

## ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΨΥΧΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

ΘΩΜΑΣ ΥΦΑΝΤΗΣ

ΕΙΣΗΓΗΣΗ ΣΤΟ ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΜΕ ΘΕΜΑ

«ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΕ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ»

2<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΤΡΙΗΜΕΡΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

ΝΑΥΠΛΙΟ 31/10-2/11/2003

Μου πήρε πολύ χρόνο και πολλή σκέψη μέχρι να ξεκινήσω να κρατώ κάποιες σημειώσεις για τη σημερινή μου εισήγηση. Κάθε στιγμή που πήγαινα να ξεκινήσω ένιωθα να δυσκολεύομαι ιδιαίτερα. Κοιτούσα και ξανακοιτούσα τον τίτλο και κάθε φορά ένα νέο ερώτημα ερχόταν στη σκέψη μου, σχετικά με το θέμα που θα μιλούσα:

«Συννοσηρότητα Ψυχικών και Σωματικών Διαταραχών».

Απέδωσα καταρχάς την δυσκολία μου αυτή στους πολλούς τρόπους με τους οποίους μπορεί να εννοήσει κανείς αυτή τη «Συννοσηρότητα».

### Slide

Μπορεί, λοιπόν, κανείς να εννοήσει την «Συννοσηρότητα»:

- είτε ως **συνύπαρξη δύο νόσων** στον ίδιο ασθενή
- είτε ως συνύπαρξη δύο καταστάσεων που έχουν μεταξύ τους κάποια **αιτιολογική συνάφεια με παθοφυσιολογική βάση** (όπως στην περίπτωση της επίδρασης του Stress στην λειτουργία των διαφόρων συστημάτων),
- είτε ως συνύπαρξη καταστάσεων που έχουν μεταξύ τους κάποια αιτιολογική σχέση **σε επίπεδο αλληλεπίδρασης** (όπως όταν μιλάμε για τις ψυχολογικές και ψυχιατρικές συνέπειες που έχει μια σωματική νόσος),
- είτε ως συνύπαρξη που επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα την πορεία και την πρόγνωση της κάθε νόσου.

Και πάλι, σε κάθε ανάλογη υποδιαίρεση, θα μπορούσε κανείς ακόμη παραπέρα να εννοεί διαφορετικά πράγματα λέγοντας «Συννοσηρότητα».

Για παράδειγμα, στην περίπτωση της «συνύπαρξης δύο νόσων», το θέμα δεν εξαντλείται εκεί, αλλά μπορεί να επεκταθεί στον «**τρόπο**» με τον οποίο αυτές συνυπάρχουν.

### Slide

Μπορεί τώρα να μιλάμε για Ψυχιατρικές Διαταραχές που **προϋπήρχαν** της νόσου, για Ψυχιατρικές Διαταραχές που **συνυπάρχουν ή ακολουθούν** τη νόσο ή για Ψυχιατρικές και Ψυχολογικές καταστάσεις που με τον ένα ή τον άλλο τρόπο **παρεμβαίνουν** στην εμφάνιση, την πορεία ή την πρόγνωση της νόσου.

Και πάλι, όμως, το θέμα του «τι εννοούμε όταν λέμε +Συννοσηρότητα+» δεν φαίνεται να διευκρινίζεται ικανοποιητικά. Τα διδακτικά εγχειρίδια και τα Textbooks στα οποία ανέτρεξα, λίγη βοήθεια πραγματικά προσέφεραν.

#### **Slide**

Συναντά εκεί κανείς κεφάλαια αφιερωμένα στην κλασσική έννοια της ψυχοσωματικής ή στις σωματοποιητικές διαταραχές, κεφάλαια σχετικά με την επιστημονική μελέτη της αλληλεπίδραση μεταξύ βιολογικών και ψυχοκοινωνικών μεταβλητών, κεφάλαια που διερευνούν την έννοια της κλινικής και ερευνητικής προσέγγισης της σχέσης μεταξύ ιατρικής και ψυχιατρικής ή κεφάλαια που εξετάζουν «Ψυχολογικούς Παράγοντες που Επηρεάζουν μια Ιατρική Κατάσταση».

Σαν η δυσκολία που ένοιωθα στην αρχή **να μην ήταν μόνον δική μου**. Και τα βιβλία, φαίνεται, **δεν είχαν μια ξεκάθαρη άποψη** για το θέμα της συννοσηρότητας. Μιλάνε, βέβαια, πολύ σοβαρά, για όλα αυτά τα θέματα, όμως και πάλι διαβάζοντάς τα δεν μου ήταν καθαρό για ποιο πράγμα θα μιλούσα.

Σκέφτηκα να εγκαταλείψω προς το παρόν την προσπάθεια να διευκρινίσω το θέμα και να προχωρήσω με μερικά ενδεικτικά στοιχεία από την υπάρχουσα βιβλιογραφία που μελετά την, με οποιονδήποτε τρόπο, **σύνδεση των ψυχιατρικών και σωματικών διαταραχών**.

#### **Slide**

Δυο πολύ πρόσφατες μελέτες, που βασίστηκαν συνολικά σε δείγμα μεγαλύτερο των 30.000 ασθενών που νοσηλευόταν σε κλινικές Γενικού Νοσοκομείου για κάποιο σωματικό πρόβλημα, έδειξαν πως **πάνω από ένας στους τρεις** ασθενείς παρουσίαζε κάποιο σοβαρό ψυχιατρικό πρόβλημα, για το οποίο απαιτήθηκε η συμβουλή ειδικού ψυχιάτρου.

<b>Οργανικές Ψυχικές Διαταραχές</b>	<b>15 %</b>
<b>Διαταραχές λόγω Χρήσης Ψυχοτρόπων Ουσιών</b>	<b>14 %</b>
<b>Σχιζοφρενικές, Σχιζότυπες και Παραληρητικές Διαταραχές</b>	<b>1 %</b>
<b>Διαταραχές της Διάθεσης</b>	<b>9 %</b>
<b>Νευρωτικές και Σωματοποιητικές Διαταραχές</b>	<b>12 %</b>
<b>Διαταραχές Προσωπικότητας</b>	<b>2 %</b>
<b>Διανοητική Καθυστέρηση, Διαταραχές της Ανάπτυξης</b>	<b>2 %</b>
<b>Σύνολο</b>	<b>36 %</b>

Και μόνον αυτή η διαπίστωση, αναδεικνύει την έκταση της εμπλοκής της Ψυχιατρικής στην αντιμετώπιση των σωματικών νόσων.

#### **Slide**

Ένας στους τρεις ασθενείς που νοσηλεύεται στο Νοσοκομείο, χρειάζεται την συμβουλή του Ψυχιάτρου.

Μια άλλη διάσταση, που έμμεσα μας δίνει ένα μέτρο για την ανάγκη τουλάχιστον του «συν-υπολογισμού» της ψυχολογικής διάστασης της σωματικής νόσου, είναι οι **δείκτες αυτοκτονίας** σε σωματικά πάσχοντες ασθενείς.

#### **Slide**

Μια πολύ πρόσφατη μελέτη στην Αμερική, που μελέτησε ένα δείγμα 8000 σωματικά ασθενών, κατέληξε στο συμπέρασμα πως ο αριθμός των σωματικών ασθενειών από τις οποίες πάσχει κανείς είναι ευθέως ανάλογος με τον κίνδυνο αυτοκτονίας, ενώ πολλές ασθένειες, μεταξύ αυτών οι ασθένειες των πνευμόνων και το έλκος, συνοδεύονται από κατά 2 φορές αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας, ενώ οι ασθενείς που πάσχουν από AIDS έχουν 44 φορές περισσότερες πιθανότητες να προβούν σε μια απόπειρα αυτοκτονίας.

#### **Slide**

Σε ανάλογα αποτελέσματα καταλήξαμε κι εμείς, σε μια μελέτη που κάναμε με τη συνεργασία του Γαστρεντερολογικού Τμήματος του Γενικού Νοσοκομείου της Νίκαιας. Μελετήσαμε τον δείκτη αυτοκτονίας σε ένα δείγμα 600 ασθενών με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Εντερική Νόσο, και βρήκαμε πως, στο δείγμα αυτό, οι επιτυχημένες απόπειρες αυτοκτονίας ήταν **10 φορές περισσότερες** από τις αναμενόμενες για τον συγκεκριμένο πληθυσμό, εάν δεν ήταν άρρωστοι.

Πολλές μελέτες έχουν προσπαθήσει να διερευνήσουν εάν κάποιες σωματικές νόσοι θα μπορούσαν να συσχετισθούν με κάποια συγκεκριμένη ψυχοπαθολογία, εάν δηλαδή υπάρχει κάποια **αιτιολογική συνάφεια**, πιθανότατα και με κάποια **παθοφυσιολογική βάση**, μεταξύ σωματικής και ψυχιατρικής διαταραχής. Το θέμα διερευνάται με πολλούς τρόπους και συνδυασμούς, είτε σε επίπεδο της παθοφυσιολογικής μελέτης της επίδρασης του Στρές και της Κατάθλιψης στα διάφορα συστήματα, κυρίως στο Μεταβολικό και Ανοσολογικό, είτε σε καθαρά φαινομενολογικό επίπεδο.

Κλασικές, για παράδειγμα, είναι οι μελέτες που διερευνούν την σχέση μεταξύ **ισχαιμικής καρδιοπάθειας και ψυχοπαθολογίας**.

### Slide

Μια πρόσφατη ανασκόπηση του 2000 δείχνει πως όλες οι μελέτες που έχουν γίνει μέχρι τώρα καταλήγουν πως **τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν ισχαιμική καρδιοπάθεια από 1,4 έως και 8,5 φορές περισσότερο από όσους δεν παρουσιάζουν κατάθλιψη**, και αυτό, ανεξάρτητα από το αν υπάρχουν ή όχι και άλλοι προδιαθεσικοί παράγοντες.

