

**Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Ψυχοδυναμική
Ψυχοθεραπεία σε Ιατρικά Πλαίσια»
Ιατρική Σχολή, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Ε.Κ.Π.Α.**

*«Ψυχοδυναμικοί και ψυχοκοινωνικοί προγνωστικοί παράγοντες της
Διαταραχής Σωματικών Συμπτωμάτων (Somatic Symptom Disorder/
SSD)- Μια περιγραφική βιβλιογραφική ανασκόπηση»*

Αγγελική Κασίμη, Ψυχίατρος (Angeliki Kasimi, Fachärztin für
Psychiatrie und Psychotherapie FMH)

Επιβλέπων καθηγητής: κ. Θωμάς Υφαντής, Καθηγητής, Ιατρική
Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Περιεχόμενα:

1. Περίληψη-Abstract σελ. 3-4
2. Εισαγωγή σελ. 4-6
3. Μεθοδολογία σελ. 6-7
4. Ευρήματα σελ. 7-26
5. Πίνακας ευρημάτων σελ. 27-44
6. Σύνοψη-Συζήτηση σελ. 44-46
7. Περιορισμοί σελ. 46-47
8. Λίστα Συντομογραφιών σελ. 47-48
9. Βιβλιογραφία σελ. 48-55

Ευχαριστίες:

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον κ. Θωμά Υφαντή για τα ερεθίσματα που μου πρόσφερε στη σύλληψη του θέματος και τη διαμόρφωση της επιστημονικής υπόθεσης της παρούσας εργασίας, αλλά και τη συνολική του υποστήριξη κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της με εύστοχες επιστημονικές παρατηρήσεις και παραινέσεις, που με βοήθησαν συνολικά να εμβαθύνω στο θέμα και μου παρείχαν ηθική στήριξη.

Εξεταστική Επιτροπή:

κ. Δ. Αναγνωστόπουλος, Καθηγητής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ
κ. Χ. Παπαγεωργίου, Καθηγητής, Ιατρική Σχολή, ΕΚΠΑ

Περίληψη

Η παρούσα ανασκόπηση εστιάζει στη βιβλιογραφική αναζήτηση παραγόντων που σχετίζονται, προβλέπουν ή αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση σωματοποιητικών διαταραχών και σωματοποίησης γενικότερα, περιλαμβάνοντας σε αυτό και διάφορα άλλα λειτουργικά σύνδρομα και διαταραχές που αποτελούν ταυτόχρονα με την ψυχιατρική κι αντικείμενο άλλων ιατρικών ειδικοτήτων. Τα άρθρα που ανασκοπήθηκαν επιλέχθηκαν από το PubMed και το MEDLINE για το διάστημα 1995-2018 με βάση την ύπαρξη συσχέτισης ψυχοδυναμικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων με διάφορες εκφάνσεις και μορφές σωματοποίησης, όπως αυτή μπορούσε να εξαχθεί μέσα από την εκάστοτε περίληψη. Σκοπός ήταν με αφορμή τη διαμόρφωση της νέας διαγνωστικής κατηγορίας Διαταραχή Σωματικών Συμπτωμάτων (SSD) στο DSM-5 και ασαφειών που προκύπτουν από τα διαγνωστικά της κριτήρια, τα τελευταία να προσεγγιστούν με έναν ολοκληρωμένο τρόπο μέσα από τη σύνοψη των βιβλιογραφικών δεδομένων που αφορούν στους προαναφερθέντες προγνωστικούς παράγοντες. Στην SSD που αντικατέστησε ως διαγνωστική κατηγορία τη Διαταραχή Σωματοποίησης από το DSM-IV μια σημαντική αλλαγή ήταν, μεταξύ άλλων, η εισαγωγή του διαγνωστικού κριτηρίου που αφορούσε στον καθοριστικό για τη διάγνωση ρόλο που αποκτούν οι υπερβολικές σκέψεις, τα συναισθήματα και οι συμπεριφορές που σχετίζονται με το σωματικό σύμπτωμα ή τα συμπτώματα και την ανησυχία ενός για την υγεία του. Η εντόπιση προγνωστικών ψυχοδυναμικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων θα μπορούσε να αποσαφηνίσει το πώς μπορεί να οριστεί και να «μετρηθεί» το επίπεδο των σκέψεων, των συναισθημάτων και των συμπεριφορών που καθορίζει με τη σειρά του την ψυχοπαθολογία στη βίωση του σωματικού συμπτώματος κι οδηγεί σε περιορισμούς της λειτουργικότητας. Η ανασκόπηση ανέδειξε διάφορους εν δυνάμει προδιαθεσικούς ή θετικά σχετιζόμενους με τη σωματοποίηση παράγοντες, όπως πχ. άλλες ψυχικές ασθένειες, τύπους γνωσιών και στρατηγικών προσαρμογής, στοιχεία προσωπικότητας, την αλεξιθυμία, ανασφαλείς στρατηγικές προσκόλλησης στην ενήλικη ζωή και ιστορικό παιδικού τραύματος/παραμέλησης, με κάποιους από αυτούς να εμφανίζονται επανειλημμένα σε έρευνες διαφορετικών μεθοδολογιών και σε διαφορετικά δείγματα. Αυτοί οι προγνωστικοί παράγοντες θα μπορούσαν να αποτελέσουν αντικείμενο περαιτέρω έρευνας για τον προσδιορισμό ενός ψυχοδυναμικού/ψυχοκοινωνικού προδιαθεσικού προφίλ για SSD, που θα επέτρεπε με τη σειρά του τη διαμόρφωση στρατηγικών πρόληψης και θεραπευτικής προσέγγισης, κοινών για διάφορες ιατρικές ειδικότητες και βαθμίδες ιατρικής περίθαλψης.

Abstract

This literature review is focusing on the research of factors that correlate, predict or they are risk factors for somatoform disorders or somatization in general, including also functional disorders that in the same time are subject of other medical disciplines, other than psychiatry. The papers that have been reviewed were published in PubMed and MEDLINE from 1995 to 2018 based on the existence of any correlation between psychodynamic and psychosocial factors with variable somatization manifestations, as this could be assumed through the review of the abstracts. The goal was in association with the new diagnostic category Somatic Symptom Disorder (SSD) in DSM-5 and some vagueness occurred through the diagnostic criteria of that category, to try to understand the last ones with an integrative way by reviewing all the literature data in a period of about 20 years about them. An important change by the replacement of Somatoform Disorder in DSM-IV with the SSD in DSM-5 was the new diagnostic criterion about the importance of excessive thoughts, feelings and behaviours that

correlate with the somatic symptom or symptoms and concerns about one's health. Identifying psychodynamic and psychosocial predictive factors could help clarifying how to define and measure these thoughts, feelings and behaviours existing on the background of the somatic symptom and the limitations in a person's functionality associated with it. The review showed multiple possible predictive or positive associated with the somatization factors like mental disorders, dysfunctional cognitions and coping strategies, personality traits, alexithymia, insecure attachment strategies and childhood trauma/neglect/victimization, with some of them appearing repeatedly in studies with different methodologies and on different populations. These predictors could be the subject of future research about the definition of a predictive psychodynamic/psychosocial profile, which could also allow the arrangement of new prevention and treatment strategies, common for all the involved medical disciplines.

Εισαγωγή

Στην τελευταία αναθεωρημένη έκδοση του Διαγνωστικού Εγχειρίδιου της Αμερικάνικης Ψυχιατρικής Εταιρείας, DSM-5 το Μάιο 2013, μεταξύ άλλων αλλαγών, έγινε και μια αλλαγή των διαγνωστικών κριτηρίων που αφορούν στη Διαταραχή Σωματοποίησης, η οποία ονομάζεται πλέον Διαταραχή Σωματικών Συμπτωμάτων (Somatic Symptom Disorder, SSD). Με βάση τα αναθεωρημένα διαγνωστικά κριτήρια δεν είναι πλέον απαραίτητη η ύπαρξη πολλών, διαφορετικών σωματικών συμπτωμάτων, άλλα αρκεί ακόμα κι ένα σωματικό σύμπτωμα ως κλινική εκδήλωση. Αυτό το σύμπτωμα ή τα συμπτώματα μπορεί πλέον να έχει ιατρική εξήγηση στο πλαίσιο πχ. μιας σωματικής ασθένειας. Ένας άλλος περιορισμός που εγκαταλείφθηκε είναι η έναρξη πριν το 30^ο έτος της ηλικίας και το προϋπάρχουν μακροχρόνιο ιστορικό σωματικών συμπτωμάτων. Από την άλλη, το νέο κι αποφασιστικό για τη ψυχιατρική διάγνωση κριτήριο, ακόμα κι όταν υπάρχει ήδη μια άλλη ιατρική διάγνωση που μπορεί να εξηγεί το σωματικό σύμπτωμα, είναι η ύπαρξη υπερβολικών σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών που συνδέονται με αυτό, καθώς κι η ανησυχία για την υγεία (Ehret & Berking, Verhaltenstherapie 2013). Είναι το κριτήριο που συνδέει το σύμπτωμα με το βαθμό δυσλειτουργικότητας που προκύπτει από την υπερβολική ενασχόληση με αυτό και καθορίζει τελικά τη διάγνωση της SSD. Το γεγονός ότι μπορεί να συνυπάρχει μια άλλη ιατρική διάγνωση, εκτός από τη SSD, που να εξηγεί το σύμπτωμα υπογραμμίζει τη μετακίνηση από το επίπεδο του ποσοτικού/περιγραφικού στο DSM-IV, στο επίπεδο των ψυχικών διεργασιών που συνδέονται με το φαινοτυπικό στο DSM-5. Ταυτόχρονα, μπορούμε να σκεφτούμε ότι ανοίγει κι ο δρόμος για μια ολοκληρωμένη ψυχοσωματική κατανόηση λειτουργικών συνδρομών, όπως πχ. Ευερέθιστο Έντερο, Ινομυαλγία, Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης κτλ., μέσα από την επιδίωξη μιας εννοιολογικής συνοχής κι ενιαίας θεώρησης των φαινομένων που συνδέονται με τις διαταραχές αυτές. Με βάση τα παραπάνω και λόγω της μέχρι τώρα βιβλιογραφικής ασάφειας πάνω στο πώς ακριβώς εκτιμάται το επίπεδο των σκέψεων, των συναισθημάτων και των συμπεριφορών που διαμορφώνουν την SSD σκεφτήκαμε τη σημασία που θα είχε μια σύνοψη της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, την τελευταία περίπου εικοσαετία, πάνω σε παράγοντες που σχετίζονται, προβλέπουν ή αποτελούν σαφείς παράγοντες κινδύνου για Διαταραχές Σωματοποίησης ή σύγχρονα, για Διαταραχή Σωματικών Συμπτωμάτων και Συναφών Διαταραχών. Η αναζήτηση έγινε με επικέντρωση σε ψυχοκοινωνικούς και ψυχοδυναμικούς προγνωστικούς παράγοντες, θεωρώντας ότι αυτό θα βοηθούσε στη βαθύτερη κατανόηση της σωματοποίησης και στην απαρτιωμένη προσέγγιση της, μιας και αποτελεί ένα φαινόμενο που στην εκδήλωση, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση χαρακτηρίζεται από μεγάλη ετερογένεια.

Το ενδιαφέρον μας προς αυτή την ερευνητική κατεύθυνση ενισχύθηκε κι από αποτελέσματα κάποιων επιδημιολογικών ερευνών των τελευταίων ετών που μελετούσαν την επίδραση ψυχοδυναμικών παραγόντων στη σοβαρότητα σωματικών συμπτωμάτων σε υποκείμενα με ή χωρίς διαγνωσμένη οργανική νόσο. Παραδείγματα τέτοιων ερευνών είναι εκείνες των Hyphantis et al. (J Psychosom Res, 2013; J Affect Dis, 2013), όπου μελετώντας μεταξύ άλλων την επίδραση χαρακτηριστικών προσωπικότητας, μηχανισμών άμυνας και συναισθηματικών ταμπεραμέντων στη βαρύτητα εκδηλούμενων/αναφερόμενων σωματικών συμπτωμάτων, ανέδειξαν τη σημασία ψυχοδυναμικών παραμέτρων στη διαδικασία που οδηγεί στο σωματική εκδήλωση, ανεξάρτητα από την ύπαρξη οργανικής αιτίας. Πιο συγκεκριμένα, οι έρευνες αυτές έδειξαν, μεταξύ άλλων, τη θετική συσχέτιση του νευρωτισμού, της μετάθεσης και του δυσφορικού συναισθηματικού ταμπεραμέντου με αυξημένη σοβαρότητα σωματικών συμπτωμάτων ενισχύοντας τη σκέψη μας για την ανάγκη μιας εκτεταμένης βιβλιογραφικής αναζήτησης αντίστοιχων παραγόντων, που μπορεί να συνδέονται με τα μονοπάτια της σωματοποίησης, τον τρόπο που βιώνεται σε εξατομικευμένο, ψυχοδυναμικό επίπεδο το σωματικό σύμπτωμα και κατ'έκταση ίσως προβλέπεται η σωματοποίηση και η σύγχρονη ταξινομική της εκδοχή στο πλαίσιο του DSM-5.

Επιπλέον, αναφερόμενοι στην ανάγκη απαρτιωμένης προσέγγισης και στοχεύοντας στην αναζήτηση/σύνοψη ψυχοδυναμικών προγνωστικών παραγόντων μπορούμε να σκεφτούμε και τη συμβολή, καθώς και τα ερεθίσματα που προκύπτουν από τη σύγχρονη ψυχαναλυτική ψυχοσωματική και πιο συγκεκριμένα από τη γαλλική ψυχοσωματική σχολή και τη θεωρία του P. Marty. Στο πλαίσιο της ψυχαναλυτικής αυτής προσέγγισης, η διαδικασία της σωματοποίησης μελετάται υπό το πρίσμα της ψυχικής λειτουργίας του ατόμου και περιγράφονται δυο βασικές πορείες/διεργασίες, η σωματική παλινδρόμηση και η ψυχοσωματική αποσύνδεση, που είναι αυτές που αντιτίθενται στην ψυχοποίηση κι οδηγούν αντίστοιχα στο λειτουργικό σύμπτωμα ή/και στη σωματική ασθένεια (M. Aisenstein). Η ψυχοποίηση (Mentalization) είναι η λειτουργία που συνδέει τις αναπαραστάσεις και την φαντασιωσική δραστηριότητα στο προσυνειδητό. Όταν λοιπόν διερευνάται η ποιότητα της ψυχοποίησης είναι ισοδύναμο με τη διερεύνηση του προσυνειδητού. Κατά τον P. Marty αυτή η διερεύνηση μπορεί να γίνει σε τρεις άξονες: ως προς το βάθος, τη ρευστότητα/ευελιξία και τη διάρκεια της ποιότητας. Ως τέταρτο κριτήριο υποστηρίζει ότι θα μπορούσε να προστεθεί αν η αναπαραστατική ικανότητα διέπεται από την αρχή της ευχαρίστησης-δυσαρέσκειας ή από τον αυτοματισμό της επανάληψης. Στον αντίποδα λοιπόν της ψυχοποίησης, κατά τη διαδικασία της σωματικής παλινδρόμησης γίνεται μια, συνήθως προσωρινή, αναστολή των ικανοτήτων σύνδεσης της ψυχικής λειτουργίας. Αιτία είναι συνήθως ένα αντιληπτικό συμβάν που φέρει ένα νόημα απώλειας κ ενεργοποιεί ένα παλιό ναρκισσιστικό τραύμα. Λόγω του κορεσμού της συνδέουσας ψυχικής λειτουργίας, «η αντικειμενοτρόπος λιβιδιά, ανενεργός σε ψυχικό επίπεδο, θα επιστρέψει στις σωματικές πηγές της» (Smadja, 2005) και μέσα από την πορεία αυτή θα εκδηλωθεί η σωματοποίηση, που σε αυτή την περίπτωση σε επίπεδο κλινικής εκδήλωσης έχει περισσότερο το χαρακτήρα λειτουργικών συμπτωμάτων. Η δεύτερη διαδικασία, αυτή της ψυχοσωματικής αποσύνδεσης που αποτελεί συνήθως μια χρόνια διαδικασία, συνδεόμενη με βαρύτερες, οργανικές διαγνώσεις, όπως αυτοάνοσα ή ογκολογικές ασθένειες, σχετίζεται με πρώιμες ναρκισσιστικές απώλειες/τραύματα, που δημιουργούν το έδαφος για προσωρινές ή μόνιμες διαταραχές της ικανότητας ψυχοποίησης. Έτσι ένα μέρος της ψυχικής ενόρμητης ενέργειας παραμένει ασύνδετο κι οδηγεί σε διαταραχή της ψυχοσωματικής ισορροπίας και σε αποδιοργανωτικές ενδοψυχικές κινήσεις. Η διαταραχή αυτή της ψυχικής λειτουργίας σε κλινικό επίπεδο εκτιμάται κι εκφράζεται με φαινόμενα, όπως η βασική κατάθλιψη, η χρηστική σκέψη και συνολικότερα η χρηστική ζωή (Smadja, 2005). Τα φαινόμενα αυτά μπορούμε να τα συνδέσουμε υποθετικά με το κριτήριο του DSM-5 για την SSD, που αφορά στις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές που συνδέονται με το σωματικό σύμπτωμα. Με αυτό το κριτήριο της SSD θα μπορούσαμε να συνδέσουμε και την άποψη του P. Marty ότι η διεργασία της σωματικής ασθένειας (ή της σωματοποίησης) ξεκινάει

όταν υπερβαίνονται οι ατομικές δυνατότητες προσαρμογής, οι οποίες αφορούν σε τρία επίπεδα: στο βιολογικό, το ψυχικό/νοητικό και το συμπεριφορικό, ως μια τοποθέτηση που αναδεικνύει τη σημασία της εξατομικευμένης κατανόησης των μονοπατιών που οδηγούν στη σωματοποίηση και την παθογένεση. Οι θέσεις λοιπόν της ψυχαναλυτικής ψυχοσωματικής μπορούν να χρησιμεύσουν ως ένα επιπλέον θεωρητικό έρεισμα κι ερέθισμα για τη βιβλιογραφική αναζήτηση ψυχοδυναμικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων που συνθέτουν έναν τύπο προδιαθεσικού προφίλ ως προς τη σωματοποίηση με την ευρύτερη έννοια. Ο προσδιορισμός ενός τέτοιου προφίλ θα μπορούσε ίσως σε επίπεδο ψυχοσωματικής και διασυνδυκτικής ιατρικής να εξάλειψη την ασάφεια ως προς τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις συμπεριφορές που καθορίζουν την SSD, συνοψίζοντας τους παράγοντες που ψυχοδυναμικά και ψυχοκοινωνικά εννοούν την εκδήλωση της. Παραπέρα, ο προσδιορισμός αυτών των παραγόντων θα ευνοούσε μέσω της μείωσης των αντιφάσεων και της ετερογένειας, μια πιο ενιαία προσέγγιση, κατανόηση και θεραπευτική αντιμετώπιση των κλινικών οντοτήτων που συνδέονται με τη σωματοποίηση κι άπτονται κι άλλων ιατρικών ειδικοτήτων, πέραν της ψυχιατρικής.

Μεθοδολογία

Για το σχεδιασμό της έρευνας έγινε μια αναζήτηση αγγλόφωνων δημοσιεύσεων, που είχαν γίνει στο MEDLINE και στο Pubmed στο διάστημα 1995-2018. Η αναζήτηση αυτή έγινε με βάση τις εξής λέξεις/έννοιες-κλειδιά: somatization, predictors, unexplained medical symptoms, psychodynamic factors και risk factors σε ποικίλους συνδυασμούς. Από ένα σύνολο πάνω από 5000 δημοσιεύσεων που προέκυψαν, έγινε μια πρώτη διαλογή με κριτήριο τους τίτλους αυτών. Μέσα από αυτή τη διαδικασία προέκυψε ένα σύνολο 850 άρθρων, τα οποία στη συνέχεια με βάση τις περιλήψεις (Abstracts) τους απορρίφθηκαν ή συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση μας. Η επιλογή αυτή έγινε πιο συγκεκριμένα με κριτήριο το αν στην περίληψη γινόταν κάποια σύνδεση αιτιολογικού-προδιαθεσικού χαρακτήρα μεταξύ ποικίλων γενετικών, ψυχοκοινωνικών και ψυχοδυναμικών παραγόντων με διαφόρων ειδών σωματοποιήσεις/σωματοποιητικές διαταραχές. Η σωματοποίηση αναζητήθηκε σε ένα ευρύτερο κλινικό κι εννοιολογικό φάσμα, που περιλάμβανε από πολλαπλά, ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα έως συγκεκριμένους τύπους Διαταραχών Σωματοποίησης, όπως αυτοί ορίζονται από τα σύγχρονα διαγνωστικά ταξινομικά συστήματα, άλλα και διάφορες διαγνωστικές οντότητες, που αφορούν σε ιατρικές ειδικότητες πέραν της ψυχιατρικής. Πρόκειται για διαταραχές που στο DSM-5 αντικαταστάθηκαν με την ευρύτερη κατηγορία «Somatic Symptom and related Disorders» κι επιπλέον εξακολουθούν να υπάρχουν στο ICD-10 ως υποκατηγορίες της F45, όπως πχ. Αυτόνομες Σωματοποιητικές Λειτουργικές Διαταραχές, καθώς και στο πλαίσιο άλλων ιατρικών ειδικοτήτων, όπως πχ. η Ινομυαλγία, το Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου, Χρόνιες Διαταραχές Πόνου, Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης κτλ.

Η αρχική αναζήτηση έδειξε πως υπάρχει βιβλιογραφικό υλικό για μια ανασκόπηση των παραγόντων που προβλέπουν ή σχετίζονται με την εμφάνιση σωματοποιητικών διαταραχών, αν και η σχετιζόμενη με καθαρά ψυχοδυναμικούς παράγοντες βιβλιογραφία είναι μάλλον φτωγή, αναδεικνύοντας ήδη ένα κενό επιδεχόμενο περαιτέρω διερεύνησης. Ως προς τη μεθοδολογία τους, τα άρθρα που επιλέχθηκαν, χωρίς αυτό να εξεταστεί στην αρχική επιλογή τους, ήταν στην πλειοψηφία τους συγχρονικές έρευνες (14), ακολουθούμενες από βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις (11), στην πλειοψηφία τους συστηματικές, πέντε (5) έρευνες με προοπτικό σχεδιασμό και μια (1) ασθενών-μαρτύρων. Από τις έρευνες με προοπτικό σχεδιασμό, δυο προοπτικές μελέτες κοόρτης κάλυπταν ένα διάστημα παρακολούθησης του

δείγματος-πληθυσμού περίπου τριάντα ετών. Η τελική επιλογή αυτών των άρθρων, όπως προαναφέρθηκε και στην παράθεση του σχεδιασμού της έρευνας μας, δεν έγινε με κριτήριο τη μεθοδολογία τους, αλλά με βάση την εντόπιση πιθανής προγνωστικής σύνδεσης διαφόρων ψυχοδυναμικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων με ποικίλες εκφάνσεις σωματοποίησης, όπως αυτή ευθέως αναφερόταν στην εκάστοτε περίληψη (Abstract) ή μπορούσε να εξαχθεί συμπερασματικά από το περιεχόμενο αυτής. Η συμπερίληψη στα άρθρα μας και των δυο μακροχρόνιων προοπτικών ερευνών έχει ιδιαίτερη αξία καθώς μέσα από τέτοιου είδους μελέτες μπορεί τα τεκμηριωθεί η πιθανή αιτιολογική σχέση μεταξύ των εξεταζόμενων παραμέτρων. Εκτενέστερη αναφορά στο περιεχόμενο και τα ευρήματα αυτών των δύο, καθώς και των υπόλοιπων ερευνών, θα ακολουθήσει στο αμέσως επόμενο κεφάλαιο.

Ευρήματα

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρατεθεί μια σύντομη περιγραφή του περιεχομένου καθεμιάς από τις συμπεριληφθείσες στην ανασκόπηση δημοσιεύσεις, με έμφαση στην εκάστοτε μεθοδολογία, τα ευρήματα και σκέψεις πάνω στα τελευταία. Ως προς το περιεχόμενο των μελετών, προέκυψαν διάφορες υποομάδες αυτών που εξετάζουν τον ίδιο ψυχοδυναμικό παράγοντα σε σχέση με τη σωματοποίηση, όπως για παράδειγμα την αλεξιθυμία, χαρακτηριστικά προσωπικότητας, παιδικό τραύμα κτλ., είτε προσεγγίζουν την ίδια έκφανση σωματοποίησης, όπως ιατρικώς ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα, σύνδρομο χρόνιου πόνου και άλλες, ως προς σχετιζόμενους ψυχοδυναμικούς και λοιπούς πιθανούς προγνωστικούς παράγοντες. Πέρα από τις εννοιολογικές αυτές συγκλίσεις, οι οποίες είναι και το επίκεντρο της ερευνητικής μας υπόθεσης, η παράθεση των ευρημάτων θα γίνει με βάση τις υποομάδες ερευνών με παρόμοια μεθοδολογία-σχεδιασμό.

A. Βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις:

Μια από τις βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις που συμπεριλάβαμε μελετά τις κρίσεις ψυχογενούς επιληψίας (PNES), μια εκδήλωση σωματοποίησης που αφορά σε πρώτη φάση συχνά και για μεγάλο χρονικό διάστημα μέχρι τη διάγνωση του ψυχογενούς χαρακτήρα άλλες ιατρικές ειδικότητες, όπως ο οικογενειακός ιατρός κι ο νευρολόγος. Το διάστημα αυτό φάνηκε να είναι κατά μέσο όρο τα 7,2 έτη. Η ανασκόπηση αυτή ανέδειξε το ιστορικό παιδικής κακοποίησης, φυσικής ή σεξουαλικής, ως ένα σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την εκδήλωση της διαταραχής, με τη δεύτερη μορφή κι ανάλογα με συγκεκριμένα ποιοτικά και ποσοτικά χαρακτηριστικά (διάρκεια, συχνότητα, πατέρας- θύτης, αμφισβήτηση του παιδιού κλπ.) να αφορά έως και στο 24% των ασθενών (Ali et al, 2011). Σημαντική είναι και η ανάδειξη της συσχέτισης με συνοσηρότητα με ψυχικές ασθένειες, όπως η κατάθλιψη, η διαταραχή μετατραυματικού στρες (ΔΜΣ) κι άλλες διαταραχές σωματοποίησης ή μετατροπής, χωρίς ωστόσο να μπορεί κανείς να μιλήσει με βεβαιότητα για προγνωστικούς παράγοντες. Μια επιπλέον σημαντική παρατήρηση, που μπορούμε να υποθέσουμε ότι σχετίζεται με την εμπειρία της παιδικής κακοποίησης και τον εσωτερικευμένο τρόπο του «σχετίζεσθαι», είναι η επιδείνωση της συμπτωματολογίας ως αποτέλεσμα της διάγνωσης του ψυχογενούς χαρακτήρα της διαταραχής, της λήξης της θεραπείας με τον έως εκείνη τη στιγμή θεράποντα, πχ. Νευρολόγο και της επακόλουθης παραπομπής σε Ψυχίατρο/Ψυχοθεραπευτή.

