

Άσθμα και καταθλιπτική ατμόσφαιρα στην οικογένεια Μελέτη περίπτωσης

Μαρία Θεοδωράτου

Κλινική Ψυχολόγος, DESS, Επιστημονική Συνεργάτης, ΑΤΕΙ Πατρών, Πάτρα

Πανωραία Ανδριοπούλου

Ψυχολόγος, MSc, Επιστημονική Συνεργάτης, ΕΚΕΨΥΕ Πατρών, Πάτρα

Βασίλης Μπέκος

Νοσηλεύτης, Εργαστηριακός Συνεργάτης, ΑΤΕΙ Πατρών, Πάτρα

Βασιλική Κουντζούνη

Λογοθεραπεύτρια, Πάτρα

Μαρία Πλατή

Λογοθεραπεύτρια, Πάτρα

Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας,
ΑΤΕΙ Πατρών

Οι έρευνες της Wood και του Miller έδειξαν ότι οι ασθματικές κρίσεις δεν οφείλονται τόσο στην ύπαρξη stress στην οικογένεια, όσο στην ύπαρξη ενός χρόνιου κλίματος αβεβαιότητας σε συνδυασμό με καταθλιπτικά στοιχεία.

ΣΚΟΠΟΣ Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να καταδειχθεί ο ρόλος των ψυχολογικών παραγόντων στην εμφάνιση των ασθματικών κρίσεων και στην πορεία της νόσου, καθώς και η παρουσίαση σημαντικών βιβλιογραφικών απόψεων.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ Η κλινική περίπτωση αναφέρεται σε μια έφηβη 18 ετών, η οποία υπέφερε από κρίσεις άσθματος. Μέσα από την ανάλυση του γενεογράμματος του νεαρού

Asthma and depressing atmosphere in family Clinical case

Maria Theodoratou

Clinical Psychologist, Ph DESS, Scientific Associate, ATEI of Patras, Patra, Greece

Panoraia Andriopoulou

Psychologist, MSc, Scientific Associate, Mental Health Centre of Patras, Patra, Greece

Vasilis Bekos

Nurse, Laboratory Associate, ATEI of Patras, Patra, Greece

Vasiliki Kountzouni

Speech Therapist, Patra, Greece

Maria Plati

Speech Therapist, Patra, Greece

Professionals School of Health and Welfare,
ΑΤΕΙ of Patras

Research carried out by Wood and Miller indicates that asthma attacks are not caused so much by the development of stress in the family, as they are by the existence of a chronic environment of uncertainty in conjunction with elements of depression.

AIM The aim of this study was to demonstrate the role of psychological factors in both the outbreak of asthma attacks and the course of the disease. Relevant literature is also reviewed.

MATERIAL-METHOD The clinical case refers to an 18-year-old teenage girl, who suffers from asthma attacks. Through the analysis of Christina's genogram, it is

αυτού ατόμου φαίνεται ότι υπήρχαν επιβαρυντικοί ψυχολογικοί παράγοντες εκ μέρους της οικογένειας, οι οποίοι σε ένα βαθμό ευθύνονταν για την εμφάνιση και την επιδείνωση των ασθματικών κρίσεων. Παραδόξως, οι κρίσεις αποδεικνύονταν πολύ λειτουργικές και προσέφεραν ένα δευτερογενές όφελος στη Χριστίνα, καθώς έθεταν τα όρια στην οικογένεια: μόνο σε αυτή την περίπτωση οι γονείς ενδιαφέρονται για την υγεία της Χριστίνας, αναλαμβάνουν προστατευτικό ρόλο απέναντί της και σταματούν να την επιβαρύνουν με τα δικά τους προβλήματα και αδιέξοδα. Δημιουργείται ένα είδος «ασθματικού παιχνιδιού», ένα είδος «διπλού παιχνιδιού», όπου η κόρη επωμίζεται το ρόλο του στυλοβάτη της οικογένειας, ενώ η ίδια είναι αδύναμη ψυχολογικά και, μη δυνάμενη να λεκτικοποιήσει τα συναισθήματα απόγνωσης και ψυχικής κόπωσης, «ξεσπάει» σε κρίσεις άσθματος. Αυτές οι κρίσεις μοιάζουν σαν ένα είδος «απωθημένου κλάματος και κραυγής».

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ Η ασθενής έμαθε τη συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη και την απελπισία, που βίωνε, και στις κρίσεις άσθματος. Απαλλάχθηκε από το βαρύ ρόλο του «γονεοποιημένου παιδιού» και προσδιόρισε τη «θέση εαυτού» και τα προσωπικά της όρια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ Μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση στη θεραπεία του άσθματος, με στόχο την ψυχολογική, οικογενειακή αλλά και βιολογική παρέμβαση, κρίνεται αναγκαία.