### Slide

Το ίδιο ισχύει και για την περίπτωση του άγχους. Όσοι παρουσίαζαν αυξημένες τιμές άγχους στις διάφορες μετρήσεις και εκτιμήσεις της ψυχοπαθολογίας, είχαν **από 1,2 έως και 5,7 φορές περισσότερες πιθανότητες** να παρουσιάσουν ισχαιμική καρδιοπάθεια.

### Slide

Σε καθαρά φαινομενολογικό επίπεδο, μερικές δικές μας μελέτες έδειξαν πως οι ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Εντερική Νόσο παρουσιάζουν αρκετά υψηλότερες τιμές στις ψυχοπαθολογικές κλίμακες της Ψυχαναγκαστικότητας-Καταναγκαστικότητας, του Άγχους και της Εχθρότητας/Επιθετικότητας, σε σχέση με μια ομάδα χρονίως πασχόντων από Σακχαρώδη Διαβήτη ασθενών.

### Slide

Άλλη, πολύ πρόσφατη πιλοτική μελέτη μας, που γίνεται με τη συνεργασία της Ρευματολογικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, έδειξε πως οι ασθενείς με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα που μόλις έχει διαγνωστεί, δείχνουν να παρουσιάζουν ένα ψυχοπαθολογικό προφίλ περισσότερο οργανωμένο γύρω από την κατάθλιψη και την Ψυχαναγκαστική/Καταναγκαστική Διαταραχή.

Υπήρξαν, επίσης, σαφείς ενδείξεις πως 2 με 3 χρόνια πριν την εκδήλωση της νόσου είχε προηγηθεί κάποιο **ιδιαίτερα σοβαρό ψυχοτραυματικό γεγονός**, κυρίως του τύπου της απώλειας ή του αποχωρισμού από μια γονική μορφή, θέμα που τονίζει τον **ρόλο του stress στην εκδήλωση κάποιας νόσου**, ιδιαίτερα όταν μιλάμε για νόσο του Ανοσολογικού συστήματος.

### Slide

Βέβαια, και η **απουσία σύνδεσης μίας νόσου με την ψυχοπαθολογία**, έχει κι αυτή τη θέση της στην έρευνα. Έτσι, μια μελέτη που κάναμε σε συνεργασία με το Ενδοκρινολογικό Τμήμα του Πανεπιστημίου Πατρών έδειξε απουσία οποιασδήποτε συσχέτισης της ψυχοπαθολογίας με τον Υπογοναδισμό, όταν μελετήσαμε ασθενείς που πάσχουν από ανεπάρκεια GnRH, δηλαδή του παράγοντα έκλυσης των γοναδοτροφινών.

Φυσικά, η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ σωματικών και ψυχιατρικών διαταραχών, δεν σταματά στην μελέτη της, αιτιολογικής ή όχι, συνεισφοράς της ψυχοπαθολογίας στην εκδήλωση της νόσου. Μάλιστα, πολλές φορές, η μελέτη **και άλλων χαρακτηριστικών**, όπως μερικά επιμέρους **χαρακτηριστικά της προσωπικότητας**, ίσως φωτίζουν περισσότερο την περιοχή, και, πάντως, συνεισφέρουν σίγουρα περισσότερο στην βαθύτερη κατανόηση του ασθενούς, γενικά, ως μιας ενιαίας οντότητας.

#### **Slide**

Θα χρησιμοποιήσω και πάλι το παράδειγμα της ισχαιμικής καρδιοπάθειας. Είναι πολύ μεγάλος ο αριθμός των μελετών που συμπεραίνει πως ο **έντονος θυμός**, η εχθρότητα και η επιθετικότητα, ως εσωτερικοί συντελεστές και όχι ως επιθετική συμπεριφορά, **ανεβάζει τον κίνδυνο εμφάνισης ισχαιμικής καρδιοπάθειας από 1,7 έως και 5 φορές**.

Το σημαντικότερο, όμως, εδώ, είναι πως οι συγγραφείς επισημαίνουν ότι, μέχρι την δημοσίευση αυτής της ανασκόπησης, από όλες τις μεταβλητές που ελέγχθηκαν, **μόνον η μεταβλητή «Θυμός» παρέμενε ισχυρή** αναφορικά με την επίπτωση που είχε στον **κίνδυνο θανάτου από ισχαιμία**, κριτήριο που δεν ίσχυε για καμία άλλη σχετική με την ψυχοπαθολογία μεταβλητή.

#### **Slide**

Στην μελέτη μας σχετικά με την Φλεγμονώδη Εντερική Νόσο, στην οποία αναφέρθηκα πριν, βρήκαμε πως το να καταφεύγει κανείς σε ανώριμους μηχανισμούς άμυνας, όπως είναι η Σχιζοειδής Φαντασίωση, στην προσπάθειά του να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες της πραγματικότητας και της νόσου, **αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο υποτροπής της νόσου**.

Επιπλέον, η υιοθέτηση ενός ώριμου προσαρμοστικού αμυντικού προφίλ, όπως η αντιμετώπιση των καταστάσεων με κάποια δόση χιούμορ ή η δυνατότητα να προβλέπει κανείς τις συνέπειες των πράξεών του και να οργανώνει με βάση αυτό την προσαρμογή του, φαίνεται να οδηγεί σε **μειωμένη ανάγκη χειρουργικής αντιμετώπισης της νόσου**, πιθανόν λόγω καλύτερης συμμόρφωσης του ασθενούς στις ιατρικές οδηγίες.

Αντίθετα, η προσφυγή σε ανώριμες άμυνες του τύπου της προβολής, δηλαδή της απόδοσης των δικών μας ευθυνών στους άλλους, **αυξάνει τις πιθανότητες χειρουργικής αντιμετώπισης της νόσου έως και 3 φορές**, πιθανότατα λόγω της καχύποπτης στάσης και της έλλειψης εμπιστοσύνης που δείχνουν οι ασθενείς αυτοί στους θεράποντες ιατρούς τους.

Διαπιστώνει εύκολα κανείς την **δυναμική σχέση** που αναπτύσσεται μεταξύ χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και διαφόρων εκφάνσεων της νόσου.

#### Slide

Η πιλοτική μας μελέτη στην Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, δίνει κάποιες ενδείξεις παρουσίας ενός έντονου στοιχείου Θυμού/Εχθρότητας στους ασθενείς αυτούς, Επιθετικότητας, κυρίως Εξωστρεφόμενης και με έντονα στοιχεία «Ετεροκριτικά», δηλαδή με μια τάση να κριτικάρουν ευκολότερα τους άλλους από τον εαυτό τους.

#### Slide

Επιπλέον, οι ίδιοι ασθενείς δείχνουν να έχουν ένα «Αυτοθυσιαζόμενο» αλλά, τελικά, όπως ειπώθηκε, αρκετά επιθετικό αμυντικό προφίλ,

#### Slide

Ενώ όταν στρεσάρονται φαίνεται να αντιδρούν με Σωματοποίηση, να αποσύρονται, ή να καταφεύγουν σε Ψευδο-αλτρουιστικές συμπεριφορές.

Το αν αυτά τα χαρακτηριστικά παρεμβαίνουν ή σχετίζονται με την έναρξη, την πορεία ή την πρόγνωση της Ρευματοειδούς Αρθρίτιδας, είναι υπό διερεύνηση ερωτήματα της έρευνας που είναι σε εξέλιξη. Επισημαίνω, εδώ, ότι τα στοιχεία αυτά είναι **ενδεικτικά**, προέρχονται από πιλοτική μελέτη και θα πρέπει να είναι κανείς ιδιαίτερα επιφυλακτικός στην ερμηνεία τους. Η παράθεσή τους εδώ, σήμερα, σκοπό έχει να δείξει το εύρος και την συνθετότητα του θέματος «Συννοσηρότητα Ψυχικών και Σωματικών Διαταραχών».

Μια άλλη σημαντική παράμετρος η οποία σαφέστατα επηρεάζεται από τον ψυχικό παράγοντα και η οποία έχει άμεση και καθοριστική σχέση με την πορεία και την πρόγνωση μιας νόσου, είναι η παράμετρος της Συμμόρφωσης στη Θεραπεία, ή της Δέσμευσης στην Θεραπεία και στις απαιτήσεις της.

#### Slide

Μελετώντας τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας σε ένα δείγμα 72 ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη, διαπιστώσαμε πως ένα μεγάλο ποσοστό, της τάξης περίπου του **30%**, άφησε να περάσει ένα πολύ μεγάλο διάστημα από τη στιγμή που τέθηκε η διάγνωση του Διαβήτη μέχρι τη στιγμή που ξεκίνησαν μια συστηματική ιατρική παρακολούθηση και θεραπεία.

Η καθυστέρηση αυτή ήταν της τάξης από **2 έως και 23 έτη, με μέσο όρο τα 10 χρόνια**. Όλοι αντιλαμβανόμαστε τη σημασία της παραμέλησης της θεραπείας σε έναν Διαβητικό ασθενή.

### Slide

Μελετήσαμε, λοιπόν τους παράγοντες που πιθανόν σχετίζονται με αυτήν την παραμέληση. Βρήκαμε πως η **κατάθλιψη**, η **προβλητική/παραληρηματική επιθετικότητα** και οι μηχανισμοί άμυνας της **προβολής** και της **σχιζοειδούς φαντασίωσης**, ήταν στοιχεία που απομάκρυναν τον διαβητικό ασθενή από τον γιατρό και από την τόσο αναγκαία για την πάθησή του στενή ιατρική παρακολούθηση.

