

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΡΙΣΑΣ

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑ, ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ  
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΤΗ ΘΕΣΣΑΛΙΑ**

ΓΕΩΡΓΙΑ Τ. ΜΠΑΛΤΑ

ΙΑΤΡΟΣ

ΛΑΡΙΣΑ 2010

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑ, ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ  
ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΣΤΗ ΘΕΣΣΑΛΙΑ

**Η Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή**

1. Νικηφόρος Β. Αγγελόπουλος

Καθηγητής της Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

2. Θωμάς Τσικρίκας

Αναπληρωτής Καθηγητής της Παθολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

3. Θεόφιλος Καραχάλιος

Αναπληρωτής Καθηγητής της Ορθοπαιδικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

**Η Επταμελής Συμβουλευτική Επιτροπή**

1. Νικηφόρος Β. Αγγελόπουλος

Καθηγητής της Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

2. Θωμάς Τσικρίκας

Αναπληρωτής Καθηγητής της Παθολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

3. Θεόφιλος Καραχάλιος

Αναπληρωτής Καθηγητής της Ορθοπαιδικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

4. Μιλτιάδης Λειβαδίτης

Καθηγητής της Ψυχιατρικής του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου

5. Ευάγγελος Αθανασίου

Αναπληρωτής Καθηγητής της Χειρουργικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

6. Οδυσσέας Μουζάς

Επίκουρος Καθηγητής της Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

7. Ιωάννης Μπονώτης

Λέκτορας της Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Στους γονείς και τον αδερφό μου.

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

<b>Πρόλογος- ευχαριστίες.....</b>	<b>σελ. 6</b>
<b>Γενικό μέρος.....</b>	<b>σελ. 9</b>
<b>Ειδικό μέρος.....</b>	<b>σελ. 36</b>
<b>Αποτελέσματα.....</b>	<b>σελ. 45</b>
<b>Συζήτηση.....</b>	<b>σελ. 71</b>
<b>Περίληψη.....</b>	<b>σελ. 87</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>σελ. 89</b>
<b>Βιβλιογραφία.....</b>	<b>σελ. 91</b>
<b>Παράρτημα Α- πίνακες.....</b>	<b>σελ. 110</b>
<b>Παράρτημα Β- ερωτηματολόγια .....</b>	<b>σελ. 117</b>

## Πρόλογος- ευχαριστίες

Μετά από 6 και πλέον χρόνια εργασίας, η διδακτορική μου διατριβή έχει ολοκληρωθεί. Σε αυτή τη μακρόχρονη πορεία - από τη σύλληψη της αρχικής ιδέας μέχρι την τελική μορφοποίηση του κειμένου - βρεθήκανε δίπλα μου πολλοί άνθρωποι, τους οποίους νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω.

Πρώτα απ' όλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον καθηγητή μου, Καθηγητή της Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, κ. Νικηφόρο Αγγελόπουλο. Τον γνώρισα το 1994, οπότε και εισήχθη στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, όπου διδάσκει. Όντας καθηγητής μου από το πρώτο έτος της φοίτησής μου, ήταν ο άνθρωπος που μου ενέπνευσε την αγάπη για την Ψυχιατρική, και, μετά την αποφοίτησή μου από το πανεπιστήμιο, στάθηκε δίπλα μου στην πορεία προς την εκπόνηση της παρούσας μελέτης. Ήταν μαζί μου στη σύλληψη της αρχικής ιδέας για το αντικείμενο της διατριβής και από εκεί και πέρα με καθοδήγησε και με στήριξε μέχρι αυτή να ολοκληρωθεί.

Παράλληλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους καθηγητές μου, κ. Θωμά Τσικρίκα, Αναπληρωτή Καθηγητή Παθολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, και κ. Θεόφιλο Καραχάλιο, Αναπληρωτή Καθηγητή Ορθοπαιδικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Ο κ. Τσικρίκας ήταν ένας από τους σπάνιους 'δασκάλους' που μάθαινε σε εμάς, τους άπειρους, αλλά κι ενθουσιώδεις φοιτητές, να βλέπουμε, να ακούμε και να γνωρίζουμε - τόσο με την κυριολεκτική όσο και με την μεταφορική έννοια των όρων - τον άνθρωπο που στεκόταν απέναντί μας, στη θέση του ασθενούς. Ο κ. Καραχάλιος, με τη σειρά του, μας εξοικείωνε με τον κόσμο των ορθοπαιδικών παθήσεων και μας μετέφερε τις πιο πρόσφατες

απόψεις/προτάσεις για τη διάγνωση και τη θεραπεία τους. Και οι δύο, ως μέλη της τριμελούς επιτροπής, με βοηθούσαν, με συμβούλευαν και με διόρθωναν, από την αρχή μέχρι την ολοκλήρωση της εκπόνησης της διατριβής μου.

Την ευγνωμοσύνη μου θα ήθελα να εκφράσω στον Επίκουρο Καθηγητή Ψυχιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κ. Οδυσσέα Μουζά. Ήταν ο άνθρωπος στον οποίο απευθυνόμουν άμεσα, όποτε οποιοδήποτε πρόβλημα παρουσιαζόταν. Ήταν συνεχώς δίπλα μου, με κατεύθυνε, με ενθάρρυνε και με πίεζε, όποτε αυτό ήταν απαραίτητο, στο δρόμο για τη συγγραφή της διατριβής.

Πολλές ευχαριστίες οφείλω στον Αναπληρωτή Καθηγητή Στατιστικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κ. Χατζηχριστοδούλου, για τις πολύτιμες συμβουλές που μου έδωσε στη διαδικασία της στατιστικής επεξεργασίας του δείγματος της διατριβής.

Όλες μου τις ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στον Επιμελητή Α' του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας κ. Αθανάσιο Ξηρομερίτη, ο οποίος από την αρχή με περιέβαλε με αγάπη, με στήριξε και με βοήθησε στη συλλογή του δείγματος.

Θα ήθελα, επίσης, να απευθύνω ευχαριστίες στο Διευθυντή της Α' Παθολογικής κλινικής του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Καρδίτσας κ. Λάμπρο Μπριάννα, ο οποίος μου επέτρεψε να συλλέξω σημαντικό μέρος του δείγματός μου στην κλινική του, για όσο διάστημα εργαζόμουν εκεί ως ειδικευόμενη γιατρός.

Στο σημείο αυτό, θα ήθελα να ευχαριστήσω και τον συνάδελφο και φίλο Δημήτρη Καραΐσκο. Βρίσκεται κι αυτός στην ίδια με εμένα θέση του νέου

επιστήμονα που δουλεύει τη διατριβή του, και πολλές φορές μου έδωσε χρήσιμες συμβουλές και μου συμπαραστάθηκε, όταν οι, ενδεχομένως αναμενόμενες, δυσκολίες που προέκυπταν μού φάνταζαν αξεπέραστες.

Τέλος, ήθελα να ευχαριστήσω τον Δημήτρη Τσιαχρή, φίλο μου και συνάδελφο, ο οποίος στάθηκε δίπλα μου, με ενίσχυε και με βοήθησε σε ποικίλες δυσκολίες, δίνοντας πάντα άμεσες και αποτελεσματικές λύσεις.

Μαζί με όλους τους ανωτέρω, πολλές ευχαριστίες χρωστάω και στους εθελοντές της διατριβής μου- εργαζόμενους του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Καρδίτσας- οι οποίοι με προθυμία και ανιδιοτέλεια με βοήθησαν στη διαδικασία της διατριβής, συμπληρώνοντας τα απαραίτητα ερωτηματολόγια.



## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### Εισαγωγή

Έκανα την διατριβή μου στην περιοχή της Θεσσαλίας, όπου γεννήθηκα, μεγάλωσα και σπούδασα. Η περιφέρεια της Θεσσαλίας περιλαμβάνει τη γεωγραφική περιοχή που βρίσκεται στο ανατολικό τμήμα του ηπειρωτικού κορμού της κεντρικής Ελλάδος και αποτελείται από τους νομούς Καρδίτσας, Λάρισας, Μαγνησίας και Τρικάλων. Ο πληθυσμός της κυμαίνεται στις 750 χιλιάδες άτομα. Η συνολική της έκταση είναι 14.036 τετραγωνικά χιλιόμετρα, κι αντιπροσωπεύει περίπου το 11% της συνολικής έκτασης της ελληνικής επικράτειας. Συνορεύει βόρεια με τις περιφέρειες της Δυτικής και Κεντρικής Μακεδονίας, νότια με την περιφέρεια Στερεάς Ελλάδος, δυτικά με την περιφέρεια Ηπείρου, ενώ Ανατολικά βρέχεται από το Αιγαίο Πέλαγος.

### Για την κατάθλιψη

Η κατάθλιψη είναι μια σοβαρή ψυχική πάθηση, η οποία έχει σημαντικές επιπτώσεις τόσο στην καθημερινή ζωή του ατόμου, όσο και στην διαπροσωπική, οικογενειακή, κοινωνική και επαγγελματική του ζωή. Είναι μία από τις πιο συχνές ψυχικές παθήσεις στο γενικό πληθυσμό (Dozois & Westra, 2004) και θεωρείται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας μείζον αίτιο νόσησης παγκοσμίως (The world health report, 2001). Η επίπτωσή της ποικίλει από 3% στην Ιαπωνία έως 17% στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Γενικά, υπολογίζεται ότι 8-12% του

πληθυσμού θα εμφανίσει κατάθλιψη κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής του, (Andrade et al, 2003, Kessler et al, 2003), με τις γυναίκες να νοσούν σε διπλάσιο ποσοστό από τους άντρες (Kuehner, 2003). Η πιθανότερη ηλικία για να εμφανίσει κάποιος για πρώτη φορά κατάθλιψη είναι κατά τη διάρκεια της τέταρτης και της έκτης δεκαετίας της ζωής του (Eaton et al, 1997).

Η κατάθλιψη είναι μια ψυχική κατάσταση, η οποία έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον των ανθρώπων από πολύ παλιά. Ο Ιπποκράτης (460-370 π.Χ.) είχε περιγράψει τη ‘μελαγχολία’ –ψυχικές διαταραχές χωρίς πυρετό- ένα σύνδρομο με ψυχικά και σωματικά συμπτώματα, παρόμοια με τη σημερινή κατάθλιψη, αλλά πιο γενικό. Η λέξη ‘μελαγχολία’ προέρχεται από τον όρο ‘μέλαινα χολή’, έναν από τους τέσσερις χυμούς του σώματος. Σύμφωνα με τη θεωρία των τεσσάρων χυμών του σώματος, οι ανθρώπινες ασθένειες προκαλούνται από την ανισορροπία μεταξύ των τεσσάρων υγρών του σώματος: του αίματος, της μέλαινας χολής, της κίτρινης χολής και του φλέγματος. Ο Ιπποκράτης, λοιπόν, θεωρούσε τη ‘μελαγχολία’ συνέπεια της υπερβολικής ποσότητας μέλαινας χολής στο σπλήνα. Οι Ρωμαίοι τόνιζαν περισσότερο την πνευματική αιτιολογία της κατάθλιψης, με τον φιλόσοφο Κικέρωνα να πιστεύει πως η υπερβολική λύπη, ο φόβος και η οργή οδηγούσαν στην εμφάνιση της ‘μελαγχολίας’. Το Μεσαίωνα ο διάβολος, οι δαίμονες και οι μάγισσες θεωρήθηκαν υπεύθυνοι για την πρόκληση και μετάδοση των ψυχικών ασθενειών. Είναι ενδιαφέρον ότι την ίδια περίοδο οι Άραβες θεωρούσαν τους ‘μελαγχολικούς’ ανθρώπους εκλεκτούς του Θεού με ανθρωπιστικό ρόλο στην κοινωνία και πως κατά τη διάρκεια της Χρυσής εποχής του Ισλάμ (8ος-13ος αιώνας μ.Χ.) κατασκευάστηκαν τα πρώτα ψυχιατρικά

νοσοκομεία. Ο Πέρσης γιατρός Αλ-Ράτζι, ιδρυτής του νοσοκομείου της Βαγδάτης τον 8ο αιώνα μ.Χ. είχε σαφή άποψη για την αιτιολογία των ψυχικών νοσημάτων, θεωρώντας τον ανθρώπινο εγκέφαλο ως το όργανο που είναι υπεύθυνο για την ανάπτυξή τους. Από την Αναγέννηση και μετά, οι ευρωπαϊκές κοινωνίες άρχισαν να αντιμετωπίζουν τις ψυχικές ασθένειες ορθολογικότερα, χωρίς να λείπουν βέβαια και οι οπισθοδρομήσεις. Ο Άγγλος στοχαστής Robert Burton στο βιοματικό του σύγγραμμα «Ανατομία της Μελαγχολίας» (1621 μ.Χ.) πρότεινε τον επαρκή ύπνο, την υγιεινή διατροφή, τη μουσική, τη συζήτηση με έναν καλό φίλο, τα ταξίδια, την αφαίμαξη και το γάμο ως τρόπους θεραπείας των ψυχικών διαταραχών. Σταδιακά η ιατρική κοινότητα άρχισε να κατανοεί περισσότερο τα ψυχικά νοσήματα. Το 1856 ο Γάλλος ψυχίατρος Louis Delasiauve ήταν ο πρώτος που πρότεινε τον όρο ‘κατάθλιψη’ ως ένα ψυχικό σύμπτωμα άσχημης συναισθηματικής κατάστασης. Στις αρχές του 20ου αιώνα ο αυστριακός Sigmund Freud (Freud, 1984) ερμήνευσε τη ‘μελαγχολία’ ως την αντίδραση του ανθρώπου στην απώλεια. Από τα μέσα του εικοστού αιώνα χρησιμοποιείται ο όρος ‘κατάθλιψη’, αντί της ‘μελαγχολίας’, με τον γερμανό Ψυχίατρο Emil Kraepelin να είναι ουσιαστικά ο πρώτος που πρότεινε αυτή την αλλαγή στην ορολογία. Ο Kraepelin χρησιμοποίησε τον όρο ‘κατάθλιψη’ για να περιγράψει τους διαφορετικούς τύπους μελαγχολίας ως μία ενιαία ψυχική διαταραχή (Bertios, 1988, Davison, 2006, Lewis, 1934, Radden, 2003).

Ο όρος ‘κατάθλιψη’ προέρχεται από το λατινικό ρήμα ‘deprimere’, το οποίο σημαίνει ‘κατά - θλίβω’, πιέζω προς τα κάτω. Στην καθημερινή ζωή χρησιμοποιείται για να περιγράψει πλείστες καταστάσεις, όπως την ανία που

μπορεί να νιώθει κάποιος άνθρωπος, το αίσθημα θλίψης λόγω απώλειας ενός αντικειμένου αγάπης, ένα αίσθημα μοναξιάς κ.α.

Στην Ψυχιατρική η κατάθλιψη, με βάση το ταξινομικό σύστημα Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR (American Psychiatric Association 2000a) ανήκει στις διαταραχές της διάθεσης. Η διάθεση ορίζεται ως ο διάχυτος συναισθηματικός τόνος που επηρεάζει τη γενική θεώρηση του ατόμου για τον κόσμο, καθώς και την αντίληψή του για τον εαυτό, τους άλλους και το περιβάλλον. Η 'κατάθλιψη' αναφέρεται στην μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, μια διαταραχή του συναισθήματος που χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση, αν κι αυτό δεν είναι πάντα απαραίτητο και μερικές φορές δεν αναφέρεται ρητά. Ο άνθρωπος που πάσχει από κατάθλιψη βιώνει μια συναισθηματική κατάσταση θλίψης και κακοκεφιάς. Νιώθει ένα αίσθημα απελπισίας, απογοήτευσης κι αβοηθησίας, πιστεύοντας ότι τίποτα δεν μπορεί να βελτιωθεί και ότι κανένας δεν μπορεί να τον βοηθήσει. Έχει συχνά χαμηλή αυτοεκτίμηση με ιδέες αυτομομφής ή ενοχής, θεωρώντας ότι δεν αξίζει κι ότι, κάποιες φορές είναι αυτός υπεύθυνος για άσχημα πράγματα που έχουν συμβεί ή που δεν έγιναν και θα έπρεπε να έχουν γίνει. Δεν είναι ικανός να βιώσει αισθήματα χαράς κι ικανοποίησης από καταστάσεις κι ανθρώπους -ανηδονία- και συχνά απομονώνεται και αποσύρεται κοινωνικά, μένοντας μακριά από τους ανθρώπους και τις κοινωνικές συναναστροφές. Μπορεί να εμφανίσει διαταραχές στην όρεξη και τον ύπνο του- να μειώσει την ποσότητα της τροφής που προσλαμβάνει και να χάσει βάρος ή να τρώει συνεχώς μεγάλες ποσότητες φαγητού και αυξήσει το σωματικό του βάρος παραπάνω από το φυσιολογικό.

Επίσης, είναι πολύ συνηθισμένο να διαταράσσεται ο ύπνος του, και να ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί ή να κάνει διακοπτόμενο ύπνο ή να δυσκολεύεται να κοιμηθεί, μόλις ξαπλώσει στο κρεβάτι. Πολύ συχνά καταστρέφεται η σεξουαλική του ζωή, είτε γιατί δεν έχει επιθυμία για ερωτική επαφή είτε γιατί μειώνεται η σεξουαλική του απόδοση. Συνήθως, νιώθει μειωμένη ενεργητικότητα κατά τη διάρκεια της ημέρας κι αδυναμία, ενώ μπορεί να κουράζεται και με την ελάχιστη σωματική δραστηριότητα. Είναι συχνό ο άνθρωπος που πάσχει από κατάθλιψη να δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί, καθώς και να θυμηθεί. Τα παραπάνω δεν είναι απαραίτητο να εμφανίζονται ταυτόχρονα και σε όλους τους ανθρώπους που πάσχουν από κατάθλιψη, και συνήθως ο κάθε ασθενής βιώνει μια κατάσταση που αποτελεί συνδυασμό κάποιων από τα ανωτέρω συμπτωμάτων. Στις βαρύτερες των καταστάσεων, ο άνθρωπος εύχεται να μη ζούσε και κάποιες φορές προβαίνει σε απόπειρα αυτοκαταστροφής/αυτοκτονίας, ενώ παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις συνοδεύουν κάποιες φορές τον ασθενή που έχει βουλιάξει μέσα στην ασθένεια που ονομάζουμε 'κατάθλιψη'.

Επίσης, η κατάθλιψη μπορεί να κρύβεται πίσω από σωματικά συμπτώματα, καθώς μπορεί να μεταμφιέζεται και να παίρνει τη μορφή σωματικών ενοχλημάτων. Ένας άνθρωπος που εμφανίζει κατάθλιψη μπορεί να ταλαιπωρείται συχνά από κεφαλαλγίες, πόνους στο σώμα, όπως οσφυαλγία ή πόνους στα άκρα ή μη σαφώς καθορισμένα άλγη, να βιώνει ενοχλήσεις από το καρδιαγγειακό σύστημα, όπως αρρυθμίες, επεισόδια υπέρτασης ή προκάρδια άλγη, να εμφανίζει συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα, όπως ναυτία ή δυσκοιλιότητα. Επίσης, συμπτώματα από το ουροποιογεννητικό σύστημα μπορεί να

αντικατοπτρίζουν ψυχική δυσφορία στα πλαίσια μιας καταθλιπτικής διαταραχής, όπως και διαταραχή του εμμηνορυσιακού κύκλου στις γυναίκες. Η κατάθλιψη μπορεί να πάρει πολλά 'πρόσωπα' και να μιμηθεί πολλές σωματικές παθήσεις, πάντως αποτελεί ιατρικό σφάλμα να αποδίδονται στην κατάθλιψη σωματικά ενοχλήματα, προτού να γίνει ο απαραίτητος παθολογικός έλεγχος και αποκλειστούν οργανικά αίτια, που μπορεί να προκαλέσουν τα ανάλογα συμπτώματα.

Η αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης είναι ένα πολύ ενδιαφέρον ζήτημα. Στη σημερινή εποχή τα σύγχρονα δεδομένα από τα χώρο των νευροεπιστημών συνδυάζονται με την κληρονομιά των προηγούμενων αιώνων. Πολλές διαφορετικές, συγκλίνουσες ή αποκλίνουσες, αλλά σίγουρα αλληλοσυμπληρούμενες προσεγγίσεις προσπαθούν να διευκρινίσουν τη φύση και τα αίτια της κατάθλιψης και όλες μαζί απαρτίζουν ένα μοντέλο, που αποδέχεται τον συνδυασμό βιολογικών και ψυχολογικών συνιστωσών.

Έτσι, η βιολογική κατεύθυνση μελετάει τη διαταραχή στους νευροδιαβιβαστές του νευρικού συστήματος – σεροτονίνη, νοραδρεναλίνη, ντοπαμίνη-, απεικονίζει τον εγκέφαλο και τις λειτουργίες του με τη βοήθεια της μαγνητικής τομογραφίας, εξετάζει τη λειτουργία του ενδοκρινικού συστήματος και το ρόλο των ορμονών στη διάθεση. Έτσι, η μείωση των επιπέδων της σεροτονίνης στο μετασυναπτικό χώρο, η οποία αρχικά ενοχοποιήθηκε για πρόκληση κατάθλιψης, συνδέεται και με μείωση των επιπέδων της νοραδρεναλίνης, καθώς και με αύξηση των επιπέδων της ντοπαμίνης, μεταβολές που επίσης θεωρούνται υπεύθυνες για τα συμπτώματα της κατάθλιψης. Η θεραπεία της κατάθλιψης, σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση,

στοχεύει στη ρύθμιση των επιπέδων των ουσιών αυτών στο εγκέφαλο. Έτσι, οι αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης από τον προσυναπτικό νευρώνα είναι πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενα αντικαταθλιπτικά φάρμακα, μαζί με αυτά που, σε συνδυασμό ή όχι με τη σεροτονίνη, επηρεάζουν τα επίπεδα της νοραδρεναλίνης και της ντοπαμίνης (Delgado, 2000, Hirschfeld, 2000, Lacasse et Leo, 2005, Nutt, 2008).

Η απεικόνιση του εγκεφάλου με τη μαγνητική τομογραφία έχει δώσει ενδιαφέρουσες πληροφορίες. Έτσι, οι ασθενείς με κατάθλιψη έχει αποδειχτεί ότι έχουν περισσότερες περιοχές αυξημένου σήματος στην απεικόνιση με μαγνητικό συντονισμό, και οι τελευταίες έχουν συνδεθεί με γενικευμένη αγγειακή νόσο (Herrmann et al, 2008). Επίσης, οι ασθενείς με κατάθλιψη έχει αποδειχτεί ότι έχουν μικρότερο μέγεθος ιπποκάμπου, περιοχή που σχετίζεται με τη διάθεση και τη μνήμη (Videbech, 1997, Videbech and Ravnkilde, 2004). Η απώλεια των νευρώνων στον ιππόκαμπο σχετίζεται με κακή διάθεση και διαταραχές της μνήμης. Η αύξηση της μάζας του ιπποκάμπου, ως αποτέλεσμα της νευρογένεσης που προκαλούν τα αυξανόμενα επίπεδα της σεροτονίνης μετά από θεραπεία με αντικαταθλιπτικά, έχει σαν κλινικό αποτέλεσμα βελτίωση της κακής διάθεσης και των διαταραχών της μνήμης (Duman et al, 1997, Sheline et al, 2003). Όσον αφορά τη νευρογένεση καθ' αυτή, έχει βρεθεί ότι τα επίπεδα μιας νευροτροφίνης, του brain-derived neurotrophic factor (BDNF), είναι μειωμένα (πάνω από 3 φορές) σε καταθλιπτικούς ασθενείς, σε σχέση με υγιείς μάρτυρες, και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα αυξάνουν αυτά τα επίπεδα (Sen et al, 2008).

Σαν πιθανή αιτία της κατάθλιψης έχει επίσης αναφερθεί η υπερλειτουργία του άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφρίδια. Όταν αυτός ο άξονας υπερλειτουργεί, δημιουργείται μια κατάσταση που μοιάζει με την νευρο-ενδοκρινική απάντηση στο στρες. Έρευνες δείχνουν ότι στην κατάθλιψη είναι αυξημένα τα επίπεδα της κορτιζόλης, και διαπιστώνεται υπερτροφία της υπόφυσης και των επινεφριδίων, σαν αποτέλεσμα της υπερέκκρισης της corticotropin-releasing hormone από τον υποθάλαμο (Monteleone, 2001). Ο ρόλος των οιστρογόνων στην κατάθλιψη είναι επίσης ένα ενδιαφέρον θέμα, καθώς η συχνότητα της κατάθλιψης στις γυναίκες είναι αυξημένη μετά την εφηβεία, στην περιγεννητική περίοδο, οπότε και τα επίπεδα των οιστρογόνων είναι αυξημένα και μειώνεται μετά την εμμηνόπαυση, οπότε τα επίπεδα των οιστρογόνων μειώνονται (Cutter et al, 2003).

Παράλληλα με όλα αυτά, θεωρείται βέβαιη μια γενετική συνιστώσα στους πάσχοντες από κατάθλιψη, η οποία μεταφέρει ένα βαθμό ευαλωτότητας για την πάθηση. Οι Caspi, Sugden και Moffitt το 2003 διαπίστωσαν ότι η πιθανότητα να νοσήσει κάποιος από κατάθλιψη, μετά από μεγάλα στρεσογόνα γεγονότα, αυξάνει στα άτομα που φέρουν ένα ή δύο κοντά αλληλίου (short alleles) του γονιδίου του μεταφορέα της σεροτονίνης.

Πέρα ή μαζί με όλες αυτές τις βιολογικές προσεγγίσεις της αιτιοπαθογένειας της κατάθλιψης, ενδιαφέρον, αλλά και καθημερινή εφαρμογή, έχουν οι ψυχολογικές- ψυχοθεραπευτικές κατευθύνσεις για την κατάθλιψη. Η προσωπικότητα του κάθε ανθρώπου φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και την πορεία της κατάθλιψης (Raphael, 2000). Ο αμερικανός Ψυχίατρος Aaron T. Beck ανέπτυξε στη δεκαετία του 1960 τη γνωσιακή θεωρία



για την κατάθλιψη. Πρότεινε την γνωσιακή τριάδα: αρνητική εικόνα εαυτού, αρνητική ερμηνεία της εμπειρίας και αρνητικές προσδοκίες για το μέλλον, ως τη βάση πάνω στην οποία εμφανίζεται η κατάθλιψη (Beck et al, 1987). Με άξονα αυτές τις αρχές, αναπτύχθηκαν οι γνωσιακές θεραπευτικές μέθοδοι. Η ψυχαναλυτική θεώρηση - πρωτοδιατυπωμένη από τον αυστριακό Ψυχίατρο Sigmund Freud- δέχεται ότι η κατάθλιψη ή ‘μελαγχολία’ σχετίζεται με προσωπικές απώλειες και εμπειρίες της πρώιμης παιδικής ηλικίας. Θεωρεί ότι η ενδοβλημένη αμφιθυμία προς το αντικείμενο της αγάπης μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη , εάν το αντικείμενο απωλεσθεί ή βιωθεί ως απωλεσθέν (Carhart-Harris et al, 2008, Freud, 1984, Radden, 2003).

