

Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Φιλοσοφική Σχολή

Τμήμα Ψυχολογίας

Ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα, συμβολική λειτουργία  
και ρύθμιση του συναισθήματος σε ασθενείς με σκλήρυνση  
κατά πλάκας.

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Πούλιος Αντώνιος

A.M. ΥΔ000169

Επόπτρια: Χριστοπούλου Άννα, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια,  
Τμήμα Ψυχολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο  
Αθηνών

Αθήνα, 2020



Επταμελής επιτροπή:

- Χριστοπούλου Άννα, αναπληρώτρια καθηγήτρια, τμήμα Ψυχολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Κανελλοπούλου Λίσσυ, αναπληρώτρια καθηγήτρια, τμήμα Ψυχολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Παυλόπουλος Βασίλης, αναπληρωτής καθηγητής, τμήμα Ψυχολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Μόττη-Στεφανίδη, Φρόσω, καθηγήτρια, τμήμα Ψυχολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Γκαρή, Αικατερίνη, καθηγήτρια, τμήμα Ψυχολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
- Καραδήμας Ευάγγελος, καθηγητής, τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης
- Οικονόμου Αλεξάνδρα, αναπληρώτρια καθηγήτρια, τμήμα Ψυχολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών



Στον πατέρα μου, Γιώργο Πούλιο.

Με έχει στηρίξει σε κάθε μου επιλογή.

Με έμαθε και με μαθαίνει με λόγια και με πράξεις

να αγαπώ τους ανθρώπους και τη γνώση,

να επιδιώκω να ζω τη ζωή μου υπερήφανα.



## Περιεχόμενα

<b>Περιεχόμενα</b> .....	7
<b>Πίνακες</b> .....	11
<b>Γραφήματα</b> .....	14
<b>Περίληψη</b> .....	19
<b>Abstract</b> .....	22
<b>Πρόλογος</b> .....	24
<b>Εισαγωγή</b> .....	26
<b>1. Σκλήρυνση κατά πλάκας</b> .....	26
<i>1.1 Ψυχοπαθολογία της ΣΚΠ</i> .....	32
1.1.1 Κατάθλιψη και διαταραχές του συναισθήματος.....	36
1.1.2 Άγχος και αγχώδεις διαταραχές.....	48
1.1.3 Στρες.....	51
1.1.4 Άλλοι τομείς ψυχοπαθολογίας .....	56
<b>2. Ψυχαναλυτική ψυχοσωματική</b> .....	60
<i>2.1 Αλεξιθυμία</i> .....	66
2.1.1 Συμβολοποίηση.....	71
2.1.2 Προσεγγίσεις ελλείμματος: η Ψυχοσωματική Σχολή των Παρισίων .....	75
2.1.3 Θεωρίες σύγκρουσης και φαντασίωσης .....	79
<i>2.2 Ψυχαναλυτική ψυχοσωματική της ΣΚΠ</i> .....	89
<b>3. Σκοπός της έρευνας – ερευνητικές υποθέσεις και ερωτήματα</b> .....	93
<b>Μέθοδος</b> .....	101
<b>1. Δείγμα</b> .....	101
<b>2. Μέσα Συλλογής Δεδομένων</b> .....	103
2.1. <i>Συμβολική λειτουργία - αλεξιθυμία</i> .....	103
2.1.1 Rorschach Inkblot Test .....	103

2.1.2 Αλεξιθυμία.....	113
2.2 Άγχος και κατάθλιψη .....	116
2.3. Βαρύτητα Αναπηρίας της ΣΚΠ.....	118
2.4. Επίπτωση της ΣΚΠ.....	118
2.5. Αρνητικό και θετικό συναίσθημα.....	120
2.6. Στρες.....	122
<b>3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....</b>	<b>126</b>
<b>4. Επεξεργασία των δεδομένων – στατιστικές αναλύσεις .....</b>	<b>128</b>
<b>Ευρήματα.....</b>	<b>135</b>
<b>1. Προκαταρκτικές αναλύσεις.....</b>	<b>135</b>
<b>2. Πρόβλεψη της επίπτωσης της ΣΚΠ από μεταβλητές του 2ου επιπέδου (ψυχοπαθολογία, αλεξιθυμία, σχετιζόμενες με την πάθηση και δημογραφικές μεταβλητές).....</b>	<b>140</b>
2.1 Πρόβλεψη των συμπτωμάτων κινητικότητας.....	141
2.2 Πρόβλεψη των συμπτωμάτων κόπωσης .....	145
2.3 Πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας .....	149
2.4 Πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων της κόπωσης.....	152
2.5 Πρόβλεψη της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής .....	154
<b>3. Πρόβλεψη της επίπτωσης της ΣΚΠ από μεταβλητές του 1ου επιπέδου (στρες, αρνητικό συναίσθημα &amp; θετικό συναίσθημα).....</b>	<b>156</b>
3.1 Πρόβλεψη των συμπτωμάτων κινητικότητας.....	156
3.2 Πρόβλεψη των συμπτωμάτων κόπωσης .....	158
3.3 Πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας .....	160
3.4 Πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων της κόπωσης.....	161
3.5 Πρόβλεψη της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής .....	163
<b>4. Διερεύνηση της χρονικής αλληλουχίας της συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών του 1ου επιπέδου .....</b>	<b>165</b>
4.1 Συμπτώματα κινητικότητας.....	165



4.2 Συμπτώματα κόπωσης .....	167
4.3 Επίπτωση συμπτωμάτων κινητικότητας.....	168
4.4 Επίπτωση συμπτωμάτων κόπωσης .....	170
4.5 Ποιότητα ζωής.....	171
<b>5. Αλληλεπιδράσεις μεταβλητών 1ου και 2ου επιπέδου .....</b>	<b>171</b>
5.1 Αλληλεπιδράσεις μεταβλητών 1ου και 2ου επιπέδου για την πρόβλεψη των συμπτωμάτων κινητικότητας .....	172
5.2 Αλληλεπιδράσεις μεταβλητών 1ου και 2ου επιπέδου για την πρόβλεψη των συμπτωμάτων κόπωσης.....	180
5.3 Αλληλεπιδράσεις μεταβλητών 1ου και 2ου επιπέδου για την πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας.....	187
5.4 Αλληλεπιδράσεις μεταβλητών 1ου και 2ου επιπέδου για την πρόβλεψη της επίπτωσης της κόπωσης.....	202
5.5 Αλληλεπιδράσεις μεταβλητών 1ου και 2ου επιπέδου για την πρόβλεψη της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής.....	221
<b>6. Σύνοψη των ευρημάτων .....</b>	<b>224</b>
<b>Συζήτηση .....</b>	<b>231</b>
<b>1. Πρόβλεψη της επιβάρυνσης από την ΣΚΠ από μεταβλητές του 2ου επιπέδου .....</b>	<b>233</b>
1.1 Πρόβλεψη από δημογραφικές και σχετιζόμενες με την ΣΚΠ μεταβλητές.....	233
1.2 Πρόβλεψη από την ψυχοπαθολογία: άγχος και κατάθλιψη.....	235
1.3 Πρόβλεψη από την αλεξιθυμία και τη συμβολοποίηση .....	239
1.4 Σύνοψη συσχετίσεων των εξαρτημένων μεταβλητών από ανεξάρτητες του 2ου επιπέδου.....	249
<b>2. Πρόβλεψη της επιβάρυνσης από την ΣΚΠ από μεταβλητές του 1ου επιπέδου .....</b>	<b>250</b>
2.1 πρόβλεψη από το στρες.....	250
2.2 Πρόβλεψη από το αρνητικό συναίσθημα .....	253
2.3 Πρόβλεψη από το θετικό συναίσθημα.....	255

<b>3. Αλληλεπιδράσεις των μεταβλητών 1ου και 2ου επιπέδου ως προς τις εξαρτημένες</b> .....	257
<i>3.1 Αλληλεπιδράσεις μεταβλητών του 2ου επιπέδου με το στρες</i> .....	258
3.1.1 Συμπτώματα κινητικότητας .....	258
3.1.2 Συμπτώματα κόπωσης .....	262
3.1.3 Πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας.....	265
3.1.4. Πρόβλεψη επίπτωσης συμπτωμάτων κόπωσης .....	270
3.1.5 Πρόβλεψη της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής .....	275
<i>3.2 Αλληλεπιδράσεις μεταβλητών του 2ου επιπέδου με το αρνητικό συναίσθημα</i> .....	275
3.2.1 Πρόβλεψη των συμπτωμάτων κινητικότητας.....	275
3.2.2 Πρόβλεψη των συμπτωμάτων κόπωσης.....	278
3.2.3 Πρόβλεψη επίπτωσης συμπτωμάτων κινητικότητας.....	280
3.2.4 Πρόβλεψη επίπτωσης κόπωσης.....	284
<i>3.3 Αλληλεπιδράσεις μεταβλητών του 2ου επιπέδου με το θετικό συναίσθημα</i> .....	289
3.3.1 Πρόβλεψη των συμπτωμάτων κινητικότητας.....	289
3.3.2 Πρόβλεψη των συμπτωμάτων κόπωσης.....	291
3.3.3 Πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας.....	293
3.3.4 Πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κόπωσης.....	296
3.3.5 Πρόβλεψη της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής .....	298
<b>4. Συμπεράσματα – σύνοψη ευρημάτων</b> .....	299
<i>4.1 Επαλήθευση/απόρριψη ερευνητικών υποθέσεων και απάντηση ερευνητικών ερωτημάτων</i> .....	299
<i>4.2 Σύνοψη συμπερασμάτων</i> .....	312
<b>5. Περιορισμοί της μελέτης και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.</b> .....	325
<b>Βιβλιογραφία</b> .....	331

## Πίνακες

Πίνακας 1 Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων της έρευνας (N = 16).....	102
Πίνακας 2. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις της ψυχοπαθολογίας, της αλεξιθυμίας και των διαστάσεων της κατά την έναρξη και τη λήξη της έρευνας .....	136
Πίνακας 3. Δείκτες ICC για τις μεταβλητές του 1 <sup>ου</sup> επιπέδου .....	136
Πίνακας 4. Περιγραφικοί δείκτες των μεταβλητών του 1 <sup>ου</sup> επιπέδου της έρευνας.....	137
Πίνακας 5. Περιγραφικοί δείκτες των μεταβλητών του 2 <sup>ου</sup> επιπέδου της έρευνας (N = 16).....	137
Πίνακας 6. Δείκτες πρόβλεψης και διασποράς μηδενικού μοντέλου πρόβλεψης ( $df = 15$ ) .....	140
Πίνακας 7. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης του συνόλου των συμπτωμάτων κινητικότητας από μεταβλητές του 2 <sup>ου</sup> επιπέδου κατά μόνας .....	142
Πίνακας 8. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης του συνόλου των συμπτωμάτων κινητικότητας από τα διαφορετικά επίπεδα του δείκτη RFS-P.....	143
Πίνακας 9. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των συμπτωμάτων κινητικότητας από τη ΔΑΣ και το άγχος .....	145
Πίνακας 10. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των συμπτωμάτων κόπωσης από μεταβλητές του 2 <sup>ου</sup> επιπέδου κατά μόνας .....	147
Πίνακας 11. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των συμπτωμάτων κόπωσης από τα διαφορετικά επίπεδα του δείκτη RFS-P.....	148
Πίνακας 12. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των συμπτωμάτων κόπωσης από μεταβλητές του 2 <sup>ου</sup> επιπέδου ταυτόχρονα.....	149
Πίνακας 13. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας από μεταβλητές του 2 <sup>ου</sup> επιπέδου κατά μόνας .....	150
Πίνακας 14. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας από μεταβλητές του 2 <sup>ου</sup> επιπέδου ταυτόχρονα.....	151
Πίνακας 15. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης της επίπτωσης της κόπωσης από μεταβλητές του 2 <sup>ου</sup> επιπέδου κατά μόνας .....	152
Πίνακας 16. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης της επίπτωσης της κόπωσης από μεταβλητές του 2 <sup>ου</sup> επιπέδου ταυτόχρονα.....	153
Πίνακας 17. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής από μεταβλητές του 2 <sup>ου</sup> επιπέδου κατά μόνας .....	154
Πίνακας 18. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής από μεταβλητές του 2 <sup>ου</sup> επιπέδου ταυτόχρονα .....	155

- Πίνακας 19. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των συμπτωμάτων κινητικότητας από μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου κατά μόνας..... 157
- Πίνακας 20. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των συμπτωμάτων κινητικότητας ταυτόχρονα από το στρες και το αρνητικό συναίσθημα..... 158
- Πίνακας 21. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των συμπτωμάτων κόπωσης από μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου κατά μόνας ..... 159
- Πίνακας 22. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των συμπτωμάτων κόπωσης από μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου ταυτόχρονα..... 160
- Πίνακας 23. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας από μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου κατά μόνας ..... 160
- Πίνακας 24. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης της επίπτωσης των συμπτωμάτων κόπωσης από μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου κατά μόνας ..... 161
- Πίνακας 25. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης της επίπτωσης της κόπωσης από μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου ταυτόχρονα..... 162
- Πίνακας 26. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής από μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου κατά μόνας ..... 163
- Πίνακας 27. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής από μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου ταυτόχρονα ..... 164
- Πίνακας 28. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου για διερεύνηση της χρονικής αλληλλουχίας των συναφειών με τα συμπτώματα κινητικότητας ως ανεξάρτητη και ως εξαρτημένη μεταβλητή..... 167
- Πίνακας 29. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου για διερεύνηση της χρονικής αλληλλουχίας των συναφειών με τα συμπτώματα κόπωσης ως ανεξάρτητη και ως εξαρτημένη μεταβλητή..... 168
- Πίνακας 30. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου για διερεύνηση της χρονικής αλληλλουχίας των συναφειών με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας ως ανεξάρτητη και ως εξαρτημένη μεταβλητή ..... 169
- Πίνακας 31. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου για διερεύνηση της χρονικής αλληλλουχίας των συναφειών με την επίπτωση της κόπωσης ως ανεξάρτητη και ως εξαρτημένη μεταβλητή..... 170
- Πίνακας 32. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου για διερεύνηση της χρονικής αλληλλουχίας των συναφειών με τη σχετιζόμενη με την ΣΚΠ ποιότητα ζωής ως ανεξάρτητη και ως εξαρτημένη μεταβλητή..... 171
- Πίνακας 33. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη των συμπτωμάτων κινητικότητας από το στρες, μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών ..... 173

Πίνακας 34. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη των συμπτωμάτων κινητικότητας από το αρνητικό συναίσθημα, μεταβλητές του 2 <sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών .....	176
Πίνακας 35. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη των συμπτωμάτων κινητικότητας από το θετικό συναίσθημα, τη διάρκεια της πάθησης στο 2 <sup>ο</sup> επίπεδο και της αλληλεπίδρασης αυτών .....	179
Πίνακας 36. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη των συμπτωμάτων κόπωσης από το στρες, μεταβλητές του 2 <sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών .....	180
Πίνακας 37. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη των συμπτωμάτων κόπωσης από το αρνητικό συναίσθημα, μεταβλητές του 2 <sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών.....	183
Πίνακας 38. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη των συμπτωμάτων κόπωσης από το θετικό συναίσθημα, μεταβλητές του 2 <sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών.....	186
Πίνακας 39. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας από το στρες, μεταβλητές του 2 <sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών .....	188
Πίνακας 40. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας από το αρνητικό συναίσθημα, μεταβλητές του 2 <sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών .....	194
Πίνακας 41. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας από το θετικό συναίσθημα, μεταβλητές του 2 <sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών .....	199
Πίνακας 42. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της επίπτωσης της κόπωσης από το στρες, μεταβλητές του 2 <sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών .....	203
Πίνακας 43. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της επίπτωσης της κόπωσης από το αρνητικό συναίσθημα, μεταβλητές του 2 <sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών.....	209
Πίνακας 44. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της επίπτωσης της κόπωσης από το θετικό συναίσθημα, μεταβλητές του 2 <sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών.....	218
Πίνακας 45. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής από το στρες, μεταβλητές του 2 <sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών .....	222
Πίνακας 46. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής από το θετικό συναίσθημα, μεταβλητές του 2 <sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών .....	223
Πίνακας 47. Σύνοψη στατιστικώς σημαντικών συσχετίσεων των μεταβλητών του πρώτου και του δεύτερου επιπέδου με τις διαστάσεις επιβάρυνσης από την ΣΚΠ.....	224

Πίνακας 48. Σύνοψη στατιστικώς σημαντικών αλληλεπιδράσεων των μεταβλητών του 1ου επιπέδου με τις μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> για την πρόβλεψη των εξαρτημένων μεταβλητών της έρευνας ..... 225

Πίνακας 49. Χρονική αλληλουχία μεταξύ μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου ..... 230

### Γραφήματα

Γράφημα 1 Διάγραμμα σκεδασμού των επίπεδα του RFS-P ως προς τους μέσους όρους των συμπτωμάτων κινητικότητας (MobSymptMean) ( $R^2 = 0,32$ )..... 144

Γράφημα 2. Διάγραμμα σκεδασμού των επίπεδα του RFS-P ως προς τους μέσους όρους των συμπτωμάτων κόπωσης (FatSymptMean) ( $R^2 = 0,30$ )..... 148

Γράφημα 3. Σύνδεση του στρες (STRESS) με τα συμπτώματα κινητικότητας (MOB.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα της διάρκειας της ΣΚΠ (DIS.DUR)..... 174

Γράφημα 4. Σύνδεση του στρες (STRESS) με τα συμπτώματα κινητικότητας (MOB.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα αναπηρίας (EDSS). ..... 174

Γράφημα 5. Σύνδεση του στρες (STRESS) με τα συμπτώματα κινητικότητας (MOB.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα του ΕΠΣ (ΕΟ). ..... 175

Γράφημα 6. Σύνδεση του στρες (STRESS) με τα συμπτώματα κινητικότητας (MOB.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα της RAS..... 175

Γράφημα 7. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με τα συμπτώματα κινητικότητας (MOB.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα του F% (FPER). ..... 177

Γράφημα 8. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με τα συμπτώματα κινητικότητας (MOB.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα της RAS..... 177

Γράφημα 9. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με τα συμπτώματα κινητικότητας (MOB.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα της RFS-S. .... 178

Γράφημα 10. Σύνδεση του θετικού συναισθήματος (POS.AFF) με τα συμπτώματα κινητικότητας (MOB.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα της διάρκειας της ΣΚΠ (DIS.DUR). 179

Γράφημα 11. Σύνδεση του στρες (STRESS) με τα συμπτώματα κόπωσης (FAT.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα της ηλικίας (AGE)..... 181

Γράφημα 12. Σύνδεση του στρες (STRESS) με τα συμπτώματα κόπωσης (FAT.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα της αναπηρίας (EDSS)..... 182

Γράφημα 13. Σύνδεση του στρες (STRESS) με τα συμπτώματα κόπωσης (FAT.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα του F% (FPER). ..... 182

Γράφημα 14. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με τα συμπτώματα κόπωσης (FAT.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα του FC. .... 184

Γράφημα 15. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με τα συμπτώματα κόπωσης (FAT.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα του P. ....	184
Γράφημα 16. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με τα συμπτώματα κόπωσης (FAT.SYM) για της ΔΑΣ (DIF). ....	185
Γράφημα 17. Σύνδεση του θετικού συναισθήματος (POS.AFF) με τα συμπτώματα κόπωσης (FAT.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα του EDSS.....	186
Γράφημα 18. Σύνδεση του θετικού συναισθήματος (POS.AFF) με τα συμπτώματα κόπωσης (FAT.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα του L. ....	187
Γράφημα 19. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για διαφορετικό αριθμό blends. ....	189
Γράφημα 20. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του F% (FPER). ....	190
Γράφημα 21. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του άγχους (ANXIETY). ....	191
Γράφημα 22. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα της ΔΑΣ (DIF). ....	191
Γράφημα 23. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα της ΔΕΣ (DEF). ....	192
Γράφημα 24. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα της αλεξιθυμίας (ALEXITHY). ....	193
Γράφημα 25. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα της διάρκειας της πάθησης (DIS.DUR). ....	195
Γράφημα 26. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα της διάρκειας του EDSS. ....	196
Γράφημα 27. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του SumC' (SUMAC). ....	196
Γράφημα 28. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα των blend (BLENDS). ....	197
Γράφημα 29. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα των ΔΕΣ (DEF). ....	198

Γράφημα 30. Σύνδεση του θετικού συναισθήματος (POS.AFF) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του RFS-S.....	200
Γράφημα 31. Σύνδεση του θετικού συναισθήματος (POS.AFF) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του άγχους (ANXIETY). .....	201
Γράφημα 32. Σύνδεση του θετικού συναισθήματος (POS.AFF) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα της ΔΕΣ (DEF). .....	201
Γράφημα 33. Σύνδεση του θετικού συναισθήματος (POS.AFF) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα της αλεξιθυμίας (ALEXITHY). .....	202
Γράφημα 34. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα της RAS. ....	204
Γράφημα 35. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του SumC'(SUM.AC). ....	205
Γράφημα 36. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα των blend (BLENDS). .....	206
Γράφημα 37. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του L.....	206
Γράφημα 38. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του F% (FPER). ....	207
Γράφημα 39. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του M.....	208
Γράφημα 40. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του άγχους (ANXIETY). ....	208
Γράφημα 41. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τους προϊόντες (MS.TYPE=0) και τους υποτροπιάζοντες τύπους (MS.TYPE=1). ....	211
Γράφημα 42. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του διάρκειας της πάθησης (DIS.DUR)..	212
Γράφημα 43. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του διάρκειας του EDSS. ....	212
Γράφημα 44. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του διάρκειας του SumC' (SUM.AC). .....	213
Γράφημα 45. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα των blend (BLENDS). ....	214



Γράφημα 46. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του L. ....	215
Γράφημα 47. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του R.....	215
Γράφημα 48. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του A. ....	216
Γράφημα 49. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του άγχους (ANXIETY). ....	217
Γράφημα 50. Σύνδεση του θετικού συναισθήματος (POS.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα της διάρκειας της πάθησης (DIS.DUR). ....	219
Γράφημα 51. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του RFS-S. ....	219
Γράφημα 52. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του SumC' (SUM.AC). ....	220
Γράφημα 53. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του άγχους (ANXIETY). ....	221
Γράφημα 54. Σύνδεση του στρες (STRESS) με τη σχετιζόμενη με την ΣΚΠ ποιότητα ζωής (MS.QUOL) για τα δύο φύλα. ....	222
Γράφημα 55. Σύνδεση του θετικού συναισθήματος (POS.AFF) με τη σχετιζόμενη με την ΣΚΠ ποιότητα ζωής (MS.QUOL) για τα επίπεδα του EDSS. ....	223



## Περίληψη

Η σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣΚΠ) είναι η συχνότερη αιτία μη τραυματικής νευρολογικής αναπηρίας με επιπτώσεις στο σύνολο της ζωής των πασχόντων. Ο ψυχολογικός παράγων, με προεξάρχοντα το συναίσθημα, το στρες και την ψυχοπαθολογία, θεωρείται ιδιαίτερα σημαντικός στην πρόγνωση και την ποιότητα ζωής των πασχόντων. Η ΣΚΠ και άλλες χρόνιες σωματικές παθήσεις έχουν αποτελέσει αντικείμενο ενδιαφέροντος της ψυχανάλυσης καιτοι με μικρή εμπειρική τεκμηρίωση. Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνήσει από ψυχαναλυτική σκοπιά την επίδραση της συμβολικής λειτουργίας και της αλεξιθυμίας στην κλινική εικόνα και την πορεία των ασθενών με ΣΚΠ. Δεκαέξι πάσχουσες/ντες απο ΣΚΠ εξετάστηκαν με τα Rorschach Inkblot Test, Toronto Alexithymia Scale, Hospital Anxiety-Depression Scale και Expanded Disability Status Scale. Στη συνέχεια κράτησαν ημερολόγιο απαντώντας το δις εβδομαδιαίως για 3 μήνες. Το ημερολόγιο αποτελείτο από τις Multiple Sclerosis Impact Diary, Perceived Stress Scale και Positive Affect-Negative Affect Scale. Είναι η πρώτη φορά που η μεθοδολογία παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε για τη μελέτη της ΣΚΠ και συγκεκριμένα για τις υπό μελέτη μεταβλητές. Οι αναλύσεις έγιναν με Πολυεπίπεδη Ιεραρχική Γραμμική Μοντελοποίηση. (1) Η αλεξιθυμία και η ψυχοπαθολογία προέβλεψαν τα συμπτώματα κινητικότητας και κόπωσης της ΣΚΠ, της επίπτωσής τους στη ζωή των ασθενών και την ποιότητα ζωής τους. Υψηλότερα επίπεδα αλεξιθυμίας και πιο σοβαρή ψυχοπαθολογία συνδέθηκαν με περισσότερα συμπτώματα κινητικότητας και κόπωσης, μεγαλύτερη επίπτωση των συμπτωμάτων αυτών στη ζωή των ασθενών και χειρότερη ποιότητα ζωής. (2) Η φαντασιακή δραστηριότητα προέβλεψε τα συμπτώματα των ασθενών όπου ελλιπής ή υπερβολική φαντασιακή δραστηριότητα προέβλεψε περισσότερα συμπτώματα κινητικότητας και κόπωσης. (3) Το αρνητικό

συναίσθημα και το αντιλαμβανόμενο στρες συσχετίστηκαν με τα συμπτώματα κόπωσης και κινητικότητας της ΣΚΠ, την επίπτωση της κόπωσης στη ζωή των ασθενών και την ποιότητα ζωής με κυκλικής φύσης συσχέτιση. Η επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας προέκυψε να ακολουθεί χρονικά αλλαγές του θετικού συναισθήματος, το οποίο προβλέφθηκε από τα ίδια τα συμπτώματα κινητικότητας.

(4) Τα προβλήματα στη συμβολική λειτουργία και η αλεξιθυμία προέκυψαν να επαυξάνουν την επίδραση του αρνητικού συναισθήματος και του στρες στη δραστηριότητα της πάθησης αλλά πλευρές της χρηστικής ή και νορμοπαθούς σκέψης και καταστολής της φαντασίωσης να μειώνουν την επίπτωσή της στη ζωή των ασθενών. Συνοψίζοντας τα ιδιαίτερα πρωτότυπα ευρήματα, επιβεβαιώνεται ότι η δυσλειτουργική συμβολική λειτουργία, το αντιλαμβανόμενο στρες και το αρνητικό συναίσθημα επιβαρύνουν τους ασθενείς ψυχολογικά αλλά και σωματικά, ενώ το θετικό συναίσθημα δρα προστατευτικά ως προς την ψυχολογική και σωματική ευρωστία των ασθενών. Μολαταύτα, οι πλευρές της συμβολικής λειτουργίας που αφορούν στην καταστολή ή την αποφυγή της συναισθηματικής και φαντασιακής ζωής προέκυψαν να προστατεύουν την καθημερινότητα των ασθενών μειώνοντας τη συνειδητή επίπτωση του αρνητικού συναισθήματος και του στρες. Ταυτόχρονα μειώνουν όμως και την ευεγερτική επίδραση του θετικού συναισθήματος. Η αποτυχία της συμβολοποίησης φαίνεται ότι επιβαρύνει άμεσα τους ασθενείς ως προς τη δραστηριότητα της πάθησης. Εντούτοις, πιθανώς λειτουργεί ως άμυνα έναντι του στρες και του συναισθήματος, τα οποία καίτοι έχουν ιδιαίτερα σημαντική επίδραση στην ΣΚΠ θα πρέπει να διερευνώνται λαμβάνοντας υπόψιν την αλληλεπίδρασή τους με άλλους παράγοντες.

Λέξεις κλειδιά: Σκλήρυνση κατά πλάκας, ψυχαναλυτική ψυχοσωματική, συμβολοποίηση, αλεξιθυμία, συναίσθημα, στρες.

### Abstract

Multiple sclerosis (MS) is the most common cause of neurological disability not induced by trauma, and affects all facets of patients' lives. The psychological state of patients, particularly as regards emotion, stress, and psychopathology, is considered particularly important for their prognosis and quality of life. MS as well as other chronic physical conditions have been of interest to psychoanalysis but have been the subject of empirical investigations to a very limited degree within this framework. The purpose of the present investigation was to explore the effect of the capacity for symbolization and alexithymia on the clinical condition and disease course of MS patients, from a psychoanalytic perspective. Sixteen MS patients were administered the Rorschach Inkblot Test, the Toronto Alexithymia Scale, the Hospital Anxiety-Depression Scale and the Expanded Disability Status Scale. Moreover, patients kept a diary twice weekly for three months consisting of the Multiple Sclerosis Impact Diary, the Perceived Stress Scale and the Positive Affect-Negative Affect Scale. It is the first time that the methodology used in this paper has been applied in studies of MS, particularly with respect to the specific variables under investigation. The data was analysed using Multilevel Hierarchical Linear Modelling. (1) Alexithymia and psychopathology predicted MS symptoms of mobility and fatigue, the impact of these symptoms on the patients' life, and disease related quality of life. Higher levels of alexithymia and more severe psychopathology were associated with an increase in these MS symptoms, greater impact of these symptoms on the patients' life and worse quality of life. (2) Imaginal capacity predicted symptomatology whereby insufficient or excessive was associated with more symptoms of mobility and fatigue. (3) Negative affect and perceived stress were associated with MS mobility and fatigue symptoms, impact of fatigue and quality of life through circular causality. The impact of mobility symptoms was predicted by positive affect, which was predicted by mobility symptoms themselves. (4) Difficulty in symbolic function and alexithymia were found to increase the effect of negative affect and perceived stress on the MS condition's progress, yet aspects of operative or even normopathic thought and fantasy suppression were detected to decrease the effects of negative affect on patients' lives. Thus this study confirms that perceived stress, negative affect and problems with symbolic functioning exacerbate not only the psychological, but also the physical condition of patients, while positive affect acts protectively with respect

to psychological and physical well-being. Nevertheless, suppression and avoidance of affect and fantasy serve a protective function, reducing the conscious impact of negative affect and stress. However, they also reduce the beneficial effect of positive affect. Problems with symbolic functioning seem to directly exacerbate MS disease course, yet may well also function as defenses against stress and emotion dysregulation. Despite the having exceptionally important effects of perceived stress and negative affect on MS, further research must take into consideration the interaction between stress and emotion, and other factors with respect to their impact on the physical and psychological well being of patients with MS.

Key words: Multiple sclerosis, psychoanalytic psychosomatics, symbolization, alexithymia, affect, stress .

## Πρόλογος

«Κάθομαι, λοιπόν, και συλλογιέμαι: τι επιτέλους ο άνθρωπος έχει δικό του – αφού ακόμα κι η ζωή μου αποχτά σημασία όταν τη διηγούμαι σε κάποιον»

Τ. Λειβαδίτης

Η παρούσα διατριβή σηματοδοτεί το κλείσιμο ενός μεγάλου κύκλου σπουδών και διαμόρφωσης και, εύχομαι, το άνοιγμα ενός νέου. Παρά τις καθυστερήσεις, οι οποίες ήταν αποτέλεσμα κυρίως επαγγελματικών καθηκόντων και μιας κάποιας ασυνείδητης αντίστασής μου ενδεχομένως, η έρευνα αυτή αποτελεί αποτέλεσμα έμπνευσης προερχόμενης από την αγάπη μου για την ψυχανάλυση, την προσωπική μου ψυχαναλυτική διαδρομή, τους ανθρώπους που μου απευθύνθηκαν και μου εμπιστεύτηκαν την ιστορία τους αιτούμενοι θεραπεία αλλά και των ανταλλαγών και της υποστήριξης που έλαβα από δασκάλους, δασκάλους, φίλες και φίλους, συναδέλφους και μη.

Είμαι ευγνώμων πρωτίστως στους ανθρώπους που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα, οι οποίοι με μεγάλο ενδιαφέρον, υποστήριξη, συνέπεια και πιθανώς κόπο, κράτησαν ημερολόγιο και χάρη στη διαθεσιμότητά τους και τη συνεργασία τους αυτό το εγχείρημα κατέστη δυνατό να έρθει εις πέρας. Εύχομαι και ελπίζω, ακόμα και αν αυτό δε γίνει άμεσα, τα ευρήματα και τα συμπεράσματα αυτής της εργασίας να φτάσουν με κάποιο ωφέλιμο τρόπο σε αυτούς και όσους άλλους παλεύουν με δύσκολες και επώδυνες καταστάσεις, διδάσκοντάς μας.

Η ολοκλήρωση αυτής της εργασίας, οφείλεται στη συνεισφορά πολλών ανθρώπων τους οποίους το λιγότερο που μπορώ να κάνω είναι να ευχαριστήσω εδώ.



Θα ήθελα να ευχαριστήσω την τριμελή μου επιτροπή, τις κυρίες Χριστοπούλου Άννα και Κανελλοπούλου Λίσσυ καθώς και τον κύριο Παυλόπουλο Βασίλη. Οι άνθρωποι αυτοί πέραν από καθηγητές μου ήταν και συνεχίζουν να είναι δάσκαλοί μου. Τους ευγνωμονώ για τη στήριξη, την εμπιστοσύνη και όσα συνεχίζω να μαθαίνω από αυτούς. Επίσης, κομβική ήταν η συνεργασία με τις νευρολογικές κλινικές του Ναυτικού και του Αττικού νοσοκομείου με τους εκεί υπεύθυνους διευθυντές, κους Ντόσκα Τριαντάφυλλο και Βουμβουράκη Κωνσταντίνο. Η συνεισφορά από τους Γαβριήλ Ιωάννα, Κίτσο Δημήτρη, Μπακαλίδου Δάφνη, Παναγιωτίδη Μαρίνα και Παπαδοπούλου Γλυκερία ήταν καθοριστική για την έναρξη έως την ολοκλήρωση της δουλειάς αυτής. Τέλος, ευχαριστώ από ψυχής για την πρακτική, ηθική, ψυχολογική και κάθε άλλη πολύτιμη βοήθεια τις και τους Αναγνωστοπούλου Τάνια, Αποστολίδου Άννα, Αρσένη Σίτσο, Γαϊτανάκη Νικόλα, Γαϊτανάκη Στέλιο, Greenhalgh Joanne, Καραδήμα Βαγγέλη, Μαλίχιν Κατερίνα, Μαστανόπουλο Αλέξανδρο, Μόττη-Στεφανίδη Φρόσω, Μπούρα Γιώργο, Πάνου Βασιλική, Παπαδάκη Άννα, Παπαδοπετράκη Γιώργο, Παπαθανασίου Νάνσυ, Σωτηροπούλου Ιωάννα, Τερζιόγλου Έλενα, Χατζηβασιλόγλου Φαίη και Χρηστίδη Έλενα-Όλγα.

## Εισαγωγή

### 1. Σκλήρυνση κατά πλάκας

Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας ( ΣΚΠ ) είναι μια χρόνια φλεγμονώδης νόσος του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ) που συχνά οδηγεί σε κάποιου βαθμού αναπηρία καθώς και άλλες επιπλοκές (Carson, Zerman, Myles & Sharpe, 2005· Mohr & Cox, 2001· Nicholas & Rashid, 2013). Αν και η αιτιολογία της είναι άγνωστη, θεωρείται ότι πρόκειται για μια πάθηση η οποία εμπλέκει αυτοάνοσους μηχανισμούς όπου το ανοσοποιητικό σύστημα επιτίθεται στο έλυτρο μυελίνης που περιβάλλει τους νευράξονες των νευρικών κυττάρων του ΚΝΣ και μετά από ποικίλες ανοσοπαθολογικές διεργασίες δημιουργεί πλάκες ή εστίες (Costello, Halper & Harris, 2003· Martin & Dhib-Jalbut, 2000). Μολονότι η εμπλοκή του ανοσοποιητικού συστήματος είναι βέβαια, δεν υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για το αν η αυτοάνοση αντίδραση είναι πρωτοπαθής ή δευτεροπαθής της επίδρασης π.χ. κάποιου ιού ή άλλου παράγοντα (Martin & Dhib-Jalbut, 2000· Nicholas & Rashid, 2013). Η απομυελίνωση, αρχικά ως φλεγμονώδης αντίδραση, παρεμποδίζει την αγωγή της διέγερσης ενώ στη συνέχεια η αρχική φλεγμονώδης εστία εξελίσσεται σε μη αναστρέψιμη εκφύλιση και καταστροφή των νευρώνων και την εμφάνιση μιας μάλλον γενικευμένης ατροφίας του εγκεφάλου (Costello et al. 2003· Feinstein, 2007· Lassmann, 2013· Lucchinetti, Bruck, & Noseworthy, 2001).

Η ΣΚΠ αρχικά περιγράφηκε και πήρε το όνομά της από τον Jean-Martin Charcot (1825-1893), ο οποίος εντόπισε και περιέγραψε τα προεξάρχοντα χαρακτηριστικά της πάθησης σε σωματικό, ψυχολογικό και γνωστικό επίπεδο (Talley, 2005). Αργότερα, άλλοι ιατροί, όπως ο Eugen Devic (1858-1930), ο Jozsef Balo (1895-1979), ο Paul Ferdinand Schilder (1886-1940) και ο Otto Marburg (1874-1948), περιέγραψαν ειδικές περιπτώσεις της ΣΚΠ .

Η ΣΚΠ είναι η πλέον συχνή από τις απομυελνωτικές νόσους, και αποτελεί την πιο συχνή αιτία νευρολογικής αναπηρίας, τουλάχιστον στις νεαρές ηλικίες, μη οφειλόμενης σε τραυματικά αίτια (Carson et al. 2005· Mohr & Cox, 2001· Nicholas & Rashid, 2013). Παρόλο που η ΣΚΠ δεν είναι καταληκτική, η επίδρασή της στη ζωή και την ποιότητά της τόσο για τους ίδιους τους πάσχοντες όσο και για το περιβάλλον τους μπορεί να είναι πολύ σοβαρή (McCabe & McKern, 2002· Nicholas & Rashid, 2013· Segal, 2007). Η παθοφυσιολογική της εξέλιξη δύναται να επηρεάσει όλες τις λειτουργίες του νευρικού συστήματος σε διαφορετικές χρονικές στιγμές (Mohr & Cox, 2001) καθώς άλλωστε η διασπορά των εστιών στο ΚΝΣ δε διέπεται από κάποιο συγκεκριμένο πρότυπο (O’Riordan, Thompson, Kingsley et al. 1998). Οι επιπτώσεις της καλύπτουν ένα μεγάλο φάσμα στο οποίο συμπεριλαμβάνονται απώλεια κινητικής λειτουργίας ή αίσθησης των άκρων, απώλεια ελέγχου της απέκκρισης, σεξουαλική δυσλειτουργία, κόπωση, τύφλωση ένεκα οπτικής νευρίτιδας, απώλεια ισορροπίας, δυσφαγία, χρόνιο ή και οξύ πόνο, κεφαλαλγίες, διαταραχές στο σύνολο σχεδόν των γνωστικών λειτουργιών, όπως η ταχύτητα επεξεργασίας, η προσοχή, η συγκέντρωση, η λεκτική και η προδρομική μνήμη, που εμφανίζονται στο 60-70% των ασθενών με ΣΚΠ με ποικίλη βαρύτητα καθώς και ποικίλες συναισθηματικές και ψυχολογικές διαταραχές (Ayache & Chalah, 2018· Chalah, Kauv, Créange et al. 2019· Chiaravalloti & DeLuca, 2008· Christodoulou, Melville, Scherl et al. 2005· Costello, Harper & Harris 2003· Mohr & Cox, 2001· Nicholas & Rashid, 2013· Poullos, Christopoulos, Kitsos et al. 2013· West, McNerney & Krauss, 2007).

Η πορεία της ΣΚΠ έχει τρεις κύριες μορφές (Carson et al. 2005· Costello et al. 2003· Feinstein, 2007· Lublin, 2005· Mohr & Cox, 2001· Nicholas & Rashid, 2013).

Ένα ποσοστό της τάξης 65-70% πάσχουν από την *υποτροπιάζουσα* μορφή, που χαρακτηρίζεται από περιοδικές *ώσεις*, δηλαδή αιφνίδιες επιδεινώσεις των

συμπτωμάτων από τα οποία μπορεί να υπάρχει ολική ή μερική ύφεση κατά τις επόμενες εβδομάδες ή μήνες, ενώ κατά τα διαστήματα μεταξύ των ύσεων η κλινική εικόνα παραμένει μάλλον σταθερή. Περίπου 5-10% των ασθενών αυτών χαρακτηρίζονται από μια καλοήγη πορεία της ασθένειας ενώ το 50%, απουσία θεραπείας, θα αναπτύξουν την δευτεροπαθώς προϊούσα μορφή τα επόμενα 10 έτη και τουλάχιστον το 80% τα επόμενα 15 με 20 σε μια πορεία όπου σταδιακά τα διαστήματα μεταξύ των υποτροπών προοδευτικά θα μειώνονται καθώς φαίνεται ότι και η φαρμακευτική αγωγή δε δύναται να αποτρέψει παντελώς αυτή την πορεία. Αξίζει να σημειωθεί ότι σύγχρονα δεδομένα περί έλευσης της αναπηρίας δείχνουν ότι σοβαρή σωματική αναπηρία αναμένεται πλέον κατά μέσο όρο στα 27,6 έτη της πάθησης. Ο τύπος της *δευτεροπαθώς προϊούσας* μορφής χαρακτηρίζεται από μια πορεία ασθένειας που ξεκίνησε από την υποτροπιάζουσα μορφή και συνέχισε με μια σταθερή πορεία επιδείνωσης. Πλήττει το 30% περίπου του συνόλου των ασθενών. Τέλος, 10-15% των ασθενών πάσχουν από την *πρωτοπαθώς προϊούσα* μορφή στην οποία υπάρχει μια σταθερή επιδείνωση των συμπτωμάτων χωρίς ύσεις και συνήθως εμφανίζεται κατά την 4<sup>η</sup> ή την 5<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής (Lublin, 2005). Άλλες σχετικές μορφές είναι η *προϊούσα υποτροπιάζουσα* μορφή, την οποία εμφανίζει περί το 5% των ασθενών, στην οποία αρχικά υπάρχει μια σταθερή επιδείνωση αλλά στη συνέχεια εμφανίζονται και διακριτές ύσεις, καθώς και *απομονωμένα κλινικά σύνδρομα*, η ύπαρξη των οποίων συνιστά σοβαρό παράγοντα κινδύνου ανάπτυξης ΣΚΠ καθώς το 30%-70% θα εξελιχθούν στην υποτροπιάζουσα μορφή της πάθησης. Περιγράφονται, τέλος, όλο και περισσότερο εστιασμένα και επιμέρους άτυπες μορφές της ΣΚΠ που αποτελούν ξεχωριστές οντότητες ήτοι η *νόσος Devic* ή *οπτική νευρομυελίτιδα*, η *νόσος Marburg* ή *κακοήθης ΣΚΠ*, η *συγκεντρική σκλήρυνση του Balbo* και η *διάχυτη σκλήρυνση του Schilder* που εμφανίζεται συχνότερα σε μικρές ηλικίες σε σημείο

μάλιστα που τίθεται το ερώτημα του κατά πόσο η ΣΚΠ δεν είναι μια και μόνο πάθηση (Lublin, 2005· Nicholas & Rashid, 2013).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η πορεία και γενικότερα η κλινική εικόνα της ασθένειας παρουσιάζουν ιδιαιτέρως μεγάλη ετερογένεια, ενώ φαίνεται ότι οι παθολογικοί μηχανισμοί διαφοροποιούνται σε κάθε φάση της νόσου (Dennison, Moss-Morris & Chalder, 2009· Lassmann, 2013). Μολαταύτα, η συνήθης πορεία, χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση αρχικά ενός οξέος επεισοδίου διάρκειας τουλάχιστον 24 ωρών όπου υπάρχει συμμετοχή του ΚΝΣ χωρίς ωστόσο να δύναται να αιτιολογηθεί από λοιμώδη ή μεταβολικά αίτια (Κίτσος, 2014· Lublin, 2005· Nicholas & Rashid, 2013). Η οριστική διάγνωση της ΣΚΠ γίνεται πλέον με τα *κριτήρια McDonald* που θεσπίστηκαν το 2000 και βασίζεται σε κλινικά κριτήρια που προκύπτουν από το ιστορικό του ασθενούς και την αντικειμενική νευρολογική εξέταση, την απεικόνιση με μαγνητική τομογραφία σχετικά με την επιβεβαίωση της διασποράς των εστιών στο χώρο, την ανάλυση δείγματος εγκεφαλονωτιαίου υγρού και τη μελέτη προκλητών δυναμικών (Milo & Miller, 2014). Σημειώνεται τέλος, σε σχέση με τη διάγνωση και τη διαφοροδιάγνωση, ότι παρά τις ενδείξεις που υπάρχουν σχετικά με την επιβάρυνση διαγνωστικά αλλά και θεραπευτικά εξαιτίας της συννοσηρότητας της ΣΚΠ με άλλες παθήσεις, πολύ λίγες πληροφορίες υπάρχουν προς το παρόν επί του θέματος (Marrie, Cohen, Stuve et al. 2015).

Η επικράτηση της ασθένειας ποικίλει κατά περιοχή και φυλή και αυξάνεται όσο κανείς απομακρύνεται από τον Ισημερινό (Carson et al. 2005· Nicholas & Rashid, 2013). Γενικότερα, είναι συχνότερη σε άτομα που ζουν σε δυτικές, οικονομικά ανεπτυγμένες κοινωνίες με εύκρατο κλίμα και ανήκουν στη λευκή φυλή (Costello et al. 2003). Μετανάστευση πριν τα 15 έτη από περιοχή υψηλού κινδύνου σε κάποια μικρότερου και αντίστροφα επιφέρει την πιθανότητα να αναπτυχθεί η

πάθηση της περιοχής μετάβασης, (Kurtzke, 2000) γεγονός που καθιστά σημαντική την επίδραση του περιβάλλοντος κατά την παιδική ηλικία. Η μέση ετήσια επίπτωση είναι 5 με 29 περιπτώσεις ανά 100.000 καίτοι οι μελέτες διαφοροποιούνται ως προς αυτό (Costello et al. 2003· Nicholas & Rashid, 2013). Η μέση επικράτηση, για την Αμερική και την Ευρώπη, υπολογίζεται 1 ανά 800 άτομα ενώ ο αριθμός πασχόντων παγκοσμίως υπολογίζεται περί τα 2.500.000 (Nicholas & Rashid, 2013· Noseworthy, Lucchinetti, Rodriguez et al. 2000· Weinshenker, 1996). Στην Ελλάδα το ποσοστό των πασχόντων από ΣΚΠ υπολογίζεται περί τις 10 - 12.000

([http://www.msassociationhellas.org/?page\\_id=5276](http://www.msassociationhellas.org/?page_id=5276), ανάσυρση 18/8/2015) ενώ υπολογίζεται ότι ο επιπολασμός έχει τριπλασιαστεί σχεδόν συγκρίνοντας αυτόν της πενταετίας 1985-1989 με αυτόν της πενταετίας 2002-2006 (Γουρζουλίδου, 2008). Οι γυναίκες έχουν διπλάσια πιθανότητα να εμφανίσουν την ασθένεια, όπως συμβαίνει γενικότερα στις αυτοάνοσες παθήσεις, και υπολογίζεται ότι το 70 με 75% των ασθενών με ΣΚΠ είναι γυναίκες, αν και στην πρωτοπαθώς προϊούσα μορφή δε φαίνεται να υπάρχουν διαφυλικές διαφορές (Carson et al. 2005· Costello et al. 2003· Kurtzke, 2000· Mohr & Cox, 2001). Η ηλικία διάγνωσης εντοπίζεται συνήθως μεταξύ των 20 και 40 ετών με μέση ηλικία τα 24 (Carson et al. 2005· Mohr & Cox, 2001). Λιγότερο από το 1% των πασχόντων διαγνώστηκαν με ΣΚΠ πριν τα 10 έτη και 1,2-6% πριν τα 16 (Kurtzke, 2000). Επίσης σπανίως διαγιγνώσκεται μετά τα 50 έτη (Carson et al. 2005).

Η αιτιολογία της ΣΚΠ είναι άγνωστη αλλά όλες οι μελέτες συγκλίνουν στο ότι είναι πολυπαραγοντική και αφορά συνδυασμό γονιδιακών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Nicholas & Rashid, 2013· Koch, Metz, Agrawal et al. 2013). Υπάρχουν ενδείξεις που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης ότι υπάρχει κάποια γενετική προδιάθεση στη ΣΚΠ, όπως φαίνεται από την αυξημένη συχνότητα εμφάνισης σε

συγγενείς πρώτου και δευτέρου βαθμού, μονοζυγωτικούς διδύμους, που έχουν 31% πιθανότητα να παρουσιάσουν ΣΚΠ αμφότεροι, έξι φορές μεγαλύτερη σε σχέση με τους διζυγωτικούς, καθώς επίσης και στο ότι δεν εμφανίζεται καθόλου σε ορισμένες εθνικές ομάδες, όπως οι Hutterite στον Καναδά ή οι ROM της ανατολικής Ευρώπης (Costello et al. 2003· Fenstein, 2007· Franklin & Nelson, 2003). Σε επίπεδο εντοπισμού στο γονιδίωμα, φαίνεται να εμπλέκεται το χρωμόσωμα 6 που συνιστά το μείζον σύμπλεγμα ιστοσυμβατότητας (Compston & Coles, 2008). Η διαφοροποίηση μεταξύ των φύλων έχει οδηγήσει σε έρευνα σχετικά με τις ορμόνες του φύλου όπου φαίνεται ότι το ορμονικό προφίλ προεμμηνοπαυσιακά λειτουργεί πιθανώς προστατευτικά (Κίτσος, 2014· Kitsos, Liapi, Tsiodras et al. 2013· Kitsos, Liapi, Tsiodras et al. 2014· Voumnourakis, Tsiodras, Kitsos et al. 2008). Αναφορικά με την εμπλοκή λοιμωδών παραγόντων, επίσης χωρίς επαρκή επιβεβαίωση (Compston & Coles, 2002), φαίνεται ότι συμβάλλουν σε συνδυασμό με την ύπαρξη γενετικής ευαλωτότητας. Συγκεκριμένα, συσχέτιση έχει εντοπισθεί με τον ιό Epstein-Barr, με τον οποίο υπάρχουν και οι πιο ισχυρές συσχετίσεις, τους ανθρώπινους ερπητοϊούς, τους ιούς της ιλαράς και της παρωτίτιδας (Koch et al. 2013· Sibley, Bamford & Clark, 1985). Τέλος, σχετικά με άλλους περιβαλλοντικούς παράγοντες, έχουν συνδέσει την παρατήρηση ότι η πάθηση είναι συχνότερη όσο κανείς απομακρύνεται από τον ισημερινό με τη χαμηλή πρόσληψη βιταμίνης D, τη μικρή έκθεση στον ήλιο, και άλλους κλιματολογικούς παράγοντες, ενώ στους περιβαλλοντικούς παράγοντες συγκαταλέγονται επίσης οι εμβολιασμοί κατά την παιδική ηλικία, η διατροφή, το κάπνισμα, το αλκοόλ, το ψυχολογικό στρες, η αποδιοργάνωση των κερκαδιανών ρυθμών, το οξειδωτικό στρες και η δημιουργία ελεύθερων ριζών (Ascherio & Munger, 2007· Compston, 2005· Marrie, 2004· Hedström, Olsson & Alfredsson, 2015· Koch et al. 2013· van Horssen, Witte, Schreiber et al. 2011). Η μελέτη των

περιβαλλοντικών παραγόντων τα τελευταία χρόνια χαίρει αυξανόμενου ενδιαφέροντος, αφενός γιατί φαίνεται ότι δεν επιδρούν μόνο στην πρόκληση της νόσου αλλά και στην πορεία της, αφετέρου γιατί συνιστούν παράγοντες στους οποίους μπορεί κανείς να παρέμβει σε αντίθεση με άλλους όπως το φύλο, η γενετική προδιάθεση κ.λπ. (Hedström, Olsson & Alfredsson, 2015· Koch, Metz, Agrawal et al. 2013).

Αναφορικά με την πρόγνωση, θετικοί παράγοντες είναι η νεαρότερη ηλικία εμφάνισης, το να είναι ο πάσχων γυναίκα, το να υπάρχουν λίγες εστίες, η πλήρης ύφεση μετά την πρώτη υποτροπή, η μικρή συχνότητα υποτροπών με μεγάλα μεσοδιαστήματα, η μικρή αναπηρία στα 2 και 4 έτη. Αρνητικοί προγνωστικοί παράγοντες είναι η όψιμη έναρξη, το να είναι ο πάσχων άνδρας, οι πολλές εστίες, η μικρή ύφεση από την πρώτη υποτροπή, η μεγάλη συχνότητα υποτροπών με μικρά μεσοδιαστήματα, η πρόωμη εμφάνιση δυσλειτουργιών σχετικών με την παρεγκεφαλίδα, η πρόωμη εμφάνιση μέτριας αναπηρίας καθώς και η ύπουλη εμφάνιση κινητικών δυσκολιών (Costello et al. 2003).

### *1.1 Ψυχοπαθολογία της ΣΚΠ*

Οι ψυχολογικές και ψυχιατρικές δυσκολίες και οι διαταραχές είναι ιδιαίτερα συχνές στη ΣΚΠ συγκριτικά τουλάχιστον με το γενικό πληθυσμό και με ασθένειες που προκαλούν ανάλογη αναπηρία (Briones-Buixassa, Milà, Arrufat et al. 2019· Galleazzi, Ferrari, Giaroli, et al. 2005· Murphy, O'Donoghue, Counihan et al. 2017· Sá, 2008). Το μεγάλο εύρος της ψυχοπαθολογίας είχε ήδη επισημάνει με αξιοσημείωτη ακρίβεια περί το 1868 ο Charcot (Talley, 2005). Παρά την υψηλή της συχνότητα και τις σαφείς αρνητικές της επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και την



ψυχολογική και σωματική ευεξία των ασθενών, η ψυχοπαθολογία των ασθενών με ΣΚΠ πολλές φορές λανθάνει της προσοχής των ειδικών, θεωρούμενη συχνά ως «φυσιολογική» αντίδραση στην ασθένεια, επιδεινώνοντας την κατάστασή τους, καίτοι συνιστά παράγοντα επί του οποίου μπορούν να γίνουν παρεμβάσεις με επιπλέον συστάσεις για βέλτιστο αποτέλεσμα το συνδυασμό ψυχοφαρμακευτικής και ψυχοθεραπευτικής αγωγής (Dennison et al. 2009· Goldman Consensus Group, 2005· Hart, Vella & Mohr, 2008· Jean, Paul & Beatty, 1999· Korostil & Feinstein, 2007· Mohr & Cox, 2001· Sá, 2008).

Οι ψυχολογικές δυσκολίες ξεκινούν συχνά πριν τη διάγνωση της ασθένειας, όταν εμφανίζονται τα πρώτα νευρολογικά συμπτώματα (Barker-Collo, Cartwright & Read, 2006· Isaksson & Ahlstrom, 2006· Klevan, Jacobsen, Aarseth et al. 2013· Murphy et al. 2017). Συχνά μάλιστα οι ασθενείς με ΣΚΠ απευθύνονται αρχικά σε ψυχιάτρους (Carson et al. 2005), ενώ δεν είναι τυχαίο ότι παλαιότερα υπήρχε η τάση να διαγιγνώσκονται ως υστερικοί (VanderPlate, 1984· Talley, 2005). Και μετά τη διάγνωση, συναισθηματικές αντιδράσεις όπως σοκ, άγχος, φόβος, αβεβαιότητα, άρνηση και γενική παραίτηση δύνανται να ευοδώνουν την εμφάνιση ψυχολογικών προβλημάτων (Isaksson & Ahlstrom, 2006· Klauer, Schneider & Zettl, 2007· Quallet, Radat, Creange et al 2019). Η διαχρονική πορεία της ψυχοπαθολογίας στη ΣΚΠ είναι μάλλον σταθερή, αν όχι αυξανόμενη, κάτι που σημαίνει ότι θα πρέπει να παρέχεται ανάλογη εξατομικευμένη παρέμβαση από νωρίς με μορφή καθαυτό ψυχοθεραπείας και όχι υποστηρικτικής ή παρηγορητικής παρέμβασης (Bruce & Arnett, 2008· Jansen, Turpin, Warren et al. 2013· Klauer et al. 2007· Pagnini, Bosma, Philips et al. 2014· Zamani, Rahmani & Fazilat-Pour, 2014). Ιδιαίτερη δε προσοχή θα πρέπει να δίνεται κατά την αντιμετώπιση των εν λόγω δυσκολιών στη συννοσηρότητά τους, κάτι που

άλλωστε, με εξαίρεση την κατάθλιψη και το άγχος, δεν έχει διερευνηθεί αρκετά (Murphy et al. 2017· Rosti-Otajärvi & Hämäläinen, 2012).

Ωστόσο η διάγνωση της ΣΚΠ δε συνεπάγεται απαραίτητως επιπτώσεις σε επίπεδο προσωπικότητας ή και ψυχοπαθολογίας (Bruce & Lynch, 2011). Κατά συνέπεια, υπάρχουν και περιπτώσεις ασθενών που αντιδρούν με αυτοπεποίθηση και κινητοποίηση ενώπιον των δυσκολιών (Eklund & MacDonald, 1991· Mohr, Dick, Russo et al. 1999a). Πολλοί, έχοντας έρθει αντιμέτωποι με την ευαλωτότητα και την αβεβαιότητα που επέφερε η αρχική εμφάνιση των συμπτωμάτων, δηλώνουν ότι η διάγνωση τους ανακούφισε. Αυτό ισχύει κυρίως για εκείνους που αποδέχτηκαν, προσπάθησαν να νοηματοδοτήσουν και κινητοποιήθηκαν από την πάθηση, αναζήτησαν κοινωνική και επιστημονική στήριξη και προσπάθησαν να διατηρήσουν την αυτονομία και τη συναισθηματική τους ισορροπία, είχαν εξαρχής καλλίτερο υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο, εργασία και σύντροφο αλλά και δεν ήταν τόσο επιθετικά αρχικά η πάθηση προτρέποντας τη λήψη πολλών φαρμάκων. Οι ασθενείς αυτοί είχαν εν τέλει καλλίτερη σωματική και ψυχολογική έκβαση (Barker-Collo et al. 2006· Black & Dorstyn, 2015· Del Puente, Mahamid & Bragazzi, 2012· Dennison et al. 2009· Evers, Kraaimaat, van Lankveld et al. 2001· Isaksson & Ahlstrom, 2006· Jansen et al 2013· Klauer et al. 2007· Mohr et al. 1999a). Τα δεδομένα αυτά υπογραμμίζουν τη σημασία του ψυχολογικού παράγοντα στην ΣΚΠ , καθώς η στάση του ασθενούς έναντι της ασθένειας και παράγοντες όπως η προσωπικότητα και η ύπαρξη ή ευαλωτότητα για εμφάνιση ψυχοπαθολογίας, σαφώς επηρεάζουν την πρόγνωση και εξέλιξη της πάθησης αλλά και την ποιότητα ζωής των ασθενών πέρα πιθανώς και πάνω από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τη σοβαρότητα της πάθησης (Black & Dorstyn, 2015· Bruce & Lynch, 2012· Briones-Buixassa et al. 2019· Del Puente, Mahamid & Bragazzi, 2012· Jansen et al 2013· Jopson & Moss-

Morris, 2003· Klevan et al. 2013· Pakenham, 2005). Οι παράγοντες αυτοί εξάλλου ενδέχεται να επηρεάζουν και την ετερογένεια της κλινικής εικόνας και πορείας της πάθησης (Dennison et al. 2009).

Τα ψυχολογικά συμπτώματα που συνδέονται με τη ΣΚΠ σχετίζονται με τις προαναφερθείσες πτυχές της συμπτωματολογίας της, τον σε περιορισμένο βαθμό ελέγξιμο και προβλέψιμο χαρακτήρα της και τις ψυχοκοινωνικές της επιπτώσεις (Briones-Buixassa et al. 2019· Dennison et al. 2009· Klauer et al. 2007· Klevan et al. 2013· Murphy et al. 2017· Pagnini et al. 2014· Sá, 2008). Σε κοινωνικό και διαπροσωπικό επίπεδο, η ΣΚΠ συχνά συνδέεται με προβλήματα στον ακαδημαϊκό και επαγγελματικό τομέα, καθώς συνήθως επέρχεται στην πιο παραγωγική ηλικία του ατόμου, στη σεξουαλική λειτουργία, στις οικογενειακές και διαπροσωπικές σχέσεις και στις καθημερινές δραστηριότητες (Hakim, Bakheit, Bryant et al. 2000· Pagnini et al. 2014). Σημειώνεται δε ότι καλές κοινωνικές και δη οικογενειακές σχέσεις προστατεύουν σημαντικά από τις αρνητικές επιπτώσεις της ασθένειας (Pakenham, 2005). Η εξέλιξη άλλωστε της πάθησης φαίνεται να επιδρά στην αίσθηση εαυτού του ατόμου, καθώς καλείται να αναθεωρήσει την αυτοεικόνα του και τις δυνατότητές του, όχι μόνο μία φορά (LaRocca, Kalb, Foley & Caruso, 1993· Pagnini et al. 2014), κατατρυχόμενο συχνά από αίσθηση αβοηθησίας, που οδηγεί σε χειρότερη ψυχολογική και σωματική έκβαση (Evers et al. 2001). Συχνά επίσης ο πάσχων αντιλαμβανόμενος ως ελλιπή την κοινωνική στήριξη που του παρέχεται, απομονώνεται και αποσύρεται κοινωνικά, κάτι που επιφέρει περαιτέρω προβλήματα οικογενειακά, διαπροσωπικά κ.ά. (Dennison et al. 2009· Hakim et al. 2000). Η αβεβαιότητα, οι επιπτώσεις της ασθένειας και οι παρενέργειες της αγωγής που ενδείκνυται, έχουν σοβαρότατες επιπτώσεις στο σύνολο της ποιότητας ζωής του ίδιου

του ασθενούς αλλά και των οικείων του (Coles, Pakenham & Leech 2007· Hakim et al. 2000· Mullins, Cote, Fuemmeler et al. 2001· Quallet et al. 2019).

Υπάρχει σαφώς κάποια σύνδεση της ψυχοπαθολογίας και της νευροεκφύλισης που συνεπάγεται η απομυελίνωση (Fillee, 2011· Murphy et al. 2017). Οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί ωστόσο που υποθάλπουν τις ψυχολογικές διαταραχές της ασθένειας δεν είναι ακόμη κατανοητοί ενώ ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η ερμηνεία της ψυχοπαθολογίας μέσω των διεργασιών της ΣΚΠ και μόνο δεν είναι επαρκής καθώς για παράδειγμα, ψυχολογικοί και εν γένει ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και κατά συνέπεια και οι ψυχολογικές παρεμβάσεις, επιδρούν στην ΣΚΠ και την πορεία της ακόμα και μέσω νευροψυχολογικών και ενδοκρινικών οδών, ήτοι σε καθαρά οργανικό επίπεδο (Fava, Belaise & Sonino, 2010· McCabe, McKern & McDonald, 2004· Mohr & Cox, 2001· Murphy et al. 2017· Pagnini et al. 2014· Sá, 2008). Συνεπώς καθίσταται σαφές ότι η προσέγγιση της ψυχοπαθολογίας της ΣΚΠ οφείλει να γίνει βάσει του *βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου* (Del Puente, Mahamid & Bragazzi, 2012· Καραδήμας, 2005· Mohr & Cox, 2001· Sarafino, 1999).

### 1.1.1 Κατάθλιψη και διαταραχές του συναισθήματος

Η κατάθλιψη είναι η συχνότερα εμφανιζόμενη διαταραχή στους ασθενείς με ΣΚΠ . Η συχνότητά της υπολογίζεται περί το 50% και η ετήσια επικράτησή της από 20 έως και 26%, ποσοστά πολλαπλάσια σε σχέση με αυτά του γενικού πληθυσμού και άλλων χρόνιων νευρολογικών παθήσεων (Maier, Balasa, Buruiian et al. 2015· McCartney Chalk, 2007· Moore, Hirst, Harding et al. 2012· Murphy et al. 2017· Pagnini et al. 2014· Rodin, Nolan & Katz, 2005· Sá, 2008· Viner, Fiest, Bulloch et al. 2014). Η ΣΚΠ θεωρείται από τις πλέον συχνές αιτίες διάγνωσης *διαταραχής της*

διάθεσης οφειλόμενης σε γενική ιατρική κατάσταση κατά το DSM-IV (Γκοτζαμάνης, 1996) ακόμα και σε ασθενείς με ήπιας ή μέτριας βαρύτητας νόσο (Quallet et al 2019). Εντούτοις, η ΣΚΠ δεν προκαλεί ευθέως την κατάθλιψη, η οποία και είναι παρακινδυνευμένο να θεωρηθεί παθογνωμική της, καθώς διατυπώνεται και η άποψη ότι ίσως υπάρχει μια σύνθετη ενδεχομένως και ανατροφοδοτική σχέση μεταξύ τους, αναμφισβήτητα πιο σύνθετη από μια συναισθηματική αντίδραση στην ύπαρξη μιας χρόνιας νόσου (Dalton & Heinrichs, 2005· Eboni, Cardoso, Dias et al. 2018· Feinstein, 2011· Maier et al. 2015·Minden, Turner, Kulb & Burke, 2014· Murphy et al. 2017· Pagnini et al. 2014· Rodin et al. 2005).

Στην αιτιολογία της κατάθλιψης στη ΣΚΠ εμπλέκονται γενετικοί, ανοσολογικοί, ψυχοκοινωνικοί αλλά και ψυχονευροανοσολογικοί παράγοντες (Carson et al. 2005· Maier et al. 2015· Murphy et al. 2017· Sá, 2008). Η εμφάνισή της συνδέεται με τη διατάραξη του ανοσοποιητικού συστήματος, την ύπαρξη εστιών σε συγκεκριμένες εγκεφαλικές περιοχές, όπως το λιμβικό σύστημα, ο κροταφικός λοβός και η τοξοειδής δεσμίδα καθώς επίσης και με τα επίπεδα ατροφίας του εγκεφάλου (Chiaravalloti & DeLuca, 2008· Feinstein, Roy, Lobaugh, et al. 2004· Maier et al. 2015· Mohr & Cox, 2001· Murphy et al. 2017· Rodin et al. 2005· Sá, 2008· Vattakatuchery, Rickards & Cavanna, 2011· Zorzon, de Masi, Nasuelli et al. 2001). Η αλληλοεπικάλυψη συμπτωμάτων, όπως η κόπωση, τα προβλήματα στον ύπνο και στη συγκέντρωση, της ΣΚΠ και της *Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής* (ΜΚΔ) ωστόσο δυσχεραίνει τη διαφορική τους διάγνωση (Mohr & Cox, 2001). Υποστηρίζεται δε ότι καίτοι η νευροεκφύλιση είναι σαφώς ένας αιτιακός παράγων, για να υπάρξει κατάθλιψη πρέπει να εμπλέκονται και ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες (Feinstein, 2011· Ghaffar & Feinstein, 2007· Mohr & Cox, 2001· Mohr, Likosky, Dwyer, van Der Wende, Boudewyn & Goodkin, 1999· Vattakatuchery et al. 2011).

Άλλωστε δεν είναι ακόμα σαφές κατά πόσο η καταθλιπτική συμπτωματολογία επέρχεται δευτεροπαθώς ή πρωτοπαθώς της νευροεκφύλισης (Murphy et al. 2017· Sá, 2008), αν η ΣΚΠ και η κατάθλιψη έχουν ορισμένες κοινές νευροανοσολογικές διεργασίες που τις προκαλούν ή και σε ποιο βαθμό η ίδια η κατάθλιψη και η εν γένει συναισθηματική απορρύθμιση συνιστούν παράγοντες απορρύθμισης του ανοσοποιητικού συστήματος (Kern & Ziemssen, 2008· Maier et al. 2015· Murphy et al. 2017· Pagnini et al. 2014· Vattakatuchery et al. 2011).

Σε κάθε περίπτωση η διακύμανση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στη ΣΚΠ είναι μεγαλύτερη από αυτή άλλων νευροφυτικών παθήσεων (Sá, 2008) αν όχι και διαφοροποιημένη μέχρι ενός βαθμού σε σχέση με τη συνήθη φαινομενολογία της. Συμπτώματα όπως υπερδιέγερση, θυμός, ευερεθιστότητα, γενικευμένη δυσφορία, αποθάρρυνση, αίσθημα ματαίωσης, αναστολή και σωματικές αιτιάσεις είναι συχνότερα από την απάθεια, την αυτομομφή, την ενοχή και την απόσυρση (Minden, Orav & Reich, 1987· Mohr & Cox, 2001· Rosti-Otajärvi & Hämäläinen, 2012· Sá, 2008), τα οποία, ακόμα και αν συχνά δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ΜΚΔ, υποστηρίζουν την ύπαρξη σχετικής διαταραχής, κάτι που σημαίνει ότι μιλώντας για κατάθλιψη στην ΣΚΠ δε θα πρέπει να περιορίζεται κανείς μόνο στη ΜΚΔ (Minden et al. 2014· McCartney Chalk, 2007· Murphy et al. 2017· Vattakatuchery et al. 2011).

Η κατάθλιψη είναι συχνότερη κατά την έναρξη της ασθένειας, με αναφορές που υποστηρίζουν ότι εμφανίζεται πριν την πρώτη ώση και πριν τις υποτροπές, με 44,5% πιθανότητα να προκύψει κάποιο καταθλιπτικό επεισόδιο κατά τη φάση αυτή, ενώ ακόμα και στους ασθενείς με καλοήγη μορφή της πάθησης τα ποσοστά φτάνουν το 54%, γεγονός που υποστηρίζει ότι μάλλον δε σχετίζεται ισχυρά με τον τύπο της νόσου (Amato, Zipoli, Goretti et al. 2006· Rodin et al. 2005· Sá, 2008· Moore,

MacLeod, Barnes & Langdon, 2006· Moore et al. 2012· Vattakatuchery et al. 2011). Το κατά πόσο η κατάθλιψη επηρεάζει τη συχνότητα των υποτροπών χρήζει περαιτέρω διερεύνησης (Sá, 2008). Φαίνεται επίσης ότι, στους ασθενείς με ΣΚΠ, δεν συσχετίζεται αξιοσημείωτα με το φύλο, την ηλικία, τη διάρκεια της πάθησης και τη σοβαρότητα της σωματικής αναπηρίας μολονότι τα ευρήματα αυτά χρειάζονται περισσότερη διερεύνηση καθώς αντικρούονται από άλλα νεώτερα (Fenstein, 2011· Maier et al. 2015· Moore et al. 2012· Noy, Achiron, Gabbay et al. 1995· Quallet et al. 2019· Vattakatuchery et al. 2011· Viner et al. 2014).

Σχετικά με την επίδραση της ιντερφερόνης (interferon beta), αν και 40% των ασθενών που τη λαμβάνουν παρουσιάζουν κατάθλιψη (Rodin et al. 2005), η σχέση τους και η φύση της δεν είναι σαφής επί του παρόντος και ως εκ τούτου συστήνεται προσοχή στους κλινικούς και δη αν υπάρχει προνοσηρό ιστορικό διαταραχών της διάθεσης (Fenstein, 2011· Feinstein, O'Connor & Feinstein, 2002· Galleazzi et al. 2005· Maier et al. 2015· Mohr & Cox, 2001· Sá, 2008· Quallet et al. 2019· Vattakatuchery et al. 2011). Σύμφωνα με πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα (Pozzilli, Schweiker, Ecarl et al 2012· Quallet et al 2019), ο τύπος IFNB-1b προκύπτει από μακροχρόνιες έρευνες ότι μάλλον βελτιώνει την καταθλιπτική συμπτωματολογία καθώς και την ποιότητα ζωής και δη σε συνδυασμό με ψυχοεκπαίδευση και τακτικές επαναξιολογήσεις των ασθενών. Γενικότερα ωστόσο, σε περιπτώσεις όπου υπάρχει σαφής επιβάρυνση από κατάθλιψη, προτείνεται ως θεραπεία εκλογής η οξική γλατιραμέρη, η οποία δύναται να έχει και θετική δράση επί των καταθλιπτικών συμπτωμάτων καθ'αυτά, καθώς δεν απουσιάζουν περιπτώσεις όπου παρουσία της ιντερφερόνης παρουσιάζονται σοβαρές διαταραχές της διάθεσης ή και αυτοκτονικός ιδεασμός (Maier et al. 2015· Quallet et al 2019).

Η κατάθλιψη έχει επιπτώσεις ενδοατομικές, σωματικές, ψυχοκοινωνικές, ψυχοσυναισθηματικές και διαπροσωπικές, αποτελώντας ισχυρότερο προβλεπτικό παράγοντα της ποιότητας ζωής από την αναπηρία (Amato, Ponziani, Rossi et al. 2001· Kern & Ziemssen, 2008· McCartney Chalk, 2007· Moore et al. 2006· Skerrett & Moss-Morris, 2006· Viner et al. 2014). Επίσης συνδέεται με υψηλότερο πόνο, άγχος, στρες και δυσλειτουργική χρήση μηχανισμών άμυνας, υψηλότερο νευρωτισμό και χαμηλότερη προσήνεια, καθώς και υποκειμενική αίσθηση έλλειψης ελέγχου του περιβάλλοντος και της ασθένειας, μεγαλύτερη αίσθηση στίγματος από την αναπηρία και ελλιπούς κοινωνικής και διαπροσωπικής στήριξης αλλά και χαμηλότερο εισόδημα (Bruce & Lynch, 2011· Chwastiak et al. 2002· Dennison et al. 2009· Halligan & Reznikoff, 1985· Klauer et al. 2007· Korostil & Feinstein, 2007· McCabe, 2005· Moore et al. 2012· Viner et al. 2014). Εντούτοις οι συσχετίσεις αυτές είναι μάλλον κυκλικές καθώς οι επιπτώσεις της κατάθλιψης οδηγούν σε περαιτέρω επιδείνωσή της και αντίστροφα (Brown, Varliani, Tennant et al. 2009).

Εντοπίζεται επίσης συσχέτιση της κατάθλιψης με υψηλότερα επίπεδα κόπωσης, αποτελώντας σημαντικό παράγοντα πρόβλεψής τους πιθανώς και αιτιακά (Chalah et al. 2019· Chwastiak, Gibbons, Ehde et al. 2005· Sá, 2008· Moore et al. 2012· Schreurs, de Ridder & Bensing, 2002· Skerrett & Moss-Morris, 2006). Σύμφωνα δε με πρόσφατα ευρήματα, κόπωση, σύμπτωμα συχνότατο και εξεχόντως επιβαρυντικό, και κατάθλιψη μειώνουν σημαντικά τη λειτουργικότητα αποτελώντας, μαζί με τα γνωστικά ελλείμματα, εξίσου αν όχι περισσότερο ισχυρούς και ανεξάρτητους προβλεπτικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής με αυτόν της αναπηρίας (Ayache & Chalah, 2018· Bol, Duits, Hupperts et al. 2009· Chwastiak et al. 2005· Freal, Kraft & Coryel, 1984· Klevan et al. 2013· Lee, Newell, Ziegel & Topping, 2008· Maier et al. 2015· McCabe & De Judicibus, 2003· Schreurs et al.



2002). Σε συνδυασμό με το νευρωτισμό αυξάνεται η πιθανότητα να καταστεί η κόπωση χρόνια και να οδηγήσει σε *σύνδρομο χρόνιας κόπωσης* (Taillefer, Kirmayer, Robbins & Lasry, 2003). Μολαταύτα ίσως πρόκειται για πτυχές του ίδιου συνδρόμου στο μέτρο που η κόπωση συγκαταλέγεται στα συμπτώματα της κατάθλιψης (Chwastiak et al. 2005· Murphy et al. 2017). Η σχέση κατάθλιψης και κόπωσης ίσως να διαμεσολαβείται και από τις διαταραχές ύπνου που είναι κοινό σύμπτωμα της κατάθλιψης και της ΣΚΠ (Bol et al., 2009· Merlino, Fratticci, Lenchig et al. 2009).

Η κατάθλιψη συνδέεται και με τις γνωστικές διαταραχές μολονότι δεν είναι σαφές ποιο εκ των δύο είναι το αίτιο ή κατά πόσο η συσχέτισή τους είναι κυκλική (Ayache & Chalah, 2018· Chiaravalloti & DeLuca, 2008· Demaree, Gaudino & DeLuca, 2003· Feinstein, 2011· Maier et al. 2015· Moore et al. 2012· Murphy et al. 2017· Sá, 2008). Υποστηρίζεται ότι επιδεινώνει τις υπάρχουσες γνωστικές δυσκολίες και τις επιπτώσεις τους, επιφέρει χειρότερη υποκειμενική αποτίμησή τους και συνεισφέρει στην πρόβλεψη της νευροεκφύλισης (Arnett, Higginson, Voss et al. 1999· Arnett, Higginson, Voss et al. 1999· Benedict, Hussein, Englert et al. 2008· Maier et al. 2015· Randolph, Arnett & Freske, 2004).

Η ΣΚΠ είναι μία εκ των χρόνιων παθήσεων με αυξημένα ποσοστά απόπειρας αυτοκτονίας, με συχνότητα σχεδόν 7,5 φορές μεγαλύτερη από αυτή του γενικού πληθυσμού με το 15,1% των θανάτων ασθενών με ΣΚΠ να οφείλεται σε αυτοκτονία (Bostwick & Levenson, 2005· Feinstein, 2007· Feinstein, 2011· Maier et al. 2015· Masand, Christopher, Clary, Mago, Levenson & Patkar, 2005· Murphy et al. 2017· Pompili, Forte, Palermo et al. 2012). Προκύπτει ότι παράγοντες κινδύνου απόπειρας στη ΣΚΠ είναι το να είναι ο πάσχων άντρας, νεαρής ηλικίας, κοινωνικά απομονωμένος και μάλλον στον πρώτο χρόνο της εμφάνισης της πάθησης, το να έχει υψηλή κατάθλιψη, χαμηλό εισόδημα, σοβαρότερη αναπηρία και αδυναμία να

οδηγήσει, το να κάνει κατάχρηση αλκοόλ, το να είναι η εμφάνιση της πάθησης πρώιμη και το να είναι προϊούσας μορφής (Fenstein, 2011 · Gay, Vrignaud, Garitte & Meunier, 2010· Pompili et al. 2012· Quallet et al 2019). Μολονότι οι απόπειρες σχετίζονται σαφώς με την κατάθλιψη, δεν είναι βέβαιο ότι αποτελεί αιτία τους, αν και μαζί με το άγχος και την κατάχρηση αλκοόλ, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για απόπειρα γενικότερα σε ασθενείς με οργανικές παθήσεις, γεγονός που καθιστά εξέχουσας σημασίας τη διάγνωσή αυτών των παραγόντων (Fenstein, 2011 · Minden et al. 2014· Pompili et al. 2012· Sá, 2008· Viner et al. 2014).

Σε κάθε περίπτωση, η κατάθλιψη δε θα πρέπει να θεωρείται ως μια δεδομένη αντίδραση στην πάθηση (Minden et al. 2014). Παρά τις όποιες εξάρσεις και υφέσεις της δε φαίνεται να εξαλείφεται συν τω χρόνω, κρίνεται κατά συνέπεια εξαιρετικά σημαντική η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της, ένεκα των σοβαρών επιπτώσεών της αλλά και του γεγονότος ότι πρόκειται για έναν θεραπεύσιμο αν όχι και ιάσιμο παράγοντα (Fenstein, 2011 · Maier et al. 2015). Φαίνεται ότι η βέλτιστη θεραπεία συνίσταται από συνδυασμό φαρμάκων και ψυχοθεραπείας (Fenstein, 2011 · Goldman Consensus Group, 2005· Minden et al. 2014). Υπάρχουν επίσης ενδείξεις που υποστηρίζουν ότι και η σωματική άσκηση βελτιώνει την καταθλιπτική διάθεση στους εν λόγω ασθενείς (Maier et al. 2015). Από πλευράς φαρμακευτικής παρέμβασης, προτείνονται οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) και οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης-νορεπινεφρίνης (SNRIs) σε περιπτώσεις όπου η κόπωση και η σεξουαλική δυσλειτουργία είναι έντονες ή και τα SSRIs έχουν παρενέργειες (Maier et al. 2015· Minden et al. 2014). Αναφορικά με τις ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, υπάρχει στήριξη ότι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική καθώς και οι ψυχοδυναμικού προσανατολισμού θεραπείες επιφέρουν βελτίωση τόσο

των ψυχοκοινωνικών παραμέτρων της πάθησης και της ποιότητας ζωής όσο ακόμα και σε οργανική βάση (Vattakatuchery et al. 2011).

Οι διαταραχές της διάθεσης και του συναισθήματος στη ΣΚΠ πέραν της κατάθλιψης συνδέονται συνήθως με εκτεταμένη εγκεφαλική βλάβη και γνωστικά ελλείμματα και περιλαμβάνουν τη διπολική διαταραχή, την ευφορία και το παθολογικό γέλιο ή κλάμα (Carta, Moro, Lorefice et al. 2014· Edwards & Constantinescu, 2004· Feinstein, O'Connor, Gray & Feinstein, 1999b· Ghaffar & Feinstein, 2007· Minden et al. 2014· Mohr & Cox, 2001· Sá, 2008).

Σχετικά με τη διπολική διαταραχή, επίσης διαταραχή της διάθεσης, καίτοι τα ερευνητικά δεδομένα είναι λιγοστά, υπάρχουν αρκετές ενδείξεις, όχι χωρίς αντικρουόμενα ευρήματα, κατά τις οποίες φαίνεται ότι ίσως είναι αποκύημα των παθοφυσιολογικών διεργασιών της ΣΚΠ ή ότι έχουν έστω μια κάποια κοινή νευροβιολογική ή και γενετική βάση (Andreassen, Harbo, Wang et al. 2015· Carta et al. 2014· Conradi, Sullivan & Clay, 2012· Feinstein, 2007· Johansson, Lundholm, Hillert et al. 2014· Murphy et al. 2017·). Παρά το γεγονός ότι η διάγνωσή της είναι δύσκολη, π.χ. οι ασθενείς αναφέρονται σε αυτήν αναδρομικά ως μια «καλή περίοδο» σε σχέση με την κατάθλιψη, φαίνεται ότι είναι συχνότερη στους εν λόγω ασθενείς σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Carta et al. 2014· Johansson et al. 2014). Σε ανασκόπησή τους οι Pompili και συνεργάτες (2012) αναφέρουν ότι ένα ποσοστό της τάξης του 1,97% νοσηλευόμενων ασθενών με ΣΚΠ έπασχαν από διπολική διαταραχή αν και η γενική της επικράτηση υπολογίζεται περί το 13% (Minden et al 2014). Σε κάθε περίπτωση, ακόμα και αν, όπως θα ήταν ούτως ή άλλως αναμενόμενο, δεν είναι μια διαταραχή τόσο συχνή όσο η κατάθλιψη και άλλες, συστήνεται τόσο να υπάρξει περισσότερη επιστημονική διερεύνηση επί του θέματος όσο και να λαμβάνεται υπόψιν η ύπαρξή της ή μη, καθώς είναι στενά συνδεδεμένη με απόπειρες αυτοκτονίας

και σοβαρότερη αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής από αυτή της κατάθλιψης (Carta, Moro, Lorefice et al 2014· Carta et al. 2014). Εξάλλου, αναφορικά με τη φαρμακευτική αγωγή, η διαφοροδιάγνωση της διπολικής διαταραχής από την κατάθλιψη είναι σημαντική καθώς δύναται να παρουσιάσει παροξυσμό σε περιπτώσεις όπου δίνεται η συνήθης αντικαταθλιπτική αγωγή και, κατά συνέπεια, προτείνονται εναλλακτικά σταθεροποιητές διάθεσης, λίθιο ή και άτυπα νευροληπτικά (Carta, Moro, Lorefice et al 2014· Carta et al. 2014· Minden et al. 2014). Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ενδείκνυται όταν δεν αποδίδει η αγωγή αλλά εφίσταται η προσοχή στην ύπαρξη ενεργών εστιών προς αποφυγή όσεων (Fenstein, 2011).

Η ευφορία (Fenstein, 2007· Minden et al 2014· Murphy et al. 2017), αφορά σε διαταραχή του συναισθήματος και δεν πρέπει να ταυτίζεται με μανιακό ή υπομανιακό επεισόδιο. Συνίσταται σε έντονη χωρίς διακυμάνσεις καλή διάθεση, χαρούμενο συναίσθημα και άρνηση της αναπηρίας και των επιπτώσεών της που καταλήγει σε αδυναμία αυτό-ρύθμισης με επικράτηση μάλλον υπό διερεύνηση αφού οι έρευνες κυμαίνονται μεταξύ 0% και 63%. Πρόκειται μάλλον για μια αλλαγή στην προσωπικότητα των ασθενών που σχετίζεται με σοβαρότερη αναπηρία, γνωστικές διαταραχές, έλλειψη εναισθησίας και απαντάται σε περιπτώσεις προχωρημένης πάθησης με υψηλό φορτίο εστιών στον προμετωπιαίο και αμφοτερόπλευρα στους κροταφικούς λοβούς.

Σχετικά με το *παθολογικό γέλιο και κλάμα*, πρόκειται για διαταραχή που αφορά σε αποσύνδεση του συναισθηματικού βιώματος και της έκφρασής του και εκδηλώνεται με ακατάλληλες και ανεξέλεγκτες συναισθηματικές αντιδράσεις, κατά κανόνα γέλιο και κλάμα, συναισθηματική αστάθεια και υπερβολικό συναισθηματισμό συνήθως συντονικά στο εγώ, ήτοι χωρίς υποκειμενική ενόχληση από υπερβολικά πεσμένη ή ανεβασμένη διάθεση και δη όταν παρουσιάζεται συννοσηρά με άλλες

διαταραχές (Cummings, Gilbert & Andersen, 2013· Feinstein, 2007· Harem, Barak & Achiron, 2007· Murphy et al. 2017). Αναφέρεται και ως *διαταραχή ακούσιας έκφρασης του συναισθήματος* και εν αντιθέσει με τις παλαιότερες ταξινομήσεις, αντιμετωπίζεται ως διακριτή διαταραχή από την ευφορία (Cummings, Gilbert & Andersen, 2013· Paparigopoulos, Ferentinos, Kouzoukis et al. 2010). Μολονότι από νωρίς είχε εντοπιστεί ως μια πάθηση οφειλόμενη συνήθως σε νευροεκφυλιστικές διαταραχές είθισται να υποδιαγιγνώσκεται με αποτέλεσμα να διαφεύγει ένας σοβαρός παράγων επιβάρυνσης της ποιότητας ζωής των ασθενών (Cummings, Gilbert & Andersen, 2013· Feinstein, 2007· Murphy et al. 2017). Η συχνότητά του εντοπίζεται μεταξύ 6,5 και 9,9% (Feinstein, 2007· Harem, Barak & Achiron, 2007· Minden et al. 2014). Είναι συχνότερα συντονικό στο εγώ (64,3%) και δη όταν υπάρχει συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές η οποία εντοπίζεται συχνότερα με κατάθλιψη και ψυχώσεις (Harem, Barak & Achiron, 2007). Συνδέεται επίσης με οργανικές αλλοιώσεις του ΚΝΣ και συσχετίζεται θετικά με μεγαλύτερη διάρκεια της πάθησης, προϊούσα μορφή, εστίες σε κυκλώματα του εγκεφάλου που αφορούν κυρίως σε αυτό-ρύθμιση, εκτελεστικές λειτουργίες και την επεξεργασία του συναισθήματος, γνωστική έκπτωση και επίπεδα αναπηρίας (Murphy et al. 2017). Σύμφωνα με τους Harem, Barak και Achiron (2007) ωστόσο, δεν είναι σαφές κατά πόσο οι εκδηλώσεις της εν λόγω απορρύθμισης είναι άμεσα συνδεδεμένες με την παθοφυσιολογία και τη συμπεριφορά της ΣΚΠ. Σημειώνουν δε ότι σε ορισμένες περιπτώσεις οι εκδηλώσεις του παθολογικού γέλιου και κλάματος, έστω και σε μια πιο ήπια μορφή, δύνανται να προηγούνται των πρώτων εκδηλώσεων της καθαυτής ΣΚΠ και κατά συνέπεια προτείνουν ότι δε θα πρέπει να θεωρείται απαραίτητως επίπτωσή της αλλά και να δίνεται προσοχή στη διάγνωσή του. Συστήνονται δε για την αντιμετώπισή του SSRIs, στους οποίους η ανταπόκριση φαίνεται να είναι ταχύτερη από ότι στην κατάθλιψη με

μεγάλη πιθανότητα πλήρους ίασης, ή άλλου τύπου αντικαταθλιπτικά και σταθεροποιητές διάθεσης, αν αυτοί δεν αποδώσουν (Fenstein, 2007· Paparigopoulos et al. 2010).

Όπως προκύπτει από την προηγηθείσα ανασκόπηση, οι διαταραχές της διάθεσης και του συναισθήματος είναι αρκετά συχνές στη ΣΚΠ (Fenstein, 2007· Löffler, Radke, Morawetz, & Derntl, 2016). Παρόλα αυτά, καθώς στις έρευνες δίνεται έμφαση κατά βάση σε συγκεκριμένες κλινικές οντότητες, φαίνεται να διαφεύγει ένα ευρύ φάσμα δυσκολιών με ετερογένεια αρκετά μεγάλη ώστε να μην εμπίπτει στα υπάρχοντα διαγνωστικά κριτήρια και που κυμαίνεται από ξεκάθαρη ΜΚΔ έως τη διαταραχή ακούσιας έκφρασης του συναισθήματος αλλά συχνότατα περιλαμβάνει μεταξύ άλλων επιθετικότητα, θυμό, απάθεια, έλλειψη εναισθησίας, συναισθηματική αστάθεια, διαταραχές προσαρμογής, έλλειψη ευελιξίας της σκέψης και του θυμικού κ.ά., διαταραχές που καίτοι εμφανίζονται συχνότερα στη ΣΚΠ σε σύγκριση τόσο με το γενικό πληθυσμό όσο και με παθήσεις με ανάλογη συμπτωματολογία, μάλλον υποδιαγιγνώσκονται (Fenstein, 2007· Harem, Barak & Achiron, 2007· Labiano-Fontcuberta, Mitchell, Moreno-Garcia, et al. 2015· Löffler et al. 2016· Rosti-Otajävri, & Hämmäläinen, 2012).

Εντοπίζεται με άλλα λόγια μια ευρύτερη *διαταραχή της ρύθμισης του εαυτού και του συναισθήματος*, αποτέλεσμα της οποίας είναι οι υπό συζήτηση εκδηλώσεις με τις διάφορες μορφές τους πιθανώς ως αποτέλεσμα μάλλον ψυχονευροενδοκρινολογικών διεργασιών σε αλληλεπίδραση με παράγοντες που αφορούν στον εαυτό και το σχετίζεσθαι (Farb, Anderson & Segal, 2013· Rosti-Otajävri, & Hämmäläinen, 2012). Αυτό άλλωστε εναρμονίζεται με απόψεις σύμφωνα με τις οποίες κάθε διαταραχή θα μπορούσε να γίνει αντιληπτή ως διαταραχή ρύθμισης εαυτού και συναισθήματος ενάντια ενδογενών ή και εξωγενών στρεσογόνων

καταστάσεων καθώς και με ευρήματα σύμφωνα με τα οποία τόσο η ψυχική όσο και η σωματική υγεία εξαρτάται από τις εν λόγω διεργασίες (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010· Denollet, Nykliček & Vingerhoets, 2008· Farb, Anderson & Segal, 2013· Gross, 2002· Löffler et al. 2016· Rodenbaugh & Heimberg, 2008· Taylor, 2002· Taylor, Bagby & Parker, 1999). Είναι γνωστό ότι τα αρνητικά συναισθήματα και οι σωματικές καταστάσεις, μολονότι είναι σημαντικά καθώς μπορούν να κινητοποιήσουν το άτομο, όταν δεν εκφράζονται ή και υπόκεινται επεξεργασίας, είναι εξαιρετικά οξεία ή και χρόνια, δύνανται να επιφέρουν σοβαρές δυσκολίες ενώ τα θετικά δύνανται να παίξουν προστατευτικό ρόλο (Black & Dorstyn, 2015· Denollet, Nykliček & Vingerhoets, 2008· Farb, Anderson & Segal, 2013· Gross, 2002· Gross & Thompson, 2007).

Συγκεκριμένα για τη ΣΚΠ, είναι σχετικά λίγες οι μελέτες που καταπιάνονται καθαυτό με το θέμα της ρύθμισης του συναισθήματος και του εαυτού (Löffler et al. 2016). Παρόλα αυτά, υποστηρίζεται ότι η ρύθμιση του συναισθήματος και η δυσλειτουργία της, όπως κυρίως αποτιμάται από την ύπαρξη οξέος ή και χρόνιου αρνητικού συναισθήματος, δύνανται να επηρεάζει περισσότερο την ποιότητα ζωής των ασθενών σε σχέση με παράγοντες όπως η προσωπικότητα ή ακόμα και τα ίδια τα συμπτώματα της ΣΚΠ ενώ αντίθετα φαίνεται ότι το θετικό συναίσθημα παίζει προστατευτικό ρόλο (Black & Dorstyn, 2015· Dubayova, Krokavcova, Nagyova et al. 2013· Gay, Bungener, Thomas et al. 2017· Labiano-Fontcuberta et al. 2015· Laing, Phillips, Cooper et al. 2014· Löffler et al. 2016· Pagnini et al. 2014· Prakash, Schirda, Valentine et al. 2019·). Γενικότερα, φαίνεται ότι η συχνή για τους ασθενείς με ΣΚΠ αδυναμία αναγνώρισης και επεξεργασίας του συναισθήματος, όπως προκύπτει σε καταστάσεις, όχι απαραίτητως αντικειμενικά απειλητικές, οι οποίες το άτομο θεωρεί ότι το αφορούν, οδηγεί σε σοβαρή επιβάρυνση, ακατάλληλες ή μη λειτουργικές

αντιδράσεις και περάσματα στην πράξη καθώς και την γνωστή στα άτομα αυτά εικόνα της κατάθλιψης (Löffler et al. 2016).

Ενδεικτικά αναφέρεται ο *θυμός* ο οποίος, σύμφωνα με ερευνητικά ευρήματα, κατά βάση όταν δεν εκφράζεται και βιώνεται από το άτομο ως μη ελέγξιμος, είναι ένα από τα αρνητικά συναισθήματα με τις σοβαρότερες επιπτώσεις στις διαπροσωπικές σχέσεις αλλά και εν γένει στη σωματική και ψυχοκοινωνική υγεία (Labiano-Fontcuberta et al. 2015· Laing et al 2014). Προκύπτει ότι βιώνεται συχνότερα στη ΣΚΠ με υψηλή συσχέτιση με το άγχος και την κατάθλιψη αλλά και με αρνητική επίδραση στην ποιότητα ζωής, ανεξάρτητα από τα επίπεδα αναπηρίας (Labiano-Fontcuberta et al. 2015· Laing et al 2014). Αντίστοιχα, η *απάθεια* αποτελεί ανεξάρτητο προβλεπτικό παράγοντα τόσο της σωματικής όσο και της ψυχολογικής ποιότητας ζωής και επίσης συσχετίζεται με την κατάθλιψη (Klevan et al. 2013). Άλλωστε, σύμφωνα με τους Löffler και συνεργάτες (2016), πιθανώς οι δυσκολίες στη ρύθμιση του συναισθήματος λειτουργούν ανατροφοδοτικά, ως φαύλος κύκλος, με τις περισσότερες μελετημένες διαταραχές της ΣΚΠ .

### 1.1.2 Άγχος και αγχώδεις διαταραχές

Το επίπεδα άγχους των ασθενών με ΣΚΠ είναι υψηλότερα από του γενικού πληθυσμού (Bruce & Lynch, 2011· Briones-Buixassa et al. 2019· Eboni et al. 2018· Mohr & Cox, 2001· Murphy et al. 2017) και οι *αγχώδεις διαταραχές* έχουν συχνότητα περί 19-34% (Sá, 2008) αλλά μάλλον δε χαιρεί το ίδιο ερευνητικό ενδιαφέρον σε σύγκριση με την κατάθλιψη καίτοι περί το ένα τέταρτο των ασθενών που καταφθάνουν σε νευρολογικές κλινικές παρουσιάζουν συμπτώματα οξέος άγχους (Feinstein, 2007). Το άγχος προεξάρχει και πριν τη διάγνωση, συχνά χωρίς να



μειώνεται στη συνέχεια μολονότι είναι ένας επιβαρυντικός παράγων που μπορεί να θεραπευτεί, κάτι που σημαίνει ότι δε θα πρέπει να θεωρείται δεδομένο σε σχέση με τη ΣΚΠ (Feinstein, 2007· Janssens, Bujjevac, van Doorn et al. 2006· Korostil & Feinstein, 2007· Minden et al. 2014· Moore et al. 2012).

Η επικράτηση του άγχους στον υπό μελέτη πληθυσμό κυμαίνεται μεταξύ 19-90%, σύμφωνα δηλαδή με ορισμένους ξεπερνά τα ποσοστά της κατάθλιψης ενώ φαίνεται ότι γενικότερα εμφανίζεται σε υψηλότερα επίπεδα σε σχέση με την κατάθλιψη κατά τις πρώτες φάσεις της πάθησης (Feinstein, 2007· Gay et al. 2010· Giordano, Granella, Kugaresi et al. 2011· Klevan et al. 2013· Sá, 2008· Vattakatuchery, Rickards, & Cavanna, 2011). Η επικράτηση ζωής είναι 35,7% ενώ οι συνηθέστερες αγχώδεις διαταραχές είναι η γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (18,6%), η διαταραχή πανικού (10%), η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (8,6%) και η κοινωνική φοβία (7,8%), επικρατήσεις σαφώς υψηλότερες από τις εκτιμώμενες του γενικού πληθυσμού, με εξαίρεση την κοινωνική φοβία (Feinstein, 2007· Korostil & Feinstein, 2007· Minden et al. 2014· Moore et al. 2012· Murphy et al. 2017).

Η αιτιολογία του είναι μάλλον ψυχοκοινωνική, καθώς δεν συνδέεται με νευροαπεικονιστικά δεδομένα (Mohr & Cox, 2001· Sá, 2008· Vattakatuchery, Rickards, & Cavanna, 2011· Zorzon et al. 2001). Εξάλλου η φύση της ΣΚΠ και η συνεχής απαίτηση εκ νέου προσαρμογής του ασθενούς σε αυτή, μαζί με τις συνέπειες που συνεπάγεται σε προσωπικό, διαπροσωπικό και κοινωνικό επίπεδο, ευοδώνουν την αντιδραστική εμφάνιση αγχωδών διαταραχών (Briones-Buixassa et al. 2019· Giordano et al. 2011· Klauer et al. 2007· Richards, Herrick, Griffin, Gwilliam & Fortune, 2004· Prakash et al. 2019· Sá, 2008). Το άγχος φαίνεται να κορυφώνεται κατά ή και μετά από υποτροπές, με ένα ποσοστό της τάξης του 54,4% των ασθενών να εμφανίζει κλινικά υψηλά ποσοστά (Burns, Nawacki, Siddique, et al. 2013·

McCabe, 2005· Moore et al. 2012· Murphy et al. 2017). Άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι ίσως μπορεί και να τις προβλέπει καθώς υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που δείχνουν ότι υψηλά επίπεδα άγχους εντοπίζονται πριν από τις υποτροπές αλλά και τις όποιες ψευδοϋποτροπές (Burns et al. 2013· Brown, Tennant, Sharock et al. 2006a· Noy et al. 1995· Sá, 2008). Παρόμοια με την κατάθλιψη, μάλλον δεν συσχετίζεται επιλήψιμα με τη διάρκεια και τη σοβαρότητα της ασθένειας αλλά σε συνδυασμό με μια επιβαρυσμένη εικόνα, αυξάνει την πιθανότητα να εμφανιστεί κατάθλιψη στους ασθενείς (Gay et al. 2010· Gay, et al. 2017· Moore et al. 2012· Noy et al. 1995· Prakash et al. 2019). Στους παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης μιας αγχώδους διαταραχής συγκαταλέγονται: να είναι ο ασθενής γυναίκα, να υπάρχει συννοσηρά καταθλιπτική διαταραχή, να γίνεται χρήση αλκοόλ και να υπάρχει περιορισμένο υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο (Korostil & Feinstein, 2007). Υψηλότερο άγχος και θυμό εμφανίζουν ασθενείς με καταπτοημένο ηθικό και παθητική στάση, υψηλότερο νευρωτισμό και χαμηλότερη προσήνεια, τάση να υπερβάλλουν τη σοβαρότητα της κατάστασής τους και με αρνητική εικόνα των οικείων τους (Bruce & Lynch, 2011· Jopson & Moss-Morris, 2003· Mohr et al. 1999).

Σε κάθε περίπτωση, οι επιπτώσεις του άγχους στην ποιότητα ζωής και την προσαρμογή στην πάθηση είναι αναμφισβήτητα επιλήψιμες (Briones-Buixassa et al. 2019· Dennison et al. 2009· McCartney Chalk, 2007· Mohr & Cox, 2001· Prakash et al. 2019· Sá, 2008). Συσχετίζεται θετικά με την κατάθλιψη και σε συνδυασμό αυξάνουν την πιθανότητα να γίνει απόπειρα αυτοκτονίας, να παρουσιάζονται σωματικά προβλήματα και να υπάρχουν διαπροσωπικές και κοινωνικές δυσκολίες (Feinstein, 2007· Feinstein et al. 1999a· Mohr & Cox, 2001· Prakash et al. 2019· Sá, 2008). Σε σχετική έρευνα άλλωστε το άγχος προέκυψε ως ο κατεξοχήν ανεξάρτητος παράγων πρόβλεψης κατάχρησης αλκοόλ από τους ασθενείς (Quesnel & Feinstein,

2004). Προκύπτει επίσης ότι κατάθλιψη, άγχος και γνωστικές δυσλειτουργίες διέπονται από μια μάλλον κυκλική συσχέτιση και κατά συνέπεια αιτιολογία μεταξύ τους (Gay et al. 2017· Maier et al. 2015). Το άγχος αποτελεί επίσης βασικό παράγοντα μείωσης της συμμόρφωσης με τις ιατρικές συστάσεις, κυρίως όσον αφορά την ενέσιμη χορήγηση ανοσοκατασταλτικών (Mohr & Cox, 2001· Sá, 2008). Φαίνεται να συνδέεται με την κόπωση ενώ ενδέχεται οι ίδιοι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί να διέπουν τη συσχέτιση τόσο της κατάθλιψης όσο και του άγχους με την κόπωση και δη σε συνδυασμό με πόνο (Bol et al. 2009· Chalah et al. 2019· Chwastiak et al. 2005· Gay et al. 2010· Skerrett & Morris, 2006).

Σε σχέση με την αντιμετώπιση του άγχους προτείνονται βενζοδιαζεπίνες, αλλά δεδομένων των παρενεργειών τους και δη όταν τα συμπτώματα εμμένουν, προτιμώνται αντικαταθλιπτικά (Minden et al. 2014). Ιδιαίτερα σημαντικό ωστόσο είναι ότι η ψυχοθεραπεία θεωρείται τόσο χρήσιμη όσο και αποτελεσματική όταν τα συμπτώματα δεν υποχωρούν γρήγορα αλλά και προκειμένου να επιτευχθούν μακροχρόνιες βελτιώσεις (Feinstein, 2007· Minden et al 2014)

### 1.1.3 Στρες

Αν και δεν αποτελεί ψυχιατρική διάγνωση, το *στρες* σχετίζεται σχεδόν με κάθε μορφή ψυχοπαθολογίας και συγκεκριμένα για τη ΣΚΠ, άμεσα και με την παθοφυσιολογία της (Briones-Buixassa et al. 2019· Dennison et al. 2009· DiMatteo & Martin, 2006· Kern & Ziemssen, 2008· Sá, 2008). Το στρες ορίζεται ως μια οξεία ή και χρόνια αλλαγή στη ζωή του ατόμου, η οποία απαιτεί κάποιου βαθμού προσαρμογή ή κάποιας ποιότητας απόκριση η οποία, η υποκειμενική του αποτίμηση, καταλήγει στο ότι ξεπερνά τις δυνατότητες και τα αποθέματα που διαθέτει (Sarafino,

1999· Χριστοπούλου, 2008). Στις περισσότερες δε μελέτες που διερευνούν τη σχέση του στρες με την ΣΚΠ αυτό ορίζεται ως κατάσταση όπου η ομοιόσταση απειλείται ή γίνεται αντιληπτή ως απειλούμενη (Artemiadis, Anagnostouli & Alexopoulos, 2011· Briones-Buixassa et al. 2019· Lovera & Reza, 2013). Η αποτίμησή του γίνεται με τη μέτρηση αρνητικών γεγονότων ζωής, εκτίμηση χρόνιων ψυχοπαιστικών παραγόντων, βιομετρικών δεδομένων (π.χ. καρδιακοί παλμοί) καθώς και με την υποκειμενική αίσθηση του στρες που βιώνει το υποκείμενο (DiMatteo & Martin, 2006). Ειδικά για τη ΣΚΠ επισημαίνεται ότι η βιολογική μέτρηση του στρες δύναται να δώσει καλλίτερα δεδομένα από ό,τι η αυτοαναφορά ενώ χρειάζονται περισσότερες μελέτες σχετικά με το αυτό-αντιλαμβανόμενο στρες πέραν των γεγονότων ζωής ως συμβάντα (Artemiadis et al. 2011· Mitsonis, Zervas, Mitropoulos et al. 2008).

Αξίζει δε να σημειωθεί ότι η ίδια η ΣΚΠ είναι επιβαρυντικός στρεσογόνος παράγων και σε συνδυασμό με την παθοφυσιολογία της καταλήγει ενδεχομένως να διατηρεί με το στρες μια κυκλική σχέση όπου το ένα τροφοδοτεί το άλλο (Artemiadis et al. 2011· Ayache & Chalah, 2018· Bensing, Schreurs, de Ridder, & Hulsman, 2002· Briones-Buixassa et al. 2019· Dennison et al. 2009· Malcomson, Dunwoody & Lowe-Strong, 2007· Mohr & Cox, 2001· Senders, Bourdette, Hanes et al. 2014). Σύμφωνα με τους Kirchner και Lara (2011) ωστόσο δεν εντοπίζονται υψηλότερα επίπεδα στρες στους ασθενείς με ΣΚΠ μετά το πέρας της διάγνωσης σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

Ο Charcot πρώτος υποστήριξε ότι τα αρνητικά γεγονότα ζωής και οι συναισθηματικές τους επιπτώσεις σχετίζονται μάλλον αιτιακά με την έναρξη και τις υποτροπές της ΣΚΠ όπως και με τη διάρκειά τους, παρατήρηση που πλέον υποστηρίζεται και εμπειρικά από σύγχρονες μελέτες σχετικά με το στρες (Ackerman, Stover, Heyman et al. 2003· Burns et al. 2013· Artemiadis et al. 2011· Artemiadis,

Vervainioti, Alexopoulos et al. 2012· Burns, Nawacki, Kwasny et al. 2014· Karagkouni, Alevizos & Theocharides, 2013· Kern & Ziemssen, 2008· Lalive, Burkhard & Chofflon, 2002· Lovera & Reza, 2013· McCabe & McKern, 2002· Mitsonis, Zervas, Mitropoulos et al. 2008· Mohr, 2007· Mohr & Cox, 2001· Mohr & Pelletier, 2006· Panini et al. 2014· Sá, 2008). Τα σχετικά ευρήματα, των οποίων η πλειονότητα αφορά στην υποτροπιάζουσα μορφή (Mohr & Pelletier, 2006), συνοψίζονται στο ότι το στρες έχει σαφώς αρνητικές επιπτώσεις στην πορεία της ασθένειας, τις ώσεις, τις υποτροπές, τη φλεγμονή και την ψυχική υγεία και δη όταν έχει τη μορφή οξέων αρνητικών γεγονότων σε περίοδο που το άτομο εκτίθεται σε χρόνιους ακόμα και ήπιους ψυχοπαιεστικούς παράγοντες ενδεχομένως ανεξάρτητα από τη βαρύτητα της πάθησης (Artemiadis et al. 2011· Artemiadis et al. 2012· Brown, Tennant, Sharrock et al. 2006b· Burns et al. 2013· Burns et al. 2014· Karagkouni et al. 2013· Lovera & Reza, 2013· Mitsonis et al. 2008). Η οδός υπό την οποία δρα αφορά τόσο ψυχονευροανοσολογικές διεργασίες όσο και μηχανισμούς ενδεχομένως ανάλογους με αυτούς της σωματομετατροπής (Artemiadis et al. 2012). Τονίζεται ότι η συσχέτιση αυτή είναι σύνθετη καθώς το στρες μπορεί να έχει ανοσοκατασταλτική, στη χρόνια μάλλον εκδοχή του, αλλά και ανοσοδιεγερτική δράση στην οξεία (Artemiadis et al. 2011· Kern & Ziemssen, 2008· Martinelli, 2000).

Συνοψίζοντας τις πιο πρόσφατες έρευνες (Burns et al. 2014· Heesen, Mohr, Huitinga et al. 2007· Karagkouni et al. 2013· Kronfol & Remick, 2000· Maier et al. 2015· Mitsonis et al. 2008· Yuan, Hou, Zhao & Arias-Carrión, 2015) κατέληξαν ότι το στρες φαίνεται να συνδέεται με διαταραχή στη λειτουργία των κυττοκινών, εξασθενημένη απόκριση στη ρυθμιστική λειτουργία της κορτιζόλης και αυξημένο TNF- $\alpha$ . ενώ η δραστηριότητα του άξονα υποθάλαμος–υπόφυση–φλοιός επινεφριδίων διαφοροποιείται σε διαφορετικά στάδια της ασθένειας. Τα μικρογλοιακά κύτταρα και

τα μαστοκύτταρα φαίνονται να παίζουν ιδιαίτερο ρόλο στην υπό συζήτηση παθοφυσιολογία καθώς το στρες φαίνεται να τα ενεργοποιεί μέσω της απελευθέρωσης νευροπεπτιδίων και κορτικοτροπίνης που επιφέρει διαταράσσοντας κατά συνέπεια τον αιματοεγκεφαλικό φραγμό και ευοδώνοντας εμφάνιση φλεγμονής στον εγκέφαλο. Αναλυτικότερα, η υπερδραστηριότητα του εν λόγω άξονα ως απόκριση στο στρες στα πρώτα στάδια της ασθένειας συνδέεται με μεγαλύτερο αριθμό ώσεων και σε μεταγενέστερα στάδια με νευροφλεγμονή, εμφάνιση περισσότερων εστιών και μεγαλύτερο ρυθμό νευροεκφύλισης και ατροφίας. Ταυτόχρονα, καταστέλλοντας το συμπαθητικό και απορρυθμίζοντας το παρασυμπαθητικό αυτόνομο νευρικό σύστημα, το στρες φαίνεται να αυξάνει τα συνοδά συμπτώματα αλλά και την ίδια την επιθετικότητα της ΣΚΠ. Γενικότερα, μολονότι οι ψυχονευροανοσολογικοί μηχανισμοί της ΣΚΠ δεν είναι ακόμη επαρκώς εξακριβωμένοι, οι αρνητικές επιδράσεις του στρες είναι βέβαιες και μαζί με το συναίσθημα δείχνουν να επιδρούν στην παθοφυσιολογία της (Dennison et al. 2009· Kern & Ziemssen, 2008).

Ενδιαφέρον επίσης παρουσιάζει το ότι υποστηρίζεται πως η μεγάλη έκθεση σε στρες από νωρίς στη ζωή ήδη δύναται να καταστήσει το άτομο ευάλωτο στην ενήλικη ζωή π.χ. μέσα από την επίδραση που έχει στην ανάπτυξη των ολιγοδενδροκυττάρων (Artemiadis et al. 2011· Nielsen, V Pedersen, Stenager, Koch-Henriksen & Frisch, 2014). Σε σχέση με συγκεκριμένα γεγονότα, φαίνεται ότι το διαζύγιο κατά την παιδική ηλικία και η αιφνίδια απώλεια παιδιού στη μετέπειτα αποτελούν ήπιους παράγοντες κινδύνου καίτοι η επίδρασή του είναι μάλλον αθροιστική παρά συνδεόμενη με κάποια συγκεκριμένου χαρακτήρα γεγονότα ενώ μεγαλύτερη σημασία φαίνεται να έχει ο τρόπος που αντιμετωπίστηκε και όχι το τραυματικό γεγονός

(Briones-Buixassa et al. 2019· Burns et al. 2014· Nielsen et al. 2014· Lovera & Reza, 2013· Mitsonis et al. 2008).

