

ΠΑΝΤΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ



**«ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ
ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΥΠΟ
ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ»**

Μια ψυχαναλυτική ψυχοσωματική μελέτη ψυχικών και βιοχημικών φαινομένων

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΒΑΣΙΛΙΚΗΣ Π. ΜΙΜΟΓΛΟΥ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: ΚΛΑΙΡΗ ΣΥΝΟΔΙΝΟΥ

Μέλη:

Καθηγητής ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΣΤΑΛΙΚΑΣ - Καθηγητής ΙΩΑΝΝΗΣ ΚΑΤΕΡΕΛΟΣ

Αθήνα, Μάιος 2014

Copyright © Βασιλική Π. Μίμογλου, 2014.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διατριβής, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διατριβής για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.

Η έγκριση διδακτορικής διατριβής από το Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών δε δηλώνει αποδοχή των γνώμων του συγγραφέα.

Στον Αντώνη Σ., που μου δημιούργησε την ανάγκη διερεύνησης του Μεταβολικού Συνδρόμου, ενώ δεν πρόλαβε να επωφεληθεί από αυτήν.

Σε όλους τους ασθενείς που προσέφεραν στοιχεία του εαυτού τους, ώστε να πραγματοποιηθεί η έρευνα, και σε εκείνους που μπορεί να βοηθηθούν από την κίνηση αυτή.

Ευχαριστίες

«Η ευγνωμοσύνη είναι η μνήμη της καρδιάς»

Jean Massieu

Ιδιαιτέρως θέλω να ευχαριστήσω την Επιβλέπουσα Καθηγήτρια, κα Κλαίρη Συνοδινού. Η αποδοχή της και η ελευθερία που μου έδωσε στην επιλογή του θέματος, μαζί με τις διακριτικές της παρεμβάσεις και τις καλές συμβουλές, μου επέτρεψαν να αναζητήσω τις δικές μου λύσεις στον γρίφο του ΜετΣ. Την αγαπώ ιδιαίτερα και την ευχαριστώ που μου επέτρεψε να τραβήξω τον δικό μου δρόμο. Ευχαριστώ επίσης θερμά τον Καθηγητή κ. Ιωάννη Κατερέλο, ο οποίος βοήθησε σημαντικά με τις πολύτιμες συμβουλές του στο θέμα της στατιστικής, ανοίγοντάς μου νέους ορίζοντες. Πολλές ευχαριστίες στον Καθηγητή κ. Αναστάσιο Σταλικά, ο οποίος βοήθησε να αποφύγω τις κακοτοπιές και να εργαστώ μεθοδικά.

Η παρούσα ερευνητική και κλινική εργασία είναι στην πραγματικότητα έργο συλλογικό, με βαθιές ρίζες. Ξεκινά ίσως από την μητέρα μου, που, ως δικαστικός λειτουργός, εφεύρισκε συχνά τρόπους να αποκατασταθεί η δικαιοσύνη, παρά τις δυσκολίες. Μου μετέδωσε την ικανότητα να βλέπω πέρα από το κατεστημένο, αναζητώντας νέους τρόπους αντίληψης και νέες λύσεις σε παλιά προβλήματα. Ο πατέρας μου, που εργαζόταν καθημένο στην ίδια πολυθρόνα όπου ολοκλήρωσα κι εγώ την διατριβή μου, μου χάρισε ένα πεδίο ταύτισης, ώστε η πολύωρη γραφική εργασία να είναι οικεία. Η υπομονή και αγάπη του Καθηγητή μου Αθανασίου Φραγγούλη, ο οποίος έκανε την εισαγωγή στο πανεπιστήμιο διασκεδαστική, και βρίσκεται πάντα κοντά μου, με δίδαξε να δομώ την σκέψη μου, να χαίρομαι το διάβασμα και να βλέπω ψηλά. Η γνώση γύρω από την ψυχαναλυτική ψυχοσωματική οφείλεται σε σημαντικό μέρος στην καλή διδασκαλία του Δρ. Ιάκωβου Κλεώπα, ο οποίος παρουσίαζε τα αντικείμενα με τρόπο απλό και σε χρόνο κατάλληλο, ώστε η μάθηση να μοιάζει με αβίαστη επαναφορά από το ασυνείδητο. Την ερευνητική μου εργασία ενίσχυσε η ουσιαστική βοήθεια της καλής φίλης Ελένης Παπαμιχαήλ, που ήταν πάντα η φωνή της λογικής και λειτούργησε σαν δεύτερο μάτι κάθε φορά που χρειάστηκε. Ο καλός φίλος Κωσταντίνος Πέτσιος βοήθησε σημαντικά στην υποβολή αίτησης της διατριβής, καθώς και στο στάδιο της στατιστικής επεξεργασίας t test και ANOVA. Η εργασία αυτή δεν θα μπορούσε να είχε πραγματοποιηθεί χωρίς την ανεξάντλητη υπομονή, χιούμορ και δοτικότητα του κ. Νεκταρίου Λιβιτσάνη, Προέδρου των κέντρων «Ομοιόστασις» και «Καρυότυπος», από όπου άντλησα το δείγμα μου, στον οποίο οφείλω πολλά σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο.

ΠΙΝΑΚΕΣ ΚΕΙΜΕΝΟΥ

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. 1 Μεταβλητές S-CON και χαρακτηριστικά που μετρούν	112
ΠΙΝΑΚΑΣ 3. 2 Μεταβλητές HVI και χαρακτηριστικά που μετρούν	114
ΠΙΝΑΚΑΣ 3. 3 Ερευνητικά ερωτήματα, εργαλεία και ειδικοί παράγοντες.....	126
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	129
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 2 Οικογενειακό ιστορικό γονέων για παχυσαρκία και Σακχαρώδη Διαβήτη	130
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3 Σωματικές Αποδιοργανώσεις Οργάνων και Λειτουργιών	131
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.4 Γεγονότα που Προηγήθηκαν της Αύξησης Βάρους	132
ΠΙΝΑΚΑΣ 4.5 Zuckerman Kuhlman Personality Questionnaire μέση τιμή και τυπική απόκλιση, και S-CON του Rorschach πλήθος και ποσοστό	133
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 6 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών για ImpSs, Imp, Ss, S-CON	134
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 7 Μέση τιμή, τυπική απόκλιση και βαθμός συσχέτισης για ImpSs, Imp, Ss, S-CON.....	135
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 8 Συσχετίσεις μέσω Spearman's r για την ύπαρξη αναπαράστασης έναρξης ΜετΣ, παραγόντων παρορμητισμού και αναζήτησης αισθητηριακών ερεθισμών, αυτοκτονικότητας, κατάθλιψης, κοινωνικής δυσφορίας, απομόνωσης, υπερεγρήγορης και φαντασιωτικής ικανότητας	136
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 9 Κατηγορική Παλινδρόμηση προβλεπτών για την αναπαράσταση έναρξης του ΜετΣ.....	137
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 10 Ποσοστό επι του συνολικού δείγματος για δείκτες κυτταρικής οξείδωσης, αλεξιθυμίας και αμυντικών προφίλ συνολικά, σε γυναίκες και άνδρες .	140
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 11 Μέση τιμή, τυπική απόκλιση, πλήθος και ποσοστό εμφάνισης για μηχανισμούς άμυνας ΔΣ-ΑΠ (DSQ-88-GR)	141
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 12 Μέση τιμή, τυπική απόκλιση, πλήθος και ποσοστό εμφάνισης για ΔΕ-ΑΠ Μηχανισμούς Άμυνας DSQ-88-GR	142
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 13 Μέση τιμή, τυπική απόκλιση, πλήθος και ποσοστό εμφάνισης για Π-ΑΠ Μηχανισμούς Άμυνας DSQ-88-GR.....	144
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 14 Μέση τιμή, τυπική απόκλιση, πλήθος και ποσοστό εμφάνισης για Α-ΑΠ Μηχανισμούς Άμυνας DSQ-88-GR.....	145
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 15 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών για Δ.Α.Σ., Δ.Π.Σ., Ε.Π.Σ, Αλεξιθυμία.....	146

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 16 Αποτελέσματα ANOVA για την κυτταρική οξείδωση σε αλεξιθυμικούς, ημι-αλεξιθυμικούς και μη-αλεξιθυμικούς συμμετέχοντες	147
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 17 Αποτελέσματα t test για παράγοντες αλεξιθυμίας και παράγοντες κυτταρικής οξείδωσης.....	148
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 18 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών για PCC, MDA, TAC, GPU, ΔΣ-ΑΠ, ΔΕ-ΑΠ, Α-ΑΠ, Π-ΑΠ	149
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 19 Αποτελέσματα t τεστ για δείκτες κυτταρικής οξείδωσης και αμυντικά προφίλ	150
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 20 Συσχετίσεις μέσω Spearmn's r για τους δείκτες κυτταρικής οξείδωσης, την αλεξιθυμία και το αμυντικό προφίλ	151
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 21 Κατηγορική Παλινδρόμηση προβλεπτών για τα PCC.....	153
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 22 Κατηγορική Παλινδρόμηση προβλεπτών για την MDA	153
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 23 Κατηγορική Παλινδρόμηση προβλεπτών για GPU	154
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 24 Κατηγορική Παλινδρόμηση προβλεπτών για TAC	155
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 25 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για τους παράγοντες RFS, Πράξη ZSPQ, Κατανάλωση και Σωματοποίηση DSQ.....	156
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 26 Αποτελέσματα ANOVA για RFS σε σχέση με τους μηχανισμούς άμυνας της κατανάλωσης και της σωματοποίησης, και το χαρακτηριστικό προσωπικότητας της ανάγκης για πράξη	159
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 27 Αποτελέσματα t test για RFS σε σχέση με την ανάγκη για Πράξη, και τους μηχανισμούς άμυνας της Σωματοποίησης και Κατανάλωσης	161
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 28 Συσχετίσεις μέσω Spearmn's r για RSF, Πράξη (ZKPQ), Σωματοποίηση και Κατανάλωση (DSQ)	161
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 29 Κατηγορική Παλινδρόμηση προβλεπτών για την RFS	163
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 30 Μέση τιμή, τυπική απόκλιση, πλήθος και ποσοστό επί του πληθυσμού για Υπερφαγία, Εξαρτητικότητα Fd, MOA PATH, ROD %, Δ.Π.Σ.%, Δ.Α.Σ %, Ε.Π.Σ%, Αλεξιθυμία.....	164
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 31 Αποτελέσματα t test: μέση τιμή, τυπική απόκλιση και πιθανότητα συσχέτισης Εξαρτητικότητας Fd, MOA PATH, ROD %, ΔΠΣ%, ΔΑΣ %, ΕΠΣ% και Αλεξιθυμίας σε συμμετέχοντες με και χωρίς υπερφαγία.....	166
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 32 Συσχετίσεις μέσω Spearmn's r για την υπερφαγία	166
ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 33 Κατηγορική Παλινδρόμηση προβλεπτών για την εμφάνιση υπερφαγίας.....	167

ΠΙΝΑΚΕΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Δημογραφικά για φύλο και ηλικία.....	209
ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Δημογραφικά για ηλικία, σωματικό βάρος, ποσοστό λίπους του δείγματος.....	210
ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Δημογραφικά για ηλικία, σωματικό βάρος, ποσοστό λίπους στους άνδρες του δείγματος.....	210
ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Δημογραφικά για ηλικία, σωματικό βάρος, ποσοστό λίπους στις γυναίκες του δείγματος.....	211
ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Δημογραφικά για μορφωτικό επίπεδο σε όλο το δείγμα.....	211
ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Δημογραφικά για Μορφωτικό Επίπεδο στις γυναίκες του δείγματος.....	212
ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Δημογραφικά για μορφωτικό επίπεδο στους άνδρες του δείγματος.....	212
ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Δημογραφικά για το επάγγελμα στο συνολικό δείγμα.....	213
ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Δημογραφικά για μορφωτικό επίπεδο στις γυναίκες του δείγματος.....	213
ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Δημογραφικά για επάγγελμα στους άνδρες του δείγματος.....	214
ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Δημογραφικά για την ηλικία αύξησης του βάρους, για το σύνολο του δείγματος.....	214
ΠΙΝΑΚΑΣ 12 Δημογραφικά για την ύπαρξη υπέρβαρων γονέων στο σύνολο του δείγματος.....	215
ΠΙΝΑΚΑΣ 13 Δημογραφικά για την ύπαρξη γονέων με διαταραχή σακχάρου στο σύνολο του δείγματος.....	215
ΠΙΝΑΚΑΣ 14 Δημογραφικά για προσβεβλημένα όργανα στο σύνολο του δείγματος.....	215
ΠΙΝΑΚΑΣ 15 Δημογραφικά για προβλήματα υγείας στο σύνολο του δείγματος.....	216
ΠΙΝΑΚΑΣ 16 Γεγονότα που αναφέρονται ότι προηγήθηκαν των πρώτων συμπτωμάτων της μεταβολικής διαταραχής.....	217
ΠΙΝΑΚΑΣ 17 Περιγραφικά για ZKPQ % Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητας, Παρορμητισμό, Αισθητηριακότητα και S-CON του Rorschach στο σύνολο του δείγματος.....	217
ΠΙΝΑΚΑΣ 18 Περιγραφικών για ZKPQ % Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητας, Παρορμητισμό, Αισθητηριακότητα και S-CON του Rorschach στις γυναίκες του δείγματος.....	218
ΠΙΝΑΚΑΣ 19 Περιγραφικά για ZKPQ % Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητας, Παρορμητισμό, Αισθητηριακότητα και S-CON του Rorschach στους άνδρες του δείγματος.....	218

ΠΙΝΑΚΑΣ 20 Πληθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και τυπικό σφάλμα μέσου όρου για ZKPQ % Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητας, Παρορμητισμό, Αισθητηριακότητα και S-CON του Rorschach στο σύνολο του δείγματος	219
ΠΙΝΑΚΑΣ 21 Στατιστικός έλεγχος για την σχέση αναπαραστάσεων για την έναρξη της διαταραχής με ZKPQ % Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητας, Παρορμητισμό, Αισθητηριακότητα και S-CON του Rorschach στο σύνολο του δείγματος.....	220
ΠΙΝΑΚΑΣ 22 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του φύλου στην Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητα, τον Παρορμητισμό και την Αναζήτηση Αισθητηριακότητας.....	221
ΠΙΝΑΚΑΣ 23 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της ηλικίας στην Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητα, τον Παρορμητισμό και την Αναζήτηση Αισθητηριακότητας.....	222
ΠΙΝΑΚΑΣ 24 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του επαγγέλματος στην Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητα, τον Παρορμητισμό και την Αναζήτηση Αισθητηριακότητας	223
ΠΙΝΑΚΑΣ 25 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του μορφωτικού επιπέδου στην Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητα, τον Παρορμητισμό και την Αναζήτηση Αισθητηριακότητας.....	224
ΠΙΝΑΚΑΣ 26 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της ηλικίας αύξησης βάρους στην Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητα, τον Παρορμητισμό και την Αναζήτηση	225
ΠΙΝΑΚΑΣ 27 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της ηλικίας αύξησης βάρους στην Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητα, τον Παρορμητισμό και την Αναζήτηση	226
ΠΙΝΑΚΑΣ 28 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του φύλου στην αυτοκτονική τάση	227
ΠΙΝΑΚΑΣ 29 Περιγραφικά οξειδωτικού στρες για το σύνολο του δείγματος.....	228
ΠΙΝΑΚΑΣ 30 Περιγραφικά οξειδωτικού στρες για τις γυναίκες του δείγματος	229
ΠΙΝΑΚΑΣ 31 Περιγραφικά οξειδωτικού στρες για τους άνδρες του δείγματος.....	230
ΠΙΝΑΚΑΣ 32 Περιγραφικά δεικτών αμυντικών προφίλ για το σύνολο του δείγματος	231

ΠΙΝΑΚΑΣ 33 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και τυπικό σφάλμα μέσης τιμής για το σύνολο του δείγματος ως προς την διάγνωση Παραμορφωτικού της πραγματικότητας αμυντικού προφίλ.....	232
ΠΙΝΑΚΑΣ 34 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του φύλου στους δείκτες κυτταρικής οξείδωσης	233
ΠΙΝΑΚΑΣ 35 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της ηλικίας στους δείκτες κυτταρικής οξείδωσης	234
ΠΙΝΑΚΑΣ 36 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του μορφωτικού επιπέδου στους δείκτες κυτταρικής οξείδωσης	235
ΠΙΝΑΚΑΣ 37 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης στους δείκτες κυτταρικής οξείδωσης.....	236
ΠΙΝΑΚΑΣ 38 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση παχυσαρκίας των γονέων στους δείκτες κυτταρικής οξείδωσης	237
ΠΙΝΑΚΑΣ 39 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση διαταραχής σακχάρου των γονέων στους δείκτες κυτταρικής οξείδωσης.....	238
ΠΙΝΑΚΑΣ 40 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση πλήθους προσβεβλημένων οργάνων στους δείκτες κυτταρικής οξείδωσης.....	239
ΠΙΝΑΚΑΣ 41 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του φύλου στο αμυντικό προφίλ	240
ΠΙΝΑΚΑΣ 42 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της ηλικίας στο αμυντικό προφίλ	241
ΠΙΝΑΚΑΣ 43 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του μορφωτικού επιπέδου στο αμυντικό προφίλ	242
ΠΙΝΑΚΑΣ 44 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης στο αμυντικό προφίλ.....	243
ΠΙΝΑΚΑΣ 45 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης στο αμυντικό προφίλ.....	244
ΠΙΝΑΚΑΣ 46 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης στο αμυντικό προφίλ.....	245
ΠΙΝΑΚΑΣ 47 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση των γεγονότων που προηγήθηκαν της αύξησης βάρους στο αμυντικό προφίλ	246
ΠΙΝΑΚΑΣ 48 Συσχετίσεις Παραμορφωτικού της πραγματικότητα προφίλ με δείκτες κυτταρικής οξείδωσης.....	247

ΠΙΝΑΚΑΣ 49 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και τυπικό σφάλματο μέσης τιμής για τους δείκτες οξειδωσης ως προς την διάγνωση του Δυσπροσαρμοστικού αμυντικού προφίλ	248
ΠΙΝΑΚΑΣ 50 Συσχετίσεις Δυσπροσαρμοστικού αμυντικού προφίλ με δείκτες κυτταρικής οξειδωσης.....	249
ΠΙΝΑΚΑΣ 51 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και τυπικό σφάλμα μέσης τιμής για τους δείκτες κυτταρικής οξειδωσης σε σχέση με την διάγνωση Προσαρμοστικού αμυντικού προφίλ	250
ΠΙΝΑΚΑΣ 52 Συσχετίσεις Προσαρμοστικού αμυντικού προφίλ με δείκτες κυτταρικής οξειδωσης.....	251
ΠΙΝΑΚΑΣ 53 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και τυπικό σφάλμα μέσης τιμής για τους δείκτες κυτταρικής οξειδωσης σε σχέση με την διάγνωση Αυτοθυσιαστικού αμυντικού προφίλ	252
ΠΙΝΑΚΑΣ 54 Συσχετίσεις Αυτοθυσιαστικού αμυντικού προφίλ με δείκτες κυτταρικής οξειδωσης.....	253
ΠΙΝΑΚΑΣ 55 Περιγραφικά δεικτών κυτταρικής οξειδωσης ανά διάγνωση αλεξιθυμίας στο σύνολο του δείγματος	254
ΠΙΝΑΚΑΣ 56 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του φύλου στους παράγοντες αλεξιθυμίας	255
ΠΙΝΑΚΑΣ 57 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της ηλικίας στους παράγοντες αλεξιθυμίας	256
ΠΙΝΑΚΑΣ 58 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης στους παράγοντες	257
ΠΙΝΑΚΑΣ 59 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης	258
ΠΙΝΑΚΑΣ 60 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης	259
ΠΙΝΑΚΑΣ 61 Συσχετίσεις δεικτών οξειδωτικού στρες και διάγνωσης αλεξιθυμίας με κριτήρια Tuckey HD.....	260
ΠΙΝΑΚΑΣ 62 ANOVA δεικτών οξειδωτικού στρες για το σύνολο του δείγματος....	262
ΠΙΝΑΚΑΣ 63 Spearman's r για δείκτες κυτταρικής οξειδωσης, αλεξιθυμία και αμυντικό προφίλ	263
ΠΙΝΑΚΑΣ 64 Περιγραφικά για RFS ύπαρξη μεταβατικού χώρου στο σύνολο του δείγματος.....	264

ΠΙΝΑΚΑΣ 65 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για τους παράγοντες Rorschach Reality Fantasy Scale.....	264
ΠΙΝΑΚΑΣ 66 Περιγραφικά για RFS διάγνωση αποσυνδετικής κατάστασης στο σύνολο του δείγματος	264
ΠΙΝΑΚΑΣ 67 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του φύλου, της ηλικίας, της επαγγελματικής κατάστασης, της ηλικίας άυξης βάρους, των γεγονότων πριν την αύξηση βάρους και του μορφωτικού επιπέδου στην διατήρηση του μεταβατικού χώρου	266
ΠΙΝΑΚΑΣ 68 Περιγραφικά για Σωματοποίηση και Κατανάλωση DSQ-88 στο σύνολο του δείγματος	267
ΠΙΝΑΚΑΣ 69 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του φύλου, της ηλικίας, της επαγγελματικής κατάστασης, της ηλικίας άυξης βάρους, των γεγονότων πριν την αύξηση βάρους και του μορφωτικού επιπέδου στην Σωματοποίηση και την Καστανάλωση	268
ΠΙΝΑΚΑΣ 70 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του φύλου, της ηλικίας, της επαγγελματικής κατάστασης, της ηλικίας άυξης βάρους, των γεγονότων πριν την αύξηση βάρους και του μορφωτικού επιπέδου στην Πράξη %	270
ΠΙΝΑΚΑΣ 71 Rorschach Mutuality of Autonomy Scale.....	271
ΠΙΝΑΚΑΣ 72 Rorschach Oral Dependency Scale.....	271
ΠΙΝΑΚΑΣ 73 Περιγραφικά για % ZKPQ στο σύνολο του δείγματος.....	272
ΠΙΝΑΚΑΣ 74 Περιγραφικά για Πράξη % ZKPQ ανά διάγνωση ύπαρξης μεταβατικού χώρου, στο σύνολο του δείγματος	273
ΠΙΝΑΚΑΣ 75 Συσχετίσεις Πράξης % με διαγνώσεις ύπαρξης μεταβατικού χώρου	274
ΠΙΝΑΚΑΣ 76 Περιγραφικά για Κατανάλωση, Σωματοποίηση και Πράξη% ανά διάγνωση ύπαρξης μεταβατικού χώρου.....	275
ΠΙΝΑΚΑΣ 77 Συσχετίσεις Κατανάλωσης, Σωματοποίησης και Πράξης % ανά διάγνωση ύπαρξης μεταβατικού χώρου.....	277
ΠΙΝΑΚΑΣ 78 Περιγραφικά για Υπερφαγία στο σύνολο του δείγματος	278
ΠΙΝΑΚΑΣ 79 Περιγραφικά για FD, MOA-PATH, ROD%, Δυσκολία Αναγνώρισης Συναισθήματος%, Δυσκολία Περιγραφής Συναισθήματος%, Άρνηση Συναισθήματος% και Αλεξιθυμία.....	278
ΠΙΝΑΚΑΣ 80 Περιγραφικά FD, MOA-PATH, ROD%, Δυσκολία Αναγνώρισης Συναισθήματος%, Δυσκολία Περιγραφής Συναισθήματος%, Άρνηση	

Συναισθήματος% και Αλεξιθυμία σε σχέση με την διάγνωση της Υπερφαγίας, στο σύνολο του δείγματος	279
ΠΙΝΑΚΑΣ 81 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του φύλου στην παθολογική αντίληψη σχέσεων (MOA_PATH), στοματική εξάρτηση (ROD_PERC) και αλεξιθυμία (παράγοντες TAS-20)	280
ΠΙΝΑΚΑΣ 82 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της ηλικίας σε παθολογική αντίληψη σχέσεων (MOA_PATH), στοματική εξάρτηση (ROD_PERC) και αλεξιθυμία (παράγοντες TAS-20)	281
ΠΙΝΑΚΑΣ 83 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης στην παθολογική αντίληψη σχέσεων (MOA_PATH), στοματική εξάρτηση (ROD_PERC) και αλεξιθυμία (παράγοντες TAS-20).....	282
ΠΙΝΑΚΑΣ 84 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του μορφωτικού επιπέδου στην παθολογική αντίληψη σχέσεων (MOA_PATH), στοματική εξάρτηση (ROD_PERC) και αλεξιθυμία (παράγοντες TAS-20)	283
ΠΙΝΑΚΑΣ 85 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση ορμονικών διαταραχών στην παθολογική αντίληψη σχέσεων (MOA_PATH), στοματική εξάρτηση (ROD_PERC) και αλεξιθυμία (παράγοντες TAS-20).....	284
ΠΙΝΑΚΑΣ 86 T test FD, MOA-PATH, ROD%, Δυσκολία Αναγνώρισης Συναισθήματος%, Δυσκολία Περιγραφής Συναισθήματος%, Άρνηση Συναισθήματος% και Αλεξιθυμία σε σχέση με την διάγνωση της Υπερφαγίας, στο σύνολο του δείγματος	285

Κατάλογος συντομογραφιών

A-ΑΠ:	Αυτοθυσιαστικό Αμυντικό Προφίλ
ACTH :	κορτικοτροπίνη
Afr :	affective ratio/ Δείκτης Συναισθηματισμού
An+Xy:	anatomy and X-ray/ Απαντήσεις Ανατομίας και Σκιαγραφικών Εικόνων
AVP:	Αργινίνη/βαζοπρεσίνη
BMI/ΔΜΣ:	Δείκτης Μάζας Σώματος
CCK:	χολεκυστοκινίνη
CDI:	Δείκτης Κοινωνικής Δυσπροσαρμοστικότητας
CRH:	Κορτικοτροπίνη (νευροπεπτίδιο)
COP:	Δείκτης Συνεργατικότητας
ΔΑΣ:	Δυσκολία Αναγνώρισης του Συναισθήματος
ΔΕ-ΑΠ:	Διαστρέβλωσης της Εικόνας Αμυντικό Προφίλ
DEPI:	Δείκτης Κατάθλιψης
ΔΠΣ:	Δυσκολία Περιγραφής του Συναισθήματος
ΔΣ-ΑΠ:	Δυσπροσαρμοστικό Αμυντικό Προφίλ
DSQ-88:	Defense Style Questionnaire/ Ερωτηματολόγιο Αμυντικού Προφίλ
EB style:	Experience Balance Style/ Στυλ Ισορροπίας της Εμπειρίας
EII:	Ego Impairment Index/ Δείκτης
ΕΠΣ:	Εξωτερικά Προσανατολισμένη Σκέψη

Fd: Food contents/ Τρόφιμα

FM: animal movement/ Κίνηση Ζώων

GLP-1: Glucagon-like peptide-1/Γλυκοαγονόμορφο Πεπτίδιο 1

GPU: Glutathione/ Γλουταθειόνη

HEV: Human Experience Variable/ Μεταβλητή Εμπειρίας Ανθρώπων

HPA/ YVE : άξονας υποθαλάμου- υπόφυσης- επινεφριδίων

HRV: Human Representational Variable/ Μεταβλητή Ανθρώπινης
Αναπαραστατικότητας

HVI: Hypervigilance/ Υπερεγρήγορη

Imp: Παρορμητισμός

ImpSS: Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακών Ερεθισμών

Iss: Αναζήτηση Αισθητηριακών Ερεθισμών

LC-NE: Υπομέλανα Τοπο-νορεπινεφρίνη

m: Inanimate movement/ Κίνηση Άψυχων

ΜετΣ: Μεταβολικό Σύνδρομο

MDA: Malonaldehyde/ Μηλονική Διαλδεϋδη

MOR: Morbid contents/ Νοσηρό Περιεχόμενο

MetS/ΜετΣ: Μεταβολικό Σύνδρομο

P: Popular/ Δημοφιλής Απάντηση

Π-ΑΠ: Προσαρμοστικό Αμυντικό Προφίλ

PCC: Protein Carbonyls/ Πρωτεϊνικά Καρβονύλια

PK/MKP: Μεταβλητότητα του Καρδιακού Ρυθμού

PP: παγκρεατικό πολυπεπτίδιο

PureC: Pure colour response/ Απάντηση Καθαρού Χρώματος

PYY: πεπτίδιο YY

RFS : Reality – Fantasy Scale/ Κλίμακα Πραγματικότητας- Φαντασίωσης

RNS: Reactive Nitrogen Species/ Δραστικές Μορφές Αζώτου

ROD : Rorschach Oral Dependency Scale/ Κλίμακα Στοματικότητας

ROS: Reactive Oxygen Species/ Δραστικές Μορφές Οξυγόνου

S-CON: Αυτοκτονική Τάση

ΣΝΣ: Συμπαθητικό Νευρικό Σύστημα

TAC: Total Antioxidant Capacity/ Ολική Αντιοξειδωτική Ικανότητα του Πλάσματος

TAS-20: Toronto Alexithymia Scale/ Κλίμακα Αλεξιθυμίας του Τορόντο

Vista : dimensional shading/ Σκίαση Διάστασης

Wsum6 : Weighted sum of special scores/ Σταθμισμένο Σύνολο Ειδικών Απαντήσεων

WsumC: Weighted Sum of Colour scores/ Σταθμισμένο Σύνολο Απαντήσεων Χρώματος

X-%: Percent form quality minus/ ποσοστό απαντήσεων ελλειπούς μορφής

YY: Peptide Tyrosine Tyrosine/ Pancreatic Peptide YY3-36/ Πεπτίδιο YY

YYE: Σύστημα Υποθαλάμου-Υπόφυσης-Επινεφριδίων

ZKPQ: Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire/ Ερωτηματολόγιο Προσωπικότητας των Zuckerman-Kuhlman

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στόχος της παρούσας μελέτης, είναι η κλινική διερεύνηση της ψυχικής οργάνωσης και λειτουργίας ασθενών με Μεταβολικό Σύνδρομο, καθώς και της αλληλεπίδρασης ψυχικών λειτουργιών με την κυτταρική οξειδωση. Παράλληλα, εξετάζουμε το ΜετΣ μέσα από θεωρίες της ψυχολογίας, την ψυχαναλυτική ψυχοσωματική προσέγγιση και στοιχεία βιοχημείας. Εντάσσοντας θεωρητικά το ΜετΣ στις ψυχοσωματικές αποδιοργανώσεις, διερευνούμε την διαγνωστική αξία της ύπαρξης αναπαράστασης έναρξης της διαταραχής, ως προς δυσκολίες ελέγχου και επεξεργασίας συναισθημάτων και παρορμήσεων. Επίσης εξετάζουμε τη χρηστική λειτουργία, μελετώντας τη σχέση απουσίας μεταβατικού χώρου με παράγοντες σωματοποίησης και συμπεριφορικής εκφόρτισης. Στη συνέχεια, διερευνούμε τον ιδιαίτερο χαρακτήρα της διατροφικής συμπεριφοράς των μεταβολικών ασθενών. Επιπλέον μελετούμε την σχέση αλεξιθυμίας και αμυντικού προφίλ με το οξειδωτικό στρες. Τέλος, γίνεται αναφορά στην ποιότητα των αναπαραστάσεων για το πατρικό Υπερεγώ. Το δείγμα αποτελείται από 60 ενήλικες άνδρες και γυναίκες, ελληνικής καταγωγής, οι οποίοι προσήλθαν σε διαιτολογικό κέντρο στην Αθήνα. Ακολουθούμε τέσσερις μεθόδους διερεύνησης: κλινική συνέντευξη, ερωτηματολόγια (Life Style Index, Defense Style Questionnaire-88, Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire, TAS-20), προβολικό τεστ (Rorschach), καθώς και βιοχημική εξέταση δεικτών κυτταρικής οξειδωσης (PCC, MDA, GPU, TAC). Εφαρμόζονται παραμετρικές και μη παραμετρικές στατιστικές μέθοδοι, t-test, ANOVA, με επίπεδο σημαντικότητας $p > 0.05$, καθώς και κατηγορική μελέτη παλινδρόμησης. Ο στατιστικός έλεγχος αφήνει να διαφανεί, ότι ασθενείς χωρίς αναπαράσταση για την έναρξη του ΜετΣ έχουν χειρότερο συναισθηματικό έλεγχο, και είναι πιο παρορμητικοί. Επίσης, ότι ασθενείς με κατάρρευση του ψυχικού μεταβατικού χώρου είναι πιο επιρρεπείς στην υπερφαγία, κυριαρχούνται από ναρκισσιστικές λειτουργίες και παρουσιάζουν ψυχική ευθραυστότητα. Η διαταραχή υπερφαγίας συνδέεται με δυσμεταβολισμό του συναισθήματος και εκφορτιστικές τάσεις, αλλά όχι με στοματικότητα. Τέλος, η αλεξιθυμία και το ανώριμο αμυντικό προφίλ σχετίζονται με μεγαλύτερη κυτταρική οξειδωση. Η ποιότητα των αναπαραστάσεων του πατρικού υπερεγώ στην κάρτα IV του τεστ Rorschach, σκιαγραφεί πυροδότηση άγχους αφανισμού, μηχανισμών σχάσης και τελικά επικράτηση του Ιδανικού του Εγώ. Από τα παραπάνω συμπεραίνουμε ότι το ΜετΣ μπορεί να συνοδεύεται από συγκεκριμένες ψυχοσωματικές λειτουργίες, οι οποίες επιβαρύνουν την υγεία μέσω συμπεριφορών και ψυχοβιοχημικών οδών.

. ABSTRACT

The goal of the present thesis is to clinically investigate the organization and functions of the psyche, in patients with MetS, as well as their interaction with cellular oxidation. We also examine MetS through psychology theories, psychoanalytic psychosomatic theory and biochemistry. Classifying theoretically MetS as a psychosomatic dysregulation, we investigate the diagnostic value of MetS first appearance representations, for impulsivity and difficulty in controlling emotions. We also examine the operational function, through the correlations between absence of transitional space and somatization or behavioural discharge. Moreover, we observe the particular characteristics of eating disorders in MetS. Furthermore, we attempt a psycho-biochemical correlation of Alexithymia and defence profile level of maturity with oxidative stress. Finally we present an argument of paternal Superego representations. The sample consists of 60 adult men and women, of Hellenic origin, who visited a nutrition center in Athens. Four methods of research are used: clinical evaluation, self-report questionnaires (Life Style Index, Defense Style Questionnaire-88, Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire, TAS-20), projective test (Rorschach), as well as four biomarkers of oxidative stress (PCC, MDA, GPU, TAC). We conduct parametric and non-parametric tests, t-test, ANOVA, with significance level $p > 0.05$, as well as categorical regression study. The results demonstrate that patients without representations of the MetS' first symptoms have worse emotional control and are more impulsive. Also, patients with collapsed transitional space are more susceptible to bingeing, have higher levels of narcissism and a more fragile structure of the psyche. Bingeing disorder in MetS is linked to difficulties metabolizing emotions and the need to discharge, but not orality. Finally, alexithymia and immature defensive profile in MetS patients predicts greater cellular oxidation. The representational quality of the paternal Superego in Rorschach card IV, show that it can trigger annihilation anxiety, splitting and the domination of Ideal Ego. All these findings suggest that Metabolic Syndrome can be linked to specific psychosomatic functions, which aggravate the patient's health through behavioral and psychobiochemical pathways.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
<i>ΠΙΝΑΚΕΣ ΚΕΙΜΕΝΟΥ.....</i>	<i>5</i>
<i>ΠΙΝΑΚΕΣ ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΟΣ.....</i>	<i>7</i>
<i>Κατάλογος συντομογραφιών.....</i>	<i>13</i>
<i>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</i>	<i>16</i>
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	18
ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ.....	27
1.1 Το ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ (ΜΕΤΣ).....	27
1.1.1 Ορισμός και διαγνωστικά κριτήρια του ΜετΣ.....	27
Ορισμός του ΜετΣ σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας WHO (1988)	27
Ορισμός του ΜετΣ σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εκπαίδευσης για τη Χοληστερόλη των Η.Π.Α., NCEP-ATP III (2001)	28
Ορισμός του ΜετΣ σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ομάδα για τη Μελέτη της Αντίστασης στην Ινσουλίνη EGIR (2002)	29
Ορισμός του ΜετΣ σύμφωνα με την Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία ADA (2003).....	29
Ορισμός του ΜετΣ από την Αμερικανική Ένωση Κλινικών Ενδοκρινολόγων AACE (2003)	29
Ορισμός του ΜετΣ από τη Διεθνή Ομοσπονδία για το Διαβήτη IDF (2006)	29
Ορισμός του ΜετΣ από την Αμερικανική Ένωση Καρδιολογίας (AHA) και το Εθνικό Ινστιτούτο Καρδιάς, Πνευμόνων και Αίματος των Η.Π.Α. (NHLBI) (2005)	30
Συμπεράσματα από τους διαφορετικούς ορισμούς	31
1.1.2 Συννοσηρότητα με ψυχικές διαταραχές.....	32
1.1.3 Επίπτωση του ΜετΣ.....	33
Στην Ευρώπη.....	33
Στην Ελλάδα.....	34
Στις Η.Π.Α.....	34
Στην Ασία	35
1.1.4 Βιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση του ΜετΣ.....	35
1.1.5 Ο ρόλος του στρες στην εμφάνιση ΜετΣ	36
1.1.6 Ο ρόλος του ψυχικού τραύματος στην εμφάνιση ΜετΣ.....	43
1.1.7 Επίδραση παραγόντων κατά την ενδομήτριο ζωή στην εμφάνιση ΜετΣ.....	46
1.1.8 Μητρική φροντίδα και παθολογικά χαρακτηριστικά της μητέρας στο ΜετΣ.....	47
1.1.9 Οξειδωτικό στρες.....	48
1.2 ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΩΝ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ	50
1.2.1 Το Ψυχικό Όργανο, πρώτος ομοιοστατικός μηχανισμός	50
1.2.2 Η ενεστώσα νευρώση.....	51
1.2.3 Η σωματο-μετατροπή και η διάκριση από το ψυχοσωματικό σύμπτωμα.....	51
1.2.4 Σχηματισμός του ψυχοσωματικού συμπτώματος και ιστορική αναδρομή των ψυχοδυναμικών θεωριών	52
1.2.5 Нарκиссισμός.....	53
1.2.6 Η σχέση αντικειμένου	54
1.2.7 Η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση.....	54
1.2.8 Γονεϊκό μορφοειδωλό.....	55
1.2.9 Άγχος.....	55
Είδη του άγχους	57
Άγχη πρώιμα	57
Άγχη διαφοροποίησης/αποχωρισμού	58
Άγχη σχετικά με τη διαφορά των φύλων	60
1.2.10 Μηχανισμοί άμυνας του Εγώ	60
Πρώιμες άμυνες.....	61
Άμυνες διαφοροποίησης/αποχωρισμού.....	61
Άμυνες που σχετίζονται με την συνειδητοποίηση της διαφοράς των φύλων	62
1.3 Η ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ	63

1.3.1 Αρχαιοελληνικές ρίζες της ψυχοσωματικής θεώρησης της σωματικής νόσου και σύγχρονα δεδομένα.....	63
1.3.2 Ψυχοσωματική Σχολή Παρισίων	65
1.3.3 Ο ρόλος του μητρικού αντικειμένου.....	66
1.3.4 Αλεξιδιεγερτική λειτουργία.....	67
1.3.5 Ψυχικοποίηση και αποψυχικοποίηση.....	68
1.3.6 Προσυνειδητό	68
1.3.7 Ενορμήσεις στην ψυχοσωματική.....	68
1.3.8 Αποδιοργάνωση.....	69
1.3.9 Καθήλωση	69
1.3.10 Σωματοποίηση μέσα από παλινδρόμηση	70
1.3.11 Τραύμα	70
1.3.12 Διάχυτο άγχος.....	71
1.3.13 Θεμελιώδης κατάθλιψη.....	71
1.3.14 Μηχανιστική λειτουργία.....	72
1.3.15 Κλινική της μηχανιστικής λειτουργίας.....	73
1.3.16 Υπερεγώ, Ιδεώδες του Εγώ, Ιδανικό Εγώ.....	74
1.3.17 Αυτοηρεμιστικές διαδικασίες	75
1.4 ΟΙ ΑΠΟΦΕΙΣ ΤΗΣ JOYCE MCDUGALL ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΤΡΙΚΟ ΜΟΡΦΟΕΙΔΩΛΟ	76
1.5 ΨΥΧΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΟ ΜΕΤΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΣΥΝΙΣΤΩΣΕΣ	77
1.5.1 Παθολογικά χαρακτηριστικά και στοιχεία προσωπικότητας στο ΜετΣ	77
1.5.2 Το σύμπτωμα της υπερφαγίας στο ΜετΣ	80
1.5.3 Σχέση με το αντικείμενο και ομοιοστατικός μηχανισμός.....	83
1.5.4 Αλεξιθυμία.....	85
1.5.5 Επιθετικότητα.....	88
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	91
2.1 ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	91
2.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	96
❖ Ερευνητικό ερώτημα I.....	97
❖ Ερευνητικό ερώτημα II.....	97
❖ Ερευνητικό ερώτημα III	97
❖ Ερευνητικό ερώτημα IV	98
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	99
3.1 ΔΕΙΓΜΑ.....	99
3.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	99
3.3 ΧΩΡΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	100
3.4 ΕΡΓΑΛΕΙΑ	100
3.4.1.Κλινική συνέντευξη.....	100
3.4.2.Σωματομετρήσεις.....	101
3.4.3 Δοκιμασία μελανοκλίδων Rorschach.....	102
Τα Choc.....	104
Κριτήρια κωδικοποίησης Choc.....	104
Είδη Choc.....	105
Rorschach και διαταραχές διατροφής.....	106
Ego Impairment Index.....	107
Reality-Fantasy Scale	108
Mutuality Of Autonomy scale.....	109
S-CON.....	111
Δείκτης Απομόνωσης (Isolation Index)	112
HVI.....	113
3.4.4 TAS-20	114
3.4.5 DSQ-88.....	116
Δυσπροσαρμοστικό αμυντικό προφίλ (Maladaptive Action) ΔΠ-ΑΠ.....	117
❖ Απόσυρση (Withdrawal)	117
❖ Αυτιστική φαντασίωση (Autistic Fantasy).....	117

❖	Απόρριψη της βοήθειας (Help-rejection)	118
❖	Κατανάλωση (Consumption)	118
❖	Καταστολή (Inhibition)	118
❖	Παθητική Επιθετικότητα (Passive aggression)	118
❖	Παλινδρόμηση (Regression)	118
❖	Πέρασμα στην πράξη (Acting out).....	118
❖	Προβολή (Projection)	118
❖	Σωματοποίηση (Somatization).....	119
	Προφίλ διαστρέβλωσης της εικόνας (Image Distorting) ΔΕ-ΑΠ	119
❖	Σχάση (Splitting).....	119
❖	Ανώριμη εξιδανίκευση (Primitive idealization)	119
❖	Παντοδυναμία (Omnipotence).....	119
❖	Άρνηση (Denial)	120
	Προφίλ Αυτοθυσιάς (Self-Sacrificing) Α-ΑΠ.....	120
❖	Ψευδοαλtruϊσμός (Pseudaltruism).....	120
❖	Αντιδραστικός σχηματισμός (Reaction formation)	120
❖	Αναίρεση (Undoing)	120
❖	Μόνωση (Isolation)	120
	Προσαρμοστικό αμυντικό προφίλ (Adaptive)Π-ΑΠ	121
❖	Χιούμορ (Humor).....	121
❖	Μετουσίωση (Sublimation)	121
❖	Επικέντρωση στο έργο (Task orientation).....	121
❖	Καταφυγή σε αλληλεγγύη (Affiliation)	121
❖	Προσμονή (Anticipation)	121
	3.4.6 ΖΚΡQ	122
	3.5 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΑΝΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ.....	123
	3.5.1 Ερευνητικό Ερώτημα I.....	123
	3.5.2 Ερευνητικό Ερώτημα II	124
	3.5.3 Ερευνητικό Ερώτημα III	124
	3.5.4 Ερευνητικό Ερώτημα IV	125
	3.5.5 Συνοπτική Παρουσίαση Εργαλείων ανά Ερευνητικό Ερώτημα	126
	3.6 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ.....	127
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΈΡΕΥΝΑΣ.....	128
	4.1 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	128
	4.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	128
	4.2.1 Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος	128
	4.2.2 Αποτελέσματα ελέγχου ερευνητικού ερωτήματος I	131
	Έλεγχοι.....	133
	4.2.3 Αποτελέσματα ερευνητικού ερωτήματος II.....	138
	Έλεγχοι.....	145
	4.2.4 Αποτελέσματα ερευνητικού ερωτήματος III.....	155
	Έλεγχοι.....	157
	4.2.5 Αποτελέσματα ερευνητικού ερωτήματος IV.....	163
	Έλεγχοι.....	165
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΣΥΖΗΤΗΣΗ	168
	5.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΣ I.....	168
	5.2 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΣ II	175
	5.3 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΣ III.....	183
	5.4 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΣ IV.....	190
	5.5 ΑΝΑΠΑΡΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΟΥ ΠΑΤΡΙΚΟΥ ΥΠΕΡΕΓΩ ΜΕΣΑ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΒΟΛΙΚΟ ΤΕΣΤ ΤΟΥ RORSCHACH	196
	5.6 ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΈΡΕΥΝΑΣ	205
	5.7 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	207
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	208

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ	209
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ Ι.....	217
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ ΙΙ	228
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ ΙΙΙ	264
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ ΙV	278
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	287

Εισαγωγικό σημείωμα

*«Η έμπνευση υπάρχει,
Απλά πρέπει να σε βρει να δουλεύεις»*

Pablo Picasso

Η λέξη «διατριβή» συναντάται στα πρώτα κείμενα της ελληνικής γλώσσας συνδεδεμένη με διαφορετικές έννοιες, όψεις της ίδιας εμπειρίας. «Τρίψιμο, καταστροφή, χάσιμο χρόνου, αργοπορία, καθυστέρηση, ενασχόληση, έργο, διασκέδαση, συναναστροφή, τρόπος ζωής, και λεπτομερής ανάπτυξη, συνέχεια, διάρκεια» σύμφωνα με το Λεξικό της Αρχαίας Ελληνικής του Αθανασίου Φραγγούλη (2001). Η διαδικασία ομοιάζει με κάθε άλλη τέχνη και μαθητεία τεχνικής.

Στην πράξη, όσοι έχουν περάσει από αυτή την εξελικτική στοά, εισέρχονται φέροντας μια λιγότερο ή περισσότερο σχηματισμένη θεωρητική κατασκευή και βγαίνουν ξανά στο φως έχοντας τριφτεί με το αντικείμενο, έχοντας χάσει αδύναμα κομμάτια της προηγούμενης θεώρησης και έχοντας διαμορφώσει και λειάνει άλλα. Έχοντας δαπανήσει τεράστια ποσά χρόνου, μέσα από καθυστερήσεις και αναθεωρήσεις. Έχοντας ψυχαγωγηθεί μέσα σε μια ενασχόληση που γίνεται τρόπος ζωής και που επηρεάζει όλες τις άλλες πτυχές της. Με σκοπό αυτή η λεπτομερής ανάπτυξη να δώσει καρπούς, που είναι αποτέλεσμα και συνάμα φορείς μιας διαρκούς αναρρίχησης προς την κατανόηση του ανθρώπου. Κάθε εποχή επηρεάζει την οπτική των δολιχοδρόμων της επιστήμης, καθώς το τοπίο φαίνεται να αλλάζει, οι ψυχικές και σωματικές ασθένειες να διαφοροποιούνται ανά ιστορική εποχή και κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο.

Στις ψυχαναλυτικές επιστημονικές εκδηλώσεις σήμερα ακούγεται συχνά, ότι σπανίζει το φαινόμενο της υστερίας. Οι νευρώσεις και οι ψυχώσεις διατηρούν την συχνότητά τους, αλλά οι οριακές καταστάσεις και οι ψυχοσωματικές ασθένειες κατακτούν την πρώτη θέση. Πρόκειται για αγώνα δρόμου; Ίσως ο αγώνας να αφορά την ικανότητα των θεραπειών να διακρίνουν την ανάγκη διερεύνησης των σχηματισμών στην ψυχική και σωματική ανάπτυξη του πληθυσμού, σε μια εποχή όπου οι αυστηρές απαγορεύσεις της εποχής του Freud έχουν δώσει τη σκυτάλη στην εξιδανίκευση της ευζωίας.

Η ευζωία έρχεται ως συνέχεια μακρινών συλλογικών αναμνήσεων στέρησης και απωλειών πολέμων, πιο πρόσφατης στο οικογενειακό και κοινωνικό ασυνείδητο στέρησης στα πλαίσια αναδημιουργίας ή πρώτης κατάκτησης ενός τρόπου ζωής

ανωτέρου –πάντα με κοινωνικά κριτήρια λιγότερο ή περισσότερο αφομοιωμένων προγόνων. Το επόμενο στάδιο εξέλιξης, όπως παρατηρείται σήμερα, είναι η εκ νέου αναζήτηση του μέτρου, όπου αυτό καθίσταται φανερό ότι απουσιάζει. Σαν το κοινωνικό σώμα να υπόκειται στις ίδιες αρχές των ενορμήσεων ζωής και θανάτου, όπως το άτομο, ανάμεσα στις οποίες παλινδρομεί. Κινήσεις δόμησης και αποδόμησης, στέρησης και ικανοποίησης.

Η διατροφή είναι ένας τομέας, όπου η αναζήτηση του μέτρου είναι έκδηλη. Για παράδειγμα η νεότερη διατροφική διαταραχή είναι η λεγόμενη «νευρική ορθορεξία» (Donini et al., 2004, Cartwright, 2004). Πρόκειται για την ψυχαναγκαστική αναζήτηση του βέλτιστου μοντέλου διατροφής, μέσα από τα βιολογικά προϊόντα, τις ευφάνταστες και συχνά επικίνδυνες ή περισσότερο επιστημονικά τεκμηριωμένες απόψεις πλήθους ειδικών της διατροφής, που συνοδεύεται από την ανεξέλεγκτη επιθυμία λήψης τροφής σε καταστάσεις ψυχικής υπερδιέγερσης. Πέρα από αυτή τη νέα εκδοχή της ανορεξίας, εκτείνεται ένα ευρύ πεδίο ασθενών με διατροφικές διαταραχές, οι οποίες γίνονται αφορμή για πιο σοβαρές διαγνώσεις. Ασφαλώς, μια διατροφική διαταραχή έχει ήδη μεγάλη βαρύτητα και επίπτωση στην ψυχική και σωματική υγεία. Όμως, παρατηρείται συχνά ότι συνοδεύεται από μια ομάδα άλλων ψυχικών και σωματικών συμπτωμάτων.

Μέσα από την καθημερινή εργασία με ασθενείς, από το 2005 ως και σήμερα, από τη θέση μου ως ψυχολόγος, επιστημονική συνεργάτις διαιτολογικών και ερευνητικών κέντρων σχετικών με τη διατροφή, υπεύθυνη για την αξιολόγηση και στήριξη ασθενών με διατροφικές διαταραχές και νοσογόνο παχυσαρκία, διαπίστωσα, ότι οι κατά DSM-IV διατροφικές διαταραχές δεν κάλυπταν το εύρος των παρατηρούμενων φαινομένων σε όλο τον πληθυσμό. Παρουσιάζονταν με αυξημένη συχνότητα ασθενείς, με αρκετά σταθερά χαρακτηριστικά, ώστε να σχηματίζουν μια ξεχωριστή ομάδα, τόσο ως προς τα ψυχικά όσο και στα σωματικά φαινόμενα και αντιδράσεις.

Αυτά τα άτομα είχαν έναν κοινό παρονομαστή όσον αφορά τις σωματικές λειτουργίες τους. Κατηγοριοποιούνταν ως ασθενείς με πλήρη ή υποκλινική μεταβολική διαταραχή ή Μεταβολικό Σύνδρομο (ΜετΣ), διαφορετικά γνωστό υπό τη μυστηριώδη ονομασία Σύνδρομο Χ. Πρόκειται για ασθενείς που συνήθως αρχικά δηλώνουν υγιείς και χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα, ίσως ευρισκόμενο σε κατάσταση άρνησης. Όμως, στην πορεία της λήψης ιατρικού ιστορικού αναφέρουν

δυσλιπιδαιμία, καρδιαγγειακά προβλήματα, ήπια ή μη, διατροφική συμπεριφορά και σωματικά συμπτώματα δηλωτικά κάποιας διαταραχής στο αναπνευστικό πηλίκο (respiratory quotient)¹, αναιμία, ορμονικές διαταραχές και διαταραχές θυρεοειδούς, συχνά γαστρεντερικές διαταραχές. Έχουν μεγάλες συγκεντρώσεις κοιλιακού λίπους και ιστορικό πολλαπλών προσπαθειών ελέγχου του βάρους, με ιατρική βοήθεια ή ατομική πρωτοβουλία, κάνοντας χρήση φαρμάκων, ιατρικών επεμβάσεων, εξαντλητικής δίαιτας, ή παραίτησης και υπερφαγικών επεισοδίων.

Η παρατήρηση οδήγησε σταδιακά στη διαπίστωση σταθερών χαρακτηριστικών, αναφορικά με την ψυχική οργάνωση και λειτουργία των μεταβολικών ασθενών. Κατά την κλινική συνέντευξη η συνειρμική λειτουργία είναι συχνά δύσκολη και η διήγηση στερείται αλληλουχίας, ή φαίνεται στεγνή από προσωπική εμπλοκή, με έντονα χαρακτηριστικά χρηστικότητας. Οι ασθενείς αναφέρουν είτε απουσία ονειρικής ζωής, είτε ένδεια και όνειρα, τα οποία χαρακτηρίζονται από ωμότητα και ανεπεξέργαστο υλικό. Το προσυνειδητό² φαίνεται ατροφικό. Παρατηρείται έντονα η χρηστική σκέψη³, καθώς και ρυθμός ζωής ασύμβατος όχι μόνο με τις βασικές σωματικές λειτουργίες, αλλά και τις ψυχικές ανάγκες. Σε πολλές περιπτώσεις, δεν αναφέρεται καμία λέξη δηλωτική συναισθήματος, παρά μόνο θυμός και ενίοτε ευχαρίστηση, με σωματική χροιά.

Συχνά υπάρχει κατάθλιψη εμφανής, η οποία αντιμετωπίζεται ήδη φαρμακευτικά, ή που δεν έχει διαγνωσθεί, ή ακόμα πιο συχνά λευκή κατάθλιψη⁴, που έχει ήδη πλήξει τα θεμέλια της ψυχικής οργάνωσης και έχει εγκαταστήσει τη δική της λειτουργία. Υπομανία, ιδέες μεγαλείου, καταστροφικότητα παρατηρούνται μαζί με άγχη κενού, μη γεννητικού ευνουχισμού, απώλειας. Αυτοί οι ασθενείς αναφέρονται στο πάχος τους και την τροφή, κατά την πρώτη αξιολόγηση, χρησιμοποιώντας φράσεις όπως: «θα χάσω τα κιλά μου», «θα μου κόψουν το φαγητό», και μετά από αρκετές θεραπευτικές συνεδρίες κάποιοι αρθρώνουν: «θα σπάσει το κέλυφός

¹ Αναπνευστικό πηλίκο: ο λόγος διοξειδίου του άνθρακα και οξυγόνου που χρησιμοποιεί ο οργανισμός στην παραγωγή ενέργειας. Όταν ο μεταβολισμός λειτουργεί φυσιολογικά, υπάρχει ισορροπία στην οξείδωση (καύση) λίπους, υδατανθράκων και πρωτεΐνης. Καύση περισσότερων υδατανθράκων ή πρωτεΐνης από το φυσιολογικό, υποδηλώνει μεταβολική διαταραχή.

² Προσυνειδητό: μέρος του ψυχικού οργάνου, σαφώς διαχωρισμένο από το Ασυνείδητο, όπου παραμένουν προσιτές στην συνείδηση γνώσεις και αναπαραστάσεις, οι οποίες δεν είναι εκείνη την στιγμή συνειδητές (Laplanche, & Pontalis, 1986).

³ Χρηστική σκέψη: όρος της ψυχαναλυτικής ψυχοσωματικής. Περιγράφει την κατάσταση αποϋποκειμενοποίησης που ακολουθεί την θεμελιώδη κατάθλιψη. Χαρακτηρίζεται από κομορμισμό στα κοινωνικά ιδεώδη, δυσκολία στην έκφραση και επεξεργασία των συναισθημάτων, αδυναμία απόθησης (Marty, 1976).

⁴ Λευκή/θεμελιώδης κατάθλιψη: όρος που χρησιμοποίησε πρώτος ο Pierre Marty (1980), περιγράφοντας μια κατάσταση μετά από ψυχικό τραυματισμό, στην οποία υπάρχει απουσία πένθους και θλίψης, και καταλήγει σε σωματικές δυσλειτουργίες.

μου». Αναφέρουν άγχος διάχυτο, που μόνο μέσω της τροφής τιθασεύεται, στα πλαίσια υπερφαγικών κρίσεων, ώστε με τρόπο μηχανικό «να γεμίσει το κενό», το οποίο ωστόσο παραμένει ως βίωμα. Σε όλα αυτά διαφαίνεται ένας ψευδής εαυτός, υπερπροσπάθεια να διατηρηθεί η επίφαση λειτουργικότητας, ενώ το Εγώ φαίνεται αποσυνδεδεμένο από αυτή.

Ένα ακόμα στοιχείο, που φάνηκε κατά την προέρευνα να αποτελεί κοινό τόπο σε ασθενείς με ΜετΣ, είναι η δυσκολία οριοθέτησης του σώματος και των λειτουργιών του και η ανάγκη εξωτερικών παραγόντων οργάνωσης. Συχνά ασθενείς αναφέρουν την αδυναμία αυτοπεριορισμού, αναφορικά κυρίως με την πρόσληψη τροφής, ακόμα και αν οι γνώσεις και οι εμπειρίες δίαιτας είναι επαρκείς για τον καθορισμό ενός επαρκούς προγράμματος διατροφής συντήρησης, αν μη απώλειας βάρους σε υγιή οργανισμό. Το φαινόμενο αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από τις ιδιαίτερες ενεργειακές ανάγκες, τις οποίες η μεταβολική διαταραχή προκαλεί στον οργανισμό, και που ασφαλώς δεν καλύπτονται από τα συνήθη διατροφικά σχήματα, εάν δεν υπήρχε η παρατήρηση, ότι τέτοιοι ασθενείς χρήζουν εντατικής παρακολούθησης, ακόμα και ενώ είναι ενταγμένοι στο κατάλληλο πρόγραμμα διατροφής. Οι συχνές συναντήσεις με διατροφολόγο, ψυχολόγο, εργοφυσιολόγο, έχει παρατηρηθεί, ότι βοηθούν τον ασθενή να ανανεώσει τις ψυχικές επενδύσεις στην προσπάθειά του για απώλεια βάρους και ρύθμιση της διατροφής και του μεταβολισμού. Σε περιπτώσεις όπου η παρακολούθηση είναι αραιή, παρά τον ίδιο ρυθμό αλλαγής των διατροφικών προγραμμάτων, υπάρχει συχνά διακοπή της προσπάθειας, ενώ ο ασθενής παραπονείται για εγκατάλειψη από τους ειδικούς.

Σε ορισμένες, ακραίες, περιπτώσεις, η σχέση που αναπτύσσει ο μεταβολικός ασθενής με τους φροντιστές του μπορεί να χαρακτηρίζεται από εναλλαγές υπερεπένδυσης και αποεπένδυσης. Αυτές οι ιδιαίτερες συμπεριφορές είναι ενδεικτικές της ναρκισσιστικής διαταραχής, που επικρατεί σε κάποιους ασθενείς με ΜετΣ, σύμφωνα με την εμπειρία μας. Είναι χαρακτηριστική η ακραία περίπτωση ενός μεσήλικα, ο οποίος είχε προσφύγει σε γνωστό κέντρο αδυνατίσματος, με σκοπό χάσει βάρος. Όντας σε διακοπές σε άλλη πόλη, βρέθηκε τυχαία μπροστά σε κατάστημα της ίδιας εμπορικής αλυσίδας και σκέφτηκε να ζητήσει διευκρινήσεις για το πρόγραμμα της διατροφής του, ώστε να προσαρμοστεί στις νέες συνθήκες. Όταν ο υπεύθυνος αρνήθηκε να τον εξυπηρετήσει, λέγοντας ότι θα πρέπει να επικοινωνήσει με το κατάστημα που τον έχει αναλάβει, εξοργίστηκε, μάλωσε άγρια

με το προσωπικό και έφυγε κλαίγοντας, νιώθοντας προδομένος από τη διαιτολόγο που τον παρακολουθούσε. Εγκατέλειψε το πρόγραμμα, αναλαμβάνοντας το βάρος που είχε χάσει, με ικανοποίηση και εκδικητική διάθεση προς τους ειδικούς που τον «εγκατέλειψαν». Πέντε χρόνια αργότερα διηγείται την εμπειρία του κλαίγοντας. Αυτή η κλινική παρατήρηση, οδήγησε στην σκέψη ότι στο ΜετΣ το σώμα συνιστά πεδίο συγκρούσεων και συναλλαγών με τα εξωτερικά αντικείμενα.

Το ΜετΣ αποτελεί έννοια που παρουσιάστηκε την τελευταία δεκαετία και που έγινε ευρέως γνωστή στην Ελλάδα περίπου από το 2009. Για τον λόγο αυτό δεν υπάρχει εκτεταμένη βιβλιογραφία ως προς την ψυχική οργάνωση των μεταβολικών ασθενών, με τα κριτήρια που έχουν τεθεί από επίσημους οργανισμούς. Έχουν παρουσιαστεί ωστόσο έρευνες που συνδέουν το ΜετΣ με την κατάθλιψη και τη βουλιμία, άλλες με την ψύχωση και τη σχετική φαρμακευτική αγωγή, περισσότερο ως αιτιολογικό παράγοντα της εκδήλωσης του συνδρόμου. Άλλες έρευνες προτείνουν την προσωπικότητα D⁵ ως παράγοντα επικινδυνότητας για εμφάνιση του ΜετΣ.

Η παρούσα έρευνα στοχεύει στη διερεύνηση των ψυχικών λειτουργιών μεταβολικών ασθενών, οι οποίες, ιδωμένες υπό το πρίσμα της ψυχαναλυτικής και ψυχοσωματικής κλινικής, και σε συνδυασμό με βιοχημικά στοιχεία, μπορούν να προσφέρουν στοιχεία για το ψυχικό υπόβαθρο του πολυεπίπεδου ΜετΣ. Η νέα γνώση μπορεί να ενισχύσει το διαγνωστικό και κλινικό έργο των ειδικών διαφόρων ειδικοτήτων, καθώς η θεραπεία του ΜετΣ απαιτεί τη συνεργασία πολλών ειδικών της ψυχικής και σωματικής υγείας.

⁵ Type D personality (Denollet, 2000): προσωπικότητα με δυσφορικά χαρακτηριστικά, αρνητικό συναίσθημα και εχθρική διάθεση, αμήχανα σε κοινωνικές συνθήκες. Παρατηρήθηκε αρχικά σε ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Θεωρητικό Υπόβαθρο

*“Η επιστήμη και η τέχνη ανήκουν σε όλο τον κόσμο,
Και μπροστά τους εξαφανίζονται όλα τα σύνορα»*

Johann Wolfgang von Goethe

1.1 Το Μεταβολικό Σύνδρομο (ΜετΣ)

1.1.1 Ορισμός και διαγνωστικά κριτήρια του ΜετΣ

Ο αστερισμός των συμπτωμάτων που σήμερα ονομάζεται Μεταβολικό Σύνδρομο (ΜετΣ), έχει λάβει στο παρελθόν πολλές ονομασίες: Σύνδρομο Αντίστασης στην Ινσουλίνη, Πολυμεταβολικό Σύνδρομο, Σύνδρομο Reaven, Σύνδρομο X, ακόμα και «θανάσιμο κουαρτέτο» (Gupta & Gupta, 2010).

Το ΜετΣ, αποτελεί πολυμεταβολική διαταραχή και εκφράζεται με αντίσταση στη γλυκόζη, αντισταθμιστική υπερινσουλιναμία, δυσανεξία στη γλυκόζη, υψηλή συγκέντρωση τριγλυκεριδίων, μειωμένη συγκέντρωση ορού χοληστερόλης και υπέρταση. Θεωρείται δε ότι η αντίσταση των κυττάρων στη λήψη γλυκόζης προκαλεί τις υπόλοιπες εκδηλώσεις του συνδρόμου (Keltikangas-Jarvimen et al., 1999).

Ο καθορισμός των κριτηρίων του ΜετΣ έχει γίνει από διάφορους οργανισμούς υγείας, όπως ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), η Ευρωπαϊκή Ομάδα για τη μελέτη Αντίστασης στην Ινσουλίνη (EGIR), Η Εθνική Επιτροπή Εκπαίδευσης για τη Χοληστερόλη των Η.Π.Α. (NCEP-APR III), η Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία (ADA), η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία (AHA), η Αμερικανική Ένωση Κλινικών Ενδοκρινολόγων (AACE), η Διεθνής Διαβητολογική Ομοσπονδία (IDF). Παρά το γεγονός ότι παρουσιάζονται ανά οργανισμό ορισμένες διαφοροποιήσεις, σε γενικές γραμμές δεν υπάρχει τέτοια απόκλιση μεταξύ τιμών, η οποία να καθιστά δυσχερή τη διάγνωση. Στην συνέχεια θα παρουσιαστούν τα διαγνωστικά κριτήρια του ΜετΣ, που έχουν προταθεί από μεγάλους οργανισμούς υγείας.

Ορισμός του ΜετΣ σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας WHO (1988)

Η πρώτη προσπάθεια ορισμού του ΜετΣ έγινε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1988). Η διάγνωση ΜετΣ απαιτούσε: την παρουσία είτε σακχαρώδους

διαβήτη, είτε δυσανεξίας στη γλυκόζη, είτε διαταραχή στη γλυκόζη νηστείας, είτε αντίσταση στην ινσουλίνη⁶, καθώς και δύο από τα παρακάτω κριτήρια:

- ❖ υπέρταση $\geq 140/90$ mmHg
- ❖ δυσλιπιδαιμία: τριγλυκερίδια ≥ 150 mg/dL και HDL-C < 35 mg/dL (άνδρες), < 39 mg/dL (γυναίκες)
- ❖ κεντρική παχυσαρκία⁷: περίμετρος μέσης $> 0,90$ (άνδρες), $0,85$ (γυναίκες) ή ΔΜΣ > 30 kg/m²
- ❖ μικρολευκωματινουρία: απέκκριση λευκωματίνης στα ούρα σε ρυθμό ≥ 20 mg/min ή η αναλογία λευκωματίνης/ κρεατινίνης > 30 mg/g

Ορισμός του ΜετΣ σύμφωνα με το Εθνικό Πρόγραμμα Εκπαίδευσης για τη Χοληστερόλη των Η.Π.Α., NCEP-ATP III (2001)

Τα κριτήρια που προτείνει το National Cholesterol Education Program (NCEP) Adult Treatment Panel III (ATP III) (2001), με μερικές μικρές τροποποιήσεις χρησιμοποιείται ευρέως και προσφέρει μια βάση έρευνας και καθορισμού των παραγόντων.

Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, το ΜετΣ χαρακτηρίζεται από μία ομάδα συμπτωμάτων που εμφανίζονται σε ένα άτομο, και ικανοποιούν τουλάχιστον τρία από τα παρακάτω κριτήρια:

- ❖ κεντρική παχυσαρκία: περίμετρος μέσης ≥ 102 cm (άνδρες), ≥ 88 cm (γυναίκες)
- ❖ αθήρωση και δυσλιπιδαιμία: TG ≥ 1.7 mmol/L (150 mg/dl)
- ❖ δυσλιπιδαιμία: HDL-C < 40 mg/dL (άνδρες), < 50 mg/dL (γυναίκες)
- ❖ υπέρταση: $\geq 130/85$ mmHg
- ❖ αυξημένη γλυκόζη νηστείας⁸: ≥ 6.1 mmol/L (110 mg/dl)

⁶ Αντίσταση στην ινσουλίνη: αδυναμία της παραγόμενης από το πάγκρεας ινσουλίνης να εισάγει στα μυϊκά κύτταρα και ιστούς την γλυκόζη που κυκλοφορεί στο αίμα μετά την κατανάλωση τροφής, ώστε να ρυθμιστεί το πόσόν της γλυκόζης στο αίμα και να παραχθεί ενέργεια στο κύτταρο. Η αντίσταση των κυττάρων στην δράση της ινσουλίνης προκαλεί αντισταθμιστική υπερινσουλιναιμία, καθώς το πάγκρεας υπερλειτουργεί και παράγει μεγαλύτερες ποσότητες ινσουλίνης, για να διαχειρισθεί την γλυκόζη. Χρόνια υπερινσουλιναιμία προκαλεί κόπωση στα Β κύτταρα του παγκρέατος, τα οποία χάνουν την ικανότητά τους να παράγουν ινσουλίνη.

⁷ Κεντρική παχυσαρκία: αύξηση του σπλαχνικού και υποδορίου λίπους στην κοιλιακή χώρα.

⁸ Γλυκόζη νηστείας: το ποσόν της γλυκόζης στο αίμα, που μετράται μετά από οκτάωρη (νυχτερινή) νουστεία.

Ορισμός του ΜετΣ σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Ομάδα για τη Μελέτη της Αντίστασης στην Ινσουλίνη EGIR (2002)

Τα κριτήρια που έθεσε το European Group for the study of Insulin Resistance (2002) προϋποθέτουν αντίσταση στην ινσουλίνη (τιμή ινσουλίνης ηρεμίας στο ανώτερο 25% των τιμών του μη διαβητικού πληθυσμού) και τουλάχιστον δύο από τα παρακάτω κριτήρια:

- ❖ κεντρική παχυσαρκία: περίμετρος μέσης ≥ 94 cm (άνδρες), ≥ 80 cm (γυναίκες)
- ❖ δυσλιπιδαιμία: TG ≥ 177 mg/dL και/ ή HDL-C < 39 mg/dL ή λήψη φαρμακευτικής αγωγής για δυσλιπιδαιμία
- ❖ υπέρταση: αρτηριακή πίεση $\geq 140/90$ mmHg ή λήψη αντιυπερτασικής φαρμακευτικής αγωγής
- ❖ γλυκόζη νηστείας ≥ 110 mg/dL

Ορισμός του ΜετΣ σύμφωνα με την Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία ADA (2003)

Η Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία το 2003 πρότεινε τη μείωση του ορίου του επιπέδου γλυκόζης του πλάσματος νηστείας FPG, πάνω από το οποίο διαγιγνώσκεται διαταραχή της γλυκόζης νηστείας, από 110 σε 100 mg/dL. Η αλλαγή αυτή έγινε αποδεκτή και από την AHA και το NHLBI (Grundy et al., 2004).

Ορισμός του ΜετΣ από την Αμερικανική Ένωση Κλινικών Ενδοκρινολόγων AACE (2003)

Η Αμερικανική Ένωση Κλινικών Ενδοκρινολόγων AACE διαφοροποιήθηκε από τους υπόλοιπους οργανισμούς τοποθετώντας την αντίσταση στην ινσουλίνη στο επίκεντρο του ΜετΣ. Τα διαγνωστικά κριτήρια που πρότεινε περιλαμβάνουν:

- ❖ αυξημένη αρτηριακή πίεση ($>130/85$ mmHg)
- ❖ αυξημένα τριγλυκερίδια (>150 mg/dL)
- ❖ μειωμένη HDL χοληστερόλη (<40 mg/dL για τους άνδρες, <50 mg/dL για τις γυναίκες)
- ❖ αυξημένη γλυκόζη πλάσματος νηστείας (110-126 mg/dL) και μετά από φόρτιση με γλυκόζη (140-200 mg/dL)

Ορισμός του ΜετΣ από τη Διεθνή Ομοσπονδία για το Διαβήτη IDF (2006)

Το 2006 η Διεθνής Ομοσπονδία για το Διαβήτη, θεωρώντας ότι οι ορισμοί του Π.Ο.Υ. και της NCEP-ATP III δεν προσέφεραν σαφή και άμεσα διαγνωστικά

κριτήρια για την αναγνώριση ασθενών με ΜετΣ, έδωσε τον δικό της ορισμό της διαταραχής. Η λογική ήταν, ότι η διάγνωση θα έπρεπε να είναι εφικτή ακόμα και χωρίς εξειδικευμένες και δαπανηρές εργαστηριακές εξετάσεις.

Τα κριτήρια σύμφωνα με το International Diabetes Federation (IDF), όπως διαμορφώθηκαν το 2006, περιλαμβάνουν κεντρική παχυσαρκία, όπως καθορίζεται από την περίμετρο της μέσης, με ιδιαίτερες τιμές ανά φυλή. Στην περίπτωση που ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) είναι άνω από 30⁹, τότε η κεντρική παχυσαρκία θεωρείται δεδομένη και δεν χρειάζεται μέτρηση περιμέτρου μέσης. Επίσης πρέπει να καταγράφεται ένα τουλάχιστον από τα παρακάτω συμπτώματα:

- ❖ αυξημένα τριγλυκερίδια: >150 mg/dL (1.7 mmol/L), ή λήψη φαρμακευτικής αγωγής για αυτή τη διαταραχή
- ❖ χαμηλή HDL χοληστερόλη: <40 mg/dL (1.03 mmol/L) στους άνδρες, <50 mg/dL (1.29 mmol/L) στις γυναίκες, ή λήψη φαρμακευτικής αγωγής για αυτή τη διαταραχή
- ❖ αυξημένη αρτηριακή πίεση: συστολική >130 ή διαστολική >85 mm Hg, ή θεραπεία για ήδη διαγνωσμένη υπέρταση
- ❖ αυξημένη γλυκόζη νηστείας: FPG> 100 mg/dL (5.6 mmol/L), ή προηγούμενη διάγνωση Διαβήτη τύπου 2. Εάν η γλυκόζη νηστείας είναι >100 mg/dL (5.6 mmol/L), συστήνεται η διενέργεια καμπύλης σακχάρου (OGTT), χωρίς να είναι απαραίτητη για τη διάγνωση του ΜετΣ.

Ορισμός του ΜετΣ από την Αμερικανική Ένωση Καρδιολογίας (AHA) και το Εθνικό Ινστιτούτο Καρδιάς, Πνευμόνων και Αίματος των Η.Π.Α. (NHLBI) (2005)

Το 2005, η Αμερικανική Ένωση Καρδιολογίας (AHA) και το Εθνικό Ινστιτούτο Καρδιάς, Πνευμόνων και Αίματος των Η.Π.Α. (NHLBI) πρότειναν έναν νέο ορισμό του Συνδρόμου. Σύμφωνα με αυτόν, υιοθετούνται διαφορετικά κριτήρια περιμέτρου μέσης για άτομα ασιατικής καταγωγής, που ορίζονται σε ≥ 90 εκ. στους άνδρες και ≥ 80 εκ. στις γυναίκες. Επίσης, όταν το άτομο λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή για δυσλιπιδαιμία ή υπογλυκαιμία, θεωρείται ότι ικανοποιεί το ανάλογο κριτήριο. Συγκεκριμένα, η διάγνωση γίνεται όταν ικανοποιούνται 3 ή παραπάνω από τα εξής κριτήρια:

⁹ Ο ΔΜΣ ή αλλιώς BMI προκύπτει από τον τύπο: κιλά/ύψος²

- ❖ κοιλιακή παχυσαρκία (περίμετρο μέσης >102 εκ. για τους άνδρες, >88 εκ. για τις γυναίκες)
- ❖ τριγλυκερίδια (≥ 150 mg/dL ή φαρμακευτική αγωγή για αυξημένα τριγλυκερίδια)
- ❖ HDL-C (<40 mg/dL για τους άνδρες, <50 mg/dl για τις γυναίκες, ή φαρμακευτική αγωγή για κάτω του φυσιολογικού ορίου HDL-C)
- ❖ αρτηριακή υπέρταση ($\geq 130/85$ mm Hg, ή φαρμακευτική αντιυπερτασική αγωγή σε υπερτασικό υπόβαθρο)
- ❖ γλυκόζη νηστείας (≥ 100 mg/dL ή φαρμακευτική υπογλυκαιμική αγωγή)

Συμπεράσματα από τους διαφορετικούς ορισμούς

Οι διαφορετικοί ορισμοί του ΜετΣ προκύπτουν από την ανάγκη έγκυρης και αξιόπιστης διάγνωσης της νέας νοσολογικής οντότητας. Κάποιοι επικεντρώνονται περισσότερο στους αιτιολογικούς παράγοντες της νόσου, άλλοι πάλι στην φαινομενολογία του.

Ειδικότερα, ο ορισμός του Π.Ο.Υ. στηρίζεται στην αντίσταση στην ινσουλίνη, η οποία αναγνωρίζεται ως ο βασικός εκλυτικός παράγοντας του ΜετΣ, πυροδοτώντας την εμφάνιση των υπόλοιπων συμπτωμάτων (Das, 2010). Ο ορισμός αυτός αγγίζει την ρίζα του προβλήματος, επιτρέποντας την έγκαιρη διάγνωση σε μια σειρά ασθενών, οι οποίοι παρουσιάζουν υποκλινικό ΜετΣ, το οποίο θα παρέμενε αδιάγνωστο λόγω της απουσίας παχυσαρκίας. Ωστόσο, απαιτεί σειρά εξειδικευμένων, χρονοβόρων και δαπανηρών εξετάσεων, οι οποίες επιβαρύνουν τα ταμεία υγείας και δρουν αποτρεπτικά σε ασθενείς που είναι ανασφάλιστοι.

Ο ορισμός της EGIR ταυτίζεται κατά πολύ με αυτόν της Π.Ο.Υ., εκτός από το κριτήριο για την μικρολευκωματινουρία. Για τον λόγο αυτό δεν υιοθετήθηκε από την ιατρική κοινότητα.

Ο ορισμός της NCEP-ATP III, με τις βελτιώσεις που επέφερε η AHA, είναι ο πλέον διαδεδομένος στην καθημερινή κλινική πρακτική, καθώς ικανοποιεί τα τέσσερα βασικά κριτήρια επιλογής διαγνωστικής μεθόδου: είναι εύκολος, γρήγορος, οικονομικός, αξιόπιστος. Παρουσιάζει 85% συσχέτιση με τον ορισμό του Π.Ο.Υ. ως προς την ορθή διάγνωση.

Ο ορισμός της ADA μείωσε τα επίπεδα γλυκόζης πλάσματος στο αίμα (FPG) από 110 σε 100 mg/dL, συμπεριλαμβάνοντας μεγαλύτερο όγκο αδιάγνωστων ασθενών στην διάγνωση του ΜετΣ.

Ο ορισμός της AACE παρουσιάζει ορισμένα μειονεκτήματα, που τον καθιστούν δύσχρηστο. Κατά πρώτον, δεν διαχωρίζει τους αιτιολογικούς παράγοντες της νόσου, όπως είναι η αντίσταση στην ινσουλίνη, από τα αποτελέσματά τους. Κατά δεύτερον, ορίζει μεν τα διαγνωστικά κριτήρια του ΜετΣ, αλλά δεν συγκεκριμενοποιεί το πόσα από αυτά πρέπει να ικανοποιούνται, ώστε να γίνει η διάγνωση. Για τον λόγο αυτό χάνει την αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών.

Τέλος, ο ορισμός του IDF έχει ευρύτερα όρια και εάν χρησιμοποιηθεί περιλαμβάνει μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού. Ιδιαίτερα για τον ελληνικό πληθυσμό θα σήμαινε ότι το 69% των ηλικιωμένων ικανοποιεί τα κριτήρια για το Σύνδρομο (Athyros et al., 2005).

1.1.2 Συννοσηρότητα με ψυχικές διαταραχές

Το ΜετΣ αποτελεί πρόδρομο στάδιο του διαβήτη, και συνδέεται με άλλες διαταραχές είτε αιτιολογικά είτε ως παράγοντας συννοσηρότητας. Φαίνεται ότι συνδέεται με καταθλιπτική συμπτωματολογία (McCaffery et al., 2003), ιδιαίτερα όταν οι δείκτες φλεγμονής είναι υψηλοί (Capuron L et al., 2008) και όταν υπάρχει υπερκορτιζολαιμία (Vogelzangs N, et al., 2009), καθώς και με εμφάνιση μείζονος κατάθλιψης (Goldbacher EM, et al., 2009). Μια πρόσφατη έρευνα, που συνέκρινε άτομα σε νοσηλεία για ψυχιατρικό πρόβλημα με νοσηλευόμενους για σωματικές διαταραχές, έδειξε ότι ναρκισσιστικές διαταραχές (σχιζοφρένεια, διπολική διαταραχή, αυτισμός, κατάθλιψη) και ΜετΣ μοιράζονται κοινούς βιοχημικούς δείκτες (Nousen et al., 2013). Ειδικότερα, φάνηκε ότι και στις δυο καταστάσεις οι δείκτες φλεγμονής είναι ιδιαίτερα υψηλοί. Η φλεγμονή προκαλεί προβλήματα στο σεροτονινεργικό, ντοπαμινεργικό σύστημα και στο νευροπεπτίδιο Y^{10} , ενώ απορρυθμίζει το σύστημα YYE^{11} , αυξάνοντας τα λιποκύτταρα και επηρεάζοντας τον μεταβολισμό.

Νέα ερευνητικά δεδομένα, καταδεικνύουν την οργάνωση της προσωπικότητας ως παράγοντα εμφάνισης του ΜετΣ. Βασικές μεταβλητές θεωρούνται το αρνητικό συναίσθημα και η τάση καταστολής του σε κοινωνικές περιστάσεις (Mommersteeg, P. et al., 2010). Άλλες μελέτες, υπογραμμίζουν την επίδραση τραυματικών εμπειριών

¹⁰ Νευροπεπτίδιο Y (NPY): ορεξιογόνος ορμόνη που εκκρίνεται από τον εγκέφαλο και τα κοιλιακά λιποκύτταρα, προκαλεί την δημιουργία πρόδρομων κυττάρων, τα οποία διαφοροποιούνται σε λιποκύτταρα

¹¹ YYE: Υποθάλαμος, Υπόφυση, Επινεφρίδια (άξονας): νευροενδοκρινικό σύστημα, που περιγράφει την λειτουργική σχέση μεταξύ του υποθαλάμου, του πρόσθιου λοβού της υπόφυσης και του φλοιού των επινεφριδίων, η οποία χαρακτηρίζεται από διαδοχική ενεργοποίηση κατά μήκος του άξονα, καθώς και μέσα από οδούς παλινδρόμης ρύθμισης, για την έκκριση ορμονών, όπως η κορτικοτροπίνη, γλυκοκορτικοειδή, η ρενίνη-αγγειοτενσίνη, η αλδοστερόνη κ.ά.

κατά την παιδική ηλικία, στην εκδήλωση ΜετΣ σε ενήλικες ασθενείς που πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη ή διπολική διαταραχή (McInture et al., 2012).

Το ΜετΣ φαίνεται ότι συνοδεύεται συχνά από διαταραχή υπερφαγίας (Binge eating disorder σύμφωνα με το νέο DSM-V), η οποία συνδέεται επίσης με την παχυσαρκία. Σχεδόν 60% των παχύσαρκων με διαταραχή υπερφαγίας εμφανίζει και ΜετΣ, σύμφωνα με τα κριτήρια του Adult Treatment Panel III (Roehrig et al., 2009). Αφορά μια ιδιαίτερη διατροφική συμπεριφορά που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερκατανάλωσης τροφής, συνοδευόμενα από αίσθημα απώλειας του ελέγχου ως προς την ποσότητα της τροφής που καταναλώνεται. Συχνά αναφέρεται δυσάρεστο αίσθημα βάρους, που προκαλείται από την υπερβολική τροφή, την γρήγορη κατάποση, την λήψη τροφής χωρίς το αίσθημα της πείνας, την προτίμηση στην κατά μόνας λήψη τροφής. Μετά το επεισόδιο, επικρατεί αρνητικό συναίσθημα, χωρίς όμως να υιοθετείται κάποια καθαρτική μέθοδος ή άλλος περιορισμός της τροφής. Παράλληλα εμφανίζονται συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους.

1.1.3 Επίπτωση του ΜετΣ

Η επίπτωση του ΜετΣ στις ανεπτυγμένες χώρες είναι υψηλή. Τα επόμενα χρόνια αναμένεται περαιτέρω αύξηση, λόγω των διατροφικών συνηθειών, του άγχους και επίσης της αύξησης του μέσου όρου ηλικίας πολλών πληθυσμών (Grundy, 2008).

Στην Ευρώπη

Στην Ευρώπη παρατηρήθηκε ότι το ΜετΣ αγγίζει το 30% του ενήλικου πληθυσμού (Cameron et al., 2004). Ο σταθερός συσχετισμός του ΜετΣ με την παχυσαρκία προμηνύει ακόμα μεγαλύτερα ποσοστά τα επόμενα χρόνια.

Στην Ιταλία, η επίπτωση του Συνδρόμου σε ενήλικα άτομα υπολογίστηκε στο 18% για τις γυναίκες και 15% για τους άνδρες. Φάνηκε επίσης να αυξάνεται με την ηλικία, καθώς από το 3% για άτομα μεταξύ 20 και 29 ετών, ανήλθε στο 25% για άτομα άνω των 70 ετών (Miccoli et al., 2005). Σε επιδημιολογική μελέτη με ιταλικό πληθυσμό άνω των 65 ετών, παρατηρήθηκε ακόμα υψηλότερο ποσοστό ατόμων με ΜετΣ, της τάξεως του 25,9% για μη διαβητικούς άνδρες, και 55,2% για μη διαβητικές γυναίκες (Maggi et al., 2006). Πρόσφατες μελέτες στην Ιταλία υπολόγισαν ότι η επίπτωση του συνδρόμου κυμαίνεται από 32% ως 40% (Corrado et al., 2012). Τα ποσοστά στην Κροατία υπολογίζονται στο 34%, σύμφωνα με τα κριτήρια NCEP, για πληθυσμό από 18 έως 99 ετών (Kolcic et al., 2006).

Στην Βρετανία, εμμηνοπαυσιακές γυναίκες 60 έως 79 ετών παρουσίασαν ποσοστό 47,5% ΜετΣ, με βάση το κριτήριο IDF (Lawlor et al., 2006). Το αντίστοιχο ποσοστό στην Γερμανία, χρησιμοποιώντας το ίδιο διαγνωστικό σύστημα, καταγράφηκε στο 31,6% για τους άνδρες και 22,6% για τις γυναίκες (Assmann et al., 2007).

Στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα τα ποσοστά είναι εξίσου υψηλά. Σε μια έρευνα του 2005, που χρησιμοποίησε κριτήρια των NCEP και IDF σε ενήλικο αστικό, ημιαστικό και επαρχιακό πληθυσμό (N=4.153) βρέθηκε ότι η ηλικία αποτελεί σημαντικό παράγοντα νοσηρότητας, με 4,8% του πληθυσμού μεταξύ 19 και 29 ετών και 43% των άνω των 70 ετών να πάσχει από ΜετΣ. Η επίπτωση ήταν παρόμοια για τους άνδρες και τις γυναίκες, 24,2% και 22,8% αντίστοιχα ($p=0,3$) (Athyros et al., 2005).

Μια μεταγενέστερη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα την περίοδο 2001-2002, η μελέτη ΑΤΤΙCΑ, συμπεριέλαβε 1514 ενήλικους άνδρες και 1528 ενήλικες γυναίκες, από την ευρύτερη περιοχή της Αττικής. Βρέθηκε ότι ποσοστό 20% του πληθυσμού είχε ΜετΣ, σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του NCEP ATP III, με υψηλότερη συχνότητα στον ανδρικό (25%), από ό,τι στον γυναικείο (15%) πληθυσμό (Tzima et al., 2009).

Στις Η.Π.Α.

Στις Η.Π.Α. το 25% του ενήλικου πληθυσμού ικανοποιεί πάνω από 3 κριτήρια του ΜετΣ, με βασικότερο αυτό της κοιλιακής παχυσαρκίας. Περίπου το 30% των Αμερικανών είναι παχύσαρκοι, με ΔΜΣ 25 ως 29.9, και περίπου 32% είναι παχύσαρκοι, με ΔΜΣ ≥ 30 , ενώ από αυτούς το 5% είναι εξαιρετικά παχύσαρκοι, με ΔΜΣ ≥ 40 (Ogden et al., 2006). Η επίπτωση του ΜετΣ είναι μεγαλύτερη από αυτήν της Ευρώπης. Καταγράφεται ότι πάνω από το 40% του πληθυσμού πάσχει από ΜετΣ (Ford et al., 2004), ενώ οι πιθανότητες να νοσήσει κανείς, αυξάνουν με την ηλικία. Η μεγάλη επίπτωση του συνδρόμου αποδόθηκε στα υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας (30,5%) (Flegal, 2002) και στην γήρανση του πληθυσμού (Alexander, 2007). Στον Καναδά, με ποσοστό υπέρβαρων ενηλίκων 36% και παχύσαρκων 23%, η επίπτωση του ΜετΣ για άνδρες και γυναίκες μεταξύ 18 και 39 ετών εκτιμήθηκε στο 17% του γενικού πληθυσμού, ενώ για άτομα μεταξύ 70 και 79 ετών 39% (Riediger, & Clara, 2011).

Στην Ασία

Στην Κίνα τα ποσοστά φαίνονται χαμηλότερα. Σε άνδρες και γυναίκες 25 ως 64 ετών τα ποσοστά ΜετΣ, με τροποποιημένα τα κριτήρια NCEP και IDF για τον πληθυσμό σύμφωνα με τον σωματότυπο της φυλής, τα ποσοστά κυμαίνονται από 5,8% ως 9,5% (Feng et al., 2006). Στις μεγαλύτερες ηλικίες, μεταξύ 50 και 85 ετών, το ποσοστό του γενικού πληθυσμού με ΜετΣ αυξάνεται σε 15,7% ως 25,8% (Lao et al., 2006). Στην Ιαπωνία παρατηρείται σημαντική διαφοροποίηση ανά φύλο. Με βάση τα κριτήρια του NCEP, άνδρες μεταξύ 30 και 79 ετών παρουσιάζουν ΜετΣ σε ποσοστό 30,2%, ενώ αντίστοιχα οι γυναίκες αυτής της ηλικίας μόλις 10,3% (Tanaka et al., 2005). Στην Ινδία τα ποσοστά είναι ιδιαίτερα υψηλά: άνδρες και γυναίκες μεταξύ 20 και 75 ετών παρουσιάζουν ΜετΣ σε ποσοστό 31,6% του γενικού πληθυσμού με τα κριτήρια NCEP (Gupta et al., 2004).

1.1.4 Βιολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την εμφάνιση του ΜετΣ

Ως βασικούς παράγοντες κινδύνου για το σύνδρομο αυτό, κάποιοι ερευνητές ορίζουν τη γαστρική παχυσαρκία (Abbasi et al., 2002), την αντίσταση στην ινσουλίνη (Reaven, 1988; Ferrannini et al., 1991), ή ακόμα παράγοντες φλεγμονής (Ndumele et al., 2011; Ackermann et al., 2011). Η αντίσταση στην ινσουλίνη και η δυσανεξία στη γλυκόζη προκαλούν υπερινσουλιναιμία (Ferrannini et al., 1991). Στο κύτταρο επισυμβαίνουν αλληπάλληλες βίαιες δράσεις και αντιδράσεις, σε επίπεδο μεμβράνης. Το κύτταρο, για να δεχθεί τη γλυκόζη που κυκλοφορεί στο αίμα, χρειάζεται την ινσουλίνη, η οποία ανοίγει τις εισόδους στη μεμβράνη του, ώστε να εισέλθει η γλυκόζη και να γίνει αντικείμενο καύσης προς τροφοδότηση των κυττάρων του οργανισμού. Λόγω της μεγάλης διέγερσης από ποσά γλυκόζης στο αίμα, τα οποία αδυνατεί να ινσουλίνη να διαχειριστεί, οι δίοδοι του κυττάρου κλείνουν και προκαλείται αντίσταση στην ινσουλίνη, η οποία δεν αφήνει τη γλυκόζη να εισέλθει στο κύτταρο. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να κυκλοφορεί μεγάλη ποσότητα σακχάρου στο αίμα, η οποία καταγράφεται από τον εγκέφαλο ως επικίνδυνη, προκαλώντας αντισταθμιστική υπερινσουλιναιμία, δηλαδή υπερέκκριση ινσουλίνης από το πάγκρεας, ώστε να μπορέσει η μεμβράνη του κυττάρου να ανοίξει και να δεχθεί στη γλυκόζη στο κύτταρο. Τελικό αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας είναι η υπογλυκαιμία.

Ενώ έχει καθοριστεί η συσχέτιση ΜετΣ με την αντίσταση στην ινσουλίνη, ο ρόλος της τελευταίας ως άμεσου αιτιολογικού παράγοντα για το πρώτο δεν είναι αποδεκτός από όλους του ερευνητές. Οι αμφιβολίες αυτές οφείλονται στην παρεμβολή του παράγοντα παχυσαρκία, που είναι δύσκολο να αποσυνδεθεί και να μελετηθεί ξεχωριστά από την ινσουλinoαντίσταση στο ΜετΣ (Das, 2010). Ωστόσο, πολλοί ερευνητές, λαμβάνοντας υπόψη την εμφάνιση πρωτογενούς αντίστασης στην ινσουλίνη –χωρίς την ύπαρξη κεντρικής παχυσαρκίας– υποστηρίζουν ότι η αντίσταση στην ινσουλίνη από μόνη της μπορεί να είναι αιτιολογικός παράγων ΜετΣ (Das, 2010). Οι περισσότεροι άνθρωποι με ΜετΣ έχουν γαστρική παχυσαρκία. Μεταβολική διαταραχή με αντίσταση στην ινσουλίνη μπορεί έχουν και μη παχύσαρκα άτομα, όμως η παχυσαρκία προκαλεί αντίσταση στην ινσουλίνη.

Άλλες συνθήκες, που θεωρείται ότι σχετίζονται με το σύνδρομο, είναι η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας, το γήρας, οι ορμονικές διαταραχές, καθώς και η γενετική προδιάθεση. Ορμονικοί παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση ΜετΣ, όπως η υπερκορτιζολαιμία, φαίνεται να σχετίζονται επίσης με σωματοποιήσεις (Pedrosa et al, 2008).

Η υπόθεση της γενετικής προδιάθεσης για αντίσταση στην ινσουλίνη εξετάζεται από μια σειρά ερευνών (Li et al.2006, Hansen L., 2003). Επίκτητοι παράγοντες, όπως το υπερβολικό λίπος στου σώματος και η έλλειψη σωματικής άσκησης, θεωρείται από τους παραπάνω ότι μπορούν να ενεργοποιήσουν την αντίσταση στην ινσουλίνη και το ΜετΣ σε αυτά τα άτομα. Συνδέοντας, όμως, αυτούς τους παράγοντες με τα ευρήματα των ερευνών που συσχετίζουν την έλλειψη σωματικής άσκησης και του αυξημένου λιπώδους ιστού με παράγοντες κατάθλιψης, αντιλαμβάνεται κανείς την ανάγκη για ένα πολυπαραγοντικό αιτιολογικό σχήμα που να περιγράφει την εμφάνιση της μεταβολικής διαταραχής σε κάποια συγκεκριμένη στιγμή της ζωής ενός ατόμου.

1.1.5 Ο ρόλος του στρες στην εμφάνιση ΜετΣ

Το ΜετΣ στη βιβλιογραφία συνδέεται άμεσα με το στρες, το οποίο ορίστηκε από τον Selye (1952) ως «το αποτέλεσμα της αποτυχίας ενός οργανισμού -ανθρώπου ή ζώου- να ανταποκριθεί κατάλληλα σε νοητικές, συναισθηματικές ή βιολογικές απαιτήσεις, είτε είναι πραγματικές είτε φανταστικές» («It refers to the consequence of the failure of an organism – human or animal – to respond adequately to mental, emotional or physical demands, whether actual or imagined»). Ο παράγων στρες έχει, από σειρά

μελετών, συσχετισθεί άμεσα με την εμφάνιση ΜετΣ, μέσα από πολύπλοκη διαδικασία που συμβαίνει σε νευροενδοκρινολογικό επίπεδο (Hemingway et al., 2005;Chandola et al., 2006).

Το ανοσοποιητικό και νευροεκδοκρινικό σύστημα παίζουν προσαρμοστικό ρόλο, όντας βασικοί ρυθμιστές της ομοιοστασίας του οργανισμού που αλληλεπιδρά με ενδοοργανικές και εξωοργανικές πηγές ερεθισμού. Η απόκριση προσαρμογής (adaptive response) περιλαμβάνει μια σειρά από λειτουργίες του οργανισμού, κυρίως –αλλά όχι μόνο- σε χημικό επίπεδο. Συντονιστής αυτής της λειτουργίας επιβίωσης στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ), είναι το σύστημα του στρες, που περιλαμβάνει τα νευροπεπτίδια κορτικοτροπίνη (CRH), η αργινίνη/βαζοπρεσίνη (AVP), τον υπομέλανα τόπο-νореπινεφρίνη (LC-NE), συμπαθητικούς νευρώνες του στελέχους και του υποθαλάμου. Σε επόμενο επίπεδο, ρυθμίζονται οι περιφερικές λειτουργίες του συστήματος υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων (ΥΥΕ) και του συμπαθητικού νευρικού συστήματος (ΣΝΣ). Η διαδικασία αυτορρύθμισης του συστήματος του οργανισμού ολοκληρώνεται με την ενεργοποίηση του άξονα ΥΥΕ, του υπομέλανα τόπου-νореπινεφρίνης, του αυτόνομου συστήματος, που εκκρίνουν κατάλληλα ποσά κατεχολαμινών και γυκοκορτικοειδών ώστε να αποκατασταθεί η χημική ισορροπία (Καρανίκας& Γκιουζέπας, 2008).

Υπερερεθισσιμότητα του άξονα ΥΥΕ έχει συνδεθεί με μελαγχολική κατάθλιψη, αλλά και με το ΜετΣ (Tsigos &Chrousos, 2002). Επιπλέον, όπως υποστηρίζεται από μια ομάδα ερευνητών, έχουν εντοπιστεί πάνω από 24 γονίδια που σταθερά και σημαντικά φαίνονται να αλλάζουν έκφραση, υπό χρόνιο ψυχολογικό στρες (Kawai, 2007; Karsen et al., 2007; Morita et al., 2005; Ohmori et al., 2005).

Η κλινική εμπειρία μου οδηγεί στην διαπίστωση, ότι η εμφάνισή του ΜετΣ τείνει να συσχετίζεται είτε με κάποιο οξύ γεγονός, το οποίο βιώνεται ως τραυματικό (πένθος, ένταξη σε πιεστικό περιβάλλον εργασίας, αλλαγή περιβάλλοντος, αλλαγή στην οικογενειακή κατάσταση), και έχει σημαντικές επιπτώσεις στο συναίσθημα και τις συνθήκες ζωής του ατόμου, είτε μέσα από σταθερά στρεσογόνες συνθήκες ζωής και εργασίας (Yamamoto et al., 2011). Γεγονότα που θεωρούνται ιδιαίτερα στρεσογόνα, αφορούν οικονομικές δυσκολίες, εργασιακά ζητήματα και θέματα υγείας, όπως ανησυχία για τη διαχείριση του στρες του ιδίου ή του παιδιού (Pyykkönen et al., 2010).

Η ύπαρξη χρόνιου στρες, σε συνδυασμό με ήπια υπερκορτιζολαιμία και μακροπρόθεσμο ερεθισμό του συμπαθητικού συστήματος, προάγει την συσσώρευση

κοιλιακού λίπους και συμβάλλει στην εμφάνιση μεταβολικής διαταραχής. Παράλληλα, και με τρόπο που ανατροφοδοτεί την διαταραχή, η παχυσαρκία προκαλεί αύξηση των δεικτών φλεγμονής, μέσω της έκκριση αδιποκίνης και προκαλεί χρόνιο ερεθισμό του συστήματος στρες στον οργανισμό (Kyrou, I, & Tsigos, C., 2009).

Έχει βρεθεί πειραματικά, ότι σε συνθήκες υψηλού στρες εκκρίνονται μεγάλα ποσά κατεχολαμινών και κορτιζόλης, ενεργοποιώντας την αντίσταση στην ινσουλίνη (Keltikangas-Jarvimen et al., 1996). Συνεπώς, υπό αυτές τις συνθήκες, η τροφή δεν μεταβολίζεται ομαλά, οδηγώντας σε ενεργειακή διαταραχή. Αυτή η ενεργειακή διαταραχή, που σημειώνεται σε επίπεδο γλυκαιμίας, επηρεάζει όλο το νευρικό σύστημα, και κατ' επέκταση επιφέρει ανισορροπία στην σωματοψυχική ομοιοστασία.

Ο εγκέφαλος κατακλύζεται από επείγοντα σήματα άγχους, τα οποία ενεργοποιούν τις δομές που λειτουργούν ρυθμιστικά για την ενεργειακή ομοιοστασία, ειδικότερα τον άξονα υποθάλαμος- υπόφυση- φλοιός των επινεφριδίων (Kalat, 1998). Μέσω του δικτύου των νευρωνικών συνάψεων, διεγείρονται οι συνδέσεις που αφορούν καταγραφές σχετικές με την τροφή, παρελθούσες αποτελεσματικές ρυθμιστικές διατροφικές και εκφορτιστικές συμπεριφορές, συναισθήματα και αναπαραστάσεις άγχους, διατροφής, διέγερσης (Parylak, 2011). Επανεπενδύονται ορθές και λανθασμένες οδοί εκφόρτισης. Πρόκειται για οδούς που ακολούθησαν τα πρώιμα αντικείμενα, φροντιστές του βρέφους, ως θεμελιώδεις ρυθμιστές των ψυχοβιολογικών λειτουργιών, καθώς και εκείνες που στη συνέχεια κατέκτησε το άτομο μέσω δοκιμής και πλάνης. Όταν ο οργανισμός λειτουργεί συχνά υπό συνθήκες στρες, οι μηχανισμοί διαχείρισης γίνονται ελλειμματικοί και ενεργοποιούνται διαδικασίες αναπλήρωσης, τότε το αλλοστατικό φορτίο μπορεί να ξεπεράσει το κατώφλι ασφαλείας και να ανατρέψει τις διαδικασίες προσαρμογής (Hjemdahl, 2002).

