ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΘΕΜΑ: ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ: ΣΩΜΑΤΟΜΟΡΦΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Καράνη Ιφιγένεια

Επιβλέπων καθηγητής

Χατήρα Καλλιόπη

Ρέθυμνο, 2015

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ 2

ΠΡΟΛΟΓΟΣ 4

ΕΙΣΑΓΩΓΗ 5

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1.1. Θεωρίες της ψυχοσωματικής 7
1.2. Αξιολόγηση των ψυχοσωματικών διαταραχών 13
1.3. Η κλινική εικόνα των ψυχοσωματικών διαταραχών – Αλεξιθυμία 16
1.4. Ο ρόλος του σώματος στην εκδήλωση του ψυχοσωματικού συμπτώματος 19
1.5. Ο ψυχοσωματικός πόνος και η θέση του στο πλέγμα των ψυχοσωματικών 22
1.6. Θεραπευτικές προσεγγίσεις 25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΩΜΑΤΟΜΟΡΦΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

2.1 Θεωρίες της ψυχοσωματικής 28
2.2 Αξιολόγηση των ψυχοσωματικών διαταραχών 34
2.3 Η κλινική εικόνα των ψυχοσωματικών διαταραχών – Αλεξιθυμία 37
2.4 Ο ψυχοσωματικός πόνος και η θέση του στο πλέγμα των ψυχοσωματικών 41
2.5 Θεραπευτικές προσεγγίσεις 42

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ (ΥΣΤΕΡΙΑ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ)

3.1. Η ενδοψυχική διεργασία – ψυχαναλυτική προσέγγιση 46
3.2. Νευρωτικοί και ψυχολογικοί παράγοντες ως μηχανισμοί εκδήλωσης 51
3.3. Λανθάνοντες ειδικοί και μη ψυχικοί μηχανισμοί εκδήλωσης 55
3.4. Νεύρωση οργάνου 57

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΕΙΣ – ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

4.1. Καρδιολογικές ασθένειες 59
4.2. Ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος – Άσθμα 62
4.3. Ασθένειες του γαστρεντερικού συστήματος 64
4.4. Ρευματοειδής αρθρίτιδα 67
4.5. Σακχαρώδης διαβήτης 69
4.6. Δερματολογικές παθήσεις 72
4.7. Ενδοκρινολογικές και άλλες μεταβολές 74

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΟΙ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΠΕΡΙ ΤΩΝ ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΕΩΝ

5.1. Ψευδονευρολογικά συμπτώματα 76
5.2. Σύνδρομο Briquet – Υστερία Briquet 78
5.3. Αδιαφοροποίητες σωματόμορφες διαταραχές 80
5.4. Υποχονδρίαση 81
5.5. Διαφορική διάγνωση από ψυχοσωματικά συμπτώματα και φαινόμενα μετατροπής 84
5.6. Θεραπεία των σωματόμορφων διαταραχών 86

ΕΠΙΛΟΓΟΣ 89

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 90

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Εδώ και χιλιάδες χρόνια το ζήτημα της αλληλεπίδρασης ανάμεσα στην ψυχή και το μυαλό έχει εγείρει συγκρούσεις και διαφωνίες. Κυρίως, όμως, έχει εμπνεύσει σπουδαίους ανθρώπους να διατυπώσουν τις αξιόλογες απόψεις και θεωρίες τους επί του θέματος, που είτε υποστηρίζοντας την ολότητα είτε τον δυϊσμό προσέφεραν ένα εύφορο έδαφος για συλλογισμό και εποικοδομητικές συζητήσεις, που έφεραν τελικά ως αποτέλεσμα την καθιέρωση του όρου της «ψυχοσωματικής» πριν από δύο αιώνες. Σε συνέπεια με τα γεγονότα του παρελθόντος και ο όρος «ψυχοσωματική» δεν έπαψε να γνωρίζει μία ποικιλία εκδοχών και αντιθέσεων. Η έγερση πληθώρας αντιθέσεων δεν θα έπρεπε να αποτελεί έκπληξη εάν λάβει κανείς υπόψη την ιδιαίτερα υψηλή συχνότητα με την οποία συναντάται στην καθημερινή ζωή των ανθρώπων και, κατά συνέπεια, τον υψηλό βαθμό στον οποίο αφορά αυτός ο όρος την ανθρωπότητα. Κατανοώντας απόλυτα πως για έναν άνθρωπο το πιο πολύτιμο αγαθό είναι η υγεία, καθιστά αυτονόητο το ενδιαφέρον της πλειοψηφίας για τις ψυχοσωματικές διαταραχές, τόσο όσον αφορά στην αναγνώριση τους αλλά ακόμη περισσότερο όσον αφορά στη θεραπεία τους. Ωστόσο, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου ο όρος «ψυχοσωματική» έχει παρερμηνευτεί, διαστρεβλωθεί και σε αρκετές περιπτώσεις υποτιμηθεί. Πολλοί άνθρωποι κατέληξαν σε μία βεβιασμένη και επιφανειακή θεώρηση πως οι ψυχοσωματικές διαταραχές είναι πλασματικές, κατασκευασμένες, δηλαδή, από τον «υποτιθέμενο» ασθενή, ο οποίος προσποιείται συνειδητά τα συμπτώματα του προκειμένου να αποκομίσει κάποιο όφελος μέσα από αυτή τη διαδικασία.

Ο σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι να εξετάσει ενδελεχώς τις διαταραχές που υποστηρίζεται πως έχουν ψυχολογική αιτιολογία, να παρουσιάσει τις διαφορές ανάμεσα στις ψυχοσωματικές και σωματόμορφες διαταραχές και στα φαινόμενα μετατροπής, καθώς επίσης να ονομάσει τα αυτοάνοσα νοσήματα.

Συγκεκριμένα, στο πρώτο και δεύτερο κεφάλαιο αναφέρονται τόσο η αξιολόγηση όσο και η κλινική εικόνα των ψυχοσωματικών διαταραχών, ο ρόλος του σώματος στην εμφάνιση αυτών των διαταραχών, ο ψυχοσωματικός πόνος και οι θεραπευτικές προσεγγίσεις. Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύεται η ενδοψυχική διεργασία που λαμβάνει χώρα στα φαινόμενα μετατροπής μαζί με τους μηχανισμούς εκδήλωσης του φαινομένου. Στο τέταρτο κεφάλαιο συναντούνται τα αυτοάνοσα νοσήματα (π.χ. καρδιολογικές ασθένειες, ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος – άσθμα, ασθένειες του γαστρεντερικού συστήματος κλπ) με σκοπό μία σύντομη ανασκόπηση του ορισμού, της αιτιολογίας και των συμπτωμάτων τους. Και. Τέλος, στο πέμπτο κεφάλαιο επιχειρείται η παραβολή των ψυχοδυναμικών απόψεων σχετικά με τις σωματοποιήσεις.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σχέση ανάμεσα στο μυαλό και το σώμα έχει υπάρξει ένα αμφιλεγόμενο θέμα από αρχαιοτάτων χρόνων. Δεν ήταν λίγοι οι φιλόσοφοι, οι ψυχολόγοι αλλά και οι φυσιολόγοι που διατύπωσαν τις απόψεις τους επί του συγκεκριμένου θέματος, και όπως θα ήταν φυσικό εξίσου πολλές υπήρξαν και οι διαφωνίες σχετικά με το αν και σε ποιο βαθμό υφίσταται μία τέτοια σχέση ανάμεσα στο μυαλό και το σώμα. Θα πρέπει, λοιπόν, τα βιώματα να θεωρούνται μόνο ψυχικά, μόνο σωματικά, ή ως μία αλληλεπίδραση ανάμεσα στα φυσικά και τα σωματικά;

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως οι πρώτοι στοχασμοί και οι πρώτες διατυπώσεις σχετικά με την ψυχοσωματική εντοπίζονται στην αρχαία Ελλάδα. Ενδιαφέρουσες θέσεις εντοπίζονται στα έργα των μεγάλων φιλοσόφων, οι οποίοι ως γνωστόν, προβληματίστηκαν όχι μόνο για τον κόσμο και τους ανθρώπους αλλά και για τη μυστηριώδη σύνδεση του σώματος και της ψυχής σε σχέση με την ασθένεια. Ήδη από αρχαιοτάτων χρόνων διατυπώθηκε ξεκάθαρα στην ελληνική φιλοσοφία η σκέψη πως οι επιδράσεις στο σώμα πηγάζουν από την ψυχή, όπου η ξηροστομία και η ταχυκαρδία υποστηρίζεται πως σχετίζονται με το φόβο ή το θυμό και ο πονοκέφαλος προκαλείται από την συναισθηματική ανησυχία (Gatchel & Blanchard, 1993). Στην αρχαία Ελλάδα τοποθετείται επίσης η διαπίστωση σχετικά με την ολότητα του ανθρώπου, η οποία θεωρείται πως ήδη υπάρχει στον υγιή αλλά γίνεται καταφανής στην ασθένεια, κατά τη διάρκεια της οποίας διαταράσσεται η φυσική ισορροπία του ανθρώπου. Από εκείνη ακόμα την εποχή ο ιατρός αναγνώρισε αυτή την ολότητα σαν κατευθυντήρια γραμμή στην πρακτική του εξάσκηση, και αυτό διότι, όπως είναι γνωστό, ο ιατρός εκείνης της εποχής ήταν παράλληλα και φιλόσοφος και αντιμετώπιζε τον άνθρωπο στην ολότητα του.

Οι Νικολαΐδης και Benedetti (1981) αναφέρουν τον πλατωνικό διάλογο «Χαρμίδης», στον οποίο ο Σωκράτης λέει σε ένα νεαρό άνδρα που υποφέρει από πονοκεφάλους ότι θα πρέπει να γίνει καλά όλο το σώμα προκειμένου να απαλλαγεί από τους πόνους. Το σώμα όμως, συνεχίζει, δεν μπορεί να θεραπευτεί χωρίς την παράλληλη θεραπεία της ψυχής. Τα ακριβή λόγια του Σωκράτη, όπως μεταφέρονται από τους Νικολαΐδη και Benedetti, είναι: «όλα προέρχονται από την ψυχή και τα καλά και τα κακά, τόσο για το σώμα όσο και για σύνολο του ανθρώπου. Η ψυχή θα πρέπει να θεραπεύεται με ορισμένες συγκεκριμένες λογοθεραπείες. Αυτές είναι «οι καλοί λόγοι». Αυτός ο τρόπος των συνομιλιών δημιουργεί γαλήνη στην ψυχή». Κι ένας συνομιλητής του Σωκράτη απαντά: «Σωκράτη, στην περίπτωση αυτή ο πονοκέφαλος για το νέο θα ήταν πραγματικό ευτύχημα, γιατί αν τον χρησιμοποιούσε από ενδιαφέρον για το κεφάλι, θα μπορούσε να βελτιώσει τον ψυχικό του κόσμο».

Ωστόσο, αντιλαμβάνεται κανείς πως οι Έλληνες φυσιοκράτες δεν φαίνεται να ενστερνίστηκαν τις απόψεις περί ψυχοσωματικής και παρέμειναν δέσμιοι του σώματος και της παθολογίας του (Lipsitt, 2002). Συγκεκριμένα, αναφέρεται πως ο αρχαίος Έλληνας φυσικός, Ιπποκράτης, περιγράφει την υστερία καθαρά σωματικά, σαν μία ασθένεια της μήτρας. Υποστηρίζεται πως εκείνος πρότεινε μία από τις αρχαιότερες θεωρίες της ευέξαπτης προσωπικότητας. Υπέδειξε, δηλαδή, ότι τέσσερα είδη σωματικών υγρών, που ονομάζονται ορμόνες, ήταν υπεύθυνα για την προσωπικότητα ή την ιδιοσυγκρασία, καθώς

επίσης και για τις σωματικές ή ψυχικές ασθένειες. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία αυτά τα τέσσερα υγρά ήταν το αίμα, η μαύρη χολή, η κίτρινη χολή και το φλέγμα (Gatchel & Blanchard, 1993).

Ο όρος «ψυχοσωματική» καθιερώθηκε το 1818 από τον Γερμανό Heinroth, εννοώντας με τον όρο αυτό ένα συνονθύλευμα ιατρικών και ηθικών απόψεων, κακές και αμαρτωλές πράξεις και κυρίως σεξουαλικά πάθη που είχαν θεωρηθεί συνυπεύθυνα των σωματικών παθήσεων. Στη συνέχεια, αναφέρεται πως η ψυχοσωματική εξελίχθηκε σημαντικά το 1950 με τις έρευνες των «πρωτεργατών» Herald Wolf και Franz Alexander, των οποίων οι εργασίες ανακοινώθηκαν στην Αμερική (Νικολαΐδης & Benedetti, 1981).

Σύμφωνα με τον Oken (2001) τα φυσικά συμπτώματα ακολουθούν αξιοσημείωτα γεγονότα της ζωής και οι στρεσογόνες εμπειρίες της ζωής ενδέχεται να ευθύνονται για την ξαφνική εκδήλωση ασθενειών. Κατά συνέπεια, οι ψυχοσωματικές διαταραχές αναφέρονται αφενός μεν σε μία οργανική παθολογία, και όχι απλώς μία σωματική συμπτωματολογία, και αφετέρου σε μία ψυχολογική αιτιολογία και όχι απλώς σε μία ψυχολογική παθολογία. Στη συνέχεια, όσον αφορά τις σωματόμορφες διαταραχές πρόκειται για μία κατηγορία ψυχικών διαταραχών, η οποία χαρακτηρίζεται από την παρουσία πολλαπλών φυσικών συμπτωμάτων χωρίς ωστόσο να εξηγούνται επαρκώς από κάποια φυσική ασθένεια, ναρκωτικά, κατάχρηση ουσιών ή άλλη ψυχιατρική κατάσταση (Allen & Woolfolk, 2010; Bondo-Lind, Delmar & Nielsen, 2014; Pollatos, Dietel, Herbert, Wanker, Wachsmuth, Henningsen & Sack, 2011; Tzeng & Elsendrath, 2003). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, αυτά τα συμπτώματα δεν προκαλούνται εμπρόθετα και δεν υπάρχει εμφανής πρόθεση δευτερογενούς κέρδους, όπως η απόκτηση αναπηρίας ή οικονομικά οφέλη. Η διαταραχή μετατροπής, από την άλλη, η οποία παλαιότερα ονομαζόταν και υστερική νεύρωση, και ακόμα παλαιότερα υστερία μετατροπής, είναι η δημοφιλής διαταραχή που γοήτευσε τόσο το Freud όσο και τους πρωτοπόρους ψυχαναλυτές. Τυπικά, υποστηρίζεται πως αντιστοιχεί σε μία ψυχική αποδιοργάνωση που εκδηλώνεται, στην περίπτωση των σωματικών συμπτωμάτων, κάτω από μία σοβαρή μορφή (παράλυση, αναισθησία, άλγη) και επιταχύνει διάφορες λειτουργικές διαταραχές όπως η ναυτία, οι πεπτικές διαταραχές, οι ημικρανίες κλπ, χωρίς οργανικό υπόστρωμα (Dumet, 2011). Θα παρατηρούσε κανείς πως η εξόφθαλμη διαφορά ανάμεσα στις ψυχοσωματικές διαταραχές και τα φαινόμενα μετατροπής είναι πως στις πρώτες η οργανική βλάβη είναι σαφής και επικίνδυνη εν αντιθέσει με τα φαινόμενα μετατροπής. Τέλος, η σωματοποιητική διαταραχή χαρακτηρίζεται από πολλαπλά σωματικά συμπτώματα που υποτροπιάζουν και διαρκούν πολλά χρόνια. Για τα σωματικά αυτά συμπτώματα, αναφέρεται πως οι ασθενείς αναζητούν επανειλημμένα ιατρική βοήθεια, αλλά δεν ανευρίσκεται οργανική αιτία. Τα ενοχλήματα συχνά είναι γενικά, ασαφή και παρουσιάζονται με δραματικό τρόπο (Angenendt & Harter, 2001; Dickinson et al., 2003; Swatrz, Hughes, George, Brazer, Landerman, & Bucholz, 1986).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

1.1 Θεωρίες της ψυχοσωματικής

Σύμφωνα με αναφορές σε αρχαία γραπτά, υποστηρίζεται, πως έκδηλο ενδιαφέρον για περιπτώσεις στις οποίες τα φυσικά συμπτώματα ακολουθούν αξιοσημείωτα γεγονότα της ζωής, παρουσιάστηκε χιλιάδες χρόνια πριν. Με την απαρχή της ιατρικής επιστήμης προστέθηκαν περισσότερες τέτοιες αναφορές, καθώς επίσης δόθηκε λεπτομερής περιγραφή ξαφνικών εκδηλώσεων ασθενειών κατά τη διάρκεια πολέμων και σημαντικών διαταραχών. Ως εκ τούτου, η αντίληψη πως οι στρεσογόνες εμπειρίες της ζωής ενδέχεται να ευθύνονται για την εκδήλωση ασθενειών κέρδισε όλο και περισσότερο ενδιαφέρον. Κατά τη διάρκεια του 19^{ου} αιώνα, οι φιλοσοφικές εικασίες για την ολιστική ποιότητα της ανθρώπινης φύσης αναπτύχθηκαν, και κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης περιόδου, η ψυχοσωματική περιήλθε στα χέρια των γιατρών, αν και σε μία αρκετά διαφορετική αίσθηση από τη σημερινή (Oken, 2001).

Παραλληλίζοντας τις μεγαλύτερες βιοϊατρικές προόδους που διασαφήνισαν την αιτιολογία και την παθογένεση της ασθένειας, η ψυχοσωματική ιατρική ανέλαβε μία έρευνα για συγκεκριμένους ψυχολογικούς αιτιολογικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τον Oken (2001), η ψυχοσωματική ιατρική είναι ένας τομέας της επιστήμης υγείας, βασισμένος στη λογική ότι ο ανθρώπινος οργανισμός είναι μία ψυχοσωματική ενότητα, όπου οι βιολογικές και ψυχολογικές διαδικασίες είναι άρρηκτα αλληλένδετες οπτικές της λειτουργίας του. Επίσης, η ψυχοσωματική ιατρική οπτικοποιεί μία ακολουθία όπου τα ψυχολογικά γεγονότα ακολουθούνται ή συνοδεύονται από φυσικά γεγονότα. Κατά συνέπεια, υποστηρίζεται πως οι ψυχοσωματικές διαταραχές είναι σε γενικές γραμμές μία παθολογική έκφραση των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικο-περιβαλλοντικών παραμέτρων της ανθρώπινης υγείας και ασθένειας (Signh, 2006).

Σύμφωνα με τον Signh (2006), η μοντέρνα ψυχοσωματική ιατρική άρχισε με τον Γερμανό ψυχίατρο Hernoth, το 1818, όταν χρησιμοποίησε τον όρο ‘ψυχοσωματική ιατρική’ για πρώτη φορά θεραπεύοντας διαταραχές ύπνου. Στη συνέχεια, από το 1930 έως το 1940, η ψυχοσωματική ιατρική διαμορφώθηκε ως ακαδημαϊκός κλάδος εκπαίδευσης από την ψυχανάλυση και, σε μεγαλύτερο βαθμό από την ψυχιατρική, αδιαφορώντας, όμως, για την εσωτερική παθολογία. Όπως αναφέρει, πάντα, ο Signh (2006), ο Meyers το 1959 έγραψε: «Η ψυχοσωματική ιατρική είναι ένας τρόπος προσέγγισης του προβλήματος της υγείας και των ασθενειών. Είναι μία προσέγγιση που αποπειράται να εφαρμόσει τις καλύτερες και πιο μοντέρνες ψυχοδυναμικές κατανοήσεις των λειτουργιών της ανθρώπινης προσωπικότητας σε όλες τις φάσεις της ιατρικής πρακτικής, τη διάγνωση, τη θεραπεία και την έρευνα».

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η ψυχοσωματική ιατρική ανέλαβε μία έρευνα για συγκεκριμένους ψυχολογικούς και αιτιολογικούς παράγοντες. Αναφέρεται πως ο Dunbar ήταν πρωτοπόρος και εδώ, παρατηρώντας ότι οι ασθενείς με διάφορες ιατρικές διαταραχές είχαν διακριτά χαρακτηριστικά προσωπικότητας, τα οποία εκείνος συμπέρανε

πως ήταν αιτιολογικά. Οι αναγνωρισμένες ασθένειες ορίστηκαν ως «ψυχοσωματικές», ενώ στη συνέχεια υπήρξαν και άλλοι που ανέπτυξαν παρόμοιες διατυπώσεις. Υποστηρίζεται, ωστόσο, ότι η προσπάθεια έφτασε στην κορύφωση της με τη συνεισφορά του Franz Alexander, ο οποίος, ως ψυχαναλυτής, επικεντρώθηκε στις ασυνείδητες διαδικασίες, με τη διαφορά ότι η δική του δουλειά ήταν περισσότερο λεπτομερής και εξελιγμένη από των άλλων (Oken, 2001). Η ευρυμάθειά του και η ανοιχτόμυαλη οπτική της ψυχαναλυτικής θεωρίας και πρακτικής ήταν πηγή έμπνευσης για τους συναδέλφους του, των οποίων ο σκοπός ήταν να ενθαρρύνουν την ανάπτυξη της ψυχανάλυσης σε πραγματική επιστήμη της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Υποστηρίζεται πως λόγω της ικανότητας του Alexander, ως καθηγητή και ως επιστήμονα-φιλόσοφο, η ψυχανάλυση μεταδόθηκε στις ΗΠΑ. Στη συνέχεια, όταν ξέσπασε ο Β' Παγκόσμιος Πόλεμος, η ψυχοδυναμική θεωρία αναπτύχθηκε επαρκώς και αρκετοί ήταν οι ψυχίατροι που είχαν επηρεαστεί από τη διδασκαλία του, η οποία, αναφέρεται πως διαδραμάτισε ένα σπουδαίο ρόλο στο ψυχιατρικό πρόγραμμα για τις ένοπλες δυνάμεις (Salzman, 1964). Ενώ από τις πιο σημαντικές και μακροχρόνιες αντιλήψεις ήταν ότι κανένας αμιγώς ψυχολογικός μηχανισμός δεν θα μπορούσε να εξηγήσει τις φυσιολογικές διαδικασίες των εσωτερικών οργάνων, ο Alexander αντ' αυτού αναφέρει πως «συγκεκριμένοι δυναμικοί αστερισμοί» των κινητοποιήσεων, των αμυνών και των συναισθημάτων χαρακτηρίζουν τους ασθενείς με ψυχοσωματικές ασθένειες και πως οι εμπειρίες της ζωής που ταιριάζουν στα τρωτά σημεία που είναι έμφυτα στο συγκεκριμένο αστερισμό, επισπεύδουν την ασθένεια. Επίσης, συνέδεσε τον κάθε αστερισμό με συγκεκριμένες φυσιολογικές διαδικασίες που μετριάζονται μέσα από αυτόνομες νευρικές οδούς, που εύλογα εξηγούν την παθογένεση της ασθένειας (Oken, 2001). Η λαμπρότητα αυτής της δουλειάς αιχμαλώτισε τη φαντασία πολλών και έγινε μία τεράστια δύναμη στην ψυχοσωματική ιατρική. Κατά συνέπεια, αναπτύχθηκε η πεποίθηση ότι η ψυχοθεραπεία μπορεί να θεραπεύσει «ψυχοσωματικές ασθένειες».

Η έκταση της ψυχοσωματικής είχε διευρυνθεί σε ένα βαθμό που οι άνθρωποι ξεκίνησαν να αναρωτιούνται ποια είναι τα όρια. Ο Lipowski (1973) διατύπωσε έναν περιεκτικό ορισμό της ψυχοσωματικής ιατρικής που αντανακλά τόσο την κλινική όσο και την επιστημονική οπτική. Εκφράζει την αντίληψη του τομέα που ο κύριος στόχος του είναι διττός: να πασχίσει για μία ενοποιημένη θεωρία αλληλοσυσχέτισης μυαλού-σώματος-περιβάλλοντος, και να εφαρμόσει την αποκτηθείσα γνώση για να βελτιώσει τη φροντίδα των αρρώστων, να βοηθήσει στην πρόληψη κάποιων ασθενειών και να βελτιώσει την ποιότητα της ανθρώπινης ύπαρξης. Υποστηρίζεται πως δεν είναι απαραίτητη η οριοθέτηση των συνόρων της ψυχοσωματικής, καθώς αυτό θα μπορούσε να έχει ως αποτέλεσμα τη φραγή ελπιδοφόρων γραμμών ανορθόδοξης σκέψης.

Σύμφωνα με τον Lipowski (1973), προκειμένου να κατανοηθεί και να ελεγχθεί μία ασθένεια, απαιτείται η μελέτη του συμπλέγματος σώματος-μυαλού σε σχέση με το εξωτερικό περιβάλλον. Υπάρχει, λοιπόν, η πεποίθηση πως παράγοντες του κοινωνικού περιβάλλοντος δεν είναι λιγότερο σημαντικοί για την ευεξία των ανθρώπων, σε θέματα υγείας και ασθένειας, από τα βιολογικά και φυσικοχημικά χαρακτηριστικά του φυσικού περιβάλλοντος. Ωστόσο, παρατηρείται ότι η ψυχοσωματική ιατρική συχνά έχει αγνοήσει τις κοινωνικές μεταβλητές. Σε πολλές ψυχοσωματικές έρευνες δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στις ψυχοδυναμικές επεξηγηματικές έννοιες, όπως οι ενδοψυχικές διαμάχες προσέγγισης αποφευκτικού τύπου και τα σχετικά συναισθήματα, συμπεριφορές, άμυνες του εγώ, και οι

προσπάθειες για οπισθοδρομική, μη λεκτική επικοινωνία χρησιμοποιώντας αυτόνομα νευρικά μονοπάτια αντί για γλώσσα και χειρονομίες. Αυτές οι ψυχολογικές έννοιες έχουν σχετιστεί αιτιολογικά με συγκεκριμένους τρόπους φυσιολογικής δυσλειτουργίας και ασθένειας. Όταν το κοινωνικό περιβάλλον εξετάστηκε από τους ερευνητές της ψυχοσωματικής, έγινε σε μία γενική αίσθηση ως μία πηγή στέρησης, πειρασμού, απώλειας ή κινδύνου, που προκαλεί συγκεκριμένες συναισθηματικές αποκρίσεις και τα φυσιολογικά συνακόλουθα. Ακόμη, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η ψυχοσωματική έρευνα σπάνια τολμούσε να επεκταθεί πέρα από το οικογενειακό περιβάλλον.

Σχετικές επεξηγηματικές υποθέσεις περιστρέφονται γύρω από την ανεσταλμένη έκφραση εξαρτημένων αναγκών και την επακόλουθη εντατικοποίηση των ενδοψυχικών διαμαχών πάνω σε παρορμήσεις για την έκφραση αποκηρυγμένων επιθυμιών και συναισθημάτων, ειδικά της επιθετικότητας. Υποστηρίζεται πως οι επικρατούσες ψυχοδυναμικές έννοιες δεν θα πρέπει να θεωρούνται αμετάβλητοι νόμοι της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Οι ενδοψυχικές διαμάχες, για παράδειγμα, οι οποίες διαδραμάτισαν κυρίαρχο ρόλο στις ψυχοσωματικές υποθέσεις του Alexander και των ακολούθων του, είναι δυνατόν να υφίστανται σημαντικές αλλαγές κάτω από την επιρροή των μεταβαλλόμενων αξιών και του αντίκτυπου τους στην ψυχολογική ανάπτυξη των παιδιών. Συγκεκριμένες παρορμήσεις, σεξουαλικές, εξαρτημένες, ή επιθετικές, ίσως να χάνουν την υποτιμητική χροιά τους και την επακόλουθη ανάγκη για καταπίεση τους και άλλες άμυνες ενάντια στην εισβολή στο ασυνείδητο. Έτσι, ο Lipowski (1973) αναφέρει, πως οι συχνά προτεινόμενες ασυνείδητες διαμάχες προσέγγισης-αποφυγής ενδέχεται σταδιακά να σταματήσουν να είναι ασυνείδητες και η έκφραση σχετικών παρορμήσεων μπορεί να οδηγήσει σε συνειδητές, διαπροσωπικές διαμάχες, ή ακόμη σε καθόλου διαμάχες. Επίσης, άλλες ψυχολογικές μεταβλητές, όπως οι διαμάχες επιλογής και απόφασης, οι διαμάχες αξιών, οι δυσαρμονικές καταστάσεις, ο αυξημένος βαθμός κοινωνικής αλλαγής, η ασυμφωνία ανάμεσα σε προσδοκίες και ικανοποίηση, και ένα πλήθος άλλων επικρατών παραγόντων ενδέχεται να υπερισχύουν, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, των προηγούμενων αναφερόμενων ψυχοδυναμικών μεταβλητών, ως πιθανές πηγές ψυχικού στρες, φυσιολογικής δυσλειτουργίας και ασθένειας.

Στη συνέχεια, αναφέρεται πως τόσο το φυσικό όσο και το κοινωνικό περιβάλλον είναι σχετικό με τις ψυχοσωματικές σχέσεις με τέσσερις τρόπους: ως μία πηγή ερεθίσματος και εισερχόμενης πληροφορίας, ως ένας υποκινητής του προσανατολισμού της σκέψης στο στόχο και τη δράση, ως πηγή ερεθίσματος που αυξάνει τις σωματικές αντιλήψεις, και τέλος, ως πηγή παραγόντων οι οποίοι μεταβάλλουν την εγκεφαλική λειτουργία και δομή κι έτσι βλάπτουν τις προσαρμοστικές ικανότητες του ατόμου. Υποστηρίζεται ότι η καθεμία από αυτές τις τέσσερις οπτικές μπορούν να επηρεάσουν την ψυχοφυσιολογική λειτουργία του ανθρώπου και οδηγούν σε συμπεριφορές οι οποίες με τη σειρά τους τροποποιούν το περιβάλλον. Είναι σημαντικό, ωστόσο, να αναφερθεί πως η σχέση ενός ανθρώπου με το κοινωνικό και διαπροσωπικό περιβάλλον και η επίδραση αυτού στην υγεία του, πρέπει να λάβει υπόψη του τις πληροφορίες που λαμβάνει από το περιβάλλον και τον τρόπο που τις αξιολογεί. Συνεπώς, ο παρεμβατικός παράγοντας κλειδί στην προκειμένη περίπτωση είναι το υποκειμενικό νόημα. Προτείνεται ότι μπορούν να διακριθούν τέσσερις κατηγορίες υποκειμενικού νοήματος των προσλαμβανόμενων γεγονότων, καταστάσεων και αντικειμένων, οι οποίες είναι: η απειλή, η απώλεια, το κέρδος (ή η προσδοκία του) και η

ασημαντότητα. Συγκεκριμένα υποστηρίζεται πως η απειλή και η απώλεια έχουν μεγάλη σημασία στην ψυχοσωματική έρευνα καθώς προκαλούν συναισθηματικές, συμπεριφορικές και φυσιολογικές αποκρίσεις. Επίσης, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, έχουν κεντρικό ρόλο στην έννοια του ψυχολογικού στρες και τις συνέπειες του. Τέλος, κάποια άλλα χαρακτηριστικά εισερχόμενων πληροφοριών που είναι σχετικά με τις ψυχοσωματικές διαταραχές είναι η ποιότητα, η καινοτομία, η διαύγεια, η συνέπεια και η ελκυστικότητα των πληροφοριών όπως βιώνονται από τους αποδέκτες. Όλες αυτές οι καταστάσεις είναι πιθανές πηγές άγχους που προέρχεται από τις πληροφορίες, με τα ποικίλα ψυχολογικά και σωματικά συστατικά τους (Lipowski, 1973).

Παρατηρείται πως στις ψυχοσωματικές αιτίες της ασθένειας, το άγχος είναι καλύτερα τεκμηριωμένο. Αρχικά ο Beaumont, αργότερα ο Cannon κι έπειτα ο Selye υπέθεσαν πως η συναισθηματική διέγερση ή το άγχος θα μπορούσαν να προκαλέσουν σημαντικές αλλαγές στη δραστηριότητα ενός πλήθους ενστικτωδών συστημάτων (Natelson, 1983). Πράγματι, αυτό αντανακλάται και στην καθημερινή ομιλία με εκφράσεις/δηλώσεις όπως: «Μ' έλουσε κρύος ιδρώτας, μου ανέβηκε το αίμα στο κεφάλι, μου κόπηκε η ανάσα, μου γύρισαν τα έντερα, μου κόπηκαν τα πόδια, κ.α». Ο Selye δήλωσε ότι η απόκριση σε οποιοδήποτε επιβλαβές ερέθισμα επισπεύδει ένα μη συγκεκριμένο 'Γενικό σύνδρομο προσαρμογής', ολοκληρωτικά επιβαλλόμενο στις συγκεκριμένες επιδράσεις του ερεθίσματος. Επίσης, επικεντρώθηκε στην απόκριση του φλοιού των επινεφριδίων, αλλά έγινε σαφές ότι πολλά άλλα συστήματα εμπλέκονται στο σύνδρομο, ειδικά άλλες ορμόνες, το καρδιοαγγειακό σύστημα, συστατικά του αίματος, ακόμη και αυτά που είναι ανοσολογικά ενεργά, και η ψυχολογική εφαρμογή. Ακόμη, οι ψυχολογικοί στρεσογόνοι έχουν αποδειχτεί ως ισχυροί φυσικοί παράγοντές, καθώς έχει τεκμηριωθεί πως μερικές επιδράσεις των φυσικών στρεσογόνων προκύπτουν από τις ψυχολογικές τους ιδιότητες. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, διάφορες κλινικές μελέτες έχουν τεκμηριώσεις ότι μία ποικιλία ασθενειών προκύπτει στο γενικό πλαίσιο του συσσωρευμένου στρες της ζωής (Oken, 2001). Στη σημερινή κοινωνία η μείωση της δημιουργικής ικανότητας και της ικανότητας για δουλειά προκαλείται όχι από φυσική βλάβη αλλά από καταστάσεις κατάθλιψης με την ανησυχία και τις λειτουργικές διαταραχές να προκύπτουν ως αποτέλεσμα μεταβατικής ή διαρκούς αποτυχίας των ψυχολογικών ικανοτήτων να επιλύσουν τις διαμάχες, οδηγώντας σε καταστάσεις όπως το σύνδρομο του χρόνιου πόνου και λειτουργικές, καρδιοαγγειακές και γαστρεντερικές διαταραχές (Kopp & Skrabski, 1989). Όπως αναφέρει ο Natelson (1983), αποτελέσματα έρευνας υποδεικνύουν πως οι μαϊμούδες που προσπαθούσαν να αποφύγουν το ηλεκτροσόκ αρρώστησαν στη διάρκεια ενός μήνα και πέθαναν, ενώ οι παθολογικές εξετάσεις αποκάλυψαν πεπτικό έλκος σε όλες αυτές τις μαϊμούδες. Στη συνέχεια αναφέρεται, πως μεγαλύτερης σημασίας ήταν η τοποθεσία της ασθένειας των αγχωμένων μαϊμούδων, η οποία αναπτύχθηκε στο ίδιο σημείο του γαστρεντερικού σωλήνα που τα πεπτικά έλκη αναπτύσσονται στον άνθρωπο, και συγκεκριμένα στο άνω μέρος του στομάχου και στο δωδεκαδάκτυλο. Ακόμη, μία έρευνα σε ποντίκια, που απομονώθηκαν για πέντε μήνες μετά το απογαλακτισμό, έδειξε ότι ανέπτυξαν συστολική υπέρταση όταν επανατοποθετήθηκαν σε μία κοινωνική κατάσταση όπου η επαφή με τα άλλα ποντίκια ήταν υποχρεωτική. Μετά από τουλάχιστον πέντε μήνες, μερικά ποντίκια πέθαναν και η αυτοψία έδειξε νεφρική και καρδιολογική παθολογία. Ενώ, όταν επιβάλλονται πρόσθετοι φυσικοί παράγοντες, όπως συνωστισμός, φώτα που αναβοσβήνουν, μεγάλος θόρυβος, και κλουβί

ταλάντωσης, τα ποντίκια αναπτύσσουν υπέρταση από τον τρίτο μήνα και περιστασιακά υπάρχουν θάνατοι (Natelson, 1983).

Υποστηρίζεται, επίσης, πως έχουν ενοχοποιηθεί ο θυμός και η ανησυχία, καθώς και η κατάθλιψη, που συγκεκριμένα σχετίζεται με συναισθήματα αβοηθησίας και απαισιοδοξίας. Ωστόσο, η ασθένεια είναι μία διαδικασία με μεταβλητή πορεία και συχνά προηγείται από μία περίοδο στην οποία συγκεκαλυμμένες, ακόμη και μη ανιχνευμένες βλάβες, αναπτύσσονται. Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί σε καθεμία από αυτές τις φάσεις, αλλά οι λεπτομέρειες ενδέχεται να διαφέρουν από τη μία στην άλλη. Για παράδειγμα, η σταδιακή επικάθηση της στεφανιαίας αρτηριοσκλήρυνσης προηγείται της θρόμβωσης και του εμφράγματος. Ο θυμός και η κατάθλιψη έχουν ενοχοποιηθεί στο μυοκάρδιο, ενώ το μη συγκεκριμένο άγχος έχει σχετιστεί με τις μεταβολές στο μεταβολισμό της χοληστερόλης, που μπορεί να οδηγήσει σε αρτηριοσκλήρυνση (Oken, 2001). Αξίζει ακόμη να σημειωθεί πως τα συναισθήματα που προκαλούνται από τα γεγονότα διαφέρουν ανάμεσα στους ανθρώπους, καθώς εξαρτάται από το ψυχολογική τους κατασκευή.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι περισσότεροι κλινικοί που δουλεύουν πάνω στη σωματική ιατρική ξέρουν ότι την ψυχανάλυση περίπου ως την ψυχολογία των παρορμήσεων, της συνείδησης και του εγώ που αντιστέκεται στις παρορμήσεις μέσω των αμυνών (Kooiman, 1998; Read, 2000). Σε αυτό το πλαίσιο, τα συμπτώματα συχνά λαμβάνουν ένα συμβολικό νόημα. Η κλασσική ψυχανάλυση είναι γνωστή ως η ψυχολογία της παρόρμησης και του εγώ ή ως το ψυχαναλυτικό μοντέλο των συγκρούσεων. Ο Kooiman (1998) υποστηρίζει πως το συγκρουσιακό μοντέλο έγινε η κατευθυντήρια θεωρία στην ψυχοσωματική πρακτική τη δεκαετία του 1940 και του 1950 από τη δουλειά του Alexander και των άλλων. Τους ασθενείς με φυσικά παράπονα τους χειριζόντουσαν ψυχοθεραπευτικά βασισμένοι στις αρχές του συγκρουσιακού μοντέλου, με τον ίδιο τρόπο που χειριζόντουσαν τους νευρωτικούς ασθενείς. Αποσπώντας την προσοχή στην άμυνα, ήλπιζαν ότι οι ασυνείδητες διαμάχες μπορούσαν να γίνουν συνειδητές και αυτό θα οδηγούσε σε ωφέλιμες δομικές αλλαγές και κατά συνέπεια σε βελτίωση των συμπτωμάτων. Το συγκρουσιακό μοντέλο, ωστόσο, είναι μία περιορισμένη αντίληψη ψυχαναλυτικής θεωρίας και πρακτικής.

Υποστηρίζεται, επίσης, πως οι πρώτοι ψυχαναλυτικοί συγγραφείς έχουν ήδη αναφέρει ότι η ψυχοπαθολογία δεν είναι πάντα κυρίως καθορισμένη από ενδοψυχικές διαμάχες ανάμεσα σε ισχυρισμούς των παρορμήσεων και απαιτήσεις συνείδησης, αλλά μπορεί να είναι αποτέλεσμα ελλειμματικής λειτουργίας του εγώ. Σε αυτές τις περιπτώσεις η ψυχοπαθολογία χαρακτηρίζεται από ελλειμματικές ικανότητες, όπως η ανικανότητα δημιουργίας ουσιαστικών σχέσεων. Ακόμη, στην ψυχανάλυση έχει υπάρξει μία βασική υπόθεση ότι η εκπλήρωση των βασικών αναγκών κατά τη διάρκεια της πρώιμης ηλικίας είναι μία σημαντική κατάσταση για την ανάπτυξη της φυσιολογικής λειτουργίας του εγώ στη μετέπειτα ζωή. Η πιο πρόσφατη άποψη είναι ότι τα συναισθήματα είναι μία από τις λειτουργίες που αναπτύσσονται σταδιακά, καθοδηγούμενα από την παρουσία μίας συναισθητικής στάσης των βασικών επιμελητών. Έχει υποστηριχθεί, ακόμη, πως η συναισθηματική ζωή αναπτύσσεται ποιοτικώς σε αλληλεπίδραση με τις εξελισσόμενες γνωστικές ικανότητες σε έναν αριθμό ιεραρχικών σταδίων. Σοβαρές ή μακρόχρονες ενοχλήσεις στην αρχή της εξέλιξης ενδέχεται να προκαλέσουν στασιμότητα στην εξέλιξη της

συναισθηματικής λειτουργικότητας ενός ατόμου, η οποία εκδηλώνεται στη μετέπειτα ζωή ως αλεξιθυμία και με την εμφάνιση φυσικών αισθήσεων ή συμπτωμάτων. Υπάρχει, ωστόσο, η πεποίθηση ότι σοβαρές τραυματικές εμπειρίες στην ενήλικη ζωή μπορεί να οδηγήσουν σε μία τόσο περιορισμένη συναισθηματική λειτουργικότητα αργότερα, που να έχει ως αποτέλεσμα την κλινική εικόνα της αλεξιθυμίας (η έννοια της οποίας θα αναλυθεί λεπτομερώς στη συνέχεια) (Kooiman, 1998).

Στα τέλη του 20ου αιώνα πιο προσεκτικές έρευνες έθεσαν υπό αμφισβήτηση πολλή έρευνα ειδικότητας, που υπήρξε ανεξέλεγκτη όσον αφορά την προκατάληψη του παρατηρητή. Ο σκεπτικισμός αυξήθηκε και εξαπλώθηκε πέρα από την ειδικότητα για να συμπεριλάβει όλη την ψυχοσωματική ιατρική. Επιπροσθέτως, αναφέρεται, πως σημαντικές πρόοδοι στη βιοϊατρική έκαναν άλλους τομείς να φαίνονται άσχετοι: «Με την πενικιλίνη, ποιος χρειάζεται ψυχολογία;» (Oken, 2001.) Κατά συνέπεια, η επιρροή του τομέα της ψυχοσωματικής στις υπόλοιπες ιατρικές επιστήμες και πρακτικές έφθινε. Στη συνέχεια, βιώνοντας αυτό-αμφισβήτηση και απώλεια εξωτερικής υποστήριξης, ο εν λόγω τομέας συρρικνώθηκε και άλλαξε. Η έρευνα επικεντρώθηκε σε καλύτερα προσδιορισμένες ερωτήσεις και οι εργαστηριακές μελέτες έγιναν μεθοδολογικά αυστηρότερες και επικεντρώθηκαν στο διαφωτισμό των βασικών ψυχοφυσιολογικών σχέσεων.

Το 1977 ο George Engel προκάλεσε το ιατρικό επάγγελμα να αναθεωρήσει την αυστηρή βιοϊατρική προσέγγιση στην ιατρική εκπαίδευση και φροντίδα και να ενστερνιστεί ένα «νέο ιατρικό μοντέλο», το βιοψυχολογικό μοντέλο (Novack et al., 2007). Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έρευνα, ο Engel ισχυρίστηκε ότι οι άνθρωποι είναι ταυτόχρονα βιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικά όντα, που συμπεριφέρονται με συγκεκριμένους τρόπους, οι οποίοι προωθούν ή βλάπτουν την υγεία. Πολλοί αλληλεπιδρώντες παράγοντες, από κυτταρικοί έως κοινωνικοί συνεισφέρουν στην υγεία ή στην ασθένεια. Στη συνέχεια, υποστηρίζεται ότι ο Engel πρότεινε έναν εναλλακτικό τρόπο για να κατασκευάζεται η κλινική πραγματικότητα, έναν άλλο τρόπο αντίληψης. Αν οι γιατροί κατανοήσουν πως μία ποικιλία ψυχοσωματικών παραγόντων αλληλεπιδρούν για να προωθήσουν ή να διατηρήσουν την ασθένεια, μπορούν να παρέμβουν σε ποικίλα επίπεδα. Ενώ οι κλινικοί, χωρίς να είναι πλέον περιορισμένοι να παρεμβαίνουν μόνο σε βιολογικό επίπεδο, μπορούν, επίσης, να παρέμβουν με γνωστικές και/ή συναισθηματικές στρατηγικές, γνωρίζοντας ότι αυτές οι παρεμβάσεις μπορούν να έχουν θετικές επιδράσεις σε όλα τα επίπεδα λειτουργικότητας.

Ο Novack και οι συνάδελφοι του (2007), αναφέρουν επίσης, πως εξαιτίας του γεγονότος ότι οι άνθρωποι εξελίχθηκαν ως κοινωνικά όντα, ζώντας σε ένα, συχνά, εχθρικό περιβάλλον, μία ποικιλία ψυχοφυσιολογικών μηχανισμών εξελίχθηκε για να διατηρήσει την υγεία σε μία ποικιλία πλαισίων. Αυτοί οι μηχανισμοί μεσολαβούνται από το κεντρικό και το αυτόνομο νευρικό σύστημα, το νευροενδοκρινικό και το ανοσοποιητικό σύστημα. Υποστηρίζεται πως η κατανόηση των δομών και λειτουργιών του κεντρικού και αυτόνομου νευρικού συστήματος παρέχει ένα υπόβαθρο για την εκτίμηση της πολυπλοκότητας της ψυχοφυσιολογίας στις συμπεριφορικές αλληλεπιδράσεις του μυαλού-εγκέφαλου-σώματος. Τα δύο εν λόγω συστήματα εξελίχθηκαν, όπως αναφέρεται, για να διατηρήσουν την ομοιόσταση (π.χ μία βελτιστοποιημένη φυσιολογική κατάσταση) σε σχέση με το εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον, συντονίζοντας μία ποικιλία φυσιολογικών αποκρίσεων στους

στρεσογόνους παράγοντες. Οι διασυνδέσεις και οι ατομικές λειτουργίες της δομής του εγκεφάλου καθορίζουν τη μάθηση, τη γνώση, τις συναισθηματικές αντιδράσεις και την εκτίμηση από και προς τους διαπροσωπικούς και περιβαλλοντικούς στρεσογόνους. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, αυτές οι γνωστικές και συναισθηματικές αντιδράσεις ξεκινούν τις φυσιολογικές διαδικασίες που επηρεάζουν την υγεία και την ασθένεια. Η ποιότητα της ανατροφής, καθώς και οι στρεσογόνοι κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας μπορούν να επηρεάσουν την αντιδραστικότητα μίας ποικιλίας νευρωνικών συστημάτων στους μετέπειτα στρεσογόνους. Τέλος, παρόλο που γίνεται κατανοητό ότι οι περισσότεροι ιστοί στέλνουν και λαμβάνουν πληροφορίες από τον εγκέφαλο, η κατανόηση της ψυχοφυσιολογικής συμπεριφοράς στην παθογένεση είναι ένα περίπλοκο έργο. Κρίνεται, κατά συνέπεια αναγκαίο να αναγνωριστούν τα ευαίσθητα όργανα, οι περιοχές του εγκεφάλου που εμπλέκονται, οι συνδέσεις μεταξύ τους και οι μηχανισμοί δυσλειτουργίας (Novack et al., 2007).

1.2 Αξιολόγηση των ψυχοσωματικών διαταραχών

Τόσο η κλινική σοφία όσο και τα ευρήματα ερευνών επιβεβαιώνουν ότι οι τυπικά διαγνωσμένες ψυχικές διαταραχές, το επίπεδο και ο τύπος της ψυχολογικής ανησυχίας, η διαταραγμένη προσκόλληση και τα σχετικά μοτίβα, η φτωχή κοινωνική υποστήριξη και η δυσλειτουργία στην πρόσβαση και την εκμετάλλευση του συστήματος υγείας και φροντίδας, στο σύνολο τους, ασκούν μία υποκειμενική επίδραση στην υποκειμενική εμπειρία και το ιατρικό αποτέλεσμα των διαταραχών (Galeazzi, Ferrari, Mackinnon & Rigatelli, 2004; Grassi, Rossi, Sabato, Cruciani, & Zambelli, 2004; Mangelli, Semprini, Sirri, Fova & Sonino, 2006). Το πιο δημοφιλές πλαίσιο που χρησιμοποιείται για να συμπεριλάβει όλους αυτούς τους παράγοντες που αλληλεπιδρούν για να σχηματίσουν την πορεία και πρόγνωση των φυσικών ασθενειών είναι το βιοψυχολογικό μοντέλο, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως. Παρόλα αυτά ο Oken (2001) σημείωσε: «Το πρόβλημα με ένα τέτοιο κυρίαρχο μοντέλο είναι η υπερβολική γενικολογία. Αυτό που απαιτείται είναι λειτουργικά σενάρια εφαρμόσιμα στις πρακτικές δοκιμασίες της ιατρικής». Αυτό το πρόβλημα συγκεκριμένα, είναι φανερό στον τομέα της ψυχοσωματικής ιατρικής, στον οποίο υπάρχει ένας αριθμός κριτηρίων σχετικά με την επάρκεια των δύο πιο ευρέως χρησιμοποιούμενων διαγνωστικών συστημάτων για τις ψυχιατρικές διαταραχές –το DSM-IV και το ICD-10- στον χαρακτηρισμό των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των ιατρικά ασθενών.

Ωστόσο, αναφέρεται πως ο ορισμός των ψυχιατρικών διαταραχών με σωματικά συμπτώματα που παρουσιάζεται μέσα στο DSM-IV και το ICD-10 έχει σημαντικές ελλείψεις. Το 1995, μία διεθνής κοινοπραξία των ψυχοσωματικών ερευνητών, ορμώμενη από το είδος της κριτικής των ορισμών του DSM και τις αντίστοιχες κατηγορίες του ICD-10, πρότεινε ότι η πιο χρήσιμη προσέγγιση περιγραφής της ψυχολογικής ανησυχίας σε ασθενείς με σωματικές νόσους θα καθιστούσε λειτουργική και θα μελετούσε τη διανομή των επονομαζόμενων «ψυχοσωματικών διαταραχών». Στη συνέχεια ανέπτυξαν σετ από κριτήρια για δώδεκα ψυχοσωματικά σύνδρομα, που ονομάζονται «Διαγνωστικά Κριτήρια για την Ψυχοσωματική Έρευνα, (DCPR)» (Galeazzi, Ferrari, Mackinnon & Rigatelli, 2004; Grassi, Rossi, Sabato, Cruciani, & Zambelli, 2004; Mangelli, Semprini, Sirri, Fova & Sonino, 2006). Τέσσερα από τα

DCPR σχεδιάστηκαν ως καλύτερα προσδιοριζόμενες εναλλακτικές στην ελλιπώς οριοθετημένη κατηγορία του DSM-IV, των «Ψυχολογικών παραγόντων που επηρεάζουν τις ιατρικές συνθήκες». Αυτοί οι παράγοντες ήταν η αλεξιθυμία, η συμπεριφορά τύπου Α, η ευερέθιστη διάθεση και η κατάπτωση ηθικού. Τα άλλα οκτώ σύνδρομα επρόκειτο να αντικαταστήσουν και να διευρύνουν το κεφάλαιο των σωματόμορφων διαταραχών του DSM και συμπεριέλαβαν τη διαταραχή της φοβίας, τη φοβία του θανάτου, την ανησυχία για την υγεία, την άρνηση της ασθένειας, τα λειτουργικά σωματικά συμπτώματα που είναι δευτερεύοντα σε μία ψυχιατρική διαταραχή, την επίμονη σωματοποίηση, τα συμπτώματα μετατροπής και την επετειακή αντίδραση. Το κάθε σύνδρομο ορίστηκε από ένα σετ κατηγοριών λειτουργικών κριτηρίων. Ωστόσο στο συγκεκριμένο κεφάλαιο θα δοθεί βάση στα τέσσερα πρώτα Διαγνωστικά Κριτήρια της Ψυχοσωματικής Έρευνας:

-Τουλάχιστον τρία κριτήρια των συμπτωμάτων πρέπει να πληρούνται έτσι ώστε να θεωρηθεί ότι το άτομο επηρεάζεται από το σύνδρομο της αλεξιθυμίας:

- Ανικανότητα χρήσης κατάλληλου λεξιλογίου για την περιγραφή συναισθημάτων
- Τάση για περιγραφή λεπτομερειών αντί συναισθημάτων
- Έλλειψη έντονης φαντασία στη ζωή
- Το περιεχόμενο της σκέψης σχετίζεται περισσότερο με εξωτερικά γεγονότα παρά με φαντασία ή συναισθήματα
- Άγνοια των κοινών σωματικών αντιδράσεων που συνοδεύουν την εμπειρία μίας ποικιλίας συναισθημάτων
- Περιστασιακά αλλά βίαια και συχνά ακατάλληλα ξεσπάσματα της συναισθηματικής συμπεριφοράς

-Τουλάχιστον πέντε από τα παρακάτω εννέα χαρακτηριστικά θα πρέπει να είναι παρόντα ώστε το υποκείμενο να διαγνωστεί με το σύνδρομο της συμπεριφοράς τύπου Α:

- Υπερβολικός βαθμός εμπλοκής στη δουλειά και σε άλλες δραστηριότητες που έχουν προθεσμίες
- Σταθερή και διάχυτη αίσθηση πίεσης του χρόνου
- Επίδειξη εκφραστικο-κινητικών χαρακτηριστικών (γρήγορος και εκρηκτικός λόγος, απότομες κινήσεις του σώματος, ένταση των μυών του προσώπου, χειρονομίες) που υποδεικνύουν μία αίσθηση ότι είναι κάτω από πίεση χρόνου
- Εχθρικότητα και κυνισμός
- Ευερέθιστη διάθεση
- Τάση επιτάχυνσης των φυσικών δραστηριοτήτων
- Τάση επιτάχυνσης των πνευματικών δραστηριοτήτων
- Υψηλή ένταση επιθυμίας για κατορθώματα και αναγνώριση
- Υψηλός ανταγωνισμός

Αυτή η συμπεριφορά προκαλεί φυσιολογικές αποκρίσεις σχετικές με άγχος που επισπεύδουν η επιδεινώνουν τα συμπτώματα της ιατρικής κατάστασης

Ευερέθιστη διάθεση:

- Μία συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ευερέθιστη διάθεση, που μπορεί να βιώνεται ως σύντομα επεισόδια σε συγκεκριμένες καταστάσεις, ή μπορεί να επεκταθεί και να γενικοποιηθεί. Απαιτεί αυξημένη προσπάθεια ελέγχου του θυμού από το άτομο ή έχει ως αποτέλεσμα οξύθυμα λεκτικά ή συμπεριφορικά ξεσπάσματα
- Η εμπειρία της ευερεθιστότητας είναι πάντα δυσάρεστη για το άτομο, και η υπερεκδήλωση στερείται καθαρτικής επίδρασης ή δικαιολογημένων ξεσπασμάτων θυμού
- Η συμπεριφορά προκαλεί φυσιολογικές αποκρίσεις σχετικές με άγχος οι οποίες επισπεύδουν ή επιδεινώνουν τα συμπτώματα της ιατρικής κατάστασης

Πτώση του ηθικού:

- Μία συναισθηματική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από την επίγνωση του ασθενή ότι έχει αποτύχει να κατακτήσει τις προσδοκίες του/της (ή κάποιων άλλων ενδεχομένως) ή η αίσθηση ανικανότητας να αντιμετωπίσει κάποιο πιεστικό πρόβλημα. Ο ασθενής βιώνει αισθήματα αβοηθησίας, απελπισίας, ή παραίτησης
- Η συναισθηματική κατάσταση θα πρέπει να είναι παρατεταμένη και γενικευμένη (διάρκεια τουλάχιστον ενός μήνα)

Σε μία έρευνα των Mangelli και των συναδέλφων του (2006), της οποίας σκοπός ήταν να μελετήσει την επικράτηση του συμπλέγματος των Διαγνωστικών Κριτηρίων της Ψυχοσωματικής Έρευνας σε ένα δείγμα της κοινωνίας και τη σχέση ανάμεσα σε αυτά τα σύνδρομα και τις ψυχοσωματικές μεταβλητές (το άγχος, την ψυχολογική ανησυχία, τη μη φυσιολογική συμπεριφορά σε ασθένεια και την ψυχολογική ευεξία), παρουσιάστηκαν ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Αρχικά, η παρουσία των Διαγνωστικών Κριτηρίων της Ψυχοσωματικής Έρευνας στο γενικό πληθυσμό σχετίστηκε με αυξημένο άγχος, ψυχολογική ανησυχία και μειωμένη ευεξία. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός πως, σύμφωνα με την έρευνα, το πιο συχνό σύνδρομο στο δείγμα της κοινωνίας ήταν η συμπεριφορά τύπου Α. Η ανταγωνιστικότητα και μία ισχυρή αίσθηση πίεσης του χρόνου είναι ίσως το χαρακτηριστικό του σύγχρονου τρόπου ζωής. Υποστηρίζεται πως η συμπεριφορά τύπου Α αναπαρίσταται ιδιαίτερα στην καρδιολογία.

