεία κάθε ατόμου.

Επιπλέον ομαδικές παρεμβάσεις με συντονιστές εργοθεραπευτές μπορούν να είναι αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση της συννοσηρότητας καθώς σε κάθε συνεδρία παρέχονται ευκαιρίες στους συμμετέχοντες για συζητήσεις και ανταλλαγή εμπειριών,

υποστήριξη της κοινωνικότητας και ανάπτυξη της αυτό-αποτελεσματικότητας, ώστε να κατανοήσουν οι συμμετέχοντες ότι υπάρχουν άτομα που βιώνουν τις ίδιες εμπειρίες με αυτούς.

Εκτός των άλλων κατά την παρέμβαση στη συννοσηρότητα οι εργοθεραπευτές θα πρέπει:

- ❖ Να προσπαθήσουν να εντοπίσουν τα πιθανά εμπόδια στη βελτίωση στα περιβάλλοντα των ασθενών τους και επίσης τους δυνητικούς τους πόρους, οι οποίοι συχνά υποτιμούνται αν και μπορεί να αποτελούν πολύ ενδιαφέρον μοχλό για την καλύτερη αντιμετώπιση των συνθηκών τους. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να στοχεύσουν στη δημιουργία υπηρεσιών που περιλαμβάνουν τροποποίηση στο χώρο εργασίας, στη προώθηση της πρόληψης ασθενειών μέσω της εκπαίδευσης και της επικοινωνίας και στην εφαρμογή προγράμματος επιστροφής στην εργασία.
- ❖ Να προσδιορίσουν τι εκτιμούν οι συμμετέχοντες στη ζωή τους για να αναπτύξουν συλλογικά τους θεραπευτικούς στόχους και να εντοπίσουν εμπόδια σε αυτούς τους στόχους. Οι σύνηθες στόχοι εστιάζονται στη βελτίωση της υγείας, στην εμπλοκή σε ψυχαγωγικές ή κοινωνικές δραστηριότητες, στην επιδίωξη ακαδημαϊκών στόχων/καριέρας και στη βελτίωση σχέσεων.
- ❖ Να λάβουν υπόψη το ρόλο της αποφυγής ως παράγοντα διατήρησης ή επιδείνωσης που είναι κοινός τόσο στα παθολογικά προβλήματα όσο και στις ψυχικές διαταραχές.
- ❖ Να εξετάσουν την επίλυση προβλημάτων, τον τρόπο ζωής, τον ύπνο, τη διατροφή, την αποφασιστικότητα, τη διαπροσωπική επικοινωνία, τον καθορισμό στόχων και τις προσωπικές στρατηγικές ανάπτυξης, επειδή πολλές φορές οι ψυχικές διαταραχές μπορεί να έχουν δευτερεύον αντίκτυπο στην προσαρμογή ατόμων με παθολογικά προβλήματα.
- ❖ Να ωθήσουν την εμπλοκή των ατόμων σε σωματική δραστηριότητα (όσο είναι εφικτό), σε ενσωμάτωση θετικών αλλαγών στον τρέχοντα τρόπο ζωής, σε ανάληψη λειτουργικών ρόλων και σε λειτουργική ενασχόληση, τα οποία οδηγούν στην καλύτερη ψυχική υγεία, μειώνουν την κούραση και βελτιώνουν τη διάθεση.

Στην τελική συνεδρία μπορεί να γίνει μια ανασκόπηση της παρέμβασης και ένας προγραμματισμός πρόληψης υποτροπών, συμπεριλαμβανόμενου του εντοπισμού

προειδοποιητικών σημείων υποτροπής, στρατηγικών αντιμετώπισης, τρόπων διατήρησης της εμπλοκής σε δραστηριότητες και δέσμευση συμπεριφορών που πρέπει να ενσωματωθούν στις καθημερινές ρουτίνες.

Επομένως συνδυάζοντας τις παραπάνω ενδεικτικές παρεμβάσεις και αφού δεν υπάρχει σχετική βιβλιογραφία που να τεκμηριώνει μεθόδους που μπορούν να εφαρμοστούν στην συννοσηρότητα, οι εργοθεραπευτές μπορούν να δημιουργήσουν την κατάλληλη παρέμβαση για το κάθε άτομο και να καταφέρουν αποτελεσματικά να διδάξουν την επαναπροσαρμογή του ακόμα και με τις μειωμένες δεξιότητες που μπορεί να έχουν προκύψει εξαιτίας της συννοσηρότητας, ώστε το άτομο να «υπακούει» στους ρόλους του και να είναι λειτουργικό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η συννοσηρότητα είναι πλέον μια συνηθισμένη κατάσταση που την βιώνουν πολλοί ασθενείς είτε πάσχουν από ψυχικές διαταραχές είτε από παθολογικές. Συχνά όπως αποδείχθηκε από μία ψυχική διαταραχή μπορεί να προκληθούν παθολογικά προβλήματα, όπως και το αντίστροφο.