Το χρόνιο στρες μπορεί να δημιουργήσει φυσιολογικές αλλαγές που αυξάνουν τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο. Βραχείες πειραματικές δοκιμασίες (χρησιμοποιώντας δοκιμασίες στρες) και μακροπρόθεσμες έρευνες πεδίου (ερευνώντας στρεσογόνους παράγοντες όπως η πίεση στο χώρο εργασίας, το διαζύγιο και η χηρεία) έδειξαν ότι σε συνθήκες στρες αυξάνεται η τιμή της γλυκόζης νηστείας (Hall et al., 1979), η αρτηριακή πίεση (Kawakami et al., 1998) και τα επίπεδα της ινσουλίνης (Alvarez et al., 1989). Υπό το καθεστώς χρόνιου στρες, «τα θυμωμένα και εχθρικά άτομα κινδυνεύουν από υψηλότερη πίεση ηρεμίας» (Jamner et al., 1991),

υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος (Scherwitz et al., 1991), λίπος και πρόσληψη θερμίδων, επίπεδα γλυκόζης και ινσουλίνης (Raikonen et al., 1994) και περιφέρεια κορμού (Niaura et al., 2000). Σε μια προοπτική έρευνα, σχετικά με την επίδραση της δυσφορίας (distress) στην εκδήλωση ΜετΣ, όπως μετρήθηκε με την κλίμακα γενική υγείας GHQ, παρατηρήθηκε ότι σε διάστημα 6,4 ετών υπήρξε θετική συσχέτιση, ανεξάρτητα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, των συμπεριφορών διατήρησης της υγείας και παραγόντων φλεγμονής (Puustinen et al., 2011).

Οι παρατηρήσεις αυτές συμπληρώνονται από την διαπίστωση, ότι το χρόνιο στρες φαίνεται να επηρεάζει την εμφάνιση ΜετΣ μέσα από δύο δρόμους. Μπορεί να δημιουργήσει απορύθμιση της ομοιοστασίας του σώματος άμεσα και παθητικά για το άτομο, προκαλώντας φλεγμονή (Black, 2006), αυξάνοντας την κεντρική παχυσαρκία, μέσα από την παραγωγή γλυκοκορτικοειδών (Shively et al., 2009), αυξάνοντας τα επίπεδα της γλυκόζης νηστείας και την αρτηριακή πίεση (McClure et al., 2010), δημιουργώντας δυσλιπιδαιμία και αθήρωση. Το στρες προκαλεί κεντρική παχυσαρκία μέσα από την παραγωγή γλυκοκορτικοειδών, όπως η κορτιζόλη¹². Όπως έχει φανεί από πειράματα σε πρωτεύοντα, η συσσώρευση λίπους αποτελεί πολύ πρώιμο τρόπο αντίδρασης, ώστε ο οργανισμός να έχει γλυκόζη για να μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες του εγκεφάλου για ενέργεια σε πολύ στρεσογόνες και απαιτητικές συνθήκες (Shively et al., 2009).

Έμμεσα η απορύθμιση είναι πιο μακροπρόθεσμη, και πραγματοποιείται μέσα από την ενεργητική μεταβολή της συμπεριφοράς του ατόμου, το οποίο υιοθετεί συνήθειες διατροφής και σωματικής άσκησης που προκαλούν απορύθμιση του μεταβολισμού (Vitaliano et al, 2002), αντίσταση στην ινσουλίνη και αύξηση του λιπώδους ιστού (Schneiderman et al., 1995; Golgfine, 1987).

Το στρες σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση ΜετΣ, εμφανιζόμενο είτε μετά από ένα τραυματικό γεγονός (πένθος, φροντίδα χρόνια ασθενούς ατόμου, ένταξη σε πιεστικό περιβάλλον εργασίας, αλλαγή περιβάλλοντος, αλλαγή στην οικογενειακή κατάσταση) με σημαντικές επιπτώσεις στο συναισθημα και τις συνθήκες ζωής του ατόμου, είτε μέσα από σταθερά στρεσογόνες συνθήκες ζωής και εργασίας.

¹² Κορτιζόλη: στεροειδής ορμόνη, γλυκοκορτιδοειδές που εκκρίνεται σε συνθήκες στρες και όταν το επίπεδο γλυκοκορτικοειδών είναι χαμηλό. Αυξάνει την γλυκόζη μέσω γλυκονεογένεσης (σχηματισμού γλυκόζης στο ήπαρ), καταστέλλει το ανοσοποιητικό σύστημα, μειώνει τον σχηματισμό οστών και συμβάλλει στον μεταβολισμό λίπους, πρωτεϊνών και υδατανθράκων

Το χρόνιο στρες σε συνδυασμό με ήπια υπερκορτιζολαιμία¹³ και μακροπρόθεσμο ερεθισμό του συμπαθητικού συστήματος προάγει τη συσσώρευση κοιλιακού λίπους και συμβάλλει στην εμφάνιση μεταβολικής διαταραχής. Παράλληλα, η παχυσαρκία προκαλεί αύξηση των δεικτών φλεγμονής, μέσω της έκκριση αδιποκινών¹⁴ και προκαλεί χρόνιο ερεθισμό του συστήματος στρες στον οργανισμό (Kyrou I, & Tsigos C., 2009). Γονιδιακές έρευνες έχουν εντοπίσει πάνω από 24 γονίδια που σταθερά και σημαντικά φαίνονται να αλλάζουν έκφραση υπό χρόνιο ψυχολογικό στρες, ως προς τον κυτταρικό κύκλο, τις αντιδράσεις ανοσίας και άλλες λειτουργίες σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου (Kawai T, 2007, Karssen AM et al., 2007, Morita et al., 2005, Ohmori et al., 2005).

Πειραματικές έρευνες του στρες δείχνουν ότι σε συνθήκες υψηλού στρες εκκρίνονται μεγάλα ποσά κατεχολαμινών¹⁵ και κορτιζόλης, που ενεργοποιούν την αντίσταση στην ινσουλίνη (Keltikangas-Jarvinen et al., 1996). Συνεπώς η τροφή δεν μεταβολίζεται ομαλά και δημιουργείται ενεργειακή ανισορροπία. Στον σακχαρώδη διαβήτη, επίσης διαταραχή του μεταβολισμού, έχει βρεθεί, ότι μια οξεία έναρξη συνδέεται συχνά με ψυχικό στρες, που διαταράσσει την ομοιοστασία σε ασθενείς με κληρονομική προδιάθεση για τη νόσο (Kato, M, 2009). Ψυχολογικοί παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη, είναι εκείνοι που προκαλούν ματαίωση, μοναξιά και αποθάρρυνση.

Σύμφωνα με την Βάρβογλη (2006), οι στρεσογόνοι παράγοντες αντιπροσωπεύουν χαρακτηριστικά ή γεγονότα ψυχολογικού ή σωματικού χαρακτήρα που προκαλούν ένταση. Οι στρεσογόνες επιδράσεις χωρίζονται στις ψυχολογικού περιεχομένου πιέσεις- όπως το πένθος, οι δυσκολίες στις σχέσεις με τους σημαντικούς άλλους, οι φοβίες και το άγχος, τα τραυματικά γεγονότα- και τις πιέσεις του περιβάλλοντος- όπως οι περιβαλλοντικές συνθήκες κρύου ή ζέστης, το όζον, οι τοξικοί παράγοντες, οι μηχανικές βλάβες του σώματος, τα αλλεργιογόνα, τα υψηλά ή χαμηλά ποσοστά υγρασίας, οι μολύνσεις (Arcak et al., 2006). Οι στρεσογόνοι

¹³ Υπερκορτιζολαιμία: Η κλινική εκδήλωση της υπερκορτιζολαιμίας ονομάζεται σύνδρομο Cushing. Αυξημένη κορτιζόλη παρουσιάζεται επίσης σε συνθήκες στρες, ιδιαίτερα αποχωρισμού από την μητέρα κατά την βρεφική ηλικία, και αργότερα του ερωτικού συντρόφου (Diamont et al., 2008) .

¹⁴ Αδιποκίνες: κυτταροκίνες (πρωτεΐνες που δρουν ως νευροδιαβιβαστές) που εκκρίνονται από τον λιπώδη ιστό. Ο ρόλος τους είναι να ρυθμίζουν το ανοσοποιητικό σύστημα. Ορισμένες από αυτές είναι: η λεπτίνη, η αδιπονεκτίνη, η ιντερλευκίνη-6, ο παράγων απόπτωσης καρκινικών κυττάρων. Η λεπτίνη, η αδιπονεκτίνη και η ρεζιστίνη ανήκουν στις ορμόνες που προέρχονται από τον λιπώδη ιστό.

¹⁵ Κατεχολαμίνες: νευροδιαβιβαστές που δρουν ρυθμιστικά στο κεντρικό νευρικό σύστημα (νορεπινεφρίνη, ντοπαμίνη) και στο περιφερειακό συμπαθητικό νευρικό σύστημα (νορεπινεφρίνη). Προετοιμάζουν το σώμα για σωματική δράση σε συνθήκες στρες (επινεφρίνη και νορεπινεφρίνη).

παράγοντες μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμοι και οξείς, ή ακόμα χρόνιοι. Συχνά ο σύγχρονος τρόπος ζωής προκαλεί χρόνιες στρεσογόνες καταστάσεις και η κατάσταση «φυγή ή πάλη» πρέπει να κατασταλεί. Το στρες τότε γίνεται χρόνιο. Στους κοινούς στρεσογόνους παράγοντες περιλαμβάνονται η εργασία, τα μακροπρόθεσμα προβλήματα σχέσης, η μοναξιά και οι επίμονες οικονομικές ανησυχίες.

Το άγχος που προκύπτει από αυτές τις συνθήκες βιώνεται ως ένα διάχυτο, άσχημο (χωρίς σχήμα και άρα χωρίς αναπαραστάσιμη μορφή), συχνά ασαφές συναίσθημα που εκδηλώνεται με φόβο, ένταση και ανησυχία και τις περισσότερες φορές συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα (ταχυκαρδία, καρδιακή αρρυθμία, πεπτικές διαταραχές, ξηροστομία, ωχρότητα, τρόμο, κεφαλαλγία κ.ά.) (ΙΚΠΥ, Αγωγή Υγείας). Η απόκριση στο στρες μελετήθηκε αρκετά, τόσο ως προς τη βιολογική, όσο και ως προς την ψυχική υπόσταση του ανθρώπου. Συχνά το ψυχικό μέρος παραμελείται χάριν τού πιο εύκολα, θεωρητικά, μετρήσιμου βιολογικού παράγοντα.

Υπάρχουν ενδείξεις για την ύπαρξη σύνδεσης ανάμεσα στο χρόνιο στρες, που οδηγεί στην ψυχική αγωνία, το ΜετΣ και την στεφανιαία νόσο (Chandola et al., 2006). Το στρες οδηγεί σε αύξηση των επιπέδων της γλυκόζης και η βιολογική απορύθμιση συνδέεται με το άγχος και το χρόνιο στρες (Kranz et al., 1988; Lovallo et al., 1997). Ο κεντρικός ρόλος της ρύθμισης της ινσουλίνης στο ΜετΣ, το καθιστά παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου (Vitaliano et al, 2002). Όταν ο οργανισμός λειτουργεί συχνά υπό συνθήκες στρες, οι μηχανισμοί διαχείρισης είναι ελλειμματικοί και ενεργοποιούνται διαδικασίες αναπλήρωσης, τότε το αλλοστατικό φορτίο μπορεί να ξεπεράσει το κατώφλι ασφαλείας και να ανατρέψει τις διαδικασίες προσαρμογής (Hjemdahl, 2002). Το χρόνιο στρες μπορεί να δημιουργήσει φυσιολογικές αλλαγές που αυξάνουν τον κίνδυνο για στεφανιαία νόσο. Βραχείες πειραματικές δοκιμασίες (χρησιμοποιώντας δοκιμασίες στρες) και μακροπρόθεσμες έρευνες πεδίου (ερευνώντας στρεσογόνους παράγοντες όπως η πίεση στο χώρο εργασίας, το διαζύγιο και η χηρεία) έδειξαν, ότι σε συνθήκες στρες αυξάνεται η τιμή της γλυκόζης νηστείας (Hall et al., 1979), η αρτηριακή πίεση (Kawakami et al., 1998) και τα επίπεδα της ινσουλίνης (Alvarez et al., 1989).

Υπό το καθεστώς χρόνιου στρες, τα θυμωμένα και εχθρικά άτομα κινδυνεύουν από υψηλότερη πίεση ηρεμίας (Jamner et al., 1991), υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος (Scherwitz et al., 1991), αυξημένο λίπος και πρόσληψη θερμίδων, διαταραγμένα επίπεδα γλυκόζης και ινσουλίνης (Raikkonen et al., 1994)

και μεγαλύτερη περιφέρεια κορμού (Niaura et al., 2000). Η ψυχολογική πίεση μπορεί να χειροτερεύσει την παθοφυσιολογία (Niaura et al., 1992) και να οδηγήσει σε αύξηση της ινσουλίνης (Peyrot et al., 1992), της γλυκόζης (Hall et al., 1979), της ολικής χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων (Glueck et al., 1993) καθώς και της αρτηριακής πίεσης (Contrada et al., 1988). Τέλος, τα προβλήματα του ύπνου συνδέονται με μεγαλύτερα προβλήματα στο καρδιαγγειακό σύστημα (Fisher et al., 1997), ενώ οι κακές διατροφικές συνήθειες συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου (Arntzenius et al., 1985; Ericssen et al., 1981).

Παράγοντες φλεγμονής παρουσιάζονται παράλληλα με αυξημένα ποσοστά λίπους σε ασθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα, καθώς και στον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2. Θεωρείται δε από όλο και περισσότερους ερευνητές, ότι η φλεγμονώδης διαδικασία πυροδοτείται από χρόνια ή οξύ ψυχικό στρες και σχετίζεται με ψυχοσωματικά συμπτώματα, όπως χρόνια κόπωση και διαταραχές του εντέρου (Maes, 2009). Οι αγγειοφόροι ανάμεσα στο συναίσθημα και τις βιολογικές αντιδράσεις ή προσαρμοστικές διαδικασίες είναι οι ορμόνες νορεπινεφρίνη, επινεφρίνη και κορτιζόλη, οι προφλεγμονώδεις κυτταροκίνες, παράγοντες ρενίνης- αγγειοτενσίνης και ελεύθερα λιπαρά οξέα, τα οποία ελευθερώνονται από τη διαδικασία λιπόλυσης¹⁶. Η φλεγμονώδης διαδικασία εμπλέκεται στην δημιουργία της αντίστασης στην ινσουλίνη, που βρίσκεται στη βάση του ΜετΣ, και συνδέεται με τη συσσώρευση λίπους, η οποία με την σειρά της συνδέεται με τις ορμόνες του στρες.

Παράλληλα, μέσα από μονοπάτια του συμπαθητικού συστήματος και την παραγωγή λεπτίνης, η οποία πληροφορεί τον εγκέφαλο για περίσσεια λίπους, και σε αλληλεπίδραση με τον άξονα υποθάλαμος-υπόφυση-επινεφριδίων διαμέσου της κορτικοτροπίνης ενεργοποιείται η αντίδραση του στρες. Παρόμοια αντίδραση στρες πυροδοτείται και από το ήπαρ, με τάση να περιορίσει το λιπώδη ιστό. Ο εγκέφαλος έχει λοιπόν την δυνατότητα να περιορίσει την εξάπλωση του λίπους. Υπάρχει άμεση σχέση της φλεγμονώδους διαδικασίας με το μεταβολισμό του λίπους καθώς η απώλεια βάρους μειώνει τη συγκέντρωση των παραγόντων φλεγμονής. «Η σχέση του στρες με την φλεγμονή είναι φανερή καθώς τα απαγωγά μονοπάτια από τον εγκέφαλο που αποκρίνονται στα σήματα από το λιπώδη ιστό, που μειώνουν τη φλεγμονή και περιορίζουν την μάζα των λιπωδών κυττάρων, είναι ίδια με αυτά που ενεργοποιούνται υπό συνθήκες ψυχολογικού στρες» (Black, 2006, pg789).

¹⁶ Λιπόλυση: η διάσπαση λιπιδίων, μέσω διάσπασης τριγλυκεριδίων σε γλυκερόλη και ελεύθερα λιπαρά οξέα, που απελευθερώνει ενέργεια.

1.1.6 Ο ρόλος του ψυχικού τραύματος στην εμφάνιση ΜετΣ

Ως διαταραχή του μεταβολισμού, το ΜετΣ υποδηλώνει αποδιοργάνωση πολλαπλών συστημάτων του βιολογικού σώματος και των ψυχικών λειτουργιών, η οποία, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, θεωρείται ότι σχετίζεται με το στρες. Το στρες, έννοια στην οποία έχει επικεντρωθεί μεγάλο μέρος της ιατρικής έρευνας, στην ψυχαναλυτική και ψυχοσωματική θεωρία γίνεται αντιληπτό ιδιαίτερα στα πλαίσια του ενεργειακού ή οικονομικού μοντέλου. Πρόκειται λοιπόν για μια λέξη, η οποία στην ψυχοσωματική αντιστοιχεί νοηματικά στην υπερχειλίση της διέγερσης, όταν ξεπερνά το αλεξιδιεγερτικό σύστημα του ατόμου προκαλώντας φυσιολογικές και ψυχολογικές αντιδράσεις, στα πλαίσια του γενικού συνδρόμου προσαρμογής, όπως αυτό παρουσιάστηκε από τον Selye (1936) (Sirjacq, M, 2006).

Σύμφωνα με την φροϋδική οικονομική θεωρία, τραύμα συνιστά βιωματική εμπειρία η οποία επιφέρει μια τόσο μεγάλη αύξηση της διέγερσης στο εσωτερικό της ψυχικής ζωής, που η εκκαθάριση ή η επεξεργασία της με τα συνήθη και φυσιολογικά μέσα αποτυγχάνει, πράγμα που συνεπάγεται μακροχρόνιες διαταραχές στο επίπεδο της ενεργειακής λειτουργίας. Αρχικά, ο Freud μελέτησε το τραύμα στο πλαίσιο της υστερίας, ως κάτι που εμφανίζεται ξαφνικά και πλήττει την σεξουαλικότητα. Στη συνέχεια (1914) στο κείμενο «Ο άνθρωπος με τους λύκους» το συνέδεσε με την πρωταρχική σκηνή και τη φαντασίωση της αποπλάνησης και του ευνουχισμού. Στο κείμενο του 1920, «Πέρα από την αρχή της ηδονής», ο Freud επανακαθορίζει ως τραυματικές «τις εξωτερικές διεγέρσεις που είναι αρκετά ισχυρές, ώστε να δημιουργήσουν ρήξη στο αλεξιδιεγερτικό σύστημα («des stimuli d' une force telle qu' ils font effraction dans le pare-stimuli» ; Freud, 1920, σελ. 298) και τις συνδέει με την ενόρμηση του θανάτου και τον ψυχαναγκασμό της επανάληψης. Τέλος το 1926 ο «τραυματισμός της γέννησης» (Otto Rank) τοποθετείται στη ρίζα του άγχους, που προκαλεί την πρώτη απόθνηση και εκκινεί τη δημιουργία του ψυχικού οργάνου (Lieberman , 1993).

Με αφετηρία τις φροϋδικές παρατηρήσεις και εξελίσσοντας την ψυχαναλυτική σκέψη, μια σειρά ψυχαναλυτών κλινικών, όπως ο A. Green (1985), ο P. Marty (1976, 1980), ο R. Rousillon (1993), οι C. και S. Botella (1995) και άλλοι, έχουν εργαστεί με την υπόθεση, ότι το τραυματικό προέρχεται από την αδυναμία του Εγώ να μειώσει τις εντάσεις, που προκαλούνται από τις διεγέρσεις, μέσω συνδέσεων σε αναπαραστατικά δίκτυα. Αποδίδεται πρωταρχική σημασία στην αλεξιδιεγερτική λειτουργία της μητέρας, ως πρώτου φορέα οργάνωσης

μέσα από την φροντίδα του βρέφους. Οι μετέπειτα τραυματισμοί αποτελούν επαναλήψεις και αναβιώσεις του αρχικού τραύματος.

Η προσέγγιση του P. Marty και της Ψυχαναλυτικής Σχολής των Παρισίων, θεμελιώθηκε στην παραδοχή, ότι κατά τους πρώτους μήνες οι σωματικές λειτουργίες του βρέφους συνυπάρχουν ασύνδετες, σε «πρωταρχικό μωσαϊκό». Ο Marty γράφει στο βιβλίο του «Les mouvements individuels de vie et de mort» (1976), ότι οι ομοιοστατικοί μηχανισμοί του νεογέννητου και οι σωματικές λειτουργίες του, λειτουργούν, αρχικά, κατά τρόπο ανεξάρτητο και ασύνδετο, χωρίς να είναι ακόμα διαθέσιμο ένα σύστημα με λειτουργική αυτονομία, το οποίο στη συνέχεια οργανώνεται από το μητρικό αντικείμενο. Το σωματικό σύμπτωμα καταλύει την, εξελικτικά και κατά επίπεδα σχηματισμένη και ιεραρχημένη, ψυχοσωματική οργάνωση, προκαλώντας είτε γενική, είτε μερική παλινδρόμηση, η οποία σταματά σε κεντρικές ή παράλληλες αλυσούς καθηλώσεων (Marty, 1976).

Στο ίδιο πλαίσιο, ο C. Smadja (1995) επεξεργάστηκε την έννοια της χρηστικής παθολογίας, που πρότεινε ο Marty (1976), θεωρώντας την ως «ασθένεια του Εγώ». Περιγράφει δύο στάδια στην ανάπτυξη ασθένειας. Το πρώτο, χαρακτηρίζεται από «αποεπένδυση του Εγώ ως ψυχικού αντικειμένου», υπό την πίεση της ενόρμησης θανάτου, και γίνεται αντιληπτή ως *θεμελιώδης κατάθλιψη*. Το δεύτερο στάδιο, αποτελεί «χρόνο ίασης». Χαρακτηρίζεται από «χρηστική σκέψη, αυτοηρεμιστικές συμπεριφορές, συμμόρφωση με τα συλλογικά ιδεώδη και την κοινωνική πραγματικότητα» (σελ. 180-181). Η σωματοποίηση, κατά τον Smadja, έρχεται να ανακουφίσει τον ασθενή. Αν και δεν αποτελεί την καλύτερη δυνατή οδό, λόγω έλλειψης διαθέσιμων ψυχικών αντικειμένων, καθίσταται απαραίτητη λύση της έντασης, ως «φαινόμενο οργανικής αντικειμενοποίησης» (σελ. 182). Στη θεώρηση αυτή της ψυχοσωματικής ασθένειας, βρίσκουν πρόσφορο έδαφος ανάπτυξης ερευνητικές υποθέσεις, οι οποίες προκύπτουν από παρατηρήσεις επί μεταβολικών ασθενών κατά την κλινική εργασία, κυρίως αναφορικά με την υπερφαγία ως αυτοηρεμιστική συμπεριφορά, σε πλαίσιο απολιβιδινοποίησης του Εγώ.

Βασικό στοιχείο του ψυχικού τραυματικού αποτελεί η επανάληψη. Ο Freud (1937) μίλησε για το προψυχικό τραύμα, το οποίο επανενεργοποιείται, για να παράξει το σύμπτωμα της νεύρωσης. Ο Pirlot (2010) υποθέτει, ότι ο αρχικός τραυματισμός αφήνει τις εσωτερικές και τις εξωτερικές διεγέρσεις να παραμένουν στις ατοπικές πτυχώσεις του σωματοψυχικού, στην οθόνη που σχηματίζει η αρνητική

ψευδαίσθηση, παράγοντας πρωταρχική απώθηση μη σταθεροποιημένη, και ουσιαστικά μη συντελεσμένη. Τα όρια στην αναπαράσταση του όλου και του μέρους, του εσωτερικού και του εξωτερικού δεν δομούνται με σαφή τρόπο. Σε εγκεφαλικό επίπεδο, οι περιφερειακοί νευρώνες δεν κατορθώνουν να αναλάβουν την αλεξιδιεγερτική λειτουργία τους ως προς το ψυχικό όργανο, προκαλώντας εκφορτίσεις (Pirlot, 2010). Το τραύμα χάνεται, δεν ανασυντίθεται στα νευρωνικά δίκτυα ως πλήρης εμπειρία, όπου το εγώ ήταν παρόν. Απομένει η σωματική αναβίωσή του.

Το όλο και αυξανόμενο ενδιαφέρον για την κατανόηση της σύνδεσης μεταξύ ψυχικής και σωματικής πραγματικότητας, οδήγησε στην αναζήτηση του δυναμικού δεσμού μεταξύ τους, αυτό που ο Ι. Κλεώπας ονόμασε *μεταβατικό μονισμό*. Ουσιαστικά πρόκειται για τη θέαση του ίδιου βιολογικού φαινομένου από δύο παράλληλους θεωρητικούς «οφθαλμούς», -της ψυχανάλυσης και της νευροβιολογίας- που συμπληρώνουν την εικόνα συνδυάζοντας τα δεδομένα τους, δημιουργώντας όπως λέει ο συγγραφέας «μια τρίτη μεταβατική μορφή πραγματικότητας» (Cleopas, 2008). Με άλλα λόγια πρόκειται για ένα τρισδιάστατο μοντέλο αντίληψης της σωματοψυχικής οντότητας. Στα πλαίσια αυτού του μοντέλου, μπορούν να προστεθούν τα πειραματικά ευρήματα της νευροψυχολογίας, που οδηγούν στη διαπίστωση της ύπαρξης «μη συνειδητών εγκεφαλικών λειτουργιών που συμμετέχουν δυναμικά στη διαμόρφωση της ανθρώπινης συμπεριφοράς, τόσο της μη νευρωτικής όσο και της νευρωτικής» (Κούκου& Bräker, 2003, σ.237).

Αυτές οι μη συνειδητές -κατά τη νευροεπιστημονική ορολογία- διεργασίες, θεωρούμε ότι επηρεάζουν την λειτουργία του οργανισμού σε δύο επίπεδα. Κατ' αρχήν, ως προς τις συμπεριφορικές εκφορτιστικές εκδηλώσεις, μπροστά στον ενεργειακό κατακλυσμό του τραύματος. Και στην συνέχεια, επειδή δρουν απορρυθμιστικά σε ένα ήδη ευάλωτο λειτουργικά νευρικό και βιοχημικό σύστημα. Κατ' επέκταση αποδιοργανώνουν, σε κάποιες περιπτώσεις, ένα ήδη φτωχό σε νευρωνικές οδούς ομοιοστατικό σύστημα, με δυσμεταβόλιστα χημικά σήματα τα οποία κατακλύζουν τις εγκεφαλικές, νευρικές, σπλαχνικές, και γονιδιακές διακλαδώσεις του οργανισμού, προκαλώντας πολλαπλές καταρρεύσεις.

Η υπερφαγία, όπως τοποθετήθηκε ήδη ως δομικό στοιχείο του κύκλου της μεταβολικής διαταραχής, και ιδωμένη μέσα από την κλινική εργασία με μεταβολικούς ασθενείς, θεωρούμε ότι αποτελεί το σκηνικό της επανάληψης

του τραύματος. Εμπεριέχει τη σχέση με το σώμα και με το αντικείμενο, όπως έχει εντυπωθεί στα πιο βαθιά ψυχικά, και άρα εγκεφαλικά, συστήματα καταγραφής και οργάνωσης, από τους πρώτους μήνες της ζωής. Από παρατηρήσεις κατά τη φάση της προέρευνας, διαπιστώθηκε ότι οι μεταβολικοί ασθενείς αναφέρουν συχνά διαταραγμένη σχέση με τη λήψη τροφής κατά τους πρώτους μήνες της ζωής τους, όπως τους έχει μεταφερθεί μέσα από μητρικές διηγήσεις. Οι συνηθέστερες δυσκολίες αφορούν αυξημένες διατροφικές ανάγκες, τις οποίες το μητρικό στήθος δεν μπορούσε να καλύψει, και απροθυμία ή αδυναμία της μητέρας να θηλάσει.

Ως βασικός αιτιολογικός παράγοντας εμφάνισης ΜετΣ, θεωρήθηκε από τον ιατρικό κόσμο η διατροφική συμπεριφορά, και ιδιαίτερα η αυξημένη θερμιδική πρόσληψη, η κατανάλωση τροφών πλούσιων σε υδατάνθρακες και κορεσμένα λιπαρά, καθώς και η καθιστική ζωή (Gupta & Gupta, 2010). Θεωρείται ειδικότερα, ότι ένας στους 4 ή 5 ασθενείς ανέπτυξε ΜετΣ λόγω περιβαλλοντικών συνθηκών και τρόπου ζωής, και γενικά λόγω πολιτισμικών επιρροών διατροφής και σωματικής δραστηριότητας. Απομένει να διερευνηθεί το αποτέλεσμα των επιρροών αυτών στις μονιμότερες λειτουργίες του ψυχικού οργάνου, σε συνδυασμό με τις βιοχημικές συνιστώσες τους.

1.1.7 Επίδραση παραγόντων κατά την ενδομήτριο ζωή στην εμφάνιση ΜετΣ

Οι διατροφικές συνήθειες της μητέρας κατά την διάρκεια της κυοφορίας, μελετήθηκαν πειραματικά σε διάφορα θηλαστικά. Παρατηρήθηκε ότι, όταν η μητέρα εκτίθεται σε συνθετικά γλυκοκορτικοειδή¹⁷, υπάρχουν σοβαρές επιπτώσεις στις ομοιοστατικές λειτουργίες του βρέφους, όπως αντίσταση στην ινσουλίνη και υπέρταση, βασικά συστατικά του ΜετΣ (Langley-Evans, S.C. et al. 1996, Brawley, L. et al. 2003).

Οι ψυχικές διακυμάνσεις της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη επίσης επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό το έμβρυο, ανοίγοντας τον δρόμο για μεταβολικές διαταραχές κατά την ενήλικη ζωή. Πρόσφατη μελέτη των Harris και Seckl (2011) έδειξε ότι έκθεση της μητέρας σε στρεσογόνες συνθήκες προκαλεί βιοχημικές αλλαγές ικανές να διαπεράσουν το φράγμα του πλακούντα και να προκαλέσουν διαταραχές στο έμβρυο. Οι βασικότερες καταγεγραμμένες επιπτώσεις του μητρικού στρες αφορούν μειωμένο βάρος κατά την γέννηση, υπεργλυκαιμία, υπέρταση,

¹⁷ Γλυκοκορτικοειδή: είδος στεροειδών ορμονών, που συνεισφέρουν στην ρύθμιση του μεταβολισμού της γλυκόζης (που προέρχεται κυρίως από καύση υδατανθράκων). Δημιουργούνται στον φλοιό των επινεφριδίων και κατατάσσονται στο στεροειδή. Η κορτιζόλη είναι το βασικότερο φυσικό γλυκοκορτικοειδές (www.medterms.com).

αυξημένη αντιδραστικότητα του άξονα ΥΥΕ, καθώς και συμπεριφορά που συνδέεται με άγχος. Αυτές οι διαταραχές προκαλούν, σύμφωνα με τους ερευνητές μακροπρόθεσμες αλλαγές στο γονιδίωμα, οι οποίες μπορεί να επιμένουν μέχρι και δυο γενιές.

Η μεταφορά του τραύματος μπορεί να πραγματοποιηθεί και μέσω γονιδιακών αλλοιώσεων. Πρόσφατη έρευνα σε επίμυες (Gapp et al., 2014) έδειξε, ότι όταν το αρσενικό βιώσει έντονο στρες σε νεαρή ηλικία, υφίσταται αλλοιώσεις στην έκφραση του microRNA, κληροδοτώντας την γονιδιακή αλλοίωση, μαζί με τις συμπεριφορικές και μεταβολικές αντιδράσεις στον επίγονο. Η έδρα του τραύματος είναι ψυχική, όσο είναι σωματική. Είναι σωματική όσο είναι και ψυχική. Πρόκειται για δύο όψεις του ίδιου νομίσματος, καθώς εκκινούν από την ίδια ουσία.

1.1.8 Μητρική φροντίδα και παθολογικά χαρακτηριστικά της μητέρας στο ΜετΣ

Η μητρική φροντίδα, ως βασικός οργανωτής του ψυχικού κόσμου, έχει μελετηθεί από διάφορους τομείς της ψυχολογίας, ιδιαίτερα από την εξελικτική ψυχολογία, την νευροψυχολογία, την ψυχανάλυση. Η μελέτη της βιολογικής έδρας του ψυχικού κόσμου στηρίχθηκε κατά πολύ σε μελέτες άλλων θηλαστικών, με τα οποία ο άνθρωπος μοιράζεται κάποια κοινά εγκεφαλικά και βιολογικά στοιχεία. Ως προς τη σημασία της μητρικής φροντίδας για την καλή οργάνωση του νευροενδοκρινικού συστήματος υπάρχουν σημαντικά ευρήματα από μελέτες σε επίμυες. Πράγματι, διαφοροποιήσεις στη μητρική φροντίδα μπορεί να επηρεάσουν τις νευροενδοκρινικές αντιδράσεις στο στρες, οι οποίες διατηρούνται και κατά την ενήλικη ζωή. Σε πειραματικές συνθήκες παρατηρήθηκε, ότι επίμυες, οι οποίοι δέχθηκαν περισσότερες φροντίδες από τη μητέρα κατά τις πρώτες δέκα ημέρες της ζωής τους, στην συνέχεια όταν βρισκόταν υπό συνθήκες ξαφνικού στρες εμφάνιζαν μειωμένη φλοιοεπινεφριδιοτρόπο ορμόνη (αδρενοκορτικοτρόπος ορμόνη, κορτικοτροπίνη, ACTH, Adrenocorticotropic Hormone)¹⁸ και κορτικοστερόνη,

¹⁸ Η φλοιοεπινεφριδιοτρόπος ορμόνη (αδρενοκορτικοτρόπος ορμόνη, κορτικοτροπίνη, ACTH, Adrenocorticotropic Hormone) είναι μια πεπτιδικής φύσεως ορμόνη που παράγεται από τα κορτικοτρόπα κύτταρα του προσθίου λοβού της υπόφυσης, ως αποτέλεσμα της διέγερσης από την υποθαλαμική ορμόνη κορτικοεκλυτίνη (CRH). Η ACTH διεγείρει την έκκριση κορτιζόλης, αλδοστερόνης και ανδρογόνων από το φλοιό των επινεφριδίων. Διεγείρει το πρώτο στάδιο της στεροειδογένεσης, που αφορά τη μετατροπή της χοληστερίνης σε πρεγνενολόνη.

Η ACTH αποτελεί το σημαντικότερο τμήμα διάσπασης ενός μεγαλύτερου πεπτιδίου της προοπιομελανοκορτίνης (POMC). Άλλα προϊόντα διάσπασης της POMC αποτελούν τα κλάσματα της μελανοτροπικού ορμόνης (α-MSH, β-MSH, γ-MSH) η β-λιποτροπίνη και η β-ενδορφίνη. Η έκκριση της ACTH ακολουθεί τις ημερήσιες διακυμάνσεις της έκκρισης CRH από τον υποθάλαμο. Η μέγιστη συγκέντρωση παρατηρείται τις πρώτες πρωινές ώρες, ενώ η ελάχιστη συγκέντρωση παρατηρείται στο μέσο περίπου της νύκτας

αυξημένη ευαισθησία στην ανατροφοδότηση γλυκοκορτικοειδών (ορμονών του στρες) και χαμηλά επίπεδα αγγελιοφόρου RNA¹⁹ (Liu et al., 1997).

1.1.9 Οξειδωτικό στρες

Το οξειδωτικό στρες ορίζεται ως «ανισορροπία μεταξύ οξειδωτικών και αντιοξειδωτικών παραγόντων, υπέρ των οξειδωτικών, που δυνητικά οδηγεί σε βλάβη (Azzi et al., 2004; Sies, 1997). Μπορεί να οφείλεται σε αυξημένη παραγωγή ROS (Reactive Oxygen Species), πτώση στην αντιοξειδωτική ικανότητα ή και τα δυο (Roberts et al., 2009). Οι παράγοντες αυτοί επηρεάζονται από την ηλικία, το στρες, το κάπνισμα, την υπνική άπνοια, την χημειοθεραπεία και από άλλους παράγοντες που επιδρούν στο κύτταρο (Ntalapascha et al., 2013), όπως κοινές ασθένειες (διαβήτης τύπου II, καρδιαγγειακά προβλήματα) (Jones, 2006). Τα ROS προέρχονται σε μεγάλο βαθμό από τον λιπώδη ιστό, και υπάρχουν σε παχύσαρκα άτομα, ακόμα και αν δεν νοσούν από διαβήτη (Matsuda, & Shimomura, 2013). Οι περισσότερες ελεύθερες ρίζες που υπάρχουν *in vivo*²⁰, είναι ή προέρχονται από ROS²¹ ή Reactive Nitrogen Species. Τα πρώτα συμμετέχουν σε διάφορες βιοχημικές διαδικασίες και επηρεάζουν το ανοσοποιητικό σύστημα, καθώς και την ενεργοποίηση ενδοκυττάριας επικοινωνίας (Vollaard et al., 2005). Παράλληλα οι ελεύθερες ρίζες έχουν σχετιστεί με τον μηχανισμό γήρανσης (Dröge, 2002), καθώς ο βασικότερος βιολογικός στόχος της κυτταρικής οξείδωσης είναι το DNA (Niess et al., 1996). Κάθε νέα γενιά κυττάρων, υπό την πίεση της κυτταρικής οξείδωσης, παρουσιάζει αλλοιώσεις στα χαρακτηριστικά της, με αποτέλεσμα αθροιστικά να δημιουργούνται γονιδιακές μεταλλάξεις και απώλεια κυτταρικών λειτουργιών δράσης ή ανάσχεσης της δράσης.

Όταν η παραγωγή ελευθέρων ριζών υπερβαίνει τις ανάγκες του οργανισμού, τότε εκκρίνονται μια σειρά από αντιοξειδωτικά ένζυμα και πολλά, ενδογενή

Σε αρκετές καταστάσεις αυξάνει η έκκριση ACTH, ως απάντηση στην υποθαλαμική CRH, κοινό χαρακτηριστικό των οποίων είναι το stress. Παραδείγματα αποτελούν η ασθένεια, η μυϊκή εξάντληση, ο πυρετός, ο πόνος, η υπογλυκαιμία και χειρουργικές επεμβάσεις. Στις καταστάσεις αυτές, η παραγόμενη κορτιζόλη κινητοποιεί τον μεταβολισμό του οργανισμού προς την κατεύθυνση της προσαρμογής προς το στρεσογόνο παράγοντα.

¹⁹ Αγγελιοφόρος mRNA: ομάδα μορίων RNA που φέρουν γενετικές πληροφορίες οι οποίες καθορίζουν την γονιδιακή έκφραση.

²⁰ *In vivo*: σε ζώντα οργανισμό.

²¹ Δραστικές Μορφές Οξυγόνου: χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: 1. ελεύθερες ρίζες, 2. ιόντα, 3. συνδυασμό ελευθέρων ριζών και ιόντων, 4. μόρια. Είναι βραχύβια μόρια και χαρακτηρίζονται από ένα μονήρες ηλεκτρόνιο στην εξωτερική τους στιβάδα, το οποίο κλέβει ένα ηλεκτρόνιο από παρακείμενο μόριο, καθιστώντας το τελευταίο ελεύθερη ρίζα. Έτσι ξεκινά μια αλυσιδωτή αντίδραση, η οποία καταλήγει σε κυτταρική βλάβη (Salway, 2006). Salway, J. G. (2006). *Ιατρική Βιοχημεία με μια Ματιά*, 2η Έκδοση. Blackwell Publishing, σ. 49.

και προερχόμενα από την διατροφή, αντιοξειδωτικά (Juránek et al., 2013). Για να μετρήσουμε την κατάσταση του οξειδωτικού στρες χρησιμοποιούμε ορισμένους οξειδωτικούς βιοδείκτες. Οι βιοδείκτες περιγράφονται μέσα από διάφορα κριτήρια, τα οποία αντανακλούν «συγκεκριμένα βιολογικά γεγονότα, τα οποία συνδέονται με την παθογένεση μιας ασθένειας ή κατάστασης» (Lykkesfeldt, 2007) (σελ. 51).

Η κυτταρική οξείδωση μπορεί να μετρηθεί μέσα από μια σειρά βιοδεικτών, όπως η γλουταθειόνη, τα πρωτεϊνικά καρβονύλια, η μηλονική διαλδεϋδη και η ολική αντιοξειδωτική ικανότητα του πλάσματος.

Η γλουταθειόνη (GPU) είναι μια ουσία με χαμηλό μοριακό βάρος, που συντίθεται στο κυτταρόλυμα²². Αποτελείται από τρία αμινοξέα: την γλουταμάτη, την κυστεΐνη και την γλυκίνη, που συνδέονται μεταξύ τους μέσω ενός γ-πεπτιδίου και ενός συμβατικού δεσμού α-πεπτιδίου. Η αναχθείσα γλουταθειόνη είναι ένα μόριο το οποίο συμμετέχει σε μια σειρά από αντιοξειδωτικές δράσεις (Appenzeller-Herzog, 2011). Αντιδρά επίσης άμεσα με διάφορους παράγοντες οξείδωσης με μη-ενζυματικό τρόπο. Μπορεί να αντιδράσει εξίσου αποτελεσματικά με λιπίδια και διάφορα οργανικά υπεροξειδία (Ceriello et al., 2004).

Η μηλονική διαλδεϋδη (MDA) αποτελεί δείκτη υπεροξείδωσης (καύσης) λιπιδίων (Nielsen et al., 1997). Η χρήση της, ως δείκτη κυτταρικής οξείδωσης, έχει αμφισβητηθεί από κάποιους ερευνητές, λόγω του ότι οι τιμές της μπορεί να επηρεαστούν από το κάπνισμα (Lykkesfeldt, 2007). Στην παρούσα έρευνα πραγματοποιείται ειδικός έλεγχος για την αποφυγή αυτού του φαινομένου.

Τα πρωτεϊνικά καρβονύλια (PCC) αποτελούν σημαντικό δείκτη της έκτασης του οξειδωτικού στρες, αναφορικά με την κυτταρική βλάβη, την γήρανση και διάφορες διαταραχές που σχετίζονται με παράγοντες ηλικίας (Fedorova et al., 2013). Μπορούν να προέλθουν από οξείδωση των υπολειμμάτων αμινοξέων ή πολυακόρεστων λιπαρών οξέων, ή από γλυκοξείδωση (Ulrich et al., 2001; Ahmed et al, 2007).

Η συνολική αντιοξειδωτική ικανότητα του πλάσματος (TAC) αποτελεί έναν αξιόπιστο δείκτη κυτταρικού οξειδωτικού στρες (Ghiselli et al., 2000). Αναφέρεται στα μόρια μιας ελεύθερης ρίζας που δεσμεύονται από ένα πειραματικό διάλυμα, πέρα από όποια αντιοξειδωτική δράση των αντιοξειδωτικών ουσιών του μείγματος.

²² Κυτταρόλυμα: το υγρό μέρος του κυτταροπλάσματος, χωρίς τα οργανίδια ή τις αδιάλυτες δομές

Μια αξιόπιστη εικόνα του οξειδωτικού στρες απαιτεί την ανάλυση τόσο ξεχωριστών σύμπλοκων, όσο και την γενική αντιοξειδωτική ικανότητα.

Αυξημένο οξειδωτικό στρες σχετίζεται με διάφορες εκδηλώσεις του οξειδωτικού στρες, όπως η αθηροσκλήρυνση, η υπέρταση και ο διαβήτης τύπου 2 (Ceriello et al., 2004). Συνδέεται επίσης με την αντίσταση στην ινσουλίνη (Urakawa et al., 2003), η οποία θεωρείται, όπως παρουσιάσαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο, ως ο βασικότερος ίσως αιτιολογικός παράγων πρόκλησης ΜετΣ.

Η κυτταρική οξείδωση θεωρείται ότι συνδέεται με το ψυχολογικό στρες (Jones, 2006). Το στρες, όπως περιγράφηκε με μεγαλύτερη λεπτομέρεια στην υποενότητα 1.1.5, συνιστά απάντηση σε δυνητικά απειλητικές καταστάσεις. Πυροδοτεί μια σειρά από επιμέρους ψυχολογικές και βιοχημικές αντιδράσεις, οι οποίες συλλογικά και συνδυασμένα στοχεύουν στην προσαρμογή του οργανισμού στη νέα συνθήκη. Αυτές οι λειτουργίες μπορούν να ανασταλούν, όταν υπάρχει δυσλειτουργία στην ρύθμιση του συναισθήματος, όπως συμβαίνει στην περίπτωση της αλεξιθυμίας.

1.2 Ψυχοδυναμική Προσέγγιση των Σωματικών Ασθενειών

1.2.1 Το Ψυχικό Όργανο, πρώτος ομοιοστατικός μηχανισμός

Στο κείμενό του «Σχέδιο για μια επιστημονική ψυχολογία» (1895), ο Freud αναφέρει, ότι στην μελέτη νοητικών διαδικασιών, ιδιαίτερα της αντίληψης, δεν πρέπει να μελετώνται απομονωμένοι νευρώνες, αλλά συστοιχίες νευρώνων. Η θέση αυτή αντιπροσωπεύει την σύνθετη αντίληψη του Freud για την δημιουργία και λειτουργία του Εγώ, ως αποτέλεσμα συγκρούσεων και ζυμώσεων εσωτερικών και εξωτερικών δυναμισμών. Αυτή η θεωρητική τοποθέτηση του Freud, τον καθορίζει ως πρόγονο των νευροεπιστημών (Lechevalier, 1998).

Στο κείμενο αυτό, ο Freud ορίζει δυο ξεχωριστές αρχές που διέπουν το ψυχικό όργανο, θεμελιώνοντας έτσι την οικονομική θεωρία του. Η πρώτη ονομάζεται αρχή της σταθερότητας. Περιγράφει την τάση του ψυχικού οργάνου να διατηρεί το χαμηλότερο δυνατό επίπεδο διέγερσης, ή να κρατά σταθερή τη διέγερση. Η σταθερότητα βεβαιώνεται μέσω εκφόρτισης της υπάρχουσας ενέργειας ή μέσω αποφυγής της αύξησης των διεγέρσεων (Laplanche,& Pontalis, 1986). Οι μηχανισμοί άμυνας του Εγώ μπροστά στο άγχος, τίθενται στην υπηρεσία της αρχής της σταθερότητας. Η δεύτερη αρχή που περιέγραψε ο Freud, ονομάζεται αρχή της νευρωνικής αδράνειας. Αναφέρεται στην τάση των νευρώνων

να εκκενώνουν τις ποσότητες διέγερσης που προσλαμβάνουν (Freud, 1895). Οι δυο αυτές αρχές μετατρέπονται αργότερα στην σκέψη του Freud, στην αρχή της ευχαρίστησης και αρχή της δυσαρέσκειας.

1.2.2 Η ενεστώσα νεύρωση

Ο όρος «ενεστώσα νεύρωση» πρωτοεμφανίστηκε στα κείμενα του Freud το 1888. Αναφέρεται σε νευρώσεις επίκαιρης αιτιολογίας, οι οποίες σχετίζονται με υπερδιέγερση σωματικής προελεύσεως. Υποκατηγορίες της ενεστώσας νευρώσεως αποτελούν η νευρασθένεια, η αγχώδης νεύρωση και η υποχονδρία (Laplanche,& Pontalis, 1986).

Η νευρασθένεια αποτελεί σωματική εξασθένηση νευρικής προελεύσεως, και εκδηλώνεται με κεφαλαλγίες, αίσθημα αδυναμίας, δυσπεψία, δυσκοιλιότητα, περιορισμένη σεξουαλική διάθεση. Οφείλεται σε απρόσφορη σεξουαλική ικανοποίηση.

Η αγχώδης νεύρωση προκαλείται από συσσώρευση σεξουαλικής διέγερσης, η οποία δεν είναι δυνατόν να εκφορτιστεί, ούτε να αναπαρασταθεί επαρκώς. Κατά συνέπεια εκφράζεται με άγχος.

Η υποχονδρία εκφράζεται με επίμονη ανησυχία για το σώμα, υπερευαισθησία στις παραμικρές σωματικές αλλαγές και εκδηλώσεις, και πεποίθηση ότι το άτομο πάσχει από κάποια ασθένεια. Ο μηχανισμός σχηματισμού των υποχονδριακών συμπτωμάτων θεωρείται σωματικός, και όχι συμβολικός.

1.2.3 Η σωματο-μετατροπή και η διάκριση από το ψυχοσωματικό σύμπτωμα

Η υστερία προκαλεί μετατροπή της ψυχικής διέγερσης σε σωματική (Laplanche,& Pontalis, 1986). Πρόκειται για νοσολογική οντότητα, η οποία, παρά το γεγονός ότι εμπλέκει το σώμα στην ψυχική σύγκρουση, απαιτεί καλά ανεπτυγμένη ψυχική οργάνωση. Από την μεταψυχολογική άποψη, το υστερικό σύμπτωμα εμφανίζεται όταν υπάρχει καλά ανεπτυγμένη μετα-οιδιποδειακό Υπερεγώ, το οποίο θα επιτρέψει την απόθεση, καθώς και ένα δυναμικό ασυνείδητο ικανό για συμβολοποίηση. Το σωματικό σύμπτωμα στην υστερία διαφοροποιείται από το ψυχοσωματικό σύμπτωμα, κυρίως στο ότι έχει άμεσο συμβολικό χαρακτήρα, και συνοδεύεται από το αίσθημα ενοχής. Ο πόνος βιώνεται, χωρίς όμως να έχει οργανική βάση. Αντίθετα, το ψυχοσωματικό σύμπτωμα έχει οργανική βάση, αλλά κάποιες φορές αργεί να γίνει αντιληπτό ή να του δοθεί η απαραίτητη σημασία από το άτομο, ώστε να καταγραφεί στην συνείδησή του ως υπαρκτό πρόβλημα προς επίλυση.

1.2.4 Σχηματισμός του ψυχοσωματικού συμπτώματος και ιστορική αναδρομή των ψυχοδυναμικών θεωριών

Η θεώρηση των ψυχικών φαινομένων και λειτουργιών ως βασικών αιτιολογικών παραγόντων στη διερεύνηση σωματικών νόσων και συνδρόμων αμφισβητήθηκε από κάποιους τις τελευταίες δεκαετίες. Σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του «The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM-II), υπήρχε κατηγοριοποίηση ορισμένων σωματικών διαταραχών ως «ψυχοφυσιολογικές διαταραχές». Στην επόμενη έκδοση των διαγνωστικών κριτηρίων DSM-III, αυτή η κατηγορία μετονομάστηκε σε «ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη γενική σωματική κατάσταση», και η ονομασία αυτή διατηρήθηκε στις επόμενες εκδόσεις (DSM IV, DSM IV-TR). Όπως παρατηρεί ο Nemiah (2000), με την αναθεώρηση αυτή παύει να υπονοείται αιτιολογική σχέση ανάμεσα στους ψυχικούς παράγοντες και τις βιολογικές διαταραχές. Οι πρώτοι υποβιβάζονται σε ρόλο συνοδευτικό των δεύτερων και μάλιστα περιγράφονται ως ατυχή εμπόδια στη θεραπεία της σωματικής νόσου. Για παράδειγμα αναφέρεται «παθολογική άρνηση της ανάγκης για χειρουργική επέμβαση σε ασθενή με νεόπλασμα», «καταθλιπτικά συμπτώματα τα οποία καθυστερούν την ανάνηψη από χειρουργική επέμβαση», «δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά υγείας» όπως η «υπερφαγία, έλλειψη σωματικής άσκησης, μη ασφαλές σεξ» (DSM-IV TR, σελ. 292-293).

Στη βάση αυτής της μεταστροφής μπορεί να διακρίνει κανείς την επικέντρωση στο απτό και μετρήσιμο από την οποία διαπνέεται η ψυχιατρική σκέψη της εποχής. Μετά από την περίοδο της επιστήμης, κατά την οποία τα εργαλεία μέτρησης ήταν πενιχρά, –περίοδο κατά την οποία ωστόσο θεμελιώθηκαν οι σημαντικότερες και επικρατέστερες θεωρίες της ψυχολογίας και της ψυχανάλυσης- , και οι ερευνητές επαφίονταν περισσότερο στην ποιοτική εις βάθος μελέτη των ψυχικών και ψυχοσωματικών φαινομένων, ακολούθησε η περίοδος της αυστηρής ψυχιατρικής, της φαινομενολογίας και της επαλήθευσης μέσα από βιολογικούς δείκτες και καταγραφές. Η περίοδος αυτή κάρπισε πολλαπλά ευρήματα ως προς τις ψυχικές και σωματικές νόσους, οι οποίες μελετήθηκαν, ως επί το πλείστον, ως ξεχωριστές οντότητες. Παρά τον διαχωρισμό αυτό, θεμελιώθηκαν σημαντικές παραδοχές, οι οποίες στο επόμενο στάδιο ανάπτυξης της επιστήμης μπορούν να χρησιμεύσουν στη γεφύρωση των σωματικών και των ψυχικών φαινομένων, και τελικά στην ολοκληρωμένη θεώρηση του ατόμου, συνενώνοντας τα διάφορα επίπεδα λειτουργίας του σε μια πολυδιάστατη αναπαράσταση.

Μέσα από τις νέες απεικονιστικές μεθόδους, δημιουργήθηκε η δυνατότητα παρακολούθησης της εγκεφαλικής λειτουργίας καθώς και των άλλων βιολογικών λειτουργιών υπό διάφορες συνθήκες και σε διάφορους πληθυσμούς ασθενών και υγιών ατόμων (Kaplan-Solms, & Solms, 2000). Πραγματοποιήθηκαν άλματα στον τομέα της νευροψυχολογίας, αναπτύχθηκαν νέοι τομείς εξειδίκευσης, όπως η ψυχονευροενδοκρिनολογία (Ader, 1981; Consoli, 1988, 1992; Feller, et al., 2014) και η νευροψυχανάλυση (Levin, 2011). Τα ευρήματα που προέκυψαν από την έρευνα της νευροψυχανάλυσης ειδικότερα επέτρεψαν την διάκριση μεταξύ νευρωνικών και ψυχολογικών καταστάσεων (Northoff, 2011).

1.2.5 Ναρκισσισμός

Η έννοια του ναρκισσισμού αναφέρεται στην κυκλική ροή των επενδύσεων από το άτομο προς τον εαυτό του. Περιγράφει ένα κλειστό κύκλωμα, στο οποίο δεν υπάρχουν εξωτερικά αντικείμενα. Μια σχετικά πρόσφατη μελέτη (Decety, 2004) έδειξε ότι, αντίθετα με τις αρχικές εκτιμήσεις της ψυχαναλυτικής προσέγγισης, σύμφωνα με την οποία το βρέφος αρχικά αδυνατεί να διαχωρίσει αντιληπτικά τον εαυτό του από το περιβάλλον, υπάρχει όντως η λειτουργία του διαχωρισμού εαυτού-περιβάλλοντος. Η δυνατότητα αυτή δεν είναι σταθερά παρούσα ή πλήρως ενεργοποιημένη σε πρώτη φάση. Ωστόσο, ένα βρέφος είναι σε θέση να αντιληφθεί, για παράδειγμα, χωρίς να βλέπει, ότι αυτό που το αγγίζει στο μάγουλο είναι το χέρι του και όχι το χέρι κάποιου άλλου. Το εύρημα αυτό δεν αναιρεί την ιδέα του πρωτογενούς ναρκισσισμού του βρέφους, εφόσον πρόκειται για μια λειτουργία ανώριμη ακόμα και μη γενικευμένη. Αφορά μια εν σπέρματι ικανότητα διαφοροποίησης εαυτού και άλλου, γενετικά προκαθορισμένη, η οποία, όμως, μένει να διαπιστωθεί κατά πόσον θα ενεργοποιηθεί στα επόμενα στάδια ανάπτυξης, καταλαμβάνοντας μέρος ή όλο τον χώρο της συνείδησης των ορίων του εαυτού.

Τον πρωτογενή ναρκισσισμό, τον οποίο ο Freud τοποθετεί στην πρώιμη παιδική ηλικία, διαδέχεται σε ορισμένες περιπτώσεις ο δευτερογενής ναρκισσισμός. Πρόκειται για απόσυρση της λιβιδινικής ενέργειας από τα αντικείμενα και επιστροφή της στον εαυτό (Freud, 1914). Δευτερογενής παλινδρόμηση μπορεί να συμβεί σε σοβαρές παθολογικές καταστάσεις, όπως ο σχιζοφρενικός ναρκισσισμός, αλλά ενυπάρχει και στο Ιδεώδες του Εγώ, δομή μόνιμη στο ψυχικό όργανο. Όπως αναφέρεται στο κεφάλαιο **1.3.16**, το Ιδεώδες του Εγώ συγκεντρώνει τα κοινωνικά πρότυπα και την εξιδανικευμένη εικόνα του Εγώ, με τα οποία προσπαθεί το άτομο να συμμορφωθεί.

Η Tustin (1972) μίλησε για «αυτιστικές τσέπες» σε νευρωτικά, κατά την κυρίαρχη λειτουργία, παιδιά. Τις περιέγραψε ως σημεία, όπου οι μεταβατικές εμπειρίες δεν αναπτύχθηκαν ποτέ. Η πραγματικότητα παραμορφώνεται, η φαντασία παραμένει πρωτόγονη και εκφράζεται μόνο μέσα από παιχνίδια με σωματικά αντικείμενα, ή και ισοδύναμά τους. Η συγγραφέας αποδίδει την ύπαρξή τους σε κενά της γονεϊκής αλεξιδιεγερτικής λειτουργίας περίεξης και απόδοσης περιεχομένου. Θεωρεί, ότι αυτές οι «αυτιστικές κάψουλες» προστατεύουν από την υπερευαισθησία και την απόγνωση που πηγάζει από πρώιμα τραύματα. Και άλλοι κλινικοί, όπως ο Taylor (1987), Rosenfeld (1997) Ciccone & Lhopital (2001) παρατήρησαν αυτιστικές διεργασίες στις ψυχοσωματικές διαταραχές.

1.2.6 Η σχέση αντικειμένου

Η αντικειμενότροπος σχέση ή σχέση αντικειμένου, περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο το υποκείμενο σχετίζεται με το περιβάλλον του. «Είναι το συνολικό και περίπλοκο αποτέλεσμα μιας ορισμένης οργάνωσης της προσωπικότητας, μιας λίγο ως πολύ φανταστικής επίγνωσης των αντικειμένων, και μερικών προνομιακών τύπων άμυνας» (Laplanche & Pontalis, 1986). Ο κυρίαρχος τύπος αντικειμενοτρόπου σχέσεως ενεργοποιείται σε κάθε διαπροσωπική επαφή, προσαρμοζόμενος στις εκάστοτε μεταβιβαστικές κινήσεις, καθορίζοντας το επίπεδο προσαρμοστικότητας.

1.2.7 Η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση

Ο ψυχαναλυτικός όρος μεταβίβαση υποδηλώνει «μια διεργασία, μέσω της οποίας οι ασυνείδητες επιθυμίες επανενεργοποιούνται και αποκτούν υπόσταση επίκαιρου γεγονότος.» (Laplanche et Pontalis, 1986). Η αντιμεταβίβαση έρχεται από το μέρος του θεραπευτή, ως ασυνείδητη απόκριση στη μεταβίβαση του θεραπευόμενου. Η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση θεωρούνται θεμελιώδη εργαλεία της ψυχαναλυτικής τεχνικής.

Δεδομένου ότι «κάθε άνθρωπος έχει την αναπόφευκτη δύναμη να μεταφέρει σε αυτό που συναντά τα ίχνη αυτού που αγάπησε» (Jacob, 2001), το φαινόμενο της μεταβίβασης μπορεί να παρατηρηθεί και στα πλαίσια της κλινικής συνέντευξης, όπως σε κάθε κλινική πράξη. Η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση προσφέρουν αντιπροσωπευτική εικόνα για τις σχέσεις του ατόμου, όπως δομούνται στον ενεστώτα χρόνο, αλλά και κατά την «αρχαϊκή περίοδο», πριν επέλθει διαφοροποίηση βρέφους

και αντικειμένου. Μέσα από τη μελέτη της μεταβίβασης και της αντιμεταβίβασης διαφαίνονται οι απόηχοι της συνάντησης του βρέφους με τη μητέρα, όπως έχουν καταγραφεί εντός της σωματοψυχικής οργάνωσης του ασθενούς μέσα από τη δυναμική αλληλεπίδρασή τους. Γράφοντας για τη μεταβίβαση στην ψυχαναλυτική πρακτική με ασθενείς που υποφέρουν από σωματικές αποδιοργανώσεις, η Joyce McDougall (1989) αναφέρει, ότι οι δυσκολίες στην αντιμεταβίβαση με αυτούς τους ασθενείς οφείλονται κυρίως στην απροθυμία τους να δεχθούν βοήθεια, η οποία που θα τους εξέθετε στον τρόπο της επανάληψης τραυματικών καταστάσεων που βίωσαν κατά την πρώιμη παιδική ηλικία.

Ένας μεταβολικός ασθενής, σε θεραπεία, χαρακτηριστικά μου αναφέρει μετά από μια στιγμή εγγύτητας, την οποία ακολούθησε παύση συναισθηματικά φορτισμένη, «δεν θα με κάνετε πενηνταράκια». Στην συνέχεια μου εξηγεί, ότι δεν θα επιτρέψει να έρθουμε κοντά, για να μην πληγωθεί. Επέμενε να μην μιλήσει για το πότε είχε πληγωθεί, ούτε καν για το πώς νιώθει τώρα, παρά το γεγονός ότι δεν του ζητήθηκε κάτι τέτοιο. Αφού εξέφρασε την πεποίθηση ότι θέλω να τον ελέγξω, και γι' αυτό ενδιαφέρομαι να μάθω τι του συμβαίνει, πέρασε σε μηχανιστική εξιστόρηση των γεγονότων της ημέρας.

1.2.8 Γονεϊκό μορφοείδωλο

Το γονεϊκό μορφοείδωλο, ή διαφορετικά *imago*, έννοια που περιέγραψε πρώτος ο Carl Jung το 1911 στο έργο του «Μεταμορφώσεις και σύμβολα της λίμπιντο», περιγράφει την ασυνείδητη εικόνα προσώπων της οικογένειας, η οποία καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιλαμβάνεται τους άλλους και σχετίζεται μαζί τους. Προκύπτει από τις πρώιμες διϋποκειμενικές σχέσεις με τα πρόσωπα του οικογενειακού περιβάλλοντος, είτε αυτές είναι πραγματικές, είτε φαντασιωσικές (Laplanche, & Pontalis, 1986). Τα μορφοείδωλα δεν συνιστούν ρεαλιστικές απεικονίσεις της πραγματικής υπόστασης του άλλου στην πολυπλοκότητά του. Είναι στατικές και αποσπασματικές φαντασιακές μορφές, οι οποίες μπορεί να παραμορφώνουν σε μεγάλο βαθμό την πραγματικότητα.

1.2.9 Άγχος

Το άγχος αποτελεί φυσική εκδήλωση της ψυχικής λειτουργίας. Δεν συνιστά από μόνο του ψυχοπαθολογικό χαρακτηριστικό, αλλά ψυχική απόκριση σε ορισμένες ψυχοπιεστικές καταστάσεις, όπως το πένθος, συγκρουσιακές σχέσεις με σημαντικά πρόσωπα, η ανεργία, οι εξετάσεις κάθε είδους.

Στην πραγματικότητα, μέτρια ποσά άγχους αποτελούν ένδειξη υγείας. Επιθυμητή είναι μια ψυχική οργάνωση, η οποία είναι σε θέση να αντέξει και να επεξεργαστεί το άγχος, χωρίς να χρειάζεται να το καταστείλει ή να αποδιοργανωθεί από αυτό.

Πέρα από αξιόπιστο κριτήριο καλής ψυχικής οργάνωσης, το άγχος λειτουργεί και ως προειδοποιητικό σήμα. Προκαλεί μια σειρά από σωματικές αντιδράσεις, με υποκειμενικό χαρακτήρα. Συχνότερες εκδηλώσεις άγχους είναι οι ταχυπαλμίες, η εφίδρωση, μυϊκοί και σπλαχνικοί πόνοι, η ξηροστομία, διαταραχές στην αναπνοή. Σε αντίθεση με τον φόβο, που προετοιμάζει το άτομο για να αντιμετωπίσει ένα αντικειμενικά απειλητικό ερέθισμα, και τον τρόπο που παραλύει το άτομο μπροστά σε αυτό, το άγχος πυροδοτείται από έναν εσωτερικό κίνδυνο.

Σύμφωνα με τον Freud, το άγχος αποτελεί αναβίωση παλαιότερης κατάστασης αγωνίας, όταν το άτομο κρίνει ότι υπάρχει κίνδυνος να επαναληφθεί (Freud, 1926). Η αγωνία αυτή μπορεί να είναι φυλογενετική και να ανάγεται στο τραύμα του ανθρώπινου φύλου κατά την εποχή των παγετώνων (Freud, 1915^a), αλλά και σε καταστάσεις βιολογικής απόγνωσης, που έχουν συμβεί κατά την βρεφική ηλικία. Κατά τον Lacan (1966), το άγχος επίσης προέρχεται από τραυματισμούς καθ' όλη τη διάρκεια της ανάπτυξης του ατόμου. Ο Otto Rank (1924) περιγράφει «τον τραυματισμό της γέννησης» ως πηγή άγχους. Πιο σύγχρονες μελέτες, συνδέουν εμπειρίες από την ενδομήτριο ζωή, με την εμφάνιση άγχους (Bergeret&Houser, 2004).

Σε κάποιες περιπτώσεις, οι φροντιστές του βρέφους παρέχουν διακεκομμένες και άστατες φροντίδες. Αυτού του είδους το πλαίσιο δεν επιτρέπει τον σταθερό ψυχικό μεταβολισμό και νοηματοδότηση των εμπειριών του βρέφους από τα αντικείμενα, ώστε να του επιστραφούν με τρόπο ανεκτό. Τα αντικείμενα δεν είναι γεωγραφικά απόντα, αλλά παρουσιάζονται αποδιοργανωμένα, αδιάφορα ή εχθρικά. Η αδιάφορη ή επικίνδυνη πλευρά των αντικειμένων υφίσταται σχάση, η οποία ενδοβάλλεται από το βρέφος, το οποίο αποκόπτεται από ένα μέρος των λειτουργιών και των αισθημάτων του. Την ίδια στιγμή όμως, προσκολλάται στο αντικείμενο, δημιουργώντας όχι δεσμό από κάθεξη²³, αλλά δεσμό εξάρτησης (Ferrant, 2007).

²³ Η κάθεξη ή επένδυση: ψυχαναλυτικός οικονομικός όρος. Περιγράφει ένα φαινόμενο «κατά το οποίο μια ορισμένη ψυική ενέργεια είναι συνδεδεμένη με μια αναπαράσταση ή μια ομάδα αναπαραστάσεων, ένα μέρος του σώματος, ένα αντικείμενο, κ.λ.π.» (Laplanche & Pontalis, 1986).

Μια ασθενής με ΜετΣ, περιγράφει την ανία που επικρατούσε στο σπίτι τα απογεύματα, όταν καθόταν με την μητέρα της χωρίς να συμβαίνει τίποτα. Η ίδια έπαιρνε την εντολή να παίζει, χωρίς να ξέρει τι να κάνει, ενώ η μητέρα καθόταν παραπέρα, χωρίς να κάνει τίποτα, κοιτώντας το κενό. Ο γάμος της μητέρας, χωρίς ψυχική επαφή, με συχνές απιστίες εκ μέρους του συζύγου, δεν ήταν ευτυχισμένος. Η σχέση με την κόρη παραμένει στενή, «ασφυκτική» όπως την ονομάζει η ίδια η κόρη, με συνεχείς επικρίσεις, που αποτελούν το μόνο θέμα συζήτησης ανάμεσα στις δύο γυναίκες, και γίνεται σε υψηλούς τόνους. Καμία δεν είναι ευχαριστημένη από την άλλη, όμως αδυνατούν να αποχωριστούν η μία την άλλη.

Είδη του άγχους.

Σύμφωνα με τους Corcos και Speranza (2003), το άτομο μπορεί να ακολουθήσει δύο δρόμους, βιώνοντας το άγχος. Ο πρώτος είναι να δημιουργήσει σχάση, αφήνοντας την εμπειρία να επηρεάσει ένα μέρος από την ψυχική του λειτουργία. Ο δεύτερος είναι να εμπλέξει την νευρωτική οργάνωση, μέσω του άγχους ευνουχισμού. Αυτές οι δύο βασικές διέξοδοι διακλαδίζονται σε τρεις επιμέρους κατηγορίες άγχους: τα πρώιμα άγχη, τα άγχη διαφοροποίησης/αποχωρισμού, τα άγχη τα οποία σχετίζονται με την διαφορά μεταξύ των φύλων, σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση που προτείνει ο Ferrant (2007)

Άγχη πρώιμα.

Τα πρώιμα άγχη σχετίζονται περισσότερο με την αυτιστική και την παρανοειδή-σχιζοειδή θέση. Παρά το γεγονός ότι χαρακτηρίζουν περισσότερο τις ψυχωτικές δομές και λειτουργίες, μπορούν να εμφανιστούν και σε οριακές ή και νευρωτικές παθολογικές οργανώσεις. Επίσης παρατηρούνται σε ασθενείς που πάσχουν από ψυχοσωματικές αποδιοργανώσεις.

❖ Άγχος εκμηδένισης

Προέρχεται από πολύ πρώιμα βιώματα μη-ενσωμάτωσης, τα οποία δεν έχουν περιεχθεί επαρκώς από το μητρικό αντικείμενο. Σχετίζεται με την ενόρμηση θανάτου, κατά την Melanie Klein (1952²⁴). Περιγράφεται ως αίσθημα αποσύνδεσης και εκμηδένισης, και βιώνεται σαν «άγχος κατάρρευσης»²⁴ (Winnicott, 1965, 1974).

²⁴ Άγχος κατάρρευσης: (fear of breakdown) έννοια που ανέπτυξε ο Donald Winnicott (1974). Περιγράφει το αίσθημα του φόβου μιας κατάρρευσης που έχει ήδη υπάρξει, χωρίς να έχει γίνει όμως εμπειρία, λόγω της πρωιμότητας του ψυχικού οργάνου την στιγμή του τραυματισμού.

Παρουσιάζεται με την μορφή εμπειρίας αποσύνδεσης, όπως βιώνεται στις κρίσεις πανικού, κατά τις οποίες το άγχος κατακυριεύει και παραλύει το άτομο.

Στο βρέφος, το άγχος εκμηδένισης λειτουργεί προς όφελος της επιβιώσής του, καθώς το ωθεί να πλησιάσει και να προσκολληθεί σε πρόσωπα-φροντιστές. Όταν οι φροντιστές δεν περιέχουν αυτό το άγχος, δρώντας καθησυχαστικά και μεταφράζοντας το αίσθημα σε εικόνες, μονιμοποιείται και καθίσταται παθολογικό.

Σχετίζεται με κινήσεις εξάρτησης, και μηχανισμούς άμυνας όπως η σχάση και η μη νευρωτική άρνηση.

❖ Άγχος κατακερματισμού

Προϋποθέτει την αναπαράσταση ενός ήδη οργανωμένου συστήματος, τουλάχιστον μερικώς, το οποίο κινδυνεύει να εξαρθρωθεί. Βιώνεται ως απώλεια της συνοχής ενός υπάρχοντος συστήματος.

Συνήθως το άγχος κατακερματισμού παρατηρείται στις ψυχωτικές λειτουργίες. Εκεί μπορεί να εκφραστεί και μέσω οπτικών ψευδαισθήσεων μπροστά σε κάτοπτρο, όπου το πρόσωπο εμφανίζεται μισό ή ως μωσαϊκό από χαρακτηριστικά.

Θεωρείται περισσότερο εξελιγμένο άγχος σε σχέση με αυτό της εκμηδένισης, καθώς εμπεριέχει την εμπειρία ενός αντικειμένου του οποίου συγκρατούσε και οργάνωνε τις λειτουργίες του. Συνεπώς αφορά την απώλεια του αντικειμένου, όμως η αντίδραση δεν αφορά το πένθος για το χαμένο αντικείμενο, αλλά για τις επιπτώσεις που θα έχει αυτή η απώλεια στην συνοχή του ατόμου. Σχετίζεται περισσότερο με κινήσεις σχάσης και αγκίστρωσης.

❖ Άγχος αδειάσματος

Το άγχος αδειάσματος βιώνεται ως ο κίνδυνος απώλειας του περιεχομένου, της ουσίας του ατόμου. Και αυτό προϋποθέτει την ύπαρξη ενός περιέχοντος αντικειμένου, πράγμα που δημιουργεί κάποια σύνδεση με τα άγχη διαφοροποίησης και αποχωρισμού. Συνδέεται μερικώς με πρωκτικές τάσεις συγκράτησης και αποβολής.

Οι άμυνες στο άγχος αδειάσματος εντοπίζονται στον εύρεση ενός αντικειμένου, το οποίο θα δράσει ως φραγμός στην ναρκισσιστική αιμορραγία. Αυτό, μπορεί να γίνει αντικείμενο κατοχής (Ferrant, 2001), ή αποπλάνησης (Denis, 1992).

Άγχη διαφοροποίησης/αποχωρισμού

Τα άγχη διαφοροποίησης/αποχωρισμού σχετίζονται με την καταθλιπτική θέση. Είναι συχνά στις οριακές παθολογίες, ωστόσο μπορούν να παρουσιαστούν και σε έδαφος νευρωτικών ή ψυχωτικών κινήσεων του ψυχικού οργάνου.

❖ Άγχος εισβολής

Το άγχος εισβολής μπορεί να έχει διαφορετικό χαρακτήρα, ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο και την ποιότητα της ανάπτυξης του ψυχικού οργάνου. Παρά το γεγονός,

ότι τοποθετείται στα άγχη διαφοροποίησης/αποχωρισμού, μπορεί να εμφανιστεί επίσης στο πλαίσιο ενός άγχους σχετικού με την διαφορά των φύλων.

Προέρχεται από πρώιμες εμπειρίες της φάσης διαφοροποίησης από το αντικείμενο. Κατά την βρεφική ηλικία, βιώνεται μια κατάσταση μη-διαφοροποίησης από το μητρικό αντικείμενο, η οποία στηρίζεται στην φαντασίωση ενός «κοινού δέρματος» (Anzieu, 1974). Οι μητρικές παροχές, όταν είναι αρκετά καλές και αρκετά σταθερές, ενισχύουν αυτήν την αμυντική φαντασίωση, η οποία μάχεται την πραγματικότητα του ανίσχυρου και εξαρτημένου από τις φροντίδες άλλων βρέφους. Στο βρέφος ενεργοποιείται ο μηχανισμός της προβλητικής ταύτισης, όπως περιγράφηκε από τους Ciccone και Lhopital (2001): μπορεί να διεισδύει στο αντικείμενο και να το ελέγχει, όπως το αντικείμενο διεισδύει και ελέγχει αυτό. Πρόκειται για εναλλαγή της παθητικής με την ενεργητική θέση. Το άτομο χάνει την επαφή με τις φαντασιώσεις διείσδυσης και κατοχής του αντικειμένου, τις οποίες προβάλλει σε αυτό, αποδίδοντάς του διωκτικές προθέσεις.

Η μορφή αυτή του άγχους είναι συχνή στις ψυχωτικές παθολογίες, όπου οι προβεβλημένες επιθυμίες και φαντασιώσεις επιστρέφουν στο ίδιο το άτομο, υπό την μορφή διωκτικού παραληρήματος, καθώς και ακουστικών, οπτικών και ακουστικών παραισθήσεων. Στις οριακές και νευρωτικές οργανώσεις εκφράζεται με αμυντικούς μηχανισμούς, όπως η προβλητική ταύτιση, και επιτείνει το άγχος ευνουχισμού και διείσδυσης.

❖ Άγχος απώλειας

Το άγχος της απώλειας εξ' ορισμού προϋποθέτει την κατοχή. Συνεπώς εμπλέκει τη σχέση με το αντικείμενο. Μπορεί να εμφανιστεί με δυο μορφές, ανάλογα με τον χαρακτήρα του. Η πρώτη μορφή προέρχεται από τα πρώιμα άγχη, ενώ η δεύτερη σχετίζεται με την καταθλιπτική θέση, καθώς και την συνειδητοποίηση της διαφοράς των φύλων.

Στην πρώτη περίπτωση, το αντικείμενο δεν είναι διαχωρισμένο από το υπόλοιπο περιβάλλον, αλλά παρέχει υπηρεσίες περίεξης και συγκράτησης. Προστατεύει από τον φόβο της «πτώσης χωρίς τέλος» και του εκμηδενισμού. Όσο το αντικείμενο παρέχει σταθερές λειτουργίες και αποκτά συγκεκριμένο ρόλο στην ψυχική λειτουργία του βρέφους, τόσο συγκεκριμενοποιείται το άγχος, για να εξελιχθεί τελικά σε άγχος απώλειας του αντικειμένου, ή της αγάπης του.

Στην δεύτερη περίπτωση, το αντικείμενο παίζει συγκεκριμένο ρόλο για το άτομο, με ζωτική σημασία για την επιβίωσή του. Το άγχος εδώ έγκειται στον φόβο εγκατάλειψης από το αντικείμενο, το οποίο αντιδρά στις επιθετικές του κινήσεις. Στις νευρωτικοποιημένες οργανώσεις, το άγχος απώλειας μετασχηματίζεται σε άγχος απώλειας της ικανότητας προσέγκυσης του αντικειμένου, αποπλάνησής του, σεξουαλικής λειτουργίας και άντλησης απόλαυσης από αυτήν.

Άγχη σχετικά με τη διαφορά των φύλων

Τα άγχη που σχετίζονται με τη διαφορά των φύλων εμφανίζονται στις νευρωτικές οργανώσεις. Χωρίζονται εν μέρει ανατομικά, λόγω της διαφορετικής φυσιολογίας και κατ' επέκταση ψυχονοητικής αναπαράστασης του σώματος, καθώς και των λειτουργιών του. Το άγχος ευνουχισμού συνδέεται περισσότερο με το ανδρικό φύλο, ενώ το άγχος διείσδυσης με το γυναικείο. Ωστόσο, λόγω της διττής ψυχικής σεξουαλικότητας που ενυπάρχει σε κάθε άτομο, και τα δυο άγχη μπορούν να βιωθούν.

❖ Άγχος ευνουχισμού

Στο αγόρι, το άγχος ευνουχισμού συνδέεται κλασικά με την αφαίρεση του πέους του από τον πατέρα, λόγω των επιθυμιών προς την μητέρα, στο πλαίσιο της οιδιπόδειας προβληματικής. Το πέος αποτελεί μια χειροπιαστή απόδειξη δύναμης και ομορφιάς, που χαίρει μεγάλης ναρκισσιστικής επένδυσης, ταυτόχρονα με τον ρόλο του ως φορέα ηδονής. Αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της σωματικής ακεραιότητας. Υπό την έννοια αυτή, το άγχος ευνουχισμού μπορεί να ανάγεται σε πρώιμα άγχη κατακερματισμού.

Το άγχος ευνουχισμού επεκτείνεται επίσης σε κάθε τι άλλο που μπορεί να συμβολίζει την ισχύ και την δημιουργική ικανότητα, ή την ικανότητα ηδονής, το οποίο απειλείται να αφαιρεθεί από κάποιον, εν είδει τιμωρίας. Μπορεί να αφορά ένα από αντικείμενο, όπως ένα αυτοκίνητο, ή κάποια ικανότητα, όπως η ικανότητα εργασίας, άθλησης, γραφής, ή ακόμα ένα πρόσωπο, όπως ένας γιός ή μια κόρη.

❖ Άγχος διείσδυσης

Το άγχος διείσδυσης θεωρείται κλασικά γυναικείο, λόγω της ιδιαίτερης ανατομίας της γυναίκας, η οποία μπορεί να παραβιασθεί. Σχετίζεται με ασυνείδητες επιθυμίες και την τιμωρία τους. Εμπεριέχει οιδιπόδειες φαντασιώσεις, οι οποίες μετατρέπονται από επιθυμία διείσδυσης σε φόβο εισβολής. Η στάση που υιοθετείται είναι παθητική.

Το άγχος διείσδυσης αποτελεί μετεξέλιξη και επεξεργασία του πρώιμου άγχους εισβολής, «στο οποίο το υποκείμενο είναι λιγότερο σε παθητική θέση (δραστηριότητα με παθητικό σκοπό), παρά σε κατάσταση παθητικοποίησης» (Ferrant, 2007, σελ.269).

1.2.10 Μηχανισμοί άμυνας του Εγώ

Οι άμυνες του Εγώ, σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία, αναφέρονται στο «σύνολο των ενεργειών, στόχος των οποίων είναι να ελαττωθεί ή και να ακυρωθεί κάθε μεταβολή ικανή να θέσει σε κίνδυνο τη συνοχή και τη σταθερότητα του ατόμου ως βιοψυχολογική μονάδα» (Laplanche & Pontalis, 1986). Ο όρος αναφέρεται ήδη από το 1894, στο άρθρο του Freud «Οι αμυντικές ψυχονευρώσεις», ως αντίδραση σε σεξουαλικές εμπειρίες και αισθήσεις

που παραμένουν μη αποδεκτές από το άτομο, ιδίως τις γυναίκες. Εάν αυτές οι άμυνες αποτύχουν, τότε δημιουργείται παθολογία. Ο προστατευτικός ρόλος των αμυντικών μηχανισμών τους τοποθετεί στο πλαίσιο των «ενορμήσεων αυτοσυντήρησης», οι οποίες επίσης χαρακτηρίζονται ως «ενορμήσεις του εγώ», πεπωμένα της ενόρμησης (LeGuen, 2008).

Στο έργο του «Αναστολή, Σύμπτωμα και Άγχος», ο Freud υποθέτει, ότι το ψυχικό όργανο χρησιμοποιεί διαφορετικούς αμυντικούς μηχανισμούς, ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο βρίσκεται ως προς την διαμόρφωση του Εγώ, του Εκείνου και του Υπερεγώ (Freud, 1926).

Πρόσφατα ο Ferrant (2007) πρότεινε μια κατηγοριοποίηση των αμυντικών μηχανισμών, ανάλογα με την ποιότητα του άγχους που τους προκάλεσε, θέτοντας έτσι το πλαίσιο ψυχικής λειτουργίας.

Πρώιμες άμυνες

❖ Αγκίστρωση (agrippement/cramponnement)

Το άτομο αγκιστρώνεται και εξαρτά τον εαυτό του με τρόπο φρενήρη από ένα αντικείμενο (άνθρωπο ή άψυχο αντικείμενο), υπό την πίεση της ενόρμησης κατακυρίευσης²⁵

❖ Εξάρθρωση (démantèlement)

Απαντάται περισσότερο στις αυτιστικές λειτουργίες. Συνιστά αποδιοργάνωση των αισθητηριακών λειτουργιών, στις οποίες εγκλωβίζεται το άτομο, δημιουργώντας απροσπέλαστο προστατευτικό τείχος απέναντι στο άγχος εκμηδένισης.

❖ Σχάση του Εγώ (clivage du Moi)

Το Εγώ σχίζεται σε δυο ή περισσότερα μέρη: το ένα διατηρεί επαφή με την πραγματικότητα, ενώ το άλλο ή τα άλλα δημιουργούν μια «νέο-πραγματικότητα», η οποία τα προστατεύει από το άγχος κατακερματισμού.

Άμυνες διαφοροποίησης/αποχωρισμού

❖ Προβολική ταύτιση (identification projective)

Το άτομο απορρίπτει, προς την μεριά του αντικειμένου συναισθήματα που έχουν αφόρητο ψυχικό περιεχόμενο. Εισβάλλει στο εσωτερικό του αντικειμένου και το μειώνει, καθιστώντας το παράλληλα προέκταση του εαυτού του.

❖ Προβολή (projection)

²⁵ Ενόρμηση κατακυρίευσης: «μια ενόρμηση, μη σεξουαλική, η οποία δεν ενώνεται παραδευτερευόντως με τη σεξουαλικότητα και της οποίας ο σκοπός είναι η βίαιη κυριαρχία επί του αντικειμένου» (Laplanche & Pontalis, 1986).

Σύμφωνα με τον Freud ο μηχανισμός αυτός διέρχεται τρία στάδια. Στο πρώτο στάδιο, η αναπαράσταση μετατρέπεται σε ποσόν συναισθήματος²⁶ («αγαπώ αυτόν τον άνδρα»). Στο δεύτερο, μετατρέπεται μέσω αντιστροφής («μισώ αυτόν τον άνδρα»). Στο τρίτο, προβάλλεται προς τα έξω και επιστρέφει στο υποκείμενο («αυτός ο άνδρας με μισεί»). Χαρακτηρίζει κυρίως παρανοϊκές λειτουργίες, αλλά μπορεί να στραφεί και εναντίον αναπαραστάσεων.

❖ Σχάση του Εγώ (clivage au moi)

Η ειδική αυτή μορφή σχάσης αναφέρθηκε από τον Rousillon (1999a). Ο γάλλος ψυχαναλυτής θεωρεί, ότι η σχάση του Εγώ έγκειται σε εξοστρακισμό από το Εγώ στοιχείων της ιστορίας του, τα οποία δεν υποκειμενικοποιήθηκαν. Τα στοιχεία αυτά παραμένουν σε εκκρεμότητα, αναμένοντας να συμβολοποιηθούν.

❖ Σχάση του αντικειμένου (clivage de l'objet)

Το αντικείμενο χωρίζεται σε δυο ασύνδετα μέρη, το ένα φορέας μόνο καλών, ενώ το άλλο φορέας μόνο κακών για το υποκείμενο. Προκύπτει από την ελλειπή επεξεργασία της καταθλιπτικής, κατά Melanie Klein, θέσης.

❖ Άρνηση (dénî)

Η άρνηση μπορεί να έχει διαφορετικά επίπεδα λειτουργίας αποκλεισμού μέρους της πραγματικότητας. Σύμφωνα με τον Racamier (1980b), κάθε παθολογικός σχηματισμός μπορεί να περιλαμβάνει διαφορετικές μορφές άρνησης: στην διαστροφή το αντικείμενο δεν έχει δική του αξία, στην παράνοια δεν έχει δική του πρόθεση, στον φετιχισμό στερείται αυτονομίας και στην σχιζοφρένεια το αντικείμενο και ο κόσμος βρίσκονται εκεί χωρίς καταγωγή.

❖ Αναδρομική ακύρωση (annulation rétroactive)

Μια στάση ή αναπαράσταση ακυρώνεται από μια άλλη, σε μια κίνηση μαγικού ελέγχου. Η αναδρομική ακύρωση ενεργοποιείται όταν αποτυγχάνει η απώθηση. Διαφοροποιείται δε από την απάρνηση, στο ότι η δεύτερη αφορά την ίδια την πραγματικότητα της αντίληψης, και από την άρνηση, στο ότι αυτή αφορά την αναπαράσταση που διατηρείται σε απόσταση (Ferrant, 2007).

Άμυνες που σχετίζονται με την συνειδητοποίηση της διαφοράς των φύλων

❖ Απώθηση (refoulement)

Η απώθηση αποτελεί δομικό στοιχείο της λειτουργίας του ασυνειδήτου. Η αναπαράσταση κλειδώνεται στο ασυνείδητο, αποσυνδεδεμένη από το ποσόν συναισθήματος που την συνοδεύει.

²⁶ Ποσόν (quantum) συναισθήματος: «ποσοτικός παράγων, ο οποίος θεωρείται ότι αποτελεί το υπόστρωμα του υποκειμενικά βιωμένου συναισθήματος' προσδιορίζει ό,τι παραμένει αμετάβλητο κατά τις διάφορες μεταβολές του συναισθήματος:μετάθεση, απόσπαση της αναπαράστασης, ποιοτικές τροποποιήσεις» (Laplanche & Pontalis, 1986).

❖ **Μετάθεση (déplacement)**

Το ασυνείδητο απελευθερώνει το ποσόν συναισθήματος από την αναπαράσταση, την οποία επενδύει, για να το κατευθύνει προς μια άλλη αναπαράσταση, με συμβολική αναλογία. Η απώθηση συνοδεύεται από συμπεριφορές αποφυγής, όπως συμβαίνει και στην υστερία, καθώς και με εκλογικεύσεις, μηχανισμοί οι οποίοι την ισχυροποιούν και την καθιστούν πιο αποδεκτή.

❖ **Αντιδραστικός σχηματισμός (formation réactionnelle)**

Το ποσόν συναισθήματος εγκαταλείπει την αναπαράσταση που συνοδεύει, για να προσκολληθεί στην ακριβώς αντίθετη από αυτήν. Για παράδειγμα, κάποιος φαίνεται ή παρουσιάζεται ότι θαυμάζει πολύ κάποιον άλλον, ενώ στην πραγματικότητα νιώθει βαθύτατη υποτίμηση προς εκείνον.

❖ **Αντιεπένδυση (contre-investissement)**

Το ασυνείδητο διώχνει την αναπαράσταση και το ποσόν συναισθήματος προσκολλάται σε μια άλλη αναπαράσταση, συνειδητή, η οποία εμποδίζει την ανάδυση της πρώτης. Ο μηχανισμός αυτός θυμίζει τον αντιδραστικό σχηματισμό, σε πιο εξελιγμένη μορφή.

❖ **Άρνηση (dénégation)**

Υπάρχει άρνηση εκ μέρους του ατόμου όχι της ίδιας της αναπαράστασης, αλλά του συναισθηματικού φορτίου που αυτή φέρει, το οποίο διατηρείται σε απόσταση, ως μη σχετικό.

❖ **Μόνωση (isolation)**

Όταν η απώθηση αποτυγχάνει, ενεργοποιείται η μόνωση, η οποία αποκόπτει την αναπαράσταση από το ποσόν του συναισθήματος που την συνοδεύει, ουδετεροποιώντας την. Για παράδειγμα, ο μεταβολικός ασθενής παραδέχεται μεν, ότι έχει κάποια σοβαρή διαταραχή, η οποία κινδυνεύει να καταλήξει σε διαβήτη, ωστόσο δεν νιώθει τίποτε ιδιαίτερο για αυτό, και δεν συνδέει αυτό το γεγονός με καμία αναπαράσταση για την νόσο. Στην συνθήκη αυτή, η μόνωση προστατεύει, μεν, από ψυχική διέγερση, ωστόσο δεν επιτρέπει να υπάρξει αρκετή ένταση ώστε να ενεργοποιηθεί και να παραμείνει μακροπρόθεσμα ενεργοποιημένο και επίκαιρο το αίτημα για θεραπεία.

1.3 Η Ψυχαναλυτική Ψυχοσωματική Προσέγγιση

1.3.1 Αρχαιοελληνικές ρίζες της ψυχοσωματικής θεώρησης της σωματικής νόσου και σύγχρονα δεδομένα

Η συνειδητοποίηση της αλληλεπίδρασης της ψυχικής με την σωματική υπόσταση του ανθρώπου δεν είναι πρωτόφαντη. Πολλοί άνθρωποι της τέχνης και της επιστήμης διαισθάνθηκαν αυτόν το δεσμό, που παραμένει μυστηριώδης.

Είναι εντυπωσιακή η πλατωνική διατύπωση, όπως παρουσιάζεται στον «Φαίδρο», της θεωρίας ότι ο άνθρωπος έχει τρεις ψυχές: μία στο κεφάλι (έδρα της νόησης), μία στο στήθος (έδρα των συναισθημάτων) και μία στην κοιλιά (έδρα των σωματικών επιθυμιών). Αυτή η, σχεδόν διαισθητική, αντίληψη του ανθρώπινου όντος, επιβεβαιώνεται κατά κάποιον τρόπο από τα νεότερα ευρήματα σχετικά με το ΜετΣ, όπως προκύπτουν από εξαιρετικά προηγμένες μεθόδους ενδοσκόπησης.

Ο εγκέφαλος, η πλατωνική έδρα της νόησης, διατηρεί συντονιστικό ρόλο στην διαδικασία του μεταβολισμού. Από εκεί εκκρίνονται και εκεί γίνονται δεκτά τα νευροπεπτίδια που καθορίζουν όλες τις λειτουργίες, οι οποίες σχετίζονται με τη λήψη τροφής, τον κορεσμό και τις μεταβολικές διαδικασίες. Εκεί εδράζεται επίσης το δίκτυο αναπαραστάσεων του σώματος και της τροφής. Επιπλέον, στις συνδέσεις των εγκεφαλικών κυττάρων φυλάσσονται οι αισθήσεις, οι συγκινήσεις και τα συναισθήματα που σχετίζονται με την τροφή, το σώμα και τις σχέσεις μεταξύ τους, ακόμα και από την ενδομήτριο ζωή, όπως περιγράφηκε στην υποενότητα **1.1.7**.

Το στήθος, η πλατωνική «έδρα των συναισθημάτων», φιλοξενεί την καρδιά. Γνωρίζουμε πολύ καλά πλέον ότι στο ΜετΣ η καρδιακή λειτουργία διατηρεί σημαίνοντα ρόλο στη μεταβολική διαδικασία. Ενδεικτικά, η Μεταβλητότητα του Καρδιακού Ρυθμού (MKP)²⁷ αποτελεί βασικό δείκτη της φυσικής κατάστασης και της λειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Μειωμένη MKP συνδέεται με την εμφάνιση του ΜετΣ (Liao et al., 1998). Η αυξημένη ινσουλίνη νηστείας, δείκτης αντίστασης στην ινσουλίνη, αυξάνει τη δραστηριότητα του συμπαθητικού συστήματος, η οποία, όταν δεν εξισορροπείται από το παρασυμπαθητικό σύστημα, μπορεί να προκαλέσει αρρυθμίες και ξαφνικό θάνατο (Vollenweider et al., 1993; Reaven et al., 1996). Η MKP είναι ένδειξη των επιδράσεων του αυτόνομου νευρικού συστήματος στην καρδιά, όπως για παράδειγμα του συναισθήματος του άγχους σε συνθήκες στρες (Hemingway et al., 2001; Kawachi et al., 1995). Ενώ ο παράγοντας αυτός συνδέεται με το ΜετΣ, μια πρόσφατη μελέτη επί της σχέσης της MKP με την γλυκαιμική κατάσταση έδειξε, ότι η πρώτη σχετίζεται με το ΜετΣ μέσω πολλαπλών δικτύων, άμεσα και έμμεσα (Jarczok et al., 2013). Σε άλλη έρευνα,

²⁷ Ο όρος μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού αναφέρεται στα διαφορετικά διαστήματα μεταξύ των σφίξεων. Για παράδειγμα αν κάποιος μετρά 60 σφίξεις ανα λεπτό σε συνθήκες ηρεμίας, το διάστημα μεταξύ των χτύπων δεν είναι πάντα 1 δευτερόλεπτο, αλλά μπορεί να κυμαίνεται φυσιολογικά από 0.7 ως 1.3 δευτερόλεπτα. Η καταγραφή του δείκτη αυτού δίνει στοιχεία για την επικράτηση του συμπαθητικού ή παρασυμπαθητικού συστήματος, και συνεπώς αποτελεί ένδειξη διαταραχής στη λειτουργία του οργανισμού.

διαπιστώθηκε, ότι χαμηλή MKP σχετίζεται με καθυστερημένη ανάνηψη της διαστολικής πίεσης μετά από ψυχικό στρες (Weber et al., 2010).

Η έδρα των επιθυμιών κατά τον Πλάτωνα βρίσκεται στην κοιλιά. Εκεί βρίσκονται τα εσωτερικά όργανα που σχετίζονται με την ικανοποίηση των βασικών βιολογικών αναγκών ή καλύτερα με την αποστολή στον εγκέφαλο μηνυμάτων έναρξης και λήξης της ανάγκης. Από τα όργανα αυτά ξεκινά, ως επί το πλείστον η ενορμητική διαδικασία, όπως έχει περιγραφεί σε άλλο σημείο. Στο ΜετΣ αυτή η βασική αρχή αναπτύσσεται σε ένα σχήμα με ιδιαίτερη πολυπλοκότητα. Το πλέγμα της μεταβολικής διαδικασίας που δυσλειτουργεί αφορά μια σειρά οργάνων, όπως το πάγκρεας, το ήπαρ, το έντερο, η περιτονία, ακόμα και ο λιπώδης ιστός, που στο ΜετΣ είναι ιδιαίτερα αυξημένος στην κοιλιακή χώρα. Η επιθυμία για τροφή ρυθμίζεται και από τα πεπτικά όργανα. Σε συζήτηση προφορικής παρουσίασης, σχετικά με τα αποτελέσματα της αντιμετώπισης της παχυσαρκίας με την τοποθέτηση γαστρικού δακτυλίου, που έγινε στο συνέδριο IDOF το 2008 στην Αθήνα, διατυπώθηκε η παρατήρηση, ότι η απώλεια βάρους δεν είναι αποτέλεσμα του περιορισμού της χωρητικότητας του στομάχου, αλλά της πίεσης, που ασκεί στο πνευμονογαστρικό νεύρο ο δακτύλιος, αλλοιώνοντας την χημεία στο πλάσμα του αίματος. Ο άξονας του γαστρεντερικού συστήματος-κεντρικού νευρικού συστήματος –λιπώδους ιστού, που αναφέρεται ως AT-gut-brain axis καθορίζει την όρεξη μέσω μιας σειράς ορμονών με ορεξιογενετική και ανορεξιογενετική δράση (Konturek et al., 2004, Romijn et al., 2008). Ειδικότερα το νευροπεπτίδιο γρελίνη έχει ρυθμιστικό ρόλο στην όρεξη και την ενεργειακή ομοιόσταση, διεγείροντας την έκκριση του νευροπεπτιδίου Y (NPY), ορεξιογενετικών πεπτιδίων και νευροδιαβιβαστών (Arosio et al., 2003).

Η περιγραφή της τρισυπόστατης ψυχής, την οποία αναφέρει ο Σωκράτης στην πρώτη ομιλία του, διαφωνώντας με τον λόγο του Λυσία στο θέμα του έρωτα, θα λέγαμε ότι περιγράφει επίσης με τρόπο ακριβή ορισμένες πτυχές της διαταραχής υπερφαγίας στο ΜετΣ, τις οποίες θα περιγράψουμε με λεπτομέρεια στο κεφάλαιο 1.5.2.

1.3.2 Ψυχοσωματική Σχολή Παρισίων

Μετά από πολυετείς εργασίες, οι γάλλοι ψυχαναλυτές Michel Fain, Pierre Marty, Michel de M' Uzan και Christian David το 1962 ιδρύουν την Ψυχαναλυτική Σχολή Παρισίων. Από τις σημαντικότερες και παλαιότερες καταγραφές των εργασιών της, είναι το συλλογικό έργο των Pierre Marty, Michel de M' Uzan και Christian David

(1963), υπό τον τίτλο «Ψυχοσωματική διερεύνηση» («L' Investigation Psychosomatique»). Η οικονομική αυτή προσέγγιση, φωτίζει τις αποτυχίες στην κατεύθυνση και επεξεργασία του ενεργειακού φορτίου ψυχικής διέγερσης στους ψυχοσωματικούς ασθενείς.

1.3.3 Ο ρόλος του μητρικού αντικειμένου

Το Εγώ αρχικά είναι ένα σωματικό Εγώ. Η έναρξη της σωματικής ύπαρξης σε κυτταρικό επίπεδο πραγματοποιείται εντός του σώματος της μητέρας. Στην συνέχεια, το σώμα του εμβρύου αναπτύσσεται σε στενή αλληλεπίδραση με την σωματοψυχική λειτουργία της μητέρας λαμβάνοντας χημικά, ακουστικά και κιναισθητικά μηνύματα από το σώμα της και το περιβάλλον της. Η ψυχική κατάσταση της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη, μεταφράζεται σε χημικά μηνύματα, που ελευθερώνονται στο αίμα της, το οποίο μοιράζεται με το έμβρυο. Μετά τον πρώτο σωματικό αποχωρισμό από τη μητέρα, ο οποίος πραγματοποιείται κατά την γέννηση, το βρέφος έρχεται σε επαφή με την συμπεριφορά της μητέρας απέναντί του, ως ξεχωριστή οντότητα από εκείνη, παρά την έντονη και αναγκαστική συμβιωτική κατάσταση, η οποία δημιουργείται λόγω της απόλυτης εξάρτησής του.

Κατά μια έννοια, η πρώτη βρεφική ηλικία αποτελεί μεταβατικό στάδιο αποχωρισμού, με διττή σημασία για τη μητέρα και το βρέφος. Η μητέρα καλείται αφενός να αναγνωρίσει το βρέφος ως ξεχωριστή οντότητα από εκείνη, βγαίνοντας από την αναγκαστική -και όταν είναι επίκαιρη χρήσιμη- συμβιωτική θέση της κύησης, αφετέρου να μαντέψει τις ξεχωριστές του ανάγκες, σωματικές και ψυχικές. Η επιτυχής έξοδος από τη συμβίωση επιτρέπει στη μητέρα να αναγνωρίσει την ετερότητα του βρέφους, και να αντιληφθεί ότι έχει να του μεταφέρει τις γνώσεις της για τον κόσμο. Με τον τρόπο αυτό αρχίζει η νοηματοδότηση των διάσπαρτων ενδογενών και εξωγενών ερεθισμάτων που δέχεται το βρέφος. (Winnicott, 1949).

