

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΒΡΟΓΧΙΚΟ ΑΣΘΜΑ

ΑΡΓΥΡΩ ΠΑΧΗ*, ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΓΙΩΤΑΚΗΣ*, ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΤΣΕΛΕΜΠΗΣ*, ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ ΜΠΡΑΤΗΣ*, ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΜΟΥΣΣΑΣ*, ΓΕΡΑΣΙΜΟΣ ΚΟΛΑΪΤΗΣ**, ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΚΑΡΚΑΝΙΑΣ*

Περίληψη

Στη διεθνή βιβλιογραφία ενώ υπάρχει ένας αριθμός άρθρων που μελετούν την κατάθλιψη, το άγχος και την αλεξιθυμία σε ενήλικες με βρογχικό άσθμα, παρουσιάζεται έλλειψη βιβλιογραφίας σε σχέση με την εσωτερική συγκρότηση και την οικογενειακή υποστήριξη.

Σκοπός: Η διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών ελλήνων ασθενών με Βρογχικό Άσθμα, οι σχέσεις που διέπουν τα χαρακτηριστικά αυτά και ο ρόλος της οικογενειακής υποστήριξης που ο ασθενής αισθάνεται πως έχει.

Μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης μας αποτελείται από 40 (N=40) πάσχοντες από βρογχικό άσθμα ασθενείς. Οι ασθενείς κλήθηκαν να συμπληρώσουν τις κλίμακες: κατάθλιψης (Beck Depression Inventory), άγχους (Spielberger State-Trait Anxiety Scale), αλεξιθυμίας (Toronto Alexithymia Scale), οικογενειακής υποστήριξης (Family Support Scale) και εσωτερικής συγκρότησης (Sense of Coherence Scale). Καταγράφηκαν οι ατομικές και δημογραφικές μεταβλητές των ασθενών και μεταβλητές από το ιατρικό ιστορικό τους.

Αποτελέσματα: Οι τιμές κατάθλιψης, άγχους και αλεξιθυμίας των ασθενών με άσθμα παρουσιάστηκαν στατιστικά υψηλότερες από τις αντίστοιχες στο γενικό πληθυσμό. Μεγάλο ποσοστό ασθενών παρουσίασε καταθλιπτική (68,4%) και αγχώδη (28,9%) συμπτωματολογία ενώ σημαντικό ήταν και το ποσοστό ασθενών με αλεξιθυμία (28,9%). Ισχυρές θετικές συσχετίσεις παρουσιάστηκαν μεταξύ κατάθλιψης, άγχους και αλεξιθυμίας, ενώ η εσωτερική συγκρότηση παρουσίασε θετική συσχέτιση με την οικογενειακή υποστήριξη. Αρνητική συσχέτιση παρουσιάστηκε μεταξύ των δύο ομάδων ψυχολογικών χαρακτηριστικών.

Συμπεράσματα: Η μελέτη επιβεβαιώνει την παρουσία υψηλών ποσοστών αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας καθώς και αυξημένη επικράτηση αλεξιθυμίας στους πάσχοντες από βρογχικό άσθμα ασθενείς. Από την άλλη πλευρά αναδεικνύει την ύπαρξη προστατευτικών παραγόντων όπως η εσωτερική συγκρότηση και η οικογενειακή υποστήριξη.

Keywords: βρογχικό άσθμα, ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά, οικογενειακή υποστήριξη

Εισαγωγή

Αν και η παθοφυσιολογία του άσθματος στην σημερινή

εποχή καθορίζεται όλο και καλύτερα, οι ψυχολογικές συνιστώσες του αυτήν την περίοδο δεν ακολουθούν την ίδια εξέλιξη [1]. Η σχέση του άσθματος και των ψυχολογικών παραγόντων έχει αναγνωριστεί από αιώνες [2]. Το άσθμα έχει θεωρηθεί από καιρό ψυχοσωματική ασθένεια, και κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '30- του '50, ήταν γνωστή ακόμη και ως μια από τις "ιερές επτά" ψυχοσωματικές ασθένειες [3]. Εκείνη την περίοδο, οι ψυχαναλυτικές θεωρίες περιέγραφαν την αιτιολογία του άσθματος σαν καθαρά ψυχολογική [4], με συνέπεια η αντιμετώπιση του να περιλαμβάνει την ψυχανάλυση και άλλες "ομιλούσες θεραπείες" [5]. Η ψυχανάλυση ερμήνευε την ασθματική κρίση (με παρουσία βρογχόσπασμου) ως την κατασταλμένη κραυγή του παιδιού για τη μητέρα του/της, κατά συνέπεια οι ψυχαναλυτές έβλεπαν την επεξεργασία της κατάθλιψης σαν ιδιαίτερα σημαντική για τα άτομα με άσθμα [6]. Κατά τη διάρκεια των αρχών της δεκαετίας του '70, η κατανόηση της αιτιολογίας και της παθοφυσιολογίας του άσθματος βελτιώνεται σημαντικά [7,8], με συνέπεια να μειωθεί η έμφαση στις ψυχολογικές παραμέτρους. Όμως η ακατάλληλη χρήση των αγωνιστών χωρίς κορτικοστεροειδή και η αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα σε πολλές χώρες [9], οδήγησαν σε μια αναζωπύρωση της έρευνας σχετικά με τους μη βιολογικούς παράγοντες στο άσθμα, που περιλάμβαναν οικονομικούς και κοινωνικούς δείκτες [7].