Λέξεις-κλειδιά:

- Κρίσεις άσθματος • «Ασθματικό παιχνίδι»
- «Γονεοποιημένο παιδί»

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Μαρία Θεοδωράτου
Παραλία Μονοδενδρίου 27, 250 02 Πάτρα
Τηλ. 6979 230708

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Έρευνες που αφορούν στον πληθυσμό των ΗΠΑ δείχνουν ότι το άσθμα είναι μια από τις πιο συνηθισμένες παθήσεις και υπολογίζεται ότι προσβάλλει το 4,25% των παιδιών και εφήβων.¹ Πρόκειται για μια διαταραχή που χαρακτηρίζεται από αυξανόμενη αντιδραστικότητα των αεροφόρων οδών και αναστρέψιμη απόφραξη τους, σύμφωνα με την Αμερικανική Εταιρεία Θώρακος.²

Τα αίτια που προκαλούν το άσθμα είναι άγνωστα, έστω και αν υπάρχουν ενδείξεις ότι πρόκειται για μια νόσο που είναι γενετικά προκαθορισμένη, όπως υποστηρίζουν οι Sibbald, Horn και Gregg.³ Επίσης, αξίζει

suggested that there are eventually burden factors on behalf of the family, which seem to be responsible for the appearance and aggravation of Christina's asthma attacks. Paradoxically, the attacks prove to be very functional and offer a secondary benefit to Christina, as they establish the boundaries in the family: only in this case are the parents interested in Christina's health, they undertake the role of protectiveness towards her and stop being a burden with their own problems and impasses. A new type of "asthma game" is created, a type of "double game", in which Christina takes the role of the family pillar, whereas at the same time she is psychologically weak. Being unable to verbalize her feelings of despair and psychological fatigue she breaks out in asthma attacks. These attacks are like a kind of "inhibited fraction and scream".

RESULTS The patient realized the relationship between the depression and hopelessness she was experiencing, and asthma attacks. She was also relieved from the difficult and heavy role of the "parental child" and set her personal bounds.

CONCLUSIONS A biopsychosocial approach to the treatment of asthma with targeted therapeutic psychological, family and pharmacological interventions, is essential.

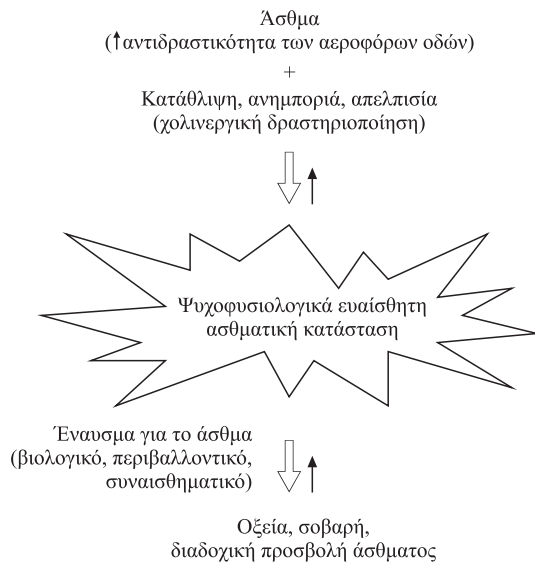
Key words:

- Asthma attacks • "Asthma game"
- "Parental child" • CPR

Corresponding author

Maria Theodoratou
27 Paralia Monodendriou street, GR-250 02 Patra, Greece
Tel. +30 6979 230708

να σημειωθεί ότι στη βιβλιογραφία για το άσθμα έχει αναγνωρισθεί ο σημαντικός ρόλος των συναισθηματικών παραγόντων και της αλληλεπίδρασης του συναισθήματος και των βιολογικών παραγόντων.⁴ Επιπλέον, οι Miller και Wood υποστηρίζουν ότι δεν είναι αποδεδειγμένη η αρνητική επίδραση του άγχους στο άσθμα. Αντίθετα, ισχυρίζονται –και μέσα από έρευνές τους το αποδεικνύουν– ότι είναι πολύ αρνητική η επίδραση των καταθλιπτικών στοιχείων στην εξέλιξη του άσθματος.⁵ Εξάλλου, η έλλειψη υποστήριξης από την οικογένεια, σε συνδυασμό με την έλλειψη ελπίδας και τη διαβίωση σε ένα περιβάλλον αβεβαιότητας, συμβάλλουν στην αύξηση των ασθματικών κρίσεων⁴ (εικόνα 1).