Για το βρέφος, ο αποχωρισμός επιφέρει αλλαγές στις σωματικές λειτουργίες του, τις οποίες αναλαμβάνει πλέον το ίδιο να διεκπεραιώσει. Υπό την έννοια, ότι δεν αρκεί η αυτόματη χημική οδός επικοινωνίας, που ήταν αρκετή κατά την ενδομήτριο ζωή, αλλά πρέπει να κινητοποιηθεί κινητικά το ίδιο, παράγοντας ήχους και συσπώντας μέρη του σώματός του. Οι μηχανισμοί αυτοί είναι αυτόματοι, και οργανώνονται ανάλογα με την συναισθηματική και πρακτική απόκριση της μητέρας.

Στο χρονικό σημείο της βρεφικής ηλικίας, η μητέρα ή το ανάλογό της πρόσωπο, οργανώνει τις λειτουργίες του σώματος του βρέφους, συνδέοντας

στο χρόνο τις σωματικές ανάγκες του με την ικανοποίησή τους, καθώς και με λέξεις που τις εξηγούν. Με τον τρόπο αυτό, ενώνονται σε ένα σύνολο οι διάσπαρτες λειτουργίες, που σχηματίζουν το πρωταρχικό μωσαϊκό του βρεφικού κορμιού. Όταν υπάρξει σύνδεση των λειτουργιών με την ψυχική αναπαράστασή τους, μέσω των ψυχικών επενδύσεων της μητέρας στο παιδί, θα σχηματισθεί το λιβιδινικό σώμα του.

Ο Pierre Marty (1976) εισάγει την έννοια της σωματικής αποδιοργάνωσης, μη-οργάνωσης και επανοργάνωσης του ψυχικού οργάνου, σε σχέση με την ψυχοποίηση και την απονοητικοποίηση (βλ. υποενότητα 1.3.5). Θεωρεί την αναπτυξιακή πορεία του ατόμου ως ένα ιεραρχημένο οικοδόμημα δυναμικών λειτουργιών, οι οποίες εξελίσσονται, ανάλογα με τα ένστικτα και τις ενορμητικές ώσεις. Η ανοδική πορεία προς τις ανώτερες λειτουργίες και την ψυχοποίηση μπορεί να διακοπεί, να αναστραφεί ή να καθηλωθεί, προκαλώντας απονοητικοποίηση και σωματική ασθένεια. Ο Marty περιγράφει την σωματική ασθένεια ως συνώνυμο μερικής ή γενικής παλινδρόμησης, η οποία σταματά σε επίπεδα καθήλωσης με κεντρικό ρόλο στο ψυχικό όργανο, ή ακόμα σε δευτερεύοντα ρόλο ως προς τις βασικές λειτουργίες.

1.3.4 Αλεξιδιεγερτική λειτουργία

Ως αλεξιδιεγερτικό σύστημα στην ψυχαναλυτική θεωρία, εννοείται «μια προστατευτική λειτουργία του οργανισμού από τους ερεθισμούς που προέρχονται από τον εξωτερικό κόσμο και οι οποίοι, λόγω της έντασής τους, απειλούν να τον καταστρέψουν. Το σύστημα εκλαμβάνεται ως ένα επιφανειακό στρώμα το οποίο περιβάλλει τον οργανισμό και διυλίζει παθητικά τους ερεθισμούς» (Laplanche & Pontalis, 1981). Το μητρικό αντικείμενο, στο πλαίσιο της φροντίδας προς το βρέφος, δρα προστατευτικά απέναντι στις υπερβολικές διεγέρσεις, οι οποίες προέρχονται είτε από το περιβάλλον, είτε και από το ίδιο το βρέφος (Freud, 1920). Πρόκειται για σωματικές διεγέρσεις, οι οποίες απειλούν την ηρεμία και την ομοιοστασία του βρέφους. Τέτοιου είδους ερεθίσματα είναι ο θόρυβος, οι τροφές που έχουν υπερβολικά υψηλή θερμοκρασία, η πείνα, το βρεγμένο δέρμα, κάθε είδους ενόχληση σωματική ή και συναισθηματική. Στα πλαίσια της αλεξιδιεγερτικής λειτουργίας πραγματοποιείται μια σειρά επενδύσεων και αποεπενδύσεων στο σύστημα αντίληψη-συνείδηση, με διαδοχικές διεγέρσεις και ανερέθιστες περιόδους, όταν το φορτίο ξεπερνά την ικανότητα ψυχικού μεταβολισμού.

1.3.5 Ψυχικοποίηση και αποψυχικοποίηση

Ο όρος ψυχικοποίηση ή νοητικοποίηση (mentalisation), περιγράφει τις διεργασίες ψυχικού μεταβολισμού των διεγέρσεων από το εσωτερικό του σώματος, οι οποίες προκαλούν τις κινήσεις και τα ένστικτα ζωής και θανάτου. Οργανώνεται μέσα από την σχέση με το πρωταρχικό αντικείμενο, το οποίο αρθρώνει τις αναπαραστάσεις και την φαντασιωσική λειτουργία σε έναν μηχανισμό επεξεργασίας των εσωτερικών εντάσεων. Η ολοκλήρωση της ψυχικοποίησης επιτυγχάνεται μέσα από κινήσεις ενδοβολής του μητρικού αντικειμένου και των λειτουργιών του.

Ως οργάνωση του Εγώ στα πλαίσια του τραύματος νοείται η ικανότητά του να αναβιώνει την τραυματική κατάσταση και να συνδέει το συναίσθημα που προκύπτει, με μια συνειδητή ή ασυνείδητη αναπαράσταση (Donabédian, 2005).

1.3.6 Προσυνειδητό

Το Προσυνειδητό αποτελεί έναν ενδιάμεσο χώρο, μεταξύ Ασυνειδήτου και Συνείδησης (Freud, 1900). Δρα αλεξιδιεγερτικά, φιλτράροντας τα ένστικτα και τις ενορμητικές τάσεις μεταξύ των δυο δομών. Στο Προσυνειδητό αρθρώνονται οι αναπαραστάσεις πραγμάτων με τις αναπαραστάσεις λέξεων. Ο Pierre Marty παρατηρεί σε ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν χαρακτηριστικά νεύρωσης συμπεριφοράς, και που σωματοποιούν, κάποια έλλειψη ρευστότητας εντός του Προσυνειδητού. Οι αναπαραστάσεις λέξεων και πραγμάτων λείπουν ή σπανίζουν, διαθέτοντας ελάχιστες επιφανειακές συνδέσεις, ενώ αυτά τα ελλείμματα ενδέχεται να διαφοροποιούνται ανά χρονική περίοδο (Marty, 1990). Προτείνεται έτσι μια άλλη νοσογραφική οντότητα, η «νεύρωση με αβέβαιη νοητικοποίηση», στην οποία οι αναπαραστατικές ικανότητες δεν είναι σταθερές. Η διαπίστωση αυτή γίνεται μέσω παρατήρησης της ψυχικής κατάστασης του ασθενούς, καθώς και του μεταβιβαστικού αισθήματος αβεβαιότητας του θεραπευτή.

1.3.7 Ενορμήσεις στην ψυχοσωματική

Η ενόρμηση ανήκει στις μεταψυχολογικές έννοιες του Freud, που περιγράφουν την ψυχική ζωή. Αποτελεί ψυχικοποιημένη επιθυμία, η οποία ξεκινά ως σωματική ώση με σαφή στόχο, και μετατρέπεται σε ψυχικό φαινόμενο (Laplanche, & Pontalis, 1986). Σύμφωνα με την φροϋδική θεωρία, η απαίτηση για ψυχική εργασία είναι που ο Freud αντιπαραθέσε τις σεξουαλικές ενορμήσεις στις ενορμήσεις αυτοσυντήρησης. Στην συνέχεια (1920) μιλά για ενορμήσεις ζωής και ενορμήσεις θανάτου.

Η ψυχοσωματική θεωρία του Marty στηρίζεται στην εναλλαγή δύο δυναμικών ώσεων, των κινήσεων και ενορμήσεων ζωής και θανάτου, οι οποίες πηγάζουν από έναν σωματικό ερεθισμό (Marty, 1976, 1990). Σύμφωνα με τον Marty, το βρέφος ξεκινά με το ένστικτο της ζωής. Η ανάπτυξη των ενορμήσεων, όπως αναφέρει και η φροϋδική θεωρία, προϋποθέτει την ψυχοποίηση της σωματικής ώσης. Η ψυχοποίηση ξεκινά να υφίσταται διαμέσου της επαφής με το πρωταρχικό αντικείμενο (μητέρα ή άλλο πρόσωπο-φροντιστής), καθώς αυτό ικανοποιεί τις ανάγκες του βρέφους, δημιουργώντας ένα πολύπλοκο δίκτυο αναπαραστάσεων αισθήσεων, συναισθημάτων, εικόνων και λέξεων. Το ψυχικό όργανο αρθρώνεται μέσα από τις ψυχοσωματικές λειτουργίες, τις οποίες εκφράζουν αρχικά τα ένστικτα ζωής, και στην συνέχεια οι ενορμήσεις ζωής. Ο Marty (1980) υποστηρίζει ότι υπάρχει περιορισμένη ποσότητα ερεθισμών, που μπορούν να αρθρωθούν σε ένα σύστημα. Όταν υπάρξει υπερχείλιση, πέρα από τις ικανότητες επεξεργασίας του ψυχικού οργάνου, δημιουργείται τραυματισμός, όπως ήδη έχουμε αναφέρει, ο οποίος ενεργοποιεί τα ένστικτα και τις ενορμήσεις θανάτου.

1.3.8 Αποδιοργάνωση

Η έννοια του στρες στην ψυχαναλυτική ψυχοσωματική αναπτύχθηκε περισσότερο ως προς την οικονομική της διάσταση: τον τρόπο με τον οποίο έγινε δεκτή από το Εγώ, κατά την οξεία φάση του τραύματος, η διέγερση, στο πλαίσιο της ψυχικής οργάνωσης. Επίσης, κατά πόσον κατέστη δυνατή η μεθύτερη επεξεργασία των στοιχείων, τα οποία, την στιγμή που βιώθηκαν, δεν κατόρθωσαν να ενσωματωθούν πλήρως σε ένα σημασιοδοτικό πλαίσιο (Laplanche et Pontalis, 1986). Στη βάση αυτή υποστηρίχθηκε η ιδέα της αποδιοργάνωσης του Εγώ.

Η αποδιοργάνωση επέρχεται υπό την πίεση ισχυρής αποδομητικής δύναμης, εντός του ψυχικού οργάνου. Δρα αντιεξελικτικά, καταστρέφοντας δηλαδή, τις εσωτερικές του δομές, υπό το καθεστώς επικράτησης των ενορμήσεων θανάτου. Δεν πρόκειται για κίνηση παλινδρόμησης και άρα επανοργάνωσης, αντίθετα αποτελεί αποεπένδυση και απώλεια της συνοχής ψυχικών και σωματικών συστημάτων και λειτουργιών.

1.3.9 Καθήλωση

Κατά την αναπτυξιακή πορεία και τον σχηματισμό του ψυχικού οργάνου, διαμέσου της σχέσης με το αντικείμενο, εμπειριών ικανοποίησης, ταυτίσεων και ενδοβολών, σχηματίζονται κατώφλια καθήλωσης (paliers de fixation), δηλαδή σταθμοί,

σε διάφορες φάσεις της ανάπτυξης με ιδιαίτερη λιβιδινική επένδυση. Οι καθηλώσεις αυτές μπορούν να αφορούν λειτουργίες και σημεία του σώματος, ή τρόπους επένδυσης σε αυτά (Laplanche,& Pontalis, 1986). Υπό την πίεση του άγχους, το άτομο μπορεί να παλινδρομεί σε αυτά τα στάδια, ώστε να κατορθώσει να επανοργανωθεί και να επιστρέψει σε πιο εξελιγμένους τρόπους ύπαρξης και λειτουργίας (Marty, 1976, 1990). Συχνά, η καθήλωση μπορεί να προέρχεται από τραυματισμό, στέρηση της ικανοποίησης των ενορμήσεων, ή υπερβολική και άκαιρη προσφορά κατά την βρεφική ηλικία.

1.3.10 Σωματοποίηση μέσα από παλινδρόμηση

Η παλινδρόμηση, στα πλαίσια της εξελικτικής πορείας της ψυχογονικής ανάπτυξης, συνιστά αναστροφή της πορείας προς προγενέστερο στάδιο λειτουργιών. Διακρίνονται τρεις μορφές παλινδρόμησης: η τοπική παλινδρόμηση (σε ψυχικό σύστημα), η μορφολογική παλινδρόμηση (σε πρωϊμότερα στάδια της σωματοψυχικής δόμησης και της διαφοροποίησης), και η χρονική παλινδρόμηση (σε πρωιμότερα λιβιδινικά στάδια, ταυτίσεις, σχέσεις αντικειμένου) (Laplanche,& Pontalis, 1986). Όταν επέρχεται απονοητικοποίηση, η παλινδρόμηση έχει διαφορετικό χαρακτήρα. Υπάρχει παλινδρόμηση λειτουργιών, μέσω αποσύνδεσης των σωματικών λειτουργιών από τις ψυχικές συνιστώσες τους. Η αναπτυξιακή εργασία δόμησης του ψυχικού οργάνου σε σχέση με τις σωματικές λειτουργίες αποδομείται. Η αποδόμηση αυτή πλήττει το επίπεδο ψυχικής λειτουργίας, το οποίο παλινδρομεί σε πρώιμες καταστάσεις απόμειξης των ενορμήσεων, ελλείμματα ψυχοποίησης της σωματικής ώσης, και άρα μείωσης της διέγερσης. Οι διεγέρσεις γίνονται τραυματικές, εφόσον δεν υπάρχει δυνατότητα μετουσίωσής τους μέσω του ψυχικού οργάνου.

1.3.11 Τραύμα

Το τραύμα είναι αποτέλεσμα υπερδιέγερσης του ψυχικού οργάνου, το οποίο αδυνατεί να επεξεργαστεί και να ενσωματώσει μια κατάσταση, η οποία του παρουσιάζεται (Laplanche,& Pontalis, 1986). Μπορεί να έχει παροδικές ή μόνιμες επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική λειτουργία.

Το τραύμα παραλύει τους συνήθεις μηχανισμούς άμυνας, αφήνοντας το σώμα ευάλωτο σε κινήσεις αποδιοργάνωσης. Αντίθετα από τις περιπτώσεις σωματομετατροπής, όπου νευρωτικοί μηχανισμοί εμπλέκουν το σώμα σε συμβολική έκφραση της ψυχικής οδύνης, στο τραύμα το σώμα γίνεται πεδίο έκφρασης της ωμής, μη ψυχοποιημένης σύγκρουσης.

Οι απώλειες που μπορεί να επιφέρει το τραύμα, μπορούν να αφορούν διαταραχή των βασικών ρυθμών, όπως της θρέψης ή του ύπνου, και να προκαλέσουν προοδευτική αποδιοργάνωση των σωματικών ρυθμών και λειτουργιών. Στο σημείο αυτό τα ένστικτα ζωής αντικαθίστανται από τα ένστικτα θανάτου (Marty, 1976).

1.3.12 Διάχυτο άγχος

Η υπερδιέγερση που προκαλεί το τραύμα στον ψυχισμό πυροδοτεί διάχυτο άγχος. Το άγχος αυτό, που εμφανίζεται ως προάγγελος της θεμελιώδους κατάθλιψης, διαφοροποιείται από τα νευρωτικά ή ψυχωτικά άγχη, τόσο ως προς τον χαρακτήρα και το αντικείμενο, όσο και ως προς την επίδραση στην ψυχοσωματική λειτουργία. Πρόκειται για άγχος χωρίς αντικείμενο, αυτόματο, το οποίο βιώνεται ως κατάσταση έντασης και απόγνωσης (Marty, 1976). Δεν δρα προστατευτικά, ως σήμα κινδύνου απέναντι σε κάποιο φοβογόνο αντικείμενο, αλλά αποτελεί κίνδυνο το ίδιο, όντας αποτέλεσμα αποτυχίας του αναπαραστατικού συστήματος, το οποίο υποχωρεί και αφήνει το αδιαχείριστο φορτίο να πέσει στην αισθητηριοκινητικότητα (Corcos, & Speranza, 2003).

1.3.13 Θεμελιώδης κατάθλιψη

Η θεμελιώδης κατάθλιψη αποτελεί βασική έννοια στην ψυχαναλυτική ψυχοσωματική θεωρία και κλινική. Θεωρείται ότι έπεται μιας τραυματικής κατάστασης -η οποία προέρχεται από απώλεια αντικείμενου ή από ναρκισσιστική απώλεια-, που, λόγω της έντασής της και της εύθραυστης ψυχικής οργάνωσης του ατόμου, δεν κατέστη δυνατό να γίνει αντικείμενο επεξεργασίας μέσα από το πένθος και την μελαγχολία. Η διεργασία του πένθους θα μπορούσε να προκαλέσει ταύτιση με το απολεσθέν αντικείμενο, και ενδοβολή των χαρακτηριστικών του, με τέτοιο τρόπο, ώστε να επανέλθουν οι λιβιδινικές επενδύσεις από το αντικείμενο στο υποκείμενο (Smadja, 2013). Στην περίπτωση της θεμελιώδους κατάθλιψης, όμως, οι επενδύσεις χάνονται μαζί με το αντικείμενο, αφήνοντας το ψυχικό όργανο σε ενεργειακή ένδεια. Οι αμυντικοί μηχανισμοί, οι οποίοι είναι οι άμυνες του Εγώ, τα όνειρα, οι φαντασιώσεις και οι ταυτίσεις, αφανίζονται, μέσα από την κίνηση «αποαντικειμενοποίησης» (Green, 1986, 1993)

Η θεμελιώδης κατάθλιψη προηγείται της εκδήλωσης σωματικού συμπτώματος. Πρόκειται για κίνηση αποδιοργάνωσης, υπό το καθεστώς ενστίκτων θανάτου. Η «λευκή», όπως αλλιώς ονομάζεται, κατάθλιψη διαφοροποιείται από την κλασική κλινική κατάθλιψη, τόσο ως προς τα διαγνωστικά κριτήρια

καθορισμού της, όσο και ως προς τον χαρακτήρα και την εμπλοκή του ψυχικού οργάνου σε αυτήν.

Πλήττει δε τις βασικότερες δομές και λειτουργίες του ψυχικού οργάνου. Αδυνατεί να συνδεθεί με ενδοψυχικό συγκρουσιακό βίωμα, καθώς το αναπαραστατικό σύστημα δυσλειτουργεί, και το ψυχικό όργανο έχει υποστεί αποδιοργάνωση. Η απενεργοποίηση των ψυχονοητικών λειτουργιών, η οποίες, εάν ήταν ακέραιες, θα μεταβόλιζαν το ποσόν της ενέργειας που προκαλεί το τραύμα, οδηγεί στην σωματική αποδιοργάνωση.

Η φυσική πορεία της θεμελιώδους κατάθλιψης είναι η αποδιοργάνωση. Δεν οδηγεί, όπως η κλινική κατάθλιψη, σε σταδιακή αναδιοργάνωση του ψυχικού οργάνου, μέσω της ενοχής, του εντοπισμένου άγχους και των αυτομορφών. Είναι «λευκή», υπό την έννοια ότι δεν εγγράφεται πάνω της κανένα συναίσθημα και καμία ψυχική αναπαράσταση, αποτέλεσμα ψυχικής κινητοποίησης.

Η θεμελιώδης κατάθλιψη μπορεί να συνδέεται με διαστροφικές συμπεριφορές ή διαδικασίες εξιδανίκευσης. Όμως πρόκειται για αποσπασματικές κινήσεις, οι οποίες δεν έχουν συνέχεια και δεν επιφέρουν αναδιοργανωτικές καθηλώσεις. Από την διαδικασία απουσιάζουν οι ενδοψυχικές συγκρούσεις. Η ονειρική ζωή λείπει, ελαττώνεται ή αποκτά χαρακτήρα ανεπεξέργαστης επανάληψης της καθημερινότητας, από την οποία εκλείπουν οι μηχανισμοί της συμπύκνωσης, της μεταστροφής στο αντίθετο, της μετάθεσης. Συχνά, η κλινική μας δείχνει, ότι, στον ασθενή, ο οποίος έχει μπει σε ψυχοσωματική λειτουργία, εμφανίζονται όνειρα, τα οποία ονομάζονται «ωμά», στα οποία απεικονίζεται η ψυχοσωματική πραγματικότητα: σώματα κατακερματισμένα, αίμα, νεκρά μέλη, νεκρά ζώα.

Οι μηχανισμοί άμυνας και το Προσυνειδητό διαταράσσονται, χάνοντας όποια λειτουργικότητα είχε επιτευχθεί στο αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο εμφανίζεται η αποδιοργανωτική τραυματική κατάσταση. Ο Marty αναφέρει συχνά στα γραπτά του, ότι το Ασυνείδητο βρίσκεται σε κατάσταση όπου δέχεται και δεν εκπέμπει, προκαλώντας ενεργειακή υπερχείλιση.

1.3.14 Μηχανιστική λειτουργία

Η μηχανιστική λειτουργία εμφανίζεται παράλληλα με την θεμελιώδη κατάθλιψη. Πρόκειται για κίνηση βαθιάς αποδιοργάνωσης, παρά την φαινομενικά καλή προσαρμογή στα κοινωνικά ιδεώδη και στις προκλήσεις της πραγματικότητας. Η υπερπροσαρμογή στην πραγματικότητα αφήνει να διαφανεί η ευθραυστότητα της ψυχικής οργάνωσης του ατόμου μπροστά στον ναρκισσιστικό τραυματισμό.

Σημειώνεται απώλεια των προσωπικών χαρακτηριστικών και των ιδιαίτερων συγκρούσεων που χαρακτήριζαν το άτομο προ του τραύματος.

Η μηχανιστική σκέψη, που εμφανίζεται σε αυτό το πλαίσιο, είναι αποκομμένη από την φαντασιωσική λειτουργία και τις ψυχικές αναπαραστάσεις εν γένει: ο ασθενής περιγράφει τα γεγονότα της ζωής του, με τρόπο ρηχό και στερημένο από υποκειμενικότητα, περισσότερο από το να τα αναπαριστά (Marty, 1980). Η μηχανιστική σκέψη καθίσταται, με τον τρόπο αυτό, εργαλείο αποψυχοποίησης, απόσυρσης από τα εσωτερικά αντικείμενα και την ιστορική μνήμη του ατόμου. Αντίθετα υπερεπενδύεται η πραγματικότητα, το χειροπιαστό, το σύγχρονο, το «δέον», ανεξάρτητα από τις πραγματικές ανάγκες, επιθυμίες, ικανότητες και εφεδρείες του ατόμου.

Το «δέον» στην μηχανιστική σκέψη, αποτελεί ασφαλές καταφύγιο από τις λιβιδινικές επενδύσεις και δρα αντιτραυματικά. Εκφράζεται με υπέρμετρη κοινωνική συμμόρφωση, η οποία έχει μιμητικό χαρακτήρα, χωρίς να περνά από διαδικασίες ταύτισης και άρα λιβιδινοποίησης. Πρόκειται για μη-σκέψη, μη-επεξεργασία, απώλεια της υποκειμενικότητας. Συνιστά αμυντική πράξη ενάντια στην καταστροφικότητα της αποσυνδεδεμένης ενόρμησης θανάτου.

1.3.15 Κλινική της μηχανιστικής λειτουργίας

Η μηχανιστική λειτουργία κλινικά γίνεται αντιληπτή με βάση ορισμένα χαρακτηριστικά της ψυχικής λειτουργίας του ασθενούς, καθώς και της σχέσης με τον θεραπευτή. Οι παράγοντες αυτοί συνοψίζονται στα εξής (Farinone, 2001):

- ❖ μονοτονία στο λόγο, απάθεια, αποστασιοποίηση. Ο ασθενής περιγράφει τα συμπτώματά του με τρόπο αντικειμενικό και αποστασιοποιημένο. Υιοθετεί ιατρικό λεξιλόγιο, αναφερόμενος στον εαυτό του στο τρίτο πρόσωπο. Η αυτοεπιθετικότητα μπορεί να παρουσιάζεται στην συμπεριφορά, ωστόσο δεν μπορεί να αναπαρασταθεί και να γίνει αντιληπτή ως τέτοια.
- ❖ αντιμεταβιβαστικά βιώνονται συναισθήματα ακινητοποίησης της σκέψης και του συνειρμού, αγκύλωσης, συχνά ανίας, λόγω της αγκίστρωσης του ασθενούς στο πραγματικό.
- ❖ ο ασθενής αντιμετωπίζει τον αναλυτή, ως εάν να ήταν πλήρως ενήμερος για την ιστορία του, χωρίς να πρέπει εκείνος να την διηγηθεί. Τα ψυχικά όρια φαίνονται διαπερατά και ανεπαρκή, μαρτυρώντας αποτυχία στον συντονισμό με το πρωταρχικό αντικείμενο. Αντιμεταβιβαστικά, ο θεραπευτής βιώνει την παράλογη και συγχυτική αίσθηση, ότι απώλεσε ένα σημαντικό μέρος της ιστορίας του ασθενούς του, το οποίο θα έπρεπε να είχε ζήσει.

- ❖ κατά την θεραπευτική διαδικασία, θέματα τα οποία θα μπορούσαν να προκαλέσουν συνειρμική διαδικασία αποφεύγονται σταθερά. Το σύνολο της θεραπευτικής συνεδρίας συχνά έχει την μορφή μωσαϊκού από αναφορές, οι οποίες δεν συνδέονται σε ένα δίκτυο από εννοιολογικούς άξονες.

Οι κλινικές παρατηρήσεις επί των ψυχοσωματικών ασθενών οδήγησαν κλινικούς και ερευνητές στην διαπίστωση τεσσάρων σταθερών χαρακτηριστικών:

- ❖ το συναίσθημα δεν είναι απόν, αλλά ουδετεροποιείται. Η αλεξιθυμία χαρακτηρίζει και άλλες νοσολογικές οντότητες, πέραν της ψυχοσωματικής λειτουργίας, στην οποία εμφανίζεται στο πλαίσιο της μηχανιστικής λειτουργίας (Corcos, 2003). Δεν αποτελεί σταθερό χαρακτηριστικό των ψυχοσωματικών ασθενών, αλλά παρουσιάζεται στο πλαίσιο της μηχανιστικής λειτουργίας.
- ❖ η μηχανιστική λειτουργία αφήνει να διαφανεί γενικότερη εξάλειψη των διεργασιών αυτό-αναπαράστασης του Εγώ. Σύμφωνα με τον Rousillon (1999a), το άτομο αντιδρά στον πρωτογενή τραυματισμό με σχάση του Εγώ, χάνοντας ένα κομμάτι του εαυτού του. Εξ' αυτής της αιτίας, το άτομο δεν νιώθει τον εαυτό του και δεν μπορεί να περιγράψει τα συναισθήματά του, διότι χάνονται στον αποχωρισμό.
- ❖ η ουδετεροποίηση των συναισθημάτων προκαλεί ενεργοποίηση αμυντικών μηχανισμών, ώστε να πληρωθεί το εσωτερικό κενό. Το άτομο καταφεύγει σε ιδεολογικούς και τεχνικούς εννοιολογικούς σχηματισμούς (Smadja, 1998). Κλινικά το φαινόμενο αυτό γίνεται κατανοητό όταν αναλογιστεί κανείς τον τεχνικό λόγο στον οποίο καταφεύγουν ορισμένοι ασθενείς μιλώντας για την ασθένειά τους, παίρνοντας ταυτόχρονα απόσταση από το πάσχον σώμα, και την ίδια στιγμή ενεργητικά ανακτώντας τον έλεγχο.
- ❖ ο λόγος γίνεται πεζός, ο ασθενής καταφεύγει σε γενικεύσεις, σε μια προσπάθεια απόκρυψης του αποτυχημένου δεσμού του με το πρωταρχικό αντικείμενο (Farrant, 2007).

1.3.16 Υπερεγώ, Ιδεώδες του Εγώ, Ιδανικό Εγώ

Το Υπερεγώ συνιστά έναν από του ψυχικούς θεσμούς της προσωπικότητας, όπως περιέγραψε ο Freud στην δεύτερη τοπική θεωρία του επί του ψυχικού οργάνου. Σχηματίζεται μέσα από το οιδιπόδειο σύμπλεγμα, κληρονομώντας τις γονεϊκές απαιτήσεις και απαγορεύσεις (Laplanche, & Pontalis, 1986). Το Υπερεγώ λογοκρίνει το Εγώ, αλλά παράλληλα το προστατεύει από την υπερδιέγερση.

Το Ιδεώδες του Εγώ εντάσσεται επίσης στην δεύτερη τοπική θεωρία του Freud. Προκύπτει από την σύγκλιση δυο ιδεωδών: του ναρκισσισμού

που εξιδανικεύει το εγώ, και των ταυτίσεων με τους γονείς και τα συλλογικά ιδεώδη. Μπορεί να λειτουργήσει ως σημείο αναφοράς για την πρόοδο και τις επιτυχίες του ατόμου.

Στην ψυχοσωματική λειτουργία το άτομο λειτουργεί με μια τρίτη δομή, η οποία είναι πρωϊμότερη από τις δυο προηγούμενες: ένα είδος Υπερεγώ, μη προσαρμοσμένο και κομφορμιστικό, το οποίο ονομάζεται Ιδεώδες Εγώ. Πρόκειται για προ-οιδιποδειακό ενδοψυχικό σχηματισμό, με πρότυπο τον παιδικό ναρκισσισμό. Εδώ οι μηχανισμοί ταύτισης είναι επιφανειακοί. Σύμφωνα με τον Nunberg (1957), το Ιδεώδες Εγώ αποτελεί ναρκισσιστικό ιδεώδες παντοδυναμίας. Δεν περιορίζεται στην συνένωση του Εγώ με το Αυτό, αλλά περιλαμβάνει την πρωτογενή ταύτιση με ένα άλλο είναι, θεωρούμενο παντοδύναμο, δηλαδή με την μητέρα.

1.3.17 Αυτοηρεμιστικές διαδικασίες

Οι αυτοηρεμιστικές διαδικασίες είναι πράξεις που στοχεύουν στην διαχείριση διεγέρσεων σωματικής προέλευσης, όπως η πείνα, η δίψα, η σεξουαλική ένταση, όταν υπάρχει κάποιου βαθμού αποσύνδεση ψυχικών και σωματικών λειτουργιών.

Συχνά, οι αυτοηρεμιστικές διαδικασίες εντάσσονται στην ψυχοπαθολογία της καθημερινής ζωής. Ωστόσο, υπό την πίεση τραυματικών καταστάσεων, δηλαδή καταστάσεων που ξεπερνούν τις ικανότητες επεξεργασίας και ενσωμάτωσης του ψυχικού οργάνου, οι αυτοηρεμιστικές διαδικασίες αποτελούν εκφράσεις της ενόρμησης θανάτου. Στην περίπτωση αυτή είναι ενδείξεις αποτυχίας σύνδεσης του τραυματισμού και ενέχουν αξία ψυχικής παλινδρόμησης.

Ο Claude Smadja περιγράφει τις αυτοηρεμιστικές διαδικασίες σε τρία άρθρα, το 1993, 1995 και 1998, μέσα από αναλύσεις κλινικών περιστατικών. Τις αποδίδει μάλιστα σε αποτυχία στην οργάνωση δευτερογενών αυτοερωτισμών, και λειτουργιών και φαντασίωσης. Το άτομο καταφεύγει στο αντιληπτικό και την σωματική κινητικότητα, μπροστά στον κίνδυνο ενορμητικής υπερχείλισης, καθώς το ποσόν της διέγερσης βρίσκει απροσπέλαστη την είσοδο προς την ψυχική οδό.

Η παραδοξότητα των αυτοηρεμιστικών διαδικασιών έγκειται στο ότι είναι ταυτόχρονα διεγερτικές. Για παράδειγμα η υπερφαγία φαίνεται να ανακουφίζει από την διέγερση που προέρχεται από το άγχος, με τις σωματικές και χημικές συνιστώσες του, ενώ την ίδια στιγμή προκαλεί μια άλλη σειρά διεγέρσεων σωματικής και ψυχικής τάξης, όπως για παράδειγμα ενοχές, απογοήτευση, πλήγματα στην εικόνα του εαυτού, παγκρεατική υπερδιέγερση, διαταραχή στο γλυκαιμικό

ισοζύγιο. Ίσως εδώ η διαφορά έγκειται στο ότι οι διεγέρσεις που προκαλούν οι αυτοηρεμιστικές διαδικασίες, λόγω της επαναληπτικότητας, είναι γνωστές και περισσότερο επεξεργασμένες ή τουλάχιστον συγκεκριμένες και οικείες, σε σχέση με τις διεγέρσεις που προκάλεσαν την υπερχείλιση του ενορμητικού φορτίου, οι οποίες μπορεί να είναι διαφορετικές κάθε φορά. Επιπλέον, το άτομο έχει μεγαλύτερο έλεγχο στις διεγέρσεις που προκαλεί στο σώμα του, από ότι σε εκείνες που απορρέουν από την σχέση με το περιβάλλον και τους άλλους.

Ο Claude Smadja, επισημαίνοντας την παραδοξότητα των αυτοηρεμιστικών διαδικασιών, δίδει το παράδειγμα ενός ζεύγους μητέρας και βρέφους. Το βρέφος είναι ανίκανο να παλινδρομήσει και να βυθιστεί στον ύπνο, ενώ η μητέρα γίνεται διεγερτική, καθώς οι απαιτήσεις της μητρικής λειτουργίας την ξεπερνούν. Ο συγγραφέας διατυπώνει την υπόθεση, ότι οι αυτοηρεμιστικές διαδικασίες μπορεί να αντιπροσωπεύουν το ανολοκλήρωτο πεπρωμένο του σαδομαζοχισμού.

1.4 Οι απόψεις της Joyce McDougall για το Πατρικό Μορφοείδωλο

Η Joyce McDougall στο έργο της *Théâtres du corps* (1989) συνοψίζει τις απόψεις που διαμόρφωσε εργαζόμενη ψυχαναλυτικά με ασθενείς, οι οποίοι είχαν τάσεις σωματοποίησης. Στις τρεις, κατά τη φροϋδική θεώρηση, οδούς που ακολουθεί το απαράδεκτο από τη συνείδηση συναίσθημα, τη μετατροπή, την ψυχαναγκαστική νεύρωση, την ενεστώσα νεύρωση, προσθέτει μια τέταρτη. Το πεπρωμένο του έκπτωτου συναισθήματος είναι η απόρριψή του εκτός της ψυχής, εκτός αναπαραστατικού δικτύου και εκτός ψυχικού βιώματος. Το σώμα είναι αυτό, που δέχεται το απορριφθέν συναίσθημα, αφήνοντας την ψυχή ανενεργή. Ούτε νευρωτικό σύμπτωμα, ούτε παραληρητική ιδέα παράγεται για να αντισταθμίσει τον αποκλεισμό του συναισθήματος.

Ενώ στις ψυχώσεις το συναίσθημα εκβράζεται εκτός του εαυτού και προβάλλεται στους άλλους, στις ψυχοσωματικές λειτουργίες ουσιαστικά χάνεται από την συνείδηση και επιστρέφει ως ακατέργαστη ενέργεια στο σώμα. Εάν σκεφθούμε, ότι το σώμα αποτελεί το πρώτο Εγώ, τότε η προβολή της σύγκρουσης σε αυτό δημιουργεί σχάση στην ψυχοσωματική ενότητα. Αυτό το φαινόμενο έχει κάτι το οξύμωρο. Ενώ η αποσύνδεση των σωματικών από τις ψυχικές λειτουργίες δημιουργεί σχάση, την ίδια στιγμή υπάρχει η ψυχωσικόμορφη προβολή στο σώμα των επιθετικών τάσεων. Η ασθένεια τιμωρεί το σώμα, ως εάν να προέρχεται από το εκδικητικό Ιδεώδες Εγώ (Smadja, 2013).

Σύμφωνα με την Joyce McDougall, οι πρώιμες σχέσεις των ψυχοσωματικών ασθενών με τους γονείς στιγματίζονται από ανεπάρκειες και ναρκισσιστικά τραύματα. Το πατρικό μορφοείδωλο είναι αρνητικά επενδεδυμένο, και ορίζεται περισσότερο ως προς την απουσία του. Περιγράφεται ως αδιάφορο και ανίκανο, απόν από τον συμβολικό κόσμο της μητέρας και του παιδιού, ενώ αποκλείεται ως ανάξιο εμπιστοσύνης και αγάπης. Η απουσία αυτή στερεί το παιδί από την φαντασίωση του πατρικού φαλλού, η οποία δρα ρυθμιστικά ως προς τη σχέση με τη μητέρα και αποτελεί διευκολυντικό παράγοντα για τον αποχωρισμό από τη μητέρα. Αφήνει έτσι το μορφοείδωλο της μητέρας απέραντα και χωρίς ελπίδα ευνουχισμένο, αποκλείοντας επιτυχές πένθος του ευνουχισμού, διότι εκλείπει η έννοια του φαλλού. Στο κενό που χαίνει και ελκύει εντός της εικόνας της μητέρας, το παιδί δεν προφυλάσσεται από το να προβάλει τις μεγαλομανιακές φαντασιώσεις του. Ο καταστροφικός χαρακτήρας τους παραμένει, και επανέρχεται διαμέσου ασυνείδητων φαντασιώσεων θανάτου και τρόμου.

1.5 Ψυχική λειτουργία στο ΜετΣ και Ψυχοσωματικές Συνιστώσες

Η παρατήρηση της λειτουργίας του ψυχικού οργάνου στο ΜετΣ περιλαμβάνει άμεσα και έμμεσα μετρήσιμα φαινόμενα:

- ❖ πρωτογενείς διεργασίες (μετάθεση και συμύκνωση, ελεύθερη ροή ψυχικής ενέργειας, αρχή της ηδονής) και δευτερογενείς διαδικασίες (σύνδεση της ψυχικής ενέργειας, κατεύθυνση της ικανοποίησης σε διάφορες οδούς, πέραν της άμεσης ικανοποίησης, αρχή της πραγματικότητας)
- ❖ μηχανισμοί άμυνας
- ❖ απόδοση νοήματος και διαπροσωπικές σχέσεις
- ❖ ικανότητα προσαρμογής, δημιουργίας και διατήρησης μεταβατικού χώρου (δείκτης επαφής με την πραγματικότητα, δευτερογενείς διαδικασίες)

Η σχετικά πρόσφατη αναγνώριση του συνδρόμου ως ξεχωριστή νοσολογική οντότητα δεν έχει επιτρέψει την συνολική του ψυχοσωματική διερεύνηση. Υπάρχουν, ωστόσο, καταγραφές επιμέρους χαρακτηριστικών, που διέπουν την ψυχική λειτουργία ασθενών με ΜετΣ.

1.5.1 Παθολογικά χαρακτηριστικά και στοιχεία προσωπικότητας στο ΜετΣ

Η προσωπικότητα ορίζεται ως γενικά σταθερή και διαρκής οργάνωση του χαρακτήρα, της συναισθηματικής ιδιοσυγκρασίας, της διανοητικής κατάστασης και της φυσικής διάπλασης ενός ατόμου, τα οποία καθορίζουν τον μοναδικό, για το άτομο αυτό, τρόπο προσαρμογής προς το περιβάλλον του (Eysenck, 1959).

Ο όρος περιγράφει τις ιδιαίτερες ψυχικές διεργασίες του ατόμου, καθώς και τις σχέσεις μεταξύ αυτών των διεργασιών, που διαμορφώνουν σχετικά «σταθερούς τύπους συναισθήματος, σκέψης και συμπεριφοράς» (Pervin&John, σελ.36-38, μτφ 1999). Στο πλαίσιο αυτό εντάσσονται οι ατομικοί τρόποι διαχείρισης των συναισθημάτων και των καταστάσεων της ζωής, στοιχεία αλληλεπίδρασης με το περιβάλλον, ψυχοπαθολογικοί παράγοντες. Το ΜετΣ έχει συνδεθεί με στοιχεία προσωπικότητας και ψυχοπαθολογίας που αφορούν κυρίως το στρες και την σχέση με τους άλλους.

Τα συναισθηματικά προβλήματα κατά την εφηβεία και την ενήλικη ζωή σχετίζονται με υψηλότερη πιθανότητα εκδήλωσης ΜετΣ στην ηλικία των 54 ετών, σύμφωνα με την προοπτική μελέτη των Gaysina et al. (2011) σε βρετανικό πληθυσμό. Ειδικότερα, τα συναισθηματικά προβλήματα την περίοδο της εφηβείας, όπως καταγράφηκαν από τους δασκάλους των συμμετεχόντων, σχετίστηκαν με υψηλότερη γλυκοζηλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c). Επίσης, τα συναισθηματικά προβλήματα κατά την ενήλικη περίοδο, καταγεγραμμένα μέσω της κλίμακας Present State Examination (Wing et al., 1974), φάνηκε να σχετίζονται περισσότερο με υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων (TRG). Η HbA1c και τα TRG αποτελούν διαγνωστικά κριτήρια του μεταβολισμού, όπως παρουσιάστηκαν στο κεφάλαιο 1, και αφορούν η μιν το γλυκαιμικό προφίλ, τα δε την δυσλιπιδαιμία. Η έρευνα αυτή στηρίχθηκε στην φαινομενολογία της συμπεριφοράς εφήβων, μέσα από την οπτική των δασκάλων τους, και αφορά χαρακτηριστικά, όπως «εξαιρετικά φοβισμένος», «συνήθως θλιμμένος», «πάντα κουρασμένος και εξουθενωμένος», «ανίκανος να δημιουργήσει φιλίες», «γίνεται ασύμμετρα δυστυχισμένος ή ανήσυχος όταν δέχεται κριτική» (Colman et al., 2007; van Os et al., 1997). Τα χαρακτηριστικά αυτά μπορεί να περιγράφουν συνήθη συναισθηματικά προβλήματα και δυσκολίες στην αλληλεπίδραση με το περιβάλλον, κατά την εξελικτική περίοδο της εφηβείας, που μπορεί να αντανakλούν επίσης δομικά στοιχεία της προσωπικότητας.

Η επιτυχής συναισθηματική ρύθμιση έχει βρεθεί, άλλωστε, ότι σχετίζεται με το υποκειμενικό βίωμα της υγείας, αλλά και με το βιολογικό σύστημα αυτορρύθμισης, οδηγώντας σε μειωμένο κίνδυνο για εμφάνιση ΜετΣ (Kinnunen et al., 2005), ή ακόμα και σε βελτίωση ήδη εκδηλωμένης μεταβολικής διαταραχής (Richter et al., 2009).

Η οργάνωση της προσωπικότητας εξετάζεται ως αιτιολογικός παράγων εμφάνισης του ΜετΣ. Σε πρόσφατη έρευνα της Sutin και των συνεργατών της (2010),

όπου χρησιμοποιήθηκε το εμπειρικά σχεδιασμένο μοντέλο των πέντε παραγόντων προσωπικότητας (five-factor model (FFM) (Costa,1992), διαπιστώνεται, ότι ενήλικες πάνω από 45 ετών με ΜετΣ παρουσιάζουν χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως «νευρωτισμό»²⁸ και «χαμηλή προσήνεια»²⁹. Αντίθετα, το χαρακτηριστικό της «ευσυνειδησίας»³⁰, φαίνεται να έχει προστατευτική δράση στην εκδήλωση της διαταραχής. Άλλα χαρακτηριστικά, όπως ο παρορμητισμός και η εχθρική διάθεση, έχουν υψηλή συνάφεια με την εκδήλωση της νόσου.

Πρόσφατη έρευνα επί του ΜετΣ διαπιστώνει προβληματικές διαπροσωπικές σχέσεις, οι οποίες χαρακτηρίζονται από παραμόρφωση και παραβιάσεις ορίων, ως προς τους ρόλους των φύλων, των γενεών, καθώς και των κοινωνικών θέσεων (Khaustova, 2011).

Δυσκολίες στις κοινωνικές σχέσεις σε ασθενείς με ΜετΣ αποτελούν κοινό τόπο στις τελευταίες έρευνες. Ειδικότερα, αρνητικό συναίσθημα και τάση καταστολής του σε κοινωνικές περιστάσεις, περιγράφονται για την ονομαζόμενη «προσωπικότητα D» (Distressed personality) (Mommesteeg, P. et al. 2010). Ο όρος περιγράφει την οργάνωση προσωπικότητας, που χαρακτηρίζεται από αρνητικά συναισθήματα και καταστολή τους σε κοινωνικές συνθήκες, από το φόβο απόρριψης ή αποδοκιμασίας. Οι αιτίες των δυσκολιών στις διαπροσωπικές σχέσεις ασθενών με ΜετΣ δεν έχουν διασαφηνισθεί ακόμη. Πρόκειται άραγε για χαρακτηριστικά προσωπικότητας που οδηγούν στο ΜετΣ, ή μήπως δημιουργούνται λόγω της παχυσαρκίας που το συνοδεύει, και που μπορεί να προκαλέσει ντροπή για το σώμα και τις διατροφικές συνήθειες; Στην συζήτηση των αποτελεσμάτων θα επιχειρήσουμε να δώσουμε μια απάντηση στο δύσκολο αυτό ερώτημα.

Επιστρέφοντας στο θέμα της καταστολής του συναισθήματος σε κοινωνικές συνθήκες, θα αναφερθούμε πάλι στην φροϋδική θεωρία. Ως λειτουργία, η καταστολή του συναισθήματος στην ψυχανάλυση αναφέρεται στην συνειδητή αποφυγή κάποιας δυσάρεστης ιδέας ή συναισθήματος (Laplanche & Pontalis, μτφ 1986). Έρχεται σε αντιδιαστολή με την απώθηση, όντας ένα από τα μονοπάτια στα οποία ωθείται κάποιο ανάρμοστο περιεχόμενο, όταν η απώθηση αποτυγχάνει.

²⁸ Νευρωτισμός/Neuroticism: προδιάθεση για αρνητικό συναίσθημα, που εκφράζεται μέσω άγχους, κατάθλιψης και εχθρικής διάθεσης

²⁹ Προσήνεια/Agreeableness: τάση επικέντρωσης στις θετικές ιδιότητες των άλλων, φιλική κοινωνική παρουσία

³⁰ Ευσυνειδησία/Conscientiousness: επιμονή και προσοχή στην λεπτομέρεια, κινητοποίηση για την επίτευξη στόχων

Από τη μέχρι τώρα εμπειρία μου στην κλινική εργασία με μεταβολικούς ασθενείς, προκύπτει η παρατήρηση, ότι σε κοινωνικές συνθήκες, όπως επαγγελματικά γεύματα, φιλικές ή οικογενειακές συνεστιάσεις, γίνεται υπερκατανάλωση τροφής και ποτού, πέρα από τα όρια του φυσιολογικού και ακόμα του ευχάριστου, όπως προκύπτει από τις σωματικές αισθήσεις και το συναίσθημα μετά την υπερφαγία. Από το κλινικό υλικό προκύπτουν δυο σημαντικές παρατηρήσεις, σε σχέση με την κοινωνική υπερφαγία. Η πρώτη, αφορά την υπερφαγία ως προσπάθεια λήθης, είδος «σωματικής απόθησης» μέσω της οργανικής υπερδιέγερσης. Πρόκειται, θεωρούμε για εκφορτιστική κίνηση, που στοχεύει στην εκμηδένιση της έντασης. Η δεύτερη, εξετάζει την υπερφαγία, με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που έχει για τους μεταβολικούς ασθενείς, ως προσπάθεια ταύτισης και επανένωσης με το αντικείμενο-συνδαιτυμόνα, υπεραναπληρωτική της ρήξης που προκαλεί το αρνητικό συναίσθημα σε κοινωνικές συνθήκες, όπως περιγράφηκε πιο πάνω.

1.5.2 Το σύμπτωμα της υπερφαγίας στο ΜετΣ

Βασικό χαρακτηριστικό πολλών ασθενών με ΜετΣ είναι η διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά και τα επεισόδια υπερφαγίας. Από την κλινική εμπειρία, διαπιστώσαμε, ότι σε μεγάλο ποσοστό εντάσσονται διαγνωστικά στην «διαταραχή στην πρόσληψη τροφής μη προσδιοριζόμενη αλλιώς» (DSM-IV-TR), που σηματοδοτεί την επένδυση της περιοχής του στόματος ως μιας ιδιαίτερα ενεργής ζώνης. Το νέο DSM-V, που εκδόθηκε ενώ η διατριβή ήταν στο στάδιο της συγγραφής των αποτελεσμάτων, επιβεβαιώνει την σημασία της διαταραχής υπερφαγίας, αναγνωρίζοντάς την ως ξεχωριστή νοσολογική οντότητα. Βιβλιογραφικά, το ποσοστό των ανθρώπων με διαταραχή υπερφαγίας (Binge Eating Disorder), που πάσχει και από ΜετΣ είναι ιδιαίτερα υψηλό. Για την Αμερική έχει καταγραφεί ότι περίπου το 60% των παχύσαρκων υπερφάγων υποφέρει από αυτή τη διαταραχή (Roehrig et al., 2009).

Άλλες έρευνες έδειξαν, ότι σε βουλιμικούς ασθενείς με καθαρτική συμπεριφορά και ειδικότερα αυτοπροκαλούμενους εμετούς, παρουσιάζεται κυκλική αύξηση στη δραστηριότητα του πνευμονογαστρικού νεύρου, η οποία μπορεί να αυξήσει την τάση για υπερφαγία και εμετό. Αυτή η αντίδραση προκαλείται από διαφοροποιήσεις στα μοτίβα πυροδότησης του πνευμονογαστρικού νεύρου, μετά από παρατεταμένη συμπεριφορά υπερφαγίας-κάθαρσης για έλεγχο του βάρους (Faris et al., 2006). Άλλες έρευνες κατέδειξαν την εμπλοκή του προσαγωγού πνευμονογαστρικού νεύρου στη διαδικασία τερματισμού του γεύματος (Bundell, 1991). Πρόκειται λοιπόν κατά τα φαινόμενα για μια κυκλική λειτουργία,

που εκκινεί η συμπεριφορά της υπερφαγίας/κάθαρσης και που βραχυκυκλώνει το σύστημα πείνας-κορεσμού σε νευρικό και εγκεφαλικό επίπεδο.

Υπό το πρίσμα γενικής τάσης παρορμητισμού του μεταβολικού ασθενούς, και ιδωμένη ως προσπάθεια διαχείρισης της “εχθρότητας” (hostility) (Sutin et al, 2010), η υπερφαγία εντάσσεται σε ένα περίπλοκο δίκτυο παραγόντων που αφορούν το πεδίο της συμπεριφορά και εγκεφαλικών λειτουργιών και δομών (Goldbacher & Matthews, 2007). Τα συναισθήματα που συνδέονται περισσότερο με την υπερφαγία είναι ο θυμός, η μοναξιά, η αηδία, η εξάντληση ή η ντροπή (Zeeck et al., 2010). Σε μια έρευνα του Lattimore, διαπιστώθηκε ότι το στρες που απειλεί το Εγώ αυξάνει την τάση για υπερκατανάλωση τροφής σε μεγαλύτερο βαθμό από ό,τι πειραματικά προκλητό στρες (2001). Επίσης παρατηρήθηκε, ότι παχύσαρκα άτομα παρουσιάζουν τάσεις υπερφαγίας όταν έρχονται αντιμέτωπα με διεγέρσεις οι οποίες δεν μπορούν να εξηγηθούν (Slochower et al., 1981), ή με άγχος πέρα από τον γνωσιακό ή πρακτικό έλεγχο τους (Slochower & Kaplan, 1980; Slochower, 1981). Φαίνεται λοιπόν, ότι η υπερφαγική κρίση μπορεί να συνδέεται περισσότερο με υποκειμενικούς παράγοντες ανθεκτικότητας σε συγκεκριμένες αγχογόνες συνθήκες, παρά με αντικειμενικά αγχογόνες καταστάσεις. Αυτή η παρατήρηση μπορεί να εξηγήσει το γεγονός ότι το υπερφαγικό επεισόδιο δεν αποτελεί μονόδρομο για κάθε άνθρωπο υπό συνθήκες που θα αναμενόταν θεωρητικά να προκληθεί στρες (Bellisle et al., 1990), και θα λέγαμε ούτε καν για το ίδιο άτομο σε άλλη χρονική στιγμή, με διαφορετικές προοπτικές ρυθμιστικών σωματικών και ψυχικών κινήσεων. Στο συμπέρασμα αυτό κατέληξε και η Elfhag με τους συνεργάτες της (2003), μετά από έρευνα σε παχύσαρκους ενήλικες, τονίζοντας ακόμη περισσότερο τον ρόλο της ενδογενούς υπερφόρτισης από στρες στην εκδήλωση υπερφαγικού επεισοδίου, παρά των εξωτερικών συνθηκών, ή ακόμα και της έντασης του στρες που βιώνεται από το άτομο.

Η υπερφαγία στο ΜετΣ μοιράζεται με τις διάφορες άλλες εξαρτήσεις (Corcos, 2005) κοινά κλινικά χαρακτηριστικά, όπως η ντροπή μετά την κρίση, η μαζοχιστική διατήρηση της συμπεριφοράς παρά τις επιβαρυντικές επιπτώσεις της στο ψυχολογικό, βιολογικό και κοινωνικό επίπεδο, η αντικατάσταση της εξάρτησης από κάποιο αντικείμενο-άνθρωπο με ένα άψυχο αντικείμενο, συνεχώς διαθέσιμο και εύκολο στον χειρισμό. Κατά τη φάση της προέρευνας ακούστηκαν συχνά φράσεις, όπως «η σχέση μου με το φαγητό είναι πολύ καλή, μου αρέσει το φαγητό πολύ, τρώω μέχρι να νιώσω ότι έσκασα. Το φαγητό είναι ένας φίλος που δε σε προδίδει.», ή ακόμα

«μετά από μια δύσκολη μέρα με τα παιδιά παίρνω το δίσκο μου στο κρεβάτι, μόνη μου. Αυτό με χαλαρώνει από παιδί. Δεν σκέφτομαι τίποτα».

Πιο πάνω διαφάνηκε η συμμετοχή του συστήματος θρέψης στο ΜετΣ, μέσα από τη διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά που επηρεάζει και επηρεάζεται από τις σωματικές εκδηλώσεις της νόσου, όπως η υπερινσουλιναίμία και η δυσανεξία στη γλυκόζη. Ο ιδιαίτερος ρόλος του παράγοντα της στοματικότητας κατέχει από νωρίς στην ψυχαναλυτική θεωρία προνομιακή θέση.

Στο ΜετΣ η διαταραχή στη λήψη τροφής τοποθετείται, όπως φαίνεται από την καταγεγραμμένη βιβλιογραφικά διαταραχή υπερφαγίας, στο επίκεντρο της διαταραχής, είτε ως αρχικός αιτιολογικός παράγων είτε ως αποτέλεσμα της υπερινσουλιναίμιας, σε φαύλο κύκλο διέγερσης. Η στοματική κοιλότητα καθίσταται τόπος εκφόρτισης μιας ενόρμησης με τέτοιο τρόπο, ώστε, τελικά, να μην εξυπηρετεί την επιβίωση, αλλά να προκαλεί κυτταρική οξείδωση και φλεγμονή. Κατά την υπερφαγία διεγείρεται η στοματική περιοχή, με τρόπο, όμως, αποσυνδεδεμένο από την επιβίωση, υπό την έννοια, ότι η τοποθέτησή της στο χρόνο, η ποσότητα και η ποιότητα των τροφών καθώς και οι ψυχικοί παράγοντες που την εκκινούν, δρουν επιβαρυντικά για την ενεργειακή ομοιόσταση. Η ευχαρίστηση που προκαλείται από την διέγερση της στοματικής κοιλότητας, η οποία θα μπορούσε να υποτεθεί, ότι συνιστά απόηχο της βρεφικής ανάμνησης ικανοποίησης και προκαλεί το επεισόδιο, δίνει τη θέση της στη γρήγορη κατάποση της τροφής, απογυμνωμένη από το ψυχικό περιεχόμενο του. Ωστόσο, είναι παρούσα η διέγερση των εξωτερικών πτυχώσεων του δέρματος, όπως γίνεται και στις παιδικές αυτοερωτικές διαδικασίες, είτε αφορούν την στοματική ή τη γεννητική ζώνη.

Η προβληματική του στοματικού ερωτισμού, ως πρώτη μορφή της παιδικής σεξουαλικότητας, απασχόλησε τη φροϋδική σκέψη από το κείμενο του Freud για τις «Τρεις πραγματείες για τη θεωρία της σεξουαλικότητας». Στο κείμενο αυτό, ο Freud γράφει: «αυτό που εξοικείωσε το παιδί με αυτή την ηδονή ήταν η πρώτη και πιο ζωτική του δραστηριότητα, ο θηλασμός του μητρικού στήθους ή άλλων υποκατάστατων αυτού» (Freud, 1905, μτφ 1999, σελ. 117). Ορίζει το πιπίλισμα ως την πρώτη μορφή αυτοερωτισμού : «το παιδί δεν χρησιμοποιεί ένα ξένο σώμα για το πιπίλισμά του, αλλά προτιμά ένα μέρος της δικής του επιδερμίδας, επειδή του είναι πιο βολικό, δεδομένου ότι αυτό το καθιστά ανεξάρτητο από τον εξωτερικό κόσμο, τον οποίο δεν είναι ακόμα ικανό να ελέγξει, και διότι με τον τρόπο αυτό παρέχει στον εαυτό του ένα είδος δεύτερης ερωτογόνου ζώνης,

έστω κι αν αυτή είναι μικρότερης αξίας» (σελ.117-118. μτφ). Το πιπίλισμα αποτελεί, σύμφωνα με τη φρουϊδική σύλληψη, αυτοερωτική διαδικασία, καθώς δεν έχει άλλο σκοπό, παρά την ευχαρίστηση.

Σύμφωνα με τις μέχρι τώρα παρατηρήσεις, που απορρέουν από την θεραπευτική εργασία με τους μεταβολικούς ασθενείς και την ανάλυση προβολικών δοκιμασιών, διαφαίνεται δυσκολία στην οριοθέτηση του σώματος (απαντήσεις οργάνων, ολιγοφρενικές απαντήσεις), παράλληλα με την μη διαχωρισμένη αναπαράσταση ανάμεσα στον εαυτό και τον άλλο (καθρέφτισμα, συμμετρία), καθώς και στοματική εξάρτηση (απαντήσεις οργάνων λήψης τροφής, γεννητικής ανατομίας, στοματικής δραστηριότητας, τροφίμων και ποτών). Από τα στοιχεία αυτά υποθέτουμε ότι αναβιώνει η εικόνα του στοματικού ερωτισμού, όταν δεν υπήρχε ακόμα διαχωρισμός από το αντικείμενο.

Σε πολλούς ασθενείς με ΜετΣ παρατηρήθηκαν, κατά την κλινική εργασία και κατά την φάση της προέρευνας, στοιχεία όπως υπερεπένδυση, ενδείξεις υπομανίας, υπερβάλλουσα εμπλοκή με τη βασική ενασχόληση (εργασία είτε οικογένεια), κατά την οποία οι ανάγκες του σώματος αγνοούνται. Τα χαρακτηριστικά αυτά συνοδεύονται από ψυχική και σωματική εξάντληση, αίσθημα κενού και υπερφαγικά επεισόδια στο τέλος της ημέρας, τα οποία αναφέρονται, χωρίς όμως ουσιαστικά να βιώνονται και να νοσηματοδοτούνται, χωρίς να αμφισβητείται η αναγκαιότητά τους ή η αποκλειστική αρμοδιότητα του ατόμου απ' αυτών.

1.5.3 Σχέση με το αντικείμενο και ομοιοστατικός μηχανισμός

Οι δυνατότητες αυτορρύθμισης και διαχείρισης της υπερδιέγερσης θεμελιώνονται διαμέσου της αλληλεπίδρασης με το μητρικό αντικείμενο, ενώ ενδοβάλλονται κατά την πορεία της ανάπτυξης. Η παλαιότερη αντίληψη, ότι το βρέφος δέχεται παθητικά τον θηλασμό έχει αντικατασταθεί από τη γνώση της δυναμικής αλληλεπίδρασης που έχει δομικό χαρακτήρα.

Ξεκινώντας από την εξάρτηση του βρέφους από τη μητέρα, όπως περιγράφηκε από τον René Spitz (1960), τη θεωρία της εσωτερίκευσης της μητρικής λειτουργίας «α» του Wilfred Bion (1962), περνώντας από την έννοια των εαυτοαντικειμένων του Heinz Kohut (1971) και καταλήγοντας στη σύλληψη του Donald Winnicott για το μεταβατικό αντικείμενο (1953), σκιαγραφείται η σημασία της σχέσης με το μητρικό αντικείμενο για τη επαρκή δόμηση των ομοιοστατικών λειτουργιών του οργανισμού. Οι βλαπτικές επιπτώσεις του αποχωρισμού από τη μητέρα, όπως περιγράφηκαν από τον Spitz (1960),

δεν αφορούν μόνο στην απώλεια του αντικειμένου αγάπης, αλλά στο γεγονός, ότι αυτή η απώλεια στερεί το κανάλι εκφόρτισης των λιβιδινικών και επιθετικών ενορμήσεων (Eagle, 1984).

Η Melanie Klein μίλησε για το σχηματισμό των εσωτερικών αντικειμένων, μέσα από δύο αναπτυξιακές φάσεις. Η πρώτη, η λεγόμενη παρανοϊκή-σχιζοειδής θέση, ξεκινά τις πρώτες μέρες της ζωής, και χαρακτηρίζεται από πρωτόγονες άμυνες, όπως η σχάση, η ενδοβολή, η προβλητική ταύτιση και η άρνηση. Κυριαρχεί ο φόβος της κακόβουλης παραβίασης και επίθεσης από την πλευρά του αντικειμένου, με τη μορφή του διωκτικού άγχους, το οποίο στον ενήλικα συναντάται στην παράνοια και τη σχιζοφρένεια. Η δεύτερη, η καταθλιπτική θέση, ξεκινά στους τέσσερεις μήνες, χωρίς να σηματοδοτεί το τέλος της πρώτης θέσης, στην οποία το βρέφος και αργότερα το άτομο μπορεί να παλινδρομεί περισσότερο ή λιγότερο. Χαρακτηρίζεται από το φόβο καταστροφής του αντικειμένου, το οποίο γίνεται πλέον αντιληπτό ως κάτι ξεχωριστό, και μάλιστα ενσωματώνει τις καλές και κακές πλευρές που μέχρι εκείνη τη στιγμή παρέμεναν υπό σχάση (Klein, 1952).

Οι Ciccone και Lhopital (1997), στηριζόμενοι στα παραπάνω, υποστήριξαν ότι κατά τους πρώτους μήνες της ζωής το βρέφος περνά από τρία επίπεδα ή θέσεις, τα οποία δεν παρουσιάζονται διαδοχικά, αλλά ανάμεσα στα οποία πραγματοποιούνται οι εξελικτικές κινήσεις χρησιμοποιώντας δομικά στοιχεία και από τα τρία. Πρόκειται για τα στάδια της εξάρτησης, της συμβίωσης και της κατάθλιψης. Κάποια στοιχεία έχουν πιο ναρκισσιστικό χαρακτήρα, με επαναστροφή της επένδυσης προς το ίδιο το βρέφος. Άλλα λαμβάνουν περισσότερο υπόψη το αντικείμενο. Βασικοί παράγοντες οργάνωσης θεωρούνται η μητρική ικανότητα περίεξης και ανακούφισης του φόβου εκμηδένισης, οι ρυθμικές φροντίδες, η έγκαιρη και όχι πρόωγη λήξη της συμβιωτικής σχέσης, η μητρική ικανότητα να αντέξει την προσκόλληση που θα επιτρέψει την ασφαλή διαφοροποίηση.

Οι συγγραφείς υποστηρίζουν, ότι αυτές οι παλινδρομικές κινήσεις πραγματοποιούνται υπό την πίεση δύο δυνάμεων: της συνάντησης του νεογέννητου με τη μητρική δυσκολία περίεξης και ψυχικής θρέψης, καθώς και της εκ της μήτρας προερχόμενης αδυναμίας του βρέφους να επωφεληθεί από τις ψυχικές ικανότητες του μητρικού περιβάλλοντος, ή να τις διεγείρει.

Οι θεωρητικές αυτές τοποθετήσεις επιβεβαιώνονται όλο και περισσότερο από τα ευρήματα της νευροενδοκρινολογίας και άλλων επιστημών που στηρίζονται σε απτές ενδείξεις (evidence-based sciences), όπως περιγράφηκε στην υποενότητα

1.1.7, σχετικά με την επίδραση της μητρικής υπερφαγίας και του άγχους, κατά την εγκυμοσύνη. Στον τομέα της ψυχοσωματικής έχει βρεθεί επίσης, ότι σταθερά ματαιωτικές πρώιμες σχέσεις ή ελλείψεις στην εσωτερίκευση των ρυθμιστικών διαδικασιών, προκαλούν σωματικές ασθένειες στο παιδί, ή ακόμα διαταραχές στη συμπεριφορά (Benoit, 2004). Η ποιότητα των σχέσεων με το αντικείμενο αναπαράγεται με ιδιαίτερη ένταση στο πλαίσιο της κλινικής και θεραπευτικής σχέσης συναισθημάτων και φαντασιώσεων στον κλινικό χώρο.

1.5.4 Αλεξιθυμία

Με τον όρο αλεξιθυμία περιγράφεται η αδυναμία του ατόμου να εκφράσει με λέξεις αυτό που νιώθει, να κάνει τη διάκριση ανάμεσα σε σωματικές αισθήσεις και συναισθήματα, να δημιουργήσει φαντασιώσεις (Σιφναίος, 1967). Αποτελεί χαρακτηριστικό της ψυχικής λειτουργίας που προέκυψε από τη μελέτη ψυχοσωματικών ασθενών. Έχει οριστεί με βάση ψυχικές και εγκεφαλικές λειτουργίες. Περιλαμβάνει τη δυσκολία αναγνώρισης και λεκτικοποίησης συναισθημάτων, την άρνηση συναισθημάτων, τον περιορισμό της φαντασιακής ζωής, την τάση καταφυγής στην πράξη μπροστά σε συγκρούσεις, την υπερλεπτομερή περιγραφή γεγονότων και σωματικών συμπτωμάτων (Pirlot, 2010).

Έχουν περιγραφεί δυο μορφές αλεξιθυμίας (Taylor,& Bagby 2013). Η πρωτογενής αλεξιθυμία, πιθανολογείται ότι παρουσιάζεται λόγω δομικών ελλειμμάτων του εγκεφάλου, όπως για παράδειγμα οι φτωχές συνδέσεις του νεοφλοιού με το λιμβικό σύστημα. Χαρακτηρίζεται από περιορισμό των συναισθημάτων σε φόβο και θυμό, που δεν συνοδεύονται από σκέψεις ή φαντασιωσική λειτουργία. Η δευτερογενής αλεξιθυμία, θεωρείται ότι οφείλεται στις επιδράσεις τραυματικών εμπειριών κατά την προλεκτική ηλικία. Απαντάται συχνά στον αλκοολισμό, τον εθισμό σε ναρκωτικές ουσίες, στην διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και στις διαταραχές διατροφής.

Η αλεξιθυμία αρχικά μελετήθηκε στις αρχές της δεκαετίας του '70 σε ασθενείς οι οποίοι παρουσίαζαν μια ή περισσότερες από τις λεγόμενες κλασικές ψυχοσωματικές ασθένειες, όπως έλκος, υπέρταση, ελκώδη κολίτιδα, ρευματοειδή αρθρίτιδα, βρογχικό άσθμα, θυρεοτοξίκωση και νευροδερματίτιδα. Τα τελευταία χρόνια έχει συνδεθεί επίσης με λειτουργικές ασθένειες, όπως ινομυαλγία, σύνδρομο χρόνιας κόπωσης, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου και αυτοάνοσα (Porcelli,& Meyer, 2002). Παράλληλα υπάρχουν ενδείξεις για σχέση της αλεξιθυμίας

με τοξικοεξαρτήσεις, κατάθλιψη, διατροφικές διαταραχές, ψυχοσωματικές ασθένειες. (Bastin et al., 2004).

Η αλεξιθυμία θεωρείται, από κάποιους ερευνητές, ότι προέρχεται από αναπτυξιακή διαταραχή μεταξύ εγκεφαλικών δομών ή των συνδέσεών τους, ειδικότερα του πρόσθιου διάμεσου εγκεφάλου (AI) και του πρόσθιου τμήματος της έλικας του προσαγωγίου (ACC) (Lane et al., 1997), τα οποία σχετίζονται με την εμπειρία συναισθήματος, την ενσυναίσθηση και την αναγνώριση συναισθήματος (Singer et al., 2009, Etkin et al., 2011). Στην έρευνα του Kano και των συνεργατών του (2003) καταγράφεται απουσία αιμάτωσης στις παραπάνω περιοχές, όταν αλεξιθυμικά άτομα καλούνται να δουν εικόνες από θυμωμένα πρόσωπα. Μια πιο πρόσφατη έρευνα των Moriguchi et al. (2007), καταγράφει μειωμένη ενεργοποίηση του αριστερού ACC, μπροστά σε εικόνες χεριών και ποδιών σε οδυνηρές καταστάσεις. Επίσης, οι ερευνητές παρατηρούν, ότι η αλεξιθυμία σχετίζεται με υπολειτουργία της αριστερής πλαγιομετωπιαίας περιοχής του πρόσθιου φλοιού (DLPFC), του φλοιού της πρόσθιας μοίρας της έλικας του προσαγωγίου (ACC), του εγκεφαλικού στελέχους της παρεγκεφαλίδας. Οι Feldman, Hall et al. (2013) υποστηρίζουν, ότι τα υψηλά ποσοστά αλεξιθυμίας σχετίζονται με μειωμένη νευρωνική ενεργοποίηση στον AI μπροστά στον πόνο του άλλου, καθώς και με μειωμένη κινητοποίηση για αλτρουϊστική δράση. Τέλος, οι Kano και Fukudo (2013), μέσα από τρεις νευροαπεικονιστικές μελέτες, επιβεβαιώνουν την μειωμένη ενεργοποίηση του dACC και της πρόσθιας έλικας, όταν αλεξιθυμικά άτομα βλέπουν θυμωμένα πρόσωπα, ενώ γενικά τα αλεξιθυμικά άτομα βιώνουν δυσκαμψία στην γνωσιακή ρύθμιση, λόγω ελλειμμάτων στο σύστημα που ρυθμίζει και κατευθύνει το συναίσθημα.

Έχει παρατηρηθεί επίσης, ότι τα αλεξιθυμικά άτομα έχουν δυσκολία διαχωρισμού του άγχους από την κατάθλιψη, της διέγερσης από την κόπωση, του θυμού από την πείνα. Αντίθετα, τα αλεξιθυμικά άτομα έχουν έντονη ενασχόληση με τις πραγματικές λεπτομέρειες της καθημερινότητας, των γεγονότων και γενικά της εξωτερικής πραγματικότητας (Nemiah, 1996). Παράλληλα, η αλεξιθυμία συνδέεται με σφάλματα στην αντίληψη του στρες, επηρεάζοντας με τον τρόπο αυτό τις αυτορυθμιστικές λειτουργίες του ατόμου και την ενεργοποίηση των ψυχολογικών και βιολογικών μηχανισμών που σχετίζονται με την αντιμετώπιση εξωτερικών και εσωτερικών αναγκών (Naatanen et al., 1999). Ωστόσο, εάν και η αλεξιθυμία μπορεί να είναι σταθερό χαρακτηριστικό ατόμων με ψυχοσωματικές διαταραχές,

ενδέχεται σε κάποιες περιπτώσεις να εμφανιστεί ως λειτουργία, υπό συγκεκριμένες συνθήκες. Το στρες περιέχεται στο σώμα, δεν γίνεται αντικείμενο ψυχικού μεταβολισμού και εκδηλώνεται μέσω της ασθένειας. Σε ανθρώπους με χρόνιο τραύμα, παρατηρείται παλινδρόμηση στις πιο πρώιμες φάσεις της συναισθηματικής ζωής, με τη μορφή παλινδρομικής αποδιαφοροποίησης και επανασωματοποίησης του συναισθήματος (Krystal, 1988). Όταν οι διεγέρσεις δεν γίνονται αντικείμενο επεξεργασίας, το στρες παραμένει ως αδιαχείριστο φορτίο, πλήττοντας λειτουργίες του σώματος μέσω του εγκεφάλου.

Μελέτες με λειτουργικές μαγνητικές τομογραφίες και μετρήσεις αλεξιθυμίας έδειξαν ισχυρή σχέση των εγκεφαλικών δομών και λειτουργιών με δυσλειτουργία στην αναγνώριση των συναισθηματικών καταστάσεων του εαυτού και των άλλων. Ιδιαίτερα το κατοπτρικό νευρωνικό σύστημα (Mirror Neuron System), το οποίο αναπτύσσεται τον πρώτο χρόνο ζωής του ανθρώπου, και αποτελεί τη βάση, εκτός άλλων, της ανάπτυξης ικανότητας ενσυναίσθησης και ψυχοποίησης, βρέθηκε ότι ενεργοποιείται περισσότερο σε άτομα με υψηλό σκορ αλεξιθυμίας, καθώς μειώνεται η ικανότητα διάκρισης ανάμεσα στον εαυτό και τον άλλο (Moriguchi et al., 2009).

Πιο ψυχαναλυτικά προσανατολισμένοι ερευνητές, όπως η McDougall (1985) και ο Thome (1990), θεωρούν τα αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά ως πρώιμες νοητικές άμυνες, οι οποίες στοχεύουν στην προστασία του εγώ από συναισθηματικές διεγέρσεις που ξεπερνούν τις δυνατότητες επεξεργασίας του.

Η αλεξιθυμία ως αποτέλεσμα αδυναμίας επεξεργασίας των συναισθημάτων μπορεί να επηρεάσει την ψυχική και σωματική υγεία, μέσα από συμπεριφορές που στοχεύουν στη ρύθμιση του άγχους, όπως η υπερφαγία. Συνδέεται δε με συναισθηματική απορύθμιση και σωματοποιήσεις, με αλλοιώσεις στο αυτόνομο νευρικό σύστημα και τον νευρο-ενδοκρινικό άξονα (Dewaraja, & Sasaki, 1990), την λειτουργία του συμπαθητικού συστήματος (Fukunishi et al., 1999; Wehmer et al., 1995), καθώς και στις λειτουργίες του ανοσοποιητικού (Lumley et al., 2007). Στο ΜετΣ η αλεξιθυμία συμβάλλει επηρεάζοντας κάποιες από τις επιμέρους παραμέτρους που το ορίζουν, όπως για παράδειγμα τα επίπεδα τριγλυκεριδίων και την αρτηριακή πίεση (Lemche et al., 2014).

Αντίθετα, η επιτυχής συναισθηματική ρύθμιση έχει παρατηρηθεί ότι σχετίζεται με το υποκειμενικό βίωμα της υγείας, αλλά και με το βιολογικό σύστημα αυτορρύθμισης, οδηγώντας σε μειωμένο κίνδυνο για εμφάνιση ΜετΣ (Kinnunen ML,

et al., 2005), ή ακόμα και σε βελτίωση ήδη εκδηλωμένης μεταβολικής διαταραχής (Richter N et al., 2009). Η ευθραυστότητα του Εγώ και η στοματική εκφόρτιση σχετίζονται επίσης με την αλεξιθυμία, την αδυναμία λεκτικοποίησης του συναισθήματος, το οποίο βιώνεται σαν κάτι διάχυτο και συνοδεύεται από «άγχος χωρίς όνομα».

1.5.5 Επιθετικότητα

Σύμφωνα με την ψυχοσωματική θεωρία, στους ψυχοσωματικούς ασθενείς δεν λειτουργεί το Προσυνειδητό, το σύστημα που φιλτράρει τις πληροφορίες ανάμεσα στο Ασυνείδητο και τη Συνείδηση, το οποίο, υπό κανονικές συνθήκες, θα λειτουργούσε προστατευτικά. Βασικές προϋποθέσεις για την καλή λειτουργία του Προσυνειδητού είναι το πάχος και η ρευστότητά του, που εξαρτάται από την ποσότητα και την ποιότητα των συνδέσεων αναπαραστάσεων αντικειμένων και αναπαραστάσεων λέξεων. Στην ιστορία των ψυχοσωματικών ασθενών, παρατηρείται συχνά ελλειπής οργάνωση του συστήματος του Προσυνειδητού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να κατακλύζεται το άτομο από εσωτερικές ώσεις και εξωτερικούς ερεθισμούς, γεγονότα που παραμένουν χωρίς νόημα. Υπάρχουν ακόμα κάποια συναισθήματα που έχουν χάσει το νόημά τους. Παρατηρείται ουσιαστική δυσκολία διαχωρισμού του ονείρου από την πραγματικότητα. Η δυσλειτουργία αυτή έχει τις ρίζες της σε πολύ πρώιμα στάδια της αναπτυξιακής πορείας του ατόμου.

Στα πρώτα στάδια της ζωής του ατόμου, η μητέρα λειτουργεί ως αλεξιερεθιστικός και δομικός παράγων για το βρέφος. Εάν λειτουργεί αποτελεσματικά, είναι ικανή να αντιληφθεί τις εσωτερικές ώσεις, ανάγκες και σωματικές κυρίως λειτουργίες του βρέφους και να απαντήσει κατάλληλα. Αρκετά καλή και σταθερή παροχή φροντίδας συντελεί στην δόμηση σχέσης ανάμεσα στην εσωτερική ενορμητική ώση και την ικανοποίησή της. Έτσι, ένας αυτοματισμός, π.χ. η πτώση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα που οδηγεί στο αίσθημα της πείνας, μπορεί να συνδεθεί με τη λέξη «πεινώ», με την αναπαράσταση τροφής, με την τροφή ως εξωτερικό αντικείμενο, το οποίο έρχεται σε επαφή με το βλεννογόνο του στόματος και προκαλεί την έκκριση σιέλου και γαστρικών υγρών. Επιτυγχάνεται με τον τρόπο αυτό προγραμματισμός, ήτοι σύνδεση ανάμεσα σε σωματικές λειτουργίες και αντικείμενα μέσα από τις αναπαραστάσεις τους, σχηματίζοντας ολόκληρα δίκτυα λειτουργιών και αντικειμένων. Η μητέρα, με τον τρόπο αυτό, συνδέει τις ενορμητικές τάσεις, τις σωματικές διεγέρσεις και αισθήσεις του παιδιού, αλλά και τα αντικείμενα

ικανοποίησης, με λέξεις. Έτσι δομείται το σύστημα αναπαραστάσεων, περίπλοκος ιστός, με βάση τον οποίο είναι δυνατόν να συντελεστεί η επεξεργασία διεγέρσεων από το περιβάλλον και το σώμα σε ψυχικό πλέον επίπεδο. Στο στάδιο αυτό, το άτομο είναι πλέον ικανό να επεξεργαστεί τις διεγέρσεις του, όχι μόνο μέσω σωματικής εκφόρτισης, αλλά και χρησιμοποιώντας ανώτερες ψυχικές (και εγκεφαλικές) λειτουργίες, όπως η φαντασίωση, η ψευδαίσθηση, το όνειρο, η νοηματοδότηση, και άλλες. Διότι έχει δομηθεί κάποιο σύστημα επεξεργασίας, το οποίο είναι ικανό να ανεχθεί τη ματαίωση ή την καθυστέρηση της ικανοποίησης των αναγκών του, χωρίς να κατακλυσθεί από αυτήν και να αποδιοργανωθεί.

Όταν δεν έχει λειτουργήσει η μητέρα ως αποτελεσματικό αλεξιερηθιστικό των διεγέρσεων, και δεν έχει χειριστεί τις ερωτογόνες ζώνες του βρέφους, ώστε να γίνει η δόμηση του αναπαραστατικού ιστού, δημιουργείται αναπαραστατικό κενό. Πρόκειται για χάσμα στον τρόπο με τον οποίο νευρώνονται σημεία του σώματος, με τα αντίστοιχα σημεία του εγκεφάλου που τα ελέγχουν, καταγράφουν τις αισθήσεις που προέρχονται από αυτά, και έχουν αποθηκευμένες τις λύσεις στα αιτήματά τους. Οι διεγέρσεις στις συγκεκριμένες ερωτογόνες ζώνες δεν έχουν συνδεθεί με αναπαραστάσεις. Σε επίπεδο εγκεφάλου, τα επιβαρυντικά συναισθήματα δεν μεταβιβάζονται στο νεοφλοιό (λεκτικό εγκέφαλο), αντίθετα εκφράζονται μέσω του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Στο σημείο αυτό είναι πιθανόν να ανοίξει ο δρόμος για το ψυχοσωματικό σύμπτωμα, οριζόμενο ως αποδιοργάνωση, όταν παρουσιαστούν τραυματικές συνθήκες. Θα λέγαμε έτσι, ότι ο βαθμός στον οποίο αγγίζει η αποδιοργάνωση τις θεμελιώδεις λειτουργίες του σώματος είναι συνάρτηση του βαθμού ψυχοποίησης ή νοηματοδότησης της ψυχικής ωρίμανσης που έχει επιτευχθεί.

Ως τραυματικές, ορίζονται οι συνθήκες κατά τις οποίες οι διεγέρσεις που δέχθηκε η ψυχοσωματική ενότητα, και οι οποίες προέρχονται είτε από το εσωτερικό, είτε από το εξωτερικό περιβάλλον, διαπερνούν τα αμυντικά συστήματα και δεν προστίθενται στον αναπαραστατικό ιστό, ώστε να μεταλλαχθούν. Το άτομο βρίσκεται σε κατάσταση όμοια με εκείνη της πολύ πρώιμης ζωής, όπου η διέγερση είχε μόνο τη σωματική οδό εκφόρτισης, και η ικανοποίηση θα μπορούσε να έρθει κυρίως από το περιβάλλον. Το Εγώ φαίνεται να παραλύει από την ένταση των διεγέρσεων και βιώνεται διάχυτο, κατακλυσμιαίο άγχος. Αναπαράγεται με τον τρόπο αυτό το αρχαϊκό άγχος αφανισμού, το οποίο έχει τις ρίζες του στο άγχος αφανισμού του βρέφους, μπροστά στην αποτυχία

ικανοποίησης των σωματικών του αναγκών. Η ενόρμηση χάνει την ψυχική της ποιότητα, είναι αποσυνδεδεμένη από το συμβολικό της περιεχόμενο. Με τον τρόπο αυτό, ανοίγει ο δρόμος προς την παλινδρόμηση της διέγερσης πίσω στο σώμα, το οποίο καθίσταται πεδίο συγκρούσεων, εφόσον λιμνάζει το ενορμητικό φορτίο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Σκοπός και Ερευνητικές Υποθέσεις

“Συμφωνούμε όλοι πως η θεωρία σας είναι τρελή.

Είναι όμως αρκετά τρελή;»

Niels Bohr, Δανός Φυσικός

2.1 Στόχοι της μελέτης

Γενικός σκοπός της παρούσας διατριβής είναι η μελέτη και περιγραφή του προφίλ ασθενών με ΜετΣ, αναφορικά με την ψυχική οργάνωση, τις λειτουργίες του Εγώ, την αλληλεπίδραση ψυχικών και βιοχημικών φαινομένων. Η εργασία περιλαμβάνει ποσοτικές μετρήσεις, που προσφέρουν φαινομενολογικά στοιχεία για την περιγραφή της προσωπικότητας, της ψυχικής και βιολογικής λειτουργίας, καθώς και ποιοτικές μετρήσεις και κλινική αξιολόγηση που στοχεύουν στην βαθύτερη κατανόηση της ψυχικής δυναμικής και των κινήσεων του ψυχικού οργάνου. Συγκεκριμένα, μελετάται ο χαρακτήρας και η ποιότητα των μηχανισμών άμυνας του Εγώ, η ανθεκτικότητα στο στρες, παράγοντες αλεξιθυμίας και χρηστικής λειτουργίας με τις βιοχημικές τους επιδράσεις, οι τρόποι επεξεργασίας ή εκφόρτισης των διεγέρσεων, η ποιότητα των αναπαραστάσεων σχετικά με τις αντικειμενότητες σχέσεις- ιδιαίτερα ως προς το πατρικό μορφοείδωλο-, τον εαυτό και το σώμα, καθώς και στοιχεία ψυχικών τραυματισμών.

Κεντρικό ερευνητικό ερώτημα είναι η ύπαρξη ειδικού ψυχικού προφίλ που συνδέεται με το ΜετΣ, τη στιγμή που η διαταραχή έχει εκδηλωθεί. Από τη μέχρι τώρα διεθνή βιβλιογραφία, όπως παρουσιάστηκε στο πρώτο κεφάλαιο, και όπου κυριαρχούν μελέτες ψυχιατρικής και κλινικής ψυχολογίας, προκύπτουν στοιχεία ψυχοπαθολογίας και προσωπικότητας τα οποία παρατηρούνται σε ασθενείς με ΜετΣ. Καταγράφονται κυρίως καταθλιπτικά επεισόδια, χρόνια κλινική κατάθλιψη, δυσθυμία, βουλιμία, διαταραχή υπερφαγίας και χαρακτηριστικά προσωπικότητας «τύπου Δ», η οποία εκφράζεται με αρνητικό συναίσθημα και δυσκολία έκφρασής του στους άλλους. Οι διαταραχές της διατροφής και η κατάθλιψη έχουν απασχολήσει τους ερευνητές, και τους κλινικούς, της ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης. Ωστόσο, δεν υπάρχει κάποια μελέτη, ψυχαναλυτικής ψυχοσωματικής προσέγγισης ή άλλης, η οποία να διερευνά διαφορετικά επίπεδα ψυχικής και βιοχημικής λειτουργίας, μελετώντας τις αλληλεπιδράσεις τους.

Ο χαρακτήρας εμφάνισης του ΜετΣ θα το κατέτασσε θεωρητικά στις ψυχοσωματικές διαταραχές. Στις λεγόμενες ψυχοσωματικές ασθένειες

αποδίδονται δύο βασικά χαρακτηριστικά, τα οποία εμφανίζονται παράλληλα και αλληλεπιδρούν. Το πρώτο αφορά κάποια σωματική δυσλειτουργία, ενώ το δεύτερο σχετίζεται με ψυχική δυσλειτουργία, η οποία οφείλεται στις επιδράσεις της θεμελιώδους κατάθλιψης. Βασικό ερώτημα της έρευνας, είναι κατά πόσον οι μεταβολικοί ασθενείς εντάσσονται στο προφίλ της ψυχοσωματικής λειτουργίας ή πόσο διαφοροποιούνται από αυτό.

Από την κλινική εργασία με μεταβολικούς ασθενείς δημιουργήθηκε η πεποίθηση ύπαρξης ενός ακόμα πόλου στην οργάνωση ή καλύτερα τη λειτουργία του ατόμου, τουλάχιστον κατά τη χρονική περίοδο που πάσχει από μεταβολική διαταραχή. Πρόκειται για έναν τύπο λειτουργίας που περιέγραψε ο R.Rousillon (1999) με αφορμή τις ναρκισσιστικές παθολογίες και παθολογίες ταυτότητας, και σχετίζεται με πρώιμες εμπειρίες απόγνωσης.

Συνεπώς η διερεύνηση εκτείνεται σε δύο βασικούς άξονες, που αναμένεται να συνδέονται με το ΜετΣ: της ψυχοσωματικής και της ναρκισσιστικής λειτουργίας. Οι δυο άξονες φαίνεται να παρουσιάζουν πολλά σημεία σύγκλισης, όπως για παράδειγμα η πρωιμότητα των τραυματισμών και οι δυσκολίες στην σχέση με το αντικείμενο, ωστόσο, θεωρούμε ότι στην περίπτωση των ναρκισσιστικών παθολογικών καταστάσεων το τραυματικό φορτίο διοχετεύεται περισσότερο στο ψυχικό πεδίο, ενώ στις ψυχοσωματικές δυσλειτουργίες πλήττει περισσότερο ή επεκτείνεται στο σώμα. Και στις δυο περιπτώσεις πρόκειται για ελλιπή οργάνωση ή αποδιοργάνωση συστήματος. Θα λέγαμε ότι η ψυχοσωματική αποδιοργάνωση κινείται στον ναρκισσισμό, με τρόπο ιδιαίτερο.

Βασικό κριτήριο κλινικής αξιολόγησης της γενικότερης ψυχικής οργάνωσης, καθώς και της λειτουργίας στο πλαίσιο της μεταβολικής διαταραχής αποτελούν οι μηχανισμοί άμυνας του Εγώ, τρόποι διαχείρισης του κινδύνου διαταραχής της συνοχής και της σταθερότητας του ατόμου ως βιοψυχολογικής μονάδας (Laplanche et Pontalis, 1981). Χαρακτηρίζουν ουσιαστικά την ομοιοστατική ικανότητα του Εγώ, και αναλόγως του τύπου τους είναι δυνατόν να δώσουν στοιχεία για τον τρόπο με τον οποίο το Εγώ διαχειρίζεται την κρίση, τόσο από τις ενορμητικές διεκδικήσεις, όσο και από κάθε άλλο παράγοντα άγχους, όπως είναι το συναίσθημα και οι επιταγές του Υπερεγώ. Εδώ ακολουθείται η υπόθεση του Freud, ότι το ψυχικό όργανο, πριν από τον σαφή διαχωρισμό του σε Εγώ και Αυτό, και πριν ακόμα από το σχηματισμό του Υπερεγώ, χρησιμοποιεί αμυντικές μεθόδους, οι οποίες διαφέρουν από τις αντίστοιχες πιο εξελιγμένων σταδίων οργάνωσης. Ενώ ο άνθρωπος

έχει στη διάθεσή του μια πληθώρα από μηχανισμούς άμυνας, εκείνοι τους οποίους ενεργοποιεί συχνότερα μπορούν να χαρακτηρίσουν το επίπεδο λειτουργίας του Εγώ.

Ένα ειδικότερο ερώτημα επί του ΜετΣ, το οποίο αφορά άμεσα τις παρατηρούμενες διατροφικές συμπεριφορές υπερφαγίας, όπως έχουν εντοπιστεί ερευνητικά (Roehrig et al., 2009), αφορά τον παράγοντα στοματικότητα. Δεδομένου του ιδιαίτερου χαρακτήρα της υπερφαγίας στο ΜετΣ, όπως παρατηρήθηκε μέσα από την κλινική μου εμπειρία με τους μεταβολικούς ασθενείς, καθώς και του συσχετισμού του με βιολογικούς παράγοντες, όπως η υπερέκκριση ινσουλίνης και στοιχεία υδατανθράκωσης και κέτωσης –όπως προκύπτουν από τον εργοφυσιολογικό έλεγχο-, δίδεται ιδιαίτερη σημασία σε πιθανούς παράγοντες στοματικής καθήλωσης ή εκφόρτισης, όσο και στην ανατροφοδότηση από το σώμα. Θεωρώ, ότι το σύμπτωμα της υπερφαγίας συνδέεται σε ένα επίπεδο με την ανάγκη εκφόρτισης, σε ένα άλλο με παράγοντες ανηδονίας και αδυναμίας καταγραφής (σε επίπεδο αναπαράστασης και σε βιολογικό επίπεδο) του εισερχόμενου ποσού ενέργειας. Παράλληλα, υποθέτω ότι το σύμπτωμα της υπερφαγίας συνδέεται αιτιολογικά με παράγοντες αλεξιθυμίας, στα πλαίσια της σωματικής εκφόρτισης της αμεταβόλιστης ψυχικής ενέργειας.

Κατά τον R. Roussillon η μη αναπαρασταθείσα τραυματική εμπειρία υφίσταται σχάση (clivage) και έχει την τάση να επιστρέψει, κατ' αναλογία με την τάση επιστροφής του απωθημένου. Από την προέρευνα, προέκυψαν στοιχεία στο ιστορικό των ασθενών που υποστηρίζουν την υπόθεση, ότι το ΜετΣ εμφανίζεται μετά από κάποιο γεγονός που βιώνεται ως τραυματικό ή που αναφέρεται με δυσπροσαρμοστικό συναίσθημα. Αυτή η αναβίωση του τραύματος, που αφορά τις σχέσεις με τα αντικείμενα, προκαλεί διάχυτο τρόπο.

Ανατρέχοντας στην θεωρία για τις πρώτες ναρκισσιστικές καταστάσεις υποκειμενοποίησης κατά τη βρεφική ηλικία, ανακαλύπτουμε αυτό που φαίνεται ως η αρχή του νήματος. Η δυσaréσκεια που μπορεί να βιώσει το βρέφος από κενό στις φροντίδες που παρέχει το μητρικό αντικείμενο μπορεί να αποτελέσει πλήγμα στο ναρκισσισμό του, και να είναι φορέας απόγνωσης. Στο κείμενό του «Pour introduire le narcissisme» (1914), ο Freud μιλώντας για τις επιδράσεις της οργανικής ασθένειας στις επενδύσεις, αναφέρει ότι «ο ασθενής αποσύρει τις λιβιδινικές επενδύσεις του στο Εγώ του, για να τις απευθύνει εκ νέου [προς τα αντικείμενα] μετά την ίασή του» (σελ. 226, παρ. 148). Αντί της αίσθησης αβοήθητου, το βρέφος επιλέγει «να δώσει στον εαυτό του την ψευδαίσθηση του ελέγχου πάνω στα πράγματα» (Roussillon, 2007, σελ. 57). Παράλληλα καταφεύγει στον αυτοερωτισμό, όπως στην περίπτωση του

ΜετΣ συμβαίνει με την υπερφαγία. Έτσι η επεξεργασία του τραύματος, που θα γινόταν φυσιολογικά σε ψυχικό επίπεδο μεταφέρεται στο σώμα, σαν αυτό να γίνεται τόπος, όχι απώθησης με τη φροϋδική έννοια, αλλά λήθης. Ίσως, ως ατελές κακέκτυπο του λυτρωτικού βιώματος της κάθαρσης σε ορισμένα σημεία. Παρουσιάζοντας όμως την σημαντική διαφορά, ότι η ικανοποίηση δεν μπορεί να επιτευχθεί φαντασιωσικά, ώστε να καταγραφεί και να επανενεργοποιείται όταν χρειάζεται, αλλά πρέπει να επιβεβαιώνεται συνεχώς από το σώμα, παρατείνοντας την αγωνία και διατηρώντας την ασφάλεια της αναμονής.

Θεωρούμε, ότι ο ενήλικας μεταβολικός ασθενής μπαίνει και βγαίνει διαδοχικά από μια σχέση με τον εαυτό του. Αυτή η σχέση είναι ένας τύπου όπου εκλείπουν όχι μόνο οι επενδύσεις στα αντικείμενα του περιβάλλοντος, αλλά και στο εξελικτικό στάδιο όπου έχει φθάσει ο ίδιος. Με άλλα λόγια ο ναρκισσισμός στο ΜετΣ θεωρούμε ότι μπορεί να υπάρχει ως μια εύκολα ενεργοποιούμενη τάση, η οποία δεν καταλήγει σε ψυχωσική λειτουργία, προέρχεται όμως από τραύμα στον πρωτογενή ναρκισσισμό.

Διαγνωστικό κριτήριο για την ιδιαίτερη αυτή μορφολογία του ψυχικού οργάνου, μπορεί να αποτελέσει κατ' αρχήν η ποιότητα του άγχους που εμφανίζεται σε ψυχοπιεστικές συνθήκες (Ferrand, 2007). Επίσης σημαντικό ρόλο, κατέχουν οι ενεργοποιούμενοι μηχανισμοί άμυνας. Μπορεί ένα άτομο να διαθέτει πληθώρα τρόπων διαχείρισης των διεγέρσεων, ωστόσο να τείνει περισσότερο προς μια κατεύθυνση, η οποία τελικά να αποδίδει καλύτερα το γενικό προφίλ της ψυχικής λειτουργίας.

Παράλληλα με τα παραπάνω, λειτουργεί η σκέψη, ότι η αντίληψη των αντικειμένων και των σχέσεων με αυτά, θα πρέπει να αποτελεί βασικό διαγνωστικό κριτήριο ναρκισσιστικής λειτουργίας. Ένα εργαλείο το οποίο έχει χρησιμοποιηθεί πολύ στις ψυχαναλυτικές μελέτες είναι η κλίμακα MOA, η οποία εξαρτάται από τα δεδομένα της δοκιμασίας μελανοκηλίδων του Rorschach, και παρουσιάζει πολύ υψηλό δείκτη αξιοπιστίας (Bombel, Mihura, Meyer & Katko, 2005), όπως παρουσιάστηκε στο κεφάλαιο 1.4.

Ακολουθώντας την ιδέα του Freud (1905, 1914), ότι εκτός από τα γεννητικά όργανα και άλλα όργανα του σώματος μπορεί να διεγερθούν και να αποτελέσουν ερωτογενείς ζώνες, και συνδυάζοντάς την με τα σύγχρονα ευρήματα της ιατρικής, σχετικά με τον σημαντικό ρόλο του εντέρου στη μεταβολική διαδικασία, δημιουργούνται νέα ερωτήματα. Το έντερο στέλνει νευροπεπτίδια στον εγκέφαλο

που ρυθμίζουν την όρεξη και τη λήψη τροφής: χολεκυστοκινίνη (CCK), η οποία διεγείρει την πέψη λίπους και πρωτεΐνης, παγκρεατικό πολυπεπτίδιο (PP), που ρυθμίζει τις παγκρεατικές εκκρίσεις και τα επίπεδα γλυκογόνου, πεπτίδιο YY (PYY), το οποίο ρυθμίζει την όρεξη, η GLP-1, η οποία ρυθμίζει την έκκριση ινσουλίνης και αναστέλλει την απελευθέρωση γλυκογόνου (Perry&Wang, 2012). Σε έναν οργανισμό που, είτε λόγω γονιδιακή ευαισθησίας, είτε λόγω υπερδιέγερσης κατά την ενδομήτριο ζωή από το υπεργλυκαιμικό περιβάλλον, είτε λόγω γλυκοκορτιδοειδών που πέρασαν από την στρεσαρισμένη μητέρα, και που εξελίχθηκε κατά την ανάπτυξη της ψυχοσεξουαλικότητας με αδυναμίες στο μεταβολικό σύστημα, ο άξονας που ξεκινά από το στόμα και καταλήγει στον πρωκτό, μπορεί να αποτελεί καθοριστικό πεδίο συγκρούσεων.

Θα λέγαμε ότι συντελείται κάποιου είδους αναβίωση του προγεννητικού -κατ' αρχήν και μέσω μεταγενέστερων επαναλήψεων παιδικού- τραύματος, διαμέσου μεταγενέστερων επαναλήψεων. Το αναπαραστατικό σύστημα σβήνει και ενεργοποιείται η θεατρική σκηνή του σώματος, με τα κύτταρα ως υποκριτές. Οι τροφές εισβάλλουν ως παράγοντες υπερδιέγερσης. Μέσα από την λειτουργία της υπερφαγίας, θεωρούμε ότι η μεταβολική διαταραχή μπορεί είτε να ξεκινά, ως αποτέλεσμα της διέγερσης της γονιδιακής ευαισθησίας λόγω της επαναλαμβανόμενης στοματικής εκφόρτισης, είτε/και να καταλήγει σε δυσανεξία στη γλυκόζη και σε αντισταθμιστική υπερινσουλιναιμία με διαταραχή του αναπνευστικού πηλίκου, που αυξάνει την επιθυμία για τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες.

Παρατηρώντας το ΜετΣ ως προς το καταθλιπτικό σύμπτωμα, αναγνωρίζουμε επιπλέον στοιχεία που εξηγούν την ανακύκλωση της απόγνωσης. Τα καταθλιπτικά στοιχεία που έχουν καταγραφεί στο ΜετΣ, εάν συνδυαστούν με το αίσθημα αβοήθητου, αλλά και τις πολλαπλές προσπάθειες απώλειας βάρους, οι οποίες χαρακτηρίζονται συνήθως από εγκατάλειψη του προγράμματος, σκιαγραφούν σε κάποιους ασθενείς την αντίσταση στη βοήθεια. Με άλλα λόγια, το ίδιο το καταθλιπτικό σύμπτωμα επιτάσσει την απόρριψη του αντικειμένου που έρχεται σε βοήθεια, αφήνοντας να διαφανεί η ασυνείδητη ναρκισσιστική ψευδαίσθηση του ελέγχου, αλλά και η επιβεβαίωση του συμβολικού θανάτου του αντικειμένου. Όλα αυτά τα φαινόμενα, σφυρηλατούν έναν ψευδή εαυτό, φαντασιωσικά άφθαρτο, η βασική ανάγκη του οποίου είναι να διατηρήσει ακριβώς αυτή την ψευδαίσθηση.

Για να συγκεντρώσουμε στοιχεία που σκιαγραφούν το προφίλ ασθενών με ΜετΣ, και που οργανώνουν ένα πρώτο σχήμα της πολυεπίπεδης λειτουργίας της διαταραχής, επιλέγουμε διαφορετικές μεθόδους, που λειτουργούν συμπληρωματικά.

Ως προς τη διαπίστωση των βιολογικών χαρακτηριστικών της διαταραχής χρησιμοποιούνται στοιχεία από αιματολογικές, εργοφυσιολογικές και κλινικές ιατρικές εξετάσεις, τα οποία καταλήγουν στη διάγνωση του ΜετΣ.

Η μελέτη της ψυχικής οργάνωσης και λειτουργίας πραγματοποιείται με βάση την ψυχαναλυτική, παλαιότερες και νέες ψυχοσωματικές θεωρίες, λόγω των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών αυτών των προσεγγίσεων να διεισδύουν και να προσθέτουν στην αποκωδικοποίηση των ασυνείδητων λειτουργιών, προσφέροντας πιθανές συνδέσεις μεταξύ παρελθουσών καταγραφών και σύγχρονης συμπτωματολογίας. Η νέα μερική επαναστροφή της ψυχανάλυσης και ψυχοσωματικής στις νευρολογικές ρίζες και η ενσωμάτωση των απεικονιστικών μεθόδων στο οπλοστάσιο της συνθετικής προσέγγισης η οποία επανασυνδέει τις ψυχικές λειτουργίες με το βιολογικό τους υπόβαθρο, ενίσχυσε την προσπάθεια δημιουργίας ενός αρχικού αιτιολογικού μοντέλου που στόχο έχει να σκιαγραφήσει τη σχέση μεταξύ ψυχικών και σωματικών λειτουργιών στο ΜετΣ. Η κλινική συνέντευξη και το τεστ Rorschach αποτέλεσαν βασικά εργαλεία των προσεγγίσεων αυτών.

