

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

**ΠΑΙΔΙ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΣ: ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΚΑΙ
ΣΩΜΑΤΟΜΟΡΦΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

ΕΠΟΠΤΕΙΑ: Dr. Π. Δ. ΧΑΤΗΡΑ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΓΕΩΡΓΙΟΥ ANNA

A.M.: 1243

ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

ΡΕΘΥΜΝΟ 2005

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Σελ.

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

* Εισαγωγή	5
* Διαγνωστικά κριτήρια κατά το DSM-IV-TR™	6
* Ιστορική ανασκόπηση	8
* Παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων	12
* Κοινά χαρακτηριστικά των ψυχοσωματικών διαταραχών.....	15

ΟΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ

* Τα δύο μοντέλα σωματοποίησης κατά τον Freud.....	16
* Το βιοϊατρικό μοντέλο	17

ΟΙ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

* Βρογχικό Άσμα.....	19
* Ημικρανία	21
* Πεπτικό Έλκος	22
* Ελκώδης ή Βλεννώδης Κωλίτιδα.....	24
* Ψυχογενής Ανορεξία	25
* Ενούρηση.....	28
* Ιδιοπαθές Έκζεμα	29
* Τοξικοθυρεοειδισμός.....	30

* Τις.....	31
* Νεανική Ρευματοειδής Αρθρίτιδα.....	31
* Η νεύρωση Οργάνου.....	33

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

* Αρχές θεραπείας παιδιών και εφήβων με ψυχοσωματικές διαταραχές.....	35
* Χαρακτηριστικά της οικογένειας του αρρώστου με ψυχοσωματική διαταραχή.....	38
* Ψυχοπάθεια.....	39
* Χαρακτηριστικά Ψυχοθεραπείας παιδιών με ψυχοσωματικές διαταραχές.....	42
* Θεραπεία της Συμπεριφοράς – Συστηματική απευαισθητοποίηση.....	45
* Γνωσιακή θεραπεία.....	46

ΣΩΜΑΤΟΜΟΡΦΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

<i>ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....</i>	49
------------------------	----

<i>ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....</i>	54
--------------------------------------	----

* Επιδημιολογία, Πορεία, Επιπλοκές.....	55
* Διαφορική διάγνωση.....	56
* Διάγνωση.....	57

<i>ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ.....</i>	59
----------------------------------	----

* Επιδημιολογία, Πορεία, Επιπλοκές.....	59
---	----

* Διαφορική διάγνωση.....	60
* Διάγνωση.....	62
<i>ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΟΝΟΥ.....</i>	<i>63</i>
* Επιδημιολογία, Πορεία, Επιπλοκές.....	64
* Διαφορική διάγνωση.....	65
* Διάγνωση.....	65
<i>ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΑΣΗ.....</i>	<i>66</i>
* Επιδημιολογία, Πορεία, Επιπλοκές.....	67
* Διαφορική διάγνωση.....	68
* Διάγνωση.....	69
<i>ΣΩΜΑΤΟΔΥΣΜΟΡΦΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....</i>	<i>70</i>
* Διάγνωση.....	70
<i>ΑΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΤΗ ΣΩΜΑΤΟΜΟΡΦΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....</i>	<i>71</i>
* Επιδημιολογία, Πορεία, Επιπλοκές.....	71
* Διαφορική διάγνωση.....	72
* Διάγνωση.....	73
<i>ΣΩΜΑΤΟΜΟΡΦΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ</i>	
<i>ΑΛΛΙΩΣ.....</i>	<i>74</i>
* Διάγνωση.....	74
<i>ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΩΜΑΤΟΜΟΡΦΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....</i>	<i>76</i>
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	82
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	83

ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

*** Εισαγωγή**

Η ψυχοσωματική Ιατρική ασχολείται με τη σχέση σώματος και ψυχής κατά την εμφάνιση μίας νόσου. Δίνει έμφαση στην ενότητα ψυχής και σώματος και στην μεταξύ τους αλληλεπίδραση, σε αντίθεση με έναν πολύ στενό δυϊσμό που θεωρεί μία νόσο είτε οργανική είτε ψυχογενούς προέλευσης. Η προσωπικότητα μας αντιδρά σε μία κατάσταση σαν σύνολο και αυτή η αντίδραση συνεπάγεται και ψυχικές και φυσιολογικές, βιολογικές αλλαγές. Η ψυχοσωματική ιατρική αντιλαμβάνεται την προσωπικότητα σαν μία λειτουργική ενότητα.

Ο όρος ψυχοσωματικές διαταραχές χρησιμοποιείται για όλες εκείνες τις διαταραχές, στις οποίες η σχέση σώματος – ψυχής είναι το κύριο χαρακτηριστικό. Συγκεκριμένα, ονομάζουμε ψυχοσωματικές τις οργανικές εκείνες διαταραχές που οφείλονται σε κάποια ψυχολογική αιτία ή, τουλάχιστον, που φαίνονται να έχουν κάποιον ψυχολογικό παράγοντα στην αιτιολογία τους. Οι ψυχοσωματικές διαταραχές αναφέρονται αφενός σε μία οργανική παθολογία, και όχι απλώς σε μία σωματική συμπτωματολογία και αφετέρου σε μία ψυχολογική αιτιολογία, και όχι απλώς σε μία ψυχολογική παθολογία. Η παθολογία τους αφορά είτε ένα σωματικό όργανο π.χ. στομάχι, κεφάλι, είτε μία σωματική λειτουργία π.χ. αναπνοή όργανα και λειτουργίες που ελέγχονται από το αυτόνομο νευρικό σύστημα και καθόλου – ή σχεδόν καθόλου – από τη βούληση του ανθρώπου. Οι ψυχοσωματικές διαταραχές είναι συχνό φαινόμενο στα παιδιά και στους έφηβους. Τέτοιες διαταραχές είναι το

βρογχικό άσθμα, η ημικρανία, το πεπτικό έλκος, η ελκώδης ή Βλενώδης κωλίτιδα, η Ψυχογενής Ανορεξία, η Ενούρηση, το Ιδιοπαθές Έκζεμα, ο Τοξικοθυρεοειδισμός, τα τικ, η νεανική Ρευματοειδής Αρθρίτιδα κ.ά.

Οι ψυχοσωματικές διαταραχές μπορεί να είναι απλές, συμβολικές ή νευρωσικές. Οι Απλές ψυχοσωματικές διαταραχές είναι εκείνες που συνιστούν άμεση σωματική επίπτωση παρεμποδισμένων συναισθημάτων. Οι αιτίες είναι συνειδητές και συνήθως αντικειμενικής φύσης. Στις Συμβολικές ψυχοσωματικές διαταραχές υπάρχουν όλοι οι βαθμοί καταστολής και απώθησης. Η εκλογή του συμπτώματος, καθορίζεται από τη συμβολική αναπαράσταση που χρησιμοποιεί η «οργανική γλώσσα», δηλαδή εκφράζει με σωματικά συμπτώματα αυτό που θέλει να πει ο νους, αλλά δε θέλει να αναγνωρίσει. Οι Νευρωσικές ψυχοσωματικές διαταραχές είναι υποκειμενικές. Η αιτία των συναισθημάτων βρίσκεται μέσα μας, αυτά τα συναισθήματα όχι μόνο δε βρίσκουν κατάλληλη έκφραση, αλλά και απωθούνται, επίσης οι αιτίες τους είναι ασυνείδητες (ΧΑΝΤΦΙΛΑΝΤ, 1991).

*** Διαγνωστικά κριτήρια κατά το DSM-IV-TR™**

Τα Διαγνωστικά κριτήρια για ψυχολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη Σωματική Κατάσταση (δηλ. ψυχοσωματικές διαταραχές) κατά το DSM-IV-TR™ είναι:

A) Είναι παρούσα μία γενική σωματική κατάσταση (ταξινομημένη στο Άξονα III).

B) Οι ψυχολογικοί παράγοντες από την πλευρά τους επηρεάζουν τη γενική σωματική κατάσταση με έναν από τους ακόλουθους τρόπους:

1. Οι παράγοντες έχουν επηρεάσει την πορεία της γενικής σωματικής κατάστασης, όπως φαίνεται από τη στενή σχετικά σύνδεση μεταξύ των ψυχολογικών παραγόντων και της ανάπτυξης ή επιδείνωσης της γενικής σωματικής κατάστασης ή καθυστέρησης ανάρρωσης από αυτήν.
 2. Οι παράγοντες παρεμποδίζουν τη θεραπεία της γενικής σωματικής κατάστασης.
 3. Οι παράγοντες αποτελούν επιπρόσθετο κίνδυνο υγείας για το άτομο.
 4. Οι παθοφυσιολογικές απαντήσεις που σχετίζονται με στρες επισπεύδουν ή χειροτερεύουν συμπτώματα της γενικής σωματικής κατάστασης.
- **Ψυχική διαταραχή που επηρεάζει τη σωματική κατάσταση** (π.χ. διαταραχή στον άξονα I, όπως η μείζων καταθλιπτική διαταραχή καθυστερεί την ανάνηψη από το έμφραγμα μυοκαρδίου).
 - **Ψυχολογικά συμπτώματα που επηρεάζουν τη σωματική κατάσταση** (π.χ. καταθλιπτικά συμπτώματα καθυστερούν την ανάνηψη από χειρουργείο· το άγχος επιδεινώνει το άσθμα).
 - **Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας ή τρόπος χειρισμού επηρεάζουν τη σωματική κατάσταση** (π.χ. παθολογική άρνηση για την ανάγκη χειρουργείου σε ασθενή που πάσχει από καρκίνο,

εχθρικότητα, πιεστική συμπεριφορά που επιβαρύνει την καρδιοαγγειακή νόσο).

- **Δυσπροσαρμοστικές συμπεριφορές υγείας που επηρεάζουν τη σωματική κατάσταση** (π.χ. έλλειψη άσκησης, μη ασφαλές σεξ, υπερφαγία).
- **Παθοφυσιολογική αντίδραση που σχετίζεται με στρες και επηρεάζει τη γενική σωματική κατάσταση** (π.χ. επιδείνωση εικόνας που οφείλεται σε στρες, υπέρταση, αρρυθμία ή κεφαλαλγίες τάσης).
- **Άλλοι μη ειδικοί ψυχολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν τη σωματική κατάσταση** (π.χ. διαπροσωπικοί, πολιτισμικοί ή θρησκευτικοί παράγοντες).

* **Ιστορική Ανασκόπηση**

Αυτές οι διαταραχές έχουν αρχικά ονομαστεί ψυχοσωματικές από το Γερμανό ψυχίατρο Johann Christian Heinroth, το 1818, όταν χρησιμοποίησε τον όρο σε σχέση με την αϋπνία. Η λέξη διαδόθηκε αργότερα από τον Maximilian Jacobi, Γερμανό ψυχίατρο (KAPLAN – SADOCK'S, 2000).

Παρόλα αυτά, η αλληλεπίδραση ψυχής – σώματος είναι παράλληλη με την ιστορία του ανθρώπινου είδους. Στην πρωτόγονη κοινωνία, 10.000 π.Χ. πίστευαν ότι οι παθήσεις προκαλούνται από δυνάμεις πνευμάτων και πρέπει να καταπολεμηθούν με πνευματικά μέσα, το πνεύμα του κακού που μπαίνει και επηρεάζει όλη την ύπαρξη πρέπει να ελευθερωθεί μέσω εξορκισμού, τρυπανισμού κ.λ.π. Στον

πολιτισμό των Βαβυλωνίων – Ασσυρίων, 2.500 – 500 π.Χ., η ιατρική κυριαρχείται από τη θρησκεία και η υποβολή είναι το κύριο όργανο της θεραπείας. Sigerist: «Η ιατρική της Μεσοποταμίας ήταν ψυχοσωματική από όλες τις πλευρές». Στον Ελληνικό πολιτισμό 400 π.Χ. ήδη ο Πλάτωνας είχε συλλάβει την ουσία του όρου «ψυχοσωματικός» γιατί είχε σημειώσει ότι η ικανότητα των γιατρών να θεραπεύσουν την αρρώστια ήταν περιορισμένη «επειδή παρέβλεπαν το όλο, που έπρεπε επίσης να μελετηθεί, καθώς το μέρος δεν μπορεί ποτέ να γίνει καλά εκτός αν γίνει το όλο καλά». Ο Σωκράτης ανέφερε ότι: «Αφού δεν είναι πρόπον να θεραπεύονται τα μάτια χωρίς το κεφάλι, ούτε το κεφάλι χωρίς το σώμα, τότε δεν είναι πρόπον να θεραπεύεται το σώμα χωρίς τη ψυχή». Επίσης ο Ιπποκράτης λέει ότι: «Για να θεραπεύσουμε το ανθρώπινο σώμα, είναι αναγκαίο να έχουμε γνώση του συνόλου των πραγμάτων». Στον όψιμο Ελληνικό – Πρώιμο Ρωμαϊκό πολιτισμό, 100 π.Χ. – 400 μ. Χ., η χημική θεωρία του Γαληνού υποστηρίζει ότι η νόσος οφείλεται σε διαταραχές των υγρών του σώματος. Η ιατρική υιοθετεί μία ολιστική προσέγγιση στην νόσο. Στο Μεσαίωνα, 500 - 1450 μ.Χ., ο μυστικισμός και η θρησκεία κυριαρχούν στην Ιατρική. Η αμαρτία θεωρείται ότι είναι η αιτία ψυχικών και σωματικών νόσων. Στην περίοδο της Αναγέννησης 1500-1700 μ.Χ., ανανεωμένο είναι το ενδιαφέρον για τις φυσικές επιστήμες και τις εφαρμογές τους στην Ιατρική. Πρόοδοι στην ανατομία, νεκροψία, μικροσκοπία. Οι ψυχικές επιδράσεις στο σώμα απορρίπτονται σαν μη επιστημονικές. Η μελέτη της ψυχής περιορίζεται στη θρησκεία και τη φιλοσοφία. Στον 19^ο αιώνα η σύγχρονη ιατρική είναι βασισμένη στο εργαστήριο του Pasteur & του Virchow: «Η νόσος πηγάζει από τη νόσο

του κυττάρου». Η ψυχοσωματική προσέγγιση απορρίπτεται, αφού όλες οι παθήσεις θα πρέπει να συνοδεύονται με δομικές αλλαγές του κυττάρου. Η θεραπεία εφαρμόζεται στη νόσο, όχι στον ασθενή (KAPLAN – SADOCK'S, 2000).

Από το 1900 μέχρι σήμερα, η έννοια του όρου «ψυχοσωματικός» είναι ακριβώς αυτή της Αρχαίας Ελλάδας: Η «ολιστική» άποψη του ανθρώπου και της ιατρικής, ότι δηλαδή ψυχή και σώμα είναι συνθετικά τμήματα του ατόμου, που διαχωρίζονται μόνο τεχνητά για λόγους μελέτης και ανάλυσης αλλά που στη φύση είναι αδιαίρετα. Κάτω από την επήρεια της ψυχανάλυσης, της ψυχοφυσιολογίας και της ψυχοβιολογίας άρχισε προοδευτικά να χρησιμοποιείται ο όρος με την έννοια του «ολιστικού», σαν αντίδραση στο δυϊσμό (ψυχή – σώμα) της ιατρικής και τη μηχανική αντιμετώπιση του αρρώστου σαν σώμα, που παραγνώρισε τις ψυχολογικές και κοινωνικές του διαστάσεις.

Η ψυχαναλυτική σχολή με κύριο εκπρόσωπο τον F. Alexander προσπάθησε να εφαρμόσει την ψυχαναλυτική μέθοδο στη σωματική αρρώστια και εστιάστηκε στη ψυχογένεση ενός αριθμού σωματικών διαταραχών αγνώστου αιτιολογίας. Ψυχογένεση σήμαινε ότι υποθετικές συγκρούσεις που αφορούσαν κυρίως ενορμήσεις ή ανάγκες επιθετικές ή εξάρτησης οδηγούσαν σε σωματικές διαταραχές. Έτσι δημιουργήθηκε η θεωρία της εξειδίκευσης, ότι δηλαδή συγκεκριμένες ασυνείδητες συγκρούσεις, άμυνες και συναισθήματα οδηγούσαν σε συγκεκριμένη σωματική διαταραχή.

Η ψυχοφυσιολογική σχολή βασίστηκε στις μελέτες του Pavlov για τα εξαρτημένα αντανακλαστικά και του Cannon για τις φυσιολογικές

(σωματικές) συνιστώσες των συναισθημάτων. Σημαντικότερη μορφή της σχολής αυτής ήταν ο H. G. Wolff, ο οποίος μελέτησε με αυστηρή επιστημονική μεθοδολογία την επίπτωση των γεγονότων ή συμβάντων της ζωής πάνω στην υγεία, τα φυσιολογικά (σωματικά) ανάλογα των συγκινησιακών καταστάσεων, τα φυσιολογικά (σωματικά) ανάλογα παθήσεων όπως η στεφανιαία νόσος, τους φυσιολογικούς (σωματικούς) μηχανισμούς που κινητοποιούνται όταν το άτομο εκτεθεί σε προσωπικά σημαντική και ιδιαίτερα στρεσογόνα πληροφόρηση κ.λ.π. (N. MANOY, 1988).

Η ψυχοβιολογική σχολή ξεκίνησε από τις ιδέες του A. Meyer, ότι δηλαδή ο άνθρωπος είναι μία ολοκληρωμένη βιοψυχοκοινωνική ενότητα, και αναπτύχθηκε ιδιαίτερα από την F. Dunbar, η οποία και τόνισε την ανάγκη για μία βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση τη μελέτη και το θεραπευτικό χειρισμό όλων των ασθενών, και όχι μόνο των ονομαζόμενων «ψυχοσωματικών». Η ολιστική άποψη της Dunbar ενέπνευσε την ενοποιημένη θεωρία της ανθρώπινης συμπεριφοράς του Grinker, το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της νόσου και της ιατρικής πρακτικής του Engel, την πολυπαραγοντική αιτιολογική υπόθεση της αρρώστιας του Mirsky (N. MANOY, 1988).

*** Παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων**

- Προδιαθεσικοί παράγοντες

Υπάρχουν πολλοί προδιαθεσικοί παράγοντες και σε κάποιες περιπτώσεις παιδιών είναι πολύ πιθανό να συνυπάρχουν διάφοροι παράγοντες. Η βιολογική – γενετική ευαισθησία των οργάνων ή των συμπτωμάτων. Υποστηρίζεται ότι κοινό στοιχείο σε όλες τις περιπτώσεις ψυχοσωματικών συμπτωμάτων είναι η ύπαρξη μίας βιολογικής ευαισθησίας, π.χ. σε παιδιά με άσθμα σημειώνεται μία σημαντική ευαισθησία των βρόγχων και γενικότερα μία υπερευαισθησία του βρογχικού δένδρου σε ερεθίσματα, με αποτέλεσμα να δημιουργείται σπασμός. Ο προδιαθεσικός παράγοντας της υπερευαισθησίας φαίνεται ότι κληρονομείται, ενώ είναι απαραίτητο να υπάρχουν και περιβαλλοντικοί παράγοντες για να εκδηλωθεί το άσθμα. Αυτό που ξεχωρίζει το ασθματικό από το φυσιολογικό παιδί είναι οι προδιαθεσικοί παράγοντες της ευαισθησίας του βρογχικού δένδρου. Το αποτέλεσμα είναι ότι ψυχοπιεστικοί παράγοντες μπορούν να προκαλέσουν ασθματική κρίση. Γενικά κάθε μέρος ενός συστήματος του σώματος μπορεί να εμφανίζει μία βιολογική ευαισθησία και επομένως αποτελεί το βιολογικό υπόστρωμα. Στο βιολογικά ευαίσθητο υπόστρωμα μπορεί να επενεργήσουν οι ψυχοπιεστικοί παράγοντες. Οι ψυχοπιεστικοί παράγοντες προκαλούν μία ποικιλία από ψυχοφυσιολογικές αντιδράσεις ανεξάρτητα από τις υπάρχουσες βιολογικές ευαισθησίες (ΤΣΙΑΝΤΗΣ, 2001).

Μερικά άτομα παρουσιάζουν μειωμένη ικανότητα έκφρασης των συναισθημάτων τους. Ο Sifneos επινόησε τον όρο «αλεξιθυμία» για να υποδηλώσει την κατάσταση σύμφωνα με την οποία ένα άτομο εμφανίζει αδυναμία να εκφράσει τα συναισθήματα του με λόγια. Είναι πιθανόν τέτοια παιδιά να προέρχονται από οικογένειες που έχουν δυσκολία ή αναστολή να εκφραστούν συναισθηματικά, ενώ παρουσιάζουν την τάση να εκδηλώνουν το συναίσθημα τους με το σώμα, κοινοποιώντας με τον τρόπο αυτό την ανησυχία τους ή την αγωνία τους (ΤΣΙΑΝΤΗΣ, 2001).

