

Σωματόμορφες διαταραχές

Γιώργος Ευσταθίου, MSc, PhD

Κλινικός Ψυχολόγος – Ψυχοθεραπευτής

Διδάσκων (ΠΔ 407) Κλινικής Ψυχολογίας – Πανεπιστήμιο Αθηνών

gefsth@psych.uoa.gr

Ο όρος «σωματόμορφες διαταραχές» αναφέρεται σε μία οικογένεια διαταραχών με κοινό χαρακτηριστικό την ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων που υποδηλώνουν την ύπαρξη κάποιας σωματικής πάθησης. Οι σωματόμορφες διαταραχές διακρίνονται από τις ακατανόητα προσποιητές διαταραχές ή την υπόκριση από το γεγονός ότι τα σωματικά αυτά συμπτώματα δεν υπόκεινται στο συνειδητό έλεγχο του ατόμου, αλλά και από τα ψυχοσωματικά προβλήματα από το γεγονός ότι δεν υπάρχει κάποια διαγνώσιμη σωματική πάθηση στην οποία θα μπορούσαν να αποδοθούν τα σωματικά συμπτώματα. Βέβαια η παράλληλη ύπαρξη προσποιητών ή ψυχοσωματικών συμπτωμάτων ή ακόμη και κάποιας σωματικής πάθησης δεν είναι σπάνια.

Κλινική εικόνα

Διαταραχή σωματοποίησης

Αναφέρεται σε ένα πρότυπο πολλαπλών επαναλαμβανόμενων σωματικών συμπτωμάτων, τα οποία οδηγούν σε αναζήτηση ιατρικής φροντίδας ή προκαλούν σημαντική επιβάρυνση της λειτουργικότητας. Τα σωματικά συμπτώματα πρέπει να έχουν εμφανιστεί πριν την ηλικία των 30 ετών και να εμφανίζονται κατά τη διάρκεια μίας περιόδου αρκετών ετών. Επίσης, τα συμπτώματα θα πρέπει να μην μπορούν να εξηγηθούν πλήρως από καμία γνωστή σωματική πάθηση ή από την επίδραση κάποιας ουσίας ή αν εμφανίζονται στο πλαίσιο κάποιας σωματικής πάθησης θα πρέπει η έντασή τους ή η επιβάρυνση της λειτουργικότητας να είναι μεγαλύτερη από ό,τι θα περίμενε κανείς με βάση τα κλινικά ευρήματα.

Για να δοθεί η διάγνωση της διαταραχής σωματοποίησης θα πρέπει να υπάρχει:

- Πόνος σε τουλάχιστον τέσσερα σημεία ή λειτουργίες του σώματος.

- Ιστορικό τουλάχιστον δύο γαστρεντερικών συμπτωμάτων (εκτός του πόνου).
- Ιστορικό τουλάχιστον ενός συμπτώματος που να σχετίζεται με τη σεξουαλική ή την αναπαραγωγική λειτουργικότητα (εκτός του πόνου).
- Ιστορικό τουλάχιστον ενός συμπτώματος νευρολογικού τύπου.

Συνήθως τα άτομα που υποφέρουν από τη διαταραχή περιγράφουν τα συμπτώματά τους με παραστατικό και υπερβολικό τρόπο, συχνά χωρίς αναφορές σε συγκεκριμένες πληροφορίες και με ασυνέπειες στο ιστορικό των συμπτωμάτων. Πολλές φορές αναζητούν ιατρική φροντίδα από πολλούς ειδικούς παράλληλα, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε περίπλοκους και μερικές φορές επικίνδυνους συνδυασμούς θεραπειών. Ως αποτέλεσμα τα άτομα αυτά συχνά υποβάλλονται σε πολυάριθμες ιατρικές εξετάσεις, διαγνωστικές διαδικασίες, εγχειρίσεις και εισαγωγές στο νοσοκομείο, με αποτέλεσμα η υγεία τους να διατρέχει σημαντικό κίνδυνο. Οι ιατρικές εξετάσεις χαρακτηρίζονται από αξιοσημείωτη έλλειψη ευρημάτων που να εξηγούν τα αναφερόμενα συμπτώματα.

Εκδηλώνουν σε πολλές περιπτώσεις εμφανή συμπτώματα άγχους και καταθλιπτική διάθεση και μπορεί να συνυπάρχει παρορμητική ή αντικοινωνική συμπεριφορά, απειλές και απόπειρες αυτοκτονίας και δυσαρμονία στις ερωτικές τους σχέσεις. Ιδίως όταν συνυπάρχει διαταραχή προσωπικότητας στον άξονα δύο η ζωή τους μπορεί να είναι χαοτική. Ο επιπολασμός της διαταραχής σωματοποίησης κυμαίνεται από 0,2% έως 2% για τις γυναίκες και είναι χαμηλότερος του 0,2% για τους άντρες. Ωστόσο είναι αξιοσημείωτο ότι τουλάχιστον οι Έλληνες άντρες που κατοικούν στις Η.Π.Α. εμφανίζουν με υψηλότερη συχνότητα τη διαταραχή.

Η πορεία της διαταραχής είναι χρόνια με διακυμάνσεις αν και σπάνια υπάρχουν περίοδοι ολοκληρωτικής αποδρομής των συμπτωμάτων. Σπάνια περνάει περισσότερος από ένας χρόνος χωρίς το άτομο να εκδηλώσει κάποιο ανεξήγητο σύμπτωμα. Συνήθως τα διαγνωστικά κριτήρια πληρούνται πριν την ηλικία των 25 ετών, αλλά σε πολλές περιπτώσεις τα αρχικά συμπτώματα ανιχνεύονται στην εφηβεία. Έρευνες έχουν δείξει ότι γενετικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην εμφάνιση της διαταραχής με το 10% με 20% των γυναικών που είναι πρώτου βαθμού συγγενείς με γυναίκες που υποφέρουν από τη διαταραχή να εμφανίζουν και αυτές τη διαταραχή. Έρευνες υιοθεσίας έχουν δείξει ότι η ύπαρξη ενός βιολογικού ή θετού συγγενή με διαταραχή σωματοποίησης αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης της διαταραχής.

Η διαταραχή σωματοποίησης διαγιγνώσκεται πολύ πιο σπάνια όταν ο ειδικός ψυχικής υγείας δεν είναι ιατρός. Συνήθως τα συμπτώματα της διαταραχής σωματοποίησης διαφοροποιούνται από αυτά μίας σωματικής πάθησης από (α) το γεγονός ότι αφορούν παράλληλα σε πολλά οργανικά συστήματα, (β) το γεγονός ότι η πρόωμη έναρξη και η χρόνια πορεία των συμπτωμάτων δεν συνοδεύονται από την ανάπτυξη σωματικών ενδείξεων ή δομικών ανωμαλιών και (γ) έλλειψη εργαστηριακών ευρημάτων.

Ως προς τη διαφοροδιάγνωση, πολλαπλά σωματικά συμπτώματα εμφανίζονται και στη διαταραχή πανικού, αλλά εμφανίζονται κυρίως κατά τη διάρκεια των κρίσεων πανικού. Το ίδιο ισχύει και για τη γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, όμως στην περίπτωση αυτή το άγχος και η ανησυχία του ατόμου δεν περιορίζονται στα σωματικά συμπτώματα. Τα άτομα που υποφέρουν από κατάθλιψη επίσης εμφανίζουν σωματικά συμπτώματα (κυρίως ανεξήγητους πόνους και γαστρεντερικές διαταραχές), αλλά τα συμπτώματα αυτά περιορίζονται στις περιόδους καταθλιπτικής διάθεσης, ενώ στα άτομα με διαταραχή σωματοποίησης τα σωματικά συμπτώματα εμφανίζονται ανεξάρτητα από την ψυχολογική τους διάθεση καθόλη τη διάρκεια της ζωής τους.

Αδιαφοροποίητη σωματόμορφη διαταραχή (νευρασθένεια)

Πρόκειται για μία διαταραχή που διαγιγνώσκεται όταν υπάρχουν επίμονες σωματόμορφες εκδηλώσεις που όμως δεν πληρούν τα κριτήρια της σωματοποιητικής διαταραχής ή κάποιας άλλης σωματόμορφης διαταραχής. Κριτήριο για τη διάγνωση είναι η ύπαρξη ενός ή περισσότερων σωματικών συμπτωμάτων (συνήθως χρόνια κόπωση, απώλεια όρεξης, γαστρεντερικά συμπτώματα ή συμπτώματα από το αναπαραγωγικό ή το ουροποιητικό σύστημα), το οποίο επιμένει για διάστημα 6 μηνών ή περισσότερο. Όταν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι μικρότερη των 6 μηνών δίνεται η διάγνωση της Σωματόμορφης διαταραχής μη καθοριζόμενης αλλιώς. Η μεγαλύτερη συχνότητα ανεξήγητων σωματικών συμπτωμάτων εμφανίζεται σε νεαρές γυναίκες χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου.