Η ποιότητα ζωής μπορεί να επιβαρυνθεί από τη συννοσηρότητα ή μπορεί και να είναι μία από τους παράγοντες πρόκλησής της. Επίσης πολλοί παθογενετικοί μηχανισμοί είναι πιθανό να προκαλέσουν συννοσηρότητα ή πολλές κοινές ανοσολογικές καταστάσεις σε δύο διαταραχές μπορεί να ευθύνονται για την εμφάνιση της δεύτερης.

Τα επιδημιολογικά στοιχεία δείχνουν ότι όταν υπάρχει ήδη κάποια διαταραχή και ειδικότερα παθολογική τα ποσοστά εμφάνισης μιας δεύτερης ψυχικής διαταραχής είναι υψηλότερα απ' ό τι στο γενικό πληθυσμό. Ανάλογα με την παθολογική διαταραχή κυμαίνονται και τα ποσοστά εμφάνισης της συννοσηρότητας ανάλογα με το φύλο.

Η συννοσηρότητα προσβάλλει το άτομο σε μεγάλο ποσοστό και επειδή αυτή συμβαίνει και σε ψυχικό και σε σωματικό επίπεδο, οδηγεί στη μείωση της εργασιακής ικανότητας σε κοινωνική απομόνωση και γενικά σε δραστική υποβάθμιση της ποιότητας ζωής.

Οι εργοθεραπευτές στοχεύουν στην αξιοποίηση του έργου ως σκόπιμη δραστηριότητα, για τη βελτίωση της απόδοσης του ασθενή στις Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής (ΔΚΖ), παρέχοντάς του μέσα, για την πρόληψη λειτουργικών περιορισμών, την προσαρμογή στις αλλαγές του τρόπου ζωής και τη συντήρηση ή τη βελτίωση της ψυχοκοινωνικής υγείας του.

Επίσης κατά την παρέμβαση οι εργοθεραπευτές αντιμετωπίζουν το άτομο ολιστικά και έχουν δυναμικό ρόλο. Κατά την αξιολόγηση λαμβάνουν υπόψιν τις επιθυμίες και ανάγκες του ατόμου και στοχεύουν σε μία ανθρωποκεντρική πρακτική. Ταυτόχρονα με την διευκόλυνση του ατόμου στις σωματικές του λειτουργίες, διευθετούν το άγχος του, το ενθαρρύνουν να υπερνικήσει την απομόνωση, να αποκτήσει εκτίμηση για τον εαυτό του, να ανεξαρτητοποιηθεί και να ζει αυτόνομα.

Συναφώς, διαπιστώνεται η αναγκαιότητα των εργοθεραπευτικών παρεμβάσεων στη συννοσηρότητα ψυχικών διαταραχών και παθολογικών προβλημάτων καθόσον, μέσω αυτών, είναι δυνατόν να επωφεληθούν τα άτομα που νοσούν, ώστε να βελτιώσουν την

ποιότητα ζωής τους και να συμμετέχουν επιτυχώς σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής.

Είναι πολύ σημαντικό να πραγματοποιηθούν έρευνες για το ρόλο του εργοθεραπευτή στη συννοσηρότητα ψυχικών διαταραχών και παθολογικών προβλημάτων, καθώς ενώ υπάρχει πλούσια βιβλιογραφία για τη συννοσηρότητα και τις επιπτώσεις της στα καθημερινά έργα των ατόμων, δεν υπάρχουν βιβλιογραφικά τεκμηριωμένες μέθοδοι, τις οποίες μπορούν να χρησιμοποιήσουν οι εργοθεραπευτές για να παρέμβουν αποτελεσματικά στην συννοσηρότητα.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στο πρώτο κεφάλαιο, έγινε περιγραφή του όρου της συννοσηρότητας, των τύπων της και των παραγόντων πρόκλησης της, ώστε να γίνει πιο κατανοητός ο λόγος για τον οποίο είναι σημαντική η αναγνώρισή της κατά την θεραπεία ενός ατόμου. Στη συνέχεια αναφέρθηκε η σχέση της με τον χρόνιο πόνο και τα επιδημιολογικά στοιχεία που είναι γνωστά για αυτή.

