



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΜΕ ΘΕΜΑ

<< Ψυχοσωματικές διαταραχές παιδιών και εφήβων >>

Της :Παπαδοπούλου Μαρίας Α.Μ 1800

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: **Κ. Χατήρα**

ΡΕΘΥΜΝΟ, ΙΟΥΝΙΟΣ 2011

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελ.
Εισαγωγή.....	4
Κεφάλαιο πρώτο	5
Θεωρίες για τις ψυχοσωματικές διαταραχές	
1. Η ψυχαναλυτική.....	
2. Η ψυχοφυσιολογική.....	9
3. Η ψυχοβιολογική σχολή.....	10
4.Άλλες προσεγγίσεις.....	11
Κεφάλαιο δεύτερο	
2.1 Η Ψυχοσωματική Ιατρική.....	13
2.2.Οι Ψυχοσωματικές Διαταραχές.....	15
2.3.Η ταξινόμηση των Ψυχοσωματικών (ψυχοφυσιολογικών) Διαταραχών.....	17
2.4.Αίτια των ψυχοσωματικών διαταραχών.....	20
2.5.Ερμηνεία των ψυχοσωματικών διαταραχών.....	22
2.6.Αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών διαταραχών.....	25
Κεφάλαιο Τρίτο	
3.1.Ψυχοσωματικές διαταραχές παιδιών και εφήβων.....	27
3.2.Αιτίες και αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών διαταραχών των	28

παιδιών και των εφήβων

ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....

42

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....

44

Εισαγωγή

Τα σωματικά συμπτώματα αποτελούν τμήμα της ζωής του ανθρώπου. Έρευνες καταδεικνύουν ότι το εβδομήντα πέντε τοις εκατό του γενικού πληθυσμού βιώνει κάποια μορφή πόνου και παραπονιέται, συχνά, για σοβαρούς σωματικούς πόνους. Ωστόσο, οι ιατρικές εξετάσεις τους δεν ανιχνεύουν σωματική αιτιολογία (Bouman, Eifert, Lejuez, 1999), γεγονός που ενισχύει την άποψη ότι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν την εμφάνιση φυσικών (σωματικών) συμπτωμάτων. Άποψη που έχει ως αφετηρία την θέση του Ιπποκράτη ότι η ψυχική λειτουργία είναι δυνατόν να επηρεάσει την πορεία μιας ιατρικής ασθένειας (Stoudemire, Hales, 1995) και οδηγεί στην προσέγγιση της ψυχοσωματικής ιατρικής.

Η Ψυχοσωματική Ιατρική, όρος που αποδόθηκε από τον Heinroth το 1818 (Stoudemire, Hales, 1995' Μάνος, 1997), αναφέρεται στην αναζήτηση ενδεχόμενων συσχετισμών μεταξύ των ψυχολογικών αιτίων των σωματικών (βιολογικών) συμπτωμάτων μιας ασθένειας και τείνει, όπως αναφέρει ο Lipowski (1984), στην ολιστική τάση για την προσέγγιση και αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών διαταραχών. Η ολιστική τάση (όρος που πρωτοχρησιμοποιήθηκε το 1926 από τον Smuts) αναφέρεται στην θέαση των ψυχοσωματικών διαταραχών, τόσο υπό το πρίσμα της ιατρικής επιστήμης, όσο και της ψυχολογίας. Η άποψη πως ψυχή (νους) και σώμα συσχετίζονται υφίσταται και στους αρχαίους πολιτισμούς (Βαβυλώνιους, Έλληνες), όπου σε κείμενα καταγράφεται ότι διάφορα βιολογικά συμπτώματα, όπως η ταχυκαρδία είναι αποτέλεσμα του φόβου (Century & Matarazzo, 1981).

Στη νεότερη επιστήμη τον δέκατο ένατο αιώνα ο Rush, ο Freud και άλλοι επεσήμαναν την σημασία των ψυχολογικών αιτίων σε σωματικά συμπτώματα. Ιδιαίτερα ο πρώτος τόνιζε ότι ο νους ίσως να αιτιάζεται για αρκετές ασθένειες.

Κεφάλαιο πρώτο

Θεωρίες για τις ψυχοσωματικές διαταραχές

Κατά τον Lipowski τρεις είναι οι βασικές τάσεις που αποτέλεσαν τη βάση για τη σύγχρονη ψυχοσωματική ιατρική: 1. η ψυχαναλυτική, 2. η ψυχοφυσιολογική και 3. η ψυχοβιολογική (Stoudemire, Hales, 1995' Μάνου, 1997).

1.Η ψυχαναλυτική

Ο Freud το 1959, αν και δεν ασχολήθηκε με τις ψυχοσωματικές διαταραχές υπό τη σημερινή οπτική, κατέγραψε στις μελέτες του για την υστερία της μετατροπής (η οποία δεν χαρακτηρίζεται από σημαντική οργανική δυσλειτουργία) περιπτώσεις, όπου φυσικά (σωματικά) συμπτώματα φαίνονταν να έχουν προέλθει από ψυχολογική αιτιολογία. Για τις υστερίες της τύφλωσης, της παράλυσης, της κώφωσης υπάρχουν αναφορές και από τον Mesmer, ο οποίος κατέγραψε αυτές τις σωματικές αναπηρίες ως μη ιατρικώς δικαιολογούμενες. Ο Charcot θεωρούσε ότι σε κάποιες υστερικές καταστάσεις με την κατάλληλη θεραπεία, όπως η ύπνωση, μπορούσε να υπάρξει ίαση. Κατά τον Freud το άτομο μη μπορώντας να εκφράσει απαγορευμένες μη αποδεκτές κοινωνικά ενορμήσεις, τις απωθεί. Οι ενορμήσεις αυτές αναζητούν άλλους τρόπους έκφρασής τους. Όταν βρεθούν σε αδιέξοδο τότε εκφράζονται μέσα από την υστερική μετατροπή. Έτσι, το άτομο επιτυγχάνει να εκφορτίσει την ενέργειά του και παράλληλα αμύνεται προς την μη κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά. Απωθημένες ενστικτώδεις ενορμήσεις κάνουν την εμφάνισή τους σωματικά, παρουσιάζοντας ένα σωματικό σύμπτωμα που αποτελεί συμβολική έκφραση μιας ψυχικής κατάστασης. Ωστόσο, η υστερία μετατροπής, επειδή δεν εμφάνιζε εμφανή οργανική δυσλειτουργία δε θεωρήθηκε από τους επιστήμονες ψυχοσωματική διαταραχή.

Ο Alexander (1950), ο πρωταρχικός εκφραστής της ψυχοσωματικής ιατρικής, παρατηρώντας κλινικά άτομα που ψυχαναλύθηκαν, παρουσίασε τη δική του «θεωρία ειδίκευσης» ή αλλιώς “θεωρία της ειδικής σύγκρουσης” αντιτιθέμενος στην θέση ότι η υστερική μετατροπή εξηγεί κάθε σωματική ασθένεια. Υποστήριξε ότι οι εσωτερικές συγκρούσεις ενδεχόμενα να προκαλέσουν συγκεκριμένες σωματικές ασθένειες. Άποψη του ήταν ότι κάθε ψυχοσωματική διαταραχή αφορά ομαδοποιημένους παράγοντες και χαρακτηριστικά προσωπικότητας και ότι είναι συγκεκριμένοι οι τύποι προσωπικότητας που ενεργοποιούν την εμφάνιση συγκεκριμένων ασθενειών. Ήταν ενάντιος στην άποψη ότι κάθε σωματική ασθένεια είναι δυνατόν να εξηγηθεί με τη μετατροπή. Προσδιόρισε την ψυχοσωματική ασθένεια ως το αποτέλεσμα πολυπαραγοντικής αλληλεπίδρασης, προκαλούμενη «από την αλληλεπίδραση ψυχολογικών παραγόντων με βιολογικές, περιβαλλοντικές και κοινωνικές επιρροές (Stoudemire, Hales, σ.1, 1995). Αντίθετα από τον Freud, υποστήριξε ότι το αυτόνομο νευρικό σύστημα πλημμυρίζει από την χρόνια απωθημένη ενέργεια με αποτέλεσμα την πρόκληση συγκεκριμένων οργανικών βλαβών στο σπλαχνικό σύστημα. Πιο συγκεκριμένα, θεωρεί ότι η σωματική ασθένεια μπορεί να προκληθεί από εσωτερικές ασυνείδητες συγκρούσεις, που δεν κατάφεραν να επιλυθούν, καθώς επίσης και συναισθήματα, όπως η επιθετικότητα και η ενοχή, μακροχρόνια απωθημένα ενεργοποιήθηκαν κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες (Alexander, French & Pollock, 1968). Αναφερόμενος, μάλιστα, στις ψυχοσωματικές ασθένειες όρισε τις εξής επτά: 1. την ελκώδη κολίτιδα 2. το έλκος του δωδεκαδακτύλου 3. τη ρευματοειδή αρθρίτιδα, 4. το βρογχικό άσθμα 5. τη νευροδερματίτιδα 6. την ιδιοπαθή υπέρταση 7. τον υπερθυρεοειδισμό (Μάνος, 1997). Υποστήριξε ότι συγκεκριμένες ψυχοσωματικές ασθένειες προκύπτουν από, επίσης, συγκεκριμένες συναισθηματικές συγκρούσεις που βρίσκονται στο ασυνείδητο. Επί παραδείγματι, για την ιδιοπαθή υπέρταση η ασυνείδητη συναισθηματική σύγκρουση είναι ο καταπιεσμένος, μη εκφρασμένος θυμός. Οι ασθενείς με έλκος δωδεκαδακτύλου έχουν άλυτες ανάγκες της εξάρτησης. Εν κατακλείδι, κάθε ψυχοσωματική ασθένεια ξεχωριστά έχει τη δική της αιτιολογία, που προκύπτει από ειδικές κατηγορίες συγκρούσεων. Ωστόσο, αυτή η άποψη είναι ακόμη ερευνητικά αστήρικτη.

Ψυχοδυναμική ερμηνεία των ψυχοσωματικών διαταραχών αποτελεί και η άποψη των Sifneos (1967) και αργότερα του Nemiah (1973, 1978) οι οποίοι υποστήριξαν ότι η αλεξιθυμία χαρακτηρίζει την ψυχοσωματική λειτουργία. Η αλεξιθυμία αποτελεί ομάδα γνωστικών γνωρισμάτων τα οποία αφορούν την αδυναμία του ατόμου στο να περιγράψει και να εκφράσει τα συναισθήματα του. Ο Nemiah (1975) υποστηρίζει ότι το αλεξιθυμικό άτομο, εκτός από το ότι αδυνατεί να περιγράψει λεκτικά τα συναισθήματά του, αδυνατεί επίσης στο να τροποποιήσει το ψυχολογικό του υπόβαθρο και χαρακτηρίζεται από ελλιπή φαντασία. Τα χαρακτηριστικά αυτά αποτελούν το υπόβαθρο των ψυχοσωματικών διαταραχών.

Η ψυχαναλυτική ερμηνεία για τη δημιουργία των ψυχοσωματικών διαταραχών βασίζονταν στην υπόθεση ότι οι απωθημένες συγκρούσεις διέγειραν συναισθήματα που με τη σειρά τους οδηγούσαν στην παθολογία (Taylor, 2001). Σύμφωνα με αυτήν απαγορευμένες ενορμήσεις, μη κοινωνικά αποδεκτές, που δεν έχουν τη δυνατότητα να φανερωθούν, χρησιμοποιούν αρχικά τον μηχανισμό της απώθησης. Στην περίπτωση που αυτό δεν γίνει εφικτό, τότε εκδηλώνονται με διάφορες μορφές, μία από τις οποίες είναι και η υστερική μετατροπή. Έτσι, το άτομο αποφορτίζεται πάνω στον εαυτό του με την πρόκληση σωματικής βλάβης π.χ παράλυση.

Κοντά σ' αυτήν την ερμηνεία βρίσκεται και η Dunbar, η οποία υποστήριξε ότι τα ψυχοσωματικά φαινόμενα εκπηγάζουν από την αποφόρτιση των ενστίκτων και την διάχυση της ενέργειάς τους στο σώμα. Πρότεινε τη "θεωρία της ειδικής προσωπικότητας", σύμφωνα με την οποία κάποια ειδικά νοσήματα συσχετίζονται με συγκεκριμένες προσωπικότητες και περιέγραψε συγκεκριμένα "προφίλ προσωπικότητας" που αντιστοιχούν σε συγκεκριμένες ασθένειες (Taylor, 2001).

Ο Deutsch θεωρεί ότι ταυτόχρονη ύπαρξη μιας σύγκρουσης των ενστίκτων και μιας οργανικής ανεπάρκειας σε μια χρονική στιγμή της ψυχικής εξέλιξης του ατόμου, είναι πιθανόν μεταγενέστερα, σε κάποια άλλη χρονική στιγμή να δραστηριοποιηθεί εκ νέου. Επί παραδείγματι, στην περίπτωση που εκδηλωθεί μια σύγκρουση των ενστίκτων, υπάρχει ισχυρή πιθανότητα να εμφανισθεί ως επακόλουθό της και οργανική διαταραχή. Κατά την άποψή του, η συμβολοποίηση και η

μετατροπή προσδιορίζουν την εμφάνιση μιας ψυχοσωματικής διαταραχής (Taylor, 2001).

Ο Sifneos (1973) παρατήρησε ότι η ψυχοσωματική διαταραχή συνυπάρχει, πολλές φορές, με την αλεξιθυμία, η οποία αποτελεί μια ομάδα γνωστικών γνωρισμάτων, τα οποία οδηγούν το άτομο στην αδυναμία περιγραφής των συναισθημάτων του και της επεξεργασίας των φαντασιώσεών του. Έτσι, υφίσταται αδυναμία βίωσης των συναισθημάτων, ενώ παράλληλα το άτομο δυσκολεύεται να βρει εκείνες τις λέξεις που θα τα περιγράψουν. Ο Nemiah (1975) θεωρεί ότι τα αλεξιθυμικά άτομα έχουν τα εξής χαρακτηριστικά: 1. αδυνατούν να περιγράψουν με λέξεις τα συναισθήματά τους 2. ελλιπή φαντασία 3. Αδυναμία να κάνουν ψυχολογικές αλλαγές στη διάρκεια ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία. Έτσι, στο συναισθηματικό αυτό έλλειμμα οργανώνονται οι ψυχοσωματικές ασθένειες.