Ένα επόμενο άρθρο της ανασκόπησης που επίσης αφορά στις PNES είναι μια περιγραφική βιβλιογραφική ανασκόπηση πάνω στη σχέση τους με ψυχική συνοσηρότητα και υποκείμενους μηχανισμούς άμυνας (Beghi et al, 2015). Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκαν 18 δημοσιεύσεις. Επιπλέον έγινε μια εμπειρική προσπάθεια συσχετισμού των PNES με

διαφορετικούς μηχανισμούς άμυνας ανάλογα με το επίπεδο απαρτίωσης του Εγώ και πιο συγκεκριμένα σε οριακές οργανώσεις προσωπικότητας και σε νευρωσικές δομές. Η συχνότητα της κατάθλιψης και των διαταραχών άγχους, κυρίως της ΔΜΣ, ήταν αυξημένη σε άτομα με PNES συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό και ασθενείς με επιληψία. Το ίδιο φάνηκε να ισχύει και για διαταραχές προσωπικότητας, κυρίως όσες ανήκουν στο Cluster B. Σε σχέση με τους μηχανισμούς άμυνας, αναδείχθηκε η συσχέτιση με τη σχάση, την απόθεση και την αποσύνδεση, υπογραμμίζοντας παράλληλα, όσον αφορά σε θεραπευτικές παρεμβάσεις, την ανάγκη διαφορετικής προσέγγισης ανάλογα με το επίπεδο απαρτίωσης του Εγώ του υποκειμένου. Στην παρούσα έρευνα προσεγγίζεται η PNES με έναν πιο παραδοσιακά ψυχιατρικό τρόπο, καθώς ένα κεντρικό ζήτημα είναι η θέση της στο DSM-5, ως μια ασθένεια/σύμπτωμα που εντάσσεται στις Somatic Symptom and related Disorders, δηλαδή την ευρύτερη διαγνωστική κατηγορία όπου ανήκει και η SSD. Ταυτόχρονα γίνεται μια προσπάθεια συνδυασμού της ψυχιατρικής ταξινόμησης με μια βαθύτερη ψυχοδυναμική κατανόηση. Χωρίς εν προκειμένω να γίνεται κάποια ποσοτικοποίηση ή στατιστική ανάλυση των δεδομένων, οι προαναφερθέντες αμυντικοί μηχανισμοί, ως ένα διαχρονικό, σχετικά σταθερό στοιχείο προσωπικότητας, μπορούν να θεωρηθούν προγνωστικοί για την εκδήλωση PNES. Όσων αφορά στην ψυχιατρική συνοσηρότητα, ίσως είναι ορθότερο να μιλάει κανείς για το υποκείμενο ψυχικό νόσημα, του οποίου η PNES μπορεί να θεωρηθεί ως σύμπτωμα ή αλλιώς ένα state of the self, μια προσαρμογή, ώστε να γίνει μια για το υποκείμενο, απαραίτητη διαχείριση του ψυχολογικού Distress (Bromberg, 1998).

Μια άλλη ανασκόπηση ερευνών πάνω στα MUPS στην πρωτοβάθμια περίθαλψη αναζήτησε άρθρα που δημοσιεύτηκαν μεταξύ 1980-2001 στις πλατφόρμες MEDLINE, EMBASE, PsycINFO και Cinahl και σχετίζονταν με απαντήσεις πάνω στο ερώτημα της επίπτωσης των MUPS, της αλληλοεπικάλυψης με ψυχικές διαταραχές, ψυχολογικές διαδικασίες/μονοπάτια που είναι σημαντικά σε ασθενείς με MUPS και το ποιες παρεμβάσεις μπορεί να είναι αποτελεσματικές (Burton, 2003). Η ανασκόπηση ανέδειξε την υπόθεση της αιτιολογικής σύνδεσης των MUPS με παιδική παραμέληση, αποστέρηση κι εμπειρίες ανημποριάς/ασθένειας του ιδίου του παιδιού ή των φροντιστών/γονέων κι επιπλέον στις γυναίκες την πιθανή αιτιολογική συσχέτιση με κακοποίηση στο πρόσφατο ή μακρινό παρελθόν. Παραπέρα, διάφορα λειτουργικά σύνδρομα, όπως πχ. το Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου, η Ινομυαλγία και το Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης φάνηκε να παρουσιάζουν αλληλοεπικάλυψη μέσω κοινών MUPS, κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες κι ανταπόκριση σε παρόμοιες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Ως προς τα λειτουργικά σύνδρομα, οι Deary (J Psychosom Res, 1999) και Wessely et al (Lancet, 1999) είχαν νωρίτερα ήδη υποστηρίξει ότι κάποια συμπτώματα αυτών των συνδρόμων, έχουν ως κοινό συνδετικό παράγοντα τη συσχέτιση τους με τον νευρωτισμό. Γενικότερα στοιχεία προσωπικότητας όπως ο νευρωτισμός κι η αλεξιθυμία φαίνεται να είναι ένα κοινό χαρακτηριστικό ασθενών με MUPS. Άλλες ψυχικές διεργασίες, όπως η υποχονδρία, η σωματο-αισθητηριακή εγρήγορση, οι υποκειμενικές θεωρίες απόδοσης των συμπτωμάτων (Attribution) και η ανάγκη για διαβεβαίωση-καθησυχασμό (Reassurance) εμπλέκονται στην εμφάνιση και συντήρηση των MUPS. Από αυτές η Attribution φάνηκε να έχει ένα σταθερό, διαχρονικό χαρακτήρα, η υποχονδρία να σχετίζεται με πιο επίμονα συμπτώματα και η Reassurance να σχετίζεται μόνο με προσωρινή ανακούφιση, σε αντίθεση για παράδειγμα με συστηματικές/γνωσιακές παρεμβάσεις που επιφέρουν μακροπρόθεσμα καλύτερα αποτελέσματα. Η έρευνα αυτή τονίζει την πολυπλοκότητα των παραγόντων που αλληλοεπιδρούν και σχετίζονται με την κατανόηση, την αιτιολογία, τη συνοσηρότητα και τη θεραπεία των MUPS. Εκτός από τους προαναφερθέντες πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες που σχετίζονται με πρώιμες εμπειρίες και εμπειρίες κακοποίησης ή ανημποριάς, αναδεικνύονται και χαρ/κα προσωπικότητας, όπως ο νευρωτισμός κι η αλεξιθυμία, καθώς και σχετικά διαχρονικά χαρ/κα στη σχέση και την αντίληψη του σώματος, που λόγω της σταθερότητας τους και της προϋπαρξής τους σε σχέση με τα MUPS, μπορούμε να υποθέσουμε την προγνωστική τους αξία. Επιπλέον, τονίζεται η σημασία της πρώτης συνάντησης γενικού

ιατρού-ασθενή για τη μετέπειτα εξέλιξη των συμπτωμάτων και την ανάγκη περαιτέρω ιατρικών επισκέψεων, δείχνοντας ότι μια ανοιχτή, υποστηρικτική και με κατανόηση για τις σκέψεις και τις υποθέσεις του ασθενούς ιατρική στάση, συνδέεται με καλύτερη εξέλιξη των συμπτωμάτων σε βάθος χρόνου. Αυτό ίσως υποδεικνύει τον προγνωστικό ρόλο της σχέσης ασθενή/ιατρού για την εξέλιξη των συμπτωμάτων, καθώς και την προληπτική της αξία όταν αυτή βιώνεται ως εμπειρική κι ίσως και επανορθωτική. Τέλος η ανάδειξη της αλληλοεπικάλυψης διαφόρων λειτουργικών συνδρόμων με βάση την εμφάνιση κοινών ομάδων MUPS, κοινά αιτιολογικά μονοπάτια κι ανταποκρίσεις σε παρόμοιες θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι στην ίδια γραμμή προσέγγισης με την κατοπινή εισαγωγή της διαγνωστικής κατηγορίας SSD στο DSM-5, όπου στο επίκεντρο πλέον τίθεται η υποκειμενική, θα λέγαμε, βίωση του σωματικού συμπτώματος κι όχι η ποσοτική, περιγραφική του καταγραφή.

Με σκοπό μια ολοκληρωμένη προσέγγιση των MUPS και της Σωματοποίησης, καθώς και την κατανόηση της γενετικής, των παθοφυσιολογικών και ψυχολογικών μηχανισμών που συνδέονται με αυτά, έγινε το Μάιο 2010 στο Μόναχο της Γερμανίας ένα Workshop, οπού συναντήθηκαν 21 ερευνητές διαφόρων ειδικοτήτων από 7 χώρες και προέκυψε μια δημοσίευση του P. Henningsen πάνω στα αποτελέσματα του. Πρόκειται και πάλι για μια περιγραφική βιβλιογραφική ανασκόπηση 32 άρθρων, που συγκεντρώθηκαν με βάση την εντόπιση ομοιοτήτων και διαφορών μεταξύ διαφόρων λειτουργικών συνδρόμων, όπως Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου, Χρόνια Κόπωση, Χρόνιου Πόνου κτλ., με απώτερο σκοπό την κατανόηση της πιθανής κοινής τους αιτιολογίας. Στην δημοσίευση αυτή έγινε ειδική αναφορά στην ανάγκη απαρτιωτικής προσέγγισης συνδρόμων που παρουσιάζουν μεγάλη φαινοτυπική ετερογένεια, γεγονός που οδηγεί στην δυσκολία ταξινόμησης και καταγραφής της επιδημιολογίας, στοιχείων απαραίτητων για περαιτέρω έρευνα. Λόγω αυτού, τονίζεται η θετική αλλαγή που αναμενόταν τότε να συντελεστεί με την εισαγωγή στο DSM-5 της κατηγορίας SSD ή εναλλακτικά με τη χρήση του όρου *bodily distress disorder* (αναμένεται στο ICD-11), που προσπαθεί να ενοποιήσει την κατανόηση της συμπτωματολογίας των λειτουργικών συνδρόμων (Fink & Schroeder; J Psychosom Res, 2010). Τα ευρήματα αυτής της ανασκόπησης έδειξαν ότι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η πρόωμη έκθεση σε κακοποίηση ή σε πρώιμες απώλειες είναι κοινός παράγοντας κινδύνου για διάφορα λειτουργικά σωματικά σύνδρομα. Αυτό το εύρημα ενισχύεται κι από τα ευρήματα νευροαπεικονιστικών ερευνών που έδειξαν υπερενεργοποίηση περιοχών που εγκεφάλου που σχετίζονται με νοητικές και συναισθηματικές παραμέτρους διεργασίας του πόνου σε ασθενείς με Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου και Χρόνια Διαταραχή Πόνου που είχαν πέσει θύματα παιδικής κακοποίησης. Περαιτέρω, βρέθηκε αυξημένη προδιάθεση για άτομα με συναισθηματικές διαταραχές, με θετικό οικογενειακό ιστορικό για ψυχιατρικές διαταραχές, για το γυναικείο φύλο, καθώς και σε ό,τι αφορά σε γενετικούς παράγοντες, όπως πχ. η μειωμένη παρασυμπαθητική δραστηριότητα σε ασθενείς με λειτουργικά σωματικά σύνδρομα. Σε μια από τις δημοσιεύσεις που χρησιμοποιήθηκαν φάνηκε ο συσχετισμός του νευρωτισμού με αυξημένη σωματική αντίδραση στον πόνο. Ανακεφαλαιώνοντας, στην παραπάνω ανασκόπηση πρόκειται για μια προσπάθεια ολοκληρωμένης κατανόησης των λειτουργικών σωματικών συνδρόμων και της συμπτωματολογίας τους. Διάφοροι ψυχοδυναμικοί/ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως εμπειρίες παιδικής κακοποίησης, νευρωτισμός, συνοσηρότητα με κατάθλιψη και διαταραχές άγχους εντοπίστηκαν ως παράγοντες κινδύνου κι άρα φαίνονται να έχουν μια προγνωστική αξία για την εκδήλωση αυτών των μορφών σωματοποίησης. Παρ' όλα αυτά τονίζεται η ανάγκη περαιτέρω προοπτικών ερευνών, που θα επικεντρώνονται στο σαφέστερο προσδιορισμό προγνωστικών παραγόντων γι' αυτή τη φαινοτυπικά πολύ ετερογενή ομάδα συνδρόμων και συμπτωμάτων.

Αρκετές από τις δημοσιεύσεις που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση μας, μελετούν τη σχέση της αλεξιθυμίας με την σωματοποίηση. Σε μια από αυτές, τη συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των De Gucht και Heiser (2003) συγκεντρώθηκαν δημοσιεύσεις στα Αγγλικά, για το διάστημα 1985-2000 που μελετούσαν τα εξής: α. τη συσχέτιση του

αριθμού των σωματικών συμπτωμάτων με την αλεξιθυμία, β. που συνέκριναν την αλεξιθυμία ανάμεσα σε υποκείμενα με και χωρίς σωματοποίηση και γ. έρευνες που μελετούσαν τις διαφορές της σωματοποίησης σε υποκείμενα με ή χωρίς αλεξιθυμία. Επιπλέον στις δημοσιεύσεις που συμπεριλήφθηκαν, η αλεξιθυμία είχε μετρηθεί με την Toronto Alexithymia Scale (TAS) ή τις παραλλαγές TAS-R και TAS-20. Από τη συστηματική ανασκόπηση της πρώτης κατηγορίας ερευνών (16) φάνηκε, με εξαίρεση 2, μια σημαντική θετική συσχέτιση της αλεξιθυμίας με τον αριθμό των σωματικών συμπτωμάτων. Το σύνολο των ερευνών αυτών έδειξε μια στατιστικά μικρή έως μέτρια συσχέτιση όσον αφορά στις επιμέρους παραμέτρους της αλεξιθυμίας (Difficulty Identifying Feelings-DIF, Difficulty Describing Feelings-DDF, Externally Oriented Thinking-EOT). Η ισχυρότερη συσχέτιση αναδείχθηκε ανάμεσα στη DIF και τον αριθμό των σωματικών συμπτωμάτων, ακολουθούμενη από μικρή συσχέτιση με την παράμετρο DDF ενώ με την παράμετρο EOT δε φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Στη δεύτερη ομάδα ερευνών (15) που ανασκοπήθηκαν, τα αποτελέσματα ήταν ομοιογενή. Συγκεκριμένα στις υποομάδες των άρθρων, ανάλογα με τον τύπο/ορισμό της σωματοποίησης, βρέθηκε μεγαλύτερος βαθμός αλεξιθυμίας στα υποκείμενα με σωματοποίηση σε σχέση με τους μάρτυρες. Τέλος ανασκόπηση της τρίτης κατηγορίας δημοσιεύσεων (5) έδειξε υψηλότερο βαθμό σωματοποίησης σε υποκείμενα με αλεξιθυμία και σωματοποίηση απ' ότι σε υποκείμενα με σωματοποίηση χωρίς αλεξιθυμία. Η συστηματική αυτή ανασκόπηση έδειξε τη θετική συσχέτιση της αλεξιθυμίας με τη σωματοποίηση, ως προς την εκδήλωση της τελευταίας, τον αριθμό των σωματικών συμπτωμάτων και τη βαρύτητα της. Επιπλέον ενδιαφέρον παρουσιάζει η πιο ειδική συσχέτιση της παραμέτρου DIF της αλεξιθυμίας με τη σωματοποίηση. Το εύρημα αυτό σε συνδυασμό με την υπόθεση ότι η Somatosensory Amplification (SSA) (Barsky et al, 1988; Wise & Mann, 1994; Spinhoven & Van der Does, 1997) ίσως να αποτελεί τον διαμεσολαβητή (Mediator) αυτής της σχέσης ανάμεσα στη DIF και τη σωματοποίηση αποτελεί ένα επιπλέον πεδίο έρευνας πάνω στη σωματοποίηση, την αλεξιθυμία και τους μηχανισμούς που μπορεί να τις συνδέουν.

Η έρευνα των Porter et al (2007) είναι μια περιγραφική βιβλιογραφική ανασκόπηση πάνω στον τύπο προσκόλλησης ασθενών με χρόνια πόνο και αυτόν των πρωταρχικών φροντιστών τους και πώς αυτός επηρεάζει τις εμπειρίες πόνου και των δυο. Για την ανασκόπηση επιλέχθηκαν 18 άρθρα κι επιπλέον 1 άρθρο πάνω στη θεωρία της προσκόλλησης. Τα περισσότερα άρθρα της ανασκόπησης αυτής ανέδειξαν τη σχέση της ανασφαλούς προσκόλλησης, και κυρίως της ανασφαλούς-φοβικής προσκόλλησης, με την ένταση του χρόνιου πόνου, αλλά και με τις στρατηγικές προσαρμογής στον πόνο και το ψυχικό distress που προκαλείται. Παρόμοια φάνηκε ότι ο ανασφαλής τύπος προσκόλλησης των πρωταρχικών φροντιστών ασθενών με χρόνια πόνο, επίσης σχετίζεται με δυσλειτουργικές στρατηγικές προσαρμογής στον πόνο κι αυξημένο ψυχικό distress. Η έρευνα αυτή αν και δεν επικεντρώνεται στην προγνωστική αξία του τύπου προσκόλλησης ως προς την εκδήλωση χρόνιου πόνου, αναδεικνύει τη σχέση του τύπου προσκόλλησης με τη βίωση της έντασης του πόνου και των δυσκολιών στην προσαρμογή με το σύμπτωμα, στοιχεία που αποτελούν σημαντικά χαρακτηριστικά της SSD με βάση τα κριτήρια του DSM-5. Επίσης στο πλαίσιο σκέψεων για μελλοντική έρευνα, αναφέρεται η σημασία της μελέτης του συνδυασμού των τύπων προσκόλλησης ασθενή-πρωταρχικού φροντιστή. Η γνώσεις πάνω σε αυτό τον συνδυασμό θα μπορούσαν να προσφέρουν μια βάση για μελέτη κατ'αντιστοιχία του συνδυασμού τύπων προσκόλλησης ασθενή-θεραπευτή, δίνοντας έτσι ένα πεδίο για εξατομίκευση ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων σε ασθενείς με ανασφαλή τύπο προσκόλλησης και χρόνια πόνο.

Μια επόμενη ανασκόπηση, εκείνη των McKillop & Banez (2016) μελετάει και πάλι τον χρόνο πόνο και τους παράγοντες κινδύνου, αυτή τη φορά στην παιδιατρική. Πρόκειται για μια περιγραφική βιβλιογραφική ανασκόπηση με αναζήτηση δημοσιεύσεων σε διάστημα δεκαπενταετίας πριν την ανασκόπηση αυτή, στο PsycINFO, PUBMED και Google Scholar. Από ένα σύνολο 13184 δημοσιεύσεων με βάση τις περιλήψεις, επιλέχθηκαν τελικά 135. Μια

πρώτη γενιά ερευνών ανέδειξε ότι παράγοντες που σχετίζονται με το ίδιο το παιδί και τον έφηβο, όπως ταμπεραμέντο, άγχος, κατάθλιψη, ευαλωτότητα στο στρες, παθητικές στρατηγικές προσαρμογής, προβλήματα ύπνου, αρνητικές γνωσίες, αποφευκτικές και φοβικές συμπεριφορές ίσως να αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες/παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση και διατήρηση του χρόνιου παιδιατρικού πόνου. Μια κατηγορία ερευνών που μελετούν τις διαπροσωπικές σχέσεις υποστηρίζουν ότι ο χαρακτήρας της γονικής μέριμνας και πιο συγκεκριμένα, χαρακτηριστικά όπως η υπερβολική αντιμετώπιση ερεθισμάτων πόνου στο παιδί κι η καταστροφολογία, η ψυχοπαθολογία των γονέων (κυρίως κατάθλιψη και άγχος) και το θετικό οικογενειακό ιστορικό πόνου, αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση χρόνιου παιδιατρικού πόνου. Κι οι δυο αυτές κατηγορίες ερευνών παρουσιάζουν λόγω μεθοδολογίας και σχεδιασμού, περιορισμούς στη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων. Μια επόμενη γενιά ερευνών που θα είναι καλύτερα σχεδιασμένες, πχ. προοπτικές έρευνες και θα προσπαθούν να κατανοήσουν τους μηχανισμούς που συνδέουν παράγοντες κινδύνου με το χρόνιο πόνο, θα κατανοούν τη μετατροπή του οξέος πόνου σε χρόνιο και θα εστιάζουν στους περιορισμούς της λειτουργικότητας φαίνεται είναι πλέον στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος.

Η συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση των Ortego et al (2016) μελετάει τη συσχέτιση του ψυχικού στρες και του άγχους με μια συγκεκριμένη μορφή χρόνιου πόνου σε ενήλικες, το χρόνιο μη ειδικό πόνο αυχένα-βραχίονα (NSNAP). Για το σκοπό αυτό αναζητήθηκαν δημοσιεύσεις από την περίοδο 1991-2015 στο Pubmed, Scopus, Web of Science, PsycInfo, PEDro και The Cochrane Library. Τελικά επιλέχθηκαν 28 άρθρα, εκ των οποίων 4 χρησιμοποιήθηκαν για μεταανάλυση. Βρέθηκε ότι υπάρχει ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στο ψυχικό στρες και τον NSNAP, χωρίς όμως να μπορεί να θεωρηθεί το πρώτο προγνωστικός παράγοντας για το δεύτερο. Επίσης βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος και στον NSNAP, παρ' ότι μπόρεσε να γίνει μόνο ποιοτική κι όχι ποσοτική ανάλυση των δεδομένων. Τα περισσότερα άρθρα που ανασκοπήθηκαν έδειξαν λοιπόν την ισχυρή συσχέτιση-επίδραση των δυο μελετώμενων ψυχοκοινωνικών παραγόντων στο χρόνιο NSNAP, εύρημα που επιβεβαίωνε εκείνα της ήδη υπάρχουσας βιβλιογραφίας (Pierce & Christianson, 2015; Louw et al, 2011). Σε άρθρα που δεν επιβεβαίωσαν αυτή τη συσχέτιση μπορεί να υποτεθεί ότι αυτό οφειλόταν στη δυσκολία ποσοτικοποίησης και μέτρησης του πόνου, του ψυχικού στρες και του άγχους. Μια δυσκολία που σχετίζεται θα λέγαμε, γενικότερα με τους πιθανούς προγνωστικούς ψυχοκοινωνικούς και ψυχοδυναμικούς παράγοντες της SSD. Πάντως σε σχέση με τον μηχανισμό μέσω του οποίου συσχετίζονται ο χρόνιος πόνος με το άγχος, το ψυχικό στρες και άλλους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, γίνεται αναφορά στην Cognitive Emotional Sensitization που τονίζει την επίδραση του ΚΝΣ κι ειδικότερα του μετωπιαίου λοβού στην αντίληψη κι επεξεργασία ερεθισμάτων πόνου (Zusman, 2002; Brosschot, 2002).

Μια από τις παλαιότερες έρευνες που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση μας είναι των Bass & Murphy (1995). Πρόκειται για μια ανασκόπηση των μέχρι τότε ευρημάτων και θεωρητικών τοποθετήσεων στον τομέα της πειραματικής γνωσιακής ψυχολογίας και της γενικής ταξονομίας σχετικά με τη νοσολογία των Διαταραχών Σωματοποίησης και των Διαταραχών Προσωπικότητας (ΔΠ). Η έρευνα αυτή μελετάει την υπόθεση αν οι Διαταραχές Σωματοποίησης μπορούν να κατανοηθούν κι εξηγηθούν καλύτερα μέσα από ένα εξελικτικό/αναπτυξιακό μονοπάτι παρόμοιο με των ΔΠ. Μέσα από αυτήν αναδείχθηκε η σημασία ενδοβλημένων αναπαραστάσεων εαυτού και πιο συγκεκριμένα η σημασία μιας δυσλειτουργικής σχέσης με το ρόλο του ασθενούς στην παιδική ή εφηβική ηλικία ως ένα μοτίβο που μπορεί να εξυπηρετεί στην επίλυση ενδοψυχικών ή εξωτερικών συγκρούσεων στην ενήλικη ζωή μέσω της σωματοποίησης. Επίσης αναδείχθηκε η συσχέτιση της Διαταραχής Σωματοποίησης με τον αποφευκτικό, παθητικο-εξαρτητικό τύπο ΔΠ. Η ανασκόπηση δημοσιεύσεων σε σχέση με άλλους τύπους σωματοποιητικών διαταραχών, όπως πχ. η Υποχονδρία, ανέδειξε το σταθερό, με τάση προς τη χρονιότητα του χαρακτήρα της διαταραχής που έχει ομοιότητες με την αγχώδη/ψυχαναγκαστική ΔΠ. Σε σχέση με τη Σωματόμορφη Διαταραχή Πόνου, η έρευνα έδειξε τα αυξημένα ποσοστά ΔΠ σε ασθενείς με χρόνιο πόνο χωρίς

οργανική αιτία. Τέλος σε σχέση με τη Δυσμορφοφοβία η ανασκόπηση έδειξε επίσης υψηλά ποσοστά ΔΠ, κυρίως από τον Cluster A, ακολουθούμενα από αποφευκτική κι οριακή ΔΠ. Η έρευνα αυτή δε σχετίζεται άμεσα με το κεντρικό ζητούμενο/ερώτημα της δικής μας. Παρ' όλα αυτά είναι ενδιαφέρον ότι ήδη τότε (1995) τονίζεται η ανάγκη για μια βαθύτερη κατανόηση της αιτιολογίας των Διαταραχών Σωματοποίησης, πέρα από την περιγραφική ψυχοπαθολογία, κι ως εκ τούτου γίνεται μια προσέγγιση τους ως «αναπτυξιακών διαταραχών» της ποιότητας των ΔΠ. Ο συσχετισμός των Διαταραχών Σωματοποίησης με τις ΔΠ μπορεί να βοηθήσει στην καλύτερη κατανόηση ψυχοδυναμικών παραμέτρων, που σχετίζονται με δομικά ζητήματα και μπορούν να έχουν προγνωστική αξία, αλλά και σημασία για τη θεραπευτική προσέγγιση. Μοτίβα της παιδικής ηλικίας που σχετίζονται με τη γονική φροντίδα/φροντίδα πρωταρχικών αντικειμένων, αισθήματα κι εμπειρίες ανημποριάς λόγω της έκθεσης σε ασθένεια των γονέων ή και του ίδιου του υποκειμένου, καθώς και βιώματα κακοποίησης μπορεί με βάση αυτή την έρευνα να θεωρηθούν εκτός από προδιαθεσικοί παράγοντες για δομικές παθολογίες (ΔΠ), ως προδιαθεσικοί παράγοντες και για Διαταραχές Σωματοποίησης.

