

## Η συμβολή του οικογενειακού συστήματος στην εμφάνιση και εξέλιξη ψυχοσωματικών διαταραχών

**Τάνια Αναγνωστοπούλου**

*Ειδ. Επιστήμων*

*Τμήμα Ψυχολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης*

Η σύνθεση των θεωρητικών και εμπειρικών δεδομένων από την ψυχανάλυση, την ψυχοφυσιολογία και την οικογενειακή θεραπεία, υποδεικνύει τη σημασία δύο παραγόντων στην εμφάνιση ή την επιδείνωση οργανικής παθολογίας σε ένα νεαρό άτομο.

α. Τη σχέση με τη μητέρα κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής. Η σωματική ή ψυχική απουσία της μητέρας, η αδυναμία της μητέρας να το καθησυχάσει, η πλημμελής φροντίδα και η παρεμπόδιση της αυτονομίας του παιδιού, αποτελούν επι μέρους συνθήκες οι οποίες συμβάλλουν στη δυσλειτουργία των ψυχοφυσιολογικών συστημάτων και στην εμφάνιση οργανικής παθολογίας στο παιδί.

β. Την αδυναμία του παιδιού και του οικογενειακού συστήματος, από το οποίο προέρχεται, να εκφορτίσει συναισθηματικές εντάσεις και συγκρούσεις με άλλο τρόπο, εκτός από την ψυχοσωμάτωση.

### Εισαγωγή

Οι ψυχοσωματικές ή ψυχοφυσιολογικές διαταραχές (βρογχικό άσθμα, ελκώδης κολίτιδα, ιδιοπαθής υπέρταση, ρευματική αρθρίτιδα, γαστρικό έλκος κ.λ.π) χαρακτηρίζονται από την παρουσία οργανικής παθολογίας και τη σημαντική επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην εμφάνιση και εξέλιξη των συμπτωμάτων (DSM-III-R, 1987). Η παρούσα εργασία διερευνά τη συμβολή του οικογενειακού περιβάλλοντος στην εμφάνιση των ψυχοσωματικών διαταραχών, όχι υπό το πρίσμα μια γραμμικής αιτιώδους σχέσης, αλλά στο πλαίσιο μιας αμφίδρομης επικοινωνίας ανάμεσα στην ασθένεια και στην οικογένεια, με επιπρόσθετες αναδράσεις μιας

πλειάδας άλλων παραγόντων (κληρονομικότητα, οργανική ευαισθησία, ιδιοσυγκρασία, δομή προσωπικότητας, παρουσία ψυχοπιεστικών γεγονότων κλπ). Η μελέτη διερευνά τις οικογενειακές συνθήκες οι οποίες εμπλέκονται στη δημιουργία ψυχοσωματικών διαταραχών, καθώς και τους τρόπους λειτουργίας του οικογενειακού συστήματος οι οποίοι υποβοηθούν τη διατήρηση – ή συντείνουν στην επιδείνωση – των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων.

Η εργασία επικεντρώνεται στην επίδραση της πατρικής οικογένειας και δεν περιλαμβάνει παρεμφερή θέματα, όπως, την επίδραση της συζυγικής σχέσης, την προσωπικότητα, τα συναισθήματα ή τις συγκρούσεις που βιώνουν οι ψυχοσωματικοί ασθενείς. Επίσης, λόγω του μικρού σχετι-

κά αριθμού δημοσιεύσεων για κάθε κατηγορία ασθένειας, δεν διαφοροποιούνται οι οικογενειακές συνθήκες ανάλογα με το είδος της πάθησης (ρευματική αρθρίτιδα, ελκώδης κολίτιδα, άσθμα κλπ).

Για την πιο ολοκληρωμένη διερεύνηση του θέματος επιχειρείται μία σύνθεση ευρημάτων και θεωριών, που προέρχονται από διαφορετικές περιοχές: την ψυχανάλυση, την οικογενειακή θεραπεία<sup>1</sup> και την ψυχοφυσιολογία.

Οι παρατηρήσεις των οικογενειακών θεραπειών αποτελούν μία πολύτιμη πηγή πληροφοριών για την επίδραση της δομής και οργάνωσης της οικογένειας στην εμφάνιση και πορεία του συμπτώματος, αλλά και αντίστροφα, για το ρόλο που παίζει το σύμπτωμα στη λειτουργία και στη διατήρηση της ομοιόστασης μέσα στην οικογένεια. Ειδικότερα, το συστημικό μοντέλο είναι αναντικατάστατο όσον αφορά τη συνολική θεώρηση της οικογένειας, αλλά δεν επικεντρώνεται στην ατομική εξέλιξη των μελών του συστήματος για μεγάλο χρονικό διάστημα<sup>2</sup>.

Αντίθετα, σημαντικό πλεονέκτημα του ψυχαναλυτικού μοντέλου είναι η ενδοψυχική και εξελικτική διάσταση που προσδίδει στα γεγονότα, ενώ μειονεκτήματά του αποτελούν η εστίαση στη σχέση μητέρας-παιδιού και η μεγαλύτερη έμφαση στα ιστορικά και όχι στα σύγχρονα γεγονότα.

Μ' αυτή την έννοια, η ψυχανάλυση και η οικογενειακή θεραπεία αποτελούν συμπληρωματικούς τρόπους θεώρησης του ίδιου προβλήματος. Επιπλέον, ψυχοφυσιολογικά ευρήματα για τη σχέση μητέρας-παιδιού και την επίδρασή της σε βιολογικές διεργασίες, προσδίδουν μία αντικειμενική διάσταση στις κλινικές παρατηρήσεις των ψυχαναλυτών και των οικογενειακών θεραπευτών.

Η μέθοδος, η οποία ακολουθείται στην παρούσα μελέτη, χρησιμοποιεί σημαντικές έρευνες και κλινικές παρατηρήσεις από διαφορετικά θεωρητικά πλαίσια και αναζητά τα σημεία σύγκλισης και διαφοροποίησης ανάμεσά τους. Στη συνέχεια, επιχειρείται η σύνθεση και η αντιπαραβολή των πλέον σημαντικών στοιχείων και η περιγραφή των προβλημάτων τα οποία παραμένουν προς περαιτέρω διερεύνηση.

Σημειώνεται ότι σημαντικό μεθοδολογικό πρόβλημα σε όλες τις έρευνες αποτελεί η δυσκολία διαφοροποίησης της επίδρασης του οικογενειακού πλαισίου πριν και μετά την έναρξη της ψυχοσωματικής διαταραχής.

## Ψυχαναλυτική προσέγγιση

### *A. Η σχέση μητέρας-ψυχοσωματικού παιδιού: Παρατηρήσεις παιδιών και ανα-*

1. Θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι η οικογενειακή θεραπεία δεν χαρακτηρίζεται από μία ομοιογενή θεωρητική κατεύθυνση, αλλά συναποτελείται από αμάγαλμα θεωριών, ανάμεσα στις οποίες και την ψυχαναλυτική.

2. Ο Bowen (1966, 1978) τόνισε ιδιαίτερα τη μεταβίβαση μιας συναισθηματικής διαταραχής από γενιά σε γενιά. Επιπλέον, σημαντικό ρόλο στην οικογενειακή θεραπεία πολλών κατευθύνσεων παίζει το γενεόγραμμα (McGoldrick and Gerson, 1985), η συστηματική καταγραφή των βιογραφικών στοιχείων όλων των μελών της οικογένειας για περισσότερες από δύο γενεές. Και σε αυτή την περίπτωση όμως, δεν λαμβάνεται υπόψη η ατομική εξέλιξη, αλλά τα οικογενειακά μοτίβα τα οποία επαναλαμβάνονται.

3. Εξάιρεση στη διαταραγμένη σχέση μητέρας-παιδιού αποτελεί η αναφορά των Moss and Solomon (1965) για τις γυναίκες με ρευματική αρθρίτιδα. Η αναφορά, όμως, αυτή βασίζεται σε μικρό δείγμα γυναικών και έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα άλλων ερευνών (Pipinelli- Potamianou, 1976). Η κριτική επισκόπηση της βιβλιογραφίας (Anderson, 1985) αναφέρει ότι η αρνητική σχέση με τη μητέρα είναι ιδιαίτερα διαδεδομένη στις γυναίκες με ρευματική αρθρίτιδα.

### μνηστικά ιστορικά παιδικής ηλικίας

Παρ' όλα τα μεθοδολογικά προβλήματα τα οποία προκύπτουν από μία αναμνηστική προσέγγιση της προσωπικότητας των γονέων του ψυχοσωματικού ασθενούς, οι αναμνήσεις των περισσότερων ασθενών, όπως και οι παρατηρήσεις των θεραπειών που παρακολουθούν το ψυχοσωματικό παιδί, παραπέμπουν σε μία διαταραγμένη σχέση ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί<sup>3</sup>. Η πλέον ολοκληρωμένη ανασκόπηση του οικογενειακού ιστορικού ενηλίκων ασθενών, όσον αφορά την ελκώδη κολίτιδα (Engel, 1955), έδειξε ότι οι ασθενείς μεγαλώνουν σε ένα περιβάλλον το οποίο χαρακτηρίζεται από σχέσεις εξάρτησης και περιορισμένης συναισθηματικής εμβέλειας καθώς και από τη συστηματική ψυχοπαθολογία της μητέρας. Συγκεκριμένα, η σχέση της μητέρας με το παιδί είναι «υπό όρους», το οποίο σημαίνει ότι είναι στοργική και υποστηρικτική μόνον όταν η συμπεριφορά του παιδιού δεν δημιουργεί άγχος ή ενοχές στην ίδια. Συχνά επίσης η μητέρα παίζει το ρόλο του μάρτυρα, και θυσιάζει τον εαυτό της για το καλό του παιδιού της. Με αυτό τον τρόπο δημιουργεί αισθήματα άγχους και ενοχής στον ασθενή, ο οποίος βρίσκεται συνεχώς σε επιφυλακή για να αναγνωρίσει και να ικανοποιήσει τις συνεχείς διακυμάνσεις στις ανάγκες της μητέρας. Οι γυναίκες ασθενείς, συχνά, περιγράφουν τις μητέρες τους ως ψυχρές, άστοργες, τιμωρητικές, αυστηρές και επικριτικές, ενώ οι άνδρες ασθενείς τονίζουν το γεγονός ότι οι μητέρες ανησυχούσαν συνέχεια για την υγεία τους.

Οι περιγραφές του πατέρα των ψυχοσωματικών ασθενών είναι σπάνιες. Σύμφωνα με τον Engel (1955), ο πατέρας είναι

συνήθως απών για τους ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα. Οι γυναίκες ασθενείς είναι προσκολλημένες στον πατέρα και τον περιγράφουν ως ευγενικό και ήπιο χαρακτήρα, ενώ οι άντρες τον παρουσιάζουν ως σκληρό, τιμωρητικό και απειλητικό. Οι άνδρες επίσης είναι ιδιαίτερα προσκολλημένοι στη μητέρα τους και πιστεύουν ότι αυτή υπέφερε εξαιτίας της κακομεταχείρισης της από τον πατέρα. Αντίθετα, οι γυναίκες αναφέρουν ότι ο πατέρας δεν τις προστάτευε αρκετά από την επιθετικότητα της μητέρας.

Αυτές οι περιγραφές τονίζουν τις ιδιαιτερότητες των βιωμάτων του ασθενή ανάλογα με το φύλο του και την τάση του για ταύτιση ή προσκόλληση στον γονέα του αντίθετου φύλου. Το εύρημα παραπέμπει σε καταστάσεις τριγωνοποίησης (Hoffman, 1981) μέσα στο οικογενειακό σύστημα, ενώ η ψυχαναλυτική ερμηνεία αναφέρεται στο Οιδιπόδειο σύμπλεγμα.

Σημαντικό επίσης είναι το εύρημα των Blom και Nicholls (1954), ότι οι μητέρες παιδιών με ρευματική αρθρίτιδα παρουσίαζαν τον εαυτό τους σαν υπεύθυνο για την ασθένεια του παιδιού τους, λόγω της κακής συναισθηματικής ή σωματικής κατάστασής τους κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Οι ενοχές της μητέρας σε αυτή την περίπτωση, δημιουργούσαν έντονη τάση υπερπροστασίας και συμβιωτική σχέση. Η Sperling (1946) προσθέτει ότι η συμβιωτική σχέση συχνά υποκρύπτει μία αμφιθυμική συμπεριφορά της μητέρας προς το παιδί με ελκώδη κολίτιδα. Η μητέρα υποθάλλει τάσεις εξάρτησης, έτσι ώστε το παιδί να ικανοποιεί τις επιθυμίες και τις ανάγκες της, ενώ η υπερπροστασία και το υπερβολικό άγχος αποτελούν μία έμμεση απόρριψη του παιδιού από τη μητέρα (Ludwig, 1949). Σύμφωνα με την υπόθεση

του Mushatt (1954), η προβληματική σχέση με τη μητέρα δημιουργεί στο παιδί μία χρόνια κατάσταση κατάθλιψης και οργής, η οποία απωθείται λόγω της ασφάλειας που παρέχει η συμβιωτική σχέση. Όταν όμως μία τέτοια σχέση απειλείται από διακοπή, τότε το παιδί αισθάνεται αβοήθητο και γεμάτο πρωτόγονη οργή. Αυτή η οργή του δημιουργεί έντονο φόβο ότι θα χάσει την αγάπη της μητέρας και ότι θα καταστραφεί από το περιβάλλον. Η σύγκρουση, που αισθάνεται το παιδί, ανάμεσα στην ανάγκη για τη μητέρα και στην οργή εναντίον της, δεν έχει άλλο τρόπο να εκφραστεί παρά μόνο μέσα από τα ψυχοσωματικά συμπτώματα (Pugh, 1951).

Προβλήματα στη σχέση μητέρας-παιδιού έχουν αναφερθεί συχνά στη βιβλιογραφία για μία πληθώρα διαταραχών. Συγκεκριμένα, έχει παρατηρηθεί το φαινόμενο, παιδιά με διαταραχή διαγωγής να απορρίπτονται από τους γονείς τους (Petterson, 1982), παιδιά με προβλήματα άγχους να υπερπροστατεύονται (Coolidge & Brodie, 1974, Hersov, 1960), ενώ οι γονείς ενηλίκων ασθενών με κατάθλιψη παρουσιάζονται από τα παιδιά τους ως απορριπτικοί, αποστερητικοί, και ελεγκτικοί (Parker, 1983). Το χαρακτηριστικό το οποίο φαίνεται να διαφοροποιεί τη σχέση μητέρας-ψυχοσωματικού παιδιού από αντίστοιχες διαταραγμένες σχέσεις γονέων με παιδιά είναι η καθήλωση σε μία συμβιωτική σχέση.

