



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

***Πώς επιδρά η αρνητική ψυχολογική
κατάσταση στη φυσικοθεραπευτική
αποκατάσταση των ασθενών με
Σκλήρυνση Κατά Πλάκας***

Φοιτήτρια: Σεϊντή Ειρήνη

Επιβλέπων Καθηγητής: Κουτσογιάννης Κωνσταντίνος

Αίγιο-2020

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Περίληψη	5
Εισαγωγή	7
Κεφάλαιο 1^ο – Η ανατομία της ΣΚΠ	8
1. Ο ορισμός της ΣΚΠ	8
2. Ιστορική εξέλιξη της νόσου	8
3. Αιτιολογία της νόσου	9
3.1. Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες	9
3.2. Γενετικοί παράγοντες	9
4. Επιδημιολογία της ΣΚΠ	10
5. Συμπτωματολογία της ΣΚΠ	10
6. Εξέλιξη της νόσου	12
6.1. Υποτροπιάζουσα μορφή (RRMS)	12
6.2. Πρωτοπαθής προϊούσα μορφή (PPMS)	12
6.3. Δευτεροπαθής προϊούσα μορφή (SPMS)	12
6.4. Προϊούσα υποτροπιάζουσα (PRMS)	13
7. Ιατρικές εξετάσεις	13
7.1. Οσφυονωτιαία παρακέντηση	13
7.2. Ηλεκτροφυσιολογικές εξετάσεις	14
7.2.1. Προκλητά δυναμικά	14
7.2.2. Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα	14
7.2.3. Ηλεκτρονυσταγμογραφία	15
7.3. Απεικονιστικές εξετάσεις ελέγχου του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού	15
7.3.1. Αξονική τομογραφία εγκεφάλου (CT)	15
7.3.2. Μαγνητική τομογραφία (MRI)	16
8. Διάγνωση	16
9. Θεραπεία	17
Κεφάλαιο 2^ο – Παράγοντες που επηρεάζουν τους ασθενείς με ΣΚΠ	18
1. Η ζωή μετά την διάγνωση των ασθενών με ΣΚΠ	18
2. Αντιμετώπιση της νόσου	18
3. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ζωή των ασθενών με ΣΚΠ	18

4. Οι ψυχολογικοί παράγοντες και η αντιμετώπισή τους	19
4.1. Ψυχικές διαταραχές	19
4.2. Κατάθλιψη	20
4.2.1. Η συχνότητα της κατάθλιψης στην ΣΚΠ	21
4.2.2. Περιοχή των εγκεφαλικών βλαβών	23
4.2.3. Αυτοκτονία και ΣΚΠ	25
4.2.4. Άγχος και κατάθλιψη στην ΣΚΠ	27
4.2.5. Κούραση και κατάθλιψη στην ΣΚΠ	28
4.2.6. Γνωστική δυσλειτουργία και κατάθλιψη στην ΣΚΠ	29
4.2.7. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες	31
4.2.8. Ιντερφερόνη και κατάθλιψη στην ΣΚΠ	32
4.2.9. Θεραπεία της κατάθλιψης στην ΣΚΠ	33
4.3. Στρες	34
4.4. Άλλες ψυχιατρικές διαταραχές	35
4.4.1. Διπολική συναισθηματική διαταραχή	35
4.4.2. <i>Ευφορία</i>	35
4.4.3. <i>Παθολογικό γέλιο ή κλάμα</i>	36
4.4.4. <i>Ψύχωση</i>	36
4.4.5. <i>Διαταραχές συμπεριφοράς</i>	36
5. Σωματικοί παράγοντες που επηρεάζουν τους ασθενείς με ΣΚΠ	36
5.1. Η φυσική κατάσταση	36
5.2. Δυσλειτουργία ουροδόχου κύστης και διαταραχή Σεξουαλικότητας	37
5.3. Προβλήματα όρασης και λοιπών αισθήσεων	37
5.4. Νευροπαθητικός και μυοσκελετικός πόνος	38
6. Η αυτονομία των ασθενών με ΣΚΠ	38
7. Κοινωνικές σχέσεις	38
8. Οικονομικό κόστος	39
Κεφάλαιο 3^ο – Η φυσικοθεραπεία ως παράγοντας αντιμετώπισης της ΣΚΠ	
1. Θεραπευτική στρατηγική για τον ασθενή με ΣΚΠ	40

2. Φυσικοθεραπεία και ΣΚΠ	40
3. Προσδιορισμός της φυσικοθεραπείας στην ΣΚΠ	41
4. Ο ρόλος της φυσικοθεραπείας στην υγεία	41
5. Η θεραπευτική συμβολή της φυσικοθεραπείας στη ΣΚΠ	41
6. Στόχοι της φυσικοθεραπείας σε ασθενή με ΣΚΠ	42
7. Φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση στη ΣΚΠ	42
7.1. Προβλήματα βάδισης	42
7.2. Φυσικοθεραπευτική αξιολόγηση της βάδισης	43
7.3. Η φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση της βάδισης	44
8. Η σημασία της φυσικοθεραπείας στον ασθενή με ΣΚΠ	46
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	48
ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ	49
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	50

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας ή Πολλαπλή Σκλήρυνση, όπως αλλιώς ονομάζεται, είναι μια χρόνια, φλεγμονώδης νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος, που χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση εστιών απομυελίνωσης σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού.

Ανάλογα με την εντόπιση των βλαβών, είναι δυνατόν να προσβληθεί η κινητική όσο και η αισθητική οδός του κεντρικού νευρικού συστήματος με επίδραση στην κίνηση, στην αφή ή σε άλλες αισθήσεις, γι' αυτό και έχει επιπτώσεις στην επαγγελματική σταδιοδρομία, στην οικογενειακή και στην κοινωνική ζωή των ασθενών, οι οποίοι στην πλειοψηφία τους βρίσκονται στην τρίτη ή τέταρτη δεκαετία της ζωής τους.

Δε μεταδίδεται, δεν είναι κληρονομική (πιθανόν να οφείλεται σε κάποιον ιό), δεν είναι γνωστή η ακριβής αιτιολογία της. Ο λόγος για τη Σκλήρυνση κατά Πλάκας (ΣΚΠ), που είναι η πιο συχνή νευρολογική πάθηση σε νεαρούς ενήλικες και προσβάλλει περίπου 450,000 Ευρωπαίους και 2,5 εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως.

Μέχρι σήμερα μπορεί να μην υπάρχει θεραπεία, η νόσος όμως αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με ανοσοτροποποιητικά φάρμακα που βοηθούν στη μείωση των υποτροπών και στην επιβράδυνση της αναπηρίας. Οι ασθενείς, λοιπόν, πρέπει να καταλάβουν ότι με την έγκαιρη αντιμετώπιση και τη σωστή θεραπεία, μπορούν να ζήσουν μια γεμάτη και ενεργό ζωή.

Η ΣΚΠ είναι μια πολύ εξασθεσιμένη νόσος και πλήττει διαφορετικά τον καθένα. Ορισμένα άτομα ζουν με τη νόσο και χωρίς συμπτώματα για κάποιο χρονικό διάστημα πριν τη διάγνωση. Άλλα άτομα μπορεί να μην εκδηλώσουν καμία υποτροπή επί σειρά ετών μετά τη διάγνωση, ενώ άλλα μπορεί να παρουσιάσουν οξεία συμπτώματα ή ταχεία εξέλιξη της νόσου. Δυστυχώς μέχρι και σήμερα δεν είναι δυνατό να προβλεφθεί η πορεία και η βαρύτητα της νόσου σε κάθε ασθενή. Η ανίχνευση της ΣΚΠ και η έναρξη της θεραπείας όσο το δυνατό νωρίτερα είναι ο καλύτερος τρόπος για τη μακροχρόνια αντιμετώπιση της νόσου. Σήμερα, υπάρχουν πολλά εγκεκριμένα σκευάσματα που επιβραδύνουν την πορεία της νόσου και βοηθούν στον έλεγχο των συμπτωμάτων.

Σήμερα, οι πάσχοντες από ΣΚΠ έχουν στη διάθεσή τους πολυάριθμες εγκεκριμένες θεραπευτικές επιλογές. Η επιλογή της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, η διατήρησή της και η στενή συνεργασία με την θεραπευτική ομάδα, μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στον επιτυχή έλεγχο της ΣΚΠ.

ABSTRACT

Multiple Sclerosis is a chronic, inflammatory disease of the central nervous system, characterized by the appearance of apo-myelination foci in various areas of the brain and spinal cord.

Depending on the location of the lesions, the motor and aesthetic pathways of the central nervous system may be affected by movement, touch or other sensations, which may affect their professional careers, family and social life. patients who are in their majority in the third or fourth decade of their lives.

It is not transmitted, it is not hereditary (possibly due to a virus), its exact reason is not known. The cause of multiple sclerosis (MS), the most common neurological disorder in young adults, affects about 450,000 Europeans and 2.5 million people worldwide.

To date, there may be no cure, but the disease is effectively treated with immunomodulatory drugs that help reduce relapses and slow down disability. Patients should therefore understand that with timely treatment and proper treatment, they can live a full and active life.

MS is a very personalized disease and affects everyone differently. Some people live with the disease without symptoms for some time before diagnosis. Some people may have no recurrence for many years after diagnosis, while others may have more severe symptoms or a faster progression of the disease. Unfortunately, to date, it is not possible to predict the course and severity of the disease in each patient. Finding MS and starting treatment as early as possible is the best way to treat the disease in the long term. Today, there are many approved preparations that slow down the course of the disease and help control the symptoms.

Today, people with MS have a number of approved treatment options available.

Choosing the right medication, maintaining it, and working closely with the treatment team can make a significant contribution to the successful control of MS.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας είναι μία χρόνια νόσος, η οποία προσβάλλει το κεντρικό νευρικό σύστημα και πιο συγκεκριμένα τον εγκέφαλο και τον νωτιαίο μυελό. Η νόσος αυτή παρουσιάζεται κυρίως σε νέα άτομα, ηλικίας 20-40 ετών. Οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τους άνδρες σε αναλογία 3:1. Στην σκλήρυνση κατά πλάκας, το περίβλημα που προστατεύει τις νευρικές ίνες (μυελίνη) καταστρέφεται με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η μετάδοση μηνυμάτων από τον εγκέφαλο προς το σώμα αλλά και το αντίστροφο. Οι βλάβες που επέρχονται μπορεί να είναι μόνιμες ή αναστρέψιμες σε άλλοτε άλλο βαθμό. Τα υπολείμματα που παραμένουν μετά από κάθε έξαρση της νόσου αθροίζονται και μπορούν να προκαλέσουν μόνιμη αναπηρία.

Στην παρούσα εργασία θα ασχοληθούμε στον πρώτο κεφάλαιο με την ανάλυση της νόσου αυτής όσον αφορά την εξέλιξή της, την διάγνωσή της, τα συμπτώματά της και γενικότερα την ανατομία της.

Στη συνέχεια στο δεύτερο κεφάλαιο θα αναφερθούμε στα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με ΣΚΠ και γενικότερα τους ψυχολογικούς και σωματικούς παράγοντες που επιδρούν στην μετά διάγνωση επιβίωσή τους.

Τέλος, στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρουμε την θεραπευτική προσέγγιση της φυσικοθεραπείας στους ασθενείς με ΣΚΠ και τον ιδιαίτερο ρόλο που διαδραματίζει στην καλύτερη ποιότητα ζωής τόσο των ίδιων και των οικογενειών τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο Η ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΚΑΤΑ ΠΛΑΚΑΣ

1. Ο Ορισμός της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας

Η Σκλήρυνση κατά πλάκας (ΣΚΠ), είναι μια χρόνια νευρολογική νόσος, η οποία επηρεάζει κυρίως τις νεαρές ηλικίες και λιγότερο τη μέση ηλικία. Είναι η πιο κοινή νευρολογική νόσος που προσβάλλει το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ), το οποίο αποτελείται από τον εγκέφαλο και το μυελό των οστών.

Η ΣΚΠ χαρακτηρίζεται ως αυτοάνοσο νόσημα. Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται, όταν ο οργανισμός δεν αναγνωρίζει κάποιους ιστούς για δικούς του και τους επιτίθεται προκαλώντας βλάβες. Στην ΣΚΠ το ανοσοποιητικό σύστημα και συγκεκριμένα τα Τ-λεμφοκύτταρα επιτίθενται στη μυελίνη, που περιβάλλει και μονώνει τους νευράξονες (άξονες των νευρικών κυττάρων), μέσω των οποίων μεταδίδεται η πληροφορία σ' ένα άλλο κύτταρο, με αποτέλεσμα τα μηνύματα από και προς τον εγκέφαλο να μη μεταδίδονται σωστά. Πρόκειται λοιπόν για μια απομυελινωτική νόσο που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενες εστιακές και πολυεστιακές προσβολές του ΚΝΣ.

Μετά από μια πρώτη προσβολή από την ασθένεια, μπορεί να επέλθει ίαση και επιστροφή σε μια κανονική λειτουργία. Όμως δημιουργείται μια πλάκα, ένα είδος ουλής μέσα στο ΚΝΣ, η οποία μπορεί να επηρεάζει μόνιμα την κινητική και αισθητική λειτουργία. Η νόσος μπορεί να παρουσιάσει υποτροπή, με νέες προσβολές της μυελίνης, οι οποίες μπορούν να πλήξουν οποιοδήποτε μέρος του ΚΝΣ. Με την εξέλιξη αυτή δημιουργούνται πολλές πλάκες στο εγκέφαλο και στο νωτιαίο μυελό.

Η κλινική εικόνα του κάθε ασθενούς είναι διαφορετική ανάλογα με το που ακριβώς θα προσβληθεί η μυελίνη του. Για το λόγο αυτό οι ερευνητές την έχουν παρομοιάσει με δακτυλικό αποτύπωμα, λόγω της μοναδικότητας που τη χαρακτηρίζει ανά περίπτωση.

Βασικό στοιχείο της νόσου είναι ότι δεν είναι μεταδοτική, ψυχική και προσβάλλει περισσότερο την λευκή φυλή και ειδικότερα τις γυναίκες. Προκαλεί στους ασθενείς αρκετές λειτουργικές διαταραχές και αναπηρία, με αποτέλεσμα οικονομικό, ψυχολογικό, επαγγελματικό και κοινωνικό κόστος τόσο στους ίδιους όσο και στις οικογένειές τους. (B. Κεκάτος, 2001)

2. Ιστορική εξέλιξη της νόσου

Η πρώτη γνωστή περιγραφή της νόσου φαίνεται να είναι της St. Lidwina of Schiedam, η οποία έζησε κατά τον 14^ο αιώνα στη Γερμανία και ιστορικές αναφορές δείχνουν ότι έπασχε από μία ασθένεια με πολλά κοινά στοιχεία της ΣΚΠ. Μετά από πτώση που είχε σε παγοδρομία, παρουσίασε πονοκεφάλους και περπατούσε με δυσκολία.

Επόμενη αναφορά γίνεται στο ημερολόγιο του Augustu D'Este, εγγονού του Γεωργίου του Γ', το 1822. Κατά την διάρκεια του Μεσαίωνα περιγράφονται περιπτώσεις ασθενών με κλινική εικόνα που προσομοίαζαν με την ΣΚΠ. Οι γιατροί δεν μπορούσαν να καταλάβουν τι ακριβώς παρατηρούσαν και κατέγραφαν, αλλά τα στοιχεία, οι περιγραφές, οι αυτοψίες που έγιναν «φωτογραφίζουν» την ΣΚΠ.

Ο Robert Carswell (1793–1857), ένας Βρετανός καθηγητής της παθολογίας, και ο Jean Cruveilhier (1791–1873), ένας Γάλλος καθηγητής της παθολογικής ανατομίας, είχαν περιγράψει και απεικονίσει πολλά από τα κλινικά στοιχεία της νόσου, χωρίς όμως να την ταυτοποιήσουν ως ξεχωριστή ασθένεια. Συγκεκριμένα, ο Carswell, περιέγραψε τις βλάβες που διέγνωσε στον οργανισμό ως «μια αξιοσημείωτη βλάβη του νωτιαίου μυελού που συνοδεύεται από ατροφία».

Ο Γάλλος νευρολόγος Jean-Martin Charcot (1825–1893) ήταν ο πρώτος που αναγνώρισε την Σκλήρυνση Κατά Πλάκας ως ξεχωριστή ασθένεια το 18681. Λαμβάνοντας υπόψιν του τα ευρήματα των άλλων επιστημόνων που είχαν ασχοληθεί με την εν λόγω ασθένεια και προσθέτοντας και τις δικές του κλινικές και παθολογικές παρατηρήσεις, ο Charcot ονόμασε την ασθένεια «σκλήρυνση κατά πλάκας».

Τα τρία κλινικά σημάδια της ΣΚΠ που είναι τώρα γνωστά ως τριάδα του Charcot είναι ο νυσταγμός, το τρέμουλο και ο τηλεγραφικός λόγος (βιαστικός λόγος), αν και αυτά τα σημάδια δεν εμφανίζονται αποκλειστικά στην ΣΚΠ. Ο Charcot παρατήρησε επίσης αλλαγές στην γνωστική λειτουργία, περιγράφοντας τους ασθενείς του ως άτομα με «σημαντική εξασθένηση της μνήμης» και «αντιλήψεις που σχηματίζονται με αργό ρυθμό». (*M. Clanet., 2008*).

Ο Ελβετός παθολόγος Georg Eduard Rindfleisch (1836-1908) ανέφερε το 1863 ότι η μικροσκοπική ανάλυση δείχνει φλεγμονές που σχετίζονται με βλάβες, διάσπαρτες γύρω από τα αιμοφόρα αγγεία. (*H.Lassmann, 1999 & 2005*)

Ωστόσο, κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα αναπτύχθηκαν θεωρίες σχετικά με τα αίτια και την παθογένεια, ενώ στη δεκαετία του 1990 έκαναν την εμφάνισή τους κάποιες αποτελεσματικές θεραπείες. (*A. Compston, 2008*)

3. Αιτιολογία της νόσου

Ο μηχανισμός γένεσης της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας είναι κατά το μεγαλύτερο του ποσοστό ακόμα άγνωστος. Σύμφωνα με τα πλέον πρόσφατα επιστημονικά πορίσματα, τα συμπτώματά της μπορεί να είναι το αποτέλεσμα πολλών και διαφορετικών παθογόνων διεργασιών, έτσι ώστε σήμερα πλέον να υφίσταται η υπόθεση ότι η πολλαπλή σκλήρυνση εμφανίζεται με πολλές παραλλαγές.

Η ΣΚΠ συμβαίνει πιθανότατα ως αποτέλεσμα συνδυασμού περιβαλλοντολογικών και γενετικών παραγόντων.

3.1. Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες:

- i. Μόλυνση από κάποιον ιό μπορεί να έχει ως συνέπεια τη δυσλειτουργία του ανοσολογικού συστήματος και δευτερογενώς τη βλάβη του κεντρικού νευρικού συστήματος
- ii. Έλλειψη βιταμίνης D, η οποία λειτουργεί ως ρυθμιστής του ανοσοποιητικού συστήματος, η δυσλειτουργία του οποίου θεωρείται μείζονος σημασίας στην παθογένεια της ΣΚΠ. Ωστόσο δεν έχει αποδειχθεί ότι η χορήγηση της βιταμίνης D μπορεί να προλάβει ή να υποστρέψει τη νόσο.
- iii. Η ΣΚΠ φαίνεται να εμφανίζεται περισσότερο σε ανθρώπους που ζουν μακριά από τον ισημερινό. Αυτό, όπως πιστεύουν μερικοί επιστήμονες, μπορεί να συμβαίνει εξαιτίας της έλλειψης ηλιακού φωτός σε συνδυασμό με την έλλειψη βιταμίνης D που αυτή μπορεί να συνεπάγεται.
- iv. Άλλες έρευνες έχουν δείξει πως η χρόνια ρύπανση μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην Σκλήρυνση κατά Πλάκας. (*A. Compston, 1998*)

3.2. Γενετικοί παράγοντες:

- i. Έρευνες έχουν δείξει πως η ΣΚΠ εμφανίζεται περισσότερο σε παιδιά που δεν έχουν αδέρφια, αυτό αφήνει πολλούς επιστήμονες να πιστεύουν πως επειδή το ανοσοποιητικό σύστημα στην παιδική ηλικία δεν είχε να πολεμήσει πολλές ασθένειες, αρχίζει να επιτίθεται στο σώμα.
- ii. Πολλές έρευνες έχουν δείξει πως στα δίδυμα αδέρφια, ιδίως τα μονοζυγωτικά, όταν αναπτύσσει το ένα Σκλήρυνση κατά Πλάκας τότε το άλλο έχει ως και 40% πιθανότητες να αναπτύξει και αυτό. (*A. Compston, 1998*)

iii. Άλλες έρευνες έχουν δείξει πως η πολλαπλή σκλήρυνση ίσως να έχει να κάνει με μια περιοχή στο χρωμόσωμα 5 καθώς και στα χρωμοσώματα 2, 3, 7, 11, 17, 19, και X.

Σύμφωνα με πρόσφατα επιστημονικά πορίσματα, ένα μέρος των περιστατικών ΣΚΠ δεν οφείλεται μόνο σε αυτοάνοσες διεργασίες, αλλά ανάγονται και σε γενετικά καθορισμένες διαταραχές του μεταβολισμού των ολιγοδενδροκυττάρων. Ενδεχομένως έτσι να εξηγείται και το γεγονός ότι μερικοί ασθενείς δεν ανταποκρίνονται καθόλου ή ανεπαρκώς στην αντιφλεγμονώδη θεραπευτική αγωγή. (A. Campston, 1998)

4. Επιδημιολογία της ΣΚΠ

Η ΣΚΠ προσβάλλει συνήθως άτομα μεταξύ 20-40 ετών δηλαδή στο παραγωγικό στάδιο της ζωής τους, οδηγώντας το σε ένα ευρύ φάσμα λειτουργικών διαταραχών και αναπηρίας. Αυτό συνεπάγεται μεγάλο κόστος στον οργανικό, ψυχολογικό, οικογενειακό, επαγγελματικό και κοινωνικό τομέα της ζωής των πασχόντων.

Η συχνότητα της νόσου αυξάνεται με την αύξηση του γεωγραφικού πλάτους τόσο προς το βόρειο όσο και προς το νότιο ημισφαίριο. Ο επιπολασμός της νόσου για χώρες μακριά από τον Ισημερινό φθάνει τα 40-80 σε 100.000 πληθυσμό, αλλά σε ορισμένες περιοχές, όπως στη Σκωτία, είναι και πολύ μεγαλύτερη. Γενικά, ζώνες με μεγαλύτερη συχνότητα είναι η βόρεια Ευρώπη, ο Καναδάς, οι Βόρειες πολιτείες των ΗΠΑ και η Αυστραλία. Στις περιοχές της νότιας Ευρώπης ο επιπολασμός βρίσκεται μεταξύ 10-40 σε 100.000 (στη χώρα μας έχει βρεθεί στο 29,5), ενώ κοντά στον Ισημερινό η συχνότητα είναι μικρότερη από 5 σε 100.000.

Η νόσος είναι συχνότερη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (1,5-2 προς 1). Η συχνότερη ηλικία έναρξης είναι η νεαρή ηλικία (20-30), αλλά η έναρξη της νόσου δεν είναι σπάνια και στην 5η ακόμη δεκαετία. Σπάνια είναι η έναρξη πριν από το 15ο έτος της ηλικίας και μετά το 60ό έτος. Στις μεγαλύτερες ηλικίες η νόσος τείνει να εμφανίζεται με τη χρόνια προοδευτική μορφή με νωτιαία εντόπιση, αλλά υπάρχουν και περιπτώσεις με εξάρσεις και υφέσεις.

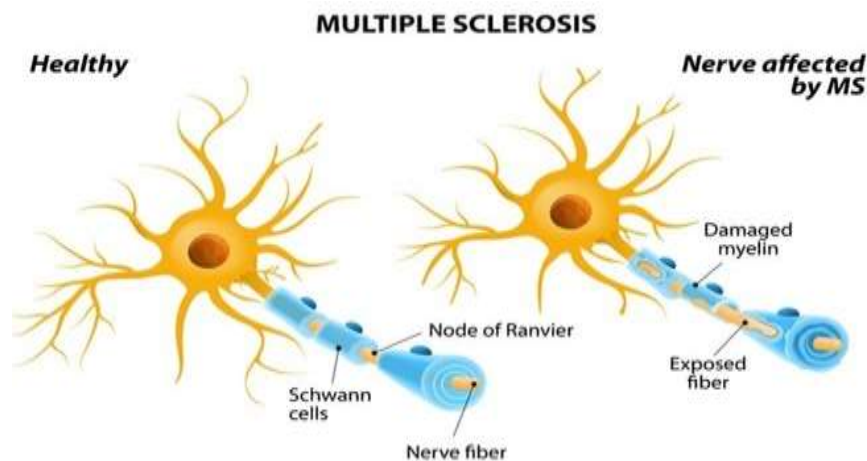
Μια ιδιαίτερη περίπτωση αποτελούν τα νησιά Faroe στον βόρειο Ατλαντικό ωκεανό. Εκεί, ενώ μέχρι τον Ιούλιο του 1943 είχε καταγραφεί μόνο ένας ασθενής που παρουσίασε τη νόσο πριν την ημερομηνία αυτή, υπήρξαν 16 νέοι ασθενείς την περίοδο 1943-1949 και άλλοι 26 αργότερα. Μια πιθανή εξήγηση του φαινομένου είναι ότι τα νησιά αυτά κατακτήθηκαν από Βρετανικά στρατεύματα για πέντε χρόνια από τον Απρίλιο του 1940, περίοδο που εκδηλώθηκε στα νησιά μια επιδημία μόρβας. Τουλάχιστον 1500 Βρετανοί έμειναν εκεί κατά την περίοδο από το 1941 έως τα μέσα του 1944. Καθώς ο τόπος διαμονής των Βρετανών αποδείχτηκε στενά συνδεδεμένος με την κατοικία όλων των ασθενών από σκλήρυνση κατά πλάκας στο νησί, το συμπέρασμα από τη μελέτη ήταν ότι τα βρετανικά στρατεύματα «μετέφεραν» τη νόσο στα νησιά αυτά κατά το διάστημα 1941-1944. (N. Grigoriadis, 2002).

5. Συμπτωματολογία της ΣΚΠ

Η συχνότερη ηλικία έναρξης της νόσου είναι η νεαρή ενήλικη ζωή του ατόμου (1830) και σπανιότερα πριν από το 15 έτος της ηλικίας ή και μέχρι την ηλικία των 60 ετών. Όταν η νόσος εμφανίζεται σε μεγαλύτερες ηλικίες, συνήθως έχει την πρωτοπαθώς προϊούσα μορφή με νωτιαία εντόπιση. Χαρακτηριστική είναι η πολυεστιακή διάσπαρτη σημειολογία με πορεία εξάρσεων και υφέσεων ή (λιγότερο συχνά), με πορεία προϊούσας εξέλιξης. Οι εξάρσεις μπορεί να διαρκούν από (τουλάχιστον) 24 ώρες μέχρι ημέρες, εβδομάδες ή και περισσότερο και μπορεί να αφήνουν ή να μην αφήνουν υπολείμματα που, όταν συσσωρεύονται, μπορεί να προκαλούν άλλοτε άλλου βαθμού φυσική αναπηρία. Μεταξύ των εξάρσεων οι υφέσεις μπορεί να διαρκούν εβδομάδες, μήνες ή και χρόνια.

Η ΣΚΠ παρουσιάζει ένα ιδιαίτερα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων, έτσι ώστε χαρακτηρίζεται ως ασθένεια με τα χίλια πρόσωπα. Αυτή η σύνθετη και πολύπλοκη παθολογική συμπτωματολογία εξαρτάται από τον αριθμό των ουλών και από τα σημεία στα οποία αυτές σχηματίζονται, στις διαφορετικές περιοχές του ΚΝΣ. Γι' αυτό τον λόγο μπορεί να παρουσιάζουν μεγάλες διαφορές από ασθενή σε ασθενή, όχι μόνο η πορεία της ασθένειας αλλά και τα παθολογικά συμπτώματα που αυτή παρουσιάζει (WB Mathews, 2001).