Στη συνέχεια, σε αυτό το δείγμα της κοινωνίας αναφέρεται πως η αλεξιθυμία είχε μεγάλα ποσοστά αναπαράστασης. Η αλεξιθυμία αναπαριστά ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που ενδέχεται να έχει σοβαρές επιπτώσεις όταν προκύπτει μία ιατρική ασθένεια. Στην πραγματικότητα, παρά το γεγονός ότι η αλεξιθυμία συνεχίζει να είναι μία αμφιλεγόμενη έννοια, συγκεκριμένα όσον αφορά την αξιολόγηση της, φαίνεται ότι η αναστολή της συναισθηματικής έκφρασης, και συγκεκριμένα η χρόνια τάση κατάπνιξης θυμού, έχει βρεθεί ότι συνεπάγεται έναν αυξανόμενο κίνδυνο για διάφορα προβλήματα υγείας.

Ακόμη, σύμφωνα πάντα με τη συγκεκριμένη έρευνα, η ευερέθιστη διάθεση χαρακτηρίζεται από σύντομα ή παρατεταμένα και γενικευμένα επεισόδια αρνητικής διάθεσης, συχνά σχετιζόμενης με μη ελεγχόμενα λεκτικά ή συμπεριφορικά ξεσπάσματα και

δυσάρεστα συναισθήματα, ενώ η πτώση του ηθικού χαρακτηρίζεται από συναισθήματα αβοηθησίας, απελπισίας ή παραίτησης, όπως άλλωστε αναφέρθηκε και προηγουμένως. Τέλος, αναφέρεται πως επίμονη σωματοποίηση χαρακτηρίζεται από λειτουργικές ιατρικές διαταραχές, των οποίων η διάρκεια υπερβαίνει τους έξι μήνες, προκαλώντας ή επαναλαμβανόμενη ιατρική παρέμβαση ή να έχει ως αποτέλεσμα διαταραγμένη ποιότητα ζωής.

1.3 Η κλινική εικόνα των ψυχοσωματικών διαταραχών – αλεξιθυμία

Η έννοια της αλεξιθυμίας προέκυψε στην ψυχοσωματική πρακτική μετά το 1960. Εκείνη την περίοδο, οι ασθενείς εξεταζόντουσαν για πιθανές ψυχολογικές αιτίες συγκεκριμένων φυσικών συνθηκών. Αναφέρεται πως όταν έπαιρναν συνέντευξη από τους ασθενείς σχετικά με την συναισθηματική λειτουργία, οι κλινικοί παρατήρησαν ότι οι λεγόμενοι ψυχοσωματικοί ασθενείς είχαν συχνά δυσκολίες στην έκφραση συναισθημάτων (Kooiman, Spinhoven & Trijsburg, 2002). Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, έχει παρατηρηθεί ένα αυξανόμενο επιστημονικό ενδιαφέρον σχετικά με τη ρύθμιση του συναισθήματος και τις επιπτώσεις του απορρυθμισμένου συναισθήματος στην ψυχική υγεία και σωματική υγεία (Larsen, Brand, Bermond & Hijman, 2003). Η αλεξιθυμία αναφέρεται σε αυτές τις δυσκολίες συναισθηματικής έκφρασης και αυτο-ρύθμισης, και θεωρείται ότι είναι ένας από τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου σε μία ποικιλία ιατρικών και ψυχιατρικών διαταραχών. Ο όρος της «αλεξιθυμίας» εισήχθη για πρώτη φορά από τον Έλληνα ψυχίατρο Πέτρο Συφναίο, το 1973 (Bankier, Aigner & Bach, 2001; Kooiman, Spinhoven & Trijsburg, 2002; Larsen, Brand, Bermond & Hijman, 2003), και η λέξη αυτή προέρχεται από το αρχαίο ρήμα αλέξω (απομακρύνω, απωθώ αλλά και προστατεύομαι) και τον 'θυμό' που σημαίνει συναίσθημα, σημαίνει δηλαδή ότι απωθώ το συναίσθημα (Larsen, Brand, Bermond & Hijman, 2003).

Λαμβάνοντας υπόψη την αλεξιθυμία ως μία πολυδιάστατη κατασκευή, ορίζεται από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: σημαντικές δυσκολίες διάκρισης ανάμεσα σε συναισθήματα και σωματικές αισθήσεις της συναισθηματικής διέγερσης, σημαντικά περιορισμένες φαντασιακές διαδικασίες (όπως αποδεικνύεται από τη μικρή ποσότητα φαντασιώσεων), ένα γνωστικό στυλ που είναι συγκεκριμένο και βασισμένο στην πραγματικότητα (συμβολίζεται επίσης ως εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη) και ένα υψηλό επίπεδο κοινωνικής συμμόρφωσης με μικρή επικοινωνία με τη δική τους ψυχική πραγματικότητα (Bankier, Aigner & Bach, 2001; Larsen, Brand, Bermond & Hijman, 2003). Όπως αναφέρθηκε, οι αλεξιθυμικοί ασθενείς τυπικά παρουσιάζουν δυσκολίες στη λεκτικοποίηση των συναισθημάτων τους και επιδεικνύουν μία αξιοσημείωτη τάση να επιμένουν στην εξωτερική πραγματικότητα, χωρίς να κάνουν αναφορά σε συναισθηματικές οπτικές. Κατά συνέπεια, το γεγονός αυτό ενδεχομένως να δίνει την εντύπωση πως οι αλεξιθυμικοί ασθενείς δεν έχουν συναισθήματα. Ωστόσο, υποστηρίζεται πως σε πολλές περιπτώσεις οι ασθενείς εμφανώς έχουν αισθήματα, αλλά αυτά είναι αρκετά αδιαφοροποίητα και διάχυτα, ενώ κάποιες φορές ακόμη και αφόρητα. Παρόλα αυτά, αναφέρεται πως οι αλεξιθυμικοί ασθενείς μετά βίας είναι ικανοί να επικεντρωθούν σε αυτά. Η ανεπαρκής συνειδητοποίηση ότι κάποιες φυσικές αισθήσεις μπορεί να είναι σωματική εκδήλωση συναισθημάτων μπορεί να γίνει αντιληπτή ως μία εκδήλωση ανικανότητας λεκτικοποίησης

των ψυχικών στοιχείων των συναισθημάτων (Kooiman, 1998). Αυτό το χαρακτηριστικό, ωστόσο, υποστηρίζεται, ότι έχει κλινική σημασία διότι είναι σχετικό με τη θεραπεία των ασθενών με ανεξήγητα φυσικά συμπτώματα. Συμπερασματικά, οι δυσκολίες στην αναγνώριση και περιγραφή συναισθημάτων και μία ζωή με περιορισμένη φαντασία θεωρείται ότι είναι τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της αλεξιθυμίας. Κάποιος μπορεί να συμπεράνει από τη βιβλιογραφία ότι η εξωτερικά προσανατολισμένη σκέψη θεωρείται μερικές φορές ως δευτερεύον χαρακτηριστικό, εξυπηρετώντας ως άμυνα σε μία ιδιαίτερα διασπαστική λανθάνουσα φαντασιακή ζωή που σχετίζεται με πρωτόγονες, αδιαφοροποίητες και ανελέητες εικόνες ή αναπαραστάσεις του ίδιου και άλλων σημαντικών προσώπων. Από την πρώτη στιγμή που εισήχθη ο όρος 'αλεξιθυμία' έχει αξιολογηθεί, κριθεί και βελτιωθεί. Ενώ κάποιοι ερευνητές θεωρούν τις γνωστικές και αξιολογικές οπτικές της αλεξιθυμίας ως πιο σημαντικές, άλλοι υπαινίσσονται πως το θεμελιώδες έλλειμμα στην αλεξιθυμία είναι η περιορισμένη –και σε ακραίες περιπτώσεις ανύπαρκτη- ικανότητα να βιώσει κάποιος συναίσθημα συνειδητά. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ο Bermond διακρίνει δύο κύριες μορφές αλεξιθυμίας: τύπος Ι και τύπος ΙΙ. Η αλεξιθυμία τύπου Ι χαρακτηρίζεται από την απουσία συναισθηματικού βιώματος και, κατά συνέπεια, από απουσία γνώσης που συνοδεύει το συναίσθημα. Η αλεξιθυμία τύπου ΙΙ χαρακτηρίζεται από ένα επιλεκτικό έλλειμμα συναισθηματικής γνώσης με φειδωλά συναισθηματικά βιώματα (Larsen, Brand, Bermond & Hijman, 2003).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η αλεξιθυμία και οι φυσικές ασθένειες συνδέονται, καθώς έχει παρατηρηθεί πως ασθενείς με ποικιλία σωματικών διαταραχών είναι περισσότερο αλεξιθυμικοί από τις ομάδες ελέγχου, και η αλεξιθυμία σχετίζεται θετικά με φυσικά συμπτώματα και υποκειμενική φτωχή υγεία. Παρόλο που το συμπέρασμα ότι η αλεξιθυμία προκαλεί ή επιδεινώνει τις φυσικές ασθένειες φαντάζει δελεαστικό, οι έρευνες αποδεικνύουν μόνο μία αξιόπιστη σχέση (Lumley, Stettner & Wehmer, 1996). Αναφέρεται πως η φυσική ασθένεια θεωρείται ως μία παγκόσμια έννοια που αποτελείται από δύο εν μέρει συστατικά: την οργανική ασθένεια και την συμπεριφορά ασθένειας. Η οργανική ασθένεια περιλαμβάνει την αιτιολογία, την εξέλιξη, την επιδείνωση και την ύφεση της παθολογίας του ιστού, που τεκμηριώνεται από εργαστηριακές μελέτες ή παρατηρήσεις κλινικών σημαδιών. Από την άλλη, η συμπεριφορά ασθένειας εμπεριέχει την υποκειμενική αναφορά των φυσικών συμπτωμάτων, τη συμπεριφορική έκφραση του πόνου και της ανικανότητας, και την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας. Υποστηρίζεται πως οι περισσότερες σωματικές διαταραχές περιλαμβάνουν τόσο την οργανική όσο και την συμπεριφορά ασθένειας. Πολλές διαταραχές, ωστόσο, εκδηλώνουν συμπεριφορά ασθένειας, η οποία είναι δυσανάλογα μεγαλύτερη από το βαθμό της ανιχνευμένης οργανικής δυσλειτουργίας (π.χ. πονοκέφαλοι, σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, ινομυαλγία), και λίγες διαταραχές είναι κυρίως οργανικές, χωρίς συμπτώματα ή ανικανότητα (π.χ. σιωπηλή καρδιακή νόσος, υπέρταση). Όπως υποστηρίζει η συγκεκριμένη έρευνα η αλεξιθυμία μπορεί να επηρεάσει την οργανική ασθένεια και/ή τη συμπεριφορά ασθένειας με τέσσερις ενδιάμεσους τρόπους: τον φυσιολογικό, τον συμπεριφορικό, τον γνωστικό και τον κοινωνικό. Τα φυσιολογικά και τα συμπεριφορικά μονοπάτια επηρεάζουν την οργανική ασθένεια, ενώ τα γνωστικά και τα κοινωνικά μονοπάτια επηρεάζουν κυρίως τη συμπεριφορά ασθένειας, παρόλο που μπορούν έμμεσα να επηρεάσουν την οργανική ασθένεια μέσα από φυσιολογικά και συμπεριφορικά μονοπάτια (Lumley, Stettner & Wehmer, 1996).

Κάποιοι θεωρούν την αλεξιθυμία ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, που παραμένει σταθερό στην πορεία του χρόνου και συνεπώς υπάρχει ανεξάρτητα από την πραγματική κατάσταση. Κάποιοι άλλοι υποστηρίζουν ότι τα αλεξιθυμικά χαρακτηριστικά μπορούν να υπάρξουν προσωρινά σε ασθενείς με σοβαρή σωματική ασθένεια, όπως κακοήθεια (Kooiman, 1998; Stingl, Bausch, Walter, Kagerer, Leichsenring & Leweke, 2008). Από τη στιγμή εισαγωγής αυτής της έννοιας έχουν υπάρξει διάφορές εικασίες σχετικά με την πιθανή αιτιολογία της αλεξιθυμίας. Κάποιοι πιστεύουν ότι προκαλείται από ψυχολογικά και/ή νευροβιολογικά αναπτυξιακά ελλείμματα και ότι η περιορισμένη αντίληψη, διάκριση και επεξεργασία των συναισθημάτων έχει ως αποτέλεσμα τη διαταραγμένη ρύθμιση της διάθεσης, η οποία αυξάνει την ευαλωτότητα στις ψυχοσωματικές διαταραχές. Άλλοι ερευνητές θεωρούν την αλεξιθυμία ως δευτερεύων μηχανισμό –μία άμυνα ή ένα μηχανισμό αντιμετώπισης- που προκύπτει από το ψυχικό άγχος , όπως η κατάθλιψη, η ανησυχία ή το τραύμα (Stingl, Bausch, Walter, Kagerer, Leichsenring & Leweke, 2008). Οι ψυχαναλυτές φαίνεται να είχαν μεγαλύτερη επιρροή στην ανάπτυξη θεωριών για την αιτιολογία της αλεξιθυμίας. Αναφέρεται πως ο Nemiah και ο Συφναίος υποστήριξαν ότι η αλεξιθυμία δεν μπορεί να υπάρχει σε ένα άθικτο εγκεφαλικό υπόστρωμα. Πράγματι, βλάβες σε διάφορες περιοχές του εγκεφάλου μπορεί μερικές φορές να έχουν ως αποτέλεσμα σοβαρά επίπεδα αλεξιθυμίας. Ακόμη, η αλεξιθυμία είναι πιθανό να σχετίζεται με νευρολογικές διαταραχές, όπως μία διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, ένα εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο ή μία διάσειση (Kooiman, 1998).

Μετά την εισαγωγή του όρου αλεξιθυμία, διαφορετικοί τύποι οργάνων μέτρησης ανεπτύχθησαν: κλίμακες αξιολόγησης, ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς και προβολικά όργανα. Πολλές από τις πρώτες μελέτες πάνω στην αλεξιθυμία είναι αμφίβολης εγκυρότητας, καθώς διεξήχθησαν με μετρήσεις που φάνηκε ότι είχαν έλλειψη σε εγκυρότητα και αξιοπιστία, όπως η Schalling Sifneos Personality Scale (SSPS) και η MMPI alexithymia scale (Larsen, Brand, Bermond & Hijman, 2003). Για αρκετά χρόνια, ωστόσο, η Toronto Alexithymia Scale (TAS) είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς, που έχει αποδειχτεί ότι είναι η πιο αξιόπιστη και έγκυρη μέθοδος μέτρησης ποικίλων χαρακτηριστικών της αλεξιθυμίας. Η TAS επέδειξε μία τετραπαραγοντική δομή: δυσκολία στην αναγνώριση συναισθημάτων (παράγοντας 1), δυσκολία στην περιγραφή συναισθημάτων (παράγοντας 2), μειωμένη ονειροπόληση (παράγοντας 3) και μία τάση να σκέφτεται κανείς με τρόπους εξωτερικά προσανατολισμένους (παράγοντας 4). Καθώς τα στοιχεία που αξιολογούσαν την ονειροπόληση έδειξαν μικρή συνοχή με τους άλλους παράγοντες, οι δύο διαδοχικές αναθεωρήσεις της κλίμακας έχουν οδηγήσει στην TAS-20, στην οποία έχουν εξαλειφθεί όλα τα στοιχεία που αξιολογούσαν την φαντασιακή δραστηριότητα (Kooiman, 1998; Kooiman, Spinhoven & Trijsburg, 2002; Larsen, Brand, Bermond & Hijman, 2003).

Είναι γεγονός πως οι ερευνητές έχουν προσπαθήσει κατά καιρούς να αναγνωρίσουν τις συνδέσεις ανάμεσα στα ψυχολογικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και συγκεκριμένες ψυχοσωματικές ασθένειες. Επίσης κάποιοι ερευνητές αποδέχονται την ύπαρξη κάποιων ευάλωτων χαρακτηριστικών στον ψυχοσωματικό ασθενή, όσον αφορά τη διαχείριση της σωματικής έντασης και της ανησυχίας δίπλα σε συγκεκριμένη λειτουργική ευθραυστότητα κάποιων οργάνων που είναι περισσότερο επιρρεπή στην αποτυχία. Σε μία έρευνα των Trifu, Delcuescu και Boer (2012) έγινε μία προσπάθεια επιβεβαίωσης της

σχέσης κάποιων χαρακτηριστικών της προσωπικότητας με συγκεκριμένες ψυχοσωματικές ασθένειες. Σύμφωνα με αυτή την έρευνα, λοιπόν, η ένταση, η ανασφάλεια, η συνεχής ανάγκη για την έγκριση των άλλων, η απασχόληση και η εξάρτηση είναι χαρακτηριστικά του προφίλ του ψυχοσωματικού ασθενή, σε αντίθεση με τα «προστατευτικά χαρακτηριστικά», όπως η συναισθηματική σταθερότητα, η κυριαρχία και η αυτάρκεια που χαρακτηρίζουν σε μικρότερο βαθμό το προφίλ του ψυχοσωματικού ασθενή. Στη συνέχεια, υποστηρίζεται πως η παρουσία κοινωνικού παράγοντα (παρουσία ή απουσία κοινωνικής υποστήριξης, σχέσεων λιγότερο ή περισσότερο ικανοποιητικών) προκαλεί σημαντικές διαφορές όσον αφορά τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του προφίλ του ψυχοσωματικού ασθενή, καθώς και το επίπεδο ωριμότητας αμυντικών μηχανισμών, ενώ λιγότερο προσαρμοστικά αμυντικά στυλ, όπως η διαστρεβλωμένη αυτό-εικόνα και αυτοθυσία είναι εξαιρετικά ευαίσθητα στην επιρροή από περιβαλλοντικούς και οικονομικούς παράγοντες. Ακόμη, τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας που συνεπάγονται ένα δυσπροσαρμοστικό χειρισμό του στρες (ευερεθιστότητα, απομόνωση, εσωστρέφεια, απάθεια, ανησυχία, απουσία αισθηματικής συνέχειας, χαμηλός αισθηματικός έλεγχος) προκαλούν σημαντικές αλλαγές όσον αφορά τους χαμηλά προσαρμοστικούς αμυντικούς μηχανισμούς και τους παράγοντες προσωπικότητας. Τέλος, παρατηρήθηκε ακόμη το χαρακτηριστικό της καταθλιπτικής εικόνας σε ψυχοσωματικούς ασθενείς.

1.4 Ο ρόλος του σώματος την εκδήλωση του ψυχοσωματικού συμπτώματος

Παραδοσιακά και ιστορικά σενάρια ασθενών έχουν δώσει έμφαση στο γεγονός ότι η υγεία εξαρτάται από την ισορροπία και την αρμονία ανάμεσα στο μυαλό, το σώμα και το περιβάλλον. Η ασθένεια προκύπτει όταν αυτή η ισορροπία διαταράσσεται. Στους ‘δυτικούς’ πολιτισμούς, η ανακάλυψη συγκεκριμένων μηχανισμών για μολυσματικές, νεοπλασματικές, τοξικές, θρεπτικές και ισχαιμικές αιτίες ασθενειών έχουν οδηγήσει προοδευτικά στη μείωση και σχεδόν εγκατάλειψη αυτής της ολιστικής άποψης της υγείας και της ασθένειας. Αυτή η τάση μακριά από την ολότητα και κοντά στο ντετερμινισμό διατήρησε την ακμή της μέχρι και πρόσφατα με τις δραματικές προόδους στη μοριακή βιολογία και τη νευροεπιστήμη. Ως εκ τούτου είναι ειρωνικό το γεγονός ότι την περίοδος σπουδαίων κατορθωμάτων στην ιατρική επιστήμη υπάρχουν σημάδια επιστροφής σε πιο παραδοσιακές αντιλήψεις. Αυτό ενδεχομένως να προέκυψε εξαιτίας μίας ανατέλλουσας συνειδητοποίησης ότι οι πρόοδοι στην ιατρική επιστήμη δεν έχουν απαραιτήτως οδηγήσει σε μία καλύτερη ‘κατανόηση’ της ασθένειας ή σε ικανότητα αντιμετώπισης της. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, στο τέλος του προηγούμενου αιώνα παρατηρήθηκε ότι όλο και περισσότεροι άνθρωποι αναζητούσαν ιατρική βοήθεια για ασθένειες που δεν είχαν μία σαφώς προσδιορισμένη βιολογική αιτία και δεν μπορούσαν να τεθούν υπό έλεγχο με βιοϊατρικές θεραπείες. Για παράδειγμα, πρόσφατες εκτιμήσεις προτείνουν ότι από 40% έως 70% των ανθρώπων με γαστρεντερικά παράπονα που παρακολουθούνται από ειδικούς, θεωρείται ότι έχουν μία διαταραχή άγνωστης αιτιολογίας, η οποία σχετίζεται με ψυχολογικές ενοχλήσεις και δεν μπορούν να θεραπευτούν εύκολα. Όμοιες εικόνες ισχύουν και για άλλες ιατρικές ειδικότητες (Read, 2000).

Ακόμη, αναφέρεται ότι οι ψυχαναλυτικές αντιλήψεις ασθένειας μυαλού-σώματος συνέχισαν να αναπτύσσονται στη διάρκεια του 20ου αιώνα, αλλά επιπλέον πρόοδος αναχαιτίστηκε από την αναζωπύρωση του βιοϊατρικού ντετερμινισμού. Υποστηρίζεται ότι οι νέες επιστήμες της ψυχονευροενδοκρινολογικής και ψυχοανοσολογίας έχουν παρέχει καινούργιες ιδέες στις βιολογικές αποκρίσεις του στρες και πως η προσαρμογή σε αυτές τις αποκρίσεις μπορεί να συνεπάγονται άνθηση σε ψυχολογικές και ψυχοσωματικές ασθένειες. Αυτές οι καινούργιες παρατηρήσεις φαίνεται να παρέχουν το βιολογικό υπόβαθρο για ψυχαναλυτικές θεωρίες σωματοποίησης και συναισθηματικής ανάπτυξης. Μία ενσωμάτωση των δύο οπτικών θα ήταν χρήσιμη άσκηση καθώς θα μπορούσε να παρέχει ιδέες που θα οδηγήσουν στην ανάπτυξη υπόθεσης, δοκιμασμένης τόσο από ψυχοκοινωνική όσο και από νευροεπιστημονική έρευνα.

Οι αποδείξεις των συσχετίσεων ανάμεσα σε ψυχολογικές και σωματικές διαδικασίες είναι εκτεταμένες. Αυτό, όπως αναφέρει ο Oken (2001), μπορεί να γίνει αντιληπτό μέσα από τα ακόλουθα πέντε επεξηγηματικά θεωρητικά μοντέλα των σχέσεων μυαλού-σώματος, που μπορούν να προσκομιστούν από επιστημονικές αναφορές:

1. Επακόλουθες επιδράσεις

Το μοντέλο απορρίπτει την αιτιότητα στη σχέση. Προτείνει ότι τόσο τα ψυχολογικά όσο και τα σωματικά ευρήματα είναι προϊόντα ενός προηγούμενου παράγοντα. Κοινώς, υποδεικνύεται πως είναι γενετικά. Άλλη μία εξήγηση βασίζεται στο ότι τα γεγονότα της ζωής συχνά έχουν πολλαπλές ερεθιστικές ιδιότητες. Έτσι, ένα ερέθισμα υποστηρίζεται ότι προκαλεί τα ψυχολογικά ευρήματα, ενώ ένα άλλο τα σωματικά.

2. Σωματο-ψυχική αιτιότητα

Αυτό το μοντέλο προτείνει ότι η σχέση ακολουθείται ολοκληρωτικά από τις επιδράσεις των σωματικών διαδικασιών του μυαλού. Αυτή είναι η παραδοσιακή βιοϊατρική άποψη, η οποία βλέπει όλες τις ασθένειες ως σωματικές, ως προς τη φύση και την προέλευση. Σε μία τροποποίηση προστέθηκε ότι ένα κύκλωμα ανατροφοδότησης πηγαίνει πίσω από το μυαλό στο σώμα, αναγνωρίζοντας ότι οι ψυχολογικές αλλαγές μπορεί να έχουν φυσικές επιδράσεις, αλλά μόνο δευτερεύουσες.

3. Ψυχο-σωματική αιτιότητα

Αυτό το μοντέλο είναι αντίστοιχο του προγενέστερου. Υποστηρίζει ότι οι ψυχολογικές αποκρίσεις στα εξωτερικά γεγονότα προκαλούν σωματικές αλλαγές. Κοινώς, άγχος ή δυνατά συναισθήματα επικαλούνται ως παρεμβατικοί μηχανισμοί. Σημειώνεται επίσης πως μπορεί να είναι τα συμπεριφορικά επακόλουθα των ψυχολογικών διαδικασιών που επιδρούν στο σώμα: ‘παράγοντες του τρόπου ζωής’, όπως είναι το κάπνισμα ή η κατάχρηση ουσιών.

4. Αμφίδρομη ψυχο-σωματική αιτιότητα

Αυτός είναι ένας συνδυασμός των δύο τελευταίων μοντέλων, επιτρέποντας την αιτιότητα και στις δύο κατευθύνσεις και τις παραλλαγές ανατροφοδότησης του καθενός. Έτσι, μακρύτερες αιτιολογικές αλυσίδες είναι πιθανές, αλλά αυτές παραμένουν γραμμικές.

5. Το σύγχρονο ψυχοσωματικό μοντέλο

Αυτό είναι το ολιστικό μοντέλο που περιλαμβάνει όλα τα προηγούμενα μοντέλα και τις παραλλαγές, υποδηλώνοντας ότι το καθένα εξηγεί κάποιες ψυχοσωματικές διαδικασίες. Πέρα από αυτό, προτείνει ότι μερικά συνήθως λειτουργούν ταυτόχρονα, και υπάρχουν ιστοί ή σχέσεις που περιλαμβάνουν πολλαπλές συνδέσεις ερεθίσματος-απόκρισης. Προς επεξήγηση τούτου, επικαλούνται δεδομένα σχετικά με τη λειτουργία μηχανισμών που ενσωματώνονται στην ανθρώπινη λειτουργία.

Όπως αναφέρει η Dumet (2002), ο Freud εισάγοντας την έννοια της τεκμηρίωσης της σεξουαλικής ενόρμησης, στην πλευρά των βιολογικών λειτουργιών της αυτό-συντήρησης ερμήνευσε ότι το σώμα μετατρέπεται σε ένα ψυχικό αντικείμενο, ακέραιο μέρος, που δεν είναι πια καθόλου στην οπτική με το «ανατομο-φυσιολογικό σώμα» ή «σώμα πραγματικό» το οποίο έγινε το επίκεντρο του ενδιαφέροντος της ιατρικής επιστήμης. Υποστηρίζεται πως οι διεγέρσεις, τόσο ποσοτικέ όσο και ποιοτικές χρειάζεται να αποφορτιστούν με τον κόπο της συγκρότησης ενός εμποδίου καλής ψυχοσωματικής λειτουργίας. Αναφέρεται ακόμη πως το σώμα δεν θα μπορούσε παρά να είναι το αντικείμενο σωματοποίησης. Υποστηρίζεται πως είναι εκτεθειμένο σε μία προσβολή πραγματική διότι το άτομο δεν διαθέτει τα μέσα που θα του επιτρέψουν τη μετατροπή της ψυχικής του οικονομίας σε ερωτική οικονομία –η δυνητικότητα της υστερογένεσης ή φαντάζοντας την συμβολικά παραμερίζεται το άτομο. Μέσα σε αυτή την αντίληψη καθίσταται δυνατό να κατανοήσει κανείς καλύτερα ορισμένες παρατηρήσεις, όπως την προσβολή από μία ασθένεια σωματική σε ένα άτομο, μετά από ένα πένθος, έναν χωρισμό, έναν συναισθηματικό χαμό. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι αλλαγές συμβαίνουν μέσα στη σφαίρα των σχέσεων και την ψυχοσυναισθηματική και παρασύρουν αναπόφευκτα αναστατώσεις μέσα στην ψυχική οικονομία, αλλά και την ερωτική σφαίρα του ατόμου.

Υποστηρίζεται πως για τον Winnicott, η ψυχοσωματική διαταραχή είναι επίσης μία ψυχοσωματική σύνδεση. Συνεπάγεται την ελπίδα ότι οι πρωταρχικές ψυχικές διαδικασίες, οι διάλογοι ανάμεσα στην ψυχή και το σώμα θα ξαναρχίσουν. Ο Manopoulos (2006) αναφέρει πως ο Winnicott μελέτησε τις ψυχοσωματικές διαταραχές στο πλαίσιο της έρευνας του για το τραύμα και την πρωτόγονη συναισθηματική ανάπτυξη. Στις ψυχονευρώσεις, υποστήριζε ότι η σχέση ανάμεσα στο σωματικό σύμπτωμα και την ψυχική διαμάχη διατηρείται, ενώ οι ψυχοσωματικές διαταραχές διατηρούνται με μία διάσπαση ανάμεσα στο σώμα και την ψυχή. Έτσι, ενώπιον μίας απειλής αναβίωσης ενός προηγούμενου τραύματος, και προκειμένου να αποφευχθεί η ψυχωτική σύντηξη με το προηγούμενο αντικείμενο, το εγώ –με διασπάσεις- ελέγχει το κύκλωμα των ασυνείδητων παραγωγών. Αναφέρεται ακόμη πως ο Green, βασιζόμενος στη θέση του Winnicott –ότι δεν υπάρχει μωρό χωρίς τη μητέρα- συμπεραίνει ότι καμία αφήγηση της συναισθηματικής ζωής δε μπορεί να διατηρηθεί εάν δεν περιλαμβάνονται οι επιδράσεις της μητέρας και η ανοχή της στις παλινδρομικές ανάγκες του παιδιού της, μία απαραίτητη συνθήκη για τη διαμόρφωση ενός πυρήνα μίας συναισθηματικής συνέχειας. Η σχέση σώματος και ψυχής φτιάχνεται από την ερμηνεία νοημάτων, που οι παρορμήσεις συγκεντρώνουν στο δρόμο τους προς το υποκείμενο. Αυτή η ερμηνεία, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, αποσιωπείται σε μετα-τραυματικές καταστάσεις.

Στη συνέχεια, ο Manopoulos αναφέρει πως μία αντίδραση σε προηγούμενα τραύματα είναι ότι οι προηγούμενες συναισθηματικές εμπειρίες παγώνουν από το εγώ που αποφεύγει την τραυματοποίηση αφαιρώντας τη σάρκα της διέγερσης, απαθανατίζει, δηλαδή, τα πράγματα αφαιρώντας τους τη ζωή. Δεν επενδύει στο σώμα αυτοερωτικά, αλλά το αντιλαμβάνεται ως ένα κομμάτι σάρκας. Ο ασθενής δεν έχει τον τρόπο να βρει τις εσωτερικές του εμπειρίες ακολουθώντας τις επιθυμίες του για το αντικείμενο, ένα αντικείμενο που απειλεί την ακεραιότητα του εγώ, εμποδίζει αυτή τη διαδρομή που το εγώ αποφεύγει. Ακόμη, υποστηρίζεται πως μία διάσπαση σώματος και ψυχής είναι μία διάσπαση του εγώ, του οργάνου της ενσωμάτωσης. Είναι ένας τρόπος λειτουργίας και οργάνωσης στον οποίο δύο αντικρουόμενες συμπεριφορές συνυπάρχουν στο εγώ, το εγώ ταυτόχρονα αναγνωρίζει και αρνείται μία αντίληψη που προκαλεί τον τρόμο του επανατραυματισμού. Τέλος, η διάσπαση κρατάει τα περιεχόμενα μέσα στον ψυχικό χώρο αλλά έξω από τη δικαιοδοσία του υποκειμένου, ενώ με τη διάσπαση το παρόν κομμάτι του εγώ εγκαθίσταται ως μη υπεύθυνο για να συμμετέχει στα τεκταινόμενα καθώς το ενδιαφέρον κομμάτι του εγώ είναι απόν.

Οι Sack, Boroske-Leiner και Lahmann (2010), αναφέρουν πως η αντίληψη του ίδιου του σώματος είναι πολύ σημαντική. Ο όρος ‘εικόνα του σώματος’ που αρχικά επινοήθηκε από τον Schilder, περιγράφει τις ψυχικές αναπαραστάσεις των εμπειριών των συμπεριφορών τόσο στην εμφάνιση όσο και στις ζωτικές λειτουργίες του σώματος. Η εικόνα του σώματος προκύπτει μέσα από μία διυποκειμενική διαδικασία, που αντανακλά την ιστορία ανάπτυξης συμπεριλαμβάνοντας τους παράγοντες που επηρεάζουν. Υποστηρίζεται ότι η ανάπτυξη ενός συνεκτικού σώματος θα μπορούσε σοβαρά να διαταραχτεί από παραβιάσεις των ορίων που κάποιος έχει θέσει για το σώμα του, οδηγώντας σε συμπτώματα σωματικής δυσαρέσκειας και εμπειρίες μειωμένης σωματικής ζωτικότητας. Ολοκληρώνοντας, αναφέρεται πως σοβαρές τραυματικές εμπειρίες συχνά οδηγούν σε ασυνέχεια μεταξύ του εαυτού και του σώματος ως διασχιστικός μηχανισμός για αντιμετώπιση του πόνου της κακοποίησης. Αυτό μπορεί να εξηγήσει το υψηλό επίπεδο ψυχοσωματικών παραπόνων και την εμπιστοσύνη στις ιατρικές υπηρεσίες που είναι συχνά εμφανή σε άτομα με ιστορίες σοβαρού τραύματος.

1.5 Ο ψυχοσωματικός πόνος και η θέση του στο πλέγμα των ψυχοσωματικών

Οι γιατροί που ασχολούνται με τη θεραπεία του χρόνιου πόνου συναντούν μοναδικές προκλήσεις. Σύμφωνα με τα δεδομένα, το 30% των ανθρώπων στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες υποφέρουν από χρόνιους πόνους. Σχεδόν 75.000.000 με 85.000.000 Αμερικάνοι αναφέρουν χρόνιους πόνους, και περισσότεροι από 50.000.000 είναι μερικώς ή ολικώς ανάπηροι. Αναφέρεται πως ο χρόνιος πόνος είναι το τρίτο μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας στην Αμερική μετά τις ασθένειες καρδιάς και τον καρκίνο, και κοστίζει περίπου $65 με $75 δισεκατομμύρια ετησίως εξαιτίας της χαμηλής παραγωγικότητας, της νοσηλείας, της εξωνοσοκομειακής θεραπείας, της φαρμακευτικής αγωγής, των εγχειρήσεων και των δικαστικών διακανονισμών (Rashbaum & Sarno, 2003).

Καθώς οι συμβατικές θεραπείες για το χρόνιο πόνο είναι συχνά ανεπιτυχείς, οι ασθενείς τείνουν να ψάχνουν εναλλακτικές θεραπείες. Κάποιοι γιατροί έχουν

αμφισβητήσει το δόγμα του Καρτέσιου για το δυισμό σώματος-ψυχής και είχαν επιδιώξει μεγαλύτερη κατανόηση της σύνδεσης μυαλού-σώματος στον χρόνιο πόνο. Οι Rashbaum και Sarno υποστηρίζουν πως πολλές περιπτώσεις χρόνιου πόνου ξεκινούν με ένα μικρό τραύμα που σχετίζεται με συναισθηματικούς παράγοντες. Μία έρευνα με 64 ασθενείς με οσφυαλγία υπέδειξε ότι τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής επιδεινώνουν τα συμπτώματα. Μία άλλη έρευνα σε περισσότερους από 5.700 ανθρώπους βρήκε ότι οι άνθρωποι που σε ηλικία 20 ετών ήταν κάτω από ψυχολογική πίεση ήταν 2.5 φορές πιο πιθανό να έχουν οσφυαλγία σε ηλικία 30 ετών συγκριτικά με άτομα χωρίς στρες. Μία άλλη έρευνα συμπέρανε ότι η απουσία αγχωτικής εργασίας προέβλεπε την απουσία ασθενειών στην πλάτη σε ανθρώπους ηλικίας από 25 έως 34 ετών, ενώ αυτές οι ασθένειες σχετιζόταν μόνο με χαμηλότερη ικανοποίηση από την εργασία σε ανθρώπους από 54 έως 59 ετών.

Παρατηρείται ότι ένα αυξανόμενο μέρος της βιβλιογραφίας υποστηρίζει ότι η έννοια του χρόνιου πόνου δεν είναι αποκλειστικά βιολογική και ότι οι οντότητες που είναι ψυχολογικές μπορούν να επηρεάσουν ή σχετίζονται με τον χρόνιο πόνο. Στην παραπάνω μελέτη αναφέρεται πως ο Fordyce προτείνει ότι ο χρόνιος πόνος αναπτύσσεται επειδή οι ασθενείς αντλούν δευτερεύον όφελος από τα συμπτώματα (οφέλη όπως προσωπική προσοχή, στιγμιαίο κέρδος, οφέλη αναπηρίας, ανακούφιση από βαριές ευθύνες). Το τριτογενές κέρδος, όπως προτείνεται από τον Dansak, αναφέρεται στα πλεονεκτήματα από τα οποία επωφελούνται άνθρωποι εκτός από τους ασθενείς με χρόνιους πόνους, όπως είναι ο φροντιστής που παρακολουθεί τους ασθενείς με χρόνιους πόνους και ο οποίος αντλεί οικονομικό κέρδος ενισχύοντας τον χρόνιο πόνο.

Ο Sarno πρότεινε ότι οι περισσότεροι ασθενείς με χρόνιους υποφέρουν από ψυχοσωματικές διαταραχές, στους οποίους τα συναισθηματικά φαινόμενα επιφέρουν πραγματικά και όχι πλασματικά φυσικά συμπτώματα με πόνο, τα οποία ονόμασε ‘σύνδρομο μυοσιτιδικής έντασης’. Αυτός ο διαγνωστικός όρος θεωρήθηκε απαρχαιωμένος όταν παρατηρήθηκε ότι εκτός από τους μύες εμπλέκονται τα περιφερικά νεύρα και οι τένοντες. Ο Sarno πρότεινε το ‘σύνδρομο μυοσιτιδικής έντασης’ να μετονομαστεί σε ‘σύνδρομο μυαλού-σώματος’, το οποίο περιλαμβάνει τη μυοσκελετική διαταραχή που τώρα αναφέρεται ως ‘μυοσκελετικό σύνδρομο μυαλού-σώματος’ (MMS), καθώς επίσης και μία μεγάλη ποικιλία άλλων ψυχοφυσιολογικών συνθηκών που εμπεριέχει και άλλα συστήματα. Ακόμη, ο Sarno υποστηρίζει ότι το ‘μυοσκελετικό σύνδρομο μυαλού-σωματος’ δεν χαρακτηρίζεται από μία μετατροπή των ψυχικών σε σωματικά συμπτώματα ή από τη μείωση της ψυχολογικής διαμάχης (την παραδοσιακή άποψη του πρωτογενούς κέρδους) αλλά χαρακτηρίζεται από την αποφυγή της ψυχικής διαμάχης. Υποδεικνύεται πως ο σκοπός του πόνου είναι να αποσπάσει την προσοχή από τρομακτικά, απειλητικά συναισθήματα και να αποτρέψει τη συνειδητή τους έκφραση. Αυτά τα συναισθήματα, κυρίως ο θυμός, προκύπτουν από αυτό-επιβαλλόμενες εσωτερικές πιέσεις, όπως η ανάγκη να είμαστε τέλειοι και καλοί, και εξωτερικές πιέσεις, οι οποίες μπορεί να είναι οικονομικές ή σχετικές με τη δουλειά, την υγεία, την οικογένεια καθώς και αναπτυξιακές (γήρανση, αντιμετώπιση του θανάτου). Υποστηρίζεται πως τα σωματικά συμπτώματα εκδηλώνονται όταν το μυαλό διαισθάνεται ότι η κατάπνιξη των συναισθημάτων αποτυγχάνει και μία συναισθηματική έκρηξη είναι επικείμενη. Η διαμάχη είναι ανάμεσα στο λογικό, το έξυπνο, το ηθικό, το συνειδητό μυαλό και το πρωτόγονο, αρχαϊκό μυαλό, που συνεχίζει να έχει ισχυρή επίδραση στο ασυνείδητο.

Αξίζει να σημειωθεί πως ο Sarno κατατάσσει τις διαδικασίες του ψυχογενή πόνου σε πέντε ομάδες:

1. Στις ψυχογενείς περιφερειακές διαταραχές, όπου οι συναισθηματικές καταστάσεις επιφέρουν συμπτώματα στο αισθητικοκινητικό σύστημα και στα όργανα ειδικών αισθήσεων χωρίς να παράγουν φυσιολογικές αλλαγές στο σώμα.
2. Στις ψυχοσωματικές διαταραχές, που είναι πλέον οι πιο κοινές ψυχογενείς διαταραχές και πολλές έχουν διαστάσεις επιδημίας. Σε αντίθεση με τις ψυχογενείς περιφερειακές διαταραχές, χαρακτηρίζονται από φυσιολογικές αλλαγές στην περιφέρεια, όπως φαίνεται στο μυοσκελετικό σύνδρομο μυαλού-σώματος, στα έλκη, στο σύνδρομο ευερέθιστού εντέρου και τον πονοκέφαλο.
3. Στην ψυχογενή εντατικοποίηση των συμπτωμάτων, όπου ο φόβος και ή η ανησυχία μπορούν να χειροτερέψουν τον χρόνιο πόνο. Αναφέρεται πως έρευνα υπέδειξε ότι οι τρομοκρατικές επιθέσεις στη Νέα Υόρκη στις 11 Σεπτεμβρίου του 2001, οδήγησαν σε επιδείνωση των αποτελεσμάτων του πόνου σε άνδρες και γυναίκες.
4. Στην ψυχογενή μείωση ή την κατάργηση των συμπτωμάτων δεν συμβαίνει το αναμενόμενο βίωμα των συμπτωμάτων διότι ένα συγκυριακό πλαίσιο ανακατευθύνει τη σωματική αντίληψη. Ένα κλασσικό παράδειγμα είναι πως οι σοβαρά τραυματισμένοι του Β' Παγκόσμιου Πολέμου συχνά χρειαζόντουσαν λίγη ή καθόλου μορφίνη για τον έλεγχο του πόνου διότι ήταν ευγνώμονες που ήταν ζωντανοί και ανακουφισμένοι από τον τρόμο του πεδίου μάχης.
5. Στα ψυχωτικά συμπτώματα, τα οποία επικεντρώνονται ολοκληρωτικά στον εγκέφαλο ως αποτέλεσμα μίας σοβαρής πνευματικής ασθένειας.

Σημαντικό ενδιαφέρον παρουσιάζει ο πόνος που βιώνεται σε φανταστικά μέλη του σώματος, δηλαδή σε μέλη που έχουν ακρωτηριαστεί. Προτείνεται ότι οι οπτικές του πόνου του φανταστικού μέλους μπορούν να εξηγηθούν παρατηρώντας την ψυχολογική κατασκευή του ανάπηρου. Για παρατηρείται πως εκείνοι που επίμονους φανταστικούς πόνους έχουν υψηλότερα σκορ σε ψυχαναγκαστική αυτοπεποίθηση και αυστηρότητα. Προτείνεται ότι εκείνοι με 'αυστηρή' προσωπικότητα απεχθάνονται την αλλαγή και αντιστέκονται σε αυτή και ως εκ τούτου βιώνουν τον επίμονο φανταστικό πόνο, διότι το θεωρούν δύσκολο να αντιμετωπίσουν τις αλλαγές που έχουν ως αναπόφευκτη συνέπεια την αναπηρία. Επιπροσθέτως σημειώνεται ότι εκείνοι που ήταν 'ψυχαναγκαστικά ανεξάρτητοι' ήταν επίσης πιθανόν να βιώσουν επίμονο πόνο εξαιτίας της αβοηθησίας που συχνά συνοδεύει την αναπηρία. Το γεγονός ότι τα άτομα αναγκάζονται να βασίζονται σε άλλους για πράγματα που προηγουμένως έκαναν μόνοι τους, τους προκαλεί άγχος και τους οδηγεί στον πόνο (Whyte & Niven, 2001).

Στη συνέχεια της ίδιας έρευνας προτείνεται μία άλλη ψυχολογική εξήγηση η οποία υποστηρίζει ότι ο πόνος στο φανταστικό άκρο προκύπτει από τη χρήση αμυντικών μηχανισμών, όπως άρνηση ή κατάπνιξη. Ωστόσο, οι εξηγήσεις του ρόλου της άρνησης για τον πόνο στο άκρο-φάντασμα ποικίλουν. Έχει προταθεί ότι ο φανταστικός πόνος προκύπτει από την άρνηση του ατόμου για την απώλεια του άκρου. Σε αυτή την περίπτωση ο πόνος εξηγείται ως λειτουργικός, καθώς εξυπηρετεί για να ενδυναμώσει την παρουσία του άκρου. Από την άλλη, αναφέρεται πως ο Simmel υποστηρίζει πως η φαντασιακή αίσθηση δεν προκαλείται από την άρνηση, αλλά από την επικέντρωση της προσοχής στο

ακρωτηριασμένο μέλος. Ο φανταστικός πόνος συμβαίνει διότι το άτομο κατακλύζεται από συναισθήματα και ανησυχία που σχετίζονται με την απώλεια ενός μέλους του σώματος. Ακόμη, υπάρχει και η πεποίθηση πως η φανταστική αίσθηση είναι στην πραγματικότητα μία υγιής απόκριση στην αναπηρία και ότι εκείνα τα άτομα που δεν βιώνουν πόνο στο άκρο-φάντασμα είναι αυτοί που αρνούνται την απώλεια τους (Whyte & Niven, 2001).

Σύμφωνα με την βιβλιογραφία, ο Melzack πρότεινε ότι η ποικιλία των φανταστικών φαινομένων μπορεί να εξηγηθεί χρησιμοποιώντας την 'νευροδίκτυο' το οποίο ορίζεται ως ένα 'δίκτυο νευρώνων που επεκτείνεται κατά μήκος των ευρέως διαδεδομένων περιοχών του εγκεφάλου, συνθέτοντας το ανατομικό υπόστρωμα του φυσικού εαυτού'. Προτείνεται ότι το 'νευροδίκτυο' απαρτίζεται από μία σύνθετη, δυναμική αλληλεπίδραση νευρωνικών συστημάτων, συμπεριλαμβανομένου του σωματοαισθητικού πλαισίου, της θαλαμοφλοιώδους περιοχής και του μεταιχμιακού συστήματος. Εισαγωγή σε αυτά τα συστήματα, είτε από την περιφέρεια είτε από το ίδιο το νευροδίκτυο υφίσταται ταυτόχρονη επεξεργασία κι έπειτα μοιράζεται σε άλλα συστήματα του εγκεφάλου παράγοντας ένα μοτίβο που υποδεικνύει ότι το σώμα είναι ανέγγιχτο και αδιαμφισβήτητα δικό τους (Hill, Niven & Knussen, 1996).

1.6 Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Υποστηρίζεται πως η εφαρμογή της ψυχοσωματικής ιατρικής στη φροντίδα των ασθενών βασίζεται, αρχικά, στις βασικές της αντιλήψεις. Καθώς ο κάθε ασθενής είναι μοναδικός, εξίσου μοναδική και ιδιαίτερη θα πρέπει να είναι η φροντίδα που του παρέχεται. Ο Oken (2001) υποστηρίζει πως η θεμελιώδης ανάγκη τόσο στη διάγνωση όσο και στη θεραπεία ιδρύει μία επαγγελματική σχέση εμπιστοσύνης που επιτρέπει στους ασθενείς να χαλαρώσουν τις άμυνες τους και να αποκαλύψουν προσωπικές πληροφορίες και συναισθήματα. Απαραίτητες θεωρούνται επίσης οι ικανότητες συνέντευξης για να διευκολύνουν την επικοινωνία των εμπειριών της ζωής των ασθενών, μαζί με τα σωματικά συμπτώματα στο πλαίσιο της ζωής. Αυτό, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία πρέπει να συνοδεύεται από επαρκείς γνώσεις ψυχολογίας και κοινωνικής επιστήμης και σημαντικά ψυχοσωματικά ευρήματα για να καθορίσουν τις σχέσεις που είναι πιθανόν να είναι σημαντικές. Συνεχίζοντας, ο Oken υποστηρίζει ότι η θεραπεία απαιτεί την ικανότητα να λαμβάνεται υπόψη η κατανόηση του ασθενούς προκειμένου να επιλέγονται οι βιολογικές θεραπείες που είναι πιο ταιριαστές για το άτομο, και να παρέχονται με ένα τρόπο που να βοηθάει τον ασθενή να κάνει καλύτερη χρήση τους. Από ψυχολογικής άποψης, ο ίδιος ισχυρίζεται πως υπάρχει ανάγκη ποσοτικοποίησης και διευκόλυνσης του μεγέθους της συναισθηματικής απελευθέρωσης, που είναι πιο βοηθητική και ανεκτή από τον ασθενή, καθώς επίσης και του επιπέδου διορατικότητας προς επιδίωξη σχετικών ψυχοσωματικών συσχετίσεων.

Σε μία έρευνα του Schaefer και των συναδέλφων του (2008), υποστηρίζεται ότι ο πιο συνεπής προβλεπτικός παράγοντας του αποτελέσματος της ψυχοσωματικής θεραπείας είναι η θεραπευτική σχέση. Από την άλλη, στους συνεπείς αρνητικούς παράγοντες του αποτελέσματος της θεραπείας συμπεριλαμβάνονται η χρονιότητα της ασθένειας,

προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, δυσλειτουργικά πρότυπα των σχέσεων των υποκειμένων και αποτυχημένη επαγγελματική επανένταξη.

Σύμφωνα με τον Signh (2006), η ψυχοφαρμακολογική θεραπεία στις ψυχοσωματικές διαταραχές έχει επεκταθεί ιδιαίτερα την περασμένη δεκαετία. Καινούργια φάρμακα, εναλλακτική χρήση των ήδη υπαρχόντων φαρμάκων, συνδυαστικές θεραπείες προκειμένου να ανταποκριθούν στις ειδικές ανάγκες των ασθενών έχουν βελτιώσει την ποιότητα φροντίδας και ως εκ τούτου την ποιότητα ζωής. Ψυχοφαρμακολογικές εξελίξεις στην ψυχοσωματική ιατρική έχουν υπάρξει στους εξής τομείς: α. Αγχώδεις διαταραχές β. Διατροφικές διαταραχές γ. Κατάθλιψη δ. Αϋπνία ε. Ημικρανία στ. Διαχείριση σωματοποίησης.

Στη συνέχεια, όσον αφορά τη θεραπεία του χρόνιου πόνου, οι Rashbaum και Sarno (2003), προτείνουν μία ψυχοεκπαιδευτική θεραπευτική προσέγγιση. Αυτή περιλαμβάνει την εκπαίδευση των ασθενών σχετικά με τα φυσιολογικά και ψυχολογικά συστατικά της διαταραχής. Συμβουλεύουν τους ασθενείς να αποβάλλουν τις δομικές εξηγήσεις για τον πόνο τους και να αναγνωρίσουν και να αποδεχτούν τη διαδικασία μυαλού-σώματος. Επίσης, οι ασθενείς συμβουλεύονται να διακόψουν θεραπείες όπως το χειρισμό της σπονδυλικής στήλης και τη φυσική θεραπεία διότι τείνουν να ενισχύουν εσφαλμένα μία δομική αιτιολογία για το χρόνιο πόνο. Ακόμη, διεξάγονται υποστηρικτικές συναντήσεις για ασθενείς που παραμένουν συμπτωματικοί, προκειμένου να επανεξετάσουν τις έννοιες και να εκφράσουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους. Αναφέρεται πως περίπου το 20% των ασθενών με σύνδρομο μυαλού-σώματος χρειάζονται βραχύχρονη, δυναμική, αναλυτικά προσανατολισμένη θεραπεία για να καταλάβουν σε βάθος τις ασυνείδητες διαμάχες.