Σήμερα η κατάθλιψη βάση μελετών είναι ένα από τα κύρια ψυχολογικά προβλήματα στους αλλεργικούς ασθενείς [10], αν και θεωρείται συχνά ως κάπως "φυσική αντίδραση" στη διάγνωση μιας σημαντικής ασθένειας όπως το άσθμα [11-13]. Εντούτοις, ενώ η θλίψη και η ήπια κατάθλιψη μπορούν να θεωρηθούν κανονική απάντηση σε μια διάγνωση της χρόνιας ασθένειας, η πιο βαριά, χρόνια κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές συνέπειες για ασθενείς με άσθμα [12]. Όσο αφορά την επικράτηση της κατάθλιψης ή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στο άσθμα οι μελέτες προσδιορίζουν πως από 1% έως και 45% των ατόμων με άσθμα πάσχει επίσης από κατάθλιψη ή και καταθλιπτικά συμπτώματα [14,15,16-21]. Δυστυχώς, αυτή η ευρεία παραλλαγή στα αναφερόμενα ποσοστά, καθιστά δύσκολη την εξαγωγή συμπερασμάτων, ωστόσο οι περισσότεροι μελετητές υποστηρίζουν μια αυξημένη επικράτηση της κατάθλιψης στους ασθενείς με άσθμα. Το συνηθέστερα χρησιμοποιούμενο ερωτηματολόγιο κατάθλιψης [22] είναι το BDI (Beck Depression Inventory). Ο παράγοντας άγχος έχει μελετηθεί σε αρκετές χρόνιες νόσους στις οποίες θεωρείται πως συμμετέχει ενεργά στην εξέλιξη τους. Ιδιαίτερα σημαντικός παράγοντας θεωρείται για τις καρδιαγγειακές παθήσεις [23-25] αλλά και στη ΧΑΠ [26-28]. Η μελέτη του άγχους στο βρογχικό άσθμα περιέχει μια μεγάλη βιβλιογραφία που σχετίζεται με την ύπαρξη αγχωδών διαταραχών [29-31]

*Ψυχιατρική κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η Σωτηρία», Αθήνα, Ελλάδα

**Παιδοψυχιατρική κλινική Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

και ιδιαίτερα διαταραχής πανικού [32] αλλά δεν υπάρχουν στοιχεία της επικράτησης της αγχώδους συμπτωματολογίας σε ασθενείς με βρογχικό άσθμα σε ελληνικό πληθυσμό. Για το άγχος η κύρια κλίμακα μέτρησης είναι το Ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger [33].

Η Αλεξιθυμία που καθορίζεται ως η μη δυνατότητα συναισθηματικής έκφρασης του ασθενή θεωρείται καθοριστικός παράγοντας που συμβάλει στην εξέλιξη του βρογχικού άσθματος [34,35] ωστόσο δεν έχει μελετηθεί η σχέση της με την κατάθλιψη και το άγχος. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιείται για την καταγραφή της αλεξιθυμίας [34] συνήθως είναι το TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale).

Ένας ακόμα παράγοντας που απουσιάζει από την διεθνή βιβλιογραφία του βρογχικού άσθματος αφορά την Εσωτερική Συγκρότηση του ασθενή [36] την δυνατότητα του δηλαδή να αποδίδει νόημα να κατανοεί τις περιστάσεις και να μπορεί να τις διαχειρίζεται. Η έλλειψη μελετών γύρω από αυτόν τον παράγοντα είναι ιδιαίτερα σημαντική μια και η Εσωτερική Συγκρότηση θεωρείται ένα σχετικά σταθερό χαρακτηριστικό του ατόμου [36,37] αλλά και γιατί σε πολλές μελέτες έχει βρεθεί συσχέτιση της με την κατάθλιψη [38] το στρες και την κοινωνική υποστήριξη [39]. Ο ρόλος της φαίνεται να είναι σημαντικός και στην εξέλιξη του Σακχαρώδη Διαβήτη [40,41]. Το κύριο ερωτηματολόγιο μέτρησης της είναι το ερωτηματολόγιο Εσωτερικής συγκρότησης του Antonovsky [36].

Ένας άλλος παράγοντας που δεν έχει μελετηθεί καθόλου σε ενήλικους ασθενείς με βρογχικό άσθμα αφορά την Οικογενειακή Υποστήριξη που θεωρεί πως έχει ο ασθενής από το περιβάλλον του, ένας παράγοντας με σημαντική συμμετοχή στην θεραπευτική πορεία ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη [42,43]. Το ερωτηματολόγιο Οικογενειακής Υποστήριξης έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία σε ελληνικό πληθυσμό [42,43].

Στο σύνολο της βιβλιογραφίας οι έρευνες περιορίζονται στη μελέτη ενός ή δυο ψυχολογικών παραγόντων περιορίζοντας έτσι την σφαιρική εικόνα των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών αλλά και των σχέσεων που τους διακατέχει. Ενώ ο ρόλος της οικογενειακής υποστήριξης κρίνεται σημαντικός σε άλλες χρόνιες νόσους ιδιαίτερα σε έλληνες ασθενείς δεν έχει μελετηθεί καθόλου σε ενήλικες με βρογχικό άσθμα.

Σκοπός

Σκοπός της έρευνας σκοπός είναι η διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών χαρακτηριστικών ελλήνων ασθενών με Βρογχικό Άσθμα και η κατανόηση της σχέσης τους με την αίσθηση οικογενειακής υποστήριξης που αισθάνεται πως έχει ο ασθενής.

Υλικό-μέθοδος

Η μελέτη διεξήχθη στο Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος Αθηνών «Η ΣΩΤΗΡΙΑ». Η χορήγηση ερωτηματολογίων έγινε στα διαθέσιμα Εξωτερικά Ιατρεία των Ψυχιάτρων.