Η έρευνα έχει καταδείξει ότι η αλεξιθυμία είναι παρούσα σε άτομα που καταπιέζουν το αίσθημα θυμού, καθώς επίσης είναι κοινό χαρακτηριστικό και σε ασθενείς με διαρκείς ψυχοσωματικές διαταραχές περισσότερο από ό,τι σε άλλα άτομα (Fabbri, Faba, Sirri, Wise, 2007). Η εμφάνιση της έννοιας της αλεξιθυμίας οδήγησε τους επιστήμονες στην υπόθεση ότι δεν είναι τόσο οι συγκρούσεις, που βιώνουν τα άτομα, τα αίτια μιας ψυχοσωματικής διαταραχής, όσο οι ανεπάρκειες της ψυχικής δομής του ατόμου (Taylor, 2001). Υπό μία έννοια η αλεξιθυμία αφορά συγκεκριμένη ψυχική ασθένεια, προσδιορίζεται από αδυναμία έκφρασης των συναισθημάτων του ατόμου και επεξεργασίας των φαντασιώσεών του (Lesser, 1981). Βέβαια, δεν είναι παρούσα μόνο σε ψυχοσωματικές διαταραχές, αλλά υφίσταται και σε άλλες (Taylor, 1984).

Σταδιακά, οι ερευνητές προσανατολίστηκαν στην αναζήτηση της βάσης των ψυχοσωματικών διαταραχών στην πρώτη σχέση που αναπτύσσει το άτομο: στη σχέση της μητέρας με το βρέφος. Είναι αρκετοί οι επιστήμονες που στράφηκαν σε αυτό το πεδίο, όπως ο Winnicott, που υποστήριξε ότι για το βρέφος σημαντικό πρόσωπο είναι η μητέρα με την οποία αναπτύσσει ένα δεσμό, αφού συνδέεται με το σώμα της πρωταρχικά. Ελλιπής ανάπτυξη αυτής της σχέσης επηρεάζει αρνητικά το βρέφος, δημιουργώντας το υπόβαθρο για την εμφάνιση ψυχοπαθολογίας ή ψυχοσωματικής

ασθένειας. Το βρέφος για να εξελιχθεί ομαλά ψυχολογικά πρέπει να απαρτιώνεται, να έχει καλή σχέση με το αντικείμενο-μητέρα και να αναπτύξει προσωποποίηση. Η μητέρα, από την πλευρά της, λειτουργεί α. στηρίζοντας το παιδί (φυσικά και ψυχικά), λειτουργία σημαντική για την απαρτίωση του Εγώ του χωροχρονικά, β. επιτελεί τους απαιτούμενους χειρισμούς όπως τα χάδια και το ντύσιμο που οδηγούν στην ομαλή εξέλιξη της προσωποποίησης, την αλληλεπιδραστικότητα στη σχέση και γ. λειτουργεί ως αντικείμενο που βρίσκεται πάντα παρόν, όταν το χρειάζεται το βρέφος. Επαρκής λειτουργία της μητέρας δημιουργεί ένα απαρτιωμένο Εγώ του ατόμου (Winnicott, 1982 Μανωλόπουλος, 1988). Ανεπαρκής λειτουργία μπορεί να οδηγήσει σε ψυχοσωματική διαταραχή.

Οι Sander και ο Lichtenberg, που μελετούν βρέφη, υποστηρίζουν ότι η σχέση του μωρού με τη μητέρα είναι αλληλεπιδραστική και λειτουργεί ως σύστημα που καθορίζει και οργανώνει τόσο τη φυσιολογία όσο και τη συμπεριφορά του μωρού από τη στιγμή της γέννησης του. Αυτό ενώ ξεκινά από βιολογικό επίπεδο, σταδιακά προχωρά στο συμπεριφοριολογικό άξονα, καταλήγοντας σε ψυχολογικές παραμέτρους, όσο το βρέφος μεγαλώνει και συνειδητοποιεί ότι δεν είναι ένα με τη μητέρα του (Taylor, 2001).

Άλλη μία θεωρία είναι αυτή των Michaels, Deutsch, Margolin και Schur που υποστήριξαν «τη φυσιολογική (αναφερόμενοι στη φυσιολογία) σωματική παλινδρόμηση και την παλινδρόμηση του εγώ», σύμφωνα με την οποία οι ψυχοσωματικές διαταραχές προκύπτουν όταν τα άτομα εκτός από τα απωθημένα συναισθήματά τους, όταν παλινδρομούν φυσιολογικά στη βρεφική και πρώτη παιδική ηλικία, αν βρουν αδυναμίες στη σχέση τους με τη μητέρα εκείνη την περίοδο, αναπτύσσουν την ασθένεια.

2. Η ψυχοφυσιολογική

Αφετηρία για την σχολή αυτή ήταν οι έρευνες του Pavlov (κλασσική εξαρτημένη μάθηση) και του Cannon σχετικά με «τις φυσιολογικές συνιστώσες των συναισθημάτων» (Μάνος, σ.450, 1997).

Ο Wolff, κύριος εκπρόσωπος αυτής της θεωρίας, ανέπτυξε τη «θεωρία της ειδικής απάντησης» που υποστηρίζει ότι η ψυχοσωματική διαταραχή προκαλείται όταν το σώμα αποτυγχάνει να προστατευθεί αποτελεσματικά, όταν βρεθεί σε πιεστικά και στρεσογόνα γεγονότα (Μάνου,1997). Γι' αυτό η πρότασή του ονομάστηκε ψυχοφυσιολογική. Εργάστηκε επιστημονικά και χρησιμοποιώντας αυστηρή μεθοδολογία μέτρησε και περιέγραψε κάθε φυσιολογική και ψυχολογική μεταβλητή. Σε αντίθεση με την ψυχαναλυτική σχολή, έδωσε έμφαση και εργάστηκε στο συνειδητό και όχι στο ασυνείδητο. Στο έργο του "Το Στρες και η Ασθένεια" καταγράφει έρευνά του με την οποία μελετά τη βιολογική ανταπόκριση του οργανισμού σε καταστάσεις συναισθηματικής πίεσης. Παρατήρησε ότι σε καταστάσεις φόβου η έκκριση του γαστρικού υγρού μειωνόταν, ενώ αύξανε σε συνθήκες όπου αναπτύσσονταν συναισθήματα δυσφορίας και θυμού. Ήταν προσεκτικός και δεν προχωρούσε σε εύκολη γενίκευση των δεδομένων. Οι Grace & Graham διεύρυναν αυτή την άποψη και συνέδεσαν ειδικές ασυνείδητες στάσεις απέναντι σε στρεσογόνα γεγονότα (Taylor, 2001).

3. Η ψυχοβιολογική σχολή

Η προσέγγιση των Meyer και Dunbar προσδιόρισε την θεωρητική βάση για τους επιστήμονες που με έρευνες (κλινικές,επιδημιολογικές) επεδίωκαν τη σύνδεση των κοινωνικών παραγόντων με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, που οδηγούν σε νόσο. Η προσφορά τους στην ψυχοσωματική ιατρική, αφορά τη νέα προσέγγιση και καθοδηγεί την έρευνα στην καρδιο-ψυχοφυσιολογία, τη ψυχονευροενδοκρινολογία κ.α. Ο Meyer, βασικός εκφραστής αυτής της σχολής, θεωρούσε τον άνθρωπο «ολοκληρωμένη βιοψυχοκοινωνική ενότητα», ενώ η Dunbar ήταν η βασική «εκπρόσωπος της ολιστικής προσέγγισης του ασθενή» (Μάνος,1997, σ.451). Κατά την Dunbar η βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση στη μελέτη και τον θεραπευτικό χειρισμό όλων των ασθενών και όχι μόνο των ονομαζόμενων «ψυχοσωματικών» είναι πολύ σημαντική (Μάνος, 1997). Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο προσεγγίζει το άτομο ολιστικά. Μεταξύ σώματος και ψυχής υπάρχει αλληλεξάρτηση και αλληλεπίδραση. Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο θεωρεί ότι όλες οι ασθένειες είναι «ψυχοσωματικές», αφού ψυχή και σώμα βρίσκονται σε άμεση

σύνδεση μεταξύ τους (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 2008). Για τη ψυχοβιολογική σχολή τόσο η ασθένεια όσο και η υγεία συμπληρώνουν ως καταστάσεις η μία την άλλη, αφού ο άνθρωπος βιώνει και τις δύο κατά διαστήματα. Είναι πολλοί οι παράγοντες (κοινωνικοί, βιολογικοί περιβαλλοντικοί) που καθορίζουν το πόσο συχνά ένα άτομο θα βρεθεί για περισσότερο ή λιγότερο χρονικό διάστημα σε μία από τις δύο (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 2008). Έτσι, η συγκεκριμένη προσέγγιση αντιμετωπίζει το άτομο ως σωματική, διανοητική και συναισθηματική ολότητα, όπου κάθε υποενότητα συλλειτουργεί με τις άλλες επιδιώκοντας την ισορροπία.

4.Άλλες προσεγγίσεις

Οι Graham et al (1972) ερευνώντας τις ψυχοσωματικές διαταραχές επεσήμαναν το γεγονός ότι οι ψυχοφυσιολογικές διαταραχές μπορεί να συσχετίζονται με συγκεκριμένες στάσεις του ατόμου απέναντι σε αγχογόνες συνθήκες. Στις συσχετίσεις αυτές διαπίστωσαν ότι τα άτομα με υπέρταση ήταν άτομα που βρίσκονταν συνεχώς σε επιφυλακή, επειδή ένιωθαν να απειλούνται από μία κατάσταση κινδύνου συνεχώς παρούσα. Ενώ, άτομα που παρουσίαζαν έλκος είχαν αισθήματα στέρησης πραγμάτων που πίστευαν ότι έπρεπε να έχουν και αναζητούσαν ευκαιρία για εκδίκηση, ενώ στις ημικρανίες τα άτομα έχουν ως στόχο να ολοκληρώσουν και να επιτύχουν ένα επιθυμητό αποτέλεσμα, μετά το οποίο θα αναπαυθούν. Ο Graham (1972) και οι Stern & Winokur (1958) ερεύνησαν τις συγκεκριμένες στάσεις που έχουν τα άτομα που παρουσιάζουν συγκεκριμένες ψυχοφυσιολογικές διαταραχές, σε στρεσογόνες καταστάσεις. Οι διαπιστώσεις αυτές κατά τον Graham δημιουργούν την δυνατότητα πρόβλεψης μιας ψυχοσωματικής διαταραχής ανάλογα με τις στάσεις του, γεγονός που δεν έχει ακόμη πλήρως επιβεβαιωθεί Έτσι, ανέπτυξαν τη «θεωρία των συγκεκριμένων στάσεων», σύμφωνα με την οποία άτομα με κοινή διαταραχή κατέγραφαν παρόμοια τις στάσεις που κρατούσαν σε γεγονότα που προηγήθηκαν πριν την εμφάνιση των συμπτωμάτων της διαταραχής. Διαπίστωσαν ότι άτομα που θεωρούν ότι τους στερούνται αυτά που

επιθυμούν και θέλουν να εκδικηθούν, εμφανίζουν έλκος. Ή άτομο που νιώθει ότι απειλείται, εμφανίζει υπέρταση. Η άποψή τους αυτή επιβεβαιώθηκε και από επόμενες έρευνες. Κατά τον Graham υπάρχει η δυνατότητα, όταν προσδιορισθούν οι στάσεις ενός ατόμου να προβλεφθεί και η ενδεχόμενη ψυχοσωματική διαταραχή που θα αναπτύξει.

Η συμπεριφορική θεωρία

Η θεωρία του συμπεριφορισμού για την ψυχοσωματική ασθένεια αναφέρεται ότι αυτή προκύπτει από εσωτερικά στοιχεία που σχετίζονται με την απειλή και την ενδεχόμενη βλάβη του σώματος (Miller, 1977). Στην θέα απειλητικών για το άτομο στοιχείων, αρχίζουν να αναπτύσσονται αντιδράσεις, όπως σωματικές ασθένειες. Τα σωματικά παράπονα οδηγούν σε προσοχή, συμπάθεια και φυγή ή αποφυγή μη επιθυμητών εργασιών ή καταστάσεων. Αυτό μπορεί να ενδυναμώσει το σύμπτωμα (Kellner, 1985).

Επίσης, είναι πιθανό η σωματοποίηση να ιδωθεί ως μια μη φυσική συμπεριφορά, την οποία έμαθε το άτομο κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας του και ενδυναμώθηκε από τους ανθρώπους και τα γεγονότα της ζωής του. Μερικά άτομα έχουν μεγαλώσει σε οικογένειες στις οποίες η μόνη στιγμή που είχαν την προσοχή ή ενδιαφέρον ήταν όταν ήταν άρρωστα. Μέσα από αυτά τα είδη καταστάσεων οι άνθρωποι μαθαίνουν πιθανώς ασυνείδητα ότι για να πάρουν προσοχή, υποστήριξη ή εξουσία ως μόνη επιλογή είναι να είναι άρρωστα σωματικά.

Για ανάλογους λόγους δεν είναι ασύνηθες το να διαπιστώσει και να κερδίσει κανείς γρήγορα την ικανοποίηση μιας ξεχωριστής προσοχής και απελευθέρωσης από τις ευθύνες τους, λόγω της ασθένειάς τους. Έτσι, ασυνείδητα συνεχίζουν την άρρωστη συμπεριφορά αρκετά μετά την περίοδο ανάρρωσης. Τέτοιες περιπτώσεις συνηθίζονται στην περίπτωση που είτε η άμεση έκφραση του συναισθήματος ενός ατόμου δεν ενθαρρύνεται ή όταν το άτομο που πάσχει από μια ψυχιατρική διαταραχή, όπως η κατάθλιψη ή το άγχος στιγματίζεται (Carlson, Eisentat, Ziporyn, 2004).