Διαταραχή πόνου

Αναφέρεται στην ύπαρξη πόνου που αποτελεί την κύρια κλινική εκδήλωση και είναι τέτοιας έντασης που χρήζει κλινικής προσοχής και επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό τη λειτουργικότητα του ατόμου. Παραδείγματα επιβάρυνσης της λειτουργικότητας εξαιτίας του πόνου συμπεριλαμβάνουν την αδυναμία εργασίας ή εκπλήρωσης των ακαδημαϊκών υποχρεώσεων, συχνή χρήση υπηρεσιών υγείας, ο πόνος να καταστεί το κύριο θέμα της ζωής του ατόμου, κατάχρηση φαρμάκων, προβλήματα στις ερωτικές σχέσεις και διαταραχή του τρόπου ζωής. Ψυχολογικοί παράγοντες θεωρείται ότι παίζουν σημαντικό ρόλο στη έναρξη, την ένταση, την επιδείνωση ή τη διατήρηση του πόνου, παρότι ο πόνος μπορεί να οφείλεται ή να επηρεάζεται εν μέρει από μία σωματική πάθηση (οπότε το άτομο λαμβάνει πρόσθετη διάγνωση στον Άξονα ΙΙΙ). Ο πόνος που οφείλεται αποκλειστικά σε μία σωματική πάθηση δεν αποτελεί ψυχική διαταραχή.

Τα άτομα με επαναλαμβανόμενα επεισόδια οξέος πόνου ή χρόνιας πόνου μερικές φορές είναι πεπεισμένα ότι κάπου υπάρχει ένας ειδικός που έχει τη «γιατρεία» για τον πόνο και μπορεί να ξοδέψουν πολύ χρόνο και χρήμα στην αναζήτηση αυτή. Ο πόνος μπορεί να οδηγήσει σε περιορισμό των δραστηριοτήτων και σε κοινωνική απομόνωση, με αποτέλεσμα να εμφανιστούν επιπρόσθετα ψυχολογικά προβλήματα και μείωση της φυσικής αντοχής. Η οξεία διαταραχή πόνου (λιγότερο από 6 μήνες) δείχνει να σχετίζεται συχνότερα με τις αγχώδεις διαταραχές και η χρόνια διαταραχή πόνου (περισσότερο από 6 μήνες) με τις διαταραχές της διάθεσης. Και στις δύο μορφές συχνά παρουσιάζεται αϋπνία.

Τα άτομα με χρόνιες μορφές της διαταραχής πόνου συχνά υποφέρουν από ανεργία, έχουν κάποιας μορφής αναπηρία και αντιμετωπίζουν οικογενειακά προβλήματα. Η διαταραχή πόνου μπορεί να εκδηλωθεί σε οποιαδήποτε ηλικία. Οι γυναίκες δείχνουν να εμφανίζουν διάφορες καταστάσεις που προκαλούν πόνο πιο συχνά από τους άντρες, αν και η διαταραχή πόνου είναι γενικώς σχετικά συχνή. Τα περισσότερα επεισόδια οξέος πόνου υποχωρούν εντός σχετικά σύντομου χρονικού διαστήματος. Στις περισσότερες περιπτώσεις χρόνιου πόνου το άτομο υποφέρει για πολλά χρόνια πριν απευθυνθεί σε κάποιο ειδικό ψυχικής υγείας. Υπάρχουν στοιχεία ότι ο χρόνιος πόνος είναι πιο συχνός μεταξύ πρώτου βαθμού βιολογικών συγγενών ατόμων με διαταραχή πόνου.

Μετατρεπτική διαταραχή (υστερία, υστερική νεύρωση, σύνδρομο Briquet)

Πρόκειται για μία διαταραχή που αναφέρεται στην ύπαρξη συμπτωμάτων που επηρεάζουν την εκούσια κινητική ή την αισθητική λειτουργικότητα και υποδηλώνουν την ύπαρξη κάποιας νευρολογικής ή άλλου είδους σωματικής πάθησης. Θωρείται ότι ψυχολογικοί παράγοντες σχετίζονται με το σύμπτωμα βάσει του γεγονότος ότι της έναρξη ή της επιδείνωσης του συμπτώματος προηγούνται συγκρούσεις ή άλλου είδους στρεσογόνοι παράγοντες.

Επειδή τα συμπτώματα αναφέρονται στην κινητικότητα και την αισθητικότητα συχνά αναφέρονται ως «ψευδονευρολογικά» και όσο πιο περιορισμένες είναι οι ιατρικές γνώσεις του ατόμου, τόσο λιγότερο πειστικά είναι τα συμπτώματα. Τα συμπτώματα συνήθως δεν ανταποκρίνονται στην ανατομία και τη φυσιολογία του ανθρώπινου σώματος και συχνά δεν παρουσιάζουν σταθερότητα. Για παράδειγμα ένα «παράλυτο» χέρι που τοποθετείται πάνω από το κεφάλι του ατόμου και αφήνεται δεν πέφτει πάνω στο κεφάλι, αλλά παραμένει για ένα σύντομο διάστημα ακίνητο και μετά πέφτει στο πλάι αποφεύγοντας το κεφάλι ή υπάρχει η ίδια δυσκολία κατάποσης για τις υγρές και τις στερεές τροφές. Τα μετατρεπτικά συμπτώματα δεν συνοδεύονται από εργαστηριακά ευρήματα και γενικώς δεν οδηγούν σε σωματικές αλλοιώσεις ή αναπηρίες, παρότι συχνή είναι και η παράλληλη ύπαρξη μη μετατρεπτικών σωματικών συμπτωμάτων.

Παρ' όλα αυτά έμφαση θα πρέπει να δοθεί στο γεγονός ότι οι γνώσεις μας για την ανθρώπινη φυσιολογία και ανατομία είναι ατελείς και κατά συνέπεια η διάγνωση θα πρέπει να έχει προσωρινό χαρακτήρα και να δίδεται με επιφυλάξεις. Σε άλλες περιπτώσεις η πραγματική αιτία ενός «μετατρεπτικού» συμπτώματος μπορεί να πάρει χρόνια για να ανιχνευθεί (π.χ. σκλήρυνση κατά πλάκας) και σε παλαιότερες έρευνες περισσότερο από το 25% ασθενών που είχαν λάβει διάγνωση μετατρεπτικής διαταραχής διαγνώστηκαν στη συνέχεια με κάποια σωματική πάθηση (αν και το ποσοστό των λανθασμένων διαγνώσεων έχει μειωθεί σημαντικά στις πιο πρόσφατες έρευνες). Ο όρος «μετατρεπτική» αναφέρεται στην υπόθεση ότι το σωματικό σύμπτωμα αναπαριστά τη συμβολική επίλυση μίας ασυνείδητης ψυχολογικής σύγκρουσης και παρότι η λογική αυτή δεν υπονοείται στις σύγχρονες περιγραφές της διαταραχής είναι σημαντικό για τη διάγνωση η στενή χρονική σχέση μεταξύ ενός

στρεσογόνου παράγοντα και της εμφάνισης ή της επιδείνωσης του συμπτώματος, ιδίως αν το άτομο είχε αναπτύξει μετατρεπτικά συμπτώματα σε ανάλογες περιπτώσεις στο παρελθόν.

Σε ψυχολογικό επίπεδο τα άτομα με μετατρεπτική διαταραχή μπορεί να εμφανίσουν αυτό που ονομάζεται μακάρια αδιαφορία (έλλειψη ενδιαφέροντος για τη φύση ή τις συνέπειες του συμπτώματος) ή να το εκδηλώνουν με δραματικό τρόπο. Το άτομο μπορεί να αποκομίζει «δευτερογενή οφέλη» από τη διαταραχή, υπό την έννοια ότι χάρη στο σύμπτωμα αποφεύγει δυσάρεστα καθήκοντα ή να απολαμβάνει προνόμια. Τα άτομα με μετατρεπτική διαταραχή είναι συχνά υποβόλιμα και τα συμπτώματά τους μπορεί να τροποποιούνται ή να εξαφανίζονται υπό την επήρεια εξωτερικών ερεθισμάτων. Τα μετατρεπτικά συμπτώματα είναι πιο συχνά μετά από ακραίο ψυχολογικό στρες (π.χ. πόλεμος, απώλεια αγαπημένου προσώπου) και είναι δυνατόν το άτομο να εκδηλώσει εξάρτηση ή να αναλάβει το ρόλο του ασθενούς κατά την πορεία της θεραπείας.

Η μετατρεπτική διαταραχή είναι συχνότερη σε αγροτικές και αναπτυσσόμενες περιοχές, σε άτομα χαμηλού κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου και σε άτομα που έχουν περιορισμένες γνώσεις σχετικά με ιατρικές και ψυχολογικές παθήσεις. Η συχνότητα κυμαίνεται από 11 έως 300 άτομα στις 100.000 και η διαταραχή εμφανίζεται πιο συχνά στις γυναίκες με την αναλογία να κυμαίνεται από 2:1 έως 10:1. Ειδικά στις γυναίκες τα συμπτώματα είναι πολύ πιο συχνά στην αριστερή πλευρά του σώματος, ενώ οι γυναίκες (και σπάνια οι άντρες) μπορεί να εκδηλώσουν την πλήρη κλινική εικόνα της διαταραχής σωματοποίησης.

