



ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

« ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ: «Απουσία μητρικής ενσυναίσθησης στην πρώιμη σχέση μητέρας – βρέφους: Η πιθανή συμμετοχή της στην αιτιοπαθογένεια της ψυχογενούς ανορεξίας»

ΣΥΝΤΟΜΟΣ ΤΙΤΛΟΣ: «Μητρική Λειτουργία: Επισημάνσεις στην Κατανόηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας»

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: Γκουγκαρά Δήμητρα- Ψυχολόγος

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: Μαρία Τζινιέρη- Κοκκώση.

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:

- Δημήτρης Αναγνωστόπουλος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής ΕΚΠΑ
- Ελένη Λαζαράτου Καθηγήτρια Παιδοψυχιατρικής ΕΚΠΑ
- Μαρία Τζινιέρη- Κοκκώση, π. μ. επικ. Καθηγήτρια ΕΚΠΑ

ΑΡ.ΜΗΤΡΩΟΥ: 2016087

ΑΘΗΝΑ 2019

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Αφιέρωση.....	3
Ευχαριστίες.....	4
Περίληψη.....	5
Abstract.....	7
Εισαγωγή.....	9

Α΄ ΜΕΡΟΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΜΗΤΕΡΑΣ-ΒΡΕΦΟΥΣ

1. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ ΜΕ ΤΟ ΠΡΩΤΑΡΧΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ-ΜΗΤΕΡΑ

1.1 Ο Δεσμός Μητέρας –Βρέφους	14
1.2 Η Μητρική Λειτουργία.....	16
1.3 Απουσία Μητρικής Λειτουργίας: Η Νεκρή Μητέρα.....	24
1.4 Η Επιθυμία και το Βλέμμα της Μητέρας.....	25
1.5 Η Μητρική Ενσυναίσθηση.....	28
1.6 Έλλειμμα Μητρικής Λειτουργίας και Επιπτώσεις.....	30

Β΄ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΔΙΚΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

2. ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ (ΨΑ)

2.1 Ιστορικές Αναφορές για την ΨΑ	32
2.2 Η Ψυχαναλυτική Κατανόηση της ΨΑ.....	37
2.3 Η ΨΑ στη θεωρία του S. Freud και της Ψυχολογίας του Εγώ.....	39
2.4 Η ΨΑ στη θεωρία των Αντικειμενοτρόπων Σχέσεων.....	43
2.5 Ειδικές Ψυχαναλυτικές Προσεγγίσεις για την ΨΑ.....	46
2.6 Προσεγγίσεις Ψυχαναλυτών από τη Βόρεια Αμερική- Η Ψυχολογία Του Εαυτού	56

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- 3.1 Ο Ρόλος της Μητρικής Λειτουργίας στην Αιτιοπαθογένεια της Ψυχογενούς Ανορεξίας.....61
- 3.2 Κλινικά Συμπεράσματα63
- 3.3 Περιορισμοί της Μελέτης– προτάσεις.....66

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....68

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

- Ψυχογενής Ανορεξία: Ορισμός και Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM 5.....73

Στα κορίτσια μου

«...Κοριτσάκι μου,
θέλω να σου φέρω
τα φαναράκια των κρίνων
να σου φέγγουν στον ύπνο σου.
Κοιμήσου κοριτσάκι.
Είναι μακρύς ο δρόμος.
Πρέπει να μεγαλώσεις.
Είναι μακρύς
μακρύς
μακρύς ο δρόμος.
.....

Δύσκολα είναι, κοριτσάκι,
στην αρχή.
Τι να πεις, δεν ξέρεις.
Δύσκολα είναι στην αρχή.
Γιατί δεν είναι, κοριτσάκι,
να μάθεις μόνο
εκείνο που είσαι,
εκείνο που έχεις γίνει.

Είναι να γίνεις
ό, τι ζητάει
η ευτυχία του κόσμου,
είναι να φτιάχνεις, κοριτσάκι,
την ευτυχία του κόσμου.
.....»

Γιάννης Ρίτσος, «Κοριτσάκι μου»

(απόσπασμα από το «Πρωινό άστρο», εκδ. Κέδρος)

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους εκείνους που με βοήθησαν, με τον δικό του τρόπο ο καθένας, να φέρω εις πέρας τη συγκεκριμένη εργασία, κλείνοντας έτσι, ένα όμορφο ταξίδι γνώσης που ξεκίνησε πριν από δυο περίπου χρόνια.

Πρωτίστως, να ευχαριστήσω την π. μ. επικ. Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ κα. Μαρία Τζινιέρη-Κοκκώση, η οποία ανέλαβε και την επίβλεψη της εργασίας μου. Ήταν εκείνη που με τη σκέψη της αλλά και με την ανθρώπινη και πολύ συναισθηματική υποστήριξη της, με συνόδευσε από την αρχική σύλληψη αυτής της ιδέας μέχρι και την τελική της υλοποίηση. Οι επιστημονικές παρατηρήσεις της, οι εύστοχες επισημάνσεις της και η άμεση ανταπόκρισή της, κάθε φορά που βρισκόμουν σε αδιέξοδο, υπήρξαν για μένα πολύτιμα στηρίγματα καθ' όλη τη διάρκεια της συγγραφής αυτής της εργασίας.

Στους διδάσκοντες επίσης, του Μεταπτυχιακού Προγράμματος οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ και ιδιαίτερα στον Καθηγητή Ψυχιατρικής της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ κο Γρηγόρη Βασιλαματζή, για την γενναιόδωρη και ανεκτίμητης αξίας διδασκαλία του, και στους επόπτες μου κο Γρηγόρη Μανιαδάκη και κο Σταμάτη Τουρνή, για τη γνώση που μου μετέφεραν στο πλαίσιο της ψυχαναλυτικής εποπτείας, τις προβληματικές που έθεσαν, και τους νέους ψυχαναλυτικούς δρόμους που άνοιξαν στη δική μου σκέψη μου.

Στις θεραπευόμενες μου οφείλω, τουλάχιστον ένα μεγάλο ευχαριστώ, οι οποίες, χωρίς οι ίδιες να το γνωρίζουν, πυροδοτούν την περιέργειά μου αρχικά, που γίνεται ανάγκη στη συνέχεια, να εμπλουτίσω τις γνώσεις μου και να μάθω περισσότερα, έτσι ώστε να μπορώ να συνεχίσω να στέκομαι απέναντί τους «ως ένα φαναράκι που τους δείχνει το δρόμο» (λόγια θεραπευόμενης μου).