Στο επόμενο κεφάλαιο περιεγράφηκε η κατάθλιψη ως προεξάρχουσα διάγνωση καθώς είναι μία από τις διαταραχές που όπως φάνηκε στην πορεία της εργασίας εμφανίζεται πολύ συχνά ως συννόσηρη. Αναλύθηκε η σχέση της με τον χρόνιο πόνο, οι πιθανοί μηχανισμοί πρόκλησης της και η επιρροή της στην ποιότητα ζωής των ατόμων και όταν συνυπάρχει με κάποια άλλη διαταραχή.

Στο τρίτο κεφάλαιο παρουσιάζονται άλλες ψυχικές διαταραχές ως προεξάρχουσες διαγνώσεις και τα συνηθέστερα παθολογικά προβλήματα που συχνά εμφανίζονται μετά από αυτές τις ψυχικές διαταραχές.

Το τέταρτο έως το δέκατο κεφάλαιο περιγράφουν παθολογικά προβλήματα που εμφανίζονται συχνά και η σχέση τους με συννόσηρες ψυχικές διαταραχές.

Το ενδέκατο και το δωδέκατο κεφάλαιο, πραγματεύονται την Εργοθεραπεία και τις παρεμβάσεις της, έναντι στη συννοσηρότητα των ψυχικών διαταραχών με παθολογικές καταστάσεις. Στη συνέχεια, αφού τονίσθηκε η σημαντικότητα της έγινε περιγραφή των στρατηγικών εργοθεραπευτικής παρέμβαση σε συγκεκριμένες παθήσεις και έπειτα συνδυασμός αυτών ώστε να δημιουργηθούν ενδεικτικές εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις όταν υπάρχει συννοσηρότητα. Προτάθηκαν μηχανισμοί παρέμβασης οι οποίοι θα δίνουν στο άτομο τη δυνατότητα συμμετοχής σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- American Occupational Therapy Association. (2014). Occupational Therapy Practice: Domain & Process (3rd ed.). *American Journal of Occupational Therapy*, 68, (1), 1-40. Retrieved from <http://ajot.aota.org>
- Askey-Jones, S., David, A.S., Silber, E., Shaw, P. & Chalder, T. (2013). Cognitive behaviour therapy for common mental disorders in people with Multiple Sclerosis: A bench marking study. *Behaviour Research and Therapy*, 51, (10), 648-655. doi: 10.1016/j.brat.2013.04.001
- Bain, B. K. (1997a). Rationale for using assistive technology in rehabilitation. In B. K. Bain & D. Leger (Eds.), *Assistive technology – An interdisciplinary approach* (pp. 9 - 16). New York: Churchill Livingstone.
- Batty, R., Francis, A., Thomas, N., Hopwood, M., Ponsford, J. & Rossell, S. (2016). Predicting co-morbid traumatic brain injury and psychosis from neuropsychological profile. *Schizophrenia Research*, 172, (1–3), 143-144. doi: 10.1016/j.schres.2016.02.020
- Birgenheir, D., Ilgen, M., Bohnert, A., Abraham, K., Bowersox, N., Austin, K. & Kilbourne, A. (2013). Pain conditions among veterans with schizophrenia or bipolar disorder. *General Hospital Psychiatry*, 35, (5), 480-484. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2013.03.019
- Braveman, B., Hunter, E.G., Nicholson, J., Arbesman, M. & Lieberman, D. (2017). Occupational therapy interventions for adults with cancer. *American journal of occupational therapy*, 71. doi: 10.5014/ajot.2017.715003
- Brintzenhofe-Szoc, K., Levin, T., Li, Y., Kissane, D. & Zabora, J. (2009). Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. *Psychosomatics*, 50, (4), 383-391. doi: 10.1176/appi.psy.50.4.383