Η έναρξη της διαταραχής σπάνια εντοπίζεται πριν την ηλικία των 10 και μετά την ηλικία των 35 ετών. Συνήθως η έναρξη είναι οξεία, αλλά είναι δυνατόν να υπάρξει και σταδιακή εμφάνιση των συμπτωμάτων. Η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι συνήθως μικρή και στις περισσότερες περιπτώσεις τα μετατρεπτικά συμπτώματα των ατόμων που εισάγονται στο νοσοκομείο υποχωρούν μετά από 2 εβδομάδες. Οι υποτροπές είναι συχνές και υπολογίζεται ότι περίπου το 1/4 με το 1/5 των ατόμων με μετατρεπτικά συμπτώματα υποτροπιάζουν εντός ενός έτους.

Η μετατρεπτική διαταραχή εμφανίζει συνοσηρότητα με τις διασχιστικές διαταραχές, τη μείζονα κατάθλιψη και την οιστριονική, την αντικοινωνική (ιδίως στους άντρες) και την εξαρτητική διαταραχή προσωπικότητας. Ως προς τη διαφοροδιάγνωση θα πρέπει να

σημειωθεί ότι σε περίπτωση που τα νευρολογικού τύπου συμπτώματα εμφανίζονται στο πλαίσιο υποχονδρίας, το άτομο ασχολείται με τη «σοβαρή πάθηση» που υπάρχει πίσω από τα συμπτώματα αυτά, ενώ στη μετατρεπτική διαταραχή το άτομο εστιάζεται στο ίδιο το σύμπτωμα ή παρουσιάζει μακάρια αδιαφορία. Αντίθετα, στη σωματοδυσμορφική το άτομο εστιάζεται σε κάποιο φανταστικό ή ασήμαντο πρόβλημα εμφάνισης και όχι σε ένα σύμπτωμα που αφορά την εκούσια κινητική ή αισθητική λειτουργικότητα.

Είναι αμφισβητήσιμο το κατά πόσο εμφανίζονται «ψευδο-ψευδαισθήσεις» στο πλαίσιο της μετατρεπτικής διαταραχής. Πάντως οι ψευδο-ψευδαισθήσεις θα μπορούσαν να διακριθούν από τις ψευδαισθήσεις στο πλαίσιο μίας ψυχωσικής διαταραχής βάσει του ότι (α) σε αντίθεση με τις πραγματικές ψευδαισθήσεις το άτομο διατηρεί την εναισθησία και δεν υπάρχουν άλλα ψυχωσικά συμπτώματα, (β) συχνά αφορούν σε περισσότερες από μία αισθήσεις και (γ) συχνά έχουν αφελές, φανταστικό ή παιδικό περιεχόμενο. Πολλές φορές φέρουν ψυχολογικό νόημα και το άτομο συνήθως τις περιγράφει ως μία ενδιαφέρουσα ιστορία. Τέλος, το δευτερογενές όφελος που αποκομίζει το άτομο με μετατρεπτική διαταραχή από τα οφέλη που αποκομίζουν τα άτομα με ακατανόητα προσπονητές διαταραχές ή υπόκριση διαφοροποιούνται από το γεγονός ότι τα μετατρεπτικά συμπτώματα δεν υπόκεινται στο συνειδητό έλεγχο του ατόμου.

Υποχονδρίαση

Πρόκειται για μία διαταραχή που αναφέρεται στον έμμονο φόβο του ατόμου μήπως έχει κάποια σοβαρή ασθένεια ή στην ιδέα ότι έχει μία σοβαρή ασθένεια, που βασίζεται στην παρερμηνεία ενός ή περισσότερων σωματικών συμπτωμάτων. Ο αβάσιμος φόβος ή η ιδέα επιμένουν παρά τις ιατρικές διαβεβαιώσεις, ωστόσο δεν φτάνουν σε επίπεδο παραληρήματος και το άτομο αποδέχεται την πιθανότητα ότι ο φόβος του μπορεί να είναι υπερβολικός ή να μην υπάρχει καμία σωματική πάθηση. Το άτομο ασχολείται με σωματικές λειτουργίες, ασήμαντα σωματικά συμπτώματα ή ασαφείς σωματικές αισθήσεις για περισσότερο από έξι μήνες, θεωρεί ότι αυτές οι σωματικές αισθήσεις είναι ενδεικτικές κάποιας σωματικής πάθησης και ανησυχεί πολύ για την αιτιολογία και τη σημασία τους. Η ανησυχία του ατόμου αφορά σε διάφορα οργανικά συστήματα κατά την πάροδο του χρόνου ή παράλληλα, ενώ σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να περιορίζεται σε ένα συγκεκριμένο όργανο ή σε μία συγκεκριμένη σωματική πάθηση. Το άτομο μπορεί να τρομάζει όταν διαβάσει ή ακούει κάτι

σχετικό με σωματικές παθήσεις, όταν κάποιος που γνωρίζει αρρωσταίνει ή από την παρατήρηση του σώματός του και από αισθήσεις που προέρχονται από αυτό.

Στην υποχονδρίαση το ιατρικό ιστορικό συχνά παρουσιάζεται πολύ λεπτομερώς. Πολλές φορές το άτομο νιώθει ότι δε λαμβάνει την κατάλληλη ιατρική φροντίδα και συχνά απευθύνεται παράλληλα ή διαδοχικά σε διάφορους ειδικούς σωματικής υγείας αρνούμενο πεισματικά την παραπομπή σε ειδικούς ψυχικής υγείας. Συχνά παρατηρείται πρόβλημα στη σχέση γιατρού – ασθενούς, αλλά και επιπλοκές από τις επαναλαμβανόμενες διαγνωστικές διαδικασίες που εμπεριέχουν κάποιο βαθμό κινδύνου, αλλά και μεγάλο οικονομικό κόστος. Ωστόσο είναι γεγονός ότι επειδή τα άτομα αυτά έχουν ένα ιστορικό πολλαπλών αιτιάσεων χωρίς ξεκάθαρο σωματικό υπόβαθρο συχνά υπόκεινται σε βιαστικές ιατρικές εξετάσεις και μπορεί να μην ανιχνευθεί μία πραγματική σωματική πάθηση.

Η διαταραχή δημιουργεί ένταση στις κοινωνικές σχέσεις επειδή το άτομο απορροφάται από την κατάσταση της υγείας του και συχνά περιμένει ειδική αντιμετώπιση από τους άλλους. Η οικογενειακή ζωή μπορεί να διαταραχθεί, καθώς προοδευτικά αρχίζει να περιστρέφεται γύρω από τη σωματική υγεία του ατόμου. Τις περισσότερες φορές η διαταραχή επηρεάζει την απόδοση και τη λειτουργικότητα του ατόμου, με αποτέλεσμα να μην μπορεί να ανταποκριθεί στις εργασιακές ή τις άλλες υποχρεώσεις του. Οι ιατρικές εξετάσεις δεν επιβεβαιώνουν τους φόβους ή την πεποίθησή του.

Η διαταραχή είναι εξίσου συχνή στους άντρες και τις γυναίκες και μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία, με συχνότερη περίοδο εμφάνισης την αρχή της ενήλικης ζωής. Ο επιπολασμός της πάθησης στο γενικό πληθυσμό είναι άγνωστος, ενώ ο επιπολασμός μεταξύ των ατόμων που απευθύνονται σε υπηρεσίες υγείας κυμαίνεται από 4 έως 9%. Η πορεία της διαταραχής είναι συνήθως χρόνια, με συμπτώματα περιοδικά αυξομειούμενης έντασης, αλλά μερικές φορές παρατηρείται πλήρης αποδρομή των συμπτωμάτων.

Συχνά συνυπάρχουν άλλες ψυχικές διαταραχές ιδίως αγχώδεις διαταραχές ή διαταραχές της διάθεσης. Τα άτομα με υποχονδρίαση μπορεί να έχουν παρεισφρυτικές σκέψεις σχετικά με την ύπαρξη κάποιας σωματικής ασθένειας και να εκδηλώνουν σχετιζόμενους καταναγκασμούς, ενώ θα πρέπει να δίνεται η επιπρόσθετη διάγνωση της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής μόνο αν οι ιδεοληψίες και οι καταναγκασμοί δεν

περιορίζονται στην ανησυχία σχετικά με τη σωματική υγεία. Ως προς τη διαφοροδιάγνωση, στη σωματοδυσμορφική διαταραχή η ανησυχία του ατόμου περιορίζεται στην εξωτερική του εμφάνιση. Στη νοσοφοβία (ειδική φοβία) το άτομο φοβάται μην εκτεθεί σε μία ασθένεια, ενώ στην υποχονδρίαση ότι έχει την ασθένεια. Όπως αναφέρθηκε, στην υποχονδρίαση η πεποίθηση του ατόμου ότι υποφέρει από κάποια ασθένεια δεν είναι παραληρητικής έντασης σε αντίθεση με τις ψυχωσικές διαταραχές.