Κεφάλαιο δεύτερο

2.1 Η Ψυχοσωματική Ιατρική

Η Ψυχοσωματική Ιατρική αποτελεί έναν επιστημονικό κλάδο, του οποίου ο κεντρικός άξονας είναι η διάγνωση της σχέσης μεταξύ των ψυχοκοινωνικών φαινομένων και των παθολογικών σωματικών λειτουργιών και η αντιμετώπιση των ψυχικών προβλημάτων ασθενών με σωματικά συμπτώματα. Παράλληλα, εστιάζει στην βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση αντιμετώπισης ψυχοσωματικών ασθενειών (Lipowski, 1984). Κάθε πάθηση, σύμφωνα με τον Μάνου (1997) θεωρείται ότι έχει πολλαπλή αιτιολογία, δηλαδή είναι το αποτέλεσμα της συμπλοκής διαντίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων. Ήδη, από την εποχή του Πλάτωνα στην αρχαία Ελλάδα πίστευαν ότι η ψυχή και το σώμα είναι ένα και τα διαχώριζαν μόνο για θέματα μελέτης και ανάλυσης. Στο μεταξύ, πολλοί επιστήμονες ασχολήθηκαν κατά καιρούς με τις ψυχοσωματικές παθήσεις, πρώτος απ' όλους ο Γερμανός ψυχίατρος Heinroth (1818).

Στις μέρες μας, υπάρχει συγκεκριμένος κλάδος της ιατρικής κατά τον οποίο αντιμετωπίζονται ολιστικά τα προβλήματα υγείας των ασθενών και γι' αυτό ονομάζεται ολιστική ιατρική. Η ολιστική ματιά αποτελεί το κύριο χαρακτηριστικό της ψυχοσωματικής ιατρικής η οποία ασκείται από δύο γιατρούς (ενός ψυχιάτρου και ενός γιατρού άλλης ειδικότητας-που είναι σχετικός με το σωματικό πρόβλημα του ασθενή). Σύμφωνα με τους Συγγελάκη, Πιτσάβα, Φωκά (2008) ο ψυχίατρος προσφέρει βοήθεια σε ασθενή ο οποίος έχει συμπτώματα σωματικής νόσου.

Η άποψη ότι μπορεί να εμφανιστούν σωματικά συμπτώματα με ψυχολογικό υπόβαθρο είναι γνωστή, όπως προαναφέρθηκε, εδώ και πολλά χρόνια και η ψυχοσωματική ιατρική ασχολείται με την καταγραφή και αντιμετώπισή τους (Wikipedia). Ο Lipowski (1986) εντοπίζει στην αρχαία ελληνική φιλοσοφία την ολιστική αντίληψη της ανθρώπινης λειτουργίας. Κατά τους Century και Matarazzo (1981) οργανικά συμπτώματα όπως η ταχυκαρδία, στην αρχαία Ελλάδα συνδέονταν

με συναισθήματα φόβου ή θυμού. Ο Ιπποκράτης (και αργότερα ο Γαλιλαίος) ως κύριος εκφραστής αυτής της αντίληψης θεωρούσε ότι η προσωπικότητα, καθώς επίσης, και κάποιες ασθένειες εξαρτώνται από τους χυμούς του σώματος (αίμα, φλέγμα, κίτρινη και μαύρη χολή). Όπως επισημαίνει και ο Lipowski (1986) οι αρχαιότεροι λαοί είχαν εντοπίσει την επίδραση των συναισθημάτων στην υγιή ή όχι λειτουργία του σώματος. Όπως προαναφέρθηκε, η άποψη αυτή πέρασε και από περίοδο αμφισβήτησης κατά καιρούς, όπως την περίοδο της Αναγέννησης. Τότε θεωρήθηκε αντιεπιστημονική, αφού επίκεντρο της επιστημονικής εξέλιξης ήταν η βιολογική ιατρική και η ανατομία, επιστήμες που απέρριπταν «φιλοσοφικούς» στοχασμούς και υποστήριζαν ότι ψυχή και σώμα λειτουργούν ανεπηρέαστα μεταξύ τους (αρχή του δυισμού). Εκφραστής της αρχής του δυισμού υπήρξε ο Ντε Κάρτ. Κατά την άποψή του ψυχή και σώμα αφορούν ξεχωριστές λειτουργίες. Ωστόσο, κατά τον δέκατο ένατο αιώνα, φυσιολόγοι όπως ο Bernard, και κατόπιν ο Rush, υποστήριζαν ότι οι σκέψεις και τα συναισθήματα πολλές φορές προκαλούν ασθένειες σωματικές.

Έτσι, σταδιακά, η συνδυαστική αντιμετώπιση κάποιων ασθενειών, μέσα από ψυχολογικούς και βιολογικούς παράγοντες, άρχισε να έχει επιστημονική υπόσταση. Η άποψη ότι τόσο οι μεν, όσο και οι δε διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο ως αιτίες εμφάνισης, ανάπτυξης και θεραπείας ψυχοσωματικών ασθενειών επιβλήθηκε, κατά κάποιο τρόπο, μέσα από αναφορές ασθενειών που δεν μπορούσαν να αιτιολογηθούν με καθαρά βιοϊατρικά κριτήρια.

Η ολιστική αντίληψη είναι όρος που δόθηκε από τον Smuts το 1926 και αναφερόταν στη σύλληψη ψυχής και σώματος ως ενός όλου με διαντίδραση. Η άποψη αυτή κατά διαστήματα άλλοτε ενισχύονταν και άλλοτε αποτελούσε θέμα αντιπαράθεσης επιστημόνων διαφόρων ειδικοτήτων, όπως των φιλοσόφων, των ψυχολόγων και των φυσιολόγων. Η προσέγγιση σωματικών ασθενειών με αυτή την οπτική οδήγησε τους επιστήμονες στο να εστιάσουν το ενδιαφέρον τους αρχικά σε μικρό αριθμό χρόνιων παθήσεων που δεν ανευρίσκονταν με βεβαιότητα η αιτιολογία τους. Οι παθήσεις αυτές ήταν: το βρογχικό άσθμα, το πεπτικό έλκος, η

θυρεοτοξίκωση, η ιδιοπαθής υπέρταση, η ελκώδης κολίτιδα, η νευροδερματίτιδα και η ρευματοειδής αρθρίτιδα, που ορίστηκαν ως "κλασικά ψυχοσωματικά νοσήματα".

Οι θεωρίες που υπερισχύουν στην άσκηση της ψυχοσωματικής ιατρικής είναι κατά κύριο λόγο δύο: η μία δίνει ιδιαίτερη βαρύτητα στην επίδραση του άγχους για την εμφάνιση σωματικών ασθενειών, ενώ η δεύτερη, υποστηρίζει ότι συγκεκριμένα συναισθήματα προκαλούν παθολογικά συμπτώματα σε συγκεκριμένα όργανα.

2.2.Οι Ψυχοσωματικές Διαταραχές

Ως ψυχοσωματικές ορίζονται οι διαταραχές στις οποίες ο ψυχολογικός παράγοντας είναι ιδιαίτερα εμφανής. Οι ψυχοσωματικές ασθένειες είναι ασθένειες ενός οργάνου ή ενός συστήματος που στη βάση του ανευρίσκονται ψυχολογικά χαρακτηριστικά. Οι σωματόμορφες διαταραχές, διαταραχές που είναι μέρος συμπτωμάτων μιας ψυκικής διαταραχής, σωματικές ασθένειες που είναι αποτέλεσμα κατάχρησης ουσιών δεν θεωρούνται ψυχοσωματικές.

Οι επιστήμονες εστίασαν στις ψυχοσωματικές διαταραχές όταν διαπίστωσαν ότι ασθενείς με έντονα σωματικά συμπτώματα, απευθύνονταν στους γιατρούς, αλλά μετά από ενδελεχείς ιατρικές εξετάσεις δεν ανέκυπταν παθολογικά αίτια. Η Deutsch (1937) περιέγραψε ειδικές καταστάσεις όταν στις περιπτώσεις που ένα άτομο θα έπρεπε να εκδηλώσει θλίψη ή πένθος τα συναισθήματα αυτά ήταν απροσδόκητα απόντα. Ο Lindemann (1944) πάνω σε αυτή τη διαπίστωση κατέδειξε ότι ένα άτομο αντί των συναισθημάτων αυτών μπορεί να αναπτύξει μια ψυχοσωματική ασθένεια ή ένα νευρωτικό σύμπτωμα. Μάλιστα σε μια ψυχιατρική μελέτη που αφορούσε την ελκώδη κολίτιδα κατέγραψε στενή χρονική σχέση ανάμεσα στο θάνατο προσφιλούς ατόμου ενός ασθενούς του με την απώλεια ενός αγαπημένου ατόμου. Οι Cobb, Bauer, and Whiting (1939) παρατήρησαν ότι το ένα έβδομο ασθενών τους με ρευματοειδή αρθρίτιδα είχε χάσει νωρίτερα ένα αγαπημένο άτομο. Ο Lidz (1949) προς επίρρωση των παραπάνω παρατήρησε την υψηλή επίδραση του θανάτου της μητέρας σε ασθενείς με υπερθυρεοειδισμό. Ενόσω, η θλίψη ή κάποιο άλλο αντίστοιχο

συναίσθημα είναι η αναμενόμενη αντίδραση μιας απώλειας, πολλές φορές μια άλλη αντίδραση μπορεί να προκύψει. Οι Rosenbaum (1944): and Bond (1947) κατέγραψαν επίσης την αντίδραση στον αποχωρισμό όταν, επί παραδείγματι, κάποιο μέλος της οικογένειας αποχωρούσε, τότε κάποιο από τα εναπομείναντα μέλη μπορεί να εκδήλωνε συμπτώματα θλίψης. Ο Deutsch (1949) επιβεβαίωσε την παραπάνω παρατήρηση παρουσιάζοντας κλινικά παραδείγματα νεύρωσης του αποχωρισμού. Έτσι, κατέληξαν στην ανίχνευση των ψυχοσωματικών διαταραχών, οι οποίες καταγράφονται ως σωματικές ασθένειες με ψυχολογικά αίτια και τα συμπτώματά τους:

1. είναι εμφανή με παράλληλη σωματική δυσλειτουργία, όπως υπέρταση, υπνικές διαταραχές κ.α

2. προκαλούν έντονη σωματική αντίδραση

3. η εκδήλωσή τους είναι γενικευμένης δυσλειτουργίας, όπως είναι η ζαλάδα, ημικρανία, ταχυκαρδία κ.α

Τα συμπτώματα αυτά δεν αναφέρονται σε συγκεκριμένα παθολογικά αίτια, ενώ οι αιτιογενείς παράγοντες μπορεί να είναι κοινωνικοί, οικογενειακοί, βιολογικοί, εξελικτικοί κ.α. Ουσιαστικά, οι ψυχοσωματικές διαταραχές εστιάζονται σε ψυχογενείς (συνειδητούς ή μη) παράγοντες. Οι κύριες εκδηλώσεις τους μπορούν να αφορούν διάφορα σημεία του σώματος και από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία κατατάσσονται σε δέκα κυρίως σημεία του σώματος, όπως:

1. Δέρμα: εκδηλώνεται με τριχόπτωση, έκζεμα, αγγειοσυστολή, μείωση της ηλεκτρικής αντίστασης, αύξηση εφίδρωσης, εμφανίζεται έκζεμα, αλλεργική δερματίτιδα, κ. λ. π.

2. Κυκλοφορικό σύστημα: εκδηλώνεται στηθάγχη, υπέρταση, καρδιακά προβλήματα, πονοκέφαλοι, ταχυκαρδία, αρρυθμίες κ.α. Συγκεκριμένα στο κάρδιο-αγγειακό σύστημα, παρουσιάζεται σύσπαση της σπλήνας, αυξάνονται οι καρδιακοί παλμοί, η αρτηριακή πίεση, η ροή του αίματος στους μύες, κ.α

3. Αναπνευστικό σύστημα: εκδηλώνεται με βρογχικό άσθμα, κοντανάσεμα, παρουσιάζεται υποτροπιάζουσα βρογχίτιδα, σύνδρομο υπεραερισμού, φυματίωση κ.α

4. Μυοσκελετικό σύστημα: εκδήλωση ρευματοειδούς αρθρίτιδας, χαμηλή οσφυαλγία, κ. λ. π.
5. Πεπτικό σύστημα. Εμφανίζονται γαστρεντερικά συμπτώματα όπως η σπαστική κολίτιδα, διαταραχή της κινητικότητας του πεπτικού σωλήνα, σημειώνεται υπερέκριση γαστρικών υγρών (παρουσιάζεται έλκος, γαστρίτιδα, κα.
6. Ενδοκρινικό σύστημα: παρατηρείται υπερέκκριση ορμονών (νοραδρεναλίνης, αδρεναλίνης, κορτικοειδών), υπερθυρεοειδισμός, σακχαρώδης διαβήτης, προεμμηνορυσιακό σύνδρομο, κ.α.
7. Γεννητουρικά: ανωμαλίες στην εμμηνορυσία, ψυχοσεξουαλικές διαταραχές, κ. α.
8. Διαταραχές στα αισθητήρια όργανα: όπως, π.χ. συμπτωματολογία ψυχογενούς πόνου.
9. Διαταραχές στο νευρικό σύστημα: όπως π. χ σκλήρυνση κατά πλάκας κ.α.
10. Αιματολογικό σύστημα: διαταραχές στην πήξη του αίματος, στο λεμφικό σύστημα, αύξηση των ερυθρών αιμοσφαιρίων, υπεργλυκαιμία-υπερλιπιδαιμία, κ.α.

Η διάγνωση μιας διαταραχής ως ψυχοσωματικής γίνεται μόνον αφού επιβεβαιωθεί ιατρικά ότι τα συμπτώματα έχουν προέλευση όχι βιολογικής, αλλά ψυχολογικής βάσης. Έτσι, ο ειδικός προς τον οποίο θα αποταθεί ο ασθενής πρέπει να αποκλείσει κάθε οργανική-σωματική αιτία, διάγνωση που θα προκύψει μετά από εξετάσεις και αφού αντιμετωπισθεί με την κλασσική ιατρική το οργανικό πρόβλημα του ασθενούς. Ο ειδικός όταν διαπιστώσει ότι το οργανικό πρόβλημα επιμένει, αφού αποκλείσει κάθε σωματική αιτία, οφείλει να ελέγξει το ψυχολογικό πεδίο του ασθενούς του(Μάνος,1997).