Η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με σωματικές ασθένειες είναι ένα πολύ ενδιαφέρον θέμα και αποτελεί αντικείμενο ερευνών παγκοσμίως. Ασθενείς με διάφορες παθήσεις, όπως ασθενείς με σκληρόδερμα (Angelopoulos et al, 2001), με ινομυαλγία (Gulec et al, 2004), με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Sayar et al, 2004), με ημικρανίες (Muftuoglu et al, 2004), με κεφαλαλγία τάσης (Yucel et al, 2002), με γυροειδή αλωπεκία (Poort, 2004) εμφανίζανε υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης σε σχέση με τους υγιείς. Επίσης, οι ασθενείς με σοβαρή οφθαλμοπάθεια Graves (Farid et al, 2005) εμφάνιζαν διαταραχές στο συναίσθημά τους, οι οποίες ήταν ανάλογες της βαρύτητας της ασθένειάς τους.

### **Για την επιθετικότητα**

Η επιθετικότητα είναι ένα από τα πιο συχνά φαινόμενα της καθημερινής ζωής. Όλοι οι άνθρωποι έχουν υπάρξει μάρτυρες επεισοδίων επιθετικότητας πολλές φορές στη ζωή τους και κάτω από πολύ διαφορετικές καταστάσεις, κάποτε, ίσως, και οδυνηρές. Ένα παιδί, που υπερασπίζεται την επιθυμία του να φάει τη συγκεκριμένη φέτα ψωμί που επιθυμούν και τα αδέρφια του, και καταλήγει να χτυπιέται μαζί τους, μια μητέρα, η οποία μαλώνει τα παιδιά της που δεν διαβάζουν τα μαθήματά τους, ένας οδηγός αυτοκινήτου, ο οποίος έχει αργήσει στη δουλειά του και η κυκλοφορική συμφόρηση στους δρόμους δεν του αφήνει περιθώρια να ελπίζει ότι θα τα καταφέρει να φτάσει στην ώρα του, οπότε επιτίθεται λεκτικά προς τους συνοδηγούς και τον τροχονόμο, ένας οπαδός ποδοσφαιρικής ομάδας, ο οποίος στο γήπεδο εκφράζει λεκτικά την απογοήτευσή του για μια μη ευνοϊκή για την ομάδα του απόφαση του διαιτητή, ένας δάσκαλος, που προσπαθεί να συνετίσει τον απείθαρχο μαθητή με μια βέργα, ένας πατέρας, ο οποίος αποδοκιμάζει την επιλογή του γιου να ξεκινήσει το κάπνισμα, ασκώντας σωματική βία σ' αυτόν, ένας ληστής, ο οποίος μαχαιρώνει το θύμα του, όταν αυτό αντιστέκεται στη διαδικασία βίαιης απόσπασης των χρημάτων του, ένας ασθενής με σχιζοφρένια, ο οποίος υπακούει στις προστακτικές ακουστικές του ψευδαισθήσεις και χτυπάει κάποιον, ένας αλκοολικός άντρας, ο οποίος μέσα στο ζηλοτυπικό του παραλήρημα επιτίθεται στη σύζυγό του, ένας στρατιώτης, ο οποίος στο πεδίο της μάχης πυροβολεί τον εχθρό του, όλοι αυτοί οι άνθρωποι εκφράζουν την επιθυμία τους με επιθετικό τρόπο – είτε λεκτικά είτε σωματικά. Η επιθετικότητα θεωρείται απαραίτητο για την επιβίωση γνώρισμα του ανθρώπου.

Κάποτε, ήταν απαραίτητο να γίνει ο καθένας επιθετικός, προκειμένου να εξασφαλίσει την τροφή του κι επομένως τη ζωή του, και δυστυχώς τέτοιες συνθήκες δεν ανήκουν αποκλειστικά στο παρελθόν, αλλά υπάρχουν μέχρι και σήμερα. Και όσον αφορά την εξασφάλιση ερωτικού συντρόφου και την αναπαραγωγή, κι εκεί αρκετές φορές η επιθετική συμπεριφορά ήταν η πιο αποτελεσματική λύση.

Η επιθετικότητα είναι παρούσα στην καθημερινή ζωή. Ο τρόπος, όμως, κι οι συνθήκες κάτω από τις οποίες εκφράζεται στις οργανωμένες κοινωνίες μπορεί να χαρακτηριστεί από αποδεκτός και αξιέπαινος μέχρι κολάσιμος και εγκληματικός. Τα κριτήρια διαφέρουν ανάλογα με την εποχή και τον τόπο. Η άσκηση σωματικής βίας με σκοπό την αφαίρεση της ζωής ενός ανθρώπου έχει χαρακτηριστεί από επιβεβλημένη και κάποτε 'θεάρεστη' πράξη, όπως σε περίπτωση πολέμου για παράδειγμα ή για 'ζητήματα τιμής', μέχρι ποινικά κολάσιμη με ποινή τη στέρηση της προσωπικής ελευθερίας ή και της ζωής, κάποιες φορές. Το βέβαιο είναι ότι είναι πολύ δύσκολο να θυμώσει κάποιος με το σωστό άτομο, για τη σωστή αιτία, στο σωστό χρόνο και με το σωστό τρόπο, κατά την αριστοτελική ρήση -κι ακόμα πιο δύσκολος είναι ο καθορισμός του 'σωστού' και 'ηθικού', αλλά αυτά τα θέματα ξεπερνούν πλέον το ενδιαφέρον του παρόντος συγγράμματος. Όπως κι αν έχει, στις σύγχρονες κοινωνίες η βίαιη συμπεριφορά κι η σχετιζόμενη με αυτή εγκληματικότητα αποτελούν μείζονα προβλήματα για την κοινωνική συνοχή και την ατομική ζωή.

Στην Ψυχιατρική η επιθετικότητα είναι, επίσης, ένα συχνό και κάποτε εντυπωσιακό φαινόμενο και παρατηρείται σε συνθήκες όπου το υποκείμενο

βρίσκεται μπροστά σε καταστάσεις ματαίωσης μιας επιθυμίας του. Ο ορισμός της ως ‘μια ισχυρή στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα, λεκτική ή σωματική, το κινητικό αντίστοιχο των συναισθημάτων οργής, θυμού ή εχθρότητας’ δεν αναφέρεται καθόλου στην επιθετικότητα προς τον εαυτό, ούτε στην παθητική επιθετικότητα. Επιθετική συμπεριφορά μπορεί να παρατηρηθεί σε διάφορες ψυχικές διαταραχές, όπως σχιζοφρένεια, μανία, χρήση ουσιών, διαταραχές από εγκεφαλική βλάβη, διαταραχές προσωπικότητας. Το τελικό αποτέλεσμα εκδήλωσης της επιθετικής συμπεριφοράς προκύπτει από αλληλεπίδραση ψυχιατρικών, σωματικών και πολιτισμικών παραγόντων, και η επιθετικότητα θεωρείται περισσότερο μια συμπεριφορά (‘attitude’) παρά χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (‘personality trait’) (Foulds, 1965). Έτσι, η μελέτη της βοηθάει στην διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ προσωπικότητας, ψυχικών και σωματικών ασθενειών, τόσο σε ασθενείς με σωματικές παθήσεις, όσο και στους ψυχιατρικούς ασθενείς (Angelopoulos et al, 2001).

Μελετώντας κι αναζητώντας την αιτιοπαθογένεια της επιθετικότητας, η σύγχρονη νευροβιολογική έρευνα στρέφεται στα συστήματα των νευροδιαβιβαστών και τη ρύθμισή τους, καθώς και σε ανατομικο-λειτουργικές διαταραχές που σχετίζονται με την προδιάθεση για την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς (Volavka, 2002, Nelson et Trainor, 2007). Έτσι, πολλοί νευροχημικοί παράγοντες, νευροδιαβιβαστές και ορμόνες, φαίνεται να εμπλέκονται στη ρύθμιση και την εκδήλωση της επιθετικής συμπεριφοράς. Κεντρικό ρόλο στη ρύθμιση της επιθετικής συμπεριφοράς θεωρείται ότι παίζουν

η σεροτονίνη και οι κατεχολαμίνες, ενώ, παράλληλα, συζητιέται και ο ρόλος του GABAεργικού συστήματος (de Almeida et al, 2005).

Η επιθετική συμπεριφορά έχει συσχετιστεί με μειωμένη κεντρική σεροτονινεργική δραστηριότητα, ενώ μελέτες μοριακής γενετικής, τόσο σε κλινικούς πληθυσμούς όσο και σε προκλινικά υποδείγματα συνδέουν την μειωμένη σεροτονινεργική δραστηριότητα με συγκεκριμένους γονιδιακούς πολυμορφισμούς.

Η προσυναπτική σεροτονινεργική δραστηριότητα στον εγκέφαλο μπορεί να εκτιμηθεί μετρώντας τα επίπεδα του μεταβολίτη της σεροτονίνης 5-υδροξυ-ινδολοξικού οξέος (5-HIAA) στο ENY. Όταν τα επίπεδα 5-HIAA στο ENY είναι χαμηλά, αυτό υποδηλώνει χαμηλή κεντρική σεροτονινεργική δραστηριότητα. Χαμηλά επίπεδα 5-HIAA στο ENY έχουν συνδυαστεί με την εκδήλωση παρορμητικής επιθετικής συμπεριφοράς. Έτσι, τα επίπεδα 5-HIAA στο ENY σε παρορμητικούς βίαιους παραβάτες έχουν βρεθεί σημαντικά χαμηλότερα σε σύγκριση με τα επίπεδα 5-HIAA στο ENY σε μη παρορμητικούς παραβάτες. Παρόμοια ήταν και τα αποτελέσματα από τη σύγκριση των συγκεντρώσεων του 5-HIAA στο ENY μεταξύ παρορμητικών και μη παρορμητικών παραβατών, καθώς στους παρορμητικούς εμπρηστές βρέθηκαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα 5-HIAA στο ENY σε σύγκριση με τους εμπρηστές που είχαν δράσει προμελετημένα. Μια προοπτική μελέτη, στην οποία επί 4,5 χρόνια παρακολουθούνταν 114 παραβατικοί αλκοολικοί και καταγράφονταν η συμπεριφορά τους, έδειξε ότι η πιθανότητα υποτροπής σε εγκληματικές πράξεις σχετιζόταν με τα χαμηλά επίπεδα του 5-HIAA στο ENY. Σε μια άλλη μελέτη, τα

επίπεδα του 5-HIAA στο ENY επιθετικών ασθενών με διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές βρέθηκαν σημαντικά χαμηλότερα από αυτά της ομάδας μη επιθετικών ασθενών με διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές (Soderstrom et al, 2001).

Πειράματα σε προκλινικό επίπεδο έχουν δώσει ενδείξεις ότι οι 5-HT1 και οι 5-HT2 υποδοχείς σχετίζονται με την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς, παίζοντας κεντρικό ρόλο. Η ενεργοποίηση των 5-HT1A υποδοχέων έχει παρατηρηθεί ότι οδηγεί σε μείωση της επιθετικότητας, και, αντίστοιχα, η ενεργοποίηση των αγωνιστών των 5-HT1B προσυναπτικών υποδοχέων αναστέλλει διαφόρων τύπων επιθετικές συμπεριφορές στα ποντίκια. Η ενεργοποίηση των 5-HT1B υποδοχέων αναστέλλει την απελευθέρωση σεροτονίνης. Αυτό οδηγεί σε μείωση της εξωκυττάριας συγκέντρωσής της στο φλοιό, την κοιλιακή περιοχή του ιππόκαμπου, το ραβδωτό σώμα και το διεγκέφαλο. Οι υποδοχείς αυτοί, λοιπόν, φαίνεται να κατέχουν κεντρική θέση στο ρυθμιστικό μηχανισμό της επιθετικότητας.

Παράλληλα με την σεροτονίνη, και η νοραδρεναλίνη έχει συσχετιστεί με την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς, καθώς η αυξημένη νοραδρενεργική δραστηριότητα έχει συνδεθεί με την επιθετικότητα. Μελέτες σε πιθήκους Rhesus που ζούσαν στο φυσικό τους περιβάλλον έδειξαν ότι η επιθετική συμπεριφορά τους, όπως αυτή καταγραφόταν με αντίστοιχες κλίμακες, σχετιζόταν θετικά με τα επίπεδα της νοραδρεναλίνης στο ENY. Πειράματα σε φυσιολογικά άτομα έδειξαν ότι τα επίπεδα της αδρεναλίνης και της νοραδρεναλίνης αυξάνονται με την πειραματική πρόκληση εχθρικής συμπεριφοράς. Αντίστοιχα, β-αδρενεργικοί

αποκλειστές μειώνουν την επιθετική συμπεριφορά ασθενών με διάφορες ψυχιατρικές διαταραχές στην καθημερινή κλινική πράξη.

Ο ρόλος της ντοπαμίνης στη ρύθμιση της ανθρώπινης επιθετικής συμπεριφοράς είναι ένα θέμα που δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί με ακρίβεια. Πολλές προκλινικές μελέτες θέλουν το μεσο-φλοιο-μεταιχμιακό ντοπαμινεργικό σύστημα να συμμετέχει στην προετοιμασία και την εκτέλεση των επιθετικών πράξεων. Έτσι, η χορήγηση μικρών δόσεων αμφεταμίνης ή απομορφίνης, η οποία προκαλεί αύξηση της απελευθέρωσης ντοπαμίνης, οδηγεί σε αυξημένη επιθετικότητα, ενώ η χορήγηση D1 ή D2 ανταγωνιστών επιφέρει μείωση της επιθετικότητας σε αρσενικά ποντίκια υπό συνθήκες απομόνωσης.

Μελέτες που ασχολούνται με τα δύο ένζυμα καταβολισμού των κατεχολαμινών, τη μονοάμινο-οξυδάση (MAO) και την κατεχολ-Α-μεθυλοτρανσφεράση (COMT), παρέχουν, επίσης, πληροφορίες για το ρόλο των κατεχολαμινών στην επιθετική συμπεριφορά. Μείωση της δραστηριότητας των παραπάνω ενζύμων, η οποία συνεπάγεται αυξημένη κατεχολαμινική δραστηριότητα, αυξάνει την επιθετικότητα. Έτσι, έχει βρεθεί ότι τροποποιημένα γενετικά αρσενικά ποντίκια με έλλειψη του γονιδίου (knock-out) είτε της COMT είτε της MAO-A εκδηλώνουν αυξημένη επιθετική συμπεριφορά. Αντίστοιχα, στα αιμοπετάλια βίαιων παραβατών διαπιστώθηκε χαμηλή δραστηριότητα της MAO, ενώ το αλληλόμορφο γονίδιο που κωδικοποιεί τη λιγότερο δραστική μορφή της COMT συσχετίζεται με βίαιη συμπεριφορά σε ασθενείς με σχιζοφρένεια ή σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.

Στο πεδίο της αλληλεπίδρασης γονιδίων και περιβάλλοντος, τα δεδομένα δεν αποκλείουν από τα προαναφερθέντα για το ρόλο των κατεχολαμινών. Έτσι, έχει βρεθεί ότι οι φορείς του γενετικού πολυμορφισμού της MAO-A που συνδέεται με τη χαμηλή δραστηριότητα του ενζύμου, εμφανίζουν προδιάθεση να αναπτύξουν επιθετική και αντικοινωνική συμπεριφορά, όταν ανατρέφονται σε δυσμενές περιβάλλον. Αντίθετα, άτομα που ανατράφηκαν στο ίδιο περιβάλλον, αλλά έχουν φυσιολογική δραστηριότητα της MAO-A, δεν εμφανίζουν αυτή την προδιάθεση για εκδήλωση επιθετικότητας (Caspi et al, 2002).

Όσον αφορά το γ-αμινο-βουτυρικό οξύ (GABA), ο ρόλος του στην εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς είναι λιγότερο μελετημένος από αυτόν των άλλων νευροδιαβιβαστών. Γενικά, το GABA θεωρείται ότι ασκεί ανασταλτικό ρόλο στην εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς. Έτσι, σε υγιείς ενήλικες με οικογενειακό ιστορικό ψυχικής διαταραχής διαπιστώθηκε ότι τα επίπεδα του GABA στον ορό σχετίζονται θετικά με την επιθετικότητα. Όπως κι αν έχει, ο μηχανισμός δράσης του GABA στην επιθετική συμπεριφορά αναμένεται να αφορά και τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ φλοιο-μεταιχμιακού σεροτονονεργικού και GABAεργικού συστήματος.

Η αναζήτηση εντοπισμένων ανατομικών βλαβών που να σχετίζονται με την προδιάθεση για την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς οδήγησε στις κατώτερες μετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου, βλάβες των οποίων συνδέονται με παρορμητικότητα, αντικοινωνικού τύπου συμπεριφορά, και την εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς. Επιπλέον, οι κατώτερες μετωπιαίες περιοχές συνδέονται στενά με την αμυγδαλή, η οποία παίζει σημαντικό ρόλο στην βίωση και την εκδήλωση των



συναισθημάτων και ιδιαίτερα του φόβου. Όταν η αμυγδαλή δυσλειτουργεί, η συναισθηματική απάντηση στα φοβογόνα ερεθίσματα δεν είναι φυσιολογική, και η συνεπαγόμενη αδυναμία βίωσης του φόβου μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα μειωμένη αναστολή της επιθετικής συμπεριφοράς. Επιπλέον, ανατομικές βλάβες της αμυγδαλής συνδέονται και με μειωμένη ικανότητα αναγνώρισης της συναισθηματικής έκφρασης των προσώπων. Η ανικανότητα αποκωδικοποίησης των κοινωνικών σημαδιών και κατά συνέπεια μια μη φυσιολογική αντίδραση φόβου, πιθανολογείται ότι οδηγεί στην εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς (Karli, 2006).

Παρόμοιες δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές - αναντιστοιχία ανάμεσα στα φοβογόνα ερεθίσματα και τις απαντήσεις σε αυτά, καθώς και μια γενικότερη μείωση των συναισθηματικών αντιδράσεων - έχουν παρατηρηθεί και μετά από αμφοτερόπλευρη βλάβη των κροταφικών λοβών, οι οποίοι έχουν μεγάλη ανατομική διασύνδεση με την αμυγδαλή (Δουζένης και Λύκουρας, 2008).

Η μελέτη της επιθετικότητας σε πληθυσμούς ασθενών με σωματικές παθήσεις καταλήγει σε ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Οι Αγγελόπουλος και συν. (Angelopoulos et al, 2001) διαπίστωσαν ότι ασθενείς με σκληρόδερμα εμφανίζανε περισσότερα αισθήματα ενοχής από τους υγιείς μάρτυρες. Σε μια πρόσφατη έρευνα η έκφραση της επιθετικότητας αποδείχτηκε ότι προκαλούσε το 25 % των μεταβολών της αρτηριακής πίεσης μέσα στο 24ωρο (Pavek and Taube, 2009).

### **Για την αλεξιθυμία**

Ο όρος ‘αλεξιθυμία’ (alexithymia) αναφέρεται σε μια λειτουργική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από δυσκολία στην έκφραση των συναισθημάτων μέσω της λεκτικής οδού και στην ικανότητα φαντασίωσης. Είναι σύνθετος, ελληνικής προέλευσης όρος και προέρχεται από το στερητικό «α» και τους όρους «λέξη» και «θυμός», δηλαδή συναίσθημα.

Εισήχθη το 1972 από το Σιφναίο (Sifneos, 1975, Sifneos, 1977) και αφορά την περιορισμένη ικανότητα συναισθηματικής συναλλαγής. Το φαινόμενο της αλεξιθυμίας αρχικά παρατηρήθηκε και μελετήθηκε σε ψυχοσωματικούς ασθενείς. Ο Ruesch το 1948 κατέγραψε σ’ αυτούς τους ασθενείς διαταραχή της συμβολικής και της λεκτικής τους έκφρασης και τους ονόμασε «ανώριμες προσωπικότητες» «infantile personalities». Αργότερα οι Freedman et Sweet ονόμασαν τους ασθενείς που δεν ήταν ικανοί να περιγράψουν τα συναισθήματά τους ως «συναισθηματικά αγράμματους» «emotional illiterates» (Τσακλακίδου και Θωμάς, 1994). Το 1963 μια ομάδα Γάλλων ψυχαναλυτών περιέγραψε μια ομάδα ασθενών με μεικτά ιατρικά και ψυχοσωματικά συμπτώματα, που εμφάνιζαν χρηστικό τρόπο σκέψης και πλήρη έλλειψη φαντασίας (Marty et Uzan, 1963). Την ίδια περίπου εποχή οι P. Sifneos και J. Nemiah περιέγραψαν ψυχοσωματικούς ασθενείς με αξιοσημείωτη δυσκολία να εκφράζονται λεκτικά ή να περιγράφουν τα συναισθήματά τους και που παράλληλα χαρακτηρίζονταν από απουσία φαντασίας (Sifneos, 1972, Nemiah, 1973). Παρόμοια χαρακτηριστικά παρατηρήθηκαν σε ασθενείς με μετατραυματικά σύνδρομα καθώς επίσης και σε χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών (Lesser, 1981, Taylor, 1984). Το Σεπτέμβριο του

1976 το 11<sup>ο</sup> Ευρωπαϊκό Συνέδριο Ψυχοσωματικής Έρευνας (Heidelberg 14-18.9.1976) αφιέρωσε τις εργασίες του αποκλειστικά στο φαινόμενο της αλεξιθυμίας, καθορίζοντας με μεγαλύτερη σαφήνεια και την κλινική της σημειολογία (Τσακλακίδου και Θωμάς, 1994).

Οι κυριότερες κλινικές εκφάνσεις της αλεξιθυμίας αφορούν στη δυσκολία αναγνώρισης και λεκτικής διατύπωσης των συναισθημάτων, στην περιγραφή σωματικών συμπτωμάτων αντί συναισθημάτων και στη διαρκή ενασχόληση με αυτά. Τα «συναισθηματικά αναλφάβητα» αλεξιθυμικά άτομα έχουν σαφώς φτωχή φαντασιωσική ζωή. Ο τρόπος επικοινωνίας τους χαρακτηρίζεται από παντελή έλλειψη συμβολικής σκέψης, σε βαθμό που οι στάσεις, τα συναισθήματα και οι επιθυμίες του ατόμου να μη βγαίνουν στην επιφάνεια. Η σκέψη είναι κυριολεκτική, χρηστική, πραγματιστική και έχει χαρακτηριστεί από τους Marty και Uzan ως «pensée opératoire»- «λειτουργική σκέψη» (Marty and Uzan, 1963). Οι ασθενείς με αλεξιθυμία παρουσιάζουν δυσκολία στο διαχωρισμό των συναισθημάτων τους από τις σωματικές αισθήσεις, καθώς διαθέτουν ελάχιστη επαφή με την ψυχική τους πραγματικότητα.

Η ίδια η φύση της αλεξιθυμίας αποτελεί αντικείμενο διαφωνίας μεταξύ των μελετητών. Κάποιοι τη θεωρούν πρωτοπαθή βλάβη, ενώ άλλοι δευτεροπαθή (Lesser, 1981). Η πρωτογενής αλεξιθυμία ('trait') περιγράφεται ως ένας ισόβιος προδιαθετικός παράγοντας που μπορεί κάποτε να οδηγήσει σε ψυχοσωματική νόσο. Η δευτερογενής αλεξιθυμία ('state') φαίνεται να είναι αποτέλεσμα μιας πρωτογενούς σωματικής νόσου ή κάποιου άλλου στρεσογόνου παράγοντα της ζωής. Έτσι, πολλές ανακοινώσεις θέλουν την αλεξιθυμία να είναι στοιχείο της

προσωπικότητας δεδομένο και αμετάβλητο (Wise et al, 1992, Wise et al, 1995, Luminet et al, 2001, Honkalampi et al, 2001c), άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι πρόκειται για προσωρινό, μη σταθερό γνώρισμα του ατόμου (Honkalampi et al, 2000a), ενώ έχει διατυπωθεί και η άποψη ότι πρόκειται για επίκτητο χαρακτηριστικό που διαμορφώνεται και επηρεάζεται σημαντικά από το περιβάλλον κατά τη διάρκεια των πρώτων χρόνων της ζωής (Troisi et al, 2001). Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι πρόκειται για γενετικό έλλειμμα που προκαλεί ελαττωματικό προσαρμοστικό μηχανισμό. Οι Heiberg et Heiberg το 1977, βασιζόμενοι σε μια μελέτη τους σε διδύμους, υποστήριξαν ότι υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις για κληρονομικότητα στη γένεση της αλεξιθυμίας (Heiber, 1977).

Ο Mc Lean υποθέτει ότι ίσως υπάρχει λανθασμένη επικοινωνία μεταξύ του φυλογενετικά προγενέστερου ρινεγκεφάλου και του νεοφλοιού. Έτσι, τα συναισθήματα που προέρχονται από την περιοχή του ιππόκαμπου μπορεί να μην επικοινωνούνται για περαιτέρω διανοητική επεξεργασία, αλλά να βρίσκουν άμεση έκφραση μέσω καναλιών του αυτόνομου νευρικού συστήματος (Τσακλακίδου και Θωμάς, 1994). Ο Nemiah ενίσχυσε την άποψη της νευροφυσιολογικής αιτιολογίας εξηγώντας ότι το ραβδωτό σώμα ρυθμίζει την εισροή των αισθητηριακών ερεθισμάτων του νεοφλοιού στη συνείδηση (Nemiah, 1973). Θεωρητικά, πολλά αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά μπορούν να ερμηνευτούν ως δυσλειτουργική ή ελλιπής επικοινωνία μεταξύ του λιμπικού συστήματος και του νεοφλοιού. Μια μελέτη των Henry και συν. (Henry et al, 1992) υποστηρίζει ότι ο βαθμός αλεξιθυμίας σχετίζεται με την αύξηση της δραστηριότητας του αδρενεργικού άξονα και μείωση της δραστηριότητας του υποθάλαμο-

υποφυσιακού άξονα. Αυτή η διαφορετική ενεργοποίηση των δύο αξόνων πιθανώς σχετίζεται με τη διαφορετική λειτουργικότητα των δύο εγκεφαλικών ημισφαιρίων και προτάθηκε από τον ίδιο ο όρος «πλαγίωση συναισθημάτων». Εκτός των παραπάνω, έχει παρατηρηθεί η ύπαρξη θετικής δοκιμασίας καταστολής της δεξαμεθαζόνης σε άτομα με αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά (Lindholm et al, 1990).

Η ψυχαναλυτική προσέγγιση της αλεξιθυμίας θεωρεί ότι η βάση του προβλήματος είναι η διαταραγμένη πρώιμη σχέση μητέρας- βρέφους, η οποία οδηγεί το παιδί σε ανικανότητα να σχηματίσει αναπαραστάσεις των παρορμήσεων του. Η Mc Dougal (McDougal, 1982) έκανε λόγο για «ψυχοσωματική δομή προσωπικότητας», στην οποία η ενστικτώδης δυσλειτουργία δε γίνεται αντικείμενο ψυχικής διεργασίας, αλλά επιδρά άμεσα στη σωματική λειτουργία. Πολλοί υποστηρίζουν ότι η αλεξιθυμία σχετίζεται με προβλήματα στις αντικειμενοτρόπες σχέσεις και ότι αποτελεί για μερικούς ασθενείς την έκφραση μιας υπολανθάνουσας ναρκισσιστικής διαταραχής προσωπικότητας (Weinryb et al, 1992).