Δεν θα μπορούσα να μην πω ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στα παιδιά μου Έλλη και Φαίδρα, που είναι για μένα πάντα ξεχωριστές πηγές έμπνευσης και είναι αυτές που αποτελούν τον σπουδαιότερο λόγο για τον οποίο εξακολουθώ να αναζητώ στη ζωή μου τη γνώση, την πνευματική καλλιέργεια και την προσωπική ανάπτυξη, προσθέτοντας εκείνες πάντα, ένα επιπλέον νόημα σε ό, τι κι αν κάνω.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην παρούσα εργασία επιχειρείται να αναδειχθεί και να φωτιστεί η σύνδεση ανάμεσα στην ελλειμματική μητρική λειτουργία - απουσία μητρικής ενσυναίσθησης, κατά την πρώιμη σχέση μητέρας-βρέφους- και την εκδήλωση ψυχοπαθολογίας μεταγενέστερα στην εφηβεία, με την μορφή της κλινικής εικόνας και της συμπτωματολογίας της Ψυχογενούς Ανορεξίας (ΨΑ).

Στο πρώτο μέρος της εργασίας παρουσιάζονται ορισμένες βασικές ψυχαναλυτικές απόψεις, μέσα από τις οποίες περιγράφεται και αναγνωρίζεται η σημασία της πρώιμης σχέσης του βρέφους με το πρωταρχικό αντικείμενο, τη μητέρα. Διερευνώνται οι επιπτώσεις, στη συναισθηματική και ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη, του παιδιού και στη ψυχική υγεία του ενήλικου ατόμου αργότερα, στις περιπτώσεις όπου επικρατεί η συνθήκη ελλείμματος στην πρώιμη μητρική λειτουργία. Το πρώτο μέρος της εργασίας αποτελεί ένα θεωρητικό υπόβαθρο για την μελέτη της αιτιοπαθογένειας στην ΨΑ, υπό το πρίσμα των ψυχαναλυτικών θεωρητικών απόψεων. Το κεντρικό της θέμα είναι η κατανόηση της αιτιοπαθογένειας της εν λόγω νόσου, έτσι όπως αποτυπώνεται στην ψυχαναλυτική θεωρία και σκέψη, σταθερά μέσα από το πρίσμα της σύνδεσης της ΨΑ με τα πρώιμα ελλείμματα στην πρωταρχική μητρική σχέση.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, παρατίθεται μια σύντομη ιστορική ανασκόπηση της νόσου από τότε που πρωτοεμφανίστηκε στα γραπτά κείμενα των επιστημόνων και των μελετητών του 19^{ου} και 20^{ου} αιώνα, έως και στη σύγχρονη εποχή. Ακολούθως, παρουσιάζονται οι πιο σημαντικές ψυχαναλυτικές θεωρητικές απόψεις που αφορούν στην αιτιοπαθογένεια της ΨΑ, όπως διατυπώθηκαν από την εποχή του Freud και των ψυχαναλυτών της ίδιας περιόδου, μέχρι και των μεταγενέστερων και πιο πρόσφατων θεωρητικών. Τονίζεται σταθερά στο κείμενο, η συναισθηματική σύνδεση μητέρας -βρέφους και πώς αυτή συμβάλλει στην ενδυνάμωση της ψυχικής συγκρότησης του παιδιού, όταν είναι επαρκής και αδιάλειπτη ή αντιθέτως οδηγεί σε δυσμενείς παθολογικές συνέπειες, όπως αυτές που παρατηρούμε στις διατροφικές διαταραχές και δη στην ΨΑ.

Έχει διαπιστωθεί, γενικά, μέσα από τις μελέτες των κλινικών και θεωρητικών, και μέσα από τις παρατηρήσεις τους στα άτομα που πάσχουν από ΨΑ, ότι όταν υπάρχει ελλιπής ή συνεχιζόμενη αποκοπή αυτής της πρωταρχικής συναισθηματικής σύνδεσης μητέρας- βρέφους, τότε η ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη του παιδιού και ιδιαίτερα η εικόνα του σώματος του, επηρεάζονται αρνητικά και με καθοριστικό

τρόπο. Τα ψυχικά ελλείμματα αυτών των ασθενών οφείλονται στη μη εσωτερίκευση επαρκών μητρικών λειτουργιών.

Καθ' όλη την ανάπτυξη της εργασίας, παρατίθεται κλινικό υλικό από γυναίκες-ασθενείς, με διάγνωση ΨΑ, οι οποίες έχουν στο ιστορικό τους ελλειμματική μητρική λειτουργία, την οποία φέρνουν μέσα στις αφηγήσεις τους, στις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες ή μέσω συμπεριφορών και εκδραματίσεων. Δίνεται έτσι η δυνατότητα στον αναγνώστη να συνδέσει ορισμένες ψυχαναλυτικές απόψεις, για την αιτιοπαθογένεια της ΨΑ, με το πραγματικό βίωμα της ασθενούς.

Η συμβολή της παρούσας εργασίας συνίσταται στο να αξιοποιηθεί η ψυχοδυναμική κατανόηση της αιτιοπαθογένειας και της ενδοψυχικής δυσλειτουργίας της ΨΑ, σε πλαίσιο ψυχοθεραπείας. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τους ψυχοθεραπευτές των συγκεκριμένων ασθενών, ώστε να προωθηθεί το κατάλληλο πλαίσιο παρέμβασης για την ψυχική επεξεργασία των ελλειμμάτων και την εν δυνάμει επανορθωτική ψυχοθεραπευτική εμπειρία.

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από αυτή την εργασία, -αν και δεν μπορούν να γενικευθούν- υποδεικνύουν ωστόσο α) ότι όταν έχει βιωθεί έλλειμμα στην πρώιμη συναισθηματική σύνδεση μητέρας-βρέφους, αυξάνονται οι πιθανότητες να προκύψουν δυσμενείς, παθολογικές συνέπειες, όπως αυτές που παρατηρούμε στην ΨΑ ή και γενικότερα στις διατροφικές διαταραχές, και β) ότι αυτή η κατανόηση είναι χρήσιμη στη σχετική ψυχοθεραπεία των εν λόγω ασθενών.

Λέξεις κλειδιά: ψυχογενής ανορεξία, ενσυναίσθηση, μητρική λειτουργία, ψυχαναλυτική κατανόηση.

*Στο ακόλουθο κείμενο χρησιμοποιείται κυρίως το θηλυκό άρθρο, λόγω της συντριπτικής επικράτησης (10/1) των κοριτσιών έναντι των αγοριών, στην εν λόγω διαταραχή.

ABSTRACT

This study attempts to highlight and illuminate the connection between the deficient maternal function - the absence of maternal empathy in the early mother - infant relationship - and the developing psychopathology later in adolescence, in the form of the clinical picture and symptomatology of Anorexia Nervosa (AN).

In the first part of this study we present some basic psychoanalytic views through which the importance of early infant relationship with the primary subject, the mother is described and acknowledged. The effects for the emotional and psychosexual development of the child and later on the mental health of the adult are investigated, in the case that the deficit condition prevails in early maternal function. The first part of this paper is a theoretical background for the study of etiopathogenicity in AN in the light of psychoanalytic theoretical views. In other words, a central theme (issue) in this study is to understand the aetiopathogenesis of this disease, as reflected in psychoanalytic theory and thought, consistently from the point of view of the association of AN with early deficits in the primary maternal relationship.

