

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- 1. Εισαγωγή: Σκέψεις για το περιστατικό και πιθανή διάγνωση**
- 2. Διαφοροδιάγνωση**
- 3. Ορισμός, ταξινόμηση και επιδημιολογία**
- 4. Κλινική εικόνα. Συμπτώματα**
- 5. Πιθανοί θεραπευτικοί χειρισμοί**
- 6. Πιθανή πρόγνωση-εξέλιξη**
- 7. Βιβλιογραφία**

1. Εισαγωγή: Σκέψεις για το περιστατικό και πιθανή διάγνωση

Μελετώντας τη συγκεκριμένη περίπτωση ασθενούς, χρήσιμο είναι να επισημάνουμε σημαντικά στοιχεία και χαρακτηριστικά που μπορούν να σκιαγραφήσουν ακριβέστερα το πλαίσιο καθώς και να προσανατολίσουν προς πιθανές διαγνώσεις:

⇒ Η μαθήτρια διέρχεται το στάδιο της εφηβείας.

⇒ Χωρίς ιδιαίτερη μελέτη στο σπίτι, η μαθήτρια είναι αρκετά καλή στο σχολείο, γεγονός που καταδεικνύει μια αρκετά υψηλή νοημοσύνη και υψηλό επίπεδο μαθησιακής ικανότητας.

⇒ Προέρχεται από ένα μικροαστικό, χωρίς οικογενειακά προβλήματα περιβάλλον. Δεν έχει αδέρφια.

⇒ Επί σειρά ετών η μητέρα πάσχει από κατάθλιψη και ακολουθεί αντικαταθλιπτική αγωγή.

⇒ Η ιδιοσυγκρασία της περιγράφεται ως εξής: ζωντανή, φιλική, εύθικτη, υπερευαίσθητη στις κρίσεις των άλλων, επιθετικότητα απέναντι στο άλλο φύλο όταν η ασθενής αισθανόταν επαπειλούμενη σεξουαλικά, όταν ένιωθε δηλαδή ότι διακυβευόταν η γενετήσια αξιοπρέπεια της. Παρατηρούμε μια ανασφάλεια και μια δυσλειτουργικότητα στην αλληλεπίδραση της με τα αγόρια καθώς και μια τάση διαστρέβλωσης των ερωτικών καλεσμάτων των αγοριών προς το άτομο της, μια ευερεθιστότητα και δυσθυμία απέναντι στο άλλο φύλο.

⇒ Επί 4 μήνες υποφέρει από την εμμονή ότι είναι ομοφυλόφιλη, δηλαδή έχει βασανιστικές σκέψεις σχετικά με τη σεξουαλική της ταυτότητα. Η εμμονή της αυτή όμως δεν πλαισιώνεται από αντίστοιχες σεξουαλικές φαντασιώσεις, δεν υπάρχει φαντασιωσικό υπόβαθρο. Η εμμονή αυτή συνοδεύεται από αδυναμία συγκέντρωσης και πτώση στη σχολική επίδοση.

⇒ Σύμφωνα με τη μαρτυρία της μητέρας, η ασθενής υπήρξε στο παρελθόν ετεροφυλόφιλη, αλλά όπως αφήνεται να εννοηθεί: α. Δεν

έχει συνάψει κάποια σχέση με αγόρι ή δεν κατάφερε να συνάψει σχέση με διάρκεια, λόγω της εγωιστικής της συμπεριφοράς (“Στο παρελθόν της άρεσαν τα αγόρια αλλά ήταν πολύ εγωίστρια.”) και β. Η μητέρα δεν καταθέτει στοιχεία ή κάποια μαρτυρία σχετικά με υπαρκτή ομοφυλοφιλική δραστηριότητα της κόρης της στη διάρκεια αυτών των 4 μηνών στους οποίους κυριαρχούν οι εν λόγω εμμονές.

