



ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΝΕΥΡΟΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ  
Διευθυντής ΠΜΣ: Καθηγητής ΕΥΘΥΜΙΟΣ Γ. ΔΑΡΔΙΩΤΗΣ

### Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

"Η Επίδραση της Ενσυνειδητότητας στο Άγχος, την Κατάθλιψη και την Ποιότητα Ζωής Ασθενών με Σκλήρυνση κατά Πλάκας. Ο Μεσολαβητικός Ρόλος της Συναισθηματικής Ρύθμισης"

Μυρόπη Στάμου Α.Μ. 00034

Ψυχολόγος

Ακαδημαϊκό Έτος : 2021-2022

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των  
απαιτήσεων για την απόκτηση του  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης  
«ΝΕΥΡΟΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ»

Λάρισα, Αρπύλιος 2022

Επικεφαλίδα: ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

«Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας:

Υπογραφή:      »

Επικεφαλίδα: ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

ΜΥΡΟΠΗ ΣΤΑΜΟΥ

Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, 2022  
ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

*ΕΥΘΥΜΙΟΣ Γ. ΔΑΡΔΙΩΤΗΣ*

*ΑΝΑΠΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ*

*ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ*

**Επιβλέπων:**

*ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΠΑΤΡΙΚΕΛΗΣ*

*Επικ. Καθηγητής Νευροψυχολογίας Α.Π.Θ*

**Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:**

1. κ. Δαρδιώτης Ευθύμιος, Αναπλ. Καθηγητής Νευρολογίας Π.Θ.
- 2.κ. Πατρικέλης Παναγιώτης, Επικ. Καθηγητής Νευροψυχολογίας Α.Π.Θ.
3. κ. Φώλια Βασιλική, Επίκ. Καθηγήτρια Ψυχολογίας Α.Π.Θ.

**Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:**

"The Effect of Mindfulness on Anxiety, Depression and Quality of Life in Multiple Sclerosis Patients. The Mediating Role of Emotion Regulation"

Επικεφαλίδα: ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

«Η συναισθηματική αναταραχή είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής με ΣκΠ» καθώς δεινυπάρχει θεραπεία για την πάθηση, δήλωσε ο Nicholas Laroca, σύμβουλος στην Εθνική Εταιρεία ΣΚΠ (NMSS). Είναι λοιπόν διπλά σημαντικό, να παρέχουμε στους ανθρώπους που νοσούν από ΣκΠ δυνατότητες και μορφές θεραπείας που θα τους βοηθήσουν να διαχειριστούν τις συναισθηματικές διαταραχές που γεννά το αβέβαιο της νόσου τους, ώστε να απολαμβάνουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής».

Nicholas Laroca

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία σηματοδοτεί την ολοκλήρωση των μεταπτυχιακών σπουδών μου στη «Γνωστική Νευροαποκατάσταση» στο τμήμα Ιατρικής του πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Στα πλαίσια φοίτησής μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα μου δόθηκε η δυνατότητα να μελετήσω ένα θέμα που αγαπώ πολύ, την ενσυνειδητότητα και την επίδραση της στο άγχος και την κατάθλιψη ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας. Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής μου εργασίας κ. Παναγιώτη Πατρικέλη για τη στήριξη και καθοδήγησή του κατά την εκπόνηση της παρούσας εργασίας. Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος για την καθοδήγηση , στήριξη και τις πολύτιμες γνώσεις που μοιράστηκαν μαζί μας. Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω από καρδιάς τους συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης, καθώς χωρίς εκείνους δε θα μπορούσα να φέρω εις πέρας αυτή την έρευνα που τόσο πολύ με ενέπνεε να κάνω το καλύτερο που μπορώ. Τους ευχαριστώ θερμά για το ταξίδι που κάναμε μαζί στον κόσμο της ενσυνειδητότητας.

Μυρόπη Στάμου

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

1. Εισαγωγή.....	11
Σκλήρυνση κατά Πλάκας.....	11
1.1 Επιδημιολογικά Χαρακτηριστικά.....	12
1.2 Αιτιολογία και Παράγοντες Προδιάθεσης.....	12
1.3 Παθογένεση και Ιστολογικά Χαρακτηριστικά.....	14
1.4 Συμπτώματα και Κλινική Εικόνα.....	14
1.5 Διάγνωση.....	15
1.6 Τύποι Πολλαπλής Σκλήρυνσης.....	17
2. Ψυχοπαθολογία στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας.....	17
2.1 Άγχος και Σκλήρυνση κατά Πλάκας.....	19
2.1.1 Αιτιολογία Άγχους στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας.....	19
2.1.2 Επιπτώσεις Άγχους στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας.....	21
2.1.3 Θεραπευτική Προσέγγιση Άγχους.....	21
2.2 Κατάθλιψη και Σκλήρυνση κατά Πλάκας.....	22
2.2.1 Αιτιολογία Κατάθλιψης στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας.....	22
2.2.2 Επιπτώσεις Κατάθλιψης στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας.....	23
2.2.3 Θεραπευτική Προσέγγιση Κατάθλιψης.....	24
2.3 Νευροβιολογικοί μηχανισμοί στο άγχος και την κατάθλιψη στη ΣκΠ.....	25
3. Συναισθηματική ρύθμιση.....	27
3.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός.....	28
3.2 Δεξιότητες συναισθηματικής ρύθμισης.....	28
3.3 Αποτελεσματικότητα συναισθηματικής ρύθμισης.....	29
3.4 Οι κύριες στρατηγικές συναισθηματικής ρύθμισης.....	29
3.5 Συναισθηματική ρύθμιση στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας.....	30

3.6 Συναισθηματική ρύθμιση και άγχος.....	32
3.7 Συναισθηματική ρύθμιση και κατάθλιψη... ..	33
4. Ενσυνειδητότητα... ..	34
4.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός της ενσυνειδητότητας.....	34
4.2 Μηχανισμοί λειτουργίας ενσυνειδητότητας .....	36
4.3 Τα οφέλη της ενσυνειδητότητας .....	37
4.4 Ενσυνειδητότητα και συναισθηματική ρύθμιση... ..	37
4.5 Ενσυνειδητότητα και νευροπλαστικότητα.....	38
4.6 Ενσυνειδητότητα στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας.....	40
4.7 Σχηματικό μοντέλο ενσυνειδητότητας, συναισθηματικής ρύθμισης , άγχους και κατάθλιψης.....	41
5. Παρούσα Έρευνα.....	43
5.1 Σκοπός , ερευνητικές υποθέσεις... ..	43
5.2 Μεθοδολογία έρευνας.....	43
5.3 Περιγραφή δείγματος.....	43
5.4 Ερευνητικά εργαλεία... ..	44
5.4.1 Κλίμακα Επίγνωσης Προσοχής και Ενημερότητας (Mindfulness Attention Awareness Scale -MAAS).....	44
5.4.2 Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression Scale- HADS) .....	44
5.4.3 Ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Ρύθμισης ( Emotion Regulation Questionnaire).....	45
5.4.4 Κλίμακα Ποιότητας Ζωής ( Multiple Sclerosis Quality of Life-54- MSQOL-54) .....	45
5.4.5 Βιοματικές Αναφορές.....	46

Επικεφαλίδα: ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ	
5.5 Σχεδιασμός έρευνας.....	46
5.6 Διαδικασία.....	47
6. Αποτελέσματα.....	50
7. Συζήτηση.....	60
Βιβλιογραφία.....	68
Παράρτημα.....	81
Κατάλογος Εικόνων και Πινάκων.....	94



## Περίληψη

Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας αποτελεί μια από τις διαδομένες και σημαντικές χρόνιες νόσους, που επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την συνολική ποιότητα ζωής των ανθρώπων που πάσχουν από αυτή. Η πολλαπλή σκλήρυνση επηρεάζει σοβαρά τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία και λειτουργικότητα των ατόμων. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς υποφέρουν σε μεγάλο ποσοστό –μεταξύ άλλων- από άγχος και κατάθλιψη. Η θεώρηση αυτών των ψυχικών διαταραχών ως φυσιολογική απόκριση σε μια χρόνια ασθένεια όπως η πολλαπλή σκλήρυνση δε δύναται να οδηγήσει σε μια καλύτερη ποιότητα ζωής τους ασθενείς. Αντιθέτως, δεδομένου ότι η πολλαπλή σκλήρυνση αποτελεί μια νόσο χωρίς πλήρη ίαση, είναι σημαντικό να παρέχονται στους ασθενείς θεραπείες που θα τους βοηθούν να διαχειρίζονται συναισθηματικές διαταραχές όπως το άγχος και η κατάθλιψη, έτσι ώστε να απολαμβάνουν μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Στην παρούσα έρευνα μελετήθηκε η επίδραση της ενσυνειδητότητας (mindfulness) στο άγχος, την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση και διερευνήθηκε ο πιθανός μεσολαβητικός ρόλος της συναισθηματικής ρύθμισης. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η εξάσκηση στην ενσυνειδητότητα δύναται να μειώσει το άγχος και την κατάθλιψη ασθενών με ΣκΠ. Ακόμη, φάνηκε ότι η συναισθηματική ρύθμιση μεσολαβεί στην επίδραση της ενσυνειδητότητας στο άγχος και την κατάθλιψη των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: Πολλαπλή Σκλήρυνση (ΣΚΠ), άγχος, κατάθλιψη, ενσυνειδητότητα, συναισθηματική ρύθμιση, ποιότητα ζωής

## **Abstract**

Multiple Sclerosis is one of the most common and important chronic diseases, which significantly affects the overall quality of life of people suffering from it. Multiple sclerosis affects both physical and mental health and function of individuals. In particular, patients suffer a large percentage – among others- from anxiety and depression. Considering these mental disorders as a response to a chronic illness such as multiple sclerosis can not lead to a better quality of life for patients. On the contrary, since multiple sclerosis is an untreated disease, it is important to provide patients with treatments that will help them manage emotional disorders such as anxiety and depression so that they can have a better quality of life. In the present study, the effect of mindfulness on anxiety, depression and quality of life in patients with multiple sclerosis was studied and the possible mediating role of emotional regulation was investigated. The results of the research showed that practicing mindfulness can reduce anxiety and depression in MS patients. Furthermore, emotional regulation has been shown to mediate the effect of mindfulness on patients' anxiety and depression.

Keywords: multiple sclerosis (MS), anxiety, depression, mindfulness, emotional regulation, quality of life

«Μεταξύ ερεθίσματος και ανταπόκρισης, υπάρχει ένας χώρος, μια παύση. Σε αυτή την παύση βρίσκεται η δύναμή μας να επιλέξουμε το πώς θα ανταποκριθούμε. Και στην ανταπόκρισή μας βρίσκεται η εξέλιξη και η ελευθερία μας.»

Victor Frankl

## Σκλήρυνση Κατά Πλάκας

Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας (ΣκΠ) ή Πολλαπλή Σκλήρυνση (Multiple Sclerosis) αποτελεί μια χρόνια ασθένεια που χαρακτηρίζεται από φλεγμονή και απομυελίνωση του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ), το οποίο περιλαμβάνει λειτουργίες του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού, με αντιδράσεις που κυμαίνονται από ήπιες έως σοβαρές σε φυσικό, αισθητηριακό, νοητικό και συναισθηματικό επίπεδο (Ontaneda, Thompson, Fox, & Cohen, 2017). Βασικό χαρακτηριστικό της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας είναι η εμφάνιση περιοχών φλεγμονής στον εγκεφαλο και το νωτιαίο μυελό, οι οποίες ονομάζονται απομυελινωτικές πλάκες. Η απομυελίνωση των νευραξόνων φέρει ως αποτέλεσμα τη διαταραχή της φυσιολογικής μεταφοράς ώσεων κατά μήκος των νευραξόνων. Η ΣκΠ αποτελεί μια σημαντική νευρολογική νόσο, καθώς εμφανίζεται συχνά, είναι χρόνια και τείνει να παρουσιάζεται σε νέους ενήλικες και συχνότερα γυναίκες (Rumrill, 2009).

Πρόκειται για μια νόσο που επηρεάζει περισσότερους από 2,5 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως. Η συμπτωματολογία της νόσου παρουσιάζει μεγάλη μεταβλητότητα, καθώς σε μεγάλο βαθμό καθορίζεται από τη θέση των βλαβών στον εγκεφαλο και τον νωτιαίο μυελό. Για παράδειγμα, βλάβες που εντοπίζονται στους βρεγματικούς και μετωπικούς λοβούς, δύνανται να οδηγήσουν σε γνωστικά και συναισθηματικά προβλήματα. Οι πλάκες στον εγκεφαλο, το στέλεχος του εγκεφάλου και το νωτιαίο μυελό μπορεί να προβλέψουν τους λειτουργικούς περιορισμούς των εξάρσεων (Rumrill, 2009). Η πορεία της νόσου μπορεί να είναι υποτροπιάζουσα ή προοδευτική (Lublin et al., 2014). Η νόσος χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις, όπου στα αρχικά στάδια της νόσου επέρχεται σχεδόν πλήρης ανάρρωση, ενώ σε μετέπειτα στάδια τα νευρολογικά συμπτώματα προστίθενται με την πάροδο του χρόνου.

Στην ΣκΠ εμφανίζονται ποικίλα ορατά (κυρίως σωματικά) και μη ορατά ή κρυφά συμπτώματα. Τα κρυμμένα συμπτώματα, όπως κόπωση, άγχος, και ψυχολογική δυσφορία θέτουν σημαντικό βάρος στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Μολονότι παράγοντες όπως η νευρολογική επιδείνωση και η λειτουργική αναπηρία επηρεάζουν την ποιότητα προσαρμογής του ατόμου με ΣκΠ, η ψυχολογική ανταπόκριση στο έντονο άγχος που φέρει η συγκεκριμένη νόσος είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ποιότητα ζωής του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, οι σκέψεις του ασθενούς αναφορικά με την αβεβαιότητα της νόσου και την μεγάλη αλλαγή που φέρει στην καθημερινότητά του αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στην κατάθλιψη, το άγχος και την προσαρμογή στην ασθένεια (Mullins et. al., 2001).

Υπάρχει μεγάλη και ανεκπλήρωτη ανάγκη για θεραπείες ικανές να αντιμετωπίσουν αυτά τα κρυμμένα συμπτώματα (Lysandropoulos & Havrdova, 2015). Μάλιστα, σε έρευνα που

πραγματοποιήθηκε πρόσφατα , εντοπίζονται βιωματικές αναφορές ασθενών με Σκλήρυνση κατά Πλάκας που φανερώνουν την ανάγκη τους για θεραπείες και θεραπευτές με εστίαση και ειδική εκπαίδευση στη νόσο της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας (Boeschoten et. al.,2017) . Παρόμοια, σε μια έρευνα του 2015 με δείγμα μεγαλύτερο από 2.800 άτομα με Σκλήρυνση κατά Πλάκας εντοπίστηκε ότι υπάρχει σημαντική ανάγκη για προσβάσιμες υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης (McCabe et al., 2015). Οι ερευνητές επισημαίνουν ότι, παρότι το επιστημονικό ενδιαφέρον εστιάζει στις δυσκολίες ελέγχου των μυών και των κινήσεων, οι συναισθηματικές διαταραχές είναι εξίσου κοινές στους πάσχοντες από Σκλήρυνση κατά Πλάκας και τα ψυχικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν αυτοί οι άνθρωποι είναι καταστροφικά για την ποιότητα της ζωής τους. Η παρούσα έρευνα εστιάζει στη διαχείριση των αόρατων αυτών συμπτωμάτων , όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη, και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών μέσω της ενσυνειδητότητας (Mindfulness) , δηλαδή της εστίασης της προσοχής στην παρούσα στιγμή χωρίς κρίση και με αποδοχή.

## 1.1.Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά

Η ποικιλομορφία που συναντάται στην κλινική πορεία της ΣκΠ από ασθενή σε ασθενή καθιστά δύσκολη την επιδημιολογική μελέτη της νόσου, στα πλαίσια της οποίας γίνεται φανερή μια αξιοσημείωτη γεωγραφική κατανομή, όπου η πάθηση εμφανίζεται συχνότερα με την αύξηση του γεωγραφικού πλάτους, βόρεια και νότια, έτσι ώστε ορισμένοι να την ονοματίζουν ως νόσο των εύκρατων βορείων κλιμάτων (Ιωαννίδη Ε., Λοπατατζίδης Α., Μάντη Π., 1999). Οι εκτιμήσεις επιπολασμού της ΣκΠ κυμαίνονται από 2 ανά 100.000 άτομα στην Ασία έως 1 ανά 100.000 άτομα σε δυτικές χώρες (Rosati, 2001). Οι μεσογειακές χώρες παρουσιάζουν έναν μέσο κίνδυνο εμφάνισης ΣκΠ (5 έως 30 ασθενείς ανά 100.000 κατοίκους). Στην Ελλάδα ο επιπολασμός της ΣκΠ κυμαίνεται από 10 έως 29 ασθενείς ανά 100.000 κατοίκους. Παρόλα αυτά, νεότερα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν αξιοσημείωτα υψηλότερο επιπολασμό στη νότια Ελλάδα με την εμφάνιση 100 έως 120 ασθενών ανά 100.000 κατοίκους. Ακόμη, παλαιότερες και νεότερες έρευνες φανερώνουν μια τάση αύξησης της νόσου στις γυναίκες (Σφάγγος & Τριανταφύλλου 2001, Magyari, 2016).

## 1.2 Αιτιολογία και παράγοντες προδιάθεσης

Έως σήμερα , η αιτιολογία της ΣκΠ παραμένει άγνωστη. Η κυριαρχούσα συναίνεση είναι ότι η σκλήρυνση κατά πλάκας προκαλείται πιθανότατα είτε από ανωμαλία του ανοσοποιητικού συστήματος είτε από εξωγενείς (μολυσματικούς) παράγοντες , είτε από συνδυασμό και των δύο. Βασική θέση των επιστημόνων είναι ότι η ΣκΠ αναγνωρίζεται ως αυτοάνοση νόσος, όπου το

ανοσοποιητικό σύστημα του ατόμου επιτίθεται καταλάθος σε υγιή όργανα του σώματος σαν να ήταν ξένα. Ουσιαστικά, το ανοσοποιητικό σύστημα αδυνατεί να αναγνωρίσει τη μυελίνη των νευρών ως ιστό του και την καταστρέφει, διεργασία που περιγράφεται ως απομυελίνωση.

Η πιθανή σύνδεση της ΣκΠ με γενετικούς παράγοντες εισήχθη στον χώρο της επιστήμης περί το 1890 με τον εντοπισμό συσώρευσης περιστατικών της νόσου ενδοοικογενειακά (Mackay & Myrianthoroylos, 1966). Σχετικές μελέτες δείχνουν ότι ο επιπολασμός της ΣκΠ σε συγγενείς πρώτου βαθμού των ασθενών είναι 20 έως 40 φορές υψηλότερος σε σύγκριση με τον επιπολασμό της νόσου στο γενικό πληθυσμό. Ακόμη, μελέτες σε υιοθετημένα παιδιά δείχνουν ότι, ακόμη και αν έχουν ανατραφεί από βρεφική ηλικία από πάσχοντες από ΣκΠ, εμφανίζουν τις ίδιες πιθανότητες με τον γενικό πληθυσμό ως προς την εμφάνιση της νόσου (Ebers et al, 1995). Βασικό στοιχείο που μαρτυρά την επίδραση γενετικών παραγόντων στη ΣκΠ αποτελεί το εύρημα ότι η νόσος εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα σε μονοζυγωτικούς διδύμους από ότι σε διζυγωτικούς (Ebers et al., 1995). Παρόλα αυτά η απουσία πλήρους αλληλοσυσχέτισης στους μονοζυγωτικούς διδύμους φανερώνει την εμπλοκή και περιβαλλοντικών παραγόντων στην εμφάνιση της νόσου της ΣκΠ (Zuvich, et al., 2009). Μελέτες που εστιάζουν στην εύρεση γονιδίων που έχουν σχέση με τη νόσο επαληθεύουν τη σχέση ανάμεσα στη ΣκΠ και σε γενετικούς παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνιση, πορεία και πρόγνωση της ασθένειας. Τα γονίδια που σχετίζονται με νοσήματα πολυπαραγοντικά, όπως είναι η πολλαπλή σκλήρυνση, προκαλούν παθήσεις μέσω γενετικών πολυμορφισμών (Sawcer et al., 1996; Hadjigeorgiou et al., 2019; Siokas et al., 2020; Sokratous et al., 2016; Sokratous et al., 2016).

Η εμπλοκή και περιβαλλοντικών παραγόντων στη παθογένεια της ΣκΠ φανερώνεται από τη γεωγραφική κατανομή της νόσου ανά τον κόσμο. Η ΣκΠ εμφανίζεται συχνότερα σε περιοχές εύκρατες και σπανιότερα σε τροπικές περιοχές που εντοπίζονται κοντά στον ισημερινό (Ωρολογάς, 2006). Αυτό γίνεται φανερό από το ότι ενοχοποιητικοί παράγοντες εμφάνισης της νόσου θεωρούνται τα χαμηλά επίπεδα έκθεσης στον ήλιο και τα χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D. Ακόμη, ο τρόπος ζωής, το κάπνισμα, η διατροφή και λοιμώξεις της παιδικής ηλικίας έχουν αναδειχθεί παράγοντες που παίζουν ρόλο στην παθογένεια της πολλαπλής σκλήρυνσης (Marrie, 2004, Mokry, et al., 2015; Dardiotis et al., 2018; Dardiotis et al., 2019; Tsvigoulis et al., 2015; Andravizou et al, 2019; Siokas et al, 2021). Το γεγονός ότι περιβαλλοντικοί παράγοντες ευνοούν συνθήκες νόσησης από ΣκΠ ενισχύεται και από ευρήματα μελετών επιδημικών εμφανίσεων της πολλαπλής σκλήρυνσης σε απομονωμένες περιοχές, όπως τα νησιά Orkney που βρίσκονται βόρεια της Σκωτίας, καθώς και τα νησιά Faroe (Barnes et al., 2021).

Συνοψίζοντας, αναφορικά με την αιτιοπαθογένεια της ΣκΠ, η νόσος φαίνεται ότι εμφανίζεται σε άτομα με γενετική προδιάθεση, μετά από εμπλοκή ενός αγνώστου μέχρι σήμερα περιβαλλοντικού, εξωγενούς παράγοντα, με συνέπεια την προσβολή του ΚΝΣ από φλεγμονώδη κύτταρα.



Εικόνα 1. Γεωγραφική κατανομή της ΣκΠ . Lancet 2008; 372: 1502–17

### 1.3 Παθογένεση και ιστολογικά χαρακτηριστικά

Οι απολήξεις των αισθητικών και κινητικών νεύρων που μεταδίδουν νευρικές ώσεις, προστατεύονται από έλυτρο μυελίνης, το οποίο «οργανώνεται» από στιβάδες λιπιδίων σε ποσοστό 70% και στιβάδες πρωτεϊνών σε ποσοστό 30%. Η μυελίνη του κεντρικού νευρικού συστήματος (ΚΝΣ) παράγεται χάρη στα ολιγοδενδροκύτταρα. Οι κύριες πρωτεΐνες της μυελίνης αποτελούν μια ομάδα πρωτεϊνών που δύνανται να προκαλέσουν ισχυρή ανοσοαπόκριση. Στα άτομα που πάσχουν από ΣκΠ, η απομυελίνωση -δηλαδή η απουσία μυελίνης των νευραξόνων- έχει ως αποτέλεσμα την καθυστέρηση μετάδοσης των σημάτων και τη δημιουργία προβλημάτων στην αισθητική αντίληψη και τον συντονισμό των κινήσεων.

### 1.4 Συμπτωματολογία και κλινική εικόνα

Τα συμπτώματα της ΣκΠ ποικίλλουν, και εκδηλώνονται ακολουθώντας μια πορεία εξάρσεων και υφέσεων. Τα συμπτώματα που φέρει η απουσία μυελίνης -και κατ' επέκταση η αποτυχία μεταφοράς σημάτων- παρουσιάζουν μεγάλη ετερογένεια και σχετίζονται με τον εντοπισμό των βλαβών στο ΚΝΣ (Pagnini et al., 2019). Για παράδειγμα, τα οπτικά νεύρα, το εγκεφαλικό στέλεχος και ο νωτιαίος μυελός αποτελούν περιοχές που προσβάλλονται πιο συχνά. Έτσι, αντίστοιχα τα συμπτώματα που εμφανίζονται συνήθως στους ασθενείς είναι οι διαταραχές της όρασης (διπλωπία, οπτική νευρίτιδα), η αδυναμία των μυών, η κόπωση, οι διαταραχές αισθητικότητας (μείωση της εν τω βάθει αισθητικότητας), οι διαταραχές βάδισης, καθώς και οι κυστικές και εντερικές δυσλειτουργίες (Ghasemi et al., 2017). Με την πάροδο του χρόνου, και

έπειτα από συνεχείς προσβολές του ΚΝΣ, εμφανίζεται σωματική και νοητική αναπηρία με βραδύ ρυθμό επιδείνωσης.

Ωστόσο, εκτός από τα σωματικά, στην ΣκΠ εμφανίζονται και μη ορατά ή κρυφά συμπτώματα, τα οποία επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής των ασθενών. Συμπτώματα κατάθλιψης αναφέρονται συχνά από άτομα με ΣκΠ, σε ποσοστό 40-50% (Boeschoten et al., 2017). Μάλιστα, ο επιπολασμός δια βίου μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι περίπου 30% (Boeschoten et al., 2017), δηλαδή περίπου τέσσερις φορές το ποσοστό που αναφέρεται στο γενικό πληθυσμό (Pagnini et al., 2019). Τα αίτια εμφάνισης της κατάθλιψης στηνόσο της ΣκΠ μπορεί να είναι πολλά, όπως η δυσκολία συναισθηματικής ρύθμισης και η απουσία κοινωνικής υποστήριξης (Gay, Vrignaud, Garitte, and Meunier, 2010). Η κατάθλιψη αποτελεί έναν από τους βασικούς παράγοντες που μειώνουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣκΠ (Feinstein, 2011). Εκτός από την κατάθλιψη, τα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας τείνουν να εμφανίζουν υψηλά επίπεδα άγχους (Wood et al., 2013). Πιο συγκεκριμένα, το άγχος έχει βρεθεί να επηρεάζει μεταξύ 23,5 έως 44% των ατόμων με ΣκΠ (Wood et al., 2013). Ακόμη, η κόπωση εμφανίζεται στο 80 % των ασθενών με ΣκΠ, ενώ οι περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς κατονομάζουν την κόπωση ως το κυριότερο απενεργοποιητικό σύμπτωμά τους (Rottoli, La Gioia, Frigeni, & Barcella, 2017). Ακόμη, μεγάλο ποσοστό των ασθενών, και συγκεκριμένα το 70% αναφέρει σοβαρά προβλήματα ύπνου (Brass, Li, & Auerbach, 2014).

Πίνακας 1 : Κύρια συμπτώματα στη ΣκΠ και συχνότητα εμφάνισης

Συμπτώματα	Συχνότητα εμφάνισης
Άγχος	23,5-44%
Κατάθλιψη	30%
Διαταραχές ύπνου	70%
Κόπωση	80%
Διπλωπία	8-18%
Οπτική νευρίτιδα	14-29%
Κυστικές διαταραχές	0-13%
Απώλεια αίσθησης	13-39%
Παραισθησίες	21-40%

## 1.5 Διάγνωση

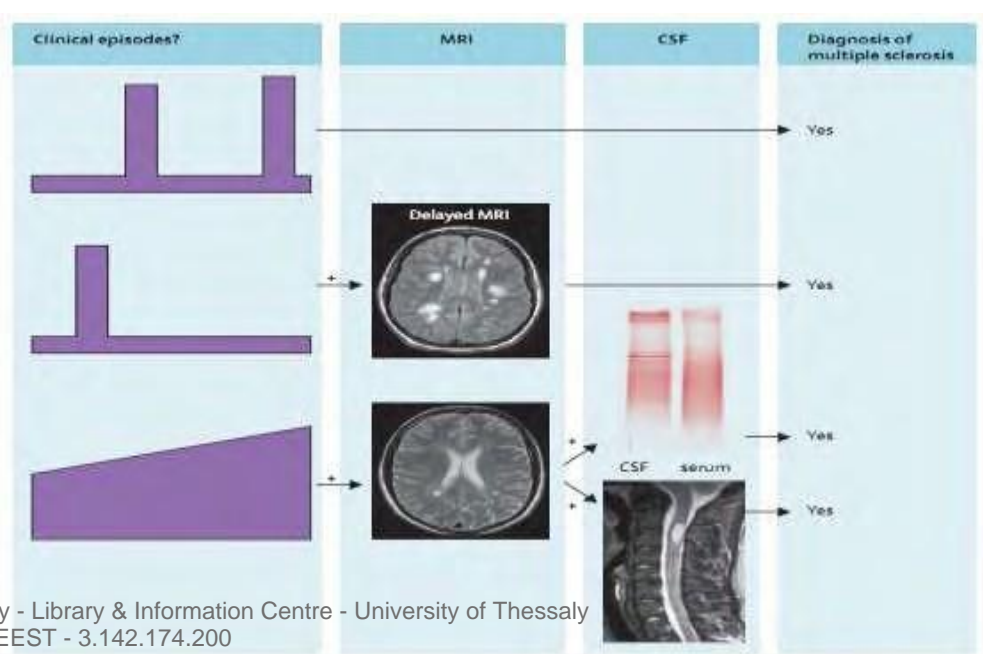
Η ετερογένεια και η ποικιλομορφία των συμπτωμάτων της ΣκΠ, η αβέβαιη εξέλιξη της νόσου και η απουσία ενός ειδικού εργαλείου ανίχνευσης της νόσου, καθιστούν τη διάγνωση της

ΣκΠ δύσκολη. Τα διαγνωστικά κριτήρια της νόσου εμπλουτίζονται και ανανεώνονται διαρκώς , όσο προχωρούν οι έρευνες και τα επιστημονικά δεδομένα που έχουν οι ειδικοί στη διάθεσή τους.

Η αρχική προσπάθεια ταξινόμησης έγινε το 1954 από τους Allison και Millar και στη συνέχεια διατυπώθηκαν τα διαγνωστικά κριτήρια από τον Schumacher, τα οποία είχαν ως βάση αμιγώς κλινικά κριτήρια, καθώς και από τον Rose το 1965. Την προσπάθεια συνέχισαν οι McAlpine (1972), και McDonald και Halliday (1977) . Καθώς εξελίχθηκαν οι έρευνες, το 1983 για πρώτη φορά εισήχθη στη διάγνωση της ΣκΠ ένας συνδυασμός κλινικών, εργαστηριακών (Εγκεφαλονωτιαίο Υγρό) και παρακλινικών εξετάσεων (απεικονιστικές μέθοδοι) καθορίζοντας δύο μορφές της νόσου, τη «βέβαιη» ΣκΠ και την «πιθανή» ΣκΠ.