Η Margaret Mahler και οι συνεργάτες της (1975) μελέτησαν διεξοδικά τις φάσεις φυσιολογικής ανάπτυξης μικρών παιδιών και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η ψυχολογική γέννηση του βρέφους δεν συμπιέπει χρονικά με τη βιολογική του γέννηση. Η συμβιωτική φάση, η οποία λαμβάνει χώρα μεταξύ 2 και 6 μηνών, αποτελεί μία φυσιολογική κατάσταση συγχώνευσης με τη

μητέρα, στην οποία το Εγώ δεν έχει διαφοροποιηθεί ακόμη από το μη-Εγώ και το βρέφος ζει με την παραίσθηση της ενότητας με τη μητέρα του. Η συνειδητοποίηση του εαυτού του, ως όντος χωριστού από τους άλλους, είναι αποτέλεσμα της ενδοψυχικής διαδικασίας του αποχωρισμού-εξατομίκευσης (separation/individuation), η οποία αρχίζει στον πέμπτο ή έκτο μήνα περίπου και εκτείνεται μέχρι το τέλος του τρίτου χρόνου. Οι ενδοψυχικές και διαπροσωπικές διεργασίες που συντελούνται στη φάση αυτή είναι καθοριστικής σημασίας για την ομαλή ανάπτυξη της ταυτότητας του παιδιού, της ικανότητάς του να συνδέεται με αντικείμενα και της συνείδησης της πραγματικότητας στον εξωτερικό κόσμο. Η Mahler (1975) παρατήρησε ότι η μητέρα η οποία παρουσίαζε αμφιθυμική συμπεριφορά προς το παιδί της και το μητρικό της ρόλο δημιουργούσε μία διαταραγμένη συμβιωτική σχέση και παρεμπόδιζε την είσοδο στο επόμενο στάδιο, του αποχωρισμού-εξατομίκευσης. Είναι πιθανό οι ενδοψυχικές διεργασίες, οι οποίες συμβάλλουν στη δημιουργία των ψυχοσωματικών προβλημάτων να συντελούνται κατά τη μετάβαση από τη φάση της συμβίωσης στη φάση του αποχωρισμού-εξατομίκευσης.

Οι έρευνες του Fain και των συνεργατών του (Fain and David, 1963, Fain and Kreisler, 1970) σε βρέφη τα οποία παρουσίασαν ψυχοσωματικά συμπτώματα (διαταραχές στον ύπνο), έδειξαν ότι η παθολογική σχέση μητέρας-παιδιού παρεμποδίζει την αυτονόμηση του παιδιού και εμφανίζεται από τις πρώτες μέρες της ζωής. Η συνθήκη του ύπνου συνεπάγεται τον αποχωρισμό από τη μητέρα και τον έξω κόσμο, γι' αυτό δημιουργεί έντονο άγχος στο παιδί. Για να αντεπεξέλθει το βρέφος αναπλάθει την κα-

ταπραύντική ένωση με τη μητέρα, φαντασιώνοντας τις θετικές εμπειρίες του θηλασμού και αντικαθιστώντας το στήθος της μητέρας με το πιπίλισμα του δακτύλου (Gaddini, 1977). Στην περίπτωση, όμως, μιας διαταραγμένης σχέσης (Fain and David, 1963, Fain and Kreisler, 1970) η μητέρα υπερβάλλει τον προστατευτικό της ρόλο και αναχαιτίζει οποιαδήποτε ικανοποίηση του βρέφους δεν επιτυγχάνεται παρά μόνο μέσα από την άμεση επαφή μαζί της, όπως πιπίλισμα του δακτύλου και άλλες αυτοερωτικές δραστηριότητες. Με αυτόν τον τρόπο εμποδίζει το παιδί να δημιουργήσει ένα ψυχικό χώρο, αποδεδειγμένο από την παρουσία της, ο οποίος λειτουργεί σαν προστατευτικό φίλτρο για τα εσωτερικά και τα εξωτερικά ερεθίσματα. Το βρέφος οδηγείται στην ολική εξάρτησή του από ένα εξωτερικό αντικείμενο, έτσι ώστε να χρειάζεται τη μητέρα του όπως ένας χρήστης χρειάζεται το ναρκωτικό του. (McDougall, 1974, σ. 448).

Η άρνηση της μητέρας να δώσει στο παιδί τον ψυχικό χώρο που απαιτείται για να αναπτύξει την αυτονομία του, οδηγεί, αφενός στην έλλειψη ανάπτυξης φαντασιωτικών και συμβολικών δομών, οι οποίες θα επιτρέψουν στο παιδί να επεξεργαστεί και να οργανώσει τις εμπειρίες του, να αντιμετωπίσει τις ματαιώσεις και τα προβλήματά του και, αφετέρου, σε προβλήματα στις μεταγενέστερες σχέσεις με τα αντικείμενα. Ο von Rad (1984) συμπληρώνει ότι οι μητέρες μεταφέρουν τις δικές τους άλυτες ναρκισσιστικές συγκρούσεις στο παιδί και χρησιμοποιούν το παιδί και το σώμα του σε μία προσπάθεια να αντεπεξέλθουν σε αυτές. Σε πολλές περιπτώσεις, ο πατέρας ενθαρρύνει ασυνείδητα τη συμβιωτική σχέση μητέρας-παιδιού, για να απελευθερωθεί ο ίδιος από την απειλή μιας παρόμοιας σχέσης. Κάτω από αυτές

τις συνθήκες, το παιδί προβάλλει σαν ένα κομμάτι του εαυτού της μητέρας και αποξενώνεται από το σώμα του, το οποίο παραμένει κάτω από τον έλεγχο της. Επιπλέον, «οι σωματικές λειτουργίες εκφράζουν άμεσα την κατάσταση των σχέσεων με τη μητέρα...» (von Rad, 1984, σελ. 83). Αυτό συμβαίνει διότι το σώμα του παιδιού γίνεται ασυνείδητα αντιληπτό σαν μέρος της εξιδανικευμένης ή της μισητής μητέρας. Στη συνθήκη της εξιδανίκευσης, το ψυχοσωματικό σύμπτωμα λειτουργεί ως ναρκισσιστική αντιστάθμιση ενός κενού στο ελλειμματικό σύστημα του εαυτού. Αντίθετα, στη συνθήκη του μίσους, λειτουργεί ως ένα αποξενωμένο κακό αντικείμενο (Benedetti, 1980). Η στάση αυτή αντανakλάται στη συμπεριφορά των ψυχοσωματικών ασθενών απέναντι στο σύμπτωμα τους. Είτε το φροντίζουν με ιδιαίτερη προσοχή, είτε επιδεικνύουν μία επικίνδυνη παραμέληση των συμπτωμάτων, η οποία είναι δυνατόν να θεωρηθεί σαν μία προσπάθεια να καταστρέψουν τα απεχθή κομμάτια της εικόνας της μητέρας, μέσα από την καταστροφή μερών του ίδιου του σώματός τους (McDougall, 1980).

Η Γαλλική Σχολή, με κύριο εκπρόσωπο τον Pierre Marty (1976), δίνει μεγαλύτερη έμφαση στην ενδοψυχική οργάνωση και τη δομή της προσωπικότητας του ψυχοσωματικού ασθενούς. Ο Marty τονίζει τη σημασία των σωματικών αποδιοργανώσεων και επαναδιοργανώσεων κατά τη διάρκεια της βρεφικής και παιδικής ηλικίας, οι οποίες δημιουργούν σημεία ψυχοσωματικής καθήλωσης. Σε αντίθεση με τις καθλώσεις της λιβιδινικής ενέργειας, οι μηχανισμοί της ψυχοσωματικής καθήλωσης ανάγονται στο βιολογικό σύστημα. Κάθε περίοδος αποδιοργάνωσης ακολουθείται συνήθως από μία θετική διεργασία επαναδιοργάνω-

σης. Ωστόσο, είναι πιθανόν η παλινδρόμηση να είναι απόλυτη, έτσι, ώστε να μην είναι δυνατή η επάνοδος στην προηγούμενη κατάσταση ισορροπίας. Η αποδιοργάνωση διαταράσσει την ιεραρχία που υπάρχει στο σωματικό επίπεδο και δημιουργεί μία βιολογική αναρχία, παραλύοντας ταυτόχρονα τους ψυχικούς μηχανισμούς. Αποτέλεσμα είναι η «βασική κατάθλιψη» (*depression essentielle*), η οποία οδηγεί σε σοβαρές ψυχοσωματικές διαταραχές. Η βασική κατάθλιψη αναφέρεται στην απουσία ενδοψυχικών συγκρούσεων και επενδύσεων της λιβιδινικής ενέργειας, με αποτέλεσμα ο ασθενής να χάνει το ενδιαφέρον του για τη ζωή, η οποία του φαίνεται πλέον άδεια. Το ασυνείδητο απομονώνεται τόσο από τις προσυνειδητές δραστηριότητες, όσο και από την εξωτερική συμπεριφορά. Σύμφωνα με τον Marty (1976), παράγοντες οι οποίοι είναι δυνατόν να αναστείλουν ή να προφυλάξουν από μία ενδεχόμενη αποδιοργάνωση είναι η κληρονομικότητα, η οποία καθορίζει την ποσοτική ένταση της λίμπιντο και την ποιοτική της δομή, καθώς και η σχέση με την μητέρα τους πρώτους μήνες της ζωής, η οποία καθορίζει τη χρονική στιγμή και τη φύση των καθηλώσεων.

O de M' Uzan (1974), συνεργάτης του Marty, υπογραμμίζει την ιδιόρρυθμη λειτουργία του Εγώ στους ψυχοσωματικούς ασθενείς. Στην περίπτωση αυτή, το Εγώ αποβάλλει τις συμβολικές του λειτουργίες και επενδύει υπερβολικά στην αντικειμενική πλευρά της πραγματικότητας, καθοδηγούμενο από την « αρχή της πραγματικότητας».

Ενώ πολλοί εκπρόσωποι της γαλλικής σχολής τόνισαν τη δομική διάσταση της διαταραγμένης οικονομίας των ψυχοσωματικών ασθενών, ο Stephanos (1978, 1979) συμπεριέλαβε στις απόψεις του τη

θεωρία των σχέσεων με τα αντικείμενα. Η ψυχοσωματική ασθένεια είναι αποτέλεσμα δύο παραγόντων, της αστάθειας της ψυχοβιολογικής οικονομίας του ατόμου και των παθολογικών πρωτογενών ταυτίσεων. Οι παρατηρήσεις του συμφωνούν με τις απόψεις άλλων ψυχαναλυτών σχετικά με την προβληματική προσωπικότητα της μητέρας και την ιδιόμορφη σχέση που δημιουργεί με τον ασθενή. Η μητέρα δεν έχει κατακτήσει την ψυχολογική της αυτονομία, γιατί αυτό δεν επιτρέπει στον εαυτό της να έχει συναισθήματα. Η σεξουαλική της ζωή παρουσιάζει προβλήματα και η σχέση της με τον πατέρα είναι εξαρτημένη, χωρίς όμως συναισθηματική εγγύτητα. Η μητέρα προβάλλει τις ανάγκες της στο παιδί, και προσκολλάται επάνω του με την προσδοκία ότι αυτό θα προστατεύσει την ψυχοσωματική της ισορροπία από έντονους κλυδωνισμούς. Επιπλέον φοβάται ότι, εάν το παιδί αναπτύξει τα δικά του συναισθήματα και δημιουργήσει έναν προσωπικό ψυχικό χώρο, τότε θα διαφύγει από τον έλεγχο της. Τελικά, η συμβιωτική σχέση εμποδίζει την ανάπτυξη ενός προσωπικού φαντασιωτικού χώρου και η μητέρα δεν εσωτερικεύεται ως ερωτικό αντικείμενο (*femme amante*). Το παιδί δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσει την αναπόφευκτη διαδικασία της σωματικής αποδιοργάνωσης με τη θετική διαδικασία της επαναδιοργάνωσης, γιατί αυτό δεν μπορεί να αμυνθεί στη σωματική ασθένεια (Stephanos, 1978). Η συμβιωτική σχέση με τη μητέρα και η επακόλουθη έλλειψη εξουσίας του πατέρα καθλώνει το παιδί σε μία προ-οιδιπόδεια οργάνωση προσωπικότητας (Stephanos, 1979).

Συμπερασματικά, οι ψυχαναλυτικές παρατηρήσεις, οι οποίες έχουν ως αφετηρία τους τη θεωρία των σχέσεων με τα

αντικείμενα, αποκαλύπτουν την παθολογική συμβίωση με τη μητέρα και την επακόλουθη έλλειψη δημιουργίας αυτόνομου Εγώ σε μία σημαντική συνθήκη προδιάθεσης για ψυχοσωματικές διαταραχές, ενώ η συμβιωτική σχέση μητέρας-βρέφους μπορεί να πάρει τη μορφή απόρριψης, αμφιθυμίας ή υπερπροστασίας.

### *B. Η ψυχοφυσιολογική διάσταση της σχέσης μητέρας-βρέφους*

Ενδιαφέροντα ψυχοφυσιολογικά ευρήματα φωτίζουν σε βάθος τους πιθανούς βιολογικούς μηχανισμούς που τίθενται σε λειτουργία στο πλαίσιο της σχέσης μητέρας-παιδιού. Ο Engel είχε την ευκαιρία να διερευνήσει την άμεση επίδραση της μητέρας στις σωματικές λειτουργίες του βρέφους μέσα από την παρατήρηση δύο παιδιών με γαστρικό συρίγγιο: Τη Monica, ένα βρέφος 18 μηνών (1956) και την Doris (1967), ένα κορίτσι 4,5 ετών. Η ιδιαιτερότητα της κατάστασής τους επέτρεπε την παρατήρηση των γαστρικών εκκρίσεων κάτω από ποικίλες συνθήκες. Και στις δύο περιπτώσεις η έκκριση υδροχλωρικού οξέος είχε άμεση συνάρτηση με τη συναισθηματική αλληλεπίδραση με τον πειραματιστή.

Παρόμοιες έρευνες *in vivo*, που έχουν διεξαχθεί σε ενήλικες (Margolin, 1953a), επιβεβαιώνουν τη σχέση ανάμεσα στη συναισθηματική κατάσταση του ασθενούς και στις λειτουργίες του γαστρεντερικού συστήματος. Αυτές οι παρατηρήσεις οδήγησαν στην υπόθεση (Margolin, 1953b) ότι τα ψυχοσωματικά συμπτώματα είναι έκ-

φραση σωματικής παλινδρόμησης σε ένα πρώιμο στάδιο ανάπτυξης κατά το οποίο οι σωματικές λειτουργίες και αντιδράσεις του βρέφους χαρακτηρίζονται από συνεχή υπερέκκριση, υπερκινητικότητα και υπεραιμία. Αργότερα αυτές οι λειτουργίες επισκιάζονται από τον έλεγχο που ασκεί το νευρικό σύστημα, αλλά δεν εξαφανίζονται. Στην περίπτωση που το άτομο αντιμετωπίζει μία ματαιώση στην οποία δεν μπορεί να αντεπεξέλθει, μέρος των λειτουργιών του παλινδρομούν σε κάποιο από τα προηγούμενα στάδια βιολογικής ανάπτυξης.