2.3.Η ταξινόμηση των Ψυχοσωματικών (ψυχοφυσιολογικών) Διαταραχών

Η ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών καταγράφεται από το 1952 από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία στο Διαγνωστικό, Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών

Ασθενειών (DSM) το οποίο θεωρείται το επίσημο εργαλείο ταξινόμησης τους. Στην πρώτη του έκδοση (DSM I) καταγράφηκαν οι ψυχοσωματικές διαταραχές ως κατηγορία, ανάλογα με το σημείο ή το όργανο του σώματος που νοσούσε (περιγράφηκαν εννέα κατηγορίες). Ως ψυχοσωματικές ορίζονταν οι ασθένειες που δεν μπορούσαν να προσδιορισθούν με ιατρικά αίτια. Ωστόσο, επειδή κάποιες ασθένειες άλλοτε αποδίδονταν σε βιολογικά και άλλοτε σε ψυχολογικά αίτια (όπως για παράδειγμα η υπέρταση) το πρώτο αυτό σύστημα αναδιατυπώθηκε, εφόσον επιστημονικές έρευνες κατέδειξαν ότι ψυχολογικοί παράγοντες αποτελούν γενεσιουργές αιτίες εμφάνισης ασθενειών όπως η λευχαιμία, η σκλήρυνση κατά πλάκας, κ.α. Στην τροποποιημένη του έκδοση το DSM II (1968) λαμβάνοντας υπ' όψιν του τα νέα στοιχεία ο όρος ψυχοσωματική διαταραχή αντικαταστήθηκε από τον όρο ψυχοφυσιολογική διαταραχή. Ο λόγος αυτής της αντικατάστασης αφορούσε την προσπάθεια προσέγγισης αυτών των ασθενειών μέσα από ψυχολογικούς παράγοντες. Στο DSM-III (1980) και κατόπιν, το DSM-III-R (1987) ο όρος ψυχοφυσιολογικές διαταραχές αντικαθίσταται από τον όρο ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν οργανικές καταστάσεις (PFAPC- psychological factors affecting physical conditions), από τη στιγμή που επιστήμονες όπως οι Lipp, Looney, και Spitzer (1977) υποστήριζαν ότι έπρεπε να ληφθεί υπ' όψιν η σπουδαιότητα επίδρασης των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην εμφάνιση, διατήρηση και θεραπεία των οργανικών ασθενειών. Στο DSM IV(1994) ο όρος που επικράτησε είναι «Ψυχολογικοί Παράγοντες που Επηρεάζουν την Ιατρική (Σωματική) Κατάσταση». Στην κατάταξη αυτή περιλαμβάνεται οποιαδήποτε ιατρική (σωματική) κατάσταση προκαλείται, εγκαθίσταται ή επιδεινώνεται από ψυχολογικούς παράγοντες. Έτσι, δίνεται η δυνατότητα στους ειδικούς να προσεγγίζουν μία ασθένεια ανιχνεύοντας την αιτιολογία σε πολλούς παράγοντες. Με τον τρόπο αυτό, επισημαίνεται η επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων σε όλες σχεδόν τις ασθένειες.

Η ταξινόμηση των ψυχοσωματικών διαταραχών κατά DSM-IV

Το σύστημα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών DSM-IV(εκδόθηκε στις αρχές του 1994) το οποίο κατηγοριοποιείται από την Αμερικάνικη Ψυχιατρική

Εταιρεία τις ψυχοσωματικές διαταραχές τις ορίζει ως «Ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν Ιατρική (Σωματική) Κατάσταση (στα Ελληνικά, Μάνος, 1997, σ. 452).

Πιο συγκεκριμένα, στο DSM-IV τα «ψυχοσωματικά προβλήματα» κατατάσσονται με την ονομασία «Ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν Ιατρική (σωματική) κατάσταση» με το σκεπτικό ότι, «οι Ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη Σωματική Κατάσταση δεν αποτελούν ψυχική διαταραχή»(Μάνος, 1997,σ.452). Για να γίνει η συγκεκριμένη διάγνωση πρέπει να υφίστανται ένας ή και περισσότεροι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως κάποια ψυχική διαταραχή του Άξονα I ή II που μπορεί να επιδρά αρνητικά στη θεραπεία μιας γενικής ιατρικής κατάστασης. Για παράδειγμα η κατάθλιψη έχει αρνητική πρόγνωση στη νεφρική ανεπάρκεια ή το έμφραγμα. Επίσης, συμπτώματα ψυχολογικά όπως τα συμπτώματα άγχους επηρεάζουν την πορεία του πεπτικού έλκους, της κολίτιδας κ.λ.π).

Τα διαγνωστικά κριτήρια Συγκεκριμένου Ψυχολογικού Παράγοντα που επηρεάζει(αναγράφεται η Γενική Ιατρική (Σωματική) Κατάσταση) είναι (Μάνου,1997, σ.454):

A. κάποια γενική ιατρική κατάσταση

B. ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τη γενική ιατρική κατάσταση με κάποιον από τους ακόλουθους τρόπους:

1. οι παράγοντες έχουν επηρεάσει την πορεία της γενικής ιατρικής κατάστασης, όπως δείχνει η στενή χρονική σχέση ανάμεσα στους ψυχολογικούς παράγοντες και την εμφάνιση ή καθυστέρηση της ανάρρωσης από τη γενική ιατρική κατάσταση
2. οι παράγοντες παρεμβαίνουν στη θεραπεία της γενικής ιατρικής κατάστασης
3. οι παράγοντες αποτελούν επιπρόσθετους παράγοντες κινδύνου για την υγεία του ατόμου
4. φυσιολογικές απαντήσεις σχετιζόμενες με στρες προκαλούν ή παροξύνουν συμπτώματα της γενικής ιατρικής κατάστασης

5. φυσιολογικές απαντήσεις σχετιζόμενες με στρες προκαλούν ή παροξύνουν συμπτώματα της γενικής ιατρικής κατάστασης.

Ο κλινικός καλείται να προσδιορίσει τον τύπο των παραγόντων που επηρεάζουν μια σωματική (ιατρική) κατάσταση (Μάνου,1997).

Οι τύποι των παραγόντων είναι:

Ψυχική διαταραχή του άξονα II ή II που επηρεάζει σημαντικά την πορεία ή τη θεραπεία μιας γενικής ιατρικής κατάστασης όπως η μείζων καταθλιπτική διαταραχή που επηρεάζει την πρόγνωση του εμφράγματος ή της νεφρικής ανεπάρκειας.

Ψυχολογικά συμπτώματα που δεν καταγράφονται στον άξονα I όπως το άγχος που επηρεάζει την πορεία και τη βαρύτητα του πεπτικού έλκους.

Στοιχεία προσωπικότητας ή τρόπος αντιμετώπισης, που μπορεί να επηρεάζουν μια γενική ιατρική κατάσταση όπως ο τύπος A προσωπικότητας (επιθετική συμπεριφορά που αυξάνει τον κίνδυνο στεφανιαίας νόσου).

Δυσπροσαρμοστικές για την Υγεία Συμπεριφορές, όπως η χρήση ουσιών, η υπερβολική λήψη αλκοόλ.

Φυσιολογική απάντηση σχετιζόμενη με στρες, στην περίπτωση π.χ που το στρες προκαλεί αρρυθμία σε άτομο με στεφανιαία νόσο κ.α.

Άλλοι ή απροσδιόριστοι παράγοντες, που δεν αφορούν καμία κατηγορία από τις προαναφερόμενες (Μάνου,1997).

2.4.Αίτια των ψυχοσωματικών διαταραχών

Σύμφωνα με τους ειδικούς (ψυχολόγους, ψυχιάτρους κ.α.) οι ψυχοσωματικές διαταραχές ενεργοποιούν ένα αμυντικό σύστημα το οποίο σωματοποιεί την ψυχική

πίεση και την ένταση, προκαλώντας σωματικά συμπτώματα. Βασική αιτία αυτής της αντίδρασης είναι ότι το άτομο αδυνατεί να εκλογικεύσει την ψυχολογική φόρτιση και το συναισθηματικό αδιέξοδο που δεν γίνονται αντιληπτά. Τα αίτια των ψυχοσωματικών διαταραχών είναι:

1. Το άγχος

Το άγχος είναι μια φυσιολογική ψυχολογική αντίδραση του ατόμου όταν βρίσκεται μπροστά σε καταστάσεις που θεωρεί ότι είναι απειλητικές, ότι δεν μπορεί να τις ελέγξει και να τις αντιμετωπίσει. Ως άγχος προσδιορίζεται εκείνη η συναισθηματική κατάσταση που εμφανίζεται ως φόβος που δεν έχει συγκεκριμένο πραγματικό αντικείμενο ή σαν δυσάρεστη αίσθηση ενός μη προσδιορισμένου ενδεχόμενου κινδύνου(Μάνος,1997). Η εκδήλωσή του άλλοτε είναι ήπια (σε αυτή τη μορφή θεωρείται θετική αντίδραση, λόγω του ότι το άτομο είναι σε δράση), άλλοτε οξεία (σε αυτή τη μορφή θεωρείται αρνητική αντίδραση, γιατί τα αποτελέσματά του είναι αρνητικά και προκαλούν εσωτερική ένταση). Στην οξεία του μορφή ενεργοποιούνται οι ορμόνες της επινεφρίνης (αδρεναλίνη) και νορεπινεφρίνη (νοραδρεναλίνη) που η υπερέκκρισή τους στο σώμα προκαλεί σωματικά προβλήματα. Τα αίτιά του εστιάζονται στον χαρακτήρα-προσωπικότητα του ατόμου, στα βιώματά του, στο περιβάλλον (πολιτισμικό, οικονομικό,κ.α. Σύμφωνα με τους επιστήμονες οι ψυχοσωματικές διαταραχές είναι έκφραση του άγχους που σωματοποιείται (μέσω των ορμονών) και εκφράζει την ένταση που βιώνει το άτομο και τον τρόπο που αυτό αντιδρά. Το άγχος-στρες καταγράφεται ως ένας από τους βασικούς παράγοντες εμφάνισης ενός ψυχοσωματικού συμπτώματος, του οποίου η βαρύτητα εξαρτάται από το βαθμό του άγχους και τι το προκαλεί. Κατά τον Herbert (1997) το στρες αφορά ένα γενικό όρο που αναφέρεται σε κάθε φυσική ή ψυχολογική «απαίτηση» εκτός των αναμενομένων ορίων που σηματοδοτεί και παράγει μια δυσανάλογη σχέση ανάμεσα σ' αυτό που υπάρχει στην πραγματικότητα και σ' αυτό που θεωρείται ως το καλύτερο/ιδανικό. Άγχος που ξεπερνά τα φυσιολογικά όρια οδηγεί σε ένταση και δυσλειτουργία του νευρικού συστήματος, το οποίο με τη σειρά του αποσυντονίζει την ομαλή λειτουργία του σώματος. Αποτέλεσμα είναι η παρουσία δυσλειτουργικών για τον οργανισμό συμπτωμάτων

όπως: εμετοί,σφίξιμο στο στομάχι, αίσθημα αδυναμίας, ταχυκαρδία, αϋπνία, σπαστική κολίτιδα, εφίδρωση, ξηροστομία, τρίζιμο των δοντιών (ιδίως τη νύκτα), αίσθημα σφιξίματος στο στομάχι, σπαστική κολίτιδα, διατροφικές διαταραχές (π.χ. αυξημένη όρεξη, ανορεξία, βουλιμία, κ.α. (Μάνου, 1997).

Οι ψυχοσωματικές διαταραχές προκύπτουν από τα αισθήματα άγχους και ψυχικής έντασης που το άτομο δεν εκδηλώνει και δεν αντιμετωπίζει. Ουσιαστικά το ψυχοσωματικό σύμπτωμα έχει ως στόχο να εξυπηρετήσει μια επιθυμία του ατόμου που σε υγιή κατάσταση, το ίδιο δεν θα τολμούσε να ικανοποιήσει. Έτσι, με την εμφάνιση του συμπτώματος, π.χ. πόνος στο στομάχι, το άτομο έχει κάθε δικαιολογία να μην κάνει κάτι που δεν θέλει.

Η σύγχρονη επιστήμη της νευροενδοκρινολογίας επιβεβαιώνει το γεγονός ότι το στρες αποτελεί αίτιο παραγωγής συγκεκριμένων ουσιών όπως η κορτιζόλη, το νευροπεπτίδιο-Y, η νορεπινεφρίνη, ορισμένα πεπτίδια, η σεροτονίνη (Νούσκας,). Ανάλογα και ο εγκέφαλος επηρεάζεται από το στρες, αντιδρώντας με την τροποποίηση των γονιδίων άμεσης-πρώιμης έκφρασης (Holmes, French & Secki, 1995). Σύμφωνα με τα τελευταία τεκμηριωμένα αποτελέσματα των ιατρικών ερευνών «ο εγκέφαλος αναγνωρίζει, αξιολογεί και ανταποκρίνεται στο στρες» (Νούσκας, σ.110).