Το 2001 , ο McDonald διατύπωσε τα διαγνωστικά κριτήρια της ΣκΠ χρησιμοποιώντας τις δυνατότητες της Μαγνητικής Τομογραφίας (MRI) με σημαντικό στοιχείο τη διάκριση των ατόμων στην κατηγορία της «βέβαιης» ΣκΠ , εκείνων με «πιθανή» ΣκΠ, και των μη νοσοούντων. Η διάγνωση γινόταν πλέον μέσω κλινικής εξέτασης , εργαστηριακής μελέτης και της ύπαρξης δύο τουλάχιστον επεισοδίων , που προσβάλλουν ξεχωριστές περιοχές του ΚΝΣ σε διαφορετικές χρονικές περιόδους (Polman et al., 2005). Τα διαγνωστικά κριτήρια του McDonald αναθεωρήθηκαν το 2005 και το 2010.

Συνοψίζοντας, η διάγνωση της νόσου της ΣκΠ κρίνεται πρωτίστως από τον εντοπισμό χαρακτηριστικών ανατομικών βλαβών σε διαφορετικές περιοχές του ΚΝΣ, μέσω 1) του ιατρικού ιστορικού ( έναρξη συμπτωμάτων σε νεαρή ηλικία, ιστορικό εξάρσεων και υφέσεων), 2) της νευρολογικής εξέτασης και 3) της εργαστηριακής μελέτης, όπου με τη χρήση της Μαγνητικής Τομογραφίας (MRI) εξετάζεται η ύπαρξη βλαβών στο ΚΝΣ σε διαφορετικές περιοχές και διαφορετικό χρόνο. Ακόμη, εξετάζεται η ύπαρξη ολιγοκλωνικών δεσμών στο ΕΝΥ και μέσα από προκλητά δυναμικά διερευνώνται τυχόν μεταβολές κατά την αγωγή νευρικών ώσεων, που συνάδουν με απομυελίνωση στο ΚΝΣ.





Εικόνα 2. Διαγνωστικά κριτήρια για ΣκΠ. Lancet, 2008; 372: 1052-17

## 1.6 Τύποι Σκλήρυνσης κατά Πλάκας

Η εξέλιξη και η πρόοδος της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας διακρίνεται σε τρεις κύριους τύπους νόσου (Feinstein, 2007). Ένα ποσοστό 65-70% των ασθενών νοσούν από την υποτροπιάζουσα μορφή της πολλαπλής σκλήρυνσης, όπου συμβαίνουν ξαφνικές ώσεις μεέντονα συμπτώματα, από τα οποία δύναται να επέλθει μερική ή ολική ύφεση κατά το επόμενο χρονικό διάστημα εβδομάδων ή μηνών, ενώ μεταξύ των ώσεων η εικόνα του ασθενούς είναι κατά βάση σταθερή. Εκ των ασθενών με υποτροπιάζουσα μορφή Σκλήρυνσης κατά Πλάκας, περίπου ένα ποσοστό 5 έως 10% θα εμφανίσουν δευτεροπαθώς προϊούσα μορφή της νόσου τα επόμενα χρόνια, εάν δε λαμβάνουν θεραπεία. Μάλιστα, σε διάστημα 15 – 20 χρόνων η σταθερή εικόνα μεταξύ των αιφνίδιων επιδεινώσεων σταδιακά θα μειώνεται, καθώς η φαρμακευτική αγωγή δε θα δύναται να αποτρέψει την πορεία της νόσου. Ο τύπος της δευτεροπαθούς προϊούσας μορφής πολλαπλής σκλήρυνσης αφορά μια πορεία της νόσου που εκκίνησε από την υποτροπιάζουσα και ακολούθησε μια πορεία σταδιακής επιδείνωσης των συμπτωμάτων. Η δευτεροπαθώς προϊούσα μορφή ΣκΠ εμφανίζεται περίπου στο 30% των ασθενών.

Ο τρίτος από τους κύριους τύπους της πολλαπλής σκλήρυνσης είναι η πρωτοπαθώς προϊούσα μορφή της νόσου, που χαρακτηρίζεται από σταδιακή επιδείνωση των συμπτωμάτων και απουσία ώσεων, ενώ τείνει να εμφανίζεται στην 5<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής των ασθενών (Lublin, 2005). Ακόμη μια μορφή πολλαπλής σκλήρυνσης αποτελεί η προϊούσα υποτροπιάζουσα μορφή, από την οποία πάσχει το 5% των νοσούντων, και χαρακτηρίζεται από σταδιακή επιδείνωση και εμφάνιση σοβαρών μεμονωμένων κλινικών συνδρόμων. Το 30 -70 % των ασθενών με προϊούσα υποτροπιάζουσα μορφή θα αναπτύξουν υποτροπιάζουσα μορφή πολλαπλής σκλήρυνσης.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η κλινική εικόνα και πορεία της νόσου της ΣκΠ χαρακτηρίζεται από μεγάλη ετερογένεια, με τους παθολογικούς μηχανισμούς να διαφέρουν στο κάθε στάδιο της ασθένειας (Lassmann, 2013). Ωστόσο, σε γενικές γραμμές η έναρξη της νόσου τείνει να συμβαίνει με ένα οξύ επεισόδιο που διαρκεί τουλάχιστον 24 ώρες με συμμετοχή του κεντρικού νευρικού συστήματος, και δε δύναται να εξηγηθεί ως απόρροια λοιμωδών ή μεταβολικών διεργασιών (Lassmann, 2013).

## 2. Ψυχοπαθολογία στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας

Όπως ήδη αναφέρθηκε, τα άτομα με ΣκΠ δεν εμφανίζουν μόνο συμπτώματα που αφορούν σε σωματικές λειτουργίες, αλλά καλούνται να αντιμετωπίσουν και ψυχολογικές διαταραχές. Το άγχος μαζί με την κατάθλιψη αποτελούν τις κυριότερες συναισθηματικές διαταραχές που εμφανίζουν οι ασθενείς με ΣκΠ. Μάλιστα, έρευνες έχουν δείξει ότι διαταραχές όπως η κατάθλιψη, το άγχος, καθώς και η αδυναμία συναισθηματικής ρύθμισης δύναται να οδηγήσουν

ακόμη και σε εμφάνιση ψυχιατρικής νόσου, όπως η μανιοκατάθλιψη. Ήδη από τις πρώιμες περιγραφές και αναλύσεις της νόσου της ΣκΠ από τον Σαρκό, -πριν από περισσότερα από εκατό χρόνια- είχε δοθεί ιδιαίτερη έμφαση στις συνυπάρχουσες με τη νόσο συναισθηματικές διαταραχές, επισημαίνοντας την ευφορία ως χαρακτηριστική διαταραχή, που συνήθως εντοπίζεται στην προϊούσα μορφή της νόσου συνοδευόμενη από σοβαρή κινητική αναπηρία. Οι διαταραχές στην ψυχική υγεία είναι πολύ συχνές σε ασθενείς με ΣκΠ σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό και με άλλες ασθένειες που φέρουν ανάλογη αναπηρία (Briones-Buixassa, Mila, Arrufat et al., 2019). Παρά το γεγονός ότι η ψυχοπαθολογία συναντάται με μεγάλη συχνότητα στους ασθενείς με ΣκΠ, λανθασμένα συχνά θεωρείται ως «φυσιολογική» αντίδραση στη νόσο (Korostil & Feinstein , 2007).

Η ψυχολογική δυσφορία και οι δυσκολίες συχνά εκκινούν πριν συμβεί η διάγνωση της ΣκΠ μαζί με την εμφάνιση πρώιμων νευρολογικών συμπτωμάτων ( Murphy et al., 2017) . Μάλιστα, είναι αρκετές οι περιπτώσεις ασθενών που αναζητούν αρχικά ψυχίατρο (Carson et al., 2005). Μετά τη διάγνωση, οι περισσότεροι ασθενείς –πλην ελαχίστων εξαιρέσεων που αισθάνονται ανακούφιση, καθώς γνωρίζουν τι ακριβώς τους συμβαίνει- εμφανίζουν συναισθηματικές αντιδράσεις όπως άγχος, ανησυχία, φόβο , αβεβαιότητα και απομόνωση , που ευνοούν την ανάπτυξη ψυχολογικών διαταραχών (Quallet, Radat, Creange et al., 2019).

Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι, μεγάλη απόδειξη του σημαντικού ρόλου της ψυχολογίας του ασθενή στη ΣκΠ αποτελεί το εύρημα ότι ασθενείς που λάμβαναν καλύτερη κοινωνική υποστήριξη και προσπάθησαν να νοηματοδοτήσουν την ασθένειά τους από την πρώτη στιγμή της διάγνωσης είχαν καλύτερη εξέλιξη στη νόσο και ανέφεραν καλύτερη ποιότητα ζωής (Dennison et al., 2009). Γίνεται λοιπόν φανερό ότι η στάση που έχει ο ασθενής απέναντι στη νόσο, καθώς και η προσωπικότητά του επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την πρόγνωση και την εξέλιξη της νόσου.

Όσον αφορά τις ψυχολογικές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με Σκλήρυνση κατά Πλάκας, αυτές τείνουν να εξαπλώνονται σε ποικίλους τομείς της ζωής τους. Σε κοινωνικό επίπεδο, οι ασθενείς συχνά αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις σπουδές και την εργασία τους, καθώς πολύ συχνά η νόσος της ΣκΠ κάνει την εμφάνισή της στην πιο παραγωγική ηλικία του ατόμου , επηρεάζοντας τη συνολική καθημερινή του δραστηριότητα (σχέσεις, εργασία, σεξουαλική λειτουργία) (Pagnini et al.,2014). Ακόμη, συχνά οι ασθενείς μετά τη διάγνωση της νόσου απομονώνονται κοινωνικά με αποτέλεσμα να προκύπτουν επιπλέον προβλήματα στις οικογενειακές και διαπροσωπικές σχέσεις τους (Dennison et al., 2009). Επιπλέον, η αβέβαιη φύση της νόσου της ΣκΠ και η αγωνία που αυτή επιφέρει στον ασθενή επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής του (Quallet et al.,2019).

## 2.1 Άγχος και Σκλήρυνση κατά Πλάκας

Όπως προαναφέρθηκε, το άγχος έχει βρεθεί να επηρεάζει μεταξύ 23,5 έως 44% των ατόμων με ΣΚΠ (Wood et al., 2013). Οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας εμφανίζουν άγχος σε υψηλότερο επίπεδο σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Eboni et al., 2018, Murphy et al., 2017). Τα επίπεδα άγχους που βιώνουν τα άτομα με ΣκΠ εξαρτώνται από ποικίλους παράγοντες, όπως είναι ο τύπος της νόσου, το στάδιο και η κλινική εξέλιξη της σκλήρυνσης, καθώς και η προσωπικότητα του ατόμου που νοσεί. Ακόμη, η λήψη κοινωνικής υποστήριξης ή η απουσία αυτής, αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει σημαντικά τα επίπεδα άγχους που βιώνει ο ασθενής (Gay, Vrignaud, Garitte, & Meunier, 2010). Στον τύπο της πρωτοπαθούς προϊούσας σκλήρυνσης, τα επίπεδα άγχους των ασθενών είναι υψηλά και σημαντική πηγή τους αποτελεί ο φόβος απώλειας της κινητικής τους ικανότητας.

### 2.1.1 Αιτιολογία άγχους στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας

Όσον αφορά τα αίτια εμφάνισης άγχους στη σκλήρυνση κατά πλάκας, φαίνεται να είναι μάλλον ψυχοκοινωνικά, καθώς – σε αντίθεση με την κατάθλιψη- τα δεδομένα νευροαπεικόνισης εγκεφάλου δε δείχνουν να συνδέεται το άγχος με τη νευροεκφύλιση που συμβαίνει στη νόσο της ΣκΠ (Zorzon et al., 2001). Εξάλλου, η ύπαρξη άγχους στα πλαίσια μιας ασθένειας που απαιτεί εκ μέρους του ατόμου μια συνεχή προσαρμογή σε όλους τους τομείς της ζωής του, φαίνεται –σε μεγάλο βαθμό- να είναι μια αναμενόμενη απόκριση (Prakash et al., 2019).

Σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση και ανάπτυξη του άγχους στους ασθενείς με ΣκΠ αποτελεί και το πρόγραμμα θεραπείας που ακολουθούν. Για παράδειγμα, πολλοί ασθενείς λαμβάνουν τη θεραπεία τους με μορφή ενέσεων, και αυτό φαίνεται να τους προκαλεί σημαντικό άγχος. Ακόμη, δυσκολίες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς αναφορικά με τη διαχείριση των ανεπιθύμητων παρενεργειών που φέρουν οι θεραπείες (π.χ. εμετοί, ναυτίες) συμβάλλουν σημαντικά στην αύξηση του άγχους τους. Πιο συγκεκριμένα, οι σκέψεις του ασθενούς αναφορικά με την αβεβαιότητα της νόσου και την μεγάλη αλλαγή που φέρει στην καθημερινότητά του αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στο άγχος και την προσαρμογή στην ασθένεια (Mullins et al., 2001).

Συχνά, το άγχος των ασθενών πηγάζει και από την κοινωνική απομόνωση που βιώνουν, καθώς λόγω των αλλαγών που φέρει η νόσος τόσο στην εμφάνιση τους (λόγω της δυσμορφίας, για παράδειγμα των άκρων) όσο και στην ικανότητα τους για λεκτική επικοινωνία (δυσarthρία, νοητική έκπτωση), οι ασθενείς αισθάνονται φοβισμένοι σχετικά με το πώς φαίνονται στα μάτια των άλλων. Αυτό οδηγεί συνήθως στην απουσία κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου στη ζωή του ατόμου, γεγονός που επιβαρύνει το ήδη υπάρχον άγχος του (Almeida et al., 2018). Ακόμη,

σημαντική πηγή άγχους στους ασθενείς με ΣκΠ αποτελούν οι οικονομικές υποχρεώσεις που έχουν όσον αφορά τα προγράμματα θεραπείας που πρέπει να ακολουθήσουν (εργοθεραπεία, φυσικοθεραπεία, φαρμακευτική αγωγή κτλ.).

Μολονότι η σχέση ανάμεσα στο άγχος και την εμφάνιση ή επιδείνωση της πολλαπλής σκλήρυνσης δεν είναι απολύτως ξεκάθαρη, μεγάλο ποσοστό των ατόμων που νοσούν αναφέρουν πως πριν την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων της νόσου, συνέβη στη ζωή τους ένα έντονο στρεσογόνο συμβάν (για παράδειγμα, ένας χωρισμός, μια απόλυση, μια απώλεια κτλ). Ωστόσο, αρκετοί ασθενείς σημειώνουν και θετικά γεγονότα πριν την έναρξη της νόσου τα οποία όμως απαιτούν προσαρμογή σε νέες συνθήκες (όπως για παράδειγμα ο γάμος, ή ο ερχομός ενός παιδιού). Φυσικά, αυτές οι διαπιστώσεις δεν σηματοδοτούν το άγχος ως αιτία της ΣκΠ, καθώς τα αίτια της νόσου είναι ποικίλα και δύσκολο να καθοριστούν με βεβαιότητα.

Παρόλη τη σχετική αβεβαιότητα, είναι γνωστό πως το άγχος επηρεάζει το ανοσοποιητικό σύστημα, και, καθώς η ΣκΠ αποτελεί αυτοάνοσο νόσημα, φαίνεται λογική η ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στο άγχος και –αν όχι τη γένεση- την πορεία και πρόοδο της σκλήρυνσης κατά πλάκας. Ωστόσο, το ίδιο λογική φαντάζει και η υπόθεση ότι ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει έντονο άγχος κατόπιν της διάγνωσης του με μια χρόνια , ανίατη και αβέβαιης πορείας νόσο, όπως είναι η ΣκΠ. Στους ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση , η εμφάνιση διαταραχής άγχους κυμαίνεται μεταξύ 19-90% και έχει βρεθεί ότι συναντάται πιο συχνά από την κατάθλιψη κατά την πρώιμη φάση της νόσου (Feinstein, 2007) ( Πίνακας 2).

Πίνακας 2 : Διαταραχές άγχους στη ΣκΠ και συχνότητα εμφάνισης (Murphy et al., 2017, Feinstein, 2007, Moore et al.,2012)

<b>Διαταραχή άγχους</b>	<b>Ποσοστά εμφάνισης σε ασθενείς με ΣκΠ</b>
<b>Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή</b>	18,6%
<b>Διαταραχή πανικού</b>	10%
<b>Ιδιοψυχαναγκαστική διαταραχή</b>	8,6%
<b>Κοινωνική φοβία</b>	7,8%

Αξίζει να σημειωθεί ότι όταν το άγχος συνυπάρχει με μια επιβαρυσμένη συνολική εικόνα του ασθενή, αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης (Moore et al., 2012, Gay et al., 2017). Μάλιστα, έχουν βρεθεί ορισμένοι προβλεπτικοί παράγοντες που αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης αγχώδους διαταραχής στη ΣκΠ. Συγκεκριμένα, οι παράγοντες αφορούν το φύλο του ασθενή (με τις γυναίκες να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν αγχώδη

διαταραχή) , τη συνήθεια χρήσης αλκοόλ, και την κοινωνική υποστήριξη (με ασθενείς που λαμβάνουν περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη να έχουν περισσότερες πιθανότητες να πάσχουν από διαταραχή άγχους). Τέλος , έχει βρεθεί ότι αυξημένο άγχος και θυμό εμφανίζουν οιασθενείς με ΣκΠ , που διατηρούν μια στάση παθητική απέναντι στη νόσο και τείνουν να δραματοποιούν τη σοβαρότητα κατάστασης της υγείας τους (Bruce & Lynch, 2011).

### **2.1.2 Επιπτώσεις άγχους στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας**

Οι συνέπειες που έχει το άγχος στην ποιότητα ζωής του ασθενή και την εξέλιξη της νόσου είναι επιλήψιμες και φανερώνουν το πόσο επιτακτική είναι η ανάγκη για θεραπείες που εστιάζουν στο άγχος των ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση (Briones-Buixassa et al., 2019). Το άγχος εμφανίζει θετική συσχέτιση με την κατάθλιψη , ενώ και τα δύο σε συνδυασμό καθιστούν πιθανότερη την απόπειρα αυτοκτονίας στους ασθενείς , και επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την κοινωνική και επαγγελματική ζωή τους και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις , καθώς ωθούν τον ασθενή σε απομόνωση και «παραίτηση» (Feinstein, 2007, S, 2008, Prakash et al., 2019). Ακόμη, έρευνα έχει δείξει ότι το συνεχές και επίμονο άγχος δύναται να προκαλέσει καρδιαγγειακές παθήσεις (Potagas et al.,2008). Επιπρόσθετα, ασθενείς με ΣκΠ κατονομάζουν το άγχος ως το πιο αναπηρικό σύμπτωμα της ασθένειάς τους (Dennison et al., 2009). Αναφορικά με τη συσχέτιση άγχους και κατάθλιψης στη σκλήρυνση κατά πλάκας , υποστηρίζεται ότι πρόκειται για μια κυκλική συσχέτιση , όπου το ένα τροφοδοτεί το άλλο (Gay et al.,2017). Το άγχος των ασθενών φαίνεται επίσης ότι δύναται να μειώσει την προσαρμογή και συμμόρφωσή τους στη θεραπεία , και κυρίως στις ενέσεις ανοσοκατασταλτικών (Sa, 2008). Εκτός από την κατάθλιψη, το άγχος φαίνεται επίσης να συνδέεται με την κόπωση.

### **2.1.3 Θεραπευτική προσέγγιση στο άγχος**

Σχετικά με τη θεραπεία και αντιμετώπιση του άγχους προτείνονται βενζοδιαζεπίνες και αντικαταθλιπτικά (Feinstein, 2007). Ωστόσο, κρίνεται αναγκαία και αποτελεσματική και μια προσέγγιση θεραπείας μη φαρμακευτικής , κυρίως όταν τα συμπτώματα άγχους επιμένουν , καθώς και για την επίτευξη αποτελεσμάτων που θα διαρκούν σε βάθος χρόνου ( Feinstein, 2007). Μολονότι δεν είναι εφικτή η εξάλειψη των στρεσογόνων γεγονότων που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ασθενείς, εκείνο που δύναται να συμβεί είναι η υποστήριξη των ασθενών στη σωστή διαχείριση του άγχους και καλύτερη ρύθμιση των συναισθημάτων τους, γεγονός που θα επηρεάσει θετικά τόσο την πορεία της νόσου όσο και την ποιότητα ζωής τους. Για παράδειγμα, πολλοί ασθενείς με ΣκΠ αναφέρουν ότι βιώνουν περισσότερα συμπτώματα κατά τη διάρκεια στρεσογόνων χρονικών περιόδων. Από την άλλη, όταν το άγχος τους μειώνεται, τα συμπτώματά τους φαίνονται λιγότερο ανησυχητικά ή λιγότερο σοβαρά (Foley, 2016). Φαίνεται λοιπόν, η διαχείριση του άγχους να δύναται να επηρεάσει σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς

βιώνουν τα συμπτώματα της σκλήρυνσης, και, κατ' επέκταση ολόκληρη την εμπειρία της ασθένειάς τους. Σύμφωνα με τους Gilbertson και Klatt (2017) δεδομένου ότι η πολλαπλή σκλήρυνση επιδεινώνεται από το άγχος, προγράμματα θεραπείας που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα δύνανται –μέσα από την αποτελεσματική ρύθμιση συναισθημάτων- να βοηθήσουν τους ασθενείς στην μείωση μοτίβων υπερβολικής ανησυχίας και μηρυκασμού που συνδέονται με το άγχος ( Gilbertson & Klatt, 2017).

## **2.2 Κατάθλιψη και Σκλήρυνση κατά Πλάκας**

Η κατάθλιψη αποτελεί την πιο συνηθισμένη ψυχική διαταραχή στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας , σε μεγαλύτερο ποσοστό από ότι σε άλλες χρόνιες νευρολογικές διαταραχές (Wallin et al., 2006). Συγκεκριμένα, υπολογίζεται ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται περίπου στο 50% των ασθενών ( Murphy et al., 2017, Pagnini et al., 2014) και τρεις φορές συχνότερα από ότι στο γενικό πληθυσμό (Feinstein, 2011) . Μάλιστα, ασθενείς με ΣκΠ χαρακτηρίζουν την κατάθλιψη ως το πιο εξουθενωτικό σύμπτωμά τους (Wallin et al., 2006). Ωστόσο, η σκλήρυνση κατά πλάκας δεν αποτελεί αμιγώς και μοναδικά την αιτία εμφάνισης κατάθλιψης , καθώς έρευνες δείχνουν ότι πιθανότατα υπάρχει μια ανατροφοδοτική σχέση μεταξύ της ασθένειας και της κατάθλιψης , η οποία καθιστά αδύνατη τη θεώρηση της κατάθλιψης απλώς ως μιας συναισθηματικής αντίδρασης στη διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας (Pagnini et al., 2014, Murphy et al., 2017).

### **2.2.1 Αιτιολογία κατάθλιψης στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας**

Φαίνεται ότι στην αιτιολογία εμφάνισης της κατάθλιψης στη ΣκΠ συμβάλλει ένας συνδυασμός γενετικών, ψυχολογικών και ψυχονευροανοσολογικών παραγόντων (Murphy et al., 2017). Συγκεκριμένα, έρευνες έχουν δείξει ότι η εμφάνιση της κατάθλιψης συνδέεται με δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος , ύπαρξη εστιών σε συγκεκριμένα σημεία του εγκεφάλου (όπως είναι ο κροταφικός λοβός) καθώς και το επίπεδο ατροφίας του εγκεφάλου (Murphy et al., 2017). Σύμφωνα με τον Rouyanfard (2020), η πολλαπλή σκλήρυνση δύναται να φέρει κατάθλιψη μέσα από τρεις διαφορετικούς τρόπους : α) είναι πιθανό να εμφανιστούν αλλαγές στη συμπεριφορά του ασθενή, αν η νόσος επηρεάσει τμήματα του εγκεφάλου που σχετίζονται με την ρύθμιση και έκφραση των συναισθημάτων , β) τροποποιήσεις στο ανοσοποιητικό και ενδοκρινικό σύστημα που προκαλεί η πολλαπλή σκλήρυνση δύνανται να οδηγήσουν σε κατάθλιψη και γ) οι ανεπιθύμητες παρενέργειες ορισμένων φαρμάκων είναι πιθανό να προξενήσουν κατάθλιψη στους ασθενείς (Rouyanfard, 2020).

Η επικρατούσα άποψη είναι ότι η νευροεκφύλιση αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην εμφάνιση της κατάθλιψης στη ΣκΠ , ωστόσο εμπλέκονται και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (Feinstein, 2011). Παραμένει ασαφές το κατά πόσο η κατάθλιψη προκύπτει πρωτοπαθώς ή

δευτεροπαθώς της νευροεκφύλισης που συμβαίνει στη σκλήρυνση κατά πλάκας , καθώς και το αν η κατάθλιψη αποτελεί παράγοντα διαταραχής του ανοσοποιητικού συστήματος (Murphy et al.,2017). Όσον αφορά τα συγκεκριμένα συμπτώματα της κατάθλιψης που εμφανίζονται στη ΣκΠ τείνουν να είναι συναισθήματα όπως ο θυμός, η ευερέθιστη συμπεριφορά, η δυσφορία , το αίσθημα ματαίωσης και η αναστολή . Η κατάθλιψη συχνά τείνει να εμφανίζεται στην έναρξη της νόσου της ΣκΠ -σε ορισμένες περιπτώσεις πριν την εκδήλωση της πρώτης ώσεως- με την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε αυτή την αρχική φάση να ανέρχεται στο ποσοστό 44,5 % (Moore et al., 2018). Ακόμη, ευρήματα ερευνών φανερώνουν ότι η κατάθλιψη στη ΣκΠ δε συνδέεται με τη σοβαρότητα σωματικών συμπτωμάτων, την ηλικία, το φύλο και τη χρονική διάρκεια της νόσου ( Feinstein, 2011, Moore et al., 2012).

## **2.2.2 Επιπτώσεις κατάθλιψης στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας**

Η κατάθλιψη έχει αρνητικές συνέπειες τόσο στο άτομο σε επίπεδο σωματικό και ψυχοσυναισθηματικό όσο και στις σχέσεις του με τους άλλους σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο και, κατ' επέκταση στη συνολική ποιότητα ζωής του (Moore et al., 2006, Viner et al., 2014). Ακόμη, έχει φανεί ότι η κατάθλιψη συνδέεται –μεταξύ άλλων- με υψηλότερο άγχος , με αίσθηση απώλειας ελέγχου της ασθένειας και με χαμηλότερο εισόδημα (Moore et al.,2012, Viner et al.,2014) . Αξίζει όμως εδώ να σημειωθεί πως , όλα αυτά τα συμπτώματα πιθανότατα να συνυπάρχουν με την κατάθλιψη αμφίδρομα, όπου το ένα επιδεινώνει το άλλο, σε ένα συνεχή φαύλο κύκλο.

Ακόμη, έρευνες έχουν δείξει ότι η κατάθλιψη παρουσιάζει υψηλή θετική συσχέτιση με την κόπωση, ένα σύμπτωμα που αντιμετωπίζει περίπου το 80 % των ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση. Ορισμένες έρευνες υποστηρίζουν ότι είναι πιθανό η κατάθλιψη να αποτελεί την αιτία της κόπωσης των ασθενών (Moore et al., 2012). Πιο πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η κόπωση και η κατάθλιψη αποτελούν σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΣκΠ (Maier et al., 2015). Μάλιστα, σε περιπτώσεις όπου μαζί με την κόπωση συνυπάρχει νευρωτισμός , αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης συνδρόμου χρόνιας κόπωσης (Taillefer, Kirmayer, Robbins & Lasry, 2003). Η κατάθλιψη συνδέεται με τις διαταραχές γνωστικού τύπου , χωρίς ακόμη να είναι σαφές το αν μεταξύ τους υπάρχει σχέση αιτίου – αιτιατού (Feinstein,2011 , Moore et al., 2012, Murphy et al., 2017). Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι η κατάθλιψη μαζί με το άγχος –και το αλκοόλ- αποτελούν ισχυρούς προβλεπτικούς παράγοντες για απόπειρα αυτοκτονίας των ασθενών , όχι μόνο στη σκλήρυνση κατά πλάκας αλλά σε οργανικές παθήσεις γενικότερα, εύρημα που καθιστά φανερό το πόσο σημαντικό είναι να γίνεται η διάγνωση αυτών των παραγόντων και η κατάλληλη για αυτούς θεραπεία (Feinstein, 2011).

### 2.2.3 Θεραπευτική προσέγγιση κατάθλιψης

Γίνεται λοιπόν φανερό πως η κατάθλιψη στους ασθενείς με ΣκΠ δε θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια αναμενόμενη αντίδραση στην ασθένεια, για την οποία «δεν μπορούμε να κάνουμε και πολλά» (Mindén et al., 2014). Δεδομένων των αρνητικών επιπτώσεων που επιφέρει αλλά και του γεγονότος ότι συνιστά θεραπεύσιμο παράγοντα, είναι άκρως σημαντική η προσπάθεια για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης στους ασθενείς με ΣκΠ (Feinstein, 2011, Maier et al., 2015).

Ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η φαρμακευτική αγωγή σε συνδυασμό με την ψυχοθεραπεία αποτελούν τη θεραπευτική επιλογή με τα βέλτιστα αποτελέσματα (Feinstein, 2011, Mindén et al., 2014). Ακόμη, έρευνες έχουν δείξει ότι η σωματική άσκηση δρα θεραπευτικά στην κατάθλιψη των ασθενών με ΣκΠ (Maier et al., 2015). Συγκεκριμένα, όσον αφορά την φαρμακευτική αγωγή προτείνονται οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) (Maier et al., 2015). Αναφορικά με την ψυχοθεραπευτική μέθοδο θεραπείας, υποστηρίζεται ότι η γνωσιακή-συμπεριφοριστική και η ψυχοδυναμική προσέγγιση δύνανται να βελτιώσουν τόσο τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της νόσου στη ζωή του ασθενή όσο και τη συνολική ποιότητα ζωής του (Vattakatuchery et al., 2011).

Ο Feinstein και οι συνεργάτες του (Feinstein, 2011, Feinstein et al., 2014) τόνισαν ότι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις την κατάθλιψη θα πρέπει να είναι σύντομες, εύκολα προσβάσιμες και με χαμηλό κόστος, ώστε να βελτιώνεται η ποιότητα ζωής των ασθενών (Feinstein et al., 2014). Παρεμβάσεις με αυτά τα γνωρίσματα είναι αυτές που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα, καθώς επηρεάζουν τη ρύθμιση των συναισθημάτων μέσω της επίγνωσης της παρούσας στιγμής με αποδοχή και απουσία κρίσης, ώστε να μειωθούν οι δυσπροσαρμοστικές στρατηγικές ρύθμισης συναισθημάτων, όπως είναι η αποφυγή ή η υπερδέσμευση σε σκέψεις και συναισθήματα. Ευρήματα υποστηρίζουν ότι η μη επικριτική στάση προς τα συναισθήματα έχει συσχετιστεί με μείωση καταθλιπτικού μηρυκασμού και με μείωση κατάθλιψης (Petrocchi & Ottaviani, 2016). Ο Feinstein και συνεργάτες (2014) τόνισαν ότι η ΣκΠ συνδέεται με αισθήματα απελπισίας και αβεβαιότητας και με χρήση δυσπροσαρμοστικών στρατηγικών ρύθμισης συναισθημάτων (Feinstein et al., 2014). Έτσι, εφόσον η κατάθλιψη προκύπτει εν μέρει από τη δυσλειτουργική αντιμετώπιση της ασθένειας, η ενσυνειδητότητα μπορεί – μέσω της προσαρμοστικής συναισθηματικής ρύθμισης- να μειώσει την κατάθλιψη.