Ο Myron Hofer και οι συνεργάτες του (1975) επιβεβαίωσαν αυτές τις υποθέσεις με μία σειρά από πειράματα, τα οποία αποσκοπούσαν στη διερεύνηση των βιολογικών και συμπεριφορικών επιπτώσεων του αποχωρισμού από τη μητέρα σε ποντικά ηλικίας δύο εβδομάδων. Τα πρώτα πειράματα έδειξαν ότι η μητρική στέρηση σ' αυτή την ηλικία αυξάνει το γενικό επίπεδο της συμπεριφορικής διέγερσης τους βρέφους, η οποία εκφράζεται με προοδευτική αύξηση της κινητικής και απεκκριτικής δραστηριότητας (Hofer, 1975), καθώς και την εμφάνιση προδιάθεσης για γαστρικές διαταραχές (Ackerman και συνεργάτες, 1975). Οι έρευνες οδήγησαν στο συμπέρασμα (Hofer, 1975) ότι ο αποχωρισμός από τη μητέρα σε συγκεκριμένη ηλικία αποκαλύπτει μία προϋπάρχουσα έντονη συμπεριφορική διέγερση του βρέφους, η οποία κάτω από φυσιολογικές συνθήκες διατηρείται υπό έλεγχο, χάρη στην παρουσία της οσμής και της αφής της μητέρας<sup>4</sup>. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με ένα με-

4. Η σημασία της οσμής και της αφής της μητέρας έχει επίσης επισημανθεί από τον Winnicott (1951) για την επιλογή και τη λειτουργία του μεταβατικού αντικειμένου (transitional object) στη ζωή του παιδιού. Οι κλασικές μελέτες του Harlow (Harlow and Harlow, 1966, Harlow and Zimmermann, 1958) σε νεαρά πιθήκκια επίσης τονίζουν τη σημασία που έχει για το παιδί η σωματική επαφή με τη μητέρα.

γάλο μέρος της ψυχαναλυτικής βιβλιογραφίας (Stephanos, 1978), το οποίο τονίζει την καταπραυντική διάσταση της μητρικής παρουσίας (*mère calmante*).

Μία ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα περιοχή ψυχοφυσιολογικής διερεύνησης αναφέρεται στη μελέτη της αντίδρασης του ανοσοποιητικού συστήματος σε συνθήκες αποχωρισμού. Στην περίπτωση αυτή, το ανοσοποιητικό σύστημα αντιδρά με υποδιέγερση ή καταστολή, σε αντίθεση με την υπερδιέγερση που παρατηρείται σε άλλα ψυχοφυσιολογικά συστήματα. Ο Laudenslager και οι συνεργάτες του (1982) παρατήρησαν μία μείωση στην αντίδραση των λεμφοκυττάρων σε δύο νεαρούς πιθήκους κατά τη διάρκεια δύο εβδομάδων αποχωρισμού από τη μητέρα. Η δραστηριότητα του ανοσοποιητικού συστήματος επέστρεψε στη γραμμή βάσης μετά την επιστροφή της μητέρας. Η υποδιέγερση του ανοσοποιητικού συστήματος παρατηρήθηκε και από τον Schleifer και τους συνεργάτες του (1986). Σε μία σειρά πειραμάτων, χώρισαν μικρά ποντικάκια από τις μητέρες τους στην ηλικία των 40 ημερών, οπότε παρατηρήθηκε μειωμένη αντίδραση του ανοσοποιητικού τους συστήματος, χωρίς όμως να εμφανιστούν συμπτώματα ασθένειας. Τα ποντικάκια μεγάλωσαν χωρίς πρόβλημα στα κλουβιά τους μέχρι την ηλικία των 100 ημερών. Ωστόσο, μεγάλος αριθμός αυτών των ζώων εμφάνισε συμπτώματα λοίμωξης του άνω αναπνευστικού συστήματος λίγο πριν από την ηλικία των 100 ημερών και μετά από χρονικό διάστημα φαινομενικά καλής υγείας. Σε αυτή την περίπτωση, η εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος οδήγησε σε κλινικά συμπτώματα μετά την πάροδο αρκετά μεγάλου χρονικού διαστήματος.

Ο M. Hofer (1996), σε μία συνολική επι-

σκόπηση της ερευνητικής εργασίας του, τονίζει ότι η μητρική παρουσία λειτουργεί ως ρυθμιστής των ψυχοφυσιολογικών λειτουργιών του βρέφους. Ο αποχωρισμός από τη μητέρα οδηγεί σε αύξηση της δραστηριότητας σε ορισμένα συστήματα και μείωση σε άλλα, ανάλογα με την κατεύθυνση προς την οποία ρύθμιζε η επαφή με τη μητέρα τα συστήματα αυτά.

Φαίνεται να υπάρχει εξιδείκευση των αντιδράσεων του μικρού ζώου, εφ' όσον διαφορετικά συστήματα επηρεάζονται από συγκεκριμένα ερεθίσματα της απουσίας της μητέρας (οσμή, θηλασμός, ψηλάφισμα, γλείψιμο). Ο αναπτυσσόμενος οργανισμός του βρέφους μπορεί να προστατευθεί από τις φυσιολογικές διαταραχές που προκαλεί η απουσία της μητέρας, εάν οι ερευνητές παρέχουν το κατάλληλο τεχνητό υποκατάστατο για το συγκεκριμένο στοιχείο της μητρικής σχέσης, το οποίο προηγουμένως ρύθμιζε το σύστημα του βρέφους.

Τα γενικά συμπεράσματα στα οποία καταλήγει ο Hofer (1996) είναι τα ακόλουθα:

α. Οι ρυθμιστικές διεργασίες που συντελούνται μέσα από την αλληλεπίδραση γονέα βρέφους παίζουν καθοριστικό ρόλο στη σωματική ανάπτυξη του παδού. Θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι η ψυχοφυσιολογική αλληλεπίδραση δεν ταυτίζεται με τη δημιουργία συναισθηματικού δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί.

β) Μια πρώιμη διακοπή των ρυθμιστικών διεργασιών, λόγω μόνιμης μητρικής απώλειας, είναι δυνατόν να προκαλέσει σημαντικές αλλαγές στην ηλικία κατά την οποία το άτομο θα παρουσιάσει προδιάθεση για ασθένεια και στην πρώιμη μητρική απώλεια.

Οι έρευνες αυτές θέτουν το ερώτημα,



εάν τα φαινόμενα που παρατηρήθηκαν σε ζώα ισχύουν και σε ανθρώπινους οργανισμούς. Σε περίπτωση που ισχύουν, η προσωρινή ή μόνιμη απουσία της μητέρας, όπως και η σωματική επαφή με μία μητέρα η οποία δεν είναι σε θέση να ανταπεξέλθει στις άμεσες βιολογικές και συναισθηματικές ανάγκες του παιδιού της, πιθανόν να απορρυθμίζουν ορισμένα ψυχοφυσιολογικά συστήματα, δημιουργώντας τις κατάλληλες συνθήκες για την εμφάνιση οργανικής παθολογίας. Αρκετές έρευνες σε ενήλικες έχουν δείξει την επίδραση του πένθους (Bartrop και συνεργάτες, 1977) και της κατάθλιψης (Weisse, 1992) στην καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος και στην εμφάνιση ασθενειών.

### *Γ. Η εξέλιξη της συμβιωτικής σχέσης: Παρατηρήσεις σε ενήλικες ασθενείς.*

Ψυχαναλυτικές παρατηρήσεις της προσωπικότητας και της ζωής ενήλικων ασθενών με ψυχοσωματικές διαταραχές συμφωνούν με τις αντίστοιχες παρατηρήσεις σε παιδιά. Συγκεκριμένα, η αδυναμία συμβολικής έκφρασης και η έλλειψη φαντασιστικής ζωής, όπως και η τάση δημιουργίας συμβιωτικών σχέσεων, έχουν παρατηρηθεί και κατά την ενήλικη ζωή του ψυχοσωματικού ασθενούς.

Ο Ruesch (1948) στην κλασική μελέτη «*Νηπιακή προσωπικότητα: Το κεντρικό πρόβλημα της Ψυχοσωματικής Ιατρικής*» αναφέρει ότι οι ψυχοσωματικές καταστάσεις οφείλονται σε αναστολή της ανάπτυξης του ατόμου, το οποίο δεν έφτασε ποτέ στο στάδιο κατά το οποίο να μπορεί να εκφράσει τον εαυτό του και τα συναισθήματά του συμβολικά με το λόγο, με χειρονομίες ή μέσα από την τέχνη. Η συμβολική έκ-

φραση αποτελεί το τρίτο και πιο εξελιγμένο στάδιο αυτοέκφρασης κατά τον Ruesch. Στο πρώτο στάδιο η αυτο-έκφραση συντελείται κυρίως μέσα από το σώμα, ενώ στο δεύτερο στάδιο μέσα από συγκεκριμένες συμπεριφορές, οι οποίες έχουν σαν στόχο την εξωτερίκευση μιας επιθυμίας καθώς και την πρόκληση αντιδράσεων στους άλλους.

Η αδυναμία των ασθενών να χρησιμοποιήσουν τη συμβολική αναπαράσταση και αυτο-έκφραση παρατηρήθηκε και από την ψυχαναλύτρια Joyce McDougall (1974, 1982). Αποτέλεσμα της έλλειψης συμβολικής επεξεργασίας, σύμφωνα με τον Ruesch και τη McDougall, είναι η αδυναμία λεκτικής έκφρασης της συναισθηματικής έντασης, και κυρίως της εχθρότητας, την οποία βιώνουν οι ψυχοσωματικοί ασθενείς. Σε αυτό συντελεί το οικογενειακό περιβάλλον, το οποίο τονίζει ότι η λεκτική έκφραση των συναισθημάτων είναι μία πράξη αδυναμίας, μία ενέργεια ανόητη, ή ακόμη και επικίνδυνη. Με αυτόν τον τρόπο, το οικογενειακό περιβάλλον συμβάλλει στην προβληματική συναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου (McDougall, 1982).

Παρόμοιες διαπιστώσεις έχουν γίνει από τον Sifneos (1973, 1977) και από ομάδα ψυχαναλυτών του Πανεπιστημίου των Παρισίων (Marty, de M'Uzan and David, 1963). Ο Sifneos εισήγαγε τον όρο αλεξιθυμία (alexithymia) το 1972 για να περιγράψει ορισμένα χαρακτηριστικά γνωρίσματα τα οποία παρατήρησε σε πολλούς ψυχοσωματικούς ασθενείς: αδυναμία λεκτικής περιγραφής ενός συναισθήματος, έλλειψη συνοδών νευροφυτικών αντιδράσεων κατά τη βίωση ενός έντονου συναισθήματος, αδυναμία να διαφοροποιήσουν το ένα συναίσθημα από το άλλο, και έλλειψη φαντασίας και ονειρικής ζωής. Οι Γάλ-

λοι ψυχαναλυτές (Marty, de M'Uzan and David, 1963) περιέγραψαν το συναφές με την αλεξιθυμία – φαινόμενο της «μηχανιστικής σκέψης» (*pensée opératoire*) σαν χαρακτηριστικό γνώρισμα των ψυχοσωματικών ασθενών. Η μηχανιστική σκέψη αναφέρεται στην τάση των ατόμων να καταναλώνονται από τον εξωτερικό κόσμο, σε τέτοιο βαθμό, ώστε οι νοητικές διεργασίες να είναι τελειώς προσανατολισμένες στην εξωτερική πραγματικότητα, με αντίστοιχη απουσία φαντασιώσεων για ενορμήσεις, επιθυμίες ή συναισθήματα. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι βάσεις για τη δημιουργία των αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών και της μηχανιστικής σκέψης τίθενται στην παιδική ηλικία. Η Gaddini (1977) παρατήρησε την απουσία του παιχνιδιού και της δημιουργικής αυτο-απασχόλησης στα ψυχοσωματικά παιδιά, η οποία πιθανόν οφείλεται στην ελλιπή ανάπτυξη των συμβολικών και φαντασιωτικών δομών.

Όσον αφορά την άλυτη συμβιωτική σχέση με τη μητέρα, οι ενήλικοι ψυχοσωματικοί ασθενείς συνεχίζουν να δημιουργούν σχέσεις αμοιβαίας εξάρτησης ή και συμβίωσης με τον σεξουαλικό σύντροφο, είτε διότι «δεν έχουν δημιουργήσει δική τους ταυτότητα» (Ruesch, 1948, σ. 138), είτε διότι η σεξουαλικότητα τους έχει καθυλωθεί σε προ-οιδιπόδεια στάδια ανάπτυξης (Engel, 1955). Κατά τη σεξουαλική συμβίωση, ο ερωτικός σύντροφος, ως ένα σταθερό αντικείμενο ή ως πολλαπλά εναλλακτικά αντικείμενα, ενσαρκώνει τη μητρική μορφή, ή αντίθετα, μέσα από το μηχανισμό της προβλητικής ταύτισης, ο ασθενής παίζει το ρόλο της μητέρας πνίγοντας με μητρική φροντίδα το σύντροφό του (McDougall, 1974). Σαν επακόλουθο της συμβιωτικής και εξαρτημένης σχέσης από το σύντροφο τους οι ασθενείς εμφανίζουν

ψυχοσωματικές κρίσεις όταν απειλούνται από εγκατάλειψη (McDougall, 1974, Schmale, 1958).

Ο φόβος του αποχωρισμού από το σημαντικό άτομο, είναι αποτέλεσμα της συνθήκης συγχώνευσης που διέπει τη σχέση, στην οποία ούτε η μητέρα ούτε το παιδί έχουν κατακτήσει την ψυχική τους αυτονομία. Στην περίπτωση αυτή ο αποχωρισμός είναι δυνατόν να οδηγήσει στην αποδιοργάνωση λόγω της συνακόλουθης απώλειας των στοιχείων του Εγώ, τα οποία χάνονται μαζί με το αντικείμενο (von Rad, 1984). Το άτομο καταλαμβάνεται από συναισθήματα απελπισίας και οργής, τα οποία δεν είναι σε θέση να διαχειριστεί μέσα από τη διεργασία του πένθους ή με νέες ταυτίσεις. Η μόνη διέξοδος είναι η σωματική κατάρρευση.

#### *Δ. Συμπεράσματα και θέματα προς διερεύνηση.*

Συνοψίζοντας, η σύνθεση των ψυχαναλυτικών παρατηρήσεων και των ψυχοφυσιολογικών ευρημάτων αποκαλύπτουν τη σημασία δύο παραγόντων στη σχέση μητέρας-βρέφους για την εμφάνιση ψυχοσωματικών διαταραχών στο παιδί:

Α. Την έλλειψη αυτονομίας του βρέφους από τη μητέρα και

Β. Τη χρόνια σωματική υπερδιέγερση/υποδιέγερση του βρέφους, λόγω της μητρικής στέρησης ή της ανικανότητας της μητέρας να το καθησυχάσει. Η έλλειψη αυτονομίας του βρέφους από τη μητέρα δημιουργεί προβλήματα στους ακόλουθους τομείς:

1. Στις σχέσεις με τα αντικείμενα, μέσα από την καθήλωση του παιδιού σε μία σχέση εξάρτησης, την επακόλουθη αδυναμία δημιουργίας αυτόνομης ταυτότητας και την

αναζήτηση παρόμοιων σχέσεων κατά την ενήλικη ζωή του.