### Slide

Αντίθετα, οι διαβητικοί ασθενείς που είχαν την ικανότητα **να προβλέπουν** τις συνέπειες των επιλογών τους, εκείνοι που κατέφευγαν **στην σωματοποίηση** και εκείνοι που δεν είχαν **καθόλου παρανοειδείς σκέψεις**, αναλάμβαναν με μεγαλύτερη δέσμευση την συστηματική τους παρακολούθηση και συν-ακόλουθα την σωστή συμμόρφωση στην προτεινόμενη θεραπευτική αγωγή.

### Slide

Και αυτά τα συμπεράσματα, ήταν ανεξάρτητα από το γενικότερο προφίλ προσωπικότητας των Διαβητικών του δείγματός μας, προφίλ το οποίο φαίνεται ούτως ή άλλως να έχει και αυτό μια τάση προς τον «**Ψευδοαλτρουισμό**», αλλά, και κυρίως, να χρησιμοποιεί περισσότερο από ό,τι άλλοι χρονίως πάσχοντες την «**Άρνηση**» ως έναν από τους βασικούς του μηχανισμούς άμυνας, κάτι ιδιαίτερα επικίνδυνο για την αντιμετώπιση μιας χρόνιας και απαιτητικής σε επίπεδο αυτο-φροντίδας νόσου.

### Slide

Τέλος, θα ήταν ελλιπής αυτή η ενδεικτική αναφορά στις όψεις αυτές της λεγόμενης «**συν-νοσηρότητας**», αν δεν συμπεριλάμβανε και μια ψυχοδυναμική οπτική, σχετικά με την ψυχική αντανάκλαση και τις διεργασίες του ψυχισμού που κινητοποιεί στον άνθρωπο κάθε σωματική πάθηση.

1. Κάθε σωματική νόσος αποτελεί για το άτομο μια **απειλή**. Γι αυτό και η πρώτη αντίδραση είναι μια **αγωνία για την έκβαση** της πάθησης και την **αναπηρία** που πιθανόν να αφήσει. Η **εικόνα του σωματικού εγώ** ανήκει στις βασικές εκείνες έννοιες που πάνω τους στηρίζεται η αυτοεκτίμηση του ατόμου. Κάθε γεγονός μειωτικό αυτής της εικόνας **θεωρείται επικίνδυνο**, και σαν τέτοιο γεγονός εκλαμβάνεται κάθε νόσος, με επακόλουθο την ανάδυση έντονου άγχους, που φτάνει μερικές φορές τα όρια του πανικού ή ακόμη και ενός οξέος καταθλιπτικού ή και ψυχωτικού επεισοδίου.

2. Η **παλινδρόμηση**, είναι μια κατάσταση που προκαλεί η αρρώστια από τη φύση της, εφόσον μειώνει τις σωματικές αλλά κάποτε και τις διανοητικές ικανότητες του ατόμου. Κάθε αρρώστια αφήνει ένα αίσθημα αδυναμίας στο άτομο να ανταπεξέλθει, κι έτσι πολλοί **οπισθοδρομούν ψυχικά και συμπεριφέρονται σαν μικρά παιδιά**. Ο τρόπος που κάθε ασθενής θα αντιδράσει εξαρτάται τόσο από την φύση της νόσου, την χρονιότητά της, και, κυρίως, από την προσωπικότητα του ασθενούς.
3. Ο κίνδυνος **αποχωρισμού**, εξ αιτίας μιάς αρρώστιας, από στηρίγματα της ζωής, όπως η επαγγελματική ικανοποίηση, η οικονομική άνεση, οι φίλοι, δημιουργεί συχνά έντονη ανασφάλεια και άγχος.
4. Ένας άλλος μεγάλος φόβος, που συνήθως συνοδεύει τα άγχη αποχωρισμού, είναι **ο φόβος των ξένων**. Το άτομο αποκόβεται από το περιβάλλον του και βρίσκεται εκτεθειμένο σε ξένους ανθρώπους, γιατρούς, νοσηλευτές, άλλο προσωπικό του νοσοκομείου, και υποβάλλεται συνήθως σε μια σειρά εξετάσεων που συχνά βιώνονται με έναν απειλητικό τρόπο.

Θα μπορούσε να πει κανείς, τέλος, πως συχνά η επέλευση μιας νόσου, ιδιαίτερα μιάς σοβαρής νόσου, κινητοποιεί τους ψυχικούς μηχανισμούς με τρόπους που μοιάζουν με τους τρόπους **αντίδρασης σε ένα πένθος**. Έτσι, έχουμε κι εδώ μια πρώτη αντίδραση **θυμού και οργής** απέναντι στην ματαιώση που νοιώθει κανείς όταν αρρωσταίνει, συχνά ακολουθούν αντιδράσεις **άρνησης της νόσου ή και προβολής της οργής προς τους άλλους**, με την πάροδο του χρόνου αρχίζει κανείς να **διαπραγματεύεται τη νόσο**, τις συνέπειές της και τους τρόπους αντιμετώπισής της, και τέλος κάποια στιγμή επέρχεται η **αποδοχή της κατάστασης** και η ωριμότερη πλέον στάση της διερεύνησης του καλύτερου τρόπου αντιμετώπισής της.

Κλείνοντας αυτή τη σύντομη διαδρομή, διαπιστώνω και πάλι πως δεν έχω δώσει σαφή απάντηση στο θέμα «τι εννοούμε όταν λέμε συν-νοσηρότητα». Και καθώς ξεφυλλίζω και πάλι τα βιβλία μου, το βλέμμα μου πέφτει σε έναν τίτλο κεφαλαίου ενός από τα περισσότερο γνωστά διδακτικά εγχειρίδια:

### **Slide**

**«Medical Conditions Associated with Psychiatric Disorders».**

«Ιατρικές Καταστάσεις που Σχετίζονται με Ψυχιατρικές Διαταραχές».

Εδώ τα πράγματα αρχίζουν να ξεκαθαρίζουν.



Σύμφωνα, λοιπόν, με το Textbook, **οι Ψυχιατρικές Διαταραχές είναι κάτι διαφορετικό από τις Ιατρικές Καταστάσεις**. Σύμφωνα με αυτό, άλλο πράγμα η «Ιατρική Κατάσταση», άλλη η «Ψυχιατρική Διαταραχή».

Τώρα, αρχίζει να μου γίνεται πιο καθαρό πως εκείνο που με δυσκόλευε πριν δεν ήταν άλλο από **αυτόν ακριβώς τον διαχωρισμό μεταξύ Σωματικού και Ψυχικού**. Ουσιαστικά, δηλαδή η λέξη «**Συν**», της «Συν-νοσηρότητας». Μια λέξη που «**αθροίζει**» ουσιαστικά δυο διαφορετικά πράγματα. Είδαμε, όμως, σε πόσο μεγάλη σύγχυση μας έφερε αυτή η εννόηση, ότι «**Άλλο το Σώμα**», «**Άλλο η Ψυχή**».

Και είναι φυσικό, καθόσον η ανθρώπινη φύση ούτε κατακερματίζεται ούτε και αποτελεί «ένα άθροισμα» επιμέρους πραγμάτων και καταστάσεων, αλλά μια ολότητα, ένα «ολόκληρο», «**ΕΝΑ** πράγμα».

Είναι όμως ίδιον της σημερινής εποχής, και συνακόλουθα της σημερινής ιατρικής, να αντιλαμβάνεται την πραγματικότητα ως διχασμένη, και την ενότητα των πραγμάτων ως «ένα άθροισμα αντιθέτων». «Άθροισμα» που μόνον σύγχυση και «πληθωρισμό πληροφορίας» μπορεί να φέρει. Όπως γλαφυρά το φέρνει σε λόγο ο Κωστής Παπαγιώργης σε ένα δοκίμιό του για τον Martin Heidegger: «Το στόμα είναι μπουκωμένο άπειρες λέξεις γι' αυτό δεν μπορεί να μιλήσει, η καρδιά μιμείται όλα τα συναισθήματα αλλά δεν ξέρει το τίμημα μιάς απλής προσήλωσης, ο νούς εκμαυλίζεται μέσα στον κομπασμό της εύκολης γνώσης»

Όμως, ο ασθενής είναι «ΕΝ». «Σώμα/Ψυχή». Όχι «Σώμα» ΚΑΙ «Ψυχή». Δεν νοσεί «ξεχωριστά το σώμα», «ξεχωριστά η ψυχή». Νοσεί ο άνθρωπος. Δεν πρόκειται απλώς για ένα άθροισμα νόσων. Αλλά για τον **άνθρωπο που νοσεί**. Μόνον τότε και ο Ιατρός μπορεί καθαρότερα και απελευθερωμένος από την αγωνία της «αιτιότητας» και του ελέγχου να σταθεί ως Ιατρός, βλέποντας (και όχι πλέον αντιμετωπίζοντας) τον ασθενή ως «Νοσούντα» και όχι ως «Νόσο».

### **Slide**

Βασική θέση της Ιπποκρατικής ιατρικής ήταν πως:

**«φύσις (δε) του σώματος αρχή του εν ιητρική λόγου»**

Η ίδια η **φύσις**, δηλαδή, του σώματος, είναι η αρχή του λόγου της Ιατρικής. Το κύριο ενδιαφέρον του Ιπποκράτειου ιατρού δεν ήταν στραμμένο προς τη νόσο, αλλά προς τον ίδιο τον νοσούντα. Τον ενδιέφερε ο ασθενής ως ολότητα, παρά η βλάβη του μέρους. Έτσι, η θεραπεία που εφάρμοζε ήταν συνεπής με τη θεμελιώδη προσέγγισή του. Ήταν θεραπεία **ενός ατόμου** και **όχι μιάς νόσου**, στόχευε δε στην ίαση ολόκληρου του ασθενούς, όχι μόνον ενός μέρους του.