Με άλλα λόγια, η ενσυνειδητότητα μπορεί να οδηγήσει τους ασθενείς να σχετίζονται με τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα της νόσου τους με τρόπο διαφορετικό, μέσα από αποτελεσματικές στρατηγικές ρύθμισης συναισθημάτων και συμπεριφοράς που βοηθούν την προσαρμογή τους στην ασθένεια τους (Feinstein, 2011). Σε συμφωνία με τα παραπάνω ο Schidra



και συνεργάτες (2015) υποστήριξαν ότι η ενσυνειδητότητα δύναται να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών μέσω της μείωσης δυσρύθμισης συναισθημάτων. Μάλιστα, έρευνα έχει δείξει ότι η μείωση της κατάθλιψης σε ασθενείς με ΣκΠ μέσω της ενσυνειδητότητας δύναται να οδηγήσει σε μείωση κόπωσης (Sauder et al., 2021). Το εύρημα αυτό τονίζει την σημαντικότητα της θεραπείας της κατάθλιψης των ασθενών, μιας και η κόπωση αναφέρεται ως το πιο ανεργοποιητικό σύμπτωμα της νόσου (Pagnini et al., 2014). Εδώ αξίζει να αναφερθεί ότι σε εφαρμογή παρεμβάσεων με βάση την ενσυνειδητότητα σε ασθενείς με ΣκΠ, οι τελευταίοι ανέφεραν υψηλό βαθμό ικανοποίησης (Grossman et al., 2010).

### **2.3 Νευροβιολογικοί μηχανισμοί στο άγχος και την κατάθλιψη στη ΣκΠ**

Το άγχος δεν έχει φανεί να σχετίζεται με τον αριθμό των βλαβών στον εγκέφαλο, με τον βαθμό απομυελίνωσης ή τον εντοπισμό όγκου σε οποιαδήποτε περιοχή του εγκεφάλου, εύρημα που συνηγορεί υπέρ της πεποίθησης ότι το άγχος προκύπτει ως απόκριση στην ψυχοκοινωνική πίεση που βιώνουν οι ασθενείς με ΣκΠ. Αφότου λάβουν την διάγνωση της ΣκΠ, οι ασθενείς καλούνται να προσαρμοστούν στα δεδομένα μιας νέας ψυχοκοινωνικής κατάστασης, μη αναστρέψιμης και, μάλιστα, χωρίς να έχουν κανένα έλεγχο στην πορεία και εξέλιξη της νόσου. Όλη αυτή η αβεβαιότητα και η αίσθηση απώλειας ελέγχου φαίνεται να γεννούν συναισθήματα άγχους και αγωνίας. Η υπόθεση αυτή ενισχύεται και από ευρήματα ερευνών που δείχνουν ότι οι ασθενείς με καλή ψυχοκοινωνική υποστήριξη εμφανίζουν και καλύτερα επίπεδα ψυχικής υγείας.

Ωστόσο, όσον αφορά την κατάθλιψη, σε σχετική έρευνα βρέθηκε ότι οι ασθενείς με εντοπισμό βλάβης στον εγκέφαλο, εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με ασθενείς των οποίων η νόσος εντοπιζόταν στο νωτιαίο μυελό, ενώ επίσης παρατηρήθηκε η ύπαρξη θετικής συσχέτισης μεταξύ της κατάθλιψης και του μεγέθους της νευρολογικής βλάβης στον εγκέφαλο. Προς ενίσχυση της υπόθεσης ότι η κατάθλιψη –σε αντίθεση με το άγχος- έχει βρεθεί να έχει νευρολογική βάση στην ασθένεια της ΣκΠ, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 90 ασθενείς με ΣκΠ βρέθηκε –με τη χρήση μαγνητικής τομογραφίας- η ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στην ένταση της κατάθλιψης των ασθενών και τον αριθμό των εστιών στο δεξιό μετωπιαίο λοβό, τον όγκο του δεξιού κροταφικού λοβού, και τον όγκο του δεξιού ημισφαιρίου συνολικά (Zorzon et al., 2002). Ακόμη, μελέτη των Feinstein και άλλων που πραγματοποιήθηκε το 2001 έδειξε την ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στην κατάθλιψη των ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση και τον αριθμό εστιών στον αριστερό μετωπιαίο λοβό.

Με βάση την παραπάνω ανασκόπηση, η συννοσηρότητα των διαταραχών διάθεσης και άγχους με τη νόσο της πολλαπλής σκλήρυνσης δύναται να εξηγηθεί λαμβάνοντας υπόψη τον παράγοντα της συναισθηματικής ρύθμισης (Schirda et al., 2020). Τα άτομα με ΣκΠ βιώνουν

σημαντική δυσκολία στη ρύθμιση των συναισθημάτων τους, η οποία σχετίζεται με αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους και μειωμένη ποιότητα ζωής (Schirda et al., 2020).

Με άλλα λόγια, τα συμπτώματα άγχους και καταθλιπτικής διάθεσης που εμφανίζονται στη σκλήρυνση κατά πλάκας θα λέγαμε πως γενικεύονται στην υπόθεση ότι στη συγκεκριμένη νόσο διακρίνεται μια δυσλειτουργία στη ρύθμιση του εαυτού και του συναισθήματος. Η δυσλειτουργία αυτή φαίνεται να οδηγεί σε συμπτώματα που προκύπτουν ως απόρροια αλληλεπίδρασης ψυχικών, νευροβιολογικών και ενδοκρινολογικών διεργασιών, καθώς και παραγόντων που αφορούν στον εαυτό και στο τρόπο που αυτός σχετίζεται (Farb, Anderson & Segal, 2013). Μια τέτοια υπόθεση έρχεται σε συμφωνία με τη θέση ότι κάθε νόσος ή διαταραχή δύναται να ερμηνευθεί ως αδυναμία στη ρύθμιση του εαυτού και των συναισθημάτων (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010). Για παράδειγμα, έχει βρεθεί ότι η μη έκφραση και επεξεργασία των αρνητικών συναισθημάτων δύναται να φέρει σημαντικές δυσκολίες και να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής του ατόμου (Black & Dostyn, 2005). Ακόμη, έχει βρεθεί ότι η αδυναμία ρύθμισης συναισθημάτων άγχους σχετίζεται με την ανάπτυξη ψυχολογικών διαταραχών, όπως είναι η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010). Ο τρόπος με τον οποίο τα άτομα είναι σε θέση να διαχειριστούν τη συναισθηματική τους εμπειρία, ώστε να προσαρμοστούν σε ένα δεδομένο πλαίσιο, φαίνεται να είναι σημαντική για την ψυχική υγεία (Gross and Munoz, 1995). Για παράδειγμα, στρατηγικές συναισθηματικής ρύθμισης όπως ο μηρυκασμός μπορούν να γίνουν δυσπροσαρμοστικές και να επηρεάσουν σημαντικά την ψυχοκοινωνική λειτουργία των ατόμων (Moore et al., 2008). Από την άλλη, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστήμιο Γεσίβα φάνηκε ότι οι άνθρωποι που ρυθμίζουν αποτελεσματικά τα συναισθήματά τους τείνουν να ζουν περισσότερο (Garcia and Miralles, 2017).

Αναφορικά με τη νόσο της σκλήρυνσης κατά πλάκας και την ψυχοπαθολογία που τη συνοδεύει είναι –από όσο γνωρίζουμε– ελάχιστες οι μελέτες που την εξετάζουν υπό το πρίσμα της συναισθηματικής ρύθμισης (Loffler et al., 2016), μολονότι θεωρείται ότι η δυσκολία στη ρύθμιση των συναισθημάτων δύναται να επιφέρει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣκΠ και, μάλιστα, σε μεγαλύτερα βαθμό από ότι αυτά καθ' αυτά τα συμπτώματα της νόσου (Black & Dostyn, 2005). Έχει εντοπιστεί με άλλα λόγια, ότι η αδυναμία ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση να αναγνωρίσουν και να επεξεργαστούν τα συναισθήματά τους είναι ικανή να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα ζωής τους και να οδηγήσει σε κατάθλιψη (Loffler et al., 2016). Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι ο θυμός που δεν εκφράζεται και το άτομο αδυνατεί να τον ελέγξει, αποτελεί ένα από τα αρνητικά συναισθήματα που επηρεάζει την κοινωνική, ψυχική και σωματική υγεία των ατόμων (Loffler et al., 2016). Ο θυμός αποτελεί ένα

συναίσθημα που βιώνουν πολύ συχνά οι ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση, παρουσιάζει υψηλή συσχέτιση με την κατάθλιψη και το άγχος, και δρα αρνητικά στη συνολική ποιότητα ζωής των νοσούντων (Laing et al.,2014). Μάλιστα, σύμφωνα με τους Loffler και συναδέλφους (2016) είναι πιθανό η διαταραχή στη συναισθηματική ρύθμιση να έχει μια σχέση κυκλική με τις διαταραχές που εμφανίζονται στη ΣκΠ, όπου το ένα προκαλεί το άλλο σε ένα φαύλο κύκλο.

Ακόμη και αν υπάρχει μια σχέση κυκλική αναφορικά με τη συναισθηματική ρύθμιση, από όσα προαναφέρθηκαν συμπεραίνεται ότι η κατανόηση του πότε και γιατί η ρύθμιση των συναισθημάτων γίνεται επιβλαβής είναι θεμελιώδους σημασίας (Moore et al.,2008). Και αυτό, διότι σε περίπτωση που υπάρξουν ευρήματα που υποστηρίζουν ότι η συναισθηματική ρύθμιση δύναται να επηρεάσει την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣκΠ, οι θεραπείες για τα αόρατα συμπτώματα των ασθενών θα λάβουν υπόψη αυτό τον παράγοντα, κι αυτό ίσως να αποτελέσει άλμα στη βελτίωση της λειτουργικότητας των ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση και στην αλλαγή του τρόπου που οι τελευταίοι σχετίζονται με τη νόσο τους.

### **3.Συναισθηματική Ρύθμιση**

Μια κοινώς αποδεκτή πεποίθηση είναι ότι το συναίσθημα δύναται να επηρεάσει τη συμπεριφορά και τη σκέψη του ανθρώπου. Τα συναισθήματα τόσο τα ευχάριστα όσο και τα δυσάρεστα, οι διαστάσεις τους και ο ρόλος που διαδραματίζουν στη ζωή των ανθρώπων έχουν απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό τους ερευνητές ανά τους αιώνες. Ο Πλάτωνας ονόμασε τα συναισθήματα «ανόητο σύμβουλο» των ανθρώπων. Χιλιάδες χρόνια αργότερα ο Ντεκάρτ ισχυρίστηκε ότι τα συναισθήματα φέρουν προκατάληψη και διαστρέβλωση με αποτέλεσμα να εμποδίζουν τη σκέψη. Για να μπορέσουμε να αντιληφθούμε την έννοια της συναισθηματικής ρύθμισης, θα πρέπει πρώτα να κατανοήσουμε τα συναισθήματα.

Τα συναισθήματα αποτελούν απαντήσεις σε ερεθίσματα που συμβαίνουν στην ζωή του ανθρώπου, και ποικίλουν τόσο ως προς την ένταση όσο και ως προς τη συνθετότητά τους (Gross, 2008). Σύμφωνα με τον Gross «ο όρος συναίσθημα αναφέρεται σε ένα μεγάλο πλήθος αποκρίσεων, από ήπιες έως έντονες, από σύντομες έως παρατεταμένες, από απλές έως πολύπλοκες και από ιδιωτικές έως δημόσιες» (Gross, 2014). Αυτή η ποικιλομορφία είναι που καθιστά δύσκολο τον ορισμό των συναισθημάτων. Οι ερευνητές της έννοιας του συναισθήματος απέδωσαν στα συναισθήματα τρία γνωρίσματα. Αρχικά, σύμφωνα με τους Lazarus και Gross (2008), τα συναισθήματα αναδύονται όταν το άτομο βρίσκεται σε συνθήκη σχετική με προσωπικούς του στόχους, συνειδητούς ή μη. Δεύτερον, τα συναισθήματα δύνανται να φέρουν αλλαγές (α) στην υποκειμενική εμπειρία του ατόμου, (β) τη συμπεριφορά του (το άτομο να μπορεί να αντιδράσει σε μια συνθήκη ή να την αποφύγει) και (γ) τη φυσιολογία, το σώμαδηλαδή του ατόμου μέσα από την ενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος ως

απόκριση στο ερέθισμα (Gross , 2008). Το τρίτο χαρακτηριστικό γνώρισμα των συναισθημάτων κατά τους Lazarus και Gross (2008) είναι ότι δύνανται να κυριαρχούν στη συνείδησή των ατόμων με στόχο να μετριάσουν άλλες πιθανές αποκρίσεις τους (Gross, 2008, Frijda, 1988). Ο Gross υποστήριξε πως, στο γνώρισμα αυτό υπάρχει και η δυνατότητα των ατόμων να ρυθμίσουν το συναίσθημά τους (Gross, 2008).

Καθώς το επιστημονικό ενδιαφέρον για το ρόλο των συναισθημάτων στη σκέψη και τη συμπεριφορά του ατόμου αυξανόταν, διατυπώθηκαν θεωρίες αναφορικά με τη συναισθηματική νοημοσύνη. Βασική ιδέα της θεωρίας της συναισθηματικής νοημοσύνης είναι ότι οι άνθρωποι εμφανίζουν διαφορές στον τρόπο κατανόησης και ρύθμισης των συναισθημάτων τους (Salovay & Mayer, 1990). Σύμφωνα με τους Salovay και Mayer , η συναισθηματική νοημοσύνη αποτελεί «τη δυνατότητα που έχουν οι άνθρωποι να σκέφτονται πάνω στα συναισθήματά τους και παράλληλα να τα αξιολογούν , ώστε να διευρύνουν τη σκέψη τους. Άνθρωποι με ανεπτυγμένη συναισθηματική νοημοσύνη μπορούν να διακρίνουν και να αντιλαμβάνονται με ακρίβεια τα συναισθήματα που βιώνουν [...] και να τα ρυθμίζουν έτσι ώστε να προάγουν τη συναισθηματική και τη γνωστική ανάπτυξη» (Mayer & Salovay, 1997).

### **3.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός συναισθηματικής ρύθμισης**

Η επιδέξια κατανόηση και εξισορρόπηση των συναισθημάτων ονομάζεται συναισθηματική ρύθμιση . Η συναισθηματική ρύθμιση έχει οριστεί από τον Gross ως το σύνολο των γνωστικών διαδικασιών που επηρεάζουν τον τύπο της συναισθηματικής απόκρισης , καθώς και τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα βιώνουν και εκφράζουν τα συναισθήματά τους. Έχει βρεθεί η ύπαρξη θετικής συσχέτισης ανάμεσα στην αποτελεσματική ρύθμιση των συναισθημάτων και την ψυχική και σωματική υγεία (Aldao & Nolen- Hoeksema, 2012). Σύμφωνα με τον Thompson (1994) η συναισθηματική ρύθμιση ορίζεται ως « εξωτερικές και εσωτερικές διαδικασίες που είναι υπεύθυνες για την παρακολούθηση, αξιολόγηση και ρύθμιση των συναισθηματικών αντιδράσεων και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών τους, ώστε να μπορέσει κάποιος να πραγματοποιήσει τους στόχους του».

### **3.2 Δεξιότητες συναισθηματικής ρύθμισης**

Η κατανόηση της έννοιας της συναισθηματικής ρύθμισης γίνεται ευκολότερη αν μελετήσει κανείς τις δεξιότητες και στρατηγικές της συναισθηματικής ρύθμισης. Το 2007 ο Berking περιέγραψε ένα μοντέλο σύμφωνα με το οποίο η ρύθμιση των συναισθημάτων αφορά την αλληλεπίδραση ορισμένων δεξιοτήτων. Συγκεκριμένα , αυτές οι δεξιότητες σχετίζονται με το να κατανοεί και να αναγνωρίζει κανείς τα συναισθήματα του, έτσι ώστε να δύναται να υποστηρίξει τον εαυτό του σε δύσκολες συνθήκες, καθώς και να δείχνει ανοχή στην παρουσία δυσάρεστων συναισθημάτων και να μην υπερδεδμεύεται σε αυτά, έτσι ώστε να επιτύχει τους στόχους του.

Μάλιστα, οι Berking και Znoj (2008) ανέφεραν ότι η τελευταία δεξιότητα συναισθηματικής ρύθμισης που αφορά το είναι κανείς ανεκτικός σε αρνητικά συναισθήματα είναι από τις πιο σημαντικές δεξιότητες και συμβάλλει στην ψυχική υγεία και ευημερία ( Berking and Znoj , 2008). Τόσο παλαιότερες όσο και πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι οι δεξιότητες ρύθμισης των συναισθημάτων προάγουν την ψυχική υγεία και ποιότητα ζωής των ατόμων μειώνοντας την ένταση στρεσογόνων γεγονότων που δύνανται να προκαλέσουν ψυχοπαθολογία, όπως η διάγνωση μιας σοβαρής νόσου (Sim and Zeman, 2005). Γίνεται λοιπόν φανερό ότι η απουσία δεξιοτήτων συναισθηματικής ρύθμισης σχετίζεται με εμφάνιση ψυχοπαθολογίας και αρνητικά συναισθήματα.

### **3.3 Αποτελεσματικότητα συναισθηματικής ρύθμισης**

Οι Werner και Gross (2010) ισχυρίστηκαν ότι ρύθμιση των συναισθημάτων δύναται να είναι αποτελεσματική ή μη αποτελεσματική . Συγκεκριμένα, η συναισθηματική ρύθμιση είναι αποτελεσματική, όταν χαρακτηρίζεται από ευελιξία και προσαρμογή στην εκάστοτε συνθήκη και όταν εκπληρώνονται μακροπρόθεσμοι στόχοι του ατόμου (Werner & Gross, 2010). Σύμφωνα με τους Werner και Gross (2010) διακρίνονται τέσσερα βήματα που βοηθούν στην υιοθέτηση μιας αποτελεσματικής στρατηγικής συναισθηματικής ρύθμισης : το άτομο (α) κάνει μια παύση, (β) προσπαθεί να αφουγκραστεί όσα συμβαίνουν εσωτερικά και εξωτερικά , (γ) αποτιμά σε ποιο βαθμό δύναται να ασκήσει έλεγχο στα συναισθήματά του και στα γεγονότα και (δ) πράττει μεριμνώντας για τους μακροχρόνιους στόχους του. Αντίθετα, η ρύθμιση των συναισθημάτων μπορεί να είναι μη αποτελεσματική ή δυσλειτουργική όταν δεν προκύπτει η επιθυμητή αλλαγή στο συναίσθημα ή όταν οι στρατηγικές είναι άκαμπτες και δε λαμβάνουν υπόψη τους προσωπικούς μακροπρόθεσμους στόχους (Werner & Gross, 2010).

### **3.4 Κύριες στρατηγικές συναισθηματικής ρύθμισης**

Η συναισθηματική ρύθμιση σχετίζεται με στρατηγικές που το άτομο εφαρμόζει με σκοπό την αλλαγή των συναισθημάτων του. Οι στρατηγικές αυτές δύνανται να είναι αποτελεσματικές ή αναποτελεσματικές. Σύμφωνα με το μοντέλο της διαδικασίας συναισθηματικής ρύθμισης (Gross & John, 2013 , Gross, 2010) , υπάρχουν δύο γενικές στρατηγικές ρύθμισης, που διαμορφώνουν την εμπειρία των συναισθημάτων :

- (1) Ρύθμιση εστιασμένη σε αυτό που έχει προηγηθεί : αυτή η στρατηγική εμφανίζεται σε πρώιμο στάδιο της συναισθηματικής απόκρισης (Goldin et al.,2008) και πριν από την ενεργοποίηση των συστημάτων συναισθηματικής και συμπεριφορικής απόκρισης (Villani et al.,2011). Η ρύθμιση συναισθημάτων που εστιάζει σε αυτό που έχει προηγηθεί της επίδρασης των συναισθημάτων , περιλαμβάνει τους παρακάτω τύπους συναισθηματικής ρύθμισης: α) επιλογή της κατάστασης (για παράδειγμα, προσέγγιση ή

αποφυγή ανθρώπων ή καταστάσεων με βάση τον συναισθηματικό τους αντίκτυπο), β) αλλαγή της κατάστασης (δηλαδή μεταμόρφωση της κατάστασης με σκοπό την αλλαγή του συναισθηματικού αντίκτυπου), γ) εστίαση προσοχής ( για παράδειγμα εστίαση της προσοχής προς ή μακριά από περιστάσεις ανάλογα με τη συναισθηματική επίδραση που έχουν) και δ) γνωστική αλλαγή (δηλαδή επανερμηνεία της κατάστασης, προκειμένου να αλλάξει η συναισθηματικής της σημασία).

(2) Ρύθμιση εστιασμένη στην απόκριση : αυτή η στρατηγική εφαρμόζεται σε μεταγενέστερο στάδιο και επικεντρώνεται στην τροποποίηση των συναισθημάτων (Moore et al., 2010). Με άλλα λόγια, η εστιασμένη στην απόκριση ρύθμιση αναφέρεται σε τροποποιήσεις των συναισθημάτων , αφότου τα συγκεκριμένα συναισθήματα έχουν ήδη γίνει εμφανή (Goldin et al., 2008) . Η ρύθμιση με επίκεντρο την απόκριση περιλαμβάνει τους ακόλουθους τύπους απόκρισης : α) καταστολή του συναισθήματος, β) αναστολή του συναισθήματος , γ) συγκάλυψη του συναισθήματος και δ) εντατικοποίηση του συναισθήματος (Villani et al., 2011).

Η ρύθμιση συναισθήματος που εστιάζει σε αυτό που έχει προηγηθεί , όπως η επανεκτίμηση , χρησιμοποιεί στρατηγικές γνωστικής επαναξιολόγησης , προκειμένου να τροποποιηθούν οι καταστάσεις ή να επαναδιατυπωθεί η συναισθηματική τους σημασία (Goldin et al., 2008). Αποτελούν με άλλα λόγια έναν τρόπο για να ελεγχθεί το αρνητικό συναίσθημα. Συγκεκριμένα, η επαναξιολόγηση αποτελεί μια γνωστικά προσανατολισμένη στρατηγική που μας επιτρέπει να σκεφτούμε για μια συναισθηματική κατάσταση με τρόπο διαφορετικό , προκειμένου να αλλάξει η επίδραση των συναισθημάτων. Από την άλλη, η εστιασμένη στην απόκριση ρύθμιση , όπως η καταστολή , λειτουργεί μέσω της αναστολής των συναισθημάτων και της συμπεριφοράς.

Η ρύθμιση που εστιάζει στην απόκριση αποτελεί δυσπροσαρμοστική ρύθμιση και έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με μεγαλύτερη συμπαθητική ενεργοποίηση του καρδιαγγειακού συστήματος (Demaree et al., 2006), καθώς και με ψυχοπαθολογία και κατάθλιψη (Grandey, 2000). Έρευνες έχουν δείξει ότι, άτομα που τείνουν να ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους μέσω της καταστολής (με εστίαση δηλαδή στην απόκριση) αναφέρουν λιγότερα θετικά αποτελέσματα , λιγότερη κοινωνική υποστήριξη και περισσότερη κατάθλιψη ( John & Gross, 2007).

### **3.5 Συναισθηματική ρύθμιση στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας**

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, η συννοσηρότητα των διαταραχών διάθεσης και άγχους με τη νόσο της πολλαπλής σκλήρυνσης δύναται να εξηγηθεί λαμβάνοντας υπόψη τον παράγοντα της συναισθηματικής ρύθμισης (Schirda et al., 2020). Προς επίρρωση αυτής της υπόθεσης , έχει

βρεθεί ότι οι ασθενείς με ΣκΠ βιώνουν σημαντική δυσκολία στη ρύθμιση των συναισθημάτων τους, η οποία σχετίζεται με αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους και μειωμένη ποιότητα ζωής (Schirda et al., 2020, Prakash et al, 2019, Phillips et al., 2014). Πρόσφατη έρευνα σε ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση έδειξε ότι οι υψηλότερες βαθμολογίες στο άγχος και την κατάθλιψη συσχετίστηκαν με δυσκολίες στη ρύθμιση των συναισθημάτων και με μεγαλύτερη χρήση στρατηγικών δυσπροσαρμοστικής ρύθμισης συναισθημάτων (Prakash et al, 2019). Παρόμοια, και σε άλλες μελέτες έχει φανεί ότι η δυσρύθμιση των συναισθημάτων συνδέεται τόσο με συμπτώματα άγχους όσο και με συμπτώματα κατάθλιψης ,υποδηλώνοντας ότι αυτός ο διαγνωστικός παράγοντας της δυσλειτουργικής συναισθηματικής ρύθμισης θα μπορούσε να είναι χρήσιμος για την κατανόηση των συναισθηματικών διαταραχών άγχους και κατάθλιψης στην πολλαπλή σκλήρυνση (Gay et al., 2017).

Σύμφωνα με το μοντέλο του Gross για τη συναισθηματική ρύθμιση (Gross, 1998) , διακρίνονται συγκεκριμένες κατηγορίες στρατηγικών συναισθηματικής ρύθμισης , που δύνανται να επιστρατεύσουν τα άτομα προκειμένου να ρυθμίσουν ή να διαμορφώσουν τη συναισθηματική τους απόκριση. Συγκεκριμένα , εντοπίζονται στρατηγικές συναισθηματικής ρύθμισης με βάση α) τη γνωστική επανεκτίμηση (τροποποίηση μιας κατάστασης με στόχο τη μείωση αρνητικής έντασης) και β) την αποδοχή (αναγνώριση αρνητικών συναισθημάτων σε συγκεκριμένες συνθήκες), οι οποίες συνδέονται με μειωμένη κατάθλιψη και άγχος ( Aldao et al., 2010). Από την άλλη , η επιστράτευση και χρήση μη προσαρμοστικών συναισθηματικής ρύθμισης όπως α) η αποφυγή (σκόπιμη αποφυγή σκέψεων και συναισθημάτων), β) η κριτική των συναισθημάτων (αυτοκριτική) γ) η καταστολή των συναισθημάτων (μη έκφραση) και δ) ο μηρυκασμός ( αρνητικές σκέψεις αναφορικά με το παρελθόν ή το μέλλον) έχουν συνδεθεί με άγχος και κατάθλιψη (Joorman and Gotlid, 2010). Μάλιστα συγκεκριμένα σε πληθυσμό ατόμων με πολλαπλή σκλήρυνση έχει βρεθεί αυξημένη χρήση δυσπροσαρμοστικών στρατηγικών συναισθηματικής ρύθμισης , όπως του μηρυκασμού (Joorman and Gotlid, 2010) , της εκφραστικής καταστολής και της αποφυγής (Sarisogetal, 2013).

Ακόμη , αναφορικά με τη συναισθηματική ρύθμιση στη σκλήρυνση κατά πλάκας , σε έρευνα που έγινε το 2014 (Phillips et al., 2014) βρέθηκε ότι τα άτομα με ΣκΠ αντιμετώπισαν περισσότερες δυσκολίες στη ρύθμιση των συναισθημάτων τους σε σύγκριση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου. Ακόμη, στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι οι δυσκολίες στη ρύθμιση των συναισθημάτων προέβλεπαν χειρότερη ψυχολογική και κοινωνική ποιότητα ζωής στη ΣκΠ , ανεξάρτητα από προβλήματα με την εκτελεστική λειτουργία . Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι δεξιότητες συναισθηματικού ελέγχου και συναισθηματικής ρύθμισης θα πρέπει να

διερευνηθούν λεπτομερέστερα όταν εξετάζονται παρεμβάσεις για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με πολλαπλή σκλήρυνση (Philips et al.,2014).

### 3.6 Συναισθηματική Ρύθμιση και Κατάθλιψη

Οι στρατηγικές που χρησιμοποιούν οι άνθρωποι για να ρυθμίσουν τα συναισθήματά τους και συγκεκριμένα τα αρνητικά συναισθήματα , φαίνεται να συνδέονται στενά με ψυχοπαθολογία και συγκεκριμένα με την κατάθλιψη. Η κατάθλιψη αποτελεί μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από δυσρύθμιση των συναισθημάτων με αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή του ατόμου , στη συνολική ποιότητα ζωής και την ικανότητα αναγνώρισης των συναισθημάτων . Μάλιστα, τα τελευταία χρόνια έχει βρεθεί ότι συγκεκριμένες στρατηγικές συναισθηματικής ρύθμισης αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης (Πίνακας 3). Πιο συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι η επικριτική στάση των ατόμων προς τα συναισθήματά τους έχει συσχετιστεί με καταθλιπτικό μηρυκασμό και κατάθλιψη ( Perstelo- Perez et al., 2017). Αξίζει εδώ να σημειώσουμε πως το αντίθετο, δηλαδή η αποδοχή των συναισθημάτων , τόσο των ευχάριστων όσο και των δυσάρεστων προάγει την ψυχική υγεία και ευημερία (Berking and Znoj , 2008).

Πίνακας 3. Δεδομένα κλινικών και νευροαπεικονιστικών μελετών που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ συναισθηματικής ρύθμισης και κατάθλιψης (Compare et al.,2014).

Κλινικές μελέτες	Νευροαπεικονιστικές μελέτες
Οι καταθλιπτικοί ασθενείς εμφανίζουν :	Οι καταθλιπτικοί ασθενείς εμφανίζουν :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Αναποτελεσματική ρύθμιση συναισθημάτων</li> <li>• Δυσκολίες στον γνωστικό Έλεγχο</li> <li>• Δυσκολία επεξεργασίας αρνητικών συναισθημάτων, με αποτέλεσμα μεγαλύτερο μηρυκασμό, μειωμένη χρήση στρατηγικών επαναξιολόγησης και αυξημένη χρήση καταστολής</li> <li>• Αρνητικές προκαταλήψεις αυτοαναφοράς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Δυσλειτουργική απόκριση στο στρες</li> <li>• Μη φυσιολογική ενεργοποίηση αμυγδαλής</li> <li>• Δυσλειτουργική ενεργοποίηση κοιλιακού προμετωπιαίου φλοιού</li> </ul>



### 3.7 Συναισθηματική Ρύθμιση και Άγχος

Παλαιότερες και πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι η δυσλειτουργία στη ρύθμιση του άγχους συνδέεται με την εμφάνιση σοβαρής ψυχοπαθολογίας, όπως είναι η κατάθλιψη και οι διαταραχές άγχους (Puloroulos et al., 2020). Η σχέση που υπάρχει ανάμεσα στο άγχος και τη ρύθμιση των συναισθημάτων είναι πολύπλοκη και προκύπτει ως απόρροια αλληλεπίδρασης ψυχολογικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (De Raedt and Koster, 2010). Αν και πρόκειται για σχέση πολλαπλών παραγόντων, η καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών που εμπλέκονται στην αποτελεσματική και μη αποτελεσματική ρύθμιση του άγχους θα μπορούσε να συνδράμει σημαντικά στη βελτίωση των στρατηγικών συναισθηματικής ρύθμισης και, κατ'έπекταση, στην πρόληψη και θεραπεία ψυχικών ασθενειών (Nasso et al., 2019).