Η συμβιωτική σχέση χαρακτηρίζεται από το παράδοξο φαινόμενο της συνύπαρξης του φόβου αποχωρισμού από το σημαντικό αντικείμενο και της ταυτόχρονης αδυναμίας δημιουργίας σχέσεων συναισθηματικής εγγύτητας. Η συναισθηματική εγγύτητα αναζωπυρώνει τον αρχέγονο φόβο της συγχώνευσης και του κατακερματισμού της εύθραστης ταυτότητας του παιδιού από τη μητέρα και καθιστά την ψυχωτική αποδιοργάνωση ιδιαίτερα απειλητική (Mc Dougall, 1974, von Rad, 1984). Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό των σχέσεων που δημιουργούν τα ψυχοσωματικά άτομα με το περιβάλλον τους είναι το φαινόμενο της ανατύπωσης (reduplication), το οποίο παρατηρήθηκε από ορισμένους ψυχαναλυτές (de M' Uzan, 1977, Stephanos, 1978). Η ανατύπωση αναφέρεται στην τάση του ψυχοσωματικού ατόμου να αντιλαμβάνεται τα άτομα του περιβάλλοντός του σαν αντίγραφα του εαυτού του, απογυμνωμένα από ατομικές ιδιαιτερότητες, όπως φαίνεται στο παράδειγμα που ακολουθεί: «Έχετε μαύρα μαλλιά σαν το σύζυγό μου. Δεν έχω απογοητευτεί ποτέ από ανθρώπους με μαύρα μαλλιά» (Stephanos, 1978, σελ. 60). Το άτομο σε αυτή την περίπτωση δεν χρησιμοποιεί τον μηχανισμό της προβολής ή της προβλητικής ταύτισης. Απλώς αδυνατεί να αντιμετωπίσει τον άλλο σαν μία κέραια οντότητα, διαφορετική από τον ίδιο.

2. Στην εικόνα του σώματος (Stephanos, 1978, von Rad, 1984) και στο σχηματισμό μιας αυτόνομης ψυχοσωματικής οντότητας. Η Margaret Mahler (1975) αναφέρει ότι ο πυρήνας της εικόνας του σώματος δημιουργείται κατά τη συμβιωτική φάση, αλλά η διαφοροποίηση και η ανάπτυξη της λαμβάνει χώρα κατά την τρί-

τη φάση του αποχωρισμού και της εξατομίκευσης. Σημαντικό ρόλο για το σχηματισμό της σωματικής εικόνας παίζει η σωματική επαφή στη διαδικασία της διαμόρφωσης των ορίων ανάμεσα στη μητέρα και στο παιδί, καθώς και η γενικότερη λιβιδινική επένδυση της μητέρας στο σώμα του παιδιού της.

3. Στην ανάπτυξη φαντασιωτικών και συμβολικών δομών οι οποίες δημιουργούν προβλήματα στην ανάπτυξη του Εγώ και στους μηχανισμούς άμυνας του παιδιού. Τα προβλήματα αυτά συνεχίζουν να υπάρχουν και κατά την ενήλικη ζωή του ατόμου και αναδύονται μέσα από τα φαινόμενα της αλεξιθυμίας και της μηχανιστικής σκέψης, όπως και της συμβιωτικής-εξαορθμένης σχέσης με τον ερωτικό σύντροφο. Οι ψυχοσωματικές κρίσεις πυροδοτούνται από την απειλή διακοπής της σχέσης, ή από το αίσθημα ότι το άτομο δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος.

**Β. Θεωρητικά, η ψυχοφυσιολογική υπερδιέγερση/υποδιέγερση μπορεί να λειτουργεί σε δύο επίπεδα:**

- για την εμφάνιση οργανικής παθολογία σε υγιείς οργανισμούς.

- σε μία προϋπάρχουσα κληρονομική προδιάθεση ή μία ήδη εκδηλωθείσα παθοφυσιολογική αλλοίωση.

Η ψυχαναλυτική τοποθέτηση δημιουργεί μία σειρά από ερωτήματα κλινικού και θεωρητικού ενδιαφέροντος:

1. Σύμφωνα με τη βιολογία, οι βάσεις για τη δημιουργία ψυχοσωματικών διαταραχών τίθενται στα πρώτα χρόνια της ζωής του παιδιού. Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις, οι διαταραχές δεν εμφανίζονται παρά μόνο κατά την ενήλικη ζωή του ατόμου. Συνεπώς, είναι σημαντικό να εξεταστεί ο βαθμός κατά τον οποίο ισχύουν οι ίδιες

ψυχολογικές συνθήκες δημιουργίας ψυχοσωματικών διαταραχών στους ενήλικες ασθενείς, όπως και στα παιδιά.

α) Στην περίπτωση που ισχύουν, θα πρέπει να διερευνηθούν οι ενδιάμεσες μεταβλητές οι οποίες καθορίζουν τη χρονική στιγμή κατά την οποία θα εκδηλωθεί η διαταραχή. Προστατευτικό ρόλο πιθανόν να παίζουν η κοινωνική υποστήριξη (Cobb, 1976) και η ιδιοσυγκρασία του παιδιού (Kobasa, 1979, Werner and Smith, 1982), οι οποίες προφυλλάσουν τη σωματική και ψυχική ισορροπία του ατόμου. Αντίθετα, η έλλειψη των προστατευτικών μεταβλητών σε συνδυασμό με ορισμένες οικογενειακές συνθήκες, όπως εμπλοκή του παιδιού στις οικογενειακές συγκρούσεις (Minuchin, 1975), πιθανόν να απορρυθμίζουν σε πρώιμο χρονολογικά στάδιο.

β. Στην περίπτωση που οι συνθήκες διαφέρουν, θα πρέπει να εξεταστεί η επίδραση των σύγχρονων ψυχοπνευματικών παραγόντων ως απαραίτητης και επαρκούς συνθήκης για την εμφάνιση ψυχοσωματικής διαταραχής κατά την ενήλικη ζωή του ατόμου, ανεξάρτητα από προϋπάρχουσες συνθήκες, όπως είναι η δομή της προσωπικότητας του ατόμου ή οι ενδοψυχικές συγκρούσεις. Η άποψη αυτή είχε υποστηριχθεί από τον Φρόντ (1898) στη θεωρία του για τις ενεστώσες νευρώσεις. (aktuelle Neurose). Οι ενεστώσες νευρώσεις, σε αντίθεση με τις ψυχονευρώσεις, δεν αναφέρονται σε ενδοψυχικές συγκρούσεις της παιδικής ηλικίας, αλλά οφείλονται σε ελλιπή ικανοποίηση των σεξουαλικών ενστίκτων και μίας γενικότερης φθοράς του οργανισμού. Μία παρόμοια θέση υποστηρίζεται από τον Marty στην περιγραφή της προοδευτικής αποδιοργάνωσης των ψυχοφυσιολογικών συστημάτων και των λιβιδινικών δομών του ατόμου κατά την εφηβική

και ενήλικη ζωή, η οποία σταδιακά οδηγεί στο φαινόμενο της βασικής κατάθλιψης και στην πλήρη ψυχική και σωματική αποδιοργάνωση του ατόμου. Απαρχή αυτής της διαδικασίας μπορεί να είναι ένα ασήμαντο γεγονός, το οποίο όμως βιώνεται ως ναρκισσιστικό πλήγμα. Η θεωρία αυτή προϋποθέτει την ύπαρξη μιας εύθραστης βιολογικής και ψυχικής οικονομίας του ατόμου, εφόσον, τα φαινόμενα της προοδευτικής αποδιοργάνωσης και της βασικής κατάθλιψης δεν απαντώνται σε όλα τα άτομα που βιώνουν έντονα ψυχοπνευματικά γεγονότα.

2. Παραμένει προς διερεύνηση το ερώτημα σχετικά με τον ρόλο που παίζει το παιδί στη σχέση του με τη μητέρα και τις δυσκολίες που το ίδιο δημιουργεί στη σχέση (Engel, 1955, Meissner, 1977), δυσκολίες οι οποίες πιθανόν να προέρχονται από την ιδιοσυγκρασία του βρέφους, την προωρότητα, τις συνθήκες γέννησης και τις περιγεννητικές δυσκολίες ή ιδιαιτερότητες (ασθένειες) στην ανάπτυξή του.

Η Mahler (1975) παρατήρησε ότι στις περιπτώσεις που η μητέρα επέβαλλε μία συναισθηματική ασφυκτική σχέση με στόχο την ικανοποίηση της προσωπικής της ανάγκης για συμβίωση, το παιδί αντιδρούσε βίαια και έκανε κάθε προσπάθεια να απομακρυνθεί από τη μητέρα, με αποτέλεσμα την πρόωρη είσοδό του στη φάση του αποχωρισμού-ατομικοποίησης. Το φαινόμενο αυτό είναι ενδιαφέρον και θα έπρεπε να διερευνηθεί σε βάθος, με απώτερο στόχο τον προσδιορισμό των συγκεκριμένων ατομικών και διαπροσωπικών συνθηκών που οδηγούν ένα παιδί στην καθήλωση ή μη στη συμβιωτική σχέση. Σημαντική είναι και η επίδραση του πατέρα και της γενικότερης περιρρέουσας ατμόσφαιρας στην ψυχολογική κατάσταση της μητέρας στην

οποία επικεντρώνεται η ψυχαναλυτική προσέγγιση. Σε αυτό το σημείο είναι ιδιαίτερα διαφωτιστική η συνεισφορά της οικογενειακής θεραπείας και το θέμα θα αναπτυχθεί στο δεύτερο μέρος.

3. Πρόβλημα αποτελεί η έλλειψη σαφών θεωρητικών κατευθύνσεων για την επιλογή του οργάνου μέσα από το οποίο θα εκφραστούν οι συγκρούσεις του παιδιού σε σχέση με την απώλεια της μητρικής αγάπης. Ο Engel (1955) υποστηρίζει την επιλογή βάσει του σταδίου καθήλωσης της λήμπιντο (στοματικό, πρωκτικό, φαλλικό, κ.λπ.), όμως η θεωρία αυτή δεν είναι σε θέση να ερμηνεύσει όλες τις ψυχοσωματικές διαταραχές (σακχαρώδη διαβήτη, υπερθυρεοειδισμό, ρευματική αρθρίτιδα, κ.λπ.). Χρειάζεται λοιπόν να διερευνηθούν και άλλοι παράγοντες, όπως η επίδραση του ανοσοποιητικού ή του νευρικού συστήματος στην εμφάνιση οργανικής παθολογίας. Ο κλάδος της ψυχο-νευρο-ανοσολογίας (Ader, 1981) έχει καταδείξει την αλληλεπίδραση ανάμεσα στο ανοσοποιητικό, το ενδοκρινικό και το νευρικό σύστημα, και αποτελεί πηγή γόνιμων υποθέσεων για την παθογένεση πολλών ασθενειών. Συγκεκριμένα, υπάρχουν σαφείς ενδείξεις για την αρνητική επίδραση της κατάθλιψης (Stein, 1985) και των στρεσογόνων παραγόντων (Schleifer, 1984) στο ανοσοποιητικό σύστημα, το οποίο εμπλέκεται σε διαταραχές όπως η ελκώδης κολίτιδα και η ρευματοειδής αρθρίτιδα. Σημαντικό ρόλο πιθανόν να παίζει και η ελλειπής ή υπερβολική λιβιδινική επένδυση ορισμένων μερών του σώματος του παιδιού από τη μητέρα.

4. Μεγάλο πρόβλημα στο χώρο της ψυχοσωματικής αποτελεί η θεωρητική διασαφήνιση των μηχανισμών που οδηγούν σε τρεις διαφορετικές αλλά παρεμφερείς νοσολογικές οντότητες: τις ψυχοσωματικές

διαταραχές, την υστερία και τη σωματοποίηση. Η ψυχαναλυτική θεωρία επιτρέπει τη σαφή διαφοροποίηση των ψυχοσωματικών διαταραχών από τα συμπτώματα της υστερίας εκ μετατροπής με βάση το στάδιο ψυχοσυναισθηματικής εξέλιξης του ατόμου. Η οργάνωση της προσωπικότητας του ψυχοσωματικού ασθενούς έχει καθήλωθεί σε προ-οιδιπόδεια στάδια (Ruesch, 1948) και χαρακτηρίζεται από την έλλειψη νευρωτικών διαταραχών και από τη συνακόλουθη αδυναμία συμβολικής αυτο-έκφρασης. Αντίθετα, η υστερική προσωπικότητα έχει πιο εξελιγμένη οργάνωση και παρουσιάζει πλούσια φανταστική ζωή (Marty, 1968, McDougall, 1974).

Η έλλειψη φαντασιώσεων και συμβολικής αυτοέκφρασης, σε συνδυασμό με την απουσία νευρωτικών συμπτωμάτων στους ψυχοσωματικούς ασθενείς, επιτρέπει τη διαφοροποίηση των ψυχοσωματικών διαταραχών από τις ψυχονευρώσεις. Η θέση αυτή υποστηρίζεται και από τον Alexander (1950), ο οποίος διέκρινε τις ψυχονευρώσεις από τις «νευρώσεις του οργάνου». Στην πρώτη περίπτωση ανήκει η υστερία, ενώ στη δεύτερη, τα χρόνια συναισθήματα που δεν γίνονται αντικείμενο ψυχικής επεξεργασίας και τα οποία ενεργοποιούν συγκεκριμένα ψυχοφυσιολογικά συστήματα με επακόλουθο την εμφάνιση παθοφυσιολογικής αλλοίωσης. Παραμένει προς διερεύνηση η σύγκριση της θεωρίας του Alexander με τις απόψεις των Ruesch, McDougall, Marty και Sifneos.

Άγνωστη όμως παραμένει η σχέση ανάμεσα στη σωματοποίηση και στις ψυχοσωματικές διαταραχές. Δεδομένης της απουσίας οργανικής παθολογίας σε συμπτώματα σωματοποίησης (DSM-III-R, 1987) είναι σημαντική η διερεύνηση της εξελικτικής διάστασης και της δόμησης της προσω-

πικότητας του ασθενούς σε αυτή τη συνθήκη.

Τέλος θα πρέπει να αναφερθεί το φαινόμενο της ψυχωτικής υποτροπής σε ψυχοσωματικά άτομα (McDougall, 1974 Küttemeyer, 1953, Benedetti, 1980). Οι παρατηρήσεις αυτές οδήγησαν την Mc Dougall (1982) στην υπόθεση ότι η ψυχοσωμάτωση και η ψύχωση αναφέρονται σε παρόμοιες ψυχικές δομές: τη σύγχυση που βιώνει τόσο ο ψυχοσωματικός, όσο και ο ψυχωτικός ασθενής για το σώμα του και τα όρια του, το εάν έχει ή όχι το δικαίωμα σε μια χωριστή ψυχική ύπαρξη και στη συνείδηση ότι είναι επικίνδυνο να δημιουργήσει ένα προσωπικό συναισθηματικό κόσμο. Πίσω από την ψυχοσωματική διαταραχή υποβόσκει το ψυχωτικό άγχος: το άγχος της απώλειας της ταυτότητας, του σώματος ή του αυτο-ελέγχου. Γι αυτό το λόγο, τυχόν διακοπή της συμβιωτικής σχέσης δεν χαρακτηρίζεται τόσο από το φόβο του αποχωρισμού από τη μητέρα, όσο από ένα γενικευμένο φόβο καταστροφής και ανυπαρξίας του παιδιού (McDougall, 1980).