Το δείγμα της μελέτης αποτελείται από ασθενείς στους οποίους έχει τεθεί διάγνωση Βρογχικό Άσθμα και η οποία δεν επιπλέκεται με κάποια άλλη χρόνια νόσο. Η ηλικία των ασθενών του δείγματος ήταν μεγαλύτερη των 18 ετών και

μικρότερη των 70. Οι ασθενείς ήταν σε θέση για φυσικούς λόγους να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο. Ο συνολικός αριθμός ασθενών που έλαβαν μέρος στην έρευνα ανέρχεται στους σαράντα. (N=40).

Σε ειδικό πρωτόκολλο που είχε διαμορφωθεί καταγράφονταν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους, τα έτη νόσου, η λήψη κορτιζόνης, και η βαρύτητα νόσου.

Ψυχοκοινωνικές Μεταβλητές και Όργανα Μετρήσεων

Τα ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν στους ασθενείς ήταν αυτοσυμπληρούμενα. Ήταν προσαρμοσμένα και σταθμισμένα σε ελληνικό πληθυσμό και είχαν χρησιμοποιηθεί τουλάχιστον σε μια εργασία που αφορά ελληνικό πληθυσμό.

Η κατάθλιψη μετρήθηκε με την κλίμακα BDI (Beck Depression Inventory).

Το BDI δημιουργήθηκε από τον A.T. Beck με σκοπό να μετρήσει τις γνωστικές, συμπεριφορικές και σωματικές εκδηλώσεις της κατάθλιψης του ατόμου (και τη βαρύτητά της κατάθλιψης) κατά το χρονικό διάστημα της τελευταίας εβδομάδας. Περιλαμβάνει 21 θέματα, βαθμολογούμενα από 0-3. Το εύρος της συνολικής βαθμολογίας είναι 0 έως 63. Η BDI έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα [44] και έχει, επίσης, χρησιμοποιηθεί σε πλήθος ερευνητικών μελετών [45-46]. Παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και ικανοποιητική αξιοπιστία (Cronbach's α : 0.84). Για την αξιολόγηση της αγχώδους συμπτωματολογίας χρησιμοποιήθηκε το Spielberger Trait Anxiety Inventory (STAI) [33]. Η κλίμακα αποτελείται από δυο επιμέρους κλίμακες, οι οποίες διαφοροποιούν το άγχος που προκαλείται από καταστάσεις (state), από το άγχος ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (trait). Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η δεύτερη κλίμακα (trait), που περιλαμβάνει 20 θέματα, βαθμολογούμενα από 1 (διαφωνώ πολύ) έως 5 (συμφωνώ πολύ). Το εύρος της συνολικής βαθμολογίας είναι 20 έως 100. Το STAI έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα [47] και έχει χρησιμοποιηθεί σε πλήθος ερευνητικών μελετών [45,46]. Παρουσιάζει επαρκή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και ικανοποιητική αξιοπιστία (Cronbach's α : 0.89).

Αλεξιθυμία είναι η δυσκολία αναγνώρισης και έκφρασης συναισθημάτων και για την μέτρηση της χορηγήθηκε η κλίμακα TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale - 20).

Η TAS – 20 δημιουργήθηκε από τους M. Bagby, G. Taylor και J. Parker [48], με σκοπό τη μέτρηση της αλεξιθυμίας (όρος που προτάθηκε από τον P. Sifneos), η οποία περιλαμβάνει 20 θέματα, βαθμολογούμενα από 1(διαφωνώ πολύ) έως 5 (συμφωνώ πολύ). Το εύρος της συνολικής βαθμολογίας είναι 20 έως 100. Το TAS – 20 έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα [49] και έχει χρησιμοποιηθεί σε πλήθος ερευνητικών μελετών [50]. Παρουσιάζει καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και ικανοποιητική αξιοπιστία (Cronbach's α : 0.80).

Η Οικογενειακή Υποστήριξη αναφέρεται στην αίσθηση του ατόμου ότι υποστηρίζεται από την οικογένεια του και μετρήθηκε με την Family Support Scale.

Το ερωτηματολόγιο Οικογενειακής Υποστήριξης αποσκοπεί στην αξιολόγηση της αίσθησης οικογενειακής

οικογενειακής υποστήριξης που λαμβάνει το άτομο από τα μέλη της οικογένειάς του με τα οποία συνοικεί. Αποτελείται από 13 θέματα, βαθμολογούμενα σε κλίμακα Likert από 1 (διαφωνώ πολύ) έως 5 (συμφωνώ πολύ). Το εύρος της συνολικής βαθμολογίας είναι 13 έως 65. Η κλίμακα έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στην Ελληνική γλώσσα [51] και παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα περιεχομένου και καλή αξιοπιστία (Cronbach's alpha 0.82).

Η Εσωτερική Συγκρότηση μετρήθηκε με την κλίμακα SOC (Sense of Coherence).

Δημιουργήθηκε από τον Α. Antonovsky με σκοπό τη διερεύνηση της έννοιας της εσωτερικής συγκρότησης [36]. Χρησιμοποιήθηκε η συντομευμένη έκδοση του ερωτηματολογίου αποτελούμενη από 13 θέματα, η οποία έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά [52]. Η βαθμολόγηση είναι βασισμένη σε μια κλίμακα επτά διαβαθμίσεων (από 1 έως 7). Το εύρος της συνολικής βαθμολογίας είναι 13 έως 91. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής και έχει καλή αξιοπιστία (Cronbach's alpha 0.83).

Στατιστική Ανάλυση

Τα δεδομένα αναλύθηκαν από την ερευνήτρια με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 19.