⇒ Κατόπιν 4μηνιαίας θεραπείας οι αρχικές εμμονές περί ομοφυλοφιλίας υποχωρούν σημαντικά, αλλά προκύπτει προσκόλληση μέσω Facebook σε έναν νεαρό με μειονεκτικό προφίλ όσον αφορά την εξωτερική του εμφάνιση, το κοινωνικοοικονομικό και μορφωτικό του status (βοηθός ηλεκτρολόγου) και την προσβασιμότητα του (τόπος μόνιμης διαμονής η Ήπειρος). Επιπλέον ο νεαρός δεν επιδεικνύει κανένα ενδιαφέρον να προχωρήσει αυτή τη διαδικτυακή σχέση σε κάτι πιο πρακτικό, ουσιαστικό και απτό, σε μια πραγματική εκ του σύνεγγυς γνωριμία. Η νέα αυτή ερωτική εμμονή έρχεται να αντικαταστήσει την αρχική εμμονή περί σεξουαλικών προτιμήσεων, επιφέροντας επίσης απώλεια ενδιαφέροντος για το σχολείο, για επαφές με φίλους, μια γενικότερη απόσυρση από την πραγματική ζωή. Οι επαφές με το νεαρό είναι καθημερινές, με έντονη συναισθηματική εμπλοκή της ασθενούς επί σχεδόν τη μισή σχολική χρονιά.

2. Διαφοροδιάγνωση

Διαπιστώνουμε ότι η ασθενής αποσύρεται από τις συνηθισμένες δραστηριότητες της, σχολικές και κοινωνικές, τόσο κατά τη διάρκεια της εμμονής, όσο και κατά το στάδιο της προσκόλλησης στο νεαρό. Δεν μπορούμε όμως να μιλήσουμε για κατάθλιψη, γιατί δεν έχουμε αρκετά δεδομένα που να φανερώνουν καταθλιπτικό συναίσθημα, ανηδονία, απαισιοδοξία, συναισθηματική αναλγησία ή ψυχοκινητική επιβράδυνση και απώλεια ζωτικής ορμής. (Εσαγιάν 2000: 166)

Σύμφωνα με τους Κάκουρο και Μανιαδάκη (2004: 200-201), βασικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης είναι η παρατεταμένη μελαγχολική διάθεση και η απώλεια του ενδιαφέροντος για όλες τις πρότερες δραστηριότητες. Σημειώνεται επίσης ευερεθιστότητα, συναισθήματα θλίψης, ενοχής, ντροπής και υπερευαισθησία στην κριτική, αλλά προκειμένου να διαγνώσουμε κλινική κατάθλιψη, απαιτείται παρατεταμένη διάρκεια και αυξημένη ένταση αυτών των συναισθημάτων. Η δυσκολία στη συγκέντρωση προσοχής και η επιβράδυνση στις γνωστικές λειτουργίες είναι συμπτώματα της κατάθλιψης που χαρακτηρίζουν και τη συγκεκριμένη ασθενή, όχι όμως κατηγορηματικά για τη διάγνωση της κατάθλιψης. Βέβαια, πρέπει να λάβουμε υπόψη μας ότι υπάρχει συχνή συννοσηρότητα με συμπτώματα κατάθλιψης στην ΙΨΔ και όπως έχουν δείξει αρκετές μακρόχρονες μελέτες που έχουν γίνει, περισσότεροι από τους μισούς ενήλικες ασθενείς της ΙΨΔ εκπληρώνουν κάποια στιγμή στη ζωής τους τα κριτήρια της κατάθλιψης. (Thomsen 2005: 194)

3. Ορισμός, ταξινόμηση και επιδημιολογία

Η ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (ΙΨΔ) εμπίπτει στη γενικότερη κατηγορία των διαταραχών συναισθήματος και ειδικότερα συνιστά μια αγχώδη διαταραχή (πρώην νεύρωση). (Κάκουρος & Μανιαδάκη 2004: 165) Ιδωμένη ιστορικά, έχει χαρακτηριστεί κατά καιρούς με διάφορους τρόπους: 'έλλογη τρέλα' από τον Pinel, 'μονομανία' από τον Esquirol, 'τρέλα της αμφιβολίας' από τον Falret, 'νεύρωση ιδεοληψιών' από τον Janet. (Εσαγιάν 2000: 125-126).