Στοιχεία ψυχικής οργάνωσης συγκεντρώθηκαν και από μια μπαταρία ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν για τη διασταύρωση και εμπλουτισμό των ευρημάτων από τις άλλες διαγνωστικές μεθόδους.

2.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Η βασική υπόθεση εργασίας της διατριβής είναι η ύπαρξη συγκεκριμένου προφίλ σε ασθενείς με ΜετΣ. Αναμένεται ότι σε ασθενείς με ΜετΣ επικρατούν λειτουργίες που ανήκουν στο ναρκισσιστικό φάσμα της παθολογίας. Επίσης αναμένεται ισχυρή συσχέτιση με δυσκολίες στην ψυχοποίηση, που καταλήγουν σε χρηστική λειτουργία, αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά, ευαισθησία στο άγχος και εκφορτιστικές συμπεριφορές. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά αναμένεται ότι εμφανίζονται παράλληλα με δυσκολία στην αντίληψη της σχέσης με το αντικείμενο, και πρώιμους αμυντικούς μηχανισμούς του Εγώ. Ειδικότερα θα διερευνηθούν τα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

❖ *Ερευνητικό ερώτημα I*

Το ΜετΣ έχει συνδεθεί με υψηλά επίπεδα στρες. Η γενική υπόθεση είναι ότι τα πρώτα συμπτώματα της μεταβολικής διαταραχής συνδέονται με στρεσογόνες καταστάσεις και τραυματικά γεγονότα, τα οποία μέσω ψυχονευροβιοχημικών οδών πυροδότησαν την έναρξη του συνδρόμου. Ακολουθείται το θεωρητικό πλαίσιο της ψυχαναλυτικής ψυχοσωματικής, όπου η απονοητικοποίηση και η χρηστική λειτουργία, οι οποίες έπονται του ψυχικού τραύματος, αποτρέπουν την ικανότητα δημιουργίας αναπαραστατικού δικτύου, που θα δρούσε αλεξιδιεγερτικά στον ασθενή και οδηγούν σε ελλειπή ψυχικό μεταβολισμό και νοηματοδότηση του γεγονότος. Απουσία αναπαραστάσεων έναρξης της διαταραχής, ακόμα και εάν η αναπαράσταση αποτελεί κατασκευή και όχι ρεαλιστική αντανάκλαση της πραγματικότητας, μπορεί να αποτελέσει διαγνωστικό κριτήριο ψυχοπαθολογίας στο ΜετΣ.

Αναμένεται θετική συσχέτιση της απουσίας αναπαραστάσεων έναρξης και αιτιολογίας του ΜετΣ, με δυσκολίες στον έλεγχο των συναισθημάτων και των παρορμήσεων.

❖ *Ερευνητικό ερώτημα II*

Το οξειδωτικό στρες έχει συνδεθεί με επιμέρους παράγοντες του ΜετΣ, αλλά και με το γενικό στρες, όπως παρουσιάστηκε στο πρώτο κεφάλαιο. Ωστόσο, δεν έχει διερευνηθεί ο ρόλος ειδικών παραγόντων ψυχικής λειτουργίας στην κυτταρική οξείδωση, όπως για παράδειγμα η διαχείριση του άγχους και ο ψυχικός μεταβολισμός του συναισθήματος. Θεωρούμε ότι η αλεξιθυμία και το αμυντικό προφίλ αποτελούν ικανούς δείκτες ψυχικής επεξεργασίας.

Αναμένεται ότι στο ΜετΣ η αλεξιθυμία και το ανώριμο αμυντικό προφίλ έχουν θετική συσχέτιση με διαταραχή βασικών δεικτών κυτταρικής οξείδωσης.

❖ *Ερευνητικό ερώτημα III*

Το ΜετΣ θεωρείται από κάποιους ερευνητές ως γονιδιακής ή περιβαλλοντικής προέλευσης διαταραχή, που πυροδοτείται από κακές διατροφικές συνήθειες, όπως είδαμε στο κεφάλαιο 1. Σύμφωνα με την θεωρία της ψυχαναλυτικής ψυχοσωματικής, οι σωματικές αποδιοργανώσεις εμφανίζονται παράλληλα με απονοητικοποίηση και χρηστική σκέψη. Θεωρώντας το ΜετΣ ως αποτέλεσμα ψυχοσωματικής αποδιοργάνωσης, δηλαδή απώλειας, μετά από τραύμα, κεκτημένων λειτουργιών, διερευνούμε το κατά πόσον ενδείξεις χρηστικής λειτουργίας συνδέονται με εκφορτιστικές τάσεις και ναρκισσιστικούς αμυντικούς μηχανισμούς.

Αναμένεται ότι στο ΜετΣ η χρηστική λειτουργία, όπως φαίνεται μέσα από την κατάρρευση του μεταβατικού χώρου, έχει θετική συσχέτιση με ναρκισσιστικές λειτουργίες και εκφορτιστικές τάσεις.

❖ *Ερευνητικό ερώτημα IV*

Το ΜετΣ, όπως είδαμε στο πρώτο κεφάλαιο, συνδέεται με διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά: βουλιμία και κρίσεις υπερφαγίας. Στο πλαίσιο της υπόθεσης χρηστικής λειτουργίας στο ΜετΣ, και άρα θεωρώντας την υπερφαγία στην συγκεκριμένη περίπτωση ως ελλιπώς ή καθόλου ψυχοποιημένη εκφορτιστική συμπεριφορά, εξετάζουμε αρχικά το ενδεχόμενο να συνδέεται με παράγοντες στοματικότητας. Στη συνέχεια διερευνούμε πιθανή συσχέτιση της υπερφαγίας στο ΜετΣ με δυσκολία στην ψυχοποίηση και αλεξιθυμία.

Αναμένεται ότι η διάγνωση της υπερφαγίας στο ΜετΣ δεν σχετίζεται με παλινδρόμηση στο στοματικό στάδιο, αλλά αποτελεί εκφορτιστική συμπεριφορά..

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Μεθοδολογία Συλλογής Δεδομένων

«Εφ' ἐκάστου ἔργου, σκόπει τα καθηλούμενα και τα ακόλουθα αὐτοῦ

και οὕτως ἔρχου ἐπ' αὐτοῦ»

(«για κάθε δουλειά να αναλογίζεσαι αὐτά που οδήγησαν σ' αὐτό και τις συνέπειές του,

και μετά να την κανεις»)

Επίκτητος

3.1 Δείγμα

Στην έρευνα συμμετέχουν 60 άνδρες και γυναίκες από 25 ως 65 ετών, ελληνικής καταγωγής, με πολύ καλό επίπεδο χρήσης της ελληνικής γλώσσας, οι οποίοι έχουν διαγνωστεί με ΜετΣ.

3.2 Μεθοδολογία Επιλογής Δείγματος

Το δείγμα επιλέχθηκε από τον πληθυσμό που προσήλθε σε εξειδικευμένο κέντρο διαιτολογίας και μεταβολισμού στην Αθήνα. Η συλλογή δεδομένων έλαβε χώρα από τις 3 Σεπτεμβρίου 2011 ως τις 16 Μαΐου 2012. Από το πλήθος των ατόμων που προσήλθαν στο κέντρο, απομονώθηκαν 508 στα οποία δόθηκε η διάγνωση του ΜετΣ, σύμφωνα με τα κριτήρια του IDF 2006, όπως παρουσιάστηκαν στο κεφάλαιο 1.1.1. Στη συνέχεια τους ζητήθηκε γραπτή συναίνεση για συμμετοχή στην έρευνα, και συναίνεσαν στη συμμετοχή 186. Για λόγους τυχαιοποίησης του δείγματος τοποθετήθηκαν όλοι σε αρχείο Excel και μέσω της εντολής RANDBETWEEN επιλέχθηκαν 93 ασθενείς για συμμετοχή, δηλαδή το 50% του συνόλου των υποψηφίων. Ανταποκρίθηκαν τελικά οι 67, εκ των οποίων οι έξι αποκλείστηκαν για λόγους πλημμελούς συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς, και μια γυναίκα για λόγους απροθυμίας ολοκλήρωσης του προβολικού τεστ. Ο τελικός αριθμός των συμμετεχόντων είναι 60.

Βασικό κριτήριο εισόδου αποτελεί η διάγνωση ΜετΣ. Επίσης, οι συμμετέχοντες έπρεπε να είναι ενήλικες άνδρες και γυναίκες, ελληνικής καταγωγής και να έχουν πολύ καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας. Τέλος οι συμμετέχοντες έπρεπε να έχουν υπογράψει το έντυπο πληροφορημένης συναίνεσης, να συμπληρώσουν επιτυχώς τα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς, να ολοκληρώσουν την κλινική συνέντευξη και το προβολικό τεστ.

Κριτήριο αποκλεισμού αποτελούν ασθένειες οι οποίες δεν εντάσσονται στο φάσμα του ΜετΣ, όπως αυτό ορίζεται από τα μέχρι τώρα διεθνή κριτήρια καθορισμού WHO και IDF. Επίσης αποκλείονται ασθενείς με ΜετΣ, οι οποίοι, παράλληλα, νοσούν από καρκίνο, κλινική κατάθλιψη, ψύχωση, που θα δεν θα απέδιδαν την καθαρή εικόνα της ψυχικής λειτουργίας των μεταβολικών ασθενών. Η κλινική κατάθλιψη ή η ψύχωση μπορούν να είναι οι ψυχικές λύσεις, τις οποίες δίδει το άτομο στην απόγνωση του. Ωστόσο, στόχος της έρευνας είναι να μελετηθεί η λειτουργία του ψυχικού οργάνου ένα στάδιο πριν δοθεί η λύση της πλήρους αποδιοργάνωσης ή της οργάνωσης σε μια νέα νοσολογική οντότητα, είτε αυτή ακολουθεί περισσότερο την ψυχική, είτε την σωματική οδό.

3.3 Χώρος Μελέτης

Κέντρο μελέτης και αντιμετώπισης μεταβολικών νοσημάτων, νοσογόνου παχυσαρκίας και διατροφικών διαταραχών, το οποίο βρίσκεται στην Αθήνα, στα Βόρεια Προάστια.

3.4 Εργασία

Η συλλογή δεδομένων έγινε μέσω ειδικών κλιμάκων αυτοαναφοράς, προβολικού τεστ, κλινικής συνέντευξης με ανοικτές και κλειστές ερωτήσεις, λιπομέτρηση και αιματολογικό έλεγχο.

3.4.1.Κλινική συνέντευξη

Η κλινική συνέντευξη επικεντρώνεται στους εξής άξονες:

- ❖ οικογενειακό και προσωπικό ιατρικό ιστορικό: διαβήτης ή παχυσαρκία, άλλες ασθένειες και αυτοάνοσα νοσήματα
- ❖ ιστορικό διατροφικής συμπεριφοράς: πορεία του βάρους ανά ηλικία και έναρξη διαταραχής του βάρους ή της διατροφικής συμπεριφοράς
- ❖ βασικές βιολογικές λειτουργίες που σχετίζονται με τον μεταβολισμό (ύπνος, λήψη τροφής, λειτουργίες απέκκρισης)
- ❖ στρεσογόνες συνθήκες και γεγονότα στο άμεσο και απώτερο παρελθόν: εκτιμώνται χρησιμοποιώντας ως βάση την Interview for Recent Life Events και τους παράγοντες που μελετά (Paykel, 2003). Για παράδειγμα γάμος, διαζύγιο, απώλεια σημαντικού οικείου, τραυματισμός, μετακόμιση, και διάφορες αλλαγές στην κατάσταση ζωής, μέχρι και έξι μήνες πριν την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων αλλαγής στην διατροφική συμπεριφορά ή την αιφνίδια αλλαγή βάρους.

3.4.2.Σωματομετρήσεις

Στοιχεία που αφορούν τη διαπίστωση της ύπαρξης του ΜετΣ στους συμμετέχοντες συλλέγονται από εξειδικευμένες εξετάσεις αίματος, λιπομέτρηση, συνοδευόμενα από ιατρική γνωμάτευση.

Ως προς το οξειδωτικό στρες, εξετάστηκαν τέσσερις παράγοντες κυτταρικής οξείδωσης. Η αναχθείσα γλουταθειόνη (GSH) είναι ένα μόριο που συμμετέχει στις αντιοξειδωτικές αντιδράσεις. Αντιδρά αποτελεσματικά με λιπίδια και διάφορα οργανικά υδροξείδια. Η μηλονική διαλδεύδη (MDA) είναι δείκτης οξείδωσης λιπιδίων, και επηρεάζεται από το κάπνισμα. Επίσης συμβάλει στην αύξηση των επιπέδων πρωτεϊνικών καρβονυλίων. Τα πρωτεϊνικά καρβονύλια (PCC) περιγράφουν την έκταση του οξειδωτικού στρες στο πλαίσιο κυτταρικής βλάβης, γήρανσης και διαταραχών που σχετίζονται με την διαδικασία γήρανσης. Παράγονται από οξείδωση κατάλοιπων αμινοξέων ή από πολυακόρεστα λιπαρά οξέα (PUFA), καθώς και μέσω γλυκοξείδωσης. Η ολική αντιοξειδωτική ικανότητα του πλάσματος (TAC) αποτελεί αξιόπιστο δείκτη οξειδωτικού στρες *in vivo*. Αντικατοπτρίζει τα μόρια μιας ελεύθερης ρίζας που συλλέγονται σε ένα διάλυμα, πέρα από όποια αντιοξειδωτική δραστηριότητα των αντιοξειδωτικών παραγόντων στο μείγμα. Αποτελεί αξιόπιστο δείκτη της αντιοξειδωτικής κατάστασης στο πλάσμα του αίματος. Η ανάλυση των επιμέρους αντιοξειδωτικών ουσιών, καθώς και η ολική αντιοξειδωτική ικανότητα του πλάσματος είναι αναγκαία για την διαμόρφωση αξιόπιστης εικόνας της οξειδωτικής κατάστασης του οργανισμού.

Τα δείγματα αίματος (10ml) συλλέγονται από ειδικευμένη νοσηλεύτρια, από φλέβα άνω άκρου, τοποθετούνται σε αποστειρωμένους σωλήνες που περιέχουν ethylenediamine tetraacetic acid (EDTA). Το πλάσμα διαχωρίζεται μέσω φυγοκέντρησης στα 1400 g για 5 min σε θερμοκρασία δωματίου, αμέσως μετά τη λήψη. Το πλάσμα διαχωρίζεται και τοποθετείται αμέσως στους -18°, μέχρι να αποσταλούν στο εργαστήριο, ενός ειδικής συσκευασίας, και να αναλυθούν.

Τα PCC αξιολογούνται ακολουθώντας την μεθοδολογία των Patsoukis et al (2004). Η GPU εκτιμάται σύμφωνα με την μεθοδολογία των Reddy et al (2004). Η TAC αξιολογείται μέσω της μεθοδολογίας των Janaszewska et al. (2002). Τα επίπεδα MDA μετρήθηκαν ακολουθώντας την μεθοδολογία του Lykkesfeldt (2001).

3.4.3 Δοκιμασία μελανοκηλίδων Rorschach

Η δοκιμασία μελανοκηλίδων Rorschach δημιουργήθηκε από τον Ελβετό Herman Rorschach, γιό ζωγράφου, ψυχαναλυτή, μαθητή στην σχολή του Bleuler και συνάδελφο του Jung. Ενώ ο τελευταίος χρησιμοποιούσε δοκιμασίες με συνειρμική αναφορά λέξεων, ο Rorschach χρησιμοποίησε την τεχνική Klecksography³³ για να αναλύσει την προβολή των ελεύθερων συνειρμών σε φαινομενικά τυχαία ερεθίσματα. Μετά από έρευνα σε ομάδες με ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά και ομάδες ελέγχου, ο Ελβετός ψυχίατρος κατασκεύασε ένα προβολικό τεστ αξιολόγησης της προσωπικότητας, της συναισθηματικής κατάστασης και της ψυχικής υγείας.

Η δοκιμασία περιλαμβάνει δέκα κάρτες, όπου έχουν αποτυπωθεί συμμετρικές μελανοκηλίδες. Πέντε από τις κάρτες είναι ασπρόμαυρες, δυο ασπρόμαυρες με την προσθήκη κόκκινων λεπτομερειών, ενώ τρεις είναι έγχρωμες παστέλ.

Η χορήγηση του τεστ μελανοκηλίδων προϋποθέτει εκπαίδευση του κλινικού. Οι δέκα κάρτες παρουσιάζονται στο πρώτο στάδιο με συγκεκριμένη σειρά στον εξεταζόμενο, ο οποίος έχει την δυνατότητα να τις πάρει στα χέρια του και να τις γυρίσει με όποιον τρόπο τον βοηθά, ώστε να μπορέσει να απαντήσει σε μια απλή ερώτηση: «τι βλέπετε;». Στο δεύτερο στάδιο της διαδικασίας, στην επαναχορήγηση, ο εξεταζόμενος βλέπει με την ίδια σειρά τις κάρτες, ενώ καλείται να απαντήσει σε δυο ερωτήσεις: «πού το είδατε;» και «ποια στοιχεία σας κάνουν να λέτε ότι είναι...;». Ο χορηγητής σημειώνει τις απαντήσεις του εξεταζόμενου, τον χρόνο που περνά μέχρι να δοθεί η πρώτη απάντηση κάθε κάρτας, καθώς και τον χρόνο κάθε απάντησης και συνολικά για κάθε κάρτα. Ο εξεταζόμενος μπορεί να δώσει όσες απαντήσεις επιθυμεί σύμφωνα με το γαλλικό σύστημα, αλλά μόνο πέντε απαντήσεις για κάθε κάρτα σύμφωνα με το σύστημα του Exner.

Η δοκιμασία Rorschach έχει διαφορετικούς τρόπους κωδικοποίησης και ανάλυσης των απαντήσεων. Ενδεικτικά αναφέρουμε τους επικρατέστερους. Το γαλλικό σύστημα, με την κωδικοποίηση κλινικών όπως η Christine Chabert (1997) και ο Didier Anjieu (1983), καθώς και το σύστημα του Exner (1978), το οποίο είναι περισσότερο διαδεδομένο στο πεδίο της ποσοτικής έρευνας. Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκαν και οι δυο τρόποι ερμηνείας, ως προς διαφορετικά στοιχεία. Από το γαλλικό σύστημα χρησιμοποιήθηκε η μέτρηση του σοκ

³³ Klecksography: ελβετικό παιδικό παιχνίδι όπου δημιουργούνται εικόνες από κηλίδες μελάνης

που προκαλούν κάποιες κάρτες, ενώ η υπόλοιπη κωδικοποίηση, καθώς και οι εξαρτημένες κλίμακες ακολούθησαν τις οδηγίες και τις νόρμες του συστήματος Exner.

Η αξία και ιδιαιτερότητα της δοκιμασίας έγκειται στο ότι τα ερεθίσματα είναι στερημένα από έκδηλο νόημα. Ζητούμενο είναι να πει ο εξεταζόμενος «τί βλέπει» στις κηλίδες από μελάνι, άρα να σχηματίσει αναπαραστάσεις και να αποδώσει το δικό του νόημα. Καλείται να αφήσει τον συνειδητό έλεγχο της σκέψης και να αφεθεί σε ένα παιχνίδι φαντασίας και δημιουργικότητας. Όσο ελεύθερη είναι η διαδικασία για τον εξεταζόμενο, τόσο γεμάτη κανόνες είναι για τον χορηγητή, ιδίως κατά την λεπτομερή διαδικασία της βαθμολόγησης. Ο τρόπος με τον οποίο κατορθώνει ο εξεταζόμενος να προσαρμοσθεί στην διαδικασία και να διαχειρισθεί τα ασαφή ερεθίσματα βαθμολογείται εξίσου με το περιεχόμενο των απαντήσεων που σχηματίζει: είναι δηλωτικός των αμυνών μπροστά στο άγχος, της βαθιάς παλινδρόμησης που προκαλούν οι κηλίδες. Μέσα από αυτή τη διαδικασία έχουμε τη δυνατότητα να εξετάσουμε διαφορετικούς άξονες λειτουργιών, όπως στοιχεία προσωπικότητας, ψυχοπαθολογίας, αντίληψης, αναπαραστάσεων, καθώς και ποιοτικά χαρακτηριστικά του άγχους.

Η δοκιμασία μελανοκηλίδων έχει δεχθεί πολλές επικρίσεις. Οι περισσότερες από αυτές, σχετίζονται με την αξιοπιστία, την γενική εγκυρότητα της δοκιμασίας, καθώς και το ζήτημα της μετάδοσης των εικόνων –μέσω των τηλεοπτικών και άλλων μέσων- οι οποίες θα έπρεπε να ιδωθούν πρώτη φορά κατά την χορήγηση του τεστ (Viglione, 1997). Ωστόσο υπάρχουν πολλοί κλινικοί που ενσωματώνουν την δοκιμασία αυτή στο ερευνητικό οπλοστάσιό τους, θεωρώντας την ως πολύτιμο διαγνωστικό εργαλείο (Meyer, & Archer, 2001). Η κλινική μας εμπειρία αφήνει να θεωρήσουμε, ότι κατ' αρχήν το υλικό που προκύπτει είναι ιδιαίτερα πλούσιο και αντιπροσωπευτικό της γενικής ψυχικής λειτουργίας, καθώς και των συνθηκών που βιώνει το άτομο κατά την εξέταση και στην γενική περίοδο της ζωής του. Κωδικοποιώντας τα πρωτόκολλα ασθενών κατά την φάση της προέρευνας με δύο διαφορετικούς τρόπους, το γαλλικό σύστημα Anzieu και το σύστημα του Exner, παρατηρήσαμε, ότι παρά τις διαφορετικές τοποθετήσεις σε θεωρητικό επίπεδο, τα δύο συστήματα αποδίδουν τελικά τις ίδιες διαγνώσεις. Ωστόσο, αυτή η παρατήρηση παραμένει να ελεγχθεί συστηματικά από μελλοντική έρευνα.

Τα Choc

Μια σημαντική παράμετρος στην ποιοτική ανάλυση του Rorschach είναι η παρουσία αντίδρασης Choc μπροστά στις κάρτες. Πρόκειται για έννοια που περιέγραψε αρχικά ο ίδιος ο Herman Rorschach, και που αργότερα έγινε αντικείμενο λεπτομερέστερης επεξεργασίας από μια σειρά κλινικών και ερευνητών, όπως η Loosli-Usteri (1954, 1958), η Orr (1958), ο Böhm (1955), η Grosclaude (1971) και άλλοι. Ενώ το σύστημα κωδικοποίησης Exner δεν φαίνεται να αποδίδει ιδιαίτερη σημασία στον παράγοντα αυτό ξεχωριστά για κάθε κάρτα, περιλαμβάνει, ωστόσο, τη μεταβλητή D που αφορά το άγχος κατά τη διαδικασία της εξέτασης. Η γαλλική σχολή φαίνεται να επεξεργάζεται περισσότερο την ποιοτική αυτή πλευρά των απαντήσεων.

Σύμφωνα με τον Rorschach, τα Choc αποτελούν συναισθηματικές αντιδράσεις ξαφνιάσματος, με ποιότητα βαθιάς συναισθηματικής ταραχής, που προκαλούνται από την επαφή με κάποιες από τις κάρτες. Δημιουργούν ρήγμα στον έλεγχο που ασκεί η λογική σκέψη και είναι φορείς αποδιοργάνωσης. Θεωρούνται δε, ότι σχετίζονται με νευρωτικής υφής απώθηση των συναισθημάτων (Beizman, 1966).

Κριτήρια κωδικοποίησης Choc

Για να αποδοθεί η κωδικοποίηση ενός Choc, πρέπει να ικανοποιούνται πέντε από τα παρακάτω κριτήρια (Beizman, 1966):

- ❖ Μείωση στον αριθμό των απαντήσεων (R) ή απαντήσεων με καλή φόρμα (F+) σε σχέση με τις υπόλοιπες κάρτες
- ❖ Αντισταθμιστική αύξηση στον αριθμό απαντήσεων
- ❖ Αλλαγή στον τρόπο αντίληψης των κηλίδων: ο εξεταζόμενος σταματά να δίνει απαντήσεις συνολικές (W) ή με μεγάλες λεπτομέρειες (D) για να κάνει φυγή στο λευκό (S) ή στο περίγραμμα της κηλίδας (Dd)
- ❖ Ακανόνιστη ακολουθία απαντήσεων: π.χ. οι απαντήσεις W, D, Dd, S δεν ακολουθούν μια πορεία από τη μεγάλη λεπτομέρεια στη μικρή, αλλά η διαδοχή είναι σπασμωδική, όπως από μια μικρή λεπτομέρεια σε μια μεγάλη και πάλι σε μια μικρή
- ❖ Απουσία απαντήσεων χρώματος στις έγχρωμες κάρτες
- ❖ Απουσία κοινότοπων απαντήσεων (P)
- ❖ Ένδεια του περιεχομένου της απάντησης
- ❖ Πτώση στην ποιότητα της φόρμας (F) ανά απάντηση: ενώ μπορεί να ξεκινά με καλή φόρμα, σταδιακά αλλοιώνεται (π.χ. από «γυναίκα με καπέλο» σε «πατημένο ζώο»), ή να ξεκινά με έμψυχο και να πηγαίνει σε άψυχο ή ανόργανο υλικό (π.χ. από απάντηση «άνθρωπος» περνά σε «ξύλο», «πέτρα»)

- ❖ Αύξηση του χρόνου απάντησης (10-20'' περισσότερος από άλλες)
- ❖ Νευρικός χειρισμός της κάρτας, δισταγμός, σιωπή, άρνηση, απάρνηση της απάντησης
- ❖ Συναισθηματικές αντιδράσεις αποδοκμασίας ή επιδοκμασίας της κάρτας, ευφορικά σχόλια στις χρωματιστές κάρτες, δυσφορικά στις μαύρες ή κόκκινες
- ❖ Αλλαγή στο χρώμα (αντί «κόκκινο», λέει «καφέ»)
- ❖ Άσκηση κριτικής στην κάρτα ή αυτοκριτική του εξεταζόμενου, σχόλια που δείχνουν αμηχανία (πχ.χ «δεν ξέρω, δεν μπορώ να δω κάτι, α! έχει και κόκκινο»)
- ❖ Περίεργες απαντήσεις, παλιμπαιδισμοί στο λόγο
- ❖ Απαντήσεις που εκφράζουν συμβολικά τα προβλήματα του εξεταζόμενου
- ❖ Φυγή στο λευκό, όπου η απάντηση αφορά μόνο το λευκό μέρος της κάρτας

Στις περιπτώσεις στις οποίες δεν ικανοποιούνται τα πέντε κριτήρια, αλλά παρατηρούνται κάποιες ενδείξεις, με βασική τη μειωμένη παραγωγή απαντήσεων, θεωρείται ότι υπάρχει σοκ, στο πλαίσιο προσωπικότητας που κυριαρχεί επί των συναισθημάτων. Αντίθετα το φανταστικό περιεχόμενο των απαντήσεων παραπέμπει περισσότερο σε προσωπικότητα που φοβάται τα συναισθήματα.

Είδη Choc

Ανάλογα με το στοιχείο που θεωρείται ότι προκάλεσε τη συναισθηματική αντίδραση, τα Choc χωρίζονται σε κατηγορίες, η κάθε μια των οποίων φαίνεται ότι μπορεί να συνδέεται με συγκεκριμένες κινήσεις και ελλείμματα του ψυχικού οργάνου. Ορισμένα από τα πιο συνηθισμένα Choc που εμφανίζονται σε ένα πρωτόκολλο Rorschach είναι τα παρακάτω:

- ❖ *Choc στο κόκκινο ή στο χρώμα*: αφορά περισσότερο τις κάρτες II, IX, VII, X. Αποδίδεται σε νευρωτική παθολογία, η οποία προκαλεί απόθεση της επιθετικότητας ώστε να αποτρέψει την ανάδυση συναισθημάτων ενοχής που αυτή προκαλεί.
- ❖ *Choc στο μαύρο*: εμφανίζεται κυρίως στις κάρτες IV, VI, αλλά και στις V, VII, I. Προκαλείται από βαθύτερη αποδιοργάνωση και σχετίζεται με πρώιμες καταστάσεις απόγνωσης. Συνήθως το άτομο περνά σε λεκτικοποίηση του άγχους, μέσω δυσφορικών σχολίων.
- ❖ *Choc στο κενό*: εμφανίζεται κατά κύριο λόγο στις κάρτες VII και IX (Ort, 1958) και χαρακτηρίζει τις φοβίες με προγεννητικό πυρήνα, τα πρώιμα ελλείμματα στη σχέση με το μητρικό μορφοείδωλο, το άγχος εγκατάλειψης ή θανάτου
- ❖ *Choc στην τρύπα*: αφορά κυρίως τις κάρτες I και IV. Το κενό ή η τρύπα συνδέεται συμβολικά με το γυναικείο σεξουαλικό όργανο. Στη γυναίκα ερμηνεύεται ως ένδειξη

διακήρυξης αρρενωπότητας, στον άνδρα ως φόβος για τη γυναίκα ή την σεξουαλική επαφή μαζί της.

- ❖ *Choc κιναισθητικό*: παρατηρείται περισσότερο στις κάρτες III, I, II, IX. Όταν σημειώνεται αδυναμία παραγωγής απαντήσεων κίνησης M, θεωρείται ότι έχει ενεργοποιηθεί αμυντικός μηχανισμός ενάντια στο άγχος, ο οποίος προκαλεί ακινητοποίηση στις αναπαραστάσεις (Loosli-Usteri, 1954).
- ❖ *Choc στη συμμετρία*: στην κάρτα V αποδίδεται σε ψυχοπαθητικότητα ή σε σχιζοειδείς μηχανισμούς (Ott, 1958)
- ❖ *Choc στο παστέλ και στο σβήσιμο ή ανάμειξη των χρωμάτων*: εμφανίζεται στις κάρτες II, VIII, IX, X. Πιο συχνό στις γυναίκες, ερμηνεύεται ως ένδειξη ενοχής μπροστά στην απαγορευμένη επιθυμία ομοσεξουαλικής επαφής με τη μητέρα, η οποία γίνεται αντιληπτή ως υπερβολική διεισδυτική και παραβιαστική και γι' αυτό το λόγο ο εξεταζόμενος της επιτίθεται σβήνοντας την, όπως σβήνει το χρώμα (Grosclaude, 1971).

Rorschach και διαταραχές διατροφής

Το φαινόμενο των διαταραχών της διατροφής -οι οποίες, όπως αναφέρθηκε στο πρώτο κεφάλαιο, σχετίζονται με το ΜετΣ- έχει μελετηθεί μέσω της δοκιμασίας Rorschach. Μελέτη του 1995 επιχείρησε να συνδέσει παράγοντες προσωπικότητας με την επιλογή θεραπείας. Οι μεταβλητές που επιλέχθηκαν ήταν η ικανότητα προσαρμογής, η επιθυμία άνεσης, η ευελιξία και η φαντασία. Από τον στατιστικό έλεγχο προέκυψαν δύο κατηγορίες: σχετικά υγιής και σχετικά μη υγιής προσωπικότητα. Άλλοι παράγοντες που φάνηκαν να διαφοροποιούνται ανά ομάδα ήταν η προσαρμοστικότητα και ο έλεγχος της παρόρμησης (Yoshida, 1995). Η αλεξιθυμία επίσης έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με υψηλά ποσοστά παχυσαρκίας (Clerici et al, 1992), πιθανόν λόγω του ότι η λήψη τροφής χρησιμοποιείται συχνά εκφορτιστικά, όταν το συναίσθημα δυσλειτουργεί.

Η μέθοδος των μελανοκηλίδων αποκάλυψε επίσης θετική συσχέτιση του στρες με τον ρυθμό σίτισης, σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε με σκοπό την διερεύνηση της μικροδομής της διατροφικής συμπεριφοράς παχύσαρκων ατόμων (Elfhag, K. et al., 2003). Ειδικότερα, βρέθηκε ότι το στρες, όπως καταγράφεται από το σκορ D του Rorschach σύμφωνα με την κωδικοποίηση του Exner, μπορεί να προκαλέσει την τάση για λήψη τροφής. Παράλληλα, η συναισθηματική ανταπόκριση, όπως μετρήθηκε μέσω του σκορ Affective ratio, θεωρήθηκε ότι μπορεί να συνδέεται με υψηλότερη ευαισθησία στο ερέθισμα της τροφής.

Άλλες μεταβλητές σχετικές με τον παράγοντα της στοματικότητας (Food responses) και της έντονης συναισθηματικότητας (Pure C) παρατηρήθηκε ότι σχετίζονται με αυξανόμενο ρυθμό πρόσληψης τροφής κατά τη διάρκεια του γεύματος. Απαντήσεις καθαρού χρώματος, που κωδικοποιούνται ως Pure C, υποδηλώνουν ένταση στην συναισθηματική ζωή, με συναισθήματα που αναδύονται και μπορεί να επηρεάσουν τη διατροφή. Ο σταθμισμένος αριθμός απαντήσεων χρώματος (WsumC) υποδηλώνει την ύπαρξη προσβάσιμων συναισθημάτων, ως ψυχολογικό απόθεμα. Απαντήσεις τέτοιου είδους μπορεί να είναι περιορισμένες σε ασθενείς με ψυχιατρικά προβλήματα (de Ruiter & Cohen, 1992, Exner, 2001).

Ο δείκτης FM, που αντιστοιχεί σε καταστάσεις που απαιτούν φυσική δραστηριότητα, έχει αυξημένες τιμές σε παχύσαρκους που βρίσκονται σε φάση θρέψης μέσω υγρών για την απώλεια βάρους (Exner, Cooper, & Walker, 1975). Σχετίζεται επίσης με την εξάρτηση από ναρκωτικά (Exner, Wylie, Leura, & Parrill, 1977). Σε άλλες περιπτώσεις εκφράζει την τάση για δράση και για σωματική δραστηριότητα, που σχετίζεται με την ηλικία (Shimonaka & Nakazato, 1991).

Ο δείκτης D score περιγράφει το άγχος κατά την διαδικασία χορήγησης. Αρνητική βαθμολογία (που σηματοδοτεί αυξημένο άγχος) έχει σχετισθεί με αύξηση της ταχύτητας λήψης τροφής (Elfhag et al., 2003). Οι ερευνητές παρατηρούν, ότι το στρες, όπως καταγράφεται από το D score, «αναφέρεται σε υπερφόρτιση με εσωτερική ψυχολογική προέλευση, δηλαδή όταν διάφορα συναισθηματικά και αγχογόνα στοιχεία σε συνδυασμό ξεπερνούν την ικανότητα του ατόμου να διαχειρίζεται αυτές τις επιρροές» (σελ. 45).

Απαντήσεις Food ή στοματικές (π.χ. στομα, χείλη, ομιλία, στήθος, ικέτης, βρέφος, φιλί) έχουν συσχετισθεί με διατροφικές διαταραχές (Narduzzi & Jackson, 2000). Υπονοούν στοματικότητα ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας.

Ego Impairment Index

Η κλίμακα Ego Impairment Index EII-2 (Viglione, Perry, & Meyer, 2003) μετρά διαταραχές στη σκέψη και αποτελεί δείκτη ψυχολογικής δυσλειτουργίας. Πρόκειται για συγκέντρωση πέντε μεταβλητών του συστήματος κωδικοποίησης του Exner (2001), οι οποίες βαθμολογούνται με συγκεκριμένη βαρύτητα η κάθε μία, μέσα σε μια εξίσωση. Βασίζεται στο θεωρητικό μοντέλο της ψυχολογίας του Εγώ, θεωρείται δε ότι ανιχνεύει ελλείμματα στις λειτουργίες του Εγώ, οι οποίες οδηγούν σε προβληματική προσαρμογή στην εξωτερική πραγματικότητα. Δημιουργήθηκε μέσα από προσπάθεια συνένωσης της ψυχαναλυτικής θεωρίας με σταθμισμένες

εμπειρικά μεταβλητές, καθώς όλο και μεγαλύτερη ομάδα ψυχαναλυτικά προσανατολισμένων κλινικών θεωρεί αναγκαία και πιθανή την εμπειρική επιβεβαίωση των ψυχαναλυτικών θεωριών (Masling, 2003). Όμως λόγω του ότι δεν σχεδιάστηκε για να αξιολογεί ιδιαίτερα την ομάδα των ατόμων με ψυχοσωματικές διαταραχές, η λειτουργικότητά του σε κάποιους τομείς ενδέχεται να δώσει εσφαλμένες εντυπώσεις, κρύβοντας ενδεχομένως υπάρχουσες δυσλειτουργίες (Tibon et al, 2005).

Reality-Fantasy Scale

Προσπαθώντας να καλύψουν αυτό το κενό οι Tibon et al. δημιούργησαν την κλίμακα Reality-Fantasy Scale, η οποία στηρίζεται στη θεώρηση του Winnicott (1971) σχετικά με την έννοια του μεταβατικού χώρου³⁴. Αυτή η κλίμακα 11 σημείων (από -5 ως +5) στηρίζεται σε μεταβλητές του Exner, καθώς και σε ένα νέο σκορ, που λέγεται Reality Collapse (RC). Για παράδειγμα, -5 σημαίνει ότι το άτομο στηρίζεται εξαιρετικά στη φαντασία, ενώ +5 στην πραγματικότητα. Η βαθμολόγηση γίνεται ξεχωριστά για κάθε απάντηση, με βάση ένα διάγραμμα βημάτων. Σε αρμονία με την ψυχαναλυτική θέση, ότι ένα υγιές ψυχικά άτομο είναι ικανό να προσαρμοστεί τόσο στην εξωτερική όσο και στην εσωτερική πραγματικότητα (Mitchell, 1993), στην κλίμακα αναμένεται, ότι ένας υγιής εξεταζόμενος θα πρέπει να σκοράρει γύρω από το μηδέν. Υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει κατάρρευση της φαντασίας, ενώ χαμηλότερη κατάρρευση της πραγματικότητας (Tibon et al, 2005). Όταν καταρρέει η φαντασία στην πραγματικότητα, έχουμε χρηστική λειτουργία, τυπική σε ψυχοσωματικούς ασθενείς. Αντίστοιχα, όταν καταρρέει η πραγματικότητα στην φαντασία, βρισκόμαστε στο πεδίο της ψυχωτικής λειτουργίας. Η κλίμακα έχει σταθμιστεί τόσο σε κλινικό όσο και σε υγιή πληθυσμό, και βρέθηκε ότι δείχνει πιθανή τάση προς ψύχωση (Tibon, Handelzalts, & Weinberger, 2002; Tibon et al., 2005). Λόγω του ότι η κλίμακα χρησιμοποιεί δύο άκρα διάγνωσης, ένας μέσος όρος θα έκρυβε σημαντικά στοιχεία τάσης προς τα άκρα. Για το λόγο αυτό,

³⁴ Η έννοια του μεταβατικού χώρου αναφέρεται στο εξελικτικό στάδιο κατά το οποίο το νήπιο βγαίνει από τη σχέση συγχώνευσης με το πρωταρχικό αντικείμενο –τη μητέρα– και σχετίζεται μαζί της ως ύπαρξη ξεχωριστή απ’ αυτήν. Εγκαταλείπει τον ψευδαίσθηση του παντοδύναμο ελέγχου, που δημιουργείται από τις φροντίδες της μητέρας, και αρχίζει σταδιακά να αντιλαμβάνεται τον εξωτερικό κόσμο και να προσαρμόζεται σε αυτόν. Βασικό μέσο προσαρμογής αποτελεί το μεταβατικό αντικείμενο (μαλακό αντικείμενο ή μέλος του σώματος, συνήθως ο αντίχειρας), το οποίο βιωματικά κινείται σε μια ενδιάμεση ζώνη μεταξύ στοματικού ερωτισμού και πραγματικής αντικειμενότητας σχέσης. Αυτός ο «δυναμικός χώρος» (potential space) αποτελεί «περιοχή του συμβολισμού, περιοχή που παραχωρείται στο νήπιο, ανάμεσα στην πρωταρχική δημιουργικότητα και την αντικειμενική αντίληψη που βασίζεται στην εξέταση της πραγματικότητας (reality testing)» (Winnicott, 1971).

χρησιμοποιείται συχνά μαζί με την κλίμακα και η τυπική απόκλιση RFS-S (Tibon, Handelzalts, & Weinberger, 2002; Tibon et al., 2005).

Mutuality Of Autonomy scale

Η κλίμακα MOA (Urist, 1977) μετρά την ποιότητα των αντικειμενόμενων σχέσεων. Στηρίζεται στη θεωρία του Winnicott σχετικά με την φύση και σημασία της σχέσης με το αντικείμενο. Η ψυχοποίηση και εσωτερίκευση της σχέσης με σημαντικούς φροντιστές, κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής, θεμελιώνει τις μετέπειτα σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους. Θα λέγαμε ίσως ακόμα και με τα αντικείμενα, όπως η τροφή, που μπορεί να δρα ως εκπρόσωπος του πρωταρχικού αντικειμένου. Ο τρόπος βαθμολόγησης της εν λόγω κλίμακας έχει αναθεωρηθεί, δημιουργώντας σύγχρονες προτάσεις, οι οποίες βελτιστοποιούν την συμφωνία μεταξύ βαθμολογητών στο 80% (Holaday & Sparks, 2008).

Βαθμολογούνται απαντήσεις που αφορούν δυο αντικείμενα σε συνάφεια μεταξύ τους. Για τα παθολογικά επίπεδα 5, 6 και 7 δεν απαιτείται η φυσική παρουσία του δεύτερου αντικειμένου, αρκεί να υπονοείται η σαφής δράση του ως επιτιθέμενου ή ως θύματος. Οι απαντήσεις που αφορούν αίμα, βαθμολογούνται επίσης ως παθολογικές, ανεξαρτήτως της ποιότητας σχέσης ανάμεσα στις δυο φιγούρες.

Η κλίμακα αποτελείται από 7 επίπεδα, που αντιπροσωπεύουν αντίστοιχα διαφορετικά μοτίβα σχέσης με το αντικείμενο:

- *Επίπεδο 1: Αμοιβαιότητα-Συνεργασία.* Οι φιγούρες εμπλέκονται σε δράσεις που υπονοούν αμοιβαία αναγνώριση της αυτονομίας τους. Στο επίπεδο αυτό, καταγράφονται οι πιο προσαρμοσμένοι τύποι σχέσεων, που υποδηλώνουν υγιές επίπεδο αυτονόμησης και εξατομίκευσης και χαρακτηρίζονται από την αναγνώριση του άλλου ως ξεχωριστής μονάδας, με την οποία μπορούν να συναφθούν σχέσεις αμοιβαιότητας και συνεργασίας. Τέτοιες απαντήσεις θα ήταν για παράδειγμα: «Δυο άνθρωποι που φιλιούνται», «Δυο αρκούδες χτυπούν παλαμάκια».
- *Επίπεδο 2: Παράλληλη Δράση- Απλή Αλληλεπίδραση.* Οι φιγούρες εμπλέκονται σε παράλληλη δράση. Η αμοιβαιότητα ούτε τονίζεται, ούτε απουσιάζει. Πρόκειται για καλοήθειες παράλληλες δράσεις, χωρίς επιθετική χροιά. Για παράδειγμα: «Δυο ελέφαντες που στέκονται στα πίσω πόδια», «Δυο άνδρες, παίζουν αυλό».
- *Επίπεδο 3: Ανακλιτική- Σχέση Εξάρτησης.* Εδώ οι φιγούρες γέρνουν η μια στην άλλη για στήριξη ή κρατούνται, σαν να μην μπορούν να σταθούν η κάθε μία ξεχωριστά. Υποδηλώνεται σχέση έντονης εξάρτησης, όπου η εσωτερική συνοχή του Εγώ δεν επιτυγχάνεται, παρά μόνο μέσω της στήριξης από το αντικείμενο. Στην κατηγορία αυτή υπόκεινται και φιγούρες ή αντικείμενα που συγκρατούνται από κάτι άλλο, ή ένα αντικείμενο

που συγκρατείται από δυο φηγούρες. Για παράδειγμα: «Δυο ζωάκια που κρατιούνται από ένα κλαδί», «Ένα ζωάκι κρατά άλλα δύο, που είναι έτοιμα να πέσουν».

- *Επίπεδο 4: Αντανάκλαση- Καθρέφτισμα.* Η μια φηγούρα γίνεται αντιληπτή ως αντανάκλαση της άλλης. Η σχέση μεταξύ των αντικειμένων είναι κατοπτρική, υπό την έννοια ότι η ύπαρξη ή η σταθερότητα ενός από τα αντικείμενα υφίσταται αποκλειστικά ως αντανάκλαση ή προέκταση ενός άλλου. Στο επίπεδο αυτό κωδικοποιούνται και οι απαντήσεις όπου γίνεται λεκτική περιγραφή της εικόνας, σαν να έχει διπλωθεί στη μέση. Για παράδειγμα: «Ένα παγόβουνο κινείται στη θάλασσα, και η αντανάκλασή του στο νερό», «Μια γυναίκα και η αντανάκλασή της στον καθρέφτη», «Σιαμαία δίδυμα».

- *Επίπεδο 5: Έλεγχος- Παρενόχληση.* Υπάρχει ασυμμετρία στην σχέση μεταξύ δύο υποκειμένων, η οποία χαρακτηρίζεται από κακόβουλο έλεγχο του ενός προς το άλλο. Υπονοείται απειλή ή μικρής έκτασης βλάβη, που υφίσταται η μια φηγούρα από την άλλη. Τέτοιες απειλές μπορεί να περιλαμβάνουν μάγια, έλεγχο, επιρροή. Πρόκειται για σαφή ασυμμετρία στη σχέση των δυο αντικειμένων, που περιγράφονται το ένα ως κυρίαρχο, χειριστικό και επιθετικό, το άλλο ως παθητικό θύμα. Ωστόσο, στο επίπεδο 5 ανήκουν επίσης απαντήσεις στις οποίες και τα δυο αντικείμενα έχουν υποστεί μέτριες φθορές, όπως π.χ. «Δυο αρκούδες που παλεύουν, και το κόκκινο είναι το αίμα τους». Άλλες απαντήσεις θα ήταν: «Δυο μάγισσες που κάνουν ξόρκια η μια στην άλλη», «Δυο χέρια που κινούνται σαν να απειλούν κάτι».

- *Επίπεδο 6: Σοβαρή Έλλειψη Ισορροπίας- Καταστροφή (πραγματοποιημένη απειλή και καταστροφή).* Εδώ η σχέση μεταξύ των δυο φηγούρων είναι ξεκάθαρα καταστροφική. Υπάρχει σοβαρή επίθεση στην αυτονομία και ακεραιότητα του αντικειμένου. Η σχέση μπορεί να είναι παρασιτική, υπό την προϋπόθεση ότι οδηγεί στον αφανισμό της φηγούρας υπό επίθεση. Η επίθεση με αντικείμενα, όπως όπλα, μπορεί να υπονοείται, π.χ. «Ένας άνθρωπος αιμόφυρτος, τον έχουν πυροβολήσει». Άλλα παραδείγματα θα μπορούσαν να περιλαμβάνουν: «Δυο όρνια που καταβροχθίζουν ένα ζώο», «Ένας λαγός, που τον έχουν σκίσει και του έχουν βγάλει τα όργανα».

- *Επίπεδο 7: Κατακλυσμός-Ενσωμάτωση.* Η σχέση χαρακτηρίζεται από δύναμη που καταπνίγει, καταβροχθίζει, πλημμυρίζει τις φηγούρες, πέρα από κάθε δυνατότητα ελέγχου ή αντίδρασης. Πρόκειται για την πλέον παθολογική σχέση αφανισμού του Εγώ που περιγράφεται στην κλίμακα. Η καταστροφική δύναμη είναι τόσο καθηλωτική και ανυπέρβλητη που ξεπερνά τη σχέση ανάμεσα στις φηγούρες, προερχόμενη από εξωτερικούς άψυχους παράγοντες, όπως οι δυνάμεις της φύσης. Η σχέση αυτή παραπέμπει σε πολύ πρώιμα μοτίβα συμβιωτική σχέσης, όπου το υποκείμενο και το αντικείμενο είναι σε σύντηξη. Π.χ. «Εκρηξη πυρηνικής βόμβας, όλα έχουν λιώσει», «Ό,τι απέμεινε από ένα φύλλο. Το έφαγαν τα σκουλήκια.».

Ο δείκτης PATH (Berg et al., 1993) της κλίμακας MOA αποτυπώνει το σκορ παθολογικών απαντήσεων, δηλαδή το άθροισμα των απαντήσεων επιπέδου 5, 6 και επτά. Όταν ο δείκτης αυτός είναι πάνω από 2, υπονοεί ότι το άτομο είναι πολύ πιθανόν να περνά περιόδους έντονων αλληλεπιδράσεων, υπό το κλίμα αυξημένης επαγρύπνησης και φόβου ότι ελέγχεται και χειραγωγείται από τους άλλους. Επικράτηση του σκορ 7 σε ένα πρωτόκολλο παραπέμπει σε ισχυρές πιθανότητες απώλειας των ορίων εαυτού-άλλου, όταν το άτομο υποστεί έντονο στρες.

Ως μέσο εκτίμησης της στοματικότητας επιλέγουμε την κλίμακα ROD της δοκιμασίας μελανοκηλίδων Rorschach (Masling, Rabie, and Blondheim (1967), που αφορά απαντήσεις τροφής, οργάνων λήψης και διαχείρισης τροφής, τροφούς, στοματικές δραστηριότητες και άλλες σχετικές αναφορές. Η ίδια κλίμακα αφορά επίσης την στοματική εξάρτηση, αξιολογώντας αναπαραστάσεις, όπως αυτές ζητιάνων, μητρικών φιγούρων, εγκυμοσύνης, δώρων. Σύμφωνα με έρευνες της ομάδας των δημιουργών της, η κλίμακα μπορεί να χρησιμοποιηθεί, ώστε να προβλέψει καταστάσεις όπως, αλκοολισμός και παχυσαρκία. (Masling et al., 1967; Masling, Weiss, & Rothschild, 1968; Weiss & Masling, 1970; Bertrand & Masling, 1969; Weiss & Masling, 1970).

S-CON

Ο δείκτης S-CON του Rorschach αποτελεί αξιόπιστο δείκτη αυτοκτονικής διάθεσης. Η κλίμακα S-CON προέκυψε εμπειρικά, από τον εντοπισμό και ανάλυση μεταβλητών με υψηλά σκορ σε ασθενείς που διέπραξαν αυτοκτονία. Σε έρευνα του παράγοντα αυτοκτονικής τάσης με πραγματοποιημένη απόπειρα αυτοκτονίας παρατηρήθηκε, ότι βαθμολογίες ≥ 7 στην κλίμακα S-CON προβλέπουν σχεδόν θανατηφόρα απόπειρα αυτοκτονίας σε ενήλικο πληθυσμό σε διάστημα δύο μηνών από την εξέταση (Fowler et al., 2001). Περιλαμβάνει 12 μεταβλητές, ενώ η διάγνωση στηρίζεται εάν πάνω από 7 σημειώνονται ως παρούσες στο άτομο. Κάποιοι ερευνητές θεωρούν 7 αποδοχές, ως παράγοντα που προτρέπει για περαιτέρω διερεύνηση. Οι μεταβλητές που διαμορφώνουν την διάγνωση πιθανότητας για αυτοκτονία μετρούν την αρνητική ενδοσκόπηση, επώδυνα συναισθήματα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, καταθλιπτικά χαρακτηριστικά και αίσθηση κατακερματισμού, κακή επαφή με την πραγματικότητα, δυσφορία πέρα από τις ικανότητες ενσωμάτωσης, τάσεις προβολής, έντονο θυμό χωρίς την δυνατότητα συναισθηματικής ρύθμισης και επεξεργασίας. Οι μεταβλητές προϋπήρχαν της δημιουργίας της κλίμακας, και συνενώθηκαν αργότερα.

Ο τρόπος με τον οποίο σχηματίστηκε η κλίμακα, δηλαδή το γεγονός ότι βασίστηκε σε πραγματοποιημένη αυτοκτονία και όχι σε σκέψεις σχετικές με την αυτοκτονία, της δίνει καλύτερη προβλεπτική ικανότητα. Την ίδια στιγμή, τα επιμέρους χαρακτηριστικά που μετρά, σκιαγραφούν ψυχική λειτουργία με οριακά χαρακτηριστικά και δυσκολία στην επεξεργασία των ψυχικών διεγέρσεων. Η αυτοκτονία φαίνεται ως εάν να προετοιμάστηκε από το γεγονός της αδυναμίας ψυχικής επεξεργασίας της σύγκρουσης ή της δυσκολίας ψυχικού μεταβολισμού της διέγερσης. Στην περίπτωση αυτή, εκτιμούμε ότι τείνει περισσότερο στην εκφόρτιση. Οι μεταβλητές της κλίμακας S-CON και τα χαρακτηριστικά που μετρούν παρουσιάζονται αναλυτικά στον ΠΙΝΑΚΑ 3.1.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. 1 Μεταβλητές S-CON και χαρακτηριστικά που μετρούν

Μεταβλητές	Χαρακτηριστικά που μετρούν
Rorschach	
Vista	Εσωστρέφεια, επικέντρωση στα αρνητικά στοιχεία του ατόμου
Color-Shading	Ύπαρξη επώδυνου συναισθήματος, αμφιθυμία, αποφυγή,
Blends	εσωτερική σύγκρουση
Egocentricity	Θέματα προσωπικής αξίας
<0.31	
Morbid	Προβολή κατεστραμμένης, νεκρής, κατακερματισμένης εικόνας εαυτού
Zd >3.5	Τελειομανία, υπερπροσπάθεια ελέγχου, ψυχαναγκασμός
es > EA	Αυξημένη δυσφορία πάνω από τις ικανότητες επεξεργασίας
X=% <0.7	Δυσκολία στην δοκιμασία της πραγματικότητας, παραμορφώσεις στην αντίληψη των σχέσεων
CF+C > FC	Έντονα συναισθήματα, π.χ. θυμού, χωρίς την ικανότητα ρύθμισης
και	μέσω της σκέψης ή άλλων μορφών συναισθηματικού
S>3	μεταβολισμού

Δείκτης Απομόνωσης (Isolation Index)

Ο Δείκτης Απομόνωσης συντίθεται από απαντήσεις νεκρής φύσης, όπως απαντήσεις βοτανικής (Bot), γεωγραφίας (Geo), σύννεφων (Cl), φύσης (Nat), τοπίου (Land). Θεωρείται ως δείκτης κοινωνικής απομόνωσης, καθώς απουσιάζουν τα ανθρώπινα πρόσωπα ή ακόμα και τα ζώα από την απάντηση. Εάν οι απαντήσεις συνοδεύονται από περιγραφές όπως για παράδειγμα «καμένο δάσος», «κορμός που σαπίζει»,

θεωρείται ότι χαρακτηρίζουν καταθλιπτικά συναισθήματα και αγωνίες, αναφορικά με την σωματική ακεραιότητα.

HVI

Ο δείκτης υπερεγρήγορης υποδηλώνει με έμφαση διαπροσωπικά προβλήματα, τα οποία χρωματίζουν διαφορετικές όψεις της ψυχικής λειτουργίας. Άτομα με θετική βαθμολογία σε αυτό τον δείκτη είναι ασύμμετρα επιφυλακτικά και σε μόνιμη εγρήγορση, αδυνατώντας να εμπιστευθούν τα άλλα άτομα του περιβάλλοντός τους. Βιώνουν τις διαπροσωπικές σχέσεις ως δυνητικά επικίνδυνες, και προσπαθούν να διατηρήσουν αποστάσεις, ώστε να διατηρήσουν την ιδιωτικότητά τους. Αντιμετωπίζουν με επιφυλακτικότητα τους άλλους, οι οποίοι συχνά βιώνονται ως διπρόσωποι, ενώ παράλληλα αποφεύγουν τις αυθόρμητες δεσμεύσεις. Τα άτομα αυτά κρατούν τα συναισθήματά τους κρυφά, αποφεύγοντας την έκθεση.

Ο δείκτης αυτός διαθέτει τρεις διαστάσεις. Η πρώτη διάσταση, αφορά τις διαπροσωπικές σχέσεις, και ιδιαίτερα τον τρόπο με τον οποίο το άτομο συνδέεται με τον άλλο. Βασικός δείκτης για τον παράγοντα αυτό είναι η απουσία στενών διαπροσωπικών σχέσεων, όπως μετράται μέσω της κωδικοποίησης T=0 (καμία απάντηση που να περιγράφει καθαρή υφή, π.χ. «γούνα, επειδή έχει την υφή»). Για να αποδοθεί η διάγνωση HVI, απαιτείται η ικανοποίηση 7 επιμέρους κριτηρίων, από τα οποία τέσσερα αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις. Η δεύτερη διάσταση, αφορά την προσαρμογή στο περιβάλλον, και ειδικότερα με πόση προσοχή εξετάζει το άτομο το περιβάλλον του. Η τρίτη διάσταση, αφορά την συναισθηματική διάσταση της προσαρμογής στο περιβάλλον.

Η διάγνωση της υπερεγρήγορης εμφανίζεται μόνο στο 3% του φυσιολογικού πληθυσμού. Άτομα ηλικίας 11 ως 16 ετών παρουσιάζουν 0-6% συχνότητα, ενώ νεότερα παιδιά δεν παρουσιάζουν καθόλου αυτόν τον παράγοντα. Αντίθετα, το χαρακτηριστικό της υπερεγρήγορης είναι ιδιαίτερα υψηλό σε άτομα με σχιζοφρένεια και παρανοϊκά στοιχεία (88%) και σε άτομα με παρανοϊκή διαταραχή προσωπικότητας (90%) (Exner, 1993). Συνοπτικά θα λέγαμε ότι ο δείκτης HVI, ενώ δεν υποδηλώνει απαραίτητα παράνοια, απεικονίζει ωστόσο το μοτίβο διαπροσωπικής ανησυχίας που παρουσιάζεται σε αυτή την διαταραχή και χαρακτηρίζεται από δυσπιστία και μια κατάσταση υπερβολικής διαρκούς επιφυλακής προς τον άλλο. Αναλυτικά παρουσιάζονται οι επιμέρους παράγοντες, που σχηματίζουν την διάγνωση υπερεγρήγορης, στον **ΠΙΝΑΚΑ 3.2**.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. 2 Μεταβλητές HVI και χαρακτηριστικά που μετρούν

Κωδικοί	Υπό μέτρηση χαρακτηριστικά
T=0	Απουσία στενών διαπροσωπικών σχέσεων
[H+(H)+Hd+(Hd)]>6	Ιδιαίτερη σημασία και προσοχή στους ανθρώπους
[(H)+(A)+(Hd)+(Ad)]>3	Ανάγκη προστασίας από τους άλλους, βλέποντάς τους ως φανταστικές φιγούρες αντί για αληθινά πρόσωπα
H+A:Hd+Ad<4:1	Ανάγκη αυτοπροστασίας μέσω υπερλεπτομερούς ενασχόλησης με επιμέρους στοιχεία, αντί του άλλου ως σύνολο
Cg>3	Ανησυχία ότι το άτομο δεν προστατεύεται (π.χ. άνθρωπος με πανοπλία) ή ότι δεν μπορεί να δει τον άλλο καθαρά και να γνωρίσει τα κίνητρά του (π.χ. φορά μανδύα, δεν ξεχωρίζω τι είδους άνθρωπος είναι)
Zf>12	Ανησυχία για το πώς συνδέονται τα γεγονότα μεταξύ τους
Zd>3.5	Τάση λεπτομερούς διερεύνησης του περιβάλλοντος, πριν συμπεράνει περί τίνος πρόκειται
S>3	Θυμός ή υποφώσκουσα δυσαρέσκεια, αμυντική προβολή της επιθετικότητας στους άλλους

3.4.4 TAS-20

Η κλίμακα Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale αποτελεί μια από τις πιο πολυχρησιμοποιημένες μεθόδους εκτίμησης της αλεξιθυμίας, δηλαδή της δυσκολίας αναγνώρισης, περιγραφής και επικοινωνίας των συναισθημάτων, που συνοδεύεται από έλλειψη φαντασίας και μοτίβο σκέψης προσανατολισμένο στην εξωτερική πραγματικότητα (Nemiah et al. 1976). Δημιουργήθηκε με σκοπό την μέτρηση

της αλεξιθυμίας, της έννοιας που εισήγαγε ο Σιφναίος (1973), ώστε να περιγράψει τη δυσκολία στην αναγνώριση, την περιγραφή και την επικοινωνία των συναισθημάτων. Η αλεξιθυμία συνδέεται επίσης με έλλειψη φαντασιωσικής λειτουργίας και στροφή της σκέψης σε εξωτερικά φαινόμενα (Nemiah, 1976).

Η κλίμακα έλαβε τη σημερινή μορφή της από τον Bagby και τους συνεργάτες του το 1994, και αποτελεί αναθεώρηση της 26-item Toronto Alexithymia Scale (Taylor, Ryan, & Bagby, 1985). Θεωρείται έγκυρη και αξιόπιστη κλίμακα αυτοαναφοράς. Έχει υψηλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, υψηλή συνάφεια με τις κλίμακες Beck Depression Inventory και State-Trait Inventory, καθώς και συνολικό δείκτη αξιοπιστίας 0.80 (Σταλίκας και συν., 2002).

Περιλαμβάνει τρεις παράγοντες: Δυσκολία Αναγνώρισης Συναισθημάτων (DIF/ΔΑΣ), Δυσκολία Περιγραφής Συναισθημάτων (DDF/ΔΠΣ), Άρνηση Συναισθημάτων/ Εξωτερικά Προσανατολισμένη Σκέψη (EOT/ΕΠΣ). Περιλαμβάνει 20 ερωτήσεις, οι οποίες βαθμολογούνται σε μια κλίμακα 1 έως 5. Συνεπώς, η χαμηλότερη δυνατή βαθμολογία είναι 20 και η υψηλότερη 100. Όσο αυξάνεται η βαθμολογία, τόσο θεωρείται ότι αυξάνεται το επίπεδο αλεξιθυμίας. Βαθμολογίες πάνω από 60 θεωρούνται, ότι αποτελούν σαφή ένδειξη για την ύπαρξη αλεξιθυμίας. Όταν η βαθμολογία βρίσκεται από 42-60, θεωρούμε ότι υπάρχει ημί-αλεξιθυμία.

Το τέταρτο στοιχείο της αλεξιθυμίας, η απουσία φαντασιωσικής ζωής και ονειροπόλησης ενώ ήταν παρόν στην πρώτη έκδοση της κλίμακας, αφαιρέθηκε τελικά. Η έννοια της χρηστικής σκέψης (Marty & de M'Uzan, 1963), η οποία μας ενδιαφέρει και βρίσκεται κοντά στην αλεξιθυμία, καλύπτεται επαρκώς από τον δεύτερο και τρίτο παράγοντα. Όπως αναφέρθηκε στο κεφάλαιο 1.3.8, η χρηστική σκέψη αναφέρεται στον προσανατολισμό περισσότερο στα στοιχεία και λεπτομέρειες της εξωτερικής πραγματικότητας, σε αντιδιαστολή με διεργασίες που στρέφονται περισσότερο στα συναισθήματα, τις φαντασιώσεις και τα φαινόμενα της ψυχικής ζωής. Ο παράγοντας ΕΠΣ διαπιστώθηκε ότι παρουσιάζει σημαντική αρνητική συσχέτιση με τον παράγοντα της φαντασίωσης στην κλίμακα NEO Personality Inventory (Bagby, Taylor, & Parker, 1994b), ώστε να είναι δυνατόν να αξιολογήσει επαρκώς την φαντασιωσική λειτουργία στο πλαίσιο μέτρησης της αλεξιθυμίας.

Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ο συνολικός βαθμός αλεξιθυμίας, καθώς και ξεχωριστά τα τρία αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά που μετρά: 1) ΔΑΣ, 2) ΔΠΣ, και 3) ΕΠΣ. Το κατώφλι παραδοχής για το πρώτο είναι >13, για το δεύτερο >9, και για το τρίτο >15.

3.4.5 DSQ-88

Η χρήση κλιμάκων αυτοαναφοράς με σκοπό την διερεύνηση αμυντικών μηχανισμών έχει δεχθεί κριτική, λόγω του ότι επιχειρεί να αξιολογήσει ασυνείδητες διεργασίες, στις οποίες δεν έχει πρόσβαση το Εγώ (San Martini et al., 2004). Ωστόσο, εάν θεωρήσουμε, ότι κάθε ασυνείδητη αμυντική διαδικασία οδηγεί σε κάποιας μορφής αποφευκτική ή εκλογικευτική πορεία σκέψης και δράσης, απομακρύνοντας από την συγκρουσιακή αρχική επιθυμία, προσεγγίζουμε στην λογική με την οποία κατασκευάστηκε η κλίμακα DSQ-88.

Η κλίμακα του Bond και των συνεργατών του (1995) σχεδιάστηκε με σκοπό την αξιολόγηση συνειδητών συμπεριφορών, που προκύπτουν από αμυντικούς μηχανισμούς. Οι συγγραφείς στηρίχθηκαν στην ψυχαναλυτική έννοια των μηχανισμών άμυνας του Εγώ, συνδυάζοντάς την με τους αμυντικούς μηχανισμούς που περιγράφονται στο DSM-III-R και που παρατηρούνται στις οριακές παθολογίες. Επιχείρησαν να ενσωματώσουν την έννοια του *coping* με τους μηχανισμούς άμυνας, ώστε να καταστεί δυνατή η προσέγγιση των τελευταίων. Ως *coping*, ορίζεται η συνειδητή προσπάθεια που καταβάλλει το άτομο, προκειμένου να επιλύσει προσωπικά και διαπροσωπικά προβλήματα, να ελέγξει το άγχος και να εξομαλύνει ή να αποφύγει συγκρουσιακές καταστάσεις (Zeidner, 1996). Ο στόχος δεν εξασφαλίζεται πάντα μέσω των στρατηγικών αυτών, οι οποίες μπορεί να είναι δυσπροσαρμοστικές, και να μην επιτρέπουν συνδιαλλαγή με την πραγματικότητα.

Ο Bond θεώρησε, ότι κάποιες στιγμές είναι δυνατόν να διαφανούν οι αμυντικοί μηχανισμοί, είτε λόγω αποτυχίας τους, είτε λόγω παρατήρησής τους από το περιβάλλον. Ακολουθώντας τη λογική αυτή, συγκέντρωσε 25 μηχανισμούς άμυνας, που ομαδοποιούνται σε τέσσερις αμυντικούς σχηματισμούς, ανάλογα με το επίπεδο ωριμότητάς τους. Τα θέματα που περιλαμβάνονται στην κλίμακα, περιγράφουν συμπεριφορές και αντιδράσεις σε υποθετικές καταστάσεις, όταν οι ψυχικοί μηχανισμοί άμυνας αποτυγχάνουν. Ενδεικτικά, ένα θέμα είναι: «Μπλέκομαι συχνά σε καταστάσεις που με απογοητεύουν και δεν μπορώ να καταλάβω γιατί».

Η καταγραφή γίνεται σε κλίμακα Likert από το ένα ως το 9. Η πρώτη έκδοση της του ερωτηματολογίου αποτελείται από 88 ερωτήσεις αυτοαναφοράς, σε κλίμακα από ένα ως 9. Έχει σταθμιστεί σε ελληνικό (Hyphantis, 2010), γαλλικό (Bonsack et al., 1998) και ιταλικό (San Martini et al., 2004) πληθυσμό.

Η κλίμακα DSQ-88 έχει καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής, και τα τέσσερα προφίλ, στα οποία ομαδοποιούνται οι επιμέρους μηχανισμοί άμυνας, παρουσιάζουν καλή συγχρονική εγκυρότητα με την κλινική εξέταση (Vaillant, 1986), καθώς και με την κλίμακα DMRS Loevinger Ego strength test. Μετά από έξι μήνες, επαναχορήγηση της κλίμακας έδωσε καλή χρονική εγκυρότητα (Conte et al., 1995).

Η λογική της κλίμακας στηρίζεται στο ιεραρχικό μοντέλο του Vaillant (1992), το οποίο διαχωρίζει τους αμυντικούς μηχανισμούς σε ψυχωτικούς, ανώριμους, νευρωτικούς και ώριμους.

Οι σχηματισμοί ή γενικά μοτίβα αμυντικής λειτουργίας στην κλίμακα DSQ-88 ομαδοποιούνται σε τέσσερις κατηγορίες: δυσπροσαρμοστικό αμυντικό προφίλ ΔΣ-ΑΠ (maladaptive action), προφίλ διαστρέβλωσης της εικόνας ΔΕ-ΑΠ (image distorting), προφίλ αυτοθυσίας (self-sacrificing) Α-ΑΠ και προσαρμοστικό αμυντικό προφίλ Π-ΑΠ (adaptive) (Bond, 1992).

Δυσπροσαρμοστικό αμυντικό προφίλ (Maladaptive Action) ΔΠ-ΑΠ

Οι μηχανισμοί της πρώτης κατηγορίας (δυσπροσαρμοστικοί) είναι ενδεικτικοί της δυσκολίας που μπορεί να αντιμετωπίζει ο εξεταζόμενος, στο να διαχειριστεί τις παρορμήσεις του και να αναλάβει εποικοδομητική δράση, ώστε να ελέγξει την τύχη του. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν μηχανισμοί που θεωρούνται ανώριμοι και παρουσιάζονται ως εξής στο γλωσσάρι του Vaillant (1992) και του Meissner (1980), ωστόσο μπορούν να εμφανιστούν και σε άτομα με καλή λειτουργικότητα (Bond, 1992):

❖ *Απόσυρση (Withdrawal)*

Η απόσυρση εκφράζεται με συμπεριφορές απομάκρυνσης από καταστάσεις που μπορεί να βιώνονται ως ψυχικά ή συναισθηματικά απειλητικές.

❖ *Αυτιστική φαντασίωση (Autistic Fantasy)*

Η έννοια της αυτιστικής φαντασίωσης προσεγγίζει αυτήν της σχιζοειδούς φαντασίωσης κατά DSM-III, η οποία περιγράφεται ως η τάση να χρησιμοποιεί το άτομο την φαντασίωση και να αποσύρεται, με τρόπο που προσομοιάζει στον αυτισμό μπροστά σε μια συγκρουσιακή κατάσταση ή για λόγους ευχαρίστησης.

❖ *Απόρριψη της βοήθειας (Help-rejection)*

Η απόρριψη της βοήθειας αναφέρεται στην έκφραση παραπόνων για την ανικανότητα ή απροθυμία του άλλου (συνήθως πρόσωπο εξουσίας ή εξ' ορισμού φροντίδας, όπως ένας ιατρός) να βοηθήσει το άτομο.

❖ *Κατανάλωση (Consumption)*

Η κατανάλωση σχετίζεται με τη χρήση ουσιών, όπως ναρκωτικά, αλκοόλ ή καπνός, καθώς και τροφής, με σκοπό την αποφυγή δυσάρεστων σκέψεων ή συναισθημάτων.

❖ *Καταστολή (Inhibition)*

Η καταστολή εμφανίζεται μέσω περιορισμού ορισμένων λειτουργιών του Εγώ, ώστε να αποφευχθεί σύγκρουση μεταξύ ενορμήσεων και Υπερεγώ, ή κοινωνικού πλαισίου.

❖ *Παθητική Επιθετικότητα (Passive aggression)*

Η παθητική επιθετικότητα αντιστοιχεί στην έμμεση και παθητική έκφραση επιθετικότητας προς τον άλλον. Τέτοιες συμπεριφορές μπορεί να περιλαμβάνουν αποτυχίες, ασθένειες, τάσεις που είναι πιο επιβλαβείς –τουλάχιστον στην αρχή- για τον άλλον, παρά για τον εαυτό. Παράλληλα μπορεί να εμφανίζονται προκλητικές ή ανόητες συμπεριφορές που στοχεύουν στην προσέλκυση της προσοχής, με σκοπό να αποφευχθεί η ανάληψη ανταγωνιστικής θέσης προς τον άλλο. Ο μηχανισμός αυτός εμφανίζεται με μεγάλη συχνότητα στις σαδομαζοχιστικές σχέσεις.

❖ *Παλινδρόμηση (Regression)*

Η παλινδρόμηση εδώ ορίζεται ως η τάση του ατόμου να αναζητά από τους άλλους να αναλάβουν τη φροντίδα του.

❖ *Πέρασμα στην πράξη (Acting out)*

Το πέρασμα στην πράξη αποτελεί άμεση έκφραση ασυνείδητης επιθυμίας, με σκοπό να αποκλεισθεί από τη συνείδηση το συναίσθημα που την συνοδεύει. Μπορεί να περιλαμβάνει παρορμητικές ή παραβατικές συμπεριφορές, αυτοτραυματισμό, χρήση εθιστικών ουσιών. Και κατ'ουσίαν αφορά κάθε παρορμητική συμπεριφορά, η οποία στοχεύει στην ανακούφιση της έντασης, που θα προκαλούσε η αναβολή της έκφρασής της.

❖ *Προβολή (Projection)*

Η προβολή εδώ γίνεται αντιληπτή ως η απόδοση ιδίων απαρνημένων συναισθημάτων στους άλλους. Συχνά σχετίζεται με προκαταλήψεις, απόρριψη σχέσεων οικειότητας που γίνονται αντιληπτές ως ύποπτες, υπερβολική καχυποψία και συγκέντρωση στοιχείων που φαίνεται να επιβεβαιώνουν τις υποψίες. Τα αντικείμενα υποτιμώνται, με έναν τρόπο,

όμως, οιονεί αντικειμενικό και «λογικό», στηριζόμενο σε αποσπασματικά στοιχεία, που ερμηνεύονται ώστε να ταιριάζουν στο σχήμα.

❖ *Σωματοποίηση (Somatization)*

Η σωματοποίηση αφορά μεταφορά ψυχικών φαινομένων στο σώμα, υπό την μορφή συμπτωμάτων και δυσλειτουργιών.

Προφίλ διαστρέβλωσης της εικόνας (Image Distorting) ΔΕ-ΑΠ

Οι μηχανισμοί της δεύτερης κατηγορίας (image distorting) σχετίζονται με σχάσεις εαυτού και άλλου σε «κακός» και «καλός», «δυνατός» και «αδύναμος». Διαφοροποιούνται από την πρώτη ομάδα, διότι επικεντρώνονται περισσότερο στην εικόνα, υπό την έννοια της αναπαράστασης, παρά στην πράξη (Bond, 1992). Όταν ενεργοποιούνται σταθερά και μόνιμα, αντανakλούν δυσκολίες μπροστά στην εγκατάσταση ώριμων διαπροσωπικών σχέσεων. Συνδέονται περισσότερο με ναρκισσιστικές και οριακές λειτουργίες (Kernberg, 1967). Από την άλλη πλευρά, μπορούν, όταν ενεργοποιηθούν σε έκτακτες καταστάσεις, να δράσουν ευεργετικά για την σωματική και ψυχική επιβίωση. Για παράδειγμα, στην περίπτωση σοβαρής ασθένειας, η πίστη στην παντοδυναμία του ιατρού μπορεί να λειτουργήσει θετικά (Bond, 1992).

❖ *Σχάση (Splitting)*

Ο μηχανισμός της σχάσης διαμερισματοποιεί την αναπαράσταση του εαυτού και του άλλου σε δύο ξεχωριστά μέρη. Στον ένα πόλο, συγκεντρώνονται εξιδανικευμένα θετικά στοιχεία, ενώ στον αντίποδα ομαδοποιούνται τα αρνητικά, δημιουργώντας έναν τόπο υποτίμησης. Πρόκειται για αποτυχία κατασκευής συνεκτικής αναπαράστασης, στην οποία θετικά και αρνητικά στοιχεία θα ήταν ψυχικά ανεκτό να συνυπάρχουν. Συχνά το ίδιο άτομο μπορεί να υποτιμηθεί και να εξιδανικευθεί διαδοχικά (DSM-III).

❖ *Ανώριμη εξιδανίκευση (Primitive idealization)*

Η ανώριμη ή πρωτόγονη εξιδανίκευση αναφέρεται στην απόδοση ακραίων θετικών ή αρνητικών χαρακτηριστικών στον άλλο, δημιουργώντας τεχνητή και μη ρεαλιστική εικόνα παντοδυναμίας.

❖ *Παντοδυναμία (Omnipotence)*

Η παντοδυναμία αποδίδει υπερβολική ισχύ και δυνάμεις σε ένα πρόσωπο, είτε είναι ο εαυτός, είτε κάποιες φορές κάποιος άλλος, πέρα από κάθε ρεαλιστικό μέτρο. Ο μηχανισμός αυτός παραμορφώνει την πραγματικότητα, δρα όμως αντισταθμιστικά στην αίσθηση του αβοήθητου.

❖ *Άρνηση (Denial)*

Η άρνηση εδώ περιγράφει περισσότερο μια λειτουργία, η οποία δρα διαγράφοντας ανεπιθύμητα στοιχεία περισσότερο στην αντίληψη της εξωτερικής, παρά της εσωτερικής πραγματικότητας. Σε αυτή τη μορφή, ενεργοποιείται η φαντασιωσική λειτουργία, η οποία δρα συμπληρώνοντας τα κενά που αφήνουν οι άλλοι.

Προφίλ Αυτοθυσίας (Self-Sacrificing) A-AΠ

Στην τρίτη κατηγορία (self-sacrificing) τοποθετούνται αμυντικοί μηχανισμοί, οι οποίοι αντικατοπτρίζουν την ανάγκη να αντιλαμβάνεται κανείς τον εαυτό του ως καλό, υποστηρικτικό, φροντιστικό για τους άλλους, ένα πλάσμα που δεν νιώθει ποτέ θυμό ή αγανάκτηση.

❖ *Ψευδοαλτρουϊσμός (Pseud altruism)*

Ο ψευδοαλτρουϊσμός ανήκει στις ψυχαναγκαστικές άμυνες, έχει όμως συνάφεια επίσης με τους μηχανισμούς αυτοθυσίας, υπό την έννοια ότι απορρέει από σαδομαζοχιστικές τάσεις σε άτομα που υπό την πίεση της καταστολής αναλαμβάνουν ρόλους φροντιστή (Hyphantis, 2010).

❖ *Αντιδραστικός σχηματισμός (Reaction formation)*

Ο αντιδραστικός σχηματισμός μετατρέπει την ενόρμηση στο αντίθετό της συναίσθημα ή συμπεριφορά. Για παράδειγμα, η ανάγκη για αγάπη και φροντίδα μπορεί να μετατραπεί σε ανοικτή προσφορά αγάπης στον άλλον. Με τον ίδιο τρόπο, συναισθήματα αγάπης μπορούν να βιώνονται και να εκφράζονται ως αισθήματα μίσους.

❖ *Αναίρεση (Undoing)*

Η αναίρεση, όπως ορίζεται σύμφωνα με το DSM-III, ανήκει επίσης στους ψυχαναγκαστικούς μηχανισμούς άμυνας, αλλά, όπως ο ψευδοαλτρουϊσμός, χαρακτηρίζει επίσης τους μηχανισμούς αυτοθυσίας (Hyphantis, 2010). Όταν ενεργοποιείται η αναίρεση, γίνεται προσπάθεια μέσα από μια συμπεριφορά να ακυρωθεί συμβολικά κάποια αρνητική σκέψη, συναίσθημα, ή πράξη.

❖ *Μόνωση (Isolation)*

Η μόνωση, σύμφωνα με τον Meissner (1980), αντιστοιχεί σε ενδοψυχικήσχάση του συναισθήματος, από την αναπαράσταση του αντικειμένου που το προκάλεσε. Στην περίπτωση αυτή, είτε απωθείται το συναισθηματικό ή γνωσιακό περιεχόμενο που προκάλεσε το άγχος, είτε το συναίσθημα μετατοπίζεται προς έναν άλλο στόχο.

Προσαρμοστικό αμυντικό προφίλ (Adaptive)Π-ΑΠ

Στην τέταρτη κατηγορία (adaptive) ανήκουν επαρκώς προσαρμοστικοί μηχανισμοί άμυνας, υπό την έννοια ότι επιτρέπουν στο άτομο να διατηρεί καλό επίπεδο λειτουργικότητας (coping). Αυτοί οι μηχανισμοί θεωρούνται ωριμότεροι, διότι λαμβάνουν υπ' όψη την πραγματικότητα, προσαρμόζοντας την συμπεριφορά ανάλογα με αυτήν.

❖ *Καταστολή (Suppression)*

Η καταστολή, σύμφωνα με τον Vaillant (1992), περιγράφει την «ικανότητα να κρατά κανείς στο νου του όλες τις πλευρές μιας σύγκρουσης και ταυτόχρονα να αναβάλλει την πράξη, τη συναισθηματική απόκριση ή την ανησυχία» (σελ. 247).

❖ *Χιούμορ (Humor)*

Το χιούμορ συνιστά άμεση έκφραση συναισθημάτων με ευχάριστη χροιά, χωρίς να προκαλείται δυσφορία στο ίδιο το άτομο ή στους άλλους. Διαφοροποιείται από την σχιζοειδή φαντασίωση ως προς το στοιχείο της συμμετοχής του άλλου στο αστείο. Ο μηχανισμός αυτός επιτρέπει να επικεντρωθεί το άτομο στο επώδυνο ερέθισμα και να το αντέξει, κοιτάζοντάς το από κάποια απόσταση. Ενεργοποιείται αυτό που καλείται «παρατηρούν Εγώ», απαραίτητο εργαλείο της ψυχοθεραπευτικής διαδικασίας.

❖ *Μετουσίωση (Sublimation)*

Η μετουσίωση επιτρέπει την ενορμητική ικανοποίηση, μέσω κάποιας έμμεσης και περισσότερο κοινωνικά αποδεκτής έκφρασης, αποφεύγοντας δυσάρεστες συνέπειες. Μπορεί να αφορά επιθυμίες κάθε χροιάς. Για παράδειγμα, επιθετικές ενορμήσεις μετατρέπονται σε αθλητική δραστηριότητα. Η εμφάνιση του μηχανισμού αυτού παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση με δυσπροσαρμοστικούς αμυντικούς μηχανισμούς (Hyphantis, 2010).

❖ *Επικέντρωση στο έργο (Task orientation)*

Η επικέντρωση στο έργο θεωρείται προσαρμοστικός μηχανισμός, διότι επιτρέπει την διαχείριση καταστάσεων, χωρίς να υπάρχει αποφυγή ή άρνηση του πραγματικού.

❖ *Καταφυγή σε αλληλεγγύη (Affiliation)*

Η καταφυγή στην αλληλεγγύη επιτρέπει αφενός την αντιμετώπιση της πραγματικότητας, αφετέρου αποδέχεται την εμπλοκή του άλλου, απομακρύνοντας το άτομο από τον ναρκισσισμό.

❖ *Προσμονή (Anticipation)*

Η προσμονή αναφέρεται στον εκ των προτέρων ρεαλιστικό σχεδιασμό «αντιμετώπισης μιας επικείμενης εσωτερικής αναταραχής και δυσφορίας» (Hyphantis, 2010).

Αυτό προϋποθέτει, κατ' αρχήν, αναγνώριση της πραγματικότητας και άρα αντοχή απέναντι στη ματαίωση. Παράλληλα, εμπλέκει λειτουργίες προγραμματισμού, υπονοώντας την ικανότητα για φαντασιωτική ικανότητα. Η συναισθηματική αντίδραση αναβάλλεται για την ώρα που θα συμβεί το επαπειλούμενο γεγονός.

3.4.6 ZKPQ

Η Zuckerman-Kuhlmann Personality Questionnaire στηρίζεται στο εναλλακτικό μοντέλο των πέντε παραγόντων (AFFM) (Zuckerman et al., 1991). Προτάθηκε σαν εναλλακτική για το μοντέλο του Digman (1990), το οποίο θεωρήθηκε ελλειμματικό ως προς στην δυνατότητα εξήγησης παρατηρούμενων συμπεριφορών, στηριζόμενο στην λεξιλογική αξία των επιθέτων. Αντίθετα, οι δημιουργοί της ZKPQ αναζήτησαν το θεωρητικό πλαίσιο για το μοντέλο τους στις ψυχοβιολογικές ρίζες των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας (Zuckerman et al., 1991). Οι πέντε παράγοντες που μελετά το AFFM, περιλαμβάνουν: νευρωτισμό-άγχος, δραστηριότητα, κοινωνικότητα, παρορμητική αναζήτηση αισθητηριακών ερεθισμάτων, και επιθετικότητα-εχθρική διάθεση.

Η κλίμακα διαθέτει καλή εγκυρότητα συναίνεσης (consensual validity), συγκλίνουσα και αποκλίνουσα εγκυρότητα (convergent and divergent validity) (Gomà-i-Freixanet et al., 2005). Έχει χρησιμοποιηθεί σε ιταλικό (De Pascalis, 2003), γερμανικό (Ostendorf, & Angeleitner, 1994), ιαπωνικό (Shiomi et al., 1996), κινεζικό (Wu et al., 2000), ισπανικό (Gomà-i-Freixanet et al., 2004) και ισραηλινό πληθυσμό (Montag, 2001). Έχει επίσης σταθμιστεί και χρησιμοποιείται στα ελληνικά (Hyphantis et al., 2003).

Πρόκειται για κλίμακα αυτοαναφοράς, 99 θεμάτων, με απαντήσεις τύπου «σωστό-λάθος», η οποία μετρά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας. Εξετάζει πέντε παράγοντες: Αναζήτηση Αισθητηριακότητας (Impulsive Sensation Seeking), Νευρωτισμού-Άγχους (Neuroticism-Anxiety), Επιθετικότητας- Εχθρικής διάθεσης (Aggression-Hostility), Δραστηριότητας (Activity), Κοινωνικότητας (Sociability) (Zuckerman et al., 2002; Zuckerman et al., 1991).

Η *Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακών Ερεθισμών* χαρακτηρίζει άτομα που δεν κάνουν σχέδια, αντίθετα αντιδρούν γρήγορα και παρορμητικά. Έχουν ανάγκη από έντονες διεγέρσεις και προτιμούν καταστάσεις και σχέσεις με απρόβλεπτο χαρακτήρα, λόγω της ανάγκης του για συνεχή αλλαγή. Ο δείκτης χωρίζεται σε δύο επιμέρους στοιχεία: τον *Παρορμητισμό* και την *Αναζήτηση Αισθητηριακών Ερεθισμών*. Ο *Νευρωτισμός-Άγχος* χαρακτηρίζει άτομα με συναισθηματική

αναστάτωση, ανησυχία, ένταση, φόβο, ψυχαναγκαστική αναποφασιστικότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση και ευαισθησία στην κριτική. Η *Εχθρική Διάθεση* περιγράφει άτομα με τάσεις λεκτικής επιθετικότητας, αγενή και αντικοινωνικά, που νιώθουν πικρία προς τους άλλους και είναι ανυπόμονα στις κοινωνικές τους σχέσεις. Η *Πράξη* χαρακτηρίζει άτομα με ανάγκη για συνεχή δραστηριότητα, που προτιμούν απαιτητική και σκληρή εργασία, νιώθοντας ανήσυχα και ανυπόμονα, όταν δεν έχουν απασχόληση. Η *Κοινωνικότητα* περιγράφει άτομα που προτιμούν να έχουν ανοικτό κοινωνικό περίγυρο, που δεν αντέχουν την κοινωνική απομόνωση (Huang et al., 2011).

3.5 Παρουσίαση Εργαλείων ανά Ερευνητικό Ερώτημα

Τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται στην έρευνα, ανά υπόθεση εργασίας, παρουσιάζονται στις υποενότητες που ακολουθούν. Οι βασικές μεταβλητές εμπλουτίζονται κατά περίπτωση από στοιχεία δημογραφικά και σωματομετρικά.

3.5.1 Ερευνητικό Ερώτημα I

Αναμένεται θετική συσχέτιση της απουσίας αναπαραστάσεων έναρξης και αιτιολογίας του ΜετΣ, με δυσκολίες στον έλεγχο των συναισθημάτων και των παρορμήσεων.

Η ύπαρξη τραυματικών γεγονότων πριν την έναρξη της διαταραχής αξιολογείται μέσω κλινικής συνέντευξης για γεγονότα ζωής, που αντικειμενικά και υποκειμενικά επηρεάζουν το άτομο, με βάση την Interview for Recent Life Events (Paykel, 2003). Ορισμένα από αυτά είναι: γάμος, διαζύγιο, απώλεια σημαντικού οικείου, τραυματισμός, μετακόμιση, και διάφορες αλλαγές στην κατάσταση ζωής, μέχρι και έξι μήνες πριν από την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων αλλαγής στην διατροφική συμπεριφορά. Η επιλογή του κριτηρίου διαταραγμένης διατροφικής συμπεριφοράς ή σημαντικής αλλαγής στο σωματικό βάρος, προέρχεται από την θεώρηση της υπερινσουλιναϊμίας ως βασικού αιτιολογικού παράγοντα στο Μ.Σ (Das, 2010), η οποία δημιουργεί αυξημένη ανάγκη για πρόσληψη υδατανθράκων. Ορίζουμε ως διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά, αυτήν που χαρακτηρίζεται από επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας, καθώς και άστατες διατροφικές συμπεριφορές (DSM-IV-TR, DSM-V), που εμφανίστηκαν για πρώτη φορά ή παρουσίασαν σημαντική αύξηση το χρονικό διάστημα μετά το στρεσογόνο γεγονός,

είτε έχει βιωθεί ως τέτοιο, είτε προκύπτει από την διασταύρωση του ιστορικού γεγονότων ζωής και σωματικού βάρους.

Για να μελετήσουμε την σχέση αναπαραστάσεων έναρξης της διαταραχής, με δυσκολίες στον έλεγχο των παρορμήσεων και τάσεις εκφόρτισης, επιλέγουμε να μελετήσουμε ειδικότερα τον παρορμητισμό, την αναζήτηση αισθητηριακότητας, τις αυτοκτονικές τάσεις και την υπερεγρήγορη.

Το ερωτηματολόγιο ZKPQ χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση του παρορμητισμού, την αναζήτησης αισθητηριακότητας και της παρορμητικής αναζήτησης αισθητηριακότητας.

Η κλίμακα S-CON της προβολικής δοκιμασίας μελανοκηλίδων Rorschach, μελετά την δυσκολία διαχείρισης των συγκρούσεων και την πιθανότητα αυτοκτονίας, ενώ η κλίμακα HVI την υπερεγρήγορη.

3.5.2 Ερευνητικό Ερώτημα II

Αναμένεται ότι στο ΜετΣ η αλεξιθυμία και το ανώριμο αμυντικό προφίλ έχουν θετική συσχέτιση με διαταραχή βασικών δεικτών κυτταρικής οξείδωσης.

Η διάγνωση του οξειδωτικού στρες πραγματοποιείται με βάση τις τιμές τεσσάρων βιοχημικών δεικτών: PCC, GPU, MDA και TAC.

Αξιολογούμε την δυσκολία διαχείρισης του άγχους, μέσα από δύο βασικούς παράγοντες: την αλεξιθυμία και το αμυντικό προφίλ. Προκειμένου να μετρήσουμε την αλεξιθυμία, χρησιμοποιούμε την κλίμακα TAS-20, με τους επιμέρους δείκτες ΔΠΣ, ΔΑΣ και ΕΠΣ. Το αμυντικό προφίλ περιγράφεται μέσα από τις τέσσερις γενικές διαγνώσεις της κλίμακας αυτοαναφοράς DSQ-88, καθώς και τους επιμέρους αμυντικούς μηχανισμούς που τις απαρτίζουν.

3.5.3 Ερευνητικό Ερώτημα III

Αναμένεται ότι στο ΜετΣ η χρηστική λειτουργία, όπως φαίνεται μέσα από την κατάρρευση του μεταβατικού χώρου, έχει θετική συσχέτιση με ναρκισσιστικές λειτουργίες και εκφορτιστικές τάσεις.

Χρησιμοποιούμε την κλίμακα Reality-Fantasy Scale, εξαρτημένη από την δοκιμασία Rorschach, για να αξιολογήσουμε την δυνατότητα δημιουργίας μεταβατικού χώρου μεταξύ πραγματικότητας και φαντασίωσης. Όταν η πραγματικότητα καταρρέει μέσα στην φαντασίωση, βρισκόμαστε στο ψυχωτικό φάσμα. Όταν η φαντασίωση

καταρρέει μέσα στην πραγματικότητα, τότε υπονοείται χρηστική λειτουργία και ψυχοσωματική αποδιοργάνωση. Όταν υπάρχει ισορροπία μεταξύ εξωτερικής πραγματικότητας και φαντασίας, τότε το άτομο είναι καλά προσαρμοσμένο στην κοινωνική ζωή και την πραγματικότητα, διατηρώντας την υποκειμενικότητά του.

Χρησιμοποιούμε επίσης την κλίμακα ZKPQ, και ειδικά τον παράγοντα Acting, που σχετίζεται με την συνεχή ανάγκη για δραστηριότητα, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, και απαντάται συνήθως σε ναρκισσιστική, παρανοειδή και ιδεοψυχαναγκαστική παθολογία.

Τέλος, μεταχειριζόμαστε την κλίμακα DSQ-88, και ιδιαίτερα τους αμυντικούς μηχανισμούς της κατανάλωσης (Consumption) και της σωματοποίησης (Somatization).

3.5.4 Ερευνητικό Ερώτημα IV

Αναμένεται ότι η διάγνωση της υπερφαγίας στο ΜετΣ δεν σχετίζεται με παλινδρόμηση στο στοματικό στάδιο, αλλά αποτελεί εκφορτιστική συμπεριφορά..

Η διάγνωση των διαταραχών της διατροφικής συμπεριφοράς γίνεται μέσω κλινικής εξέτασης με την χρήση των κριτηρίων DSM-IV-TR για την διαταραχή επεισοδίων υπερφαγίας, όπως είχε διατυπωθεί στα αρχικά κριτήρια, στο παράρτημα Β του τεύχους. Η νεότερη έκδοση του DSM-V, η οποία εκδόθηκε τον Μάιο του 2013, κατά την περίοδο συγγραφής της διατριβής, ορίζει τελικά την διαταραχή υπερφαγίας ως ξεχωριστή διαγνωστική κλινική οντότητα, επιβεβαιώνοντας τις κλινικές διαπιστώσεις μας. Η διαταραχή υπερφαγίας (binge eating disorder) περιλαμβάνει επεισόδια υπερφαγίας τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα για τους τελευταίους τρείς μήνες.

Οι αναπαραστάσεις στοματικής επιθετικότητας, εξάρτησης ή δράσης καταγράφονται μέσω των απαντήσεων Fd του Rorschach. Στοιχεία στοματικής εξάρτησης διαπιστώνονται μέσω της εξαρτημένης από το Rorschach κλίμακας ROD, καθώς και στο περιεχόμενο των απαντήσεων PATH της κλίμακας MOA.

Τα χαρακτηριστικά που σχηματίζουν την διάγνωση της αλεξιθυμίας μελετώνται μέσω του γενικού δείκτη αλεξιθυμίας, και των τριών επιμέρους διαστάσεων της κλίμακας Toronto Alexithymia Scale: ΔΑΣ, ΔΠΣ, ΕΠΣ.

3.5.5 Συνοπτική Παρουσίαση Εργαλείων ανά Ερευνητικό Ερώτημα

Στον πίνακα 3.3 παρουσιάζουμε συνοπτικά τις υποθέσεις και τα εργαλεία που χρησιμοποιήσαμε στην διερεύνηση των ερευνητικών υποθέσεων για το ΜετΣ.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3. 3 Ερευνητικά ερωτήματα, εργαλεία και ειδικοί παράγοντες

Ερευνητικά Ερωτήματα	Εργαλεία	Παράγοντες
Ερευνητικό Ερώτημα I <i>Αναμένεται θετική συσχέτιση της απουσίας αναπαραστάσεων έναρξης και αιτιολογίας του ΜετΣ, με δυσκολίες στον έλεγχο των συναισθημάτων και των παρορμήσεων.</i>	Κλινική Συνέντευξη	Αναπαράσταση έναρξης ΜετΣ Μορφωτικό επίπεδο
	ZKPQ-88	ImpSS, Imp, Iss
	RORSCHACH	S-CON, HVI
Ερευνητικό Ερώτημα II <i>Αναμένεται ότι στο ΜετΣ η αλεξιθυμία και το ανώριμο αμυντικό προφίλ έχουν θετική συσχέτιση με διαταραχή βασικών δεικτών κυτταρικής οξειδωσης.</i>	Κλινική Συνέντευξη	Μορφωτικό επίπεδο Υπερφαγία
	Σωματομέτρηση	Σωματικό λίπος %
	Δείκτες Οξειδωτικού Στρες	PCC, MDA, GPU, TAC
	TAS-20	ΔΑΣ, ΔΠΣ, ΕΠΣ
	DSQ-88	ΔΣ-ΑΠ, ΔΕ-ΑΠ, Α-ΑΠ, Π-ΑΠ
Ερευνητικό Ερώτημα III <i>Αναμένεται ότι στο ΜετΣ η χρηστική λειτουργία, όπως φαίνεται μέσα από την κατάρρευση του μεταβατικού χώρου, έχει θετική συσχέτιση με ναρκισσιστικές λειτουργίες και εκφορτιστικές τάσεις.</i>	Κλινική Συνέντευξη	Γονείς υπέρβαροι
	RORSCHACH	RFS-P CHOC SUM
	DSQ-88	Σωματοποίηση Κατανάλωση Σχάση
	ZKPQ	Πράξη %
Ερευνητικό Ερώτημα IV <i>Αναμένεται ότι η διάγνωση της υπερφαγίας στο ΜετΣ δεν σχετίζεται με παλινδρόμηση στο στοματικό στάδιο, αλλά αποτελεί εκφορτιστική συμπεριφορά..</i>	Κλινική Συνέντευξη	Υπερφαγία (DSM-V)
	RORSCHACH	MOA PATH ROD %
	TAS-20	Δ.Π.Σ., Δ.Α.Σ, Ε.Π.Σ,
	ZKPQ	Κοινωνικότητα
	DSQ-88	Κατανάλωση Καταστολή

3.6 Διαδικασία

Οι συμμετέχοντες προέρχονται από ομάδα ατόμων, που προσήλθαν σε αθηναϊκό εξειδικευμένο κέντρο μεταβολισμού, προκειμένου να αξιολογηθεί η μεταβολική λειτουργία, η γενική κατάσταση της υγείας, και του οξειδωτικού στρες, καθώς και για να επιτύχουν απώλεια βάρους. Οι ψυχικοί παράγοντες, αξιολογούνται σύμφωνα με κλινικό πρωτόκολλο που σχεδιάστηκε από την ερευνήτρια για τους ασθενείς με ΜετΣ, και δοκιμάστηκε σε μια περίοδο πέντε ετών για να καταλήξει στο σχήμα που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα.

Ο κάθε συμμετέχων μετά την πρώτη του επαφή με το κέντρο, τις αιματολογικές εξετάσεις, τη λήψη ιστορικού, τη μυοσκελετική αξιολόγηση και την εκτίμηση της κατάστασης του μεταβολισμού του, έχει μια ωριαία, κατά προσέγγιση, συνάντηση με την ψυχολόγο του κέντρου, κατά την οποία γίνεται αξιολόγηση ψυχικών παραγόντων. Στη συνέχεια λαμβάνει έναν φάκελο, που περιέχει τέσσερα ερωτηματολόγια, όπως αναφέρονται στο σχεδιασμό της έρευνας. Στην δεύτερη συνάντηση πραγματοποιείται η προβολική δοκιμασία.

Η συναίνεση λαμβάνεται αρχικά προφορικά, και στην συνέχεια διαμέσου ειδικού ενημερωτικού εντύπου (πληροφορημένη συναίνεση). Η προστασία της ανωνυμίας των συμμετεχόντων διασφαλίζεται μέσω κωδικών αριθμών και οι φάκελοι με το υλικό της έρευνας είναι προστατευμένοι και προσβάσιμοι μόνο από την ερευνήτρια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Αποτελέσματα Έρευνας

*«Η πιο συναρπαστική φράση που μπορεί
να ακούσεις στην επιστήμη,
που να προαναγγέλλει μια ανακάλυψη,
δεν είναι το «εύρηκα», αλλά περισσότερο
«χμμμ...έχει γούστο!»
Isaak Asimov*

4.1 Εργαλεία για την Στατιστική Ανάλυση

Η διαχείριση των δεδομένων και η στατιστική τους επεξεργασία πραγματοποιείται χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS for Windows (version 20.0, SPSS Inc., Chicago, IL). Χρησιμοποιούνται τεχνικές περιγραφικής στατιστικής, παραμετρικές και μη παραμετρικές μέθοδοι ανάλυσης των δεδομένων για να μελετηθούν οι πιθανές συσχετίσεις. Ειδικότερα, εφαρμόζουμε τις στατιστικές δοκιμασίες Spearman's r , ANOVA, t-test, καθώς και κατηγορική παλινδρόμηση. Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίζεται το 0.05.

Μια από τις μεθόδους που επιλέγουμε να χρησιμοποιήσουμε την κατηγορική παλινδρόμηση, η οποία πραγματοποιείται μέσω της εντολής CATREG του SPSS. Με την μέθοδο αυτή, δεν είναι ανάγκη να θεωρήσουμε ότι υπάρχει κανονική κατανομή ή γραμμικότητα, ή ακόμα κανονικότητα καταλοίπων. Οι μεταβλητές μετατρέπονται μέσα αντικατάστασης κατηγοριών με βέλτιστες τιμές, χρησιμοποιώντας την μεθοδολογία της βέλτιστης κλίμακας (Gifi, 1990). Στην συνέχεια, όλες οι μεταβλητές έχουν αριθμητικές ιδιότητες διακριτών μεταβλητών.