Η αλεξιθυμία αρχικά περιγράφηκε σε ψυχοσωματικούς ασθενείς, όμως παρατηρείται σε ένα ευρύ φάσμα ψυχιατρικών ασθενών, καθώς και στο γενικό πληθυσμό. Έχει γίνει προσπάθεια να ανιχνευτεί η σχέση της και με άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως τη διαταραχή πανικού (Cox et al, 1995, Iancu et al, 2001, Marchesi et al, 2005), με τις αγχώδεις διαταραχές (Jones, 1984), τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (Shipko et al, 1983). Επιπλέον, η μέχρι στιγμής βιβλιογραφία ερευνά τη σχέση της αλεξιθυμίας με τη νευρογενή ανορεξία και βουλιμία (Cochrane et al, 1993, Corcos et al, 2000, Guilbaud et al, 2000, Speranza

et al, 2005, Bydlowski et al, 2005), ενώ ερευνάται η επίδρασή της και στη χρήση εξαρτησιογόνων ουσιών (Taylor et al, 1990a, Lumley et al, 1994, F farges et al, 2004, Speranza et al, 2004, Li et Sinha, 2006). Επίσης, συζητιέται η σχέση της με την αυτοκτονική διάθεση, καθώς κάποιοι τη δέχονται (Iancu et al, 2001, Hintikka et al, 2004, Maaranen et al, 2005) και άλλοι όχι (Iancu et al, 1999, Sayar et al, 2003).

Πέρα από την ψυχική σφαίρα, η αλεξιθυμία συζητείται και στο χώρο των σωματικών παθήσεων (Miranda et al, 2005), αφού έχει ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων χωρίς οργανικό υπόστρωμα (Gunzelmann et al, 2002)· ούτε αυτή, όμως, η άποψη αποτελεί κοινό τόπο (Kooiman et al, 2000). Επίσης, η αλεξιθυμία έχει συσχετιστεί με τη σωματο-αισθητηριακή μεγέθυνση (Kosturek et al, 1998, Nakao et al, 2002), την κεφαλαλγία τάσης (Yucel et al, 2002) και την αρτηριακή υπέρταση (Todarello et al, 1995, Jula et al, 1999), τη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (Verissimo et al, 1998), καθώς και με τη δυσπεψία (Jones et al, 2004).

Τι, όμως, συμβαίνει, όταν η σωματική ασθένεια εισβάλλει στο σώμα και, αναπόφευκτα, απασχολεί μικρότερο ή μεγαλύτερο μέρος της ενέργειάς του; Πώς επηρεάζονται οι ψυχολογικές παράμετροι που εξετάζονται στο παρόν σύγγραμμα; Οι έρευνες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με σωματικές παθήσεις είναι περισσότερο καταθλιπτικοί, αλεξιθυμικοί και επιθετικοί από τους υγιείς. Οι Αγγελόπουλος και συν. (Angelopoulos et al, 2001) διαπιστώσανε ότι ασθενείς με σκληρόδερμα εμφανίζανε περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα και αισθήματα ενοχής και σωματοποιούσανε περισσότερο από τους υγιείς μάρτυρες. Σε

ανάλογες έρευνες, ασθενείς με ινομυαλγία (Gulec et al, 2004), με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Sayar et al, 2004), με ημικρανίες (Muftuoglu et al, 2004), με κεφαλαλγία τάσης (Yucel et al, 2002), με γυροειδή αλωπεκία (Root, 2004) εμφάνιζαν περισσότερα καταθλιπτικά και αλεξιθυμικά στοιχεία από τους υγιείς. Ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (Porcelli et al, 1995) και υπέρταση βρέθηκαν να είναι πιο αλεξιθυμικοί, ενώ ασθενείς με σοβαρή οφθαλμοπάθεια Graves (Farid et al, 2005) εμφάνιζαν διαταραχές στο συναίσθημά τους, ανάλογες της βαρύτητας της ασθένειάς τους.

### **Σχέση αλεξιθυμίας-κατάθλιψης**

Μέσα σ' αυτό το ακαθόριστο πλαίσιο όσον αφορά το τι είναι τελικά η αλεξιθυμία, είναι επόμενο και η σχέση της με την κατάθλιψη να μην έχει οριοθετηθεί με σαφήνεια. Συμβάλει η αλεξιθυμία στην εμφάνιση κατάθλιψης; αν ναι, σε ποιο βαθμό και με ποιο μηχανισμό; ο βαθμός της αλεξιθυμίας σχετίζεται με τη βαρύτητα της κατάθλιψης; η θεραπεία της τελευταίας επηρεάζει την πρώτη; Δυστυχώς οι απαντήσεις των μέχρι τώρα ερευνών στα παραπάνω ερωτήματα είναι ελλιπείς, ενώ μερικές φορές φτάνουν να είναι αντιφατικές.

Η μεγάλη πλειοψηφία των ερευνών καταφάσκει τη θετική σχέση μεταξύ κατάθλιψης και αλεξιθυμίας (Loas et al, 1998, Berthoz et al, 1999, Marchesi et al, 2000, Honkalampi et al, 2000a, Honkalampi et al, 2000b, Honkalampi et al, 2001b, Bankier et al, 2001, Hintikka et al, 2001, Saarijarvi et al, 2001, Honkalampi et al, 2004, Gulec et al, 2005, Nakao et al, 2005). Οι Honkalampi και

συν., μετά από 12μηνη παρακολούθηση σε ένα δείγμα 1584 Φιλανδών, προτείνουν ότι τα αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά είναι στενά συνδεδεμένα με τα καταθλιπτικά συμπτώματα (Honkalampi et al, 2001c). Οι Gunzelmann και συν. μελετήσανε την αλεξιθυμία σε ένα τυχαίο δείγμα 566 ατόμων από το γενικό πληθυσμό, ηλικίας άνω των 60 ετών. Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους, επίσης, επιβεβαιώνουν τη σχέση μεταξύ αλεξιθυμίας και κατάθλιψης (Gunzelmann et al, 2002).

Η φύση της σχέσης αυτής αποτέλεσε, επίσης, ένα δημοφιλές αντικείμενο έρευνας. Έχει υποστηριχτεί ότι η συναισθηματική αναπηρία που συνεπάγεται η αλεξιθυμία είναι δυνατόν να οδηγεί σε κατάθλιψη (Saarijarvi et al, 2001, Lumley et al, 2002, Ogrodniczuk et al, 2004) και εξετάστηκε ο ρόλος κάθε διάστασης της αλεξιθυμίας ξεχωριστά (Honkalampi et al, 2001b). Επιπλέον, η βαρύτητα της κατάθλιψης σχετίστηκε με το βαθμό της αλεξιθυμίας (De Berardis et al, 2008), ενώ η αποδρομή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων συνδέθηκε με μείωση των αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών (Honkalampi et al, 2001a, Honkalampi et al, 2001b, Honkalampi et al, 2001c). Πάντως, ενώ η μείωση των καταθλιπτικών στοιχείων συνοδεύεται από μείωση των αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών, η σχετική διαφορά σε κάθε άτομο βρέθηκε να παραμένει σταθερή (Saarijarvi et al, 2006).

Παρόλα αυτά, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι κάποιες έρευνες καταλήξανε στο συμπέρασμα ότι κατάθλιψη και αλεξιθυμία είναι δύο ανεξάρτητες μεταξύ τους οντότητες (Lundh et al, 2001, Ramirez et al, 2001, Modestin et al, 2004).



### Σχέση επιθετικότητας-κατάθλιψης

Στις αρχές του εικοστού αιώνα ο αυστριακός Ψυχίατρος Sigmund Freud διατύπωσε την άποψη ότι κατάθλιψη και επιθετικότητα μπορεί να συνδέονται στενά μεταξύ τους: η επιθετικότητα μετά από φαντασιωσική ή ρεαλιστική απώλεια κάποιου αγαπημένου αντικειμένου στρέφεται προς τον εαυτό κι αυτό οδηγεί στην εμφάνιση κατάθλιψης (Freud, 1984, Carhart-Harris et al, 2008). Πέρασαν αρκετά χρόνια μέχρι να ανακοινωθούν περισσότερο ‘επιστημονικές’ απόψεις/ερμηνείες για αυτή τη σχέση. Οι Riley και συν. στα τέλη του εικοστού αιώνα μελετήσανε καταθλιπτικούς ασθενείς και διαπιστώσανε ότι η βαρύτητα της κατάθλιψης σχετιζόταν θετικά με τα επίπεδα της επιθετικότητάς τους (Riley et al, 1989). Είκοσι χρόνια αργότερα οι Stewart και συν. (Stewart et al, 2008) προτείνανε στην κατάθλιψη ένα μεσολαβητικό ρόλο μεταξύ επιθετικότητας και φλεγμονής. Πιο συγκεκριμένα, βρήκανε ότι η επιθετικότητα επιδεινώνει τις διαδικασίες της φλεγμονής που σχετίζονται με τη στεφανιαία νόσο, μόνο όταν συνυπάρχει και κατάθλιψη. Και καταλήγουνε στην υπόθεση ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα και η επιθετικότητα μπορεί να ‘συν-δρουν’ και να ‘αλληλεπι-δρουν’ στα επίπεδα των δεικτών της φλεγμονής που αφορούν τη στεφανιαία νόσο. Οι Boylea και συν. (Boylea et al, 2007) προτείνανε ότι οι άντρες που είναι πιο επιθετικοί και βιώνουν καταθλιπτικά συμπτώματα συχνότερα και με μεγαλύτερη ένταση εμφανίζουν αυξημένη δραστηριότητα του συμπληρώματος, και ιδίως του C3.

### **Σχέση επιθετικότητας-αλεξιθυμίας**

Η σχέση μεταξύ αλεξιθυμίας και επιθετικότητας είναι ένα ζήτημα που είναι λιγότερο μελετημένο από τα προηγούμενα. Οι Handelsman και συν. (Handelsman et al, 2000) διαπιστώσανε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ αλεξιθυμίας και επιθετικότητας σε πληθυσμό χρηστών ψυχοδραστικών ουσιών, και δικαιολογήσανε αυτή τη σχέση στα πλαίσια παθολογικής αντίδρασης σε ψυχολογικά τραύματα. Οι Calikuu και συν. στην Τουρκία βρήκανε θετική σχέση μεταξύ θυμού και αλεξιθυμίας ( $r = .49, p < .05$ ) σε ασθενείς με ψυχογενείς εκδορές (Calikuu et al, 2002). Οι Spitzera και συν. (Spitzera et al, 2005), δεχόμενοι τη σχέση μεταξύ αλεξιθυμίας και επιθετικότητας, προτείνανε ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις των αλεξιθυμικών ατόμων χαρακτηρίζονται από ψυχρή, αποφευκτική και επιθετική συμπεριφορά, καθώς η αλεξιθυμία αφορά μειωμένη ικανότητα να χρησιμοποιούν τις κοινωνικές σχέσεις για ρύθμιση των συναισθημάτων τους. Οι Helmes και συν. (Helmes et al, 2009), αφού μελέτησανε 3 πληθυσμούς υγιών ατόμων στην Αυστραλία και τον Καναδά, συμφωνήσανε για τη σχέση μεταξύ αλεξιθυμίας και επιθετικότητας και συνδέουν τις παραπάνω οντότητες με ανώριμους μηχανισμούς άμυνας.

### **Σκοπός της διατριβής**

Σκοπός της μελέτης ήταν να μελετηθεί η ψυχοπαθολογία των ασθενών με σωματικές παθήσεις, όσον αφορά την κατάθλιψη, την αλεξιθυμία και την επιθετικότητα, στον πληθυσμό της Θεσσαλίας.

Πιο συγκεκριμένα, ήθελα να διαπιστώσω εάν οι ασθενείς με σωματικές παθήσεις εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα σε μεγαλύτερο βαθμό από τους ανθρώπους που δεν εμφανίζουν κάποια διαγνωσμένη παθολογία. Επίσης, εάν τα αλεξιθυμικά τους χαρακτηριστικά είναι πιο έντονα από τους υγιείς κι εάν είναι πιο επιθετικοί από αυτούς. Επιπλέον, ήθελα να ελέγξω εάν η χρόνια ή μη φύση της ασθένειας συνδέεται με διαφορές στα καταθλιπτικά, αλεξιθυμικά κι επιθετικά συμπτώματα.

Δεδομένου ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα στοιχειοθετούν από μόνα τους, όταν έχουν μια ορισμένη ένταση και διάρκεια, μια συγκεκριμένη νοσολογική ψυχιατρική οντότητα, την μονοπολική καταθλιπτική διαταραχή, θεώρησα σκόπιμο η μελέτη να συμπεριλάβει και ασθενείς με διαγνωσμένη μονοπολική κατάθλιψη, που είτε εμφάνιζαν και μια σωματική πάθηση είτε όχι, ώστε να διαπιστωθεί πόσο οι καταθλιπτικοί ασθενείς διαφέρουν από τους σωματικούς ασθενείς και τους υγιείς, στις συγκεκριμένες ψυχολογικές παραμέτρους.

Τέλος, μελετώντας την κατάθλιψη, την αλεξιθυμία και την επιθετικότητα, προέκυψε η ανάγκη για διερεύνηση της μεταξύ τους σχέσης, κατά πόσο δηλαδή η κατάθλιψη συνδέεται με την αλεξιθυμία και την επιθετικότητα και τι γίνεται με τη λιγότερο μελετημένη σχέση της αλεξιθυμίας με την επιθετικότητα.

Έκανα την διατριβή μου στην περιοχή της Θεσσαλίας, εξετάζοντας τον τοπικό πληθυσμό. Μέχρι τώρα, δεν έχει γίνει ανάλογη μελέτη, που να καλύπτει τα ανωτέρω θέματα στο συγκεκριμένο πληθυσμό.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **Υποθέσεις**

Σκοπός της μελέτης ήταν να μελετηθεί η ψυχοπαθολογία των ασθενών με σωματικές παθήσεις, όσον αφορά την κατάθλιψη, την αλεξιθυμία και την επιθετικότητα, στον πληθυσμό της Θεσσαλίας.

Η βασική ερευνητική υπόθεση ήταν η εξής:

Υπόθεση 1. Οι ασθενείς με σωματικές παθήσεις είναι πιο καταθλιπτικοί, πιο αλεξιθυμικοί και πιο επιθετικοί από τους υγιείς.

Οι δευτερογενείς υποθέσεις που προέκυψαν, επεκτείνοντας την αρχική υπόθεση, διακρίνοντας τον πληθυσμό των ασθενών με σωματικές παθήσεις σε αυτούς με οξείες και με χρόνιες σωματικές παθήσεις, και μελετώντας ασθενείς με διαγνωσμένη κατάθλιψη, ήταν οι ακόλουθες:

Υπόθεση 2. Οι ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις είναι πιο καταθλιπτικοί, πιο αλεξιθυμικοί και πιο επιθετικοί από τους ασθενείς με οξείες σωματικές παθήσεις.

Υπόθεση 3. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς είναι πιο αλεξιθυμικοί και πιο επιθετικοί από τους υγιείς.

Υπόθεση 4. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς είναι πιο αλεξιθυμικοί και πιο επιθετικοί από τους ασθενείς με σωματικές παθήσεις.

Υπόθεση 5. Οι ασθενείς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις είναι πιο αλεξιθυμικοί και πιο επιθετικοί και από τους καταθλιπτικούς ασθενείς, και από τους ασθενείς με σωματικές παθήσεις.

Τέλος, μελετώντας αυτές τις ψυχολογικές παραμέτρους - κατάθλιψη, αλεξιθυμία κι επιθετικότητα - προέκυψε η ανάγκη για διερεύνηση της μεταξύ τους σχέσης, με τις ακόλουθες υποθέσεις:

Υπόθεση 6. Η κατάθλιψη σχετίζεται θετικά τόσο με την επιθετικότητα, όσο και με την αλεξιθυμία, δηλαδή όσο πιο καταθλιπτικός είναι κάποιος, τόσο πιο αλεξιθυμικός και επιθετικός είναι.

Υπόθεση 7. Η αλεξιθυμία σχετίζεται θετικά με την επιθετικότητα, δηλαδή όσο πιο αλεξιθυμικό είναι ένα άτομο, τόσο πιο επιθετικό είναι.

### **Υλικό και μέθοδος**

#### **Συλλογή του δείγματος**

Η συλλογή του ξεκίνησε τον Σεπτέμβριο του 2003 και ολοκληρώθηκε τον Μάρτιο του 2007. Το δείγμα αποτελείται συνολικά από 310 άτομα: 202 ασθενείς και 108 μάρτυρες. Οι ασθενείς είναι άτομα τα οποία εμφάνιζαν οξείες ή χρόνιες σωματικές παθήσεις και/ή κατάθλιψη.

#### **Κριτήρια συμμετοχής και αποκλεισμού από τη μελέτη**

##### **Ασθενείς με οξείες σωματικές παθήσεις.**

Για να συμπεριληφθούν στη μελέτη, θα έπρεπε να πάσχουν από οξεία λοίμωξη του ανώτερου ή κατώτερου αναπνευστικού συστήματος ή από οξεία γαστρεντερίτιδα, και για αυτό το λόγο να νοσηλεύτηκαν στην Α' Παθολογική Κλινική του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Καρδίτσας. Δεν έπρεπε να εμφανίζουν άλλη σωματική νόσο, ούτε να εμφανίζουν διαγνωσμένη ψυχιατρική

πάθηση. Επίσης, δεν έπρεπε να εμφανίζουν έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών τους, ούτε να βρίσκονται σε φαρμακευτική αγωγή που θα μπορούσε να επηρεάσει την ψυχική τους κατάσταση (κορτιζόνη) ή να έκαναν χρήση οινόπνευματος ή άλλων ψυχοτρόπων ουσιών κατά τη διάρκεια της μελέτης.

55 ασθενείς συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια.

#### Ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις.

Για να συμπεριληφθούν στη μελέτη, θα έπρεπε να πάσχουν από χρόνια σωματική πάθηση - υπέρταση, αναιμία, διαβήτη, ηπατίτιδα Β - για την οποία να παρακολουθούνται στα Εξωτερικά Ιατρεία του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Καρδίτσας από τον Σεπτέμβριο του 2003 έως τον Φεβρουάριο του 2004. Δεν έπρεπε να εμφανίζουν οποιαδήποτε οξεία σωματική νόσο, ούτε να εμφανίζουν διαγνωσμένη ψυχιατρική πάθηση. Επίσης, δεν έπρεπε να εμφανίζουν έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών τους, ούτε να βρίσκονται σε φαρμακευτική αγωγή που θα μπορούσε να επηρεάσει την ψυχική τους κατάσταση (κορτιζόνη) ή να έκαναν χρήση οινόπνευματος ή άλλων ψυχοτρόπων ουσιών κατά τη διάρκεια της μελέτης.

Από τους 55 ασθενείς που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, οι 8 εξαιρέθηκαν, γιατί τα είχαν συμπληρώσει με λανθασμένο τρόπο (περισσότερες της μίας απαντήσεις, κενά σε ερωτήσεις).

#### Ασθενείς με κατάθλιψη.

Για να συμπεριληφθούν στη μελέτη, θα έπρεπε να πάσχουν από μονοπολική κατάθλιψη, για την οποία να παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία της Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού

Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας από Ψυχιάτρους και να λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Δεν έπρεπε να εμφανίζουν οποιαδήποτε οξεία ή χρόνια σωματική νόσο, δεν έπρεπε να εμφανίζουν έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών τους, ούτε να κάνουν χρήση οινοπνεύματος ή άλλων ψυχοτρόπων ουσιών κατά τη διάρκεια της μελέτης.

Από τους 55 ασθενείς που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, οι 3 εξαιρέθηκαν, γιατί τα είχαν συμπληρώσει με λανθασμένο τρόπο (περισσότερες της μίας απαντήσεις, κενά σε ερωτήσεις).

#### Ασθενείς με κατάθλιψη και σωματική πάθηση.

Για να συμπεριληφθούν στη μελέτη, θα έπρεπε να πάσχουν από μονοπολική κατάθλιψη, για την οποία να παρακολουθούνταν στα εξωτερικά ιατρεία της Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής του Περιφερειακού Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας από Ψυχιάτρους και να λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή με αντικαταθλιπτικά φάρμακα και, ταυτόχρονα, να πάσχουν από κάποια χρόνια σωματική νόσο - υπέρταση, αναιμία, διαβήτης, ηπατίτιδα Β - για την οποία να βρίσκονταν σε τακτική ιατρική παρακολούθηση. Δεν έπρεπε να εμφανίζουν έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών τους, ούτε η φαρμακευτική αγωγή στην οποία βρίσκονταν να μπορούσε να επηρεάζει την ψυχική τους κατάσταση (π.χ. κορτιζόνη). Επίσης, δεν έπρεπε να έκαναν χρήση οινοπνεύματος ή άλλων ψυχοτρόπων ουσιών κατά τη διάρκεια της μελέτης.

Από τους 55 ασθενείς που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, οι 9 εξαιρέθηκαν, γιατί τα είχαν συμπληρώσει με λανθασμένο τρόπο (περισσότερες της μίας απαντήσεις, κενά σε ερωτήσεις).

### Υγιείς μάρτυρες.

Για να συμπεριληφθούν στη μελέτη, θα έπρεπε να είναι εργαζόμενοι του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Καρδίτσας- ιατροί, νοσηλευτές, τραυματιοφορείς, καθαριστές και διοικητικοί υπάλληλοι. Θα έπρεπε να μην πάσχουν από καμία σωματική ή ψυχική πάθηση και να μην λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή. Επίσης, δεν έπρεπε να έκαναν χρήση οινοπνεύματος ή άλλων ψυχοτρόπων ουσιών κατά τη διάρκεια της μελέτης.

Από τα 110 άτομα που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, τα 2 εξαιρέθηκαν, γιατί τα είχαν συμπληρώσει με λανθασμένο τρόπο (περισσότερες της μίας απαντήσεις, κενά σε ερωτήσεις).

Τελικά, το δείγμα *απαρτιζόταν* από:

- **ομάδα Α:** 102 ασθενείς με σωματικές παθήσεις.  
Οι 55 ασθενείς με οξείες σωματικές παθήσεις αποτέλεσαν την **υπο-ομάδα Α1**, ενώ οι 47 ασθενείς με τις χρόνιες σωματικές παθήσεις αποτέλεσαν την **υπο-ομάδα Α2**.
- **ομάδα Β:** 52 ασθενείς που έπασχαν από μονοπολική κατάθλιψη.
- **ομάδα Γ:** 46 ασθενείς που έπασχαν από κατάθλιψη και κάποια σωματική πάθηση.
- **ομάδα Δ:** 108 υγιείς μάρτυρες.

Αυτά τα 308 άτομα εκλήθησαν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια που ανιχνεύουν καταθλιπτικά, αλεξιθυμικά και επιθετικά συμπτώματα



## Εργαλεία

Τα άτομα της κάθε ομάδας εκλήθησαν να συμπληρώσουν τα εξής ερωτηματολόγια:

- 1) Την κλίμακα κατάθλιψης Beck Depression Index (BDI-21), για να προσδιοριστεί η βαρύτητα της κατάθλιψης, από την οποία πάσχουν.
- 2) Την κλίμακα αλεξιθυμίας Toronto Alexithymia Scale (TAS-20), προκειμένου να εκτιμηθεί ο βαθμός της αλεξιθυμίας τους.
- 3) Την κλίμακα επιθετικότητας Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ), για να μελετηθεί η επιθετικότητα των ατόμων.

### Beck Depression Index (BDI-21).

Η κλίμακα κατάθλιψης του Beck (Beck et al, 1961, Beck et al, 1974) μετράει τις γνωστικές, συναισθηματικές, συμπεριφορικές και σωματικές εκδηλώσεις της κατάθλιψης του ατόμου κατά τη διάρκεια της τελευταίας εβδομάδας.

Περιλαμβάνει 21 θέματα, καθένα από τα οποία, ανάλογα με τη σοβαρότητά του, βαθμολογείται σε μια κλίμακα 4 διαβαθμίσεων (από το 0 έως το 3). Τα θέματα αφορούν τα παρακάτω: θλίψη, απαισιοδοξία, αίσθημα αποτυχίας, ανηδονία, ενοχή, προσδοκία τιμωρίας, απέχθεια προς τον εαυτό, αυτομομφή, αυτοκτονικός ιδεασμός, κλάμα, ευερεθιστότητα, κοινωνική απόσυρση, αναποφασιστικότητα, εικόνα του σώματος, ικανότητα εργασίας, αϋπνία, εύκολη κόπωση, ανορεξία, απώλεια βάρους, σωματική ενασχόληση, απώλεια της λίμπιντο. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει μετά από την άθροιση των βαθμών των 21 θεμάτων. Η διαστρωμάτωση της σοβαρότητας της καταθλιπτικής

συμπτωματολογίας είναι η εξής: 0-9= καθόλου κατάθλιψη 10-15= ελαφριά κατάθλιψη 16-23= μέτρια κατάθλιψη >24= σοβαρή κατάθλιψη.

Η κλίμακα του Beck μεταφράστηκε και προσαρμόστηκε στα ελληνικά από τους Ντόνια και Δεμερτζή (Ντόνιας και Δεμερτζής, 1983a, Ντόνιας και Δεμερτζής, 1983b). Με βάση τις αμερικάνικες πηγές η αξιοπιστία της κλίμακας κρίνεται υψηλή.

#### 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20).

Η κλίμακα αλεξιθυμίας του Toronto δημιουργήθηκε από τους Bagby και Taylor (Bagby et al, 1992, Bagby et al, 1994a, Bagby et al, 1994b, Taylor et al, 1988, Taylor et al, 1990b). Σκοπός της είναι η μέτρηση της αλεξιθυμίας.

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αυτο-αναφοράς, το οποίο απαρτίζεται από 20 θέματα και έχει 3 υποκλίμακες:

i)TAS-A. Αναφέρεται στη δυνατότητα αναγνώρισης των συναισθημάτων.

ii)TAS-B. Αναφέρεται στη δυνατότητα έκφρασης των συναισθημάτων.

iii)TAS-G. Αναφέρεται στον εξωτερικό προσανατολισμό.

Η βαθμολόγηση βασίζεται σε μια κλίμακα 5 διαβαθμίσεων (από το 1 έως το5) και το άθροισμα από τις 3 υποκλίμακες δίνει τη συνολική βαθμολογία TAS-Σ. Υψηλή βαθμολογία δηλώνει ότι το άτομο δεν έχει επαφή με τον εσωτερικό του κόσμο και δυσκολεύεται να αναγνωρίσει και/ ή να εκφράσει τα συναισθήματα του.

Η προσαρμογή στα ελληνικά έγινε από τους Τ. Αναγνωστοπούλου και Γ. Κιοσέογλου. Το ερωτηματολόγιο παρουσιάζει καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής. Η ανάλυση παραγόντων επιβεβαίωσε επίσης την εγκυρότητα

εννοιολογικής κατασκευής της κλίμακας. Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου είναι ικανοποιητική. Ο δείκτης Cronbach's  $\alpha$  για την κλίμακα Α είναι 0,78, για την κλίμακα Β 0,68, για την κλίμακα Γ 0,60, ενώ για τη συνολική κλίμακα είναι 0,80. (Η κλίμακα αλεξιθυμίας του Toronto. *Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)* Συγγραφείς : Michael Bagby , Graeme Taylor , James Parker. Προσαρμογή: Τάνια Αναγνωστοπούλου και Γρηγόρης Κιοσέογλου). Η ελληνική εκδοχή της κλίμακας χρησιμοποιήθηκε σε πληθυσμό Ελλήνων φοιτητών και κρίθηκε αξιόπιστη όσον αφορά την εκτίμηση της αλεξιθυμίας σε ελληνόφωνους πληθυσμούς (Tsaousis et al, 2009).

#### Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ).

Πρόκειται για μια κλίμακα (Caine et al, 1967) που εκτιμά την επιθετικότητα περισσότερο σαν τρόπο σκέψης και συμπεριφοράς και λιγότερο σαν επιθετική εκδήλωση εκφραζόμενη με τη σωματική οδό. Αντανακλά την ετοιμότητα για αντίδραση με επιθετική συμπεριφορά και την τάση να εκτιμά τον εαυτό και τους άλλους με αρνητικό τρόπο. Περιλαμβάνει 52 θέματα και εκτιμά δύο διαστάσεις της επιθετικότητας: α) την τάση για αρνητική κριτική, τόσο των άλλων όσο και του εαυτού, και β) την εκδήλωση επιθετικής συμπεριφοράς. Αποτελείται από 2 υποκλίμακες:

1) εξωστρεφόμενη επιθετικότητα (Extrapunitiveness TE), που περιέχει 3 υποκατηγορίες: i) επιθετική συμπεριφορά (Acting out Hostility AH), ii) κριτική των άλλων (Criticism of Others CO) και iii) παρανοειδή επιθετικότητα (Paranoid Hostility PH)

2) ενδοστρεφόμενη επιθετικότητα (Intrapunitiveness TI), που περιέχει 2 υποκατηγορίες: i) αυτοκριτική (Self Criticism SC) και ii) ενοχές (Guilt G). Το άθροισμα των παραπάνω υποκατηγοριών αποτελεί το δείκτη ολικής επιθετικότητας (Total Hostility TH).

Το σκορ κατεύθυνσης της επιθετικότητας (Direction of Hostility Score DHS) δηλώνει κατεύθυνση της ολικής επιθετικότητας προς τα έξω (θετικές τιμές) ή προς τα μέσα (αρνητικές τιμές) και προκύπτει από τον τύπο:  
 $AH+CO+PH-2SC-G$ .

Τα αποδεκτά σκορ συνολικής επιθετικότητας στο γενικό πληθυσμό κυμαίνεται μεταξύ 12-14, αν και έχουν αναφερθεί και υψηλότερα σκορ (McPherson, 1988). Το HDHQ δεν έχει στανταριστεί στον ελληνικό πληθυσμό, αλλά έχει χρησιμοποιηθεί σε υγιείς (Economou et Angelopoulos, 1989), ψυχιατρικούς (Lyketsos et al, 1988) και σωματικούς ασθενείς (Angelopoulos et al, 1995, Angelopoulos et al, 2001).

Ο προς μελέτη πληθυσμός συμπλήρωσε τα δεδομένα ερωτηματολόγια, ακολούθησε η συλλογή των στοιχείων από τα ερωτηματολόγια, κωδικοποίησή τους και στατιστική επεξεργασία με το **Statistical Package for Social Science 11.0 (SPSS)** (Norusis, 1993).

## **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Το προς μελέτη δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελείται από 4 ομάδες. Οι μέσοι όροι ηλικίας των ομάδων και η σύνθεσή τους όσον αφορά την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης έχουν ως εξής:

### **Ομάδα Α**

Η ομάδα Α αποτελείται από 102 ασθενείς με σωματικές παθήσεις. Ο μέσος όρος ηλικίας τους είναι 40,58 έτη ( $sd= 14,712$ ), η μικρότερη τιμή είναι τα 18 έτη και η μεγαλύτερη τα 60 έτη. 54 είναι οι άντρες και 48 οι γυναίκες. Από τα 102 άτομα, 37 ήταν άγαμοι, 64 έγγαμοι και 1 χωρισμένος. 31 άτομα είναι απόφοιτοι Δημοτικού, 20 είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, 7 έχουν αποφοιτήσει από Τεχνικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα και 13 από Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα.

### **Υπο-ομάδα Α1**

Η υπο-ομάδα Α1 αποτελείται από 55 ασθενείς με οξείες σωματικές παθήσεις. Ο μέσος όρος ηλικίας τους είναι 41,93 έτη ( $sd= 13,879$ ), η μικρότερη τιμή είναι τα 18 έτη και η μεγαλύτερη τα 60 έτη. 27 είναι οι άντρες και 28 οι γυναίκες. 28 ήταν άγαμοι, 26 έγγαμοι και 1 χωρισμένος. 12 άτομα είναι απόφοιτοι Δημοτικού, 12 είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, 19 είναι απόφοιτοι Λυκείου, 4 έχουν αποφοιτήσει από Τεχνικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα και 8 από Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα.

### **Υπο-ομάδα Α2**

Η υπο-ομάδα Α2 αποτελείται από 47 ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις. Ο μέσος όρος ηλικίας τους είναι 45,04 έτη (sd= 12,190), η μικρότερη τιμή είναι τα 18 έτη και η μεγαλύτερη τα 60 έτη. 27 είναι οι άντρες και 20 οι γυναίκες. 9 ήταν άγαμοι και 38 έγγαμοι. 19 άτομα είναι απόφοιτοι Δημοτικού, 8 είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, 12 είναι απόφοιτοι Λυκείου, 3 έχουν αποφοιτήσει από Τεχνικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα και 5 από Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα.

### **Ομάδα Β**

Η ομάδα Β αποτελείται από 52 ασθενείς με μονοπολική κατάθλιψη. Ο μέσος όρος ηλικίας τους είναι 44,29 έτη (sd= 6,725), η μικρότερη τιμή είναι τα 30 έτη και η μεγαλύτερη τα 58 έτη. 14 είναι οι άντρες και 38 οι γυναίκες. 2 ήταν άγαμοι, 38 έγγαμοι, 5 χωρισμένοι και 7 χήροι. 43 άτομα είναι απόφοιτοι Δημοτικού, 2 είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, 5 είναι απόφοιτοι Λυκείου και 2 έχουν αποφοιτήσει από Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα.

### **Ομάδα Γ**

Η ομάδα Γ αποτελείται από 46 ασθενείς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις. Ο μέσος όρος ηλικίας τους είναι 41,70 έτη (sd= 9,340), η μικρότερη τιμή είναι τα 22 έτη και η μεγαλύτερη τα 59 έτη. 11 είναι οι άντρες και 35 οι γυναίκες. 8 είναι άγαμοι, 29 είναι έγγαμοι και 9 είναι χωρισμένοι. 24 άτομα είναι απόφοιτοι Δημοτικού, 3 είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, 12 είναι απόφοιτοι Λυκείου,

4 έχουν αποφοιτήσει από Τεχνικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα και 3 από Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα.

### **Ομάδα Δ**

Η ομάδα Δ αποτελείται από 108 υγιείς μάρτυρες. Ο μέσος όρος ηλικίας τους είναι 34,79 έτη (sd= 10,869), η μικρότερη τιμή είναι τα 18 έτη και η μεγαλύτερη τα 55 έτη. 45 είναι οι άντρες και 63 οι γυναίκες. 81 είναι άγαμοι, 26 είναι έγγαμοι και 1 είναι χήρος. 2 άτομα είναι απόφοιτοι Δημοτικού, 1 είναι απόφοιτος Γυμνασίου, 43 είναι απόφοιτοι Λυκείου, 31 έχουν αποφοιτήσει από Τεχνικά Εκπαιδευτικά Ιδρύματα και 31 από Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα.

### **Σύγκριση ασθενών με σωματικές παθήσεις με τους υγιείς μάρτυρες**

Συγκρίνουμε τους ασθενείς με σωματικές παθήσεις με τους υγιείς μάρτυρες:

- Η ομάδα Α αποτελείται από τους ασθενείς με σωματικές παθήσεις.
- Η ομάδα Δ απαρτίζεται από τους μάρτυρες.

Για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων των ομάδων στις κλίμακες της κατάθλιψης, της επιθετικότητας και της αλεξιθυμίας, χρησιμοποιήσαμε το μη παραμετρικό τεστ Kruskal -Wallis H.

Κατάθλιψη. Οι σωματικοί ασθενείς είχαν υψηλότερα σκορ από τους μάρτυρες.

Αναλυτικά:

BDI: Median/IQR

- ομάδα Α=8,5/4-14,
- ομάδα Δ=4/2-6 p<.000

Αλεξιθυμία. Οι σωματικοί ασθενείς είχαν υψηλότερα σκορ από τους υγιείς, με δυσκολία να αναγνωρίσουν τα συναισθήματά τους, στον εξωτερικό προσανατολισμό. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην υποκλίμακα της έκφρασης των συναισθημάτων. Αναλυτικά:

TAS-S: Median/IQR

- ομάδα A=52/42-65,25,
- ομάδα Δ=42/35-49 p<.000,

TAS-A: Median/IQR

- ομάδα A=17/11-26,25,
- ομάδα Δ=12/9-17 p<.000,

TAS-C: Median/IQR

- ομάδα A=23/19-25,
- ομάδα Δ=18/14-21 p<.000,

Επιθετικότητα. Οι ασθενείς με σωματικές παθήσεις είχαν υψηλότερα σκορ από τους υγιείς. Αναλυτικά:

TH: Median/IQR

- ομάδα A=22/17-31,
- ομάδα Δ=15/10-21 p<.000,

TE: Median/IQR

- ομάδα A=16/11-20,
- ομάδα Δ=11/7-15 p<.000,

AH: Median/IQR

- ομάδα A=5/4-8,



- ομάδα  $\Delta=4/3-6$   $p<.000$ ,

CO: Median/IQR

- ομάδα  $A=7/6-8,25$ ,
- ομάδα  $\Delta=5/4-7$   $p<.000$ ,

PH: Median/IQR

- ομάδα  $A=3/1,75-5$ ,
- ομάδα  $\Delta=1/0-3$   $p<.000$ ,

TI: Median/IQR

- ομάδα  $A=7,5/3-10$ ,
- ομάδα  $\Delta=4/2-6$   $p<.000$ ,

SC: Median/IQR

- ομάδα  $A=4/2-6$ ,
- ομάδα  $\Delta=3/1-4$   $p<.000$ ,

G: Median/IQR

- ομάδα  $A=3/1-4$ ,
- ομάδα  $\Delta=1/1-2$   $p<.000$ .

Στον πίνακα 1 απεικονίζονται τα ανωτέρω αποτελέσματα.

### **Σύγκριση ασθενών με οξείες και χρόνιες σωματικές παθήσεις**

Συγκρίνουμε τους ασθενείς με σωματικές παθήσεις – οξείες και χρόνιες – μεταξύ

τους:

- Η ομάδα A1 είναι αυτή των ασθενών με οξείες σωματικές παθήσεις.

- Η ομάδα A2 αποτελείται από τους ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις.

Για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων των ομάδων στις κλίμακες της κατάθλιψης, της επιθετικότητας και της αλεξιθυμίας, χρησιμοποιήσαμε το μη παραμετρικό τεστ Kruskal -Wallis H.

Κατάθλιψη. Οι χρόνιοι σωματικοί ασθενείς είχαν υψηλότερα σκορ από αυτούς με τις οξείες σωματικές παθήσεις. Αναλυτικά:

BDI: Median/IQR

- ομάδα A1=8/3-14,
- ομάδα A2=9/5-14,  $p<.000$

Αλεξιθυμία. Οι χρόνιοι σωματικοί ασθενείς είχαν υψηλότερα σκορ από αυτούς με τις οξείες σωματικές παθήσεις, με δυσκολία να αναγνωρίσουν τα συναισθήματά τους, ενώ οι ασθενείς με οξείες σωματικές παθήσεις σκόραραν υψηλότερα στην υποκλίμακα για τον εξωτερικό προσανατολισμό. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην υποκλίμακα της έκφρασης των συναισθημάτων. Αναλυτικά:

TAS-S: Median/IQR

- ομάδα A1=52/43-65,
- ομάδα A2=53/42-66,  $p<.000$ ,

TAS-A: Median/IQR

- ομάδα A1=16/11-27,
- ομάδα A2=18/11-26,  $p<.000$ ,

TAS-C: Median/IQR

- ομάδα A1=24/19-25,
- ομάδα A2=22/19-25,  $p<.000$ ,

Επιθετικότητα. Οι ασθενείς με οξείες σωματικές παθήσεις είχαν υψηλότερα σκορ από τους χρόνιους σωματικούς ασθενείς. Αναλυτικά:

TH: Median/IQR

- ομάδα A1=26/17-32,
- ομάδα A2=20/15-30,  $p<.000$ ,

TE: Median/IQR

- ομάδα A1=18/12-21,
- ομάδα A2=15/10-20,  $p<.000$ ,

AH: Median/IQR

- ομάδα A1=6/4-8,
- ομάδα A2=5/3-6,  $p<.000$ ,

CO: Median/IQR

- ομάδα A1=8/6-9,
- ομάδα A2=7/5-8,  $p<.000$ ,

PH: Median/IQR

- ομάδα A1=3/2-5,
- ομάδα A2=3/1-5,  $p<.000$ ,

TI: Median/IQR

- ομάδα A1=8/3-11,
- ομάδα A2=7/3-10,  $p<.000$ ,

SC: Median/IQR

- ομάδα A1=5/2-6,
- ομάδα A2=4/2-6,  $p<.000$ ,

G: Median/IQR

- ομάδα A1=3/1-4,
- ομάδα A2=2/1-4,  $p<.000$ .

Στον πίνακα 2 απεικονίζονται τα ανωτέρω αποτελέσματα.

### **Σύγκριση όλων των καταθλιπτικών ασθενών με τους υγιείς**

Συγκρίνουμε τους καταθλιπτικούς ασθενείς με τους υγιείς μάρτυρες:

- Η ομάδα Β αποτελείται από τους ασθενείς με κατάθλιψη.
- Η ομάδα Δ απαρτίζεται από τους μάρτυρες.

Για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων των ομάδων στις κλίμακες της κατάθλιψης, της επιθετικότητας και της αλεξιθυμίας, χρησιμοποιήσαμε το μη παραμετρικό τεστ Kruskal -Wallis H.

Κατάθλιψη. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς είχαν υψηλότερα σκορ από τους μάρτυρες. Αναλυτικά:

BDI: Median/IQR

- ομάδα Β=23,5/12-31,
- ομάδα Δ=4/2-6  $p<.000$ .

Αλεξιθυμία. Στη συνολική κλίμακα, καθώς και στις υποκλίμακες αναγνώρισης των συναισθημάτων και για τον εξωτερικό προσανατολισμό, οι ασθενείς με κατάθλιψη είχαν υψηλότερα σκορ από τους μάρτυρες.

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην υποκλίμακα της έκφρασης των συναισθημάτων. Αναλυτικά:

TAS-S: Median/IQR

- ομάδα Β=62,5/51,25-73,75,
- ομάδα Δ=42/35-49  $p<.000$ ,

TAS-A: Median/IQR

- ομάδα Β=24,5/17,25-29,
- ομάδα Δ=12/9-17  $p<.000$ ,

TAS-C: Median/IQR

- ομάδα Β=26/20,5-31,5,
- ομάδα Δ=17,5/14-21  $p<.000$ ,

Επιθετικότητα. Στην υποκλίμακα για την επιθετική συμπεριφορά οι μάρτυρες είχαν υψηλότερα σκορ από τους καταθλιπτικούς ασθενείς.

Σε όλες τις άλλες υποκλίμακες (κριτική των άλλων, παρανοειδής επιθετικότητα, εξωστρεφόμενη επιθετικότητα, αυτοκριτική, ενοχή, ενδοστρεφόμενη επιθετικότητα, εξωστρεφόμενη επιθετικότητα, ολική επιθετικότητα) οι ασθενείς με κατάθλιψη είχαν υψηλότερα από τους μάρτυρες.

Αναλυτικά:

AH: Median/IQR

- ομάδα Β=3/1-5,
- ομάδα Δ=4/3-6  $p=,032$ ,

CO: Median/IQR

- ομάδα Β=6/4-7,

- ομάδα  $\Delta=5/4-7$   $p<.000$ ,

PH: Median/IQR

- ομάδα  $B=2,5/1-4$ ,
- ομάδα  $\Delta=1/0-3$   $p<.000$ ,

SC: Median/IQR

- ομάδα  $B=6/3-8$ ,
- ομάδα  $\Delta=3/1-4$   $p<.000$ ,

G: Median/IQR

- ομάδα  $B=5/1-6$ ,
- ομάδα  $\Delta=1/1-2$   $p<.000$ ,

TE: Median/IQR

- ομάδα  $B=12/8-14,75$ ,
- ομάδα  $\Delta=10,5/7,25-15$   $p<.000$ ,

TI: Median/IQR

- ομάδα  $B=10/5-14$ ,
- ομάδα  $\Delta=4/2-6$   $p<.000$ ,

TH: Median/IQR

- ομάδα  $B=22/14=27,75$ ,
- ομάδα  $\Delta=15/15-21$   $p<.000$ .

Στον πίνακα 3 απεικονίζονται τα ανωτέρω αποτελέσματα.

## Σύγκριση των ασθενών με σωματικές παθήσεις με τους καταθλιπτικούς ασθενείς

Συγκρίνουμε τους ασθενείς με σωματικές παθήσεις με τους καταθλιπτικούς ασθενείς:

- Η ομάδα A είναι αυτή των ασθενών με σωματικές παθήσεις.
- Η ομάδα B αποτελείται από τους ασθενείς με κατάθλιψη.

Για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων των ομάδων στις κλίμακες της κατάθλιψης, της επιθετικότητας και της αλεξιθυμίας, χρησιμοποιήσαμε το μη παραμετρικό τεστ Kruskal -Wallis H.

Κατάθλιψη. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς είχαν υψηλότερα σκορ από τους σωματικούς ασθενείς. Αναλυτικά:

BDI: Median/IQR

- ομάδα A=8,5/4-14,
- ομάδα B=23,5/12-31,  $p<.000$ .

Αλεξιθυμία. Στη συνολική κλίμακα, καθώς και στην υποκλίμακα αναγνώρισης των συναισθημάτων και για τον εξωτερικό προσανατολισμό, οι ασθενείς με κατάθλιψη είχαν υψηλότερα σκορ από τους σωματικούς ασθενείς.

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην υποκλίμακα της έκφρασης των συναισθημάτων. Αναλυτικά:

TAS-S: Median/IQR

- ομάδα A=52/42-65,25,
- ομάδα B=62,5/51,25-73,75,  $p<.000$ ,

TAS-A: Median/IQR

- ομάδα A=17/11-26,25,
- ομάδα B=24,5/17,25-29,  $p<.000$ ,

TAS-C: Median/IQR

- ομάδα A=23/19-25,
- ομάδα B=26/20,5-31,5,  $p<.000$ ,

Επιθετικότητα. Στην υποκλίμακα για την επιθετική συμπεριφορά, την κριτική των άλλων, την παρανοειδή επιθετικότητα και την κλίμακα της εξωστρεφόμενης επιθετικότητας οι ασθενείς με σωματικές παθήσεις είχαν υψηλότερα σκορ από τους καταθλιπτικούς ασθενείς.

Στην υποκλίμακα της αυτοκριτικής, της ενοχής και στην κλίμακα της ενδοστρεφόμενης επιθετικότητας, οι ασθενείς με σωματικές παθήσεις είχαν χαμηλότερα σκορ από αυτούς με κατάθλιψη

Τέλος, στην κλίμακα της ολικής επιθετικότητας, οι δύο ομάδες σκοράρανε το ίδιο. Αναλυτικά:

AH: Median/IQR

- ομάδα A=5/4-8,
- ομάδα B=3/1-5,  $p=.032$ ,

CO: Median/IQR

- ομάδα A=7/6-8,25,
- ομάδα B=6/4-7,  $p<.000$ ,

PH: Median/IQR

- ομάδα A=3/1,75-5,
- ομάδα B=2,5/1-4,  $p<.000$ ,



SC: Median/IQR

- ομάδα A=4/2-6,
- ομάδα B=6/3-8,  $p<.000$ ,

G: Median/IQR

- ομάδα A=3/1-4,
- ομάδα B=5/1-6,  $p<.000$ ,

TE: Median/IQR

- ομάδα A=18/11-20,
- ομάδα B=12/8-14,75,  $p<.000$ ,

TI: Median/IQR

- ομάδα A=7,5/3-10,
- ομάδα B=10/5-14,  $p<.000$ ,

TH: Median/IQR

- ομάδα A=22/17-31,
- ομάδα B=22/14-27,75,  $p<.000$ .

Στον πίνακα 4 απεικονίζονται τα ανωτέρω αποτελέσματα.

### **Σύγκριση των ασθενών με σωματικές παθήσεις με τους καταθλιπτικούς ασθενείς και με τους ασθενείς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις**

Συγκρίνουμε τους ασθενείς με σωματικές παθήσεις, τους καταθλιπτικούς ασθενείς, τους ασθενείς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις:

- Η ομάδα A είναι αυτή των ασθενών με σωματικές παθήσεις.
- Η ομάδα B αποτελείται από τους ασθενείς με κατάθλιψη.

- Η ομάδα Γ αποτελείται από τους ασθενείς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις.

Για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων των ομάδων στις κλίμακες της κατάθλιψης, της επιθετικότητας και της αλεξιθυμίας, χρησιμοποιήσαμε το μη παραμετρικό τεστ Kruskal -Wallis H.

Κατάθλιψη. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς είχαν υψηλότερα σκορ από αυτούς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις, κι αυτοί είχαν υψηλότερα σκορ από τους σωματικούς ασθενείς. Αναλυτικά:

BDI: Median/IQR

- ομάδα A=8,5/4-14,
- ομάδα B=23,5/12-31,
- ομάδα Γ=22,5/13,75-27,5,  $p<.000$ .

Αλεξιθυμία. Στη συνολική κλίμακα, καθώς και στην υποκλίμακα αναγνώρισης των συναισθημάτων, οι ασθενείς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις είχαν υψηλότερα σκορ από αυτούς με κατάθλιψη, κι αυτοί είχαν υψηλότερα σκορ από τους σωματικούς ασθενείς.

Στην υποκλίμακα για τον εξωτερικό προσανατολισμό, οι καταθλιπτικοί ασθενείς είχαν υψηλότερα σκορ από αυτούς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις, κι αυτοί είχαν υψηλότερα σκορ από τους σωματικούς ασθενείς.

Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην υποκλίμακα της έκφρασης των συναισθημάτων. Αναλυτικά:

TAS-S: Median/IQR

- ομάδα A=52/42-65,25,

- ομάδα Β=62,5/51,25-73,75,
- ομάδα Γ=64/52,75-75,25,  $p<.000$ ,

#### TAS-A: Median/IQR

- ομάδα Α=17/11-26,25,
- ομάδα Β=24,5/17,25-29,
- ομάδα Γ=26,5/21,5-33,  $p<.000$ ,

#### TAS-C: Median/IQR

- ομάδα Α=23/19-25,
- ομάδα Β=26/20,5-31,5,
- ομάδα Γ=23,5/18-28,  $p<.000$ ,

Επιθετικότητα. Στην υποκλίμακα για την επιθετική συμπεριφορά, την κριτική των άλλων και την παρανοειδή επιθετικότητα οι ασθενείς με σωματικές παθήσεις είχαν παρόμοια σκορ με τους ασθενείς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις, και αυτές οι 2 ομάδες είχαν υψηλότερα σκορ από τους καταθλιπτικούς ασθενείς.

Στην κλίμακα της εξωστρεφόμενης επιθετικότητας, οι ασθενείς με σωματικές παθήσεις είχαν υψηλότερα σκορ από τους ασθενείς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις κι αυτοί είχαν υψηλότερα σκορ από τους καταθλιπτικούς ασθενείς.

Στην υποκλίμακα της αυτοκριτικής και στην κλίμακα της ενδοστρεφόμενης επιθετικότητας, οι ασθενείς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις είχαν υψηλότερα σκορ από αυτούς με κατάθλιψη, κι αυτοί είχαν υψηλότερα σκορ από τους σωματικούς ασθενείς.

Στην υποκλίμακα της ενοχής, οι ασθενείς με κατάθλιψη είχαν υψηλότερα σκορ από αυτούς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις, κι αυτοί είχαν υψηλότερα σκορ από τους σωματικούς ασθενείς.

Τέλος, στην κλίμακα της ολικής επιθετικότητας, οι ασθενείς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις είχαν υψηλότερα σκορ από τους σωματικούς κι από τους καταθλιπτικούς ασθενείς. Αναλυτικά:

AH: Median/IQR

- ομάδα A=5/4-8,
- ομάδα B=3/1-5,
- ομάδα Γ=5/3-6,25,  $p=,032$ ,

CO: Median/IQR

- ομάδα A=7/6-8,25,
- ομάδα B=6/4-7,
- ομάδα Γ=7/6-8,  $p<.000$ ,

PH: Median/IQR

- ομάδα A=3/1,75-5,
- ομάδα B=2,5/1-4,
- ομάδα Γ=3/2-4,25,  $p<.000$ ,

SC: Median/IQR

- ομάδα A=4/2-6,
- ομάδα B=6/3-8,
- ομάδα Γ=7/4-8,  $p<.000$ ,

G: Median/IQR

- ομάδα A=3/1-4,
- ομάδα B=5/1-6,
- ομάδα Γ=4/2-6,  $p<.000$ ,

TE: Median/IQR

- ομάδα A=18/11-20,
- ομάδα B=12/8-14,75,
- ομάδα Γ=15/11-19,  $p<.000$ ,

TI: Median/IQR

- ομάδα A=7,5/3-10,
- ομάδα B=10/5-14,
- ομάδα Γ=11/6-14,  $p<.000$ ,

TH: Median/IQR

- ομάδα A=22/17-31,
- ομάδα B=22/14=27,75,
- ομάδα Γ=25,5/9,75-29,  $p<.000$ .

Στον πίνακα 5 απεικονίζονται τα ανωτέρω αποτελέσματα.

### **Σύγκριση όλων των ομάδων**

Συγκρίνουμε τους ασθενείς με σωματικές παθήσεις, τους καταθλιπτικούς ασθενείς, τους ασθενείς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις και τους υγιείς μάρτυρες:

- Η ομάδα A είναι αυτή των ασθενών με σωματικές παθήσεις.
- Η ομάδα B αποτελείται από τους ασθενείς με κατάθλιψη.

- Η ομάδα Γ αποτελείται από τους ασθενείς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις.
- Η ομάδα Δ απαρτίζεται από τους μάρτυρες.

Για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων των ομάδων στις κλίμακες της κατάθλιψης, της επιθετικότητας και της αλεξιθυμίας, χρησιμοποιήσαμε το μη παραμετρικό τεστ Kruskal -Wallis H.

Κατάθλιψη. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς είχαν υψηλότερα σκορ από αυτούς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις, κι αυτοί είχαν υψηλότερα σκορ από τους σωματικούς ασθενείς κι αυτοί από τους μάρτυρες. Αναλυτικά:

BDI: Median/IQR

- ομάδα A=8,5/4-14,
- ομάδα B=23,5/12-31,
- ομάδα Γ=22,5/13,75-27,5,
- ομάδα Δ=4/2-6 p<.000.

Αλεξιθυμία. Στη συνολική κλίμακα, καθώς και στην υποκλίμακα αναγνώρισης των συναισθημάτων, οι ασθενείς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις είχαν υψηλότερα σκορ από αυτούς με κατάθλιψη, κι αυτοί είχαν υψηλότερα σκορ από τους σωματικούς ασθενείς κι αυτοί από τους μάρτυρες.