Τα συμπτώματα εμφανίζονται συχνότερα σε ορισμένες περιοχές όπως τα οπτικά νεύρα, το εγκεφαλικό στέλεχος, την παρεγκεφαλίδα και το νωτιαίο μυελό (στην τελευταία περίπτωση με ιδιαίτερη προσβολή των πυραμιδικών και αισθητικών δεματίων). Συμπτώματα από κρανιακούς πυρήνες, από τον εγκεφαλικό κλοιό και από βασικά γάγγλια είναι σπάνια.



Εικόνα 1 . <https://www.news-medical.net/health/Anti-Myelin-Antibodies-in-MultipleSclerosis.aspx>

Η ΣΚΠ προκαλεί συμπτώματα όπως:

- μυϊκή αδυναμία
- πάρεση-παραπάρεση
- διαταραχές αισθητικότητας
- σπαστικότητα, τρόμο (τρέμουλο)
- προβλήματα στην ισορροπία (αταξία)
- προβλήματα στην ομιλία (δυσαρθρία)
- δυσφαγία
- προβλήματα στην όραση (διπλωπία, οπτική νευρίτιδα, νυσταγμός) ή και θόλωμα
- εξάντληση
- χρόνιο πόνο
- προβλήματα στο έντερο και την ουροδόχο κύστη
- στυτικές δυσλειτουργίες
- νοητική βλάβη
- διαταραχές της διάθεσης (κυρίως κατάθλιψη).

Είναι χαρακτηριστικό, ότι για τα νευρολογικά ευρήματα δεν μπορεί να ενοχοποιηθεί μια συγκεκριμένη περιοχή του εγκεφάλου ή του νωτιαίου μυελού. (WI MacDonald et., 2001)

Συχνά οι ασθενείς παραπονιούνται για αίσθημα κόπωσης. Λιγότερο συχνά είναι τα παροξυντικά συμπτώματα που διαρκούν ελάχιστα (δευτερόλεπτα συνήθως) και επαναλαμβάνονται πολλές φορές τη μέρα.

Τέτοια συμπτώματα είναι:

- Νευραλγία του τριδύμου □ Παροξυντική δυσαρθρία
- Αταξία
- Διπλωπία
- Τονικές συσπάσεις άκρων
- Παροξυντική εμφάνιση παραισθησιών κ.α.

Από την ψυχική σφαίρα συχνή είναι η κατάθλιψη και λιγότερο συχνή η ευφορία και η συναισθηματική ακράτεια. Σπάνια είναι η άνοια (5%) και αυτή στα προχωρημένα στάδια, αλλά η μικρού βαθμού ψυχονοητική έκπτωση είναι συχνότερη (*WI MacDonald et., 2001*)

6. Εξέλιξη της νόσου

Η ΣΚΠ μπορεί να ακολουθήσει διάφορες πορείες εξέλιξης. Ανάλογα με την πορεία της νόσου διακρίνουμε τις εξής μορφές:

- Υποτροπιάζουσα- διαλείπουσα ΣΚΠ
- Δευτεροπαθής προϊούσα
- Πρωτοπαθής προϊούσα
- Προϊούσα υποτροπιάζουσα (*C.H. Polman et al., 2005*)

6.1. Υποτροπιάζουσα μορφή(RRMS)

Η υποτροπιάζουσα-διαλείπουσα ΣΚΠ είναι η πιο συνηθισμένη μορφή. Το 85% περίπου όλων των πασχόντων από ΣΚΠ θα διαγνωσθεί με RRMS. Τα άτομα που έχουν RRMS εμφανίζουν αισθητές ή σαφώς οριοθετημένες κρίσεις. Οι κρίσεις αυτές διαταράσσουν τη νευρολογική λειτουργία – αποκαλούνται συχνά υποτροπές ή εξάρσεις – και συνοδεύονται από διαστήματα μερικής ή πλήρους ανάκαμψης. Τα διαστήματα αυτά είναι γνωστά ως υφέσεις και κατά τη διάρκειά τους η ΣΚΠ παραμένει σχετικά σταθερή. (*N.Grigoriadis, 2002*)

6.2. Πρωτοπαθής προϊούσα μορφή(PPMS)

Η πρωτοπαθής προϊούσα μορφή της ΣΚΠ προσβάλλει περίπου το 10% των ατόμων με ΣΚΠ. Ακολουθεί την πορεία μιας σταθερά επιδεινούμενης νευρολογικής λειτουργίας. Οι ασθενείς με αυτή τη μορφή ΣΚΠ δεν παρουσιάζουν υποτροπές ή υφέσεις. Αντ' αυτού, η ΣΚΠ επιδεινώνεται αργά αλλά σταθερά. Ο ρυθμός και η βαρύτητα αυτής της μορφής ΣΚΠ μπορεί να διαφέρει μεταξύ των ατόμων. (*N.Grigoriadis, 2002*)

6.3. Δευτεροπαθής προϊούσα μορφή(SPMS)

Αν υπάρχει εξέλιξη της νόσου μεταξύ των κρίσεων, αυτό είναι γνωστό ως δευτεροπαθής, προϊούσα ΣΚΠ. Τα περισσότερα άτομα με SPMS ξεκινούν με RRMS και κατόπιν τα συμπτώματα και οι εξάρσεις επιδεινώνονται σταθερά. Πριν καταστούν διαθέσιμες οι τροποποιητικές της νόσου θεραπείες, πολλοί ασθενείς με RRMS ανέπτυσσαν SPMS συνήθως μέσα σε διάστημα δέκα ετών. Ωστόσο, τα δεδομένα για τις σύγχρονες θεραπείες σχηματίζουν μια πιο ελπιδοφόρα εικόνα – η θεραπεία μειώνει τα ποσοστά υποτροπών και καθυστερεί σημαντικά την εξέλιξη της νόσου. (*HI Hartung, 2002*)

6.4. Προϊούσα υποτροπιάζουσα (PRMS)

Αυτή η μορφή ΣΚΠ διαγιγνώσκεται σε έναν πολύ μικρό αριθμό ατόμων (5%). Σε αυτή την περίπτωση, οι ασθενείς παρουσιάζουν σταθερή επιδείνωση των συμπτωμάτων μετά τη διάγνωση και ενδέχεται να έχουν σαφείς, βαριές υποτροπές (συνοδευόμενες από ανάκαμψη ή όχι). Τέλος αξίζει να αναφερθεί και η κεραυνοβόλος μορφή (κακοήθης) που είναι ιδιαίτερα σπάνια και χαρακτηρίζεται από ραγδαία έναρξη, εξέλιξη και θάνατο.

Αν και αυτές οι ταξινομήσεις είναι βασισμένες πρώτιστα σε φυσικές αλλαγές που παρατηρούνται στη νευρολογική εξέταση, η πορεία της νόσου έχει μέτρια προγνωστική αξία για τη γνωστική δυσλειτουργία. Για παράδειγμα, οι χρόνιοι προοδευτικοί ασθενείς (εκείνοι με πρωτοπαθώς ή δευτεροπαθώς προϊούσα ΠΣ) γενικά αποδίδουν χειρότερα σε γνωστικές δοκιμασίες από ασθενείς με ΣΚΠ με εξάρσεις και υφέσεις. Επιπλέον, οι ασθενείς με δευτεροπαθώς προϊούσα ΠΣ είναι πιο διαταραγμένοι από εκείνους με πρωτοπαθώς προϊούσα μορφή, αν και αυτές οι διαφορές είναι μικρότερες, όταν οι ασθενείς εξισωθούν με βάση τη διάρκεια της νόσου και την αναπηρία.

Οι ασθενείς με τη μορφή με εξάρσεις και υφέσεις μπορεί επίσης να έχουν ελλείμματα ανάλογα με αυτά των υγιών ατόμων ελέγχου, αν και λιγότερο εντυπωσιακά από εκείνα που παρουσιάζουν οι ασθενείς με προοδευτική πορεία. Οι επιδεινώσεις μπορεί επίσης να συνδέονται με διακυμάνσεις στη γνωστική λειτουργία, συγκεκριμένα την προσοχή και την ταχύτητα επεξεργασίας. Όμως η σχέση μεταξύ γνωστικής διαταραχής και πορείας της νόσου δεν είναι αρκετά ισχυρή για να προγνώσει τη γνωστική κατάσταση μεμονωμένων ασθενών με ΣΚΠ. (*L. Kappos, 2001*)

7. Ιατρικές εξετάσεις

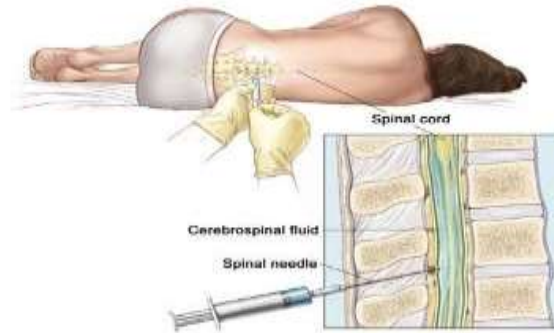
Οι εξετάσεις που πραγματοποιούνται για την ανεύρεση εργαστηριακών ενδείξεων, βλαβών του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και αξιολόγηση των ενδείξεων αυτών είναι οι εξής:

7.1. Οσφυονωτιαία παρακέντηση

Με την εξέταση αυτή (κυρίως σε περιόδους εξάρσεων) λαμβάνεται εγκεφαλονωτιαίο υγρό για τον έμμεσο προσδιορισμό βιοχημικών διαταραχών του εξωκυττάρου υγρού του ΚΝΣ στο οποίο παρατηρούνται τα εξής ευρήματα:

- Αύξηση της βασικής πρωτεΐνης της μυελίνης (MBP: Myelin Basic Protein).
- Αυξημένος αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων, 15 τα οποία φθάνουν μερικές φορές τα 30-50 mm³.16
- Αύξηση των ολικών πρωτεϊνών

Επίσης ιδιαίτερα αυξημένη είναι η IgG (Γ-σφαιρίνη) και αντιπροσωπεύει ποσοστό άνω του 25% των ολικών πρωτεϊνών του ENY15 στο 50% και πλέον των περιπτώσεων. (*WB Mathews, 2001*)



Εικόνα 2. <https://www.neurocenter.gr/osfyonwtiaia--parakenthsh.html>

7.2. Ηλεκτροφυσιολογικές εξετάσεις

7.2.1. Προκλητά δυναμικά

Η εξέταση αυτή αφορά τις μέσες ηλεκτροεγκεφαλογραφικές αντιδράσεις σε μια σειρά από οπτικά, ακουστικά ή σωματοαισθητικά ερεθίσματα. Ανωμαλίες παρατηρούνται στο 70-80% των ασθενών.

Συγκεκριμένα, **η μέθοδος των οπτικών δυναμικών (VER: Visual Evoked Responses)**, ανιχνεύει με μεγάλη ευαισθησία τις μεταβολές της αγωγής από το οπτικό νεύρο ακόμα και ασθενών χωρίς συμπτώματα και χρησιμεύει κυρίως στη διάγνωση της ΣΚΠ στα αρχικά στάδια. Ο χρόνος έκλυσης σχετίζεται με την ταχύτητα αγωγής του ερεθίσματος στο οπτικό νεύρο και στις κεντρικές οπτικές οδούς.

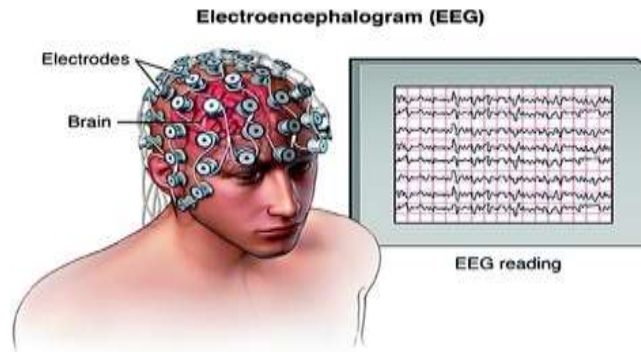
Με **τη μέθοδο των ακουστικών προκλητών δυναμικών (BAER: Brain Stem Auditory Evoked Responses)**, διαπιστώνονται και συχνά εντοπίζονται διαταραχές του ακουστικού νεύρου και των ακουστικών οδών του εγκεφαλικού στελέχους.

Τέλος, με **τα σωματοαισθητικά προκλητά δυναμικά (SER: Somatosensory Evoked Responses)**, υπολογίζεται η ταχύτητα αγωγής, η οποία θεωρείται ότι αντιπροσωπεύει τους χρόνους μεταβίβασης του ερεθίσματος στις αισθητικές οδούς, από μεγάλες αισθητικές ίνες των περιφερικών νεύρων ως τα νευρικά πλέγματα, το νωτιαίο μυελό και τον εγκέφαλο. (WB Mathews, 2001)

7.2.2. Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (EEG)

Με Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα καταγράφονται οι διαφορές δυναμικού, οι οποίες παρουσιάζονται στην εξωτερική δερματική επιφάνεια του ανθρώπινου κρανίου ως αποτέλεσμα της λειτουργίας του εγκεφάλου. Με τον τρόπο αυτό πραγματοποιείται μια ουσιαστική απεικόνιση-αντανάκλαση της εγκεφαλικής δραστηριότητας που θέλουμε να μελετήσουμε.

Ηλεκτροεγκεφαλογραφικές διαταραχές διαπιστώνονται στο 35% των ασθενών με ΣΚΠ. (H.Lassman, 2001)



Εικόνα 3. <http://www.elajathome.com/services-electroencephalogram.html>

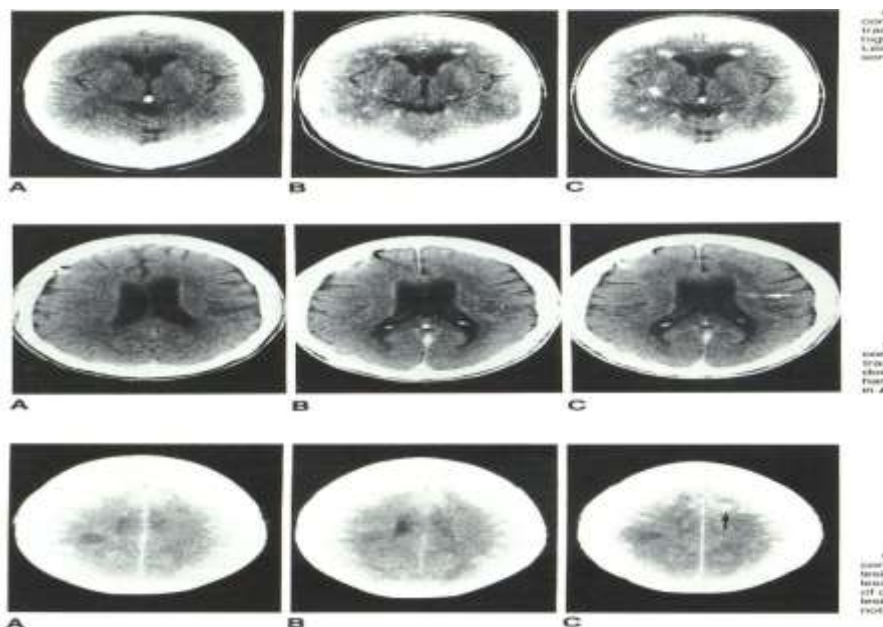
7.2.3. Ηλεκτρονυσταγμογραφία

Η εν λόγω εξέταση συμβάλλει στη μελέτη της διαπυρηνικής οφθαλμοπληγίας. (H.Lassman, 2001)

7.3. Απεικονιστικές εξετάσεις έλεγχου του εγκεφάλου και του νωτιαίου μυελού

7.3.1. Αξονική τομογραφία εγκεφάλου (CT)

Με την μέθοδο παρουσιάζονται οι αραιωτικές περιοχές ή κατά το οξύ στάδιο περιοχές, που σκιαγραφούνται εντονότερα μετά από ενδοφλέβια έγχυση ιωδιούχου ακτινογραφικής ουσίας. Αυτές οι περιοχές απομυελίνωσης παρατηρούνται χαρακτηριστικά στις περικολιακές ζώνες του εγκεφάλου και ιδιαίτερα γύρω από τις πλάγιες κοιλίες. (H.Lassman, 2001)



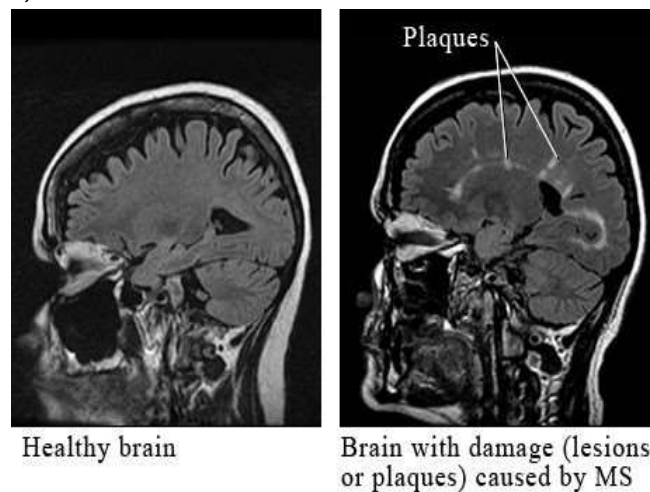
Εικόνα 4.

<https://www.semanticscholar.org/paper/CT-of-multiple-sclerosis%3A-reassessmentof-delayed-Spiegel-Viñuela/12ae838e82d03ee490ae7e12964cf78c276a4d4d>

7.3.2. Μαγνητική τομογραφία (MRI)

Η εξέταση αυτή είναι σημαντικά πιο ευαίσθητη από την αξονική, διότι αποκαλύπτει την παρουσία πλακών ενισχυμένου συντονισμού στην περικολιακή περιοχή, οι οποίες αποτελούν ισχυρές ενδείξεις για ΣΚΠ. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι περικολιακές περιοχές αυξημένου συντονισμού των οποίων η σημασία είναι άγνωστη παρατηρούνται και σε πολλά ηλικιωμένα άτομα.

(H.Lassman, 2001)



Εικόνα 5.

<https://www.google.com/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Fmyhealth.alberta.ca%2Fhealth%2FPages%2Fconditions.aspx%3Fhwid%3Dzm6056&psig=AOvVaw3ExX7X7jo7LHtA7oWUN0DU&ust=1591038570346000&source=images&cd=vfe&ved=0CA0QjhxqFwoTCLCZ3fnm3ukCFQAAAAAdAAAAADBAD>

8. Διάγνωση

Η διάγνωση βασίζεται στην έναρξη της νόσου στη νεαρή ηλικία, στο χαρακτηριστικό ιστορικό των εξάρσεων και υφέσεων, με την εμφάνιση συμπτωμάτων με διασπορά στο κεντρικό νευρικό σύστημα και στον χρόνο, στην πολυεστιακή σημειολογία και στις εργαστηριακές εξετάσεις.

Για την διάγνωση απαραίτητη είναι η κλινική, απεικονιστική και νευροφυσιολογική απόδειξη των διάσπαρτων βλαβών στο χρόνο (εξάρσεις) και στο χώρο (ανατομική εντόπιση). Συγκεκριμένα, πρέπει να αποδεικνύεται ότι τουλάχιστον δύο διαφορετικές περιοχές της κεντρικής λευκής ουσίας έχουν προσβληθεί σε διαφορετικούς χρόνους.

Σταθμό στη διάγνωση της νόσου απετέλεσε η χρήση της αξονικής τομογραφίας εγκεφάλου το 1976. Ενώ την εποχή εκείνη θεωρήθηκαν τα αποτελέσματα της αξονικής τομογραφίας επανάσταση στην διαγνωστική ιατρική εν γένει, επισκιάστηκε γρήγορα

αυτός ο ενθουσιασμός από την αυξημένη διακριτική ικανότητα και υπεροχή της Μαγνητικής τομογραφίας (MRI).

Ο καθηγητής Νευρολογίας Töre Broman παρατήρησε το 1947 σε παθολογοανατομικά παρασκευάσματα ασθενών που έπασχαν από ΣΚΠ τις διαταραχές του αιματοεγκεφαλικού φραγμού, η οποία σήμερα παρατηρείται στην MRI του ΚΝΣ με την χρησιμοποίηση παραμαγνητικής ουσίας. Την διαταραχή αυτή του αιματοεγκεφαλικού φραγμού διαπίστωσε και ο Elvin Kabat το 1942 με την μέθοδο της ηλεκτροφόρησης σε Άγαρ όπου διαπίστωσε την αύξηση της γ- σφαιρίνης στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, πράγμα που άνοιξε τον δρόμο στην εργαστηριακή επιβεβαίωση της κλινικής διάγνωσης και στην μελέτη της διαταραχής του ανοσοποιητικού συστήματος των ασθενών με ΣΚΠ (*H.Lassman, 2001*)

9. Θεραπεία

Η θεραπευτική προσέγγιση της ΣΚΠ, καθώς δεν υπάρχει μέχρι στιγμής πλήρης ίαση της ασθένειας, είναι πολύπλευρη και στοχεύει στην αντιμετώπιση των υποτροπών, στην ελάττωση και αποφυγή νέων επεισοδίων, στην αντιμετώπιση υπολειμματικών συμπτωμάτων προηγούμενων υποτροπών και στην πρόληψη, ει δυνατόν, επιδείνωσης της αναπηρίας με στόχο πάντα τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του ασθενούς. Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας απαιτεί μία εξαιρετικά εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση, και η αυξανόμενη ποικιλία επιλογών αποτελεί ένα αισιόδοξο, σημαντικό βήμα προόδου σε ό,τι αφορά στον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε την αντιμετώπιση της ασθένειας.

Η συμπτωματική θεραπεία αφορά φαρμακολογικές και μη μεθόδους, που ανακουφίζουν τα μόνιμα συμπτώματα των ασθενών, όπως την κατάθλιψη, το άλγος, τη κόπωση, τη σπαστικότητα, τη νευρογενή σφιγκτηριακή διαταραχή, την έκπτωση ανώτερων νοητικών λειτουργιών. Η κόπωση μπορεί να αντιμετωπισθεί με αμανταδίνη, τα παροξυσμικά άλγη και οι νευραλγίες με χορήγηση καρβαμαζεπίνης ή φαινυντοΐνης, ακεταζολαμίδης, γκαμπαπεντίνης, περγολίδης. Η σπαστικότητα, οι διαταραχές της κατάποσης, οι νοητικές και συναισθηματικές διαταραχές απαιτούν πολύπλευρη αντιμετώπιση και συνεργασία πολλών ειδικοτήτων. Οι σφικτηριακές διαταραχές (νευρογενής κύστη και διαταραχές από το ορθό), μετά από κατάλληλο νευροφυσιολογικό έλεγχο που θα υποδείξει την υποκείμενη βλάβη, είναι δυνατό να βοηθηθούν φαρμακολογικά. Το ίδιο ισχύει και για τις σεξουαλικές διαταραχές και για τα χρόνια νευραλγικά άλγη.

Η σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση της ΣΚΠ αφορά τη φλεγμονώδη διεργασία και το μεγαλύτερο ενδιαφέρον επικεντρώνεται στις θεραπείες που τροποποιούν την πορεία της νόσου μέσω ανοσοτροποποιητικών και ανοσοκατασταλτικών φαρμακευτικών αγωγών και σε εκείνες που στοχεύουν στην αποκατάσταση της απομυελινωτικής βλάβης.

Όσον αφορά την θεραπεία των υποτροπών, οι ήπιες υποτροπές, χωρίς υπολειμματικές λειτουργικές διαταραχές, συνήθως υποχωρούν αυτόματα και δεν απαιτούν αγωγή. Υποτροπές, όμως, που συνοδεύονται από λειτουργικές διαταραχές όπως μυϊκή αδυναμία, έκπτωση οπτικής οξύτητας, διαταραχές στην ισορροπία, αντιμετωπίζονται κατά κανόνα με κορτικοοειδή. (*L.B. Krupp et al., 2002*)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΚΠ

1. Η ζωή μετά την διάγνωση των ασθενών με ΣΚΠ

Μετά την διάγνωση της νόσου, γίνεται αντιληπτό από τους ασθενείς πόσο σημαντική επίπτωση έχει η νέα κατάσταση, που δημιουργείται στην καθημερινότητά τους. Επηρεάζονται όλοι οι τομείς της ζωής τους (οικογένεια, επάγγελμα, κοινωνικές σχέσεις, ποιότητα ζωής). Αυτομάτως, ο ασθενής διαπιστώνει πως η ΣΚΠ είναι πλέον μέρος της ζωής του, με ότι αυτό συνεπάγεται. Βέβαια, ανάλογα με τον χαρακτήρα και την ιδιοσυγκρασία του κάθε ασθενή, υπάρχουν και διαφορετικές αντιδράσεις. Κοινή όμως αποδοχή είναι η αβεβαιότητα, η οποία αποτελεί μέρος της ζωής των ατόμων με ΣΚΠ.

Ακόμα και με την απουσία των συμπτωμάτων το άτομο ζει γνωρίζοντας πως θα μπορούσε να ασθενήσει. Μερικοί άνθρωποι περνάνε μια περίοδο ώσεων, όπου επανέρχονται παλαιά συμπτώματα ή εμφανίζονται καινούργια.

Οι ώσεις ακολουθούνται από περιόδους ύφεσης όπου το άτομο με Σκλήρυνση επανέρχεται στην προηγούμενη φυσική του κατάσταση ή μπορεί να μείνει κάποιο μικρό υπόλειμμα (υποτροπιάζουσα μορφή).

Μερικά άτομα με σκλήρυνση παρουσιάζουν ελάχιστες ώσεις, ή καθόλου, αλλά αντ' αυτών παρουσιάζεται διαρκής, αργή εξέλιξη κάποιων συμπτωμάτων που δεν υποχωρούν με την πάροδο του χρόνου (πρωτοπαθής προϊούσα).

Η υποτροπιάζουσα μορφή μετά από χρόνια μπορεί να εξελιχθεί στη μορφή που ονομάζεται δευτεροπαθής προϊούσα, κατά την οποία δεν υπάρχουν πλέον ώσεις, αλλά μόνο μια σταδιακή επιβάρυνση.

Η σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να παραμείνει σε ένα σταθερό επίπεδο οποτεδήποτε, ανεξάρτητα από τη μορφή που έχει.