Οι επαγωγικοί έλεγχοι περιέλαβαν συσχετίσεις (Pearson Correlation), t-test (one sample t-test για έλεγχο σε σχέση με τον μέσο όρο τιμών στο γενικό πληθυσμό, Independent Samples Test). Επίσης χρησιμοποιήθηκε έλεγχος με ANOVA και Chi-Square Test (χ^2). Το επίπεδο σημαντικότητας για όλους τους ελέγχους ήταν $p=0,05$ (2-tailed).

Αποτελέσματα

Το δείγμα της μελέτης μας αποτελείται από 40 (N=40) πάσχοντες από βρογχικό άσθμα ασθενείς (14 άνδρες και 26 γυναίκες). Το 15,8% (25% των ανδρών και 11,53% των γυναικών) των ασθενών του δείγμάτος μας είναι άγαμοι, το 63,2% (58,33% των ανδρών και 65,38% των γυναικών) είναι παντρεμένοι, το 10,5% (8,33% των ανδρών και 11,53% των γυναικών) είναι σε διάσταση και το υπόλοιπο 10,5% (8,33% των ανδρών και 11,53% των γυναικών) τελεί σε χρεία.

Το 31,6% των ασθενών του δείγμάτος μας πάσχουν από ήπια μορφή βρογχικού άσθματος, το 36,8% από μέτρια και το 31,6% από βαριά.

Το 60,5% των ασθενών μας μεγάλωσαν με τους γονείς τους και το υπόλοιπο 39,5% χωρίς αυτούς.

Το 44,7% των ασθενών του δείγμάτος μας ελάμβαναν θεραπεία με κορτιζόνη. Οι υπόλοιποι (55,3%) ελάμβαναν θεραπεία που δεν περιελάμβανε κορτιζόνη.

Στο πίνακα 1 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι της ηλικίας, των ετών εκπαίδευσης και νόσου όπως και οι μέσοι όροι των κλιμάκων που χρησιμοποιήθηκαν.

Στην κλίμακα κατάθλιψης BDI ποσοστό 68,4% των ασθενών (69,23% για τις γυναίκες ασθενείς και 66,6% για τους άνδρες) παρουσίασε παθολογικές τιμές (BDI>9). Στο ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger αγχώδη συμπτώματα παρουσίασε ποσοστό 28,9% (34,6% για τις γυναίκες ασθενείς και μόνο 16,6% για τους άνδρες χ^2 , $p <$

,05). Στο ερωτηματολόγιο αλεξιθυμίας TAS-20 το παθολογικό ποσοστό (TAS-20>60) ήταν 28,9% (38,46% για τις γυναίκες ασθενείς και μόνο 8,33% για τους άνδρες χ^2 , $p <$,05). Στο ερωτηματολόγιο Οικογενειακής Υποστήριξης χαμηλές τιμές με βαθμολογία μικρότερη του 38,5 παρουσίασε ένα ποσοστό 12,12% (13% για τις γυναίκες ασθενείς και 10% για τους άνδρες). Αντίστοιχα χαμηλές τιμές εσωτερικής συγκρότησης με βαθμολογία μικρότερη του 50 παρουσίασε ένα ποσοστό 23,68% (το σύνολο αφορά γυναίκες ασθενείς).

Τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης, του άγχους και της αλεξιθυμίας των ασθενών με βρογχικό άσθμα του δείγμάτος μας παρουσίασαν στατιστικά σημαντικές διαφορές από τα αντίστοιχα του γενικού πληθυσμού (one-sample t-test, στη BDI με test value 5,86 $p <$,01, στο ερωτηματολόγιο Άγχους του Spielberger με test value 36,9 $p <$,01 και στην TAS-20 με test value 49,5, $p <$,05).

Αντίθετα δεν αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά στους παράγοντες της εσωτερικής συγκρότησης και της οικογενειακής υποστήριξης (one-sample t-test στο ερωτηματολόγιο Εσωτερικής συγκρότησης του Antonovsky με test value 59,85, $p =$,81 και στο ερωτηματολόγιο της Οικογενειακής Υποστήριξης με test value 48, $p =$,53).

Σημαντικό εύρημα της μελέτης είναι ότι οι ασθενείς που μεγάλωσαν χωρίς τους γονείς τους αισθάνονται λιγότερο την οικογενειακή υποστήριξη, όπως φαίνεται στη βαθμολογία τους στο ερωτηματολόγιο της Οικογενειακής Υποστήριξης (independent samples test, $p =$,024) δεν διαφοροποιούνται όμως ως προς τα άλλα ψυχολογικά χαρακτηριστικά.

Δεν ανιχνεύθηκαν διαφορές μεταξύ των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των ασθενών μας και της φαρμακευτικής αγωγής με κορτιζόνη που ακολουθούσαν ή όχι (T-test, $p >$ 0.05). Επίσης δεν αναδείχθηκαν συσχετίσεις μεταξύ των ψυχολογικών χαρακτηριστικών των ασθενών μας και της διάρκειας της νόσου τους (Pearson $p >$ 0.05 Πίνακας 2).

Τα υπό μελέτη ψυχολογικά χαρακτηριστικά όπως διαπιστώθηκε από τα αποτελέσματα φαίνεται να διαμορφώνουν δυο ομάδες συσχετίσεων. Στην μία ανήκει η κατάθλιψη, το άγχος και η αλεξιθυμία που επηρεάζουν αρνητικά την εξέλιξη της νόσου και στην άλλη η εσωτερική συγκρότηση και η οικογενειακή υποστήριξη που βελτιώνουν την πρόγνωση της. Όλες οι συσχετίσεις των ψυχολογικών παραγόντων (Πίνακας 2) που προκύπτουν είναι στατιστικά σημαντικές (Pearson, $p <$,05) και κάποιες στατιστικά λίαν σημαντικές (Pearson, $p <$,01) εκτός από αυτή της αλεξιθυμίας με την οικογενειακή υποστήριξη (Pearson, $p =$,086 Πίνακας 2).