In the second part of the paper, a brief historical review of the disease is presented since it first appeared and was mentioned in the writings of scientists and scholars of that time, that is to say, of the 19th and 20th centuries, up to the modern times. Next, are presented the most important psychoanalytic theoretical views to which they relate the etiopathogenesis of AN, as formulated from the time of Freud and the psychoanalysts of the same period, to the later and more recent theorists, constantly emphasizing the mother-infant emotional connection and how contributes to the strengthening of the child's mental structure when it is adequate and continuous or, on the contrary, leads to adverse pathological consequences such as those observed in eating disorders, especially in AN.

It has been, generally, found through the studies of these clinical and theoretical psychologists, and through their observations to people suffering from AN, that when there is an incomplete or ongoing severance of this primary affective mother-infant relationship, then the psychosocial development of the child and particularly his body image, are negatively and decisively affected. The psychological deficits of these patients are due to the lack of adequate maternal functions.

At the same time, and throughout the development of study, clinical material is presented from female patients diagnosed with AN in psychodynamic

psychotherapy, who have a deficient maternal function in their history, which they bring into their narratives, in psychotherapeutic sessions or through behaviors and acting-out, thus allowing the reader to associate psychoanalytic opinions about the etiology of AN, with the patient's actual experiences.

The contribution of the present study is to exploit the psychodynamic understanding of the etiopathogenesis and intrapsychic dysfunction of AN in psychotherapy. That is, it can be used by these patient's psychotherapists to promote an appropriate therapeutic context for intervention for the mental treatment of the deficits and the potential remedial psychotherapeutic experience.

Although the conclusions that come out of this study cannot be generalized, they indicate, however, that (a) when a shortage of maternal-infant premature motherhood has been experienced, there is higher likelihood of adverse, pathological consequences such as those observed in AN or, more generally, in eating disorders, and that (b) this understanding is useful in the relative psychotherapy of these patients.

Key words: anorexia nervosa, empathy, maternal function, psychoanalytic understanding.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι Διαταραχές Πρόσληψης Τροφής (Ψυχογενής Ανορεξία και Ψυχογενής Βουλιμία) συγκροτούν μια ομάδα παθολογικών συμπεριφορών διατροφής, οι οποίες χαρακτηρίζονται από επίμονη και εκτεταμένη ενασχόληση με τον έλεγχο του σωματικού βάρους και την πρόσληψη τροφής, από έντονη και διαρκή ενασχόληση με τον όγκο, το σχήμα και τη σύσταση του σώματος καθώς και από τη διαταραγμένη αντίληψη του. Οι συμπεριφορές αυτές συνοδεύονται από ανεπαρκή, ακανόνιστη και χαοτική πρόσληψη τροφής και έντονη και συνεχή σωματική δραστηριότητα. Οι διαταραχές αυτές εμφανίζονται πιο συχνά στις γυναίκες, συγκριτικά με τους άντρες (10/1), έχουν συνήθη ηλικία έναρξης την εφηβεία, ενώ επηρεάζουν σημαντικά όχι μόνο τη σωματική υγεία αλλά και την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου.

Πλήθος εργασιών και μελετών τα τελευταία χρόνια έχει αφιερωθεί στις συγκεκριμένες διαταραχές, έχοντας ως επίκεντρο τα συμπτώματά τους, κι αυτό κυρίως, εξαιτίας της κυριαρχικής παρουσίας στην κλινική τους εικόνα, της επικινδυνότητας για τη σωματική υγεία. Λόγω της αυξανόμενης συχνότητας που παρουσιάζουν τα τελευταία χρόνια, αλλά και του ιδιαίτερου κλινικού ενδιαφέροντος που έχουν, οι εν λόγω διαταραχές απασχολούν τόσο τις ερευνητικές ομάδες στην Ψυχιατρική όσο και την κοινή γνώμη και τον Τύπο.

Οι διαταραχές πρόσληψης τροφής φαίνεται πως είναι διαταραχές της εποχής μας· μία εποχή που χαρακτηρίζεται από έντονες και συνεχώς αυξανόμενες αντιθέσεις και ανισότητες. Από τη μια, ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων σε όλο τον κόσμο αντιμετωπίζει την φτώχεια, την εξαθλίωση και πεθαίνει από έλλειψη τροφής, ενώ από την άλλη, όλο και περισσότεροι άνθρωποι, στις ανεπτυγμένες κοινωνίες, ιδιαίτερα στην Δυτική Ευρώπη και τη Βόρεια Αμερική, πάσχουν από παχυσαρκία. Αυτή η ανισότητα αποτελεί πλέον φαινόμενο.

Οι εν λόγω διαταραχές αφορούν σε παθολογικές καταστάσεις που εμφανίζονται κυρίως, στις οικονομικά αναπτυγμένες κοινωνίες, οι οποίες βομβαρδίζονται καθημερινά, από τα μέσα ενημέρωσης, με εικόνες αδύνατων γυναικών που «τα έχουν όλα» από τη μια, και από την άλλη με διαφημίσεις που προωθούν προϊόντα διατροφής ή/και με πληθώρα εκπομπών μαγειρικής. Στις χώρες όπου υπάρχει αφθονία τροφής, εμφανίζεται το παράδοξο φαινόμενο, του εκούσιου περιορισμού στην πρόσληψη τροφής, ως απόρροια της «θεοποίησης» του αδύνατου γυναικείου σώματος. Οι ανορεκτικές ασθενείς είναι φορείς αυτού ακριβώς του διπλού μηνύματος: της πείνας μέσα στην αφθονία.

Τα τελευταία 30 και πλέον χρόνια, έχει σημειωθεί μεγάλη πρόοδος σε ό, τι αφορά στην κατανόηση της γένεσης, του φυσικού ιστορικού και της θεραπείας των διατροφικών διαταραχών.

Η ταξινόμησή τους ως ξεχωριστές ψυχιατρικές διαταραχές είναι χρήσιμη και ενθαρρύνει το αυξανόμενο ενδιαφέρον για τις καταστάσεις αυτές. Ωστόσο, αρκετές πρόσφατες μελέτες έχουν υποδείξει μια επικάλυψη μεταξύ των διάφορων ψυχιατρικών υποομάδων. Διαπιστώνεται όλο και περισσότερο, ότι υπάρχει συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές όπως με τις καταθλιπτικές, τις αγχώδεις και τις ιδεοψυχαναγκαστικές διαταραχές. Μια διαπίστωση επίσης, χωρίς να προκαλεί ιδιαίτερη έκπληξη, είναι ότι οι διατροφικές διαταραχές συνυπάρχουν πολύ συχνά - λόγω των αναπτυξιακών τους ριζών - με τις οριακές διαταραχές προσωπικότητας.