Θα πρέπει παρόλα αυτά να λαμβάνεται υπόψιν ότι η επίδραση του στρες και η διαχείριση που αυτό υπόκειται είναι μια εξαιρετικά δυναμική αλλά και διαφορετική για το κάθε άτομο διεργασία (Senders et al. 2014b). Δεδομένης μάλιστα της πολυπλοκότητας της επίδρασης του στρες στην ΣΚΠ, πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν παράγοντες, όπως η προσωπικότητα, πρώιμες εμπειρίες, βιολογικοί δείκτες, δημογραφικά χαρακτηριστικά κ.ά. καθώς φαίνονται να επηρεάζουν περισσότερο την υποκειμενική δυσφορία και το στρες συγκριτικά με τη βαρύτητα της πάθησης (Ayache & Chalah, 2018· Briones-Buixassa et al. 2019· Chalk, 2007· Lovera & Reza, 2013). Παθητικές στρατηγικές κατίσχυσης επί του στρες, πεσιμισμός και τάση υπερβολής της αναπηρίας, επιφέρουν σημαντική αύξηση της κόπωσης και της κοινωνικής δυσλειτουργίας (Artemiadis et al. 2012· Briones-Buixassa et al. 2019· Dennison et al. 2009· Jean et al. 1999· Klevan et al. 2013· Lovera & Reza, 2013· Madan & Pakenham, 2014· Mullins et al. 2001· Skerrett & Moss-Morris, 2006). Το στρες και η δυσλειτουργική διαχείρισή του συνδέονται με υψηλότερη κατάθλιψη και πιθανό αιτιακό ρόλο σε αυτή μεταξύ άλλων με την απώλεια λειτουργικότητας σε κοινωνικό επίπεδο να παίζει διαμεσολαβητικό ρόλο (Beeney & Arnett, 2008· Briones-Buixassa et al. 2019· Gay et al. 2010· Kirchner & Lara, 2011· Maier et al. 2015). Η κατάθλιψη από την άλλη, σε συνδυασμό με μη παραγωγικές στρατηγικές κατίσχυσης και ελλιπή κοινωνική στήριξη και λειτουργικότητα ευοδώνει την αρνητική του επίδραση επί των υποτροπών (Dennison et al. 2009· Mohr, 2007).

Αντίθετα, φαίνεται ότι το θετικό συναίσθημα, όπως πιθανώς προκύπτει από μια λειτουργική ρύθμισή του, ενεργητικές στρατηγικές κατίσχυσης επί του στρες αλλά και η ικανότητα επίγνωσης, αναστοχασμού και αυτοπαρατήρησης δύναται όχι

μόνο να μειώσουν την αρνητική επίδραση του στρες αλλά και να λειτουργήσουν γενικότερα προστατευτικά για τους ασθενείς (Artemiadis et al. 2012· Burns et al. 2014· Madan & Pakenham, 2014· Senders et al. 2014a· Simpson, Booth, Lawrence et al. 2014)

Το ενδιαφέρον που σημειώνεται σήμερα από έρευνες σε σχέση με το στρες και την επίδρασή του στην παθοφυσιολογία της ΣΚΠ υπογραμμίζει τη σημασία του εν λόγω παράγοντα στην πρόληψη και τη θεραπεία καθώς άλλωστε προτείνεται η αποτίμησή του να γίνεται συστηματικά από τους κλινικούς, να λαμβάνεται υπόψιν στο θεραπευτικό πλάνο και να εφαρμόζονται παρεμβάσεις σε σχέση με αυτό (Artemiadis et al. 2011, 2012· Briones-Buixassa et al. 2019· Karagkouni et al. 2013· Senders, Sando, Wahbeh et al. 2014). Πράγματι, καίτοι πρόκειται για ένα νέο ερευνητικό πεδίο, φαίνεται ότι ψυχολογικές και ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις για τη μείωση και την εν γένει διαχείριση του στρες σε ασθενείς με ΣΚΠ επιφέρει βελτίωση της ποιότητας ζωής και μείωση της εμφάνισης νέων εστιών (Artemiadis et al. 2012· Karagkouni et al. 2013· Lovera & Reza, 2013· Reynard, Burlison-Sullivan & Rae-Grand, 2014· Senders et al. 2014b). Προτείνεται δε και η χορήγηση συμπτωματικής φαρμακευτικής αγωγής όταν κρίνεται αναγκαίο (Karagkouni et al. 2013).

#### *1.1.4 Άλλοι τομείς ψυχοπαθολογίας*

Πολλές ακόμα διαταραχές αναφέρονται συννοσηρά με τη ΣΚΠ, αν και δεν έχουν μελετηθεί στην ίδια έκταση. Άλλωστε, επισημαίνεται ότι χρήζει προσοχής το γεγονός ότι υπάρχουν αρκετά συμπτώματα και δυσκολίες που δεν διαγιγνώσκονται και δη όταν δεν εμπίπτουν στις διαγνώσεις του άξονα I των διαγνωστικών κριτηρίων



(Rosti-Otajärvri & Hämmäläinen, 2012· Murphy et al. 2017). Γενικότερα οι πιο συνήθεις αναφορές αφορούν σε ψυχώσεις, διαταραχές συμπεριφοράς και προσωπικότητας, σωματόμορφες διαταραχές με προεξάρχουσα υστερική συμπτωματολογία απουσία φυσικής αναπηρίας καθώς και οξέα συγγυτικά επεισόδια (ντελίριο) (Bruce & Lynch, 2011· Murphy et al. 2017· Paparigopoulos et al. 2010· Pomplili et al. 2012· Sá, 2008).

Όσον αφορά στις ψυχώσεις, η εμφάνισή τους δε θεωρείται σπάνια ενώ η συχνότητά τους υπολογίζεται να κυμαίνεται από 2 έως 4,6% (Harem et al. 2007· Murphy et al. 2017· Paparigopoulos et al. 2010· Pomplili et al. 2012). Ενδεικτικά, αναφέρεται *έκλυση ψυχωτικών επεισοδίων* χωρίς όμως εμφάνιση καθαυτό σχιζοφρένειας, (Feinstein, du Boulay & Ron, 1993· Murphy et al. 2017). Σύμφωνα με ανασκόπηση των Paparigopoulos και συν. (2010), η πλέον συχνή μορφή που παίρνει η ψυχωτική παθολογία στους εν λόγω ασθενείς διαφοροποιείται από αυτή της σχιζοφρένειας βάσει της συχνότερης εμφάνισης σύνθετων παραληρημάτων, της σχετικά ανέπαφης συναισθηματικής ανταπόκρισης, της σπάνιας εμφάνισης αρνητικών συμπτωμάτων, της όψιμης έκλυσης, της καλλίτερης πρόγνωσης και ανταπόκρισης στην αγωγή καθώς και των σπανιότερων υποτροπών. Ως προς την αιτιολογία τους, υποστηρίζεται ότι συνδέονται με την παθοφυσιολογία της ΣΚΠ ή επίσης μπορεί να υπάρχουν κοινά αίτια, όπως μόλυνση από ιούς σε συγκεκριμένη κρίσιμη αναπτυξιακή περίοδο (Murphy et al. 2017· Paparigopoulos et al. 2010). Μολονότι λίγες μελέτες υπάρχουν σχετικά με τη βέλτιστη αγωγή προς χορήγηση, προτείνονται μικρές δόσεις άτυπων νευροληπτικών προς αποφυγή εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων (Murphy et al. 2017· Paparigopoulos et al. 2010).

Αναφορικά με τη *συμπεριφορά*, προιούσας της πάθησης παρουσιάζονται ενίοτε παρορμητικότητα, όπως έχει ήδη αναφερθεί προηγουμένως για κάποιες διαταραχές, επιθετικότητα, κατάχρηση εξαρτησιογόνων ουσιών και παθολογικά

αυξημένη σεξουαλική επιθυμία ή εμφάνιση κάποιας παραφιλίας στα πλαίσια υποτροπών (Bruce & Lynch, 2011· Frohman, Frohman & Moreault, 2002· Lopez-Meza, Corona-Vazquez, Ruano-Calderon & Ranirez-Bermudez, 2005· Sá, 2008). Η διάγνωση της διαταραχής προσαρμογής σε πρόσφατη ανασκόπηση αναφέρεται ως η συχνότερη διάγνωση διαταραχής συμπεριφοράς (Rosti-Otajärvi & Hämmäläinen, 2012). Η σεξουαλική επιθυμία ωστόσο είναι κατά κανόνα μειωμένη και μαζί με τις δυσκολίες στον ύπνο αποτελούν σημαντικούς επιβαρυντικούς παράγοντες (Demirkiran, Sarica, Uguz, Yerdelen & Aslan, 2006· Merlino et al. 2009). Οι αλλαγές στη συμπεριφορά των ασθενών με ΣΚΠ στα αρχικά στάδια της ασθένειας είναι σπάνιες αν δεν υπάρχει μεγάλη νευροψυχολογική επιβάρυνση (Lima, Simioni, Bruggimann et al. 2007).

Σχετικά με την παθολογία της *προσωπικότητας*, θεωρείται ότι δεν είναι σπάνια, είτε γίνεται λόγος για τα καθαυτά διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών προσωπικότητας είτε αφορούν σε άλλες διαταραχές (Bruce & Lynch, 2011). Έχουν αναφερθεί παρανοειδείς ιδεασμοί και τάση για μυθοπλασία (Sá, 2008) ενώ η συχνότητα εν γένει της εμφάνισης των διαταραχών προσωπικότητας υπολογίζεται περί το 3,2% (Harem et al. 2007). Πέραν των διαταραχών προσωπικότητας κατά DSM-IV, η ευερεθιστότητα, η αστάθεια και η απάθεια θεωρούνται παθογνωμικά της ΣΚΠ ένεκα της συχνότητάς τους, ανεξάρτητα από αναπηρία και διάρκεια της νόσου (Paparigopoulos et al. 2010). Υπάρχουν επίσης ευρήματα που υποστηρίζουν ότι η προέλαση της ασθένειας συνδέεται με αύξηση των χαρακτηριστικών της εσωστρέφειας και της προσήνειας (Benedict et al. 2008), η οποία προβλέπει περαιτέρω την εκφύλιση του νεοφλοιού. Ο νευρωτισμός φαίνεται να συνεισφέρει μεταξύ άλλων στην πρόβλεψη της επιβάρυνσης από την πάθηση (Taillefer et al. 2003). Η μελέτη της προσωπικότητας θα πρέπει να γίνεται με προσοχή καθώς οι

χρησιμοποιούμενες κλίμακες βάζονται ως προς την εγκυρότητά τους, στο μέτρο που ενδέχεται να εκτιμούν και την ίδια τη συμπτωματολογία της ΣΚΠ (Nelson, Elder, Tehrani & Groot, 2003). Άλλωστε η ίδιες οι επιπτώσεις της ΣΚΠ στον εγκέφαλο δεν είναι χωρίς σύνδεση με τις διαταραχές και τις διαφοροποιήσεις στην προσωπικότητα και δη όταν υπάρχουν εστίες και απομυελίνωση κυκλωμάτων του προμετωπιαίου λοβού και του λιμβικού συστήματος (Paparigopoulos et al. 2010).

Μολονότι δεν συνιστά απόλυτα μορφή ψυχοπαθολογίας καθώς πολλές ειδικότητες τη διεκδικούν ως αντικείμενο, αξίζει να γίνει μια αναφορά και στην *κόπωση*. Πρόκειται για μια από τις πλέον συχνές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με ΣΚΠ καθώς υπολογίζεται ότι παρουσιάζεται στο 53-95% (Maier et al. 2015). Θεωρείται από ορισμένους παθογνωμικό χαρακτηριστικό της ΣΚΠ αν και διαφοροποιείται σε πρωτογενή, αυτή που συνιστά καθαυτό σύμπτωμα της πάθησης και δευτερογενή, ήτοι αυτή που είναι αποκύημα άλλων παραγόντων ή προκύπτει συνδυαστικά (Bakalidou, Voumnourakis, Tsourti et al. 2014· Chalah et al. 2019· Μπακαλίδου, 2014). Το 40% των πασχόντων αναφέρει ότι αποτελεί την πιο σοβαρή επίπτωση της πάθησης ενώ φαίνεται ότι σχετίζεται με κατάθλιψη, άγχος, διαταραχές ύπνου, πόνο, αναιμία κ.ά. (Bakalidou et al. 2014· Chalah et al. 2019· Maier et al. 2015· Paparigopoulos et al. 2010). Η αιτιολογία της παραμένει άγνωστη και μάλλον μπορεί να αποδοθεί σε πολυπαραγοντικά αίτια (Bakalidou et al. 2014· Chalah et al. 2019· Maier et al. 2015· Paparigopoulos et al 2010). Η μελέτη της είναι δύσκολη καθώς η σημειολογία της επικαλύπτεται με άλλες δυσκολίες των ασθενών όπως την κατάθλιψη (Fenstein, 2007), ενώ υπάρχει αρκετός διάλογος σχετικά με τις μεθόδους που είναι βέλτιστο να μετριέται (Bakalidou et al. 2014· Μπακαλίδου, 2014).

## 2. Ψυχαναλυτική ψυχοσωματική

Η *ψυχοσωματική* αποτέλεσε εξαρχής αντικείμενο ενδιαφέροντος της ψυχανάλυσης με συνεχιζόμενες εξελίξεις και αναθεωρήσεις (Aisenstein, 2006· Χριστοπούλου, 2008). Εντασσόμενη στο ευρύτερο σώμα της ψυχανάλυσης, μελετά φαινόμενα συμπεριφοράς και σωματοποιήσεων σχετικά με ελλείμματα και ανεπάρκειες της ψυχικής λειτουργίας, ασυνείδητες συγκρούσεις και φαντασιώσεις με στόχο τη διατύπωση θεωρητικών πορισμάτων και τη διαμόρφωση παρεμβάσεων (Fine, 2005a· Fischbein, 2011· Μπόμπος, 2007· Press, 2016). Κεντρικό σημείο της ψυχαναλυτικής ψυχοσωματικής είναι ότι εστιάζει στο υποκείμενο και τις ψυχικές του διεργασίες καθώς και στο πώς αυτές σχετίζονται με τις σωματικές καταστάσεις και εν γένει τις δυσκολίες με τις οποίες είναι αντιμέτωπο, τον τρόπο με τον οποίο το υποκείμενο επιβιώνει της οδύνης και όχι με την αρρώστια καθαυτή ως ιατρικό γεγονός (Chahraoui, Dieu & Moreau, 2015· Green, 2010· Μαλίχιν & Κανελλοπούλου, 2009· Smadja, 2011)

Αν και ο Freud δεν ασχολήθηκε άμεσα με το θέμα αυτό (Fine, 2005a· Smadja, 2001/2009, 2010· Zepf, 2014), δεν απέκλειε τη συμβολή της ψυχανάλυσης στη θεραπεία σωματικών παθήσεων καθώς οι κλινικές του παρατηρήσεις έδειχναν ότι ψυχολογικοί παράγοντες δύνανται να επηρεάζουν τη γένεση ή τη συντήρησή τους και γενικότερα ότι ψυχισμός και σώμα δεν είναι ασύνδετα, υπάρχει μια κυκλική σχέση καθώς η *σωματική ενδοτικότητα* επιτρέπει ο οργανισμός να επηρεάζεται από το ψυχολογικό αλλά και να το επηρεάζει απαιτώντας από αυτό να επενδύσει τη σωματική πάθηση (Freud, 1905, 1915, 1917, 1920, 1923a). Κατά το Smadja (2011), οι παρατηρήσεις του Freud σε σχέση με τη ναρκισσιστική παλινδρόμηση μετά την εμφάνιση κάποιας σωματικής πάθησης, η οποία συχνά ακολουθείται από εξαφάνιση νευρωτικών συμπτωμάτων, η σημασία της μαζοχιστικής οργάνωσης του ατόμου στην

ψυχική διαχείριση μιας σωματικής ασθένειας αλλά και η θέση κατά την οποία η χρόνια αποσύνδεση των ενορμήσεων ζωής και θανάτου δύνανται να οδηγήσουν σε σωματικές ασθένειες, αποτέλεσαν σημαντικά σημεία αναφοράς για την εξέλιξη της σύγχρονης ψυχοσωματικής.

Η δε θεωρία του Freud για τις *ενεστώσες νευρώσεις* επίσης επηρέασε ιδιαίτερα την ψυχοσωματική (Bronstein, 2011· Hartocollis, 2002), καθώς άλλωστε ο ίδιος είχε επισημάνει ότι το μοντέλο της υστερίας μάλλον δεν είναι κατάλληλο για την ερμηνεία των οργανικών παθήσεων (Freud, 1905). Σε αυτές κατέτασσε περιπτώσεις όπως κρίσεις άγχους και ανεξήγητες σωματικές αιτιάσεις, π.χ. το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης<sup>1</sup> (Freud, 1894, 1895a, 1895b, 1898· Smadja, 2005). Θεωρήθηκαν διαταραχές της βιοχημείας και της λειτουργίας των οργανικών συστημάτων και συνεπώς του τομέα της παραδοσιακής ιατρικής καθώς ο οργανισμός συνιστά για το ψυχικό όργανο ένα μη-εγώ. Οι *ενεστώσες νευρώσεις*, εν αντιθέσει με τις *ψυχονευρώσεις*, όπως η υστερία, σχετίζονταν με τρέχουσες καταστάσεις και παράγοντες, όχι με απωθημένες συγκρούσεις και έτσι δεν είχαν συμβολικό νόημα (Freud, 1912).

Εν συνεχεία αναπτύχθηκαν ποικίλες θεωρίες. Ενδεικτικά υποστηρίχθηκε ότι οι σωματοποιήσεις σχετίζονται με παλινδρομήσεις και καθηλώσεις σε πρώιμες φάσεις ανάπτυξης, πριν την κατάκτηση της γλώσσας, όπου επικρατούν έντονες συγκινήσεις<sup>2</sup> και το εγώ δεν έχει αναπτυχθεί, αιτιολογώντας έτσι την απουσία συμβολισμού (Bronstein, 2011· Glover, 1939· McAlpine, 1952· Taylor, 1987/1999·

<sup>1</sup> Το σύνδρομο χρόνιας κόπωσης ονομαζόταν τότε *νευρασθένεια* (Hartocollis, 2002).

<sup>2</sup> *Συγκινήσεις* (emotions) είναι τα βιολογικά φαινόμενα, όπως προκύπτουν από τις αντιδράσεις του αυτόματου νευρικού συστήματος, αντανακλαστικές αντιδράσεις κ.λπ. Με την ωρίμανση δύνανται να τίθενται υπό γνωστική επεξεργασία, να συμβολοποιούνται, και να βιώνονται υποκειμενικά βάσει του νοήματος που τους αποδίδεται ως *συναίσθημα* (affects) (Taylor, 1992).

Schur, 1955). Ορισμένοι θεωρητικοί συμφωνώντας με τη απουσία συμβολισμού στη σωματική ασθένεια, ανέπτυξαν κάποιες τυπολογίες ψυχοσωματικής προσωπικότητας. Ο Alexander (1950) υποστήριξε ότι συγκεκριμένες ασυνείδητες συγκρούσεις συνδέονται με κάθε μία από τις 7 κλασσικές ψυχοσωματικές παθήσεις<sup>3</sup> ενώ η Dunbar (1943, 1947), ότι ορισμένες παθήσεις συνδέονται με συγκεκριμένα προφίλ προσωπικότητας. Άλλοι θεωρητικοί υποστήριξαν ότι οι ψυχοσωματικές παθήσεις έχουν συμβολικό νόημα και δομούνται ως διαταραχές με τρόπο ανάλογο της νεύρωσης και της ψύχωσης (Groddeck, 1925/1977, 1926/1976· Valabrega, 1964).

Οι πρώτες αυτές απόψεις, χωρίς να παραγνωρίζεται η συνεισφορά τους, δέχτηκαν κριτική. Υποστηρίζεται ότι είχαν περιορισμένη ερμηνευτική αξία, γενικευσιμότητα και θεραπευτικά αποτελέσματα, κάτι που οδήγησε σε μείωση του ενδιαφέροντος σχετικά με τη συνεισφορά της ψυχανάλυσης στην ψυχοσωματική (Καραδήμας, 2005· Taylor, 1987/1999, 1992, 2010). Σύμφωνα με νεότερους ψυχαναλυτές, ήταν διστακτικές, γραμμικές και υπέρ της ψυχογένεσης, χωρίς να ενσωματώνουν νεότερα επιστημονικά δεδομένα (Deutsch, 1980· Fenichel 1945· Fine, 2005a· Smadja, 2001/2009· Taylor, 1992). Ορισμένοι μάλιστα εφάρμοζαν αδιακρίτως το μοντέλο της ασυνείδητης σύγκρουσης των ψυχονευρώσεων, εκλαμβάνοντας συχνά ως αιτία το νόημα που δευτερογενώς αποδιδόταν από τον ασθενή ή τον αναλυτή στην ασθένεια (Fischbein, 2011· Smadja, 2001/2009· Taylor, 2010· Zepf, 2014).

Η σύγχρονη ψυχαναλυτική ψυχοσωματική εκλαμβάνει νου και σώμα ως μία ενότητα, κάτι που, βέβαια, είναι ακόμα σε επερώτηση αν επιτυγχάνεται καθώς σημείο αναφοράς της δυτικής σκέψης είναι η καρτεσιανή οπτική, η οποία είναι *suis generis* διστακτική (Kalinich, 2010· Press, 2016· Smadja, 2011). Μολαταύτα, θεωρείται ότι όλα

---

<sup>3</sup> Δηλαδή το πεπτικό έλκος, το βρογχικό άσθμα, την ιδιοπαθή υπέρταση, τον τοξικοθυρεοειδισμό, την ελκώδη κολίτιδα, τη ρευματοειδή αρθρίτιδα και τη νευροδερματίτιδα (Χριστοπούλου, 2008).

τα ψυχολογικά και βιολογικά φαινόμενα λαμβάνουν χώρα στο σώμα, από όπου εκκινεί και η ίδια η δόμηση του ψυχικού οργάνου (Aisenstein, 2006· Ikkos, 2000) καθώς, σύμφωνα με τον Freud (1923b), «*το εγώ είναι πρωτίστως ένα σωματικό εγώ*» (σελ. 26). Παρόλα αυτά επισημαίνεται ότι το σώμα<sup>4</sup> στο οποίο αναφέρεται η ψυχανάλυση δεν είναι το ίδιο σώμα με το οποίο καταπιάνεται η ιατρική (Bronstein, 2011· Green, 2010· Zepf, 2014). Ενώ η ιατρική ασχολείται με το σώμα ως οργανισμό, στην ψυχανάλυση, το σώμα είναι το λιβιδινικό σώμα, ο τόπος αναπαράστασης, συμβολοποίησης, συγκρούσεων, ενορμητικών κινήσεων και φαντασίωσης καίτοι το υποκείμενο δε διακρίνει μεταξύ ψυχικής και σωματικής οδύνης με συνέπεια να τις αντιμετωπίζει με τα ίδια μέσα (Green, 2010· Κανελλοπούλου, 2000· Malichin, 2010· Μαλίχιν & Κανελλοπούλου, 2009· Pappoport de Aisemberg, 2010).

Επί της ουσίας δε γίνεται πλέον λόγος για ψυχοσωματικές αρρώστιες αλλά στο πώς η ψυχική λειτουργία συμμετέχει στην αρρώστια και την ίαση (Malichin, 2010· Pappoport de Aisemberg, 2010· Stora, 2007· Zepf, 2014). Οι αιτιολογία των όποιων προβλημάτων είναι πάντα πολυπαραγοντική ενώ συχνά συνυπολογίζονται δεδομένα από πεδία όπως οι νευροεπιστήμες και η ενδοκρινολογία (Bronstein, 2011· Deutsch, 1980· Fischbein, 2011· Stora, 2007· Taylor, 1992, 2010· Zepf, 2014) αλλά τονίζεται και η συμβολή του κοινωνικού πλαισίου μέσα στο οποίο συγκροτείται και ζει το υποκείμενο (Kalinich, 2010· Knoblauch, 2005 Malichin, 2010· Μαλίχιν & Κανελλοπούλου, 2009· Stora, 2007· Zepf, 2014). Στο επίκεντρο τίθεται συχνά η συνεισφορά των διαταραχών ή ελλειμμάτων στις ψυχονοητικές διεργασίες, σε μια γενικευμένη ευαλωτότητα σε διάφορους κινδύνους, μεταξύ άλλων και της σωματικής

---

<sup>4</sup> Σημειώνεται ότι στην αγγλοσαξονική βιβλιογραφία υφίσταται διάκριση μεταξύ του *body*, δηλαδή του σώματος όπως αναπαρίσταται σε ψυχικό επίπεδο, και του *soma*, δηλαδή το σώμα στην καθαρά βιολογική του υπόσταση. Στην παρούσα εργασία, οι έννοιες αυτές θα αποδίδονται ως σώμα και οργανισμός αντίστοιχα.

ασθένειας αφού διαταράσσουν, για παράδειγμα, τη δυνατότητα κατίσχυσης επί του στρες και των νευροενδοκρινολογικών του επιπτώσεων (Bucci, 1997, 2000· Ikkos, 2000· Kalinich, 2010· Knoblauch, 2005· Taylor, 1992).

Δεδομένου ότι όλες οι οργανώσεις του ψυχισμού μπορούν να νοσήσουν, δε γίνεται επίσης λόγος και για μια *ψυχοσωματική προσωπικότητα* αλλά για την ψυχική οικονομία και για δυναμικές επιβαρυντικές ή υποστηρικτικές διεργασίες (Aisemberg, 2004· McDougall, 1974· Pappoport de Aisemberg, 2010· Smadja, 2001/2009).

Ενδιαφέρον εκφράζεται για τις μη-νευρωτικές οργανώσεις ή οργανώσεις με ελλιπή *ψυχικοποίηση*, οι οποίες φαίνονται να χαρακτηρίζουν ορισμένους σωματικούς ασθενείς, καθώς το ψυχοσωματικό φαινόμενο δεν αποτελεί μια εκδοχή νεύρωσης και αφορά μάλλον σε μη-νευρωτικούς μηχανισμούς ή πλευρές λειτουργίας του υποκειμένου που ενίοτε προσιδιάζουν στην ψύχωση με τη διαφορά ότι το σώμα είναι αυτό που αποδιοργανώνεται (Fain, 1997, 2006· Fine, 2005b· Fischbein, 2011· Gabbard, 1990/2006· Green, 1972/2002, 1975, 2005, 2010· Malichin, 2010· Μαλίχιν & Κανελλοπούλου, 2009· Marty, 1991· McDougall, 1996/2002· Pappoport de Aisemberg, 2010· Smadja, 2001/2009· Tibon, Weinberger & Mihura, 2005). Οι θέσεις αυτές έχουν πλέον οδηγήσει σε τροποποιήσεις στη θεραπευτική τεχνική σε σχέση με αυτή της θεραπείας των νευρώσεων (Aisenstein & Smadja, 2006· Fischbein, 2011· Krystal, 1988· Malichin, 2010· McDougall, 1991· Μπόμπος, 2007· Parat, 2006· Pappoport de Aisemberg, 2010· Taylor, 1992, 2010· Taylor & Bagby, 2013).

Συνεπώς, συνοψίζοντας, η σύγχρονη ψυχαναλυτική ψυχοσωματική αποτελεί μια ομπρέλα θεωριών με ποικίλες συγκλίσεις και αποκλίσεις. Γενικότερα, υπάρχει συμφωνία στο ότι στις ψυχοσωματικές καταστάσεις δεν υπάρχει συμβολικό νόημα, καίτοι οι ίδιες νοηματοδοτούν το βίωμα του υποκειμένου, υπάρχει μια αποσύνδεση ψυχονοητικών διεργασιών από αυτές του σώματος με αποτέλεσμα το σώμα να



παραμένει έμπλεο των μη επεξεργασμένων διεγέρσεων, υφίσταται μια στροφή σε έναν μάλλον μονήρη προσανατολισμό στην πραγματικότητα με μικρή αναφορά στη φαντασιακή ενδοψυχική πραγματικότητα καθώς και μια δυσλειτουργία ή αποτυχία της συμβολικής λειτουργίας<sup>5</sup> (Fischbein, 2011· Μαλίχιν & Κανελλοπούλου, 2009· Lombardi, 2018· Taylor & Bagby, 2013· Tibon et al. 2005· Zepf, 2014). Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στο συναίσθημα, ως παράγοντα ο οποίος, μαζί με την ενόρμηση, συνδέει νου και σώμα και τη διαχείρισή του, τις επιπτώσεις της σωματικής πάθησης στο ναρκισσισμό και την αδυναμία να επιτελεστεί η διεργασία του πένθους ένεκα της ένδειας ενδοψυχικής δραστηριότητας και της εξάρτησης από το αντικείμενο (Bonovitz, 2010· Fischbein, 2011· Lombardi, 2018· Rappoport de Aisemberg, 2010· Smadja, 2010). Προϊόντος του χρόνου, υπάρχει επίσης μια τάση να δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στις σχεσιακές, διαπροσωπικές και δι-υποκειμενικές διαστάσεις της συγκρότησης του υποκειμένου, της συμβολοποίησης και των ρυθμιστικών διεργασιών του ψυχισμού (Bonovitz, 2010· Boschan, 2007). Ωστόσο οι προσεγγίσεις της ψυχοσωματικής διαφοροποιούνται και κατά συνέπεια δύνανται να ομαδοποιηθούν αδρά ως θεωρίες ελλείμματος ή θεωρίες σύγκρουσης και φαντασίωσης (Bronstein, 2011). Αναλυτικότερα, οι ψυχοσωματικές θεωρίες διακρίνονται ως προς την έμφαση που δίνουν σε διαφορετικές πλευρές του έργου του Freud, στη σαφή διάκριση μεταξύ οργανισμού και σώματος, τη θέση του κατά πόσο μπορούν να συνυπάρχουν ή όχι νευρωτικές και μη-νευρωτικές διεργασίες στο ίδιο

---

<sup>5</sup> Οι όροι συμβολική λειτουργία, συμβολοποίηση και ψυχικοποίηση, όπως θα αναπτυχθεί στη συνέχεια, είναι εξαιρετικά συναφείς έννοιες που αφορούν επί της ουσίας τις ίδιες ψυχικές λειτουργίες, με τις όποιες θεωρητικές συγκλίσεις ή αποκλείσεις (Taylor & Bagby, 2013). Ως επί το πλείστον στην παρούσα εργασία χρησιμοποιούνται ισοδύναμα πλην των περιπτώσεων που γίνεται αναφορά σε κάποια συγκεκριμένη θεωρία. Οι έννοιες αυτές δεν ταυτίζονται με το *σύμβολο* και το *συμβολισμό* που αφορούν την εκπροσώπηση ασυνείδητων συνδέσεων μειζόνων για το άτομο θεμάτων, συγκρούσεων κ.λπ. Η συμβολοποίηση μπορεί να καταλήγει στη διαμόρφωση συμβόλων. Σχετική είναι η αφαιρετική σκέψη του Piaget (1947/2003) και η θεωρία του Vygotsky (1987) για το ρόλο της γλώσσας στη διαμόρφωση της σκέψης.

υποκείμενο, την προσέγγιση και θεωρητικοποίηση της πρώιμης ανάπτυξης, στο κατά πόσο υπάρχει ή όχι νόημα (φαντασιακό παρά συμβολικό) στο σύμπτωμα, τον ρόλο της φαντασίωσης και της ενόρμησης (Bronstein, 2010, 2011· Rappoport de Aisemberg, 2010). Αξίζει να σημειωθεί ότι σε μεγάλο βαθμό οι διαφοροποιήσεις αυτές δεν είναι απόλυτες καθώς συχνά οι εν λόγω προσεγγίσεις δεν είναι αμοιβαίως αποκλειόμενες τόσο στο ίδιο άτομο όσο και μεταξύ διαφορετικών ατόμων (McDougall, 1996/2001· Rappoport de Aisemberg, 2010· Taylor & Bagby, 2013). Ίσως μπορεί να υποστηριχθεί ότι κάθε θεωρία δίνει μεγαλύτερη έμφαση σε διαφορετικές λειτουργίες και φαινόμενα.

### *2.1 Αλεξιθυμία*

Η *αλεξιθυμία* είναι μια ψυχική λειτουργία, ένα χαρακτηριστικό προσωπικότητας το οποίο συνίσταται σε δυσκολία του ατόμου να έχει επίγνωση των συναισθημάτων του, τα οποία βιώνονται ως αδιαφοροποίητες σωματικές αισθήσεις, καθώς επίσης και σε δυσκολία περιγραφής τους (Taylor & Bagby, 2013). Επίσης παρουσιάζεται περιορισμένη φαντασιωσική και ονειρική δραστηριότητα η οποία τείνει να έχει ψυχικά πρωτόγονο περιεχόμενο (π.χ. έντονη βία, απουσία συμβολοποίησης κ.α.), τάση η εμπειρία και η νοηματοδότησή της να εξαρτώνται από εξωτερικά και μόνο δεδομένα, τάση για υπερβολική κοινωνική συμμόρφωση, καθώς και για έκφραση ή και εκφόρτιση των ψυχικών εντάσεων μέσω περασμάτων στην πράξη (de Berardis, Conti, Iaselovi et al 2014· Χριστοπούλου, 2008).

Ο ρόλος των συναισθημάτων και της φαντασίας τίθεται στο επίκεντρο καθώς η σημασία τους για την επιβίωση, την προσαρμογή, την υγεία, τη νοηματοδότηση της εμπειρίας και την ανάπτυξη της σκέψης, έχει ποικιλοτρόπως τονιστεί, και όπως

προκύπτει, σε αλεξιθυμικές καταστάσεις παρατηρείται απορρύθμισή τους ή αδυναμία να υποβληθούν σε επεξεργασία μέσα από τη γλώσσα και το λόγο (Damasio, 2003· de Berardis et al 2014· DiMatteo & Martin, 2006· Chahraoui et al 2015· Goerlich,-Dobre, Votinov, Habel et al 2015· Hinshelwood, 2005· Knoblauch, 2005· Kubo & Chida, 2006· Lombardi, 2018· Porcelli & Mihura, 2010· Samur, Tops, Schlinkert et al 2013· Smadja, 2010· Stora, 2007· Taylor, 1987/1999· Taylor & Bagby, 2013).

Ο όρος αλεξιθυμία<sup>6</sup> δημιουργήθηκε από τους Nemiah και Sifneos (1970) για να περιγράψουν ορισμένους ασθενείς με χρόνια σωματικά νοσήματα, που παρουσίαζαν πτώχυνση ή αναστολή της συναισθηματικής και φαντασιωσικής τους ζωής και δεν επωφελούνταν από την κλασική τεχνική της ψυχανάλυσης. Εντούτοις η έννοια αυτή συνιστά κλινική περιγραφή συχνά ανεξάρτητων αλλά συγκλινόντων ευρημάτων σχετικά με διάφορες σωματικές και ψυχολογικές διαταραχές (Fischbein, 2011· Lesser, 1981), με γενική συμφωνία ότι δε συνιστά ούτε επαρκή ούτε αναγκαία συνθήκη νόσησης. Σχετικές περιγραφές του φαινομένου, αν και με άλλο όνομα, όπως η *νηπιακή προσωπικότητα* του Ruesch (1948), είχαν γίνει εξάλλου αρκετά νωρίτερα.

Η αλεξιθυμία εκτιμάται ότι εντοπίζεται σε επιλήψιμα επίπεδα στο 10% περίπου του γενικού πληθυσμού (Goerlich-Dobre et al 2015) και έχει συνδεθεί με ένα μεγάλο αριθμό προβλημάτων (Taylor, 2004). Μεταξύ αυτών συγκαταλέγονται οι διαταραχές πρόσληψης τροφής, ο εθισμός και η κατάχρηση ουσιών, η διαταραχή μετατραυματικού στρες, η υποχονδρία, το άγχος, η κατάθλιψη, οι σωματόμορφες διαταραχές, η επιθετικότητα, τα περάσματα στην πράξη και οι συναφείς καταστάσεις, οι διαπροσωπικές δυσκολίες και διαταραχές προσωπικότητας, ο αυτισμός, το

---

<sup>6</sup> Η ετυμολογία της λέξης, όπως δόθηκε από τον Sifneos είναι μάλλον ατυχής βάσει της ελληνικής γραμματικής και συνίσταται στο στερητικό «α-», «λέξις» και «θυμός», δηλαδή συναίσθημα με την αρχαία ελληνική σημασία.

σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, η διαταραχή χρόνιου πόνου, η ινομυαλγία, οι επιληπτικές κρίσεις, οι καρδιαγγειακές, γαστρεντερολογικές, νευροεκφυλιστικές και οι 7 κλασσικές ψυχοσωματικές παθήσεις και εν γένει η έκπτωση του συνόλου της ποιότητας ζωής (Bodini, Mandarelli, Tomassini et al. 2007· Bewley, Murphy, Mallows & Baker, 2005· Celikel, Kose, Erkorkmaz et al. in press· Chalah et al. 2019· Conrad, Wegener, Imbierowicz et al. 2009· Costa, Peppe, Carlesimo et al. 2007· De Berardiset al. 2014· De Gucht & Heiser, 2002· De Rick & Vanheule, 2007· Dorard, Berthoz, Haviland et al. 2008· Elfhag & Lundh, 2007· Frewen, Dozois, Neufeld & Lanius, 2008· Friedberg & Quick, 2007· Gill, Ridout, Kessler et al. 2009· Huber, Suman, Biasi & Carli, 2009· Humphreys, Wood & Parker, 2009· Liss, Mailloux & Erchull, 2008· Lumley, Asselin & Norman, 1997· Lumley, Ovies, Stettner, Wehmer & Lakey, 1996· Mattila, Amuli, Saarni et al. 2009· O'Connor & Ashley, 2008· Parker, Bagby & Taylor, 1989· Pedrosa, Weigl, Wessels et al. 2008· Peters & Lumpley, 2007· Porcelli, Leoci, Guerra et al. 1996· Prkachin, Casey & Prkachin, 2009· Schmidt, Jiwany & Treasure, 1999· Taylor, 2004· Taylor, Parker, Bagby & Acklin, 1992· Thorberg, Young, Sullivan & Lyvers, 2009· Todarello, Taylor, Parker & Fanelli, 1995· Webb & McMurrin, 2008· Wise & Mann, 1994· Zahradnick, Stewart, Marshall et al. 2009). Υπάρχουν πλέον αρκετά ερευνητικά ευρήματα που υποστηρίζουν ότι είναι τόσο ένα χαρακτηριστικό προσωπικότητας, ενδεχομένως με μια κάποια ενδοατομική διακύμανση, όσο και ένα καταστασιακό χαρακτηριστικό περισσότερο με μορφή άμυνας, προσαρμοστικής αντίδρασης στο στρες ή αποτέλεσμα τραύματος. Σε κάθε περίπτωση, δύναται να αλλάξει ή τουλάχιστον να αμβλυνθεί με ψυχοθεραπείες οι οποίες τη λαμβάνουν υπόψιν, όπως η ψυχοδυναμική, με συνακόλουθη βελτίωση των επιπτώσεών της (Bagby, Quilty, Taylor et al. 2009· Βασλαματζής, 2003· Chahraoui et al 2015· Cohen, Auld & Brooker, 1994· Conrad et

al. 2009· Moorman, Bermond & Albach, 2004· Parker, Keefer, Taylor & Bagby, 2008· Taylor & Bagby, 2013· Porcelli et al. 1996· Samur et al 2013· Sifneos, 1996· Stingl, Baunsch, Walter et al. 2008· Taylor, 1992, 2004).

Η αλεξιθυμία αποτελεί ένα μάλλον γενικό παράγοντα κινδύνου για ψυχικές και σωματικές παθήσεις, ο οποίος είναι ανεξάρτητος ως προς την προβλεπτική του ισχύ από άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες, και που επιδρά τόσο στη συμπεριφορά και στην αναπαράσταση της εμπειρίας, όσο και άμεσα σε βιολογικές διεργασίες (Chahraoui et al. 2015· Chalah & Ayache, 2017· Conrad et al. 2009· De Berardis et al. 2014· Hesse & Floyd, 2008· Taylor, 2004· Taylor & Bagby, 2013· Leising, Grande & Faber, 2009· Lumley, Tomakowsky & Torosian, 1997· Samur et al 2013· Thorberg et al., 2009· Zoccali, Muscatello, Bruno et al. 2007). Στις βιολογικές αυτές διεργασίες συγκεταλέγονται η ενεργοποίηση του αυτόνομου ΚΝΣ, η υπερδραστηριότητα του δεξιού ημισφαιρίου, η μικρότερη ενεργοποίηση του μέσου προμετωπιαίου φλοιού, ο μικρότερος όγκος φαιάς ουσίας και μέσης κροταφικής έλικας, οι μικρότερες συστάδες σε πρόσθιο εγκέφαλο, προμετωπιαίο φλοιό και άνω κροταφική αύλακα, κυρίως στο αριστερό ημισφαίριο, γενικότερη απορρύθμιση του ανοσοποιητικού συστήματος (Aftanas & Varlamov, 2004· Chalah & Ayache, 2017· Costa et al. 2007· Bermond, Bieman, Cladder et al. 2010· Borsci, Boccardi, Rossi et al. 2009· Guilbaud, Corcos, Hjalmarsson et al. 2003· Moriguchi, Ohnishi, Lane et al. 2006· Porcelli & Mihura, 2010· Taylor, 2004· Taylor & Bagby, 2013). Σύμφωνα με τους De Berardis και συν (2014) καθώς και την ανασκόπηση των Chalah και Ayache (2017), απορρύθμιση στις κυττοκίνες, η αύξηση της κορτιζόλης και η υπερενεργοποίηση του άξονα HPA που επιφέρει η αλεξιθυμία καθιστούν το άτομο χρονίως ευπαθές στην επίδραση του στρες. Κατά συνέπεια, φαίνεται ότι είναι πιθανό να πρόκειται ακριβώς για έναν παράγοντα που διαμεσολαβεί μεταξύ αρνητικών επιρροών και οργανισμού.

Συνοπτικά, η επίδραση της αλεξιθυμίας επέρχεται μέσω της συμπεριφοράς (χρήση ουσιών, διατροφή κ.ά.), της ψυχοπαθολογίας (άγχος, σωματόμορφες διαταραχές κ.ά.), της μετατραυματικής παράλυσης του συναισθήματος, των νευρολογικών ενδοκρινικών και ανοσολογικών επιδράσεων της, της αίσθησης των σωματικών λειτουργιών που επιφέρει, και του κατά πόσο θα αναζητήσει κανείς βοήθεια και από πού (Chalah & Ayache, 2017· Porcelli & Mihura, 2010).

Από πλευράς ψυχοκοινωνικών παραγόντων, υποστηρίζεται ότι η αλεξιθυμία συνδέεται με πρώιμα τραύματα που οδηγούν σε δυσκολία αυτορρύθμισης, η οποία επιτυγχάνεται με εξάρτηση από το εξωτερικό περιβάλλον, καθώς και με παράγοντες όπως η συναισθηματική νοημοσύνη, η μειωμένη ενσυναίσθηση, δυσλειτουργική θεωρία του νου, χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως ο νευρωτισμός και η εσωστρέφεια, αλλά και με πρώιμους μηχανισμούς άμυνας, παραμένοντας ωστόσο ανεξάρτητος παράγων και όχι πτυχή των μεταβλητών αυτών (Chahraoui et al. 2015· De Panfilis, Salvatore, Marchesi et al. 2008· Fossati, Acquarini, Feeney et al. 2009· Gleichgerrecht, Tomashitis & Sinay, 2015· Lumley, Mader, Cramzow & Parineau, 1996· Parker, Taylor & Bagby, 1998· Parker, Taylor & Bagby, 2001· Pedrosa et al. 2008· Scheidt & Waller, 2004· Taylor et al. 1992· Taylor & Bagby, 2013· Zenasni & Lubart, 2009). Πλούσιο ερευνητικό έργο επίσης τη συνδέει με την προσκόλληση, συγκεκριμένα την ανασφαλή, και εν γένει με προβλήματα με τους φροντιστές κατά τη βρεφική, νηπιακή και παιδική ηλικία, βάλλοντας κατά συνέπεια την ψυχοποίηση και τη δυνατότητα ψυχικής εκπροσώπησης του εαυτού (Bucci, 2008· Chahraoui et al. 2015· Fonagy, Bateman & Luyten, 2012· Fonagy, Gergely & Target, 2004· Taylor & Bagby, 2013).

Η σύνθετη φύση της αλεξιθυμίας και ο μεγάλος αριθμός παραγόντων στους οποίους οφείλεται αλλά και τους οποίους αφορά, οδηγούν στο να προτείνεται ότι η

αποτίμησή της θα πρέπει να γίνεται πολυμεθοδολογικά, ήτοι κλινικά, ποιοτικά και ποσοτικά (Chahraoui et al. 2015·de Tychev, Garnier, Lighezzolo-Alnot et al. 2010· Porcelli & Mihura, 2010· Taylor & Bagby, 2013·). Αυτό άλλωστε υποστηρίζεται και από πλούσιο ερευνητικό υλικό, σύμφωνα με το οποίο, η αλεξιθυμία δεν είναι μια ομοιογενής οντότητα και συχνά οι διαφορετικές της διαστάσεις παρουσιάζουν άλλες συσχετίσεις και επιρροές καθώς εξάλλου συνδέονται και με διαφορετικές περιοχές του εγκεφάλου (Chalah & Ayache, 2017· Goerlich-Dobre et al. 2015).

### 2.1.1 Συμβολοποίηση

Η αλεξιθυμία είναι διαταραχή της συμβολοποίησης και της ρύθμισης του συναισθήματος (Boschan, 2007· Press, 2016· Taylor & Bagby, 2013), δηλαδή της ψυχονητικής διεργασίας μέσω της οποίας κάτι αναπαρίσταται για κάποιον με κομβική τη διαμεσολάβηση της γλώσσας<sup>7</sup> ως το κατεξοχήν ανθρώπινο συμβολικό σύστημα έκφρασης και επικοινωνίας (Cavell, 2007· Lacan, 1966/2006· Νικολαΐδης, 2005· Rose, 2007b), μέσω του οποίου το υποκείμενο εγγράφεται στο οιδιπόδειο και κατά συνέπεια στη συμβολική τάξη και εξανθρωπίζεται (Gibeault, 2005· Knoblauch, 2005· Lacan 1966/2006· Rose, 2007a). Προϋποθέτει την ύπαρξη τριών όρων, του σωματικού βιώματος, δεδομένου ότι κάθε αφηρημένη αναπαράσταση ξεκινά από αυτό (Jones, 1915), του νοήματός του και του υποκειμένου που κάνει τη σύνδεση αυτών των δύο, εκφράζοντάς την ενδεχομένως σε κάποιον (Cavell, 2007· Rose, 2007b· Segal, 1998). Πρόκειται για *αναπαράσταση*, καθώς το αναπαριστόν εκπροσωπεί και νοηματοδοτεί, δεν αντικαθιστά το αναπαριστώμενο (Rose, 2007c).

---

<sup>7</sup> Σημειώνεται ότι ως γλώσσα δεν εννοείται απλώς η ομιλία αλλά το ίδιο το σύστημα που προσφέρει μια δομή έκφρασης και τα σημαίνοντα μέσα από τα οποία αυτή επιτελείται, όπως αυτά υιοθετούνται από το υποκείμενο και απαιτούν από αυτό μια κάποια προσαρμογή.

Μολονότι ο Freud δεν ασχολήθηκε με τη συμβολοποίηση καθαυτή, οι θέσεις του για τη συγκρότηση της σκέψης και τις οικονομικές και ενορμητικές της διαστάσεις αποτέλεσαν βασικό σημείο από το οποίο προέκυψαν θεωρίες σε σχέση με τη συμβολοποίηση κυρίως αυτές των Γάλλων ψυχαναλυτών σε σχέση με την ψυχοποίηση (Bouchard & Lecours, 2008).

Σχετίζεται άμεσα με τη μεταφορά από την ανάγκη στην επιθυμία που επέρχεται από την αρχική νοηματοδότηση σωματικών αισθήσεων-αντιλήψεων και την μείωση των διεγέρσεων που προκαλούν αυτές (Νικολαΐδης, 1992) με την οικειοποίηση των σημαινόντων του Άλλου<sup>8</sup> (Knoblauch, 2005· Lacan, 1966/2006, 2005/2009, 2011/2015). Η αναπαράσταση αυτού του βιώματος σε ψυχικό επίπεδο προκύπτει μέσα από τη δόμηση του ενδιάμεσου μεταβατικού χώρου και χρόνου (Winnicott, 1945, 1951, 1971/1979) μεταξύ υποκειμένου και αντικειμένου, το οποίο εκλαμβάνεται βαθμιαίως ως ξεχωριστό υποκείμενο, διανοίγοντας έτσι το δρόμο για την εμπειρία του βιώματος, την διαπραγμάτευση της ετερότητας και τη συγκρότηση κοινωνικού δεσμού (Bouchard & Lecours, 2008· Lacan, 2011/2015· Ogden, 2004b). Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της καθυστέρησης της ικανοποίησης, της ματαίωσης και ως εκ τούτου της μερικής αποτυχίας της ψευδαισθητικής ικανοποίησης η οποία, όταν δεν είναι τραυματική, υποστηρίζει τη διάκριση του εντός και του εκτός, της φαντασίας και της πραγματικότητας (Bouchard & Lecours, 2008· Fonagy & Target, 2003· Fonagy et al 2004· Gibeault, 2005b· Green, 1975· Keinänen, 2001· Νικολαΐδης, 2005· Rose, 2007c· Slade, 1999). Το συμβολικό και η γλώσσα είναι ωστόσο ένα σύστημα που τροφοδοτεί την έλλειψη καθώς δε συγκροτείται εξολοκλήρου από το

---

<sup>8</sup> Η έννοια του Άλλου στοιχειωθήθηκε από το Lacan (2005/2009, 2011/2015· Nasio, 1992/2016) και έκτοτε χρησιμοποιείται από πολλούς αναλυτές. Δεν αφορά σε κάποιο πρόσωπο αλλά ένα πεδίο ετερότητας το οποίο φέρει φαντασιακά και συμβολικά το νόημα της εμπειρίας και τα στοιχεία (σημαίνοντα) με τα οποία αυτή νοηματοδοτείται. Ο Άλλος εκπροσωπείται βεβαίως από τους γονείς αλλά και από την κοινωνία κα



υποκείμενο και κατά συνέπεια πάντα αποτυγχάνει μερικώς να σημάνει το σύνολο του βιώματος οδηγώντας έτσι σε περαιτέρω συμβολοποίηση (Bouchard & Lecours, 2008· Boschan, 2007· Knoblauch, 2005· Lacan, 1973/1975, 1966/2006· Nasio, 1992/2016).

Από τις διατυπώσεις σε σχέση με τη συμβολοποίηση της Klein (1930, 1946) και άλλων αναλυτών της βρετανικής παράδοσης και μετά, η σχεσιακή ή και δι-υποκειμενική διάσταση στην ανάδυση της συμβολοποίησης θεωρήθηκε ιδιαίτερα σημαντική (Bonovitz, 2010· Bouchard & Lecours, 2008· Knoblauch, 2005). Το βίωμα της απουσίας και η απειλή της απώλειας του αντικειμένου, ως ενδοψυχική κατά βάση αναπαράσταση, οδηγεί στη συμβολοποίηση που συνιστά εν τέλει ένα μέσον κατίσχυσης επί της κατάθλιψης καθώς και ρύθμισης του εαυτού και των συναισθημάτων (Bouchard & Lecours, 2008· Fonagy & Target, 2003· Gibeault, 2005b· Taylor, 1987/1999). Εξέχουσα είναι η σημασία της λειτουργίας του προσυνειδητού<sup>9</sup> όπου η αναπαραστάσεις λέξεων συνδέονται με τις αναπαραστάσεις πραγμάτων επιτρέποντας τη συμβολοποίηση και τη διαλεκτικοποίησή τους (Bouchard & Lecours, 2008· Freud, 1915· Νικολαΐδης, 2005). Το υποκείμενο καθίσταται έτσι ικανό να μεταχειρίζεται ένα σύστημα ενδοπροσωπικών και διαπροσωπικών συναλλαγών ρυθμίζοντας τη ροή του νοήματος μεταξύ του ίδιου και του αντικειμένου, της εσωτερικής και της εξωτερικής πραγματικότητας, του παρελθόντος και του παρόντος, μορφοποιώντας το ασυνείδητο αλλά και διανοίγοντας το δρόμο για την έκφρασή του (Blum, 1978· Bouchard & Lecours, 2008· Bucci, 2008· Rose, 2007a, 2007b, 2007c· Imbasciatti, 2002· Taylor, 1987/1999· Green, 1975, 1990, 2010).

<sup>9</sup> Σύμφωνα με το Freud στο ασυνείδητο υπάρχουν οι αναπαραστάσεις πράγματος, δηλαδή οι βασικές οπτικές αισθητηριοκινητικές αναπαραστάσεις, και μπορούν να εκφραστούν στο προσυνειδητό-συνειδητό σύστημα μέσω της σύνδεσής τους με τις αναπαραστάσεις λέξεως που είναι κατά βάση ακουστικές. Η εργασία αυτή, που συνιστά σε μεγάλο βαθμό τη συμβολοποίηση, επιτελείται στο προσυνειδητό, το οποίο από μέρος του εξαρτάται από τη λειτουργία της απόθησης που εγκαθιδρύεται κατεξοχήν με το οιδιπόδειο (Νικολαΐδης, 2005· Laplanche & Pontalis, 1981/1986).

Η τοποθέτηση του υποκειμένου στη συμβολική τάξη και η λειτουργία της συμβολοποίησης, είναι κομβικής σημασίας προκειμένου ο οργανισμός να μετατραπεί σε σώμα μέσα από τη σχέση με το αντικείμενο και τον Άλλο (Boschan, 2007· Bucci, 2008· Lacan, 2005/2009· Levy, 2010) και ως εκ τούτου να περάσει στη σφαίρα της αναπαράστασης και συνεπώς της διαχείρισης και της συμπεριφορικής και ψυχικής του φροντίδας και του σχετίζεσθαι (Bucci, 2008· Fonagy et al 2012· Taylor & Bagby, 2013). Η διαταραχή της συμβολοποίησης ή η ανεπάρκεια της ψυχοποίησης, όπως φαίνονται στα πλαίσια μιας αλεξιθυμικής κατάστασης, καθιστούν το σώμα ξένο τόπο, ενδεχομένως για αμυντικούς λόγους, όπου οι διεγέρσεις, αδυνατώντας να μετατραπούν σε ενόρμηση, το βάλλουν ή και τείνει να απορροφά τη ένταση των φαντασιώσεων και της οδύνης που δεν μπορούν να αμβλυνθούν μέσα από το πέρασμά τους από τη συμβολική τάξη (Bouchard & Lecours, 2008· Knoblauch, 2005· Levy 2010· Rappoport de Aisemberg, 2010). Όπως είναι εμφανές, η λειτουργία της εμπειρέξης επί της ουσίας αποτελεί βασικό μηχανισμό μέσα από τον οποίο η συμβολοποίηση και η ρύθμιση του συναισθήματος λαμβάνει χώρα (Bion, 1962, 1967· Bouchard & Lecours, 2008· Green, 1975, 2010· Knoblauch, 2005· Ogden, 2004b· Press, 2016· Rappoport de Aisemberg, 2010).

Η αλεξιθυμία, με όποιο όνομα φέρει κατά περίπτωση, αποτελεί όπως προαναφέρθηκε, σημείο συμφωνίας στην εικόνα που τείνουν να παρουσιάζουν άτομα με σωματικές παθήσεις (Bouchard & Lecours, 2008). Παρά τις όποιες διαφοροποιήσεις, υπάρχει μάλλον μια σύγκλιση μεταξύ των ψυχαναλυτικών προσεγγίσεων ότι υπόβαθρό της αποτελούν πρώιμα και εν γένει κατακλυστικά ψυχικά τραύματα, που προκύπτουν από τον οργανισμό, το ασυνείδητο, το συνειδητό ή και την εξωτερική πραγματικότητα, και εξαιτίας των οποίων το συναίσθημα απορρυθμίζεται ενώ η επιβίωση από την ψυχική οδύνη γίνεται εις βάρος της

συμβολοποίησης, επιφέροντας κάποιο λειτουργικό έλλειμμα στην ψυχοποίηση με αποτέλεσμα να επικρατούν πρωτόγονες ψυχικά και χωρίς ευελιξία μορφές σκέψης (Bouchard & Lecours, 2008· Green, 2010). Η προσέγγιση της αλεξιθυμίας εντούτοις, βασίζεται στις εκάστοτε θεωρητικές καταβολές σχετικά με τη συμβολοποίηση, τη φαντασίωση και άλλες λειτουργίες του ψυχισμού.

### 2.1.2 Προσεγγίσεις ελλείμματος: η Ψυχοσωματική Σχολή των Παρισίων

Βασικοί εκπρόσωποι της προσέγγισης του ελλείμματος είναι οι ψυχαναλυτές που συναπαρτίζουν την Ψυχοσωματική Σχολή των Παρισίων (IPSO). Η εν λόγω σχολή εστιάζει περισσότερο στην οικονομική και δυναμική θεωρία του Freud για το ψυχικό όργανο, τις ψυχικές συνέχειες ή ασυνέχειες της ψυχικής λειτουργίας (Aisenstein, 2010· Bronstein, 2011· Χριστοπούλου, 2008) και στην επάρκεια του προσυνειδητού να επιτελέσει την αναπαραστατική λειτουργία και κατά συνέπεια την ψυχοποίηση (Bouchard & Lecours, 2008· Smadja, 2011). Η ποιότητα του προσυνειδητού συνίσταται στο βάθος, τη ρευστότητα και τη μονιμότητα όπως και την επικράτηση της αρχής της ευχαρίστησης έναντι του καταναγκασμού για επανάληψη (Smadja, 2011). Η επαρκής λειτουργία του προσυνειδητού και κατά συνέπεια της ψυχοποίησης, αποτελεί παράγοντα προστασίας από τραυματικά γεγονότα (Smadja, 2010). Η ανεπάρκειά του οδηγεί μεταξύ άλλων, όπως θα αναπτυχθεί στη συνέχεια, σε σωματικές παθήσεις οι οποίες δεν ενέχουν νόημα και συμβολική αξία και είναι αποτέλεσμα της επικράτησης της ενόρμησης του θανάτου, η οποία δρα όταν ο ψυχισμός αποτυγχάνει να λειτουργήσει υπό το κράτος της ενόρμησης της ζωής (Smadja, 2011· Taylor & Bagby, 2013).

Αναλυτικότερα, λίγο πριν τους Nemiah και Sifneos, ορισμένοι Γάλλοι ψυχαναλυτές παρατήρησαν σε ασθενείς με σωματικές παθήσεις ένα σύνολο ελλειμμάτων στη συμβολοποίηση που ταυτίζεται ουσιαστικά με την αλεξιθυμία και ονομάστηκε *χρηστική σκέψη* (Marty, de M'Uzan & David, 1963). Η χρηστική σκέψη θεωρήθηκε ότι συνιστά αποτέλεσμα της ανεπάρκειας της ψυχοποίησης και αποσκοπεί περισσότερο σε μια αυτοηρεμιστική λειτουργία μέσω της αποσύνδεσης από τη διέγερση που επιφέρουν οι ενορμήσεις και μη επιτρέποντας στο άτομο να αναπαραστήσει ψυχικές συγκρούσεις μέσω φαντασίωσης (Bronstein, 2011· Smadja, 2010, 2011). Η άλλη πλευρά αυτού του φαινομένου είναι η *θεμελιώδης κατάθλιψη* (Marty, 1966) που συνιστά μια μορφή κατάθλιψης με αρνητική συμπτωματολογία, όπου το συναίσθημα, αποσυνδεδεμένο από την αναπαράσταση, παύει να σηματοδοτεί το βίωμα (Smadja, 2001/2009, 2010). Δεν υπάρχουν ενοχές ή θλίψη αλλά επίπεδο συναίσθημα, διάχυτο στρες, κόπωση κ.α. (Smadja, 2011). Συχνά προηγούνται εκτεταμένες περιόδους έντονου άγχους που οδηγούν σε χρόνιο αίσθημα αβοηθησίας, το οποίο δεν επιτρέπει στο άγχος να κινητοποιεί το άτομο ενώπιον απειλητικών καταστάσεων (de M'Uzan, 2006· Marty, 1976· Smadja, 2010).

Αν τα δύο αυτά χαρακτηριστικά επικρατούν επί μακρόν, οδηγούν σε έναν τρόπο λειτουργίας που ονομάστηκε *χρηστική ζωή* (Marty, 1976) και χαρακτηρίζεται από επιφανειακές διαπροσωπικές σχέσεις, μονομερή προσανατολισμό ή και υποταγή στην εξωτερική πραγματικότητα και μηχανιστική ζωή χωρίς κινητοποίηση από επιθυμίες και φαντασιώσεις (Aisenstein, 2006· Marty, 1976· Μπόμπος, 2007). Η χρηστική ζωή συνδέεται με σωματικές παθήσεις, βίαιη συμπεριφορά, διαστροφές και χρήση ουσιών (de M'Uzan, 2006· Smadja, 2001/2009).

Η χρηστική παθολογία οφείλεται σε τραύματα από τους πρώτους μήνες της ζωής, περίοδος όπου η φυσιολογία του εγκεφάλου είναι υπό διαμόρφωση, με πιθανή

συμβολή και γενετικής επιβάρυνσης (de M'Uzan, 2006· Fain, 1971· Marty, 1968· Smadja, 2001/2009). Τα τραύματα αφορούν κατά βάση στη σχέση με το μητρικό αντικείμενο, το οποίο τείνει να ανταποκρίνεται μόνο στις σωματικές και όχι και στις συναισθηματικές ανάγκες του βρέφους, ένεκα δικών του συναισθηματικών δυσκολιών ή και βιώνει το συναίσθημα το παιδιού ως απειλή (Νικολαΐδης, 1992· Smadja, 2001/2009, 2010). Η έλλειψη συναισθηματικής επένδυσης και νοηματοδότησης της ικανοποίησης των σωματικών αναγκών παρακωλύει την ανάπτυξη του αναπαραστατικού ιστού (Aisenstein, 2010· Νικολαΐδης, 1992, 2005· Smadja, 2010). Η σε μεγάλο βαθμό ελλιπής ενδοψυχική αναπαράσταση των βασικών σχέσεων και του κόσμου οδηγεί σε προβληματικές διαπροσωπικές σχέσεις, ευαλωτότητα στην απώλεια καθώς και σε εξάρτηση από εξωτερικά ερεθίσματα (Aisenstein, 2006· Braunschweig, 2006· Sechaud, 2010· Smadja, 2001/2009). Στο πλαίσιο των οικογενειακών σχέσεων άλλωστε δεν υπάρχει η απαραίτητη δομή για να ευοδώσει την εγγραφή στο οιδιπόδειο, στη *συμβολική τάξη* κατά το Lacan<sup>10</sup> (de M'Uzan, 2006· Smadja, 2011), και τη δόμηση του υπερεγώ που θα σταματούσε τις κινήσεις αποδιοργάνωσης νοηματοδοτώντας τα τραύματα. Αντίθετα υπάρχει ένα αρχαϊκό *ιδεώδες του εγώ*, που συμβάλλει στη σχάση νου και σώματος, οπότε οι σωματικές αισθήσεις δεν μεταφράζονται σε ψυχολογικό βίωμα (Marty, 1968, 2006a, 2006b). Διαφαίνεται έτσι μια ανεπάρκεια του προσυνειδητού καθώς δεν εκφράζονται οι σωματικές και ψυχολογικές διεγέρσεις σε συμβολική άρα και διαχειρίσιμη σε επίπεδο σκέψης μορφή (Marty, 2006b· Νικολαΐδης, 2005). Μην μπορώντας να

---

<sup>10</sup>Κατά το Lacan (1966/2006, 2005/2009, 2011/2015), για να δομηθεί το άτομο ως υποκείμενο επιθυμίας και να υπάρξει εντός του κοινωνικού δεσμού που προσδίδει συνοχή στην κοινωνία και στις ανθρώπινες σχέσεις και όπου οι συνδιαλλαγές γίνονται σε συμβολικό επίπεδο, θα πρέπει να εγγραφεί στη *συμβολική τάξη* μέσω του περάσματος από το οιδιπόδειο. Αυτό επιτελείται από τη γονεϊκή λειτουργία δεδομένου ότι και οι γονείς έχουν περάσει από τη διαδικασία αυτή.

διαχειριστεί τραυματικές συνθήκες ψυχικά, το άτομο καταλήγει με μόνα μέσα εκφόρτισης αυτών τη συμπεριφορά και το σώμα (Μπόμπος, 2007).

Οι σωματοποιήσεις μπορούν να πάρουν τη μορφή μιας *σωματικής παλινδρόμησης*, ήτοι πρόσκαιρης αμυντικής αντίδρασης έναντι οξέος άγχους, στα πλαίσια της οποίας εμφανίζονται κάποια υποτροπιάζοντα, θεραπεύσιμα μάλλον, σωματικά προβλήματα (Marty, 1968). Αν όμως η χρηστική ζωή επιμείνει, παρά την προστατευτική της λειτουργία, αφήνει επί μακρόν ασυνείδητες και ανεξέλεγκτες τις σωματικές διεγέρσεις που συνεπάγονται οι ψυχικές εντάσεις οδηγώντας σε *προϊούσα αποδιοργάνωση* που συνδέεται με εκδήλωση χρόνιων και συχνά καταληκτικών παθήσεων (Marty, 1968). Η αποδιοργάνωση προκύπτει από την αποσύνδεση των ενορμήσεων ως αποτέλεσμα λειτουργίας μη-νευρωτικών οργανώσεων και τραυμάτων που επιφέρουν βαθιές ναρκισσιστικές πληγές, και απαντάται συχνά, μεταξύ άλλων και στις αυτο-άνοσες παθήσεις (Smadja, 2011). Ο Stora (2007) υποστηρίζει ότι οι θέσεις αυτές επικυρώνονται από ευρήματα σχετικά με την επίδραση του στρες και των συναισθημάτων στο αυτόνομο νευρικό και ενδοκρινικό σύστημα. Οι δύο μορφές σωματοποίησης μπορούν να εναλλάσσονται ή και να συνυπάρχουν (Smadja, 2011). Ο Smadja (2001/2009) περιέγραψε σχετικά τη θετική επίδραση που μπορεί να έχει στην ψυχολογία του ασθενούς η εμφάνιση και διάγνωση μιας ασθένειας μετά από μακροχρόνια θεμελιώδη κατάθλιψη ως *ψυχοσωματικό παράδοξο*. Αιτία είναι ο *ερωτογόνος μαζοχισμός* που οδηγεί σε ψυχική επένδυση της ασθένειας, ανακόπτοντας την αποδιοργάνωση που επιφέρει η ενόρμηση του θανάτου που επικρατεί με την υποχώρηση της ενόρμησης της ζωής, κινητοποιώντας κατά συνέπεια ψυχολογικά το άτομο (Aisenstein, 2006· Braunschweig, 2006· Smadja, 2011).

Οι θέσεις της IPSO αποτελούν ένα ιδιαίτερα σημαντικό θεωρητικό και κλινικό σώμα με πλούσιο έργο και επιρροή. Μολαταύτα έχουν δεχτεί κριτική τόσο

από άλλες προσεγγίσεις όσο και από τη νεώτερη γενιά των ψυχαναλυτών που συμμετέχουν σε αυτή. Κατά βάση η κριτική εστιάζεται στο γεγονός ότι η εν λόγω προσέγγιση δεν έχει αποδεσμευτεί από το ιατρικό μοντέλο καθώς αντιλαμβάνεται το άτομο ως ελλειπές, αφού με κάποιο τρόπο δεν έχει επιτύχει το ιδεώδες της ανάπτυξης, γεγονός που απαιτεί κάποια διόρθωση ή θεωρώντας παθολογικό αυτό που δεν προβλέπει η θεωρία (Bronstein, 2011· Green, 2010· Press, 2016· Smadja, 2011). Προκειμένου να αποφύγει τη σκόπελο του δυισμού, καταφεύγει σε έναν «διπλό μονισμό» όπου ο οργανισμός και το σώμα διέπονται από τις ίδιες αρχές ενώ η ενόρμηση του θανάτου δεν υπάρχει αυτόνομα παρά μόνο ως αποτέλεσμα της υποχώρησης της ενόρμησης της ζωής (Bronstein, 2011· Green, 2010· Smadja, 2011). Η προσπάθεια «αντικειμενοποίησης» άλλωστε ορισμένων φαινομένων αφαιρεί αυτό που μπορεί να προσφέρει θεραπευτικά η ψυχανάλυση, το οποίο αφορά στη θεραπευτική συνάντηση όπου διαπλέκεται η μεταβίβαση με την αντιμεταβίβαση και στα πλαίσια αυτά κρίνεται επικίνδυνο να θεωρείται ότι ο αναλυτής είναι πλήρης και ο αναλυόμενος ελλειπής (Smadja, 2011). Οι νεώτεροι εκπρόσωποι της IPSO έχουν εξελίξει τις θέσεις της σχολής με περισσότερες αναφορές στην δεύτερη τοπική του Freud (1923b), μεγαλύτερη έμφαση στο συναίσθημα, ενημέρωση από ευρήματα νευροεπιστημών αλλά και εγκόλπωση θέσεων από άλλες προσεγγίσεις, κυρίως αυτές της βρετανικής ψυχαναλυτικής παράδοσης (Aisenstein, 2010· Morgan-Jones, 2009· Smadja, 2011).

### 2.1.3 Θεωρίες σύγκρουσης και φαντασίωσης

Οι θεωρίες που προσεγγίζουν την ψυχοσωματική υπό ένα πρίσμα περισσότερο σύγκρουσης και άμυνας υποστηρίζουν ότι η κλινική εικόνα, όπως της αλεξιθυμίας, αποτελεί περισσότερο λύση του υποκειμένου με στόχο την ψυχική

ομοιόσταση και επιβίωση όπως και τη διάσωση της συνοχής της υποκειμενικότητάς του (Bronstein, 2010, 2011). Σε μεγάλο βαθμό αναφέρονται, πέραν του Freud, στις θεωρίες της Klein, του Winnicott, του Bion και του Lacan, σε σχέση με την υποκειμενική συγκρότηση, την ασυνείδητη φαντασίωση και το σώμα, ενώ δίνουν συχνά μεγαλύτερη έμφαση στη δι-υποκειμενικότητα και το σχετίζεσθαι.

Κατά την Klein (1930, 1946) οι δύο εννοήσεις υφίστανται εξαρχής και το άγχος συνδέεται κατά συνέπεια από την αρχή της ζωής με πρώιμες αρχικά αναπαραστάσεις, όπως αυτές συγκροτούνται από το μερικό αντικείμενο, μέσω της ασυνείδητης φαντασίωσης. Το σώμα με αυτή τη λογική είναι τόπος, περιέχον αλλά και αντικείμενο της φαντασίωσης (Bronstein, 2011). Συνεπώς ψήγματα συμβολοποίησης είναι αδύνατον να μην υπάρχουν όσο συμπαγής ή μη ευέλικτη και αν είναι η συμβολική λειτουργία, κάτι που σημαίνει ότι υπάρχει πάντα δυνατότητα σύνδεσης της ψυχικής ζωής με τις σωματικές, μη συμβολοποιημένες καταστάσεις (Bronstein, 2010, 2011). Η συμβολοποίηση δεν είναι μια κατάσταση που υπάρχει ή όχι, αλλά διακυμαίνεται. Η σωματική πάθηση υπό την έννοια αυτή, σύμφωνα με την Bronstein (2011) δεν έχει τόσο συμβολικό χαρακτήρα αλλά μάλλον αποτελεί μια συμπαγή *συμβολική εξίσωση* (Segal, 1978, 1998). Η διχοτόμηση σώματος και νου συμβαίνει υπό καθεστώς καταδιωκτικού άγχους, όπως συμβαίνει σε μια σοβαρή σωματική πάθηση, όπου η προβλητική ταύτιση καθιστά το ίδιο το σώμα ή το πάσχον όργανο καταδιωκτικό αντικείμενο, μια «ψυχωτική νησίδα» (Rosenfeld, 2001), δυναμική, η οποία εξηγεί την απουσία άγχους σε επίπεδο συνειδητού βιώματος (Bronstein, 2010, 2011).

Ο Bion (1962, 1963, 1967) μελέτησε τις διεργασίες που οδηγούν στη δημιουργία της σκέψης καθώς και τις επιπτώσεις της δυσλειτουργίας αυτών (Imbasciati, 2002· Ogden, 2004a· Sjödin, 1999). Μολονότι δεν ασχολήθηκε με την



ψυχοσωματική συγκεκριμένα, το έργο του είναι ιδιαίτερα χρήσιμο για τη διερεύνηση και την ψυχοθεραπεία σωματικών παθήσεων (Bronstein, 2011· Magnerat, 2016).

Κατά τον Bion (1962, 1967), η συμβολοποίηση υπάρχει δυνητικά εξαρχής από φυλογενετική σκοπιά. Η υιοθέτηση των διεργασιών της έγκειται στη *λειτουργία α* του μητρικού αντικειμένου, δηλαδή το να δέχεται τις προβλητικές ταυτίσεις του βρέφους, οι οποίες αφορούν βιώματα όπως σωματικές αισθήσεις, αισθητηριακά δεδομένα, πρώιμα άγχη και ανεπεξέργαστες συγκινήσεις, που ο Bion ονομάζει *στοιχεία β*, και μέσω της διεργασίας του *εμπεριέχειν* να τα επεξεργάζεται αποδίδοντάς τους μια ανεκτή και ευδόκιμη προς σκέψη μορφή, να τα μετατρέπει δηλαδή σε *στοιχεία α*. Τα *στοιχεία α* είναι οι βάσεις για την ανάπτυξη της αφηρημένης, συμβολικής δηλαδή σκέψης. Συνεπώς γίνεται λόγος για πρωτογενή, ήτοι μετατροπή των στοιχείων β σε α, και δευτερογενή συμβολοποίηση, δηλαδή χρήση των στοιχείων α για διαμόρφωση σκέψης (Magnerat, 2016). Το βρέφος αναπτυσσόμενο εσωτερικεύει και διανθίζει τη λειτουργία α. Η αλεξιθυμία αντανakλά ελλείμματα στη διεργασία αυτή καθώς το συναισθηματικό βίωμα και η φαντασίωση παραμένουν ως *στοιχεία β* με κίνδυνο να εκφορτιστούν στο σώμα επιβαρύνοντας τη λειτουργία του (Graham, 1988· Magnerat, 2016). Υπό τη λογική αυτή, οι σωματοποιήσεις αποτελούν *στοιχεία β*, αποτέλεσμα της αποτυχίας της λειτουργίας α και συνεπώς οι σωματικές διεργασίες και η παθολογία τους δεν μπορούν να γίνουν αντιληπτές ως απουσία λειτουργιών αλλά ως αποτέλεσμα μιας ενεργητικής διαδικασίας, μιας ιδιότυπης ψύχωσης όπου δεν αποδιοργανώνεται ο νους αλλά το σώμα (Bronstein, 2011· Smadja, 2011).

Υποστηρίζεται δε ότι η αποτυχία της δευτερογενούς συμβολοποίησης οδηγεί σε σωματοποιήσεις συμβολοποιήσιμες ενώ της πρωτογενούς σε σωματικές αποδιοργανώσεις και αποτελεί συνέπεια εμπλοκής με ένα πραγματικά ψυχικά νεκρό φροντιστικό αντικείμενο και όχι νεκρό ένεκα προβολών και φαντασιώσεων του

υποκειμένου, κάτι που οδηγεί στο να μη γίνεται εν γένει ο κόσμος των αντικειμένων αντιληπτός ως ζωντανός (Magnerat, 2016). Συγκεκριμένα για την αλεξιθυμία, η Morgan-Jones (2009) εντοπίζει σημαντική την αδυναμία ψυχικής επεξεργασίας της επιθετικής ενόρμησης και του συναισθήματος μίσους, ώστε η καταστροφικότητα να στρέφεται προς το σώμα.

Σύμφωνα με το Winnicott (1949), η διχοτόμηση νου και σώματος είναι ένα μέσον ψυχικής επιβίωσης καθώς υπό το κράτος της το σώμα αναλαμβάνει τις ψυχικές ασυνέχειες του ατόμου, ήτοι η σωματική πάθηση έρχεται να τις απορροφήσει. Ο ψευδής εαυτός (Winnicott, 1960b, 1986), μια έννοια συναφής με την αλεξιθυμία (Fischbein, 2011· Tibon et al 2005), ο οποίος συγκροτείται μέσα από τη διχοτόμηση αυτή, προσφέρει μια προστασία καίτοι με μια προσήλωση στον εξωτερικό κόσμο μόνο αλλά συνιστώντας και ένα απαιτητικό ιδεώδες για το άτομο, το εξουθενώνει επιβαρύνοντας τη σωματική του υγεία. Η διάρρηξη των αμυντικών σχηματισμών, συμπεριλαμβανομένου του ψευδούς εαυτού, φέρνει το άτομο ενώπιον μιας κατάρρευσης τη θέση της οποίας παίρνει η σωματική αποδιοργάνωση. Ωστόσο, σύμφωνα με τον Press (2016), το άγνωστο που συνιστά η πάθηση μπορεί να αποτελέσει μήτρα ανάδυσης νέου νοήματος με τη διαμεσολάβηση του αντικειμένου. Άλλωστε και η Brostein (2011) υπογραμμίζει το ότι ο Winnicott δίνει μια θετική διάσταση στην σωματική πάθηση καθώς επισημαίνει ότι όταν αυτή προκύψει τραβά το νού πίσω στο σώμα οδηγώντας σε επανεπένδυσή του.

Κατά τη λακανική προσέγγιση, το σώμα προσεγγίζεται μέσα από την οπτική των τριών τάξεων (Lacan, 1973/1975· Himes, 2005), το πραγματικό, δηλαδή τον οργανισμό, όπως αυτός είναι μη προσβάσιμος από το υποκείμενο, το φαντασιακό, ήτοι το σώμα μέσα από τις ταυτίσεις και τις εικόνες που το συγκροτούν ως ολότητα και το συμβολικό, δηλαδή το σώμα ως τόπο εγγραφής της γλώσσας και

διαλεπτικοποίησης της υποκειμενικότητας. Στη σωματική πάθηση, το πλεόνασμα *απόλαυσης* στο πραγματικό καθιστά το σώμα μη προσβάσιμο από το συμβολικό, έλκοντας τις φαντασιώσεις που αναζητούν μέσον έκφρασης (Κανελλοπούλου, 2000· Nasio, 1992/2016· Yang, 2001). Η αδυναμία διαλεπτικοποίησης του βιώματος μέσω του συμβολικού αφήνει τον οργανισμό έκθετο στην ενόρμηση και περαιτέρω τροποποιούμενο μέσω των διεγέρσεων που αυτή συνεπάγεται (Κανελλοπούλου, 2000· Μαλίχιν & Κανελλοπούλου, 2009). Ο Άλλος εκπροσωπείται από την πάθηση, η οποία αποκτά έναν χαρακτήρα ονόματος-του-πατρός αποκόβοντας έτσι το υποκείμενο από το σώμα του (Μαλίχιν & Κανελλοπούλου, 2009), κάτι που βασίζεται στο ότι ο αποχωρισμός, ήτοι η επίτευξη της ετερότητας, του υποκειμένου είναι πάντα ατελής καθώς η συγκρότηση του ψυχισμού γίνεται μέσα από την εγκατάσταση του Άλλου ως μέρος του ψυχισμού του (Boschan, 2007· Μαλίχιν & Κανελλοπούλου, 2009). Σύμφωνα με τον Boschan (2007), όταν το μητρικό αντικείμενο έχει αποδεχτεί το συμβολικό ευνουχισμό και έτσι έχει διαπραγματευτεί την ετερότητα, το υποκείμενο δύναται να τη δεχτεί και να τη χρησιμοποιήσει ως τόπο ανάδυσης νοήματος. Σε αντίθετη περίπτωση, το σώμα παραμένει επικράτεια του Άλλου τη θέση του οποίου παίρνει η σωματική πάθηση (Boschan, 2007· Malichin, 2010). Όταν ο αποχωρισμός από τον Άλλο δεν έχει τελεστεί ικανοποιητικά, το υποκείμενο δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει το συναίσθημα ως ψυχική εκπροσώπηση και έτσι αυτό παραμένει στο επίπεδο της σωματικής διέγερσης, βάλλοντας τις οργανικές λειτουργίες (Boschan, 2007). Η αλεξιθυμία, θα μπορούσε να υποστηριχθεί, αποτελεί ακριβώς τη διαταραχή της ικανότητας το συναίσθημα να αποτελέσει ψυχικό εκπρόσωπο για το υποκείμενο, κινητοποιώντας τις ψυχικές του διεργασίες, βοηθώντας το να σχετιστεί ενδοπροσωπικά και διαπροσωπικά και να χρησιμοποιήσει τις σχέσεις του ως ρυθμιστή (Boschan, 2007). Αρκετά κοντά στη λακανική

προσέγγιση, καίτοι όχι της λακανικής σχολής, είναι και ο Fischbein (2011), κατά τον οποίο με τη ναρκισσιστική κατάρρευση που συνεπάγεται η σοβαρή και δη υποτροπιάζουσα σωματική ασθένεια, το υποκείμενο βρίσκεται αποκλεισμένο από το ίδιο του το σώμα του οποίου οι υποτροπές είναι αδύνατο να γίνουν αντιληπτές ως επαναλήψεις-αναμνήσεις σε ψυχικό επίπεδο και κατά συνέπεια η «γραμματική του οργανισμού» επιβάλλεται επί της γραμματικής του σημαίνοντος στην οποία στηρίζεται η συμβολική τάξη επιφέροντας εξάρτηση από τον Άλλο ως πηγή νοηματοδότησης. Η σωματική πάθηση δύναται να μετατραπεί σε ψυχαναλυτικό σύμπτωμα μόνο όταν από πηγή νοήματος γίνει αντικείμενο νοηματοδότησης και ενταχθεί στην ιστορία του υποκειμένου.

Σημαντικές είναι επίσης οι απόψεις της McDougall και του Krystal, υπό την επιρροή διαφόρων πλευρών των προηγούμενων θεωριών, σχετικά με την ανάπτυξη της σκέψης και της συμβολικής λειτουργίας και του κεντρικού τους ρόλου για την ψυχοσωματική υγεία.

Σύμφωνα με τη McDougall (1989, 1991), η αλεξιθυμία συνιστά *λύση* που δίνει το άτομο για να διασωθεί από πρώιμα άγχη και έντονα συναισθήματα που δεν μπορεί να επεξεργαστεί με κίνδυνο να καταρρεύσει με τρόπο ανάλογο της ψύχωσης, όταν έχει υπάρξει ή υπάρχει διαταραχή της σχέσης με το αντικείμενο ή το άγχος ξεπερνά κατά πολύ τη δυνατότητα αντιμετώπισής του. Με την οπτική της McDougall (1996/2002), όλοι είναι ψυχοσωματικοί, καθώς η σωματοποίηση ή και ο εθισμός μπορεί να είναι τόσο πρόσκαιρη λύση έναντι έντονων απειλητικών, όσο και τραυματικών συνθηκών. Επηρεασμένη από τον Lacan (1955-56) υποστήριξε ότι τα

συναισθήματα καταλήγουν να αποκλείονται ως *σημαίνοντα*<sup>11</sup> από τη συνείδηση και τις διεργασίες συμβολοποίησης, πτωχαίνοντας έντονα την ψυχική ζωή. Το άτομο καθίσταται *νορμοπαθές*, εξαρτώμενο δηλαδή από την εξωτερική πραγματικότητα, επιφανειακά λειτουργικό ή και επιτυχημένο κοινωνικά αλλά χωρίς να μπορεί να συνάψει ποιοτικές σχέσεις και να έχει ουσιαστική επαφή με τον εσωτερικό του κόσμο (McDougall, 1996/2002). Ένεκα των δυσκολιών αυτών, η ψυχική οδύνη που επιφέρουν οι εκάστοτε τραυματικές συνθήκες εκφράζεται μόνο επί του σωματικού πόλου καταλήγοντας να μετατρέπεται κυριολεκτικά σε σωματική οδύνη, δηλαδή σε σωματική ασθένεια (McDougall & Coen, 2000). Κατά τη McDougall (1974), κάθε σωματικό συμβάν, όπως μια αρρώστια, θα αναζητήσει σύνδεση με δομικά στοιχεία του ψυχισμού, όπως το σύμπλεγμα του ευνουχισμού, αρχαϊκές φαντασιώσεις κ.ά. και θα συνδεθεί με αυτές, αν και στις αλεξιθυμικές περιπτώσεις αυτό θα συμβεί όχι ως σύμβολο αλλά ως σήμα. Η αλεξιθυμία συνδέεται επίσης συχνά με εθιστικές και διατροφικές λύσεις (McDougall, 1996/2002).

Αιτία των δυσκολιών αυτών είναι πρώιμα προβλήματα σε σχέση με τους γονείς (McDougall, 1989). Η μητέρα αποτυγχάνει να ευοδώσει την εξατομίκευση, να νοσηματοδοτήσει τις σωματικές ανάγκες και να εμπεριέξει τα συναισθήματα του βρέφους, το οποίο δεν μπορεί να τα αναγνωρίσει και να τα εκφράσει βιώνοντάς τα μόνο ως σωματικές αισθήσεις, ήτοι λειτουργώντας εκ των πραγμάτων αλεξιθυμικά. Ταυτόχρονα ο πατέρας δεν επιτελεί επαρκώς τη λειτουργία του ως σύντροφος και γονέας. Εξαιτίας αυτών, το άτομο δε δομεί έναν εύρωστο ψυχοσωματικό εαυτό και λειτουργεί ψυχικά ανώριμα καταφεύγοντας σε πρωτόγονους μηχανισμούς άμυνας για τη διαχείριση δυσκολιών στις συναισθηματικές κυρίως συνδιαλλαγές.

<sup>11</sup> Το σημαίνον συνδυάζεται με το σημαϊνόμενο νοσηματοδοτώντας αναδρομικά το γλωσσικό σημείο, καθώς η σημασία του αναδεικνύεται μόνο στην αντιπαράθεσή του με τα υπόλοιπα σημεία της ομιλούμενης ακολουθίας και στο τέλος της άρθρωσης των σημαϊνόντων.

Κατά τον Krystal (1988), η αλεξιθυμία είναι αποτέλεσμα μαζικών τραυμάτων είτε πρώιμων, τα οποία σχετίζονται με τη μητρική λειτουργία κατά τους Bion και Winnicott (Ogden, 2004b), προκαλώντας *καθήλωση*, είτε κατά την ενήλικη ζωή, με αποτέλεσμα να οδηγήσουν σε *παλινδρόμηση* σε πρώιμα στάδια της συναισθηματικής και γλωσσικής ανάπτυξης. Η άποψη αυτή υποστηρίζει συνεπώς την ύπαρξη πρωτογενούς και δευτερογενούς αλεξιθυμίας (Moorman et al. 2004). Εν τέλει, σκέψη, συναίσθημα και σώμα αποσυνδέονται με αποτέλεσμα τα μη συμβολοποιημένα συναισθήματα, αποσυνδεδεμένα από το βίωμα, να έχουν ποιότητα σωματικών αισθήσεων ανάλογων με τα συμπτώματα σωματικής ασθένειας. Συνεπώς παρουσιάζεται μειωμένη ικανότητα αναστοχασμού, φτωχές αναπαραστάσεις εαυτού και σχέσεων με το αντικείμενο, εξάρτηση από εξωτερικά δεδομένα για τη νοηματοδότηση των βιωμάτων και ανεξέλεγκτη επίδραση του στρες επί των νευροχημικών λειτουργιών του οργανισμού. Ο Krystal αναφέρει ότι η αλεξιθυμία ενδέχεται να είναι μια προσαρμοστική αντίδραση σε πρωτοπαθή ή δευτεροπαθή δυσλειτουργία του μεσολόβιου, του νεοφλοιού και του λιμβικού συστήματος ενώ αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες αποτυχίας της ψυχοθεραπείας, αν δε ληφθεί υπόψιν.

Εξέχουσας σημασίας για τη σύγχρονη θεωρία και εμπειρική τεκμηρίωση της ψυχαναλυτικής ψυχοσωματικής είναι η συνεισφορά του Taylor (1987/1999, 1992, 2004, 2010· Taylor & Bagby, 2013 ), κατά τον οποίο η αλεξιθυμία είναι διαταραχή της *ρύθμισης του συναισθήματος*, δηλαδή της αναγνώρισης, έκφρασης και διαχείρισής του μέσω της συμβολοποίησης, στενά συνδεδεμένη με τραυματικές συνθήκες που επιφέρουν αποσύνδεση σωματικών και ψυχικών διεργασιών. Η προσέγγισή του εξηγεί άλλωστε και με ψυχαναλυτικές αναφορές, οι οποίες είναι βασισμένες και σε

νευροβιολογικές μελέτες, πώς το τραύμα που παραμένει ασυνείδητο συνεχίζει να επηρεάζει τόσο την ψυχική ζωή όσο και την οργανική λειτουργία (Taylor, 2010).

Επηρεασμένος από τη βρετανική ψυχαναλυτική παράδοση και τη συστημική, αναφέρει ότι το βρέφος μη έχοντας ακόμα αναπτύξει τη δυνατότητα ρύθμισης του συναισθήματος, είναι, όσο επιτρέπουν κληρονομικοί και οργανικοί παράγοντες, ένα σχετικά ανοιχτό σύστημα το οποίο ρυθμίζεται έξωθεν (Taylor, 1992, 2010). Σύμφωνα με τον Winnicott (1945, 1956, 1960a· Ogden, 2004b), οι ρυθμιστικές αυτές διεργασίες επιτελούνται με τη λειτουργία του *κρατήματος*, φυσικού και ψυχικού, από την *αρκετά καλή* μητέρα μέσω της ικανοποίησης των φυσικών και συναισθηματικών αναγκών του βρέφους. Σταδιακά το παιδί αναλαμβάνει τη λειτουργία αυτή χάρη στη χρήση του *μεταβατικού αντικειμένου* (Winnicott, 1951, 1971/1979), το οποίο υπάρχει στην πραγματικότητα από μέρους της μητέρας ως εκπροσώπου του περιβάλλοντος, αλλά ταυτόχρονα του προσδίδονται ποιότητες του ψυχισμού και των φαντασιώσεων του παιδιού, διανοίγοντας έτσι έναν *ενδιάμεσο χώρο* συνδιαλλαγής ενδοψυχικού και εξωτερικού κόσμου όπου λαμβάνει χώρα η συμβολοποίηση (Taylor, 1987/1999· Tibon et al. 2005).

Συνεπώς οι φροντιστές παίζουν ρόλο ψυχοβιολογικού ρυθμιστή για το παιδί (Slade, 1999), οπότε και για την ομοίωση του οργανισμού του. Η θέση αυτή υποστηρίζεται τόσο από τη θεωρία της *προσκόλλησης* και τις εμπειρικές μελέτες για την ψυχοποίηση και τη ρύθμιση του εαυτού (Bowlby, 1969· Bucci, 2008· Fonagy, Gergely & Target, 2004· Fonagy & Target, 2003· Taylor & Bagby, 2013), όσο και από ευρήματα νευροβιολογικών μελετών, που υποστηρίζουν ότι οι πρώτες σχέσεις ίσως δύνανται και να τροποποιούν ακόμα τη γονιδιακή έκφραση (Hyman, 2009· Kaffman & Meany, 2007· McGowan, Sasaki, Alessio et al. 2009· Taylor, 2010). Κατά τον Taylor (1992, 2010), η συναισθηματική ρύθμιση σε ολόκληρη τη ζωή

στηρίζεται σε κάποιο βαθμό στις σημαντικές σχέσεις ενώ η αλεξιθυμία εκφράζει το αποτέλεσμα έλλειψης αυτής.

Η απορρύθμιση ή αδυναμία ρύθμισης του συναισθήματος, όπως αυτή αιτιάζεται πραγματικής ή συναισθηματικής απουσίας της μητέρας αλλά και νευρολογικών ελλειμμάτων, οδηγεί σε ψυχοβιολογική απορρύθμιση, όπου οι σωματικές αισθήσεις και λειτουργίες, μη μπορώντας να αναπαρασταθούν δεν ψυχοποιούνται (Bucci, 1997, 2010· Taylor, 1987/1999, 1992). Αυτή η διχοτόμηση εαυτού-ψυχισμού και σώματος καθιστά το άτομο ευάλωτο σε πολλές διαταραχές (Manolopoulos, 2006· Taylor, 1987/1999, 2004). Το μοντέλο αυτό καθιστά άνευ νοήματος το διαχωρισμό ψυχικής και σωματικής ασθένειας καθώς αμφότερες μπορούν να θεωρηθούν διαταραχές της ρύθμισης ένεκα ψυχολογικών, οργανικών, κληρονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Taylor, 1992).

Σε αυτές τις περιπτώσεις η λειτουργία του ψυχισμού κατά τον Taylor (1992) βρίσκεται στη *σχιζοειδή/παρanoiειδή θέση* (Klein, 1946). Το άτομο, εκτός συμβολικής λειτουργίας, δεν μπορεί να αντέξει την ετερότητα και την απειλή μιας απώλειας, επειδή ακριβώς εξαρτάται από τους άλλους για τη ρύθμιση συναισθήματος και εαυτού, καταφεύγοντας σε πρώιμους μηχανισμούς άμυνας για να κατισχύσει επί του άγχους και απειλητικών καταστάσεων (Βασλαματζής, 2003· Klein, 1930· Parker et al. 1998· Segal, 1978· Taylor, 1987/1999). Το ότι συχνά άλλωστε της εκδήλωσης μιας σωματικής ασθένειας προηγείται κάποια απώλεια υποστηρίζει ότι μια τέτοια εμπειρία δύναται να ισοδυναμεί με απώλεια εξωτερικών ρυθμιστών (Engel & Schmale, 1967· Smadja, 2001/2009· Taylor, 1987/1999, 1992, 2002).



## 2.2 Ψυχαναλυτική ψυχοσωματική της ΣΚΠ

Οι ψυχαναλυτικές εργασίες για την ΣΚΠ είναι μάλλον λίγες (Muston, 2017), εν μέρει διότι η ψυχαναλυτική προσέγγιση της ψυχοσωματικής τείνει να μην εξειδικεύεται σε συγκεκριμένες παθήσεις, όπως η βιοϊατρική. Αρχικά είχε αναφερθεί ότι οι εν λόγω ασθενείς παρουσίαζαν όνειρα με αρχαϊκά σύμβολα, ναρκισσιστικά ελλείμματα, έντονη απωθημένη επιθετικότητα και σαδιστικές φαντασιώσεις, παρατηρήσεις που είχαν κάποια μετέπειτα υποστήριξη (Jelliffe, 1921· Malichin, 2010· Muston, 2017· Walter, 1985). Η εικόνα αυτή πιθανώς αιτιάζεται του γεγονότος ότι η διάγνωση και η άγνωστη φύση της πάθησης τείνει να ενεργοποιεί ή να έλκει ανάλογες φαντασιώσεις και ανεπίλυτα θέματα ή εκπροσωπεί ό,τι κακό έχει εσωτερικευθεί από τις αντικειμενότερες σχέσεις (Muston, 2017). Με τον τρόπο αυτό, η ΣΚΠ προσδένει τον κόμβο Πραγματικού-Συμβολικού- Φαντασιακού, αναπαριστώντας το ίδιο το υποκείμενο (Malichin, 2010). Γίνεται επίσης αναφορά στη δυσκολία διαχείρισης της απώλειας, πραγματικής ή επαπειλούμενης, σε σημείο που τέτοια γεγονότα εκλύουν έντονο στρες οδηγώντας σε υποτροπές (Beres & Brenner, 1950· Μαλίχιν & Κανελλοπούλου, 2009· Muston, 2017· Taylor, 1987/1999· Wallace, 1975). Έχουν επίσης αναφερθεί τάση για παθητική εξάρτηση σε τρίτους, συναισθηματική και σεξουαλική ανωριμότητα και φτωχές διαπροσωπικές σχέσεις (Geoharis, 1957· Muston, 2017).

Εν γένει, σύγχρονες μελέτες υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει ένα κοινό προφίλ πασχόντων από ΣΚΠ αλλά το κάθε υποκείμενο αντιδρά και τοποθετείται σε σχέση με αυτή και τα θέματα που εγείρει, φαντασιώσεις αδυναμίας, κατάρρευσης, κατακερματισμού του σώματος κα, βάσει της ιστορίας του (Malichin, 2010· Muston, 2017). Σύμφωνα με τη Malichin (2010), οι ασθενείς με ΣΚΠ παρουσιάζουν τα σημεία που περιγράφηκαν στην ψυχαναλυτική ψυχοσωματική θεωρία, όπως έλλειψη ψυχικής

διαμεσολάβησης, αντίσταση στην ερμηνεία και τη σημαίνουσα αιτιότητα. Η ίδια η πάθηση, και δη όταν τα συμπτώματα άπτονται θεμάτων στα οποία το άτομο είναι ευάλωτο, π.χ. του ευνουχισμού, αν προκληθεί σεξουαλική δυσλειτουργία, λειτουργεί τραυματικά οδηγώντας στην χρήση πρώιμων μηχανισμών άμυνας, όπως η άρνηση, η διάψευση, η σχάση και η προβλητική ταύτιση, που σε συνδυασμό με τη νευροεκφύλιση επιβαρύνουν περαιτέρω τη διαχείριση των συναισθημάτων και τη σκέψη, επιφέροντας επιδείνωση της ασθένειας, κοινωνικές και διαπροσωπικές δυσκολίες και ανάπτυξη διαταραχών όπως κατάθλιψη (Beres & Brenner, 1950· Μαλίχιν & Κανελλοπούλου, 2009· Segal, 2007· Wallace, 1975). Η συχνή στην ΣΚΠ κατάθλιψη άλλωστε θεωρείται ότι είναι αποτέλεσμα τόσο της εξάρτησης και του ατελούς αποχωρισμού από τον Άλλο όσο και της άρνησης ή της διάψευσης του θυμού που επιφέρει, ο οποίος, όντας ασυνείδητος και μη επεξεργασμένος, δύναται να οδηγεί και σε συχνά περάσματα στην πράξη (Μαλίχιν & Κανελλοπούλου, 2009· Muston, 2017). Σε σχέση με την επιθετικότητα άλλωστε, η Malichin (2010) υποστηρίζει ότι η έσωθεν επίθεση που συνιστά ο αυτοάνοσος χαρακτήρας της ΣΚΠ, είναι βασικός παράγων που παραλύει το συμβολικό και εμποδίζει τη νοηματοδότηση. Η Muston (2017) ωστόσο επισημαίνει ότι οι προαναφερθέντες μηχανισμοί όπως η διάψευση και η άρνηση, καίτοι εμποδίζουν την ψυχική επεξεργασία και οδηγούν σε ένα προφίλ μάλλον νορμοπαθές και αλεξιθυμικό, βοηθούν στη διατήρηση μιας αποτελεσματικής καθημερινότητας. Ο Forsyth (1997) υποθέτει ότι η προβληματική συμβολοποίηση σε ασθενείς με ΣΚΠ δύναται να αιτιάζεται και της απομυελίνωσης σχετικών περιοχών του εγκεφάλου που συνδέονται με τη δόμηση του ψυχικού οργάνου σε ανάλογες αναπτυξιακές περιόδους, θέση με την οποία συμφωνεί και ο Taylor (1987/1999). Τέλος, μολονότι η ψυχοθεραπεία φαίνεται να ωφελεί, τονίζεται η δυσκολία της, ένεκα τόσο της φύσης της πάθησης που απαιτεί λεπτούς χειρισμούς,

όσο και της αντιμεταβίβασης αισθημάτων αδυναμίας και ανεπάρκειας του θεραπευτή, ο οποίος ενώπιον του κλινικού υλικού μπορεί να εγείρει άμυνες ανάλογες με αυτές του θεραπευόμενου (Muston, 2017· Μαλίχιν & Κανελλοπούλου, 2009· Segal, 1996, 2007· Thomson, 2006· Wallace, 1975).

Όσον αφορά στην αλεξιθυμία, η ΣΚΠ αναφέρεται μεταξύ των παθήσεων που επηρεάζονται από τη διαταραχή των διεργασιών ρύθμισης του συναισθήματος (Taylor, 1987/1999). Αυτό υποστηρίζεται από ερευνητικά ευρήματα σύμφωνα με τα οποία η επικράτηση της αλεξιθυμίας στην ΣΚΠ είναι τουλάχιστον από μέτρια έως αρκετά υψηλή (13,8%-53%) (Bodini et al. 2007· Chahraoui et al. 2014· Chalah & Ayache, 2017· Defer, 2001· Chahraoui et al. 2015· Eboni et al. 2018· Habib et al. 2003· Stojanov & Stojanov, 2020). Συγκεκριμένα, στον ελληνικό πληθυσμό της ΣΚΠ, εκτιμάται να βρίσκεται περί το 40,8%, ποσοστό σαφώς μεγαλύτερο από του γενικού πληθυσμού, 14,3% (Πούλιος και συν 2013). Φαίνεται ότι μπορεί να είναι τόσο πρωτοπαθής όσο και δευτεροπαθής ως μηχανισμός άμυνας ή εν γένει προσαρμοστικής αντίδρασης στην πορεία και στις επιπτώσεις, σωματικές και ψυχολογικές, που αυτή επιφέρει (Chahraoui et al. 2014· Chahraoui et al. 2015· Chalah & Ayache, 2017). Σύμφωνα με τους Chahraoui και συν (2014) η μορφή της και στην ΣΚΠ, φαίνεται να είναι αυτή της δυσκολίας αναγνώρισης και επικοινωνίας του συναισθηματικού βιώματος, πτώχυνση της φαντασιακής δραστηριότητας και επικέντρωση σε εξωτερικά γεγονότα και σωματικά συμπτώματα.

Η αλεξιθυμία συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης, υιοθέτηση μη παραγωγικών στρατηγικών διαχείρισης στρεσογόνων καταστάσεων, δυσλειτουργική νοηματοδότηση των σωματικών συμπτωμάτων, ύπαρξη συνδρόμου χρόνιας κόπωσης, διαπροσωπικές και κοινωνικές δυσκολίες και γενικότερα προβλέπει φτωχή ψυχολογική ευεξία και ευπάθεια σε αρνητικά βιώματα, στο μέτρο

που αυτά δεν μπορούν να υπαχθούν ψυχολογικής διαχείρισης, περάσματα στην πράξη, αδυναμία πένθους και χαμηλή ποιότητα ζωής (Ayache & Chalah, 2018· Bodini, Mandarelli, Tomassini et al. 2007· Briones-Buixassa et al. 2019· Chahraoui, Pinoit, Viegas et al. 2008· Chahraoui et al 2014· Chahraoui et al. 2015· Chalah & Ayache, 2017· Chalah et al. 2019· Defer, 2001· Eboni et al. 2018· Gay et al. 2010· Gleichgerrcht et al. 2015· Johnson, Lange, Tiersky et al. 2001· Poullos, Bakalidou, Christopoulos et al 2018· Πούλιος, Χριστοπούλου, Μπακαλίδου και συν 2017· Stojanov & Stojanov, 2020· Velasco, Fernández & Pérez, 2001). Η αλεξιθυμία, μαζί με τα επίπεδα αναπηρίας και το χαρακτηρολογικό άγχος είναι οι ισχυρότεροι παράγοντες πρόβλεψης της συναισθηματικής και καταθλιπτικής επίπτωσης της ΣΚΠ ενώ προκύπτει μάλλον ανεξάρτητη από παράγοντες που αφορούν την πάθηση (διάρκεια, αναπηρία κα) όπως και δημογραφικά χαρακτηριστικά και το απαιτείται περισσότερη διερεύνηση επί του θέματος (Chahraoui et al 2014· Chalah & Ayache, 2017· Eboni et al. 2018· Gay et al. 2010·). Από νευρολογικής σκοπιάς, η αλεξιθυμία σχετίζεται με εστίες και λειτουργικά ελλείμματα ή και ατροφία του μεσολοβίου, του προμετωπιαίου και κογχομετωπιαίου φλοιού καθώς επίσης και με τη λειτουργία των προ- και αντιφλεγμονωδών κυττοκινών με την επικοινωνία μεταξύ των εγκεφαλικών ημισφαιρίων και τη λειτουργία του νευροδιαβιβαστικού δικτύου του GABA, χωρίς να είναι απόλυτα ξεκάθαρο αν είναι αιτία ή και αποτέλεσμα ορισμένων χαρακτηριστικών των ασθενών (Ayache & Chalah, 2018· Chalah & Ayache, 2017· Chalah, Lefaucheur, Créange et al. 2020· Gleichgerrcht et al. 2015· Habib et al. 2003· Montreuil & Olivier, 1993).

Όσον αφορά σε ερευνητικά ευρήματα που υποστηρίζουν τις ψυχαναλυτικές θέσεις, υπάρχει πλέον αρκετή στήριξη ότι ο ψυχολογικός παράγων και η ρύθμιση του συναισθήματος επηρεάζουν την ΣΚΠ (Labiano-Fontcuberta et al. 2015· Panini et al

2014· Prakash et al. 2019). Υποστηρίζεται επίσης ότι κάποιο ποσοστό των ασθενών με ΣΚΠ ενίοτε παρουσιάζει πριν την εμφάνιση της νόσου αποδιοργάνωση του συναισθήματος, συναισθηματική απορρύθμιση, ευερεθιστότητα και έλλειψη δυνατότητας ψυχικής κατανόησης του εαυτού (Harem et al. 2007· Rosti & Hämäläinen, 2012), ενώ η επίγνωση και η έκφραση των συναισθημάτων και η αίσθηση ενότητας ψυχισμού και σώματος σχετίζονται με καλλίτερη ψυχολογική ευεξία (Pakenham, 2006· Senders et al 2014). Η νοηματοδότηση της ασθένειας ανεξαρτήτως περιεχομένου και η ένταξή της στην υποκειμενική ιστορία του πάσχοντος δείχνει να λειτουργεί υποστηρικτικά στην ψυχική υγεία, στην εξέλιξη της πάθησης, στις επιπτώσεις των συμπτωμάτων της και στην ανταπόκριση στις ιατρικές παρεμβάσεις (Engel & Munger, 2007· Pakenahm, 2007, 2008· Russell, White & White, 2006).

### **3. Σκοπός της έρευνας – ερευνητικές υποθέσεις και ερωτήματα**

Σύστοιχα με τη διεθνή ερευνητική δραστηριότητα και ευρήματα στον ελληνικό πληθυσμό, καίτοι με μικρά μάλλον δείγματα, είναι τεκμηριωμένο ότι οι ασθενείς με ΣΚΠ παρουσιάζουν προβλήματα ψυχικής υγείας σε υψηλό βαθμό (Bruce & Lynch, 2011· Feinstein, 2011· Galleazzi et al. 2005· Klevan et al. 2013· Korostil & Feinstein, 2007· Maier et al. 2015· Mohr & Cox, 2001· Poullos et al. 2013· Sá, 2008), ενώ ένα αλεξιθυμικό προφίλ είναι επίσης συχνό στον πληθυσμό τους (Bodini et al. 2007· Chahraoui et al. 2014· Chalah & Ayache, 2017· Defer, 2001· Chahraoui et al. 2015· Habib et al. 2003· Πούλιος και συν. 2013). Σε σχέση με την αλεξιθυμία, είναι επίσης τεκμηριωμένο ότι επιβαρύνει την ψυχική υγεία των ασθενών (Bodini et al. 2007· Chahraoui et al. 2008· Chahraoui et al 2014· Chahraoui et al. 2015· Chalah & Ayache, 2017· Defer, 2001· Gay et al. 2010· Gleichgerrcht et al. 2015· Johnson et al.

2001· Poullos et al 2018· Πούλιος και συν 2017· Velasco et al. 2001). Πέραν των ψυχαναλυτικών κλινικών παρατηρήσεων (Chahraoui et al 2014· Chahraoui et al. 2015), δεν φαίνεται να υπάρχει αξιοσημείωτη ερευνητική αναφορά σε σχέση με τη συσχέτιση της αλεξιθυμίας με την ίδια τη δραστηριότητα της ΣΚΠ πέραν ορισμένων παρατηρήσεων σχετικά με τον αμυντικό της χαρακτήρα και τη δυνατότητα πρόβλεψης των υποτροπών από τον προσανατολισμό στην πραγματικότητα (Chalah & Ayache, 2017). Για την ψυχοπαθολογία ωστόσο, η πλειοψηφία των ερευνών είναι κυρίως συγχρονικές, ή διαχρονικές με μάλλον μεγάλα διαστήματα μεταξύ των μετρήσεων. Παρομοίως το στρες, μολονότι υποστηρίζεται ότι σχετίζεται και επιβαρύνει την πάθηση, φαίνεται να μη λειτουργεί με τον ίδιο τρόπο σε όλους, όπως μπορεί να υποθέσει κανείς, σύμφωνα με ορισμένα αντιφατικά ερευνητικά ευρήματα (Artemiadis et al. 2011· Burns et al. 2014· Kern & Ziemssen, 2008· Martinelli, 2000· Mohr & Pelletier, 2006· Sá, 2008· Senders et al. 2014b).

Βάσει των προαναφερθέντων, η παρούσα έρευνα αποσκοπεί να συνεισφέρει σε ορισμένα κενά της γνώσης σε σχέση με την ΣΚΠ και τους ψυχολογικούς παράγοντες που εμπλέκονται με αυτή. Αυτό γίνεται άλλωστε μέσω ενός ψυχαναλυτικού πρίσματος, με σκοπό να διερευνηθεί εμπειρικά κατά πόσο οι κλινικές παρατηρήσεις της ψυχανάλυσης σχετικά με την ψυχοσωματική δύνανται να επιβεβαιωθούν από εμπειρικό υλικό.

Κατά συνέπεια, σκοπός της έρευνας είναι να διερευνήσει σε μεγαλύτερο βάθος πώς επιδρούν και αλληλεπιδρούν τέσσερις κεντρικοί ψυχολογικοί παράγοντες για την ΣΚΠ, ήτοι η ψυχοπαθολογία (άγχος και κατάθλιψη), το στρες, το συναίσθημα και η συμβολοποίηση-αλεξιθυμία στην κλινική εικόνα που παρουσιάζουν οι ασθενείς καθώς και στην ποιότητα ζωής τους. Το γεγονός ότι ο ερευνητικός σχεδιασμός, όπως θα αναπτυχθεί στο επόμενο κεφάλαιο, είναι

διαχρονικός, αλλά με μεγάλο αριθμό παρατηρήσεων σε μικρά χρονικά μεσοδιαστήματα, δίνει την ευκαιρία να παρακολουθήσει κανείς με λεπτομέρεια μεταβολές και συσχετίσεις με μια κάποια δυνατότητα να αποφανθεί περί χρονικής αλληλλουχίας της συσχέτισης των μεταβλητών αλλά και ταυτόχρονα να διερευνήσει πώς μπορούν ψυχολογικοί παράγοντες με επικέντρωση στην αλεξιθυμία και την ψυχοποίηση να διαμεσολαβούν στην επίδραση του στρες και του συναισθήματος. Σημειωτέον ότι η κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε σε σχέση με τη συμπτωματολογία της ΣΚΠ δίνει την ευκαιρία να αποτιμηθεί ξεχωριστά η ύπαρξη συμπτωμάτων από την επίπτωσή τους, γεγονός που διευκολύνει το έλεγχο των υποθέσεων.

Πιο συγκεκριμένα, και βάσει των προαναφερθέντων στο παρόν κεφάλαιο, διατυπώθηκαν οι ακόλουθες ερευνητικές υποθέσεις και ερωτήματα:

Μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου:

- Αναφορικά με το άγχος και την κατάθλιψη και το ερώτημα κατά πόσο θα διαφοροποιηθούν συν τω χρόνω, αν και το δείγμα είναι μικρό, διατυπώνεται η υπόθεση, κυρίως για το άγχος, ότι θα παραμείνουν σταθερά (Feinstein, 2007, 2011· Janssens, et al. 2006· Korostil & Feinstein, 2007· Maier et al. 2015· Minden et al. 2014).
- Παρομοίως, και πάλι με επιφύλαξη λόγω του μικρού δείγματος, τίθεται η υπόθεση η αλεξιθυμία θα παραμείνει διαχρονικά σταθερή (Chalah & Ayache, 2017), παρομοίως και οι επί μέρους διαστάσεις της. Εξαίρεση θα αποτελεί ο εξωτερικός προσανατολισμός σκέψης, ο οποίος αναμένεται ως πιο ευμετάβλητος στο χρόνο (Chahraoui et al. 2015) τόσο ένεκα της φύσης του, όσο και επειδή είναι και πιο αδύναμος ψυχομετρικά (Tsaousis et al. 2010).