Συζήτηση

Η μελέτη μας επιβεβαιώνει [53] την παρουσία υψηλών ποσοστών αγχώδους (28,9%) και καταθλιπτικής (68,4%) συμπτωματολογίας καθώς και την αυξημένη επικράτηση αλεξιθυμίας (28,9%) στους πάσχοντες από βρογχικό άσθμα ασθενείς του δείγμάτος μας, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό.

Ως προς την αιτιοπαθογένεια της αγχώδους συμπτωματολογίας που εμφανίζεται στους ασθματικούς ασθενείς έχει υποστηριχθεί ότι η εγκεφαλική υποξία ως αποτέλεσμα του υπεραερισμού [54] καθώς και η υπόθεση της

υπερευαίσθησίας στο CO₂, εμπλέκονται στους μηχανισμούς που πυροδοτούν τους διάφορους τύπους αγχώδων διαταραχών [55]. Η κλινική εικόνα φαίνεται να διαμορφώνεται από ταυτόχρονες αλλαγές στο αναπνευστικό και στο κεντρικό νευρικό σύστημα [56].

Η αυξημένη επικράτηση αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας καθώς και η παρουσία αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών στους ασθματικούς ασθενείς μας, σε συνδυασμό με τις στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις μεταξύ αυτών των ψυχολογικών παραγόντων που αναδείχθηκαν, επιβάλουν μια προσεκτική ερμηνευτική προσέγγιση.

Μελέτες σε κλινικούς και υγιείς πληθυσμούς έχουν καταδείξει συσχέτιση μεταξύ της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και της αλεξιθυμίας ενώ είναι γνωστό ότι καταθλιπτικοί ασθενείς τείνουν να εμφανίζουν αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά [57,58]. Επιπρόσθετα, τα αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά έχουν συσχετισθεί με υψηλά επίπεδα άγχους [59]. Έτσι εγείρονται ερωτήματα ως προς την σειρά εμφάνισης των συμπτωμάτων στους ασθενείς μας. Όμως άσχετα από τη χρονική αλληλουχία και την όποια αιτιώδη σχέση υφίσταται, οι συσχετισμοί που αναδεικνύονται πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όταν επιχειρούνται θεραπευτικές παρεμβάσεις, ιδιαίτερα όσον αφορά τους πάσχοντες με αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά [60]. Οι ασθενείς αυτοί αποτυγχάνουν ν' αναγνωρίσουν, να εκφράσουν λεκτικά και να ρυθμίσουν τις ψυχολογικές τους δυσκολίες και σωματοποιούν, γεγονός που μπορεί να απομακρύνει τον κλινικό από την έγκαιρη διάγνωση της συνυπάρχουσας αγχώδους ή/και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας [61]. Όλες οι προαναφερθείσες παράμετροι πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στο σχεδιασμό των εξειδικευμένων ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων.

Από την άλλη πλευρά αναδεικνύονται προστατευτικές παράμετροι όπως η εσωτερική συγκρότηση και η οικογενειακή υποστήριξη που διαμορφώνουν την αντίπαλη στην προηγούμενη ομάδα (της κατάθλιψης, του άγχους και της αλεξιθυμίας), ενισχύοντας την ανθεκτικότητα (resiliency) των ασθενών μας στη νόσο και βοηθώντας τους στην αντιμετώπιση των δυσκολιών (coping), [62]. Αυτοί οι παράγοντες συσχετίζονται θετικά μεταξύ τους και αρνητικά με την πρώτη ομάδα παραγόντων στις οποίες προαναφερθήκαμε.

Η εσωτερική συγκρότηση περιλαμβάνει το σύνολο των θετικών ατομικών χαρακτηριστικών και ιδιοσυγκρασιακών στοιχείων που προάγουν την προσαρμοστικότητα του ασθενούς. Τα άτομα με υψηλή εσωτερική συγκρότηση εκτιμούν τα γεγονότα ως λιγότερο στρεσογόνα και τα διαχειρίζονται αποτελεσματικά κινητοποιώντας τα αποθέματα των δυνάμεών τους και παράλληλα διακατέχονται από αφοσίωση στους στόχους τους που θέτουν ως κίνητρα, καθώς και από την επιθυμία για διαχείριση των δυσκολιών που προκύπτουν

στην πορεία [63]. Υπάρχουν μελέτες που συσχετίζουν την εσωτερική συγκρότηση με την προσαρμοστικότητα των ασθενών στις χρόνιες νόσους και σύμφωνα με τη βιβλιογραφία [64] η εσωτερική συγκρότηση έχει το ρόλο του ρυθμιστή στις συνέπειες των στρεσογόνων γεγονότων ζωής.

Ως προς τον ρόλο της οικογενειακής υποστήριξης υπάρχουν βιβλιογραφικές αναφορές για τον προστατευτικό ρόλο της οικογένειας στα αρνητικά γεγονότα ζωής σε πάσχοντες από βρογχικό άσθμα ασθενείς. Λειτουργικές οικογένειες ενισχύουν την συμμόρφωση στη θεραπεία, ευοδώνουν την ανάρρωση και μειώνουν τη νοσηρότητα, ενώ δυσλειτουργικές οικογένειες επηρεάζουν την πορεία της νόσου αποδυναμώνοντας τους μηχανισμούς αντιμετώπισης των δυσκολιών και μειώνοντας τις δυνατότητες εξεύρεσης λύσεων [65].