Οι Rashbaum και Sarno (2003) αναφέρουν επίσης μία ποικιλία θεραπειών μυαλού-σώματος. Αρχικά, υποστηρίζεται ότι η βιοανάδραση τυπικά χρησιμοποιεί ένα όργανο παρακολούθησης για να παρέχει στους ασθενείς φυσιολογικές πληροφορίες που δεν γνωρίζουν. Αναφέρονται σημαντικά πλεονεκτήματα για την ηλεκτρομυογραφική ανάδραση στη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία και τη συντηρητική ιατρική θεραπεία. Στη συνέχεια, αναφέρεται πως η θεραπεία με μουσική, που περιλαμβάνει ακρόαση, παίξιμο, σύνθεση και τραγούδι, μείωσε το χρόνιο πόνο που σχετίζεται με τραύμα στο νωτιαίο μυελό και μετέβαλε την αντίληψη για το πόνο στις γυναίκες με ρευματοειδή αρθρίτιδα.Ακόμη, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η ύπνωση είναι μία τεχνική σύμφωνα με την οποία ένας θεραπευτής προτείνει ότι η εμπειρία ενός ασθενή αλλάζει όσον αφορά την αίσθηση, την αντίληψη, τη σκέψη ή τη συμπεριφορά. Η ύπνωση για τον χρόνιο πόνο συχνά ακολουθεί ένα πρωτόκολλο τεσσάρων βημάτων: χαλαρωτική επαγωγή, εμβάθυνση, προτάσεις τεστ για την εκτίμηση του βαθμού επαγωγής και, τέλος, θεραπευτικές προτάσεις. Η καθοδηγούμενη φαντασία χρησιμοποιεί τη φαντασία για να επηρεάσει τη φυσική, συναισθηματική και πνευματική κατάσταση του ατόμου. Πολλές αισθήσεις προκαλούνται μέσα από άμεση πρόκληση, όπως ζητώντας από τον ασθενή να μυρίσει τον γεμάτο αλάτι αέρα, να νιώσει τη θερμότητα του ήλιου στο δέρμα του και να ακούσει τον ήχο των ήρεμων κυμάτων στην παραλία. Η καθοδηγούμενη φαντασία είναι στενά σχετιζόμενη με την ύπνωση. Επιπρόσθετα, αναφέρεται πως σε μία τεχνική χαλάρωσης του Jacobson, ο ασθενής συστηματικά σφίγγει και χαλαρώνει διάφορες ομάδες μυών σε όλο το μήκος του σώματος, μία ομάδα τη φορά, ενώ παράλληλα δίνουν προσοχή στα συναισθήματα που σχετίζονται

τόσο με την ένταση όσο και με τη χαλάρωση. Παρόλο που οι αποδείξεις είναι ανεπαρκείς για να επιβεβαιώσουν ότι η προοδευτική χαλάρωση μπορεί να μειώσει τα συμπτώματα και τον πόνο, χρησιμοποιείται ευρέως από επαγγελματίες. Τέλος, υποστηρίζεται πως η θεραπεία γραφής προέκυψε ως ένας τρόπος ανακούφισης από τα συμπτώματα, αξιοποιώντας τη θεραπευτική δύναμη του ασυνειδήτου.

Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι, όπως έχει αναφερθεί προηγουμένως, το άγχος σχετίζεται με μία ποικιλία σωματικών και ψυχολογικών χαρακτηριστικών, θα μπορούσε κανείς να υποθέσει ότι η θεραπεία του άγχους θα μπορούσε να έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων. Σε μία έρευνα των Gerber και Puhse (2008), παρατηρείται αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος και τη φυσική δραστηριότητα. Ωστόσο, δεν είναι σαφές το αν είναι η φυσική δραστηριότητα που μειώνει τη σχέση άγχους-ασθένειας ή εάν το άγχος οδηγεί σε μειωμένη φυσική δραστηριότητα.

Τέλος, υποστηρίζεται πως οι Ασιατικές και οι δυτικές κουλτούρες έχουν αναπτύξει διαφορετικές έννοιες σύνδεσης μυαλού, σώματος και πνεύματος, επηρεασμένες σημαντικά από τον πολιτισμό, την κοσμοθεωρία και το πνεύμα της εποχής. Αυτές οι έννοιες αντανακλώνται σε διαφορετικά ιατρικά συστήματα, διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις. Αναφέρεται πως τις τελευταίες δεκαετίες η δύση έχει επιδείξει αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ολιστική/ψυχοσωματική προσέγγιση του βελονισμού και της ιατρικής του Ayuveda και Tibetan. Μετά την ενσωμάτωση της δυτικής επιστημονικής ιατρικής, η Κίνα ψάχνει όλο και περισσότερο για δυτικές στρατηγικές υγείας. Υποστηρίζεται πως η θεραπεία του πόνου θα πρέπει να είναι μία θεραπευτική ρύθμιση ενσωμάτωσης στρατηγικών, συμπεριλαμβανομένων των διαγνωστικών και των μεθόδων των ασιατικών ιατρικών συστημάτων, στις συγκεκριμένες ψυχοθεραπευτικές ρυθμίσεις, σε συνδυασμό με τις δυτικές ψυχοθεραπευτικές επιδράσεις. Οι έννοιες των ασιατικών ιατρικών συστημάτων ανοίγουν την πιθανότητα να γίνει επεξεργασία μίας ατομικής και ειδικής θεραπευτικής ρύθμισης (Maric-Oechler, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΣΩΜΑΤΟΜΟΡΦΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

2.1 Θεωρίες της ψυχοσωματικής

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, το πρόβλημα της ψυχογένεσης συνδέεται με την αρχαία διχοτόμηση ψυχής και σώματος. Όπως υποστηρίζει ο Alexander (1987), τα ψυχολογικά και σωματικά φαινόμενα λαμβάνουν χώρα στον ίδιο οργανισμό και είναι απλώς δύο οπτικές της ίδιας διαδικασίας. Σε έναν ζωντανό οργανισμό συγκεκριμένες φυσιολογικές διαδικασίες γίνονται αντιληπτές υποκειμενικά ως συναισθήματα, ιδέες και προσπάθειες. Συνεχίζοντας ισχυρίζεται πως αυτές οι φυσιολογικές διαδικασίες, όπως το κλάμα, ο αναστεναγμός, το γέλιο, το κοκκίνισμα, οι χειρονομίες και οι γκριμάτσες, λαμβάνουν χώρα κάτω από την επιρροή συγκεκριμένων συναισθηματικών εντάσεων. Σύμφωνα με τη θεωρία του, όλες αυτές οι περίπλοκες κινήσεις εκφράζουν συγκεκριμένα συναισθήματα και ταυτόχρονα ανακουφίζουν από μία συγκεκριμένη συναισθηματική ένταση, λύπη, αυτολύπηση, χιούμορ, και ούτω καθεξής. Ακόμη, υποστηρίζεται πως αυτές οι εκφραστικές διεγέρσεις δεν επιδιώκουν κάποιο λειτουργικό σκοπό, ούτε εξυπηρετούν στην ικανοποίηση κάποιας βασικής λειτουργικής ανάγκης. Η μόνη τους λειτουργία είναι η ανακούφιση μίας συναισθηματικής έντασης. Στη συνέχεια, ο Alexander υποστηρίζει πως τα συναισθήματα που είναι καταπιεσμένα διότι βρίσκονται σε σύγκρουση με το πρότυπο της προσωπικότητας, δεν μπορούν να αποφορτιστούν μέσα από τα συνήθη κανάλια των εκφραστικών διεγέρσεων. Ο ασθενής, λοιπόν, πρέπει να εφεύρει τις δικές του ατομικές εκφραστικές διεγέρσεις με τη μορφή των συμπτωμάτων μετατροπής, τα οποία εξυπηρετούν μερικώς στην αποφόρτιση των καταπιεσμένων συναισθημάτων ως άμυνες εναντίον της άμεσης έκφρασης. Μερικές φορές η αποφόρτιση λαμβάνει χώρα μέσα από συνηθισμένες κατάλληλες εκφραστικές διαδικασίες, όπως συμβαίνεις στην περίπτωση του υστερικού κλάματος και γέλιου. Στη συγκεκριμένη περίπτωση τα υποκείμενα συναισθήματα καταπιέζονται και ο ασθενής δεν ξέρει το λόγο που γελάει ή κλαίει. Εξαιτίας της αποσύνδεσης των εκφραστικών κινήσεων από το υποκείμενο συναίσθημα, δεν μπορούν να ανακουφίσουν την ένταση και ως εκ τούτου, η ανεξέλεγκτη και παρατεταμένη φύση του υστερικού κλάματος και γέλιου. Στη συνέχεια, υποστηρίζεται ότι σύμφωνα με τη θεωρία της εξειδίκευσης, οι φυσιολογικές αποκρίσεις σε συναισθηματικό ερέθισμα, ποικίλουν σύμφωνα με τη φύση της κατάστασης ορμητικών συναισθημάτων. Η παθητική απόκριση σε διαφορετικά συναισθηματικά ερεθίσματα ποικίλει επίσης σύμφωνα με την ποιότητα των συναισθημάτων. Σημειώνεται πως η κάθε συναισθηματική κατάσταση έχει το δικό της φυσιολογικό σύνδρομο. Σύμφωνα με τον ισχυρισμό του Alexander, η αυξημένη πίεση του αίματος και η αυξημένη καρδιακή λειτουργία είναι ένα κομμάτι σύμφωνο με την οργή και το θυμό. Η αυξημένη στομαχική έκκριση ενδέχεται να είναι μια οπισθοδρομική απόκριση σε μία κρίσιμη κατάσταση. Ενώ οι κρίσεις άσθματος υποστηρίζεται ότι σχετίζονται με ασυνείδητη καταπιεσμένη παρόρμηση κλάματος για τη βοήθεια της μητέρας. Ωστόσο, το πόσο συγκεκριμένες είναι οι φυσιολογικές αποκρίσεις στα ποικίλα συναισθηματικά ερεθίσματα παραμένει ένα ερώτημα. Η αντιπαράθεση που αφορά στην εξειδίκευση των ψυχοδυναμικών παραγόντων που είναι λειτουργικοί στις παθητικές

ενοχλήσεις είναι ασαφής εξαιτίας του γεγονότος ότι οι σημαντικές επιρροές, όπως η ανησυχία, η καταπιεσμένη εχθρικότητα, και οι ερωτικές παρορμήσεις, η απογοήτευση ή οι εξαρτημένες επιθυμίες, η κατωτερότητα και τα αισθήματα ενοχής είναι παρόντα σε όλες αυτές τις διαταραχές.

Στη συνέχεια, ο ίδιος αναφέρεται στη σχέση του τύπου προσωπικότητας με την ασθένεια. Το σενάριο ότι συγκεκριμένοι τύποι προσωπικότητας προδιαθέτουν συγκεκριμένες ασθένειες ήταν ανέκαθεν παρόν στην ιατρική σκέψη. Όταν η ιατρική βασίστηκε στην κλινική παρατήρηση μόνο, σημειώθηκε συχνά από παρατηρητές γιατρούς, η εκδήλωση συγκεκριμένων ασθενειών σε άτομα με καθορισμένες φυσικές ή ψυχικές συνήθειες. Η σημαντικότητα αυτού του γεγονότος, ωστόσο, παρέμενε παντελώς άγνωστη. Αναφέρεται πως η τάση των διαβητικών προς τις γευστικές απολαύσεις καθώς και η σχέση των ενοχλήσεων στην καρδιά με την ανησυχία είναι γνωστές. Ακόμη, έχει αναγνωριστεί ότι οι ασθενείς με πεπτικό έλκος παρουσίασαν χαρακτηριστικά εξάρτησης και, όπως αναφέρεται συγκεκριμένα, θηλυκά χαρακτηριστικά. Ένας άλλος τομέας συσχέτισης των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας με τις εικόνες ασθένειας είναι οι ενδοκρινικές ασθένειες, όπως ο υπό- και υπερθυρεοειδισμός. Στη συνέχεια σημειώνεται πως ίσως από τα πιο αξιόπιστα προφίλ ενδέχεται να είναι αυτό του ασθενή με στεφανιαία. Υποστηρίζεται πως ένας τέτοιος ασθενής χαρακτηρίζεται από μεγάλο έλεγχο και επιμονή, σκοπεύοντας στην επιτυχία και το επίτευγμα.

Ωστόσο, αναφέρεται πως ενδελεχείς ψυχοδυναμικές μελέτες παρουσιάζουν ότι συγκεκριμένες ενοχλήσεις παθητικών λειτουργιών μπορούν να συσχετιστούν άμεσα με συγκεκριμένες συναισθηματικές καταστάσεις παρά με επιφανειακούς σχηματισμούς προσωπικότητας όπως περιγράφεται στα προφίλ προσωπικότητας.

Σύμφωνα με τους Guidi, Rafanelli, Roncuzzi, Sirri και Fava (2013), η σημαντικότητα αναγνώρισης των ψυχολογικών παραγόντων, οι οποίοι μπορεί να επηρεάσουν την πορεία των ιατρικών διαταραχών έχει επισημανθεί από την ανάπτυξη της ψυχοσωματικής προσέγγισης. Τη δεκαετία του 1970, το βιοψυχολογικό μοντέλο του Engel υπογράμμισε πως η αρχή, η εξέλιξη και το αποτέλεσμα της ασθένειας προκύπτει από την αλληλεπίδραση ανάμεσα σε ιατρικούς και ψυχολογικούς παράγοντες. Ένα παράδειγμα παρέχεται από τη δυσπροσαρμοστική άρνηση της ασθένειας, η οποία μπορεί να χειροτερέψει την πρόγνωση των ιατρικών ασθενειών, εμποδίζοντας την έγκαιρη αναγνώριση και την επαρκή τήρηση της θεραπείας. Υποστηρίζεται πως όταν τα συμπτώματα των φυσικών παραπόνων που δεν αποδίδονται στις συμβατικές καθορισμένες ασθένειες γίνονται χρόνια, θα μπορούσαν να διαγνωστούν ως σωματόμορφες διαταραχές (Bondo-Lind, Delmar & Nielsen, 2014). Αυτά τα ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα αποτελούν κοινή πρόκληση για την ιατρική πρακτική. Το ποσοστό σωματοποίησης για ασθενείς που νοσηλεύονται σε ιατρικούς ορόφους υπολογίζεται ότι είναι 5.2%, και το 25% του πληθυσμού των ΗΠΑ έχει βιώσει ένα ανεξήγητο σωματικό σύμπτωμα που ήταν αρκετά σημαντικό για να προκαλέσει αλλαγή τρόπου ζωής, χρήση φαρμακευτικής αγωγής ή επίσκεψη σε γιατρό (Dohrenwend & Skillings, 2009). Οι ασθενείς με σωματόμορφες διαταραχές, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, έχουν αντίκτυπο στην κοινωνία. Αρχικά, οι ασθενείς με αυτές τις διαταραχές υποφέρουν από σημαντική δυσλειτουργία στη δουλειά και την κοινωνική λειτουργικότητα τους (Tzeng & Eisendrath, 2003). Συγκεκριμένα αναφέρεται πως το 82% των ασθενών που διαγνώστηκαν με

σωματόμορφες διαταραχές σταμάτησαν να εργάζονται εξαιτίας των αντιλαμβανόμενων προβλημάτων υγείας, που πιθανώς οδηγούν σε καταστροφικά οικονομικά και οικογενειακά προβλήματα (Dohrenwend & Skillings, 2009). Ακόμη, υπάρχει ο κίνδυνος ιατρογενών επιπλοκών από πολλαπλές διαγνωστικές διαδικασίες, χειρουργεία και φάρμακα. Στη συνέχεια, οι ασθενείς με σωματόμορφες διαταραχές ενδέχεται να είναι δύσκολοι στην αντιμετώπιση τους από τους γιατρούς, καθώς τα προβλήματα τους είναι χρόνια και «μη πραγματικά». Οι κλινικοί μπορεί να νιώθουν απογοητευμένοι και αβοήθητοι καθώς αυτοί οι ασθενείς επιστρέφουν επανειλημμένα στους γιατρούς με ανησυχία για τα ίδια φυσικά παράπονα, ανεξάρτητα από τις αυστηρές προσπάθειες αξιολόγησης και θεραπείας τους. Τέλος, οι σωματόμορφες διαταραχές έχουν αντίκτυπο στο σύστημα υγείας διότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς έχουν ανεξήγητα συμπτώματα, τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα πολλαπλές και δαπανηρές ιατρικές αξιολογήσεις, ακριβά διαγνωστικά τεστ και διαδικασίες (Tzeng & Eisendrath, 2003). Συγκεκριμένα αναφέρεται πως οι σωματόμορφοι ασθενείς, εξαιτίας των δυσανάλογα υψηλότερων επιπέδων χρήσης ιατρικής φροντίδας, απορροφούν ετησίως το 16% των δαπανών ιατρικής φροντίδας στις ΗΠΑ. Σύμφωνα με τα δεδομένα, οι σωματόμορφες διαταραχές είναι η τρίτη πιο συχνή ψυχική διαταραχή στο γενικό πληθυσμό, αμέσως μετά τις διαταραχές διάθεσης και τις αγχώδεις διαταραχές. Ακόμη, υπολογίζεται πως το 1/5 του συνόλου των ασθενών που έχουν απευθυνθεί στην πρωτοβάθμια περίθαλψη ενδέχεται να στην πραγματικότητα να έχει σωματόμορφες διαταραχές. Υποστηρίζεται ότι αυτοί οι ασθενείς σπαταλούν κατά μέσο όρο 2.2 μέρες ετησίως στο νοσοκομείο, συγκριτικά με το γενικό μέσο όρο που είναι 0.9 μέρες (Dohrenwend & Skillings, 2009).

Οι σωματόμορφες διαταραχές, λοιπόν, είναι μία κατηγορία ψυχικών διαταραχών, η οποία χαρακτηρίζεται από την παρουσία πολλαπλών φυσικών συμπτωμάτων χωρίς ωστόσο να εξηγούνται επαρκώς από κάποια φυσική ασθένεια, ναρκωτικά, κατάχρηση ουσιών ή άλλη ψυχιατρική κατάσταση (Allen & Woolfolk, 2010; Bondo-Lind, Delmar & Nielsen, 2014; Pollatos, Dietel, Herbert, Wanker, Wachsmuth, Henningsen & Sack, 2011; Tzeng & EIsendrath, 2003). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, αυτά τα συμπτώματα δεν προκαλούνται εμπρόθετα και δεν υπάρχει εμφανής πρόθεση δευτερογενούς κέρδους, όπως η απόκτηση αναπηρίας ή οικονομικά οφέλη. Ακόμη, καθίσταται σαφές πως η διάγνωση αυτών των διαταραχών σε αρχικό στάδιο απαιτεί την απόκλιση της πρωτοβάθμιας ιατρικής κατάστασης ως αιτία των συμπτωμάτων (Tzeng & Eisendrath, 2003). Στο DSM-IV, η κατηγορία των σωματόμορφων διαταραχών περιλαμβάνει τις ακόλουθες διαταραχές: σωματοποιητική διαταραχη (somatization disorder), αδιαφοροποίητες σωματόμορφες διαταραχές (undifferentiated somatoform disorder), υποχονδρίαση (hypochondriasis), διαταραχή μετατροπής (conversion disorder), διαταραχή δυσμορφικού σώματος (body dysmorphic disorder), διαταραχή πόνου (pain disorder), σωματόμορφη διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (somatoform disorder not otherwise specified) (Dohrenwend & Skillings, 2009; Fallon, 2004). Σύμφωνα με τον Fallon (2004), οι δύο πιο συχνά χρησιμοποιούμενοι όροι σε οποιαδήποτε συζήτηση για σωματόμορφες διαταραχές περιλαμβάνει τα ανεξήγητα ή 'λειτουργικά' σωματικά συμπτώματα και την υποχονδρίαση. Αυτοί οι όροι διαφέρουν με δύο κρίσιμους τρόπους. Υποστηρίζεται ότι ο πρώτος είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει σωματικά συμπτώματα που δεν προκαλούνται από φυσική ασθένεια ή βλάβη ιστού, ενώ ο δεύτερος είναι ένας όρος που

υποδεικνύει ένα μη ρεαλιστικό φόβο ή πεποίθηση ότι κάποιος έχει μία ασθένεια, πιο συχνά βασισμένη στην αντίληψη ενός ανεξήγητου σωματικού συμπτώματος. Στο βαθμό που αυτοί οι δύο όροι υποδεικνύουν διαφορετικά φαινόμενα και ίσως διαφορετική παθοφυσιολογία, η απόκριση ενός τύπου σωματόμορφων διαταραχών στη θεραπεία (π.χ. υποχονδρίαση) ενδέχεται να έχει περιοριστεί σε σχέση με την απόκριση ενός άλλου τύπου σωματόμορφων διαταραχών στη θεραπεία (π.χ. σωματοποιητική διαταραχή). Ο ίδιος υποστηρίζει ακόμη πως η πρωταρχική κατηγορία των σωματόμορφων διαταραχών περιλαμβάνει συνθήκες που μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά των φυσικών συμπτωμάτων που προκαλούν αδικαιολόγητη δυσφορία, ανησυχία, ή δυσλειτουργία. Στην περίπτωση της υποχονδρίασης και της διαταραχής δυσμορφικού σώματος, οι διαταραχές 'κουβαλούν' το πρόσθετο συστατικό των παρεμβατικών δυσάρεστων σκέψεων για την ασθένεια ή τη σωματική εμφάνιση, τους καταναγκασμούς για να ελέγχουν την επιβεβαίωση και μία συνοδευτική αρνητική εκτίμηση των σωματικών συμπτωμάτων που έχει ως αποτέλεσμα το φόβο ή την αποφυγή. Σε αυτές τις διαταραχές, το νόημα και οι επιπτώσεις των συμπτωμάτων είναι περισσότερο αγχωτικές από τα ίδια τα συμπτώματα. Ο Fallon αναφέρει ακόμη πως στην περίπτωση της σωματοποιητικής διαταραχής και της διαταραχής πόνου, τα ίδια τα συμπτώματα είναι η αρχική συγκέντρωση της δυσφορίας και της ανησυχίας. Υποστηρίζεται πως επειδή οι όροι υποχονδρίαση και σωματοποιητική διαταραχή χρησιμοποιούνται συχνά εναλλακτικά από τους κλινικούς της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αξίζει να δοθεί έμφαση στο ότι στην υποχονδρίαση απασχολεί τον ασθενή ο φόβος μίας σοβαρής ασθένειας και ο καταναγκαστικός έλεγχος των υπηρεσιών μειώνει προσωρινά την ανησυχία, δημιουργώντας μία πνευματική κατάσταση και μία συμπεριφορική απόκριση που είναι αρκετά όμοια με την ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή. Στη σωματοποιητική διαταραχή, από την άλλη, η κυρίαρχη ανησυχία δεν είναι μία καταστροφική, απειλητική για τη ζωή ασθένεια, αλλά ανησυχία για τα πολλαπλά ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα. Σημειώνεται ακόμη πως η υποχονδρίαση και οι διαταραχές δυσμορφικού σώματος μπορεί να θεωρηθεί πως ανήκουν κυρίως σε ένα «ψυχαναγκαστικό-γνωστικό σύμπλεγμα» ενώ η σωματοποίηση και οι διαταραχές πόνου θα κατατασσόντουσαν σε ένα «σωματο-αισθητικό σύμπλεγμα». Μία σωματόμορφη διαταραχή που μπορεί να μην ταιριάζει απόλυτα σε κανένα από τα δύο συμπλέγματα είναι η διαταραχή μετατροπής. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η διαταραχή μετατροπής, σε αντίθεση με τις άλλες σωματόμορφες διαταραχές, απαιτεί ένα στρεσογόνο για να ενεργοποιήσει την αρχή της απώλειας λειτουργίας. Δεδομένης της συμβολικής σημασίας του μέρους του νευρικού συστήματος που επηρεάζεται και δεδομένης της έλλειψης συνειδητής επίγνωσης από τον ασθενή για τη σχέση ανάμεσα στο στρεσογόνο και την περιοχή σωματικής δυσλειτουργίας, είναι σαφές ότι οι ασθενείς με συμπτώματα υστερίας έχουν μία περισσότερο διασχιστική διαδικασία από ότι μία κυρίως ψυχαναγκαστική ή σωματοποιητική. Τέλος, αναφέρεται πως μέσα σε οποιοδήποτε άνθρωπο, ενδέχεται να υπάρχει ένα μείγμα αυτών των ποικίλων διαδικασιών, αλλά συχνά κάποιες επικρατούν έναντι κάποιων άλλων.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι σωματόμορφες διαταραχές ενδέχεται να έχουν μία γενετική συνιστώσα και σχετίζονται οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, διαταραχές αντικοινωνικής προσωπικότητας και κατάχρηση του αλκοόλ. Σύμφωνα με τη Φροϋδική ψυχαναλυτική θεωρία, το φυσικό σύμπτωμα προκαλείται από μία ενδοψυχική διαμάχη ανάμεσα με μία ασυνείδητη επιθυμία και μία αναστολή αυτής της επιθυμίας από το

υπερεγώ, ειδικά εάν σχετίζεται με ισχυρές επιθετικές ή σεξουαλικές παρορμήσεις. Υποστηρίζεται πως το σωματικό σύμπτωμα ανακουφίζει την ανησυχία που προκαλείται από τη διαμάχη και διατηρεί την επιθυμία ασυνείδητη. Μία άλλη υπόθεση είναι πως η παιδική ανάπτυξη διαδραματίζει κάποιο ρόλο στην πρόκληση της κατάστασης. Σύμφωνα με αυτή την υπόθεση, αυτοί οι ασθενείς ενδεχομένως να βρήκαν τις οικογένειες τους περισσότερο αποκριτικούς στα φυσικά συμπτώματα από ότι στα συναισθηματικά παράπονα. Αυτό θα μπορούσε να οδήγησε σε ένα ασυνείδητο μοτίβο αναζήτησης της προσοχής για σωματικά συμπτώματα ως ενήλικες. Επιπρόσθετα, υποδεικνύεται πως πολλοί ασθενείς με σωματόμορφες διαταραχές έχουν ιστορικό έκθεσης σε ένα χρόνια άρρωστο μέλος της οικογένειας κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης τους. Υπάρχει η πεποίθηση ότι αυτό μπορεί να ιδρύσει ένα μοντέλο συμπεριφοράς το οποίο θα ακολουθήσουν ως ενήλικες. Τέλος, αυτό ενδέχεται ακόμη να είναι μία σχέση ανάμεσα σε ένα ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης και σωματόμορφης διαταραχής, ειδικά για ασθενείς που παρουσιάζουν γαστρεντερικά ή ουρογεννητικά συμπτώματα. Ακόμη, πολλές ψυχιατρικές ασθένειες, όπως είναι η κατάθλιψη και η ανησυχία, έχουν σωματικά συμπτώματα ως μέρος της φαινομενολογίας. Θεωρείται ότι κάποιοι ασθενείς με σωματόμορφες διαταραχές, στην πραγματικότητα έχουν κάποια ψυχιατρική κατάσταση όπως κατάθλιψη ή ανησυχία, αλλά οι ασθενείς ερμηνεύουν τα συμπτώματα μέσα από μία φυσική συνθήκη παρά μέσα από ψυχιατρικούς παράγοντες. Για παράδειγμα, αναφέρεται ότι ένα ασθενής με κατάθλιψη μπορεί να ισχυριστεί πως νιώθει λυπημένος διότι δεν μπορεί να κοιμηθεί και έχει φτωχή όρεξη, αντί να αποδώσει άμεσα τα συμπτώματα σε κατάθλιψη. Είναι συχνό για ασθενείς με σωματόμορφη διαταραχή να έχουν μία επιπρόσθετη ψυχιατρική διάγνωση. Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί πως το κοινωνικό και πολιτισμικό υπόβαθρο του ασθενή παρουσιάζεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στον τρόπο εκδήλωσης αυτών των διαταραχών. Συγκεκριμένα, αν ο ασθενής ζει σε ένα πολιτισμικό περιβάλλον που στιγματίζει την ψυχική ασθένεια, θα μία φυσική διάγνωση που φαντάζει πιο «αποδεκτή». Ακόμη, ο ασθενής ενδέχεται να έχει ευκολότερη πρόσβαση σε ιατρικές υπηρεσίες από ότι σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας, καθώς η φυσική υγεία καλύπτεται γενικότερα σε μεγαλύτερο βαθμό από οργανισμούς διαχείρισης της ιατρικής περίθαλψης (Tzeng & Eisendrath, 2003).

Μία έρευνα των Bondo-Lind, Delmar και Nielsen (2014) υποστηρίζει πως οι ασθενείς με σωματόμορφες διαταραχές παρουσιάζονται ευάλωτοι στο στρες, και έχουν δυσκολίες αντιμετώπισης των ψυχοκοινωνικών προκλήσεων και της ανησυχίας που σχετίζεται με την ασθένεια. Εξερευνώντας ιστορικά της ζωής των ασθενών, παρατηρήθηκε ότι η επικοινωνία των στρεσογόνων συνθηκών σε σημαντικούς ενηλίκους στην παιδική ηλικία των ασθενών βιώθηκε ως ανεπαρκής, συγκρουσιακή ή απορριπτική, γενικώς συμπεριλαμβανομένων των αποφευκτικών στρατηγικών αντιμετώπισης. Σύμφωνα με αυτή την άποψη, οι ασθενείς προσαρμόστηκαν σε αυτή τη ‘συναισθηματικά αποφευκτική κουλτούρα’ με το να γίνουν συναισθηματικά αποφευκτικοί οι ίδιοι. Τα ευρήματα σχετίζουν επίσης τις σωματόμορφες διαταραχές με την αλεξιθυμία, τη συναισθηματική απορρύθμιση, την ανασφαλή προσκόλληση, τις φτωχές ικανότητες έκφρασης και την αποφευκτική αντιμετώπιση. Στις ενήλικες ζωές τους, υποστηρίζεται ότι οι ασθενείς με τη συγκεκριμένη διαταραχή νιώθουν μία βαθιά επιθυμία για υπαρξιακή αναγνώριση από άλλους, ενώ βιώνουν δυσκολίες με την αυτό-αναγνώριση των ανησυχιών, των αναγκών, της ευαλωτότητας και του άγχους που πλαισιώνουν αρνητικά την ικανότητα τους για έκφραση

αυτών των σημαντικών οπτικών, με συνέπεια οι ασθενείς να κρύβουν τις ανησυχίες τους. Ως εκ τούτου σύμφωνα με τους ισχυρισμούς της ίδιας έρευνας, οι ασθενείς δεν επιτυγχάνουν τις επιδράσεις μείωσης άγχους που φυσιολογικά αποκτούνται όταν λεκτικοποιούνται τα συναισθήματα. Επιπρόσθετα, κρατώντας τις ανησυχίες τους μυστικές δεν λαμβάνουν κοινωνική υποστήριξη, το οποίο κάνει τους ανθρώπους πιο ανθεκτικούς στον χρόνιο πόνο. Τέλος, υποστηρίζεται πως το να υποφέρει κανείς από μία αιτιολογική ασθένεια αποδεικνύεται αγχωτικό, συμπεριλαμβάνοντας τις στιγματιστικές διαδικασίες, τη μειωμένη αυτοπεποίθηση και τη διαταραγμένη αυτοβιογραφία, που οδηγεί στην κρίση ταυτότητας, η οποία με τη σειρά της επιδεινώνεται από ανασφαλείς αντιλήψεις για την ασθένεια και την ανεπαρκή θεραπεία.

Μία άλλη ενδιαφέρουσα έρευνα των Van der Boom, Ven den Hout και Huntjens (2010) αναφέρει ότι το δομικό μοντέλο διάσχισης υποδεικνύει μία σύνδεση ανάμεσα σε ιατρικά ανεξήγητα φυσικά συμπτώματα, το τραύμα και τη διάσχιση. Υποστηρίζεται πως συμπτώματα όπως η διασχιστική αμνησία, η αποπροσωποποίηση και ο κατακερματισμός της ταυτότητας θεωρούνται ως ψυχόμορφη διάσχιση, ενώ συμπτώματα όπως η αναλγησία, η αναισθησία, ο πόνος και η απώλεια κινητικής λειτουργίας, αναφέρονται ως σωματόμορφη διάσχιση. Τα σωματόμορφα διασχιστικά συμπτώματα θεωρούνται ως αντιδράσεις σχετικές με το φυσικό τραύμα ή ‘αναμνήσεις’. Παρόλο που και τα δύο είδη διασχιστικών συμπτωμάτων θεωρείται ότι αντανακλούν μία παρόμοια ψυχική αιτιολογία, η σωματόμορφη διάσχιση θεωρείται ότι είναι φαινομενολογικά διακριτή από την ψυχόμορφη διάσχιση. Η εγκυρότητα της κατασκευής και της υποτιθέμενης τραυματογενούς αιτιολογίας της σωματόμορφης διάσχισης υποστηρίζεται από τα δεδομένα ερευνών, που αποδεικνύουν σχέσεις μεταξύ της σωματοποίησης και σωματόμορφων διαταραχών, των ψυχόμορφων διασχιστικών συμπτωμάτων και του αναφερθέντος τραύματος. Ακόμη, ενώ κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι μία άμεση και κρίσιμη σύνδεση ανάμεσα σε τραυματικά γεγονότα που έχουν βιωθεί και σε ανάπτυξη διασχιστικών συμπτωμάτων είναι εμφανής, κάποιοι άλλοι διαφωνούν. Στην ίδια έρευνα υποστηρίζεται ακόμη πως υπάρχει και μία τρίτη μεταβλητή, όπως η παθολογία της οικογένειας, η οποία μπορεί να εξυπηρετεί ως ενδιάμεσος παράγοντας στη σύνδεση τραύματος-διάσχισης. Ένας άλλος πιθανός παράγοντας ενδέχεται να είναι η αποδιοργάνωση προσκόλλησης. Ακόμη, αναφέρεται μία θετική σχέση ανάμεσα στη διάσχιση και τη φαντασιακή τάση. Η φαντασιακή τάση αναφέρεται σε ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας που αποτελείται από μία βαθιά και μακρόχρονη συμμετοχή στη φαντασία, ένα ταλέντο δράσης μαζί με μία δυσκολία διαφοροποίησης της φαντασία από τα πραγματικά γεγονότα. Σημειώνεται πως οι περισσότεροι υποκείμενοι στη φαντασία άνθρωποι, προσαρμόζονται σχετικά εύκολα, αλλά αναφέρουν περισσότερη παιδική κακοποίηση συγκριτικά με άτομα που χαρακτηρίζονται από φτωχή φαντασία. Η φαντασιακή τάση ενδέχεται είτε να οδηγήσει σε μία σύγχυση αναμνήσεων που προέρχονται από πραγματικά γεγονότα με εκείνες που προέρχονται από την φαντασία, ή μπορεί να οδηγήσει στην υιοθέτηση ενός φιλελεύθερου κριτηρίου για την αναφορά αυτοβιογραφικών γεγονότων του παρελθόντος. Τότε πιθανώς η διάσχιση και η φαντασιακή τάση συνεισφέρουν στην αυξημένη αυτό-αναφορά τραυματικών γεγονότων, έτσι ώστε να μην είναι το αποτέλεσμα αλλά η αιτία των αναφορών των τραυματικών γεγονότων. Από την άλλη, έχει υποστηριχθεί ότι η φαντασιακή τάση μπορεί να θεωρηθεί ως μία ικανότητα

αντιμετώπισης για τα άτομα που έχουν τραυματιστεί, προκειμένου να δραπευτεύσουν από την πραγματικότητα, οδηγώντας κατά συνέπεια στη σχέση τραύματος και διάσχισης.

Έχουν προταθεί διαφορετικοί παθοφυσιολογικοί παράγοντες, οι οποίοι αποτελούν τη βάση των σωματόμορφων συμπτωμάτων. Αρχικά, όπως αναφέρει ο Pollatos και οι συνάδελφοι του, η επαυξημένη επεξεργασία κεντρικού πόνου έχει προταθεί ως υπεύθυνη για παράπονα σχετικά με τον πόνο σε ασθενείς με σωματόμορφες διαταραχές. Στη συνέχεια, εμπειρικά δεδομένα παρουσιάζουν μία αμβλυμμένη συμπαθητική-παρασυμπαθητική ισορροπία στις σωματικές διαταραχές. Σύμφωνα με την έρευνα, η αυτονομική ανισορροπία και ο μειωμένος παρασυμπαθητικός τόνος ενδέχεται να είναι ο τελικός κοινός τομέας που συνδέει τις αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις με την ασθένεια, πιθανώς ρυθμιζόμενες από περιοχές διασύνδεσης όπως ο προμετωπιαίος φλοιός. Ο προμετωπιαίος φλοιός, υποστηρίζεται ότι είναι περιοχή στόχος για πληροφορίες τόσο από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, όσο και από την προσοχή και τα συναισθηματικά δίκτυα. Στο μοντέλο αυτό δημιουργείται η υπόθεση ότι όταν η παρασυμπαθητική ανασταλτική δράση αποσύρεται, μία σχετική συμπαθητική κυριαρχία προκύπτει. Η συμπαθητική κυριαρχία έχει υποδειχτεί ότι συνδέεται με την υπερεγρήγορση και την αποτελεσματική κατανομή των γνωστικών πόρων και των πότων προσοχής.

2.2 Αξιολόγηση των ψυχοσωματικών διαταραχών

Όπως, λοιπόν, αναφέρθηκε και προηγουμένως, οι σωματόμορφες διαταραχές χαρακτηρίζονται από επίμονα ή επαναλαμβανόμενα φυσικά συμπτώματα που δεν μπορούν να εξηγηθούν ολοκληρωτικά από μία γενική ιατρική συνθήκη. Ασθενείς με ιατρικά ανεξήγητα συμπτώματα επιβαρύνονται ψυχολογικά από αυτά, έχουν μία σημαντικά μειωμένη ποιότητα ζωής, παρουσιάζουν αυξημένη ανησυχία για την υγεία, υπερ-ερμηνεύουν μικρής σημασίας φυσικά συμπτώματα ως πιθανά σημάδια ασθένειας και έχουν σταθερή αλεξιθυμία και νευρωτισμό κατάσταση (Allen & Woolfolk, 2010; Bondo-Lind, Delmar & Nielsen, 2014; Pollatos, Dietel, Herbert, Wanker, Wachsmuth, Henningsen & Sack, 2011; Tzeng & Elsendrath, 2003). Εξαιτίας της ψυχολογικής ανησυχίας που παρατηρείται να χαρακτηρίζει του ασθενείς με σωματόμορφες διαταραχές, παρουσιάζεται η τάση των ασθενών αυτών να μεγιστοποιούν τα σωματικά συμπτώματα. Η ενίσχυση αυτών των συμπτωμάτων μπορεί να περιγραφεί ως ένα παράπονο φυσικού συμπτώματος χωρίς επαρκή εργαστηριακά ή κλινικά ευρήματα που να εξηγούν τη σοβαρότητα και/ή τη διάρκεια των συμπτωμάτων. Η μεγιστοποίηση των συμπτωμάτων, ωστόσο, δεν θα πρέπει να συγχύζεται με την προσποίηση (π.χ. υπερβολή/προσποίηση των συμπτωμάτων εξωτερικού πόνου) ή την πλασματική διαταραχή (π.χ. την προσποιητά ή αυτό-προκαλούμενα συμπτώματα που επιτρέπουν το «ρόλο του ασθενή») (Dohrenwend & Skillings, 2009). Επιπλέον, τα δεδομένα αποδεικνύουν ότι τείνουν να χρησιμοποιούν την ιατρική φροντίδα σε μεγαλύτερο βαθμό και έτσι προκαλούν υψηλό κόστος για το σύστημα υγείας, ανεξάρτητα από την ψυχιατρική και ιατρική συνοσηρότητα. Οι γιατροί προσπαθούν συχνά να «φυσιολογικοποιήσουν» τα ιατρικά ανεξήγητα συμπτώματα και ακούσια προσβάλλουν τον ασθενή προσφέροντας ανεπαρκείς εξηγήσεις, οδηγώντας τον ασθενή να αναζητήσει πρόσθετες φυσικές εξηγήσεις και ιατρική βοήθεια και να αναγνωρίσει

καινούργια φυσικά συμπτώματα. Ακόμη, αναφέρεται πως οι σωματόμορφες διαταραχές είναι η πιο συχνή ψυχική διαταραχή στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, με ποσοστά επικράτησης της τάξης του 10% και 20%. Όσον αφορά την εξειδικευμένη ή δευτεροβάθμια περίθαλψη –συγκεκριμένα στη νευρολογία, τη γυναικολογία και τη γαστρεντερολογία- μεγαλύτερο ποσοστό του 50% των ασθενών υποφέρουν από ιατρικά ανεξήγητα συμπτώματα (Schmid et al., 2014).

Για όλους τους προαναφερθέντες λόγους, λοιπόν, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική η ορθή αναγνώριση και θεραπεία των ασθενών με σωματόμορφες διαταραχές. Ως εκ τούτου, προκειμένου να επιτευχθεί η αποτελεσματική θεραπεία, κρίνεται απαραίτητη η κατάλληλη αξιολόγηση και τα όργανα ελέγχου τόσο για την κλινική εργασία, όσο και για την έρευνα. Σύμφωνα με τον Schmid και τους συναδέλφους του, σήμερα υπάρχουν δύο είδη οργάνων αξιολόγησης ή ελέγχου των σωματόμορφων διαταραχών: προσανατολισμένα στο σύμπτωμα και προσανατολισμένα ψυχολογικά. Τα ερωτηματολόγια που είναι προσανατολισμένα στο σύμπτωμα αξιολογούν τα σωματικά συμπτώματα (π.χ. ζαλάδα, πόνος και γαστρεντερικά παράπονα). Στα παραδείγματα συμπεριλαμβάνονται το Patient Health Questionnaire (PHQ-15), το Screening Instrument for Somatoform Symptoms (SOMS) και το Somatic Symptom Inventory. Τα ψυχολογικά προσανατολισμένα ερωτηματολόγια περιλαμβάνουν συγκεκριμένες συμπεριφορές, εμπειρίες και αντιλήψεις των σωματόμορφων διαταραχών, όπως το Whiteley Index (WI), το Illness Behavior Questionnaire (IBQ), το Cognitions About Body and Health Questionnaire (CABAH), το Scale for the Assessment of Illness Behavior (SAIB) και το Health Attitude Survey (HAS). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, συγκριτικά με το SAIB και το IBQ, τα οποία έχει υποστηριχθεί ότι αξιολογούν διαφορετικές οπτικές της συμπεριφοράς στην ασθένεια (π.χ. 'επιβεβαίωση της διάγνωσης' SAIB, 'έκφραση συμπτωμάτων' SAIB, 'άρνηση' IBQ ή 'γενική υποχονδρίαση' IBQ) και με το CABAH που αιχμαλωτίζει τις γνωστικές οπτικές της σωματοποίησης και της υποχονδρίασης (π.χ. 'καταστροφική ερμηνεία των σωματικών παραπόνων' ή 'αυτόνομες αισθήσεις'), η Health Attitude Survey (HAS) περιλαμβάνει γνώσεις, συναισθήματα, και συμπεριφορές ασθενών με σωματόμορφες διαταραχές. Υποστηρίζεται πως η HAS φαίνεται να είναι ένα έγκυρο όργανο για την αξιολόγηση στάσεων και αντιλήψεων των ασθενών με σωματόμορφες διαταραχές. Ακόμη, θεωρείται ότι η HAS διακρίνει με ακρίβεια ανάμεσα στους ασθενείς με σωματόμορφες διαταραχές, τους ασθενείς με σοβαρές ιατρικές ασθένειες (π.χ. καρκίνο) και τα άτομα στην ομάδα ελέγχου χωρίς σωματόμορφες. Συγκεκριμένα, αναφέρεται πως η HAS έχει σκοπό να αξιολογήσει τη σωματοποίηση μέσα από στοιχεία που αντιμετωπίζουν την ψυχολογική ανησυχία, την παρουσίαση σωματικών συμπτωμάτων και τη χρησιμοποίηση της φροντίδας της υγείας. Η HAS αποτελείται από 27 στοιχεία, των οποίων ο βαθμός υπολογίζεται από ένα συνολικό σκορ, καθώς και από τις ακόλουθες έξι κλίμακες: 'απογοήτευση από περίθαλψη', 'αναστάτωση με διαταραγμένη υγεία', 'υψηλή χρήση περίθαλψης', 'υπερβολική ανησυχία για την υγεία', 'ψυχολογική ανησυχία', 'ασύμβατη επικοινωνία της ανησυχίας'. Στη συνέχεια, το Patient Health Questionnaire-15 (PHQ-15) είναι άλλο ένα διαγνωστικό εργαλείο το οποίο θεωρείται χρήσιμο για μία αξιόπιστη ανίχνευση της υπόθεσης. Σύμφωνα με τους Kober, Frieser, Steinbrecher και Hiller (2011), το PHQ-15 είναι ένα οικονομικό, αυτό-χορηγούμενο όργανο ελέγχου της σοβαρότητας των σωματικών συμπτωμάτων και έχει αναπτυχθεί από τα προηγούμενα: το 'Primary Care Evaluation of Mental Disorders' και το 'Prime-MD Patient

Health Questionnaire' (PRIME-MD PHQ). Αυτές οι μέθοδοι σκοπεύουν στην οικονομική ανίχνευση των ψυχικών διαταραχών και έχουν χρησιμοποιηθεί και επικυρωθεί σε μία ποικιλία ερευνών. Υποστηρίζεται πως όπως γίνεται με κάθε όργανο που χρησιμοποιείται για τον έλεγχο των ιατρικώς ανεξήγητων σωματικών συμπτωμάτων και τις σωματόμορφες διαταραχές, το PHQ-15 δεν διαχωρίζει τα ιατρικά ανεξήγητα από τα ιατρικά εξηγήσιμα συμπτώματα. Για να κριθεί αυτό, είναι απαραίτητη τόσο η ιατρική εξέταση όσο και η γνώμη των γιατρών. Τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήγαγαν οι Kober, Frieser, Steinbrecher και Hiller (2011) επιβεβαιώνουν την υψηλή επικράτηση που έχουν τα ιατρικά ανεξήγητα στο σύστημα ιατρικής περίθαλψης. Ωστόσο, πρέπει να ληφθεί υπόψη πως δεν είναι όλα τα ιατρικά ανεξήγητα συμπτώματα ενοχλητικά. Η έρευνα αναφέρει πως παρόλο που το PHQ-15 αξιολογεί τα συμπτώματα ανεξάρτητα από τη φύση τους (ιατρικά εξηγήσιμα ή ανεξήγητα), η ανάλυση των 15 πιο συχνά αναφερόμενων συμπτωμάτων αποκάλυψε μία παρόμοια συχνότητα διανομής όταν είτε λαμβάνονται όλα τα συμπτώματα υπόψη, είτε μόνο τα ιατρικά ανεξήγητα συμπτώματα. Αυτό αποδεικνύει ότι το PHQ-15 πράγματι συλλαμβάνει πολλά τυπικά σωματόμορφα συμπτώματα. Ως εκ τούτου, μπορεί να υποτεθεί ότι υπάρχει υψηλή συμφωνία ανάμεσα στην πρόβλεψη των σωματόμορφων συμπτωμάτων και των φυσικών συμπτωμάτων γενικώς. Επιπλέον, στο παρελθόν η παρουσία σωματικών συμπτωμάτων, ανεξάρτητα από την αιτιολογία, σχετίζεται με αυξημένη κοινωνική και ψυχιατρική συννοσηρότητα. Αναφέρεται, λοιπόν, πως το PHQ-15 πράγματι συλλαμβάνει τα 10 πιο συχνά αναφερόμενα συμπτώματα. Η συμφωνία ανάμεσα στο σκορ του PHQ-15 και την παρουσία μίας σωματόμορφης διαταραχής μπορεί να κριθεί ως μέτρια ικανοποιητική. Υποδεικνύεται πως παρά το γεγονός ότι το PHQ-15 δε μπορεί να διαχωρίσει τα ιατρικά εξηγήσιμα από τα ιατρικά ανεξήγητα συμπτώματα, έχει ωστόσο τη δύναμη να προβλέπει, ως ένα συγκεκριμένο βαθμό, τη διάγνωση των σωματόμορφων διαταραχών.

Μετά την ενσωμάτωση των σωματόμορφων διαταραχών στο DSM-III, έχουν προσελκύσει πολλή κριτική και έχει υπάρξει ουσιαστική συμφωνία για την ανεπάρκεια ακόμη και των επόμενων εκδόσεων του DSM καθώς και του ICD (Dounezis & Seretis, 2013; Guidi, Rafanelli, Roncuzzi, Sirri & Fava, 2013; Voigt, Nagel, Meyer, Langs, Braukhaus & Lowe, 2010). Συγκεκριμένα, η αλληλοεπικάλυψη με τις αγχώδεις διαταραχές και τις διαταραχές κατάθλιψης, καθώς επίσης και η αβεβαιότητα της αιτιολογίας των σωματικών παραπόνων των ασθενειών, έχουν περιορίσει τη χρησιμότητα κάποιων διαγνώσεων στους κλινικούς, τους γιατρούς και τους ψυχιάτρους (Guidi, Rafanelli, Roncuzzi, Sirri & Fava, 2013). Κατά συνέπεια, κρίνεται αναγκαίος ο ακριβής και επαρκής επαναπροσδιορισμός ολόκληρου του φάσματος των σωματόμορφων διαταραχών. Έχουν προταθεί διαφορετικές διαδικασίες για την αναθεώρηση αυτών των διαταραχών, από την κατάργηση των διαγνωστικών κατηγοριών εξ' ολοκλήρου ως τη μεταφορά κάποιων διαταραχών σε άλλες κατηγορίες (π.χ. τη μετακίνηση της υποχονδρίασης στις αγχώδεις διαταραχές) και στον καθορισμό καινούργιων διαγνωστικών κριτηρίων. Δεδομένης της πληθώρας των προτάσεων, χρειάζονται βάσιμα κριτήρια απόφασης για την αποδοχή ή την απόρριψη διαγνωστικών κριτηρίων. Αρχικά, όπως αναφέρουν στη μελέτη ανασκόπησης οι Voigt, Nagel, Meyer, Langs, Braukhaus και Lowe (2010), στις τροποποιήσεις της διάγνωσης των σωματόμορφων διαταραχών θα πρέπει το κριτήριο του χρόνου να γίνει πιο αυστηρό (περιορισμένο) στις σπάνιες διαγνωσμένες διαταραχές και στη συνέχεια, να μειωθεί το όριο για τον απαιτούμενο αριθμό σωματικών παραπόνων. Ακόμη, σύμφωνα με την προαναφερθείσα

βιβλιογραφία, συνίσταται η ενσωμάτωση των εμπειρικά προερχόμενων γνωστικών και συμπεριφοριστικών χαρακτηριστικών και της μη φυσιολογικής συμπεριφοράς ασθένειας στα επίσημα διαγνωστικά κριτήρια. Ωστόσο, το πώς θα κριθεί η εγκυρότητα των διαταραχών παραμένει περίπλοκο. Αναφέρεται πως οι κλασσικές ψυχομετρικές προσεγγίσεις τυπικά διακρίνουν υπότυπους, όπως: εγκυρότητα βασισμένη στο κριτήριο (criterion-related validity), εγκυρότητα προσώπου (face validity), εγκυρότητα περιεχομένου (content validity), δομική εγκυρότητα (structural validity), διακρίνουσα εγκυρότητα (discriminant validity) και συγκλίνουσα εγκυρότητα (convergent validity). Στη συνέχεια υποστηρίζεται πως η εγκυρότητα της διάγνωσης των ψυχικών διαταραχών δεν αξιολογείται επίσημα σύμφωνα με αυτά τα ψυχομετρικά πρότυπα εγκυρότητας. Παρόλο που κάποιοι όροι χρησιμοποιούνται συχνά –όπως η προβλεπτική εγκυρότητα και η δομική εγκυρότητα- το νόημα τους διαφέρει ελαφρώς στις ψυχομετρικές συγκριτικά με τις ταξινομητικές συζητήσεις. Μία κλασική προσέγγιση στην εγκαθίδρυση της εγκυρότητας των ψυχικών διαταραχών περιγράφεται από τους Robins και Guse, οι οποίοι ισχυρίστηκαν πως η έγκυρη διάγνωση θα πρέπει, αρχικά, να περιγράφει ένα κλινικό σύνδρομο αρκετά καθαρά ώστε διαφορετικοί εκτιμητές να μπορούν να συμφωνήσουν με αξιοπιστία όσον αφορά την παρουσία της διαταραχής. Ακόμη, θα πρέπει να προβλέπεται η επίδοση των ασθενών σε σχετικά εργαστηριακά και ψυχομετρικά τεστ, η πορεία των συμπτωμάτων των ασθενών στο χρόνο καθώς και το ιστορικό των σχετικών προβλημάτων της οικογένειας των ασθενών. Τέλος, θα πρέπει να είναι διακριτή από άλλες συνθήκες που μοιράζονται επιφανειακές ομοιότητες. Συμπληρωματικά, η έγκυρη διάγνωση θα πρέπει να προβλέπει την απόκριση του ασθενή στη θεραπεία.

Οι Voigt, Nagel, Meyer, Langs, Braukhaus και Lowe (2010), αναφέρουν ακόμη πως έχει υποστηριχθεί ότι η κλινική χρησιμότητα θα έπρεπε να χρησιμοποιείται για να εκτιμά την αξία των διαγνωστικών κατηγοριών. Η κλινική χρησιμότητα αναφέρεται: 1. στο βαθμό στον οποίο η διάγνωση μπορεί να βοηθήσει τους κλινικούς να αντιληφθούν τη διαταραχή στην καθημερινή τους δουλειά, 2. στο βαθμό που μία διάγνωση μπορεί να βοηθήσει τον κλινικό να επικοινωνήσει χρήσιμες πληροφορίες σε άλλους, συμπεριλαμβανομένων των επαγγελματιών, των μελών της οικογένειας και τους διοικητικούς, 3. στο βαθμό που η παρουσία μίας διαταραχής βοηθά τον κλινικό να επιλέξει αποτελεσματικές παρεμβάσεις και 4. στο βαθμό που μία διαταραχή μπορεί να προβλέψει μελλοντικές κλινικές ανάγκες διαχείρισης.