Στην υποκλίμακα για τον εξωτερικό προσανατολισμό, οι καταθλιπτικοί ασθενείς είχαν υψηλότερα σκορ από αυτούς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις, κι αυτοί είχαν υψηλότερα σκορ από τους σωματικούς ασθενείς κι αυτοί από τους μάρτυρες. Δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην υποκλίμακα της έκφρασης των συναισθημάτων. Αναλυτικά:

## TAS-S: Median/IQR

- ομάδα Α=52/42-65,25,
- ομάδα Β=62,5/51,25-73,75,
- ομάδα Γ=64/52,75-75,25,
- ομάδα Δ=42/35-49 p<.000,

## TAS-A: Median/IQR

- ομάδα Α=17/11-26,25,
- ομάδα Β=24,5/17,25-29,
- ομάδα Γ=26,5/21,5-33,
- ομάδα Δ=12/9-17 p<.000,

## TAS-C: Median/IQR

- ομάδα Α=23/19-25,
- ομάδα Β=26/20,5-31,5,
- ομάδα Γ=23,5/18-28,
- ομάδα Δ=17,5/14-21 p<.000,

Επιθετικότητα. Στην υποκλίμακα για την επιθετική συμπεριφορά και την κριτική των άλλων οι ασθενείς με σωματικές παθήσεις είχαν παρόμοια σκορ με τους ασθενείς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις και οι 2 ομάδες είχαν υψηλότερα σκορ από τους μάρτυρες κι αυτοί από τους καταθλιπτικούς ασθενείς.

Στην υποκλίμακα της παρανοειδούς επιθετικότητας, οι ασθενείς με σωματικές παθήσεις είχαν παρόμοια αποτελέσματα με τους ασθενείς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις, και οι 2 ομάδες είχαν υψηλότερα σκορ από τους καταθλιπτικούς ασθενείς κι αυτοί από τους μάρτυρες.

Στην κλίμακα της εξωστρεφόμενης επιθετικότητας, οι ασθενείς με σωματικές παθήσεις είχαν υψηλότερα σκορ από τους ασθενείς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις, αυτοί είχαν υψηλότερα σκορ από τους καταθλιπτικούς ασθενείς κι αυτοί από τους μάρτυρες.

Στην υποκλίμακα της αυτοκριτικής και στην κλίμακα της ενδοστρεφόμενης επιθετικότητας, οι ασθενείς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις είχαν υψηλότερα σκορ από αυτούς με κατάθλιψη, κι αυτοί είχαν υψηλότερα σκορ από τους σωματικούς ασθενείς κι αυτοί από τους μάρτυρες.

Στην υποκλίμακα της ενοχής, οι ασθενείς με κατάθλιψη είχαν υψηλότερα σκορ από αυτούς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις, κι αυτοί είχαν υψηλότερα σκορ από τους σωματικούς ασθενείς κι αυτοί από τους μάρτυρες.

Τέλος, στην κλίμακα της ολικής επιθετικότητας, οι ασθενείς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις είχαν υψηλότερα σκορ από τους σωματικούς κι από τους καταθλιπτικούς ασθενείς κι αυτές οι δύο τελευταίες ομάδες είχαν παρόμοια σκορ μεταξύ τους και υψηλότερα σκορ από τους μάρτυρες. Αναλυτικά:

AH: Median/IQR

- ομάδα Α=5/4-8,
- ομάδα Β=3/1-5,
- ομάδα Γ=5/3-6,25,
- ομάδα Δ=4/3-6 p=,032,

CO: Median/IQR

- ομάδα Α=7/6-8,25,
- ομάδα Β=6/4-7,



- ομάδα Γ=7/6-8,
- ομάδα Δ=5/4-7 p<.000,

PH: Median/IQR

- ομάδα Α=3/1,75-5,
- ομάδα Β=2,5/1-4,
- ομάδα Γ=3/2-4,25,
- ομάδα Δ=1/0-3 p<.000,

SC: Median/IQR

- ομάδα Α=4/2-6,
- ομάδα Β=6/3-8,
- ομάδα Γ=7/4-8,
- ομάδα Δ=3/1-4 p<.000,

G: Median/IQR

- ομάδα Α=3/1-4,
- ομάδα Β=5/1-6,
- ομάδα Γ=4/2-6,
- ομάδα Δ=1/1-2 p<.000,

TE: Median/IQR

- ομάδα Α=18/11-20,
- ομάδα Β=12/8-14,75,
- ομάδα Γ=15/11-19,
- ομάδα Δ=10,5/7,25-15 p<.000,

TI: Median/IQR

- ομάδα Α=7,5/3-10,
- ομάδα Β=10/5-14,
- ομάδα Γ=11/6-14,
- ομάδα Δ=4/2-6  $p<.000$ ,

TH: Median/IQR

- ομάδα Α=22/17-31,
- ομάδα Β=22/14-27,75,
- ομάδα Γ=25,5/9,75-29,
- ομάδα Δ=15/15-21  $p<.000$ .

Στον πίνακα 6 απεικονίζονται τα ανωτέρω αποτελέσματα.

### **Σχέση κατάθλιψης, αλεξιθυμίας και επιθετικότητας.**

Μελετήθηκε το σύνολο του δείγματος, 308 άτομα. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression) στο SPSS, για να εξεταστεί, εάν οι τιμές της κατάθλιψης, της αλεξιθυμίας και της επιθετικότητας σχετίζονται μεταξύ τους.

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ των τιμών της κατάθλιψης και της αλεξιθυμίας, μεταξύ των τιμών της κατάθλιψης και της επιθετικότητας, καθώς και μεταξύ των τιμών της αλεξιθυμίας και της επιθετικότητας. Πιο συγκεκριμένα:

#### Σχέση τιμών κατάθλιψης και αλεξιθυμίας.

Το TAS-S score σχετίζεται θετικά με το BDI score

( $\alpha= 41.73$  και  $B= 0.88$ ,  $p= .000$ ),

το TAS-A score σχετίζεται θετικά με το BDI score

( $\alpha= 12.44$  και  $B= 0.49$ ,  $p= .000$ ),

το TAS-B score σχετίζεται θετικά με το BDI score

( $\alpha= 11.37$  και  $B= 0.10$ ,  $p= .000$ )

και το TAS-C score σχετίζεται θετικά με το BDI score

( $\alpha= 18.06$  και  $B= 0.28$ ,  $p= .000$ ).

#### Σχέση τιμών επιθετικότητας και κατάθλιψης.

Το SC score σχετίζεται θετικά με το BDI score

( $\alpha= 2.54$  και  $B= 0.15$ ,  $p= .000$ ),

το G score σχετίζεται θετικά με το BDI score

( $\alpha= 1.15$  και  $B= 0.13$ ,  $p= .000$ ),

το TE score σχετίζεται θετικά με το BDI score

( $\alpha= 12.02$  και  $B= 0.12$ ,  $p= .000$ ),

το TI score σχετίζεται θετικά με το BDI score

( $\alpha= 3.68$  και  $B= 0.28$ ,  $p= .000$ )

και το TH score σχετίζεται θετικά με το BDI score

( $\alpha= 15.66$  και  $B= 0.39$ ,  $p= .000$ ).

#### Σχέση τιμών επιθετικότητας και αλεξιθυμίας.

Το AH score σχετίζεται θετικά με το TAS-S score

( $\alpha= 43.37$  και  $B= 1.95$ ,  $p= .000$ ),

το CO score σχετίζεται θετικά με το TAS-S score

( $\alpha= 38.27$  και  $B= 2.34$ ,  $p= .000$ ),

το PH score σχετίζεται θετικά με το TAS-S score

( $\alpha = 44.49$  και  $B = 2.99$ ,  $p = .000$ ),

το SC score σχετίζεται θετικά με το TAS-S score

( $\alpha = 37.85$  και  $B = 3.33$ ,  $p = .000$ ),

το G score σχετίζεται θετικά με το TAS-S score

( $\alpha = 40.65$  και  $B = 4.38$ ,  $p = .000$ ),

το TE score σχετίζεται θετικά με το TAS-S score

( $\alpha = 36.82$  και  $B = 1.17$ ,  $p = .000$ ),

το TI score σχετίζεται θετικά με το TAS-S score

( $\alpha = 37.36$  και  $B = 2.13$ ,  $p = .000$ )

και το TH score σχετίζεται θετικά με το TAS-S score

( $\alpha = 31.05$  και  $B = 1.05$ ,  $p = .000$ ).

Το AH score σχετίζεται θετικά με το TAS-A score

( $\alpha = 14.07$  και  $B = 0.95$ ,  $p = .000$ ),

το CO score σχετίζεται θετικά με το TAS-A score

( $\alpha = 11.78$  και  $B = 1.10$ ,  $p = .000$ ),

το PH score σχετίζεται θετικά με το TAS-A score

( $\alpha = 14.07$  και  $B = 1.65$ ,  $p = .000$ ),

το SC score σχετίζεται θετικά με το TAS-A score

( $\alpha = 10.51$  και  $B = 1.81$ ,  $p = .000$ ),

το G score σχετίζεται θετικά με το TAS-A score

( $\alpha = 11.90$  και  $B = 2.43$ ,  $p = .000$ ),

το TE score σχετίζεται θετικά με το TAS-A score

( $\alpha= 10.57$  και  $B= 0.58$ ,  $p= .000$ ),

το TI score σχετίζεται θετικά με το TAS-A score

( $\alpha= 10.18$  και  $B= 1.16$ ,  $p= .000$ )

και το TH score σχετίζεται θετικά με το TAS-A score

( $\alpha= 7.11$  και  $B= 0.56$ ,  $p= .000$ ).

Το AH score σχετίζεται θετικά με το TAS-B score

( $\alpha= 9.91$  και  $B= 0.58$ ,  $p= .000$ ),

το CO score σχετίζεται θετικά με το TAS-B score

( $\alpha= 8.68$  και  $B= 0.61$ ,  $p= .000$ ),

το PH score σχετίζεται θετικά με το TAS-B score

( $\alpha= 10.98$  και  $B= 0.68$ ,  $p= .000$ ),

το SC score σχετίζεται θετικά με το TAS-B score

( $\alpha= 9.92$  και  $B= 0.62$ ,  $p= .000$ ),

το G score σχετίζεται θετικά με το TAS-B score

( $\alpha= 10.65$  και  $B= 0.73$ ,  $p= .000$ ),

το TE score σχετίζεται θετικά με το TAS-B score

( $\alpha= 8.59$  και  $B= 0.30$ ,  $p= .000$ ),

το TI score σχετίζεται θετικά με το TAS-B score

( $\alpha= 9.93$  και  $B= 0.38$ ,  $p= .000$ )

και το TH score σχετίζεται θετικά με το TAS-B score

( $\alpha= 7.98$  και  $B= 0.23$ ,  $p= .000$ ).

Το AH score σχετίζεται θετικά με το TAS-C score

( $\alpha= 19.78$  και  $B= 0.35$ ,  $p= .014$ ),

το CO score σχετίζεται θετικά με το TAS-C score

( $\alpha = 18.18$  και  $B = 0.54$ ,  $p = .000$ ),

το PH score σχετίζεται θετικά με το TAS-C score

( $\alpha = 19.69$  και  $B = 0.65$ ,  $p = .000$ ),

το SC score σχετίζεται θετικά με το TAS-C score

( $\alpha = 17.48$  και  $B = 0.89$ ,  $p = .000$ ),

το G score σχετίζεται θετικά με το TAS-C score

( $\alpha = 18.22$  και  $B = 0.19$ ,  $p = .000$ ),

το TE score σχετίζεται θετικά με το TAS-C score

( $\alpha = 18.21$  και  $B = 0.24$ ,  $p = .000$ ),

το TI score σχετίζεται θετικά με το TAS-C score

( $\alpha = 17.39$  και  $B = 0.57$ ,  $p = .000$ )

και το TH score σχετίζεται θετικά με το TAS-C score

( $\alpha = 16.43$  και  $B = 0.25$ ,  $p = .000$ ).

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Έκανα την διατριβή μου στην περιοχή της Θεσσαλίας, μελετώντας τον τοπικό πληθυσμό. Ολόκληρο το δείγμα της διατριβής μου απαρτίζεται από ανθρώπους που ζούνε στη Θεσσαλία, είτε αυτοί είναι υγιείς, οπότε αποτέλεσαν την ομάδα των μαρτύρων, είτε εμφανίζουν ψυχιατρικές και/ή σωματικές ασθένειες, οπότε συγκροτήσαν τις υπόλοιπες ομάδες της παρούσας έρευνας. Η συγκεκριμένη γεωγραφική περιοχή αποτελεί τόσο τη γενέτειρα μου, όσο και την περιοχή που σπούδασα και δούλεψα τα πρώτα χρόνια, μετά την αποφοίτησή μου από το πανεπιστήμιο. Αρχικά, ήθελα να διαπιστώσω εάν τα αποτελέσματα από τη μελέτη της ψυχοπαθολογίας της περιοχής μου εναρμονίζονται με τα δεδομένα από τη διεθνή βιβλιογραφία. Και σε δεύτερο επίπεδο να προσεγγίσω τη σχέση των ψυχοπαθολογικών παραμέτρων που εξετάζω - κατάθλιψη, αλεξιθυμία, επιθετικότητα - μεταξύ τους.

Μελετώντας τα αποτελέσματα από την στατιστική επεξεργασία του δείγματος, και εξετάζοντας τις υποθέσεις μία προς μία, καταλήγω στα κάτωθι συμπεράσματα:

Υπόθεση 1. Όσον αφορά τη βασική ερευνητική υπόθεση της παρούσα μελέτης, οι ασθενείς με σωματικές παθήσεις φαίνονται να είναι πιο καταθλιπτικοί, πιο αλεξιθυμικοί και πιο επιθετικοί από τους υγιείς.

Υπόθεση 2. Οι ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις φαίνονται να είναι πιο καταθλιπτικοί και πιο αλεξιθυμικοί από τους ασθενείς με οξείες σωματικές

παθήσεις, ενώ οι ασθενείς με οξείες σωματικές παθήσεις φαίνονται να είναι πιο επιθετικοί από τους ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις.

Υπόθεση 3. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς φαίνονται να είναι πιο αλεξιθυμικοί και πιο επιθετικοί από τους υγιείς.

Υπόθεση 4. Οι καταθλιπτικοί ασθενείς φαίνονται να είναι πιο καταθλιπτικοί, πιο αλεξιθυμικοί και πιο επιθετικοί από τους ασθενείς με σωματικές παθήσεις.

Υπόθεση 5. Οι ασθενείς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις φαίνονται να είναι πιο αλεξιθυμικοί και πιο επιθετικοί και από τους καταθλιπτικούς ασθενείς, και από τους ασθενείς με σωματικές παθήσεις.

Υπόθεση 6. Η κατάθλιψη σχετίζεται θετικά τόσο με την επιθετικότητα, όσο και με την αλεξιθυμία, δηλαδή όσο πιο καταθλιπτικός είναι κάποιος, τόσο πιο αλεξιθυμικός και επιθετικός είναι πιθανό να είναι.

Υπόθεση 7. Η αλεξιθυμία σχετίζεται θετικά με την επιθετικότητα, δηλαδή όσο πιο αλεξιθυμικό είναι ένα άτομο, τόσο πιο επιθετικό είναι πιθανό να είναι.

Από τα αποτελέσματα στα οποία κατέληξε η παρούσα μελέτη, κάποια συμφωνούν με τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας και κάποια είναι καινούρια και περιμένουν επαλήθευση κι από άλλες έρευνες.

Στην παρούσα έρευνα, μελετώντας άτομα που ζούνε στη Θεσσαλία, βρέθηκε ότι οι σωματικοί ασθενείς είναι περισσότερο καταθλιπτικοί, αλεξιθυμικοί και επιθετικοί από τους υγιείς μάρτυρες. Γενικά, η διεθνής βιβλιογραφία αποδεικνύει τη διαφορά των ασθενών με σωματικές παθήσεις στις κλίμακες της κατάθλιψης, της αλεξιθυμίας και της επιθετικότητας σε σχέση με τους υγιείς, βρίσκοντας ότι οι σωματικοί ασθενείς είναι πιο καταθλιπτικοί, αλεξιθυμικοί κι επιθετικοί από τους



υγιείς. Έτσι, οι N.V. Angelopoulos και συν. (Angelopoulos et al, 2001) διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς με σκληρόδερμα εμφανίζουν υψηλότερα σκορ στην κατάθλιψη, τη σωματοποίηση και την επιθετικότητα (αίσθημα ενοχής) σε σχέση με υγιείς μάρτυρες. Στο ίδιο πλαίσιο, πολλοί ερευνητές έχουν μελετήσει ασθενείς με διάφορες σωματικές παθήσεις και έχουν βρει ότι είναι πιο καταθλιπτικοί, κι αλεξιθυμικοί από τους υγιείς. Έτσι, ασθενείς με ινομυαλγία (Gulec et al, 2004), με ρευματοειδή αρθρίτιδα (Sayar et al, 2004), με ημικρανίες (Muftuoglu et al, 2004), με κεφαλαλγία τάσης (Yucel et al, 2002), καθώς κι ασθενείς με γυροειδή αλωπεκία (Poot, 2004) ήταν πιο καταθλιπτικοί κι αλεξιθυμικοί από τους μάρτυρες. Ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου (Porcelli et al, 1995) και υπέρταση (Jula et al, 1999) σημείωσαν υψηλότερα σκορ στην κλίμακα της αλεξιθυμίας, ενώ ασθενείς με οφθαλμοπάθεια Graves ήταν περισσότερο καταθλιπτικοί από τους υγιείς, κι η ψυχιατρική τους συμπτωματολογία ήταν ανάλογη της βαρύτητας της οφθαλμοπάθειας (Farid et al, 2005). Οι Angelopoulos και συν. διαπίστωσαν διαφορά στην επιθετικότητα ασθενών καρκινοπαθών ανάλογα με το φύλο τους, καθώς οι άρρενες εμφάνιζαν υψηλότερα σκορ στην κλίμακα της επιθετικότητας, ενώ οι γυναίκες χαμηλότερα, όταν συγκρίνονταν με υγιείς μάρτυρες. Στη δε κλίμακα της κατάθλιψης, οι γυναίκες ασθενείς είχαν σαφώς υψηλότερα σκορ από τις μάρτυρες (Angelopoulos et al, 2001). Οι Wise και συν. δεν διαπίστωσαν εντονότερα αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά σε ασθενείς με σωματικές παθήσεις σε σχέση με υγιείς, διαπίστωσαν όμως εντονότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία (Wise et al, 1988). Σε ανάλογα συμπεράσματα κατέληξαν και οι Lundh και συν. (Lundh et al, 2001). Τέλος, οι Kosturek και συν.

βρήκανε ότι οι ασθενείς με χρόνια πόνο έχουν χαμηλά σκορ στην κλίμακα της αλεξιθυμίας και της κατάθλιψης, συγκρινόμενοι με δείγμα υγιών μαρτύρων (Kosturek et al, 1998).

Επομένως, τα αποτελέσματα στα οποία κατέληξε αυτή η έρευνα, καθώς συνέκρινε την ψυχοπαθολογία των ασθενών με σωματικές παθήσεις με τους υγιείς στην περιοχή της Θεσσαλίας, είναι ανάλογα αυτών που διατύπωσαν άλλοι συγγραφείς, μελετώντας διαφορετικούς πληθυσμούς σε διαφορετική χρονική στιγμή και σε διαφορετική γεωγραφική περιοχή.

Συγχρόνως, στην παρούσα μελέτη, διαπιστώθηκε διαφορά στην ψυχοπαθολογία των ασθενών με οξείες σωματικές παθήσεις σε σύγκριση με τους ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις, όταν εξετάζονται η κατάθλιψη, η αλεξιθυμία και η επιθετικότητα σε ασθενείς που ζούνε στη Θεσσαλία. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις βρέθηκαν να είναι πιο καταθλιπτικοί κι αλεξιθυμικοί από τους ασθενείς με οξείες σωματικές παθήσεις, ενώ οι τελευταίοι βρέθηκαν να είναι πιο επιθετικοί από τους χρόνιους σωματικούς ασθενείς.

Οι ασθενείς, οι οποίοι πάσχουν από μια χρόνια σωματική πάθηση, έχουν να αντιμετωπίσουν και να ζήσουν μαζί με ένα χρόνια ψυχοπιεστικό παράγοντα. Κάθε χρόνια ασθένεια φέρνει τον άνθρωπο μπροστά στο γεγονός της ασθένειας, της αδυναμίας, της ανημπόριας, που θα κρατήσει για όσο ζει. Αναγκάζει το άτομο να συνειδητοποιήσει και να αποδεχτεί ότι είναι ασθενής κι ότι έτσι θα ζήσει την υπόλοιπη ζωή του. Πέρα, όμως από αυτό το ναρκισσιστικό τραύμα, η χρόνια σωματική ασθένεια απαιτεί πολλές προσαρμογές στην καθημερινή ζωή

και πρακτική. Αναπηρίες που προκαλούνται από την ασθένεια, καθημερινές συνήθειες που πρέπει να τροποποιηθούν ή να εγκαταλειφθούν (π.χ. τρόπος διατροφής, φυσική άσκηση, κάπνισμα), καινούργιες συμπεριφορές, όπως λήψη συγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής, σε συγκεκριμένα χρονικά διαστήματα μέσα στην ημέρα ή προγραμματισμός εργαστηριακών εξετάσεων, είναι μερικές από τις απαιτήσεις της χρόνιας ασθένειας. Πέρα ή παράλληλα με όλα αυτά, η χρόνια ασθένεια συνοδεύεται πάντα από μια απειλή καινούργιων επιπλοκών και σωματικών αναπηριών, που μπορεί η ίδια να προκαλέσει, καθώς και από την πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών από τη φαρμακευτική αγωγή που η ασθένεια απαιτεί. Μαζί με όλα αυτά, ο άνθρωπος που πάσχει από μια χρόνια σωματική πάθηση, είναι αναγκασμένος να ζητήσει βοήθεια και οδηγίες και να είναι εξαρτημένος από ανθρώπους, οι οποίοι - τις περισσότερες φορές - δεν πάσχουν από κάποιο νόσημα, και - δυστυχώς συχνά - είναι αγενείς, απότομοι, αποστασιοποιημένοι συναισθηματικά, ψυχροί, ακόμα και απαξιωτικοί. Όλα αυτά τα ναρκισσιστικά τραύματα, μαζί με τις νέες ικανότητες που χρειάζεται να αποκτήσει το άτομο, θα μπορούσαν να εξηγήσουν τα μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης αυτών των ανθρώπων. Αν σκεφτεί κανείς και τα στάδια του πένθους (Bowlby, 1961, Kübler-Ross, 1973), από τα οποία αναγκάζονται να περάσουν τα άτομα με χρόνιες παθήσεις, η κατάθλιψη είναι το τελευταίο στάδιο, πριν την αποδοχή. Τα υψηλότερα ποσοστά αλεξιθυμίας, θα μπορούσαν να ερμηνευτούν ως ένας δευτερεύων μηχανισμός άμυνας, ώστε το άτομο να καταφέρει να ανταποκριθεί στις νέες, αυξημένες απαιτήσεις. Ψυχο-φυσιολογικές μελέτες βρήκανε αυξημένο τόνο του συμπαθητικού συστήματος σε κατάσταση ηρεμίας σε

αλεξιθυμικούς ασθενείς, και αυξημένες καρδιακές σφύξεις ή αυξημένη αρτηριακή πίεση, όταν εφαρμόζαν πειραματικούς στρέσορες. Σε μια πρόσφατη έρευνα (Grabe et al, 2009), η αλεξιθυμία συσχετίστηκε με την εμφάνιση υπέρτασης και αθηρωματικών πλακών.

Από την άλλη μεριά, η εμφάνιση μιας οξείας σωματικής πάθησης, συνεπάγεται άμεσες αλλαγές στη ζωή του ατόμου, για τις οποίες δεν ήταν προετοιμασμένο, ούτε καν υποψιασμένο. Ο άνθρωπος αναγκάζεται να καταστρατηγήσει το καθημερινό του πρόγραμμα, είτε αυτό σημαίνει ότι δεν πάει στη δουλειά του, είτε ότι δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις ποικίλες καθημερινές υποχρεώσεις - ατομικές, προσωπικές, οικογενειακές. Ταυτόχρονα, πρέπει να αντέξει και τα συμπτώματα της ασθένειας - πόνος, αδυναμία, πυρετός, κ.α. - που εισβάλλουν στη ζωή του. Όλα αυτά προκαλούν στο άτομο πίεση, κι αυτό θυμώνει και γίνεται επιθετικό. Άλλωστε, ο θυμός είναι από τα πρώτα στάδια της αντίδρασης στην απώλεια (Bowlby, 1961, Kübler-Ross, 1973).

Στην παρούσα μελέτη, λοιπόν, η ψυχοπαθολογία των ασθενών με οξείες σωματικές παθήσεις, όταν εξετάζονται η κατάθλιψη, η αλεξιθυμία και η επιθετικότητα, διαφέρει από αυτή των ασθενών με χρόνιες σωματικές παθήσεις. Όσον αφορά αυτά τα δεδομένα, δεν βρέθηκαν εργασίες από άλλους ερευνητές κι άλλες περιοχές, οι οποίες να αφορούν ανάλογες ομάδες πληθυσμού, ώστε να προτείνουν αντίστοιχα δεδομένα, που να μπορούν να συγκριθούν με τα παρόντα στοιχεία.

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς που ζούνε στη Θεσσαλία, σε αυτή την έρευνα, όταν συγκρίνονται με τους υγιείς και τους σωματικούς, βρίσκονται περισσότερο

καταθλιπτικοί, αλεξιθυμικοί και επιθετικοί, στοιχεία που συμφωνούν και με τη διεθνή βιβλιογραφία. Έτσι, οι Loas και συν. διαπίστωσαν υψηλότερα σκορ στις κλίμακες της κατάθλιψης και της αλεξιθυμίας στους καταθλιπτικούς ασθενείς, σε σχέση με τους μάρτυρες (Loas et al, 1998). Στα ίδια αποτελέσματα κατέληξαν και οι Marchesi και συν., δουλεύοντας ανεξάρτητα από τους πρώτους (Marchesi et al, 2000).

Επομένως, και όσον αφορά τη σύγκριση μεταξύ καταθλιπτικών ασθενών με ασθενείς με σωματικές παθήσεις κι υγιείς στην περιοχή της Θεσσαλίας, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με αυτά που αφορούν άλλους, ανεξάρτητους πληθυσμούς.

Επίσης, στην παρούσα έρευνα για την περιοχή της Θεσσαλίας, οι ασθενείς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις φαίνονται να είναι πιο αλεξιθυμικοί και πιο επιθετικοί και από τους καταθλιπτικούς ασθενείς, και από τους ασθενείς με σωματικές παθήσεις. Δεν βρέθηκαν αντίστοιχες εργασίες που να συγκρίνουν ανάλογες ομάδες πληθυσμού και να προτείνουν δεδομένα που να ενισχύουν ή να αντιτίθενται σε αυτά στα οποία καταλήγει η συγκεκριμένη έρευνα.