Αξίζει εδώ να σημειωθεί πως, συγκεκριμένα στους ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας, έχει βρεθεί πως οι υψηλές βαθμολογίες στους δείκτες άγχους και κατάθλιψης τείνουν να συσχετίζονται με δυσκολίες στη ρύθμιση των συναισθημάτων, όπου δυσρύθμιση συναισθημάτων ορίζεται η αυξημένη χρήση μη αποτελεσματικών στρατηγικών συναισθηματικής ρύθμισης (Schirda et al., 2020, Prakash et al, 2019, Bahmani et al., 2020, Phillips et al., 2014). Τα συγκεκριμένα ευρήματα υπογραμμίζουν τη σημασία της συναισθηματικής ρύθμισης σε παρεμβάσεις που αφορούν το άγχος, την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας.

Η ύπαρξη αποτελεσματικών και μη στρατηγικών στη ρύθμιση του συναισθήματος καθιστά φανερό ότι η συναισθηματική ανταπόκριση σε μια συνθήκη δεν αποτελεί μια στατική διαδικασία. Πρόκειται για μια διαδικασία που δύναται να αλλάζει και εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται το συναίσθημα του και αποκρίνεται σε αυτό. Ο τρόπος που το άτομο αντιλαμβάνεται ένα συναίσθημα μπορεί να αλλάξει, και αυτό αποτελεί και το σημείο όπου μπορεί να λάβει χώρα η συναισθηματική ρύθμιση. Σύμφωνα με τους Gross και Thompson (2007), όταν το άτομο αλλάζει τον τρόπο που αντιλαμβάνεται και αξιολογεί μια κατάσταση, τότε επέρχονται αλλαγές στον συναισθηματικό αντίκτυπο που έχει η συγκεκριμένη κατάσταση στο άτομο. Για παράδειγμα, η γνωστική επανεκτίμηση αποτελεί ένα τύπο συναισθηματικής ρύθμισης που έχει μελετηθεί ευρέως και αναφέρεται στην αλλαγή νοηματοδότησης μια συνθήκης, έτσι ώστε το νέο νόημα να μειώνει τα αρνητικά συναισθηματικά αντίκτυπο της συνθήκης (Gross & Thompson, 2007). Αξίζει εδώ να αναφερθεί ότι έχει βρεθεί πως ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση που προσπάθησαν να νοηματοδοτήσουν την ασθένειά τους από την πρώτη στιγμή της διάγνωσης είχαν καλύτερη εξέλιξη στη νόσο και ανέφεραν καλύτερη ποιότητα ζωής (Dennison et al., 2009, Pakenham, 2005). Σύμφωνα με τους Gross και Werner (2010) το άτομο δύναται να ρυθμίσει τα συναισθήματά του αποτελεσματικά

ακολουθώντας τα εξής βήματα: αρχικά το άτομο κάνει μια παύση, έπειτα προσπαθεί να αφουγκραστεί όλα όσα συμβαίνουν τόσο μέσα του όσο και γύρω του, στη συνέχεια αποτιμά τον βαθμό ελέγχου που μπορεί να ασκήσει σε όσα συμβαίνουν και στα συναισθήματά του και, τέλος, σχεδιάζει και πράττει σύμφωνα με τους μακροπρόθεσμους στόχους του ( Gross & Werner, 2010).

Μοιάζει έτσι το πρώτο σημαντικό βήμα στην αποτελεσματική ρύθμιση των συναισθημάτων να αποτελεί η παύση (Gross , 2010) η απόσταση από τα συναισθήματα και τις καταστάσεις και η παρατήρησή τους, έτσι ώστε το άτομο να δύναται να αφουγκραστεί όσα συμβαίνουν τόσο μέσα όσο και έξω από εκείνο, να τα επανερμηνεύσει και να πράξει σύμφωνα με τους μακροπρόθεσμους στόχους του. Μια καινοτόμος παρέμβαση που αναπτύχθηκε πρόσφατα στον τομέα της ρύθμισης συναισθημάτων σε κλινικά πλαίσια είναι αυτή της εκπαίδευσης επίγνωσης (ή ενσυνειδητότητας) ( Pagnini & Langer ,2015 , Pagnini & Phillips,2015). Η ενσυνειδητότητα ασχολείται θεμελιωδώς με την ανάπτυξη επίγνωσης της παρούσας στιγμής . Σύμφωνα με τους Compare et al. (2014) , η ενσυνειδητότητα προκαλεί μεγαλύτερη αντιληπτική απόσταση από παραμορφωμένες γνωστικές και συναισθηματικές διεργασίες και αυτή η μετα-συνειδητοποίησή επανερμηνεία διευκολύνει τη ρύθμιση των δυσλειτουργικών αποκρίσεων . Ουσιαστικά, η ενσυνειδητότητα - μέσω της ρύθμισης της προσοχής- ενδυναμώνει τα άτομα ώστε να νοηματοδοτήσουν εκ νέου τις εσωτερικές και εξωτερικές εμπειρίες τους με τρόπο που δεν ενθαρρύνει την αποφυγή ή την υπερδέσμευση με συναισθήματα και καταστάσεις, που όπως αναφέρθηκε νωρίτερα αποτελούν μη αποτελεσματικές στρατηγικές ρύθμισης συναισθημάτων (Compare et al.,2014).

#### **4.1 Εννοιολογικός προσδιορισμός ενσυνειδητότητας**

Ο όρος της ενσυνειδητότητας (mindfulness) αποτελεί έναν από τους κυριότερους όρους της Θετικής Ψυχολογίας, που ιδρύθηκε από τον Seligman Martin (1998) και στοχεύει στη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων και την εκπλήρωση των προσωπικών τους στόχων (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Σύμφωνα με την Langer (2000) η ενσυνειδητότητα ορίζεται «ως μία ευέλικτη κατάσταση του νου, στην οποία βρισκόμαστε ενεργά συνδεδεμένοι με το παρόν, παρατηρώντας νέα πράγματα με ευαισθησία και διαθεσιμότητα στο περιεχόμενο του πλαισίου στο οποίο βρισκόμαστε». Με άλλα λόγια, η ενσυνειδητότητα είναι ένας τρόπος να παρατηρούμε και να αφουγκραζόμαστε τι συμβαίνει μέσα μας και γύρω μας, και με τον τρόπο αυτό έχουμε τη δυνατότητα να είμαστε παρόντες και να εστιάζουμε την προσοχή μας στην παρούσα στιγμή. Με την εστίαση της προσοχής στο εδώ και τώρα, μπορούμε να ανταποκρινόμαστε προσαρμοστικά στα γεγονότα που συμβαίνουν, χωρίς να ανησυχούμε για το παρελθόν ή το μέλλον (Jennings,

2015). Συγκεκριμένα, η ενσυνειδητότητα (mindfulness) περιλαμβάνει την εστίαση της προσοχής τόσο σε όσα συμβαίνουν εσωτερικά, όπως είναι οι σωματικές αισθήσεις, οι σκέψεις και τα συναισθήματα όσο και σε ό,τι συμβαίνει στο εξωτερικό περιβάλλον του ατόμου. Μέσα από την παρατήρηση του εξωτερικού περιβάλλοντος, ουσιαστικά αποκτούμε τον έλεγχο της προσοχής μας, και έχουμε τη δυνατότητα να κάνουμε μια «παύση» πριν αντιδράσουμε στα ερεθίσματα (Rechtschaffen, 2014). Ουσιαστικά, με την εξάσκηση στην ενσυνειδητότητα, το άτομο έχει την ευκαιρία να εντοπίσει και αναγνωρίσει μη βοηθητικά μοτίβα σκέψης και συμπεριφοράς και να τα αντικαταστήσει με νέα, πιο βοηθητικά και λειτουργικά (Fortney et al., 2013).

Οι περισσότεροι ερευνητές, όταν αναφέρονται στην έννοια της ενσυνειδητότητας, δίνουν μεγάλη έμφαση στην προσοχή (Brown & Ryan, 2003). Ωστόσο, εντοπίζονται και ερευνητές, οι οποίοι βασίζονται στο μοντέλο των Bishop et al. (2004), σύμφωνα με το οποίο η ενσυνειδητότητα αποτελείται από : την αυτορρύθμιση και αυτό-έλεγχο της προσοχής και την επιλογή ενός συγκεκριμένου προσανατολισμού προς το βίωμα του ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, ο έλεγχος της προσοχής αφορά την παρατήρηση και επίγνωση των σκέψεων, συναισθημάτων και σωματικών αισθήσεων του ατόμου την παρούσα στιγμή. Την ίδια στιγμή, ο έλεγχος της προσοχής αναφέρεται και στην ικανότητα του ατόμου να κατευθύνει την προσοχή του από τη μια εμπειρία στην άλλη.

Αναφορικά με τον προσανατολισμό προς το βίωμα, η ενσυνειδητότητα αναφέρεται σε μια στάση αποδοχής, φιλικότητας, περιέργειας και ευγένειας προς την εμπειρία και σε απουσία κρίσης. Η αποδοχή που αναφέρεται στα πλαίσια της ενσυνειδητότητας, αφορά την ικανότητα του ατόμου να βιώνει τις εμπειρίες του με τρόπο τέτοιο που να μην υπερδεσμεύεται ή καταπιέζεται συναισθηματικά του (Keng, Smoski & Robins, 2011). Έρευνες δείχνουν ότι η ενσυνειδητότητα αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα για θετικά συναισθήματα και υψηλή ικανότητα αυτό-ελέγχου (Thomas & Otis, 2010).

Στην παρούσα μελέτη η ενσυνειδητότητα προσεγγίζεται υπό το πρίσμα του μοντέλου θεώρησης και εφαρμογής της από τον John Kabat Zin. Ο Kabat- Zinn ορίζει την ενσυνειδητότητα ως την προσοχή με σκόπιμο τρόπο, στην παρούσα στιγμή και χωρίς κρίση. Η συγκεκριμένη προσέγγιση επικεντρώνεται στην επίγνωση και την απουσία κρίσης. Ο ίδιος ήταν πεπεισμένος ότι ο διαλογισμός ενσυνειδητότητας μπορούσε να βοηθήσει ανθρώπους, για τους οποίους οι γιατροί δεν μπορούσαν να κάνουν πολλά · ετοιμοθάνατους για παράδειγμα, ή όσους βασανίζονταν από τον πόνο. Το 1979 ανέπτυξε έναν κύκλο μαθημάτων με διάρκεια οκτώ εβδομάδες, το οποίο βασιζόταν στην ενσυνειδητότητα. Το ονόμασε «Μείωση του Στρες μέσω Ενσυνειδητότητας» (Mindfulness Based Stress Reduction, MBSR) και ίδρυσε μια κλινική στο Πανεπιστήμιο Μασαχουσέτης στο Άμχερστ. Έκτοτε, συστηματικές μελέτες και μετα-αναλύσεις

καταλήγουν σταθερά ότι το πρόγραμμα MBSR μπορεί να μειώσει τον χρόνιο πόνο και την ανησυχία, και ότι μειώνει στο στρες και βελτιώνει την ποιότητα ζωής σε όλους, από επιζήσαντες καρκινοπαθείς μέχρι υγιείς εθελοντές. (Marchant, 2018).

Σύμφωνα με τους Goleman και Davidson (2018) η ενσυνειδητότητα αναφέρεται στην επίγνωση των όσων βιώνουμε χωρίς κρίση ή αντίδραση. Κατά την εξάσκηση της ενσυνειδητότητας το άτομο καλείται να παρατηρήσει κάθε σκέψη και κάθε συναίσθημά του χωρίς να τα κρίνει. Ουσιαστικά, το άτομο παρατηρεί το νου και προσπαθεί να εστιάσει την προσοχή του σε ένα μόνο αντικείμενο (για παράδειγμα, την αίσθηση της αναπνοής του). Όταν το άτομο αντιληφθεί ότι ο νους περιπλανιέται εστιάζει και πάλι την προσοχή του στο αντικείμενο που έχει κληθεί να παρατηρεί. Η διαδικασία της ενσυνειδητότητας θα μπορούσε να ονομάζεται και συγκέντρωση, εφόσον η πρακτική αυτή ενισχύει τη δυνατότητα του ατόμου να εστιάζει την προσοχή του στο παρόν (Goleman & Davidson, 2018). Οι περισσότερες παρεμβάσεις που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα, συμπεριλαμβανομένου του προγράμματος μείωσης άγχους μέσω της ενσυνειδητότητας (MBSR) (Kabat-Zinn, 1990) έχουν ως βάση διάφορες μορφές διαλογισμού προσοχής (Perestelo-Perez, Barraca, Penate, Rivero-Santana, & Alvarez-Perez, 2017).

## 4.2 Μηχανισμοί λειτουργίας ενσυνειδητότητας

Ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι παρεμβάσεις με βάση την ενσυνειδητότητα φέρουν θετικά αποτελέσματα στην ψυχική υγεία. Μάλιστα, έχουν ερευνηθεί πιθανοί μηχανισμοί που συμβάλλουν στην βελτίωση της ψυχικής υγείας μέσω της ενσυνειδητότητας (Keng et al., 2011). Ο πρώτος μηχανισμός αφορά τη βελτίωση της ικανότητας του ατόμου να αντιμετωπίζει τα αρνητικά του συναισθήματα. Αυτό συμβαίνει, καθώς το άτομο, όσο παρατηρεί χωρίς να κρίνει, φτάνει στο σημείο να οικειοποιηθεί τα αρνητικά του συναισθήματα και έτσι βελτιώνει την ικανότητά του να τα διαχειρίζεται (Coffey et al., 2010). Ένας δεύτερος μηχανισμός που πιθανά μεσολαβεί τη σχέση ενσυνειδητότητας και καλής ψυχικής υγείας είναι η μείωση αρνητικών σκέψεων αναφορικά με τον εαυτό, το παρελθόν και το μέλλον. Αυτό συμβαίνει καθώς η ενσυνείδητη επίγνωση φέρει ικανότητα ελέγχου της προσοχής, έτσι ώστε το άτομο να μην υπερδεσμεύεται σε αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα (Melbourne Academic Mindfulness Interest Group, 2006).

Τέλος, ένα τρίτος πιθανός μηχανισμός που δύναται να εξηγήσει πως η ενσυνειδητότητα οδηγεί σε καλύτερη ψυχική υγεία είναι η απουσία προσδοκιών εκ μέρους του ατόμου. Συγκεκριμένα, οι άνθρωποι έχουν την προσδοκία να βιώνουν θετικές και ευχάριστες εμπειρίες και να μην έχουν αρνητικά συναισθήματα. Όταν οι προσδοκίες αυτές δεν εκπληρώνονται, τότε επέρχεται ψυχική δυσφορία. Στην εξάσκηση της ενσυνειδητότητας το άτομο μαθαίνει να μην προσκολλάται σε

προσδοκίες παρά να αποδέχεται με περιέργεια και ευγένεια ο,τιδήποτε υπάρχει εσωτερικά και εξωτερικά, και έτσι μειώνεται η ψυχική δυσφορία (Coffey et al.,2010).

### **4.3 Οφέλη ενσυνειδητότητας**

Οι θεωρίες της ενσυνειδητότητας υποστηρίζουν ότι στην παρουσία μιας σοβαρής συναισθηματικής εμπειρίας, όπως είναι το άγχος ή κατάθλιψη, η ψυχολογική παρουσία του ατόμου στο εδώ και τώρα, δηλαδή η επίγνωση, έχει ως αποτέλεσμα να διευρύνονται οι επιλογές του ατόμου να απαντήσει και να ανταποκριθεί με προσαρμοστικό τρόπο σε δυσάρεστες εμπειρίες και συναισθήματα (Brown et al., 2007, Shapiro et al.,2006). Δεδομένα ερευνών δείχνουν ότι η εξάσκηση της ενσυνειδητότητας ωφελεί τόσο τη σωματική όσο και τη ψυχική υγεία, και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ατόμων (Keng, Smoski & Robins, 2011). Άλλες μελέτες φανερώνουν τον σημαντικό ρόλο της ενσυνειδητότητας στη μείωση εμφάνισης διαταραχών όπως είναι ο χρόνιος πόνος, ο καρκίνος, οι καρδιακές παθήσεις και ο διαβήτης τύπου 2 (Specia et al, 2000). Επιπλέον, έρευνες έχουν δείξει ότι προγράμματα παρέμβασης που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα είναι αποτελεσματικά για πολλές χρόνιες διαταραχές, όπως είναι η ινομυαλγία (Rosenweig et al., 2010), η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η στεφανιαία νόσος, η χρόνια κόπωση (Surawy et al., 2005), καθώς και η κατάθλιψη και το άγχος (Bohlmejer et al.,2010).

Η θετική επίδραση της ενσυνειδητότητας στην ψυχική υγεία των ανθρώπων αποτελεί τον τομέα που έχει μελετηθεί περισσότερο μέχρι σήμερα (Zoogman et al.,2014). Η πρακτική της ενσυνειδητότητας έχει βρεθεί να μειώνει το άγχος και την κατάθλιψη σε ενήλικες (Bohlmejer et al.,2010). Αξίζει να σημειωθεί πιο συγκεκριμένα ότι, σε προγράμματα παρέμβασης με βάση την ενσυνειδητότητα που έχουν ως στόχο τη μείωση της καταθλιπτικής διάθεσης, υποστηρίζεται ότι η ενσυνειδητότητα δίνει στο άτομο την ευκαιρία να παίρνει μια απόσταση από τις αρνητικές σκέψεις του. Με τον τρόπο αυτό, το άτομο παύει να λειτουργεί «στον αυτόματο πιλότο» και μαθαίνει να διαχειρίζεται τον αρνητισμό του. Με άλλα λόγια, το άτομο αποκτά έλεγχο και δύναται να ρυθμίσει προσαρμοστικά τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του (Segal, Williams & Teasdale,2013).

### **4.4 Ενσυνειδητότητα και Συναισθηματική Ρύθμιση**

Ποικίλες μελέτες έχουν προτείνει την ύπαρξη σύνδεσης μεταξύ της εξάσκησης της ενσυνειδητότητας και της αποτελεσματικής ρύθμισης συναισθημάτων. Πιο συγκεκριμένα, έχει προταθεί ότι η ενσυνειδητότητα διευρύνει την προσοχή και την επίγνωση του παρόντος, και με τον τρόπο αυτό τα άτομα γίνονται ικανά να παρατηρούν κάθε πτυχή της κατάστασης που

βιώνουν -και να μην εστιάζουν αποκλειστικά σε ένα απειλητικό και στρεσογόνο συμβάν- (Mennin & Fresco 2013), καθώς και κάθε πτυχή της υποκειμενικής τους εμπειρίας (π.χ., επίγνωση αισθήσεων στο σώμα) (Holzel et al.,2011) και, επομένως , να αναγνωρίζουν εύκολα την ανάγκη τους για επιστράτευση αποτελεσματικών στρατηγικών συναισθηματικής ρύθμισης (Teper et al., 2013). Η ποιότητα αυτής της εξωτερικής και εσωτερικής επίγνωσης -μη επικριτική και με αποδοχή- δύναται να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο σχετίζεται με όσα συμβαίνουν μέσα του (σκέψεις, συναισθήματα, αισθήσεις) με τρόπους που επηρεάζουν τη συναισθηματική ρύθμιση. Αυτή η αποδοχή -που όπως προαναφέρθηκε συνδέεται με μείωση κατάθλιψης και άγχους- ( Berkling and Znoj, 2000) μπορεί να κατευνάσει την ένταση των συναισθηματικών αποκρίσεων ( Teper et al.,2013) και να μειώσει την αρνητική κρίση τους (Sayers et al, 2015).

Επιπλέον, η επίγνωση δύναται να αυξήσει τη θετική επανερμηνεία καταστάσεων (Garland et al.,2011) και ταυτόχρονα να μειώσει την ανησυχία και τον μηρυκασμό, ο οποίος φέρει συναισθηματική δυσφορία , κυρίως σε άτομα που πάσχουν από συναισθηματικές διαταραχές (Mennin and Fresco, 2013) και συνδέεται με κατάθλιψη (Perstelo-Perez et al.,2017). Μέσω της επίγνωσης το άτομο διευκολύνεται στην ευέλικτη χρήση στρατηγικών με σκοπό τη ρύθμιση των συναισθημάτων του (Sayers et al., 2015). Έτσι τα άτομα έχουν επίγνωση της κατάστασης και του στόχου τους και επιλέγουν προσαρμοστικές στρατηγικές ρύθμισης αποφεύγοντας παρορμητικές συμπεριφορές , ακόμη και στην παρουσία έντονων συναισθημάτων και στρεσογόνων συμβάντων ( Gratz & Roemer, 2004).

Μάλιστα, οι Webb και συνεργάτες (2012) προσέγγισαν την ενσυνειδητότητα ως στρατηγική ρύθμισης συναισθημάτων και συγκεκριμένα της επανεκτίμησης, αναφέροντας ότι η ενσυνειδητότητα (και η συνεπαγόμενη αποδοχή) φέρει μια επανερμηνεία της συναισθηματικής απόκρισης (Webb et al., 2012) ενώ σύμφωνα με τους Garland και συνεργάτες (2011) η ενσυνειδητότητα οδηγεί στη θετική επανεκτίμηση των καταστάσεων (Garland et al.,2011).

#### **4.5 Ενσυνειδητότητα και Νευροπλαστικότητα**

Σύγχρονες νευροαπεικονιστικές μελέτες φανερώνουν ότι ο ανθρώπινος εγκέφαλος χαρακτηρίζεται από νευροπλαστικότητα , εμφανίζει δηλαδή αλλαγές τόσο στη δομή όσο και στη λειτουργία του καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του . Οι αλλαγές αυτές συμβαίνουν καθώς δημιουργούνται νέες συνάψεις νευρώνων (Paulson, Davidson, Jha & Kabat –Zinn , 2013). Τεχνικές νευροαπεικόνισης επιβεβαιώνουν ότι η πρακτική της ενσυνειδητότητας δύναται να φέρει μεταβολές στη δομή και λειτουργία του εγκεφάλου , καθώς και να φέρει βελτίωση στην

ποιότητα σκέψεων και σωματικών αισθήσεων (Goleman & Davidson, 2018). Μια σχετικά πρόσφατη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης (Kabat – Zinn, 2013) έδειξε ότι η καθημερινή εξάσκηση της ενσυνειδητότητας μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση πυκνότητας εγκεφαλικών τμημάτων που σχετίζονται με την προσοχή και την αισθητηριακή επεξεργασία.

Η εξάσκηση της ενσυνειδητότητας έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με αύξηση της πυκνότητας νευρωνικών συνάψεων , που αφορούν στην επίγνωση , την αυτογνωσία, καθώς και περιοχών που σχετίζονται με την καλοσύνη και την συμπόνια . Ακόμη, όσον αφορά τις δομικές αλλαγές που προκύπτουν στον εγκέφαλο έπειτα από πρακτική ενσυνειδητότητας, αξίζει να σημειωθεί ότι έχει εντοπιστεί μείωση της πυκνότητας και της δραστηριότητας περιοχών που σχετίζονται με το άγχος , την αγωνία και την παρορμητική συμπεριφορά (Davidson et al.,2003).

Νευροαπεικονιστικές μελέτες ατόμων που εξασκούνται μακροχρόνια στην ενσυνειδητότητα έχουν βρει αυξημένο πάχος φλοιού (Lazar, Kerr & Wasserman, 2005) , αύξηση της πυκνότητας φαιάς ουσίας στο εγκεφαλικό στέλεχος (που σχετίζεται με τον καρδιοαναπνευστικό έλεγχο) (Vestergaard et al., 2009), καθώς και αυξημένη πυκνότητα φαιάς ουσίας στον ιππόκαμπο και τις μετωπικές περιοχές (που σχετίζονται με τη ρύθμιση των συναισθημάτων και τον έλεγχο της απόκρισης και συμπεριφοράς) (Luders et al., 2009). Ωστόσο, αξιολογείται ότι οι δομικές και λειτουργικές αλλαγές στον εγκέφαλο δεν παρατηρούνται μόνο σε άτομα που εξασκούνται μακροχρόνια στην ενσυνειδητότητα . Έρευνες δείχνουν ότι ακόμη και μετά από σύντομα προγράμματα παρέμβασης με βάση την ενσυνειδητότητα εμφανίζονται αλλαγές στην επίδοση του εγκεφάλου (Tang et al., 2012 ). Η πρακτική της ενσυνειδητότητας δύναται να ενεργοποιήσει τμήματα του εγκεφάλου που σχετίζονται με τη ρύθμιση της προσοχής και τη ρύθμιση των συναισθημάτων , όπως είναι ο έσω προμετωπιαίος φλοιός, καθώς και να μειώσει την ενεργοποίηση της αμυγδαλής , που σχετίζεται με το άγχος και την ανησυχία (Davidson et al., 2003). Τα ευρήματα αυτά είναι σημαντικά για το πλαίσιο θεραπείας της ΣκΠ, καθώς η συγκεκριμένη νόσος προκαλεί απομυελίνωση και αξονική απώλεια του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Κατά την ύπαρξη απειλής ή άγχους , η αμυγδαλή υπερδραστηριοποιείται την προσοχή μας σε ο,τιδήποτε συνιστά κίνδυνο και απειλή (Goleman & Davidson, 2008). Φαίνεται λοιπόν ότι μέσω της εξάσκησης της ενσυνειδητότητας εξασκείται κανείς στο να παίρνει απόσταση από τα συναισθήματά του, να τα παρατηρεί χωρίς να τα κρίνει και με τον τρόπο αυτό είναι ικανός να ελέγχει την εστίαση της προσοχής του και κατ' επέκταση ικανός να ρυθμίζει τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του (αυξημένη ενεργοποίηση έσω προμετωπιαίου φλοιού), ακόμη και στην παρουσία αρνητικών συναισθημάτων και γεγονότων (μειωμένη ενεργοποίηση αμυγδαλής).

#### 4.6 Ευρήματα σχετικά με Ενσυνειδητότητα στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας

Παρά τα ελπιδοφόρα ευρήματα, υπάρχουν περιορισμένες δημοσιευμένες μελέτες που χρησιμοποιούν την ενσυνειδητότητα στο πλαίσιο θεραπευτικών παρεμβάσεων για τη νόσο της πολλαπλής σκλήρυνσης (Grossman et al., 2010). Προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι η εξάσκηση της ενσυνειδητότητας στα πλαίσια θεωρίας του John Kabat Zinn, δηλαδή, με την έννοια της επίγνωσης και παρατήρησης της παρούσας στιγμής χωρίς κριτική, σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα ζωής στα άτομα με ΣκΠ (Schirda, Nicholas, & Prakash, 2015, Schirda et al., 2015, Grossman et al., 2010) και χαμηλότερα επίπεδα πόνου (Senders, Yadav, & Shinto, 2014). Ακόμη, φάνηκε ότι η ενσυνειδητότητα σχετίζεται με μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, καθώς φαίνεται να μεσολαβεί στη διεργασία της συναισθηματικής ρύθμισης (Schirda et al., 2015, Schirda et al., 2020, Grossman et al., 2010), μείωση άγχους (Grossman et al., 2010, Pakenham & Samios, 2013), και βελτίωση της συνολικής σωματικής και ψυχικής υγείας (Taree et al., 2011).

Επιπλέον, σχετική μελέτη έδειξε ότι άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας μετά από τέσσερις εβδομάδες εξάσκησης ενσυνειδητότητας απέκτησαν καλύτερο έλεγχο των συναισθημάτων τους και εμφάνισαν ταχύτερη σκέψη. Η Prakash και συνεργάτες (2015) διαπίστωσαν ότι άτομα με ΣΚΠ που συμμετείχαν σε ομάδα εξάσκησης στην ενσυνειδητότητα μπορούσαν να ελέγχουν καλύτερα τα συναισθήματά τους και ανέφεραν μειωμένη ανησυχία και κατάθλιψη. Αρκετές πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι παρεμβάσεις σε ασθενείς με ΣκΠ με βάση την ενσυνειδητότητα βελτιώνουν τα συμπτώματα άγχους, κατάθλιψης, κόπωσης και προάγουν την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα των ασθενών (Gilbertson & Klatt, 2017, Pouyanford et al., 2020, Sauder et al., 2021, Pagnini et al., 2019). Οι Blankespoor και συνεργάτες (2017) βρήκαν ότι η ενσυνειδητότητα βοηθά στη μείωση της ψυχολογικής οδύνης και βελτιώνει τις γνωστικές λειτουργίες των ασθενών (Blankespoor et al., 2017).

Γενικότερα, τα αποτελέσματα των παρεμβάσεων με βάση την ενσυνειδητότητα σε άτομα με Σκλήρυνση κατά Πλάκας εμφανίζονται ενθαρρυντικά. Δεδομένου ότι η ΣκΠ σχετίζεται με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, η θεραπεία με βάση την ενσυνειδητότητα μπορεί να είναι χρήσιμη στην προαγωγή της υγείας και τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής των ασθενών. Σε μια μελέτη των Grossman et al. (2010), 150 ασθενείς με ΣΚΠ τοποθετήθηκαν τυχαία σε ομάδα παρέμβασης ή ομάδα τυπικής φροντίδας. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης έδειξαν βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών έπειτα από παρέμβαση με βάση την ενσυνειδητότητα. Πιο συγκεκριμένα, η ομάδα της ενσυνειδητότητας εμφάνισε βελτίωση στο άγχος και τα καταθλιπτικά συμπτώματα μετά από παρέμβαση και σε μετέπειτα παρακολούθηση.

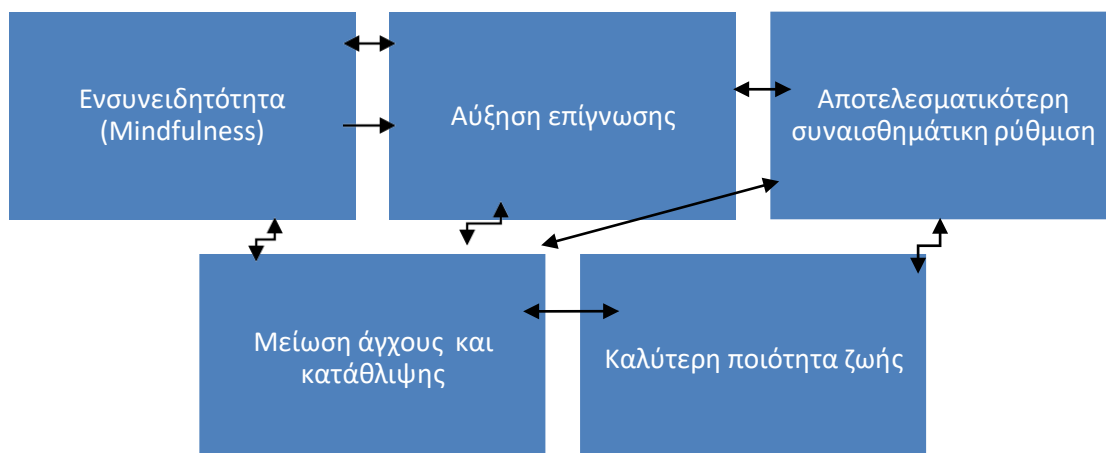


Μολονότι η εξαμηνιαία παρακολούθηση των αποτελεσμάτων παρέμεινε σημαντική, σημειώθηκε μείωση των αποτελεσμάτων στην ποιότητα ζωής και την κατάθλιψη. Το εύρημα αυτό έθεσε το ζήτημα αναφορικά με την χρονική διάρκεια διατήρησης των αποτελεσμάτων ενός προγράμματος ενσυνειδητότητας, αλλά ελάχιστες μελέτες έχουν ασχοληθεί με αυτό. Μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή έδειξε ότι η πρακτική της ενσυνειδητότητας μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα ζωής και να μειώσει το άγχος, την κατάθλιψη, την κόπωση και τα προβλήματα ύπνου (Cavarela et al.,2018). Ωστόσο, σε επανέλεγχο που συνέβη έξι μήνες μετά, τα αποτελέσματα εξαφανίστηκαν εντελώς, υπονοώντας ότι ίσως χρειάζεται πρακτική ενσυνειδητότητας τακτικά και με σταθερότητα, προκειμένου να διατηρηθούν τα θετικά αποτελέσματα.