- Γονεϊκοί παράγοντες

Διάφορα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του παιδιού αλληλεπιδρούν με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τις στάσεις των γονιών και συχνά με τις στάσεις της οικογένειας. Ο ένας ή και οι δύο γονείς μπορεί να παρουσιάζουν την ίδια ή παρόμοια κληρονομική διαταραχή. Ο γονιός αυτός μπορεί να είναι υπερπροστατευτικός προς το παιδί με το ψυχοσωματικό σύμπτωμα ή μπορεί να αντιδρά (ασυνείδητα με αυστηρότητα, ή και με τις δύο αντίθετες συμπεριφορές, ενώ ο άλλος γονιός τηρεί μία αντίθετη στάση. Το παιδί με το ψυχοσωματικό σύμπτωμα μπορεί επίσης να γίνει το κέντρο της συγκρουσιακής σχέσης των γονιών. Παρατηρούνται ακόμη αμφίδρομες αντιδράσεις φθόνου. Το παιδί με το ψυχοσωματικό σύμπτωμα φθονεί τον αδελφό που είναι καλά και ο αδελφός που είναι καλά φθονεί το παιδί με το ψυχοσωματικό σύμπτωμα για την προσοχή και φροντίδα που απολαμβάνει από τους γονείς (ΤΣΙΑΝΤΗΣ, 2001).

- Κοινωνικοπολιτισμικοί παράγοντες και επιδράσεις

Διάφορες προτιμήσεις ή πρότυπα και καταστάσεις που είναι «της μόδας» μπορεί να συμβάλουν στις διαδικασίες εμφάνισης των συμπτωμάτων π.χ. η μεγάλη σημασία που αποδίδουν στην εξωτερική τους εμφάνιση τα νεαρά κορίτσια στις δυτικές κοινωνίες, όπου εκτιμάται ιδιαίτερα το να είναι πολύ λεπτές οι νέες γυναίκες. Η αντίληψη αυτή έχει οδηγήσει στη μείωση της λήψης τροφής και θερμίδων. Το φαινόμενο αυτό είναι σχεδόν επιδημικό για νεαρές εφήβους, πολλές από τις οποίες τελικά παρουσιάζουν ψυχογενή ανορεξία (ΤΣΙΑΝΤΗΣ, 2001).

- Εκλυτικοί – περιστασιακοί παράγοντες

Οι εκλυτικοί – περιστασιακοί παράγοντες έχουν σχέση με την εμφάνιση και το χρόνο εμφάνισης ή επιδείνωσης των συμπτωμάτων και συνδέονται απόλυτα με την ύπαρξη ψυχοπιεστικών παραγόντων. Οι ψυχοπιεστικοί παράγοντες αναμφισβήτητα προκαλούν τα σωματικά ερεθίσματα από το περιβάλλον και συνδέονται με την εμφάνιση συμπτωμάτων. Τέτοιοι παράγοντες είναι το στρες στο σχολείο, στο σπίτι, οι συγκρούσεις στις σχέσεις των γονιών, η αγχώδης προσδοκία για κάποιο γεγονός π.χ. εξετάσεις στο σχολείο, ή σημαντικά γεγονότα ζωής. Το αν ένας συγκεκριμένος ψυχοπιεστικός παράγοντας θα προκαλέσει ψυχοσωματικά συμπτώματα ή και γενικά ψυχοσωματική αντίδραση εξαρτάται από το ατομικό ιστορικό του ασθενούς, από την ύπαρξη βιολογικών προδιαθεσιακών παραγόντων ή και από παθολογοφυσιολογικούς μηχανισμούς. Εξαρτάται επίσης και από τους μηχανισμούς άμυνας και από τους τρόπους αντιμετώπισης που

αναπτύσσει κάθε άτομο. Το αποτέλεσμα είναι ότι κάποια άτομα θα αντιμετωπίσουν την κατάσταση επιτυχώς και άλλα με συμπτώματα (ΤΣΙΑΝΤΗΣ, 2001).

*** Κοινά χαρακτηριστικά των ψυχοσωματικών διαταραχών**

Τα κοινά χαρακτηριστικά των ψυχοσωματικών διαταραχών είναι:

1. Εκδηλώνονται, επιδεινώνονται, χρονίζουν ή βελτιώνονται σε σχέση με τις καταστάσεις εσωτερικής πίεσης (stress) που προκύπτουν από την αλληλεπίδραση αντίξοων εσωτερικών και εξωτερικών συνθηκών.
2. Οι κλινικές εικόνες της συνοδεύονται από διαταραχές της φυσιολογίας ή και της ιστολογίας του οργανισμού, γεγονός που τις διαφοροποιεί από την υστερία.
3. Τα συμπτώματα τους μπορούν να ερμηνευτούν ως εκδηλώσεις των ειδικών ασυνείδητων ψυχοσυγκρούσεων του ασθενούς, γεγονός που τις ξεχωρίζει από οργανικές νόσους π.χ. πνευμονία.

ΟΙ ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΘΕΣΕΙΣ

* Τα δύο μοντέλα σωματοποίησης κατά τον Freud

Ο όρος σωματοποίηση, δηλώνει γενικά την τάση του ατόμου να βιώνει και να εκφράζει θυμικές καταστάσεις ως αισθήσεις του σώματος ή αλλαγές της λειτουργίας του. Ο Freud, παρόλο που δε χρησιμοποίησε τον όρο ψυχοσωματική, σε όλο το έργο του προσπάθησε να φωτίσει την περιοχή που ονόμασε «σύνορα μεταξύ του σωματικού και του ψυχικού» και να κατανοήσει το γεγονός ότι ο ψυχισμός πηγάζει και αναπτύσσεται από τις σωματικές διεργασίες (ΜΑΝΟΠΟΥΛΟΣ).

Ο Freud, τοποθέτησε, μεταξύ σωματικών διεργασιών και ψυχισμού, την ενόρμηση η οποία «δεν μπορεί ποτέ να γίνει αντικείμενο της συνείδησης, μόνο η αναπαράσταση που την αντιπροσωπεύει μπορεί να γίνει συνειδητή. Η ενόρμηση, ακόμη και στα πλαίσια του ασύνειδου, δεν αντιπροσωπεύεται παρά μόνο από την αναπαράσταση. Ο Freud ανέφερε ότι: «Αν η ενόρμηση δε συνοδευόταν με μία αναπαράσταση ή δεν εμφανιζόταν με τη μορφή μίας θυμικής κατάστασης, δε θα μπορούσαμε να μάθουμε το παραμικρό γι' αυτήν». Ο Freud είχε δεχτεί ότι το «μυστήριο άλμα» από το σωματικό στο ψυχικό δεν μπορεί να φωτιστεί από την ψυχανάλυση και περιορίστηκε στη διερεύνηση των ψυχικών διεργασιών. Σχετικά με τα συναισθήματα παρατήρησε ότι «δεν υπάρχουν, με την αυστηρή σημασία του όρου, ασύνειδες θυμικές καταστάσεις. Μπορούν, όμως, να υπάρξουν στο σύστημα άλλοι θυμικοί σχηματισμοί που γίνονται συνειδητοί, όπως και οι υπόλοιποι. Εάν προχωρήσουμε πιο πέρα και ερευνήσουμε την προέλευση του άγχους

και των συναισθημάτων γενικά, θα αφήσουμε το χώρο της καθαρής Ψυχολογίας και θα εισέλθουμε στο μεταίχμιο της Φυσιολογίας» (ΜΑΝΟΠΟΠΟΥΛΟΣ).

Ο Freud διέκρινε δύο είδη σωματοποίησης 1) την υστερία και 2) τις πραγματικές – σύγχρονες νευρώσεις. Στην υστερία τα συμπτώματα είναι συμβολικά, «το σώμα δανείζει του εαυτό του και τις λειτουργίες του στο νου» για να εκφράσει τις επιθυμίες του και τις συγκρούσεις του. Αντίθετα, στις πραγματικές νευρώσεις, τα συμπτώματα είναι κυρίως σωματικά, διαταραχές της φυσιολογίας, απλές εκφορτίσεις, χωρίς συμβολισμό (ΜΑΝΟΠΟΠΟΥΛΟΣ).

* Το βιοϊατρικό μοντέλο

Το βιοϊατρικό μοντέλο θεωρεί τη μη φυσιολογικότητα φυσική διαταραχή χημικής ή ανατομικής αιτιοπαθογένεσης και τείνει να την προσεγγίσει καταπολεμώντας τα αίτια της με αντίστοιχες χημικές και άλλες επιθετικές τακτικές. Η προσέγγιση αυτή δεν εμφανίστηκε εκ του μη όντος, και δεν κατανοείται εύκολα δίχως να δοθούν οι διάφορες ιστορικές της επιρροές (ΠΑΛΑΙΟΛΟΓΟΥ, 2001).

Η θεμελιώδης υπόθεση του βιοϊατρικού μοντέλου χρονολογεί την ύπαρξη της από πολύ παλιά, αφού ο μεγάλος, άγνωστος, ψυχικός πόνος, συνδέθηκε νωρίς με την πνευματική ισορροπία, εξαρτήθηκε από τον εγκέφαλο, εγκαλώντας μία ανατομική – φυσιολογική προσέγγιση: αυτή θα προέτασσε το αξίωμα ότι ένα υγιές σώμα δε θα ήταν δυνατό να κατοικείται από ένα ασθενές πνεύμα και αντίστροφα ότι ένας υγιής νους θα ήταν αδύνατο να υπάρχει σε κάποιο ασθενές σώμα. Η ίδια

προσέγγιση θα έδινε βαρύτητα, στην απτή, συλλήψιμη και μετρήσιμη, διαχειρίσιμη και ποθούμενη αντικειμενική στάθμιση των αποτελεσμάτων μιας τέτοιας ασυμφωνίας, επί των ορατών περιοχών του σώματος και της συμπεριφοράς. Η θεμελιώδης αυτή υπόθεση ενισχύθηκε από τη σχετική αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης στον πόνο π.χ. με μαλάξεις, αρωματικές αναθυμιάσεις και χρήση βοτάνων, καθώς και από την αποθέωση της αξίας του κάλλους, που όντως συνδέθηκε με την ψυχοπνευματική ευρωστία. Πρόκειται για τη θεμελιώδη υπόθεση της οργανογένεσης τόσο του σωματικού όσο και του ψυχικού πόνου, την οποία με τη συνδρομή της διαρκούς επιστημονικής παρατήρησης, ενδυνάμωσε κατά τρόπο κρίσιμο η προσθήκη του κεφαλαίου της κληρονομικότητας (ΠΑΛΑΙΟΛΟΓΟΥ, 2001).

Η κεντρική ιδέα καθορισμού και αιτιολόγησης του ψυχικού πόνου είναι ίσως εμφανής, όπως και με τη σωματική, οργανική νόσο, η ψυχοδιανοητική διαταραχή χρειάζεται να οριστεί, να διαγνωστεί, να ανακουφιστεί και όσο είναι δυνατόν να θεραπευτεί. Ανάμεσα σε αυτά σημαντική θέση έχει και η κατηγοριοποίηση των διαφόρων ψυχοδιανοητικών προβλημάτων. Η συσσωρευμένη πείρα από την παρατήρηση και καταγραφή των συμπτωμάτων της σωματικής νόσου πρόσθεσε και την ανάγκη οργάνωσης και κατάταξης των ψυχικών συμπτωμάτων (ΠΑΛΑΙΟΛΟΓΟΥ, 2001).

ΟΙ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

*** Βρογχικό Άσμα**

Το βρογχικό άσμα είναι μια από τις πιο συνηθισμένες ψυχοσωματικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Κύριο χαρακτηριστικό της είναι η δυσκολία στην αναπνοή, η οποία οφείλεται σε σπασμούς των βρογχικών μυών και σε οίδημα της βλεννώδους μεμβράνης των βρόγχων. Το βρογχικό άσμα είναι, θα μπορούσαμε να πούμε, κλασική μορφή ψυχοσωματικής ασθένειας και γι' αυτό, μπορεί να χρησιμοποιηθεί, ως παράδειγμα, για να υποδηλωθούν οι γενικές αρχές που υπολανθάνουν σε πολλές από τις άλλες ψυχοσωματικές διαταραχές. Έχει διαπιστωθεί ότι σε πολλές περιπτώσεις άσματος, τα συμπτώματα «ασφυξίας» πυροδοτούνται τόσο από ψυχολογικά στρες π.χ. οι εσωτερικές συγκρούσεις, η υπερδιέγερση, άγχος, ο θυμός και η έντονη δυσφορία, όσο και από σωματικά στρες π.χ. οι μολύνσεις, οι αλλεργίες, οι δυσώδεις οσμές και η σωματική εξάντληση. Χαρακτηριστικό στοιχείο της ψυχοσωματικής διάγνωσης είναι ότι το παιδί που παρουσιάζει ασθματικά συμπτώματα, δε θεωρείται απλά ως ένα σύνολο βιοσωματικών οργάνων, από τα οποία το ένα (οι πνεύμονες) είναι ελαττωματικό, αλλά ως ένα πρόσωπο, που αντιδρά στο περιβάλλον του με κάποια συγκεκριμένα συμπτώματα. Ο γιατρός θα πρέπει να απαντήσει τις ακόλουθες ερωτήσεις: Τι είναι αυτό, στην ψυχολογική και σωματική κατάσταση, καθώς και στο κοινωνικό περιβάλλον του συγκεκριμένου αυτού παιδιού,

που δημιουργεί τα αναπνευστικά συμπτώματα; Ποια είναι τα σωματικά και τα ψυχολογικά στρες, τα οποία αλληλεπιδρούν με τις ιδιαίτερες ικανότητες και δυνάμεις του παιδιού και καταλήγουν σε αυτό το είδος της ασθένειας; Θεραπεία εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση ενός ευρέως φάσματος παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων και παραγόντων προσωπικότητας, οι οποίοι συμβάλλουν στην πυροδότηση ή και στη διατήρηση των συμπτωμάτων. Η συμβουλευτική του παιδιού, ακόμη και η πιο εντατική ψυχοθεραπεία, μπορεί να συνδυαστούν με φάρμακα ή με θεραπείες σωματικής απευαισθητοποίησης (M. HERBERT, 1989).

Οι ψυχολογικοί παράγοντες μπορεί να έχουν την αρχική τους αιτία σε άλυτες συγκρούσεις μέσα στην οικογενειακή ζωή, αλλά δε γνωρίζουμε πώς ακριβώς οι συγκρούσεις αυτές δημιουργούν τις κρίσεις άσθματος. Το μοντέλο της συνεξάρτησης μπορεί να εξηγήσει τον αιτιολογικό μηχανισμό σε μερικές περιπτώσεις και διάφορες μέθοδοι έχουν χρησιμοποιηθεί για να απαλύνουν την ταλαιπωρία των ασθματικών. Ιδιαίτερα, οι τεχνικές ψυχολογικής απευαισθητοποίησης έχει αποδειχθεί ότι είναι οι πιο αποτελεσματικές, γιατί τα ασθματικά παιδιά είναι κατά κανόνα αγχώδη, εξαρτημένα και ανασφαλή. Οι γονείς των ασθματικών παιδιών, είναι συχνά υπερπροστατευτικοί, και αυτό, πιθανώς είναι αποτέλεσμα του φόβου μήπως το παιδί τους «πνιγεί» (M. HERBERT, 1989).

Οι ψυχαναλυτές υποστηρίζουν ότι, ενώ επιφανειακά μπορεί να προσωπικότητα των ασθματικών να διαφέρει από παιδί σε παιδί, ωστόσο υπάρχει μια πολύ βαθιά ριζωμένη συναισθηματική σύγκρουση, η οποία είναι κοινή σε όλα. Αυτή η σύγκρουση υποθέτουμε ότι είναι ένας

επίμονος φόβος του παιδιού να μην αποχωριστεί τη μητέρα του. Σε καταστάσεις που εγκυμονούν, κατά την άποψη του παιδιού, ένα τέτοιο γεγονός, το παιδί εκδηλώνει αναπνευστικά συμπτώματα. Οι θεωρίες που υποστηρίζουν ότι διάφορες, συναισθηματικές ενδοψυχικές συγκρούσεις σχετίζονται με τις διαφορετικές μορφές ψυχοσωματικών ασθενειών, βρίσκονται στο στάδιο των ανεπιβεβαίωτων υποθέσεων. Δεν υπάρχει καμία αμφιβολία ότι πολλές σωματικές ασθένειες, για να θεραπευτούν ή να προληφθούν, απαιτούν προσεκτική διερεύνηση τόσο της προσωπικότητας του παιδιού όσο και του τρόπου ζωής του (M. HERBERT, 1989).

* **Ημικρανία**

Αν και πολλές οργανικές διαταραχές μπορούν να προκαλέσουν πονοκέφαλο, στις περισσότερες περιπτώσεις η αιτία του είναι ψυχολογική. Μία συναισθηματική (νευρική) υπερένταση προκαλεί σύσπαση των μυών που περιβάλλουν το κρανίο και ακολούθως συστολή των αγγείων, που φέρνει πονοκέφαλο. Η ημικρανία έχει έναν εντελώς διαφορετικό μηχανισμό. Ο πονοκέφαλος ημικρανικού τύπου έχουν περιγραφεί ήδη από τον καιρό του Γαληνού. Αρχίζουν, κατά κανόνα, από τη μία πλευρά του κρανίου και συνοδεύονται από ναυτία και οπτικές διαταραχές. Ο φυσιολογικός τους μηχανισμός συνίσταται στη διαστολή αρτηριακού συστήματος του εγκεφάλου, συνήθως ενός από τους κλάδους της καρωτίδας, και συνδέεται με μία υπερπαραγωγή ποσταγλανδινών. Υποτίθεται ότι ο μηχανισμός αυτός ενεργοποιείται από ασύνειδες συναισθηματικές συγκρούσεις, που έχουν την προέλευση τους στην

παιδική ηλικία και εκλύονται από διάφορες, δύσκολο να προσδιοριστούν, ψυχοπιεστικές συνθήκες ζωής (ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ, 1991).

Άτομα που προσβάλλονται από ημικρανία (όχι σπάνια μέσα στην ίδια οικογένεια) μεγαλώνουν σε ένα περιβάλλον που εμποδίζει την εκδήλωση συναισθημάτων θυμού ή αγανάκτησης. Τα άτομα αυτά μετατρέπουν τα εκθρικά τους συναισθήματα σε φιλοδοξία και σε επιδίωξη της επιτυχίας, δημιουργώντας γύρω τους μία ατμόσφαιρα μεγάλων προσδοκιών και υπερβολικών απαιτήσεων. Άνθρωποι που υποφέρουν από ημικρανία είναι κατά κανόνα ευφυείς και γνωρίζουν πολλά. Αν και επιδέξιοι στις κοινωνικές τους σχέσεις, είναι μάλλον δύσκαμπτοι στο χαρακτήρα, τελειοκρατικοί και δογματικοί (ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ, 1991).

*** Πεπτικό Έλκος**

Το πεπτικό έλκος μπορεί να παρουσιαστεί σε διάφορα μέρη του γαστρεντερικού συστήματος, αλλά πιο συχνά στο βολβό του δωδεκαδάκτυλου. Η συχνότητα του πεπτικού έλκους γενικά είναι πολύ υψηλή στην κοινωνία μας, αν και την τελευταία δεκαετία φαίνεται να έχει κατέβει αισθητά. Το γεγονός ότι το πεπτικό έλκος προσβάλλει πολύ συχνότερα τους άντρες πρέπει να έχει σχέση με την αιτιολογία του, με κάποιους γενετικούς ρόλους που διακρίνουν τα δύο φύλα. Η παθογένεση του έλκους οφείλεται αφενός σε μία ελαττωμένη αντίσταση του βλεννογόνου και αφετέρου στην αυξημένη έκκριση γαστρικού οξέος και πεψίνης (ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ, 1991).