Είναι η δεύτερη μεγάλη κατηγορία στην ψυχοπαθολογία των νευρώσεων μετά την υστερία και αποτελεί τον αντίποδα της. (Εσαγιάν 2000: 128) Τα κριτήρια για τη διάγνωση της ΙΨΔ στα παιδιά και τους

εφήβους είναι τα ίδια με αυτά που έχουν οριστεί για τους ενήλικες. (Κάκουρος & Μανιαδάκη 2004: 176)

4. Κλινική εικόνα. Συμπτώματα (Εσαγιάν 2000: 126-9, Κάκουρος & Μανιαδάκη 2004: 176)

Συστατικά της ιδεοψυχαναγκαστικής νεύρωσης είναι οι ιδεοληψίες (ψυχαναγκασμοί) και οι καταναγκαστικές πράξεις (καταναγκασμοί). Οι ιδεοληψίες ή ψυχαναγκασμοί είναι επίμονες ιδέες, σκέψεις, εικόνες που επιβάλλονται στο νου του ατόμου ενάντια στη θέληση του, δυστονικές προς το εγώ. Το άτομο προσπαθεί να αποφύγει αυτές τις έμμονες ιδέες, αλλά αυτές του επιβάλλονται ενάντια στη θέληση του και είναι ιδιαίτερα αγχογόνες. Οι έμμονες αυτές ιδέες, σκέψεις, εικόνες ή παραορμήσεις είναι δυστονικές προς το εγώ, αφού το άτομο αναγνωρίζει ότι είναι αλλότριες προς τη συνείδηση του. (Thomsen 2005: 188) Η προσπάθεια απώθησης των ψυχαναγκασμών δημιουργεί έντονο στρες και ψυχολογική φθορά στο άτομο. Τα παιδιά αναφέρουν συνήθως ιδεοληψίες που σχετίζονται με θέματα σεξουαλικότητας.

Οι καταναγκαστικές πράξεις συνοδεύουν πολύ συχνά την ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση. Θυμίζουν τελετουργία και η πραγματοποίησή τους ανακουφίζει το άγχος που νιώθει το άτομο, αν και αυτό προσπαθεί να αντισταθεί στην πραγματοποίησή τους. Οι πράξεις αυτές μπορεί να είναι και νοητικές και το άτομο αισθάνεται υποχρεωμένο να τις εκτελέσει.

Η νεύρωση αυτή εμφανίζεται σε άτομα με ειδική δομή και οργάνωση της προσωπικότητας, που μπορεί να είναι είτε ψυχασθενική, είτε ψυχαναγκαστική ή και συνδυασμός των δύο περιπτώσεων με μεικτά χαρακτηριστικά. Τα χαρακτηριστικά της ψυχασθενικής προσωπικότητας είναι ένα αίσθημα έλλειψης πληρότητας, ενδοιασμοί, διαρκής κόπωση, λεπτολογία, τελειοθηρία και άκαμπτη ηθικολογία.

Στην ψυχαναγκαστική προσωπικότητα διακρίνουμε επίσης λεπτολογία, ακρίβεια και τελειοθηρία, αλλά και πεισματική ισχυρογνωμοσύνη.

Γενικά, το ψυχαναγκαστικό άτομο είναι συγκρατημένο στην εκδήλωση συναισθημάτων που αφορούν τη σεξουαλικότητα του. Δομεί ένα γιγαντιαίο μηχανισμό άμυνας απέναντι σε όποιον ή σε ότι θεωρεί ως απειλή για τα ιδεώδη του, επιδεικνύοντας επιθετικότητα. Συρρικνώνει στο ελάχιστο τις συναισθηματικές αντιδράσεις και ταλανίζεται διαρκώς αμφιταλαντευόμενος από την αμφιβολία και το δισταγμό. «Η αμφιβολία αντανακλά την εσωτερική αντίληψη της αναποφασιστικότητας που κυριεύει τον ασθενή σε κάθε πρόθεσή του για δράση...» (Freud 1909, όπως αναφέρεται από τον Εσαγιάν 2000: 129).