#### **4.7 Σχηματικό μοντέλο ενσυνειδητότητας, συναισθηματικής ρύθμισης, άγχους και κατάθλιψης**

Ευρήματα προηγούμενων σχετικών μελετών φανερώνουν ότι η επίγνωση που καλλιεργείται κατά την πρακτική της ενσυνειδητότητας μεσολαβεί στην επίδραση της ενσυνειδητότητας στη ρύθμιση των συναισθημάτων, το άγχος, την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με τη θεωρία παρουσίας των Brown και συνεργατών (2017) η πρακτική της ενσυνειδητότητας, η εξάσκηση δηλαδή στο να παρατηρούμε χωρίς κριτική ό,τι συμβαίνει μέσα μας και έξω από εμάς και ένα εστιάζουμε την προσοχή μας στην παρούσα στιγμή και σε ένα αντικείμενο κάθε φορά (αναπνοή, σωματικές αισθήσεις) αυξάνει την εστίαση της προσοχής στο παρόν, δηλαδή την επίγνωση του ατόμου. Με τη σειρά της η μεγαλύτερη επίγνωση καθιστά το άτομο ικανό να ρυθμίζει τα συναισθήματα του με τρόπο προσαρμοστικό και αποτελεσματικό, χωρίς να υπερδρασκεύεται από τα συναισθήματα και χωρίς να λειτουργεί στον «αυτόματο πιλότο». Όπως έχει βρεθεί, η αποτελεσματική ρύθμιση των συναισθημάτων μειώνει το άγχος και την κατάθλιψη και βελτιώνει την ποιότητα ζωής του ατόμου (Brown et al.,2017). Μάλιστα, όπως προαναφέρθηκε, τα νευροαπεικονιστικά δεδομένα επιβεβαιώνουν το συγκεκριμένο «δίκτυο» συσχετίσεων με μεγαλύτερη ενεργοποίηση του έσω προμετωπιαίου φλοιού (επίγνωση, ρύθμιση προσοχής) και μειωμένη ενεργοποίηση της αμυγδαλής (μείωση άγχους, βελτίωση ρύθμισης συναισθηματικού κέντρου) έπειτα από πρακτική εξάσκηση ατόμων στην ενσυνειδητότητα. (Σχήμα 1).

Σχήμα 1 Σχηματικό μοντέλο Ενσυνειδητότητας- Συναισθηματικής Ρύθμισης- Άγχους – Κατάθλιψης



Όπως έχουν δείξει οι περισσότερες έρευνες, οι παράγοντες «κλειδί» στην επίδραση της ενσυνειδητότητας στο άγχος, την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής είναι η επίγνωση και η – συνεπακόλουθη- αποτελεσματική συναισθηματική ρύθμιση. Βέβαια, όπως φαίνεται και στο παραπάνω σχήμα, είναι πολύ πιθανό μεταξύ των παραγόντων να υπάρχουν συσχετίσεις όχι γραμμικές αλλά κυκλικές, όπου ο ένας τροφοδοτεί τον άλλον ακολουθώντας ένα φαύλο κύκλο. Έτσι, για παράδειγμα, όσο αυξάνεται η επίγνωση μειώνεται το άγχος και η κατάθλιψη, ενώ την ίδια στιγμή όσο μειώνεται το άγχος και η καταθλιπτική διάθεση αυξάνεται η επίγνωση του ατόμου. Αντίστοιχα, όσο βελτιώνεται η συναισθηματική ρύθμιση βελτιώνεται η ποιότητα ζωής του ατόμου, (καθώς μειώνει το άγχος και την κατάθλιψη), την ίδια στιγμή που όσο αυξάνεται η ευημερία του ατόμου τόσο αυξάνεται και χρήση αποτελεσματικών στρατηγικών συναισθηματικής ρύθμισης.

Βέβαια, ακόμη και αν μιλάμε για συσχετίσεις κυκλικές και όχι ξεκάθαρες γραμμικές συσχετίσεις, η σημαντικότητα του να ερευνώνται παρεμβάσεις που δύνανται να μειώσουν το άγχος και την κατάθλιψη και να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νοσήματα όπως η πολλαπλή σκλήρυνση, παραμένει η ίδια. Εξάλλου, οι βασισμένες στην ενσυνειδητότητα παρεμβάσεις θα λέγαμε ότι βρίσκονται ακόμη σε βρεφικό στάδιο και από όσο μας είναι γνωστό δεν έχει ακόμη εντοπιστεί ξεκάθαρα η ύπαρξη κυκλικών ή γραμμικών συσχετίσεων μεταξύ των παραγόντων που εμφανίζονται στο σχήμα 4.5. Οι μηχανισμοί που εκκινούν με την πρακτική της ενσυνειδητότητας παραμένουν ασαφείς τόσο σε κλινικές όσο και σε νευροαπεικονιστικές μελέτες (Keng, Smoski & Robins, 2011).

## Παρούσα έρευνα

### 5.1 Σκοπός , ερευνητικές υποθέσεις

Στην παρούσα έρευνα λοιπόν, θα μελετηθεί κατά πόσο η εξάσκηση στην ενσυνειδητότητα (mindfulness) για οκτώ εβδομάδες σχετίζεται με τη μείωση άγχους και κατάθλιψης σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας , καθώς και με βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Αρχικά, αναμένουμε ότι η εξάσκηση των ασθενών στην ενσυνειδητότητα θα σχετίζεται με αύξηση της επίγνωσης προσοχής μετά τη λήξη της παρέμβασης. Βασική υπόθεση της παρούσας έρευνας είναι ότι η εξάσκηση των ασθενών στην ενσυνειδητότητα θα σχετίζεται με μείωση του άγχους, (Grossman et al.,2010, Pakenham & Samios, 2013), της κατάθλιψης (Schirda et al.,2015, Schirda et al.,2020, Grossman et al., 2010) και με βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση μετά τη λήξη της παρέμβασης (Taree et al., 2011). Ακόμη, αναμένεται ότι οι ασθενείς θα ρυθμίζουν αποτελεσματικότερα τα συναισθήματά τους – αύξηση χρήσης της γνωστικής αναπλαισίωσης και μείωση χρήση εκφραστικής καταστολής κατά τη ρύθμιση συναισθημάτων - μετά τη λήξη της παρέμβασης . Τέλος, αναμένεται ότι οι αλλαγές στη συναισθηματική ρύθμιση θα επηρεάσουν τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης που θα αναφέρουν οι ασθενείς μετά τη λήξη της παρέμβασης (Brown et al.,2017).

### 5.2 Μεθοδολογία

### 5.3 Συμμετέχοντες

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν στο σύνολο 19 ασθενείς με ΣκΠ , εκ των οποίων 2 άνδρες και 17 γυναίκες. Οι συμμετέχοντες συμπεριλαμβάνονταν στο ερευνητικό πρωτόκολλο εάν πληρούσαν τα ακόλουθα κριτήρια : 1) διάγνωση ΣκΠ επιβεβαιωμένη από νευρολόγο, 2) σταθερή φαρμακευτική θεραπεία για τουλάχιστον τρεις μήνες , 3) ηλικία άνω των 18 ετών, και 4) απουσία προηγούμενης εμπειρίας στην ενσυνειδητότητα (mindfulness). Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν : 1) η ύπαρξη εγκυμοσύνης και 2) η προηγούμενη εμπειρία στην ενσυνειδητότητα. . Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (47,4%) είχαν ηλικία από 40 έως 55 ετών, ενώ το ακόλουθο υψηλό ποσοστό (42,1%) είχαν ηλικία από 25 έως 40 ετών. Τέλος, το ακόλουθο ποσοστό (10,5%) των συμμετεχόντων είχαν ηλικία από 18 έως 25 ετών Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο των συμμετεχόντων , 1 από αυτούς ολοκλήρωσε την πρωτοβάθμια εκπαίδευση, 4 ήταν απόφοιτοι της δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, 12 της τριτοβάθμιας, ενώ 2 ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου. Αναφορικά με την εργασιακή κατάσταση των συμμετεχόντων, οι 14 δήλωσαν ότι εργάζονται και 5 δήλωσαν ότι δεν

εργάζονται. Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά της νόσου το 63,2 % των συμμετεχόντων έπασχε από υποτροπιάζουσα μορφή της νόσου, το 26,3 % έπασχε από δευτεροπαθή προϊούσα μορφή ΣκΠ, το 5,3% έπασχε από πρωτοπαθή προϊούσα μορφή πολλαπλής σκλήρυνσης και, τέλος, το 10,5% των συμμετεχόντων έπασχε από προοδευτική υποτροπιάζουσα μορφή σκλήρυνσης κατά πλάκας.

## **5.4 Ερευνητικά εργαλεία**

Για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τέσσερα ερευνητικά εργαλεία, τα οποία αξιολογούν την επίγνωση και προσοχή στο παρόν, τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, την ικανότητα ρύθμισης των συναισθημάτων και την ποιότητα ζωής.

### **5.4.1 Κλίμακα Επίγνωσης Προσοχής και Ενημερότητας (Mindfulness Attention Awareness Scale -MAAS)**

Για τη μέτρηση της επίγνωσης και της προσοχής στο παρόν χρησιμοποιήσαμε την Κλίμακα Επίγνωσης Προσοχής και Ενημερότητας (Mindfulness Attention Awareness Scale -MAAS), η οποία μετρά την επίγνωση και την προσοχή των συμμετεχόντων σε αυτό που συμβαίνει στην παρούσα στιγμή. Η κλίμακα κατασκευάστηκε από τους Brown και Ryan (2003), με σκοπό να μετρήσει την τάση του ατόμου να λειτουργεί στον «αυτόματο πιλότο» δίχως να εστιάζει την προσοχή του στο παρόν. Η στάθμιση της κλίμακας στα ελληνικά έγινε από τους Mantzios και συνεργάτες (2003). Σύμφωνα με τους συγγραφείς, η κλίμακα δεν περιλαμβάνει αλλά στοιχεία της ενσυνειδητότητας, όπως το στοιχείο της μη επικριτικής συμπεριφοράς, καθώς η επίγνωση της παρούσας στιγμής αποτελεί το βασικότερο συστατικό της έννοια της ενσυνειδητότητας (Mantzios, Wilson & Giannos, 2013). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 15 δηλώσεις και οι απαντήσεις δίνονται σε 6βαθμη κλίμακα όπου 1= σχεδόν πάντα και 6= σχεδόν ποτέ. Στο δείγμα της παρούσας έρευνας ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's  $\alpha$  της κλίμακας ήταν .91.

### **5.4.2 Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (NKAK) (Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS])**

Για να μετρήσουμε το άγχος και την κατάθλιψη των ασθενών χρησιμοποιήσαμε την Νοσοκομειακή Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS]). Η κλίμακα κατασκευάστηκε από τους Zigmond και Snaitth (1983) με σκοπό την αξιολόγηση του άγχους και της κατάθλιψης των ασθενών που νοσηλεύονται σε νοσοκομεία. Η προσαρμογή της κλίμακας στα ελληνικά έγινε από τους Μυστακίδου και συνεργάτες (2004). Η

Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης (HADS) αποτελείται από 14 δηλώσεις, όπου ο εξεταζόμενος καλείται να απαντήσει σε μια 4βαθμη κλίμακα τύπου Likert όπου 0= καθόλου και 3 = τον περισσότερο καιρό/ 0= καθόλου και 3= σχεδόν όλο τον καιρό κτλ) (Mystakidou et al.,2004). Στο δείγμα της παρούσας έρευνας, ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's  $\alpha$  της κλίμακας ήταν .93.

### **5.4.3 Ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Ρύθμισης (Emotion Regulation Questionnaire)**

Για να μετρήσουμε την ικανότητα συναισθηματικής ρύθμισης, χρησιμοποιήσαμε το Ερωτηματολόγιο Συναισθηματικής Ρύθμισης ( Emotion Regulation Questionnaire). Η κλίμακα συναισθηματικής ρύθμισης κατασκευάστηκε από τους Gross και John (2003) και προσαρμόστηκε στα ελληνικά από τον Καφέτσιο (2007). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από δέκα ερωτήσεις, το οποίο μετρά την τάση των ερωτηθέντων να ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους με δύο στρατηγικές: τη γνωστική αναπλαισίωση και την εκφραστική καταστολή.

Έτσι, κάθε ερώτηση-δήλωση του ερωτηματολογίου ανήκει στις υποκλίμακες της γνωστικής αναπλαισίωσης ή της εκφραστικής καταστολής. Πιο συγκεκριμένα, οι δηλώσεις 1,3,5,7,8 και 10 υπάγονται στην υποκλίμακα της γνωστικής αναπλαισίωσης (π.χ., Όταν βρίσκομαι αντιμέτωπος/η με μια στρεσογόνο κατάσταση, κάνω τον εαυτό μου να σκέφτεται γι' αυτήν με ένα τρόπο που με βοηθάει να παραμείνω ήρεμος/η), και οι ερωτήσεις-δηλώσεις 2,4,6 και 9 ανήκουν στην υποκλίμακα της εκφραστικής καταστολής (π.χ., Κρατάω τα συναισθήματά μου για τον εαυτό μου). Οι απαντήσεις δίνονται σε μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert, όπου 1= Διαφωνώ απόλυτα και 5= Συμφωνώ απόλυτα (Kafetsios & Loumakou, 2007). Στο δείγμα της παρούσας έρευνας, ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's  $\alpha$  της κλίμακας ήταν .62.

### **5.4.4 Κλίμακα ποιότητας ζωής στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας ( Multiple Sclerosis Quality of Life-54, MSQOL-54).**

Για να μετρήσουμε την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣκΠ, χρησιμοποιήσαμε την κλίμακα Ποιότητας ζωής στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας ( Multiple Sclerosis Quality of Life-54, MSQOL-54). Η κλίμακα MSQOL-54 κατασκευάστηκε από τους Vickrey και συνεργάτες ( 1995) με σκοπό την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση. Η συγκεκριμένη κλίμακα έχει ως βασικό της πυρήνα το ερωτηματολόγιο Short Form -36 Item Healthy Survey ( Ware E.J, 1993), το οποίο χρησιμοποιείται με σκοπό την υποκειμενική

αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ατόμων με ή χωρίς προβλήματα στην υγεία τους (Κοντοδημόπουλος & συνεργάτες, 2004) και περιέχει 18 επιπλέον ερωτήματα, που αφορούν ειδικά σε ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση.

Έτσι, η τελική μορφή του ερωτηματολογίου MSQOL-54 αποτελείται από 52 ερωτήσεις, οι οποίες χωρίζονται σε 12 κλίμακες και δύο επιπλέον χωριστά ερωτήματα. Πιο συγκεκριμένα, οι 36 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου SF-36 αξιολογούν την σωματική και την ψυχική υγεία. Οι 18 ερωτήσεις που προστέθηκαν για τη διαμόρφωση του MSQOL-54 αξιολογούν τομείς του άγχους για την υγεία (4 ερωτήσεις), τη σεξουαλική λειτουργία (5 ερωτήσεις), συνολική ποιότητα ζωής (2 ερωτήσεις), γνωστική λειτουργία (4 ερωτήσεις), ενεργητικότητα (1 ερώτηση), πόνο (1 ερώτηση) και κοινωνικότητα (1 ερώτηση). Οι απαντήσεις δίνονται σε κλίμακες τύπου Likert. Στο δείγμα της παρούσας έρευνας, ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach's  $\alpha$  της κλίμακας ήταν .64.

#### **5.4.5 Βιωματικές Αναφορές**

Τέλος, μετά τη λήξη της παρέμβασης ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να εκφράσουν ανώνυμα και ελεύθερα -βάσει της υποκειμενικής τους εμπειρίας- τα οφέλη που έλαβαν από τη συμμετοχή τους στο πρόγραμμα εξάσκησης στην ενσυνειδητότητα. Το συγκεκριμένο «εργαλείο» χρησιμοποιήθηκε, καθώς θεωρήσαμε ότι εξίσου σημαντική με τις ποσοτικές αναλύσεις και μετρήσεις είναι και η «φωνή» των ίδιων των ασθενών, όσον αφορά τα οφέλη της ενσυνειδητότητας στον ψυχικό κόσμο των ατόμων που πάσχουν από τη νόσο της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας.

#### **5.5 Σχεδιασμός έρευνας**

Η έρευνα ήταν συσχετιστική και διεξήχθη με τη χρήση ερωτηματολογίων. Τα δεδομένα αναλύθηκαν στατιστικά με τη χρήση του στατιστικού εργαλείου SPSS. Ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν η εξάσκηση της ενσυνειδητότητας (mindfulness) και η συναισθηματική ρύθμιση. Εξαρτημένες μεταβλητές ήταν το άγχος, η κατάθλιψη και η ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνά μας (N=19) ήταν 2 άνδρες και 17 γυναίκες με Σκλήρυνση κατά Πλάκας. Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν να μελετηθεί η επίδραση της εξάσκησης ενσυνειδητότητας (mindfulness) στο άγχος, την κατάθλιψη, τη ρύθμιση συναισθημάτων και την ποιότητα ζωής ατόμων με ΣκΠ. Έτσι, οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν

τα τέσσερα ερευνητικά εργαλεία μια φορά πριν την έναρξη της παρέμβασης και μια ακόμη φορά στη λήξη της παρέμβασης , δηλαδή έπειτα από δύο μήνες.

## 5.6 Διαδικασία

Έπειτα από κοινοποίηση πρόσκλησης στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης (facebook) και συγκεκριμένα -έπειτα από έγκριση αρμοδίων- στις ομάδες : «Σωματείο ατόμων με Σκλήρυνση κατά Πλάκας Χίου», «Ελληνική Εταιρεία για την Σκλήρυνση κατά Πλάκας», « ΈΝΩΣΗ ΑΝΘΡΩΠΩΝ ΜΕ ΠΟΛΛΑΠΛΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ Ν.ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ & ΣΠΟΡΑΔΩΝ» καθώς και έπειτα από ανακοίνωση της πρόσκλησης από τον «Παγκύπριο Σύνδεσμο Πολλαπλής Σκλήρυνσης» από την ψυχολόγο κα Χατζηπερικλέους, εκδήλωσαν ενδιαφέρον -μέσω ηλεκτρονικής φόρμας – για συμμετοχή στην έρευνα συνολικά 30 ασθενείς. Η πρόσκληση αφορούσε σε κάλεσμα ασθενών με ΣκΠ σε έρευνα που περιλαμβάνει ένα διαδικτυακό πρόγραμμα ενσυνειδητότητας διάρκειας οκτώ εβδομάδων για υποστήριξη ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση.

Στη συνέχεια, και συγκεκριμένα μια εβδομάδα αργότερα, επικοινωνήσαμε με τους ασθενείς που είχαν εκδηλώσει ενδιαφέρον για τη μελέτη , χρησιμοποιώντας τα στοιχεία επικοινωνίας που ανέφεραν στην ηλεκτρονική φόρμα. Για κάθε έναν από τους ασθενείς πραγματοποιήθηκε μια διαδικτυακή συνάντηση με την ψυχολόγο και ερευνήτρια , προκειμένου να διαπιστωθεί η καταλληλότητά τους για συμμετοχή στη μελέτη. Οι συμμετέχοντες που κρίθηκαν επιλέξιμοι για συμμετοχή στο πρόγραμμα , έλαβαν περισσότερες πληροφορίες για το πρόγραμμα διαδικτυακά. Μια ημέρα πριν την έναρξη του προγράμματος, οι ασθενείς παρείχαν ηλεκτρονικά τη συγκατάθεσή τους για τη συμμετοχή στη μελέτη και συμπλήρωσαν την ηλεκτρονική φόρμα με τα δημογραφικά στοιχεία και τα τέσσερα ερευνητικά εργαλεία, που χρησιμοποιήθηκαν για τη μέτρηση της επίγνωσης και της προσοχής στο παρόν, του άγχους και της κατάθλιψης , της ικανότητας για συναισθηματική ρύθμιση και της ποιότητας ζωής στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας.

Κατά τη διάρκεια του προγράμματος οι συμμετέχοντες λάμβαναν ηλεκτρονικά κάθε εβδομάδα μια ακουστική πρακτική ενσυνειδητότητας διάρκειας περίπου δεκαπέντε λεπτών , και συνολικά έλαβαν οκτώ ακουστικά αρχεία, συνοδευόμενα από πληροφορίες αναφορικά με τη θεματική της εκάστοτε πρακτικής. Επίσης, οι συμμετέχοντες λάμβαναν καθοδήγηση από μια συνάντηση την εβδομάδα με την ψυχολόγο , η οποία διαρκούσε περίπου μια ώρα. Σκοπός των εβδομαδιαίων συναντήσεων ήταν η ενθάρρυνση των ασθενών κατά τη διάρκεια του προγράμματος, η υποστήριξη τους σε τυχόν προκλήσεις που αντιμετώπισαν καθώς και η επίλυση τεχνικών δυσκολιών.

Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να εφαρμόζουν καθημερινά για οκτώ εβδομάδες – τηρώντας τη μεγαλύτερη δυνατή συνέπεια- την ακουστική άσκηση ενσυνειδητότητας διάρκειας δεκαπέντε λεπτών που λάμβαναν ηλεκτρονικά (κάθε εβδομάδα η ακουστική άσκηση είχε διαφορετική θεματική), καθώς και να συμμετέχουν στις 8 εβδομαδιαίες συναντήσεις με την ψυχολόγο. Η ολοκλήρωση της έρευνας με ομαλό τρόπο , φανέρωσε πως οι συμμετέχοντες δεν αντιμετώπισαν δυσκολίες και κανείς από αυτούς δεν εγκατέλειψε την έρευνα.

Το διαδικτυακό πρόγραμμα ενσυνειδητότητας που εφαρμόσαμε (Boeschoten, 2017) έχει ως βάση το πρόγραμμα Μείωσης Άγχους μέσω της Ενσυνειδητότητας- MBSR (Kabat- Zinn, 2013) (πίνακας 4) με ορισμένες τροποποιήσεις στη δομή του. Το διαδικτυακό πρόγραμμα ενσυνειδητότητας καθοδήγησε ψυχολόγος με εκπαίδευση στην ενσυνειδητότητα και προσαρμόστηκε στις ανάγκες ατόμων με πολλαπλή σκλήρυνση (Boeschoten, 2017). Παρόμοια, οι ακουστικές πρακτικές ενσυνειδητότητας που έλαβαν οι συμμετέχοντες βασίστηκαν στο πρόγραμμα MBSR του Jon Kabat Zinn και προσαρμόστηκαν στη νόσο της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας.

Πίνακας 4. Δομή διαδικτυακού προγράμματος ενσυνειδητότητας ανά εβδομάδα με βάση το πρόγραμμα MBSR (Jon Kabat Zinn, 2013).

	Θεματική εβδομάδας	Αρχές ενσυνειδητότητας Εβδομάδας	Πρακτική ενσυνειδητότητας εβδομάδας
<b><u>Εβδομάδα 1</u></b> Εισαγωγή στην ενσυνειδητότητα (Mindfulness)	Άγχος	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ορισμός ενσυνειδητότητας</li> <li>• Οφέλη ενσυνειδητότητας</li> <li>• Επίγνωση</li> </ul>	Άσκηση αναπνοής(breath meditation)
<b><u>Εβδομάδα 2</u></b> Αναγνωρίζοντας τα σημάδια του στρες	Στρες και κόπωση	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ορισμός του στρες</li> <li>• Σημάδια του στρες</li> <li>• Σάρωση σώματος (body scan)</li> </ul>	Σάρωση σώματος (body scan)
<b><u>Εβδομάδα 3</u></b> Αντιμετωπίζοντας δύσκολα συναισθήματα	Πόνος	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Μένοντας σε ησυχία</li> <li>• Καλλιεργώντας περιέργεια και</li> </ul>	Ανοιχτή παρατήρηση (open awareness)  Αποδοχή (acceptance)



		<p>αποδοχή</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Αφήνοντας τα πράγματα να είναι όπως είναι</li> </ul>	
<p><b><u>Εβδομάδα 4</u></b>  <b>Αντιμετωπίζοντας δύσκολες σκέψεις</b></p>	<p>Χαμηλή διάθεση</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Η αναπνοή ως άγκυρα</li> </ul>	<p>Πρακτική ενσυνειδητότητας «Βουνό» (Mountain meditation) και Παρουσία σταθερότητα</p>
<p><b><u>Εβδομάδα 5</u></b>  <b>Ενσυνείδητη επικοινωνία, αυτοσυμπόνια</b></p>	<p>Κοινωνική απομόνωση</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ακούω και ανταποκρίνομαι στον άλλο με ενσυνειδητότητα (άσκηση σε ζευγάρια)</li> <li>• Καλλιέργεια αυτόσυμπόνιας</li> </ul>	<p>Πρακτική αυτοσυμπόνιας (Loving-kindness meditation)</p>
<p><b><u>Εβδομάδα 6</u></b>  <b>Παίρνοντας απόσταση από το άγχος</b></p>	<p>Άγχος και δύσκολα συναισθήματα</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Κάνω παύση και παρατηρώ το άγχος μου, παίρνω απόσταση</li> </ul>	<p>Πρακτική STOP (STOP)</p>
<p><b><u>Εβδομάδα 7</u></b>  <b>Καλλιεργώντας θετικά συναισθήματα</b></p>	<p>Ευγνωμοσύνη</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ευγνωμοσύνη</li> </ul>	<p>Πρακτική ευγνωμοσύνης</p>

<p><b><u>Εβδομάδα 8</u></b>  <b>Επιστρέφοντας στην αναπνοή μας</b>  <b>Ανασκόπηση προγράμματος</b></p>	<p>Παρατηρώντας τι έχει αλλάξει</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Επίγνωση</li> </ul>	<p>Άσκηση αναπνοής (breath meditation),                  Σάρωση σώματος (body scan)                  Ανοιχτή παρατήρηση (open awareness)</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## 6. Αποτελέσματα

Στο πλαίσιο για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό εργαλείο SPSS, και συγκεκριμένα ο συντελεστής συσχέτισης Pearson σε περιπτώσεις όπου εξετάζαμε σχέση μεταξύ των υπό εξέταση μεταβλητών. Ακόμη, πραγματοποιήθηκε έλεγχος πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, ώστε να διερευνηθεί αν το άγχος και η κατάθλιψη των συμμετεχόντων επηρεάστηκαν από τις αλλαγές στη συναισθηματική ρύθμιση.

### Προκαταρκτικές Αναλύσεις

Οι μέσοι όροι –πριν και μετά την παρέμβαση- για όλες τις μεταβλητές παρουσιάζονται στον Πίνακα 5. Από την εξέταση (μέσω ελέγχων διαφοράς μέσω των όρων) της σχέσης ανάμεσα στα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, εργασιακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο) και τις εξαρτημένες μεταβλητές ( άγχος, κατάθλιψη, ποιότητα ζωής, γνωστική αναπλαισίωση, εκφραστική καταστολή), βρέθηκε ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές σχέσεις.

Πίνακας 5

*Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των υπό εξέταση μεταβλητών πριν και μετά την παρέμβαση*

Ακριβώς κάτω από τον πίνακα καταγράφονται αναλυτικά οι σημαντικές διαφορές που βρέθηκαν στους μέσους όρους πριν και μετά την παρέμβαση για κάθε μια από τις ερευνητικές μας υποθέσεις ξεχωριστά.

	Μέσος όρος		Τυπική απόκλιση	
	Πριν	Μετά	Πριν	Μετά
<b>Επίγνωση προσοχής</b>	3,68	<b>4,81</b>	,80	,63
<b>Άγχος</b>	1,32	<b>,58</b>	,63	,45
<b>Κατάθλιψη</b>	1,75	<b>,84</b>	,65	,66
<b>Ποιότητα ζωής</b>	6,10	<b>7,26</b>	2,51	1,99
<b>Χρήση γνωστικής αναπλαισίωσης κατά τη συναισθηματική ρύθμιση</b>	5,00	<b>6,23</b>	1,07	,74
<b>Χρήση εκφραστικής καταστολής κατά τη συναισθηματική ρύθμιση</b>	4,84	<b>2,71</b>	1,44	1,08

### Επίγνωση Προσοχής

Η εξάσκηση των ασθενών στην ενσυνειδητότητα για οκτώ εβδομάδες θα σχετίζεται με αύξηση της επίγνωσης προσοχής τους στο παρόν μετά τη λήξη της παρέμβασης.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 5, μετά το πρόγραμμα εξάσκηση στην ενσυνειδητότητα οι συμμετέχοντες παρουσίασαν αυξημένη επίγνωση προσοχής στην παρούσα στιγμή σύμφωνα με τον μέσο όρο, καθώς  $M=3,68$  πριν την παρέμβαση και  $M=4,81$  μετά την παρέμβαση.

Για τον έλεγχο της ερευνητικής υπόθεσης υπολογίστηκε ο μέσος όρος επίγνωσης προσοχής στο παρόν που ανέφεραν οι συμμετέχοντες πριν και μετά την παρέμβαση.

Ο έλεγχος t-test κατέδειξε ότι η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική  $t(18) = -4,812, p<,01$ ), κατά συνέπεια η ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώθηκε.

### **Άγχος**

Η εξάσκηση των ασθενών στην ενσυνειδητότητα για οκτώ εβδομάδες θα σχετίζεται με μείωση του άγχους τους μετά τη λήξη της παρέμβασης.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 5, μετά το πρόγραμμα εξάσκηση στην ενσυνειδητότητα οι συμμετέχοντες ανέφεραν λιγότερο άγχος σύμφωνα με τον μέσο όρο, καθώς  $M=1,32$  πριν την παρέμβαση και  $M=0,58$  μετά την παρέμβαση.

Για τον έλεγχο της ερευνητικής υπόθεσης υπολογίστηκε ο μέσος όρος άγχους που ανέφεραν οι συμμετέχοντες πριν και μετά την παρέμβαση.

Ο έλεγχος t-test κατέδειξε ότι η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική  $t(18) = 4,142, p<,01$ ), κατά συνέπεια η ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώθηκε.

### **Κατάθλιψη**

Η εξάσκηση των ασθενών στην ενσυνειδητότητα για οκτώ εβδομάδες θα σχετίζεται με μείωση της κατάθλιψής τους μετά τη λήξη της παρέμβασης.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 5, μετά το πρόγραμμα εξάσκηση στην ενσυνειδητότητα οι συμμετέχοντες ανέφεραν λιγότερη κατάθλιψη σύμφωνα με τον μέσο όρο, καθώς  $M=1,75$  πριν την παρέμβαση και  $M=0,84$  μετά την παρέμβαση.

Για τον έλεγχο της ερευνητικής υπόθεσης υπολογίστηκε ο μέσος όρος κατάθλιψης που ανέφεραν οι συμμετέχοντες πριν και μετά την παρέμβαση.

Ο έλεγχος t-test κατέδειξε ότι η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική  $t(18) = 4,230, p<,01$ ), κατά συνέπεια η ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώθηκε.