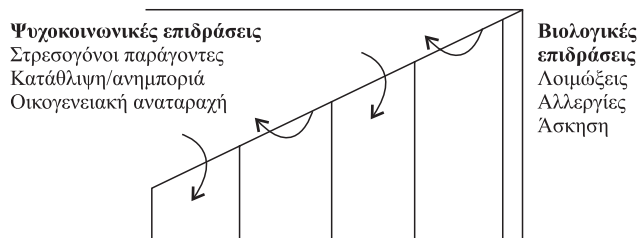


Εικόνα 1. Βιολογικά τρωτά άσθμα.⁴

Γενικότερα, πολλές έρευνες δείχνουν την επίδραση κοινωνικών, ψυχολογικών και βιολογικών παραγόντων και διαδικασιών στα περισσότερα θέματα που αφορούν στην υγεία και την ασθένεια^{5,6} (εικόνα 2).

Μελετώντας τους τρόπους που επιδρούν αυτοί οι παράγοντες στη νόσο, έχει διαπιστωθεί ότι η οικογένεια παίζει έναν πολύ σημαντικό και καθοριστικό ρόλο. Το μοντέλο του Minuchin⁷ για την «ψυχοσωματική οικογένεια» είναι ίσως το καλύτερο διεθνώς γνωστό μοντέλο και αναφέρεται στη συμβολή των συναισθηματικών και ψυχολογικών εν γένει παραγόντων στα «ψυχοσωματικά» προβλήματα υγείας. Παρά τις κριτικές που έχουν διατυπωθεί για κάποιες ελλείψεις και τα αδύνατα σημεία του μοντέλου, εντούτοις εξακολουθεί να παρουσιάζει πολλά πλεονεκτήματα.

Τα κυριότερα θετικά σημεία του μοντέλου αυτού είναι ότι μελετάει τις επιρροές διπλής κατεύθυνσης ανάμεσα



Εικόνα 2. Ψυχοβιολογικό συνεχές της ασθματικής διαδικασίας.⁴

στα βιολογικά και κοινωνικά επίπεδα της νόσου. Στην έρευνα αποτελεί το μοναδικό μοντέλο των ιδιαίτερων οικογενειακών προτύπων και μηχανισμών, που αλληλεπιδρούν και επηρεάζουν τις βιολογικές διεργασίες των μελών τους.

Η παρούσα μελέτη θεωρεί ακόμα πιο βοηθητικό ένα πιο σύγχρονο μοντέλο, το οποίο ονομάζεται «βιοσυμπεριφορικό μοντέλο» για την κατανόηση των μηχανισμών της ψυχοσωματικής ασθένειας, στην προκειμένη περίπτωση του άσθματος, και το οποίο έχει εισαχθεί από τη Wood.^{8,9}

Το μοντέλο αυτό μελετάει πώς επιδρούν στην ασθένεια παράγοντες όπως:

- Η εγγύτητα
- Η ιεραρχία μεταξύ των γενεών
- Η ευαισθησία κάποιου να ανταποκριθεί (στη σχέση)
- Η τριγωνοποίηση
- Η γονεϊκή σχέση.

Από την άλλη, το μοντέλο της «ψυχοσωματικής οικογένειας» μελετά τους εξής παράγοντες:

- Το «μπέρδεμα»
- Την υπερπροστασία
- Την ακαμψία
- Τη φτωχή επίλυση των συγκρούσεων
- Την τριγωνοποίηση.

Η τριγωνοποίηση είναι ένα πρόβλημα στην ιεραρχία, όπου τα όρια μεταξύ των γενεών διαρρηγνύονται.⁸ Υπάρχουν δύο είδη τριγωνοποίησης:

- Συμμαχίες μεταξύ των γενεών, όπου το παιδί συμμαχεί με τον ένα γονιό εναντίον του άλλου (αδύναμη ιεραρχία μεταξύ των γενεών)
- Αντιστροφή της σύγκρουσης μέσω της γονεϊκής εστίασης στο παιδί (ισχυρή ιεραρχία μεταξύ των γενεών).

Συνήθως, η τριγωνοποίηση συνυπάρχει με την αυξημένη ικανότητα ανταπόκρισης στο πρόβλημα του παιδιού ή του εφήβου και οι γονείς κάποιες φορές, για να προστατέψουν το ασθενές μέλος τους, προσπαθούν να αποφύγουν τις συγκρούσεις και δείχνουν υπερβολική προσοχή στο παιδί. Όμως, οι αντιδράσεις και η τριγωνοποίηση αυξάνουν πολλές φορές το άγχος του παιδιού, ενώ το stress είναι πολύ πιθανό να ενεργοποιήσει τις ψυχοβιολογικές διόδους που επηρεάζουν τη διαδικασία της ασθένειας.