Από τη δική της πλευρά, η Mahler (1968 b) παρατήρησε την καθήλωση σε μία συμβιωτική σχέση σαν ένα σημαντικό στοιχείο των παιδικών ψυχώσεων και διαφοροποίησε το άγχος αποχωρισμού που βιώνουν παιδιά τα οποία έχουν φτάσει φυσιολογικά στο στάδιο αποχωρισμού-ατομικοποίησης, εξαιτίας της, από το άγχος που βιώνουν τα ψυχωτικά παιδιά, τα οποία δεν μπορούν να αντιληφθούν τη μητέρα σαν χωριστό αντικείμενο. Παρόμοιες ενδείξεις έχει αναφέρει και ο Bowen (1966) για την ύπαρξη συμβιωτικών σχέσεων σε οικογένειες με σχιζοφρενή μέλη. Παραμένουν προς διερεύνηση οι συνθήκες οι οποίες διαφοροποιούν την ψυχωτική από την ψυχοσωματική δομή.

## Οικογενειακή Θεραπεία

Η οικογενειακή θεραπεία αποτελεί ένα διαφορετικό τρόπο προσέγγισης της ψυχοπαθολογίας και της θεραπευτικής αντιμετώπισης ψυχιατρικών και ψυχοσωματικών διαταραχών. Το σύμπτωμα διερευνάται όχι σαν αποτέλεσμα των ψυχικών συγκρούσεων του ατόμου, αλλά σαν τρόπος επικοινωνίας και διατήρησης της ομοιότητας μέσα στην οικογένεια (Sholevar, 1982), ενώ η συμπτωματολογία του «ασθενούς» εκφράζει την παθολογία του οικογενειακού συστήματος ((Meisner, 1977).

Στη βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί αρκετές συνθήκες οι οποίες συσχετίζονται με την ύπαρξη ψυχοσωματικών διαταραχών σε μία οικογένεια (Sholevar, 1982), όπως η προσωπικότητα των γονέων, οι οποίοι αποθαρρύνουν την αυτοέκφραση στα παιδιά τους και χαρακτηρίζονται από συναισθηματική ψυχρότητα, τα συζυγικά προβλήματα, η απόρριψη του παιδιού από τους γονείς, (κυρίως από τη μητέρα), η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού για τη συγκεκριμένη διαταραχή, καθώς και το οικογενειακό στρες το οποίο οδηγεί σε ψυχοσωματική κρίση.

Οι παρατηρήσεις των οικογενειακών θεραπειών αναφέρονται τόσο στην επίδραση που ασκεί το οικογενειακό σύστημα στην επιδείνωση της ψυχοσωματικής ασθενείας, όσο και στους οικογενειακούς παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στη παθολογία των διαταραχών αυτών.

*A. Η οικογένεια ως πλαίσιο δημιουργία και επιδείνωση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων.*

Η προσπάθεια για την ανακάλυψη συγκεκριμένων συνθηκών, οι οποίες παίζουν

καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση ψυχοσωματικών διαταραχών, προσκρούει σε αρκετά μεθοδολογικά σημεία. Το σημαντικότερο από αυτά αναφέρεται στη δυσκολία της διαφοροποίησης της επίδρασης της οικογένειας πριν και μετά την εμφάνιση των συμπτωμάτων. Ως εκ τούτου, απαιτείται η παρακολούθηση σημαντικού αριθμού οικογενειών, οι οποίες παρουσιάζουν παράγοντες κινδύνου για εκδήλωση ψυχοσωματικών διαταραχών για μεγάλο χρονικό διάστημα, έτσι, ώστε να καταστεί δυνατή η διάκριση ανάμεσα στις συνθήκες, οι οποίες προϋπήρχαν της ασθένειας και σε αυτές οι οποίες είναι αποτέλεσμα της. Παρόλες τις μεθοδολογικές αδυναμίες που προέρχονται από την μελέτη μικρού αριθμού οικογενειών στις οποίες έχει ήδη εκδηλωθεί ψυχοσωματική διαταραχή, οι αναφορές των οικογενειακών θεραπειών συγκλίνουν σε ορισμένα σημεία.

Μία γενική συνθήκη, η οποία έχει παρατηρηθεί σε οικογένειες με ψυχοσωματικά παιδιά, είναι ένα δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον. Οι γονείς δεν είναι σε θέση ούτε να αναγνωρίσουν, ούτε να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους μέσα από τις διαπροσωπικές σχέσεις. Το παιδί που μεγαλώνει σε ένα τέτοιο περιβάλλον δεν αποκτά συναίσθηση των συναισθηματικών του αναγκών, δεν μπορεί να εκφραστεί αποτελεσματικά και δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει τις σχέσεις με τους άλλους σαν πηγή ανακούφισης και ικανοποίησης (Sholevar, 1982).

Σε μία προσπάθεια διερεύνησης των συγκεκριμένων συνθηκών οι οποίες οδηγούν σε ψυχοσωματική παθολογία, ο Liedtke (1990) εξέτασε τον τρόπο με τον οποίο ανατρέφονται τα ψυχοσωματικά παιδιά. Στη μελέτη του χρησιμοποίησε 79 παιδιά με γνωστές ψυχοσωματικές ασθένειες (30 με βρογχικό άσθμα, 19 με ελκώδη κολίτιδα και 30 με ατοπική δερματίτιδα) και τα σύγκρινε με 51 νευρωτικά παιδιά. Τα παιδιά και οι γονείς τους απάντησαν σε ερωτηματολόγια σχετικά με τους στόχους και τις στρατηγικές διαπαιδαγώγησης που ακολουθούνται στην οικογένεια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι στις ψυχοσωματικές οικογένειες υπήρχαν στενότεροι δεσμοί ανάμεσα στη μητέρα και στο παιδί, όπως και ανάμεσα στον πατέρα και στο παιδί, από ό,τι στις οικογένειες με νευρωτικά παιδιά. Η ανεξαρτησία και η αυτονομία του παιδιού δεν αποτελούν βασικούς στόχους διαπαιδαγώγησης στις ψυχοσωματικές οικογένειες και το ψυχοσωματικό παιδί αντιλαμβάνεται ότι οι γονείς δυσκολεύονται να το αποχωριστούν. Ο τρόπος διαπαιδαγώγησης είναι άκαμπος με έμφαση στην συμμόρφωση με τις κοινωνικές αξίες και επιταγές (« να είναι το καλό παιδί ») και στην αποφυγή των συγκρούσεων. Όσον αφορά τις μητέρες των ψυχοσωματικών παιδιών φαίνεται να είναι περισσότερο αυστηρές και απαιτητικές από τους πατέρες.

Αυτός ο τρόπος διαπαιδαγώγησης έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία με τον όρο «περιοριστική κοινωνικοποίηση» (*restrictive socialization*, Zepf, 1976), διότι περιορίζει τη δημιουργία ενός ευρέος πλέγματος διαπροσωπικών επαφών, απαραίτητο για την ομαλή ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού. Η περιοριστική κοινωνικοποίηση έχει σαν αποτέλεσμα τη στενή σχέση με τη μητέρα, τη δυσκολία αποχωρισμού, την τάση για προσαρμογή στο περιβάλλον και την καταπίεση της επιθετικότητας. Αυτή η τάση έχει παρατηρηθεί πριν από την έναρξη της ασθένειας.

Όσον αφορά τον τρόπο επικοινωνίας των μελών της οικογένειας με το ψυχοσω-

ματικό παιδί φαίνεται να υπάρχει μια τάση για αυστηρότητα και περιορισμό στην επικοινωνία με το παιδί. Οι γονείς των ψυχοσωματικών παιδιών φαίνεται να είναι περισσότερο αυστηροί και απαιτητικοί από τους πατέρες.

ματικό παιδί, πολλοί οικογενειακοί θεραπευτές εντόπισαν ορισμένες δυσλειτουργίες. Συγκεκριμένα, σε μία από τις πρώτες μελέτες του οικογενειακού συστήματος σε οκτώ παιδιά που παρουσίαζαν ελκώδη κολίτιδα, οι Jackson και Yalom (1966) παρατήρησαν την έλλειψη αμεσότητας στην ανταλλαγή μηνυμάτων ανάμεσα στα μέλη των οικογενειών αυτών και την καταπίεση της έκφρασης όταν το μήνυμα ήταν αρνητικό, χαρακτηριστικά τα οποία προϋπήρχαν και σε προηγούμενες γενιές. Επίσης παρατηρήθηκε έκδηλη ψυχοπαθολογία στα αδέρφια των ψυχοσωματικών παιδιών, σε τέτοιο βαθμό, ώστε η συμπεριφορά του «ασθενή» να παρουσιάζει τη μεγαλύτερη σταθερότητα και το λιγότερο άγχος σε σύγκριση με τη συμπεριφορά των αδελφών του. Σε αυτή την περίπτωση, είναι σαφής ο ρόλος του ψυχοσωματικού συμπτώματος στη διατήρηση της ομοιόστασης της οικογένειας, αλλά και στην ψυχική οικονομία του ίδιου του ασθενούς. Συχνά, η σωματική διαταραχή αποτελεί μικρότερη απειλή για την ομοιόσταση της οικογένειας από τις δονήσεις που θα προκαλούσε στο σύστημα η αποκάλυψη ενός συναισθηματικού προβλήματος (Meissner, 1977).

Ο Bowen (1966,1978) με τη θεωρία του για το προβλητικό σύστημα της οικογένειας, φωτίζει σε βάθος τους μηχανισμούς που χρησιμοποιεί η ψυχοσωματική οικογένεια. Συγκεκριμένα, ο Bowen (1966) αναφέρει ότι οι γονείς, που δεν δημιούργησαν μία ανεξάρτητη και αυτόνομη εικόνα του εαυτού τους κατά την παιδική ηλικία, τείνουν να προβάλλουν τη συγκεχυμένη εικόνα του εαυτού τους στα παιδιά τους, έτσι, ώστε το σώμα του ενός να έχει άμεση σχέση με την ψυχή ενός άλλου μέλους. Η προβολή μπορεί να συντελεστεί στο επίπεδο οργανικής ασθένειας ή να παραμείνει στο

επίπεδο υποχονδριακών συμπτωμάτων. Ο Bowen (1978) παραθέτει το παράδειγμα μιας μητέρας η οποία παρουσίαζε συνεχή ενασχόληση με τα όργανα του σώματός της. Μετά οι ανησυχίες της επικεντρώθηκαν στο εντερικό σύστημα, το δέρμα και τα ιγμόρεια του γιού της με αποτέλεσμα το παιδί να αναπτύξει πολλαπλά σωματικά συμπτώματα σε αυτά τα όργανα.

Έχει επίσης παρατηρηθεί (Seltzer, 1985) η τάση μιας οικογένειας να επικεντρώνεται σε συγκεκριμένα συμπτώματα (όπως κεφαλαλγίες, συμπτώματα του γαστρεντερικού συστήματος ή προβλήματα με την καρδιά) για διάστημα πολλών γενεών. Τα συμπτώματα αυτά, τα οποία δεν συνοδεύονται πάντα από οργανική παθολογία, δεν μπορούν να αποδοθούν εξ ολοκλήρου στην κληρονομικότητα ή στην προδιάθεση για μια ορισμένη ασθένεια. Αντίθετα θα πρέπει να εξεταστούν σαν συμβολική έκφραση χρόνιων και ανεπίλυτων συγκρούσεων της οικογένειας.

### *B. Το μοντέλο του Minuchin*

Το πιο ολοκληρωμένο μοντέλο για το ρόλο της οικογένειας στις ψυχοσωματικές κρίσεις παρουσιάστηκε από τον Salvador Minuchin το 1975. Συγκεκριμένα ο Minuchin και οι συνεργάτες του στην Philadelphia Child Guidance Clinic διερεύνησαν τον τρόπο επικοινωνίας του συστήματος σε οικογένειες των οποίων ένα από τα παιδιά είχε εμφανίσει διαβήτη, άσθμα ή ψυχογενή ανορεξία

Ειδικότερα στις περιπτώσεις του παιδικού διαβήτη παρατήρησαν το παράδοξο φαινόμενο ότι ενώ αρκετά παιδιά παρουσίαζαν σταθερή πορεία, χωρίς επιπλοκές, άλλα εμφάνιζαν συχνά επεισόδια κετοοξειδωσης, παρ' όλη την θεραπεία με ιν-



σουλίνη που έκαναν στο σπίτι τους. Για να διερευνήσουν το πρόβλημα χρησιμοποίησαν μετρήσεις των ελεύθερων λιπαρών οξέων που κυκλοφορούν στο αίμα. Τα ελεύθερα λιπαρά οξέα είναι ένας καλός δείκτης άγχους, ταυτόχρονα όμως αναφέρονται και στην απαρχή της παθολογικής διαδικασίας, στην περίπτωση του σακχαρώδους διαβήτη.

Οι μετρήσεις αυτές ελήφθησαν κατά τη διάρκεια δομημένης συνέντευξης στην οποία οι δύο γονείς και το διαβητικό παιδί τους έπρεπε να αντιμετωπίσουν μία στρεσογόνο κατάσταση, ενώ οι ερευνητές μετρούσαν τα ελεύθερα λιπαρά οξέα του αίματος. Στην πρώτη φάση της συνέντευξης, το παιδί απλώς παρακολουθούσε τους γονείς του από μονόδρομο καθρέφτη. Στην δεύτερη φάση ζητήθηκε από το παιδί να μπει στο δωμάτιο σε μία στιγμή έντονης σύγκρουσης ανάμεσα στους γονείς. Κατά τη δεύτερη φάση σημειώθηκε αύξηση στα ελεύθερα λιπαρά οξέα του παιδιού, η οποία συνεχίστηκε και μετά τη λήξη της συνεδρίας, ενώ ταυτόχρονα παρουσιάστηκε μείωση στα λιπαρά οξέα των γονέων κατά τη διάρκεια της εμπλοκής του παιδιού στις συγκρούσεις τους. Οι παρατηρήσεις συμφωνούν με το θεωρητικό πλαίσιο της σταθεροποιητικής λειτουργίας του συμπτώματος μέσα στο οικογενειακό σύστημα. Η παρουσία του παιδιού μείωσε τη διεγερση των γονέων, αύξησε όμως τη συναισθηματική φόρτιση του παιδιού, με αποτέλεσμα να επιβαρυνθεί η ψυχοφυσιολογική του κατάσταση.

Παρόμοια ευρήματα αναφέρθηκαν και από τον Pinter και τους συνεργάτες του (1967), οι οποίοι κατέδειξαν την διαφοροποίηση της έκκρισης των ελεύθερων λιπαρών οξέων στις περιπτώσεις που το άτομο είχε την δυνατότητα διαφυγής από μια

στρεσογόνο κατάσταση και στην περίπτωση κατά την οποία το άτομο ήταν αναγκασμένο να παραμείνει παθητικό χωρίς δυνατότητα διεξόδου. Μόνο στην τελευταία περίπτωση παρατηρήθηκε αύξηση των λιπαρών οξέων.