Ο τρόπος με τον οποίο σχετίζεται η σωματική με την ψυχική πάθηση στην ενότητα-ολότητα που καλείται ανθρώπινο σώμα, δεν είναι ακόμα ξεκάθαρος. Είναι κοινό βίωμα των ανθρώπων ότι η σωματική ασθένεια ‘πυροδοτεί’ και ψυχιατρική συμπτωματολογία. Όταν κάποιος είναι άρρωστος, είτε αυτό σημαίνει ένα σπασμένο πόδι, είτε ότι εμφάνισε πνευμονία, είτε καρκίνο, νιώθει πιο θλιμμένος ή πιο θυμωμένος. Αρκετές μελέτες, όπως και η παρούσα, παρέχουν επιστημονικά δεδομένα που στηρίζουν αυτή την υποκειμενική εμπειρία, μετρούνε

με κλίμακες τον τρόπο που αισθάνεται κάποιος, τον μετατρέπουν σε συγκρίσιμα μεγέθη- αριθμούς- και τεκμηριώνουν αυτή τη διαφορά στο θυμικό. Όμως, ο νευρο-φυσιολογικός μηχανισμός που προκαλεί αυτές τις μεταβολές, που μας κάνει να νιώθουμε πιο στεναχωρημένοι ή θυμωμένοι ή εσωστρεφείς, δεν έχει ακόμα αποκωδικοποιηθεί. Είναι ουσιώδους σημασίας να γίνουν περισσότερες μελέτες πάνω στο θέμα σωματική-ψυχική ασθένεια, αναζητώντας περισσότερο βιολογικά δεδομένα. Οι νευροδιαβιβαστές του στρες – ακετυλχολίνη, νοραδρενελίνη, κορτιζόλη κ.α.- οι οποίοι αναλαμβάνουν με την εμφάνιση μιας σωματικής ασθένειας, παίζουν επίσης ρόλο και στην εμφάνιση των ψυχικών συμπτωμάτων. Αυτή, ενδεχομένως, αποτελεί μία προσέγγιση της ενότητας σώματος- ψυχής. Η έρευνα πάνω στο γενετικό υπόστρωμα της προσωπικότητας και των ψυχικών συμβαμάτων προχωράει με γρήγορους ρυθμούς. Οι Gonda και συν. πρόσφατα επιβεβαίωσαν ότι στοιχεία και συμπεριφορές που σχετίζονται με το νευρωτισμό, όπως η κατάθλιψη, η σωματοποίηση, το αίσθημα ενοχής, το αίσθημα αβοηθησίας, η επιθετικότητα και η ευερεθιστότητα, σχετίζονται με τον 5-HTTLPR πολυμορφισμό του γονιδίου του μεταφορέα της σεροτονίνης στο γενικό πληθυσμό (Gonda et al, 2008).

Όπως κι αν έχει, η συννοσηρότητα των ψυχιατρικών συμπτωμάτων με τις σωματικές ασθένειες είναι ένα φαινόμενο που τόσο οι επαγγελματίες στο χώρο της υγείας –γιατροί, νοσηλευτές- όσο και οι συνοδοί των ασθενών χρειάζεται να γνωρίζουν. Οι ασθενείς συχνά γίνονται αγενείς, επιθετικοί, προσβλητικοί, απαιτητικοί, ανυπόμονοι, ευερέθιστοι ή ευσυγκίνητοι, δυσκολεύοντας το έργο των γιατρών και των νοσηλευτών, και κουράζοντας τους φροντιστές τους, ενώ

ταυτόχρονα δυσχεραίνουν και την πορεία τους προς την ίαση. Η εξοικείωση των επαγγελματιών υγείας με αυτή την παθολογία θα τους καταστήσει ικανούς να αντιμετωπίσουν πιο αποτελεσματικά τους ασθενείς τους και να τους στηρίξουν, ενώ ταυτόχρονα αυτή η στάση τους θα βοηθήσει το ήδη δύσκολο έργο τους της αντιμετώπισης των ασθενειών.

Όσον αφορά τη σχέση κατάθλιψης-αλεξιθυμίας-επιθετικότητας, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας υποδεικνύουν θετική συσχέτιση μεταξύ αυτών των παραμέτρων. Μελετώντας 308 άτομα που κατοικούν στη Θεσσαλία διαπιστώθηκε ότι τα σκορ του υπό εξέταση πληθυσμού στην κλίμακα της αλεξιθυμίας σχετίζονται θετικά με τα σκορ στην κλίμακα της κατάθλιψης, τα σκορ στην κλίμακα της επιθετικότητας σχετίζονται θετικά με τα σκορ στην κλίμακα της κατάθλιψης και, τέλος, τα σκορ στην κλίμακα της επιθετικότητας σχετίζονται θετικά με τα σκορ στην κλίμακα της αλεξιθυμίας. Με άλλα λόγια, όσο πιο καταθλιπτικό είναι ένα άτομο, τόσο πιο αλεξιθυμικό είναι πιθανό να είναι. Επίσης, όσο πιο καταθλιπτικό είναι ένα άτομο, τόσο πιο επιθετικό είναι πιθανό να είναι. Και όσο πιο αλεξιθυμικό είναι ένα άτομο, τόσο πιο επιθετικό είναι πιθανό να είναι.

Η σχέση μεταξύ κατάθλιψης κι αλεξιθυμίας αποτελεί ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον θέμα και αντικείμενο πολλών ερευνών. Η μεγάλη πλειοψηφία των μελετών στη διεθνή βιβλιογραφία υποστηρίζει την ύπαρξη θετικής σχέσης μεταξύ κατάθλιψης κι αλεξιθυμίας (Bankier et al, 2001, Berthoz et al, 1999, Gulec et al, 2005, Hintikka et al, 2001, Honkalampi et al, 2000a, Honkalampi et al, 2000b, Honkalampi et al, 2001b, Honkalampi et al, 2004, Loas et al, 1998, Marchesi et

al, 2000, Nakao et al, 2005, Saarijarvi et al, 2001). Οι Honkalampi και συν. (Honkalampi et al, 2001c), μετά από 12μηνια παρακολούθηση 1584 ατόμων από την ανατολική Φιλανδία, διατύπωσαν την άποψη ότι τα αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά σχετίζονται ισχυρά με τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Οι Gunzelmann και συν. (Gunzelmann et al, 2002) μελετήσανε την αλεξιθυμία σε ένα τυχαίο δείγμα πληθυσμού άνω των 60 ετών, και τα συμπεράσματα στα οποία καταλήξανε είναι ανάλογα των προηγούμενων, με την αλεξιθυμία να σχετίζεται σημαντικά με την κατάθλιψη. Οι De Berardis και συν. το 2008 διατύπωσαν, επίσης, την άποψη ότι η αλεξιθυμία σχετίζεται ισχυρά με τη βαρύτητα της κατάθλιψης (De Berardis et al, 2008). Επιπρόσθετα, η θεραπεία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων βρέθηκε ότι συνοδεύεται από τη μείωση των αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών (Honkalampi et al, 2001a, Honkalampi et al, 2001b, Honkalampi et al, 2001c). Πάντως, ενώ η μείωση των καταθλιπτικών στοιχείων συνοδεύεται από μείωση των αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών, η σχετική διαφορά σε κάθε άτομο βρέθηκε να παραμένει σταθερή (Saarijarvi et al, 2006). Στο δρόμο για να εξηγήσουν αυτή τη σχέση, οι ερευνητές πιστεύουν ότι το συναισθηματικό έλλειμμα που σχετίζεται με την αλεξιθυμία συνδέεται με την κατάθλιψη (Lumley et al, 2002, Ogrodniczuk et al, 2004, Saarijarvi et al, 2001).

Στην παρούσα μελέτη εξετάστηκε η σχέση της αλεξιθυμίας με την κατάθλιψη σε ένα δείγμα 308 ανθρώπων που ζούνε στη Θεσσαλία. Μεταξύ αυτών, κάποιοι έπασχαν από σωματικές ασθένειες, κάποιοι υπέφεραν από μονοπολική κατάθλιψη, κάποιοι και από τα δύο, ενώ κάποιοι δεν εμφάνιζαν ούτε σωματική ούτε ψυχιατρική πάθηση. Από τη μελέτη αυτού του πληθυσμού, προέκυψε ότι η



ένταση των αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών σχετίζεται με τη βαρύτητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αποτέλεσμα που συμφωνεί με τα συμπεράσματα των ερευνών που λάβανε χώρα σε διαφορετικά μέρη και μελετήσανε παρόμοιους πληθυσμούς. Επομένως, η παρούσα έρευνα παρέχει στοιχεία που εναρμονίζονται με αυτά των περισσότερων συγγραφέων.

Η ύπαρξη ή μη σχέσης της αλεξιθυμίας με την κατάθλιψη αφορά άμεσα ένα άλλο ενδιαφέρον θέμα, τη φύση της αλεξιθυμίας. Είναι η αλεξιθυμία ένα σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ή μια ρευστή δομή, ένα στοιχείο που επηρεάζεται από την ψυχική κατάσταση του ατόμου; Είναι αμετάβλητη και αποτελεί σταθερό γνώρισμα του κάθε ατόμου ή ακολουθεί τις μεταβολές της διάθεσης που συμβαίνουν σε όλους τους ανθρώπους; Οι διεθνείς έρευνες που προαναφέρθηκαν και υποστηρίζανε την σχέση της αλεξιθυμίας με την κατάθλιψη, υποστηρίζουν ότι την αλεξιθυμία ως ένα φαινόμενο που μεταβάλλεται ανάλογα με την ψυχική κατάσταση του ατόμου (state phenomenon), και όχι ως ένα αναλλοίωτο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας (trait phenomenon). Η παρούσα εργασία, επίσης, προτείνει ότι η αλεξιθυμία δεν αποτελεί σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, αλλά μια δομή που επηρεάζεται από την παρουσία ή όχι καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν την άποψη ότι η κατάθλιψη κι η αλεξιθυμία είναι ανεξάρτητα φαινόμενα (Lundh et al, 2001, Modestin et al, 2004, Ramirez et al, 2001), ότι η αλεξιθυμία είναι δομή διαφορετική από την κατάθλιψη (Luminet et al, 2001), ότι είναι ένα στοιχείο της προσωπικότητας αμετάβλητο και ανεξάρτητο από την

κατάθλιψη (Luminet et al, 2001, Troisi et al, 2001), ή παρέχουν στοιχεία υπέρ μιας ‘απόλυτης’ και μιας ‘σχετικής’ σταθερότητας της αλεξιθυμίας (Picardi et al, 2005).

Η σχέση μεταξύ επιθετικότητας και κατάθλιψης αποτέλεσε, επίσης, ένα ενδιαφέρον θέμα εδώ και πολλά χρόνια. Έτσι, ο αυστριακός Ψυχίατρος Sigmund Freud στις αρχές του εικοστού αιώνα διατύπωσε την κλασική ψυχαναλυτική άποψη ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται, όταν ένα άτομο στρέφει την επιθετικότητά του προς τον εαυτό του (ως αποτέλεσμα ναρκισσιστικού τραύματος που του προκάλεσε το αντικείμενο της αγάπης του), δηλαδή θεώρησε την κατάθλιψη αποτέλεσμα της ενδοστρεφόμενης επιθετικότητας (Carhart-Harris et al, 2008; Freud, 1984). Οι Riley και συν. το 1989, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η βαρύτητα της κατάθλιψης σχετίζεται θετικά με τα επίπεδα της επιθετικότητας των καταθλιπτικών ασθενών (Riley et al, 1989). Βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων συνοδεύεται από μείωση της επιθετικότητας. Οι Fava και συν. το 1996 διαπιστώσανε ότι η μείωση της επιθετικότητας που ακολουθούσε αντικαταθλιπτική αγωγή συνδεόταν με ανάλογη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Fava et al, 1996). Πριν από ένα χρόνο, οι Stewart και συν. διατυπώσανε την άποψη ότι η κατάθλιψη μπορεί να μεσολαβεί στην σχέση της επιθετικότητας με τη φλεγμονή, καθώς διαπιστώσανε ότι η επιθετικότητα επιδεινώνει τις φλεγμονώδεις διαδικασίες, μόνο με την παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Stewart et al, 2008).

Στην παρούσα μελέτη, η διερεύνηση της σχέσης της επιθετικότητας με την κατάθλιψη, σε ένα πληθυσμό ατόμων που απαρτιζότανε από υγιείς,

καταθλιπτικούς ασθενείς με ή χωρίς σωματικές παθήσεις και ασθενείς με σωματικές παθήσεις και όλοι κατοικούσαν στην περιοχή της Θεσσαλίας, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι αυτές οι δύο έννοιες σχετίζονται μεταξύ τους. Επιπρόσθετα, η κατάθλιψη βρέθηκε να σχετίζεται όχι μόνο με την ενδοστρεφόμενη επιθετικότητα, όπως δέχεται η κλασική ψυχοδυναμική άποψη, αλλά και με την εξωστρεφόμενη και την ολική επιθετικότητα. Οι ψυχοδυναμικές προσεγγίσεις, στην προσπάθειά τους να εξηγήσουν αυτές τις σχέσεις, προτείνουν διάφορα μοντέλα, όπως της αντίδρασης στον αποχωρισμό (reactions to separation), της οργάνωσης συγκεκριμένων προσωπικοτήτων (organization of certain personalities), της κοινωνικο-πολιτισμικής αναστολής των επιθετικών απαντήσεων (sociocultural prohibition of aggressive responses), τα οποία απαντούν, έστω κι εν μέρει, στο ερώτημα της σχέσης επιθετικότητας- κατάθλιψης (Braconnier et al, 1997). Οι βιολογικές μελέτες έρχονται να εξετάσουν και να δώσουν επιστημονικές εξηγήσεις/απαντήσεις στις ψυχαναλυτικές απόψεις. Οι γενετικές μελέτες συνδέουν την κατάθλιψη ισχυρά και ανεξάρτητα με τον γενετικό πολυμορφισμό 5-HTTLPR του γονιδίου του μεταφορέα της σεροτονίνης (Gonda et al, 2009). Οι Boylea και συν. καταλήξανε στο συμπέρασμα ότι άντρες οι οποίοι είναι επιθετικοί και έχουν την τάση να βιώνουν συχνά έντονα αισθήματα θυμού και θλίψης, παρουσιάζουν αυξημένη δραστηριότητα του συμπλέγματος, και ιδιαίτερα αύξηση του C3 (Boylea et al, 2007).

Η πιθανή σχέση μεταξύ αλεξιθυμίας κι επιθετικότητας είναι ένα λιγότερο μελετημένο θέμα. Οι Calikuu και συν. (Calikuu et al, 2002) διαπιστώσανε θετική συσχέτιση μεταξύ θυμού κι αλεξιθυμίας σε ασθενείς με ψυχογενή ψωρίαση. Οι

Spitzera και συν. το 2005, δεχόμενοι τη θετική συσχέτιση μεταξύ αλεξιθυμίας κι επιθετικότητας, διατυπώνουν την άποψη ότι η διαπροσωπική ζωή των αλεξιθυμικών ατόμων χαρακτηρίζεται από ψυχρότητα κι αποφευκτική συμπεριφορά, και προτείνουν ότι η αλεξιθυμία εμπεριέχει τη μειωμένη ικανότητα να χρησιμοποιεί κάποιος τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις για να ρυθμίσει το συναίσθημά του (Spitzera et al, 2005). Οι Helmes και συν. μετά από μελέτη 3 πληθυσμών υγείων ατόμων στην Αυστραλία και τον Καναδά, υποστηρίζουν τη σχέση της αλεξιθυμίας με την καταπίεση των συναισθημάτων, αλλά συνδέουν αυτές τις παθολογικές συσχετίσεις με ανώριμους μηχανισμούς άμυνας (Helmes et al, 2009).

Στην παρούσα έρευνα μελετήθηκε η σχέση της αλεξιθυμίας με την επιθετικότητα σε ένα δείγμα 308 ατόμων, που ζούνε στη Θεσσαλία και είτε εμφανίζουν κατάθλιψη και/ή σωματικές παθήσεις, είτε είναι υγιείς. Τα αποτελέσματα της μελέτης οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η αλεξιθυμία σχετίζεται θετικά με την επιθετικότητα κι εξαρτάται από αυτή. Το συναισθηματικό έλλειμμα που συνεπάγεται η αλεξιθυμία, η δυσκολία στην αναγνώριση των συναισθημάτων τόσο των ιδίων όσο και των άλλων, καθώς και η δυσκολία στην εξωτερίκευση των συναισθημάτων, δεν επιτρέπει στα αλεξιθυμικά άτομα να συνυπάρχουν με τους άλλους με ευκολία. Η ανικανότητα να αντιληφθούν τόσο τη δική τους εσωτερική πραγματικότητα, όσο και τις προθέσεις και τις επιθυμίες των άλλων, τους κάνει να αισθάνονται ανοίκεια, ευάλωτοι, και ενδεχομένως, ότι κάποιες φορές κινδυνεύουν, ακόμα κι αν δεν είναι σε θέση να προσδιορίσουν με σαφήνεια τον κίνδυνο. Τέτοιες θέσεις/καταστάσεις είναι αναμενόμενο να γεννούν

επιθετικότητα στα αλεξιθυμικά άτομα, τα οποία στην προσπάθειά τους να προστατευτούν από τους επικείμενους 'κινδύνους' γίνονται πιο επιθετικά από άλλους ανθρώπους, που έχουν την ικανότητα να εκτιμούν ορθότερα τις καταστάσεις, τους άλλους ανθρώπους και τις προθέσεις τους.

Συμπερασματικά, η παρούσα έρευνα, μελετώντας στην περιοχή της Θεσσαλίας την κατάθλιψη, την αλεξιθυμία και την επιθετικότητα σε ασθενείς με σωματικές παθήσεις, κατέληξε στα παρακάτω συμπεράσματα:

A) Οι διαφορές στην ψυχοπαθολογία μεταξύ ασθενών με κατάθλιψη, ασθενών με σωματικές παθήσεις και υγιών ατόμων, όταν η κατάθλιψη, η αλεξιθυμία και η επιθετικότητα μελετούνται, είναι αντίστοιχες αυτών που διατύπωσαν άλλοι συγγραφείς, από άλλες περιοχές και με διαφορετικά προς μελέτη δείγματα.

B) Επιπρόσθετα, στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκαν διαφορές στην ψυχοπαθολογία μεταξύ ασθενών με οξείες σωματικές παθήσεις και ασθενών με χρόνιες σωματικές παθήσεις, όταν εξετάζονται η κατάθλιψη, η αλεξιθυμία και η επιθετικότητα, καθώς και μεταξύ ασθενών με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις και ασθενών μόνο με κατάθλιψη ή μόνο με σωματικές παθήσεις. Αυτά τα δεδομένα είναι καινούρια, καθώς για τις συγκρίσεις μεταξύ αυτών των ομάδων δεν υπάρχουν αντίστοιχα στοιχεία από τη διεθνή βιβλιογραφία.

Γ) Σε συμπεράσματα συμβατά με τη διεθνή βιβλιογραφία κατέληξε η έρευνα, όταν εξέτασε τη σχέση της αλεξιθυμίας με την κατάθλιψη και υποστήριξε τη μεταβαλλόμενη φύση της αλεξιθυμίας.

Δ) Επίσης, η παρούσα μελέτη βρήκε την κατάθλιψη να σχετίζεται όχι μόνο με την ενδοστρεφόμενη επιθετικότητα, όπως δέχεται η κλασική ψυχοδυναμική άποψη,

αλλά και με την εξωστρεφόμενη και την ολική επιθετικότητα, σχέσεις λιγότερο μελετημένες.

Ε) Τέλος, η θετική σχέση μεταξύ της αλεξιθυμίας και της επιθετικότητας, που απέδειξε η παρούσα έρευνα, είναι, επίσης, ένα από τα ελάχιστα δεδομένα που παρέχει η διεθνής βιβλιογραφία.

Στην συγκεκριμένη έρευνα δεν εξετάστηκαν τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των συμμετεχόντων, ούτε μετρήθηκαν με κλίμακες ο χρόνιος πόνος, η κούραση κι η γενική λειτουργικότητα των ατόμων. Αυτά είναι στοιχεία που μπορεί να αλληλεπιδρούν με τις σωματικές ασθένειες, όπως επίσης και με την κατάθλιψη, την αλεξιθυμία και την επιθετικότητα.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κατάθλιψη είναι μια συχνή σοβαρή διαταραχή του συναισθήματος, με σημαντικές επιπτώσεις στη ζωή του ατόμου. Πέρα από τις εκδηλώσεις από την ψυχική σφαίρα, με κυριότερη την καταθλιπτική διάθεση, μπορεί να κρύβεται πίσω από σωματικά συμπτώματα. Η επιθετικότητα είναι ένα από τα πιο συχνά φαινόμενα της καθημερινής ζωής. Στην Ψυχιατρική, παρατηρείται σε διάφορες ψυχικές διαταραχές, όπως σχιζοφρένεια, μανία, χρήση ουσιών, διαταραχές από εγκεφαλική βλάβη, διαταραχές προσωπικότητας. Ο όρος ‘αλεξιθυμία’ αναφέρεται σε μια λειτουργική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από δυσκολία στην έκφραση των συναισθημάτων μέσω της λεκτικής οδού και στην ικανότητα φαντασίωσης. Αρχικά περιγράφηκε σε ψυχοσωματικούς ασθενείς, όμως παρατηρείται σε ένα ευρύ φάσμα ψυχιατρικών ασθενών, καθώς και στο γενικό πληθυσμό. Η πλειοψηφία των ερευνών καταφάσκει τη θετική σχέση μεταξύ κατάθλιψης και αλεξιθυμίας, καθώς και την άποψη ότι κατάθλιψη και επιθετικότητα μπορεί να συνδέονται στενά μεταξύ τους. Η σχέση μεταξύ αλεξιθυμίας και επιθετικότητας είναι λιγότερο μελετημένη.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να μελετηθεί η κατάθλιψη, η αλεξιθυμία, η επιθετικότητα σε ασθενείς με σωματικές παθήσεις, στον πληθυσμό της Θεσσαλίας. Εξεταστήκανε συνολικά 308 άτομα, 102 ασθενείς με σωματικές παθήσεις, 52 ασθενείς που έπασχαν μόνο από κατάθλιψη, 46 ασθενείς που έπασχαν από κατάθλιψη και κάποια σωματική πάθηση και 108 υγιείς μάρτυρες. Αυτά τα άτομα εκλήθησαν να συμπληρώσουν την κλίμακα κατάθλιψης Beck Depression Index (BDI-21), την κλίμακα αλεξιθυμίας Toronto Alexithymia Scale

(TAS-20), και την κλίμακα επιθετικότητας Hostility and Direction of Hostility Questionnaire (HDHQ). Η σύγκριση των αποτελεσμάτων των συμμετεχόντων στις κλίμακες έγινε με το Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Η μελέτη του δείγματος οδήγησε στα παρακάτω αποτελέσματα:

A) οι ασθενείς με σωματικές παθήσεις είναι πιο καταθλιπτικοί, πιο αλεξιθυμικοί και πιο επιθετικοί από τους υγιείς.

B) οι ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις είναι πιο καταθλιπτικοί και πιο αλεξιθυμικοί από τους ασθενείς με οξείες σωματικές παθήσεις, ενώ οι ασθενείς με οξείες σωματικές παθήσεις είναι πιο επιθετικοί από τους ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις.

Γ) οι καταθλιπτικοί ασθενείς είναι πιο αλεξιθυμικοί και πιο επιθετικοί από τους υγιείς.

Δ) οι καταθλιπτικοί ασθενείς είναι πιο καταθλιπτικοί, πιο αλεξιθυμικοί και πιο επιθετικοί από τους ασθενείς με σωματικές παθήσεις.

E) οι ασθενείς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις είναι πιο αλεξιθυμικοί και πιο επιθετικοί και από τους καταθλιπτικούς ασθενείς, και από τους ασθενείς με σωματικές παθήσεις.

ΣΤ) η κατάθλιψη σχετίζεται θετικά τόσο με την επιθετικότητα, όσο και με την αλεξιθυμία, δηλαδή όσο πιο καταθλιπτικός είναι κάποιος, τόσο πιο αλεξιθυμικός και επιθετικός είναι πιθανό να είναι.

Z) η αλεξιθυμία σχετίζεται θετικά με την επιθετικότητα, δηλαδή όσο πιο αλεξιθυμικό είναι ένα άτομο, τόσο πιο επιθετικό είναι πιθανό να είναι.



**ABSTRACT**

Depression is an affective disorder, which impedes patients' social, professional and inter-personal life. Apart from psychological symptoms, depressive patients often complain about somatic symptoms. Hostility is one of the most distinctive epiphenomena of frustrating conditions. It is valuable in psychiatric research and clinical practise, because, being an attitude rather than a personality trait, it is changeable under the influence of external events or during the course of symptoms, psychiatric or somatic. The term "alexithymia" is derived from the Greek language and means "no words for feeling". The salient clinical features of alexithymia include difficulties in recognizing and verbalizing feelings, endless description of physical symptoms instead of emotions, concrete speech and thought closely tied to external events, paucity of fantasy life. Although initially described in the context of psychosomatic illness, alexithymic characteristics may be observed in patients with a wide range of medical and psychiatric disorders, as well as in the general population.

The aim of the present study was to investigate depression, alexithymia and hostility in patients with medical diseases in Thessalia and to examine the relationship between alexithymia, hostility and depression. 308 subjects were examined: 102 medical patients, 52 depressive patients, 46 patients with depression and somatic illnesses and 108 subjects. They all were assessed with the Beck Depression Index (BDI-21), the 20-item Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the Hostility and Direction of Hostility Scale (HDHQ). Data selected was analyzed with the Statistical Package for Social Science (SPSS).

The results of the present study are the followings:

- a) somatic patients are more depressive, alexithymic and hostile than healthy people.
- b) patients with chronic somatic illnesses are more depressive and alexithymic than patients with acute somatic illnesses, while the latter are more hostile than the former.
- c) depressive patients are more alexithymic and hostile than healthy subjects.
- d) depressive patients are more depressive, alexithymic and hostile than somatic patients.
- e) patients with depression and somatic illnesses are more alexithymic and hostile than depressive and somatic patients.
- f) depression correlates positively with hostility and alexithymia; the more depressive someone is, the more hostile and alexithymic he is likely to be.
- g) alexithymia correlates positively with hostility; the more alexithymic somebody is, the more hostile he is likely to be.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

American Psychiatric Association (2000a). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J.J., Berglund, P. (2003). "The epidemiology of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys". *Int J Methods Psychiatr Res* 12 (1): 3–21.

Angelopoulos, NV., Drosos, AA., Moutsopoulos, HM. (2001). Psychiatric Symptoms Associated with Scleroderma. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol. 70, No. 3.

Angelopoulos, N.V., Tsivaridou, D., Nikolaou, N., Pavlidis, N. (1995). Mental symptoms, hostility features and stressful life events in people with cancer. *Acta Psychiatr Scand* 92, 44-50.

Bagby, R.M., Parker, J.D.A., Taylor, G.J. (1994a). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 38, 23-32.

Bagby, M., Taylor, G., Parker, J. (1992). The revised Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale: Some reliability, validity and normative data. *Psychotherapy and Psychosomatics* 57, 34-41.