2.5.Ερμηνεία των ψυχοσωματικών διαταραχών

Η ερμηνεία των ψυχοσωματικών διαταραχών επιχειρείται με βάση τα χαρακτηριστικά που τις συνοδεύουν. Έτσι, οι ψυχολογικοί παράγοντες που αφορούν κλασσικές ψυχοσωματικές διαταραχές προσδιορίζονται ως εξής:

Σύμπτωμα	Ψυχολογικοί παράγοντες	Τεκμηριωμένος ψυχοσωματικός μηχανισμός
Υπεροξύτητα (πεπτικό έλκος)	Ανεσταλμένη γενικό stress	εξάρτηση, Αύξηση γαστρικού υγρού
Υπέρταση	Γενικό στρες, και σύγκρουση λόγω επιθετικότητας	Αγγειοσύσπαση

Η ερμηνεία των ψυχοσωματικών διαταραχών επιχειρείται με βάση τα χαρακτηριστικά που τις συνοδεύουν. Έτσι, οι ψυχολογικοί παράγοντες που αφορούν κλασσικές ψυχοσωματικές διαταραχές προσδιορίζονται ως εξής:

Σύμπτωμα	Ψυχολογικοί παράγοντες	Τεκμηριωμένος ψυχοσωματικός μηχανισμός
Βρογχικό άσθμα	Σύγκρουση επιθυμίας για προστασία ή αποχωρισμό, άγχος, γενικό stress	Βρογχόσπασμος
Ημικρανία	Σύγκρουση για την άσκηση ελέγχου, γενικό στρες	Αγγειοσπασση και αγγειοδιαστολή
Θυροτοξίκωση (νόσος του Graves)	σύγκρουση για πρόωρη αυτονομία	Αύξηση ορμόνης θυρεοειδούς
Διάρροια (κολίτιδας)	Σύγκρουση απέναντι σε υποχρέωση	Υπερδραστηριοποίηση γαστρικών στοιχείων

Οι διαταραχές του γαστρικού συστήματος με την εμφάνιση του έλκους κ.α. θεωρείται ότι χαρακτηρίζει άτομα που δυσκολεύονται να εκφράσουν τα συναισθήματά τους. Εμετοί που προέρχονται από ψυχογενές υπόβαθρο, αφορούν προβληματικές σχέσεις με τη μητέρα, οι οποίες σταδιακά, εγκαταστάθηκαν με τη μορφή εσωτερικού άγχους. Το έλκος εμφανίζεται σε άτομα με μεγάλη φιλοδοξία και αδυναμία στο να εκφράσουν τις ανάγκες τους. Ενώ, άτομα με κολίτιδα θεωρούνται ευαίσθητα, με έντονη ανάγκη για αποδοχή και αγάπη, με προσκόλληση προς τη μητέρα, καθώς επίσης, και με μια ξεχωριστή προσέγγιση για την έννοια της αγάπης.

Οι διαταραχές στη διατροφή αφορούν κυρίως τις γυναίκες κατώτερων κοινωνικοοικονομικών τάξεων. Με την υπερφαγία το άγχος αυτών των ατόμων μειώνεται. Εμφανίζεται και με τη μορφή βουλιμίας και νευρικής ανορεξίας.

Τα άτομα με καρδιακά προβλήματα χαρακτηρίζονται ως τελειομανή, με υψηλούς στόχους, επιδίωξη για επιτυχία και έντονη κινητικότητα.

Η αντίδραση στο άγχος χαρακτηρίζεται από τέσσερις μορφές:

1. **Φυσιολογική.** Η άμυνα του ατόμου είναι σε φυσιολογικά όρια, το κρατάει σε εγρήγορση, έτσι ώστε να προσλαμβάνει το σήμα κινδύνου χωρίς υπερβολές και να αντιδρά σ' αυτό με ορθό τρόπο.
2. **Ψυχωτική.** Το άτομο αντιλαμβάνεται τον κίνδυνο, τον παρερμηνεύει και φθάνει σε κάποιο τύπο ψύχωσης
3. **Νευρωτική.** Το άτομο κατακλύζεται τόσο από το άγχος, που όταν αντιλαμβάνεται τον κίνδυνο, έχει αποδυναμωθεί τόσο πολύ που στο τέλος φθάνει σε κάποιο τύπο νεύρωσης.
4. **Ψυχοσωματική.** Το άτομο αντιλαμβάνεται και πάλι τον κίνδυνο, αλλά η ψυχική του λειτουργία είναι ασθενής για να τον αντιμετωπίσει. Έτσι, η αντίδρασή του εκφράζεται μέσα από σωματικά-οργανικά συμπτώματα.

Στην περίπτωση που το άτομο καταστείλει το άγχος και δεν αντιδράσει, σταδιακά τα ψυχοσωματικά προβλήματα αρχίζουν να εμφανίζονται. Ένας από τους λόγους που οι άνθρωποι δεν εκφράζουν τα καταπιεσμένα συναισθήματά τους είναι γιατί δεν τολμούν να τα αντιμετωπίσουν. Έτσι, το άγχος προσδιορίζεται ως η συνέπεια συνειδητών ή μη εσωτερικών συγκρούσεων, οι οποίες είτε αφορούν την ανάγκη επιλογής ανάμεσα σε συμπεριφορές ασυμβίβαστες μεταξύ τους ή αλληλοαποκλειόμενες ή τη διαπάλη αναγκών ή επιθυμιών που και αυτές συγκρούονται ως προς την επίτευξή τους.

Σε βιολογικό επίπεδο, ο Selye, ενδοκρινολόγος, το 1936 ερεύνησε τις αντιδράσεις του οργανισμού στο άγχος, ο οποίος τις ερεύνησε με τον όρο "Γενικό Σύνδρομο Προσαρμογής". Στο σύνδρομο αυτό αναφέρονται οι νευροβιολογικές αντιδράσεις με τις οποίες απαντά ο οργανισμός σε ένα ερέθισμα που απαιτεί επαγρύπνηση, αλλαγή και ενδεχόμενα αναπροσαρμογή. Ανεξάρτητα από την πηγή που προκαλεί την ένταση (ψυχική, σωματική, περιβαλλοντική) και από τη φύση της (ευχάριστη ή θλιβερή) ο οργανισμός αντιδρά με τον ίδιο ψυχοβιολογικό μηχανισμό ο οποίος εστιάζεται σε μία περίπλοκη συλλειτουργία ορμονικού και νευρικού συστήματος. Η συγκεκριμένη μηχανιστική αντίδραση αφορά τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού σε συνθήκες έκτακτης ανάγκης (κίνδυνος, απότομες αλλαγές κλπ) και περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

1. **Στάδιο του συναγερμού.** Ο οργανισμός δραστηριοποιείται για την αντιμετώπιση της απειλής.
2. **Στάδιο της αντίστασης.** Ο οργανισμός αντιδρά προς την απειλή, είτε με επίθεση είτε με αποφυγή.
3. **Στάδιο της εξουθένωσης.** Ο οργανισμός αδυνατεί να αντιδράσει προς τον κίνδυνο και καταναλώνει μεγάλη σωματική ενέργεια.

Κατά τον Selye το άγχος αποτελεί μία από τις σημαντικότερες αιτίες νόσησης και δυσλειτουργίας, αφού τα προβλήματα που προκαλεί στην καθημερινότητα του ατόμου οδηγούν σε δυσλειτουργικότητά του. Έτσι, η φυσιολογική ψυχοβιολογική λειτουργία σταδιακά, εξοντώνεται μέσα σε μία συνεχή κατάσταση έντασης, αφού μηχανισμοί που προορίζονται για να προστατεύσουν τον οργανισμό καταλήγουν σε μηχανισμούς ψυχικής και σωματικής κόπωσης,

2.6. Αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών διαταραχών

Η αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών διαταραχών χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, διότι ένα ψυχοσωματικό σύμπτωμα δεν είναι πάντα συγκεκριμένο και εξαρτάται από το κάθε άτομο ξεχωριστά. Αυτό συμβαίνει γιατί κάθε άτομο έχει το δικό του τρόπο στην αντίληψη, ερμηνεία και επεξεργασία των μηνυμάτων που πηγάζουν τόσο μέσα από το ίδιο όσο και από το εξωτερικό του περιβάλλον. Τυποποιημένη μορφή προσέγγισης δεν υπάρχει, αφού κάθε άτομο συνδυάζει με το δικό του ξεχωριστό τρόπο τις σωματικές του λειτουργίες με τα εξωτερικά δεδομένα. Ωστόσο, υπάρχουν κάποια βασικά στάδια, από τα οποία διέρχεται η αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών διαταραχών.

1. Το στάδιο αποδοχής των συμπτωμάτων. Σε αυτό το στάδιο το άτομο πρέπει να αποδεχτεί την ύπαρξη των συμπτωμάτων ως ψυχοσωματικών και καλείται να ανιχνεύσει το **γιατί** αυτά εμφανίζονται. Μέσα από αυτή τη διαδικασία το άτομο αναγνωρίζει το πρόβλημα.

2. Το στάδιο της σαφούς διάκρισης. Στο στάδιο αυτό πρέπει να γίνει διάκριση ανάμεσα στο σωματικό σύμπτωμα και τις σκέψεις, τις ιδέες, τα συναισθήματα και τις αντιδράσεις του σε αυτό.

3. Το στάδιο της αναγνώρισης των αυτοματοποιημένων αρνητικών σκέψεων του ατόμου που είναι λάθος και να τις αντικαταστήσουν με ένα πιο λειτουργικό τρόπο.

4. Το στάδιο της εκπαίδευσης. Στο στάδιο αυτό το άτομο εκπαιδεύεται στο να αναγνωρίζει τη μη λειτουργική συμπεριφορά και σκέψη του. Όταν επιτευχθεί αυτό τότε θα αρχίσει να αντιδρά θετικότερα.βασικός στόχος για την αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών διαταραχών είναι η εκπαίδευση του ατόμου στο να αναγνωρίζει και να ελέγχει συνειδητά τις ψυχοφυσιολογικές του αντιδράσεις. Έτσι, με τον εντοπισμό της αιτίας και τη συλλειτουργία νοητικών, ψυχολογικών και σωματικών στρατηγικών μπορεί να αντιμετωπισθούν οι ψυχοσωματικές διαταραχές.

Κεφάλαιο Τρίτο

1. Ψυχοσωματικές διαταραχές παιδιών και εφήβων

Τα παιδιά και οι έφηβοι ανήκουν σε εκείνες τις ηλικιακές ομάδες που αντιμετωπίζουν παράλληλα πολλές απαιτήσεις τόσο στο σχολείο, όσο και στην οικογένεια, στις σχέσεις με φίλους, αδέρφια, συμμαθητές και εν γένει τον κοινωνικό περίγυρο. Στο ίδιο χρονικό διάστημα απαιτείται η ανάπτυξη της αυτογνωσίας, η αναγνώριση της θέσης τους στις κοινωνικές ομάδες κ.α. Όλα αυτά, οδηγούν στην εμφάνιση του άγχους (μελέτες έχουν ανιχνεύσει άγχος σε παιδιά του δημοτικού λόγω των μεγάλων απαιτήσεων της καθημερινότητάς τους) και την εκδήλωση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων, τα οποία γίνονται εντονότερα όταν, παράλληλα με όλα αυτά, προκύψουν και άλλα σημαντικά γεγονότα, ευχάριστα ή δυσάρεστα, τα οποία δεν έχουν τα παιδιά και οι έφηβοι τη δυνατότητα να διαχειριστούν, με συνέπεια να εκδηλώνουν συμπτώματα όπως:

Συμπεριφορικά: θυμός, εκνευρισμός, ένταση, ευερεθιστότητα, επιθετικότητα ή απομάκρυνση, αποφυγή, απάθεια, κ.α.

Νευρολογικά-οργανικά: Πονοκέφαλοι και πόνοι στην κοιλιά και το στομάχι, αϋπνία, ανήσυχος ύπνος, μεγάλη κόπωση.

Συναισθηματικά-νοητικά: φοβίες, δυσκολία στη συγκέντρωση, ακεφιά, δυσκολία στη μάθηση, έλλειψη διάθεσης, κ.α.

Πολλές φορές οι γονείς θεωρούν ότι όλα αυτά είναι ανοησίες ή και υπερβολές των παιδιών και συχνά τα επιπλήττουν. Ωστόσο, όλα αυτά είναι ενδείξεις ότι τα παιδιά/έφηβοι βιώνουν πιεστικές καταστάσεις, που περνούν απαρατήρητες από το οικογενειακό περιβάλλον.

3.2.Αιτίες των ψυχοσωματικών διαταραχών των παιδιών και των εφήβων

Τα βασικά αίτια των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων αποδίδονται σε:

1. Το άγχος

Ως κύρια αιτία των ψυχοσωματικών διαταραχών και στα παιδιά ορίζεται το άγχος. Ο λόγος για τον οποίο ένα παιδί μπορεί να εκφράσει άγχος είναι:

1. Η αποφυγή ενός φοβικού αντικειμένου ή μιας κατάστασης. Ένα παιδί εκδηλώνει άγχος όταν θεωρεί ότι έχει κάνει κάποια αταξία και περιμένει την τιμωρία.
2. Ο εσωτερικός μονόλογος με πολύ άγχος (έχω άγχος για το πώς θα πω στους γονείς μου ότι με μάλωσε η δασκάλα, ότι δεν πήρα καλό βαθμό στο διαγώνισμα κ.α).
3. Η αρνητική αυτοεικόνα, σύμφωνα με την οποία το παιδί θεωρεί ότι οι άλλοι δεν το βλέπουν θετικά (η μαμά μου δεν με θεωρεί καλό παιδί γιατί δεν έφερα καλούς βαθμούς ή γιατί έσπασα το καλό της βάζο κ.α).
4. Καταπιεσμένα συναισθήματα (π.χ.θυμού, απόρριψης). Ενώ το παιδί εξωτερικά δείχνει να είναι ήσυχο, ωστόσο πολλές φορές, αρνείται να αναγνωρίσει αυτά τα δύσκολα συναισθήματα που αφορούν τη σχέση τους με άλλους, συνήθως, αγαπημένους ανθρώπους. Το να εκφράσει ένα παιδί το θυμό του προς κάποιο γονέα ή αγαπημένο πρόσωπο, πολλές φορές του δημιουργεί μεγαλύτερο πρόβλημα από ό,τι να τα καταπιέσει. Αντίθετα, η έκφραση αυτών των συναισθημάτων θα το βοηθούσε στη μείωση των οργανικών συμπτωμάτων του άγχους (όπως κοιλόπονος).

2. Συναισθηματικά Τραύματα

Ένα άλλο αίτιο της εμφάνισης των ψυχοσωματικών διαταραχών στα παιδιά αφορά τα συναισθηματικά τραύματα που δεν αντιμετωπίζονται τη στιγμή που δημιουργούνται με συνέπεια να εκδηλώνονται σωματικά.

3. Αιφνίδιες αλλαγές

Απρόσμενες αλλαγές στην καθημερινή ζωή των παιδιών, όπως διαζύγιο των γονέων, απώλεια κάποιου από τους δύο γονείς, ασθένεια, κακοποίηση (λεκτική, συναισθηματική ή σωματική), αλλαγή κατοικίας, σχολείου, αλλά και ο ερχομός ενός νέου παιδιού κ.α. .

4. Οικογένεια

Οι Baker, Rosman, & Minuchin(1978) αναφέρθηκαν σε εμπειρικές μελέτες που υποστηρίζουν την ψυχοσωματική επίδραση του άγχους της οικογένειας και της σύγκρουσης με τα παιδιά. Οι εμπειρίες μέσα στην οικογένεια, αποτελούν μία σημαντική, ίσως και τη σπουδαιότερη επίδραση στη συναισθηματική ανάπτυξη των παιδιών.