Κύριες επιδράσεις μεταβλητών 2<sup>ου</sup> επιπέδου:

- Αναφορικά με την ψυχοπαθολογία, αναμένεται ότι η ύπαρξή της θα προβλέπει μια πιο επιβαρυσμένη εικόνα τόσο σε επίπεδο συμπτωματολογίας, όσο και σε σχετιζόμενης με την πάθηση ποιότητα ζωής (Amato et al. 2001· Chwastiak et al. 2005· Dennison et al. 2009· Gay et al. 2010· Jean et al. 1999· Jansen et al 2013· Klevan et al. 2013· Korostil & Feinstein, 2007· McCartney Chalk, 2007· Mohr & Cox, 2001· Moore et al. 2012· Sá, 2008· Skerrett & Morris, 2006· Viner et al. 2014).
- Όσον αφορά στη συμβολική λειτουργία και την αλεξιθυμία, αναμένεται ότι, βάσει της εικόνας κάθε ασθενούς, οι αποτιμώμενες διαστάσεις τους θα έχουν κάποια σημαντική συσχέτιση με τη δραστηριότητα και τις επιπτώσεις της ΣΚΠ (Bodini et al. 2007· Chahraoui et al. 2008· Chahraoui et al 2014· Chahraoui et al. 2015· Defer, 2001· Eboni et al. 2018· Gay et al. 2010· Gleicherrcht et al. 2015· Johnson et al. 2001· Poullos et al 2018· Velasco et al. 2001). Συγκεκριμένα, αναμένεται ότι η δυσλειτουργία της συμβολοποίησης θα συνεπάγεται περισσότερα συμπτώματα και επιβάρυνση σε σχέση με μια ικανοποιητική της λειτουργία (Beres & Brenner, 1950· Chahraoui et al 2014· Chalah & Ayache, 2017· Malichin, 2010· Μαλίχιν & Κανελλοπούλου, 2009· Poullos et al 2018· Πούλιος και συν. 2017· Segal, 2007· Taylor, 1987/1999· Wallace, 1975). Ωστόσο τίθεται το ερώτημα του ποιες διαστάσεις της συμβολικής λειτουργίας και των διαταραχών της θα συσχετιστούν με τις εξαρτημένες μεταβλητές, δεδομένου ότι η συμβολοποίηση δεν είναι μια ενιαία και ομοιογενής λειτουργία, όπως προκύπτει και από τις διαφορετικές προσεγγίσεις σε σχέση με αυτή (Bouchard & Lecours, 2008· Chalah & Ayache, 2017· Fonagy et al. 2012· Green, 1975· Lacan, 1966/2006· Νικολαΐδης, 2005·



Rose, 2007a· Taylor, 1987/1999). Παρομοίως, λαμβάνοντας υπόψιν το ότι το προφίλ των ασθενών με ΣΚΠ επίσης δεν είναι ομοιογενές (Dennison et al. 2009· Lassmann, 2013), τίθεται και το ερώτημα με ποιες πλευρές της συμπτωματολογίας και της επιβάρυνσης που επιφέρει η ΣΚΠ θα σχετιστούν οι διαστάσεις της συμβολοποίησης. Επιπροσθέτως, τίθεται το ερώτημα του κατά πόσο διαφορετικά μέσα εκτίμησης της συμβολοποίησης και της αλεξιθυμίας θα συσχετιστούν με διαφορετικές πλευρές των εξαρτημένων μεταβλητών, καθώς όπως συστήνεται, κρίνεται σκόπιμο η αλεξιθυμία να εκτιμάται με διαφορετικά μέσα προκειμένου να αποτιμηθεί επαρκώς σε όλο της το εύρος (Chahraoui et al. 2015· Taylor, 1987/1999· Taylor et al. 1999).

Κύριες επιδράσεις μεταβλητών 1<sup>ου</sup> επιπέδου:

- Αναμένεται ότι το στρες θα συσχετίζεται κατά στατιστικώς σημαντικό τρόπο με την σημειολογία της ΣΚΠ και την ποιότητα ζωής με επιβαρυντικό τρόπο για όλες τις διαστάσεις της ΣΚΠ (Ackerman et al. 2003· Burns et al. 2013· Artemiadis et al. 2011· Artemiadis et al. 2012· Brown et al. 2006b· Burns et al. 2013· Burns et al. 2014· Karagkouni et al. 2013· Kern & Ziemssen, 2008· Lalive et al. 2002· Lovera & Reza, 2013· McCabe & McKern, 2002· Mitsonis et al. 2008· Mohr, 2007· Mohr & Cox, 2001· Mohr & Pelletier, 2006· Panini et al. 2014· Sá, 2008).
- Παρομοίως αναμένεται ότι και το συναίσθημα θα συσχετίζεται σημαντικά με τη σημειολογία της ΣΚΠ και την ποιότητα ζωής των ασθενών, το αρνητικό επιβαρυντικά και το θετικό προστατευτικά (Dennison et al. 2009· Dubayova et al. 2013· Labiano-Fontcuberta et al. 2015· Kern &

Ziemssen, 2008· Laing et al. 2014· Löffler et al. 2016· Pagnini et al. 2014· Simpson et al. 2014).

- Αναφορικά με τις προαναφερθείσες μεταβλητές, ήτοι στο στρες και το συναίσθημα, τίθεται το ερώτημα περί αιτιότητας υπό όρους χρονικής αλληλλουχίας, δηλαδή οι μεταβολές στο συναίσθημα και το στρες προηγούνται ή έπονται των αλλαγών της επίπτωσης της ΣΚΠ; Αυτό που αναμένεται είναι μάλλον μιας κυκλικής αιτιολογίας σχέση, καθώς βάσει του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου και της ψυχοσωματικής γραμμικές συσχετίσεις μονής κατεύθυνσης είναι μάλλον εξαίρεση παρά κανόνας (Artemiadis et al. 2011· Bensing et al. 2002· Dennison et al. 2009· DiMatteo & Martin, 2006· Malcomson et al. 2007· Maier et al. 2015· Mohr & Cox, 2001· Senders et al. 2014).

Αλληλεπιδράσεις μεταβλητών 1<sup>ου</sup> και 2<sup>ου</sup> επιπέδου:

- Τέλος, βασικό ερώτημα αποτελεί ο βαθμός κατά τον οποίο οι βασικές ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας, ήτοι η συμβολική λειτουργία και η ψυχοπαθολογία, όπως και οι βασικές δημογραφικές μεταβλητές και τα χαρακτηριστικά της πάθησης, θα αλληλεπιδρούν με το στρες και το συναίσθημα ως προς τα συμπτώματα και την επίπτωση της ΣΚΠ αλλά και τη σχετιζόμενη με αυτή ποιότητα ζωής. Αναλυτικότερα:
  - Σε σχέση με τη δραστηριότητα της πάθησης σε επίπεδο συμπτωμάτων, αναμένεται ότι η συμβολική λειτουργία και η αλεξιθυμία θα αλληλεπιδρούν με το στρες και το συναίσθημα διαμεσολαβώντας στη συσχέτισή τους με αυτή (Bronstein, 2010· Chahraoui et al. 2015· Chalah & Ayache, 2017· Gleichgerrcht et al.

- 2015· McDougall, 1996/2002· Krystal, 1988· Smadja, 2010· Stora (2007). Αναμένεται ότι οι μεταβλητές αυτές θα επιδρούν στη δραστηριότητα της πάθησης όταν η ψυχοποίηση θα δυσλειτουργεί ή τουλάχιστον παρουσία δυσλειτουργίας της, η συσχέτισή τους θα είναι μεγαλύτερη. Αντιστρόφως, ενδείξεις για μια καλή διεργασία συμβολοποίησης, η οποία θα σημαίνει ότι συναίσθημα και στρες θα μεταβολίζονται ψυχικά, θα συνεπάγεται μικρότερη αρνητική επίπτωση.
- Αναφορικά με την επίπτωση της δραστηριότητας της ΣΚΠ και την ποιότητα ζωής, αναμένεται παρόμοια εικόνα με την προαναφερθείσα. Μολαταύτα τίθεται το ερώτημα του κατά πόσο θα προκύψει ότι ορισμένες διαστάσεις της ψυχοποίησης, κυρίως αυτές που αφορούν στον προσανατολισμό στην πραγματικότητα, θα λειτουργούν προστατευτικά (Bagby, Quilty, Taylor et al. 2009· Bronstein, 2010, 2011· Chahraoui et al 2015· Chalah & Ayache, 2017· Moorman et al. 2004· Porcelli et al. 1996· Samur et al 2013· Taylor, 2004· Taylor & Bagby, 2013·). Με άλλα λόγια τίθεται η υπόθεση ότι στο μέτρο που η αλεξιθυμία αποξενώνει τρόπον τινά το υποκείμενο από το σώμα (Bouchard & Lecours, 2008· Knoblauch, 2005· Marty, 1968· McDougall, 1991, 1996/2002· Levy 2010· Rappoport de Aisemberg, 2010), παρουσία της, η (συνειδητή) επίπτωση της πάθησης θα είναι μικρότερη.
  - Η παρουσία άγχους και κατάθλιψης αναμένεται να αλληλεπιδρά με το στρες και το συναισθηματικό βίωμα ως προς τη σημειολογία της ΣΚΠ επιβαρύνοντας τη δραστηριότητά της, κατεξοχήν στις

ψυχονοητικές της διαστάσεις, αλλά και την επίπτωση στους ασθενείς και την ποιότητα ζωής τους (Chwastiak et al. 2002· Dennison et al. 2009· Klauer et al. 2007· Korostil & Feinstein, 2007· McCabe, 2005· Mohr & Cox, 2001· Moore et al. 2012· Sá, 2008· Viner et al. 2014).

- Τέλος, τίθεται το ερώτημα του κατά πόσο οι προαναφερθείσες συσχετίσεις θα αλληλεπιδρούν με δημογραφικούς παράγοντες (π.χ. φύλο και ηλικία) καθώς και με παράγοντες σχετικούς με την πάθηση, όπως η αναπηρία.

## Μέθοδος

### 1. Δείγμα

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 16 συμμετέχοντες, διαγνωσμένοι με ΣΚΠ από τους ιατρούς της Β' Νευρολογικής Κλινικής του ΠΓΝ «Αττικών» και της Νευρολογικής Κλινικής του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών (βλ. Πιν. 1). Ως προς το φύλο, 31,3% (5 συμμετέχοντες) ήταν άνδρες και 68,8% (11 συμμετέχουσες) γυναίκες, αναλογία που προσιδιάζει σε αυτή του πληθυσμού των ατόμων που πάσχουν από ΣΚΠ. Η μέση ηλικία τους ήταν 39,8 έτη ( $SD = 8,2$ ) και τα μέσα έτη εκπαίδευσης 15,9 ( $SD = 3,2$ ). Ως προς τη μορφή της ασθένειας, 87,5% (14 συμμετέχοντες) είχαν την υποτροπιάζουσα, 12,5% (2 συμμετέχοντες) την δευτεροπαθώς προϊούσα. Η μέση διάρκεια της ασθένειας σε μήνες ήταν 124,9 ( $SD = 100,4$ ), και τα μέσα επίπεδα αναπηρίας, όπως αποτιμώνται από το EDSS (βλ. μέσα συλλογής δεδομένων) 1,5 ( $SD = 0,8$ ). Το 87,5% (14 συμμετέχοντες) λάμβαναν συστηματικά φαρμακευτική αγωγή, ως επί το πλείστον ιντερφερόνη (IF β-1α). Αναφορικά με τη ψυχιατρική αγωγή το 37,5% (6 συμμετέχοντες) λάμβαναν κατά βάση αντικαταθλιπτική αγωγή.

Πίνακας 1. Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων της έρευνας ( $N = 16$ )

	<i>f</i>	<i>f%</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>min</i>	<i>max</i>
Φύλο						
Ανδρας	5	31,3				
Γυναίκα	11	68,8				
Ηλικία			39,8	8,2	26	59
Έτη εκπαίδευσης			15,9	3,2	9	16
Οικ/κή κατάσταση						
Ελεύθερος	3	18,8				
Σχέση	1	6,3				
Γάμος	10	62,5				
Διαζύγιο	2	12,5				
Διάρκεια πάθησης (μήνες)			124,9	100,4	28	368
Επίπεδα αναπηρίας			1,5	0,8	0,5	3,5
Φαρμ. Αγωγή	14	87,5				
Ψυχιατρική αγωγή	6	37,5				
Τύπος ΣΚΠ						
Υποτροπιάζουσα	14	87,5				
Δευτεροπαθώς προϊούσα	2	12,5				

## 2. Μέσα Συλλογής Δεδομένων

### 2.1. Συμβολική λειτουργία - αλεξιθυμία

#### 2.1.1 Rorschach Inkblot Test

Το Rorschach Inkblot Test (RIT) είναι μία από τις πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενες δοκιμασίες προσωπικότητας και ψυχοπαθολογίας (Exner, 2003· Χατήρα, 2005). Αποτελείται από 10 συμμετρικές κηλίδες μελάνης, 7 ασπρόμαυρες και 3 έγχρωμες, οι οποίες χορηγούνται με συγκεκριμένη σειρά και για κάθε μία το αξιολογούμενο άτομο καλείται να πει με τι μοιάζει, τι θα μπορούσε να είναι. Στη συνέχεια καλείται να περιγράψει ποια στοιχεία της κηλίδας και τι γενικότερα συνέδραμε στο να δει αυτά που είδε. Τα στοιχεία που χρησιμοποιεί ονομάζονται ορίζουσες (π.χ. κίνηση, σχήμα, χρώμα κα). Η κωδικοποίηση των απαντήσεων και η χρήση των κωδικών κατά μόνας ή σε συνδυασμό, καταλήγουν σε ένα ψυχολογικό προφίλ που αφορά, ανάλογα με το θεωρητικό υπόβαθρο κάθε συστήματος βαθμολόγησης, στη νοητική λειτουργία, το συναίσθημα, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την εικόνα εαυτού. Επιμέρους ειδικοί κωδικοί καταλήγουν σε δείκτες που αφορούν στην ψυχική ανθεκτικότητα, τον αυτοκτονικό ιδεασμό, την κατάθλιψη κα.

Παρά το αμφιλεγόμενο της ψυχομετρικής του αξίας, το οποίο βασίζεται στην υποκειμενικότητα της χορήγησης, της βαθμολόγησης και της ερμηνείας καθώς επίσης και στα ποικίλα συστήματα βαθμολόγησης, τα οποία είναι συχνά αντικρουόμενα ή κυμαινόμενης ισχύος βάσει ερευνών, είναι πολλές οι έρευνες που έχουν διερευνήσει τις ψυχομετρικές του ιδιότητες ή το χρησιμοποιούν ως εργαλείο (Mattlar, 2004a· Tibon-Czopp & Zeligman, 2016· Χατήρα, 2005). Ειδικότερα το Ολοκληρωμένο Σύστημα (Comprehensive System-CS) του Exner (2003) χαίρει της μεγαλύτερης χρήσης και αποδοχής διεθνώς καθώς έχει συμπεριλάβει μόνο τους κωδικούς βαθμολόγησης άλλων συστημάτων ή και έχει δημιουργήσει νέους οι οποίοι είναι πιο

έγκυροι και αξιόπιστοι. Πράγματι, οι δείκτες που υιοθετεί το CS φαίνονται να είναι ψυχομετρικά άρτιοι με έμφαση μεταξύ άλλων στην αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών και αναφορά σε ένα πολύ μεγάλο και πολύπλευρο δείγμα στάθμησης (Mattlar, 2004a). Κατά συνέπεια, το σύστημα του Exner, παρά τις κριτικές που έχει δεχτεί ότι δίνει μεγαλύτερη έμφαση στη γνωστική λειτουργία και είναι αθεωρητικό, έχει πολλές φορές τεκμηριωθεί ως προς την ψυχομετρική του αξία, και δη ως προς ορισμένους κομβικούς κωδικούς ενώ υπάρχουν δεδομένα που υποστηρίζουν επίσης τη διαπολιτισμική του εγκυρότητα και αξιοπιστία (Mattlar, 2004a, 2004b· Tibon-Czopp & Zeligman, 2016). Στην παρούσα μελέτη, η χρήση του RIT επικεντρώνεται αποκλειστικά στις διαστάσεις του οι οποίες αφορούν τη συμβολική λειτουργία και την αλεξιθυμία. Επί του παρόντος, δεν υπάρχουν δεδομένα για τις ψυχομετρικές ιδιότητες του RIT για τον ελληνικό πληθυσμό ή ασθενείς με ΣΚΠ. Παρόλα αυτά, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι οι κωδικοί και οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα, βάσει της βιβλιογραφικής ανασκόπησης της παρούσας ενότητας, είναι ανεξάρτητοι πολιτισμικών παραγόντων και ιδιαίτερα ικανοποιητικοί ως προς τις ψυχομετρικές τους ιδιότητες.

Σε σχέση με τη συμβολική λειτουργία και τις διαταραχές της, και ιδιαίτερα σε σχέση με την αλεξιθυμία, το RIT αποτελεί ένα από τα μέσα αξιολόγησης που θεωρούνται κατάλληλα για την εκτίμησή τους (Clerici, Albonetti, Papa et al. 1992· Porcelli & Mihura, 2010). Το αόριστο των ερεθισμάτων του και το στρες που προκαλεί η διαδικασία χορήγησης, επιτρέπουν να φανούν οι διεργασίες συμβολοποίησης του εξεταζόμενου ατόμου και το πώς το συναίσθημα ρυθμίζεται στα πλαίσια αυτών (Chahraoui, Dieu & Moreau, 2015· Porcelli & Mihura, 2010· Tibon, Weinberger, Handelzalts & Porcelli 2005). Η φύση της εν λόγω δοκιμασίας επιτρέπει να διαφανεί η μεταβατική λειτουργία και κατά συνέπεια ο τρόπος με τον οποίο



υλοποιείται ή δυσχεραίνεται η συμβολική λειτουργία (Tibon et al. 2005). Και από ψυχομετρικής σκοπιάς, πρόσφατες μελέτες υποστηρίζουν την καταλληλότητα του RIT να εκτιμήσει την αλεξιθυμία δίνοντας μια καλλίτερη αποτίμησή της σε συνδυασμό με αυτοσυμπληρούμενες κλίμακες και μάλιστα ούσα ικανή να καλύψει τον τομέα της φαντασιακής λειτουργίας και κάποιες πλευρές του συναισθήματος και της διαχείρισής του, τομείς τους οποίους η Toronto Alexithymia Scale (βλ ακόλουθη ενότητα) δεν καλύπτει ή καλύπτει μερικώς μόνο (de Tychey, Garnier, Lighezzolo-Alnot et al 2010· Porcelli & Mihura, 2010). Συγκεκριμένα μάλιστα, για τον πληθυσμό της ΣΚΠ, επίσης θεωρείται ως ένα ενδεδειγμένο μέσο αξιολόγησης της αλεξιθυμίας (Chahraoui, Dieu & Moreau, 2015).

Υπάρχουν ποικίλες προσεγγίσεις αξιολόγησης της συμβολικής λειτουργίας και της αλεξιθυμίας μέσω του RIT και των κωδικών μέσω των οποίων γίνεται αυτή. Οι προσεγγίσεις αυτές άλλοτε συγκλίνουν άλλοτε όχι ενώ από ψυχομετρικής άποψης εμφανίζουν, όπως είναι αναμενόμενο, διακυμάνσεις ως προς την ισχύ τους (de Tychey et al. 2010). Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκαν, βάσει της ανασκόπησης της βιβλιογραφίας, οι κωδικοί αυτοί σε σχέση με τους οποίους υπάρχει συμφωνία μεταξύ των διαφορετικών ερευνητών όσον αφορά στην καταλληλότητα και την ψυχομετρική αξία τους. Ταυτόχρονα χρησιμοποιήθηκαν και δείκτες οι οποίοι προκύπτουν από αλγόριθμους που συνδυάζουν άλλους δείκτες και κωδικούς. Οι δείκτες αυτοί χαίρουν μεγαλύτερης ψυχομετρικής τεκμηρίωσης σε σχέση με τους μεμονωμένους κωδικούς. Άλλωστε υποστηρίζεται ότι η ερμηνευτική αξία μεμονωμένων δεικτών και κωδικών είναι μάλλον μικρή καθώς προϋποθέτει συνεκτίμηση πολλών παραγόντων προκειμένου να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια, κάτι που σε μια ποσοτική έρευνα καθίσταται δύσκολο (Porcelli & Mihura, 2010). Ακολούθως παρουσιάζονται οι δείκτες και οι κωδικοί που χρησιμοποιήθηκαν βάσει των πλευρών της συμβολικής

λειτουργίας και της αλεξιθυμίας: συναίσθημα, γνωστική λειτουργία, φαντασία και προσαρμογή στην πραγματικότητα.

1. *Συναίσθημα*. Σε σχέση με το συναίσθημα οι κατεξοχήν κωδικοί και δείκτες σε σχέση με τους οποίους υπάρχει έλεγχος και επικύρωση από διαφορετικές έρευνες είναι ο SumC', ο WSumC και ο FC (Chahraoui, Dieu & Moreau, 2015· Clerici et al 1992· de Tychey et al 2010· Porcelli & Mihura, 2010).

Ο *SumC'* (achromatic color sum) αφορά στο άθροισμα απαντήσεων που χρησιμοποίησαν το γκριζο, το μαύρο και το λευκό ως ορίζουσες (Exner, 2003). Πρόκειται για έναν δείκτη συναισθηματικής αναστολής ή εσωτερίκευσης του συναισθήματος που οδηγεί σε μάλλον διάχυτο αίσθημα δυσφορίας (Exner, 2003· Χατήρα, 2005).

Ο *WSumC* (weighted color response sum) είναι ο σταθμισμένος δείκτης του αθροίσματος απαντήσεων που χρησιμοποίησαν το χρώμα ως ορίζουσα της απάντησης (Exner, 2003). Χρησιμοποιείται ως ένας δείκτης εκτίμησης του εύρους του συναισθηματικού βιώματος και του τρόπου έκφρασής του. Χρήσιμη θεωρείται η σύγκρισή του με τον δείκτη SumC' καθώς, αν ο SumC' είναι μεγαλύτερος από τον WSumC, θεωρείται ότι το άτομο τείνει να αναστέλλει τα συναισθήματά του σε βαθμό που η διάχυτη δυσφορία που βιώνει να σωματοποιείται (Exner, 2003).

Ο κωδικός *FC* (form color), αφορά σε απαντήσεις στις οποίες ορίζουσα ήταν κατά βάση η μορφή/σχήμα αλλά ταυτόχρονα συμπεριλήφθηκε με μάλλον δευτερεύον και συμπληρωματικό ρόλο το χρώμα (Exner, 2003· Χατήρα, 2005). Μεγαλύτερος αριθμός απαντήσεων με ορίζουσα το FC αποτελεί ένδειξη καλής ρύθμισης του συναισθήματος και ενός ικανοποιητικά και λειτουργικά ευρέος

συναισθηματικού βιώματος. Με άλλα λόγια, ο FC αποτελεί περισσότερο ένδειξη μιας καλής ρύθμισης του συναισθήματος.

2. *Γνωστική λειτουργία.* Η γνωστική λειτουργία σε σχέση με τη συμβολοποίηση και τη ρύθμιση του συναισθήματος ελέγχεται με τον αριθμό απαντήσεων που συνδύασαν διαφορετικές ορίζουσες (blends), το δείκτη Lamda και το δείκτη F% (Chahraoui, Dieu & Moreau, 2015· Clerici et al 1992· de Tychey et al 2010· Porcelli & Mihura, 2010).

Τα *blends* αφορούν το πόσο σύνθετη είναι η σκέψη του ατόμου, πόσο λειτουργικά ή όχι είναι πολύπλοκη, καθώς επίσης και το κατά πόσο σε αυτή μπορεί να ενταχθεί ομαλά το συναισθηματικό βίωμα, δεδομένου ότι η πλειοψηφία των blends συμπεριλαμβάνει κάποια χρήση χρώματος (Exner, 2003). Ο Exner (2003) επισημαίνει ότι προκειμένου να αποφανθεί κανείς για την ποσοτική αξιολόγηση των blends, απαιτείται να συνεκτιμηθεί το κατά πόσο το άτομο είναι εσωστρεφές ή εξωστρεφές (όπως αυτό προκύπτει από το δείκτη EB – *erlebnistypus*, που προκύπτει από το λόγο των απαντήσεων που περιλαμβάνουν ανθρώπινη κίνηση, M, προς το WSumC). Περισσότερα blends από το αναμενόμενο δείχνουν την τάση το άτομο να καταφεύγει σε πιο πολύπλοκες νοητικές διεργασίες, πιθανώς λόγω δυσκολίας εμπειρέξης του συναισθήματος ή και του stress. Λιγότερα blends από το αναμενόμενο υποδεικνύουν την τάση αναστολής των γνωστικών λειτουργιών, ένεκα είτε χαμηλής νοημοσύνης, είτε αναστολής της σκέψης ως άμυνας (Χατήρα, 2005).

Το *Lambda* (L) είναι ένας δείκτης που προκύπτει από την αναλογία των απαντήσεων που χρησιμοποίησαν ως ορίζουσα μόνο τη μορφή (F) προς τον αριθμό όλων των άλλων απαντήσεων (Exner, 2003· Χατήρα, 2005). Αποτελεί

επίσης ένα δείκτη πολυπλοκότητας ή οικονομίας της σκέψης καθώς επίσης και εμπλοκής με το βίωμα και τις περιβαλλοντικές καταστάσεις. Όταν ο λόγος του  $L$  ισούται με 1 ή περισσότερο, προκύπτει ότι το άτομο είναι μάλλον αποφευκτικό και τείνει να συγκροτεί την εμπειρία του βασισμένο περισσότερο σε ρεαλιστικά δεδομένα και επιφανειακές κρίσεις. Όταν το  $L$  υπερβαίνει το 1,3, μπορεί κανείς να είναι σίγουρος ότι η αποφευκτικότητα δεν αφορούσε σε καταστασιακούς παράγοντες (π.χ. ψυχοπιεστική φάση ζωής ή το ίδιο το στρες που προκαλεί η δοκιμασία του RIT) αλλά μάλλον αποτελεί πάγιο χαρακτηριστικό του ατόμου.

Ο δείκτης  $F\%$ , προκύπτει από την αναλογία των απαντήσεων που δεν χρησιμοποίησαν μόνο τη μορφή, προς τις απαντήσεις που χρησιμοποίησαν ως ορίζουσα μόνο τη μορφή (Χατήρα, 2005). Πρόκειται για μια ένδειξη ακαμψίας της σκέψης και προσανατολισμού στην αντικειμενική πραγματικότητα με την ελάχιστη δυνατή συναισθηματική εμπλοκή. Η σκέψη του ατόμου με χαμηλό  $F\%$  δείχνει τάση αποφυγής, ακαμψία ή και απλοϊκότητα. Τα φυσιολογικά όρια του εν λόγω δείκτη υπολογίζονται μεταξύ 0,50-0,70.

3. *Φαντασία/φαντασιακή ζωή.* Σε σχέση με τη φαντασία και τη φαντασιακή ζωή οι περισσότερες έρευνες συμφωνούν στο δείκτη  $R$  και τον κωδικό  $M$  (Chahraoui, Dieu & Moreau, 2015· Clerici et al 1992· de Tychev et al 2010· Porcelli & Mihura, 2010).

Το  $R$  είναι ο αριθμός απαντήσεων. Επί της ουσίας αποτελεί ένδειξη της έκτασης των νοητικών αναπαραστάσεων του ατόμου, της ελευθερίας έκφρασης και της αντίληψης (Exner, 2003· Χατήρα, 2005). Ένας φυσιολογικός αριθμός απαντήσεων θεωρείται ότι κυμαίνεται μεταξύ 20 και 65. Περισσότερες από 65 απαντήσεις θεωρείται ότι δύναται να αποτελούν ένδειξη ιδεοψυχαναγκαστικών

στοιχείων, υπομανίας, επιληψίας, προσπάθειας ικανοποίησης του εξεταστή ή και παράνοιας. Λιγότερες από 20 απαντήσεις σηματοδοτούν ένα προφίλ έλλειψης φαντασιακής ζωής, αποφευκτικότητας και απλοϊκότητας. Σημειώνεται ότι πρωτόκολλα χορήγησης με λιγότερες από 14 απαντήσεις θεωρούνται επίφοβα προς χρήση και βαθμολόγηση, ενδεχομένως και ένεκα πλημμελούς εμπλοκής του ατόμου κατά τη χορήγηση, και θα πρέπει να ερμηνεύονται με επιφύλαξη καθώς οι δείκτες που προκύπτουν από αυτά πιθανώς δεν είναι έγκυροι (Exner, 2003).

Ο κωδικός *M* (human movement), αφορά τον αριθμό των απαντήσεων οι οποίες περιελάμβαναν κίνηση ανθρώπων. Αποτελεί ένδειξη του εύρους των ψυχονοητικών αναπαραστάσεων και της ικανότητας χρήσης της σκέψης και της φαντασίας (Exner, 2003· Χατήρα, 2005). Θεωρείται ότι κάθε πρωτόκολλο απαντήσεων πρέπει να έχει τουλάχιστον 2 απαντήσεις με ορίζουσα το *M* (Exner, 2003). Κατά συνέπεια, αλεξιθυμικά άτομα αναμένεται να σημειώνουν χαμηλό αριθμό απαντήσεων που περιλαμβάνουν ανθρώπινη κίνηση (Chahraoui, Dieu & Moreau, 2015· Porcelli & Mihura, 2010).

4. *Προσαρμογή στην πραγματικότητα – αξιοποίηση ψυχικών πόρων.* Η χρηστική σκέψη και ο προσανατολισμός στην πραγματικότητα ατόμων με αλεξιθυμία καθώς επίσης και η δυσκολία στη συμβολοποίηση αποτιμάται από το δείκτη *EA* και τους κωδικούς *A*, και *P* (Chahraoui, Dieu & Moreau, 2015· Clerici et al 1992· de Tychev et al 2010· Porcelli & Mihura, 2010).

Ο δείκτης *EA* (experience actual) προκύπτει από το άθροισμα των *M* και του *WSumC* (Exner, 2003· Χατήρα, 2005). Αφορά στα ψυχικά αποθέματα και την ικανότητα εμπειρίας της εμπειρίας του ατόμου, της δυνατότητάς του να διαχειρίζεται ψυχικά στρεσογόνες συνθήκες. Τα αναμενόμενα φυσιολογικά όρια

του κυμαίνονται μεταξύ 7 και 11. Αλεξιθυμικά άτομα αναμένεται να παρουσιάζουν χαμηλότερες τιμές στον EA (Clerici et al 1992· Chahraoui, Dieu & Moreau, 2015).

Ο κωδικός *A* αφορά στο σύνολο των απαντήσεων των οποίων το περιεχόμενο ήταν ζώα (Exner, 2003· Χατήρα, 2005). Υψηλό ποσοστό απαντήσεων που αφορούσαν σε ζώα δείχνουν περισσότερο κοινωνικό κομφορμισμό και ανώριμη σκέψη. Ο αριθμός απαντήσεων που περιλαμβάνουν ζώα είναι συνήθως σε αντιδιαστολή με τον αριθμό απαντήσεων που περιλαμβάνουν ολόκληρους ανθρώπους (H-human), υψηλός αριθμός των οποίων δείχνει μεγαλύτερη φαντασία και διαπροσωπικό ενδιαφέρον (Exner, 2003· Χατήρα, 2005).

Ο κωδικός *P* (popular) αφορά κοινότοπες απαντήσεις τις οποίες τείνει να δίνει η πλειοψηφία των ατόμων (Exner, 2003). Μολονότι σε κάθε πρωτόκολλο αναμένονται ορισμένες απαντήσεις *P* (6-8), όταν αυτές προεξάρχουν, αποτελούν ένδειξη κοινωνικού κομφορμισμού, έλλειψης φαντασίας ή και συναισθηματικής αποστασιοποίησης (Exner, 2003· Χατήρα, 2005).

Όσον αφορά στους δείκτες που προκύπτουν από αλγόριθμους, χρησιμοποιήθηκε η Rorschach Alexithymia Scale (RAS) και η Rorschach Fantasy Scale (RFS). Πρόκειται για δείκτες που απορρέουν από σύνθετους υπολογισμούς, χαίρουν ικανοποιητικών ψυχομετρικών ιδιοτήτων και έχουν ως θεωρητικό υπόβαθρο την ψυχανάλυση.

Η *RAS* είναι μια κλίμακα αποτίμησης της αλεξιθυμίας η οποία βασίζεται κατεξοχήν στις ψυχαναλυτικές θεωρίες περί ψυχοποίησης, αλεξιθυμίας και συμβολικής λειτουργίας (Porcelli & Mihura, 2010). Ο σχεδιασμός της χρησιμοποίησε ως εξωτερικό κριτήριο αναφοράς την *TAS* και τις μεταβλητές του *RIT* οι οποίες

έχουν αξιολογηθεί ως κατάλληλες για την αποτίμηση της αλεξιθυμίας από άλλες έρευνες ή αποτιμούν πλευρές της αλεξιθυμίας βάσει του θεωρητικού πλαισίου που υιοθετούν οι κατασκευαστές. Στις αναλύσεις συμπεριλήφθηκαν μόνο κωδικοί που χρησιμοποιούνται στο CS και παρουσιάζουν συμφωνία μεταξύ των βαθμολογητών μεγαλύτερη του 0,72.

Από τις αναλύσεις που ακολούθησαν ο αλγόριθμος της RAS κατέληξε να συμπεριλάβει ως ιδανικό συνδυασμό δεικτών το F%, κατεξοχήν δείκτη αποτίμησης της γνωστικής διάστασης της αλεξιθυμίας, το Coping Deficit Index (CDI), το οποίο αφορά την ικανότητα κατίσχυσης επί στρεσογόνων καταστάσεων, την κοινωνική επάρκεια, την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων και περιλαμβάνει στον υπολογισμό του την πλειοψηφία των μεμονωμένων δεικτών και κωδικών που σχετίζονται με την αλεξιθυμία, και τον αριθμό των P ως δείκτη κοινωνικού κομφορμισμού. Κάθε τιμή από τις προαναφερθείσες πολλαπλασιάζεται με μια σταθερά (19,65, 1,98 και 2,44 αντίστοιχα), στο άθροισμα προστίθεται 22,04 και το σύνολο είναι ο δείκτης της αλεξιθυμίας. Ο ουδός διάγνωσης της αλεξιθυμίας είναι το 56 με ευαισθησία 88% και ειδικευση 94%. Η RAS θεωρείται ότι συνδράμει σημαντικά στην πολυμεθοδολογική αξιολόγηση της αλεξιθυμίας και της διαταραχής της συμβολικής λειτουργίας. Οι κατασκευαστές της κλίμακας σημειώνουν ότι στον αλγόριθμό της, μετά τις στατιστικές επεξεργασίες δεν συμπεριλαμβάνονται οι κατεξοχήν κωδικοί και δείκτες που αφορούν τη συναισθηματική διάσταση της αλεξιθυμίας. Αυτό το αιτιολογούν με το ότι, ως εξωτερικό κριτήριο, η TAS δίνει περισσότερη έμφαση στη γνωστική διάσταση ενώ το ίδιο το RIT και το CS θεωρείται εν γένει πιο αξιόπιστο στην αποτίμηση του γνωστικού και του διαπροσωπικού προφίλ του ατόμου.

Η RFS είναι μια κλίμακα που αποτιμά τη λειτουργία της φαντασίας και της συμβολοποίησης και κατά συνέπεια της αλεξιθυμίας, βασιζόμενη στις προσεγγίσεις του Winnicott, της McDougall και του Ogden (Tibon et al. 2005· Tibon, Czopp, Appel & Zelingman, 2015). Η RFS προσεγγίζει, ως εκ τούτου, την αλεξιθυμία ως μια κατάσταση που προκύπτει από την κατάρρευση του μεταβατικού χώρου, κάτι που έχει ως συνέπεια η πραγματικότητα να αδειάζει από νόημα και να επιβάλλεται στη φαντασία μπλοκάροντας τη λειτουργία της σκέψης και επιτρέποντας να «τρελαθεί» το σώμα εμφανίζοντας σωματοποιήσεις ή σωματικές παλινδρομήσεις και αποδιοργανώσεις. Οι κατασκευαστές της RFS προσπαθώντας να αποφύγουν τα αντικρουόμενα ευρήματα και την ελλιπή ψυχομετρική εγκυρότητα ερευνών που χρησιμοποίησαν το RIT για αξιολόγηση της συμβολοποίησης και της αλεξιθυμίας, χρησιμοποίησαν κωδικούς και δείκτες του CS που σχετίζονται με την επαφή με την πραγματικότητα και τη φαντασία, χρησιμοποιώντας μεταξύ άλλων και την TAS ως εξωτερικό κριτήριο. Στόχος τους ήταν να δημιουργήσουν μια κλίμακα που θα γεφύρωνε το χάσμα μεταξύ του αθεωρητικού CS και της ψυχαναλυτικής σκέψης.

Χρησιμοποιήθηκαν κατά συνέπεια μόνο άρτιοι κωδικοί και δείκτες του RIT οι οποίοι έχουν τοποθετηθεί σε ένα διάγραμμα ροής (flow chart) βάσει του οποίου κάθε απάντηση που δίνεται στο RIT, σύμφωνα με το CS, βαθμολογείται σε μια κλίμακα από -5 έως +5. Ο μέσος όρος όλων των βαθμολογιών είναι η τιμή της RFS όπου το -5 συνιστά κατάρρευση της πραγματικότητας και η +5 κατάρρευση της φαντασίας. Οι δείκτες που συμπεριλήφθηκαν στο διάγραμμα ροής είχαν συνάφεια με τη βαθμολογία (item-total correlation) τουλάχιστον 0,30, εσωτερική συνέπεια (Cronbach  $\alpha$ ) 0,75 και αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών 0,87. Βάσει του κριτηρίου της TAS, η RFS μπορεί να διακρίνει με επιτυχία και καλλίτερη αξιοπιστία και εγκυρότητα τα επίπεδα της αλεξιθυμίας ενώ η βάση της υποστήριξης της ικανοποιητικής αποκλίνουσας



εγκυρότητά της, υποστηρίζεται ότι μπορεί να αποτελέσει έναν ασφαλή αντικειμενικό δείκτη της αλεξιθυμίας. Οι κατασκευαστές υποστηρίζουν ότι καλύπτει περισσότερες πτυχές της συμβολικής λειτουργίας από έγκυρους μεμονωμένους δείκτες, όπως ο F%, ενώ συνεισφέρει στην ψυχολογική εκτίμηση του ατόμου δίνοντας έμφαση στη λειτουργία της φαντασίας, η οποία μάλλον διαφεύγει από την TAS (Tibon et al. 2005· Tibon-Czopp, Appel & Zelingman, 2016).

Ο υπολογισμός του εν λόγω δείκτη έγινε με τη χρήση λογισμικού που παρέχεται από τους κατασκευαστές και καταλήγει σε δύο μετρήσεις, το RFS-P, που είναι η μέση τιμή και το RFS-S που είναι η διασπορά των επί μέρους τιμών κάθε απάντησης που δόθηκε εντός ενός πρωτοκόλλου. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν αμφότεροι οι δείκτες καθώς ο πρώτος εκτιμά την μέση κατάσταση σε σχέση με τη μεταβατική λειτουργία και την ισορροπία φαντασίας και πραγματικότητας, ήτοι της ψυχοποίησης, ενώ ο δεύτερος εκτιμά περισσότερο το εύρος της ψυχικής ζωής του ατόμου, την ζωντάνια τρόπον τινά με την οποία η ψυχική λειτουργία υφίσταται.

### 2.1.2 Αλεξιθυμία

Η αλεξιθυμία μετρήθηκε με το *Toronto Alexithymia Scale – 20* (TAS) των Bagby, Parker και Taylor (1994), το οποίο είναι το πλέον ευρέως χρησιμοποιούμενο και ψυχομετρικά άρτιο εργαλείο μέτρησης της αλεξιθυμίας (Taylor, 2004). Πρόκειται για ένα αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο με 20 ερωτήματα-δηλώσεις για κάθε ένα εκ των οποίων ο ερωτώμενος απαντά για τον εαυτό του σε μια κλίμακα από 1 (Διαφωνώ απόλυτα) έως 5 (Συμφωνώ απόλυτα). Καταλήγει δε σε μια συνολική βαθμολογία και σε τρεις επιμέρους παράγοντες: *δυσκολία αναγνώρισης των συναισθημάτων* (ΔΑΣ), η οποία αφορά στη δυσκολία αναγνώρισης και ταυτοποίησης

των συναισθημάτων καθώς και τη δυσκολία διάκρισής τους από σωματικές αισθήσεις, *δυσκολία έκφρασης και περιγραφής των συναισθημάτων* (ΔΕΣ) και *εξωτερικό προσανατολισμό σκέψης* (ΕΠΣ), που σχετίζεται με ένα γνωστικό προφίλ που παραπέμπει στη χρηστική σκέψη, έναν μάλλον μηχανιστικό και περιγραφικό τρόπο αντίληψης της πραγματικότητας και έναν εν γένει προσανατολισμό στην εξωτερική πραγματικότητα (Bagby, Parker & Taylor, 1994). Υψηλότερες βαθμολογίες συνιστούν υψηλότερη αλεξιθυμία συνολικά και ως προς τους επιμέρους παράγοντές της. Οι ψυχομετρικές ιδιότητες της TAS προκύπτουν πολύ ικανοποιητικές (Bagby, Taylor & Parker, 1994· Parker, Taylor & Bagby, 2003).

Η δομική εγκυρότητα της έννοιας που μετράται από το ερωτηματολόγιο έχει υποστηριχθεί από πολλές έρευνες, π.χ. ενώ έχει υψηλή συνάφεια με την κατάθλιψη και τους πρώιμους μηχανισμούς άμυνας, δεν ταυτίζεται με αυτές τις μεταβλητές (Parker, Bagby & Taylor, 1991), ενώ έχει αποδειχθεί ότι είναι ανεξάρτητη από διαπολιτισμικούς και δημογραφικούς παράγοντες, την ηλικία καθώς και από τη νοημοσύνη (Parker, Taylor & Bagby, 1989· Taylor, Bagby & Parker, 2003· Tsaousis, Taylor, Quilty et al 2010). Παρομοίως, σύμφωνα με τους κατασκευαστές της κλίμακας, η διαχρονική της αξιοπιστία υποστηρίζεται ερευνητικά, γεγονός που οδηγεί στο να υποστηρίζουν ότι μετρά ένα μάλλον οικουμενικό και σταθερό στο χρόνο χαρακτηριστικό, όχι ένα αποκύημα της σωματικής ή ψυχολογικής παθολογίας (Martinez-Sández, Ato-Garcia & Ortiz-Soria, 2003· Taylor, 2004· Tolmunen, Heliste, Lehto et al 2012). Άλλες μελέτες ωστόσο υποστηρίζουν ότι ενδεχομένως δεν πρόκειται για ένα σταθερό χαρακτηριστικό, τουλάχιστον όχι ως προς όλες τις διαστάσεις του και για όλους τους πληθυσμούς (de Haan, van der Palen, Wijdeveld et al 2014· de Haan, Joosten, Wijdeveld et al 2012· de Tychey, Garnier, Lighezzolo-Alnot et al 2010· Marchesi, Bertoni, Cantoni et al 2008). Παρά το ότι έχει αποδειχθεί

ότι πρόκειται για ένα διαστασιακό χαρακτηριστικό προσωπικότητας, που παρουσιάζει δηλαδή διακύμανση μεταξύ των ατόμων, και όχι μια διαγνωστική οντότητα ή ένα χαρακτηριστικό που είτε υπάρχει είτε όχι, έχουν προταθεί συγκεκριμένα σημεία ουδοί που καθορίζουν κατά πόσο ο εξεταζόμενος είναι ή όχι αλεξιθυμικός ή είναι οριακώς αλεξιθυμικός (Parker et al. 2008).

Η προσαρμογή του TAS στην Ελλάδα έχει γίνει από τους Αναγνωστοπούλου και Κιοσέογλου (2002) και πιο πρόσφατα σταθμίστηκε από τους Tsaousis και συν (2010). Η παραγοντική δομή του εργαλείου, ήτοι Δυσκολία Αναγνώρισης Συναισθήματος, Δυσκολία Έκφρασης Συναισθήματος και Εξωτερικός Προσανατολισμός Σκέψης, επιβεβαιώθηκε και στον ελληνικό πληθυσμό όπως επίσης και γενικότερα η ψυχομετρική του εγκυρότητα και αξιοπιστία. Προβλήματα φαίνεται να παρουσιάζει ο τρίτος παράγοντας, του εξωτερικού προσανατολισμού σκέψης, κάτι που έχει προκύψει και σε μελέτες του εξωτερικού αλλά συστήνεται ότι για λόγους εγκυρότητας δε θα πρέπει να αφαιρεθεί (Tsaousis et al 2010).

Για τον πληθυσμό της ΣΚΠ, δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες σε σχέση με τις ψυχομετρικές ιδιότητες της TAS. Μολαταύτα, από τις λίγες υπάρχουσες μελέτες υποστηρίζεται, ότι είναι αξιόπιστη και έγκυρη (Fernández-Jiménez, Pérez-San-Gregorio, Taylor et al 2013). Αξίζει να σημειωθεί ότι και για τους ασθενείς με ΣΚΠ ο παράγοντας του εξωτερικού προσανατολισμού σκέψης παρουσιάζει ιδιαιτερότητες καθώς δε μένει σταθερός στο χρόνο, δε σχετίζεται με ψυχοπαθολογία αλλά σχετίζεται με την πρόβλεψη υποτροπών, αντιπροσωπεύοντας μάλλον μια καταστασιακή διάσταση της αλεξιθυμίας (Chahraoui, Duchene, Rollot et al 2014). Στο ελληνικό δείγμα, έχει προκύψει ότι οι δείκτες αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας προέκυψαν ικανοποιητικοί και ανάλογοι με αυτούς της ελληνικής προσαρμογής, ειδικότερα 0,81 (αλεξιθυμία), 0,78 (δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων), 0,69 (δυσκολία

έκφρασης συναισθημάτων) και 0,64 (εξωτερικός προσανατολισμός) (Πούλιος, Χριστοπούλου, Κίτσος και συν, 2013).

## 2.2 Άγχος και κατάθλιψη

Η αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης έγινε με τη χρήση της *Κλίμακας Άγχους και Κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο* (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) των Zigmond και Snaith (1983). Πρόκειται για ένα εύχρηστο προκριματικό εργαλείο που αποτιμά το άγχος και την κατάθλιψη χρησιμοποιώντας ερωτήματα προσιτά σε όλα τα μορφωτικά επίπεδα αλλά ταυτόχρονα χωρίς να αναφέρονται σε σωματικά συμπτώματα ώστε να είναι έγκυρο για χρήση σε ασθενείς με σωματικές παθήσεις (Μιχόπουλος, Καλκαβούρα, Μιχαλοπούλου και συν 2007· Stern, 2014· Zigmond & Snaith, 1983). Αποτελείται από 14 ερωτήματα, 7 αναφερόμενα στο άγχος και 7 στην κατάθλιψη, σε κάθε ένα από τα οποία αντιστοιχούν 4 εναλλακτικές απαντήσεις (Μιχόπουλος και συν 2007· Stern, 2014· Zigmond & Snaith, 1983). Η κλίμακα καταλήγει σε δύο βαθμολογίες, μία για το άγχος και μία για την κατάθλιψη, ενώ επίσης προτείνονται σημεία ουδοί για διάγνωση επιλήψιμων προβλημάτων (Stern, 2014). Συγκεκριμένα, οι κατασκευαστές (Zigmond & Snaith, 1983) προτείνουν δύο σημεία, τα οποία αναγνωρίζουν μέσα και κλινικά επίπεδα (8 και 11 αντίστοιχα) ενώ οι Bjelland, Dahl, Haug και συν (2002), αναφέρουν ότι οι περισσότερες μελέτες χρησιμοποιούν ως ουδό το 8 για τον εντοπισμό περιπτώσεων που αντιμετωπίζουν δυσκολίες αναφορικά με το άγχος και την κατάθλιψη. Η HADS είναι μια από τις πλέον χρησιμοποιούμενες διεθνώς κλίμακες ενώ η εγκυρότητα, η αξιοπιστία και εν γένει οι ψυχομετρικές της ιδιότητες έχουν επιβεβαιωθεί επανειλημμένως και κατά συνέπεια συστήνεται η χρήση της

(Bjelland et al 2002· National Collaborating Centre for Mental Health, 2014· Stern, 2014).

Αρκετές μελέτες έχουν επιβεβαιώσει τη χρησιμότητά της για την εκτίμηση άγχους και κατάθλιψης και σε ασθενείς με ΣΚΠ (Burns et al 2014· Dubayova et al 2013· Fischer, Fischer, Nicholls et al 2015· Fenstein, 2011· Giordano et al 2011· Maier et al 2015). Οι ψυχομετρικές της ιδιότητες έχουν επαληθευτεί, αν και δέχεται κάποια κριτική όσον αφορά την εγκυρότητά της στον παράγοντα της κατάθλιψης, στο μέτρο που ορισμένες φορές σημειώνονται υψηλές βαθμολογίες και από ασθενείς χωρίς κατάθλιψη αλλά με υψηλή κόπωση (Fenstein, 2007). Σε κάθε περίπτωση, η χρήση της στους εν λόγω ασθενείς συνιστάται (Fenstein, 2011· Fischer et al 2015· Maier et al, 2015).

Για τον ελληνικό πληθυσμό, η HADS έχει προσαρμοστεί από τους Μιχόπουλος και συν (2007). Η εν λόγω στάθμιση κατέληξε σε πολύ ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά, παρόμοια με των κατασκευαστών αλλά και των σταθμίσεων άλλων χωρών (Μιχόπουλος και συν 2007· Michopoulos, Douzenis, Kalkavoura et al 2008). Ενδεικτικά, οι δείκτες εσωτερικής συνέπειας, βάσει του δείκτη  $\alpha$  του Cronbach, κυμάνθηκαν μεταξύ 0,87 και 0,89. Επίσης επικυρώθηκε η ευαισθησία και η ειδίκευση της κλίμακας, όπως και η παραγοντική της δομή (Μιχόπουλος και συν 2007· Michopoulos et al, 2008). Η καταλληλότητά της για εφαρμογή σε ασθενείς με ΣΚΠ έχει επιβεβαιωθεί και στον ελληνικό πληθυσμό (Παπαδοπούλου, 2018).

### 2.3. Βαρύτητα Αναπηρίας της ΣΚΠ

Για τη μέτρηση της βαρύτητας της αναπηρίας των ασθενών χρησιμοποιήθηκε το *Expanded Disability Status Scale* (EDSS). Πρόκειται για μια κλίμακα που αποτιμά τη φυσική και νευρολογική αναπηρία στη ΣΚΠ (Kurtzke, 1983). Η βαθμολόγηση γίνεται από τον ιατρό νευρολόγο και αφορά το λειτουργικό έλεγχο της πυραμιδικής, και παρεγκεφαλιδικής λειτουργίας, της λειτουργίας του εγκεφαλικού στελέχους καθώς και τις γνωστικές και αισθητηριακές λειτουργίες. Η βαθμολογία αποδίδεται σε μία κλίμακα που κυμαίνεται από 0 έως 10, όπου 0 αποδίδεται στην απουσία και 9,5 στη μέγιστη δυνατή παρουσία διαταραχών/αναπηρίας των λειτουργικών συστημάτων.

Σημειώνεται ότι μολονότι είναι μια από τις πλέον χρησιμοποιούμενες κλίμακες αξιολόγησης της αναπηρίας στην ΣΚΠ, η EDSS δεν χαιρεί πολύ μεγάλης ψυχομετρικής αξίας καθώς στην βαθμολόγησή της υπάρχει ένα όχι μικρό υποκειμενικό στοιχείο ενώ οι ίδιες οι βαθμολογίες θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι δεν αποδίδουν λεπτομερώς λεπτές ατομικές διαφορές.

### 2.4. Επίπτωση της ΣΚΠ

Η επίπτωση της ΣΚΠ αποτιμήθηκε με το *Ημερολόγιο Επίπτωσης Συμπτωμάτων της Πολλαπλής Σκλήρυνσης* (Multiple Sclerosis Symptom Impact Diary-MSSID) των Greenhalph, Ford, Long και Hurst (2004). Οι κατασκευαστές του MSSID βασίστηκαν στο γεγονός ότι η υποκειμενική αποτίμηση των συμπτωμάτων της ΣΚΠ από τους ασθενείς σημειώνει μεγαλύτερη συνάφεια με την ποιότητα ζωής σε σχέση με την ιατρική αποτίμηση καθώς επίσης και στο γεγονός ότι η πορεία και οι επιπτώσεις της ΣΚΠ δύνανται να εκτιμηθούν με μεγαλύτερη εγκυρότητα και

αξιοπιστία μέσω ημερολογίων. Το MSSID αποτελεί ένα καλό εργαλείο, επί του παρόντος από τα ελάχιστα ψυχομετρικά τεκμηριωμένα ημερολόγια συμπτωμάτων, το οποίο υποστηρίζεται ότι είναι έγκυρο, αξιόπιστο και ευαίσθητο σε αλλαγές, ικανό να προβλέπει υποτροπές και να εκτιμά τις επιπτώσεις τους.

Το αρχικό σώμα του σχηματίστηκε από υλικό που προέκυψε από ομάδες εστίασης και συνεντεύξεις, η ψυχομετρική επεξεργασία των οποίων κατέληξε σε 2 ερωτήματα που καλύπτουν τα 14 βασικά προβλήματα της ΣΚΠ και την επίπτωσή τους, 4 ερωτήματα που καλύπτουν τη γενική επίπτωση της ΣΚΠ, ένα ερώτημα που αφορά τη σύγκριση της σημερινής με τη χθεσινή υγεία και ένα ανοικτό ερώτημα. Η βαθμολογία καταλήγει σε 3 παράγοντες που αφορούν στην κινητικότητα, στην κόπωση, όπως αυτή αντικατοπτρίζει και την γνωστική και συναισθηματική επιβάρυνση, και τη γενική επίπτωση της ΣΚΠ στην ποιότητα ζωής. Κατά συνέπεια, η κλίμακα καταλήγει σε 5 βαθμολογίες: σύνολο συμπτωμάτων κινητικότητας, σύνολο συμπτωμάτων κόπωσης, επίπτωση συμπτωμάτων κινητικότητας, επίπτωση συμπτωμάτων κόπωσης και ποιότητα ζωής. Στις τέσσερις πρώτες περιπτώσεις, υψηλότερες βαθμολογίες συνδέονται με μια πιο επιβαρυνμένη εικόνα ενώ στην πέμπτη υψηλότερες βαθμολογίες συνδέονται με καλλίτερη ποιότητα ζωής.

Κατά τη στάθμιση ελέγχθηκαν το φύλο, η ηλικία και τα έτη της ύπαρξης της πάθησης. Η διαχρονική αξιοπιστία κρίθηκε ικανοποιητική ( $> 0,70$ ,  $ICC > 0,90$ ) παρομοίως και η συγκλίνουσα και η διακρίνουσα εγκυρότητα. Τα ερωτήματα που αφορούν τις γαστρεντερικές διαταραχές, το βάρος στα πόδια και το συναίσθημα ματαίωσης παρουσίασαν φαινόμενα βάσης, κάτι που ίσως συμβάλει στην πιο αξιόπιστη ικανότητα του MSSID να προβλέπει τη βελτίωση σε σχέση με την επιδείνωση της ΣΚΠ. Μολαταύτα τα ερωτήματα αυτά δεν απορρίφθηκαν προκειμένου να διατηρηθεί η εγκυρότητα του εργαλείου. Σύμφωνα με ανασκόπηση

των Lily, McFadden, Hensor et al (2006), το MSSID παρουσιάζει υψηλή συνάφεια με την ποιότητα ζωής ενώ η εγκυρότητά του έχει επιβεβαιωθεί από τη συνάφεια που παρουσιάζει με άλλα εργαλεία που αποτιμούν διαφοροποιήσεις στην ΣΚΠ .

Για τον ελληνικό πληθυσμό, το MSSID μεταφράστηκε με τη μέθοδο της αντίστροφης μετάφρασης (Σταλίκας, Τριλίβα & Ρούσση, 2012) κατόπιν άδειας των κατασκευαστών. Η μετάφραση καθώς και η τελική του μορφή επικυρώθηκε από τους ιατρούς των νευρολογικών κλινικών που συμμετείχαν στην έρευνα. Η αξιοπιστία της κλίμακας, για το δείγμα της παρούσας έρευνας προέκυψε πολύ υψηλή σε όλες τις διαστάσεις που μετρήθηκαν: αριθμός συμπτωμάτων κινητικότητας 0,99, αριθμός συμπτωμάτων κόπωσης 0,98, επίπτωση συμπτωμάτων κινητικότητας 0,95, επίπτωση συμπτωμάτων κόπωσης 0,97 και ποιότητα ζωής 0,97.

### *2.5. Αρνητικό και θετικό συναίσθημα*

Για την αξιολόγηση της συναισθηματικής κατάστασης σε συστηματική βάση, στα πλαίσια του ημερολογίου, χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Θετικής και Αρνητικής Συναισθηματικής Κατάστασης (Positive Affect and Negative Affect Schedule-PANAS) των Watson, Clark και Tellegen (1988). Πρόκειται για μια ιδιαίτερα δημοφιλή κλίμακα ειδικά όσον αφορά τη διερεύνηση της συναισθηματικής κατάστασης τόσο καταστασιακά όσο και ως χαρακτηριστικό, ανάλογα με τις οδηγίες που δίνονται και οι οποίες δύνανται να αλλάζουν ανάλογα με το αντικείμενο της έρευνας (Watson & Clark, 1994). Η έκτασή της ποικίλει επίσης, αλλά σε όλες τις περιπτώσεις η βαθμολογία καταλήγει σε δύο υποκλίμακες, Θετικό Συναίσθημα και Αρνητικό Συναίσθημα, ενώ για τις εκτενείς εκδοχές της κλίμακας προτείνονται και επιμέρους υποκλίμακες (Watson & Clark, 1994). Τα ερωτήματα βαθμολογούνται με



πεντάβαθμη κλίμακα likert (1-Πολύ λίγο ή καθόλου έως 5-Πολύ) (Watson & Clark, 1994). Χαμηλές βαθμολογίες στην κλίμακα του θετικού συναισθήματος συνδέονται με λύπη και βραδυψυχισμό ενώ υψηλές στο αρνητικό με θυμό, φόβο, νευρικότητα και ανηδονία (Σταλίκας και συν 2012). Το θετικό συναίσθημα και δη για τις πιο βραχείες εκδοχές της PANAS, είναι μια ενιαία οντότητα όπου υψηλότερες βαθμολογίες αντανακλούν αίσθηση ευεξίας, ενέργεια, χαρά κ.λπ. (Watson & Clark, 1994).

Ψυχομετρικά έχει μελετηθεί αρκετά και έχει τεκμηριωθεί η ψυχομετρική της αξία. Σύμφωνα με εκτενή αναφορά των κατασκευαστών (Watson & Clark, 1994), η εσωτερική συνέπεια κυμαίνεται για την υποκλίμακα του θετικού συναισθήματος μεταξύ 0,85 και 0,90 και για του αρνητικού μεταξύ 0,83 και 0,90. Η διαχρονική αξιοπιστία είναι επίσης ικανοποιητική, παρομοίως και η συγκλίνουσα και αποκλίνουσα εγκυρότητα, όπως και η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής. Η παραγοντική δομή της έχει επίσης επιβεβαιωθεί με τις δύο υποκλίμακες να θεωρούνται μάλλον ανεξάρτητες, ενώ φαίνεται ότι τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά της είναι ανεξάρτητα από τις οδηγίες ως προς το χρόνο, τη γλώσσα, πολιτισμικούς παράγοντες και εν μέρει το φύλο. Σημειώνεται ότι και πιο πρόσφατη εκτίμηση των ψυχομετρικών της ιδιοτήτων με μεγάλο δείγμα, επιβεβαίωσε την ψυχομετρική ισχύ της PANAS αλλά κατέληξε ότι πιθανώς η ανεξαρτησία των δύο υποκλιμάκων δεν ισχύει απόλυτα (Crawford & Henry, 2004). Η PANAS έχει επίσης χρησιμοποιηθεί αρκετά και σε ομάδες ασθενών με ΣΚΠ (Caladri, Graziano, Borghi et al 2016· Caladri, Graziano, Borghi et al 2017· Fiest, Walker, Bernstein et al 2016).

Για τον ελληνικό πληθυσμό, η PANAS έχει σταθμιστεί στην εκδοχή των 20 συναισθημάτων, για ενήλικο πληθυσμό από τις Δασκάλου και Συγκολλίτου (Σταλίκας και συν 2012). Η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής για τον ελληνικό πληθυσμό προέκυψε ικανοποιητική παρομοίως και η εσωτερική συνέπεια των

υποκλιμάκων, η οποία για το θετικό συναίσθημα προέκυψε 0,71 και για το αρνητικό 0,79. Για την παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η εκδοχή των 20 ερωτημάτων με οδηγία κατά την πρώτη χορήγηση να συμπληρωθεί για την τελευταία εβδομάδα και στη συνέχεια για το διάστημα που μεσολάβησε από την τελευταία φορά που συμπληρώθηκε το ημερολόγιο. Μολονότι προτείνεται και μια ενιαία βαθμολογία συναισθηματικής κατάστασης (Σταλίκας και συν 2012), στην παρούσα έρευνα προτιμήθηκε να αποτιμηθούν οι δύο κλίμακες χωριστά, όπως προτείνουν οι κατασκευαστές και δεδομένου ότι το αρνητικό και το θετικό συναίσθημα, καίτοι σχετίζονται, μπορούν να συνυπάρχουν (Watson & Clark, 1994).

Για την παρούσα έρευνα, παρόλη την επικύρωση της κλίμακας, προέκυψε ότι δύο ερωτήματα της υποκλίμακας του θετικού συναισθήματος φόρτιζαν αρνητικά το σύνολο. Πρόκειται για τα ερωτήματα 1, «απασχολημένος/η με κάτι» και 3 «έξαψη». Συμπεράναμε ότι πρόκειται μάλλον για μια άστοχη μετάφραση καθώς, παρά τις διευκρινίσεις που δίνονταν στους συμμετέχοντες εκείνοι μάλλον απαντούσαν δίνοντας στα εν λόγω συναισθήματα αρνητικό νόημα. Κατά συνέπεια, τα δύο ερωτήματα αυτά δε συνυπολογίστηκαν στη βαθμολογία του θετικού συναισθήματος καθώς η συμπερίληψή τους μείωνε την αξιοπιστία της υποκλίμακας κατά 0,10. Η αξιοπιστία της κλίμακας προέκυψε ικανοποιητική και για τις δύο διαστάσεις της: θετικό συναίσθημα 0,98 και αρνητικό συναίσθημα 0,98.

## 2.6. Στρες

Για τη μέτρηση του στρες σε συστηματική βάση, στα πλαίσια του ημερολογίου, χρησιμοποιήθηκε η *Κλίμακα Αντιλαμβανόμενου Στρες* (Perceived Stress Scale-PSS) των Cohen, Kamarck και Mermelstein (1983). Το εν λόγω εργαλείο

κατασκευάστηκε προκειμένου να μετρηθεί το υποκειμενικό βίωμα του στρες κυρίως με βάση το πόσο ελέγξιμη, απρόβλεπτη και επιβαρυνόμενη γίνεται αντιληπτή η ζωή και όχι με αναφορά σε συγκεκριμένα γεγονότα (Cohen et al 1983). Πρόκειται για μια από τις πλέον συχνά χρησιμοποιούμενες κλίμακες μέτρησης του στρες και δη όταν είναι επιθυμητό να διερευνηθεί το πόσο στρεσογόνο αντιλαμβάνεται το άτομο το περιβάλλον του και την καθημερινή ζωή του (Cohen et al 1983· Eun-Hyun Lee, 2012· Lavoie & Douglas, 2011). Δεν έχει διαγνωστικό χαρακτήρα αλλά μάλλον εκτιμά το βαθμό στον οποίο το άτομο είναι επιβαρυνόμενο από το στρες ως παράγοντα κινδύνου (Eun-Hyun Lee, 2012· Lavoie & Douglas, 2011). Η αρχική κλίμακα είχε 14 ερωτήματα αλλά στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε μια νεώτερη, 10 ερωτημάτων στα οποία οι απαντήσεις έχουν τη μορφή κλίμακας likert 5 βαθμίδων (0 καθόλου έως 4 πολύ συχνά) που εκτιμούν τη συχνότητα στην οποία βιώθηκε η δήλωση κατά το αξιολογούμενο διάστημα (Cohen & Williamson, 1988). Τέσσερα από τα ερωτήματα είναι διατυπωμένα με θετικό τρόπο, αντανakλώντας περισσότερο κατίσχυση ή προσαρμοστική αντίδραση επί του στρες, και 6 με αρνητικό, αντανakλώντας το καθαυτό βίωμα στρες ή μη προσαρμοστική αντίδραση σε αυτό (Eun-Hyun Lee, 2012· Lavoie & Douglas, 2011). Η εκδοχή των 10 ερωτημάτων προκύπτει ως καλλίτερη από ψυχομετρικής σκοπιάς (Eun-Hyun Lee, 2012).

Ένεκα της ευρείας χρήσης του, έχει μελετηθεί αρκετά από ψυχομετρική σκοπιά (Eun-Hyun Lee, 2012). Η εσωτερική του συνέπεια, θεωρείται πολύ ικανοποιητική (σε όλες τις μελέτες  $>0,80$ ), παρομοίως και η επικύρωση της εγκυρότητάς του (Eun-Hyun Lee, 2012). Η αξιοπιστία επαναλαμβανομένων μετρήσεων προκύπτει μάλλον ικανοποιητική αλλά περισσότερο για πιο βραχεία διαστήματα, π.χ. έως έξι εβδομάδες (Lehman, Burns, Gagen et al 2012· Eun-Hyun Lee, 2012), καθώς όπως είχε επισημάνει και ο Cohen (1983), το ίδιο το αντικείμενο

της μέτρησης είναι αρκετά ευμετάβλητο με το χρόνο. Ιδιαίτερος λόγος γίνεται σε σχέση με την παραγοντική της δομή (Eun-Hyun Lee, 2012· Lavoie & Douglas, 2011). Μολονότι οι δημιουργοί της κλίμακας (Cohen et al 1983· Cohen & Williamson, 1988) όπως και ορισμένοι άλλοι ερευνητές (Lavoie & Douglas, 2011· Wu & Amtmann, 2013), προτείνουν ότι καλό είναι η κλίμακα να θεωρείται μονοπαραγοντική προς διαφύλαξη της εγκυρότητας, πολλές έρευνες έχουν καταλήξει ότι περιέχει δύο παράγοντες (Eun-Hyun Lee, 2012· Lavoie & Douglas, 2011). Μολαταύτα, πρόσφατες έρευνες υποστηρίζουν ότι οι δύο παράγοντες ενδεχομένως οφείλονται στη διαφορετική διατύπωση και όχι σε διαφορετικές διαστάσεις του αποτιμώμενου φαινομένου ή και ότι δεν παραμένουν ίδιοι για διαφορετικούς πληθυσμούς (Gitchel, Roessler & Turner, 2011· Lavoie & Douglas, 2011· Lehman et al 2012).

Για την ΣΚΠ, τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά της κλίμακας έχουν επιβεβαιωθεί τόσο σε επίπεδο αξιοπιστίας όσο και εγκυρότητας (Senders, Bourdette, Hanes et al 2014· Wu & Amtmann, 2013). Μάλιστα, δεδομένης της επίδρασης της πάθησης στο ΚΝΣ, θεωρείται ότι η PSS είναι καλλίτερη, καθώς η υποκειμενική αποτίμηση του στρες, την οποία επιτρέπει, μπορεί να αντανakλά και ακριβώς τη διαφοροποίηση στην απόκριση στο στρες ένεκα της επίδρασης της ΣΚΠ (Senders et al 2014). Παρά την καταλληλότητα της PSS στη μέτρηση του στρες στην ΣΚΠ, οι πιο πρόσφατες σχετικές μελέτες καταλήγουν ότι παρά το γεγονός ότι προκύπτουν δύο παράγοντες, ίσως δεν είναι αρκετά έγκυροι και ανεξάρτητοι του τρόπου διατύπωσης αλλά και της πόλωσης που επιφέρει η εν λόγω διατύπωση, π.χ. στα δύο φύλα, με τις γυναίκες να τείνουν να παρουσιάζουν υψηλότερο στρες αλλά μόνο στα ερωτήματα με αρνητική διατύπωση (Gitchel et al 2011· Lehman et al 2012· Wu & Amtmann, 2013).

Για τον ελληνικό πληθυσμό, η PSS χαίρει επίσης συχνής χρήσης ενώ κατόπιν στάθμισης, έχουν αποτιμηθεί και κριθεί επαρκή τα ψυχομετρικά του χαρακτηριστικά τόσο σε επίπεδο των διαφορετικών πλευρών της αξιοπιστίας όσο και σε επίπεδο εγκυρότητας (Andreou, Alexopoulos, Lionis, 2011· Katsarou, Panagiotopoulos, Zafeiroulou et al 2012· Katsarou, Triposkiadis, Skoularigis et al 2014).

Συγκεκριμένα, αναφορικά με την παραγοντική της δομή, έχουν προκύψει και σε ελληνικά δείγματα οι δύο παράγοντες αν και οι δύο πιο πρόσφατες έρευνες δε συμφωνούν ως προς την ένταξη ενός ερωτήματος (Andreou et al 2011· Katsarou et al 2012). Αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός ότι υπάρχουν ενδείξεις ότι παρά τις όποιες φορτίσεις των ερωτημάτων με έναν παράγοντα, η συσχέτισή τους με αυτά του άλλου παραμένει επιλήψιμη (Lehman et al 2012).

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε στις αναλύσεις μόνο η συνολική βαθμολογία χάριν οικονομίας, αλλά και βάσει του ότι κρίθηκε ότι τα διάφορα ερευνητικά ευρήματα δεν καταλήγουν σε ομοιογενή αποτελέσματα. Άλλωστε, η φύση των δεδομένων δεν επέτρεπε την παραγοντική ανάλυση των απαντήσεων προκειμένου να ελεγχθεί η παραγοντική δομή για τα ανά χείρας δεδομένα. Σημειώνεται δε ότι, δεδομένου ότι η κλίμακα ενδείκνυται για να αλλάζουν οι οδηγίες χορήγησης βάσει του διαστήματος που επιθυμείται να αξιολογηθεί (Cohen et al 1983), οι οδηγίες που δόθηκαν για τη συμπλήρωση ζητούσαν να απαντηθούν τα ερωτήματα για το διάστημα που μεσολάβησε από την τελευταία φορά που συμπληρώθηκε το ημερολόγιο. Για την πρώτη συμπλήρωση οι απαντήσεις δίνονταν για την τελευταία εβδομάδα. Για την παρούσα έρευνα, η αξιοπιστία της κλίμακας ήταν πολύ υψηλή (0,99).

### 3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Οι συμμετέχοντες της έρευνας ήταν ασθενείς της Β' Νευρολογικής Κλινικής του ΠΓΝ «Αττικόν» και της Νευρολογικής κλινικής του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών. Τα ραντεβού μαζί τους γίνονταν μία φορά την εβδομάδα στην πρώτη κλινική και δύο φορές την εβδομάδα στη δεύτερη στα πλαίσια της λειτουργίας των εξωτερικών ιατρείων τους.

Κριτήρια συμπερίληψης στην έρευνα ήταν η απουσία σοβαρών γνωστικών ελλειμμάτων, όπως αυτά εκτιμούνταν από τους θεράποντες ιατρούς, το EDSS και νευροψυχολογικές εκτιμήσεις που γίνονταν στα πλαίσια των εξετάσεών τους, να μην έχουν απώλεια της ικανότητας για βάδιση και εν γένει απώλεια της δυνατότητας για βασική αυτο-εξυπηρέτηση, απουσία ενεργού ψυχιατρικής διαταραχής (η ψυχιατρική φαρμακευτική αγωγή που λάμβαναν ορισμένοι από τους συμμετέχοντες αφορούσε συνταγογράφηση που γινόταν από τους νευρολόγους περισσότερο στα πλαίσια της φροντίδας για την ΣΚΠ), να μη βρίσκονται σε ψυχοθεραπεία ή αν έχουν κάνει ψυχοθεραπεία, αυτή να μην ήταν για διάστημα μεγαλύτερο από τους 6 μήνες. Τα κριτήρια σε σχέση με την ίδια την πάθηση στόχευαν να αποκλείσουν ασθενείς των οποίων η γνωστική λειτουργία δε θα επέτρεπε να κατανοήσουν τη διαδικασία και θα καθιστούσε αναξιόπιστες ή και μη-έγκυρες τις απαντήσεις αυτών, ενώ το επίπεδο αναπηρίας τους δε θα ήταν πολωμένο ώστε να μην είναι δυνατή η διερεύνηση της διακύμανσης των συμπτωμάτων τους. Γι' αυτό το λόγο άλλωστε σοβαρές υποτροπές ή ώσεις της πάθησης κατά τη διάρκεια της έρευνας αποτέλεσαν κριτήριο αποκλεισμού. Τα δε κριτήρια αποκλεισμού βάσει του ψυχολογικού παράγοντα αποσκοπούσαν στο να μην υπάρχουν πολώσεις εξαιτίας ενεργού ψυχοπαθολογίας

αλλά και να μην έχει επηρεαστεί η συμβολική λειτουργία εξαιτίας εμπλοκής σε χρόνια ψυχοθεραπευτική εργασία.

Κατά την αρχική συνάντηση, οι ασθενείς ενημερώνονταν για την έρευνα προφορικά και γραπτά και υπέγραφαν φόρμα συγκατάθεσης κατόπιν ενημέρωσης. Στη συνέχεια συγκεντρώνονταν βασικά δημογραφικά στοιχεία και πληροφορίες σε σχέση με την πάθησή τους μέσω ημιδομημένης συνέντευξης. Αφού είχαν εξοικειωθεί με τον εξεταστή και τους είχαν απαντηθεί οι όποιες ερωτήσεις είχαν, χορηγούνταν το RIT βάσει των οδηγιών του CS. Ακολούθως χορηγούνταν η TAS, η HADS και συμπληρώνονταν το πρώτο ημερολόγιο προκειμένου να δοθούν διευκρινίσεις όπου ήταν απαραίτητο. Οι οδηγία για την πρώτη χορήγηση ήταν να απαντηθεί για την τελευταία εβδομάδα ενώ για τις υπόλοιπες φορές να απαντηθεί για το διάστημα που μεσολάβησε από την τελευταία συμπλήρωση. Τα υπόλοιπα ημερολόγια τα λάμβαναν σε έντυπη μορφή και τα συμπλήρωναν στον δικό τους χώρο.

Δύο εβδομάδες μετά την πρώτη συνάντηση, υπήρχε τηλεφωνική επικοινωνία υπενθύμισης της συμπλήρωσης και δήλωσης διαθεσιμότητας του ερευνητή, σε περίπτωση που υπήρχαν δυσκολίες, ερωτήσεις κ.λπ. Το ίδιο συνέβαινε περίπου στα μέσα του διαστήματος συμμετοχής τους (το οποίο στο σύνολό του διαρκούσε περί τους 3 μήνες). Με την ολοκλήρωση της διαδικασίας, δινόταν εκ νέου ραντεβού στα εξωτερικά ιατρεία των κλινικών που εξυπηρετούνταν οι ασθενείς όπου χορηγούνταν εκ νέου η TAS και η HADS. Στοιχεία σε σχέση με το επίπεδο αναπηρίας, τον τύπο της πάθησης, τη φαρμακευτική αγωγή κ.λπ. δίνονταν από τους φακέλους των ασθενών από τους θεράποντες ιατρούς.

Υπήρχε αρκετά μεγάλη εκρροή συμμετεχόντων, ειδικά στην 1<sup>η</sup> κλινική. Από τους 12 ασθενείς που δέχτηκαν να συμμετέχουν στο ιατρείο του ΠΓΝ «Αττικών», 5

κατάφεραν να ολοκληρώσουν έγκυρα το σύνολο των ημερολογίων ενώ από τους 20 ασθενείς του NNA, οι 11. Από το σύνολο των εκκροών, 5 περιπτώσεις διέκοψαν λόγω υποτροπής, 5 παρέδωσαν εξαιρετικά πλημμελώς συμπληρωμένα ημερολόγια και 6 διέκοψαν λόγω φόρτου εργασίας ή άλλων λόγων. Πέντε από τους συμμετέχοντες, μολονότι παρέδωσαν τα ημερολόγια, δε θέλησαν να απαντήσουν εκ νέου τις κλίμακες TAS και HADS (στην πραγματικότητα άφησαν τα ημερολόγια στα ιατρεία με δική τους πρωτοβουλία σε μέρα που απουσίαζε ο υπεύθυνος της έρευνας και αρνήθηκαν να προσέλθουν σε κάποιο ραντεβού). Από τους ασθενείς που προσεγγίστηκαν αρχικά για να συμμετέχουν, συνολικά 6 μόνο αρνήθηκαν, μια εκκροή που πιθανώς δεν είναι σημαντική. Δεν κατέστη δυνατό να υπάρχουν λεπτομερή στοιχεία για τους ασθενείς που δεν δέχτηκαν να συμμετέχουν ενώ αυτοί που διέκοψαν ή δε συμπεριλήφθηκαν στην έρευνα δεν έδειξαν να διαφέρουν σε κάποιο αξιοσημείωτο βαθμό από αυτούς που παρέμειναν. Η διαδικασία δειγματοληψίας διήρκησε από το 10<sup>ο</sup> του 2010 έως τον 5<sup>ο</sup> του 2011 στο ΠΓΝ «Αττικόν» και από τον 12<sup>ο</sup> του 2016 έως τον 5<sup>ο</sup> του 2017 στο NNA.

#### **4. Επεξεργασία των δεδομένων – στατιστικές αναλύσεις**

Η ενότητα αυτή αποσκοπεί να παρουσιάσει τον τρόπο που έγινε η επεξεργασία των δεδομένων της έρευνας και τη μοντελοποίηση εν γένει του υλικού που συγκεντρώθηκε, προκειμένου να απαντηθούν οι ερευνητικές υποθέσεις και τα ερευνητικά ερωτήματα που διατυπώθηκαν.

Στις προκαταρκτικές αναλύσεις, έστω και καταχρηστικά ένεκα μικρού αριθμού δείγματος, χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικά και παραμετρικά κριτήρια σύγκρισης μέσω των όρων προκειμένου να διερευνηθεί κατά πόσον η ψυχοπαθολογία



και η αλεξιθυμία διαφοροποιήθηκαν στο τέλος της έρευνας σε σχέση με την αρχή. Επειδή τα αποτελέσματα των δύο κριτηρίων ήταν ίδια, θα παρουσιαστεί μόνο το παραμετρικό κριτήριο  $t$  του Student για επαναλαμβανόμενες μετρήσεις μαζί με το δείκτη  $d$  του Cohen. Επίσης, για τις μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου (βλ παρακάτω) υπολογίστηκε ο δείκτης intra class correlation (ICC) και ο δείκτης αξιοπιστίας της μοντελοποίησης του HLM, δείκτες που δίνουν πληροφορίες σε σχέση με την καταλληλότητα των δεδομένων για επεξεργασία σε πολυεπίεδη ανάλυση (Nezlek, 2008· Σιδερίδης & Καφέτσιος, 2010· Woltman, Feldstain, MacKay & Rocchi, 2012). Συγκεκριμένα ο δείκτης ICC δείχνει το βαθμό διαφοροποίησης των μετρήσεων του πρώτου επιπέδου μεταξύ των ομάδων που συγκροτούνται στο δεύτερο επίπεδο ανάλυσης, όπου υψηλότερες τιμές του δείχνουν μεγαλύτερη διαφοροποίηση και μάλλον μεγαλύτερη καταλληλότητα χρήσης πολυεπίεδης ανάλυσης. Ο δείκτης αξιοπιστίας του HLM αποδίδει την εσωτερική συνέπεια των μετρήσεων.

Όσον αφορά τη μοντελοποίηση των δεδομένων, οι μετρήσεις που συγκεντρώθηκαν, αναφορικά με τα ημερολόγια, αφορούσαν σε διαχρονικές μετρήσεις συγκεκριμένου αριθμού, ήτοι 25, αν και ένας συμμετέχων συμπλήρωσε 16 γεγονός ωστόσο που δεν αποτέλεσε λόγο να απορριφθεί εξαιτίας των προϋποθέσεων του μοντέλου, και ορισμένων χρονικών σημείων συμπλήρωσης (Nezlek, 2008). Οι μετρήσεις αυτές αποτελούν τα δεδομένα του 1<sup>ου</sup> επιπέδου και αφορούν σε ενδοατομικές πληροφορίες οι οποίες εμφωλεύονται εντός (nested within) κάθε ένα από τα 16 υποκείμενα της έρευνας για κάθε ένα από τα οποία συγκεντρώθηκαν οι πληροφορίες μέσω των υπολοίπων ψυχομετρικών εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν (δημογραφικά, RIT, TAS, HADS κ.λπ.), οι οποίες αφορούσαν σε διατομικές πληροφορίες και συγκροτούν το 2<sup>ο</sup> επίπεδο (Σιδερίδης & Καφέτσιος, 2010).

Αρχικά υπολογίστηκε ένα ‘μηδενικό’ μοντέλο για κάθε εξαρτημένη μεταβλητή, στο οποίο, τόσο στο 1<sup>ο</sup> όσο και στο 2<sup>ο</sup> επίπεδο δεν υπήρχαν ανεξάρτητες. Σκοπός αυτής της ανάλυσης ήταν να υπολογιστούν οι δείκτες αξιοπιστίας και να επιβεβαιωθεί ότι αφενός ο μέσος όρος της υπό μελέτης μεταβλητής ήταν σημαντικά διαφορετικός από το μηδέν αλλά και το κατά πόσο υπήρχε επαρκής διασπορά της τόσο στο 1<sup>ο</sup> όσο και στο 2<sup>ο</sup> επίπεδο ώστε να δικαιολογείται η πολυεπίπεδη διερεύνησή της (Nezlek, 2008· Σιδερίδης & Καφέτσιος, 2010· Woltman et al 2012). Οι συναρτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση αυτή είναι οι εξής:

$$1^{\circ} \text{ επίπεδο (ενδοατομικό):} \quad Y_{ij} = \pi_{0j} + e_{ij}$$

$$2^{\circ} \text{ επίπεδο (διατομικό):} \quad \pi_{0j} = \beta_{00} + r_{0j}$$

Σε αυτό το μοντέλο,  $Y_{ij}$  είναι η μέτρηση της εκάστοτε εξαρτημένης μεταβλητής για την ημέρα  $i$  στο άτομο  $j$  και  $\pi_{0j}$  είναι ο συντελεστής που αντιπροσωπεύει το μέσο όρο της για κάθε άτομο  $j$ . Το σφάλμα  $e_{ij}$  εκφράζει τη διακύμανση των συμπτωμάτων σε κάθε συμμετέχοντα, ο συντελεστής  $\beta_{00}$  το μέσο όρο συμπτωμάτων για άτομα  $j$  και το σφάλμα  $r_{0j}$  εκφράζει τη διακύμανση των συμπτωμάτων στο σύνολο των συμμετεχόντων στη μελέτη αυτή.

Για κάθε μεταβλητή πρόβλεψης στο 1<sup>ο</sup> επίπεδο, ήτοι ενδοατομικές μετρήσεις από μέρα σε μέρα μέσω των ημερολογίων, προστίθενται ανεξάρτητες μεταβλητές στην εξίσωση του 1<sup>ου</sup> επιπέδου:

$$1^{\circ} \text{ επίπεδο (ενδοατομικό):} \quad Y_{ij} = \pi_{0j} + \pi_{1j}(\text{ανεξάρτητη μεταβλητή}) + e_{ij}$$

$$2^{\circ} \text{ επίπεδο (διατομικό):} \quad \pi_{0j} = \beta_{00} + r_{0j}$$

$$\pi_{1j} = \beta_{10} + r_{1j}$$

Όπως φαίνεται, στις συναρτήσεις του αρχικού μοντέλου, προστέθηκε και ο παράγωγος  $\pi_{1j}$  (και για κάθε επιπλέον μεταβλητή πρόβλεψης, ένας ακόμα). Αυτή είναι μια παράμετρος κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης, η οποία εκφράζει την επίδραση της μεταβλητής πρόβλεψης για κάθε άτομο  $j$  στην εξαρτημένη μεταβλητή, όπως αυτή αναλύεται σε  $\beta_{10}$ , το μέσο όρο της ανεξάρτητης μεταβλητής συν τη διακύμανσή της,  $r_{1j}$ , στους συμμετέχοντες στην έρευνα.

Για κάθε μεταβλητή πρόβλεψης από το 2<sup>ο</sup> επίπεδο, προστίθεται στις συναρτήσεις του μηδενικού μοντέλου μια ακόμη παράμετρος  $\beta_{0q}$ , όπου  $q$  ήταν η εκάστοτε μεταβλητή πρόβλεψης ( $\beta_{01}, \beta_{02} \dots \beta_{0q}$ ):

$$1^{\circ} \text{ επίπεδο (ενδοατομικό): } Y_{ij} = \pi_{0j} + e_{ij}$$

$$2^{\circ} \text{ επίπεδο (διατομικό): } \pi_{0j} = \beta_{00} + \beta_{01}(\text{ανεξάρτητη μεταβλητή}) + r_{0j}$$

Όπως γίνεται αντιληπτό, στη συνάρτηση  $\pi_{0j}$  προστίθεται μια παράμετρος που αφορά στο συντελεστή κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης της εξαρτημένης μεταβλητής, όπως αυτός καθορίζεται από την ή τις εκάστοτε ανεξάρτητες μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου.

Τέλος, στον έλεγχο των ερευνητικών υποθέσεων και ερωτημάτων που απαιτούσαν τη διερεύνηση της αλληλεπίδρασης των μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> και του 2<sup>ου</sup> επιπέδου οι συναρτήσεις του μοντέλου είχαν ως εξής:

$$1^{\circ} \text{ επίπεδο (ενδοατομικό): } Y_{ij} = \pi_{0j} + \pi_{1j}(\text{ανεξάρτητη μεταβλητή } 1^{\text{ου}} \text{ επιπέδου}) + e_{ij}$$

$$2^{\circ} \text{ επίπεδο (διατομικό): } \pi_{0j} = \beta_{00} + \beta_{01}(\text{ανεξάρτητη μεταβλητή } 2^{\text{ου}} \text{ επιπέδου}) + r_{0j}$$

$$\pi_{1j} = \beta_{10} + \beta_{11}(\text{ανεξάρτητη μεταβλητή } 2^{\text{ου}} \text{ επιπέδου}) + r_{1j}$$

Όπως γίνεται αντιληπτό, στη συνάρτηση που προβλέπει την τιμή της μεταβλητής  $\pi_{Ij}$ , προστίθεται μια ακόμα παράμετρος  $\beta_{10}$  η οποία προβλέπει την τιμή της με τη χρήση μιας μεταβλητής του 2<sup>ου</sup> επιπέδου, ήτοι διερευνάται η διαμεσολαβητική της επίδραση (Nezlek & Gable, 2001).

Σημειώνεται ότι σε όλα τα επίπεδα δεν περιορίστηκε η τυχαία διασπορά σφάλματος  $r$ , καθώς στόχος ήταν η διερεύνηση των υπό μελέτη συσχετίσεων με την εξωτερική εγκυρότητα που τους αναλογούσε στην έρευνα, δεδομένου δε ότι δεν υπήρχαν άλλες μελέτες οι οποίες να υιοθετούν την εν λόγω προσέγγιση για τη μελέτη των μεταβλητών της παρούσας έρευνας, ώστε να καθοδηγήσουν ως προς το κατά πόσο θα ήταν δόκιμο ή όχι να υπολογιστεί το τυπικό σφάλμα κάθε συνάρτησης (Tabachnick & Fidell, 2007). Επίσης, οι μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου εισάγονταν *κεντρωμένες* (centered) στο μέσο όρο των ενδοατομικών μετρήσεων, ήτοι η διασπορά προέκυπτε από τις αποκλίσεις της κάθε μέτρησης από το μέσο όρο του κάθε ενός από τα 16 άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα. Οι μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου εισάγονταν *κεντρωμένες* στο γενικό μέσο όρο (grand mean), ήτοι η διασπορά υπολογιζόταν από την απόκλιση της εκάστοτε μέτρησης από το μέσο όρο όλων των μετρήσεων. Εξαίρεση αποτέλεσε το φύλο, το οποίο καθόσον είναι κατηγορική διωνυμική μεταβλητή εισήχθη στο μοντέλο χωρίς να *κεντρωθεί*.

Στις πολυπαραγοντικές αναλύσεις καίτοι συστήνεται η μοντελοποίηση να γίνεται με σταδιακή προσθήκη μεταβλητών (Nezlek, 2008), αποφασίστηκε να εισάγονται ταυτόχρονα όσες μεταβλητές είχαν προκύψει να σχετίζονται σημαντικά με την εξαρτημένη ώστε να διερευνηθεί ποια ή ποιες από αυτές θα συγκέντρωναν τη διασπορά της. Για τις μεταβλητές του δευτέρου επιπέδου ωστόσο η προαναφερθείσα διαδικασία έγινε με επιφύλαξη καθώς υπήρχαν μόνο 16 συμμετέχοντες, γεγονός που θα μπορούσε να καταστήσει μάλλον ασταθή τα αποτελέσματα. Για το λόγο αυτό

άλλωστε, επιλέχθηκε να μην προχωρήσουμε πέραν της κατά μόνας διερεύνησης της αλληλεπίδρασης των μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> με αυτών του 2<sup>ου</sup> επιπέδου καθώς η μοντελοποίηση με ανεξάρτητες μεταβλητές 1<sup>ου</sup>, 2<sup>ου</sup> επιπέδου και των αλληλεπιδράσεών τους κατέληγε σε αποτελέσματα χωρίς συνοχή και ασταθή όταν αφαιρείτο κάποιος συμμετέχων. Πιθανώς αυτό να οφειλόταν άλλωστε και στο γεγονός ότι οι ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας παρουσίαζαν υψηλή συνάφεια μεταξύ τους, γεγονός που αλλοίωσε την πρόβλεψη ένεκα του ομοιοσκεδασμού τους (Woltman et al 2012).

Η διερεύνηση της κατεύθυνσης της συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου έγινε αντιστρέφοντας θέση μεταξύ μεταβλητών πρόβλεψης και εξαρτημένων μεταβλητών (Duckworth, Tsukayama & May, 2010). Με άλλα λόγια, οι εξαρτημένες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν ως μεταβλητές πρόβλεψης των ανεξάρτητων. Η σύγκριση των μοντέλων αυτών έγινε με σύγκριση της στατιστικής σημαντικότητας της πρόβλεψης (Tabachnick & Fidell, 2007). Το μέγεθος επίδρασης δεν υπολογίστηκε καίτοι ενίοτε συστήνεται (Tabachnick & Fidell, 2007) καθώς θεωρείται από τους μελετητές του HLM ότι ο δείκτης αυτός είναι μάλλον παραπλανητικός, και δη όταν οι πηγές διασποράς είναι διαφορετικές και προέρχονται από διαφορετικά επίπεδα (Duckworth et al 2010· Nezlek, 2008· Woltman, et al 2012).

Κλείνοντας, σημειώνεται επίσης ότι κάποιας ειδικής διαχείρισης έτυχε ο δείκτης RFS-P. Η εν λόγω μέτρηση, όπως περιγράφηκε στα μέσα συλλογής δεδομένων, κυμαίνεται μεταξύ -5 και +5. Θεωρητικά, η βέλτιστη τιμή ως προς την ψυχική λειτουργία του ατόμου είναι το 0 ή τουλάχιστον τιμές κοντά σε αυτή. Κατά συνέπεια, τιμές που πλησιάζουν τα δύο άκρα αναμένεται να συσχετίζονται με περισσότερες δυσκολίες. Όπως γίνεται αντιληπτό, υπήρχε η υπόνοια ότι οι συσχετίσεις της μεταβλητής αυτής δε θα ήταν ευθύγραμμες αλλά καμπυλόγραμμες.

Ως εκ τούτου, όταν χρησιμοποιήθηκε ως μεταβλητή πρόβλεψης, προστέθηκε στην εξίσωση τόσο η ίδια η τιμή της RFS-P όσο και η τιμή της υψωμένη στο τετράγωνο και στον κύβο, προκειμένου να διερευνηθεί η συνεισφορά της ως πολυώνυμο 2<sup>ο</sup> και 3<sup>ο</sup> βαθμού, δηλαδή ως μη ευθύγραμμη συνάρτηση. Στις πιο σύνθετες αναλύσεις (π.χ. διερεύνηση αλληλεπιδράσεων 1<sup>ο</sup> και 2<sup>ο</sup> επιπέδου) δε χρησιμοποιήθηκε περαιτέρω η εν λόγω μεταβλητή, καθώς θεωρήθηκε ότι θα περιέπλεκε το νόημα και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων σε αλγεβρικό περισσότερο επίπεδο εις βάρος του εννοιολογικού.

Βάσει των προαναφερθέντων οι μεταβλητές της έρευνας κατανέμονται στα δύο επίπεδα ανάλυσης ως εξής:

- 1<sup>ο</sup> επίπεδο (ενδοατομικό)
  - Εξαρτημένες μεταβλητές: Διαστάσεις του MSSID (1. συμπτώματα κινητικότητας, 2. κόπωση, 3. επίπτωση συμπτωμάτων κινητικότητας, 4. επίπτωση κόπωσης, 5. σχετιζόμενη με την ΣΚΠ ποιότητα ζωής).
  - Ανεκάρτητες μεταβλητές: 1. Αντιλαμβανόμενο στρες, 2. Αρνητικό συναίσθημα, 3. Θετικό Συναίσθημα.
- 2<sup>ο</sup> επίπεδο (διατομικό)
  - Ανεξάρτητες μεταβλητές: 1. Άγχος, 2. Κατάθλιψη (διαστάσεις της HADS), 3. Συμβολοποίηση (μεταβλητές από το RIT και διαστάσεις της TAS: ΔΑΣ, ΔΕΣ και ΕΠΣ), 4. Δημογραφικά δεδομένα, 5. Χαρακτηριστικά της ΣΚΠ.

## Ευρήματα

### 1. Προκαταρκτικές αναλύσεις

Όσον αφορά στις μετρήσεις του 2<sup>ου</sup> επιπέδου, στον πίνακα 2 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις του άγχους, της κατάθλιψης, της αλεξιθυμίας και των διαστάσεων της πριν και μετά τη λήξη της έρευνας, ήτοι μετά το πέρας 3 μηνών περίπου. Η συνάφεια μεταξύ των μετρήσεων ήταν σε όλες τις περιπτώσεις θετικής κατεύθυνσης, όπως προαπαιτείται, αλλά στις περιπτώσεις της ΔΑΣ και του ΕΠΣ όχι στατιστικώς σημαντικές, γεγονός που δεν αποκλείεται να οφείλεται και στο μικρό δείγμα. Όλες οι μετρήσεις παρέμειναν σταθερές διαχρονικά με εξαίρεση τη ΔΕΣ, η οποία μετά τη λήξη της έρευνας ( $M = 13,17, SD = 4,26$ ) σημείωσε χαμηλότερο μέσο όρο σε σύγκριση με την έναρξη ( $M = 14,67, SD = 4,29$ ),  $t(11) = 2,46, p = 0,32$ . Το μέγεθος επίδρασης, σύμφωνα με το δείκτη  $d$  του Cohen, για τη ΔΕΣ, η οποία και προέκυψε να διαφοροποιείται διαχρονικά, ήταν μικρός, ίσος με 0,37.

Σε σχέση με τις μετρήσεις του 1<sup>ου</sup> επιπέδου, οι δείκτες ICC κυμάνθηκαν μεταξύ 0,86 (στρες) και 0,55 (ποιότητα ζωής) (βλ. Πιν. 3). Οι δείκτες μπορούν να θεωρηθούν ικανοποιητικοί, δείχνοντας ότι υπάρχει αρκετή διαφοροποίηση μεταξύ των ατόμων ώστε να δικαιολογείται η χρήση πολυεπίπεδης ανάλυσης. Στους πίνακες 4 και 5 παρουσιάζονται αντίστοιχα οι συνολικοί περιγραφικοί δείκτες των μεταβλητών 1<sup>ου</sup> και 2<sup>ου</sup> επιπέδου της έρευνας.

Πίνακας 2. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις της ψυχοπαθολογίας, της αλεξιθυμίας και των διαστάσεων της κατά την έναρξη και τη λήξη της έρευνας

	Έναρξη έρευνας		Λήξη έρευνας		<i>r</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Άγχος	8,09	4,16	8,64	3,96	0,75**	-0,63	0,14
Κατάθλιψη	7,84	6,07	8,27	5,27	0,78**	-0,54	0,08
ΔΑΣ	19,92	7,98	19,17	6,35	0,51	-0,36	0,11
ΔΕΣ	14,67	4,29	13,17	4,26	0,88***	2,46*	0,37
ΕΠΣ	20,25	5,22	19,75	5,22	0,47	0,29	0,10
Αλεξιθυμία	54,83	16,16	52,08	13,30	0,60*	0,71	0,19

Σημείωση. \*  $p < 0,05$ , \*\*  $p < 0,01$ , \*\*\*  $p < 0,001$ .

Πίνακας 3. Δείκτες ICC για τις μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου

	ICC
Συμπτώματα κινητικότητας	0,81
Συμπτώματα κόπωσης	0,68
Επίπτωση συμπτωμάτων κινητικότητας	0,62
Επίπτωση συμπτωμάτων κόπωσης	0,66
Ποιότητα ζωής	0,55
Στρες	0,86
Αρνητικό συναίσθημα	0,76
Θετικό συναίσθημα	0,64



Πίνακας 4. Περιγραφικοί δείκτες των μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου της έρευνας

	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>max</i>
Συμπτώματα κινητικότητας	392	4,08	2,79	0,00	7,00
Συμπτώματα κόπωσης	392	3,18	1,94	0,00	5,00
Επίπτωση κινητικότητας	347	2,86	0,96	1,00	5,00
Επίπτωση κόπωσης	343	3,00	1,07	1,00	5,00
Ποιότητα ζωής	391	3,44	0,77	1,00	5,00
Στρες	387	18,95	10,42	0,00	40,00
Αρνητικό συναίσθημα	391	22,15	10,01	10,00	44,00
Θετικό συναίσθημα	391	20,06	7,22	8,00	40,00

Πίνακας 5. Περιγραφικοί δείκτες των μεταβλητών του 2<sup>ου</sup> επιπέδου της έρευνας (*N* = 16)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>min</i>	<i>Max</i>
Ηλικία	39,75	8,13	26,00	59,00
Διάρκεια πάθησης (μήνες)	124,88	100,38	28,00	368,00
EDSS	1,47	0,81	0,50	3,50
RAS	51,19	5,01	43,00	60,00
RFS-P	0,55	0,65	-0,93	1,63
RFS-S	2,62	0,31	2,02	3,44

Πίνακας 5 (συνέχεια). Περιγραφικοί δείκτες των μεταβλητών του 2<sup>ου</sup> επιπέδου της έρευνας ( $N = 16$ )

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>max</i>
SumC'	1,81	1,60	0,00	5,00
WSumC	2,91	2,64	0,00	9,50
FC	1,13	1,15	0,00	3,00
Blends	3,25	2,67	0,00	8,00
L	1,76	2,18	0,15	7,00
F%	0,41	0,19	0,14	0,86
R	16,75	8,48	10,00	40,00
M	2,56	2,03	0,00	7,00
EA	5,44	4,15	0,00	15,50
A	7,81	2,74	4,00	12,00
P	5,75	1,29	3,00	8,00
Άγχος	8,06	4,89	0,00	18,00
Κατάθλιψη	6,88	5,51	1,00	18,00
ΔΑΣ	19,25	7,60	7,00	32,00
ΔΕΣ	15,00	3,95	8,00	22,00
ΕΠΣ	20,69	4,76	12,00	30,00
Αλεξιθυμία	54,94	14,30	29,00	83,00

Όσον αφορά στην «μηδενική πρόβλεψη», οι συναρτήσεις του ελέγχου ήταν οι εξής:

$$1^{\circ} \text{ επίπεδο (ενδοατομικό):} \quad Y_{ij} = \pi_{0j} + e_{ij}$$

$$2^{\circ} \text{ επίπεδο (διατομικό):} \quad \pi_{0j} = \beta_{00} + r_{0j}$$

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 6, σε όλες τις περιπτώσεις, οι τιμές της υπό μελέτης μεταβλητής διέφεραν κατά στατιστικώς σημαντικό τρόπο από το 0, γεγονός που δικαιολογεί τη μοντελοποίηση των δεδομένων με σκοπό την πρόβλεψή της.

Αναφορικά με τη διασπορά, επίσης σε όλες τις περιπτώσεις προέκυψε ότι υπήρχε διαφοροποίηση των τιμών κατά στατιστικώς σημαντικό τρόπο. Ελέγχοντας δε τον επιμερισμό της διασποράς σε ενδοατομική ( $e$ ) και διατομική ( $r$ ), παρατηρείται ικανός επιμερισμός της μολονότι το μεγαλύτερο ποσοστό της οφείλεται κατά κανόνα σε διατομικές διαφορές. Με άλλα λόγια φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες παρουσιάζουν συνεκτικότερη και ίσως σταθερότερη εικόνα όσον αφορά τις καθημερινές τους μετρήσεις και πιο διαφοροποιημένη μεταξύ τους. Σε κάθε περίπτωση, και από τη διερεύνηση της διασποράς και του επιμερισμού της προκύπτει ότι τα δεδομένα δεν είναι άστοχο να αναλυθούν με πολυεπίπεδη μοντελοποίηση.

Πίνακας 6. Δείκτες πρόβλεψης και διασποράς μηδενικού μοντέλου πρόβλεψης ( $df=15$ )

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>e</i>	<i>r</i>	$\chi^2$
Συμπτώματα Κινητικότητας	4,02	0,63	6,37***	1,57	6,74	1562,89***
Συμπτώματα Κόπωσης	3,15	0,40	7,90***	1,24	2,68	811,79***
Επίπτωση Κινητικότητας	2,81	0,18	15,25***	0,34	0,53	595,79***
Επίπτωση Κόπωσης	2,90	0,22	13,46***	0,40	0,77	661,60***
Ποιότητα ζωής	3,45	0,14	24,05***	0,28	0,34	462,48***
Στρες	18,90	2,40	7,89***	15,69	97,28	2302,11***
Αρνητικό Συναίσθημα	21,98	2,17	10,11***	24,58	79,68	1215,01***
Θετικό συναίσθημα	20,13	1,43	14,06***	19,64	34,19	659,25***

Σημείωση. \*\*\*  $p < 0,001$ .

## 2. Πρόβλεψη της επίπτωσης της ΣΚΠ από μεταβλητές του 2ου επιπέδου

(ψυχοπαθολογία, αλεξιθυμία, σχετιζόμενες με την πάθηση και δημογραφικές μεταβλητές)

Προκειμένου να διερευνηθεί η δυνατότητα πρόβλεψης της επίπτωσης της ΣΚΠ από τις μεταβλητές πρόβλεψης του 2<sup>ου</sup> επιπέδου, όπως προαναφέρθηκε στην ενότητα των στατιστικών αναλύσεων, προστέθηκε στο «μηδενικό μοντέλο» ο δείκτης  $\beta_{01}$  στην παράμετρο  $\pi_{0j}$ , ο οποίος εκπροσωπεί το συντελεστή πρόβλεψης της κλίσης της συνάρτησης της εξαρτημένης μεταβλητής:

$$1^\circ \text{ επίπεδο (ενδοατομικό): } Y_{ij} = \pi_{0j} + e_{ij}$$

$$2^\circ \text{ επίπεδο (διατομικό): } \pi_{0j} = \beta_{00} + \beta_{01}(\text{ανεξάρτητη μεταβλητή}) + r_{0j}$$

Σε όλες τις περιπτώσεις, διερευνήθηκε αρχικά η κατά μόνας συνεισφορά των ανεξάρτητων μεταβλητών στην πρόβλεψη. Χάριν οικονομίας, θα παρατεθούν μόνο τα

στατιστικώς σημαντικά αποτελέσματα. Στη συνέχεια διερευνήθηκε η συνεισφορά του συνδυασμού των ανεξάρτητων μεταβλητών του 2<sup>ου</sup> επιπέδου ταυτόχρονα. Στο μοντέλο της ταυτόχρονης πρόβλεψης δε συμπεριλήφθηκαν μεταβλητές που εμπειρεύσαν η μία την άλλη (π.χ. επιμέρους διαστάσεις της TAS με το σύνολό της ταυτόχρονα). Όταν ήταν απαραίτητο, τα κριτήρια της συμπερίληψης προέκυψαν από έναν συνδυασμό της κατά μόνας στατιστικής σημαντικότητας της συνεισφοράς των ανεξάρτητων μεταβλητών, από εννοιολογικούς καθώς και από ψυχομετρικούς παράγοντες. Σημειώνεται ότι καθώς τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα είναι λίγα, οι ταυτόχρονες προβλέψεις θα πρέπει να ερμηνευθούν με επιφύλαξη καθώς το μικρό δείγμα δεν εγγυάται σταθερότητα των ευρημάτων ενώ καθώς οι υπό μελέτη μεταβλητές δεν είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους, πιθανώς υφίσταται επίδραση της πολυσυγγραμικότητας.

Λόγω της ιδιαίτερης περίπτωσης που συνιστούσε η μεταβλητή RFS-P (όπως αναπτύχθηκε στο προηγούμενο κεφάλαιο), τα αποτελέσματα όταν αυτή χρησιμοποιήθηκε ως ανεξάρτητη μεταβλητή παρουσιάζονται χωριστά.

### *2.1 Πρόβλεψη των συμπτωμάτων κινητικότητας*

Όπως φαίνεται στον πίνακα 7, από τις μεταβλητές πρόβλεψης του 2<sup>ου</sup> επιπέδου, το άγχος, η κατάθλιψη, η ΔΑΣ και η συνολική αλεξιθυμία συσχετίστηκαν σημαντικά με τον αριθμό των συμπτωμάτων κινητικότητας. Σε όλες τις περιπτώσεις η κατεύθυνση της συνάφειας ήταν θετική, ήτοι υψηλότερα επίπεδα των ανεξάρτητων μεταβλητών συνδέονταν με περισσότερα συμπτώματα κινητικότητας. Το χαμηλότερο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας σημείωσε η κατάθλιψη,  $t(14) = 2,28, p = 0,039$ , και το υψηλότερο η ΔΑΣ,  $t(14) = 5,76, p < 0,001$ .

Πίνακας 7. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης του συνόλου των συμπτωμάτων κινητικότητας από μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου κατά μόνες

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Άγχος	0,26	0,07	3,66	14	0,003
Κατάθλιψη	0,25	0,11	2,28	14	0,039
ΔΑΣ	0,22	0,04	5,76	14	0,000
Αλεξιθυμία	0,09	0,02	3,66	14	0,003

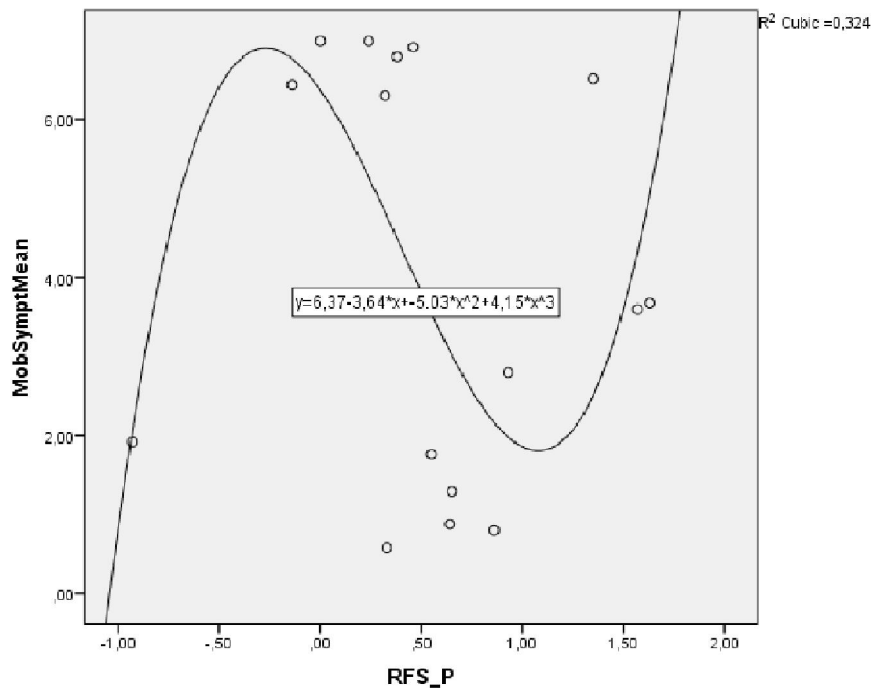
Αναφορικά με το δείκτη φαντασίας-πραγματικότητας του μεταβατικού χώρου (RFS-P), όπως φαίνεται και στον πίνακα 8, και στις τρεις δυνάμεις του συσχετίστηκε κατά σημαντικό τρόπο με το σύνολο των συμπτωμάτων κινητικότητας, στους δύο πρώτους βαθμούς αρνητικά,  $t(12) = -3,64, p = 0,011$  και  $t(12) = -3,85, p = 0,003$  αντίστοιχα, και στον κύβο θετικά,  $t(14) = 4,19, p = 0,001$ .

Προκειμένου να ερμηνευθεί η εν λόγω συσχέτιση, παρουσιάζεται στο γράφημα 1 το διάγραμμα σκεδασμού του RFS-P ως προς το μέσο όρο του συνόλου των συμπτωμάτων κινητικότητας για κάθε 1 από τους 16 συμμετέχοντες στην έρευνα. Ο καλλίτερος δείκτης  $R^2$  ήταν αυτός του πολυωνύμου 3<sup>ου</sup> βαθμού (0,32) έναντι αυτών του 1<sup>ου</sup> (0,01) και του 2<sup>ου</sup> (0,02). Όπως φαίνεται στο υπό συζήτηση γράφημα, όσο οι τιμές του RFS-P από χαμηλές πλησιάζουν στο 0 η συσχέτισή του με τον αριθμό συμπτωμάτων κινητικότητας είναι θετική. Οι τιμές που βρίσκονται ωστόσο κοντά στο 0 (-0,5 έως +0,5) παρουσιάζουν αρνητική συνάφεια, ενώ όταν ξεπεραστεί η τιμή 1,00 η συνάφεια γίνεται πάλι θετική. Κατά συνέπεια, όταν υπάρχει ένας διάλογος μάλλον σε ισορροπία φαντασίας-πραγματικότητας φαίνεται ότι υπάρχουν λιγότερα

συμπτώματα κινητικότητας, ενώ όταν επικρατεί είτε η φαντασία είτε η πραγματικότητα, τα συμπτώματα αυξάνονται.

Πίνακας 8. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης του συνόλου των συμπτωμάτων κινητικότητας από τα διαφορετικά επίπεδα του δείκτη RFS-P

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
RFS	-3,64	1,20	-3,01	12	0,011
RFS <sup>2</sup>	-5,03	1,30	-3,85	12	0,003
RFS <sup>3</sup>	4,14	0,99	4,19	12	0,001



Γράφημα 1 Διάγραμμα σκεδασμού των επίπεδα του RFS-P ως προς τους μέσους όρους των συμπτωμάτων κινητικότητας (MobSymptMean) ( $R^2 = 0,32$ ).

Όσον αφορά την ταυτόχρονη χρήση των μεταβλητών πρόβλεψης του 2<sup>ου</sup> επιπέδου για την πρόβλεψη των συμπτωμάτων κινητικότητας, στο μοντέλο της ταυτόχρονης πρόβλεψης χρησιμοποιήθηκε η ΔΑΣ έναντι της συνολικής αλεξιθυμίας καθώς προέκυψε να έχει ισχυρότερη επίδραση. Όταν μοντελοποιήθηκαν ωστόσο ταυτόχρονα το άγχος, η κατάθλιψη και η ΔΑΣ, καμμία δεν προέκυψε να συνεισφέρει κατά στατιστικώς σημαντικό τρόπο ένεκα μάλλον της μεγάλης συνδιασποράς των τριών αυτών μεταβλητών. Επιλέχθηκε κατά συνέπεια να αφαιρεθεί από το μοντέλο η κατάθλιψη, καθώς παρουσίασε την λιγότερο υψηλή στατιστική σημαντικότητα κατά μόνας και βάσει βιβλιογραφίας είναι περισσότερο ασταθής διαχρονικά σε σχέση με



το άγχος. Τα αποτελέσματα της πρόβλεψης παρουσιάζονται στον πίνακα 9 ενώ η συνάρτηση πρόβλεψης για τη ΔΑΣ και το άγχος ήταν:

$$1^{\circ} \text{ επίπεδο (ενδοατομικό): } (\text{Σύνολο συμπτωμάτων κινητικότητας}) = \pi_{0j} + e_{ij}$$

$$2^{\circ} \text{ επίπεδο (διατομικό): } \pi_{0j} = \beta_{00} + \beta_{01}(\Delta\text{ΑΣ}) + \beta_{02}(\text{άγχος}) + r_{0j}$$

Όπως φαίνεται στον πίνακα 9, μόνο η ΔΑΣ συνεισέφερε σημαντικά στην πρόβλεψη,  $t(13) = 3,02$ ,  $p = 0,032$ , με υψηλότερα επίπεδά της να συνδέονται με μεγαλύτερο αριθμό συμπτωμάτων κινητικότητας.

Πίνακας 9. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των συμπτωμάτων κινητικότητας από τη ΔΑΣ και το άγχος

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
ΔΑΣ	0,19	0,06	3,02	13	0,010
Άγχος	0,08	0,11	0,72	13	0,485

## 2.2 Πρόβλεψη των συμπτωμάτων κόπωσης

Αναφορικά με την πρόβλεψη των συμπτωμάτων κόπωσης από τις μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου κατά μόνας, τα αποτελέσματα των αναλύσεων παρουσιάζονται στον πίνακα 10. Στατιστικώς σημαντική συσχέτιση αρνητικής κατεύθυνσης σημείωσε η διάρκεια της πάθησης,  $t(14) = -2,38$ ,  $p = 0,032$ , όπου όσο πιο πρόσφατη είναι η διάγνωση τόσο περισσότερα συμπτώματα κόπωσης παρουσιάζονται, ενώ στατιστικώς σημαντική συσχέτιση θετικής κατεύθυνσης παρουσίασαν οι μεταβλητές FC, άγχος, κατάθλιψη, ΔΑΣ και αλεξιθυμία, όπου υψηλότερα επίπεδά τους συνδέονται με περισσότερα συμπτώματα κόπωσης. Υψηλότερης στατιστικής ισχύος ήταν η

συσχέτιση της ΔΑΣ,  $t(14) = 5,22, p < 0,001$ , και χαμηλότερης της κατάθλιψης,  $t(14) = 2,28, p < 0,038$ .