Κάθε πόλωση μεταξύ των διαφόρων συστημάτων είναι τεχνητή, γιατί τουλάχιστον, όπως ο αείμνηστος Μάριος Μαρκίδης επισημαίνει, «κάθε μοντέλο αναπτύσσεται σε διαφορετική τάξη κανονικότητας, που δεν αλληλο-αποκλείονται, αλλά και δεν υπερκαλύπτουν η μία την άλλη. Η εμπειρία μας βεβαιώνει πως **υπάρχουν κανόνες στο παιχνίδι**, πλέγματα που **συνυφαίνονται** με άλλα πλέγματα, **σχέσεις** και **συσχετίσεις**, που μόνον η ερμηνευτική σύμβαση (και μόνον αυτή) τους δίνει τον χαρακτήρα της αιτίας και του αποτελέσματος». Το ότι, όμως, καμία αιτία δεν είναι ξεκάθαρη και ότι ο δρόμος των «ευθύγραμμων» σχέσεων αιτίου-αποτελέσματος είναι ολισθηρός, **δεν σημαίνει ότι παύει κάθε είδους αναζήτησης, ότι δεν υπάρχει «ένας λόγος», «μια αιτία», ή, ακόμη παραπέρα, μια «πρώτη αιτία», μια «πρώτη αρχή»**. Και θυμόμαστε στο σημείο αυτό τα λόγια του Wittgenstein:

#### **Slide**

**«Είναι τόσο δύσκολο να βρώ την αρχή.  
Ή καλύτερα: Είναι δύσκολο ν` αρχίσω απ` την αρχή.  
Και να μην προσπαθήσω να πάω παραπίσω».**

Ευχαριστώ



**ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ  
ΨΥΧΙΚΩΝ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ**

---

**ΘΩΜΑΣ ΥΦΑΝΤΗΣ  
ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ**

# «ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ»

---

- Συνύπαρξη δυο νόσων στον ίδιο ασθενή.
  - Αιτιολογική συνάφεια με παθοφυσιολογική βάση.
    - Stress και σωματική νόσος
  - Αιτιολογική σχέση σε επίπεδο αλληλεπίδρασης.
    - Ψυχικές συνέπειες της Σωματικής Νόσου
  - Σχέση του Ψυχικού Παράγοντα με την Πρόγνωση.
-

## «Συν-νοσηρότητα / Συνύπαρξη δυο νόσων»

---

- Ψυχιατρικές Διαταραχές που προϋπήρχαν μιας νόσου
  - Ψυχιατρικές Διαταραχές που συνυπάρχουν ή ακολουθούν μια νόσο
  - Ψυχιατρικές και Ψυχολογικές καταστάσεις που με τον ένα ή τον άλλο τρόπο παρεμβαίνουν στην εμφάνιση, την πορεία ή την πρόγνωση μιας νόσου
-

## « Συν-νοσηρότητα »

---

«Ψυχοσωματική»

«Σωματοποιητικές Διαταραχές»

Αλληλεπίδραση μεταξύ βιολογικών και ψυχοκοινωνικών μεταβλητών

Κλινική και ερευνητική προσέγγιση της σχέσης μεταξύ ιατρικής και ψυχιατρικής

«Ψυχολογικοί Παράγοντες που Επηρεάζουν μια Ιατρική Κατάσταση» (DSM-IV)

---

# Οι Ψυχιατρικές Διαταραχές στο Γενικό Νοσοκομείο

Διαγνωστική Κατηγορία	Συχνότητα
Οργανικές Ψυχικές Διαταραχές	15 %
Διαταραχές λόγω Χρήσης Ψυχοτρόπων Ουσιών	14 %
Σχιζοφρενικές, Σχιζότυπες και Παραληρητικές Διαταραχές	1 %
Διαταραχές της Διάθεσης	9 %
Νευρωτικές και Σωματοποιητικές Διαταραχές	12 %
Διαταραχές Προσωπικότητας	2 %
Διανοητική Καθυστέρηση, Διαταραχές της Ανάπτυξης	2 %
<b>Σύνολο</b>	<b>36 %</b>

(Huyse et al, 1996; Herzog et al, 2000 - 30.000 Συμβουλευτικά)

---

*Περισσότεροι από ένας στους τρεις ασθενείς που νοσηλεύονται στο Γενικό Νοσοκομείο χρειάζονται την συμβουλή του Ψυχιάτρου.*

---



# ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΑ

Ασθένειες των Πνευμόνων (1.8)

Έλκος (Odds ratio 1.8)

AIDS (44.1)

Ο αριθμός των σωματικών ασθενειών συνδέεται γραμμικά με τον κίνδυνο αυτοκτονίας

Table 1  
Odds ratios (95% CI) showing association between physical disorders and suicide attempt among adults in the community

Physical disorder	No suicide attempt <i>N</i> = 5,581	Suicide attempt <sup>a</sup> <i>N</i> = 290	Suicide attempt <sup>b</sup> <i>N</i> = 290
Lung disease	1.0	2.6* (1.8, 3.8)	1.8* (1.1, 2.7)
Arthritis	1.0	2.0* (1.4, 2.9)	1.8 (0.9, 3.6)
Hypertension	1.0	2.6* (1.5, 4.6)	1.2 (0.7, 1.8)
Diabetes	1.0	1.1 (0.7, 1.6)	0.8 (0.3, 1.7)
Heart attack	1.0	2.9* (1.1, 7.5)	1.9 (0.8, 4.6)
Kidney problems	1.0	2.9* (1.4, 6.1)	1.6 (0.6, 3.9)
Stroke	1.0	2.6 (0.5, 14.8)	3.5 (0.3, 46.2)
Ulcer	1.0	3.2* (2.0, 5.2)	2.1* (1.3, 3.4)
AIDS	1.0	133.9* (15.8, 1133.1)	44.1* (10.5, 185.6)
Hernia	1.0	10.4* (4.0, 27.4)	3.2 (0.99, 10.6)
Autoimmune disease	1.0	2.7* (1.2, 6.3)	2.0 (0.8, 4.9)
Stomach problems	1.0	2.6* (1.5, 4.6)	1.2 (0.7, 2.0)

<sup>a</sup> Adjusted for age, gender, race, marital status, education, and income.

<sup>b</sup> Adjusted for age, gender, race, marital status, education, income, major depression, alcohol and substance dependence, non-affective psychosis, social phobia, specific phobia, panic attacks, antisocial personality disorder, panic attack, bipolar disorder, and generalized anxiety disorder.

\*  $p < 0.05$

(Goodwin et al, *Social Science & Medicine* 56 (2003) 1783-1788)

**Table 1.** Suicide as an Outcome in Patients With IBD

Author	Year	Disease	Total No. of Patients	No. of Patients Who Committed Suicide	Follow-Up (yr)	Percentage
Robison <i>et al.</i> (9)	1980	IBD	261	1	5	0.38
Prior <i>et al.</i> (10)	1981	CD	513	3	1–35	0.58
Jarvinen and Luukkonen (11)	1993	UC and FAP	201	1	1	0.50
Kollmorgen <i>et al.</i> (12)	1996	IAPA in UC and FAP	1603	2	1–10	0.12
Belliveau <i>et al.</i> (13)	1999	IAPA in UC and FAP	239	3	1	1.25
Triantafillidis <i>et al.</i> (present cohort)	2002	UC and CD	568	2	11	0.35
Total	1980–2002		3385	12	1–35	0.35%

CD = Crohn's disease; FAP = familial adenomatosis polyposis; IAPA = ileoanal-pouch anastomosis; UC = ulcerative colitis.

10-fold higher than expected

Triantafillidis JK, Hyphantis T, Cheracakis P, Antoniou K and Sklavaina M:  
Suicide as an outcome in patients with inflammatory bowel disease  
*American Journal of Gastroenterology* (2002), 97(4): 1066-1068

# Ψυχοπαθολογία και σωματική νόσος

Αιτιολογική συνάφεια με καρδιοπνευμονολογική παθολογία

Κατάθλιψη

Ισχαιμική  
Καρδιοπάθεια

OR: 1.4 - 8.5

Table 3  
Depression as a prospective univariate risk factor for ischemic heart disease

	Measure	N	Sample	Outcome	Univariate risk ratio
Anda et al. [117]	GWBS-H	2832	Healthy	Fatal CHD/nonfatal	2.6/2.5
	GWBS-DA			Fatal CHD/nonfatal	1.4/1.6
Carney et al. [118]	DIS-MDD	52	CAD	Fatal CHD	3.17
Ford et al. [119]	Clin Dep	1190	Male medical students	CHD/fatal CHD	1.79/2.42
Frasure-Smith et al. [120]	DIS-MDD	222	Post-MI	Fatal CHD	5.74
Frasure-Smith et al. [38]	DIS-MDD	222	Post-MI	Fatal CHD	3.13
	BDI				8.50
Ladwig et al. [121]	Interview	560	Post-MI	Fatal CHD	8.11
Ladwig et al. [122]	Interview	377	Post-MI	Angina/continued smoking	3.12/2.63
Pratt et al. [123]	DIS-MDD	1551	Healthy	MI	4.54
	DID-D				2.07
Barefoot et al. [124]	ZRDS	1250	CAD	Fatal CHD	1.69
Hallstrom et al. [125]	HDRS	795	Healthy women	Angina	5.18
Simonsick et al. [126]	DIS-D	3461	Elderly hypertensives	CVA	2.5
Everson et al. [127]	Hopelessness	2428	Healthy men	MI	2.39
Barefoot et al. [128]	MMPI-OBDD	730	Healthy	MI	1.71
Frasure-Smith et al. [129]	BDI	896	Post-MI	CV death	2.17
Everson et al. [130]	Interview	6676	Healthy	CVA death	1.66

BDI, Beck Depression Inventory; Clin Dep, interview determined DSM depression; DIS-D, Diagnostic Interview Schedule—Dysphoria; DIS-MDD, Diagnostic Interview Schedule—Major Depressive Disorder; GWBS-H, General Well-Being Scale—Hopelessness; GWBS-DA, General Well-Being Scale—Depressed Affect; HDRS, Hamilton Depression Rating Scale; Hopelessness, two-item Hopelessness Scale; Interview, standardized interview; MMPI-OBDD, MMPI Obvious Depression Scale; ZDRS, Zung Depression Rating Scale; CAD, coronary artery disease; CHD, coronary heart disease; MI, myocardial infarction; CVA, cardiovascular.