2.3 Η κλινική εικόνα των ψυχοσωματικών διαταραχών-αλεξιθυμία

Ο κοιλιακός πόνος, το φούσκωμα, η ζαλάδα, ο πόνος στο στήθος, το πυελικό άλγος, η δυσανεξία στο φαγητό, οι ταχυκαρδίες ή οι πόνοι στις αρθρώσεις είναι κοινά συμπτώματα και τυπικοί λόγοι επίσκεψης ενός γιατρού. Κάποια από αυτά τα συμπτώματα συναντώνται σε μεγαλύτερο ποσοστό του 30% του γενικού πληθυσμού. Υποστηρίζεται πως παρόλο που παρουσιάζεται σημαντική πιθανότητα ύφεσης, πολλοί άνθρωποι έχουν πολλαπλά συμπτώματα που τείνουν να επιμένουν. Ο αντίκτυπος της ιατρικής φροντίδας αυτών των ασθενών είναι ουσιαστικός. Μία ποικιλία διαγνώσεων και ετικετών έχουν προταθεί γι’ αυτά τα παράπονα, π.χ. ανεξήγητα φυσικά συμπτώματα, υποκειμενικά

παράπονα για την υγεία, καθώς και η ινομυαλγία, το σύνδρομο της χρόνιας κούρασης, ή το πολλαπλό σύνδρομο χημικής ευαισθησίας παρουσιάζουν συσχετίσεις με αυτά τα παράπονα. Ως εκ τούτου, οι διαταραχές αυτές αναφέρονται ως σωματόμορφες (Rief & Barsky, 2005). Αναφέρεται πως οι ασθενείς που παρουσιάζουν ανεξήγητα ιατρικά (σωματόμορφα) συμπτώματα αποτελούν σημαντική πρόκληση για τους φροντιστές. Αυτοί οι ασθενείς τείνουν να κάνουν υπερβολική χρήση των υπηρεσιών περίθαλψης, αντλούν ελάχιστο όφελος από τη θεραπεία και βιώνουν παρατεταμένη βλάβη, που συχνά διαρκεί χρόνια. Συχνά, οι ασθενείς με σωματόμορφες διαταραχές είναι δυσαρεστημένοι με τις ιατρικές υπηρεσίες που λαμβάνουν και αλλάζουν διαρκώς γιατρούς. Ομοίως, οι γιατροί αυτών των ανεκτικών στη θεραπεία ασθενών συχνά νιώθουν απογοητευμένοι με τα συχνά παράπονα των ασθενών και τη μη ικανοποίηση από τη θεραπεία (Allen & Woolfolk, 2010). Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, υπάρχουν πέντε τύποι σωματόμορφων διαταραχών, σύμφωνα με το DSM-IV, οι οποίοι είναι: η σωματοποιητική διαταραχή (somatization disorder), η διαταραχή δυσμορφικού σώματος (body dysmorphic disorder), η διαταραχή μετατροπής (conversion disorder), η υποχονδρίαση (hypochondriasis) και η διαταραχή πόνου (pain disorder).

Αρχικά, σύμφωνα με τους Rief και Barsky (2005), οι ασθενείς με σωματοποιητική διαταραχή αποτελούν το 5-7% του πληθυσμού ιατρικής φροντίδας. Οι ασθενείς με σωματοποιητική διαταραχή έχουν διαφορετικά φυσικά συμπτώματα σε πολλαπλά σωματικά συστήματα. Η ηλικίας έναρξης υπολογίζεται στην πρώιμη ενήλικη ζωή. Αυτοί οι ασθενείς έχουν περίπλοκα ιατρικά ιστορικά. Για να διαγνωστεί ένας ασθενής με αυτή τη διαταραχή, πρέπει να παρουσιάσει πολλαπλά σωματικά παράπονα που διαδραματίζονται σε μία περίοδο διάρκειας μερικών ετών, για τα οποία υπάρχουν ανεπαρκείς ή μη ουσιαστικές αποδείξεις (Dohrenwend & Skillings, 2009). Η διαταραχή αυτή χαρακτηρίζεται από τουλάχιστον 4 ανεξήγητα παράπονα πόνου (π.χ. στην πλάτη, στο στήθος, στις αρθρώσεις), 2 ανεξήγητα γαστρεντερικά παράπονα χωρίς πόνο (π.χ. ναυτία, φούσκωμα), 1 ανεξήγητο σεξουαλικό σύμπτωμα (π.χ. σεξουαλική δυσλειτουργία, ακανόνιστη έμμηνο ρύση) και 1 ψευδονευρολογικό σύμπτωμα (π.χ. επιληπτικές κρίσεις, παράλυση, μούδιασμα) (Allen & Woolfolk, 2010; Dohrenwend & Skillings, 2009). Κρίνεται σημαντικό ότι τα συμπτώματα δεν θα πρέπει να προκαλούνται εμπρόθετα ή να προσποιούνται. Οι ασθενείς με σωματόμορφες διαταραχές ενδέχεται να επιμένουν για τα συμπτώματα πόνου και για τη φυσική δυσφορία, και η επίδραση τους είναι τυπικά δραματική, καταθλιπτική ή αποπλανητική (Dohrenwend & Skillings, 2009). Αναφέρεται, επίσης, πως συνήθως παρουσιάζονται πρώτα σε κλινικές γενικής ιατρικής ενώ σπάνια αναζητούν ένα ψυχίατρο εκτός αν παραπεμφθούν από κάποιο γιατρό της πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Tzeng & Eisendrath, 2003). Η πορεία της σωματοποιητικής διαταραχής τείνει να χαρακτηρίζεται από συμπτώματα που αυξάνονται και μειώνονται, πέφτοντας σε ύφεση μόνο και μόνο για να επιστρέψουν αργότερα ή για να αντικατασταθούν από καινούργια ανεξήγητα φυσικά συμπτώματα. Έτσι, η σωματοποιητική διαταραχή είναι μία χρόνια, πολυσυμπτωματική διαταραχή (Allen & Woolfolk, 2010).

Στη συνέχεια, υποστηρίζεται ότι η διαταραχή δυσμορφικού σώματις χαρακτηρίζεται από μία αμείλικτη εμμονή με φανταστικά φυσικά ελαττώματα του σώματος. Είναι συχνό ο στόχος της απασχόλησης να είναι το πρόσωπο (π.χ. ασύμμετρη μύτη). Η πιο κοινή εστίαση ή εμμονή για τις γυναίκες είναι το δέρμα, οι γλουτοί, το στήθος και τα πόδια, ενώ οι άνδρες

επικεντρώνονται περισσότερο στο ύψος, το μέγεθος του πέους, και την τριχοφυΐα του σώματος. Αυτοί οι ασθενείς, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, σπαταλούν πολύ χρόνο παρατηρώντας τα μέλη του σώματος που έχουν εστιάσει και τα ελέγχοντας τα στον καθρέφτη. Τα ελαττώματα αυτά συνήθως δεν είναι αξιοπρόσεκτα από τους άλλους ή είναι πολύ ασήμαντα σε αναλογία με την ανησυχία του ασθενή. Οι ασθενείς με αυτή τη διαταραχή συχνά αναζητούν βοήθεια από πλαστικούς χειρούργους ή δερματολόγους και μπορεί να δοκιμάσουν πολλαπλές διαδικασίες προκειμένου να διορθώσουν το φανταστικό ελάττωμα. Το πλαστικό χειρουργείο συνήθως δεν μειώνει την απασχόληση και οι ασθενείς ενδέχεται να πιστεύουν ότι η διαδικασία απέτυχε ή ότι έκανε το ελάττωμα χειρότερο. Η διαταραχή δυσμορφικού σώματος υποστηρίζεται πως σχετίζεται με σοβαρή κοινωνική και εργασιακή δυσλειτουργία. Ακόμη, πολλοί ασθενείς περιορίζονται στο σπίτι εξαιτίας της διαταραχής τους (Allen & Woolfolk, 2010; Dohrenwend & Skillings, 2009; Tzeng & Eisendrath, 2003).

Όσον αφορά τη διαταραχή μετατροπής, υποστηρίζεται πως είναι μία κατάσταση στην οποία το παρουσιαζόμενο σύμπτωμα είναι μία απώλεια ή εναλλαγή της φυσικής λειτουργίας. Το σύμπτωμα συνήθως μιμείται μία νευρολογική κατάσταση. Ενδεχομένως να μοιάζει με κινητικά συμπτώματα, όπως κεντρική αδυναμία, δυσαρθρία ή παράλυση. Μπορεί ακόμη να μιμείται αισθητικά ελλείμματα, όπως μούδιασμα ή τύφλωση. Τέλος, η διαταραχή μπορεί να παρουσιάζεται με τη μορφή συμπτωμάτων κρίσης ή μίας γνωστικής διαταραχής όπως η αμνησία (Tzeng & Eisendrath, 2003). Η πορεία της συγκεκριμένης διαταραχής εμφανίζεται να είναι διαφορετική από εκείνη της σωματοποιητικής διαταραχής, η οποία τείνει να είναι χρόνια. Η αρχή και η πορεία της διαταραχής μετατροπής συχνά έχει τη μορφή ενός οξέος επεισοδίου. Τα συμπτώματα ενδέχεται να υποχωρήσουν μέσα σε μερικές εβδομάδες από το αρχικό επεισόδιο και μπορεί να συμβούν ξανά στο μέλλον (Allen & Woolfolk, 2010; Dohrenwend & Skillings, 2009; Tzeng & Eisendrath, 2003). Τα συμπτώματα της διαταραχής αυτής θεωρείται ότι προκαλούνται ασυνείδητα, προκαλώντας πρωτογενές και πιθανώς δευτερογενές όφελος. Το πρωτογενές κέρδος επιτρέπει στους ασθενείς να αποφεύγουν την αντιμετώπιση επίπονων συναισθημάτων (π.χ. ένας έφηβος νιώθει ενοχές για τον αυνανισμό και αναπτύσσει αναισθησία στο χέρι). Το δευτερογενές όφελος επιτρέπει στον ασθενή να προκαλεί την επιθυμητή υποστήριξη (π.χ. η ξαφνική τύφλωση της γυναίκας έχει ως αποτέλεσμα να μένει ο άντρας της σπίτι αντί να πάει στη δουλειά και να τη φροντίζει) (Dohrenwend & Skillings, 2009).

Όπως αναφέρεται και το DSM-IV, η υποχονδρίαση καθορίζεται ως μία «απασχόληση με φόβους ή την ιδέα ότι κάποιος έχει μία σοβαρή ασθένεια που βασίζεται στην παρερμηνεία των σωματικών συμπτωμάτων του ατόμου» (Allen & Woolfolk, 2010). Η απασχόληση πρέπει να επιμένει ανεξάρτητα από την ιατρική αξιολόγηση και φυσική επιβεβαίωση και να προκαλεί σημαντική ανησυχία ή βλάβη στην λειτουργία κάποιου (Allen & Woolfolk, 2010; Dohrenwend & Skillings, 2009). Για παράδειγμα, ένας ασθενής με χρόνιο επιγάστριο πόνο και μία επίμονη σκέψη ότι έχει καρκίνο μπορεί να πληροί τα κριτήρια για υποχονδρίαση (Dohrenwend & Skillings, 2009). Ακόμη, οι Tzeng και Eisendrath (2003), υποστηρίζουν πως ενδέχεται να υπάρχουν υπότυποι ασθενών σε αυτή τη διαγνωστική κατηγορία. Για παράδειγμα, μία ομάδα ασθενών με υποχονδρίαση εμφανίζεται να έχει την απασχόληση με ασθένεια ως ένα ριζωμένο τύπο προσωπικότητας. Αυτός ο τύπος τείνει να

έχει μία χρόνια πορεία. Υπάρχει μία άλλη ομάδα ασθενών που εμφανίζεται να αναπτύσσει την υποχονδρίαση μία δευτερογενή κατάσταση εξαιτίας σημαντικού άγχους ή άλλης ψυχικής ασθένειας, όπως η κατάθλιψη και η ανησυχία. Αυτοί οι ασθενείς είναι πιο πιθανό να βελτιωθούν μόλις λυθεί το ζήτημα του στρεσογόνου παράγοντα.

Τέλος, η τελευταία κατηγορία σωματόμορφων διαταραχών, η διαταραχή πόνου, σύμφωνα με το DSM-IV, χαρακτηρίζεται από κλινικά σημαντικό πόνο σε μία ή περισσότερες ανατομικές περιοχές (Allen & Woolfolk, 2010). Υποστηρίζεται ότι αυτές οι διαταραχές μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε τρεις τύπους. Ο πόνος πρέπει να προκαλεί σημαντική ανησυχία ή λειτουργική βλάβη. Τα συμπτώματα δεν προκαλούνται εμπρόθετα, ούτε προσποιούνται (Dohrenwend & Skillings, 2009). Αρχικά, η διαταραχή πόνου που σχετίζεται με ψυχολογικούς παράγοντες είναι η μοναδική που θεωρείται μία πραγματική σωματόμορφη διαταραχή. Οι άλλοι δύο τύποι, η διαταραχή πόνου που σχετίζεται με μία γενική ιατρική κατάσταση και η διαταραχή πόνου που σχετίζεται τόσο με ιατρικούς όσο και με ψυχολογικούς παράγοντες, θεωρούνται περισσότερο ιατρικές παρά ψυχιατρικές διαταραχές. Η διαταραχή πόνου με ιατρικούς και ψυχολογικούς παράγοντες είναι η πιο κοινή από τις τρεις διαταραχές που παρατηρούνται στην κλινική πρακτική (Tzeng και Eisendrath, 2003).

Υποστηρίζεται πως ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων, οι οποίοι θεωρούνται επικίνδυνοι για την ανάπτυξη και την επιμονή της σωματοποίησης έχει μελετηθεί, περιλαμβανομένων των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας. Ένας από αυτούς είναι ο νευρωτισμός, προσδιοριζόμενος ως «μία ευρεία διάσταση ατομικών διαφορών με τάση να βιώνουν αρνητικά συναισθήματα ανησυχίας». Σύμφωνα με τον Gucht (2003), ο νευρωτισμός έχει επανειλημμένα θεωρηθεί ότι σχετίζεται με τη σωματοποίηση. Ο ίδιος υποστηρίζει, ακόμη, πως ένα άλλο χαρακτηριστικό που υποτίθεται ότι διαδραματίζει ένα ρόλο στην ανάπτυξη της σωματοποίησης είναι η αλεξιθυμία. Όπως έχει αναφερθεί και στο προηγούμενο κεφάλαιο, η αλεξιθυμία είναι μία πολυδιάστατη κατασκευή που καθορίζεται από μία δυσκολία στην αναγνώριση και την περιγραφή συναισθημάτων, δυσκολία στο διαχωρισμό των συναισθημάτων από τις σωματικές αισθήσεις, ανεπάρκεια φαντασιώσεων ένα εξωτερικά προσανατολισμένο γνωστικό στυλ (Bailey & Henry, 2007; Duddu, Isaak & Chaturvedi, 2003; Gucht, 2003). Η κυρίαρχη άποψη είναι ότι αυτά τα συναισθηματικά ελλείμματα αποτελούν τη βάση των αποτυχιών της ικανότητας αναγνώρισης των φυσικών αισθήσεων ως σωματικές εκδηλώσεις των συναισθημάτων. Κατά συνέπεια, αντί να αντιμετωπίσουν τα υποκείμενα συναισθήματα, αυτές οι σωματικές αισθήσεις επικεντρώνονται στο αποτέλεσμα της σωματοαισθητικής ενίσχυσης, το οποίο μπορεί να παρερμηνευτεί ως φυσική ασθένεια (Bailey & Henry, 2007). Η αιτιολογία της αλεξιθυμίας παραμένει ασαφής. Έχει προταθεί ένα κοινωνικο-αναπτυξιακό μοντέλο, καθώς, επίσης, και τρία διαφορετικά νευρολογικά μοντέλα. Σύμφωνα με τους Bailey και Henry (2007), αυτά είναι το έλλειμμα στο μεσολόβιο, έλλειμμα στο δεξί ημισφαίριο και δημιουργία πρόσθιου προσαγωγίου. Οι ίδιοι προτείνουν ότι τα χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής επίγνωσης περιλαμβάνουν μία εστίαση σε σωματικές αισθήσεις από ότι σε συνειδητά βιωμένα συναισθήματα. Ακόμη, υπάρχει η πεποίθηση ότι η διαβίβαση των εσωδεκτικών συναισθηματικών πληροφοριών στον πρόσθιο φλοιό του προσαγωγίου μπορεί να επιτρέψει την αποπεράτωση ενός βρόχου ανάδρασης στη διαμόρφωση της συμπαθητικής διέγερσης. Έτσι, η αποτυχία αυτής της διαβίβασης θεωρείται ότι οδηγεί σε υπερβολική και

επίμονη συμπαθητική εκκένωση και, κατά συνέπεια, σε σωματοποίηση. Επιπρόσθετα, όσον αφορά τον παράγοντα της προσωπικότητας, ο Gucht (2003) υποστηρίζει ότι η εμπειρία του ψυχολογικού άγχους, ειδικά της ανησυχίας και της κατάθλιψης, θεωρείται σημαντικός παράγοντας στην ανάπτυξη σωματοποίησης. Έρευνες αποδεικνύουν υψηλό βαθμό συννοσηρότητας ανάμεσα στη σωματοποίηση, την ανησυχία και την κατάθλιψη, τόσο σε επίπεδο συμπτώματος όσο και συνδρόμου (Duddu, Issac & Chaturvedi, 2003; Gucht, 2003). Από θεωρητικής άποψης, η στασιμότητα στο χρόνο είναι μία βασική υπόθεση, που υπόκειται οποιουδήποτε δομικού χαρακτηριστικού, ενώ μετρήσεις ψυχολογικού άγχους θεωρείται ότι είναι επιρρεπείς σε αλλαγές της κατάστασης της ζωής του ατόμου και έτσι θεωρούνται εξαρτημένες από την κατάσταση. Η αλεξιθυμία, αρχικά, θεωρήθηκε ένα σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, αλλά στην πορεία ορίστηκε ως μία κατάσταση αντίδρασης, αποκαλούμενη δευτερεύουσα αλεξιθυμία (Gucht, 2003).

2.4 Ο ψυχοσωματικός πόνος και η θέση του στο πλέγμα των ψυχοσωματικών

Ο πόνος είναι ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, έχουν αναφερθεί διαφορές στις εγκεφαλικές αποκρίσεις στο ερέθισμα του πόνου, ανάμεσα σε ασθενείς και υγιείς (Yoshino et al., 2013). Υποστηρίζεται, ακόμη, ότι ο πόνος έχει πολλές φυσιολογικές και ψυχολογικές οπτικές. Διάφορες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στις αισθητικο-διαχωριστικές και συναισθηματικές διαστάσεις του πόνου, και αποκάλυψαν ότι και οι δύο διαστάσεις επηρεάζονται από ποικίλα συναισθηματικά στοιχεία που διεγείρονται από ψυχολογικό ερέθισμα, συμπεριλαμβανομένων των συμπεριφορών όπως ο φόβος, η ανησυχία και η λύπη. Για παράδειγμα, έχει αναφερθεί μεγαλύτερη υποκειμενική ένταση του πόνου κατά τη διάρκεια μίας κατάστασης λύπης. Για δεκαετίες, οι διαταραχές πόνου μη (επαρκώς) εξηγήσιμες από ένα δομικό σωματικό τραυματισμό (ή άλλες φυσιολογικές διαδικασίες όπως η φλεγμονή, έχουν κατηγοριοποιηθεί ως σωματόμορφες διαταραχές πόνου, ειδικά εάν συμβαίνουν σε ένα πλαίσιο κατάθλιψης, αγχωδών διαταραχών και ψυχοκοινωνικού στρες. Στο DSM-IV η σωματόμορφη διαταραχή πόνου ορίζεται ως «διαταραχή πόνου που σχετίζεται με ψυχολογικούς παράγοντες», ενώ στον ορισμό «επίμονη σωματόμορφη διαταραχή πόνου» του ICD-10 αποδίδεται μία αιτιολογική σημαντικότητα στους ψυχολογικούς παράγοντες (Egloff, Camara, von Kanel, Klinger, Marti & Ferrari, 2014). Υποστηρίζεται πως ο συλλογισμός του DSM-IV και του ICD-10 όσον αφορά στην κατηγοριοποίηση των σωματόμορφων διαταραχών πόνου βασίζεται στο παραδοσιακό σενάριο της σωματοποίησης. Στην ψυχαναλυτική θεωρία, η σωματοποίηση συλλαμβάνεται ως μία εμπειρία ‘σωματικών συμπτωμάτων’ που προκαλούνται από (καταπιεσμένη) ψυχολογική ανησυχία. Κατά συνέπεια, οι σωματόμορφες διαταραχές πόνου κατηγοριοποιούνται ως ‘ψυχικές διαταραχές’. Σύμφωνα με τον Yoshimo και τους συναδέλφους του, τα συναισθήματα διαδραματίζουν ένα πολύ σημαντικό ρυθμιστικό ρόλο στην αντίληψη του πόνου σε ασθενείς με σωματόμορφη διαταραχή πόνου, και έχει εδραιωθεί πως τα αρνητικά συναισθήματα αυξάνουν την ευαισθησία στον πόνο σε ασθενείς με διαταραχές χρόνιου πόνου. Όπως αναφέρουν οι Egloff, Camara, von Kanel, Klinger, Marti και Ferrari (2014), το 1990 το American College of Rheumatology (ACR) αναγνώρισε την ινομυαλγία ως μία κλινική ύπαρξη. Για πρώτη φορά, η υπεραλγησία (σε σχέση με τα ευαίσθητα σημεία) προτάθηκε ως ένα κριτήριο ασθένειας για

την κατηγοριοποίηση ασθενών στην ινομυαλγία. Με την πάροδο του χρόνου, υποστηρίζεται πως επιπλέον λειτουργικά σύνδρομα πόνου περιγράφηκαν. Διαφορετικοί υπο-κλάδοι εστιασμένοι στη δική τους εξειδικευμένη περιοχή ιατρικής έχουν ορίσει τις δικές τους συγκεκριμένες λειτουργικές διαταραχές πόνου, όπως χρόνιες κροταφογναθικής άρθρωσης διαταραχές, το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, λειτουργική δυσπεψία, χρόνιοι έντονοι πονοκέφαλοι, σύνδρομο χρόνιου καρδιακού πόνου, χρόνιο πυελικό σύνδρομο πόνου και ούτω καθεξής. Σημειώνεται πως το κυρίαρχο χαρακτηριστικό αυτών των συνδρόμων πόνου είναι η υπερευαισθησία και η υπεραλγησία, εντοπισμένη είτε/και γενικευμένη. Τα τελευταία χρόνια, αυτές οι διαταραχές υπερευαισθησίας υπάγονται, επίσης, στην υποκείμενη έννοια των συνδρόμων κεντρικής ευαισθησίας. Σύμφωνα με τον ορισμό του International Association of the Study of Pain, τα λειτουργικά σύνδρομα πόνου χαρακτηρίζονται από ακριβείς ανατομικές εντοπίσεις πόνου, ενώ στον ορισμό των σωματόμορφων διαταραχών πόνου, τέτοιος ειδικός εντοπισμός είναι απών. Αξίζει να σημειωθεί πως καμία από τις κατηγορίες πόνου δεν εξηγείται ολοκληρωτικά ή μερικώς από δομικές βλάβες. Η σημαντική διαφορά ανάμεσα στις διαταραχές σωματόμορφου πόνου και τα λειτουργικά σύνδρομα πόνου, όπως αναφέρεται στην έρευνα των Egloff, Camara, von Kanel, Klinger, Marti και Ferrari (2014), είναι η διαφορετική έμφαση που δίνεται στην παθοφυσιολογία: οι ψυχολογικοί και συναισθηματικοί παράγοντες θεωρούνται ως οι κύριοι αιτιολογικοί συντελεστές στις σωματόμορφες διαταραχές πόνου σύμφωνα με τα ψυχιατρικά κριτήρια, ενώ στα λειτουργικά σύνδρομα πόνου δίνεται έμφαση στην αυξημένη σωματοαισθητική/αντιληπτική επεξεργασία.

Οι Dohrenwend και Skillings (2009) υποστηρίζουν ότι η υποκειμενική εμπειρία του πόνου είναι ένα βιοψυχοκοινωνικό φαινόμενο. Δεν είναι απλά μία αισθητηριακή εμπειρία όπως η όραση ή η ακοή. Κατά συνέπεια, ο σωματόμορφος πόνος είναι δύσκολο να διακριθεί από τον πόνο που δεν εγγυάται μία διάγνωση του DSM-IV. Οι ασθενείς με διαταραχή πόνου, αναφέρουν τα συμπτώματα τους με την ίδια ή μεγαλύτερη ένταση όπως κάποιος με μία ξεκάθαρα οργανική αιτιολογία για τον πόνο. Προκειμένου να διακριθεί πότε μία διάγνωση διαταραχής πόνου είναι κατάλληλη, βοηθά η εστίαση στην παρουσίαση του ασθενή. Σύμφωνα με την έρευνα, οι ασθενείς με διαταραχή πόνου τείνουν να εντοπίζουν τον πόνο περισσότερο, να δίνουν περισσότερο λεπτομερείς αισθητηριακές περιγραφές και να συνδέουν τον πόνο πιο καθαρά με καταστάσεις που τον αυξάνουν ή τον μειώνουν. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η διαταραχή πόνου τείνει να είναι μία χρόνια κατάσταση και οι ασθενείς είναι σε αυτή την κατάσταση τείνουν να υπερχρησιμοποιούν τις υπηρεσίες υγείας. Κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό να αξιολογηθεί ο ψυχολογικός παράγοντας που συνεισφέρει στον πόνο, όπως η ανησυχία, η κατάθλιψη και οι κοινωνικοί στρεσογόνοι.

2.5 Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Ο στόχος μίας ιατρικής παρέμβασης για ασθενείς με σωματόμορφες διαταραχές είναι η μείωση της βλάβης παρά η θεραπεία. Υποστηρίζεται ότι μία καλή, εστιασμένη στον ασθενή, θεραπεία είναι εξαιρετικά σημαντική για τους σωματόμορφους ασθενείς. Το να δοθεί προσοχή σε παράγοντες όπως η επιρροή, η διορατικότητα και η παρουσία ή απουσία διαταραχής προσωπικότητας θα βοηθήσει τον ειδικό να εξατομικεύσει την προσέγγιση

του/της προκειμένου να ταιριάξει καλύτερα στις ανάγκες του ασθενή (Tzeng & Eisendrath, 2003). Σύμφωνα με τους Dohrenwend και Skillings (2009), καθώς κάποιες σωματόμορφες διαταραχές τείνουν να συνυπάρχουν με άλλες διαταραχές διάθεσης, η σωστή αναγνώριση και θεραπεία μίας διαταραχής διάθεσης μπορεί να βελτιώσει το αποτέλεσμα των ασθενών. Επιπρόσθετα, η επίδραση στους ασθενείς μπορεί να παρέχει ένα στοιχείο για μία διαφορική διάγνωση. Για παράδειγμα, μία απαθής επίδραση φαίνεται πιο πιθανή σε έναν ασθενή με χρόνιο από ότι με οξύ πόνο. Στη συνέχεια της μελέτης τους υποστηρίζουν πως η διορατικότητα είναι η ικανότητα κάποιου να αυτό-παρακολουθεί τα ίδια του τα κίνητρα και τη συμπεριφορά. Όταν ένας άνθρωπος έχει χαμηλή διορατικότητα, συχνά αποτυγχάνει να ανιχνεύσει δυσπροσαρμοστική ή μη φυσιολογική συμπεριφορά. Το επίπεδο διορατικότητας του ασθενή αποφασίζει ποια από τις παρεμβάσεις που έχουν προταθεί από τον ειδικό θα βρει ο ασθενής πιο αποδεκτή. Όταν ένας ασθενής δεν έχει διορατικότητα, η ανώριμη αντιμετώπιση και η πρώιμη παραπομπή σε ψυχολόγο είναι συχνά επιζήμιες για τη σχέση γιατρού-ασθενή, διότι ο ασθενής νομίζει ότι ο γιατρός δεν ακούει ή δεν καταλαβαίνει το παράπονο. Όταν ένας ασθενής έχει μερική διορατικότητα, ο γιατρός μπορεί να μετακινήσει τον ασθενή αργά προς τη σκέψη μίας καινούργιας ή διευρυμένης άποψης των συμπτωμάτων του, κι έτσι να ανοίξει το δρόμο για την ψυχοθεραπεία. Αξίζει να σημειωθεί πως μία σχέση εμπιστοσύνης ανάμεσα σε γιατρό και ασθενή κρίνεται σημαντική για τη θεραπεία. Ο γιατρός θα πρέπει να αποφύγει να αντιμετωπίσει τον ασθενή σχετικά και το αν τα συμπτώματα είναι αληθινά, το οποίο μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής να εγκαταλείψει τη σχέση. Αναφέρεται πως οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς επωφελούνται σημαντικά από το γεγονός ότι κάποιος τους ακούει και ότι επιβεβαιώνονται πως τα συμπτώματα τους δεν είναι απειλητικά για τη ζωή τους (Tzeng & Eisendrath, 2003).

Υποστηρίζεται ακόμη πως όταν η σωματική ενίσχυση είναι εμφανής και η σωματοποιητική διάγνωση είναι πιθανή, οι γιατροί μπορούν να κάνουν χρήση της ψυχολογίας και των ψυχολογικών δοκιμασιών που θα βοηθήσουν στη διάγνωση, το σχεδιασμό θεραπείας, και τη θεραπεία του ασθενή. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, οι ασθενείς με σωματόμορφες διαταραχές τείνουν να αποδίδουν τα προβλήματα τους σε μία οργανική παθογένεση, και ενδέχεται να αντιλαμβάνονται μία γρήγορη παραπομπή στην ψυχολογία ως προσωπική απόρριψη από το γιατρό. Οι ασθενείς με μεγαλύτερη διορατικότητα και μεγαλύτερη κινητοποίηση για αλλαγή θα ήταν πιθανώς πιο πρόθυμοι να εξερευνήσουν την αξιολόγηση και την ψυχοθεραπεία. Κατά συνέπεια οι γιατροί θα πρέπει να αποφεύγουν την άμεση αντιμετώπιση (π.χ. «Σε παραπέμπω σε ένα ψυχολόγο προκειμένου να διερευνήσει εάν ο πόνος σου προκαλείται από κάτι συναισθηματικό»). Για την επικοινωνία με τον ασθενή θα πρέπει να χρησιμοποιείται μία βιοψυχολογική προοπτική (π.χ. «Σε παραπέμπω σε ένα ψυχολόγο για αξιολόγηση προκειμένου να διερευνήσει εάν υπάρχει κάτι στη διάθεση σου ή στον τρόπο ζωής που επιδεινώνει τον πόνο. Η διάθεση και οι συνήθειες επηρεάζουν το επίπεδο του πόνου και της ανάρρωσης και επειδή δεν θέλω να το χάσω θα χρησιμοποιήσουμε οποιοδήποτε διαθέσιμο εργαλείο που μπορεί να μας βοηθήσει να μειώσουμε τον πόνο σου»). Οι παραπομπές σε ψυχολόγους μπορούν, επίσης, να γίνουν για συγκεκριμένους, λιγότερο στιγματιστικούς λόγους, όπως μία μόνο συνεδρία για ‘μείωση του άγχους’, ‘εκπαίδευση χαλάρωσης’ ή ‘διαχείριση πόνου’. Οποιαδήποτε προσέγγιση χρησιμοποιείται, είναι σημαντικό για τον

γιατρό να παραμείνει επιμελής με την ανεκτικότητα του ασθενή για μία εναλλακτική οπτική της ασθένειας του.

Ακόμη, ο ασθενής θα πρέπει να έχει τακτικά κανονισμένα σύντομα ραντεβού, όπως κάθε 4-6 εβδομάδες, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν συμπτώματα. Αυτό, σύμφωνα με τους Tzeng και Eisendrath (2003), πρέπει να συμβαίνει διότι δίνεται στο ασθενή λιγότερη ενίσχυση να είναι συμπτωματικός προκειμένου να κερδίσει προσοχή. Επιπλέον, ο γιατρός πρέπει να περιμένει πως ο ασθενής ενδεχομένως να αναζητήσει ιατρική φροντίδα αλλού, καθώς ο ασθενής ίσως να μην αποκαλύψει ότι συμβουλεύεται πολλαπλούς γιατρούς για το ίδιο πρόβλημα. Ο ειδικός θα πρέπει, επίσης, να είναι ενήμερος για πιθανή κατάχρηση φαρμακοθεραπείας και συνταγών από πολλούς γιατρούς. Η δουλειά με το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή θα μπορούσε να βοηθήσει τον ειδικό να πιστοποιήσει το ιστορικό και να παρακολουθήσει των αριθμό επαφών του ασθενή με το ιατρικό σύστημα.

Η έλλειψη ομοιογένειας ανάμεσα στις διαταραχές της σωματόμορφης κατηγορίας θα έπρεπε να εγείρει αμφιβολίες για τη γενίκευση της θεραπείας στις διαταραχές. Οι Dohrenwend και Skillings (2009), υποστηρίζουν πως δεν έχουν βρεθεί κατευθυντήριες γραμμές, βασισμένες σε αποδείξεις, για τη θεραπεία των σωματόμορφων διαταραχών, ίσως εξαιτίας της απουσίας διαγνωστικής σαφήνειας στις μελέτες του ενισχυμένου πόνου.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η γνωστική-συμπεριφοριστική θεραπεία φαίνεται να είναι μία υποσχόμενη θεραπεία για ασθενείς με σωματοποίηση και σύνδρομα σωματικών συμπτωμάτων, καθώς μπορεί να μειώσει τα συμπτώματα ή τη δυσλειτουργική συμπεριφορά και να βελτιώσει τα φυσικά συμπτώματα (Allen & Woolfolk, 2010; Voigt, Nagel, Meyer, Langs, Braukhaus & Lowe, 2010). Ακόμη, τα αποτελέσματα της έρευνας των Allen και Woolfolk (2010), υποδεικνύουν πως η γνωστική-συμπεριφοριστική προσέγγιση είναι αποδεδειγμένα αποτελεσματική στη σωματοποιητική διαταραχή, την υποχονδρίαση και τη διαταραχή δυσμορφικού σώματος. Όσον αφορά στη διαταραχή μετατροπής και στη διαταραχή πόνου, υποστηρίζεται πως δεν έχει αποδειχτεί κάτι ακόμη.

Σε μία έρευνα των Landsman-Dijkstra, van Wijck και Groothoff (2006), το πρόγραμμα επίγνωσης σώματος αποδείχτηκε αποτελεσματικό στα χρόνια αδιαφοροποίητα ψυχοσωματικά συμπτώματα, δύο μήνες μετά από αυτό το τριήμερο πρόγραμμα. Σκοπός αυτού του προγράμματος ήταν να αυξήσει την επίγνωση του σώματος προκειμένου να τροποποιηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά, όπως η αυτό-αποτελεσματικότητα, το είδος απόδοσης και η έκφραση συναισθημάτων. Ο Bandura κάποτε υποστήριξε πως οι αλλαγές στη συμπεριφορά κατορθώνονται με διαφορετικές μεθόδους που προέρχονται από ένα κοινό γνωστικό μηχανισμό: την αυτό-αποτελεσματικότητα. Όπως περιγράφεται, η αυτό-αποτελεσματικότητα καθορίζεται ως η δύναμη της πεποίθησης κάποιου, πως μία απαιτούμενη συμπεριφορά για την παραγωγή ενός συγκεκριμένου αποτελέσματος μπορεί να εκτελεστεί με επιτυχία. Προβλέπεται πως οι ψυχολογικές διαδικασίες μεταβάλουν το επίπεδο και τη δύναμη της αυτό-αποτελεσματικότητας, τα οποία με τη σειρά τους επηρεάζουν την απόδοση, συμπεριλαμβανομένης της συμπεριφοράς της αυτοδιαχείρισης σε προβλήματα υγείας, όπως ο πόνος. Υποτίθεται πως με την παρουσία στο πρόγραμμα επίγνωσης σώματος, αυξάνει η επίγνωση του σώματος, το οποίο σημαίνει ότι υπάρχει περισσότερη προσοχή

στις αντιδράσεις του σώματος στο στρες και περισσότερη προσπάθεια στην κατανόηση αυτών των αντιδράσεων. Η έρευνα, λοιπόν, υποστηρίζει ότι με αυτόν τον τρόπο το σώμα μπορεί να λειτουργήσει ως αγγελιοφόρος για το στρες και το άτομο βασίζεται περισσότερο πάνω του.

Ακόμη, σε μία έρευνα των Bondo-Lind, Delmar και Nielsen (2014), υποστηρίζεται πως οι θεραπείες με τη συνειδητά βασισμένη μείωση του άγχους και τη συνειδητά βασισμένη γνωστική θεραπεία, μειώνουν τα συμπτώματα άγχους που σχετίζονται με τις σωματόμορφες διαταραχές, την ανησυχία, την κούραση και την κατάθλιψη. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας υποδεικνύουν πως ενώ, πριν τη θεραπεία, οι ασθενείς υπέφεραν από υπαρξιακή κρίση, αισθήματα ανασφάλειας για την ουσιαστική ύπαρξη τους, διαχείρισης της φύσης της ασθένειας, αυτό-εικόνα, αυτοπεποίθηση, κοινωνική ταυτότητα και μελλοντικές προοπτικές, μετά τη θεραπεία όλοι οι ασθενείς βίωσαν σημαντικά αυξημένη υπαρξιακή ασφάλεια. Αναγνωρίστηκαν τέσσερις βιοψυχοκοινωνικές διαδικασίες που οδηγούν τους ασθενείς στην αίσθηση αυξημένης υπαρξιακής ασφάλειας: περισσότερο ασφαλείς αντιλήψεις για την ασθένεια βελτίωσαν την ικανότητα χαλάρωσης, αύξησαν την επίγνωση των σωματικών αισθήσεων, των ανησυχιών και του σχετικού άγχους και βελτίωσαν την ικανότητα αναγνώρισης και έκφρασης αναγκών, και συναισθημάτων ευαλωτότητας στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Αναφέρεται πως οι ασθενείς ανέπτυξαν πιο ευέλικτες και λιγότερο αποφευκτικές στρατηγικές, πιο θετική αυτό-εικόνα και κοινωνική ταυτότητα, που αναγνωρίστηκαν καθώς οι ασθενείς έγιναν αυξανόμενα κοινωνικά σίγουροι και εξωστρεφείς, και όλα αυτά συνέβαλαν στη βελτίωση της αυτό-αναγνώρισης των ανησυχιών και του σχετικού άγχους, καθώς και στη μείωση των συμπτωμάτων και των αξιολογήσεων του στρες.

Τέλος, η έρευνα των Lahmann, Loew, Tritt και Nickel (2008), υποστηρίζει ότι οι γνωστικο-συμπεριφοριστικά προσανατολισμένες προσεγγίσεις αλλά και οι ψυχοδυναμικές κρίνονται ως κατάλληλες και για τη θεραπεία των μη ειδικών πόνων στο στήθος, οι οποίοι σχετίζονται με αξιοσημείωτες ανησυχίες των ασθενών. Συχνά, περίπλοκες ψυχοσωματικές θεραπευτικές προσεγγίσεις συνοδεύονται από την αντίσταση του ασθενούς, που προκαλείται από τη σωματική ερμηνεία των συμπτωμάτων. Η προαναφερθείσα έρευνα επικεντρώθηκε σε μία προσέγγιση που ονομάζεται λειτουργική χαλάρωση (functional relaxation), η οποία περιλαμβάνει την ψυχοσωματική εκπαίδευση και μία τεχνική χαλάρωσης, που έχουν και οι δύο αποδειχτεί αποτελεσματικές στον έντονο πονοκέφαλο και τις ασθένειες του αναπνευστικού που ρυθμίζονται από ψυχοσωματικές επιρροές. Η λειτουργική χαλάρωση συνδυάζει μία προσέγγιση εστιασμένη στο σώμα και τα συμπτώματα, μαζί με ένα ψυχοδυναμικά και αναλυτικά προσανατολισμένο υπόβαθρο. Αυτός ο τρόπος θεραπείας δεν είναι μόνο χαλάρωση αλλά και ψυχοθεραπευτική τεχνική.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΦΑΙΝΟΜΕΝΑ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ (ΥΣΤΕΡΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ)

3.1 Η ενδοψυχική διαδικασία – ψυχαναλυτική προσέγγιση

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η ψυχοσωματική άποψη σήμανε μία καινούργια προσέγγιση στη μελέτη της αιτιολογίας των ασθενειών. Συγκεκριμένα, ο Alexander (1987) αναφέρει πως το γεγονός ότι τα έντονα συναισθήματα έχουν επιρροή στις λειτουργίες του σώματος, ανήκει στην καθημερινή εμπειρία. Αντίστοιχα με την κάθε συναισθηματική κατάσταση υπάρχει ένα συγκεκριμένο σύνδρομο φυσικών αλλαγών, ψυχοσωματικών αποκρίσεων, όπως είναι το γέλιο, το κλάμα, το κοκκίνισμα, αλλαγές στο ρυθμό της καρδιάς, της αναπνοής, κλπ. Ωστόσο, καθώς αυτές οι ψυχοκινητικές διαδικασίες ανήκουν στην καθημερινή ζωή και δεν έχουν αρνητικές συνέπειες, η ιατρική έχει επιδείξει ελάχιστη προσοχή σε μία ενδελεχή μελέτη τους. Αυτές οι αλλαγές στο σώμα ως αντιδράσεις στα έντονα συναισθήματα είναι εφήμερης φύσης. Όταν το συναίσθημα εξαφανίζεται, εξαφανίζεται και η αντίστοιχη φυσιολογική διαδικασία, κλάμα ή γέλιο, ταχυκαρδία ή ανεβασμένη πίεση του αίματος, με αποτέλεσμα το σώμα να επιστρέφει σε ισορροπία. Ακόμη, σύμφωνα με τον Alexander, η ψυχαναλυτική έρευνα των νευρωτικών ασθενών αποκάλυψε, ωστόσο, ότι κάτω από την επιρροή των παρατεταμένων συναισθηματικών ενοχλήσεων, ενδέχεται να αναπτυχθούν χρόνιες σωματικές ενοχλήσεις. Τέτοιες χρόνιες σωματικές αλλαγές κάτω από την επιρροή του συναισθήματος παρατηρήθηκαν πρώτα σε υστερικούς ασθενείς. Αναφέρεται πως ο Freud ήταν αυτός που εισήγαγε τον όρο «υστερία μετατροπής», στην οποία τα σωματικά συμπτώματα αναπτύσσονται σε απόκριση με τις χρονικές συναισθηματικές συγκρούσεις.

Υποστηρίζεται, λοιπόν, πως η διαταραχή μετατροπής αντιστοιχεί σε μία ψυχική αποδιοργάνωση που εκδηλώνεται, στην περίπτωση των σωματικών συμπτωμάτων, κάτω από μία σοβαρή μορφή (παράλυση, αναισθησία, άλγη) και επιταχύνει διάφορες λειτουργικές διαταραχές όπως η ναυτία, οι πεπτικές διαταραχές, οι ημικρανίες κλπ, χωρίς οργανικό υπόστρωμα (Dumet, 2011). Ο Mufson (2003) αναφέρει πως στη νευρολογική εξέταση, τα συμπτώματα δεν ακολουθούν ανατομικά μονοπάτια, και τα ελλείμματα είναι περιστασιακά ασυνεπή και/ή αλλάζουν τοποθεσία κατά τη διάρκεια της οξείας παρουσίασης. Ισχυρίζεται, ακόμη, πως μετά από μια μη αποκαλυπτική διεξοδική νευρολογική εξέταση, πρέπει να γίνει μία ψυχιατρική αξιολόγηση προκειμένου να αξιολογηθεί εάν υπάρχει κάποια σημαντική ψυχιατρική ή ψυχολογική διαταραχή που να αποτελεί το υπόβαθρο της έκφρασης του συμπτώματος. Ο Mufson δηλώνει, επίσης, πως τα φαινόμενα μετατροπής λαμβάνουν χώρα σε ένα πλαίσιο πρωτοβάθμιας νευρολογικής ασθένειας (π.χ. ψευδοκρίσεις σε ασθενείς με διαταραχή κρίσεων),ενώ κάποιες νευρολογικές ασθένειες είναι μεταμφιεσμένες και τα νευρολογικά συμπτώματα αναδύονται πριν από μία οριστική διάγνωση (σκλήρυνση κατά πλάκας, ερυθυματώδης λύκος, μυασθένεια Gravis, νευροπάθειες). Ενώ, λοιπόν, τα συμπτώματα αυτά δεν δικαιολογούνται από ιατρική άποψη, είναι, ωστόσο, παρόντα και πάντοτε ακυρωτικά για το άτομο. Η υστερία συνεχίζει μέχρι και σήμερα να είναι στιγματισμένη, καθώς συχνά συσχετίζεται με το ψέμα ή την προσποίηση. Παρόλο που εδώ και καιρό υπάρχουν ακριβείς

ορισμοί γι' αυτή την «κατάσταση», υποστηρίζεται ότι έχουν αποτύχει να ξεπεράσουν τις προκαταλήψεις των γιατρών, του υπόλοιπου παρακλινικού προσωπικού και της οικογένειας των ασθενών. Ο Cottencin (2014), σημειώνει πως η διαταραχή μετατροπής δεν είναι ισοδύναμη με την προσποίηση, της οποίας τα συμπτώματα και τα κίνητρα είναι συνειδητά, ούτε με την πλασματική διαταραχή, της οποίας τα συμπτώματα είναι συνειδητά αλλά τα κίνητρα ασυνείδητα. Υποστηρίζει, λοιπόν, πως στη διαταραχή μετατροπής, η πρόκληση των συμπτωμάτων και τα κίνητρα είναι ασυνείδητα φαινόμενα και τα οφέλη είναι τόσο πρωτογενή (σε μία προσπάθεια να επιλυθούν συναισθήματα οδύνης/ανησυχίας) όσο και δευτερογενή (με μία λειτουργία προστασίας του ασθενή αλλά, επίσης, και μία δυνατή ενίσχυση των συμπτωμάτων).

Το φαινόμενο της μετατροπής έχει μεγάλη ιστορική σημασία, γιατί οι ψυχαναλυτικές γνώσεις θεμελιώθηκαν με βάση τις αρχικές έρευνες σε ασθενείς με αντίδραση μετατροπής. Αρχικά, όπως αναφέρει ο Crommelinck (2014), ο Charcot ήταν ο πρώτος που διαχώρισε τις σωματικές μετατροπές από τις νευρολογικές παθήσεις και περιέγραψε για πρώτη φορά ένα χαρακτηριστικό της υστερικής μετατροπής. Σημειώνεται ακόμη πως ο Charcot, είχε ως σκοπό να ατομικοποιήσει την υστερία ως κλινική οντότητα και αφιέρωσε μαθήματα στην ημιαναισθησία ή υπερευαισθησία, διέκρινε τα στερεότυπα στάδια της «μεγάλης υστερίας». Ακόμη, αναφέρθηκε στην ύπνωση ως μία μέθοδο για πειραματική έρευνα της υστερίας και προσπάθησε να εφαρμόσει μία κλινικοοαθολογική μέθοδο. Ενώ στην αρχή ίδρυσε την ανεπάρκεια της «νευρομυϊκής διεγερσιμότητας που προκαλείται από το ψυχικό τραύμα, από μία ιδέα», ένα είδος «ψυχισμού» της υστερίας. Στη συνέχεια, σημαντική υπήρξε και η προσφορά του Pierre Janet, ο οποίος αναφέρεται πως θεωρούσε τις σωματικές μετατροπές σαν «ασθένειες της προσωπικής σύνθεσης», οι οποίες προέρχονται από μία αποσυνθετική διεργασία. Αξίζει ακόμη να σημειωθεί πως την ψυχοδυναμικά σπουδαία ανακάλυψη, πριν από τον Freud έκανε ο Joseph Breurer. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, κατά τη θεραπεία της ασθενούς Άννα Ο., ο Breurer παρατήρησε τη σπουδαιότητα που έχουν τα ψυχοτραυματικά βιώματα στην πρωτοπαιδική ηλικία για τη δημιουργία συμπτωμάτων υστερικής μετατροπής (Νικολαΐδης & Benedetti, 1981). Υποστηρίζεται πως ο Freud έδειξε ενδιαφέρον για την εργασία του Breurer. Όπως αναφέρθηκε, ο όρος μετατροπή ανήκει στην εποχή της αρχικής έρευνας του Freud για την υστερία. Σύμφωνα με τον Alexander (1987), μία από τις πιο σημαντικές ανακαλύψεις του Freud ήταν ότι όταν το συναίσθημα δεν μπορεί να εκφραστεί και να απελευθερωθεί μέσα από φυσιολογικές οδούς, μέσω εθελοντικής δραστηριότητας, μπορεί να γίνει η πηγή των χρόνιων ψυχικών και φυσικών διαταραχών. Όταν τα συναισθήματα καταπιέζονται εξαιτίας των ενδοψυχικών συγκρούσεων -οι οποίες έχουν αποκλειστεί από το συνειδητό- παρέχουν την πηγή της χρόνιας έντασης, η οποία είναι η αιτία των υστερικών συμπτωμάτων. Ο Alexander (1987), ισχυρίζεται ακόμη πως, από ψυχολογικής άποψης, ένα σύμπτωμα υστερικής μετατροπής είναι παρόμοιας φύσης με οποιαδήποτε συνηθισμένη εθελοντική νεύρωση, εκδηλωτική κίνηση, ή αισθητηριακή αντίληψη. Στην υστερία, ωστόσο, αναφέρεται πως η κινητήρια ψυχολογική παρέμβαση είναι ασυνείδητη. Όταν κάποιος επιτίθεται σε κάποιον ή όταν πηγαίνει σε ένα συγκεκριμένο μέρος, τα χέρια και τα πόδια του τίθενται σε κίνηση κάτω από την επιρροή συνειδητών κινήτρων και στόχων. Οι αποκαλούμενες εκδηλωτικές κινήσεις, όπως είναι το γέλιο, το κλάμα, οι γκριμάτσες, οι χειρονομίες, βασίζονται σε παρόμοιες ψυχολογικές διαδικασίες. Στη δεύτερη περίπτωση,

ωστόσο, αναφέρεται πως οι νευρώσεις δεν παίρνουν μέρος κάτω από την επιρροή συνειδητών στόχων, αλλά κάτω από το ερέθισμα μίας συναισθηματικής έντασης η οποία αποφορτίζεται μέσα από ένα περίπλοκο φυσιολογικό μοτίβο. Ο ίδιος συνεχίζει δηλώνοντας πως σε ένα υστερικό σύμπτωμα όπως η υστερική παράλυση ή σύσπαση, «το άλμα από το ψυχικό στο σωματικό» δεν διαφέρει από το άλμα που λαμβάνει χώρα σε οποιαδήποτε κοινή κινητική νεύρωση, όπως οι εθελοντικές κινήσεις ή το γέλιο ή το κλάμα. Εκτός από το γεγονός ότι το κινητήριο ψυχολογικό περιεχόμενο είναι ασυνείδητο, η μόνη διαφορά είναι ότι τα συμπτώματα υστερικής μετατροπής είναι κατά ένα μεγάλο βαθμό ατομικά, μερικές φορές μοναδικές δημιουργίες του ασθενή, επινοημένα από τον ίδιο για την έκφραση του συγκεκριμένου καταπιεσμένου ψυχολογικού περιεχομένου. Από την άλλη εκφραστικές κινήσεις, όπως είναι το γέλιο, είναι τυποποιημένες και παγκόσμιες.

Οι Νικολαΐδης και Benedetti (1981), υποστηρίζουν πως η αρχική σημασία της μετατροπής είναι οικονομικής φύσεως: η διεργασία της μετατροπής θεωρείται σαν μετάθεση της λιμπιντικής ενέργειας σε σωματική. Ακόμη, αναφέρεται, πως για τον Freud, στην υστερία συντελείται η εξουδετέρωση της ασυμβίβαστης παράστασης και στη συνέχεια το σύνολο των ερεθισμάτων μετατίθεται στο σώμα και γι αυτό πρότεινε την ονομασία «μετατροπή». Η μετατροπή μπορεί να είναι ολική ή μερική και ακολουθεί την κινητική και αισθητική παρέμβαση, η οποία βρίσκεται περισσότερο ή λιγότερο σε στενή σχέση με το τραυματικό βίωμα. Το εγώ κατορθώνει να είναι ελεύθερο αλλά επιβαρύνεται με ένα αναμνηστικό σύμβολο, το οποίο παραμένει κατά τρόπο παρασιτικό στη συνείδηση, σαν κινητική εννεύρωση ή σαν επανάληψη μίας ψευδαισθητικής εντύπωσης, μέχρι που να σχηματιστεί μία μετατροπή στην αντίθετη κατεύθυνση. Ως αιτιολογία της υστερικής μετατροπής ο Breurer θεωρεί τα ψυχοτραυματικά βιώματα της πρωτοπαιδικής ηλικίας σε αντίθεση με τον Freud ο οποίος ενοχοποιεί τα ψυχοσεξουαλικά βιώματα. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το παιδικό τραύμα είναι η ισχυρή, εμπειρικά αποδεδειγμένη συσχέτιση της διαταραχής μετατροπής. Τα συμπτώματα των φαινομένων μετατροπής μπορεί να φαίνεται ότι μιμούνται μία τραυματική εμπειρία, π.χ. ένα θύμα αιμομιξίας που αναπτύσσει ψυχογενείς επιληπτικές κρίσεις με πυελική ώθηση και μουγκρητό που υποδηλώνουν συνουσία. Υποστηρίζεται ακόμη πως τα συμπτώματα των φαινομένων μετατροπής μπορεί να συμβολίζουν ψυχολογική άμυνα ενάντια στο τραύμα, π.χ. ένα θυμωμένο άτομο, έχοντας ανεχτεί επαναλαμβανόμενες κακοποιήσεις από ένα γονιό, αλλά το οποίο φοβάται να την εγκατάλειψη εάν αυτός ο θυμός εκφραστεί, αναπτύσσει παράλυση που προστατεύει από την αντεπίθεση. Επιπλέον, σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έρευνα, οι ασθενείς με φαινόμενα μετατροπής έχουν υψηλότερα σκορ σε διάφορες κλίμακες του τραύματος και μετρήσεις της διάσχισης και επιδεικνύουν υπερεγρήγορση σε απειλές συγκριτικά με τους συμμετέχοντες της ομάδας ελέγχου (Kaplan et al., 2013).