Το κεντρικό ψυχολογικό πρόβλημα των παιδιών και των εφήβων που πάσχουν από έλκος του στομάχου ή του δωδεκαδάκτυλου είναι η ύπαρξη παθητικών εξαρτημένων επιθυμιών, που δε μπορούν να βρουν ικανοποίηση σε ομαλές διαπροσωπικές σχέσεις. Άτομα που παρουσιάζουν τη διαταραχή αυτή είναι κατά κανόνα φιλόδοξα, δραστήρια και ανταγωνιστικά, που για την επιτυχία του σκοπού τους δίνουν ολόκληρο τον εαυτό τους. Τους αρέσει να αναλαμβάνουν ευθύνες και να φροντίζουν για τους άλλους. Αλλά η αυτοπεποίθηση και η ενεργητικότητα που τους χαρακτηρίζουν, κρύβουν μία χρόνια νοσταλγία για μία ζωή ξεκούραστη, γεμάτη ανέσεις και τρυφερότητα, στο πρότυπο της συμβιωτικής σχέσης ενός νηπίου με τη μητέρα του, επιθυμία για την οποία αισθάνονται ντροπή και θυμό καθώς δεν μπορούν να την ικανοποιήσουν. Η διαταραχή εμφανίζεται όταν η ένταση των εξαρτητικών επιθυμιών του ατόμου αυξάνεται, είτε γιατί προσπαθεί να τις αντιμετωπίσει με έναν αμυντικό τρόπο, αναλαμβάνοντας μεγαλύτερες ευθύνες και δραστηριότητες, είτε γιατί οι εξωτερικές συνθήκες δεν επιτρέπουν την ικανοποίησή τους. Η εξωτερική στέρση μπορεί να προκύψει από την απώλεια ενός προσώπου με το οποίο ο άρρωστος είχε δημιουργήσει μία εξαρτητική σχέση, με την απώλεια μίας θέσης που του έδινε ένα συναίσθημα ασφάλειας, με την απομάκρυνση από ένα προστατευτικό οικογενειακό περιβάλλον. Όταν οι εξαρτητικές τάσεις του ατόμου δε βρίσκουν ικανοποίηση, δημιουργείται μία κατάσταση συνεχούς ψυχικής έντασης, που κινητοποιεί τις γαστρικές του λειτουργίες, καθώς υπάρχει μία μακροχρόνια συνάρτηση της διατροφής με την τρυφερή φροντίδα από τον καιρό που ως νήπιο ήταν κάτω από την

επίβλεψη της μητέρας του. Η όξυνη αντίδραση και η υπερκινητικότητα του στομάχου μπορούν να λιγοστέψουν με την έκλυση συναισθημάτων ευαρέσκειας και ευεξίας. Όπως με όλες τις ψυχοσωματικές διαταραχές, αναγκαία προϋπόθεση για τη δημιουργία του πεπτικού έλκους είναι μία οργανική ευπάθεια. Στην περίπτωση αυτή, η ευπάθεια συνοδεύεται από μία ιδιαίτερη σωματική διάπλαση, που πλησιάζει περισσότερο τον εκτομορφικό, ισχνό και στενοθώρακο τύπο του Σέλντον (ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ, 1991).

* **Ελκώδης ή Βλεννώδης Κωλίτιδα**

Η ελκώδης ή βλεννώδης κωλίτιδα αποτελεί μία έκφραση του συνδρόμου του φλεγμονώδους εντέρου. Τυπικά συμπτώματα είναι πυρετός, διάρροια, εντερικοί σπασμοί και απώλεια βάρους. Άγχος, συναισθήματα ενοχής και δυσαρέσκεια χαρακτηρίζουν τη χρόνια μορφή της αρρώστια. Τα άτομα που πάσχουν από ελκώδης κωλίτιδα είναι υπερβολικά ευσυνείδητα εξαρτημένα από τη γνώμη των άλλων, ευαίσθητα στην ιδέα της αδικίας προς τον ίδιο τον εαυτό τους ή οποιονδήποτε άλλον, δυσανασχετούν και έπειτα αισθάνονται ένοχοι γι' αυτό (ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ, 1991).

Η ψυχογένεση της διαταραχής ανάγεται στη λειτουργία της αφοδεύσεως και την εμπειρία που της συνοδεύει όταν το παιδί αρχίζει να αποκτά την ικανότητα να ελέγχει τους σφιγκτήρες του και επομένως τη δυνατότητα να υπακούει ή να αντιστέκεται στην επιθυμία της μητέρας να τον συμμορφώσει με τις απαιτήσεις του πολιτισμού. Η διαταραχή εμφανίζεται όταν το άτομο αρχίζει να αισθάνεται ότι δε μπορεί πια να

ελπίζει πως θα τα καταφέρει με ένα έργο που απαιτεί ευθύνη, προσπάθεια και αυτοσυγκέντρωση. Μόνο που εξακολουθεί τις προσπάθειες του να πετύχει αυτό που έχει αναλάβει, έχει χάσει πια την εμπιστοσύνη στον εαυτό του και δουλεύει κάτω από συνθήκες εσωτερικού καταναγκασμού. Στη παιδική ηλικία, οι φιλόδοξοι γονείς, ιδίως η μητέρα, επιχειρεί να μεταβιβάσει τη δική τους ανάγκη για επιτυχία, που το παιδί αισθάνεται υποχρεωμένο να αναλάβει ώστε να εξασφαλίσει την αγάπη τους (ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ, 1991).

* **Ψυχογενής Ανορεξία**

Περιγράφηκε για πρώτη φορά στην Αγγλία το 1689 και έγινε θέμα συστηματικής μελέτης στα μέσα του περασμένου αιώνα στην Ευρώπη, ως μία μορφή υστερίας. Όπως με την υστερία, η διαταραχή αποδόθηκε σε κάποια κληρονομική ανωμαλία του κεντρικού νευρικού συστήματος, που εμφανίζεται αποκλειστικά σε νεαρές γυναίκες. Ο Μπαμπίνσκι την ονόμασε παρθενοανορεξία. Αργότερα η διαταραχή ταυτίστηκε με τη νόσο του Σάιμοντς, που οφείλεται σε μία δυσλειτουργία της υπόφυσης. Το 1951, ο Γερμανός Χένι πρότεινε τον όρο ψυχογενής ανορεξία που επικράτησε στην Ευρώπη, αλλά όχι στην Αμερική, όπου αναφέρεται ακόμα ως ανορεξία νερβόζα (ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ, 1991).

Η διαταραχή αυτή που στην πραγματικότητα δεν έχει να κάνει με ανορεξία εκτός σε πολύ προχωρημένες ή άτυπες περιπτώσεις,, συνίσταται στην εσκεμμένη απώλεια βάρους πολύ πιο κάτω από το κατώτερο όριο του ομαλού για την ηλικία και το ανάστημα του ατόμου, που τη διακινεί ένας παθολογικός φόβος πάχους, η φοβική ιδέα ότι τρώγοντας κανένας

παχαίνει. Προσβάλλει κυρίως γυναίκες, σε μία συχνότητα που ίσως ξεπερνά τις 4 στις 1.000 και εμφανίζεται συνήθως κατά την περίοδο της εφηβείας. Μόνο ένα 10% των περιπτώσεων αφορά άντρες, και πάλι κυρίως εφήβους. Η συχνότητα της διαταραχής έχει αυξηθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες, τουλάχιστον στις βιομηχανοποιημένες κοινωνίες του δυτικού κόσμου (ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ, 1991).

Στις περισσότερες περιπτώσεις, η ψυχογενής ανορεξία πιστεύεται ότι είναι μία ειδική εκδήλωση οριακής διαταραχής προσωπικότητας, που η ψυχοπαθολογία της ανάγεται στη φάση της επαναπροσεγγίσεως που περιέγραψε η Μάλερ ή στην πρώτη πρωκτική περίοδο της ψυχοσεξουαλικής εξελίξεως που περιέγραψε ο Freud. Η κατάσταση χαρακτηρίζεται από έμμονη απασχόληση με το φαΐ και το μαγείρεμα, περιόδους νηστείας που ακολουθούνται από βουλιμία και την πρόκληση εμετού. Συνοδεύεται από τη διακοπή της έμμηνης ρύσης, που μπορεί να συμβεί και πριν ακόμα ελαττωθεί σημαντικά το βάρος του ατόμου, και δυσκοιλιότητα, που χρησιμεύει ως δικαιολογία για την κατάχρηση καθαρικών, που πραγματικός σκοπός τους είναι η πιο γρήγορη απώλεια βάρους. Υπόταση, αναιμία, κρύο, ξερό δέρμα και βραδυκαρδία είναι συμπτώματα μιας προχωρημένης καχεξίας, που καταλήγει σε μια πραγματική ανορεξία. Ακόμη και όταν η κατάσταση φτάσει σε σημείο που δεν κρύβεται, το άτομο αρνείται ότι έχει κάποιο πρόβλημα και δε δέχεται καμία βοήθεια. Η συγκεκριμένη ταυτότητα αντανακλά στη παραμορφωμένη εικόνα που έχει για το σώμα του /της. Πίσω από ένα χαρούμενο ή αδιάφορο πρόσωπο, κρύβονται συναισθήματα επιθετικά, μοχθηρά ή ζηλόφθονα, τυπικά εναντίων της μητέρας και τύψεις από τις

οποίες η άρρωστη προσπαθεί να εξιλεωθεί με μία τελειοκρατική επίδοση στη δουλειά της, με αυτοκατηγορίες, σκληραγωγία και επίμονες γυμναστικές ασκήσεις. Είναι ατίθαση και υπερκινητική, υπερευαίσθητη σε κάθε κριτική παρατήρησης ή απλώς υπόδειξη, στις οποίες αντιδρά με θυμό και πεισματικό αρνητισμό. Χωρίς να το δείχνει, αισθάνεται άγχος, ανία ή μεγάλη μοναξιά, αποτυχημένη και αβοήθητη. Το άτομο που πάσχει από ψυχογενής ανορεξία βασανίζεται από πολύμορφες σαδομαζοχιστικές φαντασίες, τις οποίες προσπαθεί να καταπνίξει, καθώς και κάθε ένδειξη σεξουαλικότητας. Η απόρριψη της τροφής συμβολίζει την άρνηση κάθε σεξουαλικής επιθυμίας, ενώ ο φόβος του πάχους συνδέεται με την ιδέα της εγκυμοσύνης (ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ, 1991).

Η πρόγνωση της διαταραχής είναι δύσκολο να προσδιοριστεί, ενδεχομένως εξαρτάται από την υποδομή της προσωπικότητας. Μία οριακή ή ψυχωτική δομή συνεπάγεται μία αινιγματική και συχνά απαισιόδοξη πρόγνωση. Η πορεία της διαταραχής μπορεί να είναι επεισοδιακή ή χωρίς ύφεση ως το θάνατο, από ασιτία (ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ, 1991).

Κάθε είδους θεραπεία, από ψυχανάλυση και ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία ως οικογενειακή θεραπεία και θεραπεία συμπεριφοράς, από φαρμακοθεραπεία με νευροληπτικά ή αντικαταθλιπτικά ως την ηλεκτροσπασμοθεραπεία έχει εφαρμοστεί με αποτελέσματα που διαφέρουν από περίπτωση σε περίπτωση, από εντελώς ικανοποιητικά ως εντελώς αρνητικά. Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας εξαρτάται από το είδος της υποδομή της προσωπικότητας, που μπορεί να ποικίλλει από νευρωτική, στις ελαφρύτερες περιπτώσεις ως ψυχωτική, με κυριαρχούσα

την οριακή. Νοσηλεία με υποχρεωτική ή καταναγκαστική σίτιση είναι απαραίτητη, όταν η απώλεια βάρους δημιουργεί κινδύνους για την επιβίωση του αρρώστου. Η θνησιμότητα σε τέτοιες περιπτώσεις, φτάνει το 40%. Ένα ενθαρρυντικό σημάδι είναι η επανεμφάνιση της εμμηνόρροιας, αν και σε πολλές περιπτώσεις καθυστερεί ως και 3 χρόνια ύστερα από την επιστροφή σε ομαλές συνθήκες διατροφής (ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ, 1991).

* **Ενούρηση**

Ενούρηση είναι η επαναλαμβανόμενη ακούσια κένωση της ουροδόχου κύστης την ημέρα ή την νύκτα χωρίς την ύπαρξη σαφούς οργανικού αιτίου, σε μία ηλικία στην οποία θα έπρεπε να είχε επιτευχθεί εκούσιος έλεγχος των σφιγκτήρων. Η ενούρηση που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της νύκτας ονομάζεται νυκτερινή ενούρηση, ενώ αυτή που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια της ημέρας, ονομάζεται ημερήσια ενούρηση. Ο πιο συχνός τρόπος ενούρησης είναι η νυκτερινή, η οποία εμφανίζεται συνήθως 2 1/2 – 3 ώρες μετά την έναρξη του ύπνου. Η ημερήσια ενούρηση εμφανίζεται συχνότερα στα κορίτσια και είναι πολύ σπάνιο φαινόμενο μετά την ηλικία των 9 ετών. Η ενούρηση διακρίνεται σε πρωτοπαθής και δευτεροπαθής ενούρηση. Στην πρώτη, η ενούρηση αποτελεί τη μη φυσιολογική επέκταση της φυσιολογικής βρεφικής ακράτειας ούρων, ενώ στη δεύτερη η ενούρηση εμφανίζεται μεταγενέστερα, αφού προηγηθεί κάποια περίοδος επίκτητου ελέγχου της κύστης. Η ενούρηση μπορεί να αποτελεί μονοσυμπτωματική κατάσταση ή να σχετίζεται με ευρύτερη συναισθηματική διαταραχή ή διαταραχή της

συμπεριφοράς. Η συνύπαρξη άλλων ψυχολογικών προβλημάτων είναι συνηθέστερη στα κορίτσια, στα άτομα που παρουσιάζουν και ημερήσια και νυχτερινή ενούρηση και στα άτομα με δευτεροπαθή ενούρηση, η οποία γενικά θεωρείται περισσότερο ψυχογενής (Ε. ΚΑΚΟΥΡΟΣ – Κ. ΜΑΝΙΑΔΑΚΗ, 2005).

Τα αίτια, της δευτεροπαθούς ενούρησης, είναι συνήθως ψυχολογικά και η ενούρηση αναφέρεται ως αντίδραση σε αγχογόνα περιστατικά, ιδιαίτερα στις ηλικίες των 4–6 χρόνων. Στις περιπτώσεις αυτών των παιδιών παρατηρείται συχνότερα ενδοοικογενειακή δυσαρμονία, η οποία φαίνεται να επηρεάζει την ανάπτυξη του παιδιού. Τα εκλυτικά αίτια σε αυτήν την περίπτωση για την εμφάνιση της ενούρησης μπορεί να είναι η γέννηση ενός μικρότερου αδερφού, ο αποχωρισμός από τη μητέρα, η διάλυση της οικογένειας, μια αρρώστια, ένα ατύχημα κ.ά. (Ε. ΚΑΚΟΥΡΟΣ – Κ. ΜΑΝΙΑΔΑΚΗ, 2005).

Η ψυχαναλυτική θεωρία υποστηρίζει ότι ένας από τους βασικούς μηχανισμούς στην ψυχοδυναμική της ενούρησης είναι η παλινδρόμηση. Το παιδί αρνείται να μεγαλώσει και υιοθετεί μορφές συμπεριφοράς προγενέστερων σταδίων, προκειμένου να προκαλέσει την προσοχή και τη φροντίδα των γονιών του (Ε. ΚΑΚΟΥΡΟΣ – Κ. ΜΑΝΙΑΔΑΚΗ, 2005).

* **Ιδιοπαθές Έκζεμα**

Το έκζεμα, εμφανίζεται σε οποιοδήποτε μέρος του σώματος, χωρίς φανερή αιτία, και συνοδεύεται από μία ανάγκη για ξύσιμο δυσανάλογη προς τη σοβαρότητα της δερματικής παθολογίας. Οι έφηβοι που πάσχουν από τη διαταραχή αυτή χαρακτηρίζονται από ένα κράμα

επιδειξιομανίας, ενοχής και μαζοχισμού, που συνοδεύεται από μία βαθιά επιθυμία να γίνουν αντικείμενα σωματικών εκδηλώσεων αγάπης. Μέσα τους υπάρχει μία διαρκή νοσταλγία για την επαφή που αφήνει στο δέρμα το χάδι και το σφίξιμο μίας στοργικής μητέρας. Το έκζεμα τους επιτρέπει να φανερώσουν την ανάγκη τους για μία τέτοια στοργική επαφή, για την οποία αισθάνονται ένα είδος ενοχής, καθώς φοβούνται ότι η ομολογία της θα προκαλούσε τη δυσaréσκεια της ψυχρής μητέρας που επιζεί στο ασύνειδο τους. Από την άλλη μεριά, η ηδονή που προκαλείται από το ξύσιμο της εκζεματικής επιφάνειας, ενώ δεν μπορεί να κορέσει την ανάγκη αυτής της στοργής, επιδεινώνει την κατάσταση του αρρώστου, αποκτά ένα μαζοχιστικό χαρακτήρα (ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ, 1991).

* **Τοξικοθυρεοειδισμός**

Ο τοξικοθυρεοειδισμός ή υπερθυρεοειδισμός εμφανίζεται περισσότερο άτομα που βρίσκονται στο τέλος της εφηβείας, απ' ότι στις πιο μικρές ηλικίες. Οφείλεται σε μια υπερέκκριση του θυρεοειδούς αδένου, που συχνά (όχι πάντοτε) είναι διογκωμένος. Εκδηλώνεται με εξώφθαλμο, λεπτό τρέμουλο, αυξημένη εφίδρωση, υπερκινητικότητα, άγχος και συναισθηματική αστάθεια. Ο άρρωστος χάνει προοδευτικά βάρος και δύναμη, τον ενοχλούν οι υψηλές θερμοκρασίες και παραπονιέται για ταχυπαλμία, παροξυσμούς, καρδιακή αρρυθμία και δύσπνοια. Γίνεται υπερευαίσθητος, καχύποπτος, απαθής, μελαγχολικός. Πίσω από τη διαταραχή αυτή, κρύβεται μια διαρκής προσπάθεια να υπερνικηθεί ο φόβος του θανάτου. Ο άρρωστος προσπαθεί να

κυριαρχήσει στο φόβο του με την άρνηση του φόβου και αντιφοβικές δραστηριότητες, αναζητώντας επικίνδυνες καταστάσεις και αντιμετωπίζοντάς τις ολομόναχος. Στο παρελθόν που υπάρχουν επανειλημμένες επαφές με το θάνατο στενών συγγενικών προσώπων και άλλες τρομακτικές εμπειρίες, που ταυτίστηκαν με την απειλή του θανάτου. Άτομα με τοξικοθυροειδισμό δείχνουν μια πρόωρη ωριμότητα στη συμπεριφορά τους (ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗ, 1991).

* **Τικ**

Άσκοπες, ανούσιες, απότομες κινήσεις, ενός μυός ή μιας ομάδας ζώων, που επαναλαμβάνονται στερεότυπα. Τα τικ εμφανίζονται συχνότερα μεταξύ του 6^{ου} και του 10^{ου} έτους της ηλικίας. Συχνή αιτία είναι η πιεστική, αυστηρή ή «τυραννική» αγωγή του παιδιού από τους γονείς, ιδιαίτερα από τον πατέρα. Το τικ είναι ένα είδος μυϊκής εκφόρτισης προς τα έξω της εσωτερικής πίεσης των δυσάρεστων συναισθημάτων. Στην εμφάνιση του τικ παίζουν σημαντικό ρόλο και άλλοι ψυχογενείς παράγοντες π.χ. φόβοι, εσωτερική ανησυχία. Ως συνήθως θεραπεύεται εύκολα (αυτόματα) ή με θεραπεία. Σπάνια παραμένει σε ολόκληρη τη ζωή του ατόμου.

* **Νεανική Ρευματοειδής Αρθρίτιδα**

Η μυοσκελετική αυτή διαταραχή, που καταλήγει σε σοβαρή καταστροφή ιστών, μπορεί να υπάρχει όχι μόνο στις αρθρώσεις, αλλά και σε πολλά άλλα μέρη του σώματος. Μερικές φορές εμφανίζεται ως φλεγμονώδης, αλλά χωρίς απόδειξη για κάποια εστία μόλυνσεως. Μπορεί

να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, ξαφνικά ή ανεπαίσθητα. Αν και σε ορισμένες περιπτώσεις προσβάλλονται μόνο μια ή μερικές κλειδώσεις, συνήθως οι αλλοιώσεις τείνουν να είναι συμμετρικές και συνοδεύονται από μυϊκή ατροφία. Υπάρχει συχνά πυρετός και ταχυκαρδία. Όχι σπάνια, η αρρώστια συναντιέται στην ίδια οικογένεια και τις περισσότερες φορές πλήττει τις γυναίκες. Το άτομο που πάσχει από ρευματοειδή αρθρίτιδα βρίσκεται σε σύγκρουση με τις εχθρικές, επιθετικές του ενορμήσεις. Στο ιστορικό ενός τέτοιου ατόμου, κατά κανόνα γυναίκας, υπάρχει συνήθως μια αυστηρή, περιοριστική μητέρα, που ο προσφιλής της τρόπος τιμωρίας ήταν η στέρηση της σωματικής ελευθερίας. Από αντίδραση, η μέλλουσα άρρωστη συμπεριφέρεται σαν αγοροκόριτσο, ερωτικοποιώντας τη μυϊκή της δραστηριότητα και αποφεύγοντας μια ανοικτή επανάσταση εναντίον της μητρικής τυραννίας, ώσπου μια μέρα και αυτή με τη σειρά της να γίνει τύραννος άλλων, χωρίς να χρειάζεται να αισθάνεται ένοχη, εφόσον η τυραννική της συμπεριφορά είναι ευεργετική. Η αρθριτική διαταραχή εμφανίζεται όταν αλλαγές στην εξωτερική ζωή του ατόμου κάνουν την εκτόνωση των εχθρικών του ενορμήσεων μέσω της ευεργετικής και ταυτόχρονα κυριαρχικής συμπεριφοράς του αδύνατη. Συχνός εκλυτικός παράγοντας είναι η απώλεια ενός εξαρτημένου προσώπου ή η επιτυχής προσπάθεια ενός τέτοιου προσώπου να αποκτήσει την ανεξαρτησία του (ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ, 1991).