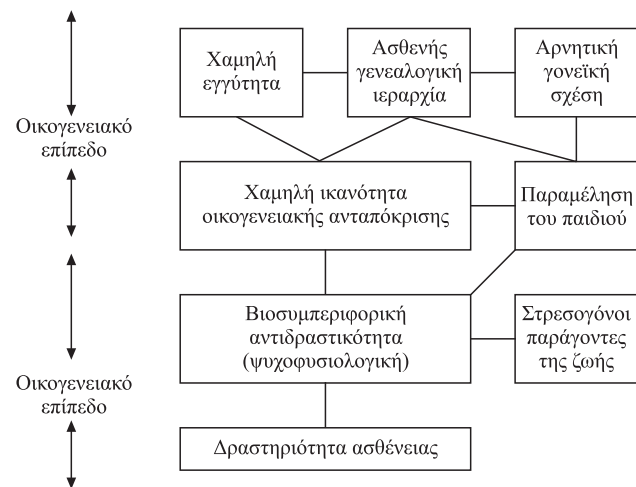
Το βιοσυμπεριφορικό μοντέλο προτείνει τις εξής υποθέσεις:

1. Η εγγύτητα, η δυσλειτουργία στη γονεϊκή σχέση, η τριγωνοποίηση, η ικανότητα ανταπόκρισης και η δραστηριότητα της ασθένειας ισχυροποιούν ως παράγοντες ο ένας τον άλλο και η ιεραρχία μεταξύ των γενεών βρίσκεται σε καμπυλωτές σχέσεις με τους παράγοντες και τα άκρα της ιεραρχίας ισχυροποιούν τους ίδιους τους παράγοντες.
2. Οικογένειες με μεγάλη εγγύτητα, αδύναμη γενεαλογική ιεραρχία, υψηλή ικανότητα ανταπόκρισης, τριγωνοποίηση του παιδιού-ασθενούς (δια-γενεαλογικές συμμαχίες) και δυσλειτουργία της γονεϊκής σχέσης (δυσπροσάρμοστος οικογενειακός σχηματισμός – Τύπος Α) θα έχουν παιδιά με μεγαλύτερη δραστηριότητα ασθένειας, σε σύγκριση με οικογένειες με μέτρια εγγύτητα, ιεραρχία, ικανότητα ανταπόκρισης και λειτουργικές γονεϊκές σχέσεις χωρίς τριγωνοποίηση (προσαρμόσιμος οικογενειακός σχηματισμός).
3. Οικογένειες με μεγάλη εγγύτητα, υπερβολικά ισχυρή γενεαλογική ιεραρχία, υψηλή ικανότητα ανταπόκρισης, τριγωνοποίηση του παιδιού-ασθενούς (η περίπτωση της αντιστροφής της σύγκρουσης) και δυσλειτουργία της γονεϊκής σχέσης (δυσπροσάρμοστος οικογενειακός σχηματισμός – Τύπος Β) θα έχουν παιδιά με μεγαλύτερη δραστηριότητα ασθένειας σε σύγκριση με οικογένειες με «προσαρμόσιμο οικογενειακό σχηματισμό».
4. Οικογένειες με χαμηλή εγγύτητα, αδύναμη ιεραρχία μεταξύ των γενεών, παραμέληση του παιδιού και δυσλειτουργική γονεϊκή σχέση (δυσπροσάρμοστος οικογενειακός σχηματισμός – Τύπος Γ) θα έχουν παιδιά με μεγαλύτερη δραστηριότητα ασθένειας σε σύγκριση με οικογένειες με τον «προσαρμόσιμο οικογενειακό σχηματισμό» (εικόνα 3).

Η Wood⁸ παρουσιάζει τα ερευνητικά ευρήματα που είναι σύμφωνα με το μοντέλο αυτό.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην παρούσα μελέτη θα παρουσιαστεί η κλινική περίπτωση μιας έφηβης 18 ετών, η οικογένεια της οποίας θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι ανήκει στον «τύπο Γ» του μοντέλου της Wood. Όπως θα αναλυθεί στη συνέχεια, η νεαρή έπασχε από άσθμα και εμφάνιζε ασθματικές κρίσεις, κυρίως όταν δεχόταν ιδιαίτερη συναισθηματική



Εικόνα 3. Δυσπροσαρμοστικός οικογενειακός σχηματισμός – Τύπος Γ.