# Ψυχοπαθολογία και σωματική νόσος

OR: 1.17 - 5.73

Άγχος

Ισχαιμική  
Καρδιοπάθεια

Table 4  
Anxiety as a prospective univariate risk factor for ischemic heart disease

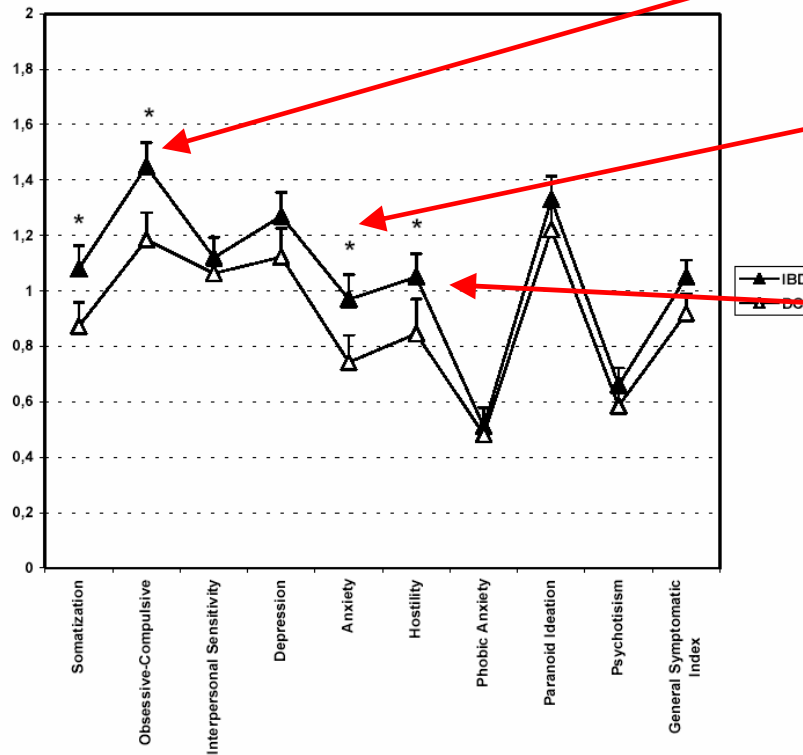
	Measure	N	Sample	Outcome	Univariate risk ratio
Haines et al. [131]	CCPAI	1342	Healthy	Fatal CHD	3.77
Kawachi et al. [132]	CCPAI	60,676	Healthy male professionals	Fatal CHD	3.74
Kawachi et al. [133]	CMI	2280	Healthy males	Fatal CHD/SCD	3.20/5.73
Weissman et al. [134]	DIS	3838	Community sample	MI/CVA	1.17/2.52
Moser and Dracup [135]	BSI	86	Post-MI	In-hospital complications	3.27
Kubzansky et al. [136]	WS	1758	Healthy	Nonfatal MI	3.46
Rosengren et al. [137]	TIA	1758	Healthy men	MI/death	1.66

BSI, Brief Symptom Inventory; CCPAI, Crown-Crisp Phobic Anxiety Index; CMI, Cornell Medical Index; DIS, Diagnostic Interview Schedule; TIA, Tension, Irritability, Anxiety scale; WS, Worry Scale; CHD, coronary heart disease; MI, myocardial infarction, CVA, cardiovascular.

*M. W. Ketterer et al. / Journal of Psychosomatic Research 48 (2000) 357-36*

# Συνύπαρξη δυο νόσων στον ίδιο ασθενή - Αλληλεπίδραση Σωματικού και Ψυχικού παράγοντα

Figure 1. Mean values ( $\pm$ SE) on SCL-90-R scales of Inflammatory Bowel Disease patients (IBD) and Disease-controls (DC). (\*:  $p < 0.05$ , Independent-Samples t-test)