Όπως φαίνεται στο πίνακα 7, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση ανάμεσα στο άγχος και την επίγνωση προσοχής ( $r=-,595$ ,  $p<,01$ ), καθώς ανάμεσα στην κατάθλιψη και την επίγνωση προσοχής ( $r=-,500$ ,  $p<,01$ ) μετά τη λήξη της παρέμβασης.

### Ποιότητα ζωής

Η εξάσκηση των ασθενών στην ενσυνειδητότητα για οκτώ εβδομάδες θα σχετίζεται με βελτίωση της ποιότητας ζωής τους μετά τη λήξη της παρέμβασης.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 5, μετά το πρόγραμμα εξάσκηση στην ενσυνειδητότητα οι συμμετέχοντες ανέφεραν καλύτερη ποιότητα ζωής σύμφωνα με τον μέσο όρο, καθώς  $M=6,10$  πριν την παρέμβαση και  $M=7,26$  μετά την παρέμβαση.

Για τον έλεγχο της ερευνητικής υπόθεσης υπολογίστηκε ο μέσος όρος ποιότητας ζωής που ανέφεραν οι συμμετέχοντες πριν και μετά την παρέμβαση.

Ο έλεγχος t-test κατέδειξε ότι η διαφορά αυτή, παρότι ευμεγέθης σε όρους μέσων όρων (7,26 έναντι 6,11), δεν είναι στατιστικά σημαντική με περιθώριο σφάλματος μικρότερο του 5% ( $t(18) = -1,572$ ,  $p=,125$ ). Για το αποτέλεσμα αυτό κατά πάσα πιθανότητα ευθύνεται το περιορισμένο δείγμα. Η υπόθεση θεωρείται μερικώς επιβεβαιωμένη με πρόταση για επανέλεγχο σε μελλοντική έρευνα.

### Πίνακας 6

#### Συχνότητες

N=19

Φύλο	Άνδρες	2	10,5%
	Γυναίκες	17	89,5%
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Πρωτοβάθμια	1	5,3%
	Δευτεροβάθμια	4	21,1%
	Τριτοβάθμια	12	63,2%
	Μεταπτυχιακό επίπεδο	2	10,5%
Εργασιακή κατάσταση	Εργαζόμενοι	14	73,7%
	Άνεργοι	5	26,3%

## Επικεφαλίδα: ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Ηλικία	18-25	2	10,5%
	25-40	8	42,1%
	40-55	9	47,4%
Τύπος Σκλήρυνσης κατά Πλάκας	Υποτροπιάζουσα μορφή	12	63,2%
	Πρωτοπαθή προϊούσα μορφή	1	5,3%
	Δευτεροπαθή προϊούσα μορφή	5	26,3%
	Προοδευτική υποτροπιάζουσα μορφή	2	10,5%

### Γνωστική αναπλαισίωση

Η εξάσκηση των ασθενών στην ενσυνειδητότητα για οκτώ εβδομάδες θα σχετίζεται με αύξηση χρήσης γνωστικής αναπλαισίωσης κατά τη ρύθμιση συναισθημάτων μετά τη λήξη της παρέμβασης.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 5, μετά το πρόγραμμα εξάσκηση στην ενσυνειδητότητα οι συμμετέχοντες ανέφεραν αυξημένη χρήση γνωστικής αναπλαισίωσης σύμφωνα με τον μέσο όρο, καθώς  $M=5,00$  πριν την παρέμβαση και  $M=6,23$  μετά την παρέμβαση.

Για τον έλεγχο της ερευνητικής υπόθεσης υπολογίστηκε ο μέσος όρος χρήσης γνωστικής αναπλαισίωσης που ανέφεραν οι συμμετέχοντες πριν και μετά την παρέμβαση.

Ο έλεγχος t-test κατέδειξε ότι η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $t(18) = 4,223, p < ,01$ ), κατά συνέπεια η ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώθηκε.

### Εκφραστική Καταστολή

Η εξάσκηση των ασθενών στην ενσυνειδητότητα για οκτώ εβδομάδες θα σχετίζεται με μείωση χρήσης εκφραστικής καταστολής κατά τη ρύθμιση συναισθημάτων μετά τη λήξη της παρέμβασης.

Σύμφωνα με τον Πίνακα 5, μετά το πρόγραμμα εξάσκηση στην ενσυνειδητότητα οι συμμετέχοντες ανέφεραν μειωμένη χρήση εκφραστικής καταστολής σύμφωνα με τον μέσο όρο, καθώς  $M=4,84$  πριν την παρέμβαση και  $M=2,71$  μετά την παρέμβαση.

Για τον έλεγχο της ερευνητικής υπόθεσης υπολογίστηκε ο μέσος όρος χρήσης εκφραστικής καταστολής που ανέφεραν οι συμμετέχοντες πριν και μετά την παρέμβαση.

Ο έλεγχος t-test κατέδειξε ότι η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική ( $t(18) = 4,356, p < ,01$ ), κατά συνέπεια η ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώθηκε.

### Συναισθηματική Ρύθμιση και Επίγνωση

Όπως φαίνεται στον πίνακα 7, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική θετική σχέση ανάμεσα στην επίγνωση προσοχής και τη χρήση γνωστικής αναπλαισίωσης ( $r = ,601^{**}, p < ,01$ ). Ακόμη, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση ανάμεσα στην επίγνωση προσοχής και τη χρήση εκφραστικής καταστολής ( $r = -,557^{**}, p < ,01$ ).

### Συναισθηματική Ρύθμιση, Άγχος και Κατάθλιψη

	<i>Πριν την παρέμβαση</i>		<i>Μετά την παρέμβαση</i>	
	Άγχος	Κατάθλιψη	Άγχος	Κατάθλιψη
<b>Γ. Α.</b>	-,346*	-,487*	-,786**	-,715**
<b>Ε.Κ.</b>	,484**	,418*	,588**	,600**

*Γ.Α.* = Γνωστική αναπλαισίωση, *Ε.Κ.* = Εκφραστική καταστολή

### Πίνακας 7

*Δείκτες συσχέτισης μεταξύ των υπό εξέταση μεταβλητών πριν και μετά την παρέμβαση*

Επικεφαλίδα: ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Ακριβώς κάτω από τον πίνακα καταγράφονται αναλυτικά οι στατιστικώς σημαντικές συσχετίσεις που βρέθηκαν για καθεμία από τις ερευνητικές μας υποθέσεις ξεχωριστά.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1.	1	-.595**	-.500**	.277	.601**	-.557*
2.	-.401	1	,882**	-,589**	-,786**	,588**
3.	-.352	,709**	1	-,678**	-,715**	,600**
4.	-.195	-,266	-,626**	1	,461*	-,270
5.	.403	-,346*	-,487*	,106	1	-,486*
6.	-.157	,484*	,418*	-,140	-,412	1

Σημείωση : \*=p<.05 \*\*=p<.01

Σημείωση: 1. Επίγνωση προσοχής, 2. Άγχος, 3. Κατάθλιψη, 4. Ποιότητα ζωής, 5. Χρήση γνωστικής αναπλαισίωσης κατά τη συναισθηματική ρύθμιση, 6. Χρήση εκφραστικής καταστολής κατά τη συναισθηματική ρύθμιση. Πάνω και δεξιά : μετά την παρέμβαση, κάτω και αριστερά πριν την παρέμβαση.

### Επίγνωση Προσοχής και Άγχος

Όσο μεγαλύτερη η επίγνωση προσοχής στο παρόν, τόσο λιγότερο άγχος θα αναφέρουν οι ασθενείς μετά τη λήξη της παρέμβασης.



Στο δείγμα μας, βρέθηκε αρνητική σχέση ανάμεσα στην επίγνωση προσοχής στο παρόν και το άγχος ( $r=-,59$ ,  $p<,05$ ) μετά τη λήξη της παρέμβασης και η ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώνεται.

Για τον έλεγχο της ερευνητικής υπόθεσης εφαρμόστηκε παραμετρικός έλεγχος συσχέτισης Pearson, καθώς εξετάζαμε σχέση και οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν από τα εργαλεία της έρευνας ήταν περισσότερες από δύο.

### **Επίγνωση Προσοχής και Κατάθλιψη**

Όσο μεγαλύτερη η επίγνωση προσοχής στο παρόν, τόσο λιγότερη κατάθλιψη θα αναφέρουν οι ασθενείς μετά τη λήξη της παρέμβασης.

Στο δείγμα μας, βρέθηκε αρνητική σχέση ανάμεσα στην επίγνωση προσοχής στο παρόν και την κατάθλιψη ( $r=-,50$ ,  $p<,05$ ) μετά τη λήξη της παρέμβασης και η υπόθεση επιβεβαιώνεται.

Για τον έλεγχο της ερευνητικής υπόθεσης εφαρμόστηκε παραμετρικός έλεγχος συσχέτισης Pearson, καθώς εξετάζαμε σχέση και οι ερωτήσεις που χρησιμοποιήθηκαν από τα εργαλεία της έρευνας ήταν περισσότερες από δύο

### **Συναισθηματική Ρύθμιση, Άγχος και Κατάθλιψη**

#### *Παλινδρομήσεις*

<b>Δείκτης R<sup>2</sup></b>	.561	
<b>Ανεξάρτητες μεταβλητές</b>		
Γνωστική αναπλαισίωση	-.369	p= 0,030
Εκφραστική καταστολή	.453	p=0,04
<b>Εξαρτημένη μεταβλητή : Άγχος</b>		

### **Συναισθηματική Ρύθμιση και Άγχος**

Οι αλλαγές στη συναισθηματική ρύθμιση θα μεσολαβούν στη μείωση του άγχους των συμμετεχόντων μετά τη λήξη της παρέμβασης,

Στον παραπάνω πίνακα ο δείκτης μεταβλητών ( $R^2=0,561$ ) καταδεικνύει ότι οι ανεξάρτητες μεταβλητές (γνωστική αναπλαισίωση, εκφραστική καταστολή) επηρεάζουν την εξαρτημένη μεταβλητή του άγχους. Πιο συγκεκριμένα, το άγχος επεξηγείται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (γνωστική αναπλαισίωση, εκφραστική καταστολή) σε ένα ποσοστό 56,1%, και επιβεβαιώνεται η ερευνητική υπόθεση. Τόσο η γνωστική αναπλαισίωση ( $\beta=-.369$ ,  $p=0,030$ ) όσο και η εκφραστική καταστολή ( $\beta=.453$ ,  $p=0,04$ ) είναι στατιστικά σημαντικές στο μοντέλο.

Για τον έλεγχο της ερευνητικής υπόθεσης πραγματοποιήθηκε έλεγχος πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, ώστε να διερευνηθεί αν το άγχος των συμμετεχόντων επηρεάστηκε από τις αλλαγές στη συναισθηματική ρύθμιση.

Πίνακας 9

*Παλινδρομήσεις*

<b>Δείκτης <math>R^2</math></b>	.611
---------------------------------	------

Ανεξάρτητες μεταβλητές		
Γνωστική αναπλαισίωση	-.475	$p= 0,002$
Εκφραστική καταστολή	.384	$p=0,009$

Εξαρτημένη μεταβλητή : Κατάθλιψη

**Συναισθηματική Ρύθμιση και Κατάθλιψη**

Οι αλλαγές στη συναισθηματική ρύθμιση θα μεσολαβούν στη μείωση της κατάθλιψης των συμμετεχόντων μετά τη λήξη της παρέμβασης.

Στον παραπάνω πίνακα ο δείκτης μεταβλητών ( $R^2=0,611$ ) καταδεικνύει ότι οι ανεξάρτητες μεταβλητές (γνωστική αναπλαισίωση, εκφραστική καταστολή) επηρεάζουν την εξαρτημένη μεταβλητή της κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα, η κατάθλιψη επεξηγείται από τις ανεξάρτητες μεταβλητές (γνωστική αναπλαισίωση, εκφραστική καταστολή) σε ένα ποσοστό 61,1%, και επιβεβαιώνεται η ερευνητική υπόθεση. Τόσο η γνωστική αναπλαισίωση ( $\beta=-.475$ ,  $p=0,002$ ) όσο και η εκφραστική καταστολή ( $\beta=.384$ ,  $p=0,009$ ) είναι στατιστικά σημαντικές στο μοντέλο.

Για τον έλεγχο της ερευνητικής υπόθεσης πραγματοποιήθηκε έλεγχος πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, ώστε να διερευνηθεί αν η κατάθλιψη των συμμετεχόντων επηρεάστηκε από τις αλλαγές στη συναισθηματική ρύθμιση.

Πίνακας 10

**Βιωματικές αναφορές ασθενών μετά τη λήξη της παρέμβασης**

«Σε μια περίοδο άγχους και εξετάσεων, πρακτική με βοήθησε να είμαι ήρεμος και να κοιμάμαι πιο εύκολα»
«Αισθάνομαι ότι έχω πιο εύκολη και γρήγορη συγκέντρωση στη στιγμή, στο τώρα. Επίσης, σε κρίσεις η πρακτική ήταν ένα καταφύγιο»
«Με βοήθησε αρκετά. Ήταν μια περίοδος πίεσης και άγχους, είχα προγραμματισμένες μαγνητικές και με ηρεμούσε η πρακτική»
«Ήταν κάτι χρήσιμο και πρωτόγνωρο, με βοήθησε πολύ»
«Το πρόγραμμα με βοήθησε να νιώθω πιο ήρεμη στις δυσκολίες αλλά και γενικότερα στην καθημερινότητά μου»
«Αισθάνομαι πιο ήρεμη και πιο παρούσα ακόμη και σε στιγμές δυσκολίας»
«Κάθε φορά μετά την πρακτική αισθάνομαι πιο ήρεμη και πιο συγκεντρωμένη. Κοιμάμαι καλύτερα»
«Καλύτερος ύπνος. Αισθάνομαι ήρεμη περισσότερο χρόνο. Ακόμη συγκεντρώνομαι καλύτερα»
«Μετά την πρακτική νιώθω πιο δραστήρια, πιο συγκεντρωμένη και πιο ήρεμη»
«Μετά την πρακτική αισθάνομαι ηρεμία και σκέφτομαι πιο καθαρά. Ο πόνος αλλάζει»
«Με βοηθά να αποδέχομαι το σώμα μου , τα συναισθήματά μου, να βρίσκω γαλήνη και ηρεμία»
«Η πρακτική με βοηθά να είμαι πιο ήρεμη και η εστίαση στην αναπνοή μου με βοηθά σε κρίσεις άγχους»

## 7.Συζήτηση

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι οι ερευνητικές υποθέσεις επιβεβαιώνονται στο δείγμα της μελέτης. Ξεκινώντας από την υπόθεση ότι η εξάσκηση των ασθενών στην ενσυνειδητότητα για οκτώ εβδομάδες θα σχετίζεται με αύξηση της επίγνωσης της προσοχής τους στο παρόν, παρατηρήθηκε ότι η υπόθεση επαληθεύτηκε. Αυτό το εύρημα έρχεται σε συμφωνία με παλαιότερα σχετικά ευρήματα, βάσει των οποίων η εξάσκηση στην ενσυνειδητότητα σχετίζεται με αύξηση επίγνωσης της προσοχής (Thomas & Otis, 2010). Φυσικά, αυτό το εύρημα δύναται εύκολα να ερμηνευθεί καθώς, όταν το άτομο εξασκείται στην ενσυνειδητότητα, καλείται να εστιάσει την προσοχή του στην παρούσα εμπειρία του και σε μια μόνο διάστασή της (Goleman & Davidson, 2018). Η εξάσκηση στην παρατήρηση των όσων συμβαίνουν μέσα και έξω από το άτομο και η εστίαση της προσοχής στην παρούσα στιγμή, αυξάνουν την επίγνωση προσοχής του ατόμου στο παρόν (Brown et al., 2017).

Προχωρώντας στην υπόθεση ότι, η εξάσκηση των ασθενών στην ενσυνειδητότητα για οκτώ εβδομάδες θα σχετίζεται με μείωση του άγχους τους μετά τη λήξη της παρέμβασης, παρατηρήθηκε ότι η υπόθεση επαληθεύτηκε στην παρούσα έρευνα. Μάλιστα, στο δείγμα της παρούσας μελέτης φάνηκε ότι, όσο μεγαλύτερη ήταν η επίγνωση προσοχής στο παρόν, τόσο λιγότερο άγχος ανέφεραν οι ασθενείς μετά τη λήξη της παρέμβασης, επιβεβαιώνοντας έτσι την ερευνητική υπόθεση της μελέτης μας. Το συγκεκριμένο εύρημα συνάδει με ευρήματα παλαιότερων και πρόσφατων σχετικών ερευνών (Brown et al., 2007, Hayset et al., 2006, Shapiro et al., 2006) όπου βρέθηκε ότι η ενσυνειδητότητα σχετίζεται με μείωση άγχους σε ασθενείς με ΣκΠ (Pakenham & Samios, 2013). Σε μια μελέτη των Grossman et al. (2010), 150 ασθενείς με ΣκΠ τοποθετήθηκαν τυχαία σε ομάδα παρέμβασης ή σε ομάδα τυπικής φροντίδας. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης έδειξαν ότι η ομάδα της ενσυνειδητότητας εμφάνισε βελτίωση στο άγχος μετά από παρέμβαση και σε μετέπειτα παρακολούθηση των ασθενών.

Μια πιθανή εξήγηση μείωσης του άγχους μέσω της πρακτικής της ενσυνειδητότητας είναι ότι, στην παρουσία έντονου άγχους, η ψυχολογική παρουσία του ατόμου στο εδώ και τώρα, δίνει στο άτομο τη δυνατότητα να ανταποκριθεί σε δυσάρεστα συναισθήματα με προσαρμοστικό τρόπο (Brown et al., 2007, Hayset et al., 2006, Shapiro et al., 2006). Ακόμη, η επερχόμενη μείωση άγχους είναι πιθανό να προκύπτει από το γεγονός ότι –μέσα από την εξάσκηση στην ενσυνειδητότητα- το άτομο αποκτά έλεγχο της συναισθηματικής του κατάστασης και γίνεται ικανό να ρυθμίζει τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του με προσαρμοστικό τρόπο (Segal,

Williams, & Teasdale, 2013). Αξίζει να σημειωθεί εδώ ότι, σε επίπεδο νευροαπεικονιστικών μελετών, έχει εντοπιστεί ότι η πρακτική της ενσυνειδητότητας δύναται να μειώσει την ενεργοποίηση της αμυγδαλής, που σχετίζεται με το άγχος και την ανησυχία (Goleman & Davidson, 2018, Davidson et al., 2003, Kral et al., 2018). Κατά την ύπαρξη άγχους, η αμυγδαλή υπερδραμεύει την προσοχή μας σε οτιδήποτε συνιστά κίνδυνο (Goleman & Davidson, 2008). Φαίνεται λοιπόν ότι μέσω της εξάσκησης της ενσυνειδητότητας εξασκείται κανείς στο να παίρνει απόσταση από τα συναισθήματά του και να καθίσταται ικανός να ελέγχει την εστίαση της προσοχής του και κατ' επέκταση ικανός να ρυθμίζει τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά του (αυξημένη ενεργοποίηση έσω προμετωπιαίου φλοιού), ακόμη και στην παρουσία αρνητικών συναισθημάτων και γεγονότων (μειωμένη ενεργοποίηση αμυγδαλής).

Το γεγονός ότι η ενσυνειδητότητα δύναται να μειώσει το άγχος σε ασθενείς με ΣκΠ αποτελεί ένα πολύ σημαντικό εύρημα, δεδομένου ότι το άγχος έχει βρεθεί να επηρεάζει μεταξύ 23,5 έως 44% των ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση, οι οποίοι εμφανίζουν άγχος σε υψηλότερο επίπεδο σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό (Eboni et al., 2018). Μάλιστα, στους ασθενείς με ΣκΠ η διαταραχή άγχους κυμαίνεται μεταξύ 19-90% (Feinstein, 2007, Sa, 2008), ενώ οι ίδιοι κατονομάζουν το άγχος τους ως το πιο αναπηρικό σύμπτωμα της ασθένειάς τους (Dennison et al., 2009). Γίνεται λοιπόν σαφές ότι η εύρεση θεραπευτικών προσεγγίσεων αναφορικά με το άγχος που συνοδεύει την νόσο της ΣκΠ είναι πολύτιμη, καθώς δύναται να επηρεάσει τον τρόπο που οι ασθενείς βιώνουν την ασθένεια και, κατ' επέκταση τη συνολική ποιότητα ζωής τους.

Η ερευνητική υπόθεση ότι η εξάσκηση των ασθενών στην ενσυνειδητότητα για οκτώ εβδομάδες θα σχετίζεται με μείωση της κατάθλιψής τους μετά τη λήξη της παρέμβασης, επαληθεύτηκε στο δείγμα της παρούσας έρευνας. Μάλιστα, φάνηκε ότι όσο μεγαλύτερη ήταν η επίγνωση προσοχής στο παρόν τόσο λιγότερη κατάθλιψη ανέφεραν οι ασθενείς μετά τη λήξη της παρέμβασης, γεγονός που επαληθεύει την ερευνητική υπόθεση της μελέτης. Σε συμφωνία με παλαιότερες σχετικές έρευνες (Virgili, 2013, Bohlmejer et al., 2010, (Schirda et al., 2015, Schirda et al., 2020, Grossman et al., 2010), στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι η εξάσκηση των ασθενών στην ενσυνειδητότητα σχετίζεται με μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Ως πιθανή εξήγηση της μείωσης της κατάθλιψης μέσω της πρακτικής της ενσυνειδητότητας έχει αναφερθεί η ευκαιρία που έχει το άτομο να παίρνει απόσταση από τις αρνητικές του σκέψεις. Με αυτό τον τρόπο, το άτομο παύει να λειτουργεί στον αυτόματο πιλότο, καθώς γίνεται ικανός να διαχειρίζεται αποτελεσματικά τα αρνητικά του συναισθήματα χωρίς να υπερδραμεύεται σε αυτά (Segal, Williams & Teasdale). Η παρατηρούμενη μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων θα μπορούσε, δηλαδή, να οφείλεται στο ότι η πρακτική ενσυνειδητότητας καθιστά το άτομο ικανό

να παρατηρεί τις ενοχλητικές σκέψεις του και να τις αντιλαμβάνεται , αντί να επηρεάζεται από αυτές θεωρώντας τες αληθινές και οριστικές (Pouyanfard, 2020).

Το γεγονός ότι εντοπίζεται μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση μέσω της ενσυνειδητότητας δύναται να προσφέρει πολλά στα πλαίσια ψυχολογικής υποστήριξης των ασθενών, καθώς η κατάθλιψη εμφανίζεται σε ποσοστό 40-50% των νοσούντων από πολλαπλή σκλήρυνση (Boeschoten et al.,2017). Μάλιστα, έχει βρεθεί ότι η κατάθλιψη αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες μείωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΣκΠ (Feinstein, 2011).Ακόμη , πρόσφατη μελέτη έχει δείξει ότι η μείωση της κατάθλιψης σε ασθενείς με ΣΚΠ μέσω της ενσυνειδητότητας δύναται να οδηγήσει σε μείωση κόπωσης (Sauder et al.,2021). Το εύρημα αυτό τονίζει την σημαντικότητα της θεραπείας της κατάθλιψης των ασθενών, μιας και η κόπωση αναφέρεται ως το πιο απενεργοποιητικό σύμπτωμα της νόσου (Pagnini et al., 2014).

Οι συνέπειες που έχουν το άγχος και η κατάθλιψη των ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση στην ποιότητα ζωής τους καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για θεραπείες που εστιάζουν στα «αόρατα» αυτά συμπτώματα της νόσου (Briones-Buixassa et al., 2019, Sa, 2008). Όπως προαναφέρθηκε, το άγχος εμφανίζει θετική συσχέτιση με την κατάθλιψη , ενώ και τα δύο σε συνδυασμό καθιστούν πιθανότερη την απόπειρα αυτοκτονίας στους ασθενείς , και επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την κοινωνική και επαγγελματική ζωή τους και τις διαπροσωπικές τους σχέσεις , καθώς ωθούν τον ασθενή σε απομόνωση και «παραίτηση» (Feinstein, 2007, Sa, 2008, Prakash et al., 2019). Αξίζει να σημειωθεί ότι βιωματικές αναφορές ασθενών με ΣκΠ στα πλαίσια πρόσφατης μελέτης φανερώνουν την ανάγκη τους για υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης (McCabe et al.,2015). Παρόμοια ευρήματα επιδεικνύουν και άλλες μελέτες, όπου εντοπίζεται μεγάλη και ανεκπλήρωτη ανάγκη των ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση για θεραπείες εστιασμένες στα «αόρατα» συμπτώματα της κατάθλιψης και του άγχους (Lysandropoulos and Havrdova, 2015).

Μια ακόμη ερευνητική υπόθεση της παρούσας μελέτης ήταν ότι, η εξάσκηση των ασθενών στην ενσυνειδητότητα για οκτώ εβδομάδες θα σχετίζεται με βελτίωση της ποιότητας ζωής τους μετά τη λήξη της παρέμβασης. Προς επίρρωση των προηγούμενων σχετικών ευρημάτων (Pagnini et al., 2019), τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποδεικνύουν ότι η πρακτική της ενσυνειδητότητας σχετίζεται με υψηλότερη ποιότητα ζωής σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας . Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν και επεκτείνουν τη σημασία που μπορεί να έχει η ενσυνειδητότητα στη γενική ποιότητα ζωής ατόμων με πολλαπλή σκλήρυνση. Φυσικά, εύλογα

παρατηρείται βελτίωση της ποιότητας ζωής σε ένα δείγμα ασθενών , όπου έχει σημειωθεί μείωση του άγχους και των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Η ενσυνειδητότητα επομένως, όπως φάνηκε από τα ευρήματα , βελτιώνει έμμεσα την ποιότητα ζωής των ασθενών, καθώς συμβάλλει στη μείωση του άγχους και της κατάθλιψης (Bell, Bakewell & Rowley, 2011). Σε συμφωνία με τα προαναφερθέντα ευρήματα, ο Schidra και συνεργάτες (2015) υποστήριξαν ότι η ενσυνειδητότητα δύναται να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών μέσω της μείωσης δυσρύθμισης συναισθημάτων.

Αναφορικά με τον μεσολαβητικό ρόλο της συναισθηματικής ρύθμισης στη σχέση της ενσυνειδητότητας με τα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης –και μολονότι είναι ελάχιστες οι μελέτες εξετάζουν την πολλαπλή σκλήρυνση υπό το πρίσμα της συναισθηματικής ρύθμισης (Loffler et al., 2016)-, μια ακόμη υπόθεση της παρούσας μελέτης ήταν ότι οι αλλαγές στη συναισθηματική ρύθμιση θα μεσολαβούν στη μείωση του άγχους των συμμετεχόντων μετά τη λήξη της παρέμβασης. Πράγματι, η συγκεκριμένη υπόθεση επαληθεύτηκε στο δείγμα της παρούσας έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, η χρήση των στρατηγικών γνωστικής αναπλαισίωσης και εκφραστικής καταστολής κατά τη ρύθμιση των συναισθημάτων αποδείχθηκε ότι επηρέασαν σημαντικά τα επίπεδα άγχους που ανέφεραν οι ασθενείς. Μάλιστα, φάνηκε ότι όσο μεγαλύτερη ήταν η χρήση της γνωστικής αναπλαισίωσης κατά τη ρύθμιση συναισθημάτων εκ μέρους των ασθενών τόσο λιγότερο άγχος ανέφεραν μετά τη λήξη της παρέμβασης. Από την άλλη, φάνηκε ότι όσο μεγαλύτερη ήταν η χρήση της εκφραστικής καταστολής κατά τη συναισθηματική ρύθμιση εκ μέρους των ασθενών, τόσο περισσότερο άγχος ανέφεραν μετά τη λήξη της παρέμβασης.

Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με παλαιότερες μελέτες, όπου έχει εντοπιστεί ότι η δυσκολία συναισθηματικής ρύθμισης επιφέρει σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις στη συνολική ποιότητα ζωής ασθενών με ΣκΠ και, μάλιστα, σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι τα ίδια τα συμπτώματα της ασθένειας ( Black & Dostyn, 2005). Ακόμη, έρευνα έχει δείξει ότι η δυσκολία των ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση στην επίγνωση και διαχείριση των συναισθημάτων τους δύναται να επιφέρει υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης (Loffler et al., 2010). Ο Feinstein και συνεργάτες (2014) τόνισαν ότι η ΣκΠ συνδέεται χρήση δυσπροσαρμοστικών στρατηγικών ρύθμισης συναισθημάτων , άγχος και κατάθλιψη ( Feinstein et al., 2014). Τα προαναφερθέντα ευρήματα καθιστούν φανερό τον σημαντικό ρόλο των στρατηγικών συναισθηματικής ρύθμισης στο άγχος των ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση. Όσον αφορά την ενσυνειδητότητα, πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι, έπειτα από τέσσερις εβδομάδες εξάσκησης στην ενσυνειδητότητα, ασθενείς

με πολλαπλή σκλήρυνση εμφάνισαν καλύτερο έλεγχο και ρύθμιση των συναισθημάτων τους, η οποία οδήγησε σε μείωση του άγχους τους (Prakash et al., 2015).

Μια πιθανή ερμηνεία του μεσολαβητικού ρόλου της συναισθηματικής ρύθμισης στη σχέση εξάσκησης ενσυνειδητότητας και επιπέδων άγχους είναι ότι, μέσω της επίγνωσης το άτομο διευκολύνεται στην ευέλικτη χρήση προσαρμοστικών στρατηγικών, ώστε να ρυθμίζει τα συναισθήματα του με τον αποτελεσματικότερο τρόπο (Sayers et al., 2015). Το άτομο, δηλαδή, έχει επίγνωση των συνθηκών, της κατάστασης και του στόχου του, ώστε να επιλέξει προσαρμοστικές στρατηγικές συναισθηματικής ρύθμισης, ενώ αποφεύγει παρορμητικές αποκρίσεις, ακόμη και στην παρουσία έντονα στρεσογόνων συνθηκών (Gratz & Roemer, 2004). Αξίζει να σημειωθεί ότι νευροαπεικοντιστικές μελέτες έχουν δείξει ότι η εξάσκηση στην ενσυνειδητότητα σχετίζεται με αυξημένη πυκνότητα φαιάς ουσίας στην περιοχή του ιππόκαμπου και τις μετωπικές περιοχές, που σχετίζονται με τη συναισθηματική ρύθμιση και τον έλεγχο της συμπεριφοράς (Lunders et al., 2019).