Σωματοδυσμορφική διαταραχή (δυσμορφοφοβία)

Πρόκειται για μία διαταραχή που αναφέρεται στην έμμονη ενασχόληση με ένα πρόβλημα εξωτερικής εμφάνισης. Το πρόβλημα είτε είναι φανταστικό, είτε παρότι υπάρχει κάποια ασήμαντη σωματική ανωμαλία η ανησυχία του ατόμου για αυτήν είναι υπερβολική. Συνήθως τα συμπτώματα αφορούν το πρόσωπο ή την κεφαλή (λέπτυνση των τριχών, ακμή, σημάδια, υπερβολική τριχοφυΐα, μέγεθος – σχήμα χαρακτηριστικών προσώπου κλπ.), αν και οποιοδήποτε σημείο του σώματος μπορεί να αποτελεί το επίκεντρο της ανησυχίας του ατόμου ή η ανησυχία να αφορά πολλά μέρη του σώματος ταυτόχρονα. Συχνά το σύμπτωμα είναι πολύ συγκεκριμένο (π.χ. μεγάλη μύτη), αλλά μερικές φορές είναι ασαφές (π.χ. «πεσμένο» πρόσωπο). Ορισμένα άτομα με σωματοδυσμορφική διαταραχή αποφεύγουν να περιγράψουν τα ελαττώματά τους με λεπτομέρειες εξαιτίας της ντροπής που νιώθουν για αυτά και κάνουν αναφορά στη γενική «ασχήμια» τους.

Τα περισσότερα άτομα βιώνουν έντονη δυσφορία και περιγράφουν την ενασχόλησή τους με τα ελαττώματά τους ως βασανιστική. Επίσης, τα περισσότερα άτομα δυσκολεύονται να ελέγξουν την ενασχόλησή τους και δεν καταβάλουν ιδιαίτερες προσπάθειες για να την περιορίσουν. Ως αποτέλεσμα συχνά περνούν αρκετές ώρες της ημέρας αναλογιζόμενοι το ελάττωμά τους, σε σημείο που οι σχετικές σκέψεις να κυριαρχούν στη ζωή τους. Εξίσου σημαντικό χρόνο μπορεί να καταλαμβάνει η παρατήρηση του συμπτώματος σε καθρέφτες ή άλλες ανακλαστικές επιφάνειες, ενώ κάποιοι χρησιμοποιούν ειδικό φωτισμό, μεγεθυντικούς φακούς κλπ. Σε άλλες περιπτώσεις το άτομο αποφεύγει να κοιτάζεται σε καθρέφτες και συχνά καλύπτει τους καθρέφτες ή τους απομακρύνει από το περιβάλλον του.

Είναι δυνατόν να παρατηρηθεί υπερβολική ενασχόληση με συμπεριφορές αυτοπεριποίησης, παρότι οι συχνοί έλεγχοι και η υπερβολική αυτοπεριποίηση μπορεί να επιδεινώνουν την

ένταση της ενασχόληση με το ελάττωμα και το συνοδό άγχος. Μπορεί να υπάρχει συχνή αναζήτηση διαβεβαιώσεων για το ελάττωμα, οι οποίες όμως προσφέρουν προσωρινή ή και καθόλου ανακούφιση. Επίσης το άτομο συχνά συγκρίνει το ελαττωματικό σημείο του σώματός τους με το αντίστοιχο σημείο άλλων ανθρώπων, ενώ πολλές φορές παρατηρούνται ιδέες αναφοράς σχετικά με το φανταστικό ελάττωμα, αλλά και προσπάθεια συγκάλυψής του. Σε μερικές περιπτώσεις υπάρχει έντονος φόβος ότι το ελαττωματικό σημείο του σώματος θα δυσλειτουργήσει ή ότι είναι εξαιρετικά ευπαθές και σε μόνιμο κίνδυνο να υποστεί κάποια βλάβη.

Η αποφυγή των συνηθισμένων δραστηριοτήτων μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις το άτομο βγαίνει από το σπίτι του μόνο τα βράδια ή δεν βγαίνει ποτέ. Η ένταση της ψυχολογικής δυσφορίας κυμαίνεται, αλλά μπορεί να οδηγήσει σε επανειλημμένες νοσηλείες και σε απόπειρες αυτοκτονίας. Τα άτομα με σωματοδυσμορφική διαταραχή συχνά αναζητούν ιατρικές, οδοντιατρικές ή χειρουργικές θεραπείες για το ελάττωμά τους, οι οποίες μπορεί να επιφέρουν επιδείνωση της διαταραχής και εντονότερη ενασχόληση με το ελάττωμα, ώστε το άτομο να οδηγηθεί σε νέες ανεπιτυχείς επεμβάσεις, μέχρις ότου φτάσει στο σημείο το ελαττωματικό σημείο του σώματός του να είναι «συνθετικό», αλλά το άτομο παρόλα αυτά να συνεχίζει να είναι δυσαρεστημένο με την εμφάνισή του.

Η διαταραχή εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα στους άντρες και τις γυναίκες και γενικώς θεωρείται ότι είναι συχνότερη από ό,τι νομιζόταν, παρότι δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία για τον επιπολασμό της. Συνήθως η έναρξή της τοποθετείται στην εφηβεία, αλλά συχνά δεν διαγιγνώσκεται για πολλά χρόνια επειδή το άτομο ντρέπεται να αποκαλύψει τα συμπτώματά του. Η έναρξη μπορεί να είναι απότομη ή σταδιακή και συχνά η διαταραχή έχει συνεχή πορεία με λίγα διαστήματα κατά τα οποία το άτομο είναι ελεύθερο συμπτωμάτων, παρότι η ένταση των συμπτωμάτων κυμαίνεται στο χρόνο. Το σημείο του σώματος που αποτελεί το αντικείμενο της ανησυχίας μπορεί να παραμείνει σταθερό ή να αλλάξει.

Ως προς τη διαφοροδιάγνωση, στη νευρογενή ανορεξία η ενασχόληση του ατόμου αναφέρεται γενικά στο «πάχος» του σώματος και όχι σε κάποιο συγκεκριμένο σημείο. Στην αποφευκτική διαταραχή προσωπικότητας και στην κοινωνική φοβία είναι δυνατόν το άτομο να ανησυχεί μήπως ντροπιαστεί εξαιτίας πραγματικών ελαττωμάτων στην εμφάνισή του,

αλλά η ανησυχία αυτή δεν είναι το κεντρικό ζήτημα που το απασχολεί. Επίσης στην παραληρητική διαταραχή σωματικού τύπου παρατηρείται ενασχόληση με ένα σωματικό ελάττωμα ή οποία όμως είναι ψυχωσικής έντασης.

Σωματόμορφη διαταραχή μη καθοριζόμενη αλλιώς

Η διάγνωση αυτή δίνεται σε διαταραχές με σωματόμορφα συμπτώματα που δεν πληρούν τα κριτήρια για κάποια συγκεκριμένη σωματόμορφη διαταραχή (π.χ ψευδοκύηση).

ICD-10

Διαταραχή σωματοποίησης: Ικανοποιητική συμβατότητα – προστίθεται το κριτήριο «επίμονη άρνηση του ατόμου να δεχθεί τις διαβεβαιώσεις αρκετών ιατρών ότι δεν υπάρχει σωματική εξήγηση για τα συμπτώματα».

Αδιαφοροποίητη σωματόμορφη διαταραχή: Πολύ ικανοποιητική συμβατότητα – σχεδόν ίδια κριτήρια. Η Νευρασθένεια αποτελεί ξεχωριστή κατηγορία που δεν κατατάσσεται στις Σωματόμορφες διαταραχές, αλλά στις Άλλες νευρωσικές διαταραχές και έχει δύο τύπους: Στον πρώτο κεντρικό χαρακτηριστικό αποτελούν οι αιτιάσεις αυξημένης κόπωσης μετά από πνευματική προσπάθεια, ενώ στο δεύτερο κεντρικό χαρακτηριστικό είναι το αίσθημα σωματικής αδυναμίας και εξάντλησης μετά από μικρή προσπάθεια.

Μετατρεπτική διαταραχή: Δεν κατατάσσεται στις σωματόμορφες διαταραχές, αλλά στις Διαταραχές αποσυνδεδετικού (μετατρεπτικού) τύπου, στην υποκατηγορία Διαταραχές κινητικότητας και αισθητικότητας αποσυνδεδετικού τύπου. Παραθέτονται διαφορετικά κριτήρια για τους σπασμούς αποσυνδεδετικού τύπου, την αναισθησία και απώλεια της αισθητικότητας αποσυνδεδετικού τύπου.

Σωματόμορφη διαταραχή πόνου: Ονομάζεται Σωματόμορφη διαταραχή επίμονων αλγών και τα κριτήρια παρουσιάζουν ικανοποιητική συμβατότητα.

Υποχονδρίαση: Αναφέρεται ως Υποχονδριακή διαταραχή. Τα κριτήρια που παρατίθενται είναι κοινά και για τη σωματοδυσμορφική διαταραχή.