4.2 Αποτελέσματα

4.2.1 Περιγραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος

Δείγμα της μελέτης αποτελούν 60 ασθενείς με ΜετΣ (30 άνδρες, 30 γυναίκες) με μέση ηλικία τα 41.8 (SD=10.01) έτη και μέσο σωματικό βάρος τα 102 (SD=23.9) kgr. Η πλειοψηφία του μεικτού δείγματος έχει πανεπιστημιακή μόρφωση, με ή χωρίς μεταπτυχιακό τίτλο (N=40, 66.7%). Επίσης το μεγαλύτερο ποσοστό εργάζεται (N=50, 83.4%), ενώ οι υπόλοιποι είναι μοιρασμένοι σε ανέργους και συνταξιούχους (N=5, 8.3% για κάθε περίπτωση) (ΠΙΝΑΚΑ 4.1).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Δημογραφικά στοιχεία	Άνδρες M (SD)	Γυναίκες M (SD)	Συνολικά M (SD)
Ηλικία (έτη)	41.88 (10.01)	42.33 (10.25)	41.43 (10.01)
Σωματικό Βάρος (kgr)	102.03 (23.92)	111.23 (21.46)	92.84 (22.98)
	N ₃₀ (%)	N ₃₀ (%)	N ₆₀ (%)
Μορφωτικό Επίπεδο			
Απόφοιτος Λυκείου	15 (25%)	6 (20%)	9 (30%)
Απόφοιτος ΙΕΚ/ΕΠΑΛ	4 (6.7%)	0 (0%)	2 (6.7%)
Απόφοιτος ΤΕΙ	1(1.7%)	2 (6.7%)	1 (3.3%)
Απόφοιτος ΑΕΙ	28 (46.6%)	11 (36.7%)	17 (56.7%)
Μεταπτυχιακές Σπουδές	8 (13.3%)	7 (23.3%)	1 (3.3%)
Διδακτορικό	4 (6.7%)	4 (13.3)	0 (0%)
Επάγγελμα			
Άνεργος	5 (8.3%)	1 (3.3%)	4 (13.3)
Δημόσιος Υπάλληλος	10 (16.7%)	1 (3.3%)	9 (30.0%)
Ιδιωτικός Υπάλληλος	18 (30.0%)	11 (36.7%)	7 (23.3%)
Ελεύθερος Επαγγελματίας	14 (23.3%)	8 (26.7%)	6 (20.0)
Επιχειρηματίας	8 (13.3%)	7 (23.3%)	1 (3.3%)
Συνταξιούχος	5 (8.3%)	2 (6.7%)	3 (10.0%)
Ηλικία αύξησης βάρους			
0-6 ετών	5 (8.3%)	2 (6.7%)	3 (10%)
7-12 ετών	7 (11.7%)	5 (16.7%)	2 (6.7%)
13-18 ετών	6 (10%)	2 (6.7%)	4 (13.3%)
19-26 ετών	17 (28.3%)	10 (33.3%)	7 (23.3%)
27-35 ετών	13 (21.7%)	5 (16.7%)	8 (26.7%)
36-45 ετών	12 (20%)	6 (20.0%)	6 (20.0%)
Κάπνισμα			
Δεν καπνίζει	27 (45%)	9 (30.0%)	18 (60%)
1-10 τσιγάρα/ημέρα	8 (13.3%)	6 (20.0%)	2 (6.7%)
>10 τσιγάρα/ημέρα	14 (23.3%)	9 (30.0%)	5 (16.7%)
Πρώην καπνιστής	10 (16.7%)	6 (20.0%)	4 (13.3%)

Το μέσο σωματικό βάρος είναι 102,03 Kgr SD=23.92. Η περίοδος αύξησης του σωματικού βάρους βρέθηκε να είναι κατά 30% σε ηλικίες 0-18 ετών, κατά 50%

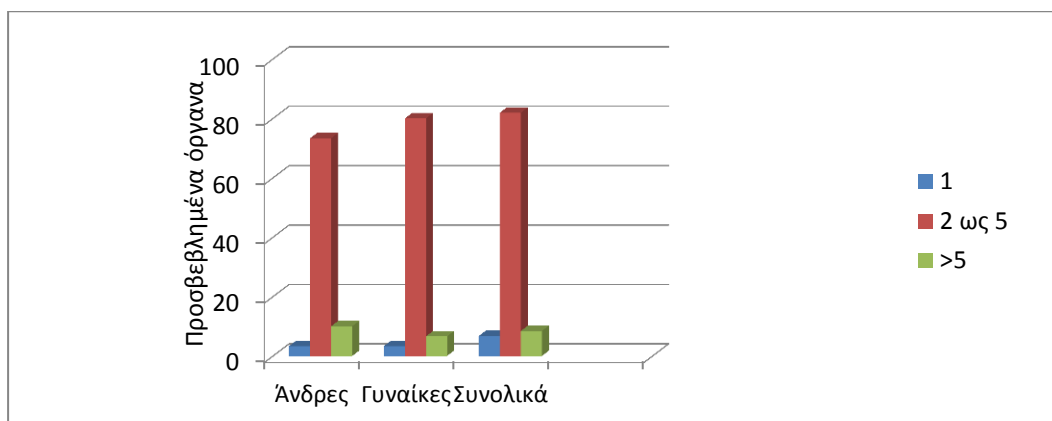
σε ηλικίες 19-35 ετών, και κατά 20% σε ηλικίες άνω των 45 ετών. Ορίζεται ως ξαφνική αύξηση του βάρους, με ή χωρίς αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες και την σωματική δραστηριότητα, της τάξεως των πέντε κιλών ανά εξάμηνο. Σχετικά με το οικογενειακό ιστορικό, παρατηρείται ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ένας ή και οι δύο γονείς υπήρξαν υπέρβαροι σε κάποια στιγμή της ζωής τους (N=45, 75%), με συχνότερη εμφάνιση αυξημένου βάρους στις μητέρες (N=21, 35%). Ενώ, μόλις το 38.3% (N=23) των γονέων του δείγματος πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη. Τα χαρακτηριστικά των γονέων των συμμετεχόντων ως προς την παχυσαρκία και τον διαβήτη παρουσιάζονται στον ΠΙΝΑΚΑ 4.2.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 2 Οικογενειακό ιστορικό γονέων για παχυσαρκία και Σακχαρώδη Διαβήτη

	Άνδρες	Γυναίκες	Συνολικά
Ιστορικό Παχυσαρκίας Γονέων	N₃₀ (%)	N₃₀ (%)	N₆₀ (%)
Κανείς	15 (25%)	8 (26.7%)	7 (23.3%)
Μητέρα	21 (35%)	7 (23.3%)	14 (46.7%)
Πατέρας	13 (21.7%)	8 (26.7%)	5 (16.7%)
Αμφότεροι	11 (18.3%)	7 (23.3%)	4 (13.3%)
Ιστορικό ΣΔ Γονέων			
Κανείς	37 (61.7%)	18 (60%)	19 (63.3%)
Μητέρα	11(18.3%)	6 (20.0%)	5 (16.7%)
Πατέρας	9 (15%)	5 (16.7%)	4 (13.3%)
Αμφότεροι	3 (5%)	1 (3.3%)	2 (6.7%)

Αναφορικά με τις οργανικές δυσλειτουργίες, παρατηρείται ότι η πλειοψηφία του δείγματος παρουσιάζει δυσλειτουργία σε 2-5 όργανα (N=49, 81,9%), όπως παρουσιάζεται στο ΓΡΑΦΗΜΑ 4.1.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4.1 Προσβεβλημένα όργανα (πλήθος)



Στον ΠΙΝΑΚΑ 4.3 φαίνεται, ότι για τους άνδρες οι συχνότερες διαταραχές περιλαμβάνουν δυσλιπιδαιμία (66.7%), καρδιακά προβλήματα (43.3%), λιπώδη διήθηση (33.3%), αλλεργίες (26.7%), διαταραχές του εντέρου (26.7%), διαβήτης (23.3%) και άπνοια (23.3%). Από την άλλη πλευρά, στις γυναίκες παρατηρήθηκαν συχνότερα ορμονικές διαταραχές (56.7%), αλλεργίες (43.3%), υπερχοληστεριναιμία (40%), εντερικές διαταραχές (36.7%), δερματικά προβλήματα (33.3%), καρδιακά προβλήματα (30%), διαταραχές του θυρεοειδούς (23.3%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.3 Σωματικές Αποδιοργανώσεις Οργάνων και Λειτουργιών

Όργανα/ λειτουργίες	Άνδρες N ₃₀ (%)	Γυναίκες N ₃₀ (%)	Συνολικά N ₆₀ (%)
Καρδιακά Προβλήματα	13 (43.3%)	9 (30%)	22 (36.7%)
Λιπώδης Διήθηση Ήπατος	10 (33.3%)	3 (10%)	13 (21.7%)
Διαταραχές Θυρεοειδούς	5 (16.7%)	7 (23.3%)	12(20%)
Ορμονικές Διαταραχές	3 (10%)	17 (56.7%)	20 (33.3%)
Αλλεργία	8 (26.7%)	13 (43.3%)	21(35%)
Διαταραχές εντέρου	8 (26.7%)	11 (36.7%)	19 (31.7%)
Δυσλιπιδαιμία	20 (66.7%)	12 (40%)	32 (53.3%)
Δερματικά Προβλήματα	12 (40%)	10 (33.3%)	22 (36.7%)
Υψηλό Σάκχαρο	7 (23.3%)	4 (13.3%)	11 (13.3%)
Υπνική Άπνοια	7 (23.3%)	3 (10%)	10 (16.7%)
Αυτοάνοσο	3 (10%)	1 (3.3%)	4 (6.7%)
Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση	6 (20%)	2 (6.7%)	8 (13.3%)

4.2.2 Αποτελέσματα ελέγχου ερευνητικού ερωτήματος Ι

Αναμένεται θετική συσχέτιση της απουσίας αναπαραστάσεων έναρξης και αιτιολογίας του ΜετΣ, με δυσκολίες στον έλεγχο των συναισθημάτων και των παρορμήσεων.

Αναφορικά με τα γεγονότα που προηγήθηκαν της αύξησης του σωματικού βάρους, μόλις το 13,3% του πληθυσμού δεν μπορεί να ανακαλέσει –κάνοντας ταυτόχρονα μια αιτιολογική υπόθεση ή και όχι- το πλαίσιο στο οποίο σημειώθηκε η αλλαγή (ΠΙΝΑΚΑΣ 4.4).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.4 Γεγονότα που Προηγήθηκαν της Αύξησης Βάρους

Γεγονότα που προηγήθηκαν της αύξησης βάρους	Άνδρες N ₃₀ (%)	Γυναίκες N ₃₀ (%)	Συνολικά N ₆₀ (%)
Κανένα/Ασαφές	5 (16.7%)	3 (10%)	8 (13.3%)
Διαζύγιο Γονέων	1 (3.3%)	-	1(1.7%)
Απώλεια/Ασθένεια Σημαντικού Άλλου	3 (10%)	3 (10%)	6 (10%)
Μετακόμιση	1(3.3%)	-	1(1.7%)
Γάμος	3 (10%)	-	3 (5%)
Διαζύγιο	-	1 (3.3%)	1(1.7%)
Τραυματισμός/Ατύχημα	2 (6.7%)	1 (3.3%)	3 (5%)
Διακοπή Άσκησης	3 (10%)	-	3 (5%)
Στρατιωτική Θητεία	3 (10%)	-	3 (5%)
Εγκυμοσύνη	-	9 (30%)	9 (15%)
Εργασιακά Θέματα	4 (13.3%)	3 (10%)	7 (11.7%)
Αύξηση Λήψης Τροφής	2 (6.7%)	3 (10%)	5(8.3%)
Κλιμακτήριος	-	2 (6.7%)	2 (3.3%)
Διακοπή Καπνίσματος	1 (3.3%)	-	1(1.7%)
Εκ γενετής	1 (3.3%)	2 (6.7%)	3 (5%)
Σπουδές Εξωτερικού	1 (3.3%)	1 (3.3%)	2 (3.3%)
Υποβοηθούμενη Γονιμοποίηση	-	2 (6.7%)	2 (3.3%)

Συχνότερα εμφανιζόμενες συνθήκες είναι η εγκυμοσύνη (15%), εργασιακά θέματα (11.7%), απώλεια/ασθένεια σημαντικού προσώπου (10%), καθώς και ανεξήγητη αύξηση στη λήψη τροφής (8.3%). Ο γάμος, η διακοπή αθλητικής δραστηριότητας, η στρατιωτική θητεία, ατυχήματα και τραυματισμοί εμφανίζονται με την ίδια συχνότητα όπως και το εκ γενετής αυξημένο βάρος (5%).

Οι παράγοντες δυσκολίας στον έλεγχο των παρορμήσεων και τάσεις εκφόρτισης, ειδικότερα ο παρορμητισμός και η αναζήτηση αισθητηριακότητας μελετώνται μέσω των ανάλογων υποκλιμάκων του ερωτηματολογίου προσωπικότητας ZKPQ. Παρατηρείται, για τους άνδρες, οριακά υψηλότερη τάση Παρορμητικής Αναζήτησης Αισθητηριακότητας (ImpSS), με χαμηλότερη τυπική απόκλιση (M=8.53, SD=3.17) από ότι για τις γυναίκες, στις οποίες τα ευρήματα είναι

αντίστροφα ($M=8.20$, $SD=3.21$), όπως φαίνεται στον ΠΙΝΑΚΑ 4.5. Αντίθετα, ο Παρορμητισμός (Imp) για τις γυναίκες είναι υψηλότερος ($M=3.83$ $SD=2.18$) από ό,τι για τους άνδρες ($M=2.73$, $SD=1.89$). Τέλος, οι άνδρες αναζητούν περισσότερο αισθητηριακούς ερεθισμούς (Ss) ($M=5.70$ $SD=2.46$) από ό,τι οι γυναίκες ($M=4.03$, $SD=1.92$). Ο δείκτης S-CON, που εξαρτάται από την δοκιμασία Rorschach, είναι υψηλότερος για τις γυναίκες του δείγματος ($M=5$, 6.7%), από ό,τι για τους άνδρες ($M=4$, 13.3%). Αυτά τα ευρήματα υπονοούν, ότι οι άνδρες με ΜετΣ στο υπό μελέτη δείγμα, χρησιμοποιούν περισσότερο τον μέσο εκφόρτισης της αισθητηριακότητας, ενώ οι γυναίκες δυσκολεύονται περισσότερο να νοητικοποιήσουν και να ελέγξουν με τον τρόπο αυτό τις παρορμήσεις τους.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4.5 Zuckerman Kuhlman Personality Questionnaire μέση τιμή και τυπική απόκλιση, και S-CON του Rorschach πλήθος και ποσοστό

Μεταβλητές	Άνδρες N=30	Γυναίκες N=30	Συνολικά N=60
ZKPQ	M (SD=)	M (SD=)	M (SD=)
ImpSS	8.53 (3.17)	7.86 (3.27)	8.20 (3.21)
Imp	2.73 (1.89)	3.83 (2.18)	3.33 (2.08)
Ss	5.70 (2.46)	4.03 (1.92)	4.86 (2.34)
RORSCHACH	N (%)	N (%)	N (%)
S-CON	4 (13.3%)	5 (16.7%)	9 (15%)

Έλεγχοι

Οι δείκτες ImpSS, Imp και Ss της κλίμακας ZKPQ σκιαγραφούν παράγοντες προσωπικότητας που σχετίζονται άμεσα με το ΜετΣ. Η παρορμητική αναζήτηση αισθητηριακότητας περιγράφεται, για παράδειγμα, μέσα από την κλινική εργασία, από το σύμπτωμα της υπερφαγίας και γενικά εκφορτιστικών τάσεων. Οι παραπάνω παράγοντες μπορεί, θεωρητικά, να επηρεάζονται από τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, καθώς και από στοιχεία που σχετίζονται με το οικογενειακό ιστορικό και την έναρξη της διαταραχής. Για να ελέγξουμε πιθανές παρεμβαλλόμενες μεταβλητές, διεξάγουμε στατιστικό έλεγχο μέσων όρων. Από τον έλεγχο αυτό προκύπτει, ότι το φύλο επηρεάζει το χαρακτηριστικό της ImpSS, αυξάνοντας το σκορ για τον ανδρικό πληθυσμό του δείγματος ($M= 51.81$, $SD=22.41$) σε σχέση με τον γυναικείο ($M=36.66$, $SD=17.45$), $F(1,58)= 8.53$, $p=0.005$. Ωστόσο, το φύλο δεν σχετίζεται με την ικανότητα δημιουργίας αναπαραστάσεων για την έναρξη της

διαταραχής. Επίσης, το επάγγελμα σχετίζεται με Imp ($p=0.012$). Υψηλότερο Imp, με χαμηλή τυπική απόκλιση, εμφανίζουν οι άνεργοι ($M=70$, $SD=6.87$).

Άλλοι παράγοντες, όπως η ηλικία εξέτασης καθώς και η ηλικία έναρξης της αύξησης βάρους δεν φαίνεται να σχετίζονται με Imp, την Ss και την ImpSs. Οι δημόσιοι υπάλληλοι ($M=52.5$, $SD=24.15$) και οι συνταξιούχοι ($M=52.5$, $SD=27.09$) βαθμολογούνται εξίσου υψηλά, με μεγάλη τυπική απόκλιση. Χαμηλότερη βαθμολογία στο χαρακτηριστικό Imp καταγράφεται στους ιδιωτικούς υπαλλήλους ($M=27.77$, $SD=22.09$). Αντίθετα, το μορφωτικό επίπεδο και το επάγγελμα φαίνεται να παίζουν κάποιο ρόλο. Ειδικότερα, το μορφωτικό επίπεδο εμφανίζει συσχέτιση με το χαρακτηριστικό ImpSs ($p=0.41$), καθώς και Imp ($p=0.018$). Τα αποτελέσματα του ελέγχου παρεμβαλλόμενων μεταβλητών παρουσιάζονται στον ΠΙΝΑΚΑΣ 4.6.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 6 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών για ImpSs, Imp, Ss, S-CON

Ανεξάρτητες μεταβλητές και παρεμβαλλόμενες	F	Sig.
ImpSs * Φύλο	,641	,426
Imp * Φύλο	3,590	,063
Ss * Φύλο	8,531	,005*
ImpSs * Ηλικιακές κατηγορίες	,835	,509
Imp * Ηλικιακές κατηγορίες	1,292	,284
Ss * Ηλικιακές κατηγορίες	,123	,974
ImpSs * Επάγγελμα	,812	,546
Imp * Επάγγελμα	3,286	,012*
Ss * Επάγγελμα	1,377	,247
ImpSs * Μορφωτικό Επίπεδο	2,502	,041*
Imp * Μορφωτικό Επίπεδο	2,999	,018*
Ss * Μορφωτικό Επίπεδο	2,074	,083
ImpSs * Ηλικία Αύξησης Βάρους	1,273	,289
Imp * Ηλικία Αύξησης Βάρους	1,590	,179
Ss * Ηλικία Αύξησης Βάρους	,416	,836
ImpSs * Ηλικιακές κατηγορίες	,835	,509
Imp * Ηλικιακές κατηγορίες	1,292	,284
Ss * Ηλικιακές κατηγορίες	,123	,974
S_CON * Φύλο	,164	,687
S-CON* Ηλικιακές Κατηγορίες	2,477	,055
S_CON * Επάγγελμα	1,295	,280
S_CON * Μορφωτικό Επίπεδο	,770	,576

Για να μελετήσουμε την ύπαρξη δυσκολίας στον έλεγχο των παρορμήσεων με τάσεις εκφόρτισης, ανάμεσα στην ομάδα που έχει αναπαραστάσεις για την έναρξη

της διαταραχής και στην ομάδα που δεν είχε αναπαραστάσεις, πραγματοποιούμε έλεγχο t δυο ανεξάρτητων δειγμάτων. Παρατηρούμε σημαντικές διαφορές στις τιμές Imp μεταξύ εκείνων που δεν έχουν σχηματίσει αναπαραστάσεις (M=10.62, SD=1.68) και εκείνων που έχουν (M=7.82, SD=3.24), $t(16.49)=3.75$, $p=0.002$. Ομοίως, για τις τιμές Ss, μεταξύ εκείνων που σχημάτισαν αναπαραστάσεις (M=5, SD=1.41) και εκείνων που δεν σχημάτισαν (M=3.07, SD=2.06), $t(12.17)=3.33$, $p=0.006$. Τα αποτελέσματα δείχνουν, ότι οι ασθενείς με ΜετΣ, που δεν είναι σε θέση να συνδέσουν την έναρξη της νόσου ή τις αλλαγές στο σώμα και την διατροφή τους με κάποιο γεγονός, δηλαδή οι ασθενείς που δεν έχουν σχηματίσει αναπαραστάσεις σχετικά με την ιστορία τους, παρουσιάζουν μεγαλύτερο παρορμητισμό και αναζήτηση αισθητηριακότητας. Ωστόσο δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά για τον παράγοντα ImpSs.

Ένας ακόμα παράγοντας εκφόρτισης, οι αυτοκτονικές τάσεις (Rorschach S-CON), παρατηρούμε ότι είναι σημαντικά υψηλότερος για τους συμμετέχοντες που αδυνατούν να δημιουργήσουν αναπαραστάσεις για την ιστορία τους (M=5, SD=1.69) από ό,τι σε εκείνους που το κατορθώνουν (M=4.04, SD=1.15), $t(58)=2.05$, $p=0,044$ (ΠΙΝΑΚΑΣ 4.7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 7 Μέση τιμή, τυπική απόκλιση και βαθμός συσχέτισης για ImpSs, Imp, Ss, S-CON

	Με αναπαράσταση	Χωρίς αναπαράσταση	
ZKPQ	M (SD)	M (SD)	
ImpSS	1.9615 (4.09189)	1.8750 (3.31393)	p=0.955
Imp	7.82 (3.24)	10.62 (1.68)	p=0.002*
Ss	5 (1.41)	3.07 (2.06)	p=0.006*
RORSCHACH			
S-CON	4.04 (1.15)	5 (1.69)	p=0.044*

Τα αποτελέσματα αυτά υπονοούν, ότι η αδυναμία σχηματισμού αναπαραστάσεων γύρω από την έναρξη της ασθένειας σχετίζεται με μεγαλύτερη αυτοκτονική τάση. Κανένας από τους ασθενείς χωρίς αναπαράσταση της αιτιολογίας της ασθένειάς του ή τις συνθήκες, υπό τις οποίες άρχισαν να εμφανίζονται τα πρώτα συμπτώματα της νόσου, δεν λαμβάνει την διάγνωση άμεσης επικινδυνότητας για απόπειρα αυτοκτονίας. Ωστόσο, ο ασθενείς αυτοί ικανοποιούν περισσότερα

επιμέρους διαγνωστικά κριτήρια αυτοκτονικότητας, από ό,τι εκείνοι που έχουν σχηματίσει κάποιου είδους αναπαράσταση.

Για να μελετήσουμε περαιτέρω την σχέση μεταξύ της ύπαρξης αναπαραστάσεων για την έναρξη της διαταραχής και παραγόντων ψυχικής λειτουργίας, προχωρούμε σε μη-παραμετρικό έλεγχο συσχέτισης Spearman (ΠΙΝΑΚΑΣ 4.8).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 8 Συσχετίσεις μέσω Spearman's r για την ύπαρξη αναπαράστασης έναρξης ΜετΣ, παραγόντων παρορμητισμού και αναζήτησης αισθητηριακών ερεθισμών, αυτοκτονικότητας, κατάθλιψης, κοινωνικής δυσφορίας, απομόνωσης, υπερεγρήγορης και φαντασιωσικής ικανότητας

	Υπαρξη αναπαράστασης για την έναρξη του ΜετΣ N=60
ImpSS	$r = 0.280, p = 0.031^*$
Imp	$r = 0.330, p = 0.010^*$
Ss	$r = 0.162, p = 0.216$
S-CON	$r = 0.054, p = 0.711$
PTI	$r = 0.154, p = 0.239$
CDI	$r = -0.039, p = 0.770$
Isolation Index	$r = 0.054, p = 0.681$
HVI	$r = 0.332, p = 0.010^{**}$
M%	$r = -1.65, p = 0.208$

Καταγράφουμε μονότονη συσχέτιση μεταξύ της αναπαράστασης έναρξης και ImpSS ($r_s = 0.280, n = 60, p = 0.031$), καθώς και με Imp ($r_s = 0.330, n = 60, p = 0.010$). Μετά από διερευνητική ανάλυση των παραγόντων ψυχοπαθολογίας που προέρχονται από το προβολικό τεστ του Rorschach, παρατηρείται θετική ισχυρή μονότονη σχέση μεταξύ αναπαράστασης έναρξης και HVI ($r_s = 0.332, n = 60, p = 0.010$). Δεν παρατηρούμε σημαντική σχέση μεταξύ της αναπαράστασης έναρξης με την S-CON και την Ss.

Εκλεπτόνοντας την βασική υπόθεση της σχέσης μεταξύ ύπαρξης αναπαράστασης για την έναρξη του ΜετΣ, προχωρούμε σε κατηγορική μελέτη παλινδρόμησης CATREG. Στόχος είναι να δείξουμε, ότι παράγοντες ψυχικής λειτουργίας που σχετίζονται με απονοητικοποίηση και τάσεις εκφόρτισης, επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να τοποθετήσει την μεταβολική διαταραχή

στην ιστορία του και να αποκτήσει φαντασιώσεις γύρω από την αιτιολογία της. Προχωρούμε σε κατηγορική παλινδρόμηση, με προβλέπτες τους παράγοντες ImpSS, N-Anx (Νευρωτισμός-Άγχος), M%, και μορφωτικό επίπεδο, και εξαρτημένη μεταβλητή την αναφορά αναπαράστασης για την έναρξη του ΜετΣ.

Από την ανάλυση διαπιστώνεται συνολικό $F(8,51)= 2.694$, και $p=0.015$. Παρατηρούμε στο μοντέλο αυτό, ότι τα χαρακτηριστικά ImpSS με $F(1)= 9.131$, και $p=0.004$, N-Anx με $F(1)= 6.723$, και $p=0.012$, το μορφωτικό επίπεδο $F(5)= 15,053$, και $p<0.001$, και το M% με $F(1)= 4,094$, και $p=0.048$ παίζουν σημαντικό ρόλο στα στην ύπαρξη αναπαραστάσεων έναρξης της διαταραχής μεταβολισμού, κατά αντίστοιχο ποσοστό 41.2%, 17.6%, 30.4%, και 10.8% (ΠΙΝΑΚΑΣ 4.9).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 9 Κατηγορική Παλινδρόμηση προβλεπτών για την αναπαράσταση έναρξης του ΜετΣ

	Coefficients		df	F	Sig.	Importance
	Standardized Coefficients					
	Beta	Bootstrap (1000)				
	Estimate of Std. Error					
Imp	0.435	0.144	1	9.131	0.004	0.412
N-Anx	-0.349	0.134	1	6.723	0.012	0.176
Μορφωτικό επίπεδο	0.366	0.094	5	15.053	0.000	0.304
M%	-0.232	0.115	1	4.094	0.048	0.108
Dependent Variable: Αναπαράσταση έναρξης του ΜετΣ						

Από τα ευρήματα αυτά προκύπτει, ότι η απουσία αναπαράστασης έναρξης του ΜετΣ σχετίζεται κυρίως με τον παρορμητισμό και υψηλό μορφωτικό επίπεδο. Επηρεάζεται όμως αρνητικά από το χαρακτηριστικό του νευρωτισμού-άγχους και την φαντασιωτική ικανότητα. Με άλλα λόγια, όσο αυξάνεται ο παρορμητισμός και το μορφωτικό επίπεδο, τόσο μειώνεται η πιθανότητα ο ασθενής με ΜετΣ να κατασκευάσει κάποιας μορφής αναπαράσταση σχετικά με τις συνθήκες κατά τις οποίες ξεκίνησε η διαταραχή του.

Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν την αρχική υπόθεση, η οποία τοποθετεί την απονοητικοποίηση και την χρηστική λειτουργία ως βασικές ψυχονοητικές

λειτουργίες, που μειώνουν την ικανότητα δημιουργίας αναπαραστατικού αλεξιδιεγερτικού συστήματος στον ασθενή και που απεικονίζουν την δυσκολία ψυχικού μεταβολισμού στο ΜετΣ.

4.2.3 Αποτελέσματα ερευνητικού ερωτήματος II

Αναμένεται ότι στο ΜετΣ η αλεξιθυμία και το ανώριμο αμυντικό προφίλ έχουν θετική συσχέτιση με διαταραχή βασικών δεικτών κυτταρικής οξειδωσης.

Σχετικά με τους τέσσερεις δείκτες κυτταρικής οξειδωσης, παρατηρούνται διαταραχές σε όλον τον πληθυσμό. Ειδικότερα, 32% επί του συνόλου των συμμετεχόντων εμφανίζει διαταραχή στα PCC, 62.9% στην GPU, 26% στην MDA και 40% στην TAC.

Όπως αναφέρουμε στην υποενότητα **1.1.9**, η MDA θεωρείται από κάποιους ερευνητές ότι επηρεάζεται από το κάπνισμα. Για να διαχειριστούμε την πιθανότητα αυτή, ελέγχουμε πιθανές επιδράσεις του καπνίσματος στα επίπεδα MDA των συμμετεχόντων. Διεξάγουμε one-way ANOVA, από την οποία δεν διαφαίνεται σημαντική επίδραση του καπνίσματος στα επίπεδα MDA στις τέσσερεις κατηγορίες επιπέδου καπνίσματος, όπως τις έχουμε ορίσει: μη-καπνιστές, καπνιστές (ως δέκα τσιγάρα την ημέρα, βαρέως καπνιστές (πάνω από δέκα τσιγάρα την ημέρα), και άτομα που είχαν διακόψει το κάπνισμα έναν χρόνο τουλάχιστον πριν από την εξέταση.

Παρατηρούμε σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ ανδρών και γυναικών του δείγματος για τον συγκεκριμένο δείκτη οξειδωσης. Η MDA είναι φυσιολογική για τις περισσότερες από τις γυναίκες του δείγματος (83.3%). Υποθέτουμε, ότι το εύρημα αυτό πιθανόν να οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες, λόγω της εγγενούς τάσης των γυναικών να παράγουν περισσότερες προστατευτικές λιποπρωτείνες HDL και λιγότερες βλαπτικές LDL από τους άνδρες. Οι άνδρες από την άλλη μεριά τείνουν προς χαμηλότερα του φυσιολογικού επίπεδα MDA συχνότερα από τις γυναίκες (26.9%).

Η TAC είναι φυσιολογική για τις περισσότερες γυναίκες (75%), ενώ 53.8% των ανδρών είχαν υψηλή και 46.2% χαμηλή TAC. Τα PCC είναι φυσιολογικά για περίπου τα δύο τρίτα των συμμετεχόντων (68%), και χαμηλά για το ένα τρίτο (28%). Περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες εμφανίζουν χαμηλότερα του φυσιολογικού επίπεδα GPU (58.8%).

Ο παράγοντας της αλεξιθυμίας στον πληθυσμό του δείγματος παρουσιάζει διακυμάνσεις. Όπως αναφέρουμε στην υποενότητα **3.4.4**, ένα άτομο θεωρείται αλεξιθυμικό, όταν σκοράρει πάνω από 60 στον γενικό δείκτη αλεξιθυμίας, και ημι-αλεξιθυμικό όταν η βαθμολογία του κυμαίνεται μεταξύ 42 και 60. Το κριτήριο ΔΑΣ ικανοποιείται όταν η βαθμολογία είναι πάνω από 13, ΔΠΣ όταν είναι πάνω από 9, και ΕΠΣ όταν είναι πάνω από 15. Στο δείγμα μας παρατηρείται αρκετά χαμηλός γενικός δείκτης αλεξιθυμίας ($N=9$, 15%), ενώ ένα επίσης μικρό ποσοστό των συμμετεχόντων κρίνεται ως ημι-αλεξιθυμικό ($N=10$, 16.7%).

Ωστόσο, εάν εξετάσουμε τους επιμέρους δείκτες αλεξιθυμικής λειτουργίας, παρατηρούμε σαφή τάση στη ΔΑΣ στο 46.7% ($N=28$) του πληθυσμού, ιδιαίτερα συχνή ΔΠΣ στην πλειοψηφία του γενικού δείγματος ($N=43$, 71.7%), καθώς και ΕΠΣ στο 81,7% των συμμετεχόντων ($N=49$). Οι παρατηρούμενες διαφορές στην βαθμολόγηση των επιμέρους παραγόντων μεταξύ γυναικών και ανδρών του δείγματος είναι σχετικά περιορισμένες.

Στην κλίμακα DSQ-88-GR θεωρούμε, ότι όταν ένας μηχανισμός άμυνας βαθμολογείται με 0,5 SD πάνω από την μέση τιμή του δείγματος, είναι κυρίαρχος (Bond, 1992). Το ποσοστό στο οποίο κάθε άτομο εμφανίζει κάθε ένα από τα τέσσερα αμυντικά προφίλ, τα οποία έχουν προκύψει από την ομαδοποίηση επιμέρους αμυντικών μηχανισμών, σκιαγραφεί την επικρατέστερη λειτουργία που ενεργοποιείται υπό συνθήκες πίεσης. Παρατηρούμε, ότι στο δείγμα μας τα αποτελέσματα διαφέρουν ανά φύλο. Στον γενικό πληθυσμό συχνότερο προφίλ φαίνεται να είναι το Π-ΑΠ (33,3%), ακολουθεί το Α-ΑΠ (30%), και το ΔΣ-ΑΠ(25%) με το ΔΕ-ΑΠ (23.3%) έρχονται τελευταία.

Η κατανομή διαφοροποιείται κάπως στον ανδρικό πληθυσμό. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι για την ομάδα αυτή συχνότερα εμφανιζόμενο αμυντικό προφίλ είναι το Π-ΑΠ (43.3%), ακολουθούμενο από το ΔΕ-ΑΠ(30%), το Α-ΑΠ (26.7%), και τέλος το ΔΣ-ΑΠ (20%).

Στον γυναικείο πληθυσμό σύμφωνα με την κλασική βαθμολόγηση, έρχεται πρώτο το Π-ΑΠ(33.3%), δεύτερο το ΔΣ-ΑΠ(30%), τρίτο το Α-ΑΠ(20%), και τέταρτο το ΔΕ-ΑΠ (10%). Με τις προσαρμογές για τον ελληνικό πληθυσμό (Υφαντής, 2010), η σειρά είναι: Α-ΑΠ (33.3%), ΔΣ-ΑΠ (30%), Π-ΑΠ (23.3%), και ΔΕ-ΑΠ (16.7%).

Αναλυτικά τα ευρήματα παρουσιάζονται στον **ΠΙΝΑΚΑ 4.10**, όπου φαίνονται τα ποσοστά θετικής διάγνωσης των υποκλιμάκων για τα ερωτηματολόγια DSQ-88

και TAS-20, καθώς και τα ποσοστά θετικής διάγνωσης των τεσσάρων βιοδεικτών κυτταρικής οξείδωσης για κάθε φύλο και συνολικά.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 10 Ποσοστό επί του συνολικού δείγματος για δείκτες κυτταρικής οξείδωσης, αλεξιθυμίας και αμυντικών προφίλ συνολικά, σε γυναίκες και άνδρες

	Συνολικά N ₆₀ %	Γυναίκες N ₃₀ %	Άνδρες N ₃₀ %
OxiS			
PCC Διαταραχή	32	29.2	34.6
Χαμηλό	28	29.2	26.9
Φυσιολογικό	68	70.8	65.4
Υψηλό	4	0	7.7
GPU Διαταραχή	62.9	66.7	59.3
Χαμηλό	58.8	66.7	51.9
Φυσιολογικό	37.3	33.3	40.7
Υψηλό	3.9	0	7.4
MDA Διαταραχή	26	16.7	34.6
Χαμηλό	16	4.2	26.9
Φυσιολογικό	74	83.3	65.4
Υψηλό	10	12.5	7.7
TAC Διαταραχή	40	25	53.8
Χαμηλό	0	0	0
Φυσιολογικό	60	75	46.2
Υψηλό	40	25	53.8
TAS-20			
ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑ	15	16.66	13.33
ΔΑΣ ¹	46.66	50	43.33
ΔΠΣ ²	73.33	70	76.66
ΕΠΣ ³	81.66	80	83.33
DSQ-88			
ΔΣ-ΑΠ	25	30	20
ΔΕ-ΑΠ	23.3	16.7	30
Α-ΑΠ	30	33.3	26.7
Π-ΑΠ	33.3	23.3	43.3

Για το προφίλ ΔΣ-ΑΠ παρατηρούμε, ότι για τον συνολικό πληθυσμό συχνότερες άμυνες είναι η Παλινδρόμηση 35% ($M = 4.24$, $SD=2.11$), η Απόσυρση 31.7% ($M= 5.52$, $SD=2.56$), το Πέρασμα στην Πράξη 31.7% ($M= 4.54$, $SD=1.85$), η Παθητική Επιθετικότητα 30% ($M=3.18$, $SD=1.44$), η Προβολή 30% ($M=2.61$, $SD=1.10$), η Καταστολή 26.7% ($M= 4.18$, $SD=1.62$), η Κατανάλωση 25% ($M= 3.76$, $SD=1.56$) (ΠΙΝΑΚΑΣ 4.11).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 11 Μέση τιμή, τυπική απόκλιση, πλήθος και ποσοστό εμφάνισης για μηχανισμούς άμυνας ΔΣ-ΑΠ (DSQ-88-GR)

DSQ-88-GR	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ
ΔΣ-ΑΠ	M (SD) N_{30} (%)	M (SD) N_{30} (%)	M (SD) N_{60} (%)
Παθητική Επιθετικότητα	3.25 (1.41) 10 (33.3%)	3.12 (1.49) 8 (26.7%)	3.18 (1.44) 18 (30%)
Προβολή	2.66 (1.18) 6 (20%)	2.57 (1.03) 12 (40%)	2.61 (1.10) 18 (30%)
Παλινδρόμηση	3.85 (2.00) 12 (40%)	4.63 (2.17) 9 (30%)	4.24 (2.11) 21 (35%)
Καταστολή	3.82 (1.61) 7 (23.3%)	4.54 (1.58) 9 (30%)	4.18 (1.62) 16 (26.7%)
Προβολική Ταύτιση	2.05 (2.00) 4 (13.3%)	2.26 (2.18) 6 (20%)	2.16 (2.08) 10 (16.7%)
Πέρασμα στην Πράξη	4.27 (1.85) 9 (30%)	4.81 (1.84) 10 (33.3%)	4.54 (1.85) 19 (31.7%)
Σωματοποίηση	4.71 (1.89) 6 (20%)	4.63 (2.22) 8 (26.7%)	4.67 (2.04) 14 (23.3%)
Απόσυρση	5.01 (2.64) 8 (26.7%)	6.02 (2.42) 11 (36.7%)	5.52 (2.56) 19 (31.7%)
Φαντασίωση	2.89 (2.45) 5 (16.7%)	3.20 (2.91) 9 (30%)	3.04 (2.67) 14 (23.3%)
Απόρριψη της Βοήθειας	2.93 (1.67) 7 (23.3%)	2.87 (2.04) 7 (23.3%)	2.90 (1.85) 14 (23.3%)
Κατανάλωση	3.72 (1.43) 7 (23.3%)	3.80 (1.70) 8 (26.7%)	3.76 (1.56) 15 (25%)

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε, ότι για τις γυναίκες συχνότερα εμφανιζόμενοι δυσπροσαρμοστικοί μηχανισμοί φάνηκε να είναι η Προβολή 40% (M=2.57, SD=1.03), η Απόσυρση 36.7% (M= 6.02, SD=2.42), το Πέρασμα στην Πράξη 33.3% (M= 4.81, SD=1.84), η Παλινδρόμηση 30% (M = 4.63, SD=2.17), η Καταστολή 30% (M= 4.54, SD=1.58), η Φαντασίωση 30% (M=3.20, SD=2.91).

Για τους άνδρες, είναι η Παλινδρόμηση 40% (M= 3.85, SD=2.00), η Παθητική Επιθετικότητα 30% (M=3.18, SD=1.44), το Πέρασμα στην Πράξη 30% (M= 3.25, SD=1.41), η Απόσυρση 26.7% (M= 5.01, SD=2.64), η Καταστολή 23.3% (M= 3.82, SD=1.61), η Κατανάλωση 26.3% (M= 3.72, SD=1.43), η Απόρριψη της Βοήθειας 23.3% (M=2.93, SD=1.67)

Οι συχνότεροι αμυντικοί μηχανισμοί του προφίλ ΔΕ-ΑΠ στο σύνολο του πληθυσμού εμφανίζεται συχνότερα Πρωτόγονη Εξιδανίκευση 38.3% (M= 3.29, SD=2.16), Παντοδυναμία 35% (M= 3.21, SD=1.59), Μόνωση 31.7% (M= 3.37, SD=1.58), Αναίρεση 30% (M= 3.70, SD=1.99), Άρνηση 28.3% (M= 3.21, SD=1.99) και Σχάση 26.7% (M= 3.65, SD=1.95). (ΠΙΝΑΚΑΣ 4.12).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 12 Μέση τιμή, τυπική απόκλιση, πλήθος και ποσοστό εμφάνισης για ΔΕ-ΑΠ Μηχανισμούς Άμυνας DSQ-88-GR

DSQ-88-GR	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ
ΔΕ-ΑΠ	M (SD) <i>N₃₀ (%)</i>	M (SD) <i>N₃₀ (%)</i>	M (SD) <i>N₆₀ (%)</i>
Αναίρεση	3.61 (2.10) 9 (30%)	3.80 (1.89) 9 (30%)	3.70 (1.99) 18 (30%)
Παντοδυναμία	3.82 (1.69) 19 (63.3%)	2.60 (1.25) 2 (6.7%)	3.21 (1.59) 21 (35%)
Άρνηση	2.97 (1.65) 9 (30%)	2.71 (1.48) 8 (26.7%)	2.84 (1.56) 17 (28.3%)
Σχάση	3.65 (2.27) 10 (33.3%)	3.66 (1.30) 6 (20%)	3.65 (1.95) 16 (26.7%)
Πρωτόγονη Εξιδανίκευση	3.45 (2.25) 13 (43.3%)	3.13 (2.09) 10 (33.3%)	3.29 (2.16) 23 (38.3%)
Μόνωση	4.07 (1.53) 18 (60%)	2.67 (1.32) 1 (3.3%)	3.37 (1.58) 19 (31.7%)

Στον παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι για τις γυναίκες η σειρά διαφοροποιείται ως εξής: Πρωτόγονη Εξιδανίκευση 33.3% (M= 3.13, SD=2.09), Αναίρεση 30% (M= 3.80, SD=1.89), Άρνηση 26.7% (M= 2.71, SD=1.48), Σχάση 20% (M= 3.66, SD=1.30), και ακολουθούν με ελάχιστο ποσοστό η Παντοδυναμία 6.7% (M= 2.69, SD=1.25) και η Μόνωση 3.3% (M= 2.67, SD=, 1.32).

Για τους άνδρες παρατηρούμε ότι κατά σειρά συχνότητας πρώτη είναι η Παντοδυναμία 63.3% (M= 3.82, SD=1.69), και ακολουθούν οι αμυντικοί μηχανισμοί της Μόνωσης 60% (M= 4.07, SD=1.53), της Πρωτόγονης Εξιδανίκευσης 43.3% (M= 3.45, SD=2.25), της Σχάσης 33.3% (M= 3.65, SD=2.27), της Αναίρεσης 30% (M= 3.61, SD=2.10), και τέλος της Άρνησης 30% (M= 2.97, SD=1.65).

Οι αμυντικοί μηχανισμοί Π-ΑΠ για τον συνολικό πληθυσμό του δείγματος έχουν την εξής σειρά συχνότητας, ανάλογα με το ποσοστό που εμφανίζονται στον πληθυσμό: Χιούμορ 38.3% (M= 4.40, SD=1.83), Μετουσίωση 36.7% (M= 4.16, SD=2.67), Αναζήτηση Κοινωνικής Στήριξης 36.7% (M= 5.18, SD=2.37), Προγραμματισμός 35% (M= 6.47, SD=1.89), Απώθηση 30% (M= 4.96, SD=2.00), Επικέντρωση στο Έργο 25% (M= 5.55, SD=2.18),.

Για τις γυναίκες ενεργοποιείται αμυντικά το Χιούμορ 43.3% (M= 3.98, SD=1.94), η Αναζήτηση Κοινωνικής Στήριξης 40% (M= 5.18, SD=2.45), ο Προγραμματισμός 36.7% (M= 6.16, SD=2.19), η Απώθηση 30% (M= 4.68, SD=2.13), η Μετουσίωση 30% (M= 4.00, SD=2.62), η Επικέντρωση στο Έργο 26.7% (M= 5.95, SD=2.22).

Για τους άνδρες τα ποσοστά ενεργοποίησης των προσαρμοστικών αμυντικών μηχανισμών έχουν ως εξής: Μετουσίωση 43.4% (M= 4.32, SD=2.76), Προγραμματισμός 33.33 (M= 6.78, SD=1.50), Αναζήτηση Κοινωνικής Στήριξης 33.3% (M= 5.18, SD=2.32), Χιούμορ 33.3% (M= 4.82, SD=1.64), Απώθηση 30% (M= 5.25, 1.85), Επικέντρωση στο Έργο 23.3% (M= 5.16, SD=2.10).

Και για τα δύο φύλα, παρατηρούμε ότι ο Προγραμματισμός και η Αναζήτηση Κοινωνικής Στήριξης ενεργοποιούνται από μεγάλο μέρος του πληθυσμού του δείγματος.

Τα αποτελέσματα για τους άνδρες, τις γυναίκες και το σύνολο του δείγματος παρουσιάζονται αναλυτικά στον ΠΙΝΑΚΑ 4.13.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 13 Μέση τιμή, τυπική απόκλιση, πλήθος και ποσοστό εμφάνισης
για Π-ΑΠ Μηχανισμούς Άμυνας DSQ-88-GR**

DSQ-88-GR	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ
Π-ΑΠ	M (SD=)	M (SD=)	M (SD=)
	<i>N₃₀ (%)</i>	<i>N₃₀ (%)</i>	<i>N₆₀ (%)</i>
Χιούμορ	4.82 (1.64) <i>10 (33.3%)</i>	3.98 (1.94) <i>13 (43.3%)</i>	4.40 (1.83) <i>23 (38.3%)</i>
Αναζήτηση	5.18 (2.32)	5.18 (2.45)	5.18 (2.37)
Κοινωνικής Στήριξης	<i>10 (33.3%)</i>	<i>12 (40%)</i>	<i>22 (36.7%)</i>
Μετουσίωση	4.32 (2.76) <i>13 (43.3%)</i>	4.00 (2.62) <i>9 (30%)</i>	4.16 (2.67) <i>22 (36.7%)</i>
Απόθεση	5.25 (1.85) <i>9 (30%)</i>	4.68 (2.13) <i>9 (30%)</i>	4.96 (2.00) <i>18 (30%)</i>
Επικέντρωση στο Έργο	5.16 (2.10) <i>7 (23.3%)</i>	5.95 (2.22) <i>8 (26.7%)</i>	5.55 (2.18) <i>15 (25%)</i>
Προγραμματισμός	6.78 (1.50) <i>10 (33.3%)</i>	6.16 (2.19) <i>11 (36.7%)</i>	6.47 (1.89) <i>21 (35%)</i>

Τέλος, εξετάζοντας τους επιμέρους αμυντικούς μηχανισμούς του προφίλ Α-ΑΠ, παρατηρούμε ότι για το σύνολο του πληθυσμού, οι αυτοθυσιαστικοί μηχανισμοί άμυνας, δηλαδή ο Ψευδοαλτρουϊσμός 30% (M= 6.92, SD=1.73) και ο Αντιδραστικός Μηχανισμός 28.3% (M= 4.25, SD=1.34), παρουσιάζουν αρκετά υψηλούς μέσους όρους.

Σημειώνεται, ότι οι γυναίκες φαίνονται να χρησιμοποιούν σε ίδιο ποσοστό τους δύο αμυντικούς μηχανισμούς, ωστόσο οι μέσες τιμές είναι υψηλότερες για τον Ψευδοαλτρουϊσμό 26.2% (M= 7.30, SD=4.18), από ό,τι για τον Αντιδραστικό Σχηματισμό 26.2% (M= 4.18, SD=1.40). Οι άνδρες, φαίνεται ότι σε ελαφρά υψηλότερο ποσοστό χρησιμοποιούν αμυντικά τον Ψευδοαλτρουϊσμό 33.3% (M= 6.55,SD=1.71) από ό,τι τον Αντιδραστικό Μηχανισμό 30% (M= 4.32, SD=1.30) (ΠΙΝΑΚΑΣ 4.14).

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 14 Μέση τιμή, τυπική απόκλιση, πλήθος και ποσοστό εμφάνισης
για Α-ΑΠ Μηχανισμούς Άμυνας DSQ-88-GR**

DSQ-88-GR	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ
A-ΑΠ	M (SD)	M (SD)	M (SD)
	N_{30} (%)	N_{30} (%)	N_{60} (%)
Ψευδοαλτρουϊσμός	6.55 (1.71)	7.30 (1.70)	6.92 (1.73)
	10 (33.3%)	8 (26.7%)	18 (30%)
Αντιδραστικός	4.32 (1.30)	4.18 (1.40)	4.25 (1.34)
Σχηματισμός	9 (30%)	8 (26.7%)	17 (28.3%)

Ελεγχοι

Κατά τον έλεγχο παρεμβαλλόμενων μεταβλητών στους δείκτες αλεξιθυμίας, παρατηρούμε ότι η Δ.Α.Σ. επηρεάζεται από την ηλικία ($p=0.032$). Χαμηλότερα σκορ για τον παράγοντα Δ.Α.Σ καταγράφονται στους νεαρούς ενήλικες, από 18 ως 25 ετών ($M=27.14$, $SD=2.02$), ενώ υψηλότερα στους συμμετέχοντες άνω των 56 ετών ($M=56.66$, $SD=21.18$), $F(1,58)= 2.865$, $p=0.032$. Ωστόσο, μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να φωτίσει καλύτερα αυτό το φαινόμενο, καθώς το δείγμα για την ηλικία των 18-25 ετών ήταν μικρό.

Οι δείκτες αλεξιθυμίας Δ.Α.Σ, Δ.Π.Σ., καθώς και η διάγνωση της αλεξιθυμίας φαίνεται να επηρεάζονται από τις ορμονικές διαταραχές στις γυναίκες. Είκοσι από τις 30 γυναίκες του δείγματος παρουσιάζουν ορμονικές διαταραχές (θυρεοειδικές ή γεννητικές). Ειδικότερα η Δ.Α.Σ είναι υψηλότερη σε γυναίκες με ορμονικές διαταραχές ($M=50.28$, $SD=20.77$) από ό,τι σε γυναίκες που δεν είχαν ορμονικές διαταραχές ($M=39.04$, $SD=12.60$), $F(1,58)=6.78$, $p=0.012$. Η Δ.Π.Σ. είναι υψηλότερη στις γυναίκες που αντιμετωπίζουν ορμονικές διαταραχές ($M=40.28$, $SD=14.38$) σε σχέση με εκείνες που δεν αντιμετωπίζουν ($M=32.28$, $SD=11.46$), $F(1,58)= 5.46$, $p=0.023$. Τέλος παρατηρείται υψηλότερη γενική αλεξιθυμία στις γυναίκες με ορμονικές διαταραχές ($M=50.95$, $SD=13.38$) , σε σχέση με εκείνες χωρίς ορμονικές διαταραχές ($M=44.83$, $SD=9$), $F(1,58)= 4.39$, $p=0.04$.

Τα αποτελέσματα του ελέγχου παρεμβαλλόμενων μεταβλητών παρουσιάζονται στον ΠΙΝΑΚΑ 4.15 που ακολουθεί.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 15 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών για Δ.Α.Σ., Δ.Π.Σ.,
Ε.Π.Σ, Αλεξιθυμία**

Ανεξάρτητες μεταβλητές και παρεμβαλλόμενες	F	Sig.
Δ.Α.Σ. * Φύλο	.995	3.23
Δ.Π.Σ. * Φύλο	.259	.613
Ε.Π.Σ * Φύλο	2.395	.127
Αλεξιθυμία* Φύλο	.010	.921
Δ.Α.Σ. * Ηλικιακές κατηγορίες	2.865	.032*
Δ.Π.Σ. * Ηλικιακές κατηγορίες	2.025	.104
Ε.Π.Σ * Ηλικιακές κατηγορίες	.259	.903
Αλεξιθυμία* Ηλικιακές κατηγορίες	2.537	.050
Δ.Α.Σ. * Επάγγελμα	1.699	.151
Δ.Π.Σ. * Επάγγελμα	.827	.536
Ε.Π.Σ * Επάγγελμα	1.040	.404
Αλεξιθυμία* Επάγγελμα	.546	.740
Δ.Α.Σ. * Μορφωτικό Επίπεδο	.537	.747
Δ.Π.Σ. * Μορφωτικό Επίπεδο	.879	.501
Ε.Π.Σ * Μορφωτικό Επίπεδο	.456	.807
Αλεξιθυμία* Μορφωτικό Επίπεδο	.563	.728
Δ.Α.Σ. * Ορμονικές Διαταραχές	6.786	.012*
Δ.Π.Σ. * Ορμονικές Διαταραχές	5.461	.023*
Ε.Π.Σ * Ορμονικές Διαταραχές	.123	.728
Αλεξιθυμία* Ορμονικές Διαταραχές	4.399	.040*

Μελετώντας την κυτταρική οξείδωση μεταξύ αλεξιθυμικών, ημι-αλεξιθυμικών και μη-αλεξιθυμικών συμμετεχόντων, χρησιμοποιούμε one-way ANOVA (**ΠΙΝΑΚΑΣ 4.16**). Παρατηρούμε στατιστικά σημαντικές διαφορές στα PCC μεταξύ των τριών διαγνώσεων, [$F(2,47) = 4.010, p = .021$]. Οι Post hoc comparisons χρησιμοποιώντας την δοκιμασία Tukey HDG, δείχνουν ότι το μέσο σκορ των αλεξιθυμικών ($M = 0.62, SD = 0.19$) έχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις τιμές της κυτταρικής οξείδωσης μέσα από τον δείκτη PCC, σε σχέση με εκείνο των μη-αλεξιθυμικών ($M = 0.45, SD = 0.15$). Ωστόσο, οι ημι-αλεξιθυμικοί ($M = 0.50, SD = 0.11$) δεν διαφέρουν σημαντικά από τους αλεξιθυμικούς και τους μη-αλεξιθυμικούς. Οι υπόλοιποι παράγοντες οξείδωσης -GPU, MDA, TAC- δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανά διάγνωση αλεξιθυμίας. Αυτό το εύρημα υπονοεί, ότι υπάρχει κάποια σύνδεση μεταξύ της διάγνωσης αλεξιθυμίας και της κυτταρικής οξείδωσης από υπέρμετρη καύση πρωτεϊνών.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 16 Αποτελέσματα ANOVA για την κυτταρική οξείδωση σε αλεξιθυμικούς, ημι-αλεξιθυμικούς και μη-αλεξιθυμικούς συμμετέχοντες

OxiS	(I) Αποδοχή Κριτηρίου Αλεξιθυμίας	(J) Αποδοχή Κριτηρίου Αλεξιθυμίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.
PCC	αλεξιθυμικός	ημι-αλεξιθυμικός	,12525	,07348	,285
		μη-αλεξιθυμικός	,17281*	,06124	,021
	ημι-αλεξιθυμικός	αλεξιθυμικός	-,12525	,07348	,285
		μη-αλεξιθυμικός	,04756	,05612	1,000
	μη-αλεξιθυμικός	αλεξιθυμικός	-,17281*	,06124	,021
		ημι-αλεξιθυμικός	-,04756	,05612	1,000
MDA	αλεξιθυμικός	ημι-αλεξιθυμικός	-,98000	1,01171	1,000
		μη-αλεξιθυμικός	-,73750	,84309	1,000
	ημι-αλεξιθυμικός	αλεξιθυμικός	,98000	1,01171	1,000
		μη-αλεξιθυμικός	,24250	,77271	1,000
	μη-αλεξιθυμικός	αλεξιθυμικός	,73750	,84309	1,000
		ημι-αλεξιθυμικός	-,24250	,77271	1,000
TAC	αλεξιθυμικός	ημι-αλεξιθυμικός	,02850	,06163	1,000
		μη-αλεξιθυμικός	,10281	,05136	,153
	ημι-αλεξιθυμικός	αλεξιθυμικός	-,02850	,06163	1,000
		μη-αλεξιθυμικός	,07431	,04707	,363
	μη-αλεξιθυμικός	αλεξιθυμικός	-,10281	,05136	,153
		ημι-αλεξιθυμικός	-,07431	,04707	,363
GPU	αλεξιθυμικός	ημι-αλεξιθυμικός	-1,54000	,76282	,148
		μη-αλεξιθυμικός	-1,31844	,63569	,131
	ημι-αλεξιθυμικός	αλεξιθυμικός	1,54000	,76282	,148
		μη-αλεξιθυμικός	,22156	,58262	1,000
	μη-αλεξιθυμικός	αλεξιθυμικός	1,31844	,63569	,131
		ημι-αλεξιθυμικός	-,22156	,58262	1,000

Οι διαγνώσεις της αλεξιθυμίας και της ημι-αλεξιθυμίας στηρίζονται σε τρεις επιμέρους παράγοντες αποτυχίας στην ψυχική και νοητική επεξεργασία του συναισθήματος, οι οποίοι είναι χρήσιμο να αξιολογηθούν και ως ξεχωριστά χαρακτηριστικά. Οι σχέσεις των επιμέρους παραγόντων αλεξιθυμίας με την κυτταρική οξείδωση μελετώνται μέσω της μεθοδολογίας ανεξάρτητου δείγματος t test. Συγκρίνουμε τους τέσσερεις παράγοντες οξειδωτικού στρες (PCC, MDA, GPU, TAC) σε συμμετέχοντες με και χωρίς Δυσκολία Αναγνώρισης των Συναισθημάτων

(ΔΑΣ, μη-ΔΑΣ), με και χωρίς Δυσκολία Περιγραφής Συναισθημάτων (ΔΠΣ, μη-ΔΠΣ), καθώς και με ή χωρίς Επικέντρωση στο Εξωτερικά Γεγονότα (ΕΠΣ, μη-ΕΠΣ), όπως φαίνεται στον ΠΙΝΑΚΑ 4.17.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 17 Αποτελέσματα t test για παράγοντες αλεξιθυμίας και παράγοντες κυτταρικής οξείδωσης

OxiS	PCC	GPU	MDA	TAC
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
TAS-20 Διάγνωση				
ΔΑΣ	0.54 (0.16)	2.46 (1.32)	5.15 (1.55)	0.89 (0.13)
NAI	0.44 (0.14)	3.64 (1.77)	5.78 (2.54)	0.92 (0.13)
OXI	p=0.032*	p=0.010*	p=0.301	p=0.513
ΔΠΣ	0.49 (0.17)	3.26 (1.82)	5.62 (2.07)	0.91 (0.12)
NAI	0.48 (0.13)	2.39 (0.66)	4.98 (2.24)	0.90 (0.16)
OXI	p=0.941	p=0.018*	p=0.367	p=0.900
ΕΠΣ	0.49 (0.16)	2.95 (1.49)	5.55 (2.20)	0.90 (0.13)
NAI	0.45 (0.19)	3.65 (2.50)	4.94 (1.45)	0.92 (0.14)
OXI	p=0.50	p=0.30	p=0.48	p=0.82

Παρατηρούμε, ότι υπάρχει σημαντική διαφορά στα PCC σε συμμετέχοντες που χαρακτηρίζονται ως ΔΑΣ (M=0.54, SD=0.16) και μη-ΔΑΣ (M= 0.44, SD=0.14); $t(48)=2.21$, $p=.03$. Επίσης σημαντική διαφορά καταγράφουμε για την GPU σε συμμετέχοντες με ΔΑΣ (M=2.46, SD=1.32) και μη-ΔΑΣ (M= 3.64, SD=1.77); $t(48)=-2.68$, $p=.01$. Ωστόσο δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στους δείκτες TAC και MDA μεταξύ ΔΑΣ και μη-ΔΑΣ συμμετεχόντων. Καταγράφεται όμως σημαντική διαφορά στον δείκτη GPU μεταξύ συμμετεχόντων με ΔΠΣ (M= 3.26, SD=1.82) και μη-ΔΠΣ (M= 2.39, SD=0.66); $t(46.68)=2.46$, $p=.01$. Ο παράγων ΕΠΣ δεν αποδίδει σημαντική διαφορά στην κυτταρική οξείδωση με αυτή την μέθοδο διερεύνησης.

Αυτά τα αποτελέσματα υπονοούν ότι η Γλουταθειόνη και το Πρωτεϊνικά Καρβονύλια παρουσιάζουν μεγαλύτερη διαταραχή σε ασθενείς που πάσχουν από

ΜετΣ και έχουν ΔΑΣ ή/ και ΔΠΣ, ακόμα και χωρίς να υπάρχει η διάγνωση της αλεξιθυμίας, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν την υπόθεσή μας, ότι υπάρχει σχέση μεταξύ κυτταρικής οξείδωσης και αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών στο ΜετΣ.

Ελέγχοντας τις παρεμβαλλόμενες μεταβλητές για την κυτταρική οξείδωση και τα αμυντικά προφίλ, παρατηρούμε ότι η κυτταρική οξείδωση επηρεάζεται μόνο από το φύλο. Ειδικότερα, η TAC διαφέρει μεταξύ ανδρών ($M= 0.514$, $SD=0.187$) και γυναικών ($M=.4650$, $SD=0.133$), $F(1,48)= 6.331$, $p=0.015$. Όλοι οι άλλοι δείκτες κυτταρικής οξείδωσης δεν φαίνεται να επηρεάζονται από τα δημογραφικά στοιχεία στο δείγμα μας (ΠΙΝΑΚΑΣ 4.18).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 18 Ελεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών για PCC, MDA, TAC, GPU, ΔΣ-ΑΠ, ΔΕ-ΑΠ, Α-ΑΠ, Π-ΑΠ

Ανεξάρτητες μεταβλητές και παρεμβαλλόμενες	F	Sig.
PCC * Φύλο	1.125	.294
MDA * Φύλο	.049	.826
TAC * Φύλο	6.331	.015*
GPU* Φύλο	.830	.367
PCC * Ηλικιακές κατηγορίες	1.033	.401
MDA * Ηλικιακές κατηγορίες	1.380	.256
TAC * Ηλικιακές κατηγορίες	.491	.743
GPU* Ηλικιακές κατηγορίες	1.518	.213
PCC * Επάγγελμα	1.813	.130
MDA * Επάγγελμα	.641	.669
TAC * Επάγγελμα	.665	.652
GPU* Επάγγελμα	2.057	.089
PCC * Μορφωτικό Επίπεδο	.318	.899
MDA * Μορφωτικό Επίπεδο	1.433	.231
TAC * Μορφωτικό Επίπεδο	.785	.566
GPU * Μορφωτικό Επίπεδο	1.233	.314

Για να μελετήσουμε την ύπαρξη σχέσης αμυντικού προφίλ και κυτταρικής οξείδωσης διεξάγουμε t-test, για τα τέσσερα αμυντικά προφίλ. Εντοπίζουμε σημαντική διαφορά στα επίπεδα MDA μεταξύ συμμετεχόντων με Π-ΑΠ ($M=6.95$, $SD=2.54$) και μη-Π-ΑΠ ($M=4.77$, $SD=1.52$); $t(48) = 3.85$, $p<0.001$. Το ΔΕ-ΑΠ παρατηρούμε ότι έχει σημαντική συσχέτιση με την MDA, καθώς συμμετέχοντες με ΔΕ-ΑΠ ($M=4.20$, $SD=1.48$) παρουσιάζουν σημαντική διαφορά από τους μη-ΔΕ-ΑΠ ($M= 5.78$, $SD=2.13$), $t(48)= -2.20$, $p=0.032$. Επίσης οι συμμετέχοντες με ΔΕ-ΑΠ ($M=1.05$, $SD=0.14$) παρουσιάζουν σημαντική διαφορά από τους μη-ΔΕ-ΑΠ

(M= 0.87, SD=0.10), $t(48)= 4.64$, $p<0,001$ στην TAC. Όμως, δεν καταγράφονται σημαντικές διαφορές στις τιμές των δεικτών κυτταρικής οξειδωσης για το A-ΑΠ και ΔΣ-ΑΠ. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον ΠΙΝΑΚΑ 4.19, για κάθε διάγνωση αμυντικού προφίλ και δείκτη κυτταρικής οξειδωσης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 19 Αποτελέσματα t τεστ για δείκτες κυτταρικής οξειδωσης και αμυντικά προφίλ

OxiS		PCC	GPU	MDA	TAC
		M (SD)	M (SD)	M (SD)	M (SD)
DSQ-88 προφίλ					
ΔΣ-ΑΠ	NAI	0.55 (0.18)	2.69 (1.59)	4.99 (1.44)	0.93 (0.16)
	OXI	0.46 (0.15)	3.19 (1.68)	5.65 (2.31)	0.90 (0.12)
		p=0.080	p=0.34	p=0.32	p=0.49
ΔΕ-ΑΠ	NAI	0.52 (0.22)	2.81 (1.71)	4.20 (1.48)	1.05 (0.14)
	OXI	0.48 (0.14)	3.11 (1.65)	5.78 (2.13)	0.87 (0.10)
		p=0.43	p=0.61	p=0.032*	p<0.001*
Α-ΑΠ	NAI	0.54 (0.19)	2.70 (1.42)	5.50 (1.71)	0.88 (0.14)
	OXI	0,46 (0.14)	3.22 (1.75)	5.44 (2.31)	0.92 (0.12)
		p=0.087	p=0.29	p=0.92	p=0.38
Π-ΑΠ	NAI	0.49 (0.22)	3.12 (1.63)	6.95 (2.45)	0.88 (0.11)
	OXI	0.49 (0.13)	3.01 (1.69)	4.77 (1.52)	0.92 (0.14)
		p=0.98	p=0.82	p<0.001*	p=0.29

Αυτά τα ευρήματα υπονοούν την ύπαρξη σχέσης μεταξύ Οξειδωτικού Στρες και Αμυντικού Προφίλ. Ιδιαίτερα ως προς την MDA, η οποία σχετίζεται με Τα αμυντικά προφίλ Π-ΑΠ και ΔΕ-ΑΠ. Επίσης ως προς την TAC, η οποία σχετίζεται επίσης με το προφίλ ΔΕ-ΑΠ.

Για να μελετήσουμε περαιτέρω την σχέση αμυντικού προφίλ, αλεξιθυμίας και δεικτών κυτταρικής οξειδωσης, προχωρούμε σε μη-παραμετρικό έλεγχο συσχέτισης Spearman.

Καταγράφουμε ισχυρή μονότονη συσχέτιση μεταξύ PCC και ΔΑΣ ($r_s=0.407$, $n= 50$, $p=0.003$). Μεταξύ MDA και Π-ΑΠ σημειώνεται θετική ισχυρή μονότονη σχέση μεταξύ ($r_s=0.312$, $n= 50$, $p=0.027$). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον ΠΙΝΑΚΑ 4.20.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 20 Συσχετίσεις μέσω Spearman's r για τους δείκτες κυτταρικής οξειδωσης, την αλεξιθυμία και το αμυντικό προφίλ

	PCC	MDA	GPU	TAC
ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑ	$r= 0.215$ $p=0.133$	$r= -0.005$ $p=0.972$	$r= -0.216$ $p=0.132$	$r= 0.291$ $p=0.040^*$
ΔΑΣ	$r= 0.407$ $p=0.003^{**}$	$r= -0.013$ $p=0.931$	$r= -0.370$ $p=0.008^{**}$	$r= -0.002$ $p=0.989$
ΔΠΣ	$r= 0.027$ $p=0.852$	$r= -0.118$ $p=0.415$	$r= -0.088$ $p=0.546$	$r= 0.360$ $p=0.010^*$
ΕΠΣ	$r= 0.054$ $p=0.711$	$r= 0.105$ $p=0.470$	$r= -0.007$ $p=0.959$	$r= 0.277$ $p=0.052$
ΔΣ-ΑΠ ¹	$r= 0.165$ $p=0.252$	$r= -0.161$ $p=0.264$	$r= -0.053$ $p=0.715$	$r= 0.025$ $p=0.865$
ΔΕ-ΑΠ ²	$r= 0.095$ $p=0.510$	$r= -.0241$ $p=0.092$	$r= -0.097$ $p=0.502$	$r= 0.383$ $p=0.006^{**}$
Α-ΑΠ ³	$r= 0.102$ $p=0.482$	$r= -0.016$ $p=0.911$	$r= -0.059$ $p=0.685$	$r= -0.95$ $p=0.512$
Π-ΑΠ ⁴	$r= -0.234$ $p=0.101$	$r= 0.312$ $p=0.027^*$	$r= -0.073$ $p=0.612$	$r= -0.132$ $p=0.352$

¹Δυσπροσαρμοστικό Αμυντικό Προφίλ, ²Παραμορφωτικό της Πραγματικότητας Αμυντικό Προφίλ, ³Αυτοθυσιαστικό Αμυντικό Προφίλ, ⁴Προσαρμοστικό Αμυντικό Προφίλ

Η TAC παρουσιάζει ισχυρή θετική μονότονη συσχέτιση με την γενική Αλεξιθυμία ($r_s=0.291$, $n= 50$, $p=0.040$), με την ΔΠΣ ($r_s=0.360$, $n= 50$, $p=0.010$), καθώς και το ΔΕ-ΑΠ ($r_s=0.383$, $n= 50$, $p=0.006$). Η GPU τέλος, παρουσιάζει αρνητική ισχυρή μονότονη συσχέτιση με την ΔΑΣ ($r_s= -0.370$, $n= 50$, $p=0.008$).

Από αυτά τα ευρήματα προκύπτει, ότι οι δείκτες κυτταρικής οξειδωσης PCC, MDA, GPU, TAC σχετίζονται σημαντικά με επιμέρους δείκτες αλεξιθυμικής

λειτουργίας, με την διάγνωση της αλεξιθυμίας, καθώς και με ανώριμα αμυντικά προφίλ.

Η αρνητική συσχέτιση μεταξύ GPU και δυσκολίας στην αναγνώριση του συναισθήματος εξηγείται από το γεγονός ότι, όταν υπάρχει δυσκολία στην αναγνώριση του συναισθήματος, τότε υπάρχει μεγαλύτερη κυτταρική οξειδωση, την οποία το κύτταρο επιχειρεί να ελέγξει μέσω της κατανάλωσης GPU, προκαλώντας μείωση της συγκέντρωσής της στο κυτταρόπλασμα. Η συσχέτιση MDA με προσαρμοστικό αμυντικό προφίλ χρήζει περαιτέρω μελέτης, ώστε να διαπιστωθεί κατά πόσον πρόκειται όντως για καλή προσαρμογή στην πραγματικότητα, ή για οιονεί προσαρμογή, στο πλαίσιο χρηστικής λειτουργίας.

Για να εκλεπτύνουμε την βασική υπόθεση της επίδρασης της ψυχικής λειτουργίας στην κυτταρική οξειδωση, προχωρούμε σε κατηγορική μελέτη παλινδρόμησης CATREG. Στόχος είναι να δείξουμε, ότι παράγοντες αποδιοργάνωσης, όπως η χρηστική λειτουργία, επηρεάζουν την κυτταρική οξειδωση. Προχωρούμε σε κατηγορική παλινδρόμηση, με προβλέπτες τους παράγοντες Π-ΑΠ, Αλεξιθυμία και Κομφορμιστική Σκέψη³⁵, και εξαρτημένη μεταβλητή τα PCC. Από την ανάλυση προκύπτει συνολικό $F(4,44)= 2.923$, και $p=0.031$. Παρατηρούμε, ότι το Π-ΑΠ με $F(4,44)= 5.065$, και $p=0.029$, η Αλεξιθυμία με $F(4,44)= 4.487$, και $p=0.040$, και η Κομφορμιστική Σκέψη με $F(4,44)= 7.941$, και $p=0.001$ παίζουν σημαντικό ρόλο στα PCC, κατά αντίστοιχο ποσοστό 28.7%, 33.4% και 37.9%.

Από τα ευρήματα αυτά, που παρουσιάζονται στον **ΠΙΝΑΚΑ 4.21**, προκύπτει, ότι τα PCC, δηλαδή τα απόβλητα από την καύση πρωτεϊνών στο κύτταρο, αυξάνονται όσο αυξάνεται η χρηστική λειτουργία, όπως φαίνεται μέσα από την αλεξιθυμία, την κομφορμιστική σκέψη και την υπερπροσαρμογή στην πραγματικότητα. Διαφορετικά θα λέγαμε ότι τα PCC διαταράσσονται όσο αυξάνεται η απουσία υποκειμενικότητας, και όσο το άτομο συμμορφώνεται χρηστικά με τους κοινωνικούς κανόνες, δηλαδή όσο προχωρά η απονοητικοποίηση/αποψυχοποίηση και όσο αυξάνεται η δυσκολία στην επεξεργασία του συναισθήματος και τον διαχωρισμό του από τις σωματικές συγκινήσεις και αισθήματα.

³⁵ Κομφορμιστική Σκέψη: δείκτης P της δοκιμασίας μελανοκηλίδων του Rorschach. Μετρά το ποσοστό των κοινότοπων απαντήσεων επί του συνόλου των απαντήσεων σε κάθε πρωτόκολλο. Υψηλό ποσοστό P υποδηλώνει κομφορμιστική σκέψη και αδυναμία υποκειμενοποίησης.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 21 Κατηγορική Παλινδρόμηση προβλεπτών για τα PCC

	Coefficients		df	F	Sig.	Importance
	Standardized Coefficients					
	Beta	Bootstrap (1000)				
	Estimate of Std. Error					
Π-ΑΠ	-,312	,138	1	5,065	,029	,287
Αλεξιθυμία	,289	,136	1	4,487	,040	,334
Κομφορμιστική Σκέψη	,324	,115	2	7,941	,001	,379
Dependent Variable: Πρωτεϊνικά Καρβονύλια						

Στην συνέχεια πραγματοποιούμε κατηγορική παλινδρόμηση με προβλέπτες το ΔΕ-ΑΠ, το Π-ΑΠ, το Ποσοστό Σωματικού Λίπους, και την Αλεξιθυμία, και εξαρτημένη μεταβλητή την MDA (ΠΙΝΑΚΑΣ 4.22).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 22 Κατηγορική Παλινδρόμηση προβλεπτών για την MDA

	Coefficients		df	F	Sig.	Importance
	Standardized					
	Coefficients					
	Beta	Bootstrap				
		(1000)				
	Estimate of					
	Std. Error					
ΔΕ-ΑΠ	-,426	,121	1	12,493	,001	,331
Π-ΑΠ	,285	,116	1	6,002	,018	,264
Ποσοστό Λίπους	-,339	,116	1	8,468	,006	,374
Αλεξιθυμία	,279	,136	1	4,236	,046	,032
Dependent Variable: Μηλονική Διαλδεϋδη						

Από την ανάλυση διαπιστώνεται το συνολικό $F(4,44)= 6.280$, και $p<0.001$. Παρατηρούμε ότι το ΔΕ-ΑΠ με $F(1)= 12.493$, και $p=0.001$, το Π-ΑΠ με $F(1)= 6.002$ και $p=0.018$, το Ποσοστό Σωματικού Λίπους με $F(1)= 8.468$ και $p=0.006$, και η Αλεξιθυμία με $F(1)= 4.236$, και $p=0.046$ παίζουν σημαντικό ρόλο στην MDA,

κατά αντίστοιχο ποσοστό 33.1%, 26.4%, 37.4%, και 3.2%. Τα ευρήματα αυτά υπονοούν, ότι όσο αυξάνεται η ανωριμότητα του αμυντικού προφίλ, η χρηστική λειτουργία, και το σωματικό λίπος, τόσο αυξάνεται η οξειδωση που προέρχεται από την καύση του λίπους στο κύτταρο.

Ακολούθως, εξετάζουμε λεπτομερέστερα την GPU, με σκοπό να εξηγηθούν οι κάτω του φυσιολογικού τιμές της, που παρατηρούνται σε μεγάλο ποσοστό (58,8%) του δείγματος. Χαμηλή GPU γενικά μπορεί να εμφανιστεί όταν υπάρχει υπέρμετρη καύση πρωτεϊνών και λιπιδίων στο κύτταρο. Πραγματοποιούμε κατηγορική παλινδρόμηση με προβλέπτες την ΔΑΣ, το Μορφωτικό Επίπεδο, την Υπερφαγία και την MDA.

Από την ανάλυση διαπιστώνεται το συνολικό $F(4,45)= 5.381$, και $p=0.001$. Παρατηρούμε ότι η ΔΑΣ με $F(1)= 10.356$, και $p=0.002$, το Μορφωτικό Επίπεδο με $F(1)= 11.105$ και $p=0.002$, η Υπερφαγία με $F(1)= 4.445$, και $p=0.041$, και η MDA με $F(1)= 5.633$ και $p=0.022$ παίζουν σημαντικό ρόλο στην GPU, κατά αντίστοιχο ποσοστό 40.2%, 36.1%, 6.1%, και 17.7% (ΠΙΝΑΚΑΣ 4.23).

Τα ευρήματα αυτά υπονοούν ότι η GPU επηρεάζεται από την ΔΑΣ, το μορφωτικό επίπεδο, την υπερφαγία και την MDA.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 23 Κατηγορική Παλινδρόμηση προβλεπτών για GPU

	Coefficients		df	F	Sig.	Importance
	Standardized Coefficients					
	Beta	Bootstrap (1000)				
	Estimate of Std.					
	Error					
ΔΑΣ %	-,425	,132	1	10,356	,002	,402
Μορφωτικό Επίπεδο	-,419	,126	1	11,105	,002	,361
Υπερφαγία	,240	,114	1	4,445	,041	,061
Μηλονική Διαλδεύδη	,335	,141	1	5,633	,022	,117
Dependent Variable: Γλουταθειόνη Ερυθροκυττάρων						

Τέλος πραγματοποιούμε κατηγορική παλινδρόμηση με προβλέπτες το ΔΕ-ΑΠ, το Α-ΑΠ, την ΔΑΣ και την αλεξιθυμία, και εξαρτημένη μεταβλητή την ΤΑC. Παρατηρούμε συνολικό $F(4,45)= 6.504$, και $p<0.001$. Το ΔΕ-ΑΠ με $F(1)= 7.915$, και $p=0.007$, το Α-ΑΠ με $F(1)= 12.139$ και $p=0.001$, η ΔΑΣ με $F(1)= 6.665$, και

$p=0.013$, και η Αλεξιθυμία με $F(1)= 7.246$ και $p=0.010$ παίζουν σημαντικό ρόλο στην TAC, κατά αντίστοιχο ποσοστό 40.1%, 16.6%, 3.4%, και 40% (ΠΙΝΑΚΑΣ 4.24). Τα ευρήματα αυτά υπονοούν ότι η ολική αντιοξειδωτική ικανότητα του πλάσματος εξαρτάται από το ΔΕ-ΑΠ, το Α-ΑΠ, την ΔΑΣ και την γενική αλεξιθυμία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 24 Κατηγορική Παλινδρόμηση προβλεπτών για TAC

	Coefficients		df	F	Sig.	Importance
	Standardized Coefficients					
	Beta	Bootstrap (1000)				
		Estimate of Std. Error				
ΔΕ-ΑΠ	,382	,136	1	7,915	,007	,401
A-ΑΠ	-,423	,121	1	12,13	,001	,166
				9		
ΔΑΣ	-,379	,147	1	6,665	,013	,034
Αλεξιθυμία	,513	,190	1	7,246	,010	,400
Dependent Variable: Ολική Αντιοξειδωτική Ικανότητα Πλάσματος						

4.2.4 Αποτελέσματα ερευνητικού ερωτήματος III

Αναμένεται ότι στο ΜετΣ η χρηστική λειτουργία, όπως φαίνεται μέσα από την κατάρρευση του μεταβατικού χώρου, έχει θετική συσχέτιση με ναρκισσιστικές λειτουργίες και εκφορτιστικές τάσεις.

Το προφίλ του δείγματος ως προς την ικανότητα διατήρησης του μεταβατικού χώρου, ως προς τους μηχανισμούς άμυνας της σωματοποίησης και της κατανάλωσης, καθώς και ως προς το χαρακτηριστικό της τάσης για πράξη, παρουσιάζει ορισμένες διαφορές ανά φύλο. Αναφορικά με τους παράγοντες δημιουργίας μεταβατικού χώρου παρατηρούμε ότι 46,7% του συνολικού δείγματος, με ίδιο ποσοστό για τα δυο φύλα, εμφανίζει χαρακτηριστικά αποσύνδεσης της πραγματικότητας με την φαντασία, σύμφωνα με την σταθερή τιμή $>2,70$ που ορίζεται ως το κατώφλι για την διάγνωση της διαταραχής σε ενήλικες (Tibon et al., 2005).

Τα αποτελέσματα διαφοροποιούνται για τα δυο φύλα, αναφορικά με τις τρεις επιμέρους διαγνώσεις: κατάρρευση της πραγματικότητας, φυσιολογικό και κατάρρευση της φαντασίας. Η πρώτη διάγνωση, κατάρρευση της πραγματικότητας, παρατηρείται με μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες του δείγματος, με ποσοστό

16,7%, έναντι του 6,7% που καταγράφουμε για τον ανδρικό πληθυσμό. Το συνολικό ποσοστό του δείγματος για την κατάρρευση της πραγματικότητας στην φαντασία είναι 11,7%. Πάνω από το μισό δείγμα είναι φυσιολογικό ως προς αυτόν τον παράγοντα (65%), χωρίς ιδιαίτερη διαφοροποίηση για τους άνδρες (63,3%) σε σχέση με τις γυναίκες (66,7%). Τέλος, η διάγνωση της κατάρρευσης της φαντασίας μέσα στην πραγματικότητα επικρατεί σε ποσοστό 23,3% του γενικού πληθυσμού του δείγματος, με σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών (30%) και γυναικών (16,7%) του δείγματος.

Θυμίζουμε ότι η κατάρρευση της πραγματικότητας χαρακτηρίζει ψυχωτικές λειτουργίες, όταν το άτομο χάνει την επαφή με την πραγματικότητα και βυθίζεται στις φαντασιώσεις του. Ενώ αντίθετα, η κατάρρευση της φαντασίας παραπέμπει σε χρηστική λειτουργία, στο πλαίσιο απονοητικοποίησης, όταν το άτομο χάνει την υποκειμενικότητά του και την φαντασιωτική λειτουργία του, για να χαθεί στο πραγματικό και κοινωνικά αποδεκτό.

Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται με λεπτομέρεια στον ΠΙΝΑΚΑ 4.25, ανά φύλο και συνολικά για όλο το δείγμα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 25 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για τους παράγοντες RFS,

Πράξη ZSPQ, Κατανάλωση και Σωματοποίηση DSQ

	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ
	N ₃₀ (%)	N ₃₀ (%)	N ₆₀ (%)
RFS Rorschach			
Αποσυνδετική κατάσταση	14 (46.7%)	14 (46.7%)	28 (46.7%)
Κατάρρευση πραγματικότητας	2 (6.7%)	5 (16.7%)	7 (11.7%)
Φυσιολογικό	19 (63.3%)	20 (66.7%)	39 (65%)
Κατάρρευση φαντασίας	9 (30%)	5 (16.7%)	14 (23.3%)
	M (SD)	M (SD)	M (SD)
DSQ-88			
Κατανάλωση	3.72 (1.43)	3.80 (1.70)	3.76 (1.56)
Σωματοποίηση	4.71 (1.89)	4.36 (2.22)	4.67 (2.04)
ZKPQ			
Πράξη	42.94 (17.75)	35.68 (18.07)	39.31 (18.13)

Ως προς τους μηχανισμούς άμυνας της κατανάλωσης και της σωματοποίησης, παρατηρούμε μικρή διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών. Ειδικότερα η μέση τιμή για τον γενικό πληθυσμό του δείγματος ως προς τον μηχανισμό της Κατανάλωσης είναι 3,76 (SD=1,56), με 3,72 (SD=1,43) για τον ανδρικό και 4,36 (SD=2,22) για τον γυναικείο πληθυσμό. Ομοίως για τον μηχανισμό της σωματοποίησης η μέση τιμή για τον γενικό πληθυσμό είναι 4,67 (SD=2,04), με αντίστοιχες τιμές 4,71 (SD=1,89) για τους άνδρες και 4,36 (SD=2,22) για τις γυναίκες. Ο παράγοντας της πράξης παρουσιάζει μικρή διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών. Η μέση τιμή για το σύνολο του δείγματος είναι 39,31 SD=18,13, για τον ανδρικό πληθυσμό 42,94 (SD=17,75) και για τον γυναικείο 35,68 (SD=18,07). Παρατηρούμε, ότι ο ανδρικός πληθυσμός εμφανίζει με μεγαλύτερη συχνότητα το χαρακτηριστικό της κατάρρευσης της φαντασίας στην πραγματικότητα, υψηλότερη τάση για πράξη και σωματοποίηση.

Έλεγχοι

Ελέγχοντας πιθανή επίδραση παρεμβαλλόμενων μεταβλητών, παρατηρούμε ότι από όλες τις μεταβλητές, μόνο η Κατανάλωση φάνηκε να επηρεάζεται από την ηλικία του ατόμου ($p=0.005$). Χαμηλότερες τιμές Κατανάλωσης σημειώνονται στους νεαρούς ενήλικες ($M= 2.33$, $SD=1.88$), ενώ οι υψηλότερες στην κατηγορία των μεσήλικων 36-45 ετών ($M= 4.52$, $SD=1.52$). Το εύρημα αυτό μπορεί να επηρεάζεται από τον μικρό αριθμό των νεαρών ενηλίκων, και θα ήταν σκόπιμο να διερευνηθεί περαιτέρω από μελλοντική έρευνα.

Για να ανιχνεύσουμε πιθανές συσχετίσεις ανάμεσα στην ικανότητα δημιουργίας μεταβατικού χώρου (RFS) και παραγόντων που σχετίζονται με την ψυχοσωματική λειτουργία, η οποία χαρακτηρίζεται από δράσεις εκφόρτισης, όπως είναι η Πράξη (ZKPQ), η Κατανάλωση (DSQ-88) και η Σωματοποίηση (DSQ-88), πραγματοποιούμε one way ANOVA με κριτήριο Bonferonni³⁶.

Μέσα από αυτό τον έλεγχο, παρατηρούμε σημαντικές διαφορές στην τάση για Πράξη ανάμεσα στις συνθήκες φυσιολογικής διατήρησης του μεταβατικού χώρου ($M=41.93$, $SD=17.60$) και κατάρρευσης της πραγματικότητας ($M=17.64$, $SD=9.60$), [$F(2,57)=6.59$, $p=0.002$]. Ομοίως καταγράφουμε στατιστικά σημαντικές διαφορές στο χαρακτηριστικό της Πράξης μεταξύ των συνθηκών κατάρρευσης

³⁶ Κριτήριο Bonferonni: παρέχει καλό έλεγχο του σφάλματος τύπου I (), ενώ είναι πιο ισχυρό όταν ο αριθμός των συγκρίσεων είναι μικρός, όπως συμβαίνει στην έρευνά μας.

της πραγματικότητας ($M= 17.64$, $SD=9.60$) και κατάρρευσης της φαντασίας ($M= 42.86$, $SD=16.05$), [$F(2,57)= 6.77$, $p=0.005$].

Αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν, ότι το χαρακτηριστικό της τάσης για Πράξη είναι συχνότερο σε ασθενείς με ΜετΣ οι οποίοι παρουσιάζουν Κατάρρευση της Φαντασίας στην Πραγματικότητα, από ό,τι σε ασθενείς με Κατάρρευση της Πραγματικότητας στην Φαντασία και σε ασθενείς με φυσιολογική ικανότητα δημιουργίας μεταβατικού χώρου. Δηλαδή, στο ΜετΣ το χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που περιγράφει την ανάγκη του ατόμου για διαρκή δράση, συνδέεται με την χρηστική λειτουργία, πολύ περισσότερο από ότι με την ψυχωσική ή την φυσιολογική λειτουργία. Η ανάγκη του ατόμου να βρίσκεται διαρκώς σε κίνηση και δράση, όπως υπονοείται από τον παράγοντα Πράξη, θεωρούμε ότι στην περίπτωση του ΜετΣ εντάσσεται στην χρηστική λειτουργία. Σε άλλους ασθενείς, ενδεχομένως να υποδηλώνει υπομανία ή αυξημένη ανάγκη για δημιουργικότητα.

Σημαντικές διαφορές παρατηρούμε και ως προς τον αμυντικό μηχανισμό της Κατανάλωσης. Ειδικότερα, εντοπίζουμε σημαντική διαφορά μεταξύ ατόμων που διαθέτουν φυσιολογική ικανότητα διατήρησης του μεταβατικού χώρου ($M= 0.20$, $SD=40$) και ατόμων με κατάρρευση της πραγματικότητας ($M= 0.71$, $SD=0.48$), και ως προς τον παράγοντα της Κατανάλωσης [$F(2,57)= 6.59$, $p=0.007$]. Ομοίως σημαντική βρίσκουμε τη διαφορά μεταξύ ατόμων που εμφανίζουν κατάρρευση της πραγματικότητας ($M= 0,71$, $SD=48$) και ατόμων με κατάρρευση της φαντασίας ($M= 0.07$, $SD=0.26$), [$F(2,57)= 6.59$, $p=0.002$] για τον ίδιο παράγοντα. Τα ευρήματα αυτά αποτελούν ένδειξη, ότι η Κατανάλωση ως αμυντικός μηχανισμός διαφέρει μεταξύ φυσιολογικών και ατόμων με ψυχωτικού τύπου λειτουργίες, καθώς και μεταξύ ατόμων με χρηστική και ψυχωτικού τύπου λειτουργία στο ΜετΣ.

Τα αποτελέσματα που αναφέρθηκαν παραπάνω, καταγράφονται με λεπτομέρεια στον ΠΙΝΑΚΑ 4.26, για κάθε μια από τις τρεις διαγνωστικές κατηγορίες της κατάρρευσης του μεταβατικού χώρου: κατάρρευση της πραγματικότητας στην φαντασία, φυσιολογική ύπαρξη μεταβατικού χώρου, κατάρρευση της φαντασίας στην πραγματικότητα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 26 Αποτελέσματα ANOVA για RFS σε σχέση με τους μηχανισμούς άμυνας της κατανάλωσης και της σωματοποίησης, και το χαρακτηριστικό προσωπικότητας της ανάγκης για πράξη

RFS	(I) Αποδοχή Κριτηρίου RFS	(J) Αποδοχή Κριτηρίου RFS	Mean Differ. (I-J)	Std. Error	Sig.
Κατανάλωση DSQ-88	Κατάρρευση πραγματικότητας	Φυσιολογικό	0.50916*	0.16052	0.007
		Κατάρρευση φαντασίας	0.64286*	0.18102	0.002
	Φυσιολογικό	Κατάρρευση πραγματικότητας	-0.50916	0.16052	0.007
		Κατάρρευση φαντασίας	0.13370	0.12183	0.831
	Κατάρρευση φαντασίας	Κατάρρευση πραγματικότητας	-0.64286*	0.18102	0.002
		Φυσιολογικό	-0.13370	0.12183	0.831
	Κατάρρευση πραγματικότητας	Φυσιολογικό	0.06960	0.19148	1.000
		Κατάρρευση φαντασίας	0.28571	0.21593	0.573
Σωματοποίηση DSQ-88	Κατάρρευση πραγματικότητας	Φυσιολογικό	-0.06960	0.19148	1.000
		Κατάρρευση πραγματικότητας	0.21612	0.14833	0.428
	Φυσιολογικό	Κατάρρευση πραγματικότητας	-0.28571	0.21593	0.573
		Φυσιολογικό	-0.21512	0.14533	0.428
	Κατάρρευση φαντασίας	Κατάρρευση πραγματικότητας	-0.28571	0.21593	0.573
		Φυσιολογικό	-0.21512	0.14533	0.428
	Κατάρρευση πραγματικότητας	Φυσιολογικό	-24.28357*	6.80871	0.002
		Κατάρρευση φαντασίας	-25.21010*	7.67828	0.005
Πράξη ZKPQ	Κατάρρευση πραγματικότητας	Φυσιολογικό	24.28357*	6.80871	0.002
		Κατάρρευση πραγματικότητας	-0.92653	5.16784	1.000
	Φυσιολογικό	Κατάρρευση πραγματικότητας	25.21010*	7.67828	0.005
		Φυσιολογικό	0.92653	5.16784	1.000
	Κατάρρευση φαντασίας	Κατάρρευση πραγματικότητας	25.21010*	7.67828	0.005
		Φυσιολογικό	0.92653	5.16784	1.000
	Κατάρρευση πραγματικότητας	Φυσιολογικό	-24.28357*	6.80871	0.002
		Κατάρρευση φαντασίας	-25.21010*	7.67828	0.005

Από αυτά τα αποτελέσματα προκύπτει, ότι η Κατανάλωση ως μηχανισμός άμυνας ενεργοποιείται περισσότερο σε άτομα που πάσχουν από ΜετΣ, όταν συνδυάζεται με Κατάρρευση της Πραγματικότητας στην Φαντασία, παρά εάν συνδυάζεται με φυσιολογική Ικανότητα Διατήρησης του Μεταβατικού Χώρου ή με Κατάρρευση της Φαντασίωσης στην Πραγματικότητα. Ως προς την ψυχική άμυνα της σωματοποίησης, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάλογα με την διάγνωση διατήρησης μεταβατικού χώρου.

Το εύρημα αυτό απομακρύνεται από την αρχική ιδέα ότι η υπερφαγία στο ΜετΣ έχει τον χαρακτήρα εκφορτίσεως, και τονίζει περισσότερο τον ναρκισσιστικό χαρακτήρα της, όπου το άτομο δημιουργεί έναν δικό του κόσμο ικανοποίησης των ενορμητικών αναγκών, είτε για ανάκτηση της ενέργειας, είτε για καταστροφικότητα, είτε ακόμα για ψευδαισθητική συνένωση με το σώμα της μητέρας. Θεωρούμε, ότι ο χαρακτήρας της υπερφαγίας στο ΜετΣ δεν αποτελεί παλινδρόμηση στο στοματικό στάδιο ανάπτυξης, υπό την έννοια της αναδιοργάνωσης. Η παλινδρόμηση είναι παλινδρόμηση λειτουργιών, η οποία φέρει το στίγμα της αποδιοργάνωσης.

Για να διερευνήσουμε τη σχέση μεταξύ Αποσυνδετικής Κατάστασης και παραγόντων χρηστικής λειτουργίας, ακολουθούμε τη μεθοδολογία ανεξάρτητου δείγματος t-test. Η στατιστική ανάλυση της σχέσης διάγνωσης Αποσυνδετικής Κατάστασης με τους παράγοντες χρηστικής λειτουργίας δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τον παράγοντα της ανάγκης για Πράξη. Ωστόσο διαπιστώθηκε σημαντική διαφορά στον παράγοντα της Κατανάλωσης μεταξύ συμμετεχόντων με αποσύνδεση ($M= 0,35$, $SD=0,48$) και συμμετεχόντων χωρίς ($M= 0.12$, $SD=0.33$), $t(47) = -2.11$, $p=0.040$. Ομοίως για τον παράγοντα Σωματοποίησης για την συνθήκη της αποσύνδεσης ($M= 0.46$, $SD=0.50$) και μη-αποσύνδεσης ($M= 0.18$, $SD=0.39$), $t(50.88) = -2.36$, $p=0.024$.

Αυτά τα ευρήματα υπονοούν ότι οι μηχανισμοί άμυνας της Κατανάλωσης και της Σωματοποίησης ενεργοποιούνται περισσότερο σε ασθενείς με ΜετΣ, όταν αυτοί βρίσκονται σε ψυχική κατάσταση Αποσύνδεσης της πραγματικότητας από την φαντασία. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον ΠΙΝΑΚΑ 4.27.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 27 Αποτελέσματα t test για RFS σε σχέση με την ανάγκη για Πράξη, και τους μηχανισμούς άμυνας της Σωματοποίησης και Κατανάλωσης

	Κατάσταση μη- αποσύνδεσης N= 32 Μέση τιμή (SD)	Κατάσταση αποσύνδεσης N= 28 Μέση τιμή (SD)	p<0.05
Πράξη	36.7648 (17.80455)	42.2269 (18.39753)	p=0.268
Σωματοποίηση	0.1875 (0.39656)	0.4643 (0.50787)	p=0.021*
Κατανάλωση	0.1250 (0.33601)	0.3571 (0.48795)	p=0.040*

Εξετάζοντας την σχέση της αποσυνδεδετικής κατάστασης με την χρηστική λειτουργία στο ΜετΣ, περνάμε σε μη-παραμετρικό έλεγχο συσχέτισης Spearman (ΠΙΝΑΚΑ 4.28).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 28 Συσχετίσεις μέσω Spearman's r για RSF, Πράξη (ZKPQ), Σωματοποίηση και Κατανάλωση (DSQ)

	RFS
Αντιληπτική παραμόρφωση της πραγματικότητας (X-%)	r= -0.447** p< 0.001
Ατομισμός-Κομφορμισμός (X+%)	r= 0.345** p=0.007
Παντοδυναμία (DSQ-88)	r= -0.056 p=0.031
Σχάση (DSQ-88)	r= -0.278* p=0.031
Κατανάλωση (DSQ-88)	r= 0.011 p=0.936
Υπέρβαροι γονείς	r= -0.281* p=0.030
Αποδιοργάνωση μπροστά στην προβολή ασυνείδητων αναπαραστάσεων στο Rorschach (CHOC SUM)	r= -0.514** p=< 0.000

Καταγράφουμε ισχυρή αρνητική μονότονη συσχέτιση μεταξύ RFS και X-% ($r_s = -0.447$, $n = 60$, $p < 0.000$). Μεταξύ RFS και X+% παρατηρούμε ισχυρή θετική μονότονη σχέση ($r_s = 0.345$, $n = 60$, $p = 0.007$). Αρνητική μονότονη σχέση εμφανίζεται ανάμεσα στην RFS και την Σχάση ($r_s = -0.278$, $n = 60$, $p = 0.031$), τους Υπέρβαρους

γονείς του ασθενούς ($r_s = -0.281$, $n = 60$, $p = 0.030$, καθώς και το συνολικό σκορ Σοκ ανά πρωτόκολλο Rorschach ($r_s = -0.514$, $n = 60$, $p < 0.000$). Με τον μηχανισμό της Κατανάλωσης δεν παρατηρείται μονότονη σχέση ($r_s = 0.011$, $n = 60$, $p = 0.936$), ομοίως και για τον μηχανισμό της Παντοδυναμίας ($r_s = -0.056$, $n = 60$, $p = 0.031$).

Από αυτά τα ευρήματα προκύπτει ότι οι η κατάρρευση του μεταβατικού χώρου σχετίζονται σημαντικά με την αντιληπτική παραμόρφωση της πραγματικότητας, τον κομπορμισμό, τον μηχανισμό της σχάσης, το σωματικό βάρος των γονέων και την αποδιοργάνωση μπροστά στην προβολή ασυνείδητων αναπαραστάσεων κατά την διαδικασία χορήγησης του τεστ Rorschach.

Για να εκλεπτύνουμε την βασική υπόθεση της κατάρρευσης του μεταβατικού χώρου προχωρούμε σε κατηγορική μελέτη παλινδρόμησης CATREG. Στόχος είναι να δημιουργήσουμε ένα επεξηγηματικό μοντέλο της κατάρρευσης του μεταβατικού χώρου στους ασθενείς με ΜετΣ. Προχωρούμε σε κατηγορική παλινδρόμηση, με προβλέπτες τους παράγοντες των Υπέρβαρων γονέων, της αντιληπτικής παραμόρφωσης X-%, της αποδιοργάνωσης μπροστά στις ασυνείδητες προβολές CHOC SUM, την Υπερφαγία, και τους αμυντικούς μηχανισμούς της Παντοδυναμίας και της Σχάσης. Εξαρτημένη μεταβλητή είναι η κατάρρευση του μεταβατικού χώρου RFS. Από την ανάλυση προκύπτει συνολικό $F(8,48) = 7.096$, και $p < 0.000$. Διαπιστώνεται ότι το X-% με $F(1) = 5.613$, και $p = 0.022$, η Σχάση με $F(1) = 7.788$, και $p = 0.008$, η Υπερφαγία με $F(1) = 4.367$, και $p = 0.042$, οι Υπέρβαροι γονείς με $F(3) = 12.853$, και $p < 0.000$, το CHOC SUM με $F(1) = 4.468$, και $p = 0.040$, και η Παντοδυναμία με $F(1) = 4.275$, και $p = 0.044$, παίζουν σημαντικό ρόλο στην κατάρρευση του μεταβατικού χώρου RFS, κατά αντίστοιχο ποσοστό 23.4%, 17.9%, 4.3%, 21.7%, 28.4% και 3.9%.

Από τα ευρήματα αυτά, που παρουσιάζονται στον **ΠΙΝΑΚΑ 4.29**, προκύπτει, ότι η κατάρρευση του μεταβατικού χώρου αυξάνεται όσο αυξάνεται η παλινδρόμηση της ψυχικής λειτουργία, όπως φαίνεται μέσα από την αντιληπτική παραμόρφωση της πραγματικότητας, την σχάση, την παντοδυναμία, την αποδιοργάνωση μπροστά σε ασυνείδητες προβολές, την υπερφαγία. Αντίθετα, η κατάρρευση του μεταβατικού χώρου μειώνεται, όσο αυξάνεται η πιθανότητα να είναι ένας από τους δύο ή και οι δύο γονείς υπέρβαροι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 29 Κατηγορική Παλινδρόμηση προβλεπτών για την RFS

	Coefficients		df	F	Sig.	Importance
	Standardized Coefficients					
	Beta	Bootstrap (1000)				
		Estimate of Std. Error				
Υπέρβαροι γονείς	0,322	0.090	3	12.85	<0.000	0.217
				3		
X-%	-0.279	0.118	1	5.613	0.022	0.234
CHOC SUM	-0,283	0.134	1	4.468	0.040	0.284
Υπερφαγία	0.223	0.107	1	4.367	0.042	0.046
Παντοδυναμία	-0,196	0.095	1	4.275	0.044	0.039
Σχάση	-0.339	0.121	1	7.788	0.008	0.179
Dependent Variable: RFS ¹						

¹ RFS: όσο αυξάνεται η βαθμολογία, τόσο μειώνεται η κατάρρευση του μεταβατικού χώρου

4.2.5 Αποτελέσματα ερευνητικού ερωτήματος IV

Αναμένεται ότι η διάγνωση της υπερφαγίας στο ΜετΣ δεν σχετίζεται με παλινδρόμηση στο στοματικό στάδιο, αλλά αποτελεί εκφορτιστική συμπεριφορά..