2. Αντιμετώπιση της νόσου

Οι ασθενείς με Σκλήρυνση κατά Πλάκας πρέπει να αντιμετωπίζονται ύστερα από την συστηματική συνεργασία τόσο του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού όσο και της οικογένειας, ώστε να αναγνωρίζονται και να αντιμετωπίζονται εγκαίρως τα αναφεύμενα σωματικά, συναισθηματικά και κοινωνικά τους προβλήματα, με σκοπό τη διατήρηση και προαγωγή της Ποιότητας της Ζωής τους. Επίσης, επειδή οι ασθενείς με ΣκΠ εμφανίζουν διαταραχές σε όλα τα επίπεδα λειτουργικότητας στην καθημερινότητά τους (γνωστικές λειτουργίες, κινητικότητα, όραση, διάθεση, ανοσοεπάρκεια) με άμεσες επιπτώσεις στην προσωπική, επαγγελματική και κοινωνική ζωή, η θεραπεία θα πρέπει να αξιολογείται σύμφωνα με το επίπεδο διατήρησης και βελτίωσης της Ποιότητας Ζωής. (Ρ.Πήτα, Γ. Κιοσέλογλου, 2002)

3. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ζωή του ασθενή με ΣΚΠ

Η Σκλήρυνση κατά Πλάκας αποτελεί μια κατάσταση, η οποία έχει δυνητικά σοβαρή αρνητική επίπτωση στην καθημερινή ζωή των ασθενών καθώς εκδηλώνεται

με ποικιλία συμπτωμάτων και λειτουργικών ελλειμμάτων τα οποία καταλήγουν σε προοδευτική εξασθένηση και αναπηρία. Η περιορισμένη λειτουργικότητα είναι υπεύθυνη για την απώλεια της ανεξαρτησίας, τον περιορισμό της συμμετοχής σε κοινωνικές δραστηριότητες και συχνά τη συνεχή μείωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

Στις περισσότερες μελέτες που έχουν γίνει όσον αφορά την ποιότητα ζωής των ασθενών με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας, ο κοινός παρανομαστής είναι οι ψυχοπαθολογικές εκδηλώσεις των ατόμων που πάσχουν από την συγκεκριμένη νόσο και αναφέρουν ότι οι κυριότεροι παράγοντες που ευθύνονται για τη «φτωχή» ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών είναι η μείωση των γνωστικών λειτουργιών, η κόπωση, η κατάθλιψη, το stress της διάγνωσης, η έναρξη της νόσου στη νεαρή ενήλικη ζωή με έντονες επιδράσεις στην ανάπτυξη της προσωπικότητας και στην παραγωγικότητα, η μη στήριξη και κατανόηση από το περιβάλλον, η ανικανότητα για εργασία, η μη προβλέψιμη εξέλιξη με πιθανές υποτροπές και ενδεχόμενη μελλοντική ανικανότητα (μείωση της κινητικότητας, αδυναμία ελέγχου ουροδόχου κύστης, σεξουαλική δυσλειτουργία), η μη ύπαρξη πιθανότητας ίασης, η μακροχρόνια χρήση φαρμάκων και το δυσβάσταχτο κόστος της θεραπείας. (A.Mitchell, et al, 2005)

4. Οι ψυχολογικοί παράγοντες και η αντιμετώπισή τους

4.1. Ψυχικές διαταραχές

Η εμφάνιση ψυχολογικών αλλαγών στην ΣΚΠ μπορεί να παρατηρηθεί ακόμη και πριν την διάγνωση, όταν οι ασθενείς βιώνουν απροσδόκητα τα πρώτα νευρολογικά συμπτώματα και αισθάνονται ευάλωτοι. Στην συνέχεια οι ψυχολογικές αλλαγές συνεχίζονται κατά την διάρκεια της διάγνωσης της ασθένειας. Και στις δύο περιπτώσεις οι ασθενείς ανέφεραν μεγάλες συναισθηματικές αντιδράσεις όπως σοκ, άγχος, φόβο, θλίψη, λύπη, θυμό ή αβεβαιότητα, ντροπή, απώλεια της ταυτότητας και εγκατάλειψη τα οποία μπορεί να διαδραματίσουν ένα σημαντικό ρόλο στην μελλοντική ανάπτυξη ψυχολογικής δυσλειτουργίας. (G.Comi et al, 1995)

Ένα σημαντικό αποτέλεσμα πολλών μελετών είναι η αίσθηση ανακούφισης που αισθάνονται ορισμένοι ασθενείς όταν τελικά διαγιγνώσκονται με ΣΚΠ. Αυτό εξηγείται ίσως στο ότι βρίσκουν λύση στα προβλήματά που τους ταλαιπωρούν, γνωρίζοντας πλέον την πηγή των προβλημάτων. Με αυτόν τον τρόπο αισθάνονται περισσότερο θετικοί ως προς την διαχείριση των συμπτωμάτων τους.

Στο σύνολό τους, τα ψυχολογικά συμπτώματα μπορούν να αποδοθούν στις πολλές πτυχές που σχετίζονται με αυτήν την χρόνια, προοδευτική και απρόβλεπτη νευρολογική ασθένεια. Η ΣΚΠ επηρεάζει πολλούς τομείς της λειτουργικότητας, μειώνει σωματικές λειτουργίες, οδηγεί σε αναπηρία και είναι πιθανόν να προκαλεί διαταραχές στον τομέα της εκπαίδευσης, της απασχόλησης, της σεξουαλικής και οικογενειακής λειτουργικότητας, στις σχέσεις και στις καθημερινές δραστηριότητες.

Καθώς η νόσος εξελίσσεται και αυξάνεται η αναπηρία, σημαντικές επιπτώσεις στην αίσθηση του εαυτού μπορούν να συμβούν αναγκάζοντας τον ασθενή να επαναπροσδιορίζει συνεχώς την αυτοεικόνα του. Η εξέλιξη της νόσου μπορεί επίσης να οδηγήσει σε αντιληπτή έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, απομόνωσης και κοινωνικής απόσυρσης, τα οποία συμβάλλουν περαιτέρω σε σοβαρότερες επιπτώσεις της ΣΚΠ.

Επίσης, συναισθήματα αβεβαιότητας σχετικά με την καθημερινή υγεία και την απώλεια αυτοεκτίμησης οφείλονται στην πιθανότητα μιας επερχόμενης υποτροπής στην υποτροπιάζουσα, διαλείπουσα μορφή. Επιπλέον, οι δυσάρεστες παρενέργειες

από τα φάρμακα διαταράσσουν σημαντικά την ποιότητα ζωής. (E. Κουτσουράκη, 2011)

4.2. Κατάθλιψη στη ΣΚΠ

Αρκετές μελέτες έχουν αναφέρει υψηλά ποσοστά κατάθλιψης στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας (MS) με επικράτηση κατά τη διάρκεια της ζωής κατά 50% και ετήσια επικράτηση 20%. Η ανησυχία σχετικά με τις δυνατότητες θεραπειών των νέων φαρμάκων να επιδεινώσουν ή να κατακρημνίσουν την κατάθλιψη στη Σκλήρυνση κατά Πλάκας οδήγησε σε αυξημένο ενδιαφέρον για τη σχέση μεταξύ ΣΚΠ και κατάθλιψης.

Η σχέση μεταξύ της ΣΚΠ και της κατάθλιψης εντοπίζεται στα ακόλουθα βασικά ζητήματα:

- Πόσο συχνή είναι η κατάθλιψη σε άτομα με ΣΚΠ;
- Η κατάθλιψη στην ΣΚΠ σχετίζεται με βλάβες σε συγκεκριμένες περιοχές του κεντρικού νευρικού συστήματος;
- Υπάρχει αυξημένος κίνδυνος αυτοκτονίας στη ΣΚΠ;
- Υπάρχει υψηλότερη από την αναμενόμενη συχνότητα εμφάνισης διαταραχών άγχους στη ΣΚΠ;
- Είναι η κόπωση και η κατάθλιψη που σχετίζονται με το ΣΚΠ;
- Υπάρχει σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της νοητικής εξασθένησης στα άτομα με ΣΚΠ;
- Ποιες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές επηρεάζουν την ανάπτυξη της κατάθλιψης στη ΣΚΠ;
- Η θεραπεία με ιντερφερόνη αυξάνει τον κίνδυνο κατάθλιψης;
- Πόσο αποτελεσματικές είναι οι θεραπείες για ασθενείς με ΣΚΠ με κατάθλιψη;

Η παρουσία ψυχιατρικών συμπτωμάτων στη σκλήρυνση κατά πλάκας είναι γνωστή αφού ο Charcot έδωσε την πρώτη λεπτομερή κλινικοπαθολογική περιγραφή της «διάχυτης σκλήρυνσης» στις διαλέξεις του στο νοσοκομείο Salpêtrière® του 19ου αιώνα. (Charcot JM.) Μεταξύ των ψυχιατρικών συμπτωμάτων που σημειώθηκαν ο Charcot ήταν παθολογικό γέλιο και κλάμα, ευφορία, μανία, ψευδαισθήσεις και κατάθλιψη. Πράγματι, ο ασθενής του Charcot, Mademoiselle V, περιγράφηκε ότι βιώνει μια συμπτωματολογία της lypremania (ή σοβαρής κατάθλιψης) μαζί με ψευδαισθήσεις και παράνοια. (Butler MA, Bennett TL)

Ωστόσο, μέχρι την δεκαετία του 1950 άρχισε πραγματικά η εμπειρική έρευνα για τη συχνότητα της κατάθλιψης μεταξύ των ανθρώπων με ΣΚΠ. (Schiffer RB).

Το 1987, χρησιμοποιήθηκαν τυποποιημένες τεχνικές συνέντευξης, διαγνωστικά κριτήρια και κλίμακες μέτρησης για να αξιολογήσουν 50 πάσχοντες από ΣκΠ με μετρίου βαθμού ανικανότητα. Το 45% πληρούσε χρόνια τα κριτήρια (Research Diagnostic Criteria –RDC) για σοβαρή κατάθλιψη, με μια αξιοσημείωτη αύξηση στο ποσοστό, σε σχέση με τη περίοδο πριν από την έναρξη των συμπτωμάτων της ΣκΠ. Οι ασθενείς με ΣκΠ είχαν πιο σοβαρή κατάθλιψη, σε σχέση με ασθενείς με άλλη πάθηση. Οι σοβαρού τύπου καταθλίψεις συνδέθηκαν με την επιδείνωση, λόγω θεραπειών με στεροειδή φάρμακα, και με το ιστορικό μεγάλου βαθμού κατάθλιψης. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί εύκολα να περιπλεχθούν με αυτά της ΣκΠ, με αποτέλεσμα ανεπαρκείς διαγνώσεις και θεραπείες. [CITATION Sar87 \l 1033]

Εκτός από τα νευρολογικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν την ΣΚΠ, η μείζων κατάθλιψη είναι συνηθισμένη, με εκτιμήσεις της επικράτησης της μείζονος κατάθλιψης στη ΣΚΠ σε ποσοστό έως και 50%. (Feinstein A.). Ενώ ιστορικά ήταν δύσκολο να ξεπεραστούν τα άμεσα αποτελέσματα της διαταραχής από τη διάθεση, η πρόσφατη μελέτη δείχνει ότι ο ετήσιος επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης στην ΣΚΠ είναι αυξημένος σε σύγκριση με εκείνον τόσο σε υγιείς ανθρώπους όσο και σε άλλες χρόνιες παθήσεις. (Patten SB, Beck CA, Williams JVA, et al.) Σε αυτή τη μελέτη, ο Patten et al ανέφερε ένα 12μηνο ποσοστό επιπολασμού του 25,7% για τη μεγάλη κατάθλιψη σε άτομα με ΣΚΠ στην ηλικιακή ομάδα 18-45 ετών.

Αξίζει να σημειωθεί, το ανησυχητικό συμπέρασμα, ότι ο αυτοκτονικός ιδεασμός είναι σχετικά κοινός μεταξύ των ατόμων με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας και ότι η κατάθλιψη σε άτομα με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας συχνά δεν ανιχνεύεται και δεν αντιμετωπίζεται. (Feinstein A.)

Επίσης, η κατάθλιψη είναι ένας σημαντικός καθοριστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής (ΠΖ) σε ασθενείς με Σκλήρυνση Κατά Πλάκας και μπορεί να είναι ο σημαντικότερος καθοριστικός παράγοντας. Πρόσφατα δημιουργήθηκε σημαντικό ενδιαφέρον για τον πιθανό ρόλο της Ιντερφερόνης Βήτα στην θεραπεία της κατάθλιψης στη ΣΚΠ και παρόλο που αυτές οι ανησυχίες μπορεί να μην δικαιολογούνται, το ζήτημα της μείζονος κατάθλιψης στη ΣΚΠ παραμένει ένα σημαντικό ζήτημα παρόλα αυτά. (Feinstein A., Patten SB, Fridhandler S, Beck CA, et al.)

4.2.1. Η συχνότητα της κατάθλιψης στην ΣΚΠ

Μονοπολική ή κύρια κατάθλιψη είναι η ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από την παρουσία πέντε από τα ακόλουθα συμπτώματα για τουλάχιστον δύο εβδομάδες:

- Θλιβερή διάθεση για πάνω από μία ημέρα ή περισσότερες μέρες
- Έλλειψη ευχαρίστησης ή ενδιαφέροντος για συνήθεις δραστηριότητες του ατόμου
- Προβλήματα ύπνου
- Κούραση
- Ψυχοκινητική καθυστέρηση ή διέγερση
- Μειωμένη όρεξη με χάσιμο βάρους (ή το αντίστροφο)
- Αισθήματα ενοχής και αυτοτιμωρίας
- Μειωμένη συγκέντρωση και αυτοκτονική σκέψη

Τα πέντε συμπτώματα πρέπει να περιλαμβάνουν θλιβερή, καταθλιπτική διάθεση και/ή απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης στις συνήθεις δραστηριότητες. (American Psychiatric Association). Μια πρόσφατη μελέτη στην Αυστραλία ανέφερε 12μηνο ποσοστό συχνότητας για μείζονα κατάθλιψη στην κοινότητα 6,3%. (Andrews G, Henderson S, Hall W.). Σε μια επισκόπηση του 1990 (Schiffer RB) των συναισθηματικών διαταραχών σε ΣΚΠ, ο Schiffer σημείωσε ότι οι περισσότερες μελέτες ανέφεραν υψηλότερη επίπτωση και συχνότητα για καταθλιπτικά συμπτώματα σε ΣΚΠ σε σύγκριση με ελέγχους με διαφορετική νευρολογική ασθένεια.

Ωστόσο, σχολίασε, επίσης, ότι όλες αυτές οι μελέτες είχαν σχεδιαστικές αδυναμίες ποικίλου βαθμού. Συγκεκριμένα, ο Schiffer σημείωσε ότι στις περισσότερες από αυτές τις μελέτες η κλινική διάγνωση της κατάθλιψης δεν ήταν τυφλή στην κατάσταση του ασθενούς ή στο εν λόγω θέμα. Σημείωσε επίσης προβλήματα σχετικά με την επιλογή, τα διαγνωστικά κριτήρια και το ενοχλητικό ζήτημα της πιο κατάλληλης ομάδας ελέγχου

για τη σύγκριση των ασθενών με ΣΚΠ. Ανεξάρτητα από αυτά τα μεθοδολογικά ζητήματα, η εύρεση υψηλού ποσοστού κατάθλιψης στην ΣΚΠ φαινόταν αρκετά συνεπής.

Ο Minden και οι συνεργάτες του εξέτασαν 50 ασθενείς με ΣΚΠ που επιλέχθηκαν σχεδόν τυχαία από ένα μητρώο ασθενών χρησιμοποιώντας δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη και τυποποιημένες κλίμακες αξιολόγησης για την κατάθλιψη. (Minden SL, Oran J, Reich P.). Αναφέρουν ότι το 54% του δείγματός τους πληρούσε τα ερευνητικά διαγνωστικά κριτήρια (RDC) για μείζονα κατάθλιψη τουλάχιστον μία φορά μετά τη διάγνωσή τους, ενώ μόνο το 14% πληρούσε αυτά τα κριτήρια πριν από αυτήν.

Ο Joffe et al αξιολόγησαν 100 διαδοχικούς ασθενείς που παρουσίασαν κλινικά ΣΚΠ στον Καναδά χρησιμοποιώντας το RDC για μείζονα κατάθλιψη και ανέφεραν συχνότητα κατά τη διάρκεια ζωής τους κατά 42% (Joffe RT, Lippert GP, Gray TA, et al). Αυτό το ποσοστό δεν περιλάμβανε ένα ποσοστό του δείγματος που πληρούσε τα κριτήρια για διπολική συναισθηματική διαταραχή.

Σε μια μελέτη 221 διαδοχικών ασθενών με ΣΠΚ που παρακολουθούνταν σε μια κλινική στο Βανκούβερ, ο Sadonnick και συνεργάτες του ανέφεραν επικράτηση κατά τη διάρκεια της ζωής κατά 50% χρησιμοποιώντας δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη (Sadonnick AD, Remick RA, Allen J, et al.). Σημείωσαν, ότι ο αριθμός αυτός ήταν σημαντικά υψηλότερος από τους ρυθμούς κατάθλιψης που συνήθως αναφέρονται για τα δείγματα με χρόνια ασθένεια. Ο Chwastiak και συνεργάτες ανέλαβαν μια έρευνα αλληλογραφίας 1374 μελών της Ένωσης Πολλαπλής Σκλήρυνσης στο King County, WA με 739 απαντήσεις (ποσοστό ανταπόκρισης 54%) (Chwastiak L, Ehde DM, Gibbons LE, et al.). Διαπίστωσαν ότι το 42% αυτού του δείγματος είχε «κλινικά σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα» σύμφωνα με στην Κλίμακα Κατάθλιψης των Επιδημιολογικών Μελετών (CES-D) και 29% σε μέτρια ή σοβαρή περιοχή.

Σε μια πρόσφατη μελέτη, ο Patten και συνεργάτες χρησιμοποίησαν δεδομένα από την Canadian Community Health Survey (CCHS) για να δώσουν μια προοπτική που βασίζεται στον πληθυσμό για την μείζονα κατάθλιψη και την ΣΚΠ. (Patten SB, Beck CA, Williams JVA, et al.) Το σημείο εδώ είναι, ότι προηγούμενες μελέτες επικεντρώνονταν κατά κύριο λόγο σε ασθενείς που παρακολουθούνταν σε κλινικές ΣΚΠ, τα κέντρα ιατρικών κέντρων και κατά συνέπεια θα μπορούσε να υπερεκτιμήσει την επικράτηση της κατάθλιψης. Ο Patten και οι συνεργάτες του εξέτασαν ένα δείγμα 115.071 συμμετεχόντων, ηλικίας 18 ετών και άνω, από το CCHS και βρήκαν 322 με ΣΚΠ. Η 12μηνη επικράτηση της κατάθλιψης ήταν 25,7% σε σύγκριση με 8,9% για τα άτομα χωρίς ΣΚΠ.

Συνοπτικά, μελέτες έχουν επανειλημμένα αναφέρει ότι η επικράτηση της κατάθλιψης στην ΣΚΠ είναι υψηλή ακόμη και σε σύγκριση με άλλες ομάδες με χρόνια ασθένεια. Για παράδειγμα, τα ποσοστά επικράτησης κατά τη διάρκεια της ζωής κατά 40-50% και τα ποσοστά επικράτησης 12 μηνών γύρω στο 20% έχουν τυπικά αναφερθεί για δείγματα που λαμβάνονται από ασθενείς που παρακολουθούνται σε κλινικές ΣΚΠ. Ωστόσο, ορισμένα μεθοδολογικά ζητήματα προτείνουν προσοχή στην ερμηνεία αυτών των στοιχείων. Οι περισσότερες από τις μελέτες επικράτησης έχουν λάβει δείγματα από ασθενείς που παρακολουθούν μια κλινική ΣΚΠ, και οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν καλά στην κοινότητα ενδέχεται να υποεκπροσωπούνται. Ένα άλλο θέμα αφορά τη μεγάλη ποικιλία των μέτρων που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση και την ποσοτικοποίηση της σοβαρότητας της κατάθλιψης. Φαίνεται ελάχιστη ή καθόλου συναίνεση μεταξύ των ερευνητών ως προς το κλινικό «χρυσό πρότυπο» για τη διάγνωση της κατάθλιψης σε ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας. Προστίθεται σε αυτό ο κίνδυνος με την ΣΚΠ ότι τα σωματικά συμπτώματα, όπως η

κόπωση, μπορεί να οδηγήσουν σε φουσκωμένες εκτιμήσεις της κατάθλιψης. Αυτό είναι πιθανότατα πιθανότερο όταν βασίζονται κλίμακες ταξινόμησης συμπεριφοράς που σχεδιάστηκαν για χρήση σε γενικό ψυχιατρικό περιβάλλον. Συνεπώς, θα ήταν ίσως συνετό να χρησιμοποιηθούν τα μέτρα ελέγχου που έχουν επικυρωθεί σε πληθυσμούς ασθενών με χρόνιες ασθένειες (Benedict RHB, Fishman I, McClellan MM, et al. Avasarala JR, Cross AH, Trinkaus K., Aikens JE, Reinecke MA, Pliskin NH, et al). Επίσης, πρέπει να θυμόμαστε ότι πολλά από τα θέματα που σχετίζονται με την εξέταση της κατάθλιψης σε ασθενείς με ΣΚΠ, όπως η έλλειψη της διάγνωσης ή παραλείποντας να αντιμετωπίσουν την κατάθλιψη, είναι επίσης σημαντικά ζητήματα στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και όχι μοναδικά στη νευροψυχιατρική της ΣΚΠ. (McAlpine DD, Wilson AR)

Αν και τα συμπτώματα της καταθλιπτικής συμπεριφοράς παρατηρούνται σχεδόν πάντα σε ασθενείς με παθήσεις που επιβαρύνουν την ποιότητα ζωής, το σύνδρομο της μείζονος κατάθλιψης, όπως έχει οριστεί από την κλίμακα ICD-10 (10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) και την DSM-IV-TR (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), αντιστοιχεί σε ένα σχηματισμό ενός συνόλου συμπτωμάτων. Περιλαμβάνεται η καταθλιπτική διάθεση, η ανηδονία, η κόπωση, η ψυχοκινητική καθυστέρηση ή ανησυχία, ο αυτοκτονικός ιδεασμός ή τάση αυτοκτονίας, το αίσθημα ενοχής και αχρηστίας και η δυσκολία στη συγκέντρωση καθώς και αγενή συμπτώματα συμπεριλαμβανομένης της δυσκολίας στον ύπνο, τη μειωμένη όρεξη για φαγητό και τις σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Μια κοινή πρόκληση για σωστή διάγνωση κατάθλιψης στο πλαίσιο της ΣκΠ είναι το να διακριθεί εάν ένα κύριο σύμπτωμα εκλύεται από μια καταθλιπτική δυσλειτουργία ή αν μπορεί να οφείλεται στην ασθένεια της απομυελίνωσης. Πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες είναι η κούραση, η αϋπνία, μεταβολές στην όρεξη. Μειωμένη συγκέντρωση και μνήμη, αλλά και εσφαλμένη κρίση θα οδηγήσουν σε λανθασμένα θετικά και αρνητικά. Ποικίλες εμφανίσεις κατάθλιψης, για παράδειγμα, ανεξήγητα παράπονα για ενοχλήσεις στο σώμα, άγχος ή απελπισία αντί για θλίψη μπορούν επίσης να περιπλέξουν την διάγνωση, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένα άτομα. Η κατάθλιψη επηρεάζει την αξιολόγηση των φυσικών συμπτωμάτων. Ένας τρόπος διαχωρισμού των πιθανών διαγνώσεων σε τέτοιες περιπτώσεις είναι η απόδοση προσοχής στους γνωστικούς και επιδραστικούς τομείς της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, για παράδειγμα, στην κακή διάθεση και τις καταθλιπτικές πεποιθήσεις. Αυτή είναι επίσης μια προσέγγιση, υιοθετημένη από τα εργαλεία αξιολόγησης και τις κλίμακες μέτρησης για τη κατάθλιψη, όσων αφορά στη παρουσία σωματικής ασθένειας και πιο συγκεκριμένα της Σκλήρυνσης κατά Πλάκας. [CITATION Mar12 \l 1033]

4.2.2. Περιοχή των εγκεφαλικών βλαβών

Το ερώτημα κατά πόσον η κατάθλιψη στην ΣΚΠ σχετίζεται με βλάβες σε συγκεκριμένες περιοχές του κεντρικού νευρικού συστήματος έχει προκαλέσει πρόσφατο ενδιαφέρον. Αυτή η ερώτηση έχει ιδιαίτερη σημασία για την κατανόηση και θεραπεία κατάθλιψης σε ασθενείς ΣΚΠ. Μπορεί επίσης να είναι σημαντική η ανάπτυξη μιας σαφέστερης κατανόησης της πολύπλοκης σχέσης που υπάρχει μεταξύ βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη γένεση της κατάθλιψης (Shelton RC,

Hollon SD, Purdon SE, et al.). Σε μία από τις παλαιότερες μελέτες αυτής της φύσης οι Rabins et al εξέτασαν τις σαρώσεις υπολογιστικής τομογραφίας (CT) 37 οι ασθενείς που συμμετείχαν σε ένα μεγαλύτερο δείγμα 102 ασθενών με ΣΚΠ, στις οποίες μελετήθηκαν διαρκώς τα ψυχιατρικά συμπτώματα (Rabins PV, Brooks BR, O'Donnell P, et al.). Παρατήρησαν, ότι ασθενείς με ΣΚΠ με εγκεφαλικές βλάβες ήταν περισσότερο καταθλιπτικοί από εκείνους τους ασθενείς με βλάβες μόνο στο νωτιαίο μυελό και επίσης ότι η κατάθλιψη συσχετίζεται θετικά με την έκταση της νευρολογικής ανεπάρκειας. Ωστόσο, οι 37 ασθενείς των οποίων οι σαρώσεις συγκρίθηκαν ήταν εκείνοι για τους οποίους μια CT σάρωση είχε ήδη ολοκληρωθεί πριν από τη μελέτη ή όταν ζητήθηκε κάποιος κατά τη διάρκεια της μελέτης ως μέρος της τρέχουσας ιατρικής περίθαλψης. Ως εκ τούτου, μπορεί να μην είναι πλήρως αντιπροσωπευτικά της μεγαλύτερης ομάδας των 102 ασθενών σε αυτή τη μελέτη ή των ασθενών με MS γενικά.

Οι Honer et al. χρησιμοποίησαν απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (MRI) για να συγκρίνουν οκτώ ασθενείς με ΣΚΠ με ψυχιατρικές διαταραχές με οκτώ αντίστοιχους ασθενείς με ΣΚΠ ελέγχου και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι αυτές οι διαταραχές συσχετίστηκαν με βλάβες του κροταφικού λοβού (Honer WG, Hurwitz T, Li DKB, et al.). Ωστόσο, αυτό το μάλλον μικρό δείγμα περιλάμβανε μια μικτή ομάδα ψυχιατρικών διαγνώσεων και δεν είναι σαφές πόσο συγκεκριμένο μπορεί να είναι αυτό το συμπέρασμα όσον αφορά την κατάθλιψη. Μια μελέτη από τους Ron και Logsdail συνέκρινε το ποσοστό ψυχιατρικής νοσηρότητας σε ένα δείγμα 116 ασθενών με ΣΚΠ, με ομάδα ελέγχου με σωματικές αναπηρίες (Ron MA, Logsdail SJ.). Αναφέρουν μια σημαντικά υψηλότερη συχνότητα ψυχιατρικής «περίπτωσης» στην ομάδα ΣΚΠ. Το επίκεντρο αυτής της μελέτης δεν ήταν η κατάθλιψη αυτή καθαυτή, αλλά η ψυχιατρική ασθένεια γενικά. Ωστόσο, οι συγγραφείς σημείωσαν ότι η πεπτατισμένη επίδραση (και επίσης οι παραληρητικές ιδέες και η διαταραχή της σκέψης) συνδέεται με μεγαλύτερη παθολογία στην κροταφική περιοχή.

Οι Pujol και συνεργάτες εξέτασαν 45 διαδοχικούς εξωτερικούς ασθενείς σε μια κλινική ΣΚΠ στη Βαρκελώνη και έψαξαν για μια σχέση μεταξύ των βαθμολογιών στην καταγραφή της κατάθλιψης κατά Beck (BDI) και της θέσης και όγκου της βλάβης (Pujol J, Bello J, Deus J, et al.). Παρόλο που δεν βρέθηκε καμία σχέση μεταξύ συνολικού όγκου βλάβης και κατάθλιψης, οι βαθμολογίες BDI συσχετίστηκαν σημαντικά με βλάβες στο τοξοειδές τμήμα του αριστερού ημισφαιρίου. Αυτή η σχέση αντιπροσώπευε το 17% της συνολικής διακύμανσης των βαθμολογιών BDI. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι μόνο επτά από τους ασθενείς είχαν βαθμολογίες στην μέτρια έως σοβαρή περιοχή σύμφωνα με το BDI (δηλαδή 17). Έτσι, δεν είναι αρκετά σαφές ποιες είναι οι συνέπειες των αποτελεσμάτων τους για ασθενείς με ΣΚΠ που έχουν διαγνωσθεί ότι έχουν μείζονα κατάθλιψη.

Ο Zorzon και οι συνεργάτες του ανέφεραν μια μελέτη μαγνητικής τομογραφίας 95 διαδοχικών ασθενών με σαφή MS σε κλινική στην Τεργέστη (Zorzon M, de Masi R, Nasuelli D, et al.). Χρησιμοποίησαν τις κλίμακες βαθμολόγησης Hamilton για την κατάθλιψη και το άγχος και μια ψυχιατρική συνέντευξη από έναν κλινικό ιατρό ο οποίος ήταν τυφλός στις υποθέσεις. Από τους 95 ασθενείς τους 18 (19%) πληρούσαν τα κριτήρια για μείζονα κατάθλιψη. Οι περιφερειακοί όγκοι εγκεφάλου και τα φορτία αλλοιώσεων των ασθενών, με κατάθλιψη και χωρίς, συγκρίθηκαν. Οι συγγραφείς ανέφεραν ότι η σοβαρότητα της κατάθλιψης και η διάγνωση της μείζονος κατάθλιψης συσχετίστηκαν με το δεξί πρόσθιο φορτίο αλλοιώσεων και με τον σωστό χρονικό όγκο του εγκεφάλου. Σημείωσαν, επίσης, ότι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων κατάθλιψης συσχετίζεται σημαντικά με τον συνολικό χρονικό όγκο καθώς και τον όγκο

του δεξιού ημισφαιρίου. Ωστόσο, αν και στατιστικά σημαντικές, οι συσχετίσεις αυτές ήταν όλες μέτριες και κυμαίνονταν από 0,20-0,30.