Από την πλευρά της, η ψυχανάλυση, προσπαθεί να κατανοήσει αυτή την παθολογία διότι, πίσω από τη θεαματική συμπτωματολογία της κρύβεται μια πολύμορφη και περίπλοκη παθολογία του ψυχικού οργάνου (Εκείνο -Εγώ-Υπερεγώ). Μια ιδιαίτερη δυναμική επίσης, στην αλληλεπίδραση μητέρας - βρέφους, η οποία φαίνεται να δημιουργεί πρώιμα ναρκισσιστικά πλήγματα και ελλείμματα στο πλαίσιο της ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης του ατόμου, εμπλέκεται στην δημιουργία αυτής της ψυχοπαθολογίας.

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση των διαταραχών διατροφής έχει επηρεάσει σταθερά πολλούς κλινικούς σε ό, τι αφορά στην κατανόηση των ασθενών που πάσχουν από τις εν λόγω διαταραχές. Η ψυχαναλυτική σκέψη για τη γένεση των διατροφικών διαταραχών έχει επικεντρωθεί κυρίως, στους ενδοψυχικούς παράγοντες. Πιο πρόσφατα, ωστόσο, έχουν ληφθεί υπόψη οι γνωστικοί, οικογενειακοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, εμπλουτίζοντας περαιτέρω την ψυχοδυναμική κατανόηση των διατροφικών διαταραχών.

Οι αρχικές ιδέες του Freud (1889,1905), έχουν ενσωματωθεί και διευρυνθεί από τη θεωρία των αντικειμενοτρόπων σχέσεων και τη θεωρία της ψυχολογίας του Εαυτού. Η Ψυχογενής Ανορεξία (ΨΑ) συνδέθηκε αρχικά με τη μελαγχολία και θεωρήθηκε ως ασυνείδητη λύση της έφηβης ή της νεαρής γυναίκας στους φόβους της εγκυμοσύνης και της ωρίμανσης

Η έλευση της θεωρίας της προσκόλλησης (ή πρόσδεσης) και η σχολή της ψυχολογίας του Εαυτού έδωσαν μια άλλη προοπτική για τη σχέση μητέρας-βρέφους. Τα στάδια ανάπτυξης της προσκόλλησης του βρέφους έχουν οδηγήσει σε αυξανόμενη

κατανόηση αυτής της σχέσης, στα διαφορετικά αναπτυξιακά επίπεδα του εαυτού. Επιπλέον, σημαντικές προσθήκες στην ψυχοδυναμική κατανόηση των διατροφικών διαταραχών, αποτέλεσαν οι έννοιες «του φόβου της παρείσφρησης» και «της αποτυχίας συμβολοποίησης».

Το μνημειώδες έργο του Bruch (1973, 1978, 1982, 1987), καθόρισε τα παθολογικά χαρακτηριστικά της ΨΑ και υπογράμμισε την αμυντική φύση της ασθένειας ενάντια σε αισθήματα αναποτελεσματικότητας και αδυναμίας.

Επιπροσθέτως, ο ρόλος του «αποδιοπομπαίου τράγου» εντός της οικογένειας - δηλαδή του άρρωστου μέλους- ως ένας τρόπος για να διατηρηθεί η οικογενειακή ισορροπία στις δυσλειτουργικές οικογένειες και η στάση απέναντι στα τρόφιμα, ως απαίτηση της κοινωνίας, έχουν εξεταστεί όλο και περισσότερο και έχουν ενσωματωθεί στους ενδοψυχικούς παράγοντες.

Η κομβική θέση που καταλαμβάνουν οι διαταραχές διατροφής, στο σταυροδρόμι ανάμεσα στην παιδική και ενήλικη ζωή, ανάμεσα στο σωματικό και το ψυχικό, στο ατομικό και το κοινωνικό, αποκαλύπτει και τη σύνδεση που υπάρχει ανάμεσα σε αυτές τις διαταραχές και στις διεργασίες αποχωρισμού και αυτονόμησης. Η αδυναμία για ψυχική επεξεργασία αυτής της αναγκαίας για την ψυχική ανάπτυξη φάσης, οδηγεί στη διαστρέβλωση της αναπτυξιακής πορείας και την καταφυγή σε μια εξαρτητική συμπεριφορά και σε μια ψυχοσωματική «λύση». Εξ ου και η λεγόμενη ανορεξική λύση· διατηρώντας ένα προ-εφηβικό σώμα το κορίτσι, αποτρέπεται κάθε προσπάθεια διαχωρισμού και ώριμης ανεξαρτητοποίησης του.

Οι διατροφικές διαταραχές, με τη μορφή που εμφανίζονται (είτε περιοριστικά είτε καθαρτικά), αντιπροσωπεύουν έντονα τον αγώνα που κάνει το άτομο για να παρεμποδίσει τυχόν απόπειρες διαχωρισμού και εξατομίκευσης από την παρεμβατική και ελεγκτική μητέρα. Ως εκ τούτου, το φαγητό θεωρείται κακό και παρεμβατικό που οδηγεί στην παθητική παράδοση και στην απώλεια ελέγχου.

Σε επίπεδο ψυχοθεραπείας, οι περισσότεροι κλινικοί γιατροί αντιλαμβάνονται ότι οι ασθενείς που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές τείνουν να φοβούνται, να απορρίπτουν ή και να καταστρέφουν τη θεραπευτική σχέση που γίνεται ασυνείδητα αντιληπτή ως ελεγκτική μητέρα. Σε κάθε περίπτωση πάντως, η ασυνείδητη λύση που βρίσκουν αυτοί οι ασθενείς με την ανάπτυξη της διατροφικής διαταραχής, θα πρέπει να γίνεται κατανοητή μέσα σε ένα σύμπλεγμα αλληλεπίδρασης μεταξύ πρώιμων συναισθηματικών και θρεπτικών εμπειριών, τη δυναμική της οικογένειας και τις κοινωνικές πιέσεις.

Στην συγκεκριμένη εργασία επιχειρείται μια προσέγγιση της ΨΑ μέσα από την ψυχοδυναμική σκοπιά, και γίνεται προσπάθεια να συσχετιστεί μια παθολογία του εαυτού, εκφραζόμενη ως ΨΑ, με μια τραυματική σύνδεση του βρέφους με τη μητέρα, εξαιτίας της έλλειψης μητρικής ενσυναίσθησης (maternal empathy).

Οι ενσυναισθητικές μητρικές και γενικότερα γονεϊκές αντιδράσεις συνιστούν τις πρόδρομες δομές που συμβάλλουν και ενδυναμώνουν την ψυχική συγκρότηση του εαυτού. Στην περίπτωση αποτυχίας ή σοβαρά ελλιπούς μητρικής ενσυναισθητικής φροντίδας στο ξεκίνημα της ζωής, διαφαίνεται ότι μπορεί να προκύψουν δυσμενείς, παθολογικές συνέπειες, όπως αυτές που παρατηρούμε στην ΨΑ ή και γενικότερα στις διατροφικές διαταραχές, δηλαδή, αίσθημα ψυχικού κενού, απουσία συνοχής του εαυτού, αίσθημα μοναξιάς, έλλειψη ζωντάνιας και δημιουργικότητας.