- Bunn, F., Burn, A., Goodman, C., Rait, G., Norton, S., Robinson, L., Schoeman, J. & Brayne, C. (2014). Comorbidity and dementia: a scoping review of the literature. *BMC Med* 12, (192). doi: 10.1186/s12916-014-0192-4
- Buse, D., Silberstein, S., Manack, A., Papapetropoulos, S. & Lipton, R. (2013). Psychiatric comorbidities of episodic and chronic migraine. *Journal of Neurology*, 260, 1960-1969. doi: 10.1007/s00415-012-6725-x
- Chowdhary, N. & Patel, V. (2010). Detection of common mental disorder and alcohol use disorders in HIV infected people: A validation study in Goa, India. *Asian Journal of Psychiatry*, 3, (3), 130-133. doi: 10.1016/j.ajp.2010.08.002
- Clifford-O'Brien, J. (2013). *Introduction to Occupational Therapy*. Missouri: Elsevier.
- Crabtree, J. (2009). On Occupational Performance. *Occupational Therapy in Health Care*, 17, 1-18. doi: 10.1080/J003v17n02_01
- Crump, C., Sundquist, K., Winkleby, M. & Sundquist, J. (2013). Comorbidities and mortality in bipolar disorders: a Swedish national cohort study. *JAMA Psychiatry*, 70, (9), 931-939. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.1394
- Crump, C., Winkleby, M., Sundquist, K. & Sundquist, J. (2013). Comorbidities and mortality in persons with schizophrenia: a Swedish national cohort study. *Am J Psychiatry*, 170, (3), 324-333. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.12050599
- De Almeida, PH., Pontes, TB., Matheus, JP., Muniz, LF. & da Mota, LM. (2015). Occupational therapy in rheumatoid arthritis: what rheumatologists need to know. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 55, (3), 272-80. doi: 10.1016/j.rbr.2014.07.008
- De Jonge, P., Alonso, J., Stein, D.J. et al. (2014). Associations between DSM-IV mental disorders and diabetes mellitus: a role for impulse control disorders and depression. *Diabetologia*, 57, 699-709 doi:10.1007/s00125-013-3157-9

- Dempe, C., Jünger, J., Hoppe, S., Katzenberger, ML., Möltner, A., Ladwig, KH., Herzog, W. & Schultz, JH. (2013). Association of anxious and depressive symptoms with medication nonadherence in patients with stable coronary artery disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, (2), 122-127. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.12.003
- Depression. (2018). Retrieved October 20, 2020 from <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression/index.shtml>
- Ding, J., Jiang, SM., Yuan, YS., Tong, Q., Zhang, L., Xu, QR. & Zhang, KZ. (2017). The relationship between fatigue and other non-motor symptoms in Parkinson's Disease in Chinese population. *International Journal of Gerontology*, 11, (3), 171-175. doi: 10.1016/j.ijge.2016.05.011
- Dissanayaka, N., Sellbach, A., Matheson, S., O'Sullivan, J., Silburn, P.A., Byrne, G.J., Marsh, R. & Mellick, G.D. (2010). Anxiety disorders in Parkinson's disease: Prevalence and risk factors. *Movement Disorders*, 25, (7), 838-845. doi: 10.1002/mds.22833
- Doan, L., Manders, T. & Wang, T. (2015). Neuroplasticity underlying the comorbidity of pain and depression. *Neural plasticity*, 2015, 1-16. doi: 10.1155/2015/504691
- Dragašević-Mišković, N.T., Bobić, N., Kostić, M., Stanković, I., Radovanović, S., Dimitrijević, K., Svetel, M., Petrović, I. & Đurić-Jovičić, M. (2020). Impact of depression on gait variability in Parkinson's disease. *Clinical Neurology and Neurosurgery*. doi: 10.1016/j.clineuro.2020.106324
- Easton, K., Potter, S., Bec, R., Bennion, M., Christensen, H., Grindell, C., Mirheidari, B., Weich, S., de Witte, L., Wolstenholme, D. & Hawley, MS. (2019). A virtual agent to support individuals living with physical and mental comorbidities: Co-design and acceptability testing. *Journal of Medical Internet Research*, 21, (5). doi: 10.2196/12996
- Elbaz, A., Carcaillon, L., Kab, S. & Moisan, F. (2016). Epidemiology of Parkinson's disease. *Revue Neurologique*, 172, (1), 14-26. doi: 10.1016/j.neurol.2015.09.012