Σωματοδυσμορφική διαταραχή: Υπάγεται στην υποχονδρίαση.

Σωματόμορφη διαταραχή μη καθοριζόμενη αλλιώς: Πέραν της Σωματόμορφης διαταραχής μη καθοριζόμενης, υπάρχουν δύο ακόμη διαγνωστικές κατηγορίες, οι Άλλες σωματόμορφες διαταραχές και οι Σωματόμορφες δυσλειτουργίες του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Γνωσιακή - θεώρηση και θεραπεία

Σωματοποιητικές διαταραχές και πόνος

Η συνήθης αντιμετώπιση των σωματοποιητικών διαταραχών είναι η χρήση κάποιου περιεκτικού προγράμματος διαχείρισης του στρες που μπορεί να περιλαμβάνει πλήρεις ιατρικές εξετάσεις, εκπαίδευση για τα ψυχολογικά και τα σωματικά συμπτώματα του στρες, εκπαίδευση στη χαλάρωση (Lidbeck, 2003), εκπαίδευση στην επίλυση προβλημάτων, εκπαίδευση στη διεκδικητική συμπεριφορά (Bleichhardt, Timmer, & Rief, 2004), προγραμματισμό δραστηριοτήτων, εκπαίδευση στην υγιεινή του ύπνου και κάποιας μορφής γνωσιακή αναδόμηση (Allena et al., 2001). Ο προγραμματισμός των δραστηριοτήτων αποσκοπεί στη μείωση της τάσης των ατόμων με σωματοποιητικές διαταραχές να αποσύρονται από σημαντικές δραστηριότητες της ζωής τους. Η εκπαίδευση στην υγιεινή του ύπνου αποσκοπεί στη μείωση της δυσφορίας που προκαλεί η έλλειψη του ύπνου. Τέλος σημασία δίνεται στο περιβάλλον του ατόμου και ιδίως σε άτομα που με τη συμπεριφορά τους μπορεί να ενισχύουν την ενασχόληση με τα συμπτώματα ή την έκφραση του πόνου.

Μετατρεπτική διαταραχή

Σύμφωνα με τη θεωρία της μάθησης (Ραμπαβίλας, & Μαλιάρας, 1991), τα υστερικά συμπτώματα ακολουθούν το πρότυπο της μάθησης κάτω από συνθήκες τραυματικής αποφυγής. Τα συμπτώματα αποτελούν συμπεριφορές αποφυγής που τείνουν να μειώσουν το άγχος που προκαλεί το τραυματικό γεγονός. Η αγχώλυση που προσφέρει το σύμπτωμα μειώνεται με την πάροδο του χρόνου, καθώς μειώνεται και η ένταση του τραυματικού γεγονότος, ενώ στις περιπτώσεις που παρατηρείται διατήρηση των συμπτωμάτων, αυτή οφείλεται στις δευτερογενείς ενισχύσεις που το ενισχύουν.

Σύμφωνα με τη γνωσιακή ερμηνεία (Beck, 1976), η μετατρεπτική διαταραχή αποτελεί το κατ' εξοχήν παράδειγμα γνωσιακής παραποίησης σε μία ψυχική διαταραχή. Το άτομο πιστεύει ότι έχει μία συγκεκριμένη σωματική πάθηση και κατά συνέπεια βιώνει τις εκδηλώσεις αυτής της ασθένειας. Όταν η δυσλειτουργική πεποίθησή του τροποποιηθεί τα συμπτώματα εξαφανίζονται.

Αυτό που συμβαίνει είναι ότι με την ενεργοποίηση της πεποίθησης του ατόμου ότι υποφέρει από μία σωματική διαταραχή εγκαθιδρύεται ένας φαύλος κύκλος, όπου το άτομο ερμηνεύει τα συμπτώματα της πάθησης ως απόδειξη ότι υποφέρει από μία πάθηση. Η θεραπευτική παρέμβαση βασίζεται στη λειτουργική αξιοποίηση της φαντασίας του ατόμου που παρουσιάζει τα μετατραπτικά συμπτώματα. Όπως φαντάστηκε την ύπαρξη της διαταραχής, πρέπει να οδηγηθεί στο να φανταστεί την αποδρομή των συμπτωμάτων. Αυτό επιτυγχάνεται με διάφορες τεχνικές που υποδεικνύουν στο άτομο ότι είναι σε θέση να ελέγξει τα συμπτώματα, μέσω υπόδειξης, πειθούς, ύπνωσης, αλλά και γνωσιακών τεχνικών. Ο θεραπευτής μπορεί να ζητήσει από το θεραπευόμενο να φανταστεί τον εαυτό του χωρίς το σύμπτωμα, να αναδομήσει τις παρερμηνείες του σχετικά με την εκδήλωση της ασθένειας (καθώς συχνά τα συμπτώματα δεν αντιστοιχούν σε υπαρκτές παθήσεις) και να τον επανεκπαιδεύσει σχετικά με την ανατομία και τη λειτουργία του ανθρώπινου σώματος. Μόλις η δυσλειτουργική πεποίθηση αρθεί, το σύμπτωμα εξαφανίζεται.

Επίσης είναι δυνατόν να συμπεριληφθούν και καθαρά συμπεριφοριστικές τεχνικές, όπως η σταδιακή διαμόρφωση της συμπεριφοράς, με ενίσχυση κάθε συμπεριφοράς που δείχνει έλεγχο του ατόμου επί του συμπτώματός του (Schaefer, & Martin, 1975). Στην αρκετά συνηθισμένη περίπτωση που το μετατραπτικό σύμπτωμα συνδέεται άμεσα με ένα τραυματικό γεγονός, η θεραπεία ακολουθεί τις μεθόδους και τις τεχνικές της θεραπείας της μετατραυματικής διαταραχής άγχους (έκθεση στη φαντασία με χρήση νοητικών εικόνων και αναδόμηση του νοήματος που αποδίδει το άτομο στα συμπτώματα και στο τραυματικό γεγονός), είτε το άτομο πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια για τη διαταραχή αυτή είτε όχι (Wald, Taylor, & Scamvougeras, 2004).

Υποχονδρίαση

Για πολλά χρόνια η υποχονδρίαση θεωρείτο μία δευτερογενής διαταραχή (κυρίως της κατάθλιψης) και πολλοί την θεωρούσαν ως μία χρόνια διαταραχή που δεν επιδέχεται θεραπεία. Νεώτερες έρευνες έδειξαν ότι η πρωτογενής μορφή της διαταραχής είναι κοινή, ενώ πλέον έχουν αναπτυχθεί αποτελεσματικές γνωσιακές – συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις.

Τα τελευταία 15 χρόνια οι δύο κύριες στρατηγικές που ακολουθήθηκαν στην αντιμετώπιση της υποχονδρίασης είναι η μείωση των αποφυγών και η παροχή καθησυχαστικών διαβεβαιώσεων. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι η έκθεση ήταν πιο αποτελεσματική στις περιπτώσεις όπου το άτομο φοβόταν μήπως αρρωστήσει, ενώ η χρήση μεθόδων πειθούς που περιλάμβαναν αναπροσδιορισμό της απόδοσης αιτίων των συμπτωμάτων, πληροφόρηση, εκπαίδευση και γνωσιακές τεχνικές χρησιμοποιείτο περισσότερο στις περιπτώσεις όπου το άτομο πίστευε ότι είχε κάποια ασθένεια. Ωστόσο βρέθηκε ότι υπάρχει λειτουργική ομοιότητα μεταξύ της αναζήτησης διαβεβαιώσεων και των ιδεοψυχαναγκαστικών τελετουργιών. Η πλέον σύγχρονη γνωσιακή θεωρία για την υποχονδρίαση διατυπώθηκε από τον Salkovskis (1996), η οποία αναδεικνύει τη «συγγένεια» της υποχονδρίασης με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και τη διαταραχή πανικού και στη γενική γνωσιακή θεωρία για το άγχος που περιγράφουν οι Beck, Emery και Greenberg (1985), θα μπορούσε να συνοψιστεί με την παρακάτω εξίσωση:

Άγχος =

εκτιμώμενη πιθανότητα απειλής x εκτιμώμενο κόστος απειλής /

εκτιμώμενη ικανότητα αντιμετώπισης της απειλής + εκτιμώμενη εξωτερική βοήθεια για αντιμετώπιση της απειλής

Δηλαδή μία αύξηση στην εκτιμώμενη πιθανότητα να συμβεί η απειλή αυξάνει την ένταση του βιούμενου άγχους, αλλά η σχέση αυτή δεν είναι τόσο απλή, καθώς επηρεάζεται και από την εκτίμηση του ατόμου για το μέγεθος των συνεπειών της απειλής μέσα από μία πολλαπλασιαστική σχέση συνέργιας. Κατά συνέπεια, είναι πιθανό ένα άτομο να θεωρεί ότι μία απειλή είναι πολύ πιθανή να συμβεί (π.χ. να λιποθυμήσει), αλλά παράλληλα να θεωρεί ότι αυτό δε θα έχει σοβαρές συνέπειες και κατά συνέπεια να μη βιώνει έντονο άγχος. Σε μία άλλη περίπτωση το άτομο μπορεί να πιστεύει ότι παρότι η απειλή είναι απίθανο να πραγματοποιηθεί, οι συνέπειες θα είναι τρομερές και έτσι να βιώνει έντονο άγχος. Στο πλαίσιο αυτό ο Salkovskis (1997) εξηγεί το υποχονδριακό άγχος, όπου το άτομο συνειδητοποιεί ότι η ανησυχία του μάλλον δεν αφορά σε κάτι που είναι πολύ πιθανό να συμβεί, αλλά που θεωρεί ότι θα ήταν καταστροφικό το να συμβεί.