Όταν υπάρχει μια συνεχιζόμενη αποκοπή της συναισθηματικής σύνδεσης μητέρας - βρέφους στις πρώιμες σχέσεις, τότε η ψυχοσεξουαλική ανάπτυξη και ιδιαίτερα η εικόνα του σώματος επηρεάζονται αρνητικά και με καθοριστικό τρόπο. Τα ψυχικά ελλείμματα αυτών των ασθενών οφείλονται στη μη εσωτερίκευση επαρκών μητρικών λειτουργιών. Κατά την εφηβεία γίνεται προσπάθεια να αναπληρωθούν αυτά τα δομικά ελλείμματα. Τόσο ο κίνδυνος που διατρέχει ο εαυτός όσο και η προσπάθεια επανόρθωσης, αναπαριστώνται συμβολικά μέσω των συμπτωμάτων της βουλιμίας και της ανορεξίας.

Η παρούσα εργασία συνίσταται σε μια θεωρητική μελέτη, η οποία χρησιμοποιεί τη βιβλιογραφική ανασκόπηση θεωρητικών απόψεων, κλινικών δεδομένων, κλινικο-θεωρητικών σχημάτων και θέσεων σε δημοσιευμένα άρθρα και κείμενα (βιβλία και επιστημονικά άρθρα), για να δημιουργήσει μια εννοιολογική μελέτη του παράγοντα της μητρικής λειτουργίας και ενσυναίσθησης, ο οποίος ενέχεται στην κατανόηση της αιτιοπαθογένειας της ΨΑ. Στο εν λόγω θεωρητικό-κλινικό πλαίσιο, επιχειρείται να διαφανεί η προβληματική της έλλειψης της μητρικής ενσυναίσθησης στην ανάπτυξη της ΨΑ, με στόχο την ανάδειξη αυτής της σύνδεσης.

Ειδικότερα, η συγκεκριμένη εννοιολογική μελέτη, περιλαμβάνει κλινικό υλικό από ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες με ασθενείς, οι οποίες πάσχουν από ΨΑ και στο ιστορικό των οποίων αναφέρεται έλλειψη μητρικής ενσυναίσθησης. Παρουσιάζονται αποσπάσματα από αφηγήσεις, στις οποίες αποτυπώνονται αναπαραστάσεις του μητρικού αντικειμένου, οι οποίες παραπέμπουν σε τραυματική έλλειψη κατανόησης των βρεφικών αναγκών, στην πρώιμη σύνδεση με τη μητέρα.

Μέσα από το κλινικό υλικό που παραπέμπει στην έλλειψη της μητρικής ενσυναίσθησης, δίνεται η δυνατότητα να διαφανεί η χρησιμότητα που έχει η επίγνωση αυτού του ελλείμματος, για τους ψυχοθεραπευτές ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας που αναλαμβάνουν ασθενείς με ΨΑ. Η εργασία αυτή μπορεί να αξιοποιηθεί δηλαδή, στην ψυχοθεραπεία, ως υπόβαθρο για την ψυχαναλυτική κατανόηση των ασθενών αυτών και φιλοδοξεί παράλληλα, να φανεί χρήσιμη στο σχεδιασμό παρεμβάσεων και προγραμμάτων ενημέρωσης, με στόχο την πρόληψη της εν λόγω διαταραχής.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από δυο μέρη: Στο πρώτο μέρος, παρουσιάζονται βασικές ψυχαναλυτικές θεωρίες οι οποίες αναδεικνύουν την εξέχουσα και καθοριστική σημασία που έχει για την συνολική ανάπτυξη του ατόμου μια επαρκής μητρική λειτουργία. Η μητρική «ενσυναίσθηση», το «κράτημα», η «ονειροπόληση», η «περιέχουσα λειτουργία», το «καθρέφτισμα» κ.α., συνιστούν τις πρόδρομες δομές που συμβάλλουν και ενδυναμώνουν την ψυχική συγκρότηση του αναπτυσσόμενου εαυτού. Στην περίπτωση αποτυχίας ή σοβαρά ελλιπούς μητρικής ενσυναισθητικής φροντίδας στο ξεκίνημα της ζωής, διαφαίνεται ότι μπορεί να προκύψουν δυσμενείς ψυχικές συνέπειες, όπως αυτή της ΨΑ.

Στο δεύτερο μέρος, επιχειρείται αρχικά μια ιστορική αναδρομή στην εμφάνιση των παθολογικών συμπεριφορών στην πρόσληψη τροφής, καθώς και στη ερμηνεία των φαινομένων αυτών στα διαφορετικά ιστορικά πλαίσια. Στη συνέχεια παρουσιάζονται οι πιο σημαντικές θεωρητικές απόψεις για την αιτιοπαθογένεια της ΨΑ, μέσα από την ψυχοδυναμική οπτική, τονίζοντας τη σημαντική συνεισφορά τους.

Η εργασία κλείνει με τα συμπεράσματα που εξήχθησαν σε ό, τι αφορά στο ρόλο που διαφαίνεται να παίζει η επαρκής ή μη μητρική λειτουργία και ενσυναίσθηση, στην εμφάνιση της ΨΑ. Γίνεται επίσης, συζήτηση με αφορμή το υλικό των συνεδριών που προαναφέρθηκαν και την αναγκαιότητα να αντιμετωπίζονται αυτοί οι ασθενείς στα πλαίσια μιας ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας, κατανοώντας τη συγκεκριμένη ψυχοπαθολογία μέσα από το πρίσμα αυτής της έλλειψης, και την προσπάθεια να γίνει μια ψυχική αναδόμηση και επανόρθωση μέσα από τη σχέση με τον θεραπευτή- μητέρα.

Α΄ ΜΕΡΟΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΓΙΑ ΤΗ ΣΧΕΣΗ ΜΗΤΕΡΑΣ-ΒΡΕΦΟΥΣ

1. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΠΡΩΙΜΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΤΟΥ ΒΡΕΦΟΥΣ ΜΕ ΤΟ ΠΡΩΤΑΡΧΙΚΟ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟ-ΜΗΤΕΡΑ.

1.1 Ο Δεσμός Μητέρας –Βρέφους

*«Ο αγώνας για την κατανόηση του δεσμού βρεφών-νηπίων-μητέρων κατατάσσεται ως μια από τις μεγάλες αναζητήσεις της σύγχρονης ψυχολογίας»
(Karen R, 1994).*

Η λέξη βρέφος, προέρχεται από το λατινικό *infans* και υποδηλώνει το «μη ομιλούν». Η βρεφική ηλικία αφορά σε εκείνη την περίοδο που προηγείται της αναπαράστασης λέξεων και της χρήσης λεκτικών συμβόλων και ως εκ τούτου, είναι αυτή η περίοδος όπου το βρέφος είναι απόλυτα εξαρτημένο από τη μητρική φροντίδα. Αυτή η μητρική φροντίδα περισσότερο βασίζεται στο ότι η μητέρα συμμερίζεται μάλλον, παρά κατανοεί τι εκφράζει το βρέφος ή μπορεί να εκφράζει μέσω της συμπεριφοράς (Winnicott D. (1960) ελλ. εκδ. 2016: 55).