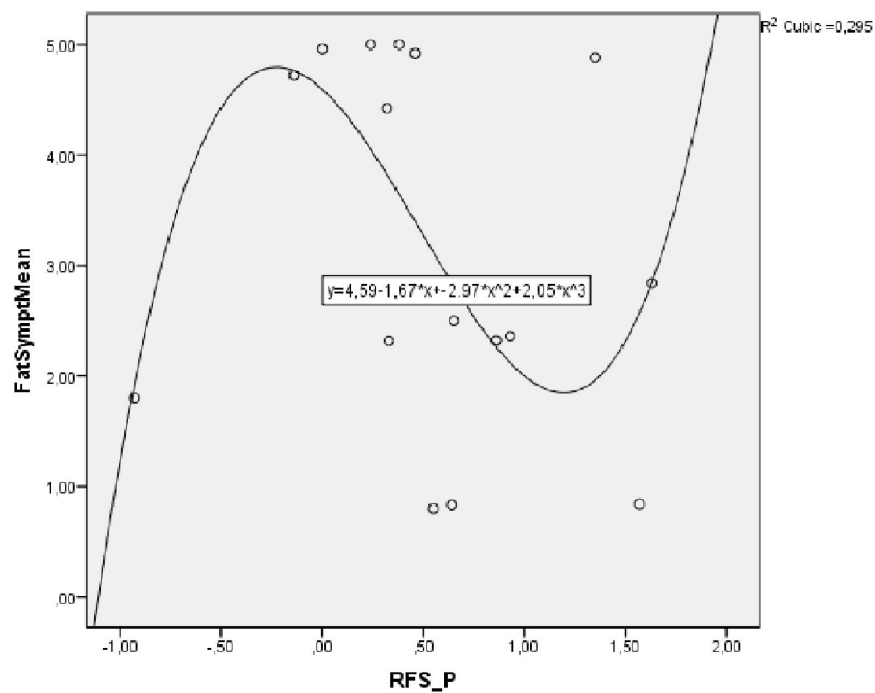
Πίνακας 10. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των συμπτωμάτων κόπωσης από μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου κατά μόνας

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Διάρκεια πάθησης	-0,01	0,00	-2,38	14	0,032
FC	0,82	0,25	3,24	14	0,006
Άγχος	0,19	0,05	4,02	14	0,001
Κατάθλιψη	0,15	0,06	2,28	14	0,038
ΔΑΣ	0,14	0,03	5,22	14	0,000
Αλεξιθυμία	0,05	0,02	2,60	14	0,021

Τα επίπεδα του δείκτη RFS-P σημείωσαν στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με τον αριθμό συμπτωμάτων κόπωσης μόνο για το 2<sup>ο</sup> βαθμό,  $t(12) = -3,85$ ,  $p = 0,003$ , και τον 3<sup>ο</sup>,  $t(12) = 3,26$ ,  $p = 0,007$ . Όπως φαίνεται στο γράφημα 2 ο καλλίτερος δείκτης  $R^2$  ήταν αυτός του πολυωνύμου 3<sup>ου</sup> βαθμού (0,30) έναντι αυτών του 1<sup>ου</sup> (0,04) και του 2<sup>ου</sup> (0,11). Όπως φαίνεται στο γράφημα 2, ενώ για τις μέσες τιμές της η RFS-P παρουσιάζει αρνητική συνάφεια με τον αριθμό συμπτωμάτων κόπωσης, για τις χαμηλές και τις υψηλές παρουσιάζει θετική. Συνεπώς, όσο η φαντασία και η πραγματικότητα είναι σε διάλογο και ισορροπία, τα συμπτώματα είναι λιγότερα ενώ όταν επικρατεί είτε η φαντασία είτε η πραγματικότητα, εμφανίζονται περισσότερα συμπτώματα κόπωσης. (βλ. Πιν. 11)

Πίνακας 11. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των συμπτωμάτων κόπωσης από τα διαφορετικά επίπεδα του δείκτη RFS-P

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
RFS	-1,67	0,81	-2,05	12	0,062
RFS <sup>2</sup>	-2,97	0,77	-3,85	12	0,003
RFS <sup>3</sup>	2,05	0,63	3,26	12	0,007



Γράφημα 2. Διάγραμμα σκεδασμού των επίπεδα του RFS-P ως προς τους μέσους όρους των συμπτωμάτων κόπωσης (FatSymptMean) ( $R^2 = 0,30$ ).

Αναφορικά με την πρόβλεψη των συμπτωμάτων κόπωσης από τις προαναφερθείσες μεταβλητές ταυτόχρονα, όπως φαίνεται στον πίνακα 12, μόνο ο δείκτης FC προέκυψε να συνεισφέρει σημαντικά στην πρόβλεψη,  $t(10) = 2,60$ ,  $p = 0,027$ , με υψηλότερα επίπεδά του να συνεπάγονται περισσότερα συμπτώματα κόπωσης.

Η συνδυαστική συνάρτηση της πρόβλεψης των συμπτωμάτων κόπωσης από μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου είναι:

$$1^{\circ} \text{ επίπεδο (ενδοατομικό):} \quad (\text{Σύνολο συμπτωμάτων κόπωσης}) = \pi_{0j} + e_{ij}$$

$$2^{\circ} \text{ επίπεδο (διατομικό):} \quad \pi_{0j} = \beta_{00} + \beta_{01}(\text{διάρκεια πάθησης}) + \beta_{02}(FC) + \beta_{03}(\text{Άγχος}) + \beta_{04}(\text{Κατάθλιψη}) + \beta_{05}(\Delta\Lambda\Sigma) + r_{0j}$$

Πίνακας 12. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των συμπτωμάτων κόπωσης από μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου ταυτόχρονα

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
Διάρκεια πάθησης	-0,00	0,00	-2,06	10	0,066
FC	0,063	0,024	2,60	10	0,027
Άγχος	-0,07	0,07	-1,01	10	0,333
Κατάθλιψη	0,11	0,06	1,75	10	0,110
ΔΑΣ	0,07	0,05	1,53	10	0,157

### 2.3 Πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας

Για την πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας, κατά μόνας σημαντικά στην πρόβλεψη με θετική κατεύθυνση συνάφειας συνεισέφεραν οι

μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου EDSS, RFS-S, άγχος, κατάθλιψη, ΔΑΣ, ΔΕΣ, ΕΠΣ και αλεξιθυμία. Υψηλότερη στατιστική ισχύ είχαν η πρόβλεψη της κατάθλιψης,  $t(14) = 4,19, p = 0,001$ , και της αλεξιθυμίας,  $t(14) = 4,15, p = 0,001$ , και χαμηλότερη αυτή της ΔΑΣ,  $t(14) = 2,24, p = 0,042$ . Αρνητικής κατεύθυνσης συσχέτιση παρουσίασε ο δείκτης RFS-S,  $t(14) = -1,33, p = 0,003$ , κατά την οποία όσο ποικίλει το εύρος μεταξύ πραγματικότητας και φαντασίας, τόσο μειώνεται η επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας. (βλ. Πιν. 13)

Πίνακας 13. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας από μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου κατά μόνας

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
EDSS	0,44	0,18	2,40	14	0,031
RFS-S	-1,33	0,36	-3,69	14	0,003
Άγχος	0,06	0,02	3,53	14	0,004
Κατάθλιψη	0,11	0,02	4,19	14	0,001
ΔΑΣ	0,04	0,02	2,24	14	0,042
ΔΕΣ	0,11	0,03	3,67	14	0,003
ΕΠΣ	0,09	0,02	3,81	14	0,002
Αλεξιθυμία	0,03	0,01	4,15	14	0,001

Όσον αφορά το μοντέλο πρόβλεψης με την εισαγωγή των προαναφερθεισών μεταβλητών ταυτόχρονα, όπως φαίνεται και στον πίνακα 14, απέδωσαν σημαντικά αποτελέσματα μόνο η RFS-S,  $t(8) = -2,60, p = 0,032$ , και η κατάθλιψη,  $t(8) = 3,19, p = 0,014$ , με αντίστοιχης κατεύθυνσης συνάφεια με την εξαρτημένη μεταβλητή όπως

και στην κατά μόνες συνεισφορά τους. Αξίζει όμως να σημειωθεί ότι ένεκα μεγάλου αριθμού μεταβλητών πρόβλεψης, το εν λόγω εύρημα θα πρέπει να ερμηνευθεί με επιφύλαξη. Η συνάρτηση του μοντέλου πρόβλεψης ήταν η ακόλουθη:

1<sup>ο</sup> επίπεδο (ενδοατομικό):  $(\text{Επίπτωση συμπτωμάτων κινητικότητας}) = \pi_{0j} + e_{ij}$

$$\pi_{0j} = \beta_{00} + \beta_{01}(EDSS) + \beta_{02}(RFS-S) + \beta_{01}(\text{Άγχος}) +$$

2<sup>ο</sup> επίπεδο (διατομικό):  $\beta_{03}(\text{κατάθλιψη}) + \beta_{04}(\Delta\Lambda\Sigma) + \beta_{05}(\Delta\text{Ε}\Sigma) + \beta_{06}(\text{ΕΠ}\Sigma) +$

$$r_{0j}$$

Πίνακας 14. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας από μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου ταυτόχρονα

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
EDSS	0,21	0,12	1,79	8	0,110
RFS-S	-0,70	0,27	-2,60	8	0,032
Άγχος	-0,01	0,03	-0,33	8	0,751
Κατάθλιψη	0,11	0,03	3,19	8	0,014
ΔΑΣ	-0,05	0,03	-1,61	8	0,147
ΔΕΣ	0,06	0,06	1,04	8	0,327
ΕΠΣ	0,00	0,04	0,03	8	0,976

#### 2.4 Πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων της κόπωσης

Για την πρόβλεψη της επίπτωσης της κόπωσης, σημαντικά στην πρόβλεψη με θετική κατεύθυνση συνάφειας συνεισέφεραν κατά μόνας οι μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου SumC', άγχος, κατάθλιψη, ΔΑΣ, ΔΕΣ, ΕΠΣ και αλεξιθυμία. Υψηλότερη στατιστική ισχύ είχαν η πρόβλεψη της ΔΕΣ,  $t(14) = 5,04, p < 0,001$ , και της αλεξιθυμίας,  $t(14) = 5,44, p < 0,001$ , και χαμηλότερη αυτή του SumC',  $t(14) = 2,15, p = 0,050$ . Αρνητικής κατεύθυνσης συσχέτιση παρουσίασε ο δείκτης RFS-S,  $t(14) = -3,98, p = 0,002$ , κατά την οποία όσο διευρύνεται το εύρος μεταξύ πραγματικότητας και φαντασίας ως προς το βίωμα, τόσο μειώνεται η επίπτωση της κόπωσης.

Πίνακας 15. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης της επίπτωσης της κόπωσης από μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου κατά μόνας

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
RFS-S	-1,84	0,46	-3,98	14	0,002
SumC'	0,21	0,10	2,15	14	0,050
Άγχος	0,10	0,02	4,36	14	0,001
Κατάθλιψη	0,13	0,03	4,38	14	0,001
ΔΑΣ	0,08	0,02	4,16	14	0,001
ΔΕΣ	0,15	0,03	5,04	14	0,000
ΕΠΣ	0,09	0,03	3,50	14	0,004
Αλεξιθυμία	0,04	0,01	5,44	14	0,000

Σε σχέση με την πολυπαραγοντική πρόβλεψη της επίπτωσης της κόπωσης από μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου (Πιν. 16), η εικόνα της ταυτόχρονης συνεισφοράς των



προαναφερθεισών μεταβλητών ήταν παρόμοια με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας, ήτοι απέδωσαν σημαντικά αποτελέσματα μόνο η RFS-S,  $t(8) = -3,06$ ,  $p = 0,017$ , και η κατάθλιψη,  $t(8) = 4,21$ ,  $p = 0,003$ , με αντίστοιχης κατεύθυνσης συνάφεια με την εξαρτημένη μεταβλητή όπως και στην κατά μόνας συνεισφορά τους. Συνεπώς, η συνάρτηση της πρόβλεψης της επίπτωσης της κόπωσης από μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου συνδυαστικά είναι:

1<sup>ο</sup> επίπεδο (ενδοατομικό):  $(\text{Επίπτωση κόπωσης}) = \pi_{0j} + e_{ij}$

$$\pi_{0j} = \beta_{00} + \beta_{01}(RFS-S) + \beta_{02}(SumC') + \beta_{03}(\acute{\alpha}\gamma\chi\omicron\varsigma) +$$

2<sup>ο</sup> επίπεδο (διατομικό):  $\beta_{04}(\text{κατάθλιψη}) + \beta_{06}(\Delta A\Sigma) + \beta_{07}(\Delta E\Sigma) + \beta_{08}(E\Pi\Sigma) +$   
 $r_{0j}$

Πίνακας 16. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης της επίπτωσης της κόπωσης από μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου ταυτόχρονα

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
RFS-S	-0,98	0,32	-3,06	8	0,017
SumC'	0,10	0,06	1,50	8	0,173
Άγχος	-0,03	0,03	-1,14	8	0,286
Κατάθλιψη	0,12	0,02	4,21	8	0,003
ΔΑΣ	-0,00	0,02	-0,17	8	0,871
ΔΕΣ	0,06	0,04	1,56	8	0,158
ΕΠΣ	-0,02	0,03	-0,73	8	0,484

## 2.5 Πρόβλεψη της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής

Για την πρόβλεψη της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής, σημαντικά στην πρόβλεψη με αρνητική κατεύθυνση συνάφειας συνεισέφεραν κατά μόνος οι μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου EDSS, άγχος, κατάθλιψη, ΔΑΣ, ΔΕΣ, ΕΠΣ και αλεξιθυμία. Υψηλότερη στατιστική ισχύ είχαν η πρόβλεψη του άγχους,  $t(14) = -5,15$ ,  $p < 0,001$ , και της αλεξιθυμίας,  $t(14) = -5,29$ ,  $p < 0,001$ , και χαμηλότερη αυτή του EDSS,  $t(14) = -3,22$ ,  $p = 0,007$ . Θετικής κατεύθυνσης συσχέτιση παρουσίασε ο RFS-S,  $t(14) = 3,79$ ,  $p = 0,002$ , κατά την οποία όσο ποικίλει το εύρος μεταξύ πραγματικότητας και φαντασίας, τόσο αυξάνεται η ποιότητα ζωής.

Πίνακας 17. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής από μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου κατά μόνος

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
EDSS	-0,38	0,11	-3,52	14	0,004
RFS-S	1,02	0,27	3,79	14	0,002
Άγχος	-0,08	0,01	-5,15	14	0,000
Κατάθλιψη	-0,08	0,02	-4,00	14	0,001
ΔΑΣ	-0,05	0,01	-4,20	14	0,001
ΔΕΣ	-0,09	0,02	-3,67	14	0,003
ΕΠΣ	-0,07	0,02	-3,22	14	0,007
Αλεξιθυμία	-0,03	0,00	-5,29	14	0,000

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 42, σε σχέση με την πολυπαραγοντική πρόβλεψη της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής από ανεξάρτητες

μεταβλητές του 2<sup>ο</sup> επιπέδου μόνο το EDSS,  $t(8) = -3,31, p = 0,012$ , και το άγχος,  $t(8) = -3,69, p = 0,007$ , με αντίστοιχης κατεύθυνσης συνάφεια, ήτοι, με την εξαρτημένη μεταβλητή όπως και στην κατά μόνας συνεισφορά τους. Συνεπώς, η συνάρτηση της πρόβλεψης της επίπτωσης της κόπωσης από μεταβλητές του 2<sup>ο</sup> επιπέδου συνδυαστικά είναι:

1<sup>ο</sup> επίπεδο (ενδοατομικό):  $(\text{Σχετιζόμενη με την ΣΚΠ ποιότητα ζωής}) = \pi_{0j} + e_{ij}$

$$\pi_{0j} = \beta_{00} + \beta_{01}(EDSS) + \beta_{02}(RFS-S) + \beta_{03}(\text{άγχος}) +$$

2<sup>ο</sup> επίπεδο (διατομικό):  $\beta_{04}(\text{κατάθλιψη}) + \beta_{06}(\Delta A \Sigma) + \beta_{07}(\Delta E \Sigma) + \beta_{08}(E \Pi \Sigma) +$

$$r_{0j}$$

Πίνακας 18. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής από μεταβλητές του 2<sup>ο</sup> επιπέδου ταυτόχρονα

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
EDSS	-0,27	0,08	-3,31	8	0,012
RFS-S	0,27	0,25	1,09	8	0,307
Άγχος	-0,04	0,01	-3,69	8	0,007
Κατάθλιψη	-0,04	0,02	-1,65	8	0,138
ΔΑΣ	0,03	0,02	1,830	8	0,104
ΔΕΣ	-0,07	0,04	-1,81	8	0,108
ΕΠΣ	0,00	0,02	0,195	8	0,851

### 3. Πρόβλεψη της επίπτωσης της ΣΚΠ από μεταβλητές του 1ου επιπέδου (στρες, αρνητικό συναίσθημα & θετικό συναίσθημα)

Όπως προαναφέρθηκε, προκειμένου να διερευνηθεί η δυνατότητα πρόβλεψης της επίπτωσης της ΣΚΠ από τις μεταβλητές πρόβλεψης του 1<sup>ου</sup> επιπέδου, προστέθηκε στο «μηδενικό μοντέλο» η παράμετρος  $\pi_{1j}$ , η οποία εκπροσωπεί το συντελεστή πρόβλεψης της κλήσης της συνάρτησης της εξαρτημένης μεταβλητής:

$$1^\circ \text{ επίπεδο (ενδοατομικό): } Y_{ij} = \pi_{0j} + \pi_{1j}(\text{ανεξάρτητη μεταβλητή}) + e_{ij}$$

$$2^\circ \text{ επίπεδο (διατομικό): } \pi_{0j} = \beta_{00} + r_{0j}$$

$$\pi_{1j} = \beta_{10} + r_{1j}$$

Σε όλες τις περιπτώσεις, διερευνήθηκε αρχικά η κατά μόνας συνεισφορά των ανεξάρτητων μεταβλητών στην πρόβλεψη και στη συνέχεια η συνεισφορά και των 3. Όπως θα φανεί παρακάτω, τα μοντέλα τα οποία τις λάμβαναν υπόψιν ταυτόχρονα παρουσίαζαν διαφοροποιήσεις, π.χ. μόνο μία εκ των τριών προέκυπτε να συνεισφέρει σημαντικά, γεγονός που δύναται να αποδοθεί και στη συνδιασπορά των εν λόγω μεταβλητών.

#### 3.1 Πρόβλεψη των συμπτωμάτων κινητικότητας

Κατά τη διερεύνηση της κατά μόνας συσχέτισης των τριών ανεξάρτητων μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου και κατά συνέπεια της δυνατότητας πρόβλεψης μέσω αυτών των συμπτωμάτων κινητικότητας, όπως φαίνεται και στον πίνακα 19, μόνο το στρες,  $t(15) = 3,03$ ,  $p = 0,009$ , και το αρνητικό συναίσθημα,  $t(15) = 3,64$ ,  $p = 0,003$ , συνεισέφεραν στατιστικώς σημαντικά στην πρόβλεψη. Συγκεκριμένα, όπως φαίνεται

και από το πρόσημο των αντίστοιχων δεικτών, υψηλότερα επίπεδα στρες ή αρνητικού συναίσθηματος συνδέονται με περισσότερα συμπτώματα κινητικότητας.

Πίνακας 19. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των συμπτωμάτων κινητικότητας από μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου κατά μόνας

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
Στρες	0,08	0,03	3,03	15	0,009
Αρνητικό συναίσθημα	0,07	0,02	3,64	15	0,003
Θετικό συναίσθημα	-0,04	0,02	-1,91	15	0,075

Σε σχέση με την ταυτόχρονη συνεισφορά των μεταβλητών πρόβλεψης του 1<sup>ου</sup> επιπέδου στην πρόβλεψη των συμπτωμάτων κινητικότητας, δεν συμπεριλήφθηκε το θετικό συναίσθημα καθώς κατά μόνας δεν είχε συνεισφέρει στην πρόβλεψη. Η συνάρτηση της πρόβλεψης διαφοροποιήθηκε ως εξής:

1<sup>ο</sup> επίπεδο (ενδοατομικό):  $(\text{Συμπτώματα κινητικότητας})_{ij} = \pi_{0j} + \pi_{1j}(\text{στρες}) + \pi_{2j}(\text{αρνητικό συναίσθημα}) + e_{ij}$

2<sup>ο</sup> επίπεδο (διατομικό):  $\pi_{0j} = \beta_{00} + r_{0j}$

$$\pi_{1j} = \beta_{10} + r_{1j}$$

$$\pi_{2j} = \beta_{20} + r_{2j}$$

Μόνο το αρνητικό συναίσθημα προέκυψε να συνεισφέρει στην πρόβλεψη,  $t(15) = 2,75, p = 0,015$ , με υψηλότερα επίπεδά του να συνδέονται με περισσότερα συμπτώματα κινητικότητας (Πιν. 20), πιθανώς ένεκα και της μεγάλης συνδιασποράς μεταξύ των δύο υπό συζήτηση ανεξάρτητων μεταβλητών.

Πίνακας 20. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των συμπτωμάτων κινητικότητας ταυτόχρονα από το στρες και το αρνητικό συναίσθημα

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
Στρες	0,05	0,03	1,54	15	0,145
Αρνητικό συναίσθημα	0,06	0,02	2,75	15	0,015

### 3.2 Πρόβλεψη των συμπτωμάτων κόπωσης

Όσον αφορά στην πρόβλεψη των συμπτωμάτων κόπωσης από τις μεταβλητές πρόβλεψης του 1<sup>ου</sup> επιπέδου κατά μόνας, όπως φαίνεται και στον πίνακα 21, και οι τρεις μεταβλητές συσχετίστηκαν και προέβλεψαν κατά στατιστικώς σημαντικό τρόπο την εξαρτημένη. Αναλυτικότερα, υψηλότερα επίπεδα στρες,  $t(15) = 3,73, p = 0,002$ , συνδέονται με περισσότερα συμπτώματα κόπωσης. Παρομοίως θετική συσχέτιση με την εξαρτημένη μεταβλητή παρουσίασε και το αρνητικό συναίσθημα,  $t(15) = 4,47, p < 0,001$ . Αντίστροφα, υψηλότερα επίπεδα θετικού συναισθήματος,  $t(15) = -2,24, p = 0,041$ , προβλέπουν λιγότερα συμπτώματα κόπωσης.

Πίνακας 21. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των συμπτωμάτων κόπωσης από μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου κατά μόνας

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
Στρες	0,10	0,03	3,73	15	0,002
Αρνητικό συναίσθημα	0,11	0,02	4,47	15	0,000
Θετικό συναίσθημα	-0,05	0,02	-2,24	15	0,041

Για τη διερεύνηση της ταυτόχρονης συνεισφοράς των ανεξάρτητων μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου στην πρόβλεψη των συμπτωμάτων κόπωσης, χρησιμοποιήθηκαν και οι 3 με την συνάρτηση της πρόβλεψης να έχει τη μορφή:

$$(\text{Συμπτώματα κόπωσης})_{ij} = \pi_{0j} + \pi_{1j}(\text{στρες}) +$$

$$1^{\circ} \text{ επίπεδο (ενδοατομικό): } \pi_{2j}(\text{αρνητικό συναίσθημα}) + \pi_{3j}(\text{θετικό συναίσθημα}) + e_{ij}$$

$$2^{\circ} \text{ επίπεδο (διατομικό): } \pi_{0j} = \beta_{00} + r_{0j}$$

$$\pi_{1j} = \beta_{10} + r_{1j}$$

$$\pi_{2j} = \beta_{20} + r_{2j}$$

$$\pi_{3j} = \beta_{30} + r_{3j}$$

Όπως φαίνεται και στον πίνακα 22, και οι τρεις συνεισέφεραν στην πρόβλεψη κατά στατιστικώς σημαντικό τρόπο με την ίδια κατεύθυνση συνάφειας που είχαν και στην κατά μόνας συνεισφορά τους, όπως άλλωστε θα ήταν αναμενόμενο.

Πίνακας 22. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των συμπτωμάτων κόπωσης από μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου ταυτόχρονα

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
Στρες	0,04	0,02	2,37	15	0,032
Αρνητικό συναίσθημα	0,08	0,02	3,64	15	0,003
Θετικό συναίσθημα	-0,04	0,02	-2,43	15	0,028

### 3.3 Πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας

Όσον αφορά στην πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας από τις μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου κατά μόνας, όπως φαίνεται και στον πίνακα 23, μόνο το θετικό συναίσθημα συσχετίστηκε με την εξαρτημένη μεταβλητή κατά στατιστικώς σημαντικό τρόπο,  $t(15) = -4,44$ ,  $p < 0,001$ , με υψηλότερα επίπεδά του να συνδέονται με μικρότερη επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας. Δεδομένου ότι οι άλλες δύο μεταβλητές πρόβλεψης δε συσχετίστηκαν κατά στατιστικώς σημαντικό τρόπο με την εξαρτημένη, δεν προχωρήσαμε σε ταυτόχρονη πρόβλεψη.

Πίνακας 23. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας από μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου κατά μόνας

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Στρες	0,02	0,02	1,14	15	0,270
Αρνητικό συναίσθημα	0,01	0,01	1,07	15	0,303
Θετικό συναίσθημα	-0,04	0,01	-4,44	15	0,000



### 3.4 Πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων της κόπωσης

Αναφορικά με την κατά μόνας συνεισφορά στην πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων της κόπωσης, αυτή κατέληξε σε στατιστικώς σημαντικό αποτέλεσμα και για τις 3 μεταβλητές πρόβλεψης (Πιν. 24). Αναλυτικότερα, τόσο το στρες,  $t(15) = 3,93, p = 0,002$ , όσο και το αρνητικό συναίσθημα,  $t(15) = 3,47, p = 0,004$ , σημείωσαν θετική συσχέτιση με την εξαρτημένη μεταβλητή, ήτοι υψηλότερα επίπεδά τους συνδέονται με μεγαλύτερη επίπτωση της κόπωσης. Το θετικό συναίσθημα,  $t(15) = -2,71, p = 0,016$ , από την άλλη σημείωσε αρνητική συσχέτιση, συνεπώς υψηλότερα επίπεδά του συνδέονται με μικρότερη επίπτωση της κόπωσης.

Πίνακας 24. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης της επίπτωσης των συμπτωμάτων κόπωσης από μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου κατά μόνας

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Στρες	0,05	0,01	3,93	15	0,002
Αρνητικό συναίσθημα	0,04	0,01	3,47	15	0,004
Θετικό συναίσθημα	-0,03	0,01	-2,71	15	0,016

Δεδομένου ότι χρησιμοποιήθηκαν και οι 3 μεταβλητές πρόβλεψης του 1<sup>ου</sup> επιπέδου και για αυτή την περίπτωση, η συνάρτηση της πρόβλεψης ήταν:

$$(Επίπτωση συμπτωμάτων κόπωσης)_{ij} = \pi_{0j} +$$

$$1^{\circ} \text{ επίπεδο (ενδοατομικό): } \pi_{1j}(\text{στρες}) + \pi_{2j}(\text{αρνητικό συναίσθημα}) + \pi_{3j}(\text{θετικό συναίσθημα}) + e_{ij}$$

$$2^{\circ} \text{ επίπεδο (διατομικό): } \pi_{0j} = \beta_{00} + r_{0j}$$

$$\pi_{1j} = \beta_{10} + r_{1j}$$

$$\pi_{2j} = \beta_{20} + r_{2j}$$

$$\pi_{3j} = \beta_{30} + r_{3j}$$

Μόνο το αρνητικό συναίσθημα,  $t(15) = 2,36, p = 0,032$ , συνεισέφερε σημαντικά στην πρόβλεψη με θετικής κατεύθυνσης συνάφεια με την εξαρτημένη μεταβλητή.

Σημειώνεται ότι το στρες προέκυψε μάλλον οριακά ασήμαντο,  $t(15) = 2,05, p = 0,058$ , με θετικής επίσης κατεύθυνσης συνάφεια.

Πίνακας 25. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης της επίπτωσης της κόπωσης από μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου ταυτόχρονα

	Coef	SE	t	df	p
Στρες	0,02	0,01	2,05	15	0,058
Αρνητικό συναίσθημα	0,02	0,01	2,36	15	0,032
Θετικό συναίσθημα	-0,01	0,01	-1,04	15	0,317

### 3.5 Πρόβλεψη της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής

Αναφορικά με την κατά μόνας συνεισφορά στην πρόβλεψη της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής από μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου, αυτή κατέληξε σε στατιστικώς σημαντικό αποτέλεσμα και για τις 3 μεταβλητές πρόβλεψης (Πιν. 26). Αναλυτικότερα, τόσο το στρες,  $t(15) = -4,39, p = 0,001$ , όσο και το αρνητικό συναίσθημα,  $t(15) = -4,45, p < 0,001$ , σημείωσαν αρνητικής κατεύθυνσης συσχέτιση με την εξαρτημένη μεταβλητή, ήτοι υψηλότερα επίπεδά τους συνδέονται με χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Το θετικό συναίσθημα,  $t(15) = 3,79, p = 0,002$ , από την άλλη σημείωσε θετική συσχέτιση, συνεπώς υψηλότερα επίπεδά του συνδέονται με υψηλότερη ποιότητα ζωής.

Πίνακας 26. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής από μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου κατά μόνας

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
Στρες	-0,07	0,01	-4,39	15	0,001
Αρνητικό συναίσθημα	-0,04	0,01	-4,45	15	0,000
Θετικό συναίσθημα	0,04	0,01	3,79	15	0,002

Για τη διερεύνηση της ταυτόχρονης συνεισφοράς των ανεξάρτητων μεταβλητών στην πρόβλεψη της εξαρτημένης, δεδομένου ότι και οι τρεις συσχετίστηκαν μαζί της κατά στατιστικώς σημαντικό τρόπο, η συνάρτηση της πρόβλεψης διαμορφώθηκε ως εξής:

1<sup>ο</sup> επίπεδο (ενδοατομικό):  $(\text{Ποιότητα ζωής})_{ij} = \pi_{0j} + \pi_{1j}(\text{στρες}) + \pi_{2j}(\text{αρνητικό συναίσθημα}) + \pi_{3j}(\text{θετικό συναίσθημα}) + e_{ij}$

2<sup>ο</sup> επίπεδο (διατομικό):  $\pi_{0j} = \beta_{00} + r_{0j}$

$$\pi_{1j} = \beta_{10} + r_{1j}$$

$$\pi_{2j} = \beta_{20} + r_{2j}$$

$$\pi_{3j} = \beta_{30} + r_{3j}$$

Και οι τρεις μεταβλητές πρόβλεψης συνεισέφεραν κατά την ταυτόχρονη εισαγωγή τους στο μοντέλο, διατηρώντας βεβαίως, με την εξαρτημένη την κατεύθυνση της συνάφειας που είχαν και στην κατά μόνας χρήση τους (Πιν. 27).

Πίνακας 27. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής από μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου ταυτόχρονα

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>P</i>
Στρες	-0,03	0,01	-2,87	15	0,012
Αρνητικό συναίσθημα	-0,01	0,01	-2,36	15	0,034
Θετικό συναίσθημα	0,03	0,01	3,41	15	0,004

#### 4. Διερεύνηση της χρονικής αλληλλουχίας της συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών του 1ου επιπέδου

Στις ακόλουθες ενότητες, χάριν ευκολίας σύγκρισης, παρατίθενται εκ νέου οι δείκτες που προέκυψαν κατά την πρόβλεψη των εξαρτημένων μεταβλητών της έρευνας από τις ανεξάρτητες μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα όποια ευρήματα θα πρέπει να ερμηνευθούν με επιφύλαξη και μόνο ως ενδείξεις καθώς οι αναλύσεις που έγιναν δεν έλαβαν υπόψιν τον πολυωνυμικό βαθμό των συναρτήσεων. Άλλωστε, όπως θα αναπτυχθεί στο 4<sup>ο</sup> μέρος των ευρημάτων, το γεγονός ότι μεταβλητές πρόβλεψης του 2<sup>ου</sup> επιπέδου αλληλεπιδρούν με αυτές του 1<sup>ου</sup> περιπλέκει ακόμα περισσότερο την ερμηνεία και τον προσπορισμό ασφαλών συμπερασμάτων σχετικά με την αιτιότητα υπό όρους χρονικής αλληλλουχίας της επίδρασης μεταξύ των μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου.

##### 4.1 Συμπτώματα κινητικότητας

Σε σχέση με τη διερεύνηση της αιτιότητας της συνάφειας μεταξύ των συμπτωμάτων κινητικότητας και των μεταβλητών πρόβλεψης του 1<sup>ου</sup> επιπέδου τα αποτελέσματα των αναλύσεων παρουσιάζονται στον πίνακα 28.

Αναλυτικότερα, αναφορικά με το στρες, δε φαίνονται αξιοσημείωτες διαφοροποιήσεις στην σύγκριση των δεικτών όταν τα συμπτώματα κινητικότητας είναι ανεξάρτητη,  $t(15) = 3,54, p = 0,009$ , ή εξαρτημένη μεταβλητή,  $t(15) = 3,03, p = 0,009$ . Παρόμοια εικόνα υπάρχει και στην περίπτωση του αρνητικού συναισθήματος, με τη διαφορά ότι ως ανεξάρτητη μεταβλητή,  $t(15) = 2,98, p =$

0,010, τα συμπτώματα κινητικότητας χαίρουν μάλλον χαμηλότερου βαθμού στατιστικής σημαντικότητας σε σχέση με όταν είναι εξαρτημένη,  $t(15) = 3,64, p = 0,003$ . Κατά συνέπεια, το πιθανότερο είναι, όσον αφορά στο στρες και το αρνητικό συναίσθημα, να έχουν κυκλικής αιτιολογίας συσχέτιση με τα συμπτώματα κινητικότητας, δηλαδή οι αλλαγές να λειτουργούν ανατροφοδοτικά.

Όσον αφορά στο θετικό συναίσθημα, ενδεχομένως υπάρχει μια πιο ξεκάθαρη εικόνα καθώς ενώ σε θέση ανεξάρτητης μεταβλητής τα συμπτώματα κινητικότητας χαίρουν στατιστικής σημαντικότητας,  $t(15) = -2,41, p = 0,029$ , με αρνητικής κατεύθυνσης συνάφεια, σε θέση εξαρτημένης, όπως προέκυψε και στην ενότητα 2, δεν εντοπίστηκε στατιστική σημαντικότητα,  $t(15) = -1,91, p = 0,075$ . Τα δεδομένα αυτά συνάδουν στο ότι οι αλλαγές στα συμπτώματα κινητικότητας μάλλον προκαλούν αλλαγές στο θετικό συναίσθημα με την αύξησή τους να του προκαλεί μείωση.

Πίνακας 28. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου για διερεύνηση της χρονικής αλληλλουχίας των συναφειών με τα συμπτώματα κινητικότητας ως ανεξάρτητη και ως εξαρτημένη μεταβλητή

<i>Αριθμός συμπτωμάτων κινητικότητας:</i>		<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Στρες	Ανεξάρτητη	1,02	0,29	3,54	0,003
	Εξαρτημένη	0,08	0,03	3,03	0,009
Αρνητικό συναίσθημα	Ανεξάρτητη	1,46	0,49	2,98	0,010
	Εξαρτημένη	0,07	0,02	3,64	0,003
Θετικό συναίσθημα	Ανεξάρτητη	-1,22	0,50	-2,41	0,029
	Εξαρτημένη	-0,04	0,02	-1,91	0,075

#### 4.2 Συμπτώματα κόπωσης

Αναφορικά με τα συμπτώματα κόπωσης, όπως φαίνεται και στον πίνακα 29, για το στρες και το αρνητικό συναίσθημα οι δείκτες είναι μάλλον ισότιμοι είτε το σύνολο συμπτωμάτων κόπωσης είναι ανεξάρτητη,  $t(15) = 4,61, p < 0,001$  και  $t(15) = 5,05, p < 0,001$ , για στρες και αρνητικό συναίσθημα αντίστοιχα, είτε είναι εξαρτημένη μεταβλητή,  $t(15) = 3,73, p = 0,002$  και  $t(15) = 4,47, p < 0,001$ , για στρες και αρνητικό συναίσθημα αντίστοιχα. Η εικόνα αυτή παραπέμπει περισσότερο σε μια κυκλικής αιτιολογίας ανατροφοδοτούμενη σχέση. Παρόμοια εικόνα υπάρχει και για το θετικό συναίσθημα αν και εντοπίζεται μια μάλλον μεγαλύτερη στατιστική ισχύ στην πρόβλεψη όταν τα συμπτώματα κόπωσης είναι ανεξάρτητη μεταβλητή,  $t(15) = -3,63, p = 0,003$ , σε σχέση με όταν είναι εξαρτημένη,  $t(15) = -2,24, p = 0,041$ . Τα αποτελέσματα αυτά ίσως θα υποστήριζαν περισσότερο μια ανατροφοδοτούμενη,

κυκλικής αιτιολογίας σχέση, καίτοι υπάρχει υπόνοια ότι τα συμπτώματα κόπωσης ίσως προκαλούν μείωση του θετικού συναισθήματος.

Πίνακας 29. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου για διερεύνηση της χρονικής αλληλλουχίας των συναφειών με τα συμπτώματα κόπωσης ως ανεξάρτητη και ως εξαρτημένη μεταβλητή

<i>Αριθμός συμπτωμάτων</i>		<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>κόπωσης:</i>					
Στρες	Ανεξάρτητη	1,80	0,39	4,61	0,000
	Εξαρτημένη	0,10	0,03	3,73	0,002
Αρνητικό συναίσθημα	Ανεξάρτητη	2,52	0,50	5,05	0,000
	Εξαρτημένη	0,11	0,02	4,47	0,000
Θετικό συναίσθημα	Ανεξάρτητη	-1,72	0,47	-3,63	0,003
	Εξαρτημένη	-0,05	0,02	-2,24	0,041

#### 4.3 Επίπτωση συμπτωμάτων κινητικότητας

Στη διερεύνηση του καθορισμού της κατεύθυνσης της αιτιότητας υπό όρους χρονικής αλληλλουχίας για την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας σε σχέση με τις μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου τα αποτελέσματα των συγκρίσεων παρουσιάζονται στον πίνακα 30. Όσον αφορά στο στρες και το αρνητικό συναίσθημα, δε σημειώθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με την επίπτωση της κινητικότητας είχε θέση εξαρτημένης είτε ανεξάρτητης μεταβλητής.



Αναφορικά με το θετικό συναίσθημα, σε θέση ανεξάρτητης μεταβλητής, ο δείκτης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης ήταν μάλλον οριακά ασήμαντος,  $t(15) = -2,06$ ,  $p = 0,057$ , ενώ σε θέση εξαρτημένης υπήρξε σαφής στατιστική σημαντικότητα στην πρόβλεψη,  $t(15) = -4,44$ ,  $p < 0,001$ . Από το εύρημα αυτό προκύπτει ότι μάλλον οι αλλαγές στο θετικό συναίσθημα προηγούνται αλλαγών στις επιπτώσεις των συμπτωμάτων της κινητικότητας με αρνητικής κατεύθυνσης συνάφεια.

Πίνακας 30. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου για διερεύνηση της χρονικής αλληλλουχίας των συναφειών με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας ως ανεξάρτητη και ως εξαρτημένη μεταβλητή

<i>Επίπτωση συμπτωμάτων κινητικότητας</i>		<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Στρες	Ανεξάρτητη	1,12	0,74	1,52	0,150
	Εξαρτημένη	0,02	0,02	1,14	0,270
Αρνητικό συναίσθημα	Ανεξάρτητη	1,64	0,90	1,83	0,087
	Εξαρτημένη	0,01	0,01	1,07	0,303
Θετικό συναίσθημα	Ανεξάρτητη	-1,87	0,91	-2,06	0,057
	Εξαρτημένη	-0,04	0,01	-4,44	0,000

#### 4.4 Επίπτωση συμπτωμάτων κόπωσης

Στη διερεύνηση του καθορισμού της κατεύθυνσης της αιτιότητας για την επίπτωση της κόπωσης, σε σχέση με τις μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου, όπως φαίνεται και στον πίνακα 31, όσον αφορά στο στρες και το αρνητικό συναίσθημα, οι αναλύσεις, είτε η επίπτωση της κόπωσης ήταν σε θέση ανεξάρτητης είτε σε θέση εξαρτημένης, ήταν σχεδόν ισοδύναμες και στατιστικώς σημαντικές, εύρημα που θα υποστήριζε μια κυκλικής φύσης αιτιολογία. Πιθανώς παρόμοιας φύσης να είναι και η αιτιότητα σε σχέση με το θετικό συναίσθημα σε θέση ανεξάρτητης μεταβλητής,  $t(15) = -2,32, p = 0,035$ , να συσχετίζεται σημαντικά με παρόμοιο τρόπο σε σχέση με τη θέση του ως εξαρτημένη μεταβλητή,  $t(15) = -2,71, p = 0,016$ .

Πίνακας 31. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου για διερεύνηση της χρονικής αλληλλουχίας των συναφειών με την επίπτωση της κόπωσης ως ανεξάρτητη και ως εξαρτημένη μεταβλητή

	<i>Επίπτωση κόπωσης</i>	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Στρες	Ανεξάρτητη	2,51	0,66	3,79	0,002
	Εξαρτημένη	0,05	0,01	3,93	0,002
Αρνητικό συναίσθημα	Ανεξάρτητη	2,82	0,85	3,33	0,005
	Εξαρτημένη	0,04	0,01	3,47	0,004
Θετικό συναίσθημα	Ανεξάρτητη	-2,12	0,92	-2,32	0,035
	Εξαρτημένη	-0,03	0,01	-2,71	0,016

#### 4.5 Ποιότητα ζωής

Όσον αφορά στη σχετιζόμενη με την ΣΚΠ ποιότητα ζωής, και στα τρία ζεύγη αναλύσεων, όπως φαίνεται, η πρόβλεψη ήταν μάλλον ισοδύναμη, κάτι που θα πλειοδοτούσε υπέρ μιας κυκλικής φύσεως αιτιολογία μεταξύ των μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου (Πιν. 32).

Πίνακας 32. Δείκτες πρόβλεψης της κλίσης της γραμμής παλινδρόμησης των μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου για διερεύνηση της χρονικής αλληλλουχίας των συναφειών με τη σχετιζόμενη με την ΣΚΠ ποιότητα ζωής ως ανεξάρτητη και ως εξαρτημένη μεταβλητή

	<i>Ποιότητα ζωής</i>	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Στρες	Ανεξάρτητη	-3,24	0363	-5,15	0,000
	Εξαρτημένη	-0,07	0,02	-4,39	0,001
Αρνητικό συναίσθημα	Ανεξάρτητη	-3,71	0,99	-3,76	0,002
	Εξαρτημένη	-0,04	0,01	-4,45	0,000
Θετικό συναίσθημα	Ανεξάρτητη	3,94	1,01	3,90	0,002
	Εξαρτημένη	0,04	0,01	3,79	0,002

#### 5. Αλληλεπιδράσεις μεταβλητών 1ου και 2ου επιπέδου

Στη συνέχεια διερευνήθηκε κατά πόσο κάθε μία μεταβλητή του 2<sup>ου</sup> επιπέδου αλληλεπιδρά σημαντικά με το στρες, το αρνητικό συναίσθημα και το θετικό συναίσθημα στην πρόβλεψη κάθε μίας από τις εξαρτημένες μεταβλητές της έρευνας. Στόχος ήταν να διερευνηθεί η υπόθεση ότι οι μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου διαμεσολαβούν στη συσχέτιση αυτών του 1<sup>ου</sup>. Κατά συνέπεια, οι συναρτήσεις του μοντέλου πήραν την κάτωθι μορφή:

$$1^{\circ} \text{ επίπεδο (ενδοατομικό): } Y_{ij} = \pi_{0j} + \pi_{1j}(\text{μεταβλητή πρόβλεψης } 1^{ov}) + e_{ij}$$

$$2^{\circ} \text{ επίπεδο (διατομικό): } \pi_{0j} = \beta_{00} + \beta_{01}(\text{μεταβλητή πρόβλεψης } 2^{ov}) + r_{0j}$$

$$\pi_{1j} = \beta_{10} + \beta_{11}(\text{μεταβλητή πρόβλεψης } 1^{ov} \text{ X μεταβλητή πρόβλεψης } 2^{ov}) + r_{1j}$$

Όπως φαίνεται, στον υπολογισμό του  $\pi_{1j}$  προστίθεται το  $\beta_{11}$  το οποίο εκπροσωπεί τη συνεισφορά της εκάστοτε μεταβλητής του  $2^{ov}$  επιπέδου στην κλίση της γραμμής παλινδρόμησης, όπως αυτή επέρχεται από τη μεταβλητή πρόβλεψης του  $1^{ov}$  επιπέδου.

Χάριν οικονομίας, θα παρουσιαστούν μόνο οι αλληλεπιδράσεις που προέκυψαν στατιστικώς σημαντικές.

### 5.1 Αλληλεπιδράσεις μεταβλητών 1ου και 2ου επιπέδου για την πρόβλεψη των συμπτωμάτων κινητικότητας

Όσον αφορά στην πρόβλεψη των συμπτωμάτων κινητικότητας, αλληλεπίδραση με το στρες παρουσίασαν η διάρκεια πάθησης, η αναπηρία, ο ΕΠΣ και η RAS (Πιν. 33).

Όπως φαίνεται στο γράφημα 3, όσο πιο πρόσφατη είναι η διάγνωση της ΣΚΠ, τόσο περισσότερο συσχετίζεται θετικά το στρες με τα συμπτώματα κινητικότητας, με τις περιπτώσεις όπου η διάγνωση έχει παρέλθει ένα ικανό διάστημα να παρουσιάζουν μια πολύ μικρή συσχέτιση στρες και συμπτωμάτων κινητικότητας.

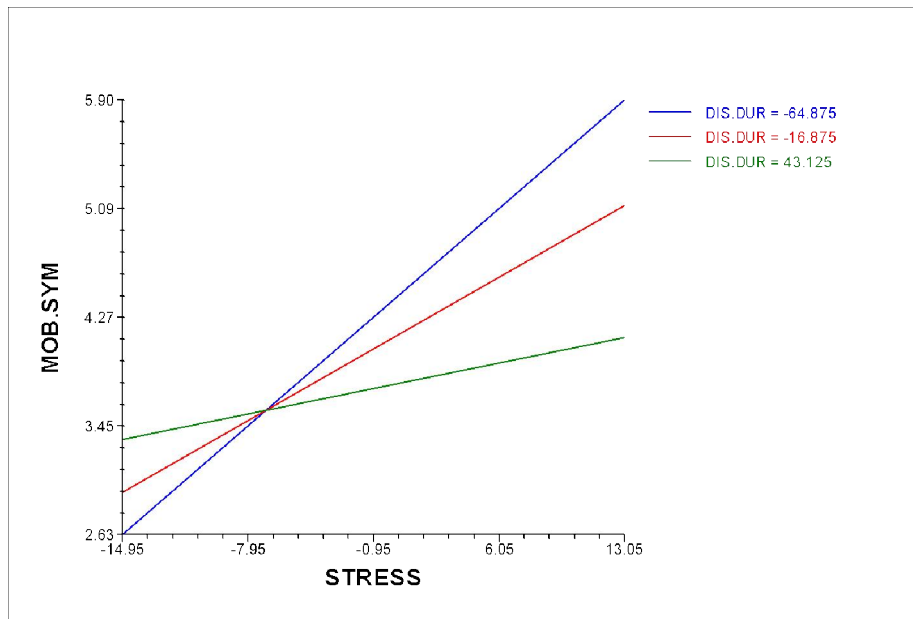
Σε σχέση με το EDSS, χαμηλότερα επίπεδα αναπηρίας επιφέρουν υψηλότερη θετικής συνάφειας συσχέτιση μεταξύ στρες και αριθμού συμπτωμάτων κινητικότητας (Γραφ.

4). Αντίστροφα, όπως φαίνεται και στο γράφημα 5, όσο αυξάνεται ο ΕΠΣ, τόσο μειώνεται η συσχέτιση μεταξύ στρες και συμπτωμάτων κινητικότητας. Τέλος, όσο

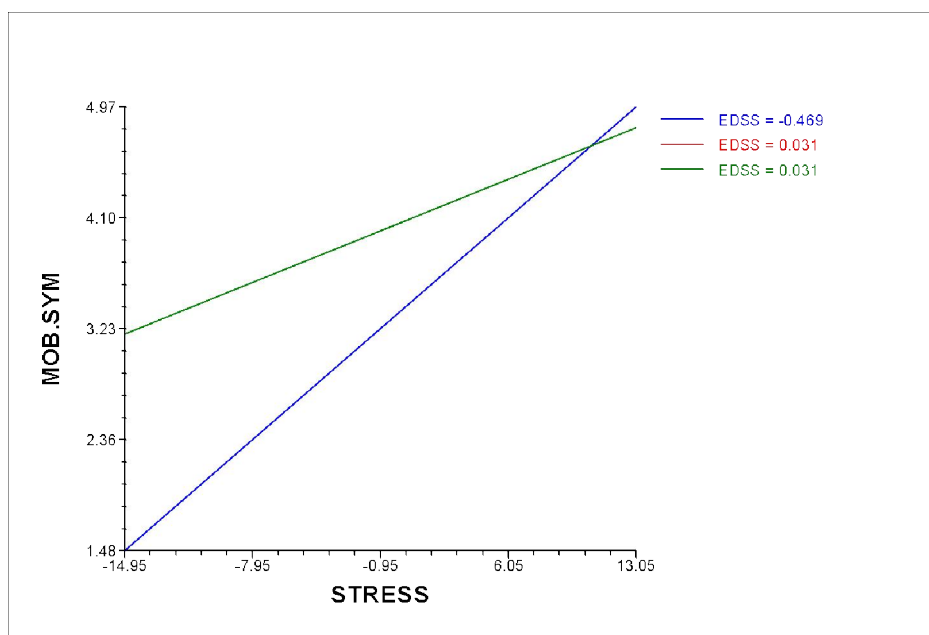
αυξάνεται η τιμή της RAS, τόσο αυξάνεται και η θετική συνάφεια μεταξύ στρες και συμπτωμάτων κινητικότητας (Γραφ. 6).

Πίνακας 33. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη των συμπτωμάτων κινητικότητας από το στρες, μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών

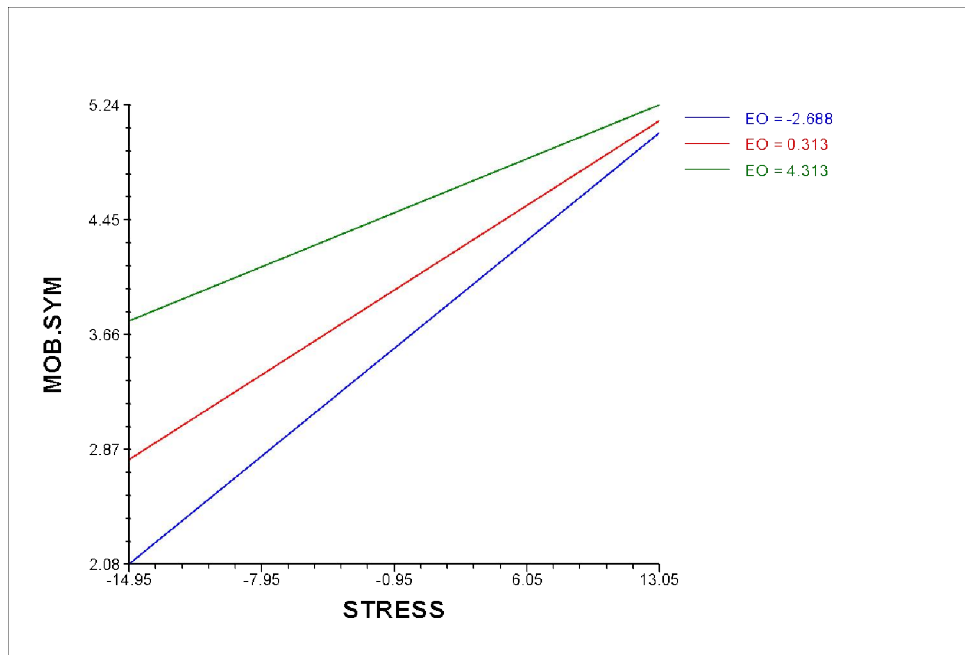
	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i> ( <i>df</i> =14)	<i>p</i>
Διάρκεια πάθησης	-0,00	0,00	-1,24	0,235
Στρες	0,06	0,02	2,89	0,012
Διάρκεια πάθησης X Στρες	-0,00	0,00	-3,40	0,005
EDSS	1,41	0,78	1,81	0,092
Στρες	0,06	0,02	2,78	0,015
EDSS X Στρες	-0,13	0,04	-3,03	0,009
ΕΠΣ	0,13	0,11	1,075	0,301
Στρες	0,08	0,03	3,22	0,007
ΕΠΣ X Στρες	-0,01	0,00	-2,36	0,033
RAS	-0,06	0,12	-0,55	0,590
Στρες	0,08	0,02	3,80	0,002
RAS X Στρες	0,01	0,00	2,19	0,045



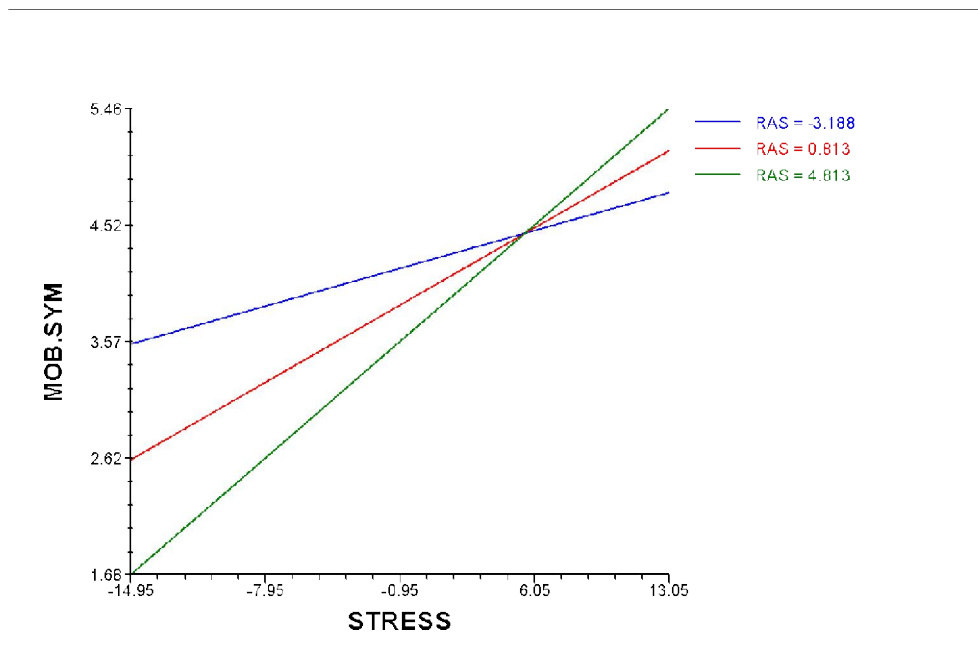
Γράφημα 3. Σύνδεση του στρες (STRESS) με τα συμπτώματα κινητικότητας (MOB.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα της διάρκειας της ΣΚΠ (DIS.DUR).



Γράφημα 4. Σύνδεση του στρες (STRESS) με τα συμπτώματα κινητικότητας (MOB.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα αναπηρίας (EDSS).



Γράφημα 5. Σύνδεση του στρες (STRESS) με τα συμπτώματα κινητικότητας (MOB.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα του ΕΠΣ (EO).



Γράφημα 6. Σύνδεση του στρες (STRESS) με τα συμπτώματα κινητικότητας (MOB.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα της RAS.

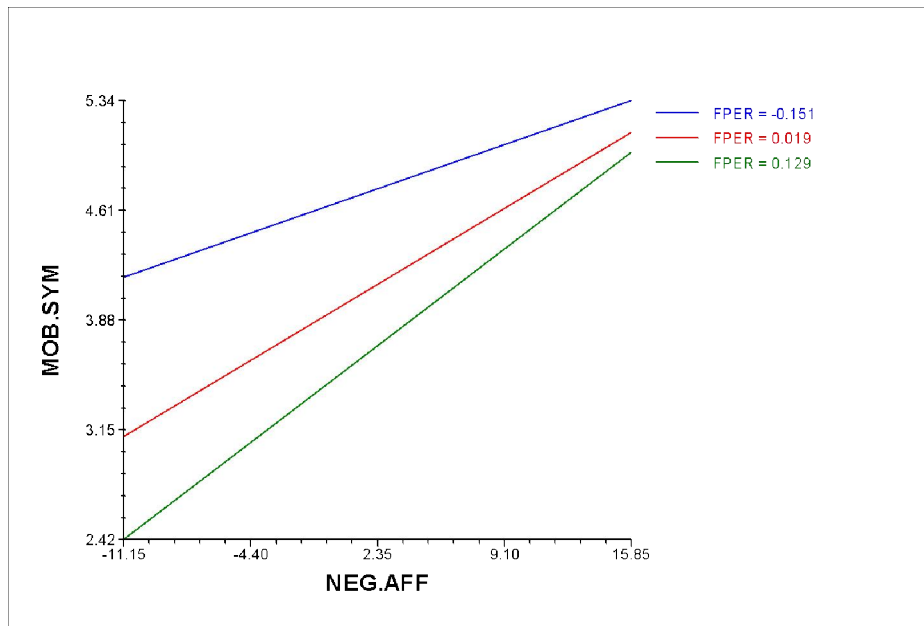
Σε σχέση με τις αλληλεπιδράσεις του αρνητικού συναισθήματος με τις μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου για την πρόβλεψη των συμπτωμάτων κινητικότητας, όπως φαίνεται και στον πίνακα 34, στατιστικώς σημαντική αλληλεπίδραση σημείωσαν ο F%, η RAS και ο RFS-S.

Πίνακας 34. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη των συμπτωμάτων κινητικότητας από το αρνητικό συναίσθημα, μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών

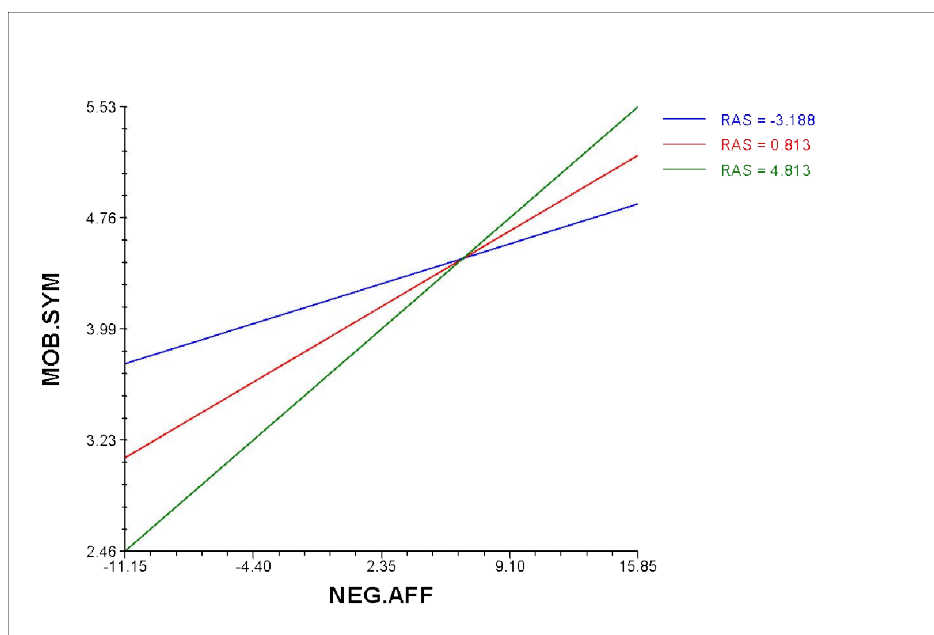
	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t (df=14)</i>	<i>P</i>
F%	-4,16	2,39	-1,74	0,104
Αρνητικό συναίσθημα	0,07	0,02	4,59	0,000
F% X Αρνητικό συναίσθημα	0,18	0,06	2,82	0,014
RAS	-0,06	0,12	-0,52	0,610
Αρνητικό συναίσθημα	0,07	0,02	4,68	0,000
RAS X Αρνητικό συναίσθημα	0,01	0,00	3,34	0,005
RFS-S	-1,35	2,70	-0,50	0,624
Αρνητικό συναίσθημα	0,08	0,02	4,94	0,000
RFS-S X Αρνητικό συναίσθημα	0,17	0,06	2,62	0,020

Όπως φαίνεται στο γράφημα 7, όσο αυξάνεται ο δείκτης F%, τόσο μεγαλύτερη γίνεται η θετική συνάφεια μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και συμπτωμάτων κινητικότητας. Παρομοίως, αύξηση της RAS, συνεπάγεται αύξηση της θετικής συνάφειας μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και συμπτωμάτων κινητικότητας (Γραφ 8).



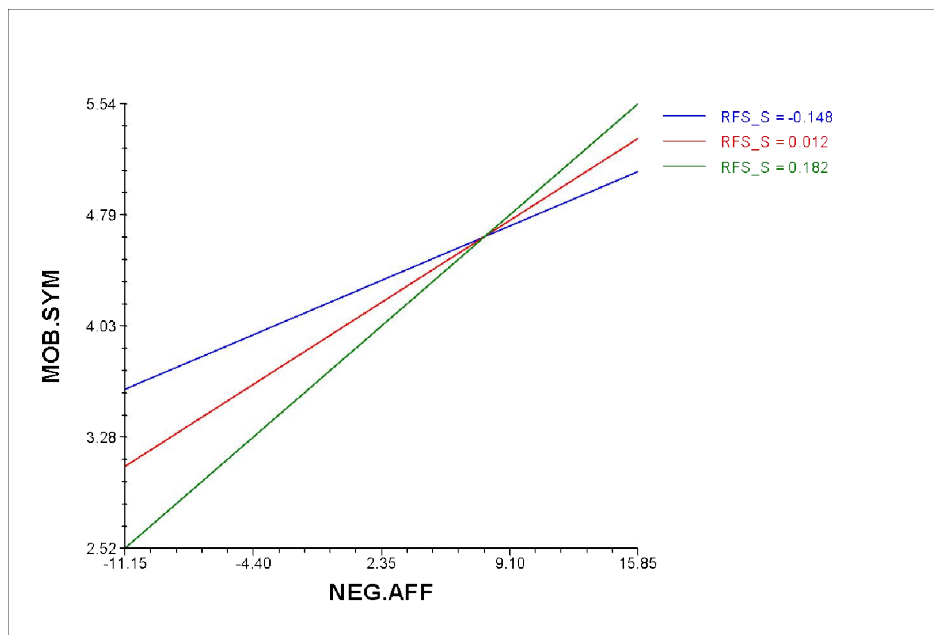


Γράφημα 7. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με τα συμπτώματα κινητικότητας (MOB.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα του F% (FPER).



Γράφημα 8. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με τα συμπτώματα κινητικότητας (MOB.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα της RAS.

Τέλος, αύξηση του RFS-S, επίσης αυξάνει τη θετική συσχέτιση μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και συνόλου συμπτωμάτων κινητικότητας (Γραφ. 9).

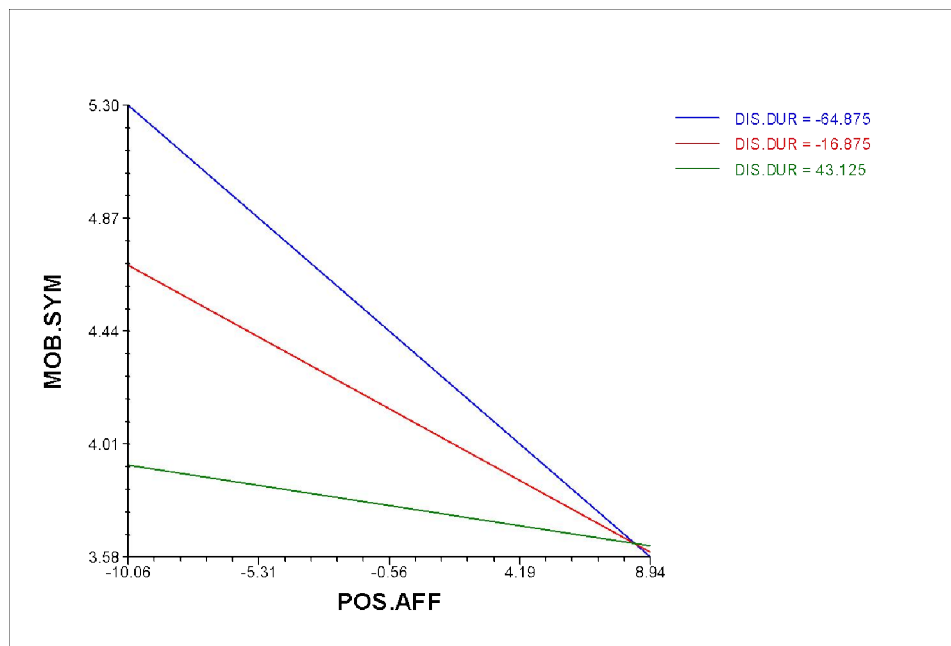


Γράφημα 9. Σύνδεση του αρνητικού συναίσθηματος (NEG.AFF) με τα συμπτώματα κινητικότητας (MOB.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα της RFS-S.

Μολονότι το θετικό συναίσθημα δε συσχετίστηκε σημαντικά με τα συμπτώματα κινητικότητας, προκύπτει ότι συσχετίζεται, αν ληφθεί υπόψιν η αλληλεπίδρασή του με τη διάρκεια της πάθησης (Πιν. 35). Συγκεκριμένα, όσο πιο πρόσφατη είναι η διάγνωση τόσο περισσότερο περισσότερα συμπτώματα κινητικότητας συνεπάγονται λιγότερο θετικό συναίσθημα. Όσο δε το άτομο ζει με την πάθηση, τόσο η συνάφεια αυτή μειώνεται (Γραφ. 10).

Πίνακας 35. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη των συμπτωμάτων κινητικότητας από το θετικό συναίσθημα, τη διάρκεια της πάθησης στο 2<sup>ο</sup> επίπεδο και της αλληλεπίδρασης αυτών

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t</i> ( <i>df</i> =14)	<i>P</i>
Διάρκεια πάθησης	-0,00	0,00	-1,24	0,235
Θετικό συναίσθημα	-0,04	0,02	-2,60	0,021
Διάρκεια πάθησης X Θετικό συναίσθημα	0,00	0,00	4,56	0,000



Γράφημα 10. Σύνδεση του θετικού συναίσθηματος (POS.AFF) με τα συμπτώματα κινητικότητας (MOB.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα της διάρκειας της ΣΚΠ (DIS.DUR).

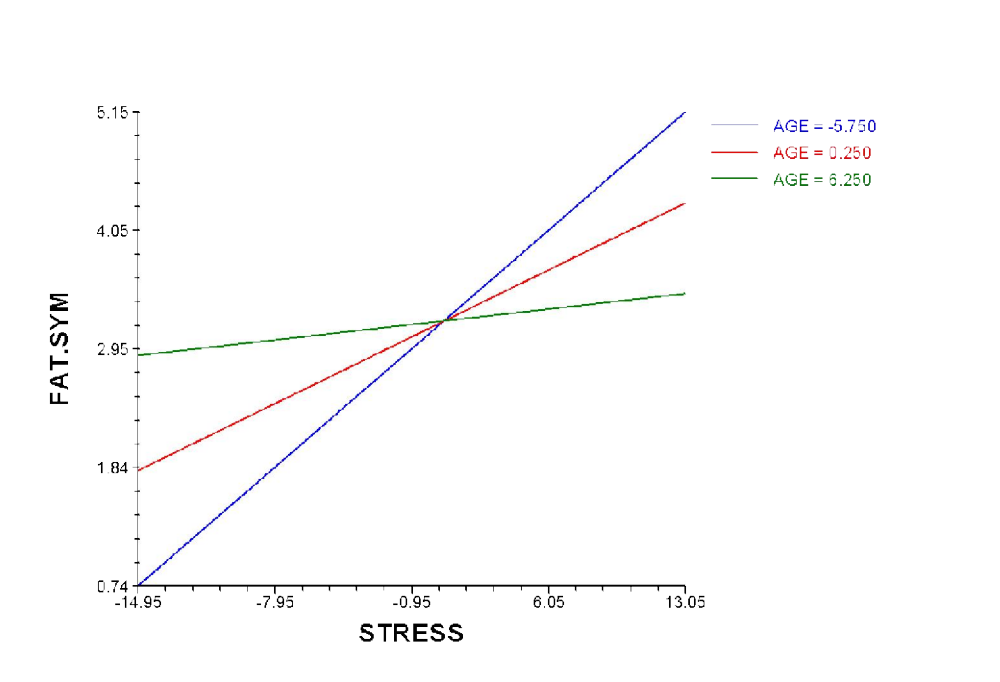
5.2 Αλληλεπιδράσεις μεταβλητών 1ου και 2ου επιπέδου για την πρόβλεψη των συμπτωμάτων κόπωσης

Στη διερεύνηση των αλληλεπιδράσεων του στρες με μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου για την πρόβλεψη των συμπτωμάτων της κόπωσης, όπως φαίνεται και στον πίνακα 36, στατιστικώς σημαντικές αλληλεπιδράσεις σημειώθηκαν με την ηλικία, το EDSS και τον F%.

Πίνακας 36. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη των συμπτωμάτων κόπωσης από το στρες, μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t (df=14)</i>	<i>p</i>
Ηλικία	0,01	0,06	0,14	0,889
Στρες	0,09	0,02	5,25	0,000
Ηλικία X Στρες	-0,01	0,00	-3,82	0,002
EDSS	0,39	0,71	0,540	0,597
Στρες	0,09	0,02	4,54	0,000
EDSS X Στρες	-0,12	0,04	-2,88	0,013
F%	-1,82	1,94	-0,94	0,364
Στρες	0,10	0,03	3,76	0,002
F% X Στρες	0,27	0,11	2,42	0,030

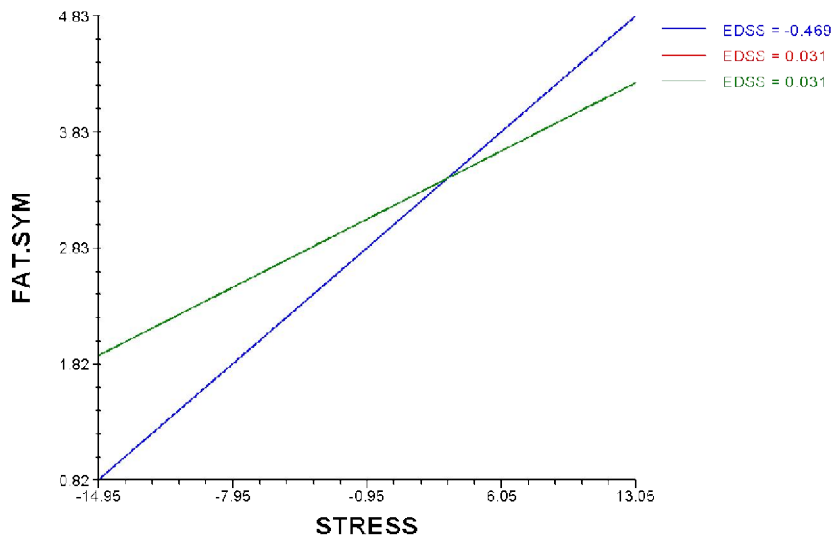
Αναλυτικότερα, όπως φαίνεται και στο γράφημα 11, υψηλή θετική συνάφεια μεταξύ στρες και συμπτωμάτων κόπωσης παρουσιάζεται για τις μικρότερες ηλικίες. Όσο μάλιστα οι ηλικίες αυξάνονται, φαίνεται ότι η συνάφεια στρες και συμπτωμάτων κόπωσης σχεδόν εξαλείφεται.



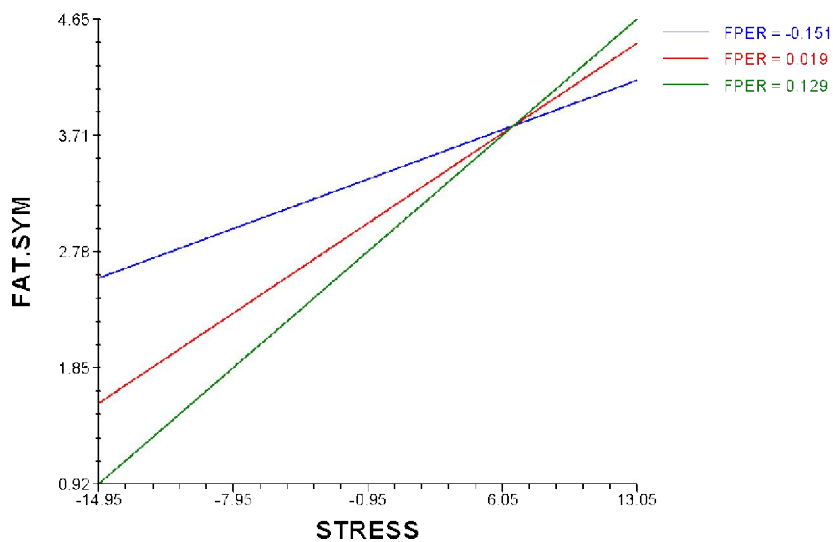
Γράφημα 11. Σύνδεση του στρες (STRESS) με τα συμπτώματα κόπωσης (FAT.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα της ηλικίας (AGE).

Αναφορικά με το EDSS, όπως φαίνεται και στο γράφημα 12, υψηλότερη συσχέτιση μεταξύ στρες και συμπτωμάτων κόπωσης παρουσιάζεται για τους ασθενείς με μικρότερα επίπεδα αναπηρίας.

Σε σχέση δε με τον F%, όπως φαίνεται και στο γράφημα 13, όσο αυξάνεται ο εν λόγω δείκτης, τόσο μεγαλύτερη θετικής κατεύθυνσης συνάφεια παρουσιάζεται μεταξύ στρες και συμπτωμάτων κόπωσης.



Γράφημα 12. Σύνδεση του στρες (STRESS) με τα συμπτώματα κόπωσης (FAT.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα της αναπηρίας (EDSS).



Γράφημα 13. Σύνδεση του στρες (STRESS) με τα συμπτώματα κόπωσης (FAT.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα του F% (FPER).

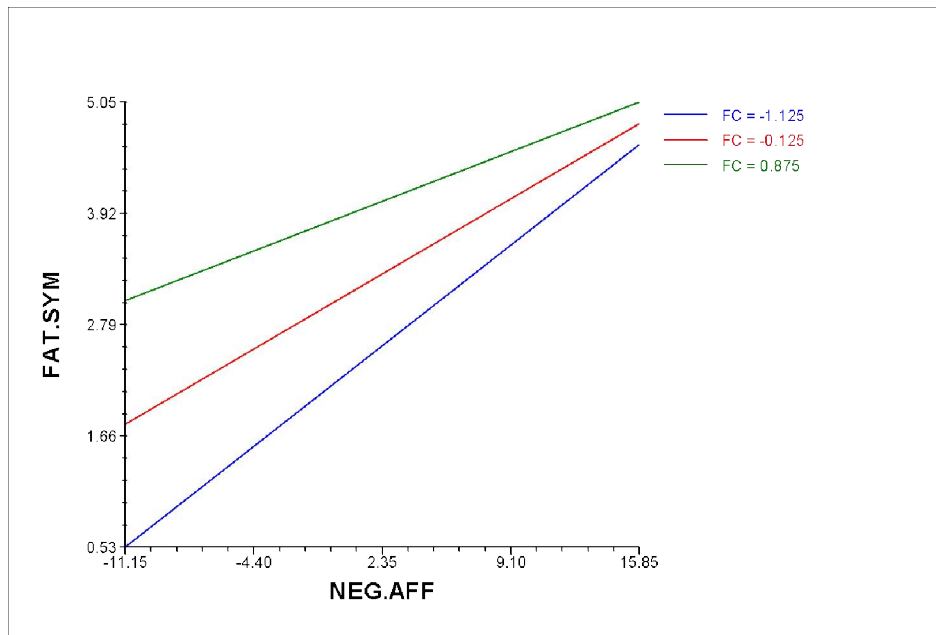
Στη διερεύνηση των αλληλεπιδράσεων του αρνητικού συναισθήματος με μεταβλητές του 2<sup>ο</sup> επιπέδου για την πρόβλεψη των συμπτωμάτων της κόπωσης,

όπως φαίνεται και στον πίνακα 37, στατιστικώς σημαντικές αλληλεπιδράσεις σημειώθηκαν με τους δείκτες FC και P καθώς επίσης και με τη ΔΑΣ.

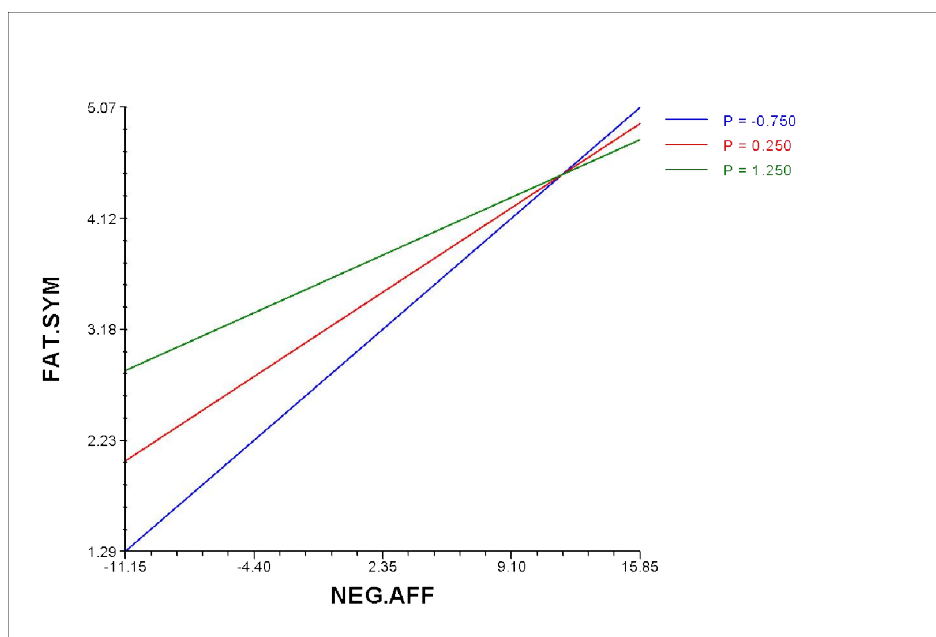
Πίνακας 37. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη των συμπτωμάτων κόπωσης από το αρνητικό συναίσθημα, μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t (df=14)</i>	<i>P</i>
FC	0,82	0,25	3,26	0,006
Αρνητικό συναίσθημα	0,11	0,02	4,91	0,000
FC X Αρνητικό συναίσθημα	-0,04	0,01	-2,82	0,014
P	0,40	0,28	1,39	0,186
Αρνητικό συναίσθημα	0,11	0,02	4,66	0,000
P X Αρνητικό συναίσθημα	-0,03	0,02	-2,18	0,047
ΔΑΣ	0,14	0,03	5,41	0,000
Αρνητικό συναίσθημα	0,11	0,02	4,48	0,001
ΔΑΣ X Αρνητικό συναίσθημα	-0,01	0,00	-2,36	0,034

Όπως φαίνεται στο γράφημα 14, όσο μειώνεται ο δείκτης FC, τόσο αυξάνεται και η θετική συνάφεια μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και συμπτωμάτων κόπωσης. Παρομοίως, όσο αυξάνεται ο P, τόσο μειώνεται ο βαθμός της θετικής συνάφειας του αρνητικού συναισθήματος με τα συμπτώματα κόπωσης (Γραφ 15).



Γράφημα 14. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με τα συμπτώματα κόπωσης (FAT.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα του FC.

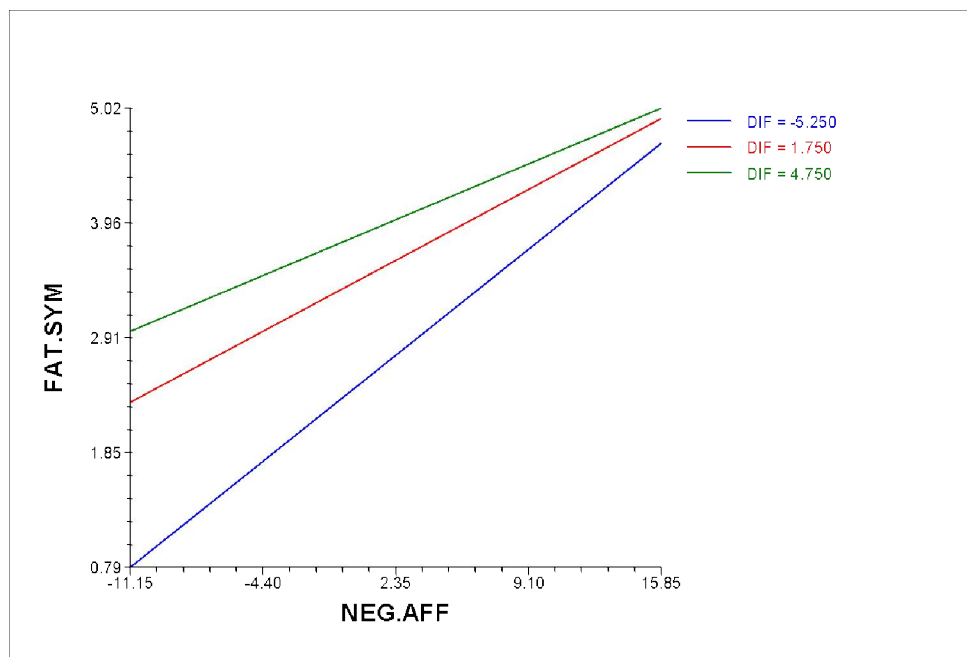


Γράφημα 15. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με τα συμπτώματα κόπωσης (FAT.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα του P.

Τέλος, αναφορικά με την αλληλεπίδραση με τη ΔΑΣ, όπως φαίνεται στο γράφημα 16, όσο η ΔΑΣ αυξάνεται, τόσο μεγαλώνει και ο βαθμός της θετικής



κατεύθυνσης συνάφειας μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και συμπτωμάτων κόπωσης.

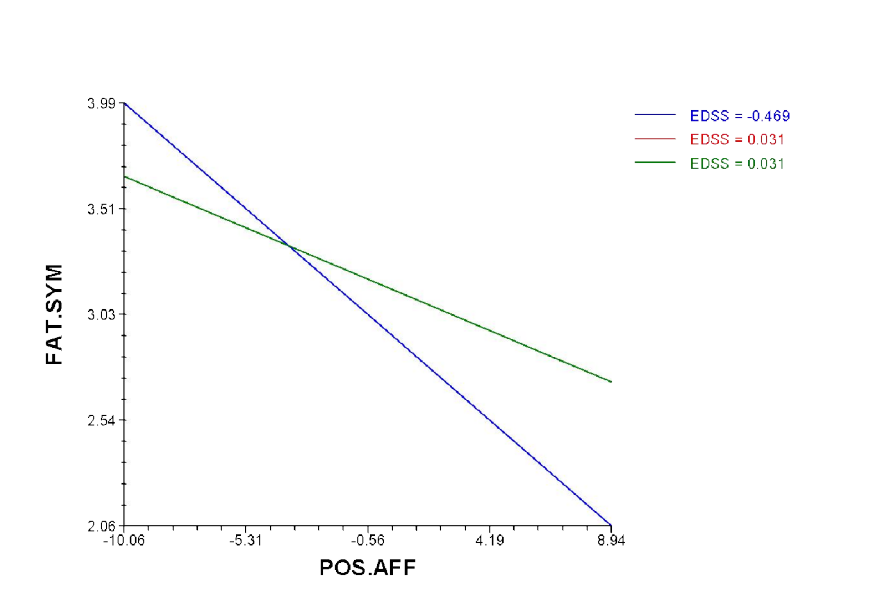


Γράφημα 16. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με τα συμπτώματα κόπωσης (FAT.SYM) για της ΔΑΣ (DIF).

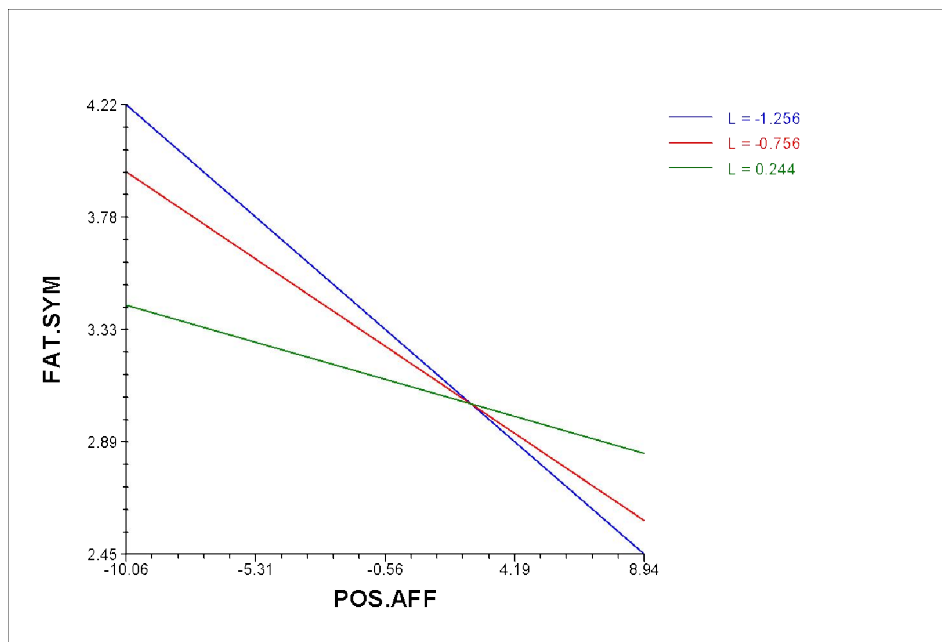
Το θετικό συναίσθημα αλληλεπίδρασε κατά στατιστικώς σημαντικό τρόπο για την πρόβλεψη των συμπτωμάτων της κόπωσης με το EDSS και τον δείκτη L (Πιν 38). Σύμφωνα με το γράφημα 17, όσο μεγαλώνουν τα επίπεδα αναπηρίας, τόσο εξαλείφεται η αρνητική συσχέτιση μεταξύ θετικού συναισθήματος και συμπτωμάτων κόπωσης. Παρομοίως, όσο αυξάνεται το L, τόσο μικραίνει ο βαθμός της αρνητικής κατεύθυνσης συνάφειας μεταξύ θετικού συναισθήματος και αριθμού συμπτωμάτων κόπωσης (Γραφ. 18).

Πίνακας 38. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη των συμπτωμάτων κόπωσης από το θετικό συναίσθημα, μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t (df=14)</i>	<i>P</i>
EDSS	0,38	0,72	0,53	0,607
Θετικό συναίσθημα	-0,05	0,02	-3,40	0,005
EDSS X Θετικό συναίσθημα	0,10	0,03	3,87	0,002
L	-0,11	0,17	-0,63	0,539
Θετικό συναίσθημα	-0,04	0,02	-1,76	0,101
L X Θετικό συναίσθημα	0,04	0,01	3,36	0,005



Γράφημα 17. Σύνδεση του θετικού συναισθήματος (POS.AFF) με τα συμπτώματα κόπωσης (FAT.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα του EDSS.



Γράφημα 18. Σύνδεση του θετικού συναισθήματος (POS.AFF) με τα συμπτώματα κόπωσης (FAT.SYM) για τα διαφορετικά επίπεδα του L.

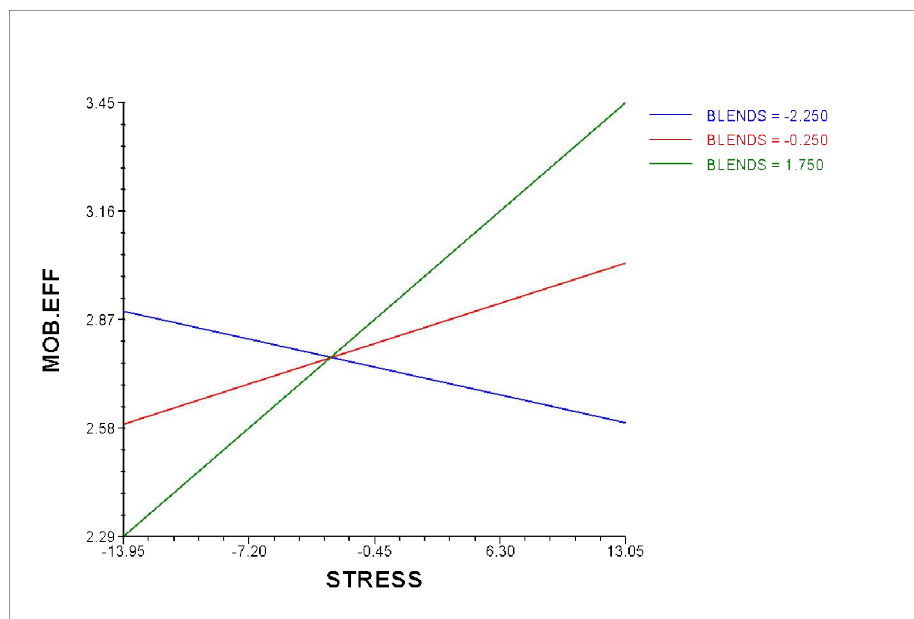
### 5.3 Αλληλεπιδράσεις μεταβλητών 1ου και 2ου επιπέδου για την πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας

Αναφορικά με τις αλληλεπιδράσεις του στρες με μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου για την πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας, όπως φαίνεται και στον πίνακα 39, στατιστικώς σημαντικές αλληλεπιδράσεις σημειώθηκαν με τα blends, τον F%, το άγχος, τη ΔΑΣ, τη ΔΕΣ και τη συνολική αλεξιθυμία.

Πίνακας 39. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας από το στρες, μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών

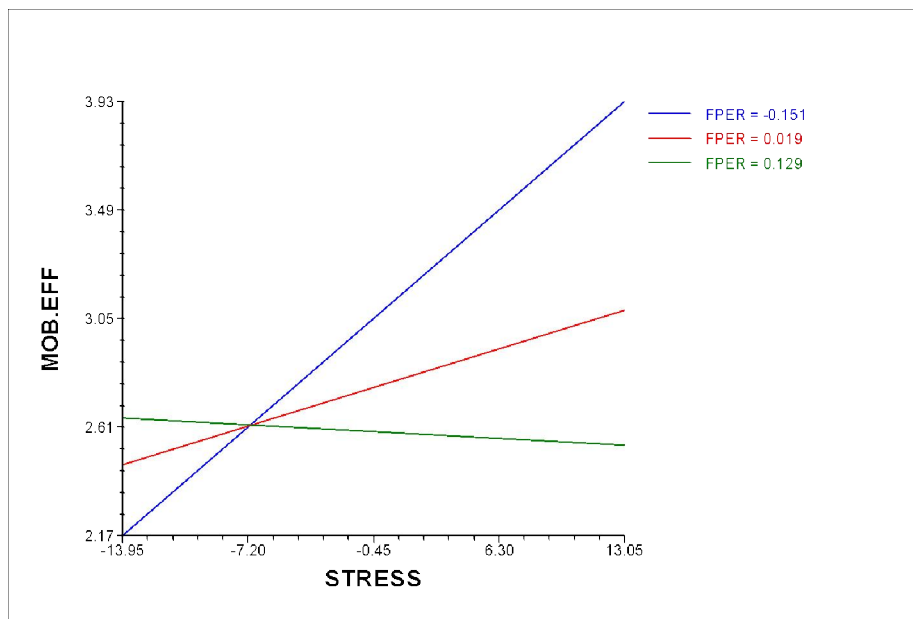
	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t (df=14)</i>	<i>P</i>
Blends	0,04	0,05	0,74	0,471
Στρες	0,02	0,02	1,18	0,259
Blends X Στρες	0,01	0,00	2,46	0,028
F%	-1,75	1,27	-1,37	0,192
Στρες	0,03	0,01	1,96	0,070
F% X Στρες	-0,25	0,06	-4,12	0,001
Άγχος	0,06	0,02	3,58	0,003
Στρες	0,02	0,02	0,98	0,342
Άγχος X Στρες	0,01	0,00	2,91	0,012
ΔΑΣ	0,04	0,02	2,52	0,041
Στρες	0,02	0,02	1,12	0,280
ΔΑΣ X Στρες	0,00	0,00	2,60	0,023
ΔΕΣ	0,11	0,03	3,63	0,003
Στρες	0,02	0,02	1,10	0,291
ΔΕΣ X Στρες	0,01	0,00	2,39	0,032
Αλεξιθυμία	0,03	0,01	4,14	0,001
Στρες	0,02	0,02	1,10	0,288
Αλεξιθυμία X Στρες	0,00	0,00	2,17	0,048

Όπως φαίνεται και στο γράφημα 19, για μέσο αριθμό blends, υπάρχει μία μέτρια προς χαμηλή θετικής κατεύθυνσης συνάφεια μεταξύ στρες και επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας ενώ για έναν υψηλό αριθμό blend, ο βαθμός της συνάφειας αυξάνεται. Για τα χαμηλά επίπεδα blend ωστόσο, η κατεύθυνση της συνάφειας μάλλον αντιστρέφεται ήτοι υψηλότερα επίπεδα στρες συνδέονται με μικρότερη επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας.



Γράφημα 19. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για διαφορετικό αριθμό blends.

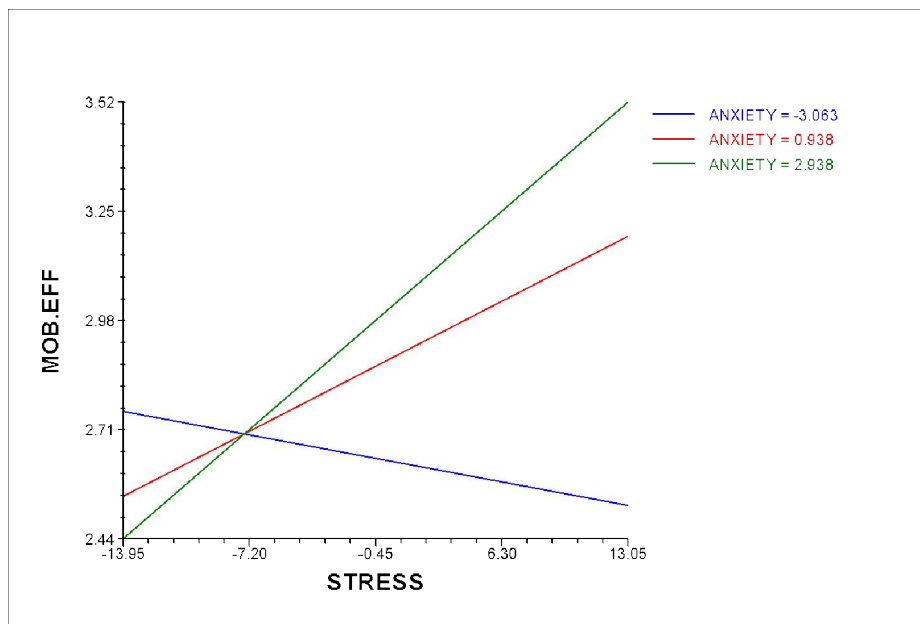
Αναφορικά με την αλληλεπίδραση στρες με το δείκτη F%, φαίνεται ότι όσο αυτός αυξάνεται η θετική κατεύθυνση της συνάφειας του στρες με την εξαρτημένη μεταβλητή, μειώνεται σε βαθμό έως σχεδόν εξαλείφεται.



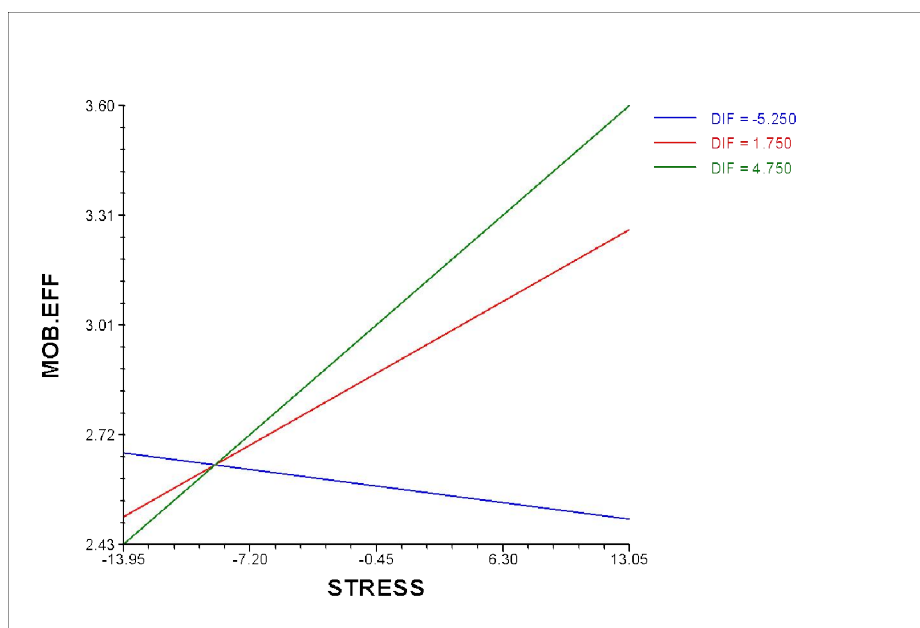
Γράφημα 20. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του F% (FPER).

Σε σχέση με την αλληλεπίδραση άγχους και στρες για την πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας, τα χαμηλά επίπεδα άγχους επιφέρουν μια μάλλον μικρού βαθμού αρνητικής κατεύθυνσης συνάφεια μεταξύ στρες και εξαρτημένης μεταβλητής. Όσο ωστόσο το άγχος αυξάνεται, η εν λόγω συνάφεια γίνεται θετικής κατεύθυνσης και μεγαλώνει σε βαθμό (Γραφ. 21).

Παρόμοια άλλωστε φαίνεται να είναι η διαμεσολάβηση και της ΔΑΣ (Γραφ. 22). Ενώ για τα χαμηλά της επίπεδα το στρες συσχετίζεται αρνητικά και σε χαμηλό μάλλον επίπεδο με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας, όσο αυτή αυξάνεται, το στρες συσχετίζεται θετικά και με αυξανόμενου βαθμού συνάφεια.

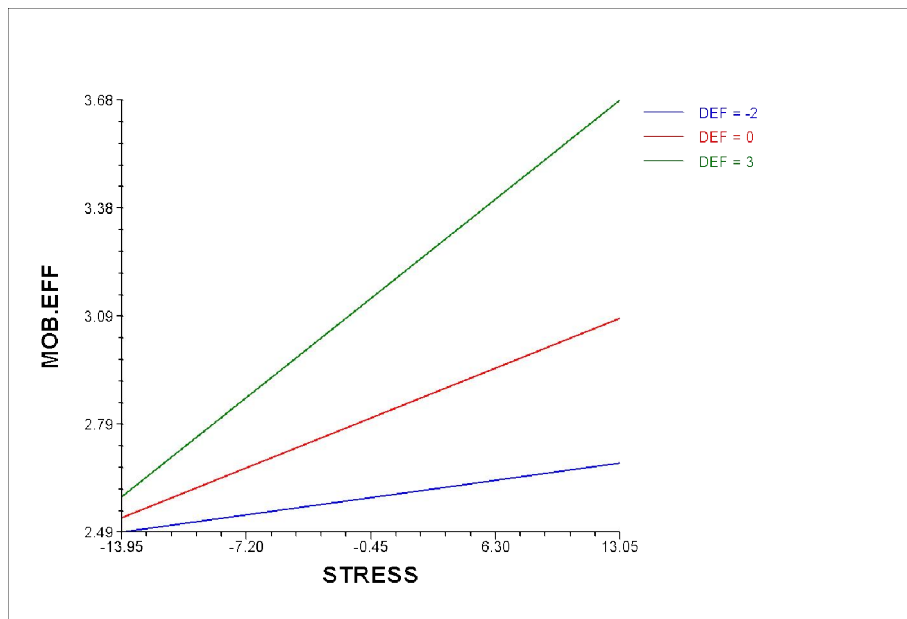


Γράφημα 21. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του άγχους (ANXIETY).



Γράφημα 22. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα της ΔΑΣ (DIF).

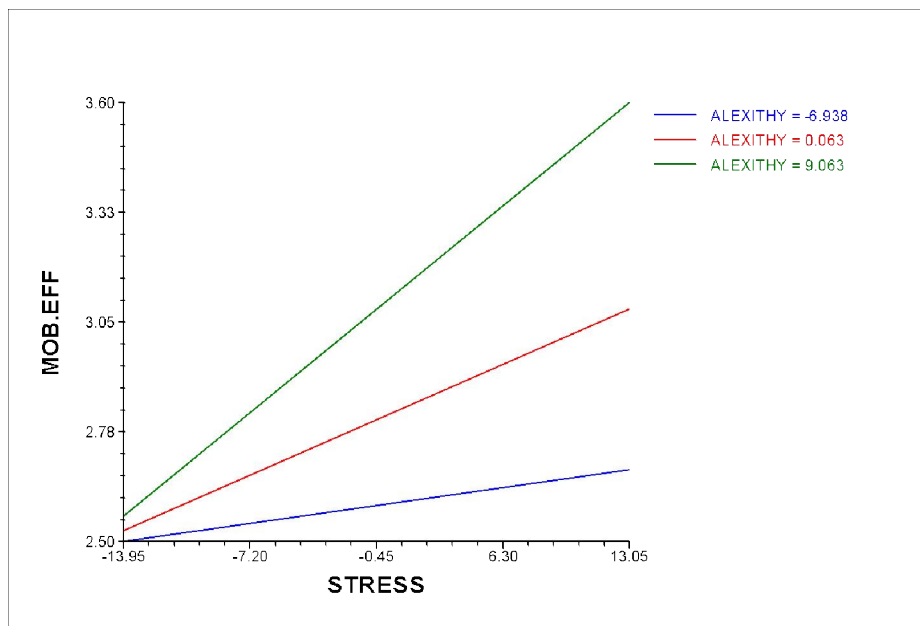
Όσον αφορά την αλληλεπίδραση στρες και ΔΕΣ, φαίνεται ότι όσο υψηλότερα είναι τα επίπεδά της, τόσο μεγαλώνει η θετική συνάφεια μεταξύ στρες και επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας (Γραφ. 23).



Γράφημα 23. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα της ΔΕΣ (DEF).

Παρομοίως, αναφορικά με τη συνολική αλεξιθυμία, όπως φαίνεται και στο γράφημα 24, όσο αυτή αυξάνεται, τόσο φαίνεται να μεγαλώνει σε βαθμό η θετικής κατεύθυνσης συνάφεια μεταξύ στρες και επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας.





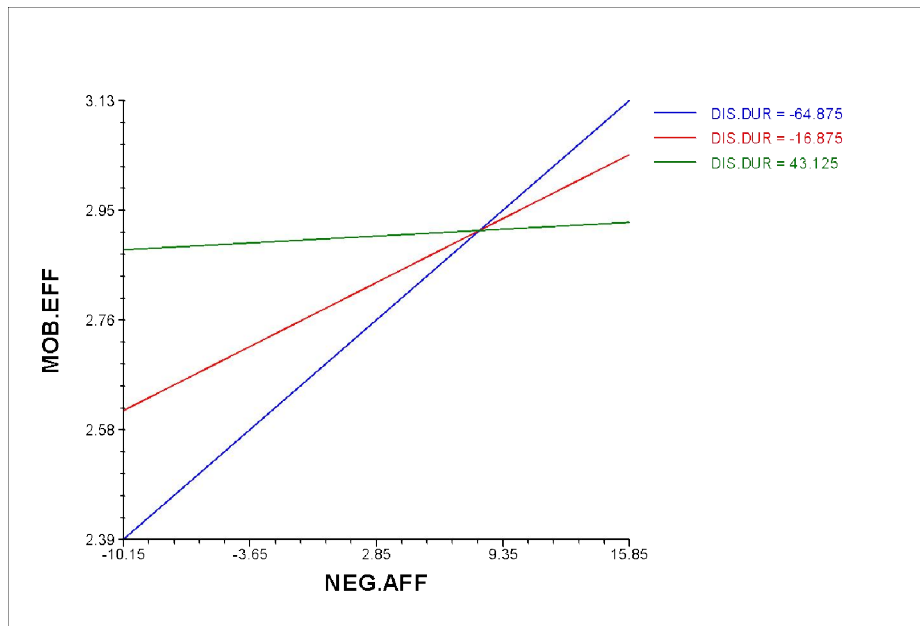
Γράφημα 24. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα της αλεξιθυμίας (ALEXITHY).

Στον πίνακα 40 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της διερεύνησης των στατιστικώς σημαντικών αλληλεπιδράσεων του αρνητικού συναισθήματος ως προς την πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας. Οι μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου διάρκεια πάθησης, EDSS, SumC', blends και ΔΕΣ, προέκυψαν να μεσολαβούν στη συσχέτιση των δύο μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου.

Πίνακας 40. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας από το αρνητικό συναίσθημα, μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t (df=14)</i>	<i>P</i>
Διάρκεια πάθησης	0,00	0,00	1,26	0,229
Αρνητικό συναίσθημα	0,01	0,01	1,01	0,330
Διάρκεια πάθησης X Αρνητικό συναίσθημα	-0,00	0,00	-2,81	0,01
EDSS	0,44	0,18	2,40	0,031
Αρνητικό συναίσθημα	0,01	0,01	1,06	0,307
EDSS X Αρνητικό συναίσθημα	-0,03	0,01	-2,29	0,038
SumC'	0,11	0,08	1,33	0,205
Αρνητικό συναίσθημα	0,01	0,01	0,510	0,618
SumC' X Αρνητικό συναίσθημα	0,02	0,01	3,00	0,010
Blends	0,04	0,05	0,82	0,424
Αρνητικό συναίσθημα	0,01	0,01	1,07	0,302
Blends X Αρνητικό συναίσθημα	0,01	0,00	2,74	0,016
ΔΕΣ	0,11	0,03	3,63	0,003
Αρνητικό συναίσθημα	0,01	0,01	0,83	0,423
ΔΕΣ X Αρνητικό συναίσθημα	0,01	0,00	2,62	0,021

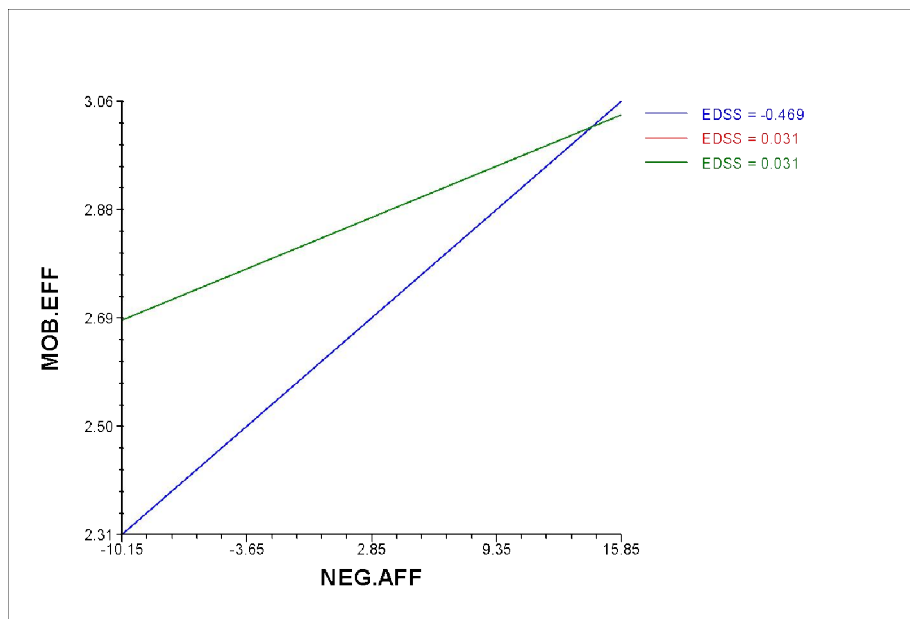
Όπως φαίνεται στο γράφημα 25, όσο πιο πρόσφατη είναι η διάγνωση της ΣΚΠ , τόσο υψηλότερη θετική συνάφεια παρουσιάζεται μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας. Για τα υψηλότερα επίπεδα της διάρκειας πάθησης μάλιστα, η συσχέτιση των δύο μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου φαίνεται να εξαλείφεται.



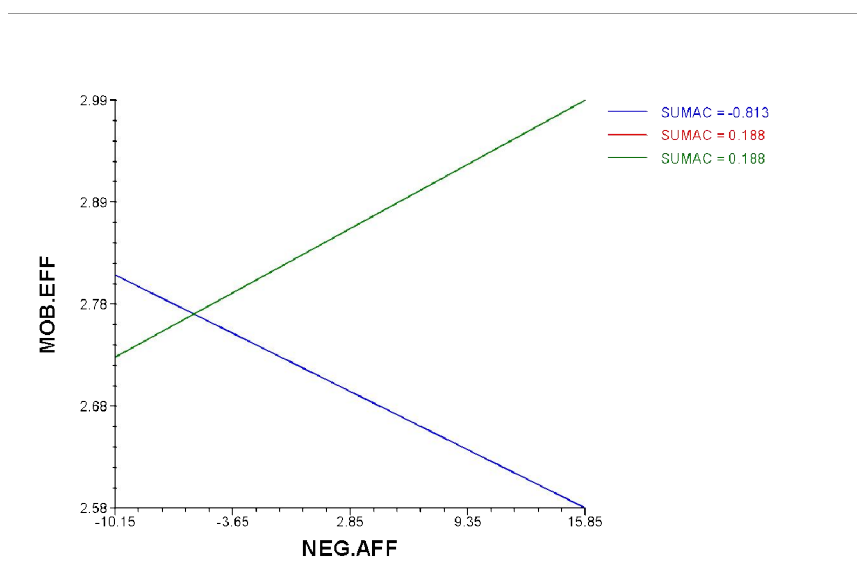
Γράφημα 25. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα της διάρκειας της πάθησης (DIS.DUR).

Αναφορικά με τα επίπεδα αναπηρίας, όπως φαίνεται και στο γράφημα 26, όσο χαμηλότερα είναι αυτά τόσο μεγαλύτερη θετική συνάφεια υπάρχει μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας.

Πιο σύνθετη φαίνεται να είναι η διαμεσολάβηση του δείκτη SumC' (Γραφ. 27). Για τα υψηλότερα επίπεδά του, η συνάφεια αρνητικού συναισθήματος με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας φαίνεται να είναι θετική, ήτοι περισσότερο αρνητικό συναίσθημα συνδέεται με μεγαλύτερη επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας. Για τα χαμηλότερα επίπεδα του SumC' ωστόσο, φαίνεται να ισχύει το αντίστροφο, δηλαδή περισσότερα αρνητικά συναίσθημα να συνδέεται με μικρότερη επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας.



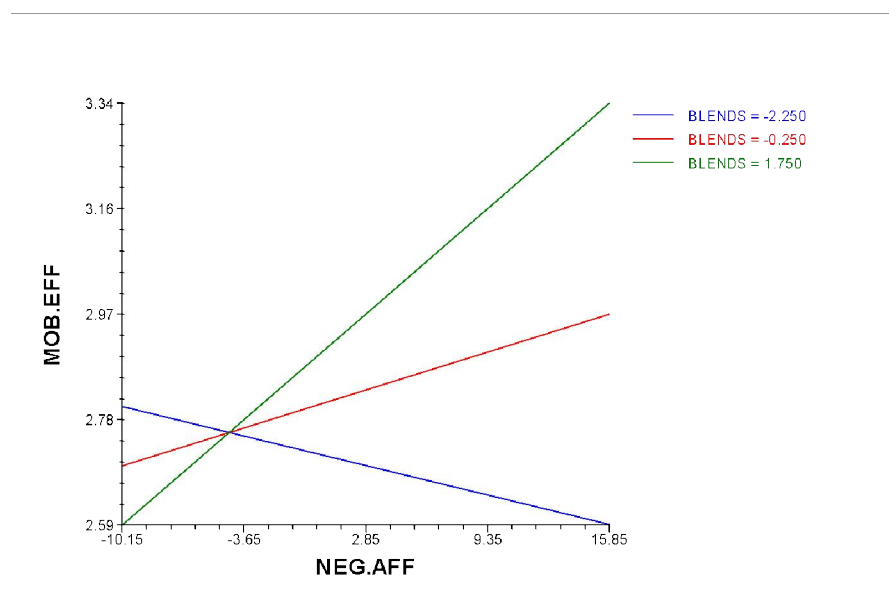
Γράφημα 26. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα της διάρκειας του EDSS.



Γράφημα 27. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του SumC' (SUMAC).