Μια ακόμα ανασκόπηση που συμπεριλήφθηκε στη μελέτη μας είναι εκείνη των Muscatello et al (2016) πάνω στο Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου (IBS). Πρόκειται για μια βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με το ρόλο που έχουν χαρακτηριστικά προσωπικότητας (Personality Traits) και συναισθηματικά μοτίβα στην παθογένεση, τις κλινικές εκδηλώσεις και την έκβαση/πρόγνωση του IBS. Βρέθηκε λοιπόν ότι η αλεξιθυμία, ο νευρωτισμός και η ευσυνειδησία (Costa & McCrae, 1997) σχετίζονται θετικά με IBS. Η αρνητική συναισθηματικότητα, στοιχείο που χαρακτηρίζει τον νευρωτισμό, μπορεί να αυξήσει την κινητικότητα του εντέρου. Παραπέρα, η σχέση ανάμεσα στην ευσυνειδησία (Conscientiousness) και τη σοβαρότητα συμπτωμάτων του IBS διαμορφώνεται (moderation) από μια γενετική παραλλαγή της κατεχολ-Ο-μεθυλτρανσφεράσης (COMT) που συμμετέχει μέσα από διαφορά μονοπάτια στην παθοφυσιολογία και τις κλινικές εκδηλώσεις του IBS. Η αλεξιθυμία, μέσα από την τάση της επικέντρωσης στα σωματικά κι αισθητηριακά ερεθίσματα επίσης φάνηκε να επηρεάζει τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Ως προς τα συναισθηματικά μοτίβα, τα αρνητικά συναισθήματα (NA) σχετίζονται με νευροβιολογικές οδούς που επηρεάζουν τον άξονα εγκέφαλος-έντερο, που δυσλειτουργεί στο IBS. Η συναισθηματική διέγερση αυξάνει την κινητικότητα του εντέρου, που συνδέεται με συμπτώματα όπως οι διάρροιες. Ο θυμός, η κατάθλιψη και το άγχος, στοιχεία του αρνητικού συναισθηματικού μοτίβου (NA), φάνηκε να σχετίζονται με υπεραισθησία και την τάση να καταχωρούνται σπλαχνικά ερεθίσματα ως επώδυνα. Τέλος γενικά η NA, ως συναισθηματικό μοτίβο, σχετίζεται με χαμηλού βαθμού φλεγμονώδη αντίδραση και διαφοροποιήσεις της δραστηριότητας του ανοσοποιητικού που παρατηρούνται στο IBS. Από αυτή την ανασκόπηση φάνηκε ότι χαρακτηριστικά προσωπικότητας, συναισθηματικά μοτίβα κι η αλεξιθυμία επηρεάζουν μέσα από διάφορα βιολογικά (μέσω του αυτόνομου νευρικού συστήματος, του νευροενδοκρινικού και του ανοσοποιητικού συστήματος) και συμπεριφορικά μονοπάτια, όπως πχ. η απάντηση σε στρεσογόνους παράγοντες, η αντιμετώπιση θεμάτων υγείας και οι προσαρμογές στην ασθένεια, τη συνολική κατάσταση της υγείας γενικά και το IBS ειδικά. Αυτοί οι παράγοντες φαίνεται να έχουν μια προγνωστική αξία και ταυτόχρονα να παρέχουν δυνατότητα για στοχευμένες, εξατομικευμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Το IBS μοιάζει, και λόγω της σύνδεσης του με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο (Rothbart, Ahadi & Evans, 2000), να αποτελεί ένα πολύ αντιπροσωπευτικό παράδειγμα για μια απαρτιωμένη/διασυνδεδετική κατανόηση και προσέγγιση της εκδήλωσης και της έκβασης μιας έκφανσης της SSD, συμπεριλαμβανομένης και της σημασίας διαφόρων ψυχοδυναμικών και ψυχοκοινωνικών προγνωστικών παραγόντων.

Τέλος, μια ανασκόπηση που συμπεριλήφθηκε στη δική μας και προσεγγίζει τις διαταραχές σωματοποίησης με τρόπο που είναι κοντά στον ορισμό του DSM-5 για τη SSD είναι των Puri Paul & Joel Dimsdale (2011). Η έρευνα μελετάει την υπόθεση αν παράγοντες όπως η αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας (Utilization), η μειωμένη ανταπόκριση στις διαβεβαιώσεις των ιατρών (Reassurance) και η μειωμένη ικανοποίηση από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας

(Patient Satisfaction) είναι τυπικά μοτίβα κι άρα εν δυνάμει προγνωστικοί παράγοντες για Διαταραχές Σωματοποίησης που θα μπορούσαν ίσως να συμπεριληφθούν μελλοντικά στα διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών αυτών. Αναζητήθηκαν άρθρα στο PubMed, στα Αγγλικά, ανεξαρτήτως έτους δημοσίευσης σε δυο φάσεις, κάθε μια με διαφορετικές λέξεις-κλειδιά. Η πρώτη φάση της αναζήτησης αφορούσε στη Somatoform Search και η δεύτερη το συνδυασμό της Somatoform Search με τις λέξεις-κλειδιά Reassurance, Patient Satisfaction και Utilization. Η ανασκόπηση για το συνδυασμό Somatoform Search+Reassurance ανέδειξε τη φτωχή ανταπόκριση έως και χειροτέρευση των συμπτωμάτων σωματοποίησης ως ανταπόκριση στις διαβεβαιώσεις των ιατρών. Εξαιρέση ήταν τρεις από τις ανασκοπηθείσες δημοσιεύσεις πάνω σε ασθενείς με διαταραχές μετατροπής, όπου η ανταπόκριση ήταν θετική. Η ανασκόπηση για το συνδυασμό Somatoform Search +Patient Satisfaction ανέδειξε μια ετερογένεια των ευρημάτων, γεγονός ενδεικτικό της πολυπλοκότητας αυτής της σχέσης. Πάντως σίγουρα δεν διαπιστώθηκαν χαμηλά ποσοστά ευχαρίστησης με την περίθαλψη σε ασθενείς με σωματοποίηση, αντιθέτως με αυτό που ίσως θα περίμενε κανείς εμπειρικά. Η ανασκόπηση για το συνδυασμό Somatoform Search+Utilization ανέδειξε επίσης μεγάλη ετερογένεια ευρημάτων, κυρίως λόγω της δυσκολίας να οριστεί η «αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας». Μόνο σε ό,τι αφορά στη χρήση των υπηρεσιών υγείας σε εξωνοσοκομειακή βάση υπήρχε σχετική ομοιογένεια των ευρημάτων ως προς το ότι οι ασθενείς με σωματοποίηση κάνουν αυξημένη χρήση τους. Επίσης η αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας δε φάνηκε να είναι ένας παράγοντας ειδικός για ασθενείς με σωματοποίηση. Η αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας, κυρίως εξωνοσοκομειακών, καθώς και η μειωμένη και προσωρινή ανταπόκριση σε διαβεβαιώσεις ιατρών, θα μπορούσαν λοιπόν να θεωρηθούν πιθανοί προγνωστικοί παράγοντες για την ταυτοποίηση ασθενών με σωματοποίηση στο πλαίσιο πχ. προοπτικών ερευνών. Παρά την ύπαρξη περιορισμών, όπως για παράδειγμα η έλλειψη σαφούς ορισμού για το Utilization ή η μεγάλη ανομοιογένεια των ασθενών με σωματοποίηση, αλλά και η αλλαγή στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-5 για τη SSD, που την εποχή αυτή της έρευνας δεν είχε ακόμη δημοσιευτεί, μπορούμε παρ'όλα αυτά να μελετήσουμε τη ψυχοδυναμική διάσταση αυτών των δυο παραγόντων. Για την ανταπόκριση στις διαβεβαιώσεις, η οποία μπορεί με τη βοήθεια του Reassurance Questionnaire να μετρηθεί, μπορούμε να εξετάσουμε νέες ερευνητικές υποθέσεις, όπως για παράδειγμα αν μπορεί να έχει ένα ρόλο Mediator στη σχέση του τύπου προσκόλλησης με τη σωματοποίηση. Τέλος με τα σύγχρονα κριτήρια για τη SSD φαίνεται παράγοντες, όπως η Utilization και η Reassurance, να αποκτούν ειδική σημασία ως προς την προγνωστική τους αξία μιας και σχετίζονται με το διαγνωστικό κριτήριο που αφορά στο επίπεδο των σκέψεων, των συναισθημάτων και των συμπεριφορών που συνδέονται με το σωματικό σύμπτωμα.

B. Προοπτικές μελέτες:

Η προοπτική μελέτη των Boeft et al (2016) πραγματοποιήθηκε σε διάστημα δυο χρόνων στην Ολλανδία, χρησιμοποιώντας δείγμα 2981 συμμετεχόντων, από τα δεδομένα του πληθυσμού μιας μελέτης κοόρτης, της Netherlands Study of Depression and Anxiety-NESDA και μελέτησε την συσχέτιση των MUPS με τη χρήση των Υπηρεσιών Υγείας και την επίδραση καταθλιπτικών συμπτωμάτων καθώς και συμπτωμάτων άγχους και χαρ/κών προσωπικότητας (Personality Traits) στη σχέση αυτή. Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια και δομημένες κλινικές συνεντεύξεις στην αρχή, στο τέλος του πρώτου και στο τέλος του δεύτερου έτους μετά την έναρξη της έρευνας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση των MUPS με τη χρήση των Υπηρεσιών Υγείας σε διάστημα δυο ετών, με την τελευταία να μετριέται με βάση τον αριθμό των διαφορετικών ειδών Υπηρεσιών Υγείας και τον αριθμό των σχετιζόμενων επαφών στο προαναφερθέν διάστημα. Τη μεγαλύτερη επίδραση στη θετική αυτή συσχέτιση μεταξύ των εξεταζόμενων παραγόντων φάνηκε να την έχει ο νευρωτισμός,

ακολουθούμενος από την κατάθλιψη κι η επίδραση αυτή παρέμεινε σημαντική και μετά τη διόρθωση για συγχυτικούς παράγοντες. Σε αυτή την έρευνα δεν εξετάζεται η πιθανή άμεση προγνωστική αξία ενός ψυχοδυναμικού παράγοντα, πχ. του νευρωτισμού για την εκδήλωση MUPS. Παρ'όλα αυτά καθώς με βάση τα προαναφερθέντα ευρήματα ότι η συνύπαρξη νευρωτισμού και MUPS αυξάνει τη χρήση των Υπηρεσιών Υγείας και προγενέστερα ευρήματα που αναφέρονται στην παρούσα έρευνα, σχετικά με την προγνωστική αξία στοιχείων προσωπικότητας, όπως ο νευρωτισμός για την αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας, μπορούμε να υποθέσουμε και μια άμεση συσχέτιση του νευρωτισμού με την εμφάνιση MUPS. Επιπλέον η αναφορά της θεωρητικής υπόθεσης ότι ίσως να ισχύει μια αιτιολογική σχέση με βάση την οποία αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας οδηγεί στην εκδήλωση MUPS μπορεί να μας κάνει να σκεφτούμε ότι νευρωτισμός και συνδεδεμένα με αυτόν χαρ/κα, όπως το άγχος υγείας, θα μπορούσαν με έγκαιρη, εξατομικευμένη εντόπιση κι ευαισθητοποίηση να περιορίσουν την κατακερματισμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση την εμφάνιση, αύξηση ή συντήρηση MUPS.

Σε μια επόμενη προοπτική μελέτη πάνω σε ένα δείγμα εφήβων/νεαρών ενηλίκων που ήταν παιδιά γονέων/φροντιστών με HIV και των γονέων/φροντιστών αυτών, έγινε προσπάθεια εντοπισμού ψυχοκοινωνικών παραγόντων με προγνωστική αξία για την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων σε αυτούς τους εφήβους/νεαρούς ενήλικες σε διάρκεια μιας δετίας (Bursch et al., 2008). Το δείγμα επιλέχθηκε από το New York City Division of AIDS Services και ελέγχθηκε στο διάστημα 1993-1998 με ερωτηματολόγια και κλινικές συνεντεύξεις στην αρχή, κάθε 3μηνο την πρώτη 2ετία και μετά κάθε εξάμηνο για τους εφήβους/νεαρούς ενήλικες (ηλικίας 11-21) ετών και μόνο στην αρχή και για συγκεκριμένες παραμέτρους για τους γονείς/φροντιστές (ηλικίας 25-71 ετών). Τα παιδιά ελέγχθηκαν για τους εξής παράγοντες: σωματικά συμπτώματα, δημογραφικά χαρ/κα (φύλο, ηλικία, εθνικότητα), αριθμό ιατρικών διαγνώσεων, αριθμό νοσηλείων, χρήση ουσιών, προβλήματα στο σχολείο, στρεσογόνα Life-Events, δεσμό με το γονέα/φροντιστή, συγκρούσεις με το γονέα/φροντιστή και καταγραφή θανάτου γονέα/φροντιστή. Για τους γονείς/φροντιστές ελέγχθηκαν μόνο στην αρχή: στάδιο της ασθένειας, συναισθηματικό Distress λόγω συμπτωμάτων πόνου, συνολικό συναισθηματικό Distress, χρήση ουσιών, στρατηγικές προσαρμογής (coping style). Μετα από στατιστική ανάλυση και διόρθωση για τους προαναφερθέντες δημογραφικούς παράγοντες, βρέθηκε ότι προγνωστική αξία για αυξημένα σωματικά συμπτώματα σε αυτό το δείγμα εφήβων/νεαρών ενηλίκων έχουν οι εξής παράγοντες: θηλυκό γένος, αυξημένος αριθμός ιατρικών διαγνώσεων, συχνές νοσηλείες, προβλήματα στο σχολείο, συγκρούσεις γονέα/παιδιού και στρεσογόνα Life-Events, καθώς και η χρήση ουσιών. Με λιγότερα σωματικά συμπτώματα φάνηκε να σχετίζονται η αντίληψη του γονέα ως φροντιστικού από τον έφηβο και ο γονικός θάνατος. Σε σχέση με τους γονείς και εν αντιθέσει με αυτό που θα περίμενε κανείς διαισθητικά, φάνηκε μετά τη στατιστική ανάλυση, το συνολικό συναισθηματικό distress και το συναισθηματικό distress σε σχέση με τον πόνο να μην έχει προγνωστική αξία για την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων στα παιδιά. Η έρευνα αυτή βασίστηκε θεωρητικά στο βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο με βάση το οποίο η ασθένεια και τα λειτουργικά σωματικά συμπτώματα είναι απόρροια της αλληλεπίδρασης βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων (Hyams & Hyman, 1998; Hyman, 1999; Zeltzer, Bursch & Walco, 1997). Κεντρική ιδέα σε αυτό το μοντέλο είναι η επίδραση καθημερινών στρεσογόνων παραγόντων στη λειτουργικότητα κι όχι απαραίτητα μεμονωμένων μεγαλύτερων στρεσογόνων γεγονότων. Σε αυτή τη γραμμή, η έρευνα αυτή έδειξε ότι τα ποσοστά σωματικών συμπτωμάτων στα παιδιά γονέων/φροντιστών με AIDS δεν διαφέρουν σημαντικά από ένα μη κλινικό δείγμα (Derogatis, 1993). Η σοβαρή γονική ασθένεια φαίνεται λοιπόν να μην είναι αποφασιστικός προγνωστικός παράγοντας για την εκδήλωση περισσότερων σωματικών συμπτωμάτων στα παιδιά. Παράγοντες όπως η συχνές νοσηλείες των παιδιών από την άλλη, που φαίνονται να έχουν μεγαλύτερη προγνωστική αξία από τον ίδιο τον αριθμό των σωματικών ασθενειών για την εκδήλωση σωματικών συμπτωμάτων, ίσως μιλούν έμμεσα για την προγνωστική αξία που έχουν εμπειρίες

«ανημποριάς» συνδυαζόμενες με πιθανό αυξημένο ψυχικό στρες των γονέων, που ίσως λόγω αδυναμίας να διαχειριστούν σωματικά προβλήματα κι ασθένειες των παιδιών τους, καταφεύγουν συχνότερα στη χρήση υπηρεσιών υγείας. Η αντιμετώπιση αυτή ίσως σε ψυχοδυναμικό επίπεδο να σηματοδοτεί για το παιδί μια μειωμένη αντοχή στο αρνητικό συναίσθημα κι αδυναμία του εαυτού να αυτοβοηθηθεί/αυτορρυθμιστεί. Επίσης γονική προσέγγιση που χαρακτηρίζεται από απορριπτικότητα/παραμέληση φάνηκε να αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης σωματικών συμπτωμάτων. Πάνω σε αυτό το εύρημα και με μια προσπάθεια αντιστοίχισης με ψυχαναλυτικές ψυχοσωματικές τοποθετήσεις, θα μπορούσαμε να πούμε ότι αυτή η έρευνα προσπαθεί να ποσοτικοποιήσει την επίδραση που έχουν οι επενδύσεις και η εμπειρική ικανότητα των πρωταρχικών φροντιστών σε σχέση με την μετέπειτα σχέση με το σώμα, τον σωματοεαυτό και την ευαλωτότητα στη σωματοποίηση, ως αμυντικού μηχανισμού.

Σε άλλη έρευνα με παρόμοιο σχεδιασμό με την προηγούμενη, μελετήθηκαν χαρακτηριστικά ασθενών με ήδη εκδηλωμένα επιμένοντα σωματικά συμπτώματα (PPS), τα οποία μετρήθηκαν με ερωτηματολόγια σε διάστημα μιας διαίτης με σκοπό να εντοπιστούν πιθανοί προγνωστικοί παράγοντες που θα μπορούσαν να προβλέψουν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, τη φυσική και νοητική λειτουργικότητα για το προαναφερθέν χρονικό διάστημα (D. Van Claassen et al, 2018). Το δείγμα 325 ασθενών συλλέχθηκε από τα δεδομένα της PROSPECTS Cohort Study, στην Ολλανδία. Οι ασθενείς αυτοί προέρχονταν από γενικά ιατρεία κι από εξειδικευμένες μονάδες της δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας φροντίδας για PPS. Τα PPS ορίστηκαν ως σωματικά συμπτώματα διάρκειας αρκετών εβδομάδων για τα οποία δεν έχει βρεθεί επαρκής ιατρική εξήγηση. Τα χαρακτηριστικά που μετρήθηκαν, υποθέτοντας ότι θα μπορούσαν να έχουν προγνωστική αξία ήταν δημογραφικά, ιατρικά (με βάση εμπειρική βιβλιογραφία), αλλά και παράμετροι που βασίζονται σε θεωρητικά μοντέλα δημιουργίας των PPS. Οι μετρήσεις έγιναν στην αρχή, στους 6, τους 12 και τους 24 μήνες. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι σωματική συνοσηρότητα, μεγαλύτερη διάρκεια και σοβαρότητα των PPS στην αρχή της έρευνας, άγχος, καταστροφολογία, γνωστές σχετιζόμενες με ντροπή κι αποφευκτικότητα, αποφευκτικές συμπεριφορές κι αποφυγή φυσικής δραστηριότητας και ο νευρωτισμός, αποτελούν προγνωστικούς παράγοντες μιας αρνητικής έκβασης των PPS για τις τρεις διαστάσεις που μελετήθηκαν (σοβαρότητα συμπτωμάτων, φυσική και νοητική λειτουργικότητα). Από την άλλη, παράγοντες με προγνωστική αξία για μια θετική έκβαση φάνηκαν να είναι το υψηλό μορφωτικό επίπεδο, η περιορισμένη κατανάλωση αιθυλικής αλκοόλης, η εξωστρέφεια, τα υψηλότερα επίπεδα νοητικής και φυσικής λειτουργικότητας στην έναρξη. Η έρευνα αυτή είναι μια από τις λίγες στη μέχρι τώρα βιβλιογραφία που μελέτησε πολυπαραγοντικά προγνωστικά μοντέλα για PPS. Ένα μειονέκτημα από την άλλη, είναι το σχετικά μικρό δείγμα ασθενών που συμπεριλήφθηκαν. Διάφοροι από τους προαναφερθέντες προγνωστικούς παράγοντες, όπως γνωσίες, ο νευρωτισμός και συμπεριφορές όπως η αποφευκτικότητα, συνιστούν ταυτόχρονα ψυχοδυναμικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με τη δική μας υπόθεση κι επίσης σε σχέση με τους τομείς που μελετήθηκαν, δηλ. φυσική και νοητική λειτουργικότητα, προσεγγίζουν περισσότερο στο σύγχρονο, με βάση το DSM-5, ορισμό των σωματοποιητικών διαταραχών (SSD). Περαιτέρω τα χαρακτηριστικά αυτά θα μπορούσαν να αποτελέσουν αντικείμενο θεραπευτικών παρεμβάσεων, εφόσον βέβαια μέσω ερευνών άλλου σχεδιασμού, μπορεί να αναδειχθεί μια πιο συγκεκριμένη πιθανή αιτιολογική σχέση με τα PPS.

Η έρευνα των Raphael & Spatz Widom (2011) μελετά τον πόνο σε σχέση με παιδική κακοποίηση/παραμέληση και τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (ΔΜΣ). Πρόκειται για μια προοπτική μελέτη κοόρτης, μια από τις λίγες με αυτή τη μεθοδολογία πάνω στο θέμα της παιδικής κακοποίησης, καθώς δε βασίζεται στην υποκειμενική ανάκληση του τραυματικού βιώματος, αλλά σε περιστατικά που κατέληξαν στη δικαιοσύνη. Σε αυτήν, ένα δείγμα παιδιών (908) με ιστορικό κακοποίησης, καταγεγραμμένης σε δικαστικά αρχεία την περίοδο 1967-1971, περίοδο κατά την οποία τα παιδιά αυτά ήταν μικρότερα των 11 ετών, παρακολούθηθηκε

για ένα διάστημα τριάντα ετών σε σύγκριση με ένα δείγμα παιδιών (667), που ήταν ταιριασμένα με το πρώτο δείγμα για όλα (ηλικία, φύλο, φυλή/εθνικότητα, κοινωνική τάξη) εκτός από την κακοποίηση. Σε αυτό το σύνολο 1575 συμμετεχόντων έγιναν δυο follow-ups με συνεντεύξεις κι έλεγχο διαφόρων παραγόντων λειτουργικότητας. Το πρώτο έγινε την περίοδο 1989-1995 και το δεύτερο την περίοδο 2003- 2004. Η υπόθεση που ελέγχθηκε ήταν αν η PTSD είναι Moderator ή Mediator στη σχέση ανάμεσα στην παιδική κακοποίηση/παραμέληση και τον πόνο, αλλά είχε και ως σκοπό να μελετήσει σε βάθος χρόνου τη σχέση μεταξύ παιδικού τραύματος και πόνου στην ενήλικη ζωή. Μετά από στατιστική ανάλυση, δε βρέθηκε η σχέση μεταξύ παιδικής κακοποίησης και πόνου να διαμεσολαβεί (Mediator) από την ύπαρξη PTSD. Από την άλλη φάνηκε ο συνδυασμός παιδικού τραύματος και PTSD να προβλέπει σε σημαντικό βαθμό τον αριθμό των συμπτωμάτων πόνου, τον πόνο και τα συμπτώματα πόνου στο πλαίσιο ασθενειών. Αντίθετα, κάθε μια παράμετρος ανεξάρτητα, φάνηκε να μην προβλέπει σε σημαντικό βαθμό τα συμπτώματα πόνου στην ενήλικη ζωή. Ο συνδυασμός προέβλεπε όλες τις εκδοχές πόνου, εκτός από τον ανεξήγητο πόνο. Η παιδική κακοποίηση φάνηκε να αυξάνει ελάχιστα το ρίσκο για συμπτώματα πόνου στη μέση ηλικία κι όχι στην πρώιμη ενήλικη ζωή. Αυτή η σχέση δεν διαμεσολαβεί από την PTBS, αν και η τελευταία σχετίζεται τόσο με τον πόνο, όσο και με την παιδική κακοποίηση(φυσική, σεξουαλική)/παραμέληση. Ο συνδυασμός παιδικής κακοποίησης και PTBS (εν προκειμένω Moderator) είχε στατιστικά σημαντική προγνωστική αξία για τον πόνο στην πρώτη και μέση ενήλικη ζωή. Η προγνωστική αξία μειωνόταν όταν επρόκειτο για ανεξήγητο πόνο. Η συνεργική δράση παιδικής κακοποίησης και PTSD ως προγνωστικών παραγόντων για πόνο στην ενήλικη ζωή, δείχνει, εφόσον αυτά τα ευρήματα μπορούν να θεωρηθούν γενικεύσιμα, την αξία της αναζήτησης συμπτωμάτων PTSD σε ενήλικες με συμπτώματα πόνου. Αυτό θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως βάση για περαιτέρω εμπάθυνση και ψυχοθεραπευτική παρέμβαση σε παιδικά τραύματα που μπορεί να σχετίζονται με αυτή. Το ότι η προγνωστική αξία για ανεξήγητο πόνο ήταν περιορισμένη, είναι με βάση τα κριτήρια του DSM-5 για τη SSD μη περιοριστικό για την αξία των ανωτέρω ευρημάτων σε σχέση με ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, καθώς η ύπαρξη οργανικής εξήγησης δεν αποκλείει την ταυτόχρονη ψυχιατρική διάγνωση/ταξινόμηση με επικέντρωση στη διαγνωστική αξία που έχει το επίπεδο των σκέψεων, συναισθημάτων και πράξεων που καθορίζονται από τον πόνο.