* **Η Νεύρωση οργάνου**

Συνδυάζοντας τα δύο μοντέλα σωματοποίησης κατά Freud, οι πρώτοι ψυχαναλυτές, προσέγγισαν «τη διαταραγμένη χημεία του ανικανοποίητου ατόμου, τα σωματικά ισοδύναμα των συναισθημάτων» και «τα σωματικά επακόλουθα ασύνειδων στάσεων» ως παραδείγματα προγεννητικής μετατροπής της οποίας τελικό αποτέλεσμα είναι η νεύρωση οργάνου. Η κεντρική θέση αυτής της προσέγγισης ήταν ότι στα ψυχοσωματικά συμπτώματα ενυπάρχει κάποιο ασύνειδο ψυχικό νόημα (ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΟΣ).

Ο Alexander υποστηρίζει ότι ψυχοσωματικά συμπτώματα π.χ. οι αυξήσεις της αρτηριακής πίεσης, ούτε εκφράζουν ούτε ανακουφίζουν καταπιεσμένα συναισθήματα π.χ. θυμού και οργής. Ο Alexander αναφέρει ότι οι αυξήσεις της πίεσης είναι απλά μια από τις αντιδράσεις της φυσιολογίας του οργανισμού στο βίωμα της οργής και κατά συνέπεια οι ψυχοσωματικές διαταραχές είναι επακόλουθα ομαλών σωματικών αντιδράσεων όταν αυτές παρατείνονται στο χρόνο (ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΟΣ).

Τεκμηριωμένη απάντηση σε ερωτήματα: γιατί ο ψυχισμός ενός ατόμου να απαντά στην ανατροπή της ψυχικής οικονομίας με μια ψυχοσωματική διαταραχή, ενώ ενός άλλου ατόμου με νεύρωση ή ψύκωση; Και στο γιατί ο ψυχισμός του ίδιου ατόμου να αντιδρά πότε με νεύρωση, πότε με ψυχοσωματικές εκδηλώσεις και πότε με ψύκωση; Επίσης γιατί να επιλέγεται το συγκεκριμένο όργανο αντί κάποιο άλλο; δεν υπάρχει. Το ότι υπάρχουν κοινά ειδικά χαρακτηριστικά σε άτομα με την ίδια ψυχοσωματική νόσο, δεν δίνει απάντηση στο ερώτημα γιατί άτομα με παρόμοια χαρακτηριστικά προσωπικότητας δεν εμφανίζουν την

ίδια ή καθόλου ψυχοσωματική διαταραχή. Επίσης η εξήγηση ότι υπάρχει ευπάθεια του συγκεκριμένου οργάνου καταρρίπτεται από την παρατήρηση ότι ο ίδιος ο ασθενής μπορεί να εμφανίζει εναλλάξ δύο ή περισσότερες ψυχοσωματικές διαταραχές (ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΟΣ).

Οι πρώτοι ερευνητές μας έδωσαν ιδιαίτερα πολύτιμες πληροφορίες αναφορικά με τη σημασία που έχει η κατανόηση των συναισθημάτων και των σχέσεων στην ερμηνεία της παθογένεσης και στο θεραπευτικό χειρισμό των ψυχοσωματικών διαταραχών. Επίσης άνοιξαν ένα ολόκληρο πεδίο έρευνας και μελέτης, οι οποίες αναζητούν να εντοπίσουν τους πρώιμους φυσιολογικούς και ψυχολογικούς παράγοντες, καθώς και τους λανθάνοντες ειδικούς και μη μηχανισμούς, που τελικά, σε συνδυασμό, οδηγούν σε μια διαδικασία νόσου (ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΟΣ).

Στο DSM-III έχει περιληφθεί η κατηγορία των ψυχολογικών παραγόντων που επηρεάζουν μια σωματική κατάσταση. Τα διαγνωστικά κριτήρια αυτής της κατηγορίας είναι:

- 1.- Ερεθίσματα από το περιβάλλον με ψυχική σημασία σχετίζονται χρονικά με την έναρξη ή επιδείνωση μιας σωματικής νόσου.
- 2.- Η σωματική νόσος έχει είτε οργανική παθολογία δυνάμενη να διαπιστωθεί (π.χ. ρευματοειδής αρθρίτιδα) είτε γνωστή παθοφυσιολογία (π.χ. ημικρανίες, εμετούς).
- 3.- Η σωματική κατάσταση δεν οφείλεται σε μια σωματόμορφη διαταραχή (π.χ. υστερία).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΨΥΧΟΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η θεραπεία και η αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών διαταραχών πρέπει να λάβει υπόψη τους βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, καθώς και την αλληλεπίδραση μεταξύ τους σε σχέση με τη διατήρηση της υγείας ή την εμφάνιση διαταραχών. Η θεραπεία και η αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών διαταραχών έχει ως προϋπόθεση μια ικανοποιητική διαγνωστική εκτίμηση. Τα αποτελέσματα της διαγνωστικής εκτίμησης με βάση την οποία θα γίνει η ανακοίνωση στους γονείς και στο παιδί θα πρέπει να στηρίζονται σε ορισμένα κριτήρια με τα οποία θα τεκμηριώνεται η ψυχοσωματική διαταραχή. Η διαγνωστική εκτίμηση θα πρέπει να ανακοινωθεί από τους ειδικούς στην οικογένεια και το παιδί. Το σημείο αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία γιατί χρειάζεται να πεισθούν οι γονείς και το παιδί ότι το συγκεκριμένο σύμπτωμα έχει μια ψυχοσωματική βάση.

*** Αρχές Θεραπείας Παιδιών και Εφήβων με Ψυχοσωματικές Διαταραχές**

Η πρωταρχική ευθύνη για τη θεραπεία τους ασθενούς ανήκει στον παιδίατρο. Στις περιπτώσεις όπου δεν εμφανίζονται σημαντικές διαταραχές συμπεριφοράς, είναι δυνατόν ο παιδίατρος να αναλάβει και αυτές τις πλευρές της θεραπείας, υπό την προϋπόθεση βέβαια ότι ο παιδίατρος θα συμβουλευτεί κάποιον ειδικό που θα τον καθοδηγεί σχετικά με την ψυχολογική αντιμετώπιση του παιδιού και της οικογένειάς του. Τέτοιες περιπτώσεις είναι ορισμένες δυσκολίες

προσαρμογής οι οποίες δυνατό να εμφανιστούν αμέσως μετά την εκδήλωση της αρρώστιας, όπως για παράδειγμα το παιδί μπορεί να εμφανίσει φόβο στο να κάνει ορισμένα πράγματα που έκανε προηγουμένως και να προσκολληθεί στους γονείς του (ΤΣΙΑΝΤΗΣ 2001).

Απαραίτητο είναι στην αρχική φάση της νοσηλείας να γίνει εξέταση του παιδιού και της οικογένειας του από παιδοψυχίατρο ή άλλον ειδικό προκειμένου να βοηθήσει τον παιδίατρο να αντιληφθεί πιο ολοκληρωμένα τη ψυχολογική ανάπτυξη του παιδιού, τη φύση των ψυχολογικών παραγόντων που συμβάλλουν στην πορεία της αρρώστιας και το βαθμό προσαρμογής παιδιού και οικογένειας. Όλα αυτά θα βοηθήσουν τον παιδίατρο στο βραχυπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο σχεδιασμό της θεραπείας, καθώς και στην απόκτηση της δυνατότητας να κρίνει και να συγκρίνει, εάν αργότερα υπάρξουν αλλαγές από την αρχική εικόνα της ψυχολογικής ανάπτυξης, όπως υποστροφή ή αναστολή της πορείας ορισμένων λειτουργιών. Επίσης, η αρχική εκτίμηση θα καθορίσει εάν στη συγκεκριμένη φάση της διαταραχής αν υπάρχει ανάγκη ψυχοθεραπείας.

Ενδείξεις για ψυχοθεραπεία είναι:

1) η έλλειψη βελτίωσης ή η επιδείνωση της κλινικής εικόνας παρά τη σωστή ιατροφαρμακευτική θεραπεία,

2) η μη εφαρμογή της θεραπείας, είτε από το παιδί είτε από τους γονείς, παρά τις επανειλημμένες προσπάθειες του παιδίατρου και την παροχή ξεκάθαρων εξηγήσεων,

3) η ύπαρξη ψυχολογικών προβλημάτων ή διαταραχών συμπεριφοράς στο παιδί και στην οικογένεια και

4) η εκδήλωση της επιθυμίας του παιδιού και των γονιών του για ψυχοθεραπεία, μετά την αρχική διαγνωστική εξέταση, εφόσον αισθάνονται ότι η ψυχοθεραπεία μπορεί να τους βοηθήσει στην αντιμετώπιση της αρρώστιας ή γενικότερα στο πώς να χειρίζονται καταστάσεις.

Μεταξύ των ειδικών θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία και συντονισμός της θεραπείας. Ο καθένας πρέπει να γνωρίζει τις δικές του δυνατότητες και αρμοδιότητες στη θεραπεία του παιδιού και να σέβεται το γνωστικό πεδίο του άλλου. Σκοπός της συνδυασμένης θεραπείας είναι:

1) ίαση της ψυχοσωματικής αρρώστιας ή καλύτερευση της πορείας της,

2) αποφυγή επιπλοκών της βασικής ασθένειας,

3) μείωση του δευτερογενούς κέρδους που έχει το παιδί από καταστάσεις που αυξάνουν την εξάρτηση από τους γονείς του και την προστατευτικότητά τους προς αυτό,

4) αυξημένη ικανότητα προσαρμογής στην παρουσία της αρρώστιας,

5) δραστηριότητα φυσική, κοινωνική και πνευματική ανάλογη με αυτή των παιδιών της ηλικίας του και

6) επίδραση στις ψυχολογικές ανάγκες και ψυχοσυγκρούσεις των μελών της οικογένειας, ώστε ένα ή περισσότερα μέλη της να μην αντιδρούν με ψυχοσωματικά ή άλλα ψυχιατρικά συμπτώματα.

*** Χαρακτηριστικά της οικογένειας του αρρώστου με ψυχοσωματική διαταραχή.**

Συχνά στις οικογένειες στις οποίες υπάρχει ασθενής με ψυχοσωματική νόσο παρατηρούνται τα εξής χαρακτηριστικά:

- 1.- Έλλειψη σαφών ορίων αυτονομίας μεταξύ των μελών. Ορισμένα μέλη της οικογένειας παρεμβάλλονται στη ζωή των άλλων και παρεμποδίζουν την ανεξάρτητη λειτουργία τους.
- 2.- Διάχυση των συγκρούσεων που παρατηρούνται στην οικογένεια. Οι συγκρούσεις δεν αντιμετωπίζονται και δεν ξεκαθαρίζονται από τα μέλη που αφορούν. Αντίθετα, η ανησυχία και άλλα συναισθήματα που δημιουργούνται μετατοπίζονται σε κάτι άλλο, το οποίο συχνά είναι τα ψυχοσωματικά συμπτώματα του παιδιού.
- 3.- Υπερπροστασία του παιδιού, το οποίο έχει την ψυχοσωματική διαταραχή, σε βαθμό που παρεμποδίζεται η ανάπτυξη των ικανοτήτων του.
- 4.- Δυσκαμψία στην αντιμετώπιση καταστάσεων που δημιουργούνται και χρησιμοποίηση των ίδιων τρόπων αντίδρασης, παρόλο που οι συνθήκες απαιτούν άλλους μηχανισμούς άμυνας για καλύτερη προσαρμογή.
- 5.- Συγκεκριμένη συμμετοχή του παιδιού, που έχει την ψυχοσωματική διαταραχή, στις συγκρούσεις των άλλων μελών της οικογένειας και κυρίως των γονιών του, π.χ. όταν υπάρχει κάποιος διαπληκτισμός μεταξύ των γονιών του, μπορεί το παιδί να τραβήξει την προσοχή στο άτομο του με το να φωνάζει ή να κλαίει ή να κάνει κάποια αταξία ή ακόμα και να εκδηλώσει συμπτώματα της ψυχοσωματικής

διαταραχής από την οποία πάσχει. Έτσι σταματάει ο διαπληκτισμός μεταξύ των γονιών του, χωρίς όμως να σημαίνει ότι ξεκαθαρίζεται το πρόβλημα (ΜΠΕΡΑΤΗ, 1989).

* **Ψυχοθεραπεία.**

Η θεραπεία των ψυχοσωματικών διαταραχών είναι δύσκολο έργο. Σκοπός της θεραπείας θα πρέπει να είναι η κατανόηση των κινήτρων και μηχανισμών της διαταραγμένης λειτουργίας και η βοήθεια στους ασθενείς να κατανοήσουν τη φύση της νόσου και τις εμπλοκές των δαπανηρών προσαρμοστικών προτύπων. Αυτή η ενδοσκόπηση θα πρέπει να καταλήξει σε αλλαγμένα και υγιέστερα πρότυπα συμπεριφοράς. Η ψυχοθεραπεία που βασίζεται σε αναλυτικές αρχές είναι αποτελεσματική στη θεραπεία ψυχοσωματικών διαταραχών, κυρίως όσον αφορά τις εμπειρίες των ασθενών με τη θεραπεία, ειδικότερα ως προς τη σχέση τους με το θεραπευτή. Αυτοί οι ασθενείς είναι πιο απρόθυμοι να συνδιαλλαγούν με τα ψυχολογικά τους προβλήματα από ότι ασθενείς με άλλα ψυχιατρικά προβλήματα. Οι ψυχοσωματικοί ασθενείς προσπαθούν να αποφύγουν την ευθύνη για τη νόσο τους, απομονώνοντας το όργανο που νοσεί και παρουσιάζοντάς το στο γιατρό για διάγνωση και θεραπεία.

Η ψυχοθεραπεία με έναν ψυχοσωματικό ασθενή πρέπει συχνά να προχωρεί πιο αργά και προσεκτικά απ' ότι με άλλους ψυχιατρικούς ασθενείς. Η θετική μεταβίβαση πρέπει να αναπτυχθεί βαθμιαία. Ο θεραπευτής πρέπει να είναι υποστηρικτικός και ενθαρρυντικός στη διάρκεια της οξείας φάσης της διαταραχής. Καθώς η διαταραχή μπαίνει σε χρόνια φάση, ο θεραπευτής μπορεί να κάνει διερευνητικές ερμηνείες,

για να κάνει όμως τέτοιες ερμηνείες θα πρέπει να επιδιώξει μια ισχυρή σχέση θεραπευτή – ασθενούς. Στη διάρκεια της θεραπείας, ένας μεγάλος βαθμός εκθρότητας εμφανίζεται με μορφή ανοικτής συζήτησης και με τη διεργασία της μεταβίβασης. Η ελεύθερη και κατάλληλη έκφραση της εκθρότητας του ασθενούς πρέπει να ενθαρρύνεται.

Ο θεραπευτής πρέπει να προσέξει ιδιαίτερος τα τρέχοντα προβλήματα της άμεσης κατάστασης του ασθενούς στο θεραπευτή και τη θεραπεία. Θα πρέπει να υπάρχει αυξημένη έμφαση στην εκτίμηση των χαρακτηριστικών δυσκολιών και των συνήθων αντιδράσεων του ασθενούς, ειδικότερα των αντιδράσεων εναντίον του ίδιου του, του εαυτού π.χ. αυτοεκτίμηση και ενοχή· και αντιδράσεων στο περιβάλλον του π.χ. εξαρτικότητα, υποταγή, ανάγκη για στοργή. Επίσης ο θεραπευτής θα πρέπει να αναλύσει τα άγχη και τους μηχανισμούς αντιμετώπισης του άγχους του ασθενούς για καταστάσεις στρες, όπως το να ζητάει πλήρη φροντίδα, το να πρέπει πάντα να έχει δίκιο, να συγκρατεί τους ισχυρισμούς του και να καταπιέζει όλες τις απαγορευμένες παρορμήσεις του.

Οι ψυχοσωματικοί ασθενείς εμπλέκονται συχνά σε ένα επαναλαμβανόμενο πρότυπο που συνεπάγεται στρες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Επειδή οι ασθενείς δεν έχουν συνήθως επίγνωση αυτού του προτύπου, είναι χρήσιμο να τους δείξουμε ότι αυτό το πρότυπο δεν είναι τυχαίο, αλλά ότι προσδιορίζεται από παράγοντες των οποίων δεν έχουν επίγνωση. Απαραίτητο είναι να τους δείξουμε πώς μπορούν να αλλάξουν αυτό το διαταραγμένο πρότυπο και να δράσουν με ένα νέο και υγιέστερο τρόπο.

Όταν συνιστάται ψυχοθεραπεία τίθεται το ερώτημα εάν προτιμάται η οικογενειακή από την ατομική ψυχοθεραπεία του παιδιού ή του εφήβου με ψυχοσωματική διαταραχή. Το παιδί και ο έφηβος (ιδιαίτερα στην αρχή της εφηβείας) είναι αδιαμόρφωτος αναπτυσσόμενος οργανισμός ο οποίος βρίσκεται σε εξάρτηση από τους γύρω του. Συνεπώς, για να επηρεαστεί αυτός ο οργανισμός, πρέπει να επιδράσουμε και στις συνθήκες του περιβάλλοντός του και κατά κύριο λόγο στην οικογένεια. Οι συνθήκες αυτές δεν είναι σταθερές χρονικά, αλλά μεταβάλλονται και αυτές, βρίσκονται μάλιστα σε δυναμική σχέση αλληλεπίδρασης με το παιδί. Μια τέτοια μεταβολή της σχέσης γονιών – παιδιού μπορεί να παρατηρηθεί όταν το παιδί μεταπηδήσει από μια περίοδο ανάπτυξης σε άλλη. Χαρακτηριστικό παράδειγμα η πορεία του παιδιού προς ανεξαρτητοποίηση, στην οποία είναι δυνατόν να παρατηρήσουμε ότι ένας γονιός μπορεί να έχει πολύ καλή συναισθηματική επαφή με το παιδί στη φάση συμβίωσης (πρώτοι μήνες της ζωής), εξασφαλίζοντας τις συνθήκες του αρκετά καλού περιβάλλοντος. Στη συνέχεια όμως, ο ίδιος ο γονιός, όταν το παιδί αρχίσει την πορεία του προς την ανεξαρτητοποίηση, είναι δυνατόν να έχει δυσκολία στο να του επιτρέψει αυτή την πορεία, δημιουργώντας με αυτόν τον τρόπο συνθήκες που προκαλούν αισθήματα ανασφάλειας στο παιδί σε ότι έχει σχέση με τις ικανότητες του και τα αμοιβαία εκθρικά συναισθήματα όπου κάθε πράξη αυτονομίας του παιδιού ερμηνεύεται και από τις δύο πλευρές ως απόρριψη του άλλου (Mahler). Μία άλλη μεταβολή, λιγότερο εμφανής, είναι η μεταβολή που οφείλεται σε συναισθηματικές μεταπτώσεις ενός από τους δύο γονείς. Αυτές οι

μεταβολές γίνονται αντιληπτές μόνο όταν υπάρχει συχνή επαφή και συνεργασία με όλα τα μέλη της οικογένειας.

Η επιλογή της μεθόδου θεραπείας που θα χρησιμοποιηθεί αφήνεται στην κρίση του θεραπευτή, ο οποίος θα αποφασίσει στηριζόμενος στην πείρα του, λαμβάνοντας υπόψιν κάθε φορά την συγκεκριμένη οικογένεια με την οποία εργάζεται. Αυτό που δεν πρέπει να αγνοεί ο θεραπευτής είναι το γεγονός ότι το παιδί ή το έφηβος με ψυχοσωματική διαταραχή είναι μέρος μίας οικογένειας από την οποία εξαρτάται και η οποία το επηρεάζει.

*** Χαρακτηριστικά Ψυχοθεραπείας παιδιών με ψυχοσωματικές διαταραχές**

Η ψυχοθεραπεία των παιδιών με ψυχοσωματικές διαταραχές παρουσιάζει ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία σχετίζονται με τη φύση των διαταραχών αυτών και με γνώρισμα αυτών των παιδιών και των οικογενειών τους.