Η ικανότητα του ατόμου να κάνει έναν δεσμό με τα κύρια πρόσωπα προσκόλλησης είναι θεμελιώδους σημασίας για τη συναισθηματική του ασφάλεια. Όλες οι μεταγενέστερες σχέσεις βασίζονται σε μια γενίκευση αυτού του πρώιμου δεσμού μητέρων-παιδιών (M.S.Ainsworth, 1972).

Η έννοια της προσκόλλησης (ή πρόσδεσης) εισήχθη από τον John Bowlby το 1958, ως μέρος της προσπάθειάς του να αναδιατυπώσει τη θεωρία για την προέλευση της σχέσης του παιδιού με τη μητέρα του. Η αφετηρία της σκέψης του ήταν το εξαιρετικά σοβαρό πρόβλημα που προέκυψε στη Βρετανία κατά τη διάρκεια το Β΄ Παγκοσμίου πολέμου με τα παιδιά που στάλθηκαν στην εξοχή, μακριά από τους γονείς τους, για να είναι ασφαλή και να μην κινδυνεύσουν από τους βομβαρδισμούς των πόλεων (Pervin & John, 2001). Ο Bowlby, έδειξε ενδιαφέρον για τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στην απώλεια ή τη στέρηση της μητέρας και στη μετέπειτα εξέλιξη της προσωπικότητας. Σε συνεργασία με την εξελικτική ψυχολόγο Mary Salter Ainsworth, η οποία ήταν επικεντρωμένη στο αίσθημα της ασφάλειας, αναπτύχθηκε η θεωρία της προσκόλλησης.

Σε ένα άρθρο του ο Bowlby το 1958, στο « The nature of the child ties to his mother», υποθέτει ότι υπάρχει μια ενόρμηση προσκόλλησης, ανεξάρτητη από τη στοματική ενόρμηση, και η οποία είναι μια πρωτογενής μη σεξουαλική ενόρμηση. Διακρίνει πέντε θεμελιώδεις μεταβλητές στη σχέση μητέρας-παιδιού: το πιπίλισμα, την περίπτωξη, την κραυγή, το χαμόγελο και το συντρόφευμα. Αναπτύσσει τη θεωρία του σε τρεις τόμους με τον γενικό τίτλο Attachment and Loss (1969, 1973, 1975) λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα των πειραμάτων του Harlow στις ΗΠΑ, τα οποία συνέκριναν τις αντιδράσεις μωρών- πιθήκων, απέναντι σε τεχνητές μητέρες, φτιαγμένες είτε από μαλακές είτε από μεταλλικές κλωστές, που θήλαζαν ή όχι. Τα πειράματα αυτά απέδειξαν ότι η ανακούφιση που προσφέρει η επαφή του βρέφους με ένα απαλό δέρμα ή τρίχωμα είναι πολύ σημαντική για τη μετέπειτα ανάπτυξη του πιθήκου (Anzieu D. 1997, 2003:65).

Παραμένοντας στο πλαίσιο της θεωρίας και μελέτης των σχέσεων αντικειμένου, ο Bowlby, έδωσε μεγάλη έμφαση στη σπουδαιότητα των πρώτων εμπειριών προσκόλλησης του βρέφους, για την προδιάθεση να αναπτύξει κατάθλιψη, αργότερα στη ζωή του. Τα νεογέννητα, σύμφωνα με τον ίδιο, έχουν μια έμφυτη τάση να αναζητούν κίνητρα και διέγερση και να προσκολλούνται σε σημαντικά πρόσωπα- αντικείμενα, τα οποία μπορούν να προσφέρουν προστασία και υποστήριξη. Ο δεσμός λοιπόν, προϋποθέτει πάντα κάποιο αγαπητό πρόσωπο με το οποίο το παιδί μπορεί να ταυτισθεί και το οποίο μπορεί να ανταποκριθεί στις ανάγκες του. Η ανάπτυξη των δεσμών προσκόλλησης στη θεωρία του Bowlby, επιτυγχάνεται δια μέσου μιας σύνθετης διαδικασίας σωματικής και συναισθηματικής εναρμόνισης ανάμεσα στο βρέφος και στη μητέρα του (Bowlby, 1963, Chassler L. 1997).

Υπό αυτό το πρίσμα, τα αναπτυσσόμενα βρέφη και τα μικρά παιδιά, χρειάζεται να αναπτύξουν μια ασφαλή εξάρτηση από τη μητέρα, πριν εκτεθούν σε μη οικείες καταστάσεις. Χρησιμοποιούν αυτή την προσκόλληση ως «ασφαλή βάση» για την εξερεύνηση του κόσμου και για τον αποχωρισμό. Σε δεύτερο χρόνο, το παιδί αναπτύσσει κάποιες εσωτερικές –νοητικές αναπαραστάσεις του εαυτού και της μητέρας, τα λεγόμενα «εσωτερικά λειτουργικά μοντέλα» (internal working models). Οι αναπαραστάσεις αυτές λειτουργούν ως πρότυπα για τις μεταγενέστερες διαπροσωπικές σχέσεις και συνδέονται με το βαθμό στο οποίο το άτομο ήταν αποδεκτό και άξιο αγάπης στα μάτια αυτών που το φρόντιζαν ως βρέφος και με τους οποίους δημιούργησε τους πρώτους δεσμούς προσκόλλησης, δηλαδή στα μάτια της μητέρας του. Έχοντας το παιδί καταφέρει μέσα από την ασφαλή προσκόλληση να

δημιουργήσει ένα εσωτερικό μοντέλο του εαυτού και των άλλων, το οποίο να του παρέχει ασφάλεια, νιώθει ελεύθερο να εξερευνήσει τον κόσμο γύρω του, σίγουρο ότι η μητέρα είναι στη διάθεση του όποτε αυτό τη χρειαστεί.

Το βασικό σημείο για τον Bowlby (1973,1979) είναι η ισχυρή αιτιώδης σχέση μεταξύ των εμπειριών του παιδιού με τους γονείς του και της μεταγενέστερης ικανότητας να δημιουργεί δεσμούς αγάπης. Για να μπορέσει το παιδί να αναπτύξει μια αίσθηση ασφάλειας και να στηρίζεται με εμπιστοσύνη στους άλλους, καθοριστική σημασία έχει η διαθεσιμότητα και η ανταπόκριση των φιγούρων προσκόλλησης τα πρώτα χρόνια της ζωής του.