Μια ακόμα από τις λίγες προοπτικές έρευνες που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση μας, είναι των Ropponen et al (2012). Πρόκειται για μια προοπτική μελέτη κοόρτης, η οποία ασχολείται κι αυτή με τον χρόνιο πόνο κι ειδικότερα με τη Low Back Disorder (LBD). Σκοπός της ήταν να μελετήσει τη σχέση ανάμεσα σε χαρακτηριστικά προσωπικότητας (εξωστρέφεια, νευρωτισμός) και στα επίπεδα ευχαρίστησης στην καθημερινότητα με τη σύνταξη αναπηρίας (DP) λόγω LBD. Το δείγμα ήταν 24.043 δίδυμα άτομα στη Φιλανδία, γεννημένα πριν το 1958 και που το 1975 δεν είχαν πάρει σύνταξη. Αυτοί που έμειναν μετά την ολοκλήρωση της διαδικασίας (απάντηση ερωτηματολογίων) ήταν 1.341 ζευγάρια μονοζυγωτικών ανδρών (MZ), 3.026 ζευγάρια διζυγωτικών ανδρών (ΔΖ), 1.596 ζευγάρια MZ γυναικών και 3.157 ζευγάρια ΔΖ γυναικών. Το Follow-up έγινε από το 1975 έως τη DP ή τη σύνταξη γήρατος ή το θάνατο/μετανάστευση ή το έτος 2004. Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια που ελέγχουν την κοινωνικοοικονομική και οικογενειακή κατάσταση, τον πόνο λόγω της LBD και την επίδραση του στην ικανότητα να εργαστεί κανείς. Ο νευρωτισμός κι η εξωστρέφεια ελέγχθηκαν με το Eysenk Personality Inventory και τα επίπεδα ευχαρίστησης με το Life Satisfaction Scale που μετράει τις παραμέτρους Happiness, Easiness, Loneliness & Interest. Ένα θεωρητικό δεδομένο μεταξύ άλλων ήταν ότι τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας καθορίζονται κατά 40-60% από κληρονομικούς παράγοντες (Bouchard & McGue, 2003; Keller et al, 2005), γεγονός που ισχύει και για τη δυσαρέσκεια κάποιου με τη ζωή/καθημερινότητα του (Life Dissatisfaction) κατά 29-42% (Koivumaa-Honkanen et al, 2005; Paunio et al, 2009). Η δυσαρέσκεια στην καθημερινότητα, με βάση τις τέσσερις προαναφερθείσες παραμέτρους, καθώς κι ο νευρωτισμός φάνηκε να αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για DP λόγω LBD, ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες, όπως η κοινωνικοοικονομική κι οικογενειακή

κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο ή άλλοι παράγοντες σε σχέση με την προέλευση από την ίδια οικογένεια (γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες). Η ανεξάρτητη συσχέτιση του νευρωτισμού, της Life Dissatisfaction και της DP λόγω LBD αποτελεί ένδειξη για την ύπαρξη αιτιολογικής σχέσης. Η συσχέτιση που αναδείχθηκε φάνηκε να μη μπορεί να γενικευθεί και σε άλλους λόγους DP εκτός από LBD. Παραπέρα, ο νευρωτισμός και η Life Dissatisfaction θα μπορούσαν να θεωρηθούν υποκειμενικοί δείκτες ψυχικής ευεξίας, παρέχοντας πεδίο για πρόωρες/προληπτικές παρεμβάσεις σε άτομα υψηλού ρίσκου. Συνοψίζοντας, στην έρευνα αυτή συνδέονται δυο ψυχοδυναμικοί/ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (Life Dissatisfaction και νευρωτισμός), κι οι δυο με κληρονομική προδιάθεση, φαίνονται να αποτελούν παράγοντες κινδύνου για DP λόγω LBD, ενός συνδρόμου με στοιχεία σωματοποίησης κι αλληλοεπικάλυψης με ψυχιατρικές διαγνώσεις, όπως Σωματόμορφη Διαταραχή Πόνου (ICD-10) ή SSD (DSM-5). Αν δούμε την DP ως τη συνέπεια της επίδρασης του πόνου «στις σκέψεις και τις πράξεις», μπορούμε να σκεφτούμε ότι πρόκειται για δυο μετρήσιμους προγνωστικούς παράγοντες που με τη σειρά στους ίσως να αποτελούν το μέτρο για τις σκέψεις και τις πράξεις που καθορίζονται από το σωματικό σύμπτωμα, εν προκειμένω την οσφυαλγία.

Γ. Συγχρονικές μελέτες:

Σε μια συγχρονική μελέτη στο γενικό πληθυσμό στη Νορβηγία, ο Eberhard-Gran και οι συνεργάτες του (2007) μελέτησαν την επίδραση της φυσικής και σεξουαλικής κακοποίησης στην ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων κι ασθενειών. Περαιτέρω εξετάστηκε η σχέση ανάμεσα στη συχνότητα έκθεσης σε ενδοοικογενειακή βία και την ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων κι ασθενειών σε γυναίκες παραγωγικής ηλικίας. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 2730 γυναίκες, ηλικίας 18-40 ετών στις οποίες με ερωτηματολόγια που στάλθηκαν κι επιστράφηκαν ηλεκτρονικά, ελέγχθηκαν οι εξής παράμετροι: η ύπαρξη σωματικών συμπτωμάτων με την κλίμακα PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders), η παρουσία 11 οργανικών/λειτουργικών παθήσεων, η έκθεση σε φυσική ή σεξουαλική κακοποίηση με παράλληλη μέτρηση της σοβαρότητας/συχνότητας της έκθεσης με τη βοήθεια ενός Abuse Assessment Screen με 6 ερωτήσεις. Επίσης μετρήθηκαν διάφοροι πιθανοί συγχυτικοί παράγοντες (κατάθλιψη, οικονομική κατάσταση, ύπαρξη παιδιών, μορφωτικό επίπεδο). Η έρευνα έδειξε ότι 18% των γυναικών του δείγματος είχαν υποστεί φυσική κακοποίηση και το 15% σεξουαλική κακοποίηση στην ενήλικη ζωή. Οι γυναίκες που είχαν υποστεί κακοποίηση ήταν στατιστικά σημαντικά πιθανότερο να εμφανίσουν σωματικά συμπτώματα κι ασθένειες. Στις γυναίκες που είχαν υποστεί φυσική κακοποίηση, 3 από τις εξεταζόμενες παθήσεις (άσθμα, ημικρανίες, παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος) είχαν στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη επίπτωση σε σχέση με τις γυναίκες χωρίς ιστορικό κακοποίησης. Το ίδιο ίσχυε για τις γυναίκες που είχαν υποστεί σεξ. κακοποίηση για 8 από τις 11 παθήσεις που ελέγχθηκαν. Παραπέρα, η ποσότητα της βίας που είχε υποστεί μια γυναίκα συνδεόταν με μεγαλύτερο αριθμό σωματικών συμπτωμάτων κι ασθενειών σε σχέση με γυναίκες που είχαν υποστεί καθόλου ή λιγότερη ποσότητα βίας. Ο συνδυασμός φυσικής και σεξουαλικής βίας το τελευταίο 12μηνο, οδηγούσε σε μεγαλύτερο αριθμό συμπτωμάτων κι ασθενειών σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες. Οι εξουδετέρωση των προαναφερθέντων πιθανών συγχυτικών παραγόντων, δεν άλλαξε τις παραπάνω σχέσεις. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας δείχνουν τη σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην κακοποίηση και την εκδήλωση των σωματικών συμπτωμάτων στις γυναίκες, καθώς και την αναλογική σχέση ανάμεσα στην ποσότητα της βίας/κακοποίησης και την ποσότητα των συμπτωμάτων. Η παρούσα έρευνα δεν προσεγγίζει τα σωματικά συμπτώματα στο πλαίσιο των DSM-5 ή ICD-10 κριτηρίων για τις διαταραχές σωματοποίησης, ούτε σε σχέση με το επίπεδο σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών που συνδέονται με αυτά κατά το σύγχρονο ορισμό της SSD. Παρ' όλα αυτά, τα σωματικά συμπτώματα που ελέγχθηκαν, διαχωρίζονται από οργανικές παθήσεις και φάνηκαν να είναι

πολλαπλά σε γυναίκες που υπέστησαν περισσότερη και σοβαρότερη κακοποίηση. Έτσι μπορούμε να σκεφτούμε ότι η φυσική και σεξουαλική κακοποίηση σε γυναίκες στην ενήλικη ζωή αποτελεί έναν πιθανό προγνωστικό παράγοντα για σωματοποιήσεις. Λόγω του μικρού δείγματος και της μεθοδολογίας της έρευνας αυτής, δεν μπορούμε παρά να κάνουμε κάποιες υποθετικές ερμηνείες, καθώς σε καμία περίπτωση τα αποτελέσματα δεν είναι γενικεύσιμα, ούτε αποδεικνύουν κάποια αιτιολογική σχέση.

Μια επόμενη έρευνα της ανασκόπησης μας μελετάει τη συσχέτιση της σωματοποίησης με συγκεκριμένα προφίλ ταμπεραμέντου (Karvonen et al, 2006). Η έρευνα βασίστηκε στην υπόθεση ότι καθώς η σωματοποίηση τείνει να ξεκινάει νωρίς και να έχει ένα χαρακτήρα χρονιότητας, μπορεί να θεωρηθεί ένα σταθερό στοιχείο της προσωπικότητας που μπορεί να σχετίζεται με το ταμπεραμέντο. Έτσι ελέγχθηκε η υπόθεση αν η σωματοποίηση συνδέεται με ένα συγκεκριμένο προφίλ ταμπεραμέντου, εν προκειμένω αυξημένο Novelty Seeking(NS) και μειωμένο Harm Avoidance (HA). Το τελευταίο βασίζεται στην υπόθεση του Cloninger ότι αυτός ο συνδυασμός μπορεί να οδηγήσει σε χρόνια σωματική ανησυχία που κλινικά μπορεί να εκφραστεί ως σωματοποίηση (Cloninger, 1986; Cloninger et al, 1993). Πρόκειται για μια επιδημιολογική έρευνα για την οποία χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα από την Northern Finland 1966 Birth Cohort (NFBC1966), μια έρευνα στο γενικό πληθυσμό βασισμένη σε παιδιά που γεννήθηκαν σε δυο πόλεις της Φιλανδίας το 1966. Για την συγκεκριμένη επιδημιολογική μελέτη, χρησιμοποιήθηκε το δείγμα από τον πληθυσμό της NFBC1966, που ζούσε στην πόλη Oulu την 01/01/1997. Στο δείγμα αυτό στάλθηκε το Temperament and Character Inventory (TCI), το οποίο τελικά συμπληρώθηκε κι επιστράφηκε από 984 άτομα. Επίσης οι συμμετέχοντες ελέγχθηκαν με βάση τον ιατρικό τους φάκελο σε δημοσιές δομές για την ύπαρξη ή όχι σωματοποίησης (κριτήρια DSM-III-R για Διαταραχή Σωματοποίησης). Τέλος ελέγχθηκαν/μετρήθηκαν οι παράμετροι ψυχολογικό Distress, οικονομική κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο και φύλο κι έγινε στατιστική ανάλυση. Το αποτέλεσμα της έρευνας έδειξε ότι η υπόθεση για αυξημένο NS και μειωμένο HA σε εκείνους τους συμμετέχοντες που πληρούσαν τα κριτήρια του DSM-III-R για διαταραχή σωματοποίησης, δε μπόρεσε να επιβεβαιωθεί. Μια συσχέτιση αυξημένου Reward Dependence (RD) και HA με σωματοποίηση σε όλο το δείγμα, εξαλείφθηκε όταν εξετάστηκαν τα δυο φύλα χωριστά. Από την άλλη φάνηκε ότι το ψυχολογικό Distress σχετίζεται με αυξημένη σωματοποίηση. Το ταμπεραμέντο, που θεωρείται ένας σε μεγάλο ποσοστό (50-65%) κληρονομούμενος παράγοντας, δεν φάνηκε να συνδέεται με τη σωματοποίηση. Από την άλλη υπάρχουν κάποιες έρευνες που συσχετίζουν τη σωματοποίηση με συγκεκριμένα προφίλ ταμπεραμέντου (Battaglia et al, 1998; Rousso et al, 1994). Επίσης υπάρχει βιβλιογραφία που υποστηρίζει την οικογενή επίπτωση της σωματοποίησης με χαρ/κό παράδειγμα το Σύνδρομο Briquet (Guze et al, 1986). Ίσως τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν την ανάγκη περισσότερων ερευνών, κυρίως προοπτικών, πάνω στη συνεργικότητα περιβάλλοντος και κληρονομικότητας, εν προκειμένω τη σχετιζόμενη με το ταμπεραμέντο, ώστε στο πλαίσιο τους να εξεταστεί εκτενέστερα η επίδραση τους στην εκδήλωση σωματοποιητικών διαταραχών.

Μια επόμενη έρευνα μελετά την αλεξιθυμία και τη συσχέτιση της με την εκδήλωση λειτουργικών κινητικών συμπτωμάτων (FMS). Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη που συνέκρινε τα επίπεδα αλεξιθυμίας σε ένα δείγμα 55 ασθενών με FMS, με δυο δείγματα μαρτύρων, ένα με 33 άτομα με οργανικά κινητικά συμπτώματα (OMS) κι ένα με 34 υγιείς μάρτυρες (Demartini et al, 2014). Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερωτηματολόγια/συνεντεύξεις: η TAS-20, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, το Reading the mind in the eyes Test και το SCID. Εκτός από το TAS-20, οι υπόλοιπες μετρήσεις είχαν ως στόχο να καταμετρηθούν παράγοντες που μπορεί να συγχέονται με την αλεξιθυμία, λειτουργώντας συγχυτικά για την έρευνα. Οι τρεις ομάδες δεν είχαν σημαντικές διαφορές σε φύλο κι ηλικία. Η σύγκριση έδειξε ότι στο δείγμα με FMS βρέθηκε στατιστικά σημαντικά υψηλότερο ποσοστό αλεξιθυμίας (34,5%), σε σχέση με το δείγμα με OMD (9,1%) και το δείγμα των υγιών (5,9%). Η διαφορά παρέμεινε και μετά τον έλεγχο για κατάθλιψη. Η διαφορά

ανάμεσα στο δείγμα με τα FMS και τα άλλα δυο αφορούσε στις παραμέτρους DIF και DDF κι όχι στην EOT, γεγονός που επιβεβαιώθηκε και από το «Reading Emotions in the Eyes Test» που αφορά γενικά στην κοινωνική νόηση. Τέλος η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας (ΙΔΠ) ήταν σημαντικά συχνότερη στο δείγμα με FMS. Τα αποτελέσματα αυτής την έρευνας συνάδουν και με άλλων (Gulpek et al, 2013) που επίσης έδειξαν αυξημένα ποσοστά αλεξιθυμίας σε ασθενείς με διαταραχή μετατροπής. Η αλεξιθυμία φαίνεται να αποτελεί έναν προγνωστικό παράγοντα για τα FNS που στο DSM-5 ανήκουν στην κατηγορία „Somatic Symptom and Related Disorders“, υποθέτοντας έτσι ότι ίσως πρόκειται για μια γενικότερη προγνωστική παράμετρο στην διαγνωστική αυτή κατηγορία. Τέλος, σε ό,τι αφορά στην αυξημένη εμφάνιση ΙΔΠ στο δείγμα με FMS και σε συνάρτηση με το εύρημα των αυξημένων ποσοστών αλεξιθυμίας στην OCDP (71,4%), μπορούμε να σκεφτούμε ότι ίσως η ΙΔΠ να αποτελεί έναν ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση FMS. Η ΙΔΠ μαζί με άλλες διαταραχές προσωπικότητας (αντικοινωνική, οριακή κι εξαρτητική ΔΠ) που έχουν από τη βιβλιογραφία (Feinstein et al., 2001; Howorka et al., 2007; Reuber et al., 2004) αναδειχθεί ως παράγοντες κινδύνου για FMS, αλλά και NES, μπορούμε να υποθέσουμε ότι έχουν μια προγνωστική αξία γενικότερα για τις „Somatic Symptom and Related Disorders“. Περαιτέρω έρευνα για τη σημασία της ΙΔΠ στην εκδήλωση διαταραχών μετατροπής λόγω των μέχρι τώρα αντικρουόμενων αποτελεσμάτων είναι απαραίτητη.

Μια ακόμα έρευνα των Picardi et al (2007) μελετά τη συσχέτιση της αλεξιθυμίας με την συνολική ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα σε έναν πληθυσμό ασθενών με δερματολογικές παθήσεις. Πρόκειται για μια επιδημιολογική έρευνα με ερωτηματολόγια σε ένα δείγμα 545 ασθενών που νοσηλεύονταν σε μια κλινική για δερματολογικές παθήσεις στην Ιταλία. Χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερωτηματολόγια και δομημένες συνεντεύξεις: TAS-20, Skindex-29 (ερωτηματολόγιο για τις ψυχοκοινωνικές συνέπειες δερματολογικών παθήσεων), SCID-I και Global Assessment of Functioning (GAF). Μετα από στατιστική ανάλυση βρέθηκε ότι υπάρχει ανεξάρτητη συσχέτιση της αλεξιθυμίας με τη συνολική ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα, η οποία ήταν πιο έντονη για την παράμετρο της αναγνώρισης συναισθημάτων (DIF). Έτσι φάνηκε ότι όσο πιο υψηλό ήταν το σκορ της αλεξιθυμίας, τόσο πιο χαμηλό ήταν το GAF σκορ. Το τελευταίο δε, ήταν ακόμα πιο χαμηλό σε συμμετέχοντες με ψυχική συνοσηρότητα και μεγαλύτερη επιβάρυνση από δερματολογικά συμπτώματα. Η έρευνα αυτή ήταν η πρώτη που ανέδειξε την ανεξάρτητη συσχέτιση της αλεξιθυμίας με το GAF-Scale σκορ. Στην πορεία της δικής μας ανασκόπησης, φάνηκε ότι το περιεχόμενο της παρούσας έρευνας δεν σχετιζόταν άμεσα με την ερευνητική μας υπόθεση. Παρ' όλα αυτά, λόγω άλλων ερευνών (Richards et al, 2005; Picardi et al, 2003; Picardi et al, 2005) που ανέδειξαν την αλεξιθυμία, μαζί με τον ανασφαλή τύπο προσκόλλησης και τη φτωχή κοινωνική υποστήριξη ως παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση δερματολογικών παθήσεων, όπως πχ. η αλωπεκία κι η πλακώδης ψωρίαση και λόγω του ότι στο δείγμα της παρούσας έρευνας βρέθηκε ένα μεγάλο ποσοστό ψυχικής συνοσηρότητας (37,8% διαγνώστηκαν με μια ή δυο παθήσεις κατά DSM-IV) , θα μπορούσαμε με επαγωγικό τρόπο να υποθέσουμε ότι η αλεξιθυμία, πέραν των προαναφερθέντων ευρημάτων, αναδεικνύεται ταυτόχρονα, σε μια ακόμα από τις δημοσιεύσεις της ανασκόπησης μας, ως ένας ψυχοδυναμικός παράγοντας με πιθανή προγνωστική αξία για την εκδήλωση σωματοποίησης, που συνδέεται ταυτόχρονα με παθολογικές οντότητες μιας άλλης ιατρικής ειδικότητας, εν προκειμένω της δερματολογίας.

Αρκετές (7) από τις δημοσιεύσεις που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση μας, μελετούν τον τύπο προσκόλλησης σε σχέση με τις διαταραχές σωματοποίησης. Μια από αυτές (Dijke & Ford, 2015) μελετάει τις στρατηγικές προσκόλλησης σε ενήλικες σε συνδυασμό με μορφές διαταραχής στη ρύθμιση των συναισθημάτων σε ομάδες ασθενών με διαφορετικές ψυχικές διαταραχές με σκοπό να διαπιστώσει αν συγκεκριμένες στρατηγικές προσκόλλησης και ρύθμισης των συναισθημάτων σχετίζονται περισσότερο με την οριακή διαταραχή προσωπικότητας (BPD) και τις διαταραχές σωματοποίησης (SoD) απ' ό,τι με άλλες ψυχικές διαταραχές (psychiatric comparison group/PC). Η έρευνα βασίστηκε στην πρόταση του

Mikulincer και των συνεργατών του για ένα μοντέλο ενεργοποίησης και δυναμικών (υπερενεργοποίηση Vs. απενεργοποίηση) των στρατηγικών προσκόλλησης (Mikulincer et. al, 2003; Mikulincer et. al, 2002), ως εξέλιξη της δουλειάς του Bowlby για τη θεωρία της προσκόλλησης. Δεν θα επεκταθούμε περισσότερο στη θεωρητική αυτή προσέγγιση, καθώς αυτό ξεπερνάει τους σκοπούς της ανασκόπησης μας. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 472 άτομα με τις εξής διαγνώσεις: SoD, BPD, BPD+SoD κι μια ομάδα συγκρισης με άλλες ψυχιατρικές διαγνώσεις (καταθλιψη ή διαταραχη άγχους, PC). Αυτό το δείγμα έλαβε μέρος σε ένα πολυκεντρικό ψυχοθεραπευτικό Project το «Clinical Assessment of Trauma-Related Self and Affect Dysregulation». Οι διαγνώσεις τέθηκαν με δομημένες κλινικές συνεντεύξεις από έμπειρους ψυχιάτρους και ψυχοθεραπευτές. Κατόπιν έγιναν οι εξής μετρήσεις: Μέτρηση για υπορύθμιση συναισθημάτων (under-regulation) με το Structured Interview for Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified (SIDES rev.), για υπερβολική ρύθμιση συναισθημάτων (over-regulation) με το Bermond Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ) και τέλος για τον τύπο της προσκόλλησης στους ενήλικες με το Relationship Style Questionnaire (RSQ). Συγκρίθηκαν οι εξής ομάδες μεταξύ τους: α. PC Vs. BPD και/ή SoD β. BPD Vs. SoD γ. BPD+SoD Vs. SoD δ. BPD+SoD Vs. BPD κι έγινε στατιστική ανάλυση. Επικεντρώνοντας στα ευρήματα που αφορούν στην SoD κι ακολούθως στο συνδυασμό SoD+BPD, η έρευνα έδειξε ότι η SoD σχετίζεται με υπερρύθμιση των συναισθημάτων κι αποφευκτικές δευτερεύουσες στρατηγικές προσκόλλησης, δηλ. με αποφυγή της εγγύτητας κι απενεργοποίηση του ενδοβλημένου δεσμού προσκόλλησης, αλλά όχι άγχος εγκατάλειψης εκτός αν υπήρχε συνοσηρότητα με BPD. Αν κι όπως τονίζεται σε αυτή την έρευνα το δείγμα είναι μικρό κι όσον αφορά στη χρησιμότητα των ευρημάτων, ήταν προσανατολισμένη στο θεραπευτικό σχεδιασμό με βάση τους μελετώμενους παράγοντες, θα μπορούσαμε παρ'όλα αυτά να κάνουμε και σκέψεις/υποθέσεις πάνω στο δικό μας ερευνητικό ζητούμενο. Μιας και οι δυο παράγοντες που μελετήθηκαν, οι στρατηγικές προσκόλλησης και η ρύθμιση των συναισθημάτων (over-, under- regulation), συνιστούν σταθερές παραμέτρους που αφορούν στα δομικά χαρ/κά του ατόμου, η ύπαρξη συγκεκριμένων τύπων τους σε ένα άτομο μπορεί να αποτελεί έναν προδιαθεσικό παράγοντα για την εκδήλωση διαταραχών σωματοποίησης. Επιπλέον, η υπερρύθμιση των συναισθημάτων αξιολογήθηκε με ερωτηματολόγιο που αφορούσε σε παραμέτρους αλεξιθυμίας, ενός χαρ/κού του οποίου η σημασία αναφέρθηκε ήδη και σε άλλες έρευνες που συμπεριλάβαμε στην ανασκόπηση.

Μια άλλη έρευνα των Dijke et al (2011) μελετάει τη σχέση μεταξύ παιδικής κακοποίησης από τους πρωταρχικούς φροντιστές και την παθολογική ρύθμιση συναισθήματος σε ενήλικες με SoD, με BPD και συνδυασμό των δυο (SoD+BPD). Η έρευνα χώρισε το παιδικό τραύμα ανάλογα με την ηλικία που έλαβε χώρα σε τρεις ηλικιακές ομάδες: 0-6 ετών, 7-12 ετών και 13-18 ετών, υποθέτοντας ότι ανάλογα με την ηλικία της κακοποίησης θα υπάρχει διαφορετική επίπτωση στην ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος. Επιλέχθηκαν 472 ασθενείς με SoD, BPD κι άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (κατάθλιψη και διαταραχές άγχους, PC). Οι διαγνώσεις είχαν τεθεί με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV. Οι ασθενείς επιλέχθηκαν από δυο θεραπευτικά κέντρα για Ψυχιατρική/Ψυχοσωματική στην Ολλανδία, τα οποία συμμετείχαν στο πολυκεντρικό ψυχοθεραπευτικό project που αναφέρθηκε στην αμέσως προηγούμενη δημοσίευση και χωρίστηκαν σε 4 ομάδες: ασθενείς με SoD, με BPD, με So+BPD και με PC. Χρησιμοποιήθηκαν τα ακόλουθα ψυχομετρικά ερωτηματολόγια/συνεντεύξεις: Composite International Diagnostik Interview (CIDI), BPD Severity Index, SIDES rev., BVAQ, Traumatic Experiences Checklist (TEC), Self-Rating Inventory for posttraumatic Stress Disorder (SRIP). Τα 2/3 των ασθενών είχαν εμπειρία παιδικής κακοποίησης (50% σε SoD και PC, έως 70-80% σε BPD και BPD+SoP). Από τις διαταραχές ρύθμισης του συναισθήματος, η υπορύθμιση (under-regulation) σχετιζόταν σημαντικά με συναισθηματική κακοποίηση και κακοποίηση στην ηλικία 0-6 ετών. Η υπερρύθμιση του συναισθήματος από την άλλη, σχετιζόταν σημαντικά με φυσική κακοποίηση. Κι αυτό δεν ίσχυε μόνο για SoD, αλλά και για BPD. Μάλιστα στην κατηγορία SoP+BPD βρέθηκε ειδική συσχέτιση ανάμεσα στη βαρύτητα της φυσικής

κακοποίησης και την υπερρύθμιση του συναισθήματος. Τέλος, πρόωμη κακοποίηση βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά και με τις δυο μορφές της παθολογικής ρύθμισης συναισθήματος (under-, over-regulation) στην ομάδα SoP+BPD. Η έρευνα αυτή ξεκινάει θεωρώντας, μεταξύ άλλων, ότι στην SoD η διαταραχή της ρύθμισης τους συναισθήματος, όπως εκφράζεται μέσα από την αλεξιθυμία (Waller & Scheidt, 2004; Waller & Scheidt, 2006) και τη συστηματική τάση για απόθηση του συναισθήματος, είναι δεδομένη και συνιστά μια over-regulation. Καθώς η τελευταία βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με φυσική κακοποίηση από πρωταρχικούς φροντιστές, με βαρύτερη φυσική κακοποίηση, αλλά και με πιο πρόωμη κακοποίηση μπορούμε να υποθέσουμε ότι αυτοί οι τύποι παιδικού τραύματος έχουν κάποια προγνωστική αξία για την SoD ή και για την SoD σε συνοσηροτητα με BPD. Βέβαια πρόκειται για μια πολύ θεωρητική υπόθεση μιας κι εδώ μελετήθηκε άμεσα μόνο η συσχέτιση της διαταραχής ρύθμισης συναισθήματος με το TPC κι όχι το πώς η πρώτη μπορεί να διαμορφώνει τη σχέση του TPC με την SoD. Επιπλέον, φαίνεται ιδιαίτερα ενδιαφέρον κι έρχεται ίσως σε αντίθεση με αυτό που θα περίμενε κανείς εμπειρικά, το εύρημα ότι από όλες τις ομάδες ασθενών, αυτή με τη SoD ήταν η λιγότερο πιθανή να αναφέρει TPC.