Η οικογένεια του ασθματικού ασθενούς επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στην πορεία και έκβαση της νόσου. Το πρώιμο γονεϊκό περιβάλλον διαμορφώνει τις πεποιθήσεις και τις συμπεριφορές και τελικά τον τρόπο που αντιμετωπίζει τη νόσο του ο ασθενής ως ενήλικας [66].

Όσον αφορά τους ενήλικες ασθενείς αναφέρεται ότι ο γάμος, η παρουσία παιδιών και το κοινωνικο-οικονομικό οικογενειακό επίπεδο έχουν διαφορετικές επιπτώσεις στην πορεία και έκβαση της νόσου [65] και οπωσδήποτε λαμβάνουμε υπόψη ότι το οικογενειακό σύστημα είναι ένα δυναμικό σύστημα που υφίσταται μεταβολές στην πάροδο του χρόνου και επομένως κάποιες άλλοτε θετικές, προστατευτικές επιδράσεις μπορεί να μετατραπούν σε αρνητικές επιπτώσεις και το αντίστροφο. Έτσι είναι απαραίτητο να εξετάζει ο κλινικός πριν το σχεδιασμό της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης όλες τις συναφείς με τη δομή, τις δραστηριότητες, τις συνθήκες και τα γεγονότα ζωής πληροφορίες που αφορούν την οικογένεια του ασθενούς.

Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη αναδεικνύει την υψηλή επικράτηση καταθλιπτικής και αγχώδους συμπτωματολογίας και των αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών σε ασθενείς με βρογχικό άσθμα, γεγονός που περιπλέκει την υφιστάμενη σωματική νόσο. Ωστόσο, η μελέτη μας αναδεικνύει την παρουσία προστατευτικών ψυχολογικών παραγόντων, όπως η αίσθηση της οικογενειακής υποστήριξης που βιώνει ο ασθενής, όσο και η εσωτερική συνοχή που τον διακατέχει. Τα συμπεράσματα μπορούν και πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη τόσο στην προσέγγιση των ασθενών, στο επίπεδο της βιολογικής θεραπευτικής αντιμετώπισης του πάσχοντος από βρογχικό άσθμα, όσο και στο σχεδιασμό πιθανών ειδικών ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων στη συγκεκριμένη νοσολογική οντότητα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 : ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΥΝΕΧΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ					
	N	Μέγιστη	Ελάχιστη	Μέση	Στ. απόκλισης
ΗΛΙΚΙΑ	40	19	70	43,79	13,140
ΕΤΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ	40	6	16	10,74	3,554
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΟΥ	40	0	25	9,24	6,015
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (BDI)	40	2,00	32,00	14,1579	7,53560
ΑΓΧΟΣ (STAI)	40	25,00	60,00	42,4737	9,91242
ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑ (TAS-20)	40	29,00	79,00	53,9474	12,86720
ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ (SOC)	40	13,00	84,00	60,5000	16,67617
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ (FS)	40	28,00	65,00	49,6667	10,60562
Valid N (listwise)	40				

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Συσχετίσεις μεταξύ συνεχών μεταβλητών								
		Ηλικία	Έτη εκπαίδευσης	Έτη νόσου	BDI	STAI	SOC	TAS-20
Έτη εκπαίδευσης	Pearson's r	-,579**						
	P	,000						
Έτη νόσου	Pearson's r	,213	-,281					
	P	,200	,087					
Κατάθλιψη (BDI)	Pearson's r	,119	-,081	,033				
	P	,477	,628	,846				
Αγχος (STAI)	Pearson's r	-,147	,014	,030	,659**			
	P	,378	,932	,857	,000			
Εσωτερική Συγκρότηση (SOC)	Pearson's r	,338*	-,186	-,033	-,549**	-,560**		
	P	,038	,263	,845	,000	,000		
Αλεξιθυμία (TAS-20)	Pearson's r	-,021	,189	,021	,452**	,495**	-,400*	
	P	,899	,256	,902	,004	,002	,013	
Οικογενειακή Υποστήριξη (FS)	Pearson's r	,164	-,004	-,223	-,455**	-,428*	,507**	-,304
	P	,362	,982	,213	,008	,013	,003	,086
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).								
*. Correlation is significant at the 0,05 level (2-tailed).								