Ο Minuchin μίλησε για ψυχοσωματικές οικογένειες οι οποίες χαρακτηρίζονται από την τάση να διοχετεύουν τις καλυμμένες ενδοοικογενειακές συγκρούσεις σε σωματικές αρρώστιες. Οι εμπειρίες της παιδικής ηλικίας και τα γονεϊκά πρότυπα παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη ψυχοσωματικών ασθενειών. Ένας γονέας απαιτητικός, νευρικός, απορριπτικός επιδρά σε υψηλό βαθμό στην εμφάνιση και εγκαθίδρυση του άγχους. Μια δυσλειτουργική οικογένεια, η ανεπαρκής επικοινωνία ανάμεσα στα μέλη της, μια παθητική πατρική μορφή, μια υπερπροστατευτική και δυναμική μητέρα μπορεί να οδηγούν το παιδί σε ψυχοσωματικές εκφράσεις. Επί παραδείγματι, οι ψυχογενείς εμετοί θεωρούνται ότι προέρχονται από προβλήματα στη σχέση με τη μητέρα σε πολύ μικρή ηλικία που συσσωρεύτηκαν και οδήγησαν μέσα από μια εσωτερική αγωνία, αδυναμία επικοινωνίας και σχέσεων του συγκεκριμένου ατόμου. Οι συναισθηματικές εκφράσεις της μητέρας κατά τη διαπαιδαγώγηση του παιδιού της είναι εξαιρετικά μεγάλης σημασίας ως προς την εξέλιξή του. Έτσι, παραμέληση ή αδιαφορία των

συναισθημάτων και των αναγκών του παιδιού το οδηγεί στην αδυναμία έκφρασης των συναισθημάτων του στο μέλλον.

Η αλληλένδετη σχέση των μελών της οικογένειας οδηγεί στη διαπίστωση ότι το πρόβλημα ενός μέλους της ουσιαστικά αφορά δυσλειτουργικές οικογενειακές σχέσεις. Το άτομο που παρουσιάζει ένα ψυχοσωματικό σύμπτωμα πολλές φορές βοηθά στο να καλυφθούν οι διαταραγμένες σχέσεις των μελών της οικογένειας, αφού όλη η προσοχή εστιάζεται σε εκείνο.

Υπάρχει η άποψη ότι υπάρχουν ψυχοπαθογενετικές οικογένειες οι οποίες μεταβιβάζουν στις επόμενες γενεές τις ίδιες αρρώστιες, μέσα από τον τρόπο που λειτουργούν, που μαθαίνουν στα παιδιά τους πώς να συμπεριφέρονται, να αντιδρούν και ανάλογα με την κουλτούρα που έχουν διαμορφώσει όσον αφορά την επικοινωνία των μελών τους.

Αντιμετώπιση

Η αντιμετώπιση αφορά όλη την οικογένεια. Τα σωματικά και ψυχοκοινωνικά συμπτώματα θεωρείται ότι εκδηλώνουν προβλήματα στη λειτουργία της δομής του οικογενειακού συστήματος. Στόχος είναι η αποφυγή της ύπαρξης των συμπτωμάτων και η συνολική φροντίδα των μελών της οικογένειας. Η οικογένεια, παρόλο που ψυχοκοινωνικά και βιολογικά αποτελείται από ξεχωριστά μέλη, ωστόσο είναι αλληλένδετη έννοια (Laszio, 1979), αφού αποτελεί ένα βιοψυχοκοινωνικό σύστημα μέσα στο οποίο τα μέλη του ανταλλάσσουν ύλη και ενέργεια. Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία στοχεύει στη βελτίωση της λειτουργίας της οικογένειας ως ομάδας, με την παράλληλη βελτίωση της λειτουργικότητας και κάθε ατόμου- μέλους. Κατά τη διαδικασία συμμετέχουν όλα τα μέλη και κατά διαστήματα που ορίζονται από τους ψυχοθεραπευτές.

Η οικογένεια είναι ένα μικρό κοινωνικό σύστημα, του οποίου τα μέλη βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση μεταξύ τους, αλλά και με το κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο είναι ενταγμένες. Έτσι όταν ένα παιδί/έφηβος παρουσιάζει κάποιο σύμπτωμα (π.χ. προβλήματα συμπεριφοράς, άγχος, ψυχοσωματικά

συμπτώματα, κατάθλιψη κ.λ.π.) η οικογενειακή θεραπεία το αντιμετωπίζει σαν κάτι που αφορά όλη την οικογένεια και όχι μόνο το παιδί/έφηβο, εφ' όσον εμφανίστηκε στο συγκεκριμένο οικογενειακό σύστημα και έχει αποκτήσει ένα νόημα μέσα σ' αυτό.

Στις περισσότερες περιπτώσεις η οικογένεια προσέρχεται για διάγνωση επικεντρώνοντας στις ανάγκες του παιδιού που παρουσιάζει κάποιο σύμπτωμα. Το σύμπτωμα λειτουργεί ως μήνυμα προς τους γονείς πως το παιδί υποφέρει και τους κινητοποιεί για να τα αντιμετωπίσουν. Με αφορμή το σύμπτωμα του παιδιού η οικογενειακή προσέγγιση και ψυχοθεραπεία εστιάζει στις ανησυχίες όλων των μελών της οικογένειας. Τα συμπτώματα αντιμετωπίζονται σαν να έχουν ένα νόημα, μια λειτουργία για το οικογενειακό σύστημα και όχι σαν να αφορούν αποκλειστικά το παιδί ή τον έφηβο. Το σύμπτωμα είναι ένα μήνυμα προς τους σημαντικούς άλλους, αποτελεί ένα κρίκο στην επικοινωνιακή αλυσίδα της οικογένειας.

Κατά τις συναντήσεις του ειδικού με την οικογένεια η συζήτηση δεν εστιάζει σε ατομικά χαρακτηριστικά ή συμπεριφορές, αλλά στον τρόπο που αυτά τα χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές συνδέονται με το πλαίσιο μέσα στο οποίο εμφανίζονται. Η οικογενειακή ψυχοθεραπεία ανιχνεύει το πώς η οικογένεια λειτουργεί στην καθημερινότητά της και πώς προσεγγίζει το πρόβλημα του παιδιού. Κατά την πορεία της διεργασίας, πέραν των άλλων γίνεται συζήτηση για τις αρχές που ρυθμίζουν τη λειτουργία της οικογένειας, τις συμπεριφορές που εκδηλώνουν τα μέλη της αναμεταξύ τους, τις σχέσεις που έχουν αναπτυχθεί (συμμαχίες ή ανταγωνισμοί) κ.α. Ο ειδικός ενισχύει την άμεση επικοινωνία των μελών και την διαντίδραση με την εκδήλωση των συναισθημάτων και των σκέψεων όλων. Εντοπίζονται παράλληλα οι θετικές πλευρές της οικογενειακής ζωής με στόχο να αξιοποιηθούν κατάλληλα τα δυνατά σημεία της οικογένειας, ώστε να διευκολυνθεί η εξομάλυνση των σχέσεων, η μείωση των εντάσεων, η εξάλειψη του συμπτώματος. Από το υλικό του θεραπευτικού διαλόγου, αναδύονται περισσότερες από μία σημασίες του συμπτώματος που αφορούν στο σύστημα-πλαίσιο, οικογενειακό, φιλικό σχολικό ή οποιοδήποτε άλλο. Η νέα σηματοδότηση του συμπτώματος και η διεργασία που επιτελείται από τα μέλη της οικογένειας, αναμένεται να ευοδώσει την

υιοθέτηση εναλλακτικών στάσεων και συμπεριφορών που με τη σειρά τους θα οδηγήσουν στην ύφεση ή εξάλειψη του συμπτώματος

Οι Campo and Fritz (2001, σ. 471) δίνουν έμφαση στη σημασία της θεραπευτικής συμμαχίας οικογένειας, παιδιού και ειδικών. Αυτό συμπεριλαμβάνει τη συζήτηση των ρόλων, την δημιουργία ρεαλιστικών στόχων για βελτίωση και την αποφυγή θεραπειών placebo τόσο για ηθικούς όσο και για πρακτικούς ρόλους (σ. 471). Οι ειδικοί πρέπει να εστιάσουν στην επαναεξασφάλιση της σχέσης γονέων παιδιών. Συχνά, επιτυχής πρόοδος προκύπτει από την μείωση των αγωνιών τόσο της οικογένειας όσο και του παιδιού (σ. 471). Ένα από τα σημεία που πρέπει να εξελιχθούν είναι η ανάπτυξη της ικανότητας των γονέων στο να αναπτύξουν στο παιδί τους την αυτοεπίγνωση. Γονέας που αδυνατεί να αντιληφθεί τις συναισθηματικές εκφράσεις του παιδιού του, το οδηγεί και στη δική του αδυναμία να εντοπίζει από μόνο του τις συναισθηματικές εκφράσεις του.

Κατά τον Stierlin οικογένειες με ψυχοσωματικά μέλη, πρέπει να αντιμετωπιστούν ολιστικά, παρά το γεγονός, ότι συνήθως υπάρχουν αντιδράσεις. Παράλληλα, ένα σημείο που πρέπει να προσεχθεί είναι ο εντοπισμός της φάσης του κύκλου ζωής της οικογένειας κατά την οποία εμφανίσθηκαν τα συγκεκριμένα συμπτώματα στο παιδί και πως συνδέεται αυτή η φάση με το συγκεκριμένο παιδί. Για να επιτευχθεί αυτό, ο θεραπευτής δίνει ιδιαίτερη έμφαση στα θετικά στοιχεία της οικογένειας και στους θετικούς τρόπους επικοινων. Κατά τον Minuchin κάθε μέλος της οικογένειας πρέπει να μιλήσει για τον εαυτό του, για το πως νιώθει και βλέπει τα πράγματα σε σχέση με τον εαυτό του, και όχι να εκφράζεται έτσι όπως αναμένει η οικογένεια. Στις ψυχοσωματικές οικογένειες στόχος είναι η ανεύρεση κοινών σημείων αναφοράς, λόγω του ότι το ψυχοσωματικό πρόβλημα τις αποσυντονίζει.

Ο τελικός στόχος του θεραπευτή είναι η αποδέσμευση του κάθε ατόμου-μέλους της οικογένειας από τα άλλα και η επανασύνδεση της οικογένειας με φυσιολογικούς δεσμούς.

Σε ατομικό επίπεδο μπορεί να ακολουθηθούν είτε συνδυασμοί θεραπευτικών προσεγγίσεων όπως γνωστική –συμπεριφορική, αυτοελέγχου, ψυχοφαρμακευτική κ.α

(Campo & Fritz, 2001, σ. 471-473). Η αντιμετώπιση του προβλήματος μπορεί να γίνει, επίσης, μέσα από διάφορα μοντέλα που αφορούν όλη την οικογένεια, όπως το συστημικό, κ.α τα οποία μπορούν να το αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά με τις ανάλογες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

5. Ο ρόλος του σχολείου

Στο σχολείο προκύπτουν διάφορα προβλήματα τα οποία δεν μπορεί πάντα να διαχειριστεί και να αντιμετωπίσει το παιδί (π.χ. τραυματικές εμπειρίες με συγκρούσεις με συμμαθητές, απόρριψη, πίεση από τα μαθήματα, συνεχής κοροϊδία από συμμαθητές στο σχολείο κ.α).Επίσης, μπορεί να έχει συνδέσει το παιδί το σχολείο με δυσάρεστες γι' αυτό καταστάσεις και έτσι ενεργοποιούνται σωματικές λειτουργίες για την αντιμετώπισή τους. Για το λόγο αυτό πολλές φορές αναπτύσσεται και η σχολική φοβία (κυρίως στα παιδιά του δημοτικού).

Το παιδί στο σχολείο εντάσσεται σε ομάδα. Όπως κάθε άτομο επιδιώκει να αναγνωρίσει τον εαυτό του ως μέλος της, να τον εκφράσει και να επηρεάσει τα άλλα μέλη. Σύμφωνα με την ψυχοδυναμική θεώρηση στη διεργασία αυτή η ενδοβολή, η ταύτιση, η προβολή και η προβλητική ταύτιση είναι οι ασυνείδητοι ψυχολογικοί μηχανισμοί που εκφράζονται σε αυτή την περίπτωση. Οι μηχανισμοί αυτοί καταδεικνύουν τον τρόπο με τον οποίο μέσα στον εσωτερικό κόσμο του εαυτού εντάσσεται ο εξωτερικός κόσμος των άλλων ανθρώπων. (Wetherell,2005). Κατά τον Bion «η ομάδα επιτελεί μια θεμελιωδώς μητρική λειτουργία για τα άτομα. Αυτού του είδους η ανάλυση για τις ομαδικές διεργασίες αντιμετωπίζει την ομάδα σαν περιέχουσα αρνητικών συναισθημάτων, ένα χώρο μέσα στον οποίο οι συγκρούσεις και τα άγχη μπορούν να αντιμετωπιστούν με αρχαϊκά (και συνήθως ασυνείδητα) μέσα, όπως η σχάση, η προβολή και η πίεση προς άλλα άτομα να δεχτούν μέσα τους, να αισθανθούν και ορισμένες φορές να υποδυθούν τον πόνο μας και να γίνουν οι πλευρές του εαυτού μας που απορρίπτουμε» (Wetherell,2005,σ.166). Το παιδί δεν έχει ακόμα αναπτύξει τη δυνατότητα να γίνει μέρος της ομάδας της τάξης, αρχικά, και του ευρύτερου σχολείου με

τους όρους που τίθενται και προσπαθώντας να μην κατακερματιστεί και να παραμείνει ένα εκδηλώνει ψυχοσωματικά συμπτώματα. Κατά τους Ashbach και Schermer (1994), θεωρητικούς της σχολής των αντικειμενοτρόπων σχέσεων, η είσοδος ενός ατόμου σε ομάδα ξαναζωντανεύει τις κατακλυσμικές ενορμήσεις, το αίσθημα του αβοήθητου, τις τάσεις κατακερματισμού και το αίσθημα ανάγκης που βίωσε το βρέφος τους πρώτους μήνες της ζωής του. Έτσι το μικρό παιδί αναβιώνει έντονα αρνητικά συναισθήματα μέσα στο σχολικό περιβάλλον τα οποία μη μπορώντας να εκφράσει αλλιώς, τα σωματοποιεί. Μάλιστα κατά την θεωρία της Klein, το βρέφος βιώνει αρνητικά συναισθήματα. Αντίστοιχα, το παιδί μεταφέροντας αυτά τα βιώματα στο σχολικό περιβάλλον προβάλλει αυτά τα αρνητικά συναισθήματα σε αυτό νομίζοντας ότι αυτά προκαλούνται από αυτό και οδηγείται σε άγχος καταδίωξης, με συνέπεια να θεωρεί τη σχολική ομάδα ως πηγή άγχους (Wetherell, 2005).