Στη συνέχεια, σύμφωνα με τους Dayan και Olliac (2010), πολλές από τις μεγαλύτερες θεωρητικές αλλαγές που έλαβαν χώρα κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης της ψυχανάλυσης, από την αρχική δημοσίευση του Freud το 1985 ως την τελευταία δημοσίευση του το 1939, σχετιζόταν με καινούργιες ιδέες για τη φύση του τραύματος και τις συνέπειες του. Ο Freud αρχικά διαμόρφωσε μία τραυματική θεωρία της νεύρωσης, παρόλο που την απέβαλε μετά από μερικά χρόνια. Όπως αναφέρει η Dumet (2011), η νεύρωση είναι μία αιτία οδυνηρή μέσα από συγκρούσεις μεταξύ ορισμένων εκφράσεων και σεξουαλικών ασυνείδητων επιθυμιών καθώς και των εκφράσεων μίας απαγόρευσης σε

αυτές τις ίδιες τις επιθυμίες του υποκειμένου. Σύμφωνα με τη θεωρία του Freud, το σύμπτωμα μετατροπής αντιστοιχεί, τελικά, στη μετατόπιση της ενδοψυχικής σύγκρουσης πάνω στο σώμα του υποκειμένου. Η λίμπιντο, συνδεδεμένη στην απωθημένη αναπαράσταση μεταμορφώνεται σε νευρωσική ενέργεια στα όργανα του σώματος και παραχωρώντας με αυτόν τον τρόπο τόπο στη σωματική διαταραχή μετατόπισης. Το όργανο ή μέρος του σώματος «πολιορκεί» αυτή τη μετατόπιση, θα είναι λοιπόν έτσι στη λογική της προσβολής μίας σωματικής συγκατάβασης, έμφυτη ή επίκτητη, που προδιαθέτει γενικά το υποκείμενο, αλλά στην οποία βασίζονται συναισθηματικές κινήσεις (Dumet, 2011). Επιπρόσθετα, όπως αναφέρουν οι Νικολαϊδης και Benedetti (1981), ο Freud υποστήριζε πως η πρόκληση συνεχιζόταν για πολλά χρόνια, όχι τόσο άμεσα αλλά έμμεσα, όπως ο ψυχικός πόνος σε εγρήγορση που προκαλεί δακρύρροια όταν έρχεται στη μνήμη. Ακόμη, σύμφωνα με τη θεωρία του Freud, ο «υστερικός» υποφέρει συνήθως από αναμνήσεις, οι οποίες αναμνήσεις δεν αναφέρονται γενικά σε ονειρικά βιώματα αλλά σε φαντασίες των ασθενών του.

Όπως υποστηρίζουν οι Dayan και Olliac (2010), στην ψυχανάλυση γίνεται συνεχής αναφορά στη γλώσσα, η οποία εισάγει το επίπεδο της πολυπλοκότητας. Όπως αναφέρεται, ο Freud ανέπτυξε ένα μοντέλο εγκεφάλου βασισμένο σε ένα «σύστημα διαφορών». Σε αυτό το μοντέλο, τα σημάδια σε ένα δεν έχουν νόημα από μόνα τους, αλλά αποκτούν ένα μόνο μέσα από τις σχέσεις τους με όλα τα άλλα σημάδια στο σύστημα. Αυτές οι δύο προσεγγίσεις έρχονται σε αντίθεση με το φιλοσοφικό παράδειγμα που υπόκειται στην κλασσική Νευτονιακή επιστήμη, βασισμένη στην αναγωγή, τον ντετερμινισμό και την υποκειμενική γνώση. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έρευνα, στο τέλος του 19^{ου} αιώνα, στη διάρκεια του οποίου η υστερία είχε θεωρηθεί μία ενδιαφέρουσα διαταραχή, αναφέρεται πως τα χαρακτηριστικά-κλειδιά της υστερίας ήταν οι διασχιστικές καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένων των μνημονικών ενοχλήσεων, των ζωηρών εφιαλτών, της διαταραγμένης ταυτότητας και των φυσικών παραπόνων που μιμούνται τόσο νευρολογικές (π.χ. παράλυση, ψευδο-αφασία, κρίσεις, απώλεια αίσθησης) όσο και μη-νευρολογικές (π.χ. εξουθένωση, ναυτία) ασθένειες. Ο Charcot υπέθεσε ότι ένα ψυχολογικό τραύμα θα μπορούσε να οδηγήσει είτε άμεσα είτε μετά από μικρή καθυστέρηση στην υστερία, ακόμη και στους άνδρες. Ωστόσο, σε αντίθεση με την προσέγγιση του Freud, έκρινε ότι η κληρονομικότητα και η βιολογική βλάβη θα πρέπει να θεωρούνται ως η μόνη αιτία και όλοι οι άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες διαδραματίζουν το ρόλο των συμπτωματικών αιτιών. Στη συνέχεια υποστηρίζεται πως η πρωτοποριακή κίνηση των Breurer και Freud, των ιδρυτών της ψυχανάλυσης, ήταν να συσχετιστεί η υστερία στους ενήλικες με τραύμα σεξουαλικής φύσης που συνέβη κατά τη διάρκεια των πρώτων ετών της παιδικής ηλικίας. Ακόμη, δίνεται έμφαση στο ζωντανό χαρακτήρα της ανακτημένης μνήμης του τραύματος, γεμάτη αισθητηριακές πληροφορίες. Ο Freud και ο Breurer υποστηρίζουν πως οι μνήμες καταπιέζονται και όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως οι υστερικοί υποφέρουν κυρίως από αναμνήσεις. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός πως, τα χαρακτηριστικά σημάδια της «νευρικής διαταραχής» ή της «νεύρωσης πολέμου», που αναλύθηκαν ενδελεχώς μετά τον Α' Παγκόσμιο Πόλεμο, ήταν σχεδόν ίδια με εκείνα της υστερίας. Όπως αναφέρεται συμπεριλάμβαναν λήθαργο, σύγχυση, αλαλία, απώλεια όρασης ή ακοής, σπασμούς, ή τρέμουλο άκρων, αναισθησία, εξουθένωση, αϋπνίες, κατάθλιψη και τρομακτικούς επαναλαμβανόμενους εφιάλτες. Περιπτώσεις παρατεταμένης αμνησίας και άλλες

διασχιστικές διαταραχές ήταν επίσης πολυάριθμες και έγιναν σήμα κατατεθέν της «νεύρωσης πολέμου». Σημειώνεται πως μία μεγάλη διαφορά ανάμεσα στην τραυματική υστερία και τη νεύρωση πολέμου ήταν ότι μόνο στη δεύτερη το τραύμα ήταν συστηματικά πρόσφατο και γενικά αδιαμφισβήτητο. Λαμβάνοντας, λοιπόν, υπόψη τις προτάσεις που είχαν διαμορφωθεί από τον Freud για την υστερία, θα μπορούσε κάποιος να υποθέσει πως τα συμπτώματα της νευρικής διαταραχής ήταν σωματικές εκφράσεις από παρεμποδισμένα ή καταπιεσμένα συναισθήματα, που ο ασθενής είναι ανίκανος να θυμηθεί τα γεγονότα στην αρχή της κατάστασης του. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι ασθενείς με νευρική διαταραχή υπέφεραν από απώλεια της μνήμης των περιστατικών που ακολουθούσαν αμέσως μετά από τη νευρική διαταραχή. Έτσι, η νευρική διαταραχή και η τραυματική υστερία, υποστηρίζεται ότι ήταν παρόμοιες όσον αφορά τα συμπτώματα και την αιτιολογία τους.

Οι συνδέσεις ανάμεσα στο συναίσθημα και την αναπαράσταση, συγκεκριμένα στην περίπτωση των επανααναδυόμενων τραυματικών συναισθημάτων, έχουν υπάρξει αντικείμενο πολλής συζήτησης. Όπως αναφέρεται στους Dayan και Olliac (2010), ο James έχει δηλώσει ότι αυτό που αναδύεται στο συνειδητό δεν είναι η μνήμη ενός «τραυματικού συναισθήματος» αλλά ένα καινούργιο συναίσθημα που βιώνεται στο παρόν. Αυτή η ιδέα προκαλεί τις ίδιες οργανικές ακτινοβολίες, ή σχεδόν τις ίδιες, όπως εκείνες που προκλήθηκαν από το αυθεντικό γεγονός, έτσι ώστε το συναίσθημα είναι ξανά πραγματικότητα. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ο Claparede διαβεβαίωσε ότι ήταν αδύνατο να νιώσει κανείς ένα συναίσθημα ως παρελθόν, ενώ η Janet έκανε διάκριση ανάμεσα στην «τραυματική μνήμη», η οποία απλώς και ασυνείδητα επαναλαμβάνει το παρελθόν και την «αφηγηματική μνήμη», η οποία αφηγείται το παρελθόν ως παρελθόν. Υποστηρίζεται πως ο αφηγητής δεν πρέπει απλά να ξέρει πώς να αφηγηθεί ένα γεγονός, αλλά πρέπει επίσης να ξέρει πώς να σχετίσει το συμβάν με τα άλλα γεγονότα της ζωής του, πώς να το βάλει στη θέση του σε εκείνη την ιστορία της ζωής όπου ο καθένας δημιουργεί αιώνια και που για τον κάθε άνθρωπο είναι απαραίτητο στοιχείο της προσωπικότητας. Η Janet υποθέτει πως τα συμπτώματα της υστερίας κυρίως αντανακλούν τη μειωμένη ικανότητα κάποιων ανθρώπων, τα θύματα ενός τραυματικού γεγονότος, να διατηρήσουν την ενσωμάτωση των συστημάτων των ιδεών και των λειτουργιών που συνιστούν την προσωπικότητα. Ο θεραπευτικός σκοπός στην περίπτωση της νευρικής διαταραχής ή υστερίας ήταν να κάνουν τους ασθενείς να περάσουν από μία τραυματική μνήμη και ανεξέλεγκτες επιδράσεις σε συνειδητή αφηγητική μνήμη και περισσότερο ελέγξιμες επιδράσεις. Η θεωρία του Freud επικεντρώθηκε περισσότερο σε εσωτερικές ψυχικές συγκρούσεις παρά στην επίδραση ενός πρώιμου τραύματος, το οποίο κατέληξε να θεωρεί ως μία πιθανή, αλλά όχι καθοριστική αιτία υστερίας. Οι σύγχρονοι ερευνητές στη γνωστική νευροεπιστήμη έκαναν, επίσης, διάκριση ανάμεσα στην τραυματική και την αφηγηματική μνήμη. Ο Brewin προτείνει ότι οι αναμνήσεις ενός προσωπικά βιωμένου τραυματικού γεγονότος μπορούν να αποθηκευτούν σε δύο διαφορετικές αναπαραστατικές μορφές. Η μία μορφή αποτελείται από μία μνήμη διαθέσιμη για λεκτική επικοινωνία, η οποία μπορεί να ανασυρθεί είτε αυτόματα, είτε χρησιμοποιώντας σκόπιμες και στρατηγικές διαδικασίες. Τα συναισθήματα που συνοδεύουν αυτόν τον τύπο μνήμης περιλαμβάνουν γνωστικές εκτιμήσεις του τραύματος. Προτείνεται ότι η δεύτερη μορφή πηγάζει από χαμηλού επιπέδου αντιληπτική διαδικασία της τραυματικής σκηνής μέσω αισθητηριακών

πληροφοριών που έχουν λάβει μικρή συνειδητή επεξεργασία. Όπως αναφέρουν οι Dayan και Olliac (2010), αυτές οι αναμνήσεις περιλαμβάνουν σχετικά όνειρα σχετικά με το τραύμα και αναδρομές στο παρελθόν. Υποστηρίζεται ότι προκαλούνται από υπενθυμίσεις του τραύματος ως εικόνες, ήχους και μυρωδιές, ενώ δεν προκύπτουν από σαφή και συνειδητή προσπάθεια. Αυτή η «δυϊστική θεωρία αναπαράστασης», η οποία είναι αρκετά παρόμοια με εκείνες του Freud και της Janet, εξαιτίας της συγκεκριμένης διαμόρφωσης του, παρέχει μία γέφυρα ανάμεσα στην ψυχανάλυση και τους νευροψυχολογικούς πειραματισμούς (Spitzer, Spelsberg, Grabe, Mundt & Freyberger, 1999).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως η εξαφάνιση της υστερικής νεύρωσης ως μίας ψυχιατρικής οντότητας σήμαινε ότι τα συμπτώματα που πρωτύτερα σχετίζονταν με την υστερία, στη συνέχεια διασκορπίστηκαν σε διάφορες κατηγορίες διαταραχών. Αυτό είναι συγκεκριμένα αληθές για τα συμπτώματα διάσχισης που πλέον ανήκουν στο φάσμα των μετατρεπτικών συμπτωμάτων, αλλά υπάρχουν, επίσης, ως συγκεκριμένη κατηγορία. Επιπρόσθετα, ο όρος «διάσχιση» είναι ασαφής, αναφερόμενος είτε σε φαινόμενα όπως η αποπροσωποποίηση και η αποπραγματοποίηση , είτε σε σωματόμορφα φαινόμενα διάσχισης.

3.2 Νευρωτικοί και ψυχολογικοί παράγοντες ως μηχανισμοί εκδήλωσης του φαινομένου μετατροπής

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, ο όρος «φαινόμενα μετατροπής» συνεπάγεται μία συγκεκριμένη ψυχολογική αιτιολογία, στην οποία οι ενδοψυχικές συγκρούσεις μετατρέπονται σε σωματικά συμπτώματα, μειώνοντας, ως εκ τούτου την ανησυχία (Stone, Curt, Brown, Spiegel, Levenson & Sharpe, 2011), και η νεύρωση είναι μία αιτία των συγκρούσεων μεταξύ ορισμένων εκφράσεων και σεξουαλικών επιθυμιών καθώς και των εκφράσεων μίας απαγόρευσης απέναντι σε αυτές τις ίδιες τις επιθυμίες του υποκειμένου, συγκρούσεις δηλαδή ανάμεσα στο «αυτό» και το «υπερεγώ» (Dumet, 2011). Επίσης, σύμφωνα με τη Dumet (2011), η νευρωτική σύγκρουση οργανώνεται γύρω από το μηχανισμό της καταπίεσης, την αναπαράσταση, την επιθυμία, τα οποία είναι απαράδεκτα από την άποψη του «υπερεγώ» του υποκειμένου, και που βρίσκονται καταπιεσμένα μέσα στο ασυνείδητο, με αποτέλεσμα να καταλήγει το άτομο στην υστερία. Στη συνέχεια υποστηρίζεται πως ο μηχανισμός της καταπίεσης δεν κατορθώνει να συμπληρώσει ικανοποιητικά το καθήκον του στη λογική της συγκρουσιακής έντασης, δίνοντας τόπο σε αυτό που ονομάζεται επιστροφή στην καταπίεση. Κατά συνέπεια, αυτό που «όφειλε» να παραμένει στο πλαίσιο της καταπίεσης ή στο ασυνείδητο, βρίσκεται «εκσυγχρονισμένο στον δρόμο ενός νευρωτικού συμπτώματος». Αναφέρεται ακόμη πως αυτές οι νευρωτικές διαταραχές παραπέμπουν στην ψυχική σεξουαλικότητα και την παιδική ηλικία του υποκειμένου, και αυτές οι εξαντλήσεις του σώματος εκφράζουν τις μοναδικές τροποποιήσεις της οιδιπόδειας σύγκρουσης, μέσα στα οποία είχε παραμείνει καθηλωμένο ψυχοσυναισθηματικά το υστερικό υποκείμενο.

Η έκφραση της αντικατάστασης με τη σωματοποίηση της απαγορευμένης σύγκρουσης, καλύπτεται έντεχνα για να μη γίνει αντιληπτή. Ωστόσο, το είδος και ο τρόπος της παραλλαγής ποικίλει. Αυτή πρέπει να βοηθήσει ώστε η σύγκρουση να παραμείνει

συγκαλυμμένη τόσο για τον παρατηρητή, όσο και για τον ασθενή. Γίνεται όμως περίπλοκη όσο περισσότερο διαφοροποιημένος είναι ο ασθενής και το περιβάλλον του. Οι Νικολαϊδης και Benedetti (1981), υποστηρίζουν πως με την απώθηση γίνεται συχνά και αναστροφή στο αντίθετο μέρος του συμβολισμού, της αποφυγής, της μετατόπισης, της ταύτισης και της παλινδρόμησης. Συγχρόνως, γίνεται μία συμπύκνωση, στην οποία δύο ή περισσότερες απόψεις συγχωνεύονται, ώστε να δημιουργείται ένας μοναδικός συμβολισμός. Κατά συνέπεια, υποστηρίζεται πως μπορεί η παράσταση δια μέσου του αντίθετου περιεχομένου της να συνεχίσει και να μετατεθεί από ένα αντικείμενο σε ένα άλλο. Είναι αξιοσημείωτο, ωστόσο, ότι κατά τη σωματική μετατροπή δεν προσβάλλονται μόνο σωματικές ζώνες που βρίσκονται υπό τον έλεγχο της βούλησης, αλλά μπορούν ακόμη να επηρεαστούν και όργανα δια μέσου υποβολής ή της ύπνωσης. Στη συνέχεια αναφέρεται πως ένας από τους σπουδαιότερους μηχανισμούς της αντίδρασης μετατροπής είναι η ταύτιση. Προκαλεί εντύπωση η ιδιάζουσα ικανότητα του για ταύτιση, η οποία αντικατοπτρίζεται συχνά στη διεργασία του σχηματισμού του συμπτώματος. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η ταύτιση είναι μία ενδοψυχική διεργασία, που συντελείται εκτός συνειδητής αντίληψης και μέσω της οποίας αποκτώνται ασυνείδητα τα χαρακτηριστικά ενός άλλου ατόμου, συνήθως για τον εξής σκοπό: «εάν γίνω εγώ όπως εσύ, τότε ίσως εγώ βοηθηθώ να αναγνωριστώ και να κερδίσω την αγάπη που έχεις εσύ και την οποία θα ήθελα να έχω κι εγώ». Περιγράφεται πως οι δυνατότητες εκλογής του αντικειμένου κατά την ταύτιση θα μπορούσαν να είναι, αρχικά, αντίπαλοι που ευνοήθηκαν από την τύχη, ανέφικτα αντικείμενα (σε σχέση με το σύμπλεγμα της Ηλέκτρας μπορεί η κόρη να ταυτιστεί με τον πατέρα της), όμοιες ανάγκες ή επιθυμίες, και, τέλος, διάφορα άτομα σε «συμπυκνωμένη» μορφή (πολλαπλή ταύτιση). Οι προαναφερόμενοι ερευνητές υποστηρίζουν πως κατά την ταύτιση με το επίζηλο άτομο μπορεί κανείς να παρατηρήσει στις συνομιλίες των ασθενών ότι συχνά θεωρούν σαν σφάλματα πραγματικά γεγονότα ή ακόμα και υποτιθέμενες παραβιάσεις, μάλιστα ορισμένα λάθη του ζηλευτού ατόμου τα μεγαλοποιούν, που στη συνέχεια αποδεικνύονται για τον ασθενή ενοχλητικά.

Είναι γεγονός ότι περισσότερο από έναν αιώνα, τόσο για το κλινικό όσο και για το θεωρητικό ενδιαφέρον, υπάρχει ένα ευρύ φάσμα βιβλιογραφίας που αφορά τους πιθανούς ψυχογενείς, ψυχαναλυτικούς, πολιτισμικούς και βιολογικούς μηχανισμούς που υπόκεινται των ψυχογενών κινητικών διαταραχών. Το κύριο πρόβλημα με τέτοιες γενικές προσεγγίσεις είναι ότι υποθέτουν πως όλοι οι ασθενείς που παρουσιάζουν νευρολογικά συμπτώματα μη εξηγήσιμα από «οργανικές» ασθένειες, υποφέρουν από την ίδια διαταραχή, το οποίο είναι σχεδόν απίθανο να συμβαίνει.

Όπως αναφέρουν οι Nowak και Fink (2009), το περασμένο αιώνα, η επικρατούσα θεωρία των ψυχογενών νευρολογικών συμπτωμάτων έχει βασιστεί σε ψυχοδυναμικές έννοιες. Για παράδειγμα, σύμφωνα με το ψυχοδυναμικό μοντέλο, η έλλειψη κινητικής λειτουργίας προκύπτει ως αποτέλεσμα μίας ψυχικής διαμάχης σε ένα ευαίσθητο άτομο. Υποστηρίζεται ότι η ψυχική διαμάχη είναι μερικώς ή εντελώς επιλύσιμη από την έκφραση των φυσικών συμπτωμάτων, το οποίο ονομάζεται πρωτογενές κέρδος. Το πρωτογενές κέρδος της ασθένειας των συμπτωμάτων μετατροπής, που είναι υπεύθυνο για τη γένεση και εξέλιξη των συμπτωμάτων, έγκειται στο να εμποδίζει να ελέγχει μία σύγκρουση. Τα τρία στοιχεία που συμβολικά παριστάνουν το σύμπτωμα είναι η έκφραση του απωθούμενου, η έκφραση της απωθημένης δύναμης και η αυτοτιμωρία. Μ αυτόν τον τρόπο παρέχεται στο

άτομο η κατάσταση να είναι άρρωστος ή ανάπηρος και όλα τα συναφή πλεονεκτήματα. Το δευτεροπαθές κέρδος της ασθένειας του συμπτώματος μετατροπής, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, αναφέρεται στη συνειδητή προσπάθεια με σκοπό να εξασφαλιστεί η εύνοια του περιβάλλοντος. Αυτό εξυπηρετεί, αρχικά, την ικανοποίηση των επιθυμιών εξάρτησης και την επιθυμία για προσοχή, αγάπη και βοήθεια, στη συνέχεια την αποφυγή κάποιας δυσάρεστης κατάστασης ή υποχρέωσης (π.χ. στρατιωτική θητεία, επαγγελματική κατάσταση κλπ.) και, τέλος, την αναπλήρωση. Το δευτεροπαθές κέρδος της ασθένειας επιβοηθεί την παράταση της ασθένειας.

Οι άνθρωποι φαίνεται να αντιδρούν στις κοινωνικές πιέσεις και προσδοκίες επιλέγοντας, συνειδητά ή ασυνείδητα, να παρουσιάσουν συγκεκριμένα συμπτώματα. Για παράδειγμα, όπως αναφέρουν οι Nowak και Fink (2009), η παράλυση ή το τρέμουλο μπορούν να επιλεγούν ασυνείδητα, καθώς αυτά είναι γνωστά στην κοινωνία και φαίνεται να είναι κοινωνικά και πολιτισμικά αποδεκτοί δείκτες διαταραγμένης υγείας. Υποστηρίζεται, ακόμη, πως σε ασθενείς με ψυχογενή παράλυση έχει βρεθεί μεγαλύτερη πεποίθηση της αρρώστιας συγκριτικά με τους ασθενείς με παρόμοια συμπτώματα οργανικής αιτιολογίας. Οι ασθενείς με ψυχογενή παράλυση η ψυχογενή τρόμο έχουν μία ισχυρή πεποίθηση πως οτιδήποτε προκαλεί τα συμπτώματα τους δεν είναι σίγουρα «ψυχολογικό» πρόβλημα. Αυτό ενδέχεται να αντανακλά το κοινωνικό στίγμα για τις ψυχολογικές ασθένειες, ενώ η επιρροή των κοινωνικών και πολιτισμικών παραγόντων στη διαμόρφωση και τη διατήρηση των ψυχογενών κινητικών διαταραχών αντανακλάται στην άνοδο και πτώση της υστερίας τον τελευταίο αιώνα.

Στη συνέχεια, θα αναφερθούν ως παράδειγμα οι ψυχογενείς μη-επιληπτικές κρίσεις, οι οποίες μοιάζουν με τις επιληπτικές κρίσεις, δεν έχουν ηλεκτροφυσιολογική συσχέτιση ή κλινικές αποδείξεις για επιληψία, ενώ υπάρχουν θετικά αποδεικτικά στοιχεία για ψυχογενείς παράγοντες που μπορεί να έχουν προκαλέσει την κρίση (Bodde et al., 2009). Υπάρχουν πολλοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και ψυχοκοινωνικοί μηχανισμοί που έχουν σχετιστεί με τις ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, γύρω στο 90% των ασθενών με ψυχογενή μη επιληπτικές κρίσεις αναφέρουν σημαντικές τραυματικές εμπειρίες στο παρελθόν τους. Ένα ιστορικό τραύματος μπορεί να σχετίζεται πιο συχνά με αυτές τις κρίσεις από άλλα λειτουργικά νευρολογικά συμπτώματα (Reuber, 2008). Ενδέχεται, λοιπόν, να υπάρχει κάποια ιστορία σεξουαλικής ή φυσικής κακοποίησης ή άλλα σημαντικά τραύματα, όπως ένα σημαντικό πένθος και μία διαταραχή μετατραυματικού άγχους. Υποστηρίζεται, ότι βρέθηκαν πολύ υψηλά επίπεδα γενικού τραύματος και φυσικής ή σεξουαλικής κακοποίησης σε ασθενείς με ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις. Ακόμη, σύμφωνα με τον Bodde και τους συναδέλφους του (2009), οι ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις γίνονται αντιληπτές ως μία μορφή εξωτερίκευσης μίας αναδρομικής εμπειρίας, κι έτσι ως ένα είδος εξωτερίκευσης της μνήμης της κακοποίησης, ή ως ένα «μεμονωμένο» φαινόμενο, μία αυτόματη αντίδραση στην εισβολή δυσάρεστων μνημών στο ασυνείδητο. Στους παράγοντες προδιάθεσης συγκαταλέγονται τόσο η δυσλειτουργική οικογένεια όσο και η προσωπικότητα του ατόμου. Αρχικά, έχει υποστηριχθεί πως, για παράδειγμα οι ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις δεν είναι τόσο μία συνέπεια παιδικής κακοποίησης, αλλά ότι τόσο οι ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις όσο και η παιδική κακοποίηση είναι το αποτέλεσμα δυσλειτουργίας της οικογένειας. Σύμφωνα με την έρευνα, οι ασθενείς με ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις είναι πιο πιθανό να αναφέρουν ένα οικογενειακό

ιστορικό ψυχιατρικής διαταραχής. Αναφέρεται, ακόμη, πως άτομα με φαινόμενα μετατροπής βιώνουν τις οικογένειες τους ως λιγότερο υποστηρικτικές και επικοινωνιακές, ενώ υποστηρίζεται, επίσης, πως οι οικογένειες των ατόμων με φαινόμενα μετατροπής χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα κριτικής και ισχυρές σωματοποιητικές τάσεις (Reuber, 2008). Αξίζει να σημειωθεί πως, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το 25-27% των ασθενών με ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις πληρούν τα κριτήρια του DSM-III ή DSM-IV για διαταραχή προσωπικότητας. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, τα εξαρτημένα χαρακτηριστικά προσωπικότητας είναι ο κυρίαρχος τύπος δυσλειτουργίας της προσωπικότητας σε ασθενείς με ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις. Προτείνεται ένα είδος γενικού χαρακτηριστικού της δομής της προσωπικότητας των ασθενών με τέτοιες κρίσεις, περιγραφόμενου ως «συναισθηματική απορρύθμιση». Αυτή η ευρεία διάσταση της παθολογίας της προσωπικότητας αντανακλά σταθερά τρωτά σημεία της προσωπικότητας, τα οποία βάζουν τα άτομα σε μεγαλύτερο κίνδυνο ή ανησυχία και σε καταθλιπτικά συμπτώματα. Αυτό έχει οριστεί ως «γενικό νευρωτικό σύνδρομο» στο παρελθόν και χαρακτηρίζεται από ένα συνδυασμό υψηλού χαρακτηριστικού ανησυχίας/ υψηλή διεγερσιμότητα συνδυασμένη με φτωχή αντιμετώπιση (Bodde et al., 2009). Όπως υποστηρίζει στη συνέχεια ο Reuber (2008), αυτό που χαρακτηρίζει τους ασθενείς με ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις, περισσότερο από την παρουσία ψυχοπαθολογίας, είναι η δυσκολία αναγνώρισης της παθολογίας ως ένα σχετικό παράγοντα. Αναφέρεται πως περισσότερο από το 90% των ασθενών είναι αλεξιθυμικοί. Οι ασθενείς με ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις αναφέρουν περισσότερο εξωτερικό σημείο εστίασης ελέγχου από τους ασθενείς με επιληψία. Σύμφωνα με αυτό, έχουν μία ισχυρότερη τάση να χρησιμοποιούν την απόδραση ή την αποφυγή για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που συναντούν.

Στη συνέχεια, όπως περιγράφουν ο Bodde και οι συνάδελφοί του (2009), ένας άλλος παράγοντας που συχνά συζητείται σε σχέση με τις τραυματικές εμπειρίες είναι η διάσχιση. Η διάσχιση, λοιπόν, δεν είναι η πραγματική αιτία υπό την έννοια ενός αιτιολογικού παράγοντα, αλλά απλώς ένας μηχανισμός, π.χ. μία διαταραχή των συνήθως ενσωματωμένων λειτουργιών της ταυτότητας, της μνήμης, της συνείδησης ή τις αντιλήψεις του περιβάλλοντος. Η διάσχιση αναφέρεται ως μία απώλεια ή εναλλαγή ενσωμάτωσης της εμπειρίας της συνοχής του εαυτού. Υποστηρίζεται πως η λειτουργία της είναι πιθανώς να προφυλάξει τη φυσιολογικά ενσωματωμένη συνείδηση του εαυτού από την αντιμετώπιση του επώδυνου και του ανυπόφορου, με το να μεταβάλει τη συνειδητή εμπειρία. Ακόμη, η διάσχιση και η μετατροπή συνδέονται σε τέτοιο βαθμό ώστε το ICD να κατατάσσει τη μετατροπή ως διασχιστική διαταραχή (Reuber & Elgel, 2003).

Όπως αναφέρθηκε, πολλοί ασθενείς με διαταραχή μετατροπής βιώνουν στρες ή ανεπίλυτα διλήμματα στο οικογενειακό περιβάλλον. Συχνά, τα προβλήματα επικεντρώνονται γύρω από την φυσική και σεξουαλική κακοποίηση. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, εκτός από τα τραυματικά γεγονότα της ζωής, οποία συμπεριλαμβάνονται ο βιασμός, το τραύμα και οι ‘συμβολικές’ τραυματικές εμπειρίες στην ενήλικη ζωή μετά την παιδική κακοποίηση, ως εκλυτικοί παράγοντες έχουν θεωρηθεί και οι χειρουργικές διαδικασίες, η γέννα και τα αναισθητικά, ο θάνατος ή ο αποχωρισμός από τα μέλη της οικογένειας ή φίλοι, απώλεια εργασίας, τα αυτοκινητιστικά ατυχήματα, οι σεισμοί, οι δυσκολίες στις σχέσεις και νομικές ενέργειες. Στη συνέχεια, όπως αναφέρει ο Reuber (2008), οι επαναλαμβανόμενες ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις μπορεί να προκληθούν

από λιγότερα σημαντικά γεγονότα ή ερεθίσματα, όπως για παράδειγμα, επισκέψεις στο γιατρό και ξαφνικός θόρυβος ή φώτα που αναβοσβήνουν. Τέλος, όπως έχει αναφερθεί οι ασθενείς με ανεξήγητα συμπτώματα είναι συχνοί χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Υποστηρίζεται πως μεγάλος αριθμός ασθενών παρουσιάζουν περισσότερα από ένα ιατρικά ανεξήγητα φυσικά συμπτώματα ταυτόχρονα, συμπεριλαμβανομένου του χρόνιου πόνου, της ινομυαλγίας, του συνδρόμου ευερέθιστου εντέρου και προβλήματα με την έμμηνο ρύση (Reuber, 2008). Ακόμη, κάθε επαφή με το σύστημα μπορεί να επιδεινώσει το πρόβλημα, ενώ οι συχνές επαφές με την περίθαλψη ενδέχεται να σημαίνουν ότι κάποιοι ασθενείς εξετάζονται επαναλαμβανόμενα και ακούν διαφορετικές εξηγήσεις από πολλούς γιατρούς που συναντούν.

3.3. Λανθάνοντες ειδικοί και μη ψυχικοί μηχανισμοί εκδήλωσης του φαινομένου μετατροπής

Όπως ισχυρίζονται οι Dayan και Olliac (2010), στις μέρες μας η ανάπτυξη της νευροεπιστήμης επιτρέπει την εξερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στο συναίσθημα και τη γνώση μέσα από τη χαρτογράφηση του εγκεφάλου, μέσω πολλαπλών μη επεμβατικών τεχνικών, συμπεριλαμβανομένης της λειτουργικής νευροαπεικόνισης του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (EEG), του PET και του MEG. Υποστηρίζεται, ωστόσο, ότι παρόλο που αυτές οι τεχνικές μπορούν να βελτιώσουν την κατανόηση ψυχοπαθολογίας, που μπορεί να μην είναι αρκετές στη μείωση του χάσματος ανάμεσα στον εγκέφαλο και το μυαλό, που είναι ανάμεσα στην εσωτερική αναπαράσταση της ανθρώπινης ψυχής και της αντικειμενικής οπτικοποίησης των νευρωνικών υποστρωμάτων. Στη συνέχεια, αναφέρεται πως η παραδοσιακή επιστημονική μέθοδος που χρησιμοποιείται συχνά στην πειραματική νευροψυχολογία, βασισμένη στην απομόνωση, στη συγκέντρωση και την ανάλυση των διεξοδικών πληροφοριών για ένα δεδομένο φαινόμενο, μπορεί να είναι ανίκανη να διαχειριστεί τις πολύπλοκες αλληλεξαρτήσεις που υπάρχουν στον τομέα της ψυχολογίας. Είναι, παρόλα αυτά δύσκολο να συγκριθούν μέθοδοι που βασίζονται σε τόσο αντιθετικά παραδείγματα. Μία επιστημονική προσέγγιση, αν και περίπλοκή, υποστηρίζεται ότι χρειάζεται να γίνει εντελώς κατανοητή και να καθοριστούν ξεκάθαρα οι έννοιες και οι αρχές της. Στην ψυχαναλυτική θεωρία, σημειώνεται πως οι σχέσεις ανάμεσα στις μη παρατηρήσιμες αιτίες και τις επιδράσεις τους είναι συχνά είτε όχι ξεκάθαρα καθορισμένες ή ποικίλουν από τον ένα θεωρητικό-ή περίοδο-στον άλλο. Ως εκ τούτου, ο επιστημονικός χαρακτήρας της ψυχαναλυτικής θεωρίας, ακόμη και όταν θεωρείται ως «περίπλοκη προσέγγιση», μπορεί επίσημα να αμφισβητηθεί. Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, στου τέλος του 19^{ου} αιώνα, η υστερία θεωρούνταν μία ενδιαφέρουσα διαταραχή, η οποία είχε ξεκάθαρα ξεχωρίσει από τις νευρολογικές εκδηλώσεις αλλά της οποίας η αιτιολογία ήταν ακόμη αβέβαιη και υποκείμενη σε συζήτηση. Ο Charcot υπέθεσε ότι ένα ψυχολογικό τραύμα θα μπορούσε να οδηγήσει είτε άμεσα είτε από μικρή καθυστέρηση στην υστερία ακόμη και στους άνδρες. Ωστόσο, σε αντίθεση με την προσέγγιση του Freud, θεώρησε ότι η κληρονομικότητα και η βιολογική βλάβη θα πρέπει να θεωρούνται ως η μόνη αιτία και πως όλοι οι άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες διαδραματίζουν το ρόλο των συμπτωματικών αιτιών.

Όπως αναφέρουν οι Nowak και Fink (2009), παρά το γεγονός ότι οι ερευνητές σποραδικά έχουν ψάξει για οργανικές συσχετίσεις των φαινομένων μετατροπής, η βιολογική οπτική έγινε πιο δημοφιλής με την άφιξη των καινούργιων ηλεκτροφυσιολογικών και νευροαπεικονιστικών τεχνικών μέσα στις δύο τελευταίες δεκαετίες. Ωστόσο, οι έρευνες παραμένουν ασαφείς μέχρι στιγμής. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έρευνα, ο χρόνος κεντρικής και περιφερικής κινητικής διαβίβασης όπως εξετάζεται από τη διακρανιακή μαγνητική διέγερση του πρωταρχικού κινητικού φλοιού, είναι σχετικά φυσιολογικός σε ασθενείς με ψυχογενή παράλυση. Έτσι, η μέθοδος μπορεί να είναι χρήσιμη για να διαφοροποιήσει την οργανική από την ψυχογενή παράλυση. Το χαμηλότερο επίπεδο κινητικής εκτέλεσης, όπως εξετάζεται από το χρόνο αντίδρασης συχνά δεν υπάρχει βλάβη σε ασθενείς με ψυχογενή παράλυση, ενώ το ανώτερο επίπεδο έναρξης κινήσεων είναι ελαττωματικό. Αυτά τα δεδομένα ερμηνεύτηκαν ώστε να αντανακλάται υψηλό επίπεδο βλάβης της εκούσιας προσοχής στη διαταραχή μετατροπής κινητικού τύπου. Υποστηρίζεται πως ο Charcot ήταν πεπεισμένος ότι μία «δυναμική βλάβη» ήταν υπεύθυνη για τα νευρολογικά σημάδια που παρατηρούσε σε ασθενείς που υπέφεραν από «υστερικές διαταραχές κίνησης». Ποτέ δεν θεώρησε το ψυχολογικό ή συναισθηματικό άγχος ως πιθανή αιτία της υστερικής απώλειας την κινητικής λειτουργίας. Οι πιο καινούργιες νευροεπιστημονικές προσεγγίσεις μπορεί να έχουν ως αποτέλεσμα τη μετατόπιση της κατανόησης μακριά από μία θεωρητική ψυχοδυναμική, αιτιολογική κατανόηση προς μία δυναμική νευροανατομική, μηχανιστική ερμηνεία της ψυχογενούς παράλυσης και του ψυχογενούς τρόμου.

Σύμφωνα με τον Crommelinck (2014), οι μεταιχμιακές περιοχές φαίνεται να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αναστολή της διαδικασίας προετοιμασίας και εκτέλεσης της δράσης των υστερικών ασθενών. Έτσι, οι θαλαμοφλοιώδεις προκινητικοί βρόχοι (συμπεριλαμβανομένης της γένεσης εμπρόθετων κινήτρων και της κινητικής μάθησης) θα ήταν ο στόχος μίας ανασταλτικής δράσης του μεταιχμιακού συστήματος. Στη συνέχεια αναφέρεται πως οι τραυματικοί συναισθηματικοί παράγοντες ή τα στρεσογόνα γεγονότα θα ευαισθητοποιούσαν το μεταιχμιακό σύστημα και κατά συνέπεια θα ανέστειλαν αισθητικο-κινητικές διαδικασίες. Πρόσφατα, αποδείχτηκε μία σημαντική αύξηση στη δραστηριότητα της δεξιάς αμυγδαλής κατά τη διάρκεια της παρατήρησης των εκφραστικών προσώπων στους υστερικούς ασθενείς που συγκρίνονται με τους υγιείς, η συνδεσιμότητα της μεταιχμιακής δομής με τη δεξιά συμπληρωματική κινητική περιοχή ενισχύεται.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί μία ενδιαφέρουσα έρευνα των Vaudreuil και Trieu (2013), στην οποία παρουσιάζεται μία ασθενής με διαταραχή μετατροπής και διάσχισης, η οποία επέδειξε αλλαγή ψυχωσικών συμπτωμάτων, 'προκαλούμενη' από εξωτερική υποβολιμότητα. Σύμφωνα με την έρευνα η ασθενής είναι ένα εντεκάχρονο κορίτσι που εισήχθη με ψυχιατρική μονάδα εξαιτίας των αναφερόμενων ψυχοσωματικών συμπτωμάτων. Διεγνώστη με ψυχωσική διαταραχή μη αλλιώς προσδιοριζόμενη, της συνταγογραφήθηκε φαρμακευτική αγωγή, της δόθηκαν πληροφορίες σχετικά με τις ψυχωσικές διαταραχές και στη συνέχεια, έγινε αναζήτηση στο διαδίκτυο σχετικά με τη σχιζοφρένεια. Μετά από αυτή την αξιολόγηση, λοιπόν, αναφέρεται πως τα ψυχωσικά συμπτώματα εξελίχθησαν για να συμπεριλάβουν παραληρητικές ιδέες και ιδέες αναφοράς και έγιναν η κύρια μορφή έκφρασης του άγχους της συγκεκριμένης ασθενούς. Στην πορεία

της νοσηλείας της, η ασθενής εκδήλωσε επιπρόσθετα συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένων της συμπεριφοράς αυτό-τραυματισμού, της επιθετικής συμπεριφοράς, της ψυχοσωματικής ναυτίας και του εμετού. Τα συμπτώματα της ασθενούς υποστηρίζεται πως άλλαξαν με την εμφάνιση παρόμοιων συμπτωμάτων σε άλλους ασθενείς που νοσηλεύονταν. Για παράδειγμα, η επιθετική και αυτό-τραυματική συμπεριφορά αυξήθηκε μετά την εισαγωγή ενός ασθενή με παρόμοια επιθετικά συμπτώματα. Ενώ η ναυτία και ο εμετός της ασθενούς συνέβησαν στο περιβάλλον όπου υπήρχαν ασθενείς με διατροφικές διαταραχές που συμπεριελάμβαναν ναυτία. Η συγκεκριμένη, λοιπόν, περίπτωση υποδεικνύει την πρόκληση πολλαπλών διαφορετικών συμπτωμάτων σε μία νεαρή με διαταραχές μετατροπής, διάσχισης και τραύματος μέσα από την υποβολιμότητα από τους κλινικούς και άλλους ασθενείς. Χρησιμοποιώντας το νευρογνωστικό μοντέλο, η συγκεκριμένη ασθενής με σημαντικά συμπτώματα μετατροπής και διάσχισης, ήταν σημαντικά υποκείμενη στην υποβολιμότητα.

3.4 Νεύρωση οργάνου

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενη ενότητα, το σύμπτωμα μετατροπής αντιστοιχεί στη μετατόπιση της ενδοψυχικής σύγκρουσης πάνω στο σώμα του υποκειμένου. Όπως αναφέρει η Dumet (2011), η λίμπιντο που είναι συνδεδεμένη στην απωθημένη αναπαράσταση μεταμορφώνεται σε νευρωσική ενέργεια στα όργανα του σώματος και δίνει έτσι τόπο στη σωματική διαταραχή μετατροπής. Υποστηρίζεται πως το όργανο ή μέρος του σώματος πολιορκεί αυτή τη μετατροπή, κι έτσι θα είναι στην λογική προσβολής μίας «σωματικής συγκατάβασης», έμφυτη ή επίκτητη, που προδιαθέτει γενικά το υποκείμενο, αλλά στην οποία βασίζονται οι συναισθηματικές κινήσεις. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, αυτό θεωρείται καλό διότι το όργανο είναι ιδιαίτερα ικανό, από την άποψη της ψυχικής οικονομίας και της μοναδικής φαντασίωσης να αναπαραστήσει την απωθημένη σεξουαλική σύγκρουση, όπου το σύμπτωμα «εκκολάπτεται» σε αυτόν τον προσδιορισμένο τόπο του σώματος αυτού του ατόμου. Υποστηρίζεται ότι με αυτό τον τρόπο η μετατροπή παίρνει θέση για να εκφραστεί έτσι εκτός κατάστασης, να βλάψει ένα μέρος του σώματος του ατόμου το οποίο θα μπορούσε να είχε συμβάλει συμβολικά στην πραγματοποίηση της επιθυμίας του.

Ο Alexander (1987) αναφέρει πως μία σημαντικά διαφορετική ομάδα ψυχογενών σωματικών ενοχλήσεων είναι εκείνη που περιλαμβάνει τα εσωτερικά παθητικά όργανα. Προηγούμενοι ψυχαναλυτικοί συγγραφείς έχουν επανειλημμένα προσπαθήσει να επεκτείνουν την αρχική έννοια της υστερικής μετατροπής σε όλες τις μορφές των ψυχογενών ενοχλήσεων του σώματος, συμπεριλαμβανομένων εκείνων που συμβαίνουν στα παθητικά όργανα. Σύμφωνα με αυτές τις απόψεις, μία αύξηση της πίεσης του αίματος ή μία γαστρική αιμορραγία έχουν ένα συμβολικό νόημα, όπως και ένα οποιοδήποτε συμβολικό σύμπτωμα μετατροπής. Στη συνέχεια υποστηρίζει πως η συμβολική έκφραση του ψυχολογικού περιεχομένου είναι γνωστή μόνο στον τομέα των εκούσιων νευρώσεων όπως είναι ο λόγος, ή οι εκφραστικές κινήσεις, όπως είναι οι γκριμάτσες, οι χειρονομίες, το γέλιο, το κλάμα κλπ. Ενδεχομένως το κοκκίνισμα να μπορούσε να συμπεριληφθεί σε αυτή την ομάδα. Είναι περισσότερο απίθανο, ωστόσο, τα εσωτερικά όργανα όπως το ήπαρ ή οι

μικρότερες αρτηρίες του νεφρού, να μπορούν να εκφράσουν συμβολικά ιδέες. Αυτό δε σημαίνει πως δεν μπορούν να επηρεαστούν από συναισθηματικές εντάσεις, οι οποίες μπορούν να διεξαχθούν σε οποιοδήποτε σημείο του σώματος, μέσα από θαλαμοφλοιώδεις και αυτόνομες οδούς. Υποστηρίζεται πως οι συναισθηματικές επιρροές μπορούν να διεγείρουν ή να αναστείλουν τη λειτουργία οποιουδήποτε οργάνου. Αφού χαλαρώσει η συναισθηματική ένταση, οι σωματικές λειτουργίες επανέρχονται σε φυσική ισορροπία. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, όταν μία τέτοια συναισθηματική διέγερση ή αναστολή μίας παθητικής λειτουργίας γίνεται χρόνια και υπέρμετρη, γίνεται αναφορά σε αυτή ως μία «νεύρωση οργάνου». Αυτός ο όρος εμπεριέχει τις επονομαζόμενες 'λειτουργικές' ενοχλήσεις των παθητικών οργάνων, οι οποίες προκαλούνται, τουλάχιστον εν μέρει, από νευρικές παρορμήσεις, η προέλευση των οποίων είναι οι συναισθηματικές διαδικασίες, οι οποίες λαμβάνουν χώρα κάπου στις φλοιώδεις και υποφλοιώδεις περιοχές του εγκεφάλου.

Ακόμη, η έννοια των λειτουργικών ενοχλήσεων, δεν προέρχεται από τους ψυχιάτρους αλλά από τους ειδικούς στον τομέα των εσωτερικών ασθενειών. Αρχικά, υποστηρίζεται πως οι νευρωτικές (ή λειτουργικές) ενοχλήσεις του στομάχου, των εντέρων, και του καρδιοαγγειακού συστήματος έγιναν γνωστές κάτω από το όνομα των γαστρικών, εντερικών και καρδιακών νευρώσεων. Ο όρος «λειτουργικές ενοχλήσεις» αναφέρεται στο γεγονός ότι σε τέτοιες περιπτώσεις ακόμη και η καλύτερη έρευνα των ιστών δεν αποκαλύπτει καθόλου ευδιάκριτες μορφολογικές αλλαγές. Σύμφωνα πάντα με τη βιβλιογραφία, η ανατομική δομή του οργάνου δεν αλλάζει, διαταράσσεται μόνο ο συντονισμός και η ένταση των λειτουργιών τους. Αυτές οι διαταραχές είναι πιο άμεσα αναστρέψιμες και θεωρούνται λιγότερο σοβαρές, συγκριτικά με τις ασθένειες στις οποίες οι ιστοί δείχνουν συγκεκριμένη μορφολογική εναλλαγή, η οποία συχνά υποδεικνύει μη αναστρέψιμη βλάβη (Alexander, 1987).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΕΙΣ – ΑΥΤΟΑΝΟΣΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

4.1 Καρδιολογικές ασθένειες

Υποστηρίζεται πως υπάρχει ποικιλία επικίνδυνων παραγόντων –ψυχικών, κοινωνικών, σωματικών και γενετικών- οι οποίοι συντελούν στην ανάπτυξη καρδιολογικών ασθενειών. Αναφέρεται, ακόμη, πως υπάρχει σχέση ανάμεσα στον τρόπο ζωής και συμπεριφοράς των ασθενών και την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου (Νικολαΐδης & Benedetti, 1981). Ωστόσο, φαίνεται να είναι δύσκολος ο διαχωρισμός των ψυχικών φαινομένων από τα φυσιολογικοανατομικά και τα κοινωνικά, καθώς πρόκειται για παράγοντες οι οποίοι ενδέχεται να συνδέονται στενά μεταξύ τους και να δέχονται αλληλεπιδράσεις. Σύμφωνα με τους Elderon και Whooley (2013), η ηλικία, το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό καρδιολογικών ασθενειών, το κάπνισμα, η υπέρταση, ο διαβήτης, τα επίπεδα χοληστερίνης, η παχυσαρκία και η απουσία φυσικής άσκησης έχουν αναγνωριστεί ως «παραδοσιακοί παράγοντες κινδύνου» για καρδιολογικές ασθένειες. Καταγράφεται, ωστόσο, ότι τις τελευταίες δεκαετίες, υπάρχουν αποδείξεις πως οι ψυχολογικοί παράγοντες διαδραματίζουν έναν εξίσου σημαντικό ρόλο στην πρόβλεψη νοσηρότητας και θνησιμότητας από καρδιολογικές ασθένειες. Συγκεκριμένα, έρευνα που εξέτασε τους παράγοντες κινδύνου για οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου σε περισσότερους από 25.000 ασθενείς, από 52 διαφορετικές χώρες, υποδεικνύει πως οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες ήταν ισχυρότεροι παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση μυοκαρδίου από ότι ήταν ο διαβήτης, το κάπνισμα, η υπέρταση και η παχυσαρκία (Elderon & Whooley, 2013). Στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που εξετάστηκαν σε αυτή την έρευνα συμπεριλαμβάνονται η κατάθλιψη, ο τόπος ελέγχου, το αντιληπτό άγχος και τα γεγονότα της ζωής.

Ο Alexander (1987) αναφέρει πως η συμπτωματολογία των επονομαζόμενων λειτουργικών καρδιαγγειακών διαταραχών, στους οποίους ενδέχεται οι συναισθηματικοί παράγοντες να είναι αιτιολογικής σημασίας, είναι πολλαπλή. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, στη συμπτωματολογία των προαναφερθέντων διαταραχών συμπεριλαμβάνονται η ταχυκαρδία, ο νευρικός παλμός, διάφορες μορφές αρρυθμίας και νευροκυκλοφορική ασθένεια. Στο συγκεκριμένο βιβλίο του, ο Alexander ισχυρίζεται πως είναι πιθανό οι οργανικοί παράγοντες να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην περίπλοκη νεύρωση της καρδιακής δράσης μέσω των γαγγλίων και του κεντρικού ελέγχου. Συνεχίζει, ωστόσο, υποστηρίζοντας πως συγκεκριμένοι οργανικοί παράγοντες, οι οποίοι από μόνοι τους είναι αβλαβείς, ενδέχεται σε συνδυασμό με συναισθηματικές ενοχλήσεις να παράγουν συμπτώματα τέτοιου είδους. Η αλληλεπίδραση των οργανικών και συναισθηματικών παραγόντων είναι σε ορισμένες περιπτώσεις περισσότερο πολύπλοκη. Υποστηρίζεται πως επαναλαμβανόμενες λειτουργικές ενοχλήσεις ενδέχεται να ευνοήσουν την ανάπτυξη οργανικών βλαβών και αμυδρών οργανικών ελαττωμάτων τα οποία πιθανώς με τη σειρά τους να ευνοήσουν την ανάπτυξη νευρωτικών συμπτωμάτων. Ακόμη, όσον αφορά τους συναισθηματικούς παράγοντες, μπορεί να ειπωθεί πως το άγχος και οι καταπιεσμένες εχθρικές παρορμήσεις θεωρούνται οι συναισθηματικοί παράγοντες υψίστης σημασίας σε τέτοιες διαταραχές. Σύμφωνα με τον Alexander (1987), η εχθρικότητα διεγείρει την

ανησυχία, η οποία ανησυχία, με τον τυπικό τρόπο του νευρωτικού φαύλου κύκλου, αυξάνει την εχθρικότητα. Υποστηρίζεται πως ένας τέτοιος νευρωτικός πυρήνας μπορεί να είναι παρών σε μία τεράστια ποικιλία προσωπικοτήτων, αλλά ενδεχομένως να είναι περισσότερο κοινός σε τρομοκρατημένες, ανεσταλμένες προσωπικότητες. Ακόμη, περιστασιακά οι διαταραχές που σχετίζονται με την καρδιά μπορεί να παρατηρηθούν σε άτομα που υποφέρουν από έναν περιορισμένο τύπο φοβικής ανησυχίας, που εναλλακτικά παρουσιάζονται ως δραστήριοι και επιθετικοί.

Είναι γεγονός ότι τις τελευταίες δεκαετίες διάφοροι επιστήμονες έχουν καταβάλει σημαντική προσπάθεια και έχουν διεξάγει αξιόλογες έρευνες με σκοπό το σχηματισμό του προφίλ των ανθρώπων που υποφέρουν από καρδιολογικές ασθένειες. Υποστηρίζεται πως η επαγγελματική υπεραπασχόληση, η επίμονη τάση για ανταγωνισμό, η μεγάλη φιλοδοξία και η μονοτονία στην εργασία έχουν σχέση με την αύξηση της τιμής της χοληστερίνης στο αίμα και την αύξηση την γλοιότητας του αίματος (Νικολαΐδης & Benedetti, 1981). Επιπρόσθετα, ο Alexander (1987), δίνει έμφαση στο γεγονός ότι οι καταπιεσμένες εχθρικές τάσεις διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση των συγκεκριμένων ασθενειών, ένα γεγονός που είναι σε συμφωνία με την παρατήρηση του Cannon ότι ο φόβος και η οργή προκαλούν μία αύξηση στην πίεση του αίματος. Υποστηρίζεται ότι με το φόβο ή την οργή υπάρχει μία δραστηριοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και μία έκκριση επινεφρίνης από τον μυελό των επινεφριδίων, που με τη σειρά του διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην παραγωγή τέτοιων φυσιολογικών αλλαγών στο καρδιοαγγειακό και άλλα συστήματα, καθώς επιτρέπουν στον οργανισμό να αντιμετωπίζει έναν εισβολέα ή να ξεφεύγει από τον κίνδυνο. Αναφέρεται, ακόμη, πως η χρόνια καταπίεση των επιθετικών παρορμήσεων, που σχετίζονται αι πάντα με την ανησυχία, επηρεάζουν σημαντικά το επίπεδο της πίεσης του αίματος. Αξίζει να σημειωθεί, πως παρά το γεγονός ότι η ομάδα των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα, αποτελούνταν, όπως είναι φυσικό, από άτομα με πολλά διαφορετικά είδη προσωπικότητας, ένα κοινό χαρακτηριστικό ήταν η ανικανότητα τους να εκφράσουν τις επιθετικές παρορμήσεις τους ελεύθερα. Υποστηρίζεται ότι περιστασιακά τέτοιοι ασθενείς θα παρουσίαζαν εκρήξεις θυμού, αλλά ως επί τω πλείστον διατήρησαν έναν αξιοσημείωτο βαθμό ελέγχου, με συνέπεια στην επιφανειακή αξιολόγηση να δώσουν την εντύπωση ισορροπημένων και ώριμων προσωπικοτήτων. Ακόμη, αρκετά συχνά αυτοί οι ασθενείς ήταν εξαιρετικά συγκαταβατικοί και καταδεκτικοί και φαινόταν διατεθειμένοι να παρεκκλίνουν της πορείας τους προκειμένου να ευχαριστήσουν τους άλλους.