πίεση από την οικογένειά της, η οποία αντιμετωπίζει επί σειρά ετών πληθώρα προβλημάτων.

Καθώς ο πατέρας είναι συναισθηματικά απών, η μητέρα στηρίζεται σχεδόν αποκλειστικά στη νεαρή, η οποία αδυνατεί να λεκτικοποιήσει τα αρνητικά της συναισθήματα κυρίως από φόβο μήπως στενοχωρήσει και επιφορτίσει τη μητέρα της.

Έτσι, μέσα από τα λεγόμενα της ίδιας της ασθενούς, που ονομάζεται Χριστίνα, το άσθμα μοιάζει να λειτουργεί ως ένα είδος «απωθημένου κλάματος και κραυγής».^{10,11} Η Χριστίνα μέχρι σήμερα δεν είχε δώσει ιδιαίτερη προσοχή στη «σύμπτωση» που αναφέρει, ότι δηλαδή όταν παρουσιάζονται ασθματικές κρίσεις, οι δικοί της παύουν να την ενοχλούν και να την επιφορτίζουν με τόσα δυσάρεστα θέματα και να της ζητούν εμμέσως ή αμέσως λύσεις γι' αυτά.

Η Χριστίνα, μιλώντας για τη σχέση των γονιών της, λέει ότι η μητέρα της είναι υποχωρητική και ο πατέρας της στηρίζει ψυχολογικά τη δική του οικογένεια καταγωγής, η οποία έχει εκμεταλλευτεί κατ' επανάληψη τόσο τη μητέρα της όσο και τον πατέρα της. Κατά έναν παράξενο τρόπο και οι δύο γονείς της πέφτουν θύματα εκμετάλλευσης (οικονομικής και ψυχολογικής) από τις δικές τους οικογένειες καταγωγής. Στις οικογένειές τους δεν υπάρχουν όρια, δεν υπάρχουν «θέσεις εαυτού». Υπάρχουν μόνο οι εκμεταλλευτές και τα «θύματα».

Επιπλέον, η Χριστίνα δεν θυμάται ποτέ έχουν μαλώσει οι γονείς της. Και ο πατέρας της, αλλά και ακόμα

περισσότερο η μητέρα της, νιώθουν μονίμως συναισθήματα πικρίας, τα οποία έχει υιοθετήσει και η Χριστίνα.

Όλοι μέσα στην οικογένεια βιώνουν ένα «αδιέξοδο», νιώθουν συναισθήματα απογοήτευσης και ηττοπάθειας, αλλά δεν μπορούν να διανοηθούν ότι υπάρχουν άλλοι τρόποι αντιμετώπισης των ποικίλων θεμάτων της ζωής. Παρουσιάζει μάλιστα ενδιαφέρον το γεγονός ότι το ίδιο μοντέλο λειτουργίας μέσα στις σχέσεις (δηλαδή η γυναίκα να είναι υποχωρητική απέναντι στον άνδρα της και να υιοθετεί το ρόλο του θύματος) είχε υιοθετήσει και η γιαγιά της Χριστίνας απέναντι στον παππού της, ο οποίος ούτε καν της μιλούσε!

Η Χριστίνα, όντως μέρος του συστήματος, υιοθετεί και αυτή ένα ύφος και ήθος μοιρολατρίας. Με κανέναν τρόπο δεν μπορεί να σκεφτεί εναλλακτική λύση και θεωρεί υποχρέωσή της να δαιμονίζει αυτόν τον απαθή και υποχωρητικό τρόπο ύπαρξης μέσα στις οικογενειακές σχέσεις. Πρόκειται για μια «πολυγενεαλογική διαδικασία μετάδοσης», όπου οι πιο αδύναμοι και ευαίσθητοι είναι υποχρεωμένοι να υποχωρούν, έστω και αν αισθάνονται ότι τους εκμεταλλεύονται ή δεν αντέχουν ψυχολογικά.