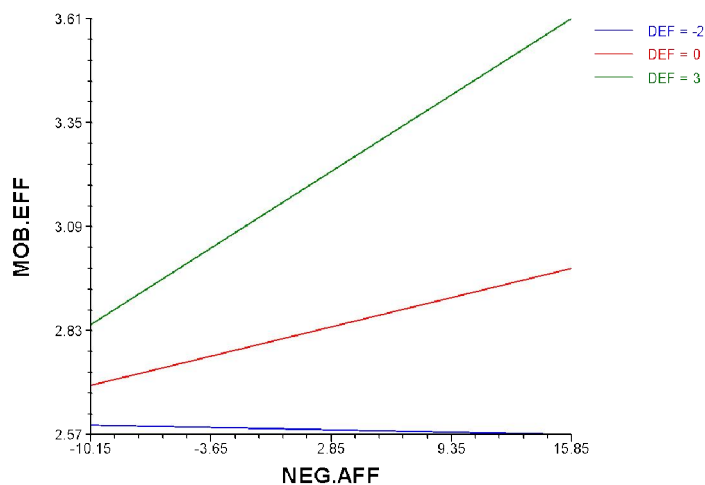
Αναφορικά με την αλληλεπίδραση των blends με το αρνητικό συναίσθημα ως προς την πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας, όπως φαίνεται στο γράφημα 28, ενώ φαίνεται ότι για τα μέσα ή και υψηλότερα

επίπεδά τους το αρνητικό συναίσθημα έχει θετική συνάφεια με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας με την ένδειξη ότι όσο μεγαλώνει ο αριθμός τους τόσο υψηλότερος γίνεται ο βαθμός της υπό συζήτηση συνάφειας, ενώ αυτός μειώνεται με τάση να αντιστραφεί, όταν ο αριθμός των blends μειώνεται..



Γράφημα 28. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα των blend (BLENDS).

Όσον αφορά στην αλληλεπίδραση της ΔΕΣ με το αρνητικό συναίσθημα, φαίνεται ότι όσο αυτή αυξάνεται τόσο υψηλότερη γίνεται η θετικής κατεύθυνσης συνάφεια μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας, με τα χαμηλότερα επίπεδά της μάλιστα να εξαλείφουν τη συνάφεια μεταξύ των δύο μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου.



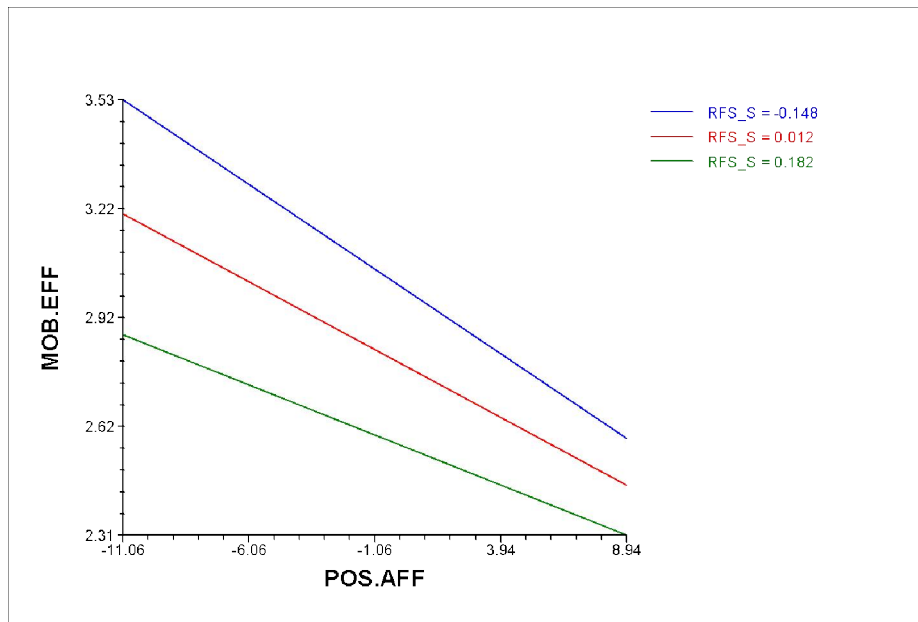
Γράφημα 29. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα των ΔΕΣ (DEF).

Ως προς την πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας, όπως φαίνεται και στον πίνακα 41, το θετικό συναίσθημα αλληλεπίδρασε σημαντικά με το δείκτη RFS-S, το άγχος, τη ΔΕΣ και τη συνολική αλεξιθυμία.

Πίνακας 41. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας από το θετικό συναίσθημα, μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t (df=14)</i>	<i>P</i>
RFS-S	-1,34	0,36	-3,67	0,003
Θετικό συναίσθημα	-0,04	0,01	-4,80	0,000
RFS-S X Θετικό συναίσθημα	0,06	0,02	2,54	0,024
Άγχος	0,06	0,02	3,52	0,004
Θετικό συναίσθημα	-0,04	0,01	-3,87	0,002
Άγχος X Θετικό συναίσθημα	-0,00	0,00	-2,76	0,016
ΔΕΣ	0,11	0,03	3,67	0,003
Θετικό συναίσθημα	-0,04	0,01	-5,71	0,000
ΔΕΣ X Θετικό συναίσθημα	-0,01	0,00	-4,90	0,000
Αλεξιθυμία	0,03	0,01	4,14	0,001
Θετικό συναίσθημα	-0,04	0,01	-5,80	0,000
Αλεξιθυμία X Θετικό συναίσθημα	-0,00	0,00	-3,64	0,003

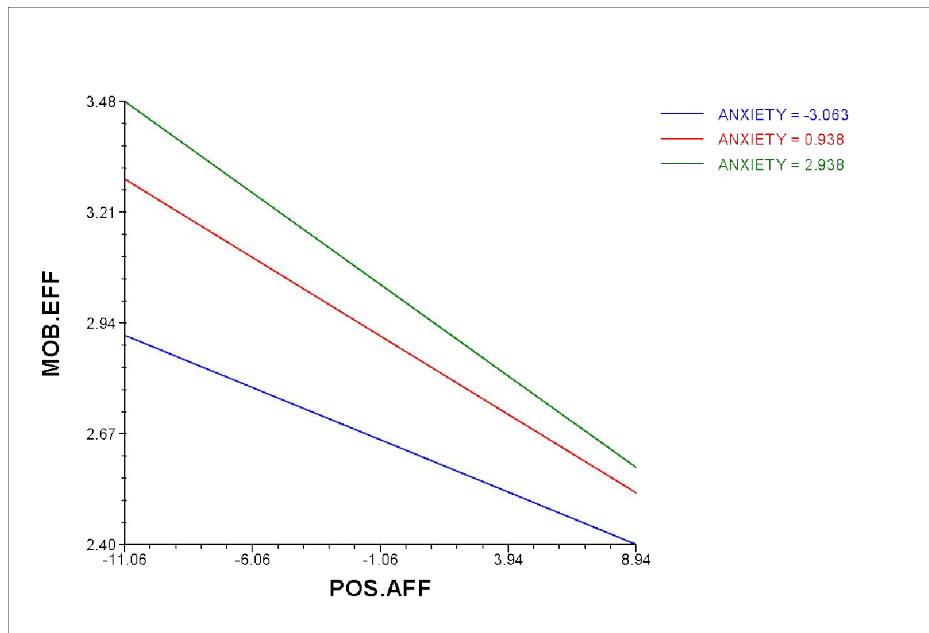
Όπως φαίνεται και στο γράφημα 30, υψηλότερα επίπεδα του RFS-S τείνουν να μειώνουν το βαθμό της αρνητικής συνάφειας θετικού συναισθήματος και επίπτωσης των συμπτωμάτων της κινητικότητας.



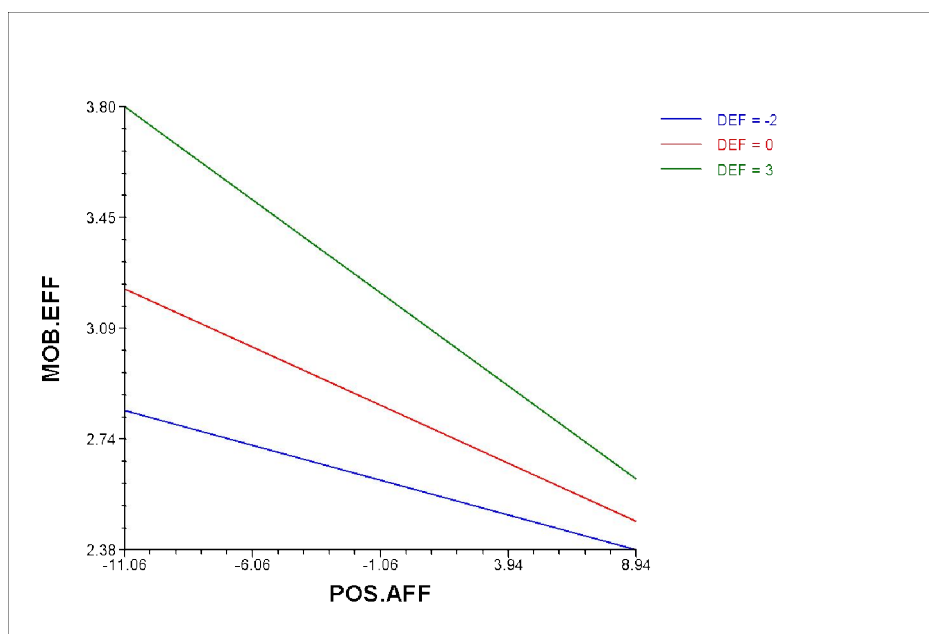
Γράφημα 30. Σύνδεση του θετικού συναισθήματος (POS.AFF) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του RFS-S.

Όσον αφορά στο το άγχος, όσο αυξάνεται φαίνεται να ισχυροποιείται η αρνητικής κατεύθυνσης συσχέτιση μεταξύ θετικού συναισθήματος και επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας (Γραφ. 31). Παρόμοια επίδραση άλλωστε φαίνονται να έχουν τόσο η ΔΕΣ όσο και η συνολική αλεξιθυμία, όπως φαίνεται και στα γραφήματα 32 και 33 αντίστοιχα.

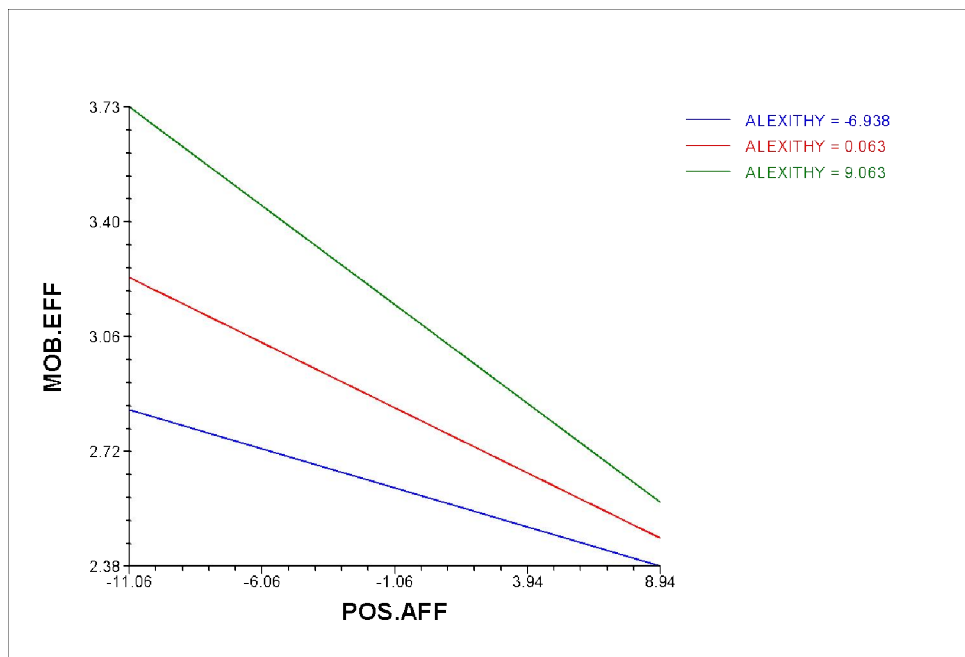




Γράφημα 31. Σύνδεση του θετικού συναισθήματος (POS.AFF) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του άγχους (ANXIETY).



Γράφημα 32. Σύνδεση του θετικού συναισθήματος (POS.AFF) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα της ΔΕΣ (DEF).



Γράφημα 33. Σύνδεση του θετικού συναισθήματος (POS.AFF) με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας (MOB.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα της αλεξιθυμίας (ALEXITHY).

#### 5.4 Αλληλεπιδράσεις μεταβλητών 1ου και 2ου επιπέδου για την πρόβλεψη της επίπτωσης της κόπωσης

Αναφορικά με τις αλληλεπιδράσεις του στρες με μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου ως προς την πρόβλεψη της επίπτωσης της κόπωσης, όπως φαίνεται και στον πίνακα 42, στατιστικώς σημαντικές αλληλεπιδράσεις σημειώθηκαν μεταξύ στρες και RAS, SumC', blend, L, F%, M και άγχος.

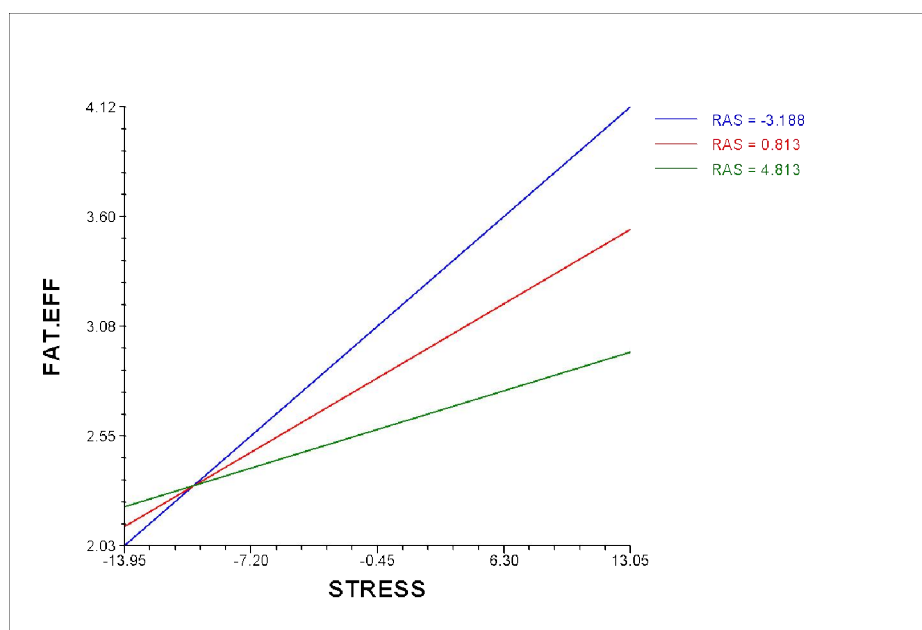
Πίνακας 42. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της επίπτωσης της κόπωσης από το στρες, μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t (df=14)</i>	<i>P</i>
RAS	-0,06	0,05	-1,24	0,235
Στρες	0,06	0,01	5,431	0,000
RAS X Στρες	-0,01	0,00	-3,08	0,009
SumC'	0,21	0,10	2,12	0,052
Στρες	0,05	0,01	4,43	0,001
SumC' X Στρες	0,02	0,01	2,68	0,018
Blend	0,08	0,06	1,33	0,205
Στρες	0,05	0,01	4,97	0,000
Blend X Στρες	0,01	0,00	2,99	0,010
L	0,04	0,09	0,42	0,675
Στρες	0,06	0,01	4,91	0,000
L X Στρες	-0,01	0,00	-3,12	0,008
F%	-1,51	1,35	-1,12	0,283
Στρες	0,06	0,01	7,45	0,000
F% X Στρες	-0,19	0,04	-4,69	0,000
M	0,15	0,12	1,26	0,228
Στρες	0,05	0,01	4,26	0,001
M X Στρες	0,01	0,00	2,35	0,034
Αγχος	0,10	0,02	4,40	0,001
Στρες	0,05	0,01	4,08	0,001

Άγχος X Στρες	0,00	0,00	2,62	0,020
---------------	------	------	------	-------

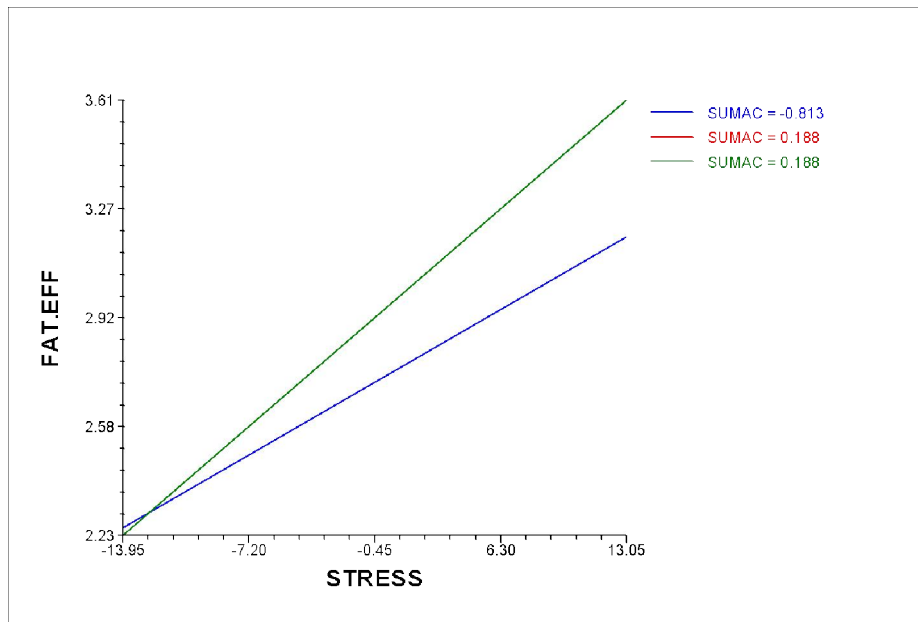
---

Όπως φαίνεται στο γράφημα 34, για την αλληλεπίδραση του στρες με τη RAS για την πρόβλεψη της επίπτωσης της κόπωσης, όσο η RAS μειώνεται, τόσο περισσότερο αυξάνεται η θετικού βαθμού συνάφεια μεταξύ στρες και επίπτωσης της κόπωσης.



Γράφημα 34. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα της RAS.

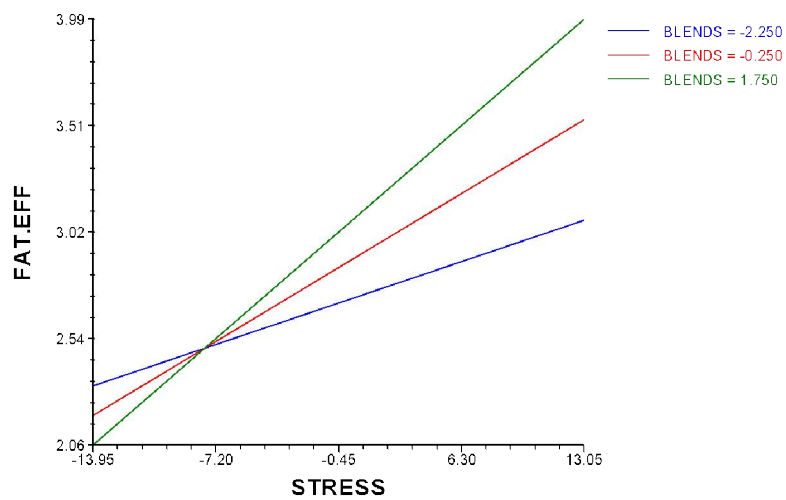
Σε σχέση με την αλληλεπίδραση στρες και SumC, όπως φαίνεται στο γράφημα 35, όσο αυτό αυξάνεται τόσο μεγαλώνει και ο βαθμός συνάφειας μεταξύ στρες και επίπτωσης της κόπωσης.



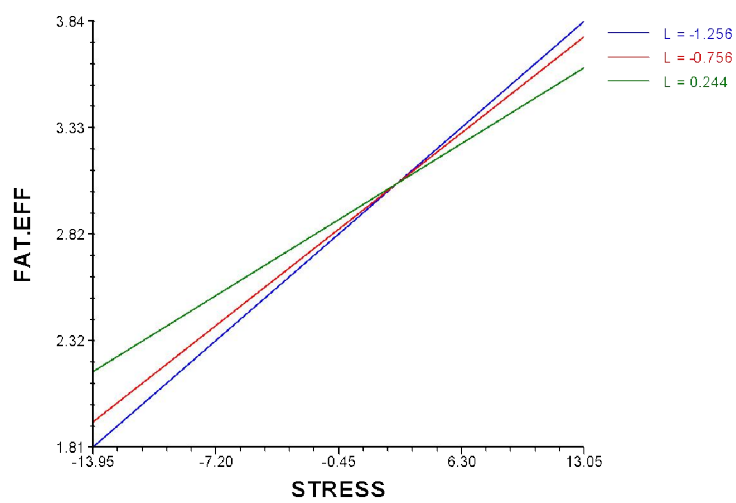
Γράφημα 35. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του SumC'(SUM.AC).

Αναφορικά με την αλληλεπίδραση των blend με το στρες, όπως φαίνεται και στο γράφημα 36, όσο περισσότερα blends υπάρχουν, τόσο αυξάνεται η θετική συνάφεια μεταξύ στρες και επίπτωσης της κόπωσης.

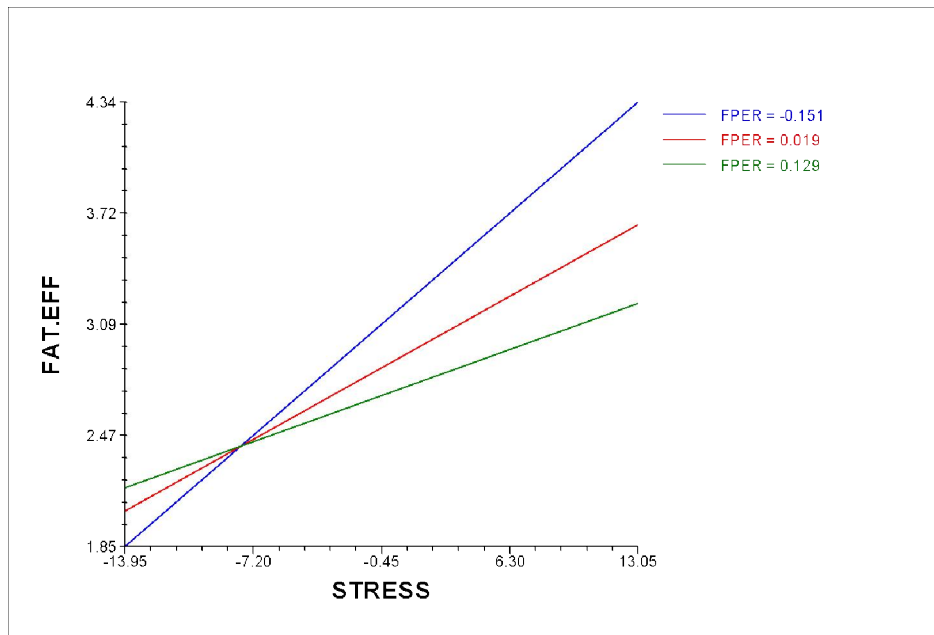
Η διαμεσολάβηση του L στη συσχέτιση του στρες με την επίπτωση της κόπωσης από την από την άλλη έχει μάλλον αντίστροφη κατεύθυνση μιας και όσο αυτό αυξάνεται, τείνει να μειώνεται ο βαθμός της θετικής συνάφειας στρες και επίπτωσης της κόπωσης (Γραφ. 37). Μια παρόμοια αλλά ισχυρότερης επίδρασης αλληλεπίδραση παρατηρείται και με το F% άλλωστε καθώς όσο αυτό αυξάνεται, τόσο μειώνεται ο βαθμός της θετικής συνάφειας μεταξύ στρες και επίπτωσης της κόπωσης (Γραφ. 38).



Γράφημα 36. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα των blend (BLENDs).

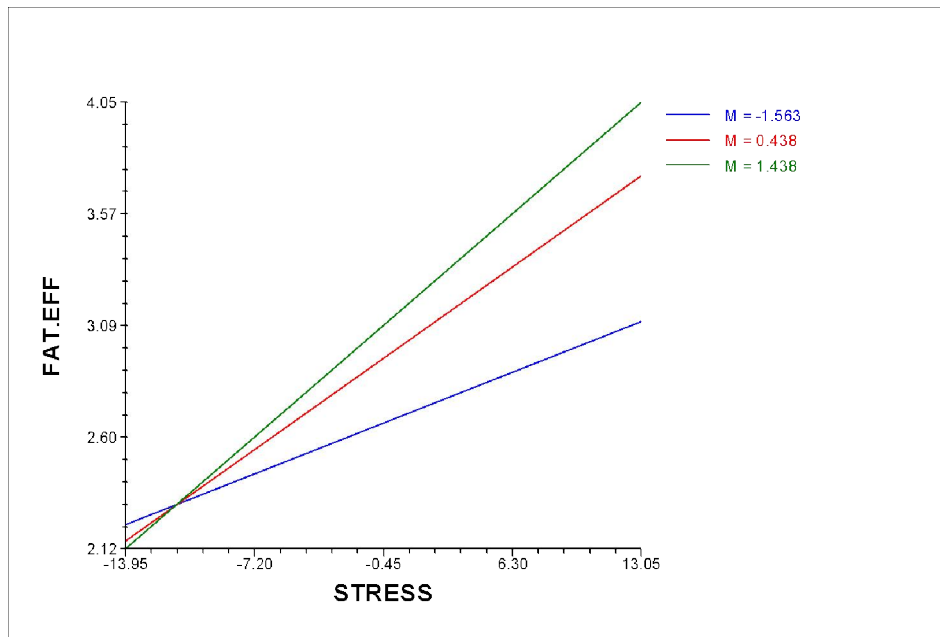


Γράφημα 37. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του L.

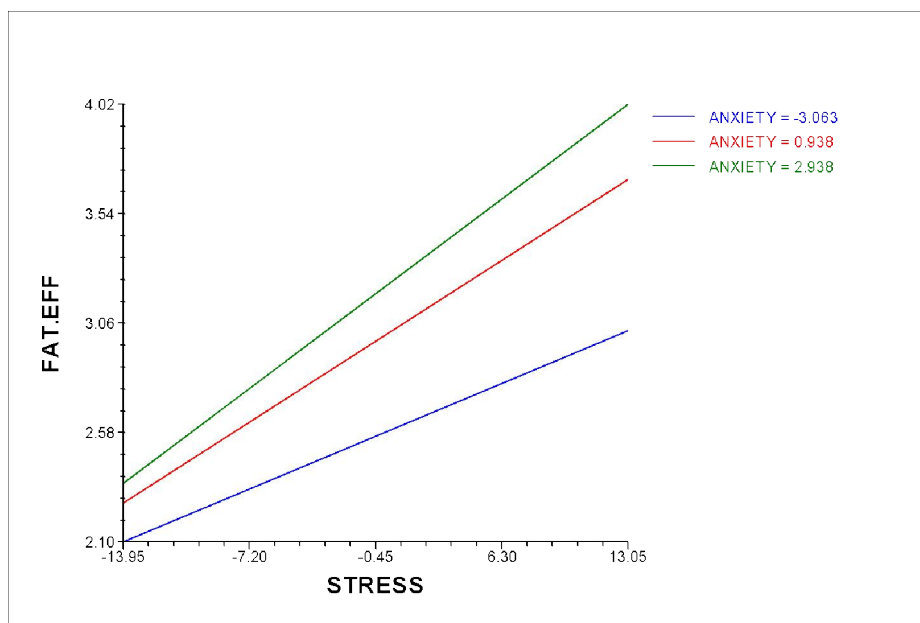


Γράφημα 38. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του F% (FPER).

Αναφορικά με την αλληλεπίδραση στρες και του δείκτη M, όπως φαίνεται και στο γράφημα 39, όσο ο δείκτης M αυξάνεται, τόσο αυξάνεται ο βαθμός της συνάφειας μεταξύ στρες και επίπτωσης της κόπωσης, μια επίδραση παρόμοια με αυτή του άγχους (Γραφ. 40), του οποίου η αύξηση τείνει να αυξάνει το βαθμό της θετικής συνάφειας μεταξύ στρες και επίπτωσης της κόπωσης, αν και σε μικρότερο βαθμό.



Γράφημα 39. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του M.



Γράφημα 40. Σύνδεση του στρες (STRESS) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του άγχους (ANXIETY).

Στον πίνακα 43 παρουσιάζονται οι στατιστικώς σημαντικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ του αρνητικού συναισθήματος με μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου για την



πρόβλεψη της επίπτωσης της κόπωσης. Οι αλληλεπιδράσεις αυτές ήταν με τον τύπο της πάθησης, τη διάρκεια της πάθησης, το EDSS, τον SumC', τα blend, τον L, τον R, τον A και το άγχος.

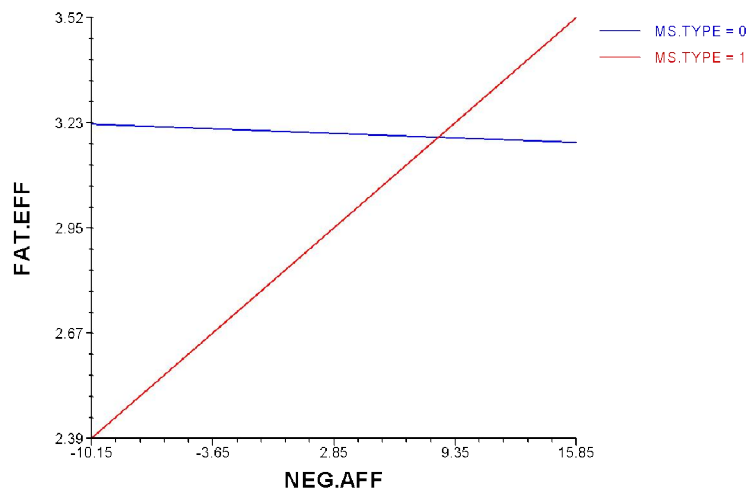
Πίνακας 43. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της επίπτωσης της κόπωσης από το αρνητικό συναίσθημα, μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t (df=14)</i>	<i>P</i>
Τύπος ΣΚΠ	-0,38	0,69	-0,56	0,587
Αρνητικό συναίσθημα	-0,00	0,01	-0,18	0,863
Τύπος ΣΚΠ X Αρνητικό συναίσθημα	0,04	0,02	2,79	0,015
Διάρκεια πάθησης	-0,00	0,00	-0,38	0,710
Αρνητικό συναίσθημα	0,04	0,1	4,22	0,001
Διάρκεια πάθησης X Αρνητικό συναίσθημα	-0,00	0,00	-4,16	0,001
EDSS	0,38	0,38	0,98	0,342
Αρνητικό συναίσθημα	0,04	0,01	3,33	0,005
EDSS X Αρνητικό συναίσθημα	-0,03	0,01	-4,09	0,001
SumC'	0,21	0,10	2,16	0,049
Αρνητικό συναίσθημα	0,03	0,01	3,67	0,003
SumC' X Αρνητικό συναίσθημα	0,02	0,00	3,47	0,004
Blend	0,09	0,06	1,39	0,186
Αρνητικό συναίσθημα	0,04	0,01	4,51	0,000
Blend X Αρνητικό συναίσθημα	0,01	0,00	2,585	0,022

Πίνακας 43 (συνέχεια). Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της επίπτωσης της κόπωσης από το αρνητικό συναίσθημα, μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών

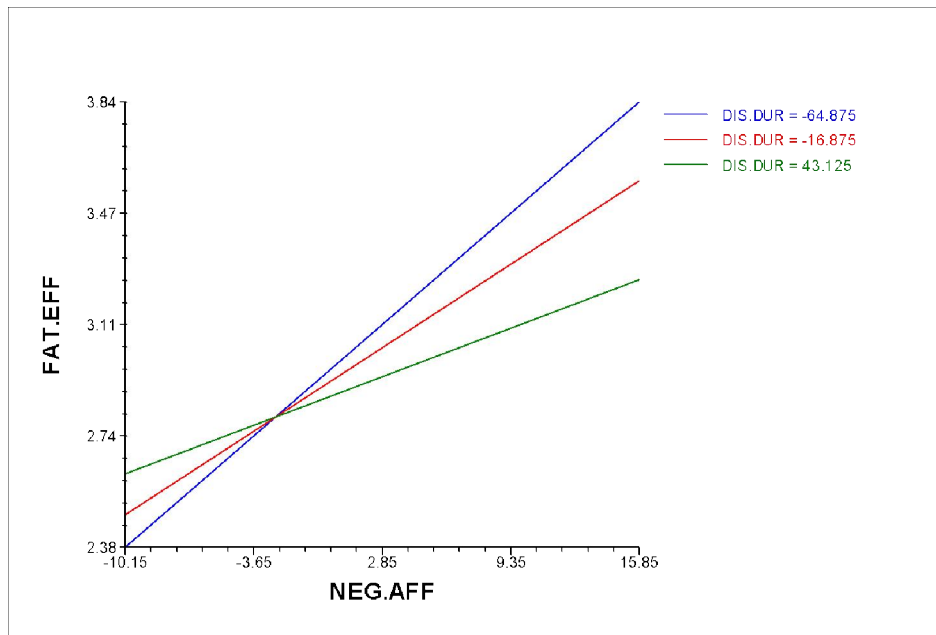
	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t (df=14)</i>	<i>P</i>
L	0,03	0,10	0,36	0,721
Αρνητικό συναίσθημα	0,04	0,01	4,14	0,001
L X Αρνητικό συναίσθημα	-0,01	0,00	-2,62	0,020
R	0,02	0,02	0,83	0,418
Αρνητικό συναίσθημα	0,03	0,01	3,29	0,006
R X Αρνητικό συναίσθημα	0,00	0,00	2,60	0,021
A	-0,01	0,07	-0,09	0,930
Αρνητικό συναίσθημα	0,04	0,01	4,34	0,001
A X Αρνητικό συναίσθημα	0,01	0,00	3,74	0,002
Άγχος	0,10	0,02	4,35	0,001
Αρνητικό συναίσθημα	0,03	0,01	3,38	0,005
Άγχος X Αρνητικό συναίσθημα	0,00	0,00	2,79	0,015

Όπως φαίνεται στο γράφημα 41, ενώ για τους προϊόντες τύπους δεν υπάρχει συνάφεια μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και επίπτωσης της κόπωσης, για τους υποτροπιάζοντες υπάρχει θετική συνάφεια και μάλλον μεγάλου βαθμού.

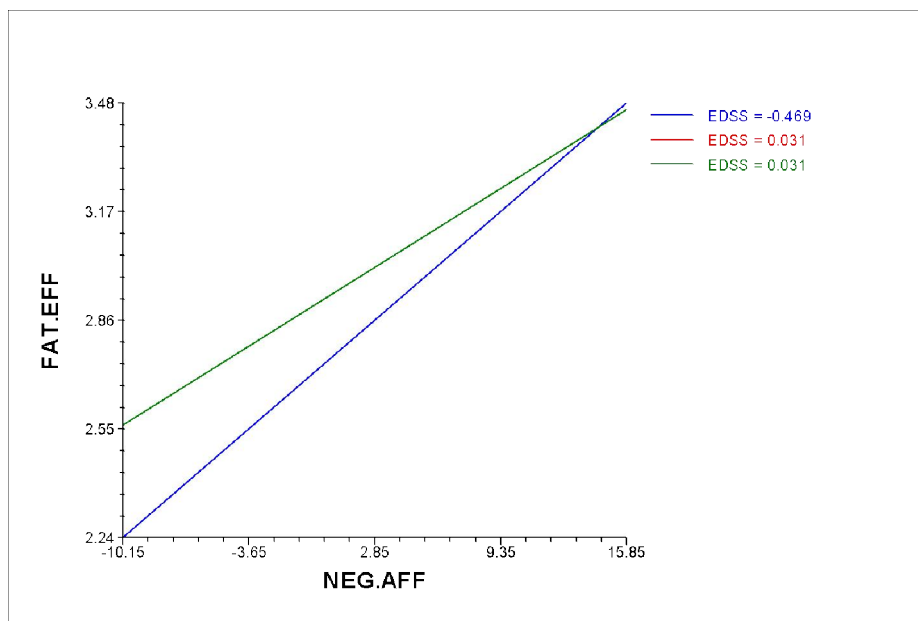


Γράφημα 41. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τους προϊόντες (MS.TYPE=0) και τους υποτροπιάζοντες τύπους (MS.TYPE=1).

Όπως φαίνεται στο γράφημα 42, όσο πιο πρόσφατη είναι η διάγνωση της ΣΚΠ , τόσο υψηλότερη θετική συνάφεια υπάρχει μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και επίπτωσης της κόπωσης. Παρόμοια άλλωστε εικόνα παρατηρείται και με τα επίπεδα αναπηρίας, όπως αποτιμώνται από το EDSS (Γραφ. 43). Όσο μειώνονται αυτά, τόσο αυξάνεται η θετική συνάφεια μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και επίπτωσης της κόπωσης και αντίστροφα.

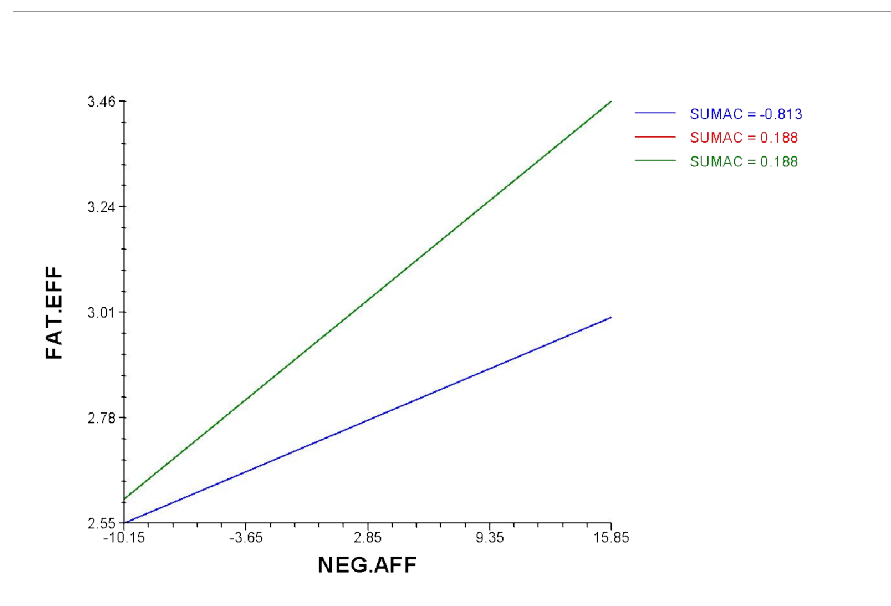


Γράφημα 42. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του διάρκειας της πάθησης (DIS.DUR).



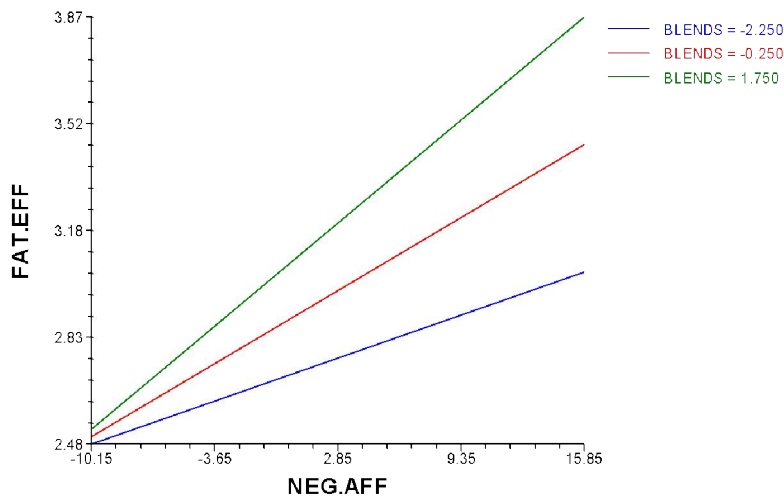
Γράφημα 43. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του διάρκειας του EDSS.

Σε σχέση με την αλληλεπίδραση με τον δείκτη SumC', όπως φαίνεται και στο γράφημα 44, όσο αυτός αυξάνεται τόσο μεγαλώνει ο βαθμός της θετικής συνάφειας μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και επίπτωσης της κόπωσης.



Γράφημα 44. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του διάρκειας του SumC' (SUM.AC).

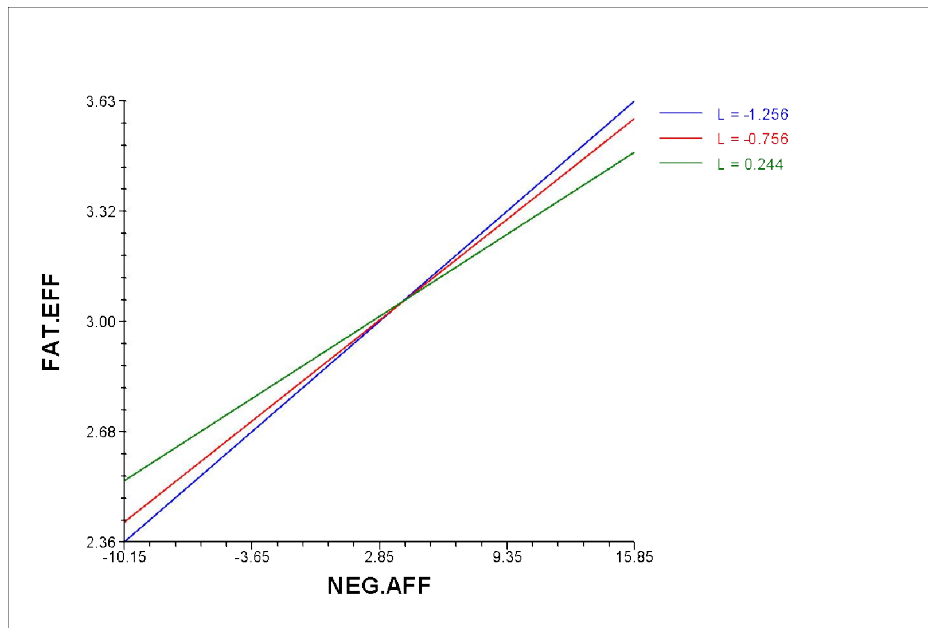
Παρόμοια φαίνεται να είναι και η διαμεσολαβητική επίδραση των blend καθώς, όπως φαίνεται και στο γράφημα 45, όσο περισσότερα είναι αυτά, τόσο μεγαλώνει ο βαθμός συνάφειας μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και επίπτωσης της κόπωσης.



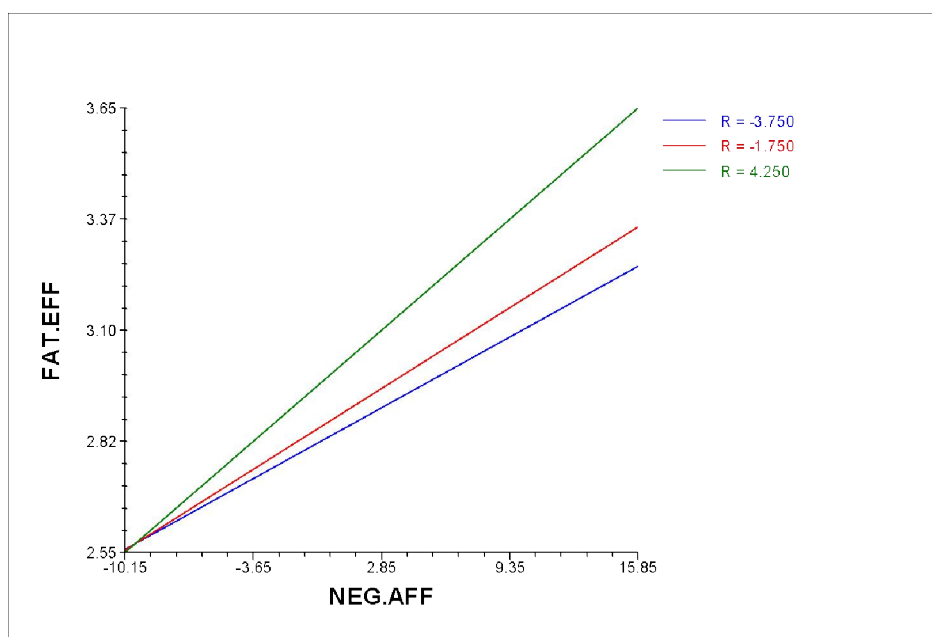
Γράφημα 45. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα των blend (BLEND S).

Αναφορικά με την επίδραση του L, στη σχέση του αρνητικού συναισθήματος με την επίπτωση της κόπωσης, σύμφωνα με το γράφημα 46, όσο αυτό αυξάνεται, τόσο τείνει να μειωθεί ο βαθμός συνάφειας μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και επίπτωσης της κόπωσης.

Ο δε αριθμός των απαντήσεων στο RIT (R), φαίνεται πως όσο αυξάνεται, τόσο αυξάνεται και ο βαθμός της θετικής κατεύθυνσης συνάφειας μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και επίπτωσης της κόπωσης (Γραφ. 47).



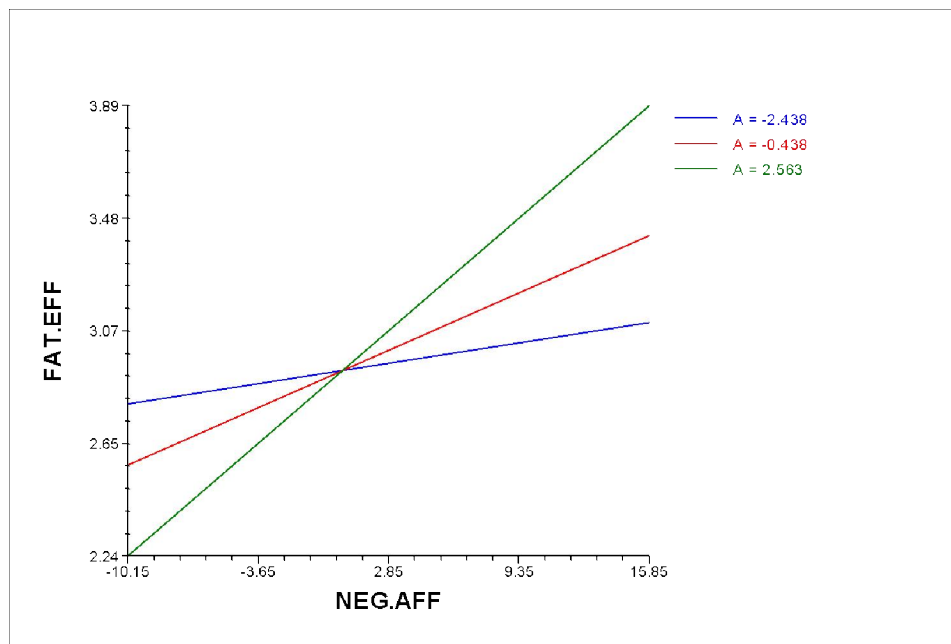
Γράφημα 46. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του L.



Γράφημα 47. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του R.

Εντονότερη προέκυψε να είναι η αλληλεπίδραση μεταξύ του A με το αρνητικό συναίσθημα (Γραφ. 48). Όσο περισσότερες απαντήσεις με περιεχόμενη ζώα

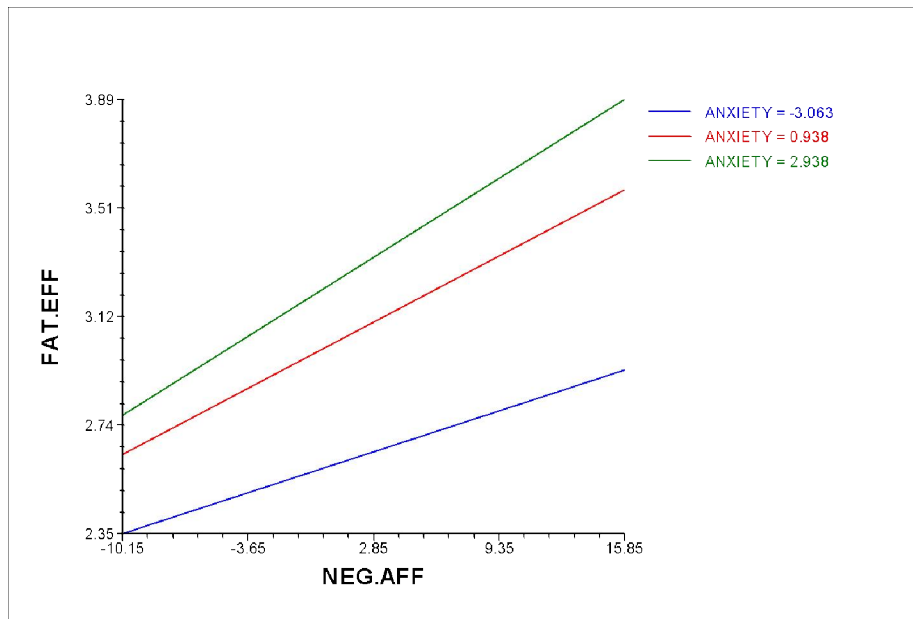
δίνονται, τόσο μεγαλύτερου βαθμού τείνει να είναι η συνάφεια μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και επίπτωσης της κόπωσης ενώ μάλιστα για τα χαμηλότερα επίπεδα του A, η συνάφεια των 2 μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου τείνει να εξαλειφθεί.



Γράφημα 48. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του A.

Τέλος, αναφορικά με την αλληλεπίδραση άγχους και αρνητικού συναισθήματος, όπως φαίνεται και στο γράφημα 49, όσο αυξάνεται το άγχος, τόσο τείνει να αυξάνεται και ο βαθμός θετικής συνάφειας μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και επίπτωσης της κόπωσης.





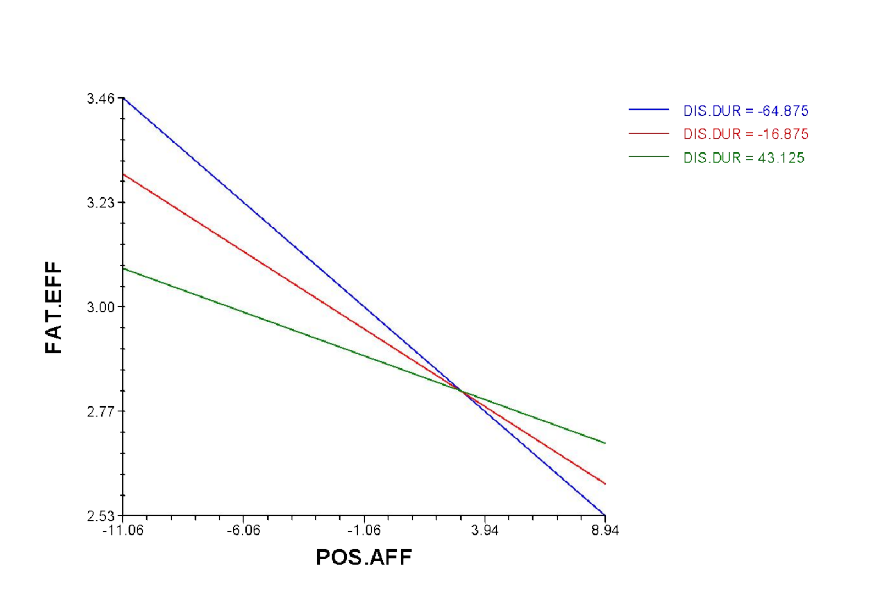
Γράφημα 49. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του άγχους (ANXIETY).

Οι μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου που παρουσίασαν στατιστικώς σημαντική αλληλεπίδραση με το θετικό συναίσθημα ως προς την πρόβλεψη της επίπτωσης της κόπωσης ήταν η διάρκεια της πάθησης, ο RFS-S, ο SumC' και το άγχος, όπως φαίνεται και στον πίνακα 44.

Πίνακας 44. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της επίπτωσης της κόπωσης από το θετικό συναίσθημα, μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών

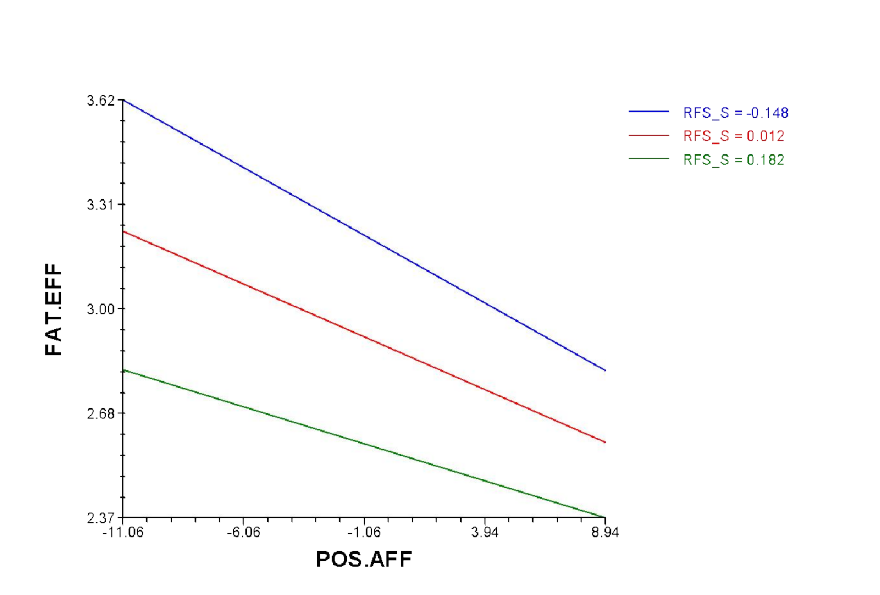
	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t (df=14)</i>	<i>P</i>
Διάρκεια πάθησης	-0,00	0,00	-0,38	0,711
Θετικό συναίσθημα	-0,03	0,01	-2,58	0,022
Διάρκεια πάθησης X Θετικό συναίσθημα	0,00	0,00	2,33	0,036
RFS-S	-1,84	0,46	-3,97	0,002
Θετικό συναίσθημα	-0,03	0,01	-2,73	0,017
RFS-S X Θετικό συναίσθημα	0,06	0,02	2,40	0,031
SumC'	0,21	0,10	2,15	0,049
Θετικό συναίσθημα	-0,03	0,01	-2,42	0,030
SumC' X Θετικό συναίσθημα	-0,01	0,00	-2,63	0,020
Άγχος	0,10	0,02	4,35	0,001
Θετικό συναίσθημα	-0,03	0,01	-2,90	0,012
Άγχος X Θετικό συναίσθημα	-0,00	0,00	-3,40	0,005

Σύμφωνα με το γράφημα 50, όσο πιο πρόσφατη είναι η διάγνωση, τόσο υψηλότερη αρνητικής κατεύθυνσης συνάφεια παρουσιάζεται μεταξύ θετικού συναισθήματος και επίπτωσης της κόπωσης.



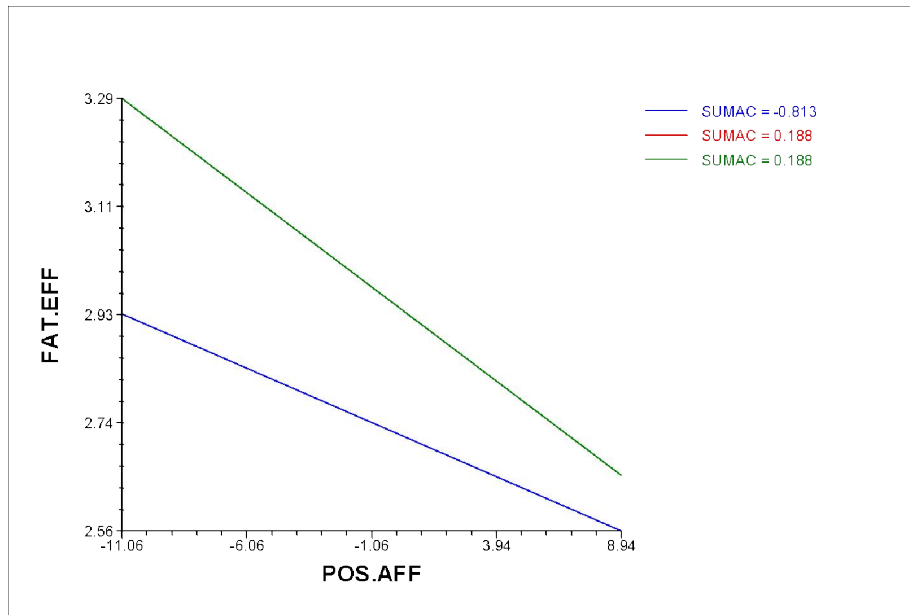
Γράφημα 50. Σύνδεση του θετικού συναισθήματος (POS.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα της διάρκειας της πάθησης (DIS.DUR).

Αναφορικά με τον RFS-S, όπως φαίνεται και στο γράφημα 51, όσο αυτός μικραίνει, τόσο τείνει να αυξάνεται η αρνητικής κατεύθυνσης συνάφεια μεταξύ θετικού συναισθήματος και επίπτωσης της κόπωσης.



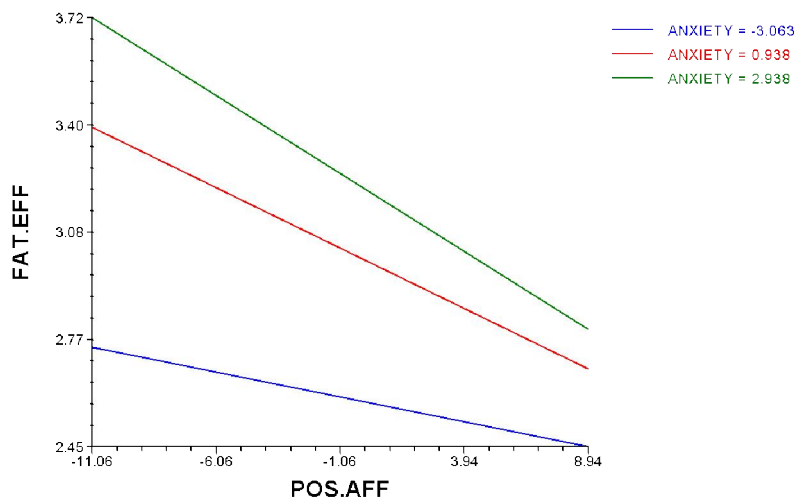
Γράφημα 51. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του RFS-S.

Όσον αφορά στην αλληλεπίδραση με τον SumC', όπως φαίνεται και στο γράφημα 52, τα χαμηλότερα επίπεδα του φαίνονται να συνδέονται με χαμηλότερου βαθμού αρνητική συνάφεια μεταξύ θετικού συναισθήματος και επίπτωσης της κόπωσης.



Γράφημα 52. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του SumC' (SUM.AC).

Αναφορικά με το άγχος, τέλος, όπως φαίνεται στο γράφημα 53, τα υψηλότερα επίπεδα άγχους συνδέονται με μεγαλύτερου βαθμού αρνητικής κατεύθυνσης συνάφεια μεταξύ θετικού συναισθήματος και επίπτωσης της κόπωσης με τα χαμηλά του επίπεδα να αμβλύνουν σαφώς τη συνάφεια μεταξύ των μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου.



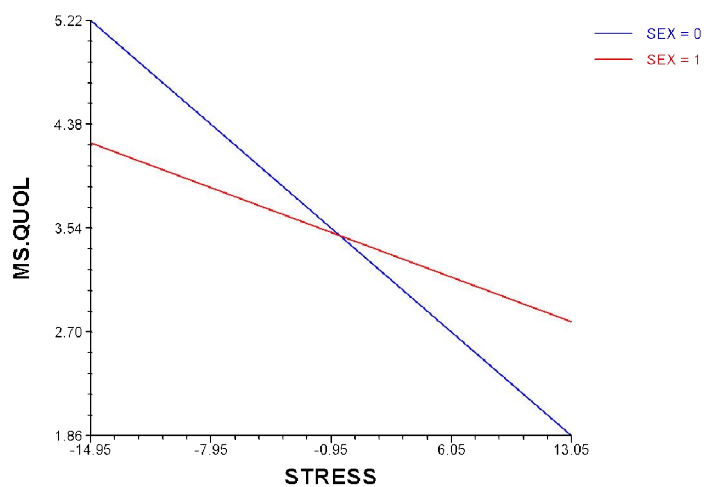
Γράφημα 53. Σύνδεση του αρνητικού συναισθήματος (NEG.AFF) με την επίπτωση της κόπωσης (FAT.EFF) για τα διαφορετικά επίπεδα του άγχους (ANXIETY).

#### 5.5 Αλληλεπιδράσεις μεταβλητών 1ου και 2ου επιπέδου για την πρόβλεψη της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής

Αναφορικά με την πρόβλεψη της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής από το στρες, όπως φαίνεται και στον πίνακα 45, μόνο με το φύλο υπήρξε στατιστικώς σημαντική αλληλεπίδραση. Συγκεκριμένα, για τους άνδρες παρουσιάζεται μια μεγαλύτερου βαθμού αρνητική συνάφεια στρες και ποιότητας ζωής από ό,τι με τις γυναίκες (Γραφ. 54).

Πίνακας 45. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής από το στρες, μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t (df=14)</i>	<i>P</i>
Φύλο	0,03	0,28	0,12	0,910
Στρες	-0,12	0,02	-7,67	0,000
Φύλο X Στρες	0,07	0,02	2,90	0,012



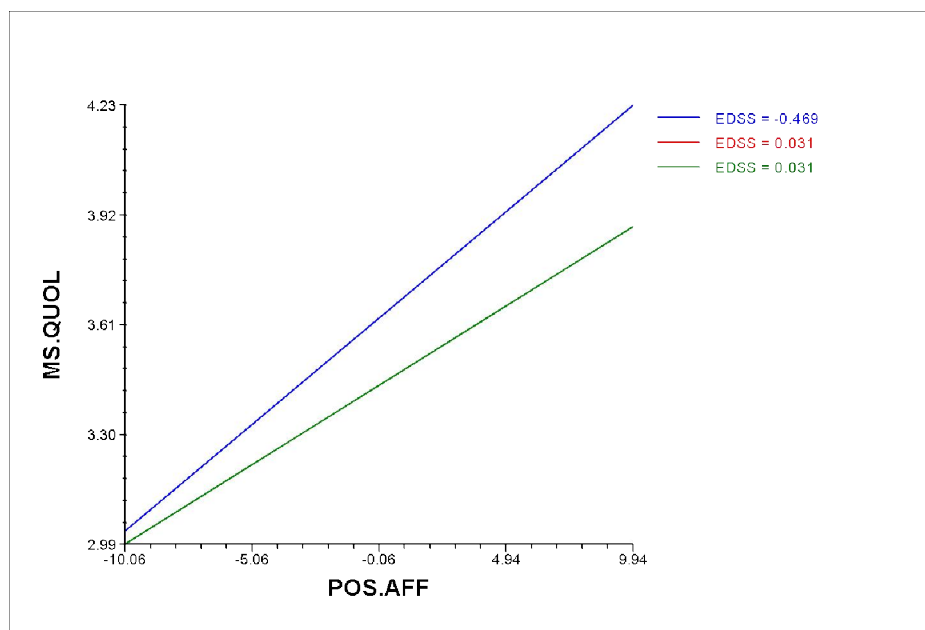
Γράφημα 54. Σύνδεση του στρες (STRESS) με τη σχετιζόμενη με την ΣΚΠ ποιότητα ζωής (MS.QUOL) για τα δύο φύλα.

Αναφορικά με το αρνητικό συναίσθημα, δε σημειώθηκε καμμία στατιστικώς σημαντική αλληλεπίδραση με μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου για την πρόβλεψη της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής. Για το δε θετικό συναίσθημα, μόνο με το EDSS σημειώθηκε στατιστικώς σημαντική αλληλεπίδραση (Πιν. 46). Όπως φαίνεται

και στο γράφημα 55, για τα χαμηλότερα επίπεδα αναπηρίας η θετική συνάφεια μεταξύ θετικού συναισθήματος και ποιότητας ζωής είναι υψηλότερη σε σχέση με τα μέσα και τα υψηλά.

Πίνακας 46. Δείκτες παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής από το θετικό συναίσθημα, μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου και της αλληλεπίδρασης αυτών

	<i>Coef</i>	<i>SE</i>	<i>t (df=14)</i>	<i>P</i>
EDSS	-0,04	0,11	-3,53	0,004
Θετικό συναίσθημα	0,04	0,01	4,81	0,000
EDSS X Θετικό συναίσθημα	-0,03	0,01	-2,67	0,019



Γράφημα 55. Σύνδεση του θετικού συναισθήματος (POS.AFF) με τη σχετιζόμενη με την ΣΚΠ ποιότητα ζωής (MS.QUOL) για τα επίπεδα του EDSS.

## 6. Σύνοψη των ευρημάτων

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζεται η σύνοψη των ευρημάτων τη έρευνας.

Στους πίνακες 47 έως 49 παρουσιάζονται οι στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις των μεταβλητών πρώτου και δευτέρου επιπέδου με τις εξαρτημένες μεταβλητές της έρευνας, οι αλληλεπιδράσεις αυτών όπως και η διερεύνηση της κατεύθυνσης της αιτιότητας υπό όρους χρονικής αλληλλουχίας μεταξύ των μεταβλητών του πρώτου επιπέδου.

Πίνακας 47. Σύνοψη στατιστικώς σημαντικών συσχετίσεων των μεταβλητών του πρώτου και του δευτέρου επιπέδου με τις διαστάσεις επιβάρυνσης από την ΣΚΠ

	Συμπτώματα κινητικότητας	Συμπτώματα κόπωσης	Επίπτωση κινητικότητας	Επίπτωση κόπωσης	Ποιότητα ζωής
Στρες	X	<b>X</b>		X	<b>X</b>
Αρν. Συναίσθ	<b>X</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	<b>X</b>
Θετ. Συναίσθ.		<b>X</b>	X	X	<b>X</b>
Διάρκ πάθησης		X			
EDSS			X		<b>X</b>
RFS-P	X	X			
RFS-S			<b>X</b>	<b>X</b>	X
SumC'				X	
FC		<b>X</b>			
Άγχος	X	X	X	X	<b>X</b>
Κατάθλιψη	X	X	<b>X</b>	<b>X</b>	X
ΔΑΣ	<b>X</b>	X	X	X	X
ΔΕΣ			X	X	X
ΕΠΣ			X	X	X
Αλεξιθυμία	X	X	X	X	X

Σημείωση. X: στατιστικώς σημαντική συνάφεια μονοπαραγοντικά. **X**: στατιστικώς



σημαντική συνάφεια πολυπαραγοντικά.

Πίνακας 48. Σύνοψη στατιστικώς σημαντικών αλληλεπιδράσεων των μεταβλητών του 1ου επιπέδου με τις μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> για την πρόβλεψη των εξαρτημένων μεταβλητών της έρευνας

	Συμπτώματα κινητικότητας	Συμπτώματα κόπωσης	Επίπτωση κινητικότητας	Επίπτωση κόπωσης	Ποιότητα ζωής
Στρες					
Φύλο					<b>X</b>
Ηλικία		X			
Διάρκ πάθησης	X				
EDSS	X	X			
RAS	X			X	
SumC'				X	
Blends			X	X	
L				X	
F%		X	X	X	
M				X	
Άγχος			X	X	
ΔΑΣ			X		
ΔΕΣ			X		
Αλεξιθυμία			X		
Αρνητικό Συναίσθημα					
Τύπος πάθησης				X	
Διάρκ πάθησης			X	X	
EDSS			X	X	
RAS	X				
RFS-S	X				
SumC'			X	X	

Σημείωση. X: στατιστικώς σημαντική συνάφεια μονοπαραγοντικά. **X**: στατιστικώς σημαντική συνάφεια πολυπαραγοντικά.

Πίνακας 48. (Συνέχεια)

	Συμπτώματα κινητικότητας	Συμπτώματα κόπωσης	Επίπτωση κινητικότητας	Επίπτωση κόπωσης	Ποιότητα ζωής
Αρνητικό					
Συναίσθημα					
FC		X			
Blends			X	X	
L				X	
F%	X				
R				X	
A				X	
P		X			
Άγχος				X	
ΔΑΣ		X			
ΔΕΣ			X		
Θετικό					
Συναίσθημα					
Διάρκ πάθησης	X			X	
EDSS		X			X
RFS-S			X	X	
SumC'				X	
L		X			
Άγχος			X	X	
ΔΕΣ			X		
ΕΠΣ			X		
Αλεξιθυμία			X		

Σημείωση. X: στατιστικώς σημαντική συνάφεια μονοπαραγοντικά. X: στατιστικώς σημαντική συνάφεια πολυπαραγοντικά.

Αναφορικά με τις μεταβλητές του δευτέρου επιπέδου, προέκυψε ότι όσο πιο πρόσφατη είναι η διάγνωση, τόσο περισσότερα συμπτώματα κόπωσης εμφανίζονται ενώ μεγαλύτερη αναπηρία επιφέρει μεγαλύτερη επίπτωση συμπτωμάτων

κινητικότητας και χειρότερη ποιότητα ζωής, το τελευταίο και σε πολυπαραγοντικό επίπεδο.

Το άγχος και η κατάθλιψη προέκυψαν να προβλέπουν υψηλότερα επίπεδα σε όλες τις διαστάσεις της επιβάρυνσης από την ΣΚΠ καθώς και χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Το άγχος μάλιστα επικράτησε και σε πολυπαραγοντικό επίπεδο για την ποιότητα ζωής ενώ η κατάθλιψη για την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας και κόπωσης.

Όσον αφορά τη συμβολοποίηση στις διαφορετικές πλευρές που εκτιμήθηκαν, η αλεξιθυμία, όπως αποτιμάται από την TAS, συσχετίστηκε με όλες τις διαστάσεις της επιβάρυνσης από την ΣΚΠ θετικά και τη σχετιζόμενη με την ΣΚΠ ποιότητα ζωής αρνητικά. Ίδια εικόνα παρουσιάστηκε και με τη δυσκολία αναγνώρισης συναισθήματος, η οποία συγκέντρωσε σε πολυπαραγοντικό επίπεδο και τη διασπορά των συμπτωμάτων κινητικότητας. Υψηλότερα επίπεδα δυσκολίας έκφρασης συναισθήματος και εξωτερικού προσανατολισμού σκέψης προέκυψαν να προβλέπουν μεγαλύτερη επίπτωση της ΣΚΠ σε όλες τις διαστάσεις και χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Επιπροσθέτως, υψηλότερα επίπεδα SumC' προβλέπουν μεγαλύτερη επίπτωση των συμπτωμάτων κόπωσης και υψηλότερα επίπεδα του FC περισσότερα συμπτώματα κόπωσης, με τον FC να παραμένει σημαντικός και σε πολυπαραγοντικό επίπεδο στην πρόβλεψη των συμπτωμάτων κόπωσης. Τέλος, σε σχέση με το μεταβατικό χώρο, επίπεδα που συνιστούν χειρότερη συγκρότησή του, ήτοι μονήρης επικράτηση της φαντασίας ή της πραγματικότητας, συνδέονται με περισσότερα συμπτώματα της ΣΚΠ, ενώ μεγαλύτερος RFS-S, ήτοι μεγαλύτερη ευελιξία συγκρότησης της εμπειρίας, προέβλεψε μικρότερη επιβάρυνση από την ΣΚΠ και καλλίτερη ποιότητα ζωής, παραμένοντας μάλιστα σημαντικός στην πρόβλεψη και σε

πολυπαραγοντικό επίπεδο για την επίπτωση των συμπτωμάτων κόπωσης και κινητικότητας.

Όσον αφορά στις μεταβλητές του πρώτου επιπέδου, περισσότερο στρες προέκυψε να προβλέπει περισσότερα συμπτώματα της ΣΚΠ, μεγαλύτερη επίπτωση της κόπωσης και μικρότερη ποιότητα ζωής. Για τα συμπτώματα κόπωσης μάλιστα και την ποιότητα ζωής, η σημαντικότητα του στρες παραμένει και σε πολυπαραγοντικό επίπεδο. Η συσχέτιση του στρες με τη συμπτωματολογία της ΣΚΠ, την επίπτωση των συμπτωμάτων κόπωσης και την ποιότητα ζωής, φαίνεται ότι διέπεται από κυκλικής συνάφειας αιτιολογία.

Για τα συμπτώματα κινητικότητας, η επιβαρυντική επίδραση του στρες μειώνεται όταν η διάγνωση έχει παρέλθει, υφίστανται υψηλότερα επίπεδα αναπηρίας και υψηλότερος εξωτερικός προσανατολισμός της σκέψης. Αντίστροφα, υψηλότερα επίπεδα στη RAS ενισχύουν την επίδραση του στρες στα εν λόγω συμπτώματα. Μικρότερη ηλικία, μικρότερη αναπηρία και υψηλότερος F% συνεπάγονται υψηλότερη συσχέτιση στρες και συμπτωμάτων κόπωσης. Περισσότερα blend, μικρότερος F%, υψηλότερη δυσκολία αναγνώρισης και έκφρασης συναισθημάτων καθώς και υψηλότερη αλεξιθυμία αυξάνουν τη συσχέτιση στρες και επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας. Υψηλότερη συσχέτιση στρες και επίπτωσης συμπτωμάτων κόπωσης προβλέπεται από χαμηλότερη RAS, υψηλότερο SumC' και blends, χαμηλότερο L και F% όπως και υψηλότερο M και άγχος. Τέλος η συσχέτιση του στρες με την ποιότητα ζωής είναι μεγαλύτερη για τους άνδρες.

Το αρνητικό συναίσθημα προέβλεψε σημαντικά σε μονοπαραγοντικό και πολυπαραγοντικό επίπεδο όλες τις διαστάσεις συμπτωματολογίας της ΣΚΠ, την επίπτωση των συμπτωμάτων κόπωσης και την ποιότητα ζωής, με την οποία,

σημείωσε αρνητική συνάφεια. Σε όλες τις προαναφερθείσες συσχετίσεις η φύση της συνάφειας ήταν μάλλον κυκλική, σημαίνοντας μια αντίστοιχη αιτιολογία.

Αναφορικά με τις αλληλεπιδράσεις του αρνητικού συναισθήματος, χαμηλότερος F% και υψηλότερα RAS και RFS-S συνεπάγονται μεγαλύτερη συνάφεια μεταξύ αρνητικού συναισθήματος συμπτωμάτων κινητικότητας. Επίσης, η συνάφεια μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και συμπτωμάτων κόπωσης αυξάνεται όσο χαμηλότερα είναι τα FC, P και δυσκολία αναγνώρισης συναισθημάτων. Πιο πρόσφατη διάγνωση και χαμηλότερα επίπεδα αναπηρίας όπως και υψηλότερο SumC', blends και δυσκολία έκφρασης συναισθήματος συνεπάγονται μεγαλύτερη συσχέτιση μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και επίπτωσης συμπτωμάτων κινητικότητας. Μεγαλύτερη συσχέτιση αρνητικού συναισθήματος και επίπτωσης των συμπτωμάτων κόπωσης υφίσταται όσο πιο πρόσφατη είναι η διάγνωση, μικρότερη είναι η αναπηρία και το L και υψηλότερα SumC', blends, R, A και άγχος υπάρχουν ενώ η εν λόγω συσχέτιση φαίνεται να υφίσταται για τους υποτροπιάζοντες τύπους της πάθησης μόνο. Το αρνητικό συναίσθημα δεν σημείωσε σημαντική αλληλεπίδραση με μεταβλητές του δευτέρου επιπέδου για τη σχετιζόμενη με την ΣΚΠ ποιότητα ζωής.

Το θετικό συναίσθημα σημείωσε αρνητική συσχέτιση με όλες τις διαστάσεις της επιβάρυνσης της ΣΚΠ πλην των συμπτωμάτων κινητικότητας και θετική με τη σχετιζόμενη με την ΣΚΠ ποιότητα ζωής. Το θετικό συναίσθημα προέκυψε να προβλέπει πιθανώς με ρόλο αιτίου την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας, να αποτελεί αποτέλεσμα των ίδιων των συμπτωμάτων κινητικότητας ενώ παρουσιάζει πιθανώς κυκλικής φύσης συνάφεια με τα συμπτώματα κόπωσης, την επίπτωση των συμπτωμάτων κόπωσης και την ποιότητα ζωής.

Αναφορικά με τις αλληλεπιδράσεις του θετικού συναισθήματος με μεταβλητές του δευτέρου επιπέδου, πιο πρόσφατη διάγνωση επιφέρει υψηλότερη αρνητική συνάφεια θετικού συναισθήματος και συμπτωμάτων κινητικότητας. Μικρότερη αναπηρία και δείκτης L αυξάνει την αρνητική συνάφεια θετικού συναισθήματος και συμπτωμάτων κόπωσης. Η συσχέτιση της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας με το θετικό συναίσθημα αυξάνεται για υψηλότερα επίπεδα άγχους, δυσκολίας έκφρασης συναισθήματος και αλεξιθυμίας όπως και χαμηλότερα επίπεδα RFS-S. Η συσχέτιση της επίπτωσης συμπτωμάτων κόπωσης με το θετικό συναίσθημα αυξάνεται όταν η διάγνωση της ΣΚΠ είναι πιο πρόσφατη και ο SumC' και το άγχος είναι πιο υψηλά. Τέλος, η συσχέτιση θετικού συναισθήματος και σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής αυξάνεται όσο χαμηλότερα είναι τα επίπεδα αναπηρίας.

Πίνακας 49. Χρονική αλληλλουχία μεταξύ μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου

	<i>Κινητ/τα</i>	<i>Κόπωση</i>	<i>Επ. Κινητ/τας</i>	<i>Επ. Κόπωσης</i>	<i>Ποιότη. ζωής</i>
Στρες	<b>X</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	<b>X</b>
Αρν συναίσθ	<b>X</b>	<b>X</b>		<b>X</b>	<b>X</b>
Θετ συναίσθ	X	<b>X</b>	χ	<b>X</b>	<b>X</b>

X : οι στήλες προβλέπουν τις σειρές, **X**: κυκλική αιτιότητα, χ: οι σειρές προβλέπουν τις στήλες

## Συζήτηση

Όσον αφορά τις προκαταρκτικές αναλύσεις, παρά τον μικρό αριθμό συμμετεχόντων στην έρευνα, όλοι οι δείκτες προέκυψαν ικανοποιητικοί ως προς τις προϋποθέσεις της μοντελοποίησης των δεδομένων και της στατιστικής ανάλυσης σε επίπεδα (Nezlek, 2008· Σιδερίδης & Καφέτσιος, 2010) γεγονός που επικύρωσε την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων, δεδομένων πάντα των περιορισμών της μελέτης, όπως θα παρουσιαστούν στο τέλος του παρόντος κεφαλαίου. Αξίζει δε, πριν τη συζήτηση και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων των αναλύσεων, βάσει των ερευνητικών υποθέσεων και ερωτημάτων που διατυπώθηκαν, να γίνει ένας σχολιασμός των αποτελεσμάτων των συγκρίσεων που έγιναν μεταξύ των τιμών των μεταβλητών του 2<sup>ου</sup> επιπέδου που αποτιμήθηκαν με αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια. Σημειώνεται ωστόσο ότι τα εν λόγω ευρήματα θα πρέπει να ερμηνευθούν μόνο ως τάσεις, δεδομένου ότι οι συμμετέχοντες ήταν μόλις 16.

Το άγχος και η κατάθλιψη παρέμειναν σταθερά μετά το πέρας των 3 μηνών περίπου που έλαβαν χώρα οι μετρήσεις. Το εύρημα αυτό είναι σύμφωνο με αυτά πολλών άλλων ερευνών (Bruce & Arnett, 2008), κατά τις οποίες τα επίπεδα άγχους τείνουν να μη διαφοροποιούνται χωρίς παρέμβαση με το πέρας του χρόνου (Chahraoui et al 2014· Janssens et al. 2006· Korostil & Feinstein, 2007), παρομοίως δε και της κατάθλιψης (Feinstein, 2011· Maier et al. 2015· Minden et al. 2014), καίτοι σημειώνεται σε σχέση με αυτή ότι ίσως είναι πιο ευμετάβλητη διαχρονικά (Chahraoui et al 2014). Έτσι, και τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, δεν παρουσίασαν διαχρονικές διαφοροποιήσεις, δεδομένου ότι δε βρίσκονταν σε θεραπεία, δε σημειώθηκαν αλλαγές σε σχέση με αγωγή που λάμβαναν και δεν έλαβε χώρα κάποια υποτροπή. Σημειώνεται ωστόσο ότι το διάστημα των μετρήσεων ήταν αρκετά βραχύ

ώστε να μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι βάσει των υπό συζήτηση ευρημάτων η ψυχοπαθολογία θα έμενε σταθερή σε μεγάλο βάθος χρόνου. Σε κάθε περίπτωση, το παρόν εύρημα δείχνει αφενός τη σημασία που έχει η ψυχική υγεία των ασθενών με ΣΚΠ να λαμβάνεται υπόψιν και να φροντίζεται (Bruce & Arnett, 2008· Goldman Consensus Group, 2005· Mohr & Cox, 2001· Pagnini et al 2014· Sá, 2008). Αφετέρου, μπορεί να υποστηριχθεί ότι οι όποιες συσχετίσεις σημείωσαν οι εν λόγω μεταβλητές κατά τις αναλύσεις είναι αξιόπιστες.

Όσον αφορά στην αλεξιθυμία και τις διαστάσεις της, όπως μετρήθηκαν από την TAS, παρέμειναν σταθερές με εξαίρεση τη ΔΕΣ. Πράγματι, σύμφωνα με έρευνα των Chahraoui και συν. (2014) η αλεξιθυμία στο σύνολό της και η ΔΑΣ παρέμειναν σταθερές σε ασθενείς με ΣΚΠ μέσα σε διάστημα 5 χρόνων, κάτι που συμφωνεί και με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας. Άλλωστε, και για άλλους πληθυσμούς η αλεξιθυμία φαίνεται να είναι μάλλον σταθερή (Taylor, 2004· Taylor & Bagby, 2013). Ειδικά η ΔΑΣ προέκυψε σε ελληνικό δείγμα με ΣΚΠ να αποτελεί και την πιο ισχυρή ψυχομετρικά διάσταση (Πούλιος και συν 2013· Πούλιος και συν 2017). Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι δε διαφοροποιήθηκε διαχρονικά η διάσταση του ΕΠΣ, η οποία άλλωστε είναι και η πιο αδύναμη ψυχομετρικά αλλά και η πιο ευμετάβλητη και σε ασθενείς με ΣΚΠ (Chahraoui et al 2014· Tsaousis et al 2010). Πιθανώς αυτό μπορεί να αποδοθεί στο βραχύ διάστημα κατά το οποίο έγιναν οι μετρήσεις καθώς και στο ότι το άγχος δε μεταβλήθηκε, καθώς η εν λόγω διάσταση μπορεί να θεωρηθεί η κατεξοχήν αμυντική πλευρά της αλεξιθυμίας έναντι της δραστηριότητας της πάθησης και του άγχους που τη συνοδεύει (Chahraoui et al. 2014). Βάσει των προαναφερθέντων ευρημάτων άλλων ερευνών, σχετικά αναπάντεχο ήταν ότι μειώθηκε διαχρονικά η διάσταση της ΔΕΣ. Πιθανώς αυτό θα μπορούσε να σχετίζεται και με την ίδια τη διαδικασία της έρευνας κατά την οποία τα άτομα που συμμετείχαν



καλούνταν συστηματικά να περιγράφουν τα συναισθήματά τους, ήτοι να τα εκφράζουν έστω και γραπτά, αλλά και να προβαίνουν σε μια συστηματική αυτοπαρατήρηση που ενδεχομένως ευόδωσε την έκφραση των συναισθημάτων τους εν γένει.

## **1. Πρόβλεψη της επιβάρυνσης από την ΣΚΠ από μεταβλητές του 2ου επιπέδου**

### *1.1 Πρόβλεψη από δημογραφικές και σχετιζόμενες με την ΣΚΠ μεταβλητές*

Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, όσο πιο πρόσφατη είναι η διάγνωση της πάθησης τόσο περισσότερα συμπτώματα κόπωσης αναφέρονται. Λαμβάνοντας υπόψιν τα συμπτώματα που συναπαρτίζουν τον εν λόγω παράγοντα, τα οποία αφορούν περισσότερο τη συναισθηματική, γνωστική και φυσιολογική επιβάρυνση από την ΣΚΠ (Greenhalgh et al. 2004), το εύρημα αυτό μπορεί να αποδοθεί στο ότι η έναρξη της πάθησης είναι πιο πιθανό να εκδηλωθεί με αυτή τη συμπτωματολογία, η οποία, τουλάχιστον στους υποτροπιάζοντες τύπους, οι οποίοι είναι και οι συχνότεροι κατά την έναρξη της πάθησης, δύναται να αντιμετωπιστεί φαρμακευτικά ή και να υποχωρήσει με την απέλευση της ώσης (Lassman, 2013· Quallet et al. 2019). Ούτως ή άλλως σε κάποιο βαθμό, μετά τη διάγνωση, οι ασθενείς πιθανώς φροντίζουν περισσότερο τον εαυτό τους και προσαρμόζουν τη ζωή τους με τρόπο ο οποίος, με την αρωγή της φαρμακευτικής αγωγής, μειώνει τα συμπτώματα αυτά (Barker-Collo et al. 2006· Del Puente et al. 2012· Dennison et al. 2009· Jansen et al 2013· Klauer et al. 2007· Klevan et al. 2013· Pakenham, 2005· Quallet et al. 2019). Άλλωστε τα υπό συζήτηση συμπτώματα έχουν και μεγάλη συνάφεια με ψυχολογικούς παράγοντες, όπως το στρες ή εν γένει τη συναισθηματική επίπτωση της διάγνωσης, γεγονός που πιθανώς εξηγεί επίσης τη μεγαλύτερη εμφάνισή τους κατά την έναρξη της πάθησης

(Isaksson & Ahlstrom, 2006). Το εύρημα αυτό στηρίζεται και από το γεγονός ότι η διάρκεια της πάθησης δεν προέβλεψε τα συμπτώματα κινητικότητας. Το ότι δε συσχετίστηκε με την επίπτωση των συμπτωμάτων, άλλωστε, πιθανώς υποστηρίζει ότι αυτή κρίνεται περισσότερο από άλλους παράγοντες, όπως οι ψυχολογικοί, και από την αλληλεπίδραση με αυτούς, παρά με το πέρασ του χρόνου και μόνο (Del Puente et al. 2012· Dennison et al. 2009· Jansen et al 2013· Jopson & Moss-Morris, 2003).

Τα υψηλότερα επίπεδα αναπηρίας προέκυψαν να προβλέπουν αφενός μεγαλύτερη επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας αφετέρου χειρότερη ποιότητα ζωής. Και οι δύο αυτές συσχετίσεις θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν εύλογες. Με υψηλότερα επίπεδα αναπηρίας, άρα και μεγαλύτερο περιορισμό εξαιτίας της πάθησης, τα κινητικά συμπτώματα αναμένεται να παρακωλύουν σε μεγαλύτερο βαθμό και ένταση την καθημερινότητα του ατόμου άρα και να βιώνεται σοβαρότερη η επίπτωσή τους (Carson et al. 2005· Jansen et al. 2013· McCabe & McKern, 2002). Αυτό ερμηνεύει και το προφανές, ότι περισσότερη αναπηρία βάλει την ποιότητα ζωής των ασθενών (McCabe & McKern, 2002· Nicholas & Rashid, 2013). Το γεγονός ότι η αναπηρία δε συσχετίστηκε με τον αριθμό των συμπτωμάτων πιθανώς οφείλεται στο γεγονός ότι υψηλότερα επίπεδά της αφορούν σε μια μάλλον παγιωμένη κατάσταση, ανεξάρτητη από την καθημερινή διακύμανση των συμπτωμάτων της πάθησης ενώ, μολονότι τα συνεκτιμά, το EDSS δε δίνει μάλλον μεγάλη έμφαση στα συμπτώματα που αφορούν στη διάσταση της κόπωσης (Kurtzke, 1983), εξού και η έλλειψη συσχέτισης με αυτή.

Καμμία άλλη μεταβλητή δημογραφικών δεδομένων ή σχετιζόμενη με την ΣΚΠ δεν προέβλεψε τις εξαρτημένες μεταβλητές της έρευνας. Το γεγονός αυτό δεν αποκλείει την πιθανότητα να έχει γίνει σφάλμα τύπου II, καθώς μεταβλητές όπως ο τύπος της πάθησης ή το φύλο δεν εκπροσωπήθηκαν αρκετά σε όλες τις τιμές τους.

Παρόλα αυτά, μπορεί να υποστηριχθεί ότι τα ευρήματα που θα συζητηθούν στη συνέχεια είναι πιθανώς ανεξάρτητα των παραγόντων αυτών.

### *1.2 Πρόβλεψη από την ψυχοπαθολογία: άγχος και κατάθλιψη*

Τόσο το άγχος όσο και η κατάθλιψη προέκυψαν να προβλέπουν την επιβάρυνση από την ΣΚΠ, εύρημα αναμενόμενο μεν καίτοι σημαντικό καθώς η πλειοψηφία των μελετών που έχουν γίνει δε διερευνά τη συσχέτιση της ψυχοπαθολογίας με την ίδια τη δραστηριότητα της πάθησης και όταν τη διερευνά, σπανίως το κάνει διαχρονικά.

Αναλυτικότερα, όσον αφορά στο άγχος, προέκυψε ότι υψηλότερα επίπεδά του προβλέπουν περισσότερα συμπτώματα της ΣΚΠ και στις δύο υπό διερεύνηση διαστάσεις της. Πράγματι, υπάρχουν πολλά ερευνητικά δεδομένα κατά τα οποία τα άγχος όχι μόνο αποτελεί αντίδραση στις διεργασίες της πάθησης αλλά προηγείται αυτών (Burns et al. 2013· Brown, Tennant, Sharock et al. 2006a· Feinstein, 2007· Gay et al. 2017· Giordano et al. 2011· Klauer et al. 2007· Korostil & Feinstein, 2007· Minden et al. 2014· Noy et al. 1995· (Richards, Herrick, Griffin, Gwilliam & Fortune, 2004· Sá, 2008). Ισχυρή άλλωστε σύνδεση υφίσταται μεταξύ άγχους και των συμπτωμάτων της κόπωσης μολονότι σύμφωνα με ορισμένες άλλες έρευνες (Bol et al. 2009· Chwastiak et al. 2005· Gay et al. 2010· Skerrett & Morris, 2006), η συσχέτισή του με την κόπωση καθαυτό δεν είναι τόσο ισχυρή όπως με αυτή της κατάθλιψης. Ενδεχομένως η εν λόγω διαφοροποίηση να προκύπτει από το γεγονός ότι η διάσταση της κόπωσης στην παρούσα μελέτη δεν αφορά μόνο αυτό το σύμπτωμα αλλά και το ότι τα ευρήματα προκύπτουν από συστηματικές διαχρονικές μετρήσεις, κάτι που δεν ισχύει για τις προαναφερθείσες μελέτες. Άλλωστε οι Chalah και συν.

(2019) σε πρόσφατη μελέτη εντόπισαν θετική και μάλλον κυκλικής αιτιολογίας συσχέτιση άγχους και κόπωσης, εύρημα που συνάδει στο παρόν. Σε κάθε περίπτωση, μπορεί κανείς να συμπεράνει ότι υψηλά επίπεδα άγχους είναι πιθανό να επιφέρουν μια χειρότερη κλινική εικόνα στους ασθενείς, μέσω της άμεσης ψυχονευροανοσολογικής τους επίδρασης, μέσω της επίδρασής τους στη συμπεριφορά (π.χ. ανθυγιεινές συμπεριφορές, ελλιπή φροντίδα εαυτού κ.ά.) καθώς και μέσω του τρόπου που γίνεται αντιληπτή η πάθηση (Jorson & Moss-Morris, 2003· Καραδήμας, 2005· Mohr & Cox, 2001· Sá, 2008), πιθανώς οδηγώντας σε περαιτέρω προβλήματα.

Πιο αναμενόμενη, καθότι σύμφωνη με ικανό αριθμό άλλων ερευνητικών δεδομένων (Briones-Buixassa et al. 2019· Dennison et al. 2009· McCartney Chalk, 2007· Mohr & Cox, 2001· Sá, 2008) ήταν η σύνδεση του άγχους με την επίπτωση των συμπτωμάτων καθώς τα άτομα που βιώνουν περισσότερο άγχος, τείνουν να βιώνουν και μεγαλύτερη επίπτωση από τα συμπτώματά τους, κάτι που βεβαίως συνδέεται με το ότι υψηλά επίπεδα άγχους προβλέπουν χειρότερη ποιότητα ζωής, με το άγχος μάλιστα να παραμένει κομβικός παράγοντας πρόβλεψής της και συνδυαστικά με άλλες μεταβλητές πρόβλεψης. Άλλωστε ήδη πολλές έρευνες (Briones-Buixassa et al. 2019· Dennison et al. 2009· Feinstein, 2007· Feinstein et al. 1999a· Mohr & Cox, 2001· Mohr et al. 1999a· Sá, 2008) έχουν υπογραμμίσει τη σημασία του άγχους για την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΚΠ και εν γένει την επιβάρυνση που βιώνουν, και δη δεδομένου ότι αυτό είναι παράγων μάλλον ανεξάρτητος από τις ίδιες τις νευρολογικές διεργασίες της πάθησης (Gay et al. 2017· Mohr & Cox, 2001· Sá, 2008· Vattakatuchery et al. 2011). Υπενθυμίζεται δε ότι η σχέση του άγχους με την επιβάρυνση και εν γένει τη δραστηριότητα της ΣΚΠ είναι κυκλική, γεγονός που εξηγεί άλλωστε και τη σημασία του αφού, απουσία παρέμβασης, αυτό ανατροφοδοτείται επιβαρύνοντας περαιτέρω (Maier et al. 2015).

Αναμενόμενο εύρημα, που επιβεβαίωσε την αντίστοιχη υπόθεση της έρευνας ήταν και το γεγονός ότι η κατάθλιψη συσχετίστηκε σημαντικά, προβλέποντας όλες τις διαστάσεις της επιβάρυνσης από την ΣΚΠ, αν και επισημαίνεται ότι η σχέση των μεταβλητών αυτών είναι σαφώς σύνθετη και μάλλον ανατροφοδοτική (Brown et al. 2009· Dalton & Heinrichs, 2005· Feinstein, 2011· Maier et al. 2015· Minden et al. 2014). Αναλυτικότερα, σε σχέση με τη συμπτωματολογία της πάθησης, κινητικότητα και κόπωση, προέκυψε ότι υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης προβλέπουν περισσότερα συμπτώματα, κάτι που μολονότι υποστηρίζεται από ορισμένες μελέτες (Chalah et al. 2019· Feinstein, 2011· Maier et al. 2015· Moore et al. 2012· Sá, 2008· Vattakatuchery et al. 2011), δεν έχει λάβει αρκετή υποστήριξη μέχρι τώρα καθώς υπάρχει μεγαλύτερη εστίαση στις ψυχοκοινωνικές της επιπτώσεις. Βεβαίως, η ερμηνεία του εν λόγω ευρήματος θα πρέπει να λαμβάνει υπόψιν ότι σε κάποιο βαθμό η κατάθλιψη θεωρείται εν μέρει σύμπτωμα της ΣΚΠ (Feinstein, 2011· Feinstein, Roy, Lobaugh, et al. 2004· Maier et al. 2015· Mohr & Cox, 2001· Sá, 2008· Vattakatuchery et al. 2011· Zorzon et al. 2001), συνδεδεμένη με κάποιες από τις παθοφυσιολογικές της διεργασίες και, ειδικά για τη διάσταση της κόπωσης, υπάρχει μια αλληλοεπικάλυψη με τη συμπτωματολογία της κατάθλιψης (Chwastiak et al. 2005· Mohr & Cox, 2001). Παρόλα αυτά, η κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε δεν αποτιμά τα φυσιολογικά συμπτώματα της κατάθλιψης τα οποία κατεξοχήν αλληλοεπικαλύπτονται με την κόπωση. Σε κάθε περίπτωση, τονίζεται ότι η κατάθλιψη στην ΣΚΠ δε θα πρέπει να θεωρείται δεδομένη ή φυσιολογική τρόπον τινά αντίδραση και κατά συνέπεια, η εν λόγω πλευρά της ψυχοπαθολογίας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν αυτόνομα και διακριτά (Feinstein, 2011· Maier et al. 2015).

Η κατάθλιψη άλλωστε προέκυψε να σχετίζεται σημαντικά και να προβλέπει και σε πολυπαραγοντικό επίπεδο την επίπτωση των συμπτωμάτων της ΣΚΠ. Συνεπώς

μπορεί να υποστηριχθεί ότι προκύπτει πως παρουσία υψηλής κατάθλιψης, οι ασθενείς βιώνουν σοβαρότερες επιπτώσεις των όποιων συμπτωμάτων τους καθώς η επιβάρυνση που επιφέρουν προστίθεται αν όχι και πολλαπλασιάζει την επιβάρυνση της κατάθλιψης αλλά και η ίδια η κατάθλιψη δεν επιτρέπει να αντιμετωπιστούν οι συνέπειες των συμπτωμάτων ή συμβάλλει έτσι ώστε τα συμπτώματα να γίνονται αντιληπτά ως υπερβολικά δυσβάσταχτα. Το εύρημα αυτό είναι άλλωστε σε συμφωνία και με άλλες έρευνες που επισημαίνουν ότι η κατάθλιψη είναι βασικός παράγων που επηρεάζει τις επιπτώσεις της ΣΚΠ (Chwastiak et al. 2002· Dennison et al. 2009· Kern & Ziemssen, 2008· McCartney Chalk, 2007· Klauer et al. 2007· Moore et al. 2006· Skerrett & Moss-Morris, 2006· Viner et al. 2014) και δη αυτές που σχετίζονται με την κόπωση και τα γνωστικά ελλείματα (Arnett et al. 1999a· Arnett et al. 1999b· Bol et al. 2009· Chalah et al. 2019· Chwastiak et al. 2005· Maier et al. 2015· Randolph et al. 2004· Sá, 2008· Schreurs et al. 2002· Skerrett & Moss-Morris, 2006·). Στην παρούσα έρευνα ωστόσο ενισχύθηκε και η αρνητική επίδραση της κατάθλιψης και επί των συμπτωμάτων κινητικότητας. Παρόμοια ερμηνεία μάλλον ισχύει και για το γεγονός ότι η κατάθλιψη προέκυψε να προβλέπει χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής, καθώς θεωρείται εκ των πραγμάτων από τους βασικότερους παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΚΠ, πιθανώς και περισσότερο από την ίδια την αναπηρία (Amato et al. 2001· Chwastiak et al. 2005· Klevan et al. 2013· Maier et al. 2015· McCabe & De Judicibus, 2003· Schreurs et al. 2002· Skerrett & Moss-Morris, 2006· Viner et al. 2014). Μολαταύτα, βάσει αυτού, θα ανέμενε κανείς ότι για την ποιότητα ζωής η κατάθλιψη θα παρέμενε σημαντική και πολυπαραγοντικά, κάτι που δε συνέβη. Ενδεχομένως αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι η HADS, αποτιμά τα συμπτώματα της κατάθλιψης κυρίως υπό το πρίσμα της MKΔ. Αρκετές πρόσφατες μελέτες υπογραμμίζουν ότι στις διαταραχές του συναισθήματος στην ΣΚΠ, δεν

προεξάρχει η κλασική συμπτωματολογία της ΜΚΔ αλλά άλλες πλευρές του συναισθηματικού βιώματος, της διάθεσης και της ρύθμισής τους (Mohr & Cox, 2001· Rosti-Otajärvi & Hämmäläinen, 2012· Sá, 2008· Vattakatuchery et al. 2011). Στο πλαίσιο αυτό ίσως προέκυψαν άλλοι παράγοντες, όπως το άγχος και η συμβολική λειτουργία, να παίζουν σημαντικότερο στατιστικά ρόλο στην πρόβλεψη της ποιότητας ζωής. Στη συνέχεια, όπως θα συζητηθεί για τις ανεξάρτητες μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου, η διερεύνηση του συναισθήματος και των αρνητικών του πλευρών ενδεχομένως είναι πιο διαφωτιστική από αυτήν της καθαυτό κατάθλιψης.

### *1.3 Πρόβλεψη από την αλεξιθυμία και τη συμβολοποίηση*

Όσον αφορά στην αλεξιθυμία, όπως αυτή αποτιμάται από την TAS, τα αποτελέσματα ήταν αναμενόμενα βάσει ενδείξεων από έρευνες και των κλινικών παρατηρήσεων, σύμφωνα με τις οποίες η αλεξιθυμία αυξάνει την πιθανότητα να υπάρχουν σωματικά προβλήματα (De Berardis et al. 2014· De Gucht & Heiser, 2002· Krystal, 2008· Lumpley, et al. 1996· Lumley, 1997· McDougall, 1996/2002· Peters & Lumpley, 2007· Porcelli & Mihura, 2010· Smadja, 2010· Stora, 2007· Taylor, 2004· Taylor & Bagby, 2013· Taylor, Bagby & Parker, 1999), αλλά μάλλον πρωτότυπα σε επίπεδο εμπειρικής έρευνας και δη σε σχέση με την ΣΚΠ (Chalah & Ayache, 2017). Η αλεξιθυμία ως σύνολο προέβλεψε κατά σημαντικό τρόπο όλες τις διαστάσεις των εξαρτημένων μεταβλητών, με υψηλότερα επίπεδά της να προβλέπουν περισσότερα συμπτώματα, μεγαλύτερη επίπτωσή τους και χειρότερη ποιότητα ζωής. Όπως και με τις προηγούμενες μεταβλητές, καίτοι η αλεξιθυμία παρέμεινε σταθερή εντός του διαστήματος των 3 μηνών της έρευνας, το διάστημα αυτό είναι αρκετά βραχύ για να είναι κανείς σίγουρος ότι δεν υπάρχει κυκλικής φύσης αιτιολογία στις

προαναφερθείσες συσχετίσεις καθώς άλλωστε, όλα τα συμμετέχοντα στην έρευνα άτομα ήταν ήδη διαγνωσμένα με ΣΚΠ, οπότε δεν μπορεί να είναι σίγουρο κατά πόσο η αλεξιθυμία προϋπήρχε ή και ήταν αποτέλεσμα της πάθησης, δύο καταστάσεις που υποστηρίζεται ωστόσο ότι δεν είναι αμοιβαίως αποκλειόμενες (Cohen et al. 1994· Chahraoui et al 2014, 2015· Chalah & Ayache, 2017· McDougall, 1996/2002· Taylor & Bagby, 2013). Σε κάθε περίπτωση, φαίνεται ότι η διαταραχή ρύθμισης του συναισθήματος και του εαυτού καθιστά την πάθηση ενδεχομένως πιο επιθετική ή και η ύπαρξη της πάθησης αποδιοργανώνει τις διεργασίες της ψυχοποίησης επιφέροντας ένα αλεξιθυμικό προφίλ (Chahraoui et al 2015· Chalah & Ayache, 2017).

Σε πρόσφατη συγχρονική έρευνα, ωστόσο, των Πούλιος και συν. (2017), η αλεξιθυμία προέκυψε να προβλέπει περισσότερα σωματικά προβλήματα σε ασθενείς με ΣΚΠ, πέρα και πάνω από την ίδια την πάθηση, γεγονός που υποστηρίζει ότι η αλεξιθυμία δεν είναι απλώς μια συνοδή κατάσταση στην πάθηση αλλά ενδεχομένως την επιβαρύνει περαιτέρω (Chalah & Ayache, 2017), όπως προκύπτει και στα υπό συζήτηση ευρήματα. Αναφορικά με τα συμπτώματα της κόπωσης άλλωστε υπάρχει ήδη μια τεκμηρίωση ότι η ύπαρξη της αλεξιθυμίας σε ασθενείς με ΣΚΠ αυξάνει τα επίπεδα κόπωσης σε αυτούς (Bodini et al 2007· Chalah & Ayache, 2017· Chalah et al. 2019· Poulis et al 2018), η οποία επικυρώνεται και εδώ. Η ίδια διάσταση εμπεριέχει και τα συμπτώματα της ΣΚΠ που εκδηλώνονται περισσότερο συναισθηματικά, τα οποία, όπως είναι αναμενόμενο, αυξάνονται υπό ένα καθεστώς απορρύθμισης του συναισθήματος, εύρημα επίσης σε συμφωνία με ενδείξεις από άλλες έρευνες (Bodini et al. 2007· Chahraoui et al 2015· Chalah & Ayache, 2017· Gay et a. 2010· Πούλιος και συν. 2017). Σε σχέση με την επίπτωση των συμπτωμάτων, όπως αναφέρεται και από τους Chahraoui και συν (2008, 2015), η αλεξιθυμία, εμποδίζοντας τη διαχείριση των σωματικών καταστάσεων τις καθιστά ενδεχομένως πιο ζημιογόνες και αποτρέπει



τη διαχείρισή τους, αυξάνοντας τις επιπτώσεις τους. Βάσει όλων το προαναφερθέντων, είναι επόμενο ότι η αλεξιθυμία θα σχετιζόταν με επιβαρυσμένη ποιότητα ζωής, όπως άλλωστε έχει αναφερθεί και από άλλες μελέτες (Chahraoui et al 2015· Chalah & Ayache, 2017· Matilla et al. 2009).

Τα δεδομένα αυτά δεν επικυρώνουν την αμυντική, ήτοι προστατευτική, λειτουργία της αλεξιθυμίας καθώς την καθιστούν άμεσα επιβλαβή. Μολαταύτα, αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τις θεωρίες της αλεξιθυμίας και της χρηστικής σκέψης οι οποίες παρουσιάστηκαν στην εισαγωγή της παρούσας μελέτης (Bronstein, 2001· Krystal 1988· Levy, 1988· Marty, 1968· McDougal, 1991· Rappoport de Aisemberg, 2010), η αμυντική τους λειτουργία συνίσταται στη διατήρηση της συνοχής του βιώματος και της ψυχικής ενότητας και όχι στην ίδια την πάθηση και τις επιπτώσεις της καθώς άλλωστε αυτή γίνεται σημείο αναφοράς για το υποκείμενο (Bronstein, 2011· Malichin, 2010· Smadja, 2001/2009). Αυτές οι πλευρές είναι σχεδόν αδύνατο να αποτιμηθούν με ποσοτικές μεθόδους και δη με αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια, καίτοι ορισμένα από τα ευρήματα στη συνέχεια συνάδουν σε αυτές τις παρατηρήσεις.

Αναφορικά με τις επιμέρους διαστάσεις της αλεξιθυμίας, η ΔΑΣ προέκυψε να προβλέπει όλες τις διαστάσεις της εξαρτημένης μεταβλητής, με υψηλότερα επίπεδά της να προβλέπουν μια πιο επιβαρυσμένη εικόνα για τους ασθενείς. Πέραν του ότι πρόκειται για μια ισχυρή ψυχομετρικά διάσταση της TAS (Πούλιος και συν 2013· Tsaousis et al. 2010), η δυσκολία αναγνώρισης του συναισθήματος, μπορεί να υποστηριχθεί ότι αποτελεί ίσως το πιο πυρηνικό στοιχείο της διαταραχής της ψυχοποίησης και της ρύθμισης του συναισθήματος, τουλάχιστον στη γνωστική του διάσταση. Κατά συνέπεια, η ΔΑΣ συνιστά παράγοντα που δεν επιτρέπει στο υποκείμενο να επεξεργαστεί το βίωμα και την εμπειρία του, κάτι που δυσχεραίνει τη

ρύθμιση των σωματικών λειτουργιών και την ποιότητα ζωής του. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχει το γεγονός ότι για τα συμπτώματα κινητικότητας, η ΔΑΣ αποτέλεσε στατιστικώς σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης και σε πολυπαραγοντικό επίπεδο. Δεδομένου ότι η εν λόγω διάσταση του MSSID αφορά στις καθαρά σωματικές επιπτώσεις της πάθησης, αυτή η συσχέτιση ενδεχομένως υπογραμμίζει ότι η αδυναμία ταυτοποίησης του συναισθήματος αποτελεί ένδειξη διαχωρισμού σώματος και ψυχισμού (Fischbein, 2011· McDougal, 1996/2002· Winnicott, 1949) στο μέτρο που το συναίσθημα μέσα από τη σύνδεσή του με την ενόρμηση είναι γέφυρα σύνδεσης των δύο (Bouchard & Lecours, 2008· Smadja, 2010), κάτι που επιφέρει μια επιδείνωση των οργανικών λειτουργιών καθώς το σώμα καθίσταται ξένος τόπος (Aisenstein, 2006). Αυτή η ερμηνεία, βεβαίως, δεν παραγνωρίζει ότι η διάκλιση του συναισθήματος (McDougall, 1996/2002) μπορεί να είναι και αντίδραση έναντι ενός σώματος που καταρρέει (Press, 2016) μέσα από μια αυτοάνοση λειτουργία και προκειμένου να διασωθεί ψυχικά, το υποκείμενο αποκόπτεται από το συναίσθημα.

Η ΔΕΣ προέκυψε να προβλέπει σημαντικά τις επιπτώσεις της ΣΚΠ αλλά και την ποιότητα ζωής. Όσον αφορά στις επιπτώσεις της ΣΚΠ, προκύπτει ότι η δυσκολία έκφρασης και περιγραφής του συναισθήματος δεν επιτρέπει να γίνει διαχείριση της δραστηριότητας της πάθησης και κατά συνέπεια, οι επιπτώσεις της είναι σοβαρότερες. Ενδεχομένως αυτό το εύρημα υποστηρίζει και το γεγονός ότι η συμβολοποίηση και η ρύθμιση του συναισθήματος έχουν ένα σχεσιακό ή και δι-υποκειμενικό μέρος (Bonovitz, 2010· Bouchard & Lecours, 2008· Fonagy et al. 2004· Knoblauch, 2005), στο μέτρο που η δυνατότητα έκφρασης απαιτεί τη δυνατότητα αλλά και την προϋπόθεση του σχετίζεσθαι. Απουσία της το υποκείμενο δεν μπορεί να διαλεκτικοποιήσει και κατά συνέπεια να ρυθμίσει το συναίσθημά του. Σημειώνεται ότι παρουσία της ΔΑΣ, μπορεί να υποστηριχθεί ότι η ΔΕΣ είναι μάλλον φυσικό

επόμενο. Το τελευταίο άλλωστε εξαρτάται και από το γεγονός ότι με τις όποιες επιφυλάξεις, η ΔΕΣ δεν παρέμεινε σταθερή διαχρονικά, κάτι που δείχνει ότι είναι πιο ευμετάβλητη και κατά συνέπεια περισσότερο εξαρτώμενη από άλλες μεταβλητές. Ίσως υπό τη λογική αυτή, να αποτελεί περισσότερο αντίδραση στην πάθηση, ήτοι υπό το τραύμα που αυτή αποτελεί και το στρες που επιφέρει, το άτομο δυσκολεύεται να εμπεριέξει και να εκφράσει το συναίσθημά του (Morgan-Jones, 2009), πιθανώς απομονώνεται και έτσι, αποκομμένο από το κοινωνικό του δίκτυο, βιώνει μεγαλύτερη επίπτωση από την πάθηση και χειρότερη ποιότητα ζωής (Dennison et al. 2009· Jansen et al. 2013· Mohr et al. 1999a). Σημειώνεται εδώ ότι η έκφραση του συναισθήματος δεν αφορά μόνο την καθαυτό και επί πραγματικού επικοινωνία με τους άλλους αλλά τη δυνατότητα έκφρασης και σε ενδοψυχικό επίπεδο, δηλαδή τις ενδοψυχικές σχέσεις που έχουν διαμορφωθεί.

Ο ΕΠΣ, τέλος επίσης προέκυψε να προβλέπει σοβαρότερη επίπτωση από την πάθηση και χειρότερη ποιότητα ζωής. Μολονότι δεν επηρεάζει άμεσα τη δραστηριότητα της πάθησης, καίτοι σε άλλη έρευνα έχει προκύψει να προβλέπει τις υποτροπές (Chahraoui et al. 2014), φαίνεται ότι η μονήρης εστίαση στον εξωτερικό κόσμο συνδέεται με χειρότερες επιπτώσεις. Υποστηρίζεται ότι με την αποσύνδεση νου και σώματος και μάλλον για αμυντικούς λόγους, ο ΕΠΣ συνιστά έναν τρόπο προσαρμογής και διαχείρισης έναντι κατακλυσμικού άγχους και τραύματος (Chalah & Ayache, 2017· Krystal, 1988· Taylor, 2010), όπως συμβαίνει με την ύπαρξη μιας τόσο απρόβλεπτης και δυνητικά σοβαρής πάθησης, όπως η ΣΚΠ (Chahraoui et al. 2015 · Chalah & Ayache, 2017·). Ενδεχομένως, με άλλα λόγια, ο ΕΠΣ συνιστά μια άμυνα έναντι της πάθησης (Chalah & Ayache, 2017) καθώς και αποτέλεσμά της. Ταυτόχρονα, μπορεί να οδηγεί σε περαιτέρω επιδείνωσή της εξαιτίας του ότι το

υποκείμενο που προσανατολίζεται μόνο στον εξωτερικό κόσμο αποσυνδέεται από το σώμα του και τη διαχείριση των αναγκών του.