Η έρευνα των Liu Liang et al (2011) μελετά τη σχέση του θυμού και του τρόπου έκφρασης του με τη σωματοποίηση και την ανασφαλή προσκόλληση. Πιο συγκεκριμένα, μελετάει την υπόθεση αν η σχέση της σωματοποίησης με την ανασφαλή προσκόλληση διαμεσολαβεί από συγκεκριμένους τρόπους να αισθάνεται και να εκφράζει κανείς θυμό. Βασίστηκε στην ανάγκη να κατανοηθεί ο μηχανισμός με τον οποίο ο ανασφαλής τύπος προσκόλλησης στον ενήλικα (Bartholomew & Horowitz, 1991) μπορεί να συνδέεται με αυξημένα σωματικά συμπτώματα, όπως είχε φανεί σε προηγούμενες έρευνες (Ciechanowski et al, 2002; Noyes et al, 2003; Taylor et al, 2000; Wearden et al, 2005). Επιπλέον προηγούμενες έρευνες είχαν δείξει τη σχέση της τάσης να αισθάνεται κανείς αρνητικά συναισθήματα, κυρίως θυμό, να τα απωθεί και να αδυνατεί να τα επικοινωνήσει προς τα έξω, με την αυξημένη σωματοποίηση (Koh et al, 2005; Watson, 1989). Ως προς τον σχεδιασμό/μεθοδολογία, πρόκειται για μια συγχρονική έρευνα με ερωτηματολόγια και κλινικές συνεντεύξεις πάνω σε ζευγάρια από το γενικό πληθυσμό της Βοστώνης, το διάστημα 2000-2003. Επιλέχθηκαν 109 ετεροφυλόφιλα ζευγάρια από τα οποία 101 ολοκλήρωσαν τη διαδικασία. Οι μετρήσεις έγιναν με τα εξής ψυχομετρικά εργαλεία: Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Revised Conflict Tactics Scale Vrs. 2 (CTS2), Somatic Symptom Inventory (SSI), Relationship Scales Questionnaire (RSQ), Multidimensional Anger Inventory (MAI), Becks Depression Inventory (BDI), Intimate Partner Violence (IPV) και μετρήθηκαν δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, εθνικότητα, μορφωτικό επίπεδο, εισοδήματα). Τέλος έγινε έλεγχος της ισχύος της υπόθεσης διαμεσολάβησης με βάση τα Guidelines των Baron & Kenny. Η έρευνα έδειξε ότι η ανασφαλής-φοβική προσκόλληση (Fearful Attachment) σχετίζεται με σωματοποίηση με τη διαμεσολάβηση της απόθησης του θυμού στις γυναίκες και στους άντρες με τη διαμεσολάβηση της αυξημένης τάσης να αισθάνονται θυμό. Η αρχική υπόθεση δεν επιβεβαιώθηκε για άλλα είδη ανασφαλούς προσκόλλησης. Επίσης βρέθηκε, όπως και σε προηγούμενες έρευνες, η ανεξάρτητη σχέση της ανασφαλούς προσκόλλησης με τη σωματοποίηση, κυρίως όμως για την ανασφαλή-φοβική προσκόλληση. Η έρευνα αυτή λοιπόν πέραν από την προγνωστική αξία των ανασφαλών ενήλικων στρατηγικών προσκόλλησης για την σωματοποίηση, ανέδειξε τον τρόπο έκφρασης του θυμού ως έναν επιπλέον παράγοντα με προγνωστική αξία, που ανάλογα με το φύλο μπορεί να διερευνηθεί προς συγκεκριμένη κατεύθυνση και να αποτελέσει μέρος εξατομικευμένων, πρόωρων θεραπευτικών παρεμβάσεων στο μέλλον.

Η έρευνα των Nacak et al (2017) εξετάζει κι αυτή τους τύπους προσκόλλησης στους ενήλικες, αλλά σε σχέση με μια συγκεκριμένη μορφή σωματοποίησης, τη Σωματόμορφη Διαταραχή Πόνου (SPD) και την επίπτωση πολλαπλών τραυματικών γεγονότων της παιδικής ηλικίας. Πρόκειται για μια συγχρονική έρευνα για την οποία επιλέχθηκε μέσα στο διάστημα Αύγουστος 2014-Μαιος 2015 ένα δείγμα 65 ασθενών, ηλικίας 18-65 ετών, από μια κλινική ημέρας για Ψυχοσωματική Ιατρική και Ψυχοθεραπεία κι ένα Κέντρο Πόνου στη Γερμανία. Οι

ασθενείς αυτοί πληρούσαν τα κριτήρια για SPD κατά το DSM-IV, αλλά και το ICD-10. Αυτό το δείγμα συγκρίθηκε με ένα δείγμα 65 μαρτύρων, ταιριασμένων με το δείγμα των ασθενών για φύλο και ηλικία. Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ψυχομετρικά τεστ/συνεντεύξεις: SCID-I, Patient Health Questionnaire -15 και -9 (PHQ) για εκτίμησης της βαρύτητας συμπτωμάτων σωματοποίησης και κατάθλιψης αντίστοιχα, Relationship Scale Questionnaire (RSQ), Childhood Trauma Scale (CTS) και τέλος Essen Trauma Inventory (ETI) για τον προσδιορισμό του αριθμού των εν δυνάμει τραυματιογόνων γεγονότων. Έγινε μελέτη του τύπου προσκόλλησης, του αριθμού τραυματικών γεγονότων και των τύπων παιδικής κακοποίησης/παραμέλησης ως ψυχολογικών παραγόντων κινδύνου για SPD. Αυτή είναι και η πρώτη έρευνα που συνδύασε την ταυτόχρονη μελέτη των παραπάνω παραγόντων. Βρέθηκε ότι 60% των ατόμων με SPD είχαν ανασφαλή τύπο προσκόλλησης σε αντίθεση με τους υγιείς, που το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 20%. Το 70,4% εκείνων με SPD ανέφεραν 3 ή παραπάνω τραυματικά γεγονότα, ενώ στους μάρτυρες το 40% ανέφερε ένα. Παραπέρα, ο αριθμός κι όχι ο τύπος των παιδικών τραυμάτων φάνηκε να παίζει τον σημαντικότερο ρόλο ως προγνωστικός παράγοντας για SPD. Η παιδική συναισθηματική κακοποίηση και η σωματική παραμέληση, φάνηκαν να είναι συχνότερα τραυματικά γεγονότα απ' ό,τι η σεξουαλική ή φυσική κακοποίηση σε ασθενείς με SPD. Το εύρημα αυτό διαφοροποιείται από πολλές έρευνες που τονίζουν τη σημασία της παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης. Τέλος 87,3% των ατόμων SPD είχαν συνοσηρότητα με κατάθλιψη με βάση το SCID-I. Συνοψίζοντας, στην έρευνα αυτή προσδιορίστηκαν προδιαθεσικοί παράγοντες, με σχετικά μεγάλη ακρίβεια για ένα μικρό δείγμα ασθενών με μεγάλη μέση διάρκεια συμπτωμάτων (12 έτη). Προοπτικές έρευνες που θα μπορούσαν να αναδείξουν πιθανές αιτιολογικές σχέσεις μεταξύ αυτών των παραγόντων είναι ακόμη απαραίτητες.

Μια ακόμα δημοσίευση που μελετάει και πάλι τον τύπο προσκόλλησης στην ενήλικη ζωή σε σχέση με το παιδικό τραύμα και τη σωματοποίηση είναι εκείνη των Waldinger et al (2006). Για την έρευνα επιλέχθηκαν 109 ζευγάρια από το γενικό πληθυσμό στη Βοστώνη μετά από τηλεφωνικό Screening των γυναικών, κατόπιν διαφήμισης. Το δείγμα χωρίστηκε σε τέσσερις ομάδες ως εξής: Γυναίκες που είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση μεταξύ 7-18 ετών, με ή χωρίς άλλες μορφές κακοποίησης, σε μια ομάδα εκείνων που ο άντρας τους είχε ασκήσει πρόσφατη βία, σε μια ομάδα που ίσχυαν και τα δυο παραπάνω και σε μια που δεν ίσχυε τίποτα από τα δυο. Οι ομάδες αυτές έλαβαν μέρος σε συνεντεύξεις και συμπλήρωσαν τα εξής ερωτηματολόγια: SSI, Short Form of CTQ, RSQ για τον προσδιορισμό του ενήλικου τύπου προσκόλλησης, Conflict Tactics Scale 2 (CTS 2) και BDI. Τη διαδικασία ολοκλήρωσαν 101 ζευγάρια. Το δείγμα ελέγχθηκε για συγχυτικούς παράγοντες, όπως η πρόσφατη άσκηση βίας μέσα στο ζευγάρι, ηλικία, κοινωνικοοικονομική κατάσταση και συμπτώματα κατάθλιψης που μπορεί να επηρεάσουν την εμφάνιση σωματοποίησης. Με βάση εμπειρικές έρευνες ότι το παιδικό τραύμα συνδέεται με τη σωματοποίηση, ο τύπος προσκόλλησης με τη σωματοποίηση και το παιδικό τραύμα με τον ανασφαλή τύπο προσκόλλησης στον ενήλικα, η έρευνα αυτή ήταν η πρώτη που εξέτασε την υπόθεση αν η σχέση του παιδικού τραύματος με τη σωματοποίηση να διαμεσολαβεί από τον ανασφαλή τύπο προσκόλλησης στον ενήλικα (Mediator). Στους άντρες φάνηκε ότι η παιδική κακοποίηση κι ο ανασφαλής τύπος προσκόλλησης είχαν ανεξάρτητη προγνωστική αξία για τη σωματοποίηση. Στις γυναίκες επιβεβαιώθηκε η υπόθεση της διαμεσολάβησης της σχέσης της παιδικής κακοποίησης με τη σωματοποίηση από την ανασφαλή προσκόλληση, για ένα συγκεκριμένο τύπο της, τη φοβική προσκόλληση. Η διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα μπορεί να οφείλεται στον τύπο της παιδικής κακοποίησης, καθώς οι γυναίκες ανέφεραν 3 φορές συχνότερα σεξουαλική κακοποίηση. Πάνω σε αυτό χρειάζεται περαιτέρω έρευνα. Επιπλέον επιλέχθηκε επί τούτω ένα δείγμα με αυξημένο αριθμό γυναικών με ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης. Καθώς η ανάκληση του παιδικού τραύματος περιέχει το στοιχείο της υποκειμενικότητας κι άλλες δυσκολίες, η ανάδειξη στις γυναίκες του διαμεσολαβητικού ρόλου του φοβικού τύπου προσκόλλησης, ο οποίος μπορεί να ελεγχθεί ευκολότερα με ένα Screening, κάνει δυνατή την ευκολότερη εντόπιση ενός

προγνωστικού παράγοντα για σωματοποίηση, που μπορεί να συνδέεται με το παιδικό τραύμα χωρίς αυτό να πρέπει να κατονομαστεί και που επιτρέπει μια εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση και προσαρμογή της θεραπευτικής στάσης, ώστε οι παρεμβάσεις να είναι ενδεχομένως και πιο αποτελεσματικές. Τελειώνοντας θα πρέπει ακόμα να αναφερθεί ότι στην παρούσα έρευνα η σωματοποίηση ορίστηκε με έναν ποσοτικό τρόπο, δηλ. αναφορά ενός αριθμού σωματικών συμπτωμάτων, χωρίς να μπορεί να ελεγχθεί η ύπαρξη ή όχι οργανικής αιτιολογίας.

Η έρευνα των Waller et al (2004) είναι μια συγχρονική έρευνα που μελετάει επίσης τον τύπο προσκόλλησης σε σχέση με τις συμπεριφορές που σχετίζονται με ασθένεια (Illness Behavior) και τις Διαταραχές Σωματοποίησης. Γι' αυτήν επιλέχθηκε ένα δείγμα 37 ασθενών από δυο κέντρα παροχής εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας στη Γερμανία. Οι ασθενείς αυτοί πληρούσαν τα κριτήρια της Σωματοποιητικής Διαταραχής (SD) κατά το ICD-10, είχαν διάρκεια συμπτωμάτων το λιγότερο 6 μήνες, ηλικία 18-65 ετών και καμία άλλη σοβαρή ψυχική ή σωματική ασθένεια. Ένα δείγμα 20 μαρτύρων ήταν άτομα ταιριασμένα με τους ασθενείς για φύλο, ηλικία και μορφωτικό επίπεδο. Επιλέχθηκαν με τηλεφωνική συνέντευξη μετά από διαφήμιση σε εφημερίδα. Χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια και συνεντεύξεις για τις εξής παραμέτρους: ψυχιατρική διάγνωση, ψυχοπαθολογία, σωματοποίηση, τη χρήση υπηρεσιών υγείας, negative Affectivity (NA) και τον τύπο προσκόλλησης στην ενήλικη ζωή (Adult Attachment Interview). Τη διαδικασία ολοκλήρωσαν 55 από τα 57 άτομα. Στο δείγμα με SD ο ανασφαλής τύπος προσκόλλησης ήταν στατιστικά σημαντικά συχνότερος σε σχέση με τους μάρτυρες. Επιπλέον από τους τύπους ανασφαλούς προσκόλλησης, υπερτερούσε ο απορριπτικός (dismissing) του εμμονικού (preoccupied) στο δείγμα των ασθενών. Ο ανασφαλής τύπος προσκόλλησης σχετιζόταν με συχνότερη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Από την άλλη δεν υπήρχε σαφής συσχέτιση του τύπου προσκόλλησης με την αναφορά σωματικών συμπτωμάτων και τη μειωμένη σωματική υγεία. Σε μια ακόμα έρευνα της παρούσας ανασκόπησης μας αναδεικνύονται οι ανασφαλείς στρατηγικές προσκόλλησης στον ενήλικα ως ένας πιθανός προγνωστικός παράγοντας για σωματοποίηση. Μπορούμε έτσι να σκεφτούμε τη σωματοποίηση μέσα σε ένα ευρύτερο φάσμα ψυχικής εξέλιξης, που ανάλογα με τις εσωτερικευμένες αναπαραστάσεις του „σχετίζεσθαι“ με τους σημαντικούς άλλους και την απαντητικότητα των τελευταίων στις ανάγκες ενός, εκείνη μπορεί να εμφανιστεί σε κάποια φάση της ζωής ως μια συμβιβαστική λύση, αντί συναισθημάτων, που δεν πρέπει να γίνουν συνειδητά. Αυτό μοιάζει να ταιριάζει κυρίως με το υπόβαθρο του ανασφαλούς-απορριπτικού τύπου προσκόλλησης κι ενισχύεται κι από ευρήματα που συνδέουν αυτόν τον τύπο ανασφαλούς προσκόλλησης με την αλεξιθυμία (Scheidt et al, 1999; Troisi et al, 2001). Περιορισμός και σε αυτή την έρευνα είναι το μικρό, πολύ ειδικά επιλεγμένο δείγμα, καθώς και η ετερογένεια που έχει η διαγνωστική κατηγορία SD στο ICD-10 (F45).

Η έρευνα των McCall-Hosenfeld et al (2014) μελετάει τον πιθανό διαμεσολαβητικό ρόλο ψυχικών ασθενειών, όπως η PTSD, η κατάθλιψη και η κατάχρηση ουσιών στη σχέση ανάμεσα στο τραύμα και τη σοβαρότητα σωματικών συμπτωμάτων. Αυτό, γνωρίζοντας ήδη τη συσχέτιση των διαταραχών αυτών με σωματικά συμπτώματα (Hasin & Katz, 2007; Lieb et al, 2007; Simon & VonKorff, 1991), αλλά και τη διαφορετική επίπτωση τους στα δυο φύλα (Linzer et al, 1996; Tien et al, 1998; Stein et al, 2000). Η διαφορά αυτή υποτέθηκε ότι ίσως και να εξηγεί τις διαφορές στα σωματικά συμπτώματα στους επιζήσαντες τραυμάτων, ανάλογα με το φύλο. Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα 597 αγγλόφωνων ασθενών, ηλικίας 18 έως 60 ετών που είχαν προσέλθει σε ένα αστικό, ακαδημαϊκό ιατρικό κέντρο μεταξύ 2005-2007 κι οι οποίοι έπασχαν από χρόνιους πόνους. Σε αυτούς μετρήθηκαν οι εξής παράμετροι: έκθεση σε τραύμα που διακρίθηκε σε α. Intimate Partner Violence (IPV) β. Sexual Trauma (ST) γ. Adverse Childhood Experiences (ACES), ύπαρξη PTSD με CIDI Version 2.1 PTSD Module, ύπαρξη κατάθλιψης με PHQ-9, ύπαρξη κατάχρησης ουσιών με τη χρήση του αντίστοιχου CIDI Module. Επίσης μετρήθηκε η σοβαρότητα των σωματικών συμπτωμάτων με PHQ-15 και τα εξής χαρ/κά: φύλο, ηλικία, εθνικότητα, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό

επίπεδο, ασφάλιση υγείας κι επαγγελματική κατάσταση. Στους άντρες φάνηκε η σχέση ανάμεσα στο διαπροσωπικό τραύμα και τα σωματικά συμπτώματα να διαμεσολαβείτε από την κατάθλιψη και την εξάρτηση από ουσίες (Mediators). Όταν αφαιρούνταν αυτοί οι Mediators δεν προέκυπτε ευθεία συσχέτιση μεταξύ διαπροσωπικού τραύματος και σοβαρότητας σωματικών συμπτωμάτων. Στις γυναίκες το ρόλο σημαντικού Mediator τον είχε η κατάθλιψη. Αλλά και μετά από την εξάλειψη των μελετώμενων τριών πιθανών διαμεσολαβητικών παραγόντων, φάνηκε να υπάρχει άμεση συσχέτιση του διαπροσωπικού τραύματος με τα σωματικά συμπτώματα και τη σοβαρότητα τους στις γυναίκες. Η PTSD και στα δυο φύλα, παρά το ότι συνιστά μια απάντηση στο τραύμα, δε φάνηκε να έχει ρόλο Mediator. Το εύρημα αυτό συνάδει και με τα ευρήματα μιας έρευνας που ήδη παραθέσαμε, αυτής των Raphael & Widom (2011). Το φύλο φάνηκε να μην έχει σημαντική επίδραση στη σχέση ανάμεσα στο διαπροσωπικό τραύμα και τη σοβαρότητα των σωματικών συμπτωμάτων. Εξαίρεση ήταν τα 3 και πάνω ACES σε γυναίκες, τα οποία σχετίζονταν με σοβαρότερα σωματικά συμπτώματα. Ο ρόλος Mediator που έχει η κατάθλιψη σε άντρες και γυναίκες κι επιπλέον η κατάχρηση ουσιών στους άντρες, πάνω στη σχέση διαπροσωπικών τραυμάτων με τη σοβαρότητα σωματικών συμπτωμάτων, δίνει σε αυτές τις ψυχικές διαταραχές μια επιπλέον προγνωστική αξία όσον αφορά στη βαρύτητα των σωματικών συμπτωμάτων. Παράλληλα δίνει τη δυνατότητα παρεμβαίνοντας θεραπευτικά σε αυτές, να παρεμβεί ίσως κανείς έμμεσα και στις συνέπειες διαπροσωπικών τραυμάτων που σχετίζονται με σωματικά συμπτώματα. Βέβαια στην παρούσα έρευνα εξετάστηκαν συγκεκριμένοι τύποι τραυμάτων και συγκεκριμένα σωματικά συμπτώματα (χρόνιος πόνος), οπότε τα ευρήματα δε μπορούν να θεωρηθούν γενικεύσιμα.

Η μελέτη των Wei et al (January 2015) εξετάζει την υπόθεση αν ο όγκος της φαιάς ουσίας στην περιοχή του ιππόκαμπου (perihippocambal gyrus entorhinal cortex/PHG) αλλάζει τη δύναμη της σχέσης ανάμεσα σε νευρωσικά-αγχώδη (N-Anx) χαρακτηριστικά προσωπικότητας και την εκδήλωση/αναφορά σωματικών συμπτωμάτων, δηλ. αν η πρώτη παράμετρος είναι ένας διαμορφωτής (Moderator) της σχέσης αυτής. «Τα μέχρι τότε δεδομένα ερευνών έδειχναν συσχέτιση του PHG με σωματοποίηση κι ότι άτομα με υψηλά επίπεδα νευρωτισμού τείνουν να είναι πιο ευπαθή στο να έχουν και να αναφέρουν σωματικά συμπτώματα» (Kangas & Montgomery, 2011). Στην έρευνα έλαβαν μέρος 288 δεξιόχειρες φοιτητές, ηλικίας 17- 27 ετών, ενός Πανεπιστημίου στην Κίνα. Εξαιρέθηκαν άτομα με ιστορικό ψυχιατρικής ή νευρολογικής πάθησης. Χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερωτηματολόγια: Self-Rating Anxiety Scale (SAS), NEO Personality Inventory-R με επικέντρωση στη διάσταση N-Anx. Τέλος έγινε και απεικονιστικός έλεγχος με MRI με τη χρήση voxel-based μορφομετρίας για τη μέτρηση του τοπικού όγκου της φαιάς ουσίας στην περιοχή του ιππόκαμπου. Βρέθηκε ότι άτομα με αυξημένο όγκο στην περιοχή που μελετήθηκε παρουσιάζουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα, που σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού, ενώ δεν ίσχυε το ίδιο σε άτομα με μικρότερο όγκο φαιάς ουσίας στην ίδια περιοχή. Παραπέρα βρέθηκε ότι σωματικά συμπτώματα σχετίζονται αρνητικά με τον όγκο της φαιάς ουσίας μιας περιοχής του αριστερού σωματοαισθητικού φλοιού (postcentral gyrus). Τέλος φάνηκε ότι ίσως ο αυξημένος όγκος του PHG αλληλοεπιδρά με N-Anx για να διαμορφώσει το ρίσκο για αγχώδεις διαταραχές. Σε αυτή την έρευνα θεωρήθηκε δεδομένη η προγνωστική αξία του νευρωτισμού για την ευαλωτότητα στην εμφάνιση κι αναφορά σωματικών συμπτωμάτων. Η προσθήκη στη σχέση αυτή κι ενός Moderator όπως ο τοπικός (PHG) όγκος της φαιάς ουσίας, αναδεικνύει μια καινούρια νευροανατομική και μετρήσιμη παράμετρο της σωματοποίησης.

Η έρευνα των Wongpakaran & Wongpakaran (2014) μελετάει τη σωματοποίηση πάλι σε σχέση με χαρακτηριστικά προσωπικότητας (Personality Traits), αλλά και με τον παράγοντα κοινωνική απομόνωση/συστολή και κάποια άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά στους ηλικιωμένους. Συγκεκριμένα μελετάται η υπόθεση αν η κοινωνική απομόνωση διαμορφώνει (Moderator) τη σχέση ανάμεσα σε χαρακτηριστικά προσωπικότητας και τη σωματοποίηση. Πρόκειται για μια επιδημιολογική έρευνα σε ένα δείγμα 126 Ταϊλανδών, άνω των 60 ετών από το γενικό πληθυσμό. Χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερωτηματολόγια: Inventory of Interpersonal

Problems (IIP-64), The Sixteen Personality Factor (16PF) και Symptom Checklist-90 (SCL-90). Επίσης λήφθηκαν δημογραφικά χαρακτηριστικά υπόψιν (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο κι οικονομική κατάσταση). Η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο φάνηκε να έχουν επίδραση στην κοινωνική συστολή και τη σωματοποίηση. Χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως η συναισθηματική σταθερότητα (ή πιο συγκεκριμένα η αντεστραμμένη συναισθηματική σταθερότητα, δηλ. ο νευρωτισμός), η κυριαρχικότητα/αυταρχισμός και ο σκεπτικισμός επηρεάζουν και τη σωματοποίηση και την κοινωνική συστολή. Δε φάνηκε να υπάρχει άμεση επίδραση της κοινωνικής συστολής στη σωματοποίηση, αν και υπάρχει συσχέτιση (correlation) κι έτσι η ερευνητική υπόθεση δεν επιβεβαιώθηκε. Συνοψίζοντας τα ευρήματα, η ηλικία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και τα προαναφερθέντα στοιχεία προσωπικότητας μπορεί να υποτεθεί ότι έχουν μια προγνωστική αξία για την εκδήλωση κι αναφορά σωματικών συμπτωμάτων. Από την άλλη πρόκειται για ένα μικρό δείγμα, με ειδικά χαρακτηριστικά κι ένα σχεδιασμό έρευνας (συγχρονική), που δεν επιτρέπουν τη γενίκευση αυτών των ευρημάτων, αλλά σιγουρά παρέχουν ενδείξεις κι ερεθίσματα για την κατεύθυνση μελλοντικών ερευνών.

Στην έρευνα των Magnusson et al (1996) μελετάται η σχέση ενός λειτουργικού συμπτώματος/συνδρόμου, της Κόπωσης/Συνδρόμου χρόνιας κόπωσης (CFS) με ένα χαρακτηριστικό προσωπικότητας, την τελειομανία (Perfectionism). Απο δυο νοσοκομεία στην Αγγλία επιλέχθηκε ένα δείγμα από 250 νοσηλεύτριες που εργάζονταν σε τμήματα χειρουργικής και γενικής ιατρικής. Αυτές έλαβαν με επιστολή τα εξής ερωτηματολόγια: Ένα ερωτηματολόγιο για μέτρηση γενικών παραμέτρων που μπορεί να επηρεάσουν τα επίπεδα κόπωσης (πχ. αριθμός παιδιών), Eysenck Personality Questionnaire-Revised (EPQ-R Short Scale), Frost Multi-Dimensional Perfectionism Scale (με 6 υποκλιμακες: 2 για θετικές και 4 για αρνητικές παραμέτρους Perfectionism (Flett et al, 1994)), μια οπτικοποιημένη αναλογική σκάλα για νοητική (επιμένουσα κι οξεία) και σωματική κόπωση (επιμένουσα κι οξεία). Τέλος ζητήθηκε από τις συμμετέχουσες να αξιολογήσουν τα επίπεδα κόπωσης τους την τελευταία βδομάδα (Fatigue State) και συνήθως (Fatigue Trait). Τα ερωτηματολόγια επέστρεψαν 121 από τις 250 νοσηλεύτριες του αρχικού δείγματος. Τα δυο σύνολα, εκείνες που απάντησαν κι εκείνες που δεν απάντησαν, συγκρίθηκαν ως προς διάφορα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Εκείνες που απάντησαν ήταν κατά μέσο όρο νεότερες και εργάζονταν στην πλειοψηφία τους σε χειρουργικά τμήματα. Βρέθηκε ότι τα επίπεδα παρούσας και συνήθους κόπωσης ήταν αυξημένα, με τα επίπεδα της πρώτης να σχετίζονται με την απόσταση από την τελευταία νυχτερινή βάρδια και τη διάρκεια της. Ανάμεσα στις τέσσερις αρνητικές παραμέτρους της τελειομανίας, η «αμφιβολία για τις πράξεις» (Doubts about Actions) σχετιζόταν με αυξημένη νοητική κόπωση και η παράμετρος «γονικές προσδοκίες» (Parental Expectations) με φυσική κόπωση. Αντίθετα τα υψηλά «προσωπικά στάνταρτς» (Personal Standards) φάνηκε να έχουν προστατευτικό ρόλο απέναντι στην κόπωση, γεγονός που ενισχύει την άποψη περί ύπαρξης θετικής κι αρνητικής τελειομανίας (Frost et al, 1990; Hamachek DE, 1978). Τρεις από τις τέσσερις παραμέτρους της αρνητικής τελειομανίας σχετίζονται με νευρωτισμό, ενισχύοντας την άποψη ότι ο αρνητική τελειομανία είναι μια στρατηγική προσαρμογής σε άτομα με αυξημένα επίπεδα νευρωτισμού (Hamachek DE, 1978). Παρ'όλα αυτά βρέθηκε ότι η αρνητική τελειομανία κι ο νευρωτισμός σχετίζονται ανεξάρτητα θετικά με την κόπωση. Η αρνητική τελειομανία με την Trait Fatigue κι ο νευρωτισμός με τη State Fatigue. Στην έρευνα αυτή πρόκειται για ένα μικρό δείγμα, με ειδικά χαρακτηριστικά, έτσι ώστε τα ευρήματα δεν είναι γενικεύσιμα. Εντούτοις προσδιορίστηκαν με σαφήνεια κάποια χαρακτηριστικά προσωπικότητας/ψυχοδυναμικοί παράγοντες που μπορεί να υποτεθεί ότι έχουν προγνωστική αξία για την κόπωση και το CFS. Επίσης πέρα από αυτό αναδείχθηκαν ψυχοδυναμικά χαρακτηριστικά/στοιχεία προσωπικότητας με προστατευτική επίδραση, που μαζί με τους προδιαθεσικούς παράγοντες μπορούν να χρησιμοποιηθούν στο σχεδιασμό προληπτικών και θεραπευτικών ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων.