Η διάγνωση της διαταραγμένης διατροφής με υπερφαγικά επεισόδια αποδίδεται στο μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (73.3%), με διαφορά για τον ανδρικό (66.7%) σε σχέση με τον γυναικείο (80%) πληθυσμό.

Αναφορικά με τους παράγοντες που θεωρούνται ότι σχετίζονται με την στοματικότητα και την εξαρτητικότητα, παρατηρείται γενικά χαμηλή επίπτωση στον πληθυσμό του δείγματος. Ειδικότερα, μόλις το 10% των ανδρών και το 20% των γυναικών, και συνολικά το 15% του δείγματος παρουσιάζει εξαρτητικότητα, με βάση τις απαντήσεις τροφής ή στοματικής δράσης στην δοκιμασία Rorschach. Οι τιμές δεν διαφέρουν σημαντικά για τους άνδρες (0.22) και τις γυναίκες (0.23) του δείγματος. Οι άνδρες ωστόσο παρουσιάζουν μεγαλύτερη τυπική απόκλιση (SD=0.76) σε σχέση με τις γυναίκες (SD=0.50). Η μέση τιμή για τον συνολικό πληθυσμό είναι 0.21 (SD=0.64). Ως προς την κλίμακα MOA του Rorschach, καταγράφονται περισσότερες παθολογικές απαντήσεις για τον ανδρικό (M= 1.26, SD=1.25), από ό,τι για τον γυναικείο (M= 0.80, S= 1.21) πληθυσμό. Η μέση τιμή για τον παράγοντα

παθολογίας της MOA για τον γενικό πληθυσμό είναι $M= 1.03$, με τυπική απόκλιση $SD=1.24$. Η τυπική απόκλιση συνολικά και για τις δυο ομάδες του πληθυσμού είναι πολύ μεγάλη, καθώς ξεπερνά την μέση τιμή. Η κλίμακα ROD, η οποία επίσης βασίζεται στην βαθμολογία της δοκιμασίας Rorschach, παρουσιάζει χαμηλές τιμές για τους άνδρες ($M= 0.14$, $SD=0.11$), τις γυναίκες ($M= 0.17$, $SD=0.13$) και τελικά τον γενικό πληθυσμό ($M= 0.15$, $SD=0.12$). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αναλυτικά στον ΠΙΝΑΚΑ 4.30.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 30 Μέση τιμή, τυπική απόκλιση, πλήθος και ποσοστό επί του πληθυσμού για Υπερφαγία, Εξαρτητικότητα Fd, MOA PATH, ROD %, Δ.Π.Σ.%, Δ.Α.Σ %, Ε.Π.Σ%, Αλεξιθυμία

	ΑΝΔΡΕΣ N=30	ΓΥΝΑΙΚΕΣ N=30	ΣΥΝΟΛΙΚΑ N=60
	Μέση τιμή (SD) N (%)	Μέση τιμή (SD) N (%)	Μέση τιμή (SD) N (%)
Υπερφαγία	20 (66.7)	24 (80)	44 (73.3)
Fd	0.20 (0.76)	0.23 (0.50)	0.21 (0.64)
(Εξαρτητικότητα)	3 (10%)	6 (20%)	9 (15%)
MOA PATH	1.26 (1.25)	0.80 (1.21)	1.03 (1.24)
ROD %	0.14 (0.11)	0.17 (0.13)	0.15 (0.12)
ΔΠΣ%	34.09 (11.69)	35.80 (14.27)	34.95 (12.96)
ΔΑΣ %	40.66 (14.15)	44.91 (18.57)	42.79 (16.50)
ΕΠΣ%	51.41 (12.06)	46.45 (12.77)	48.93 (12.57)
Αλεξιθυμία	46.73 (9.65)	47.01 (12.26)	46.87 (10.94)

Τα αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά παρουσιάζουν μικρές διαφορές μεταξύ ανδρικού και γυναικείου πληθυσμού. Η ΔΠΣ βρίσκεται στο ίδιο επίπεδο για τον ανδρικό ($M= 34.09$, $SD=11.69$) και τον γυναικείο πληθυσμό ($M= 35.80$, $SD=14.27$). Μικρή διαφορά εμφανίζεται στην ΔΑΣ, καθώς η μέση τιμή του ανδρικού ($M= 40.66$, $SD=14.15$) είναι ελαφρώς χαμηλότερη από ότι του γυναικείου πληθυσμού ($M= 44.91$, $SD=18.57$). Τέλος, η ΕΠΣ είναι υψηλότερη για τον ανδρικό ($M= 51.41$, $SD=12.06$), από ό,τι για τον γυναικείο πληθυσμό ($M= 46.45$, $SD=12.77$). Για τον γενικό πληθυσμό, υψηλότερη μέση τιμή παρουσιάζει η ΕΠΣ ($M= 48.93$, $SD=12.57$), αμέσως μετά η ΔΑΣ ($M= 42.79$, $SD=16.50$), και τέλος η ΔΠΣ ($M= 34.95$, $SD=12.96$).

Έλεγχοι

Ο έλεγχος των παρεμβαλλόμενων μεταβλητών δεν απέδωσε αποτελέσματα, εκτός από την επίδραση ορμονικών διαταραχών στους δείκτες αλεξιθυμίας, όπως έχουν περιγραφεί στην υποενότητα **4.2.3**, με αφορμή τον έλεγχο του δεύτερου ερευνητικού ερωτήματος.

Στην συνέχεια πραγματοποιείται t-τεστ δυο ανεξάρτητων δειγμάτων, για να συγκρίνει τους παράγοντες της στοματικότητας και της αλεξιθυμίας μεταξύ των ασθενών με υπερφαγικά επεισόδια και χωρίς. Δεν σημειώνονται σημαντικές διαφορές μεταξύ των δυο ομάδων, για κανέναν από του παράγοντες στοματικότητας και εξαρτητικότητας. Τα αποτελέσματα αυτά υπονοούν ότι η διαταραγμένη διατροφή στους ασθενείς με ΜετΣ δεν σχετίζεται με στοματική παλινδρόμηση και καθήλωση.

Αντίθετα, ως προς τους παράγοντες αλεξιθυμίας εντοπίζονται σημαντικές διαφορές μεταξύ της ομάδας με υπερφαγικά επεισόδια και χωρίς. Ειδικότερα, ως προς τον δείκτη της ΔΠΣ, παρατηρείται σημαντική διαφορά μεταξύ υπερφάγων ($M= 37.14$, $SD=13.52$) και μη-υπερφάγων ($M= 28.92$, $SD=9.08$), $t(58)= 2.24$, $p=0.01$. Ομοίως στον δείκτη ΔΑΣ υπάρχει σημαντική διαφορά μεταξύ υπερφάγων ($M= 45.23$, $SD=17.30$) και μη-υπερφάγων ($M= 36.07$, $SD=12.16$), $t(38.02)= 2.28$, $p=0.02$. Το αποτέλεσμα δεν επαναλαμβάνεται για τον τρίτο δείκτη αλεξιθυμίας, την ΕΠΣ.

Ωστόσο υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στον γενικό δείκτη αλεξιθυμίας, από τον οποίο προκύπτει η τελική διάγνωση. Ειδικότερα, οι υπερφάγοι έχουν υψηλότερη μέση τιμή στον δείκτη ΕΠΣ ($M= 48.69$, $SD=11.30$), από ό,τι οι μη-υπερφάγοι ($M= 41.87$, $SD=8.28$), $t(58)=0.03$, $p=0.03$. Τα ευρήματα αυτά υπονοούν την ύπαρξη κάποιας σχέσης μεταξύ της διαταραχής υπερφαγίας σε ασθενείς με ΜετΣ, οι οποίοι επίσης έχουν αλεξιθυμική λειτουργία.

Από όλα τα παραπάνω προκύπτουν στοιχεία, που υποστηρίζουν την υπόθεση, ότι στο ΜετΣ η διαταραχή στην διατροφική συμπεριφορά σχετίζεται περισσότερο με αδυναμία επεξεργασίας του συναισθηματικού φορτίου και με τάσεις εκφόρτισης, παρά με στοματική παλινδρόμηση ή καθήλωση στο στοματικό στάδιο της ανάπτυξης. Ο ιδιαίτερος χαρακτήρας της υπερφαγίας, όπως παρατηρείται μέσα από την στατιστική μελέτη, φαίνεται ότι εντάσσεται στην χρηστική λειτουργία, απότοκο της θεμελιώδους κατάθλιψης, αποδομώντας τις επενδύσεις στο σώμα.

Τα αποτελέσματα του t-test παρουσιάζονται αναλυτικά στον **ΠΙΝΑΚΑ 4.31**.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 31 Αποτελέσματα t test: μέση τιμή, τυπική απόκλιση και πιθανότητα συσχέτισης Εξαρτητικότητας Fd, MOA PATH, ROD %, ΔΠΣ%, ΔΑΣ %, ΕΠΣ% και Αλεξιθυμίας σε συμμετέχοντες με και χωρίς υπερφαγία

	Υπερφαγία N ₄₄ Μέση τιμή (SD)	Χωρίς Υπερφαγία N ₁₆ Μέση τιμή (SD)	p<0.05
Fd	0.20 (0.70)	0.25 (0.44)	p=0.81
MOA PATH	1.13 (1.28)	0.75 (1.12)	p=0.29
ROD %	0.15 (0.12)	0.15 (0.13)	p=0.90
ΔΑΣ %	45.23 (17.30)	36.07 (12.16)	p=0.02*
ΔΠΣ%	37.14 (13.52)	28.92 (9.08)	p=0.01*
ΕΠΣ%	49.34 (12.74)	47.81 (12.41)	p=0.68
Αλεξιθυμία	48.69 (11.30)	41.87 (8.28)	p=0.03*

Μελετώντας τον ιδιαίτερο χαρακτήρα της υπερφαγίας στο ΜετΣ, προχωρούμε σε μη-παραμετρικό έλεγχο συσχέτισης Spearman (ΠΙΝΑΚΑΣ 4.32).

Καταγράφουμε ισχυρή μονότονη συσχέτιση μεταξύ Υπερφαγίας και Κοινωνικότητας ($r_s=0.373$, $n= 60$, $p=0.003$), αρνητική μονότονη σχέση με τον αμυντικό μηχανισμό της Κατανάλωσης ($r_s= -0.269$, $n= 60$, $p=0.038$), αρνητική μονότονη σχέση με την διάγνωση της Αλεξιθυμίας ($r_s= -0.025$, $n= 60$, $p=0.025$).

Από αυτά τα ευρήματα προκύπτει, ότι η υπερφαγία σχετίζεται σημαντικά με το χαρακτηριστικό της ανάγκης για κοινωνικές σχέσεις, με τον αμυντικό μηχανισμό της κατανάλωσης, καθώς και με την αλεξιθυμία.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 32 Συσχετίσεις μέσω Spearman's r για την υπερφαγία

	Διάγνωση Υπερφαγίας	
Μορφωτικό επίπεδο	r= -0.012	p=0.930
Κοινωνικότητα	r= 0.373**	p=0.003
Καταστολή του συναισθήματος	r= -0.084	p=0.524
Κατανάλωση	r= -0.269*	p=0.038
ΔΑΣ	r= -0.246	p=0.058
ΔΠΣ	r= -0.242	p=0.062
ΕΠΣ	r= -0.030	p=0.823
Αλεξιθυμία	r= -0.289*	p=0.025

Εκλεπτόνοντας την βασική υπόθεση για τον χαρακτήρα της υπερφαγίας στο ΜετΣ, προχωρούμε σε κατηγορική μελέτη παλινδρόμησης CATREG. Στόχος είναι

να δείξουμε, ότι στο ΜετΣ επιδρούν ιδιαίτεροι ψυχικοί παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την εμφάνιση υπερφαγίας, και σχετίζονται με την δυσκολία νοητικοποίησης και ναρκισσιστικές λειτουργίες. Προχωρούμε σε κατηγορική παλινδρόμηση, και καταλήγουμε σε ένα μοντέλο με προβλέπτες τους παράγοντες Δυσκολίας Αναγνώρισης Συναισθήματος (TAS-20), Καταστολή (DSQ-88), Κατανάλωση (DSQ-88), Κοινωνικότητα (ZKPQ), Μορφωτικό Επίπεδο, και εξαρτημένη μεταβλητή την εμφάνιση διαταραχής υπερφαγίας. Από την ανάλυση διαπιστώνεται, ότι το συνολικό $F(9,50) = 3.422$, και $p = 0.002$. Παρατηρούμε, ότι η ΔΑΣ με $F(1) = 4.588$, και $p = 0.037$, η Καταστολή με $F(1) = 5.293$, και $p = 0.026$, η Κατανάλωση με $F(1) = 10.261$, και $p = 0.002$, η Κοινωνικότητα με $F(1) = 9.677$, και $p = 0.003$, και μορφωτικό επίπεδο με $F(5) = 4.245$, και $p = 0.003$, παίζουν σημαντικό ρόλο στα στην εμφάνιση υπερφαγίας, κατά αντίστοιχο ποσοστό 20.4%, -9.3%, 38.8%, 36.7% και 13.4%.

Από τα ευρήματα αυτά (ΠΙΝΑΚΑΣ 4.33) προκύπτει, ότι η πιθανότητα εμφάνισης της υπερφαγίας στο ΜετΣ είναι ανάλογη της δυσκολίας αναγνώρισης του συναισθήματος, της καταστολής του συναισθήματος, καθώς και του αμυντικού μηχανισμού της κατανάλωσης. Αντίστοιχα μειώνεται όσο αυξάνεται η ανάγκη για κοινωνικές επαφές και το μορφωτικό επίπεδο.

ΠΙΝΑΚΑΣ 4. 33 Κατηγορική Παλινδρόμηση προβλεπτών για την εμφάνιση υπερφαγίας

	Coefficients			df	F	Sig.	Importance
	Standardized Coefficients						
	Beta	Bootstrap (1000)					
	Est. of Std. Error						
ΔΑΣ	-0.272	0.127	1	4.588	0.037	0.204	
Καταστολή	0.298	0.130	1	5.293	0.026	-0.093	
Κατανάλωση	-0.401	0.125	1	10.261	0.002	0.388	
Κοινωνικότητα	0.388	0.125	1	9.677	0.003	0.367	
Μορφωτικό	0.207	0.100	5	4.245	0.003	0.134	
Επίπεδο							
Dependent Variable: Διάγνωση Υπερφαγίας							

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

*«Είδα τον άγγελο μέσα στο μάρμαρο
και το σμίλεψα μέχρι που τον απελευθέρωσα»*

Μιχαήλ Άγγελος

5.1 Συζήτηση Ερευνητικού Ερωτήματος Ι

Αναμένεται θετική συσχέτιση της απουσίας αναπαραστάσεων έναρξης και αιτιολογίας του ΜετΣ, με δυσκολίες στον έλεγχο των συναισθημάτων και των παρορμήσεων.

Η δυσκολία στην δημιουργία αναπαραστάσεων για κάποιο γεγονός, είναι ενδεικτική της επικρατούσας ψυχονοητικής λειτουργίας την συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Καθημερινά ο εγκέφαλος συγκρατεί και απορρίπτει πληθώρα πληροφοριών, ανάλογα με την βαρύτητά τους, το πλήθος τους, την ικανότητα ενσωμάτωσης της νέας εμπειρίας στο ήδη υπάρχον αναπαραστατικό σύστημα την δεδομένη στιγμή. Δισεκατομμύρια πληροφορίες απορρίπτονται αυτόματα κάθε λεπτό, ως άχρηστες ή πλεονάζουσες: ήχοι, οσμές, απτικές πληροφορίες, σκέψεις, σωματικές αισθήσεις, κιναισθητικές πληροφορίες. Όταν πρόκειται, ωστόσο, για γεγονότα που αφορούν το σώμα, την προσωπική ιστορία, την οδύνη, πώς θα ήταν δυνατόν να θεωρηθούν άχρηστες; Υποθέτουμε, ότι πρόκειται για πληροφορίες, οι οποίες κρίνονται ως απειλητικές για την σωματοψυχική ομοιοστασία. Άλλες φορές, υπό την πίεση του τραυματικού, οι καταγραφές εκλείπουν, λόγω υπερφόρτισης και σβησίματος του ίδιου του ψυχικού οργάνου, το οποίο θα ήταν υπεύθυνο γι' αυτές (Smadja, 2013).

Το ψυχικό όργανο³⁷, στην ψυχαναλυτική θεώρηση, είναι κάτι πέρα από τις επιμέρους εγκεφαλικές λειτουργίες, τις οποίες χρησιμοποιεί. Η φροϋδική θεωρία, το ορίζει ως διαβαθμισμένο σύστημα, το οποίο επανασχηματίζεται ανά εξελικτικό στάδιο, εμπλουτιζόμενο από τις νέες δεξιότητες και εμπειρίες. Μπορούμε, άραγε, να το σκεφθούμε ως το αιθέριο ανάλογο των εγκεφαλικών λειτουργιών; Είναι εκείνο το μέρος της ανθρώπινης ύπαρξης, το οποίο δέχεται τις ψυχικές και σωματικές συνιστώσες των συμβάντων, συνδέοντάς τις, ώστε να σχηματιστεί το βίωμα; Πρόκειται για διαχειριστή ή μέρος της ύπαρξης; Ίσως να είναι όλα αυτά.

³⁷ Ψυχικό όργανο: «όρος, ο οποίος υπογραμμίζει ορισμένους χαρακτήρες που αποδίδει η φροϋδική θεωρία στον ψυχισμό: την ικανότητά του να μεταδίδει και να μετατρέπει μια ορισμένη ενέργεια και τη διαφοροποίησή του σε επιμέρους συστήματα ή ψυχικούς θεσμούς.» (Laplanche, & Pontalis, 1986).

Η κλινική εμπειρία με νευρολογικούς ασθενείς δείχνει, ότι ακόμα και όταν ο εγκέφαλος χάνει πολλές από τις λειτουργίες του, ο άνθρωπος κάποιες φορές διατηρεί την ουσία τους, και ίσως κατορθώνει να τις ανακτά αξιοποιώντας τις εφεδρείες του ψυχικού οργάνου. Στο ΜετΣ η κλινική πρακτική δείχνει, ότι άτομα τα οποία διαθέτουν, ή κατακτούν μέσω της ψυχοθεραπείας, ένα καλύτερα δομημένο ψυχικό όργανο, με ωριμότερους αμυντικούς μηχανισμούς, μεγαλύτερη επαφή με τις σωματοψυχικές λειτουργίες, αποτελεσματικότερο συναισθηματικό μεταβολισμό, και είναι ικανά να αναπτύξουν αμοιβαίες σχέσεις με τους άλλους, έχουν καλύτερη πρόγνωση σχετικά με την πορεία της διατραχής και της απώλειας βάρους. Ακόμη και εάν δεν κατορθώσουν να πετύχουν μεγάλη απώλεια βάρους, οι βιοχημικοί τους δείκτες σταδιακά εξομαλύνονται.

Η ικανότητα αναπαράστασης -ή κατασκευής αναπαράστασης- των συνθηκών που προηγήθηκαν της έναρξης του ΜετΣ, φέρνει στην επιφάνεια διάφορα γεγονότα ζωής, τα οποία βιώθηκαν ως στρεσογόνα ή πέρασαν σχεδόν απαρατήρητα, ως «φυσιολογικά» ή «αναπόφευκτα, άρα δεν έχει νόημα να τα σκέφτεται κανείς», όπως λένε κάποιοι από τους συμμετέχοντες, αρνούμενοι ότι επηρεάστηκαν από αυτά. Ωστόσο, και ανεξάρτητα ίσως από την υποκειμενική βαρύτητα που φαίνεται να έχουν για το άτομο, γεγονότα, όπως η εγκυμοσύνη, η στράτευση, η αλλαγή εργασίας, η απώλεια ή ασθένεια σημαντικού προσώπου, επηρεάζουν ψυχικά και βιοχημικά την ομοιοστασία του ανθρώπου.

Η εγκυμοσύνη για τις γυναίκες αποτελεί παράγοντα πολλαπλών αλλαγών, σε ψυχολογικό και βιοχημικό επίπεδο. Προοπτική εικοσαετής μελέτη, υπό την επωνυμία CARDIA study (Gunderson et al., 2009), έδειξε, ότι γυναίκες που είχαν γεννήσει παρουσίαζαν σημαντικά συχνότερα ΜετΣ, από ό,τι εκείνες που δεν είχαν γεννήσει, ανεξάρτητα από την εμφάνιση διαβήτη κύησης. Το εύρημα αυτό οφείλεται, εν μέρει, στην αύξηση του σωματικού βάρους και στην έλλειψη σωματικής άσκησης κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης. Ειδικότερα διαπιστώθηκε, ότι οι γυναίκες που είχαν γεννήσει παρουσίαζαν μεγαλύτερη συγκέντρωση ενδοκοιλιακού λίπους, το οποίο σχετίζεται με την παραγωγή αδιποκινών, που δρουν ρυθμιστικά για την ευαισθησία στην ινσουλίνη (Altomonte et al., 2003), και την ανάπτυξη αντίστασης στην ινσουλίνη (Weidner et al., 1995). Η εγκυμοσύνη επηρεάζει παράλληλα με τις σωματικές, επηρεάζει και ψυχικές λειτουργίες: παρουσιάζονται συχνές διακυμάνσεις της ψυχικής διάθεσης, σημαντικές αλλαγές

στις αναπαραστάσεις της σεξουαλικότητας και της εμφάνισης, καθώς και αυξημένη ανησυχία και φοβίες σχετικές με τον τοκετό (Bjelica, & Karor-Stanulović, 2004).

Άλλες αιτίες, όπως η στρατιωτική θητεία για τους άνδρες, ενώ δεν φαίνεται στο δείγμα να έχει υψηλό αντίκτυπο, μπορεί υποκειμενικά να συνδέεται με μια σειρά από συναισθηματικές αποτυχίες και βιοχημικές αλλαγές. Μεγαλύτερο δείγμα θα μπορούσε, ίσως, να δώσει πιο έντονες ενδείξεις για την επίδραση της σημαντικής αυτής μεταβατικής περιόδου για τον ανδρικό πληθυσμό. Η στρατιωτική θητεία συνδέεται με μια σειρά από ψυχολογικές και βιοχημικές αλλαγές. Αποχωρισμός από τους οικείους, στενός συγχρωτισμός με ομοφύλους, στέρηση ελευθεριών, πειθαρχία, υποταγή, αναγκαστική συντροφικότητα, μοναξιά, ανία. Επίσης, άστατα ωράρια ύπνου, αιφνίδια σωματική κόπωση, άστατη σίτιση, απουσία σεξουαλικής συντροφιάς.

Η κλινική εργασία με κάποιους από τους ασθενείς του δείγματος μπορεί να εμπλουτίσει την οπτική μας στο σημείο αυτό. Θα παραθέσω με συντομία ένα κλινικό παράδειγμα, το οποίο μπορεί να δείξει το παράλληλο πλήγμα στην σωματοψυχική ομοιοστασία. Μεσήλικας άνδρας, που συμμετείχε στην έρευνα, εξέφρασε το αίτημα για θεραπεία. Αρχικά ζήτησε να βοηθηθεί για διαταραχές στην διατροφική του συμπεριφορά. Στην συνέχεια, ωστόσο, κατέστη σαφές ότι υπήρχαν και άλλου είδους ζητήματα, ναρκισσιστικής φύσεως, τα οποία δεν θα αναπτύξουμε εδώ. Αξίζει όμως να σημειωθεί, ότι οι διαταραχές στην διατροφική συμπεριφορά και στον μεταβολισμό του, όπως μπορούν να διαγνωσθούν μέσω των διηγήσεων για σωματικά φαινόμενα και διατροφικές συνήθειες, ξεκίνησαν όταν υπηρετούσε την στρατιωτική του θητεία. Ένιωθε εγκαταλελειμμένος, ξεχασμένος από όλους. Λέει: «Όλοι εκείνοι που νόμιζα ότι είναι φίλοι μου και τους κερνούσα εγώ συνέχεια με έγραψαν. Τελικά ήμουν μόνος. Τότε κατάλαβα ότι δεν είναι κανένας φίλος μου και όλοι με ήθελαν γιατί πλήρωνα τον λογαριασμό. Είχα πολλούς φίλους πριν. Γυναίκες... Έβγαινα κάθε μέρα. Ήμουν πολύ κοινωνικός, «ο ωραίος». Τώρα δεν έχω κανέναν». Τα μόνα συναισθήματα που εκφράζει, είναι οργή και φόβος. Οι επενδύσεις του είναι επιφανειακές, με βασικό συνάλλαγμα τα χρήματα, χωρίς συναισθηματικό βάθος. Ως στρατιώτης ήταν τυπικός, χωρίς προβληματική συμπεριφορά, αλλά και χωρίς αναμνήσεις. Περιγράφει βίωμα αποπροσωποποίησης, σαν να ξύπνησε σε έναν άλλον κόσμο ξαφνικά. Μετά από καιρό, συνειδητοποίησε ότι είχε παχύνει. Όταν τελικά ολοκλήρωσε την στρατιωτική του θητεία, δεν θέλησε να έρθει σε επαφή με κανέναν από τους προηγούμενους φίλους του.

Ο ασθενής αυτός περιγράφει το βίωμα της εγκατάλειψης, σε μια περίοδο της ανδρικής του ζωής, κατά την οποία εισέρχεται συμβολικά στον παραδοσιακό ρόλο του φύλου του. Την ίδια στιγμή, γίνεται ένας μεταξύ πολλών ίσων. Αποχωρίζεται βίαια τον ναρκισσιστικό θρίαμβο της προηγούμενης ζωής του. Από πρωταγωνιστής, ο οποίος αποφάσιζε, πληρώνοντας ο ίδιος για την διασκέδαση όλης της παρέας και αλλάζοντας ανώνυμες συντροφους, γίνεται μέρος της μάζας και αντιμετωπίζει μια άλλη πραγματικότητα. Το θέμα αυτό πραγματεύεται πρόσφατη μελέτη (Taylor, 2014). Καταδεικνύει την σημασία της απώλειας κοινωνικής επιβολής για την βιοχημική ισορροπία του άνδρα: όταν άνδρες χάνουν την επιβολή τους σε περιβάλλον του ιδίου φύλου, υφίστανται αύξηση στα επίπεδα κορτιζόλης, ορμόνης του άγχους με σοβαρές επιδράσεις στην μεταβολική λειτουργία και την κυτταρική οξείδωση, όπως αναπτύχθηκε στο κεφάλαιο 1. Παράλληλα, η έλλειψη ερωτικής συντροφού κατά την θητεία, μειώνει τα επίπεδα τεστοστερόνης (van Anders,& Watson, 2007), ορμόνη η οποία επηρεάζει το ποσοστό σωματικού λίπους και την μεταφορά της γλυκόζης. Τα ίδια φαινόμενα μπορούμε να σκεφτούμε, ότι επηρεάζουν τους φοιτητές (ιδίως σε ξένη χώρα) ή και τους άνδρες που ξεκινούν την καριέρα τους ή αναλαμβάνουν κάποια θέση ευθύνης, επενδύοντας πολλές ώρες στην εργασία, παραμένοντας εργένηδες.

Εκτός από την στρατιωτική θητεία, γενικά ο αποχωρισμός, είτε πρόκειται για διαζύγιο γονέων σε μικρή ηλικία, είτε για χωρισμό από σύντροφο, είτε απώλεια κάποιου άλλου ψυχικά επενδεδυμένου αντικειμένου, μπορεί να επιφέρει ψυχικούς τραυματισμούς, συνοδευόμενους από βιοχημικές αλλοιώσεις, αύξηση της ACTH, και γενικά διαταραχή στον άξονα YYE (Bloch et al., 2007; Pesonen et al., 2010) CRH(Champagne,& Meaney, 2001). Κάθε κατάσταση άγχους αποτελεί, θα λέγαμε, απώλεια. Απώλεια της σταθερότητας, της αναπαράστασης για τον κόσμο και τον εαυτό, για τις δεξιότητες, για την θέση στην οικογένεια ή τον κοινωνικό περίγυρο. Η έναρξη του ΜετΣ μετά από κατάσταση άγχους, μπορεί να μεσολαβείται από αυτές τις βιοχημικές αλλαγές. Τι συμβαίνει, όμως, όταν δεν υπάρχουν αναπαραστάσεις σχετικά με την αιτιολογία ή την έναρξη της διαταραχής του μεταβολισμού; Στην συνέχεια θα σχολιάσουμε τα ευρήματα των συσχετίσεων παραγόντων που φαίνεται να αλληλεπιδρούν με την ύπαρξη αναπαράστασης έναρξης του ΜετΣ.

Οι δείκτες ImpSS, Imp και Ss της κλίμακας ZKPQ σκιαγραφούν παράγοντες προσωπικότητας που σχετίζονται άμεσα με το ΜετΣ. Η παρορμητική αναζήτηση αισθητηριακότητας απαντάται στην κλινική εργασία στο σύμπτωμα της υπερφαγίας

και γενικά εκφορτιστικών τάσεων. Οι παραπάνω παράγοντες επηρεάζονται σε μικρό βαθμό από τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, καθώς και από παράγοντες που σχετίζονται με το οικογενειακό ιστορικό και την έναρξη της διαταραχής. Ειδικότερα, το φύλο επηρεάζει το χαρακτηριστικό της Ss, αυξάνοντας το σκορ για τον ανδρικό πληθυσμό του δείγματος σε σχέση με τον γυναικείο. Αντίθετα, το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται να επηρεάζει σε κάποιο βαθμό τον παράγοντα ImpSs. Ο παρορμητισμός, όπως ορίζεται από την υποκλίμακα Imp του ερωτηματολογίου ZKPQ, σχετίζεται με την ανάγκη για συνεχή αλλαγή, η οποία μπορεί να εξηγήσει την ανάγκη για αναζήτηση, είτε οικονομικής ανεξαρτησίας σε νεαρή ηλικία μέσω τεχνικής εκπαίδευσης- η οποία θεωρείται ότι οδηγεί σε άμεση επαγγελματική αποκατάσταση-, είτε πνευματικών ερεθισμάτων, μέσω υψηλότερης μόρφωσης, ιδιαίτερα θεωρητικής, όπως γίνεται στις μεταπτυχιακές σπουδές.

Επίσης, το επάγγελμα φαίνεται να σχετίζεται με το χαρακτηριστικό του παρορμητισμού: οι άνεργοι εμφανίζουν υψηλότερο παρορμητισμό. Η ανάγκη για συνεχή αλλαγή ενδέχεται να μην είναι εφικτό ή αρκετό να μετουσιωθεί εντός της εργασίας, αλλά καταλήγει να γίνει πράξη. Στο σημείο αυτό μπορούμε να σχηματίσουμε δυο επεξηγηματικές σκέψεις, εκ των οποίων η μια απαιτεί να θεωρήσουμε τον παρορμητισμό ως μόνιμο χαρακτηριστικό, ενώ η άλλη ως λειτουργία που ενεργοποιήθηκε λόγω της ανεργίας. Η πρώτη σκέψη, συνίσταται στο να θεωρήσουμε, ότι η ανάγκη για συνεχή αλλαγή, όταν γίνεται πράξη, μπορεί να προκαλέσει άμεση παραίτηση από την εργασία, ή απόσυρση του ενδιαφέροντος από αυτήν, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε απόλυση. Η δεύτερη σκέψη, είναι ότι ο παρορμητισμός, εφόσον τον εννοήσουμε ως λειτουργία, οφείλεται στην ίδια την κατάσταση ανεργίας, η οποία μπορεί να προκαλεί διέγερση και να καταλήγει στην φυσική ανάγκη για αλλαγή. Χαμηλότερη βαθμολογία στο χαρακτηριστικό του παρορμητισμού καταγράφεται στους ιδιωτικούς υπαλλήλους. Μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να διασαφηνίσει περισσότερο την σχέση του παρορμητισμού και της παρορμητικής αναζήτησης αισθητηριακότητας με το φύλο, το επάγγελμα και το μορφωτικό επίπεδο στο ΜετΣ, μέσα από τις αναπαραστάσεις που έχει το ίδιο το άτομο για τα χαρακτηριστικά του αυτά.

Η αδυναμία σχηματισμού αναπαραστάσεων γύρω από την έναρξη της ασθένειας, ο παρορμητισμός, η παρορμητική αναζήτηση αισθητηριακότητας, η υπερεργήγηση (HVI) και οι αυτοκτονικές τάσεις, θα λέγαμε ότι εντάσσονται στο φάσμα των ναρκισσιστικών διαταραχών και των διαταραχών αποψυχοποίησης.

Διότι, οι καταστάσεις αυτές δεν επιτρέπουν την ρύθμιση των συναισθηματικών καταστάσεων, αλλά πριμοδοτούν την εκφόρτιση ως βασική οδό μείωσης της έντασης. Είτε πρόκειται για στοματική εκφόρτιση, είτε για άλλου είδους αυτοηρεμιστική διαδικασία, το αποτέλεσμα παραμένει το ίδιο: το ποσόν του συναισθήματος δεν μεταβολίζεται ψυχικά, αλλά μετακινείται στο σώμα. Εκεί, εκφράζεται μέσα από καταστροφικές διαδικασίες, όπως η υπερφαγία, πυροδοτώντας νέο κύμα ψυχικών και βιοχημικών φαινομένων, υπό την κυριαρχία της ενόρμησης θανάτου.

Η υπερφαγία οδηγεί σε αύξηση των κοιλιακών λιποκυττάρων, τα οποία στέλνουν χημικά μηνύματα στον εγκέφαλο, ο οποίος τα μεταφράζει ως καταθλιπτικό συναίσθημα. Όπως αναφέρεται στο κεφάλαιο 1, η ουσία λεπτίνη, που συντίθεται στον λευκό λιπώδη ιστό, έχει ομοιοστατική δράση και αλληλεπιδρά με τον τοξωτό πυρήνα του υποθαλάμου. Η βασική λειτουργία της λεπτίνης είναι να στέλνει μηνύματα ευφορίας και να σταματά την λήψη τροφής. Υποδοχείς της λεπτίνης βρίσκονται επίσης στο ιππόκαμπο και την αμυγδαλή, περιοχές που συμμετέχουν στη ρύθμιση της διάθεσης (Krishnan et al., 2010). Πρόσφατη έρευνα της δράσης της ουσίας αυτής δείχνει, ότι όσο αυξάνεται η λεπτίνη νηστείας, τόσο μειώνεται η κατάθλιψη και το άγχος, ανεξάρτητα από το σωματικό βάρος και το ποσοστό λίπους στο σώμα (Lawson et al., 2012). Παράλληλα, διαταραχές της διάθεσης, όπως η κατάθλιψη, καθώς και φαινόμενα που σχετίζονται με διαταραγμένη διατροφή, όπως η παχυσαρκία, έχουν σχετιστεί με την δράση του άξονα υποθαλάμου, επινεφριδίων-υπόφυσης, ο οποίος επίσης επηρεάζεται από την δράση της λεπτίνης (Bornstein et al., 2006). Το φαινόμενο της αυξημένης παρουσίας λεπτίνης στο αίμα παχύσαρκων και υπερφάγων καταθλιπτικών ατόμων έχει αποδοθεί στην αντίσταση στην λεπτίνη, η οποία θεωρείται από πολλούς ερευνητές ως προάγγελος της αντίστασης στην ινσουλίνη (Munzberg et al., 2005; Myers et al., 2008; Yamada et al., 2011; Milaneschi et al., 2012).

Το εύρημά μας σχετικά με την υπερεγρήγορηση των ασθενών με ΜετΣ, όταν δεν έχουν αναπαράσταση έναρξης της διαταραχής, δημιουργεί νέα ερωτήματα. Θεωρούμε, ότι η υπερεγρήγορηση, ως ένδειξη άγχους μπροστά στον άλλο, θα μπορούσε να επηρεάζει τα επίπεδα λεπτίνης (Yoshida-Komiva et al., 2014), ώστε να αποτυγχάνει ο εγκέφαλος να λάβει το μήνυμα παύσης λήψης τροφής, οδηγώντας έτσι σε υπερφαγία και νοσογόνο παχυσαρκία.

Μελετώντας τις από το σώμα καθοριζόμενες ώσεις και τις κινήσεις ικανοποίησης, μέσα από την έρευνα σε τρωκτικά, δηλαδή μελετώντας το ασυνείδητο,

έχει παρατηρηθεί ότι η επίδραση της λεπτίνης στον υποθάλαμο προκλητά παχύσαρκων ποντικών είναι περιορισμένη, και παρά την υπερλεπτιναιμία, τα ποντίκια εμφανίζουν σοβαρά καταθλιπτικές συμπεριφορές (Yamada et al., 2011), πιθανόν λόγω της αντίστασης στην λεπτίνη. Σε πρόσφατη έρευνα, μελετήθηκε η σχέση μεταξύ παραγόντων προσωπικότητας και συγκεντρώσεων της ουσίας λεπτίνης στο αίμα. Παρατηρήθηκε, ότι ο παρορμητισμός και η έλλειψη πειθαρχίας σχετίζονται με αντίσταση στην ουσία αυτή (Sutin et al., 2013).

Οι παραπάνω παρατηρήσεις στηρίζουν την υπόθεση της αλληλεπίδρασης ψυχικών και βιοχημικών φαινομένων, εάν δεν πρόκειται ήδη για ενιαία λειτουργία. Ο παρορμητισμός και οι εκφορτιστικές τάσεις αποτελούν ενδείξεις αδυναμίας του ψυχικού οργάνου να ψυχοποιήσει, ή να νοητικοποιήσει, δηλαδή να εντάξει με επιτυχία ένα γεγονός στο δίκτυο αναπαραστάσεων και να το μεταβολίσει μέσω ψυχικών μηχανισμών, όπως η ονειροπόληση, η φαντασίωση, το συναίσθημα, και τελικά ο λόγος.

Το μοντέλο στο οποίο κατέληξε η διερεύνηση του ερευνητικού ερωτήματος δείχνει, ότι οι αναπαραστάσεις έναρξης της διαταραχής είναι ανάλογες με τον παρορμητισμό και το μορφωτικό επίπεδο, και αντιστρόφως ανάλογες του νευρωτικού άγχους και της φαντασιωσικής ικανότητας. Δηλαδή, όσο αυξάνεται η ανάγκη για συνεχή αλλαγή και για σχέσεις με απρόβλεπτο χαρακτήρα, δηλαδή όσο πιο κοντά στην ανάγκη για δράση βρίσκεται το άτομο, τόσο μειώνεται η πιθανότητα δημιουργίας αναπαραστάσεων έναρξης του ΜετΣ. Την ίδια στιγμή, όσο μειώνεται η νευρωτική λειτουργία, και η φαντασιωσική ικανότητα, δηλαδή όσο περισσότερο απομακρύνεται από την ψυχική επεξεργασία του βιώματος, τόσο πιο δύσκολη γίνεται η αναπαραστασιμότητα της διαταραχής και τόσο πιο κοντά βρισκόμαστε στην χρηστική λειτουργία.

Η αξία του ευρήματος αυτής της υπόθεσης έγκειται στο γεγονός, ότι μια σχετικά απλή και ανέξοδη κλινική διάγνωση, όπως είναι η απουσία αναπαραστάσεων για την έναρξη της δυσλειτουργίας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί διαγνωστικά ως παράγων επικινδυνότητας για εκφορτιστικές συμπεριφορές, όπως η υπερφαγία, ο αλκοολισμός, η επικίνδυνη οδήγηση, στο πλαίσιο απονοητικοποίησης. Ακόμα και στην περίπτωση που το άτομο δεν θέλει να προσπαθήσει να θυμηθεί τις συνθήκες υπό τις οποίες διαταράχθηκε η υγεία του, η απουσία αναπαραστάσεων παραμένει ως κριτήριο επικινδυνότητας, καθώς το άτομο επικεντρώνεται στην πράξη και

αποφεύγει την ενδοσκόπηση, ή ακόμα δεν έχει επεξεργαστεί το τραύμα, που παραμένει ανοικτό, για να επηρεάσει τις ψυχικές και σωματικές λειτουργίες.

5.2 Συζήτηση Ερευνητικού Ερωτήματος II

Αναμένεται ότι στο ΜετΣ η αλεξιθυμία και το ανώριμο αμυντικό προφίλ έχουν θετική συσχέτιση με διαταραχή βασικών δεικτών κυτταρικής οξειδωσης.

Το βασικό εύρημα στην μελέτη της δεύτερης υπόθεσης είναι, ότι στο ΜετΣ η περιορισμένη ικανότητα ψυχικής επεξεργασίας του στρες φαίνεται να προκαλεί κυτταρική οξειδωση. Πρόκειται για την πρώτη στατιστικά επιβεβαιωμένη ένδειξη αλληλεπίδρασης της ψυχικής λειτουργίας με την κυτταρική λειτουργία και τον μηχανισμό της οξειδωσης, επιβεβαιώνοντας την θεωρία της αλεξιθυμίας και την ψυχαναλυτική ψυχοσωματική θεωρία.

Ειδικότερα, χαμηλή GPU εμφανίζεται όταν υπερισχύουν αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά, όπως η δυσκολία στην αναγνώριση και στην περιγραφή των συναισθημάτων, τα οποία σχετίζονται και με ελλείμματα του ατόμου στον διαχωρισμό του συναισθήματος από τις σωματικές αισθήσεις. Βιοχημικά, αποτελεί ένδειξη κυτταρικής οξειδωσης. Όταν υπάρχει υπερπαραγωγή ελευθέρων ριζών (ROS), η GPU ενεργοποιείται και χρησιμοποιείται αντισταθμιστικά από το αντιοξειδωτικό σύστημα. Χαμηλές τιμές στην GPU υπονοούν είτε ότι το κύτταρο αδυνατεί να παράξει αρκετή, άρα βρίσκεται σε ήδη σε διαδικασία οξειδωσης, ή ότι όση παράγει εξαντλείται λόγω υπερπληθώρας ελευθέρων ριζών.

Λεπτομερέστερη εξέταση της GPU δείχνει, ότι επηρεάζεται περισσότερο όταν συνδυάζεται η ΔΑΣ με το μορφωτικό επίπεδο, την υπερφαγία και τα επίπεδα MDA. Η δυσκολία του ατόμου να αναγνωρίσει τα συναισθήματά του αποτελεί αλεξιθυμικό χαρακτηριστικό, το οποίο φαίνεται, ότι όχι μόνο δεν βελτιώνεται όταν συνδυάζεται με υψηλό μορφωτικό επίπεδο -ή καλύτερα βαθμίδα εκπαίδευσης- αλλά, όταν συνοδεύεται από διαταραχή υπερφαγίας και υψηλότερη καύση λιπιδίων, επηρεάζει τα επίπεδα της GPU, διαταράσσοντας την κυτταρική ισορροπία μεταξύ οξειδωτικών και αντιοξειδωτικών. Όταν το συναίσθημα δεν αναγνωρίζεται ή συγχέεται με σωματικές αισθήσεις -όπως πείνα αντί για απογοήτευση-, και το άτομο έχει υπερφαγικά επεισόδια, και αυξημένη ενδοκυτταρική καύση λιπιδίων, η GPU εξαντλείται, οδηγώντας σε πρόωρη κυτταρική γήρανση και κυτταρικό θάνατο.

Η MDA είναι η ουσία που εμπλέκεται στην καύση των λιπιδίων, για την οποία τα ευρήματά μας δείχνουν ότι επηρεάζεται από την ανωριμότητα του αμυντικού προφίλ, την χρηστική λειτουργία, και το σωματικό λίπος. Οι παράγοντες αυτοί, είναι σωματικοί και ψυχικοί, θα λέγαμε όμως ότι είναι και ψυχοσωματικοί, καθώς το σωματικό λίπος προκαλείται από ψυχοσωματική αποδιοργάνωση, στρες ή αποδιοργάνωση της διατροφικής συμπεριφοράς. Η σύνθεση αυτών των τριών παραγόντων, παρατηρούμε ότι επηρεάζει την καύση των λιπιδίων ενδοκυτταρικά. Όταν το άτομο χρησιμοποιεί σε μεγάλο βαθμό αμυντικούς μηχανισμούς που παραμορφώνουν την πραγματικότητα –και άρα λειτουργεί στο οριακό φάσμα-, αδυνατεί να επεξεργαστεί τις συναισθηματικές εμπειρίες του, αλλά και τις σωματικές εμπειρίες του –όπως φαίνεται από την μεγάλη συγκέντρωση λίπους- δημιουργείται κυτταρική οξειδωση. Και το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει την γενική υπόθεση της ψυχοσωματικής αποδιοργάνωσης στο ΜετΣ.

Η TAC παρατηρούμε ότι επηρεάζεται από την ανωριμότητα του αμυντικού προφίλ, της ΔΑΣ και την γενική αλεξιθυμία. Πρόκειται για δείκτη που αντικατοπτρίζει την γενική ικανότητα του κυττάρου να διαχειρίζεται τις ελεύθερες ρίζες, που, όταν υπερβούν τα ασφαλή όρια, οδηγούν σε κυτταρική οξειδωση και απόπτωση, δηλαδή κυτταρικό θάνατο. Το μοντέλο αυτό, συνδυαζόμενο με τα μοντέλα για τους άλλους τρεις δείκτες κυτταρικής οξειδωσης που επιλέγουμε, επίσης επιβεβαιώνει την στενή σχέση παθολογικής ή παλινδρομημένης ψυχικής λειτουργίας με την φθορά στο κύτταρο.

Η απεικόνιση που προτείνουμε, της σχέσης ψυχοσωματικής παλινδρόμησης λειτουργιών με τις απτές βιοχημικές συνιστώσες της ψυχοσωματικής αποδιοργάνωσης, αποτελεί πρώτη καταγραφή μετρήσιμων ενδείξεων της ουσίας αυτού που ονομάζουμε στην ψυχαναλυτική ψυχοσωματική «ενόρμηση θανάτου», όπως την βλέπουμε στο κύτταρο. Τα αποτελέσματα των στατιστικών ελέγχων ενισχύονται από την απουσία επίδρασης στους δείκτες κυτταρικής οξειδωσης στο δείγμα μας, παραγόντων όπως η ηλικία, η επαγγελματική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το πλήθος των προσβεβλημένων οργάνων, το οικογενειακό ιστορικό παχυσαρκίας ή διαταραχών σακχάρου. Το μόνο εύρημα από τον έλεγχο των παρεμβαλλόμενων μεταβλητών, αφορά κάποια σχέση της TAC με το φύλο. Ειδικότερα, οι γυναίκες του δείγματος παρουσιάζουν χαμηλότερες τιμές στον εν λόγω παράγοντα σε σχέση με τους άνδρες. Ευρήματα από την διεθνή βιβλιογραφία δείχνουν, ότι οι γυναίκες μπορεί να είναι πιο ανθεκτικές στο οξειδωτικό στρες γενικά,

λόγω της προστατευτικής δράσης των οιστρογόνων, κατά την αναπαραγωγική περίοδο (Kendall, & Eston, 2002; Shwaery et al., 1997). Ωστόσο, κατά την εμμηνόπαυση εκτίθενται στους ίδιους κινδύνους με τους άνδρες (Krstevska et al., 2001), εκτός εάν αυξήσουν την TAC μέσω τακτικής σωματικής άσκησης (Takahashi et al., 2013). Το δείγμα μας περιλαμβάνει γυναίκες από όλες τις ηλικιακές ομάδες, ώστε να ελεγχθεί η επίδραση της ηλικίας στην οξειδωτική εικόνα του δείγματος, ωστόσο το μέγεθός του δημιουργεί περιορισμούς. Μελλοντική έρευνα μπορεί να διερευνήσει την σχέση του φύλου με την TAC στο ΜετΣ, σε σχέση με την σωματική άσκηση και τις διατροφικές συνήθειες.

Ο τελευταίος δείκτης OxiS, τα PCC, βλέπουμε ότι παρουσιάζουν αύξηση όταν το άτομο έχει αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά, επιβεβαιώνοντας εκ νέου τον συσχετισμό αλεξιθυμίας και κυτταρικής οξείδωσης. Το μοντέλο που φάνηκε να εξηγεί καλύτερα την εικόνα των PCC στο κύτταρο, περιλαμβάνει προσαρμοστικούς αμυντικούς μηχανισμούς, αλεξιθυμία και κομφορμιστική σκέψη. Οι παράγοντες αυτοί είναι αντιπροσωπευτικοί της χρηστικής νοητικής λειτουργίας, όπου η υπερπροσαρμογή στην πραγματικότητα και η απώλεια της υποκειμενικότητας δεν επιτρέπει την ψυχοποίηση και προκαλεί αύξηση του άγχους και κατ' επέκταση του κυτταρικού στρες.

Ενώ γενικά το προσαρμοστικό αμυντικό προφίλ ερμηνεύεται συχνά ως καλή ένδειξη ψυχικής υγείας, ωστόσο θεωρούμε, ότι σε συνδυασμό με αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά και κομφορμιστική σκέψη μπορεί να έχει κακή πρόγνωση, όντας ένδειξη ψευδούς ή υπερβολικής προσαρμογής στην πραγματικότητα. Οι μηχανισμοί άμυνας που συγκεντρώθηκαν, ώστε να σχηματιστεί το προσαρμοστικό προφίλ, όπως η επικέντρωση στο έργο και ο προγραμματισμός, μπορούν να ερμηνευθούν, είτε προς την κατεύθυνση της καλής προσαρμογής στην πραγματικότητα -υπό την έννοια ότι δεν χάνεται το άτομο σε ψυχωτική παραμόρφωση της πραγματικότητας-, είτε προς την κατεύθυνση της χρηστικής λειτουργίας και απώλειας της υποκειμενικότητας. Χρηστική λειτουργία έχουμε, όταν η προσαρμογή στην εξωτερική πραγματικότητα γίνεται με τρόπο μηχανιστικό, αγνοώντας την υποκειμενικότητα. Πρόκειται για την παθολογία της προσαρμογής, όπως την περιέγραψε ο Sami Ali (1990). Όταν συγκεκριμένοι προσαρμοστικοί μηχανισμοί, όπως ο Προγραμματισμός ή η Αναμονή, συνδυάζονται με γενικά ανώριμα αμυντικά προφίλ, αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά και τάσεις περάσματος στην πράξη, φαίνεται ότι σκιαγραφούν ελλειμματική διαχείριση του άγχους και ανεπαρκείς λειτουργίες νοητικοποίησης.

Οι ασθενείς χαρακτηρίζονται από κοινωνική υπερπροσαρμογή και φαινομενικά καλή λειτουργικότητα ως προς την εκπλήρωση των υποχρεώσεών τους. Ικανοποιούν τα συνήθη ψυχιατρικά κριτήρια, όπως η αποδοτικότητα στην εργασία, η κοινωνικότητα, οι οικογενειακές σχέσεις. Ωστόσο, ενδελεχέστερη εξέταση αποκαλύπτει κάποια ευθραυστότητα του Εγώ, το οποίο παραμένει ευάλωτο στην θεμελιώδη κατάθλιψη και την σωματοποίηση.

Ακολουθώντας αυτή την θεωρητική και κλινική τοποθέτηση, θεωρούμε ότι υπερ-προσαρμογή στο ΜετΣ είναι μια κατάσταση, στην οποία το άτομο βρίσκεται μακριά από το υποκειμενικό του βίωμα, ακολουθώντας χρηστικά τους κοινωνικούς κανόνες ή αυτό που έχει καταγράψει ως κοινωνικούς κανόνες, βαδίζοντας στο μονοπάτι της ψυχοσωματικής αποδιοργάνωσης. Υποπροϊόν αυτής της κατάστασης, η οποία συχνά περνά απαρατήρητη από τον κοινωνικό περίγυρο ή προκαλεί θαυμασμό για την δύναμη και ψυχραιμία του χρηστικού ατόμου, είναι το ξεπέρασμα των ψυχικών και σωματικών ορίων. Η σωματική νόσος αποκτά τότε δύο πηγές: την άμεση ψυχοσωματική αποδιοργάνωση, η οποία επιδρά στο κύτταρο μέσω του οξειδωτικού στρες και της φθοράς στο γενετικό υλικό, και την αποδιοργάνωση που προκύπτει σταδιακά από την παραγνώριση βασικών αναγκών, όπως η θρέψη, η ανάπαιση, η κίνηση και η ψυχική επαφή με τον άλλο. Οι ανάγκες δεν καταγράφονται, ώστε να ικανοποιηθούν, διότι έχει επέλθει τραυματικά προκληθείσα ρήξη του υποκειμενικού βιώματος, το οποίο υποκαθίσταται από αντικειμενικούς –και άρα χωρίς σύγκρουση- κανόνες. Διασταύρωση των δυο κλιμάκων, αμυντικού προφίλ DSQ-88 και αλεξιθυμίας TAS-20 μπορεί να δημιουργήσει μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση στην διάγνωση της ψευδοπροσαρμογής ή της υπέρ-προσαρμογής στην πραγματικότητα.

Ένα εύρημα που επιβεβαιώνει την μηδενική υπόθεση και που έρχεται σε σύγκρουση με τις κλινικές παρατηρήσεις, είναι η απουσία στατιστικά σημαντικής σύνδεσης του αλεξιθυμικού χαρακτηριστικού της ΕΠΣ με τους παράγοντες κυτταρικής οξείδωσης. Δεδομένου, ωστόσο, ότι καταγράφηκε μη στατιστικά σημαντική τάση, μπορούμε να αποδώσουμε το αδύναμο εύρημα σε δύο παράγοντες. Ο πρώτος αφορά το μέγεθος του δείγματος, που αποτελεί ίσως περιορισμό. Ο δεύτερος σχετίζεται με τις ψυχομετρικές ιδιότητες του ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς. Ειδικότερα, ο παράγοντας ΕΠΣ του TAS-20-GR, όπως έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί για τον ελληνικό πληθυσμό παρουσιάζει κάποιες αδυναμίες (Tsaousis et al., 2010). Μελέτες με μεγαλύτερο δείγμα και με παράλληλη

χορήγηση εναλλακτικών ψυχομετρικών εργαλείων, θα μπορούσαν να φωτίσουν περισσότερο αυτό το σημαντικό χαρακτηριστικό, το οποίο φαίνεται να είναι τόσο βασικό στους ασθενείς με ΜετΣ, όπως προκύπτει από την περιγραφική στατιστική του δείγματος και από την κλινική πρακτική.

Η μέτρηση της αλεξιθυμίας μέσω της κλίμακας TAS-20-Gr ακολουθεί την προσέγγιση της αυτοαναφερόμενης αντικειμενοποιημένης μεθοδολογίας. Αποτελείται από μια ομάδα χαρακτηριστικών νοητικοποίησης, όπως η γνωσιακή δημιουργία καταλόγων και κατηγοριοποίηση αντιλημμάτων, διαχωρισμένων από το ψυχικό εγώ. Στόχος αυτού του διαχωρισμού είναι να αποφευχθεί το άγχος, που θα προέκυπτε από την απώλεια του άλλου ή του εκπροσώπου του, όπως είναι για παράδειγμα οι γονείς και η γονική επιχείρηση. Θεωρούμε την αλεξιθυμία περισσότερο ως μια αμυντική κατάσταση, πυροδοτούμενη από τραυματικές εμπειρίες, ικανές να διαμορφώσουν την εγκεφαλική λειτουργία. Τα άτομα που πάσχουν από ΜετΣ μπορεί να εμφανίζουν πολύ καλό επίπεδο κοινωνικής λειτουργικότητας, ωστόσο να παρουσιάζουν αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά σε πολύ μεγάλο βαθμό. Αυτό το εύρημα, συνδυαζόμενο με την διαπίστωση ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος υπέστη κάποια τραυματική ή στρεσογόνα κατάσταση αμέσως πριν την έναρξη των πρώτων συμπτωμάτων, υπονοεί κάποια δυναμική σχέση ψυχολογικών και βιοχημικών οδών προς την έκφραση του ΜετΣ.

Κατά τον έλεγχο δυνητικά παρεμβαλλόμενων μεταβλητών, παρατηρούμε, ότι η ΔΑΣ επηρεάζεται από την ηλικία. Χαμηλότερα σκορ για τον παράγοντα αυτόν, καταγράφονται στους νεαρούς ενήλικες 18 ως 25 ετών, ενώ υψηλότερα στους συμμετέχοντες άνω των 56 ετών. Ωστόσο, μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να φωτίσει καλύτερα αυτό το φαινόμενο, καθώς το δείγμα για την ηλικία των 18-25 ετών ήταν μικρό. Οι δείκτες της αλεξιθυμίας ΔΑΣ και ΔΠΣ, καθώς και η διάγνωση της αλεξιθυμίας φαίνεται να επηρεάζονται από τις ορμονικές διαταραχές στις γυναίκες: οι ορμονικές διαταραχές σχετίζονται με διαταραχή στην αναγνώριση και στην περιγραφή του συναισθήματος, και εμφανίζονται σε γυναίκες με αλεξιθυμία. Σημειώνουμε ότι είκοσι από τις 30 γυναίκες του δείγματος παρουσιάζουν ορμονικές διαταραχές (θυρεοειδικές ή γεννητικές).

Το φαινόμενο αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός, ότι οι ορμονικές διαταραχές, ως αποτέλεσμα ψυχοσωματικής αποδιοργάνωσης, δημιουργούνται στο πλαίσιο θεμελιώδους κατάθλιψης και χρηστικής λειτουργίας, που σχετίζονται με απουσία συναισθηματικού μεταβολισμού. Αντίστροφα, οι ορμονικές διαταραχές θα

μπορούσαν να προκαλέσουν αλεξιθυμική λειτουργία, εφόσον επηρεάζουν την διάθεση και σε πολλές περιπτώσεις έχουν τραυματικό χαρακτήρα: απώλεια της υγείας, της αίσθησης παντοδυναμίας, της θηλυκής ταυτότητας ως προς την νεότητα και την γονιμότητα. Μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να ασχοληθεί ιδιαίτερα με τον διαχωρισμό ορμονικών διαταραχών προερχόμενων από γεννητικές ορμόνες και θυρεοειδοτρόπες ορμόνες σε σχέση με την αλεξιθυμία. Οι γεννητικές ορμόνες μπορεί να παρουσιάζουν διαφορετική εικόνα αλεξιθυμίας, ενδεχομένως σε σχέση με τις αναπαραστάσεις του φύλου, από ό,τι οι θυρεοειδοτρόπες ορμόνες και διαταραχές, που σχετίζονται με τον μεταβολισμό. Συχνά οι διαταραχές του θυρεοειδούς, ιδιαίτερα στο ΜετΣ αφορούν αυτοάνοσες θυρεοειδίτιδες, όπου το σώμα αυτοκαταστρέφεται, καθώς δεν αναγνωρίζει τα κύτταρα του θυρεοειδούς ως μέρος του οργανισμού.

Ως προς την σχέση του οξειδωτικού στρες με τους μηχανισμούς άμυνας του Εγώ, παρατηρούμε αρνητικό συσχετισμό TAC με ανώριμα αμυντικά προφίλ. Τα αμυντικά προφίλ δεν επηρεάζονται από το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την επαγγελματική κατάσταση, το οικογενειακό ιστορικό παχυσαρκίας ή διαταραχές σακχάρου, την ηλικία έναρξης της διαταραχής και τα γεγονότα που προηγήθηκαν της έναρξης του ΜετΣ. Ως προς την σχέση κυτταρικής οξειδωσης και αμυντικού προφίλ, παρατηρούμε ότι υψηλή TAC, έχει αρνητική συσχέτιση με το A-ΑΠ και το ΔΕ-ΑΠ. Το τελευταίο περιλαμβάνει τον μηχανισμό της σχάσης, ο οποίος χωρίζει τους άλλους ανθρώπους και τα αντικείμενα σε εντελώς καλά και εντελώς κακά και αποτελεί χαρακτηριστικό μηχανισμό της οριακής παθολογίας του Εγώ. Η TAC από την άλλη μεριά, αντικατοπτρίζει την κυτταρική ικανότητα για παραγωγή αντιοξειδωτικών ουσιών. Όταν είναι χαμηλή, μπορεί να αποτελεί ένδειξη κόπωσης του κυττάρου μετά από εντατική παραγωγή αντιοξειδωτικών για να διαχειριστεί υψηλά ποσοστά ελευθέρων ριζών. Το γεγονός ότι η υψηλή αντιοξειδωτική ικανότητα έχει αρνητική συσχέτιση με ανώριμο αμυντικό προφίλ, μπορεί να οδηγήσει στο συμπέρασμα, ότι όταν επικρατούν ανώριμοι μηχανισμοί άμυνας, οι οποίοι αφήνουν ανοχύρωτο το ψυχικό όργανο στις επιθέσεις του στρες, η αντιοξειδωτική ικανότητα μειώνεται. Ένα βιοχημικό δεδομένο, το οποίο θα αναλυθεί λίγο παρακάτω, αφορά την προέλευση της TAC. Σε ποσοστό 50%, στα ερυθρά αιμοσφαίρια προέρχεται από το ουρικό οξύ.

Συνδυασμένη εξέταση των βιοχημικών και ψυχολογικών στατιστικών και κλινικών ευρημάτων οδηγεί στον σχηματισμό μιας ερμηνευτική υπόθεσης, δυνητικά επεξηγηματική του συνδέσμου μεταξύ των αμυντικών μηχανισμών του Εγώ και του

οξειδωτικού στρες στο ΜετΣ. Οι παραμορφωτικοί μηχανισμοί της πραγματικότητας, όπως η σχάση και η πρωτόγονη εξιδανίκευση εμφανίζονται συχνά σε ασθενείς που διαχωρίζουν την ζωή τους σε δυο ξεχωριστές περιόδους.

Η πρώτη περίοδος χαρακτηρίζεται από τάσεις εξιδανίκευσης ειδικών της διατροφής και της υγείας, όπως είναι οι διαιτολόγοι, οι ιατροί, οι προσωπικοί γυμναστές. Πρόκειται για μια περίοδο δίαιτας και άσκησης. Συχνά οι δίαιτες βασίζονται σε θερμιδικό περιορισμό ή/και υψηλή κατανάλωση πρωτεϊνών. Αυτές οι στρατηγικές προκαλούν υπερουρικήμια (Torrallba et al., 2012) και αύξηση στις τιμές του TAC. Κατά την διάρκεια αυτής της περιόδου τα άτομα επιδίδονται συχνά σε έντονη άσκηση, με ιδιαίτερη προτίμηση σε προγράμματα αναερόβια, όπως είναι τα βάρη και το γρήγορο τρέξιμο. Άλλοι κάνουν κακή διαχείριση της αερόβιας άσκησης, πιέζοντας τον καρδιακό παλμό τους πάνω από το αερόβιο κατώφλι. Αυτή η επιλογή προκαλεί διαταραχή στον γαλακτικό μηχανισμό μέσω κυτταρικής υποξίας, και μπλοκάρει το αντιοξειδωτικό σύστημα μέσω αλλαγών στην αναγωγή της γλουταθειόνης (Banerjee et al., 2003).

Ακολουθώντας το εξιδανικευμένο πρόγραμμα «υγείας» με χρηστικό τρόπο, ο οποίος έχει χροιά ψυχαναγκασμού, το άτομο στερεί τον εαυτό του από την δυνατότητα προσαρμογών. Αυτές θα το βοηθούσαν να φέρει την διαδικασία πιο κοντά στην υποκειμενικότητά του, ώστε να λειτουργήσει καλύτερα και με τρόπο αρμονικό προς τις ιδιαίτερες δυνατότητές του και την πραγματικότητα της καθημερινότητας. Έτσι μπορεί να προκληθεί ναρκισσιστικός θυμός: αφενός η αποτελεσματικότητα του προγράμματος εκ των πραγμάτων μειώνεται, αφετέρου οι ανάγκες του ατόμου δεν ικανοποιούνται, καθώς δεν τις αναφέρει στον ειδικό, καθώς το άτομο διατηρεί την παράδοξη προσδοκία ο ειδικός να γνωρίζει τι συμβαίνει μέσα του. Υπάρχει με άλλα λόγια μια ναρκισσιστική προσδοκία συμβίωσης. Η πρώτη περίοδος προετοιμάζει την είσοδο στην δεύτερη περίοδο.

Η δεύτερη περίοδος χαρακτηρίζεται από αποεπένδυση του σώματος, της υγείας και της ευεξίας, που δέχονται επίθεση διαμέσου καταστροφικών αποφάσεων για τον τρόπο ζωής. Αυτή η οριακή λειτουργία όπου κυριαρχεί σύγχυση των ορίων μεταξύ εαυτού και άλλου συνάδει με το προφίλ Παραμόρφωσης της Πραγματικότητας. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας είναι η υπεργλυκαιμική μνήμη που καθιερώνεται κατά τις περιόδους υπερφαγίας, η οποία επιτρέπει την υπερέκφραση του κακού γονότυπου. Αυτή η περίπτωση μπορεί να προσθέσει νέα οπτική στην μονιμότητα των διαταραχών διατροφής στο ΜετΣ.

Κατά την δεύτερη περίοδο οι ασθενείς απορρίπτουν τους εξιδανικευμένους ειδικούς καθώς και τον εξιδανικευμένο υγιή εαυτό τους. Εισέρχονται σε μια περίοδο υπερφαγίας με τροφές πλούσιες σε πουρίνες, υπερκαταναλώνουν καφέ και αναψυκτικά και εγκαταλείπουν την άσκηση. Η υπερφαγία προκαλεί κυτταρική υπερφαγία, αύξηση στην παραγωγή ελευθέρων ριζών και διαταραχή στην έκκριση ινσουλίνης (Naessén et al., 2003). Με τον τρόπο αυτό προκαλείται διαταραχή στην ανοχή της γλυκόζης, η οποία επιφέρει οξεία γλυκίωση στα ενδοθήλια κύτταρα, τα Τ κύτταρα, τα λευκά λεία κύτταρα, τα μεσάγγλια και άλλα κύτταρα. Η διακοπή της άσκησης προκαλεί αύξηση των ελευθέρων ριζών, μέσω κυτταρικής υποξίας.

Και οι δυο περίοδοι έχουν τον χαρακτήρα ακραίων προσπαθειών υπεραναπλήρωσης ώστε να ανακτηθεί η ισορροπία, μετά την επίδραση ενός στρεσογόνου παράγοντα. Τα στατιστικά ευρήματα της έρευνας σε συνδυασμό με τις κλινικές μας παρατηρήσεις τονίζουν την σημασία της ωριμότητας του εγώ και της ικανότητας επεξεργασίας των συναισθημάτων και των αναπαραστάσεων στην επιβίωση μέσα σε συνθήκες στρες.

Εάν θεωρήσουμε τα ευρήματά μας ως ένα στιγμιότυπο των δυναμικών ψυχοβιολογικών διαδικασιών στους ασθενείς με ΜετΣ, πριν αυτό προκαλέσει περαιτέρω διαταραχές- και για τον λόγο αυτό αποκλείσαμε ένα μεγάλο μέρος πιθανών συμμετεχόντων- μπορούμε ίσως να ξεχωρίσουμε ένα μοτίβο. Η αλεξιθυμία και οι ανώριμοι μηχανισμοί άμυνας σχηματίζουν το περίγραμμα ενός εύθραυστου εγώ, ανοχύρωτου μπροστά στο άγχος ή αποδυναμωμένου από το ψυχικό τραύμα. Αυτό με την σειρά του προκαλεί την κυτταρική οξειδωση, η οποία εκκινεί μια σειρά από χημικά σήματα άγχους στον οργανισμό.

Θεωρούμε ότι μια πιθανή αιτία της υπερφαγίας στο πλαίσιο αυτό θα μπορούσε να είναι ένα αίσθημα διάχυτου άγχους, το οποίο οφείλεται και στην κυτταρική οξειδωση και τον κυτταρικό θάνατο λόγω των υψηλών επιπέδων ελευθέρων ριζών. Υπερπαραγωγή των τελευταίων πυροδοτεί μια σειρά από λειτουργίες αναζήτησης αντιοξειδωτικών, ενδογενών και εξωγενών, προερχόμενων δηλαδή από τις τροφές. Πριμοδοτείται έτσι η υπερκατανάλωση συγκεκριμένων τροφών και συνοδευόμενη από τους μηχανισμούς σχάσης, όπως αναφέρθηκε πιο πάνω, μπορεί να επηρεάζει την σχάση των δυο περιόδων που αναλύσαμε στις προηγούμενες παραγράφους. Ο οργανισμός οδηγείται σε μεταβολικό κυκεώνα, καθώς οι βασικές οδοί ψυχολογικής και βιοχημικής ρύθμισης του στρες φράσσουν,

αποδυναμώνοντας ένα πλέγμα από μεταβολικές λειτουργίες μέσω της υπερφαγίας και προκαλούμενης από στρες υπεργλυκαιμίας.

Το ενδιαφέρον στην μελέτη αυτών των συσχετίσεων έγκειται στην προβλεπτική αξία των τιμών της αλεξιθυμίας και του αμυντικού προφίλ για την κυτταρική οξειδωση. Επίσης επιτρέπει να διαπιστωθεί με εύκολο και ανέξοδο σχετικά τρόπο ο βαθμός επικινδυνότητας για την ύπαρξη κυτταρικής οξειδωσης. Παράλληλα να διαπιστωθεί κατά πόσον ενδεχόμενη κυτταρική οξειδωση μπορεί να οφείλεται σε ψυχικούς παράγοντες, παρά αποκλειστικά σε περιβαλλοντικούς. Με τον τρόπο αυτό καθίσταται δυνατόν να σχεδιαστεί μια ολοκληρωμένη θεραπευτική παρέμβαση, η οποία θα ενσωματώνει βιοχημικούς, διατροφικούς και ψυχολογικούς παράγοντες.

Το σημαντικότερο όφελος της υπόθεσής μας για την επίδραση της ψυχικής λειτουργίας στην κυτταρική οξειδωση έγκειται στο ότι ποσοτικοποιεί και αναλύει με όρους στατιστικής φαινόμενα τα οποία δεν έχουν τύχει τέτοιου είδους μεταχείρισης. Για πρώτη φορά καθίσταται ορατή η επίδραση της αποτυχίας διαχείρισης των διεγέρσεων σε κυτταρικό επίπεδο, καθρέφτη της ενόρμηση θανάτου. Έννοια ορατή από τους ψυχαναλυτές αλλά μόνο από αυτούς, η ενόρμηση θανάτου, καταστροφική δύναμη που πλήττει το σώμα., καταγράφεται με όρους βιοχημείας και καθίσταται ορατή για μεγαλύτερη μερίδα των ειδικών που ασχολούνται με το ΜετΣ.

5.3 Συζήτηση Ερευνητικού Ερωτήματος III

Αναμένεται ότι στο ΜετΣ η χρηστική λειτουργία, όπως φαίνεται μέσα από την κατάρρευση του μεταβατικού χώρου, έχει θετική συσχέτιση με ναρκισσιστικές λειτουργίες και εκφορτιστικές τάσεις.

Το βασικό εύρημα αυτής της μελέτης είναι, ότι οι ασθενείς με ΜετΣ που δυσκολεύονται να δημιουργήσουν μεταβατικό χώρο μεταξύ πραγματικότητας και φαντασίας είναι πιο πιθανό να προκαλέσουν εκφορτίσεις μέσω του σώματος και της διατροφικής συμπεριφοράς.

Η κατάρρευση της φαντασίωσης στην πραγματικότητα, η οποία συναντάται στις ψυχοσωματικές διαταραχές, αποτελεί ένδειξη χρηστικής λειτουργίας, πιθανώς ως αποφυγή της διέγερσης που προκαλείται από εσωτερικές συγκρούσεις. Η πράξη στο πλαίσιο αυτό έχει εκφορτιστικό χαρακτήρα, απομακρύνοντας την σωματοψυχική ενότητα από την ψυχοποίηση και κατευθύνοντάς την προς την σωματοποίηση. Η κατανάλωση, ειδικότερα τροφής στο ΜετΣ, και η σωματοποίηση ως αμυντικοί μηχανισμοί, κυριαρχούν, όταν υπάρχει αποσύνδεση της πραγματικότητας από την

φαντασία, όταν δηλαδή αποτυγχάνει η δημιουργία και διατήρηση του μεταβατικού χώρου. Η κατανάλωση παρατηρούμε ότι ενεργοποιείται λιγότερο στους νεαρούς ενήλικες, ενώ είναι αυξημένη στην κατηγορία των μεσήλικων 36-45 ετών. Το εύρημα αυτό μπορεί να επηρεάζεται από τον μικρό αριθμό των νεαρών ενηλίκων, και θα ήταν σκόπιμο να διερευνηθεί περαιτέρω από μελλοντική έρευνα.

Η κατάρρευση του μεταβατικού χώρου διαπιστώσαμε ότι αυξάνεται όσο αυξάνεται η υπερφαγία, όσο χρησιμοποιούνται οι αμυντικοί μηχανισμοί της σχάσης και της παντοδυναμίας, καθώς και η ψυχική αποδιοργάνωση μπροστά σε ασυνείδητες προβολές. Η υπερφαγία εδώ φαίνεται ότι σχετίζεται με ναρκισσιστική λειτουργία, όταν ο μεταβατικός χώρος ανάμεσα στο άτομο και το αντικείμενο –τον άλλο– καταρρέει. Η ναρκισσιστική λειτουργία γίνεται προφανής μέσα από τους αμυντικούς μηχανισμούς που την χαρακτηρίζουν: την σχάση σε καλό και κακό αντικείμενο και την παντοδυναμία, η οποία χαρακτηρίζει πρώιμα στάδια ψυχικής λειτουργίας. Το άτομο παραμένει αδιαφοροποίητο από το αντικείμενο και το περιβάλλον του. Ο μεταβατικός χώρος καταρρέει. Αναδύονται πρώιμα άγχη, τα οποία πυροδοτούν προβολές. Τραύματα στις πρώιμες σχέσεις μπορεί να καθηλώσουν το παιδί, εμποδίζοντας ή δυσχεραίνοντας την σωματοψυχική ολοκλήρωση.

Η McDougall (1984, 1991) αναφέρεται σε ασθενείς «νορμοπαθείς», αποκομμένους από την υποκειμενικό τους κόσμο. Χρησιμοποιώντας της έννοιες της αλεξιθυμίας και της χρηστικής σκέψης, εξηγεί την ανικανότητα αυτών των ασθενών να συγκρατήσουν και να επεξεργαστούν την υποκειμενική εμπειρία. Παρατηρεί, ότι πολλοί αλεξιθυμικοί ψυχοσωματικοί ασθενείς μιλούν για το σώμα τους ως εάν να ανήκει στον εξωτερικό κόσμο. Αποδίδει αυτόν τον τρόπο σχέσης, στις πρώιμες συναλλαγές μητέρας-παιδιού, όταν το βρέφος υπάρχει συμβιωτικά με το σώμα της μητέρας. Αναφέρει ότι αυτά τα παιδιά μπορεί να αντιλαμβάνονται τα συναισθήματά του ως όχι πραγματικά δικά τους, αλλά μόνο εφόσον αναγνωρίζονται από την μητέρα. Στην ανάλυσή τους αναφέρουν, ότι οι γονείς ήταν προσεκτικοί στον σωματικό και καθόλου στον ψυχικό πόνο. Ο λόγος στην οικογένεια προάγει το ιδανικό της απουσίας συναισθηματισμού, καταδικάζοντας την εμπειρία της φαντασίωσης. Το εύρημά μας ότι όσο αυξάνεται η κατάρρευση του μεταβατικού χώρου τόσο μειώνεται η πιθανότητα να έχει ο ασθενής έναν ή και τους δυο γονείς υπέρβαρους, ενδεχομένως να σχετίζεται με την προσοχή που αποδίδουν οι γονείς στις σωματικές λειτουργίες, εις βάρος των ψυχικών.

Από την κλινική μου εμπειρία προκύπτουν παρόμοιες περιπτώσεις, όπου προσέρχεται ένας ανήλικος ή ενήλικος υπέρβαρος ασθενής με ΜετΣ, με έναν αδύνατο και ιδιαίτερα αθλητικό γονέα να τον συνοδεύει. Συχνά οι γονείς στις περιπτώσεις αυτές είναι επικριτικοί ως προς τις ατελέσφορες, και συχνά αναρίθμητες, προσπάθειες των απογόνων τους να αδυνατίσουν, ενώ συχνά τους υπονομεύουν. Οι ίδιοι είναι πειθαρχημένοι ως προς τις διατροφικές τους συνήθειες, με φανερές δυσκολίες ψυχικής επικοινωνίας και ενσυναίσθησης. Συχνά ζουν στο ίδιο σπίτι με τα παιδιά τους, ακόμα και όταν αυτά βρίσκονται σε μεγάλη ηλικία. Τέτοιου είδους γονείς παρατηρώ ότι αποτελούν κακό προγνωστικό παράγοντα για την αποτελεσματικότητα της απώλειας βάρους. Όταν η σχέση επουλωθεί, ο ασθενής κατορθώσει να διαχωρισθεί από τον γονέα και αδυνατίζει, απεκδυόμενος τον ρόλο του «χοντρού της οικογένειας», συχνά ο γονέας ασθενεί ή γίνεται ο ίδιος υπέρβαρος. Σε άλλες περιπτώσεις είναι ο ίδιος ο ασθενής που παλινδρομεί σωματικά και αναπτύσσει κάποια σωματική δυσλειτουργία, η οποία έχει ως αποτέλεσμα να αναλάβει το απολεσθέν βάρος. Η δυσκολία στην μετάβαση από την μια ισορροπία στην άλλη παρουσιάζει δυσκολίες. Ένας ασθενής λέει: «και εάν εγώ αδυνατίσω τι θα γίνει; Τώρα την ώρα του φαγητού όλοι ασχολούνται μαζί μου και δεν τσακώνονται. Είναι τρέλα. Απλώνουν οι κοπέλες (οικιακές βοηθοί) τις πιατέλες. Κάθε μέρα γίνεται αυτό. Σαν να είναι δεξίωση. Εάν πάρω κάτι παραπάνω όλοι αρχίζουν να φωνάζουν. Αν δεν φάω, αρχίζουν να τσακώνονται. Κι εγώ πηγαίνω και φέρνω το βιολί μου και τους παίζω. Αν έχω φάει πολύ πάω στην τουαλέτα και κάνω εμετό. Με ακούνε και σταματούν. Μετά πάλι φωνάζουν».

Βαθύτερη ανάλυση των ψυχικών μηχανισμών που ενεργοποιούνται σε ψυχοσωματικούς ασθενείς βρίσκουμε στο κείμενο της McDougall (1982) «Théâtres du corps». Αναφέρει, ότι η παραμέληση του σώματος, πριν ακόμα εμφανιστούν ή καταγραφούν τα πρώτα συμπτώματα της ασθένειας, έχει σκοπό να καταστρέψει τα μισητά ή επικίνδυνα κομμάτια της εικόνας της μητέρας. Μοιάζει σαν το σώμα του ψυχοσωματικού ασθενούς να μην είναι δικό του. Είναι το σώμα της μητέρας ή ένα σώμα μη διαχωρισμένο από το δικό της, σε συμβιωτική κατάσταση. Η συγγραφέας παρατηρεί, ότι άτομα που κάνουν κατάχρηση ουσιών και τροφής διατηρούν ιδιαίτερα στενή σχέση με το πρώιμο σώμα παιδιού-μητέρας. Αποτέλεσμα αυτής της μη-διαφοροποίησης είναι, η πρωταρχική σκηνή να παίζεται όχι μεταξύ τριών ξεχωριστών προσώπων, αλλά εντός του ίδιου του ασθενούς. Ψυχική ενδοβολή προστατευτικής λειτουργίας της μητέρας απουσιάζει. Η ταύτιση είναι τόσο πρόωμη,

ώστε να μην εξασφαλίζεται η αναγκαία απόσταση που θα επέτρεπε να βιωθεί η μητέρα ως ξεχωριστό πρόσωπο και να πάψει να είναι απειλητική για την υποκειμενικότητα του ατόμου. Στο σημείο αυτό σκεφτόμαστε, ότι η λέξη άτομο δεν χαρακτηρίζει με το καλύτερο τρόπο αυτό που καλείται να περιγράψει, εφόσον πρόκειται σε έναν βαθμό όχι για διαχωρισμένη ύπαρξη, αλλά για μια ύπαρξη που φέρει παρασιτικά μια άλλη ύπαρξη.

Ο Ogden (1982,1985,1989) συσχετίζει τις καταστάσεις που η McDougall (1984) χαρακτήρισε ως καταστάσεις αποσυναισθηματοποίησης, ή όπως τις αποκαλεί “καταστάσεις μη-βιώματος”, στην εννοιολογική κατασκευή του μεταβατικού χώρου (Winnicott, 1971). Η τελευταία περιγράφει τον χώρο μεταξύ εαυτού και αντικειμένου, καθώς και μεταξύ πραγματικότητας και φαντασίωσης. Όταν η πραγματικότητα χρησιμοποιείται κυρίως ως άμυνα ενάντια στην φαντασίωση, ο πόλος της φαντασίωσης καταρρέει μέσα σε εκείνον της πραγματικότητας. Αυτές οι καταστάσεις αντιπροσωπεύουν κάποια πιθανή μορφή ψυχοπαθολογίας, η οποία μπορεί να εμφανιστεί, όταν καταρρέει ο μεταβατικός χώρος. Μια άλλη μορφή κατάρρευσης είναι η ψύχωση, στην οποία η πραγματικότητα καταρρέει μέσα στην φαντασίωση. Ο διαχωρισμός φαντασίωσης και πραγματικότητας είναι ένας μόνο τρόπος κατασκευής και οργάνωσης της εμπειρίας.

Για να έχει νόημα και ζωτικότητα μια εμπειρία, η πραγματικότητα και η φαντασίωση δεν μπορούν να είναι πολύ διαχωρισμένες ή μια από την άλλη. Η φαντασίωση αποκομμένη από την πραγματικότητα γίνεται απειλητική. Η πραγματικότητα αποκομμένη από την φαντασίωση γίνεται άτονη. Το νόημα στην ανθρώπινη εμπειρία παράγεται και εμπλουτίζεται μέσα από την κοινή διαλεκτική μεταξύ φαντασίωσης και πραγματικότητας. Μια προσαρμοστική, υγιής και λειτουργική ικανότητα να διατηρείται ο μεταβατικός χώρος, θα ήταν έκδηλη σε άτομα που κατορθώνουν να διαχωρίζουν την ατομική τους ψυχική πραγματικότητα από αυτήν των άλλων ανθρώπων, ενώ παράλληλα διατηρούν ικανοποιητικά κάποια ενδιάμεση μεταβατική περιοχή, όπου η πραγματικότητα και η φαντασίωση γίνονται αντιληπτές ως ξέχωρες αλλά και αλληλένδετες.

Παρόμοια έννοια είχε αναφέρει ο Rappaport (1957, 1967C). Χρησιμοποίησε την έννοια της σχετικής αυτονομίας του Εγώ από το Εκείνο και την σχετική αυτονομία του Εγώ από την εξωτερική πραγματικότητα, για να δείξει πώς η πραγματικότητα μπορεί να χρησιμεύσει ως άμυνα απέναντι στην φαντασίωση, και αντίστροφα πώς η φαντασίωση μπορεί να αποτελέσει άμυνα απέναντι στην

πραγματικότητα. Καταλάβαινε την άκαμπτη και πραγματιστική σκέψη των σχιζοφρενών ως έλλειμμα στην αυτονομία του Εγώ από το Εκείνο, και το μαζικό ενδοψυχικό μπλοκάρισμα των ενστικτωδών ενορμήσεων σε άλλους ασθενείς (με ψυχαναγκαστική διαταραχή) ως μορφή δυσλειτουργίας στην αυτονομία του Εγώ από την εξωτερική πραγματικότητα.

Εάν εφαρμόσουμε την ψυχαναλυτική έννοια του συνεχούς πραγματικότητας-φαντασίωσης στην αλεξιθυμία, όπου η πραγματικότητα κλέβει από την φαντασίωση την ζωτικότητα και η φαντασιωσική λειτουργία είναι ελλειμματική και εξαρτάται από την πραγματικότητα, τότε ίσως θεωρήσουμε ότι η αλεξιθυμική προσωπικότητα παρουσιάζει παθολογία προσαρμογής (Sami Ali, 1987). Η Joyce Mac Dougall το 1991 πρότεινε, ότι οι ψυχοσωματικοί και οι ψυχωτικοί ασθενείς έχουν παρόμοια ψυχική δομή. Αυτή η ομοιότητα προχωρά πέρα από την δυναμική των ασυνείδητων φόβων σχετικά με την επαφή με τα εξωτερικά αντικείμενα. Η απειλή φαίνεται να έρχεται από τις συναισθηματικές καταστάσεις. Ψυχικοί μηχανισμοί, όπως η αλεξιθυμία και η κομφορμιστική σκέψη, ενεργοποιούνται για να κρατήσουν τον αρχαϊκό τρόπο μακριά και στις δυο καταστάσεις.

Η θεώρηση αυτή τοποθετεί την αλεξιθυμία και την ψύχωση σε παράλληλη τροχιά, ως μορφές ψυχοπαθολογίας, απότοκες κάποιας κατάρρευση του μεταβατικού χώρου. Και οι δυο αποτελούν σοβαρό έλλειμμα στην ικανότητα διατήρησης της διαλεκτικής έντασης μεταξύ πραγματικότητας και φαντασίας. Αν και τοποθετούνται σε αντίθετους πόλους τους συνεχούς πραγματικότητας-φαντασίωσης, η αλεξιθυμία και η ψύχωση μαρτυρούν δυσλειτουργία στην αυτονομία του Εγώ (Rappaport, 1957, 1967) και στις εμπειρίες απουσίας ενσωμάτωσης. Αυτή η σύγκριση μπορεί να φανεί παράδοξη, καθώς λίγα άτομο φαίνονται πιο παράξενα από εκείνα που κυριαρχούνται από ψυχωτικό τρόπο σκέψης, και λίγα φαίνονται τόσο καλά προσαρμοσμένα στην εξωτερική πραγματικότητα, όσο αυτά που παρουσιάζουν αλεξιθυμικά και ψυχοσωματικά συμπτώματα. Ωστόσο, ενώ η σχιζοφρένεια χαρακτηρίζεται από επίθεση στις ψυχολογικές ικανότητες μέσω των οποίων δημιουργείται κάποιο νόημα –έστω και παραληρητικό-, στην αλεξιθυμία και την ψυχοσωματική υπάρχει επίθεση στην ψυχολογική ικανότητα να συλλαμβάνει το συναίσθημα και να το χρησιμοποιεί για να σκεφτεί. Ενώ στην ψύχωση η σκέψη δημιουργεί μια παραληρητική έκφραση, στην ψυχοσωματική είναι το σώμα που παραληρεί (McDougall, 1991).

Παρόμοια φαινόμενα απαντώνται στον αυτισμό, ακραία ναρκισσιστική κατάσταση, όπου, σύμφωνα με την Κλαίρη Συνοδινού (1996), «η επένδυση της

αμυντικής επιφάνειας, που είναι η επιφάνεια αντίστασης αλλά ταυτόχρονα και επαφής, σηματοδοτεί την επαφή και την ομοιότητα ανάμεσα σε αυτά που βρίσκονται στις δυο πλευρές της επιφάνειας» (σελ. 28). Όταν το αυτιστικό παιδί αποδεχθεί την προσέγγιση του θεραπευτή, τον καθιστά μέρος του σώματός του, χωρίς ακόμα να αντιλαμβάνεται την διάκριση εαυτός-άλλος. Φαίνεται σαν να μην δημιουργείται κάποια φαντασίωση ένωσης μέσα από την σχέση, αλλά η ίδια η σχέση να αποτελεί ένωση.

Μελετώντας την ικανότητα του ατόμου να δημιουργεί, να χρησιμοποιεί και να διατηρεί τον μεταβατικό χώρο μεταξύ πραγματικότητας και φαντασίωσης, χρησιμοποιούμε την κλίμακα Reality-Fantasy Scale, η οποία προκύπτει από την ομαδοποίηση και ανάλυση απαντήσεων στο προβολικό τεστ του Rorschach (Tibon et al., 2002, 2005). Καθώς το Rorschach προσφέρει ερεθίσματα, ως μεταβατικά αντικείμενα, τα οποία ταυτόχρονα δημιουργούνται (επειδή η κηλίδα παίρνει την έννοια που της δίνει ο εσωτερικός κόσμος του ατόμου) και ανακαλύπτονται (επειδή η τελική απάντηση πρέπει να είναι μέσα στα όρια των υπαρχόντων χαρακτηριστικών της κηλίδας), μπορούνε να υποθέσουμε, ότι αποκαλύπτει την ικανότητα του ατόμου να διατηρεί τον μεταβατικό χώρο (Tibon et al., 2005). Η σημασία των ευρημάτων μας ενισχύεται από το γεγονός, ότι η ικανότητα διατήρησης μεταβατικού χώρου δεν προκύπτει στο δείγμα μας να επηρεάζεται από το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την επαγγελματική κατάσταση, την ηλικία έναρξης της διαταραχής και τα γεγονότα που προηγήθηκαν της έναρξης του ΜετΣ.

Όταν η πραγματικότητα καταρρέει μέσα στην φαντασιωσική λειτουργία, αυξάνει η κατανάλωση, όπως προκύπτει από τα ευρήματά μας. Η ναρκισσιστική λειτουργία, όπως στην ψύχωση, δημιουργεί έτσι τάσεις ενσωμάτωσης με το αντικείμενο. Οι τάσεις αυτές θα μπορούσαν να αποκτήσουν νόημα, εφόσον τις σκεφτούμε στο πλαίσιο της πρωτογενούς διαδικασίας, όταν σε έναν κόσμο μη-διαφοροποίησης από το αντικείμενο, το τελευταίο επιστρέφει στο σώμα, ως εάν με μαγικό τρόπο να γινόταν συγκόλληση των κατακερματισμένων μερών ενός όλου.

Την ίδια στιγμή η καταφυγή στην πράξη μειώνεται, όπως θα ήταν αναμενόμενο, καθώς το άτομο διέρχεται μια σύντομη –λιγότερο ή περισσότερο– περίοδο ψυχικής επεξεργασίας της διεγερτικής κατάστασης. Από την κλινική διερεύνηση και την περιγραφή των ασθενών σχετικά με τις διατροφικές και εργασιακές τους συνήθειες, προκύπτει το φαινόμενο που θα ονομάσουμε «ψυχοσωματική τραμπάλα». Σε επαφή με τους άλλους το άτομο γίνεται χρηστικό,

ψύχραιμο και αποδοτικό. Την στιγμή που θα βρεθεί σε ασφαλή χώρο, όπως αυτός του σπιτιού, μπορεί να έχει στιγμές όπου θα αφηθεί στην σύντηξη με το αντικείμενο, μέσω της τροφής. Το αυστηρό Ιδανικό του Εγώ που φαίνεται να κυριαρχεί μπροστά στον κοινωνικό ή ακόμα και οικογενειακό περίγυρο, και απαιτεί από το άτομο να είναι αποτελεσματικό και κοινωνικά συντονισμένο, σβήνει για μερικές στιγμές μέσα στην κατοχή του αντικειμένου από το άτομο και του ατόμου από το αντικείμενο.

Συχνά κάποιοι ασθενείς αναφέρουν, χαϊδεύοντας κυκλικά το στομάχι τους, «ένα κενό» που πρέπει να γεμίσει. Παράλληλα περιγράφουν την υπερφαγία, ιδιαίτερα στο τέλος μιας δύσκολης ημέρας, ως στιγμές όπου «το κεφάλι αδειάζει». Συχνά δεν είναι σε θέση να περιγράψουν την ποσότητα που έχουν καταναλώσει, ενώ άλλες φορές γίνεται εναλλαγή αλμυρών και γλυκών τροφών, μέχρι να επιτευχθεί το «ακριβώς σωστό συναίσθημα». Θα μπορούσε άραγε αυτή η κίνηση να υπονοεί την επιστροφή στην εμβρυακή κατάσταση; Έχει καταγραφεί από άλλες έρευνες, οι οποίες παρουσιάζονται στο πρώτο μέρος της διατριβής, ότι συχνά ασθενείς που θα εκδηλώσουν ΜετΣ αργότερα στην ζωή τους εκτίθενται ως έμβρυα σε παρόμοια ερεθίσματα, μέσω της μητρικής διατροφής. Μια πιθανή εξήγηση για την ενήλικη συμπεριφορά των επεισοδίων υπερφαγίας σε συνθήκες άγχους θα ήταν, ότι γίνεται αυτό που θα ονομάσω «βιοχημική παλινδρόμηση», στην ενδομήτριο ζωή, κατά την οποία δεν υπήρχαν τα εξωτερικά αντικείμενα, ούτε ακόμη η αίσθηση του ατελούς, η οποία εμφανίζεται σύμφωνα με τον Groddeck μετά την γέννηση και τον διαχωρισμό του φύλου. Το άτομο φαίνεται να παλινδρομεί ψυχοσωματικά σε αυτό που ονόμασε ο Groddeck (1969) «ψυχοφυσιολογική παντοδυναμία». Ο μεταβατικός χώρος καταρρέει, διότι το άτομο παλινδρομεί «στο όλον», την εμβρυακή κατάσταση.

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι η ικανότητα διατήρησης του μεταβατικού χώρου μπορεί να αποτελέσει σημαντικό δείκτη ψυχοπαθολογίας. Ειδικά στο ΜετΣ θα ήταν δυνατόν να λειτουργήσει ως εργαλείο βαθύτερης κατανόησης παρατηρούμενων συμπεριφορών, όπως η κατανάλωση (τροφής, αλκοόλ, αγορών). Η κατάρρευση του μεταβατικού χώρου αποτελεί μέρος της ψυχοπαθολογικής συνιστώσας, η οποία οδηγεί στην σωματική αποδιοργάνωση. Αυτή η διαπίστωση μπορεί να διευρύνει την αντίληψη μεγάλου μέρους του ιατρικού κόσμου, που θεωρεί το ΜετΣ ως αποτέλεσμα γονιδιακών ή περιβαλλοντικών επιδράσεων. Η χαρτογράφηση του ιδιαίτερου χαρακτήρα της υπερφαγίας στο ΜετΣ, όταν καταρρέει ο μεταβατικός χώρος μεταξύ υποκειμένου και αντικειμένου, φωτίζει με άλλον τρόπο την μέχρι σήμερα κλινική σκέψη και πρακτική. Η θεραπευτική πρακτική δεν μπορεί παρά

να περάσει μέσα από την ενίσχυση του μεταβατικού χώρου μεταξύ αναλυτή και αναλυόμενου, σε κλασική ανάλυση ή ψυχοθεραπεία. Απομακρυνόμενη από την βία της ερμηνείας επί του συμπτώματος της υπερφαγίας, η θεραπεία μπορεί να γίνει επωφελής για τον ασθενή με ΜετΣ όταν γίνει επεξεργασία, μέσα από κατασκευή αναπαραστάσεων και μεταβολισμό συναισθηματικών καταστάσεων, της σχέσης με τον άλλο.

5.4 Συζήτηση Ερευνητικού Ερωτήματος IV

Αναμένεται ότι η διάγνωση της υπερφαγίας στο ΜετΣ δεν σχετίζεται με παλινδρόμηση στο στοματικό στάδιο, αλλά αποτελεί εκφορτιστική συμπεριφορά..

Η διαταραχή υπερφαγίας είναι ένα φαινόμενο ιδιαίτερα συχνό στο ΜετΣ, σύμφωνα με την κλινική μας εμπειρία. Αποτέλεσε ουσιαστικά τον πρώτο στόχο διερεύνησης αυτής της κλινικής οντότητας. Η μεταβολή του θέματος της διατριβής από «Διερεύνηση της εμφάνισης ψυχοπαθολογίας σε άτομα που ακολουθούν εξειδικευμένα προγράμματα διατροφής στην Ελλάδα» σε «Θεωρητική και κλινική διερεύνηση της εμφάνισης ψυχοπαθολογίας σε ασθενείς ΜετΣ υπό εξειδικευμένο πρόγραμμα διατροφής» οφείλεται σε δυο βασικές διαπιστώσεις, οι οποίες προέκυψαν κατά την διάρκεια της διερεύνησης του πρώτου θέματος.

Η πρώτη διαπίστωση αφορά την εξαιρετικά μεγάλη επίπτωση του ΜετΣ στον πληθυσμό που επιδιώκει απώλεια βάρους, τουλάχιστον στον χώρο από όπου συγκεντρώθηκε το δείγμα. Αυτή η διαπίστωση ήταν που κατεύθυνε το ενδιαφέρον μας αρχικά προς την ψυχοσωματική, και στη συνέχεια προς την έννοια των ψυχοσωματικών αποδιοργανώσεων σύμφωνα με την IPSO. Η δεύτερη διαπίστωση, στηρίζεται στην ιδιαίτερη φύση των διαταραχών διατροφής σε ασθενείς με ΜετΣ, διαφοροποιώντας τους από το κλασικό πρότυπο της βουλιμίας, η οποία βιβλιογραφικά συνδέεται με διαταραχές μεταβολισμού.

Ο βαθύτερος λόγος της μεταστροφής ωστόσο, αφορά την θεραπευτική πρακτική. Αγγίζει βαθύτερες πτυχές και κίνητρα του κλινικού, διότι αφορά τον τρόπο με τον οποίο ερμηνεύεται το σύμπτωμα και διαμορφώνεται η θεραπευτική σκέψη, ο στόχος και η πρακτική. Η βαθύτερη κατανόηση της ψυχοσωματικής κατάστασης του ΜετΣ επιτρέπει στον κλινικό να προσεγγίσει το άτομο που έχει εισέλθει σε αυτή την κατάσταση υγείας, αφουγγραζόμενος τις ιδιαίτερες ανάγκες και εξατομικεύοντας τις φροντίδες του. Μέσα από την κατανόηση του ΜετΣ ως ψυχοσωματικού φαινομένου πλαισιώνεται και εμπλουτίζεται η κλινική πρακτική.

Εξετάζοντας το θέμα της υπερφαγίας στο ΜετΣ, οφείλουμε να την σκεφθούμε, όπως άλλωστε κάθε άλλο σύμπτωμα, ως προσπάθεια διατήρησης της σταθερότητας. Η αρχή της σταθερότητας, σύμφωνα με τον Pirlot (2010) δεν αντιστοιχεί στην έννοια της ομοιοστασίας που περιέγραψε ο Walter Cannon. Διότι, ενώ η πρώτη αναφέρεται στην μείωση της διέγερσης και την διατήρησή της κάτω από ένα ορισμένο κατώφλι, η δεύτερη περιγράφει μια δυναμική ισορροπία σε έναν ζώντα οργανισμό. Η μετέπειτα φροϋδική ανάπτυξη της έννοιας του Εγώ, το οποίο ρυθμίζει τις διεγέρσεις, όχι ώστε να βρίσκονται κάτω από το ανεκτό κατώφλι, αλλά να εξυπηρετούν τις ανάγκες κατά περίπτωση, παρέχει μια ολοκληρωμένη εικόνα του ομοιοστατικού μηχανισμού του ψυχικού οργάνου (Freud, 1923). Η ικανότητα του ψυχικού οργάνου να διατηρεί συνεχές το ποσό της διέγερσης, επηρεάζει την ψυχοσωματική ομοιοστασία (Pirlot, 2010).

Η αρχή της σταθερότητας, χωρίς την έννοια των λειτουργιών του Εγώ, δεν θα μπορούσε να εξηγήσει εκείνες τις αυτοτηρεμιστικές διαδικασίες, που τραυματοφιλικά επιδιώκουν την διέγερση. Στην περίπτωση της υπερφαγίας στο ΜετΣ για παράδειγμα, η υπερβολική λήψη τροφής προκειμένου να μειωθεί η ψυχική ένταση, δημιουργεί επιπλέον σωματική και ψυχική διέγερση. Η σωματική διέγερση προέρχεται βιοχημικά από αιφνίδια αύξηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις από αντισταθμιστική υπερινσουλιναιμία. Στις περιπτώσεις αυτές, η άποψή μας είναι ότι ενεργοποιείται το σωματικό Εγώ, ώστε να ισορροπήσει το ποσόν της διέγερσης σε κυτταρικό επίπεδο, πέρα και χωρίς την στήριξη του αποκομμένου ψυχικού οργάνου. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται η ψυχική σιωπή και μεταφέρεται η σύγκρουση στο σώμα. Σε ορισμένες περιπτώσεις η σωματική διέγερση μπορεί να ενεργοποιήσει συγκινήσεις, όπως άγχος και θυμό, που προέρχονται από την ματαίωση της ναρκισσιστικής παντοδυναμίας του ατόμου, μπροστά στην αδυναμία να αντισταθεί στις παρορμήσεις του.

Η αναβίωση της τραυματικής κατάστασης μέσω της διέγερσης, ιδωμένη μέσα από την έννοια των «αντικρουόμενων διαδικασιών» του Vincent (1986), εμπεριέχει σύμφωνα με τον Pirlot (2010) στοιχεία πρωκτικής διατήρησης ενός διαρκούς ψυχικής διέγερσης, με σκοπό την αντικατάσταση της ενορμητικής διέγερσης. Όταν κυριαρχήσει ο ψυχαναγκασμός της επανάληψης, ο οργανισμός κινείται υπό την κυριαρχία της ενόρμησης θανάτου. Σταδιακά γίνεται απόμειξη των ενορμήσεων, νέκρωση της φαντασιωσικής ζωής και απώλεια των κατακτήσεων της απώθησης. Ακολουθεί σημαντική απώλεια σωματικών λειτουργιών.