Η προσκόλληση στη μητέρα τροποποιείται καθώς το παιδί μεγαλώνει, αλλά η συγχυτική αντίδραση, όταν τη χάνει, παραμένει αναλλοίωτη. Το παιδί αντέχει όλο και μεγαλύτερης διάρκειας απουσίες της μητέρας, αλλά αναστατώνεται πάντα με τον ίδιο τρόπο εάν αυτή δεν επανέλθει τότε που την περιμένει. Ο έφηβος διατηρεί αυτή την αντίδραση εσωτερικεύοντάς την, και έχει την τάση να την κρύβει από τον άλλο, πολύ περισσότερο δε, κι από τον ίδιο του τον εαυτό (Anzieu D. 1997, 2003:67).

Η διακοπή της στοργικής σχέσης κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, λέει ο Bowlby (1979), μπορεί να οδηγήσει στη μείωση της ικανότητας για στοργική σύνδεση στο μέλλον και στην ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων. Εάν λοιπόν, κάποια άτομα, για κάποιους λόγους δεν ανέπτυξαν ισχυρούς δεσμούς προσκόλλησης στα πρώτα στάδια της ζωής τους, είναι πολύ πιθανό να αναπτύξουν αργότερα ψυχικές διαταραχές.

1.2 Η Μητρική Λειτουργία

«Μητέρα» είναι το όνομα του Άλλου ο οποίος τείνει τα γυμνά του χέρια στη ζωή που έρχεται στον κόσμο, στη ζωή που, ερχόμενη στον κόσμο, επιζητά το νόημα
Recalcati M. (2015,2017:17).

Ο θεμελιώδης ρόλος της μητέρας στα γραπτά του S. Freud (1856-1939) εμφανίζεται ήδη από το 1895 στο «Σχεδιάγραμμα για μια επιστημονική ψυχολογία» (S.E.I, κεφάλαιο 11:318) όταν λέει ότι «η αρχή της ευχαρίστησης» είναι απροσπέλαστη χωρίς μια «εξωτερική βοήθεια». Πρόκειται φυσικά για τη μητέρα ως απαραίτητη για τη δόμηση του ψυχικού οργάνου του νεογέννητου (Αϊξενστάιν Α. Μ. 2014). Με τις μελέτες του για την υστερία ο Freud (1895) αναγνωρίζει ήδη τον ρόλο

της μητέρας στον οιδιπόδειο χώρο. Πολύ σύντομα όμως, αναγνωρίζει την προοιδιπόδεια μητέρα στα «Τρία Δοκίμια για τη Θεωρία της Σεξουαλικότητας» (1905d), όπου θέτει το θέμα της ανακλιτικής* λειτουργίας.

Στο άρθρο αυτό οι ενορμήσεις αυτοσυντήρησης διαπλέκονται με τις σεξουαλικές ενορμήσεις και ουσιαστικά βρίσκουν την υποστήριξή τους από το αντικείμενο μητέρα που στο συγκεκριμένο κείμενο παίρνει μια υλική υπόσταση, στο στήθος. Από νωρίς έτσι, στο φρουδικό έργο, η μητέρα περιγράφεται ως το απαραίτητο αντικείμενο στο οποίο θα έρθουν να ακουμπήσουν οι ενορμήσεις και οι διεγέρσεις του παιδιού, ώστε να πάρουν μορφή. Με τον Freud, η έννοια της μητέρας, λόγω της εισαγωγής της σεξουαλικότητας στη σχέση της με το παιδί της, παίρνει νέες διαστάσεις. Γίνεται μια σύνθετη έννοια, η οποία παραπέμπει στο σωματικό αλλά και στο ψυχικό, στο φυσικό αλλά και στο πολιτισμικό, στη ζωή αλλά και στον θάνατο. Το βρέφος, λόγω της ανάγκης που έχει για το προϊόν γάλα, μέσω της σαηνευτικής παρέμβασης της μητέρας, ανακαλύπτει την επιθυμία για το αντικείμενο – στήθος. Η μητέρα γίνεται η απαραίτητη πλανεύτρα που θα του ξυπνήσει τη σεξουαλικότητα. Στο οιδιπόδειο, για τον Freud, τον πρώτο ρόλο έχει ο πατέρας, η μητέρα όμως είναι το πρωταρχικό αντικείμενο της επιθυμίας (Freud 1914c).

Στη συνέχεια, η Melanie Klein (1882-1960) αναφέρει ότι το πρώτο αντικείμενο αγάπης και μίσους του μωρού, είναι η μητέρα του· ένα πρόσωπο, που αγαπιέται και μισείται με όλη την ένταση και με όλη τη δύναμη, που είναι χαρακτηριστικές των πρωτόγονων αναγκών του μωρού (Klein M.1963, 2008:87). Κατά την Klein μια ικανοποιητική σχέση με τη μητέρα προϋποθέτει μια στενή επαφή ανάμεσα στο ασυνείδητο της μητέρας και το ασυνείδητο του παιδιού. Η βασική συνθήκη για να μπορέσει το παιδί να έχει μια ολοκληρωμένη εμπειρία είναι ότι το καταλαβαίνουν στην προλεκτική περίοδο. Αυτή είναι μια βασική προϋπόθεση για να μπορεί να αντλεί κάποιος ικανοποίηση, επικοινωνώντας και μόνο με τη σκέψη του με κάποιο οικείο πρόσωπο. Πάντα μένει, ωστόσο, λέει η Klein, η νοσταλγία για μια κατανόηση χωρίς τη χρήση γλώσσας και στην ενήλικη ζωή –δηλαδή, η νοσταλγία της πρωταρχικής σχέσης με τη μητέρα. Αυτή η επιθυμία δημιουργεί την αίσθηση της μοναξιάς, η οποία προέρχεται από το καταθλιπτικό συναίσθημα ότι έχουμε υποστεί μία απώλεια ανεπανόρθωτη.

*Ετυμολογικά ανα- κλίνω= στηρίζομαι. Αφορά στην αντικεμενότροπο σχέση που εμπλέκει δύο πρόσωπα, διαχωρισμένα μεν, αλλά το ένα στηρίζεται πάνω στο άλλο, το οποίο θεωρείται «μεγάλο» και «δυνατό».

Στην ακόλουθη αφήγηση μιας ασθενούς αποτυπώνεται χαρακτηριστικά η εν λόγω ενδοψυχική ανάγκη:

(Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό το οποίο όμως αφαιρέθηκε για λόγους απορρήτου και προστασίας προσωπικών δεδομένων).