4. Μελέτες ασθενών-μαρτύρων:

Ολοκληρώνοντας την παράθεση των ευρημάτων, η έρευνα των Phillips et al (2013) επικεντρώνεται σε ένα λειτουργικό σύνδρομο, το Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου (IBS), που αποτελεί ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αλληλοεπικάλυψης/συνύπαρξης ψυχιατρικής διάγνωσης (SSD ή Αυτόνομη Σωματόμορφη Λειτουργική Διαταραχή του Κατώτερου Πεπτικού κατά το ICD-10) με διάγνωση άλλης ιατρικής ειδικότητας, εν προκειμένω γαστρεντερολογικής, και προσπαθεί να εντοπίσει ψυχοκοινωνικούς παράγοντες με πιθανή προγνωστική αξία για τη διάγνωση IBS, αλλά και για τη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Για το σκοπό αυτό μελετήθηκε ένα δείγμα 82 ατόμων με τη διάγνωση IBS κι ένα δείγμα 67 μαρτύρων. Σε αυτά τα δυο δείγματα αναζητήθηκαν ψυχοκοινωνικές παράμετροι, εν προκειμένω σχετιζόμενες με το περιβάλλον, την προδιάθεση, νοητικές διεργασίες και ψυχικό distress, για να ελεγχθεί αν κάποιες από αυτές θα μπορούσαν να προβλέψουν σε ποιο από τα δυο δείγματα ανήκει κάποιος και αν κάποιες θα μπορούσαν να προβλέψουν τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων αυτών που ανήκαν στο δείγμα με IBS. Οι συμμετέχοντες ήταν κάτοικοι Αυστραλίας κι άνω των 18 ετών. Οι διάφορες ψυχοκοινωνικές παράμετροι ελέγχθηκαν με τα παρακάτω ερωτηματολόγια: IBS Symptom Severity Score (IBS-SSS), Life Events Inventory (LEI), TAS-20, Emotional Processing Scale (EPS-25), The Young Schema Questionnaire Short Form (YSQ-S2), The Brief COPE, Symptom Checklist-90 revised. Βρέθηκε ότι 6 ψυχοκοινωνικοί παράγοντες μπορούσαν να προβλέψουν στο 72% των περιπτώσεων αν ένα υποκείμενο ανήκει στο δείγμα με IBS ή των μαρτύρων. Αυτοί ήταν η αλεξιθυμία, τέσσερις εκδοχές στρατηγικών προσαρμογής (ενεργός προσαρμογή, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, αυτοκριτική, θετική αναπλαισίωση) και το σχήμα ελαττωματικότητα/ντροπή. Επίσης βρέθηκαν άλλοι 6 ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που μπορούσαν να προβλέψουν κατά 61,3% τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων ανάμεσα σε υποκείμενα του δείγματος με IBS. Οι παράγοντες αυτοί ήταν δυο παράμετροι αλεξιθυμίας (DIF & DDF), το φύλο, δυο δυσλειτουργικά σχήματα (ελαττωματικότητα/ντροπή & αυτονόητο δικαίωμα/μεγαλομανία) και το συνολικό ψυχολογικό distress. Αυτή η έρευνα ήταν η πρώτη που μελετούσε δυσλειτουργικά σχήματα και συναισθηματικές διεργασίες σε σχέση με το IBS. Οι παράγοντες που είχαν προγνωστική αξία συγκεκριμένα για το IBS ήταν η αλεξιθυμία, το σχήμα ελαττωματικότητα/ντροπή και οι εξής στρατηγικές προσαρμογής: αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και ενεργός προσαρμογή. Αντιθέτως, για το αν θα ανήκε κάποιος στο δείγμα των μαρτύρων προγνωστική αξία είχαν η αυτοκριτική και η θετική αναπλαισίωση. Η προγνωστική αξία του σχήματος ελαττωματικότητα/ντροπή αναδεικνύει τη σημασία της σχέσης με τα πρωταρχικά αντικείμενα και την ευαλωτότητα που δημιουργείται μεταξύ άλλων και σε σωματικό επίπεδο όταν αυτή διέπεται από επικριτικότητα κι απόρριψη. Τέλος το γυναικείο φύλο και το ψυχολογικό distress φάνηκε να έχουν προγνωστική αξία κυρίως ως προς τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων στο δείγμα με IBS. Φαίνεται λοιπόν πως τόσο η εκδήλωση, όσο και η βαρύτητα του IBS συνδέεται με γνωσιακούς και συναισθηματικούς παράγοντες που δημιουργούν μια φυσική και ψυχική ευαλωτότητα, αναδεικνύοντας ταυτόχρονα ένα πρόσφορο πεδίο για εξατομικευμένες ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις. Αυτό το εύρημα ενισχύεται παραδείγματος χάριν κι από ευρήματα σχετικά με την αποτελεσματικότητα της CBT ως προς τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και τη μείωση των γαστρεντερικών συμπτωμάτων σε άτομα με IBS, ανεξαρτήτως από το αν αντιμετωπίζεται ή μειώνεται το ψυχολογικό distress (Lackner et al, 2007).

<i>Συγγραφέας/ Έρευνα</i>	<i>Δείγμα</i>	<i>Εργαλεία/ Μετρήσεις</i>	<i>Αποτελέσματα</i>
Claassen-van Dessel et al, Προοπτική Μελέτη	325 ασθενείς με επιμένοντα φυσικά συμπτώματα (PPS) από τον πληθυσμό μιας Προοπτικής Μελέτης Κοόρτης	Μετρήθηκαν (αρχικά, στους 6, 12 και 24 μήνες): .Σοβαρότητα συμπτωμάτων(PHQ-15) .Φυσική Λειτουργικότητα (RAND 36 PCS) .Νοητική Λειτουργικότητα (RAND 36 MCS) .Μετρήσεις για πιθανούς προγνωστικούς παράγοντες με βάση διάφορα θεωρητικά μοντέλα δημιουργίας των PPS (χαρακτηριστικά προσωπικότητας, ψυχιατρική συνοσηρότητα, ιδιαίτερα άγχος και κατάθλιψη, θετικό κι αρνητικό συναίσθημα, Life Events, κοινωνική υποστήριξη, φυσική δραστηριότητα, γνωσίες σχετικά με την ασθένεια, υποχονδρία, Somato-Sensory Amplification)	Προβλέπουν αρνητική έκβαση των PPS ως προς τη σοβαρότητα και τη λειτουργικότητα: .Φυσική συνοσηρότητα, άγχος, γνωσίες σχετιζόμενες με καταστροφοποίηση, με αποφευκτικότητα και ντροπή, αποφευκτικές συμπεριφορές κι αποφυγή φυσικής δραστηριότητας, μεγαλύτερη διάρκεια και σοβαρότητα των PPS στην αρχή της έρευνας, νευρωτισμός
Burton Christopher, Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	137 άρθρα που επιλέχθηκαν (1980-2001) από το MEDLINE, EMBASE, Cinahl και PsycINFO	Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σχετικά με ιατρικώς ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα (MUPS) και την επίπτωση τους, τη συνοσηρότητα με ψυχιατρικές διαταραχές, τις ψυχικές διεργασίες	.Τα MUPS εμφανίζουν κοινούς αιτιολογικούς παράγοντες και κοινή ανταπόκριση στη θεραπεία με διάφορα λειτουργικά σύνδρομα , πχ. Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου.

		που σχετίζονται με αυτά κι αποτελεσματικές παρεμβάσεις	. Συχνά χαρακτηριστικά προσωπικότητας: νευρωτισμός και αλεξιθυμία. . Πιθανή αιτιολογική συσχέτιση με: παιδική παραμέληση/αποστέρηση, ασθένεια του υποκειμένου ή του γονέα στην παιδική ηλικία. Ιδίως στις γυναίκες, παρελθούσα ή πρόσφατη κακοποίηση. . Θετική συσχέτιση με σωματοαισθητηριακή εγρήγορση, Attribution και υποχονδρία. . Οι ιατρικές διαβεβαιώσεις έχουν μόνο προσωρινή θετική επίδραση . Αυξημένη επίπτωση κατάθλιψης, διαταραχών άγχους, ΔΜΣ σε άτομα με PNES σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. . Παρομοίως για τις διαταραχές προσωπικότητας, κυρίως Cluster B . Συσχέτιση με πρώιμους μηχανισμούς άμυνας, όπως σχάση, άρνηση, αποσύνδεση. . Θετική συσχέτιση της αλεξιθυμίας με τον αριθμό σωματικών συμπτωμάτων (ισχυρή συσχέτιση με τη διάσταση DIF,
Beghi et al, Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	Περιγραφική βιβλιογραφική ανασκόπηση 18 δημοσιεύσεων	Αναζήτηση άρθρων σε σχέση με τη ψυχιατρική συνοσηρότητα των κρίσεων ψυχογενούς επιληψίας και των υποκείμενων μηχανισμών άμυνας	
De Gucht & Heiser, Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	36 αγγλόφωνες δημοσιεύσεις, στο διάστημα 1985-2000, που σχετίζονταν με σωματοποίηση κι αλεξιθυμία και η τελευταία είχε	Τρία είδη ερευνών: . Μελέτη συσχέτισης μεταξύ αλεξιθυμίας κι αριθμού σωματικών συμπτωμάτων . Σύγκριση αλεξιθυμίας σε	

	μετρηθεί με την Toronto Alexithymia Scale (TAS ή TAS-R ή TAS 90).	υποκείμενα με και χωρίς σωματοποίηση .Διαφορές στη σωματοποίηση σε υποκείμενα με αλεξιθυμία και χωρίς.	μικρή με τη DDF και καμία με την EOT) .Μεγαλύτερος βαθμός αλεξιθυμίας σε άτομα με σωματοποίηση σε σύγκριση με μάρτυρες. .Υψηλός βαθμός σωματοποίησης σε υποκείμενα με αλεξιθυμία σε σύγκριση με εκείνα χωρίς αλεξιθυμία. .Ασθενείς με FMS είχαν υψηλότερα ποσοστά αλεξιθυμίας (34,5%) σε σχέση με άτομα με οργανικές κινητικές διαταχές (9,1%) και τους υγιείς (5,9%). Η μεγαλύτερη διαφορά αφορούσε στις παραμέτρους DIF και DDF .Σε ασθενείς με FMS, σημαντικά συχνότερη η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας σε σχέση με τις συγκρινόμενες ομάδες
Demartini et al, Συγχρονική Μελέτη	Σύγκριση της αλεξιθυμίας ανάμεσα στα εξής τρία γκρουπ: .55 ασθενείς με λειτουργικά κινητικά συμπτώματα (FMS) .33 με οργανικές κινητικές διαταραχές .34 υγιείς	Χρησιμοποιήθηκαν τα εξής ερωτηματολόγια: .20-TAS .Montgomery-Asberg Depression Rating Scale .Reading the Mind in the Eyes Test .SCID για Διαταραχές Προσωπικότητας	.Η SoD σχετίζεται με υπερρύθμιση του συναισθήματος και απορριπτικές (dismissing) στρατηγικές προσκόλλησης ενηλίκου .Άγχος εγκατάλειψης εμφανιζόταν σε συνοσηρότητα BPD+SoD.
Dijke & Ford, Συγχρονική Μελέτη	472 άτομα με τις διαγνώσεις: SoD, BPD, BPD+SoD και άλλες ψυχικές διαταραχές (κατάθλιψη, διαταραχή άγχους). Ήταν άτομα που είχαν λάβει μέρος στο ψυχοθεραπευτικό Project «Clinical Assessment of Trauma-Related Self and Affect Dysregulation»	.Μέτρηση για υπορύθμιση του συναισθήματος με SIDES-rev .Μέτρηση για υπερβολική ρύθμιση του συναισθήματος με BVAQ .Relationship Style Questionnaire Συγκρίθηκαν τα αποτελέσματα των εξής δυάδων: . PC Vs. BPD και/ή SoD .BPD Vs. SoD	

.BPD+SoD Vs. SoD
.BPD+SoD Vs. BPD

Djike et al,
Συγχρονική Μελέτη

472 ασθενείς με διάγνωση SoD, BPD ή άλλες ψυχικές διαταραχές (κατάθλιψη, διαταραχή άγχους) με βάση τα κριτήρια του DSM-IV. Το δείγμα επιλέχθηκε από δυο θεραπευτικά κέντρα στην Ολλανδία και χωρίστηκε σε 4 ομάδες: BPD+SoD Vs. SoD, BPD+SoD Vs. BPD, BPD Vs. SoD, PC Vs. BPD και/ ή SoD που συγκρίθηκαν ως προς τα αποτελέσματα των μετρήσεων.

.CIDI
.BPD Severity Index
.SIDES -rev
.BVAQ
. Traumatic Experiences Checklist (TEC)
. Self-Rating Inventory for PTSD
.Το παιδικό τραύμα από πρωταρχικό φροντιστή χωρίστηκε ανάλογα με την περίοδο που έλαβε χώρα στις εξής κατηγορίες: 0-6 ετών, 7-12 ετών, 13-18 ετών.

.Δύο τρίτα του δείγματος είχαν εμπειρία παιδικού τραύματος από πρωταρχικό φροντιστή (50% σε SoD ή άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, έως 75% στην ομάδα BPD+SoD)
.Η υπορύθμιση συναισθήματος σχετιζόταν σημαντικά με συναισθηματική κακοποίηση και κακοποίηση μεταξύ 0-6 ετών
.Η υπερρύθμιση του συναισθήματος σχετιζόταν με φυσική κακοποίηση. Αυτό ίσχυε για υπερρύθμιση σε SoD αλλά και BPD
.Στην ομάδα BPD+SoD, ειδική θετική συσχέτιση της υπερρύθμισης με τη φυσική κακοποίηση
.Πρωιμότερη κακοποίηση σχετίζεται σημαντικά και με τις δύο μορφές διαταραχής στη ρύθμιση του συναισθήματος στην ομάδα BPD+SoD
.18% των γυναικών είχαν υποστεί φυσική και 15% σεξουαλική κακοποίηση στην ενήλικη ζωή

Eberhard-Gran et al,
Συγχρονική Μελέτη

2730 γυναίκες από το γενικό πληθυσμό, 18-40 ετών (μέσος όρος 33,2 ετών), από δυο πόλεις της Νορβηγίας.

Ηλεκτρονική αποστολή κι επιστροφή των εξής ερωτηματολογίων:
.PRIME-MD

<p>Henningsen & Creed, Βιβλιογραφική Ανασκόπηση</p>	<p>Περιγραφική βιβλιογραφική ανασκόπηση 32 άρθρων</p>	<p>Μελέτη ομοιοτήτων και διαφορών διαφόρων λειτουργικών συνδρόμων με σκοπό</p>	<p>.Ένα ερωτηματολόγιο για την παρουσία 11 οργανικών ασθενειών .6 ερωτήσεις από το Abuse Assessment Screen (3 για έκθεση σε φυσική βία και 3 για σεξουαλική κακοποίηση) .Μετρήσεις για κατάθλιψη (πιθανός συγχυτικός παράγοντας), οικονομικά προβλήματα και δημογραφικά χαρακτηριστικά (μορφωτικό επίπεδο, ηλικία, ύπαρξη παιδιών)</p> <p>.Γυναίκες με ιστορικό κακοποίησης ήταν σημαντικά πιθανότερο να αναφέρουν σωματικά συμπτώματα και να πάσχουν από ασθένειες .3 από τις 11 οργανικές ασθένειες του ερωτηματολογίου είχαν στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερη επίπτωση σε γυναίκες με θετικό ιστορικό φυσικής κακοποίησης και 8 από τις 11 επίσης, σε θετικό ιστορικό για σεξουαλική κακοποίηση .Η ποσότητα της βίας που είχε υποστεί μια γυναίκα συσχετιζόταν θετικά με μεγαλύτερο αριθμό συμπτωμάτων και περισσότερες ασθένειες .Ο συνδυασμός φυσικής και σεξουαλικής κακοποίησης το τελευταίο 12μηνο, σχετιζόταν με το μεγαλύτερο αριθμό σωματικών συμπτωμάτων κι ασθενειών σε σχέση με τις υπόλοιπες κατηγορίες .Η πρόωμη έκθεση σε κακοποίηση και πρώιμες απώλειες είναι κοινός παράγοντας</p>
---	---	--	--

Karvonen et al,
Συγχρονική Μελέτη

984 άτομα, ηλικίας
31 ετών την εποχή
της έρευνας. Ήταν
δείγμα από τους
συμμετέχοντες στην
«Northern Finland
1966 Birth Cohort»,
μια έρευνα στο
γενικό πληθυσμό

.TCI
.Σωματοποίηση ή όχι
με βάση τον ιατρικό
φάκελο σε δημόσιες
δομές (DSM-III-R)
.Φύλο, μορφωτικό
επίπεδο, ψυχικό
distress, οικ.
κατάσταση

την κατανόηση της
αιτιολογίας τους

κινδύνου σε διάφορα
λειτουργικά
σύνδρομα
.Θετική συσχέτιση:
Συναισθηματικές
Διαταραχές, θετικό
οικογενειακό
ιστορικό για
ψυχιατρικές
διαταραχές,
γυναικείο φύλο
.Συσχέτιση
νευρωτισμού με
αυξημένη σωματική
αντίδραση στον πόνο
.Μειωμένη
παρασυμπαθητική
δραστηριότητα ως
κοινό
χαρακτηριστικό σε
λειτουργικά
σύνδρομα
.Υπερενεργοποίηση
περιοχών του
εγκεφάλου που
σχετίζονται με
νοητικές/συναισθημ
ατικές παραμέτρους
επεξεργασίας του
πόνου σε θύματα
παιδικής
κακοποίησης με
Σύνδρομο
Ευερέθιστου
Εντέρου και Χρόνιες
Διαταραχές Πόνου
.Συσχέτιση
αυξημένων Reward
Dependence και
Harm Avoidance με
τη σωματοποίηση σε
όλο το δείγμα.
Εξάλειψη της
συσχέτισης για κάθε
φύλο χωριστά.
. Συσχέτιση ψυχικού
Distress με τη
σωματοποίηση

Liu Liang et al, Συγχρονική Μελέτη	109 ετεροφιλόφυλα ζευγάρια από τη Βοστώνη μέσα από διαφήμιση για μια έρευνα πάνω στην επικοινωνία των ζευγαριών. Παντρεμένα ή σε σταθερή σχέση για τουλάχιστον 12 μήνες. Από αυτά 101 ολοκλήρωσαν τη διαδικασία	.CTQ .CTS2 .SSI .RSQ .MAI .BDI .Intimate Partner Violence .Μια ατομική συνέντευξη και συνέντευξη μαζί με το σύντροφο	.Ο φοβικός τύπος προσκόλλησης σχετίζεται με τη σωματοποίηση μέσω της διαμεσολάβησης (Mediation) της απώθησης θυμού στις γυναίκες και της αυξημένης τάσης να αισθάνεται κανείς θυμό στους άντρες
Magnusson et al, Συγχρονική Μελέτη	250 νοσοκόμες από τμήματα χειρουργικής και γενικής ιατρικής δυο νοσοκομείων στην Αγγλία. 121 ολοκλήρωσαν τη διαδικασία	.EPQ-R short scale για νευρωτισμό .Frost Multi-Dimensional Perfectionism Scale .ένα ερωτηματολόγιο για γενικές παραμέτρους που μπορεί να επηρεάσουν τα επίπεδα κούρασης, πχ. αριθμός παιδιών .Οπτικοποιημένη αναλογική σκάλα για νοητική (επιμένουσα κι οξεία) και σωματική κόπωση (επιμένουσα κι οξεία) .Αξιολόγηση των επιπέδων κούρασης από τις ίδιες τις συμμετέχουσες την τελευταία εβδομάδα (fatigue state) και συνήθως (fatigue trait)	.Τα επίπεδα state fatigue και trait fatigue ήταν αυξημένα. Το πρώτο σχετιζόταν με την απόσταση από την τελευταία βραδινή βάρδεια .Η παράμετρος «αμφιβολίες για τις πράξεις» σχετίζεται με νοητική κόπωση και οι «γονικές προσδοκίες» με φυσική κόπωση . Τα υψηλά προσωπικά στάνταρτς φάνηκε να έχουν προστατευτικό ρόλο .3 από τις 4 παραμέτρους αρνητικής τελειομανίας σχετίζονται με νευρωτισμό. Ενίσχυση της άποψης ότι ίσως η αρνητική τελειομανία αποτελεί μια στρατηγική προσαρμογής σε άτομα με υψηλά επίπεδα νευρωτισμού

McCall-Hosenfeld et al, Συγχρονική Μελέτη	597 άτομα, πάσχοντες από χρόνιο πόνο, 18-60 ετών, που είχαν προσέλθει σε ένα αστικό ακαδημαϊκό κέντρο στον Καναδά την περίοδο 2005-2007	.IPV .Sexual Trauma (ST) .ACES .CIDI version 2.1, Module PTSD .PHQ-9 για μέτρηση κατάθλιψης .CIDI version 2.1, χρήση ουσιών .Σοβαρότητα σωματικών συμπτωμάτων με PHQ-15	.Στους άντρες η σχέση ανάμεσα στο διαπροσωπικό τραύμα και τη σοβαρότητα των σωματικών συμπτωμάτων διαμεσολαβείται από την κατάθλιψη και τη χρήση ουσιών. Μετά από αφαίρεση των Mediators δεν προέκυπτε ευθεία συσχέτιση του διαπροσωπικού τραύματος και της σοβαρότητας των σωματικών συμπτωμάτων .Στις γυναίκες το ρόλο σημαντικού διαμεσολαβητή (Mediator) είχε η κατάθλιψη. Και μετά από την εξάλειψη των τριών πιθανών διαμεσολαβητών (ΔΜΣ, κατάθλιψη, χρήση ουσιών), φάνηκε να υπάρχει άμεση συσχέτιση ανάμεσα στο διαπροσωπικό τραύμα και τη σοβαρότητα των σωματικών συμπτωμάτων .Το φύλο δεν είχε σημαντική επίδραση στη συσχέτιση ανάμεσα στο διαπροσωπικό τραύμα και τη σοβαρότητα των σωματικών συμπτωμάτων. Εξαίρεση:3+ ACES σε γυναίκες, όπου σχετίζονται με σοβαρότερα
---	---	---	---

σωματικά
συμπτώματα

McKillop & Banez, Περιγραφική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	135 δημοσιεύσεις από την περίοδο 2000-2016 στα PsycINFO, PubMed και Google Scholar.	Διαχωρισμός σε δύο γενιές ερευνών, αυτές που μελετούν: .Παράγοντες κινδύνου που αφορούν σε παιδί/έφηβο για χρόνιο παιδιατρικό πόνο .Παράγοντες κινδύνου που αφορούν στις διαπροσωπικές σχέσεις παιδιού/εφήβου	.Η πρώτη γενιά ανέδειξε: ταμπεραμέντο, άγχος, κατάθλιψη, ευαλωτότητα στο στρες, παθητικές στρατηγικές προσαρμογής, προβλήματα ύπνου, αρνητικές γνωσίες, αποφευκτικές/ φοβικές συμπεριφορές .Η δεύτερη γενιά ανέδειξε: γονείς με υπερβολική αντιμετώπιση ερεθισμάτων πόνου στο παιδί, καταστροφολογικές γνωσίες. Κατάθλιψη/διαταραχ -ή άγχους στο γονέα, οικογενειακό ιστορικό πόνου .Αλεξιθυμία, νευρωτισμός και ευσυνειδησία σχετίζονται με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του IBS . Αρνητικά συναισθήματα, συναισθηματική διέγερση, άγχος , κατάθλιψη και θυμός σχετίζονται με την ευαισθησία στον πόνο, την παθογένεση και τη σοβαρότητα του IBS
Muscatello et al, Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	141 μελέτες και άρθρα	Ο ρόλος χαρακτηριστικών προσωπικότητας και συναισθηματικών μοτίβων στην παθογένεση, τις κλινικές εκδηλώσεις και την πρόγνωση του IBS	

Nacak et al, Συγχρονική Μελέτη	Δείγμα 65 ασθενών με τη διάγνωση Σωματοποιητική Διαταραχή Πόνου (SPD), ηλικίας 18-65 ετών κι ένα δείγμα 65 υγιών, ταιριασμένων με το πρώτο για ηλικία και φύλο	.SCID-I .PHQ-15 .PHQ-9 .RSQ .CTS για τη μέτρηση της βαρύτητας πέντε τύπων παιδικών τραυμάτων .Essen Trauma Intentory (ETI)	.60% των ατόμων με SPD είχαν ανασφαλή τύπο προσκόλλησης, σε αντίθεση με το δείγμα των υγιών, όπου το 80% είχε ασφαλή τύπο προσκόλλησης .Το 70,4% από το δείγμα με SPD ανέφεραν 3 ή παραπάνω τραυματικά γεγονότα, σε αντίθεση με το 40% των υγιών που είχαν 1 τραυματικό γεγονός .Ο αριθμός κι όχι ο τύπος των τραυματικών γεγονότων ή της παιδικής κακοποίησης φάνηκε να παίζει το σημαντικότερο ρόλο ως προγνωστικός παράγοντας για SPD .Παιδική συναισθηματική ή σωματική παραμέληση φάνηκε να είναι συχνότερο τραυματικό γεγονός από σεξουαλική ή φυσική κακοποίηση στην παιδική ηλικία σε ασθενείς με SPD .87,3% του δείγματος με SPD είχαν συνοσηρότητα με κατάθλιψη με βάση το SCID-I .Ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στο ψυχικό στρες και το NSNAP .Ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στο άγχος και το NSNAP. Ως προς αυτό μπόρεσε να γίνει μόνο
Ortego et al, Συστηματική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	28 δημοσιεύσεις από το PubMed, Scopus, PsycINFO, Web of Science, PEDro , Cochrane Library στο διάστημα 1991-2015	.Δημοσιεύσεις με θέμα τη συσχέτιση του ψυχικού στρες και του άγχους με χρόνιο μη ειδικό πόνο σε αυχένα-βραχίονα (NSNAP)	