- Bagby, R.M., Taylor, G.J., Parker, J.D.A. (1994b). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res* 38, 33-40.
- Bankier, B., Aigner, M., Bach, M. (2001). Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics*, May-Jun;42(3):235-40.
- Beck, AT., Beamesderfer, A. (1974). Assessment of depression: The depression inventory. *Psychological measurements of psychopharmacology*. In P. Pichot (Ed.), *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*. Karger.
- Beck, T., Rush, J., Shaw, B.F., Emery, G. (1987) [1979]. *Cognitive Therapy of depression*. New York, NY, USA: Guilford Press.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J., Erbauch, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 561-571.
- Berrios, G.E. (1988). "Melancholia and depression during the 19th century: A conceptual history". *British Journal of Psychiatry* 153: 298–304.
- Berthoz, S., Consoli, S., Perez-Diaz, F., Jouvent, R. (1999). Alexithymia and anxiety: compounded relationships? A psychometric study. *Eur Psychiatry*, Nov;14(7):372-8.
- Bowlby, J. (1961.) *Processes Of Mourning* *Int. J. Psycho-Anal.* 42:317-40.
- Boylea. S., Jacksonb. W.G., Suarez. E.C. (2007). Hostility, anger, and depression predict increases in C3 over a 10-year period. *Brain, Behavior, and Immunity*, Aug; 21(6): 816-823.

- Bydlowski. S., Corcos. M., Jeammet. P., Paterniti. S., Berthoz. S., Laurier. C., Chambry. J., Consoli. S.M. (2005). Emotion-processing deficits in eating disorders. *Int J Eat Disord*, May;37(4):321-9.
- Caine, T.M., Foulds, G.A., Hope, K. (1967). *Manual of the Hostility and Direction of Hostility Questionnaire*. London, University of London Press.
- Calikuu, C., Yucel, B., Polat, A., Baykal, C. (2002). Expression of anger and alexithymia in patients with psychogenic excoriation: a preliminary report. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 32(4).
- Carhart-Harris, R.L., Mayberg, H.S., Malizia, A.L., Nutt, D. (2008). Mourning and melancholia revisited: Correspondences between principles of Freudian metapsychology and empirical findings in neuropsychiatry. *Annals of General Psychiatry*, 7(9).
- Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, Taylor A, Poulton R. (2002) Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*. 2;297(5582):851-4.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T.E. (2003). "Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene". *Science* 301: 386–89.
- Cochrane, C.E., Brewerton, T.D., Wilson, D.B., Hodges, E.L. (1993). Alexithymia in the eating disorders. *The International journal of eating disorders*, 14(2): 219–22.

- Corcos, M., Guilbaud, O., Speranza, M., Paterniti, S., Loas, G., Stephan, P., Jeammet, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. *Psychiatry Res*, Apr 10;93(3):263-6.
- Cox, B.J., Swinson, R.P., Shulman, I.D., Bourdeau, D. (1995). Alexithymia in panic disorder and social phobia. *Comprehensive psychiatry*, 36 (3): 195–8.
- Cutter, W.J., Norbury, R., Murphy, D.G. (2003). Oestrogen, brain function, and neuropsychiatric disorders. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 74 (7): 837–40.
- Δουζένης Α. και Λύκουρας Λ., 2008. Ψυχοιατροδικαστική, εκδόσεις Πασχαλίδη, σελ. 43-47.
- Davison, K. (2006). "Historical aspects of mood disorders". *Psychiatry* 5 (4): 115–18. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1476179306700246>
- Delgado, P.L. (2000). "Depression: The case for a monoamine deficiency". *Journal of Clinical Psychiatry* 61 (6):7–11.
- de Almeida RM, Ferrari PF, Parmigiani S, Miczek KA. (2005) Escalated aggressive behavior: dopamine, serotonin and GABA. *Eur J Pharmacol*. 5;526(1-3):51-64.
- De Berardis, D., Serroni, N., Campanella, D., Carano, A., Gambi, F., Valchera, A., Conti, C., Sepede, G., Scali, M., Fulcheri, M., Salerno, R.M., Ferro, F.M. (2008). Alexithymia and its relationships with C-reactive protein and serum lipid levels among drug naïve adult outpatients with major depression. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, Dec; 32(8):1982-1986.

Dogramji, K. (1993). Emotional aspects of sleep disorders: the case of obstructive sleep apnea syndrome. *New Dir Ment Health Serv*, 57, 39–50.

Dozois, D. J., & Westra, H. A. (2004). The nature of anxiety and depression: Implications for prevention. In D. J. Dozois & K. S. Dobson (Eds.). *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice* (pp. 9-41). Washington, DC: American Psychological Association.

Duman, R.S., Heninger, G.R., Nestler, E.J. (1997). A molecular and cellular theory of depression. *Archives of General Psychiatry*, 54 (7): 597–606.

Eaton, W.W., Anthony, J.C., Gallo, J. (1997). "Natural history of diagnostic interview schedule/DSM-IV major depression. The Baltimore Epidemiologic Catchment Area follow-up". *Archives of General Psychiatry* 54: 993–99.

Economou, M., Angelopoulos, N.V. (1989). Dysthymic symptoms, hostility and scholastic achievement in a group of high school students. *Educ Psychol* 9, 331-337.

Farid, M., Roch-Levecq, AC., Levi, L., Brody, BL., Granet, DB., Kikkawa, DO. (2005). Psychological disturbance in graves ophthalmopathy. *Arch Ophthalmol*, Apr 123(4), 491-6.

F farges, Corcos M., Speranza M., Loas G., Perez-Diaz F., Venisse J.L., Lang F., Bizouard P., Halfon O., Flament M., Jeammet P. (2004). Alexithymia, depression and drug addiction. *Encephale*, May-Jun;30(3):201-11.

- Freud, S. (1984). "Mourning and Melancholia". in Richards A (ed.). 11. On Metapsychology: The Theory of Psychoanalysis. Aylesbury, Bucks: Pelican. pp. 245–69.
- Foulds, G.A., (1965). Personality and Personal Illness. London, Tavistock. 24.
- Grabe, H., Schwahn, C., Barnow, S., Spitzer, C., John, U., Freyberger, H., Schminke, U., Felix, S., Völzke, H.(2009). Alexithymia, hypertension, and subclinical atherosclerosis in the general population J Psychosom Res, 68;2:139-147.
- Guilbaud, O., Corcos, M., Chambry, J., Paterniti, S., Loas, G., Jeammet, P. (2000). Alexithymia and depression in eating disorders. Encephale, Sep-Oct;26(5):1-6.
- Gulec, H., Sayar, K., Ozkorumak, E. (2005). Somatic symptoms of depression. Turk Psikiyatri Derg, Summer;16(2):90-6.
- Gulec, H., Sayar, K., Topbas, M., Karkucak, M., Ak, I., (2004). Alexithymia and anger in women with fibromyalgia syndrome. Turk Psikiyatri Derg, Fall 15(3), 191-8.
- Gunzelmann, T., Kupfer, J., Braehler, E. (2002). Alexithymia in the elderly general population. Compr Psychiatry, Jan-Feb;43(1):74-80.
- Handelsman, L., Stein, J.A., Bernstein, D.P., Oppenheim, S.A., Rosenblum, A., Magura, S. (2000). A latent variable analysis of coexisting emotional deficits in substance abusers: Alexithymia, hostility, and PTSD. Addictive Behaviors 25(3):423-428



- Heiber, A. (1977). Alexithymia- An inherited trait? *Psychother. Psychosom*, 28:221-225.
- Helmes, McNeill P., Holden, R.R., Jackson, C. (2009). The construct of alexithymia: associations with defense mechanisms. *Journal of Clinical Psychology*, 64(3):318 – 331.
- Henry, J.P., Cummings, M.A., Nelson, J.G., McGee, W.H. (1992). Shared neuroendocrine patterns of post-traumatic stress disorder and alexithymia. *Psychosomatic Medicine*, 54: 407-415.
- Herrmann, L.L., Le Masurier, M., Ebmeier, K.P. (2008). "White matter hyperintensities in late life depression: a systematic review". *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 79: 619–24.
- Hintikka, J., Honkalampi, K., Lehtonen, J., Viinamaki, H. (2001). Are alexithymia and depression distinct or overlapping constructs?: a study in a general population. *Compr Psychiatry*, May-Jun;42(3):234-9.
- Hintikka, J., Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Antikainen, R., Tanskanen, A., Haatainen, K., Viinamaki, H. (2004). Alexithymia and suicidal ideation: a 12-month follow-up study in a general population. *Compr Psychiatry*, Sep-Oct;45(5):340-5.
- Hirschfeld, R.M. (2000). "History and evolution of the monoamine hypothesis of depression". *Journal of Clinical Psychiatry* 61 Suppl 6: 4–6.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Saarinen, P., Lehtonen, J., Viinamaki, H. (2000a). Is alexithymia a permanent feature in depressed patients? Results from a 6-month follow-up study. *Psychother Psychosom*, Nov-Dec;69(6):303-8.

- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J., Viinamaki, H. (2000b). Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res*, Jan;48(1):99-104.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Antikainen, R., Lehtonen, J., Viinamaki, H. (2001a). Alexithymia in patients with major depressive disorder and comorbid cluster C personality disorders: a 6-month follow-up study. *J Personal Disord Jun*, 15(3), 245-54.
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Laukkanen, E., Lehtonen, J., Viinamaki, H. (2001b). Alexithymia and depression: a prospective study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics May-Jun*, 42(3), 229-34.
- Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Tanskanen, A., Hintikka, J., Lehtonen, J., Viinamaki, H. (2001c). Why do alexithymic features appear to be stable? A 12-month follow-up study of a general population. *Psychother Psychosom Sep-Oct*, 70 (5), 247-53.
- Honkalampi, K., Koivumaa-Honkanen, H., Antikainen, R., Haatainen, K., Hintikka, J., Viinamaki, H. (2004). Relationships among alexithymia, adverse childhood experiences, sociodemographic variables, and actual mood disorder: a 2-year clinical follow-up study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics*, May-Jun;45(3):197-204.
- Iancu, I., Horesh, N., Offer, D., Dannon, P.N., Lepkifker, E., Kotler, M. (1999). Alexithymia, affect intensity and emotional range in suicidal patients. *Psychother Psychosom*, Sep-Oct;68(5):276-80.

- Iancu, I., Dannon, P.N., Poreh, A., Lepkifker, E., Grunhaus, L. (2001). Alexithymia and suicidality in panic disorder. *Compr Psychiatry*, Nov-Dec;42(6):477-81.
- Jones, B.A. (1984). Panic attacks with panic masked by alexithymia. *Psychosomatics*, 25 (11): 858–9.
- Jones, M.P., Schettler, A., Olden, K., Crowell, M.D. (2004). Alexithymia and somatosensory amplification in functional dyspepsia. *Psychosom*, 45 (6): 508–16.
- Jula, A., Salminen, J.K., Saarijärvi, S. (1999). Alexithymia: a facet of essential hypertension. *Hypertension*, 33 (4): 1057–61.
- Karli P. (2006) The neurobiology of aggressive behaviour. *C R Biol*. 329(5-6):460-4.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O. (2003). "The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)". *JAMA* 289 (203): 3095–105.
- Kooiman, C.G., Bolk, J.H., Brand, R., Trijsburg, R.W., Rooijmans, HG. (2000). Is alexithymia a risk factor for unexplained physical symptoms in general medical outpatients? *Psychosom Med*, Nov-Dec;62(6):768-78.
- Kosturek, A., Gregory, R.J., Sousou, A.J., Trief, P. (1998). Alexithymia and somatic amplification in chronic pain. *Psychosom*, Sep-Oct;39(5):399-404.
- Kübler-Ross, E. (1973). *On Death and Dying*, Routledge, ISBN 0415040159

- Kuehner, C. (2003). "Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 108 (3): 163–74.
- Lacasse, J., Leo, J. (2005). "Serotonin and depression: A disconnect between the advertisements and the scientific literature". *PLoS Med* 2 (12): e392.  
doi:10.1371/journal.pmed.0020392.g001. PMID 16268734.  
<http://medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371/journal.pmed.0020392>.
- Lesser, I.M. (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosom Med*, 43: 531-543.
- Lewis, A.J. (1934). "Melancholia: A historical review". *Journal of Mental Science* 80: 1–42. doi:10.1192/bjp.80.328.1.
- Li, C.S., Sinha, R. (2006). Alexithymia and stress-induced brain activation in cocaine-dependent men and women. *Journal of psychiatry & neuroscience*, 31 (2): 115–21.
- Lindholm, T., Lehtinen, V., Hyypä, M.T., Puukka, P. (1990). Alexithymic features in relation to the dexamethazone suppression test in a Finnish population. *Am.J. Psychiatry*, 147(9):1216-1219.
- Loas, G., Dhee-Perot, P., Chaperot, C., Fremaux, D., Gayant, C., Boyer, P. (1998). Anhedonia, alexithymia and locus of control in unipolar major depressive disorders. *Psychopathology*, 31(4):206-12.

- Luminet, O., Bagby, R.M., Taylor, G.J. (2001). An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychother Psychosom*, Sep-Oct;70(5):254-60.
- Lumley, M.A., Downey, K., Stettner, L., Wehmer, F., Pomerleau, O.F. (1994). Alexithymia and negative affect: relationship to cigarette smoking, nicotine dependence, and smoking cessation. *Psychother Psychosom*, 61 (3-4): 156-62.
- Lumley, M., Smith, J., Longo, D. (2002). The relationship of alexithymia to pain severity and impairment among patients with chronic myofascial pain. Comparisons with self-efficacy, catastrophizing, and depression. *J Psychosom Res*, Sep;53(3):823.
- Lundh, L.G., Simonsson-Sarnecki, M. (2001). Alexithymia, emotion, and somatic complaints. *J Pers*, Jun;69(3):483-510.
- Lyketsos, G.S., Blackburn, IM., Tsiantis, J. (1988). The movement of hostility during recovery from depression. *Psychol Med* 8, 145-149.
- Maaranen, P., Tanskanen, A., Honkalampi, K., Haatainen, K., Hintikka, J., Viinamaki, H. (2005). Factors associated with pathological dissociation in the general population. *Aust N Z J Psychiatry*, May;39(5):387-94.
- Marchesi, C., Brusamonti, E., Maggini, C. (2000). Are alexithymia, depression, and anxiety distinct constructs in affective disorders? *J Psychosom Res*, Jul;49(1):43-9.
- Marchesi, C., Fonto, S., Balista, C., Cimmino, C., Maggini, C. (2005). Relationship between alexithymia and panic disorder: a longitudinal study to answer an open question. *Psychother Psychosom*, 74(1):56-60.

- Marty, P., de M. Uzan, M. (1963). La pensee operatoire. Revue Francaise de Psychanalyse [supple] 27 : 1345-1356.
- McDougal, J. (1982). Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. Psychother. Psychosom, 38: 81-90.
- McPherson, F.M. (1988). A note on the female norms of the HDHQ. Br J Clin Psychol 27, 263-264.
- Miranda, H., Viikari-Juntura, E., Heistaro, S., Heliovaara, M., Riihimaki, H. (2005). A population study on differences in the determinants of a specific shoulder disorder versus nonspecific shoulder pain without clinical findings. Am J Epidemiol, May 1;161(9):847-55.
- Modestin, J., Furrer, R., Malti, T. (2004). Study on alexithymia in adult non-patients. J Psychosom Res, Jun;56(6):707-9.
- Monteleone, P. (2001). "(abstract) Endocrine disturbances and psychiatric disorders". Current Opinion in Psychiatry (Lippincott Williams & Wilkins, Inc.) 14 (6): 605–10.
- Muftuoglu, M.N., Herken, H., Demirci, H., Virit, O., Neyal A., (2004). Alexithymic features in migraine patients. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, Jun 254(3), 182-6.
- Ντώνας Σ., Δεμερτζής Ι. (1983α). Στάθμιση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας με το ερωτηματολόγιο κατάθλιψης του Beck. Πρακτικά 10ου Πανελληνίου Συνεδρίου Νευρολογίας και Ψυχιατρικής, 1, 486-492. Θεσσαλονίκη.

- Ντόνιας Σ., Δεμερτζής Ι. (1983b). Ανίχνευση της κατάθλιψης σε τυχαίο μικτό ψυχιατρικό πληθυσμό με την κλίμακα Beck. Πρακτικά 10ου Πανελληνίου Συνεδρίου Νευρολογίας και Ψυχιατρικής, 21, 479-485. Θεσσαλονίκη.
- Nakao, M., Barsky, A.J., Kumano, H., Kuboki, T. (2002). Relationship between somatosensory amplification and alexithymia in a Japanese psychosomatic clinic. *Psychosom*, Jan-Feb;43(1):55-60.
- Nakao, M., Kashiwagi, M., Yano, E. (2005). Alexithymia and grief reactions in bereaved Japanese women. *Death Stud*, Jun;29(5):423-33.
- Nelson RJ, Trainor BC. (2007) Neural mechanisms of aggression. *Nat Rev Neurosci*. 8(7):536-46.
- Nemiah J.C. (1973). Psychology and psychosomatic illness: Reflections on theory and research methodology. *Psychother Psychosom*, 22:106-111.
- Nemiah, J.C., & Sifneos, P.E. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: Hill OW, editor. *Modern trends in psychosomatic medicine*, Vol 2. London: Butterworths, pp. 26–34.
- Norusis, M. (1993). *SPSS for Windows. Users Guide, Release 6.0* Chicago, SPSS Inc, 1993.
- Nutt, D.J. (2008). "Relationship of neurotransmitters to the symptoms of major depressive disorder". *Journal of Clinical Psychiatry* 69 Suppl E1: 4–7.
- Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., Joyce, A.S. (2004). Alexithymia as a predictor of residual symptoms in depressed patients who respond to short-term psychotherapy. *Am J Psychother*, 58(2):150-61.

- Pavek, K. and A. Taube (2009). "Personality characteristics influencing determinacy of day and night blood pressure and heart rate." *Blood Press* 18(1-2): 30-5.
- Poot, F., (2004). Psychological consequences of chronic hair diseases. *Rev Med Brux*, Sep 25(4), A286-8.
- Porcelli, P., Zaka, S., Leoci, C., Centonze, S., Taylor, G.J. (1995) Alexithymia in inflammatory bowel disease. A case-control study. *Psychother Psychosom*;64:49-53.
- Radden, J. (2003). "Is this dame melancholy? Equating today's depression and past melancholia". *Philosophy, Psychiatry, & Psychology* 10 (1): 37–52.
- Ramirez, S.M., Glover, H., Ohlde, C., Mercer, R., Goodnick, P., Hamlin, C., Perez-Rivera, MI. (2001). Relationship of numbing to alexithymia, apathy, and depression. *Psychol Rep*, Feb;88(1):189-200.
- Raphael, B. (2000). "Unmet Need for Prevention". in Andrews G, Henderson S (eds). *Unmet Need in Psychiatry: Problems, Resources, Responses*. Cambridge University Press. pp. 138–39.
- Riley, W., Treiber, F., Woods, M.G. (1989). Anger and Hostility in Depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Nov; Volume 177 - Issue 11.
- Saarijarvi, S., Salminen, J.K., Toikka, T.B. (2001). Alexithymia and depression: a 1-year follow-up study in outpatients with major depression. *J Psychosom Res*, Dec;51(6):729-33.
- Saarijarvi, S., Salminen, J.K., Toikka, T. (2006). Temporal stability of alexithymia over a five-year period in outpatients with major depression. *Psychother Psychosom*. 75(2):107-12.



- Salminen, J.K., Saarijarvi, S., & Aarela, E. (1995). Two decades of alexithymia. *J Psychosom Res*, 39, 803–7.
- Sayar, K., Acar, B., Ak, I. (2003). Alexithymia and suicidal behavior. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 40(3):165-73.
- Sayar, K., Gulec, H., Topbas, M., (2004). Alexithymia and anger in patients with fibromyalgia. *Clin Rheumatol*, Oct 23(5), 441-8.
- Sen, S, Duman, R, Sanacora, G (2008). "Serum brain-derived neurotrophic factor, depression, and antidepressant medications: Meta-analyses and implications". *Biological Psychiatry* 64 (6): 527–32.
- Sheline, Y.I., Gado, M.H., Kraemer, H.C. (2003). "Untreated depression and hippocampal volume loss". *American Journal of Psychiatry* 160: 1516–18.
- Shipko, S., Alvarez, W.A., Noviello, N. (1983). Towards a teleological model of alexithymia: alexithymia and post-traumatic stress disorder. *Psychother psychosom*, 39 (2): 122–6.
- Sifneos, P.E. (1972). *Short-term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge, Harvard University Press.
- Sifneos, P.E. (1973). The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients. *Psychother Psychosom*, 22, 255–62.
- Sifneos, P.E. (1975). Problems of psychotherapy of patients with alexithymic characteristics and physical disease. *Psychother Psychosom*, 26:65-70.

Sifneos, P.E. (1977). The phenomenon of 'alexithymia' *Psychother. Psychosom*, 28:47-57.

Sifneos, P.E. (1988). Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect, and creativity. *Psychiatr Clin North Am*, 11, 287–92.

Sifneos, P.E. (1996). Alexithymia: past and present. *Am J Psychiatry*, 153, 137–42.

Sifneos, P.E. (2000). Alexithymia, clinical issues, politics, and crime. *Psychother Psychosom*, 69, 113–6.

Soderstrom H, Blennow K, Manhem A, Forsman A. (2001) CSF studies in violent offenders. II. Blood-brain barrier dysfunction without concurrent inflammation or structure degeneration. *J Neural Transm*. 108(7):879-86.

Speranza, M., Corcos, M., Stephan, P., Loas, G., Perez-Diaz, F., Lang, F.,

Venisse, J.L., Bizouard, P., Flament, M., Halfon, O., Jeammet, P. (2004).

Alexithymia, depressive experiences, and dependency in addictive disorders.

*Subst Use Misuse*, Mar;39(4):551-79.

Speranza, M., Corcos, M., Loas, G., Stephan, P., Guilbaud, O., Perez-Diaz, F.,

Venisse, J.L., Bizouard, P., Halfon, O., Flament, M., Jeammet, P. (2005).

Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. *Psychiatry*

*Res*, Jun 15;135(2):153-63.

Spitzera, C., Siebel-Jürgesb, U., Barnowa, S., Grabea, H.J., Freybergera, H.J.

(2005). Alexithymia and Interpersonal Problems. *Psychother Psychosom*, 74:240-

246.

Stewart, J., Janicki-Deverts, D., Muldoon, M.F., Kamarck, T.W. (2008).

Depressive Symptoms Moderate the Influence of Hostility on Serum Interleukin-6 and C-Reactive Protein. *Psychosom Med*.

Τσακλακίδου, Δ., Θωμάς, Α., (1994). Αλεξιθυμία: Προσέγγιση της έννοιας με στοιχεία από την ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία. *Εγκέφαλος*, 31, 51-56.

Taylor, G.J. (1984). Alexithymia: Concept, measurement and implications for treatment. *Am.J. Psychiatry*, June 141(6):725-731.

Taylor, G.J., Bagby, R.M. (1988). Measurement of alexithymia. Recommendations for clinical practice and future research. *Psychiatr Clin North Am*, 11, 351–66.

Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D. (1991). The alexithymia construct. A potential paradigm for psychosomatic medicine. *Psychosomatics*, 32, 153–64.

Taylor, G.J., Bagby, R.M., Ryan, D.P., Parker, J.D.A., Doody, K., Keefe, P. (1988). Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosom Med* 50, 500-9.

Taylor, G.J., Parker, J.D., Bagby, R.M. (1990a). A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *The American journal of psychiatry*, 147 (9): 1228–30.

Taylor, G.J., Bagby, R.M., Ryan, D.P., Parker, J.D.A. (1990b). Validation of the alexithymia construct: a measurement-based approach. *Can J Psychiatry* 35, 290-7.

"The world health report 2001 - Mental Health: New Understanding, New Hope".

WHO website. World Health Organization. 2001.

<http://www.who.int/whr/2001/en/index.html>.

Troisi, A., D'Argenio, A., Peracchio, F., Petti, P. (2001). Insecure attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *J Nerv Ment Dis*,

May;189(5):311-6.

Tsaousis I, Taylor G, Quilty L, Georgiades S, Stavrogiannopoulos M, Bagby M.

Validation of a Greek adaptation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale.

*Comprehensive psychiatry* 2009 E- pub ahead of print

doi:10.1016/j.comppsy.2009.09.005

Verissimo, R., Mota-Cardoso, R., Taylor, G. (1998). Relationships between alexithymia, emotional control, and quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Psychother psychosom*, 67 (2): 75–80.

Videbech, P. (1997). "MRI findings in patients with affective disorder: a meta-analysis". *Acta Psychiatrica Scandinavica* 96 (3): 157–68.

Videbech, P., Ravnkilde (2004). "Hippocampal volume and depression: A meta-analysis of MRI studies". *American Journal of Psychiatry* 161: 1957–66.. PMID 15514393.

Volavka, J., (2002). *Neurobiology of violence*. American Psychiatric Press, 2<sup>nd</sup> edition.

Warnes, H. (1986). Alexithymia, clinical and therapeutic aspects. *Psychother Psychosom*, 46(1-2), 96-104.

- Weinryb, R.M., Gustavson, J.P., Asberg, M., Rossel, R.J. (1992). The concept of alexithymia : an empirical study using psychodynamic ratings and self-reports. *Acta Psychiatr. Scand*, 85: 153-162.
- Wise, T.N., Jani, N.N., Kass, E., Sonnenschein, K., Mann, L.S. (1988) *Alexithymia: relationship to severity of medical illness and depression. Psychother Psychosom*;50(2):68-71.
- Wise, T.N., Mann, L.S., Randell, P. (1995). The stability of alexithymia in depressed patients. *Psychopathology*, 28(4):173-6.
- Wise, T.N., Mann, L.S., Shay, L. (1992). Alexithymia and the five-factor model of personality. *Compr Psychiatry*, May-Jun;33(3):147-51.
- Yucel, B., Kora, K., Ozyalcin, S., Alcalar, N., Ozdemir, O., Yucel, A. (2002). Depression, automatic thoughts, alexithymia, and assertiveness in patients with tension-type headache. *Headache*, Mar;42(3):194-9.
- Zackheim, L. (2007). Alexithymia: The expanding realm of research. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 345–347.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α- ΠΙΝΑΚΕΣ**

	Ομάδα Α		Ομάδα Δ		p
	Median	IQR	Median	IQR	
<b>BDI</b>	8,5	4-14	4	2-6	,000
<b>TAS.S</b>	52	42-65,25	42	35-49	,000
<b>TAS.A</b>	17	11-26,25	12	9-17	,000
<b>TAS.B</b>	12,5	9-19	11	8-14	,206
<b>TAS.C</b>	23	19-25	17,5	14-21	,000
<b>AH</b>	5	4-8	4	3-6	,032
<b>CO</b>	7	6-8,25	5	4-7	,000
<b>PH</b>	3	1,75-5	1	0-3	,000
<b>SC</b>	4	2-6	3	1-4	,000
<b>G</b>	3	1-4	1	1-2	,000
<b>TE</b>	16	11-20	10,5	7,25-15	,000
<b>TI</b>	7,5	3-10	4	2-6	,000
<b>TH</b>	22	17-31	15	15-21	,000

**Πίνακας 1.** Σύγκριση των αποτελεσμάτων των ασθενών με σωματικές παθήσεις και των υγιών μαρτύρων στις κλίμακες.[BDI, TAS-20 (TAS-S, TAS-A, TAS-B, TAS-C) και HDHQ (AH, CO, PH, SC, G, TE, TI, TH)].

Ομάδα Α = ασθενείς με σωματικές παθήσεις. Ομάδα Δ = υγιείς μάρτυρες.