- Fidao, A., De Livera, A., Nag, N., Neate, S., Jelinek, G. & Simpson-Yap, S. (2021). Depression mediates the relationship between fatigue and mental health-related quality of life in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 47. doi: 10.1016/j.msard.2020.102620
- Franciotti, R., DelliPizzi, S., Russo, M., Carrarini, C., Carrozzino, D., Perfetti, B., Onofri, M. & Bonanni, L. (2019). Somatic symptoms disorders in Parkinson's disease are related to default mode and salience network dysfunction. *NeuroImage: Clinical*, 23. doi: 10.1016/j.nicl.2019.101932
- GammelgaardDamsbo, A., Kraglund, K., NørmølleButtenschøn, H., Paaske Johnsen, S., Andersen, G. & Kaergaard Mortensen, J. (2020). Predictors for wellbeing and characteristics of mental health after stroke. *Journal of Affective Disorders*, 264, 358-364. doi: 10.1016/j.jad.2019.12.032
- Goldman, J., Fredericks, D., Trotter, J., Heywood, C., Ryan, A., Block, S., Rattana, S., Shim, A. & Larsen, N. (2018). MH4 - Examining Parkinson's Disease Psychosis Treatment Outcomes in the Real World: The Insyte Observational Study. *Value in Health*, 21, (1), S2. doi: 10.1016/j.jval.2018.04.077
- Goldstein, B., Kemp, D., Soczynska, J. & McIntyre, R. (2009). Inflammation and the phenomenology, pathophysiology, comorbidity, and treatment of bipolar disorder: a systematic review of the literature. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70, (8), 1078-1090. doi: 10.4088/JCP.08r04505
- Hertenstein, E., Bernd, F., Gmeiner, T., Kienzler, C., Spiegelhalter, K., Johann, A. & Jansson-Fröjlm, M. (2019). Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 43, 96-105. doi: 10.1016/j.smr.2018.10.006
- Hitch, D., Taylor, M. & Pepin, M. (2015). Occupational therapy with people with depression: Using nominal group technique to collate clinician opinion. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 22, (3), 216-225. doi: 10.3109/11038128.2015.1004366

- Hofmann. (2019). Living life to its fullest: Managing chronic pain with occupational therapy. Retrieved November 6, 2020 from <https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy/Professionals/HW/Articles/Chronic-Pain.aspx>
- Horvath, J., Herrmann, F.R., Burkhard, P.R., Bouras, C. & Kövari, E. (2013). Neuropathology of dementia in a large cohort of patients with Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, 19, (10), 864-868. doi: 10.1016/j.parkreldis.2013.05.010
- IASP council. (2019). IASP's Proposed New Definition of Pain Released for Comment. Retrieved November 15, 2020 from <https://www.iasp-pain.org/PublicationsNews/NewsDetail.aspx?ItemNumber=9218>
- Imran, M.Y., Saira Khan, E.A., Ahmad, N.M., Farman Raja, S., Saeed, M.A., & Ijaz Haider, I. (2015). Depression in Rheumatoid Arthritis and its relation to disease activity. *Pakistan journal of medical sciences*, 31, (2), 393–397. doi:10.12669/pjms.312.6589
- Joshi, G. & Wilens, T. (2009). Comorbidity in Pediatric Bipolar Disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 18, (2), 291-319. doi: 10.1016/j.chc.2008.12.005
- Kang, HJ., Kim, SY., Bae, KY., Kim, SW., Shin, IS., Yoon, JS. & Kim, JM. (2015). Comorbidity of depression with physical disorders: research and clinical implications. *Chonnam Medical Journal*, 51, (1), 8-18. doi: 10.4068/cmj.2015.51.1.8
- Katz, N. & Keren, N. (2011). Effectiveness of occupational goal intervention for clients with schizophrenia. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 287-296. doi: 10.5014/ajot.2011.001347
- Kendler, K., Gardner, C., Fiske, A. & Gatz, M. (2009). Major depression and coronary artery disease in the Swedish twin registry phenotypic, genetic, and environmental

- sources of comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*, 66, (8), 857-863. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.94
- Kessler, R. (2001). Comorbidity. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2389-2393. doi: 10.1016/B0-08-043076-7/01287-0
- Khawaja, I.S., Westermeyer, J.J., Gajwani, P. & Feinstein, R. (2009). Depression and coronary artery disease: The association, mechanisms, and therapeutic implications. *Psychiatry mmc*, 6, (1), 38–51. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.gov/pmc/articles/PMC2719442/>
- Klykylo, W. (2002). Comorbidity. *Encyclopedia of Psychotherapy*, Academic Press, 475-479. doi: 10.1016/B0-12-343010-0/00053-2
- Krasny-Pacini, A., Chevignard, M. & Evans, J. (2014). Goal management training for rehabilitation of executive functions: a systematic review of effectiveness in patients with acquired brain injury. *Disability and Rehabilitation*, 36, (2), 105-116. doi: 10.3109/09638288.2013.777807
- Lagueux, E., Dépelteau, A. & Masse, J. (2018). Occupational therapy's unique contribution to chronic pain management: A scoping review. *Pain Research and Management*, 2018. doi: 10.1155/2018/5378451
- Livermore, N., Sharpe, L. & McKenzie, D. (2010). Panic attacks and panic disorder in chronic obstructive pulmonary disease: A cognitive behavioral perspective. *Respiratory Medicine*, 104, (9), 1246-1253. doi: 10.1016/j.rmed.2010.04.011
- Lorefice, L., Fenu, G., Carta, E., Frau, J., Coghe, G., Contu, F., Barracciu, M.A., Carta, M.G. & Cocco, E. (2020). Bipolar disorders and deep grey matter in multiple sclerosis: A preliminary quantitative MRI study. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 46. doi: 10.1016/j.msard.2020.102564
- Mann, W. L., & Lane, J. P. (Eds.). (1991). *Assistive technology for persons with disabilities. The role of occupational therapy*. Rockville, MD: AOTA.