		.Τέσσερις από τις δημοσιεύσεις χρησιμοποιήθηκαν για μετα-ανάλυση	ποιοτική ανάλυση των δεδομένων
Phillips et al, Μελέτη ασθενών-μαρτύρων	82 άτομα με διαγνωσμένο Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου (IBS) και 67 μάρτυρες, κάτοικοι Αυστραλίας, άνω των 18 ετών	.IBS Symptom Severity Score .Life-Events Inventory (LEI) .TAS-20 .Emotional Processing Scale (EPS-25) .YSQ-S2 .The Brief COPE . SCL-90-R	. Οι εξής παράγοντες προέβλεπαν στο 72% των περιπτώσεων αν κάποιος ανήκε στο γκρουπ με IBS ή στους μάρτυρες: αλεξιθυμία, τέσσερις τύποι στρατηγικών προσαρμογής (ενεργός προσαρμογή, αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης, αυτοκριτική, θετική αναπλαισίωση) και το σχήμα ελαττωματικότητα-τροπή .Οι εξής παράγοντες μπορούσαν να προβλέψουν στο 61,3% τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων ανάμεσα στα άτομα με IBS: αλεξιθυμία, φύλο, δυο δυσλειτουργικά σχήματα (ελαττωματικότητα-ντροπή, αυτονόητο δικαίωμα-μεγαλομανία) και το συνολικό ψυχολογικό distress Ανεξάρτητη συσχέτιση της αλεξιθυμίας (κυρίως της παραμέτρου DIF) με τη συνολική ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα. Υψηλότερο σκορ αλεξιθυμίας σχετίζονταν με
Picardi et al, Συγχρονική Μελέτη	545 νοσηλεύόμενοι ενήλικες ασθενείς ενός νοσοκομείου δερματολογικών παθήσεων στην Ιταλία	.TAS .Skindex-29 για τη μέτρηση των ψυχοκοινωνικών συνεπειών δερματολογικών παθήσεων .GAF-Scale .SCID-I	

Porter et al, Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	18 δημοσιεύσεις πάνω στον τύπο προσκόλλησης ασθενών με χρόνια πόνου, καθώς και πάνω στον τύπο προσκόλλησης των πρωταρχικών φροντιστών τους και πώς αυτός επηρεάζει τις εμπειρίες πόνου και των δύο. 1 δημοσίευση πάνω στη θεωρία της προσκόλλησης	Βλ. δείγμα	χαμηλότερο σκορ GAF. .Το GAF ήταν ακόμα πιο χαμηλό σε άτομα με ψυχιατρική συνοσηρότητα και μεγαλύτερη επιβάρυνση από τα δερματολογικά συμπτώματα .Θετική συσχέτιση της ανασφαλούς προσκόλλησης, κυρίως της φοβικής- ανασφαλούς, με την ένταση του πόνου, με αυξημένο ψυχολογικό distress και δυσλειτουργικές στρατηγικές προσαρμογής στον πόνου .Ο ανασφαλής τύπος προσκόλλησης των πρωταρχικών φροντιστών ατόμων με χρόνια πόνο σχετίζεται επίσης με δυσλειτουργικές στρατηγικές προσαρμογής και αυξημένο ψυχολογικό distress των ασθενών αυτών .Αναδείχθηκε η μειωμένη ανταπόκριση έως και χειροτέρευση στη Reassurance σε ασθενείς με σωματοποίηση. Εξαίρεση, κάποιες έρευνες πάνω στις Διαταραχές Μετατροπής .Ανομοιογενή συμπεράσματα σε σχέση με τη Satisfaction. Συνολικά όχι χαμηλά επίπεδα Satisfaction
Puri & Dimsdale, Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	.22 αγγλόφωνες δημοσιεύσεις σχετικά με Σωματοποίηση (Somatoform Search)+Reassuran ce .42 αγγλόφωνες δημοσιεύσεις σχετικά με Σωματοποίηση+Satis faction .222 αγγλόφωνες δημοσιεύσεις σχετικά με Σωματοποίηση+Utili zation	Εξέταση της υπόθεσης αν η μειωμένη Reassurance, η αυξημένη Utilization και η μειωμένη Satisfaction έχουν προγνωστική αξία για τις Διαταραχές Σωματοποίησης	

Raphael & Spatz Widom, Προοπτική Μελέτη Κοόρτης	.908 παιδιά με κακοποίηση ή παραμέληση καταγεγραμμένη σε δικαστικά αρχεία το διάστημα 1967- 1971, όταν ήταν μικρότερα των 11 ετών . σύγκριση με 667 παιδιά ταιριασμένα για ηλικία, φυλή και κοινωνικο- οικονομικές συνθήκες με το πρώτο δείγμα, εκτός της κακοποίησης	. Πρώτο follow-up στο διάστημα 1989- 1995 με συνεντεύξεις για αξιολόγηση της λειτουργικότητας, της ύπαρξης πόνου και ΔΜΣ. Συμμετείχε το 74% (1196) του αρχικού συνόλου των δύο δειγμάτων .Δεύτερο follow-up με συνεντεύξεις στο διάστημα 2003- 2004. Συμμετοχή του 67% όσων έλαβαν μέρος στο πρώτο follow-up	σε σχέση με σωματοποίηση .Utilization ως ευαίσθητος, αλλά όχι ειδικός προγνωστικός παράγοντας για σωματοποίηση. Αυξημένη Utilization στη βάση εξωτερικού ιατρού σε ασθενείς με σωματοποίηση. Συνολικά ανομοιογενή αποτελέσματα .Η ΔΜΣ δεν είναι Mediator στη σχέση μεταξύ παιδικής κακοποίησης και πόνου .Η ΔΜΣ εξηγεί 3% του αριθμού των συμπτωμάτων πόνου και προβλέπει 4% του ανεξήγητου πόνου στη μέση ενήλικη ζωή .Ο συνδυασμός παιδικής κακοποίησης και ΔΜΣ προβλέπει σε σημαντικό βαθμό τον αριθμό συμπτωμάτων πόνου, τον πόνο και συμπτώματα πόνου στο πλαίσιο άλλων ασθενειών. Αυτό δεν ίσχυε για τον ανεξήγητο πόνο .Κάθε παράμετρος χωριστά, δεν προβλέπει σε σημαντικό βαθμό τα συμπτώματα πόνου στην ενήλικη ζωή
---	---	--	---

Ropponen et al, Προοπτική Μελέτη Κοόρτης	1341 ζεύγη μονοζυγωτικών ανδρών .3026 ζεύγη διζυγωτικών ανδρών .1596 ζεύγη μονοζυγωτικών γυναικών .3157 ζεύγη διζυγωτικών γυναικών .όλοι γεννημένοι στη Φιλανδία πριν το 1950 και το 1975 όχι συνταξιοδοτημένοι	.Follow-up από το 1975 έως πρόωρη σύνταξη ή σύνταξη γήρατος ή θάνατο ή έως το 2004 .Eysenk Personality Inventory .Ερωτηματολόγια για Low Back Pain κι ικανότητα εργασίας .Life Satisfaction Scale (Happiness, easiness, loneliness, interest) . Έλεγχος οικογενειακής και κοινωνικο- οικονομικής κατάστασης	.Η μειωμένη ικανοποίηση με την καθημερινότητα και ο νευρωτισμός αποτελούν ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου για πρόωρη συνταξιοδότηση λόγω Low Back Pain
Bass & Murphy, Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	99 μελέτες και άρθρα	Ανασκόπηση ευρημάτων και θεωρητικών τοποθετήσεων της γνωσιακής ταξονομίας και της γενικής ταξονομίας πάνω στη νοσολογία των διαταραχών προσωπικότητας (PD) και των διαταραχών σωματοποίησης (SD)	.Υψηλή συσχέτιση των SD με PD .Αυξημένα ποσοστά PD σε ασθενείς με χρόνιο πόνο, χωρίς οργανική αιτία .Σταθερός/διαχρο- νικός χαρακτήρας της υποχονδρίας και ομοιότητες με αγχώδεις/ψυχαναγκα στικές PD .Υψηλά ποσοστά PD, κυρίως από το Cluster A, ακολουθούμενα από αποφευκτική κι οριακή PD, σε ασθενείς με Δυσμορφοφοβία .Στους άνδρες η παιδική κακοποίηση και ο ανασφαλής τύπος προσκόλλησης είχαν ανεξάρτητη προγνωστική αξία για τη σωματοποίηση .Στις γυναίκες η σχέση ανάμεσα στο παιδικό τραύμα και
Waldinger et al, Συγχρονική Μελέτη	109 ζευγάρια από το γενικό πληθυσμό της Βοστώνη μετά από διαφήμιση και τηλεφωνικό screening των γυναικών	. 2 κλινικές συνεντεύξεις . SSI . CTQ, short Form . BDI . CTS2	.Στους άνδρες η παιδική κακοποίηση και ο ανασφαλής τύπος προσκόλλησης είχαν ανεξάρτητη προγνωστική αξία για τη σωματοποίηση .Στις γυναίκες η σχέση ανάμεσα στο παιδικό τραύμα και

Waller et al, Συγχρονική Μελέτη	.37 ασθενείς, 18-65 ετών, με διαγνωσμένη Διαταραχή Σωματοποίησης (SD) κατά το ICD-10 και διάρκεια συμπτωμάτων το λιγότερο 6 μήνες, από ένα ειδικό εξωτερικό ιατρείο και μια ψυχιατρική κλινική σε δύο πόλεις της Γερμανίας .20 μάρτυρες ταιριασμένοι με το δείγμα των ασθενών για φύλο, ηλικία και μορφωτικό επίπεδο	Ερωτηματολόγια/Συνεντεύξεις για: .Ψυχιατρική Διάγνωση .Ψυχοπαθολογία .Σωματοποίηση .Χρήση υπηρεσιών υγείας .NA .Adult Attachment Interview	τη σωματοποίηση διαμεσολαβείται από τον ανασφαλή τύπο προσκόλλησης (Mediator) κι ειδικά τη φοβική προσκόλληση Στο δείγμα με SD ο ανασφαλής τύπος (κυρίως απορριπτικός, ακολουθούμενος από τον εμμονικό) προσκόλλησης ήταν στατιστικά σημαντικά συχνότερος σε σχέση με το δείγμα μαρτύρων .Ο ανασφαλής τύπος προσκόλλησης σχετιζόταν με συχνότερη χρήση υπηρεσιών υγείας .Δεν υπήρχε σαφής συσχέτιση του τύπου προσκόλλησης με την αναφορά σωματικών (symptom reporting) συμπτωμάτων και τη μειωμένη σωματική υγεία (somatic impairment)
Wei et al, Συγχρονική Μελέτη	288 δεξιόχειρες φοιτητές, ηλικίας 17-27 ετών από ένα πανεπιστήμιο στην Κίνα	.Self Rating Anxiety Scale (SAS) .NEO Personality Inventory με επικέντρωση στη διάσταση Neuroticism-Anxiety (N-Anx) .Μέτρηση όγκου της φαιάς ουσίας στην περιοχή του υπόκαμπου (r-GMV) με MRI με τη χρήση voxel-based μορφομετρίας	.Άτομα με αυξημένο όγκο parahippocampal(PHG)/entorhinal cortex παρουσιάζουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα που σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα νευρωτισμού, αντίθετα με άτομα με μικρότερο όγκο φαιάς ουσίας στην ίδια περιοχή του

Wongpakaran & Wongpakaran, Συγχρονική Μελέτη	Δείγμα 126 Ταϊλανδών, άνω των 60 ετών από το γενικό πληθυσμό	.IP-64 .16PF .SCL-90 .Ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο κι οικονομική κατάσταση	μεταιχμιακού συστήματος .Σωματικά συμπτώματα σχετίζονται αρνητικά με τον όγκο της φαιάς ουσίας του αριστερού postcentral gyrus . Ίσως ο αυξημένος όγκος PHG να αλληλεπιδρά με N- Anx για τη διαμόρφωση του ρίσκου για αγχώδεις διαταραχές .Μεγαλύτερη ηλικία και χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο σχετίζονται με κοινωνική συστολή και σωματοποίηση .Χαρακτηριστικά προσωπικότητας, όπως ο νευρωτισμός, η κυριαρχικότητα/αυ- ταρχισμός και ο σκεπτικισμός σχετίζονται με σωματοποίηση και κοινωνική απομόνωση .Δε φάνηκε η κοινωνική απομόνωση να παίζει ρόλο διαμορφωτή (Moderator) στη σχέση μεταξύ κάποιων χαρακτηριστικών προσωπικότητας και της σωματοποίησης .Δεν υπάρχει άμεση επίδραση της κοινωνικής απομόνωσης στη σωματοποίηση
--	---	---	--

Ali et al, Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	Ανασκόπηση 70 δημοσιεύσεων	Μελέτη της βιβλιογραφίας σχετικά με την επιδημιολογία, την παθογένεση, την αιτιολογία, τα κλινικά χαρακτηριστικά, τα EEG-ευρήματα, τη διαχείριση και την πρόγνωση PNES	Σχετικά με την παθογένεση/αιτιολογία: .24% και 15,5% των περιστατικών έχουν ιστορικό σεξουαλικής και φυσικής κακοποίησης στην παιδική ηλικία, αντίστοιχα .Σημαντικότεροι παράγοντες ως προς το ιστορικό παιδικής κακοποίησης: διάρκεια και συχνότητα, διείσδυση στη σεξ. κακοποίηση, σεξουαλική κακοποίηση από τον πατέρα, έλλειψη υποστήριξης, παιδί που δεν έγινε πιστευτό, πολλαπλές ανακρίσεις
Boeft et al, Προοπτική Μελέτη	Δεδομένα από 2981 συμμετέχοντες στη Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA)	Μετρήσεις στην αρχή, μετά από ένα και μετά από δύο έτη: .Health Care Utilization (HCU) με iMTA & Trimbos (TIC-P) .Dimensional Symptoms Questionnaire (4DSQ) .CIDI .NEO-Five Factor Inventory	.Στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα σε πολλαπλά ανεξήγητα φυσικά συμπτώματα και χρήση υπηρεσιών υγείας .Κατάθλιψη και νευρωτισμός είχαν την ισχυρότερη επίδραση στην προαναφερθείσα συσχέτιση
Bursch et al, Προοπτική Μελέτη	Από το New York City Division of AIDS: 269 γονείς με HIV/AIDS και τα παιδιά αυτών, 409 έφηβοι/νεαροί ενήλικες (11-21 ετών)	Πολλαπλές μετρήσεις (στην αρχή, κάθε 3μηνο για τα πρώτα 2 έτη και μετά κάθε εξάμηνο για άλλα 4 έτη) για τα παιδιά, σχετικά με: .Σωματικά Συμπτώματα (BSI)	Προέβλεπαν αυξημένα σωματικά συμπτώματα στα παιδιά: .Θηλυκό γένος .Πολλαπλές ιατρικές διαγνώσεις .Συχνές νοσηλείες .Στρεσογόνα Life- Events

.Αριθμός ιατρικών διαγνώσεων	.Προβλήματα στο σχολείο
.Αριθμός νοσηλειών	.Χρήση ουσιών
.Χρήση ουσιών	Προστατευτικά ήταν:
.Προβλήματα στο σχολείο	.Αντίληψη γονέα ως προστατευτικού
.Στρεσογόνα Life-Events	.Γονικός θάνατος
.Δεσμός με το γονέα	
.Συγκρούσεις γονέα-παιδιού	
Για τους γονείς μόνο στην αρχή:	
.Στάδιο ασθένειας	
.Συναισθηματικό Distress λόγω πόνου	
.Συνολικό Distress	
.Χρήση ουσιών	
.Στρατηγικές προσαρμογής	

Πίνακας σύνοψης των ευρημάτων

Σύνοψη-Συζήτηση

Ανάμεσα στα άρθρα που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση, ακόμα κι από αυτά που δημοσιεύθηκαν μετά το Μάιο του 2013, χρονολογία έκδοσης του DSM-5, δεν υπήρχε κάποιο που να αναφέρεται άμεσα στη διάγνωση SSD. Η σωματοποίηση στις δημοσιεύσεις αυτές προσεγγίζεται με διάφορες εκδοχές της σε κλινικό επίπεδο, όπως πχ. ιατρικώς ανεξήγητα σωματικά συμπτώματα (MUPS), Διαταραχή Σωματοποίησης με βάση τα κριτήρια του DSM-IV ή του ICD-10, ως σωματικά συμπτώματα ανεξάρτητα από την επιβεβαιωμένη ύπαρξη υποκείμενης οργανικής αιτίας, επίμονα φυσικά συμπτώματα, Διαταραχή Μετατροπής (λειτουργικά κινητικά συμπτώματα και κρίσεις ψυχογενούς επιληψίας), Σύνδρομο Χρόνιου Πόνου και λειτουργικά σύνδρομα, εν προκειμένω IBS και Fatigue/CFS. Μέσα από την ανασκόπηση αυτών των ερευνών, που ακολουθούσαν διαφορετικές μεταξύ τους μεθοδολογίες, στην πλειοψηφία τους συγχρονικές μελέτες, αναδείχθηκαν ποικίλοι ψυχοδυναμικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που είτε συσχετιζόνταν θετικά, είτε είχαν ξεκάθαρη προγνωστική αξία ή φαίνονταν να αποτελούν παράγοντες κινδύνου για σωματοποίηση και την SSD, μέσα από μια ερμηνεία των εκάστοτε αναφερόμενων συμπτωμάτων και συνδρόμων με βάση τα σύγχρονα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-5. Οι παράγοντες αυτοί, συνοψίζοντας, ήταν: άλλες ψυχικές ασθένειες (κατάθλιψη, διαταραχές άγχους, ΔΜΣ), συναισθηματικό και ψυχολογικό Distress, παιδικό τραύμα/κακοποίηση (με ειδικές αναφορές στη φυσική και συναισθηματική κακοποίηση/παραμέληση), χαρακτηριστικά προσωπικότητας (κυρίως νευρωτισμός, αλλά και τελειομανία), γνωσίες, σχήματα και στρατηγικές προσαρμογής, , αλεξιθυμία και στρατηγικές προσκόλλησης στον ενήλικα. Από τους προαναφερθέντες παράγοντες φάνηκε ο νευρωτισμός, η αλεξιθυμία, μορφές παιδικού τραύματος/παραμέλησης και ανασφαλές στρατηγικές προσκόλλησης να αποτελούν εκείνους που εμφανίζονται στις περισσότερες από τις έρευνες που συμπεριλήφθηκαν. Όσον αφορά στην αλεξιθυμία, η παράμετρος DIF και δευτερευόντως

η DDF φάνηκε να έχουν τη μεγαλύτερη προγνωστική αξία. Σχετικά με τις στρατηγικές προσκόλλησης στον ενήλικα, αναδείχθηκε η θετική συσχέτιση και η προγνωστική αξία, όπως θα αναμέναμε κι εμπειρικά, του ανασφαλούς τύπου προσκόλλησης και πιο συχνά των υποτύπων απορριπτική και φοβική ανασφαλής προσκόλληση. Η παράμετρος αυτή σε κάποιες από τις έρευνες μελετήθηκε σε σχέση με το παιδικό τραύμα, την παραμέληση και τη γονική απορριπτικότητα ή ανημποριά, υποδεικνύοντας ίσως έτσι τη σημασία της ως προς την ακριβέστερη κατανόηση μονοπατιών που συνδέουν το παιδικό τραύμα με τη σωματοποίηση. Και ο παράγοντας αλεξιθυμια, που στις περισσότερες έρευνες της παρούσας ανασκόπησης προσεγγίστηκε ως μια διαταραχή στη ρύθμιση του συναισθήματος (υπερρύθμιση), φάνηκε να συνδέεται με τις στρατηγικές ανασφαλούς προσκόλλησης στον ενήλικα, κυρίως με τον απορριπτικό τύπο, ως μια προσαρμογή στις εσωτερικευμένες πρώτες εμπειρίες που σχετίζονται με την εκδήλωση αναγκών στην παιδική ηλικία και εν προκειμένω τη μη απαντητικότητα των πρωταρχικών αντικειμένων ως προς την εκπλήρωσή τους (Bowlby; Mikulincer et al).

Ιδιαίτερη αναφορά στο πλαίσιο της σύνοψης των ευρημάτων αξίζει να γίνει στις δυο προοπτικές μελέτες κούρτης, με διάστημα παρακολούθησης του μελετώμενου δείγματος έως και τριάντα έτη, καθώς μεθοδολογικά επιτρέπουν την εξαγωγή ποιοτικά ισχυρότερων ευρημάτων ως προς την προγνωστική αξία ή και την αιτιολογική σχέση ψυχοδυναμικών/ψυχοκοινωνικών παραγόντων με τη σωματοποίηση και τη SSD. Αυτή των Raphael & Widom (2011), μελετώντας τη σχέση μεταξύ παιδικής κακοποίησης, ΔΜΣ και πόνου στην ενήλικη ζωή σε ένα δείγμα για 30 έτη, κατέληξε στη συνεργικότητα του παιδικού τραύματος με την ΔΜΣ (εν προκειμένω ανάδειξη της ως Moderator) για τη στατιστικά σημαντική πρόβλεψη του πόνου, ως προς τα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά του, στην ενήλικη ζωή. Η δεύτερη έρευνα με ίδια μεθοδολογία και χρόνο μελέτης του δείγματος έως και 30 έτη, αυτή των Ropponen et al (2012), ανέδειξε το νευρωτισμό και τη δυσαρέσκεια με τη ζωή/καθημερινότητα (Life Dissatisfaction) ως σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για πρόωρη συνταξιοδότηση λόγω LBS. Αν και στην έρευνα αυτή μελετάται μια πολύ ειδική συνθήκη κι έκβαση, εν τούτοις δεν παύει να είναι πολύ σημαντική η ανάδειξη μιας σχεδόν αιτιολογικής σύνδεσης (παράγοντας κινδύνου) του νευρωτισμού με μια διαταραχή πόνου (LBS) και τους σοβαρούς περιορισμούς στη λειτουργικότητα που προκύπτουν από αυτήν, όπως αυτοί εκφράζονται μέσα από τη συνταξιοδότηση λόγω αναπηρίας.

Μια προσπάθεια για σύνοψη κι ενιαία θεώρηση των φαινομένων και των εννοιών που συνδέονται με τους ψυχοδυναμικούς παράγοντες που φάνηκε να έχουν μια ειδική σημασία για την ερευνητική μας υπόθεση, θα μπορούσε να γίνει και προς την κατεύθυνση της σύγχρονης ψυχαναλυτικής ψυχοσωματικής, όπως αυτή εκφράζεται από τη Γαλλική Σχολή. Κλινικές παρατηρήσεις και εκτιμήσεις της ψυχοπαθολογίας, που στο πλαίσιο της ψυχαναλυτικής ψυχοσωματικής γίνονται μεταξύ άλλων με βάση τη χρηστική ζωή κι όσα τη χαρακτηρίζουν (χρηστική σκέψη, βασική κατάθλιψη), συνδέονται και με την αλεξιθυμια, όπως αυτή προσεγγίζεται σε πολλές από τις μελέτες της ανασκόπησης, αλλά θα μπορούσαμε να πούμε και με την ανασφαλή προσκόλληση, όπως αυτή προκύπτει μέσα από το πρώιμο ναρκισσιστικό τραύμα, που με κλινικούς όρους μπορεί να συνδέεται με παιδική κακοποίηση/παραμέληση. Το τελευταίο θα μπορούσαμε, σε μια προσπάθεια εννοιολογικών προσεγγίσεων (τύπος προσκόλλησης, παιδικό τραύμα, αλεξιθυμια), να το αναγνωρίσουμε καλύτερα στο πλαίσιο της διαδικασίας της «ψυχοσωματικής αποσύνδεσης», κατά την οποία η χρηστική ζωή συνδέεται με ναρκισσιστικά τραύματα λόγω πρώιμης απουσίας οργάνωσης (P. Marty) και την υπερεπένδυση του πραγματικού, ως μηχανισμού προστασίας του Εγώ από κατακλυσμιαίο άγχος (P. Marty & M. de M' Uzan, 1963).

Από την άλλη, υπάρχουν και κάποιες έρευνες ανάμεσα σε αυτές που συμπεριλάβαμε, στις οποίες η προγνωστική αξία των παραγόντων που μελετούσαν δεν επιβεβαιώθηκε ή φάνηκε ότι οι παράγοντες που μελετούσαν και τα ευρήματα τους σχετίζονταν μόνο έμμεσα με τη δική μας ερευνητική υπόθεση. Έτσι κάποιες από τις δημοσιεύσεις μελετούν πχ. παράγοντες που σχετίζονται/επηρεάζουν την προσαρμογή και τη λειτουργικότητα στο πλαίσιο σωματικών

συμπτωμάτων, γεγονός που τις συνδέει βέβαια έμμεσα με το κριτήριο της SSD που αναφέρεται στα συναισθήματα, τις σκέψεις και τις συμπεριφορές που σχετίζονται με το σωματικό σύμπτωμα ή τα συμπτώματα. Ο αριθμός αυτών των ερευνών που φάνηκε στην πορεία της ανασκόπησης να σχετίζονται μόνο έμμεσα με τη δική μας ερευνητική υπόθεση ήταν εννέα. Τέλος μια από τις έρευνες που συμπεριλάβαμε φάνηκε κατά την ανασκόπηση να μη σχετίζεται καθόλου με το ζητούμενο μας, ούτε να μπορεί ερμηνευτικά να εντοπιστεί κάποια εννοιολογική συγγένεια με αυτό, οπότε και παραλείφθηκε η παράθεση των ευρημάτων της. Πρόκειται για την έρευνα του Denollet S. στο Journal of Psychosomatic Research, 2000. Το γεγονός αυτό μπορούμε να το ερμηνεύσουμε κι ως μια εκδήλωση ασυνάφειας κι αποσύνδεσης, εν μέσω μιας προσπάθειας να γίνουν αποσαφηνίσεις και να γεφυρωθούν εννοιολογικές αντιφάσεις, που ίσως και να χαρακτηρίζει συνολικά το φαινόμενο της σωματοποίησης και την SSD, τόσο σε επίπεδο θεωρητικής προσέγγισης κι ερμηνειών, όσο και σε επίπεδο παθογένεσης, κλινικών εκδηλώσεων, διαγνωστικής ταξινόμησης και θεραπευτικών προσεγγίσεων από διάφορες ιατρικές ειδικότητες.