Η γνωσιακή βάση της υποχονδρίασης είναι η εξορισμού παρερμηνεία ενός σωματικού συμπτώματος ως ένδειξη κάποιας σοβαρής απειλής της υγείας. Τα σωματικά συμπτώματα, οι

αλλαγές στο σώμα και οι ιατρικές πληροφορίες τείνουν να ερμηνεύονται ως πιο επικίνδυνες από ό,τι είναι και η εκδήλωση μίας σοβαρής ασθένειας θεωρείται πιο πιθανή από ό,τι πραγματικά είναι. Παράλληλα, το άτομο θεωρεί ότι δεν μπορεί να εμποδίσει την εκδήλωση της ασθένειας και να επηρεάσει την πορεία της, με αποτέλεσμα να θεωρεί ότι δεν έχει κάποιο μέσο αντιμετώπισης της εκτιμώμενης απειλής.

Οι γνώσεις και οι προηγούμενες εμπειρίες σχετικά με τις ασθένειες (στον εαυτό ή στους άλλους) οδηγεί στη διαμόρφωση συγκεκριμένων πεποιθήσεων για τα σωματικά συμπτώματα, τις ασθένειες και τις συμπεριφορές υγείας. Οι πεποιθήσεις αυτές μαθαίνονται από διάφορες πηγές, ιδίως από τις πρώιμες εμπειρίες, αλλά και από γεγονότα στον κοινωνικό κύκλο του ατόμου ή από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται η προηγούμενη εμπειρία ασθενειών στο ίδιο το άτομο ή σε μέλη της οικογένειάς του, καθώς και η προηγούμενη εμπειρία μη ικανοποιητικής ιατρικής φροντίδας.

Τυπικές σχετικές δυσλειτουργικές πεποιθήσεις είναι οι ακόλουθες:

«Κάθε αλλαγή στο ανθρώπινο σώμα έχει μία ανιχνεύσιμη βιολογική αιτία»

«Αν δεν πας στο γιατρό αμέσως μόλις αισθανθείς κάτι παράξενο, μετά θα είναι πολύ αργά»

«Αν δεν ανησυχώ για την υγεία μου, θα αρρωστήσω» (Αυτό μπορεί να έχει την έννοια ότι δεν πρέπει να προκαλεί κανείς τη μοίρα ή ότι αν δεν είσαι σε συνεχή επαγρύπνηση για σωματικά συμπτώματα, θα καταλάβεις την ύπαρξή τους όταν θα έχουν φτάσει σε πολύ σοβαρό επίπεδο.)

«Υπάρχει ιστορικό καρδιακών παθήσεων στην οικογένεια»

«Τα πνευμόνια μου ήταν αδύνατα από όταν ήμουν μωρό»

«Οι γιατροί κάνουν λάθη»

Μερικές πεποιθήσεις δεν είναι προβληματικές από μόνες τους, αλλά σε συνδυασμό με άλλες. Για παράδειγμα δεν είναι σπάνιο το φαινόμενο ένας θεραπευόμενος να πιστεύει παράλληλα τα ακόλουθα:

«Ο μόνος σίγουρος τρόπος να βεβαιωθώ ότι δεν έχω κάποια σοβαρή πάθηση είναι να με στείλει ο γιατρός μου για εξετάσεις»

«Αν ο γιατρός μου με στείλει για εξετάσεις αυτό σημαίνει ότι είναι πεπεισμένος ότι πάσχω από κάτι σοβαρό»

Οι πεποιθήσεις αυτές μπορεί να αποτελούν μία μόνιμη πηγή άγχους ή να ενεργοποιούνται από κρίσιμα συμβάντα. Τέτοιου είδους κρίσιμα συμβάντα είναι τα ακόλουθα:

- Μη συνηθισμένες σωματικές αισθήσεις.
- Νέες πληροφορίες σχετικά με ασθένειες.
- Εκδήλωση ασθένειας σε ένα άτομο της ίδιας ηλικίας.

Όταν οι πεποιθήσεις αυτές είναι ενεργοποιημένες, τότε προκαταλαμβάνεται η επεξεργασία των πληροφοριών και το άτομο ερμηνεύει με καταστροφικό τρόπο σωματικές αισθήσεις και συμπτώματα. Αν οι σωματικές αισθήσεις ή συμπτώματα που ερμηνεύονται καταστροφικά δεν είναι του είδους που επιδεινώνονται ως αποτέλεσμα των σωματικών αλλαγών που συνοδεύουν το άγχος, τότε το άτομο θα εκδηλώσει υποχονδρίαση, πιστεύοντας ότι είναι ενδεικτικές κάποιας σοβαρής πάθησης (π.χ. έχω καρκίνο). Αν τα συμπτώματα επηρεάζονται από την διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος που συνοδεύει το άγχος, τότε το άτομο θα εκδηλώσει διαταραχή πανικού, πιστεύοντας ότι οι συνέπειες στην υγεία του θα είναι άμεσες (π.χ. θα πάθω καρδιακή προσβολή). Παρά τις διαφορές στον τύπο των συμπτωμάτων και τη χρονική πορεία της εκτιμώμενης ασθένειας, ο γνωσιακός μηχανισμός που ευθύνεται για την εμφάνιση των δύο διαταραχών είναι παρόμοιος.

Υπάρχουν τέσσερις παράγοντες που θεωρείται ότι συμβάλλουν στη διατήρηση της ανησυχίας σχετικά με τη σωματική υγεία:

1. Αυξημένη σωματική διέγερση: Οφείλεται στην εκτίμηση ότι υπάρχει κίνδυνος, η οποία προκαλεί στο άτομο άγχος και τη σωματική διέγερση που το συνοδεύει. Οι αισθήσεις και τα συμπτώματα της αυξημένης σωματικής διέγερσης ερμηνεύονται από το άτομο ως απόδειξη ύπαρξης κάποιας ασθένειας.
2. Προκατάληψη της προσοχής: Φυσιολογικές αλλαγές της σωματικής λειτουργίας ή όψεις της εξωτερικής εμφάνισης ή της σωματικής λειτουργίας που προηγουμένως είχαν περάσει απαρατήρητες γίνονται αντιληπτές από το άτομο ως καινοφανείς. Ο εστιασμός της προσοχής επιτείνει τις σωματικές αισθήσεις είτε μέσω μηχανισμών

εκούσιου ελέγχου (π.χ. δυσκολία κατάποσης), είτε μέσω μηχανισμών αυξημένης αισθητικής ενημερότητας (π.χ πόνος). Παράδειγμα αποτελούν οι χειρισμοί που κάνει ο θεραπευόμενος στο σώμα του, οι οποίοι επιδεινώνουν τα συμπτώματα (π.χ. ερεθισμός του δέρματος κατά τη διάρκεια των ελέγχων) (Sisti, 1997).

3. Συμπεριφορές αποφυγής: Τα άτομα με υποχονδρίαση ανησυχούν κυρίως για απειλές που προέρχονται από εσωτερικές καταστάσεις ή ερεθίσματα (σωματικές αισθήσεις). Ωστόσο η προσοχή τους μπορεί να στραφεί σε αυτά τα εσωτερικά ερεθίσματα από εξωτερικούς παράγοντες, όπως το να διαβάσουν κάτι για μία ασθένεια. Επειδή είναι πολύ δύσκολο να αποφύγουν εντελώς κάθε εξωτερικό ερέθισμα που πυροδοτεί την ανησυχία τους, καταφεύγουν σε συμπεριφορές που αποσκοπούν στο να μειώσουν τις σωματικές εκδηλώσεις ή να αποτρέψουν την εμφάνιση της ασθένειας. Η πεποίθηση ότι η ασθένεια αποφεύχθηκε χάρη στις συμπεριφορές αυτές οδηγεί στη διατήρηση των δυσλειτουργικών πεποιθήσεων (π.χ. «αν δεν είχα κάνει αμέσως εισπνοές θα είχα πάθει ασφυξία»). Σε μερικά άτομα συμπεριφορές όπως ο έλεγχος του σώματος ή η αναζήτηση καθησυχαστικών διαβεβαιώσεων, ενισχύονται από τη βραχυπρόθεσμη αγχώλυση, παρότι μακροπρόθεσμα οδηγούν σε αύξηση της ενασχόλησης και του άγχους, όπως συμβαίνει και στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (εστιάζουν την προσοχή του ατόμου και εμποδίζει την εξοικείωση στο στρεσογόνο ερέθισμα). Η λογική της αναζήτησης διαβεβαιώσεων από το άτομο είναι να στρέψει την προσοχή των άλλων στην κατάσταση της σωματικής του υγείας, ώστε να εντοπιστεί κάθε σωματική ανωμαλία.
4. Παρερμηνεία των σωματικών αισθήσεων και συμπτωμάτων και της ιατρικής πληροφόρησης: Πρόκειται για το πιο σημαντικό στοιχείο του άγχους που σχετίζεται με θέματα υγείας. Το άτομο παρερμηνεύει φυσιολογικές σωματικές αλλαγές ή τις πληροφορίες που λαμβάνει από γιατρούς, φίλους ή τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και τις εκλαμβάνει ως ενδεικτικές ύπαρξης μίας σοβαρής ασθένειας. Συχνά το άτομο αντιλαμβάνεται και ανακαλεί επιλεκτικά πληροφορίες που είναι σύστοιχες με τις δυσλειτουργικές του πεποιθήσεις.