Όπως δηλαδή οι προηγούμενες γενιές είχαν «ανάγκη» τουλάχιστον ενός ατόμου υποχωρητικού για να επιβιώσουν, έτσι και η Χριστίνα, μέσω των πιέσεων και των τριγωνοποιήσεων που υπάρχουν στην οικογένεια, αναγκάζεται να παίζει το ρόλο του υποχωρητικού και του «γονεοποιημένου παιδιού».*

Όμως, η Χριστίνα δεν αντέχει το επιπλέον φορτίο που της ανατίθεται, αλλά δεν τολμάει να ομολογήσει τα συναισθήματά της ούτε στον ίδιο της τον εαυτό. Παρουσιάζει δηλαδή χαρακτηριστικά «αλεξιθυμίας»,¹² τα οποία απαντώνται συχνά στις ψυχοσωματικές νόσους. Στην ερώτηση πώς νιώθει όταν η μητέρα της της εκμυστηρεύεται πόσο ταλαιπωρείται από την πεθερά της και από τους συγγενείς του συζύγου της, η Χριστίνα απαντά ότι αισθάνεται ότι είναι ο μοναδικός άνθρωπος

στον κόσμο που μπορεί να ξεκουράσει ψυχολογικά τη μητέρα της. (Επίσης, παρατηρούμε ότι, εφόσον είναι συναισθηματικά απών ο πατέρας της Χριστίνας, η Χριστίνα «τριγωνοποιείται»).

Χρειάστηκαν αρκετές συνεδρίες για να αποκαλύψει η Χριστίνα ότι δεν αντέχει αυτό το ψυχολογικό φορτίο και ότι πηγαίνει στο δωμάτιό της να κλάψει. Σε καμία περίπτωση δεν θέλει να στενοχωρήσει τη μητέρα της και να θέσει κάποια «όρια»^{7,8} σε αυτές τις αλληλεπιδράσεις.

Σε περιόδους όπου νιώθει ιδιαίτερα βοήθητη και ανήμπορη, πλημμυρισμένη από καταθλιπτικά συναισθήματα που της μεταδίδουν οι δικό της, σαν «από μηχανής Θεός» εμφανίζονται οι ασθματικές κρίσεις. Οι κρίσεις αυτές τη βγάζουν από το «αδιέξοδο», καθώς οι γονείς της, ανησυχώντας για την υγεία της, προσπαθούν να τη φροντίσουν και να την περιποιηθούν.

Ιδιαίτερα ο Sami-Ali¹¹ τονίζει αυτή τη θεμελιώδη έννοια του αδιεξόδου που βιώνει ο ασθενής με άσθμα. Επίσης, ο Gorot¹⁰ επισημαίνει ότι η ασθματική κρίση προκύπτει ως αντικατάσταση μιας απωθημένης επίκλησης στη μητέρα και υποστηρίζει ότι είναι το ισοδύναμο μιας απωθημένης κρίση δακρύων.

Έτσι, δημιουργείται κατά κάποιο τρόπο ένα είδος «ασθματικού παιχνιδιού»,¹³ ένα είδος «διπλού παιχνιδιού», όπου η Χριστίνα επωμίζεται το ρόλο του στυλοβάτη της οικογένειας, ενώ η ίδια είναι αδύναμη ψυχολογικά, και μη δυνάμενη να λεκτικοποιήσει τα συναισθήματα απόγνωσης και ψυχικής κόπωσης «ξεσπάει» σε ασθματικές κρίσεις.

Φυσικά, υπάρχουν ενδείξεις ότι αυτό το κλίμα, το οποίο φαίνεται να διαιωνίζεται από γενιά σε γενιά, πρέπει να έχει συμβάλει στην εμφάνιση του άσθματος της Χριστίνας, πέρα από τη σημαντική συμβολή του γενετικού παράγοντα, ο οποίος ασφαλώς θεωρείται δεδομένος (εικόνα 1).

Όσον αφορά στο σχήμα της Wood,⁸ παρατηρούμε τα εξής, καθώς αναλύουμε τους όρους του μοντέλου (τύπος Γ) σε συνδυασμό με τα χαρακτηριστικά της παρούσας κλινικής περίπτωσης:

- **Οικογένειες με χαμηλή εγγύτητα:** Η οικογένεια της Χριστίνας δεν επικοινωνούσε ιδιαίτερα. Ο βασικός συνδεδετικός κρίκος της οικογένειας είναι η Χριστίνα, η οποία παίζει το ρόλο του «στυλοβάτη» της οικογένειάς της.
- **Αδύναμη ιεραρχία μεταξύ γονέων:** Παρατηρούμε ότι δεν υπάρχουν καθόλου όρια ανάμεσα στις τρεις γε-

* «Γονεοποιημένο παιδί-γονεοποίηση»: Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται από τον Minuchin⁷ και δηλώνει την ανάθεση των γονεϊκών ρόλων σε ένα ή περισσότερα παιδιά στο οικογενειακό σύστημα. Σε αυτές τις οικογένειες υποτίθεται ότι οι ανάγκες των γονιών δεν συναντήθηκαν από τους δικούς τους γονείς και άρα η επιθυμία για εκπλήρωση αυτών των αναγκών έχει μεταφερθεί στα παιδιά τους, δηλαδή κατά κάποιο τρόπο τα παιδιά τους γίνονται «παππούδες».