Αναφορικά με τις μεταβλητές του RIT που σχετίζονται με τη συμβολική λειτουργία, ο δείκτης SumC' προέκυψε να προβλέπει την επίπτωση των συμπτωμάτων κόπωσης. Ο εν λόγω δείκτης συνιστά ένδειξη ότι υφίσταται μια δυσφορία σχετιζόμενη με περίσφιξη του συναισθήματος και επιφύλαξη να το προσεγγίσει κανείς (Exner, 2003· Χατήρα, 2005). Απαντάται συχνά σε ψυχοσωματικές καταστάσεις και συνδέεται με διαταραχές του συναισθήματος, επιθετικότητα και θυμό, τα οποία ενδεχομένως να μην εκφράζονται, και τάση για περάσματα στην πράξη (Exner, 2003). Αυτά τα χαρακτηριστικά του αξίζει να σημειωθεί ότι προσιδιάζουν περισσότερο με τη μορφή που έχει η κατάθλιψη στην ΣΚΠ (Minden et al. 1987· Rosti-Otajärvi & Hämmäläinen, 2012· Sá, 2008). Θεωρείται περισσότερο μια άμυνα απέναντι στο συναίσθημα και τις συνεπακόλουθες αρνητικές επιπτώσεις (Exner, 2003). Κατά συνέπεια, όταν αυτή η πλευρά της δυσλειτουργίας της συμβολοποίησης προεξάρχει, τείνει να υπάρχει μεγαλύτερη επίπτωση των συμπτωμάτων της κόπωσης. Ενδεχομένως δε να πρόκειται για μια άμυνα έναντι των συναισθηματικών και γνωστικών επιπτώσεων της ΣΚΠ η οποία συνίσταται σε αναστολή της συναισθηματικής έκφρασης και επεξεργασίας των εν λόγω καταστάσεων. Το εύρημα αυτό είναι άλλωστε και σε συμφωνία με τη στατιστικώς σημαντική συσχέτιση της ΔΕΣ με αυτή τη διάσταση της επιβάρυνσης από την ΣΚΠ .

Επίσης, σημαντικά συνεισέφερε και ο δείκτης FC για την πρόβλεψη των συμπτωμάτων κόπωσης όπου υψηλότερες τιμές του προέβλεψαν περισσότερα συμπτώματα κόπωσης. Το εύρημα αυτό είναι μάλλον αναπάντεχο και αντίθετο με ό,τι θα ανέμενε κανείς καθώς ο δείκτης FC συνδέεται μάλλον με μια καλλίτερη συμβολική λειτουργία καθώς αποτελεί ένδειξη αναστοχασμού σε σχέση με το

συναίσθημα και μιας πιο κοινωνικοποιημένης έκφρασής του (Chahraoui et al. 2015· Clerici et al 1992· de Tychey et al 2010· Porcelli & Mihura, 2010· Χατήρα, 2005). Δεδομένου ότι οι δείκτες του RIT που σχετίζονται με το χρώμα θεωρούνται ίσως περισσότερο ασταθείς αλλά και λιγότερο αξιόπιστοι εν γένει, ειδικά όταν αξιολογούνται κατά μόνας (Exner, 2003), η ερμηνεία της εν λόγω συσχέτισης θα πρέπει να γίνει με κάθε επιφύλαξη και μόνο ως τάση. Ωστόσο, το γεγονός ότι η υπό συζήτηση μεταβλητή προέκυψε η ισχυρότερη στην πρόβλεψη σε πολυπαραγοντική βάση, δείχνει ότι έχει μια κάποια βαρύτητα. Σύμφωνα με την Overton (2000), από μια πιο σχεσιακή και λιγότερο γνωστική οπτική, υψηλές τιμές του FC μπορεί να αποτελούν ένδειξη όχι τόσο αναστοχασμού αλλά κοινωνικού κομφορμισμού, με άλλα λόγια, η συγκράτηση του συναισθήματος και η ελεγχόμενη έκφρασή του δεν είναι τόσο αποτέλεσμα ενδοψυχικής διεργασίας αλλά μίμησης και τάσης το άτομο να λειτουργεί όπως αναμένεται κοινωνικά από αυτό και όχι όπως νιώθει, γεγονός που αυξάνει την ενδοψυχική δυσφορία, την κόπωση και το συναισθηματικό φόρτο, ή και αποτελεί ένδειξη ενός ενδοψυχικού ελλείμματος ψυχοποίησης, το οποίο οδηγεί το άτομο να βρίσκει ερείσματα στο εξωτερικό περιβάλλον (Fischbein, 2011· McDougal, 1996/2002· Smadja, 2011). Άλλωστε, θεωρείται ότι υψηλές τιμές του FC είναι ένδειξη μιας άμυνας κατά την οποία το άτομο αναδιπλώνεται στον εαυτό του εγωκεντρικά χάνοντας τον αυθορμητισμό του και καταστέλλοντας τη συναισθηματική του έκφραση, κατάσταση που δύναται να καταλήξει σε διάχυτη ψυχοσωματική επιβάρυνση (Szwec, 2010). Εξάλλου, η φύση των συμπτωμάτων κόπωσης καταστέλλει εν γένει την ψυχοσυναισθηματική λειτουργία του ατόμου οδηγώντας το να μη δρα αυθόρμητα αλλά περισσότερο ελεγχόμενα και με πολλές δευτερες σκέψεις.

Μολονότι άλλες μεμονωμένες μεταβλητές του RIT δεν προέκυψαν να συνεισφέρουν στην πρόβλεψη, οι δείκτες RFS-P και RFS-S, οι οποίοι συνεκτιμούν σχεδόν το σύνολο των μεμονωμένων μεταβλητών που σχετίζονται με τη συμβολική λειτουργία προέκυψαν να συνεισφέρουν σημαντικά, κάτι που υποστηρίζει εν μέρει η θέση ότι στην αποτίμηση της ψυχοποίησης με το RIT θα ήταν προτιμότερο να μην βασίζεται κανείς σε μεμονωμένους δείκτες (Porcelli & Mihura, 2010). Άλλωστε, οι δείκτες αυτοί καλύπτουν και μια πλευρά του ψυχικού βιώματος που δεν καλύπτεται από την TAS και αφορά τη φαντασιακή ζωή (Tibon et al. 2005). Οι εν λόγω στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις φαίνονται να επικυρώνουν τη θεωρία και τις κλινικές παρατηρήσεις των Winnicott και Ogden για τη ψυχοσωματική και τη σημασία του μεταβατικού χώρου στη σωματική και ψυχική υγεία (Fischbein, 2011· Ogden, 2004b· Tibon et al. 2005· Winnicott, 1949, 1951, 1960b).

Αναλυτικότερα, ο δείκτης RFS-P ο οποίος είναι η μέση τιμή που αποδίδει το εύρυθμο της εγκαθίδρυσης του μεταβατικού χώρου και τον αρμονικό διάλογο μεταξύ ενδοψυχικής και εξωτερικής πραγματικότητας, προέκυψε να σχετίζεται σημαντικά με την ύπαρξη συμπτωμάτων αλλά όχι με ευθύγραμμη συνάφεια. Ερμηνεύοντας αυτή τη συσχέτιση, μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι όταν ο μεταβατικός χώρος έχει συγκροτηθεί επαρκώς, κάτι που αποτελεί εξάλλου και προϋπόθεση για τη συμβολοποίηση, σύμφωνα με την θεωρητική αυτή προσέγγιση (Press, 2016· Winnicott, 1979), τείνουν να υπάρχουν λιγότερα συμπτώματα. Όταν ωστόσο υφίσταται διχοτόμηση νου και σώματος ή και αποσύνδεση εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, τότε αυξάνονται τα συμπτώματα (Fischbein, 2011). Αυτό το εύρημα συμφωνεί άλλωστε και με τις έρευνες του Fonagy και των συνεργατών του (2004), σύμφωνα με τους οποίους όταν δεν υπάρχει μια ισορροπία μεταξύ του επιπέδου λειτουργίας προσποίησης και του επιπέδου λειτουργίας

πραγματικότητας αναμένεται η δημιουργία προβλημάτων και διαταραχών. Οι διαταραχές αυτές δύνανται να είναι αποτέλεσμα και τραυματικής συνθήκης (Bronstein 2011· Krystal, 1988· Taylor, 2010), βεβαίως, όπως θα μπορούσε να είναι και η ίδια η διάγνωση της ΣΚΠ (Chahraoui et al. 2015). Υψηλές τιμές του RFS-P συνδέονται με περισσότερα συμπτώματα, κάτι που θα ήταν αναμενόμενο να ισχύει στο μέτρο που αυτές συνεπάγονται μια κατάρρευση της φαντασιακής ζωής και επικράτηση της πραγματικότητας, ήτοι την επικράτηση μια αλεξιθυμικής λειτουργίας (Tibon et al. 2005). Από την άλλη, ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι και η επικράτηση της φαντασιακής ζωής, ήτοι η κατάρρευση της πραγματικότητας προς επικράτηση της φαντασιακής ζωής, συνδέεται με περισσότερα συμπτώματα. Στο μέτρο που κάτι τέτοιο δεν συνάδει σε μια αλεξιθυμική λειτουργία, θα περίμενε κανείς να μην ισχύει. Ωστόσο το εύρημα αυτό ίσως επικυρώνει τις θέσεις περί ψυχοσωματικής οι οποίες διαφοροποιούνται από αυτές της IPSO. Σύμφωνα με τη βρετανική ψυχαναλυτική παράδοση, δεν υφίσταται σε ψυχοσωματικές καταστάσεις αδυναμία ή απουσία της φαντασιακής δραστηριότητας αλλά μάλλον επικράτηση πρώιμων κατακλυσμικών φαντασιώσεων οι οποίες, προκειμένου να μην κατακερματίσουν το υποκείμενο εκφορτίζονται στο σώμα (Boschan, 2007· Bronstein, 2010, 2011). Άλλωστε, έχει υποστηριχθεί από αρκετούς ψυχαναλυτές ότι στην ψυχοσωματική παρατηρούνται διεργασίες που προσιδιάζουν μάλλον στην ψύχωση ή τουλάχιστον σε μη νευρωτικό τρόπο λειτουργίας (Bronstein, 2010· Green, 1972/2002, 2010· Rappoport de Aisemberg, 2010). Και η λακανική προσέγγιση άλλωστε αναφέρει ότι όχι μόνο δεν υφίσταται απουσία της φαντασίωσης αλλά αντιθέτως, παρουσία μιας τέτοιας επίθεσης από το Πραγματικό, το Συμβολικό, το οποίο εγγυάται τη σύνδεση με την πραγματικότητα μέσω της συγκρότησης κοινωνικού δεσμού, δεν επαρκεί και έτσι η σωματική κατάσταση έλκει το Φαντασιακό, το οποίο τη χρησιμοποιεί προκειμένου να

εκφραστεί αλλά αφήνοντας το υποκείμενο αβοήθητο έναντι της σωματικής αποδιοργάνωσης η οποία χωρίς ψυχικό ανάχωμα προχωρά την επέλασή της (Κανελλοπούλου, 2000· Μαλίχιν & Κανελλοπούλου, 2009· McDougall, 1974).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει και το γεγονός ότι ο δείκτης RFS-S προέκυψε να προβλέπει πλευρές τις επιβάρυνσης από την ΣΚΠ αλλά όχι την ίδια τη δραστηριότητά της παρά τις επιπτώσεις της και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ο εν λόγω δείκτης, καίτοι σχετίζεται, δεν αφορά τόσο τη συγκρότηση του μεταβατικού χώρου όσο το εύρος του ψυχικού βιώματος, με υψηλότερες τιμές του να υποδεικνύουν μια μεγαλύτερη ευελιξία και ψυχική ζωντάνια. Όπως προέκυψε, μεγαλύτερη ευελιξία στη διαχείριση του βιώματος και των συμπτωμάτων, η οποία συνιστά μάλλον μια απαρτίωση του ενδοψυχικού φαντασιακού στοιχείου με αυτό των πραγματικών δεδομένων, συνδέεται με μικρότερη επίπτωση των συμπτωμάτων της ΣΚΠ και καλλίτερη ποιότητα ζωής. Αυτή η ευελιξία, η οποία θεωρητικά εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τα πρώιμα βιώματα, συνιστά μια ικανότητα παιχνιδιού, κατά τον Winnicott (1979) ή και ισορροπίας και διαλόγου σύμφωνα με τους Fonagy και συν (2004) η οποία εγγυάται μια καλλίτερη προσαρμογή και ικανότητα διαχείρισης της οδύνης και του πόνου τα οποία βιώνει το άτομο. Μπορεί κανείς να υποθέσει ότι αυτή η ευελιξία είναι άλλωστε και προϋπόθεση σύνδεσης της πάθησης με την υποκειμενική ιστορία (Bronstein, 2010· Fischbein, 2011· Malichin, 2010), προϋπόθεση για πολλούς μιας καλλίτερης πρόγνωσης και ποιότητας ζωής (Engel & Munger, 2007· Pakenahm, 2008· Russell et al. 2006).



#### *1.4 Σύνοψη συσχετίσεων των εξαρτημένων μεταβλητών από ανεξάρτητες του 2ου επιπέδου*

Συνοψίζοντας τα ευρήματα της παρούσας ενότητας, προέκυψε ότι περισσότερα συμπτώματα που βάλουν την κινητικότητα του ατόμου υπάρχουν όταν υπάρχει σοβαρότερη ψυχοπαθολογία, άγχος και κατάθλιψη, αλεξιθυμία και ο μεταβατικός χώρος δεν έχει συγκροτηθεί επαρκώς, ήτοι όταν επικρατούν κατακλυσμικές φαντασιώσεις ή ένας μονήρης προσανατολισμός στην πραγματικότητα. Ισχυρότερη δε είναι η επίδραση της κατάρρευσης του μεταβατικού χώρου αλλά και της ΔΑΣ, γεγονός που σημαίνει ότι η επαρκής ρύθμιση του συναισθήματος και η δυνατότητα συμβολοποίησης είναι βασικά για τους ασθενείς με ΣΚΠ και σε σωματική βάση.

Περισσότερα συμπτώματα κόπωσης βιώνουν τα άτομα τα οποία έχουν πιο πρόσφατη διάγνωση, οπότε δεν έχουν ακόμα τη μέγιστη βοήθεια από την αγωγή αλλά και είναι περισσότερο υπό το καθεστώς του τραύματος της διάγνωσης (Chalah et al. 2019· Gay et al. 2017), βιώνουν περισσότερο άγχος και κατάθλιψη αλλά και λειτουργούν περισσότερο αλεξιθυμικά, μη μπορώντας να ψυχοκοιήσουν επαρκώς ένεκα ανεπάρκειας λειτουργίας του μεταβατικού χώρου. Κεντρικό ρόλο στα αυξημένα συμπτώματα κόπωσης ίσως παίζει και η τάση κοινωνικού κομφορμισμού και επιφύλαξης ως προς τη συναισθηματική έκφραση.

Τα συμπτώματα κινητικότητας έχουν μεγαλύτερη επίπτωση για τα άτομα με μεγαλύτερη αναπηρία, τα οποία βιώνουν περισσότερο άγχος και κατάθλιψη, λειτουργούν αλεξιθυμικά και έχουν μια μάλλον μικρότερη ευελιξία σε ψυχολογικό επίπεδο να συνδέουν ενδοψυχικά και πραγματικά δεδομένα του βιώματός του. Η κατάθλιψη σε συνδυασμό με την ζωντάνια και την ψυχική κινητικότητα παίζουν

κεντρικό ρόλο στην επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας υποδεικνύοντας ότι μεγαλύτερες συναισθηματικές δυσκολίες αλλά και περιορισμένη φαντασιακή ζωή καθιστούν την υπό συζήτηση επίπτωση περισσότερο δυσβάσταχτη και περιοριστική για τη ζωή.

Παρομοίως, μεγαλύτερη επίπτωση και περιορισμό από τα συμπτώματα κινητικότητας βιώνουν οι ασθενείς οι οποίοι έχουν περισσότερο άγχος και κατάθλιψη, περιορισμένο εύρος ενδοψυχικής δραστηριότητας και ένα μάλλον αλεξιθυμικό προφίλ. Η ένδεια ενός πλούσιου ενδοψυχικού βιώματος και η ύπαρξη κατάθλιψης, δύο καταστάσεις υψηλά σχετιζόμενες άλλωστε, καθιστά τα συμπτώματα κόπωσης ακόμα πιο περιοριστικά και οδυνηρά.

Τέλος, καλλίτερη ποιότητα ζωής αναφέρουν οι ασθενείς οι οποίοι έχουν μικρότερα επίπεδα αναπηρίας, άγχος και κατάθλιψη ενώ δεν παρουσιάζουν υψηλή αλεξιθυμία αλλά αντιθέτως είναι δυνατό για αυτούς να έχουν ένα πλούσιο ψυχικό βίωμα όπου φαντασίωση και πραγματικότητα βρίσκονται σε διάλογο. Ισχυρότερη για την ποιότητα ζωής είναι η απουσία άγχους και, όπως θα ήταν αναμενόμενο, χαμηλότερα επίπεδα αναπηρίας.

## **2. Πρόβλεψη της επιβάρυνσης από την ΣΚΠ από μεταβλητές του 1ου επιπέδου**

### *2.1 πρόβλεψη από το στρες*

Το στρες προέκυψε, όπως ήταν αναμενόμενο, να σχετίζεται σημαντικά προβλέποντας όλες τις διαστάσεις της επιβάρυνσης και τη δραστηριότητας της ΣΚΠ με εξαίρεση την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας. Αναλυτικότερα, περισσότερο στρες προβλέπει περισσότερα συμπτώματα στην ΣΚΠ, ενώ για τα

συμπτώματα κόπωσης διατήρησε τη στατιστική ισχύ του και σε πολυπαραγοντικό επίπεδο. Το εύρημα αυτό επικυρώνει μέσα από ένα διαχρονικό μοντέλο έρευνας αυτά άλλων ερευνών, σύμφωνα με τις οποίες υψηλότερα επίπεδα στρες προβλέπουν εντονότερη δραστηριότητα της ΣΚΠ, ακόμα και περισσότερες υποτροπές και ώσεις (Artemiadis et al. 2011· Artemiadis et al. 2012· Brown et al. 2006b· Burns et al. 2014· Dennison et al. 2009· Karagkouni et al. 2013· Kern & Ziemssen, 2008· Lovera & Reza, 2013· Mitsonis et al. 2008· Mohr & Pelletier, 2006). Άλλωστε, το υπό συζήτηση εύρημα προσθέτει στην υπάρχουσα βιβλιογραφία δεδομένα σε σχέση με την επίπτωση και τη σημασία εν γένει του αντιλαμβανόμενου στρες, μιας και μόνο ένας μικρός αριθμός ερευνών το μελετά υπό αυτό το πρίσμα, προτιμώντας την αποτίμησή του βάσει στρεσογόνων γεγονότων ζωής (Artemiadis et al. 2011· Mitsonis et al 2008).

Παρομοίως, υψηλότερο στρες, πέραν της ίδιας της δραστηριότητας της πάθησης, προβλέπει και μεγαλύτερη επίπτωση των συμπτωμάτων κόπωσης, ήτοι σοβαρότερη επίδραση ή και έντασή τους. Το εύρημα αυτό έχει τεκμηριωθεί και άλλού, ενώ η σύνδεσή του με την κόπωση τόσο σε επίπεδο συμπτωμάτων όσο και σε επίπεδο επίπτωσής τους, το αναδεικνύει ως βασικό παράγοντα ο οποίος επιδρά στην κόπωση (Artemiadis et al. 2012· Burns et al. 2013· Dennison et al. 2009· Jean et al. 1999· Klevan et al. 2013· Lovera & Reza, 2013· Madan & Pakenham, 2014· Mullins et al. 2001· Skerrett & Moss-Morris, 2006), ένα από τα πλέον φθοροποιά συμπτώματα της ΣΚΠ (Bakalidou et al. 2014· Maier et al. 2015· Paparigopoulos et al. 2010), του οποίου η αιτιολογία δεν είναι σαφής (Bakalidou et al. 2014· Maier et al. 2015· Paparigopoulos et al 2010). Η νευροενδοκρινική, γνωστική και συμπεριφορική του επίδραση (Artemiadis et al. 2012· Sá, 2008), όπως προκύπτει από το γεγονός ότι υψηλότερα επίπεδα στρες προβλέπουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής, φαίνεται ότι

επιδρά στο σύνολο της ζωής των πασχόντων εμποδίζοντάς την. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι το στρες δε συσχετίστηκε σημαντικά με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας. Δεν υπάρχει συγκεκριμένη ερευνητική υποστήριξη που θα βοηθούσε στην ερμηνεία αυτού του ευρήματος. Μολαταύτα, θα πρέπει να τονιστεί το γεγονός ότι υποστηρίζεται σθεναρά ότι η σύνδεση του στρες με την ΣΚΠ είναι εξαιρετικά σύνθετη και ότι διαμεσολαβούν πλειάδα άλλων ενδοψυχικών, βιολογικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στην επίδραση που έχει. Πράγματι, όπως θα αναδειχθεί και για τις άλλες μεταβλητές του 1<sup>ου</sup> επιπέδου σε ακόλουθη ενότητα, η συσχέτισή του στρες με τη δραστηριότητα και την επιβάρυνση από την ΣΚΠ διαμεσολαβείται από πολλές μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου, κάτι που υπογραμμίζει ότι η όποια συσχέτιση ψυχολογικών παραγόντων με αυτούς της ΣΚΠ είναι εξαιρετικά σύνθετη και μάλλον ποτέ γραμμική (Chalk, 2007· Lovera & Reza, 2013· Senders et al. 2014b). Αυτό το γεγονός ερμηνεύει ενδεχομένως και το ότι το στρες προέκυψε μόνο σε δύο περιπτώσεις να παραμένει στατιστικώς σημαντικό σε πολυπαραγοντικό επίπεδο.

Η παρούσα μελέτη επιβεβαίωσε επίσης και τη θέση άλλων ερευνών και ανασκοπήσεων, σύμφωνα με τις οποίες η σχέση του στρες με τη δραστηριότητα και τις επιπτώσεις της ΣΚΠ είναι ανατροφοδοτική (Artemiadis et al. 2011· Bensing et al. 2002· Dennison et al. 2009· Malcomson et al. 2007· Mohr & Cox, 2001· Senders et al. 2014). Πράγματι, προέκυψε κατά τη διερεύνηση της κατεύθυνσης της συνάφειας ότι υπάρχει αμοιβαία συσχέτιση εξαρτημένων μεταβλητών με το στρες, γεγονός που σημαίνει ότι η σχέση τους διέπεται από κυκλικής αιτιολογίας φύση.

## 2.2 Πρόβλεψη από το αρνητικό συναίσθημα

Το αρνητικό συναίσθημα συσχετίστηκε σημαντικά προβλέποντας όλες τις διαστάσεις της επιβάρυνσης και της δραστηριότητας της ΣΚΠ με εξαίρεση την επίπτωση των κινητικών συμπτωμάτων. Προέκυψε μάλιστα και ο πλέον σημαντικός παράγων του 1<sup>ου</sup> επιπέδου, παραμένοντας σημαντικό και σε πολυπαραγοντικό επίπεδο. Όπως προκύπτει από τα ευρήματα, περισσότερο αρνητικό συναίσθημα προβλέπει περισσότερα συμπτώματα της ΣΚΠ καθώς και μεγαλύτερη επίπτωση των συμπτωμάτων κόπωσης ενώ παρουσία υψηλών επιπέδων του, παρουσιάζεται χειρότερη ποιότητα ζωής. Πράγματι, υπάρχουν αρκετές μελέτες που υπογραμμίζουν τη σημασία του αρνητικού συναισθήματος, το οποίο όταν είναι εμμέμον αποτελεί ένδειξη ελλιπούς ρύθμισής του εαυτού, σε σχέση με κάθε μορφή προβλημάτων υγείας (Chalah et al. 2019· Denollet et al. 2008· Farb et al. 2013· Gross, 2002· Gross & Thompson, 2007) αλλά και συγκεκριμένα για την ΣΚΠ με τα συμπτώματα και την επιβάρυνση από την πάθηση να εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από το αρνητικό συναίσθημα αλλά και το γεγονός ότι αυτό αποτελεί ανεξάρτητο και συχνά σημαντικότερο παράγοντα πρόβλεψης της ποιότητας ζωής από ότι μεταβλητές που αφορούν άμεσα την ΣΚΠ (Dubayova et al. 2013· Labiano-Fontcuberta et al. 2015· Laing et al. 2014· Löffler et al. 2016· Pagnini et al. 2014). Αυτή η ερμηνεία ενισχύεται από το γεγονός ότι για τη διάσταση του αρνητικού συναισθήματος της PANAS επισημαίνεται ότι υψηλές τιμές της συνδέονται με θυμό, φόβο, νευρικότητα και ανηδονία (Σταλίκας και συν 2012), ήτοι διαταραχές του συναισθήματος που τείνουν να προεξάρχουν σε ασθενείς με ΣΚΠ που βιώνουν κατάθλιψη περισσότερο από τα κλασσικά συμπτώματα της ΜΚΔ και συχνά υποδιαγιγνώσκονται (Fenstein, 2007· Harem et al. 2007· Labiano-Fontcuberta et al. 2015· Löffler et al. 2016· Rosti-Otajärvri, & Hämmäläinen, 2012). Ενδεχομένως έτσι ερμηνεύεται και το γεγονός ότι η

κατάθλιψη, όπως αποτιμήθηκε από τη HADS, δεν έδειξε να έχει την αναμενόμενη ισχύ, τουλάχιστον σύμφωνα με τη βιβλιογραφία της ΣΚΠ που τη θέλει έναν από τους πλέον προεξάρχοντες παράγοντες επιβάρυνσης των ασθενών. Όπως αναφέρθηκε και στη συζήτηση σε σχέση με το στρες το γεγονός ότι δεν προέβλεψε την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας ενδεχομένως οφείλεται στο ότι στην επίδραση του συναισθήματος διαμεσολαβούν άλλοι παράγοντες. Άλλωστε το συναίσθημα ως βίωμα είναι μια κατάσταση η οποία αποτελεί συνισταμένη πολλών άλλων παραγόντων ενώ η φθοροποιός του επίδραση αφορά σε μεγάλο βαθμό στο πώς γίνεται η διαχείρισή του (Farb et al. 2013· Rosti-Otajärvä, & Hämmäläinen, 2012) αλλά και στην επάρκεια της ψυχοποίησης, όπως αναπτύχθηκε στην ενότητα της ψυχαναλυτικής ψυχοσωματικής.

Σε σχέση με τη φύση της συνάφειας, και συγκεκριμένα αναφορικά με τις σχέσεις μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και επιβάρυνσής από την ΣΚΠ, προέκυψε σε όλες τις περιπτώσεις ότι η αιτιολογία είναι κυκλικής φύσης, οπότε δεν μπορεί να γίνει λόγος για γραμμική αιτιολογία. Ήτοι ότι το αρνητικό συναίσθημα προκαλεί περισσότερα συμπτώματα και επιβάρυνση αλλά και ότι η ίδια η δραστηριότητα της ΣΚΠ αυξάνει το αρνητικό συναίσθημα κ.ο.κ. (Löffler et al. 2016). Εξαίρεση αποτέλεσε η περίπτωση της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας κατά την οποία δε σημειώθηκε συσχέτιση των δύο μεταβλητών, πιθανότατα επειδή σε αυτή την περίπτωση οι αλληλεπιδράσεις του αρνητικού συναισθήματος έχουν μεγαλύτερη βαρύτητα.

### 2.3 Πρόβλεψη από το θετικό συναίσθημα

Το θετικό συναίσθημα είναι μια μεταβλητή η οποία δεν έχει ερευνηθεί με το ίδιο εύρος όπως το αρνητικό και δη διαχρονικά, αλλά θεωρείται ότι έχει σημασία για την ΣΚΠ περισσότερο ως προστατευτικός παράγων (Löffler et al. 2016· Pagnini et al. 2014). Άλλωστε το θετικό συναίσθημα, βεβαίως όχι για περιπτώσεις στις οποίες υπάρχει μανιακού ή άλλου παθολογικού τύπου βίωμα, θεωρείται βασικός παράγων επιτυχούς ρύθμισης του εαυτού, ψυχικής ανθεκτικότητας και θετικής έκβασης για την υγεία (Black & Dorstyn, 2015· Denollet et al. 2008· Farb et al. 2013· Gross, 2002· Gross & Thompson, 2007).

Συγκεκριμένα, για την παρούσα έρευνα, σε σχέση με την κόπωση, τόσο με την ύπαρξη συμπτωμάτων όσο και τη βαρύτητα και τις επιπτώσεις τους, προέκυψε ότι περισσότερο θετικό συναίσθημα συνεπάγεται χαμηλότερα επίπεδα αυτών των μεταβλητών. Επιβεβαιώνεται, κατά συνέπεια ο προστατευτικός του ρόλος σε σχέση με αυτή τη διάσταση επιβάρυνσης από την ΣΚΠ (Black & Dorstyn, 2015), καθώς όταν το άτομο είναι σε θέση να βιώσει θετικό συναίσθημα, φαίνεται ότι οι συναισθηματικές και εν γένει επιβαρυντικές επιπτώσεις πέραν της σωματικής αναπηρίας αμβλύνονται (Pakenham, 2005, 2007). Το εύρημα αυτό εξάλλου δείχνει και μια κατεύθυνση πιο κοντά στην προσέγγιση της θετικής ψυχολογίας (Eklund & MacDonald, 1991· Gross, 2002· Mohr et al. 1999a) όπου πιθανώς άτομα με μεγαλύτερη ψυχική ανθεκτικότητα μπορούν να ανταπεξέλθουν καλλίτερα των προκλήσεων της πάθησης ή και από μια άλλη σκοπιά (Evers et al. 2001· Pakenham, 2008), μπορεί να υποστηρίξει κανείς ότι το θετικό συναίσθημα και η προστατευτική του λειτουργία σε σχέση με την κόπωση είναι αποτέλεσμα μιας επιτυχούς ρύθμισης του συναισθήματος (Black & Dorstyn, 2015· Burns et al. 2014· Madan & Pakenham, 2014· Simpson et al. 2014). Οι υπό συζήτηση συσχετίσεις προέκυψαν να

χαρακτηρίζονται από μια κυκλική αιτιολογία, δηλαδή όσο περισσότερο θετικό συναίσθημα βιώνει κανείς τόσο λιγότερες δυσκολίες σχετιζόμενες με την κόπωση αντιμετωπίζει, ενώ λίγες από τις δυσκολίες αυτές επιφέρουν περισσότερο θετικό συναίσθημα.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον έχουν τα ευρήματα για τη συσχέτιση του θετικού συναισθήματος με την κινητικότητα. Το θετικό συναίσθημα δεν προέκυψε να σχετίζεται με τα συμπτώματα κινητικότητας, και κατά συνέπεια, απέτυχε να τα προβλέψει. Όμως αυτά μπόρεσαν να το προβλέψουν, κάτι που σημαίνει ότι το θετικό συναίσθημα είναι αποτέλεσμα των συμπτωμάτων κινητικότητας, δηλαδή όσο περισσότερα είναι αυτά, τόσο λιγότερο είναι σε θέση το άτομο να βιώσει θετικά συναισθήματα ή ίσως και επικρατεί θλίψη και βραδυψυχισμός, όπως επισημαίνεται για τις χαμηλές βαθμολογίες της εν λόγω κλίμακας, οδηγώντας σε κατάθλιψη και τις όποιες επιπτώσεις της έχουν ήδη συζητηθεί. Το εύρημα αυτό με άλλα λόγια περισσότερο ευθυγραμμίζεται με αυτά που αφορούν τις συναισθηματικές επιπτώσεις που έχει η ΣΚΠ και η αναπηρία που επιφέρει (Chahraoui et al. 2015· Isaksson & Ahlstrom, 2006· Klauer et al. 2007). Μολαταύτα, το θετικό συναίσθημα ήταν η μόνη μεταβλητή του 1<sup>ου</sup> επιπέδου που συσχετίστηκε με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας και μάλιστα με σημαντικό ρόλο, ο οποίος φαίνεται να μην ήταν αμφίδρομος. Κατά συνέπεια προέκυψε ότι όσο πιο θετικά είναι τα συναισθήματα του ατόμου, τόσο μικρότερη είναι η επίπτωση της σωματικής αναπηρίας. Το εν λόγω εύρημα ενδεχομένως δείχνει ότι ενώπιον της σωματικής αναπηρίας που ενδέχεται να επιφέρει ή και επιφέρει σε κάποιο σημείο η ΣΚΠ, η αντιμετώπιση με θετικό συναίσθημα την καθιστά λιγότερο οδυνηρή και περιοριστική. Το ενδιαφέρον του εν λόγω ευρήματος βασίζεται άλλωστε και στην πρωτοτυπία του καθώς πέραν ορισμένων νύξεων σύμφωνα με τις οποίες μια θετικότερη αντίδραση στην αναπηρία



προβλέπει καλλίτερη έκβαση της πάθησης (Barker-Collo et al. 2006· Dennison et al. 2009· Isaksson & Ahlstrom, 2006· Jansen et al 2013· Klauer et al. 2007· Pakenham, 2005), δεν κατέστη δυνατό να βρεθεί ανάλογο εύρημα άλλης έρευνας.

Σε σχέση με την ποιότητα ζωής, προέκυψε ότι το θετικό συναίσθημα προβλέπει υψηλότερα επίπεδά της, ένα εύρημα σύστοιχο αν και αντίστροφα, με αυτά του στρες και του αρνητικού συναισθήματος καθώς παρέμεινε σημαντικό μαζί με τις άλλες δύο μεταβλητές και σε πολυπαραγοντικό επίπεδο. Πράγματι και εδώ επιβεβαιώνεται ότι το συναισθηματικό βίωμα και η δυνατότητα μιας επιτυχημένης ρύθμισης του συναισθήματος και κατ' επέκτασιν του εαυτού επιφέρει καλλίτερη ζωή για τους ασθενείς, όπως προαναφέρθηκε έχοντας ίσως και μεγαλύτερη βαρύτητα από άλλους οργανικούς ή δημογραφικούς παράγοντες (Jansen et al 2013· Jopson & Moss-Morris, 2003· Klevan et al. 2013· Pakenham, 2005). Όπως θα ήταν αναμενόμενο, βεβαίως η εν λόγω συσχέτιση ήταν κυκλικής επίσης αιτιολογίας υπογραμμίζοντας και το γεγονός ότι στοχεύοντας σε μια καλλίτερη ποιότητα ζωής για τους ασθενείς με ΣΚΠ, συνεισφέρει σε περισσότερο θετικό συναίσθημα και την προστατευτική του δράση.

### **3. Αλληλεπιδράσεις των μεταβλητών 1ου και 2ου επιπέδου ως προς τις εξαρτημένες**

Μολονότι, όπως προέκυψε στην προηγούμενη ενότητα, το στρες και το συναίσθημα παίζουν σημαντικό ρόλο για την επιβάρυνση από την ΣΚΠ και τη ζωή των ανθρώπων που ζουν με αυτή, επισημάνθηκε πολλές φορές ότι πρόκειται για πολύ σύνθετες διεργασίες και δη όταν αυτοί οι παράγοντες εξαρτώνται από πολλούς άλλους ως προς την επίδρασή τους. Συνεπώς, ίσως το βασικότερο σημείο της

παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των αλληλεπιδράσεων των μεταβλητών των δύο επιπέδων της ανάλυσης καθώς μπορεί να προσθέσει σε μεγαλύτερο βάθος την κατανόηση των κατά τα άλλα πολλαπλώς μελετημένων συσχετίσεων μεταξύ της ΣΚΠ, του στρες και του συναισθήματος. Άλλωστε, όπως επισημαίνει και η Kalinich (2010), το στρες ως μεταβλητή διερεύνησης σε σχέση με οποιαδήποτε πάθηση, αν δε λαμβάνονται υπόψιν ενδοψυχικοί παράγοντες που το επιφέρουν ή αλληλεπιδρούν με αυτό, δεν μπορεί να συνεισφέρει ουσιαστικά στην κατανόηση του ατόμου το οποίο γίνεται αντιληπτό εκτός της υποκειμενικότητας και της ιστορίας του. Παρομοίως το συναίσθημα καθαυτό, δεν είναι δυνατό να προσεγγιστεί εκτός των ενδοψυχικών διεργασιών που το επεξεργάζονται ή και οδηγούν στην εκδήλωσή του (Smadja, 2010· McDougall, 1996/2002).

### *3.1 Αλληλεπιδράσεις μεταβλητών του 2ου επιπέδου με το στρες*

#### *3.1.1 Συμπτώματα κινητικότητας*

Όπως προέκυψε από τις αναλύσεις, υψηλότερο στρες συνεπάγεται περισσότερα συμπτώματα κινητικότητας. Ωστόσο, σε σχέση με τη διάρκεια της πάθησης προέκυψε ότι αυτό ισχύει περισσότερο για την αρχή της εμφάνισής της ή μια μέση περίοδο έλευσής της καθώς φαίνεται ότι με το πέρας του χρόνου το στρες συνεχίζει να συσχετίζεται θετικά με τα συμπτώματα κινητικότητας αλλά σε μικρότερο βαθμό. Πιθανώς μπορεί να υποστηριχθεί ότι η επίδραση του στρες ίσως είναι σημαντικότερη στα πρώτα στάδια της πάθησης (Kirchner & Lara, 2011) κατά τα οποία το μέλλον είναι ακόμα πολύ αβέβαιο (Isaksson & Ahlstrom, 2006· Klauer et al. 2007), το άτομο δεν έχει προσαρμοστεί πρακτικά και ψυχολογικά στα νέα δεδομένα που επιφέρει η διάγνωση (Jansen et al 2013· Jopson & Moss-Morris, 2003· Klevan et

al. 2013) και δεν έχει αποδώσει τα μέγιστα δυνατά η αγωγή (Mohr et al. 1999· Pozzilli et al. 2012). Εξάλλου, επειδή ακριβώς γίνεται λόγος για τη κινητικότητα και ως γνωστόν συν τω χρόνω αναμένεται να παγιωθεί μια κάποια αναπηρία (Carson et al. 2005· Mohr & Cox, 2001· Nicholas & Rashid, 2013), με το πέρασμα του χρόνου κάποια κινητικά συμπτώματα εγκαθιδρύονται πιο σταθερά, με λιγότερες εξάρσεις και υφέσεις, οπότε δεν είναι τόσο ενδοτικά στην επίδραση του στρες. Παρομοίως μπορεί να ερμηνευθεί και το γεγονός ότι η θετική συσχέτιση μεταξύ στρες και συμπτωμάτων κινητικότητας ήταν λιγότερο ισχυρή, αν και υπαρκτή όταν η αναπηρία ήταν μεγαλύτερη. Πιθανώς τα υψηλότερα επίπεδα αναπηρίας συνεπάγονται κάποια προϊούσα επίπτωση της πάθησης με εμμένοντα κινητικά συμπτώματα (Carson et al. 2005· Costello et al. 2003· Feinstein, 2007· Lublin, 2005), τα οποία δεν επηρεάζονται τόσο από το στρες. Υπάρχει άλλωστε πάντα η πιθανότητα με το πέρασ του χρόνου ορισμένοι ασθενείς να προσαρμόζονται στην πάθηση ή να προσαρμόζουν τη ζωή τους σε αυτή ώστε να είναι αρκετά προβλέψιμη με τρόπο που μειώνουν την έκθεσή τους σε στρεσογόνες καταστάσεις, καιτοι κάτι τέτοιο θα συνεπάγεται πιθανώς άλλες δυσκολίες (Del Puente et al. 2012· Dennison et al. 2009· Isaksson & Ahlstrom, 2006· Jansen et al 2013· Klauer et al. 2007· Mohr et al. 1999a· Pakenham, 2005, 2006).

Σε σχέση με τις μεταβλητές της συμβολοποίησης, ενδιαφέρον παρουσίασε η διαμεσολάβηση του ΕΠΣ. Όπως προέκυψε, όσο αυτός αυξάνεται, τόσο αμβλύνεται η θετικής κατεύθυνσης συσχέτιση στρες και συμπτωμάτων κινητικότητας. Μάλλον εδώ πρόκειται για μια πλευρά της αμυντικής λειτουργίας της αλεξιθυμίας (Chahraoui et al. 2015· Chalah & Ayache, 2017· Krystal, 1988· McDougall, 1989, 1991· Taylor & Bagby, 2013) καθώς προκύπτει ότι με την εστίαση στην εξωτερική πραγματικότητα, η επίδραση του στρες μειώνεται (Ayache & Chalah, 2018· McDougall, 1996/2002· Stora, 2007) ή και τα αυξημένα επίπεδα στρες οδηγούν στο να αναζητήσει το άτομο

ερείσματα ρύθμισης στον εξωτερικό κόσμο (Ayache & Chalah, 2018· de Panfilis et al. 2008· Krystal, 1988· Muston, 2017) αποφεύγοντας εν κατακλείδι σε κάθε περίπτωση να αναστοχάζεται σε σχέση με την ενδοψυχική του πραγματικότητα. Άλλωστε υπό το κράτος της οδύνης και της πίεσης που συνεπάγονται τα κινητικά συμπτώματα και η αναπηρία που βιώνει το άτομο είναι πιθανότερο να βιώσει περισσότερο στρες και, αποσυνδεδεμένο με το σώμα του και τις διεργασίες του να προσηλωθεί στην εξωτερική πραγματικότητα (Aisenstein, 2006· Chalah & Ayache, 2017· Muston, 2017· Zepf, 2014). Αξίζει να σημειωθεί ότι λαμβάνοντας υπόψιν τα προαναφερθέντα ευρήματα, η άμυνα αυτή, με την όποια αποδοτικότητά της, έχει το κόστος ότι οι άλλες πλευρές τις αλεξιθυμίας, όπως η ΔΑΣ, αυξάνουν τη δραστηριότητα της πάθησης. Συνεπώς, επιβεβαιώνεται η θέση της ψυχαναλυτικής ψυχοσωματικής ότι η αμυντική λειτουργία συνίσταται στο να αναχαιτίζει το στρες, το οποίο δεν μπορεί να μεταβολιστεί (Bronstein, 2011· Ogden, 2004a· Smadja, 2011), μέσω μιας αποσύνδεσης από το σώμα το οποίο λειτουργεί αυτοκαταστροφικά (Malichin, 2010), προκειμένου να διασωθεί η υποκειμενική συνοχή του ατόμου (Bronstein 2010, 2011) μέσω μιας κίνησης επιφανειακής προσαρμογής στην πραγματικότητα (Chalah & Ayache, 2017· Gleichgericht et al. 2015· McDougall, 1996/2002), ενός κοινωνικού κομφορμισμού με έρεισμα ενδεχομένως τη συγκρότηση ενός ψευδούς εαυτού (Fischbein, 2011· Tibon et al 2005· Winnicott, 1960b, 1986).

Από την άλλη, αρκετά ισχυρή ήταν η διαμεσολάβηση της RAS, καθώς όσο αυτή αυξάνεται, τόσο ισχυρότερη γίνεται η θετική συσχέτιση στρες και κινητικών συμπτωμάτων, με χαμηλά της επίπεδα μάλιστα να αμβλύνουν σε αισθητό μάλλον βαθμό την υπό συζήτηση συσχέτιση. Το υπό συζήτηση εύρημα φαίνεται ότι εναρμονίζεται με τις κλινικές, ερευνητικές και θεωρητικές τοποθετήσεις σύμφωνα με τις οποίες η ανεπάρκεια της ψυχοποίησης και της ρύθμισης του συναισθήματος,

όπως διαφαίνονται από υψηλά επίπεδα αλεξιθυμίας δεν επιτρέπει την εμπειρία του στρες, ήτοι καταστάσεων που απαιτούν μια ψυχική επεξεργασία από το υποκείμενο και κατά συνέπεια, η διέγερση παραμένει σε ένα οργανικό επίπεδο μόνο με τις συνεπακόλουθες φθοροποιές της επιδράσεις καθώς το άτομο είναι χρονίως ευπαθές στην επίδραση του στρες (Chalah & Ayache, 2017· de Berardis et al. 2014· Knoblauch, 2005· Krystal, 1988· Levy 2010· McDougall, 1991, 1996/2002· Rappoport de Aisemberg, 2010· Smadja, 2011· Stora, 2007· Taylor & Bagby, 2013). Η διέγερση που συνεπάγεται το στρες κατά συνέπεια, δε συνδέεται με αναπαράσταση ώστε μέσω της ψυχικής εκπροσώπησης να μπορεί να ψυχοποιηθεί (Green, 2010· Νικολαΐδης, 2005· Smadja, 2011).

Αξίζει να σημειωθεί και το γεγονός ότι πέραν του ΕΠΣ, δεν υπήρξε κάποια αλληλεπίδραση με την αλεξιθυμία ή την ΔΑΣ, η οποίες συσχετίστηκαν με τα συμπτώματα κινητικότητας. Αντιστρόφως, η RAS δεν προέβλεψε άμεσα τα συμπτώματα κινητικότητας. Εδώ ενδεχομένως υπάρχουν ορισμένες ενδείξεις του γιατί θα πρέπει η αλεξιθυμία να εκτιμάται πολυμεθοδολογικά (Chahraoui et al. 2015· de Tychey et al. 2010· Porcelli & Mihura, 2010· Taylor & Bagby, 2013), καθώς τόσο η TAS όσο και η RAS μετρούν την ίδια μεταβλητή (Porcelli & Mihura, 2010) αλλά δε σημειώνουν τις ίδιες συσχετίσεις. Πιθανώς η RAS σε σχέση με την TAS δύναται να συνεκτιμήσει περισσότερο τη φαντασιακή δραστηριότητα και τη συμβολοποίηση του συναισθήματος (Porcelli & Mihura, 2010), δύο παράγοντες που παίζουν κομβικό ρόλο στη σύνδεση της διέγερσης με τον ψυχισμό και το σώμα και συνεπώς την διαχείρισή της (Damasio, 2003· de Berardis et al 2014· Chahraoui et al 2015· Knoblauch, 2005· Kubo & Chida, 2006· Lombardi, 2018· Porcelli & Mihura, 2010· Samur et al. 2013· Smadja, 2010· Stora, 2007· Taylor, 1987/1999· Taylor & Bagby, 2013). Από την TAS αυτά τα δύο στοιχεία ενδεχομένως διαφεύγουν καθώς θεωρείται

ότι δίνει περισσότερο έμφαση στο γνωστικό σκέλος της αλεξιθυμίας (de Tychey et al. 2010· Porcelli & Mihura, 2010· Tibon et al. 2005). Άλλωστε η TAS είναι αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο και κατά συνέπεια απευθύνεται στη συνειδητή αντίληψη του ατόμου που απαντά. Αντίθετα, όπως αναπτύχθηκε εκτενώς στην εισαγωγή, η συμβολοποίηση και οι σχετιζόμενες με αυτή λειτουργίες είναι κατεξοχήν ασυνείδητες. Ο προβολικός χαρακτήρας του RIT μέσα από τον οποία μετράται η αλεξιθυμία της RAS αυτών (Chahraoui et al. 2015· Porcelli & Mihura, 2010· Tibon et al. 2005), ενδεχομένως αποτιμά λειτουργίες οι οποίες πιθανώς διαφεύγουν του ίδιου του ατόμου που αξιολογείται και έτσι δε θα μπορούσε να δώσει τις πληροφορίες αυτές άμεσα. Άλλωστε, αν είχε επίγνωση αυτών των δυσκολιών του, θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει ότι δε θα τις είχε.

### 3.1.2 Συμπτώματα κόπωσης

Αναφορικά με τα συμπτώματα κόπωσης, το στρες παρουσίασε στατιστικώς σημαντική αλληλεπίδραση με την ηλικία, την αναπηρία και τον δείκτη F%. Σε σχέση με την ηλικία και την αναπηρία, μεγαλύτερες ηλικίες όπως και μεγαλύτερη αναπηρία φαίνονται να αμβλύνουν τη θετική συσχέτιση στρες και κόπωσης. Πιθανώς η αιτιολογία είναι ίδια για τις δύο αυτές περιπτώσεις μιας και κατά κάποιο τρόπο μπορεί να υποστηριχθεί ότι πρόκειται για δύο μεταβλητές με υψηλή συσχέτιση καθώς ο προϊόν χαρακτήρας της ΣΚΠ συνεπάγεται ότι μεγαλύτερες ηλικίες θα τείνουν να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα αναπηρίας (Carson et al. 2005· Costello et al. 2003· Fenster, 2007· Lublin, 2005· Mohr & Cox, 2001· Nicholas & Rashid, 2013). Η ερμηνεία του παρόντος αυτού ευρήματος πιθανώς ταυτίζεται με αυτή της συσχέτισης στρες και συμπτωμάτων κινητικότητας, ήτοι ότι με το πέρας του χρόνου κάποιας μορφής αναπηρία εγκαθίσταται οπότε τα συμπτώματα εξαρτώνται λιγότερο από το

στρες ή και η αγωγή που χορηγείται έχει σταθεροποιήσει σε κάποιο βαθμό τα συμπτώματα μειώνοντας την επίδραση του στρες επ'αυτών. Επίσης, και εδώ μπορεί κανείς να υποθέσει ότι με το πέρασμα του χρόνου η πάθηση μπορεί να εντάσσεται στην καθημερινότητα του ατόμου το οποίο ενδεχομένως έχει υιοθετήσει στρατηγικές διαχείρισης του στρες που αποδίδουν για αυτό αμβλύνοντας την αρνητική του επίδραση (Artemiadis et al. 2012· Burns et al. 2014· Chalk, 2007· McCabe et al. 2004· Senders et al. 2014). Η αλληλεπίδραση με την ηλικία φαίνεται εντονότερη καθώς προκύπτει μάλιστα ότι για τις μεγαλύτερες ηλικίες ο βαθμός της συνάφειας μειώνεται έντονα. Ίσως αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι, ως μεταβλητή, η ηλικία είναι συνεχής και ίσων διαστημάτων καθώς και με μεγαλύτερο εύρος ενώ το EDSS σαφώς δεν είναι ίσων διαστημάτων με μάλλον μικρότερο εύρος τιμών (Kurtzke, 1983), κάτι που επιτρέπει η αλληλεπίδραση ηλικίας και στρες να έχει μεγαλύτερη ακρίβεια. Εντούτοις, το γεγονός ότι στα συμπτώματα κινητικότητας η ηλικία δεν προέκυψε σημαντική εγείρει ένα κάποιο ερώτημα. Αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός ότι τα συμπτώματα κινητικότητας βασίζονται περισσότερο στη σωματική αναπηρία και λιγότερο σε γνωστικούς και συναισθηματικούς παράγοντες, όπως της κόπωσης (Chalah et al. 2019), κάτι που τα καθιστά λιγότερο ευαίσθητα στην ηλικία καθώς αντίστροφα, μεγαλύτερες ηλικίες είναι περισσότερο αναμενόμενο να παρουσιάσουν συμπτωματολογία αντίστοιχη της κόπωσης ανεξαρτήτως στρες.

Ο δείκτης F% αλληλεπίδρασε με το στρες ενισχύοντας μάλλον την επίδραση του τελευταίου, καθώς, όσο αυτός αυξάνεται, αυξάνεται και ο βαθμός συνάφειας μεταξύ στρες και συμπτωμάτων κόπωσης. Πρόκειται για έναν από τους μεμονωμένους δείκτες του RIT σε σχέση με τον οποίο συμφωνούν όλες οι έρευνες όσον αφορά στη σημασία του στη μελέτη της αλεξιθυμίας και εννοιολογικά και ψυχομετρικά (Chahraoui et al. 2015· Clerici et al 1992· de Tychev et al 2010· Porcelli

& Mihura, 2010). Στο μέτρο που F% συνδέεται με έναν τύπο σκέψης ανελαστικό, από τον οποίο απουσιάζει η φαντασία και υπάρχει ένας μονήρης προσανατολισμός στην πραγματικότητα, μπορεί να υποστηριχθεί ότι μάλλον συμπίπτει σε μεγάλο βαθμό στη χρηστική σκέψη (Marty et al. 1963) αλλά και με σαφή συνάφεια με την αλεξιθυμία (Bouchard & Lecours, 2008· de Tychey et al. 2010· Porcelli & Mihura, 2010). Σε κάθε περίπτωση, επιβεβαιώνεται η θεωρία βάσει της οποίας παρουσία της χρηστικής σκέψης το άτομο δεν κινητοποιείται ενώπιον του στρες καθώς η ανεπάρκεια της ψυχοποίησης δεν επιτρέπει στις σωματικές διεγέρσεις να μετατραπούν σε ενόρμηση της ζωής (de M'Uzan, 2006· Marty, 1976· Smadja, 2010) και έτσι οδηγείται σε σωματική αποδιοργάνωση (Bronstein, 2011· Smadja, 2010, 2011). Άλλωστε, τα επιμέρους συμπτώματα που συνιστούν τη διάσταση των συμπτωμάτων της κόπωσης φέρουν πολλά χαρακτηριστικά της θεμελιώδους κατάθλιψης (Marty, 1966· Smadja, 2001/2009) ή της λευκής κατάθλιψης, κατά τον Green (1972/2002, 2010), η οποία αφενός τροφοδοτείται από το στρες αφετέρου δεν επιτρέπει την ψυχική του διαχείριση παρά μόνο την εκφόρτισή του στο σώμα ή μέσω πράξης (de Berardis et al. 2014· Χριστοπούλου, 2008). Σημειωτέον άλλωστε ότι και σύμφωνα με έρευνες, παθητική στάση έναντι του στρες και έλλειψη αναστοχασμού σε σχέση με την πάθηση και τις απαιτήσεις της, όπως θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι συμβαίνει υπό ένα καθεστώς χρηστικής σκέψης, αυξάνουν την επίδραση του στρες επιφέροντας υψηλά επίπεδα κόπωσης και εν γένει δυσλειτουργίας (Artemiadis et al. 2012· Jean et al. 1999· Lovera & Reza, 2013· Madan & Pakenham, 2014· Mullins et al. 2001· Skerrett & Moss-Morris, 2006).



### 3.1.3 Πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας

Το στρες, μολονότι δεν συνέβαλε στην πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας, προέκυψε να συμβάλει όταν συνυπολογίστηκε η αλληλεπίδρασή του με άλλες μεταβλητές. Αυτό είναι ένα παράδειγμα που επιβεβαιώνει τη θέση ότι δεν είναι δυνατό να προσεγγίσει κανείς το στρες ως ανεξάρτητη οντότητα από άλλους παράγοντες που αφορούν την προσωπικότητα, την ψυχοπαθολογία και άλλες ενδοψυχικές διεργασίες (McCartney Chalk, 2007· Lovera & Reza, 2013· Senders et al. 2014b). Άλλωστε, για την εν λόγω συσχέτιση το στρες παρουσίασε αλληλεπίδραση μόνο με ψυχολογικές μεταβλητές και όχι με παράγοντες δημογραφικούς ή σχετιζόμενους με την πάθηση, γεγονός που υπογραμμίζει τη σημασία των ψυχολογικών μεταβλητών στην επίδραση του στρες. Το γεγονός ότι συσχετίστηκε κατά μόνας με τα συμπτώματα κινητικότητας αλλά όχι με την επίπτωσή τους, θα μπορούσε εξάλλου να αποδοθεί στο ότι στα εν λόγω συμπτώματα το στρες αφορά περισσότερο στην ψυχονευροενδοκρινική του δράση (Burns et al. 2014· Heesen et al. 2007· Karagkouni et al. 2013· Kronfol & Remick, 2000· Maier et al. 2015· Mitsonis et al. 2008· Yuan et al. 2015) ενώ στην επίπτωση στην κινητικότητα στη γνωστική και συναισθηματική του επίδραση και διαχείριση (Artemiadis et al. 2012· Senders et al 2014b), οπότε εξαρτάται ακόμα περισσότερο από άλλες ψυχολογικές παραμέτρους.

Το στρες εμφάνισε ιδιαίτερα ισχυρή αλληλεπίδραση με το άγχος ως προς την πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας όπου όσο το άγχος μεγαλώνει, τόσο μεγαλύτερη θετική συνάφεια έχει το στρες με την εξαρτημένη μεταβλητή ενώ για τα χαμηλά επίπεδα άγχους η συνάφεια αυτή μάλλον εξαλείφεται. Συνεπώς το στρες αυξάνει την αρνητική επίδραση και την περιοριστική επίπτωση της κινητικής αναπηρίας όταν επέρχεται σε ένα καθεστώς υψηλού άγχους. Σύμφωνα με

πορίσματα αρκετών ερευνών (Bruce & Lynch, 2011· Briones-Buixassa et al. 2019· Jopson & Moss-Morris, 2003· Mohr et al. 1999), το άγχος στην ΣΚΠ, μεταξύ άλλων επιφέρει και παθητική στάση απέναντι σε αυτή και κατά συνέπεια υιοθέτηση μη λειτουργικών στρατηγικών κατίσχυσης επί του στρες (Briones-Buixassa et al. 2019), κάτι που επιτρέπει στο στρες να παρακωλύει την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων κινητικότητας από τους ασθενείς, οι οποίοι ενδεχομένως παθητικοποιούνται περισσότερο ή υπερβάλλουν σε σχέση με τον περιορισμό που επιφέρουν τα συμπτώματα. Ενδεχομένως η δυσκολία προσαρμογής στην πάθηση ένεκα του άγχους, όπως έχει παρατηρηθεί (Dennison et al. 2009· McCartney Chalk, 2007· Mohr & Cox, 2001· Sá, 2008) μεταξύ άλλων επέρχεται και μέσω της επίδρασης που έχει στο στρες.

Όπως αναμενόταν βάσει των ερευνητικών υποθέσεων της παρούσας μελέτης, η αλεξιθυμία, όπως αποτιμάται από την TAS, αλληλεπίδρασε με το στρες επί της ουσίας αυξάνοντας την αρνητική του επίδραση επί της επίπτωσης που έχουν τα συμπτώματα κινητικότητας. Δεδομένου ότι η αλεξιθυμία αποκόπτει το υποκείμενο από το σώμα, τις λειτουργίες και τα συμπτώματά του (McDougall, 1996/2002· Taylor, 2004), δεν επιτρέπει να γίνει διαχείρισή τους και έτσι το στρες, ον και το ίδιο μια διεγερση που εδράζεται στο σώμα, χωρίς να μπορεί να εμπεριεχθεί (Bion, 1962, 1967· Ogden, 2004b· Rappoport de Aisemberg, 2010), αυξάνει την επίπτωσή τους. Ακόμα και αν η αλεξιθυμία είναι μια προσαρμοστική αντίδραση απέναντι σε τραύμα (Taylor, 2010) που μπορεί να συνιστά και η ίδια η πάθηση (Chahraoui, 2015· Chalah & Ayache, 2017·), στο μέτρο που παίρνει κεντρικό ρόλο νοσηματοδότησης της ιστορίας του υποκειμένου (Fischbein, 2011· Μαλίχιν & Κανελλοπούλου, 2009· Zepf, 2014) το αφήνει έκθετο στις επιπτώσεις της. Πράγματι, οι ερμηνευτικές αυτές υποθέσεις ενισχύονται και από ερευνητικά ευρήματα σύμφωνα με τα οποία φαίνεται ότι η αλεξιθυμία επιδρά τόσο στην αναπαράσταση της εμπειρίας όσο και τη

δυνατότητα να γίνει μια αποδοτική ψυχολογική διαχείριση του στρες και άλλων ψυχοπαιστικών καταστάσεων (Chahraoui et al. 2014, 2015· Chalah & Ayache, 2017· Gleichgerrecht et al. 2015).

Υπό τη λογική αυτή και οι επί μέρους διαστάσεις της αλεξιθυμίας, ΔΑΣ και ΔΕΣ, διαμεσολάβησαν της συσχέτισης στρες και επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας. Η ΔΑΣ σημείωσε την υψηλότερου βαθμού αλληλεπίδραση, καθώς χαμηλά της επίπεδα μάλλον εξαλείφουν τη συνάφεια του στρες με την υπό συζήτηση εξαρτημένη μεταβλητή, μια εικόνα αλληλεπίδρασης αρκετά συναφής με αυτή που είχε το στρες με το άγχος, καθώς η ΔΑΣ και το άγχος παρουσιάζουν άλλωστε υψηλή συνάφεια, καίτοι δεν ταυτίζονται (Bodini et al. 2007· Chahraoui et al. 2014· Chalah & Ayache, 2017·). Αυτό που προκύπτει σε κάθε περίπτωση είναι ότι η αδυναμία αναγνώρισης του συναισθήματος δεν επιτρέπει στο άτομο να διαχειριστεί την επίπτωση του περιορισμού της κινητικότητας και έτσι παραλύοντάς το, όπως περιγράφεται από κλινικές και εμπειρικές παρατηρήσεις (Chalah & Ayache, 2017· Malichin, 2010· Μπόμπος, 2007· Taylor, 1987/1999, 1992, 2004, 2010), επιτρέπει στο στρες να έχει φθοροποιό δράση. Και η ΔΕΣ σημείωσε αλληλεπίδραση με το στρες, σχεδόν πανομοιότυπη με αυτή που σημειώθηκε με τη συνολική αλεξιθυμία. Εδώ πιθανώς υπογραμμίζεται η διαπροσωπική διάσταση της ρύθμισης του εαυτού και του συναισθήματος (Bonovitz, 2010· Boschan, 2007· Samur et al. 2013· Taylor, 1987/1999) καθώς μη μπορώντας το άτομο να εκφράσει τα συναισθήματά του, δεν του επιτρέπεται να διαχειριστεί το στρες σε σχεσιακό και εν γένει συμβολικό επίπεδο (Chalah & Ayache, 2017). Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι ο ΕΠΣ δε διαμεσολάβησε στην εν λόγω συσχέτιση. Γενικότερα, έχει βρεθεί ότι ο ΕΠΣ σχετίζεται με τις οργανικές επιπτώσεις της ΣΚΠ αλλά όχι με τις ψυχολογικές (Chahraoui et al 2014), κάτι που προκύπτει και σε αυτά τα ευρήματα καθώς ενώ ο ΕΠΣ διαμεσολάβησε στη

σχέση στρες και συμπτωμάτων κινητικότητας δε διαμεσολάβησε στη σχέση του στρες με την επίπτωσή τους. Ακόμα μεγαλύτερο ενδιαφέρον ωστόσο έχει το γεγονός ότι ο ΕΠΣ προέκυψε να έχει προστατευτικό ρόλο αναφορικά με την επίδραση του στρες στα συμπτώματα κινητικότητας, κάτι που δε συνάδει στην επιβαρυντική του δράση, όπως την εντόπισαν οι Chahraoui και συν (2014). Συνδέοντας τα δύο αυτά ευρήματα, προκύπτει ότι η διάσταση του ΕΠΣ μειώνει την επίδραση του στρες στα συμπτώματα κινητικότητας αλλά οι άλλες δύο συνδεδεμένες με αυτόν διαστάσεις αυξάνουν την επίδραση του στρες στην επίπτωση των συμπτωμάτων. Εδώ μπορεί κανείς να υποθέσει ότι βρίσκεται ενώπιον ενός παραδείγματος της ψυχικής ισορροπίας την οποία προσπαθεί να επιτύχει το υποκείμενο μέσω ιδιαίτερα σύνθετων διεργασιών (Bronstein, 2011· McDougall, 1991, 1996/2002· Press, 2016), ενώπιον μιας τόσο κατακλυσμικής σωματικής αποδιοργάνωσης, όπως η ΣΚΠ (Ayache & Chalah, 2018· Chahraoui et al. 2015· Chalah & Ayache, 2017· Malichin, 2010· Muston, 2017). Προσανατολιζόμενοι οι ασθενείς με κομφορμιστικό τρόπο στην εξωτερική πραγματικότητα, εξαιτίας ελλειμάτων σε ψυχικό επίπεδο (Smadja, 2011· Taylor & Bagby, 2013), όπως αυτά προκύπτουν από την ιστορία τους (Kalinich, 2010· Μαλίχιν & Κανελλοπούλου, 2009· McDougall, 1996/2002), αναχαιτίζουν μερικώς τις τραυματικές συνθήκες, που συνεπάγεται το στρες (Ayache & Chalah, 2018· Chalah & Ayache, 2017· Taylor, 2010), οι οποίες επιβαρύνουν το σώμα τους, αλλά έχοντας αποκοπεί από την αναπαραστατική λειτουργία και τη δυνατότητα ψυχοποίησης σε συμβολικό επίπεδο (Green, 2010· Νικολαΐδης 2005) αδυνατούν να διαχειριστούν τις επιπτώσεις των συμπτωμάτων καθιστώντας αυτές ενδοτικές στις αρνητικές επιδράσεις του στρες.

Ιδιαίτερα ισχυρή αλληλεπίδραση παρουσίασε το στρες με τα blend του RIT. Όσο περισσότερα ήταν αυτά τόσο μεγαλύτερη ήταν η επιβάρυνση που επέφερε το

στρες στην επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας και μάλιστα, για μικρό αριθμό blend, η συσχέτιση των άλλων δύο μεταβλητών δεν υφίστατο. Δεδομένου ότι τα blend έχουν συχνά ως συστατικό τους κάποιο κωδικό χρώματος, ο οποίος αφορά στο συναισθηματικό βίωμα (Exner, 2003), ενδεχομένως το εύρημα αυτό είναι ένδειξη αποτυχίας της εμπειρίας του συναισθήματος (Exner, 2003· Magnerat, 2016· Rappoport de Aisemberg, 2010· Χατήρα, 2005). Αν λάβει κανείς υπόψιν την έντονη αβεβαιότητα που συνεπάγεται η ΣΚΠ για το μέλλον των πασχόντων και το γεγονός ότι κάθε κινητικό σύμπτωμα είναι αφεαυτού οδυνηρό αλλά με ακόμα μεγαλύτερη αγωνία σε σχέση με το κατά πόσο θα υποχωρήσει ή όχι η αύξηση των σωματικών συμπτωμάτων επιφέρει έκλυση έντονων αρνητικών συναισθημάτων (Muston, 2017· Segal, 1996, 2007). Η αποτυχία εμπειρίας αυτών των συμπτωμάτων αυξάνει το στρες και κυρίως την επίδρασή του ώστε η επίπτωση των συμπτωμάτων της κινητικότητας να είναι μεγαλύτερη (Dennison et al. 2009· Klevan et al. 2013· Sá, 2008), παρά τους όποιους γνωστικούς χειρισμούς υιοθετεί το άτομο, καθώς τα blend συνδέονται με συνθετότητα της σκέψης, ακόμα και δημιουργικότητα (Exner, 2003· Χατήρα, 2005). Αυτή η αδυναμία πιθανώς είναι σύντονη με τις θέσεις κατά τις οποίες η αποτυχία της ψυχοποίησης δεν επιτρέπει στο υποκείμενο να πενήσει την απώλεια (Engel & Schmale, 1967· Rappoport de Aosemberg, 2010· Sechaud, 2010· Smadja, 2001/2009· Taylor, 1987/1999, 2002), εν προκειμένω της κινητικότητας (Beres & Brenner, 1950· Μαλίχιν & Κανελλοπούλου, 2009· Muston, 2017· Segal, 1996· Wallace, 1975). Άλλωστε, το εύρημα αυτό φαίνεται να ευθυγραμμίζεται με απόψεις ότι η αλεξιθυμία δεν σχετίζεται με την αδυναμία σκέψης ή και μετουσίωσης ακόμα (McDougall, 1996/2002· Sechaud, 2010).

Ενδιαφέρον τέλος, παρουσίασε η διαμεσολάβηση του δείκτη F%, του οποίου η δράση φαίνεται προστατευτική καθώς όσο αυξάνεται, μειώνεται η επίδραση του

στρες στην επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας. Δεδομένου ότι, όπως προαναφέρθηκε, ο δείκτης F% συμπίπτει με τη χρηστική σκέψη και την αλεξιθυμία (de Tychey et al. 2010), προκύπτει στο εύρημα αυτό η αμυντική της λειτουργία (Bronstein, 2011· McDougall, 1989· Taylor & Bagby, 2013) καθώς προστατεύει το άτομο από το στρες το οποίο θα χειροτέρευε την επίπτωση που θα είχε η απώλεια της κινητικότητας μέσα από την αυτοάνοση διεργασία της ΣΚΠ. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από την αποκοπή του συναισθηματικού βιώματος και τον προσανατολισμό αποκλειστικά στην πραγματικότητα και τις σωματικές λειτουργίες σε μηχανιστικό επίπεδο (Bronstein, 2011· Marty et al. 1963· Smadja, 2001/2009), όπως περιγράφεται άλλωστε να χειρίζονται πολλές φορές οι πάσχοντες από ΣΚΠ την κατάστασή τους (Ayache & Chalah, 2018· Geoharis, 1957· Muston, 2017). Παρόλα αυτά, συνδέοντας το εύρημα αυτό με την αρνητική διαμεσολάβηση του F% στη σχέση του στρες με την κόπωση, στην προηγούμενη ενότητα μπορεί κανείς αποφανθεί ότι η άμυνα αυτή γίνεται σε βάρος της ίδιας επιδείνωσης της πάθησης. Με άλλα λόγια, η λειτουργία αυτής της διάστασης της αλεξιθυμίας φαίνεται να είναι η διάσωση του συναισθηματικού βιώματος του υποκειμένου και εν γένει η απομάκρυνσή του από τη συναισθηματική διαχείριση των σωματικών του προβλημάτων, είτε από έλλειμα είτε ως αποτέλεσμα τραύματος και σύγκρουσης, ακόμα και αν αυτό γίνεται σε βάρος της ίδιας της σωματικής του υγείας.

#### 3.1.4. Πρόβλεψη επίπτωσης συμπτωμάτων κόπωσης

Ένας ικανός αριθμός μεταβλητών διαμεσολάβησε στην αλληλεπίδραση στρες και επίπτωσης της κόπωσης στους ασθενείς, επικυρώνοντας την ιδιαίτερη σημασία ποικίλων παραγόντων στο πώς επιδρά το στρες και δη σε σχέση με την επίπτωση της πάθησης, η οποία κατά συνέπεια, καθορίζεται από ποικίλες ψυχολογικές μεταβλητές.

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε μεγάλο βαθμό η συσχέτιση του στρες με την επίπτωση της κόπωσης διαμεσολαβείται ως επί το πλείστον από άλλες μεταβλητές από ό,τι η συσχέτισή του με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας, γεγονός που δείχνει ότι η σωματική αναπηρία υπόκειται διαφορετικής διαχείρισης σε σχέση με την επιβάρυνση σε γνωστικό και ψυχοσυναισθηματικό επίπεδο, ήτοι η ασθένεια δεν αποτελεί με τον ίδιο τρόπο πρόκληση σε όλες τις πλευρές της, κάτι που ενδεχομένως είναι επόμενο του ευρέος πεδίου επίδρασής της (Chiaravalloti & DeLuca, 2008· Costello et al. 2003· Mohr & Cox, 2001· Nicholas & Rashid, 2013· Poullos et al. 2013).

Αναλυτικότερα, το άγχος, όπως και στην επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας, προέκυψε να λειτουργεί επιβαρυντικά, ενδυναμώνοντας την αρνητική επίδραση του στρες στην εξαρτημένη μεταβλητή. Φαίνεται ότι, παρουσία άγχους γενικότερα, το στρες αυξάνει την επίπτωση της δραστηριότητας της ΣΚΠ και η δραστηριότητα της πάθησης αυξάνει το στρες κοκ. ώστε να μπορεί να υποστηριχθεί ότι το άγχος είναι ένας γενικός παράγων επιβάρυνσης όσον αφορά την επίπτωση της ΣΚΠ (Gay et al. 2017). Άλλωστε, έχει επισημανθεί ότι το στρες έχει μεγαλύτερη επίπτωση υπό το κράτος άγχους (Artemiadis et al. 2012· Briones-Buixassa et al. 2019) ενώ το άγχος από μεριάς του έχει υψηλή συνάφεια με παράγοντες όπως η κόπωση, η κατάθλιψη και οι γνωστικές διαταραχές (Bol et al. 2009· Chalah et al. 2019· Chwastiak et al. 2005· Feinstein et al. 1999a· Gay et al. 2010· Gay et al. 2017· Maier et al. 2015· Mohr & Cox, 2001· Sá, 2008· Skerrett & Morris, 2006), οι οποίοι συναπαρτίζουν τον παράγοντα της επίπτωσης της κόπωσης.

Όσον αφορά στη συμβολοποίηση και την αλεξιθυμία, η RAS προέκυψε να λειτουργεί προστατευτικά για την επίδραση του στρες στην επίπτωση των συμπτωμάτων κόπωσης καίτοι διαμεσολάβησε επιβαρυντικά στη συσχέτιση στρες με

τα συμπτώματα κινητικότητας. Ο συνδυασμός αυτός φαίνεται να είναι σύντονος με αρκετές από τις ψυχαναλυτικές προσεγγίσεις της ψυχοσωματικής που αντιλαμβάνονται την αλεξιθυμία περισσότερο ως άμυνα και όχι τόσο ως έλλειμμα (Bronstein, 2011). Σύμφωνα με αυτές, η ανεπάρκεια της συμβολοποίησης, βασικού παράγοντα μεταβολισμού του στρες (Fobagy et al. 2007· Νικολαΐδης, 1992· Ogden, 2004b· Taylor, et al. 1999), επιβαρύνει το σώμα (Bouchard & Lecours, 2008· Green, 2010· Knoblauch, 2005) ή και επαυξάνει την όποια επίδραση του στρες στη δραστηριότητα της πάθησης. Από την άλλη ωστόσο, το πάγωμα του αναπαραστατικού ιστού και η διάκλειση του συναισθήματος (Green, 2010· McDoudall, 1996/2002· Taylor, 2010) φαίνεται ότι δεν επιτρέπει στο στρες να επιβαρύνει την επίπτωση των ψυχονοητικών λειτουργιών, όπως αυτές εκφράζονται από την κόπωση. Ενδέχεται, κατά συνέπεια, να υφίσταται μια κάποια διάσωση της συνειδητοποίησης των επιπτώσεων της ΣΚΠ σε συναισθηματικό και γνωστικό επίπεδο και η συνέχιση της ζωής, έστω και νορμοπαθητικά (McDougall, 1999/2002) μολονότι κάτι τέτοιο επιβαρύνει το σώμα καθώς το στρες εκφορτίζεται μαζικά σε αυτό. Σημειώνεται ότι αυτή τη λειτουργία φαίνεται να αναδεικνύει η RAS και όχι η TAS, ως μέσα εκτίμησης της αλεξιθυμίας, μολονότι οι Ayache και Chalah (2018) πρόσφατες ανασκοπήσεις κατέληξαν σε παρόμοια υπόθεση σε χέση με τον παράγοντα ΕΠΣ της TAS (Ayache & Chalah, 2018· Chalah & Ayache, 2017).

Πιθανώς, όπως προαναφέρθηκε, στο μέτρο που η RAS εκτιμά με έναν πιο έμμεσο και ίσως βαθύτερο τρόπο την αλεξιθυμία, δύναται να αναδείξει αυτή της τη λειτουργία εν αντιθέσει με την TAS, η οποία ενδεχομένως αποτιμά τις πιο επιζήμιες επιπτώσεις της.

Αναφορικά με τη γνωστική διάσταση της αλεξιθυμίας, όπως αυτή αποτιμάται από το RIT, όσο αυξάνεται ο αριθμός των blends τόσο περισσότερο το στρες προκαλεί μεγαλύτερη επίπτωση της κόπωσης. Η ίδια διαμεσολάβηση των blends



εντοπίστηκε και για τη συσχέτιση στρες και επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας. Μπορεί κανείς να αποφανθεί κατά συνέπεια ότι η αδυναμία εμπειρέξης του συναισθήματος και πιθανώς εν γένει της πραγματικότητας της πάθησης (Muston, 2017· Malichin, 2010· Segal, 2007), καθιστά το άτομο ευάλωτο στο στρες συνολικά για τις επιπτώσεις της ΣΚΠ. Οι δείκτες L και F% από την άλλη προέκυψαν να λειτουργούν προστατευτικά ως προς την επιβάρυνση της επίπτωσης της κόπωσης από το στρες. Δεδομένου ότι αμφότεροι επί της ουσίας αποτελούν ενδείξεις της χρηστικής σκέψης (de Tychey et al. 2010) και ο F% διαμεσολάβησε προστατευτικά και στην περίπτωση της σύνδεσης στρες και επίπτωσης των συμπτωμάτων της κινητικότητας, μπορεί αν υποστηρίξει κανείς ότι αυτό το γνωστικό προφίλ διασώζει το υποκείμενο από την επιβάρυνση στην καθημερινότητα και τη ζωή που επιφέρει η δραστηριότητα της πάθησης στο σύνολό της μέσα από το διχασμό νου και σώματος (Bronstein, 2011· Fischbein, 2011), το οποίο καθίσταται ξένος τόπος (Aisenstein, 2006, 2010), και την εστίαση στην εξωτερική πραγματικότητα (Ayache & Chalah, 2018). Το γεγονός ότι ο δείκτης L δε διαμεσολάβησε στη συσχέτιση στρες και επίπτωσης των συμπτωμάτων της κινητικότητας πιθανώς αποδίδεται σε ψυχομετρικούς παράγοντες. Οι δύο δείκτες είναι εξαιρετικά συναφείς ως προς τον υπολογισμό τους καθώς αφορούν την αναλογία των απαντήσεων με ορίζουσα τη μορφή μόνο ως προς τις άλλες απαντήσεις. Μολαταύτα, όπως αναφέρουν και οι Meyer, Viglione και Exner (2001), ο αλγόριθμος από τον οποίο προκύπτει ο L είναι πιο χονδροειδής σε σχέση με του F% και ως εκ τούτου ο δεύτερος προτείνεται να προτιμάται. Κατά συνέπεια, πιθανώς επειδή η επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας αφορά σε περισσότερο ψυχολογικές, γνωστικές και συναισθηματικές παραμέτρους, και παρουσιάζει ελαφρώς υψηλότερη διακύμανση, συσχετίστηκε με τον λιγότερο ευαίσθητο L. Σε κάθε περίπτωση, η αλληλεπίδραση με τον L δεν ήταν

ιδιαίτερα μεγάλη κάτι που πιθανώς δείχνει ότι δεν είναι τόσο ευαίσθητος όσο ο F% για ποσοτικές αναλύσεις, όπως υποθέτουν και οι Meyer και συν (2001).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το εύρημα σύμφωνα με το οποίο όσο περισσότερη ανθρώπινη κίνηση (M) είδε κανείς στο RIT, τόσο περισσότερο το στρες αυξάνει την επίπτωση των συμπτωμάτων κόπωσης στη ζωή του ατόμου. Το M εκπροσωπεί τη σκέψη και τη φαντασία και εν γένει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο συνδιαλέγεται με τον κόσμο και τον αντιλαμβάνεται (Exner, 2003· Χατήρα, 2005) . Ενώ η M θεωρείται απαραίτητη ένδειξη για ένα λειτουργικό άτομο (Χατήρα, 2005), και πιθανώς συνδέεται με απουσία αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών (Chahraoui et al. 2015· Porcelli & Mihura, 2010), στην παρούσα έρευνα προκύπτει να διαμεσολαβεί επιβαρυντικά. Πιθανώς εδώ μπορεί κανείς να υποθέσει ότι όταν υπάρχει δραστηριότητα της πάθησης, η εισβολή αυτή του πραγματικού έλκει τη φαντασίωση (Κανελλοπούλου, 2000· Μαλίχιν & Καννελοπούλου, 2009) και κυρίως τις καταδιωκτικές και απωθημένες της διαστάσεις (Bronstein, 2010· McDougall, 1974, 1991) οπότε η σκέψη και η φαντασιακή δραστηριότητα καθιστούν το άτομο περισσότερο ευάλωτο να διαχειριστεί επιβαρυντικούς παράγοντες όπως το στρες. Η σκέψη εδώ και η φαντασία αποτυγχάνουν να λειτουργήσουν προστατευτικά για το άτομο. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι αυτό το εύρημα είναι η άλλη πλευρά της προστατευτικής λειτουργίας του F%, του L και της RAS. Καθώς η M ως ένδειξη μη αλεξιθυμικής λειτουργίας φαίνεται να διαμεσολαβεί επιβαρυντικά ενώ οι άλλοι δείκτες που συνδέονται περισσότερο με μια πιο αλεξιθυμική λειτουργία, λειτουργούν προστατευτικά. Θα πρέπει να σημειωθεί, βεβαίως, ότι προκειμένου να αποτιμηθεί κλινικά η M θα πρέπει να διερευνηθεί το είδος της κίνησης (π.χ. βίαιη) ή το πλαίσιο μέσα στο οποίο λαμβάνει χώρα (π.χ. απειλητικό, ακατάλληλο σε σχέση με την κίνηση κ.λπ.) (Exner, 2003), κάτι που ήταν εκτός των σκοπών της παρούσας έρευνας.

### 3.1.5 Πρόβλεψη της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής

Η σύνδεση του στρες με την ποιότητα ζωής προέκυψε να είναι πιο άμεση καθώς καμμία από τις άλλες ανεξάρτητες μεταβλητές της έρευνας δεν προέκυψε να διαμεσολαβεί στην εν λόγω συσχέτιση με εξαίρεση το φύλο. Συγκεκριμένα προέκυψε ότι για τις γυναίκες υψηλότερο στρες προβλέπει σε μεγαλύτερο βαθμό χειρότερη ποιότητα ζωής από ό,τι για τους άνδρες. Το εύρημα αυτό δεν είναι ιδιαίτερος αναπάντεχο καθώς είναι γνωστό ότι οι γυναίκες δηλώνουν υψηλότερα επίπεδα στρες (Eun-Hyun Lee, 2012· Katsarou et al. 2012) κατά βάση ένεκα ψυχοκοινωνικών δυσκολιών και κοινωνικών ρόλων που φέρουν (Matud, 2004). Άλλωστε, φαίνεται ότι οι γυναίκες δηλώνουν μεγαλύτερη επιβάρυνση σε σωματικό επίπεδο σε σχέση με τους άνδρες (Matud, 2004) επηρεαζόμενες κατά συνέπεια περισσότερο από σωματικές παθήσεις σε σχέση με την ποιότητα ζωής τους. Δε θα πρέπει ωστόσο να διαφεύγει ότι η PSS είναι μια αυτοσυμπληρούμενη κλίμακα για το αντιλαμβανόμενο στρες. Κατά συνέπεια, οι άνδρες είναι πιθανό να δηλώνουν χαμηλότερα επίπεδα στρες καθώς ο κοινωνικός τους ρόλος συνδέεται με μικρότερη έκφραση δυσκολίας ή και επικέντρωση στο συναίσθημα, κάτι το οποίο ενίοτε οδηγεί σε χειρότερη πρόγνωση (Matud, 2004· Quallet et al 2019). Άλλωστε, ένεκα πιθανώς αυτής της παραμέτρου, συγκεκριμένα για την PSS δεν υπάρχουν συνεπή δεδομένα όσον αφορά τις διαφυλικές διαφορές (Eun-Hyun Lee, 2012).

## 3.2 Αλληλεπιδράσεις μεταβλητών του 2ου επιπέδου με το αρνητικό συναίσθημα

### 3.2.1 Πρόβλεψη των συμπτωμάτων κινητικότητας

Στη σχέση του αρνητικού συναισθήματος με τα συμπτώματα κινητικότητας διαμεσολάβησαν τρεις από τις ανεξάρτητες μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου οι οποίες

ήταν δείκτες που προκύπτουν από το RIT, η RAS, το F% και ο RFS-S, των οποίων οι τιμές όσο αυξάνονται, τόσο περισσότερα συμπτώματα κινητικότητας προκαλεί το αρνητικό συναίσθημα.

Αναλυτικότερα, φαίνεται ότι υπό καθεστώς αλεξιθυμίας και χρηστικής σκέψης (Smadja, 2010· Stora, 2007· Taylor & Bagby, 2013), όπως αποδίδονται από τη RAS και το F%, η ήδη τεκμηριωμένη επίδραση του αρνητικού συναισθήματος στα συμπτώματα κινητικότητας αυξάνεται. Ίσως πρόκειται για ένα εύρημα εν μέρει αντιφατικό καθώς η αλεξιθυμία συνδέεται με απουσία συναισθήματος (Taylor, 2004· Taylor et al. 1999), οπότε θα ανέμενε κανείς ότι το συναίσθημα, όπως μετριέται από μια κλίμακα αυτοαναφοράς, ήτοι αφορά στη συνειδητή εκτίμηση του ερωτώμενου ατόμου, δε θα σχετίζονταν. Μολαταύτα, λαμβάνοντας υπόψιν θεωρητικές και κλινικές θέσεις σύμφωνα με τις οποίες το συναίσθημα δεν απωθείται (Aisenstein, 2010· Green, 2010), οπότε δεν υπάρχει ασυνείδητο συναίσθημα, παρά μόνο καταστέλλεται ή υφίσταται άρνησή του, ενδεχομένως μπορούμε να κατανοήσουμε με άλλο τρόπο το εν λόγω εύρημα. Αν σε αυτό προστεθεί ότι, όπως έχει προαναφερθεί, υψηλές τιμές της κλίμακας του αρνητικού συναισθήματος συνδέονται με θυμό, φόβο, νευρικότητα και ανηδονία (Σταλίκας και συν. 20120), τότε πιθανώς το προφίλ των υψηλότερων τιμών στην κλίμακα αυτή θα παρέπεμπε περισσότερο σε μια κατάσταση όπου επικρατεί η ένταση, η δυσφορία και ένα κενό βίωμα, κάτι που παραπέμπει στη λευκή ψύχωση (Green, 1972/2002, 2010) ή τη θεμελιώδη κατάθλιψη (Marty, 1966· Smadja, 2001/2009, 2010, 2011). Οι ψυχικές αυτές καταστάσεις είναι στενά συνδεδεμένες με την αλεξιθυμία (Smadja, 2011) και εν γένει την αποτυχία της ψυχοποίησης (Bouchard & Lecours, 2008) ενώ αποτελούν παράγοντες ή έστω προάγγελους σωματικής αποδιοργάνωσης καθώς υπό το καθεστώς τους το

συναίσθημα και η διέγερση που επιφέρει παραμένει μόνο στο σωματικό πόλο εξαντλώντας τον οργανισμό (McDougall, 1989· Smadja, 2011).

Η δε επιβαρυντική διαμεσολάβηση του RFS-S ενδεχομένως σχετίζεται με τις τοποθετήσεις σε σχέση με τη φαντασίωση και το ρόλο της στη σωματική πάθηση (Bronstein, 2010· Κανελλοπούλου, 2000· McDougall, 1974). Υψηλές τιμές του RFS-S σημαίνουν ένα μεγαλύτερο εύρος ψυχονοητικής δραστηριότητας και προσπέλασης της εμπειρίας με έμφαση στη φαντασιακή δραστηριότητα. Τρόπον τινά εξάλλου υποδηλώνει το εύρος του μεταβατικού χώρου εντός του οποίου η συμβολοποίηση λαμβάνει χώρα (Tibon et al. 2005). Σύμφωνα με ψυχαναλυτικές τοποθετήσεις, μια σωματική πάθηση, όπως η ΣΚΠ, θα ασκήσει έλξη στη φαντασίωση ενδεχομένως εκπροσωπώντας εκ των υστέρων τις ασυνείδητες και δη τραυματικές ή καταδιωκτικές κ.λπ. φαντασιώσεις του υποκειμένου (Bronstein, 2010· Μαλίχιν & Κανελλοπούλου, 2009· McDougall, 1996/2002· Muston, 2017). Συνεπώς, παρουσία μιας έντονης φαντασιακής δραστηριότητας σε συνδυασμό με την πάθηση, το αρνητικό συναίσθημα ενδεχομένως μεγεθύνεται ή και ενισχυμένο από το φορτίο της ασυνείδητης ψυχικής δραστηριότητας αποκτά έναν πιο τοξικό χαρακτήρα, αυξάνοντας τη δραστηριότητα της πάθησης, δρώντας κατακλυσμικά και κατά συνέπεια χωρίς να είναι δυνατό να μεταβολιστεί. Το εύρημα αυτό πιθανώς γεννά την υπόθεση ότι δεν απουσιάζει εξ ορισμού η φαντασίωση σε ψυχοσωματικές καταστάσεις, όπως υποστηρίζουν τουλάχιστον οι κλασικές προσεγγίσεις της IPSO (Bronstein, 2011), αλλά, αντιθέτως, αποκτά έναν καταδιωκτικό και επιβαρυντικό χαρακτήρα. Μολαταύτα, η παρούσα έρευνα δεν είναι δυνατό να εμβαθύνει σε αυτό το θέμα ένεκα μικρού δείγματος ασθενών ενώ, δε θα πρέπει να λησμονείται ότι δεν υπάρχει ένας τύπος σωματικού ασθενή (Taylor & Bagby, 2013), άρα και μια γενική αρχή σχετικά με τη διαπλοκή της

ψυχικής με τη σωματική λειτουργία, παρά μάλλον διεργασίες που επιφέρουν ομοιόσταση στην ψυχοσωματική ζωή (Taylor, 1987/1999, 2002).

### 3.2.2 Πρόβλεψη των συμπτωμάτων κόπωσης

Αναφορικά με τη συσχέτιση αρνητικού συναισθήματος με τα συμπτώματα κόπωσης, τρεις μεταβλητές σχετιζόμενες με την αλεξιθυμία και τη συμβολοποίηση διαμεσολάβησαν με στατιστικώς σημαντικό τρόπο, ελαττώνοντας την επιζήμια επίδραση του αρνητικού συναισθήματος στην κόπωση: ο FC, ο P και η ΔΑΣ. Αυτά τα ευρήματα έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον μιας και δίνουν την ευκαιρία να αναδειχθεί ο βαθμός στον οποίο η ψυχοσωματική δυναμική είναι αρκετά σύνθετη καθώς και το πώς το υποκείμενο καταφέρνει να ισορροπήσει σε κρίσιμες καταστάσεις.

Πιο συγκεκριμένα, ενώ τόσο η ΔΑΣ όσο και ο FC προέκυψαν να προβλέπουν μεγαλύτερη κόπωση, η παρουσία τους μειώνει την επίδραση του αρνητικού συναισθήματος στην εξαρτημένη μεταβλητή. Η λειτουργία αυτή και των δύο μεταβλητών φαίνεται να είναι σύμφυτη με ορισμένες προσεγγίσεις της αλεξιθυμίας, κατά κανόνα αυτές που την περιγράφουν περισσότερο ως άμυνα παρά ως δομικό έλλειμμα (Bronstein, 2011· Chahraoui et al. 2015· Chalah & Ayache, 2017· Fischbein, 2011· Krystal, 1988· McDougall, 1996/2002· Taylor & Bagby, 2013). Κατά συνέπεια, μολονότι, όπως έχει αναπτυχθεί προηγουμένως, η ΔΑΣ επιβαρύνει την κόπωση της ΣΚΠ, η διάκλειση του συναισθήματος (McDougall, 1996/2002), την οποία συνεπάγεται αμβλύνει την επίδρασή του αρνητικού συναισθήματος σε αυτή, διασώζοντας τις ψυχονοητικές λειτουργίες του ασθενούς καθώς και την γενική κατάπτωση που συνεπάγεται η πάθηση. Δεδομένης της επιβάρυνσης ωστόσο που επιφέρει η ΔΑΣ, μπορεί να υποστηριχθεί ότι η προστασία από το αρνητικό

συναίσθημα διασώζει από την αρνητική του επίδραση τόσο στην πάθηση όσο και γενικά στην καθημερινότητα του ατόμου αλλά όχι χωρίς επιπτώσεις στο σώμα, το οποίο παραμένει πεδίο εκφόρτισης της έντασης και των διεγέρσεων, απουσία της συμβολοποίησης (Boschan, 2007· Fischbein, 2011· Green, 2010· Muston, 2017· Rappoport de Aisemberg, 2010· Taylor, 2010).

Παρομοίως, όπως αναπτύχθηκε προηγουμένως, ο FC αποτελεί έναν δείκτη ο οποίος περισσότερο σημαίνει μια καλή εμπειρία του συναισθήματος (Clerici et al 1992· de Tychey et al 2010· Porcelli & Mihura, 2010· Χατήρα, 2005) αλλά, δεδομένου ότι προέκυψε να επιβαρύνει την κόπωση, ίσως περισσότερο σημαίνει μια κατάσταση όχι απαραίτητως εμπειρίας αλλά καταστολής του με ταυτόχρονο προσανατολισμό στην πραγματικότητα και εν γένει τον εξωτερικό κόσμο (Overton, 2000), εκπροσωπώντας κατά συνέπεια μάλλον μια λειτουργία ψευδούς εαυτού (Fischbein, 2011· Winnicott, 1960b, 1986). Ως εκ τούτου, φαίνεται ότι αυτή η λειτουργία αμβλύνει την επίδραση του αρνητικού συναισθήματος χάρη στην καταστολή του και την υιοθέτηση μιας νορμοπαθούς ή χρηστικής ζωής κατά την οποία το άτομο δεν αντιμετωπίζει το αρνητικό βίωμα και προστατεύεται από το να επιβαρύνει την πιο ψυχονοητική επίπτωση της ΣΚΠ, όπως άλλωστε υποστηρίζουν και κλινικές περιγραφές των εν λόγω ασθενών (Malichin, 2010· Muston, 2017). Μολοντούτο, κάτι τέτοιο συνεπάγεται, παρόμοια με την επίδραση της ΔΑΣ, ότι οι ψυχικές διεγέρσεις δεν ψυχοκοπούνται και έτσι εκφορτίζονται στο σώμα (Aisenstein, 2010· Fischbein, 2011· Green, 2010). Με άλλα λόγια αυτό που συμβαίνει είναι το υποκείμενο να διασώζεται μεν από το συνειδητό αρνητικό βίωμα αλλά όχι απαραίτητως και από τις επιπτώσεις του και τη διάχυτη, μη συμβολοποιημένη διέγερση η οποία είναι πρόδρομός του (Green, 2010· Νικολαΐδης, 2005· Rappoport de Aisemberg, 2010· Taylor, 2010). Άλλωστε το συνειδητό αρνητικό συναίσθημα

προϋποθέτει μια συμβολοποιητική διεργασία των αρχικών διεγέρσεων (Bucci, 2008· Magnerat, 2016· Rapport de Aisemberg, 2010· Smadja, 2010· Taylor, 2010), κάτι που υπό ένα καθεστώς αλεξιθυμίας παρεμποδίζεται και προκύπτει κατά συνέπεια το υπό συζήτηση εύρημα. Παρομοίως πιθανώς ερμηνεύεται και η διαμεσολάβηση του P καθώς πρόκειται για μια μεταβλητή που αφορά ακριβώς τον κοινωνικό κομφορμισμό και τη νορμποπάθεια, και δη σε υψηλές του τιμές (Chahraoui et al. 2015· Clerici et al 1992· de Tychey et al 2010· Porcelli & Mihura, 2010). Όπως φαίνεται, σύμφωνα άλλωστε με πολλά κλινικά ευρήματα και θεωρίες (Bouchard & Lecours, 2008· Fischein, 2011· Muston, 2017· Smadja, 2010· Taylor & Bagby, 2013), η εστίαση στην εξωτερική πραγματικότητα είναι πιθανώς μια άμυνα έναντι της αρνητικής επίδρασης του συναισθήματος επί της κόπωσης στο μέτρο που το άτομο δεν επιτρέπει στον εαυτό του, πάντα ασυνείδητα, να έρθει αντιμέτωπο με το αρνητικό συναίσθημα.

### 3.2.3 Πρόβλεψη επίπτωσης συμπτωμάτων κινητικότητας

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίασε το γεγονός ότι το αρνητικό συναίσθημα δε συσχετίστηκε με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας κάτι που αναιρέθηκε όταν συνυπολογίστηκε η αλληλεπίδρασή του με μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου. Με άλλα λόγια, η επίδραση του αρνητικού συναισθήματος επί της επίπτωσης της κινητικότητας εξαρτάται από άλλους παράγοντες σε μεγάλο βαθμό. Σε σχέση λοιπόν με τη διαμεσολάβηση μεταβλητών του 2<sup>ου</sup> επιπέδου στη σχέση μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας, δύο μεταβλητές σχετιζόμενες με την πάθηση, η διάρκεια και η αναπηρία, προέκυψαν να αλληλεπιδρούν σημαντικά. Και στις δύο περιπτώσεις, υψηλότερες τιμές αυτών συνδέονται με μικρότερη επίδραση του αρνητικού συναισθήματος επί της εξαρτημένης μεταβλητής. Για την περίπτωση της διάρκειας της πάθησης μάλιστα, για



τους ασθενείς στους οποίους η διάγνωση έχει παρέλθει για μεγάλο διάστημα, το αρνητικό συναίσθημα φαίνεται να μην επιδρά επί της εξαρτημένης μεταβλητής. Και οι δύο υπό συζήτηση μεταβλητές έχουν σαφώς μια συνδιασπορά καθώς η ΣΚΠ είναι εκφυλιστική πάθηση και κατά συνέπεια μεγαλύτερη διάρκεια συνεπάγεται και υψηλότερη αναπηρία (Carson et al. 2005· Mohr & Cox, 2001· Nicholas & Rashid, 2013), οπότε θα υπάρχει μια αλληλεπικάλυψη και στην ερμηνεία του εν λόγω ευρήματος. Σε κάθε περίπτωση, όσον αφορά στη διάρκεια της πάθησης, πιθανώς συν τω χρόνω, οι ασθενείς, έχοντας περάσει το αρχικό σοκ, υιοθετούν στρατηγικές, συνειδητές ή ασυνειδητές, διαχείρισης της πάθησης ή και την αποδέχονται σε τέτοιο βαθμό ώστε η αναπηρία που αυτή επιφέρει να μην βάλλεται από το αρνητικό συναίσθημα. Άλλωστε υπάρχουν και ερευνητικά ευρήματα που δείχνουν ότι μετά το αρχικό σοκ της διάγνωσης, δεν είναι λίγοι οι πάσχοντες που με έναν τρόπο προσαρμόζονται σε αυτή ώστε οι επιπτώσεις της ΣΚΠ στη ζωή τους να μην είναι τόσο σοβαρές (Barker-Collo et al. 2006· Del Puente et al. 2012· Dennison et al. 2009· Evers et al. 2001· Isaksson & Ahlstrom, 2006· Jansen et al 2013· Klauer et al. 2007· Mohr et al. 1999a), οπότε και διαχειρίζονται το αρνητικό συναίσθημα με τρόπο που δεν επιβαρύνει περαιτέρω τις επιπτώσεις της πάθησης. Από την άλλη, συν τω χρόνω, η αναπηρία σε επίπεδο κινητικότητας πιθανώς εγκαθιδρύεται, ήτοι, πέραν της όποιας προσαρμογής στην πάθηση, η ΣΚΠ κάποια στιγμή θεωρείται ότι από υποτροπιάζουσα θα μετατραπεί σε προϊούσα και κατά συνέπεια οι ώσεις θα γίνονται πιο συχνές αφήνοντας περισσότερη μόνιμη κινητική αναπηρία (Carson et al. 2005· Costello et al. 2003· Feinstein, 2007· Lublin, 2005). Σε αυτή τη φάση, επί της ουσίας σε υψηλά επίπεδα αναπηρίας όπου πιθανώς τα προβλήματα σε επίπεδο κινητικότητας είναι πιο σταθερά και όχι υποτροπιάζοντα, το αρνητικό συναίσθημα δεν επιδρά στην επίπτωσή τους τόσο, ακόμα και επειδή το αρνητικό συναισθηματικό βίωμα είναι μια

μόνιμη κατάσταση και όχι κυμαινόμενη, οπότε θα μπορούσε να προβλέψει την εξαρτημένη μεταβλητή.

Όσον αφορά στις μεταβλητές της συμβολοποίησης και αλεξιθυμίας, ο δείκτης SumC' του RIT, προέκυψε να επαυξάνει την επίδραση του αρνητικού συναισθήματος επί της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας. Όπως έχει προαναφερθεί, ο δείκτης SumC' είναι ένδειξη ενός διάχυτου αισθήματος δυσφορίας και τάσης περισίφιξης του συναισθήματος και αποφυγής να βιωθεί αυτό και να τεθεί υπό επεξεργασία με συνακόλουθη ενδεχόμενη εκφόρτιση στο σώμα (Exner, 2003· Χατήρα, 2005). Μολονότι σαφώς υπάρχει συνδιασπορά μεταξύ του SumC' και του αρνητικού συναισθήματος, ο δείκτης του RIT δεν ταυτίζεται με συνειδητό αρνητικό συναίσθημα αλλά περισσότερο με αίσθηση και μια συγκεκριμένη μάλλον απουσία διαχείρισης του αρνητικού συναισθήματος (Exner, 2003· de Tychey et al. 2010). Κατά συνέπεια, είναι επόμενο, στο μέτρο που ο SumC' συνιστά και ένδειξη αδυναμίας εμπειρέξεως του συναισθήματος, όταν προκύπτει αρνητικό συναίσθημα υπό μια τέτοια κατάσταση, να επιβαρύνει ακόμα περισσότερο την επίπτωση του περιορισμού της κινητικότητας που συνεπάγεται η δραστηριότητα της ΣΚΠ, καθώς τα αρνητικά συναισθήματα που αυτή επιφέρει δε μεταβολίζονται οδηγώντας σε δυσκολία διαχείρισης της πάθησης. Θα μπορούσε έτσι να υποστηριχθεί ότι το αρνητικό συναίσθημα επιβαρύνει την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας όταν απουσιάζει από τον ασθενή η δυνατότητα να συμβολοποιήσει τη σωματική του επιβάρυνση και τα συναισθήματα που αυτή επιφέρει, ήτοι όταν το σώμα αποτελεί ξένο τόπο χωρίς νοηματοδότηση των σωματικών συμβάντων (Aisenstein, 2006· Malichin, 2010· McDougall, 1989, 1996/2002), είτε ένεκα δομικής έλλειψης είτε ως άμυνα έναντι της πάθησης και των φαντασιώσεων που αυτή εγείρει (Bronstein, 2010, 2011).

Σε σύνδεση με το προαναφερθέν εύρημα, αν και από άλλη πλευρά, προέκυψε ότι όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των blend, τόσο μεγαλύτερη είναι η επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας. Και σε προηγούμενες συσχετίσεις, όπως αυτές παρουσιάστηκαν στο παρόν κεφάλαιο, προέκυψε ότι μεγαλύτερος αριθμός σύνθετων απαντήσεων στο RIT μάλλον λειτουργεί επιβαρυντικά. Η σύνδεση με την επιβαρυντική διαμεσολάβηση του SumC' αφορά ακριβώς ότι περισσότερα blends ίσως αποτελούν, όπως προαναφέρθηκε, ένδειξη μιας αδυναμίας εμπειρίας του συναισθήματος και κατά συνέπεια πιθανώς υπερπροσπάθειας διαχείρισής του (Exner, 2003) με την τάση ενδεχομένως η σκέψη να κατακλύζεται από την ύπαρξη των συμπτωμάτων και των επιπτώσεών τους, κάτι που έχει ως συνέπεια μεγαλύτερη επιβάρυνση από το αρνητικό συναίσθημα είτε προκύπτει από την πάθηση είτε από άλλους παράγοντες, καθώς το ψυχικό όργανο δε διαφοροποιεί την πηγή του τραύματος ή της συναισθηματικής απόκρισης ως ενδογενή ή εξωγενή (Green, 2010· Κανελλοπούλου, 2000). Κάτι τέτοιο θα υποστήριζε άλλωστε τη θέση ότι η σκέψη και οι διανοητικές ικανότητες δεν επαρκούν στη διαχείριση του βιώματος και των σωματικών δυσκολιών, αν σε αυτές δεν εντάσσεται ομαλά το συναισθηματικό βίωμα και ο οργανισμός ως υποκειμενικοποιημένο σώμα (Aisenstein, 2006· Green, 2010· Lombardi, 2018· McDougall, 1996/2002· Smadja, 2010· Stora, 2007).

Ενδιαφέρον παρουσίασε και το εύρημα κατά το οποίο η διάσταση της αλεξιθυμίας που αφορά τη δυσκολία έκφρασης του συναισθήματος επίσης διαμεσολαβεί επιβαρυντικά στη σχέση μεταξύ αρνητικού συναισθήματος και επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας. Το εν λόγω εύρημα ενδεχομένως υπογραμμίζει τη σημασία του σχεσιακού και διαπροσωπικού παράγοντα όσον αφορά τη διαχείριση και την εμπειρία του συναισθήματος. Πράγματι, υποστηρίζεται ότι ένας τρόπος διαχείρισής του είναι η έκφρασή του (Scheidt & Waller, 2004· Taylor,

2004) και κατά συνέπεια τόσο η συναισθηματική αποφόρτιση όσο και η δημιουργία ενός κοινωνικού δικτύου (Chalah & Ayache, 2017· Gross, 2002· Gross & Thompson, 2007), το οποίο έχει επιβεβαιωθεί ότι είναι σημαντικός αρωγός στις επιπτώσεις της αναπηρίας της ΣΚΠ (Barker-Collo et al. 2006· Chalah & Ayache, 2017· Dennison et al. 2009· Jansen et al 2013· Mohr et al. 1999a). Άλλωστε, και από ψυχαναλυτική σκοπιά, η διαχείριση του συναισθήματος και εν γένει η εμπειρίαξή του βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στις σχέσεις του υποκειμένου (Bonovitz, 2010· Boschan, 2007· Bouchard & Lecours, 2008· Fonagy et al. 2004· Fonagy et al. 2012· Knoblauch, 2005), βεβαίως όχι μόνο επί πραγματικού αλλά και σε ένα ενδοψυχικό επίπεδο αναπαράστασής αυτών. Σε κάθε περίπτωση, η δυσκολία έκφρασης του συναισθήματος, εν προκειμένω του αρνητικού, ενδεχομένως αποτελεί ένδειξη καταστολής του και αδυναμίας συγκρότησης ουσιαστικών σχέσεων που θα μπορούσαν να αμβλύνουν μέσα από τη συναισθηματική συνδιαλλαγή τις επιπτώσεις της πάθησης και της αναπηρίας.

### 3.2.4 Πρόβλεψη επίπτωσης κόπωσης

Σε σχέση με την επίπτωση της κόπωσης, το αρνητικό συναίσθημα, όπως αναλύθηκε νωρίτερα, ήταν η μόνη μεταβλητή 1<sup>ου</sup> επιπέδου που συνέβαλε στην πρόβλεψή της. Σημείωσε ωστόσο και αρκετές αλληλεπιδράσεις με μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου ως προς την πρόβλεψη της υπό συζήτηση εξαρτημένης μεταβλητής.

Αναλυτικότερα, όσον αφορά σε παράγοντες που σχετίζονται με την πάθηση, προέκυψε ότι η επιβαρυντική επίδραση του αρνητικού συναισθήματος ως προς την επίπτωση της κόπωσης εντοπίζεται μόνο για τους ασθενείς οι οποίοι έχουν κάποια υποτροπιάζουσα μορφή της νόσου. Δεδομένου ότι δεν υπάρχει επαρκής ερευνητική

τεκμηρίωση σε σχέση με τη σύγκριση μεταξύ προϊόντων και υποτροπιαζόντων τύπων της πάθησης ως προς την ψυχοπαθολογία (Fenstein, 2007· Mohr & Cox, 2001· Sá, 2008), μπορεί κανείς να υποθέσει ότι πιθανώς, οι υποτροπές και η αβεβαιότητα του επιφέρουν ως προς τη συχνότητα αλλά και το κατά πόσο τα συμπτώματα που εμφανίζονται κατά τη διάρκειά τους δε θα υποχωρήσουν (Fenstein, 2007· LaRocca et al. 1993· Nicholas & Rashid, 2013· Pagnini et al. 2014), φέρουν περισσότερο αρνητικό συναίσθημα για το υποκείμενο το οποίο συμβάλλει σε μεγαλύτερη επίπτωση της κόπωσης (Dennison et al. 2009· Evers et al. 2001· Klauer et al. 2007· Klevan et al. 2013· Pagnini et al. 2014· Sá, 2008). Ενδεχομένως δε, οι εξάρσεις και οι υφέσεις της πάθησης φέρουν και διακυμάνσεις στο αρνητικό συναίσθημα το οποίο κατά συνέπεια επιβαρύνει την επίπτωση της κόπωσης, κάτι που πιθανώς δεν ισχύει για τους προϊόντες τύπους της ΣΚΠ καθώς τα συμπτώματά του παρουσιάζουν περισσότερη σταθερότητα.

Η αλληλεπίδραση αυτή άλλωστε συνδέεται με την αλληλεπίδραση του αρνητικού συναισθήματος με τη διάρκεια της πάθησης και την αναπηρία. Όπως και σε προηγούμενες αναλύσεις, όσο πιο πρόσφατη είναι η διάγνωση, τόσο περισσότερη επιβαρυντική δράση έχει το αρνητικό συναίσθημα στην επίπτωση της κόπωσης ενώ η επίδρασή του είναι μάλλον μεγαλύτερη για μικρότερα επίπεδα αναπηρίας. Πιθανώς προκύπτει και εδώ ότι πιο πρόσφατη διάγνωση επιφέρει μεγαλύτερη αναταραχή συναισθηματικά (Barker-Collo et al. 2006· Isaksson & Ahlstrom, 2006· Klevan et al. 2013) η οποία κάνει τις επιπτώσεις της πάθησης να είναι σοβαρότερες (Jansen et al 2013· Jopson & Moss-Morris, 2003· Klevan et al. 2013· Pakenham, 2005). Με το πέρασ του χρόνου, υπάρχει μια κάποια διαχείριση του αρνητικού συναισθήματος, όπως υποστηρίζεται από ορισμένες έρευνες (Eklund & MacDonald, 1991· Mohr, Dick, Russo et al. 1999a), ή τουλάχιστον αυτό δεν διακυμαίνεται ώστε να μην

επηρεάζει τις διακυμάνσεις των επιπτώσεων της κόπωσης. Άλλωστε το τελευταίο φαίνεται να είναι και η ερμηνεία της αλληλεπίδρασης των επιπέδων αναπηρίας, τα οποία ως γνωστόν τείνουν να αυξάνονται συν τω χρόνω και δη όταν η πάθηση πάρει προϊούσα μορφή αυτά παραμένουν σταθερά και υψηλότερα (Carson et al. 2005· Mohr & Cox, 2001· Nicholas & Rashid, 2013).

Όσον αφορά στην αλληλεπίδραση με το άγχος, προέκυψε ότι παρουσία του, το αρνητικό συναίσθημα επιφέρει μεγαλύτερη επιβάρυνση στην επίπτωση της κόπωσης. Πράγματι, είναι γνωστό ότι το άγχος δεν επιτρέπει την επιτυχή διαχείριση των επιπτώσεων της πάθησης (Dennison et al. 2009· McCartney Chalk, 2007· Mohr & Cox, 2001· Prakash et al. 2019· Sá, 2008). Επιπροσθέτως, δεδομένου ότι το αρνητικό συναίσθημα εκπροσωπεί σε μεγάλο βαθμό την κατάθλιψη που συνοδεύει την ΣΚΠ, θα ήταν αναμενόμενο, όπως υποστηρίζεται από άλλες έρευνες (Chalah et al. 2019· Feinstein, 2007· Feinstein et al. 1999a· Gay et al. 2017· Maier et al. 2015· Mohr & Cox, 2001· Prakash et al. 2019· Sá, 2008), ότι ο συνδυασμός τους κάνει τις επιπτώσεις των ψυχοδιανοητικών συμπτωμάτων της ΣΚΠ μεγαλύτερες, για τη ζωή του πάσχοντος ατόμου.