Στην έρευνα του Minuchin, η αυξημένη έκκριση λιπαρών οξέων στο διαβητικό παιδί παρατηρήθηκε μόνο στην ομάδα των «ψυχοσωματικών» διαβητικών παιδιών, αυτών, δηλαδή, των οποίων τα συμπτώματα δεν ήταν δυνατόν να τεθούν υπό έλεγχο. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκαν ανάλογες αυξομειώσεις σε ομάδες διαβητικών παιδιών, τα οποία χωρίς να έχουν προβλήματα με την πορεία της ασθένειας, ωστόσο, παρουσίαζαν προβλήματα συμπεριφοράς («διαβητικά παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς»), ή σε διαβητικά παιδιά τα οποία δεν εμφάνισαν οργανικές ή ψυχολογικές επιπλοκές («φυσιολογικά διαβητικά παιδιά»). Οι διαφορές στις υπο-ομάδες των διαβητικών παιδιών ήταν έκδηλες και στη δομή του οικογενειακού συστήματος της κάθε μιας υπο-ομάδας. Συγκεκριμένα, οι οικογένειες των «φυσιολογικών παιδιών» «με προβλήματα συμπεριφοράς» είχαν σαν κύρια χαρακτηριστικά σαφώς οριοθετημένα υποσυστήματα και την τάση για διαπροσωπική διαφοροποίηση. Αντίθετα, οι οικογένειες των «ψυχοσωματικών διαβητικών» χαρακτηρίζονταν από την εμπλοκή των υποσυστημάτων και την έλλειψη διαφοροποίησης των μελών της οικογένειας. Σε αυτές τις οικογένειες το παιδί συχνά έπαιζε τον ρόλο του γονέα.

Βασίζόμενος στις μελέτες αυτές ο Minuchin παρουσίασε ένα θεωρητικό μοντέλο (1975), στο οποίο αναφέρονται οι απαραίτητες συνθήκες για την εμφάνιση και διατήρηση σοβαρών ψυχοσωματικών διαταραχών σε παιδιά. Σύμφωνα με το μο-

ντέλο αυτό, απαιτούνται τρεις παράγοντες για την εμφάνιση σοβαρής ψυχοσωματικής ασθένειας σε παιδιά:

1. Μια σωματική ευπάθεια του παιδιού.

2. Οικογενειακό σύστημα το οποίο διακρίνεται από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά.

α. Τάση για συγχώνευση και έλλειψη ορίων ανάμεσα στα υποσυστήματα. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της συγχωνευμένης οικογένειας είναι η μεγάλη αλληλεξάρτηση ανάμεσα στα μέλη της, η τάση για παραβίαση ατομικών ορίων και η έλλειψη διαφοροποίησης της εικόνας του εαυτού από τα άλλα μέλη της οικογένειας. Συχνά ο ένας γονιός ζητάει την βοήθεια του παιδιού στις συγκρούσεις του με τον άλλο ή τα ίδια τα παιδιά αναλαμβάνουν γονεϊκούς ρόλους.

β. Υπερπροστασία. Συνήθως εμφανίζεται με τη μορφή ενδιαφέροντος του ενός μέλους της οικογένειας για τον άλλο. Σε αυτές τις περιπτώσεις η υπερπροστασία των γονέων δημιουργεί προβλήματα στην ομαλή ανάπτυξη της αυτονομίας και της αυτάρκειας του παιδιού.

γ. Ακαμψία. Συχνά η οικογένεια με ψυχοσωματικό παιδί λειτουργεί σαν κλειστό κύκλωμα, το οποίο εμμένει στις ίδιες συμπεριφορές, ακόμα και όταν οι καταστάσεις απαιτούν σημαντικές αλλαγές (όπως με την έναρξη της εφηβείας). Όταν η τάση για σύγκρουση φτάσει σε επικίνδυνο σημείο, τότε το άρρωστο παιδί παρουσιάζει υποτροπή, δίνοντας τη δυνατότητα στα άλλα μέλη να παρακάμψουν τις διαφορές τους για να επικεντρωθούν στην αντιμετώπιση της ασθένειας. Με αυτόν τον τρόπο η οικογένεια ενισχύει το σύμπτωμα λόγω της χρησιμότητάς του στη διατήρηση της ομοιοστασίας μέσα στο σύστημα.

δ. Αδυναμία αντιμετώπισης των συ-

γκρούσεων. Το σύστημα λειτουργεί με τρόπο που δεν επιτρέπει τη διαφοροποίηση των μελών του και την επίλυση των συγκρούσεων, είτε διότι ο ένας από τους γονείς αποφεύγει κρίσιμες συζητήσεις, είτε διότι και οι δύο γονείς αρνούνται την ύπαρξη προβλημάτων.

3. Ο κεντρικός ρόλος στις οικογενειακές συγκρούσεις.

Συχνά, το παιδί έχει μια τέτοια θέση στην οικογένεια που δεν μπορεί να εκφράσει την άποψή του, χωρίς ταυτόχρονα, να λάβει θέση εναντίον του ενός γονιού. Αυτές οι θέσεις μπορεί να είναι είτε παροδικές, όπως στην περίπτωση της τριγωνοποίησης, είτε μόνιμες, οπότε μιλάμε για συμμαχίες γονέως-παιδιού. Μια τρίτη στρατηγική αναφέρεται στη μείωση των συγκρούσεων του ζευγαριού για να προστατεύσουν ή να κατηγορήσουν το παιδί, το οποίο είναι «το μόνο πρόβλημα της οικογένειας». Οι γονείς επικεντρώνονται στον μητρικό ή πατρικό τους ρόλο, ενώ, παράλληλα, αγνοούν ή απωθούν τα προβλήματα συζυγικής επικοινωνίας.

Το μοντέλο προβλέπει ότι, κάθε φορά που το σύστημα βρίσκεται σε αναστάτωση και αποδιοργάνωση, αυξάνονται οι πιθανότητες το άρρωστο παιδί να οδηγηθεί σε κρίση. Ο Minuchin αναφέρει ότι, αυτό το μοντέλο μπορεί να εφαρμοστεί σε όλες τις ψυχοσωματικές διαταραχές, ανεξάρτητα από το συγκεκριμένο σύμπτωμα.

#### *Κριτική του μοντέλου του Minuchin*

Τα ευρήματα του Minuchin συμφωνούν με ευρήματα άλλων ερευνών σε διαβητικά παιδιά και εφήβους. Ο Anderson και οι συνεργάτες του (1981) διαμόρφωσαν τρεις ομάδες 58 διαβητικών εφήβων ανάλογα με τον βαθμό ελέγχου της ασθένειας τους και

παρατήρησε τις συσχετίσεις ανάμεσα στην πορεία της ασθένειας και στην οικογενειακή δομή. Η ομάδα η οποία είχε ανεπαρκή έλεγχο παρουσίαζε τις περισσότερες συγκρούσεις και τη μικρότερη συνοχή ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, ενώ, αντίθετα, οι γονείς των εφήβων που είχαν καλό έλεγχο της ασθένειάς τους, ενθάρρυναν την ανεξαρτησία των παιδιών τους. Σε παρόμοια συμπεράσματα για τη θετική σχέση του επαρκούς διαβητικού ελέγχου με την καλή οργάνωση του οικογενειακού συστήματος κατέληξαν ο Shouval (1982) και ο Grey (1980).

Το μοντέλο του Minuchin στηρίζεται σε ενδιαφέροντα ευρήματα και η θέση του ότι το οικογενειακό περιβάλλον παίζει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη και τον έλεγχο ψυχοσωματικών συμπτωμάτων φαίνεται να ισχύει για τις περιπτώσεις νεανικού διαβήτη. Ωστόσο, ο σχετικά μικρός αριθμός των οικογενειών, που μελέτησε, δεν επιτρέπει να συμπεράνουμε ότι το μοντέλο ισχύει σε όλες τις ψυχοσωματικές διαταραχές. Η Beatrice Wood (1989) και οι συνεργάτες της χρησιμοποίησαν το μοντέλο και την τεχνική του Minuchin στη μελέτη οικογενειών των οποίων τα παιδιά έπασχαν από την ασθένεια του Crohn, από ελκώδη κολίτιδα και από λειτουργικό σύνδρομο υπογάστριου πόνου. Τα ευρήματα τους στηρίζουν την υπόθεση ότι ο βαθμός ασθένειας έχει σχέση με την τριγωνοποίηση και τη δυσλειτουργία της συζυγικής σχέσης. Αυτές οι μεταβλητές υπερίσχυαν της υπερπροστασίας, της ακαμψίας και της αποφυγής συγκρούσεων, που προβλέπει το μοντέλο του Minuchin.

Εν τούτοις, η τριγωνοποίηση αποτελεί κοινό στοιχείο πολλών προβληματικών οικογενειών (Hoffman, 1981), όχι μόνο των ψυχοσωματικών. Στη συνθήκη της τριγωνοποίησης το παιδί παρουσιάζει ένα πρόβλημα, (ψυχολογικό, σωματικό ή συμπεριφορικό), το οποίο παρεμποδίζει να έρθουν στην επιφάνεια σημαντικές συγκρούσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Επομένως, η τριγωνοποίηση αποτελεί μία γενικότερη συνθήκη για την εκδήλωση παθολογικής συμπεριφοράς και δεν συνιστά παράγοντα διαφοροποίησης για την εκδήλωση οργανικής παθολογίας και όχι κάποιας άλλης διαταραχής. Επιπλέον, είναι δύσκολο να περιγραφεί με σαφήνεια ο ρόλος της οικογένειας πριν την εκδήλωση της ψυχοσωματικής διαταραχής, εφόσον, όπως παρατηρούν οι Zimand και Wood (1986), τα χαρακτηριστικά των οικογενειών αυτών, συχνά, είναι απόρροια της συμβίωσης με ένα παιδί το οποίο πάσχει από σοβαρή ασθένεια και όχι προϋπόθεση για την εμφάνιση της διαταραχής. Συγκεκριμένα, μελέτες οικογενειών στις οποίες ένα μέλος πάσχει από σοβαρό νόσημα, έδειξαν ότι η εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας επιβαρύνει συναισθηματικά το οικογενειακό σύστημα και δημιουργεί μία σειρά από αντιδράσεις σε όλα τα μέλη (Gonzalez, Steinglass and Reiss, 1987). Η παραμέληση των αναγκών των υγιών μελών μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα τη ματαίωση, το θυμό και την κακή επικοινωνία μέσα στην οικογένεια. Συχνά τα υγιή μέλη βασανίζονται από αισθήματα ενοχής στην προσπάθειά τους να καταλάβουν τους λόγους της ασθένειας. Είναι, λοιπόν, πιθανό η δυσκαμψία που παρατηρείται στην οικογενειακή επικοινωνία να διατηρείται εν μέρει από την τάση των μελών να συζητούν το θέμα της ασθένειας.

Δύο στοιχεία τα οποία παίζουν σημαντικό ρόλο στον τρόπο αντίδρασης της οικογένειας είναι:

α. Η συσχέτιση της χρονικής στιγμής

της αρχικής εμφάνισης μιας ασθένειας (ψυχοσωματικής ή μη) με την εξελικτική φάση στην οποία βρίσκεται το οικογενειακό σύστημα (Rolland, 1988). Εάν η οικογένεια βρίσκεται σε μια ευαίσθητη φάση, όπως είναι το στάδιο κατά το οποίο τα παιδιά πρέπει να φύγουν από την πατρική οικογένεια, τότε οι προσωπικές ανάγκες υποκύπτουν στις ανάγκες του ασθενούς και το σύστημα καθλώνεται σε ένα συγκεκριμένο στάδιο (τα παιδιά θυσιάζουν την προσωπική τους ζωή και μένουν στο σπίτι για να φροντίζουν το άρρωστο μέλος).

β) Το βαθμό της ομοιόστασης μιας οικογένειας. Οι οικογένειες οι οποίες χαρακτηρίζονται από έντονη τάση ομοιόστασης παρουσιάζουν και τα μεγαλύτερα προβλήματα ή την αμφιβολία, που προκύπτουν από τη διάγνωση μιας χρόνιας ασθένειας, είναι βασικό χαρακτηριστικό για την επιτυχή προσαρμογή στην ασθένεια (Boss, Carron, Horbal, 1988).

Όσον αφορά τον τύπο της οικογένειας που περιγράφει ο Minuchin, έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία ότι υπάρχουν περισσότεροι από ένας τύποι οικογενειακού συστήματος, οι οποίοι εμφανίζονται συχνά σε ασθενείς με ψυχοσωματικές διαταραχές (Wirshing και συνεργάτες, 1985):

1. Οι δεμένες και συγχωνευμένες οικογένειες (*bound and enmeshed families*), τα χαρακτηριστικά των οποίων είναι παρόμοια με αυτά που περιέγραψε ο Minuchin.

2. Οι διχασμένες οικογένειες (*split families*), οι οποίες βρίσκονται σε συνεχή κρίση. Η φροντίδα του άρρωστου παιδιού είναι ο μόνος τρόπος για να διοχετευθεί η ένταση του οικογενειακού συστήματος.

3. Οι διασπασμένες οικογένειες (*disintegrated families*), οι οποίες παρεκκλίνουν από την περιγραφή του κλασικού τύπου

ψυχοσωματικής οικογένειας και χαρακτηρίζονται από έντονη παθολογία. Κύριο γνώρισμα αυτού του τύπου είναι ότι ο ένας σύζυγος είναι πολύ δεμένος με την πατρική οικογένεια, ενώ ο άλλος είχε απορριφθεί και παραμεληθεί από την δική του. Έτσι, τα παιδιά αυτής της οικογένειας εκτίθενται σε έντονες εναλλαγές στοργής και απόρριψης, με αποτέλεσμα να υποσκάπτεται η εμπιστοσύνη τους προς το περιβάλλον.

Στην ίδια μελέτη του Wirsching σε οικογένειες εφήβων με γαστρεντερικές, δερματικές και ασθματικές διαταραχές, ο πιο συχνός τύπος οικογένειας ήταν η συγχωνευμένη οικογένεια (44%) με κύριο σύμπτωμα τις γαστρεντερικές διαταραχές. Αντίθετα, στους ασθενείς με άσθμα και νευροδερματικές διαταραχές υπερίχε ο τύπος της διχασμένης οικογένειας (41%). Ο τρίτος τύπος χαρακτηριζε το 1/3 όλων των περιπτώσεων ανεξάρτητα από το είδος της διαταραχής. Είναι ενδιαφέρον ότι οι Jackson και Yalom (1966) κατέληξαν σε παρόμοιες διαπιστώσεις για την ύπαρξη έντονης ψυχοπαθολογίας στο οικογενειακό σύστημα.

Σε αντίθεση με τον Minuchin, ο Wirsching αναφέρει ότι δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος τύπος ψυχοσωματικής οικογένειας, αλλά ένα σύνολο διαπροσωπικών σχέσεων και συμπεριφορών τα οποία αυξάνουν την προδιάθεση για ασθένεια.

Οι Stierlin, Wirsching και Knauss (1977) παρουσίασαν ένα ευρύτερο θεωρητικό πλαίσιο εμφάνισης ψυχοσωματικών διαταραχών συνδυάζοντας τη συστημική και την ψυχαναλυτική θεωρία. Συγκεκριμένα, η θεωρία επικεντρώνεται πιστώσεις για την ύπαρξη έντονης ψυχοπαθολογίας στο οικογενειακό σύστημα.

Σε αντίθεση με τον Minuchin, ο

Wirsching αναφέρει ότι δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος τύπος ψυχοσωματικής οικογένειας, αλλά ένα σύνολο διαπροσωπικών σχέσεων και συμπεριφορών τα οποία αυξάνουν την προδιάθεση για ασθένεια.