Κατά πολλούς επιστήμονες οι θετικές ή αρνητικές εμπειρίες στην οικογένεια, επηρεάζουν σημαντικά την λειτουργία μας στις κατά καιρούς ομάδες στις οποίες εισχωρούμε. Επί παραδείγματι, ο Bion (1964) υποστηρίζει ότι οι ομάδες αφορούν μητρικές λειτουργίες και περιέχουν συναισθηματικές καταστάσεις. Πέραν τούτου οι ομάδες είναι χώροι εκδραμάτισης των συναισθημάτων και ικανοποίησης των αναγκών. Μέσα στη σχολική τάξη δημιουργούνται έντονα φορτισμένες συναισθηματικά καταστάσεις (επίπληξη από δάσκαλο/καθηγητή, αποτυχία σε ένα τεστ κ.α). Το παιδί όμως, δεν έχει τη δυνατότητα να εκφράσει ρητά το αρνητικό συναίσθημα, νιώθει ασφυκτική πίεση και τελικά το εκδηλώνει με πονοκεφάλους, πόνους στην κοιλιά κ.α. Πολλές φορές, παιδαγωγοί που έχουν γνώσεις γι' αυτό το θέμα όταν οι μαθητές τους παραπονούνται για ανάλογα ενοχλήματα προσπαθούν να ανιχνεύσουν αν τα παιδιά είχαν κάποιο πρόβλημα ή αν την επόμενη ώρα θα γράψουν διαγώνισμα κ.α.

6. Ο παράγοντας προσωπικότητα στην εμφάνιση ψυχοσωματικών διαταραχών

Ο παράγοντας προσωπικότητα θεωρείται ότι παίζει, επίσης, πολύ σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση ψυχοσωματικών διαταραχών. Επιστημονικές έρευνες οδηγούν στο συσχετισμό τύπων προσωπικότητας, όπως ο τύπος Α και Β με συγκεκριμένες σωματικές εκδηλώσεις (π.χ. η προσωπικότητα τύπου Α οδηγεί συνήθως σε προβλήματα καρδιακά, ενώ προσωπικότητα τύπου Β λειτουργεί και αντιμετωπίζει τις δυσκολίες με υγιέστερο τρόπο. βρέθηκε ότι μπορεί να διαχειρίζονται στρεσογόνες καταστάσεις με πολύ πιο φιλικό για την υγεία τρόπο.

Μελετητές όπως οι Marty, David, Fain πρότειναν την έννοια της «ειδικής ψυχοσωματικής προσωπικότητας» η οποία έχει ελλείμματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, στην ελεύθερη φαντασίωση, την ονειροπόληση κ.α. Κατά τον Σιφναίο (1973) η δυσκολία στη βίωση συναισθημάτων και η αδυναμία περιγραφής και έκφρασής τους με τις κατάλληλες λέξεις είναι βασικό χαρακτηριστικό των ψυχοσωματικών ασθενών και αφορούν την έννοια της αλεξιθυμίας (η οποία δεν αφορά διάγνωση για ψυχική διαταραχή και τα αίτιά της μπορεί να είναι: κληρονομικά, προβληματική νευρική ανάπτυξη, γενετικές ανωμαλίες, ψυχολογική άμυνα απέναντι στο άγχος και την ασθένεια ή περιβαλλοντικά –οικογένεια, πολιτισμός, κοινωνία).

Σύμφωνα με αυτή την άποψη ο Taylor (2001) θεωρεί ότι τα κενά στην ψυχική δομή είναι που οδηγούν στην γέννηση της ασθένειας και όχι οι συγκρούσεις. Αυτό οδήγησε την ψυχοδυναμική σχολή στην ανάπτυξη θεωριών που αφορούσαν τις ψυχοσωματικές διαταραχές μέσα από τα πρωταρχικά στάδια της ζωής του βρέφους και εστίαζαν στη σχέση «βρέφους-μητέρας». Για τον Winnicott, όπως έχει προαναφερθεί) το μωρό χρειάζεται ένα κύριο πρόσωπο (την μητέρα) για να κάνει δεσμό μαζί του, ώστε να μπορέσει να συνδεθεί με το σώμα και τις λειτουργίες του. Οι ανεπάρκειες στις μητρικές λειτουργίες και κατ' επέκταση στη σχέση μητέρας-βρέφους στα πρώτα στάδια της ψυχικής ανάπτυξης, μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα ψυχικά ελλείμματα και μια προδιάθεση στην ανάπτυξη ψύχωσης ή σωματικής παθολογίας. Κατά τον Winnicott, τρεις είναι οι βασικές πλευρές για την ομαλή ψυχική εξέλιξη του παιδιού: η απαρτίωση, η προσωποποίηση και η δημιουργία σχέσεων αντικειμένου. Τρεις είναι και οι τρόποι της μητρικής λειτουργίας: η στήριξη

(holding), δηλαδή η φυσική αλλά και η ψυχική υποστήριξη του παιδιού που βοηθά στην απαρτίωση του Εγώ στο χώρο και το χρόνο, ο χειρισμός (handling), δηλαδή οι σωματικοί χειρισμοί, όπως το ντύσιμο, η καθαριότητα και τα χάδια που βοηθούν στην προσωποποίηση, τη σύζευξη και την αμοιβαιότητα της σχέσης μεταξύ σωματικής ζωντανίας και ψυχισμού και η παρουσίαση του αντικειμένου (object presentation), που αντιστοιχεί στην ικανότητα της μητέρας να θέτει στην διάθεση του παιδιού το αντικείμενο που έχει ανάγκη τη συγκεκριμένη στιγμή (ούτε πολύ νωρίς ούτε πολύ αργά) και που βοηθά το μωρό ν' αρχίσει σχέσεις με το αντικείμενο. Όταν η μητέρα είναι ικανοποιητικά καλή (αρκετά καλή μητέρα), το βρέφος αποκτά μια αίσθηση παντοδυναμίας που του επιτρέπει να κατοικεί η ψυχή του στο σώμα του, επιτυγχάνοντας την ενότητα ψυχής-σώματος με βάση ένα αυθεντικό Εγώ (Winnicott, 1982 Μανωλόπουλος, 1988).

Αλεξιθυμία

Παιδιά ή έφηβοι με αλεξιθυμία αδυνατούν στην αναγνώριση των συναισθηματικών καταστάσεων στις οποίες βρίσκονται τη στιγμή που εκδηλώνονται. Δηλαδή, ενώ το σώμα τους αντιδρά σε κάποιες καταστάσεις θυμού, θλίψης, οργής με πόνο σε διάφορα σημεία του σώματος (όπως στομαχόπονο, αύξηση της πίεσης) αν ρωτηθούν δεν έχουν τρόπο να ερμηνεύσουν τα συναισθήματά τους (Sifneos, 1973). Αντίθετα, μπορεί τον σωματικό πόνο να τον ερμηνεύσουν ως πόνο που προέρχεται από κάποια ασθένεια, και όχι ως σωματικό πόνο που προκαλείται από ένα έντονο συναίσθημα. Αποδίδουν το σωματικό πόνο σε πρόβλημα συγκεκριμένων οργάνων, π.χ. πόνος στο στομάχι, προκαλείται επειδή έχει πρόβλημα το ίδιο το στομάχι ως όργανο. Αλεξιθυμικά παιδιά ή έφηβοι δεν μπορούν να αντιληφθούν τα συναισθήματα των άλλων. Μπορεί να είναι χαρούμενα και έξυπνα, όμως τους λείπει η φαντασία (δηλαδή η δημιουργία εικόνων, όχι πραγματικών, που βοηθά το άτομο να ταξιδεύει με το μυαλό του και να εκφράζει επιθυμίες) (Lesser, 1981). Η αλεξιθυμία δεν είναι ψυχολογική διαταραχή ούτε έχει διανοητική ιδιαιτερότητα. Αφορά ιδιαιτερότητα μιας προσωπικότητας που τείνει προς τη δημιουργία εσωτερικών προβλημάτων. Μάλιστα συνδέεται με κάποιες αγχώδεις

διαταραχές (κυρίως στα παιδιά), και στους μεγαλύτερους με **υπέρταση**, σεξουαλικές διαταραχές^[4], διαταραχές από χρήση ουσιών κ.α.

Τα αλεξιθυμικά παιδιά θεωρείται ότι βιώνουν λιγότερα θετικά συναισθήματα και ότι εκφράζουν την ένταση της συναισθηματικής τους πίεσης με αντιδράσεις όπως είναι η εξάρτηση από ουσίες, η ψυχογενής ανορεξία, η ονυχοφαγία κα. Η έλλειψη ικανότητας να διαχειρισθούν τα συναισθήματά τους μπορεί στην ενήλικη ζωή τους να οδηγήσει σε εκδηλώσεις διαταραχών του νευρικού συστήματος.

Τα αίτια της αλεξιθυμίας αφορούν είτε τα γονίδια (πρωτογενής αλεξιθυμία), είτε μία αντίδραση σε ένα ψυχολογικό τραύμα (δευτερογενής αλεξιθυμία). Η πρώτη είναι δύσκολο να θεραπευτεί, ενώ η δεύτερη, στην οποία το παιδί για να αντιδράσει στο θάυμα, καταπιέζει επώδυνα συναισθήματα, μετά από καλή παρέμβαση μπορεί να θεραπευτεί.

Για να γίνει αντιληπτό αν κάποιο παιδί/έφηβος έχει αλεξιθυμία μπορεί να παρατηρηθούν τα παρακάτω χαρακτηριστικά. Αν το παιδί δεν εκφράζει εύκολα τα συναισθήματά του, αν αδυνατεί να ονειρευτεί, αν φαίνεται να λειτουργεί με βάση τη λογική κυρίως και όχι τα συναισθήματα, αν δεν μπορεί να διακρίνει με ευκολία τις συναισθηματικές αντιδράσεις των άλλων, αν παρουσιάζει κατά διαστήματα πόνους στην κοιλιά κ.α. τότε είναι πιθανόν να είναι αλεξιθυμικό.

Η αλεξιθυμία δεν σημαίνει ότι το παιδί/έφηβος/άτομο δεν έχει συναισθήματα. Τα συναισθήματα υπάρχουν, η αναγνώρισή τους είναι αυτό που λείπει. Αυτή η αδυναμία στην κατονομασία και αναγνώριση των συναισθημάτων είναι που οδηγούν σε χρόνιο άγχος και σε αγχώδεις διαταραχές.

Η διάγνωση της αλεξιθυμίας γίνεται με κλινικά τεστ (το **Τεστ 20 αντικειμένων του Τορόντο** θεωρείται ως το πιο αποτελεσματικό) και ερωτηματολόγια (**Beth Israel**). Η θεραπεία σύμφωνα με τους Σιφναίο και Nemiah είναι καλό να προσανατολίζεται περισσότερο προς την αναγνώριση των συναισθημάτων και όχι σε εσωτερικά προσανατολισμένες αναζητήσεις, γιατί αυτές οδηγούν τους αλεξιθυμικούς στο να αντιληφθούν την αδυναμία τους να αναγνωρίσουν τα συναισθήματά τους. Επίσης,

έχουν χρησιμοποιηθεί λογοθεραπευτικές και ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι. Κατά τον Nemiah υψηλά ενδεχόμενα επιτυχίας έχει η εκπαιδευτική αντιμετώπιση σύμφωνα με την οποία ο σύμβουλος-ψυχίατρος καθοδηγεί το άτομο στο να αντιληφθεί πως το ίδιο σωματοποιεί τα συναισθήματά του, στο να τα αναγνωρίσει και να τα αποδεχθεί.

7. Φοβίες.

Τα αίτια της σχολικής φοβίας είναι απόρροια άγχους προσαρμογής σε έναν χώρο εκτός του οικείου περιβάλλοντός τους, καθώς επίσης και του άγχους αποχωρισμού, το οποίο εντοπίζεται στην προσκόλληση του παιδιού στη μητέρα. Η προσκόλληση αφορά τον ισχυρό συναισθηματικό δεσμό που αναπτύσσει το παιδί προς την μητέρα και σε κάθε περίπτωση πιθανού αποχωρισμού εκδηλώνεται έντονο άγχος, το οποίο σωματοποιείται και εκφράζεται με εμετούς, πονοκεφάλους, πόνο στην κοιλιά, κ.α. Επίσης, οι φοβίες, οι φόβοι και το άγχος έχουν συχνά οικογενειακή προδιάθεση. Όταν υπάρχει γονέας που να εμφανίζει ψυχοσωματικές διαταραχές είναι πιθανό να μεταβιβάσει τον τρόπο αντίδρασής του προς τα παιδιά του (όπως προαναφέρθηκε). Υπάρχουν θεωρητικές απόψεις που υποστηρίζουν ότι ο φόβος είναι συνδεδεμένος με την εμπειρία της απειλής, και από εκεί προκύπτει το άγχος του αποχωρισμού. Η άποψη της ψυχοδυναμικής θεωρίας εστιάζει στις φοβίες ως έκφραση εσωτερικής σύγκρουσης.