Ο Alexander αναφέρει ακόμη πως οι ασθενείς με υπέρταση είναι συχνά ανεσταλμένοι σεξουαλικά, ενώ η επίδοση τους σε κάποια παράνομη σχέση συνδέεται με ένα μεγάλο ποσοστό άγχους και ενοχής, διότι γι’ αυτούς μία ασύμβατη σεξουαλική δραστηριότητα σημαίνει διαμαρτυρία και επανάσταση. Μία σαφής διαμάχη ανάμεσα στην παθητική εξάρτηση ή τις θηλυκές τάσεις και τις αντισταθμιστικές επιθετικές, εχθρικές παρορμήσεις, αποκαλύπτεται στην ανάλυση αυτών των ατόμων. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, όσο περισσότερο υποκύπτουν στις εξαρτημένες συμβατικές τάσεις, τόσο μεγαλύτερη γίνεται η αντιδραστική τους εχθρικότητα σε εκείνους στους οποίους υποτάσσονται. Συνεχίζοντας, ο Alexander ισχυρίζεται πως η εχθρότητα δημιουργεί φόβο και τους κάνει να υποχωρούν από τον ανταγωνισμό προς μία παθητική εξαρτημένη στάση. Το γεγονός αυτό, με τη σειρά του, προκαλεί περισσότερα αισθήματα κατωτερότητας και

εχθρότητας με επακόλουθο έναν επίμονο φαύλο κύκλο. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός, πως ο ασθενής με υπέρταση δεν δύναται να επιδίδεται ελεύθερα σε παθητικές εξαρτημένες επιθυμίες εξαιτίας της διαμάχης που διεγείρουν αυτές. Οι αντικρουόμενες τάσεις επιθετικότητας και υποταγής διεγείρουν και παράλληλα εμποδίζουν η μία την άλλη, έχοντας ως αποτέλεσμα ένα είδος παράλυσης. Σύμφωνα με τους Νικολαΐδη και Benedetti (1981), η παθητικότητα των ανθρώπων αυτών είναι αποτέλεσμα ενός ιδιαίτερα ισχυρού δεσμού με τη μητέρα. Τέλος, σύμφωνα με την ψυχοδυναμική οπτική, ο φόβος και η οργή σχετίζονται με παραδοσιακές αλλαγές στο σώμα, όπου αυτό προετοιμάζεται για συγκεκριμένη προσπάθεια μάχης ή φυγής. Έτσι, υποστηρίζεται πως μία αύξηση της αρτηριακής τάσης είναι ένα από τα συστατικά αυτής της ψυχολογικής προετοιμασίας. Στη σύγχρονη κοινωνία, η ελεύθερη έκφραση της επιθετικότητας είναι απαγορευτική. Οι άνθρωποι είναι συχνά ανταγωνιστικοί αλλά δεν έχουν την ευκαιρία να εκφράσουν τις επιθετικές τους τάσεις ελεύθερα σε φυσική μάχη. Η κοινωνία απαιτεί από τον άνθρωπο να έχει τον πλήρη έλεγχο του εαυτού του. Υποστηρίζεται, ωστόσο, ότι η χρόνια ανεσταλμένη οργή, προκαλούμενη από τέτοιου είδους περιορισμούς, ενδέχεται να οδηγήσει σε μία χρόνια αύξηση της πίεσης του αίματος, εξαιτίας του γεγονότος ότι η οργή δεν ήταν δυνατόν να αποβληθεί από τον οργανισμό είτε μέσω της φυσικής επίθεσης, είτε μέσω κάποιας εξαγνιστικής μορφής αυταρχική συμπεριφορά (Alexander, 1987). Ως εκ τούτου, τα εχθρικά συναισθήματα που δεν εκφράζονται ενδέχεται να γίνουν πηγή μίας μόνιμης διέγερσης του αγγειακού συστήματος, σαν ο ανεσταλμένος οργανισμός να βρίσκεται συνεχώς σε μία προετοιμασία για μάχη, η οποία δεν συμβαίνει ποτέ.

Στη συνέχεια, αξίζει να σημειωθεί πως, σύμφωνα με έρευνες, το άγχος αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καρδιολογικών ασθενειών (Batelaan, Have, van Balkom, Tuithof & Graaf, 2014). Υποστηρίζεται πως η παρουσία του άγχους σχετίστηκε με μία πιθανότητα της τάξης του 26% για κίνδυνο εμφάνισης στεφανιαίας νόσου και μία αύξηση της τάξης του 48% για κίνδυνο καρδιακού θανάτου. Η συγκεκριμένη έρευνα υποστηρίζει, ακόμη, πως η μειωμένη έκθεση στο άγχος από αυξανόμενη θεραπεία μπορεί να συνεισφέρει στην πρόληψη της καρδιολογικής ασθένειας.

Καταλήγοντας, η κατάθλιψη έχει παρουσιαστεί ως ένας σημαντικός ψυχολογικός προγνωστικός κίνδυνος καρδιολογικής ασθένειας (Salomon, Bylsma, White, Penaite & Rottenberg, 2013; Tully, Newland & Baker, 2014), ενώ υποστηρίζεται ότι η μείζονα κατάθλιψη είναι παρούσα σε σχεδόν έναν στους πέντε ασθενείς με καρδιολογικές ασθένειες (Elderon & Whooley, 2013). Ακόμη, αναφέρεται πως η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων πέρα από την εμφάνιση της στεφανιαίας νόσου σε υγιή άτομα, προβλέπει, ακόμη, δευτερεύοντα γεγονότα σε ασθενείς με διαγνωσμένη στεφανιαία νόσο (Elderon & Whooley, 2013) και δυσμενή αποτελέσματα σε άτομα που έχουν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ανοιχτής καρδιάς (Elderon & Whooleey, 2013; Tully, Newland & Baker, 2014). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι ύποπτοι μηχανισμοί μέσω των οποίων η κατάθλιψη οδηγεί σε καρδιοπαθογένεση έχουν επανεξεταστεί και περιλαμβάνουν την απορρύθμιση των υποθαλαμικών βλεννογόνων επινεφριδίων, μειωμένη μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού, μεταβαλλόμενοι σεροτονινεργικοί δίοδοι, φλεγμονώδη απόκριση, μεταβαλλόμενη απόκριση αιμοπεταλίων και δυσρυθμία (Tully, Newland & Baker, 2014).

4.2 Ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος - Άσθμα

Είναι πραγματικότητα πως το άσθμα αποτελεί εδώ και χρόνια ένα μείζον ζήτημα ιατρικής διαμάχης, παρά το γεγονός ότι έχει αναγνωριστεί από αρχαιοτάτων χρόνων. Σύμφωνα, λοιπόν, με τον Rees (1956), η αναγνώριση των συναισθηματικών παραγόντων στην επιδείνωση του άσθματος καταγράφεται από την αρχαία εποχή. Στην έρευνα του αναφέρεται πως ο Ιπποκράτης συμβούλευε τους ασθενείς με άσθμα να προστατεύουν τους εαυτούς τους από το θυμό, ενώ ο Van Helmont το 1650 ήταν αυτός που εισήγαγε την έννοια του νευρικού ή σπασμωδικού άσθματος. Ακόμη, ο Thomas Willis το 1672 ανέφερε ότι τα συναισθήματα θα μπορούσαν να επιφέρουν κρίσεις. Ωστόσο, παρόλο που φαίνεται να υπήρχαν αξιόλογα στοιχεία ότι οι συναισθηματικοί παράγοντες έπαιζαν ρόλο στην αιτιολογία του άσθματος, υπήρχε ελάχιστη συμφωνία όσον αφορά στο βαθμό στον οποίο τέτοιοι παράγοντες έπαιζαν ρόλο αλλά και στον ακριβή ρόλο που διαδραμάτιζαν. Καθίσταται φανερό ότι στο παρελθόν οι ψυχίατροι δεν έδιναν επαρκή προσοχή στους πιθανούς φυσικούς παράγοντες, και ότι οι αλλεργιογόνοι αναγνώριζαν επαρκώς τη σημασία των συναισθηματικών παραγόντων στο άσθμα.

Παρά τη σημαντική πρόοδο που έχει σημειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες όσον αφορά τη θεραπεία του άσθματος, η συγκεκριμένη ασθένεια συνεχίζει να θεωρείται ως περίπλοκη, σύνθετη, ακόμη και παράδοξη. Η αιτία των χαρακτηρισμών αυτών ενδεχομένως να απεικονίζεται καλύτερα μέσω της περιγραφής των ορισμών του άσθματος, των χαρακτηριστικών της διαταραχής, καθώς και της παθοφυσιολογίας του άσθματος.

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει γίνει μία σειρά προσπαθειών προσδιορισμού του άσθματος, χωρίς, ωστόσο, μεγάλη επιτυχία. Το άσθμα περιγράφεται ως μία ασθένεια των πνευμόνων, ως μία χρόνια φλεγμονώδης διαταραχή των αεραγωγών, στην οποία παίζουν ρόλο τα κύτταρα, συμπεριλαμβανομένων των μαστοκυττάρων και των ηωσινόφιλων (Gatchel & Blanchard, 1993). Γίνεται, ωστόσο, αντιληπτό ότι με τις προαναφερθείσες περιγραφές αντανακλώνται μόνο λειτουργικοί ορισμοί του άσθματος αγνοώντας παντελώς το συναισθηματικό παράγοντα.

Η επιρροή του συναισθήματος στην αναπνευστική λειτουργία γίνεται φανερή μέσα από την καθημερινή ζωή. Ως εκ τούτου προκύπτουν και οι λαϊκές φράσεις, όπως «σου κόβει την ανάσα», για την περιγραφή ενός γεγονότος που προκαλεί εξαιρετικά δυνατά συναισθήματα. Η εμπλοκή του αναπνευστικού συστήματος στην έκφραση συναισθημάτων λαμβάνει χώρα πρωτίστως μέσω της ομιλίας, καθώς επίσης μέσω του κλάματος, το οποίο θεωρείται ένα ακόμη περίπλοκο φαινόμενο έκφρασης, στο οποίο εμπλέκεται η φάση εκπνοής (Alexander, 1987). Ο αναστεναγμός είναι ακόμη μία οπτική της αναπνοής που έχει συνδεθεί εδώ και καιρό με τα συναισθήματα. Οι εκφράσεις σε διάφορες γλώσσες συνδέουν τους αναστεναγμούς με την ευτυχία, την ανακούφιση, την επιθυμία, την περιπέτεια και τη βαρεμάρα. Παρά την εξοικείωση με την ψυχοφυσιολογική σύνδεση, περιορισμένη ψυχοφυσιολογική έρευνα έχει στην πραγματικότητα μελετήσει τις αιτίες και συνέπειες των αναστεναγμών. Στην έρευνα του Vlemincx και των συνεργατών του (2013), οι αναστεναγμοί ερμηνεύονται ως φυσιολογικοί και ψυχολογικοί επαναφορείς. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, φυσιολογικά, οι αναστεναγμοί προβλέπεται ότι αποκαθιστούν τον αναπνευστικό έλεγχο, υποστηρίζοντας ένα ομοιοστατικό αναπνευστικό σύστημα που

προασπίζεται τη σταθερή του κατάσταση αλλά επιτρέπει την μία ευέλικτη ανταπόκριση στις περιβαλλοντικές απαιτήσεις. Από ψυχολογικής άποψης, οι αναστεναγμοί ενδέχεται να διαδραματίζουν έναν παράλληλο ομοιοστατικό ρόλο, βοηθώντας στην αποκατάσταση της ηρεμίας σε ένα πλαίσιο άγχους ή συναισθηματικής διέγερσης, προκαλώντας μία υποκειμενική αίσθηση ανακούφισης, και ως εκ τούτου μπορεί να αποβεί λειτουργικός ως μηχανισμός αντιμετώπισης του άγχους και των συναισθημάτων.

Όσον αφορά το άσθμα, υποστηρίζεται πως η ασθματική στένωση του αεραγωγού ως απόκριση σε συναισθηματικά ερεθίσματα, έχει τεκμηριωθεί επαρκώς. Υποδεικνύεται σημαντική απόκριση τόσο σε δυσάρεστα ερεθίσματα όσο και σε συναρπαστικά (Ritz, Kullowatz, Goldman, Kanniess, Magnussen, & Dahme, 2010; Ritz, Rosenfield, Wilhelm, & Roth, 2012). Σύμφωνα με τον Alexander (1987) ο συναισθηματικός παράγοντας βασίζεται σε ομαλές φυσιολογικές αποκρίσεις σε συναισθηματικά ερεθίσματα. Υποστηρίζεται πως η επιδεινωμένη και χρόνια φύση της απόκρισης συμβαίνει κυρίως εξαιτίας του γεγονότος ότι το συναισθηματικό ερέθισμα είναι ασυνείδητο, διότι είναι μη αποδεκτό από τη συνειδητή προσωπικότητα. Το άσθμα θεωρήθηκε κυρίως μία νευρική διαταραχή, μέχρι τη στιγμή που ανακαλύφθηκαν τα αλλεργικά φαινόμενα. Υποστηρίζεται πως για ένα μεγάλο διάστημα επικράτησε η άποψη πως η βασικότερη διαταραχή του άσθματος οφείλεται σε αλλεργία (Νικολαΐδης & Benedetti, 1981). Ωστόσο, πιο πρόσφατα, κατά την εποχή του ψυχοσωματικού προσανατολισμού, η συναισθηματική αιτιολογία του άσθματος αναζωπυρώθηκε. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, μία μεγάλη ποικιλία συναισθηματικών παραγόντων έχει αναφερθεί από διαφορετικούς παρατηρητές. Περιλαμβάνουν σχεδόν κάθε ξαφνικό έντονο συναισθηματικό ερέθισμα –σεξουαλική διέγερση, άγχος, ζήλεια και οργή (Alexander, 1987). Συνεχίζοντας, ο ίδιος αναφέρει πως οτιδήποτε απειλεί να χωρίσει τον ασθενή από την προστατευτική μητέρα ή το υποκατάστατό της πρόκειται να προκαλέσει μία ασθματική κρίση. Ακόμη, όσον αφορά στα παιδιά, καταγράφεται πως ο η γέννηση ενός αδερφού που απειλεί να απορροφήσει την προσοχή της μητέρας εντοπίστηκε με ύποπτη συχνότητα στην έναρξη μίας ασθματικής κατάστασης. Στους ενήλικες, δε, ο σεξουαλικός πειρασμός ή ένας επικείμενος γάμος έχουν θεωρηθεί παράγοντες επιδείνωσης. Αξίζει να σημειωθεί ακόμη πως, σύμφωνα με τον Alexander, ο συνδυασμός της ασυνείδητης μητρικής αποπλάνησης και μία φανερής απόρριψης είναι από τα πιο συχνά ευρήματα στην ιστορία των ασθματικών περιπτώσεων. Ακόμη, εχθρικές παρορμήσεις κατευθυνόμενες ενάντια στο υποκείμενο αγάπης ενδέχεται επίσης να απειλήσει την εξαρτημένη σχέση και να προκαλέσει κρίση.

Επιπρόσθετα, ο Alexander σε μία προσπάθεια να απαντήσει ερωτήσεις όπως γιατί και με ποιόν τρόπο μία τέτοια καταπιεσμένη επιθυμία για τη μητέρα θα μπορούσε να παράγει ένα σπασμό στα βρογχιόλια, που είναι η φυσιολογική βάση των κρίσεων άσθματος. Υποστηρίχθηκε, λοιπόν, πως η κρίση άσθματος αναπαριστά ένα καταπιεσμένο κλάμα για τη μητέρα. Αυτή η άποψη τεκμηριώνεται περισσότερο από το γεγονός ότι οι περισσότεροι ασθματικοί ασθενείς αναφέρουν αυθόρμητα ότι είναι δύσκολο γι’ αυτούς να κλάψουν. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί επανειλημμένα ότι οι κρίσεις άσθματος τερματίζονταν όταν ο ασθενής μπορούσε να δώσει διέξοδο στο συναίσθημα μέσω του κλάματος (Alexander, 1987).

Οι Νικολαΐδης και Benedetti (1981) υποστηρίζουν πως οι ασθματικοί σαν ομάδα παρουσιάζουν μία ασυνήθιστη σκιαγράφηση προσωπικότητας, με έντονη παθητικότητα και εξάρτηση. Αναφέρουν πως οι ασθενείς έχουν ανάγκη επαίνου και υποστήριξης από άτομα του στενού περιβάλλοντος. Επίσης, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, συχνά παρατηρούνται συγκαλυμμένες επιθετικές παρορμήσεις, που δεν αποκαλύπτονται τελείως και ακολουθεί μία έντονη δραστηριοποίηση των ασθματικών ενοχλημάτων, που συνοδεύονται από καταθλιπτικά συναισθήματα ενοχής. Τέλος, σημειώνεται πως οι ασθματικοί έχουν μία βαθιά αναπτυγμένη διαταραχή της προσωπικότητας, που τους επιτρέπει να συνδέονται με τη γονεϊκή τους μορφή και να υποτάσσονται σε έντονα επιθετικά ένστικτα της ανώριμης παιδικής ηλικίας, ενώ υποστηρίζεται ότι ορισμένοι από αυτούς μπορούν να παρουσιάσουν μία ιδιαίτερα σαδιστική στάση. Από τη άλλη, ωστόσο, ο Alexander ισχυρίζεται πως υπάρχουν πολλά είδη προσωπικότητας που υποφέρουν από άσθμα: επιθετικοί, παράτολμοι, καθώς και υπερευαίσθητοι, και καλαίσθητοι τύποι. Αναφέρει ακόμη πως κάποιοι ασθματικοί είναι καταναγκαστικοί χαρακτήρες, ενώ άλλοι είναι περισσότερο υστερικής φύσης. Τέλος, συμπεραίνει πως θα ήταν μάταιη οποιαδήποτε προσπάθεια καθορισμού ενός χαρακτηριστικού προφίλ για τους ασθενείς με άσθμα, καθώς κάτι τέτοιο πολύ απλά δεν υφίσταται.

4.3 Ασθένειες του γαστρεντερικού συστήματος

Καθώς οι γιατροί είναι παραδοσιακά εκπαιδευμένοι να αναζητούν παθοφυσιολογικές εξηγήσεις των παρατηρούμενων φαινομένων, ενδέχεται να νιώθουν αβέβαιοι όταν έρχονται αντιμέτωποι με σύνδρομα όπως οι λειτουργικές γαστρεντερικές διαταραχές, το σύνδρομο χρόνιας κούρασης, η ινομυαλγία, τα οποία δεν μπορούν να ερμηνευτούν με αυτόν τον τρόπο. Υποστηρίζεται πως οι λειτουργικές γαστρεντερικές διαταραχές δεν ταιριάζουν σε ένα απλό παθοφυσιολογικό μοντέλο, αντ' αυτού προέρχονται από περίπλοκες αλληλεπιδράσεις βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων (Levy et al., 2006). Αρχικά, υποστηρίζεται ότι πολλοί άνθρωποι έχουν βιώσει αλλαγές στη γαστρεντερική λειτουργία κατά τη διάρκεια άγχους ή συναισθηματικής διέγερσης, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε συμπτώματα και ιατρική συμβουλευτική (Van Oudenhove & Aziz, 2009). Αυτή η γνώση 'λαϊκής ψυχολογίας' αντανακλάται τόσο στην ιατρική λογοτεχνία όσο και στην καθομιλουμένη ('έχω πεταλούδες/κόμπο στο στομάχι μου', 'μου γύρισαν τα έντερα', κλπ). Αναφέρεται, ακόμη, πως ένα ευρύ ιστορικό φάσμα βιοϊατρικής και ψυχολογικής έρευνας υποδεικνύουν μία στενή αλληλεπίδραση ανάμεσα στις ψυχολογικές διεργασίες και τις γαστρεντερικές λειτουργίες, ενώ υποστηρίζεται πως επιδημιολογικές μελέτες υποδεικνύουν ότι η συννοσηρότητα με τις ψυχιατρικές διαταραχές (κυρίως τις διαταραχές διάθεσης και τις αγχώδεις διαταραχές) καθώς και η επικράτηση των σοβαρών ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων (συμπεριλαμβανομένου ιστορικού (παιδικής) κακοποίησης) είναι υψηλή στις γαστρεντερικές λειτουργικές διαταραχές (Van Oudenhove & Aziz, 2009). Ακόμη, σύμφωνα με τον Norton και τους συνεργάτες του (1999) οι άνθρωποι με ιστορικό διαταραχής πανικού και κρίσεις πανικού είναι πιο πιθανό να εκδηλώσουν συμπτώματα γαστρεντερικών διαταραχών, ειδικά εκείνοι που σχετίζονται με το σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου, από τους ανθρώπους με ψυχιατρικές διαταραχές.

Ο Levy και οι συνεργάτες του (2006) υποστηρίζουν πως οι πρώιμες εμπειρίες της ζωής, οι παράγοντες που προκαλούν στρες στους ενηλίκους, η κοινωνική υποστήριξη και άλλες κοινωνικά μαθημένες εμπειρίες επηρεάζουν τόσο τις φυσιολογικές όσο και τις ψυχολογικές αποκρίσεις του ατόμου, συμπεριλαμβανομένων της ανησυχίας, των ψυχιατρικών διαταραχών καθώς και πεποιθήσεις και στρατηγικές αντιμετώπισης. Αναφέρεται πως το έντερο αποκρίνεται σε περιβαλλοντικούς και φυσιολογικούς παράγοντες, αλληλεπιδρά, όμως, απευθείας με τον εγκέφαλο, παρέχοντας, ως εκ τούτου, αμφίδρομες αλληλεπιδράσεις μαζί με τον 'έντερο – εγκέφαλο' άξονα (συνδέσεις κεντρικού νευρικού συστήματος/ εντερικού νευρικού συστήματος). Διατυπώνεται, ακόμη, η πεποίθηση πως οι ψυχολογικές και κοινωνικές επιρροές μπορούν να επηρεάσουν την αντίληψη των συμπτωμάτων, τις συμπεριφορές αναζήτησης ιατρικής φροντίδας και τα αποτελέσματα σε ασθενείς γαστρεντερικές διαταραχές. Σύμφωνα με το συγκεκριμένο ισχυρισμό αυτές οι ψυχοκοινωνικές επιρροές επηρεάζουν τη λειτουργία του εντέρου, την εμπειρία του πόνου, την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, την απουσία στην δουλειά, την αναζήτηση ιατρικής φροντίδας και τα ιατρικά και κοινωνικά κόστη.

Ο Alexander (1987) υποστήριξε πως η πεπτική διαδικασία είναι ο άξονας της συναισθηματικής ζωής στην πρώιμη ηλικία, καθώς όλο το σύμπαν των βρεφών και τα πιο δυνατά συναισθήματα (ευχαρίστηση – δυσαρέσκεια) σχετίζονται με ποικίλες οπτικές των λειτουργιών αυτών, γεγονός που συνεχίζει να ισχύει και στη μετέπειτα ζωή. Σύμφωνα με τους ισχυρισμούς του στις γαστρεντερικές διαταραχές διαταράσσεται η αρμονική προσαρμογή της γαστρεντερικής δραστηριότητας στην γενική κατάσταση του οργανισμού. Υποστηρίζει πως η σίτιση είναι η ζωτική λειτουργία που παίζει τον πιο κεντρικό ρόλο από τις πρώτες ώρες ζωής ενός βρέφους. Το γεγονός ότι η πρώτη ανακούφιση του βιώνει το βρέφος προέρχεται από την ικανοποίηση της πείνας οδηγεί αναπόφευκτα στη σύνδεση της ικανοποίησης αυτής με την ευεξία και την ασφάλεια. Για ένα παιδί, δηλαδή, η σίτιση συνεπάγεται αγάπη. Σύμφωνα με τη λογική του Alexander οι ευχάριστες φυσικές αισθήσεις που σχετίζονται με τις πρώτες μορφές θρέψης (θηλασμός – πιπίλισμα) εξηγούν τη συχνότητα των συναισθηματικών διαταραχών των λειτουργιών όταν οι ώριμες γεννητικές λειτουργίες αναστέλλονται από διαμάχες. Υποστηρίζεται ότι αυτοί οι καταπιεσμένοι πόθοι εκφράζονται επιθετικά στη διαδικασία της θρέψης, και η απάρνηση τους εκδηλώνεται στις διατροφικές διαταραχές. Αρχικά, αναφέρεται πως στην νευρική ανορεξία, η οποία είναι ως γνωστόν η περιοδική ή χρόνια απώλεια της όρεξης, οι ασυνείδητες επιθετικές κτητικές παρορμήσεις (ζήλεια – φθόνος) είναι οι κυρίαρχοι παράγοντες της ανορεξίας. Υποστηρίζεται πως εάν αυτές οι παρορμήσεις ανασταλθούν από τη συνείδηση μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές αναστολές της σίτισης (αυτοτιμωρία). Στη βουλιμία, από την άλλη, σημειώνεται πως η σίτιση γίνεται το υποκατάστατο ικανοποίησης για μπερδεμένες συναισθηματικές τάσεις. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη πεποίθηση, η έντονη λαχτάρα για αγάπη και οι επιθετικές τάσεις για να καταβροχθίσουν ή να κατέχουν διαμορφώνουν την ασυνείδητη βάση της νοσηρά αυξημένης όρεξης. Στη συνέχεια, ο Alexander αναφέρει πως όσον αφορά στις διαταραχές κατάποσης, και συγκεκριμένα στην οισοφαγική νεύρωση, ο ασθενής πνίγεται με το φαγητό και δεν μπορεί να καταπιεί, γεγονός που ερμηνεύεται ως ασυνείδητη απόρριψη της ενσωμάτωσης εξαιτίας επιθετικών παρορμήσεων συχνά σεξουαλικής φύσης. Ενώ όσον αφορά στον καρδιοσπασμό, που συνίσταται σε συστολή του κατώτερου μέρους του οισοφάγου και οδηγεί σε διαστολή του εγγύτερου τμήματος,

εκφράζει μία ασυνείδητη συμβολική ερμηνεία, η οποία μπορεί να δηλωθεί ως εξής: «Αυτό δεν μπορώ να το ‘καταπιώ’», όταν, δηλαδή, κάποιος δεν μπορεί να αποδεχτεί και να συμβιβαστεί σε μία συγκεκριμένη κατάσταση που βιώνει.

Έπειτα, ο Alexander προχωρώντας στις διαταραχές των πεπτικών λειτουργιών, υποστηρίζει πως στη γαστρική νεύρωση κυρίαρχο ρόλο διαδραματίζουν οι καταπιεσμένες εξαρτημένες τάσεις αναζήτησης βοήθειας, καθώς η πρώιμη εξαρτημένη κατάσταση νηπιακής ηλικίας έρχεται σε σύγκρουση με το ενήλικο εγώ, με αποτέλεσμα την πληγωμένη περηφάνια. Υποστηρίζεται πως όλα τα λειτουργικά γαστρικά συμπτώματα επηρεάζονται από ανησυχίες, φόβους, οικογενειακούς καβγάδες κλπ. Ο κοινός παρονομαστής σε αυτές τις συναισθηματικές τάσεις είναι μία έντονη επιθυμία για ξεκούραση, ασφάλεια και βοήθεια. Το γεγονός ότι η επιθυμία παραμονής στην εξαρτημένη βρεφική κατάσταση – όπου λαμβάνει κανείς αγάπη και φροντίδα- αντιτίθεται με την περηφάνια του ενήλικου εγώ και τις φιλοδοξίες του για ανεξαρτησία, αυτό- επάρκεια και ολοκλήρωση φαίνεται να παίζει ρόλο και στην εμφάνιση του πεπτικού έλκους. Υποστηρίζεται πως κατά βάθος ο ασθενής με πεπτικό έλκος έχει μία ασυνείδητη λαχτάρα για την προστατευμένη ύπαρξη του μικρού παιδιού. Κρύβει, ωστόσο, προσεκτικά αυτήν την εξαρτημένη στάση από τον εαυτό του και την καταπιέζει ώστε να μην μπορεί να εκφραστεί φανερά, στις προσωπικές του σχέσεις. Σύμφωνα με τον Alexander αυτή η καταπιεσμένη λαχτάρα είναι το ασυνείδητο ψυχολογικό ερέθισμα που συνδέεται άμεσα με τις ψυχολογικές διαδικασίες οδηγώντας, εν τέλει, στο έλκος.

Αξίζει να σημειωθεί πως μαζί με την πρόσληψη φαγητού, οι λειτουργίες αποβολής παίζουν τον πιο σημαντικό ρόλο στη συναισθηματική ζωή ενός βρέφους. Υποστηρίζεται πως αυτές οι λειτουργίες στην πρώιμη ζωή σχετίζονται με αισθήματα κατοχής, υπερηφάνειας για το κατόρθωμα, και τάσης για να δώσει και να διατηρήσει. Τα κόπρανα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, είναι για τα παιδιά, μία πολύτιμη κατοχή, μία πηγή ευχαρίστησης και κάτι που ανταλλάσσεται με κάποιο άλλο αγαθό. Στη μετέπειτα ζωή όλες αυτές οι συναισθηματικές συνδέσεις, σε ένα μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό, εξαφανίζονται από τη συνειδητή προσωπικότητα, αλλά παραμένουν βαθιά ριζωμένες στη συναισθηματική ζωή, κι έτσι μπορεί να εμφανιστούν ως νευρωτικά συμπτώματα στους πνευματικά διαταραγμένους ασθενείς, ακόμα μέσα από τα όνειρα στους φυσιολογικούς ενήλικές. Αρχικά, ο Alexander αναφέρει πως η χρόνια διάρροια μπορεί να είναι ένα σύμπτωμα τόσο οργανικών όσο και νευρωτικών ενοχλήσεων. Σημειώνεται πως η απλή χρόνια διάρροια είναι συχνά η σωματική έκφραση μια ψυχονευρωτικής κατάστασης, και είναι το κυρίαρχο σύμπτωμα σε συγκεκριμένες υποθέσεις. Αποκαλύπτεται μία τυπική διαμάχη που επικεντρώνεται στις ισχυρές απαιτητικές επιθυμίες και επιθυμίες αποδοχής στους ασθενείς που υποφέρουν από χρόνια διάρροια και σπαστική κολίτιδα. Υποστηρίζεται πως αυτοί οι ασθενείς προσπαθούν να αντισταθμίσουν αυτές τις εξαρτημένες επιθυμίες με δραστηριότητα και ανάγκη να δώσουν υποκαθιστώντας τες με κρίσεις διάρροιας για πραγματική επίτευξη και δόσιμο. Στη συνέχεια, η σημαντικότητα των συναισθηματικών παραγόντων στην ελκώδη κολίτιδα είναι ευρέως γνωστή. Ωστόσο, οι ακριβείς φυσιολογικοί μηχανισμοί που είναι υπεύθυνοι για παθολογικές διεργασίες στη βλεννώδη μεμβράνη του παχύ εντέρου είναι αμφιλεγόμενοι. Κατά τον Alexander, σε ένα ευρύ αριθμό περιπτώσεων με τη συγκεκριμένη διαταραχή παρουσιάζονται ασθενείς που βιώνουν διαμάχες για σεξουαλικές σχέσεις και πιο συγκεκριμένα, για εγκυμοσύνη και άμβλωση. Αξίζει, ακόμη, να

σημειωθεί πως οι ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα διαφέρουν από τους ασθενείς που υποφέρουν από άλλες μορφές κολίτιδας, όσον αφορά στη ναρκισσιστική οργάνωση της προσωπικότητας τους (Νικολαΐδης & Benedetti, 1981). Αναφέρεται, επίσης, πως οι ασθενείς που υποφέρουν από διάρροια, ανεξάρτητα από την αιτιολογία της, συχνά εκμεταλλεύονται αυτό το σύμπτωμα συναισθηματικά για μία συμβολική έκφραση της εξάντλησης και της κάθαρσης που βιώνουν. Τέλος, όσον αφορά τη χρόνια δυσκοιλιότητα, τα ψυχογενή ευρήματα σε αυτές τις περιπτώσεις είναι τυπικά και συνεχή: μία απαισιόδοξη και ηττοπαθή στάση, μία δυσπιστία ή έλλειψη εμπιστοσύνης στους άλλους και συναίσθημα της απόρριψης και της μη λήψης αγάπης παρατηρούνται συχνά σε τέτοιους ασθενείς. Σύμφωνα με τον Alexander, ένας ασθενής με δυσκοιλιότητα «δεν έχει τίποτα να περιμένει από τους άλλους, και ως εκ τούτου δεν χρειάζεται να δώσει και τίποτα», Αυτή η κτητική διάθεση, η οποία είναι το αποτέλεσμα του συναισθήματος απόρριψης και δυσπιστίας, εκδηλώνεται οργανικά ως δυσκοιλιότητα. Τα περιττώματα κατακρατούνται σαν να είναι πολύτιμη κατοχή, και αυτή η στάση βρίσκεται σε συμφωνία με το πρώιμο κοπροφιλικό στάδιο της παιδικής ηλικίας.

4.4 Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Η αυξανόμενη κλινική και ερευνητική συνεργασία ανάμεσα σε ψυχολόγους και σε ρευματολόγους υποστηρίζεται πως έχει βελτιώσει την κατανόηση των ψυχολογικών οπτικών της ρευματοειδούς αρθρίτιδας τα τελευταία δεκαπέντε χρόνια. Αναφορές που προτείνουν την ανάμειξη των ψυχολογικών παραγόντων στη ρευματοειδή αρθρίτιδα έχουν εμφανιστεί στη βιβλιογραφία από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα (Young, 1993). Είναι κατανοητό πως η ρευματοειδής αρθρίτιδα μπορεί να επηρεάσει όλες τις οπτικές ζωής κάποιου, όπως είναι οι κοινωνικές σχέσεις, η οικογενειακή ζωή και η ψυχολογική ευεξία, μαζί με τα σωματικά συμπτώματα. Παρατηρείται πως οι άνθρωποι που υποφέρουν από τη συγκεκριμένη ασθένεια τείνουν είτε να παραιτούνται είτε να αλλάζουν εργασία μέσα σε περίοδο δύο ετών, ενώ αναφέρεται πως σε συνδυασμό με τους προαναφερθέντες στρεσογόνους παράγοντες, ο πόνος, ο περιορισμός των δραστηριοτήτων και τα σωματικά μειονεκτήματα σχετίζονται με αλλαγές στην ψυχολογική οπτική (Rezaei, Doost, Molavi, Abedi & Karimifar, 2014).

Υποστηρίζεται ότι η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι η επικρατέστερη φλεγμονώδης αρθρίτιδα, καθώς υπολογίζεται ότι επηρεάζει το 0.5 έως το 1% του πληθυσμού παγκοσμίως (Jeffery, 2014; Rezaei, Doost, Molavi, Abedi & Karimifar, 2014). Ακόμη, αναφέρεται πως οι γυναίκες επηρεάζονται δύο φορές πιο συχνά από ότι οι άνδρες, ενώ η εμφάνιση της αυξάνεται όσο αυξάνεται και το όριο της ηλικίας, με κορύφωση στα 60 με 70 χρόνια, χωρίς ωστόσο αυτό να αναιρεί το γεγονός πως μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία (Jeffery, 2014).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μία φλεγμονή του συνδετικού ιστού, η οποία χαρακτηρίζεται κυρίως από πόνο και βλάβη των περιφερικών αρθρώσεων (Adlan, Lip, Paton, Kitas & Fisher, 2014; Englbrecht, Araujo, Rech & Schett, 2008; Νικολαΐδης & Benedetti, 1981; Young, 1993). Ο όρος αρθρίτιδα αναφέρεται σε ασθένεια των αρθρώσεων, στην οποία υπάγεται μία σειρά υποκατηγοριών. Ο Young (1993)

ισχυρίζεται πως παρόλο που η αιτιολογία της ρευματοειδούς αρθρίτιδας παραμένει άγνωστη, τα περισσότερα στοιχεία υποστηρίζουν τον ισχυρισμό ότι η παθολογική βάση της είναι μία φλεγμονώδης ανοσοποιητική απόκριση, με κάποια στοιχεία να ενοχοποιούν τους αυτοάνοσους μηχανισμούς. Συνεχίζοντας, υποστηρίζει πως κλινικά, μία φλεγμονώδης αρθρίτιδα με σχετική ανοσολογική αντίδραση προκαλεί βλάβη στον ιστό που συνδέει τις αρθρώσεις και τους χόνδρους. Αναφέρεται, ακόμη, πως η προοδευτική φλεγμονή μπορεί να επιταχύνει την καταστροφή του χόνδρου, των οστών και του τένοντα. Κατά συνέπεια, αυτές οι καταστροφικές αλλαγές σε συνδυασμό με το πρήξιμο και τη φλεγμονή μεταβάλλουν τη δομή της άρθρωσης καθώς επίσης προκαλούν πόνο. Αξίζει να σημειωθεί ακόμη πως η αλλαγή της αρθρικής δομής, με τη σειρά της συνεισφέρει σε ποικίλες επιπρόσθετες μεταβολές. Αλλαγές στη δομή της άρθρωσης οδηγεί σε μεταβαλλόμενη λειτουργία της άρθρωσης καθώς οι άνθρωποι καταφεύγουν σε συμπεριφορικές προσαρμογές προκειμένου να αντισταθμίσουν τη μειωμένη δύναμη και ανοχή ή για να ελαττώσουν τον πόνο. Ωστόσο, σημειώνεται πως τέτοιες προσαρμογές ενδέχεται να επιφέρουν περισσότερο άγχος στις μη εμπλεκόμενες αρθρώσεις και να επιφέρει συμπτώματα. Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η ασθένεια τυπικά επηρεάζει τις αρθρώσεις με ένα διμερή και συμμετρικό τρόπο (Νικολαΐδης & Benedetti, 1981; Young, 1993), με τις αρθρώσεις των ποδιών, των χεριών και του καρπού να εμπλέκονται με μεγαλύτερη συχνότητα, ενώ άλλες αρθρώσεις που εμπλέκονται σε χαμηλότερη συχνότητα είναι τα γόνατα, οι αστράγαλοι, οι ώμοι και οι αγκώνες (Adlan, Lip, Paton, Kitas & Fisher, 2014). Κατά συνέπεια, είναι γεγονός πως εξαιτίας των αρθρώσεων που εμπλέκονται, οι ασθενείς συχνά βιώνουν δυσκολία στη διεκπεραίωση πολλών καθημερινών δραστηριοτήτων.

Ο Alexander (1987) αναφέρει πως ο ρόλος των συναισθηματικών παραγόντων στην παθογένεση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας έχει αναγνωριστεί κατηγορηματικά από έναν αριθμό κλινικών. Ο ίδιος υποστηρίζει πως ένα σημαντικό χαρακτηριστικό αυτής της ασθένειας είναι η άστατη πορεία της, με τις ανεξήγητες υφέσεις και υποτροπές, το οποίο χαρακτηριστικό υποδεικνύει τις συναισθηματικές διαμάχες ως εν μέρει υπεύθυνες. Σύμφωνα με τον Young (1993), όσον αφορά στην πορεία της ασθένειας, σχεδόν το 10 – 20% των ασθενών αναφέρουν ήπια συμπτώματα που υποχωρούν μέσα σε διάστημα δύο ετών και δεν επαναλαμβάνονται. Ακόμη, ένα ποσοστό της τάξης του 10 – 15% βιώνουν μία σταθερά προοδευτική και υποτροπιάζουσα πορεία της ασθένειας παρά τις κατάλληλες θεραπείες, ενώ υποστηρίζεται πως οι περισσότεροι ασθενείς (σχεδόν το 70%) βιώνουν απρόβλεπτες επιδεινώσεις και υφέσεις της δραστηριότητας της ασθένειας με προοδευτική παραμόρφωση και ανικανότητα. Σύμφωνα με τον Alexander (1987) η έναρξη της ασθένειας λαμβάνει χώρα όταν η ασυνείδητη επανάσταση και δυσαρέσκεια απέναντι στους άνδρες αυξάνεται μέσα από συγκεκριμένες περιπέτειες της ζωής. Ακόμη, ισχυρίζεται πως η ασθένεια ενδέχεται να επιδεινωθεί από γεγονότα που αυξάνουν την επιθετικότητα και τα ενοχικά συναισθήματα. Ενώ, τέλος, δηλώνει πως σε κάποιες περιπτώσεις η ασθένεια επιδεινώνεται εξαιτίας σεξουαλικών εμπειριών τη στιγμή που ο ασθενής αναγκάζεται να αποδεχτεί το θηλυκό ρόλο. Ο Alexander αναφέρει ακόμη πως οι ασθενείς που πάσχουν από ρευματοειδή αρθρίτιδα παρουσιάζουν τάση για αυστηρό έλεγχο τόσο συναισθηματικής έκφρασης τους όσο και του ανθρώπινου περιβάλλοντος τους (σύζυγο – παιδιά), ενώ αναφέρεται πως είναι άνθρωποι απαιτητικοί, «φιλικοί τύραννοι», με μία μεικτή τάση για

κυριαρχία και μαζοχιστική ανάγκη να εξυπηρετούν τους άλλους. Παρατηρείται ακόμη μία καταφανής απόρριψη του θηλυκού ρόλου στις γυναίκες και ένας έντονος ανταγωνισμός απέναντι στους άντρες, ενώ δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου γυναίκες με τη συγκεκριμένη ασθένεια επιλέγουν συγκαταβατικούς και παθητικούς άνδρες. Μία χρόνια ανεσταλμένη επαναστατική κατάσταση στις περισσότερες περιπτώσεις θα μπορούσε να ανιχνευτεί στις περισσότερες περιπτώσεις σε ένα χαρακτηριστικό οικογενειακό πλαίσιο, με μία συχνά δυναμική, κυριαρχική, απαιτητική μητέρα και έναν πιο εξαρτημένο και συγκαταβατικό πατέρα. Σύμφωνα με τον Alexander αυτή η ανεσταλμένη επανάσταση είναι ο πυρήνας των εχθρικών παρορμήσεων. Παρατηρείται πως αυτοί οι ασθενείς προσπαθούν να εξασφαλίσουν μία ισορροπία ανάμεσα στις επιθετικές παρορμήσεις και τον έλεγχο με την αποβολή της επιθετικότητας μέσα από μυϊκή δραστηριότητα σε αποδεκτές μορφές, όπως είναι η σκληρή δουλειά, τα αθλήματα, η κηπουρική κλπ.

Τέλος, όσον αφορά την αξιολόγηση της ασθένειας, ο Young (1993) αναφέρει πως ποικίλες τεχνικές αξιολόγησης και θεραπείας που αρχικά αναπτύχθηκαν για ασθενείς με χρόνιο πόνο έχουν προσαρμοστεί για ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, έχει αποδειχτεί ότι τα αποτελέσματα που αναφέρονται από τους ασθενείς παίζουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση του επιπέδου της ασθένειας. Χαρακτηριστικά όπως ο πόνος, η σωματική λειτουργία, η κούραση και η συναισθηματική ευεξία έχουν γίνει τα κοινά τελικά σημεία στις κλινικές δοκιμές (Englbrecht, Araujo, Rech & Schett, 2008). Υποστηρίζεται, πως η Stanford Health Assessment Questionnaire (HAQ) και η Medical Outcome Studies Short Form Questionnaire (SF) είναι δύο σταθερές μετρήσεις και χρησιμοποιούνται συχνά για τη διερεύνηση της φυσικής λειτουργίας καθώς επίσης και της σωματικής και συναισθηματικής ευεξίας στη ρευματοειδή αρθρίτιδα (Englbrecht, Araujo, Rech & Schett, 2008). Ακόμη, σύμφωνα με τον Young το 1993 στις πιο δημοφιλείς κλίμακες αξιολόγησης κατατάσσονταν και οι: Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS), και Sickness Impact Profile (SIP).

4.5 Σακχαρώδης διαβήτης

Υποστηρίζεται πως ο σακχαρώδης διαβήτης θεωρείται μία κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας και θέτει ένα σημαντικό οικονομικό φορτίο στο σύστημα της ιατρικής περίθαλψης παγκοσμίως. Αναφέρεται, ακόμη, πως η επικράτηση του σακχαρώδη διαβήτη στους ενήλικες πάνω από 21 ετών υπολογίζεται ότι το 2010 ανέρχεται στα 285 εκατομμύρια παγκοσμίως και προβλέπεται ότι θα αυξηθεί στα 439 εκατομμύρια μέχρι το 2030. Οι δαπάνες της διαχείρισης του σακχαρώδη διαβήτη αναμένεται πως θα αντιπροσωπεύουν το 12% των συνολικών δαπανών της παγκόσμιας υγείας (Co et al., 2015). Σύμφωνα με τον Polonsky, υπάρχουν δύο κύριες μορφές της ασθένειας, οι οποίες χαρακτηρίζονται από χρόνια υπεργλυκαιμία. Ο διαβήτης τύπου Ι (διαβήτης εξαρτημένος από την ινσουλίνη) συνήθως εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας ή της εφηβείας, όπου οι γενετικές και αυτοάνοσες διαδικασίες προωθούν την καταστροφή των βήτα παγκρεατικών κυττάρων, της κυρίαρχης, δηλαδή, πηγής ινσουλίνης. Χωρίς επαρκή ινσουλίνη, αναφέρεται πως η γλυκόζη δεν μπορεί να απορροφηθεί επαρκώς στους ιστούς, γεγονός που οδηγεί στην υπεργλυκαιμία και την αντισταθμιστική μεταβολική κατάρρευση του λίπους (το οποίο,

εάν δεν ελεγχθεί, οδηγεί σε κετοεξέωση, κώμα και εν τέλει θάνατο). Ο διαβήτης τύπου ΙΙ (διαβήτης μη εξαρτημένος από την ινσουλίνη) συνήθως εμφανίζεται μετά την ηλικία των 40. Θεωρείται ότι η χρόνια υπεργλυκαιμία προκύπτει από τη διαβρωτική αντίσταση στην ινσουλίνη σε συνδυασμό με δυσλειτουργία των βήτα κυττάρων. Οι περισσότεροι με αυτόν τον τύπο της ασθένειας είναι παχύσαρκοι (σχεδόν το 80%), ενώ υποστηρίζεται πως η παχυσαρκία είναι ο κύριος παράγοντας για την αντίσταση στην ινσουλίνη.

Σύμφωνα με τον Alexander, η «ευαισθησία» στην εμφάνιση διαβήτη μπορεί να αποδοθεί στην κληρονομιά ενός ή περισσότερων γονιδίων. Υποστηρίζει, λοιπόν, πως καθώς ο ομαλός μεταβολισμός των τροφών εξαρτάται από την ολοκληρωμένη δραστηριότητα των ενδοκυτταρικών ενζύμων και της ρύθμισης τους από το ενδοκρινολογικό και το διαβητικό σύνδρομο. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη άποψη, ο επιρρεπής άνθρωπος γεννιέται με κάποιο περιορισμό σε ένα από τα δύο προαναφερόμενα συστήματα και ενδέχεται να υποκύψουν σε αρκετά έντονο και παρατεταμένης διάρκειας στρες. Υποστηρίζεται ότι ο σακχαρώδης διαβήτης είναι αποτέλεσμα ανεπάρκειας της ινσουλίνης, η οποία ανεπάρκεια μπορεί να οφείλεται είτε στη μείωση παραγωγής ινσουλίνης από το πάγκρεας είτε στην αύξηση της καταστροφής της ινσουλίνης από τους ιστούς. Εξαιρετικά ενδιαφέρουσα παρουσιάζεται η θέση του Alexander ότι οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη βιώνουν κάποια σημαντική διαμάχη σχετικά με την απόκτηση φαγητού, γεγονός που αντανακλάται στις υπερβολικά επιθετικές στοματικές τάσεις ενσωμάτωσης. Υποστηρίζεται, λοιπόν, πως ενδέχεται να υπάρχει μία τάση απόρριψης φαγητού και κατά συνέπεια αυξημένη ανάγκη για αναπλήρωση. Αυτή η ανάγκη μπορεί να εκφραστεί με μία ακόρεστη επιθυμία για φαγητό και υπερβολικές απαιτήσεις για λήψη ικανοποίησης στις διαπροσωπικές σχέσεις. Στους άνδρες, αυτή η ταυτοποίηση με τη μητέρα εντείνει τη βασική αμφισεξουαλικότητα, ενώ στις γυναίκες ενεργοποιεί σημαντικές άμυνες ενάντια στη γυναικεία σεξουαλικότητα, ειδικά όσον αφορά στις μεθόδους αναπαραγωγής. Από την άλλη, επισημαίνει ότι η παρουσία των συγκεκριμένων στοματικών τάσεων ενσωμάτωσης ενδέχεται να είναι η έκφραση μίας κληρονομούμενης φυσιολογικής ανεπάρκειας. Επιπρόσθετα, συνεχίζοντας με το ρόλο των ψυχολογικών παραγόντων στην αιτιολογία και παθογένεια του διαβήτη, οι Νικολαΐδης και Benedetti (1981), υποστηρίζουν ότι οι ψυχικές διεργασίες θα μπορούσαν να έχουν αποφασιστική σημασία στη γένεση μίας οργανικής πάθησης. Σημειώνεται πως στην έναρξη της ασθένειας οι διαβητικοί αναφέρουν ιδιαίτερες καταστάσεις απομόνωσης, απελπισίας και μη κατανόησης. Ακόμη, αναφέρεται πως οι καταστάσεις του στρες επιδρούν δυσμενώς στην έναρξη και πορεία της ασθένειας, με την ασθένεια να πυροδοτείται πολλές φορές από παράγοντες όπως ο θάνατος ενός «ατόμου - κλειδί», το γάμο ή την απομάκρυνση των παιδιών ή από κίνδυνο απώλειας ενός συντρόφου. Αξίζει, ακόμη, να αναφερθεί πως σύμφωνα με τους Lemche, Chaban και Lemche (2014), ένας από τους κρίσιμους παράγοντες που ευνοούν το σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ είναι η αλεξιθυμία. Η αλεξιθυμία, όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο είναι η διαταραγμένη αντίληψη των σωματικών καταστάσεων, των γνωστικών τους αναπαραστάσεων και της επικοινωνίας. Η συγκεκριμένη έρευνα, λοιπόν, προτείνει πως αφενός η σοβαρότητα της αλεξιθυμίας αποτελεί ένα σημαντικό ψυχομετρικό παράγοντα του σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ με μεταβολικό σύνδρομο και αφετέρου προβλέπει τους δείκτες παχυσαρκίας.

Έχουν γίνει διάφορες απόπειρες σχηματισμού ενός προφίλ των διαβητικών ασθενών. Αρχικά, σύμφωνα με τον Alexander (1987), οι ασθενείς με διαβήτη

αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες δυσκολίες στην ανταλλαγή της εξαρτημένης βρεφικής κατάστασης για μία πιο ώριμη και ανεξάρτητη. Υποστηρίζεται πως παρουσιάζουν μεγαλύτερη τάση παλινδρόμησης, ενώ οι συγκεκριμένοι ασθενείς περιγράφονται περισσότερο παθητικοί με μία τάση προς το μαζοχισμό και την αναποφασιστικότητα.

Αναφέρεται πως η έναρξη του διαβήτη, όπως και άλλων χρόνιων ασθενειών, μπορεί να προκαλέσει σημαντικές ψυχολογικές αλλαγές στους ασθενείς, καθώς και σε διάφορα μέλη της οικογένειας και του κοινωνικού περιβάλλοντος (Chung, Moon, Hyung, Min, Kim & Hwang, 2014). Σύμφωνα με τον Alexander (1987) οι φόβοι και τα συναισθήματα ανεπάρκειας των ασθενών με διαβήτη μπορεί να επιδεινωθούν, η ανάγκη για φροντίδα ενδέχεται να ενταθεί και η εχθρικότητα τους μπορεί να διεγερθεί. Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μία ασθένεια ανίατη, η ημέρα πληροφόρησης των ασθενών ότι πάσχουν από αυτή δεν μπορεί παρά να αποτελεί ένα τραυματικό γεγονός, τόσο για ένα άτομο μέσης ηλικίας, όσο και για ένα παιδί. Οι Chung, Moon, Hyung, Min, Kim & Hwang (2014) υποστηρίζουν πως τα καταθλιπτικά συμπτώματα και σύνδρομα είναι συχνά στους ιατρικά ασθενείς, ενώ σημειώνεται πως η επικράτηση της κατάθλιψης είναι 10% υψηλότερη σε ασθενείς σε σακχαρώδη διαβήτη. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη αντιμετωπίζουν μία σειρά από δύσκολες συμπεριφορικές και συναισθηματικές προκλήσεις. Διαιτητικές δραστηριότητες πρέπει να λαμβάνουν χώρα με αυστηρή ακρίβεια και συχνότητα, περιορισμοί του τρόπου ζωής πρέπει να ακολουθούνται προσεκτικά και συχνές αποφάσεις πρέπει να λαμβάνονται (π.χ. εκτίμηση του αν η προγραμματισμένη αθλητική δραστηριότητα ενδέχεται να οδηγήσει σε υπογλυκαιμικό επεισόδιο) (Co et al., 2015; Polonsky, 1993). Μία τέτοια περίπλοκη διαδικασία πρέπει να λαμβάνει χώρα καθημερινά, χωρίς διάλειμμα για ξεκούραση, γεγονός που αναπόφευκτα οδηγεί σε ψυχολογική ανησυχία καθώς και μη επίδειξη συνέπειας των ασθενών απέναντι στη θεραπεία. Κατά συνέπεια, όσον αφορά στη θεραπεία θα πρέπει να αξιολογηθούν ενδελεχώς και οι οπτικές της ανησυχίας. Ένας άλλος λόγος που οι διαβητικοί παρουσιάζονται ασυνεπείς με τη θεραπεία είναι διότι μπορεί να είναι ανήσυχοι για την υπογλυκαιμία, κι έτσι περιορίζουν την αποτελεσματικότητα των υπογλυκαιμικών θεραπειών (Gimeno, Guisasola, Lachica, Ortega, Suarez & Tudela, 2014). Σύμφωνα με τον Polonsky (1993) οι συστάσεις για τη θεραπεία πρέπει να είναι ξεκάθαρα λεπτομερείς και καταγεγραμμένες, καθώς επίσης και προσαρμοσμένες στον τρόπο ζωής του ασθενή. Υποστηρίζεται πως η θεραπεία ινσουλίνης –εφόσον λαμβάνεται σύμφωνα με τις συστάσεις των αρμόδιων- μπορεί να συνεισφέρει στη βελτίωση του μεταβολικού ελέγχου και της καθυστερημένης εξέλιξης των μικροαγγειακών επιπλοκών σε αυτούς του ασθενείς (Farsaei, Radfar, Heydari, Abbasi & Qorbani, 2014). Σύμφωνα, ωστόσο, με άλλη έρευνα αποτελεσματική μπορεί να αποδειχτεί και η παρακινητική συνέντευξη, η οποία είναι μία τεχνική πελατοκεντρική που έχει ως στόχο την αμφιθυμία των ασθενών για τη βελτίωση της εσωτερικής κινητοποίησης και διόρθωσης της συμπεριφοράς. Αυτή η συνέντευξη στηρίζεται στην εγκαθίδρυση μίας καλής σχέσης θεραπευτή – πελάτη, η οποία δημιουργεί ένα φιλικό, υποστηρικτικό περιβάλλον παρέμβασης που χρησιμοποιεί τις εξατομικευμένες ικανότητες επικοινωνίας και μεθόδους σε σχέση με τις σκέψεις και τα συναισθήματα του ασθενή που προωθούν τη συμμόρφωση (Li, Li, Shi & Gao, 2014).