Οι Stierlin, Wirsching και Knauss (1977) παρουσίασαν ένα ευρύτερο θεωρητικό πλαίσιο εμφάνισης ψυχοσωματικών διαταραχών συνδυάζοντας τη συστημική και την ψυχαναλυτική θεωρία. Συγκεκριμένα, η θεωρία επικεντρώνεται στα προβλήματα εξατομίκευσης σε οικογένειες με ψυχοσωματικούς ασθενείς και αναφέρεται σε δύο μηχανισμούς αλληλεπίδρασης του οικογενειακού συστήματος.

Ο πρώτος μηχανισμός της σύνδεσης συμπίπτει με τα φαινόμενα τα οποία παρατήρησε ο Minuchin και αναφέρεται στην υπερπροστασία και την παρεμπόδιση της διαφοροποίησης και εξατομίκευσης της ταυτότητας του παιδιού μέσα στην οικογένεια. Στο επίπεδο του Εκείνου το φαινόμενο αναφέρεται στην εκμετάλλευση και συνεχή ικανοποίηση των βρεφικών αναγκών του παιδιού, με αποτέλεσμα την καθήλωση του στο στοματικό στάδιο και τη δημιουργία μιας παθητικής, εξαρτημένης και συμβιωτικής προδιάθεσης. Η τάση για εξάρτηση απαντάται συχνά σε ψυχοσωματικές διαταραχές, ιδιαίτερα στις διαταραχές του γαστρεντερικού συστήματος (έλκος, ελκώδη κολίτιδα κλπ.)

Στο επίπεδο του Εγώ, το παιδί βιώνει σύγχυση στην οικογένεια, εξ αιτίας διπλών μηνυμάτων και τάσης εκφοβισμού, με αποτέλεσμα να μην είναι σε θέση να αναγνωρίσει τα εσωτερικά ψυχικά και σωματικά ερεθίσματα. Στο επίπεδο του Υπερεγώ, το παιδί παγιδεύεται σε αισθήματα υποσυνείδητης αφοσίωσης προς την οικογένεια και αναπτύσσει έντονα αισθήματα ενοχής κάθε φορά που επιχειρεί να απομακρυνθεί

από αυτήν.

Αντίθετα, ο δεύτερος μηχανισμός της αποβολής αναφέρεται στην τάση της οικογένειας να παραμελεί ή να απορρίπτει ένα παιδί. Αυτή η συνθήκη μπορεί να εκδηλωθεί με τις ακόλουθες μορφές.

1. Το παιδί δεν λαμβάνει τη φροντίδα που απαιτείται σε κρίσιμα σημεία της ανάπτυξης του. Ως εκ τούτου, βιώνει έντονα συναισθήματα στοματικής οργής και ματαίωσης, καθώς και την ανάγκη για συνεχή διαπροσωπική επαφή σε όλη τη διάρκεια της ζωής του.

2. Το παιδί φεύγει πρόωρα από το οικογενειακό σύστημα με το πρόσημα της ψευδοανεξαρτησίας. Σε αυτή την περίπτωση η πρόωμη αποκοπή από το οικογενειακό σύστημα οδηγεί σε προβλήματα που σχετίζονται με την διαφοροποίηση και απαρτίωση των ψυχοβιολογικών συστημάτων.

3. Το παιδί το οποίο έχει αποβληθεί από το οικογενειακό σύστημα συνήθως χαρακτηρίζεται από απουσία αυτοεκτίμησης και από έλλειψη ικανότητας για στοργή, αφοσίωση και βίωση ενοχών. Οι ελλείψεις αυτές οδηγούν είτε σε ένα αυτοκαταστροφικό τρόπο ζωής, είτε σε μία αντισταθμιστική ναρκισσιστική αναζήτηση κύρους.

### *Γ. Συμπεράσματα και θέματα προς διερεύνηση*

Οι παρατηρήσεις των οικογενειακών θεραπειών έδειξαν ότι συγκεκριμένες συνθήκες εμφανίζονται με μεγάλη συχνότητα σε οικογένειες με ψυχοσωματικά παιδιά.

1. Η έλλειψη σαφούς οριοθέτησης των οικογενειακών υποσυστημάτων, η οποία συνήθως είναι απόρροια της έλλειψης δημιουργίας αυτόνομης προσωπικότητας των

γονέων και της προβληματικής σχέσης ανάμεσά τους.

2. Η ελλειμματική κάλυψη των βιολογικών, συναισθηματικών και κοινωνικών αναγκών του παιδιού, όσον αφορά την αυτονομία («οι δεμένες οικογένειες»), ή όσον αφορά τη φροντίδα και την ασφάλεια του παιδιού (οι «διχασμένες» και οι «διασπασμένες» οικογένειες).

Στην πρώτη περίπτωση, το σώμα του παιδιού φαίνεται να χρησιμοποιείται ως μέσο έκφρασης και «επίλυσης» των οικογενειακών ή ατομικών συγκρούσεων. Στη δεύτερη περίπτωση τα ψυχοφυσιολογικά συστήματα του παιδιού δεν έχουν τη δυνατότητα να ωριμάσουν μέσα σε συνθήκες ασφάλειας και αγάπης. Η τελευταία περίπτωση συμπίπτει με τα ψυχοφυσιολογικά ευρήματα για συνεχή υπερδιέγερση σε συνθήκες μητρικής αποστέρησης ή αδυναμίας της μητέρας να καθησυχάσει το παιδί της (Hofner, 1975, 1996).

Μία τρίτη δυνατή περίπτωση, στην οποία δεν έχει δοθεί ιδιαίτερη έμφαση από τη βιβλιογραφία, είναι το παιδί το οποίο παρουσιάζει συμπτώματα εμφανούς ή καλυμμένης κατάθλιψης με ταυτόχρονη δυσλειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος. Θεωρητικά, αυτή η περίπτωση είναι δυνατόν να υπάρχει παράλληλα με τη συνθήκη της συμβίωσης, ή της υπερδιέγερσης.

3. Η καταπίεση της άμεσης συναισθηματικής έκφρασης από γενιά σε γενιά περιπλέκει περαιτέρω την δυναμική του οικογενειακού συστήματος και παρεμποδίζει την υγιή λεκτική έκφραση των συγκρούσεων.

Οι περιγραφές του συναισθηματικού πλαισίου της οικογένειας (Bowen, 1978 Meissner, 1977) υποστηρίζουν την υπόθεση για την ύπαρξη αλεξιθυμίας σε οικογενειακό επίπεδο. Είναι ενδιαφέρον ότι

όπως σε ένα άτομο η αλεξιθυμία αποτελεί έκφραση προβληματικής δόμησης της προσωπικότητας του, έτσι και σε οικογενειακό επίπεδο η αλεξιθυμία φαίνεται να έχει άμεση σχέση με την προβληματική δομή και οργάνωση του συστήματος. Αντίστροφα, η ικανότητα χρήσης του λόγου για την έκφραση συναισθημάτων και την επίλυση συγκρούσεων αποτελεί ένα σημαντικό σημείο υγείας τόσο του ατόμου όσο και του οικογενειακού συστήματος, τουλάχιστον όσον αφορά τις δυτικές κοινωνίες. Είναι επίσης σημαντικό να εξεταστεί ο βαθμός κατά τον οποίο οι «αλεξιθυμικές» οικογένειες παρουσιάζουν και τα χαρακτηριστικά της μηχανιστικής σκέψης, την τάση να προσηλώνονται και να καταναλώνονται από την εξωτερική πραγματικότητα.

Σε αυτά τα χαρακτηριστικά, θα έπρεπε ίσως να προσθέσουμε την προδιάθεση σε μια συγκεκριμένη ασθένεια, όχι μόνο με τη μορφή της κληρονομικότητας ή της οργανικής ευαισθησίας (Alexander, 1950), αλλά και με την τάση της οικογένειας να επιλέγει τη συγκεκριμένη σωματική έκφραση για την επικοινωνία και έκφραση των προβλημάτων που αντιμετωπίζει (Seltzer, 1985).

Ενδιαφέρον πρόβλημα αποτελεί ο τρόπος με τον οποίο «επιλέγεται» ο «ασθενής», μέσα από την συμπτωματολογία του οποίου θα εκφραστεί η γενικότερη παθολογία του οικογενειακού συστήματος. Σύμφωνα με τον Meissner (1977) ο «ασθενής» παρουσιάζει μία προσωπική ανωριμότητα και η συναισθηματική του ισορροπία εξαρτάται από τη γενικότερη σταθερότητα του συστήματος.

Ο Bowen (1978) αναφέρει ότι το παιδί το οποίο παρουσιάζει σωματικό σύμπτωμα είναι το παιδί το οποίο παρομοιάζεται με ένα μέλος της πατρικής οικογένειας των γονέων. Η παρατήρηση αυτή συμφωνεί με

την προβληματική αυτονομία των μελών της οικογένειας και την ύπαρξη συμβιωτικών σχέσεων στην οικογένεια. Η τάση αυτή διαφαίνεται και στις παρατηρήσεις ότι το ψυχοσωματικό παιδί χρησιμοποιείται για να επανορθώσει τις ελλείψεις που βίωσαν οι γονείς από τους δικούς τους γονείς (Stierlin, Wirsching & Knauss, 1977), καθώς και για να πραγματοποιήσει τα προσωπικά τους όνειρα και τις κοινωνικές τους φιλοδοξίες (Liedtke, 1990).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι απόψεις οι οποίες παρουσιάστηκαν τόσο από τους ψυχαναλυτές όσο και από τους οικογενειακούς θεραπευτές, παρ' όλη την ιδιαιτερότητά τους και την έμφαση σε συγκεκριμένες διαστάσεις, αλληλοσυμπληρώνονται σε μεγάλο βαθμό και φαίνεται να συγκλίνουν σε αρκετά σημεία.

Όσον αφορά τη δομή του ψυχοσωματικού ατόμου ή της οικογένειας από την οποία προέρχεται, οι περισσότερες ψυχαναλυτικές παρατηρήσεις αναφέρονται στην έλλειψη δόμησης ενός αυτόνομου και ισχυρού Εγώ (McDougall, 1974, 1982 von Rad, 1984, Ruesch, 1948, Stephanos, 1978, 1979) ή, σε ιδιαίτερα σοβαρές περιπτώσεις ψυχοσωμάτωσης, στην προοδευτική αποδιοργάνωση των σωματικών και ψυχικών μηχανισμών και τις επακόλουθες μεταβολές του ψυχικού οργάνου (Marty, 1968). Οι παρατηρήσεις πολλών οικογενειακών θεραπευτών τονίζουν την έλλειψη διαφοροποίησης της ταυτότητας των μελών της οικογένειας και της σαφούς οριοθέτησης των υποσυστημάτων σε οικογενειακό επίπεδο (Bowen, 1978 Minuchin, 1975, Stierlin, Wirsching and Knauss, 1977).

Η εξελικτική διάσταση αποτελεί ένα

σημαντικό άξονα μελέτης των ψυχοσωματικών διαταραχών, τόσο σε ατομικό επίπεδο (από την γέννηση), όσο και σε οικογενειακό επίπεδο (πληροφόρηση για τρόπους οργάνωσης και επικοινωνίας του συστήματος σε προηγούμενες γενιές). Ιδιαίτερα σημαντική είναι η συμβολή της στην μεθοδολογία των σχετικών ερευνών, διότι επιτρέπει τη σαφέστερη διαφοροποίηση των συνθηκών, πριν και μετά την έναρξη των συμπτωμάτων.

Η σύνθεση των ευρημάτων, που αφορούν τη διαπροσωπική διάσταση και τον τρόπο επικοινωνίας μέσα στην οικογένεια, αποκαλύπτει το σημαντικό ρόλο της μητέρας (ή του ατόμου που την αντικαθιστά), λόγω της ιδιαίτερης σχέσης που έχει με το παιδί στα πρώτα χρόνια της ζωής του, τα οποία είναι καθοριστικά για την ψυχοφυσιολογική του ωρίμανση και την σωματική του ταυτότητα.

Η σύνθεση των δεδομένων από την ψυχανάλυση, την ψυχοφυσιολογία και την οικογενειακή θεραπεία υποδεικνύει ότι η σχέση με τη μητέρα είναι δυνατόν να συντελέσει στην εμφάνιση ή την επιδείνωση οργανικής παθολογίας στις ακόλουθες συνθήκες:

α. Η σωματική ή η ψυχική απουσία της μητέρα και η πλημμελής φροντίδα του παιδιού πιθανόν να οδηγεί σε υπρδιέγερση (Hofer, 1975) ή καταστολή (Laudenslager, 1982) των ψυχοφυσιολογικών συστημάτων του παιδιού. Είναι σημαντικό να διερευνηθούν περαιτέρω ο ια παράγοντες οι οποίοι διαφοροποιούν την ψυχοφυσιολογική αντίδραση του παιδιού. Σε αυτή τη συνθήκη εμπίπτουν και οι παρατηρήσεις των Stierlin, Wirsching and Knauss (1977) για της οικογένεις που αποβάλλουν τα παιδιά τους, πριν να ολοκληρωθεί η ψυχοφυσιολογική τους ωρίμανση.

β) Η αδυναμία της μητέρας να καθυστερήσει το βρέφος αποτελεί μία επιπλέον συνθήκη που οδηγεί στην υπερδιέγερση ψυχοφυσιολογικών συστημάτων (Hofer, 1975). Σε οικογενειακό επίπεδο, η συνθήκη αυτή συμπίπτει με τις παρατηρήσεις του Minuchin σχετικά με την ασταθή και ανεξέλεγκτη πορεία του νεανικού διαβήτη σε παιδιά που ζούσαν σε περιβάλλον με έντονες υποβόσκουσες συγκρούσεις.

γ. Η προβολή των συμβιωτικών αναγκών της μητέρας και η παρεμπόδιση της διαδικασίας ατομικοποίησης του παιδιού αποτελούν μια τρίτη συνθήκη, η οποία αναφέρθηκε κυρίως από τους ψυχαναλυτές (Ruesch, 1948, McDougall, 1974, von Rad, 1984, Stephanos, 1979). Οι οικογενειακοί θεραπευτές πρόσθεσαν τα στοιχεία της ασαφούς οριοθέτησης των υποσυστημάτων (Minuchin, 1975) και του προβληματικού συστήματος της οικογένειας (Bowen, 1978). Η παρεμπόδιση της αυτονομίας του παιδιού αποτελεί σημαντικό σημείο σύγκλισης για την οικογενειακή και ψυχαναλυτική προσέγγιση, μόνο που η ψυχανάλυση εστιάζεται στο πρόσωπο της μητέρας, ενώ οι οικογενειακοί θεραπευτές αναφέρονται στο σύνολο του οικογενειακού συστήματος.

δ. Η ελλειμματική ή υπερβολική λιβιδινική επένδυση της μητέρας στο σώμα του παιδιού της πιθανόν να λειτουργούν ως σημεία αναφοράς για μεταγενέστερες διαδικασίες σωματοποίησης ή για την επιλογή του οργάνου μέσα από το οποίο θα εκφραστεί η ενδοψυχική σύγκρουση.