Η πιο πρόσφατη μελέτη απεικόνισης της ΣΚΠ και η κατάθλιψη και αναμφισβήτητα ο ισχυρότερος από μεθοδολογικούς όρους αναφέρθηκε από τους Feinstein και συνεργάτες που χρησιμοποίησαν MRI εγκεφάλου για να συγκρίνουν 21 ασθενείς με ΣΚΠ με μεγάλη κατάθλιψη με 19 ασθενείς που ταίριαζαν πολύ, χωρίς κατάθλιψη. Σε αυτή την μελέτη οι ασθενείς με κατάθλιψη πληρούσαν όλα τα κριτήρια DSM-IV για μείζονα κατάθλιψη όπως εκτιμήθηκε από μια δομημένη ψυχιατρική συνέντευξη. Επιπλέον, οι συγγραφείς εξέτασαν πάνω από χίλιους διαδοχικούς ασθενείς σε κλινική ΣΚΠ σύμφωνα με αυστηρά κριτήρια αποκλεισμού. Για παράδειγμα, αποκλείστηκε οποιοσδήποτε ασθενής με πρόωρο ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής, συμπεριλαμβανομένης της κατάθλιψης. Το σημαντικότερο εύρημα από αυτή τη μελέτη ήταν ότι οι ασθενείς με συμπτώματα της κατάθλιψης είχαν «περισσότερες υπερκινητικές αλλοιώσεις στις κάτω μεσαίες μετωπικές περιοχές και μεγαλύτερη ατροφία των αριστερών πρόσθιων χρονικών περιοχών» (Feinstein A, Roy P, Lobaugh N, et al.). Από κοινού, αυτές οι δύο περιοχές του εγκεφάλου αντιπροσώπευαν το 42% διακύμανσης ενός μοντέλου λογικής παλινδρόμησης για την πρόβλεψη της κατάθλιψης.

Συνοπτικά οι μελέτες απεικόνισης μέχρι σήμερα, ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό στον σχεδιασμό και την αυστηρότητα και υπάρχουν λίγα, αν υπάρχουν, σαφή συμπεράσματα που μπορούν να γίνουν. Ωστόσο, ισορροπώντας τα στοιχεία φαίνεται να ευνοούν μια συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης σε ΣΚΠ με μεγαλύτερη νευροπαθολογία στην αριστερή πρόσθια κροταφική / βρεγματική περιοχή. Υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω έρευνα σε αυτό το θέμα. Ίσως αυτό που λείπει μέχρι τώρα είναι ένα σαφές θεωρητικό μοντέλο της νευροπαθολογίας της κατάθλιψης και πόσο ακριβώς αυτό σχετίζεται με την ΣΚΠ. Δεδομένης της πρόσφατης προόδου στην κατανόηση της νευροπαθολογίας, της νευροψυχολογίας και της νευροαπεικόνισης της κατάθλιψης, αυτό μπορεί να συμβεί σύντομα (Harrison PJ., Shenal BV, Harrison DW, Demaree HA, Drevets WC.).

4.2.3. Αυτοκτονία και ΣΚΠ

Τα υψηλά ποσοστά επικράτησης της κατάθλιψης σε ΣΚΠ εγείρουν το ερώτημα κατά πόσο οι ασθενείς με ΣΚΠ ενδέχεται να βρίσκονται σε υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας. Ο Sadonnick και οι συνάδελφοί του ανέλυσαν τις αιτίες θανάτου σε ένα μεγάλο δείγμα ασθενών σε δύο канаδικές κλινικές ΣΚΠ, μία στο Οντάριο και μία στη Βρετανική Κολούμπια (Sadonnick AD, Eisen K, Ebers GC, et al.). Το συνδυασμένο δείγμα και από τις δύο κλινικές περιλάμβανε 3.126 ασθενείς και συνολικά 145 θανάτους στον χρόνο περίοδο 1972-88. Η αιτία θανάτου ήταν σαφώς αποδεκτή από αρχεία για 119 ασθενείς από τους οποίους 56 πέθαναν ως άμεσο αποτέλεσμα επιπλοκών της ΣΚΠ. Από τους υπόλοιπους 63 ασθενείς, οι θάνατοι των οποίων δεν οφείλονταν σε επιπλοκές της ΣΚΠ, 18 (28,6%) πέθαναν από αυτοκτονία. Άλλοι δύο ασθενείς των οποίων οι θάνατοι εμπίπτουν στην κατηγορία των «διαφόρων αιτιών» ήταν ύποπτοι αυτοκτονίας. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η αναλογία των αυτοκτονιών ως αιτία θανάτου ήταν 7,5 φορές μεγαλύτερη από εκείνη του γενικού πληθυσμού που αντιστοιχεί στην ηλικία. Οι συγγραφείς παρατήρησαν ότι προηγούμενες μελέτες δεν είχαν αναφέρει τέτοια υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας σε δείγματα ΣΚΠ. Επιπλέον, μπορεί κανείς να περιμένει υψηλότερα ποσοστά κινδύνου σε ένα δείγμα συμμετεχόντων στην κλινική.

Μια μελέτη της Δανίας χρησιμοποίησε το Μητρώο Δανικής Πολλαπλής Σκλήρυνσης και το Δανικό Εθνικό Μητρώο Αιτιών Θανάτου για να εξετάσει την επικράτηση της αυτοκτονίας μεταξύ των ανθρώπων με ΣΚΠ. (Stenager EN, Stenager E, Koch-Henricksen N, et al.). Οι συγγραφείς μπόρεσαν να εξετάσουν δεδομένα που κάλυπταν 5.525 περιπτώσεις για τις οποίες εμφανίστηκε ΣΚΠ μεταξύ 1953 και 1985. Αναφέρθηκαν συνολικά 53 αυτοκτονίες κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου και σημείωσε ότι ο αναμενόμενος αριθμός αυτοκτονιών σε μια ομάδα αυτού του μεγέθους (προσαρμόζοντας την ηλικία και ούτω καθεξής) θα ήταν 28. Σημείωσαν ότι ο κίνδυνος ήταν υψηλότερος μεταξύ των νεότερων αρσενικών ασθενών. Σε μια πρόσφατη μελέτη, ο Feinstein εξέτασε ένα δείγμα 140 διαδοχικών ασθενών που παρακολουθούσαν μια κλινική MS στον Καναδά χρησιμοποιώντας τυποποιημένα μέτρα για την ανίχνευση αυτοκτονικού ιδεασμού και πρόθεσης. (Feinstein A.) Αναφέρθηκε σε επικράτηση κατά τη διάρκεια της ζωής για αυτοκτονική πρόθεση 28,6% (40 συμμετέχοντες) και εννέα (6,4%) είχε πράγματι επιχειρήσει αυτοκτονία. Ο Feinstein εξέτασε αυτές τις μεταβλητές που προέβλεπαν πρόθεση αυτοκτονίας με τη χρήση λογιστικής παλινδρόμησης και διαπίστωσε ότι η μόνη ζωή, η σοβαρή κατάθλιψη και τα προβλήματα με το οινόπνευμα αποτελούσαν μαζί μια «πρόβλεψη 85% για αυτοκτονική πρόθεση». Ιδιαίτερη ανησυχία στη μελέτη αυτή ήταν ότι τα δύο τρίτα των ασθενών με «σημερινή μεγάλη κατάθλιψη» δεν έλαβαν αντικαταθλιπτικά και το ένα τρίτο των αυτοκτονικών ασθενών δεν είχαν λάβει ψυχολογική βοήθεια.

Το 2016 πραγματοποιήθηκε μια ακόμη έρευνα σχετικά με την παρουσία άγχους, κατάθλιψης και τάσεων αυτοκτονίας σε 132 ασθενείς, οι οποίοι είχαν διαγνωσθεί με ΣκΠ Πρωϊούσας Μορφής. Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν με τη χρήση της κλίμακας EDSS, της BDI-II, BSI και HADS. Όλοι οι ασθενείς εξετάστηκαν από δύο νευρολόγους σε δύο ιδρύματα, το Hospital District of Brazilia και το Hospital Santa Casa στο Σάο Πάολο, στη Βραζιλία. Οι μεταβλητές αναλύθηκαν και αξιολογήθηκαν. Υψηλός επιπολασμός κατάθλιψης και άγχους και υψηλό ποσοστό αυτοκτονικού ιδεασμού παρατηρήθηκε στους ασθενείς με ΣκΠ, σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων δείχνει να έχει άμεση επιρροή στις τάσεις αυτοκτονίας. Η παρούσα έρευνα επέδειξε θετικό συσχετισμό μετρίως ανάμεσα στη κλίμακα EDSS και τη παρουσία κατάθλιψης, καθώς μετρήθηκε με τη κλίμακα BDI-II. Χαμηλότερος συσχετισμός εντοπίστηκε ανάμεσα στη κλίμακα EDSS και τη παρουσία αυτοκτονικού ιδεασμού, καθώς μετρήθηκε με τη κλίμακα BSI. Η σχέση συνάγει συγχρονισμό ανάμεσα στη πρόοδο της ασθένειας και τις ψυχιατρικές δυσλειτουργίες. Επιπλέον, η σχέση ανάμεσα στον υψηλό βαθμό κατάθλιψης και τον αυτοκτονικό ιδεασμό, μέσω της εξέλιξης της ασθένειας, των παράπλευρων αποτελεσμάτων από την ΣκΠ, ή τα συσχετιζόμενα συμπτώματα, είναι περίπλοκη. Η μελέτη, όμως, επιβεβαιώνει τη σημαντικότητα αυτών των συνοδών νοσημάτων σε ασθενείς με ΣκΠ και τονίζει την ανάγκη για πρόωρη διάγνωση και θεραπεία. Το υψηλό ποσοστό αυτοκτονικού ιδεασμού που εντοπίστηκε στους ασθενείς με ΣκΠ είναι αξιοσημείωτος. Επιπροσθέτως, υπήρξε μια λιγότερο σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης, η οποία μετρήθηκε με την κλίμακα EDSS, και τον αυτοκτονικό ιδεασμό, ο οποίος μετρήθηκε με την κλίμακα BSI, σε ασθενείς με ΣκΠ.

[CITATION Car18 \l 1033]

Δεν βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα σε ασθενείς, που χρησιμοποιούσαν ανοσορρυθμιστικές και ανοσοκατασταλτικές θεραπείες, και τη παρουσία κατάθλιψης, άγχους και αυτοκτονικού ιδεασμού. Όμως, αυτό το συμπέρασμα είναι περιορισμένο, διότι το 1/3 των ασθενών του δείγματος έπαιρνε αντικαταθλιπτικά. Από την άλλη πλευρά, μελέτες, όπως η Regain και η Eroc, παρουσίασαν διαφορετικά συμπεράσματα, αναφορικά με το, εάν η θεραπεία με φινγκολιμόδη, με ή χωρίς αντικαταθλιπτικά, μειώνει ή προκαλεί κατάθλιψη σε ασθενείς με ΣκΠ. Πρόσφατες

μελέτες όπως η Consortium of MS Centers του Mirsky et al., στην οποία έγινε χρήση μεγάλου δείγματος, επιβεβαιώνεται ότι δεν υπάρχει επίδραση της Ιντερφερόνης Βήτα και των αντικαταθλιπτικών, σε σύγκριση με άλλες θεραπείες, όπως στη παρούσα μελέτη. [CITATION Car18 \l 1033]

Όπως αναφέρουν οι συγγραφείς, σε αυτή τη μελέτη χρησιμοποιήθηκε μικρό αναλυτικό δείγμα και ίσως τα αποτελέσματα έχουν επηρεαστεί από απροσδιόριστους παράγοντες σφάλματος. Η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων στο δείγμα, υποδεικνύει ότι η κατάθλιψη έχει άμεση επίδραση στις αυτοκτονικές τάσεις σε ασθενείς με ΣκΠ και υποδηλώνει ότι τστσιου είδους συνοδα νοσήματα χρειάζεται να αντιμετωπίζονται κατάλληλα για να αποφευχθούν αρνητικές εξελίξεις σε βάρος της υγείας των ασθενών. [CITATION Car18 \l 1033]

Μια μελέτη από τον Cerqueira et al, που συμπεριλαμβάνει 60 ασθενείς με ΣκΠ, δηλώνει, ότι το 16,6% των συμμετεχόντων είχαν ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας και σημειώθηκε, ότι η συννοσηρότητα με κατάθλιψη ήταν σημαντικά υψηλή σε ασθενείς με τάσεις αυτοκτονίας. Σύμφωνα με τους αθρογράφους, η κατάθλιψη μπορεί να επιδράσει στη Ποιότητα Ζωής των ασθενών με ΣκΠ. Η σχέση αυτών των παραμέτρων με τον αυξημένο κίνδυνο θανάτου μέσω αυτοκτονίας σε ασθενείς με ΣκΠ θα έπρεπε να αφυπνήσει τους γιατρούς επί του θέματος. [CITATION Car18 \l 1033] [CITATION Car18 \l 1033]

4.2.4. Άγχος και κατάθλιψη στην ΣΚΠ

Το υψηλό ποσοστό συννοσηρότητας μεταξύ άγχους και διαταραχών της διάθεσης μπορεί να υποδηλώνει ότι οι διαταραχές άγχους θα είναι επίσης συχνές σε άτομα με ΣΚΠ. Ενώ η υπάρχουσα βιβλιογραφία τείνει να υποστηρίξει αυτή την έννοια, το ποσοστό των αυστηρών επιδημιολογικών στοιχείων φαίνεται περιορισμένο σε σύγκριση με αυτό για την κατάθλιψη. Για παράδειγμα, σε μια πρόσφατη επισκόπηση της έρευνας σχετικά με την εκτίμηση των συναισθηματικών προβλημάτων σε άτομα με ΣΚΠ, μόνον πέντε από τις 15 αναφερόμενες μελέτες είχαν συμπεριλάβει ένα τυποποιημένο μέτρο ανησυχίας. (Nicholl CR, Lincoln NB, Francis VM, et al.) Ωστόσο, εκείνες οι μελέτες που έχουν εκτιμήσει ειδικά το άγχος, έχουν συνήθως αναφέρει αρκετά υψηλές τιμές. Για παράδειγμα, οι Smith και Young αξιολόγησαν την συχνότητα τόσο του άγχους όσο και της κατάθλιψης σε ένα δείγμα 88 διαδοχικών ασθενών που παρακολουθούν μια κλινική ΣΚΠ, χρησιμοποιώντας το BDI και την Κλίμακα Άγχους και Κατάθλιψης του Νοσοκομείου (HADS) (Smith SJ, Young CA.) Αναφέρουν ότι το 34% περιπτώσεων «για άγχος στο HADS» με 22 ασθενείς (25%) που χρειάζονται θεραπεία για αυτό. Σε μια μελέτη όπου η εστίαση αφορούσε τις νευρικές συσχετίσεις της κατάθλιψης και του άγχους στην ΣΚΠ, οι Zorzon et al αξιολόγησαν «95 διαδοχικούς μη επιλεγμένους ασθενείς με κλινικά σαφή ΣΚΠ» στην Τεργέστη (Zorzon M., de Masi R., Nasuelli D, et al). Αναφέρθηκε διάμεσος βαθμός άγχους στο HADS 18 (η συνήθης αποκοπή για πολύ πιθανές περιπτώσεις είναι 10/11). Οι Janssens και οι συνεργάτες του παρακολούθησαν 101 νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς και τους συνεργάτες τους και διαπίστωσαν υψηλά ποσοστά άγχους τόσο στους ασθενείς (34%) όσο και στους συνεργάτες τους (40%) (Janssens ACJW, van Doorn PA, de Boer JB et al.). Έτσι, μερικές πρόσφατες μελέτες ανέφεραν υψηλά επίπεδα άγχους σε άτομα με ΣΚΠ.

Ωστόσο, αυτές οι μελέτες έχουν χρησιμοποιήσει όλα τα δείγματα που λαμβάνονται από ασθενείς που παρακολουθούν κλινικές και οι οποίοι μπορεί να έχουν υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων από ένα δείγμα ατόμων με ΣΚΠ που βασίζονται στην κοινότητα. Επιπλέον, ακόμη και μεταξύ των ασθενών που παρακολουθούν κλινικές δεν υπάρχουν λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τους συγκεκριμένους υποτύπους της διαταραχής άγχους που υπάρχουν.

4.2.5. Κούραση και κατάθλιψη στην ΣΚΠ

Μια αιτιολογική πτυχή της ΣΚΠ για τους κλινικούς και ερευνητές είναι η φύση της σχέσης μεταξύ κατάθλιψης και κόπωσης στα ΣΚΠ. Η κόπωση είναι ένα σύνηθες σύμπτωμα τόσο στην κατάθλιψη όσο και στην ΣΚΠ. Ο Mohr et al σημειώνει ότι «Μια σχέση μεταξύ κόπωσης και κατάθλιψης έχει υποψιαστεί για μεγάλο χρονικό διάστημα στην ΣΚΠ», αλλά «ενώ η κατάθλιψη και η κόπωση συχνά θεωρείται ότι σχετίζονται με τη ΣΚΠ, ο λόγος ή ο τρόπος με τον οποίο μπορεί να υπάρχει αυτή η σχέση παρέμεινε γενικά άθικτος». (Mohr DC, Hart SL, Goldberg A.) Σημειώνουν επίσης δύο μελέτες στις οποίες η φαρμακευτική αγωγή που ήταν αποτελεσματική για την κόπωση στην ΣΚΠ δεν έδειξε συνακόλουθη επίδραση στην κατάθλιψη. Φαίνεται, ότι οι προηγούμενες μελέτες που εξετάζουν την κόπωση και την κατάθλιψη στην ΣΚΠ έδειξαν πράγματι λίγα στοιχεία για μια στενή σχέση μεταξύ των δύο. Για παράδειγμα, ο Krupp et al συνέκρινε 32 διαδοχικούς ασθενείς που παρακολουθούν μια κλινική ΣΚΠ στη Νέα Υόρκη με υγιείς μάρτυρες που αντιστοιχούν στην ηλικία και το φύλο. (Krupp LB, Alvarez LA, LaRocca NG, et al.).

Αν και το 47% των ασθενών με ΣΚΠ είχαν βαθμολογίες που υποδηλώνουν κλινική κατάθλιψη στο CES-D, δεν βρήκαν σημαντική συσχέτιση με κόπωση όπως μετράται με οπτική αναλογική κλίμακα. Επίσης, η κόπωση δεν συσχετίστηκε με τη νευρολογική αναπηρία όπως μετρήθηκε από την Κλίμακα Κατάστασης Αναπτυσσόμενης Αναπηρίας (EDSS). Ωστόσο, η κόπωση ήταν ένα σύνηθες και ενοχλητικό σύμπτωμα μεταξύ της ομάδας ΣΚΠ και το συμπέρασμα των συγγραφέων υπογράμμισε τη σημασία της παρακολούθησης της κόπωσης ως διακριτικού συμπτώματος της ΣΚΠ που δεν οφείλεται στην κατάθλιψη. Μια μετέπειτα μελέτη από αυτή την ομάδα δεν ανέφερε ούτε συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και κόπωσης σε ασθενείς με ΣΚΠ ή συστηματικό ερυθματώδη λύκο. (Krupp LB, LaRocca NG, MuirNash J, et al.) Ομοίως, μια μελέτη στις Κάτω Χώρες από τους Vercoulen et al παρατήρησε ότι η κόπωση ήταν ένα σύνηθες και ανησυχητικό σύμπτωμα σε ασθενείς με MS, αλλά δεν έδειξε καμία συσχέτιση με την κατάθλιψη (BDI) ή την αναπηρία (EDSS). (Vercoulen JHMM, Hommes OR, Swanink CMA, et al.) Σε αντίθεση με αυτές τις προηγούμενες μελέτες, πιο πρόσφατη έρευνα τείνει να αναφέρει μια σχέση μεταξύ κατάθλιψης και κόπωσης.

Μια από τις πρώτες μελέτες για την αναφορά στατιστικά σημαντικής συσχέτισης μεταξύ της κατάθλιψης και της κόπωσης σε άτομα με ΣΚΠ ήταν η διερεύνηση ψυχοκοινωνικών συσχετισμών κόπωσης σε 139 Αμερικανούς ασθενείς με ΣΚΠ. Ωστόσο, οι συσχετισμοί ήταν χαμηλοί, με τη σοβαρότητα της κόπωσης και την κατάθλιψη να συσχετίζονται μόνο με 0,17. (Schwartz CE, Coulthard-Morris L, Qi Zeng MS.) Μια ισχυρότερη συσχέτιση παρατηρήθηκε από τους Ford et al, ο οποίος εξέτασε την κόπωση και την κατάθλιψη σε 78 διαδοχικούς ασθενείς που παρέστησαν σε μια κλινική ΣΚΠ και ισχυρίστηκε ότι είναι η «πρώτη μελέτη που αναφέρθηκε για να καταδείξει μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κόπωσης και του επιπέδου διάθεσης». (Ford H, Trigwell P, Johnson M.) Παρόλο που ο ισχυρισμός αυτός μπορεί να

αμφισβητηθεί υπό το πρίσμα των προαναφερθέντων μελετών, ένα αξιοσημείωτο χαρακτηριστικό της μελέτης της Ford ήταν ότι εννοούσε την κόπωση ως πολυδιάστατη με χωριστές βαθμολογίες για ψυχική, σωματική και ολική κόπωση. Η κατάθλιψη σχετίζεται περισσότερο με την ψυχική κόπωση ($r = 0.54$, $p, 0.0001$) από τη φυσική ($r = 0.31$, $p, 0.01$). Η μεταγενέστερη έρευνα τείνει συνήθως να επιβεβαιώνει τη σχέση μεταξύ κόπωσης και κατάθλιψης, αλλά έχει επίσης τονίσει την πολυπλοκότητά της - υπογραμμίζοντας την πολυδιάστατη φύση της κόπωσης και την επιρροή των μετριοπαθών μεταβλητών όπως η αδυναμία και η ψυχαγωγική δραστηριότητα. (Schreurs KMG, de Ridder DTD, Bensing JM, Bakshi R, Shaikh ZA, Miletich RS, et al, Van der Werf SP, Evers A, Jongen PJH, et al., Voss WD, Arnett PA, Higginson CIJRJ, et al) Μια διαχρονική μελέτη διαπίστωσε ότι η σχέση ήταν δυναμικές ως σχέσεις κόπωσης με φυσική και ψυχική αλλαγή υγείας κατά τη διάρκεια ενός έτους. (Schreurs KMG) Ένας άλλος διαπίστωσε ότι η κατάθλιψη και η κόπωση ήταν ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες της QoL στην ΣΚΠ. (Janardhan V, Bakshi R.) Αν και η κόπωση είναι καλά αναγνωρισμένη ως σωματικό σύμπτωμα που συνοδεύει την κατάθλιψη και το άγχος, η παρατεταμένη κόπωση είναι επίσης συνηθισμένη στις κοινοτικές μελέτες ψυχικής νοσηρότητας. (Hickie IB, Hooker AW, Hadzi-Pavlovic D, et al.) Επιπλέον, φαίνεται ότι κάποιοι άνθρωποι που δεν έχουν άλλη εξήγηση, έχουν την κούραση ως κύριο χαρακτηριστικό μιας ψυχολογικής ασθένειας. (Andrews G, Jenderson S, Hall W., Hickie IB, Hooker AW, Hadzi-Pavlovic D, et al.). Για το λόγο αυτό, κάποιοι ψυχίατροι που ενδιαφέρονται για την επιδημιολογία και τη ταξινόμηση των ψυχολογικών ασθενειών, έχουν συστήσει την αναγνώριση της νευρασθένειας για την αντιμετώπιση αυτής της ομάδας ασθενών και την ανάλυση της αξίας των θεραπειών. (Hickie I, Hadzi-Pavlovic D, Ricci C.) Το αν η κόπωση προκύπτει άμεσα από αλλοιώσεις του εγκεφάλου σε ΣΚΠ ή ως ψυχολογική αντίδραση στην ασθένεια σε ένα προδιάθετο άτομο παραμένει αβέβαιη. Ωστόσο, υπάρχει αυξανόμενη αναγνώριση ότι η κόπωση στην ΣΚΠ είναι πολυδιάστατη και ότι πρέπει να αξιολογηθεί τόσο η ψυχική όσο και η σωματική κόπωση. (Ford H, Trigwell P, Johnson M.) Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης σε ασθενείς με ΣΠΚ φαίνεται να βελτιώνει τις αυτοαναφορές της κόπωσης. Ωστόσο, οι μέχρι σήμερα αποδείξεις βασίζονται σε μία ανεξέλεγκτη μελέτη ασθενών που έλαβαν είτε θεραπεία γνωσιακής συμπεριφοράς (CBT) είτε υποστηρικτική ομαδική θεραπεία ή σερετραλίνη. (Mohr DC, Hart SL, Goldberg A.) Η προσέγγιση αυτή δεν αναμένεται να είναι τόσο αποτελεσματική σε αυτούς τους ασθενείς χωρίς συμπτώματα κατάθλιψης. Οι αναστολείς επιλεκτικής επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI) έχουν αποδειχθεί, ότι δεν είναι χρήσιμοι στη θεραπεία του συνδρόμου χρόνιας κόπωσης, ενώ οι αναστρέψιμοι αναστολείς του αναστολέα μονοαμινοξειδάσης-A (RIMAs) είναι χρήσιμοι για τη θεραπεία ορισμένων πτυχών των συνδρόμων κόπωσης και η CBT είναι επωφελής. (Vercoylen JHMM, Hickie IB, Wilson AJ, Wright JM, et al., Deale A, Chalder T, Marks I, et al.) Το αν η προσέγγιση CBT είναι επίσης χρήσιμη στην MS δεν είναι προς το παρόν γνωστή.