4.6 Δερματολογικές παθήσεις

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η σύγχρονη ψυχοσωματική έρευνα στη δερματολογία ξεκίνησε τη δεκαετία του 1930, όπου ένας αριθμών ιατρών ασχολήθηκε με τη σχέση ανάμεσα σε συγκεκριμένες δερματολογικές παθήσεις και σε ασυνείδητες διαμάχες (Friedman, Hatch & Paradis, 1993). Υποστηρίζεται πως μετά τον εγκέφαλο, το δέρμα είναι πιθανόν το πιο σημαντικό όργανο, καθώς καλύπτει όλο το ανθρώπινο σώμα σαν παλτό (Alexander, 1987; Ammon, Schibalski-Ammon, Herold & Finke, 1984; Friedman, Hatch & Paradis, 1993). Ο Alexander (1987) υποστηρίζει πως μία σημαντική λειτουργία του δέρματος θεωρείται η έκφραση των συναισθημάτων μέσα από αυτό, όπως για παράδειγμα το «κοκκίνισμα» όταν νιώθουμε ντροπή, η φαγούρα ως ένα σημάδι ανυπομονησίας. Ισχυρίζεται, ακόμη, πως το δέρμα, αποτελώντας την επιφάνεια του σώματος, είναι ο σωματικός τόπος έκθεσης, καθώς συγκεκριμένες αντανακλαστικές αλλαγές στο δέρμα, όπως η χλομάδα, η έξαψη, ο ιδρώτας αποτελούν συστατικά μέρη των συναισθηματικών καταστάσεων της οργής και του φόβου. Σύμφωνα με τη θεωρία της έρευνας των Ammon, Schibalski-Ammon, Herold και Finke (1984), η δομή του εγώ ξεκινά από μία ολιστική κατανόηση πως η ψυχή και το σώμα διαμορφώνουν μία αδιαχώριστη ενότητα η οποία ενσωματώνεται στις περιβάλλουσες ομάδες, την κοινωνία, τον πολιτισμό, τη θρησκεία και τη φύση. Υποστηρίζεται πως το δέρμα, ως ένα αισθητήριο όργανο, θέτει τα όρια ανάμεσα στο ‘μέσα’ και το ‘έξω’. Σύμφωνα με τη συγκεκριμένη έρευνα, η αίσθηση του δέρματος είναι το πρώτο αισθητήριο όργανο που αναπτύσσεται στο ανθρώπινο έμβρυο. Σημειώνεται πως το δέρμα αναπτύσσεται ιδιαίτερα στη μήτρα, καθώς πρέπει να ρυθμίσει τα φυσικά, χημικά και νευρικά ερεθίσματα, τη θερμοκρασία και τη χημική ισορροπία. Υπολογίζεται ότι υπάρχουν πάνω από 5.000 υποδοχείς για το άγγιγμα, τον πόνο, τη ζέστη, το κρύο, την ξηρότητα και την υγρασία του δέρματος, ενώ περισσότερες από 500.000 ίνες του δέρματος μπαίνουν στις μεταγενέστερες νευρικές ρίζες της σπονδυλικής στήλης. Αξίζει ακόμη να σημειωθεί η πεποίθηση των ερευνητών της προαναφερθείσας έρευνας πως η αίσθηση για την επιφάνεια του σώματος μπορεί να διαμορφωθεί όταν το δέρμα έρχεται σε επαφή με το περιβάλλον, υποστηρίζεται, δηλαδή, πως σώμα γίνεται πραγματικά ζωντανό όταν αγγίζει πράγματα και ανθρώπους. Στον τοκετό, η μήτρα χαϊδεύει και διεγείρει το δέρμα του αγέννητου και τα τοιχώματα του κόλπου πιέζουν το σώμα του παιδιού στον κόσμο. Με αυτόν τον τρόπο, λοιπό, ξεκινάει η ζωή, με ένα δυνατό άγγιγμα.

Υποστηρίζεται πως η διάρρηξη της πρώιμης φυσικής επαφής μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην ανάδυση σοβαρών φυσικών και συναισθηματικών διαταραχών. Αναφέρεται ακόμη πως η ελαττωματική σχέση μητέρας- παιδιού και η στέρηση της σωματικής επαφής μπορεί να έχουν επιζήμιες επιπτώσεις στο νεαρό βρέφος (Friedman, Hatch & Paradis, 1993).

Ο Alexander (1987) αναφέρει ακόμη ως ένα συχνό φαινόμενο πως η επίδειξη του σώματος (επιδειξιμανία) για την άντληση αγάπης, προσοχής και εύνοιας, χρησιμοποιήθηκε ως ένα όπλο ανταγωνισμού, διεγείροντας συναισθήματα ενοχικότητας. Σύμφωνα με τον ίδιο, το δέρμα που εξυπηρετεί ως ένα εργαλείο έκφρασης γίνεται μέρος οδυνηρής θλίψης. Οι Friedman, Hatch και Paradis (1993) διατύπωσαν την υπόθεση πως η τοποθεσία της δερματολογικής βλάβης έχει ένα συμβολικό νόημα για τον ασθενή, για παράδειγμα η δερματοπάθεια στα χέρια αντανακλά πιθανή διαμάχη σχετικά με τον αυνανισμό. Οι ίδιοι

υποστήριξαν ακόμη πως υπάρχει μία ποικιλία θεωριών που μπορεί να επηρεάσει την αιτιολογία και πορεία των δερματολογικών παθήσεων, οι πιο σημαντικές από τις οποίες είναι: το ψυχαναλυτικό μοντέλο, το συμπεριφορικό μοντέλο και το μοντέλο διάθεσης – στρες. Αρχικά, σύμφωνα με το ψυχαναλυτικό μοντέλο η διαμόρφωση ενός συμπτώματος λαμβάνει χώρα όταν μία επιθετική παρόρμηση καταπιέζεται και η ενέργεια της αποβάλλεται μέσα από τη διέξοδο των οργανικών λειτουργιών. Στη συνέχεια, το συμπεριφορικό μοντέλο επικεντρώθηκε περισσότερο στην πορεία μίας δερματολογικής κατάστασης παρά στην αιτιολογία, και σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, οι δερματολογικές παθήσεις επηρεάζονται από την ενίσχυση των δυσπροσαρμοστικών συμπεριφορών. Τέλος, σύμφωνα με το μοντέλο διάθεσης – στρες, οι ευάλωτοι άνθρωποι μπορεί να αναπτύξουν δερματολογικές ασθένειες κάτω από συνθήκες όπως η έκθεση σε αλλεργιογόνα και ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους. Οι Orion και Wolf (2013) υποστηρίζουν πως το ψυχολογικό στρες είναι μία φυσιολογική διαδικασία. Το ανθρώπινο σώμα και μυαλό αντιδρά σε αυτό ενεργοποιώντας μία σειρά του φυσιολογικού και συμπεριφορικού κεντρικού συστήματος και των περιφερικών προσαρμοστικών αποκρίσεων, οι οποίες εάν είναι ανεπαρκείς ή υπερβολικές και/ή παρατεταμένες ενδέχεται να επηρεάσουν την ανάπτυξη της προσωπικότητας και συμπεριφοράς και ίσως να έχουν αντίθετες φυσιολογικές συνέπειες.

Κι ενώ, λοιπόν, οι κυρίαρχοι ρόλοι του δέρματος (ως φραγμός, ρυθμιστής της θερμοκρασίας του σώματος και ανοσοποιητικό φυλάκιο) περνούν απαρατήρητοι, οι αποχρώσεις του και η υφή του μαζί με τις εναλλακτικές τους έχουν σημαντικές προσωπικές, συναισθηματικές, κοινωνικές ή ακόμη και πολιτικές επιπλοκές. Οι παθήσεις που έχουν ξεκάθαρη ψυχολογική αιτιολογία περιλαμβάνουν διαταραχές όπως η δερματοπάθεια και οι νευρωτικές εκδορές, καθώς επίσης και παρασίτωση, δυσμορφία του σώματος και τριχοτιλλομανία (Friedman, Hatch & Paradis, 1993; Sharma, Sudarsanan & Bhatnagar, 2006). Αρχικά, όσον αφορά τις νευρωτικές εκδορές, υποστηρίζεται πως χαρακτηρίζονται από βλάβες του δέρματος που συμβαίνουν από σοβαρές αισθήσεις καψίματος ή φαγούρας, ενώ παρόμοιες αυτό προκαλούμενες βλάβες παρατηρούνται και στη δερματοπάθεια με τη διαφορά ότι κρατούν πίσω πληροφορίες συνειδητά ή ασυνείδητα. Στη συνέχεια, οι παραισθήσεις ψωρίασης είναι παραισθήσεις που σχετίζονται με το δέρμα (παράπονα για φαγούρα, γαργαλητό). Ψυχολογικής φύσης υποστηρίζεται ότι είναι και η δυσμορφική διαταραχή του σώματος όπου παρατηρείται η απασχόληση με ένα φανταστικό ελάττωμα στην εξωτερική εμφάνιση. Ενώ η τριχοτιλλομανία χαρακτηρίζεται από ψυχαναγκασμούς – καταναγκασμούς που σχετίζονται με τα μαλλιά ή το δέρμα (Friedman, Hatch & Paradis, 1993). Στις παθήσεις που προκαλούνται από βιολογικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες αλλά διαιωνίζονται από ψυχολογικούς συμπεριλαμβάνονται ο κνησμός, η απώλεια μαλλιών και η υπερίδρωση. Τέλος, αναφέρεται πως η ατοπική δερματοπάθεια (έκζεμα), η ψωρίαση και η ακμή θεωρούνται παθήσεις που αντανακλούν ίσες συνεισφορές των γενετικών ή περιβαλλοντικών παραγόντων και του στρες (Friedman, Hatch & Paradis, 1993; Sharma, Sudarsanan & Bhatnagar, 2006; Shenoi & Prabhu, 2013). Σύμφωνα με τους Friedman, Hatch και Paradis, η ατοπική δερματοπάθεια είναι μία μόλυνση του δέρματος που χαρακτηρίζεται συνήθως από ερυθρότητα, εκδορές και λειχηνοποίηση ενώ η ψωρίαση είναι μία κοινή επαναλαμβανόμενη κατάσταση που χαρακτηρίζεται από ευδιάκριτα κόκκινα σημεία. Τέλος, η ακμή είναι μία χρόνια φλεγμονώδης διαταραχή του σμηγματογόνου που

επηρεάζει το 85% των εφήβων και των νεαρών ενηλίκων. Υποστηρίζεται πως η ακμή είναι μία δερματοπάθεια του προσώπου που μπορεί να επηρεαστεί από ψυχογενείς δυσκολίες ή ακόμη και από ψυχιατρικές ασθένειες (Orion & Wolf, 2014).

Καθίσταται, λοιπόν, σαφές πως οι δερματολογικές παθήσεις έχουν σοβαρό αντίκτυπο στη ζωή του ασθενή, καθώς υποστηρίζεται πως τόσο η εργασία όσο και οι προσωπικές και κοινωνικές του σχέσεις μπορεί να επηρεαστούν, ενώ δεν μπορεί να αποκλειστεί η πρόκληση αρνητικών συναισθημάτων εξαιτίας των συγκεκριμένων παθήσεων (Jowett & Ryan, 1985). Κατά συνέπεια, κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό να δοθεί ιδιαίτερη βάση στη θεραπεία του ασθενούς, καθώς και στη σχέση ανάμεσα σε γιατρό και ασθενή (Sarti & Cossidente, 1984).

4.7 Ενδοκρινολογικές και άλλες μεταβολές

Υποστηρίζεται πως τόσο οι ψυχολογικοί όσο και οι φυσιολογικοί παράγοντες έχουν καθιερωθεί στις ενδοκρινολογικές μεταβολές. Διατυπώνονται εικασίες πως κάποιο πολύ ισχυρό σοκ μπορεί να θεωρηθεί υπεύθυνο για την ανάπτυξη κάποιας μορφής υπερθυρεοειδισμού. Ακόμη, αναφέρεται πως εκτός από την αιτιολογική σημασία, οι συναισθηματικές αλλαγές συνιστούν ένα σημαντικό κομμάτι της συμπτωματολογίας. Μαζί με τη μεγέθυνση του θυρεοειδή, του εξόφθαλμου, της εφίδρωσης και του τρέμουλου, της ταχυκαρδίας και του ιωδίου του αίματος, της διάρροιας και άλλως σημείων αυτονομικής ανισορροπίας, υποστηρίζεται πως υπάρχουν χαρακτηριστικές ψυχολογικές αλλαγές, όπως ευερεθιστότητα, εναλλαγές της διάθεσης, αϋπνία, και ανησυχία, οι οποίες αποτελούν αναπόσπαστα μέρη της συνολικής κλινικής εικόνας (Alexander, 1987). Το γεγονός ότι αυτές οι συναισθηματικές αλλαγές μπορούν να προκληθούν από τη χορήγηση υπερβολικών ποσοστών ορμόνης του θυρεοειδούς επιβεβαιώνει το αποτέλεσμα της υπερλειτουργίας του θυρεοειδούς.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η επιταχυντική επιρροή της θυροξίνης δεν περιορίζεται στις ψυχολογικές διεργασίες, αλλά είναι επίσης ο ρυθμιστής του μεταβολισμού, καθώς θεωρείται ότι επιταχύνει το μεταβολισμό και την κυκλοφορία που εκδηλώνεται με ένα αυξημένο καρδιακό ρυθμό, αυξημένη παραγωγή ζέστης και οξείδωσης, αυξημένη όρεξη και απώλεια βάρους (Alexander, 1987). Οι Wankowska και Polkowska (2010) υποστηρίζουν πως οι ενδοκρινολογικοί μηχανισμοί εμπλέκονται και στη διαδικασία της ωρίμανσης. Υποστηρίζεται πως η σωματική ωρίμανση επηρεάζεται από την αλληλεπίδραση ανάμεσα στους περιβαλλοντικούς και γενετικούς παράγοντες και εξαρτάται από συντονισμένες λειτουργίες διαφορετικών αξόνων υποθαλάμου – υπόφυσης. Συνεχίζουν αναφέροντας πως η ωρίμανση της υπόφυσης είναι ένα γεγονός οντογένεσης που οδηγεί στο νευροενδοκρινολογικό έλεγχο πολλών περίπλοκων λειτουργιών του οργανισμού. Θεωρείται ότι τα κύτταρα της υπόφυσης ρυθμίζουν τους ενδοκρινολογικούς μηχανισμούς που προετοιμάζουν ένα οργανισμό για ζωή έξω από τη μήτρα και για την αναπαραγωγή. Υποστηρίζεται πως ο απογαλακτισμός και η περίοδος της εφηβείας χαρακτηρίζονται από νευροενδοκρινολογικές καταστάσεις οι οποίες προκαλούν σημαντικές αλλαγές στην έκκριση ορμονών κι έτσι είναι μεταβατικές για τη μεταγεννητική ανάπτυξη

(Napolitano, Annicchiaro, Caroprese, De Rosa, Taibi & Sevi, 2003). Οι ενδοκρινολογικές αλλαγές οδηγούν στη συνολική παρουσίαση του ενήλικου φαινοτύπου, δηλαδή, στη φυσιολογική και συμπεριφορική ωριμότητα.

Σύμφωνα με τους Parent, Franssen, Fudvoye, Gerard και Bourguignon (2015) η δυνατότητα αξιολόγησης των ενδοκρινολογικών επιδράσεων και μηχανισμών των ανθρώπων είναι πολύ περιορισμένη. Η εξέταση, λοιπόν, των περιβαλλοντικών παραγόντων στις ανθρώπινες μεταβολές κατά την εφηβεία και τους υποκείμενους μηχανισμούς γίνεται συχνά χρησιμοποιώντας ως μοντέλο τα τρωκτικά. Σύμφωνα με αυτή την έρευνα η ικανότητα των περιβαλλοντικών παραγόντων να σχηματίζουν τη λειτουργικότητα του νευροενδοκρινολογικού συστήματος θεωρείται ότι είναι μέγιστη κατά την εμβρυϊκή και την πρώιμη μεταγεννητική ζωή και πιθανώς λιγότερο σημαντική όσο πλησιάζει η ώρα της έναρξης της εφηβείας.

Στα θηλαστικά, μία θεμελιώδης λειτουργία των μητέρων είναι ο θηλασμός των παιδιών και η προώθηση της ανάπτυξης της κοινωνικής και σεξουαλικής προτίμησης. Σύμφωνα με την έρευνα των Napolitano, Annicchiaro, Caroprese, De Rosa, Taibi και Sevi (2003) η προσκόλληση των νεαρών προβάτων στις μητέρες τους διαμεσολαβείται από τη σίτιση. Υποστηρίζεται πως ο απογαλακτισμός συνεπάγεται μία ρήξη στους ψυχοσυναισθηματικούς και θρεπτικούς δεσμούς μητέρας – παιδιού, η οποία εάν είναι απότομη έχει ως αποτέλεσμα το στρες εξαιτίας της μητρικής στέρησης (π.χ. ψυχοσυναισθηματικές και, κατά συνέπεια, φυσιολογικές διαταραχές της ομοιόστασης), ενώ πρέπει να ληφθεί υπόψη πως η πρώιμης ηλικίας στρεσογόνα διέγερση μπορεί να προκαλέσει μακροχρόνιες επιδράσεις στον άξονα των γονάδων υποθαλάμου – υπόφυσης (Wankowska & Polkowska, 2010). Αναφέρεται πως ο άξονας υποθάλαμος – υπόφυση έχει προταθεί ως ένας ρυθμιστής κλειδί της απόκρισης του στρες για περισσότερα από πενήντα χρόνια. Περιλαμβάνει την απελευθέρωση της ορμόνης κορτικοτροπίνης, η οποία απελευθερώνεται μαζί με αργινίνη – βασοπρεσίνη από τον παρακοιλιακό πυρήνα του υποθαλάμου ως απόκριση στο στρες και μεταφέρεται μέσω φορητών φλεβών στην υπόφυση όπου διεγείρει την παραγωγή ACTH και βήτα ενδορφίνης, που απελευθερώνονται στο κεντρικό κύκλωμα (Read, 2000).

Συνεπώς, η απειλή της ασφάλειας στην πρώιμη παιδική ή βρεφική ηλικία φαίνεται να είναι ο δυναμικός πυρήνας και συχνά σχετίζεται με ορισμένους φόβους θανάτου, στους οποίους οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς εκτέθηκαν πρώιμα στη ζωή τους. Σύμφωνα με τον Alexander (1987), οι ασθενείς με υπερθυρεοειδισμό παρουσιάζουν μία υπερβολική εξάρτηση από τη μητέρα τους, υπερβολικά συναισθήματα προσωπικής ανασφάλειας, μία σημαντική αίσθηση ευθύνης και μία τάση ελέγχου της εξωτερίκευσης των συναισθημάτων τους, και όποια απειλή της ασφάλειας τους, είτε από παρατεταμένη ένταση, είτε από ξαφνικό συναισθηματικό σοκ, ενδέχεται να επιδεινώσει την υπερλειτουργία του θυρεοειδή. Τέλος, παρουσιάζεται συχνά το φαινόμενο μίας καταναγκαστικής παρόρμησης αυτών των ασθενών για την ανάληψη των πιο επίφοβων δραστηριοτήτων, προσπαθώντας τοιουτοτρόπως να υπερνικήσουν τις ανησυχίες τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΟΙ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΠΕΡΙ ΤΩΝ ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΣΕΩΝ

5.1 Ψευδονευρολογικά συμπτώματα

Το ερώτημα για το πώς θα έπρεπε να ταξινομηθούν τα σωματικά συμπτώματα για τα οποία δεν μπορεί να βρεθεί ιατρική εξήγηση, φαίνεται να υπήρξε ανέκαθεν ένα φλέγον ζήτημα. Κι ενώ το DSM τοποθετούσε αυτά τα συμπτώματα στην κατηγορία των Σωματόμορφων Διαταραχών, με τις ατομικές υποκατηγορίες να καθορίζονται από τη φύση, τον αριθμό και τη διάρκεια των συμπτωμάτων, έχει υποστηριχθεί ότι τα ψευδονευρολογικά συμπτώματα θα πρέπει να μεταφερθούν από τις σωματόμορφες στις διαταραχές διάσχισης. Σύμφωνα με τους Brown, Cardena, Nijenhuis και Sar (2007), δύο βασικά επιχειρήματα που δικαιολογούν μία τέτοια μεταφορά αποτελούν αφενός ότι υπάρχει υψηλή στατιστική συσχέτιση μεταξύ ψευδονευρολογικών και διασχιστικών συμπτωμάτων και αφετέρου ότι περιλαμβάνουν παρόμοιες ψυχολογικές διεργασίες. Σύμφωνα με την προαναφερθείσα έρευνα, τα ψευδονευρολογικά συμπτώματα χαρακτηρίζονται από μία μη φυσιολογική έλλειψη ενσωμάτωσης ανάμεσα στις ψυχικές ενότητες ή συστήματα. Για παράδειγμα η απώλεια μνήμης θεωρείται ότι εμπλέκει ένα αναστρέψιμο έλλειμμα ανάκτησης που εμποδίζει τις αναμνήσεις από το να ενσωματωθούν στη συνειδητή γνώση, το οποίο έλλειμμα μπορεί να αναστραφεί με τη χρήση κατάλληλης υπνωτικής υποβολής. Ομοίως, αναφέρεται οι ασθενείς με ιατρικά ανεξήγητη απώλεια αίσθησης (π.χ. τύφλωση, κώφωση) επεξεργάζονται πληροφορίες με επιτηδευμένο τρόπο, αλλά τα αποτελέσματα της επεξεργασίας είναι προσωρινά μη διαθέσιμα στη συνείδηση εξαιτίας της έλλειψης ενσωμάτωσης ανάμεσα στις σιωπηρές και τις κατηγορηματικές διαιωνιστικές διεργασίες.

Έχουν διατυπωθεί διάφορες θεωρίες σχετικά με την αιτιολογία των ψευδονευρολογικών συμπτωμάτων. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, το μοντέλο της Janet, το οποίο αργότερα τροποποιήθηκε από τον Breuer και Freud, υποστήριζε ότι η διαδικασία διάσχισης αποτελούσε μία ψυχολογική άμυνα που χρησιμοποιήθηκε από τους τραυματισμένους για να προστατέψουν τους εαυτούς τους από τα συντριπτικά αποτελέσματα. Αυτά τα αποτελέσματα θεωρήθηκε ότι μεταμορφώθηκαν ή μετατράπηκαν σε φυσικά συμπτώματα, επιτρέποντας τους να εκφραστούν χωρίς το σχετικό τραυματικό υλικό να γίνει συνειδητό (Brown, Cardena, Nijenhuis & Sar, 2007). Συνεχίζοντας, επιστήμονες ισχυρίζονται ότι η αιτιολογία πολλών φοβιών έγκειται στην προσαρμογή σε ένα κύκλωμα φόβου που έχει εξυπηρετήσει στη βελτίωση της επιβίωσης και αναπαραγωγής κατά την πρώιμη εξέλιξη. Οι Bracha, Yoshioka, Masukawa και Stockman (2005) θεωρούν πως μία προενισχυμένη υπερβολική μεταιχμιακή απόκριση στο στρες που προσομοιάζει μία σοβαρή αναπηρία, όπως η ψευδοπαράλυση, τα ψευδοεγκεφαλικά συμπτώματα (ίλιγγος), η ψυχογενής απώλεια όρασης (ψυχογενής τύφλωση), ή οι ψυχογενείς κινητικές επιθέσεις (πτώση στο έδαφος με τύπου επιληπτική συμπεριφορά), μπορεί να έχει επιλεγεί ως γονίδιο κατά τη νεολιθική εποχή. Οι συγκεκριμένοι επιστήμονες εικάζουν πως κατά τη διάρκεια πολεμικών επιχειρήσεων στη νεολιθική εποχή, τα ψευδονευρολογικά συμπτώματα ενδεχομένως να παρείχαν ένα ξεκάθαρο μη λεκτικό (αλλά οπτικό) σήμα στους κυρίαρχους της ίδιας φυλής (συχνά επιδρομείς μίας φυλής που

μιλούσε διαφορετική γλώσσα) ότι κάποιος ήταν τραυματισμένος ή σοβαρά άρρωστος και κατά συνέπεια δεν αποτελούσε απειλή. Επομένως, αυτός ο άνθρωπος είχε περισσότερες πιθανότητες να επιβιώσει και να μεταβιβάσει τα γονίδια του στην επόμενη γενιά. Με την ίδια λογική, υποστηρίζεται ότι τα ψευδονευρολογικά συμπτώματα που προκλήθηκαν από οξύ φόβο πιθανώς δεν βοήθησαν στην προώθηση της υγείας των νεαρών αρσενικών εκείνης της εποχής, έχοντας ως αποτέλεσμα είτε το θάνατο, ή ένα σοβαρό τραυματισμό, είτε μία πτώση στη διαθεσιμότητα συντρόφων ή στην ιεραρχία επιλογής συντρόφου. Εν αντιθέσει με τις γυναίκες σε ηλικία αναπαραγωγής όπου τα ψευδονευρολογικά συμπτώματα προκαλούμενα από οξύ φόβο ενδέχεται να προώθησαν την υγεία, καθώς αύξησαν την πιθανότητα διατήρησης ζωής και αναπαραγωγής. Με αυτό τον τρόπο μάλιστα θα μπορούσε να δοθεί μία εξήγηση στο λόγο που τα συμπτώματα αυτά παρουσιάζονται πιο συχνά στις γυναίκες από ότι στους άνδρες.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις αποτελούν από τις συχνά διαγιγνωσκόμενες ψευδονευρολογικές καταστάσεις (Bautista, Gonzales-Salazar & Ochoa, 2008). Οι κρίσεις αυτές χαρακτηρίζονται από μία ξαφνική και για μικρό χρονικό διάστημα διαταραχή στον έλεγχο κινητικών, αισθητικών, αυτονομικών, γνωστικών, συναισθηματικών και/ή συμπεριφορικών λειτουργιών, προσομοιάζοντας τις επιληπτικές κρίσεις, οι οποίες ωστόσο δεν προκαλούνται από μη φυσιολογικές φλοιικές εκκενώσεις αλλά διαμεσολαβούνται από ψυχολογικούς παράγοντες (Bautista, Gonzales-Salazar & Ochoa, 2008; Bodde et al., 2009; D' Alessio et al., 2006; Marchetti, Kurcgant, Neto, von Bismark, Marchetti & Fiore, 2008; Sadjadi & Quigg, 2014). Αναφέρεται πως με τη σωματική εμφάνιση και τα υποκείμενα ψυχολογικά και ψυχιατρικά χαρακτηριστικά προβλήματα, αυτές οι κρίσεις εμφανίζονται στα όρια των ιατρικών και ψυχικών υπηρεσιών υγείας (Bodde et al., 2009), ενώ για αρκετούς αιώνες οι πολλαπλές τους αναπαραστάσεις έχουν συγχύσει τόσο τους ψυχιάτρους όσο και τους νευρολόγους (Marchetti, Kurcgant, Neto, von Bismark, Marchetti & Fiore, 2008). Σύμφωνα με έρευνες, η εμφάνιση των ψυχογενών μη επιληπτικών κρίσεων στο γενικό πληθυσμό παρουσιάζεται σχετικά χαμηλή, καθώς υπολογίζεται περίπου στα 1.5/100.000 άτομα το χρόνο, περίπου το 4% των περιστατικών επιληψίας, ενώ ένας παράγοντας που περιπλέκει τα πράγματα είναι ένα ποσοστό από 5 έως 40% αυτών των ασθενών παρουσιάζει ταυτόχρονη διάγνωση επιληψίας ή έχει παρελθόν με επιληπτικές κρίσεις (Bodde, Brooks, Baker, Boon, Hendriksen & Aldenkamp, 2009).

Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι μία ψυχογενής μη επιληπτική κρίση θα μπορούσε εσφαλμένα να διαγνωστεί ως επιληπτική, η διαδικασία της διάγνωσης καθίσταται ιδιαίτερα σημαντική εξαιτίας πιθανώς ιατρογενών κινδύνων, όπως ενδεχόμενες σοβαρές παρενέργειες των αντιεπιληπτικών φαρμάκων (Bodde, Brooks, Baker, Boon, Hendriksen & Aldenkamp, 2009). Η αποτυχία διάγνωσης, όπως είναι φυσικό, έχει ως συνέπεια την καθυστέρηση της εκτέλεσης κατάλληλης ψυχολογικής θεραπείας.

Ακόμη, είναι αξιοσημείωτο ότι η διάγνωση τείνει να βασίζεται στη φύση των παρουσιαζόμενων συμπτωμάτων και στον αποκλεισμό των πιθανών ιατρικών αιτιών, παρά στην αναγνώριση των σχετικών ψυχολογικών παραγόντων (Brown, Cordena, Nijenhuis & Sar, 2007). Υποστηρίζεται πως οι ασθενείς με ψευδονευρολογικά συμπτώματα παρουσιάζονται περισσότερο ψυχολογικά ανήσυχοι, λειτουργικά διαταραγμένοι και

κοινωνικά απομονωμένοι, ενώ αναφέρεται πως όσον αφορά τους παράγοντες της προσωπικότητας το αρνητικό συναίσθημα καθορίστηκε ως ένας σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη και επιμονή των συμπτωμάτων (Steinbrecher & Hiller, 2011). Με την εμφάνιση των συμπτωμάτων φαίνεται να σχετίζονται οι ψυχογενείς παράγοντες που περιλάμβάνουν την φυσική και σεξουαλική κακοποίηση, το τραύμα και την παρουσία δυσλειτουργικών οικογενειών (Bautista, Gonzales-Salazar & Ochoa, 2008; Bodde et al., 2009; Brown, Cardena, Nijenhuis & Sar, 2007). Υποστηρίζεται, ωστόσο, πως ένας παράγοντας δεν είναι πάντα επαρκής για την ανάπτυξη ψευδονευρολογικών συμπτωμάτων κι έτσι προτείνεται από τον Bodde και τους συναδέλφους του (2009) μία πολυπαραγοντική προσέγγιση. Τέλος, θεωρείται ότι οι ψυχογενείς μη επιληπτικές κρίσεις συμβαίνουν σε άτομα που έχουν την προδιάθεση εξαιτίας εσωτερικών (πρωτογενές κέρδος) και εξωτερικών κινήτρων (δευτερογενές κέρδος) (Bautista, Gonzales-Salazar & Ochoa, 2008). Για παράδειγμα, το πρωτογενές κέρδος μπορεί να είναι η μείωση της ανησυχίας ενώ το δευτερογενές μπορεί να είναι η προσοχή που αντλείται από τους άλλους. Τέλος, υποστηρίζεται πως τα συμπτώματα μπορεί να αναπτύσσονται ως μία μορφή «μοντελοποίησης» των συμπτωμάτων, μίας μίμησης, δηλαδή, των οργανικών σημαδιών και συμπτωμάτων που παρουσιάζονται σε ένα άλλο άτομο ή και στον ίδιο τον ασθενή (Bautista, Gonzales-Salazar & Ochoa, 2008), όπως συνέβη και με την περίπτωση της γυναίκας που αναφέρεται στην έρευνα των Sadjadi και Quigg (2014), όπου παρουσιάστηκε μη οργανική απώλεια ακοής, που ενδεχομένως να οφείλεται σε μίμηση ενός μικρότερου αδερφού που έπασχε από κώφωση.

5.2 Σύνδρομο Briquet – Υστερία Briquet

Σύμφωνα με τον Kendell (2001), το σύνδρομο Briquet είναι ένα σαφώς προσδιοριζόμενο μοτίβο συμπεριφοράς, το οποίο για πρώτη φορά περιγράφηκε από το Γάλλο γιατρό Briquet το 1859. Οι Zoccolino και Cloninger (1986) αναφέρουν πως ο Briquet μελέτησε 430 ασθενείς για 10 χρόνια και παρατήρησε πως η διαταραχή ξεκίνησε κατά την παιδική ηλικία και συνεχίστηκε εφόρου ζωής, ενώ υποστήριξε ότι οι ασθενείς ήταν ευαίσθητοι, συναισθηματικά ασταθείς και είχαν μία «συναισθηματική κυριαρχία». Αναφέρεται ακόμη πως ο ίδιος παρατήρησε πως οι ασθενείς χαρακτηριζόταν από μία σκληρή και κακοποιητική ανατροφή. Υποστηρίζεται πως πρόκειται για μία διαταραχή που συναντάται κυρίως στις γυναίκες (Kendell, 2001; Liskow, Penick, Powell, Haefele & Camphell, 1986; Zoccolino & Cloninger, 1986) και σύμφωνα με μεταγενέστερες έρευνες που επιβεβαιώνουν τις παρατηρήσεις του Briquet, τα συμπτώματα της εμφανίζονται συχνά πριν την ηλικία των τριάντα και παρουσιάζουν μία χρόνια και διακυμαινόμενη πορεία (Kendell, 2001; Liskow, Penick, Powell, Haefele & Campell, 1986; Swartz, Hughes, George, Blazer, Landerman & Bucholz, 1986; Taycan, Sar, Celik & Erdogan-Taycan, 2014). Οι Coryell και Norten (1981) μάλιστα υποστηρίζουν πως οι ασθενείς έχουν μία ιδιαίτερα πρώιμη εμπειρία με το σύνδρομο αυτό, καθώς η πρώτη εμφάνιση παρατηρείται πριν ή κατά τη διάρκεια της εφηβείας. Για την ακρίβεια κρίθηκε ότι σε ποσοστό 61% του δείγματος της συγκεκριμένης έρευνας η πρώτη εμφάνιση έγινε πριν ή κατά την εφηβεία.

Στη συνέχεια, αναφέρεται πως στο DSM-III το σύνδρομο Briquet μετονομάζεται σε σωματοποιητική διαταραχή και ταξινομείται πλέον ως σωματόμορφη διαταραχή, με όλα τα συμπτώματα να αφαιρούνται από τα διαγνωστικά κριτήρια (Zoccolino & Cloninger, 1986). Η εμπιστοσύνη μόνο στα σωματικά συμπτώματα, το νέο όνομα της διαταραχής και η ταξινόμηση της ως σωματόμορφη διαταραχή ενδέχεται να συσκοτίσουν τα πολλά άλλα συμπτώματα και προβλήματα που σχετίζονται με τη σωματοποιητική διαταραχή. Είναι γνωστό σήμερα πως ο όρος σωματοποίηση αναφέρεται στην τάση του βιώματος και της επικοινωνίας της ψυχολογικής ανησυχίας με τη μορφή συμπτωμάτων χωρίς παθολογική εξήγηση. Επίσης, η επικράτηση των ιατρικώς ανεξήγητων συμπτωμάτων είναι υψηλή σε διάφορους πολιτισμούς και παρατηρείται πως οι ασθενείς με σωματοποίηση έχουν δυσανάλογα επίπεδα χρησιμοποίησης της ιατρικής περίθαλψης και όπως είναι φυσικό συνεισφέρουν στο αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης (Taycan, Sar, Celik & Erdogan-Taycan, 2014). Η σωματοποιητική διαταραχή θεωρείται η πιο ακραία μορφή σωματοποίησης και χαρακτηρίζεται από την παρουσία πολλαπλών σωματικών παραπόνων σε πολλαπλά οργανικά συστήματα (Swartz, Hughes, George, Blazer, Landerman & Bucholz, 1986). Υποστηρίζεται πως αποτελεί την πιο έγκυρη, αξιόπιστη και σταθερή μέσα στο χρόνο διαταραχή από το σύνολο των διαταραχών της ομάδας των σωματόμορφων διαταραχών (Garcia-Campayo, Alda, Sobradiel, Olivan & Pascual, 2007). Σημειώνεται πως οι πρόγονοι, διαγνωσμένοι με σωματοποιητική διαταραχή –υστερία και σύνδρομο Briquet- ήταν οι πρώτοι που καθορίστηκαν ξεκάθαρα στην τότε σύγχρονη ψυχιατρική βιβλιογραφία από τους ερευνητές του Washington School of Medicine, που αναφέρεται πως είχαν δουλέψει για να καθορίσουν έναν αριθμό σχετικά διακριτών ψυχιατρικών διαταραχών με χαρακτηριστικές φαινομενολογίες, φυσικές ιστορίες, πρόγνωση, αποκρίσεις στη θεραπεία και οικογενειακές ιστορίες. Η σωματοποιητική διαταραχή, όπως καθορίζεται από το DSM-III, αποτελεί ένα πρωτότυπο αυτής της νοσολογικής προσέγγισης, είναι ένα άμεσο αποκύημα ερευνών που έχει οριοθετηθεί και τελειοποιηθεί τις τελευταίες δεκαετίες (Swartz, Hughes, George, Blazer, Landerman & Bucholz, 1986).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της σωματοποιητικής διαταραχής είναι η εμφάνιση επαναλαμβανόμενων και πολλαπλών σωματικών παραπόνων που διαρκούν αρκετά χρόνια και για τα οποία ενώ αναζητείται ιατρική προσοχή, σημειώνεται πως δεν προέρχονται από μία συγκεκριμένη φυσική διαταραχή (Brown, 2004; Kendell, 2001; Swartz, Hughes, George, Blazer, Landerman & Bucholz, 1986). Οι ασθενείς με σωματοποιητική διαταραχή χαρακτηρίζονται από υψηλά επίπεδα ψυχολογικής ανησυχίας, λειτουργικής ανικανότητας, κοινωνικής και επαγγελματικής δυσλειτουργικότητας καθώς και από υπερβολική χρήση των υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης (Krishman, Sood & Chadda, 2013; Stonnington, Locke, Hsu, Ritenbaugh & Lane, 2013; Taycan, Sar, Celik & Erdogan-Taycan, 2014). Ο Kendell (2001) σημειώνει ακόμη πως οι ασθενείς αυτοί χαρακτηρίζονται επίσης από μη ικανοποιητική σεξουαλική ζωή ενώ υποστηρίζει πως είναι επιρρεπείς στην ανάπτυξη διαταραχών διάθεσης και συμπτωμάτων μετατροπής.

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι ασθενείς με σωματοποιητική διαταραχή έχουν πολλά ψυχολογικά συμπτώματα και συχνά συναντούν κριτήρια για άλλες διαγνώσεις (Zoccolino & Cloninger, 1986). Συγκεκριμένα, αναφέρεται πως η σωματοποιητική διαταραχή συχνά συνυπάρχει με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένων των διαταραχών κατάθλιψης, διάσχισης, μετατροπής, μετατραυματικού στρες (Krishman, Sood

& Chadda, 2013; Taycan, Sar, Celik & Erdogan-Taycan, 2014). Παλαιότερες έρευνας υποστήριξαν πως μπορεί να συνυπάρξουν με την αντικοινωνική προσωπικότητα, τον αλκοολισμό και την εξάρτηση από τα ναρκωτικά (Liskow, Penick, Powell, Haefele & Camphell, 1986) ενώ οι Garcia-Campayo, Alda, Sobradiel, Olivian και Pascual (2007) ανέφεραν πως η συσχέτιση ανάμεσα στις διαταραχές προσωπικότητας και των σωματοποιητικών διαταραχών είναι συχνή, έντονη και εμφανίζεται πρώιμα στο ιστορικό του ασθενή.

Αναφέρεται πως η αιτιολογία αυτής της διαταραχής δεν είναι γνωστή, αλλά θεωρείται μία κληρονομική διαταραχή τόσο με γενετικούς όσο και με κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες. Ακόμη, λαμβάνοντας υπόψη τα πολλά φυσικά και ψυχολογικά συμπτώματα, την κοινωνική ανικανότητα, τη χρόνια πορεία και τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας κρίνεται αμφίβολο ότι ένα υποσύνολο αυτών των ποικίλων χαρακτηριστικών είναι αρκετό για να χαρακτηρίσει αυτή τη διαταραχή (Zoccolino & Cloninger, 1986).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως ακόμη και ο όρος «σωματοποίηση», ο οποίος φαίνεται να κυριαρχούσε στη βιβλιογραφία κατά τις δεκαετίες 1980 και 1990, στη συνέχεια κατακρίθηκε με την ίδια ένταση όσο και ο προκάτοχος όρος «υστερία» και τη δεκαετία του 1970 (Brown, 2004). Στο DSM-5 η σωματοποιητική διαταραχή αντικαταστάθηκε από τη διαταραχή σωματικού συμπτώματος. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, σε αυτή την καινούργια διατύπωση, η έμφαση μετατοπίζεται από τον αριθμό των ιατρικώς ανεξήγητων συμπτωμάτων στον αντίκτυπο που έχουν αυτά τα συμπτώματα στις σκέψεις ενός ατόμου, τα συναισθήματα του και τη συμπεριφορά του. Αναφέρεται ακόμη πως σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής σωματικού συμπτώματος, ένα ή δύο συμπτώματα που προκαλούν στρες ή έχουν ως αποτέλεσμα τη σημαντική αποδιοργάνωση της καθημερινής ζωής πρέπει να συνοδεύονται από δυσανάλογες ή υπερβολικές σκέψεις, συναισθήματα ή συμπεριφορές (Taycan, Sar, Celik & Erdogan-Taycan, 2014).

5.3 Αδιαφοροποίητες σωματόμορφες διαταραχές

Όπως αναφέρθηκε και σε προηγούμενο κεφάλαιο, οι σωματόμορφες διαταραχές είναι μία ευρεία ομάδα χρόνιων διαταραχών που χαρακτηρίζονται από σωματικά σημάδια και συμπτώματα που μπορούν να υποδηλώσουν σημαντικές ιατρικές ασθένειες, ωστόσο δεν σχετίζονται με σοβαρές και έκδηλες οργανικές ασθένειες (Koh, Sohn, Kang, Lee & Lee, 2012). Υποστηρίζεται πως πολύ συχνά οι διαταραχές αυτές προκαλούν σημαντικά κοινωνικά προβλήματα και οικονομικές επιβαρύνσεις (Koh, Choi, Lee & Han, 2011). Συγκεκριμένα, αναφέρεται πως οι αδιαφοροποίητες σωματόμορφες διαταραχές, μία υποομάδα δηλαδή των σωματόμορφων διαταραχών, χαρακτηρίζονται από ένα ή περισσότερα ανεξήγητα φυσικά συμπτώματα που διαρκούν για τουλάχιστον έξι μήνες, χωρίς, ωστόσο, να πληρούνται τα κριτήρια για σωματοποιητική διαταραχή (Koh, Choi, Lee & Han, 2011; Koh, Sohn, Kang, Lee & Lee, 2012). Είναι γνωστό πως η επικράτηση των αδιαφοροποίητων σωματόμορφων διαταραχών είναι αρκετά υψηλή, παρόλο που ποικίλει σύμφωνα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για την αναγνώριση της. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η επικράτηση των διαταραχών αυτών εκτιμήθηκε πως ανήλθε σε ποσοστό

16.1% που αυξήθηκε σε 21.9% όταν η σοβαρότητα της κλινικής βλάβης αγνοήθηκε. Μάλιστα η έρευνα αναφέρει ενδεικτικά ποσοστά επικράτησης της διαταραχής σε διάφορες χώρες ανά τον κόσμο όπως: 27.3 στη Δανία, 10.2 στη Νορβηγία, 19.7 στη Γερμανία, 12.0 στη Σαουδική Αραβία και 30.6 στην Κίνα (Han et al., 2008).

Όσον αφορά στην ταξινόμηση των σωματόμορφων διαταραχών έχουν γίνει πολλές συζητήσεις σχετικά με αλλαγές που πρέπει να λάβουν χώρα δεδομένου του γεγονότος ότι η κατηγορία της συγκεκριμένης διαταραχής φαίνεται να έχει αλλάξει ουσιαστικά. Οι ειδικοί, ωστόσο, φαίνεται να διαφωνούν στον τρόπο αντιμετώπισης των διαφορετικών αναπαραστάσεων των σωματόμορφων διαταραχών στις επόμενες ταξινομήσεις. Σύμφωνα με τον Hausteiner και τους συνεργάτες του (2010), έχει προταθεί να αποσυνδεθεί η διαταραχή πόνου από την κατηγορία των σωματόμορφων διαταραχών, καθώς επίσης να διαγράψουν τις αδιαφοροποίητες σωματόμορφες διαταραχές, ή αντ' αυτού να ενσωματώσουν τη σωματοποιητική διαταραχή, τις αδιαφοροποίητες σωματόμορφες διαταραχές και τη διαταραχή πόνου σε μία γενική σωματόμορφη κατηγορία. Αναφέρεται ακόμη πως οι επόμενες ταξινομήσεις είναι πιο πιθανό να διατηρήσουν μία φαινομενολογική προσέγγιση στη διάγνωση και ακόμη να βασίζονται στα (φυσικά και ψυχοσυμπεριφορικά) συμπτώματα παρά στην αιτιολογία και στην απόκριση στη θεραπεία.

Σημειώνεται ακόμη πως η συννοσηρότητα των αδιαφοροποίητων σωματόμορφων είναι επίσης υψηλή, με την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές να παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη συχνότητα (Han et al., 2008). Τέλος, όσον αφορά στη θεραπεία των σωματόμορφων διαταραχών φαίνεται να αποτελεί πρόκληση διότι δεν μπορεί να θεραπευτεί σύμφωνα με το υπάρχον βιοϊατρικό μοντέλο. Ωστόσο, αναφέρεται πως τα αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται στη θεραπεία των σωματόμορφων διαταραχών εξαιτίας του γεγονότος ότι αυτές οι διαταραχές συνυπάρχουν στη θεραπεία των σωματόμορφων διαταραχών εξαιτίας του γεγονότος ότι αυτές οι διαταραχές συνυπάρχουν, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, με καταθλιπτικά συμπτώματα (Koh, Choi, Lee & Han, 2011).

5.4 Υποχονδρίαση

Σε πρόσφατη μελέτη οι ερευνητές δήλωσαν πως τα ιατρικώς ανεξήγητα συμπτώματα, συμπεριλαμβανομένων της σωματοποίησης και της υποχονδρίασης, αποτελούν τα κοινά χαρακτηριστικά των σωματόμορφων διαταραχών στο DSM-IV και το ICD-10 (Hartman, Borghuis, Lucassen, van de Laar, Speckens & van Weel, 2009). Η σωματοποίηση, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, χαρακτηρίζεται από συχνή και επαναλαμβανόμενη εμφάνιση ιατρικώς ανεξήγητων συμπτωμάτων, ενώ στην υποχονδρίαση παρατηρείται ότι ο ασθενής βιώνει έντονη ανησυχία και φόβο για τις σοβαρές ασθένειες, και έχει την πεποίθηση ότι πάσχει από μία αδιάγνωστη φυσική ασθένεια, που βασίζεται σε παρερμηνείες των αβλαβών σωματικών αισθήσεων (Abramowitz & Moore, 2007; Fergus & Valentiner, 2009; Hartman, Borghuis, Lucassen, van de Laar, Speckens & van Weel, 2009; Schreiber, Neng, Heimlich, Witthoft & Weck, 2014; Simon, Gureje & Fullerton, 2001; Weck, Neng, Richtberg & Stangier, 2012). Ακόμη, πέρα από την πεποίθηση ότι κάποιος πάσχει από κάποια αδιάγνωστη ασθένεια, μπορεί, επίσης, να εστιάζει στον κίνδυνο εκδήλωσης μίας

τέτοιας ασθένειας στο μέλλον (Abramowitz & Moore, 2007). Επιπρόσθετα, υποστηρίζεται πως η στενή έννοια της καλής υγείας και η παρερμηνεία των σωματικών συμπτωμάτων είναι μία διαρκής τάση στους ασθενείς με υποχονδρίαση, η οποία δεν περιορίζεται μόνο στα δικά τους συμπτώματα αλλά επεκτείνεται στα συμπτώματα γενικά, και ως εκ τούτου στις υποθέσεις των άλλων (Weck, Neng, Richtberg & Stangier, 2012). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η πορεία των συμπτωμάτων της υποχονδρίασης θεωρείται ότι είναι χρόνια και διακυμαινόμενη, ενώ υποστηρίζεται πως η στασιμότητα της προβλέπεται από ένα έως πέντε χρόνια (Simon, Gureje & Fullerton, 2001).

Το γεγονός πως ο φόβος για τις ασθένειες δεν αφορά μόνο στο παρόν αλλά και σε μία ενδεχόμενη ασθένεια από την οποία μπορεί να προσβληθεί κάποια στιγμή στο μέλλον, καθιστά σαφή το λόγο που οι ασθενείς με υποχονδρίαση τείνουν να υιοθετούν «ασφαλείς συμπεριφορές» με σκοπό την προστασία της υγείας τους. Αναφέρεται πως τέτοιες συμπεριφορές ασφάλειας περιλαμβάνουν την αναζήτηση υπερβολικής επιβεβαίωσης που σχετίζεται με την υγεία από γιατρούς, φίλους και οικογένεια, επαναλαμβανόμενο έλεγχο των ιατρικών πηγών (π.χ. βιβλία, ίντερνετ) για πληροφορίες σχετικές με τις επίφοβες ασθένειες, συχνό έλεγχο του σώματος (π.χ. χρήση του καρδιακού ρυθμού) και φοβική αποφυγή των καταστασιακών προκλήσεων (Abramowitz & Moore, 2007).

Οι Marcus, Gurley, Marchi και Bauer (2007) υποστηρίζουν πως η επικράτηση και η συννοσηρότητα της υποχονδρίασης με άλλες ασθένειες, το νόημα των σωματικών συμπτωμάτων, αλλά και η πορεία και θεραπεία των ασθενειών ενδέχεται να λειτουργήσουν ως παράγοντες κινδύνου για την υποχονδρίαση και την ανησυχία για τις ασθένειες. Αναφέρεται, ακόμη, πως αυτές οι πεποιθήσεις μπορεί να παραμένουν κρυμμένες, ενδέχεται να ενεργοποιηθούν από μία ποικιλία γεγονότων, συμπεριλαμβανομένου του διαβάσματος για μία ασθένεια, πληροφορία για μία ασθένεια, καθώς και αναφορές των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης για σχετική αρρώστια (π.χ. νόσος των τρελών αγελάδων, ιός έμπολα, AIDS κλπ) ή από ποικίλες σωματικές εναλλαγές ή αισθήσεις. Σύμφωνα, λοιπόν, με την προαναφερθείσα μελέτη, μόλις πυροδοτηθούν αυτές οι πεποιθήσεις έχουν ως αποτέλεσμα τις αυτόματες υποχονδριακές σκέψεις που εστιάζουν ειδικά στον εαυτό. Κατά συνέπεια, το άτομο γίνεται αυξανόμενα αγχώδη και υπερπροστατευτικό για οποιεσδήποτε αισθήσεις ή σημάδια που μπορεί να υποδηλώνουν ασθένεια.

Όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, το διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών (DSM-IV) τοποθετεί την υποχονδρίαση με τις σωματόμορφες διαταραχές, αν και σύγχρονες αντιλήψεις υποστηρίζουν ότι η υποχονδρίαση αναπαρίσταται καλύτερα ως μία ακραία μορφή άγχους για την υγεία και ανήκει στον τομέα των αγχωδών διαταραχών (Fergus & Valentiner, 2010; Schreiber, Neng, Heimlich, Witthoft & Weck, 2014; Weck, Neng, RIchtberg & Stangier, 2012). Ωστόσο, η δυνατότητα για επαναπροσδιορισμό της υποχονδρίασης ως άγχους για την υγεία τέθηκε πρόσφατα υπό αμφισβήτηση. Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι η διάσταση της φοβίας για ασθένεια (π.χ. φόβος ότι το άτομο θα νοσήσει από σοβαρή ασθένεια) μοιραζόταν σημαντικά ισχυρές σχέσεις με την ανησυχία για την υγεία από ότι η διάσταση της «ιδέας» της νόσου (π.χ. η ιδέα ότι το άτομο πάσχει από μία σοβαρή ασθένεια). Στη συνέχεια, υποστηρίχθηκε η άποψη πως η υποχονδρίαση ως ανησυχία για την υγεία είναι πιο συνεπής τη διάσταση της φοβίας, ενώ ως σωματόμορφη

διαταραχή είναι περισσότερο συνεπής με την «ιδέα» της νόσου (Fergus & Valentiner, 2010). Επιπρόσθετα, όπως σε πολλές αγχώδεις διαταραχές, θεωρείται ότι η προσοχή που κάποιος δίνει στις σωματικές αισθήσεις παίζει κεντρικό ρόλο στην ανάπτυξη και τη διατήρηση της υποχονδρίασης. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι άνθρωποι με υποχονδρίαση νιώθουν ότι πρέπει να δώσουν πολλή προσοχή στις διφορούμενες σωματικές αισθήσεις σε μία προσπάθεια να εμποδίσουν τις αισθήσεις να οδηγήσουν σε αντιληπτές αρνητικές συνέπειες. Σε μία απόπειρα, λοιπόν, καλύτερης κατανόησης της παρερμηνείας των σωματικών αισθήσεων που παρατηρούνται στην υποχονδρίαση, οι ερευνητές στάθηκαν προς την κατανόηση της σχέσης τουλάχιστον τριών μεταβλητών αντίληψης του σώματος με την υποχονδρίαση: της επαγρύπνησης του σώματος, της σωματοαισθητικής ενίσχυσης και της ευαισθησίας στην ανησυχία. Αρχικά, η επαγρύπνηση του σώματος θεωρείται μία αντιληπτική προκατάληψη στην οποία οι άνθρωποι δίνουν υπερβολική σημασία στις σωματικές αισθήσεις. Στη συνέχεια, η σωματοαισθητική ενίσχυση αναφέρεται πως χαρακτηρίζει την τάση να βλέπουν τις διφορούμενες αισθήσεις ως πιο απειλητικές από ότι είναι στην πραγματικότητα, και τέλος, η ευαισθησία στην ανησυχία υποστηρίζεται πως αναπαριστά το φόβο των αισθήσεων που διεγείρονται εξαιτίας των φυσικών, κοινωνικών και γνωστικών συνεπειών.