Θα πρέπει να τονιστεί ότι οι συνθήκες αυτές δεν είναι απόλυτες, αλλά επηρεάζονται από την ιδιοσυγκρασία του παιδιού και το γενικότερο οικογενειακό περιβάλλον. Οι συνθήκες αυτές συμβάλλουν στη δημιουργία οργανικής παθολογίας λόγω

της παρεμπόδισης δημιουργίας εναλλακτικών διαύλων αυτοέκφρασης. (McDougall, 1974, Marty, De M' Uzan and David, 1963, Ruesch, 1948, Sifneos, 1973). Τόσο οι ψυχαναλυτές, όσο και οι οικογενειακοί θεραπευτές τονίζουν τον παθολογικό χαρακτήρα της έλλειψης αυτονομίας, η οποία οδηγεί στην ψυχοσωμάτωση ως τη μόνη διέξοδο συναισθηματικής εκφόρτισης. Ένα γενικότερο ερώτημα μεγάλου θεωρητικού αλλά και εμπειρικού ενδιαφέροντος αποτελεί η εξέταση των συγκεκριμένων συνθηκών, οι οποίες ευνοούν την εμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων, σε αντίθεση με αυτές που ευνοούν την εμφάνιση συμπεριφορικών ή άλλων διαταραχών (Γιατί ένα άτομο αντιδρά με κατάθλιψη, ένα άλλο με επιθετική συμπεριφορά, ενώ ένα τρίτο με κρίση άσθματος;).

Η οργανική ευαισθησία και η προδιάθεση φαίνεται ότι είναι από τους καθοριστικούς παράγοντες επιλογής του σωματικού πλαισίου εκδήλωσης του συμπτώματος. Σε αυτό, όμως, θα πρέπει να προσθέσουμε την επίδραση του σταδίου οργάνωσης της προσωπικότητας του ασθενή (προοιδιπόδειο/οιδιποδειο) και τη «μυθολογία» της οικογένειας, σχετικά με τους επικρατέστερους τρόπους διοχέτευσης της διαπροσωπικής έντασης από γενιά σε γενιά (σχιζοφρένεια, κατάθλιψη, αλκοολισμός, ψυχοσωματική διαταραχή). Στην τελευταία περίπτωση, σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει η τάση της οικογένειας για κοινωνική συμμόρφωση, η οποία επιλέγει τη νομιμότητα της σωματικής ασθένειας (Parsons, 1951) για να εκφράσει τις συγκρούσεις και τα προβλήματα της



Όσον αφορά τις θεραπευτικές κατευθύνσεις που προκύπτουν από την ανάλυση του ρόλου της οικογένειας στη δημιουργία και διατήρηση των ψυχοσωματικών διαταραχών, είναι εμφανές ότι η θεραπεία είναι δυνατόν να συμπεριλάβει και τα δύο επίπεδα: το οικογενειακό, το οποίο αποσκοπεί

στην απεμπλοκή του (σώματος του) παιδιού από τις οικογενειακές συγκρούσεις, αλλά και το ατομικό, που έχει ως στόχο τη δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών για την ανάπτυξη φαντασιωσικών και συμβολικών δομών επεξεργασίας των συναισθηματικών συγκρούσεων του παιδιού.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Ackerman N. *Treating the Troubled Family*. NY, Basic Books, 1966.
- Ackerman S., Hofer M.A. and Weiner H. Age at material separation and gastric erosion susceptibility in the rat. *Psychosomatic Medicine*, 1975, 37, 180-184.
- Ader, R. *Psychoneuroimmunology*. NY, Plenum, 1981.
- Alexander F. *Psychosomatic Medicine*, NY, Norton, 1950.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (Third Edition, Revised). Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.
- Anderson B.J., Miller J.P., Auslander, W.F. and Santiago J.V. Family Characteristics of diabetic adolescents: Relationship to metabolic control. *Diabetes Care*, 1981, 4, 586-594.
- Anderson K.O., Bradley L.A., Young L.D., McDaniel L.K. and Wise C.M R. Rheumatoid Arthritis: Review of psychological factors related to aetiology, effects and treatment. *Psychological Bulletin*, 1985, 98, 358-387.
- Baker G.H.B. Life events before the onset of rheumatoid arthritis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1982, 38, 173-177.
- Baker L. and Barcai A. Psychosomatic aspects of diabetes mellitus. In O.W. Hill (Ed), *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. London, Butterworth, pp. 105-123, 1970.
- Benedetti G. Beitrag zum Problem der Alexithymie. *Nervenartz*, 1980, 51, 534-541.
- Blom G.E. and Nicholls G. Emotional factors in children with rheumatoid arthritis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1954, 24, 588.
- Boss P., Carron W., and Horbal J. Alzheimer's disease and ambiguous loss. In C.Chilman, E.Nunnaly, and F. Cox (Eds). *Chronic Illness and Disability*. Newbury Park, CA, Sage.
- Bowen M. The use of family theory in clinical practice. *Comprehensive Psychiatry*, 1966, 7, 345-374.
- Bowen M. *Family Therapy in Clinical Practice*. NY, Jason Aronson, 1978.
- Campbell T.L. Family's impact on health: A critical review. *Family Systems Medicine*, 1986, 4, 135-328.

- Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 1976, 38, 300-314.
- Coolidge J.C. and Brodie R.D. Observations of mothers of 49 school phobic children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1974, 13, 275-285.
- Engel G.L. Studies of ulcerative colitis. III. The nature of the psychologic process. *American Journal of Medicine*, 1955, 19, 231-256.
- Engel G.L., Reichsman, F. and Segal H.L. A study of an infant with a gastric fistula. I. Behavior and the rate of total hydrochloric acid secretion. *Psychosomatic Medicine*, 1956, 18, 374.
- Engel G.L. The concept of a psychosomatic disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 1967, 11, 3-9.
- Fain M. Prélude à la vie fantasmagorique. *Rev Franc Psychoanal*, 1971, 35, 291-364.
- Fain M. and David C. Aspects fonctionnels de la vie onirique. *Rev Franc Psychoanal*, 1963, 27, 241-343.
- Fain M., Kreisler L. Discussion sur la genèse des fonctions représentatives. *Rev Franc Psychoanal*, 1970, 34, 285-306.
- Freud S. (1898) *Sexuality in the Aetiology of the Neuroses*. Standard Edition, 3, London, Hogarth Press, 1955, 279.
- Gadini R. The pathology of the self as a basis of psychosomatic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1977, 28, 260-271.
- Gonzalez S., Steinglass P., and Reiss D. *Family-centered interventions for people with chronic disabilities: The eight-session multiple family discussion group program*. Washington. D.C, Center for family Research, Department of psychiatry and Behavioral Science, George Washington University Medical Center, 1987.
- Gottman J.M. and Katz L.F. Effects of marital discord on young children's peer interaction and health. *Developmental Psychology*, 1989, 25, 373-381.
- Grey M.J., Genel M. and Tamborlane W.V. Psychosocial adjustment of latency age diabetics: Determinants and relationship to control. *Pediatrics*, 1980, 65, 69-73.
- Haley J. *Strategies of Psychotherapy*. NY, Grune & Stratton, 1963.
- Harlow H.F. and Harlow M.K. Learning to love. *American Scientist*, 1966, 54, 244-272.
- Harlow H.F. and Zimemrmann R.R. The development of affectional responses in infant monkeys. *Proceedings of the American Philosophical Society*, 1958, 102, 501-509.
- Hersov L.A. Persistent non-attendance at school. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1960, 1, 130-136.
- Hoffman L. *Foundations of Family Therapy*. NY, Basic Books, 1981.
- Hoffer M.A. On the nature and

- consequenses of early loss. *Psychosomatic Medicine*, 1996, 58, 570-581.
- Hoffer A. Studies on how early maternal separation produces behavioral change in young rats. *Psychosomatic Medicine*, 1975, 37, 245-264.
- Jackson D. and Yalom I. Family research on the problem of ulcerative colitis. *Arch Gen Psychiat*, 1966, 15, 410-18.
- Kellner R. *Family ill Health: An Investigation in General Practice*, Springfield, Ill., Charles C. Thomas, 1963.
- Kobasa S. Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1979, 39, 1-11.
- Kütemeyer, W. *Koerpergeschehen and psychose*, Stuttgart, Enke, 1953.
- Laudenslager M.L., Reite M. and Harbeck R. Immune status during mother-infant separation. *Psychosomatic Medicine*, 1982, 44, 303.
- Liedtke R. Socialization and psychosomatic disease: An empirical study of the educational style of parents with psychosomatic children. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1990, 54, 208-213.
- Ludwig A.O. Psychogenic factors in rheumatoid arthritis: Their bearing on the care and rehabilitation of the patient. *Psyioth. Rev.*, 1949, 29, 339.
- McDougall J. The psychosoma and the psychoanalytic process. *International Review of Psychoanalysis*, 1974, 1, 437-459.
- McDougall J. A child is being eaten. *Contemporary Psychoanalysis*, 1980, 16, 417-459.
- McDougall J. Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1982, 38, 81-90.
- McGoldrick M. and Gerson R. *Genograms in Family Assessment*. New York, Norton, 1985.
- Mahler M. *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. New York, International Universites Press, 1968.
- Mahler M. Pine F. and Bergman A. *The psychological Birth of the Human Infant*. NY, Basic Books, 1975.
- Margolin S. Psychophysiological studies of fistulous openings in the G.I. tract. *Journal of Mount Sinai Hospital*, 1953, 20, 154.
- Margolin S.G. Genetic and dynamic psychophysiological determinants of pathophysiological processes. In F. Deutch (Ed.), *The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis*. NY, International Universities Press, 1953b.
- Marty P. A major process of somatization: The progressive disorganization. *International Journal of Psychoanalysis*, 1968, 49, 246-249.
- Marty P. M, Uzan M. de, David C. *L' Investigation Psychosomatique*. Paris, Presses Univ. de France, 1963.

- Meissner W.W. Family process and psychosomatic disease, In Z.J. Lipowski, D.R. Lipsitt and P.C. Whybrow (Eds) *Psychosomatic Medicine*. NY, Oxford University Press, 1977.
- Minuchin S. Baker L., Rosman B.L., Liebman R., Milman L., and Todd T.C. A conceptual model of psychosomatic illness in children. *Archives of General Psychiatry*, 1975, 32, 1031-1038.
- Minuchin S., Rosman B. Baker I. *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in context*. Cambridge, Harvard University Press, 1978.
- Moos R.H. and Solomon G.F. Psychologic comparisons between women with rheumatoid arthritis and their nonarthritic sisters: I. Personality tests and interview rating data. II: Content analysis of interviews. *Psychosomatic Medicine*, 1965, 27, 135-164.
- Mushatt C. Psychological aspects of non specific ulcerative colitis. In E.D. Wittkower and Cleghorn R.A. (Eds) *Recent Developments in Psychosomatic Medicine*. Philadelphia, J.B. Lippincott, 1954.
- M Uzan de M. Psychodynamic mechanisms in psychosomatic symptom formation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1974, 23, 103-110.
- Nemiah J.C. and Sifneos P.E. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In O.W. Hill (Ed.), *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*. London, Butterworth, 1970.
- Partker G. Parental characteristics in relation to depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 1979, 134, 138-147.
- Parker G. *Parental Overprotection: A risk factor in Psychosocial Development*. NY, Grune & Stratton, 1983.
- Parsons T. *The Social System*. Glencoe, Ill: Free Press, 1951.
- Patterson G.R. *Coersive Family Process*. Eugene, Oregon, Castalia, 1982.
- Pinter E.J. Peterfy G., Cleghorn, J.M. and Pattee, C.J. The influence of emotional stress on fat mobilization: The role of endogenous catecholamines and the beta adrenergic receptors. *Am. J. Med. Sci*, 1967, 254, 634.
- Pipinelli-Potamianou A. Stress and anxiety in psychosomatic disease. *Transnational Mental Health Research Newsletter*, 1976, 28, 111-132.
- Prugh D.G. The influence of emotional factors on the clinical course of ulcerative colitis in children. *Gastroenterology*, 1951, 18, 339-354.
- Rad von M. Alexithymia and symptom formation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1984, 42, 80-89.
- Rolland J. Family systems and chronic illness: A typological model. In F. Walsh and C. Anderson (Eds) *Chronic Disorders and the Family*. New York, Haworth Press, 1988.
- Ruesch J. The infantile personality.

*Psychosomatic Medicine*, 1948, 10, 134-144.

Schleifer S.J., Keller S.E., Meyerson A.T., Raskin M.J., Davis K.L., and Stein M. Lymphocyte function in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 1984, 41, 484-486.

Schmale A.H., Jr. Relationship of separation and depression to disease: A report on a hospitalized medical population. *Psychosomatic Medicine*, 1958, 20, 259-277.

Seltzer W.J. Conversion Disorder in childhood and adolescence: A familial/cultural approach, Part I. *Family Systems Medicine*, 1985, 3, 261-280.

Shouval R., Ber R. and Glatzer A. Family social climate and the health status and social adaptation of diabetic youth. *Pediatric and Adolescent Endocrinology*, 1982, 10, 89-93.

Sifneos P.E. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1973, 22, 255-262.

Sifneos P.E., Apfel-Savilatz R. and Frankel F.H. The phenomenon of «alexithymia». *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1977, 28, 47-57.

Sholevar G.P. The role of the family in psychosomatic disorders. In R.L. Gallon (Ed.), *Psychosomatic Approach to Illness*. pp. 89-103. NY, Elsevier, 1982.

Spelling, M. Psychoanalytic study of ulcerative colitis in children. *Psychoanalytic*

*Quarterly*, 1946, 15, 302.

Stein M., Keller SE and Scheifer S.J. Stress and immunomodulation: The role of depression and neuroendocrine function. *Journal of Immunology*, 1985, 135, (suppl), 827-833.

Stephanos S. Pathological primary identifications and their effects on the psychosomatic economy of the individual. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1978, 30, 56-67.

Stephanos S. Libidinal cathexis and emotional growth in the analytical treatment of psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1979, 32, 101-111.

Stierlin H., Wirsching M., and Knauss W. Family dynamics and psychosomatic disorders in adolescence. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1977, 28, 243-251.

Titchener J.L., Riskin J., Emerson R. The family in psychosomatic process. *Psychosomatic Medicine*, 1960, 22, 127-142.

Waring E.M. The role of the family in symptom selection and perpetuation in psychosomatic illness. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1977, 28, 253-259.

Weakland J. Family somatics: A neglected edge. *Family Process*, 1977, 26, 263-272.

Weisse C.S. Depression and Immuno-competence: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 1992, 111, 475-489.

Werner E.E. and Smith R.S. *Vulnerable but*

*invincible: A study of Resilient Children.*  
New York, McGraw-Hill, 1982.

Winnicott D.W. Transitional objects and transitional phenomena. In *Through Paediatrics to Psychoanalysis*, 262-277, London, Hogarth Press, 1951.

Winnicott D.W. *The Maturation Process and the Facilitating Environment.* NY, International Universities Press, 1965.

Wirsching M. and Stierlin H. Psychosomatics I: Psychological characteristics of psychosomatic patients and their families. *Family Systems Medicine*, 1985, 3, 6-16.

Wood B., Watkins J., Boyle J., Nogueira J., Zimand E. and Carroll L. The «psychosomatic family» model: An empirical and theoretical analysis. *Family Process*, 1989, 28, 399-417.

Zepf S. *Die Sozialisation des psychosomatisch Kranken.* Frankfurt am Main, Campus, 1976.

Zimand E. and Wood B. Implications of contrasting patterns of divorce in families of children with gastrointestinal disorders. *Family Systems Medicine*, 1986, 4, 385-397.