Φιλοσοφία και στόχος παρέμβασης

Βασική προϋπόθεση της θεραπείας είναι ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος να διαμορφώσουν μία κοινή βάση κατανόησης του προβλήματος με ψυχολογικούς όρους. Στο πλαίσιο αυτό είναι σημαντικό νωρίς στη θεραπεία το άτομο να βοηθηθεί να ανακαλύψει εναλλακτικές ερμηνείες για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει. Ουσιαστικά ο θεραπευόμενος πρέπει να δει ότι το πρόβλημα που αντιμετωπίζει δεν είναι ότι «έχει καρκίνο», αλλά ότι «πιστεύει και ανησυχεί ότι έχει καρκίνο». Κατά συνέπεια οι επακόλουθες θεραπευτικές παρεμβάσεις θα πρέπει να οδηγήσουν στη μείωση των αβάσιμων αυτών ανησυχιών, αλλά και των προσπαθειών να περιοριστεί ο κίνδυνος εκδήλωσης της ασθένειας.

Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό το αρχικό βήμα, οι δύο πιθανές ερμηνείες των προβλημάτων του θεραπευόμενου («το πρόβλημα είναι ότι έχω καρκίνο», «το πρόβλημα είναι ότι πιστεύω ότι έχω καρκίνο») εξετάζονται συγκριτικά ως αμοιβαία αποκλειόμενες εναλλακτικές και τα δεδομένα που υποστηρίζουν ή καταρρίπτουν την κάθε υπόθεση ανασκοπούνται και συζητώνται λεπτομερώς. Πολλές φορές η διερεύνηση αυτή φτάνει σε ένα σημείο που πρέπει να αναζητηθούν πληροφορίες που επί του παρόντος ο θεραπευόμενος δεν έχει στη διάθεσή του. Τότε χρησιμοποιούνται συμπεριφορικά πειράματα ως ασκήσεις συγκέντρωσης πληροφοριών. Για παράδειγμα, ο θεραπευόμενος μπορεί να αναφέρει ότι τα συμπτώματά του επιδεινώνονται αν δεν κοιμηθεί το μεσημέρι. Τότε κατά τη συνεδρία συμφωνείται ο θεραπευόμενος να μην κοιμηθεί τα μεσημέρια μέχρι την επόμενη συνεδρία και να κάνει αναλυτικές καταγραφές της έντασης των συμπτωμάτων του. Έτσι η θεραπεία παίρνει τη μορφή της σύνθεσης του γνωσιακής – συμπεριφοριστικής διατύπωσης του προβλήματος, της διερεύνησης του πώς οι εμπειρίες του θεραπευόμενου ταιριάζουν ή δεν ταιριάζουν στη διατύπωση αυτή και στην παραγωγή νέων πληροφοριών μέσα από τα συμπεριφορικά πειράματα, προκειμένου να αναδειχθεί η εγκυρότητα της διατύπωσης.

Τα κύρια συστατικά της θεραπείας θα μπορούσαν να συνοψιστούν ως ακολούθως:

1. Ανάπτυξη μίας περιεκτικής γνωσιακής – συμπεριφοριστικής ερμηνείας της διατήρησης του προβλήματος. Αυτό περιλαμβάνει τον εντοπισμό των κύριων δυσλειτουργικών πεποιθήσεων και τη συνεργατική διερεύνηση μίας μη απειλητικής εναλλακτικής ερμηνείας του προβλήματος.

2. Εντοπισμό και αυτοπαρατήρηση των αυτόματων σκέψεων σε συνδυασμό με ασκήσεις που βοηθούν το θεραπευόμενο να τροποποιήσει τις δυσλειτουργικές σκέψεις.
3. Τεχνικές που αποσκοπούν στην πρόκληση και τροποποίηση των εκτιμήσεων απειλής που κάνει ο θεραπευόμενος και των βασικών πεποιθήσεων στις οποίες βασίζονται οι εκτιμήσεις αυτές.
4. Συμπεριφορικά πειράματα για τον άμεσο έλεγχο των εκτιμήσεων. Σκοπός των συμπεριφορικών πειραμάτων είναι να ελέγξει ο θεραπευόμενος την προηγούμενη απειλητική ερμηνεία της εμπειρίας του σε σύγκριση με τη νέα μη απειλητική ερμηνεία στην οποία κατέληξε σε συνεργασία με τον θεραπευτή.

Βασική φιλοσοφία της παρέμβασης είναι ότι οι παράγοντες που προηγουμένως οδηγούσαν στην έκλυση άγχους και δυσφορίας θα συνεχίσουν να υφίστανται και στόχος της θεραπείας είναι να αλλάξει το νόημα που αποδίδει το άτομο στους παράγοντες αυτούς, ώστε να μην βιώνει άγχος. Δεν γίνεται άμεση προσπάθεια να μειωθούν οι σωματικές αισθήσεις που βιώνει το άτομο και κάθε τέτοιου είδους προσπάθεια εκ μέρους του θεραπευόμενου αποτελεί αντικείμενο παρέμβασης στο επίπεδο των σκέψεων και των πεποιθήσεων που την προκάλεσαν. Ωστόσο η μείωση των σωματικών συμπτωμάτων αποτελεί επιθυμητή παρενέργεια της γνωσιακής παρέμβασης

Εμπλοκή στη θεραπεία

Πολύ σημαντικό είναι ο θεραπευτής ευθύς εξαρχής να αναγνωρίσει ότι τα συμπτώματα που βιώνει ο θεραπευόμενος είναι υπαρκτά και να εξηγήσει ότι σκοπός της θεραπείας είναι να βρεθεί μία ικανοποιητική εξήγησή τους. Στο πλαίσιο αυτό η θεραπεία δε θα πρέπει να πάρει ποτέ τη μορφή ανοιχτής αντιπαράθεσης, αλλά αντίθετα πρέπει να διαπνέεται από ένα κλίμα εξερεύνησης και συνεργασίας.

Ο θεραπευόμενος πληροφορείται ότι σε αυτή τη νέα προσέγγιση στο πρόβλημα δε θα υπάρξουν ιατρικές εξετάσεις, ούτε καθησυχαστικές διαβεβαιώσεις και μακροσκελείς συζητήσεις για τα συμπτώματα. Ερωτήσεις που θα μπορούσαν να χρησιμεύσουν στο στάδιο αυτό είναι οι ακόλουθες:

- Πόσο καιρό προσπαθούσες να λύσεις το πρόβλημα με ιατρικά μέσα;

- Πόσο αποτελεσματικό ήταν αυτό;
- Έχεις ποτέ δοκιμάσει την ψυχολογική προσέγγιση που συζητάμε εδώ;

Αν συμφωνήσει να κάνει όλα όσα αποφασίσει μαζί με το θεραπευτή στη θεραπεία και το πρόβλημα δεν βελτιωθεί καθόλου εντός τεσσάρων μηνών, τότε θα ήταν λογικό να επιστρέψει στην αρχική ιατρική λογική αντιμετώπισης του προβλήματος. Έτσι ο θεραπευτής δε ζητά από το θεραπευόμενο να αλλάξει οπτική, αλλά απλώς να εξετάσει μία εναλλακτική οπτική για ένα περιορισμένο διάστημα.