4.2.6. Γνωστική δυσλειτουργία και κατάθλιψη στην ΣΚΠ

Υπάρχει ένα σημαντικό σύνολο αποδεικτικών στοιχείων ότι η εξασθενημένη γνωστική λειτουργία είναι συνηθισμένη σε ΣΚΠ με ποσοστά επικράτησης σε κοινοτικά δείγματα τυπικά γύρω στο 40% ή υψηλότερα. (Rao SM, Leo GJ, Bernardin L, et al., Rao SM, Leo GJ, Ellington L, et al., McIntosh-Michaelis SA, Roberts MH, Wilkinson SM, et al.) Για παράδειγμα, μια βρετανική μελέτη με 200 άτομα επιλέχθηκε σχεδόν τυχαία από ένα μητρώο ΣΚΠ και ανέφερε γνωστική εξασθένηση σε 46% με προβλήματα μνήμης σε 34% και εκτελεστικά προβλήματα σε 33% . (McIntoshMichaelis

SA, Roberts MH, Wilkinson SM, et al.) Αντίθετα με τη σύγχυση σχετικά με την κατάθλιψη και τη θέση της βλάβης που σημειώθηκε παραπάνω, ο Rao παρατήρησε, ότι ο βαθμός και ο τύπος των γνωστικών δυσλειτουργιών συσχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την ποσότητα και τη θέση της λευκής ύλης εντός των εγκεφαλικών ημισφαιρίων (Rao SM.) Η γνωστική εξασθένηση είναι επίσης καλά τεκμηριωμένη στην κατάθλιψη, αν και αυτό μπορεί να συμβαίνει μόνο στην περίπτωση ηλικιωμένων και μεσήλικων ασθενών με ιστορικό σοβαρής κατάθλιψης (Elliott R.). Συνεπώς, είναι σημαντικό να κατανοηθεί η φύση της σχέσης, αν υπάρχει, μεταξύ της γνωστικής εξασθένησης και της κατάθλιψης στην ΣΚΠ. Όπως και με την κόπωση, οι περισσότερες προηγούμενες μελέτες δεν ανέφεραν σαφή σχέση μεταξύ της γνωστικής δυσλειτουργίας και της κατάθλιψης στα κράτη μέλη, ενώ πιο πρόσφατη έρευνα τείνει να αναφέρει θετική συσχέτιση. Για παράδειγμα, στην ανασκόπηση του 1986 της νευροψυχολογίας της ΣΚΠ, ο Rao σημείωσε ότι: «Η ευφορία, η απάθεια, η έλλειψη ενδιαφέροντος και η ευερεθιστότητα συχνά παρατηρούνται σε ασθενείς με εκτεταμένη εγκεφαλική εμπλοκή, ενώ η κατάθλιψη, υποτίθεται ότι είναι αντιδραστική, παρατηρείται συχνότερα σε ασθενείς χωρίς γνωστική δυσλειτουργία ή με ήπια εμπλοκή.» (Rao SM.) Ομοίως, το 1995 παρατηρεί ότι «Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι τα μέτρα της γνωστικής δυσλειτουργίας και της κατάθλιψης δεν συσχετίζονται, υποδηλώνοντας ότι η κατάθλιψη δεν είναι αιτιολογικός παράγοντας στην ανάπτυξη της γνωστικής δυσλειτουργίας» (Rao SM.) Στο ίδιο συμπέρασμα κατέληξε και ο Brassington και ο Marsh σε μια πιο πρόσφατη ανασκόπηση της νευροψυχολογίας της ΣΚΠ. (Brassington JC, Marsh NV.) Σε αυτή την εργασία συνοψίστηκαν 10 μελέτες που αφορούσαν αυτό το ζήτημα και κατέληξαν στο εξής συμπέρασμα: οι μελέτες δεν ανέφεραν καμία σχέση μεταξύ γνωστικής εξασθένησης και κατάθλιψης σε ασθενείς με ΣΚΠ».

Αυτή η έλλειψη οποιασδήποτε συσχέτισης μεταξύ της κατάθλιψης και της νοητικής εξασθένησης στη ΣΚΠ φαίνεται μάλλον περίεργη δεδομένης της αυξανόμενης απόδειξης για τα νευροψυχολογικά ελλείμματα που μπορεί να συνοδεύουν την κατάθλιψη. (Shenal BV, Harrison DW, Demaree HA, Elliott R., Hartlage S, Alloy LB, Vazquez C, et al.) Εάν φυσικά υγιείς άνθρωποι με κατάθλιψη είναι επιρρεπείς σε γνωσιακή δυσλειτουργία, φαίνεται παράδοξο ότι αυτό δεν είναι περίπτωση ασθενών με ΣΚΠ που έχουν κατάθλιψη. Ωστόσο, ένα πρόσφατο πρόγραμμα έρευνας του Peter Arnett και των συναδέλφων του μπορεί να ρίξει φως σε αυτό το φαινομενικό παράδοξο. (Arnett PA, Higginson CI, Voss WD, et al., Arnett PA, Higginson CI, Voss WD, et al., Arnett PA, Higginson CI, Randolph JJ.) Η Arnett έχει προτείνει ότι είναι πιο δαπανηρή η αυτόματη επεξεργασία πληροφοριών που είναι πιθανό να διακυβευτεί σε ασθενείς με κατάθλιψη. Ως εκ τούτου, η απόδοση μπορεί να είναι αρκετά φυσιολογική στις καθημερινές εργασίες, αλλά έχει μειωθεί σε εκείνα τα καθήκοντα που θέτουν τη ζήτηση σε προσομοιωτικούς πόρους - όπως οι ταχύτατες δοκιμές επεξεργασίας πληροφοριών, η μνήμη εργασίας και οι πολύπλοκες δοκιμές της εκτελεστικής λειτουργίας. (Arnett PA, Higginson CI, Voss WD, et al., Arnett PA, Higginson CI, Voss WD, et al., Arnett PA, Higginson CI, Randolph JJ., Landro NI, Celius EGHS) Επιπλέον υποστήριξη για μια σύνδεση προέρχεται από την εργασία των Demaree και DeLuca. (Demaree HA, Gaudino E, DeLuca J., Demaree HA, DeLuca J, Gaudino E, et al., DeLuca J, Gaudino EA, Diamond BJ, et al.) Αυτοί οι συγγραφείς έχουν επικρίνει κάποιες από τις προηγούμενες μελέτες για τη χρήση αναλύσεων συσχέτισης και τη χρήση νευροψυχολογικών μέτρων, που δεν είναι ευαίσθητες στις γνωστικές επιδράσεις της κατάθλιψης. Σημειώνουν, ότι η σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της νοητικής βλάβης είναι μεγαλύτερη για τη σοβαρή κατάθλιψη και κυρίως σε σχέση με την ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών και τη μνήμη εργασίας. Ο Arnett και οι συναδέλφοί του ανέφεραν επίσης, ότι οι γνωστικές διαταραχές σε ασθενείς με ΣΚΠ φαίνεται να σχετίζονται στενά με τη διάθεση και τις αρνητικές αυτοαξιολογήσεις, αλλά

λιγότερο με τα βλαστικά συμπτώματα της κατάθλιψης. (Arnett PA, Higginson CI, Randolph JJ.)

Συνοπτικά, προηγούμενες μελέτες έρευνας απέτυχαν να βρουν σαφή σχέση μεταξύ κατάθλιψης και νοητικής εξασθένησης στη ΣΚΠ. Ωστόσο, μερικές πρόσφατες εργασίες υποδηλώνουν ότι η ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών, η μνήμη εργασίας και η εκτελεστική λειτουργία μπορεί πράγματι να επηρεαστούν σε περιπτώσεις όπου η κατάθλιψη βρίσκεται στο μέτριο έως σοβαρό εύρος. Το εάν αυτές οι βλάβες είναι αναστρέψιμες μετά τη θεραπεία της κατάθλιψης παραμένει άγνωστη.

4.2.7. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Ένας αυξανόμενος όγκος έρευνας πιστοποιεί τη σημασία των ψυχοκοινωνικών παραγόντων για τον προσδιορισμό του εάν ένα άτομο με ΚΜ αναπτύσσει ή όχι κατάθλιψη. (Pakenham KI., McCabe MP, McKern S, McDonald E., Williams RM, Turner AP, Hatzakis M, et al.) Οι μεταβλητές που έχουν προσελκύσει την μεγαλύτερη προσοχή είναι ο τρόπος αντιμετώπισης και η κοινωνική υποστήριξη. Τα ευρήματα της έρευνας σχετικά με την αντιμετώπιση της σκλήρυνσης κατά πλάκας μοιάζουν πολύ με εκείνα της ευρύτερης βιβλιογραφίας σχετικά με την αντιμετώπιση του στρες - δηλαδή η θετική προσαρμογή συνδέεται τυπικά με την αντιμετώπιση του προβλήματος και τα υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων σχετίζονται με την αντιμετώπιση των συγκινήσεων ή την αποφυγή διαφυγής. (Folkman S, Moskowitz JT.) Ωστόσο, ορισμένες μεθοδολογικές και θεωρητικές εξελίξεις στην έρευνα σχετικά με την αντιμετώπιση δεν έχουν ακόμη χρησιμοποιηθεί πλήρως στην έρευνα για την αντιμετώπιση της ΣΚΠ. Για παράδειγμα, ο Folkman πρότεινε ότι οι μέθοδοι αφηγηματικής έρευνας μπορούν να συμπληρώσουν τυποποιημένους καταλόγους ελέγχου για να καθορίσουν τρόπους αντιμετώπισης που δεν αντιμετωπίζονται με τέτοια μέτρα. (Folkman S, Moskowitz JT.) Αυτό μπορεί να είναι σημαντικό όταν εξετάζεται η αντιμετώπιση ατόμων που ασχολούνται με μια συγκεκριμένη ασθένεια, όπως η ΣΚΠ.

Η κοινωνική στήριξη συνδέεται επίσης με καλύτερη προσαρμογή, αν και η σχέση δεν είναι απλά μια απλή γραμμική. Για παράδειγμα, ο Pakenham εξέτασε το μοντέλο άγχους και αντιμετώπισης ασθενειών σε άτομα με ΣΚΠ, και διαπίστωσε ότι η κοινωνική υποστήριξη είχε ευεργετική επίδραση στην προσαρμογή αλλά μόνο υπό συνθήκες υψηλής απειλής. (Williams RM, Turner AP, Hatzakis M, et al.) Ο Uccelli και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν, ότι συμμετέχουν σε ομάδα υποστήριξης από ομότιμοι, οι ασθενείς με ΣΚΠ είχαν ελάχιστα συνεπή θετική επίδραση στη διάθεση και ίσως είχαν αρνητική επίδραση στους συμμετέχοντες που αντιμετώπιζαν καλά στην αρχή της μελέτης. (Uccelli MM, Mohr LM, Battaglia MA, et al.)

Μια πρόσφατη μελέτη του Mohr και συναδέλφων του έδειξε, ότι η αντιμετώπιση της κατάθλιψης έχει πράγματι ως αποτέλεσμα βελτιώσεις σε έναν αριθμό των πτυχών της κοινωνικής στήριξης. Τέτοια ευρήματα δεν είναι τόσο συγκλονιστικά όσο φαίνεται και υπάρχουν ενδείξεις, ότι η κατάθλιψη μπορεί στην πραγματικότητα να προκαλέσει μειωμένη κοινωνική στήριξη. (Mohr DC, Classen C, Barrera JM.) Και πάλι, υπάρχει η υποψία, ότι η διευκρίνιση της πολύπλοκης σχέσης μεταξύ της κατάθλιψης και της κοινωνικής υποστήριξης στα άτομα με σκλήρυνση κατά πλάκας θα επιτευχθεί με τη στενότερη ενσωμάτωση με την ευρύτερη βιβλιογραφία σχετικά με το άγχος, την αντιμετώπιση και την κοινωνική υποστήριξη. Άλλες ψυχοκοινωνικές μεταβλητές που μπορεί να επηρεάσουν τη διάθεση στην ΣΚΠ περιλαμβάνουν την παρενόχληση της νόσου, την αβεβαιότητα, την ελπίδα και την πνευματικότητα. (Devins GM, Schnek ZM.,

Mullins LL, Cote MP, Fuemmeler BF, et al., Lynch SG, Kroencke DC, Denney DR., McNulty K, Livneh H, Wilson LM.)

4.2.8. Ιντερφερόνη και κατάθλιψη στην ΣΚΠ

Με την εμφάνιση της Ιντερφερόνης Βήτα ως θεραπείας για υποτροπιάζουσα σκλήρυνση κατά πλάκας στις αρχές της δεκαετίας του 1990, προέκυψαν ανησυχίες σχετικά με τη δυνατότητα αυτού του φαρμάκου να προκαλέσει ή να επιδεινώσει την κατάθλιψη. (Feinstein A.) Η αρχική ανησυχία φάνηκε προφανώς από αναφορές αυτοκτονίας και τέσσερις απόπειρες αυτοκτονίας που εμφανίστηκαν μεταξύ της ομάδας, που υποβλήθηκε σε θεραπεία κατά την πρώτη κλινική δοκιμή. (Klapper MD.) Μια πιο πρόσφατη αναφορά περιπτώσεων μπορεί να έχει προσθέσει την ανησυχία αυτή με τους συγγραφείς να υποστηρίζουν, ότι η υπόθεση «υποδηλώνει αιτιώδη σύνδεση μεταξύ της θεραπείας με Ιντερφερόνη Βήτα-1α της ΣΚΠ και μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής». (Pandya R, Patten S.) Ωστόσο, με τα υψηλά ποσοστά επικράτησης της κατάθλιψης στην ΣΚΠ που σημειώθηκαν παραπάνω, είναι δύσκολο να εξαχθούν συμπεράσματα από ανεκδοτολογικές καταστάσεις ή μεμονωμένες αναφορές περιπτώσεων. Δεδομένου ότι το θέμα εξετάστηκε διεξοδικά από τον Feinstein το 2000, θα περιοριστούμε στην αναφορά σε μελέτες που δημοσιεύθηκαν από την αναθεώρηση αυτή. Σε αυτή την ανασκόπηση, ο Feinstein κατέληξε στο συμπέρασμα ότι «Δεδομένων των πολυάριθμων μεθοδολογικών παγίδων που είναι εγγενείς σε όλες τις μελέτες μέχρι σήμερα, είναι πρόωρο να συμπεράνουμε ότι τα φάρμακα που τροποποιούν την ασθένεια συνδέονται με την κατάθλιψη». (Feinstein A.) Ωστόσο, τα δεδομένα από τα ελεγχόμενα υψηλού κινδύνου υποκείμενα με Πολλαπλή Σκλήρυνση της Μελέτης πρόληψης (CHAMPS) που δημοσιεύθηκε, αναφέρθηκε σημαντικά υψηλότερο ποσοστό κατάθλιψης (20%) μεταξύ των 193 ασθενών που έλαβαν θεραπεία με Ιντερφερόνη από τους 190 μάρτυρες οι οποίοι έλαβαν μόνο εικονικό φάρμακο (13%).

Ανεξάρτητα από αυτό, οι πιο πρόσφατες μελέτες δεν έχουν βρει λίγες ενδείξεις ότι η θεραπεία με Ιντερφερόνη είναι πιθανό να οδηγήσει σε κατάθλιψη σε άτομα με ΣΚΠ. (Patten SB, Metz LM., Patten SB, Metz LM., Zephir H, De Seze J, Stojkovic T, et al.) Για παράδειγμα, σχετικά με την πρόληψη υποτροπών και αναπηρίας από την Ιντερφερόνη Βήτα-1α υποδορίως στη ΣΚΠ (PRISMS), 560 συμμετέχοντες με υποτροπιάζοντα σκλήρυνση κατά πλάκας από 22 κέντρα σε εννέα χώρες που τυχαιοποιημένα χορηγήθηκαν σε δύο ομάδες θεραπείας και σε ομάδα ελέγχου με εικονικό φάρμακο και χρησιμοποίησαν τρία τυποποιημένα μέτρα καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η καταθλιπτική διάθεση πριν από την αγωγή ήταν ο καλύτερος προγνωστικός δείκτης των επακόλουθων καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αλλά δεν βρέθηκαν διαφορές στα αναφερόμενα επίπεδα κατάθλιψης στις τρεις ομάδες. Επιπλέον, η διαπίστωση ότι ο καλύτερος προγνωστικός παράγοντας της κατάθλιψης σε ασθενείς με ΣΚΠ που έλαβαν θεραπεία με Ιντερφερόνη, είναι ένα προηγούμενο ιστορικό της καταθλιπτικής διάθεσης, έχει αναφερθεί με συνέπεια αλλού. (Feinstein A, O'Connor P, Feinstein K., Mohr DC, Likosky W, Dwyer P, et al.) Μια μετέπειτα μελέτη από την ομάδα αυτή κατέληξε επίσης στο συμπέρασμα, ότι η «κατάθλιψη δεν είναι παρενέργεια της Ιντερφερόνης Β1α» όταν χρησιμοποιείται για τη θεραπεία ασθενών με δευτεροπαθή προοδευτική ΣΚΠ. (Patten SB, Metz LM.) Ο Patten και οι συνεργάτες του έχουν επίσης αναφέρει ότι τα ποσοστά κατάθλιψης είναι τα το ίδιο για τους ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με Ιντερφερόνη,

όπως και για τους ασθενείς που έλαβαν αγωγή με glatiramer acetate σε κλινικές συνθήκες. (Patten SB, Fridhandler S, Beck CA, et al.) Επίσης, συσσωρεύονται στοιχεία από άλλες ερευνητικές ομάδες ότι οι ανησυχίες σχετικά με τη θεραπεία με Ιντερφερόνη και την κατάθλιψη μπορεί να ήταν υπερβολικές. (Zephir H, De Seze J, Stojkovic T, et al.) Ίσως το σημαντικό μήνυμα εδώ για τους κλινικούς ιατρούς είναι, ότι ο έλεγχος για την κατάθλιψη και την παρακολούθηση της διάθεσης θα πρέπει να αποτελεί χαρακτηριστικό της ιατρικής διαχείρισης όλων των ασθενών με ΣΚΠ - ανεξάρτητα από το εάν λαμβάνουν ή όχι Ιντερφερόνη.[CITATION RJS05 \l 1033]

4.2.9. Θεραπεία της κατάθλιψης στην ΣΚΠ

Υπάρχει μια μικρή αλλά αυξανόμενη βιβλιογραφία για τη θεραπεία της κατάθλιψης σε ασθενείς με ΣΚΠ. Ο Schiffer και οι συνεργάτες του ανέφεραν την πρώτη και τη μόνη, διπλή, τυφλή, ελεγχόμενη δοκιμή των αντικαταθλιπτικών στη θεραπεία της κατάθλιψης σε άτομα με ΣΚΠ. (Schiffer RB, Wineman NM.) Σε αυτή τη μελέτη διαπίστωσαν ότι τα τρικυκλικά (δεσιπραμίνη) ήταν πιο αποτελεσματικά από ένα εικονικό φάρμακο, ενώ σημειώνουν ότι ορισμένοι ασθενείς είχαν προβλήματα με αντιχολινεργικές παρενέργειες που περιορίζουν τη δοσολογία τους. Είναι ενδιαφέρον ότι παρατηρήθηκαν σημαντικές βελτιώσεις σύμφωνα με την κλινική κρίση και τη βαθμολογική κλίμακα Hamilton για την κατάθλιψη, αλλά όχι στο BDI. Υπάρχουν επίσης ορισμένες από τις μελέτες ανοιχτής μελέτης ότι οι SSRIs και ο αναστολέας μονοαμινοξειδάσης μοκλοβεμίδη μπορεί να είναι αποτελεσματικές θεραπείες. Ο Feinstein προειδοποιεί ότι οι SSRIs μπορεί να έχουν μειωμένη σεξουαλική λειτουργία ως παρενέργεια και αυτό αποτελεί ιδιαίτερη ανησυχία δεδομένου ότι είναι επίσης ένα σύνηθες σύμπτωμα της ΣΚΠ. (Feinstein A)

Οι Mohr και Goodkin βρήκαν πέντε μελέτες που θεωρούσαν αρκετά αυστηρές για να συμπεριληφθούν σε μια μετα-ανάλυση. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με συμπτώματα της κατάθλιψης ανταποκρίθηκαν καλά στη θεραπεία είτε με ψυχοθεραπεία είτε με αντικαταθλιπτικά φάρμακα (δεσιπραμίνη), αλλά επεσήμαναν, πως η ψυχοθεραπεία με έμφαση στις δεξιότητες αντιμετώπισης ήταν πιο πιθανό να είναι αποτελεσματικότερη θεραπευτική προσέγγιση. Τα αποτελέσματα της μετα-αναλύσεώς τους υποδεικνύουν, επίσης, ότι εάν παραμεληθεί η κατάθλιψη σε άτομα με ΣΚΠ, ήταν πιθανό να επιδεινωθεί. Είναι ενδιαφέρον, ότι αυτοί οι συγγραφείς υποθέτουν, ότι η κατάθλιψη στη σκλήρυνση κατά πλάκας μπορεί να ανταποκρίνεται ιδιαίτερα στη θεραπεία, υποστηρίζοντας ότι οι περισσότεροι ασθενείς με ΣΚΠ δεν έχουν εκτεταμένο ιστορικό κατάθλιψης και σπάνια έχουν συννοσηρές ψυχιατρικές διαγνώσεις. Το ίδιο εργαστήριο έχει από τότε αναφέρει ότι τόσο η CBT(Γνωσιακή Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία) όσο και η σερτραλίνη (SSRI) ήταν αποτελεσματικές στη θεραπεία της κατάθλιψης σε ασθενείς με ΣΚΠ σε σύγκριση με την ομαδική θεραπεία που υποστηρίζει εκφραστικές μεθόδους. (Mohr DC, Boudewyn AC, Goodkin DE, et al.) Συνοπτικά, υπάρχει ένα μικρό σύνολο ελεγχόμενων μελετών που δείχνουν ότι η κατάθλιψη στους ανθρώπους με την ΣΚΠ ανταποκρίνεται καλά σε δύο θεραπείες-ψυχοθεραπείες, που δίνει έμφαση στην ανάπτυξη των ενεργών δεξιοτήτων αντιμετώπισης (όπως η CBT) και της αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής αγωγής. Σε περιπτώσεις όπου ένας ασθενής με MS αποτυγχάνει να ανταποκριθεί σε SSRIs, ο Feinstein συμβουλεύει τους κλινικούς ιατρούς να συμβουλευονται τη γενική ψυχιατρική βιβλιογραφία. (Feinstein A)

Για τον εντοπισμό κατάθλιψης σε παιδιά που πάσχουν από ΣκΠ, ερευνητές χρησιμοποιούν ως επί το πλείστον την κλίμακα CDI(Child Depression Inventory). Η

εμφάνιση της κατάθλιψης σε αυτούς τους πληθυσμούς μπορεί να τεκμηριωθεί με την εφαρμογή της συνέντευξης Kiddie- SADS.[CITATION Mar12 \l 1033]

Η δυνατότητα ιχνηλάτησης της κατάθλιψης, εξαρτάται μερικώς από την αποτελεσματικότητα και τις διαθέσιμες θεραπείες καθώς και από την πρόθεση των ασθενών να λάβουν θεραπεία. Σε μια πρόσφατη έρευνα, λιγότερο από το 30% των καταθλιπτικών ασθενών, οι οποίοι κλήθηκαν να λάβουν θεραπεία, πράγματι έλαβαν. Πιθανή εξήγηση για αυτό είναι τα στρεβλωμένα πιστεύω ότι η κατάθλιψη είναι αναπόφευκτη, ορισμένα πρακτικά προβλήματα ή η ίδια η κατάθλιψη. Συμπερασματικά, ο εντοπισμός της κατάθλιψης είναι ένα απαραίτητο πρώτο βήμα προς τη διαχείριση των ασθενών με ΣΚΠ.[CITATION Mar12 \l 1033]

4.3. Στρες

Το άγχος ή στρες είναι μια φυσιολογική σωματική και ψυχική αντίδραση σε μια απειλή ή σε μια πρόκληση για την αντιμετώπιση απαιτητικών καταστάσεων. Όταν κάποιος άνθρωπος νιώθει στρες το σώμα του είναι σε ένταση και ο εγκέφαλος του πυροδοτείται από πολλαπλές σκέψεις.

Το στρες είναι ένα διαδεδομένο σύμπτωμα που έχει μελετηθεί στην ΣΚΠ ως δυνητικός παράγοντας είτε με την έναρξη της νόσου είτε με την εμφάνιση υποτροπών στην νόσο. Σήμερα το στρες θεωρείται κάποιο είδος αλλαγής στην ζωή ενός ασθενούς και οδηγεί σε ψυχολογική ή βιολογική βλάβη. Έτσι, όπως αναφέρεται από τον Mohr είναι απαραίτητο να αναλυθεί ο περιβαλλοντικός στρεσογόνος παράγοντας καθώς και η ψυχοκοινωνική απάντηση και οι συνέπειες του. Το στρες μπορεί να ταξινομηθεί ανάλογα με την διάρκεια, την συχνότητα και την σοβαρότητα της νόσου. Όσον αφορά την εμφάνιση ΣΚΠ υπάρχει μια κλασσική και παλιά υπόθεση ότι στρεσογόνα γεγονότα μπορεί να είναι εκλυτικοί παράγοντες πρόκλησής της. Η υπόθεση ήρθε στο φώς μετά τις μελέτες του Charcot ο οποίος ανέφερε ότι ο θυμός ή η θλίψη μπορεί να παίζουν ρόλο στην εμφάνιση κάποιων νευρολογικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένης και της ΣΚΠ.

Στην συνέχεια μερικές διαχρονικές μελέτες δημοσιεύτηκαν δείχνοντας διαφορετικό αποτέλεσμα. Ωστόσο 2 ελεγχόμενες μελέτες με μεγάλο αριθμό ασθενών έδωσαν κάποια αξιόπιστα στοιχεία που έδειχναν ότι οι ασθενείς με ΣΚΠ ήταν σημαντικά περισσότερο εκτεθειμένοι από τους μάρτυρες σε ασυνήθιστο άγχος 2 χρόνια πριν την έναρξη της νόσου και περιέγραφαν ένα μεγάλο αριθμό αγχωτικών καταστάσεων στη ζωή τους.

Ωστόσο ο ρόλος που διαδραματίζει το άγχος στην ασθένεια αυτή είναι ακόμα αδιευκρίνιστος. Σε μελέτη που διεξήχθη στην Νορβηγία, συμμετείχαν 172 ασθενείς και συγκρίθηκαν με το γενικό πληθυσμό. Μεταξύ των ανδρών, το 31,1% των ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση ανέφεραν άγχος, ενώ μόνο το 12,1% του πληθυσμού ελέγχου ανέφερε αυτό το σύμπτωμα ($p=0,002$). Για τις γυναίκες, η επικράτηση του άγχους ήταν 29,7 % έναντι 17,4 % ($p < 0,001$).

Σε σχέση με το στρες και τις υποτροπές στην ΣΚΠ ο Mohr διαπίστωσε μια στενή σχέση. Όπως επισημάνθηκε από τον ίδιο, όλες οι μελέτες που αναλύθηκαν στην μεταανάλυση δείχνουν έναν αυξημένο κίνδυνο υποτροπής στους ασθενείς που συνδέονταν με το στρες και είχαν αγχωτικό τρόπο ζωής.

Σε μια μελέτη 2 χρόνων του Franklin και των συνεργατών του διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς οι οποίοι ανέφεραν σημαντικά αγχωτική ζωή είχαν 3,7 φορές περισσότερο κίνδυνο για υποτροπή σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν αγχωτική ζωή. Επίσης σε έρευνα του, ο Sibley (Sibley, 1997) διαπίστωσε μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ του οικογενειακού και επαγγελματικού στρες και υποτροπών της ΣΚΠ.

Σύμφωνα με πολλά δεδομένα το οξύ και το χρόνιο στρες έχουν διαφορετικό βαθμό κίνδυνου υποτροπής στην νόσο.

Μια προοπτική μελέτη 2 ετών που έγινε σε 101 ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας είναι ενδιαφέρουσα. Συγκεκριμένα στην μελέτη αυτή ο Broow και οι συνεργάτες του επαλήθευσαν ότι οι χρόνιοι στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με γεγονότα ζωής δεν προβλέπουν αργότερα υποτροπές σε αντίθεση με τους οξείς στρεσογόνους παράγοντες οι οποίοι προέβλεπαν αργότερα υποτροπές της νόσου. Τα αποτελέσματα αυτά είναι αντίθετα με άλλες μελέτες που έδειξαν πως το οξύ στρες έχει μεγαλύτερη πιθανότητα πρόκλησης υποτροπών σε σχέση με το χρόνιο στρες. (E. Κουτσουράκη, 2002)

4.4. Άλλες ψυχιατρικές διαταραχές

Εκτός από τις προαναφερθείσες ψυχολογικές συνθήκες, διάφορες άλλες ψυχιατρικές ασθένειες μπορεί να περιπλέξουν την εξέλιξη της ΣΚΠ σε πολλούς ασθενείς και να συμβάλλουν στην νοσηρότητα της νόσου.

Διαταραχές της διάθεσης. Ο Feinstein διαχώρισε τις διαταραχές διάθεσης σε 4 ευρείες κατηγορίες που περιλαμβάνουν : την μείζονα κατάθλιψη (που παρουσιάστηκε πάρα πάνω), την διπολική συναισθηματική διαταραχή, την ευφορία και το παθολογικό κλάμα ή γέλιο. (A. Feinstein, 2011)

4.4.1 Διπολική συναισθηματική διαταραχή

Η διπολική διαταραχή (γνωστή και ως διπολική συναισθηματική διαταραχή, μανιοκαταθλιπτική διαταραχή ή απλώς μανιοκατάθλιψη), είναι μια ψυχική νόσος. Τα άτομα με διπολική διαταραχή βιώνουν επεισόδια ανεβασμένης ή ευερέθιστης διάθεσης γνωστά ως μανία εναλλασσόμενα με επεισόδια κατάθλιψης. Αυτά τα επεισόδια μπορεί να προκαλέσουν προβλήματα στην ικανότητα του ανθρώπου να λειτουργήσει φυσιολογικά στην καθημερινότητα του.