νεές. Οι παππούδες επιβαρύνουν τη μητέρα της Χριστίνας, οι γονείς της Χριστίνας έχουν πολύ απόμακρες σχέσεις μεταξύ τους και φαίνεται να υπάρχει ένα είδος «συμμαχίας» της Χριστίνας με τη μητέρα της, όπου η Χριστίνα μετατρέπεται σε «γονεοποιημένο» και «τριγωνοποιημένο» παιδί.

- *Παραμέληση του παιδιού:* Είναι επίσης σαφές ότι κανείς δεν νοιάζεται ούτε καν υποψιάζεται ότι μπορεί να επιβαρύνει ψυχολογικά τη Χριστίνα. Πολύ περισσότερο δε, κανείς δεν ενδιαφέρεται για τις προσωπικές συναισθηματικές και ψυχολογικές ανάγκες της Χριστίνας. Ευτυχώς, νοιάζονται όταν η κοπέλα αρρωσταίνει από ασθματικές κρίσεις.
- *Δυσλειτουργική γονεϊκή σχέση:* Από τη στιγμή που οι σύζυγοι είναι απόμακροι μεταξύ τους, δεν τσακώνονται ποτέ και δεν συζητούν για τα θέματα που τους απασχολούν, είναι προφανές ότι η σχέση τους είναι δυσλειτουργική.
- Η απουσία ορίων στην οικογένεια, η έλλειψη προσωπικού χώρου, η έλλειψη σεβασμού ως προς τα όρια του άλλου (και ιδιαίτερα της ήδη πάσχουσας από άσθμα Χριστίνας), η τριγωνοποίηση του ασθματικού ατόμου σε συνδυασμό με το καταθλιπτικό κλίμα που κυριαρχεί στην οικογένεια, αποτελούν παράγοντες που αναμφισβήτητα επιβαρύνουν την ήδη πάσχουσα από άσθμα Χριστίνα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τη Χριστίνα παρακολούθησαν πνευμονολόγος αλλά και ψυχολόγος. Η ψυχοθεραπεία διήρκεσε περίπου 6 μήνες και ακολούθησαν και κάποιες αναμνηστικές συνεδρίες (follow-ups).

Όσον αφορά στην ψυχολογική θεραπευτική αντιμετώπιση, ο στόχος ήταν αφενός να συνειδητοποιήσει η Χριστίνα τις μη λεκτικές διαδικασίες που ελάμβαναν χώρα στην οικογένειά της και τον επιβαρυντικό ρόλο –εάν όχι και γενεσιουργό– που έπαιζαν στο πρόβλημα του άσθματος και αφετέρου να μειωθεί το καταθλιπτικό κλίμα στην οικογένεια. Έτσι, μελετήθηκαν και διαπιστώθηκαν οι περιπτώσεις όπου παρουσιάζονταν οι κρίσεις. Έγινε αναλυτική διερεύνηση μέσα από τις «ερωτήσεις διαδικασίας» (“process questions”) σχετικά με τις οικογενειακές σχέσεις και το ρόλο της ασθενούς στο πλέγμα αυτών των σχέσεων. Καταδείχθηκε στην ασθενή ότι υπήρχε συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη και την απελπισία που βίωνε και στην εμφάνιση

των ασθματικών κρίσεων. Η ασθενής συνειδητοποίησε επίσης ότι δεν ευθύνεται για τα άλυτα προβλήματα της ευρύτερης οικογένειας και ότι δεν είναι καθήκον της να δίνει αυτή τις λύσεις ή να στηρίζει τη μητέρα της.

Ένας επόμενος στόχος ήταν η ψυχολογική στήριξη και ενδυνάμωση της Χριστίνας. Να βοηθηθεί, δηλαδή, να εκφράσει και με λόγια τη δυσκολία και την απελπισία της, έτσι ώστε να μειωθεί το καταθλιπτικό κλίμα. Επίσης, ήταν σημαντικό να μπορέσει να προσδιορίσει τη «θέση εαυτού», τα προσωπικά όρια και τις αντοχές, αλλά και να μειώσει τις ενοχές της.