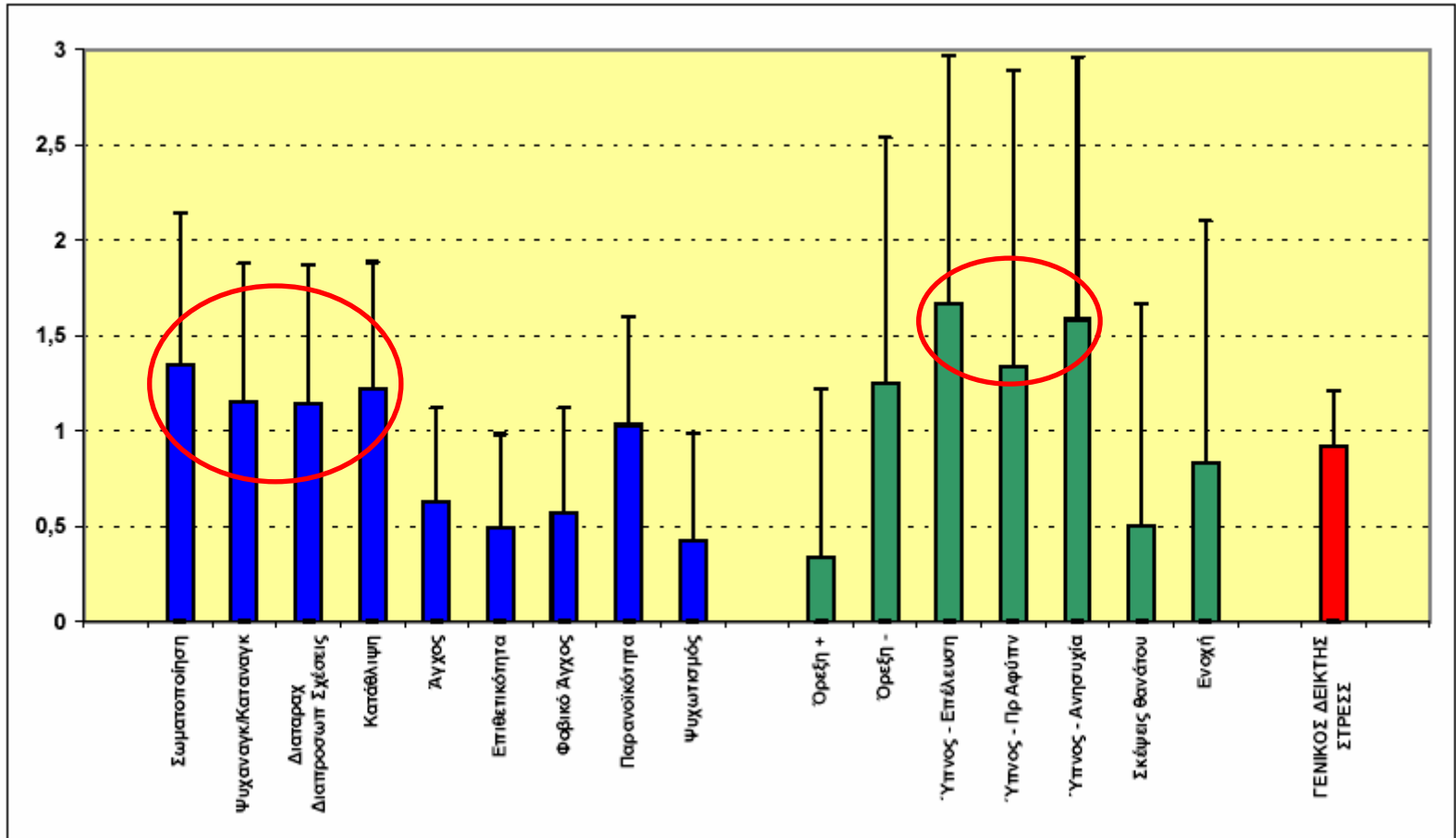


O/C

Άγχος

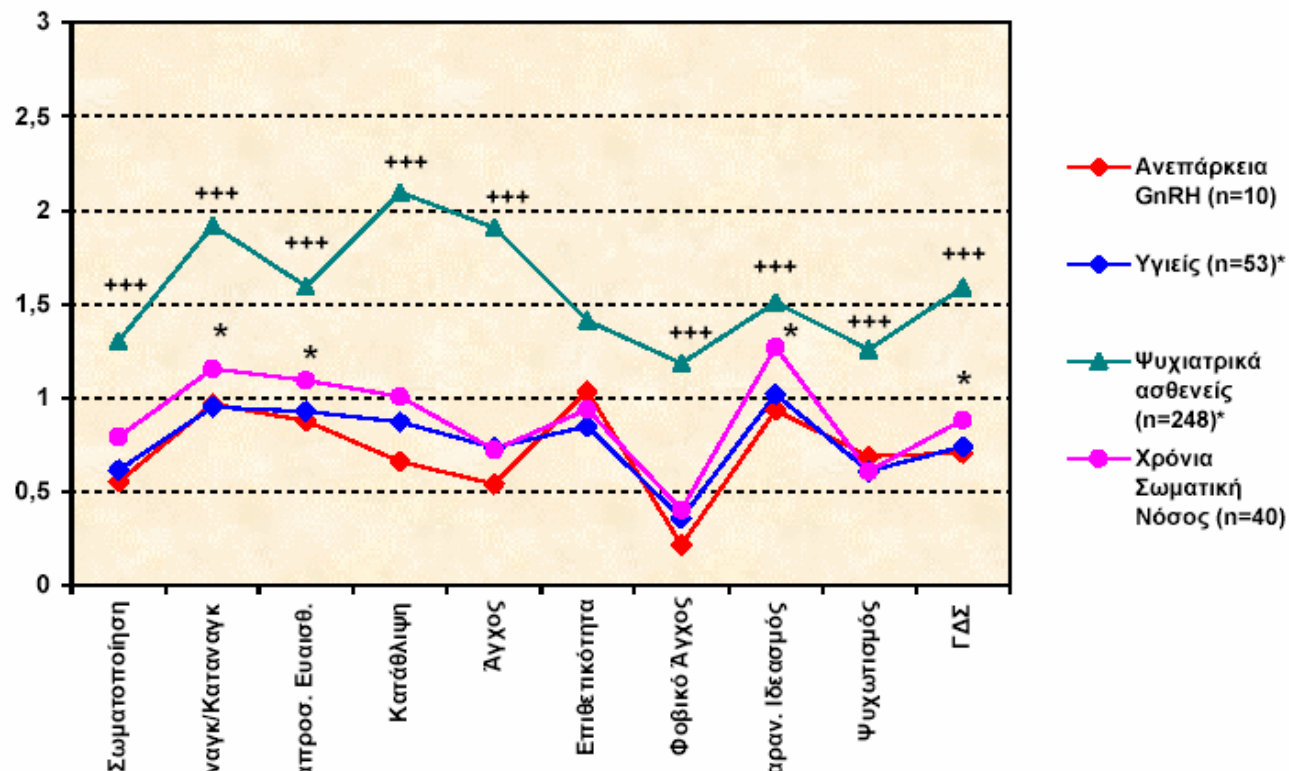
Εχθρότητα

Συνύπαρξη δυο νόσων στον ίδιο ασθενή -  
Αλληλεπίδραση Σωματικού και Ψυχικού παράγοντα



(Ρευματοειδής Αρθρίτις πρόσφατης έναρξης - Pilot Study)

Συνύπαρξη δυο νόσων στον ίδιο ασθενή -  
Αλληλεπίδραση Σωματικού και Ψυχικού παράγοντα



Ανεπ. GnRH vs Υγιείς =NS  
 Ανεπ. GnRH vs Ψυχιατρ. Ασθενείς = +++ p<0.001  
 Ανεπ. GnRH vs Ασθενείς με Χρόνια Νόσο = NS  
 Ασθ. Με Χρόνια Νόσο vs Υγιείς = \* p<0.05

# Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και σωματική νόσος

Θυμός - Επιθετικότητα

Ισχαιμική Καρδιοπάθεια

OR: 1.7 - 5.0

Table 2  
Anger as a prospective univariate risk factor for ischemic heart disease<sup>a</sup>

	Measure	N	Sample	Outcome	Univariate risk ratio
Barefoot et al. [107]	CMHS	255	Healthy physicians	Fatal CHD/MI	5.0
Dembroski et al. [108]	SI-PoHo	3110	Healthy men/younger subgroup	CHD death/MI	1.7/2.4
Kawachi et al. [109]	MMPI-2	1305	Healthy men	CHD	3.07
Shekelle et al. [110]	CMHS	1877	Healthy men	Fatal CHD/MI	1.76
Goodman et al. [111]	SI-PoHo	41	Symptomatic CAD	Restenosis	2.5
Koskenvuo et al. [112]	Self-rating	3790	Hypertensives with IHD	CV death	2.72
Mittleman et al. [113]	Interview	1623	Pre-MI	Nonfatal MI	2.3
Julkanen et al. [114]	CynDis	119	Carotid disease	Atherosclerotic progression	2.0
Everson et al. [115]	CynDis	2125	Healthy men	CV mortality	2.7
Gallacher et al. [116]	Supp Ang	2890	Healthy men	CHD	1.71
Ketterer et al. [37]	Den Ang	122	Men with CAD	Death	4.4

CMHS, Cook-Medley Hostility Scale (from MMPI); CynDis, Cynical Distrust subscale of the CMHS; MMPI-2, Minnesota Multiphasic Personality Inventory (second edition); SI-PoHo, Structured Interview score of Potential for Hostility; Supp Ang, Suppressed Anger subscale of the Framingham Questionnaire; Den Ang, Denial of Anger (spouse self-ratings) on the Ketterer Stress Symptom Frequency Checklist; CAD, coronary artery disease; CHD, coronary heart disease; MI, myocardial infarction; CV, cardiovascular.

<sup>a</sup> As of the publication of this study, only Anger has crossed the "gold standard" threshold of an RACC trial demonstrating a reduction in MI/death as a result of treatment [83,84].



# Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Νόσος του Εντέρου

Table 5. Personality factors associated with Inflammatory Bowel Disease facets.

Disease Activity	Odds ratio (95% Conf. Int.)	Sign.
DSQ Autistic Fantasy	0.821 (0.688 – 0.980)	p<0.029
Former Surgical Operation	Odds ratio (95% Conf. Int.)	Sign.
DSQ Adaptive style	0.861 (0.781 – 0.949)	p<0.002
DSQ Projection defense mechanism	2.076 (1.088 – 3.960)	p<0.027

Note: Logistic regression analysis with dependent variables the "Disease Activity" (Inactive=0, Active=1) and the "Former Surgical Operation" (patients who had not previously undergone a surgery operation=0, patients who had previously undergone such an operation for treatment of IBD=1) and independent variables the psychopathology, hostility, defense styles and ego mechanisms of defense scales, adjusted for age, sex and educational level. Only statistically significant results are shown. The regression equations correctly classified 69.1% and 83.1% of the cases respectively.

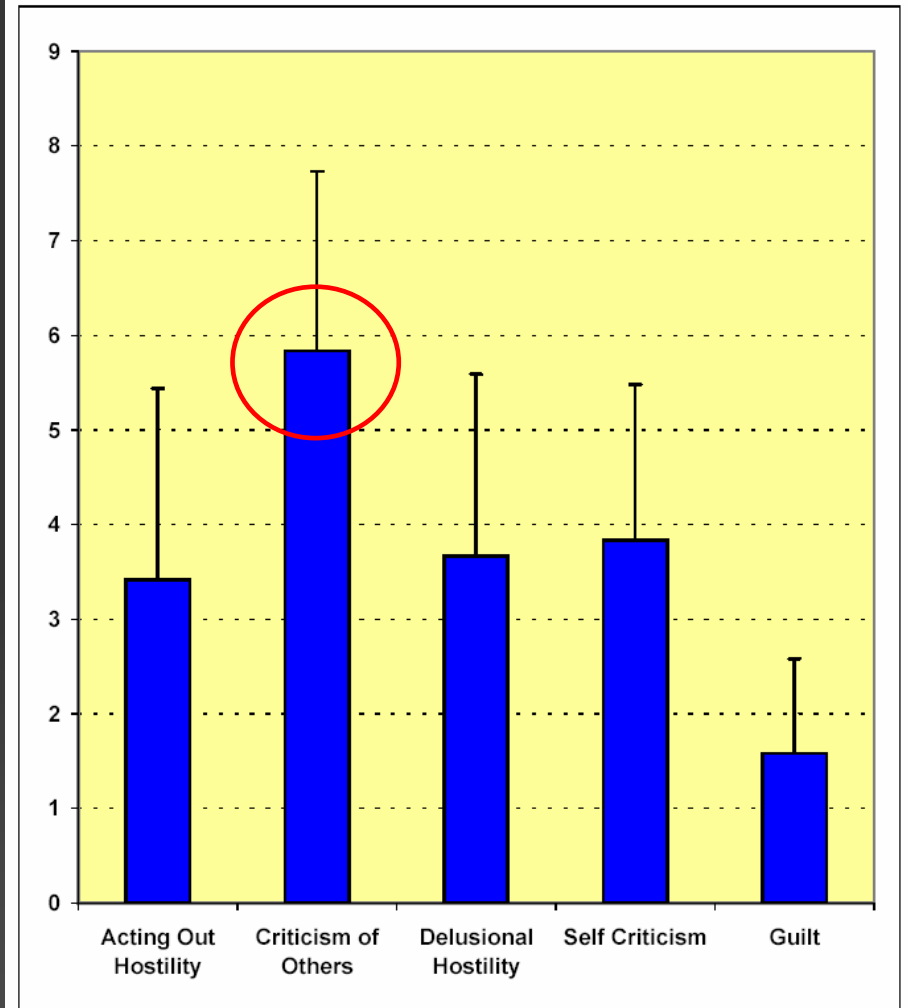
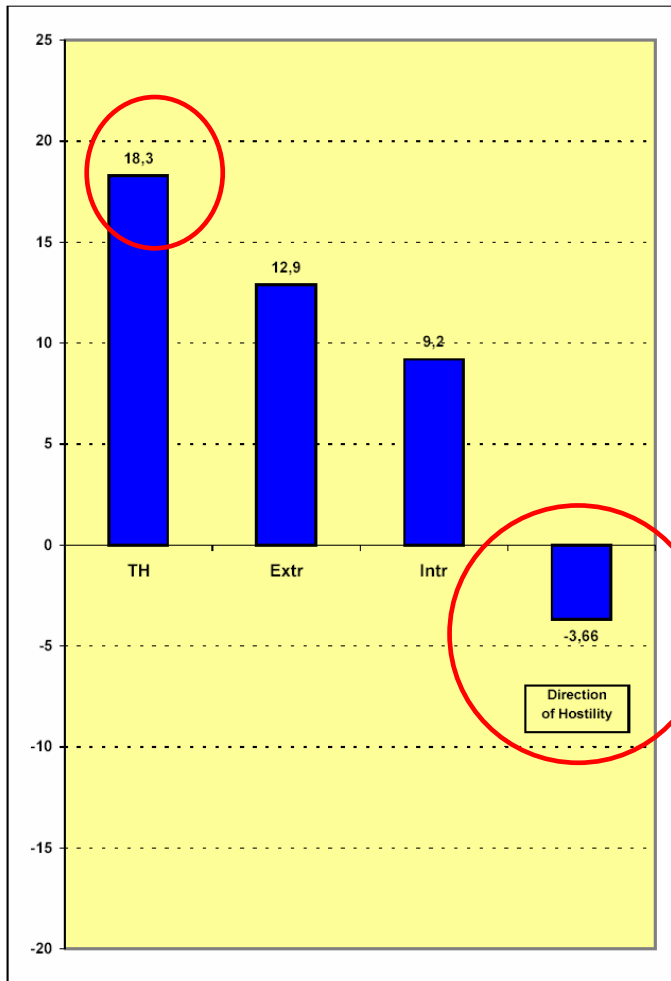
Ενεργότητα  
Νόσου