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Vila G, Nollet-Clemencon C, de Blic J, Mouren-Simeoni MC, Scheinmann P: Prevalence of DSM IV anxiety and affective disorders in a pediatric population of asthmatic children and adolescents. *J Affect Disord* 2000, 58:223-231.
2. Rosner F: Moses Maimonides' treatise on asthma. *Thorax* 1981, 36:245-251
3. Dunbar F: *Mind and body: psychosomatic medicine*. New York, Random House;. 1947
4. Alexander F: *Psychosomatic medicine: its principles and applications*. New York, Norton;. 1950
5. Moran MG: Pulmonary and rheumatologic diseases. In *Psychological factors affecting medical conditions*. Edited by: Stoudemire A. Washington, D.C., American Psychiatric Press.; 1995:141-151.
6. French T, Alexander F: *Psychogenic factors in bronchial asthma*. Washington, D.C., National Research Council; 1941.
7. Cluley S, Cochrane GM: Psychological disorder in asthma is associated with poor control and poor adherence to inhaled steroids. *Respir Med* 2001, 95:37-39.
8. Harrison BD: Psychosocial aspects of asthma in adults. *Thorax* 1998, 53:519-525.
9. Roberts, C., Mayer, J.D., Henderson, W.R.J. Asthma deaths in Washington State, 1980-1989: Geographic and demographic distributions. *Ann Allergy Asthma Immunol*, 1996 Jan;76(1), 20-6.
10. Rubin NJ: Severe asthma and depression. *Arch Fam Med* 1993, 2:433-440.
11. Verhaak, P.F., Heijmans, M.J., Peters, L., Rijken, M. . Chronic disease and mental disorder. *Soc Sci Med*,2005, 60, 789-797.
12. Thompson WL, Thompson TL: Treating depression in asthmatic patients. *Psychosomatics* 1984, 25:809-812.
13. Kovacs M, Stauder A, Szedmak S: Severity of allergic complaints: the importance of depressed mood. *J Psychosom Res* 2003, 54:549-557.
14. Mancuso CA, Rincon M, McCulloch CE, Charlson ME: Self-efficacy, depressive symptoms, and patients' expectations predict outcomes in asthma. *Med Care* 2001, 39:1326-1338.
15. Sherwood Brown E, Khan DA, Nejtek VA, Rajan Thomas N, Mahadi SF: Depressive symptoms and functioning in asthmatic patients. *Primary Care Psychiatry* 2000, 6:155-161.
16. Vamos, M., Kolbe, J.. Psychological factors in severe chronic asthma. *Aust N Z J Psychiatry*, 33, 538-544. *Crit Care Med*, 1999, 149: 930-934.
17. Rimington LD, Davies DH, Lowe D, Pearson MG: Relationship between anxiety, depression, and morbidity in adult asthmatic patients. *Thorax* 2001, 56:266-271.
18. Moussas G, Tselebis A, Karkanias A, Stamouli D, Ilias I, Bratis D, Vassila-Demi K. A comparative study of anxiety and depression in patients with bronchial asthma, chronic obstructive pulmonary disease and tuberculosis in a general hospital of chest diseases. *Ann Gen Psychiatry*. 2008 May 21;7:7
19. Chaney JM, Mullins LL, Uretsky DL, Pace TM, Werden D, Hartman VL: An experimental examination of learned helplessness in older adolescents and young adults with long-standing asthma. *J Pediatr Psychol* 1999, 24:259-270.
20. Badoux A, Levy DA: Psychologic symptoms in asthma and chronic urticaria. *Ann Allergy* 1994, 72:229-234.
21. Centanni S, Di Marco F, Castagna F, Boveri B, Casanova F, Piazzini A: Psychological issues in the treatment of asthmatic patients. *Respir Med*; 2000, 94:742-749.
22. Beck, A.T. & Steer R.A. *Manual for the Revised Beck Depression Inventory*. San Antonio TX: Psychological Corporation, 1987.
23. Kawachi I, Colditz GA, Asherio A, et al. Prospective study of phobic anxiety and risk of coronary heart disease in men. *Circulation* 1994;89:1992-7.
24. Melamed S, Shirom A, Toker S, Berliner S, Shapira I. Association of fear of terror with low-grade inflammation among apparently healthy employed adults. *Psychosom Med*; 2004;66:484-91.
25. Bryne DG, Rosenman RH. In: Bryne DG, Rosenman RH, editors. *Anxiety and the heart*. New York: Hemisphere Publishing Corporation;1990. p. xv-xvii.
26. Yellowlees PM, Alpers JH, Bowden JJ, et al. Psychiatric morbidity in patients with chronic airflow obstruction. *Med J Aust*; 1987;146:305-307.
27. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, et al. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:355-364.
28. Karajgi B, Rifkin A, Doddi S, et al. The prevalence of anxiety disorders in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Psychiatry* 1990;147:200-201.
29. Goodwin RD. Asthma and anxiety disorders. *Adv Psychosom Med*. 2003; 24:51-71.
30. Katon WJ, Richardson L, Lozano P, McCaulery E. The relationship of asthma and anxiety disorders. *Psychosom Med*. 2004 May-Jun;66(3):349-55
31. Wright RJ, Rodriguez M Cohen S. Review of psychosocial stress and asthma: an integrated biopsychosocial approach. *Thorax*. 1998 Dec;53(12):1066-74
32. Nascimento I, Nardi AE, Valenca AM, Lopes FL, Mezzasalma MA, Nascentes R, Zin WA Psychiatric disorders in asthmatic outpatients. *Psychiatry Res* 2002 May 15;110(1):73-80
33. Spielberg GD, Gorush RL, Lushene RE. *The state - trait Anxiety Inventory*. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press 1970 .
34. Feldman JM, Lehrer PM, Hochron SM. The predictive value of the Toronto Alexithymia Scale among patients with asthma. *J Psychosom Res*. 2002; Dec;53(6):1049-52
35. Feiguine RJ, Hulihan DM, Kinsman RA. Alexithymic asthmatics: age and alexithymia across the life span. *Psychother Psychosom*. 1982;37(3):185-8.
36. Antonovsky A. The Structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine* 36; 1993:725-733
37. Schnyder U, Buchi S, Sensky T, Klaghofer R. Antonovsky's sense of coherence: trait or state? *Psychother Psychosom.*; 2000: Nov-Dec;69(6):296-302
38. Tselebis A, Moulou A, Ilias I. Burnout versus depression and sense of coherence: A study in Greek nursing staff. *Nursing and Health Sciences* ; 2001: 3 , 69-71
39. Wolff AC, Ratner PA. Stress, social support, and sense of coherence. *West J Nurs Res.*; 1999 Apr;21(2):182-97
40. Sanden- Eriksson B. Coping with type-2 diabetes: the role of sense of coherence compared with active management. *J Adv Nurs*. 2000 Jun;31(6):1393-7
41. Richardson A. Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: acceptance and coping ability. *Journal of Advanced Nursing*; 2001;33(6), 758-763
42. Ilias I, Hatzimichelakis E, Souvatzoglou A, Anagnostopoulou T, Tselebis A, Perception of family support is correlated with glycemic control in Greeks with diabetes mellitus. *Psychological Reports*, 2001;88, 929-930
43. Ilias I, Tselebis A, Theotoka I, Hatzimichelakis. Association of perceived Family Support through Glycemic Control in Native Patients Managing Diabetes with Diet Alone. *Ethnicity & Disease* ;2004;14 Winder.
44. Donias S, Demertzis I. Validation of the Beck Depression Inventory [in Greek]. In 10th Hellenic Congress of Neurology and Psychiatry: 1983; Thessaloniki, Greece. University Studio Press, 486-492.
45. Tselebis A, Gournas G, Tzitzanidou G, Panagiotou A, Ilias I. Anxiety and depression in Greek nursing and medical personnel. *Psychol Rep*. 2006; Aug;99(1):93-6.
46. Tselebis A, Papaleftheris E, Balis E, Theotoka I, Ilias I Smoking related to anxiety and depression in Greek medical staff. *Psychol Rep*. 2003 Apr;92(2):529-32
47. Liakos A, Giannitsi S. Reliability and validity of the modified Greek