Ομοίως με την κατάθλιψη, η διπολική συναισθηματική διαταραχή φαίνεται να είναι πιο διαδεδομένη στην ΣΚΠ από ότι στο γενικό πληθυσμό είτε σε αναδρομικές μελέτες είτε σε προοπτικές μελέτες.

Ο Joffe και οι συνεργάτες του αξιολόγησαν 100 ασθενείς με ΣΚΠ και επαλήθευσαν ότι το 13% πληρούσε τα κριτήρια για μανιοκατάθλιψη, ενώ ο Schiffer και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν αυξημένα ποσοστά διπολικής διαταραχής με κίνδυνο να χάσουν την ζωή τους, 2 φορές μεγαλύτερο σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Πιο πρόσφατα οι Edwards και Contantinescu μελέτησαν μια ομάδα από 658 ασθενείς και βρήκαν σημαντικά αυξημένα ποσοστά διπολικής διαταραχής σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. (E. Κουτσουράκη, 2002)

4.4.2 Ευφορία

Αντίθετα με την διπολική διαταραχή η ευφορία είναι ασυνήθιστη σε ασθενείς με ΣΚΠ. Φαίνεται όμως πως είναι πιο συχνή σε ασθενείς με σοβαρή αναπηρία, όπου μια μέση επικράτηση του 25% έχει περιγραφεί και συνδέεται στενά με την γνωστική εξασθένηση και με την παρουσία εκτεταμένων αλλοιώσεων του εγκεφάλου. (E. Κουτσουράκη, 2002)

4.4.3 Παθολογικό γέλιο ή κλάμα

Το παθολογικό γέλιο ή κλάμα ορίζονται ως ξαφνικά εκούσια επεισόδια γέλιου ή κλάματος ή και τα δύο χωρίς να συνδέονται με υποκειμενικά συναισθήματα κατάθλιψης ή ευφορίας.

Η διαταραχή αυτή έχει αναφερθεί στο 10% των ασθενών με ΣΚΠ κυρίως σε άτομα με σοβαρή αναπηρία και μεγαλύτερη διάρκεια της νόσου. Δεν σχετίζονται με υποτροπές και φαίνεται να σχετίζονται με δυσλειτουργία του προμετωπιαίου φλοιού. (E. Κουτσουράκη, 2002)

4.4.4. Ψύχωση

Η ψύχωση είναι μια ψυχική διαταραχή κατά την οποία υπάρχει σοβαρή απώλεια επαφής με την πραγματικότητα, η οποία εκδηλώνεται με παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένη ομιλία και παράξενες ή κατατονικές συμπεριφορές.

Η ψύχωση είναι ασυνήθιστη σε ασθενείς με ΣΚΠ. Σύντομα επεισόδια ψύχωσης παρόμοια με την σχιζοφρένεια μπορεί να συμβούν ως εκδήλωση της ΣΚΠ και μερικές φορές ως εμφάνιση υποτροπής που ακολουθείται από ύφεση.

Ο Feinstein και οι συνεργάτες του διαπίστωσαν ότι τα ψυχωτικά συμπτώματα συνήθως ήταν παροδικά. Επίσης οι ψυχωτικοί ασθενείς συνήθως παρουσίαζαν μεγαλύτερες βλάβες στον εγκέφαλο από τους μη ψυχωτικούς ασθενείς. (A. Feinstein, 2011)

4.4.5. Διαταραχές συμπεριφοράς

Στην βιβλιογραφία υπάρχουν μεμονωμένες αναφορές περιστατικών αλλαγών συμπεριφοράς σε άτομα με ΣΚΠ. Αυτές παρουσιάζονται συνήθως σε ασθενείς με εκτεταμένες αλλοιώσεις του εγκεφάλου και απαιτούν εξειδικευμένη ψυχιατρική διαχείριση. (A. Feinstein, 2011)

5. Σωματικοί παράγοντες που επηρεάζουν τους ασθενείς με ΣΚΠ

Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, οι ασθενείς με ΣΚΠ εμφανίζουν μια μεγάλη κατηγορία συμπτωμάτων, που αφορούν πέραν της ψυχολογικής κατάστασής του, που αναλύσαμε παραπάνω, και την σωματική. Τέτοια συμπτώματα είναι:

5.1. Η φυσική κατάσταση

Ο παράγοντας αυτός περιλαμβάνει το αίσθημα της κόπωσης, του πόνου, τις λειτουργικές διαταραχές από τη νόσο και τα πιθανά προβλήματα ύπνου. Υπάρχει άμεση σχέση της κακής ψυχολογικής διάθεσης (αρνητικά συναισθήματα) και της σωματικής ανικανότητας που προκύπτει από την νόσο.

Η κόπωση και τα προβλήματα του ύπνου μπορεί να είναι αποτέλεσμα των φαρμάκων ή της πορείας της νόσου. Ορισμένα κλινικά χαρακτηριστικά βοηθούν στη διάκριση της κόπωσης ως αποτέλεσμα της νόσου ή ως σύμπτωμα της κατάθλιψης. Η σωματική κόπωση επιδεινώνεται με τη ζέστη και βελτιώνεται μετά από ανάπαυση, ενώ η κόπωση που σχετίζεται με την κατάθλιψη είναι συνεχής και επίμονη.

Στις περισσότερες μελέτες, η κόπωση αναφέρεται ως το πιο κοινό σύμπτωμα, σε ποσοστό 75-90% των ασθενών, ενώ ποσοστό 50-60% την περιγράφει ως το

χειρότερο σύμπτωμα της νόσου, το οποίο σχετίζεται με κακή ποιότητα ζωής και αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα ανεργίας.

Σε άλλες μελέτες η κόπωση περιγράφεται ως το μοναδικό σύμπτωμα που προκαλεί ανικανότητα και ενοχοποιείται γι' αυτήν περισσότερο απ' ότι η αδυναμία, η σπαστικότητα, τα κινητικά προβλήματα ή οι διαταραχές ούρησης.

Γενικά, η κόπωση είναι γνωστή από τις πρώτες περιγραφές της νόσου και έχει γίνει αντικείμενο μελέτης τα τελευταία χρόνια εξαιτίας της μεγάλης επίδρασής της στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Άλλες μελέτες έδειξαν ότι όσο αυξάνεται η κόπωση και η κατάθλιψη, που είναι οι πλέον συχνές και θεραπεύσιμες κλινικές εκδηλώσεις της νόσου, τόσο επηρεάζεται η ποιότητα ζωής, ανεξάρτητα από τη φυσική ανικανότητα.

Ένα άλλο σωματικό σύμπτωμα που συμβάλλει στη μείωση της ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών είναι η σπαστικότητα, η οποία οδηγεί σε τροποποίηση ή μείωση των καθημερινών τους δραστηριοτήτων. Η θεραπεία της σπαστικότητας –και κατά συνέπεια η αύξηση της ποιότητας ζωής– είναι απαραίτητη για την ύφεση ή και την εξάλειψη των ενοχλητικών συμπτωμάτων των σπασμών, του πόνου και της κόπωσης. (A. Feinstein, 2011)

5.2. Δυσλειτουργία ουροδόχου κύστης και διαταραχή σεξουαλικότητας

Η σεξουαλική δυσλειτουργία επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών, αλλά μακρόχρονες έρευνες για τη σεξουαλική λειτουργία σε ασθενείς με ΣΚΠ ελλείπουν. Ωστόσο, μια σχετική έρευνα έδειξε ότι το 70% των ασθενών παρουσίασε σεξουαλική δυσλειτουργία, η οποία δε βελτιώθηκε στο διάστημα των δύο ετών διάρκειας της μελέτης, αλλά αντίθετα η έκταση και η ένταση των συμπτωμάτων αυξήθηκαν σημαντικά. Η δυσλειτουργία σχετιζόταν περισσότερο με τις αλλαγές της λειτουργίας της κύστης, ενώ η πολλαπλή ανάλυση έδειξε ότι ο παράγοντας της δυσλειτουργίας της ουροδόχου κύστεως ήταν ανεξάρτητα συσχετιζόμενος με τη σεξουαλική διαταραχή, όταν η επίδραση των ψυχολογικών παραγόντων απαλείφθηκε. Η παρατεταμένη διάρκεια των συμπτωμάτων και η μη έγκαιρη αντιμετώπισή τους επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής.

Η δυσλειτουργία της κύστης και η σεξουαλική διαταραχή αποτελούν στρεσογόνες καταστάσεις και σχετίζονται με μειωμένη ποιότητα ζωής ακόμα και σε ασθενείς με μικρή ανικανότητα.

Για τις διαταραχές στη σεξουαλική λειτουργία ευθύνονται επίσης η κόπωση, η σπαστικότητα, η αδυναμία των μυών, τα προβλήματα της ουροδόχου κύστεως (όπως προαναφέρθηκε), ο πόνος, οι γνωστικές και οι συμπεριφορικές αλλαγές, καθώς και προβλήματα που σχετίζονται με τη χρονιότητα και την εξέλιξη της νόσου. Τα προβλήματα αυτά υπογραμμίζουν την ανάγκη για εκτίμηση, χειρισμό και θεραπεία τους. (A. Feinstein, 2011)

5.3. Προβλήματα όρασης και λοιπών αισθήσεων

Η προσβολή της οπτικής οδού είναι συνήθως το πρώτο σύμπτωμα που εμφανίζεται σε ασθενείς με ΣΚΠ. Μεταξύ άλλων περιλαμβάνουν φλεγμονή του οπτικού νεύρου που μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια όρασης και πόνου στο μάτι, πόνο στο πίσω μέρος των ματιών, διπλωπία, δυσκολία σταθεροποίησης της όρασης και αχρωματοψία. Στην αρχή της ασθένειας η όραση επιδεινώνεται με αποτέλεσμα ο ασθενής να χάσει τελείως την όρασή του από το ένα μάτι ή να οδηγηθεί σε διπλωπία.

Η οπτική διαταραχή εγκαθίσταται σε διάστημα λίγων ημερών με διαταραχή της κεντρικής όρασης και της ικανότητας διάκρισης των χρωμάτων. Πιθανόν να υπάρξει πόνος κατά την διάρκεια της κίνησης των οφθαλμών. Η διαταραχή της όρασης μπορεί να είναι ήπια ή βαριά και βελτιώνεται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου.

Επίσης, μπορούν να προσβληθούν και άλλες αισθήσεις του ατόμου που πάσχει από ΣΚΠ, όπως η ακοή, η όσφρηση, η γεύση. Η κώφωση εκδηλώνεται κυρίως σε άτομα που πάσχουν χρόνια από την νόσο. Επίσης, σύμπτωμα είναι ο ίλιγγος, η ψευδαίσθηση κίνησης στη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον. Τέλος, μπορεί να παρουσιαστούν τάσεις για εμετό και κεφαλαλγίες. (A. Feinstein, 2011)

5.4. Νευροπαθητικός και μυοσκελετικός πόνος

Η ΣΚΠ μπορεί να προκαλέσει δύο είδη πόνου, τον νευροπαθητικό πόνο, που προκύπτει από την βλάβη των νευρικών κυττάρων και προκαλεί αίσθηση καύσου ή τσιμπήματος και τον μυοσκελετικό, εξαιτίας της σπατικότητας των μυών.

Οι μυοσκελετικοί πόνοι είναι συνήθως, δευτερογενούς αιτιολογίας, δηλαδή δεν είναι άμεσα συνδεδεμένοι με την απομυελίνωση, αλλά προέρχονται από τις επιπτώσεις της νόσου στο σώμα, για παράδειγμα την κακή στάση του σώματος. Ο πόνος στο κάτω μέρος της πλάτης είναι χρόνιος και προκαλεί ένταση των αρθρώσεων ή των μυών. Η σπαστικότητα σημαίνει δυσκαμψία που προέρχεται από το σφίξιμο των μυών και μπορεί να προκαλέσει έντονες κράμπες στον ασθενή.

Ο νευροπαθητικός πόνος μπορεί να είναι από πολύ μικρός μέχρι πολύ έντονος. Οι πόνοι αυτοί θεωρούνται πρωτογενείς, δηλαδή είναι άμεσα συνδεδεμένοι με τη ΣΚΠ. (A. Feinstein, 2011)

6. Η αυτονομία των ασθενών με ΣΚΠ

Σε μια μελέτη όπου εξετάστηκε η ποιότητα ζωής των ασθενών σε σχέση με την κινητική τους ικανότητα, βρέθηκε ότι οι ασθενείς που δεν είχαν τη δυνατότητα να μετακινούνται από μόνοι τους είχαν φτωχή ποιότητα ζωής.

Η έλλειψη άνεσης των ασθενών με ΣΚΠ αποτελεί σημαντικό πρόβλημα και τόνισαν ότι απαιτείται συστηματική προσέγγιση καθ' όλη τη διάρκεια της νόσου στους παρακάτω τομείς: ντύσιμο, διατήρηση της σωστής θέσης στο αναπηρικό καροτσάκι και στο κρεβάτι, πρόσληψη τροφής, μάσηση και κατάποση της τροφής, έλεγχος των ούρων, σεξουαλική ζωή.

Η δυνατότητα ανάπτυξης της αυτονομίας των ασθενών, ώστε να βασίζονται στον εαυτό τους, συνεισφέρει θετικά στην ποιότητα ζωής τους. Επίσης, έχει βρεθεί ότι η υψηλή αυτοεκτίμηση και η συμμετοχή σε υγιείς συμπεριφορές καθώς και η αποδοχή της νόσου είναι ευνοϊκοί προγνωστικοί παράγοντες καλής ποιότητας ζωής των ασθενών αυτών. (Κ. Σφάγγος και Ν. Τριανταφύλλου, 2001)

7. Κοινωνικές σχέσεις

Η χρόνια και απειλητική για τη ζωή ασθένεια ενός ατόμου έχει αντίκτυπο σε όλη την οικογένεια και στην ευημερία της. Η μεγάλη βαθμού ανικανότητα του ασθενούς και η γνωστική εξασθένηση είναι επιπρόσθετοι σημαντικοί για την απώλεια της εργασίας, την παρακμή των προτύπων (standards) της ζωής και την απομόνωση από κοινωνικές δραστηριότητες.

Αποτελούν επιπλέον σημαντικούς δείκτες stress ανάμεσα στους συγγενείς. Το stress αυξάνεται τόσο στους ασθενείς όσο και στους συντρόφους τους στην περίοδο αμέσως μετά τη διάγνωση και επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα ζωής τους. (Κ. Σφάγγος και Ν. Τριανταφύλλου, 2001)

8. Οικονομικό κόστος

Η ΣΚΠ είναι μια χρόνια νόσος, η οποία προκαλεί ανικανότητα για εργασία, ενώ είναι και εξαιρετικά δαπανηρή για το άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία. Η πρώιμη έναρξη, η μακρά διάρκεια και οι επιπτώσεις στην εργασία ευθύνονται για τις υπέρογκες δαπάνες που σχετίζονται με τη νόσο.

Μελέτες που έχουν γίνει στις αναπτυσσόμενες χώρες έδειξαν ότι τα έξοδα της θεραπείας και των ιατρικών επισκέψεων είναι πολύ χαμηλότερα σε σχέση με το κόστος από την απώλεια της εργασίας, που φτάνει μέχρι το 75% του συνολικού κόστους. Επιπρόσθετα, η φροντίδα του ασθενούς που απαιτείται από τα μέλη της οικογένειας αποτελεί ένα βαρύ φορτίο και λίγα είναι γνωστά για αυτά τα απροσδιόριστα έξοδα που σχετίζονται με την επίδραση της νόσου στην ποιότητα ζωής.

Μια πρόσφατη μελέτη, που πραγματοποιήθηκε στην Αυστρία με σκοπό την εκτίμηση του άμεσου και του έμμεσου κόστους που σχετίζεται με τη ΣΚΠ, έδειξε ότι τα άμεσα έξοδα από δημόσιες πηγές ήταν 15.684 € ανά ασθενή ετησίως. Τα συνολικά κοινωνικά έξοδα αυξάνονταν αναλογικά με την εξέλιξη της νόσου, από 12.690 € ετησίως για ασθενείς με μικρή ανικανότητα σε 69.554 € για ασθενείς με βαριάς μορφής ανικανότητα. Η αυξανόμενη ανικανότητα αντικατοπτρίζει σημαντική μείωση της ποιότητας υγείας.

Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι η ποιότητα ζωής μειώθηκε ουσιαστικά και οι δαπάνες αυξήθηκαν σημαντικά με την αυξανόμενη ανικανότητα που παρατηρείται κατά τη διάρκεια μια έξαρσης της νόσου. *(Κ. Σφάγγος και Ν. Τριανταφύλλου, 2001)*

Κεφάλαιο 3^ο

Η ΦΥΣΙΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΣΚΠ

1. Θεραπευτική στρατηγική για τον ασθενή με ΣΚΠ

Ο ασθενής με ΣΚΠ πρέπει να στηρίζεται σε μια ομάδα θεραπειών, διαφόρων ειδικοτήτων (νευρολόγοι, ψυχολόγοι, λογοθεραπευτές, διατροφολόγους, φυσικοθεραπευτές κλπ.), οι οποίοι σε απόλυτη συνεργασία μαζί του αλλά και με την οικογένεια του ασθενούς θα του παρέχουν μια ολοκληρωμένη θεραπευτική προσέγγιση. Επίσης, θα πρέπει να γίνει κατανοητό, ότι η συνεργασία με την ομάδα που θα τον περιθάλλει θα είναι μεγάλης χρονικής διάρκειας.

Το σχέδιο της θεραπευτικής στρατηγικής ξεκινά με την αντιμετώπιση αρχικά των ψυχολογικών προβλημάτων και περιλαμβάνουν την ψυχοθεραπεία, την γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία, την ενίσχυση της αντιμετώπισης με την βοήθεια των φαρμάκων έτσι ώστε να ξεπεραστούν οι επιμέρους ψυχικές διαταραχές που έχουν προκύψει, π.χ. κατάθλιψη, άγχος, στρες και κούραση.

Συμπερασματικά οι ψυχολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές, ιδιαίτερα η κατάθλιψη έχουν μια αξιοσημείωτη συχνότητα στην ΣΚΠ. Σε γενικές γραμμές αυτές οι διαταραχές συμβάλλουν στην επιδείνωση των σωματικών συμπτωμάτων, όπως της κούρασης, της αναπηρίας και επιβαρύνουν την ασθένεια. Είναι απαραίτητο οι ιατροί να γνωρίζουν και να καθησυχάζουν τους ασθενείς τονίζοντας, ότι η ψυχολογική διαταραχή είναι θεραπεύσιμη. Η διαχείριση των ασθενών αυτών βασίζεται σε τυποποιημένες κατευθυντήριες θεραπείες που χρησιμοποιούνται σε οποιοδήποτε άτομο που παρουσιάζουν αυτές τις διαταραχές. (Γ. Τσούγγου, 2016)

2. Φυσικοθεραπεία και Σκλήρυνση κατά Πλάκας

Οι ασθενείς με Σκλήρυνση κατά Πλάκας εμφανίζουν διαταραχές στις γνωστικές λειτουργίες, στη κινητικότητα, την όραση, τη διάθεση, την ανοσοεπάρκεια και γενικά αντιμετωπίζουν προβλήματα σε όλα τα επίπεδα λειτουργικότητας στην καθημερινότητά τους, με άμεσες επιπτώσεις στην προσωπική, επαγγελματική και κοινωνική τους ζωή.

Κατά συνέπεια, η θεραπεία θα πρέπει να αξιολογείται σύμφωνα με το επίπεδο διατήρησης και βελτίωσης της ποιότητας ζωής. (Killeff & Ashburn 2005, Stuijbergen et al 2006, White et al 2004)

Οι κυριότεροι ψυχοπρεσβαστικοί παράγοντες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με σκλήρυνση κατά πλάκας σχετίζονται με τη σωματική αναπηρία, τα επίπεδα άγχους, το αίσθημα της κόπωσης, τις δυσκολίες βάδισης και την αβεβαιότητα για το μέλλον (Buelow 1991). Επίσης, το 72% των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας παρουσιάζουν χρόνιο πόνο στη μέση.

Η εκπαίδευση της οικογένειας και του ίδιου του ασθενούς, σχετικά με τη φροντίδα που απαιτείται σε κάθε περίπτωση, βοηθά στη διατήρηση της αυτοεκτίμησης του ασθενούς, στην ανάληψη ρόλων, στη μαχητικότητα και στην αισιόδοξη αντιμετώπιση του μέλλοντος. (Πολυκανδριώτη & Κυρίση 2006).

Η φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση της ΣΚΠ στοχεύει στην βελτίωση της σπαστικότητας, στη μείωση του πόνου, την βελτίωση της αναπνευστικής δυσλειτουργίας και μείωση της ουρικής ακράτειας με συνακόλουθες βελτιώσεις στην μυϊκή δύναμη, το

συντονισμό, την ισορροπία, την ικανότητα της βάδισης και την απόδοση στις καθημερινές δραστηριότητες.

3. Προσδιορισμός της Φυσικοθεραπείας στην ΣΚΠ

Η φυσικοθεραπευτική μέθοδος περιλαμβάνει δράσεις που αφορούν την ανάπτυξη και εξάσκηση δεξιοτήτων με τη βοήθεια μέσων όπως το νερό, η θερμότητα, το φως και το ηλεκτρικό ρεύμα που στοχεύουν στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας και της συνειδητής αντίληψης του ανθρώπινου σώματος. Τα φυσικοθεραπευτικά προγράμματα περιλαμβάνουν τόσο την προώθηση της ενεργούς κατάρτισης όσο και της παθητικής στοχεύοντας στη προαγωγή της σωματικής δραστηριότητας μέσω των ασκήσεων, της λειτουργικής εκπαίδευσης και της αποκατάστασης. (*Döring et al., 2012*)

Οι φυσικοθεραπευτές συμβάλλουν ενεργά στη διατήρηση και στη βελτίωση της υγείας του ασθενούς με ΣΚΠ, άρα και στην προαγωγή της υγείας γενικότερα, όπως και στην πρόληψη. (*Gahimer & Morris, 1999*)

4. Ο ρόλος της φυσικοθεραπείας στην υγεία

Η φυσικοθεραπεία αποτελεί μέρος του ευρύτερου τομέα της αποκατάστασης της υγείας του πληθυσμού, που στοχεύει στη μείωση της αναπηρίας και στη μεγιστοποίηση του δυναμικού των ατόμων. Έτσι, τόσο η προαγωγή της υγείας όσο και η φυσικοθεραπεία αποτελούν ισότιμα πεδία της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και της δημόσιας υγείας. (*S. Porter, 2005*).

Η φυσικοθεραπεία, όντας μία ολιστική επιστήμη, δεν εστιάζει μόνο στη σωματική και φυσική υγεία του ασθενούς, αλλά υποστηρίζει και την κοινωνικοψυχολογική του υγεία.

Βασικός στόχος της είναι η προαγωγής της υγείας του γενικού πληθυσμού, όπου η έννοια της προαγωγής υγείας είναι πολυσύνθετη και περιλαμβάνει τις στρατηγικές, τις δράσεις και τα μέτρα που στοχεύουν στην ενίσχυση των ικανοτήτων των ατόμων να φροντίζουν οι ίδιοι την προώθηση της καλής υγείας τους. Σε αυτό το πλαίσιο, η φυσικοθεραπεία διαδραματίζει με μία εξίσου μεγάλη ευρύτητα, το ρόλο της προώθησης της καλής σωματικής, ψυχολογικής και κοινωνικής υγείας των ατόμων και δεν περιορίζεται αποκλειστικά στην αποκατάσταση των ασθενειών και των τραυματισμών (*S. Porter, 2005*).

5. Η θεραπευτική συμβολή της φυσικοθεραπείας στη ΣΚΠ

Η φυσικοθεραπεία παρέχει μια μοναδική συμβολή στη διαχείριση των ατόμων με ΣΚΠ αφενός μέσω της βελτίωσης και της συντήρησης των λειτουργικών ικανοτήτων τους και αφετέρου μέσω της διαχείρισης των μακροπρόθεσμων συμπτωμάτων της νόσου.

Η φυσικοθεραπεία παρέχει ένα πλαίσιο αποκατάστασης που βοηθά τους ασθενείς με ΣΚΠ και τους διευκολύνει ως προς την αυτο-φροντίδα και την αυτοδιαχείριση τους. Μία διεπιστημονική ομάδα ειδικών παρέχει υπηρεσίες τακτικής αξιολόγησης και εκτίμησης, όπως και στρατηγικές αποκατάστασης που μπορεί να βελτιώσουν τα επίπεδα της δραστηριότητας και της συμμετοχής τους. (*Heesen et al., 2006*).

Η φυσικοθεραπευτική αποκατάσταση εστιάζει το δυναμικό της στην προσαρμογή του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος και στη βέλτιστη δυνατή ανάκτηση της λειτουργικότητας στα πρώιμα στάδια της νόσου. Η εφαρμογή της φυσικοθεραπευτικής παρέμβασης θα πρέπει να πραγματοποιείται αμέσως μετά τη διάγνωση ώστε να επέλθει η βέλτιστη δυνατή μείωση της αναπηρίας, η μεγιστοποίηση των δυνατοτήτων των ασθενών για ανεξαρτησία, η βελτίωση της βιωσιμότητας της

επαγγελματικής απασχόλησης και η μείωση των επιπτώσεων της νόσου στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Σύμφωνα με ένα μεγάλο βιβλιογραφικό σώμα φαίνεται πως η φυσική άσκηση ως μέρος ενός προγράμματος φυσικοθεραπευτικής αποκατάστασης μπορεί να αυξήσει τη βελτίωση της υγείας, της ευημερίας, της ποιότητας ζωής και της λειτουργικότητας των ασθενών με ΣΚΠ.

Οι φυσικοθεραπευτές κατέχουν ένα βασικό ρόλο στη διαχείριση των συμπτωμάτων της ΣΚΠ συμπεριλαμβανομένων της σπαστικότητας, της δυσλειτουργίας της βάδισης και της ισορροπίας και του πόνου, αλλά και στη πρόληψη των δευτερογενών επιπλοκών όπως η σύσπαση.

Τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες κλινικές μελέτες που έκαναν χρήση προγραμμάτων άσκησης έχουν διαπιστώσει αποδεδειγμένα οφέλη για τους ασθενείς με ΣΚΠ, όπως η ενίσχυση της μυϊκής δύναμης, η βελτίωση της καρδιαγγειακής υγείας, η ενίσχυση των επιπέδων της δραστηριότητας και της λειτουργικότητας και η βελτίωση της βάδισης (Heesen et al., 2006).

6. Στόχοι της φυσικοθεραπείας σε ασθενή με ΣΚΠ

Η φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση της ΣΚΠ θεωρείται κρίσιμη και απαραίτητη δεδομένης της ύπαρξης των κοινών συμπτωμάτων της δυσλειτουργίας στην κινητικότητα, στη βάδιση, στην ισορροπία και την ύπαρξη της σπαστικότητας και της κόπωσης.

Δεδομένης της απουσίας μίας ολιστικής θεραπείας για τη ΣΚΠ είναι απαραίτητη η μακροπρόθεσμη και αποτελεσματική διαχείριση της ποιότητας ζωής των ασθενών. Η διαχείριση που θα διασφαλίσει την καλή ποιότητα υγείας θα πρέπει να ξεκινήσει αμέσως μετά τη διάγνωση όπου θα τεθούν οι κατάλληλοι και εξατομικευμένοι φυσικοθεραπευτικοί στόχοι για κάθε ασθενή.

Στόχος της φυσικοθεραπευτικής αντιμετώπισης είναι η εξομάλυνση της προκαλούμενης αναπηρίας και η διατήρηση της φυσικής λειτουργίας και της ψυχικής ευεξίας των ασθενών με ΣΚΠ. Ο ρόλος του φυσικοθεραπευτή είναι εκπαιδευτικός, κυρίως κατά τη διάρκεια των σταδίων όπου οι ικανότητες της αυτοδιαχείρισης των ασθενών διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη ζωή τους (Compston & Coles, 2008).