- Marras, C., Beck, J.C., Bower, J.H., Roberts, E., Ritz, B., Ross, G.W., Abbott, R.D., Savica, R., Van Den Eeden, S.K., Willis, A.W., Tanner CM & on behalf of the Parkinson's Foundation P4 Group (2018). Prevalence of Parkinson's disease across North America. *Npj Parkinson's disease*, 4. doi: 10.1038/s41531-018-0058-0
- Margaretten, M., Julian, L., Katz, P. & Yelin, E. (2011). Depression in patients with rheumatoid arthritis: description, causes and mechanisms. *International Clinical Rheumatology Journal*, 6, (6), 617-623. doi: 10.2217/IJR.11.6
- McGurk, S., Mueser, K., DeRosa, T. & Wolfe, R. (2009). Work, recovery, and comorbidity in schizophrenia: a randomized controlled trial of cognitive remediation. *Schizophrenia Bulletin*, 35, (2), 319–335. doi:10.1093/schbul/sbn182
- Miguel-Hidalgo, J.J, Waltzera, R., Whittom, A., Austin, M., Rajkowska, G. & Stockmeier, C. (2010). Glial and glutamatergic markers in depression, alcoholism, and their comorbidity. *Journal of Affective Disorders*, 127, (1-3), 230-240. doi: 10.1016/j.jad.2010.06.003
- Moustafa, A., Moazzami, M., Engel, L., Bangert, E., Hassanein, M., Marzouk, S., Kravtsenyuk, M., Fung, W., Eder, L., Su, J., Wither, J. & Touma, Z. (2020). Prevalence and metric of depression and anxiety in systemic lupus erythematosus: A systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 50, (1), 84-94. doi: 10.1016/j.semarthrit.2019.06.017
- Mulligan, C. & Bronstein, J.M. (2020). Wilson Disease: An Overview and Approach to Management. *Neurologic Clinics*, 38, (2), 417-432. doi: 10.1016/j.ncl.2020.01.005
- Na, KS., Cho, SE. & Cho, SJ. (2021). Machine learning-based discrimination of panic disorder from other anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 278, 1-4. doi: 10.1016/j.jad.2020.09.027
- Nugent, A., Hancock, N. & Honey, A. (2017). Developing and sustaining recovery-orientation in mental health practice: Experiences of occupational therapists. *Occupational Therapy International*, 2017. doi: 10.1155/2017/5190901

- Pal Singh Balhara, Y. (2011). Diabetes and psychiatric disorders. *Indian Journal of Endocrinology and Metabolism*, 15, (4), 274–283. doi: 10.4103/2230-8210.85579
- Pergolotti, M., Cutchin, M., Weinberger, M. & Meyer, AM. (2014). Occupational therapy use by older adults with cancer. *The American journal of occupational therapy*, 68, (5), 597-607. doi: 10.5014/ajot.2014.011791
- Pergolotti, M., Williams, G.R., Campbell, C., Munoz, L.A & Mussb, H.B. (2016). Occupational therapy for adults with cancer: Why it matters. *Oncologist*, 21, (3), 314–319. doi: 10.1634/theoncologist.2015-0335
- Polatajko, H. J., Mandich, A., & Martini, R. (2000). Dynamic Performance Analysis: A framework for understanding occupational performance. *American Journal of Occupational Therapy*, 54, (1), 65–72. Retrieved from <https://pdfs.semanticscholar.org/06a2/8707fea0edeeb8057974415727461c285a95.pdf>
- Pumar, M., Gray, C., Walsh, J., Yang, I., Rolls, T. & Ward, D. (2014). Anxiety and depression—Important psychological comorbidities of COPD. *Journal of Thoracic Disease*, 6, (11), 1615–1631. doi: 10.3978/j.issn.2072-1439.2014.09.28
- Raucher-Chéné, D., Charrel, CL., Doe de Maindreville, A. & Limosin, F. (2008). Manic episode with psychotic symptoms in a patient with Parkinson's disease treated by subthalamic nucleus stimulation: Improvement on switching the target. *Journal of the Neurological Sciences*, 273, (1–2), 116-117. doi: 10.1016/j.jns.2008.05.022
- Reed, L. K. (1991). *Quick Reference to Occupational Therapy*. Maryland, Aspen.
- Reilimo, M., Kaila-Kangas, L., Shiri, R., Laurola, M. & Miranda, H. (2020). The effect of pain management group on chronic pain and pain related co-morbidities and symptoms. A stepped-wedge cluster randomized controlled trial. A study protocol. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 19. doi: 10.1016/j.conctc.2020.100603