Σε σχέση με τις σχετιζόμενες με τη συμβολική λειτουργία μεταβλητές, το αρνητικό συναίσθημα αλληλεπίδρασε σημαντικά με έναν ικανό αριθμό μεταβλητών του 2<sup>ου</sup> επιπέδου. Αναλυτικότερα, ο δείκτης SumC' παρουσίασε σημαντική αλληλεπίδραση με το αρνητικό συναίσθημα με υψηλότερα επίπεδά του να αυξάνουν την επιβαρυντική επίδραση του αρνητικού συναισθήματος επί της επίπτωσης της κόπωσης. Η συναισθηματική περίσφυξη και εν γένει καταστολή που συνιστά ο υπό συζήτηση δείκτης (Exner, 2003· Χατήρα, 2005), ενδεχομένως αυξάνει τη δράση του αρνητικού συναισθήματος στο μέτρο που δεν επιτρέπει το να γίνει διαχείρισή του. Αυτή η αδυναμία εμπερίεξης του αρνητικού βιώματος καθιστά τις επιπτώσεις της

κόπωσης μεγαλύτερες καθώς το συναισθηματικό βίωμα παραμένει στο σωματικό του πόλο μόνο (McDougall, 1996/2002). Άλλωστε, έχει επικυρωθεί και αλλού ότι η αποφευκτική ή κατασταλτική διαχείριση του αρνητικού συναισθήματος επιφέρει επιβάρυνση στη ζωή των πασχόντων από σωματικές παθήσεις (Denollet et al. 2008) και συγκεκριμένα από ΣΚΠ (Artemiadis et al. 2012· Dennison et al. 2009· Jean et al. 1999· Klevan et al. 2013· Lovera & Reza, 2013· Madan & Pakenham, 2014· Mullins et al. 2001· Skerrett & Moss-Morris, 2006). Η αδυναμία εμπειρέξης του αρνητικού συναισθήματος, άλλωστε, προκύπτει από το γεγονός ότι μεγαλύτερος αριθμός από blends αυξάνει την επιβαρυντική επίδραση των αρνητικών συναισθημάτων στην επίπτωση της κόπωσης. Φαίνεται ότι μεγαλύτερη προσπάθεια εμπειρέξης του συναισθήματος σηματοδοτεί περισσότερο την αδυναμία του ατόμου να διαχειριστεί το αρνητικό συναίσθημα, το οποίο παραμένει φθοροποιό για την καθημερινότητα των ασθενών. Άλλωστε, πιθανώς, στο μέτρο που τα blends αφορούν μια μάλλον πιο διανοητική προσπάθεια διαχείρισης (Clerici et al 1992· de Tychey et al 2010· Exner, 2003), πιθανώς εκπροσωπούν μια επιβάρυνση παρά μια επιτυχή ενδοψυχική επεξεργασία (Green, 2010· Magnerat, 2016). Τα προαναφερθέντα υποστηρίζονται από το γεγονός ότι μεγαλύτερος αριθμός απαντήσεων (R) στα πρωτόκολλα του RIT, αυξάνει την επιβαρυντική επίδραση του αρνητικού συναισθήματος. Μολονότι μεγαλύτερος αριθμός blend σημαίνει περισσότερη φαντασιακή δραστηριότητα, άρα και λιγότερη αλεξιθυμία, προκύπτει ότι όταν η φαντασιακή δραστηριότητα τείνει να είναι μεγαλύτερη, το αρνητικό συναίσθημα επιβαρύνει την επίπτωση της κόπωσης. Αν και το εύρημα αυτό είναι από μια επιφανειακή σκοπιά αντίθετο με αυτό που θα ανέμενε κανείς, μπορεί να υποστηριχθεί ότι η πάθηση και οι φαντασιώσεις που επιφέρει δε δρουν προς όφελος του ατόμου αλλά περισσότερο το επιβαρύνουν (Malichin, 2010). Υποστηρίζεται με αυτόν το τρόπο ότι η φαντασίωση σε

περιπτώσεις σοβαρής σωματικής πάθησης, όπως η ΣΚΠ, μάλλον επιβαρύνουν το υποκείμενο καθώς το άρρωστο σώμα αποτελεί τόπο ο οποίος έλκει την ασυνείδητη φαντασίωση και τα τραυματικά ή και καταδιωκτικά στοιχεία της (Bronstein, 2010· Καννελούλου, 2000· McDougall, 1996/2002· Muston, 2017), τα οποία παρακωλύουν τη διαχείριση των υπό συζήτηση συμπτωμάτων, περισσότερο ως τροχοπέδη στη συμβολική λειτουργία. Κατά συνέπεια μάλλον δεν εντοπίζεται εδώ μια ανικανότητα ή απουσία φαντασίωσης, όπως υποστηρίζεται από ορισμένες προσεγγίσεις της αλεξιθυμίας (Bronstein, 2011· Μπόμπος, 2007· Smadja, 2010, 2011), τουλάχιστον όσον αφορά στις επιπτώσεις της πάθησης στη ζωή του υποκειμένου. Αυτό ενισχύεται, εξάλλου, και από το γεγονός ότι ένας υψηλότερος δείκτης L, μάλλον μειώνει την επιβαρυντική δράση του αρνητικού συναισθήματος. Καθώς, όπως αναπτύχθηκε νωρίτερα, ο δείκτης L αποτελεί ένδειξη ύπαρξης χρηστικής σκέψης (de Tychey, 2010), αν λάβει κανείς υπόψιν τα προαναφερθέντα, αυτή επέρχεται όχι ως δομικό έλλειμμα αλλά μάλλον ως άμυνα έναντι του συναισθήματος (Bronstein, 2011· McDougall, 1989), επιτρέποντας η κόπωση να έχει μικρότερη επίπτωση. Αξίζει να σημειωθεί ότι μολονότι ο δείκτης SumC' όσο και ο L μοιάζουν ως προς αυτό που περιγράφουν, ήτοι καταστολή της συναισθηματικής λειτουργίας, ο SumC' αλλά και τα blends, θα μπορούσε να υποστηριχθεί βάσει των περιγραφών του Exner (2003), ότι αφορούν περισσότερο σε μια πιο συνειδητή αντιμετώπιση ενώ ο L σε μια ασυνείδητη, εξού και η καλλίτερη προστατευτική δράση του τελευταίου. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι στις αλληλεπιδράσεις αυτές δε συνέβαλε σημαντικά και ο δείκτης F%, ο οποίος σε μεγάλο βαθμό συμπίπτει με το L αλλά με καλλίτερη ψυχομετρική ισχύ (Meyer et al. 2001). Ενδέχεται αυτό να συμβαίνει επειδή ο L εξαρτάται περισσότερο από τον R (Exner, 2003), οπότε αυτοί οι δύο δείκτες και οι ψυχικές λειτουργίες που εκπροσωπούν, λειτουργούν μάλλον



ανταγωνιστικά, κατά κάποιο τρόπο. Επιπροσθέτως, ο δείκτης A, ήταν η μόνη περίπτωση που συνέβαλε σημαντικά στη διαμεσολάβηση της συσχέτισης μεταξύ μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου και εξαρτημένης. Ως δείκτης που σημαίνει μια αποφευκτική και κοινωνικά κομφορμιστική γνωστική και ψυχική στάση υπό το κράτος μια ανωριμότητας στη σκέψη (Clerici et al 1992· de Tychey et al 2010· Exner, 2003· Χατήρα, 2005), μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι σε ένα τέτοιο πλαίσιο, το συναίσθημα θα επιφέρει μεγαλύτερη επιβάρυνση στην επίπτωση της κόπωσης καθώς ακριβώς αυτή η ψυχική ανωριμότητα δεν επιτρέπει στη διαχείριση των ψυχοβιολογικών επιπτώσεων της ΣΚΠ (Βασλαματζής, 2003· Parker et al. 1998· Segal, 1978· Taylor, 1987/1999). Κατά συνέπεια, τα προαναφερθέντα ευρήματα δείχνουν ότι υπό το κράτος μια ανώριμης αποφευκτικής ψυχικής λειτουργίας η οποία διέπεται από μια επικράτηση του φαντασιακού, το αρνητικό συναίσθημα κάνει την επίπτωση των συμπτωμάτων της κόπωσης περισσότερο δυσβάσταχτη με πιθανή λύση την υιοθέτηση μιας πιο αλεξιθυμικής ή χρηστικής αντιμετώπισης της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας.

### *3.3 Αλληλεπιδράσεις μεταβλητών του 2ου επιπέδου με το θετικό συναίσθημα*

#### *3.3.1 Πρόβλεψη των συμπτωμάτων κινητικότητας*

Από τις μεταβλητές του 2<sup>ου</sup> επιπέδου μόνο η διάρκεια της πάθησης αλληλεπίδρασε σημαντικά με το θετικό συναίσθημα ως προς την πρόβλεψη των συμπτωμάτων κινητικότητας. Το εύρημα αυτό παρουσιάζει ενδιαφέρον καθώς το θετικό συναίσθημα δε συσχετίστηκε σημαντικά με την εν λόγω εξαρτημένη μεταβλητή, η οποία άλλωστε προέκυψε να συσχετίζεται σημαντικά μαζί του σε θέση

ανεξάρτητης, όπως αναπτύχθηκε νωρίτερα στο κεφάλαιο, ευρήματα που θα πρέπει να συνυπολογιστούν στην ερμηνεία του υπό συζήτηση ευρήματος.

Όπως προέκυψε, αυξημένα επίπεδα θετικού συναισθήματος συνδέονται με λιγότερα συμπτώματα κινητικότητας όσο πιο πρόσφατη είναι η διάγνωση ενώ με το πέρας του χρόνου η συσχέτιση αυτή υποχωρεί. Θα μπορούσε να υποστηριχθεί, όπως και στις προηγούμενες περιπτώσεις, ότι κατά την έναρξη της πάθησης, όπου κυριαρχεί άγχος, στρες και ανασφάλεια (Briones-Buixassa et al. 2019· Coles et al. 2007· Hakim et al. 2000· Isaksson & Ahlstrom, 2006· Klauer et al. 2007· Mullins et al. 2001), το θετικό συναίσθημα λειτουργεί περισσότερο ως αντίδραση σε μια καλλίτερη κλινική εικόνα, κάτι που στη συνέχεια, όταν σταθεροποιηθεί η κλινική εικόνα, μεταξύ άλλων χάρη στη φαρμακευτική αγωγή, και ενσωματωθεί περισσότερο η πάθηση στη ζωή του ατόμου (Costello et al. 2003· Quallet et al. 2019), δεν έχει την ίδια ισχύ. Υπό τη λογική αυτή, η επίδραση του θετικού συναισθήματος επί της σωματικής επιβάρυνσης των πασχόντων εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από τη φάση στην οποία βρίσκεται το άτομο αναφορικά με τη διάγνωση της πάθησης. Μολαταύτα θα μπορούσε να υποστηριχθεί επίσης, δεδομένης της σημαντικής σχέσης που αναδείχθηκε προηγουμένως, κατά την οποία το θετικό συναίσθημα είναι περισσότερο αποτέλεσμα παρά αιτία των συμπτωμάτων, ότι μικρότερη, ενδεχομένως και πρόσκαιρη σωματική επιβάρυνση κατά την αρχή της πάθησης, συνδέεται με περισσότερο θετικό συναίσθημα, ενδεχομένως διασφαλίζοντας και μια καλλίτερη πρόγνωση, αν ληφθούν υπόψιν ευρήματα ερευνών σε σχέση με θετικούς προγνωστικούς παράγοντες για τη ζωή των πασχόντων με ΣΚΠ (Artemiadis et al. 2012· Barker-Collo et al. 2006· Burns et al. 2014· Costello et al. 2003· Del Puente et al. 2012· Dennison et al. 2009· Evers et al. 2001· Isaksson & Ahlstrom, 2006· Jansen

et al 2013· Klauer et al. 2007· Madan & Pakenham, 2014· Mohr et al. 1999a· Senders et al. 2014a· Simpson et al. 2014).

### 3.3.2 Πρόβλεψη των συμπτωμάτων κόπωσης

Στη συσχέτιση θετικού συναισθήματος με τα συμπτώματα κόπωσης, προέκυψε να διαμεσολαβεί σημαντικά η αναπηρία, χαμηλότερα επίπεδα της οποίας συνδέονται με μεγαλύτερου βαθμού αρνητική συνάφεια των δύο υπό μελέτη μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου. Προκύπτει, κατά συνέπεια, ότι περισσότερο θετικό συναίσθημα προβλέπει λιγότερα συμπτώματα κόπωσης όσο μικρότερου βαθμού είναι η αναπηρία των πασχόντων. Πιθανώς, για ασθενείς με μικρότερου βαθμού αναπηρία, το θετικό συναίσθημα δρα προστατευτικά ως προς την εμφάνιση συμπτωμάτων κόπωσης καθώς είναι σε θέση να αισθάνονται περισσότερο κινητοποιημένοι και με θετικότερη διάθεση να αντιμετωπίσουν τη ζωή τους και τις προκλήσεις που αυτή ενέχει (Black & Dorstyn, 2015· Eklund & MacDonald, 1991· Mohr et al. 1999a). Άλλωστε, όπως έχει επικυρωθεί από ευρήματα άλλων ερευνών (Amato et al. 2001· Bol et al. 2009· Barker-Collo et al. 2006· Chwastiak et al. 2005· Del Puente, Mahamid & Bragazzi, 2012· Dennison et al. 2009· Evers, Kraaimaat, van Lankveld et al. 2001· Isaksson & Ahlstrom, 2006· Jansen et al 2013· Klauer et al. 2007· Klevan et al. 2013· Lee et al. 2008· Maier et al. 2015· Moore et al. 2006· Schreurs et al. 2002· Skerrett & Moss-Morris, 2006· Viner et al. 2014), μια στάση όπως η προαναφερθείσα αλλά και η απουσία κατάθλιψης, όπως αυτή εκπροσωπείται από χαμηλά επίπεδα θετικού συναισθήματος της κλίμακας που χρησιμοποιεί η παρούσα μελέτη (Σταλίκας και συν 2012), συνεισφέρει σε καλλίτερη πρόγνωση αναφορικά με την ΣΚΠ. Για ασθενείς με υψηλότερα επίπεδα αναπηρίας, ο ρόλος του θετικού συναισθήματος παραμένει αλλά σε μικρότερο βαθμό καθώς, και στο μέτρο που η ίδια η ΣΚΠ αποτελεί τραυματικό

και εν γένει ψυχοπιεστικό παράγοντα (Artemiadis et al. 2011· Bensing et al. 2002· Dennison et al. 2009· Malcomson et al. 2007· Mohr & Cox, 2001· Muston, 2017· Senders et al. 2014), περιορίζει το θετικό συναίσθημα των πασχόντων μη επιτρέποντας σε μεγάλο βαθμό την προστατευτική του δράση (Artemiadis et al. 2012· Burns et al. 2014· Madan & Pakenham, 2014· Senders et al. 2014a· Simpson et al. 2014).

Ο δείκτης L επίσης προέκυψε να συμβάλει σημαντικά ως διαμεσολαβητής στη συσχέτιση θετικού συναισθήματος και συμπτωμάτων κόπωσης. Συγκεκριμένα, προέκυψε ότι όσο μεγαλύτερος είναι αυτός ο δείκτης τόσο λιγότερο το θετικό συναίσθημα προστατεύει από τα συμπτώματα κόπωσης. Στο μέτρο που υψηλά επίπεδα του δείκτη L εκπροσωπούν υιοθέτηση ενός πιο νορμοπαθούς (McDougall, 1996/2002) ή χρηστικού (Bronstein, 2011· Marty et al. 1963· Smadja, 2010, 2011) τρόπου σκέψης (de Tychey et al. 2010· Clerici et al. 1992· Exner, 2003· Porcelli & Mihura, 2010), ένα άτομο το οποίο λειτουργεί σε μεγαλύτερο βαθμό κατά τον τρόπο αυτό μπορεί να προστατεύεται από δυσφορικές ή και τραυματικές καταστάσεις (Krystal, 1988· McDougall 1991· McDougall & Coen, 2000), ήτοι από το αρνητικό βίωμα, αλλά με τον επιφανειακό και μονήρη προσανατολισμό του στην πραγματικότητα δεν του επιτρέπεται να αντλήσει από το θετικό βίωμα και κατά συνέπεια να ευοδώσει την ψυχοσωματική του υγεία μέσα από αυτό (Krystal, 1988· McDougall, 1996/2002· Taylor, 1987/1999, 2002). Το εύρημα αυτό, βεβαίως, δε διευκρινίζει αν πρόκειται περί δομικού ελλείμματος ή αμυντικής συγκρότησης μιας πιο αλεξιθυμικής λειτουργίας αλλά συνεισφέρει στην κατανόηση ότι όταν το άτομο δεν είναι σε επαφή με το ενδοψυχικό και κατά συνέπεια το συναισθηματικό βίωμά του, καθιστά το σώμα ξένο τόπο (Aisenstein, 2006, 2010· McDougall, 1996/2002) όχι

μόνο χωρίς πρόσβαση στις ανάγκες του και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει αλλά και στη δυνατότητα να ενδυναμωθεί μέσα από θετικές πλευρές αυτών.

### 3.3.3 Πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι περισσότερες μεταβλητές που προέκυψαν να διαμεσολαβούν στη συσχέτιση μεταξύ θετικού συναισθήματος και επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας έχουν σε υψηλά τους επίπεδα αρνητική επίδραση σε αυτό αλλά ταυτόχρονα τα υψηλά αυτά επίπεδα αυξάνουν την αρνητική συσχέτιση μεταξύ θετικού συναισθήματος και εν λόγω εξαρτημένης μεταβλητής. Η ερμηνεία των ευρημάτων αυτών θα ήταν ενδεχομένως χρήσιμο να γίνει λαμβάνοντας υπόψιν το εύρημα που συζητήθηκε νωρίτερα και σύμφωνα με το οποίο το θετικό συναίσθημα είχε μάλλον κεντρικό ρόλο για την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας, χωρίς να ισχύει το αντίστροφο.

Αναλυτικότερα, προέκυψε ότι χαμηλότερα επίπεδα RFS-S, καίτοι συνδέονται με μεγαλύτερη επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας, τείνουν να αυξάνουν την αρνητική συνάφεια μεταξύ θετικού συναισθήματος με την εξαρτημένη μεταβλητή. Στο μέτρο που η υπό συζήτηση μεταβλητή του 2ου επιπέδου αφορά στο εύρος του ψυχικού και κατά συνέπεια του συναισθηματικού βιώματος, κυρίως με αναφορά στην φαντασιακή δραστηριότητα (Tibon et al. 2005· Tibon-Czopp et al. 2016), ο περιορισμός αυτού δύναται να ενισχύσει την επίδραση του θετικού συναισθήματος όταν αυτό προεξάρχει. Με άλλα λόγια υπό ένα καθεστώς περιορισμένου εύρους συναισθήματος, όταν προεξάρχει το θετικό, η επίπτωση της σωματικής επιβάρυνσης από την ΣΚΠ, περιορίζεται. Μολονότι δεν υπάρχουν εμπειρικά δεδομένα που να υποστηρίζουν μια τέτοια θέση, δύναται κανείς να βασιστεί σε ορισμένες μελέτες

(Barker-Collo et al. 2006· Dennison et al. 2009· Denollet et al. 2008· Dubayova et al. 2013· Evers et al. 2001· Farb et al. 2013· Gross, 2002· Isaksson & Ahlstrom, 2006· Jansen et al 2013· Klauer et al. 2007· Löffler et al. 2016· Mohr et al. 1999a· Pagnini et al. 2014), σύμφωνα με τις οποίες μια πιο θετική και αισιόδοξη αντιμετώπιση της ασθένειας συμβάλει θετικά στην ποιότητα ζωής των πασχόντων εν γένει αλλά και συγκεκριμένα από ΣΚΠ . Άλλωστε, επισημαίνεται από ορισμένες κλινικές και ποιοτικές κυρίως παρατηρήσεις (Muston, 2017) ότι συχνά ο περιορισμός του συναισθηματικού βιώματος και μια κάποια άρνηση της πάθησης λειτουργεί προστατευτικά για τους ασθενείς.

Υπό τη λογική αυτή, ενδεχομένως, δύναται να ερμηνευθεί και το εύρημα κατά το οποίο, υψηλότερα επίπεδα ΔΕΣ αυξάνουν το βαθμό της αρνητικής συνάφειας μεταξύ θετικού συναισθήματος και επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας. Δεδομένου ότι αυτή η διάσταση της αλεξιθυμίας προέκυψε πιο ασταθής χρονικά, θα μπορούσε κανείς να υποστηρίξει ότι υπό ένα καθεστώς κατά το οποίο το άτομο δυσκολεύεται να εκφράσει τα συναισθήματά του, η ύπαρξη περισσότερο θετικών συναισθημάτων καθίσταται ακόμα πιο σημαντική και επιφέρει μια κάποια μικρότερη επίπτωση της σωματικής επιβάρυνσης από την ΣΚΠ στη ζωή του, καθώς ίσως είναι τα αρνητικά συναισθήματα τα οποία δεν εκφράζονται που έχουν τις σοβαρότερες επιπτώσεις (Denollet et al. 2008· Gross, 2002· Gross & Thompson, 2007). Αυτή η ερμηνεία, εξάλλου δύναται να δεχθεί μεγαλύτερη εμβάθυνση, αν ληφθεί υπόψιν ότι παρόμοιας μορφής διαμεσολάβηση προέκυψε να έχει και η συνολική αλεξιθυμία. Πιθανώς το γεγονός ότι για αλεξιθυμικά άτομα το θετικό συναίσθημα φαίνεται να έχει μεγαλύτερη επίδραση επί της επίπτωσης της κινητικών συμπτωμάτων στη ζωή τους, μπορεί αποτελεί ένδειξη ότι η αποκοπή από το ενδοψυχικό βίωμα και ο μονήρης προσανατολισμός στον εξωτερικό κόσμο και την πραγματικότητα, όπως

συμβαίνει στην αλεξιθυμία (Chalah & Ayache, 2017· Taylor, 1999, 2004, 2010· Taylor & Bagby, 2013), μπορεί να λειτουργήσουν ως επιτυχής άμυνα έναντι των επιπτώσεων της πάθησης, όπως υποστηρίζεται από ορισμένες κλινικές παρατηρήσεις σε σχέση με την ΣΚΠ και άλλες χρόνιες παθήσεις (Chalah & Ayache, 2017· Fonagy et al. 2004· Krystal, 1988· McDougall, 1996/2002· Muston, 2017· Taylor et al. 1999), αν κανείς δύναται να συνδεθεί με καταστάσεις, γεγονότα, πρόσωπα κ.λπ. τα οποία εξωγενώς του προκαλούν θετικά συναισθήματα.

Αναφορικά, τέλος, με το άγχος ως διαμεσολαβητή, προέκυψε ότι για υψηλότερα επίπεδα του, η προστατευτική λειτουργία του θετικού συναισθήματος επί των επιπτώσεων των συμπτωμάτων κινητικότητας αυξάνεται. Ως ερμηνεία του εν λόγω ευρήματος θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η σημασία του θετικού συναισθήματος αυξάνεται ακόμα περισσότερο όταν το άτομο βιώνει υψηλό άγχος. Όπως έχει παρατηρηθεί και σε άλλες έρευνες, το θετικό συναίσθημα, πράγματι δρα προστατευτικά όσον αφορά στις επιπτώσεις του άγχους και της κατάθλιψης (Black & Dorstyn, 2015· Dubayova et al. 2013· Farb et al. 2014· Labiano-Fontcuberta et al. 2015· Laing et al. 2014· Löffler et al. 2016· Pagnini et al. 2014). Έτσι πιθανώς η σημασία του αποκτά ακόμα μεγαλύτερη βαρύτητα όταν υπάρχει υψηλό άγχος ή και κάποια αγχώδης διαταραχή, ακόμα, καθώς είναι γνωστό ότι τα αρνητικά συναισθηματικά βιώματα δεν αποκλείουν την ύπαρξη των θετικών (Denollet et al. 2008· Farb et al. 2013· Gross, 2002· Gross & Thompson, 2007· Watson & Clark, 1994), και κατά συνέπεια, δύνανται να λειτουργούν και ανταγωνιστικά, τρόπον τινά, ως προς τις συνέπειές τους.

### 3.3.4 Πρόβλεψη της επίπτωσης των συμπτωμάτων κόπωσης

Όσον αφορά τη διαμεσολάβηση στη συσχέτιση του θετικού συναισθήματος με την επίπτωση της κόπωσης, προέκυψε, όπως και στις άλλες περιπτώσεις, ότι η αρνητική συσχέτιση των προαναφερθεισών μεταβλητών είναι μεγαλύτερου βαθμού όσο πιο πρόσφατη είναι η διάγνωση της ΣΚΠ. Όπως έχει ήδη αναπτυχθεί, φαίνεται ότι το θετικό συναίσθημα λειτουργεί προστατευτικά ως προς την επίπτωση της κόπωσης όταν η διάγνωση είναι πρόσφατη, και κατά πάσα πιθανότητα είναι και πιο πρόσφατη κάποια ώση (Κίτσος, 2014· Lublin, 2005· Milo & Miller, 2014· Nicholas & Rashid, 2013), κάτι που υπογραμμίζει και τη σημασία μιας πιο δυναμικής και αισιόδοξης αντιμετώπισης της πάθησης (Barker-Collo et al. 2006· Black & Dorstyn, 2015· Del Puente, Mahamid & Bragazzi, 2012· Dennison et al. 2009· Eklund & MacDonald, 1991· Evers, Kraaimaat, van Lankveld et al. 2001· Isaksson & Ahlstrom, 2006· Jansen et al 2013· Klauer et al. 2007· Mohr et al. 1999a). Ενδεχομένως, συν τω χρόνω, και με τη συνεισφορά της φαρμακευτικής αγωγής, το άτομο προσαρμόζεται στην πάθηση, οπότε η επίδραση του θετικού συναισθήματος μειώνεται, χωρίς βεβαίως να εξαλείφεται.

Παρόμοια με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας, και για τη συσχέτιση του θετικού συναισθήματος με την επίπτωση της κόπωσης, προέκυψε ότι υψηλότερα επίπεδα άγχους συνδέονται με μεγαλύτερου βαθμού αρνητική συνάφεια μεταξύ των δύο υπό συζήτηση μεταβλητών του 1ου επιπέδου. Θα μπορούσε, κατά συνέπεια, να υποστηριχθεί ότι εν γένει για την επίπτωση των συμπτωμάτων της ΣΚΠ, υπό καθεστώς άγχους αυξάνεται η σημασία του θετικού συναισθήματος το οποίο ελαττώνει την επίπτωση της κόπωσης και ενδεχομένως μειώνει την επίπτωση του άγχους αλλά και προστατεύει από την ύπαρξη κατάθλιψης η οποία, συνδυαστικά με το άγχος επιφέρει σοβαρότατη επιβάρυνση στη ζωή των πασχόντων (Dubayona et al.



2013· Farb et al. 2014· Gay et al. 2017· Labiano-Fontcuberta et al. 2015· Laing et al. 2014· Löffler et al. 2016· Pagnini et al. 2014· Prakash et al. 2019).

Ανάλογη με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας ήταν και η διαμεσολάβηση του δείκτη RFS-S στη συσχέτιση του θετικού συναισθήματος με την επίπτωση της κόπωσης. Συγκεκριμένα, προέκυψε ότι μολονότι χαμηλά επίπεδα του RFS-S προβλέπουν μεγαλύτερη επίπτωση της κόπωσης, ταυτόχρονα επιφέρουν υψηλότερου βαθμού αρνητική συνάφεια μεταξύ θετικού συναισθήματος και επίπτωσης της κόπωσης. Και για αυτή την περίπτωση, μπορεί κανείς να υποθέσει ότι υπό ένα καθεστώς περιορισμένου εύρους συναισθηματικό βίωμα, όταν προεξάρχει το θετικό συναίσθημα, η επίπτωση της κόπωσης είναι μικρότερη (Barker-Collo et al. 2006· Dennison et al. 2009· Denollet et al. 2008· Dubayova et al. 2013· Evers et al. 2001· Farb et al. 2013· Gross, 2002· Isaksson & Ahlstrom, 2006· Jansen et al 2013· Klauer et al. 2007· Löffler et al. 2016· Mohr et al. 1999a· Pagnini et al. 2014). Άλλωστε, πιθανώς πρόκειται για ένα ακόμη παράδειγμα όπου η άρνηση της πάθησης, μέσα από τον περιορισμό της σύνδεσης με το ψυχικό βίωμα (McDougall, 1996/2002· Muston, 2017), και ο προσανατολισμός σε θετικά ερεθίσματα πιθανώς εξωτερικής προέλευσης, καθιστούν τις επιπτώσεις της πιο υποφερτές (Chalah & Ayache, 2017). Ίσως άλλωστε πρόκειται και για μια νύξη της επίδρασης των μανιακού τύπου αμυνών (Klein, 1946) σε σχέση με την απώλεια που επιφέρει η ΣΚΠ (Segal, 1996, 2007· Muston, 2017), χάρη στις οποίες το υποκείμενο μπορεί να συνεχίσει να διασώζει, έστω και με ψυχικό κόστος, την ψυχική του ισορροπία.

Υπό το πρίσμα αυτό, μπορεί κανείς εξάλλου να ερμηνεύσει και τη διαμεσολάβηση του δείκτη SumC' στην υπό συζήτηση συσχέτιση. Πιο συγκεκριμένα, προέκυψε ότι καίτοι υψηλά επίπεδα του SumC' προβλέπουν μεγαλύτερη επίπτωση της κόπωσης, υψηλά επίπεδα του εν λόγω δείκτη επίσης προβλέπουν μεγαλύτερου

βαθμού αρνητική συσχέτιση μεταξύ θετικού συναισθήματος και επίπτωσης της κόπωσης. Η διαμεσολάβηση του υπό συζήτηση δείκτη είναι πιθανώς αναμενόμενο να προκύψει μόνο για την επίπτωση της κόπωσης καθώς, ο SumC', αφορά τη διαχείριση του συναισθήματος (Exner, 2003· Χατήρα, 2005) και ο παράγων της κόπωσης του MSSID αποτιμά ακριβώς τη γνωστική και ψυχοσυναισθηματική κυρίως επίπτωση της ΣΚΠ (Greenhalph et al. 2004). Σε κάθε περίπτωση, όπως και για το άγχος, προκύπτει ότι υπό ένα καθεστώς όπου υφίσταται με κάποια μεγαλύτερη περίσφιξη ή αποφυγή του αρνητικού βιώματος και συναισθήματος, το θετικό συναίσθημα αποκτά μεγαλύτερη βαρύτητα στη διαχείριση της κόπωσης από τους ασθενείς. Δεδομένου ότι, όπως έχει προαναφερθεί, το θετικό συναίσθημα δεν είναι αμοιβαίως αποκλειόμενο από το αρνητικό (Denollet et al. 2008· Farb et al. 2013· Gross, 2002· Gross & Thompson, 2007· Watson & Clark, 1994), δε θα πρέπει να διαφεύγει η σημασία του στη διαχείριση των επιπτώσεων της κόπωσης από τους ασθενείς, οι οποίοι με τη λογική αυτή ενδεχομένως δύνανται να τις διαχειριστούν εστιάζοντας σε καταστάσεις και εξωτερικά ερεθίσματα που τους προκαλούν ευχάριστα συναισθήματα, ακόμα και αν αυτό σημαίνει ότι αποφεύγουν την προσπέλαση του αρνητικού βιώματος που υφίστανται. Το τελευταίο υπενθυμίζεται ωστόσο ότι δε χάνει τη σημασία του καθώς, όπως έχει αναπτυχθεί προηγουμένως, επιβαρύνει την ίδια τη δραστηριότητα της πάθησης.

### 3.3.5 Πρόβλεψη της σχετιζόμενης με την ΣΚΠ ποιότητας ζωής

Αναφορικά με την ποιότητα ζωής, μόνο τα επίπεδα αναπηρίας προέκυψαν να διαμεσολαβούν σημαντικά στη συσχέτισή της με το θετικό συναίσθημα.

Συγκεκριμένα, όσο μικρότερη αναπηρία υφίσταται, τόσο περισσότερο υψηλότερο θετικό συναίσθημα προβλέπει καλλίτερη ποιότητα ζωής για τους ασθενείς, χωρίς

ωστόσο να εξαλείφεται σε καμμία περίπτωση η θετική συνεισφορά του θετικού συναισθήματος. Σύστοιχα και με άλλα σχετικά ευρήματα της παρούσας έρευνας, φαίνεται ότι όσο μικρότερη είναι η αναπηρία τόσο ο συναισθηματικός παράγοντας παίζει σημαντικότερο ρόλο. Αντίστροφα, δεδομένου ότι η ΣΚΠ είναι μια πάθηση της οποίας η επιπτώσεις μπορούν να επιφέρουν αναπηρία σε οποιοδήποτε επίπεδο (Chiaravalloti & DeLuca, 2008· Christodoulou et al. 2005· Costello et al. 2003· Mohr & Cox, 2001· Nicholas & Rashid, 2013· Poullos et al. 2013· West et al. 2007) περιορίζοντας έτσι αντικειμενικά την ποιότητα ζωής, υψηλότερα επίπεδα αναπηρίας θέτουν ένα αντικειμενικό θα έλεγε κανείς όριο στο βαθμό που το θετικό συναίσθημα να συνεισφέρει στην ποιότητα ζωής των πασχόντων.

#### **4. Συμπεράσματα – σύνοψη ευρημάτων**

##### *4.1 Επαλήθευση/απόρριψη ερευνητικών υποθέσεων και απάντηση ερευνητικών ερωτημάτων*

Συνοψίζοντας τη συζήτηση και δεδομένης της μεγάλης έκτασής της ένεκα του μεγάλου πλήθους των ευρημάτων και του σύνθετου χαρακτήρα της ερμηνείας αυτών, ακολουθεί η σύνοψή της διαρθρωμένη σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα και τις υποθέσεις που διατυπώθηκαν στην εισαγωγή της παρούσας εργασίας.

*Μεταβλητές 2ου επιπέδου.* Παρά την όποια επιφύλαξη εξαιτίας του μικρού δείγματος, προέκυψε ότι τόσο το άγχος, όσο και η κατάθλιψη παραμένουν σταθερά διαχρονικά, κάτι που είναι σύστοιχο με ευρήματα άλλων μελετών κατά τις οποίες το άγχος και η κατάθλιψη τείνουν να μη διαφοροποιούνται συν τω χρόνω (Feinstein, 2007, 2011· Janssens, et al. 2006· Korostil & Feinstein, 2007· Maier et al. 2015· Minden et al. 2014), εύρημα που υπογραμμίζει την σημασία του να δέχονται θεραπεία,

λαμβάνοντας υπόψιν τις σοβαρές τους επιπτώσεις στη ζωή των ασθενών (Gay et al. 201).

Παρομοίως η αλεξιθυμία, όπως αποτιμάται από την ΤΑΣ, δε διαφοροποιήθηκε διαχρονικά ως σύνολο καθώς επίσης και ως προς τις διαστάσεις της ΔΑΣ και του ΕΠΣ ενώ η ΔΕΣ μειώθηκε. Σε σχέση με την αλεξιθυμία συνολικά και τη ΔΑΣ, τα ευρήματα συμφωνούν με άλλων ερευνών και σε πάσχοντες από ΣΚΠ (Chahraoui et al. 2015· Chalah & Ayache, 2017). Σχετικά αναπάντεχο, λαμβάνοντας υπόψιν ερευνητικές ανασκοπήσεις (Chahraoui et al. 2015· Chalah & Ayache, 2017· Tsaousis et al. 2010), ήταν ότι δε διαφοροποιήθηκε ο ΕΠΣ, ο οποίος τείνει να είναι πιο ευμετάβλητος. Με κάθε επιφύλαξη και, λαμβάνοντας υπόψιν τη σημασία του εξωτερικού προσανατολισμού της σκέψης ως άμυνα, όπως προέκυψε στην παρούσα έρευνα, θα μπορούσε κανείς να υποθέσει ότι η σταθερότητά του αιτιάζεται στη συνεισφορά του στην καθημερινότητα των ασθενών. Επίσης, σχετικά αναπάντεχο ήταν το γεγονός ότι διαφοροποιήθηκε η ΔΕΣ, κάτι που μπορεί να ερμηνευθεί πιθανώς και από την ίδια την επίδραση της ερευνητικής διαδικασίας κατά την οποία οι συμμετέχοντες καλούνται συστηματικά να αναστοχάζονται και να καταγράφουν τα συναισθήματά τους.

*Κύριες επιδράσεις μεταβλητών 2ου επιπέδου.* Το άγχος προέβλεψε όλες τις διαστάσεις της επιβάρυνσης και των επιπτώσεων της ΣΚΠ, εύρημα που επιβεβαιώνει την τεκμηριωμένη φθοροποιό επίδρασή του στη ζωή των ασθενών (Briones-Buixassa et al. 2019· Dennison et al. 2009· Gay et al. 2017· McCartney Chalk, 2007· Mohr & Cox, 2001· Prakash et al. 2019· Sá, 2008) αλλά και ευρήματα κατά τα οποία ενδεχομένως το άγχος επιβαρύνει την ίδια τη δραστηριότητα της πάθησης (Burns et al. 2013· Brown et al. 2006a· Noy et al. 1995· Sá, 2008). Η ισχυρή του συνεισφορά στην πρόβλεψη της ποιότητας ζωής, υπογραμμίζει, όπως υποστηρίζεται και από

πολλές άλλες έρευνες, την εξέχουσα σημασία του για την καθημερινότητα των πασχόντων και την ανάγκη να προσφέρεται η απαραίτητη στήριξη και θεραπεία για αυτό (Feinstein, 2007· Janssens, Bujjevac, van Doorn et al. 2006· Korostil & Feinstein, 2007· Minden et al. 2014· Moore et al. 2012).

Παρομοίως, και η κατάθλιψη συσχετίστηκε σημαντικά και προέβλεψε όλες τις διαστάσεις επιβάρυνσης από την ΣΚΠ, όπως επίσης ήταν αναμενόμενο (Prakash et al. 2019). Η εξέχουσα σημασία της σε σχέση με την επίπτωση της δραστηριότητας της πάθησης υπογραμμίζει τη σημασία της στην καθημερινότητα των ασθενών καθώς η κατάθλιψη έχει προκύψει και από τους σημαντικότερους παράγοντες πρόβλεψης του ευ ζειν στην ΣΚΠ, ενίοτε και σημαντικότερος από την ίδια την αναπηρία (Amato, Ponziani, Rossi et al. 2001· Kern & Ziemssen, 2008· McCartney Chalk, 2007· Moore et al. 2006· Prakash et al. 2019· Skerrett & Moss-Morris, 2006· Viner et al. 2014).

Αναφορικά με την αλεξιθυμία, όπως αυτή αποτιμάται από την TAS, προέβλεψε όλες τις πλευρές της επιβάρυνσης από την ΣΚΠ, όπως προέβλεπε η ερευνητική υπόθεση. Το εύρημα αυτό είναι σημαντικό καθώς πέραν του ότι επικυρώνει τη σημασία της αλεξιθυμίας στην ΣΚΠ και τη ζωή των ασθενών (Bodini et al. 2007· Chahraoui et al. 2008· Chahraoui et al 2014· Chahraoui et al. 2015· Chalah & Ayache, 2017· Defier, 2001· Gay et al. 2010· Gleichgerrecht et al. 2015· Poulis et al 2018), προσθέτει ευρήματα σε σχέση με την ίδια τη δραστηριότητα της πάθησης καθώς η TAS έχει κατά κανόνα χρησιμοποιηθεί για να προβλέψει την ψυχοπαθολογία και την κόπωση στους ασθενείς αλλά όχι την ίδια τη σημειολογία της πάθησης (Chalah & Ayache, 2017), με εξαίρεση λίγα ευρήματα αναφορικά με τις υποτροπές (Chahraoui et al. 2015). Σε σχέση με τις επιμέρους διαστάσεις της κλίμακας, η ΔΑΣ, προέβλεψε επίσης όλες τις πλευρές επιβάρυνσης από την ΣΚΠ. Ιδιαίτερα σημαντικό και εννοιολογικά αλλά και ένεκα της πρωτοτυπίας του ως

εύρημα, ήταν ότι η ΔΑΣ παρέμεινε πολυπαραγοντικά ισχυρός παράγων πρόβλεψης για τα συμπτώματα κινητικότητας, κάτι που επικυρώνει ορισμένες ερευνητικές και τις κλινικές παρατηρήσεις της ψυχαναλυτικής ψυχοσωματικής (Chalah & Ayache, 2017· de Berardis et al 2014· Porcelli & Mihura, 2010· Taylor, 2004· 2010· Taylor & Bagby, 2013· Zepf, 2014) κατά τις οποίες η αλεξιθυμία, στο μέτρο που το συναίσθημα παραμένει μόνο στο σωματικό του πόλο και δε ψυχοποιείται ώστε να τύχει της ανάλογης διαχείρισης, επιβαρύνει το σώμα και δη όταν υπάρχει ήδη μια ασθένεια ώστε εκεί να εντοπίζεται και μεγαλύτερη ενδοτικότητα εκφόρτισης της διέγερσης. Η ΔΕΣ προέβλεψε την επίπτωση των συμπτωμάτων της ΣΚΠ και την ποιότητα ζωής. Με την όποια επιφύλαξη, στο μέτρο που αυτή διαφοροποιήθηκε διαχρονικά, μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι η έκφραση του συναισθήματος είναι εξέχουσας σημασίας για τη διαχείριση των επιπτώσεων της πάθησης και στην ποιότητα ζωής καθώς αυτή εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη διαπροσωπική στήριξη που το άτομο λαμβάνει ή είναι εν γένει σε θέση να λάβει, επικοινωνώντας το βίωμά του (Bonovitz, 2010· Boschán, 2007· Denollet et al 2008· Gross, 2002). Ο ΕΠΣ επίσης προέβλεψε την επίπτωση των συμπτωμάτων της ΣΚΠ και την ποιότητα ζωής, λειτουργώντας επιβαρυντικά και σημαίνοντας το ότι η διαχείριση των επιπτώσεων της πάθησης εξαρτάται από τη δυνατότητα ψυχικής επεξεργασίας αυτών και όχι μονήρους προσανατολισμού στην πραγματικότητα (Bouchard & Lecours, 2008· Green, 2010· McDougall, 1996/2002). Το γεγονός ότι δε σχετίστηκε με τα συμπτώματα της ΣΚΠ, μπορεί υποστηριχθεί ότι δεν επικυρώνει ορισμένα ερευνητικά ευρήματα, σύμφωνα με τα οποία αποτελεί τον μόνο παράγοντα της ΤΑΣ ο οποίος προέβλεψε υποτροπές (Chahraoui et al 2015).

Όσον αφορά στις διαστάσεις της συμβολοποίησης, όπως αυτές προκύπτουν από το RIT, τα ευρήματα ήταν ενδιαφέροντα και επί της ουσίας καινοτόμα και

πρωτότυπα. Εξέχουσα ήταν η επίδραση που προέκυψε να έχει ο δείκτης RFS-P, ήτοι η ισορροπία φαντασίας και πραγματικότητας, όπως αυτή επιτυγχάνεται από τη μεταβατική ψυχική λειτουργία. Σύμφωνα με την επίδραση αυτή, όταν επικρατεί η φαντασίωση, όπως και όταν υπάρχει κατάρρευση της φαντασιακής λειτουργίας υπέρ μιας νορμοπαθούς προσήλωσης στην πραγματικότητα, η δραστηριότητα της πάθησης είναι μεγαλύτερη. Το εύρημα αυτό είναι σημαντικό καθώς επικυρώνει παρατηρήσεις κυρίως της βρετανικής ψυχαναλυτικής παράδοσης αλλά και ερευνητικά ευρήματα κατά τα οποία η ισορροπία και ο 'διάλογος' ενδοψυχικής και εξωτερικής πραγματικότητας αποτελούν βασικό παράγοντα στην ομαλή ζωή του υποκειμένου (Fonagy & Target, 2003· Fonagy et al 2004· Ogden, 2004b· Tibon et al 2005· Winnicott 1949, 1971/1979). Από την άλλη, ο δείκτης RFS-S προέκυψε να προβλέπει την επίπτωση της πάθησης και την ποιότητα ζωής, υποδεικνύοντας ότι, πράγματι, η υγεία του ατόμου εξαρτάται από τη δυνατότητα και την ευελιξία να επιτυγχάνει ένα μεγάλο εύρος στο ψυχικό του βίωμα καθώς η επικράτηση μόνο μιας διάστασης της ψυχικής λειτουργίας δεν επιτρέπει την επεξεργασία των επιπτώσεων μιας πάθησης όπως η ΣΚΠ (Bronstein, 2011· Μαλίχιν & Κανελλοπούλου, 2009· Malichin, 2010· Press, 2016· Tibon et al 2005). Άλλη διάσταση της συμβολοποίησης που συνέβαλε ήταν ο δείκτης FC, που προέβλεψε περισσότερη κόπωση, ενδεχομένως επιβεβαιώνοντας το ότι ο μονήρης προσανατολισμός στην πραγματικότητα εξουθενώνει σωματικά το υποκείμενο (de Berardis et al 2014· Fischbein, 2011· Krystal, 1988· McDougall, 1996/2002). Ο SumC' προέβλεψε μεγαλύτερη επίπτωση της κόπωσης καθώς η καταστολή του συναισθηματικού βιώματος δεν επιτρέπει τη διαχείριση των ψυχονητικών επιπτώσεων της ΣΚΠ (Denollet et al 2008· Gross, 2002· Gross & Thompson, 2007· Taylor & Bagby, 2013).

Αναφορικά, τέλος, με σχετιζόμενες με την ΣΚΠ και άλλα δημογραφικά δεδομένα μεταβλητές, η αναπηρία προέβλεψε, όπως ήταν αναμενόμενο (McCabe & McKern, 2002· Mohr & Cox, 2001· Nicholas & Rashid, 2013), μεγαλύτερη επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας και χειρότερη ποιότητα ζωής. Από την άλλη, προέκυψε ότι η κόπωση τείνει να είναι μεγαλύτερη στην αρχή της πάθησης όταν δεν έχει λειτουργήσει ακόμα η αγωγή και δεν έχει προσαρμοστεί το άτομο σε αυτή (Chalah et al. 2019· Μπακαλίδου, 2014· Bakalidou et al 2014· Quallet et al. 2019).

*Κύριες επιδράσεις μεταβλητών Ιου επιπέδου.* Όσον αφορά στο στρες, αυτό προέβλεψε κατά στατιστικώς σημαντικό τρόπο όλες τις πλευρές της επιβάρυνσης της ΣΚΠ, τόσο σε επίπεδο δραστηριότητας πάθησης και συμπτωμάτων, όσο και επίπτωσής της και ποιότητας ζωής των ασθενών, όπως άλλωστε αναμενόταν βάσει της βιβλιογραφίας (Artemiadis et al. 2011· Artemiadis et al. 2012· Brown et al. 2006b· Burns et al. 2013· Burns et al. 2014· Karagkouni et al. 2013· Lovera & Reza, 2013· Mitsonis et al. 2008), με ιδιαίτερα ισχυρή επίδραση στην κόπωση και την ποιότητα ζωής. Εξαίρεση αποτέλεσε η περίπτωση της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας στη ζωή των ασθενών, όπου οι δύο μεταβλητές δε συσχετίστηκαν. Πιθανώς, όπως αναπτύχθηκε στη συζήτηση, η επίδραση του στρες επί της σωματικής επίπτωσης της ΣΚΠ κρίνεται από τις μεταβλητές που διαμεσολαβούν αυτής της σχέσης (de Berardis et al 2014· Lovera & Reza, 2013· Senders et al 2014b), ήτοι η επίπτωση των σωματικών προβλημάτων εξαρτάται από τους ψυχολογικούς παράγοντες και δη αυτούς της συμβολοποίησης που επιτρέπουν την αναπαράσταση του οργανισμού σε σώμα.

Το αρνητικό συναίσθημα επίσης συσχετίστηκε με όλες σχεδόν τις διαστάσεις της επιβάρυνσης και της δραστηριότητας της ΣΚΠ με εξέχουσα σημασία την επίπτωσή του στα συμπτώματα και την ποιότητα ζωής. Και σε αυτή την περίπτωση επιβεβαιώνεται η υπόθεση η οποία, βάσει πολλών ερευνών (Dennison et al. 2009·



Fenstein, 2007, 2011· Kern & Ziemssen, 2008· Kern & Ziemssen, 2008· Klauer et al 2007· Löffler et al 2016· Maier et al 2015), προβλέπει ότι το αρνητικό συναίσθημα και το καταθλιπτικό προφίλ που αυτό συνεπάγεται παίζει καθοριστικό ρόλο για την πορεία της ΣΚΠ και την ποιότητα ζωής των ασθενών. Και για το αρνητικό συναίσθημα δε σημειώθηκε στατιστικώς σημαντική συσχέτιση με την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας, εύρημα που, όπως και στην περίπτωση του στρες, υπογραμμίζει τη σημασία μεταξύ άλλων των ενδοψυχικών παραγόντων της ψυχοποίησης που καθορίζουν διαμεσολαβητικά τη σχέση αρνητικού συναισθήματος και σωματικών δυσκολιών (de Berardis et al 2014· Krystal, 1988· Smadja, 2010· Stora, 2007· Taylor, 2010).

Το θετικό συναίσθημα, τέλος, προέκυψε να λειτουργεί προστατευτικά ως προς την κόπωση, την επίπτωση των συμπτωμάτων της ΣΚΠ και την ποιότητα ζωής των ασθενών, επιβεβαιώνοντας εν μέρει τη σχετική ερευνητική υπόθεση και επικυρώνοντας σχετικές μελέτες (Artemiadis et al. 2012· Black & Dorstyn, 2015· Burns et al. 2014· Löffler et al 2016· Madan & Pakenham, 2014· Pagnini et al 2014· Senders et al. 2014a· Simpson et al. 2014) κατά τις οποίες το θετικό συναίσθημα παίζει σημαντικό ρόλο για την πρόγνωση των υπό μελέτη ασθενών.

*Κατεύθυνση αιτιότητας μεταβλητών 1<sup>ο</sup> επιπέδου.* Το στρες και το αρνητικό συναίσθημα, όπως αναμενόταν βάσει των αντίστοιχων ερευνητικών υποθέσεων, σημείωσαν κυκλικής μορφής συσχέτιση με τις εξαρτημένες μεταβλητές με τις οποίες συσχετίστηκαν σημαντικά. Συνεπώς, όπως αναμενόταν, η πάθηση και το ψυχοσυναισθηματικό βίωμα λειτουργούν αλληλοτροφοδοτικά (Artemiadis et al 2011· Brown et al 2009· Maier et al 2015). Από την άλλη, ενδιαφέροντα ευρήματα προέκυψαν αναφορικά με το θετικό συναίσθημα. Σύστοιχα με το στρες και το αρνητικό συναίσθημα, προέκυψε και για αυτό κυκλικής κατεύθυνσης συσχέτιση. Σε

σχέση με την κινητικότητα ωστόσο, προέκυψε να αποτελεί αποτέλεσμά της αλλά από την άλλη αίτιο ως προς την επίπτωσή της. Με άλλα λόγια, η σωματική επιβάρυνση της ΣΚΠ μειώνει το θετικό συναίσθημα αλλά η επίπτωσή της μειώνεται από αυτό. Το εύρημα αυτό ενδεχομένως σημαίνει ότι, ειδικά στην έναρξη της πάθησης, το θετικό συναίσθημα εξαρτάται από το πόσο θα επηρεαστεί η κινητικότητα του ασθενούς αλλά η ύπαρξή του θα καθορίσει το τι επίπτωση θα έχει αυτή η επιβάρυνση στη ζωή του.

Υπενθυμίζεται, εντούτοις, ότι οι προαναφερθείσες συσχετίσεις θα πρέπει να ληφθούν υπόψιν με κάποια επιφύλαξη καθώς, όπως παρουσιάστηκε προηγουμένως αλλά και θα ανακεφαλαιωθεί συνοπτικά ακολούθως, είναι τόσες οι αλληλεπιδράσεις των ανεξάρτητων μεταβλητών του 1ου με το 2ο επίπεδο ως προς την πρόβλεψη των εξαρτημένων που θα ήταν έως και παραπλανητικό να μη λαμβάνονται υπόψιν στην ερμηνεία των προαναφερθεισών συσχετίσεων.

*Αλληλεπιδράσεις μεταβλητών 1ου και 2ου επιπέδου.* Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι ενώ οι περισσότερες διαστάσεις της συμβολοποίησης, όπως αποτιμούνται από το RIT και με εξαίρεση τις RFS-P και PFS-S που εκτιμούν σύνθετα τη φαντασιακή λειτουργία, δε συσχετίστηκαν άμεσα με τις εξαρτημένες μεταβλητές, μολαταύτα συνεισέφεραν στη διαμεσολάβηση της επίδρασης που ασκούν οι ανεξάρτητες μεταβλητές του 1ου επιπέδου. Όπως θα προκύψει από την ακόλουθη περίληψη, επιβεβαιώνονται οι υποθέσεις ότι η ψυχοποίηση είναι βασικός παράγων που επιβαρύνει ή προστατεύει από την επίδραση του στρες και του συναισθήματος. Το ότι οι μεταβλητές του RIT δρουν κατά κανόνα διαμεσολαβητικά, ίσως εξηγείται βάσει του ότι η προβολική φύση της δοκιμασίας αποτιμά διεργασίες που είναι ασυνείδητες και μάλλον μη εντοπίσιμες από ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς και πρόκειται ακριβώς για αυτές τις ασυνείδητες διαστάσεις της ψυχικής λειτουργίας που

διαμεσολαβούν στην ψυχική επεξεργασία της συναισθηματικής διέγερσης. Άλλωστε, αυτό το εύρημα επιβεβαιώνει τη σύσταση η αλεξιθυμία να αποτιμάται πολυμεθοδολογικά (Chahraoui et al. 2015· Goerlich-Dobre et al 2015· de Tychey et al. 2010· Porcelli & Mihura, 2010· Taylor & Bagby, 2013).

Αναλυτικότερα, όσον αφορά στο στρες, η επίδρασή του στη δραστηριότητα της ΣΚΠ είναι μικρότερη όσο μεγαλύτερη είναι η αναπηρία, καθώς υψηλότερα επίπεδα αναπηρίας συνεπάγονται μια παγιωμένη κατάσταση η οποία δεν είναι επηρεάσιμη από το στρες. Η επίδραση του στρες είναι μεγαλύτερη άλλωστε στην κινητικότητα των ασθενών όσο πιο πρόσφατη είναι η διάγνωση καθώς τότε είναι και περισσότερο αβέβαιη η πορεία και οι αλλαγές στη ζωή που η ΣΚΠ θα επιφέρει (Artemiadis et al 2011· Hakim et al 2000· Mohr and Cox, 2001· Mullins et al 2001). Η αλεξιθυμία σε επίπεδο αυτοαναφοράς καθιστά την επίπτωση στους στρες στα συμπτώματα κινητικότητας μεγαλύτερη (de Berardis et al 2014· Chalah & Ayache, 2017· Stora 2007) ενώ ο ΕΠΣ τη μειώνει, εύρημα σύμφωνο με την ψυχαναλυτική θεωρία και ορισμένες ερευνητικές ενδείξεις, κατά τα οποία προβλέπεται ότι η νορμοπάθεια είναι περισσότερο αποτέλεσμα άμυνας της αδυναμίας διαχείρισης ενδοψυχικών συγκρούσεων και των φαντασιώσεων που αυτές εγείρουν (Bronstein, 2011· Chalah & Ayache, 2017· McDougall, 1996/2002). Ταυτόχρονα, δεδομένου ότι ο ΕΠΣ αποτελεί παράγοντα της αλεξιθυμίας και προκύπτει ότι έχουν αντίστροφη διαμεσολάβηση, ενδεχομένως σημαίνει ότι οι διαστάσεις της ΤΑΣ θα πρέπει να αποτιμώνται χωριστά. Τέλος, για άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, η επίδραση του στρες στην κόπωση είναι μεγαλύτερη καθώς, δεδομένης της προϊούσας πορείας της ΣΚΠ (Costello et al. 2003· Feinstein, 2007· Lassmann, 2013· Lucchinetti, Bruck, & Noseworthy, 2001), σε μεγαλύτερη ηλικία αυξάνεται τόσο η κόπωση όσο και η ανασφάλεια που αισθάνεται το άτομο. Η χρηστική σκέψη επίσης αυξάνει την

επίδραση του στρες στην κόπωση καθώς δεν επιτρέπει την επεξεργασία του και την ψυχική του εκφόρτιση (Bronstein, 2011· Smadja, 2010, 2011· Stora, 2007), με αποτέλεσμα αυτό να εξουθενώνει τη σωματική ζωτικότητα.

Το άγχος αυξάνει την επιβαρυντική επίδραση του στρες στην επίπτωση της ΣΚΠ στη ζωή των ασθενών, καθώς μια οξεία κατάσταση άγχους, δεν επιτρέπει στο άτομο να διαχειριστεί το στρες ή και το καθιστά πιο ευάλωτο σε αυτό (Briones-Buixassa et al. 2019· Dennison et al 2009· Giordano et al. 2011· Klauer et al. 2007· Richards et al 2004· Sá, 2008). Επιπροσθέτως, η αναλυτική σκέψη που συμπεριλαμβάνει συναίσθημα και φαντασία επίσης επαυξάνει την επίδραση του στρες ενώ αντίστροφα, η χρηστική σκέψη μειώνει την επίδρασή του. Όπως προκύπτει, με άλλα λόγια, η χρηστική και προσανατολισμένη στην εξωτερική πραγματικότητα σκέψη, καίτοι επιβαρύνει την υγεία των ασθενών, όπως αναπτύχθηκε προηγουμένως, προστατεύει τουλάχιστον βραχυπρόθεσμα από την συναίσθηση της επίπτωσής της επί της καθημερινής ζωής, σε σύγκριση με μια συνεχή ενδοσκοπική ενασχόληση (Muston, 2017· Segal, 1996, 2007). Η αλεξιθυμία σε επίπεδο αυτοαναφοράς αυξάνει την επίδραση του στρες στην επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας, κάτι που πιθανώς ερμηνεύεται από το γεγονός ότι σε επίπεδο αυτοαναφοράς, πιθανώς αναφέρεται κανείς σε μάλλον προσυνειδητές καταστάσεις εμπειρίας, των οποίων η ανεπάρκεια ευοδώνει τη σωματική επιβάρυνση και τη διαχείριση των σωματικών προβλημάτων εν γένει (Green, 2010· Νικολαΐδης, 1992, 2005· Smadja, 2011). Από την άλλη, η αλεξιθυμία σε πιο ασυνείδητο επίπεδο φαίνεται ότι μειώνει την επίδρασή του επί την επίπτωση της κόπωσης, όπως και η χρηστική, κοινωνικά κομφορμιστική και χωρίς φαντασία σκέψη, καθώς η φαντασία, έλκοντας καταδιωκτικές φαντασιώσεις (Ayache & Chalah, 2018· Bronstein, 2010· Κανελλοπούλου, 2000· McDougall, 1974, 1996/2002· Muston, 2017), αυξάνει την

επίδρασή του. Για μάλλον κοινωνικούς λόγους, τέλος, η επίδραση του στρες στην ποιότητα ζωής είναι μεγαλύτερη για τις γυναίκες.

Όσον αφορά στο αρνητικό συναίσθημα, μικρότερη δυνατότητα ψυχοποίησης, περισσότερη χρηστική σκέψη και εύρος φαντασιακής ζωής αυξάνουν την επίδρασή του στα κινητικά συμπτώματα μιας και ένα αλεξιθυμικό καθεστώς ψυχικής λειτουργίας, σκέψη χωρίς σύνδεση με την ενδοψυχική εμπειρία και επικράτηση του φαντασιακού με μάλλον καταδιωκτικό χαρακτήρα εν τοιαύτη περιπτώσει, δεν επιτρέπουν την επεξεργασία του αρνητικού συναισθήματος και την ψυχοποίησή του με αποτέλεσμα αυτό να επιδρά επιβαρυντικά στο σώμα, το οποίο, δεδομένης της πάθησης, έχει καταστεί ενδοτικό (Rappoport de Aisemberg, 2010· Aisenstein, 2010· Bronstein, 2011· Μαλίχιν & Κανελλοπούλου, 2009· McDougall, 1996/2002· Muston, 2017· Smadja 2001/2009, 2010· Taylor, 2010). Αντίστροφα σχεδόν ωστόσο με τη διαμεσολάβηση στην επίδραση του αρνητικού συναισθήματος στην κινητικότητα, έλλειψη επίγνωσης του συναισθηματικού βιώματος, και εξωτερικά προσανατολισμένος κοινωνικά κομφορμιστικός τρόπος σκέψης, μειώνουν τη βλαπτική του επίδραση στην κόπωση. Πιθανώς εδώ υπάρχει μια τάση επιβεβαίωσης της θεωρίας κατά την οποία το υποκείμενο, ενώπιον οδυνηρού συναισθηματικού βιώματος, έχει ως ασυνείδητη προτεραιότητα τη διάσωση της ψυχικής του συνοχής, ενδεχομένως εις βάρος της σωματικής του ακεραιότητας (Fischbein, 2011· McDougall, 1989, 1996/2002· Winnicott, 1949, 1986). Κατά συνέπεια η αναστολή της ψυχοποίησης και μια πιο αλεξιθυμική ψυχική λειτουργία ανακόπτει την επιβλαβή δράση του αρνητικού συναισθήματος επί της ψυχονοητικής κατάστασης των ασθενών αλλά επιβαρύνει τη σωματική. Θα μπορούσε μάλιστα να υποστηριχθεί ότι το προαναφερθέν εύρημα, ήτοι ότι η αλεξιθυμία και η αναστολή της ψυχοποίησης προστατεύει την καθημερινότητα και την ψυχονοητική κατάσταση

του υποκειμένου εις βάρος της σωματικής, γίνεται ακόμα πιο σαφές στις αλληλεπιδράσεις του αρνητικού συναισθήματος με σχετιζόμενες με τη συμβολοποίηση μεταβλητές ως προς την πρόβλεψη της επίπτωσης της ΣΚΠ στη ζωή των ασθενών.

Αναλυτικότερα, η επιβάρυνση του αρνητικού συναισθήματος στην επίπτωση της ΣΚΠ στη ζωή των ασθενών είναι μεγαλύτερη όταν ο ασθενής είναι αντιμέτωπος πιο πρόσφατα με τη διάγνωση, οπότε δεν έχει ακόμα προσαρμοστεί σε αυτή και δεν έχει προχωρήσει στη βέλτιστη για αυτόν φαρμακευτική αγωγή ενώ, ταυτόχρονα, η αναπηρία δεν έχει ακόμα παγιωθεί. Η επιβάρυνση του αρνητικού συναισθήματος είναι επίσης μεγαλύτερη όταν υπάρχει συνειδητή αποφυγή ή καταστολή του αρνητικού συναισθήματος ή προσπάθεια να το διαχειρισθεί κανείς μέσω της φαντασίας και αναλυτικής σκέψης. Με άλλα λόγια, πιθανώς υπό το τραύμα της πάθησης και της αγωνίας που επιφέρει (Dennison et al 2009· Evers et al 2001· LaRocca et al 1993· Malichin, 2010· Mohr & Cox, 2001· Mullins et al 2001· Muston, 2017· Pagnini et al 2014· Segal, 1996, 2007), η καταστολή της δυσφορίας κάνει την επίδραση του αρνητικού συναισθήματος μεγαλύτερη (Beeney & Arnett, 2008· Denollet et al 2008· Gay et al. 2010· Kirchner & Lara, 2011· Maier et al. 2015) ή επίσης, καθώς το άρρωστο σώμα εκλύει και έλκει καταδιωκτικές φαντασιώσεις (Bronstein, 2010· Κανελλοπούλου, 2000· Μαλίχιν & Κανελλοπούλου, 2009· McDougall, 1989, 1996/2002), η προσπάθεια νοητικής επεξεργασίας επηρεάζεται από την εν λόγω φαντασιωτική δραστηριότητα και το επαυξάνει. Ίσως εδώ παίζει σημαντικό ρόλο η διαπροσωπική διαχείριση της κατάστασης (Beeney & Arnett, 2008· Boschan, 2007· Chalah & Ayache, 2017· Dennison et al 2009· Gay et al. 2010· Kirchner & Lara, 2011), καθώς η επίδραση του αρνητικού συναισθήματος στην επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας αυξάνεται όταν υπάρχει δυσκολία να

εκφραστεί αυτό. Αναφορικά με την επίπτωση της κόπωσης, η επιβάρυνση εκ μέρους του συναισθήματος, όπως και στις προηγούμενες περιπτώσεις, αυξάνεται από την ύπαρξη άγχους και πλούσιας φαντασιακής δραστηριότητας. Αντίστροφα, η επίδρασή του μειώνεται όταν η φαντασιακή δραστηριότητα καταστέλλεται υπέρ ενός πιο χρηστικού, απλοϊκού και μάλλον κοινωνικά κομφορμιστικού τρόπου ζωής και σκέψης. Απαντάται, με άλλα λόγια το ίδιο μοτίβο προστατευτικής λειτουργίας μέσα από την υιοθέτηση μιας χρηστικής ζωής (Aisenstein, 2006· Marty, 1976· Μπόμπος, 2007).

Όσον αφορά στο θετικό συναίσθημα, αυτό είναι μάλλον λιγότερο όταν στην αρχή της πάθησης υπάρχει μεγαλύτερη έκπτωση της κινητικότητας του ασθενούς, κάτι δηλαδή που πέραν αμφισβήτησης θα λειτουργούσε με καταπονητικό τρόπο στους νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς (Barker-Collo et al 2006· Isaksson & Ahlstrom, 2006· Klevan et al. 2013). Αυτό έχει σημασία καθώς στους άλλους τομείς ο ρόλος του είναι σημαντικός δεδομένου ότι λειτουργεί προστατευτικά (Denollet, Nyklicek & Vingerhoets, 2008· Farb, Anderson & Segal, 2013· Gross, 2002· Gross & Thompson, 2007· Löffler et al. 2016· Pagnini et al. 2014). Συνεπώς, η χρηστική σκέψη και εν γένει η αλεξιθυμία, παγώνοντας τρόπον τινά τη συναισθηματική δραστηριότητα (de Berardis et al 2014· Samdja 2001/209, 2010· Taylor & Bagby, 2013· Χριστοπούλου, 2008), εμποδίζει και την προστατευτική δράση του θετικού συναισθήματος έναντι της κόπωσης που επιφέρει η ΣΚΠ. Ενδιαφέρον έχει επίσης ότι το θετικό συναισθηματικό βίωμα μειώνει περισσότερο την επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας, ήτοι αποκτά ακόμα σημαντικότερο ρόλο, όσο περισσότερο το άτομο βιώνει συμπτώματα άγχους και δυσκολεύεται να εκφράσει τα συναισθήματά του. Τέλος τα οφέλη του θετικού συναισθήματος στην ποιότητα ζωής, όπως θα ήταν αναμενόμενο, μειώνονται

όταν η αναπηρία που επιφέρει η ΣΚΠ είναι μεγαλύτερη (Dennison et al. 2009· Klauer et al. 2007· Klevan et al. 2013· Pagnini et al. 2014· Sá, 2008).

#### 4.2 Σύνοψη συμπερασμάτων

Όπως προέκυψε από την προηγούμενη ενότητα, οι ερευνητικές υποθέσεις απαντήθηκαν ως επί το πλείστον προς την κατεύθυνση στην οποία ήταν αναμενόμενο. Μολονότι υπάρχουν ορισμένες μελέτες, οι οποίες χρησιμοποίησαν το RIT ή και την TAS προκειμένου να διερευνήσουν πλευρές της ψυχοσωματικής από ψυχαναλυτική σκοπιά (Clerici et al 1992· de Tychey et al 2010· Porcelli & Mihura, 2010· Taylor, 2004· Taylor & Bagby, 2013· Tibon et al 2005), τα ευρήματα αυτής της έρευνας μπορούν να θεωρηθούν σημαντικά καθώς διερευνούν τις βασικές θέσεις της ψυχαναλυτικής ψυχοσωματικής εμπειρικά, με διαχρονική σκοπιά και την επιβεβαιώνουν σε μεγάλο βαθμό συνεισφέροντας έτσι στην κατανόηση της διαπλοκής ψυχισμού και σώματος και προσθέτοντας ενδεχομένως πληροφορίες που δύναται να επιφέρουν περαιτέρω ερωτήματα προς διερεύνηση αλλά και ορισμένες κατευθύνσεις σε επίπεδο κλινικής παρέμβασης. Μέσα από μια μεθοδολογία η οποία επιτρέπει να διερευνηθούν με σύνθετο τρόπο οι σχέσεις των υπό μελέτη μεταβλητών καθώς επίσης να ληφθεί υπόψιν και ο παράγον του χρόνου, κατέστη δυνατόν να εξαχθούν σύνθετα μάλλον συμπεράσματα και πιθανότατα πολλά νέα ερωτήματα. Συνεπώς, ίσως το βασικότερο γενικό συμπέρασμα είναι ότι στην ψυχοσωματική δε θα πρέπει να αναμένονται γραμμικές και μονόδρομες συσχετίσεις μεταξύ ψυχολογικών και οργανικών παραγόντων. Εντός ενός πλήθους παραγόντων υφίσταται μια δυναμική αλληλεπίδραση συναισθήματος, ψυχισμού, οργανισμού και σώματος κατά την οποία επέρχεται μια ισορροπία για το υποκείμενο καίτοι με παράδοξο ενίοτε



τρόπο (McDougall, 1996/2002· Smadja, 2001/2009· Taylor, 2002), αν προσεγγίσει κανείς τα υπό συζήτηση φαινόμενα επιφανειακά. Μολονότι δεν ήταν αυτός ο σκοπός της έρευνας, προκύπτει ότι πιθανώς δεν μπορούμε να μιλάμε για δομικά ελλείμματα στον ανθρώπινο ψυχισμό αλλά μάλλον για δυναμικές ισορροπίες οι οποίες, όπως υποστηρίζεται από αρκετούς ψυχαναλυτές (Bronstein, 2010, 2011· Lombardi, 2018· Malichin, 2010· McDougall, 1996/2002· Press, 2016) έχουν ως βασικό υπόβαθρο τη διάσωση της συνοχής του εαυτού και της αίσθησης του καθημερινού βιώματος ακόμα και αν αυτό θα ήταν εις βάρος της σωματικής υγείας. Εν όψει μιας κατάρρευσης του σώματος, μιας επικράτησης του Πραγματικού (Himes, 2005· Lacan, 1973/1975· Nasio, 1992/2016), φαίνεται ότι πρώτο μέλημα του υποκειμένου είναι η ψυχική του επιβίωση και όχι τόσο η σωματική. Έτσι προκύπτει εν προκειμένω για την ΣΚΠ, ότι υπάρχουν γενικοί επιβαρυντικοί παράγοντες τόσο για την ίδια τη δραστηριότητα της πάθησης όσο και για την καθημερινή ζωή των ασθενών αλλά ταυτόχρονα, ενώ κάποιοι παράγοντες δρούν επιβαρυντικά ως προς τα συμπτώματα της πάθησης, μειώνουν τη δυσφορία που προκαλεί αυτή ή την φθοροποιό δράση του στρες και αρνητικού συναισθήματος, τα οποία καθαυτό έχουν επιβαρυντική δράση. Πιθανώς, βασικός παράγων διαχείρισης μιας μαζικής προσβολής του σώματος από μια αυτοάνοση διεργασία, ήτοι από τη φαντασίωση ότι το σώμα καταστρέφει τον εαυτό του με μη προβλέψιμο τρόπο, είναι η αποσύνδεση από την ίδια αυτή την κατάσταση, η αντιμετώπιση του σώματος μόνο στην οργανική του βάση και ο προσανατολισμός προς τον εξωτερικό κόσμο προς αναζήτηση ερεισμάτων.

*Δραστηριότητα της ΣΚΠ.* Αναλυτικότερα, σε σχέση με τη συνολική δραστηριότητα της πάθησης σε επίπεδο συμπτωμάτων, το άγχος και η κατάθλιψη αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες πιθανώς μέσα από την ίδια την ψυχονευροανατομολογική τους δράση αλλά και τις επιπτώσεις στη συμπεριφορά του ατόμου το οποίο τείνει

εξαιτίας αυτών να μην κινητοποιείται (Fava et al 2010· Gay et al. 2017· McCabe et al 2004· Mohr & Cox, 2001· Pagnini et al. 2014· Prakash et al. 2019· Sá, 2008). Η δε δυσκολία να είναι σε επαφή με το συναισθηματικό του βίωμα και να δύναται να το συμβολοποιεί, αποξενώνοντάς το από το σωματικό βίωμα και την ψυχική διαχείριση των οργανικών λειτουργιών (Aisenstein, 2010· Bronstein, 2010, 2011· Press, 2016· Stora, 2007· Taylor, 2010· Χριστοπούλου, 2008), επιτρέπει στην πάθηση να συνεχίζει να δρα και μάλλον την επαυξάνει καθώς αποτυγχάνεται η επίτευξη μιας σωματοψυχικής ομοιόστασης, η οποία ως γνωστόν, επιτυγχάνεται βιοψυχοκοινωνικά (Del Puente et al 2012· Καραδήμας, 2005· Mohr & Cox, 2001· Taylor, 2002).

Σημαντικό εύρημα, δεδομένου ότι δεν έχει διερευνηθεί ξανά εμπειρικά με ποσοτική προσέγγιση, είναι ο ρόλος της φαντασίωσης. Η φαντασιακή δραστηριότητα αποτελεί αναπόσπαστη διάσταση της ψυχικής λειτουργίας, συνεισφέροντας στη νοηματοδότηση του βιώματος και την αυτορρύθμιση καθώς και σε έναν διάλογο του ενδοψυχικού με το σώμα και τον έξω κόσμο (Fonagy et al 2004· Lacan, 1973/1975· Magnerat, 2016· McDougall, 1991· Taylor, 1987/1999· Tibon et al 2005· Winnicott, 1971/1979). Κατά συνέπεια, όταν η φαντασίωση λειτουργεί σε αυτό το επίπεδο, δρα μάλλον προστατευτικά. Για τους ασθενείς οι οποίοι αδυνατούν να φαντασιώσουν ή καταστέλλουν αυτή τη διάσταση της ψυχικής τους λειτουργίας η πάθηση φαίνεται να παίρνει πιο επιθετικό χαρακτήρα. Παρομοίως, για τις περιπτώσεις όπου η φαντασίωση επικρατεί εις βάρος των πραγματικών καταστάσεων και δεδομένων, τροφοδοτούμενη μάλλον από τον καταδιωκτικό χαρακτήρα που έχει η πάθηση αλλά πιθανότατα και από την ίδια την υποκειμενική ιστορία, η ΣΚΠ φαίνεται να καθίσταται επίσης πιο επιθετική. Πρόκειται εδώ για ένα βασικό παράδειγμα ότι η υγεία εξαρτάται μάλλον από μια ισορροπία των ψυχικών λειτουργιών παρά από κάποια ακραία επικράτηση κάποιας από αυτές (Aldao et al 2010· Bronstein, 2011·

Farb et al 2013· McDougall, 1996/2002· Taylor, 2002· Taylor et al 1999· Tibon et al 2005). Αλληλένδετο με τα προηγούμενα, καθώς συνδέεται άμεσα με το άγχος, την κατάθλιψη, το διάχυτο αίσθημα δυσφορίας αλλά και τη φαντασίωση με καταδιωκτικό περιεχόμενο, είναι ότι το αρνητικό συναίσθημα δρα επιβαρυντικά καθώς αυτό συνεπάγεται μια ανηδονία, έλλειψη κινητοποίησης, θυμό καθώς και άμεσες αρνητικές επιπτώσεις στον ίδιο τον οργανισμό μέσα από νευροενδοκρινικές οδούς (Dubayova et al. 2013· Farb et al 2013· Gay et al. 2017· Labiano-Fontcuberta et al. 2015· McCabe et al 2004· Mohr & Cox, 2001· Laing et al. 2014· Löffler et al. 2016· Pagnini et al. 2014· Prakash et al. 2019). Το ίδιο άλλωστε τροφοδοτείται από τη δραστηριότητα της πάθησης σε μια ανατροφοδοτική σχέση (Brown et al 2009). Παρόμοια, περισσότερο στρες αυξάνει τη δραστηριότητα της πάθησης αλλά και αυξάνεται επίσης από αυτή, όπως έχει πλέον εντοπιστεί και από άλλες μελέτες (Artemiadis et al. 2011· Bensing et al 2002· Dennison et al. 2009· Malcomson et al 2007· Mohr & Cox, 2001· Senders et al. 2014). Η επίδραση του στρες ωστόσο φαίνεται μεγαλύτερη όταν η αναπηρία είναι μικρότερη, ή και στην αρχή της, όπως υποστηρίζουν και οι Kircher και Lara (2011), οπότε η δραστηριότητα της πάθησης έχει ακόμα τη μορφή ώσεων και υφέσεων, και κατά συνέπεια είναι και πιο επηρεάσιμη από τρίτους παράγοντες σε σύγκριση με τη φάση που τα συμπτώματα θα παγιωθούν.

*Συμπτώματα κινητικότητας.* Ιδιαίτερα για τα σωματικά συμπτώματα που περιορίζουν την κινητικότητα, η αρνητική επίδραση του στρες αυξάνεται όταν, υπό ένα καθεστώς αλεξιθυμίας, η συμβολοποίηση δε λειτουργεί επαρκώς ώστε να το εμπεριέξει (Bronstein, 2011· Graham, 1988· Magnerat, 2016· Rappoport de Aisemberg, 2010).

Υπό τις συνθήκες αυτές, φαίνεται ότι απουσία ενδοψυχικών μηχανισμών ρύθμισης, το υποκείμενο προσανατολίζεται με μονήρη τρόπο στην εξωτερική πραγματικότητα

προκειμένου να ρυθμίσει το στρες (Chalah & Ayache, 2017· Fischbein, 2011· Krystal, 1988· McDougall, 1996/2002· Stora, 2007· Tibon et al 2005) κάτι που φαίνεται ότι όντως μειώνει την επίδρασή του. Άλλωστε, η επιβάρυνση από το στρες είναι μεγαλύτερη κατά τα αρχικά στάδια της πάθησης, οπότε οι ασθενείς έχουν να αντιμετωπίσουν την τραυματική συνθήκη της διάγνωσης και να προσαρμοστούν σε αυτή (Isaksson & Ahlstrom, 2006· Kircher & Lara, 2011· Klauer et al 2007). Η αδυναμία συμβολοποίησης, η οποία καταλήγει σε μια πιο αλεξιθυμική ψυχική λειτουργία (Taylor, 2010· Taylor et al 1999), εξάλλου, πέραν του στρες καθιστά το συναίσθημα κυριολεκτικά πιο τοξικό για τον οργανισμό καθώς η επικράτηση μιας χρηστικής σκέψης δεν επιτρέπει να απαρτιωθεί το συναίσθημα με το σωματικό βίωμα και ως εκ τούτου η διέγερση που επιφέρει να μην εκφορτίζεται στο σώμα (Aisenstein, 2010· Bouchard & Lecours, 2008· Graham, 1988· Magnerat, 2016· McDougall & Cohen, 2000· Smadja, 2010). Πιθανώς, ο περιορισμός της φαντασιακής ζωής, αποτελεί μια άμυνα απέναντι στο αρνητικό συναίσθημα στο μέτρο που η έκπτωση του Συμβολικού οδηγεί τη φαντασίωση να επαυξάνει τα αρνητικά συναισθήματα (Μαλίχιν & Κανελλοπούλου, 2009). Τέλος, η σωματική αναπηρία που επιφέρει η ΣΚΠ, μειώνει το θετικό συναίσθημα, το οποίο, όπως καταδείχθηκε, έχει προστατευτική δράση ως προς την ποιότητα ζωής των ασθενών. Ειδικά στα αρχικά στάδια της πάθησης, φαίνεται ότι ο σωματικός περιορισμός που επέρχεται από την πάθηση βάλει το θετικό συναίσθημα σε μεγαλύτερο βαθμό (Amato et al. 2006· Black & Dorstyn, 2015· Klauer et al 2007· Moore et al 2006· Moore et al. 2012· Sá, 2008· Rodin et al. 2005· Vattakatuchery et al. 2011).

*Νοητικά, συναισθηματικά και νευροφυτικά συμπτώματα.* Ειδικότερα για την κόπωση και τα συνδεδόμενα με αυτή ψυχονοητικά και νευροφυτικά συμπτώματα, είναι περισσότερα στην αρχή της πάθησης, πιθανώς υπό την επίδραση του στρες αλλά και

πριν αρχίσει να επιδρά η φαρμακευτική αγωγή (Amato et al. 2006· Isaksson & Ahlstrom, 2006· Klauer et al 2007· Kircher & Lara, 2011· Moore et al 2006· Moore et al. 2012· Sá, 2008· Quallet et al. 2019· Rodin et al. 2005· Vattakatuchery et al. 2011).

Ταυτόχρονα, τα εν λόγω συμπτώματα αυξάνονται υπό ένα καθεστώς κατά το οποίο επικρατεί ένας πιο νορμοπαθής, αποκομμένος από το ενδοψυχικό βίωμα τρόπος ψυχικής λειτουργίας, ο οποίος, βάλλοντας την ψυχοποίηση παραλύει τις νοητικές λειτουργίες και εξουθενώνει τον οργανισμό (McDougall, 1996/2002· McDougall & Cohen, 2000). Ωστόσο, αυτός ο τρόπος λειτουργίας, σε συνδυασμό με έναν κάποιο κοινωνικό κομφορμισμό, δηλαδή τάση να προσαρμόζεται το άτομο στις απαιτήσεις και τα ερεθίσματα του εξωτερικού περιβάλλοντος και όχι στα ενδοψυχικά, και με διάκλειση του συναισθηματικού βιώματος, η οποία σημειωτέον συνδέεται με περισσότερη δραστηριότητα της ΣΚΠ, φαίνονται να λειτουργούν μάλλον ως άμυνα εν προκειμένω καθώς μειώνουν την επιβαρυντική δράση του αρνητικού συναισθήματος (Chalah & Ayache, 2017), εύρημα που υπονοεί ότι ασυνείδητα αυτό που προέχει για το υποκείμενο σε καταστάσεις όπου κατακλύζεται από αρνητικό βίωμα, είναι η άμεση μείωση αυτού και όχι η επεξεργασία του. Το στρες από την άλλη, το οποίο αυξάνει, όπως προαναφέρθηκε, την κόπωση στους ασθενείς, αποκτά ακόμα μεγαλύτερη επίδραση όταν υπάρχει σε μεγαλύτερο βαθμό χρηστική σκέψη, η οποία δεν επιτρέπει τη διαχείρισή του (Krystal, 1988· Smadja, 2011· Stora, 2007), καθώς επίσης και όταν οι ασθενείς είναι μεγαλύτερης ηλικίας, πιθανώς και πιο ευάλωτοι από την κόπωση και την αβεβαιότητα σε σχέση με το κατά πόσο δύνανται να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της ΣΚΠ (Μπακαλίδου, 2014). Το θετικό συναίσθημα, τέλος, συνδέεται ανατροφοδοτικά με την κόπωση της ΣΚΠ μειώνοντάς την αλλά και επίσης με το να περιορίζεται όταν αυτή αυξάνεται. Η προστατευτική του επίδραση ωστόσο μειώνεται όταν προεξάρχει χρηστική σκέψη, η οποία, όπως

αναπτύχθηκε στην εισαγωγή (Bronstein, 2011· Smadja, 2001/2009, 2010, 2011) δεν επιτρέπει στο άτομο να είναι σε επαφή με τα συναισθήματά του και συνεπώς να επωφελείται από τη θετική τους δράση. Επιπροσθέτως, η προστατευτική επίδραση και του θετικού συναισθήματος στην κόπωση μειώνεται όσο μεγαλύτερη και πιο παγιωμένη αναπηρία υπάρχει.

*Επίπτωση της δραστηριότητας της ΣΚΠ στη ζωή των ασθενών.* Οι επιπτώσεις της πάθησης στην καθημερινότητα και τη ζωή εν γένει των ασθενών δεν είναι ομοιογενείς αλλά είναι κοινώς αποδεκτό ότι δύνανται να είναι δυσβάσταχτες (Bruce & Lynch, 2011· Dennison et al 2009· Galleazzi et al 2005· Lassman, 2013· Sa, 2008). Πέραν των όποιων πρακτικών και αντικειμενικών θεμάτων, όπως προέκυψε από την παρούσα έρευνα, ο ψυχολογικός παράγοντας και δη οι ασυνείδητες ψυχικές διεργασίες αποτελούν βασική διάσταση σε σχέση με το πόσο περιοριστική για την καθημερινότητα θα είναι η πάθηση και η δραστηριότητά της. Προέκυψε, σύμφωνα με πλειάδα ερευνών (Amato et al. 2001· Dennison et al 2009· Kern & Ziemssen, 2008· McCartney Chalk, 2007· Mohr & Cox, 2001· Moore et al. 2006· Sá, 2008· Skerrett & Moss-Morris, 2006· Viner et al. 2014), ότι το άγχος και η κατάθλιψη καθιστούν πιο δυσβάσταχτες τις επιπτώσεις της δραστηριότητας της ΣΚΠ ενώ άλλωστε συνδέθηκαν, όπως προαναφέρθηκε, και άμεσα με την ίδια τη δραστηριότητα της πάθησης, πιθανώς με κυκλική αιτιολογία (Brown et al 2009· Burns et al 2013· Gay et al. 2017· Maier et al 2015· McCabe 2005· Moore et al 2012· Prakash et al. 2019), καίτοι ο παρών ερευνητικός σχεδιασμός δεν επέτρεψε να αποδειχθεί κάτι τέτοιο. Και η αλεξιθυμία άλλωστε καθιστά περισσότερο δυσβάσταχτη τη δραστηριότητα της ΣΚΠ μην επιτρέποντας στους ασθενείς να διαχειριστούν σε ψυχικό επίπεδο το σωματικό τους βίωμα και τις συναισθηματικές του επιπτώσεις, πιθανώς δε και παθητικοποιώντας τους, εύρημα που επικυρώνει προηγούμενα ευρήματα σε σχέση με

την επιβάρυνση που επιφέρει η αλεξιθυμία στους ασθενείς με ΣΚΠ (Bodini et al. 2007· Chahraoui et al. 2008· Chahraoui et al 2014· Chahraoui et al. 2015· Chalah & Ayache, 2017· Defler, 2001· Gay et al. 2010· Gleichgerrcht et al. 2015· Johnson et al. 2001· Poullos et al 2018· Πούλιος και συν 2017· Velasco et al 2001). Αντίστροφα, μεγαλύτερο εύρος ψυχικού βιώματος και πλουσιότερη φαντασιακή ζωή με ικανοποιητική και ευέλικτη συμβολική λειτουργία, φαίνονται να επιτρέπουν στους ασθενείς να βιώνουν μια λιγότερο επιβαρυνόμενη καθημερινότητα καθώς μια ψυχική λειτουργία όπως η υπό συζήτηση επιτρέπει καλλίτερη προσαρμογή και νοηματοδότηση αλλά και επαφή με τις αρνητικές διαστάσεις του βιώματος ώστε αυτό να δύναται να καταστεί διαχειρίσιμο (Bouchard & Lecours, 2008· Green, 2010· Lombardi, 2018· Rappoport de Aisemberg, 2010· Taylor, 1987/1999).

Το στρες σε υψηλά επίπεδα είναι γνωστό ότι περιορίζει την καθημερινότητα των ανθρώπων και την ικανοποίησή τους από τη ζωή και δη υπό το καθεστώς μιας πάθησης, όπως η ΣΚΠ, η οποία συνιστά μείζονα στρεσογόνο παράγοντα (Artemiadis et al. 2011· Bensing et al 2002· Dennison et al. 2009· Malcomson et al 2007· Mohr & Cox, 2001· Senders et al. 2014). Όπως ήταν αναμενόμενο, προέκυψε ότι ασθενείς που αντιμετωπίζουν υψηλότερα επίπεδα στρες αισθάνονται ότι η ΣΚΠ περιορίζει σε μεγαλύτερο βαθμό την καθημερινότητά τους καθώς το στρες παραλύει το άτομο και δεν επιτρέπει να δράσει ικανοποιητικά και σύστοιχα με την επιθυμία του. Αυτό επαυξάνεται όταν επικρατεί ένας χρηστικός τρόπος σκέψης και εν γένει αδυναμία εμπειρέξης του συναισθηματικού βιώματος, καταστάσεις οι οποίες δεν επιτρέπουν την κατίσχυση επί του στρες και κατά συνέπεια την προστασία από την αρνητική του επίδραση (Bucci, 1997, 2000· Chalah & Ayache, 2017· Ikkos, 2000· Kalinich, 2010· Knoblauch, 2005· Stora, 2007· Taylor, 1992· Taylor et al 1999). Παρόμοια υψηλά επίπεδα άγχους, καθιστούν την επιβαρυντική επίδραση του στρες μεγαλύτερη, όπως

άλλωστε θα ανέμενε κανείς, πιθανώς ένεκα υιοθέτησης μη παραγωγικών στρατηγικών κατίσχυσης επί του στρες όταν προεξάρχει άγχος (Dennison et al. 2009· McCartney Chalk, 2007· Mohr & Cox, 2001· Sá, 2008).

Το αρνητικό συναίσθημα, όπως αυτό εκφράζεται με την επικράτηση ευερεθιστότητας, ανηδονίας και καταπτομένης διάθεσης, επίσης καθιστά την επίπτωση της ΣΚΠ μεγαλύτερη για τη ζωή των ασθενών μιας και ένα τέτοιο συναισθηματικό βίωμα ούτως ή άλλως περιορίζει την καθημερινότητα (Denollet et al 2008· Farb et al 2013· Feinstein, 2007· Gross, 2002· Gross & Thompson, 2007· Labiano-Fontcuberta et al 2015· Löffler et al. 2016· Mohr & Cox, 2001· Rosti-Otajärvi, & Hämmäläinen, 2012). Η επίδρασή του εξάλλου προέκυψε μεγαλύτερη για τα αρχικά στάδια της πάθησης, όπως αναφέρεται και από άλλες έρευνες (Amato et al 2006· Rodin et al 2005· Sa, 2008· Moore et al 2006· Moore et al 2012· Vattakatuchery et al 2011), και κατά συνέπεια για χαμηλότερα επίπεδα αναπηρίας, κάτι που υπογραμμίζει την ανάγκη έγκαιρης παρέμβασης σε σχέση με το συναισθηματικό βίωμα των ασθενών, πέραν των καθαρά βιοϊατρικών φροντίδων (Feinstein, 2011· Maier et al 2015· Minden et al 2014). Η αδυναμία εμπειρέξης του συναισθήματος και μια εν γένει πιο εγκεφαλική προσέγγιση των καταστάσεων επιτρέπει στο αρνητικό συναίσθημα να επιφέρει μεγαλύτερη επιβάρυνση στις επιπτώσεις της ΣΚΠ στη ζωή των ασθενών, χωρίς ωστόσο να παραγνωρίζεται ότι η αδυναμία εμπειρέξης μπορεί ταυτόχρονα να είναι και αποτέλεσμα ενός κατακλυσμικού και παγιωμένου αρνητικού συναισθήματος που ξεπερνά τις δυνατότητες του υποκειμένου να το διαχειριστεί (Krystal, 1988· Magnerat, 2016· Rappoport de Aisemberg, 2010).

Το θετικό συναίσθημα από την άλλη προστατεύει από τις επιπτώσεις της ΣΚΠ, επιτρέποντας μια πιο αισιόδοξη και ενδεχομένως ενεργητική προσέγγιση της ζωής (Barker-Collo et al. 2006· Del Puente et al 2012· Dennison et al. 2009· Evers et



al. 2001· Isaksson & Ahlstrom, 2006· Jansen et al 2013· Klauer et al. 2007· Mohr et al. 1999a). Το θετικό συναίσθημα άλλωστε είναι ακόμη πιο σημαντικό όταν οι ασθενείς βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους και έχουν περιορισμένο ψυχικό βίωμα και φαντασιακή δραστηριότητα. Με άλλα λόγια, υπό ένα καθεστώς έντονου άγχους, όπου η ψυχική ζωή και η δυνατότητα ενδοψυχικής επεξεργασίας των σωματικών και ψυχολογικών βιωμάτων, η επαύξηση του θετικού συναισθήματος καθιστά τις επιπτώσεις της πάθησης λιγότερο δυσβάσταχτες, γεγονός που υπογραμμίζει τη σημασία όχι μόνο να εστιάζουν οι παρεμβάσεις στη μείωση του αρνητικού βιώματος αλλά και την ενδυνάμωση και την επαύξηση εν γένει του θετικού (Senders et al 2014a· Simpson et al 2014)

*Επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας.* Όπως θα ήταν προφανές, μεγαλύτερα επίπεδα αναπηρίας και, κατά συνέπεια, πιο παγιωμένη κινητική αναπηρία, καθιστούν μεγαλύτερη της επίπτωση των εν λόγω συμπτωμάτων. Η επίπτωση των συμπτωμάτων κινητικότητας προέκυψε να αποτελεί μάλλον αιτία παρά αποτέλεσμα του στρες και του αρνητικού συναισθήματος, κάτι που θα σήμαινε ότι η απώλεια ελέγχου του σώματος και η επιβολή του Πραγματικού της πάθησης στην καθημερινότητα κάνει το άτομο να αισθάνεται σε κατάσταση αβοηθησίας με επικράτηση αρνητικού βιώματος (Malichin, 2010· Μαλίχιν & Κανελλοπούλου, 2009· Muston, 2017· Segal, 1996, 2007). Υπενθυμίζεται ωστόσο ότι οι αλληλεπιδράσεις που προέκυψαν και ο σύνθετος χαρακτήρας των συσχετίσεων δε θα απέκλειαν και πάλι μια ανατροφοδοτική σχέση μεταξύ των υπό συζήτηση μεταβλητών. Σε κάθε περίπτωση, το στρες φαίνεται να είναι περισσότερο αποτέλεσμα της επίπτωσης των συμπτωμάτων κινητικότητας, καθώς όπως προαναφέρθηκε πολλάκις, η ίδια η ΣΚΠ είναι μια ιδιαίτερα στρεσογόνος συνθήκη (Artemiadis et al. 2011· Bensing et al 2002· Chalah & Ayache, 2017· Dennison et al. 2009· Malcomson et al 2007· Mohr & Cox, 2001· Senders et al.

2014). Όταν μάλιστα το άτομο είναι αλεξιθυμικό και συνεπώς δεν μπορεί να διαχειριστεί και να μεταβολίσει τη δραστηριότητα της πάθησης σε ψυχικό επίπεδο (Graham, 1988· Krystal, 1988· Magnerat, 2016· McDougall, 1996/2002· Rappoport de Aisemberg, 2010· Taylor, 2004, 2010· Taylor & Bagby, 2013), φαίνεται ότι το στρες αυξάνεται, οδηγώντας στις υπόλοιπες αρνητικές του επιδράσεις στην πάθηση και τη ζωή εν γένει των ασθενών (Artemiadis et al. 2011· Artemiadis et al. 2012· Brown et al. 2006b· Burns et al. 2013· Burns et al. 2014· Karagkouni et al. 2013· Lovera & Reza, 2013· Mitsonis et al. 2008). Παρομοίως οι επιπτώσεις του κινητικού περιορισμού που επέρχεται από την ΣΚΠ στην καθημερινότητα των ασθενών όταν σε αυτούς υπάρχει μεγαλύτερη τάση καταστολής ή και αποφυγής του συναισθηματικού βιώματος πιθανώς υπό το έδαφος μιας αδυναμίας να εμπεριεχθεί αυτό, οδηγεί σε εντονότερο βίωμα ανηδονίας, ευερεθιστότητας θλίψης και εν γένει δυσφορίας, μιας καταθλιπτικής κατάστασης η οποία, συνιστώντας μια απορρύθμιση του συναισθήματος (Chalah & Ayache, 2017· Denollet et al 2008· Farb et al 2013· Gross, 2002· Gross & Thompson, 2007· Löffler et al. 2016) και βάσει και των προαναφερθέντων ευρημάτων, επιβαρύνει σε όλα τα επίπεδα τη δραστηριότητα της πάθησης και τη ζωή των ασθενών. Από την άλλη τα θετικά συναισθήματα μειώνουν τον περιορισμό της ζωής των ασθενών ένεκα της σωματικής αναπηρίας ενώ η σημασία τους είναι ακόμα πιο σημαντική όταν το άτομο δυσκολεύεται να εκφράσει και πιθανώς να επεξεργαστεί κατά συνέπεια τα συναισθήματά του. Σε αυτές τις περιπτώσεις πιθανώς το θετικό συναίσθημα, έστω και έξωθεν τροφοδοτούμενο, μέσα από ένα προσανατολισμό στην εξωτερική πραγματικότητα δηλαδή (Aisenstein, 2006· Braunschweig, 2006· Fischbein, 2011· Taylor et al 1999), αποκτά μεγαλύτερη σημασία για μια πιο εύκολη ζωή των ασθενών.

*Επίπτωση των νοητικών, συναισθηματικών και νευροφυτικών συμπτωμάτων.* Τα συμπτώματα της κόπωσης είναι, ως γνωστόν, αυτά με τη μεγαλύτερη αλληλοεπικάλυψη με ψυχολογικές παραμέτρους του ατόμου (Bakalidou et al 2014· Feinstein, 2007· Maier et al 2015· Paparigopoulos et al 2010) και ως εκ τούτου οι επιπτώσεις τους εξαρτήθηκαν από πολλές ψυχολογικές παραμέτρους με μια κυκλική, βεβαίως συσχέτιση, όπως αναμενόταν (Brown et al 2009· Chiaravalloti & DeLuca, 2008· Demaree et al 2003· Feinstein, 2011· Maier et al 2015· Moore et al 2012· Sá, 2008). Η τάση του ατόμου να καταστέλλει και να λειτουργεί εν γένει αποφευκτικά σε σχέση με το συναισθηματικό βίωμα, ήτοι με την ίδια την κόπωση, δεν επιτρέπει την επεξεργασία και συνεπώς κατίσχυση επί των ψυχονοητικών συμπτωμάτων της ΣΚΠ καθιστώντας τις επιπτώσεις τους μεγαλύτερες (Denollet et al 2008· Farb et al 2013· Gross, 2002· Gross & Thompson, 2007· Löffler et al. 2016· Taylor & Bagby, 2013).

Άλλωστε, το στρες και το συναίσθημα επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τις επιπτώσεις των υπό συζήτηση συμπτωμάτων στη ζωή των ασθενών. Ενδιαφέρον εδώ παρουσιάζει το γεγονός ότι μια πιο αλεξιθυμική λειτουργία, φτωχότερη φανταστική ζωή και επιφανειακή, πιο ρεαλιστική αντιμετώπιση των πραγμάτων, καίτοι συνδέονται με χειρότερη κλινική εικόνα, μειώνουν την επίδραση του στρες και του αρνητικού συναισθήματος. Με άλλα λόγια, πιθανώς αυτά συνιστούν μια ασυνείδητη αμυντική κίνηση του υποκειμένου, το οποίο, αποσυνδεδεμένο από αυτό που του συμβαίνει προστατεύεται από το καθημερινό αρνητικό συναισθηματικό βίωμα και τις επιπτώσεις του στην καθημερινότητά του. Σε αυτόν τον τομέα γίνεται ευκρινής η πλέον αμυντική διάσταση της αλεξιθυμίας και της περιστολής της συμβολοποίησης (Ayache & Chalah, 2018· Chalah & Ayache, 2017· Bagby, Quilty, Taylor et al. 2009· Bronstein, 2010, 2011· Chahraoui et al 2015· Moorman et al 2004· Taylor & Bagby, 2013· Porcelli et al. 1996· Samur et al 2013· Taylor, 1992, 2004, 2010), πιθανώς όταν

μια κατάσταση όπως η ΣΚΠ με όλα τα χαρακτηριστικά που τη διακρίνουν και έχουν αναπτυχθεί στην εισαγωγή, ξεπερνάει τη δυνατότητα του ατόμου να επεξεργαστεί αυτό που του συμβαίνει (Malichin, 2010· Muston, 2017· Segal, 2007), βάζοντας σε προτεραιότητα την καθημερινή του ψυχική επιβίωση. Και πάλι, εδώ προεξάρχει η προστατευτική σημασία του θετικού συναισθήματος το οποίο, κυρίως στα αρχικά στάδια της πάθησης, έστω και έξωθεν τροφοδοτούμενο μειώνει την επίπτωση της κόπωσης όταν κατά τα άλλα το άτομο αποφεύγει να επεξεργαστεί σε ενδοψυχικό επίπεδο την ύπαρξη και τις επιπτώσεις της πάθησης.

*Ποιότητα ζωής.* Ασθενείς που χαίρουν μεγαλύτερης ποιότητας ζωής είναι αυτοί που, σύστοιχα και με πολλά άλλα ερευνητικά ευρήματα (Amato et al 2001· Caladri et al 2016· Dubayova et al 2013· Jansen et al 2013· Klevan et al 2013· Laing et al 2014· Lily et al 2006· Pozzilli et al 2012), έχουν μικρότερη αναπηρία και χαίρουν μιας ζωής με λιγότερο άγχος, κατάθλιψη, εν γένει αρνητικό συναίσθημα σε καθημερινή βάση, καθώς επίσης και στρες, ενώ βιώνουν περισσότερο θετικό συναίσθημα. Ταυτόχρονα η δυνατότητα αυτορρύθμισης και μια συμβολική λειτουργία που λειτουργεί απρόσκοπτα και αποτελεσματικά, τροφοδοτούμενη από μια μεγαλύτερη ευελιξία και πλούτο σε επίπεδο φαντασιακής ζωής επιτρέπει τη νοηματοδότηση και συνεισφέρει σε μια καλλίτερη συνολική ποιότητα ζωής (Gay et al. 2017· Matilla et al 2009· Prakash et al. 2019). Το στρες, ένεκα απαιτήσεων σε επίπεδο κοινωνικών ρόλων ενδεχομένως (Eun-Hyun Lee, 2012· Katsarou et al. 2012), έχει μεγαλύτερη επίπτωση στη ζωή των γυναικών ενώ η προστατευτική λειτουργία του θετικού συναισθήματος βάλλεται από μεγαλύτερη αναπηρία, η οποία, μάλλον παγιούμενη δεν επιτρέπει σε τόσο μεγάλο βαθμό μια πιο αισιόδοξη και ενεργητική αντιμετώπιση της ζωής.

*Κατακλείδα.* Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ως γενικό συμπέρασμα ότι το αρνητικό συναισθηματικό βίωμα και οι ψυχολογικές δυσκολίες επιφέρουν σαφώς σοβαρές

δυσκολίες στη ζωή των ασθενών και επιδεινώνουν την κατάσταση της πάθησής τους. Η συμβολική λειτουργία, όταν δυσλειτουργεί, επιφέρει μια επιβάρυνση στη σωματική κατάσταση των ασθενών, όπως προβλέπει το σύνολο των ψυχαναλυτικών μελετών και θεωριών (Bronstein, 2011· Press 2016· Smadja, 2001/2009· Taylor, 1987/1999, 1992· Χριστοπούλου, 2008). Μολαταύτα, πιθανώς η παρακάλυψη την ψυχικοποίησης μπορεί να είναι ένας τρόπος, άμεσα αποτελεσματικός αλλά μακροπρόθεσμα επιζήμιος, να διαχειριστεί κανείς το τραύμα της σωματικής κατάρρευσης και της συνεπακόλουθης αβεβαιότητας που συνεπάγεται μια πάθηση όπως η ΣΚΠ (Krystal, 1988· McDougall, 1996/2002· Malichin, 2010· Muston, 2017· Segal, 1996, 2007· Smadja, 2001/2009, 2011). Σε σχέση δε με την αποτίμηση της συμβολοποίησης και της αλεξιθυμίας, μολονότι δεν συγκαταλέγεται στους σκοπούς της παρούσας έρευνας, προέκυψε ότι είναι ιδιαίτερης σημασίας αυτή να αποτιμάται πολυμεθοδολογικά (Chahraoui et al. 2015· Goerlich-Dobre et al 2015· de Tychey et al. 2010· Porcelli & Mihura, 2010· Taylor & Bagby, 2013) μιας και αφορά, όπως και πολλές άλλες ψυχαναλυτικές έννοιες (Bouchard & Lecours, 2008), σε μια πολύ σύνθετη λειτουργία και κάθε μέσο μέτρησής της πιθανώς αποδίδει μια άλλη της διάσταση. Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός ότι οι μεταβλητές του RIT ήταν αυτές που κατά βάση συνέβαλαν ως διαμεσολαβητές των μεταβλητών του 1<sup>ου</sup> επιπέδου, προσθέτοντας ένα μεγάλο πλούτο ευρημάτων, ο οποίος θα είχε διαφύγει, αν είχαν χρησιμοποιηθεί μόνο αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια.

## **5. Περιορισμοί της μελέτης και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα.**

Το παρόν ερευνητικό εγχείρημα ήταν αρκετά φιλόδοξο, καθώς απαιτούσε αρκετό χρόνο για να διεξαχθεί, αλλά κυρίως την εγχειρηματοποίηση δύσκολων εννοιών και την προσπάθεια ανάδειξης αρκετά περίπλοκων σχέσεων μεταξύ των

ερευνητικών μεταβλητών. Μπορεί να υποστηριχθεί ότι πέτυχε σε ικανοποιητικό βαθμό τους στόχους του, συνεισέφερε σε καινοτόμα ευρήματα και ανέδειξε αισίως πολλά ερωτήματα που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Ταυτόχρονα, ακριβώς αυτά τα χαρακτηριστικά της μελέτης επέφεραν και περιορισμούς σε αυτή και στα πορίσματα που μπορούν να εξαχθούν.

Η μελέτη αυτή είχε ένα καθαρά ψυχαναλυτικό υπόβαθρο. Η εγχειρηματοποίηση και η ποσοτική διερεύνηση ψυχαναλυτικών κλινικών ευρημάτων και θεωριών κρίνεται σημαντική από πολλούς. Μολαταύτα, και δη από μια κλινική σκοπιά, δε θα πρέπει να διαφεύγει το γεγονός ότι υπάρχουν πολλές πλευρές της ανθρώπινης εμπειρίας οι οποίες δεν είναι δυνατό να αποδοθούν με ποσοτικά μέσα, ενώ η μοναδικότητα της υποκειμενικότητας κάθε ανθρώπου θα παραμένει πάντα απροσπέλαστη από μετρήσεις και μεθόδους αξιολόγησης. Πρόκειται ακριβώς για αυτό το πεδίο της υποκειμενικότητας και των μοναδικών λύσεων και νοηματοδοτήσεων που διανοίγεται σε μια ψυχοθεραπευτική διαδικασία, κάτι το οποίο δεν μπορεί να προσπελαστεί από καμμία ποσοτική μεθοδολογία (Green, 2005· Lacan, 1966/2006). Αυτό, βεβαίως, χωρίς να μειώνει τη σημασία των όποιων ερευνητικών ευρημάτων, υπενθυμίζει τα όριά τους.

Πιο συγκεκριμένα, σε επίπεδο μεθοδολογίας της έρευνας, το δείγμα της απαρτίστηκε από 16 συμμετέχοντες. Καίτοι ο αριθμός αυτός ικανοποιεί κάποιες βασικές προϋποθέσεις προκειμένου να εφαρμοστεί πολυεπίπεδη ανάλυση (Nezlek, 2008), παραμένει μικρός. Μολονότι υπήρχε ένας πολύ μεγάλος αριθμός επαναλαμβανόμενων μετρήσεων για κάθε συμμετέχοντα, ο μικρός τους αριθμός περιορίζει τη διασπορά των μεταβλητών του 2<sup>ου</sup> επιπέδου και κατά συνέπεια και τα πορίσματα που μπορούν να εξαχθούν. Άλλωστε, ο μικρός αριθμός συμμετεχόντων δεν επέτρεψε να γίνουν πολυπαραγοντικές αναλύσεις οι οποίες θα συμπεριελάμβαναν

π.χ. και τις αλληλεπιδράσεις των μεταβλητών ή και να διερευνηθούν αλληλεπιδράσεις μεταξύ μεταβλητών του 2<sup>ου</sup> επιπέδου. Έτσι δεν κατέστη δυνατό τα πολυάριθμα ευρήματα να μοντελοποιηθούν σε συνολικά μοντέλα πρόβλεψης με πιθανώς μεγαλύτερη εξωτερική εγκυρότητα. Το μικρό δείγμα άλλωστε οδήγησε σε μια μάλλον όχι ικανοποιητική εκπροσώπηση φύλου και τύπων πάθησης. Συνεπώς ενδέχεται να μην αναδείχθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς το φύλο και ακόμα περισσότερο ως προς τους τύπους πάθησης. Τα όποια ευρήματα σε σχέση με αυτές τις μεταβλητές, κατά συνέπεια, θα πρέπει να ερμηνευθούν με επιφύλαξη.

Υπενθυμίζεται επίσης ότι για την αποτίμηση της συμπτωματολογίας της ΣΚΠ, δε χρησιμοποιήθηκαν καθόλου βιοϊατρικοί δείκτες αλλά μόνο αυτοαναφορά των συμμετεχόντων. Αν και υποστηρίζεται ότι η καλύτερη αποτίμηση της κατάστασης των ασθενών είναι όταν γίνεται από τους ίδιους (Greenhalph et al 2004), δεν μπορεί κανείς να είναι σίγουρος ότι η κλινική τους εικόνα, όπως την περιέγραφαν, αντανακλούσε και νευροβιολογικές διαφοροποιήσεις στον οργανισμό τους.

Σε σχέση με τη συμβολοποίηση και την αλεξιθυμία διατυπώθηκε πολλές φορές ότι φαίνεται να έχουν και αμυντική και εν γένει προστατευτική λειτουργία. Λαμβάνοντας υπόψιν το γεγονός κατά το οποίο τουλάχιστον οι διαστάσεις της TAS έμειναν ως επί το πλείστον σταθερές στο χρόνο, αυτό δε σημαίνει ότι δεν υφίστανται ενδοατομικές διακυμάνσεις διαχρονικά (Taylor & Bagby, 2013). Αυτό είναι ακόμα πιο σημαντικό σε σχέση με τις μεταβλητές που εξήχθησαν από το RIT, οι οποίες δεν ήταν δυνατό να μετρηθούν εκ νέου και δεν αξιολογήθηκαν από άλλον αξιολογητή. Μολονότι οι περισσότερες από αυτές δεν είναι αμφίρροπες ως προς την κωδικοποίησή τους και αποτελούν τις πιο ισχυρές ψυχομετρικά διαστάσεις του RIT (Porcelli & Mihura, 2010· Tibon et al 2005), δεν πρέπει να παραγνωρίζονται τα τυφλά σημεία κάθε προβολικής δοκιμασίας (Σταλίκας και συν 2012). Σε κάθε

περίπτωση, δεν υπήρχαν δεδομένα για τη διαχρονική διακύμανση των σχετικών με τη συμβολική λειτουργία μεταβλητών και, βεβαίως για το ποια ήταν τα επίπεδά τους πριν την έναρξη της πάθησης, ώστε να μπορεί κανείς να αποφανθεί κατά πόσο αφενός η αλεξιθυμία καθιστά a priori πιο ευπαθές το άτομο, αφετέρου κατά πόσο είναι και η ίδια μια αντίδραση στην έναρξη της πάθησης ή ακόμα και εν μέρει αποκύημα των νευροανοσολογικών της διεργασιών.

Αξίζει τέλος να σημειωθεί ότι 6 εκ των συμμετεχόντων λάμβαναν ψυχιατρική αγωγή. Μολονότι η εν λόγω μεταβλητή δεν παρουσίασε καμμία στατιστικώς σημαντική συσχέτιση, στο μέτρο που η μελέτη διερευνούσε παράγοντες που σαφώς σχετίζονται με ψυχοπαθολογία και ένεκα του προαναφερθέντος μικρού δείγματος, δεν μπορεί να είναι κανείς σίγουρος για το πώς επέδρασε αυτός ο παράγων στα αποτελέσματα.

Οι προαναφερθέντες περιορισμοί, η πολυπλοκότητα των ευρημάτων αλλά και η πρωτοτυπία τους γεννούν βεβαίως πολλά νέα ερωτήματα αλλά και απαιτούν περαιτέρω επαλήθευση των εν λόγω ευρημάτων. Ως εκ τούτου, θα ήταν σημαντικό να μπορούσε η παρούσα έρευνα να επαναληφθεί με μεγαλύτερο δείγμα που θα επέτρεπε πιο ασφαλείς αναλύσεις αλλά και μεγαλύτερη διασπορά των μεταβλητών του 2<sup>ου</sup> επιπέδου. Σε κάθε περίπτωση, είναι σίγουρο ότι χρειάζονται περισσότερες διαχρονικές μελέτες και μάλιστα με σχεδιασμό τέτοιο ώστε να υπάρχουν πολλές μετρήσεις και όχι λίγες εξαιρετικά απομακρυσμένες διαχρονικά.

Η εγχειρηματοποίηση σε ποσοτικό επίπεδο ψυχαναλυτικών εννοιών παραμένει μια μεγάλη πρόκληση, η οποία ωστόσο κρίνεται σημαντικό να απαντιέται μιας και αυτή η οπτική συνεισφέρει σημαντικές και πρωτότυπες πληροφορίες. Μια τέτοια εγχειρηματοποίηση θα ήταν σημαντικό να μπορούσε να είναι τέτοια ώστε να



καταστεί δυνατό να αποτιμηθούν και οι ενδοπροσωπικές διαχρονικές διακυμάνσεις της αλεξιθυμίας και της συμβολικής λειτουργίας καθώς και η σύνδεσή τους με σημαντικά γεγονότα ζωής, ώσεις κ.α., μεταβλητές που δεν μετρήθηκαν στην παρούσα έρευνα είτε από επιλογή (στην περίπτωση των ώσεων, οι οποίες αποτέλεσαν παράγοντα αποκλεισμού) είτε επειδή δεν εντάχθηκε μια κλίμακα που να αποτιμά συστηματικά γεγονότα ζωής αλλά αφέθηκε στο τμήμα του ημερολογίου που διατίθετο για ανοιχτού τύπου καταγραφές. Ο μεγάλος όγκος των ποσοτικών πληροφοριών που συνελέγησαν δεν επέτρεψε περαιτέρω ανάλυση αυτών των καταγραφών. Πράγματι, μια πιο τριγωνοποιημένη μεθοδολογία, η οποία θα συμπεριελάμβανε τόσο ποσοτικά όσο και ποιοτικά δεδομένα, είτε ως καταγραφές σε ημερολόγιο είτε με συνεντεύξεις, θα συνεισέφερε τα μέγιστα στην εμπάθυνση των υπό μελέτη φαινομένων.