Τέλος, μια ακόμη υπόθεση της παρούσας μελέτης ήταν ότι οι αλλαγές στη συναισθηματική ρύθμιση θα μεσολαβούν στη μείωση της κατάθλιψης των συμμετεχόντων μετά τη λήξη της παρέμβασης. Και αυτή η υπόθεση επιβεβαιώθηκε στο δείγμα της παρούσας έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, η χρήση των στρατηγικών γνωστικής αναπλαισίωσης και εκφραστικής καταστολής κατά τη ρύθμιση των συναισθημάτων φαίνεται ότι επηρέασαν σημαντικά τα επίπεδα κατάθλιψης που ανέφεραν οι ασθενείς μετά τη λήξη της παρέμβασης. Μάλιστα, εντοπίστηκε ότι, όσο μεγαλύτερη ήταν η χρήση γνωστικής αναπλαισίωσης κατά τη συναισθηματική ρύθμιση εκ μέρους των ασθενών τόσο λιγότερη κατάθλιψη ανέφεραν μετά τη λήξη της παρέμβασης. Από την άλλη μεριά, όσο μεγαλύτερη ήταν η χρήση της εκφραστικής καταστολής κατά τη ρύθμιση των συναισθημάτων εκ μέρους των ασθενών τόσο περισσότερη κατάθλιψη ανέφεραν μετά τη λήξη της παρέμβασης. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με προηγούμενες σχετικές μελέτες, όπου φάνηκε ότι, έπειτα από εξάσκηση στην ενσυνειδητότητα, ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση παρουσίασαν καλύτερο έλεγχο των συναισθημάτων τους, ο οποίος οδήγησε σε μειωμένη κατάθλιψη και ανησυχία (Prakash et al., 2015, Gilbertson & Klatt, 2017). Μια πιθανή ερμηνεία αυτού του ευρήματος είναι ότι, μέσω της επίγνωσης της παρούσας στιγμής με αποδοχή και χωρίς κρίση –που καλλιεργείται κατά την εξάσκηση της ενσυνειδητότητας- μειώνεται η αποφυγή ή υπερδέσμευση σε αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα, οι οποίες σχετίζονται με την κατάθλιψη. Προηγούμενες σχετικές μελέτες υποστηρίζουν ότι η μη επικριτική στάση προς τα συναισθήματα έχει συσχετιστεί με μείωση



ανησυχίας, καταθλιπτικού μηρυκασμού και κατάθλιψης (Perestelo- Perez et al., 2017, Petrocchi & Ottaviani, 2016).

Η παρούσα έρευνα προσθέτει περαιτέρω αποδεικτικά στοιχεία αναφορικά με τα οφέλη της ενσυνειδητότητας στα πλαίσια διαχείρισης και αντιμετώπισης των άορατων συμπτωμάτων στη ΣκΠ, και πιο συγκεκριμένα του άγχους και της κατάθλιψης. Μολονότι δεν είναι δυνατόν να εξαλειφθούν τα στρεσογόνα γεγονότα που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση, εκείνο που δύναται να συμβεί είναι να λάβουν υποστήριξη , έτσι ώστε να διαχειρίζονται το άγχος τους και να ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, γεγονός που θα επηρεάσει θετικά τόσο την πορεία της ασθένειας όσο και τη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών. Αξίζει να σημειωθεί εδώ πως οι ασθενείς με ΣκΠ τείνουν να αναφέρουν περισσότερα συμπτώματα κατά τη διάρκεια στρεσογόνων χρονικών περιόδων , ενώ, όταν το άγχος τους μειώνεται , τείνουν να βιώνουν τα συμπτώματά τους ως λιγότερο ανησυχητικά ( Foley, 2016).

Γίνεται λοιπόν φανερό ότι η διαχείριση του άγχους και η προσαρμοστική ρύθμιση των συναισθημάτων δύναται να επηρεάσει τον τρόπο που βιώνουν τόσο τα συμπτώματα όσο και ολόκληρη την εμπειρία της νόσου. Σύμφωνα με τους Gilbertson και Klatt (2017) δεδομένου ότι το άγχος επιδεινώνει τα συμπτώματα της πολλαπλής σκλήρυνσης, θεραπευτικά προγράμματα που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα δύνανται – μέσα από την προσαρμοστική συναισθηματική ρύθμιση- να βοηθήσουν τους ασθενείς στη μείωση μοτίβων που συνδέονται με το άγχος, όπως είναι η υπερβολική ανησυχία και ο μηρυκασμός ( Gilbertson & Klatt, 2017). Ακόμη, ο Feinstein και συνεργάτες (2014) τόνισαν ότι η ΣκΠ συνδέεται με αναποτελεσματικές στρατηγικές συναισθηματικής ρύθμισης (Feinstein et al., 2014). Έτσι, υποστήριξαν πως, δεδομένου ότι η κατάθλιψη προκύπτει εν μέρει από τη δυσλειτουργική αντιμετώπιση της ασθένειας, η ενσυνειδητότητα μπορεί – μέσω της προσαρμοστικής συναισθηματικής ρύθμισης- να μειώσει την κατάθλιψη. Επιπλέον , ο Feinstein υπογράμμισε πως οι θεραπευτικές παρεμβάσεις για την κατάθλιψη είναι σημαντικό να είναι σύντομες σε διάρκεια , εύκολα προσβάσιμες και με χαμηλό κόστος με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση (Feinstein et al., 2014). Όπως προαναφέρθηκε, παρεμβάσεις με αυτά τα γνωρίσματα είναι αυτές που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα , καθώς φέρουν αποτελεσματικότερη συναισθηματική ρύθμιση μέσω της επίγνωσης της παρούσας στιγμής με αποδοχή και απουσία κρίσης , με αποτέλεσμα να μειώνονται οι αναποτελεσματικές στρατηγικές ρύθμισης συναισθημάτων , όπως είναι η αποφυγή ή η υπερδέσμευση σε σκέψεις και συναισθήματα.

Η παρούσα έρευνα ενισχύει ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν ότι η ενσυνειδητότητα δύναται να βοηθήσει τους ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση να σχετίζονται με τα ψυχολογικά συμπτώματα της νόσου με τρόπο διαφορετικό· να παίρνουν απόσταση από αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα , να ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους αποτελεσματικά και χωρίς να υπερδεσμεύονται σε αυτά (Feinstein , 2011). Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι όπου υπήρξε εφαρμογή παρεμβάσεων με βάση την ενσυνειδητότητα σε ασθενείς με ΣκΠ, οι τελευταίοι ανέφεραν υψηλό βαθμό ικανοποίησης ( Grossman et al., 2010, Simpson et al., 2014).

Κρίνεται σημαντικό στο σημείο αυτό να υπογραμμιστεί πως, όπως προαναφέρθηκε, βασική υπόθεση της παρούσας μελέτης είναι πως, κατά την εξάσκηση στην ενσυνειδητότητα, η αυξημένη επίγνωση του παρόντος σχετίζεται με καλύτερη συναισθηματική ρύθμιση , η οποία με τη σειρά της σχετίζεται με μείωση του άγχους και της κατάθλιψης και με καλύτερη ποιότητα ζωής. Ωστόσο , είναι πιθανό μεταξύ των μεταβλητών που μελετήθηκαν να υπάρχουν κυκλικές συσχετίσεις, όπου η μια επηρεάζει την άλλη σε ένα φαύλο κύκλο. Είναι λοιπόν σημαντικό να αναφερθεί πως , ακόμη κι αν μιλάμε για κυκλικές –και όχι ξεκάθαρες γραμμικές- συσχετίσεις, η σημαντικότητα του να ερευνώνται παρεμβάσεις που συμβάλλουν στη μείωση του άγχους και της κατάθλιψης και βελτιώνουν τη συνολική ποιότητα ζωής των ασθενών με χρόνια νοσήματα όπως σκλήρυνση κατά πλάκας, παραμένει η ίδια. Εξάλλου, οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα –και ειδικότερα στα πλαίσια αντιμετώπισης τη πολλαπλής σκλήρυνσης- θα λέγαμε ότι βρίσκονται ακόμη σε βρεφικό στάδιο . Έτσι , οι μηχανισμοί που εκκινούν με την πρακτική της ενσυνειδητότητας παραμένουν ασαφείς τόσο σε κλινικές όσο και σε νευροαπεικονιστικές μελέτες (Huberty et al.,2019, Keng , Smoski & Robins, 2011, Tamay & Bernstein, 2013).

Για το λόγο αυτό, είναι σημαντικό να διεξαχθούν περισσότερες μελέτες που να στοχεύουν στη διερεύνηση της επίδρασης της ενσυνειδητότητας στο άγχος, την κατάθλιψη και την ποιότητα ζωής ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση, καθώς μπορούν να παρέχουν χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με τρόπους βελτίωσης της ψυχικής υγείας των ασθενών. Λόγω της αβεβαιότητας που χαρακτηρίζει την εξέλιξη της νόσου της ΣκΠ και της πολλαπλότητας των ψυχικών και σωματικών συμπτωμάτων που σχετίζονται με αυτήν, προγράμματα που εστιάζουν στην αντιμετώπιση του άγχους και της κατάθλιψης και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής , θα πρέπει να αποτελούν σημαντικό τομέα μελλοντικής έρευνας στη διαχείριση της νόσου της πολλαπλής σκλήρυνσης.

Στο σημείο αυτό , θα πρέπει να σημειώσουμε ότι η παρούσα έρευνα συναντά κάποιους περιορισμούς. Αρχικά, το μικρό δείγμα της μελέτης αποτελεί βασικό περιορισμό στην αξιοπιστία των αποτελεσμάτων. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να συμπεριλάβουν μεγαλύτερο αριθμό ασθενών , γεγονός που θα καθιστά ισχυρότερα τα ευρήματα. Ακόμη, στην παρούσα έρευνα η ψυχολόγος και εκπαιδύτρια ενσυνειδητότητας ήταν επίσης η ερευνήτρια. Επομένως, οι απαντήσεις των συμμετεχόντων είναι πιθανό να αντανακλούν την επιθυμία να ευχαριστήσουν την ερευνήτρια. Επίσης, η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη χρήση ερωτηματολογίων –πλην σύντομων βιοματικών αναφορών- περιορίζοντας τη δυνατότητα να αποδοθούν πιθανές εξηγήσεις στα ευρήματα της μελέτης . Αναφορικά με αυτό τον περιορισμό, σχετικές μελέτες θα μπορούσαν να χρησιμοποιήσουν συνεντεύξεις , ώστε να δύναται να ερμηνευτούν επαρκέστερα οι παρατηρούμενες συσχετίσεις. Ακόμη, είναι σημαντικό να σημειωθεί πως στο δείγμα των συμμετεχόντων της παρούσας μελέτης δεν συνέβη μετέπειτα παρακολούθηση του άγχους και της κατάθλιψης, έτσι ώστε να εντοπιστεί εάν τα αποτελέσματα διαρκούν και περισσότερο από 8 εβδομάδες. Έτσι, μελλοντικές μελέτες χρειάζεται να περιλαμβάνουν και μετέπειτα παρακολούθηση των ασθενών, προκειμένου να αξιολογηθεί μακροπρόθεσμα η επίδραση της ενσυνειδητότητας σε ασθενείς με ΣκΠ. Τέλος, επειδή η πολλαπλή σκλήρυνση αφορά και την οικογένεια του ατόμου που νοσεί, οι φροντιστές των ασθενών θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν σε μελλοντικές παρεμβάσεις ενσυνειδητότητας.

Παρά τους περιορισμούς, η παρούσα μελέτη υποδεικνύει ότι η ενσυνειδητότητα σχετίζεται με καλύτερη ποιότητα ζωής και μείωση άγχους και κατάθλιψης των ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση. Δεδομένου ότι οι ασθενείς με ΣκΠ βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, τόσο οι ίδιοι όσο και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορούν να επωφεληθούν από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας στα πλαίσια αντιμετώπισης του άγχους και της κατάθλιψης που συνοδεύουν την νόσο της πολλαπλής σκλήρυνσης.

## Βιβλιογραφικές Παραπομπές

- Abelson, J.L., Liberzon, I., Young, E. A., Khan, S. (2005). Cognitive modulation of the endocrine stress response to a pharmacological challenge in normal and panic disorder subjects, *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 668–675.
- Adams, R., Victor, M., Ropper, A.(2003) Νευρολογία ΙΙ. Επιμέλεια –Πρόλογος Βασιλόπουλος Δ., Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S. (2010). Emotion-Regulation Strategies across Psychopathology: A Meta-Analytic Review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Almeida, L.Y., Carrer, M.O., Souza, J., Pillon, S.C. (2018). Evaluation of social support and stress in nursing students. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* , 52:e03405.
- Andravizou A, Dardiotis E, Artemiadis A, Sokratous M, Siokas V, Tsouris Z, Aloizou AM, Nikolaidis I, Bakirtzis C, Tsivgoulis G, Deretzi G, Grigoriadis N, Bogdanos DP, Hadjigeorgiou GM. Brain atrophy in multiple sclerosis: mechanisms, clinical relevance and treatment options. *Auto Immun Highlights*. 2019;10(1):7. doi: 10.1186/s13317-019-0117-5.
- Barnes, C.L.K., Hayward, C., Porteous, D.J. et al. (2021). Contribution of common risk variants to multiple sclerosis in Orkney and Shetland. *European Journal of Human Genetics*, 29, 1701–1709 .
- Barlow, D.H., Allen, L.B., Choate, M.L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35(2), 205–230.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., Znoj, H.(2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(11),1230-1237.
- Blankespoor, R.J., Schellekens, M.P.J., Vos, S.H., Speckens, A.E.M., de Jong, B.A. (2017). The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction on Psychological Distress and Cognitive Functioning in Patients with Multiple Sclerosis: a Pilot Study. *Mindfulness (N Y)*, 8(5),1251-1258.
- Boeschoten, R.E, Braamse, A.M.J., Beekman, A.T.F., Cuijpers, P., van Oppen, P., Dekker, J., Uitdehaag, B.M.J. (2017). Prevalence of depression and anxiety in Multiple Sclerosis: A

- systematic review and meta-analysis. *Journal of the Neurological Sciences* , 15, 372, 331-341.
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: a meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 539-544.
- Brass, S.D., Li, C.S., Auerbach, S. (2014). The underdiagnosis of sleep disorders in patients with multiple sclerosis. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 10(9), 1025-1031.
- Briones-Buixassa, L., Milà, R., Arrufat, F.X., Aragonès, J.M., Bufill, E., Luminet, O., Moss-Morris, R. (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.
- Brown, K. W., Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D.H., Brown, T.A., Hofmann, S.G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587-595.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D.H., Brown, T.A., Hofmann, S.G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1251–1263.
- Cavalera, C., Rovaris, M., Mendozzi, L., Pugnetti, L., Garegnani, M., Castelnuovo, G., Molinari, E., Pagnini, F. (2019). Online meditation training for people with multiple sclerosis: A randomized controlled trial. *Multiple Sclerosis*, 25(4), 610-617.
- Coffey, K.A., Hartman, M., Fredrickson, B.L. Deconstructing Mindfulness and Constructing Mental Health: Understanding Mindfulness and its Mechanisms of Action. *Mindfulness* 1, 235–253 .
- Compare, A., Zarbo, C., Shonin, E., Van Gordon, W., Marconi, C. (2014). Emotional Regulation and Depression: A Potential Mediator between Heart and Mind. *Cardiovascular Psychiatry and Neurology*, 324-374.
- Compston, A., Coles, A. (2008). *Multiple sclerosis*, 372, 1502–1517.

- Davidson, R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S.F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., Sheridan, J.F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4),564-570.
- Dardiotis E, Nousia A, Siokas V, Tsouris Z, Andravizou A, Mentis AA, Florou D, Messinis L, Nasios G. Efficacy of computer-based cognitive training in neuropsychological performance of patients with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis. *Mult Scler Relat Disord*. 2018;20:58-66. Epub 20171224. doi: 10.1016/j.msard.2017.12.017. PubMed PMID: 29306740.
- Dardiotis E, Tsouris Z, Aslanidou P, Aloizou AM, Sokratous M, Provas A, Siokas V, Deretzi G, Hadjigeorgiou GM. Body mass index in patients with Multiple Sclerosis: a meta- analysis. *Neurol Res*. 2019;41(9):836-46. doi: 10.1080/01616412.2019.1622873
- Demaree, H.A., Schmeichel, B. J., Robinson, J.L., Pu, J., Everhart, D. E., Berntson, G.G. (2006). Up- and down-regulating facial disgust: affective, vagal, sympathetic, and respiratory consequences. *Biological Psychology*, 71(1), 90–99.
- Dennison, L., Moss-Morris, R., Chalder, T. (2009). A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 141- 53.
- De Raedt, R., Koster, E.H.W. (2010). Understanding vulnerability for depression from a cognitive neuroscience perspective: A reappraisal of attentional factors and a new conceptual framework. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience* ,10, 50–70 .
- Dyment, D.A., Ebers, G.G.C., Sadovnick, A.D. (2004). Genetics of multiple sclerosis. *Lancet Neurology*, 3, 104–110.
- Ebers, G.C., Sadovnick, A.D., Risch, N.J. (1995). A genetic basis for familial aggregation in multiple sclerosis. *Canadian Collaborative Study Group. Nature*. 14(377), 150-151.
- Farb, N.A., Segal, Z.V., Anderson, A.K. (2012). Attentional modulation of primary interoceptive and exteroceptive cortices. *Cerebral Cortex*, 19.
- Feinstein, A. (2011) Multiple sclerosis and depression. *Multiple Sclerosis*, 17(11), 1276-1281.

- Feinstein, A., Feinstein, K. (2001), Depression associated with multiple sclerosis. Looking beyond diagnosis to symptom expression. *Journal of Affective Disorders*, 66, 193-198.
- Fortney, L., Luchterhand, C., Zakletskaia, L., Zgierska, A., Rakel, D. (2013). Abbreviated mindfulness intervention for job satisfaction, quality of life, and compassion in primary care clinicians: a pilot study. *Annals of Family Medicine*, 11(5):412-20.
- Garcia, H., Miralles, F. (2016). IKIGAI. Αθήνα: Πατάκης.
- Garland, E.L., Gaylord, S.A., Fredrickson, B.L. (2011). Positive Reappraisal Mediates the Stress-Reductive Effects of Mindfulness: An Upward Spiral Process.
- Garland, E. L., Geschwind, N., Peeters, F., Wichers, M. (2015). Mindfulness training promotes upward spirals of positive affect and cognition: multilevel and autoregressive latent trajectory modeling analyses. *Frontiers in psychology*, 6, 15.
- Gay, M.C., Vrignaud, P., Garitte, C. & Meunier, C. (2010). Predictors of depression in multiple sclerosis patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 121, 161 – 170.
- Ghasemi, N., Razavi, S., Nikzad, E. (2017). Multiple Sclerosis: Pathogenesis, Symptoms, Diagnoses and Cell-Based Therapy. *Cell journal*, 19(1), 1–10.
- Gilbertson, R.M., Klatt, M.D. (2017). Mindfulness in Motion for People with Multiple Sclerosis: A Feasibility Study. *International Journal of MS Care*, 19(5), 225-231.
- Goldin, P.R., McRae, K., Ramel, W., Gross, J.J.(2008). The neural bases of emotion regulation: reappraisal and suppression of negative emotion. *Biological Psychiatry*, 63(6), 577-586.
- Grandey, A.A. (2000).Emotion regulation in the workplace: a new way to conceptualize emotional labor. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5(1), 95–110.
- Gratz, K. L., Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance- and mindfulness-based treatments. In R. A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change* (pp. 107–133). Context Press/New Harbinger Publications.
- Gross, J.J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 74(1), 224–237.

- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299.
- Gross, J.J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281–291.
- Gross, J.J., Munoz, R.F. (1995). Emotion regulation and mental health. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 2(2), 151-164.
- Gross, J.J., Levenson, R.W. (1993). Emotional suppression: physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64(6), 970–986.
- Gross, J.J., Levenson, R.W. (1997). Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95–103.
- Gross, J.J., Thompson, R.A. (2011). Emotion regulation: conceptual foundations, in Handbook of Emotion Regulation, J. J. Gross, Ed., Guilford Press, New York, NY, USA.
- Grossman, P., Kappos, L., Gensicke, H., et al. (2010). MS quality of life, depression, and fatigue improve after mindfulness training: a randomized trial. *Neurology*, 75, 1141– 1149.
- Hadjigeorgiou GM, Kountra PM, Koutsis G, Tsimourtou V, Siokas V, Dardioti M, Rikos D, Marogianni C, Aloizou AM, Karadima G, Ralli S, Grigoriadis N, Bogdanos D, Panas M, Dardiotis E. Replication study of GWAS risk loci in Greek multiple sclerosis patients. *Neurol Sci*. 2019;40(2):253-60. doi: 10.1007/s10072-018-3617-6.
- Hatzitaki, V., Koudouni, A., Orologas, A. (2006). Learning of a novel visuo-postural coordination task in adults with multiple sclerosis. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38(5), 295-301.
- Hölzel, B. K., Carmody, J., Vangel, M., Congleton, C., Yerramsetti, S. M., Gard, T., Lazar, S. W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry research*, 191(1), 36–43.
- Ιωαννίδη, Ε., Λοπατατζίδης, Α., Μάντη, Π. Υπηρεσίες Υγείας. Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, Πάτρα, 1999.
- Jennings, P. A. (2015). *Mindfulness for teachers: simple skills for peace and productivity in the classroom*. New York: W.W. Norton & Company.



- John, O.P., Gross, J.J. (2007). Individual differences in emotion regulation,” in Handbook of Emotion Regulation, J.J. Gross, Ed., Guilford Press, New York, NY, USA.
- Joormann, J., Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*, 24(2), 281–298.
- Kashdan, T.B., Barrios, V., Forsyth, J.P., & Steger, M.F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44(9), 1301–1320.
- Kashdan, T.B., Steger, M.F. (2006). Expanding the topography of social anxiety. An experience-sampling assessment of positive emotions, positive events, and emotion suppression. *Psychological Science*, 17(2), 120–128.
- Keng, S.L., Smoski, M.J., Robins, C.J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1041-1056.
- Kirsch, I., Mearns, J., Catanzaro, S.J. (1990). Mood-regulation expectancies as determinants of dysphoria in college students. *Journal of Counseling Psychology*, 37(3), 306–312.
- Korostil, M., Feinstein, A. (2007). Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis patients. *Multiple Sclerosis*, 13(1), 67-72.
- Kumar, S., Feldman, G., Hayes, A. (2008). Changes in mindfulness and emotion regulation in an exposure-based cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 734–744.
- Kurtzke, J.F., Heltberg, A. (2001) Multiple sclerosis in the Faroe Islands: an epitome. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54(1), 1-22.
- Lazar, S.W., Kerr, C.E., Wasserman, R.H., Gray, J.R., Greve, D.N., Treadway, M.T., McGarvey, M., Quinn, B.T., Dusek, J.A., Benson, H., Rauch, S.L., Moore, C.I., Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16(17), 1893-1897.
- Lassmann, H. (2013). Pathology and disease mechanisms in different stages of multiple sclerosis. *Journal of Neurological Sciences*, 333(1-2), 1-4.

- Löffler, L.A., Radke, S., Morawetz, C., Derntl, B. (2016). Emotional dysfunctions in neurodegenerative diseases. *Journal of Comparative Neurology*, 524(8),1727-1743.
- Lublin, F. D. (2005). Clinical features and diagnosis of multiple sclerosis. *Neurologic Clinics*, 23(1), 1 – 15.
- Lublin, F.D., Reingold, S.C., Cohen, J.A., Cutter, G.R., Sørensen, P.S., Thompson, A.J., Wolinsky, J.S., Balcer, L.J., Banwell, B., Barkhof, F., Bebo, B., Jr., Calabresi, P.A., Clanet, M., Comi, G., Fox, R.J., Freedman, M.S., Goodman, A.D., Inglesse, M., Kappos, L., Kieseier, B.C., Lincoln, J.A., Lubetzki, C., Miller, A.E., Montalban X, O'ConnorPW, Petkau J, Pozzilli C, Rudick RA, Sormani MP, Stüve O, Waubant, E., Polman, C.H. (2014). Defining the clinical course of multiple sclerosis: the 2013 revisions. *Neurology*, 83(3), 278-86.
- Luders, E., Toga, A. W., Lepore, N., Gaser, C. (2009). The underlying anatomical correlates of long-term meditation: larger hippocampal and frontal volumes of gray matter. *NeuroImage*, 45(3), 672–678.
- Lysandropoulos, A.P., Havrdova, E.(2015). Paradig MS Group. 'Hidden' factors influencing quality of life in patients with multiple sclerosis. *European Journal of Neurology*. 22(2), 28-33.
- Mackay, R.P., Myriantopoylos, N.C.(1966). *Archives Of Neurology And Psychiatry*, 15, 449-452.
- Magyari, M. (2016). Gender differences in multiple sclerosis epidemiology and treatment response. *Danish Medical Journal*, 63(3), 5212.
- Magyari, M., Koch-Henriksen, N., Sørensen, P.S. The Danish Multiple Sclerosis Treatment Register (2016). *Clinical Epidemiology*, 25(8), 549-552.
- Marchant, N.L., Barnhofer, T., Klimecki, O.M., Poisnel, G., Lutz, A., Arenaza-Urquijo, E., Collette, F., Wirth, M., Schild, A.K., Coll-Adrós, N., Reyrolle, L., Horney, D., Krolak-Salmon, P., Molinuevo, J.L., Walker, Z., Maillard, A., Frison, E., Jessen, F., Chételat, G. (2018). SCD-WELL Medit-Ageing Research Group. The SCD-Well randomized controlled trial: Effects of a mindfulness-based intervention versus health education on mental health in patients with subjective cognitive decline (SCD). *Alzheimers Dement (N*

Y), 14(4),737-745.

Marrie, R.A. (2004). Environmental risk factors in multiple sclerosis aetiology. *Lancet Neurology* , 3,709-718.

Marrie, R. A., Cohen, J., Stuve, O., Trojano, M., Sørensen, P. S., Reingold, S.,Reider, N. (2015). A systematic review of the incidence and prevalence of comorbidity in multiple sclerosis: Overview. *Multiple Sclerosis Journal*, 21,263–281.

Mayer, J. D., Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? In P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (pp. 3–34). Basic Books.

McAlpine, I. (1952). Psychosomatic symptom formation. *Lancet*, 1, 278 – 282.

McCabe, M.P., Ebacioni, K.J., Simmons, R., McDonald, E., Melton, L. (2015). Unmet education, psychological and peer support needs of people with multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(1),82–87.

McDonald. (2005). Revisions to the McDonald Diagnostic Criteria for MS. *Annals of Neurology*, 58, 840-846.

McDonald, W.I., Halliday, A.M. (1977). Diagnosis and classification of multiple sclerosis. *British Medical Bulletin*, 33 (1), 4-8.

Mennin, D. S. (2006). Emotion regulation therapy: an integrative approach to treatment-resistant anxiety disorders. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36(2), 95–105.

Mennin, D. S., Fresco, D. M. (2014). Emotion regulation therapy. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 469–490). The Guilford Press.

Mohr, D. C., Hart, S. L., Julian, L., Tasch, E. S. (2007). Screening for depression among patients with multiple sclerosis: Two questions may be enough. *Multiple Sclerosis Journal*, 13, 215–219.

Mokry, L.E., Ross, S., Ahmad, O.S., Forgetta, V., Smith, G.D., Goltzman, D., Leong, A., Greenwood, C.M., Thanassoulis, G., Richards, J.B. (2015). Vitamin D and Risk of Multiple Sclerosis: A Mendelian Randomization Study. *PLoS Medicine*. 12(8).

- Moore, S. A., Zoellner, L.A., Mollenholt, N. (2008). Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms?. *Behaviour Research and Therapy*, 46(9), 993–1000.
- 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.
- Mullins, Larry, L., Cote, Max, P., Fuemmeler, Bernard, F., Jean, Vickie, M., Beatty, William, W., Paul, Robert, H. (2001) . Illness intrusiveness, uncertainty, and distress in individuals with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 46(2), 139-153.
- Murphy, K.L., Bethea, J.R., Fischer, R. (2017). Neuropathic Pain in Multiple Sclerosis—Current Therapeutic Intervention and Future Treatment Perspectives. In: Zagon IS, McLaughlin PJ, editors. *Multiple Sclerosis: Perspectives in Treatment and Pathogenesis* [Internet]. Brisbane (AU): Codon Publications. Chapter 4.
- Ontaneda, D., Thompson, A.J., Fox, R.J., Cohen, J.A. Progressive multiple sclerosis: prospects for disease therapy, repair, and restoration of function. *Lancet*. 389(10076), 1357-1366.
- Orton, S.M., Herrera, B.M., Yee, I.M., Valdar, W., Ramagopalan, S.V., Sadovnick, A.D., Ebers, G.C. (2007). Canadian Collaborative Study Group. Sex ratio of multiple sclerosis in Canada: a longitudinal study. *Lancet Neurology* , 6(1),5-6.
- Pagnini, F., Bosma, C.M., Phillips, D. *et al.* (2014). Symptom changes in multiple sclerosis following psychological interventions: a systematic review. *BMC Neurology*, 14, 222.
- Pagnini, F., Cavalera, C., Rovaris, M., Mendozzi, L., Molinari, E., Phillips, D., Langer, E. (2019). Longitudinal associations between mindfulness and well-being in people with multiple sclerosis. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 19(1), 22–30.
- Paulson, S., Davidson, R., Jha, A., Kabat-Zinn, J. (2013). Becoming conscious: the science of mindfulness. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1303, 87-104.
- Pennebaker, J. W., Traue, H. C. (1993). Inhibition and psychosomatic processes,” in *Emotion, Inhibition, and Health*, H. C. Traue and J. W. Pennebaker, Eds., Hogrefe Huber, Seattle, Wash, USA.

- Petrocchi, N., Ottaviani, C. Mindfulness facets distinctively predict depressive symptoms after two years: the mediating role of rumination.(2016). *Personality and Individual Differences*, 93, 92–96.
- Phillips, L. H., Henry, J. D., Nouzova, E., Cooper, C., Radlak, B., Summers, F. (2014). Difficulties with emotion regulation in multiple sclerosis: Links to executive function, mood, and quality of life. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 36,831– 842.
- Picó-Pérez, M., Radua, J., Steward, T., Menchón, J.M., Soriano-Mas, C. (2017). Emotion regulation in mood and anxiety disorders: A meta-analysis of fMRI cognitive reappraisal studies. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 3(79), 96-104.
- Polman, C.H., Reingold, S.C., Edan, G. (2005) Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the ‘McDonald Criteria’. *Annals of Neurology* ,58(6), 840–846.
- Potagas, C., Giogkaraki, E, Koutsis, G., Mandellos, D., Tsirempolou, E., Sfagos, C., Vassilopoulos, D. (2008). Cognitive impairment in different MS subtypes and clinically isolated syndromes. *Journal of the Neurological Sciences*,15, 267(1-2), 100-106.
- Pouyanfard, S., Mohammadpour, M, ParviziFard, A.A., Sadeghi, K. (2020). Effectiveness of mindfulness-integrated cognitive behavior therapy on anxiety, depression and hope in multiple sclerosis patients: a randomized clinical trial. *Trends Psychiatry Psychothery*, 42(1),55-63.
- Punkanen, M., Eerola, T., Erkkila, J. (2011). Biased emotional recognition in depression: perception of emotions in music by depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 130(1-2), 118–126.
- Rechtschaffen, D. (2014). *The Way of Mindful Education: Cultivating Well-Being in Teachers and Students*. New York: WW Norton & Company.
- Rivers, T.M., Schwentker, F.F. (1935). Encephalomyelitis accompanied by myelin destruction experimentally produced in monkeys. *Journal of Experimental Medicine* ,61, 689.
- Rosati, G. (2001). The prevalence of multiple sclerosis in the world: an update. *Neurological Sciences* , 22(2), 117-139.