ΑΥΤΙΣΤΙΚΗ  
ΦΑΝΤΑΣΙΩΣΗ  
OR: 0.69-0.98

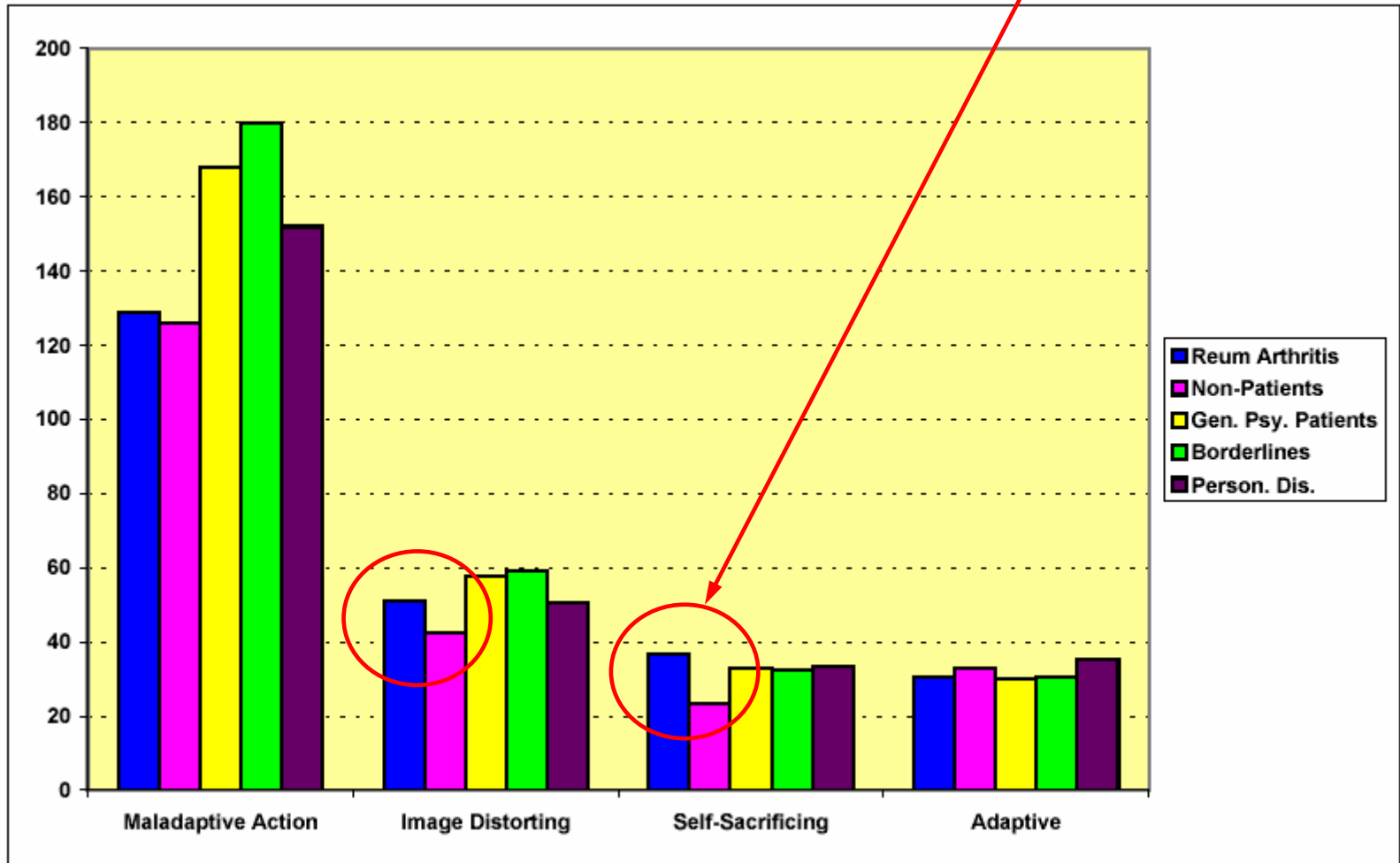
Χειρουργικές  
Επεμβάσεις

Adaptive Style  
OR: 0.78-0.94

Προβολή  
OR: 1.01-3.96

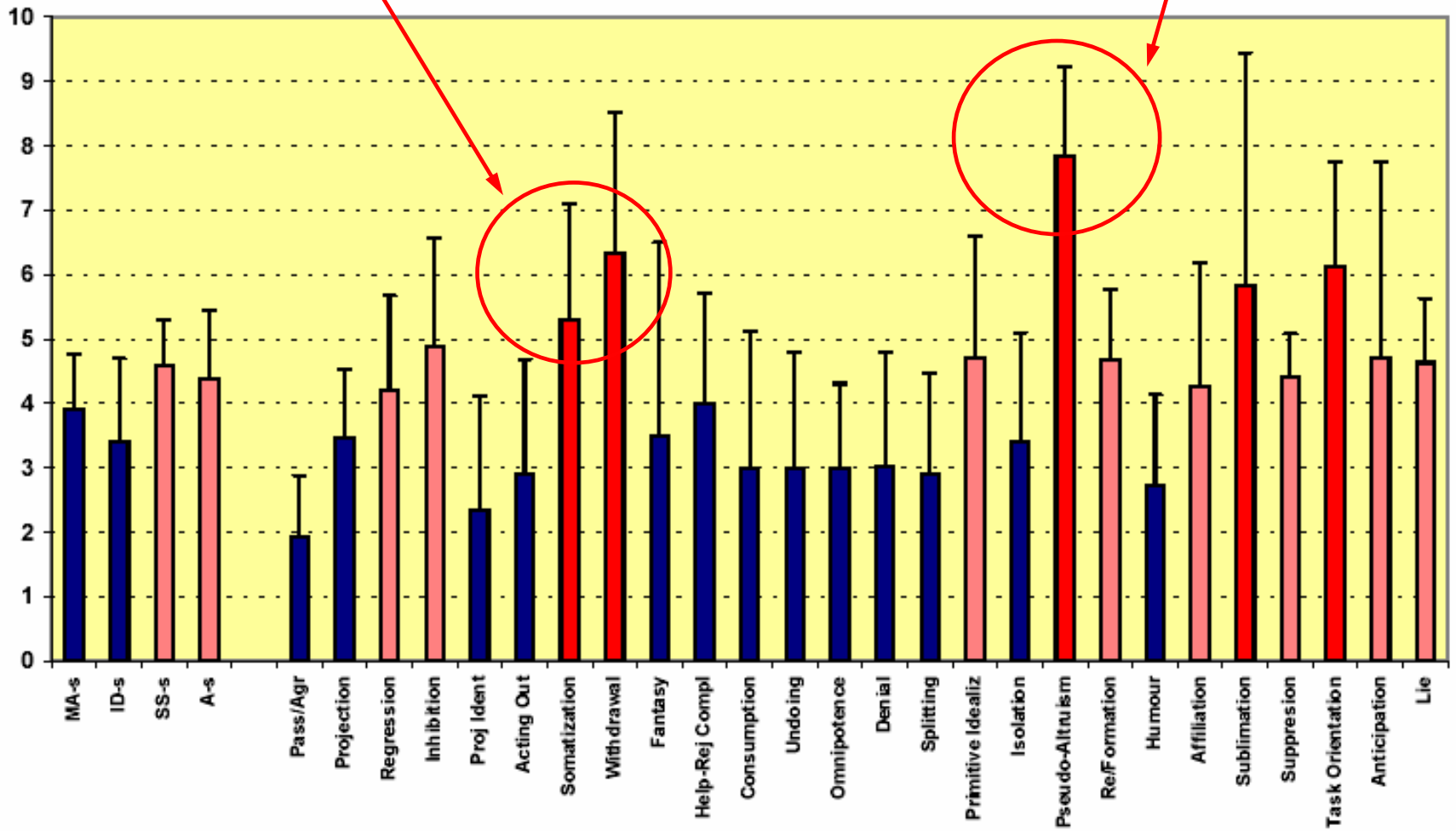


(Ρευματοειδής Αρθρίτις πρόσφατης έναρξης - Pilot Study)