Η οικογένεια θεωρεί τα συμπτώματα αποκλειστικά ως όργανα και έτσι αμφισβητεί την ανάγκη για ψυχοθεραπεία. Η επιλογή της σωματικής οδού φανερώνει τη δυσκολία που υπάρχει στη συνειδητοποίηση των συνθημάτων. Όταν το άτομο αισθάνεται ανησυχία, πολλές φορές αυτή η ανησυχία δε συνδέεται με συγκεκριμένες ψυχοσυγκρούσεις αλλά με τα σωματικά συμπτώματα της διαταραχής. Υπάρχει μετατόπιση της ανησυχίας από εσωτερική προσωπική ψυχοσύγκρουση ή από προβλήματα διαπροσωπικών σχέσεων στα σωματικά συμπτώματα της ψυχοσωματικής διαταραχής.

Ο ρόλος του θεραπευτή στην πορεία της ψυχοθεραπείας πρέπει να διακρίνεται από ευκαμψία. Όταν υπάρχει επιδείνωση των σωματικών συμπτωμάτων πρέπει να είναι περισσότερο υποστηρικτικός ενώ στο χρόνιο στάδιο να είναι περισσότερο ερμηνευτικός. Απαραίτητη προϋπόθεση για να γίνουν αυτές οι ερμηνείες, είναι η ισχυρή θετική σχέση με τον θεραπευτή, όπου το παιδί και η οικογένεια του θα αισθάνονται ότι του έχουν εμπιστοσύνη.

Για να επιτευχθεί μία τέτοια σχέση, θα πρέπει ο θεραπευτής να είναι εύκολα προσιτός, να δείχνει ενδιαφέρον για την όλη πορεία και προσαρμογή του παιδιού και της οικογένειας, να συνεργάζεται με τους άλλους ειδικούς που το παρακολουθούν και η σχέση του με την οικογένεια να μη διακόπτεται σε περίπτωση που χρειαστεί το παιδί να νοσηλευτεί σε νοσοκομείο.

Στις ψυχοσωματικές διαταραχές, η αντίσταση στην ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι ιδιαίτερα ισχυρή. Αφενός το παιδί και η οικογένεια του επιθυμούν την ίαση, αφετέρου υπάρχουν ορισμένα οφέλη από αυτή την κατάσταση, τα οποία τόσο το παιδί όσο και η οικογένεια, ασυνείδητα ή συνειδητά, θέλουν να διατηρήσουν, τα οφέλη αυτά είναι η προσοχή και η ιδιαίτερη μεταχείριση που έχει το παιδί από τους γονείς και η ισορροπία που εξασφαλίζει πολλές φορές η αρρώστια του παιδιού στις ψυχοδυναμικές σχέσεις της οικογένειας. Εάν η διαταραχή εξαφανιστεί, συχνά έρχονται στην επιφάνεια άλλα προβλήματα τα οποία διαταράσσουν την ασταθή ψυχολογική ισορροπία, όπως για παράδειγμα, αντί να ασχολούνται οι γονείς με το πόσες φορές έβηξε το παιδί το οποίο ίσως σημαίνει την αρχή μίας ασθματικής κρίσης, αρχίζουν να

συνειδητοποιούν την έλλειψη επικοινωνίας που υπάρχει μεταξύ τους ή την παθολογική της εξάρτηση (Σ. ΜΠΕΡΑΤΗ, 1989).

Ο θεραπευτής θα πρέπει να έχει υπόψιν του ότι, κατά την πορεία της θεραπείας μπορεί να εμφανιστεί ψύχωση. Σε τέτοιες περιπτώσεις πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην ερμηνεία, γιατί ορισμένες φορές η ψύχωση ακολουθεί κάποια ερμηνεία ιδιαίτερα σημαντική από ψυχοδυναμική πλευρά. Ο θεραπευτής είναι δυνατόν να αποφασίσει να περιορίσει τους σκοπούς της ψυχοθεραπείας ώστε να μην διαταράξει την ασταθή ψυχολογική ισορροπία του αρρώστου (Σ. ΜΠΕΡΑΤΗ, 1989).

Μεγάλη προσοχή χρειάζεται στη σχέση χρόνου ερμηνείας και φάση θεραπείας. Η χρονική επιλογή κάποιας ερμηνείας, το πότε ο θεραπευτής θα ερμηνεύσει κάτι στον άρρωστο, είναι σημαντική σε κάθε ψυχοθεραπεία. Η ερμηνεία που γίνεται σε λάθος στιγμή, κινδυνεύει να μην αποκτήσει συναισθηματική σημασία για τον άρρωστο ή να αυξήσει τόσο πολύ το άγχος, ώστε να προκληθεί ιδιαίτερη ισχυροποίηση των αντιστάσεων ή και να οδηγήσει σε αποδιοργάνωση της προσωπικότητας του. Στις ψυχοσωματικές διαταραχές η ερμηνεία πρέπει να γίνεται όταν ο άρρωστος είναι γνωστικά και συναισθηματικά έτοιμος να τη δεχτεί και η φάση της νόσου του το επιτρέπει. Η πρόωρη ερμηνεία ασυνείδητων ψυχοσυγκρούσεων έχει παρατηρηθεί ότι ορισμένες φορές προκαλεί επιδείνωση των σωματικών συμπτωμάτων. Στην οξεία φάση της νόσου οι ερμηνείες πρέπει να έχουν χαρακτήρα υποστηρικτικό, ενώ ερμηνείες προβληματικών αμφιθυμικών σχέσεων πρέπει να αφήνονται για την χρόνια φάση, όταν τα σωματικά συμπτώματα ελέγχονται ικανοποιητικά (Σ. ΜΠΕΡΑΤΗ, 1989).

Η ψυχοθεραπεία προσφέρει στα παιδιά με ψυχοσωματικές διαταραχές σημαντική βοήθεια, σε ότι αφορά την κλινική φαινομενολογία αλλά και γενικότερα στην προσαρμογή του αρρώστου και της οικογένειας του (Σ. ΜΠΕΡΑΤΗ, 1989).

*** Θεραπεία της Συμπεριφοράς - Συστηματική απευαισθητοποίηση**

Στη τεχνική αυτή, που αρχικά ανέπτυξε ο Wolpe, καθοριστική σημασία έχει η δημιουργία μίας ιεραρχίας άγχους και η εκπαίδευση στην προοδευτική χαλάρωση. Στη δημιουργία της ιεραρχίας ο ασθενής καλείται να σκεφτεί όλες τις περιστάσεις που δημιουργούν το φόβο του αγχογόνου αντικειμένου ή της αγόνου κατάστασης. Όταν συγκεντρωθούν όλα τα θέματα, ο ασθενής με τη βοήθεια του θεραπευτή, τα κατατάσσει ιεραρχικά ανάλογα με την ένταση του φόβου που προκαλούν. Παράλληλα διδάσκεται πώς να χαλαρώνει ακολουθώντας ορισμένες τεχνικές, εκ των οποίων του Jacobson είναι η πιο συνηθισμένη. Η εκπαίδευση γίνεται με επίδειξη στο γραφείο του θεραπευτή ή και με μαγνητοταινία, αν το παιδί είναι αρκετά μεγάλο για να μπορεί να ακολουθήσει μόνο το πρόγραμμα εκπαίδευσης στην χαλάρωση. Η εκπαίδευση αποτελείται από σταδιακή έκταση και χαλάρωση ορισμένων ομάδων μυών μέχρι να επιτευχθεί βαθιά χαλάρωση. Στο επόμενο στάδιο όταν ο ασθενής βρίσκεται σε βαθιά χαλάρωση, παρουσιάζεται πρώτα το ερέθισμα που προκαλεί το λιγότερο άγχος και ακολουθούν σταδιακά και σύμφωνα με την κλίμακα της ιεραρχίας, τα ερεθίσματα που προκαλούν όλο και περισσότερο άγχος. Έναν κατά τη διάρκεια αυτής της

συστηματικής παρουσίασης, ο ασθενής αισθάνεται μεγάλη δυσφορία, ειδοποιεί το θεραπευτή ο οποίος επανέρχεται σε προηγούμενα ερεθίσματα, η παρουσίαση των οποίων δεν είχε προκαλέσει άγχος. Ή, εάν ο ασθενής έχει πάψει να νιώθει χαλαρωμένος, ξαναρχίζει η διαδικασία της καλάρωσης πριν παρουσιαστούν άλλα ερεθίσματα. Αυτή η διεργασία φανταστικής παρουσίασης αγχογόνων καταστάσεων, ενώ ο ασθενής βρίσκεται σε βαθιά καλάρωση, μπορεί να χρειαστεί αρκετές συνεδρίες, ανάλογα με την ικανότητα του ασθενή να τις «δει» με τη φαντασία του, χωρίς να νιώσει φόβο. Εάν ο ασθενής κατορθώσει να αντιμετωπίσει με τη φαντασία του, υποθετικές καταστάσεις, χωρίς να νιώσει φόβο, αναμένεται ότι κατά πάσα πιθανότητα θα ξεπεράσει και τους φόβους του στην πραγματική ζωή. Όπως και στην αντιεξάρτηση, η βασική υπόθεση είναι ότι ο ασθενής δε μπορεί να νιώθει συγχρόνως άγχος και καλάρωση. Η τεχνική της συστηματικής απευαισθητοποίησης, όμως εφαρμόζεται πάντα σε θεραπευτικό πλαίσιο και μπορεί να μην είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική με πολύ μικρά παιδιά ή με εκείνα που δεν μπορούν να χαλαρώσουν ή που δεν μπορούν να φανταστούν τα ερεθίσματα που τους προκαλούν άγχος. Η τεχνική αυτή είναι η μόνη που εφαρμόζεται στις περιπτώσεις γενικευμένων ή αφηρημένων φόβων (Μ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΡΕΑ, 1989).

* **Γνωσιακή Θεραπεία**

Η γνωσιακή θεραπεία συνδυάζει ένα μεγάλο αριθμό θεραπευτικών τεχνικών και στρατηγικών, επικεντρώνοντας την προσοχή της στην ανακάλυψη των αυτόματων αρνητικών σκέψεων στην αναγνώριση των

πιθανών συνεπειών και στην προσπάθεια αντικατάστασης αυτών των σκέψεων μ' άλλες, περισσότερο λειτουργικές σκέψεις (Θ. ΚΑΛΠΑΚΟΓΛΟΥ, 2001).

Το σενάριο των χειρότερων συνεπειών αποτελεί μία από τις τεχνικές που επιτρέπει στον πελάτη να αναγνωρίσει τις πιο απειλητικές σκέψεις που κάνει για μια κατάσταση ενώ παράλληλα τον οδηγεί σε κάποιους βαθύτερους φόβους που τον επηρεάζουν. Μια λεπτομερής διήγηση συγκεκριμένων επεισοδίων μπορεί να αναδείξει σημαντικά στοιχεία για μια διαταραχή. Τα συναισθήματα μπορεί να συνοδεύουν ή να συνοδεύονται από αυτόματες αρνητικές σκέψεις. Όταν αυτά δεν είναι προφανή, τότε η διερεύνηση τους αρχίζει από το συναισθηματικό επίπεδο αντιδράσεων (Θ. ΚΑΛΠΑΚΟΓΛΟΥ, 2001).

Η γνωσιακή θεραπεία στοχεύει στην μετατροπή των πιστεύω σε επίπεδο αυτόματων αρνητικών σκέψεων και σχημάτων. Η διάρκεια αυτής της αλλαγής εξαρτάται από τον τρόπο που ορίζεται και αλλάζει το πλήθος των παραγόντων που είναι υπεύθυνοι για τη διατήρηση των αρνητικών σκέψεων και των σχημάτων.

Ανάλογα με τη φύση του προβλήματος χρησιμοποιούνται και οι κατάλληλες στρατηγικές π.χ. προφορική αναδόμηση, ορισμός και χρήση των ορίων, αναζήτηση αποδείξεων, αναζήτηση αποδείξεων για το αντίθετο, αναγνώριση γνωσιακών λαθών, χρήση των εναλλακτικών αντιδράσεων / σκέψεων, ανάλυση κόστους – ωφέλους, Pie-charts, εκπαίδευση, συνεχής παρουσίαση του μοντέλου, τεχνικές απεικονιστικής και σχέδια δράσης (Θ. ΚΑΛΠΑΚΟΓΛΟΥ, 2001).

ΣΩΜΑΤΟΜΟΡΦΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

Οι Σωματόμορφες Διαταραχές είναι ψυχικές διαταραχές που παρουσιάζονται με τη μορφή σωματικών διαταραχών. Τα βασικά τους χαρακτηριστικά είναι σωματικά συμπτώματα για τα οποία δεν μπορεί να καταδειχθεί ύπαρξη οργανικής παθολογίας ή γνωστών παθοφυσιολογικών μηχανισμών και που φαίνονται συχνά να συνδέονται με ψυχολογικούς παράγοντες ή συγκρούσεις. Οι διαταραχές αυτής της μορφής χαρακτηρίζονται από επίμονη, επαναληπτική εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων, που συνοδεύονται από εξίσου επίμονα αιτήματα, από μέρους του αρρώστου, για ιατρικές, κλινικές και παρακλινικές εξετάσεις. Πρόκειται για πολύ συχνές παθήσεις, τα άτομα με αυτές τις διαταραχές γυρνούν από γιατρό σε γιατρό αναζητώντας βοήθεια για αρρώστιες για τις οποίες δεν μπορεί να βρεθεί οργανική βάση. Ακόμα και αν υπάρχουν ορισμένες φυσικές, σωματικές διαταραχές, αυτές δεν μπορούν να εξηγήσουν τη μορφή και την έκταση των συμπτωμάτων ή την αναφερόμενη δυσμορφία και την υπεραπασχόληση του αρρώστου. Αν και επανειλημμένα τους ανακοινώνεται ότι δεν έχουν τίποτα, οι ασθενείς αυτοί παραμένουν πεπεισμένοι ότι τα σωματικά τους συμπτώματα και ο πόνος είναι πραγματικά και όχι στη φαντασία τους.

Οι ασθενείς, ουσιαστικά, έχουν δίκαιο γιατί τα συμπτώματα τους είναι πραγματικά, τόσο πραγματικό όσο κι αν είχαν συγκεκριμένες οργανικές βλάβες. Οι ασθενείς, πραγματικά, πονούν και νιώθουν διάφορα άλλα συμπτώματα χωρίς τη θέληση τους, χωρίς να έχουν την

αίσθηση ότι ελέγχουν την παραγωγή τους. Ο κάθε κλινικός θα πρέπει να το γνωρίζει αυτό και να αναφέρει στους ασθενείς ότι τα σωματικά συμπτώματα μπορούν να εμφανισθούν και χωρίς οργανική βλάβη, χωρίς να αμφισβητεί την ύπαρξη τους.

Οι Σωματόμορφες Διαταραχές κατά το DSM-III-R είναι η Σωματοποιητική Διαταραχή, η Διαταραχή Μετατροπής, η Σωματόμορφη Διαταραχή Πόνου, η Υποχονδρίαση, η Σωματοδυσμορφική Διαταραχή, η Αδιαφοροποίητη Σωματόμορφη Διαταραχή και η Σωματόμορφη Διαταραχή Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Η ακριβής αιτιολογία των Σωματοποιητικών Διαταραχών είναι άγνωστη.

Ψυχοκοινωνικές ερμηνείες αποδίδουν τα συμπτώματα σε προσπάθεια αποφυγής κάποιων υποχρεώσεων, όπως για παράδειγμα να κάνει το άτομο μία δουλειά που του αρέσει, σε έκφραση συναισθημάτων, όπως π.χ. επιθετικότητα και απόρριψη του ή της συζύγου, ή συμβολισμό ενός αισθήματος ή μίας πίστης μέσω ενός ενοχλήματος, όπως για παράδειγμα του πόνου στο έντερο.

Στην υπόθεση ότι τα συμπτώματα υποκαθιστούν απωθημένες ενστικτώδεις παρορμήσεις στηρίζεται η αυστηρά ψυχαναλυτική ερμηνεία των συμπτωμάτων.

Η συμπεριφερική σχολή, με μία ερμηνεία της, υποστηρίζει ότι στις διαταραχές της σωματοποίησης η γονική διδασκαλία, το γονικό παράδειγμα και τα πολιτισμικά ήθη μπορούν να διδάξουν σε μερικά παιδιά να σωματοποιήσουν διαταραχές περισσότερο από κάποια άλλα που ζουν σε διαφορετικό περιβάλλον.

Άλλες θεωρίες στηρίζουν την ερμηνεία τους σε νευροψυχολογική βάση και προτείνουν την άποψη ότι οι άρρωστοι έχουν μία χαρακτηριστική προσοχή και κακή ερμηνεία των σωματικών ενοχλημάτων γενικά, που τελικά οδηγεί στις σωματόμορφες διαταραχές.

Οι γενετικοί (κληρονομικοί) παράγοντες φαίνεται να διαδραματίζουν κάποιο ρόλο στις Σωματόμορφες Διαταραχές, επίσης αρκετές έρευνες ασχολούνται με τον ρόλο που παίζουν οι κυτοκίνες.

Σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία τα συμπτώματα μετατροπής, προσφέρουν στους ασθενείς δύο είδη κέρδους. Το πρωτογενές κέρδος είναι η ανακούφιση από την ψυχολογική σύγκρουση και μείωση του άγχους. Στην πραγματικότητα το σύμπτωμα συμβολικά αναπαριστά τη σύγκρουση και επιτυγχάνει μία μερική της λύση. Ανάμεσα στο γεγονός που δημιουργεί σύγκρουση και την έναρξη του συμπτώματος, συνήθως υπάρχει μια χρονική σχέση. Το δευτερογενές κέρδος είναι ότι το άτομο με το να αναλάβει το ρόλο του αρρώστου μπορεί να αποφύγει ευθύνες που δεν θέλει και να δεχθεί υποστήριξη και φροντίδα από άτομα γύρω του, που αλλιώς δεν θα του έδιναν. Ο σκοπός του συμπτώματος είναι να ελαττώσει το άγχος και την ενδοψυχική σύγκρουση, για αυτό οι ασθενείς μπορεί να είναι «τυφλοί» ή παράλυτοι»

και να φαίνονται αδιάφοροι γι' αυτή την αναπηρία. Το φαινόμενο αυτό ονομάστηκε *la belle indifference*.

Με βάση τις ψυχοδυναμικές απόψεις άτομα με Σωματόμορφη Διαταραχή του πόνου (η οποία δεν δικαιολογείται επαρκώς από φυσικές αιτίες) ίσως εκφράζουν συμβολικά, μέσα από το σώμα τους, ενδοψυχικές συγκρούσεις. Παραδεκτό είναι ότι άρρωστοι με αλεξιθυμία χρησιμοποιούσαν το σώμα τους για να εκφράσουν τα συναισθήματα τους, αφού δεν μπορούσαν να τα εκφράσουν με το λόγο. Άρρωστοι που πάσχουν από δυσθεράπευτους και βασανιστικούς πόνους πιστεύουν ότι αξίζουν να τιμωρηθούν επειδή γενικά φταίνε. Αυτοί οι άρρωστοι χρησιμοποιούν μηχανισμούς άμυνας όπως την μετατόπιση, την υποκατάσταση και την απώθηση.

Σύμφωνα με τη θεωρία της συμπεριφοράς, η διαταραχή πόνου επιτείνεται όταν κατά κάποιον τρόπο αμείβεται και αναστέλλεται, όταν αγνοείται ή τιμωρείται. Με βάση αυτό, συμπτώματα μετρίου βαθμού είναι δυνατόν να γίνουν έντονα, όταν αντιμετωπίζονται από τους άλλους με μεγάλη προσοχή και ανησυχία, αφού τότε δημιουργείται η αίσθηση του άμεσου κέρδους ή η επιτυχία αποφυγής της εκτέλεσης κάποιων ανεπιθύμητων εργασιών.

Οι διαπροσωπικοί παράγοντες υποστηρίζουν ότι ο πόνος είναι ένας τρόπος χειρισμού και προσπορισμού κερδών και πλεονεκτημάτων στις διαπροσωπικές σχέσεις του ατόμου, όπως π.χ. για να εξασφαλίσει την αφοσίωση ενός μέλους της οικογένειας ή να σταθεροποιήσει μία υπό διάλυση έγγαμη ζωή.

Η βιολογική θεώρηση στηρίζεται στο γεγονός ότι ο εγκέφαλος μπορεί να αναστείλει ή όχι την προσαγωγή μηνυμάτων από τις κεντρομόλες νευρικές ίνες του πόνου. Σημαντικό ρόλο παίζουν οι σεροτονίνη και οι ενδορφίνες, τα επίπεδα των οποίων μπορεί να είναι μειωμένα, σε πολλούς αρρώστους.