Ο φυσικοθεραπευτής αξιολογεί κάθε ασθενή μεμονωμένα ώστε να σχεδιαστεί το κατάλληλο φυσικοθεραπευτικό πλάνο και οι κατάλληλοι στόχοι.

Η τακτική αξιολόγηση των ασθενών είναι αναγκαία δεδομένων των συνεχών διακυμάνσεων. Σχετικά με το σύμπτωμα της κόπωσης, βασικός φυσικοθεραπευτικός στόχος είναι η συμβουλευτική ως προς τη αυτοδιαχείριση της κούρασης. Η ένταση της κόπωσης κυμαίνεται ανάλογα με τις εξάρσεις των συμπτωμάτων της ΣΚΠ και η εκμάθηση των ασθενών στην αντιμετώπιση της αλλά και στην αξιολόγηση της για το πότε είναι σοβαρή αποτελεί σημαντικό ζήτημα. Επιπλέον, η σωματική δραστηριότητα μπορεί να βοηθήσει στην καταπολέμηση της κόπωσης σε ασθενείς με ΣΚΠ. (Compston & Coles, 2008).

7. Φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση στη Σκλήρυνση Κατά Πλάκας

7.1 Προβλήματα βάδισης

Ως βάδιση νοείται η κατά μήκος κίνηση με τα πόδια, βήμα προς βήμα, έτσι ώστε το ένα πόδι να είναι πάντα στο έδαφος και το άλλο να κινείται προς τα εμπρός ή πίσω. Η φυσιολογική βάδιση μπορεί να επηρεαστεί από πολλούς παράγοντες, όπως η

νευρομυϊκή αδυναμία του κορμού και τα κινητικά προβλήματα των άκρων, η κόπωση, οι αισθητηριακές αναπηρίες, η παρεγκεφαλιδική αταξία και τα οπτικά προβλήματα.

Η ικανότητα της διατήρησης της ισορροπίας του ατόμου ενώ στέκεται είναι καθοριστική για τη βάρδιση και αποτελεί τη θεμελιώδη πτυχή της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Τόσο η ικανότητα διατήρησης της ισορροπίας όσο και της βάρδισης επιδεινώνονται με την παρουσία των νόσων του νευρικού συστήματος, όπως η ΣΚΠ. Η μείωση της ισορροπίας τις περισσότερες φορές δεν δείχνει πρώιμα σημάδια στη ΣΚΠ, ούτε αξιολογείται με απόλυτη επιτυχία από τις κλινικές αξιολογήσεις των απομειώσεων, ενώ στις περιπτώσεις της σοβαρής εξέλιξης της νόσου παρουσιάζεται εντονότερα.

Μελέτες έχουν διαπιστώσει πως τα προβλήματα στη βάρδιση ξεκινούν σε ποσοστό 40-50% εντός της πρώτης δεκαπενταετίας από την έναρξη της ασθένειας.

Η υψηλή επικράτηση των προβλημάτων βάρδισης και ισορροπίας στους ασθενείς με ΣΚΠ επιφέρει σημαντική μείωση της ποιότητας ζωής τους, ενώ η κακή ισορροπία αυξάνει τον κίνδυνο της πτώσης, ο οποίος έχει συσχετιστεί με μειωμένη φυσική δραστηριότητα και λανθασμένες συμπεριφορές υγείας. Επομένως, η βάρδιση θεωρείται ως ένας από τους πλέον σημαντικούς στόχους στην νευρολογική αποκατάσταση και ένας υψίστης σημασίας στόχος της φυσικοθεραπείας για τους ασθενείς με ΣΚΠ.

Ο ασθενής με ΣΚΠ εμφανίζει διαταραχή της βάρδισης και αδυνατεί να υποστηρίξει το βάρος του σώματός του με αποτέλεσμα το περπάτημα του να είναι αταξικό. Στην περίπτωση που υφίσταται απώλεια της αισθητικότητας του πέλματος τότε η βάρδιση μοιάζει με εκείνο της νωτιαίας φθίσης. Το αταξικό βάρδισμα εκδηλώνεται με τρόμο ή δυσμετρία, ενώ η μυϊκή αδυναμία με τη σπαστικότητα και την αύξηση των τενόντων αντανακλαστικών. Ο ασθενής αναγκάζεται να περπατά με ανοικτά σκέλη και αδυνατεί να παραμείνει σε μία ευθεία γραμμή.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση που εστιάζει στην τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου της ΣΚΠ εστιάζει κυρίως στην πρόληψη των υποτροπών και στην καθυστέρηση της εξέλιξης της νόσου. Όμως, αυτή η αντιμετώπιση δεν επιφέρει απαραίτητα βελτίωση στις δυσλειτουργίες και αναπηρίες που συνδέονται με τη νόσο, όπως η δυσλειτουργία στη βάρδιση. Τα προβλήματα της βάρδισης μπορεί να είναι παρόντα στα πρώιμα στάδια της πορείας της ασθένειας χωρίς όμως να παρουσιάζονται σημάδια απομείωσης κατά τη διαδικασία των αξιολογήσεων.

Η εφαρμογή αποκατάστασης και θεραπευτικών ασκήσεων όπως και η χρήση βοηθητικών συσκευών σαν τα καλάμια, τα ορθωτικά και τους περιπατητές, μπορεί να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των προβλημάτων στην ικανότητα βάρδισης. Βέβαια, αυτές οι τεχνικές αντιμετώπισης μπορεί να εφαρμοστούν από τη στιγμή που διαγνωστεί η απομείωση της βάρδισης και όχι προληπτικά. (Cieza & Stucki, 2008)

7.2. Φυσικοθεραπευτική αξιολόγηση της βάρδισης

Η φυσικοθεραπευτική αξιολόγηση επικεντρώνεται στη στάση του σώματος του ασθενούς με ΣΚΠ, στην εξέταση της λειτουργικότητας, της ικανότητας ισορροπίας και βάρδισης και του τρόπου απόδοσης του ως προς την κούραση και τον πόνο, ώστε να δημιουργηθεί ένα εξατομικευμένο φυσικοθεραπευτικό πρόγραμμα. Το πρόγραμμα μπορεί να εφαρμοστεί στο σπίτι, θα πρέπει όμως να εκπαιδευτεί ο ασθενής στη διαχείριση του. (Provance, 2011)

Η σωματική αναπηρία στη ΣΚΠ συχνά χαρακτηρίζεται από μειωμένη ικανότητα βάρδισης και έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές δοκιμές βάρδισης επιτυχώς προκειμένου να αξιολογηθεί η ικανότητα της βάρδισης των ασθενών

Ένα ευρύ φάσμα εξετάσεων είναι διαθέσιμες για τη μέτρηση των επιδόσεων της βάρδισης σε ασθενείς που πάσχουν ΣΚΠ.

Το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο τεστ είναι το χρονομετρημένο 25 Foot Walk που αξιολογεί τη βάρδιση μετρώντας το χρόνο που ο ασθενής χρειάζεται για να καλύψει μια απόσταση 25 ποδιών με τη μέγιστη ταχύτητα. Άλλο κοινό τεστ αξιολόγησης της βάρδισης σε ασθενείς με ΣΚΠ είναι το 6 min Walk που μετρά τη συνολική απόσταση που ένας ασθενής είναι σε θέση να καλύψει εντός έξι λεπτών. (Provance, 2011)

7.3. Η Φυσικοθεραπευτική αντιμετώπιση της βάρδισης

Οι φυσικοθεραπευτικές τεχνικές εστιάζουν πρωταρχικά στη διατήρηση των κινητικών λειτουργιών του ασθενούς με ΣΚΠ μέσω ασκήσεων ενδυνάμωσης, αντοχής, ευελιξίας και ισορροπίας, καθώς και μέσω της εφαρμογής τροποποιήσεων του περιβάλλοντος που θα συνάδει με τις κινητικές ανάγκες του ατόμου. (Provance, 2011)

Η ορθή βάρδιση είναι εξαρτώμενη από την ευελιξία, τη δύναμη και την ισορροπία, που προσφέρουν τις κατάλληλες προϋποθέσεις για την ασφαλή και ποιοτική βάρδιση. Η βάρδιση είναι προϊόν της συνεργασίας των στοιχείων της όρασης, του προθαλάμου και της ιδιοδεκτικότητας, μία συνεργασία που βλάπεται από τις νευροεκφυλιστικές αλλοιώσεις της ΣΚΠ. Η φυσικοθεραπευτική προσέγγιση δύναται να βελτιώσει σε μεγάλο βαθμό τη συνεργασία αυτή, με αποτέλεσμα να αυξηθεί η ασφάλεια και η ποιότητα της βάρδισης, της κίνησης και της ισορροπίας και να μειωθούν τα περιστατικά πείσματος των ασθενών.

Προκειμένου να διαμορφωθεί ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα αποκατάστασης της βάρδισης θα πρέπει να εξεταστούν παράγοντες όπως η όραση, η αίσθηση, η σπαστικότητα, αδυναμία, η χρήση των κατάλληλων υποδημάτων και τα ελλείμματα της ισορροπίας. Βασικός φυσικοθεραπευτικός στόχος είναι η ομαλοποίηση του πρότυπου βάρδισης και η αξιολόγηση για το κατά πόσο υφίσταται ανάγκη για περιπατητικά βοηθήματα.

Η φυσικοθεραπεία και οι τεχνικές της επιδρούν θετικά στα ελλείμματα της ισορροπίας, του συντονισμού και των ορθοστατικών προβλημάτων, συμπεριλαμβανομένων της αταξίας, της αστάθειας, των μυϊκών σπασμών και της μυϊκής αδυναμίας. Οι φυσικοθεραπευτές μπορούν να εφαρμόσουν ορθοστατικές ασκήσεις, στατικές ή και δυναμικές ασκήσεις ισορροπίας, υδροθεραπεία, pilates, ιπποθεραπεία και ασκήσεις αντίστασης και ιδιοδεκτικότητας..

Ως εκ τούτου, οι κύριες φυσικοθεραπευτικές τεχνικές που συνίστανται στην περίπτωση της ΣΚΠ περιλαμβάνουν τις ασκήσεις βάρδισης-ισορροπίας, τις ήπιες διατάξεις και ασκήσεις με αντίσταση για τη μείωση της σπαστικότητας, τις αεροβικές ασκήσεις, τις μαλάξεις και την υδροθεραπεία. Η επανεκπαίδευση της βάρδισης, η αύξηση της μυϊκής αντοχής και η μείωση του κινδύνου της πτώσεως αποτελούν στοιχεία της βελτίωσης των δυσκολιών τόσο της βάρδισης όσο και της ισορροπίας.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ισορροπίας και του συντονισμού (που έχουν ως αποτέλεσμα την ικανότητα της βάρδισης) είναι αρκετά δύσκολη. Ο τρόμος παρουσιάζεται με την κίνηση σε όλα τα άκρα, ενώ η κινητική αταξία (που οφείλεται στο πρόβλημα στην παρεγκεφαλίδα) και η αισθητική αταξία δημιουργούν σοβαρά προβλήματα στη βάρδιση και τη στάση του σώματος. Μέσω της φυσικοθεραπείας ο ασθενής με ΣΚΠ εκπαιδεύεται σε λειτουργικές δραστηριότητες από διάφορες θέσεις (από χαμηλό σε ψηλό κέντρο βάρους, από στατικές σε δυναμικές δραστηριότητες και από μεγάλη σε μικρή βάση στήριξης), πραγματοποιεί ασκήσεις σταθεροποίησης και ασκήσεις οπτικής ανατροφοδότησης που κάνουν χρήση του καθρέπτη. (Provance, 2011)

Τα διαθέσιμα μέσα της βελτίωσης του συστήματος ισορροπίας στους ασθενείς με ΣΚΠ περιλαμβάνουν την ατομική φυσικοθεραπεία με τη χρήση λειτουργικών δραστηριοτήτων, την ομαδική φυσικοθεραπεία και τις παρεμβάσεις με ασκήσεις

ισορροπίας στο σπίτι. Οποιασδήποτε μορφής φυσικοθεραπεία (ατομική ή συλλογική) θα πρέπει να διαρκεί τουλάχιστον 45 λεπτά για τουλάχιστον 6 εβδομάδες.

Κάθε άτομο με ΣΚΠ θα πρέπει να υπόκειται σε ένα εξατομικευμένο πρόγραμμα φυσικοθεραπευτικών ασκήσεων, όμως οι πιο δημοφιλείς τεχνικές για τη βελτίωση της βάδισης περιλαμβάνουν τη χρήση των περιπατητικών βοηθημάτων όπως η αναδίπλωση των καλαμιών (με λαβή από τις παλάμες), τη βάδιση με τα δεκανίκια του αντιβραχίου (με μεγάλες περιστρεφόμενες ρόδες για ευκολότερους ελιγμούς σε εξωτερικούς χώρους) και τη χρήση καθίσματος flip-up χωρίς τη μπροστινή μπάρα ώστε να στηρίζεται όρθια ο κορμός κατά τη βάδιση. Είναι εξαιρετικά σημαντικό το να ενισχυθεί η βάδιση με ελαφριά μέσα ώστε να αποφευχθεί η επιπλέον κόπωση. Αποτελεσματικά περιπατητικά βοηθήματα θεωρούνται οι ορθώσεις που προσαρμόζονται στον αστράγαλο και το πόδι κατασκευασμένες από ελαφρύ πλαστικό. Διάφορες μελέτες έχουν διαπιστώσει πως η χρήση ηλεκτρικών διεγερτών μπορεί να βελτιώσει την ταχύτητα βαδίσματος και να μειώσει τις πτώσεις.

Η μυϊκή αδυναμία αποτελεί έναν από τους παράγοντες που εμποδίζουν την ορθή βάδιση στην ΣΚΠ, κάτι που βελτιώνεται μέσω των κατάλληλων φυσικοθεραπευτικών ασκήσεων μυϊκής ενδυνάμωσης και αύξησης της αντοχής. Η αερόβια άσκηση στο πλαίσιο της φυσικοθεραπείας έχει αποδειχθεί ωφέλιμη σε ασθενείς με ΣΚΠ. Όμως τα αποτελέσματα σχετικά με την επίδραση των φυσικοθεραπευτικών ασκήσεων στη βάδιση είναι είτε περιορισμένα είτε αμφιλεγόμενα.

Πιο συγκεκριμένα, οι Petajan et al (1996) διερεύνησαν την επίδραση ενός προγράμματος αερόβιων ασκήσεων σε ασθενείς με ΣΚΠ διάρκειας 15 εβδομάδων (σε μία ομάδα ελέγχου και σε μία πειραματική ομάδα). Το πρόγραμμα περιελάμβανε τη διερεύνηση στοιχείων πριν και μετά το πρόγραμμα, όπως τη μέγιστη αερόβια ικανότητα (VO₂max), τα λιπίδια του αίματος, τη σύνθεση του σώματος και την ισομετρική δύναμη. Η αερόβια άσκηση πραγματοποιήθηκε σε 40λεπτες συνεδρίες τρεις φορές εβδομαδιαίως και βρισκόταν σε συνδυασμό με την εργομετρία των χεριών και των ποδιών. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως η πειραματική ομάδα σημείωσε μειωμένο σκορ στην κατάθλιψη και το θυμό, όπως και στην κόπωση, ενώ παρατηρήθηκε βελτίωση και στη γενικότερη φυσική κατάσταση, στην κοινωνική αλληλεπίδραση και τη συναισθηματική συμπεριφορά. Τα αποτελέσματα αυτά συνάδουν με αυτά προηγούμενων ερευνών. (Provance, 2011)

Οι Gehlsen et al (1986) εστίασαν στην επίδραση ενός προγράμματος υδροθεραπείας 10 εβδομάδων στη βάδιση εννέα ασθενών με ΣΚΠ και δε διαπίστωσαν σημαντικές αλλαγές ή βελτιώσεις. Ωστόσο, η μη παρακολούθηση της έντασης των φυσικοθεραπευτικών προγραμμάτων αφήνει κενά στη διερεύνηση της αποτελεσματικότητάς τους. Παράλληλα, το χρονικό περιθώριο των 10 εβδομάδων είναι αρκετά μικρό για τη βελτίωση μίας τόσο πολύπλοκης λειτουργίας όπως η βάδιση.

Η μελέτη των Rodgers et al (1999) περιελάμβανε ένα 6μηνο φυσικοθεραπευτικό πρόγραμμα αεροβικών ασκήσεων σε 18 ασθενείς με ΣΚΠ με σκοπό να εξετάσει την επίδραση του στην ικανότητα βάδισης των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το παθητικό εύρος της κίνησης των ισχίων αυξήθηκε, ενώ μειώθηκε η μέση ταχύτητα βάδισης, ο ρυθμός και η δύναμη της ώθησης της οπίσθιας διάτμησης. Κατά τη βάδιση η μέγιστη ραχιαία κάμψη του αστραγάλου μειώθηκε και αυξήθηκε η πελματιαία κάμψη του αστραγάλου. Το συνολικό εύρος της κάμψης/έκτασης του γονάτου κατά τον κύκλο της βάδισης μειώθηκε ελαφρώς, όπως και η μέγιστη έκταση του ισχίου. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν πως το φυσικοθεραπευτικό αυτό πρόγραμμα είχε ελάχιστη επίδραση στις ανωμαλίες της βάδισης από τη ΣΚΠ.

Από την άλλη, η μυϊκή δύναμη αποτελεί έναν καθοριστικό παράγοντα της ταχύτητας της βάδισης στους ασθενείς με ΣΚΠ (Thoumie et al., 2005), γεγονός που καθιστά την ενδυνάμωση των μυών απαραίτητη στο πλαίσιο ενός φυσικοθεραπευτικού προγράμματος ασκήσεων. Η τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη των Van den Berg et

al (2006) διαπίστωσε πως η αερόβια άσκηση στο διάδρομο είναι εφικτή και καλά ανεκτή από τους ασθενείς με ΣκΠ. Η μελέτη διεξήχθη σε ασθενείς με ΣΚΠ που υποβλήθηκαν σε ένα πρόγραμμα

4 εβδομάδων που στόχευε στην αξιολόγηση της βάρδισης 10 μέτρων σε λιγότερο από 60 δευτερόλεπτα χωρίς τη χρήση των χεριών για υποστήριξη και την πραγματοποίηση αερόβιων ασκήσεων. Κάθε συνεδρία διαρκούσε 30 λεπτά με μέγιστες τις τρεις διακοπές ξεκούρασης. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως αυξήθηκε η αντοχή και η ταχύτητα της βάρδισης χωρίς να αυξηθεί η κόπωση, γεγονός που δείχνει τα θετικά οφέλη τόσο της αερόβιας άσκησης όσο και της μυϊκής ενδυνάμωσης.

Στα πλαίσια της επονομαζόμενης λειτουργικής φυσικοθεραπείας έχει ενταχθεί σε μεγάλες κλινικές αποκατάστασης του εξωτερικού το πρόγραμμα Pilates (Rehabilitation Pilates) για τους ασθενείς με ΣκΠ, το οποίο παρέχει βελτίωση της ελαστικότητας, του κινησιολογικού συντονισμού και του κινητικού ελέγχου του σώματος των ασθενών. Το Pilates είναι μια πιθανή θεραπευτική επιλογή για τα άτομα με ΣκΠ προκειμένου να βελτιωθεί η βάρδιση και η ισορροπία τους. (Provance, 2011)

8. Η σημασία της φυσικοθεραπείας στον ασθενή με ΣΚΠ

Από την πληθώρα των ερευνητικών μελετών που εκπονήθηκαν σχετικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣκΠ διαπιστώθηκε ότι αυτή επηρεάζεται τόσο από τα συναισθηματικά και σωματικά προβλήματα που συνεπάγεται η νόσος, όσο και από τα κοινωνικά προβλήματα, όπως είναι το κόστος της νοσηλείας, η επιβάρυνση της οικογένειας, η απομόνωση κ.α.

Οι πάσχοντες πρέπει να αντιμετωπίζονται από την επιστημονική ομάδα με κύριο αντικειμενικό σκοπό την αποκατάστασή τους, ώστε να ελαχιστοποιείται το φορτίο των συμπτωμάτων και, συνεπώς, να βελτιώνεται η προσωπική τους αυτονομία και ανεξαρτησία.

Η έγκαιρη διάγνωση των σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων του ασθενούς και η αντιμετώπισή τους από την ομάδα φροντίδας βελτιώνουν την ποιότητα ζωής του. Η νόσος διαδράμει χρόνια πορεία και ο ασθενής θα πρέπει να έχει επαφή με τον κλινικό του ιατρό, τον νευρολόγο, και καλή «επαγγελματική» σχέση με τον πρακτικό θεραπευτή. Θα πρέπει να συζητά μαζί τους τα καθημερινά του προβλήματα, τη γενική του πορεία και την ανταπόκριση ή μη στην εφαρμοσμένη πρακτική μέθοδο. Στόχος της ολιστικής αυτής προσέγγισης είναι η μέγιστη δυνατή βελτίωση του πάσχοντα από ΣκΠ.

Η εκπαίδευση της οικογένειας και του ίδιου του ασθενούς σχετικά με τη φροντίδα και τη στάση που απαιτείται σε κάθε περίπτωση βοηθά στη διατήρηση της αυτοεκτίμησης του ασθενούς, στην ανάληψη ρόλων, στη μαχητικότητα και στην αισιόδοξη αντιμετώπιση του μέλλοντος. Η ΣΚΠ μπορεί να προκαλέσει αισθήματα δυστυχίας στο ενδοοικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς. Οι σύντροφοι ενίοτε δυσκολεύονται να αντιμετωπίσουν την καινούργια κατάσταση και εάν η σχέση δεν έχει βάθος και γερά θεμέλια, η νόσος χρησιμοποιείται σαν μια καλή δικαιολογία για όλα τα προβλήματα που παρουσιάζονται. Γι' αυτό το λόγο είναι σημαντικό ο φροντιστής να είναι επαρκώς ενημερωμένος για τη νόσο. Όσα περισσότερα γνωρίζει για τα σωματικά, συναισθηματικά αλλά και γνωστικά συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσει η νόσος, τόσο καλύτερα θα μπορέσει να υποστηρίξει τον ασθενή του καθώς και να τ' αναγνωρίσει εγκαίρως ούτως ώστε να ενημερώσει το θεράποντα ιατρό για την άμεση αντιμετώπισή τους.

Μια μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων και μια αβέβαιη πορεία είναι τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της ΣΚΠ. Η διάγνωση μπορεί να είναι δύσκολη και η

κλινική εξέλιξη αβέβαιη. Οι συναντήσεις και οι συζητήσεις με τους επαγγελματίες υγείας συχνά περιστρέφονται γύρω από την αβεβαιότητα και τις αμφιβολίες που χαρακτηρίζουν τη διαδρομή προς τη διάγνωση και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων. Οι ασθενείς αναζητούν υποστήριξη για την κατανόηση των συμπτωμάτων, για τον τρόπο αντιμετώπισής τους σε καθημερινή βάση και το βαθμό επηρεασμού της καθημερινότητάς τους.

Από την εμπειρία των ασθενών φαίνεται ότι υπάρχει μεγάλη αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενών και συστήματος υγείας. Μολονότι η εν λόγω επικοινωνία και αλληλεπίδραση συνήθως είναι ανακουφιστικές και επωφελείς για τον ασθενή, σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να επιφέρουν αντίθετα αποτελέσματα και να αποτελέσουν πηγή απογοήτευσης και θυμού για τον ασθενή απέναντι στο σύστημα.

Σημαντική θεωρείται από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας η υποστήριξη των ασθενών ώστε να αποφεύγεται ο πεσιμισμός και να προάγεται η ελπιδοφόρος έκβαση, χωρίς ωστόσο να διακυβεύεται η ρεαλιστική πληροφόρηση. Η εγκατάσταση της επικοινωνίας με τον ασθενή με ΣΚΠ, θα πρέπει να στηρίζεται σε τρεις κύριους άξονες. Την εξατομίκευση, την κατάλληλη διαχείριση και τη συνέχεια. Η διαδικασία της επικοινωνίας είναι αγγογόνος τόσο για τον ασθενή όσο και για τον επαγγελματία υγείας.

Τέλος, η ανάληψη του υψηλού κόστους νοσηλείας από τους ασφαλιστικούς φορείς και την πολιτεία γενικότερα συμβάλλει στη μείωση του άγχους και αυξάνει τη δυνατότητα αναζήτησης βοήθειας και πρόσβασης στα κέντρα παροχής φροντίδας.
(Provance, 2011)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η Σκλήρυνση Κατά Πλάκας είναι μια νόσος, η οποία επηρεάζεται από τα συναισθηματικά και σωματικά προβλήματα των ασθενών που την βιώνουν και που κατά συνέπεια δημιουργούνται και άλλα προβλήματα, που αφορούν την οικογένεια, τις κοινωνικές σχέσεις, την εργασία λόγω των υποτροπών που παρουσιάζει αλλά και συσχετιζόμενη με την βαρύτητα της νόσου. Γι' αυτό και ο κάθε ασθενής έχει την δική του σχέση με την νόσο καθόσον είναι εξατομικευμένα τόσο τα συμπτώματα, τόσο η διάγνωση όσο και η εξέλιξη και θεραπευτική της προσέγγιση.

Όταν αναφερόμαστε στους ασθενείς με ΣκΠ, γίνεται κατανοητό ότι οι δυσκολίες που προκύπτουν είναι απρόβλεπτες, διαφορετικές για κάθε άνθρωπο, εξατομικευμένες και επηρεάζουν πολλούς τομείς της ζωής όχι μόνο του ίδιου του ασθενή αλλά και του περιβάλλοντός του. Η χρόνια ασθένεια που οδηγεί σε αναπηρία συνδέεται εύκολα με το κοινωνικό στίγμα. Είναι σημαντικό λοιπόν οι δράσεις για κοινωνική ενσωμάτωση να μην έχουν ως στόχο μόνο το άτομο, με παρέμβαση για αποκατάσταση, αλλά να στοχεύουν και στην ενημέρωση της κοινωνίας με τη δημιουργία προγραμμάτων κοινωνικής στήριξης και στάσης.

Σημαντικό ρόλο παίζει η ολιστική προσέγγιση του ασθενή, μία ουσιαστικά ολιστική αντίληψη για τη θεραπεία, η οποία εκτός από την ιατρική φροντίδα περιλαμβάνει και την ψυχοκοινωνική μέριμνα για τον πάσχοντα και το περιβάλλον του με απώτερο σκοπό να μπορέσει το άτομο ν' ανακουφιστεί σε όλα τα επίπεδα ταυτόχρονα. Οι πάσχοντες πρέπει να αντιμετωπίζονται από την επιστημονική ομάδα με κύριο αντικειμενικό σκοπό την αποκατάστασή τους ώστε να ελαχιστοποιείται το φορτίο των συμπτωμάτων και, συνεπώς, να βελτιώνεται η προσωπική τους αυτονομία και ανεξαρτησία.