Η κλινική οντότητα της ψυχογενούς βουλιμίας παρουσιάζει μεγάλες διαφορές με την διαταραχή υπερφαγίας στο ΜετΣ, τόσο ως προς την έναρξή της όσο και ως προς την ίδια την φύση και αναγκαιότητα της εμφάνισης του συμπτώματος για την επιβίωση του ατόμου σε μια μακρύτερη ή βραχύτερη περίοδο της ζωής του. Το νέο DSM-V επιβεβαιώνει τα ευρήματά μας, ορίζοντας την διαταραχή της επεισοδιακής υπερφαγίας ως ξεχωριστή κλινική οντότητα. Στο μέλλον θα ήταν ίσως σκόπιμο να ενσωματωθούν ειδικότερα ψυχομετρικά, βιοχημικά και ανθρωπομετρικά στοιχεία στην διάγνωση των επεισοδίων υπερφαγίας.

Η διερεύνηση του χαρακτήρα της υπερφαγίας στο ΜετΣ είναι σημαντική, καθώς προσφέρει νέα στοιχεία στην κατανόηση της φύσεως αυτής της διαταραχής. Παρά το γεγονός ότι το δείγμα είναι σχετικά περιορισμένο, ωστόσο καταγράφονται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ μεταβολικών ασθενών με και χωρίς κρίσεις υπερφαγίας. Διαπιστώνουμε ότι, όταν το άτομο που έχει οργανωθεί γύρω από το ΜετΣ, παρουσιάζει αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά, και ιδιαίτερα διαταραχές στην αντίληψη και έκφραση των συναισθημάτων του, είναι πιο πιθανό να πάσχει επίσης από διαταραχή υπερφαγίας. Εξίσου επιβαρυντικός παράγοντας για την εμφάνιση αποτελεί η καταστολή του συναισθήματος και η αμυντική κατανάλωση υλικών αγαθών. Η δυσκολία στον μεταβολισμό του συναισθήματος, είτε με την μορφή της αλεξιθυμίας ή της καταστολής του συναισθήματος σχετίζεται με την διαταραχή υπερφαγίας στο ΜετΣ. Αντίθετα, όσο αυξάνεται το μορφωτικό επίπεδο και η κοινωνικότητα, τόσο μειώνεται η πιθανότητα να εγκαταστήσει ο ασθενής με ΜετΣ διαταραχή υπερφαγίας. Η μόρφωση μπορεί να αποτελέσει παράγοντα μετουσίωσης, ενισχύοντας την ψυχοκοίηση. Από την άλλη μεριά, η ανάγκη για κοινωνικότητα μπορεί να δημιουργήσει κάποιο υποστηρικτικό δίκτυο, ενισχύοντας την ψυχική αντοχή στο άγχος (resilience) (Wu, 2013), υπό την προϋπόθεση ότι η ψυχική λειτουργία επιτρέπει την σχέση με τους άλλους.

Τα αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά δεν επηρεάζονται από το φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, την επαγγελματική κατάσταση. Όπως είδαμε στην συζήτηση της δεύτερης υπόθεσης, η αλεξιθυμία μπορεί να σχετίζεται με ορμονικές διαταραχές. Ως τέτοιες, κατηγοριοποιήσαμε διαταραχές των γεννητικών ορμονών -όπως για παράδειγμα σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών- καθώς και θυρεοειδοτρόπων ορμονών. Μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να διασαφηνίσει τον ρόλο και την αλληλεπίδραση των ορμονών και της αλεξιθυμικής λειτουργίας, σε σχέση με την υπερφαγία στο ΜετΣ. Θεωρούμε, ότι η αλεξιθυμία μπορεί να προκαλέσει ορμονικές

διαταραχές, μέσα από την απουσία διαχείρισης των συναισθημάτων, οι οποίες οδηγούν σε υπερέκκριση ορμονών του στρες, κυτταρική οξείδωση και διαταραχές του μεταβολισμού.

Η αλεξιθυμική λειτουργία μπορεί να είναι αμυντική λειτουργία, πυροδοτούμενη από δυο πιθανά φαινόμενα, στον ίδιο άξονα. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι αποκλείουμε την λειτουργική αλεξιθυμία, η οποία οφείλεται σε εγκεφαλική βλάβη και επικεντρωνόμαστε στην αλεξιθυμική λειτουργία, ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας ή ως λειτουργία πυροδοτούμενη από τραυματικά γεγονότα.

Το πρώτο φαινόμενο που θα εξετάσουμε, βαραίνει περισσότερο προς την πλευρά των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών του ατόμου. Πρόκειται για την αλεξιθυμική λειτουργία ως άμυνα που επιλέγεται απέναντι σε κάποια πηγή διέγερσης, η οποία προκαλεί ενδοψυχικές συγκρούσεις που ξεπερνούν τις ικανότητες ενσωμάτωσης του ατόμου. Αυτή η μορφή αλεξιθυμίας σχετίζεται με ελλείμματα στο αναπαραστατικό δίκτυο του ατόμου, το οποίο δεν είναι σε θέση να φιλοξενήσει συνθέσεις έντονων συναισθημάτων και αναπαραστάσεων. Αντίθετα ενεργοποιούνται αυτό που θα ονομάσουμε «σωματικές αναπαραστάσεις», οι οποίες έχουν να κάνουν με πρώιμα βιώματα, όταν το εγώ ήταν σωματικό. Τα συναισθήματα και οι αναπαραστάσεις που τα συνοδεύουν ατονούν, ενώ πριμοδοτείται η αντίληψη σωματικών αισθήσεων. Η συχνότερη διαταραχή στο ΜετΣ αφορά υπερινσουλιναιμία και υπέρμετρη καύση υδατανθράκων, οι οποίες ωθούν το άτομο να επιθυμεί έντονα την κατανάλωση αμυλούχων τροφών. Όταν καταναλωθούν οι πλούσιες σε υδατάνθρακες τροφές, προκαλείται αντισταθμιστική υπερινσουλιναιμία, η οποία επιταχύνει εκ νέου την ανάγκη για κατανάλωση παρόμοιας τροφής. Αναπαράγεται με τον τρόπο αυτό η πρώιμη εμπειρία διέγερσης –πιθανόν από την ενδομήτριο ζωή, καθώς είδαμε στο κεφάλαιο 1- η οποία προκαλεί παραμορφώσεις και σχάσεις στην αντίληψη της πραγματικότητας.

Σε αυτό το πλαίσιο η υπερφαγία μπορεί να έχει δυο μορφές και αιτιολογίες. Μπορεί να αποτελεί σωματική απόκριση σε ψυχική διέγερση, η οποία δεν κατορθώνει να παραμείνει στο ψυχικό πεδίο. Στην περίπτωση αυτή, το εξωτερικό ερέθισμα έχει βαρύνουσα σημασία. Από την άλλη πλευρά, αν και όχι τόσο διαχωρισμένα, η υπερφαγία μπορεί να κάνει την εμφάνισή της στο πλαίσιο υπερινσουλιναιμίας και υδατανθράκωσης, όταν το άτομο παραμελεί την διατροφή και αγνοεί τις ανάγκες του. Παραμένει σε νηστεία για πολλές ώρες, συνήθως κατά τις

εργάσιμες ώρες, ή ακόμα καταναλώνει τροφές, οι οποίες διεγείρουν την υπερέκκριση ινσουλίνης. Στο σημείο αυτό σημειώνεται αποσύνδεση από τις σωματικές λειτουργίες, στο ότι ενώ διαπιστωμένα το άτομο μπορεί να γνωρίζει πως εάν καταναλώσει γλυκό θα ξαναπεινάσει σύντομα ή θα αισθανθεί ληθαργικό, παρόλα ταύτα επαναλαμβάνει αυτή τη συμπεριφορά. Βρισκόμαστε άραγε υπό την επίδραση της ενόρμησης θανάτου; Θα υποστηρίζαμε ότι αυτού του είδους η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά υποκινείται και από επιθετικότητα προς το σώμα ή το αντικείμενο, το οποίο παραμένει εκτός σχέσης αλλά σε κατάσταση σύντηξης.

Το δεύτερο φαινόμενο που θα εξετάσουμε βαρύνει περισσότερο προς τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του ερεθίσματος ή της κατάστασης. Πρόκειται για καταστάσεις με ιδιαίτερη συναισθηματική ένταση, όπως απώλεια γονέων, απώλεια σωματικών λειτουργιών λόγω ατυχήματος, καθώς και συνδυασμό διαφόρων έντονων συνθηκών ή πολλαπλών διαδοχικών αποτυχιών ή απωλειών. Αυτές επηρεάζουν την σωματοψυχική ενότητα του ατόμου, ανάλογα με τον βαθμό ευαισθησίας πάντα. Ωστόσο πρόκειται για ερεθίσματα με αυξημένο ψυχικό φορτίο, ικανά να επηρεάσουν καλά οργανωμένα άτομα.

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι στο ΜετΣ η συμπεριφορά της υπερφαγίας λειτουργεί ως εκφορτιστική συμπεριφορά, στο πλαίσιο αποψυχοποίησης και ως επανάληψη του τραύματος. Το σώμα καθίσταται η βασική οδός ανακούφισης από την ένταση, με την αντίφαση, ότι αυτό το αποτέλεσμα επιτυγχάνεται μέσω της υπερδιέγερσης. Η τροφή γίνεται το εύκολο ελέγξιμο και διαχειρίσιμο αντικείμενο, σε αντίθεση με τα αντικείμενα που προκαλούν ένταση- όπως οι άλλοι ή καταστάσεις εκτός του ελέγχου του ατόμου-. Ο γρήγορος ρυθμός κατάποσης και η ουσιαστική απουσία απόλαυσης στην ερωτογενή ζώνη του στόματος, η οποία αποτελεί, σύμφωνα με τον Claude Smadja (2013), το συνειδητό μέρος του σώματος, υπονοεί τον ασυνειδητό (σωματικό) χαρακτήρα της ανάγκης που επιχειρείται να ικανοποιηθεί μέσω της υπερφαγίας και τοποθετείται στα εσωτερικά όργανα και το κύτταρο.

Η ναρκισσιστική λειτουργία που ενεργοποιείται στο ΜετΣ είναι αρκετή, ώστε να προκαλέσει σε ένα βαθμό παραμόρφωση στην αντίληψη της πραγματικότητας και να οδηγήσει σε «λίμνες ναρκισσισμού», στιγμές όπου οι επενδύσεις τόσο ως προς τον έξω κόσμο, όσο και προς τις λειτουργίες αυτοφροντίδας, τις αναπαραστάσεις ως προς το σώμα και την υγεία, τη λογική και τις γνώσεις που έχει αποκτήσει το άτομο, ρευστοποιούνται και θολώνουν υπό την πίεση του άγχους. Θεωρώ ότι πρόκειται για προλεκτική παλινδρόμηση, σε σωματικές αισθήσεις, ή καλύτερα σε

ένα στάδιο, όπου οι αναπτυξιακές κατακτήσεις δεν αναγνωρίζονται γιατί ακόμα δεν έχουν πραγματοποιηθεί, ή ακόμα γιατί δεν στάθηκαν αρκετές για να συγκρατήσουν το τραυματικό φορτίο.

Εάν σκεφθούμε τα εσωτερικά όργανα ως το σωματικό ασυνείδητο, τότε θα μπορούσαμε να δούμε την συστηματική υπερδιέγερσή τους ως αντίστοιχο αυτοερωτικής διαδικασίας, απαλλαγμένης ίσως από την ενοχή; Παρατηρούμε τα συστατικά στοιχεία της διαδικασίας: *ενόρμηση* (επιθυμία για χαλάρωση/τροφή), *αντικείμενο της ενόρμησης* (ο άλλος/η τροφή), *σύγκρουση* (η χρηστική λειτουργία και το Ιδεώδες –και παντοδύναμο- Εγώ δεν επιτρέπουν να υπάρξει στο άτομο η ανάγκη για σχέση με το αντικείμενο), *μετατόπιση* από το ψυχικό στο σωματικό πεδίο. Η ψυχική διέγερση απορρίπτεται από το ψυχικό όργανο και καταλήγει στην πρώτη σωματική λειτουργία-σχέση με το αντικείμενο, την λήψη τροφής. Η ενοχή, δομικό στοιχείο το οποίο κατακτάται κυρίως μετά-οιδιποδειακά, θεωρώ ότι απουσιάζει στην ολοκληρωμένη μορφή της. Ωστόσο, μέσα από τις κλινικές παρατηρήσεις μεταβολικών ασθενών, εμφανίζεται κάτι που φαίνεται ως ο πρόγονος της ενοχής.

Βασικό συστατικό της οιδιπόδειας ενοχής είναι η απειλή του ευνουχισμού ως απάντηση στις απαγορευμένες επιθυμίες. Κατά την παλινδρόμηση λειτουργιών στο ΜετΣ, ο ευνουχισμός είναι παρών στο σώμα, και προκαλείται από το ίδιο το άτομο. Η παχυσαρκία προκαλεί λήθαργο, δυσκινησία, σε πολλούς παχύσαρκους άνδρες μειωμένη σεξουαλική ικανότητα λόγω παρεμπόδισης της αιμάτωσης των γεννητικών οργάνων από τις συγκεντρώσεις λίπους στην περιοχή. Ωστόσο, αυτοί οι σωματικοί ευνουχισμοί συχνά δεν φαίνεται να ενοχλούν τα άτομα σε βαθμό που να αποτελούν κίνητρα για απώλεια βάρους. Το άγχος εκφράζεται κυρίως ως προς τον στοματικό ευνουχισμό για πολλούς μεταβολικούς ασθενείς: «θα μου κόψετε το φαγητό». Η συχνή εμφάνιση αυτής της ανησυχίας κατά την πρώτη αξιολόγηση και την θεραπεία, μου δημιουργεί την σκέψη, ότι οι επενδύσεις στο ΜετΣ εντοπίζονται περισσότερο στην λήψη τροφής. Με την πρώτη ματιά φαίνεται σαν στοματική παλινδρόμηση, η οποία θα δομούσε το ψυχικό όργανο και θα απομάκρυνε από την ψυχοσωματική λειτουργία. Πιο ευαίσθητη ψηλάφηση της επένδυσης, μέσα από μακροχρόνιες θεραπείες, δημιουργεί την σκέψη ότι δεν πρόκειται για στοματική παλινδρόμηση, αλλά για ανάγκη αναβίωσης του τραύματος, διαμέσου της χημικής οδού.

5.5 Αναπαραστάσεις του πατρικού Υπερεγώ μέσα από το προβολικό τεστ του Rorschach

Η πατρική λειτουργία αποτελεί θεμελιακό παράγοντα οργάνωσης της σωματοψυχικής ομοιοστασίας. Ένας «αρκετά καλός πατέρας», σημαντικός όσο και μια «αρκετά καλή μητέρα», δρα ρυθμιστικά στην ψυχική και βιολογική λειτουργία της μητέρας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης της, παρέχει ασφάλεια και οριοθέτηση από τα πρώτα χρόνια της ζωής του βρέφους, διευκολύνει τη διαδικασία αποχωρισμού της μητέρας από το παιδί, εμποδίζοντας ενδεχόμενη συμβιωτική σχέση. Συμβάλλει με τον τρόπο αυτό στην ομαλή ψυχοσεξουαλική εξέλιξη του παιδιού.

Το ΜετΣ θεωρούμε ότι έχει χαρακτήρα προοδευτικής αποδιοργάνωσης, ως απόρροια ασυνέχειας στην ψυχική λειτουργία. Μέσα από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στην προβολική δοκιμασία Rorschach, αναδύεται η ποιότητα της συναισθηματικής και αναπαραστατικής αντίδρασης, ο χαρακτήρας του άγχους, αποδιοργανώσεις της σκέψης, καθώς και συναισθηματική αποστασιοποίηση μπροστά στον πατρικό συμβολισμό, στο έδαφος ελλιπούς νοητικοποίησης, η οποία δεν επέτρεψε την εδραίωση ασφαλούς μετά-οιδιποδειακού Υπερεγώ.

Βασικό στοιχείο του τραυματικού αποτελεί η επανάληψη. Ο Freud (1937) μίλησε για το προψυχικό τραύμα, το οποίο επανενεργοποιείται για να παράξει το σύμπτωμα της νεύρωσης. Ο Pirlot (2010) υποθέτει ότι ο αρχικός τραυματισμός αφήνει τις εσωτερικές και εξωτερικές διεγέρσεις να παραμένουν στις ατοπικές πτυχωσεις του σωματοψυχικού, στην οθόνη που σχηματίζει η αρνητική ψευδαίσθηση, παράγοντας μια πρωταρχική απόθνηση μη σταθεροποιημένη και ουσιαστικά μη συντελεσμένη. Τα όρια στην αναπαράσταση του όλου και του μέρους, του εσωτερικού και του εξωτερικού δεν δομούνται με σαφή τρόπο. Σε εγκεφαλικό επίπεδο οι περιφερειακοί νευρώνες δεν λειτουργούν αλεξιδιεγερτικά ως προς το ψυχικό όργανο, και έτσι προκαλούνται εκφορτίσεις (Pirlot, 2010). Το τραύμα χάνεται, δεν ανασυντίθεται στα νευρωνικά δίκτυα ως πλήρης εμπειρία όπου το Εγώ ήταν παρόν. Απομένει η σωματική αναβίωσή του.

Κάθε κάρτα Rorschach έχει παρατηρηθεί ότι σχετίζεται, περισσότερο ή λιγότερο σταθερά, με συγκεκριμένο συμβολικό περιεχόμενο. Η κάρτα 4, αχρωματική κάρτα με συμπαγές σχήμα, χαρακτηρίζεται από πολλούς ερευνητές ως «η κάρτα του πατέρα». Σύμφωνα με την Chabert (1997) προκαλεί σχεδόν πάντα αίσθημα δυσφορίας, λόγω του έντονου μαύρου χρώματος. Οι απαντήσεις συμβολικά, και εφόσον λειτουργεί η συμβολοποιητική λειτουργία «σχετίζονται με την ανδρική

ενέργεια», λέει η Chabert, «με πατριαρχικό χαρακτήρα», «πρόκειται για την φιλοδοξία της παντοδυναμίας», «το αρχέτυπο του Θεού-Πατέρα». Η κάρτα αναβιώνει την ανάληψη θέσης επιβολής ή υποταγής, ενώ «ο υπερεγωτικός ρόλος μπορεί να είναι αυτός μιας πατρικής αναπαράστασης, ή ακόμα η εικόνα μιας παντοδύναμης μητέρας» (σελ. 53).

Η σύνδεση των καρτών με συγκεκριμένο συμβολικό νόημα έχει αμφισβητηθεί από κάποιους ερευνητές. Ωστόσο, εξίσου σημαντική ομάδα ερευνητών και κλινικών διαπιστώνει την χρησιμότητά τους. Η κάρτα 4 συγκεκριμένα βρίσκεται μεταξύ αυτών που διαπολιτισμικά φαίνεται να έχει σταθερό νόημα. Στην συνέχεια θα αναφέρω ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα, σχετικά με το νόημα της κάρτας 4, από έναν νεαρό άνδρα, τον πατέρα του οποίου είχα επίσης συναντήσει.

Κυρίαρχο στοιχείο του δυναμικού πατέρα ήταν τα πολύ έντονα μπλε μάτια και το εξαιρετικά διαπεραστικό βλέμμα, το οποίο πλαισιωνόταν από σκληρές γραμμές στο δέρμα γύρω από τα μάτια. Αργότερα, ο γιός στην κάρτα 4 δίνει την εξής απάντηση: «Ω! αυτό τώρα... σαν κάποιο τέρας μου μοιάζει αυτό εδώ πέρα, το οποίο κάτι ρίχνει με τα μάτια του, λείζερ προς τα κάτω. Αυτό. Πολύ μεγάλο φαίνεται σε διάσταση. Τεράστιο κίολας. Αυτό. Δεν μπορώ κάτι άλλο.» Ωστόσο, όταν η συμβολοποιητική ικανότητα είναι μειωμένη, όπως συμβαίνει στις ψυχοσωματικές λειτουργίες, η ερμηνεία γίνεται πιο περίπλοκη.

Θεωρούμε, ότι στο ΜετΣ υπάρχει κάποιας τάξεως αναπαραστατική λειτουργία, η οποία όμως ανατρέπεται λόγω ψυχικού τραυματισμού. Όπως παρουσιάζεται στο κεφάλαιο 4.2.2, η πλειοψηφία των μεταβολικών ασθενών του δείγματος αμέσως πριν τα πρώτα συμπτώματα της διαταραχής είχε υποστεί κάποιου είδους τραυματισμό. Ο Freud, στο κείμενο του 1923 «Το Εγώ και το Εκείνο» (παρ, 254) γράφει ότι αρχικά το Εγώ είναι ένα σωματικό Εγώ. Η αίσθηση ευαλωτότητας του σώματος, που παρατηρήθηκε στο δείγμα, φαίνεται να τοποθετεί τις αδυναμίες της προσωπικότητας πάνω στο σώμα-οθόνη. Το άτομο διαισθάνεται παρά αναπαριστά τα κενά στην ερμηνεία των καρτών. Η κλινική παρακολούθηση μεταβολικών ασθενών αφήνει να φανεί η απορρύθμιση ή ίσως η εξ αρχής ελλειμματική οργάνωση της λειτουργίας, και της αναπαράστασης για την λειτουργία, θρέψης και μεταβολισμού της τροφής, η οποία σχεδόν ακαριαία παράγει συμπτώματα μετά από απώλειες αντικειμένων, συχνά των γονέων.

Η σκέψη μου είναι ότι πρόκειται για έναν τύπο κατάθλιψης, που βιώνεται περισσότερο με το σώμα, και περιγράφεται καλύτερα με τον όρο του Piere Marty

(1980) θεμελιώδης κατάθλιψη. Αν η τροφή είναι ένα αντικείμενο, άρα μετακινούμενο από το τραύμα πίσω στο χρόνο το πρωταρχικό αντικείμενο, η διαταραχή στην διατροφική συμπεριφορά κατά την περίοδο της κρίσης (ασθένεια και πρώτος χρόνος απώλειας του αντικειμένου) μιμείται ή αναλαμβάνει να μεταφέρει –και όχι να συμβολοποιήσει- σε σωματικό επίπεδο, την απειλή της απώλειας και το πένθος. Όπως παρατήρησε ο Claude Smadja στην ομιλία του στο συνέδριο της ΕΨΣΕ τον Μάιο του 2013, η σωματοποίηση δεν αποκόπτει τον ψυχικό πόνο, αλλά αποκόπτει εκ θεμελίων το κομμάτι του ψυχικού οργάνου το οποίο θα βίωνε τον πόνο.

Συχνά η κρίση επιφέρει αρχικά μερική ανορεξία και υπερδραστηριότητα μηχανιστικής τάξεως, η οποία ακολουθείται από υπερφαγικά επεισόδια και μεταβολική απορυθμισμό. Άλλες φορές τα επεισόδια ξεκινούν από την αρχή, ως αντίδοτο στην εξάντληση που προκύπτει από την μηχανιστική αποτελεσματικότητα, η οποία χαρακτηρίζει τον μεταβολικό ασθενή. Μοιάζει να υπάρχει ταύτιση της τροφής με το αντικείμενο: προκαλεί πόνο, στέρηση, άλλοτε πλημμυρίζει και πνίγει. Τότε γίνεται προσπάθεια συγκράτησης του αντικειμένου-τροφής, που συμβολοποιείται βίαια στο σώμα, απορυθμίζοντας τις λειτουργίες του γαστρεντερικού και επανοργανώνοντάς τις, ώστε να συνηχούν με την προσπάθεια συγκράτησης και την επώδυνη απώλεια του αντικειμένου. Είναι άξιο προσοχής ότι το 45% του δείγματος παρουσίασε δυσλειτουργίες του γαστρεντερικού συστήματος, οι οποίες είχαν την έναρξή τους μετά το τραυματικό γεγονός (βλ. υποενότητα 4.2.1).

Η απώλεια της όρεξης σε περιόδους κρίσης έχει μελετηθεί αλλού. Η δική μου παρατήρηση είναι ότι ένα μέρος του φαινομένου μπορεί να εξηγηθεί από πολύ πρώιμα ένστικτα προστασίας του σώματος μπροστά σε μια απειλητική κατάσταση. Ωστόσο, και ξεκινώντας από την σκέψη ότι η πρώτη σχέση με το αντικείμενο έχει ως συνάλλαγμα την τροφή, υποθέτω ότι η απώλεια της όρεξης είναι παράλληλα και διακοπή της σχέσης με το αντικείμενο, όταν αυτή απειλείται. Οι λειτουργίες παλινδρομούν, η σύγκρουση μεταφέρεται στο σώμα, το οποίο συγκρατεί και δεν μεταβολίζει. Βρισκόμαστε στο πεδίο του ναρκισσισμού, ο οποίος αναβιώνει μερικώς σε ένα κατά τα άλλα λειτουργικό άτομο. Συχνά μεταβολικοί ασθενείς αναλαμβάνουν τον ρόλο του απολεσθέντος αντικειμένου, μιμούμενοι τις λειτουργίες του. Η αδιαφορία για τα ψυχικά και σωματικά όρια μπροστά στην πραγμάτωση των θεωρητικά «ενδεδειγμένων» πράξεων, ίσως υπό την πίεση του Ιδεώδους Εγώ, δημιουργεί το σκηνικό της χρηστικής λειτουργίας. Η σκέψη μου είναι, ότι κάτω από τον κοινωνικό κομφορμισμό καλύπτεται κάποιας τάξης μεγαλομανιακή αναπλήρωση,

η οποία σε πρώτο χρόνο φαίνεται να προκύπτει από την ταύτιση με το μορφοειδωλό του απόντος -γιατί χάθηκε ή γιατί δεν υπήρξε ποτέ εκεί- γονέα, όπως υπήρχε στα πρώιμα στάδια της ψυχογένεσης, ενώ ανάγεται στην παντοδυναμία του παιδικού ναρκισσισμού. Ο γονέας, ως κομμάτι της παιδικής παντοδυναμίας, ως ναρκισσιστικό αντικείμενο. Θεωρώ, ότι στο ΜετΣ τα σωματικά και ψυχικά όρια ξεπερνώνται, διότι δεν αναγνωρίζονται: οι δεσμοί με το Εγώ έχουν υποστεί ρήξη, το σώμα γίνεται αντιληπτό ως μερικό αντικείμενο³⁸, το οποίο θα ικανοποιήσει τις ναρκισσιστικές επιθυμίες και θα δράσει ως παράγοντας συνοχής, αφού θα διατηρήσει στην ζωή το απολεσθέν αντικείμενο.

Στο κείμενό του 1923 «Το Εγώ και το Εκείνο», ο Freud γράφει: «Το Εγώ είναι πρώτα από όλα ένα σωματικό Εγώ, δεν είναι μια ύπαρξη στην επιφάνεια, αλλά είναι το ίδιο η προβολή μιας επιφάνειας». Στην μετάφραση του κειμένου του στην αγγλική, επέτρεψε την προσθήκη μιας υποσημείωσης σύμφωνα με την οποία «το Εγώ προέρχεται από τις σωματικές αισθήσεις, κυρίως εκείνες που έχουν τη πηγή τους στην επιφάνεια του σώματος. Μπορεί έτσι να θεωρηθεί ως μια νοητική προβολή της επιφάνειας του σώματος και αντιπροσωπεύει την επαφή του ψυχικού οργάνου» (σελ. 170, παρ. 254). Στις απαντήσεις των ασθενών που έχουν εκδηλώσει ΜετΣ, αυτή η επιφάνεια συχνά παρουσιάζει ασυνέχειες, ελλείμματα, ιδιομορφίες. Είναι μια επιφάνεια χωρίς στοιχεία αφής, συχνά άυλη (καπνός), όπου η φόρμα υπερεπενδύεται εις βάρος του χρώματος και της υφής, χωρίς να εξασφαλίζει όμως κάθε φορά συνοχή.

Γράφοντας για τη μεταβίβαση στην ψυχαναλυτική πρακτική με ασθενείς που υποφέρουν από σωματικές αποδιοργανώσεις, η Joyce McDougall (1989) αναφέρει, ότι οι δυσκολίες στην αντιμεταβίβαση με αυτούς τους ασθενείς οφείλεται κυρίως στην απροθυμία τους να δεχθούν βοήθεια, η οποία που θα τους εξέθετε στον τρόπο της επανάληψης τραυματικών καταστάσεων της πρώιμης παιδικής ηλικίας. Ένας από τους συμμετέχοντες, σε θεραπεία, λέει χαρακτηριστικά μετά από μια στιγμή εγγύτητας και συγκινησιακά φορτισμένη παύση: «δεν θα με κάνετε πενηνταράκια». Μιλώντας αυθόρμητα για τη φράση αυτή, εξηγεί ότι δεν θα επιτρέψει να έρθουμε τόσο κοντά ώστε να καταστεί δυνατόν να τον πληγώσω. Αρνείται, χωρίς να του έχει ζητηθεί, να μιλήσει για το πότε είχε πληγωθεί, ούτε για το πώς νιώθει τώρα. Η στάση του σώματός του γίνεται αμυντική. Κλειδώνει τα χέρια του γύρω από την κοιλιά

³⁸ Μερικό αντικείμενο: «τύπος αντικειμένων, στα οποία στοχεύουν οι μερικές ενορμήσεις. Δεν αντιστοιχούν σε άτομα, στην ολότητά τους, αλλά σε μέρη του σώματος πραγματικά ή φαντασιωσικά (μαστός, γλουτοί, πέος) και στα συμβολικά τους ισοδύναμα. Είναι όμως δυνατόν να εκληφθούν ως μερικά αντικείμενα ακόμη και πρόσωπα είτε από τρίτους είτε από τον ίδιο τους τον εαυτό.» (Laplanche, & Pontalis, 1986).

και σταυρώνει τα πόδια του. Στην συνέχεια μιλά για την πεποίθησή του ότι η θεραπεύτρια θέλει να τον ελέγξει, και γι' αυτό ενδιαφέρεται να μάθει τί του συμβαίνει. Αμέσως περνά σε μηχανική εξιστόρηση γεγονότων της ημέρας. Ο ασθενής αυτός επανειλημμένα αφέθηκε απροστάτευτος από τον πατέρα απέναντι στις γυναίκες της οικογένειας. Στον ψυχισμό του κυριαρχούν άγχη εισβολής.

Σε θεραπείες μεταβολικών ασθενών παρατήρησα αρκετά συχνά, αυτό που μου φάνηκε σαν ενδοβολή μιας μητέρας που δεν φροντίζει το μωρό της, ενός πατέρα που αποκόπτει το μωρό από τη μητέρα, χωρίς όμως να έχει κάτι να προσφέρει ως αντιστάθμισμα γι' αυτήν την απώλεια. Συχνά, κατά την πρώτη ακόμα συνάντηση αξιολόγησης, η οποία γίνεται στο πλαίσιο ένταξης του ασθενούς σε θεραπευτικό σχήμα που περιλαμβάνει διατροφική παρέμβαση, ακούγεται συχνά η φράση «θα μου κόψετε το φαγητό». Στην συνείδηση του ασθενούς υπάρχει σύνδεση της παρέμβασης στη διατροφή του από τον άνδρα διαιτολόγο, με στέρηση. Εάν απομακρυνθούμε λίγο από το πραγματικό, τις κοινωνικές αναπαραστάσεις των προγραμμάτων απώλειας βάρους, μπορούμε ίσως να προχωρήσουμε λίγο περισσότερο στην κατανόηση των ασυνείδητων διαδικασιών.

Μέσα από την κλινική εργασία με μεταβολικούς ασθενείς παρατηρούνται έντονες σχέσεις προσκόλλησης με την μητέρα, χωρίς να διευκολύνεται η αναγνώριση της ετερότητας. Στις γυναίκες το μητρικό αντικείμενο φαίνεται κακοποιητικό, απόμακρο, αλλά ασφυκτικά συνδεδεμένο μαζί τους. Στους άνδρες, η ταύτιση γίνεται με την πατρική λειτουργία όπως έχει ενδοβληθεί μέσα από την συνείδηση της μητέρας περί του ρόλου του πατέρα, ή μέσα από διαδικασίες αρνητικού.

Το ΜετΣ, που, όπως είδαμε στα προηγούμενα κεφάλαια, μπορεί να προκύψει από διαταραγμένη διατροφική συμπεριφορά ή από οξεία σωματική αποδιοργάνωση, περιλαμβάνει στοιχεία παραμέλησης ή ακόμα κακοποίησης του συστήματος θρέψης. Παρατηρείται παραμέληση των σωματικών αναγκών τόσο ως προς την λήψη τροφής όσο και ως προς τον κορεσμό. Το τραύμα, που προέρχεται από την διαταραγμένη σχέση με την μητέρα-τροφό, μεταφέρεται διαγενεακά και ενδοβάλλεται ακόμα και μέσω χημικών σημάτων κατά την ενδομήτριο ζωή. Μητέρες οι οποίες έχουν οι ίδιες διαταραγμένη διατροφή, με υπερδιέγερση λόγω υψηλής πρόσληψης υδατανθράκων, γεννούν συχνότερα από άλλες παιδιά με ήδη υπάρχουσα μεταβολική διαταραχή.

Παράδειγμα του ψυχαναγκασμού της επανάληψης είναι η περίπτωση υπερφάγου εφήβου με ΜετΣ. Η δυναμική μητέρα του είχε σοβαρό εθισμό

στο τσιγάρο, ενώ ο καλλιτέχνης πατέρας είχε χάσει την υπέρβαρη μητέρα του σε πολύ τρυφερή ηλικία. Το παιδί υπέστη κακοποίηση ως προς την διατροφή, κατά την βρεφική και νηπιακή ηλικία, η οποία συνετέλεσε στο διαζύγιο των γονέων. Η μητέρα άφηνε το βρέφος να τρώει περισσότερο από όσο ήταν σκόπιμο για την ηλικία του, ενώ ο πατέρας έβαλε τα δάκτυλά του στο στόμα του παιδιού για να αφαιρέσει την τροφή.

Η σκέψη μου είναι, ότι η απομάκρυνση από την τραυματική μητέρα που υπερδιεγείρει, η οποία αντιπροσωπεύεται από το σύμπτωμα της υπερφαγίας, εναλλάσσεται με τον υπερεγωτικό πατέρα, που κόβει το φαγητό-δεσμό με την μητέρα, χωρίς να επιτρέψει να γίνει αναπλήρωση με κάποιο τρόπο. Επειδή δεν γίνεται αναπλήρωση, ίσως με καταφυγή στο ναρκισσισμό, ή ακόμα με σταθερή επένδυση στην εικόνα σώματος, ο μεταβολικός ασθενής δεν αντέχει να χάσει βάρος μόνιμα, και να αλλάξει την σχέση του με την τροφή. Η τροφή γίνεται αντικείμενο ανάγκης, όχι επιθυμίας, όπως ακριβώς η μητέρα, σε ασφυκτική σχέση ταύτισης και βίαιων εισβολών. Εισέρχεται βιαστικά και σε μεγάλα κύματα, χωρίς συχνά να καταγράφεται αισθητηριακή απόλαυση, πέρα από την κάλυψη του «κενού», όπως αναφέρουν τα άτομα, και κάποιου είδους λήθαργος. Πρόκειται για τη νέκρωση της νιρβάνα;

Τα άτομα με ΜετΣ, παρουσιάζουν συχνά κυκλική πορεία ως προς το σωματικό βάρος και τις διατροφικές τους συνήθειες: εντάσσονται σε πρόγραμμα απώλειας βάρους συνήθως για λόγους υγείας ή λειτουργικότητας, και περνούν περιόδους αυστηρής διαίτας, εναλλασσόμενες με περιόδους πλήρους εγκατάλειψης. Στο πλαίσιο των προγραμμάτων απώλειας βάρους, εγκαταλείπουν ακριβώς όταν αρχίζει να γίνεται εμφανής η διαφορά στο σώμα τους. Άλλες φορές γίνονται, κατά τα λεγόμενά τους, «φίλοι» με τον διαιτολόγο, ο οποίος καθίσταται ανίκανος να τους επιβληθεί και να οριοθετήσει την διατροφική συμπεριφορά τους. Εάν δεχθούμε την υπόθεση του αποδυναμωμένου πατρικού μορφοειδώλου, μπορούμε να σκεφθούμε ότι πρόκειται για επανάληψη της τραυματικής κατάστασης, με αποτυχία ανάπτυξης ικανής σχέσης περίεξης και φροντίδας.

Η Joyce McDougall (1979), κλινικός από το ψυχαναλυτικό μέτωπο, καθώς και τα τελευταία ευρήματα των νευροεπιστημονικών ερευνών, όπως υποστηρίζουν την υπόθεση ότι στην υπερφαγία οι εγκεφαλικές δομές και το σώμα παρουσιάζουν τις ίδιες λειτουργίες όπως στον εθισμό στα ναρκωτικά (Κούκου, & Bräker, 2003). Η McDougall, στο έργο της *Théâtres du corps* (1989), συνοψίζει τις απόψεις που

διαμόρφωσε εργαζόμενη ψυχαναλυτικά με ασθενείς οι οποίοι είχαν τάσεις σωματοποίησης. Στις τρεις, κατά τη φροϋδική θεώρηση, οδούς που ακολουθεί το μη αποδεκτό από τη συνείδηση συναίσθημα, τη μετατροπή, την ψυχαναγκαστική νεύρωση, την ενεστώσα νεύρωση, προσθέτει μια τέταρτη. Η συγγραφέας υποστηρίζει, ότι το πεπρωμένο του έκπτωτου συναισθήματος είναι η απόρριψή του εκτός της ψυχής, εκτός αναπαραστατικού δικτύου και εκτός ψυχικού βιώματος. Το σώμα είναι αυτό που δέχεται το απορριφθέν συναίσθημα, αφήνοντας την ψυχή ανενεργή. Ούτε νευρωτικό σύμπτωμα, ούτε παραληρητική ιδέα παράγεται, ώστε να αντισταθμίσει τον αποκλεισμό του συναισθήματος.

Όπως συμβαίνει και με τις ψυχώσεις, όπου επίσης το συναίσθημα εκβράζεται εκτός του εαυτού –με τη διαφορά ότι εδώ πρόκειται για διαχωρισμό εντός και εκτός του ατόμου- στις ψυχοσωματικές οργανώσεις οι πρώιμες σχέσεις με τους γονείς στιγματίζονται από ανεπάρκειες και ναρκισσιστικά τραύματα. Το πατρικό μορφοείδωλο είναι αρνητικά επενδεδυμένο, και ορίζεται περισσότερο ως προς την απουσία του. Περιγράφεται ως αδιάφορο, ανίκανο, απόν από τον συμβολικό κόσμο της μητέρας και του παιδιού, και αποκλείεται ως ανάξιο εμπιστοσύνης και αγάπης. Η απουσία αυτή, που στερεί το παιδί από την φαντασίωση του πατρικού φαλλού, η οποία δρα ρυθμιστικά ως προς τη σχέση με τη μητέρα και αποτελεί διευκολυντικό παράγοντα για τον αποχωρισμό από εκείνη, αφήνει το μορφοείδωλο της μητέρας απέραντα και απέλπιδα ευνουχισμένο, αποκλείοντας ένα επιτυχές πένθος του ευνουχισμού, διότι εκλείπει η έννοια του φαλλού. Στο κενό που χαίνει και ελκύει εντός της εικόνας της μητέρας, το παιδί δεν προφυλάσσεται από το να προβάλλει τις μεγαλομανιακές φαντασιώσεις του, ο καταστροφικός χαρακτήρας των οποίων παραμένει και επανέρχεται μέσω ασυνείδητων φαντασιώσεων θανάτου και τρόμου.

Η πατρική εικόνα υποτιμάται και γίνεται αντικείμενο επιθετικότητας, ή ακόμα αναπαρίσταται μέσα από τον οπτική της μητέρας, από την οποία το άτομο φαίνεται να μην έχει διαχωρισθεί πλήρως. Η αναπαράσταση του «πατέρα-θεού», κατά την Chabert, αντικαθίσταται σε μεταβολικούς ασθενείς από μια «καρικατούρα», ένα «ζώο που βγήκε στο δρόμο, έχει πατηθεί και του έχουν βγει τα σπλάχνα έξω», μια «φιγούρα καρτούν από το στέρνο και κάτω (δηλαδή ακέφαλο, ευνουχισμένο), που του έχει μπει παλούκι, έχει ανοίξει τα πόδια και πονάει», «τέρας σε ύπτια θέση». Σε κάποιες περιπτώσεις εμφανίζεται ως «τέρας καπνού», που σηματοδοτεί κάτι άυλο και ακαθόριστο, το οποίο προκαλεί τρόμο και αφήνει να φανεί το καταθλιπτικό

συναίσθημα και οι ιδέες αφανισμού. Συχνά η μορφή αναπαρίσταται ως δέρμα από γδαρμένο ζώο: εικόνες στερημένες από ζωτικότητα, παθητικές.

Αντιθέτως, στην κάρτα 10, στην οποία το άτομο καλείται να ανασυντάξει ενιαία αναπαράσταση του εαυτού του, ενώ αυτό δεν είναι συνήθως εφικτό μέσα από σύνθεση των διάσπαρτων μορφών, εμφανίζεται αντιδραστικά μια μερική αναπαράσταση μεγαλείου και παντοδυναμίας. Για παράδειγμα «άγγελος», «ένα αιθέριο πλάσμα το οποίο λατρεύεται», «ένας εξωγήινος με υπερφυσικές ιδιότητες».

Στις απαντήσεις των εξεταζομένων για την κάρτα 4, εμφανίζεται συνεχώς μια φιγούρα με δυο διαφορετικές ιδιότητες, αντιφατικές μεταξύ τους. Η πρώτη, αφορά τα ατομικά χαρακτηριστικά του προσώπου ή του ζώου, όπως για παράδειγμα ένας γίγαντας, ένα τέρας, μια φιγούρα καρτούν τρομακτική. Η δεύτερη, αναφέρεται στο πεπρωμένο του: η περιγραφή, η οποία συχνά έχει έντονα επιθετική χροιά τοποθετεί την μορφή σε παθητική θέση. Η κάρτα 4 θυμίζει «σκίουρο πατημένο, με μεγάλα δόντια, τον έχουν πατήσει τον φουκαρά», «άνθρωπο ξαπλωμένο ανάσκελα, που από μέσα του περνά δρόμος», «ένα στερεότυπο, κατεστημένο, αδύναμο ον, ανίκανο, είδος μικρού ζώου, καμία σχέση με άνθρωπο».

Η αναμενόμενη πατρική μορφή διαλύεται συχνά σε άψυχα αντικείμενα, όπως γούνες από ζώα που έχουν πατηθεί, γδαρθεί, ζουληχθεί εκτός του δέρματός τους. Η «γούνα» ως απάντηση, θεωρείται γενικά ότι σχετίζεται με οικειότητα και στενές διαπροσωπικές σχέσεις, λόγω του στοιχείου της υφής. Ωστόσο, κατά την δεύτερη φάση της εξέτασης, στην οποία ο εξεταζόμενος καλείται να μιλήσει για τις απαντήσεις που έδωσε στην πρώτη, η υφή έρχεται σε δεύτερη μοίρα, ή αποφεύγεται εντελώς. Αντιθέτως η φόρμα υπερεπενδύεται, στην προσπάθεια διατήρησης των ορίων. Παράλληλα οι συμμετέχοντες καταφεύγουν σε κοινότοπες, ως προς την μορφή, απαντήσεις, οι οποίες αποτελούν μεν ένδειξη κοινωνικής προσαρμοστικότητας, ωστόσο σε συνδυασμό με τις υπόλοιπες παραμέτρους σηματοδοτούν μάλλον αποφυγή ενδοψυχικών συγκρούσεων μέσω της κοινωνικής υπερπροσαρμογής. Η κίνηση αυτή συντονίζεται με την χρηστική λειτουργία που διαπιστώνουμε σε πολλούς ασθενείς με ΜετΣ του δείγματος, όπου το πραγματικό υπερεπενδύεται στο πλαίσιο απονοητικοποίησης. Το Εγώ απουσιάζει και αντικαθίσταται από κομφορμιστικά μορφώματα.

Ως προς την θέση που αναλαμβάνουν οι εξεταζόμενοι μπροστά στην τέταρτη κάρτα, είναι σημαντικά συχνότερα παθητική παρά ενεργητική. Όταν είναι ενεργητική, στους 7 από του 60 συμμετέχοντες, έχει χαρακτήρα επιθετικό.

Η ενεργητική θέση ωστόσο, ίσως να μην έχει να κάνει τόσο με ξεκάθαρα διαχωρισμένη πατρική αναπαράσταση ή ακόμα σεξουαλικό προσανατολισμό.

Κάποιοι από τους συμμετέχοντες βλέπουν γυναικείο σώμα ή χαρακτηριστικά του σώματος στην κάρτα. Μια γυναίκα αναφέρει ένα τρομακτικό πλάσμα, «χωρίς καθόλου μυαλό και συναίσθημα, που απλώς θέλει να επιβάλει την παρουσία του. Τεράστιο σώμα. Θέλει να καταπλακώσει τα πάντα. Γιατί φοράει τακούνι, δεν ξέρω.» Ο πατέρας αυτής της γυναίκας ήταν ομοφυλόφιλος, ο οποίος έκρυβε τον σεξουαλικό προσανατολισμό του από την οικογένειά του. Αποκαλύφθηκε και παραδέχθηκε το γεγονός όταν η μητέρα μετά από πολλά χρόνια γάμου τον είδε να φορά τα ρούχα της. Στην ακραία αυτή περίπτωση, η αναπαράσταση της μορφής που θέλει να επιβάλει την παρουσία της θα μπορούσε άραγε να ανήκει στην μητέρα; Αργότερα, σε θεραπευτικό πλαίσιο, η γυναίκα αναφέρει έναν τραυματισμό που είχε στα γεννητικά της όργανα στην ηλικία των 7 ετών, παίζοντας στο μονόζυγο, ο οποίος είχε σαν αποτέλεσμα την ρήξη του παρθενικού υμένα. Θυμάται ότι μητέρα της άνοιξε τα πόδια και κοίταζε προσπαθώντας να καταλάβει τι ακριβώς είχε συμβεί. Η εικόνα της μητέρας, που γέρνει εξεταστικά πάνω από το ανοικτό σώμα της κόρης, συνδέθηκε με την αναπαράσταση του πλάσματος που θέλει να επιβάλει την παρουσία του και φορά τακούνια. Ο πατέρας είναι απών, υποτιμημένος. Μια φιγούρα ευνουχισμένη, λόγω της ομοφυλόφιλης ταυτότητάς του, λόγω της αδυναμίας να δηλώσει χωρίς φόβο τον προσανατολισμό του, αλλά κυρίως μέσα από την συχνά δηλωμένη από την μητέρα ανικανότητά του να την ικανοποιήσει σεξουαλικά. Η σχέση μητέρας και κόρης είναι ιδιαίτερα στενή, τόσο ώστε να προκαλεί προβλήματα στον γάμο της κόρης, η οποία προβάλλει την παθητικότητα του πατέρα στον σύζυγό της.

Η κάρτα 4 απέδωσε τις λιγότερες απαντήσεις συγκριτικά με τις υπόλοιπες, ως επί το πλείστον μόνο μια ανά συμμετέχοντα. Σε πολλές περιπτώσεις η ένταση που δημιουργήσε προκάλεσε άρνηση και αδυναμία απάντησης. Το Choc στο μαύρο χρώμα προκαλείται από βαθύτερη αποδιοργάνωση και σχετίζεται με πρώιμες καταστάσεις απόγνωσης. Συνήθως γίνεται παράλληλα λεκτικοποίηση του άγχους μέσω δυσφορικών σχολίων, όπως «Δεν μπορώ να καταλάβω τίποτα εδώ, εδώ δεν βγάζω τίποτα, δεν βλέπω τίποτα εδώ, δεν βλέπω τίποτα», λέει ένας ασθενής, ενώ ένας άλλος αναφωνεί «ω! παναγίτσα μου!».

Η αναπαράσταση του εαυτού παρουσίαζε τα ίδια προβλήματα τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες στο σύνολο της δοκιμασίας. Βασικό χαρακτηριστικό επί του συνόλου των απαντήσεων, ήταν η έντονη παρουσία απαντήσεων αναδιπλασιασμού,

δηλαδή δυο ίδιων συμμετρικών μορφών: «δυο άνθρωποι», «δυο αρκούδες που καταβροχθίζουν ένα ζώο», «ένας σκύλος και άλλος ένας ίδιος». Ο αναδιπλασιασμός αυτός αποκαλύπτει τη διχοτόμηση του ατόμου, το οποίο παρουσιάζει κενά στην ταυτότητά του (Chabert, 1997). Δεν εκφράζεται με ναρκισσιστικό καθρέφτισμα, τουλάχιστον όχι τόσο συχνά όσο ο διπλασιασμός, ωστόσο δεν επιτρέπει την αναπαράσταση αλληλεπίδρασης μεταξύ των μορφών. Ο André Green (1983) γράφει: «ο ναρκισσισμός είναι το σβήσιμο του ίχνους του άλλου στην επιθυμία ενός». Οι αναπαραστάσεις των μεταβολικών ασθενών επί του συνόλου των καρτών σπάνια αναφέρονται σε συνεργατικές αμοιβαίες σχέσεις με αναγνώριση της ετερότητας. Το σώμα φαίνεται εκτεθειμένο, χωρίς να περιέχεται και να προστατεύεται από μια δύναμη συγκράτησης, όπως φαίνεται από το πλήθος ανατομικών απαντήσεων, στις οποίες οι συμμετέχοντες βλέπουν εσωτερικά όργανα του σώματος.

Οι αναπαραστάσεις για το πατρικό Υπερέγώ και για το σώμα στους συμμετέχοντες αντανακλούν δυσκολίες, οι οποίες θεωρούμε ότι σχετίζονται με την πατρική λειτουργία. Είτε υπήρξε πρώιμος τραυματισμός, είτε κατά την ενήλικη ζωή παρουσιάστηκε απώλεια του αντικειμένου πατέρα, του ρόλου του ή συμβολικού εκπροσώπου του, η απώλεια της περίεξης φαίνεται να πλήττει την αναπαράσταση του εαυτού. Αυτές οι διαπιστώσεις μπορούν να μελετηθούν περαιτέρω από μελλοντική έρευνα, μέσω λεπτομερούς ανάλυσης των αναπαραστάσεων του πατέρα και του σώματος, σε προοπτική μελέτη ατόμων με και χωρίς γονιδιακή προδιάθεση για ΜετΣ.

5.6 Χρησιμότητα της Έρευνας

Η παρούσα κλινική διερεύνηση της ψυχικής λειτουργίας, της κυτταρικής οξειδωτικής εικόνας και της αλληλεπίδρασής τους, αποτελεί την πρώτη καταγραφή και στατιστική μελέτη ψυχοσωματικών φαινομένων στο ΜετΣ. Απαντά στην ανάγκη να μελετηθεί αυτή η σχετικά πρόσφατα καθορισμένη κλινική οντότητα.

Επιμέρους στοιχεία του ΜετΣ, όπως η υπερλιπιδαιμία, τα καρδιαγγειακά προβλήματα και ο διαβήτης έχουν μελετηθεί στο παρελθόν. Ωστόσο, δεν υπήρξε μέχρι αυτή την στιγμή συστηματική ποσοτική ψυχαναλυτική ψυχοσωματική μελέτη του ειδικού αυτού συνδρόμου.

Η παρούσα έρευνα έρχεται να καλύψει ένα ακόμα κενό στην διεθνή βιβλιογραφία. Είναι η πρώτη έρευνα, οι οποία συνδυάζει ποσοτικοποιημένες έννοιες της ψυχολογίας και της ψυχανάλυσης, με παράγοντες βιοχημικούς, και ειδικά κυτταρικής οξείδωσης. Χρησιμοποιώντας αφενός σταθμισμένα ερωτηματολόγια

αυτοαναφοράς, αφετέρου προβολικό τεστ, καθίσταται δυνατόν να καταγραφούν συνειδητές και ασυνειδητές κινήσεις και λειτουργίες, οι οποίες καθορίζουν την ψυχοσωματική ενότητα ασθενών με ΜετΣ. Η καταγραφή και ανάλυση ψυχικών λειτουργιών σε σχέση με βιοχημικούς δείκτες κυτταρικής οξείδωσης, φωτίζει και επιβεβαιώνει με τρόπο τεκμηριωμένο τις κλινικές παρατηρήσεις ψυχοσωματιστών, επί της αλεξιθυμίας, του διάχυτου άγχους, της σωματικής αποδιοργάνωσης.

Η πρακτική χρησιμότητα της παρούσας έρευνας αναφέρεται σε δυο επίπεδα. Το πρώτο αφορά τα διαγνωστικά κριτήρια της ψυχοπαθολογίας στο ΜετΣ. Η αποτυχία διατήρησης μεταβατικού χώρου, η αλεξιθυμία και η αδυναμία επεξεργασίας ψυχικών και σωματικών διεγέρσεων, τα ελλείμματα του αναπαραστατικού δικτύου, οι ανώριμοι μηχανισμοί άμυνας του εγώ, ορίζονται ως παράγοντες ιδιαίτερης επικινδυνότητας στο ΜετΣ. Δρώντας στο πλαίσιο των ενορμήσεων θανάτου, οι λειτουργίες αυτές σχετίζονται με αυτοκαταστροφικές τάσεις, καθώς και υψηλότερη κυτταρική οξείδωση, βασικό παράγοντα φθοράς του DNA.

Το δεύτερο επίπεδο χρησιμότητας της παρούσας έρευνας αφορά την κλινική αντιμετώπιση του ΜετΣ. Ενσωματώνοντας την διερεύνησή των ειδικών παραγόντων ψυχικής λειτουργίας, στην εξέταση ασθενών με ΜετΣ, επιτυγχάνεται η πρόληψη περαιτέρω σωματοψυχικής φθοράς μέσω βιοχημικών οδών, αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών και ψυχοσωματικής αποδιοργάνωσης. Ο ιδιαίτερος χαρακτήρας της υπερφαγίας σε πολλούς ασθενείς με ΜετΣ, όπως διαφάνηκε μέσα από την μελέτη μας, πλαισιώνει διαφορετικά αυτό το φαινόμενο. Η εκφορτιστική υπερφαγία, όπως την παρατηρήσαμε στο ΜετΣ, ως μη ψυχοποιημένη συμπεριφορά, δεν επιδέχεται τόσο ερμηνείας και εκπαίδευσης, όσο μπορεί να βελτιωθεί μέσα από την κλινική εργασία προς την κατεύθυνση της ψυχοποίησης και της επαναδόμησης της επαφής με το σώμα.

Τέλος, η παρούσα έρευνα ανοίγει νέα θέματα μελλοντικής διερεύνησης, προάγοντας την επιστημονική σύζευξη ψυχαναλυτικών και βιοχημικών εννοιών. Προσφέρει ένα περίπλοκο μοντέλο εμπλουτισμού της ποσοτικοποιημένης και ποιοτικής ψυχοσωματικής διερεύνησης με βιοχημικούς παράγοντες, αντικρούοντας την βασική κριτική της ψυχανάλυσης, ως μη έχουσα επιστημονική βάση. Η χρήση σταθμισμένων εργαλείων, η δυνατότητα επαλήθευσης των αποτελεσμάτων, καθώς και ο στατιστικός έλεγχος των δεδομένων, προσεγγίζουν την ψυχαναλυτική ψυχοσωματική κλινική στο πεδίο των επιστημών, διατηρώντας την ουσία της στο πεδίο της τέχνης, καθρέφτη της ψυχικής λειτουργίας.

5.7 Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα έρευνα παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς. Το ΜετΣ είναι μια σχετικά νέα έννοια στην ιατρική, παρόλο που επιμέρους στοιχεία της, όπως η παχυσαρκία και η αθήρωση, διερευνώνται εδώ και δεκαετίες. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια καθορίστηκε από κάποιους ερευνητές η υπερέκκριση ινσουλίνης ως εκλυτικός παράγων της διαταραχής, συγκεντρώνοντας τα διάφορα φαινόμενα σε ένα σώμα προς έρευνα. Για το λόγο αυτό υπάρχουν ακόμα κενά στη βιβλιογραφία, ιδίως σε ό,τι αφορά μελέτες των διαφόρων τομέων της ψυχολογίας, όπως η ψυχοπαθολογία και η νευροψυχολογία.

Επίσης το ΜετΣ είναι πολυπαραγοντική ασθένεια με ποικίλες δυνατές εκφράσεις σε προχωρημένο στάδιο, όπως μορφές καρκίνου, διαβήτη, στεφανιαία νόσος, ορισμένα αυτοάνοσα νοσήματα και άλλες διαταραχές. Για τον αποκλεισμό παρεμβαλλόμενων μεταβλητών, όπως οι επιδράσεις που μπορεί να έχουν ιδιαίτερα βαριές παθολογίες, όπως ο καρκίνος, η επιλογή του δείγματος έγινε ανάμεσα σε άτομα που έχουν ΜετΣ, αλλά δεν έχουν εμφανίσει ακόμα προχωρημένες καταστάσεις αποδιοργάνωσης. Οι μετρήσεις που επιλέχθηκαν, τόσο σε βιολογικό, όσο και σε ψυχικό επίπεδο, στοχεύουν στην βαθύτερη κατανόηση του ΜετΣ στο υπάρχον δείγμα, και ανοίγουν το δρόμο σε μελλοντική ευρύτερη κλινική και στατιστική μελέτη, με στόχο τη δημιουργία υποομάδων.

Η δοκιμασία μελανοκηλίδων Rorschach είναι χρονοβόρα, υπάρχει δυσκολία συγκέντρωσης υλικού, και δεν επιτρέπει την διαχείριση μεγάλου δείγματος από έναν ερευνητή. Ωστόσο θεωρήθηκε σημαντικό να συγκεντρωθούν δεδομένα από διαφορετικές πηγές και με διαφορετικές μεθόδους. Οι μέθοδοι αυτοαναφοράς εμπεριέχουν τον κίνδυνο να μην απαντήσουν με ειλικρίνεια τα υποκείμενα, και κυρίως να δοθεί μια εικόνας μόνο όσων είναι προσβάσιμα από τη συνείδηση. Χάνονται ασυνείδητα κομμάτια, όπως τα κίνητρα, οι ασυνείδητες αναπαραστάσεις, επιθυμίες. Το προβολικό τεστ, επειδή διερευνά σε βάθος και είναι λιγότερο άμεσο, δίνει όψεις της προσωπικότητας και ψυχικής οργάνωσης που είναι επιμελώς κρυμμένα από τη συνείδηση. Έρευνες έχουν δείξει, ότι μπορεί να δώσει πληροφορίες με προβλεπτική σημασία για τη ζωή του ατόμου, όπως συμβαίνει με την κλίμακα αυτοκτονικής τάσης, που παρουσιάστηκε στο κεφάλαιο 3.4.3. Η δοκιμασία μελανοκηλίδων παρακάμπτει τις άμυνες, καθώς τα ασυνείδητα κίνητρα, που προϋπάρχουν του σταδίου της λεκτικοποίησης, είναι πιο προσβάσιμα μέσω της προβολής.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΠΙΝΑΚΕΣ

Δημογραφικά

ΠΙΝΑΚΑΣ 1 Δημογραφικά για φύλο και ηλικία

Ηλικιακές κατηγορίες * Φύλο Crosstabulation					
		Φύλο		Συνολικά	
		Γυναίκα	Άνδρας		
Ηλικιακές κατηγορίες	18-25	Πλήθος	1	1	2
		% σε Ηλικιακές κατηγορίες	50,0%	50,0%	100,0%
	26-35	Πλήθος	8	7	15
		% σε Ηλικιακές κατηγορίες	53,3%	46,7%	100,0%
	36-45	Πλήθος	13	10	23
		% σε Ηλικιακές κατηγορίες	56,5%	43,5%	100,0%
	46-55	Πλήθος	5	9	14
		% σε Ηλικιακές κατηγορίες	35,7%	64,3%	100,0%
	56+	Πλήθος	3	3	6
		% σε Ηλικιακές κατηγορίες	50,0%	50,0%	100,0%
	Συνολικά	Πλήθος	30	30	60
		% σε Ηλικιακές κατηγορίες	50,0%	50,0%	100,0%

ΠΙΝΑΚΑΣ 2 Δημογραφικά για ηλικία, σωματικό βάρος, ποσοστό λίπους του δείγματος

		Ηλικία	Σωματικό Βάρος Kgr	Ποσοστό Λίπους
N	Valid	60	60	58
	Missing	0	0	2
Mean		41,88	102,04	37,8257
Median		40,50	99,50	36,4300
Mode		39	106	39,11 ^a
Std. Deviation		10,017	23,922	8,42472
Variance		100,342	572,263	70,976
Range		45	106	53,08
Minimum		20	54	18,00
Maximum		65	160	71,08
a. Multiple modes exist. The smallest value is shown				

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 Δημογραφικά για ηλικία, σωματικό βάρος, ποσοστό λίπους στους άνδρες του δείγματος

Στατιστικοί δείκτες	Ηλικία	Σωματικό Βάρος Kgr	Ποσοστό Λίπους
N	Valid	30	30
	Missing	0	0
Mean		42,33	111,2333
Median		42,00	105,0000
Std. Deviation		10,253	21,46653
Range		41	88,70
Minimum		20	68,30
Maximum		61	157,00

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 Δημογραφικά για ηλικία, σωματικό βάρος, ποσοστό λίπους στις γυναίκες του δείγματος

		Ηλικία	Σωματικό Βάρος Kgr	Ποσοστό Λίπους
N	Valid	30	30	29
	Missing	0	0	1
Mean		41,43	92,8400	39,7924
Std. Error of Mean		1,813	4,19705	1,40637
Median		40,00	88,6000	39,6200
Std. Deviation		9,930	22,98819	7,57356
Skewness		,553	,995	-,586
Std. Error of Skewness		,427	,427	,434
Range		42	106,00	35,30
Minimum		23	54,00	18,00
Maximum		65	160,00	53,30

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 Δημογραφικά για μορφωτικό επίπεδο σε όλο το δείγμα

Μορφωτικό Επίπεδο Συνολικού Δείγματος	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Λύκειο	15	25,0	25,0	25,0
T.E.Σ./T.E.Λ.	4	6,7	6,7	31,7
T.E.I.	1	1,7	1,7	33,3
A.E.I.	28	46,7	46,7	80,0
Μεταπτυχιακό	8	13,3	13,3	93,3
Διδακτορικό	4	6,7	6,7	100,0
Συνολικά	60	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 Δημογραφικά για Μορφωτικό Επίπεδο στις γυναίκες του δείγματος

Μορφωτικό Επίπεδο Γυναικών	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Λύκειο	9	30,0	30,0	30,0
Τεχνική/ Επαγγελματική Σχολή	2	6,7	6,7	36,7
Τ.Ε.Ι.	1	3,3	3,3	40,0
Α.Ε.Ι.	17	56,7	56,7	96,7
Μεταπτυχιακό	1	3,3	3,3	100,0
Συνολικά	30	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 7 Δημογραφικά για μορφωτικό επίπεδο στους άνδρες του δείγματος

Μορφωτικό Επίπεδο Ανδρών	Frequen cy	Perce nt	Valid Percent	Cumulative Percent
Λύκειο	6	20,0	20,0	20,0
Τεχνική/Επαγγελματι κή Σχολή	2	6,7	6,7	26,7
Α.Ε.Ι.	11	36,7	36,7	63,3
Μεταπτυχιακό	7	23,3	23,3	86,7
Διδακτορικό	4	13,3	13,3	100,0
Συνολικά	30	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 8 Δημογραφικά για το επάγγελμα στο συνολικό δείγμα

Επάγγελμα στο Σύνολο του Δείγματος	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Άνεργος	5	8,3	8,3	8,3
Δημόσιος	10	16,7	16,7	25,0
Υπάλληλος				
Ιδιωτικός	18	30,0	30,0	55,0
Υπάλληλος				
Ελεύθερος	14	23,3	23,3	78,3
Επαγγελματίας				
Επιχειρηματίας	8	13,3	13,3	91,7
Συνταξιούχος	5	8,3	8,3	100,0
Συνολικά	60	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 9 Δημογραφικά για μορφωτικό επίπεδο στις γυναίκες του δείγματος

Μορφωτικό Επίπεδο Γυναικών	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Λύκειο	9	30,0	30,0	30,0
T.E.Λ./T.E.Σ	2	6,7	6,7	36,7
T.E.I.	1	3,3	3,3	40,0
A.E.I.	17	56,7	56,7	96,7
Μεταπτυχιακό	1	3,3	3,3	100,0
Συνολικά	30	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 10 Δημογραφικά για επάγγελμα στους άνδρες του δείγματος

Επάγγελμα	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Άνεργος	1	3,3	3,3	3,3
Δημόσιος Υπάλληλος	1	3,3	3,3	6,7
Ιδιωτικός Υπάλληλος	11	36,7	36,7	43,3
Ελεύθερος Επαγγελματίας	8	26,7	26,7	70,0
Επιχειρηματίας	7	23,3	23,3	93,3
Συνταξιούχος	2	6,7	6,7	100,0
Συνολικά	30	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 11 Δημογραφικά για την ηλικία αύξησης του βάρους, για το σύνολο του δείγματος

Ηλικία Αύξησης Βάρους	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0-6 ετών	5	8,3	8,3	8,3
7-12 ετών	7	11,7	11,7	20,0
13-18 ετών	6	10,0	10,0	30,0
19-26 ετών	17	28,3	28,3	58,3
27-35 ετών	13	21,7	21,7	80,0
36-45 ετών	12	20,0	20,0	100,0

Συνολικ ά	60	100,0	100,0

ΠΙΝΑΚΑΣ 12 Δημογραφικά για την ύπαρξη υπέρβαρων γονέων στο σύνολο του δείγματος

Υπέρβαροι Γονείς		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κανείς	15	25,0	25,0	25,0
	Μητέρα	21	35,0	35,0	60,0
	Πατέρας	13	21,7	21,7	81,7
	Αμφότεροι	11	18,3	18,3	100,0
	Συνολικά	60	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 13 Δημογραφικά για την ύπαρξη γονέων με διαταραχή σακχάρου στο σύνολο του δείγματος

Γονείς με Διαταραχή Σακχάρου		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Κανείς	37	61,7	61,7	61,7
	Μητέρα	11	18,3	18,3	80,0
	Πατέρας	9	15,0	15,0	95,0
	Αμφότεροι	3	5,0	5,0	100,0
	Συνολικά	60	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 14 Δημογραφικά για προσβεβλημένα όργανα στο σύνολο του δείγματος

Προσβεβλημένα Όργανα		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	2	3,3	3,3	3,3
	1	4	6,7	6,7	10,0
	2	16	26,7	26,7	36,7

3	11	18,3	18,3	55,0
4	14	23,3	23,3	78,3
5	8	13,3	13,3	91,7
6	4	6,7	6,7	98,3
7	1	1,7	1,7	100,0
Συνολικά	60	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 15 Δημογραφικά για προβλήματα υγείας στο σύνολο του δείγματος

	Frequency	Percent	Valid Percent
Καρδιακά	22	36,7	36,7
Λιπώδης Διήθηση Ήπατος	13	21,7	21,7
Θυρεοειδής	12	20,0	20,0
Ορμονικά	20	33,3	33,3
Αλλεργία	21	35,0	35,0
Εντερικές διαταραχές	19	31,7	31,7
Δυσλιπιδαιμία	32	53,3	53,3
Δερματικά προβλήματα	22	36,7	36,7
Υψηλό Σάκχαρο	11	18,3	18,3
Υπνική Άπνοια	10	16,7	16,7
Αυτοάνοσα	4	6,7	6,7
Γ.Ο.Π.	8	13,3	13,3

Ερευνητικό Ερώτημα Ι

ΠΙΝΑΚΑΣ 16 Γεγονότα που αναφέρονται ότι προηγήθηκαν των πρώτων συμπτωμάτων της μεταβολικής διαταραχής

Γεγονότα Πριν την Έναρξη του ΜετΣ	Frequency	Percent	Valid Percent
Κανένα/Ασαφές	8	13,3	13,3
Διαζύγιο Γονέων	1	1,7	1,7
Απώλεια/Ασθένεια Σημαντικού Άλλου	6	10,0	10,0
Μετακόμιση	1	1,7	1,7
Γάμος	3	5,0	5,0
Διαζύγιο	1	1,7	1,7
Τραυματισμός/Ατύχημα	3	5,0	5,0
Διακοπή Άθλησης	3	5,0	5,0
Στρατιωτική Θητεία	3	5,0	5,0
Εγκυμοσύνη	9	15,0	15,0
Εργασιακά Θέματα	7	11,7	11,7
Αύξηση Τροφής	5	8,3	8,3
Κλιμακτήριος	2	3,3	3,3
Διακοπή Καπνίσματος	1	1,7	1,7
Γεννήθηκε Υπέρβαρος/η	3	5,0	5,0
Σπουδές Εξωτερικού	2	3,3	3,3
Υποβοηθούμενη Γονιμοποίηση	2	3,3	3,3

ΠΙΝΑΚΑΣ 17 Περιγραφικά για ZKPQ % Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητας, Παρορμητισμό, Αισθητηριακότητα και S-CON του Rorschach στο σύνολο του δείγματος

		ImpSS ¹	Imp ²	Iss ³	S-CON ⁴
N	Valid	60	60	60	60
	Missing	0	0	0	0

Mean	8,2000	3,3333	4,8667	4,17
Std. Error of Mean	,41497	,26962	,30297	,163
Median	9,0000	3,0000	4,0000	4,00
Std. Deviation	3,21437	2,08844	2,34677	1,264
Range	13,00	8,00	9,00	5
Minimum	2,00	,00	1,00	2
Maximum	15,00	8,00	10,00	7

¹Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητας, ²Παρορμητισμός, ³Αναζήτηση Αισθητηριακότητας,

⁴ Αυτοκτονική Τάση

**ΠΙΝΑΚΑΣ 18 Περιγραφικών για ZKPQ % Παρορμητική Αναζήτηση
Αισθητηριακότητας, Παρορμητισμό, Αισθητηριακότητα και S-CON του
Rorschach στις γυναίκες του δείγματος**

	ImpSS ¹	Imp ²	Iss ³	S-CON ⁴
N Valid	30	30	30	30
Missing	0	0	0	0
Mean	7,8667	3,8333	4,0333	4,10
Std. Error of Mean	,59834	,39851	,35064	,237
Median	8,0000	4,0000	4,0000	4,00
Std. Deviation	3,27723	2,18274	1,92055	1,296
Range	13,00	8,00	7,00	5
Minimum	2,00	,00	1,00	2
Maximum	15,00	8,00	8,00	7

¹Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητας, ²Παρορμητισμός, ³Αναζήτηση Αισθητηριακότητας, ⁴

Αυτοκτονική Τάση

**ΠΙΝΑΚΑΣ 19 Περιγραφικά για ZKPQ % Παρορμητική Αναζήτηση
Αισθητηριακότητας, Παρορμητισμό, Αισθητηριακότητα και S-CON του
Rorschach στους άνδρες του δείγματος**

	ImpSS ¹	Imp ²	Iss ³	S-CON ⁴

N	Valid	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0
Mean		8,5333	2,8333	5,7000	4,23
Std. Error of Mean		,57881	,34602	,45016	,228
Median		9,0000	3,0000	6,0000	4,00
Std. Deviation		3,17026	1,89525	2,46563	1,251
Range		9,00	7,00	9,00	5
Minimum		4,00	,00	1,00	2
Maximum		13,00	7,00	10,00	7

¹Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητας, ²Παρορμητισμός, ³Αναζήτηση Αισθητηριακότητας, ⁴ Αυτοκτονική Τάση

ΠΙΝΑΚΑΣ 20 Πληθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και τυπικό σφάλμα μέσου όρου για ZKPQ % Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητας, Παρορμητισμό, Αισθητηριακότητα και S-CON του Rorschach στο σύνολο του δείγματος

Group Statistics					
	Γεγονότα	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ImpSS ¹	Όχι	8	1,8750	3,31393	1,17165
	Ναι	52	1,9615	4,09189	,56744
Imp ²	Όχι	8	10,6250	1,68502	,59574
	Ναι	52	7,8269	3,24020	,44933
Iss ³	Όχι	8	5,0000	1,41421	,50000
	Ναι	52	3,0769	2,06603	,28651
S_CON ⁴	Όχι	8	5,00	1,690	,598
	Ναι	52	4,04	1,154	,160

¹Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητας, ²Παρορμητισμός, ³Αναζήτηση Αισθητηριακότητας, ⁴ Αυτοκτονική Τάση

ΠΙΝΑΚΑΣ 21 Στατιστικός έλεγχος για την σχέση αναπαραστάσεων για την έναρξη της διαταραχής με ZKPQ % Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητας, Παρορμητισμό, Αισθητηριακότητα και S-CON του Rorschach στο σύνολο του δείγματος

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances					t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Diff.	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
ImpS	Equal var. assumed	,945	,335	-,057	58	,955	-,08654	1,52140	-3,13195	2,95887
	Equal var. not assumed			-,066	10,589	,948	-,08654	1,30183	-2,96547	2,79240
Imp	Equal var. assumed	5,542	,022	2,381	58	,021	2,79808	1,17513	,44580	5,15035
	Equal var. not assumed			3,750	16,497	,002	2,79808	,74620	1,22007	4,37608
Iss	Equal var. assumed	4,869	,031	2,534	58	,014	1,92308	,75905	,40367	3,44248
	Equal var. not assumed			3,337	12,171	,006	1,92308	,57627	,66945	3,17670
S_CON	Equal var. assumed	1,657	,203	2,056	58	,044	,962	,468	,026	1,898
	Equal var. not assumed			1,554	8,034	,159	,962	,619	-,464	2,387

ΠΙΝΑΚΑΣ 22 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του φύλου στην Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητα, τον Παρορμητισμό και την Αναζήτηση Αισθητηριακότητας

ANOVA Table						
			Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητας % * Φύλο	Between Groups	(Combined)	184,692	1	184,692	,641 ,426
	Within Groups		16701,741	58	287,961	
	Total		16886,433	59		
Παρορμητισμός % * Φύλο	Between Groups	(Combined)	2343,750	1	2343,750	3,590 ,063
	Within Groups		37864,583	58	652,838	
	Total		40208,333	59		
Αναζήτηση Αισθητηριακότητας % * Φύλο	Between Groups	(Combined)	3443,500	1	3443,500	8,531 ,005
	Within Groups		23410,111	58	403,623	
	Total		26853,611	59		

ΠΙΝΑΚΑΣ 23 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της ηλικίας στην Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητα, τον Παρορμητισμό και την Αναζήτηση Αισθητηριακότητας

ANOVA Table						
			Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητας % * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups	(Combined)	966,755	4	241,689	,835 ,509
		Linearity	191,535	1	191,535	,662 ,419
		Deviation from Linearity	775,220	3	258,407	,893 ,451
	Within Groups		15919,678	55	289,449	
	Total		16886,433	59		
Παρορμητισμός % * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups	(Combined)	3453,416	4	863,354	1,292 ,284
		Linearity	780,024	1	780,024	1,167 ,285
		Deviation from Linearity	2673,392	3	891,131	1,333 ,273
	Within Groups		36754,917	55	668,271	
	Total		40208,333	59		
Αναζήτηση Αισθητηριακότητας % * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups	(Combined)	237,343	4	59,336	,123 ,974
		Linearity	12,914	1	12,914	,027 ,871
		Deviation from Linearity	224,429	3	74,810	,155 ,926
	Within Groups		26616,268	55	483,932	
	Total		26853,611	59		

ΠΙΝΑΚΑΣ 24 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του επαγγέλματος στην Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητα, τον Παρορμητισμό και την Αναζήτηση Αισθητηριακότητας

ANOVA Table						
			Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητας % * Επάγγελμα	Between Groups (Combined)		1180,927	5	236,185	,812 ,546
	Within Groups		15705,506	54	290,843	
	Total		16886,433	59		
Παρορμητισμός % * Επάγγελμα	Between Groups (Combined)		9380,146	5	1876,029	3,286 ,012
	Within Groups		30828,187	54	570,892	
	Total		40208,333	59		
Αναζήτηση Αισθητηριακότητας % * Επάγγελμα	Between Groups (Combined)		3037,603	5	607,521	1,377 ,247
	Within Groups		23816,008	54	441,037	
	Total		26853,611	59		

**ΠΙΝΑΚΑΣ 25 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του μορφωτικού επιπέδου στην Παρορμητική Αναζήτηση
Αισθητηριακότητα, τον Παρορμητισμό και την Αναζήτηση Αισθητηριακότητας**

ANOVA Table			Sum of	df	Mean Square	F	Sig.
			Squares				
Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητας % * Μορφωτικό Επίπεδο	Between Groups	(Combined)	3176,216	5	635,243	2,502	,041
		Linearity	55,195	1	55,195	,217	,643
		Deviation from Linearity	3121,021	4	780,255	3,073	,024
	Within Groups		13710,217	54	253,893		
	Total		16886,433	59			
Παρορμητισμός % * Μορφωτικό Επίπεδο	Between Groups	(Combined)	8739,025	5	1747,805	2,999	,018
		Linearity	4662,590	1	4662,590	8,001	,007
		Deviation from Linearity	4076,436	4	1019,109	1,749	,153
	Within Groups		31469,308	54	582,765		
	Total		40208,333	59			
Αναζήτηση Αισθητηριακότητας % * Μορφωτικό Επίπεδο	Between Groups	(Combined)	4326,842	5	865,368	2,074	,083
		Linearity	1356,264	1	1356,264	3,251	,077
		Deviation from Linearity	2970,577	4	742,644	1,780	,146
	Within Groups		22526,769	54	417,162		
	Total		26853,611	59			

**ΠΙΝΑΚΑΣ 26 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της ηλικίας αύξησης βάρους στην Παρορμητική Αναζήτηση
Αισθητηριακότητα, τον Παρορμητισμό και την Αναζήτηση**

ANOVA Table			Sum of	df	Mean Square	F	Sig.
			Squares				
Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητας % * Ηλικία Αύξησης Βάρους	Between Groups	(Combined)	1780,227	5	356,045	1,273	,289
		Linearity	148,614	1	148,614	,531	,469
		Deviation from Linearity	1631,613	4	407,903	1,458	,228
	Within Groups		15106,206	54	279,745		
	Total		16886,433	59			
Παρορμητισμός % * Ηλικία Αύξησης Βάρους	Between Groups	(Combined)	5158,563	5	1031,713	1,590	,179
		Linearity	1341,909	1	1341,909	2,067	,156
		Deviation from Linearity	3816,654	4	954,164	1,470	,224
	Within Groups		35049,770	54	649,070		
	Total		40208,333	59			
Αναζήτηση Αισθητηριακότητας % * Ηλικία Αύξησης Βάρους	Between Groups	(Combined)	996,192	5	199,238	,416	,836
		Linearity	31,185	1	31,185	,065	,800
		Deviation from Linearity	965,008	4	241,252	,504	,733
	Within Groups		25857,419	54	478,841		
	Total		26853,611	59			

**ΠΙΝΑΚΑΣ 27 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της ηλικίας αύξησης βάρους στην Παρορμητική Αναζήτηση
Αισθητηριακότητα, τον Παρορμητισμό και την Αναζήτηση**

ANOVA Table			Sum of	df	Mean Square	F	Sig.
			Squares				
Παρορμητική Αναζήτηση Αισθητηριακότητας % * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups	(Combined)	966,755	4	241,689	,835	,509
		Linearity	191,535	1	191,535	,662	,419
		Deviation from Linearity	775,220	3	258,407	,893	,451
	Within Groups		15919,678	55	289,449		
	Total		16886,433	59			
Παρορμητισμός % * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups	(Combined)	3453,416	4	863,354	1,292	,284
		Linearity	780,024	1	780,024	1,167	,285
		Deviation from Linearity	2673,392	3	891,131	1,333	,273
	Within Groups		36754,917	55	668,271		
	Total		40208,333	59			
Αναζήτηση Αισθητηριακότητας % * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups	(Combined)	237,343	4	59,336	,123	,974
		Linearity	12,914	1	12,914	,027	,871
		Deviation from Linearity	224,429	3	74,810	,155	,926
	Within Groups		26616,268	55	483,932		
	Total		26853,611	59			

ΠΙΝΑΚΑΣ 28 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του φύλου στην αυτοκτονική τάση

ANOVA Table						
			Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
S_CON * Φύλο	Between Groups (Combined)		,267	1	,267	,164 ,687
	Within Groups		94,067	58	1,622	
	Total		94,333	59		
S_CON * Ηλικιακές Κατηγορίες	Between Groups (Combined)		14,398	4	3,599	2,477 ,055
	Within Groups		79,935	55	1,453	
	Total		94,333	59		
S_CON * Επάγγελμα	Between Groups (Combined)		10,098	5	2,020	1,295 ,280
	Within Groups		84,235	54	1,560	
	Total		94,333	59		
S_CON * Μορφωτικό Επίπεδο	Between Groups (Combined)		6,275	5	1,255	,770 ,576
	Within Groups		88,058	54	1,631	
	Total		94,333	59		

Ερευνητικό Ερώτημα II

ΠΙΝΑΚΑΣ 29 Περιγραφικά οξειδωτικού στρες για το σύνολο του δείγματος

Δείκτες Οξειδωτικού Στρες για το σύνολο του δείγματος					
		PCC ¹	MDA ²	TAC ³	GPU ⁴
N	Valid	50	50	50	50
	Missing	10	10	10	10
Mean		,4906	5,4680	,9110	3,0518
Std. Error of Mean		,02322	,29864	,01900	,23436
Median		,4950	5,1000	,8800	2,9000
Mode		,58	4,00 ^a	,83	2,90
Std. Deviation		,16416	2,11172	,13434	1,65715
Variance		,027	4,459	,018	2,746
Skewness		,770	1,171	,804	1,310
Std. Error of Skewness		,337	,337	,337	,337
Kurtosis		2,136	3,123	,412	2,823
Std. Error of Kurtosis		,662	,662	,662	,662
Range		,89	12,10	,58	8,55
Minimum		,19	1,40	,69	,50
Maximum		1,08	13,50	1,27	9,05
Sum		24,53	273,40	45,55	152,59

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

¹ Πρωτεϊνικά Καρβονύλια, ² Μηλονική Διαλδεΰδη, ³ Ολική Αντιοξειδωτική Ικανότητα του πλάσματος,

⁴ Γλουταθειόνη Ερυθροκυττάρων

ΠΙΝΑΚΑΣ 30 Περιγραφικά οξειδωτικού στρες για τις γυναίκες του δείγματος

	PCC ¹	MDA ²	TAC ³	GPU ⁴	PCC ¹
N	Valid	24	24	24	24
	Missing	6	6	6	6
Mean	,4650	5,5375	,8638	2,8292	34,5667
Std. Error of Mean	,02732	,32285	,02430	,25385	,96400
Median	,4450	5,3000	,8550	2,7000	34,2500
Mode	,31 ^a	3,80 ^a	,83	2,00 ^a	35,30 ^a
Std. Deviation	,13384	1,58164	,11905	1,24358	4,72263
Variance	,018	2,502	,014	1,547	22,303
Skewness	-,183	,555	1,104	,331	1,067
Std. Error of Skewness	,472	,472	,472	,472	,472
Kurtosis	-,385	-,155	2,519	-,337	2,403
Std. Error of Kurtosis	,918	,918	,918	,918	,918
Range	,54	6,40	,54	5,00	21,20
Minimum	,19	2,80	,69	,50	27,80
Maximum	,73	9,20	1,23	5,50	49,00

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

¹ Πρωτεϊνικά Καρβονύλια, ² Μηλονική Διαλδεΐδη, ³ Ολική Αντιοξειδωτική Ικανότητα του πλάσματος,

⁴ Γλουταθειόνη Ερυθροκυττάρων

ΠΙΝΑΚΑΣ 31 Περιγραφικά οξειδωτικού στρες για τους άνδρες του δείγματος

		Statistics				
		PCC ¹	MDA ²	TAC ³	GPU ⁴	PCC ¹
N	Valid	26	26	26	26	26
	Missing	4	4	4	4	4
Mean		,5142	5,4038	,9546	3,2573	38,4538
Std. Error of Mean		,03676	,49730	,02646	,38571	1,04709
Median		,5150	4,7500	,9450	2,9000	38,2500
Mode		,58	3,60 ^a	,83	1,50 ^a	33,10
Std. Deviation		,18743	2,53574	,13494	1,96676	5,33916
Variance		,035	6,430	,018	3,868	28,507
Skewness		,914	1,307	,695	1,317	,618
Std. Error of Skewness		,456	,456	,456	,456	,456
Kurtosis		2,035	2,987	-,256	2,118	-,293
Std. Error of Kurtosis		,887	,887	,887	,887	,887
Range		,89	12,10	,52	8,35	20,60
Minimum		,19	1,40	,75	,70	30,20
Maximum		1,08	13,50	1,27	9,05	50,80
Sum		13,37	140,50	24,82	84,69	999,80

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

¹ Πρωτεϊνικά Καρβονύλια, ² Μηλονική Διαλδεύδη, ³ Ολική Αντιοξειδωτική Ικανότητα του πλάσματος, ⁴ Γλουταθειόνη Ερυθροκυττάρων

ΠΙΝΑΚΑΣ 32 Περιγραφικά δεικτών αμυντικών προφίλ για το σύνολο του δείγματος

Αμυντικά προφίλ					
		Παραμορφω- τικό της Πραγματικότ ητας	Προσαρμοστικό	Δυσπροσαρμοσ τικό	Αυτοθυσιαστικό
N	Valid	60	60	60	60
	Missing	0	0	0	0
Mean		3,3423	5,5666	3,7762	4,2077
Median		3,1665	5,6150	3,6670	4,2695
Mode		3,80	5,62	2,64 ^a	4,08
Std. Deviation		1,37216	1,40033	1,16453	1,05121
Variance		1,883	1,961	1,356	1,105
Skewness		,834	-,623	,541	,083
Std. Error of Skewness		,309	,309	,309	,309
Kurtosis		,922	1,008	,808	2,035
Std. Error of Kurtosis		,608	,608	,608	,608
Range		6,73	7,08	5,97	6,38
Minimum		,67	1,00	1,48	1,46
Maximum		7,40	8,08	7,46	7,85
Sum		200,54	334,00	226,57	252,46
a. Multiple modes exist. The smallest value is shown					

ΠΙΝΑΚΑΣ 33 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και τυπικό σφάλμα μέσης τιμής για το σύνολο του δείγματος ως προς την διάγνωση Παραμορφωτικού της πραγματικότητας αμυντικού προφίλ

Περιγραφικά					
Δείκτες	Παραμορφωτικό της Πραγματικότητας προφίλ	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PCC ¹	Όχι	38	,4892	,14755	,02394
	Ναι	12	,4950	,21631	,06244
MDA ²	Όχι	38	5,9105	2,11721	,34346
	Ναι	12	4,0667	1,40281	,40496
TAC ³	Όχι	38	,8724	,10648	,01727
	Ναι	12	1,0333	,14412	,04160
GPU ⁴	Όχι	38	3,1603	1,65358	,26825
	Ναι	12	2,7083	1,69301	,48873

¹ Πρωτεϊνικά Καρβονύλια, ² Μηλονική Διαλδεΰδη, ³ Ολική Αντιοξειδωτική Ικανότητα του πλάσματος,

⁴ Γλουταθειόνη Ερυθροκυττάρων

ΠΙΝΑΚΑΣ 34 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του φύλου στους δείκτες κυτταρικής οξείδωσης

ANOVA Table							
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Πρωτεϊνικά Καρβονύλια * Φύλο	Between Groups	(Combined)	,030	1	,030	1,125	,294
	Within Groups		1,290	48	,027		
	Total		1,320	49			
Μηλονική Διαλδεϋδη * Φύλο	Between Groups	(Combined)	,223	1	,223	,049	,826
	Within Groups		218,286	48	4,548		
	Total		218,509	49			
Ολική Αντιοξειδωτική Ικανότητα Πλάσματος * Φύλο	Between Groups	(Combined)	,103	1	,103	6,331	,015
	Within Groups		,781	48	,016		
	Total		,884	49			
Γλουταθειόνη Ερυθροκυττάρων * Φύλο	Between Groups	(Combined)	2,288	1	2,288	,830	,367
	Within Groups		132,274	48	2,756		
	Total		134,561	49			

ΠΙΝΑΚΑΣ 35 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της ηλικίας στους δείκτες κυτταρικής οξείδωσης

ANOVA Table						
			Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
Πρωτεϊνικά Καρβονύλια * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups	(Combined)	,111	4	,028	1,033 ,401
	Within Groups		1,209	45	,027	
	Total		1,320	49		
Μηλονική Διαλδεϋδη * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups	(Combined)	23,877	4	5,969	1,380 ,256
	Within Groups		194,632	45	4,325	
	Total		218,509	49		
Ολική Αντιοξειδωτική Ικανότητα Πλάσματος * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups	(Combined)	,037	4	,009	,491 ,743
	Within Groups		,847	45	,019	
	Total		,884	49		
Γλουταθειόνη Ερυθροκυττάρων * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups	(Combined)	16,003	4	4,001	1,518 ,213
	Within Groups		118,559	45	2,635	
	Total		134,561	49		

ΠΙΝΑΚΑΣ 36 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του μορφωτικού επιπέδου στους δείκτες κυτταρικής οξείδωσης

ANOVA Table							
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Πρωτεϊνικά Καρβονύλια * Μορφωτικό Επίπεδο	Between Groups	(Combined)	,046	5	,009	,318	,899
	Within Groups		1,274	44	,029		
	Total		1,320	49			
Μηλονική Διαλδεϋδη * Μορφωτικό Επίπεδο	Between Groups	(Combined)	30,608	5	6,122	1,433	,231
	Within Groups		187,901	44	4,270		
	Total		218,509	49			
Ολική Αντιοξειδωτική Ικανότητα Πλάσματος * Μορφωτικό Επίπεδο	Between Groups	(Combined)	,072	5	,014	,785	,566
	Within Groups		,812	44	,018		
	Total		,884	49			
Γλουταθειόνη Ερυθροκυττάρων * Μορφωτικό Επίπεδο	Between Groups	(Combined)	16,419	5	3,284	1,223	,314
	Within Groups		118,142	44	2,685		
	Total		134,561	49			

ΠΙΝΑΚΑΣ 37 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης στους δείκτες κυτταρικής οξειδωσης

ANOVA Table ^a						
			Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
Πρωτεϊνικά Καρβονύλια * Επάγγελμα	Between Groups (Combined)		,226	5	,045	1,813 ,130
	Within Groups		1,095	44	,025	
	Total		1,320	49		
Μηλονική Διαλδεύδη * Επάγγελμα	Between Groups (Combined)		14,842	5	2,968	,641 ,669
	Within Groups		203,667	44	4,629	
	Total		218,509	49		
Ολική Αντιοξειδωτική Ικανότητα Πλάσματος * Επάγγελμα	Between Groups (Combined)		,062	5	,012	,665 ,652
	Within Groups		,822	44	,019	
	Total		,884	49		
Γλουταθειόνη Ερυθροκυττάρων * Επάγγελμα	Between Groups (Combined)		25,498	5	5,100	2,057 ,089
	Within Groups		109,063	44	2,479	
	Total		134,561	49		

ΠΙΝΑΚΑΣ 38 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση παχυσαρκίας των γονέων στους δείκτες κυτταρικής οξείδωσης

ANOVA Table							
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Πρωτεϊνικά Καρβονύλια * Υπέρβαροι Γονείς	Between Groups	(Combined)	,032	3	,011	,379	,769
	Within Groups		1,289	46	,028		
	Total		1,320	49			
Μηλονική Διαλδεϋδη * Υπέρβαροι Γονείς	Between Groups	(Combined)	16,025	3	5,342	1,213	,315
	Within Groups		202,484	46	4,402		
	Total		218,509	49			
Ολική Αντιοξειδωτική Ικανότητα Πλάσματος * Υπέρβαροι Γονείς	Between Groups	(Combined)	,045	3	,015	,824	,488
	Within Groups		,839	46	,018		
	Total		,884	49			
Γλουταθειόνη Ερθυροκυττάρων * Υπέρβαροι Γονείς	Between Groups	(Combined)	15,309	3	5,103	1,968	,132
	Within Groups		119,252	46	2,592		
	Total		134,561	49			

ΠΙΝΑΚΑΣ 39 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση διαταραχής σακχάρου των γονέων στους δείκτες κυτταρικής οξείδωσης

ANOVA Table							
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Πρωτεϊνικά Καρβονύλια * Γονείς με Υψηλό Ζάχαρο	Between Groups	(Combined)	,159	3	,053	2,104	,113
	Within Groups		1,161	46	,025		
	Total		1,320	49			
Μηλονική Διαλδεύδη * Γονείς με Υψηλό Ζάχαρο	Between Groups	(Combined)	9,796	3	3,265	,720	,545
	Within Groups		208,712	46	4,537		
	Total		218,509	49			
Ολική Αντιοξειδωτική Ικανότητα Πλάσματος * Γονείς με Υψηλό Ζάχαρο	Between Groups	(Combined)	,068	3	,023	1,284	,291
	Within Groups		,816	46	,018		
	Total		,884	49			
Γλουταθειόνη Ερυθροκυττάρων * Γονείς με Υψηλό Ζάχαρο	Between Groups	(Combined)	3,561	3	1,187	,417	,742
	Within Groups		131,001	46	2,848		
	Total		134,561	49			

ΠΙΝΑΚΑΣ 40 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση πλήθους προσβεβλημένων οργάνων στους δείκτες κυτταρικής οξείδωσης

ANOVA Table						
			Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
Πρωτεϊνικά Καρβονύλια *	Between Groups	(Combined)	,120	7	,017	,602
	Within Groups		1,200	42	,029	
	Total		1,320	49		
Μηλονική Διαλδεϋδη *	Between Groups	(Combined)	20,697	7	2,957	,628
	Within Groups		197,812	42	4,710	
	Total		218,509	49		
Ολική Αντιοξειδωτική Ικανότητα Πλάσματος * Προσβεβλημένα Όργανα	Between Groups	(Combined)	,180	7	,026	1,536
	Within Groups		,704	42	,017	
	Total		,884	49		
Γλουταθειόνη Ερυθροκυττάρων *	Between Groups	(Combined)	24,977	7	3,568	1,368
	Within Groups		109,584	42	2,609	
	Total		134,561	49		

ΠΙΝΑΚΑΣ 41 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του φύλου στο αμυντικό προφίλ

ANOVA Table						
			Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
ΔΣ-ΑΠ * Φύλο	Between Groups	(Combined)	1,314	1	1,314	,968 ,329
	Within Groups		78,698	58	1,357	
	Total		80,012	59		
Α-ΑΠ * Φύλο	Between Groups	(Combined)	,077	1	,077	,069 ,794
	Within Groups		65,120	58	1,123	
	Total		65,198	59		
Π-ΑΠ * Φύλο	Between Groups	(Combined)	1,193	1	1,193	,604 ,440
	Within Groups		114,501	58	1,974	
	Total		115,694	59		
ΔΕ-ΑΠ * Φύλο	Between Groups	(Combined)	7,234	1	7,234	4,234 ,044
	Within Groups		99,090	58	1,708	
	Total		106,324	59		

ΠΙΝΑΚΑΣ 42 Έλεγχος παρεμβλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της ηλικίας στο αμυντικό προφίλ

ANOVA Table						
			Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
Δυσπροσαρμοστικοί Μηχανισμοί Άμυνας κ *	Between Groups (Combined)		10,190	4	2,548	2,007 ,106
	Within Groups		69,822	55	1,269	
	Total		80,012	59		
Παραμορφωτικοί της Πραγματικότητας Ελλ s *	Between Groups (Combined)		5,463	4	1,366	,745 ,566
	Within Groups		100,861	55	1,834	
	Total		106,324	59		
Αυτοθυσίας Ελλ s *	Between Groups (Combined)		7,236	4	1,809	1,716 ,159
	Within Groups		57,962	55	1,054	
	Total		65,198	59		
Προσαρμοστικοί Ελλ s *	Between Groups (Combined)		3,977	4	,994	,489 ,743
	Within Groups		111,717	55	2,031	
	Total		115,694	59		

ΠΙΝΑΚΑΣ 43 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του μορφωτικού επιπέδου στο αμυντικό προφίλ

ANOVA Table						
			Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
Δυσπροσαρμοστικοί Μηχανισμοί Άμυνας κ *	Between Groups	(Combined)	3,245	5	,649	,456
	Within Groups		76,767	54	1,422	
	Total		80,012	59		
Παραμορφωτικοί της Πραγματικότητας Ελλ s *	Between Groups	(Combined)	3,895	5	,779	,411
	Within Groups		102,429	54	1,897	
	Total		106,324	59		
Αυτοθυσίας Ελλ s *	Between Groups	(Combined)	5,291	5	1,058	,954
	Within Groups		59,907	54	1,109	
	Total		65,198	59		
Προσαρμοστικοί Ελλ s *	Between Groups	(Combined)	9,858	5	1,972	1,006
	Within Groups		105,836	54	1,960	
	Total		115,694	59		

ΠΙΝΑΚΑΣ 44 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης στο αμυντικό προφίλ

ANOVA Table						
			Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
Δυσπροσαρμοστικοί Μηχανισμοί Άμυνας κ * Επάγγελμα	Between Groups (Combined)		2,202	5	,440	,306 ,907
	Within Groups		77,810	54	1,441	
	Total		80,012	59		
Παραμορφωτικοί της Πραγματικότητας Ελλ s * Επάγγελμα	Between Groups (Combined)		18,265	5	3,653	2,240 ,063
	Within Groups		88,058	54	1,631	
	Total		106,324	59		
Αυτοθυσίας Ελλ s * Επάγγελμα	Between Groups (Combined)		1,235	5	,247	,208 ,958
	Within Groups		63,963	54	1,185	
	Total		65,198	59		
Προσαρμοστικοί Ελλ s * Επάγγελμα	Between Groups (Combined)		3,423	5	,685	,329 ,893
	Within Groups		112,271	54	2,079	
	Total		115,694	59		

ΠΙΝΑΚΑΣ 45 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης στο αμυντικό προφίλ

ANOVA Table						
			Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
Δυσπροσαρμοστικοί Μηχανισμοί Άμυνας κ *	Between Groups	(Combined)	7,785	5	1,557	1,164
	Within Groups		72,227	54	1,338	
	Total		80,012	59		
Παραμορφωτικοί της Πραγματικότητας Ελλ s *	Between Groups	(Combined)	6,289	5	1,258	,679
	Within Groups		100,034	54	1,852	
	Total		106,324	59		
Αυτοθυσίας Ελλ s * Ηλικία Αύξησης Βάρους	Between Groups	(Combined)	,863	5	,173	,145
	Within Groups		64,334	54	1,191	
	Total		65,198	59		
Προσαρμοστικοί Ελλ s *	Between Groups	(Combined)	11,460	5	2,292	1,187
	Within Groups		104,234	54	1,930	
	Total		115,694	59		

ΠΙΝΑΚΑΣ 46 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης στο αμυντικό προφίλ

ANOVA Table						
			Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
ΔΣ-ΑΠ * Επαγγελματική κατάσταση	Between Groups	(Combined)	2.202	5	.440	.306
	Within Groups		77.510	54	1.441	
	Total		20.012	59		
ΔΕ-ΑΠ * Επαγγελματική κατάσταση	Between Groups	(Combined)	5917.935	5	1182.587	2.240
	Within Groups		28529.715	54	528.328	
	Total		34447.650	59		
Α-ΑΠ * Επαγγελματική κατάσταση	Between Groups	(Combined)	1.235	5	.247	.208
	Within Groups		36.963	54	1.185	
	Total		65.198	59		
Π-ΑΠ * Επαγγελματική κατάσταση	Between Groups	(Combined)	3.423	5	.685	.329
	Within Groups		112.271	54	2.079	
	Total		115.694	59		

**ΠΙΝΑΚΑΣ 47 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση των γεγονότων που προηγήθηκαν της αύξησης βάρους στο
αμυντικό προφίλ**

		ANOVA Table					
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ΔΣ-ΑΠ	Between Groups	(Combined)	25,413	16	1,588	1,251	,272
* Γεγονότα Πριν την	Within Groups		54,599	43	1,270		
Αύξηση Βάρους	Total		80,012	59			
ΔΕ-ΑΠ	Between Groups	(Combined)	40,399	16	2,525	1,647	,097
* Γεγονότα Πριν την	Within Groups		65,925	43	1,533		
Αύξηση Βάρους	Total		106,324	59			
Α-ΑΠ	Between Groups	(Combined)	27,590	16	1,724	1,972	,039
* Γεγονότα Πριν την	Within Groups		37,607	43	,875		
Αύξηση Βάρους	Total		65,198	59			
Π-ΑΠ	Between Groups	(Combined)	21,253	16	1,328	,605	,862
* Γεγονότα Πριν την	Within Groups		94,441	43	2,196		
Αύξηση Βάρους	Total		115,694	59			

ΠΙΝΑΚΑΣ 48 Συσχετίσεις Παραμορφωτικού της πραγματικότητα προφίλ με δείκτες κυτταρικής οξείδωσης

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig(2- tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
PCC ¹	Equal var. assumed	,536	,467	-,105	48	,916	-,00579	,05492	-,11621	,10463
	Equal var. not assumed			-,087	14,377	,932	-,00579	,06687	-,14887	,13729
MDA ²	Equal var. assumed	1,131	,293	2,817	48	,007	1,84386	,65446	,52797	3,15975
	Equal var. not assumed			3,472	28,182	,002	1,84386	,53099	,75649	2,93123
TAC ³	Equal var. assumed	2,557	,116	-4,184	48	,000	-,16096	,03847	-,23832	-,08361
	Equal var. not assumed			-3,573	14,987	,003	-,16096	,04505	-,25699	-,06494
GPU ⁴	Equal var. assumed	,658	,421	,821	48	,416	,45193	,55057	-,65507	1,55893
	Equal var. not assumed			,811	18,136	,428	,45193	,55751	-,71872	1,62258

¹ Πρωτεϊνικά Καρβονύλια, ² Μηλονική Διαλδεύδη, ³ Ολική Αντιοξειδωτική Ικανότητα του πλάσματος, ⁴ Γλουταθειόνη Ερυθροκυττάρων