Για την Υποχονδριακή διαταραχή έχουν αναπτυχθεί διάφορες απόψεις. Μία άποψη υποστηρίζει ότι οι άρρωστοι αυξάνουν και ενδυναμώνουν τις σωματικές αισθήσεις τους, επειδή έχουν χαμηλό αιδώ ανοχής για τα φυσικά μικροενοχλήματα που συνήθως στους άλλους περνούν χωρίς ιδιαίτερη προσοχή. Εστιάζουν την προσοχή τους σε μία σωματική αίσθηση, την παρερμηνεύουν και αρχίζουν να ανησυχούν, επειδή έχουν εσφαλμένη εντύπωση για τις σωματικές λειτουργίες. Π.χ. οι υποχονδριακοί βιώνουν ως πόνο αυτό που οι συνηθισμένοι άνθρωποι αντιλαμβάνονται ως κοιλιακό βάρος ή πίεση.

Σε ένα κοινωνικό μαθησιακό μοντέλο αποδίδει την υποχονδριακή διαταραχή μία άλλη άποψη. Συγκεκριμένα υποστηρίζει ότι τα συμπτώματα στοχεύουν στο να γίνει αποδεκτό το άτομο ως ασθενής, όταν αντιμετωπίζει ανυπέρβλητα και δυσεπίλυτα προβλήματα. Ο ρόλος του ασθενούς επιτρέπει στον άρρωστο να αναβάλλει να πάρει θέση σε ανεπιθύμητες προκλήσεις, να αποφύγει κάποιες ενοχλητικές υποχρεώσεις και να απαλλαγεί από συνηθισμένα καθήκοντα και υποχρεώσεις.

Άλλη άποψη υποστηρίζει ότι η υποχονδρία ανήκει στην ίδια ομάδα ψυχικών παθήσεων, μαζί με την κατάθλιψη και τις αγχώδεις

διαταραχές. Υπολογίζεται μάλιστα ότι ένα ποσοστό 80% των αρρώστων παρουσιάζουν συγχρόνως συμπτώματα και από τις παθήσεις αυτές.

Η ψυχαναλυτική θεωρία ερμηνεύει τα συμπτώματα της υποχονδριακής διαταραχής ως μετάθεση (μέσω ενός μηχανισμού απόθησης και μετατόπισης) των επιθετικών και εχθρικών επιθυμιών σωματικά ενοχλήματα.

Η αιτιολογία της Αδιαφοροποίητης Σωματόμορφης Διαταραχής είναι ακαθόριστη, ενοχοποιούνται τόσο γενετικοί όσο και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Σε άρρωστους με συναισθηματικές ή αγχώδεις διαταραχές καθώς και με Αδιαφοροποίητη Σωματόμορφη Διαταραχή αναφέρονται διάφορες νευροενδοκρινικές δυσρυθμίες που αφορούν τον άξονα επινεφριδίων, θυρεοειδούς, αυξητικής ορμόνης. Άλλες νευροενδοκρινικές ανωμαλίες περιλαμβάνουν μείωση της νυκτερινής έκκρισης της μελαντονίνης, της FSH, της LH και της τεστοστερόνης που επίσης ενοχοποιούνται για την πρόκληση συναισθηματικών διαταραχών.

ΣΩΜΑΤΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η Σωματοποιητική Διαταραχή ονομάζεται επίσης σύνδρομο Briquet ή υστερία Briquet. Οι άρρωστοι με διαταραχές σωματοποίησης παραπονιούνται συχνά για πολλά σωματικά ενοχλήματα και έχουν μακρό και μπερδεμένο αναμνηστικό. Το άτομο εμφανίζεται να ταλανίζεται για αρκετά χρόνια από μία ατελείωτη σειρά σωματικών προβλημάτων, για τα οποία δεν υπάρχει φυσική αιτία, αλλά και για τα οποία ο ασθενής έχει επιδιώξει τις πλέον ανώφελες φαρμακοληψίες και εγχειρήσεις. Για τα σωματικά αυτά συμπτώματα οι ασθενείς ζητούν επανειλημμένα ιατρική βοήθεια, χωρίς να ανευρίσκεται οργανική αιτία. Τα πιο κοινά ενοχλήματα προέρχονται από το νευρολογικό, το γαστρεντερικό, το γυναικολογικό ή το καρδιοπνευμονικό σύστημα, ή εκδηλώνονται σαν χρόνιοι πόνοι, πόνοι στην κοιλία ή σαν σεξουαλική δυσλειτουργία. Τα ενοχλήματα συχνά είναι γενικά, ασαφή και παρουσιάζονται με δραματικό τρόπο. Οι άρρωστοι περιγράφουν τις καταστάσεις περιστασιακά, αποσπασματικά, ακαθόριστα, διάχυτα με ασταθή και αποδιοργανωμένο τρόπο. Περιγράφον τα παράπονα τους με έναν δραματικό, υπερβολικό τόνο, με έντονη συναισθηματική φόρτιση και με λεξιλόγιο εμπλουτισμένο με επίθετα στον υπερθετικό βαθμό. Δεν μπορούν να κρατήσουν μία αυστηρή χρονική συνέχεια στις αφηγήσεις που αφορούν τα συμπτώματα τους και μπερδεύουν παρελθόν και παρόν. Οι άρρωστοι αυτοί δίνουν την εντύπωση ότι είναι εξαρτώμενοι, εγωκεντρικοί, πεινασμένοι για θαυμασμό και αναγνώριση, γι αυτό

άλλωστε οι γυναίκες ασθενείς ντύνονται με εντυπωσιακό, επιδεικτικό τρόπο.

* **Επιδημιολογία, Πορεία, Επιπλοκές**

Η διαταραχή είναι πιο συχνή στις γυναίκες παρότι σε άντρες. Στις γυναίκες υπολογίζεται ανάμεσα στο 0,2 και 2% του γενικού πληθυσμού. Δεν έχουμε πληροφορίες για προδιαθεσιακούς παράγοντες. Γνωρίζουμε ότι η Σωματοποιητική Διαταραχή παρατηρείται στο 10% έως 20% των θηλέων βιολογικών συγγενών πρώτου βαθμού γυναικών με Σωματοποιητική Διαταραχή. Επίσης άντρες συγγενείς γυναικών με αυτήν την διαταραχή παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας και Διαταραχές Χρήσης Ψυχοδραστικών Ουσιών. Αιτιολογικά, μελέτες με υιοθετημένα άτομα δείχνουν ότι οι γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλλουν στην ανάπτυξη του κινδύνου για την εμφάνιση της ομάδας αυτής των διαταραχών, καθώς τόσο βιολογικοί όσο και θετοί γονείς που έχουν οποιαδήποτε από αυτές τις διαταραχές αυξάνουν τον κίνδυνο για Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας, Διαταραχές Χρήσης Ψυχοδραστικών Ουσιών και Σωματοποιητική Διαταραχή (N. MANOY, 1988).

Η Σωματοποιητική Διαταραχή αρχίζει συνήθως στην εφηβεία ή πιο συχνά στην αρχή της τρίτης δεκαετίας, σίγουρα όμως πριν από τα 30. Έχει χρόνια πορεία με επισκέψεις του ασθενή σε πολλούς γιατρούς, πολλαπλές εισαγωγές και άχρηστες χειρουργικές επεμβάσεις (N. MANOY, 1988).

Επιπλοκές που παρουσιάζονται στα άτομα με Σωματοποιητική Διαταραχή είναι οι ψυχολογικές διαταραχές, τα διαπροσωπικά προβλήματα, το άγχος, η κατάθλιψη, η κατάχρηση φαρμάκων με ή χωρίς ιατρική συνταγή και οι απόπειρες αυτοκτονίας. Οι απόπειρες αυτοκτονίας είναι συνηθισμένες, ιδιαίτερα σε αρρώστους που συνδυάζουν την πάθηση τους με κατάχρηση ουσιών, ο θάνατος όμως είναι σπάνιος (N. MANOY, 1988).

* **Διαφορική διάγνωση**

Η διαφορική διάγνωση θα πρέπει πρώτα να αποκλείσει σωματικές διαταραχές που παρουσιάζονται με ασαφή και πολλαπλά συμπτώματα, όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας, ο ερυθθηματώδης λύκος, ο υπερπαραθυρεοειδισμός, η πορφυρία. Θα πρέπει να λάβουμε υπόψιν μας τη Σχιζοφρένεια με πολλαπλές σωματικές παρατηρητικές ιδέες (π.χ. «τα έντερα μου σαπίζουν») που φυσικά είναι διαφορετικές από τα μη ψυχωτικά ενοχλήματα των ατόμων με Σωματοποιητική Διαταραχή (χωρίς όμως να αποκλείονται και οι δύο διαγνώσεις). Πρέπει επίσης να διαφοροδιαγνωσθούν οι Αγχώδεις Διαταραχές, η Δυσθυμία και η Μείζων Κατάθλιψη, χωρίς να αποκλείεται και εδώ το ενδεχόμενο συνύπαρξης (N. MANOY, 1988). Διαφορική διάγνωση θα πρέπει να κάνουμε και με άλλες σωματόμορφες διαταραχές, π.χ. Στην Υποχονδριακή διαταραχή, όπου ο άρρωστος εσφαλμένα πιστεύει ότι πάσχει από κάποια συγκεκριμένη πάθηση, ενώ στη διαταραχή σωματοποίησης τα συμπτώματα είναι ποικίλα και αποδίδονται σε πολλά όργανα. Στις διαταραχές μετατροπής τα παράπονα περιορίζονται σε ένα ή δύο

νευρολογικά συμπτώματα σε αντίθεση με τα πολυάριθμα της διαταραχής σωματοποίησης. Τέλος στην Σωματόμορφη Διαταραχή Πόνου τα παράπονα περιορίζονται σε ένα ή δύο όργανα (ΜΠΑΛΛΗΣ, 2000).

* **Διάγνωση**

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Σωματοποιητικής Διαταραχής σύμφωνα με το DSM – IV - TR™ είναι τα παρακάτω:

A) Ιστορικό πολλών σωματικών ενοχλημάτων που αρχίζουν πριν από την ηλικία των 30 ετών, επιμένουν για περίοδο αρκετών ετών και έχουν ως αποτέλεσμα την αναζήτηση θεραπείας ή σημαντική έκπτωση των κοινωνικών, επαγγελματικών ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.

B) Θα πρέπει να πληρούνται το καθένα από τα ακόλουθα κριτήρια, ενώ τα επιμέρους συμπτώματα εμφανίζονται οποιαδήποτε στιγμή κατά τη διάρκεια της διαταραχής.

1. τέσσερα συμπτώματα πόνου: ιστορικό πόνου που συνδέεται με τουλάχιστον τέσσερις διαφορετικές εντοπίσεις ή λειτουργίες (π.χ. κεφαλή, κοιλιακή περιοχή, ράχη, αρθρώσεις, άκρα, θώρακας, πρωκτός, κατά τη διάρκεια της έμμηνης ρύσης, κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής επαφής ή κατά τη διάρκεια της ούρησης).

2. δύο γαστρεντερικά συμπτώματα: ιστορικό πόνου τουλάχιστον δύο γαστρεντερικών συμπτωμάτων εκτός του πόνου (π.χ. ναυτία, φούσκωμα, εμετός εκτός αν εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, διάρροια ή δυσανεξία αρκετών διαφορετικών τροφών).

3. ένα σεξουαλικό σύμπτωμα: ιστορικό τουλάχιστον ενός σεξουαλικού ή αναπαραγωγικού συμπτώματος εκτός του πόνου (π.χ. σεξουαλική αδιαφορία, δυσλειτουργία της στύσης ή της εκσπερμάτισης, ακανόνιστες περίοδοι έμμηνης ρύσης, υπερβολική αιμορραγία κατά την έμμηνη ρύση, εμετοί σε όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης).

4. ένα ψευδονευρολογικό σύμπτωμα: ιστορικό τουλάχιστον ενός συμπτώματος ελλείμματος που υποδεικνύει νευρολογική κατάσταση η οποία δεν περιορίζεται σε πόνο (συμπτώματα μετατροπής, όπως έκπτωση του συντονισμού των κινήσεων ή της ισορροπίας, παράλυση ή εντοπισμένη αδυναμία, δυσκολία κατάποσης ή κόμπος στο λαιμό, αφωνία, επίσχεση ούρων, ψευδαισθήσεις, απώλεια της αίσθησης της αφής ή του πόνου, διπλωπία, τύφλωση, κώφωση, σπασμοί, αποσυνδεδετικά συμπτώματα, όπως αμνησία ή απώλεια της συνείδησης εκτός της λιποθυμίας).

Γ) Είτε το 1 είτε το 2.

1. μετά την κατάλληλη διερεύνηση, κανένα από τα συμπτώματα του κριτηρίου Β δεν μπορεί να εξηγηθεί πλήρως με γνωστή γενετική σωματική κατάσταση ή τις άμεσες δράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακα).

2. όταν υπάρχει συνδεόμενη γενετική σωματική κατάσταση, τα σωματικά ενοχλήματα ή η απορρέουσα κοινωνική ή επαγγελματική έκπτωση είναι περισσότερα απ' ό,τι θα αναμενόταν από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα.

Δ) Τα συμπτώματα δεν παράγονται σκόπιμα ή ως αποτέλεσμα προσποίησης (όπως στην Προσποιητή Διαταραχή ή την Υπόκριση).

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ

Η Διαταραχή Μετατροπής λέγεται επίσης Υστερική Νεύρωση, Τύπου Μετατροπής ενώ παλαιότερα ονομαζόταν Υστερία μετατροπής. Η Διαταραχή Μετατροπής έχει μελετηθεί συστηματικά στα παιδιά. Χαρακτηρίζεται από την απώλεια μιας σωματικής λειτουργίας, η οποία, υποδηλώνει οργανική διαταραχή ή βλάβη, αλλά στην πραγματικότητα η διαταραχή οφείλεται σε ψυχικές συγκρούσεις και προβλήματα. Περιλαμβάνει την ξαφνική και με δραματικό τρόπο εμφάνιση τύφλωσης, παράλυσης, σπασμών ή άλλων συμπτωμάτων που υποδεικνύουν νευρολογική πάθηση, χωρίς όμως να υπάρχει γνωστή παθοφυσιολογική αιτία. Ειδικότερα στα παιδιά οι διαταραχές μετατροπής εκδηλώνονται κλινικά με μία μεικτή εικόνα από κινητικές, αισθητηριακές διαταραχές, καθώς και διαταραχές του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

*** Επιδημιολογία, πορεία, Επιπλοκές**

Η διαταραχές μετατροπής, αν και ήταν πολύ πιο συχνή παλιότερα, σήμερα είναι σχετικά σπάνια στα ανεπτυγμένα κράτη. Δεν είναι σαφές, αν υπάρχει διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής ανάμεσα σε άντρες και σε γυναίκες, παρόλα αυτά ένα συγκεκριμένο σύμπτωμα μετατροπής, το globus hystericus, δηλαδή το αίσθημα ενός κόμπου στο λαιμό που δυσχεραίνει την κατάποση, είναι πιο συχνό στις γυναίκες (MANOY, 1988).

Η συνηθισμένη ηλικία έναρξης είναι η παιδική, η εφηβεία ή η αρχή της ενήλικης ζωής. Το σύμπτωμα μπορεί να εμφανισθεί για πρώτη

φορά τόσο στη μέση όσο και στη γεροντική ηλικία. Η πορεία δεν είναι γνωστή, αλλά μάλλον είναι βραχεία με απότομη έναρξη και λύση. Εάν υπάρξει υποτροπή, αυτό συνήθως προδικάζει χρόνια πορεία (MANOY, 1988).

Συνήθως η εμφάνιση ή η έξαρση των συμπτωμάτων συσχετίζεται χρονικά με τη συνύπαρξη ψυχολογικών ή γενικά στρεσογόνων παραγόντων. Σωματικές διαταραχές μπορεί να προδιαθέσουν προσφέροντας μία βάση για μίμηση για τα συμπτώματα, όπως και έκθεση σε άλλα άτομα με πραγματικά σωματικά συμπτώματα ή συμπτώματα μετατροπής ή και έκθεση σε έντονο ψυχοκοινωνικό στρες. Επίσης τόσο η Δραματική όσο και η Εξαρτημένη Διαταραχή της Προσωπικότητας θεωρούνται ότι προδιαθέτουν την ανάπτυξη της διαταραχής (ΤΣΙΑΝΤΗΣ, 1988).

Το άτομο μπορεί να αναπτύξει χρόνιο ρόλο αρρώστου με μεγάλη έκπτωση της λειτουργικότητας του, εάν με τη διαταραχή συνυπάρχει και Εξαρτημένη Διαταραχή της Προσωπικότητας. Η έκπτωση της λειτουργικότητας μπορεί να οδηγήσει και σε μυϊκή αδυναμία και μυϊκή ατροφία. Σοβαρές επιπλοκές μπορούν επίσης να δημιουργήσουν και οι άχρηστες χειρουργικές επεμβάσεις (MANOY, 1988).

* **Διαφορική διάγνωση**

Μερικές σωματικές διαταραχές, όπως η σκλήρυνση κατά πλάκας ή ο ερυθρηματώδης λύκος που παρουσιάζονται με ασαφή, πολλαπλά σωματικά συμπτώματα, ιδιαίτερα στα πρώτα στάδια της εκδήλωσης της, μπορεί να διαγνωσθούν λάθος ως Διαταραχή Μετατροπής. Όσο πιο

ασυνεπή ή ασύμφωνα είναι τα συμπτώματα με τη συνολική κλινική εικόνα της νόσου τόσο η διάγνωση είναι υπέρ της Διαταραχής Μετατροπής (MANOY, 1988)..

Μια αδιάγνωστη σωματική διαταραχή έχει συμπτώματα που δεν μπορούν να εξηγηθούν με καμία γνωστή σωματική διαταραχή, αλλά δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι το σύμπτωμα έχει κάποιο ψυχολογικό σκοπό. Οι σωματικές διαταραχές στις οποίες ψυχολογικοί παράγοντες επηρεάζουν τη σωματική κατάσταση, δε διαγιγνώσκονται ως διαταραχή μετατροπής μία και υπάρχει αποδεδειγμένη οργανική παθολογία ή γνωστός παθοφυσιολογικός μηχανισμός (MANOY, 1988).

Η Σωματοποιητική Διαταραχή ή η Σχιζοφρένεια μπορεί να έχουν συμπτώματα μετατροπής, δεν τίθεται όμως διάγνωση διαταραχή μετατροπής. Στη διαταραχή μετατροπής δεν περιλαμβάνονται τα συμπτώματα των Σεξουαλικών δυσλειτουργικών και των διαταραχών πόνου. Επίσης η Υποχονδρίαση δεν έχει πραγματική απώλεια ή μεταβολή μίας σωματικής λειτουργίας. Η Ακατανόητα Προσποιητή Διαταραχή με Σωματικά Συμπτώματα έχει συμπτώματα που το άτομο παράγει σκόπιμα, η μιμούμενη νόσος σπάνια παίρνει τη μορφή νευρολογικών συμπτωμάτων. Στην Υπόκριση το άτομο σκόπιμα παράγει το σύμπτωμα και ο σκοπός είναι συνήθως κάποιο εξωτερικό κίνητρο, π.χ. η απόκτηση κάποιας υλικής αμοιβής ή η αποφυγή δυσάρεστης δουλειάς ή ευθύνης (MANOY, 1988).

* Διάγνωση

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Διαταραχής Μετατροπής κατά το DSM-IV-TR™ είναι:

A. Ένα ή περισσότερα συμπτώματα ή ελλείμματα που επιδρούν στην εκούσια κινητική ή στην αισθητηριακή λειτουργία και υποδεικνύουν την ύπαρξη νευρολογικής ή άλλης γενικής σωματικής κατάστασης.

B. Κρίνεται ότι με το σύμπτωμα ή το έλλειμμα συνδέονται ψυχολογικοί παράγοντες, επειδή συγκρούσεις ή άλλοι στρεσογόνοι παράγοντες προηγούνται της έναρξης ή της παρόξυνσης του συμπτώματος ή του ελλείμματος.

Γ. Το σύμπτωμα ή το έλλειμμα δεν παράγεται σκόπιμα ή ως αποτέλεσμα προσποίησης (όπως στην Προσποιητή Διαταραχή ή την Υπόκριση).

Δ. Το σύμπτωμα ή το έλλειμμα δεν μπορεί να εξηγηθεί πλήρως μετά την κατάλληλη διερεύνηση, με γνωστή γενική σωματική κατάσταση, ή με τις άμεσες δράσεις μίας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακα), ή ως πολιτισμικά καθιερωμένη συμπεριφορά ή εμπειρία.

Ε. Το σύμπτωμα ή το έλλειμμα προκαλεί κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής, ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.

ΣΤ. Το σύμπτωμα ή το έλλειμμα δεν περιορίζεται σε πόνο ή σεξουαλική δυσλειτουργία, δεν εμφανίζεται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας Σωματοποιητικής Διαταραχής και δεν εξηγείται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή.