- Rektorova, I. (2019). Current treatment of behavioral and cognitive symptoms of Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, 59, 65-73. doi: 10.1016/j.parkreldis.2019.02.042
- Robinson, D., Luthra, M. & Vallis, M. (2013). Diabetes and Mental Health. *Canadian Journal of Diabetes*, 37, (1), S87-S92. doi: 10.1016/j.cjcd.2013.01.026
- Schizophrenia. (2020). Retrieved October 20, 2020 from https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml#part_145426
- Schmidt, P., Diaz, A., Cubillos, F., Wiener, P., Metz, S., Romero, N.K., Andersson, C., Andes, S., Fredericks, D. & Shim, A. (2018). Pmh46 - a national comprehensive survey study of parkinson's disease psychosis patients and caregivers regarding time to parkinson's disease psychosis diagnosis and treatment initiation. *Value in Health*, 21, (3). S282. doi: 10.1016/j.jval.2018.09.1681
- Schoepf, D., Uppal, H., Potluri, R. & Heun, R. (2014). Physical comorbidity and its relevance on mortality in schizophrenia: a naturalistic 12-year follow-up in general hospital admissions. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 264, 3-28. doi: 10.1007/s00406-013-0436-x
- Shadloo, B., Amin-Esmaeili, M., Motevalian, A., Mohraz, M., Sedaghat, A., Gouya, M.M. & Rahimi-Movaghar, A. (2018). Psychiatric disorders among people living with HIV/AIDS in IRAN: Prevalence, severity, service utilization and unmet mental health needs. *Journal of Psychosomatic Research*, 110, 24-31. doi: 10.1016/j.jpsychores.2018.04.012
- Sharpe, M., Walker, J., Hansen, CH., Martin, P., Symeonides, S., Gourley, C., Wall, L., Weller, D. & Murray, G. (2014). Integrated collaborative care for comorbid major depression in patients with cancer (SMaRT Oncology-2): a multicentre randomised controlled effectiveness trial. *The Lancet*, 384, (9948), 1099-1108. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61231-9

- Singh, K., Morse, AM., Tkachenko, N. &Kothare, S. (2016). Sleep disorders associated with traumatic brain injury-A Review. *Pediatric Neurology*, 60, 30-36. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2016.02.013
- Sturkenboom, I., Graff, M., Hendriks, J., Veenhuizen, Y., Munneke, M., Bloem, B. &Nijhuis-van der Sanden, M. (2014). Efficacy of occupational therapy for patients with Parkinson's disease: a randomised controlled trial. *The Lancet Neurology*, 13, (6), 557-566. doi: 10.1016/S1474-4422(14)70055-9
- Thoma, P. & Daum, I. (2013). Comorbid substance use disorder in schizophrenia: a selective overview of neurobiological and cognitive underpinnings. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67, (6), 367-383. doi: 10.1111/pcn.12072
- Tsiligianni, I., Kosmas, E., Van der Molen, T. &Tzanakis, N. (2013). Managing Comorbidity in COPD: A Difficult Task. *Current Drug Targets*, 14, (2), 158-176. Retrieved from <https://www.ingentaconnect.com/contentone/ben/cdt/2013/00000014/00000002/art00004# expand/ collapse>
- Tysnes, OB. &Storstein, A. (2017). Epidemiology of Parkinson's disease. *Journal of Neural Transmission* volume, 124, (8), 901-905. doi: 10.1007/s00702-017-1686-y
- Urits, I., Gress, K., Charipova, K., Zamarripa, A., Patel, P., Lassiter, G., Jung, JW., Kaye, A. &Viswanath, O. (2020). Pharmacological options for the treatment of chronic migraine pain. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 34, (3), 383-407. doi: 10.1016/j.bpa.2020.08.002
- Vallerand, I., Patten, SB. &Barnabe, C. (2019). Depression and the risk of rheumatoid arthritis. *Current Opinion in Rheumatology*, 31, (3), 279-284. doi: 10.1097/BOR.0000000000000597
- Vizzotto, A., Buchain, P., Netto, J. &Elkis, H. (2015). Psychosocial Intervention in Schizophrenia..Söderback I. *International Handbook of Occupational Therapy Interventions*. Springer, Cham.