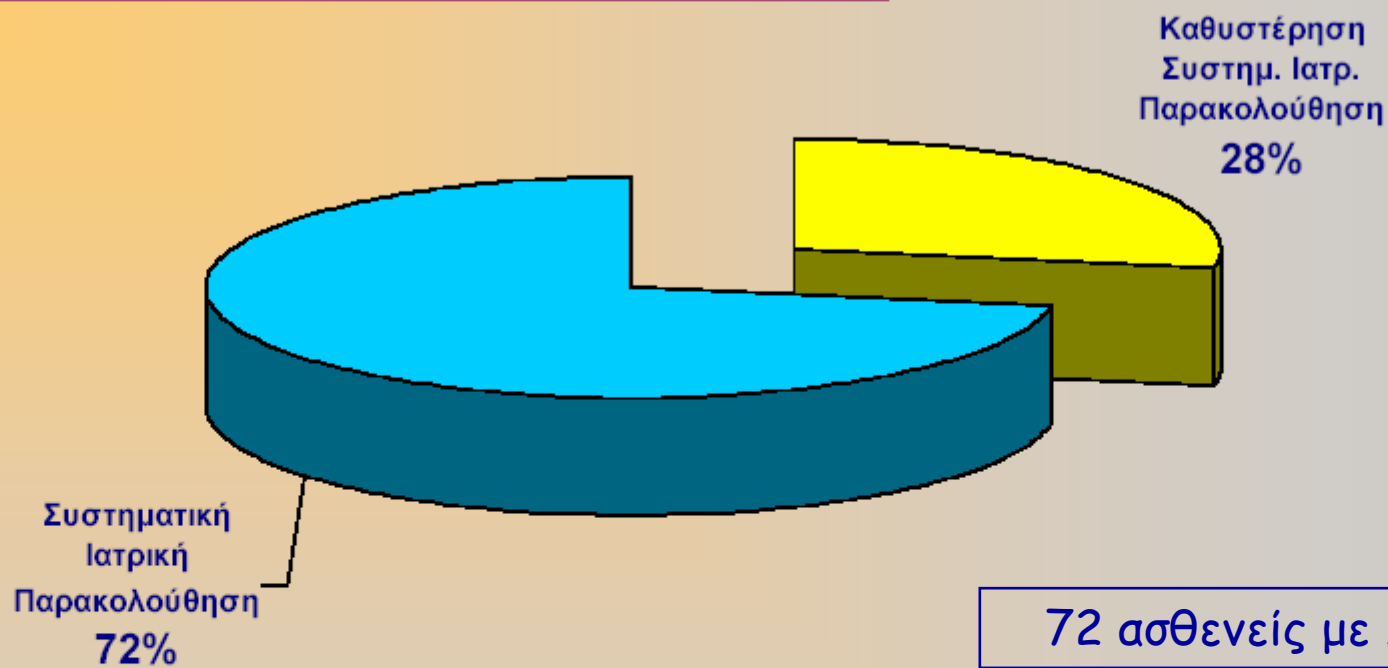
Απόσυρση - Σωματοποίηση

«Ψευδο-Αλtruισμός»



(Ρευματοειδής Αρθρίτις πρόσφατης έναρξης - Pilot Study)

## «ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ» ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ



20 ασθενείς (27.8%) ξεκίνησαν να παρακολουθούνται από γιατρό με καθυστέρηση από 2 έως 23 έτη από την στιγμή που ετέθη η διάγνωση του Διαβήτη, με μέσο όρο χρονικής καθυστέρησης  $10.35 \pm 7.5$  χρόνια.

Θεωρήσαμε την χρονική αυτή καθυστέρηση ως ένδειξη «παραμέλησης» της θεραπείας.

## ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ «ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ»

	<u>beta</u>	
<u>DSQ</u>		
Σχιζοειδής Φαντασίωση	0.285	p<0.016
Προβολή	0.309	p<0.011
<u>HDHQ</u>		
Παραληρητική Επιθετικότητα	0.391	p<0.008
<u>SCL-90-R</u>		
Κατάθλιψη	0.345	p<0.022

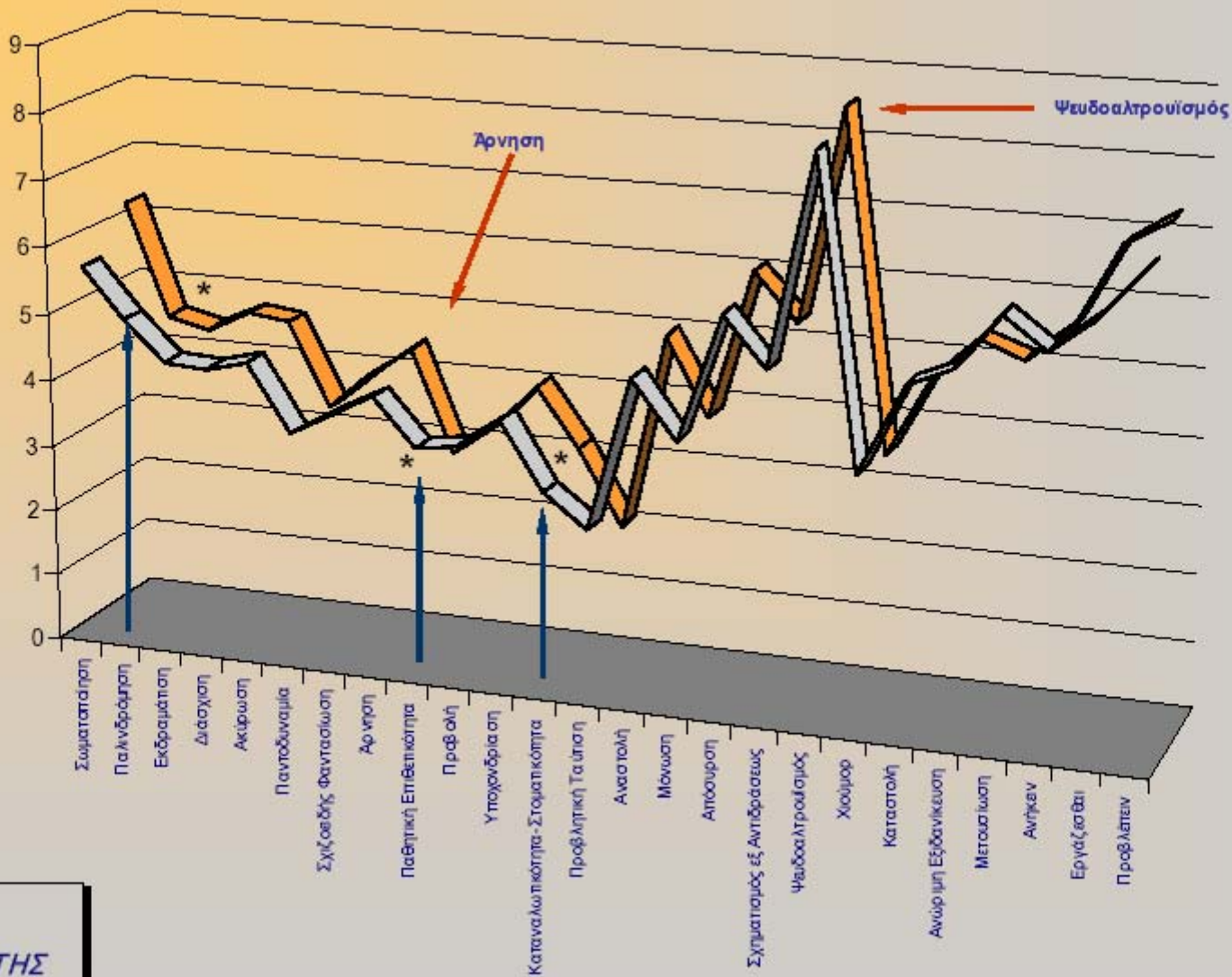
Σημείωση: Multiple Regression Analysis με εξαρτημένη μεταβλητή την χρονική διάρκεια της «Παραμέλησης» και ανεξάρτητες όλες τις ψυχομετρικές κλίμακες, με στάθμιση ως προς την ηλικία, το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την διάρκεια της νόσου και το είδος της θεραπείας του Διαβήτη. Παρουσιάζονται μόνον τα στατιστικά σημαντικά ευρήματα.

## ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

	<u>beta</u>	
<u>DSQ</u>		
“Προβλέπειν”	0.246	p<0.028
<u>SCL-90-R</u>		
Σωματοποίηση	0.349	p<0.003
Παρανοειδείς Σκέψεις	- 0.242	p<0.035

Σημείωση: Multiple Regression Analysis με εξαρτημένη μεταβλητή την «Συστηματική Παρακολούθηση» και ανεξάρτητες όλες τις ψυχομετρικές κλίμακες, με στάθμιση ως προς την ηλικία, το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την διάρκεια της νόσου και το είδος της θεραπείας του Διαβήτη. Παρουσιάζονται μόνον τα στατιστικά σημαντικά ευρήματα.

# ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ ΤΟΥ ΕΓΩ



□ ΧΣΝ  
■ ΔΙΑΒΗΤΗΣ



- Νόσος = απειλή για την εικόνα του σωματικού εγώ
  - Παλινδρόμηση
  - Άγχη Αποχωρισμού
  - Φόβος των ξένων
  - Ματαιίωση/Οργή
  - Διαπραγμάτευση
  - Αποδοχή
- } Θυμίζουν αντιδράσεις πένθους

## 5.3.4

---

«Medical Conditions Associated with Psychiatric Disorders»

(«Ιατρικές Καταστάσεις που Σχετίζονται με Ψυχιατρικές Διαταραχές»)

(New Oxford Textbook of Psychiatry, 2000)

ΆΛΛΟ ΤΟ ΣΩΜΑ, ΆΛΛΟ Η ΨΥΧΗ?

---

«ΕΝ», ΣΩΜΑ/ΨΥΧΗ

«Φύσις (δε) του σώματος  
αρχή του εν ιητρική λόγου»

Ιπποκράτης

«ΕΙΝΑΙ ΤΟΣΟ ΔΥΣΚΟΛΟ ΝΑ ΒΡΩ ΤΗΝ ΑΡΧΗ.

Ή ΚΑΛΥΤΕΡΑ:

ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΚΟΛΟ Ν' ΑΡΧΙΣΩ ΑΠ' ΤΗΝ ΑΡΧΗ.

ΚΑΙ ΝΑ ΜΗΝ ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΩ ΝΑ ΠΑΩ ΠΑΡΑΠΙΣΩ»

*(L. Wittgenstein)*