ΠΙΝΑΚΑΣ 49 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και τυπικό σφάλματο μέσης τιμής για τους δείκτες οξείδωσης ως προς την διάγνωση του Δυσπροσαρμοστικού αμυντικού προφίλ

Group Statistics					
	Δυσπροσαρμοστικό αμυντικό προφίλ	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PCC ¹	Όχι	36	,4653	,15070	,02512
	Ναι	14	,5557	,18463	,04934
MDA ²	Όχι	36	5,6528	2,31177	,38529
	Ναι	14	4,9929	1,44300	,38566
TAC ³	Όχι	36	,9028	,12409	,02068
	Ναι	14	,9321	,16092	,04301
GPU ⁴	Όχι	36	3,1914	1,68325	,28054
	Ναι	14	2,6929	1,59058	,42510

¹ Πρωτεϊνικά Καρβονύλια, ² Μηλονική Διαλδεΰδη, ³ Ολική Αντιοξειδωτική Ικανότητα του πλάσματος,

⁴ Γλουταθειόνη Ερυθροκυττάρων

ΠΙΝΑΚΑΣ 50 Συσχετίσεις Δυσπροσαρμοστικού αμυντικού προφίλ με δείκτες κυτταρικής οξειδωσης

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
										Lower	Upper
PCC ¹	Equal var. assumed	,004	,951	-1,788	48	,080	-,09044	,05058	-,19214	,01127	
	Equal var. not assumed			-1,633	20,108	,118	-,09044	,05537	-,20589	,02502	
MDA ²	Equal var. assumed	1,963	,168	,992	48	,326	,65992	,66524	-,67763	1,99747	
	Equal var. not assumed			1,211	37,884	,234	,65992	,54515	-,44378	1,76362	
TAC ³	Equal var. assumed	1,185	,282	-,690	48	,493	-,02937	,04254	-,11490	,05617	
	Equal var. not assumed			-,615	19,324	,546	-,02937	,04772	-,12913	,07040	
GPU ⁴	Equal var. assumed	,098	,756	,954	48	,345	,49853	,52243	-,55188	1,54895	
	Equal var. not assumed			,979	25,026	,337	,49853	,50933	-,55039	1,54745	

ΠΙΝΑΚΑΣ 51 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και τυπικό σφάλμα μέσης τιμής για τους δείκτες κυτταρικής οξείδωσης σε σχέση με την διάγνωση Προσαρμοστικού αμυντικού προφίλ

Περιγραφικά					
	Προσαρμοστικό αμυντικό προφίλ	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PCC ¹	Όχι	34	,4909	,13037	,02236
	Ναι	16	,4900	,22503	,05626
MDA ²	Όχι	34	4,7706	1,52226	,26107
	Ναι	16	6,9500	2,45438	,61360
TAC ³	Όχι	34	,9247	,14230	,02440
	Ναι	16	,8819	,11432	,02858
GPU ⁴	Όχι	34	3,0162	1,69280	,29031
	Ναι	16	3,1275	1,63019	,40755

¹ Πρωτεϊνικά Καρβονύλια, ² Μηλονική Διαλδεΰδη, ³ Ολική Αντιοξειδωτική Ικανότητα του πλάσματος,

⁴ Γλουταθειόνη Ερυθροκυττάρων

ΠΙΝΑΚΑΣ 52 Συσχετίσεις Προσαρμοστικού αμυντικού προφίλ με δείκτες κυτταρικής οξειδωσης

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
										Lower	Upper
PCC ¹	Equal var. assumed	3,949	,053	,018	48	,986	,00088	,05028	-,10022	,10199	
	Equal var. not assumed			,015	19,887	,989	,00088	,06054	-,12544	,12721	
MDA ²	Equal var. assumed	2,595	,114	-3,856	48	,000	-2,17941	,56520	-3,31582	-1,04300	
	Equal var. not assumed			-3,268	20,615	,004	-2,17941	,66683	-3,56773	-,79110	
TAC ³	Equal var. assumed	,977	,328	1,053	48	,298	,04283	,04068	-,03896	,12463	
	Equal var. not assumed			1,140	36,120	,262	,04283	,03758	-,03338	,11904	
GPU ⁴	Equal var. assumed	,024	,879	-,219	48	,827	-,11132	,50735	-1,13142	,90877	
	Equal var. not assumed			-,222	30,514	,825	-,11132	,50038	-1,13251	,90986	

ΠΙΝΑΚΑΣ 53 Πλήθος, μέση τιμή, τυπική απόκλιση και τυπικό σφάλμα μέσης τιμής για τους δείκτες κυτταρικής οξειδωσης σε σχέση με την διάγνωση Αυτοθυσιαστικού αμυντικού προφίλ

Group Statistics					
	Αυτοθυσίας Ελλ	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PCC ¹	Όχι	37	,4632	,14144	,02325
	Ναι	13	,5685	,20285	,05626
MDA ²	Όχι	37	5,4676	2,16706	,35626
	Ναι	13	5,4692	2,02994	,56300
TAC ³	Όχι	37	,8941	,12246	,02013
	Ναι	13	,9592	,15903	,04411
GPU ⁴	Όχι	37	3,0619	1,70493	,28029
	Ναι	13	3,0231	1,57858	,43782

¹ Πρωτεϊνικά Καρβονύλια, ² Μηλονική Διαλδεΰδη, ³ Ολική Αντιοξειδωτική Ικανότητα του πλάσματος,

⁴ Γλουταθειόνη Ερυθροκυττάρων

ΠΙΝΑΚΑΣ 54 Συσχετίσεις Αυτοθυσιαστικού αμυντικού προφίλ με δείκτες κυτταρικής οξειδωσης

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
PCC ¹	Equal var. assumed	,885	,352	-2,052	48	,046	-,10522	,05127	-,20831	-,00212
	Equal var. not assumed			-1,728	16,292	,103	-,10522	,06088	-,23408	,02365
MDA ²	Equal var. assumed	,000	,988	-,002	48	,998	-,00166	,68790	-1,38478	1,38146
	Equal var. not assumed			-,002	22,340	,998	-,00166	,66625	-1,38217	1,37885
TAC ³	Equal var. assumed	,976	,328	-1,525	48	,134	-,06518	,04274	-,15111	,02075
	Equal var. not assumed			-1,344	17,271	,196	-,06518	,04848	-,16735	,03700
GPU ⁴	Equal var. assumed	,059	,809	,072	48	,943	,03881	,53979	-1,04651	1,12414
	Equal var. not assumed			,075	22,587	,941	,03881	,51985	-1,03767	1,11530

¹ Πρωτεϊνικά Καρβονύλια, ² Μηλονική Διαλδεϋδη, ³ Ολική Αντιοξειδωτική Ικανότητα του πλάσματος, ⁴ Γλουταθειόνη Ερυθροκυττάρων

ΠΙΝΑΚΑΣ 55 Περιγραφικά δεικτών κυτταρικής οξειδωσης ανά διάγνωση αλεξιθυμίας στο σύνολο του δείγματος

		Descriptives							
		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min.	Max.
						Lower Bound	Upper Bound		
PCC ¹	αλεξιθυμικός	8	,6263	,19806	,07002	,4607	,7918	,42	1,08
	ημιαλεξιθυμικός	10	,5010	,11638	,03680	,4177	,5843	,31	,69
	μη-αλεξιθυμικός	32	,4534	,15361	,02716	,3981	,5088	,19	,77
MDA ²	αλεξιθυμικός	8	4,8000	1,31040	,46330	3,7045	5,8955	2,70	6,60
	ημιαλεξιθυμικός	10	5,7800	2,18317	,69038	4,2183	7,3417	2,80	9,70
	μη-αλεξιθυμικός	32	5,5375	2,26399	,40022	4,7212	6,3538	1,40	13,50
TAC ³	αλεξιθυμικός	8	,9825	,10925	,03863	,8912	1,0738	,83	1,19
	ημιαλεξιθυμικός	10	,9540	,18584	,05877	,8211	1,0869	,75	1,27
	μη-αλεξιθυμικός	32	,8797	,11346	,02006	,8388	,9206	,69	1,18
GPU ⁴	αλεξιθυμικός	8	1,9000	1,28619	,45474	,8247	2,9753	,50	4,60
	ημιαλεξιθυμικός	10	3,4400	1,25450	,39671	2,5426	4,3374	1,70	5,50
	μη-αλεξιθυμικός	32	3,2184	1,75801	,31078	2,5846	3,8523	,70	9,05

¹ Πρωτεϊνικά Καρβονύλια, ² Μηλονική Διαλδεύδη, ³ Ολική Αντιοξειδωτική Ικανότητα του πλάσματος, ⁴ Γλουταθειόνη Ερυθροκυττάρων

ΠΙΝΑΚΑΣ 56 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του φύλου στους παράγοντες αλεξιθυμίας

ANOVA Table						
			Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
Δυσκολία Αναγνώρισης Συναισθήματος % * Φύλο	Between Groups	(Combined)	271,248	1	271,248	,995 ,323
	Within Groups		15808,662	58	272,563	
	Total		16079,911	59		
Δυσκολία Περιγραφής Συναισθήματος % * Φύλο	Between Groups	(Combined)	44,082	1	44,082	,259 ,613
	Within Groups		9872,138	58	170,209	
	Total		9916,220	59		
Άρνηση Συναισθήματος % * Φύλο	Between Groups	(Combined)	369,664	1	369,664	2,395 ,127
	Within Groups		8952,673	58	154,356	
	Total		9322,337	59		
Αλεξιθυμία * Φύλο	Between Groups	(Combined)	1,204	1	1,204	,010 ,921
	Within Groups		7065,108	58	121,812	
	Total		7066,313	59		

ΠΙΝΑΚΑΣ 57 Έλεγχος παρεμβλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της ηλικίας στους παράγοντες αλεξιθυμίας

ANOVA Table						
			Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
Δυσκολία Αναγνώρισης Συναισθήματος % * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups (Combined)		2772,663	4	693,166	2,865 ,032
	Within Groups		13307,248	55	241,950	
	Total		16079,911	59		
Δυσκολία Περιγραφής Συναισθήματος % * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups (Combined)		1273,073	4	318,268	2,025 ,104
	Within Groups		8643,147	55	157,148	
	Total		9916,220	59		
Άρνηση Συναισθήματος % * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups (Combined)		172,485	4	43,121	,259 ,903
	Within Groups		9149,852	55	166,361	
	Total		9322,337	59		
Αλεξιθυμία * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups (Combined)		1100,747	4	275,187	2,537 ,050
	Within Groups		5965,566	55	108,465	
	Total		7066,313	59		

ΠΙΝΑΚΑΣ 58 Έλεγχος παρεμβλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης στους παράγοντες

ANOVA Table ^a						
			Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
Δυσκολία Αναγνώρισης Συναισθήματος % * Επάγγελμα	Between Groups	(Combined)	2186,089	5	437,218	1,699 ,151
	Within Groups		13893,821	54	257,293	
	Total		16079,911	59		
Δυσκολία Περιγραφής Συναισθήματος % * Επάγγελμα	Between Groups	(Combined)	705,376	5	141,075	,827 ,536
	Within Groups		9210,844	54	170,571	
	Total		9916,220	59		
Άρνηση Συναισθήματος % * Επάγγελμα	Between Groups	(Combined)	818,899	5	163,780	1,040 ,404
	Within Groups		8503,438	54	157,471	
	Total		9322,337	59		
Αλεξιθυμία * Επάγγελμα	Between Groups	(Combined)	340,243	5	68,049	,546 ,740
	Within Groups		6726,069	54	124,557	
	Total		7066,312	59		

ΠΙΝΑΚΑΣ 59 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης

ANOVA Table			Sum of	df	Mean Square	F	Sig.
			Squares				
Δυσκολία Αναγνώρισης Συναισθήματος % *	Between Groups	(Combined)	761,934	5	152,387	,537	,747
	Within Groups		15317,976	54	283,666		
	Total		16079,911	59			
Δυσκολία Περιγραφής Συναισθήματος % *	Between Groups	(Combined)	746,478	5	149,296	,879	,501
	Within Groups		9169,742	54	169,810		
	Total		9916,220	59			
Άρνηση Συναισθήματος % * Μορφωτικό Επίπεδο	Between Groups	(Combined)	377,503	5	75,501	,456	,807
	Within Groups		8944,834	54	165,645		
	Total		9322,337	59			
Αλεξιθυμία * Μορφωτικό Επίπεδο	Between Groups	(Combined)	350,346	5	70,069	,563	,728
	Within Groups		6715,966	54	124,370		
	Total		7066,312	59			

ΠΙΝΑΚΑΣ 60 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης

ANOVA Table ^{a,b,c,d}						
			Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
Δυσκολία Αναγνώρισης Συναισθήματος % *	Between Groups	(Combined)	1684,292	1	1684,292	6,786 ,012
	Within Groups		14395,619	58	248,200	
	Total		16079,911	59		
Δυσκολία Περιγραφής Συναισθήματος % *	Between Groups	(Combined)	853,318	1	853,318	5,461 ,023
	Within Groups		9062,902	58	156,257	
	Total		9916,220	59		
Άρνηση Συναισθήματος % * Ορμονικές Διαταραχές	Between Groups	(Combined)	19,660	1	19,660	,123 ,728
	Within Groups		9302,677	58	160,391	
	Total		9322,337	59		
Αλεξιθυμία * Ορμονικές Διαταραχές	Between Groups	(Combined)	498,169	1	498,169	4,399 ,040
	Within Groups		6568,144	58	113,244	
	Total		7066,313	59		

ΠΙΝΑΚΑΣ 61 Συσχετίσεις δεικτών οξειδωτικού στρες και διάγνωσης αλεξιθυμίας με κριτήρια Tuckey HD

OxiS	(I) Αποδοχή Κριτηρίου Αλεξιθυμίας	(J) Αποδοχή Κριτηρίου Αλεξιθυμίας	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
PCC ¹	αλεξιθυμικός	ημι-αλεξιθυμικός	,12525	,07348	,285	-,0572	,3077
		μη-αλεξιθυμικός	,17281*	,06124	,021	,0208	,3248
	ημι-αλεξιθυμικός	αλεξιθυμικός	-,12525	,07348	,285	-,3077	,0572
		μη-αλεξιθυμικός	,04756	,05612	1,000	-,0918	,1869
	μη-αλεξιθυμικός	αλεξιθυμικός	-,17281*	,06124	,021	-,3248	-,0208
		ημι-αλεξιθυμικός	-,04756	,05612	1,000	-,1869	,0918
MDA ²	αλεξιθυμικός	ημι-αλεξιθυμικός	-,98000	1,01171	1,000	-3,4918	1,5318
		μη-αλεξιθυμικός	-,73750	,84309	1,000	-2,8306	1,3556
	ημι-αλεξιθυμικός	αλεξιθυμικός	,98000	1,01171	1,000	-1,5318	3,4918
		μη-αλεξιθυμικός	,24250	,77271	1,000	-1,6759	2,1609
	μη-αλεξιθυμικός	αλεξιθυμικός	,73750	,84309	1,000	-1,3556	2,8306
		ημι-αλεξιθυμικός	-,24250	,77271	1,000	-2,1609	1,6759
TAC ³	αλεξιθυμικός	ημι-αλεξιθυμικός	,02850	,06163	1,000	-,1245	,1815
	μη-αλεξιθυμικός		,10281	,05136	,153	-,0247	,2303

	ημι-αλεξιθυμικός	αλεξιθυμικός	-,02850	,06163	1,000	-,1815	,1245
		μη-αλεξιθυμικός	,07431	,04707	,363	-,0426	,1912
	μη-αλεξιθυμικός	αλεξιθυμικός	-,10281	,05136	,153	-,2303	,0247
		ημι-αλεξιθυμικός	-,07431	,04707	,363	-,1912	,0426
GPU ⁴	αλεξιθυμικός	ημι-αλεξιθυμικός	-1,54000	,76282	,148	-3,4339	,3539
		μη-αλεξιθυμικός	-1,31844	,63569	,131	-2,8967	,2598
	ημι-αλεξιθυμικός	αλεξιθυμικός	1,54000	,76282	,148	-,3539	3,4339
		μη-αλεξιθυμικός	,22156	,58262	1,000	-1,2249	1,6680
	μη-αλεξιθυμικός	αλεξιθυμικός	1,31844	,63569	,131	-,2598	2,8967
		ημι-αλεξιθυμικός	-,22156	,58262	1,000	-1,6680	1,2249

¹Πρωτεΐνικά Καρβονύλια, ²Μηλονική Διαλδεϋδη, ³Ολική Αντιοξειδωτική Ικανότητα Πλάσματος, ⁴Γλουταθειόνη Ερυθροκυττάρων

*Στατιστικά σημαντική διαφορά

ΠΙΝΑΚΑΣ 62 ANOVA δεικτών οξειδωτικού στρες για το σύνολο του δείγματος

ANOVA								
				Sum of	df	Mean	F	Sig.
				Squares		Square		
PCC ¹	Between Groups	(Combined)		,192	2	,096	4,010	,025
		Linear Term	Unweighted	,191	1	,191	7,964	,007
			Weighted	,182	1	,182	7,568	,008
			Deviation	,011	1	,011	,452	,505
	Σε Groups		1,128	47	,024			
	Συνολικά		1,320	49				
MDA ²	Between Groups	(Combined)		4,698	2	2,349	,516	,600
		Linear Term	Unweighted	3,481	1	3,481	,765	,386
			Weighted	2,011	1	2,011	,442	,509
			Deviation	2,687	1	2,687	,591	,446
	Σε Groups		213,811	47	4,549			
	Συνολικά		218,509	49				
TAC ³	Between Groups	(Combined)		,091	2	,045	2,688	,078
		Linear Term	Unweighted	,068	1	,068	4,007	,051
			Weighted	,087	1	,087	5,153	,028
			Deviation	,004	1	,004	,223	,639
	Σε Groups		,793	47	,017			
	Συνολικά		,884	49				
GPU ⁴	Between Groups	(Combined)		13,009	2	6,504	2,515	,092
		Linear Term	Unweighted	11,125	1	11,125	4,302	,044
			Weighted	7,430	1	7,430	2,873	,097
			Deviation	5,579	1	5,579	2,157	,149
	Σε Groups		121,553	47	2,586			
	Συνολικά		134,561	49				

¹ Πρωτεϊνικά Καρβονύλια, ² Μηλονική Διαλδεΐδη, ³ Ολική Αντιοξειδωτική Ικανότητα του πλάσματος,

⁴ Γλουταθειόνη Ερυθροκυττάρων

ΠΙΝΑΚΑΣ 63 Spearman's r για δείκτες κυτταρικής οξείδωσης, αλεξιθυμία και αμυντικό προφίλ

[illegible]

Ερευνητικό Ερώτημα III

ΠΙΝΑΚΑΣ 64 Περιγραφικά για RFS ύπαρξη μεταβατικού χώρου στο σύνολο του δείγματος

Reality Fantasy Scale P crit				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Κατάρρευση πραγματικότητας	7	11,7	11,7	11,7
Φυσιολογικό	39	65,0	65,0	76,7
Κατάρρευση φαντασίας	14	23,3	23,3	100,0
Συνολικά	60	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 65 Μέση τιμή και τυπική απόκλιση για τους παράγοντες Rorschach Reality Fantasy Scale

Rorschach	ΑΝΔΡΕΣ N=30	ΓΥΝΑΙΚΕΣ N=30	ΣΥΝΟΛΙΚΑ N=60
RFS	M (SD)	M (SD)	M (SD)
RFS-Mean=	0.48 (0.89)	0.15 (0.91)	3.21 (0.48)
RFS-Scatter	2.48 (0.56)	2.60 (0.38)	2.54 (0.48)
RFS-Responses	19.33 (8.99)	19.20 (7.45)	19.26 (8.19)

ΠΙΝΑΚΑΣ 66 Περιγραφικά για RFS διάγνωση αποσυνδετικής κατάστασης στο σύνολο του δείγματος

RFS dissociative state S crit					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	32	53,3	53,3	53,3
	Ναι	28	46,7	46,7	100,0

Συνολ	60	100,0	100,0
ικά			

ΠΙΝΑΚΑΣ 67 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του φύλου, της ηλικίας, της επαγγελματικής κατάστασης, της ηλικίας άυξης βάρους, των γεγονότων πριν την αύξηση βάρους και του μορφωτικού επιπέδου στην διατήρηση του μεταβατικού χώρου

ANOVA Table ^a							
			Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
RFS* Φύλο	Between Groups	(Combined)	1,634	1	1,634	1,996	,163
	Within Groups		47,471	58	,818		
	Total		49,105	59			
R F S * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups	(Combined)	2,017	4	,504	,589	,672
	Within Groups		47,088	55	,856		
	Total		49,105	59			
RF S* Επάγγελμα	Between Groups	(Combined)	4,459	5	,892	1,079	,383
	Within Groups		44,646	54	,827		
	Total		49,105	59			
RF S * Ηλικία Αύξης Βάρους	Between Groups	(Combined)	2,647	5	,529	,615	,689
	Within Groups		46,458	54	,860		
	Total		49,105	59			
RF S* Γεγονότα Πριν την Αύξηση Βάρους	Between Groups	(Combined)	7,523	16	,470	,486	,941
	Within Groups		41,582	43	,967		
	Total		49,105	59			
Reality Fantasy Scale * Μορφωτικό Επίπεδο	Between Groups	(Combined)	4,574	5	,915	1,109	,366
	Within Groups		44,531	54	,825		
	Total		49,105	59			

**ΠΙΝΑΚΑΣ 68 Περιγραφικά για Σωματοποίηση και Κατανάλωση DSQ-88 στο
σύνολο του δείγματος**

Σωματοποίηση				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Όχι	46	76,7	76,7	76,7
Ναι	14	23,3	23,3	100,0
Συνολικά	60	100,0	100,0	
Κατανάλωση				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Όχι	45	75,0	75,0	75,0
Ναι	15	25,0	25,0	100,0
Συνολικά	60	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 69 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του φύλου, της ηλικίας, της επαγγελματικής κατάστασης, της ηλικίας αύξησης βάρους, των γεγονότων πριν την αύξηση βάρους και του μορφωτικού επιπέδου στην Σωματοποίηση και την Κατανάλωση

ANOVA Table						
			Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
Σωματοποίηση * Φύλο	Between Groups	(Combined)	,102	1	,102	,024 ,877
	Within Groups		247,318	58	4,264	
	Total		247,421	59		
Κατανάλωση * Φύλο	Between Groups	(Combined)	,082	1	,082	,033 ,856
	Within Groups		144,141	58	2,485	
	Total		144,223	59		
Σωματοποίηση * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups	(Combined)	17,303	4	4,326	1,034 ,398
	Within Groups		230,117	55	4,184	
	Total		247,421	59		
Κατανάλωση * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups	(Combined)	33,841	4	8,460	4,215 ,005
	Within Groups		110,382	55	2,007	
	Total		144,223	59		
Σωματοποίηση * Επάγγελμα	Between Groups	(Combined)	13,587	5	2,717	,628 ,679
	Within Groups		233,833	54	4,330	
	Total		247,421	59		
Κατανάλωση * Επάγγελμα	Between Groups	(Combined)	7,481	5	1,496	,591 ,707
	Within Groups		136,743	54	2,532	
	Total		144,223	59		

Σωματοποίηση * Ηλικία Αύξησης Βάρους	Between Groups	(Combined)	14,720	5	2,944	,683	,638
	Within Groups		232,701	54	4,309		
	Total		247,421	59			
Κατανάλωση * Ηλικία Αύξησης Βάρους	Between Groups	(Combined)	11,094	5	2,219	,900	,488
	Within Groups		133,130	54	2,465		
	Total		144,223	59			
Σωματοποίηση * Μορφωτικό Επίπεδο	Between Groups	(Combined)	15,889	5	3,178	,741	,596
	Within Groups		231,532	54	4,288		
	Total		247,421	59			
Κατανάλωση * Μορφωτικό Επίπεδο	Between Groups	(Combined)	10,038	5	2,008	,808	,549
	Within Groups		134,185	54	2,485		
	Total		144,223	59			

ΠΙΝΑΚΑΣ 70 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του φύλου, της ηλικίας, της επαγγελματικής κατάστασης, της ηλικίας αύξησης βάρους, των γεγονότων πριν την αύξηση βάρους και του μορφωτικού επιπέδου στην Πράξη %

ANOVA Table ^a						
			Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
Πράξη % * Φύλο	Between Groups	(Combined)	519,025	1	519,025	,981 ,326
	Within Groups		30689,896	58	529,136	
	Total		31208,921	59		
Πράξη % * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups	(Combined)	802,159	4	200,540	,363 ,834
	Within Groups		30406,761	55	552,850	
	Total		31208,921	59		
Πράξη % * Επάγγελμα	Between Groups	(Combined)	1913,094	5	382,619	,705 ,622
	Within Groups		29295,827	54	542,515	
	Total		31208,921	59		
Πράξη % * Μορφωτικό Επίπεδο	Between Groups	(Combined)	4760,301	5	952,060	1,944 ,102
	Within Groups		26448,620	54	489,789	
	Total		31208,921	59		

ΠΙΝΑΚΑΣ 71 Rorschach Mutuality of Autonomy Scale

Rorschach	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ
MOA	N=30	N=30	N=60
MOA-R	4.63 (2.53)	5.23 (3.47)	4.93 (3.03)
	1-2	0-20	0-20
MOA-Sum	15.90 (9.34)	15.43 (11.19)	15.66 (10.22)
	2-43	0-5	0-55
MOA-Path	1.26 (1.25)	0.80 (1.21)	1.03 (1.24)
	0-4	0-5	0-5
MOA-Patronized	5 (16.7%)	2 (6.7%)	7 (11.7%)
MOA-Mean	3.40 (1.19)	2.72 (1.08)	3.06 (1.18)
	1-6.33	0-5.33	0-6.33
MOA-Low	2.26 (1.22)	1.76 (0.89)	2.01 (1.09)
	1-6	0-4	0-6
MOA-High	5 (1.57)	4.26 (1.85)	4.63 (1.74)
	2-7	0-7	0-7

ΠΙΝΑΚΑΣ 72 Rorschach Oral Dependency Scale

Rorschach	ΑΝΔΡΕΣ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΑ
	N=30	N=30	N=60
ROD	Σκορ*	Σκορ	Σκορ
ROD-SUM	2.96 SD=7.41	3.30 SD=2.86	3.13 SD=2.77
ROD%	0.14 SD=0.11	0.17 SD=0.13	0.15 SD=0.12

*Μέση τιμή SD=Τυπική απόκλιση

ΠΙΝΑΚΑΣ 73 Περιγραφικά για % ZKPQ στο σύνολο του δείγματος

Πράξη %	
N	Valid 60
	Missing 0
Mean	46,8627
Std. Error of Mean	2,96919
Median	41,1760
Mode	29,41 ^a
Std. Deviation	22,99923
Variance	528,965
Range	82,35
Minimum	11,76
Maximum	94,12

ΠΙΝΑΚΑΣ 74 Περιγραφικά για Πράξη % ZKPQ ανά διάγνωση ύπαρξης μεταβατικού χώρου, στο σύνολο του δείγματος

		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min.	Max.	Between- Component Variance
						Lower Bound	Upper Bound			
Πράξη %	Κατάρρευση πραγματικότητας	7	17,6471	9,60585	3,63067	1,2312	4,1973	1,00	6,00	
	Φυσιολογικό	39	41,9307	17,60470	2,81901	1,8769	2,8924	,00	6,00	
	Κατάρρευση φαντασίας	14	42,8572	16,05635	4,29124	1,7600	3,0971	1,00	4,00	
	Συνολικά	60	39,3138	18,13848	2,34167	2,0547	2,8119	,00	6,00	
	Model	Fixed Effects		16,58698	,19201	2,0488	2,8178			
		Random Effects			,19201 ^a	1,6072 ^a	3,2595 ^a			-,12362

**ΠΙΝΑΚΑΣ 75 Συσχετίσεις Πράξης % με διαγνώσεις ύπαρξης μεταβατικού
χώρου**

Multiple Comparisons						
(I) RFS	(J) RFS	Mean Differenc e (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
Κατάρρευση	Φυσιολογικό	-24,28357*	6,80871	,002	-41,0785	-7,4886
Πραγματικότ ητας.	Κατάρρευση	-25,21010*	7,67828	,005	-44,1500	-6,2702
	Φαντασίας					
Φυσιολογικό	Κατάρρευση	24,28357*	6,80871	,002	7,4886	41,0785
	Πραγματικότητα					
	Κατάρρευση	-,92653	5,16784	1,000	-13,6740	11,8209
	Φαντασίας					
Κατάρρευση	Κατάρρευση	25,21010*	7,67828	,005	6,2702	44,1500
	Πραγματικότητα					
Φαντασίας	Φυσιολογικό	,92653	5,16784	1,000	-11,8209	13,6740

ΠΙΝΑΚΑΣ 76 Περιγραφικά για Κατανάλωση, Σωματοποίηση και Πράξη% ανά διάγνωση ύπαρξης μεταβατικού χώρου

Descriptives										
		N	Mean	Std.	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Min	Max	Between-Component Variance
				Deviation		Lower Bound	Upper Bound			
Κατανάλωση	Κατάρρευση πραγματικότητας	7	,7143	,48795	,18443	,2630	1,1656	,00	1,00	
	Φυσιολογικό	39	,2051	,40907	,06550	,0725	,3377	,00	1,00	
	Κατάρρευση φαντασίας	14	,0714	,26726	,07143	-,0829	,2257	,00	1,00	
	Συνολικά	60	,2333	,42652	,05506	,1232	,3435	,00	1,00	
	Model	Fixed Effects			,39104	,05048	,1322	,3344		
	Random Effects				,17325	-,5121	,9788			,05599
Σωματοποίηση	Κατάρρευση πραγματικότητας	7	,4286	,53452	,20203	-,0658	,9229	,00	1,00	
	Φυσιολογικό	39	,3590	,48597	,07782	,2014	,5165	,00	1,00	
	Κατάρρευση φαντασίας	14	,1429	,36314	,09705	-,0668	,3525	,00	1,00	

	Συνολικά	60	,3167	,46910	,06056	,1955	,4378	,00	1,00
	Model	Fixed Effects		,46647	,06022	,1961	,4373		
		Random			,07718	-,0154	,6488		,00475
		Effects							
		Random			1,26761	1,2293	12,1374		3,00539
		Effects							
Πράξη %	Κατάρρευση	7	17,647	9,60585	3,63067	8,7632	26,5310	5,88	35,2
	πραγματικότητας		1						9
	Φυσιολογικό	39	41,930	17,60470	2,81901	36,2239	47,6374	5,88	70,5
			7						9
	Κατάρρευση	14	42,857	16,05635	4,29124	33,5865	52,1278	17,65	76,4
	φαντασίας		2						7
	Συνολικά	60	39,313	18,13848	2,34167	34,6281	43,9994	5,88	76,4
			8						7
	Model	Fixed Effects		16,58698	2,14137	35,0257	43,6018		
		Random			7,45652	7,2309	71,3966		103,99291
		Effects							

ΠΙΝΑΚΑΣ 77 Συσχετίσεις Κατανάλωσης, Σωματοποίησης και Πράξης % ανά διάγνωση ύπαρξης μεταβατικού χώρου

		(I) R F S	(J) R F S	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Κατανάλωση	Κατάρρευση πραγματικότητας	Φυσιολογικό		,50916*	,16052	,007	,1132	,9051
		Κατάρρευση φαντασίας		,64286*	,18102	,002	,1963	1,0894
	Φυσιολογικό	Κατάρρευση πραγματ.		-,50916*	,16052	,007	-,9051	-,1132
		Κατάρρευση φαντασίας		,13370	,12183	,831	-,1668	,4342
Σωματοποίηση	Κατάρρευση φαντασίας	Κατάρρευση πραγματ.		-,64286*	,18102	,002	-1,0894	-,1963
		Φυσιολογικό		-,13370	,12183	,831	-,4342	,1668
	Κατάρρευση πραγματικότητας	Φυσιολογικό		,06960	,19148	1,000	-,4027	,5419
		Κατάρρευση φαντασίας		,28571	,21593	,573	-,2469	,8184
Πράξη %	Φυσιολογικό	Κατάρρευση πραγματ.		-,06960	,19148	1,000	-,5419	,4027
		Κατάρρευση φαντασίας		,21612	,14533	,428	-,1424	,5746
	Κατάρρευση φαντασίας	Κατάρρευση πραγματ.		-,28571	,21593	,573	-,8184	,2469
		Φυσιολογικό		-,21612	,14533	,428	-,5746	,1424
	Κατάρρευση πραγματικότητας	Φυσιολογικό		-24,28357*	6,80871	,002	-41,0785	-7,4886
		Κατάρρευση φαντασίας		-25,21010*	7,67828	,005	-44,1500	-6,2702
	Φυσιολογικό	Κατάρρευση πραγματ.		24,28357*	6,80871	,002	7,4886	41,0785
		Κατάρρευση φαντασίας		-,92653	5,16784	1,000	-13,6740	11,8209
Κατάρρευση φαντασίας	Κατάρρευση πραγματ.		25,21010*	7,67828	,005	6,2702	44,1500	
	Φυσιολογικό		,92653	5,16784	1,000	-11,8209	13,6740	

Ερευνητικό Ερώτημα IV

ΠΙΝΑΚΑΣ 78 Περιγραφικά για Υπερφαγία στο σύνολο του δείγματος

Υπερφαγία					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	44	73,3	73,3	73,3
	Όχι	16	26,7	26,7	100,0
	Συνολικά	60	100,0	100,0	

ΠΙΝΑΚΑΣ 79 Περιγραφικά για FD, MOA-PATH, ROD%, Δυσκολία Αναγνώρισης Συναισθήματος%, Δυσκολία Περιγραφής Συναισθήματος%, Άρνηση Συναισθήματος% και Αλεξιθυμία

Statistics								
		Fd	MOA	ROD%	Δ.Α. Σ %	Δ.Π. Σ.	Ε.Π.Σ	Αλεξιθυμία
			PATH			%	%	ία
N	Valid	60	60	60	60	60	60	60
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		,2167	1,0333	,1555	42,7928	34,9524	48,9345	46,8750
Std. Error of M.		,08265	,16115	,01607	2,13128	1,67368	1,62278	1,41285
Median		,0000	1,0000	,1381	37,1430	34,2860	47,5000	46,0000
Mode		,00	,00	,00	25,71	34,29	60,00	45,00 ^a
SD		,64022	1,24828	,12451	16,50881	12,96424	12,57003	10,94386
Variance		,410	1,558	,016	272,541	168,072	158,006	119,768
Skewness		4,187	1,450	,449	,834	,585	,127	,667
Std. Error of Skew.		,309	,309	,309	,309	,309	,309	,309
Kurtosis		21,160	1,648	-,698	,218	,262	-,768	-,094
Std. Error of Kurt.		,608	,608	,608	,608	,608	,608	,608
Range		4,00	5,00	,45	71,43	57,14	52,50	46,00
Minimum		,00	,00	,00	20,00	14,29	22,50	29,00
Maximum		4,00	5,00	,45	91,43	71,43	75,00	75,00
Sum		13,00	62,00	9,33	2567,57	2097,15	2936,07	2812,50
a. Multiple modes exist. The smallest value is shown								

**ΠΙΝΑΚΑΣ 80 Περιγραφικά FD, MOA-PATH, ROD%, Δυσκολία Αναγνώρισης
Συναισθήματος%, Δυσκολία Περιγραφής Συναισθήματος%, Άρνηση
Συναισθήματος% και Αλεξιθυμία σε σχέση με την διάγνωση της Υπερφαγίας,
στο σύνολο του δείγματος**

Group Statistics					
	Υπερφαγία	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Food	Ναι	44	,2045	,70148	,10575
	Όχι	16	,2500	,44721	,11180
MOA_PATH	Ναι	44	1,1364	1,28662	,19397
	Όχι	16	,7500	1,12546	,28137
ROD_PERC	Ναι	44	,1543	,12187	,01837
	Όχι	16	,1588	,13560	,03390
Δυσκολία Αναγνώρισης Συναισθήματος %	Ναι	44	45,2369	17,30427	2,60872
	Όχι	16	36,0713	12,16112	3,04028
Δυσκολία Περιγραφής Συναισθήματος %	Ναι	44	37,1429	13,54213	2,04155
	Όχι	16	28,9286	9,08764	2,27191
Άρνηση Συναισθήματος %	Ναι	44	49,3425	12,74429	1,92127
	Όχι	16	47,8125	12,41219	3,10305
Αλεξιθυμία	Ναι	44	48,6932	11,30045	1,70361
	Όχι	16	41,8750	8,28553	2,07138

**ΠΙΝΑΚΑΣ 81 Έλεγχος παρεμβλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του φύλου στην παθολογική αντίληψη σχέσεων (MOA_PATH),
στοματική εξάρτηση (ROD_PERC) και αλεξιθυμία (παράγοντες TAS-20)**

ANOVA Table						
			Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
MOA_PATH * Φύλο	Between Groups	(Combined)	3,267	1	3,267	2,137 ,149
	Within Groups		88,667	58	1,529	
	Total		91,933	59		
ROD_PERC * Φύλο	Between Groups	(Combined)	,014	1	,014	,874 ,354
	Within Groups		,901	58	,016	
	Total		,915	59		
Δυσκολία Αναγνώρισης Συναισθήματος % * Φύλο	Between Groups	(Combined)	271,248	1	271,248	,995 ,323
	Within Groups		15808,662	58	272,563	
	Total		16079,911	59		
Δυσκολία Περιγραφής Συναισθήματος % * Φύλο	Between Groups	(Combined)	44,082	1	44,082	,259 ,613
	Within Groups		9872,138	58	170,209	
	Total		9916,220	59		
Άρνηση Συναισθήματος % * Φύλο	Between Groups	(Combined)	369,664	1	369,664	2,395 ,127
	Within Groups		8952,673	58	154,356	
	Total		9322,337	59		
Αλεξιθυμία * Φύλο	Between Groups	(Combined)	1,204	1	1,204	,010 ,921
	Within Groups		7065,108	58	121,812	
	Total		7066,313	59		

**ΠΙΝΑΚΑΣ 82 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της ηλικίας σε παθολογική αντίληψη σχέσεων (MOA_PATH),
στοματική εξάρτηση (ROD_PERC) και αλεξιθυμία (παράγοντες TAS-20)**

ANOVA Table			Sum of	df	Mean Square	F	Sig.
			Squares				
MOA_PATH * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups	(Combined)	3,518	4	,879	,547	,702
	Within Groups		88,416	55	1,608		
	Total		91,933	59			
ROD_PERC * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups	(Combined)	,114	4	,028	1,949	,115
	Within Groups		,801	55	,015		
	Total		,915	59			
Δυσκολία Αναγνώρισης Συναισθήματος % * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups	(Combined)	2772,663	4	693,166	2,865	,032
	Within Groups		13307,248	55	241,950		
	Total		16079,911	59			
Δυσκολία Περιγραφής Συναισθήματος % * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups	(Combined)	1273,073	4	318,268	2,025	,104
	Within Groups		8643,147	55	157,148		
	Total		9916,220	59			
Άρνηση Συναισθήματος % * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups	(Combined)	172,485	4	43,121	,259	,903
	Within Groups		9149,852	55	166,361		
	Total		9322,337	59			
Αλεξιθυμία * Ηλικιακές κατηγορίες	Between Groups	(Combined)	1100,747	4	275,187	2,537	,050
	Within Groups		5965,566	55	108,465		
	Total		7066,313	59			

ΠΙΝΑΚΑΣ 83 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση της επαγγελματικής κατάστασης στην παθολογική αντίληψη σχέσεων (MOA_PATH), στοματική εξάρτηση (ROD_PERC) και αλεξιθυμία (παράγοντες TAS-20)

ANOVA Table ^a						
			Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
MOA_PATH * Επάγγελμα	Between Groups	(Combined)	15,327	5	3,065	2,161 ,072
	Within Groups		76,606	54	1,419	
	Total		91,933	59		
ROD_PERC * Επάγγελμα	Between Groups	(Combined)	,104	5	,021	1,386 ,244
	Within Groups		,811	54	,015	
	Total		,915	59		
Δυσκολία Αναγνώρισης Συναισθήματος % * Επάγγελμα	Between Groups	(Combined)	2186,089	5	437,218	1,699 ,151
	Within Groups		13893,821	54	257,293	
	Total		16079,911	59		
Δυσκολία Περιγραφής Συναισθήματος % * Επάγγελμα	Between Groups	(Combined)	705,376	5	141,075	,827 ,536
	Within Groups		9210,844	54	170,571	
	Total		9916,220	59		
Άρνηση Συναισθήματος % * Επάγγελμα	Between Groups	(Combined)	818,899	5	163,780	1,040 ,404
	Within Groups		8503,438	54	157,471	
	Total		9322,337	59		
Αλεξιθυμία * Επάγγελμα	Between Groups	(Combined)	340,243	5	68,049	,546 ,740
	Within Groups		6726,069	54	124,557	
	Total		7066,312	59		

ΠΙΝΑΚΑΣ 84 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση του μορφωτικού επιπέδου στην παθολογική αντίληψη σχέσεων (MOA_PATH), στοματική εξάρτηση (ROD_PERC) και αλεξιθυμία (παράγοντες TAS-20)

ANOVA Table						
			Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
MOA_PATH * Μορφωτικό Επίπεδο	Between Groups (Combined)		12,271	5	2,454	1,664 ,159
	Within Groups		79,662	54	1,475	
	Total		91,933	59		
ROD_PERC * Μορφωτικό Επίπεδο	Between Groups (Combined)		,004	5	,001	,045 ,999
	Within Groups		,911	54	,017	
	Total		,915	59		
Δυσκολία Αναγνώρισης Συναισθήματος % * Μορφωτικό Επίπεδο	Between Groups (Combined)		761,934	5	152,387	,537 ,747
	Within Groups		15317,976	54	283,666	
	Total		16079,911	59		
Δυσκολία Περιγραφής Συναισθήματος % * Μορφωτικό Επίπεδο	Between Groups (Combined)		746,478	5	149,296	,879 ,501
	Within Groups		9169,742	54	169,810	
	Total		9916,220	59		
Άρνηση Συναισθήματος % * Μορφωτικό Επίπεδο	Between Groups (Combined)		377,503	5	75,501	,456 ,807
	Within Groups		8944,834	54	165,645	
	Total		9322,337	59		
Αλεξιθυμία * Μορφωτικό Επίπεδο	Between Groups (Combined)		350,346	5	70,069	,563 ,728
	Within Groups		6715,966	54	124,370	
	Total		7066,312	59		

ΠΙΝΑΚΑΣ 85 Έλεγχος παρεμβαλλόμενων μεταβλητών: επίδραση ορμονικών διαταραχών στην παθολογική αντίληψη σχέσεων (MOA_PATH), στοματική εξάρτηση (ROD_PERC) και αλεξιθυμία (παράγοντες TAS-20)

ANOVA Table						
			Sum of Squares	df	Mean Square	F Sig.
MOA_PATH * Ορμονικές Διαταραχές	Between Groups (Combined)		,533	1	,533	,338 ,563
	Within Groups		91,400	58	1,576	
	Total		91,933	59		
ROD_PERC * Ορμονικές Διαταραχές	Between Groups (Combined)		,059	1	,059	4,018 ,050
	Within Groups		,855	58	,015	
	Total		,915	59		
Δυσκολία Αναγνώρισης Συναισθήματος % * Ορμονικές Διαταραχές	Between Groups (Combined)		1684,292	1	1684,292	6,786 ,012
	Within Groups		14395,619	58	248,200	
	Total		16079,911	59		
Δυσκολία Περιγραφής Συναισθήματος % * Ορμονικές Διαταραχές	Between Groups (Combined)		853,318	1	853,318	5,461 ,023
	Within Groups		9062,902	58	156,257	
	Total		9916,220	59		
Άρνηση Συναισθήματος % * Ορμονικές Διαταραχές	Between Groups (Combined)		19,660	1	19,660	,123 ,728
	Within Groups		9302,677	58	160,391	
	Total		9322,337	59		
Αλεξιθυμία * Ορμονικές Διαταραχές	Between Groups (Combined)		498,169	1	498,169	4,399 ,040
	Within Groups		6568,144	58	113,244	
	Total		7066,313	59		

**ΠΙΝΑΚΑΣ 86 T test FD, MOA-PATH, ROD%, Δυσκολία Αναγνώρισης Συναισθήματος%, Δυσκολία Περιγραφής Συναισθήματος%,
Αρνηση Συναισθήματος% και Αλεξιθυμία σε σχέση με την διάγνωση της Υπερφαγίας, στο σύνολο του δείγματος**

Independent Samples Test										
		Levene's Test for Equ. of Var.		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Conf. Int. of the Difference	
									Lower	Upper
Fd	Equal var. assumed	,006	,936	-,241	58	,810	-,04545	,18842	-,42261	,33170
	Equal var. not assumed			-,295	42,093	,769	-,04545	,15389	-,35601	,26510
MOA	Equal var. assumed	,130	,720	1,061	58	,293	,38636	,36403	-,34232	1,11504
PATH	Equal var. not assumed			1,131	30,261	,267	,38636	,34174	-,31132	1,08405
ROD%	Equal var. assumed	,108	,744	-,124	58	,902	-,00455	,03666	-,07793	,06882
	Equal var. not assumed			-,118	24,371	,907	-,00455	,03856	-,08407	,07497
Δ.Ε.Π.Σ %	Equal var. assumed	4,093	,048	1,946	58	,056	9,16560	4,70956	-,26162	18,59281
	Equal var. not assumed			2,288	38,028	,028	9,16560	4,00608	1,05590	17,27529
Δ.Π.Σ. %	Equal var. assumed	1,083	,302	2,243	58	,029	8,21432	3,66168	,88467	15,54396
	Equal var. not assumed			2,689	39,924	,010	8,21432	3,05442	2,04073	14,38790
Ε.Π.Σ %	Equal var. assumed	,040	,842	,414	58	,680	1,53002	3,69570	-5,86773	8,92777
	Equal var. not assumed			,419	27,305	,678	1,53002	3,64969	-5,95460	9,01464
ΑΛΕΞ.	Equal var. assumed	1,123	,294	2,203	58	,032	6,81818	3,09548	,62191	13,01445
	Equal var. not assumed			2,542	36,354	,015	6,81818	2,68196	1,38075	12,25561

Πίνακας 82. Κατηγορική παλινδρόμηση Υπερφαγίας

	Standardized Coefficients		df	F	Sig.	Importance
	Beta	Bootstrap (1000) Est. of Std. Error				
ΔΑΣ	-0.272	0.127	1	4.588	0.037	0.204
Καταστολή	0.298	0.130	1	5.293	0.026	-0.093
Κατανάλωση	-0.401	0.125	1	10.261	0.002	0.388
Κοινωνικότητα	0.388	0.125	1	9.677	0.003	0.367
Μορφωτικό Επίπεδο	0.207	0.100	5	4.245	0.003	0.134
Dependent Variable: Διάγνωση Υπερφαγίας						

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ackermann, D., Jones, J., Barona J., Calle M. C., Kim J. E., Lapia B., Volek J. S., McIntosh, M., Kalynych, C., Najm, W., Lerman, R. H., Fernandez, M. L. (2011). Waist circumference is positively correlated with markers of inflammation and negatively with adiponectin in women with metabolic syndrome. *Nutr Res*, Mar;31(3):197-204.

Ahmed, E. K., Picot, C. R., Bulteau, A. L., Friguet, B. (2007). Protein oxidative modifications and replicative senescence of WI-38 human embryonic fibroblasts. *Ann N Y Acad Sci*, 1119:88–96.

Alberti, K. G., Zimmet, P. Z., Shaw, J. (2005). The metabolic syndrome- a new worldwide definition. *Lancet*, Sep; 24-30 (9491):1059-62.

Altomonte, J., Harbaran, S., Richter, A., Dong, H. (2003). Fat depot-specific expression of adiponectin is impaired in Zucker fatty rats. *Metabolism*, 52:958–963.

Anzieu, D., & Chabert C. (1983). *Les méthodes projectives*. Paris : P.U.F.

Athyros, V. G., Bouloukos, V. I., Pehlivanidis, A. N., Papageorgiou, A. A., Dionysopoulou, S. G., Symeonidis, A. N., Petridis, D. I., Kapousouzi, M. I., Satsoglou, E. A., Mikhailidis, D. P (2005). MetS-Greece Collaborative Group. The prevalence of the metabolic syndrome in Greece: the MetS-Greece Multicentre Study. *Diabetes Obes Metab*, Jul; 7(4):397-405.

Akbaraly, T. N., Kivimäki, M., Brunner, E. J., Chandola, T., Marmot, M. G., Singh-Manoux, A., Ferrie, J. E. (2009). Association between metabolic syndrome and depressive symptoms in middle-aged adults: results from the Whitehall II study. *Diabetes Care*. 2009 Mar; 32(3):499-504. Epub 2008 Dec 23.

Alexander, C. M., Landsman, P. B., Grund, S. M. (2007). The influence of age and body mass index on the metabolic syndrome and its components. *Diabetes Obes Metab*. Epub Feb. 2.

Andrews, G., Pollock, C., Stewart, G. (1989). The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatry*; 46:455–60.

Andrews, G., Singh, M., Bond, M. P. (1993). The Defense Style Questionnaire. *J Nerv Ment Dis*; 181:246–56.

Arck, P. C., Slominski, A., Theoharides, Th. C., Peters, E. M., Paus, R. (2006). Neuroimmunology of Stress: Skin Takes Center Stage. *J Invest Dermatol*. August; 126(8): 1697–1704.

Appenzeller-Herzog, C. (2011). Glutathione and non-glutathione-based oxidant control in the endoplasmic reticulum. *Journal of Cell Science*, 124: 847-855.

- Arosio, M., Ronchi, C. L., Gebbia, C., Cappiello, V., Beck-Peccoz, P., Peracchi, M. (2003). "Stimulatory effects of ghrelin on circulating somatostatin and pancreatic polypeptide levels. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*; 88, (2): 701-8.
- Assmann, G., Guerra, R., Fox, G., Cullen, P., Schulte, H., Willett, D., Grundy, S. M. (2007). Harmonizing the definition of the metabolic syndrome: comparison of the criteria of the Adult Treatment Panel III and the International Diabetes Federation in United States American and European populations. *Am J Cardiol.*; 99:541–548.
- Azzi, A., Davies, K. J. A, Kelly, F. (2004). Free radical biology – terminology and critical thinking. *FEBS Letters* ; 558 (1-3): 3-6.
- Bastin, Ph., Luminet O., Busschaert, M., Luts A. (2004). Contrôle du diabète et Alexithymie : le rôle de l' identification et de la verbalisation des émotions. *Louvain Médical*, 123 (8): 252-259.
- Beizmann, C. (1966). *Livret de cotation des formes au Rorschach*. Paris : E.C.P.A.
- Bellisle, F., Louis-Sylvestre, J., Linet, N., Rocaboy, B., Dalle, B., Cheneau, F., et al. (1990). Anxiety and food intake in men. *Psychosomatic Medicine*; 52: 452-457.
- Benoit, D. (2004). Disorders of Attachment and Failure to Thrive. In *Attachment Issues In Psychology And Intervention*. L. Atkinson and S. Goldberg. Laurence Erlbaum Associates, Publishers, Mahwah, New Jersey. London.
- Bjelica, A., Kapor-Stanulović, N. (2004). Pregnancy as a psychological event. *Med Preql*, Mar-Apr; 57(3-4):144-8.
- Black, P. H. (2006). The inflammatory consequences of psychologic stress: relationship to insulin resistance, obesity, atherosclerosis and diabetes mellitus, type II. *Med Hypotheses*, 2006; 67(4):879-91.
- Bloch, M., Peleq, I., Koren, D., Aner, H., Klein, E. (2007). Long-term effects of early parental loss due to divorce on the HPA axis. *Horm Behav*, Apr; 51(4):516-23.
- Böhm, E. (1955). *Traité du psychodiagnostic de Rorschach*, tr. fr., Paris, PUF. In Chabert, C. (1997). *Le Rorschach en clinique adulte*. Paris : Dunod.
- Bond, M., Gardner, S. T., Christian, J., Sigal, J. J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Arch Gen Psychiatry*; 40:333-8.
- Bond, M. (1992). An empirical study of defense styles: the Defense Style Questionnaire. In: Vaillant GE, editor. *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Bonsack, C., Despland, J. N., Spagnoli, J.(1998). The French version of the Defense Style Questionnaire. *Psychother Psychosom*;67:24–30.

Bornstein, S. R., Schuppenies, A., Wong, M. L. (2006). Approaching the shared biology of obesity and depression: the stress axis as the locus of gene-environment interactions. *Mol Psychiatry*; 11:892–902.

Botella, C. & S. (2005). *Enjeux pour une psychanalyse de demain. Autour de l'œuvre d' A. Green*. Paris, P.U.F. :11-30.

Braunschweig, D., Fain, M., (1975). *La nuit, le jour: essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*, Paris: Presses Universitaires de France.

Brawley, L., Poston, L., Hanson M.A. (2003). Mechanisms underlying the programming of small artery dysfunction: review of the model using low protein diet in pregnancy in the rat. *Arch. Physiol. Biochem.* 111, 23–35.

Cameron, A. J., Shaw, J. E., Zimmet, P. Z. (2004). The metabolic syndrome: Prevalence in worldwide populations. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2004; 33:351-375.

Capuron, L., Su, S., Miller, A.H., Bremner, J.D., Goldberg, J., Vogt, G.J., Maisano, C., Jones, L., Murrah, N.V., Vaccarino, V. (2008). Depressive symptoms and metabolic syndrome: is inflammation the underlying link? *MetS. Biol Psychiatry*. Nov 15; 64(10):896-900. Epub 2008 Jul 2

Cartwright, M. M. (2004). Eating disorder emergencies: understanding the medical complexities of the hospitalized eating disordered patient. *Critical Care Nursing Clinics of North America*; Dec 16(4): 515-530.

Ceriello, A., Motz, E. (2004). The Common Soil Hypothesis Revisited. Is Oxidative Stress the Pathogenic Mechanism Underlying Insulin Resistance, Diabetes, and Cardiovascular Disease. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*; 24:816-823.

Chabert, C. (1987). *La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach*. Paris : Dunod.

Chabert, C. (1997). *Le Rorschach en clinique adulte*. Paris : Dunod.

Champagne, F., & Meaney, M. J. (2001). Like mother, like daughter: evidence for non-genomic transmission of parental behavior and stress responsivity. *Prog Brain Res*; 133: 287-302.

Ciccone, A., Lhopital, M. (1997). *Naissance à la vie psychique*. Paris : Dunod.

Clerici, M., Albonetti, S., Papa, R., Penati, G., & Invernizzi, G. (1992). Alexithymia and obesity. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 88-93 in Elfhag, K., Barkeling, B., Carlsson, A.M., Rösner, S. (2003). *Microstructure of Eating Behavior Associated With Rorschach Characteristics in Obesity*. *Journal of Personality Assessment*, 81(1) : 40-50.

Cleopas, I. (2008). Des transferts entre psyché, cognition et soma. *Revue Française de Psychanalyse*. IX- Neurosciences et psychanalyse : 1693-1698.

Colman, I., Wadsworth, M. E., Croudace, T. J., Jones, P. B. (2007). Forty-year psychiatric outcomes following assessment for internalizing disorder in adolescence. *Am J Psychiatry*; 164:126-133.

Conte, H. R., Apter, A. (1995). The life style index: A self-report measure of ego defenses. In *Ego defenses: Theory and measurement*, Conte, H. R., Plutchik, R. (eds.). Wiley: New York:179-201.

Corcos, M., & Speranza, M. (2003). *Psychopathologie de l' Alexithymie*. Paris, Dunod.

Costa, P. T., McCrae, R. R. (1992). *Psychological Assessment Resources Inc. Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R). and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. Odessa: Psychological Assessment Resources.

Das, U. N. (2010). *Metabolic Syndrome Pathophysiology : The Role of Essential Fatty Acids*. Wiley-Blackwell Ed.

Decety, J. (2004). L' Empathie est-elle une simulation mentale de la subjectivité d' autrui ? In Rousillon, R., Chabert, C., Ciccone, A., Ferrant, A., Georgieff, N., Roman, P. (2007). *Manuel de Psychologie et Psychopathologie Clinique Générale*. Elsevier-Masson SAS.

Definition of glucocorticoid (2013). Retrieved in www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=3609

Denollet, J. (2000). Type D personality. A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research*; Oct, 49(4): 255- 66.

De Pascalis, V., & Russo, P. (2003). Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire: Preliminary results of the Italian version. *Psychological Reports*, 92: 965–974.

Dewaraja, R., Sasaki, Y. (1990). A left to right hemisphere callosal transfer deficit of nonlinguistic information in Alexithymia. *Psychother Psychosom*; 54(4):201-7.

Diamond, L. M., Hicks, A. M., Otter-Henderson, K. D. (2008). Every time you go away: Changes in affect, behavior, and physiology associated with travel-related separations from romantic partners.. *Journal of Personality and Social Psychology* ; 95: 385 – 493

Donabédian, D. (2005). Stress et traumatisme en psychosomatique. Le stress, partie émergée du traumatisme. *Revue française de psychosomatique* ; 2 (28) :91-104.

Donini, L.M., Marsili, D., Graziani, M.P., Imbriale, M., Cannella, C. (2004). Orthorexia nervosa: a preliminary study with a proposal for diagnosis and an attempt to measure the dimension of the phenomenon. *Eat Weight Disord*, Jun; 9(2):151-7.

Dröge, W. (2002). Free Radicals in the Physiological Control of Cell Function *Physiol Rev*; 82:47–95.

Eagle, M. N. (1984). Recent Development in Psychoanalysis: A Critical Evaluation. New York:McGraw-Hill. Στο Γκρέμ Τζ. Τέιλορ. *Ψυχοσωματική ιατρική και σύγχρονη Ψυχανάλυση*. Εκδόσεις Καστανιώτη, 2001:95.

Etkin, A., Egner, T., Kalisch, R. (2011). Emotional processing in anterior cingulate and medial prefrontal cortex. *Trends Cogn Sci*; 15:85–93.

Einhorn, D., Reaven, G.M., Cobin, R.H., Ford, E., Ganda, O.P., Handelsman, Y., Hellman, R., Jellinger, P. S., Kendall, D., Krauss, R. M., Neufeld, N. D., Petak, S. M., Rodbard, H. W., Seibel, J. A., Smith, D. A., Wilson, P. W. (2003). American College of Endocrinology position statement on the insulin resistance syndrome. *Endocr Pract.* May-Jun; 9(3): 237-52.

Elfhag, K., Barkeling, B., Carlsson, A. M., Rösner, S. (2003). *Microstructure of Eating Behavior Associated With Rorschach Characteristics in Obesity*. Journal of Personality Assessment, 81(1)., 40-50

Exner, J. E. (1978). *The Rorschach: A comprehensive system* . (2). New York: John Wiley & Sons.

Exner, J. E., Jr. (2000). *A primer for rorschach interpretation*. Ashville, NC: Rorschach Workshops.

Eysenck, H. J. (1953). *The structure of human personality*. London: Methuen.

Fain, M. (1971). Prélude à la vie fantasmatique, *Revue Française de Psychanalyse* ; 3 – 4 : 291-364.

Faris, P. L., Eckert, E. D., Kim, S.W., Meller, W, H., Pardo, J. V., Goodale, R. L., Hartman, B. K. (2006). Evidence for a vagal pathophysiology for bulimia nervosa and the accompanying depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders* ; 92:79–90.

Farinone, M. P. (2001). *La contrainte par le corps : le processus opératoire*. Mémoire de D.E.A., sous la direction de A. Ferrant, Centre de recherches en psychologie et psychopathologie cliniques, Université des Lumières-Lyon 2.

Farma, T., Cortinovis, I. (2000). Measuring defense mechanism through the 40 items of the “Defense Style Questionnaire”. Reliability of the instrument and its use in the Italian context; *Ricerche di Psicologia*; 24:127–44.

Fedorova, M., Bollineni, R. C., Hoffmann, R. (2013). Protein carbonylation as a major hallmark of oxidative damage: update of analytical strategies. *Mass. Spectrometry Reviews*. doi 10.1002/mas.21381.

Feldman-Hall O, Dalgleish T, Mobbs D. (2012). Alexithymia decreases altruism in real social decisions. *Cortex.*; 49:899–904.

Feller, S., Vigl, M., Bergmann, M.M., Boeing, H., Kirschbaum, C., Stalder, T. (2014). Predictors of hair cortisol concentrations in older adults. *Psychoneuroendocrinology*. Jan;39:132-40. doi: 10.1016/j.psyneuen.2013.10.007. Epub 2013 Oct 21.

- Feng, Y., Hong, X., Li, Z., Zhang, W., Jin, D., Liu, X., Zhang, Y., Hu, F. B., Wei., L. J., Zang, T., Xu, X. (2006). Prevalence of metabolic syndrome and its relation to body composition in a Chinese total population. *Obesity (Silver Spring)*; 14: 2089-2098.
- Ferrant, A. (2007). Angoisse et Défenses. In Rousillon, R., Chabert, C., Ciccone, A., Ferrant, A., Georgieff, N., Roman, P. (2007). *Manuel de Psychologie et Psychopathologie Clinique Générale*. Elsevier-Masson SAS.
- Ferrannini, E., Haffner, S. M., Mitchell, B. D., Stern, M. P. (1991). Hyperinsulinemia : the key feature of a cardiovascular and metabolic syndrome. *Diabetologia* 1991; 34: 416-422.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. Sage Publications, London, Thousand Oaks, New Delhi.
- Flegal, K. M., Carroll, M. D., Ogden, C. L., Johnson, C. L. (2002). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999–2000. *JAMA*; 288:1723–1727.
- Ford, E. S., Giles, W. H., Mokdad, A. H. (2004). Increasing prevalence of the metabolic syndrome among U.S. adults. *Diabetes Care*; 27:2444-2449.
- Fowler, J. C., Piers, C., . Hilsenroth, M. J., Holdwick Jr , D. J., Padawer, J. R. (2001). The Rorschach Suicide Constellation: Assessing Various Degrees of Lethality. *Journal of Personality Assessment*; 76(2):333-351.
- Freud, S. (1895). *Esquisse pour une psychologie scientifique. La Naissance de la psychanalyse*, Presses Universitaires de France, 1996, 7^e éd.
- Φροῦντ, Σ. (1900). *Η ερμηνεία των ονείρων*. Επίκουρος, 1995.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Œuvres complètes Psychanalyse XV. Paris PUF, 2002.
- Freud, S. (1923). Le moi et le ça. GW XIII, 237-289 ; Essais de psychanalyse, Payot, 1981, in *Œuvres complètes XVI* ; Paris ; PUF, 1991.
- Fukunishi, I., Hirabayashi, N., Matsumoto, T., Yamanaka, K., Fukutake, K. (1999). Alexithymic characteristics of HIV-positive patients. *Psychol Rep*. Dec;85 (3 Pt1): 963-70.
- Gaddini, R. (1974). Early psychosomatic symptoms and the tendency towards integration. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 23:26-34.
- Gentil, V. (2009). Bipolar disorder and concurrent psychiatric and medical disorders. *Psychoneuroendocrinology* ; Aug34(7):1004-11. Epub 2009 Mar 10.
- Ghiselli, A., Serafini, M., Natella, F., Scaccini, C. (2000). Συνολικά Antioxidant Capacity as a tool to assess redox status : critical view and experimental data. *Free Radical Biology & Medicine*; 29(11):1106-1114.

Goldbacher, E. M. , Matthews, K. A. (2009). Lifetime history of major depression predicts the development of the metabolic syndrome in middle-aged women. *Psychosom Med.*, Apr; 71 (3): 266-72. Epub 2009 Feb 2.

Goldbacher, E. M., Matthews, K. A. (2007). Are psychological characteristics related to risk of the metabolic syndrome? A review of the literature. *Ann Behav Med*; 34:240–252

Goldbacher, E. M., Bromberger, L., Matthews, K. A. (2009). Depression predicts the development of the metabolic syndrome in middle-aged women. *Psychosom Med.* Apr;71(3):266-72. Epub 2009 Feb 2.

Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Puntí, J., & Zuckerman, M. (2004). Psychometric properties of the Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire in a Spanish sample. *European Journal of Psychological Assessment* ; 20 : 134–146.

Green, A. (1985). Réflexions libres sur la représentation de l' affect. *Revue française de psychanalyse*, 49(3):773-788.

Green, A. (1986). *Pulsion de mort, narcissisme négatif et donction désobjectalisante. La pulsion de mort.* Paris, P.U.F. : 49-59.

Green, A. (1993). *Le travail du négatif.* Paris, Editions de Minuit.

Grosclaude, M. (1971). Analyse de l' évolution de 8 cas d' épisodes dépressifs mélancoliques à partir du test de Rorschach. *Bulletin de Psychologie*, Tome 24 (12-15), (292) : 718-721.

Grundy, S. M. (2008). Metabolic syndrome pandemic. *Arteriosclerosis Thrombosis and Vascular Biology* 28: 629-36. doi: 10.1161/ATVBAHA.107.151092.

Grundy, S. M., Brewer, H. B., Jr, Cleeman, J. L., Smith, S. C., Jr., Lenfant, C. (2004). Definition of Metabolic Syndrome : Report of the National Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association conference on scientific issues related to definition. *Circulation*. Jan 27; 109(3):433-8.

Guo, J., Prokai-Tatrai, K., Nguyen, V., Rauniyar, N., Ughy, B., Prokai, L. (2011). Protein targets for carbonylation by 4-hydroxy-2-nonenal in rat liver mitochondria. *J Proteomics*; 74:2370–2379.

Gupta, A.,& Gupta, V. (2010). Metabolic syndrome: What are the risks for humans?. *BioScience Trends*. 2010; 4(5):204-212.

Gupta, R., Deedwania, P.C., Gupta, A., Rastogi, S., Panwar, R. B., Kothari, K. (2004). Prevalence of metabolic syndrome in an Indian urban population. *Int J Cardiol*; 97: 257-61.

Gysina, D., Pierce, M., Richards, M., Hotopf, M., Kuh, D., Hardy, R. (2011). Association between adolescent emotional problems and metabolic syndrome : The modifying effect of C-reactive protein gene (CRP) polymorphisms. *Brain Behav Immun*, May; 25(4):750-8.

Hansen, L. (2003). Candidate genes and late-onset type 2 diabetes mellitus. Susceptibility genes or common polymorphisms? *Dan Med Bull.* Nov; 50(4):320-46.

Hall, J. B., Brown, D.A. (1979). Plasma glucose and lactic acid alterations in response to a stressful exam. *Biol Psychol.* May; 8(3):179-88.

Harris, A., Seckl, J. (2011). Glucocorticoids, prenatal stress and the programming of disease. *Horm Behav.* Mar; 59(3):279-89.

Hemingway, H., Malik, M., Marmot, M. (2001). Social and psychosocial influences on sudden cardiac death, ventricular arrhythmia and cardiac autonomic function. *Eur Heart J.* 2001; 22: 1082–1101.

Huang, J., He, W., Chen, Wa., Yu, W., Chen, We., Mowei, S., Wang, W. (2011). The Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire predicts functioning styles of personality disorder: A trial in healthy subjects and personality-disorder patients. *Psychiatry Research*; 186:320-325.

Hudson, J., Lalonde, I. J. K., Coit, C. E., Tsuang, M. T., McElroy, S. L., Crow, S.J., Bulik, C. M., Hudson, M. S., Yanovski, J. A., Rosenthal, N. R., and Pope, H. G. (2010). Longitudinal study of the diagnosis of components of the metabolic syndrome in individuals with binge-eating disorder. *JrAm J Clin Nutr*; 91:1568–73.

Hyphantis, T. (2010). The Greek version of the Defense Style Questionnaire: psychometric properies in three different samples. *Comprehensive Psychiatry*; 51: 618-629.

Hyphantis, T., Antoniou, K., Tomenson, B., Tsianos, E., Mavreas, V., Creed, F. (2010). Is the personality characteristic ‘impulsive sensation seeking’ correlated to differences in current smoking between ulcerative colitis and Crohn’s disease patients ? *General Hospital Psychiatry*; 32: 57-65.

International Diabetes Federation (2006). The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. In www.idf.org/webdata/docs/MetS_def_update2006.pdf.

Jacob, C. (2001). Les transferts archaïques. *Imaginaire & Inconscient*, 2001/2 ; 2:47-69. DOI : 10.3917/imin.002.0047

Janaszewska, A., Bartosz, G. (2002). Assay of total antioxidant capacity: comparison of four methods as applied to human blood plasma. *Scand. J. Clin. Lab. Invest.*; 62: 231–236.

Jarczok, M. N., Li, J., Mauss, D., Fischer, J. E., Thayer, J. F. (2013). Heart rate variability is associated with glycemic status after controlling for components of the metabolic syndrome. *International Journal of Cardiology*; 167: 855-861.

John, C. A. (2000). Psychodynamic View of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine*; 62:299–303

Jones, D. P. (2006). Redefining Oxidative Stress. *Antioxidants & Redox Signaling*. Sept, 8(9-10).: 1865-1879.

Juránek, I., Nikitovic, D., Kouretas, D., Hayes, A. W., Tsatsakis, A. M. (2013). Biological importance of reactive oxygen species in relation to difficulties of treating pathologies involving oxidative stress by exogenous antioxidants. *Food Chem Toxicol*, Nov; 61:240-7.

Kano, M., Fukudo, S., Gyoba, J., Kamachi, M., Tagawa, M., Mochizuki, H., Itoh M., Hongo, M., Yanai, K. (2003). Specific brain processing of facial expressions in people with Alexithymia: an H2 15O-PET study. *Brain.*; 126:1474–1484.

Kano, M., Fukudo, S. (2013). The Alexithymic brain: the neural pathways linking Alexithymia to physical disorders. *BioPsychoSocial Medicine*, 7:1. Doi:10.1186/1751-1759-7-1.

Kaplan-Solms, K., & Solms, M. (2000). *Clinical studies in neuro-psychoanalysis*. Karnak.

Καρανίκας, Ε., & Γκιουζέπας, Ι. (2008). *Νευροενδοκρινολογία του stress και της φλεγμονής ανοσολογικής αρχής*. Ψυχιατρική 19 (1).

Kato, M., Noda, M., Inoue, M., Kadowaki, T., Tsugane, S. (2009). JPHC Study Group. Psychological factors, coffee and risk of diabetes mellitus among middle-aged Japanese: a population-based prospective study in the JPHC study cohort. *Endocr J*. Jun; 56(3):459-68. Epub 2009 Mar 7.

Kawachi, I., Sparrow, D., Vokonas, P.S, Weiss, S. T. (1995). Decreased heart rate variability in men with phobic anxiety. *Am J Cardiol.*; 75: 882–885.

Keltikangas-Järvinen, L., Ravaja, N., Viikari, J. (2006). Identifying Cloninger's Temperament Profiles as Related to the Early of the Metabolic Cardiovascular Syndrome in Young Men. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*. 1999; 19:1998-2006. Doi: 10.1161/01. ATV.19.8.1996.

Kendall, B., Eston, R. (2002). Exercise-induced muscle damage and the potential protective role of estrogen. *Sports Medicine*; 32(2):103-123.

Khostova, E.A (2011). *Physical and psychosomatic disorders in patients with a metabolic syndrome X (diagnostics, clinic, prophylaxis, therapy)*. Thesis. Ukrainian research institute of social, forensic psychiatry and drug abuse.

Kinnunen, M. L., Kokkonen, M., Kaprio, J., Pulkkinen, L. (2005). The associations of emotion regulation and dysregulation with the metabolic syndrome factor. *J Psychosom Res*, Jun; 58(6):513-21.

Klein, M. (1952). Some theoretical conclusions regarding the Emotional Life of the Infant. In J. Riviere (ed). *Developments in Psycho-Analysis*. London: Hogarth Press.

Kolcic, I., Vorko-Jovic, A., Salzer, B., Smoljanovic, M., kern, J., Vulletic, S. (2006). Metabolic syndrome in a metapopulation of Croatian island isolates. *Croat Med J*; 47:380-386.

Komaki, G., Moriguchi, Y., Ando, T., Yoshiuchi, K. and Nakao, M. (2009). Prospects of Psychosomatic Medicine. *BioPsychoSocial Medicine* 2009, 3:1Aug; 70(8):29. Doi: 10.1186/1751-0759-3-1.

Konturek, S. J., Konturek, J. W., Pawlik, T., Brzozowski, T. (2004). Brain-gut axis and its role in the control of food intake. *Journal of Physiology and Pharmacology*; 55(1):137-54.

Κούκου, Μ., Bräker, E. (2003). Το ασυνείδητο από τη σκοπιά ενός ολιστικού μοντέλου των λειτουργιών του ανθρώπινου εγκεφάλου. *Η Ψυχανάλυση στον 21^ο Αιώνα*. Εκδόσεις Παπαζήση: 235-252.

Kreisler L., (1987). *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, Toulouse: Privat.

Kreisler, L., Fain, M., Soulé, M., (1974). *L'enfant et son corps*, P.U.F., Paris.

Krstevska, M., Dzhekova-Stojkova, S. and Bosilkova, G. (2001). Menopause, coronary artery disease and antioxidants. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine*; 39(7):641-644.

Krishnan., V., Nestler, E. J. (2010). Linking molecules to mood: new insight into the biology of depression. *Am J Psychiatry*. Nov; 167(11):1305–1320.

Lane, R. D., Swartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: a cognitive developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*; 144:133-143.

Lane, R. D., Ahern, G. L., Schwartz, G. E., Kaszniak, A. W. (1997). Is Alexithymia the emotional equivalent of blindness. *Biol Psychiatry*; 42:834–844.

Langley-Evans, S. C., Welham, S. J. M., Sherman, R. C. (1996). Weanling rats exposed to maternal low-protein diets during discrete periods of gestation exhibit differing severity of hypertension. *Clinical Science*; 91:607–615.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1986). *Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης*. Μετάφραση στα ελληνικά. Εκδόσεις Κέδρος, Αθήνα.

Lawlor, D. A., Smith, G. D. Ebrahim, S. (2006). Does the new International Diabetes Federation definition of the metabolic syndrome predict HD any more strongly than other definitions? Findings from the British Women's Heart and Health Study. *Diabetologia*; 49:41-48.

Lawson, E. A., Millen, K. K., Blum, J. I., Meenaghan, E., Misra, M., Eddy, K. T., Herzog, D. B., Klibanski, A. (2012). Leptin levels are associated with decreased depressive symptoms in women across the weight spectrum, independent of body

mass. *Clin Endocrinol (Oxf)*, April; 76(4):520-25. Doi: 10.1111/j.1364-2265.2011.04182.x.

Lechevalier, B. (1998). *Le corps et le sens : Dialogue entre une psychanalyste et un neurologue*. Lausanne, Delachaux et Niestlé, préface de C. David.

Le Guen, C. (2008). *Dictionnaire freudien*. P.U.F.

Lemche, A. V., Chaban, O. S., Lemche, E. (2014). Alexithymia as a risk factor for type 2 diabetes mellitus in the metabolic syndrome : a cross-sectional study. *Psychiatry Res*, Feb 28; 215(2): 438-43.

Lao, X. Q., Thomas, G. N., Jiang, C. Q., Zhang, W., S., Yin, P., Adab, P., Lam, T.H., Cheng, K. K. (2006). Association of the metabolic syndrome with vascular disease in an older Chinese population: Guangzhou Biobank Cohort Study. *J Endocrinol Invest*; 29: 989-996.

Levin, F. M. (2011). *Psyche and brain. The biology of talking cures*. Karnac, London.

Li, J. K., Ng, M. C., So, W. Y., Chiu, C. K., Ozaki, R., Tong, P. C., Cockram, C. S., Chan, J. C. (2006). Phenotypic and genetic clustering of diabetes and metabolic syndrome in Chinese families with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Metab Res Rev*. 2006 Jan-Feb; 22(1):46-52.

Lieberman, E. J., Rank, O. (1993). *The Trauma of Birth*. New York: Dover Publications:ix-xiv.

Liu, D., Diorio, J., Tannenbaum, B., Caldji, C., Francis, D., Freedman, A., Sharma, S., Pearson, D., Plotsky, P. M., Meaney, M. J. (1997). Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science*, Sep 12; 277(5332):1659-62.

Loosli-Usteri, M. (1954). *A Propos du Choc au Vide*. Rorschachiana IV.

Loosli-Usteri, M. (1958). *Manuel pratique du test de Rorschach*. Hermann.

Lumley, M. A., Neely, L. C., Burger, A. J. (2007). The assessment of Alexithymia in medical settings: implications for understanding and treating health problems. *Journal of Personality Assessment*; 89:230-246.

Lykkesfeldt, J. (2001). Determination of malondialdehyde as dithiobarbituric acid adduct in biological samples by HPLC with fluorescence detection: comparison with ultraviolet-visible spectrophotometry. *Clin Chem*; 47:1725-1727.

Lykkesfeldt J. (2007). Malondialdehyde as biomarker of oxidative damage to lipids caused by smoking. *Clin Chim Acta*, May 1; 380(1-2):50-8. Epub 2007 Feb 7.

Maes, M. (2009). Inflammatory and oxidative and nitrosative stress pathways underpinning chronic fatigue, somatization and psychosomatic symptoms. *Current Opinions in Psychiatry*, Jan; 22(1):75-83.

Maggi, S., Noale, M., Gallina, P., Bianchi, D., Marzari, C., Limongi, F., et al. (2006). Metabolic syndrome, diabetes, and cardiovascular disease in an elderly Caucasian cohort: The Italian Longitudinal Study on Aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*; 61:505–10.

Marty, P., de M'Uzan, M., David, C. (1963). *L' investigation psychosomatique*. Paris, P.U.F.

Marty, P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Paris, Payot.

Marty, P. (1980). *L' ordre psychosomatique*. Paris, Payot.

Masling, J. (2003). Stephen A. Mitchell, relational psychoanalysis, and empirical data. *Psychoanalytic Psychology*; 20:587–608.

Matsuda, M., Shimomura, I. (2013). Increased oxidative stress in obesity: implications for metabolic syndrome, diabetes, hypertension, dyslipidemia, atherosclerosis, and cancer. *Obes Res Clin Pract.*, Sep-Oct; 7(5):330-41.

McClure, H., Snodgrass, J. J., Martinez, C. R., Eddy, J. M., Jiménez, R. A., Isiordia, L. E. (2010). Discrimination, Psychosocial Stress, and Health among Latin American Immigrants in Oregon. *Am J Hum Biol*, May; 22(3):421-423. doi:10.1002/ajhb.21002.

McDougall, J. (1989). *Théâtres du corps. Le psychosoma en psychanalyse*. Gallimard.

McIntyre, R. S., Soczynska, J. K., Liauw, S. S., Woldeyohannes, H. O., Brietzke, E., Nathanson, J., Alsuwaidan, M., Muzina, D. J., Taylor, V. H., Cha, D. S., Kennedy, S. H. (2012). The association between childhood adversity and components of metabolic syndrome in adults with mood disorders : results from the international mood disorders collaborative project. *Int J Psychiatry Med*; 43(2):165-77.

Meissner, W.W. (1980). Theories of personality and psychopathology: classical psychoanalysis, in *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 3rd Edition, Vol 1. Edited by Kaplan, H.I., Freedman, A.M., Sadock, B.J., Baltimore, M.D., Williams & Wilkins, 1980, pp 631-728. In Vaillant GE, editor. *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*. Washington DC: American Psychiatric Press; 1992.

Merico, V., Piccaro, C., Cai, W., Chen, X., Zhu, L., Striker, G. E., Vlassara, H., Uribarri, J. (2010). Maternally Transmitted and Food-Derived Glycotoxins. A factor preconditioning the young to diabetes? *Diabetes Care*, Oct; 33(10).

Meyer, G. J., Archer, R. P. (2001). The hard science of Rorschach research: What do we know and where do we go? *Psychological Assessment*; 13(4):486-502.

Miccoli, R., Bianchi, C., Odoguardi, L., Penno, G., Caricato, F., Giovannitti, M.G., et al. (2005). Prevalence of the metabolic syndrome among Italian adults according to ATP III definition. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*; 15:250–4.

Milaneschi, Y., Simonsick, E. M., Vogelzangs, N., Strotmeyer, E. S., Yaffe, K., Harris, T. B., Tolea, M. I., Ferrucci, L., Penninx, B. W. (2012). Leptin, abdominal

obesity and onset of depression in older men and women. *Clin Psychiatry*, September; 73(9): 1205–1211.

Mitchell, S. A. (1993). *Hope and dread in psychoanalysis*. New York: Basic.

Mommersteeg, M. C. P., Kupper, N., Denollet, J. (2010). Type D personality is associated with increased metabolic syndrome prevalence and an unhealthy lifestyle in a cross-sectional Dutch community sample. *BMC Public Health*; 10:714. doi:10.1186/1471-2458-10-714.

Montag, I. (2001). *The Hebrew ZKPQ: Preliminary reliability and validity results*. Unpublished manuscript.

Moriguchi, Y., Ohnishi, T., Decety, J., Hirakata, M., Maeda, M., Matsuda, H., Komaki, G. (2009). The human mirror neuron system in a population with deficient self-awareness: an fMRI study in Alexithymia. *Hum Brain Mapp*. Jul; 30(7):2063-76.

Moriguchi, Y., Decety, J., Ohnishi, T., Maeda, M., Mori, T., Nemoto, K., Matsuda, H., Komaki, G. (2007). Empathy and judging other's pain: an fMRI study of Alexithymia. *Cereb Cortex*.; 17:2223–2234.

Muhtz, C., Zyriax, B.C., Klähn, T., Windler, E., Otte, C. (2009). Depressive symptoms and metabolic risk: effects of cortisol and gender. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. Apr 28. [Epub ahead of print]

Munzberg, H., Myers, M. G. Jr. (2005). Molecular and anatomical determinants of central leptin resistance. *Nat Neurosci*.; 8:566–570.

Myers, M. G., Cowley, M. A., Munzberg, H. (2008). Mechanisms of leptin action and leptin resistance. *Annu Rev Physiol*.; 70:537–556.

Näätänen, P., Ryyänänen, A., Keltikangas-Järvinen, L. (1999). The influence of alexithymic characteristics on the self-perception and facial expression of a physiological stress state. *Psychother Psychosom*. Sep-Oct; 68(5):252-62.

National Institutes of Health. (2001). *Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III)*. Bethesda, Md: National Institutes of Health; 2001. NIH Publication 01-3670.

Nemiah, J. C. (2000). A Psychodynamic View of Psychosomatic Medicine. *Psychosomatic Medicine*; 62:299–303.

Nemiah, J. C. (1996). Alexithymia: present, past and future. *Psychosomatic Medicine*; 58: 217-218.

Nielsen, F., Mikkelsen, B. B., Nielsen, J. B., Andersen, H. R., Grandjean, P. (1997). Plasma malondialdehyde as a biomarker for oxidative stress: reference interval and effects of life-style factors. *Clinical Chemistry*; 43:7, 1209-1214.

Niess, A. M., Hartmann, A., Grünert-Fuchs, M., Poch, B., Speit, G. (1996). DNA Damage After Exhaustive Treadmill Running in Trained and Untrained Men. *Int J Sports Med*; 17(6): 397-403.

Niki, E. (2009). Lipid peroxidation: Physiological levels and dual biological effects. *Free Radic Biol Med*; 47:469–484.

Northoff, G. (2011). *Neuropsych psychoanalysis in practice. Brain, self and objects*. Oxford University Press.

Ntalapascha, M., Makris, D., Kyparos, A., Tsilioni, I., Kostikas, K., Gourgoulisanis, K., Kouretas, D., Zakynthinos, E. (2013). Oxidative stress in patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Sleep Breath*, May; 17(2):549-55.

Nunberg, H. (1957). *Allegemeine neurosenlehre auf psychoanalytischer Grunlage*, 1932, trad. Fr., *Principes de psychanalyse*, P.U.F., Paris, 1957, 135. In Orr, M. (1958). Le test de Rorschach et l' imago maternelle. Monographie du Bulletin du Group. *Fr. Rorschach*, Paris. In Chabert, C. (1997). *Le Rorschach en Clinique adulte*. Editions Dunod, Paris.

Ogden, C. L., Carroll, M. D., Curtin, L. R., McDowell, M. A., Tabak, C. J., Flegal, K. M. (2003). Prevalence of overweight and obesity in the United States, 1999-2004. *JAMA*; 295: 1649-1555.

Ostendorf, F., & Angleitner, A. (1994). A comparison of different instruments proposed to measure the Big Five. *European Review of Applied Psycholog*; 44:45–53.

Patsoukis, N., Zervoudakis, G., Panagopoulos, N.T., Georgiou, C.D., Angelatou, F., Matsokis, N.A., (2004). Thiol redox state (TRS) and oxidative stress in the mouse hippocampus after pentylenetetrazol-induced epileptic seizure. *Neurosci Lett*; 357:83–86.

Paykel, E. S. (2003). The interview fore recent life events. *Psychol Med*, Mar; 27(2):301-10.

Parylak, S. L., Koob, G. F., Zorrilla, E. P. (2011). The Neural Basis of Feeding and Reward: A Tribute to Bart Hoebel The dark side of food addiction *Physiology & Behavior*, July; 104(1):149-156.

Pedrosa, G. F., Bidlingmaier, M., Ridout, N., Scheidt, C.E., Caton, S., Schoechlin, C., Nickel, M. (2008). The relationship between Alexithymia and salivary cortisol levels in somatoform disorders. 1. *Nord J Psychiatry*; 62(5):366-73.

Perry, B., Wang, Y. (2012). Appetite regulation and weight control: the role of gut hormones. *Nutrition and Diabetes*; 2(1): e26.

Pervin, L. A., John, O. P. (1997). *Personality: Theory and Research*. John Wiley and Sons, μετφ Α. Αλεξανδροπούλου και Ε. Δασκαλοπούλου, εκδόσεις Δάρδανος, 1999.

Pesonen, A. K., Räikkönen, K., Feldt, K., Heinonen, K., Osmond, C., Phillips, D. I., Barker, D. J., Eriksson, J. G., Kajantie, E. (2010). Childhood separation experience

predicts HPA axis hormonal responses in late adulthood: a natural experiment off World War II. *Psychoneuroendocrinology*, Jun; 35(5): 758-67. Doi: 10.1016/j.psyneuen.2009.10.017.

Pirlot, G. (2010). *La Psychosomatique. Entre Psychanalyse et Biologie*. Armand Colin, Paris, 2010.

Plutchik, R. (1980). *Emotion: A psychoevolutionary synthesis*. New York: Harper & Row.

Porcelli, P., Meyer, G. J. (2002). Construct Validity of Rorschach Variables for Alexithymia. *Psychosomatics*; 43:360–369.

Pulkki-Råback, L., Elovainio, M., Kivimäki, M., Mattsson, N., Raitakari, O.T., Puttonen, S., Marniemi, J., Viikari, J.S., Keltikangas-Järvinen, L. (2009). Depressive symptoms and the metabolic syndrome in childhood and adulthood: a prospective cohort study. *Health Psychol*, Jan; 28(1): 108-16.

Puustinen, P. J., Koponen, H., Kautiainen, H., Mäntyselkä, P., Vanhala, M. (2011). Psychological distress predicts the development of the metabolic syndrome: a prospective population-based study. *Psychosom Med*. Feb-Mar, 73 (2): 158-65. Epub 2010 Dec 10.

Pyykkönen, A. J., Räikkönen, K., Tuomi, T., Eriksson, J. G., Groop, L., Isomaa, B. (2010). Stressful Life Events and the Metabolic Syndrome. *Diabetes Care*; 33(2):378-84. Doi: 10.2337/dc09-1027.

Raikkonen, K., Matthews, K. A., Kuller, L. H. (2007). Depressive Symptoms and Stressful Life Events Predict Metabolic Syndrome Among Middle-Aged Women. A comparison of World Health Organization, Adult Treatment Panel III, and International Diabetes Foundation definitions. *Diabetes Care*, April; 30(4):872-7.

Reaven, G.M., Lithell, H., Landsberg, L. (1996). Hypertension and associated metabolic abnormalities: the role of insulin resistance and the sympathoadrenal system. *N Engl J Med*; 334:374–381.

Reddy, Y.N., Murthy, S.V., Krishna, D.R., Prabhakar, M.C., (2004). Role of free radicals and antioxidants in tuberculosis patients. *Indian J Tuberc*: 51:213–218.

Richter, N., Juckel, G., Assion, H.J. (2010). Metabolic syndrome: a follow-up study of acute depressive inpatients. *Eur. Arch. Psychiatry Clin Neurosci*, Feb; 260(1): 41-9.

Richter, N., Juckel, G., Assion, H.J., Kinnunen, M.L., Kokkonen, M., Kaprio, J., Pulkkinen, L. (2005). The associations of emotion regulation and dysregulation with the metabolic syndrome factor. *Journal of Psychosomatic Research*, Jun; 58(6): 513-21.

Richter, N., Juckel, G., Assion, H.J. (2010). Metabolic syndrome: a follow-up study of acute depressive inpatients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. Feb; 260(1):41-9. Epub 2009 Apr 28.

Riedger, N. D., Clara, I. (2011). Prevalence of metabolic syndrome in the Canadian adult population. *CMAJ*, Oct 18; 183(15):e1127-e1134.

Roberts, C. K., Sindhu, K. K. (2009). Oxidative stress and metabolic syndrome. *Life Sciences*; 84(21–22):705–712.

Roehrig, M., Masheb, R. M., White, M. A. & Grilo, C. M. (2009). The Metabolic Syndrome and Behavioral Correlates in Obese Patients With Binge Eating Disorder. *Obesity (Silver Spring)*, March; 17(3): 481–486.

Romijn, J. A., Corssmit, E. P., Havekes, L. M., Pijl, H. (2008). “Gutbrain axis,” *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*; 11(4):518–521.

Rousillon, R. (1995). Perception, hallucination et solution bio-logique du traumatisme. *Revue française de psychosomatique* ; (8):105-117.

Rousillon, R., Chabert, C., Ciccone, A., Ferrant, A., Georgieff, N., Roman, P. (2007). *Manuel de Psychologie et Psychopathologie Clinique Générale*. Elsevier-Masson SAS.

Rousillon, R. (1999a). *Agonie, clivage et symbolization*, Paris, P.U.F.

Salway, J. G. (2006). *Ιατρική Βιοχημεία με μια Ματιά*, 2η Έκδοση. Blackwell Publishing, σ. 49.

Sami-Ali (1990). *Le corps, l' espace et le temps*. Editions Dunod : collection Psychismes, Paris.

San Martini, P., Roma, P., Sarti, S., Lingiardi, V., Bond, M. (2004). Italian version of the defense style questionnaire. *Comprehensive Psychiatry*; 45:483-94.

Selye, H. (1956). *The Stress of Life* New York: McGraw-Hill.

Shiomi, K., Kulmaan, D., Zuckerman, M., Joireman, J., Sato, M., Yata, S. (1996) Examining the validity and reliability of a Japanese version of the Zuckerman-Kuhlman personality Questionnaire (ZKPQ). *Hyago University of teacher Education Journal*; 2:1-13.

Shwaery, G.T., Vita, J.A. and Keaney, J.F., Jr. (1997) Antioxidant protection of LDL by physiological concentrations of 17 betaestradiol. Requirement for estradiol modification. *Circulation*; 95(6) :1378-1385.

Sirjacq, M. (2006). Derrière le stress, le débordement du préconscient. *Revue française de Psychosomatique*; 28 :163-178.

Sies H. (1997). Oxidative Stress: Oxidants and Antioxidants. *Experitnental Physiology*; 82 :291-295.

Smadja, C. (1993). A propose des procédés autocalmants du Moi. *Revue Française de Psychosomatique*; 4 :9- 26.

Smadja, C. (1995). Le modèle psychosomatique de P. Marty. *Revue française de Psychanalyse* ; 7 :7-26.

Smadja, C. (1998). Le fonctionnement opératoire dans la pratique psychosomatique. *Revue française de Psychanalyse*; 5 (62):1367- 1440.

Smadja, C. (2001). La Vie Opératoire. P.U.F. Μετάφραση «Ψυχοσωματικά Παράδοξα», 2009, Εκδόσεις META, Αθήνα.

Slochower, J., Kaplan, S. P. (1980). Anxiety, perceived control, and eating in obese and normal weight persons. *Apetite*; 2:115-125. In Elfhag, K., Barkeling, B., Carlsson, A.M., Rösner, S. (2003). *Microstructure of Eating Behavior Associated With Rorschach Characteristics in Obesity*. *Journal of Personality Assessment*; 81(1): 40-50

Stadtman, E. R., Berlett, B. S. (1991). Fenton chemistry. Amino acid oxidation. *J Biol Chem*; 266:17201-11.

Σταλίκας, Α., Τριλίβα, Σ., Ρούσση, Π. (2002). *Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

Συνοδινού, Ε.Μ. (1996). *Ο παιδικός αυτισμός*. Εκδόσεις Καστανιώτη, σελ. 28.

Sutin, A. R., Costa, P.T. Jr, Uda, M., Ferrucci, L., Schlessinger, D., Terracciano, A. (2010). Personality and metabolic syndrome. *Age, Dec*; 32(4):513-9. Epub 2010 Jun 22.

Sutin, A. R., Zonderman, A. B., Uda, M., Deiana, B., Taub, D. D., Longo, D. L., Ferrucci, L., Schlessinger, D., Cucca, F., Terracciano, A. (2013). Personality traits and leptin. *Psychosom Med*. Jun; 75(5):505-9.

Tanaka, H., Shimabukuro, T., Shimabukuro, M. (2005). High prevalence of metabolic syndrome among men in Okinawa. *J Atheroscler Thromb*; 12: 284-88.

Taylor, G. J., Bagby, R. M. (2013). Psychoanalysis and empirical research: The example of Alexithymia. *Journal of the American Psychoanalytic Association*; 61:99-133.

Taylor, C. J. (2014). Physiological stress response to loss of social influence and threats to masculinity. *Soc Sci Med*, Feb; 103:51-9. Doi: 10.1016/j.socmed.2013.07.036.

Takahashi, M., Miyashita, M., Park, J-H., Kim, H-S., Nakamura, Y., Sakamoto, S., Suzuki, K. (2013). The association between physical activity and sex-specific oxidative stress in older adults. *Journal of Sports Science and Medicine*; 12:571-578.

Tibon, Sh., Porcelli, P., Weinmerger, Y. (2005). The Ego Impairment Index and the Reality–Fantasy Scale: Comment on Viglione, Perry, and Meyer (2003). *Journal of Personality assessment*; 84(3):315–317.

Thomas, C. B., Duszynski, K. R., Shaffer, J. W. (1979). Family attitudes reported in youth as potential predictors of cancer. *Psychosom Med*; 41:287-302.

Tsaousis, I., Taylor, G., Quilty, L., Georgiades, S., Stavrogiannopoulos, M., Bagby, R. M. (2010). Validation of the Greek adaptation of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *Compr Psychiatry*, July-Aug; 52(4): 443-8. doi: 10.1016/j.comppsy.2009.09.005. Epub 2009 Dec 21.

Tsigos, C., Chrousos, G. (2002). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *Journal of Psychosomatic Research*; 53:865-871.

Tzima, N., Pitsavos, Ch., Panagotakos, D.B., Chrysohoou, Ch, Polychronopoulos, E., Skoumas, J., Stefanadis, Ch. (2009). Adherence to the Mediterranean diet moderates the association of aminotransferases with the prevalence of the metabolic syndrome; the ATTICA study. *Nutr Metab (Lond)*; 6:30.

Ulrich, P., Cerami, A. (2001). Protein glycation, diabetes, and aging. *Recent Prog Horm Res*; 56:1–21.

Urakawa, H., Katsuki, A., Sumida, Y., Gabazza, E. C., Murashima, S., Morioka, K., Maruyama, N., Kitagawa, N., Tanaka, T., Hori, Y., Nakatani, K., Yano, Y., Adachi, Y. (2003). Oxidative stress is associated with adiposity and insulin resistance in men. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*; 88(10):4673–6.

Vaillant, G. E. (1992). *Ego mechanisms of defense: a guide for clinicians and researchers*. Washington DC, American Psychiatric Press.

Vaillant, G. E., Bond, M., Vaillant, C. O. (1986). An empirical validated hierarchy of defense mechanisms. *Arch Gen Psychiatry*; 43: 786-94. In Soultanian, C., Dardennes, R., Mouchabac, S., Guelfi, J. D. (2005). L'évaluation normalisée et clinique des mécanismes de défense : revue critique de 6 outils quantitatifs. *Rev Can Psychiatrie*; 50(12):792-801.

van Anders, S. M., Watson, N. V. (2007). Testosterone levels in women and men who are single, in long-distance relationships, or same-sity relationships. *Hormones and Behavior*, 51:286-91.

van Os, J., Jones, P., Lewis, G., Wadsworth, M., Murray, R. (1997). Developmental precursors of affective illness in a general population birth cohort. *Arch Gen Psychiatry*; 54:625-31.

Viglione, D. J. Jr. (1997). Problems in Rorschach research and what to do about them. *Journal of Personality Assessment*; 68:590-9.

Viglione, D., Perry, W., Meyer, G. J. (2003). Refinements in the Rorschach Ego Impairment Index incorporating the Human Representational Variable. *Journal of Personality Assessment*; 81:149–156.

Viinamäki, H., Heiskanen, T., Lehto, S. M., Niskanen, L., Koivumaa-Honkanen, H., Tolmunen, T., Honkalampi, K., Saharinen, T., Haatainen, K., Hintikka, J. (2009).

Association of depressive symptoms and metabolic syndrome in men. *Acta Psychiatr Scand.* Jul; 120(1):23-9.

Vincent, J. D. (1986). *Biologie des passions*. Paris, Odile Jacob.

Vogelzangs, N., Beekman, A.T., Dik, M.G., Bremmer, M.A., Comijs, H.C., Hoogendijk, W.J., Deeg DJ, Penninx BW. (2009). Late-life depression, cortisol, and the metabolic syndrome. *Am J Geriatr Psychiatry*, Aug; 17(8):716-21.

Vollaard, N. B. J., Shearman, J. P., Cooper, C. E. (2005). Exercise-Induced Oxidative Stress. Myths, Realities and Physiological Relevance. *Sports Med*; 35(12):1045-62.

Vollenweider, P., Tappy, L., Randin, D., Schneiter, P., Jequier, E., Nicod, P., Scherrer, U. (1993). Differential effects of hyperinsulinemia and carbohydrate metabolism on sympathetic nerve activity and muscle blood flow in humans. *J Clin Invest*; 92:147–154.

Weber, C., Rhayer, J., Rudat, M., et al. (2010). Low vagal tone is associated with impaired post stress recovery of cardiovascular, endocrine and immune markers. *Eur J Appl Physiol*; 109:201-11.

Wehmer, F., Brejnak, C., Lumley, M., Stettner, L. (1995). Alexithymia and physiological reactivity to emotion-provoking visual scenes. *J Nerv Ment Dis.* Jun; 183(6):351-7.

Weidner, M. D., Gavigan, K. E., Tyndall, G. L., Hickey, M. S., McCammon, M. R., Houmard, J. A. (1995). Which anthropometric indices of regional adiposity are related to the insulin resistance of aging? *Int J Obes Relat Metab Disord*; 19:325–330.

Winnicott, D. W. (1949). *L' esprit dans ses rapports avec le psyché-soma. De la Pédiatrie à la Psychanalyse* (1969). Paris, Payot:66-79.

Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. New York: Basic.

Winnicott, D.W. (1974). *Φόβος κατάρρευσης*. Μετάφραση Πάνος Αλούπης. Εκδόσεις Άγρα, 2005.

Winterbourn, C. C., Metodiewa, D. (1999). Reactivity of biologically important thiol compounds with superoxide and hydrogen peroxide. *Free Radic Bio Med*, August; 27(3–4): 322–8.

Wu, G., Feder, A., Cohen, H., Kim, J. J., Calderon, S., Chamey, D. S., Mathé, A. A. (2013). Understanding resilience. *Frontiers in Behav Neurosc*; 7(10): 1-15.

Wu,Y.,Wang,W., Du,W., Li, J., Jiang, X.,&Wang,Y. (2000). Development of a Chinese version of the Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire: Reliabilities and gender/age effects. *Social Behaviour and Personality*; 28:241–250.

Yamada, N., Katsuura, G., Ochi, Y., Ebihara, K., Kusukabe, T., Hosoda, K., Nakao, K. (2011). Impaired CNS leptin action is implicated in depression associated with obesity. *Endocrinology*; 152:2634–43.

Yamamoto, K., Okazaki, A., Ohimori, S. (2011). The Relationship between Psychosocial Stress, Age BMI, CRP, Lifestyle, and the Metabolic Syndrome in Apparently Healthy Subjects. *Journal of Physiological Anthropology*; 30(1):15-22.

Yoshida, S., Murano, S., Saito, Y., Inader, H., Tashiro, J., Kobayashi, J., et al. (1995). Treatment of obesity by personality classification-oriented program. *Obesity Research*, 3 (Suppl. 62)., S205-S209 in Elfhag, K., Barkeling, B., Carlsson, A.M., Rösner, S. (2003). *Microstructure of Eating Behavior Associated With Rorschach Characteristics in Obesity*. *Journal of Personality Assessment*: 81(1):40-50.

Yoshida,-Komiya, H., Takano, K., Fujimori, K., Niwa, Sl. (2012). Plasma levels of leptin in reproductive-aged women with mild depressive and anxious states. *Psychiatry Clin Neuroscience*, Jan 22.doi:10.1111/pcn.12160. [Epub ahead of print].

Zeeck, A., Stelzer, N., Linster, H.W., Joos, A, Hartmann, A. (2010). Emotion and eating in binge eating disorder and obesity. *European Eating Disorder Review*, Dec 20 [Epub ahead of print].

Zeidner, M. & Endler, N.S. (1996). *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. New York: John Wiley.

Zuckerman M. (2002). Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ).: an alternative five-factorial model. In: de Raad B, Perugini M, editors. *Big five assessment*. Gottingen, Germany: Hogrefe & Huber:377–96.

Zuckerman, M. (1991). *Psychobiology of personality*. New York: Cambridge University Press.