	Ομάδα A1		Ομάδα A2		p
	Median	IQR	Median	IQR	
<b>BDI</b>	8	3-14	9	5-14	.000
<b>TAS.S</b>	52	43-65	52	42-66	.000
<b>TAS.A</b>	16	11-27	18	11-26	.000
<b>TAS.B</b>	12	9-19	13	9-19	.226
<b>TAS.C</b>	24	19-25	22	19-25	.000
<b>AH</b>	6	4-8	5	3-6	.000
<b>CO</b>	8	6-9	7	5-8	.000
<b>PH</b>	3	2-5	3	1-5	.000
<b>SC</b>	5	2-6	4	2-6	.000
<b>G</b>	3	1-4	2	1-4	.000
<b>TE</b>	18	12-21	15	10-20	.000
<b>TI</b>	8	3-11	7	3-10	.000
<b>TH</b>	26	17-32	20	15-30	.000

**Πίνακας 2.** Σύγκριση των αποτελεσμάτων των ασθενών με οξείες και χρόνιες σωματικές παθήσεις στις κλίμακες.[BDI, TAS-20 (TAS-S, TAS-A, TAS-B, TAS-C) και HDHQ (AH, CO, PH, SC, G, TE, TI, TH)].

Ομάδα A1 = ασθενείς με οξείες σωματικές παθήσεις. Ομάδα A2 = ασθενείς με χρόνιες σωματικές παθήσεις.



	Ομάδα Β		Ομάδα Δ		p
	Median	IQR	Median	IQR	
<b>BDI</b>	23,5	12-31	4	2-6	,000
<b>TAS.S</b>	62,5	51,25-73,75	42	35-49	,000
<b>TAS.A</b>	24,5	17,25-29	12	9-17	,000
<b>TAS.B</b>	12,5	8-17	11	8-14	,206
<b>TAS.C</b>	26	20,5-31,5	17,5	14-21	,000
<b>AH</b>	3	1-5	4	3-6	,032
<b>CO</b>	6	4-7	5	4-7	,000
<b>PH</b>	2,5	1-4	1	0-3	,000
<b>SC</b>	6	3-8	3	1-4	,000
<b>G</b>	5	1-6	1	1-2	,000
<b>TE</b>	12	8-14,75	10,5	7,25-15	,000
<b>TI</b>	10	5-14	4	2-6	,000
<b>TH</b>	22	14-27,75	15	15-21	,000

**Πίνακας 3.** Σύγκριση των αποτελεσμάτων των καταθλιπτικών ασθενών και των υγιών μαρτύρων στις κλίμακες.[BDI, TAS-20 (TAS-S, TAS-A, TAS-B, TAS-C) και HDHQ (AH, CO, PH, SC, G, TE, TI, TH)].

Ομάδα Β = καταθλιπτικοί ασθενείς. Ομάδα Δ = μάρτυρες.

	Ομάδα Α		Ομάδα Β		p
	Median	IQR	Median	IQR	
<b>BDI</b>	8,5	4-14	23,5	12-31	,000
<b>TAS.S</b>	52	42-65,25	62,5	51,25-73,75	,000
<b>TAS.A</b>	17	11-26,25	24,5	17,25-29	,000
<b>TAS.B</b>	12,5	9-19	12,5	8-17	,206
<b>TAS.C</b>	23	19-25	26	20,5-31,5	,000
<b>AH</b>	5	4-8	3	1-5	,032
<b>CO</b>	7	6-8,25	6	4-7	,000
<b>PH</b>	3	1,75-5	2,5	1-4	,000
<b>SC</b>	4	2-6	6	3-8	,000
<b>G</b>	3	1-4	5	1-6	,000
<b>TE</b>	16	11-20	12	8-14,75	,000
<b>TI</b>	7,5	3-10	10	5-14	,000
<b>TH</b>	22	17-31	22	14-27,75	,000

**Πίνακας 4.** Σύγκριση των αποτελεσμάτων των ασθενών με σωματικές παθήσεις και των καταθλιπτικών ασθενών στις κλίμακες.[BDI, TAS-20 (TAS-S, TAS-A, TAS-B, TAS-C) και HDHQ (AH, CO, PH, SC, G, TE, TI, TH)].

Ομάδα Α = ασθενείς με σωματικές παθήσεις . Ομάδα Β = καταθλιπτικοί ασθενείς.

	Ομάδα Α		Ομάδα Β		Ομάδα Γ		p
	Median	IQR	Median	IQR	Median	IQR	
<b>BDI</b>	8,5	4-14	23,5	12-31	22,5	13,75-27,5	,000
<b>TAS.S</b>	52	42-65,25	62,5	51,25-73,75	64	52,75-75,25	,000
<b>TAS.A</b>	17	11-26,25	24,5	17,25-29	26,5	21,5-33	,000
<b>TAS.B</b>	12,5	9-19	12,5	8-17	13,5	9-18	,206
<b>TAS.C</b>	23	19-25	26	20,5-31,5	23,5	18-28	,000
<b>AH</b>	5	4-8	3	1-5	5	3-6,25	,032
<b>CO</b>	7	6-8,25	6	4-7	7	6-8	,000
<b>PH</b>	3	1,75-5	2,5	1-4	3	2-4,25	,000
<b>SC</b>	4	2-6	6	3-8	7	4-8	,000
<b>G</b>	3	1-4	5	1-6	4	2-6	,000
<b>TE</b>	16	11-20	12	8-14,75	15	11-19	,000
<b>TI</b>	7,5	3-10	10	5-14	11	6-14	,000
<b>TH</b>	22	17-31	22	14-27,75	25,5	9,75-29	,000

**Πίνακας 5.** Σύγκριση των αποτελεσμάτων των ασθενών με σωματικές παθήσεις,

των ασθενών με κατάθλιψη και των ασθενών με κατάθλιψη και σωματικές

παθήσεις στις κλίμακες.[BDI, TAS-20 (TAS-S, TAS-A, TAS-B, TAS-C) και

HDHQ (AH, CO, PH, SC, G, TE, TI, TH)]. Ομάδα Α = ασθενείς με σωματικές

παθήσεις. Ομάδα Β = καταθλιπτικοί ασθενείς. Ομάδα Γ = ασθενείς με κατάθλιψη

και σωματικές παθήσεις.

	Ομάδα Α		Ομάδα Β		Ομάδα Γ		Ομάδα Δ		p
	Median	IQR	Median	IQR	Median	IQR	Median	IQR	
<b>BDI</b>	8,5	4-14	23,5	12-31	22,5	13,75-27,5	4	2-6	,000
<b>TAS.S</b>	52	42-65,25	62,5	51,25-73,75	64	52,75-75,25	42	35-49	,000
<b>TAS.A</b>	17	11-26,25	24,5	17,25-29	26,5	21,5-33	12	9-17	,000
<b>TAS.B</b>	12,5	9-19	12,5	8-17	13,5	9-18	11	8-14	,206
<b>TAS.C</b>	23	19-25	26	20,5-31,5	23,5	18-28	17,5	14-21	,000
<b>AH</b>	5	4-8	3	1-5	5	3-6,25	4	3-6	,032
<b>CO</b>	7	6-8,25	6	4-7	7	6-8	5	4-7	,000
<b>PH</b>	3	1,75-5	2,5	1-4	3	2-4,25	1	0-3	,000
<b>SC</b>	4	2-6	6	3-8	7	4-8	3	1-4	,000
<b>G</b>	3	1-4	5	1-6	4	2-6	1	1-2	,000
<b>TE</b>	16	11-20	12	8-14,75	15	11-19	10,5	7,25-15	,000
<b>TI</b>	7,5	3-10	10	5-14	11	6-14	4	2-6	,000
<b>TH</b>	22	17-31	22	14-27,75	25,5	9,75-29	15	15-21	,000

**Πίνακας 6.** Σύγκριση των αποτελεσμάτων όλων των ομάδων στις κλίμακες.[BDI, TAS-20 (TAS-S, TAS-A, TAS-B, TAS-C) και HDHQ (AH, CO, PH, SC, G, TE, TI, TH)]. Ομάδα Α = ασθενείς με σωματικές παθήσεις. Ομάδα Β = καταθλιπτικοί ασθενείς. Ομάδα Γ = ασθενείς με κατάθλιψη και σωματικές παθήσεις. Ομάδα Δ = μάρτυρες.

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β- ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ**

**ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑΣ TAS-20**

**Απάντησε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις.**

1. Συχνά δεν ξέρω τι ακριβώς αισθάνομαι.

1. διαφωνώ πολύ
2. διαφωνώ ως ένα βαθμό
3. ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
4. συμφωνώ ως ένα βαθμό
5. συμφωνώ πολύ

2. Μου είναι δύσκολο να βρω τις κατάλληλες λέξεις να περιγράψω τα συναισθήματά μου.

1. διαφωνώ πολύ
2. διαφωνώ ως ένα βαθμό
3. ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
4. συμφωνώ ως ένα βαθμό
5. συμφωνώ πολύ

3. Έχω σωματικά συμπτώματα που ούτε οι γιατροί δεν μπορούν να καταλάβουν.

1. διαφωνώ πολύ
2. διαφωνώ ως ένα βαθμό
3. ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

4. συμφωνώ ως ένα βαθμό

5. συμφωνώ πολύ

4. Μπορώ να περιγράψω τα αισθήματά μου με ευκολία.

1. διαφωνώ πολύ

2. διαφωνώ ως ένα βαθμό

3. ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

4. συμφωνώ ως ένα βαθμό

5. συμφωνώ πολύ

5. Προτιμώ να αναλύω προβλήματα από το απλώς να τα περιγράψω.

1. διαφωνώ πολύ

2. διαφωνώ ως ένα βαθμό

3. ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

4. συμφωνώ ως ένα βαθμό

5. συμφωνώ πολύ

6. Όταν είμαι αναστατωμένος/η, δεν ξέρω αν αισθάνομαι λύπη, φόβο ή θυμό.

1. διαφωνώ πολύ

2. διαφωνώ ως ένα βαθμό

3. ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ

4. συμφωνώ ως ένα βαθμό

5. συμφωνώ πολύ

7. Συχνά με προβληματίζουν κάποια περίεργα συμπτώματα στο σώμα μου.

1. διαφωνώ πολύ
2. διαφωνώ ως ένα βαθμό
3. ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
4. συμφωνώ ως ένα βαθμό
5. συμφωνώ πολύ

8. Προτιμώ να αφήνω τα πράγματα να κυλούν από μόνα τους, παρά να αναρωτιέμαι γιατί κατέληξαν έτσι.

1. διαφωνώ πολύ
2. διαφωνώ ως ένα βαθμό
3. ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
4. συμφωνώ ως ένα βαθμό
5. συμφωνώ πολύ

9. Έχω συναισθήματα που δεν μπορώ να προσδιορίσω με ακρίβεια.

1. διαφωνώ πολύ
2. διαφωνώ ως ένα βαθμό
3. ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
4. συμφωνώ ως ένα βαθμό
5. συμφωνώ πολύ



10. Είναι βασικό κάποιος να νιώθει και να καταλαβαίνει τα συναισθήματά του.

1. διαφωνώ πολύ
2. διαφωνώ ως ένα βαθμό
3. ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
4. συμφωνώ ως ένα βαθμό
5. συμφωνώ πολύ

11. Το βρίσκω δύσκολο να περιγράψω πως αισθάνομαι για τους άλλους.

1. διαφωνώ πολύ
2. διαφωνώ ως ένα βαθμό
3. ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
4. συμφωνώ ως ένα βαθμό
5. συμφωνώ πολύ

12. Μου λένε να περιγράψω περισσότερο τα συναισθήματά μου.

1. διαφωνώ πολύ
2. διαφωνώ ως ένα βαθμό
3. ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
4. συμφωνώ ως ένα βαθμό
5. συμφωνώ πολύ

13. Δεν ξέρω τι συμβαίνει μέσα μου.

1. διαφωνώ πολύ
2. διαφωνώ ως ένα βαθμό
3. ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
4. συμφωνώ ως ένα βαθμό
5. συμφωνώ πολύ

14. Συχνά δεν ξέρω γιατί είμαι θυμωμένη.

1. διαφωνώ πολύ
2. διαφωνώ ως ένα βαθμό
3. ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
4. συμφωνώ ως ένα βαθμό
5. συμφωνώ πολύ

15. Προτιμώ να μιλώ με τους άλλους για τις καθημερινές ασχολίες τους παρά για συναισθήματά τους.

1. διαφωνώ πολύ
2. διαφωνώ ως ένα βαθμό
3. ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
4. συμφωνώ ως ένα βαθμό
5. συμφωνώ πολύ

16. Προτιμώ να παρακολουθώ ελαφρά ψυχαγωγικά προγράμματα παρά δραματικά έργα με ψυχολογικό περιεχόμενο.

1. διαφωνώ πολύ
2. διαφωνώ ως ένα βαθμό
3. ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
4. συμφωνώ ως ένα βαθμό
5. συμφωνώ πολύ

17. Δυσκολεύομαι να εκμυστηρευτώ τα πιο βαθιά μου συναισθήματα ακόμη και σε στενούς φίλους.

1. διαφωνώ πολύ
2. διαφωνώ ως ένα βαθμό
3. ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
4. συμφωνώ ως ένα βαθμό
5. συμφωνώ πολύ

18. Μπορώ να αισθάνομαι κοντά σε κάποιον ακόμα και σε στιγμές σιωπής.

1. διαφωνώ πολύ
2. διαφωνώ ως ένα βαθμό
3. ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
4. συμφωνώ ως ένα βαθμό
5. συμφωνώ πολύ

19. Νομίζω ότι το ψάξιμο των συναισθημάτων μου με βοηθάει να λύνω προσωπικά προβλήματα.

1. διαφωνώ πολύ
2. διαφωνώ ως ένα βαθμό
3. ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
4. συμφωνώ ως ένα βαθμό
5. συμφωνώ πολύ

20. Όταν ψάχνει κανείς για βαθιά νοήματα σε κινηματογραφικά ή θεατρικά έργα, δεν μπορεί να τα απολαύσει.

1. διαφωνώ πολύ
2. διαφωνώ ως ένα βαθμό
3. ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ
4. συμφωνώ ως ένα βαθμό
5. συμφωνώ πολύ

**ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ BECK**

Ακολουθεί μια σειρά από ομάδες προτάσεων. Σε κάθε μία ομάδα, σημάδεψε την πρόταση ή τις προτάσεις που περιγράφουν με τον καλύτερο τρόπο το πώς ένιωθες την εβδομάδα που πέρασε, συμπεριλαμβανομένης και της σημερινής ημέρας.

Διάβασε κάθε πρόταση προσεκτικά.

1

- Δε νιώθω **θλιμμένος**.
- Νιώθω θλιμμένος.
- Νιώθω συνέχεια θλιμμένος και δεν μπορώ να το αποδιώξω αυτό.
- Είμαι τόσο θλιμμένος ή δυστυχισμένος που δεν μπορώ να το αντέξω.

2

- Δε νιώθω καμία ιδιαίτερη **αποθάρρυνση** όσον αφορά το μέλλον.
- Νιώθω να μην έχω κουράγιο για το μέλλον.
- Νιώθω ότι δεν έχω να περιμένω τίποτα από το μέλλον.
- Νιώθω πως δεν υπάρχει καμιά ελπίδα για το μέλλον και πως τα πράγματα δεν πρόκειται να καλυτερέψουν.

3

- Δε νιώθω **αποτυχημένος**.
- Νιώθω πως είμαι περισσότερο αποτυχημένος από το μέσο όρο.
- Όταν σκέφτομαι τη ζωή μου το μόνο που βλέπω είναι μια σειρά από αποτυχίες.
- Νιώθω ότι είμαι εντελώς αποτυχημένο άτομο.

4

- Παίρνω από τα πράγματα την ίδια **ικανοποίηση** που έπαιρνα πάντοτε.
- Δε χαίρομαι τα πράγματα έτσι όπως τα χαιρόμουνα.
- Τίποτα δε μου δίνει πραγματική ικανοποίηση.
- Είμαι ανικανοποίητος με τα πάντα ή βαριέμαι τα πάντα.

5

- Δε νιώθω καμιά ιδιαίτερη **ενοχή**.
- Νιώθω ένοχος κάμποσες φορές.
- Νιώθω σχετικά ένοχος τον περισσότερο καιρό.
- Νιώθω ένοχος συνέχεια.

6

- Δεν έχω την αίσθηση ότι **τιμωρούμαι** για κάτι.
- Έχω την αίσθηση ότι ίσως να τιμωρούμαι.
- Περιμένω πως θα τιμωρηθώ.
- Νιώθω ότι τιμωρούμαι.

7

- Δεν αισθάνομαι **απογοήτευση** με τον εαυτό μου.
- Είμαι απογοητευμένος με τον εαυτό μου.
- Ο εαυτός μου με αηδιάζει.
- Μισώ τον εαυτό μου.

8

- Δε νιώθω περισσότερο άσχημα από ό,τι οποιοσδήποτε άλλος.
- Κριτικάρω** τον εαυτό μου για τις αδυναμίες και τα λάθη μου.
- Συνεχώς κατηγορώ τον εαυτό μου για όσα στραβά έχω.
- Κατηγορώ τον εαυτό μου για καθετί στραβό που συμβαίνει.

9

- Δε μου περνά καμιά σκέψη να **σκοτωθώ**.
- Μου έρχονται σκέψεις να σκοτωθώ, αλλά δεν τις πραγματοποιώ.
- Θα ήθελα να σκοτωθώ.
- Θα σκοτωνόμουν, αν μου δινόταν η ευκαιρία.

10

- Δεν **κλαίω** περισσότερο από το συνηθισμένο.
- Τώρα κλαίω περισσότερο από ό,τι παλιότερα.
- Τώρα κλαίω συνέχεια.
- Κάποτε μπορούσα κι έκλαιγα, όμως τώρα δεν μπορώ να κλάψω, παρ' όλο που το θέλω.

11

- Δεν είμαι τώρα περισσότερο **εκνευρισμένος** από ό,τι είμαι συνήθως.
- Ενοχλούμαι και εκνευρίζομαι πιο εύκολα από ό,τι πριν.
- Τώρα νιώθω συνεχώς εκνευρισμένος.
- Δε με εκνευρίζουν διόλου τα πράγματα που κάποτε με εκνεύριζαν.

12

- Δεν έχω χάσει το **ενδιαφέρον** μου για τους άλλους ανθρώπους.
- Ενδιαφέρομαι για τους άλλους λιγότερο από ό,τι ενδιαφερόμουν πριν.
- Έχω χάσει το περισσότερο ενδιαφέρον μου για τους άλλους.
- Έχω χάσει κάθε ενδιαφέρον για τους άλλους.



13

- Παίρνω **αποφάσεις** περίπου το ίδιο καλά όσο πάντοτε.
- Αναβάλλω τις αποφάσεις μου πιο συχνά από ό,τι τις ανέβαλα πριν.
- Δυσκολεύομαι περισσότερο στο να πάρω αποφάσεις σε σύγκριση με παλιότερα.
- Δεν παίρνω πια καμιά απόφαση.

14

- Δεν έχω την αίσθηση ότι έχω χειρότερη **εμφάνιση** από ό,τι παλιότερα.
- Με ανησυχεί το ό,τι δείχνω γερασμένος ή όχι ελκυστικός.
- Έχω την αίσθηση ότι η εμφάνιση μου άλλαξε οριστικά, έτσι που να μη δείχνω ελκυστικός.
- Πιστεύω ότι δείχνω άσχημος.

15

- Εργάζομαι** το ίδιο καλά όσο πάντοτε.
- Χρειάζεται να καταβάλλω επιπλέον προσπάθεια για να ξεκινήσω να κάνω κάτι.
- Αναγκάζομαι να πιέσω πάρα πολύ τον εαυτό μου για να κάνω οτιδήποτε.
- Δεν μπορώ να κάνω καμιά απολύτως δουλειά.

16

- Μπορώ να **κοιμάμαι** το ίδιο καλά όπως συνήθως.
- Δεν κοιμάμαι τόσο καλά όσο κοιμόμουνα.
- Ξυπνώ 2-3 ώρες νωρίτερα από το συνηθισμένο και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ.
- Ξυπνώ πολλές ώρες νωρίτερα από το συνηθισμένο και δυσκολεύομαι να ξανακοιμηθώ.

17

- Δεν **κουράζομαι** περισσότερο από το συνηθισμένο.
- Κουράζομαι ευκολότερα από ότι κουραζόμουν πριν.
- Κουράζομαι σχεδόν με ό,τι κάνω.
- Είμαι τόσο κουρασμένος που δεν κάνω τίποτα.

18

- Η **όρεξή** μου δεν είναι χειρότερη από ό,τι συνήθως.
- Η όρεξή μου δεν είναι τόσο καλή όσο ήταν πριν.
- Η όρεξή μου τώρα έχει χειροτερέψει.
- Δεν έχω πια καθόλου όρεξη.

19

- Δεν έχω χάσει **βάρος** τελευταία.
- Έχω χάσει περισσότερο από 3 κιλά.
- Έχω χάσει περισσότερο από 5 κιλά.
- Έχω χάσει περισσότερο από 8 κιλά.

Επίτηδες προσπαθώ να χάσω βάρος τρώγοντας λιγότερο: \_ναι \_όχι.

20

- Η **υγεία** μου δε με ανησυχεί περισσότερο από το συνηθισμένο.
- Ανησυχώ για σωματικά προβλήματα, όπως πόνοι ή ανακατωμένο στομάχι ή δυσκοιλιότητα.
- Με ανησυχούν πολύ τα σωματικά προβλήματα και δύσκολα σκέφτομαι κάτι άλλο έξω από αυτά.
- Με ανησυχούν τα σωματικά μου προβλήματα τόσο πολύ που δεν μπορώ να σκεφτώ τίποτα άλλο.

21

- Δεν έχω παρατηρήσει πρόσφατα καμιά αλλαγή στο ενδιαφέρον μου για το **σεξ**.
- Ενδιαφέρομαι για σεξ λιγότερο από όσο ενδιαφερόμουν πριν.
- Τώρα ενδιαφέρομαι πολύ λιγότερο για το σεξ.
- Έχω χάσει κάθε ενδιαφέρον για το σεξ.

**ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΗΔΗΘ**

1. Οι πιο πολλοί κάνουν φίλους, γιατί οι φίλοι μπορεί να τους φανούν χρήσιμοι.
2. Δεν κατηγορώ εκείνον που εκμεταλλεύεται το ό,τι κάποιος του άνοιξε τον εαυτό του.
3. Συνήθως περιμένω να πετύχω σε αυτά που κάνω.
4. Δεν έχω εχθρούς που να θέλουν πραγματικά να με βλάψουν.
5. Θα ήθελα να μπορούσα να μην στεναχωριέμαι για πράγματα που είπα και ίσως πλήγωσαν τα αισθήματα των άλλων.
6. Νομίζω ότι σχεδόν ο καθένας θα έλεγε ψέματα για να αποφύγει μελάδες.
7. Δεν κατηγορώ εκείνον που προσπαθεί να αρπάξει ό,τι μπορεί σε αυτόν τον κόσμο.
8. Τις πιο σκληρές μάχες τις δίνω με τον εαυτό μου.
9. Ξέρω ποιος άλλος εκτός από μένα είναι υπεύθυνος για τα περισσότερα από τα βάσανά μου.
10. Μερικοί παριστάνουν τόσο πολύ το αφεντικό που μου έρχεται να κάνω το αντίθετο από ό,τι ζητήσουν, ακόμη κι αν έχουν δίκιο.
11. Ενοχλούμαι και τσαντίζομαι πολύ από συνήθειες που έχουν μερικοί μέσα στην οικογένειά μου.
12. Πιστεύω ότι έχω κάνει ασυγχώρητα σφάλματα.
13. Πολύ λίγους καυγάδες κάνω με μέλη της οικογένειάς μου.
14. Συχνά στη ζωή μου σε διάφορες περιστάσεις βγήκα χαμένος, γιατί δεν μπόρεσα να αποφασίσω γρήγορα.

15. Μπορώ εύκολα να κάνω τους άλλους να με φοβούνται και μερικές φορές το κάνω για πλάκα.
16. Πιστεύω ότι είμαι ένας καταδικασμένος άνθρωπος.
17. Στο σχολείο τιμωρήθηκα μερικές φορές για κακή συμπεριφορά.
18. Μερικές φορές εναντιώθηκα σε ανθρώπους που προσπάθησαν να κάνουν κάτι, όχι γιατί αυτό με έβλαπτε προσωπικά, αλλά γιατί ήταν για μένα ζήτημα αρχής.
19. Οι περισσότεροι άνθρωποι είναι τίμιοι κυρίως γιατί φοβούνται μήπως συλληφθούν.
20. Μερικές φορές μου αρέσει να πληγώνω πρόσωπα που αγαπώ.
21. Δεν έχω ζήσει τη ζωή μου με σωστό τρόπο.
22. Μερικές φορές μου έρχεται να τραυματίσω τον εαυτό μου ή κάποιον άλλον.
23. Νομίζω ότι είμαι τόσο ικανός και έξυπνος όσο περίπου κι οι περισσότεροι στο περιβάλλον μου.
24. Μερικές φορές πειράζω τα ζώα.
25. Μερικές φορές θυμώνω.
26. Έχω απόλυτη εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.
27. Συχνά δεν καταλαβαίνω γιατί έχω γίνει τόσο τσατίλας και γκρινιάρης.
28. Αποφεύγω να αντιμετωπίσω δυσκολίες και κρίσιμες καταστάσεις.
29. Νομίζω ότι οι πιο πολλοί θα έλεγαν ψέματα για να πάνε μπροστά.
30. Είναι φορές που ένιωσα ότι οι δυσκολίες συσσωρεύτηκαν τόσο πολύ που δεν μπορούσα να τις υπερνικήσω.

31. Αν δεν υπήρχαν άνθρωποι να μου σταθούν εμπόδιο θα μπορούσα να ήμουν πιο ευτυχισμένος.
32. Συχνά βλέπω τους άλλους να ζηλεύουν τις σωστές μου ιδέες.
33. Τις περισσότερες φορές αισθάνομαι σαν να έχω κάνει κακό κι άδικο.
34. Αρκετές φορές παράτησα κάτι που έκανα, γιατί νόμισα ότι οι ικανότητές μου ήταν πολύ μικρές γι' αυτό.
35. Κάποιος με έχει στο μάτι.
36. Όταν κάποιος μου κάνει κακά, αισθάνομαι ότι πρέπει να το ανταποδώσω, αν μπορώ, γιατί το θεωρώ ζήτημα τιμής.
37. Είμαι σίγουρος ότι αδικήθηκα στη ζωή.
38. Πιστεύω ότι με παρακολουθούν.
39. Μερικές φορές έχω την τάση να κάνω κάτι βλαβερό ή εντυπωσιακό.
40. Πολύ εύκολα με βάζουν κάτω σε μια συζήτηση.
41. Καλύτερα να μην εμπιστεύεσαι κανένα.
42. Δεν μπορώ εύκολα να ανέχομαι τους άλλους.
43. Μερικές φορές αισθάνομαι ότι είμαι τελείως ανάξιος.
44. Συχνά, όταν κάποιος μου κάνει καλό, αναρωτιέμαι ποια είναι η κρυφή αιτία.
45. Θυμώνω εύκολα κι εύκολα ξεθυμώνω.
46. Μερικές φορές μου έρχεται να αρχίσω να τα σπάω.
47. Πιστεύω ότι κάποια συνομοσία γίνεται σε βάρος μου.
48. Μερικές φορές αισθάνομαι τελείως άχρηστος.
49. Μερικές φορές μου έρχεται να αρπαχτώ στις μπουνιές με κάποιον.
50. Κάποιος προσπαθεί να με ληστέψει.

51. Στα σίγουρα μου λείπει κάθε εμπιστοσύνη στον εαυτό μου.