Όπως αναφέρει το “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, 4η έκδοση (American Psychiatric Association 1994, όπως αναφέρεται στον Thomsen 2005: 190), πιθανή έκφανση της νόσου είναι και ο περισπασμός, η διαρκής ενασχόληση με σεξουαλικές φαντασιώσεις ή ορμές, παρουσία μιας παραφυλίας. Στην περίπτωση μας βέβαια η ομοφυλοφιλία δεν χαρακτηρίζεται πλέον ως παραφυλία από το DSM.

5. Πιθανοί Θεραπευτικοί χειρισμοί

Η ψυχαναλυτική θεραπεία είναι αυτή που προτείνεται κλασικά για τη θεραπεία της ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Όμως συνήθως δεν έχει τα αναμενόμενα θεραπευτικά αποτελέσματα, λόγω της μόνωσης του συναισθήματος από τις σκέψεις. Ο ασθενής μπορεί να διανοητικοποιήσει τη θεραπεία, χωρίς να τη βιώσει συναισθηματικά και έτσι δεν επέρχεται κάποια ψυχική αλλαγή. (Εσαγιάν 2000:131-132)

Οι συμπεριφορικές προσεγγίσεις έχουν ως στόχο την εξάλειψη του συμπτώματος, την αλλαγή των μοτίβων συμπεριφοράς και την προσαρμογή του ατόμου στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, με βάση συμπεριφορικές αρχές. Η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία έχει αποδειχτεί αρκετά επιτυχής όταν εφαρμόζεται σε παιδιά και εφήβους με κατάθλιψη. Η εφαρμογή της θα μπορούσε να αποδειχτεί χρήσιμη και στην περίπτωση μας, κατά την οποία αχνοφάνονται καταθλιπτικές ενδείξεις. Μέσω της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας γίνεται προσπάθεια εντοπισμού και τροποποίησης των δυσλειτουργικών αντιλήψεων, αντικειμενικής αξιολόγησης επιτευγμάτων, ρεαλιστικών στόχων και αυτοενίσχυσης. (Κάκουρος & Μανιαδάκη 2004: 218) Παράλληλα αξιοποιούνται και τεχνικές καλλιέργειας κοινωνικών δεξιοτήτων με στόχο την ενίσχυση των θετικών κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, αλλά και των ενδοοικογενειακών επαφών, της ποιοτικής επικοινωνίας γονέων και παιδιού. (Fine et al. 1991, όπως αναφέρεται από Κάκουρο & Μανιαδάκη 2004: 218).

Δυνατή είναι και η ψυχοφαρμακολογική αντιμετώπιση της διαταραχής, με χρήση αντικαταθλιπτικών όπως η κλομιπραμίνη. (Thomsen 2005: 201-202)

6. Πιθανή πρόγνωση - εξέλιξη

Η ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στη μητέρα είναι ένας αρνητικός προγνωστικός παράγοντας. Η πρόγνωση για τη ΙΨΔ είναι ιδιαίτερα δυσμενής. Σύμφωνα με υπολογισμούς που έχουν γίνει, μόνο το 10-15% των ατόμων που πάσχουν από ΙΨΔ ξεπερνούν το πρόβλημα, με συχνές μάλιστα παλινδρομήσεις. (Κάκουρος & Μανιαδάκη 2004: 178)

Άλλη πιθανολογούμενη εξέλιξη είναι και η Μεταιχμιακή Διαταραχή της Προσωπικότητας (Borderline Personality Disorder) , η