Αξίζει να σημειωθεί πως έχει βρεθεί ότι η υποχονδρίαση οδηγεί σε σημαντικά ιατρικά κόστη. Κατά συνέπεια, η έγκαιρη αναγνώριση των ασθενών με υποχονδρίαση και η θεραπεία τους σε ένα πρώιμο στάδιο φαίνεται να μειώνει το ιατρικό κόστος. Οι Hofling και Weck (2013) υποστηρίζουν πως οι αποτελεσματικές και γρήγορες μετρήσεις απεικόνισης της υποχονδρίασης είναι χρήσιμες αλλά πρέπει να συναντούν συγκεκριμένα κριτήρια. Αρχικά, υποστηρίζεται ότι πρέπει να είναι σύντομες και γρήγορες στην εφαρμογή τους, στις ιατρικές και ψυχιατρικές ρυθμίσεις. Συνεχίζουν αναφέροντας πως πρέπει να είναι αξιόπιστες και έγκυρες, ενώ, τέλος, ότι πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να ταξινομούν σωστά τους ασθενείς με ανησυχία που σχετίζεται με την ασθένεια μέσα σε μία ομάδα ασθενών με άλλες διαταραχές. Η Bodily Preoccupation Scale, που αποτελεί υποκλίμακα της Illness Attitude Scales, αναπτύχθηκε για την αξιολόγηση φόβων, χαρακτηριστικών, πεποιθήσεων και συμπεριφορών που σχετίζονται με την υποχονδρίαση (Abramowitz & Moore, 2007;Fergus & Valentiner, 2009; Hofling & Weck, 2013), ενώ η Whileley Index (WI) αντανακλά τρεις διαστάσεις της υποχονδρίασης (την ενασχόληση με το σώμα, το φόβο της ασθένειας, και την ιδέα της ασθένειας) και αποτελεί μία αρχική προσέγγιση για την αξιολόγηση της υποχονδρίασης (Hofling & Weck, 2013).

Τα επιδημιολογικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι η επικράτηση της υποχονδρίασης ανάμεσα στους ιατρικούς ασθενείς ποικίλει από 4.2 έως 7.7%. Σύμφωνα με τους Walker, Vincent, Furer, Cox και Kjernished (1999) έχουν αναπτυχθεί αξιοσημείωτες φαρμακολογικές και ψυχολογικές θεραπείες για τα άτομα με υποχονδρίαση. Σημειώνεται πως η μορφή θεραπείας που προσφέρεται μπορεί να εξαρτάται περισσότερο από την εκπαίδευση και την εμπειρία του παροχέα των υπηρεσιών και από τη διαθεσιμότητα υπηρεσιών και λιγότερο από τις προτιμήσεις του ασθενή.

Τέλος, υποστηρίζεται πως παρόλο που υπήρξε ένα πλούσιο ιστορικό κινητοποιητικών και ψυχοδυναμικών θεωριών της υποχονδρίασης, πιο πρόσφατα μοντέλα δίνουν έμφαση σε γνωστικούς και αντιληπτικούς παράγοντες. Τα γνωστικά μοντέλα

θεωρούνται η κυρίαρχη σύγχρονη προσέγγιση για την κατανόηση και θεραπεία της ανησυχίας για την υγεία και την υποχονδρίαση (Marcus, Gurley, Marchi & Bauer, 2007).

5.5 Διαφορική διάγνωση από τα ψυχοσωματικά συμπτώματα και τα φαινόμενα μετατροπής

Είναι γεγονός πως η σωματοποίηση έχει καθοριστεί με πολλαπλούς τρόπους, αλλά σε γενικές γραμμές ορίζεται ως η εμφάνιση επαναλαμβανόμενων πολλαπλών σωματικών συμπτωμάτων που δεν συνδέονται με καμία φυσική διαταραχή (Amgenendt & Harter, 2001; Dickinson et al., 2003; Swartz, Hughes, George, Brazer, Landerman & Buckolz, 1986). Αναφέρεται πως η σωματοποίηση συναντάται συχνά στις πρώτες βοήθειες, όπου περισσότερες από τις μισές περιπτώσεις αφορούν σε σωματικά παράπονα και το 1/3 παραμένει ανεξήγητο (Dickinson et al., 2003).

Η παρούσα, ιδιαίτερα ετερογενής ταξινόμηση των σωματόμορφων διαταραχών, σύμφωνα με το DSM-IV και το ICD-10, κρίνεται ανεπαρκώς χρήσιμη για θεραπευτικούς και επιστημονικούς σκοπούς. Ακόμη, έχουν προταθεί διαφορετικές διαδικασίες για την αναθεώρηση αυτών των διαταραχών, ποικίλλοντας από την ολοκληρωτική εξάλειψη των διαγνωστικών κατηγοριών ως τη μετακίνηση κάποιων διαταραχών σε άλλες κατηγορίες (π.χ. μεταφορά υποχονδρίασης στις αγχώδεις διαταραχές) και τέλος, ακόμη και στον προσδιορισμό καινούργιων διαγνωστικών κριτηρίων (Voigt, Nagel, Meyer, Langs, Braukhaus & Lowe, 2010). Σύμφωνα με τους Hamilton, Eger, Razaak, Feldman, Hallmark και Cheek (2013), ένα άλλο κομμάτι της αναθεώρησης είναι μία πρόταση να συμπεριλάβουν ποικίλες συγκεκριμένες σωματόμορφες διαταραχές σε μία γενικευμένη διάγνωση της «διαταραχής σωματικού συμπτώματος». Υπάρχουν κριτικές για την αποτυχία των κλινικών να προσδιορίζουν τη διάγνωση των σωματόμορφων διαταραχών. Συγκεκριμένα, υποστηρίζεται ότι στην παρούσα μορφή η διάγνωση των σωματόμορφων διαταραχών συνοδεύεται από μία υποτιμητική χροιά, η οποία τις καθιστά μη αποδεκτές σε ασθενείς και κλινικούς. Διατυπώνονται ανησυχίες πως οι διαγνώσεις αυτές καταπιέζονται από φόβο για κατάχρηση ευθύνης και για εξασφάλιση επιστροφής υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς των οποίων τα προβλήματα κρίνεται ότι είναι ιατρικής φύσης. Στη συνέχεια, υποστηρίζεται πως τα ουδέτερης θεωρίας διαγνωστικά κριτήρια του DSM βασίζονται ως επί το πλείστον σε συμπτώματα. Αναφέρεται, λοιπόν, πως το DSM δεν λαμβάνει πολλές φορές υπόψη την πιθανότητα ότι η ψυχοπαθολογία σε κάποιες περιπτώσεις ενδέχεται στην πραγματικότητα να αντανακλά τις προσπάθειες του οργανισμού να προσαρμοστεί στο ευρύτερο περιβαλλοντικό πλαίσιο (Walefield & First, 2012). Οι τροποποιήσεις που συζητήθηκαν τα τελευταία χρόνια για τις σωματόμορφες διαταραχές αφορά, αρχικά, στο κριτήριο του χρόνου για τη σπάνια διαγιγνωσκόμενη σωματοποιητική διαταραχή, όπου προτάθηκε το χρονικό περιθώριο να γίνει λιγότερο περιοριστικό, και στη συνέχεια, στη μείωση των ορίων του απαιτούμενου αριθμού σωματικών παραπόνων προκειμένου να γίνει η διάγνωση (Voigt, Nagel, Meyer, Langs, Braukhaus & Lowe, 2010).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η διάγνωση της σωματοποιητικής διαταραχής περιλαμβάνει τη νευρασθένεια, την υστερία και το σύνδρομο Briquet's (Dickinson et al., 2003). Οι Swartz, Hughes, George, Brazer, Landerman και Bucholz (1986) υποστήριξαν πως

οι διαγνωστικοί πρόγονοι της σωματοποίησης –υστερία και σύνδρομο Briquet- προσδιορίστηκαν αρχικά με σαφήνεια στην τότε σύγχρονη ψυχιατρική βιβλιογραφία από τους ερευνητές της Washington School of Medicine, που είχαν εργαστεί για να καθορίσουν έναν αριθμό σχετικά διακριτών ψυχιατρικών διαταραχών με χαρακτηριστικές φαινομενολογίες, φυσικές ιστορίες, ιατρικές αποκρίσεις και οικογενειακό ιστορικό. Σύμφωνα με τον Dickinson και τους συνεργάτες του (2003) η σωματοποιητική διαταραχή πρώτα καθορίστηκε στο DSM-III βασισμένη σε ένα ιστορικό ιατρικώς ανεξήγητων συμπτωμάτων, όπου οι γυναίκες έπρεπε να παρουσιάζουν 14 από τα 37 πιθανά σωματοποιητικά συμπτώματα για να διατηρήσουν τη διάγνωση, ενώ το αντίστοιχο όριο για τους άνδρες είναι 12 συμπτώματα (Angenendt & Harter, 2001; Swartz, Hughes, George, Brazer, Landerman & Bucholz, 1986). Ακόμη, το DIS απαιτούσε τη διερεύνηση 38 συμπτωμάτων της σωματοποιητικής διαταραχής επιβεβαιώνοντας τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων (εάν χρειάστηκε ιατρική προσοχή) και εάν δόθηκε στα συμπτώματα ιατρική εξήγηση ή εάν είναι το αποτέλεσμα κατάχρησης ουσιών ή αλκοόλ. Τα ανεξήγητα συμπτώματα θεωρείται ότι είναι λειτουργικά και ψυχογενή και κατατάσσονται ως συμπτώματα σωματοποίησης. Στη συνέχεια, το DSM-IIR τροποποίησε τα κριτήρια ώστε να απαρτίζονται από μία λίστα 35 ανεξήγητων σωματικών συμπτωμάτων, ενώ το DSM-IV καθόρισε ένα περίπλοκο αλγόριθμο αποτελούμενο από ανεξήγητα συμπτώματα που κατατάσσονται σε ποικίλες διαφορετικές κατηγορίες (Dickinson et al., 2003).

Καταγράφεται πως η αναφερόμενη επικράτηση των σωματόμορφων διαταραχών ποικίλει από 0.1% έως 16% σε διάφορους πληθυσμούς, συνήθως σχεδόν το 1-5% των ασθενών των πρώτων βοηθειών. Υποστηρίζεται πως εξαιτίας του ότι πολλοί ασθενείς που σωματοποιούν δεν πληρούν τα κριτήρια για ολοκληρωμένη σωματοποιητική διαταραχή, προτάθηκε η επικύρωση μίας λιγότερο σοβαρής μορφής σωματοποίησης που ονομάζεται «συνοπτική σωματοποιητική διαταραχή». Η συγκεκριμένη διαταραχή θεωρείται ότι βασίζεται στην ανάκληση συμπτωμάτων από τους ασθενείς, απαιτώντας τουλάχιστον έξι ανεξήγητα συμπτώματα στις γυναίκες και τέσσερα στους άνδρες. Η διάγνωση της σωματοποιητικής διαταραχής και της συνοπτικής σωματοποιητικής διαταραχής πραγματοποιείται στη βάση των ανεξήγητων συμπτωμάτων. Ωστόσο, υποστηρίζεται πως η ανάκληση των σωματικών συμπτωμάτων της ζωής ανάμεσα στους σωματοποιητικούς ασθενείς είναι ασταθής. Ερευνητές ασχολήθηκαν με τη διερεύνηση της πολυσωματόμορφης διαταραχής που βασίζεται στα παρόντα ανεξήγητα συμπτώματα. Αναφέρεται πως η πολυσωματόμορφη διαταραχή απαιτεί την παρουσία τριών ή περισσότερων ανεξήγητων συμπτωμάτων μέσα στις τελευταίες δύο εβδομάδες από μία λίστα των δεκαπέντε, μαζί με ένα ιστορικό σωματοποίησης δύο ετών (Dickinson et al., 2003). Οι Voigt, Nagel, Meyer, Langs, Braukhaus και Lowe (2010) αναφέρουν πως μαζί με προσαρμογές της διάγνωσης που έχουν γίνει ήδη στις κλινικές δοκιμές, όπως οι προαναφερόμενες –πολυσωματόμορφη διαταραχή και συνοπτική σωματοποίηση- διάφορες άλλες διαγνώσεις έχουν πρόσφατα προταθεί: διαταραχή σωματικού συμπτώματος, διαταραχή σωματικής ανησυχίας, εννοιολογικά θέματα στις σωματόμορφες και παρόμοιες διαταραχές, διαταραχή περίπλοκου σωματικού συμπτώματος.

Υποστηρίζεται πως η έγκυρη διάγνωση περιγράφει ένα κλινικό σύνδρομο τόσο ξεκάθαρα ώστε διαφορετικοί εκτιμητές να μπορούν να συμφωνούν αξιόπιστα όσον αφορά την παρουσία διαταραχής, προβλέπει την απόδοση των ασθενών σε σχετικές

εργαστηριακές και ψυχομετρικές δοκιμασίες, ενώ προβλέπει, επίσης την πορεία των ασθενών μέσα στο χρόνο καθώς και το ιστορικό σχετικών προβλημάτων της οικογενείας. Τέλος, τονίζεται πως η έγκυρη διάγνωση είναι διακριτή από τις άλλες καταστάσεις που παρουσιάζουν επιφανειακές ομοιότητες (Voigt, Nagel, Meyer, Langs, Braukhaus & Lowe, 2010).

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως προκειμένου να γίνει διάγνωση μίας σωματοποιητικής διαταραχής, υποστηρίζεται πως ο κλινικός πρέπει να διαθέτει γνώσεις σχετικά με τη διαταραχή και τα διαγνωστικά κριτήρια, την ικανότητα να αναγνωρίζει τα σημάδια και τα συμπτώματα της διαταραχής, την πεποίθηση ότι η διάγνωση είναι κλινικά σχετική με την παρούσα ιατρική επαφή και την προθυμία να καταγράψουν τη διάγνωση των ασθενών στο ιατρικό μητρώο. Έτσι, αναφέρεται πως το πρακτικό ανώτερο όριο του ρυθμού χορήγησης της διάγνωσης θα μπορούσε να συγκεκριμενοποιηθεί καθώς ο ρυθμός επικράτησης πολλαπλασιάστηκε από το ρυθμό αναγνώρισης (Hamilton, Eger, Razzak, Feldman, Hallmark & Cheek, 2013).

5.6 Θεραπεία των σωματόμορφων διαταραχών

Αναφέρεται πως οι ασθενείς που εμφανίζουν σωματικά συμπτώματα για τα οποία δεν υπάρχει συγκεκριμένη διάγνωση και για τα οποία η ιατρική δεν παρέχει θεραπεία, παρουσιάζονται εξαιρετικά συχνά στις πρώτες βοήθειες. Υποστηρίζεται πως υπάρχουν διάφορα ονόματα, έννοιες και ορισμοί τέτοιων συνθηκών και προκειμένου να εμπεριέχεται το ευρύ φάσμα των διαταραχών που συναντώνται στην πρωτοβάθμια φροντίδα, χρησιμοποιείται ο όρος «ιατρικώς ανεξήγητα συμπτώματα» ή «σωματοποίηση» και εφαρμόζεται ο όρος του Lipowski: «Μία τάση βίωμα και επικοινωνία της σωματικής ανησυχίας και συμπτωμάτων από παθολογικά ευρήματα, για απόδοση σε σωματικές ασθένειες και αναζήτηση της ιατρικής βοήθειας γι' αυτά» (Rosendal, Olesen, Fink, Toft, Sokolowski & Bro, 2007).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η σωματοποίηση παρουσιάζει υψηλή επικράτηση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, όπου αναφέρεται πως το 20 με 30% των ασθενών πληροί τα κριτήρια για σωματόμορφες διαταραχές (Rosendal, Olesen, Fink, Toft, Sokolowski & Bro, 2007). Ωστόσο, υποστηρίζεται πως παρά την υψηλή επικράτηση της σωματοποίησης, αποτελεί συχνό φαινόμενο η διαταραχή αυτή να μην διαγιγνώσκεται με αποτέλεσμα να μην ακολουθείται η κατάλληλη προσέγγιση για τη θεραπεία της (Fjorback et al., 2013). Πολλοί κλινικοί θεωρούν πως οι σωματόμορφες διαταραχές βρίσκονται στις πιο δύσκολες διαταραχές ως προς το χειρισμό τους και, κατά συνέπεια, δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι τα επίπεδα της μη ικανοποίησης των ασθενών είναι υψηλά. Ακόμη, η διαχείριση αυτών των διαταραχών μπορεί να σχετίζεται με δαπανηρές επαναλαμβανόμενες διαγνωστικές διεργασίες, θεραπείες προσανατολισμένες προς το όργανο με χαμηλή αποτελεσματικότητα (Fjorback et al., 2013). Ο Koh (2014) υποστηρίζει πως η θεραπεία της σωματοποίησης αποτελεί πρόκληση, διότι θεωρείται πως δεν μπορεί να θεραπευτεί με το υπάρχον βιοϊατρικό μοντέλο. Ως εκ τούτου, απαιτούνται ειδικές ικανότητες και στρατηγικές αρχικά από τους μη ειδικούς της ψυχικής υγείας προκειμένου να χειριστούν αυτούς τους ασθενείς, οι οποίοι πρέπει να διευκολύνουν την αποδοχή της ψυχολογικής θεραπείας. Οι Angenendt

και Harter (2001) σημειώνουν πως δεδομένου του γεγονότος ότι οι ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν περισσότερο την ανάπτυξη και πορεία των σωματόμορφων διαταραχών, κρίνεται ότι πρέπει να υπάρχουν σε κάθε αποτελεσματική θεραπεία. Ακόμη, θεωρείται φυσικό πως οι παράγοντες της ρύθμισης, της έντασης και του περιεχομένου των ψυχολογικών παρεμβάσεων μπορούν να ποικίλουν σε εξάρτηση με παράγοντες όπως η σοβαρότητα των συμπτωμάτων, η συννοσηρότητα, η επίγνωση και η κινητοποίηση του ασθενή και η διαθεσιμότητα της ψυχοθεραπείας. Οι ίδιοι υποστηρίζουν, λοιπόν, πως σε μία προσέγγιση βήμα προς βήμα ο ιατρός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης θα πρέπει να ξεκινήσει με βραχύχρονες λεκτικές παρεμβάσεις. Ωστόσο κρίνεται αυτονόητο πως οι ειδικοί της ψυχικής υγείας διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην 'εκπαίδευση' των ιατρών παρέχοντας τους βοήθεια για την ανάπτυξη ικανοτήτων έτσι ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και να χειρίζονται ασθενείς με σωματοποίηση. Ακόμη, τονίζεται η σημασία των τεχνικών συνέντευξης στην αναγνώριση των ασθενών αυτών, οι οποίες υποστηρίζεται πως κρίνεται αναγκαίο να διδάσκονται στους φοιτητές της ιατρικής και τους γενικούς επαγγελματίες (Koh et al., 2014). Με αυτό τον τρόπο οι ιατροί μαθαίνουν να αναγνωρίζουν τις παγίδες στη θεραπεία των ασθενών με σωματόμορφες διαταραχές και να αποφεύγουν διαδικασίες οι οποίες ενδέχεται να ενισχύσουν παθολογικές συμπεριφορές ασθένειας (π.χ. όχι ιατρικές δοκιμασίες ή εργαστηριακές εξετάσεις χωρίς ξεκάθαρες ενδείξεις). Επιπρόσθετα, πληροφορίες και κινητοποιήσεις για διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας είναι σημαντικές σε περίπτωση που αυτές οι βασικές παρεμβάσεις μέσα στο σύστημα υγείας αποτύχουν (Angenendt & Harter, 2001). Υποστηρίζεται ακόμη πως το εκπαιδευτικό πρόγραμμα περιλαμβάνει θετικά κριτήρια για σωματοποίηση, κατανόηση του ρόλου της διαχείρισης θυμού και διάθεσης στη σωματοποίηση, εκπαίδευση των ικανοτήτων στη λήψη βιοψυχολογικού ιστορικού, ένα μοντέλο γενικής θεραπείας για σωματοποίηση και συμβουλή στη διαχείριση των χρόνιων περιπτώσεων. Το παιχνίδι ρόλων και η βιντεοκασέτα μπορούν επίσης να χρησιμοποιηθούν επαρκώς για τη βελτίωση των ικανοτήτων επικοινωνίας, για την αξιολόγηση και διαχείριση ασθενών με σωματοποίηση (Koh et al., 2014).

Ωστόσο, για τους ασθενείς σε πιο σοβαρή κατάσταση η παραπομπή σε ειδικούς ψυχικής υγείας κρίνεται εντελώς απαραίτητη, για χρόνιες και ανυπότακτες στη θεραπεία περιπτώσεις. Μη συγκεκριμένοι παράγοντες, οι οποίοι είναι σημαντικοί σε οποιαδήποτε ψυχοθεραπεία (π.χ. θεραπευτική συμμαχία, προσδοκία ότι θα βοηθηθούν), μπορεί να διαφοροποιηθούν από συγκεκριμένες θεραπευτικές τεχνικές και να προσαρμοστούν στις συγγενείς παθολογικές διαδικασίες στις σωματόμορφες διαταραχές (Angenendt & Harter, 2001).. Από κάποιους ερευνητές υποστηρίζεται πως η γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία αποτελεί την καλύτερα δομημένη θεραπεία για μία ποικιλία σωματόμορφων διαταραχών (Fjorback et al., 2013; Perez, Zlotnick, Gomez, Rendon & Swanson, 2013). Ωστόσο, άλλοι υποστηρίζουν πως οι πολυτροπικές και διεπειστημονικές θεραπευτικές προσεγγίσεις φαίνεται να είναι περισσότερο αποτελεσματικές από ότι μία ξεχωριστή προσέγγιση. Σε κάθε περίπτωση είναι αποδεκτό πως μία αποδεκτή και (ειδικά στο ξεκίνημα) όχι αντιμαχόμενη σχέση ασθενή-θεραπευτή είναι προαπαιτούμενο για ενεργή συμμετοχή στη θεραπεία. Είναι, επίσης η βάση για την ανάπτυξη ενός εναλλακτικού μοντέλου ασθένειας και την κινητοποίηση για αλλαγή. Στη συνέχεια, αναφέρεται πως τα αυτό-απεικονιστικά ημερολόγια έχουν ως σκοπό την ακριβή αναγνώριση των

συμπτωμάτων σε σχέση με εξωτερικά και εσωδεκτικά ερεθίσματα, γεγονότα και τις θετικές και αρνητικές τους συνέπειες σε συγκεκριμένες καταστάσεις. Ακόμη, η ψυχο-εκπαίδευση και η γνωστική θεραπεία είναι απαραίτητες για κριτική συζήτηση και αναθεώρηση των ανεπαρκών εννοιών σχετικά με την υγεία και την ασθένεια και μία καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών που βρίσκονται σε εξέλιξη. Η εκπαίδευση χαλάρωσης παρέχεται ως μία μέθοδος για μία ενεργή μείωση της έντασης, της διέγερσης και της σύλληψης. Ο ασθενής κινητοποιείται για να μειώσει τη δυσπροσαρμοστική συμπεριφορά ασθένειας, αναζήτησης επιβεβαίωσης και κοινωνικής απόσυρσης. Τέλος, υποστηρίζεται πως εναλλακτικές συμπεριφορές όπως ασκήσεις, αθλήματα και θετικές δραστηριότητες πρέπει να αντικαταστήσουν τις συμπτωματικές και μπορούν να βοηθήσουν στην αναβίωση των σωματικών λειτουργιών με ένα πιο θετικό τρόπο (Angenendt & Harter, 2001).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Τις τελευταίες δεκαετίες έχουν γίνει αξιόλογες προσπάθειες προκειμένου να διερευνηθούν λεπτομερώς οι ψυχοσωματικές διαταραχές, η αιτιολογία καθώς και η ερμηνεία τους. Ωστόσο, κρίνεται σημαντικό να διεξαχθούν περισσότερες έρευνες που να επιτρέπουν μία ασφαλή τεκμηρίωση της ερμηνείας των συμπτωμάτων, με την οποία ασχολήθηκε ενδελεχώς κυρίως ο Alexander. Δοθείσης της ευκαιρίας να μελετήσω με λεπτομέρεια αλλά πολύ ενδιαφέρον τις διαταραχές αυτές είμαι θέση να δηλώσω πως αποκόμισα ιδιαίτερα σημαντικές γνώσεις επί του θέματος. Κατά τη γνώμη μου είναι ιδιαίτερα εντυπωσιακός ο τρόπος με τον οποίο το ανθρώπινο σώμα προσπαθεί να επικοινωνήσει στο περιβάλλον τα συναισθήματα που το άτομο καταπιέζει και μέσω της ερμηνείας των διάφορων σωματοποιήσεων κατάφερα να ερμηνεύσω πολλά δικά μου συμπτώματα και, κατά κάποιο τρόπο, να έρθω ένα βήμα πιο κοντά στο να γνωρίσω τον εαυτό μου. Ακόμη και εκείνοι που δεν αναγνωρίζουν το σώμα και την ψυχή ως μία ενιαία οντότητα, δεν θα μπορούσαν να διαφωνήσουν με το γεγονός ότι ναι μεν για να είναι ο νους υγιής πρέπει να είναι και το σώμα υγιές («νους υγιής εν σώματι υγιεί») αλλά και για να είναι το σώμα υγιές πρέπει να είναι και ο νους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abramowitz, J. S., & Moore, E. L. (2007). An experimental analysis of hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy, 45,* 413-424.

Adlan, A. M., Lip, G. Y., Paton, J. F., Kitas, G. D., & Fisher, J. P. (2014). Autonomic function and rheumatoid arthritis – A systematic review. *Seminars in Arthritis and Rheumatism, 44,* 283-304.

Alexander, F. (1987). *Psychosomatic Medicine. Its principles and Applications.* London: Norton & Company.

Allen, L. A., & Woolfolk, R. L. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Somatoform Disorders. *Psychiatry Clin N Am, 33*, 579-593.

Ammon, G., Schibalski-Ammon, K., Herold, J., & Finke, G. (1984). Psychodynamics and Ego Structure in Skin Disease. *Clinics in Dermatology, 2,* 43-58.

Angenendt, J., & Harter, M. (2001). Somatoform Disorders. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences,* 14591-14596.

Bailey, P. E., & Henry, J. D. (2007). Alexithymia somatization and negative affect in a community sample*. Psychiatry Research, 150*, 13-20.

Bankier, B., Aigner, M., & Bach, M. (2001). Alexithymia in DSM-IV Disorder (Comparative evaluation of Somatoform Disorder, Panic Disorders, Obsessive-Compulsive Disorder and Depression*). Psychosomatics, 42*, 235-240.

Batelaan, N. M., Have, M., van Balkom, A. J., Tuithof, M., & Graaf, R. (2014). Anxiety disorders and onset of cardiovascular disease: The differential impact of panic, phobias and worry. *Journal of Anxiety Disorders, 28,* 252-258.

Bautista, R. E. D., Gonzales-Salazar, W., & Ochoa, J. G. (2008). Expanding the theory of symptom modeling in patients with psychogenic non epileptic seizures. *Epilepsy & Behavior, 13,* 407-409.

Behronz, R., & Benbadis, S. R. (2014). Psychogenic pseudostroke*. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 23,* 243-248.

Bodde, N. M., Brooks, J. L., Baker, G. A., Boon, P. A., Hendriksen, J. G., Mulder, O. G., & Aldenkamp, A. P. (2009). Psychogenic non-epileptic seizures – Definition, etiology, treatment and prognostic issues: A critical review*. Seizure, 18,* 543-553.

Bodde, N. M. G., Brooks, J. L., Baker, G. A., Hendriksen, J. G. M., & Aldenkamp, A. P. (2009). Psychogenic non epileptic seizures – Diagnostic issues: A critical review. *Clinical Neurology and Neurosurgery, 111,* 1-9.

Bondo-Lind, A., Delmar, C., & Nielsen, K. (2014). Searching for existential security: A prospective qualitative study on the influence of mindfulness therapy on experienced stress

and copings strategies among patients with somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research,* (article in press).

Boom, K. J., Hout, M. A., & Huntjens, R. J. (2010). Psychoform and somatoform dissociation, traumatic experiences and fantasy proneness in somatoform disorders. *Personality and Individual Differences, 48*, 447-451.

Bracha, H. S., Yoshioka, D. T., Masukawa, N. K., & Stockman, D. J. (2005). Evolution of the human fear-circuity and acute sociogenic pseudoneurological symptoms: The Neolithic balanced – polymorphism hypothesis. *Journal of Affective Disorders, 88,* 119-129.

Brown, T. M. (2004). Somatization. *The Medicine Publishing Company,* 34-35.

Brown, R. J., Cardena, E., Nijenhuis, E., & Sar, V. (2007). Should Conversion Disorder be Reclassified as a Dissociative Disorder in DSM-V? *Psychosomatics, 48,* 369-378.

Carlier, I. V., Colijn, S., van Rood, Y. R., Steevelaar, M. F., van Vliet, I. M., & van Veen, T. (2014). A comparative analysis of personality pathology profiles among patients with pure depressive, pure anxiety and pure somatoform disorders. *Journal of Affective Disorders, 168*, 322-330.

Chung, J. H., Moon, K., Hyung, K. D., Min, J., Kim, T. H., & Hwang, H. (2014). Suicidal ideation and suicide attempts among diabetes mellitus: The Korea National Health Nutrition Examination Survey from 2007 to 2012. *Journal of Psychosomatic Research, 77,* 457-461.

Co, M. A., Tan, L. S., Tai, E. S., Griva, K., Amir, M., Chong, K. J., Lee, Y. S., Lee, J., Khoo, E. Y., Wee, H. L. (2015). Factors associated with psychological distress, behavioral impact and health related quality of life among patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications,* article in press.

Coryell, W., & Norten, S. G. (1981). Briquet's Syndrome (Somatization Disorder) and Primary Depression: Comparison of Background and Outcome. *Comprehensive Psychiatry, 22,* 249-156.

Cottencin, O. (2014). Conversion Disorders: Psychiatric and psychotherapeutic aspects. *Clinical Neuropsychology,* (article in press).

Crommelinck, M. (2014). Neuropsychology of Conversion Disorders: A historical perspective. *Clinical Neuropsychology,* (article in press).

D' Alessio, L., Giagante, B., Oddo, S., Silva, W. W., Selis, P., Consalvo, D., & Kochen, S. (2006). Psychiatric disorders in patients with psychogenic non-epileptic seizures with and without comorbid epilepsy. *Seizure, 15,* 333-339.

Dayan, J., & Olliac, B. (2010). From hysteria and shell shack to posttraumatic stress disorder: Comments on psychoanalytic and neurological approaches. *Journal of Physiology, 104,* 296-302.

Dickinson, W. P., Dickinson, L. M., de Gruy, F. V., Candib, L. M., Main, D. S., Libby, A. M., & Rost, K. (2003). The somatization in primary care study: a tale of three diagnoses. *General Hospital Psychiatry, 25,* 1-7.

Dohrenwend, A., & Skillings, J. L. (2009). Diagnosis-Specific Management of Somatoform Disorders: Moving Beyond "Vague Complaints of Pain". *The Journal of Pain, 10*, 1128-1137.

Dounezis, A., & Seretis, D. (2013). Descriptive and predictive validity of somatic attributions in patients with somatoform disorder: A systematic review of quantitative research. *Journal of Psychosomatic Research*, *75*, 199-210.

Duddu, V., Isaac, M. K., & Chaturvedi, S. K. (2003). Alexithymia in somatoform and depressive disorders. *Journal of Psychosomatic Research, 54*, 435-438.

Dumet, N. (2002). *Η κλινική των Ψυχοσωματικών Διαταραχών* (μτφρ. Γ. Χατήρας & Κ. Χατήρα). Αθήνα: Gutenberg.

Egloff, N., Camara, R. J., von Kanel, R., Klinger, N., Marti, E., & Ferrari, M. G. (2014). Hypersensitivity and hyperalgesia in somatoform pain disorders. *General Hospital Psychiatry, 36,* 284-290.

Elderon, L., & Whooley, M. A. (2013). Depression and Cardiovascular Disease. *Progress in Cardiovascular Diseases, 55,* 511-523.

Englbrecht, M., Araujo, M. K., Rech, J., & Schett, G. (2013). The Interaction of Physical Function and Emotional Well-being in Rheumatoid Arthritis – What is the Impact on Disease Activity and Coping? *Rheumatoid Arthritis,* 482-491.

Fallon, B. A. (2004). Pharmacotherapy of somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research, 56*, 455-460.

Farsaei, S., Radfar, M., Heydari, Z., Abbasi, F., & Qorbani, M. (2014). Insulin adherence in patients with diabetes: Risk factors for injection omission*. Primary care and diabetes, 8,* 338-345.

Fergus, T. A., & Valentiner, D. D. (2009). Reexamining the domain of hypochondriasis: Comparing the illness Attitudes Scale to other approaches. *Journal of Anxiety Disorders, 23,* 760-766.

Fergus, T. A., & Valentiner, D. D. (2010). Disease phobia and disease conviction are separate dimensions underlying hypochondriasis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41,* 438-444.

Fjorback, L. O., Arendt, M., Ornbol, E., Walach, H., Rehfeld, E., Sehroder, A., & Fink, P. (2013). Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes – Randomized trial with one year follow up. *Journal of Psychosomatic Research, 74,* 31-40.

Galeazzi, G. M., Ferrari, S., Mackinnon, A., & Rigatelli, M. (2004). Interrater reliability, prevalence, and relation to ICD-10 diagnoses of the Diagnostic Criteria for the Psychosomatic Research in consultation Liaison psychiatry patients. *Psychosomatics, 45*, 386-393.

Garcia-Campayo, J., Alda, M., Sobradiel, N., Olivan, B., & Pascual, A. (2007). Personality disorders in somatization disorder patients: A controlled study in Spain. *Journal of Psychosomatic Research, 62,* 675-680.

Gatchel, R. J., & Blanchard, E. B. (1993). *Psychological disorders: Research and clinical applications.* Washington: American Psychological Association.

Gerber, M., & Puhse, U. (2008). "Don't crack under pressure!" –Do leisure time physical activity and self-esteem moderate the relationship between school-based stress and psychosomatic complaints? *Journal of Psychosomatic Research, 65*, 363-369.

Gimeno, E. J., Guisasola, F. A., Lachica, L. A., Ortega, R. P., Suarez, C. R., & Tudela, L. L. (2014). Quality of life and fear for hypoglycemia in patients with type 2 diabetes mellitus. *Revista Clinica Espanola,* article in press.

Grassi, L., Rossi, E., Sabato, S., Cruciani, G., & Zambelli, M. (2004). Diagnostic Criteria for the Psychosomatic Research and Psychosocial Variables in Breast Cancer Patients. *Psychosomatics, 45*, 483-491.

Gucht, V (2003). Stability of Neuroticism and Alexithymia in Somatization. *Comprehensive Psychiatry*, *44*, 466-471.

Guidi, J., Rafanelli, C., Roncuzzi, R., Sirri, L., & Fava, G. A. (2013). Assessing psychological factors affecting medical conditions: comparison between different proposals. *General Hospital Psychiatry*, 35, 141-146.

Hamilton, J. C., Eger, M., Razzak, S., Feldman, M. D., Hallmark, N., & Cheek, S. (2013). Somatoform, Factitious and Related Diagnoses in the National Hospital Discharge Survey: Assessing the Proposed DSM-5 Revision*. Psychosomatics, 54,* 142-148.

Han, C., Pae, C., Lee, B. H., Ko, Y. H., Masand, P. S., Patkar, A. A., & Jung, I. (2008). Fluoxetine versus sertaline in the treatment of patients with undifferentiated somatoform disorder: A randomized open-label, 12 week, parallel-group trial. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 32,* 437-444.

Hartman, T. C., Borghuis, M. S., Lucassen, P. L., van de Laar, F. A., Speckens, A. E., & van Weel, C. (2009). Medically unexplained symptoms, somatization disorder and hypochondriasis: Course and prognosis. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 66,* 363-377.

Hausteiner, C., Huber, D., Bornschein, S., Grosber, M., Bubel, E., Groben, S., Lahmann, C., Lowe, B., Eyer, F., Eberlein, B., Ring, J., Behrendt, H., Darsow, U., & Henningsen, P. (2010). Characteristics of oligosymptomatic versus polysymptomatic presentations of somatoform disorders in patients with suspected allergies. *Journal of Psychosomatic Research, 69,* 259-266.

Hill, A., Niven, C. A., & Knussen, C. (1996). Pain memories in phantom limps: a case study. *International Association for the Study of Pain, 66*, 381-384.

Hofling, V., & Weck, F. (2013). Assessing Bodily Preoccupations is sufficient: Clinically effective screening for hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research, 75,* 526-531.

Jeffery, R. C. (2014). Clinical features of rheumatoid arthritis. *Rheumatoid arthritis, 42,* 231-236.

Jowett, S., & Ryan, T. (1985). Skin disease and Handicap: An analysis of the impact of skin conditions. *Soc. Sci. Med., 20,* 425-429.

Kaplan, M. J., Dwivedi, A. K., Privitera, M. D., Isaacs, K., Hughes, C., & Bowman, M. (2013). Comparisons of childhood trauma, alexithymia, and defensive styles in patients with psychogenic non-epileptic seizures Vs epilepsy: Implications for the etiology of conversion disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 75,* 142-146.

Kendell, R. E., (2001). Hysteria. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 7,* 133-138.

Koh, K. B. (2014). How to approach patients with somatization effectively. *Journal of Psychosomatic Research, 76,* 495-520.

Koh, K. B., Choi, E. H., Lee, Y., & Han, M. (2011). Serotonin- related gene pathways with undifferentiated somatoform disorder. *Psychiatry Research, 189,* 246-250.

Koh, K. B., Sohn, S. H., Kang, J. I., Lee, Y., & Lee, J. D. (2012). Relationship between neural activity and immunity in patients with undifferentiated somatoform disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 202,* 252-256.

Kooiman, C. G. (1998). The status of Alexithymia as a risk factor in mentally unexplained physical symptoms*. Comprehensive Psychiatry, 39*, 152-159.

Kooiman, C. G., Spinhoven, P., & Trijsburg, R. W. (2002). The assessment of alexithymia. A critical review of the literature and a psychometric study of Toronto Alexithymia Scale -20. *Journal of Psychosomatic Research, 53*, 1083-1090.

Kopp, M., & Skrabski, A. (1989). What does the legacy of Hans Selye and Franz Alexander mean today? (The psychophysiological approach in medical practice*). International Journal of Psychophysiology, 8*, 99-105.

Korber, S., Frieser, D., Steinbrecher, N., & Hiller, W. (2011). Classification characteristics of the Patient Health Questionnaire-15 for screening somatoform disorders in a primary care setting*. Journal of Psychosomatic Research, 71*, 142-147.

Krishman, V., Sood, M., & Chadda, R. K. (2013). Caregiver burden and disability in somatization disorder. *Journal of Psychosomatic Research, 75,* 376-380.

Lahmann, C., Loew, T. H., Tritt, K., & Nickel, M. (2008). Efficacy of Functional Relaxation and Patient in the Treatment of Somatoform Heart Disorders: A randomized, Controlled Clinical Investigation. *Psychosomatics, 49*, 378-385.

Landsman-Dijkstra, J. A., van Wijck, R., & Groothoff, J. W. (2006). The long-term lasting effectiveness on self-efficacy, attribution style, expression of emotions and quality of life of a body awareness program for chronic a-specific psychosomatic symptoms. *Patient Education and Counseling, 60*, 66-79.

Larsen, J. K., Brand, N., Bermond, B., & Hijman, R. (2003). Cognitive and emotional characteristics of alexithymia. A review of neurobiological studies. *Journal of Psychosomatic Research, 54*, 533-541.

Lemche, A. V., Chaban, O. S., & Lemche, E. (2014). Alexithymia as a risk factor tor type 2 diabetes mellitus in the metabolic syndrome: a cross-sectional study. *Psychiatry Research, 215,* 438-443.

Levy, R. L., Olden, K. W., Naliboff, B. D., Bradley, L. A., Francisconi, C., Drossman, D. A., & Creed, F. (2006). Psychosocial Aspects of the Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology, 130,* 1447-1458.

Li, M., Li, T., Shi, B. Y., & Gao, C. X. (2014). Impact of motivational interviewing on the quality of life and its related factors in type 2 diabetes mellitus patients with poor long-term glycemic control. *International Journal of Nursing Sciences, 1,* 250-254.

Liepert, J., Harsa, T., Tuscher, O., & Schmidt, R. (2011). Motor excitability during movement imagination and movement observation in psychogenic lower limb paresis. *Journal of Psychosomatic Research, 70,* 59-65.

Lipowski, Z. J. (1973). Psychosomatic Medicine in a Changing Society: Some Current Trends in Theory and Research. *Comprehensive Psychiatry, 14*, 203-213.

Liskow, B., Penick, E. C., Powell, B. J., Haefele, W. F., & Camphell, J. L. (1986). Inpatients with Briquet's Syndrome: Presence of Additional Psychiatric Syndromes and MMPI Results. *Comprehensive Psychiatry, 27,* 461-470.

Lumley, M. A., Stettner, L., & Wehmer, F. (1996). How are alexithymia and psysical illness linked? A review and critique of pathways*. Journal of Psychosomatic Research, 41*, 505-518.

Mangelli, L., Semprini, F., Sirri, L., Fava, G. A., & Sonino, N. (2006). Use of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) in a community sample*. Psychosomatics, 47*, 143-146.

Manopoulos, S. (2006). Early traumas in psychosomatic patients: Splitting and integration. *International Congress Series, 1286*, 81-86.

Marchetti, R. L., Kurcgant, D., Neto, J. G., von Bismark, M. A., Marchetti, L. B., Fiore, L. A. (2008). Psychiatric diagnoses of patients with psychogenic non-epileptic seizures. *Seizure, 17,* 147-153.

Marcus, D. K., Gurley, J. R., Marchi, M. M., & Bauer, C. (2007). Cognitive and perceptual variables in hypochondriasis and health anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 27,* 127-139.

Maric-Oechler, W. (2009). Integrative psychosomatics east-west inn pain treatment. European Journal of Integrative Medicine, 1, 223-260.

Maunder, R. G. (1998). Panic disorder associated with gastrointestinal disease: review and hypotheses. *Journal of Psychosomatic Research, 44,* 91-105.

Mufson, J. M. (2003). Conversion Disorder and other Somatoform Disorders. *Encyclopedia of the Neurological Sciences,* 767-770.

Napolitano, F., Annicchiarico, G., Caroprese, M., De Rosa, G., Taibi, L., & Sevi, A. (2003). Lambs prevented from suckling their mothers display behavioral, immune and endocrine disturbances. *Psychology and Behavior, 78,* 81-89.

Natelson, B. H. (1983). Stress, predisposition and the onset of serious disease: Implications about psychosomatic etiology. *Neuroscience & Behavioral Reviews, 7*, 511-527.

Νικολαΐδης, Δ., & Benedetti, G. (1981). Ψυχοσωματική Ιατρική. Θεσσαλονίκη: Κυριακίδη.

Norton, G. R., Norton, P. J., Asmundson, G. J., Thompson, L. A., & Larsen, D. K. (1999). Neurotic butterflies in my stomach: the role of anxiety, anxiety sensitivity and depression in functional gastrointestinal disorders. *Journal of Psychosomatic Research, 47,* 233-240.

Novack, D. H., Cameron, O., Epel, E., Ader, R., Waldstein, S. R., Levenstein, S., Antoni, M. H., & Wainer, R. A. (2007). Psychosomatic medicine: The scientific Foundation of the biopsychological model. *Academic Psychiatry, 31*, 388-401.

Nowak, D. A., & Fink, G. R. (2009). Psychogenic movement disorders: Etiology, phenomenology, neuroanatomical correlates and therapeutic approaches. *NeuroImage, 47,* 1015-1025.

Nshanyan, S. Y., Zorina, I. V., & Yakovenko, S. A. (2010). Endocrine disturbances and hemostasis changes after controlled ovarian hyperstimulation in IVF. *Warm,* 14

Oken, D. (2001). Psychosomatic Medicine. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 12*, 452-457.

Orion, E., & Wolf, R. (2013). Psychological factors in skin diseases: Stress and skin: Facts and controversies. *Clinics in Dermatology, 31,* 707-711.

Orion, E., & Wolf, R. (2014). Psychological factors in the development of facial ddermatoses. *Clinics in Dermatology, 32,* 763-766.

Oudenhove, L., & Aziz, Q. (2009). Recent insights on central processing and psychological processes in functional gastrointestinal disorders. *Digestive and Liver Disease, 41,* 781-787.

Parent, A. S., Franssen, D., Fudvoye, J., Gerard, A., & Bourguignon, J. P. (2015). Developmental variations in environmental influences including endocrine disruptors on pubertal timing and neuroendocrine control: Revision of human observations and mechanistic insight from rodents. *Frontiers in Neuroendocrinology,* article in press.

Perez, C. I., Zlotnick, C., Gomez, J., Rendon, M. J., & Swanson, A. (2013). Cognitive behavioral therapy for PTSD and somatization: An open trial. *Behavioral Research and Therapy, 51,* 284-289.

Plotnicov, V. V., Severyanova, L. A., & Plotnikov, D. V. (2008). The systematic temperament characteristics as the base of psychosomatic disorders. *International Journal of Psychophysiology, 69*, 276-316.

Pollatos, D., Dietel, A., Herbert, B. M., Wankner, S., Wachsmuth, C., Henningsen, P., & Sack, M. (2011). Blunted autonomic reactivity and increased pain tolerance in somatoform disorders. *Pain, 152,* 2157-2164.

Rashbaum, I. G., & Sarno, J. E. (2003). Psychosomatic concepts in chronic pain. *American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation, 84,* 76-80.

Read, N. W. (2000). Bridging the gap between mind and body: do cultural and psychoanalytic concepts of visceral disease have an explanation in contemporary neuroscience? *Progress in Brain Research, 22*, 425-445.

Rees, L. (1956). Physical and emotional factors in bronchial asthma. *Journal of Psychosomatic Research, 1,* 98-114.

Reuber, M. (2008). Psychogenic non epileptic seizures: Answers and questions. *Epilepsy & Behavior, 12,* 622-635.

Reuber, M. & Elger, C. E. (2003). Psychogenic nonepileptic seizures: review and update. *Epilepsy & Behavior, 4,* 205-216.

Rezaei, F., Doost, H. T., Molavi, H., Abedi, M. R., & Karimifar, M. (2014). Depression and pain in patients with rheumatoid arthritis: Mediating role of illness perception. *The Egyptian Rheumatologist, 36,* 57-64.

Rief, W., & Barsky, A. J. (2005). Psychobiological perspectives on somatoform disorders. *Psychoneuroendocrinology, 30,* 996-1002.

Ritz, T., Kullowatz, A., Goldman, M. D., Kanniess, F., Magnussen, H., & Dahme, B. (2010). Emotional reactivity of the airways in asthma: Consistency across emotion – induction techniques and emotional qualities. *Biological Psychology, 84,* 74-81.

Ritz, T., Rosenfield, D., Wilhelm, F. H., & Roth, W. T. (2012). Airway constriction in asthma during sustained emotional stimulation with films. *Biological Psychology, 91,* 8-16.

Rosendal, M., Olesen, F., Fink, P., Toft, T., Sokolowski, I., & Bro, F. (2007). A randomized controlled trial of brief training in the assessment and treatment of somatization on primary care: effects on patient outcome. *General Hospital Psychiatry, 19,* 364-373.

Sack, M., Boroske-Leiner, K., & Lahmann, C. (2010). Association of nonsexual and sexual traumatizations with body image and psychosomatic symptoms in psychosomatic outpatients. *General Hospital Psychiatry, 32*, 315-320.

Sadjadi, R., & Quigg, M. (2014). Simultaneous non epileptic spells and non organic hearing loss: A case of comorbid psychogenic symptoms. *Epilepsy & Behavior, 2,* 46-18.

Salomon, K., Bylsma, L. M., White, K. E., Penaite, V., & Rottenberg, J. (2013). Is blunted cardiovascular reactivity in depression mood-state dependent? A comparison of major depressive disorder remitted depression and healthy controls. *International Journal of Psychophysiology, 90,* 50-57.

Salzman, L. (1964). The Legacy of Dr. Franz Alexander. *Comprehensive Psychiatry, 5*, 215-218.

Sarti, M. G., & Cossidente, A. (1984). Therapy in Psychosomatic Dermatology. *Clinics in Dermatology, 2,* 255-273.

Schaefer, A., Gieler, U., Kurth, R., Brosig, B., Leweke, F., Milch, W. E., Reimer, C., & Beutel, M. E. (2008). Long-term outcomes of short –term and long-term psychosomatic inpatient treatment and their predictors. Journal of Psychosomatic. *Journal of Psychosomatic Research, 65*, 329-336.

Schmid, G., Dinkel, A., Henningsen, P., Dieterich, M., Itopfner, A., Pieh, C., & Lahmann, C. (2014). Assessment of psychological aspects of somatoform disorders: A study on German version of Health Attitude Survey (HAS). *Comprehensive Psychiatry, 55*, 155-164.

Schreiber, F., Neng, J. M. B., Heimlich, C., Witthoft, M., & Weck, F. (2014). Implicit affective evaluation bias in hypochondriasis: Findings from the Affect Misattribution Procedure. *Journal of Anxiety Disorders, 28,* 671-678.

Sharma, B., Sudarsanan, B. S., & Bhatnagar, M. A. (2005). Skin and Psyche: Diversionary Symbiosis*. MJAFI, 61,* 163-166.

Simon, G. E., Gureje, O., & Fullerton, C. (2001). Course of hypochondriasis in an international primary care study. *General Hospital Psychiatry, 23,* 51-55.

Singh, A. N. (2006). Psychosomatic medicine and psychopharmacology, symbiosis of present and future*. International Congress Series, 1287*, 12-16.

Spitzer, C., Spelsberg, B., Grabe, H. J., Mundt, B., & Freyberger, H. J. (1999). Dissociative experiences and psychopathology in conversion disorders. *Journal of Psychosomatic Research, 46,* 291-294.

Steinbrecher, N., & Hiller, W. (2011). Course and prediction of somatoform disorder and medically unexplained symptoms in primary care. *General Hospital Psychiatry, 33,* 318-326.

Stingl, M., Bausch, S., Walter, B., Kagerer, S., Leichsenring, S., & Leweke, F. (2008). Effects of inpatient psychotherapy on the stability of alexithymia characteristics. *Journal of Psychosomatic Research, 65*, 173-180.

Stone, J., Curt, W., Brown, R., Spiegel, D., Levenson, J. L., & Sharpe, M. (2011). Conversion Disorder: Current problems and potential solutions for DSM-5. *Journal of Psychosomatic Research, 71,* 369-376.

Stonnington, C. M., Locke, D. E. C., Hsu, C. H., Ritenbaugh, C., Lane, R. D. (2013). Somatization is associated with deficits in affective Theory of Mind. *Journal of Psychosomatic Research, 74,* 479-485.

Swartz, M., Hughes, D., George, L., Blazer, D., Landerman, R., & Bucholz, K. (1986). Developing a screening index for community studies of somatization disorder. *J. Psychiat. Res., 20,* 335-343.

Tabaei, S. M., & Sohrabi, R. (2013). Comparing the personality profile of patients suffering from cancer disease. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 84*, 1801-1803.

Taycan, O., Sar, V., Celik, C., & Erdogan-Taycan, S. (2014). Trauma-related psychiatric comorbidity of somatization disorder among women in eastern Turkey. *Comprehensive Psychiatry, 55,* 1837-1846.

Trifu, S., Delcuescu, C., & Boer, M. C. (2012). Psychosomatics and physical tension. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 33*, 128-132.

Tully, P. J., Newland, R. F., & Baker, R. A. (2014). Cardiovascular risk profile before coronary artery bypass graft surgery in relation to depression and anxiety disorders: An age and sex propensity matched study. *Australian Critical Care,* article in press.

Turner, B. J., Claes, L., Wilderjans, T. F., Pauwels, E., Diechx, E., Chapman, A. I., & Schoevaerts, K. (2014). Personality profiles in Eating Disorders: Further evidence of the clinical utility of examining subtypes based on temperament. *Psychiatry Research, 219,* 157-165.

Tzeng, B. A., & Eisendrath, S. (2003). Somatoform Disorders. *Encyclopedia of the Neurological Sciences,* 321-324.

Vaudreuil, C., & Trieu, M. (2013). Symptom – Inducibility in a case of Conversion Disorder. *Psychosomatics, 54,* 505-506.

Vlemincx, E., Abelson, J. L., Lehrer, P. M., Davenport, P. W., van Diest, I., & van den Bergh, O. (2013). Respiratory variability and sighing: A psychophysiological reset model. *Biological Psychology, 93,* 24-32.

Voigt, K., Nagel, A., Meyer, B., Langs, G., Braukhaus, C., & Lowe, B. (2010). Towards positive diagnostic criteria: A systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *Journal of Psychosomatic Research*, *68*, 403-414.

Vuilleumier, P. Y. (2005). Hysterical conversion and brain function. *Progress in Brain Research, 150,* 309-329.

Wakefield, J. C., & First, M. B. (2012). Placing symptoms in context: the role of contextual criteria in reducing false positives in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders diagnoses. *Comprehensive Psychiatry, 53,* 130-139.

Walker, J., Vincent, N., Furer, P., Cox, B., & Kjernished, K. (1999). Treatment preference in hypochondriasis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 30,* 251-258.

Wankowska, M., & Polkowska, J. (2010). The pituitary endocrine mechanisms involved in mammalian maturation: maternal and photoperiodic influences. *Reproductive Biology, 10,* 3-18.

Weck, F., Neng, J. M., Richtberg, S., & Stangier, U. (2012). The restrictive concept of good health in patients with hypochondriasis. *Journal of Anxiety Disorders, 26,* 792-798.

Whyte, A. S., & Niven, C. A. (2001). Psychological distress in amputees with phantom limb pain. *Journal of Pain and Symptom Management, 22*, 938-946.

Yoshino, A., Okamoto, Y., Yoshimura, S., Shishida, K., Toki, S., Doi, M., Machino, A., Fakumoto, T., Yamashita, H., & Yamawaki, S. (2013). Distinctive neural responses to pain stimuli during induced sadness in patients with somatoform pain disorder: An fMRI study. *Neuroimage: Clinical, 2,* 782-789.

Zoccolino, M., & Cloninger, R. C. (1986). Somatization Disorder: Psychologic Symptoms, Social Disability, and Diagnosis. *Comprehensive Psychiatry, 27,* 65-73.