Προσδιορίστε τον τύπο του συμπτώματος ή του ελλείμματος:

- Με κινητικό Σύμπτωμα ή Έλλειμμα (π.χ. έκπτωση του συντονισμού των κινήσεων ή της ισορροπίας, παράλυση ή εντοπισμένη αδυναμία, δυσκολία κατάποσης ή «κόμπος στο λαιμό», αφωνία και επίσχεση ούρων).
- Με Αισθητηριακό Σύμπτωμα ή Έλλειμμα (π.χ. απώλεια της αφής ή της αίσθησης του πόνου, διπλωπία, τύφλωση, κώφωση και ψευδαισθήσεις).
- Με Σπασμούς: περιλαμβάνει σπασμούς ή επιληπτικές κρίσεις με εκούσια κινητικά ή αισθητηριακά συστατικά.
- Με Μικτή Εμφάνιση: αν υπάρχουν συμπτώματα από περισσότερες της μίας κατηγορίες.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΠΟΝΟΥ

Η Διαταραχή πόνου έχει κατά καιρούς ονομαστεί, ψυχαλγία, ιδιοπαθής διαταραχή πόνου και άτυπη διαταραχή πόνου. Βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής πόνου είναι ο επίμονος και έντονος πόνος, που προκαλεί δυσφορία και δεν είναι δυνατό να εξηγηθεί πλήρως από κάποιο κάποια παθοφυσιολογική μεταβολή ή από σωματική διαταραχή. Ο πόνος δεν ακολουθεί την ανατομική κατανομή του νευρικού συστήματος οργανική παθολογία συνήθως είναι απύουσα, οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι αρνητικές, παθοφυσιολογικός μηχανισμός

δεν ανευρίσκεται. Σχέση μπορεί να υπάρχει ανάμεσα στην αναζωπύρωση μίας ψυχολογικής σύγκρουσης ή ανάγκης και την έναρξη ή την επιδείνωση του πόνου, συχνά όμως δεν υπάρχει, όπως συχνά δεν υπάρχει και δευτερογενές κέρδος.

*** Επιδημιολογία, πορεία, επιπλοκές**

Η διαταραχή πόνου είναι δύο φορές συχνότερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες. Μεγαλύτερη συχνότητα παρουσιάζεται στην ηλικία μεταξύ των 40 και 50 χρονών, πιθανόν γιατί τότε μειώνεται η αντοχή στα αλγεινά ερεθίσματα. Οι συγγενείς πρώτου βαθμού αρρώστων με διαταραχή πόνου, έχουν αυξημένη πιθανότητα να παρουσιάσουν την ίδια διαταραχή. Με βάση αυτό διαπιστώνουμε ότι τόσο γενετική όσο και συμπεριφορική, διδακτική, παράγοντες παίζουν κάποιο ρόλο (ΜΠΑΛΛΗΣ, 2000).

Η διαταραχή πόνου συνήθως εμφανίζεται στην τρίτη ή την τέταρτη δεκαετία της ζωής, μπορεί όμως να εμφανιστεί και σε οποιαδήποτε άλλη ηλικία. Αρχίζει απότομα και αυξάνει σε ένταση τις επόμενες βδομάδες ή μήνες, μπορεί να υποτροπιάσει ή και να γίνει χρόνια.

Κοινές επιπλοκές της διαταραχής είναι συχνές επισκέψεις σε γιατρούς, άχρηστες χειρουργικές επεμβάσεις και κατάχρηση αναλγητικών και ηρεμιστικών. Στις μισές περίπου κλινικές περιπτώσεις, ο πόνος εμφανίζεται αμέσως μετά από κάποιο σωματικό τραυματισμό (ΜΑΝΟΥ, 1988).

* **Διαφορική Διάγνωση**

Η διαφορική διάγνωση της διαταραχής πόνου από την οιστριονική εμφάνιση πόνων, οργανικής αιτιολογίας είναι το συνηθέστερο πρόβλημα. Ασθενείς με πόνο οργανικής αιτιολογίας, για τον οποίο δεν έχει γίνει συγκεκριμένη σωματική διάγνωση, μπορούν εύκολα να καταλαμβάνονται από φόβο και ανησυχία, προσπαθώντας με τη συμπεριφορά τους να προσελκύσουν την προσοχή των άλλων. Η ένταση του οργανικού σωματικού πόνου μεταβάλλεται, επίσης επηρεάζεται εύκολα από συναισθηματικές γνωστικές ή άλλες καταστάσεις. Αντίθετα ο ψυχογενής πόνος δεν επηρεάζεται από καμία από τις παραπάνω καταστάσεις. Ο γιατρός θα καταλάβει ότι υπάρχει σοβαρός ψυχογενής παράγοντας όταν ο πόνος δεν αυξομειώνεται και δεν υποχωρεί, έστω και προσωρινά, με την απόσπαση της προσοχής ή τη χορήγηση αναλγητικών (ΜΠΑΛΛΗΣ, 2000)

Οι άρρωστοι με υποχονδριακή διαταραχή έχουν περισσότερα ενοχλήματα από αυτούς με διαταραχή πόνου, και η ένταση των ενοχλημάτων τους μεταβάλλεται. Στις διαταραχές μετατροπής, τα συμπτώματα γενικά δεν διαρκούν πολύ χρόνο και είναι ποικιλόμορφα. Όταν οι άρρωστοι με διαταραχή πόνου λαμβάνουν σύνταξη αναπηρίας, ή εξ αιτίας αυτής της διαταραχή τους εμπλέκονται σε δικαστικούς αγώνες, τότε η διαφορική διάγνωση είναι δύσκολη (ΜΠΑΛΛΗΣ, 2000).

* **Διάγνωση**

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Διαταραχής Πόνου κατά το DSM-IV-TR™ είναι:

A. Η προεξάρχουσα εστία της κλινικής εικόνας είναι πόνος σε μία ή περισσότερες ανατομικές περιοχές, επαρκούς βαρύτητας ώστε να δικαιολογεί κλινική προσοχή.

B. Ο πόνος προκαλεί κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής, ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.

Γ. Οι ψυχολογικοί παράγοντες κρίνεται ότι έχουν σημαντική συμμετοχή στην έναρξη, τη βαρύτητα, την επιδείνωση ή την συντήρηση του πόνου.

Δ. Το σύμπτωμα ή το έλλειμμα δεν παράγεται σκόπιμα ή ως αποτέλεσμα προσποίησης (όπως στην Προσποιητή Διαταραχή ή την Υπόκριση).

Ε. Ο πόνος δεν εξηγείται καλύτερα με Διαταραχή της Διάθεσης, Αγχώδη, ή Ψυχωσική Διαταραχή και δεν πληροί τα κριτήρια της Δυσπαρεύνιας.

ΥΠΟΧΟΝΔΡΙΑΣΗ

Η Υποχονδρίαση λέγεται επίσης και Υποχονδριακή Νεύρωση. Ο όρος «υποχονδριακή» προέρχεται από την ελληνική λέξη υποχόνδριο (κάτω από τους χόνδρους), που αναφέρεται στην κοιλιακή χώρα, όπου και οι περισσότεροι άρρωστοι εντοπίζουν τα ενοχλήματα τους. Στη Υποχονδριακή διαταραχή το άτομο φοβάται ότι έχει ή πιστεύει ότι έχει μία σοβαρή αρρώστια. Ο φόβος ή η πίστη του οφείλονται στην

παρερμηνεία που κάνει για κάποια σωματικά ενοχλήματα του, δηλαδή ότι αυτά τα σωματικά ενοχλήματά του θα εξελιχθούν προοδευτικά ή η σωματική εμφάνιση του θα χειροτερέψει. Έτσι, ο ασθενής ασχολείται έντονα με τις σωματικές του λειτουργίες και ερμηνεύει σωματικά σημεία ή αισθήσεις του ως παθολογικά. Παρόλο που η φυσική εξέταση και οι εργαστηριακές εξετάσεις είναι αρνητικές, δεν πείθεται και συνεχίζει να πιστεύει ότι έχει κάποια αρρώστια. Η ενασχόληση του σχετίζεται με σωματικές λειτουργίες π.χ. ο καρδιακός ρυθμός, η εφίδρωση, η κινητικότητα του εντέρου, ή ασήμαντες διαταραχές π.χ. μία μικρή πληγή ή ένας περιστασιακός βήχα.

*** Επιδημιολογία, πορεία, επιπλοκές**

Η υποχονδριακή διαταραχή υπολογίζεται στο 4-6% των αρρώστων. Είναι εξίσου κοινή σε άντρες και γυναίκες.

Εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα ηλικίας μεταξύ 20 και 30 χρονών, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και σε οποιαδήποτε ηλικία. Η πορεία της είναι συνήθως χρόνια με πολλές επισκέψεις σε γιατρούς, αρκετές εργαστηριακές εξετάσεις και άχρηστες χειρουργικές επεμβάσεις (MANOY, 1988).

Συχνό είναι το άγχος, η κατάθλιψη και τα στοιχεία Ψυχαναγκαστικής καταναγκαστικής Διαταραχή της Προσωπικότητας. Τα άτομα μπορεί να γίνουν σχεδόν ανάπηρα είτε λόγω της μικρής κοινωνικής και επαγγελματικής έκπτωσης είτε λόγω της επίμονης ενασχόλησης τους. Επίσης υπάρχει ο φόβος να παραγνωρισθεί η εμφάνιση κάποιας πραγματικής οργανικής παθολογίας (MANOY, 1988).

* **Διαφορική Διάγνωση**

Ιατρικές (σωματικές) καταστάσεις όπως AIDS, ενδοκρινοπάθειες, βαριά μυασθένεια, κατά πλάκα σκλήρυνση, εκφυλιστικές παθήσεις του νευρικού συστήματος, ερυθματώδη λύκο και νεοπλασματικές παθήσεις, θα πρέπει να διαφοροδιαγνωστούν από την υποχονδριακή διαταραχή (ΜΠΑΛΛΗΣ, 2000).

Η υποχονδρίαση διαφέρει από τη σωματοποιητική διαταραχή. Στην υποχονδρίαση ο άρρωστος επιμένει ότι έχει μία συγκεκριμένη πάθηση, με ορισμένα συμπτώματα και ανησυχεί για τη μελλοντική εξέλιξη, επίσης δεν έχει ειδική ηλικία έναρξης και περιβάλλει εξίσου τα δύο φύλλα. Αντίθετα στη σωματοποιητική διαταραχή ο άρρωστος ασχολείται κυρίως με τα διάχυτα και ακαθόριστα συμπτώματα του, η διαταραχή αρχίζει συνήθως πριν τα 30 χρόνια και αφορά συχνότερα γυναίκες (ΜΠΑΛΛΗΣ, 2000).

Η διαταραχή εμφανίζεται οξέως στις διαταραχές αποσυνδευτικού (μετατρεπτικού) τύπου, είναι παροδική και συνήθως παρουσιάζεται ως σύμπτωμα παρά ως ειδική πάθηση. Οι πόνοι είναι χρόνιοι, αλλά οι διαμαρτυρίες του αρρώστου περιορίζονται σε παράπονα για τον πόνο (ΜΠΑΛΛΗΣ, 2000).

Στις καταθλιπτικές διαταραχές που συνυπάρχουν με υποχονδρίαση, εάν οι καταθλιπτικές ιδέες προηγήθηκαν των υποχονδριακών, τότε πρόκειται για πρωτογενή κατάθλιψη (ΜΠΑΛΛΗΣ, 2000).

Στη Δυσθυμία, τη Διαταραχή Πανικού, τη Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή και την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή μπορεί να υπάρξει υποχονδριακή ενασχόληση, αλλά δεν είναι η προεξάρχουσα διαταραχή.

* **Διάγνωση**

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Υποχονδρίασης κατά το DSM-IV-TR™ είναι:

A. Ενασχόληση του ατόμου με φόβους ή την ιδέα ότι έχει μία σοβαρή ασθένεια, που βασίζονται στην παρερμηνεία σωματικών συμπτωμάτων.

B. Η ενασχόληση επιμένει παρά την κατάληψη ιατρική αξιολόγηση και καθησύχαση.

Γ. Η πεποίθηση στο κριτήριο A δεν έχει παραληρητική ένταση (όπως στο Σωματικό Τύπο της Παραληρητικής Διαταραχής) και δεν περιορίζεται σε εστιασμένη ανησυχία για την εμφάνιση (όπως στη Σωματοδυσμορφική Διαταραχή).

Δ. Η ενασχόληση προκαλεί κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής, ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.

E. Η διάρκεια της διαταραχής είναι τουλάχιστον 6 μήνες.

ΣΤ. Η ενασχόληση δεν εξηγείται καλύτερα με Γενικευμένη Αγχώδη Διαταραχή, Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή, Διαταραχή Πανικού, ένα Μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, Άγχος Αποχωρισμού, ή άλλων Σωματόμορφων Διαταραχών.

Προσδιορίστε αν:

Με πτωχή ευαισθησία: αν, στο μεγαλύτερο διάστημα κατά τη διάρκεια του τρέχοντος επεισοδίου, το άτομο δεν αναγνωρίζει ότι η ανησυχία πως έχει μία σοβαρή ασθένεια είναι υπερβολική ή παράλογη.

ΣΩΜΑΤΟΔΥΣΜΟΡΦΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Χαρακτηριστικό της Σωματοδυσμορφικής Διαταραχής (δυσμορφοβία) είναι η έντονη παθολογική ενασχόληση του ατόμου με κάποια σωματική βλάβη ή αναπηρία, χωρίς όμως αυτή η κατάσταση να υπάρχει στην πραγματικότητα. Τα πιο κοινά ενοχλήματα αφορούν το πρόσωπο όπως για παράδειγμα ρυτίδες, κηλίδες, υπερβολική τρίχωση, σχήμα της μύτης, των σιαγόνων, του στόματος, των φρυδιών και οίδημα προσώπου. Πιο σπάνια αφορούν άλλα μέρη του σώματος όπως την εμφάνιση των ποδιών, των χεριών, των μαστών και της πλάτης. Στις περιπτώσεις που υπάρχει κάποια φυσική ανωμαλία η έγνοια του ατόμου γι' αυτήν την ανωμαλία είναι υπερβολική. Χαρακτηριστικά είναι τα παραδείγματα των εφήβων, οι οποίοι αν και έχουν φυσιολογική εξωτερική εμφάνιση από την πρώιμη εφηβεία, ασχολούνται πάρα πολύ με χαρακτηριστικά του προσώπου τους, τα οποία θεωρούν παραμορφωμένα. Η ενασχόληση είναι έντονη και οι έφηβοι εμφανίζουν άγχος. Η σωματοδυσμορφική διαταραχή συνδέεται συνήθως με οχιζοειδικά, ναρκισσιστικά και ψυχαναγκαστικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας.

*** Διάγνωση**

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Σωματοδυσμορφικής Διαταραχής κατά το DSM-IV-TR™ είναι:

A. Ενασχόληση με ένα φανταστικό ελάττωμα στην εμφάνιση. Αν είναι παρούσα μικρή σωματική ανωμαλία, η ανησυχία του ατόμου είναι σαφώς υπερβολική.

B. Η ενασχόληση προκαλεί κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής, ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.

Γ. Η ενασχόληση δεν εξηγείται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. δυσαρέσκεια με το σχήμα και το μέγεθος του σώματος σε ψυχογενής Ανορεξία).

ΑΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΤΗ ΣΩΜΑΤΟΜΟΡΦΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Χαρακτηρίζεται από αίσθημα κόπωσης, πονοκεφάλους, αϋπνία και άλλα ακαθόριστα ενοχλήματα και θεωρείται αποτέλεσμα μάλλον χρόνιων στρεσογόνων καταστάσεων παρά υποσυνείδητων ψυχολογικών συγκρούσεων.

*** Επιδημιολογία, Πορεία, Επιπλοκές**

Η Αδιαφοροποίητη Σωματόμορφη Διαταραχή εμφανίζεται με άλλες παθήσεις όπως η Αγκώδης διαταραχή και η κατάθλιψη. Το γεγονός αυτό δυσκολεύει τον καθορισμό της συχνότητας της. Η διαταραχή έχει παρουσιαστεί σε άτομα και με υψηλό αλλά και με χαμηλό κοινωνικό – οικονομικό επίπεδο, συνεπώς η κοινωνικοοικονομική κατάσταση δεν παίζει καθοριστικό ρόλο (ΜΠΑΛΛΗΣ, 2000). Η νόσος παρουσιάζει δύο

εξάρσεις, μία στην παιδική ηλικία και μία στη μέση ηλικία και μία στη μέση ηλικία μεταξύ των 40 και 65 χρόνων (BEARD).

Συχνά η πορεία της μπορεί να είναι υποτροπιάζουσα ή να περιοριστεί σε ένα μοναδικό επεισόδιο. Η διαταραχή, εάν δεν υποβληθεί σε θεραπεία, έχει συνήθως χρόνια πορεία, και ενδέχεται ο άρρωστος να καταντήσει ανάπηρος.

Στην παιδική ηλικία εμφανίζονται δυσκολίες στο σχολείο με αποτέλεσμα χαμηλές επιδόσεις και φυγοπονία. Στην ενήλικη ζωή οι ικανότητες στην εργασία μειώνονται ή ακόμη ο άρρωστος νιώθει τόσο αδύναμος που σταματά να δουλεύει. Ταυτόχρονα επηρεάζονται αρνητικά η κοινωνική και η έγγαμη ζωή, καθώς και οι διαπροσωπικές σχέσεις του ασθενούς (ΜΠΑΛΛΗΣ, 2000).

*** Διαφορική Διάγνωση**

Η διαφορική διάγνωση της Αδιαφοροποίησης Σωματόμορφης Διαταραχής είναι αρκετά δύσκολη γιατί τα συμπτώματα της υπάρχουν σε πολλές παθήσεις π.χ. αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη ή υποχονδρίαση. Κύριο χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι η έμφαση που δίνει ο ασθενής στην εύκολη κόπωση και αδυναμία (σωματική και πνευματική) και στην χαμηλή αποδοτικότητα του. Εάν η διαταραχή εμφανίζεται μετά την αποδρομή κάποιας σωματικής αρρώστιας (π.χ. γρίπης, λοιμώδους ηπατίτιδας ή λοιμώδους μονοπυρήνωσης), αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται οπωσδήποτε υπόψη (ΜΠΑΛΛΗΣ, 2000).

* Διάγνωση

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Αδιαφοροποίητης Σωματόμορφης Διαταραχής κατά το DSM-IV-TR™ είναι:

A. ένα ή περισσότερα σωματικά ενοχλήματα (π.χ. κόπωση, ανορεξία, ενοχλήματα από το γαστρεντερικό ή το ουροποιητικό σύστημα).

B. Είτε το (1) είτε το (2):

(1) μετά την κατάλληλη διερεύνηση, τα συμπτώματα δεν μπορούν να εξηγηθούν πλήρως με γνωστή γενική σωματική κατάσταση ή τις άμεσες δράσεις μιας ουσίας (π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακα).

(2) όταν υπάρχει συνδεδεμένη γενική σωματική κατάσταση, τα σωματικά ενοχλήματα ή η συνεπαγόμενη κοινωνική ή επαγγελματική έκπτωση είναι περισσότερα από ό,τι θα αναμενόταν από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα.

Γ. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση της κοινωνικής, επαγγελματικής, ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας.

Δ. Η διάρκεια της διαταραχής είναι τουλάχιστον 6 μήνες.

Ε. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα με άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. άλλη Σωματόμορφη Διαταραχή, Σεξουαλική Δυσλειτουργία, Διαταραχή της Διάθεσης, Αγχώδης Διαταραχή, Διαταραχή του Ύπνου, ή Ψυχωσική Διαταραχή).

ΣΤ. Τα συμπτώματα δεν παράγονται σκόπιμα ή ως αποτέλεσμα προσποίησης (όπως στην Προσποιητή Διαταραχή ή την Υπόκριση).

ΣΩΜΑΤΟΜΟΡΦΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

ΜΗ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ ΑΛΛΙΩΣ

Πρόκειται για διαταραχή με σωματόμορφα συμπτώματα που δεν πληρούν τα κριτήρια για καμία συγκεκριμένη Σωματόμορφη Διαταραχή ή Διαταραχή της Προσαρμογής με Σωματικά Ενοχλήματα. Όπως για παράδειγμα κάποια αρρώστια με μη ψυχωτικά υποχονδριακά συμπτώματα με διάρκεια λιγότερη από 6 μήνες και κάποια αρρώστια με μη σχετιζόμενα με στρες σωματικά ενοχλήματα με διάρκεια λιγότερη από 6 μήνες (ΜΑΝΟΥ, 1988).