- Rosati, G. (2001). The prevalence of multiple sclerosis in the world: an update. *Neurological sciences : official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 22, 117-39.
- Rosenzweig, S., Greeson, J.M., Reibel, D.K., Green, J.S., Jasser, S.A., Beasley, D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(1):29-36.
- Rottoli, M., La Gioia, S., Frigeni, B., Barcella, V. (2017). Pathophysiology, assessment and management of multiple sclerosis fatigue: an update. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 17(4),373-379.
- Rumrill, P. D., Jr. (2009). Multiple sclerosis: Medical and psychosocial aspects, etiology, incidence, and prevalence. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 31(2), 75–82.
- Salovey, P., Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211.
- Sauder, T., Keune, P. M., Müller, R., Schenk, T., Oschmann, P., Hansen, S. (2021). Trait mindfulness is primarily associated with depression and not with fatigue in multiple sclerosis (MS): implications for mindfulness-based interventions. *BMC neurology*, 21(1), 115.
- Sayers, W. M., Creswell, J. D., Taren, A. (2015). The emerging neurobiology of mindfulness and emotion processing. In B. D. Ostafin, M. D. Robinson, & B. P. Meier (Eds.), *Handbook of mindfulness and self-regulation* (pp. 9–22).
- Sawcer, S, Jones, H.B, Feakes, R. et al. (1996). A genome screen in multiple sclerosis reveals susceptibility loci on chromosome. *Nature Genetics*, 13, 464–468.
- Schirda, B., Duraney, E., Lee, H. K., Manglani, H. R., Andridge, R. R., Plate, A., Nicholas, J. A., & Prakash, R. S. (2020). Mindfulness training for emotion dysregulation in multiple sclerosis: A pilot randomized controlled trial. *Rehabilitation Psychology*, 65(3), 206– 218.
- Schürmann, J., Margraf, J. (2018). Age of anxiety and depression revisited: A meta-analysis of two European community samples (1964-2015). *International Journal of Clinical and*

- Health Psychology*, 18(2), 102-112.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2013). (2nd ed.). *The Guilford Press*.
- Shapiro, S.L., Carlson, L.E., Astin, J.A., Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3),373-86.
- Simon, K.C., van der Mei, I.A., Munger, K.L. et al. (2010). Combined effects of smoking, anti-EBNA antibodies, and HLA-DRB1\*1501 on multiple sclerosis risk. *Neurology* , 74, 1365-1371.
- Siokas V, Tsouris Z, Aloizou AM, Bakirtzis C, Liampas I, Koutsis G, Anagnostouli M, Bogdanos DP, Grigoriadis N, Hadjigeorgiou GM, Dardiotis E. Multiple Sclerosis: Shall We Target CD33? *Genes* (Basel). 2020;11(11). doi: 10.3390/genes11111334.
- Siokas V, Katsiardanis K, Aloizou AM, Bakirtzis C, Liampas I, Koutlas E, Rudolf J, Ntinoulis K, Kountouras J, Dardiotis E, Deretzi G. Impact of Body Mass Index on the Age of Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis Onset: A Retrospective Study. *Neurol Int*. 2021;13(4):517-26. doi: 10.3390/neurolint13040051
- Slim, L., Zeman, J. (2005). Emotion Regulation Factors as Mediators Between Body Dissatisfaction and Bulimic Symptoms in Early Adolescent Girls. *The Journal of Early Adolescence*, 25(4), 478-496.
- Sokratous M, Dardiotis E, Tsouris Z, Bellou E, Michalopoulou A, Siokas V, Arseniou S, Stamati T, Tsvigoulis G, Bogdanos D, Hadjigeorgiou GM. Deciphering the role of DNA methylation in multiple sclerosis: emerging issues. *Auto Immun Highlights*. 2016;7(1):12. doi: 10.1007/s13317-016-0084-z.
- Sokratous M, Dardiotis E, Bellou E, Tsouris Z, Michalopoulou A, Dardioti M, Siokas V, Rikos D, Tsatsakis A, Kovatsi L, Bogdanos DP, Hadjigeorgiou GM. CpG Island Methylation Patterns in Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis. *J Mol Neurosci*. 2018;64(3):478-84. Epub 20180307
- Speca, M., Carlson, L.E., Goodey, E., Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: the effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 62(5),613-22.
- Surawy, C., McManus, F., Muse, K. et al. (2015). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) for Health Anxiety (Hypochondriasis): Rationale, Implementation and Case

- Illustration. *Mindfulness* 6, 382–392 .
- Σφάγγος, Κ., Τριανταφύλλου, Ν. (2001), Σκλήρυνση κατά Πλάκας. *Η γωνία του βιβλίου*, Αθήνα.
- Taillefer, S. S., Kirmayer, L. J., Robbins, J. M., Lasry, J.-C. (2003). Correlates of illness worry in chronic fatigue syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(4), 331–337.
- Tang, Y. Y., Lu, Q., Fan, M., Yang, Y., Posner, M. I. (2012). Mechanisms of white matter changes induced by meditation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109(26), 10570-10574.
- Tsivgoulis G, Katsanos AH, Grigoriadis N, Hadjigeorgiou GM, Heliopoulos I, Papathanasopoulos P, Kilidireas C, Voumvourakis K, Dardiotis E. The Effect of Disease Modifying Therapies on Disease Progression in Patients with Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One*. 2015;10(12):e0144538. doi: 10.1371/journal.pone.0144538
- Vattakatuchery, J.J., Rickards, H., Cavanna, A.E. (2011). Pathogenic mechanisms of depression in multiple sclerosis. *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neurosciences*, 23(3), 261-276.
- Vestergaard-Poulsen, P., van Beek, M., Skewes, J., Bjarkam, C.R., Stubberup, M., Bertelsen, J., Roepstorff, A. (2009). Long-term meditation is associated with increased gray matter density in the brain stem. *Neuroreport*, 20(2), 170-174.
- Villani, D., Grassi, A., Riva, G. (2011). *Tecnologie Emotive: Nuovi Media per Migliorare la Qualità della Vita e Ridurre lo Stress*, LED, Milano, Italy.
- Viner, R, Fiest, K.M., Bulloch, A.G., Williams, J.V., Lavorato, D.H., Berzins, S., Jetté, N., Metz, L.M., Patten, S.B. (2014). Point prevalence and correlates of depression in a national community sample with multiple sclerosis. *General Hospital Psychiatry*, 36(3), 352-354.
- Wallin, M.T., Wilken, J.A., Turner, A.P., Williams, R.M., Kane, R. (2006). Depression and multiple sclerosis: Review of a lethal combination. *International Journal of Rehabilitation Research*, 43(1), 45-62.
- Werner, K., Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual



framework. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 13–37). The Guilford Press.

Wingerchuk, D.M. (2012). Smoking: effects on multiple sclerosis susceptibility and disease progression. *Therapeutic advances in neurological disorders*, 5(1), 13–22.

Wood, B., van der Mei, I.A., Ponsonby, A.L., Pittas, F., Quinn, S., Dwyer, T., Lucas, R.M., Taylor, B.V. (2013). Prevalence and concurrence of anxiety, depression and fatigue over time in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 19(2), 217-224.

Zoogman, S., Goldberg, S.B., Hoyt, W.T. *et al.* (2015). Mindfulness Interventions with Youth: A Meta-Analysis. *Mindfulness*, 6, 290-302.

Zorzon, M., de Masi, R., Nasuelli, D., Ukmar, M., Mucelli, R.P., Cazzato, G., Bratina, A., Zivadinov, R. (2001). Depression and anxiety in multiple sclerosis. A clinical and MRI study in 95 subjects. *Journal of Neurology*, 248(5), 416-421.

Zorzon, M., Zivadinov, R., Nasuelli, D., Ukmar, M., Bratina, A., Tommasi, M.A., Mucelli, R.P., Brnabic- Razmilic, O., Grop, A., Bonfigli, L., Cazzato, G. (2002), Depressive symptoms and MRI changes in multiple sclerosis. *European Journal of Neurology*, 9(5),491-496.

Zuvich, R.L., McCauley, J.L., Pericak-Vance, M.A., Haines, J.L. Genetics and pathogenesis of multiple sclerosis. (2009). *Seminars of Immunology*, 21(6),328-333.

Ωρολογάς Α. (2005), Σκλήρυνση κατά πλάκας. Θεσσαλονίκη.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ ΣΕ ΕΡΕΥΝΑ ΜΕ ΘΕΜΑ ΤΗΝ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΑΓΧΟΣ, ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Ονομάζομαι Μυρόπη Στάμου και είμαι ψυχολόγος και φοιτήτρια του προγράμματος μεταπτυχιακών σπουδών Νευροαποκατάστασης του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Στο πλαίσιο της διπλωματικής μου εργασίας για τη λήψη του μεταπτυχιακού μου διπλώματος, πραγματοποιώ έρευνα με θέμα την επίδραση της ενσυνειδητότητας στο άγχος, την κατάθλιψη, και την ποιότητα ζωής ασθενών με Σκλήρυνση κατά Πλάκας. Η έρευνά μου εποπτεύεται από τον κ. Πατρικέλη Παναγιώτη, καθηγητή του μεταπτυχιακού προγράμματος Νευροαποκατάστασης.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι εθελοντική και μπορείτε να αποχωρήσετε από αυτή οποιαδήποτε στιγμή επιθυμείτε. Εφόσον συμφωνήσετε να συμμετέχετε στην έρευνα, θα σας ζητήσω να συμπληρώσετε ανώνυμα ένα ερωτηματολόγιο μια φορά πριν την έναρξη του προγράμματος και μια ακόμη φορά αμέσως μετά τη λήξη του προγράμματος, δηλαδή 8 εβδομάδες αργότερα.

Ο εκτιμώμενος χρόνος που θα χρειαστείτε για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι περίπου 15 με 20 λεπτά της ώρας (σε κάθε κλίμακα του ερωτηματολογίου αναγράφεται ο εκτιμώμενος χρόνος συμπλήρωσης).

Εάν έχετε οποιαδήποτε απορία σχετικά με τη συμμετοχή σας στην έρευνα και τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, μπορείτε να απευθυνθείτε σε εμένα. Το όνομα σας δε θα ζητηθεί, δε θα φαίνεται πουθενά και η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων θα γίνει στο σύνολο των συμμετεχόντων με κωδικούς. Σας εγγυώμαι πως θα τηρηθεί το απόρρητο των προσωπικών σας δεδομένων και πως πρόσβαση στα ανώνυμα δεδομένα θα έχουμε μόνο εγώ και ο επόπτης μου.

Επικεφαλίδα: ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Επιθυμώ να συμμετέχω στην συγκεκριμένη έρευνα και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και η συμμετοχή μου στο πρόγραμμα αποτελεί από εμένα δήλωση συγκατάθεσης.

Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι πολύτιμη για εμένα. Σας ευχαριστώ πολύ για τη συνεργασία και το χρόνο σας.

Μυρόπη Στάμου, Ψυχολόγος, εκπ. Προσωποκεντρική και focusing-βιωματική ψυχοθεραπεύτρια

Επικοινωνία: 6955902968, Mystamou@uth.gr

### 1. Δημογραφικά στοιχεία

Ημερομηνία :...../...../.....

#### 1.1 Φύλο

Ανδρας

Γυναίκα

#### 1.2 Εκπαιδευτικό επίπεδο

Πρωτοβάθμια εκπαίδευση

Δευτεροβάθμια εκπαίδευση

Τριτοβάθμια εκπαίδευση

Μεταπτυχιακές σπουδές

#### 1.3 Ηλικία

18-25

25-40

40-55

55 και άνω

#### 1.4 Στο παρόν εργάζεστε;

Ναι

Όχι

#### 1.5 Τύπος ΣκΠ

Υποτροπιάζουσα μορφή ΣκΠ

Επικεφαλίδα: ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

Δευτεροπαθή προϊούσα μορφή ΣκΠ

Πρωτοπαθή προϊούσα μορφή ΣκΠ

Προοδευτική υποτροπιάζουσα μορφή Σκπ

Δε γνωρίζω

(Απαντήστε βάζοντας ένα X στο αντίστοιχο κουτάκι)

Στις παρακάτω προτάσεις επιλέξτε έναν αριθμό από το 1 έως το 6, για να προσδιορίσετε πόσο συχνά συμπεριφέρεστε με αυτό τον τρόπο. Η κλίμακα έχει ως εξής:

1= Σχεδόν πάντα

2=Πολύ συχνά

3=Συχνά

4=Σπάνια

5=Πολύ σπάνια

6=Σχεδόν ποτέ

\_\_\_ 2.1 Θα μπορούσα να αισθανθώ κάποιο συναίσθημα και να μην το συνειδητοποιήσω αμέσως.

\_\_\_ 2.2 Σπάω ή ρίχνω πράγματα λόγω απροσεξίας ή γιατί η σκέψη μου βρίσκεται κάπου άλλου.

\_\_\_ 2.3 Δυσκολεύομαι να εστιάσω σε αυτό που συμβαίνει στην παρούσα στιγμή.

\_\_\_ 2.4 Περπατώ γρήγορα για να πάω στον προορισμό μου, χωρίς να δίνω προσοχή κατά μήκος της διαδρομής.

\_\_\_ 2.5 Συχνά δεν παρατηρώ τα σημάδια έντασης ή κόπωσης στον εαυτό μου έως ότου αυτά χρειαστούν πραγματικά την προσοχή μου.

\_\_\_ 2.6 Ξεχνώ το όνομα ενός ανθρώπου που γνωρίζω, σχεδόν την ίδια στιγμή.

\_\_\_ 2.7 Φαίνεται ότι λειτουργώ αυτόματα, χωρίς να συνειδητοποιώ τι κάνω.

\_\_\_ 2.8 Βιάζομαι κατά τη διάρκεια δραστηριοτήτων, χωρίς να προσέχω πραγματικά τι κάνω.

\_\_\_ 2.9 Συγκεντρώνομαι τόσο στο στόχο που θέλω να επιτύχω, όπου χάνω επαφή με αυτό που κάνω τη δεδομένη στιγμή για να κατορθώσω να φθάσω εκεί.

\_\_\_ 2.10 Κάνω δουλειές αυτόματα, χωρίς να γνωρίσω από που ξεκίνησε αυτό που κάνω

\_\_\_ 2.11 Τείνω να ακούω κάποιον με τη μισή μου προσοχή, ενώ κάνω και κάτι άλλο συγχρόνως.

\_\_\_ 2.12 Οδηγώ σε προορισμούς αυτόματα και έπειτα αναρωτιέμαι γιατί πήγα εκεί.

\_\_\_ 2.13 Τείνω να ανησυχώ για το μέλλον ή το παρελθόν.

\_\_\_ 2.14 Παρατηρώ ότι κάνω πράγματα χωρίς να προσέχω.

\_\_\_ 2.15 Τσιμπάω χωρίς να αντιλαμβάνομαι ότι τρώω.

Απαντήστε αυθόρμητα στα παρακάτω ερωτήματα επιλέγοντας από 0 έως 3 την απάντηση που σας εκφράζει.

### 3.1 Νιώθω ανήσυχος ή τρομαγμένος.

0=Καθόλου

3=Τον περισσότερο καιρό

### 3.2 Νιώθω σαν να έχουν πέσει οι ρυθμοί μου.

0=Καθόλου

3=Σχεδόν όλο τον καιρό

### 3.3 Δεν απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω.

0= Δεν ισχύει καθόλου,απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω.

3= Ισχύει απόλυτα, δεν απολαμβάνω τα πράγματα που συνήθιζα να απολαμβάνω.

### 3.4 Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να έχω "πεταλούδες" στο στομάχι μου.

0=Καθόλου

3=Πολύ συχνά

### 3.5 Αντιμετωπίζω κάποιο συναίσθημα φόβου σαν να πρόκειται κάτι τρομακτικό να συμβεί.

0=Καθόλου

3= Ακριβώς, μάλιστα σε σοβαρό βαθμό

**3.6 Έχασα το ενδιαφέρον για την εμφάνιση μου.**

0= Όχι, την φροντίζω όπως πάντοτε

3=Ακριβώς

**3.7 Δε μπορώ να γελώ και να βλέπω τη χαρωπή όψη των πραγμάτων.**

0= Δεν ισχύει, μπορώ να γελώ και να βλέπω τη χαρωπή όψη των πραγμάτων

3= Ισχύει απόλυτα, δε μπορώ να γελώ και να βλέπω τη χαρωπή όψη των πραγμάτων

**3.8 Νιώθω νευρικός κι ανήσυχος, σαν να πρέπει συνέχεια να κινούμαι.**

0= Καθόλου

3= Μάλιστα σε πολύ μεγάλο βαθμό

**3.9 Ανήσυχες σκέψεις περνούν από το μυαλό μου.**

0= Πολύ λίγο

3=Πάρα πολύ καιρό

**3.10 Δεν προσμένω με χαρά διάφορα πράγματα.**

0= Δεν ισχύει, τα προσμένω όπως στο παρελθόν

3= Ισχύει, δεν προσμένω

**3.11 Νιώθω άκεφος.**

0= Σπάνια

3= Τον περισσότερο καιρό

**3.12 Αντιμετωπίζω αιφνίδια συναισθήματα πανικού.**

0= Καθόλου

3= Πράγματι πολύ συχνά

**3.13 Όταν είμαι αναστατωμένος/η (συναισθηματικά), δυσκολεύομαι να ολοκληρώσω μια δουλειά.**

0= Δεν μου συμβαίνει ποτέ

3= Μου συμβαίνει σχεδόν πάντα

**3.14 Δεν μπορώ να κάθομαι άνετα και να νιώθω χαλαρωμένος.**

0= Δεν ισχύει, μπορώ να χαλαρώνω

3= Ισχύει, δε μπορώ καθόλου να χαλαρώσω.

**3.15 Δε μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα.**

0=Καθόλου

3= Ισχύει, πολύ σπάνια μπορώ να απολαμβάνω ένα ενδιαφέρον βιβλίο ή ένα ραδιοφωνικό/τηλεοπτικό πρόγραμμα

Στις παρακάτω προτάσεις επιλέξτε έναν αριθμό από το 1 έως το 7 για να δώσετε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει. Η κλίμακα έχει ως εξής:

1= Διαφωνώ απόλυτα

7=Συμφωνώ απόλυτα

**\_\_4.1 Όταν θέλω να νιώσω περισσότερο θετικό συναίσθημα (όπως χαρά ή διασκέδαση) αλλάζω τον τρόπο που σκέφτομαι.**

**\_\_4.2 Κρατάω τα συναισθήματά μου για τον εαυτό μου.**

**\_\_4.3 Όταν θέλω να νιώσω λιγότερο αρνητικό συναίσθημα (όπως λύπη ή θυμό), αλλάζω τον τρόπο που σκέφτομαι.**

**\_\_4.4 Όταν νιώθω θετικά συναισθήματα, προσέχω να μη τα εκφράζω .**

**\_\_4.5 Όταν βρίσκομαι αντιμέτωπος/η με μια στρεσογόνο κατάσταση, κάνω τον εαυτό μου να σκέφτεται γι'αυτήν με ένα τρόπο που με βοηθάει να παραμένω ήρεμος/η.**

**\_\_4.6 Ελέγχω τα συναισθήματά μου με το να μην τα εκφράζω.**

**\_\_4.7 Όταν θέλω να νιώσω πιο θετικό συναίσθημα, αλλάζω τον τρόπο που σκέφτομαι για την κατάσταση.**

**\_\_4.8 Ελέγγω τα συναισθήματά μου αλλάζοντας τον τρόπο που σκέφτομαι για την κατάσταση στην οποία βρίσκομαι.**

**\_\_4.9 Όταν νιώθω αρνητικά συναισθήματα σιγουρεύω το να μην τα εκφράζω.**

**\_\_4.10 Όταν θέλω να νιώσω λιγότερο αρνητικό συναίσθημα, αλλάζω τον τρόπο που σκέφτομαι για την κατάσταση.**

Οι παρακάτω ερωτήσεις αφορούν την υγεία σου και τις καθημερινές σου δραστηριότητες. Απάντησε σε όλες τις ερωτήσεις κυκλώνοντας τον αντίστοιχο αριθμό (1, 2, 3, ...). Αν δεν είσαι σίγουρος /η για την απάντηση σε κάποια από τις ερωτήσεις, παρακαλώ να δώσεις την καλύτερη δυνατή απάντηση.

### **5.1 Γενικά, θα χαρακτήριζες την υγεία σου ως:**

1=Άριστη

5=Άσχημη

### **5.2 Συγκριτικά με ένα χρόνο πριν, πώς θα αξιολογούσες την υγεία σου τώρα;**

1= Πολύ καλύτερη τώρα από ότι ένα χρόνο πριν

5= Πολύ χειρότερη τώρα από ότι ένα χρόνο πριν

Οι ερωτήσεις που ακολουθούν αφορούν δραστηριότητες που ίσως εκτελεστούν κατά τη διάρκεια μιας συνηθισμένης μέρας. Σε περιορίζει η υγεία σου σε αυτές τις δραστηριότητες; Αν ναι σε ποιο βαθμό;

### **5.3 Έντονες δραστηριότητες, όπως το τρέξιμο, το σήκωμα αντικειμένων που είναι βαριά, η συμμετοχή σε αθλήματα που απαιτούν έντονη δραστηριότητα.**

1= Ναι, με περιορίζει πολύ

3= Όχι, δε με περιορίζει καθόλου

### **5.4 Μέτριες δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, το σπρώξιμο της ηλεκτρικής σκούπας, το μπόουλινγκ, το γκολφ.**

1= Ναι, με περιορίζει πολύ

3= Όχι, δε με περιορίζει καθόλου



**5.5 Να σηκώνεις ή να μεταφέρεις ψώνια.**

1= Ναι, με περιορίζει πολύ

3= Όχι, δε με περιορίζει καθόλου

**5.6 Να ανέβεις τις σκάλες πολλών ορόφων.**

1= Ναι, με περιορίζει πολύ

3= Όχι, δε με περιορίζει καθόλου

**5.7 Να ανέβεις τις σκάλες ενός ορόφου.**

1= Ναι, με περιορίζει πολύ

3= Όχι, δε με περιορίζει καθόλου

**5.8 Να λυγίζεις το σώμα σου, να γονατίζεις ή να σκύβεις.**

1= Ναι, με περιορίζει πολύ

3= Όχι, δε με περιορίζει καθόλου

**5.9 Να περπατάς περισσότερο από ένα χιλιόμετρο.**

1= Ναι, με περιορίζει πολύ

3= Όχι, δε με περιορίζει καθόλου

**5.10 Να περπατάς αρκετά οικοδομικά τετράγωνα.**

1= Ναι, με περιορίζει πολύ

3= Όχι, δε με περιορίζει καθόλου

**5.11 Να περπατάς ένα οικοδομικό τετράγωνο.**

1= Ναι, με περιορίζει πολύ

3= Όχι, δε με περιορίζει καθόλου

**5.12 Να κάνεις μπάνιο και να ντυθείς μόνος σου.**

1= Ναι, με περιορίζει πολύ

3= Όχι, δε με περιορίζει καθόλου

Κατά τη διάρκεια των τεσσάρων προηγούμενων εβδομάδων, είχες κάποιο από τα ακόλουθα προβλήματα με τη δουλειά σου ή με άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες, εξαιτίας της σωματικής σου υγείας;

**5.13 Μείωσες το χρόνο που αφιέρωνες στη δουλειά σου ή σε άλλες δραστηριότητες;**

Ναι

Όχι

**5.14 Πέτυχες λιγότερα πράγματα από όσα θα ήθελες;**

Ναι

Όχι

**5.15 Περιορίστηκες σε ένα είδος της δουλειάς σου ή άλλης δραστηριότητας ;**

Ναι

Όχι

**5.16 Δυσκολεύτηκες να διεκπεραιώσεις τη δουλειά σου ή άλλες δραστηριότητές σου (π.χ. χρειάστηκε παραπάνω προσπάθεια);**

Ναι

Όχι

Κατά τη διάρκεια των τεσσάρων προηγούμενων εβδομάδων, είχες κάποιο από τα ακόλουθα προβλήματα με τη δουλειά σου ή με άλλες συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες, ως αποτέλεσμα κάποιων συναισθηματικών σου προβλημάτων (π.χ. ένοιωσες θλιμμένος ή ανήσυχος).

**5.17 . Μείωσες το χρόνο που αφιέρωνες στη δουλειά σου ή σε άλλες δραστηριότητες;**

Ναι

Όχι

**5.18 Πέτυχες λιγότερα πράγματα από όσα θα ήθελες ;**

Ναι

Όχι

**5.19 Δεν έκανες τη δουλειά σου ή άλλες δραστηριότητες τόσο προσεκτικά όσο συνήθως;**

Ναι

Όχι

**5.20 Κατά τη διάρκεια των τεσσάρων προηγούμενων εβδομάδων, σε ποιο βαθμό επηρέασε η σωματική σου υγεία ή οι συναισθηματικές σου διαταραχές τις συνηθισμένες κοινωνικές σου δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες ή άλλες ομάδες;**

1=Καθόλου

5=Πάρα πολύ

**5.21 Πόσο σωματικό πόνο ένοιωσες κατά τη διάρκεια των τεσσάρων προηγούμενων εβδομάδων;**

1=Καθόλου

6=Πολύ έντονο

**5.22 Κατά τη διάρκεια των τεσσάρων προηγούμενων εβδομάδων, πόσο επηρέασε ο πόνος την τυπική εργασία σου ( τόσο την εργασία εκτός οικίας όσο και την οικιακή εργασία);**

1=Καθόλου

5=Πάρα πολύ

Οι ακόλουθες ερωτήσεις σχετίζονται με το πώς αισθάνεσαι καθώς και το πώς

ήταν η κατάστασή σου, κατά τη διάρκεια των προηγούμενων τεσσάρων

εβδομάδων. Για κάθε ερώτηση, παρακαλώ δώσε την απάντηση που αντιπροσωπεύει

περισσότερο το πώς αισθανόσουν.

Πόσο χρονικό διάστημα από αυτές τις τέσσερις προηγούμενες εβδομάδες...

**5.23 Ένοιωθες γεμάτος από ζωντάνια;**

1=Όλο

6=Καθόλου

**5.24 Ήσουν πολύ νευρικός;**

1=Όλο

6=Καθόλου

**5.25 Αισθανόσουν τόσο στενοχωρημένος που τίποτα δεν θα μπορούσε να σου φτιάξει τη διάθεση;**

1=Όλο

6=Καθόλου

**5.26 Αισθανόσουν ήρεμος και γαλήνιος;**

1=Όλο

6=Καθόλου

**5.27 Είχες πάρα πολύ ενέργεια;**

1=Όλο

6=Καθόλου

**5.28 Αισθανόσουν κακόκεφος και μελαγχολικός ;**

1=Όλο

6=Καθόλου

**5.29 Αισθανόσουν εξαντλημένος;**

1=Όλο

6=Καθόλου

**5.30 Ήσουν χαρούμενος;**

1=Όλο

6=Καθόλου

**5.31 Αισθανόσουν κουρασμένος;**

1=Όλο

6=Καθόλου

**5.32 Ένιωθες ξεκούραστος κατά το πρωινό ξύπνημα;**

1=Όλο

6=Καθόλου

**5.33 Κατά τη διάρκεια των τεσσάρων προηγούμενων εβδομάδων, για πόσο χρονικό διάστημα επηρέασε η σωματική σου υγεία ή οι συναισθηματικές σου διαταραχές την κοινωνική σου δραστηριότητα (όπως τις επισκέψεις σε φίλους, συγγενείς κτλ);**

1=Συνεχώς

5=Καθόλου

Πόσο ΣΩΣΤΗ ή ΛΑΘΟΣ είναι για εσένα κάθε μια από τις παρακάτω δηλώσεις.

**5.34 Φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο πιο εύκολα από τους άλλους ανθρώπους.**

1= Αναμφισβήτητα σωστή

2= Αναμφισβήτητα λάθος

**5.35 Είμαι το ίδιο υγιής με όσους γνωρίζω.**

1= Αναμφισβήτητα σωστή

2= Αναμφισβήτητα λάθος

**5.36 Περιμένω να χειροτερέψει η υγεία μου.**

1= Αναμφισβήτητα σωστή

2= Αναμφισβήτητα λάθος

**5.37 Η υγεία μου είναι τέλεια.**

1= Αναμφισβήτητα σωστή

2= Αναμφισβήτητα λάθος

Πόσο χρονικό διάστημα κατά τη διάρκεια των τεσσάρων προηγούμενων εβδομάδων...

**5.38 Αποθαρρύνθηκες λόγω των προβλημάτων της υγείας σου;**

1=Όλο

6=Καθόλου

**5.39 Ήσουν αναστατωμένος εξαιτίας της υγείας σου;**

1= Όλο

6=Καθόλου

**5.40 Σε ανησυχούσε το θέμα της υγείας σου;**

1= Όλο

6=Καθόλου

**5.41 Ενοιωθες πολύ πεσμένος εξαιτίας των προβλημάτων της υγείας σου;**

1= Όλο

6=Καθόλου

**5.42 Γενικά πως θα αξιολογούσες την ποιότητα της ζωής σου;**

1=Η χειρότερη πιθανή ποιότητα ζωής Τόσο άσχημα ή και χειρότερα από το να έχω πεθάνει

10=Η καλύτερη πιθανή ποιότητα ζωής

**5.43 Αν θέλετε, γράψτε λίγα λόγια σχετικά με το αν σας βοήθησε το πρόγραμμα mindfulness των 8 εβδομάδων. Αν παρατηρείτε αλλαγές, ποιες είναι αυτές;**

Τέλος, για λόγους στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων, θα ήθελα εδώ να δημιουργήσετε τον προσωπικό σας κωδικό, τον οποίο θα γνωρίζετε ΜΟΝΟ εσείς και θα χρειαστεί να τον ΘΥΜΑΣΤΕ και για την επόμενη φορά που θα συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο , μετά το τέλος του προγράμματος. Μπορείτε να τον σημειώσετε κάπου αν θέλετε. Σαν κωδικό χρησιμοποιούμε το αρχικό γράμμα του ονόματός μας ή του ονόματος κάποιου που αγαπάμε και έναν διψήφιο αριθμό (μπορεί να είναι η ημέρα των γενεθλίων σας). Για παράδειγμα, με λένε Μυρόπη και τα γενέθλια μου είναι στις 17 Μαΐου. Θα χρησιμοποιήσω ως κωδικό : M17.

Κατάλογος Εικόνων και Πινάκων

1. Γεωγραφική κατανομή της ΣκΠ.....	14
2. Διαγνωστικά κριτήρια για ΣκΠ.....	16
3. Κύρια συμπτώματα στη ΣκΠ και συχνότητα εμφάνισης.....	15
4. Διαταραχές άγχους στη ΣκΠ και συχνότητα εμφάνισης.....	20
5. Δεδομένα κλινικών και νευροαπεικονιστικών μελετών που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ συναισθηματικής ρύθμισης και κατάθλιψης.....	32
6. Σχηματικό μοντέλο Ενσυνειδητότητας- Συναισθηματικής Ρύθμισης- Άγχους – Κατάθλιψης .....	42
7. Δομή διαδικτυακού προγράμματος ενσυνειδητότητας ανά εβδομάδα με βάση το πρόγραμμα MBSR .....	48
8. Μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις των υπό εξέταση μεταβλητών πριν και μετά την παρέμβαση .....	51
9. Συχνότητες .....	53
10. Δείκτες συσχέτισης μεταξύ των υπό εξέταση μεταβλητών πριν και μετά την παρέμβαση .....	54
11. Παλινδρομήσεις.....	55
12. Βιωματικές αναφορές ασθενών μετά τη λήξη της παρέμβασης .....	57