οποία χαρακτηρίζεται από αστάθεια σε ποικίλους τομείς όπως διαπροσωπικές σχέσεις, συμπεριφορά, συναίσθημα και εικόνα του εαυτού. Οι σχέσεις είναι έντονες, χαώδεις και ασταθείς και χαρακτηρίζονται από ακραίες εναλλαγές υπερεξιδανίκευσης και υποτίμησης. Παρατηρείται παρορμητική και απρόβλεπτη συμπεριφορά με συχνές αυτοκαταστροφικές τάσεις, έντονες διακυμάνσεις της διάθεσης από το φυσιολογικό στο καταθλιπτικό ή σε έντονα ξεσπάσματα θυμού, βαθιά διαταραχή της ταυτότητας και των αξιών και σκοπών του ατόμου, χρόνια αισθήματα κενού ή ανίας ή βραχεία επεισόδια ψύχωσης. (<http://psychotherapygr.spaces.live.com>)

Η οριακή προσωπικότητα συνήθως εκδηλώνεται κλινικά με κατάθλιψη, διάχυτο άγχος και επιθετικότητα που εκφράζεται με ξεσπάσματα θυμού. Πρόκειται για μια ναρκισσιστική διαταραχή, με ναρκισσιστικά διαταραγμένο Εγώ. Συχνά είναι τα ψυχωσικά επεισόδια, καθώς και οι εκδραματίσεις (acting-outs). Το οριακό άτομο δημιουργεί ανακλιτικές σχέσεις, σχέσεις εξάρτησης και στήριξης συγχρόνως, από ένα 'δυνατό' και 'μεγάλο' αντικείμενο και επιζητεί την αγάπη από αυτό το αντικείμενο. (Εσαγιάν 2000: 180). Η παρουσία ενός υποστηρικτικού οικογενειακού πλαισίου, η συστηματική ψυχοθεραπεία, η αντοχή του ασθενούς στο άγχος και την απογοήτευση αποτελούν καλούς προγνωστικούς παράγοντες για την πορεία της διαταραχής της οριακής ή μεταιχμιακής προσωπικότητας. (Εσαγιάν 2000: 182)

Θα λέγαμε ότι υπάρχει προδιάθεση για εκδήλωση κατάθλιψης στο μέλλον, καθώς υπάρχουν ήδη σχετικές ενδείξεις στη συμπεριφορά της ασθενούς και επιπλέον έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά γονέων με διαταραχή διάθεσης (βλ κατάθλιψη της μητέρας) έχουν δύο έως τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη σε σχέση με παιδιά γονέων χωρίς κάποια ψυχική διαταραχή (Beardslee et al. 1993, όπως αναφέρεται από τους Κάκουρο & Μανιαδάκη 2004: 204). Επιπλέον, αν λάβουμε υπόψη μας και τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας που υπάρχουν μεταξύ αγχωδών διαταραχών και

κατάθλιψης (σε ποσοστό 60-70%) και ότι τα συμπτώματα των διαταραχών άγχους συνήθως προηγούνται της κατάθλιψης, με συχνές αλληλεπικαλύψεις συμπτωμάτων, η εκδήλωση κατάθλιψης είναι μια πιθανή πρόγνωση. (Κάκουρος & Μανιαδάκη 2004: 213)

7. Βιβλιογραφία

1. Thomsen Per Hoven. (2005). Obsessive-compulsive disorders, στο Gillberg, C., Harrington R., & Steinhausen, H.C. (Eds). *A Clinician's Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. σσ. 188-206. Cambridge: Cambridge University Press.
2. Εσαγιάν Γκ. (2000). *Εισαγωγή στην Ψυχοπαθολογία*. σσ. 125-132, 165-168, 180, 182. Θεσσαλονίκη: Μαστορίδης.
3. Κάκουρος Ε. & Μανιαδάκη Κ. (2004). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων-αναπτυξιακή προσέγγιση*. σσ. 165-191, 197-218. Αθήνα: τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδάνος.
4. Άτσαλη, Β. & Τaráσης Π. (2008). *Οριακή-Μετايχμιακή διαταραχή της προσωπικότητας (borderline personality disorder)*
ανάκτηση από <http://psychotherapygr.spaces.live.com/blog/cns!E602F044A1424102!189.entry> (τελευταία πρόσβαση: Απρίλιος 2009)