*** Διάγνωση**

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Αδιαφοροποίητης Σωματόμορφης Διαταραχής Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς κατά το DSM-IV-TR™ είναι:

Αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει διαταραχές με σωματόμορφα συμπτώματα, οι οποίες δεν πληρούν τα κριτήρια οποιασδήποτε ειδικής Σωματόμορφης Διαταραχής. Τα παραδείγματα περιλαμβάνουν:

1. Ψευδοκύηση: ψευδής πεποίθηση εγκυμοσύνης η οποία συνοδεύεται από αντικειμενικά σημεία εγκυμοσύνης, τα οποία είναι δυνατόν να περιλαμβάνουν μεγέθυνση κοιλιάς (αν και ο ομφαλός δεν εκστρέφεται), μειωμένη έμμηνη ρύση, αμηνόρροια, υποκειμενική αίσθηση κινήσεων του εμβρύου, ναυτία, διόγκωση και εκκρίσεις των μαστών και εργώδεις πόνους την αναμενόμενη ημερομηνία τοκετού. Είναι δυνατόν να υπάρχουν ενδοκρινικές αλλαγές, αλλά το σύνδρομο δεν

μπορεί να εξηγηθεί με γενική σωματική κατάσταση που προκαλεί ενδοκρινικές αλλαγές (π.χ. ορμονοεκκριτικός όγκος).

2. Διαταραχή με μη ψυχωτικά υποχονδριακά συμπτώματα και με διάρκεια μικρότερη των 6 μηνών.

3. Διαταραχής με ανεξήγητα σωματικά ενοχλήματα (π.χ. κόπωση ή σωματική αδυναμία) τα οποία δεν οφείλονται σε άλλη ψυχική Διαταραχή, διάρκεια μικρότερης των 6 μηνών.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΩΜΑΤΟΜΟΡΦΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Η θεραπεία των Σωματόμορφων Διαταραχών είναι αρκετά δύσκολη. Οι ασθενείς αρνούνται να δεχθούν ότι τα προβλήματά τους είναι ψυχολογικά, κι αν το δεχθούν, πολύ εύκολα τις περισσότερες φορές ξαναγυρίζουν στην αμφιβολία και στις επισκέψεις σε διάφορους γιατρούς. Σημαντική είναι η δημιουργία μιας καλής και σταθερής σχέσης με τον ασθενή, από τον οποίο ζητείται να μην επισκεφθεί άλλους γιατρούς πριν συμβουλευθεί τον ψυχίατρο. Ταυτόχρονα μια καλή σχέση εργασίας με τους άλλους γιατρούς θα βοηθήσει τον ασθενή να αντιμετωπίσει τελικά το γεγονός ότι τα προβλήματά του δεν έχουν οργανική βάση. Στη συνέχεια ο θεραπευτής μπορεί να προσπαθήσει με διάφορες προσεγγίσεις π.χ. ψυχαναλυτικές για τη διερεύνηση συγκρούσεων, βιοανάδραση και συμπεριφορικές τεχνικές για εκμάθηση χαλάρωσης και έλεγχο του πόνου και του άγχους, αντικαταθλιπτικά για τη συνύπαρξη κατάθλιψης (N. MANOY, 1988).

Στη θεραπεία των Σωματοποιητικών Διαταραχών πρέπει να επιλέγεται ένας γιατρός που θα αναλάβει τον άρρωστο. Όταν συμμετέχουν δύο ή περισσότεροι γιατροί, τότε ο άρρωστος έχει περισσότερες ευκαιρίες να εκφράσει τα σωματικά του παράπονα. Ο θεράπων γιατρός θα πρέπει να δέχεται τον άρρωστο σε καθορισμένα ραντεβού, συνήθως με μεσοδιαστήματα ενός μηνός. Οι επισκέψεις πρέπει να είναι σχετικά σύντομες και κάθε φορά να εξετάζεται κλινικά ο άρρωστος για τα νέα συμπτώματα που προστέθηκαν από την

προηγούμενη επίσκεψη. Αφού έχει εδραιωθεί η διάγνωση της Σωματοποιητικής Διαταραχής, ο θεραπευτής οφείλει να ακούσει με προσοχή τα σωματικά παράπονα του αρρώστου, δίνοντας του την ευκαιρία να εκφράσει τη συναισθηματική του ένταση. Δεν αποκλείεται φυσικά οι άρρωστοι να πάσχουν και από σωματικές παθήσεις για τις οποίες ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι ενημερωμένος. Ο θεράπων γιατρός θα πρέπει να προσπαθήσει να στρέψει την προσοχή του αρρώστου στην ψυχογενή αιτία των συμπτωμάτων του, μέχρι ο ασθενής να αποδεχτεί την συνεργασία με ψυχίατρο (ΜΠΑΛΛΗΣ, 2000).

Η ατομική και η ομαδική ψυχοθεραπεία, μειώνει κατά 50% τις ανάγκες εισαγωγής των συγκεκριμένων ατόμων το νοσοκομείο. Στις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες οι άρρωστοι υποβοηθούνται να ασχοληθούν με τα συμπτώματά τους, να εκφράσουν τα υποκρυπτόμενα συναισθήματα τους και να αναπτύξουν εναλλακτικές στρατηγικές για το σκοπό αυτό (ΜΠΑΛΛΗΣ, 2000).

Η φαρμακευτική αγωγή θα πρέπει να καθορίζεται επακριβώς, γιατί άρρωστοι με διαταραχές σωματοποίησης τείνουν να χρησιμοποιούν σποραδικά και ανεύθυνα τα φάρμακα. Σε αρρώστους χωρίς συνυπάρχουσες άλλες ψυχικές διαταραχές δεν συνίσταται η χορήγηση φαρμάκων. Όταν συνυπάρχουν διαταραχές του συναισθήματος ή άγχος, η χορήγηση αντικαταθλιπτικών ή αντιαγχωδών φαρμάκων, αποτελεί προσωπική επιλογή του γιατρού. Φάρμακα όπως η σουλπιριδία θα πρέπει οπωσδήποτε να δοκιμαστεί, αφού μπορεί να έχει καλά και μακροχρόνια αποτελέσματα (ΜΠΑΛΛΗΣ, 2000).

Στη Σωματόμορφη Διαταραχή Πόνου η θεραπευτική αγωγή στοχεύει περισσότερο στην αποκατάσταση, ίσως επειδή η μείωση του πόνου δεν είναι πάντοτε εφικτή. Ο θεραπευτής πρέπει να παραδεχτεί ότι η αίσθηση του πόνου που νιώθει ο άρρωστος είναι πραγματική. Ακολούθως οφείλει να αναζητήσει τους ψυχολογικούς παράγοντες, και να επιστήσει την προσοχή του αρρώστου στο γεγονός ότι τέτοιοι παράγοντες έχουν μεγάλη σημασία για τη δημιουργία αλλά και τις συνέπειες του σωματικού και του ψυχογενούς πόνου. Επίσης να αναφέρει στον ασθενή ότι στη γέννηση των συναισθημάτων εμπλέκονται διάφορα κυκλώματα και σχηματισμού του εγκεφάλου, οι οποίοι μπορούν να επηρεάσουν την αγωγή της αίσθησης του πόνου μέσω των ειδικών νευρικών οδών (ΜΠΑΛΛΗΣ, 2000).

Τα αναλγητικά δεν είναι πάντοτε αποτελεσματικά στη συγκεκριμένη περίπτωση, επιπλέον η μακροχρόνια χρήση τους προκαλεί αρχικά εξάρτηση και ακολούθως κατάχρηση. Μη αποδοτικά χαρακτηρίζονται τα ηρεμιστικά και τα αντιαγχώδη λόγω της κατάχρησης και των παρενεργειών που μπορεί να προκαλέσουν. Τα αντικαταθλιπτικά, όπως τα τρικυκλικά και οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) είναι αρκετά χρήσιμα (ανεξάρτητα από το γεγονός ότι μειώνουν τον πόνο μέσω της αντικαταθλιπτικής τους δράσης). Αποτελεσματική μπορεί να θεωρηθεί και η αμφεταμίνη λόγω της αναλγητικής της δράσης, ιδιαίτερα εάν δοθεί σε συνδυασμό με τους SSRIs (ΜΠΑΛΛΗΣ, 2000).

Η θεραπεία συμπεριφοράς με την βιοανάδραση χρησιμοποιείται σε ημικρανικούς πόνους, προσωπαλγίες και πόνους από μυϊκή τάση.

Από αρκετούς χρησιμοποιείται επίσης η ύπνωση, ο διαδερμικός ερεθισμός των νεότερων και οι ερεθισμοί στην περιοχή της σπονδυλικής στήλης. Αντίθετα οι διηθήσεις νεύρων και οι χειρουργικές επεμβάσεις δεν είναι αποτελεσματικές γιατί ο πόνος εμφανίζεται πάλι σε διάστημα 6-18 μηνών (ΜΠΑΛΛΗΣ, 2000).

Η ψυχοθεραπεία, ιδιαίτερα η ψυχοδυναμική, είναι αποδοτική σε μερικούς αρρώστους. Η γνωστική θεραπεία έχει εφαρμοστεί στην αλλαγή των αρνητικών σκέψεων και την ενίσχυση των θετικών τοποθετήσεων απέναντι στα προβλήματα του ασθενή. Επίσης, το πρόβλημα μπορεί να αντιμετωπιστεί από πλειάδα ειδικών γιατρών και με εφαρμογή διαφόρων θεραπευτικών μεθόδων στις κλινικές πόνου που έχουν οργανωθεί (ΜΠΑΛΛΗΣ, 2000).

Στην Υποχονδριακή διαταραχή, η παραπομπή σε ψυχίατρο συνήθως απορρίπτεται. Εξαιρείται η περίπτωση όπου η παραπομπή γίνεται νωρίς σε σχέση με την εμφάνιση της διαταραχής και με ιδιαίτερη λεπτότητα εκ μέρους του θεράποντος γιατρού. Λύση επιλογής αποτελεί η ομαδική ψυχοθεραπεία, επειδή παρέχει τη δυνατότητα κοινωνικής υποστήριξης αλλά και ανάπτυξης σχέσεων που μειώνουν το άγχος. Χρήσιμες είναι και οι συχνές κλινικές εξετάσεις, οι οποίες επιβεβαιώνουν τους ασθενείς ότι ο γιατρός τους ενδιαφέρεται πάντοτε γι' αυτούς ότι δεν τους εγκατέλειψε και ότι τα παράπονα τους λαμβάνονται σοβαρά υπόψη. Πιο εξειδικευμένες κλινικο-εργαστηριακές έρευνες θα πρέπει να συνιστώνται μόνο όταν υπάρχουν σοβαροί αντικειμενικοί λόγοι. Ο

γιατρός θα πρέπει να αποφεύγει να θεραπεύει επαναλαμβανόμενα ή νεοεμφανιζόμενα συμπτώματα (ΜΠΑΛΛΗΣ, 2000).

Στην αντιμετώπιση των διαταραχών του άγχους και της κατάθλιψης βοηθούν τα αντιαγχώδη, τα αντικαταθλιπτικά, επίσης τελευταία χρησιμοποιούνται και τα άτυπα αντιψυχωσικά φάρμακα. Όταν η υποχονδριακή διαταραχή είναι δευτεροπαθής και έχει προστεθεί σε άλλη ψυχική πάθηση, αυτή η τελευταία θα πρέπει να θεραπεύεται κατάλληλα. Όταν η υποχονδριακή διαταραχή είναι μία παροδική κλινική αντίδραση, ο γιατρός θα πρέπει να βοηθήσει τον άρρωστο να αντιμετωπίσει το stress που την προκάλεσε, αποφεύγοντας να πυροδοτήσει και να ενδυναμώσει περαιτέρω τον ρόλο του αρρώστου που υποδύεται ο πάσχων, για τη λύση των προβλημάτων του (ΜΠΑΛΛΗΣ, 2000).

Στην περίπτωση της Αδιαφοροποίητης Σωματόμορφης Διαταραχής ο θεραπευτής θα πρέπει να λάβει υπόψιν του ότι τα συμπτώματα για τα οποία παραπονείται ο ασθενής είναι πραγματικά και προκαλούνται από συναισθηματικές καταστάσεις που επηρεάζουν το αυτόνομο νευρικό σύστημα, που με τη σειρά του επηρεάζει τις σωματικές λειτουργίες. Τα stress μπορούν μακρόχρονα να δημιουργήσουν οργανικές βλάβες στα διάφορα συστήματα του οργανισμού με αποτέλεσμα τη χαμηλή ποιότητα ζωής. Αρχικά η θεραπεία θα πρέπει να αρχίσει με μία προσεκτική έρευνα που θα καθορίσει, εάν τα σωματικά συμπτώματα είναι επιδεκτικά θεραπείας και αν ναι, ποιας θεραπείας. Ο ασθενής θα πρέπει να πεισθεί ότι η χορήγηση διαφόρων φαρμάκων θα

είναι αποτελεσματικότερη εάν συνδυαστεί με ψυχοθεραπεία. Οι ασθενείς επιτυγχάνουν ισορροπία μεταξύ της λειτουργίας του εγκεφάλου και του σώματος όταν αναγνωρίσουν τα διάφορα stress που επηρεάζουν τη ζωή τους και αναπτύξουν μηχανισμούς για την αντιμετώπιση τους (ΜΠΑΛΛΗΣ, 2000).

Στην αντιμετώπιση της Αδιαφοροποίησης Σωματόμορφης Διαταραχής βοηθούν οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) και τα νεότερα αντικαταθλιπτικά, που έχουν αντικαταθλιπτική, ηρεμιστική και αντιαγχώδη δράση. Χρήσιμες στην αρχή και για μικρές σχετικά χρονικές περιόδους είναι και οι βενζοδιαζεπίνες, ιδιαίτερα για την αντιμετώπιση του αφόρητου άγχους, της φοβίας ή της αϋπνίας. Η μακροχρόνια χορήγηση τους θα πρέπει να αποφεύγεται εξαιτίας της πιθανότητας κατάχρησης. Μερικοί γιατροί προτείνουν μικρές δόσεις αμφεταμίνης ή μεθυλφενιδάτης για την αντιμετώπιση της χρόνιας κόπωσης και της ανηδονίας (ΜΠΑΛΛΗΣ, 2000).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Οι ψυχοσωματικές διαταραχές είναι συχνό φαινόμενο στα παιδιά και στους έφηβους. Προδιαθεσικοί, γονεϊκοί, κοινωνικοπολιτισμικοί, εκλυτικοί – περιστασιακοί παράγοντες συμβάλλουν στην εμφάνιση των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων. Συχνότερες ψυχοσωματικές διαταραχές είναι το βρογχικό άσθμα, η ημικρανία, το πεπτικό έλκος, η ελκώδης ή βλεννώδης κωλίτιδα, η Ψυχογενής Ανορεξία, η Ενούρηση, το Ιδιοπαθές Έκζεμα, ο Τοξικοθυρεοειδισμός, τα τικ, η νεανική Ρευματοειδής Αρθρίτιδα κ.ά.

Η θεραπεία και η αντιμετώπιση των ψυχοσωματικών διαταραχών πρέπει να λάβει υπόψη τους βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες, καθώς και την αλληλεπίδραση μεταξύ τους σε σχέση με τη διατήρηση της υγείας ή την εμφάνιση διαταραχών. Ιδιαίτερη σημασία έχει το να πεισθούν οι γονείς και το παιδί ότι το συγκεκριμένο σύμπτωμα έχει μία ψυχοσωματική βάση.

Σωματόμορφες διαταραχές, ταλαιπωρούν επίσης τα παιδιά και τους εφήβους. Σωματόμορφες διαταραχές είναι η Σωματοποιητική διαταραχή, η διαταραχή Μετατροπής, η Σωματόμορφη διαταραχή πόνου, η Υποχονδρίαση, η Σωματοδυσμορφική Διαταραχή, η Αδιαφοροποίητη Σωματόμορφη διαταραχή και η Σωματόμορφη διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. Και στις σωματόμορφες διαταραχές κύριος χειρισμός παραμένει το να πεισθεί ο ασθενής για την ψυχολογική φύση των προβλημάτων του, να σταματήσει τις επισκέψεις σε γιατρούς και να τολμήσει ν' αντέξει τα συμπτώματα που αυτά καθ' αυτά είναι ακίνδυνα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- * KAPLAN AND SADOCK'S, 199, *Ψυχιατρική* – Τόμος Α', Αθήνα, Εκδόσεις «Λίτσας»
- * KAPLAN AND SADOCK'S, 2000, *Ψυχιατρική* – Τόμος Β', Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις «Λίτσας»
- * Α. ΤΣΙΛΙΓΚΙΡΟΓΛΟΥ – ΦΑΝΤΑΧΙΔΟΥ, 1993, *Παιδική Ανάπτυξη και Υγεία*, Θεσσαλονίκη, University Studio Press
- * Ι. Γ. ΧΑΣΑΠΗΣ, 1976, *Ψυχοπαθολογία της Νηπιακής ηλικίας*, Αθήνα, εκδόσεις «Στεφ. Βασιλόπουλος»
- * Π. ΧΑΡΤΟΚΟΛΛΗΣ, 1991, *Εισαγωγή στην Ψυχιατρική*, Πάτρα, Εκδόσεις «Θεμέλιο»
- * Γ. ΣΙΑΝΤΗΣ Σ. ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΟΣ, 1988, *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής* – Τόμος Β' – δεύτερο μέρος, Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη
- * Γ. ΣΙΑΝΤΗΣ Σ. ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΟΣ, 1988, *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής* – Τόμος Β' – πρώτο μέρος, Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη
- * Γ. ΣΙΑΝΤΗΣ Σ. ΜΑΝΩΛΟΠΟΥΛΟΣ, 1989, *Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής* – Τόμος Γ', Αθήνα, Εκδόσεις Καστανιώτη
- * Γ. ΦΙΛΙΠΟΠΟΥΛΟΥ, 1980, *Κλινική Ψυχιατρική*, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις «Λίτσας»
- * Ν. ΜΑΝΟΥ, 1988, *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη, UNIVERSITY STUDIO PRESS

- * N. Mc. WILLIAMS, 2000, *Ψυχαναλυτική Διάγνωση*, Αθήνα, Εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα»
- * Θ. Ι. ΜΠΑΛΛΗΣ, 2000, *Σύνοψη Κλινικής Ψυχιατρικής*, Θεσσαλονίκη, UNIVERSITY STUDIO PRESS
- * Α. Μ. ΠΑΛΑΙΟΛΟΓΟΥ, 2001, *Προσανατολισμοί Κλινικής Ψυχολογίας*, Αθήνα, εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα»
- * Μ. ΤΣΑΝΗΣ, 1977, *Κλινική Ψυχολογία – βασικές Μέθοδοι Ψυχοδιαγνωστικής και Ψυχοθεραπείας*, Αθήνα, εκδόσεις «ΔΙΠΤΥΧΟ»
- * Γ. ΤΣΙΑΝΤΗΣ – Α. ΞΥΠΟΛΥΤΑ ΖΑΧΑΡΙΑΔΗ, 2001, *Ψυχοσωματικά προβλήματα των παιδιών*, Αθήνα, εκδόσεις Καστανιώτη
- * Μ. HERBERT, 1984, *Ψυχολογικά προβλήματα της παιδικής ηλικίας*, Τόμος Α', Αθήνα, εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα»
- * Ε. Γ. ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ, 2000, *Συμβουλευτική Προσανατολισμός – Τόμος Β'*, Αθήνα, εκδόσεις Γρηγόρη
- * Γ. Κ. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ, 1985, *Ψυχολογία*, Ηράκλειο, εκδόσεις Ψυχοτεχνική
- * LAWRENCE A. PERVIN – OLIVER P. JOHN, 1999, *Θεωρίες Προσωπικότητας*, Αθήνα, εκδόσεις «τυπωθήτω»
- * Α. ΖΑΦΕΙΡΗΣ – Ε. ΖΑΦΕΙΡΗ – Χ. ΜΟΥΖΑΚΙΤΗΣ, 1999, *Οικογενειακή θεραπεία*, Αθήνα, εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα»
- * ΤΖΕΪΜΣ ΧΑΝΤΦΙΛΑΝΤ, 1991, *Ψυχολογία και Ψυχική Υγεία*, Αθήνα, εκδόσεις Θυμάρι
- * Κ. ΓΚΟΤΖΑΜΑΝΗΣ, 2004, *Διαγνωστικά Κριτήρια DSM – IV – TR™*, Αθήνα, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας

- * Γ. Α. ΠΟΤΑΜΙΑΝΟΣ, 2002, *Θεωρίες Προσωπικότητας και Κλινική Πρακτική*, Αθήνα, εκδόσεις «Ελληνικά Γράμματα»
- * Π. ΑΣΗΜΑΚΗΣ, 2001, *Σύγχρονες Ψυχοθεραπείες*, Αθήνα
- * Γ. ΔΕΣΤΟΥΝΗ, *Παιδοψυχιατρική*, Αθήνα, εκδόσεις Λίτσας
- Ε. ΚΑΚΟΥΡΟΣ – Κ. ΜΑΝΙΑΔΑΚΗ, 2005, *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων*, Αθήνα, εκδόσεις «τυπωθήτω»