Η κατάθλιψη είναι συχνή σε ΣΚΠ με ποσοστά ετήσιου επιπολασμού τόσο υψηλά όσο το 20% και ποσοστά επικράτησης κατά τη διάρκεια της ζωής κατά 50%, όχι ασυνήθιστα. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι η κατάθλιψη στην MS συσχετίζεται με μεγαλύτερη νευροπαθολογία στην αριστερή πρόσθια κροταφική / βρεγματική περιοχή, αν και τα αποδεικτικά στοιχεία για στενή συσχέτιση μεταξύ της κατάθλιψης και της περιοχής της βλάβης δεν είναι ισχυρά. Υπάρχουν κάποιες ενδείξεις ότι οι ασθενείς με MS μπορεί να έχουν αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας και αυτό πιθανότατα ισχύει για νεαρότερους άνδρες ασθενείς και για ασθενείς με κοινωνική απομόνωση, σοβαρή κατάθλιψη και προβλήματα με το οινόπνευμα. Οι διαταραχές άγχους φαίνονται επίσης πιο διαδεδομένες στη ΣκΠ, αν και η έρευνα εδώ είναι λιγότερο εκτεταμένη και λιγότερο αυστηρή από ότι για την κατάθλιψη και εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από δεδομένα από δείγματα που παρακολουθούν κλινικές MS. Οι προηγούμενες έρευνες σχετικά με την κόπωση και την κατάθλιψη στη ΣκΠ δεν έδειξαν σταθερή σχέση, αν και πρόσφατες μελέτες τείνουν να αναφέρουν μια συσχέτιση. Ταυτόχρονα, αυτές οι πρόσφατες μελέτες έχουν επίσης προτείνει ότι η σχέση είναι πολύπλοκη, δυναμική και ότι η κόπωση είναι καλύτερα αντιληπτή ως πολυδιάστατη. Στις πρώτες μελέτες βρέθηκαν επίσης λίγα στοιχεία για μια σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της νοητικής εξασθένησης. Ωστόσο, πρόσφατες μελέτες υποδηλώνουν ότι η νοητική εξασθένηση είναι πιθανό να επιδεινωθεί όταν η κατάθλιψη είναι στο μέτριο έως σοβαρό εύρος. Η αρχική ανησυχία σχετικά με τη θεραπεία με ιντερφερόνη που προκαλεί κατάθλιψη σε ασθενείς με ΚΜ φαίνεται αδικαιολόγητη υπό το πρίσμα αρκετών πρόσφατων μελετών που ασχολούνται με αυτό το θέμα. Ενώ όλα αυτά τα ζητήματα αξίζουν περαιτέρω έρευνα, το εξαιρετικό ερώτημα εξακολουθεί να είναι γιατί η κατάθλιψη μεταξύ των ατόμων με σκλήρυνση κατά πλάκας δεν εξετάζεται συστηματικά.

Η έγκαιρη διάγνωση των σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων του ασθενή και η αντιμετώπισή τους από την ομάδα φροντίδας

βελτιώνουν την Ποιότητα Ζωής του. Η εκπαίδευση της οικογένειας και του ίδιου του ασθενή σχετικά με τη φροντίδα και τη στάση που απαιτείται σε κάθε περίπτωση, βοηθά στη διατήρηση της αυτοεκτίμησης του ασθενή, στην ανάληψη ρόλων, στη μαχητικότητα και στην αισιόδοξη αντιμετώπιση του μέλλοντος. [CITATION RJS05 \ I 1033]

Αξίζει να σημειωθεί το γεγονός, ότι η Ελληνική Εταιρεία, για τη ΣΚΠ, μπορεί να αποτελεί ένα αίτιο καλής προσαρμογής στη νόσο, καθώς η εταιρεία στηρίζει τους ασθενείς κοινωνικά και ψυχολογικά, βοηθώντας στην αποδοχή και αντιμετώπιση της τόσο σύνθετης αυτής πάθησης.

Τέλος, η ανάληψη του υψηλού κόστους νοσηλείας από τους Ασφαλιστικούς φορείς και την Πολιτεία γενικότερα συμβάλλει στη μείωση του άγχους και αυξάνει τη δυνατότητα αναζήτησης βοήθειας και πρόσβασης στα κέντρα παροχής φροντίδας. Η ΣΚΠ είναι μια χρόνια νόσος, η οποία προκαλεί ανικανότητα για εργασία, ενώ είναι και εξαιρετικά δαπανηρή για το άτομο, την οικογένεια και την κοινωνία. Σε μελλοντικές μελέτες θα μπορούσε να διερευνηθεί το βαρύ κόστος των διαγνωστικών εξετάσεων και θεραπειών και η δεδομένη μεγάλη επιβάρυνση που επιφέρει η νόσος στον ασθενή και στο περιβάλλον του οδηγώντας τους πολλές φορές σε οικονομικό αδιέξοδο καθώς και οι συνθήκες, οι όροι ύπαρξης και διαβίωσης για τους ασθενείς, που διαμορφώνονται από την ελληνική Πολιτεία, και δρουν δεσμευτικά και περιοριστικά πολλές φορές στην ικανοποίηση της ανάγκης για μια υψηλού επιπέδου Ποιότητα Ζωής.

Η ενημέρωση για τη φύση της νόσου και ειδικότερα για τα αποτελέσματα της θεραπείας συντελεί στη βελτίωση της ποιότητας ζωής καθώς η εφαρμοζόμενη σήμερα θεραπεία επιμηκύνει το ελεύθερο υποτροπών διάστημα και ελαττώνει τη συχνότητα και την ένταση των υποτροπών.

Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις, είτε από τα φάρμακα, είτε από την φυσικοθεραπεία αλλά και την ψυχολογική υποστήριξη των ασθενών σε συνδυασμό με την υποστηρικτική αλληλεπίδραση της οικογένειας και των άμεσων προσώπων που έρχονται σε επαφή, σε καθημερινή βάση, οι νοσούντες, είναι βασικοί άξονες για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΣΚΠ.

Η φυσικοθεραπεία με την βοήθεια τεχνικών μέσων αλλά τεχνικών προγραμμάτων και μεθόδων έχουν αυξήσει το επίπεδο κινητικότητας των ασθενών αλλά και έχουν περιορίσει κατά πολύ την ψυχοπαθολογία που διέπει τις περιπτώσεις αυτές, οι οποίες είναι επιβαρυντικές λόγω του μη αναστρέψιμου τρόπου ζωής σε φυσιολογική κατάσταση.

Στατιστικά Στοιχεία:

Σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες έρευνες η Σκλήρυνση κατά Πλάκας αποτελεί την τρίτη κατά σειρά συχνότητας αιτία σοβαρής αναπηρίας στις ηλικίες των 20-40 ετών, ενώ υπολογίζεται ότι 250.000 Αμερικανοί, 80.000 Βρετανοί και 8.000 Έλληνες νοσούν.[CITATION AVo12 \ I 1033]

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- **Κεκάτος Β.:** *Σκλήρυνση κατά πλάκας: Φυσιοθεραπευτική φροντίδα*, εκδ. Παρισιάνου Α.Ε., Αθήνα, 2001
- **Κουτσουράκη Ε.:** *Μυοσκελετικές αλλοιώσεις στη σκλήρυνση κατά πλάκας*, Εγκέφαλος 2011, 48 (1):26-28
- **Κουτσουράκη Ε.:** *Διαταραχές συμπεριφοράς στους σκληρυντικούς ασθενείς*, Πρακτικά 6^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Ελληνικής Εταιρείας για τη Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Θεσσαλονίκη, 2002
- **Μητσιώνης Χ., Ζέρβας Ι., Πόταγας Κ., Μαντέλλος Δ., Κούτσης Γ., Σφάγγος Κ.:** *Ο ρόλος του stress στη σκλήρυνση κατά πλάκας: τρεις περιπτώσεις και βιβλιογραφική ανασκόπηση*, Ψυχιατρική, 2006: 17(4),325342
- **Πήτα Ρ., Κιοσέλογλου Γ.:** *Πολλαπλή σκλήρυνση και ποιότητα ζωής*. Πρακτικά 6^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου Ελληνικής Εταιρείας για τη Σκλήρυνση κατά Πλάκας, Θεσσαλονίκη, 2002
- **Πολυκανδριώτη Μ., Κυρίση Ε.:** *Ποιότητα ζωής των ασθενών με σκλήρυνση κατά πλάκας*, Ανασκόπηση, Νοσηλευτική 2006, 45(2):207-214
- **Σφάγγος Κ., Τριανταφύλλου Ν.:** *Σκλήρυνση κατά πλάκας*, εκδ. Σφάγγος και Τριανταφύλλου, 2001, Αθήνα
- **Τσούγγου Γ.:** *Ψυχοκοινωνικές διαστάσεις και ποιότητα ζωής ασθενών με πολλαπλή σκλήρυνση: Ανασκόπηση ποσοτικών και ποιοτικών μελετών για το διάστημα 2000-2015*, Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 2016, 9(1): 17-29

Διεθνής βιβλιογραφία

- **Clanet M.:** *Jean – Martin Charot, 1825 έως 1893*, Ιούνιος 2008
- **Cieza A., Stucki G.:** *The International Classification of Functioning Disability and Health: its development process and content validity*. European Journal of Physical Rehabil Medicine, (2008), 44(3):303-313
- **Comi G, Filippi M, Marinelli V et al.:** *Brain MRI correlates of cognitive impairment in primary and secondary progressive MS*. J Neurol Sci, 1995, 132:222-227
- **Compston A Coles:** *Multiple Sclerosis*, (October 2008), Lancet 372 (9648):1502-17
- **Compston A., Coles A.:** *Multiple sclerosis*. Lancet, (2008), 372:1502-1517
- **Doring A., Pfueller C.F., Paul F., Dorr J.:** *Exercise in multiple sclerosis – an integral component of disease management*. The EPMA Journal, (2012), 3(1):2
- **Feinstein A.:** *Multiple sclerosis and depression*. Multiple Sclerosis Journal, 2011, 17 (11): 1276-1281
- **Gahimer JE, Morris DM:** *Community health education: evolving opportunities for physical therapists*. The Journal of Physical Therapy Education, (1999), 13:38-48
- **Gehlsen G, Beekman K, Assamann N, Winant D, Seidle M, Carter A.:** *Gait characteristics in multiple sclerosis: Progressive changes and effects of exercise on parameters*, Archive of Physical Medicine Rehabil, 1986, 67:536-9
- **Grigoriadis N.:** *Interferon b treatment in RR multiple sclerosis*, Areview,

- Clinical Neurology and Neurosurgery 104:251,2002
- **Heesen C., Romberg A., Gold S, et al:** *Physical exercise in multiple sclerosis:supportive care or a putative disease-modifying treatment.* Expert Review Neurotherapy, (2006), 6(3):347-55
 - **Hurtung HI:** *Demyelinating disease.* In:*Current Opinion in neurology*, Vol 15, No 3, June 2002, 227-283, Lippincot Williams K., Wilkins
 - **Kappos L., Johnson K., et al., eds.** *Multiple sclerosis*, London: Martin Duniz, 2001
 - **Kileff J., Ashburn A., :** *A pilot study of the effect of aerobic exercise on people with moderate disability multiple sclerosis.* Clin Rehabil, Mar. 2005, 19(2):165-9
 - **Krupp L.B., Macallister WS:** *Treatment of Pedriatric Multiple Sclerosis*, Curr Treat Options Neurol 2005, 7(3): 191-9
 - **Lassmann H.:** *The pathology of multiple sclerosis and its evolution*, Philos. Trans.R.Soc.Lond.B.Biol.Sa. (October 1999), 354 (1390):1635-40
 - **Lassmann H.:** *Multiple sclerosis pathology evolution of pathogenetic concepts*, Brain. Pathology (July 2005), 15 (3):217-22
 - **Mathews WB:** *Multiple Sclerosis, the Facts*, 4th ed. Oxford:University Pres, 2001
 - **MacDonald WI, Compston A, Edan G, et al:** *Recommended diagnostic criteria in multiple sclerosis*, Ann Neurol, 2001, 50:121-127
 - **Mitcell A., Benito-Leon J., Gonzalez J-M M, Rivera-Navarro J.:** *Quality of life and its assesement in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of wellbeing.*Lancet Neurology 2005, 4:556-566
 - **Petajan JH, Gappmaier E, White AT, Spencer MK, Mino L, Hicks RW:** *Impact of aerobic training on fitness and quality of life in multiple sclerosis.*Annual of Neurology, 1996, 39(4):42-41
 - **Polman C.H., Reingolg S.C., Edan G. et al.:** *Diagnostic Criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the “McDonald Criteria”.* Annals of Neurology, 2005, Volume 58(6), 840-846
 - **Porter S.:** *Dictionary of physiotherapy*, Edinburgh:Elsevier, 2005
 - **Provance P.:** *Physical Therapy in Multiple Sclerosis Rehabilitation.* New York: A Clinical Bulletin from the Professional Resource Center of the National Multiple Sclerosis Society, 2011
 - **Charcot JM.,** *Lectures on the diseases of the nervous system*, Philadelphia: Henry C Lea, 1879.
 - **Butler MA, Bennett TL,** *In search of a conceptualization of multiple sclerosis: a historical perspective.* Neuropsychol Rev 2003;13:93–111.
 - **Schiffer RB,** *Disturbances of affect.* In: Rao SM, ed. *Neurobehavioral aspects of multiple sclerosis*, New York: Oxford University Press, 1990.
 - **Feinstein A.,** *The neuropsychiatry of multiple sclerosis*, Can J Psychiatry 2004;49:157–63.
 - **Patten SB, Beck CA, Williams JVA, et al.** *Major depression in multiple sclerosis: a population-based perspective*, Neurology 2003;61:1524–7.
 - **Feinstein A.,** *An examination of suicidal intent in patients with multiple sclerosis*, Neurology 2002;59:674–8.
 - **Janardhan V, Bakshi R.,** *Quality of life in patients with multiple sclerosis: the impact of fatigue and depression*, J Neurol Sci 2002;205:51–8.

- **Janssens ACJW, van Doorn PA, de Boer JB, et al.** *Impact of recently diagnosed multiple sclerosis on quality of life, anxiety, depression and distress of patients and partners, Acta Neurol Scand 2003;108:389–95.*

□

□

Lobentanz IS, Asenbaum S, Vass K, et al. Factors influencing quality of life in multiple sclerosis patients: disability, depressive mood, fatigue and sleep quality, *Acta Neurol Scand*, 2004;110:6–13.

Feinstein A., Multiple sclerosis, disease modifying treatments and depression: a critical methodological review, *Mult Scler* 2000;6:343–8.

- **Patten SB, Fridhandler S, Beck CA, et al.** Depressive symptoms in a treated multiple sclerosis cohort, *Mult Scler* 2003;9:616–20.
- **American Psychiatric Association**, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-IV-TR*, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc, 2000.
- **Andrews G, Henderson S, Hall W.**, Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation: Overview of the Australian National Mental Health Survey, *Br J Psychiatry* 2001;178:145–53.
- **Minden SL, Orav J, Reich P.**, Depression in multiple sclerosis, *Gen Hosp Psychiatry* 1987;9:426–34.
- **Joffe RT, Lippert GP, Gray TA, et al.**, Mood disorder and multiple sclerosis, *Arch Neurol* 1987;44:376–8.
- **Sadovnick AD, Remick RA, Allen J, et al.**, Depression and multiple sclerosis, *Neurology* 1996;46:628–32.
- **Chwastiak L, Ehde DM, Gibbons LE, et al.**, Depressive symptoms and severity of illness in multiple sclerosis: epidemiologic study of a large community sample, *Am J Psychiatry* 2002;159:1862–8.
- **Benedict RHB, Fishman I, McClellan MM, et al.**, Validity of the Beck Depression Inventory—Fast Screen in multiple sclerosis, *Mult Scler* 2003;9:393–6.
- **Avasarala JR, Cross AH, Trinkaus K.**, Comparative assessment of Yale Single Question and Beck Depression Inventory Scale in screening for depression in multiple sclerosis, *Mult Scler* 2003;9:307–10.
- **Aikens JE, Reinecke MA, Pliskin NH, et al.**, Assessing depressive symptoms in multiple sclerosis: Is it necessary to omit items from the original Beck Depression Inventory? *J Behav Med* 1999;22:127–42.
- **McAlpine DD, Wilson AR.**, Screening for depression in primary care: What do we still need to know? *Depress Anxiety* 2004;19:137–45.
- **Shelton RC, Hollon SD, Purdon SE, et al.**, Biological and psychological aspects of depression, *Behav Ther* 1991;22:201–28.
- **Rabins PV, Brooks BR, O'Donnell P, et al.**, Structural brain correlates of emotional disorder in multiple sclerosis, *Brain* 1986;109:585–97.
- **Honer WG, Hurwitz T, Li DKB, et al.**, Temporal lobe involvement in multiple sclerosis patients with psychiatric disorders, *Arch Neurol* 1987;44:187–90.
- **Ron MA, Logsdail SJ.**, Psychiatric morbidity in multiple sclerosis: a clinical and MRI study, *Psychol Med* 1989;19:887–95.
- **Pujol J, Bello J, Deus J, et al.**, Lesions in the left arcuate fasciculus region and depressive symptoms in multiple sclerosis, *Neurology* 1997;49:1105–10.

□

□

- **Zorzon M, de Masi R, Nasuelli D, et al.**, Depression and anxiety in multiple sclerosis, A clinical and MRI study in 95 subjects. *J Neurol* 2001;248:416–21.
- **Feinstein A, Roy P, Lobaugh N, et al.**, Structural brain abnormalities in multiple sclerosis patients with major depression, *Neurology* 2004;62:586–90.
- **Harrison PJ.**, The neuropathology of primary mood disorder, *Brain* 2002;125:1428–49.
- **Shenal BV, Harrison DW, Demaree HA**, The neuropsychology of depression: a literature review and preliminary model, *Neuropsychol Rev* 2003;13:33–42.
- **Drevets WC.**, Neuroimaging studies of mood disorders, *Biol Psychiatry* 2000;48:813–29.
- **Sadovnick AD, Eisen K, Ebers GC, et al.**, Cause of death in patients attending multiple sclerosis clinics, *Neurology* 1991;41:1193–6.
- **Stenager EN, Stenager E, Koch-Henricksen N, et al.**, Suicide and multiple sclerosis: an epidemiological investigation, *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1992;55:542–5.
- **Nicholl CR, Lincoln NB, Francis VM, et al.**, Assessment of emotional problems in people with multiple sclerosis, *Clin Rehabil* 2001;15:657–68.
- **Smith SJ, Young CA.**, The role of affect on the perception of disability in multiple sclerosis, *Clin Rehabil* 2000;14:50–4.
- **Mohr DC, Hart SL, Goldberg A.**, Effects of treatment for depression on fatigue in multiple sclerosis, *Psychosom Med* 2003;65:542–7.
- **Krupp LB, Alvarez LA, LaRocca NG, et al.**, Fatigue in multiple sclerosis, *Arch Neurol* 1988;45:435–7.
- **Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, et al.**, The Fatigue Severity Scale: application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus, *Arch Neurol* 1989;46:1121–3.
- **Vercoulen JHMM, Hommes OR, Swanink CMA, et al.**, The measurement of fatigue in patients with multiple sclerosis: a multidimensional comparison with patients with chronic fatigue syndrome and healthy subjects, *Arch Clin Neurol* 1996;53:642–9.
- **Schwartz CE, Coulthard-Morris L, Qi Zeng MS.**, Psychosocial correlates of fatigue in multiple sclerosis, *Arch Phys Med Rehabil* 1996;77:165–70.
- **Ford H, Trigwell P, Johnson M.**, The nature of fatigue in multiple sclerosis, *J Psychosom Res* 1998;45:33–8.
- **Schreurs KMG, de Ridder DTD, Bensing JM**, Fatigue in multiple sclerosis: reciprocal relationships with physical disabilities and depression, *J Psychosom Res* 2002;53:775–81.
- **Bakshi R, Shaikh ZA, Miletich RS, et al.**, Fatigue in multiple sclerosis and its relationship to depression and neurologic disability, *Mult Scler* 2000;6:181–5. **Van der Werf SP, Evers A, Jongen PJH, et al.**, The role of helplessness as mediator between neurological disability, emotional instability, experienced fatigue and depression in patients with multiple sclerosis., *Mult Scler* 2003;9:89–94.

□

□

- **Voss WD, Arnett PA, Higgison CIJRJ, et al.**, Contributing factors to depressed mood in multiple sclerosis, *Arch Clin Neurol* 2002;17:103–15.
- **Hickie IB, Hooker AW, Hadzi-Pavlovic D, et al.**, Fatigue in selected primary care settings: sociodemographic and psychiatric correlates, *Med J Aust* 1996;164:585–8.
- **Hickie I, Hadzi-Pavlovic D, Ricci C.**, Reviving the diagnosis of neurasthenia, *Psychol Med* 1997;27:989–94.
- **Schwid SR, Covington MMSB, Goodman AD.**, Fatigue in multiple sclerosis: Current understanding and future directions, *J Rehabil Res Dev* 2002;39:211–24.
- **Hickie IB, Wilson AJ, Wright JM, et al.**, A randomized, double-blind placebocontrolled trial of moclobemide in patients with chronic fatigue syndrome, *J Clin Psychiatry* 2000;61:643–8.
- **Ridsdale L, Darbishire L, Seed PT.**, Is graded exercise better than cognitive behaviour therapy for fatigue? A UK randomized trial in primary care, *Psychol Med* 2004;34:37–49.
- **Deale A, Chalder T, Marks I, et al.** Cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome: a randomized controlled trial, *Am J Psychiatry* 1997;154:408–14.
- **Rao SM, Leo GJ, Bernardin L, et al.**, Cognitive dysfunction in multiple sclerosis, 1. Frequency, patterns, and prediction. *Neurology* 1991;41:685–91.
- **Rao SM, Leo GJ, Ellington L, et al.**, Cognitive dysfunction in multiplesclerosis, 2. Impact on employment and social functioning. *Neurology* 1991;41:692–6.
- **McIntosh-Michaelis SA, Roberts MH, Wilkinson SM, et al.** The prevalence of cognitive impairment in a community survey of multiple sclerosis, *Br J Clin Psychol* 1991;30:333–48.
- **Rao SM.**, Neuropsychology of multiple sclerosis, *Curr Opin Neurol* 1995;8:216–20.
- **Elliott R.**, The neuropsychological profile in unipolar depression, *Trends Cogn Sci* 1998;2:447–54.
- **Rao SM.**, Neuropsychology of multiple sclerosis: a critical review, *J Clin Exp Neuropsychol* 1986;8:503–42.
- **Brassington JC, Marsh NV.**, Neuropsychological aspects of multiple sclerosis, *Neuropsychol Rev* 1998;8:43–77.
- **Hartlage S, Alloy LB, Vazquez C, et al.**, Automatic and effortful processing in depression, *Psychol Bull* 1993;113:247–78.
- **Arnett PA, Higgison CI, Voss WD, et al.**, Depressed mood in multiple sclerosis: relationship to capacity-demanding memory and attentional functioning, *Neuropsychology* 1999;13:434–46.
- **Arnett PA, Higgison CI, Voss WD, et al.**, Depression in multiple sclerosis: relationship to working memory capacity, *Neuropsychology* 1999;13:546–56.
- **Arnett PA, Higgison CI, Randolph JJ.**, Depression in multiple sclerosis: relationship to planning ability, *J Int Neuropsychol Soc* 2001;7:665–74.

□

□

- **Landro NI, Celius EGHS**, *Depressive symptoms account for deficient information processing speed but not for impaired working memory in early phase multiple sclerosis (MS)*, *J Neurol Sci* 2004;217:211–16.
- **Demaree HA, Gaudino E, DeLuca J.**, *The relationship between depressive symptoms and cognitive dysfunction in multiple sclerosis*. *Cogn Neuropsychiatry* 2003;8:161–71.
- **Demaree HA, DeLuca J, Gaudino E, et al.**, *Speed of information processing as a key deficit in multiple sclerosis*, *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1999;67:661–3.
- **DeLuca J, Gaudino EA, Diamond BJ, et al.**, *Acquisition and storage deficits in multiple sclerosis*, *J Clin Exp Neuropsychol* 1998;20:376–90.
- **Pakenham KI.**, *Adjustment to multiple sclerosis: application of a stress and coping model*, *Health Psychol* 1999;18:383–92.
- **McCabe MP, McKern S, McDonald E.**, *Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis*, *J Psychosom Res* 2004;56:355–61.

□

- Williams RM, Turner AP, Hatzakis M, et al.**, Social support among veterans with multiple sclerosis, *Rehabil Psychol* 2004;49:106–13.
- **Folkman S, Moskowitz JT.**, Coping: pitfalls and promise, *Annu Rev Psychol* 2004;55:745–74.
 - **Uccelli MM, Mohr LM, Battaglia MA, et al.**, Peer support groups in multiple sclerosis: current effectiveness and future directions. *Mult Scler* 2004;10:80–4.
 - **Mohr DC, Classen C, Barrera JM.**, The relationship between social support, depression and treatment for depression in people with multiple sclerosis, *Psychol Med* 2004;34:533–41.
 - **Devins GM, Schnek ZM.**, Multiple sclerosis, In: Frank RG, Elliott TR, eds. *Handbook of Rehabilitation Psychology*. Washington DC: American Psychological Association, 2000.
 - **Mullins LL, Cote MP, Fuemmeler BF, et al.**, Illness intrusiveness, uncertainty, and distress in individuals with multiple sclerosis. *Rehabil Psychol* 2001;46:139–53.
 - **Lynch SG, Kroencke DC, Denney DR.**, The relationship between disability and depression in multiple sclerosis: the role of uncertainty, coping and hope. *Mult Scler* 2001;7:411–16.
 - **McNulty K, Livneh H, Wilson LM.**, Perceived uncertainty, spiritual wellbeing and psychosocial adaptation in individuals with multiple sclerosis. *Rehabil Psychol* 2004;49:91–9.
 - **Klapper MD.**, Letter to the editor [letter]. *Neurology* 1994;44:188.
 - **Pandya R, Patten S.**, Depression in multiple sclerosis associated with interferon beta-1a (Rebif). *Can J Psychiatry* 2002;47:686.
 - **Jacobs LD, Beck RW, Simon JH, et al.**, Intramuscular interferon Beta-1a therapy initiated during a first demyelinating event in multiple sclerosis. *N Engl J Med* 2000;343:898–904.
 - **Patten SB, Metz LM.**, Interferon B-1a and depression in relapsing-remitting multiple sclerosis: an analysis of depression data from the PRISMS clinical trial. *Mult Scler* 2001;7:243–8.
 - **Patten SB, Metz LM.**, Interferon B1a and depression in secondary progressive MS: Data from the SPECTRIMS Trial. *Neurology* 2002;69:744–6. Zephir H, De Seze J, Stojkovic T, et al., Multiple sclerosis and depression: an influence of interferon B therapy. *Mult Scler* 2003;9:284–8.
 - **Feinstein A, O'Connor P, Feinstein K.**, Multiple sclerosis, interferon beta-1b and depression: a prospective investigation. *J Neurol* 2002;249:815–20.
 - **Mohr DC, Likosky W, Dwyer P, et al.**, Course of depression during the initiation of interferon beta-1a treatment for multiple sclerosis. *Arch Neurol* 1999;56:1263–5.
 - **Schiffer RB, Wineman NM.**, Antidepressant pharmacotherapy of depression associated with multiple sclerosis. *Am J Psychiatry* 1990;147:1493–7.
 - **Mohr DC, Goodkin DE.**, Treatment of depression in multiple sclerosis. *Clin Psychol Sci Pract* 1999;6:1–9.
 - **Mohr DC, Boudewyn AC, Goodkin DE, et al.**, Comparative outcomes for individual cognitive-behavior therapy, supportive-expressive group psychotherapy, and sertraline for the treatment of depression in multiple sclerosis. *J Consult Clin Psychol* 2001;69:942–9.
 - **R J Siegert, D A Abernethy**, Department of Medicine, Wellington School of Medicine and Health Sciences, University of Otago, Wellington, New Zealand

- **A. Vozikis, E. S.**, 2012. *Multiple sclerosis in Greece: An analysis of out-of-pocket payments.. EBSCO, Jul./Aug., pp. 448- 453.*
- **Carlos Bernardo Tauil, T. C. G. R. M. D. R. P. C. D.-C. M. C. C. R. A. e. a.**, 2018. *Suicidal ideation, anxiety and depression in patients with Multiple Sclerosis. Scielo, May.*
- **Maria Skokou, E. S. P. G.**, 2012. *Depression in Multiple Sclerosis: A Review of Assessment and Treatment Approaches in Adult and Pediatric Populations. PMC, 14 October.*
- **R J Siegert, D. A. A.**, 2005. *Depression in multiple sclerosis: a review. JNNP, pp. 469-475.*
- **Sarah L., M. M. J. P. D. P. M. D.**, 1987. *Depression in Multiple Sclerosis. ScienceDirect, November, pp. 426-434.*

Συντομογραφίες

BDI (Beck Depression Depression)

CBT (Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία)

CES-D (Κλίμακα Κατάθλιψης του Κέντρου Επιδημιολογικών Μελετών)

SSRI (Εκλεκτικός Αναστολέας Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης)

ICD-10 (Η 10^η έκδοση της Παγκόσμιας Στατιστικής Ταξινόμησης για Ασθένειες και Συνοδά Προβλήματα Υγείας) DSM-IV-TR (Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο για Ψυχικές Ασθένειες)

CDI (Καταγραφή Κατάθλιψης στα Παιδιά)