- Wang, S.M., Yeo, B., Hwang, S., Lee, H.K., Kweon, Y.S., Lee, C.T., Chae, J.H. & Lee, K.U. (2013). Threat-induced autonomic dysregulation in panic disorder evidenced by heart rate variability measures. *General Hospital Psychiatry*, 35, (5), 497-501. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2013.06.001
- Wallin, M., Culpepper, W., Nichols, E., Bhutta, Z., Gebrehiwot, T.T., Hay, S., Khalil, I., Krohn, K., Liang, X., Naghavi, M., Mokdad, A., Nixon, M., Reiner, R., Sartorius, B., Smith, M., Topor-Madry, R., Werdecker, A., Vos, T., Feigin, V. & Murray, C. (2019). Global, regional, and national burden of multiple sclerosis 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, 18, (3), 269-285. doi: 10.1016/S1474-4422(18)30443-5
- Weber, N., Cowan, D., Millikan, A. & Niebuhr, D. (2015). Psychiatric and general medical conditions comorbid with schizophrenia in the national hospital discharge survey. *Psychiatric services*, 60, (8), 1059-1067. doi: 10.1176/ps.2009.60.8.1059
- What is HIV. (2020). Retrieved November 10, 2020 from <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/about-hiv-and-aids/what-are-hiv-and-aids>
- Wiat, L., Luauté, J., Stefan, A., Plantier, D. & Hamonet, J. (2016). Non pharmacological treatments for psychological and behavioural disorders following traumatic brain injury (TBI). A systematic literature review and expert opinion leading to recommendations. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 59, (1), 31-41. doi: 10.1016/j.rehab.2015.12.001
- Willgoss, T. & Yohannes, A. (2013). Anxiety disorders in patients with COPD: A systematic review. *Respiratory Care*, 58, (5), 858-866. doi:10.4187/respcare.01862
- Wolfe, F. & Michaud, K. (2009). Predicting depression in rheumatoid arthritis: The signal importance of pain extent and fatigue, and comorbidity. *Arthritis Care & Research*, 61, (5), 667-673. doi: 10.1002/art.24428
- World Federation of occupational therapy. (2012). About occupational therapy. Retrieved December 3 from <https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy>

Zimbrea, P., Rubman, S., Maciejewski, K., Coskun, Nalamada, K., Camarata, M., Tomlin, R., Patel, A., To, U., Ala, A., Gonzalez-Peralta, R., Deng, Y. & Schilsky, M. (2020). 257 - Bipolar disorder in patients with Wilson disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 133. doi: 10.1016/j.jpsychores.2020.110055

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΙ

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΨΥΧΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΚΑΤΑ ICD-10

ICD-10: ΝΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Κωδικός	Τίτλος
F00-F09	Οργανικές (+ συμπτωματικές) διαταραχές συμπεριφοράς
F10-F19	Διαταραχές που οφείλονται στη χρήση ψυχοδραστικών ουσιών
F20-F29	Σχιζοφρένεια, σχιζότυπες και παραληρητικές διαταραχές
F30-F39	Συναισθηματικές διαταραχές
F40-F48	Νευρωτικές, σωματόμορφες και αγχώδεις διαταραχές
F50-F59	Σύνδρομα συμπεριφοράς που σχετίζονται με φυσιολογικές διαταραχές και φυσικούς παράγοντες
F60-F69	Διαταραχές προσωπικότητας και συμπεριφοράς στον ενήλικα
F70-F79	Νοητική υστέρηση
F80-F89	Διαταραχές φυσιολογικής ανάπτυξης
F90-F98	Συναισθηματικές διαταραχές και διαταραχές της συμπεριφοράς έναρξη συνήθως στην παιδική και εφηβική ηλικία
F99	Διάφορες νοητικές