- version of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory. *Encephalos*, 1984;21:71-76.
49. Bagby, M., Taylor, G., Parker, J. The revised Toronto Alexithymia Scale: Some reliability, validity and normative data. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1992;57, 34-41.
 50. Anagnostopoulou T, Kioseoglou G. The Toronto Alexithymia Scale – TAS 20 [in Modern Greek]. In *Psychometric Tools in Greece*. Edited by Stalikas A, Triliva S, Roussi P. Athens, Greece: Ellinika Grammatika, 2002: 100 – 101
 51. Bratis D, Tselebis A, Sikaras C, Moulou A, Giotakis K, Zoumakis E, Ilias I. Alexithymia and its association with burnout, depression and family support among Greek nursing staff. *Hum Resour Health*.: 2009 :Aug 11;7:72.
 52. Athanasios Tselebis, Tania Anagnostopoulou, Dionisios Bratis, Aikaterini Moulou, Alexia Maria, Christos Sikaras, Ioannis Ilias, Athanasios Karkanias, Georgios Moussas, Nikolaos Tzanakis: The 13 item Family Support Scale: Reliability and validity of the Greek translation in a sample of Greek health care professionals. *Asia Pacific Family Medicine*, 2011: 10:3.
 53. Anagnostopoulou T, Kioseoglou G. Sense of Coherence Scale [in Modern Greek]. In *Psychometric Tools in Greece*. Edited by Stalikas A, Triliva S, Roussi P. Athens, Greece: Ellinika Grammatika, 2002: 291-292
 54. Carvalho, N.S., Ribeiro, P.R., Ribeiro, M., Cukier, A., Stelmach, R. Comparing asthma and chronic obstructive pulmonary disease in terms of symptoms of anxiety and depression. *J. bras. Pneumol*. 2007: Vol. 33.
 55. Van Manen, J.G., Bindels, P.J.E., Dekker, F.W., Yzermans, C.J., van der Zee, J.S., Schadé, E.. Risk of depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease and its determinants. *Thorax*, 2002: 57(5), 412-6.
 56. Perna, G., Caldirola, D., Bellodi, L. Panic disorder: from respiration to the homeostatic brain. *Acta Neuropsychiatrica*, 2004;16(1), 57-67.
 57. Ten Thoren, C., Petermann, F. Reviewing asthma and anxiety. *Respir Med*, 2000: 94, 409-15.
 58. Honkalampi, K., Saarinen, P., Hintikka, J., Virtanen, V., Viinamaki, H. Factors associated with alexithymia in patients suffering from depression. *Psychother Psychosom*, 1999: 68, 270-275.
 59. Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., Viinamaki, H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res*, 2000: 48, 99-104.
 60. Kim, H.W., Rim, H.D., Kim, J.H., Lee, S.J. Alexithymia and stress response patterns among patients with depressive disorders in Korea. *Psychiatry Invest*, 2009: 6, 13-18.
 61. Serrano, J., Plaza, V., Sureda, B., de Pablo, J., Picado, C., Bardagi, S., Lamala, J., Sanchis, J. Alexithymia : a relevant psychological variant in near fatal asthma. *Eur Respir*, 2006: 28, 296-302.
 62. Vazquez, I., Sáñez, E., González-Freire, B., Romero-Frais, E., Blanco-Aparicio, M., Vereá-Hernando, H. The role of alexithymia in quality of life and health care use in asthma. *J Asthma*, 2010: 47(7), 797-804.
 63. Mangan, J.M., Wittich, A.R., Gerald, L.B. The potential for reducing asthma disparities through improved family and social function and modified health behaviors. *Chest*, 2007: 132, 789-801.
 64. Barton, C., Clarke, D., Sulaiman, N. et al. Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma. *Respir Med*, 2003: 97, 747-761.
 65. Locker, D. Social determinants of health and disease. In G. Scambler. (Ed.), *Sociology as applied to medicine*. Saunders, London UK, Elsevier. 2008 : 18-33.
 66. Ross, C.E., Mirowsky, J., Goldsteen, K. The impact of the family on health: the decade in review. *J Marriage Fam*, 1990: 52, 1059-1078.
 67. Blecke, J. Exploration of children's health and self-care behavior within a family context through qualitative research. *Fam Relat*, 1990: 39, 284-291.