Αντιμετώπιση

Η σχολική φοβία προκαλείται από πολλούς παράγοντες και κάθε εκδήλωσή της από κάθε παιδί ξεχωριστά, απαιτεί ανάλυση των παραγόντων που σχετίζονται με τη φοβία του συγκεκριμένου παιδιού. Η αντιμετώπισή της θα γίνει με τη συνεργασία κάποιου ειδικού με το οικογενειακό περιβάλλον και το σχολικό. Το πρώτο βήμα αφορά την παρατήρηση της συμπεριφοράς του παιδιού κατά την καθημερινότητά του. Το δεύτερο βήμα αφορά την ανεύρεση των αιτίων που προκαλούν τη δυσλειτουργική συμπεριφορά, την έκλυση του άγχους του παιδιού, τα φοβικά του συμπτώματα. Το τρίτο βήμα αφορά την προσεκτική προσέγγιση του ειδικού προς το παιδί και την από κοινού αναζήτηση των τρόπων με τους οποίους μπορούν να απαλειφθούν οι γόβοι. Όλα αυτά απαιτούν υπομονή και κατανόηση προς τις ανάγκες του παιδιού.

8.Καταπιεσμένα συναισθήματα

Μία άλλη αιτία πρόκλησης ψυχοσωματικών διαταραχών είναι τα καταπιεσμένα συναισθήματα και οι απωθημένες σκέψεις των παιδιών που δεν θέλουν ή φοβούνται να τα κοινοποιήσουν προς τους μεγαλύτερους είτε γιατί φοβούνται, είτε γιατί νιώθουν ενοχές που τα αισθάνονται. Πολλά παιδιά με μειωμένη ικανότητα έκφρασης των συναισθημάτων τους παρουσιάζουν ψυχοσωματικά συμπτώματα, όπως πονοκεφάλους, στομαχόπονους και εμετούς. Τα παιδιά αυτά δεν κλαίνε συχνά, ή δεν δείχνουν θυμό ή ακόμη και λύπη, τόσο που πολλές φορές οι γονείς να τα θεωρούν πολύ καλά παιδιά, με καλούς τρόπους, ήσυχα, σταθερά κ.α. Ο οργανισμός τους όμως, έχοντας καταπιεστεί εκτονώνεται μέσα από σωματικά συμπτώματα.

Τα παιδιά με συναισθηματικές δυσκολίες είναι δειλά, ντροπαλά, και συνήθως, εξαρτημένα. Ο λόγος για τον οποίο δεν εκδηλώνουν τα συναισθήματα και τις επιθυμίες τους αφορά τον φόβο της τιμωρίας ή εγκατάλειψης. Σε γενικές γραμμές το παιδί δείχνει να έχει καλή σχέση με την πραγματικότητα, πλούσια σκέψη, αλλά φτωχή σε συναισθήματα. Αυτά το παιδί δεν αναφέρει εύκολα το θυμό, το φόβο, τη θλίψη, ή την απογοήτευση. Σπάνια, εξωτερικεύουν τον εσωτερικό τους κόσμο και προσανατολίζονται προς το να απομακρύνουν εκείνα τα συναισθήματα που απορρίπτουν ως ανεπιθύμητα. Αυτό γίνεται σε τόσο μεγάλη ένταση και με τη χρήση των αμυντικών με τέτοιο τρόπο που στο τέλος αυτό επιδρά στο σώμα τους.

Αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών διαταραχών των παιδιών

Η προσέγγιση των παιδιών με ψυχοσωματικές διαταραχές προαπαιτεί τον εντοπισμό του σταδίου ανάπτυξής τους, την ανίχνευση εκλυτικών παραγόντων που μπορεί να οδήγησαν στην εκδήλωση της διαταραχής και ενδεχόμενα οφέλη για το παιδί από την εκδήλωση της (επί παραδείγματι, μπορεί να ξεκίνησε μόλις το σχολείο και δεν θέλει να πάει κ.λ.π).

Για το παιδί που βρίσκεται ακόμη κάτω από την επίβλεψη και την εξάρτησή του από τους γονείς τόσο το γονεϊκό (προσωπικότητα γονέων, ομαλή ή όχι

λειτουργικότητα της οικογένειας, συναισθηματική επαφή), όσο και το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον επιδρά καταλυτικά στη δημιουργία και εμφάνιση ψυχοσωματικού προβλήματος(Τσιάντης,2001).

Η αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών προβλημάτων είναι απαραίτητο να γίνεται σε άρρηκτη συνεργασία του παιδίατρο με τον παιδοψυχίατρο. Είναι σημαντικό να είναι εξατομικευμένη για να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του συγκεκριμένου παιδιού.Η θεραπεία πρέπει να κατευθύνεται προς τους πολλαπλούς βιολογικούς, κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, (Τσιάντης 2001, Μπεράτη 1989 , Isaef, 1996).

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να προσφέρει σημαντική βοήθεια σε παιδιά με ψυχοσωματικά προβλήματα. Πολλές φορές είναι δύσκολο να πειστεί η οικογένεια για την ανάγκη της ψυχοθεραπείας, γιατί βλέπουν τα συμπτώματα αποκλειστικά ως οργανικά.

Η αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών διαταραχών των παιδιών αφορά το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού, τους αιτιολογικούς παράγοντες, όπως π.χ.η έναρξη του σχολείου και πιθανά δευτερογενή οφέλη της ασθένειας . Το παιδί είναι ένας αναπτυσσόμενος οργανισμός ο οποίος βρίσκεται σε εξάρτηση από το περιβάλλον του. Γονικοί και γενικότεροι οικογενειακοί παράγοντες κατέχουν σημαντική θέση τόσο στην κατανόηση του ψυχοσωματικού προβλήματος, όσο και στην θεραπευτική αντιμετώπιση. Στους οικογενειακούς παράγοντες αναφέρονται η προσωπικότητα των γονιών, η ποιότητα της οικογενειακής λειτουργίας, η επικοινωνία μεταξύ των μελών της οικογένειας (Τσιάντης, 2001).

Η αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών προβλημάτων είναι απαραίτητο να γίνεται σε άρρηκτη συνεργασία του παιδίατρο με τον παιδοψυχίατρο. Είναι σημαντικό να είναι εξατομικευμένη για να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του συγκεκριμένου παιδιού. Η προσέγγιση πρέπει να λαμβάνει υπόψην τόσο τους βιολογικούς, όσο και τους κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες (Τσιάντης, 2001).Η αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών διαταραχών είναι αρκετά δύσκολη, αφού οι λόγοι που μπορούν να

οδηγήσουν σε κάτι τέτοιο είναι πολύπλοκοι και πολυπαραγοντικοί. Μελέτες έχουν δείξει ότι οι οικογένειες με μέλη που παρουσιάζουν ψυχοσωματικά προβλήματα χαρακτηρίζονται από υπερπροστασία, δυσκολία στην αντιμετώπιση αντίξοων καταστάσεων, ανάμειξη του παιδιού στις συγκρούσεις των γονέων τους, μη αναλυμένες συγκρούσεις, έλλειψη ορίων αυτονομίας μεταξύ των μελών τους.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Οι ψυχο-φυσιολογικές αντιδράσεις που συνοδεύουν τις συγκινήσεις αποτελούν την έκφραση της λειτουργικής ενότητας του οργανισμού και είναι απόλυτα φυσιολογικές, όταν παραμένουν κάτω από τον έλεγχο των αυτορυθμιστικών μηχανισμών. Όταν όμως οι συγκινήσεις αυτές είναι συνεχείς και έντονα μεταβαλλόμενες, τότε μπορεί να ξεπεράσουν τα όρια προσαρμογής του οργανισμού και να εμφανιστούν διαταραχές στη λειτουργία διαφόρων συστημάτων, οι ονομαζόμενες λειτουργικές ή νευροφυτικές διαταραχές, οι οποίες αν συνεχιστούν για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, οδηγούν σε βλάβη όχι πια της λειτουργίας, αλλά του ίδιου του οργάνου (ιστολογικές βλάβες, με δομικές-ανατομικές αλλοιώσεις

Ο τρόπος με τον οποίο ένα άτομο/παιδί/έφηβος αντιλαμβάνεται τον εαυτό του και η σχέση του με τους σημαντικούς άλλους στη ζωή του είναι από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που μπορούν να δώσουν ισορροπία και να το προστατέψουν από μια ψυχοσωματική ασθένεια. Τα παιδιά που βιώνουν την ηρεμία, την αποδοχή και βρίσκονται σε ισορροπία με το ψυχοκοινωνικό περιβάλλον τους έχουν μικρές πιθανότητες να εμφανίσουν ένα ψυχοσωματικό σύμπτωμα.

Το αιτούμενο είναι να μη δημιουργούνται ζητήματα στη ζωή του παιδιού-εφήβου που να διαταράσσουν το εσωτερικό τους σύστημα και να λειτουργούν ασυνείδητα, εκφράζοντας ό,τι τα απασχολεί μέσα από έντονα συμπτώματα και διαταραχές που δεν μπορούν να διαχειριστούν.

Οι αιτιοπαθογενετικοί παράγοντες των ψυχοσωματικών διαταραχών περιλαμβάνουν: την κληρονομικότητα, σύμφωνα με την οποία η προδιάθεση για νόσηση όπως βρογχικό άσθμα, το έλκος του δωδεκαδακτύλου, η ημικρανία, έμετοι κ.τ.λ. κληρονομείται. Την προσωπικότητα, σύμφωνα με την οποία ένας συγκεκριμένος τύπος προσωπικότητας έχει περισσότερες πιθανότητες να εκδηλώσει ψυχοσωματικές διαταραχές. Τα καταπιεσμένα συναισθήματα και το άγχος, το οποίο δημιουργεί ψυχική πίεση που οδηγεί στην εμφάνιση ψυχοσωματικών διαταραχών. Τα καταπιεσμένα συναισθήματα οδηγούν σε καταστάσεις ψυχολογικού αδιεξόδου, στις καταστάσεις δηλαδή όπου οι συνθήκες είναι τόσο απελπιστικές, ώστε δεν υπάρχει

ελπίδα βελτίωσης ή οδός διαφυγής. Επίσης, οι μαθησιακοί παράγοντες, με τη μίμηση προτύπων στην οικογένεια συνεργούν προς την εμφάνιση ψυχοσωματικών διαταραχών.

Η επιτυχημένη αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών διαταραχών απαιτεί αποδοχή και αναγνώριση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών που οδηγούν σε σωματική δυσλειτουργία, και συνεργασία πολλών ατόμων: της οικογένειας, του σχολείου και φυσικά, των ειδικών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

Ελληνική

Μάνος, Ν.(1997). Βασικές αρχές ψυχιατρικής. Εκδόσεις University Press

Μανωλόπουλος, Σ. (1988). Ψυχοσωματικές σχέσεις και διαταραχές. Στο: Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής, eds: Τσιάντης, Ι., Μανωλόπουλος, Σ. Β' Τόμος, Β' Μέρος. Εκδόσεις Καστανιώτης, Αθήνα.

Μπεράτη, Στ. (1989). Σύγχρονα Θέματα παιδοψυχιατρικής τρίτος τόμος επιμέλεια Τσιάντης Γ. Μανωλόπουλος Σ. Εκδ. Καστανιώτη.

Παπαδάτου, Δ. , Αναγνωστόπουλος, Φ. *Η Ψυχολογία στο χώρο της Υγείας*. Αθήνα : εκδ. Ελληνικά Γράμματα, 1999

Τσιάντης Γ. – Ευπολυτά – Ζαχαριάδη (επιμέλεια). (2001). Ψυχοσωματικά προβλήματα των παιδιών. Εκδ. Καστανιώτη.

Ξένη

Alexander, F., French, T.M., & Pollock, G.H. (1968). Psychosomatic Specificity. Experimental Study and Results. The University of Chicago Press, Chicago.

Aschbach, C. and Schermer, V. (1994). *Object Relations, the Self and the Group*, London, Routledge and Kegan Paul.

Bion, W.R.(1961). *Experiences in Groups and Other Papers*, London, Tavistock Publications.

Bouman,T., Eifert, G., Lejuez, C. (1999). Somatoform Disorders.

Carlson, K., Eisentat, S., Ziporyn, T. (2004). The new Harvard guide to women's health. Harvard University Press. USA

Fabbri,S., Fava,G.A., Sirri,L., Wise, T.N.(2007). Development of a New Assessment Strategy in Psychosomatic Medicine: The Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research. Sto Psychological Factors Affecting Medical Conditions. A New classification for DSM-V. Advances in Psychosomatic Medicine. Editor Wise. Vol.28.Eds.Porcelli, Sonino.

Grace, W.H. & Graham, D.T. (1952). Relationship of specific attitudes and emotions to certain bodily diseases. *Psychosomatic Medicine*, 14: 243-251

Kreisler, L. (1994). Η ψυχοσωματική του παιδιού. Μετ Αστερίου Ε.. Εκδόσεις Χατζηνικολή.

(Laszio, 1979),

Lesser, M. (1981). A review of the alexithymia concept.*Psychosomatic Medicine*, Vol 43, Issue 6 531-543, American Psychosomatic Society\

Lipowski, Z.J. (1984). What does the word Psychosomatic really mean? A historical and Semantic Inquiry. *Psychosomatic Medicine*, 46: 153-171

Selye, H.(1978). *The stress of life*, McGrew-Hill, New York.

Sifneos, P.E. (1973). The Prevalence of “Alexithymic” Characteristics in Psychosomatic Patients. *Psychother. Psychosom.*, 22: 255-262.

Stoudemire, A., Hales, R. (1995). *Psychological Factors Affecting Medical Conditions and DSM-IV*. Sto Psychological factors affecting medical conditions American Psychiatric Press, Inc.

Taylor J. Gr.(1999). *Ψυχοσωματική ιατρική και σύγχρονη ψυχανάλυση*, Καστανιώτη.
Taylor, G. (2001). Alexithymia: concept, measurement, and implications for treatment.*Am J Psychiatry*; 141:725-732 , American Psychiatric Association,

Taylor, G. (2001). Ψυχοσωματική ιατρική και σύγχρονη ψυχανάλυση. Μετ. Ζερβός Κ. Εκδόσεις Καστανιώτη.

Wetherell, M. (2005). Ταυτότητες, ομάδες και κοινωνικά ζητήματα. Εκδ. Μεταίχμιο. Αθήνα

Winnicott, D.W. (1982). Ego Intergration in Child Development. In: The Maturation Process and the Facilitating Environment. Studies in the theory of Emotional Development. IUP, N.York

ISAEF. D. Ψυχοσωματική ιατρική της παιδικής ηλικίας 1996

Ιστογραφία

<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/141/6/725>

Wikipedia