Δεδομένου ότι η παρούσα έρευνα είχε ως κριτήριο αποκλεισμού την ψυχοθεραπεία, προς αύξηση της εσωτερικής εγκυρότητας των ευρημάτων, δεν κατέστη δυνατό να μελετηθεί η επίδρασή της επί των υπό μελέτη μεταβλητών. Αυτός ο τομέας θα ήταν ίσως ο πλέον σημαντικός για περαιτέρω έρευνα. Ενδεχομένως θα συνεισέφερε σε μεγάλο βαθμό το πώς επιδρά μια ψυχοθεραπευτική διαδικασία ψυχαναλυτικής προσέγγισης, στα υπό μελέτη φαινόμενα. Μέσα από την επεξεργασία των παρόντων και ενεργοποιημένων από την ιστορία του υποκειμένου τραυματικών συνθηκών και την συνακόλουθη επαύξηση της συμβολοποίησης (Χριστοπούλου, 2008), θα διαφοροποιείτο η αρνητική της επίδραση στην πάθηση; ή επίσης, θα ήταν δυνατό να αμβλυνθεί η καταστολή έως και διάκλειση του συναισθηματικού βιώματος ώστε να μπορέσει το υποκείμενο σε μεγαλύτερη αλλά και λιγότερο απειλητική επαφή με τον ενδυσυχικό του κόσμο να προσαρμοστεί καλλίτερα στην πάθηση και εν γένει να βρει καλλίτερες και με μικρότερο κόστος λύσεις σε σχέση με τις προκλήσεις που

αντιμετωπίζει; εν τέλει, η ψυχοθεραπεία, θα διαφοροποιούσε τη λειτουργία της ψυχοποίησης στους εν λόγω ασθενείς ή αυτή θα ήταν παγιωμένη σε βαθμό που θα χρειαζόταν μια άλλη προσέγγιση, όπως αυτή που προτείνεται από την IPSO (Aisenstein & Smadja, 2006· Green , 2010· Smadja, 2001/2009· Taylor, 2010);

Τέλος, στο μέτρο που η αλεξιθυμία, ακόμα και ως άμυνα, συνιστά έναν μη ειδικό επιβαρυντικό για την υγεία παράγοντα (Chahraoui et al. 2015· Conrad et al. 2009· De Berardis et al. 2014· Hesse & Floyd, 2008· Leising et al 2009· Lumley et al 1997· Taylor, 2004· Taylor & Bagby, 2013· Thorberg et al., 2009· Zoccali et al. 2007), τίθεται το επίσης βασικό ερώτημα του κατά πόσο παρόμοιες διεργασίες και συσχετίσεις θα αναδεικνύοντο και για άλλες παθήσεις, αυτοάνοσες και μη, ή μορφές ψυχοπαθολογίας. Είναι γνωστό ότι η δυσλειτουργία της συμβολοποίησης και η αλεξιθυμία είναι καταστάσεις που απαντώνται σε πολλές χρόνιες σωματικές παθήσεις αλλά και ψυχολογικές δυσκολίες που σχετίζονται με περάσματα στην πράξη, όπως οι εξαρτήσεις, οι διαταραχές πρόσληψης τροφής κ.α. (de M'Uzan, 2006· McDougall, 1996/2002· Smadja, 2001/2009· Taylor, 2004· Taylor & Bagby, 2013· Χριστοπούλου, 2008). Μπορούμε να υποθέσουμε, κυρίως βάσει κλινικού υλικού, ότι παρόμοια εικόνα θα προέκυπτε και για παθολογικές καταστάσεις πέραν της ΣΚΠ . Μολαταύτα μένει να διερευνηθεί το κατά πόσο κάτι τέτοιο θα ίσχυε και σε ποιο βαθμό τα ευρήματα που παρουσιάστηκαν εδώ είναι ειδικά για την ΣΚΠ , της οποίας η φύση άλλωστε, δε θα πρέπει να παραγνωρίζεται ότι επιδρά στον ψυχολογικό και τον γνωστικό παράγοντα.

### Βιβλιογραφία

- Ackerman, K. D., Stover, A., Heyman, R., Anderson, B. P., Houck, P. R., Frank, E., Rabin, B. S. & Baum, A. (2003). Relationship of cardiovascular reactivity, stressful life events, and multiple sclerosis disease activity. *Brain, Behavior and Immunity*, 17, 141 – 151.
- Aftanas, L. & Varlamov, L. (2004). Associations of alexithymia with anterior and posterior activation asymmetries during evoked emotions: EEG evidence of right hemisphere “electrocortical effort”. *International Journal of Neuroscience*, 114, 1443 – 1462.
- Aisemberg, P. (2004). Theoretical approach to somatic conditions: Work at the frontiers or psychoanalytical work? *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 977 – 981.
- Aisenstein, M. (2006). The indissociable unity of psyche and soma: A view from the Paris Psychosomatic School. *International Journal of Psychoanalysis*, 87, 667 – 680.
- Aisenstein, M. (2010). The mysterious leap of the somatic into the psyche. In M. Aisenstein & E. Rappaport de Aisemberg (eds) *Psychosomatics today: A psychoanalytic perspective* (pp.47 – 62). International Psychoanalytic Association.
- Aisenstein, M. & Smadja, K. (2006). Εισαγωγή: Από την ψυχοσωματική, βασικό ρεύμα της σύγχρονης ψυχανάλυσης, στα θεμελιώδη κείμενα. Στο Μ. Aisenstein & Κ. Smadja (Επ. Εκδ.) *Ψυχαναλυτική Ψυχοσωματική* (σελ. 17 – 34). Αθήνα: Καστανιώτης.

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical psychology review, 30*, 217 – 237.
- Αναγνωστοπούλου, Τ. & Κιοσέογλου, Γ. (2002). Κλίμακα Αλεξιθυμίας του Toronto (Toronto Alexithymia Scale [TAS-20]). Στο Α. Σταλίκας, Σ. Τριλίβα & Π. Ρούσση (επ. εκδ.), *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα* (σελ. 100 – 101). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Andreassen, O.A., Harbo, H.F., Wang, Y., Thompson, W.K., Schork, A.J., Mattingsdal, M., Zuber, V., Bettella, F., Ripke, S., Kelsoe, J.R., Kendler, K.S., O'Donovan, M.C., Sklar, P., The Psychiatric Genomics Consortium (PGC) Bipolar Disorder and Schizophrenia Work Groups, The International Multiple Sclerosis Genetics Consortium (IMSGC), McEvoy, L.K. Desikan, R.S., Lie, B.A., Djurovic, S. & Dale, A.M. (2015). Genetic pleiotropy between multiple sclerosis and schizophrenia but not bipolar disorder: differential involvement of immune-related gene loci. *Molecular Psychiatry, 20*, 207 – 214.
- Andreou, E., Alexopoulos, E.C., Lionis, C., Varvogli, L., Gnardellis, C., Chrousos, G.P. & Darviri, C. (2011). Perceived Stress Scale: Reliability and Validity Study in Greece. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 8*, 3287 – 3298.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine*. New York: Norton.
- Amato, M. P., Ponziani, G., Rossi, F., Liedl, C. L., Stefanile, C. & Rossi, L. (2001). Quality of life in multiple sclerosis: The impact of depression, fatigue and disability. *Multiple Sclerosis, 7* (5), 340 – 344.

- Amato, M. P., Zipoli, V., Goretti, B., Portaccio, E., De Caro, M. F., Ricchiuti, L., Siracusa, G., Masini, M., Sobri, S. & Trojano, M. (2006). Benign multiple sclerosis: Cognitive, psychological and social aspects in a clinical cohort. *Journal of Neurology*, *253*, 1054 – 1059.
- Arnett, P. A., Higginson, C. I., Voss, W. D., Wright, B., Bender, W. I. & Wurst, J. M. (1999). Depressed mood in multiple sclerosis: Relationship to capacity-demanding memory and attentional functioning. *Neuropsychology*, *13*, 434 – 446.
- Arnett, P. A., Higginson, C. I., Voss, W. D., Wright, B., Bender, W. I., Wurst, J. M. & Tippin, J. M. (1999). Depression in multiple sclerosis: Relationship to memory capacity. *Neuropsychology*, *13*, 546 – 556.
- Artemiadis, A.K., Anagnostouli, M.C. & Alexopoulos, E.C. (2011). Stress as a risk factor for multiple sclerosis onset or relapse: a systematic review. *Neuro-epidemiology*, *36*, 109 – 120.
- Artemiadis, A.K., Vervainioti, A.A, Alexopoulos, E.C., Rombos, A., Anagnostouli, M.C. & Darviri, C. (2012). Stress management and multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *Archives of Clinical Neurology*, *27* (4), 406 – 416.
- Ascherio, A. & Munger, K. L. (2007). Environmental risk factors for multiple sclerosis. Part II: Noninfectious factors. *Annals of Neurology*, *61* (6), 504 – 513.
- Ayache, S. S. & Chalah, M. A. (2018). Moral judgement: an overlooked deficient domain in multiple sclerosis. *Behavioral Sciences*, *8*, doi:10.3390/bs8110105.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A. & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale – I: Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, *38*, 23 – 32.

- Bagby, R. M., Quilty, L. C., Taylor, G. J., Grabe, H. J., Luminet, O., Verissimo, R., De Groote, I. & Vanheule, S. (2009). Are there subtypes of alexithymia? *Personality and Individual Differences*, in press.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J. & Parker, J. D. A. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale – II: Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38, 33 – 40.
- Bakalidou, D., Voumvourakis, K., Tsourti, Z., Papageorgiou, E., Poullos, A., Giannopoulos, S. (2014). Validity and reliability of the Greek version of the Modified Fatigue Impact Scale in multiple sclerosis patients. *International Journal of Rehabilitation*, 37 (3), 271 – 276.
- Baikie, K. A. & McIlwain, D. (2008). Who does excessive writing work for? Examination of alexithymia, splitting and expressive copying style as moderators of the expressive writing paradigm. *British Journal of Health Psychology*, 13 (1), 61 – 66.
- Barker-Collo, S. (2006). Quality of life in multiple sclerosis: Does information-processing speed have an independent effect? *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21, 167 – 174.
- Barker-Collo, S., Cartwright, C. & Read, J. (2006). Into the unknown: The experiences of individuals living with multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 38, 435 – 446.
- Βασιλαματζής, Γ. (2003). Αλεξιθυμία: Σύγχρονα θεωρητικά και ερευνητικά δεδομένα. *Ψυχιατρική*, 14 (1), 6 – 7.

- Bateman, A. & Holmes, J. (1998). *Εισαγωγή στην ψυχανάλυση (Σύγχρονη θεωρία και πρακτική)*, Ι. Τέττερη (μετ.). Αθήνα: Καστανιώτης (πρωτότυπη έκδοση 1995).
- Beeney, J. & Arnett, P. A. (2008). Stress and memory bias interact to predict depression in multiple sclerosis. *Neuropsychology*, 22 (1), 118 – 126.
- Benedict, H. B., Hussein, S., Englert, J., Dwyer, M. G., Abdelrahman, N., Cox, J. L., Muschauer, F. E., Weinstock-Guttman, B. & Zivadinov, R.(2008). Cortical atrophy in multiple sclerosis. *Neuropsychology*, 22 (4), 432 – 441.
- Bensing, J. M., Schreurs, K. M. G., de Ridder, D. T. D. & Hulsman, R. L. (2002). Adaptive tasks in multiple sclerosis: Development of an instrument to identify the focus of patients coping efforts. *Psychology and Health*, 17 (4), 475 – 488.
- Beres, D. & Brenner, C. (1950). Mental reactions in patients with multiple sclerosis. *Psychoanalytic Quarterly*, 19, 170 – 191.
- Bermond, B., Bieman, D. J., Cladder, M. A., Moorman, P. P. & Vorst, H. C. M. (2010). The cognitive and affective alexithymia dimensions in the regulation of sympathetic responses. *International Journal of Psychophysiology*, in press.
- Bewley, J., Murphy, P. N., Mallows, J. & Baker, G. A. (2005). Does alexithymia differentiate between patients with nonepileptic seizures, patients with epilepsy and nonpatient controls? *Epilepsy and Behavior*, 7, 430 – 437.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. London: Karnac.
- Bion, W. R. (1963). *Elements of psychoanalysis*. London: Karnac.
- Bion, W. R. (1967). *Second thoughts*. London: Karnac.

- Bjelland, I., Dahl, A.A., Haug, T.T. & Neckelman, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52, 69 – 77.
- Black, R. & Dorstyn, D. (2015). A biopsychosocial model of resilience for multiple sclerosis. *Journal of Health Psychology*, 20 (11), 1434 – 1444.
- Bodini, B., Mandarelli, G., Tomassini, V., Tarsitani, L., Pestalozza, I., Gasperini, C., Lenzi, G. L. & Pozzili, C. (2007). Alexithymia in multiple sclerosis: Relationship with fatigue and depression. *Acta Neurologica Scandinavica*, 118 (1), 18 – 23.
- Bol, Y., Duits, A. A., Hupperts, R. M. M., Vlaeyen, J. W. S. & Verhey, F. R. J. (2009). The psychology of fatigue in patients with multiple sclerosis: A review. *Journal of Psychosomatic Research*, in press.
- Bonovitz, C. (2010). The interpersonalisation of Fantasy: The linking and de-linking of fantasy and reality. *Psychoanalytic Dialogues*, 20, 627 – 641.
- Borsci, G., Boccardi, M., Rossi, R., Rossi, G., Perez, J., Bonetti, M. & Frisoni, G. B. (2009). Alexithymia in healthy women: A brain morphology study. *Journal of Affective Disorders*, 114, 208 – 215.
- Boschan, P. J. (2007). Body, mind and bonds. *American Journal of Psychoanalysis*, 67 235 – 248.
- Bostwick, J. M. & Levenson, J. L. (2005). Suicidality. In J. L. Levenson (ed.), *Textbook of psychosomatic medicine* (pp. 219 – 234). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.



- Bouchard, M.-A. & Lecours, S. (2008). Contemporary approaches to mentalization in the light of Freud's Project. In F. N. Busch (ed) *Mentalization: Theoretical considerations, research finding and clinical implications* (pp. 103 – 129). New York: Taylor and Francis.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, Vol. I: Attachment*. New York: Basic Books.
- Braunschweig, D. (2006). Ψυχοσωματική διερεύνηση ή ψυχαναλυτική συνέντευξη: Η οικονομική πλευρά. Στο Μ. Aisenstein & Κ. Smadja (Επ. Εκδ.) *Ψυχαναλυτική Ψυχοσωματική* (σελ. 137 – 162). Αθήνα: Καστανιώτης.
- Briones-Buixassa, L., Milà, R., Arrufat, F. X., Aragones, J. M., Bufill, E., Luinet, O. & Moss-Morris (2019). A case control study of psychosocial factors and their relationship to impairment and functionality in multiple sclerosis. *Journal of Health Psychology, 24* (8), 1023 – 1032.
- Bronstein, C. (2010). Psychosomatics: the role of unconscious phantasy. In M. Aisenstein & E. Rappaport de Aisemberg (eds) *Psychosomatics today: A psychoanalytic perspective* (pp.63 – 76). International Psychoanalytic Association.
- Bronstein, C. (2011). On psychosomatics: the search for meaning. *International Journal of Psychoanalysis, 92*, 173 – 195.
- Brown, R. F., Tennant, C. C., Sharock, M., Hodginson, S., Dunn, S. M. & Pollard, J. D. (2006a). Relationship between stress and relapse in multiple sclerosis: Part II. Direct and indirect relationships. *Multiple Sclerosis, 12*, 465 – 475.
- Brown, R. F., Tennant, C. C., Sharock, M., Hodginson, S., Dunn, S. M. & Pollard, J. D. (2006b). Relationship between stress and relapse in multiple sclerosis: Part I. Important features. *Multiple Sclerosis, 12*, 453 – 464.

- Brown, R. F., Vapliani, E. M., Tennant, C. C., Dunn, S. M., Sharrock, M., Hodgkinson, S. & Pollard, J. D. (2009). Longitudinal assessment of anxiety, depression and fatigue in people with multiple sclerosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 82, 41 – 56.
- Bruce, A. S. & Arnett, P. A. (2008). Longitudinal study of the symptom checklist 90-revised in multiple sclerosis patients. *The Clinical Neuropsychologist*, 22 (1), 46 – 59.
- Bruce, J. M. & Lynch, S. G. (2011). Personality traits in multiple sclerosis: Association with mood and anxiety disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 70, 479 – 485.
- Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols: A multiple code theory for somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 151 – 172.
- Bucci, W. (2000). The need for a “psychoanalytic psychology” in the cognitive science field. *Psychoanalytic Psychology*, 17 (2), 203 – 224.
- Bucci, W. (2008). The role of bodily experience in emotional organization. New perspectives on the multiple code theory. In F. S. Anderson (ed) *Bodies in treatment* (pp. 51 – 76). New York: Analytic Press.
- Burns, M.N., Nawacki, E., Siddique, J., Pelletier, D. & Mohr, D.C. (2013). Prospective examination of anxiety and depression before and during confirmed and pseudoexacerbations in patients with multiple sclerosis. *Psychosomatic Medicine*, 75 (1), 76 – 82.

- Burns, M.N., Nawacki, E., Kwasny, M.J., Pelletier, D. & Mohr, D.C. (2014). Dopositive or negative stressful events predict the development of new brain lesions in people with multiple sclerosis? *Psychological Medicine*, 44, 349 – 359.
- Γκοτζαμάνης Κ. (1996). *Διαγνωστικά Κριτήρια DSM-IV*. Αθήνα: Λίτσας.
- Γουρζουλίδου, Ε. (2008). *Η σκλήρυνση κατά πλάκας στην περιοχή της δυτικής Ελλάδας – επιδημιολογία της νόσου και κλινική μελέτη των πασχόντων*. Πάτρα: Αδημοσίευτη Διδακτορική Διατριβή.
- Caladri, E., Graziano, F., Borghi, M. & Bonino, S. (2016). Depression, Positive and Negative Affect, Optimism and Health-Related Quality of Life in recently diagnosed multiple sclerosis patients: the role of identity, sense of coherence and self-efficacy. *Journal of Happiness Studies*, DOI: 10.1007/s10902-016-9818-x
- Caladri, E., Graziano, F., Borghi, M. & Bonino, S. (2017). Coping strategies and adjustment to multiple sclerosis among recently diagnosed patients: the mediating role of sense of coherence. *Clinical Rehabilitation*, 10, 1386 – 1395.
- Carson, A. J., Zerman, A., Myles, L. & Sharpe, M. (2005). Neurology and neurosurgery. In J. L. Levenson (ed.), *Textbook of psychosomatic medicine* (pp. 724 – 755). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Carta, M.G., Moro, M.F., Lorefice, L., Picardi, A., Trincas, Fenu, G., G., Cocco, E., Floris, F., Bessonov, D., Akiskal, H.S. & Marrosu, M.G. (2014). Multiple sclerosis and bipolar disorders: The burden of comorbidity and its consequences on quality of life. *Affective Disorders*, 167, 192 – 197.

- Carta, M.G., Moro, M.F., Loreface, L., Trincas, G., Cocco, E., Del Giudice, E., Fenu, G., Colom, F. & Marrosu, M.G. (2014). The risk of bipolar disorders in multiple sclerosis. *Journal of Affective Disorders*, *155*, 255 – 260.
- Cavell, M. (2007). Triangulation, one's own mind and objectivity. In J. Rose (Ed.), *Symbolization: Representation and Communication* (pp. 19 – 50). London: Karnac.
- Celikel, F. C., Kose, S., Erkorkmaz, U., Sayar, K., Cumucul, B. E. & Cloninger, C. R. (in press). Alexithymia and temperament and character model of personality in patients with major depressive disorder. *Comprehensive Psychiatry*.
- Chahraoui, K., Dieu, E. & Moreau, T. (2015). Psychopathology of alexithymia and multiple sclerosis. In B. Brochet (ed.) *Neuropsychiatric Symptoms of Inflammatory Demyelinating Diseases* (pp. 195 – 211). Switzerland: Springer International Publishing.
- Chahraoui, K., Duchene, C., Rollet, F., Bonin, B. & Moreau, T. (2014). Longitudinal study of alexithymia and multiple sclerosis. *Brain and Behavior*, *4* (1), 75 – 82.
- Chahraoui, K., Pinoit, J.-M., Viegas, N., Adnet, J., Bonin, B. & Moreau, T. (2008). Alexithymia and links with depression and anxiety in multiple sclerosis. *Revue Neurologique*, *164* (3), 242 – 245.
- Chalah, M. A. & Ayache, S. S. (2017). Alexithymia in multiple sclerosis: a systematic review of the literature. *Neuropsychologia*, *104*, 31 – 47.
- Chalah, M. A., Kouv, P., Créange, A., Hodel, J., Lafaucheur, J.-P. & Ayache, S. S. (2019). Neuropsychological, radiological and neuropsychological evaluation of fatigue in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Diseases*, *28*, 145 – 152.

- Chalah, M. A., Lefaucheur, J.-P., Créange, A. & Ayache, S. S. (2020). Corticospinal inhibition and Alexithymia in multiple sclerosis patients – an exploratory study. *Multiple Sclerosis and Related Diseases*, *41*, (2020) 102039.
- Chalk, H. M. (2007). Coping with multiple sclerosis: Coping strategies, personality and cognitive appraisals as predictors of adjustment among multiple sclerosis patients. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, *68* (4-B), 2640.
- Chiaravalloti, N. & DeLuca, J. (2008). Cognitive impairment in multiple sclerosis. *Lancet Neurology*, *7*, 1139 – 1151.
- Christodoulou, C., Melville, P., Scherl, W. F., Morgan, T., Macallister, W. S., Canfora, D. M., Berry, S. A. & Krupp, L. B. (2005). Perceived cognitive dysfunction and observed neuropsychological performance: Longitudinal relation in persons with multiple sclerosis. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *11*, 614 – 619.
- Chwastiak, L. A., Ehde, D. M, Gibbons, L. E., Sullivan, M., Bowen, J. D., & Kraft, G. H. (2002). Depressive symptoms and severity of illness in multiple sclerosis: epidemiologic study of a large community sample. *American Journal of Psychiatry*, *159* (11), 1862 – 1868.
- Chwastiak, L. A., Gibbons, L. E., Ehde, D. M, Sullivan, M., Bowen, J. D., Bombardier, C. H. & Kraft, G. H. (2005). Fatigue and psychiatric illness in a large community sample of persons with multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, *59*, 291 – 298.

- Clerici, M., Albonetti, S., Papa, R., Penati, G. & Invernizzi, G. (1992). Alexithymia and obesity. *Psychotherapy and psychosomatics*, 57, 88 – 93.
- Cohen, K., Auld, F. & Brooker, H. (1994). Is alexithymia related to psychosomatic disorder and somatizing? *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (2), 119 – 127.
- Cohen, S., Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24 (4), 385 – 396.
- Cohen, S. & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. In S.S.A.S. Oskamp (ed), *The Social Psychology of Health* (pp. 31 – 67). USA: Sage.
- Coles, A. R., Pakenham, K. I. & Leech, C. (2007). Evaluation of an intensive psychosocial intervention for children of parents with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 52 (2), 133 – 142.
- Compston, A. (2005). The 150<sup>th</sup> anniversary of the depiction of the lesions of multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 51 (10), 1249 – 1252.
- Compston, A. & Coles, A. (2008). Multiple sclerosis. *Lancet*, 372, 1502 – 1517.
- Conrad, R., Wegener, I., Imbierowicz, K., Liedtke, R., Geiser, F. (2009). Alexithymia, temperament and character as predictors of psychopathology in patients with major depression. *Psychiatry Research*, 165, 137 – 144.
- Costa, A., Peppe, A., Carlesimo, G. A., Salamone, G., Caltagirone, C. (2007). Neuropsychological correlates of alexithymia in Parkinson's disease. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13, 980 – 992.

- Costello, K., Halper, J. & Harris, C. (2003). *Nursing practice in multiple sclerosis: A core curriculum*. New York: Demos Medical Publishing.
- Crawford, J.R. & Henry, J.D. (2004). The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 245 – 265.
- Cummings, J., Gilbert, J. & Andersen, G. (2013). Pseudobulbar affect – A disabling but under-recognised consequence of neurological disease and brain injury. *European Neurological Review*, 8 (2), 74 – 81.
- Dalton, E. J. & Heinrichs, R. W. (2005). Depression in multiple sclerosis: A quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, 2, 152 – 158.
- Damasio, A. (2003). *Looking for Spinoza: Joy, sorrow, and the feeling brain*. Orlando: Hogarth.
- De Berardis, D., Conti, C., Iaselovi, F., Valchera, A., Fornaro, M., Cavuto, M., Brucchi, M., Perna, G., Pompili, M., Modabbernia, A., Lucidi, G., Mazza, M., Martinotti, G. & Di Giannantonio, M. (2014). Alexithymia and its relationships with acute phase proteins and cytokine release: an updated review. *Journal of Biological Regulators & Homeostatic Agents*, 28 (4), 13 – 17.
- De Gucht, V. & Heiser, W. (2002). Alexithymia and somatisation: A quantitative review of the literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 425 – 434.
- De Haan, H. A., Joosten, E., Wijdeveld, T.G.M., Boswinkel, P., van der Palen, J., & de Jong, C.A.J. (2012). Alexithymia is not a stable personality trait in patients with substance use disorders. *Psychiatry Research*, 198 (1), 123 – 129.

- De Haan, H. A., van der Palen, J., Wijdeveld, T.G.M., Buitelaar, J.K. & de Jong, C.A.J. (2014). Alexithymia in patients with substance use disorders: State or trait? *Psychiatry Research*, 216 (1), 137 – 145.
- de M'Uzan, M. (2006). Οι σκλάβοι της ποσότητας. Στο Μ. Aisenstein & Κ. Smadja (Επ. Εκδ.) *Ψυχαναλυτική Ψυχοσωματική* (σελ. 163 – 180). Αθήνα: Καστανιώτης.
- Denollet, J., Nyklíček, I. & Vingerhoets, Ad J.J.M. (2008). Introduction: Emotions, Emotion Regulation and Health. In Ad J.J.M. Vingerhoets, I. Nyklíček & J. Denollet (eds), *Emotion Regulation: Conceptual and Clinical Issues* (pp. 3 – 11). New York: Springer.
- De Panfilis, C., Salvatore, P., Marchesi, C., Cazzolla, R., Tonna, M. Maggini, C. (2008). Parental bonding and personality disorder: The mediating role of alexithymia. *Journal of Personality Disorders*, 22 (5), 496 – 508.
- De Rick, A. & Vanheule, S. (2007). Alexithymia and DSM-IV personality disorder traits in alcoholic inpatients: A study of the relation between both constructs. *Personality and Individual Differences*, 43, 119 – 129.
- Del Puente, G., Mahamid, A. & Bragazzi, L. (2012). Health locus of control and multiple sclerosis. *Journal of Psychology and Psychotherapy*, S3: 001. doi: 10.417/2161-0487.S3-001.
- Defer, G. (2001). Neuropsychological and psychological assessment in multiple sclerosis. *Revue Neuropsychologique*, 157 (8-9), 1128 – 1134.
- Demaree, H. A., Gaudino, E. & DeLuca, J. (2003). The relationship between depressive symptoms and cognitive dysfunction in multiple sclerosis. *Cognitive Neuropsychiatry*, 8 (3), 161 – 171.



- Demirkiran, M., Sarica, Y., Uguz, S., Yerdelen, D. & Aslan, K. (2006). Multiple sclerosis patients with and without sexual dysfunction: Are there any differences? *Multiple Sclerosis*, *12*, 209 – 214.
- Dennison, L., Moss-Morris, R. & Chalder, T. (2009). A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clinical Psychology Review*, *29*, 141 – 153.
- De Tychey, C., Garnier, S., Lighezzolo-Alnot, J., Claudon, P. & Rebourg-Roesler C. (2010). An accumulation of negative life events and the construction of alexithymia: A longitudinal and clinical approach. *Journal of Personality Assessment*, *92* (3), 189 – 206.
- Deutsch, L. (1980). Psychosomatic medicine from a psychoanalytic viewpoint. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *28*, 653 – 702.
- DiMatteo, M. R. & Martin, L. R. (2006). *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*. Φ. Αναγνωστόπουλος, Γ. Ποταμιάνος (Επ. Εκδ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Dorard, G., Berthoz, S., Haviland, M. G., Phan, O., Corcos, M. & Bungener, C. (2008). Multimethod alexithymia assessment in adolescents and young adults with a cannabis use disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *49*, 585 – 592.
- Dubayova, T., Krokavcova, M., Nagyova, I., Rosenberger, J., Gdovinova, Z., Middel, B., Groothoff, J.W. & van Dijk, J.P. (2013). Type D, anxiety and depression in association with quality of life in patients with Parkinson's disease and patients with multiple sclerosis. *Quality of Life Research*, *22*, 1353 – 1360.

- Duckworth, A.L., Tsukayama, E. & May, H. (2010). Establishing causality using longitudinal hierarchical linear modelling: an illustration predicting achievement from self-control. *Social Psychology and Personality Science*, 1 (4), 311 – 317.
- Dunbar, F. (1943). *Psychosomatic diagnosis*. New York: Hoeber Press.
- Dunbar, F. (1947). *Mind and body: Psychosomatic medicine*. New York: Random House.
- Eboni, A. C. B., Cardoso, M., Dias, F. M., da Gama, P. D., Gomes, S., Goncalves, M. V. M., Machado, S. C. N., da Bobrega jr, A. W., Parolin, M. F. K., Paz, S. C., Ruocco, H. H., Scorcine, C., Siquineli, F. Spessotto, C. V., Rauil, C. B. & Frago, Y. D. (2018). High levels of Alexithymia in patients with multiple sclerosis. *Dementia & Neuropsychologia*, 12 (2), 212 – 215.
- Edwards, L. J. & Constantinescu, C. S. (2004). A prospective study of conditions associated with multiple sclerosis in a cohort of 658 consecutive outpatients attending a multiple sclerosis clinic. *Multiple Sclerosis*, 10, 575 – 581.
- Eklund, V.-A. & MacDonald, M. L. (1991). Descriptions of persons with multiple sclerosis, with an emphasis on what is needed from psychologists. *Professional Psychology: research and Practice*, 22 (4), 277 – 284.
- Elfhag, K. & Lundh, L. G. (2007). TAS-20 alexithymia in obesity and its links to personality. *Scandinavian Journal of Psychology*, 48, 391 – 398.
- Engel, D. M. & Munger, F. (2007). Narrative, disability, and identity. *Narrative*, 15 (1), 85 – 94.

- Engel, G. L. & Schmale, A. H. (1967). Psychoanalytic theory of somatic disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15, 344 – 364.
- Eun-Hyun Lee, R.N. (2012). Review of the psychometric evidence of the Perceived Stress Scale. *Asian Nursing Research*, 6, 121 – 127.
- Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., van Lankveld, W., Jongen, P. J. H., Jacobs, J. W. G. & Bijlisma, J. W. J. (2001). Beyond unfavourable thinking: The illness cognition questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (6), 1026 – 1036.
- Exner, E. J. Jr (2003). *The Rorschach. A comprehensive system*. 4<sup>th</sup> edition. New Jersey: John Wiley and Sons.
- Fain, M. (1971). Prelude a la vie fantasmatique. *Revue Française de Psychanalyse*, 35, 291 – 364.
- Fain, M. (1997). Névrose de caractere et mentalisation. *Revue Française de Psychosomatique*, 11, 7 – 17.
- Fain, M. (2006). Η νεύρωση συμπεριφοράς κατά τον Pierre Marty. Στο M. Aisenstein & K. Smadja (Επ. Εκδ.) *Ψυχαναλυτική Ψυχοσωματική* (σελ. 205 – 214). Αθήνα: Καστανιώτης.
- Farb, N.A., Anderson, A.K. & Segal, Z.V. (2013). The mindful brain and emotion regulation in mood disorders. *Canadian journal of Psychiatry*, 57 (2), 70 – 77.
- Fava, G.A., Belaise, C. & Sonino, N. (2010). Psychosomatic medicine is a comprehensive field, not a synonym for consultation liaison psychiatry. *Current Psychiatry Reports*, 12, 215 – 221.

- Fenstein, A. (2007). *The Clinical Neuropsychiatry of Multiple Sclerosis*. New York: Cambridge University Press.
- Fenstein, A. (2011). Multiple sclerosis and depression. *Multiple Sclerosis Journal*, 17 (11), 1276 – 1281.
- Feinstein, A., du Boulay, G. & Ron, M. A. (1993). Psychotic illness in multiple sclerosis: A clinical and MRI study. *British Journal of Psychiatry*, 161, 680 – 685.
- Feinstein, A., O'Connor, P., Gray, T. & Feinstein, K. (1999a). The effect of anxiety on psychiatric morbidity in patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 5, 323 – 326.
- Feinstein, A., O'Connor, P., Gray, T. & Feinstein, K. (1999b). Pathological laughing and crying in multiple sclerosis: A preliminary study suggesting a role for the prefrontal cortex. *Multiple Sclerosis*, 5, 69 – 73.
- Feinstein, A., O'Connor, P. & Feinstein, K. (2002). Multiple sclerosis, interferon beta-1b and depression: A prospective investigation. *Journal of Neurology*, 249, 815 – 820.
- Feinstein, A., Roy, P., Lobaugh, N., Feinstein, K., O'Connor, P. & Black, S. (2004). Structural brain abnormalities in multiple sclerosis patients with major depression. *Neurology*, 62, 586 – 90.
- Fenichel, O. (1945). *The psychoanalytic theory of neurosis*. New York: Norton.
- Fernández-Jiménez, E., Pérez-San-Gregorio, M.A., Taylor, G.J., Bagby, R.M., Ayearst, L.E. & Izquierdo, G. (2013). Psychometric properties of a revised Spanish

- 20-item Toronto Alexithymia Scale adaptation in multiple sclerosis patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 226 – 234.
- Fiest, K.M., Walker, J.R., Bernstein, C.N., Graff, L.A., Zarychanski, R., Abou-Setta, A.M., Patten, S.B., Sareen, J., Bolton, J.M., Marriott, J.J., Fisk, J.D., Singer, A. & Marrie, R.A. (2016). Systematic review and meta-analysis of interventions for depression and anxiety in persons with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 5, 12 – 26.
- Filley, C.M. (2011). White matter: beyond focal disconnection. *Neurological Clinics*, 29, 81 – 97.
- Fine, A. (2005a). Psychosomatic. In A. DeMijolla (Ed.), *International Dictionary of Psychoanalysis*, III (pp.1407-1409). New York: Thomson Gale.
- Fine, A. (2005b). Mentalisation. In A. DeMijolla (Ed.), *International Dictionary of Psychoanalysis*, III (p.1046). New York: Thomson Gale.
- Fischbein, J. E. (2011). Psychosomatics: a current overview. *International Journal of Psychoanalysis*, 92, 197 – 219.
- Fischer, A., Fischer, M., Nicholls, R.A., Lau, S., Poettgen, J., Patas, K., Heesen, C. & Gold, S. M. (2015). Diagnostic accuracy for major depression in multiple sclerosis using self-report questionnaires. *Brain and Behavior*, 0 (0), doi: 10.1002/brb3.365.
- Fonagy, P., Bateman, A. W. & Luyten, P. (2012). Introduction and overview. In A. W. Bateman & P. Fonagy (eds) *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice* (pp. 3 – 42). Washington DC: American Psychiatric Publishing.

- Fonagy, P. & Target, M. (2003). *Psychoanalytic theories: perspectives from developmental psychopathology*. New York: Brunner-Routledge.
- Fonagy, P., Gergely, G. & Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. London: Karnac.
- Forsyth, D. W. (1997). Proposals regarding the neurobiology of oedipality. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 20, 163 – 206.
- Fossati, A., Acquarini, E., Feeney, J. A., Borroni, S., Grazioli, F., Giarolli, L. E., Franciosi, G. & Maffei, C. (2009). Alexithymia and attachment insecurities in impulsive aggression. *Attachment & Human Development*, 11 (2), 165 – 182.
- Franklin, G. M. & Nelson, M. P. H. (2003). Environmental risk factors in multiple sclerosis. *Neurology*, 61, 1032 – 1034.
- Freal, J. E., Kraft, G. H. & Coryel, J. K. (1984). Symptomatic fatigue in multiple sclerosis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 65, 135 – 138.
- Freud, S. (1894). The neuro-psychoses of defence. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 41 – 61). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1895a). A reply to criticisms on the anxiety neurosis. In *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 118 – 139). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1895b). On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description ‘anxiety neurosis’. In J. Strachey (Ed. & Trans.),

- The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 85 – 115). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1898). Sexuality in the aetiology of the neuroses. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 3, pp. 261 – 285). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1905). Fragment of an analysis of a case of hysteria (p 16, note 3). In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 7 – 122). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1912). Contributions to a discussion on masturbation. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 239 – 254). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1915). Instincts and their vicissitudes. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 111 – 140). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol.14, pp. 237 – 258). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1920). Beyond the pleasure principle. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 7 – 64). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1923a). Encyclopaedia article: Psychoanalysis and The libido theory. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 234–259). London: Hogarth Press.

- Freud, S. (1923b). The ego and the id. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 13 – 59). London: Hogarth Press.
- Frewen, P. A., Dozois, D. J. A., Neufeld, R. W. J. & Lanius, R. A. (2008). Meta-analysis of alexithymia in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 21* (2), 243 – 246.
- Friedberg, F. & Quick, J. (2007). Alexithymia and chronic fatigue syndrome: Associations with momentary, recall and retrospective measures of somatic complaints and emotions. *Psychosomatic Medicine, 69*, 54 – 60.
- Frohman, E. M., Frohman, B. M. & Moreault, A. M. (2002). Acquired sexual paraphilia in patients with multiple sclerosis. *Archives of Neurology, 59*, 1006 – 1010.
- Gabbard, G. O. (2006). *Η ψυχοδυναμική ψυχιατρική στην κλινική πράξη*, Θ. Ν. Υφαντής (επ. εκδ.). Αθήνα: Βήτα (πρωτότυπη έκδοση 1990).
- Galleazzi, G. M., Ferrari, S., Giaroli, G., Mackinnon, A., Merelli, E., Motti, L. & Rigatelli, M. (2005). Psychiatric disorders and depression in multiple sclerosis outpatients: Impact of disability and interferon beta therapy. *Neurological Sciences, 26*, (4), 255 – 262.
- Garyfallos, G., Karastergiou, A., Adamopoulou, A., Moutzoukis, C., Alagiozidou, E., Mala, D. & Garyfallos, A. (1991). Greek version of the General Health Questionnaire: Accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84*, 371 – 378.



- Gay, M.-C., Bungener, C., Thomas, S., Vrignaud, P., Thomas, P. W., Baker, R., Montel, S., Heinzlef, O., Papeix, C., Assouad, R. & Montreuil, M. (2017). Anxiety, emotional processing and depression in people with multiple sclerosis. *BMC Neurology*, *17*(43), DOI 10.1186/s12883-017-0803-8.
- Gay, M.-C., Vrignaud, P., Garitte, C. & Meunier, C. (2010). Predictors of depression in multiple sclerosis patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, *121*, 161 – 170.
- Geoharis, K. (1957). Psychotic episodes heralding the diagnosis of multiple sclerosis. *Bulletin of the Menninger Clinic*, *27*, 450 – 466.
- Ghaffar, O. & Feinstein, A. (2007). The neuropsychiatry of multiple sclerosis: A review of recent developments. *Current Opinion in Psychiatry*, *20* (3), 278 – 285.
- Gibeault, A. (2005). Symbolization, process of. In A. DeMijolla (Ed.), *International Dictionary of Psychoanalysis, III* (pp.1712-1714). New York: Thomson Gale.
- Gill, F. P., Ridout, N., Kessler, H., Neuffer, M., Schocchin, C., Traue, H. C. & Nickel, M. (2009). Facial emotion recognition and alexithymia in adults with somatoform disorders. *Depression and Anxiety*, *26*, 26 – 33.
- Giordano, A., Granella, F., Lugaresi, A., Martinelli, V., Trojano, M., Confalonieri, P., Radice, D., Solari, A., SIMS-Trial group (2011). Anxiety and depression in multiple sclerosis patients around diagnosis. *Journal of Neurological Science*, *307* (1 – 2), 86 – 91.
- Gitchel, W.D., Roessler, R.T. & Turner, R.C. (2011). Gender effect according to item directionality on the Perceived Stress Scale for adults with multiple sclerosis. *Rehabilitation Counselling Bulletin*, *55* (1), 20 – 28.

- Gleichgerrecht, E., Tomashitis, B. & Sinay, V. (2015). The relationship between Alexithymia, empathy and moral judgment in patients with multiple sclerosis. *European Journal of Neurology*, doi:10.1111/ene.12745.
- Glover, E. (1939). *Psychoanalysis*. London: Staples Press.
- Goerlich-Dobre, K. S., Votinov, M., Habel, U., Pripfl, J. & Lamm, C. (2015). Neuroanatomical profiles of Alexithymia dimensions and subtypes. *Human Brain Mapping*, DOI: 10.1002/hbm.22879.
- Goldberg, D. P. & Williams, P. (1991). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Berkshire: NFER-Nelson.
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureye, O. & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27, 191 – 197.
- Gould, J. R., Prentice, N. M. & Ainslie, R. C. (1996). The Splitting Index: Construction of a scale measuring the defence mechanism of splitting. *Journal of Personality Assessment*, 66 (2), 414 – 430.
- Graham, R. (1988). The concept of alexithymia in the light of work of Bion. *British Journal of Psychotherapy*, 4 (4), 364 – 379.
- Green, A. (1975) The analyst, symbolization and absence in the analytic setting (on changes in analytic practice and analytic experience). *International Journal of Psychoanalysis*, 56, 1 – 22.
- Green, A. (1986). The dead mother. In A. Green, *On private madness* (pp. 142 – 173). London: Hogarth Press.

- Green, A. (2002). *Η ιδιωτική τρέλα: Ψυχανάλυση των οριακών περιπτώσεων*, Κ. Συνοδινού & Σ. Μητροσύλης (επ. εκδ.). Αθήνα: Καστανιώτης (πρωτότυπη έκδοση 1972).
- Green, A. (2005). *Key ideas for a contemporary psychoanalysis*, A. Weller (trans). London: Routledge.
- Green, A. (2010). Thoughts on the Paris School of Psychosomatics. In M. Aisenstein & E. Rappaport de Aisemberg (eds) *Psychosomatics today: A psychoanalytic perspective* (pp.1 – 45). International Psychoanalytic Association.
- Greenhalgh, J., Ford, H., Long, A.F. & Hurst, K. (2004). The MS Symptom and Impact Diary (MSSID): psychometric evaluation of a new instrument to measure the day to day impact of multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 75, 577 – 582.
- Groddeck, G. W. (1976). *The book of the It*. Oxford: International University Press (Originally published in 1926).
- Groddeck, G. W. (1977). *The meaning of illness: Selected psychoanalytic writings*. London: Hogarth Press (Originally published in 1925).
- Gross, J.J (2002). Emotion regulation: affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281 – 291.
- Gross, J.J. & Thompson, R.A. (2007). Emotion regulation: conceptual foundations. In J.J. Gross (ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3 – 25). New York: The Guildford Press.

- Goldman Consensus Group (2005). The Goldman Consensus statement on depression in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 11 (3), 328 – 337.
- Guilbaud, O., Corcos, M., Hjalmarsson, L., Loas, G. & Jeammet, P. (2003). Is there a psychoimmunological pathway between alexithymia and immunity? Immune and physiological correlates of alexithymia. *Biomedicine and Pharmacotherapy*, 57, 292 – 295.
- Haase, V. G., Lacerda, S. S., de Paula Lima, E., de Deus Corrêa, T., de Brito, D. C. S. & Lana-Peixoto, M. A. (2004). Assessment of psychosocial functioning in multiple sclerosis: Psychometric characteristics of four self-report measures. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 62 (2), 282 – 291.
- Habib, M., Daquin, G., Pelletier, J., Montreuil, M. & Robinson, F. (2008). Alexithymia as a consequence of impaired callosal function: Evidence from multiple sclerosis patients and normal individuals. In E. Zaidel & M. Iacobini (Eds.), *The parallel brain: The cognitive neuroscience of the corpus callosum. Issues in clinical and cognitive* (pp. 415 – 422). Cambridge: MIT Press.
- Hakim, E. A., Bakheit, A. M. O., Bryant, T. N., Roberts, M. W. H., McIntosh-Michaelis, S. A., Spackman, A. J., Martin, J. P. & McLellan, D. L. (2000). The social impact of multiple sclerosis – a study of 305 patients and their relatives. *Disability and Rehabilitation*, 22, 288 – 293.
- Halligan, F. R. & Reznikoff, M. (1985). Personality factors and change with multiple sclerosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 (4), 547 – 548.

- Harem, Y., Barak, Y. & Achiron, A. (2007). Dysregulation of affect in multiple sclerosis: A new phenomenological approach. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61 (1), 94 – 98.
- Hart, S. L., Vella, L. & Mohr, D. C. (2008). Relationships among depressive symptoms, benefit finding, optimism and positive affect in multiple sclerosis patients after therapy for depression. *Health Psychology*, 27 (2), 230 – 238.
- Hartocollis, P. (2002). ‘Actual’ neurosis and psychosomatic medicine: The vicissitudes of an enigmatic concept. *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 1361 – 1373.
- Hedström, A.K., Olsson, T. & Alfredsson, L. (2015). The role of environment and lifestyle in determining the risk of multiple sclerosis. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, in press.
- Heesen, C., Mohr, D. C., Huitinga, I., Then Bergh, F., Gaab, J., Otte, C. & Gold, S. M. (2007). Stress regulation in multiple sclerosis – current issues and concepts. *Multiple Sclerosis*, 13, 143 – 148.
- Hesse, C. & Floyd, K. (2008). Affectionate experience mediates the effects of alexithymia on mental health and interpersonal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 25 (5), 739 – 810.
- Himes, M. (2005). Cancer and the body: reflections from a Lacanian perspective. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 7 (4), 235 – 244.
- Hinshelwood, R. D. (2005). Form, space, body and emotions. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 12 (1), 43 – 48.

- Hinshelwood, R. D. (2008). Repression and splitting: Towards a method of conceptual comparison. *International Journal of Psychoanalysis*, *89*, 503 – 521.
- Huber, A., Suman, A. L., Biasi, G. & Carli, G. (2009). Alexithymia in fibromyalgia syndrome: Associations with ongoing pain, experimental pain sensitivity and illness behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, *66*, 425 – 433.
- Humphreys, T. P., Wood, L. M. & Parker, J. D. A. (2009). Alexithymia and satisfaction in intimate relationships. *Personality and Individual Differences*, *46*, 43 – 47.
- Hyman, S. (2009). How adversity gets under the skin. *Nature Neuroscience*, *12* (3), 241 – 243.
- Ikkos, G. (2000). Psychosomatics and psychodynamics: An introduction review. *Group Analysis*, *33*, 235 – 250.
- Imbasciati, A. (2002). An explanatory theory for psychoanalysis: The unconscious as symbolopoiesis. *International Forum of Psychoanalysis*, *11*, 173 – 183.
- Isaksson, A.-K. & Ahlstrom, G. (2006). From symptoms to diagnosis: Illness experiences of multiple sclerosis patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, *38*, 229 – 237.
- Jansen, W., Turpin, K.V.L., Warren, S.A., Marrie, R.A. & Warren, K.G. (2013). Change in the health-related quality of life of multiple sclerosis patients over 5 years. *International Journal of MS Care*, *15*, 46 – 53.
- Janssens, A. C. J. W., Bujjevac, D., van Doorn, P. A. van der Meché, F. G. A., Polman, C. H., Passchier, J. & Hintzen, R. Q. (2006). Prediction of anxiety and

- distress following diagnosis of multiple sclerosis: A two-year longitudinal study. *Multiple Sclerosis*, 12, 794 – 801.
- Jean, V. M., Paul, R. H. & Beatty, W. W. (1999). Psychological and neuropsychological predictors of coping patterns by patients with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (1), 21 – 26.
- Jelliffe, S. E. (1921). Multiple sclerosis and psychoanalysis: A preliminary statement of a tentative research. *The American Journal of the Medical Sciences*, 161 (5), 666 – 675.
- Johansson, V., Lunholm, C., Hillert, J., Masterman, T., Lichtenstein, P., Landén, M. & Hultman, C.M. (2014). Multiple sclerosis and psychiatric disorders: Comorbidity and sibling risk in a nationwide Swedish cohort. *Multiple Sclerosis Journal*, 20 (14), 1881 – 1891.
- Johnson, S., Lange, G., Tiersky, L., DeLuca, J., Natelson, B. H. (2001). *Journal of Chronic Fatigue Syndrome*, 8 (3-4), 41 – 52.
- Jones, E. (1916). On symbolism. In E. Jones, *Collected Papers on Psychoanalysis*. London: Hogarth Press.
- Jopson, N. M. & Moss-Morris, R. (2003). The role of illness representations in adjusting to multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 503 – 511.
- Kaffman, A. & Meany, M. J. (2007). Neurodevelopmental sequelae of postnatal maternal care in rodents: Clinical and research implications of molecular insights. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (3/4), 224 – 244.
- Kalinich, L. J. (2010). A rush of different colour: somatopsychic eruptions from the other side. In M. Aisenstein & E. Rappaport de Aisemberg (eds) *Psychosomatics*

- today: A psychoanalytic perspective* (pp. 77 – 91). International Psychoanalytic Association.
- Κανελλοπούλου, Λ. (2000). *Ψυχαναλυτική θεώρηση του πόνου*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Katsarou, A., Panagiotakos, D., Zafeiropoulou, A., Vryonis, M., Skoularigis, I., Tryposkiadis, F. & Papageorgiou, C. (2012). Validation of a Greek, version of PSS-14; A global measure of perceived stress. *Central Europe Journal of Public Health*, 20 (2), 104 – 109.
- Katsarou, A., Triposkiadis, F., Skoularigis, J., Griva, E., Neroutsos, G., Karayannis, G., Papageorgiou, C. & Panagiotakos, D. (2014). Evaluating the role of Perceived Stress on the likelihood of having a non-fatal acute coronary syndrome: a case control study. *The Open Cardiovascular Medicine Journal*, 8, 68 – 75.
- Καραδήμας, Ε. (2005). *Ψυχολογία της υγείας: Θεωρία και κλινική πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω – Γιώργος Δάρδανος.
- Karagkouni, A., Alevizos, M. & Theocharides, T.C. (2013). Effect of stress on brain inflammation and multiple sclerosis. *Autoimmunity Reviews*, 12, 347 – 953.
- Kazkanis, K. K. (2000). Distinct neurocognitive profiles in multiple sclerosis subtypes. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 15, 115 – 136.
- Keinänen, M. (2008). On symbolic function and its role in psychoanalytic psychotherapy. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 15 (3), 243 – 264.
- Kern, S. & Ziemssen, T. (2008). Brain immune communication psychoneuroimmunology of multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 14, 6 – 21.



- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Aronson.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven: Yale University Press.
- Khan, F., Pallant, J. F., Brand, C. & Kilpatrick, T. J. (2008). Effectiveness of rehabilitation intervention in persons with multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 79 (11), 1230 – 1235.
- Κίτσος, Δ. (2014). *Οι επιδράσεις των αναπαραγωγικών ορμονών στην προδιάθεση και βαρύτητα της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας*. Αθήνα: Ανέκδοτη Διδακτορική Διατριβή.
- Kitsos, D. K., Liapi, C., Tsiodras, S., **Poulios, A.**, Voumvourakis, K. I. (2013). Influence of sex hormone ratios on the clinical course of Multiple Sclerosis: a case study. *American Academy of Neurology, 65<sup>th</sup> annual meeting*. 16-23 March 2013, San Diego Convention Center.
- Kitsos, D., Liapi, C., Tsiodras, S., **Poulios, A.** & Voumvourakis, K. (2014). Influence of Sex Hormone Ratios on the Clinical Course of Multiple Sclerosis: A Case Study After the First Year of Follow Up. *American Academy of Neurology, 66<sup>th</sup> annual meeting*. April 26 – May 3, 2014, Philadelphia PA. Αναδημοσιεύθηκε στο *Neurology*, 82 Sup 10 S4.162, 2014.
- Klauer, T., Schneider, W. & Zettl, U. K. (2007). Coping with neuroimmunological diseases. *Journal of Neurology*, 254 (2), 107 – 111.
- Klein, M. (1930). The importance of symbol-formation in the development of the ego. In M. Klein, *Love, Guilt and Reparation* (pp. 219 – 232). London: Vintage.
- Klein, M. (1946). Notes on some schizoid mechanisms. In M. Klein, *Envy and Gratitude and other works* (pp. 1–24). London: Vintage.

- Klevan, G., Jacobsen, C.O., Aarseth, J.H., Myhr, K.-M., Nyland, H., Glad, S., Lode, K., Figved, N., Larsen, J.P. & Farbu, E. (2013). Health related quality of life in patients recently diagnosed with multiple sclerosis. *Acta Neurologica Scandinavica*, 129, 21 – 26.
- Knoblauch, S. H. (2005). Body rhythms and the unconscious: toward an expanding of clinical attention. *Psychoanalytic Dialogues*, 15 (6), 807 – 827.
- Konradi, C., Sullivan, S.E. & Clay, H.B. (2012). Mitochondria, oligodendrocytes and inflammation in bipolar disorder: Evidence from transcriptome studies pointing intriguing parallels with multiple sclerosis. *Neurobiology of Disease*, 45 (1), 37 – 47.
- Korostil, M. & Feinstein, A. (2007). Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis patients. *Multiple Sclerosis*, 13, 67 – 72.
- Kosh, M.W., Metz, L.M., Agrawal, S.M. & Yong, V.W. (2013). Environmental factors and their regulation of immunity in multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences*, 324, 10 – 16.
- Kronfol, Z. & Remick, D.G. (2000). Cytokines and the brain: implications for clinical psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 157, 683 – 694.
- Krystal, H. (1988). *Integration and Self-Healing*. USA: The Analytic Press.
- Kubo, C. & Chida, Y. (2006). Psychoneuroimmunology of the mind and body. *International Congress Series*, 1287, 5 – 11.
- Kurtzke, J. F. (1983). Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology*, 33, 1444 – 1452.

- Kurtzke, J. F. (2000). Epidemiology. In J. S. Burks & K. P. Johnson (eds.), *Multiple sclerosis: Diagnosis, Medical Management and Rehabilitation* (pp. 49 – 71). New York: Demos Medical Publishing.
- Labiano-Fontcuberta, A., Mitchell, A.J., Moreno-Garcia, S., Puertas-Martin, V. & Benito-León J. (2015). Impact of anger on the health-related quality of life of multiple sclerosis patients. *Multiple Sclerosis Journal*, 21 (5), 630 – 641.
- Lacan, J. (1955-1956). Les psychoses. *Le séminaire* (Livre III). Paris: Seuil.
- Lacan, J. (1975). *Οι τέσσερις θεμελιακές έννοιες της ψυχανάλυσης*, Α. Σκαρπαλέζου (μετ.). Αθήνα: Πάππας (πρωτότυπη έκδοση 1973).
- Lacan, J. (2006). *Écrits*, B. Fink (trans.). London: Norton (prototype edition 1966).
- Lacan, J. (2009). *Η διδασκαλία μου* (Ν. Λινάρδου-Μπλανσέ & Ρ. Μπλανσέ μετ.). Αθήνα: Εκκρεμές (πρωτότυπη έκδοση 2005).
- Lacan, J. (2015). *Μιλώ στους τοίχους* (Ν. Λινάρδου-Μπλανσέ μετ.). Αθήνα: Εκκρεμές (πρωτότυπη έκδοση 2011).
- Laing, C.M., Phillips, L.H., Cooper, C.L., Hosie, J.A. & Summers, F. (2014). Anger, quality of life and mood in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 2: 127. doi:<http://dx.doi.org/10.4172/2376-0389-1000127>.
- Lalive, P. H., Burkhard, P. R & Chofflon, M. (2002). TNF- $\alpha$  and psychological stressful events in healthy subjects: Potential relevance for multiple sclerosis relapse. *Behavioral Neuroscience*, 116, 1093 – 1097.

- Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1986). *Λεξιλόγιο της ψυχανάλυσης*, Β. Καψαμπέλης, Α. Χαλκούση, Α. Σκουλικά & Π. Αλούπης (μετ.). Αθήνα: Κέδρος (πρωτότυπη έκδοση 1981).
- LaRocca, N. G., Kalb, R. C., Foley, F. W. & Caruso, L. S. (1993). Assessment of psychosocial outcomes. *Journal of Neurological Rehabilitation*, 7, 109 – 116.
- Lassmann, H. (2013). Pathology and disease mechanisms in different stages of multiple sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences*, 333, 1 – 4.
- Lavoie, J.A.A. & Douglas, K.S. (2012). The Perceived Stress Scale: Evaluating configural, metric and scalar invariance across mental health status. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 34, 48 – 57.
- Lee, D., Newell, R., Ziegel, L. & Topping, A. (2008). Treatment of fatigue in multiple sclerosis: A systematic review of the literature. *International Journal of Nursing Practice*, 14, 81 – 93.
- Lehman, K.A., Burns, M.N., Gagen, E.C. & Mohr, D.C. (2012). Development of the Brief Inventory of Perceived Stress. *Journal of Clinical Psychology*, 68 (6), 631 – 644.
- Leising, D., Grande, T. & Faber, R. (2009). The Toronto Alexithymia Scale (TAS-20): A measure of general psychological distress. *Journal of Research in Personality*, in press.
- Lesser, I. M. (1981). A review of the alexithymia concept. *Psychosomatic Medicine*, 43 (6), 531 – 543.

- Levy, R. (2010). Adolescence: the body as a scenario for non-symbolized dramas. In M. Aisenstein & E. Rappaport de Aisemberg (eds) *Psychosomatics today: A psychoanalytic perspective* (pp.93 – 109). International Psychoanalytic Association.
- Lily, O., McFadden, E., Hensor, E., Johnson, M & Ford, H. (2006). Disease-specific quality of life in multiple sclerosis: the effect of disease modifying treatment. *Multiple Sclerosis*, 12, 808 – 813.
- Lima, F. S., Simioni, S., Bruggimann, L., Ruffieux, C., Dudler, J., Felley, C., Michetti, P., Annoni, J.-M. & Schluep, M. (2007). Perceived behavioural changes in early multiple sclerosis. *Behavioral Neurology*, 18 (2), 81 – 90.
- Liss, M., Mailloux, J. & Erchull, M. J. (2008). The relationship between sensory processing sensitivity, alexithymia, autism, depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 45, 255 – 299.
- Löffler, L.A.K, Radke, S., Morawetz, C. & Derntl, B. (2016). *Journal of Comperative Neurology*, 524 (8), 1727 – 1743.
- Lombardi, R. (2018). Beyond the psychosexual: The body-mind relationship discussion of “somatic experiencing”. *Psychoanalytic Dialogues*, 28 (5), 629 – 639.
- Lopez-Meza, E., Corona-Vazquez, T., Puano-Calderon, L. A. & Ranirez-Bermudez, J. (2005). *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 59 (6), 739 – 742.
- Lovera, J. & Reza, T. (2013). Stress in multiple sclerosis; review of new developments and future directions. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 13, 398 – 403.

- Lublin, F. D. (2005). Clinical features and diagnosis of multiple sclerosis. *Neurologic Clinics*, 23 (1), 1 – 15.
- Lucchinetti, C., Bruck, W. & Noseworthy, J. (2001). Multiple sclerosis: recent developments in neuropathology, pathogenesis, magnetic resonance imaging studies and treatment. *Current Opinions in Neurology*, 14, 259 – 269.
- Lumley, M. A., Asselin, L. A. & Norman, S. (1997). Alexithymia in chronic pain patients. *Comprehensive Psychiatry*, 38 (3), 160 – 165.
- Lumley, M. A., Mader, C., Cramzow, J. & Parineau, K. (1996). Family factors related to alexithymia characteristics. *Psychosomatic Medicine*, 58, 211 – 216.
- Lumley, M. A., Ovies, T., Stettner, L., Wehmer, F. & Lakey, B. (1996). Alexithymia, social support and health problems. *Journal of Psychosomatic Research*, 41 (6), 519 – 530.
- Lumley, M. A., Tomakowsky, J. & Torosian, T. (1997). The relationship of alexithymia to subjective and biomedical measures of disease. *Psychosomatics*, 38, 497 – 502.
- Madan, S. & Pakenham, K.I. (2014). The stress buffering effects of hope on adjustment to multiple sclerosis. *International Journal of Behavioural Medicine*, 21, 877 – 890.
- Magnerat, L. (2016). Psychosomatic breast and alexithymic breast: a bionian psychosomatic perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, 97, 41 – 63.
- Maier, S., Balasa, R., Buruian, M., Maier, A. & Bajko, Z. (2015). Depression in multiple sclerosis – Review. *Romanian Journal of Neurology*, 14 (1), 22 – 29.

- Malcomson, K. S., Dunwoody, L. & Lowe-Strong, A. S. (2007). Psychosocial interventions in people with multiple sclerosis. *Journal of Neurology*, 254, 1 – 13.
- Μαλίχιν, Κ. & Κανελλοπούλου, Λ. (2009). Το σώμα άρρωστο από την αλήθεια. Μια προσέγγιση της αυτάνοσης ασθένειας Σκληρυνοση κατά Πλάκας μέσα από το λόγο του πάσχοντος υποκειμένου. Στο Ν. Παπαχριστόπουλος & Κ. Σαμαρζτή (επ) *Υγεία Ασθένεια και Κοινωνικός Δεσμός* (σελ 785 – 826). Πάτρα: Opportuna.
- Malichin, K. (2010). The jouissance of the soma and the subjective metaphor in the contemporary social link: three cases of auto-immune and idiopathic disease. *Research in Psychoanalysis*, 2 (10), 305 – 310.
- Manolopoulos, S. (2006). Early traumas in psychosomatic patients: Splitting and integration. *International Congress Series*, 1286, 81 – 86.
- Marchesi, C. Bertoni, S., Cantoni, A. & Maggini, C. (2008). Is alexithymia a personality trait increasing the risk of depression? A prospective study evaluating alexithymia before, during and after a depressive episode. *Psychological Medicine*, 12, 1717 – 1722.
- Marrie, R.A. (2004). Environmental risk factors in multiple sclerosis aetiology. *Lancet Neurology*, 3 (12), 709 – 718.
- Marrie, R.A., Cohen, J., Stuve, O., Trojano, M., Soelberg Sørensen, P., Reingold, S. Cutter, G. & Reider, N. (2015). A systematic review of the incidence and prevalence of comorbidity in multiple sclerosis: Overview. *Multiple Sclerosis Journal*, 21 (3), 263 – 281.

- Martin, R. & Dhib-Jalbut, S. (2000). Immunology and etiologic concepts. In J. S. Burks & K. P. Johnson (eds.), *Multiple sclerosis: Diagnosis, Medical Management and Rehabilitation* (pp. 141 – 165). New York: Demos Medical Publishing.
- Martinelli, V. (2000). Trauma, stress and multiple sclerosis. *Neurological Sciences*, 21, 879 – 852.
- Martínez-Sánchez, F., Ato-García, M. & Ortiz-Soria, B. (2003). Alexithymia-state or trait? *Spanish Journal of Psychology*, 6 (1), 51 – 59.
- Marty, P. (1966). La dépression essentielle. *Revue Française de Psychanalyse*, 30, 5 – 6.
- Marty, P. (1968). A major process of somatization: The progressive disorganisation. *International Journal of Psychoanalysis*, 49, 246 – 249.
- Marty, P. (1976). *Les mouvements individuels de la vie et de mort* (Vol. 1 *Essais d' économie psychosomatique*). Paris: Payot.
- Marty, P. (1991). *Mentalisation et psychosomatique*. Paris: Synthélabo.
- Marty, P. (2006a). Κυρία Κ. Στο Μ. Aisenstein & Κ. Smadja (Επ. Εκδ.) *Ψυχαναλυτική Ψυχοσωματική* (σελ. 35 – 100). Αθήνα: Καστανιώτης.
- Marty, P. (2006b). Ψυχοσωματικές πλευρές της κόπωσης. Στο Μ. Aisenstein & Κ. Smadja (Επ. Εκδ.) *Ψυχαναλυτική Ψυχοσωματική* (σελ. 101 – 136). Αθήνα: Καστανιώτης.
- Marty, P., de M'Uzan, M. & David, C. (1963). *L' investigation psychosomatique*. Paris: PUF.



- Masand, P. S., Christopher, E. J., Clary, G. L., Mago, R., Levenson, J. L. & Patkar, A. A. (2005). Mania, catatonia and depression. In J. L. Levenson (ed.), *Textbook of psychosomatic medicine* (pp. 235 – 250). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Matilla, A. K., Saarni, S. I., Saliminen, J. K., Huhtala, H., Sintonen, H. & Joukamaa, M. (2009). Alexithymia and health-related quality of life in a general population. *Psychosomatics*, *50*, 59 – 68.
- Mattlar, C.-E. (2004a). The Rorschach Comprehensive System is reliable, valid and cost effective. *Rorschachiana*, *26*, 158 – 186.
- Mattlar, C.-E. (2004b). Introduction to the special section on cross-cultural issues. *Rorschachiana*, *26*, 3 – 10.
- McAlpine, I. (1952). Psychosomatic symptom formation. *Lancet*, *1*, 278 – 282.
- McCabe, M. P. (2005). Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *Journal of Psychosomatic Research*, *59*, 161 – 166.
- McCabe, M. P. & De Judicibus, M. (2003). Multiple sclerosis and economic well-being: Role of Health, Age and duration of illness. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *10* (3), 139 – 147.
- McCabe, M. P. & McKern, S. (2002). Quality of life and multiple sclerosis: Comparison between people with multiple sclerosis and people from the general population. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *9* (4), 287 – 295.

- McCabe, M. P., McKern, S. & McDonald, E. (2004). Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 355 – 361.
- McCartney Chalk, H. (2007). Mind over matter: Cognitive-behavioral determinants of emotional distress in multiple sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (5), 556 – 566.
- McDougall, J. & Coen, S. J. (2000). Affect, somatisation and symbolisation. *International Journal of Psychoanalysis*, 81, 159 – 161.
- McDougall, J. (1974). The psycho-soma and the psychoanalytic process. *International Review of Psychoanalysis*, 1, 437 – 459.
- McDougall, J. (1989). *Theatres of the body: A psychoanalytic approach to psychosomatic illness*. London: Free Association Books.
- McDougall, J. (1991). *Theatres of the mind*. USA: Basic Books.
- McDougall, J. (2002). *Τα χίλια και ένα πρόσωπα του έρωτα*, Δ. Τσαρμακλή (μετ.). Αθήνα: Νεφέλη (πρωτότυπη έκδοση, 1996).
- McGowan, P. O., Sasaki, A., D'Alessio, A. O., Dymov, S., Labonté, B., Szyf, M., Turecki, G. T. & Meany, M. J. (2009). Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptors in human brain associates with childhood abuse. *Nature Neuroscience*, 12 (3), 342 – 348.
- McWilliams, N. (1994). *Ψυχαναλυτική διάγνωση*, Τ. Αναγνωστοπούλου & Σ. Τριλίβα (επ. εκδ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

- Merlino, G., Fratticci, L., Lenchig, C., Valente, M., Cargelutti, D., Picello, M., Serafini, A., Dolso, P. & Gigli, G. L. (2009). Prevalence of 'poor sleep' among patients with multiple sclerosis: An independent predictor of mental and physical status. *Sleep Medicine, 10*, 26 – 34.
- Meyer, G. L., Viglione, D. J. & Exner, J. E. jr (2001). Superiority of Form% over Lambda for research on the Rorschach Comprehensive System. *Journal of Personality Assessment, 76* (1), 68 – 75.
- Michopoulos, I., Douzenis, A., Kalkavoura, C., Christodoulou, C., Michalopoulou, P., Kalemi, G., Fineti, K., Patapis, P., Protopapas, K. & Lykouras, L. (2008). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Validation in a Greek general hospital sample. *Annals of General Psychiatry, 7* (4), doi: 10.1186/1744-859X-7-4.
- Milo, R. & Miller, A. (2014). Revised diagnostic criteria of multiple sclerosis. *Autoimmunity Reviews, 13* (4-5), 518 – 524.
- Minden, S., Orav, J., Reich, P. (1987). Depression in multiple sclerosis. *General Hospital Psychiatry, 9* (6), 426 – 434.
- Minden, S., Turner, A., Kalb, A. & Burke, D. (2014). Emotional disorders in multiple sclerosis. *A Clinical Bulletin from the Professional Resource Center of the National MS Society*. National Multiple Sclerosis Society: [www.nationalmssociety.org](http://www.nationalmssociety.org).
- Mitsonis, C. I., Zervas, I. M., Mitropoulos, P. A., Dimopoulos, N. P., Soldatos, C. R., Potagas, C. M. & Sfagos, C. A. (2008). The impact of stressful life events on risk of relapse in women with multiple sclerosis. *European Psychiatry, 23*, 497 – 504.

- Μιχόπουλος, Ι., Καλκαβούτα, Χ., Μιχαλοπούλου, Π., Φινέτη, Κ., Καλέμη, Γ., Ψαρρά, Μ. Α., Γουρνέλλης, Ρ., Χριστοδούλου, Χ., Δουζένης, Α., Πατάπης, Π., Πρωτόπαππας, Κ. & Λύκουρας, Ε. (2007). Η κλίμακα άγχους και κατάθλιψης στο Γενικό Νοσοκομείο (HADS): Στάθμιση σε ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, 18, 217 – 224.
- Mohr, D. C. (2007). Stress and multiple sclerosis. *Journal of Neurology*, 254, 65 – 68.
- Mohr, D. C. & Cox, D. (2001). Multiple sclerosis: Empirical literature for the clinical health psychologist. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (4), 479 – 499.
- Mohr, D. C., Dick, L. P., Russo, D., Pinn, J., Boudewyn, A. C., Likosky, W. & Goodkin, D. E. (1999a). The psychosocial impact of multiple sclerosis: Exploring the patient's perspective. *Health Psychology*, 18, 376 – 382.
- Mohr, D. C., Likosky, W., Dwyer, P., van Der Wende, J., Boudewyn, A. C. & Goodkin, D. E. (1999). Course of depression during the initiation of interferon beta-1a treatment for multiple sclerosis. *Archives of Neurology*, 56, 1263 – 1265.
- Mohr, D. C. & Pelletier, D. (2006). A temporal framework for understanding the effects of stressful life events on inflammation in patients with multiple sclerosis. *Brain, Behavior and Immunity*, 20 (1), 27 – 36.
- Montreuil, M. & Olivier, L.-C. (1993). Mood disorders and relationship between alexithymia and interhemispheric dysfunction in multiple sclerosis. *Revue de Neuropsychologie*, 3 (3), 287 – 303.
- Moore, A. C., MacLeod, A. K., Barnes, D. & Langdon, D. W. (2006). Future-directed thinking and depression in relapsing-remitting multiple sclerosis. *British Journal of Health Psychology*, 11, 663 – 675.

- Moore, P., Hirst, C., Harding, K. E., Clarkson, H., Pickersgill, T. P. & Robertson, N. P. (2012). Multiple sclerosis relapses and depression. *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 272 – 276.
- Moorman, P.P., Bermond, B. & Albach, F. (2004). The reality escape model. The intricate relation between alexithymia, dissociation and anaesthesia in victims of child sexual abuse. In I. Nyklíček, L. Temoshok & A. Vingerhoets (Eds.) *Emotional Expression and Health: Advances in theory, assessment and clinical applications* (pp. 81 – 98). New York: Brunner-Routledge.
- Morgan-Jones, R. (2009). The body speaks: Bion's protomental system at work. *British Journal Psychotherapy*, 25 (4), 456 – 476.
- Moriguchi, Y., Ohnishi, T., Lane, R. D., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., Matura, H. & Komaki, G. (2006). Impaired self-awareness and theory of mind: An fMRI study of mentalizing in alexithymia. *Neuroimage*, 32, 1472 – 1482.
- Μπακαλίδου, Δ. (2014). *Μελέτη των παραμέτρων του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης και ποιότητα ζωής στους ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση*. Ιωάννινα: Αδημοσίευτη διδακτορική διατριβή.
- Μπόμπος, Φ. (2007). Εισαγωγή στην ψυχοσωματική κλινική και σκέψη. Στο Π. Σακελλαρόπουλος (επ. εκδ.), *Ψυχοσωματική Ιατρική* (σελ. 34 – 50). Αθήνα: Παπαζήσης.
- Mullins, L. L., Cote, M. P., Fuemmeler, B. F., Jean, V. M., Beatty, W. W., Paul, R. H. (2001). Illness intrusiveness, uncertainty and distress in individuals with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychiatry*, 46, 139 – 153.

- Murphy, R., O'Donoghue, S., Counihan, T., McDonald, C., Calabresi, P. A., Ahmed, M. A. S., Kaplin, A. & Hallahan, B. (2017). Neuropsychiatric syndromes of multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 88, 697 – 708.
- Muston, C. (2017). An exploratory study of psychodynamic therapists' working with people with multiple sclerosis. *Psychodynamic Practice*, 2, 133 – 147.
- Nasio, J.-D. (2016). *Πέντε παραδόσεις πάνω στη θεωρία του Jacques Lacan* (Λ. Κανελλοπούλου επ). Αθήνα: Πατάκης (πρωτότυπη έκδοση 1992).
- National Collaborating Centre for Mental health (2014). *Common Mental Health Disorders: The NICE Guideline on Identification and Pathways to Care*. National Clinical Guideline Number 123.
- Nelson, L. D., Elder, J. T., Tehrani, P. & Groot, J. (2003). Measuring personality and emotional functioning in multiple sclerosis: A cautionary note. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18, 419 – 429.
- Nemiah, J. C. & Sifneos, P. (1970). Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In O. W. Hill (Ed.), *Psychosomatic Medicine*. London: Butterworth.
- Nezlek, J. B. (2008). An introduction to multilevel modelling for social and personality psychology. *Social and Personality Psychology Compass*, 10, 842 – 860.
- Nezlek, J. B. & Gable, S. L. (2001). Depression as a moderator of relationships between positive daily events and day-to-day psychological adjustment. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1962 – 1704.

- Nielsen, N.M., V Pedersen, B., Stenager, E., Koch-Henriksen, N. & Frisch, M. (2014). Stressful life-events in childhood and risk of multiple sclerosis: a Danish nationwide cohort study. *Multiple Sclerosis Journal*, 20 (12), 1609 – 1615.
- Νικολαΐδης, Ν. (1992). Η συμβολική λειτουργία στις ψυχωτικές διεργασίες και στις ψυχοσωματικές αποδιοργανώσεις. Στο Α. Αλεξανδρίδης & Ε. Ζαχαρακοπούλου (Επ. Εκδ.), *Τχνη: Πενήντα χρόνια από το θάνατο του Freud* (σελ. 161 – 166). Αθήνα: Εστία.
- Νικολαΐδης, Ν. (2005). *Γλώσσα, ενόρμηση, συμβολισμός*. Αθήνα: Ίκαρος.
- Nicholas, R. & Rashid, W. (2013). Multiple Sclerosis. *American Family Physician*, 87 (10), 712 – 714.
- Noy, S., Achiron, A., Gabbay, U., Barak, Y., Rotstein, Z., Laor, N. & Sarova-Pinhas, I. (1995). A new approach to affective symptoms in relapsing-remitting multiple sclerosis. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 390 – 395.
- Noseworthy, J. H., Lucchinetti, C., Rodriguez, M. & Weinshenker, B. G. (2000). Multiple Sclerosis. *The New England Journal of Medicine*, 343, 938 – 952.
- O'Connor, D. B. & Ashley, L. (2008). Are alexithymia and emotional characteristics of disclosure associated with blood pressure reactivity and psychological distress following written emotional disclosure? *British Journal of Health Psychology*, 13, 495 – 512.
- O'Riordan, J. I., Thompson, A. J., Kingsley, D. P., MacManus, D. G., Kendall, B. E., Rudge, P., Mc Donald, W. I. & Miller, D. H. (1998). The prognostic value of brain MRI in clinically isolated syndromes of the CNS. A 10-year follow up. *Brain*, 121 (3), 495 – 503.

- Ogden, T. H. (2004a). An introduction to the reading of Bion. *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 285 – 300.
- Ogden, T. H. (2004b). On holding and containing, being and dreaming. *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 1349 – 1364.
- Overton, C. G. (2000). A relational interpretation of the Rorschach Color Determinants. *Journal of Personality Assessment*, 73 (3), 426 – 448.
- Pakenham, K. (2005). Benefit finding in multiple sclerosis and associations with positive and negative outcomes. *Health Psychology*, 24 (2), 123 – 132.
- Pakenham, K. (2006). Investigation of the coping antecedents to positive outcomes and distress in multiple sclerosis. *Psychology & Health*, 21 (5), 633 – 649.
- Pakenham, K. (2007). The nature of benefit finding in multiple sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*, 12 (2), 190 – 196.
- Pakenham, K. (2008). Making sense of illness or disability. *Journal of Health Psychology*, 13 (1), 93 – 105.
- Pagnini, F., Bosma, C.M., Philips, D. & Langer, E. (2014). Symptom changes in multiple sclerosis following psychological interventions: a systematic review. *BMC Neurology*, 14, 222. doi: 10.1186/s12883-014-0222-z.
- Παπαδοπούλου, Α. (2018). *Μελετη ψυχολογικών χαρακτηριστικών σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση*. Αθήνα: Διπλωματική Εργασία, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ.



- Paparigopoulos, T., Ferentinos, P., Kouzoupis, A., Koutsis, G. & Papadimitriou, G.N. (2010). The neuropsychiatry of multiple sclerosis: focus on disorders of mood, affect and behaviour. *International Review of Psychiatry*, 22 (1), 14 – 21.
- Parat, C. (2006). Η συνήθης πρακτική του ψυχοσωματιστή. Στο M. Aisenstein & K. Smadja (Επ. Εκδ.) *Ψυχαναλυτική Ψυχοσωματική* (σελ. 181 – 203). Αθήνα: Καστανιώτης.
- Parker, J. D. A., Bagby, R. M., Taylor, G. J. (1989). Toronto Alexithymia Scale, EPQ and self-report measures of somatic complaints. *Personality and Individual Differences*, 10 (6), 599 – 604.
- Parker, J. D. A., Bagby, R. M. & Taylor, G. J. (1991). Alexithymia and depression: Distinct or overlapping constructs. *Comprehensive Psychiatry*, 32 (5), 387 – 394.
- Parker, J. D. A., Keefer, K. V., Taylor, G. J., Bagby, R. M. (2008). Latent structure of the alexithymia construct: A taxometric investigation. *Psychological Assessment*, 20 (4), 385 – 396.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J. & Bagby, R. M. (1989). The alexithymia construct: Relationship with sociodemographic variables and intelligence. *Comprehensive Psychiatry*, 30 (5), 434 – 441.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., Bagby, R. M. (1998). Alexithymia: Relationship with ego defence and coping styles. *Comprehensive Psychiatry*, 39 (2), 91 – 98.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., Bagby, R. M. (2001). The relationship between emotional intelligence and alexithymia. *Personality and Individual Differences*, 30, 107 – 115.

- Parker, J. D. A., Taylor, G. J. & Bagby, R. M. (2003). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale – III: Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269 – 275.
- Pedrosa, F., Weigl, M., Wessels, T., Irnich, D., Baumüller, E. & Winkelmann, A. (2008). Parental bonding and alexithymia in adults with fibromyalgia. *Psychosomatics*, 49, 115 – 122.
- Peters, R. M. & Lumpley, M. A. (2007). Relationship of alexithymia to cardiovascular disease risk factors among African Americans. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 34 – 41.
- Piaget, J. (2003). *The psychology of intelligence*, M. Piercy & D. E. Berlyne (trans.). London: Routledge (prototype edition 1947).
- Pompili, M., Forte, A., Palermo, M., Stefani, H., Lamis, D., Serafini, G., Amore, M. & Girardi, P. (2012). Suicide risk in multiple sclerosis: a systematic review of current literature. *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 411 – 417.
- Porcelli, P., Leoci, C., Guerra, V., Taylor, G. J. & Bagby, R. M. (1996). A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 41 (6), 569 – 573.
- Porcelli, P. & Mihura, J.L. (2010). Assessment of alexithymia with the Rorschach Comprehensive System: The Rorschach Alexithymia Scale. *Journal of Personality Assessment*, 92 (2), 128 – 136.
- Poulios, A., Bakalidou, D., Christopoulos, A. & Ntoskas, T. (2018). The relationship of alexithymia with fatigue in multiple sclerosis patients. 12<sup>th</sup> International Society

- of Physical and Rehabilitation Medicine World Congress (ISPRM 2018). Paris, France, July, 8 – 12.
- Πούλιος, Α., Χριστοπούλου, Α., Κίτσος, Δ.Κ., Βουμβουράκης, Ι.Κ. (2013). Η συσχέτιση της αλεξιθυμίας με τη σκλήρυνση κατά πλάκας στον ελληνικό πληθυσμό. *26<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ελλήνων Νευρολόγων*. 20-23 Ιουνίου, Θεσσαλονίκη, Ξενοδοχείο Porto Palace.
- Poulios, A., Christopoulos, A.-L., Kitsos, D. K. & Voumnourakis, K. I. (2013). Mental health issues in multiple sclerosis and their associations with disease related factors. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, 1 (1), 104 – 112.
- Πούλιος, Α., Χριστοπούλου, Α., Μπακαλίδου, Δ. & Ντόσκας, Τ. (2017). Η συσχέτιση της αλεξιθυμίας με τις ψυχολογικές δυσκολίες ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση. *16<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχολογικής Έρευνας: Άτομα, θεσμοί, Κοινωνία: Ο κόσμος της ψυχολογίας*. Θεσσαλονίκη, 10 – 14 Μαΐου.
- Pozzilli, C., Schweikert, B., Ecarl, U., Oentrich, W. & Bugge, J.-P. (2012). Quality of life and depression in multiple sclerosis patients: longitudinal results of the BetaPlus study. *Journal of Neurology*, 259, 2319 – 2328.
- Prakash, R. S., Schirda, B., Valentine, T. R., Crotty, M. & Nicholas, J. A. (2019). Emotion dysregulation in multiple sclerosis: Impact of depression and anxiety. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 36, 101399.
- Press, J. (2016). Metapsychological and clinical issues in psychosomatics research. *International Journal of Psychoanalysis*, 97, 89 – 113.

- Prkachin, G. C., Casey, C. & Prkachin, K. P. (2009). Alexithymia and perception of facial expressions of emotion. *Personality and Individual Differences*, *46*, 412 – 417.
- Quallet, J.-C., Radat, F., Creange, A., Abdeellaoui, M., Giannesini, C., Hauteceoeur, P., Lamarge Hamel, D., Deloire, M., Brochet, B., Deleglise, A.-S. J. & Lehert, P. (2019). Evaluation of emotional disorders before and during treatment with interferon beta in patients with multiple sclerosis. *Journal of Neurological Sciences*, <https://doi.org/10.1016/j.jns.2020.116739>.
- Quesnel, S. & Feinstein, A. (2004). Multiple sclerosis and alcohol: a study of problem drinking. *Multiple Sclerosis*, *10* (2), 197 – 201.
- Rabins, P. V. & Brooks, B. R. (1981). Emotional disturbance in multiple sclerosis patients. *Psychological Medicine*, *11* (2), 425 – 427.
- Randolph, J. J., Arnett, P. A. & Freske, P. (2004). Metamemory in multiple sclerosis: Exploring affective and executive contributors. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *19*, 259 – 279.
- Rappoport de Aisemberg, E. (2010). Psychosomatic conditions in contemporary psychoanalysis. In M. Aisenstein & E. Rappoport de Aisemberg (eds) *Psychosomatics today: A psychoanalytic perspective* (pp.111 – 130). International Psychoanalytic Association.
- Reynard, A.K., Burseson Sullivan, A. & Rae-Grant, A. (2014). A systematic review of stress- management interventions for multiple sclerosis patients. *International Journal of MS Care*, *16*, 140 – 144.

- Richards, H. L., Herrick, K., Griffin, K., Gwilliam, P. D. H. & Fortune, D. G. (2004). Psychological adjustment to systemic sclerosis – exploring the association of disease factors, functional ability, body related attitudes and fear of negative evaluation. *Psychology, Health & Medicine*, 9 (1), 29 – 39.
- Rodin, G. M., Nolan, P. N. & Katz, M. R. (2005). Depression. In J. L. Levenson (ed.), *Textbook of psychosomatic medicine* (pp. 193 – 217). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Rose, J. (2007a). Symbols: On their formation and use. In J. Rose (Ed.), *Symbolization: Representation and Communication* (pp. 1 – 14). London: Karnac.
- Rose, J. (2007b). Observing patients' use of the psychoanalytic setting to communicate an experience of absence: The work of progressive triangulation. In J. Rose (Ed.), *Symbolization: Representation and Communication* (pp. 119 – 136). London: Karnac.
- Rose, J. (2007c). Symbols and their function in managing the anxiety of change: An intersubjective approach. In J. Rose (Ed.), *Symbolization: Representation and Communication* (pp. 51 – 81). London: Karnac.
- Rosenfeld, H. (2001). The relationship between psychosomatic symptoms and latent psychotic states. In F. de Masi (ed) *Herbert Rosenfeld at work – the Italian Seminars* (pp.24 – 44). London: Karnac.
- Rosti-Otajävri, E. & Hämäläinen, P. (2012). Behavioural symptoms and impairments in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *Multiple Sclerosis Journal*, 0 (0), 1 – 15.

- Ruesch, J. (1948). The infantile personality: The core problem of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine*, *10*, 134 – 144.
- Russell, C. S., White, M. B., & White, C. P. (2006). Why me? Why now? Why multiple sclerosis? Making meaning and perceived quality of life in Midwestern sample of patients with multiple sclerosis. *Families, Systems and Health*, *24*, 65 – 81.
- Sá, M. J. (2008). Psychological aspects of multiple sclerosis. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, *110*, 868 – 877.
- Samur, D., Tops, M., Schlinkert, C., Quirin, M., Cuipers, P. & Koole, S. L. (2013). Four decades of research on Alexithymia: moving towards clinical applications. *Frontiers in Psychology*, doi: 10.3389/fpsyg.2013.00861.
- Sarafino, E. P. (1999). *Health Psychology. Biopsychosocial interactions*. New York: John Wiley & Sons. Inc.
- Sechaud, E. (2010). Particular vissitudes of the drive confronted with mourning: sublimation and somatization. In M. Aisenstein & E. Rappaport de Aisemberg (eds) *Psychosomatics today: A psychoanalytic perspective* (pp.131 – 144). International Psychoanalytic Association.
- Senders, A., Bourdette, D., Hanes, D., Yadav, V. & Shinto, L. (2014). Perceived stress in multiple sclerosis: the potential role of mindfulness in health and well-being. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, *19* (2), 104 – 111.

- Senders, A., Sando, K., Wahbeh, H., Peterson-Hiller, A. & Shinto, L. (2014). Managing psychological stress in the multiple sclerosis medical visit: patient perspectives and unmet needs. *Journal of Health Psychology, 21* (8), 1676 – 1687.
- Scheidt, C. E. & Waller, E. (2004). Attachment representation and affect regulation. In I. Nyklíček, L. Temoshok & A. Vingerhoets (Eds.) *Emotional Expression and Health: Advances in theory, assessment and clinical applications* (pp. 226 – 240). New York: Brunner-Routledge.
- Schmidt, U., Jiwany, A. & Treasure, J. (1999). A controlled study of alexithymia in eating disorders. *Comprehensive Psychiatry, 34* (1), 54 – 58.
- Schreurs, K. M. G., de Ridder, D. T. D. & Bensing, J. M. (2002). Fatigue in multiple sclerosis. Reciprocal relationships with physical disabilities and depression. *Journal of Psychosomatic Research, 53*, 775 – 781.
- Schur, M. (1955). Comments on the metapsychology of somatization. *The Psychoanalytic Study of the Child, 10*, 110 – 164.
- Segal, H. (1978). On symbolism. *International Journal of Psychoanalysis, 59*, 303 – 314.
- Segal, H. (1998). ‘The importance of symbol-formation in the development of the ego’ – in context. *Journal of Child Psychotherapy, 24* (3), 349 – 357.
- Segal, J. (1996). Whose disability? Countertransference in work with people with disability. *Psychodynamic Counselling, 2* (2), 155 – 166.
- Segal, J. (2007). The effects of multiple sclerosis on relationships with therapists. *Psychoanalytic Psychotherapy, 21* (2), 168 – 180.

- Senders, A., Bourdette, D., Hanes, D., Yadav, V. & Shinto, L. (2014). Perceived stress in Multiple Sclerosis: The potential role of Mindfulness in health and well-being. *Complementary and Alternative Medicine*, 19 (2), 104 – 111.
- Σιδερίδης, Γ. & Καφέτσιος, Κ. (2010). Εφαρμογή πολυεπίπεδης μοντελοποίησης στην εκπαιδευτική και κοινωνική ψυχολογία. *Επιστημονική Επετηρίδα της Ψυχολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος*, 8, 157 – 195.
- Sibley, W. A., Bamford, C. R. & Clark, K. (1985). Clinical viral infections and multiple sclerosis. *Lancet*, 1 (8441), 1313 – 1315.
- Sifneos, P. (1996). Alexithymia: Past and present [review]. *American Journal of Psychiatry*, 153, 137 – 142.
- Simpson, R., Booth, J., Lawrence, M., Byrne, S., Mair, F. & Mercer, S. (2014). Mindfulness based interventions in multiple sclerosis – a systematic review. *BMC Neurology*, 14:15, doi: 10.1186/1471-2377-14-15.
- Sjödín, C. (1999). A meaningful intercourse: Some thoughts about thinking. *International Forum of Psychoanalysis*, 8, 196 – 210.
- Skerrett, T. N. & Moss-Morris, R. (2006). Fatigue and psychosocial impairment in multiple sclerosis: The role of patients' cognitive and behavioural responses to their symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 587 – 593.
- Slade, A. (1999). Representation, symbolization and affect regulation in the concomitant treatment of a mother and a child: Attachment theory and child psychotherapy. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 797 – 830.



- Smadja, C. (2005). Actual neurosis/Defence neurosis. In A. DeMijolla (Ed.), *International Dictionary of Psychoanalysis*, I (pp.19-20). New York: Thomson Gale.
- Smadja, C. (2009). *Ψυχοσωματικά παράδοξα*, Σ. Λεωνίδα (μετ.). Αθήνα: Εκδόσεις Μετά (πρωτότυπη έκδοση 2001).
- Smadja, C. (2010). The place of affect in the psychosomatic economy. In M. Aisenstein & E. Rappaport de Aisemberg (eds) *Psychosomatics today: A psychoanalytic perspective* (pp.145 – 161). International Psychoanalytic Association.
- Smadja, C. (2011). Psychoanalytic psychosomatics. *International Journal of Psychoanalysis*, 92, 221 – 230.
- Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ. & Ρούσση, Π. (2012). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. Αθήνα: Πεδίο.
- Stern, A. (2014). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Occupational Medicine*, 64, 303 – 394.
- Stingl, M., Bausch, S., Walter, B., Kagerer, S., Leichsenring, F. & Leweke, F. (2008). Effects of inpatient psychotherapy on the stability of alexithymia characteristics. *Journal of Psychosomatic Research*, 65, 173 – 180.
- Stojanov, J. & Stojanov, A. (2020). A cross-sectional study of Alexithymia in patients with relapse-remitting form of multiple sclerosis. *Journal of Postgraduate Medicine*, 66 (1), 23 – 27.

- Stora, J. B. (2007). *When the body displaces the mind*, S. Leighton (trans.). London: Karnac.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5<sup>th</sup> edition). USA: Pearson.
- Taillefer, S. S., Kirmayer, K. J., Robbins, J. M. & Lasry, J.-C. (2003). Correlates of illness worry in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 331 – 337.
- Talley, C. L. (2005). The emergence of multiple sclerosis, 1870 – 1950: A puzzle of historical epidemiology. *Perspectives in Biology and Medicine*, 48 (3), 383 – 395.
- Taylor, G. J. (1992). Psychoanalysis and psychosomatics: A new synthesis. *The Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 20, 251 – 275.
- Taylor, G. J. (1999). *Ψυχοσωματική ιατρική και σύγχρονη ψυχανάλυση*, Κ. Ζερβός (μετ.). Αθήνα: Καστανιώτης (πρωτότυπη έκδοση 1987).
- Taylor, G. J. (2002). Mind-body-environment: George Engel's psychoanalytic approach to psychosomatic medicine. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 449 – 457.
- Taylor, G. J. (2004). Alexithymia: 25 years of theory and research. In I. Nyklíček, L. Temoshok & A. Vingerhoets (Eds.) *Emotional Expression and Health: Advances in theory, assessment and clinical applications* (pp. 138 – 154). New York: Brunner-Routledge.

- Taylor, G. (2010). Symbolism, symbolization and trauma in psychosomatic economy. In M. Aisenstein & E. Rappaport de Aisemberg (eds) *Psychosomatics today: A psychoanalytic perspective* (pp.181 – 199). International Psychoanalytic Association.
- Taylor, G. J. & Bagby, R. M. (2013). Psychoanalysis and empirical research: the example of Alexithymia. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 61, 99 – 133.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. A. (1999). *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. New York: Cambridge University Press.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. & Parker, J. D. A. (2003). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale – IV: Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 277 – 283.
- Taylor, G. J., Parker, J. D. A., Bagby, R. M. & Acklin, M. W. (1992). Alexithymia and somatic complaints in psychiatric out-patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 36 (5), 417 – 424.
- Thomson, P. (2006). Psychotherapy with Helen: Negotiating boundary issues with a patient with MS. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisation*, 12 (2), 205 – 210.
- Thorberg, F. A., Young, R. M., Sullivan, K. A. & Lyvers, M. (2009). Alexithymia and alcohol disorders: A critical review. *Addictive Behaviors*, 34, 237 – 245.

- Tibon, S., Weinberger, Y., Handelzalts, J. E. & Porcelli, P. (2005). Construct of the Rorschach Reality-Fantasy Scale in alexithymia. *Psychoanalytic Psychology*, 22 (4), 508 – 523.
- Tibon,-Czopp, S., Appel, L. & Zeligman, R. (2016). Assessing personality patterns of functioning in a decision-making ambiguous task: The Rorschach Reality-Fantasy Scale (RFS-2). *Group Decision and Negotiation*, 25 (1), 65 – 75.
- Tibon-Czopp, S. & Zeligman, R. (2016). The Rorschach Comprehensive System (CS) psychometric validity of individual variables. *Journal of Personality Assessment*, 98, 335 – 342.
- Todarello, O., Taylor, G. J., Parker, J. D. A. & Fanelli, M. (1995). Alexithymia in essential hypertensive and psychiatric patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 39 (8), 987 – 994.
- Tolmunen, T., Heliste, M., Lehto, S.M., Hintikka, J., Honkalampi, K. & Kauhanen, J. (2011). Stability of alexithymia in the general population: an 11-year follow up. *Comprehensive Psychiatry*, 52 (5), 536 – 541.
- Tsaousis, I., Taylor, G., Quilty, L., Georgiades, S., Stavrogiannopoulos, M. & Bagby, R.M. (2010). Validation of a Greek adaptation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 443 – 448.
- Valabrega, J.-P. (1964). Problèmes de théorie psychosomatique. En *Encyclopédie médico-chirurgicale*. Paris: E.M.-C.
- Van Horsen, J., Witte, M.E., Schreibelt, G. & de Vries, H.E. (2011). Radical changes in multiple sclerosis pathogenesis. *Biochimica et Biophysica Acta*, 1812, 141 – 150.

- VanderPlate, C. (1984). Psychological aspects of multiple sclerosis and its treatment: Toward a biopsychosocial perspective. *Health Psychology, 3* (3), 253 – 272.
- Vattakatuchery, J.J., Rickards, H. & Cavanna, A.E. (2011). Pathogenic mechanisms of depression in multiple sclerosis. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 23*, 261 – 276.
- Velasco, C., Fernández, I. & Páez, D. (2001). Alexithymia, coping, social sharing and health. *Boletín de Psicología 70*, 47 – 63.
- Viner, R., Fiest, K.M., Bulloch, A.G.M., Williams, J.V.A., Lavorato, D.H., Berzins, S., Jetté, Metz, L.M. & Patten, S.B. (2014). Point prevalence correlates of depression in a national community sample with multiple sclerosis. *General Hospital Psychiatry, 36*, 352 – 354.
- Voumvourakis, K. I., Tsiodras, S., Kitsos, D. K. & Stamboulis, E. (2008). Gender hormones: role in the pathogenesis of central nervous system disease and demyelination. *Current Neurovascular Research, 5* (4), 224 – 235.
- Vygotsky, L. S. (1987). Lectures on psychology. In *the collected works of L. S. Vygotsky. Vol. I. Problems of general psychology*. New York: Plenum.
- Wallace, L. (1975). Observations on the psychoanalytic treatment of a patient with multiple sclerosis. *The international Review of Psychoanalysis, 2*, 65 – 77.
- Walter, K. (1985). Multiple sclerosis-a psychosomatic disease? Case report and results of the Ego-Structure Test according to Ammon (ISTA) in MS-patients. *Dynamische Psychiatrie, 18* (3-4), 211 – 221.

- Watson, D. & Clark, L.A. (1994). *Positive and Negative Affect Schedule – Expanded Form*. USA: University of Iowa.
- Watson, D., Clark, L.A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063 – 1070.
- Webb, D. & McMurrin, M. (2008). Emotional intelligence, alexithymia and borderline personality disorder traits in young adults. *Personality and Mental Health*, 2, 265 – 273.
- Weinshenker, B. G. (1996). Epidemiology of Multiple Sclerosis. *Neurologic Clinics*, 14 (2), 291 – 308.
- West, R., McNerney, M. W. & Krauss, I. (2007). Impaired strategic monitoring as the locus of a focal prospective memory deficit. *Neurocase*, 13, 115 – 126.
- Winnicott, D. W. (1945). Πρωτογενής συναισθηματική ανάπτυξη. Στο D. W. Winnicott, *Από την παιδιατρική στην ψυχανάλυση*, Θ. Χατζόπουλος (μετ.: σελ. 263–280). Αθήνα: Καστανιώτης.
- Winnicott, D. W. (1949). Ο νους και η σχέση του με το ψυχο-σώμα. Στο D. W. Winnicott, *Από την παιδιατρική στην ψυχανάλυση*, Θ. Χατζόπουλος (μετ.: σελ. 398–414). Αθήνα: Καστανιώτης.
- Winnicott, D. W. (1951). Μεταβατικά αντικείμενα και μεταβατικά φαινόμενα. Στο D. W. Winnicott, *Από την παιδιατρική στην ψυχανάλυση*, Θ. Χατζόπουλος (μετ.: σελ. 378–397). Αθήνα: Καστανιώτης.

- Winnicott, D. W. (1956). Πρωταρχική μητρική ενασχόληση. Στο D. W. Winnicott, *Από την παιδιατρική στην ψυχανάλυση*, Θ. Χατζόπουλος (μετ.: σελ. 475–482). Αθήνα: Καστανιώτης.
- Winnicott, D. W. (1960a). Η θεωρία της σχέσης γονέα-βρέφους. Στο D. W. Winnicott, *Διαδικασίες ωρίμανσης και διευκολυντικό περιβάλλον*, Θ. Χατζόπουλος (μετ.: σελ. 60–87). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Winnicott, D. W. (1960b). Παραμόρφωση του εγώ από την άποψη του αληθούς και του ψευδούς εαυτού. Στο D. W. Winnicott, *Διαδικασίες ωρίμανσης και διευκολυντικό περιβάλλον*, Θ. Χατζόπουλος (μετ.: σελ. 203–221). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Winnicott, D. W. (1979). *Το παιδί, το παιχνίδι και η πραγματικότητα*, Θ. Χατζόπουλος (μετ.) Αθήνα: Καστανιώτης (πρωτότυπη έκδοση 1971).
- Winnicott, D. W. (1986). *Home is where we start from*. London: Penguin Books.
- Wise, T. N. & Mann, L. S. (1994). The relationship between somatosensory amplification, alexithymia and neurotism. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (6), 515 – 521.
- Woltman, H., Feldstain, A., MacKay, J. C. & Rocchi, M. (2012). An introduction to hierarchical linear modeling. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 8 (1), 52 – 69.
- Wu, S.M. & Amtmann, D. (2013). Psychometric evaluation of the Perceived Stress Scale in Multiple Sclerosis. *ISRN Rehabilitation*, DOI: 10.1155/2013/608356.

- Χατήρα, Κ. (2005). *Η τεχνική του τεστ των κηλίδων μελάνης Rorschach. Κλινικές εφαρμογές*. Αθήνα: Τυπωθήτω – Γιώργος Δάρδανος.
- Χριστοπούλου, Α. (2008). *Εισαγωγή στην ψυχοπαθολογία του ενήλικα*. Αθήνα: Τόπος.
- Yang, S. (2001). Speaking of the surface: the texts of kaposi's sarcoma. In T. Dean & C. Lane (eds), *Homosexuality and psychoanalysis* (pp. 322 – 348). USA: University of Chicago Press.
- Yuan, T.-F., Hou, G., Zhao, Y. & Arias-Carrión, O. (2015), The effect of psychological stress on microglial cells in the brain. *CNS & Neurological Disorders*. 14 (3), 1 – 5.
- Zahradnick, M., Stewart, S. H., Marshall, G. N., Schell, T. L. & Jaycox, L. H. (2009). Anxiety sensitivity and aspects of alexithymia are independently and uniquely associated with posttraumatic distress. *Journal of Traumatic Stress*, 22 (2), 131 – 138.
- Zamani, N., Rahmati, M.A. & Fazilat-Pour, M. (2014). The effect of cognitive behavioural stress management training on anxiety, depression and cognitive disorder of individuals with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Psychology*, 5 (4), 43 – 54.
- Zenasni, F. & Lubart, T. I. (2009). Perception of emotion, alexithymia and creative potential. *Personality and Individual Differences*, 46, 353 – 358.
- Zepf, S. (2014). Thoughts about psychosomatic symptom formation. *The Scandinavian Psychoanalytic Review*, 1, 36 – 47.



Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67 (6), 361 – 370.

Zoccali, R., Muscatello, M. R. A., Bruno, A., Cedro, C., Campolo, D., Pandolfo, G. & Meduri, M. (2007). The role of defence mechanisms in the modulation of anger experience and expression: Gender differences and influence on self-report measures. *Personality and Individual Differences*, 43, 1426 – 1436.

Zorzon, M., de Masi, R., Nasuelli, D., Ukmar, M., Mucelli, R. P., Cazzato, G., Bratina, A. & Zivadiniv, R. (2001). Depression and anxiety in multiple sclerosis. A clinical MRI study in 95 subjects. *Journal of Neurology*, 248, 416 – 421.

Σε ποιους εμφανίζεται (χ.χ.). Σύλλογος Ατόμων με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας.

Ηλεκτρονική αναζήτηση, 18 Αυγούστου 2015 στο

[http://www.msassociationhellas.org/?page\\_id=5276](http://www.msassociationhellas.org/?page_id=5276)

**Παράρτημα**

Ημερολόγιο Συμμετεχόντων

Είναι γνωστό πλέον σήμερα ότι η υγεία των ανθρώπων επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες μεταξύ των οποίων συμπεριλαμβάνονται οι ψυχολογικοί και συναισθηματικοί.

**Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί πώς η προσωπικότητα και το συναίσθημα επηρεάζουν γενικότερα την εμφάνιση, την πορεία και την εξέλιξη της σκλήρυνσης κατά πλάκας και την επιβάρυνση που προκαλεί στην καθημερινότητά σας. Στόχος επίσης είναι να μάθουμε πώς είναι η καθημερινή ζωή των ανθρώπων που πάσχουν από την ασθένεια αυτή μέσα από τη δική τους εμπειρία.** Η έρευνα αυτή διεξάγεται στα πλαίσια της εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής του Πούλιου Αντώνη, ψυχολόγου ειδικευμένου στην κλινική ψυχολογία και υποψήφιου διδάκτορα του Πανεπιστημίου Αθηνών σε συνεργασία με τη Νευρολογική Κλινική του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών με υπεύθυνο το διευθυντή της νευρολογικής κλινικής, Ντόσκα Τριαντάφυλλο. Την εποπτεία της έρευνας έχει η αναπληρώτρια καθηγήτρια κοινοτικής κλινικής ψυχολογίας, Χριστοπούλου Άννα.

Ακολουθούν ορισμένα σύντομα ερωτηματολόγια τα οποία παρακαλείστε να συμπληρώνετε σε τακτά χρονικά διαστήματα δηλαδή **κάθε Τετάρτη και Σάββατο**, κατά προτίμηση **στο τέλος της ημέρας**. Η διάρκεια της έρευνας υπολογίζεται στους 3 μήνες (δηλαδή 24-30 ερωτηματολόγια). Κάθε φορά που συμπληρώνετε τα ερωτηματολόγια **παρακαλούμε να αναφέρεστε στο διάστημα που μεσολάβησε από την τελευταία φορά που τα συμπληρώσατε**. **Δεν πειράζει αν τα ξεχάσετε κάποια μέρα, συμπληρώστε τα ερωτηματολόγια την ημέρα που θα το θυμηθείτε και συνεχίστε με την επόμενη Τετάρτη ή Σάββατο.** Μη σταθείτε πολύ σε κάθε ερώτηση, είναι καλλίτερο να απαντάτε αυθόρμητα. Παρακαλούμε **μην παραλείπετε να σημειώνετε την ημερομηνία στο σημείο που σας ζητείται.**

Στο τέλος υπάρχει χώρος όπου μπορείτε να γράψετε, αν το επιθυμείτε, **οτιδήποτε θα θέλατε να αναφέρετε για τις ημέρες σχετικά με τις οποίες συμπληρώνετε τα ερωτηματολόγια.** Για παράδειγμα, μπορείτε να αναφερθείτε σε σκέψεις, συναισθήματα, σημαντικά γεγονότα (ευχάριστα ή δυσάρεστα) ή ακόμα και κάποιο όνειρο που είδατε. Είναι πολύ σημαντικό για εμάς να γνωρίσουμε πώς είναι το να ζει κανείς με τη σκλήρυνση κατά πλάκας, όπως εσείς το βιώνετε. καθώς έτσι θα μπορούμε και εμείς να είμαστε πιο αποτελεσματικοί στην αντιμετώπισή της.

Αξίζει να αναφερθεί ότι ορισμένοι άνθρωποι επωφελούνται παρατηρώντας συστηματικά τον εαυτό τους, όπως θα κάνετε και εσείς, τόσο σε σωματικό όσο και ψυχολογικό επίπεδο.

**Τονίζεται το απόρρητο της καταγραφής των πληροφοριών που θα μας παρέχετε όπως και το ότι η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική.**

Για οποιοδήποτε θέμα προκύψει κατά τη διάρκεια της συμμετοχής σας στην έρευνα, παρακαλούμε να επικοινωνήσετε με τον βασικό ερευνητή, Αντώνη Πούλιο.

**Σας ευχαριστούμε θερμά για τη συνεργασία και τη βοήθεια που μας παρέχετε!!!!**

Πούλιος Αντώνης

Κλινικός ψυχολόγος MSc, Υποψήφιος διδάκτωρ του Πανεπιστημίου Αθηνών

Τηλέφωνο επικοινωνίας: 6974813322. Ηλεκτρονική διεύθυνση: [antpls@yahoo.gr](mailto:antpls@yahoo.gr)

Οι παρακάτω προτάσεις αφορούν σε δυσκολίες τις οποίες αντιμετωπίζουν ορισμένοι άνθρωποι που πάσχουν από σκλήρυνση κατά πλάκας. Παρακαλούμε σημειώστε τον αριθμό που αντιστοιχεί καλύτερα στο αν αντιμετωπίσατε τις δυσκολίες αυτές και πόσο περιόρισαν τις δραστηριότητές σας τις **τελευταίες μέρες, δηλαδή από την τελευταία φορά που συμπληρώσατε το ερωτηματολόγιο.**

	Αντιμετωπίσατε κάποια από αυτές τις δυσκολίες;		Αν ναι, σε ποιο βαθμό οι δυσκολίες αυτές σας περιόρισαν σε αυτά που κάνατε;				
	Ναι	Όχι	Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ
1. Απώλεια συντονισμού ή επιδεξιότητας των κινήσεων	1	0	1	2	3	4	5
2. Χέρια αδύναμα ή 'βαριά'	1	0	1	2	3	4	5
3. Πόδια αδύναμα ή 'βαριά'	1	0	1	2	3	4	5
4. Αστάθεια ή απώλεια της ισορροπίας	1	0	1	2	3	4	5
5. Αλλαγή ή απώλεια της αίσθησης του σώματος (π.χ. φαγούρα, μυρμηγκιάσματα, μουδιάσματα κ.λπ.)	1	0	1	2	3	4	5
6. Προβλήματα με την κύστη ή το έντερό σας	1	0	1	2	3	4	5
7. Κόπωση ή έλλειψη ενέργειας	1	0	1	2	3	4	5
8. Δυσκολίες στη σκέψη ή ξεχνάτε πράγματα	1	0	1	2	3	4	5
9. Πνιγμός ή βήχας όταν τρώτε ή πίνετε	1	0	1	2	3	4	5
10. 'Πιάσιμο' ή σπασμοί στους μύες	1	0	1	2	3	4	5
11. Θολή, διπλή ή 'τρεμάμενη' όραση	1	0	1	2	3	4	5
12. Πόνος	1	0	1	2	3	4	5
13. Θλίψη ή 'πεσμένη' διάθεση	1	0	1	2	3	4	5
14. Ματαίωση - απογοήτευση	1	0	1	2	3	4	5
15. Άλλο (παρακαλώ περιγράψτε) .....	1	0	1	2	3	4	5

**1. Σε ποιο βαθμό η πάθηση σας εμπόδισε να κάνετε αυτά που θέλατε;**

Πολύ                      Αρκετά                      Μέτρια                      Ελάχιστα                      Καθόλου

**2. Σχετικά με αυτά που συνήθως κάνετε, πόσα από αυτά μπορέσατε να κάνετε;**

Περισσότερο από ό,τι συνήθως                      Όπως συνήθως                      Κάπως λιγότερο από όσο συνήθως                      Αρκετά λιγότερο από ό,τι συνήθως                      Τίποτα από αυτά που κάνω συνήθως

**3. Σε σχέση με την κατάσταση της πάθησής σας, πώς θα περιγράφατε τη σημερινή μέρα;**

Μια πραγματικά καλή ημέρα                      Μια αρκετά καλή ημέρα                      Μια 'εντάξει' ημέρα                      Μια αρκετά κακή ημέρα                      Μια πραγματικά κακή ημέρα

**4. Πώς θα περιγράφατε την υγεία σας σήμερα;**

Πολύ καλή                      Καλή                      Ικανοποιητική                      Κακή                      Πολύ κακή

**5. Σε σχέση με εχθές, πώς θα περιγράφατε την υγεία σας σήμερα;**

Πολύ καλύτερη                      Κάπως καλύτερη                      Η ίδια                      Κάπως χειρότερη                      Πολύ χειρότερη

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν τα συναισθήματα και τις σκέψεις σας κατά τις **τελευταίες μέρες, δηλαδή από την τελευταία φορά που συμπληρώσατε το ερωτηματολόγιο**. Σε κάθε ερώτηση θα πρέπει να απαντήσετε πόσο συχνά αισθανθήκατε ή σκεφτήκατε κάτι. Για να απαντήσετε, σημειώστε τον αριθμό που αντιστοιχεί στην καταλληλότερη για σας απάντηση.

	Ποτέ	Σχεδόν ποτέ	Κάποιες φορές	Αρκετά συχνά	Πολύ συχνά
1. Πόσο συχνά είσαστε σε ένταση επειδή κάτι συνέβη απρόοπτα;	1	2	3	4	5
2. Πόσο συχνά έχετε νιώσει αδυναμία να ελέγξετε τα σημαντικά πράγματα στη ζωή σας;	1	2	3	4	5
3. Πόσο συχνά έχετε νιώσει νευρικότητα ή «στρες»;	1	2	3	4	5
4. Πόσο συχνά έχετε νιώσει σιγουριά για την ικανότητά σας να χειριστείτε τα προσωπικά σας προβλήματα;	1	2	3	4	5
5. Πόσο συχνά έχετε νιώσει ότι τα πράγματα πάνε όπως θέλετε;	1	2	3	4	5
6. Πόσο συχνά βρεθήκατε να μην μπορείτε να αντιμετωπίσετε όλα όσα έπρεπε να κάνετε;	1	2	3	4	5
7. Πόσο συχνά μπορούσατε να ελέγξετε πράγματα που προκαλούσαν εκνευρισμό;	1	2	3	4	5
8. Πόσο συχνά έχετε νιώσει ότι έχετε τον έλεγχο των πραγμάτων;	1	2	3	4	5
9. Πόσο συχνά έχετε θυμώσει εξαιτίας των πραγμάτων που ήταν έξω από τον έλεγχό σας;	1	2	3	4	5
10. Πόσο συχνά έχετε νιώσει ότι οι δυσκολίες συσσωρεύονταν σε τέτοιο βαθμό, ώστε να μην μπορείτε να τις ξεπεράσετε;	1	2	3	4	5

Η παρακάτω κλίμακα αποτελείται από λέξεις που περιγράφουν διαφορετικά αισθήματα και συναισθήματα. Διαβάστε παρακαλώ κάθε λέξη και σημειώστε τον αριθμό που αντιστοιχεί στην καταλληλότερη για σας απάντηση σχετικά με το σε ποιο βαθμό νιώθετε έτσι τις **τελευταίες μέρες, δηλαδή από την τελευταία φορά που συμπληρώσατε το ερωτηματολόγιο.**

	Πολύ λίγο ή καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ
1. Απασχολημένος/-η με κάτι	1	2	3	4	5
2. Πίεση	1	2	3	4	5
3. Έξαψη	1	2	3	4	5
4. Αναστάτωση	1	2	3	4	5
5. Σθένος	1	2	3	4	5
6. Λύπη	1	2	3	4	5
7. Τρόμο	1	2	3	4	5
8. Εχθρικότητα	1	2	3	4	5
9. Ενθουσιασμό	1	2	3	4	5
10. Περηφάνια	1	2	3	4	5
11. Ευθιξία	1	2	3	4	5
12. Εγρήγορση	1	2	3	4	5
13. Ντροπή	1	2	3	4	5
14. Έμπνευση	1	2	3	4	5
15. Νευρικότητα	1	2	3	4	5
16. Αποφασιστικότητα	1	2	3	4	5
17. Περιποιητικότητα	1	2	3	4	5
18. Ταραχή	1	2	3	4	5
19. Ακμαιότητα, ευεξία	1	2	3	4	5
20. Φόβο	1	2	3	4	5

**Παρακαλούμε, σημειώστε τη σημερινή ημερομηνία:**



Υπάρχει κάτι άλλο που θα θέλατε να αναφέρετε σχετικά με τις τελευταίες μέρες; **Μπορείτε να αναφερθείτε σε οτιδήποτε**, όπως σκέψεις, συναισθήματα, γεγονότα, καταστάσεις, όνειρα, προβληματισμούς κ.ά., **εφόσον το επιθυμείτε**.

**Σας ευχαριστούμε θερμά!!!**