Αξιολόγηση

Ο θεραπευτής μπορεί να συγκεντρώσει πληροφορίες για τις συνιστώσες της εξίσωσης του άγχους που εμπλέκονται στο πρόβλημα με τις ακόλουθες ερωτήσεις:

- Ποιο είναι το χειρότερο που θα μπορούσε να συμβεί όταν τα συμπτώματα βρίσκονται στη μεγαλύτερη έντασή τους;
- Ποιες νοητικές εικόνες συνδέονται με το πρόβλημα;
- Τι θα συμβεί αν αναπτύξεις την ασθένεια την οποία φοβάσαι;
- Πώς πιστεύεις ότι θα αντιδρούσε ένα άλλο άτομο που θα σκεπτόταν με τον ίδιο τρόπο;
- Για τις αποφυγές: Υπάρχουν πράγματα που κάνεις για να προλάβεις τα συμπτώματα;
- Τι θα ήταν το χειρότερο που θα μπορούσε να συμβεί αν δεν έκανες τα πράγματα αυτά;
- Υπάρχουν πράγματα που αν τα έκανες θα χειροτέρευαν τα συμπτώματα;
- Τι θα ήταν το χειρότερο που θα μπορούσε να συμβεί αν έκανες τα πράγματα αυτά;
- Αν τα συμπτώματα δεν υποχωρούσαν ποτέ, μπορείς να σκεφτείς τι θα μπορούσες να κάνεις για να αντιμετωπίσεις την κατάσταση;

Θεραπευτικοί χειρισμοί

Σημαντικό είναι να στραφεί ο θεραπευόμενος στη διερεύνηση των παρακάτω ερωτημάτων:

Κατά πόσο οι συμπεριφορές που υιοθετεί για να εμποδίσει την ασθένεια όντως τον προστατεύουν;

Κατά πόσο οι συμπεριφορές που κάνει για να μειώσει τα συμπτώματα όντως προκαλούν ανακούφιση;

Πολλές φορές οι θεραπευόμενοι παρερμηνεύουν ακόμη και τις ίδιες τις διαβεβαιώσεις, με αποτέλεσμα οι επαναλαμβανόμενες προσπάθειες αυξανόμενης έντασης να αποδείξουμε στους θεραπευόμενους ότι δεν έχουν πρόβλημα οδηγούν τελικά σε αύξηση του άγχους.

Επιτρέπεται να γίνει μία «τελευταία» εξέταση, αφού καταστεί σαφές ότι αυτό δεν είναι απαραίτητο για την σωματική υγεία του θεραπευόμενου, αλλά μπορεί να βοηθήσει στην ψυχολογική προσέγγιση του προβλήματος. Καταγράφεται το άγχος πριν και μετά την εξέταση. Αν υπάρξει μόνιμη μείωση του άγχους τότε το αποτέλεσμα είναι θετικό. Αν υπάρξει προσωρινή μόνο ανακούφιση τότε πάλι είναι χρήσιμη καθώς αποτελεί ένα ακόμη στοιχείο ότι η αναζήτηση διαβεβαιώσεων διατηρεί το άγχος.

Ρωτάται ο θεραπευόμενος με ποια διαδικασία θα πείθονταν πλήρως ότι δεν υποφέρει από κάποια πάθηση. Ο θεραπευτής ενσταλάζει αμφιβολία στη διαδικασία που περιγράφει ο θεραπευόμενος («Πώς είσαι σίγουρος ότι ο γιατρός ξέρει να χρησιμοποιήσει το τεστ;», «Πώς ξέρεις ότι δε θα γίνει κανένα λάθος από τη γραμματέα που γράφει τα αποτελέσματα;»). Σκοπός να καταδειχθεί ότι δεν είναι δυνατόν να είμαστε ποτέ απόλυτα βέβαιοι ότι δεν υποφέρουμε από κάποια σοβαρή ασθένεια, ακριβώς κατά τον ίδιο τρόπο που δεν μπορούμε να είμαστε απόλυτα βέβαιοι ότι δε θα μας πέσει ένας μετεωρίτης στο κεφάλι καθώς περπατάμε.

Ως προς τις διαβεβαιώσεις μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο εξής χειρισμός:

«Πόσες φορές πρέπει να σε καθησυχάσω για να κρατήσει μέχρι το τέλος του χρόνου. Σήμερα έχω χρόνο και μπορούμε να κάτσουμε 5 ή 6 ώρες. Φτάνουν;»

Για την ανάδειξη του τρόπου με τον οποίο το άτομο παράγει συμπτώματα μέσω των ελέγχων χρησιμοποιούνται συμπεριφορικά πειράματα. Για παράδειγμα, ο θεραπευτής μπορεί να ζητήσει από το θεραπευόμενο να αρχίσει να καταπίνει συνέχεια και να περιγράψει τα αποτελέσματα. Ο θεραπευόμενος συνήθως ανακαλύπτει με έκπληξη ότι προοδευτικά γίνεται όλο και πιο δύσκολο να καταπιεί.

Σωματοδυσμορφική διαταραχή

Οι πιο συχνά χρησιμοποιούμενες τεχνικές για τη θεραπεία της σωματοδυσμορφικής διαταραχής είναι η έκθεση και η παρεμπόδιση της αντίδρασης (Cororve, & Gleaves, 2001). Η δια ζώσης έκθεση συνήθως περιλαμβάνει την έκθεση του ατόμου στη θέα του ελαττώματός του και στην έκθεση του ελαττώματος στη θέα τρίτων σε κοινωνικές περιστάσεις, με παράλληλη διακοπή κάθε συμπεριφοράς που αποσκοπεί στην αποφυγή της αξιολόγησης του ελαττώματος από τρίτους. Η έκθεση στη φαντασία αφορά στη νοητική απεικόνιση του ελαττώματος με υπερβολικό τρόπο και στην αξιολόγηση τρίτων προσώπων για το ελάττωμα. Η παρεμπόδιση της αντίδρασης αναφέρεται σε καταναγκαστικές συμπεριφορές, όπως το κοίταγμα στον καθρέφτη, την υπερβολική φροντίδα του εαυτού, την αναζήτηση διαβεβαιώσεων και τη σύγκριση του εαυτού με τους άλλους. Μπορεί να ζητηθεί να καλυφθούν οι καθρέφτες στο σπίτι.

Επίσης συχνά χρησιμοποιείται η γνωσιακή αναδόμηση, η οποία αναφέρεται κυρίως στον εντοπισμό και την πρόκληση των δυσλειτουργικών γνωσιών βάσει των διαθέσιμων δεδομένων. Σκοπός είναι το άτομο να αποδεχθεί ότι η αξιολόγηση της εξωτερικής εμφάνισης είναι κάτι υποκειμενικό και ότι οι άνθρωποι δεν κρίνονται μόνο στη βάση ενός ελαττώματος στην εξωτερική τους εμφάνιση. Προκειμένου να διευκολυνθεί η έκλυση των δυσλειτουργικών σκέψεων για να εξασκηθεί το άτομο στην παραγωγή εναλλακτικών μπορεί να ζητηθεί από το θεραπευόμενο να κοιτάξει το ελάττωμα στον καθρέφτη ή ο ίδιος ο θεραπευτής να κοιτάξει το ελάττωμα από πολύ κοντινή απόσταση.

Βιβλιογραφία

Σωματοποιητικές διαταραχές και πόνος

- Allena, L. A., Woolfolkb, R. L. Lehrera, P. M., Garaa, M. A., Escobara, J. I. (2001). Cognitive behavior therapy for somatization disorder: a preliminary investigation. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 32, 53–62.
- Bleichhardt, G., Timmer, B., & Rief, W. (2004). Cognitive-behavioural therapy for patients with multiple somatoform symptoms—a randomised controlled trial in tertiary care. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 449–454.
- Lidbeck, J. (2003). Group therapy for somatization disorders in primary care: maintenance of treatment goals of short cognitive-behavioural treatment one-and-a-half-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 449–456.

Μετατρεπτική διαταραχή

- Ραμπαβίλας, Α., & Μαλιάρας, Δ. (1991). Υστερική Νεύρωση. Στο Κ. Στεφανής (Επίμ. Έκδ.), *Θέματα Ψυχιατρικής* (σελ. 432-440). Αθήνα: Εκδόσεις Συμμετρία.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. London: Penguin Books.
- Schaefer, H. H., & Martin, P. L. (1975). *Behavioral Therapy*. New York: McGraw-Hill.
- Wald, J., Taylor, S., & Scamvougeras, A. (2004). Cognitive Behavioural and Neuropsychiatric Treatment of Post-Traumatic Conversion Disorder: a Case Study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33 (1), 12-20.

Υποχονδρίαση

- Salkovskis, P.M. (1996). The Cognitive Approach to Anxiety: Threat Beliefs, Safety-Seeking Behavior, and the Special Case of Health Anxiety and Obsessions. Στο P. M. Salkovskis (Επίμ. Έκδ.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (σελ. 48-74). New York: The Guilford Press.
- Salkovskis, P. M. (1997). Hypochondriasis. Στο D. M. Clark, & C. G. Fairburn (Επίμ. Έκδ.), *Science and Practice of Cognitive Behavioural Therapy* (σελ. 313-339). Oxford: Oxford University Press.
- Sisti, M. (1997). Hypochondriasis. Στο R. Leahy (Επίμ. Έκδ.), *Practicing Cognitive Therapy: A guide to interventions*. London: Jason Aronson Inc.
- Taylor, S. & Asmundson, G.J.G. (2004). *Treating Health Anxiety: A Cognitive-Behavioral Approach*. London: The Guilford Press.

Σωματοδυσμορφική διαταραχή

Cororve, M. B., & Gleaves, D. H. (2001). Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. *Clinical Psychology Review*, 21 (6), 949–970.