Χρειάστηκε πάρα πολύς χρόνος για να τεθούν όρια, να αντιληφθεί η Χριστίνα τα προσωπικά της όρια και να τολμήσει να μιλήσει γι' αυτά στην οικογένειά της, η οποία σταθερά εξακολούθησε να στηρίζεται σ' αυτήν. Η βελτίωση δεν επήλθε «αυτόματα», καθώς η θεραπεία είναι μια βιωματική διεργασία και δεν αρκεί η απλή συνειδητοποίηση-ενημέρωση.

Καθώς οι γονείς της δεν ήταν ιδιαίτερα συνεργάσιμοι, η Χριστίνα προσπαθεί να διαφοροποιηθεί και σιγά-σιγά να αυτονομηθεί από την οικογένεια καταγωγής της και να διαμορφώσει τη δική της ταυτότητα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη στηρίζει την υπόθεση των Miller και Wood για το σημαντικό ρόλο των ψυχολογικών παραγόντων στην εξέλιξη του άσθματος. Η Χριστίνα ζούσε σ' ένα έντονα καταθλιπτικό κλίμα και βίωνε έλλειψη υποστήριξης από την οικογένειά της, με αποτέλεσμα να επιβαρύνεται η υγεία της και να αυξάνεται τόσο ο αριθμός όσο και η σοβαρότητα των ασθματικών κρίσεων όταν δεν άντεχε το ψυχολογικό φορτίο.

Το γεγονός ότι η υγεία της βελτιώθηκε από την ψυχοθεραπεία, χωρίς κάποια αλλαγή στην ιατροφαρμακευτική της περίθαλψη, αποτελεί μια ακόμα ένδειξη για το πόσο σημαντικός είναι ο ρόλος αυτών των παραγόντων στην εξέλιξη της νόσου. Άλλωστε, στην έρευνά τους οι Miller και Wood⁴ βρήκαν ότι η λύπη μπορεί να επηρεάσει το παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα αλλά και να επιφέρει δυσμενείς μεταβολές στην πρόσληψη οξυγόνου, επιδεινώνοντας το άσθμα. Αυτή η επιδείνωση μπορεί στη συνέχεια να γεννήσει περισσότερα συναισθήματα κατάθλιψης και έλλειψης ελπίδας, δημιουργώντας έτσι ένα φαύλο κύκλο.

Γίνεται λοιπόν φανερό ότι είναι αναγκαία μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση στη θεραπεία, με στόχο την ψυχολογική, οικογενειακή, αλλά και βιολογική παρέμβαση.

ση.¹⁴ Μια τέτοια προσέγγιση θα μπορούσε να «σπάσει» το φαύλο κύκλο, επιφέροντας καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα χωρίς αύξηση της δοσολογίας των φαρμάκων αλλά και των ανεπιθύμητων ενεργειών τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Miller BD, Wood B. Psychophysiologic reactivity in asthmatic children: A new perspective on emotional triggered asthma. *Pediatric Asthma, Allergy Immunology*, 1995:9
2. American Thoracic Society. Definitions and classification of chronic bronchitis, asthma, and pulmonary emphysema. *Am Rev Respir Dis* 1962, 85:762–768
3. Sibbald B, Horn MEC, Gregg I. A family study of the genetic basis of asthma and wheezy bronchitis. *Arch Dis Child* 1980, 55:354–357
4. Miller B, Wood B. Influence of specific emotional states on autonomic reactivity and pulmonary function in asthmatic children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, 36:669–677
5. Miller BD. Depression and asthma. *J Allergy Clin Immunol* 1987, 80:481–486
6. Engel GL. Is grief a disease? A challenge for medical research. *Psychosom Med* 1961, 23:18–22
7. Minuchin S. *Families and family therapy*. Cambridge, Harvard University Press, 1974
8. Weiner H. *Perturbing the organism: the biology of stressful experience*. Chicago, University of Chicago Press, 1992
9. Wood B. Beyond the “psychosomatic family”: A biobehavioral family model of pediatric illness. *Fam Process* 1993, 32:261–278
10. Gorot J. Théories de la somatisation. *J Psycholog* 1989, 69:29–32
11. Sami-Ali. *Penser le somatique. Imaginaire et pathologie*. Paris, Dunod, 1987
12. Wood B. One articulation of the structural family therapy model: a biobehavior family model of chronic illness in children. *J Fam Ther* 1994, 16:53–72
13. Berne E. *Games people play: The basic handbook of transactional analysis*. London, Penguin Books, 1964
14. Miller BD, Wood B. Childhood asthma in interaction with family, school and peer systems: A developmental model for primary care. *J Asthma* 1991, 28:405–414

Υποβλήθηκε: 5/4/2005

Επανυποβλήθηκε: 9/1/2007

Εγκρίθηκε: 6/2/2007