Τα ευρήματα που αφορούν στους ψυχοδυναμικούς/ψυχοκοινωνικούς παράγοντες που προαναφέρθηκαν και κυρίως στο παιδικό τραύμα/κακοποίηση/παραμέληση, την αλεξιθυμία, το νευρωτισμό και τις στρατηγικές προσκόλλησης στον ενήλικα, θα μπορούσαν να αποτελέσουν το ερέθισμα για περαιτέρω έρευνα με στόχο τον καθορισμό ενός ψυχοδυναμικού προδιαθεσικού προφίλ. Η επιβεβαίωση ενός τέτοιου προφίλ θα μπορούσε να οδηγήσει σε μια πιο ενιαία διαμόρφωση στρατηγικών προσέγγισης, διαγνωστικής ταξινόμησης, πρόληψης και θεραπευτικής αντιμετώπισης που να αφορά σε όλες τις εμπλεκόμενες ιατρικές ειδικότητες. Παράλληλα, τα ευρήματα από μόνα τους υπογραμμίζουν τη σπουδαιότητα της εξατομικευμένης αντιμετώπισης, καθώς πρόκειται για παράγοντες που συνδέονται με το πρώιμο, το βιωμένο, το ενδοβλημένο που φέρει κάθε ασθενείς μέσα από την προσωπική του ιστορία. Στην ίδια γραμμή, τα ευρήματα για τις στρατηγικές προσκόλλησης του ενήλικα, που συνδέονται με την εσωτερικευμένη εμπειρία δεσμού της πρώιμης παιδικής ηλικίας, φέρνουν στο επίκεντρο όχι μόνο τη σημασία της εξατομικευμένης προσέγγισης, αλλά και τη σημασία που έχουν μεταβιβαστικά φαινόμενα για την έκβαση της θεραπείας σε τομείς κι εκτός του ψυχιατρικού/ψυχοθεραπευτικού, καθώς και την αξία μιας βασικής ευαισθητοποίησης ως προς αυτά κι από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

Περιορισμοί

Τα αποτελέσματα μας προέκυψαν από την ανασκόπηση ερευνών που έγιναν σε δείγματα/πληθυσμούς πολύ ανομοιογενών μεταξύ τους και πολύ διαφορετικών μεγεθών. Επίσης όπως αναφέρθηκε και στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας, η επιλογή των 32 άρθρων έγινε με εννοιολογικά κριτήρια, δηλαδή την αναζήτηση ψυχοδυναμικών ή ψυχοκοινωνικών παραγόντων που να σχετίζονται, να προβλέπουν ή να αποτελούν παράγοντες κινδύνου για σωματοποίηση, χωρίς να δοθεί έμφαση στον μεθοδολογικό σχεδιασμό κι ως εκ τούτου τα ποιοτικά στάνταρτς κάθε μιας μελέτης. Ο ορισμός της σωματοποίησης επιπλέον, προσεγγιζόταν σε κάθε ένα από τα επιμέρους άρθρα κι ανάλογα με τα επικρατούντα διαγνωστικά συστήματα την εποχή της δημοσίευσής του, με διαφορετικά κριτήρια, που κυμαίνονταν πχ. από ένα σύνολο σωματικών συμπτωμάτων χωρίς περαιτέρω διερεύνηση για την ύπαρξη υποκείμενης σωματικής νόσου έως προσεγγίσεις κοντά στο σύγχρονο, κατά DSM-5, ορισμό της SSD. Η τελευταία αυτή ανομοιογένεια των δημοσιεύσεων ως προς την προσέγγιση και τον ορισμό εκδηλώσεων σωματοποίησης αντανάκλα ίσως τον ίδιο το μεταβαλλόμενο και πολυπαραγοντικό χαρακτήρα της SSD, όπως αυτός συνδέεται με την ιστορία και τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του κάθε ασθενή χωριστά και την

επακόλουθη διαφορετική καταχώριση κι αντιμετώπιση της από ιατρική σε ιατρική ειδικότητα. Παρότι οι προαναφερθέντες περιορισμοί είναι ενδεικτικοί για το ότι τα ευρήματα μας δεν είναι γενικεύσιμα, εν τούτοις οι έννοιες που αναδείχθηκαν επανειλημμένως για την προγνωστική τους αξία και συσχέτιση με φαινόμενα σωματοποίησης θα μπορούσαν να αποτελέσουν, όπως προαναφέρθηκε, τη βάση για περαιτέρω έρευνα που θα μελετά την πιθανή συνδυαστική προγνωστική τους αξία για τη SSD και σε δεύτερο ίσως στάδιο θα τα καθιστά αντικείμενο προληπτικών μέτρων, αλλά και πιο εξειδικευμένων θεραπευτικών παρεμβάσεων .

Λίστα Συντομογραφιών:

ACES: Adverse Childhood Experiences/ Δυσμενείς Παιδικές Εμπειρίες
BDI: Beck Depressions Inventar
BVAQ: Bermond Vorst Alexithymia Questionnaire
BPD: Borderline Personality Disorder/ Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας
CFS: Chronic Fatigue Syndrom/ Σύνδρομο Χρόνιας Κόπωσης
CIDI: Composite International Diagnostik Interview
CTQ: Childhood Trauma Questionnaire
CTS: Conflict Tactics Scale
CTS: Childhood Trauma Scale
DDF: Difficulty Describing Feelings/ Δυσκολία Περιγραφής Συναισθημάτων
DIF: Difficulty Identifying Feelings/ Δυσκολία Αναγνώρισης Συναισθημάτων
DP: Disability Pension/ Σύνταξη Αναπηρίας
EOT: Externaly Oriented Thinking/ Σκέψη Προσανατολισμένη στην Εξωτερική Πραγματικότητα
EPQ: Eysenck Personality Questionnaire
ETI: Essen Trauma Inventory
FMS: Functional Motor Symptoms/ Λειτουργικά Κινητικά Συμπτώματα
GAF: Global Assesment of Functioning
IBS: Irritable Bowel Syndrom/ Σύνδρομο Ευερέθιστου Εντέρου
IBS-SSS: IBS- Symptom Severity Score
IIP: Inventory of Interpersonal Problems
IPV: Intimate Partner Violence
LBP: Low Back Disorder
LEI: Live Events Inventory
MAI: Multidimensional Anger Inventory
MUPS: Medical Unexplained Physical Symptoms/ Ιατρικώς Ανεξήγητα Σωματικά Συμπτώματα
NA: Negative Affectivity
NSNAP: Nonspecific Neck-Arm Pain/ Μη Ειδικός Πόνος Αυχένα-Βραχίονα
OMS: Organic Motor Symptoms/ Οργανικά Κινητικά Συμπτώματα
PC: Psychiatric Comparison
16PF: The Sixteen Personality Factor
PHQ: Patient Health Questionnaire
PNES: Psychogenic Nonepileptic Seizures/ Κρίσεις Ψυχογενούς Επιληψίας
PPS: Persistent Physical Symptoms/ Επιμένοντα Σωματικά Συμπτώματα
PRIME-MD: Primary Care Evaluation of Mental Disorders
RSQ: Relationship Style Questionnaire

SAS: Self-Rating Anxiety Scale
SCL: Symptom Checklist
SIDES: Structured Interview for Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified
SoD: Somatization Disorder/ Διαταραχή Σωματοποίησης
SPD: Somatoform Pain Disorder/ Σωματόμορφη Διαταραχή Πόνου
SRIP: Self-Rating Inventory for Posttraumatic Stress Disorder
SSA: Somatosensory Amplification/ Σωματοαισθητηριακή Υπερευαισθησία
SSI: Somatic Symptom Inventory
TAS: Toronto Alexithymia Scale
TCI: Temperament and Character Inventory
TEC: Traumatic Experiences Checklist
TPC: Traumatization by Primary Caretaker
YSQ: Young Schema Questionnaire

Βιβλιογραφία:

1. Aisenstein M. The indissociable unity of psyche and soma: A view from the Paris Psychosomatic School. *Int J Psychoanal* 2006;87:1-14.
2. Ali, Shahid, Shagufta Jabeen, Amir Arain, Tamer Wassef, and Ahmed Ibrahim. ‘How to Use Your Clinical Judgment to Screen for and Diagnose Psychogenic Nonepileptic Seizures without Video Electroencephalogram’. *Innovations in Clinical Neuroscience* 8, no. 1 (January 2011): 36–42.
3. Barsky AJ, Goodson JD, Lane RS, Cleary PD. The amplification of somatic symptoms. *Psychosom Med* 1988;50:510 – 9.
4. Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.
5. Beghi, Massimiliano, Paola Beffa Negrini, Cecilia Perin, Federica Peroni, Adriana Magaudda, Cesare Cerri, and Cesare Maria Cornaggia. ‘Psychogenic Non-Epileptic Seizures: So-Called Psychiatric Comorbidity and Underlying Defense Mechanisms’. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 11 (30 September 2015): 2519–27.
<https://doi.org/10.2147/NDT.S82079>.
6. Boeft, Madelon den, Jos W. R. Twisk, Berend Terluin, Brenda W. J. H. Penninx, Harm W. J. van Marwijk, Mattijs E. Numans, Johannes C. van der Wouden, and Henriette E. van der Horst. ‘The Association between Medically Unexplained Physical Symptoms and Health Care

Use over Two Years and the Influence of Depressive and Anxiety Disorders and Personality Traits: A Longitudinal Study'. *BMC Health Services Research* 16 (22 March 2016). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1332-7>.

7. Bouchard TJJ, McGue M. Genetic and environmental influences on human psychological differences. *J Neurobiol* 2003;54:4–45.

8. Bromberg P. *Standing in the Spaces*. Hillsdale (NJ): Analytic Press; 1998.

9. Brosschot J.F., Cognitive-emotional sensitization and somatic health complaints, *Scand. J. Psychol.* 43 (2) (2002) 113–121.

10. Bursch, B., P. Lester, L. Jiang, M.J. Rotheram-Borus, and R. Weiss. 'Psychosocial Predictors of Somatic Symptoms in Adolescents of Parents with HIV: A Six-Year Longitudinal Study'. *AIDS Care* 20, no. 6 (July 2008): 667–76. <https://doi.org/10.1080/09540120701687042>.

11. Burton, Christopher. 'Beyond Somatisation: A Review of the Understanding and Treatment of Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS).' *The British Journal of General Practice* 53, no. 488 (March 2003): 231–39.

12. Costa PT, McCrae RR. Stability and change in personality assessment: the revised NEO Personality Inventory in the year 2000. *J Pers Assess* 1997; 68: 86-94.

13. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev* 1986;4:167–226.

14. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:975 – 90.

15. Ciechanowski, P. S., Walker, E. A., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2002). Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine*, 64(4), 660-667.

16. Claassen-van Dessel, Nikki, Johannes C. van der Wouden, Johannes W.R. Twisk, Joost Dekker, and Henriëtte E. van der Horst. 'Predicting the Course of Persistent Physical Symptoms: Development and Internal Validation of Prediction Models for Symptom Severity and Functional Status during 2 Years of Follow-Up'. *Journal of Psychosomatic Research* 108 (May 2018): 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.02.009>.

17. Deary IJ. A taxonomy of medically unexplained symptoms. *J Psychosom Res* 1999; 47: 51-59.

18. De Gucht, Véronique, and Willem Heiser. 'Alexithymia and Somatisation'. *Journal of Psychosomatic Research* 54, no. 5 (May 2003): 425–34. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(02\)00467-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(02)00467-1).

19. Demartini, Benedetta, Panayiota Petrochilos, Lucia Ricciardi, Gary Price, Mark J Edwards, and Eileen Joyce. 'The Role of Alexithymia in the Development of Functional

- Motor Symptoms (Conversion Disorder)'. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 85, no. 10 (October 2014): 1132–37. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2013-307203>.
- Denollet, Johan. 'Type D Personality A Potential Risk Factor Refined'. *Journal of Psychosomatic Research*, 2000, 12.
20. Denollet, Johan. 'Type D Personality A Potential Risk Factor Refined'. *Journal of Psychosomatic Research*, 2000, 12.
21. Derogatis, LR. *Brief Symptom Inventory: Administration, scoring & procedures manual*. National Computer Systems; Minneapolis, MN: 1993.
22. Dijke, Annemiek van, and Julian D Ford. 'Adult Attachment and Emotion Dysregulation in Borderline Personality and Somatoform Disorders'. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* 2 (28 March 2015). <https://doi.org/10.1186/s40479-015-0026-9>.
23. Dijke, Annemiek van, Julian D. Ford, Onno van der Hart, Maarten J.M. Van Son, Peter G.M. Van der Heijden, and Martina Bühring. 'Childhood Traumatization by Primary Caretaker and Affect Dysregulation in Patients with Borderline Personality Disorder and Somatoform Disorder'. *European Journal of Psychotraumatology* 2 (28 March 2011). <https://doi.org/10.3402/ejpt.v2i0.5628>.
24. Eberhard-Gran, Malin, Berit Schei, and Anne Eskild. 'Somatic Symptoms and Diseases Are More Common in Women Exposed to Violence'. *Journal of General Internal Medicine* 22, no. 12 (December 2007): 1668–73. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0389-8>.
25. Ehret A, Berking M. DSM-IV und DSM-5: Was hat sich tatsächlich verändert? *Verhaltenstherapie* 2013;23:258-266.
26. Feinstein A, Stergiopoulos V, Fine J, et al. Psychiatric outcome in patients with a psychogenic movement disorder: a prospective study. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 2001;14:169–76.
27. Fink P, Schroeder A. One single diagnosis, Bodily distress syndrome, succeeded to capture ten diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *J Psychosom Res* 2010;68:415–26.
28. Flett GL, Hewitt PL, Blankstein KR, Dynin CB. Dimensions of perfectionism and Type A behaviour. *Person Individ Diff* 1994;16:477-485.
29. Frost RO, Marten PA, Lahart C., Rosenblate R. The dimension of perfectionism. *Cogn Ther Res* 1990;14:449-468.
30. Gulpek D, Kaplan FK, Kesebir S. Alexithymia in patients with conversion disorder. *Nord J Psychiatry* 2013.
31. Guze SB, Cloninger CR, Martin RL, Clayton PJ. A follow-up and family study of Briquet's syndrome. *Br J Psychiatry* 1986;149:17 – 23.
32. Hamachek DE. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology* 1978;15:27-33.

33. Hasin D, Katz H. Somatoform and substance use disorders. *Psychosom Med* 2007; 69:870–5.
34. Henningsen, Peter, and Francis Creed. ‘The Genetic, Physiological and Psychological Mechanisms Underlying Disabling Medically Unexplained Symptoms and Somatisation’. *Journal of Psychosomatic Research* 68, no. 5 (May 2010): 395–97. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.01.023>.
35. Howorka J, Nezadal T, Herman E. Psychogenic non-epileptic seizures, prospective clinical experience: diagnosis, clinical features, risk factors, psychiatric comorbidity, treatment outcome. *Epilept Disord* 2007;9:52–8.
36. Hyams JS, Hyman PE. Recurrent abdominal pain and the biopsychosocial model of medical practice. *Journal of Pediatrics* 1998;133:473–478.
37. Hyman, P. *Pediatric functional bowel disorders*. Academy of Professional Information Services, Inc.; New York: 1999.
38. Hyphantis T, Goulia P, Carvalho A. Personality traits, defense mechanisms and hostility features associated with somatic symptom severity in both health and disease. *J Psychosom Res* 2013;75:362-369.
39. Hyphantis T, Taunay T, Macedo D, Soeiro-de-Souza M, Bisol L, Fountoulakis K, Lara D, Carvalho A. Affective temperaments and ego defense mechanisms associated with somatic symptom severity in a large sample. *J Affect Dis* 2013;150:481-489.
40. Kangas, M., Montgomery, G.H. (2011). The role of cognitive, emotional and personality factors in the experience of fatigue in a university and community sample. *Psychology & Health*, 26, 1–19.
41. Karvonen, Juha T., Juha Veijola, Liisa Kantojärvi, Jouko Miettunen, Jesper Ekelund, Dirk Lichtermann, Kristian Läksy, and Matti Joukamaa. ‘Temperament Profiles and Somatization—an Epidemiological Study of Young Adult People’. *Journal of Psychosomatic Research* 61, no. 6 (December 2006): 841–46. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.06.014>.
42. Keller MC, Coventry WL, Heath AC, Martin NG. Widespread evidence for non-additive genetic variation in Cloninger's and Eysenck's personality dimensions using a Twin Plus Sibling Design. *Behav Genet* 2005;35:707–21.
43. Koh, K. B., Kim, D. K., Kim, S. Y., & Park, J. K. (2005). The relation between anger expression, depression, and somatic symptoms in depressive disorders and somatoform disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(4), 485-491.
44. Koivumaa-Honkanen H, Kaprio J, Honkanen R, Viinamaki H, Koskenvuo M. The stability of life satisfaction in a 15-year follow-up of adult Finns healthy at base- line. *BMC Psychiatry* 2005;5:4.
45. Lackner JM, Jaccard J, Krasner SS, Katz LA, Gudleski GD, Blanchard EB. How does cognitive behavior therapy for IBS work?: a mediational analysis of a randomized clinical trial. *Gastroenterology* 2007;133:433–44.

46. Lieb R, Meinlschmidt G, Araya R. Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update. *Psychosom Med* 2007;69:860–3.
47. Linzer M, Spitzer R, Kroenke K, Williams JB, Hahn S, Brody D, et al. Gender, quality of life, and mental disorders in primary care: results from the PRIME-MD 1000 study. *Am J Med* 1996;101:526–33.
48. Liu, Liang, Shiri Cohen, Marc S. Schulz, and Robert J. Waldinger. ‘Sources of Somatization: Exploring the Roles of Insecurity in Relationships and Styles of Anger Experience and Expression’. *Social Science & Medicine* (1982) 73, no. 9 (November 2011): 1436–43. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.034>.
49. Louw A., I. Diener, D.S. Butler, E.J. Puentedura, The effect of neuroscience education on pain, disability, anxiety, and stress in chronic musculoskeletal pain, *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 92 (12) (2011) 2041–2056.
50. Magnusson, Anna E., D.K.B. Nias, and P.D. White. ‘Is Perfectionism Associated with Fatigue?’ *Journal of Psychosomatic Research* 41, no. 4 (October 1996): 377–83. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(96\)00189-4](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(96)00189-4).
51. McCall-Hosenfeld, Jennifer, Michael Winter, Timothy Heeren, and Jane M. Liebschutz. ‘The Association of Interpersonal Trauma with Somatic Symptom Severity in a Primary Care Population with Chronic Pain: Exploring the Role of Gender and the Mental Health Sequelae of Trauma’. *Journal of Psychosomatic Research* 77, no. 3 (September 2014): 196–204. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.07.011>.
52. McKillop, Hannah N., and Gerard A. Banez. ‘A Broad Consideration of Risk Factors in Pediatric Chronic Pain: Where to Go from Here?’ *Children* 3, no. 4 (30 November 2016). <https://doi.org/10.3390/children3040038>.
53. Muscatello, Maria Rosaria A, Antonio Bruno, Carmela Mento, Gianluca Pandolfo, and Rocco A Zoccali. ‘Personality Traits and Emotional Patterns in Irritable Bowel Syndrome’. *World Journal of Gastroenterology* 22, no. 28 (28 July 2016): 6402–15. <https://doi.org/10.3748/wjg.v22.i28.6402>.
54. Nacak, Yeliz, Eva Morawa, Daniela Tuffner, and Yesim Erim. ‘Insecure Attachment Style and Cumulative Traumatic Life Events in Patients with Somatoform Pain Disorder: A Cross-Sectional Study’. *Journal of Psychosomatic Research* 103 (December 2017): 77–82. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.10.003>.
55. Noyes, R. J., Stuart, S. P., Langbehn, D. R., Happel, R. L., Longley, S. L., Muller, B. A., et al. (2003). Test of an interpersonal model of hypochondriasis. *Psychosomatic Medicine*, 65(2), 292-300.
56. Ortego, Gorka, Jorge Hugo Villafañe, Victor Doménech-García, Pedro Berjano, Lucia Bertozzi, and Pablo Herrero. ‘Is There a Relationship between Psychological Stress or Anxiety and Chronic Nonspecific Neck-Arm Pain in Adults? A Systematic Review and Meta-Analysis’. *Journal of Psychosomatic Research* 90 (November 2016): 70–81. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.09.006>.

57. Paunio T, Korhonen T, Hublin C, Partinen M, Kivimäki M, Koskenvuo M, et al. Longitudinal study on poor sleep and life dissatisfaction in a nationwide cohort of twins. *Am J Epidemiol* 2009;169:206–13.
58. Phillips, Kristy, Bradley J. Wright, and Stephen Kent. ‘Psychosocial Predictors of Irritable Bowel Syndrome Diagnosis and Symptom Severity’. *Journal of Psychosomatic Research* 75, no. 5 (November 2013): 467–74. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.08.002>.
59. Picardi, Angelo, Piero Porcelli, Eva Mazzotti, Giovanni Fassone, Ilaria Lega, Luisa Ramieri, Emanuele Sagoni, and Paolo Pasquini. ‘Alexithymia and Global Psychosocial Functioning: A Study on Patients with Skin Disease’. *Journal of Psychosomatic Research* 62, no. 2 (February 2007): 223–29. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.09.002>.
60. Picardi A, Mazzotti E, Gaetano P, Cattaruzza MS, Baliva G, Melchi CF, Biondi M, Pasquini P. Stress, social support, emotion regulation and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics* 2005;46: 556 – 64.
61. Picardi A, Pasquini P, Cattaruzza MS, Gaetano P, Melchi CF, Baliva G, Camaioni D, Tiago A, Abeni A, Biondi M. Stressful life events, social support, attachment security and alexithymia in vitiligo. *Psychother Psychosom* 2003;72:150 – 8.
62. Pierce A.N., J.A. Christianson, Stress and chronic pelvic pain, *Prog. Mol. Biol. Transl. Sci.* 131 (2015) 509–535.
63. Porter, Laura S., Deborah Davis, and Francis J. Keefe. ‘Attachment and Pain: Recent Findings and Future Directions’. *Pain* 128, no. 3 (April 2007): 195–98. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.02.001>.
64. Puri, Paul R., and Joel E. Dimsdale. ‘Healthcare Utilization and Poor Reassurance: Potential Predictors of Somatoform Disorders’. *The Psychiatric Clinics of North America* 34, no. 3 (September 2011): 525–44. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.05.011>.
65. Raphael, Karen G., and Cathy Spatz Widom. ‘Post-Traumatic Stress Disorder Moderates the Relation Between Documented Childhood Victimization and Pain 30 Years Later’. *Pain* 152, no. 1 (January 2011): 163–69. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.10.014>.
66. Reuber M, Pukrop R, Bauer J, et al. Multidimensional assessment of personality in patients with psychogenic non-epileptic seizures. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004;75:743–8.
67. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CEM, Main CJ. Alexithymia in patients with psoriasis. Clinical correlates and psychometric properties of the Toronto Alexithymia Scale-20. *J Psychosom Res* 2005;58:89 – 96.
68. Ropponen, Annina, Pia Svedberg, Antti Huunan-Seppälä, Karoliina Koskenvuo, Markku Koskenvuo, Kristina Alexanderson, Karri Silventoinen, and Jaakko Kaprio. ‘Personality Traits and Life Dissatisfaction as Risk Factors for Disability Pension Due to Low Back Diagnoses: A 30-Year Longitudinal Cohort Study of Finnish Twins’. *Journal of Psychosomatic Research* 73, no. 4 (October 2012): 289–94. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.07.003>.

69. Rothbart MK, Ahadi SA, Evans DE. Temperament and personality: origins and outcomes. *J Pers Soc Psychol* 2000; 78: 122-135.
70. Scheidt C, Waller E, Schnock C, Becker-Stoll F, Zimmermann P, Luecking CH, Wirsching M (1999) Alexithymia and attachment representation in idiopathic spasmodic torticollis. *J Nerv Ment Dis.* 187:46–51.
71. Simon GE, VonKorff M. Somatization and psychiatric disorder in the NIMH Epidemiologic Catchment Area study. *Am J Psychiatry* 1991;148:1494–500.
72. Smadja C, «Ψυχοσωματικά παράδοξα. Ψυχαναλυτική προσέγγιση των σωματικών νοσημάτων» (μετφρ. Σ. Λεωνίδη, 2001, Εκδ. Μετά).
73. Smadja C, A psychoanalytic approach to oncology: Further clinical research from the Paris Psychosomatic School.
74. Somatoform and Personality Disorders: Syndromal Comorbidity and Overlapping Developmental Pathways'. *Journal of Psychosomatic Research* 39, no. 4 (1 May 1995): 403–27.
75. Spinhoven P, Van der Does AJW. Somatization and somatosensory amplification in psychiatric outpatients: an explorative study. *Compr Psychiatry* 1997;38:93 – 7.
76. Stein MB, Walker JR, Forde DR. Gender differences in susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2000;38:619–28.
77. Taylor, R. E., Mann, A. H., White, N. J., & Goldberg, D. P. (2000). Attachment style in patients with unexplained physical complaints. *Psychological Medicine*, 30(4), 931-941.
78. Tien AY, Schlaepfer TE, Fisch HU. Self-reported somatization symptoms associated with risk for extreme alcohol use. *Arch Fam Med* 1998;7:33–7.
79. Troisi A, D'Argenio A, Peracchio F, Petti P (2001) Insecure Attachment and alexithymia in young men with mood symptoms. *J Nerv Ment Dis.* 189:311–316.
80. Waldinger, Robert J., Marc S. Schulz, Arthur J. Barsky, and David K. Ahern. 'Mapping the Road from Childhood Trauma to Adult Somatization: The Role of Attachment'. *Psychosomatic Medicine* 68, no. 1 (February 2006): 129–35.
81. Waller, Elisabeth, Carl Eduard Scheidt, and Armin Hartmann. 'Attachment Representation and Illness Behavior in Somatoform Disorders'. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 192, no. 3 (March 2004): 200–209.
82. Waller, E., & Scheidt, C. E. (2004). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A study comparing the TAS-20 with non-self-report measures of alexithymia. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 239-247.
83. Waller, E., & Scheidt, C. E. (2006). Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. *International Review of Psychiatry*, 18, 13-24.

84. Watson, D. (1989). Strangers' ratings of five robust personality factors: evidence of a surprising convergence with self-report. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 120-128.
85. Wearden, A. J., Lambertson, N., Crook, N., & Walsh, V. (2005). Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting. An extension to the four category model of attachment. *Journal of Psychosomatic Research*, 58(3), 279-288.
86. Wei, Dongtao, Xue Du, Wenfu Li, Qunlin Chen, Haijiang Li, Xin Hao, Lei Zhang, Glenn Hitchman, Qinglin Zhang, and Jiang Qiu. 'Regional Gray Matter Volume and Anxiety-Related Traits Interact to Predict Somatic Complaints in a Non-Clinical Sample'. *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 10, no. 1 (January 2015): 122–28. <https://doi.org/10.1093/scan/nsu033>.
87. Wessely S, Nimnuan M, Sharpe M. Functional somatic syndromes: one or many. *Lancet* 1999; 354: 936-939.
88. Wise TN, Mann LS. The relationship between somatosensory amplification, alexithymia, and neuroticism. *J Psychosom Res* 1994;38: 515 – 21.
89. Wongpakaran, Tinakon, and Nahathai Wongpakaran. 'Personality Traits Influencing Somatization Symptoms and Social Inhibition in the Elderly'. *Clinical Interventions in Aging* 9 (13 January 2014): 157–64. <https://doi.org/10.2147/CIA.S56246>.
90. Zeltzer L, Bursch B, Walco G. Pain responsiveness and chronic pain: A psychobiological perspective. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1997;18:413–422.
91. Zusman M., Forebrain-mediated sensitization of central pain pathways: 'non-specific' pain and a new image for MT, *Man. Ther.* 7 (2) (2002) 80–88.