Στη θεωρία του αργότερα, ο D. W. Winnicott (1896-1971)- βρετανός παιδίατρος και ψυχαναλυτής- μιλάει για την αρκετά καλή μητέρα (good-enough). Μια τέτοια μητέρα λέει, από την περίοδο της κυοφορίας του παιδιού, μπαίνει σε μια κατάσταση ψευδαισθησιακής σχέσης, απόλυτης ένωσης με το παιδί, που την ονομάζει πρωταρχική μητρική ενασχόληση (primary maternal preoccupation). Πρόκειται δηλαδή, για την αποκλειστική αφοσίωση στο βρέφος, η οποία εκφράζεται ως ταύτιση με το βρέφος και αυξημένη ευαισθησία για την ικανοποίηση των προσδοκιών και των αναγκών του. Είναι μια φυσιολογική συνθήκη που ανταποκρίνεται στις ανάγκες απόλυτης εξάρτησης του παιδιού από τη μητέρα. Υπό κανονικές συνθήκες, θα αρχίσει να υποχωρεί, μέχρι να εξαφανιστεί από το προσκήνιο, καθώς θα αναδύεται ο πυρήνας του εαυτού του παιδιού. Αυτή, η αξιόπιστη μητέρα, είναι σε θέση να κάνει το κράτημα (holding), που παίρνει αρχικά σωματική μορφή, προστατεύει το βρέφος από βιολογικούς κινδύνους, από την τραυματική εμπειρία της πτώσης, περιλαμβάνει όλες τις καθημερινές συνήθειες της φροντίδας του βρέφους, ακολουθεί τις αναπτυξιακές αλλαγές που συμβαίνουν σε αυτό και που ίσως είναι ο μόνος τρόπος που διαθέτει η μητέρα για να δείξει στο παιδί της ότι το αγαπά (Winnicott, 1956/1958, 1960/1965, 1971, Γαλανάκη 2003:22). Κατά κάποιον τρόπο, κατά την περίοδο της πρωταρχικής μητρικής ενασχόλησης, η μητέρα είναι ο νους που κρατά (holding) τις φυσικές ανάγκες του παιδιού και με τις απαντήσεις της για την ικανοποίησή τους, οργανώνει τα πρώτα ψυχοσωματικά σχήματα με τα οποία ο νεογέννητος οργανισμός αλληλεπιδρά με το περιβάλλον (Αλεξανδρίδης Α. 2014). Αν η μητέρα αποτύχει σ' αυτό τον ρόλο, το μωρό θα βιώσει την απειλή της ανυπαρξίας.

Ο Winnicott ισχυρίστηκε ότι όταν συναντιέται η μητέρα με το βρέφος, δημιουργείται αυτή η αδιαχώριστη, στην αρχή της ζωής, ενότητα «του βρέφους που το κρατάει η μητέρα του». Ο όρος που επινόησε «αρκετά καλή μητέρα» (good

enough mother) χαρακτηρίζει τις ελάχιστες περιβαλλοντικές απαιτήσεις που πρέπει να πληρούνται για τη φυσιολογική ανάπτυξη του βρέφους (Γιαννουλάκη Χ. 2014:113). Η επαρκής μητέρα βέβαια, δεν είναι μια τέλεια μητέρα, αλλά μια μητέρα που αποκαλύπτει στο παιδί της την πολύπλευρη διάσταση της. Το παιδί έχει ανάγκη να βιώσει τις παραξενιές, την ατομικότητα και τις «εγωιστικές ανάγκες» μιας μητέρας. Η τέλεια μητέρα, αν αυτή μπορούσε να υπάρξει, θα ήταν καταστροφική για το παιδί γιατί, καλύπτοντας αμέσως όλες του τις ανάγκες, θα το εμπόδιζε να αναπτύξει οποιοδήποτε μηχανισμό μάθησης και προσαρμογής (Apter T. 2012:24).

Με βάση τη θεμελιώδη αρχή του Winnicott, ότι «δεν υπάρχει το παιδί από μόνο του», βασικό συστατικό της ψυχικής ανάπτυξης αποτελούν επίσης, τα θετικά συναισθήματα της μητέρας προς το παιδί. Αυτά οδηγούν στη δόμηση μιας σαφούς συναισθηματικής αναπαράστασης της σχέσης μητέρα- παιδί, τον θεμέλιο λίθο επάνω στον οποίον χτίζεται κατόπιν ο ψυχισμός του παιδιού. Τα μητρικά συναισθήματα είναι η κινητήρια δύναμη για την ανάπτυξη του παιδικού ψυχισμού, αρχής γενομένης από την πρωταρχική αίσθηση της ύπαρξης (Κόντος Γ. 2014).

Τα λόγια μιας ασθενούς εκφράζουν χαρακτηριστικά αυτό το θέμα.

(Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό το οποίο όμως αφαιρέθηκε για λόγους απορρήτου και προστασίας προσωπικών δεδομένων).

Ο Winnicott, θέλοντας να τονίσει πόσο σπουδαίο ρόλο παίζει, στη φροντίδα του βρέφους, η μητέρα (περιβάλλον), διατύπωσε τη φράση «... δεν υπάρχει βρέφος χωρίς τη μητέρα του...» και «όταν έχουμε ένα βρέφος έχουμε συγχρόνως και τη μητρική φροντίδα, που χωρίς αυτή δεν θα υπήρχε βρέφος», λέει. Η «υποστήριξη του Εγώ» του βρέφους δια μέσου της μητρικής φροντίδας, δίνει στο βρέφος τη δυνατότητα να ζήσει ό, τι του παρέχει το περιβάλλον, καλό ή/ και κακό, παρόλο που δεν είναι ακόμη ικανό να το ελέγξει ή να νιώσει υπεύθυνο. Κύριο χαρακτηριστικό στην ανάπτυξη του «Εγώ» είναι η «απαρτίωση», σύμφωνα με την οποία το Εγώ γίνεται ικανό να κυριαρχεί στο Αυτό, έτσι ώστε οι ικανοποιήσεις του Αυτό να

γίνονται ενισχυτές του Εγώ. Έτσι, το βρέφος γίνεται ικανό προοδευτικά, να αντέχει την εμπειρία του άγχους που συνδέεται με τον κατακερματισμό και είναι αυτή η κατάκτηση που συνιστά την επίτευξη της υγιούς ανάπτυξης. Μέσα από τη μητέρα-περιβάλλον, το συγκρατούν περιβάλλον (holding environment), το βρέφος θα αναπτύξει το Εγώ του και την αίσθηση του υπάρχειν (Γιαννουλάκη Χ. 2014).

Η θεωρία της «σχέσης μητέρας – βρέφους» σύμφωνα με τον Winnicott (1960), αφορά κατά το ήμισυ το βρέφος και κατά το άλλο ήμισυ τη φροντίδα της μητέρας, την ανταπόκρισή της δηλαδή, στις ειδικές και αναπτυσσόμενες ανάγκες του βρέφους, στις οποίες είναι πάντα προσανατολισμένη. Η θεωρία της σχέσης αυτής αφορά επίσης, τη διαδρομή από την απόλυτη εξάρτηση, μέσω της σχετικής εξάρτησης, στην ανεξαρτησία, και παράλληλα την πορεία από την «αρχή της ευχαρίστησης» στην «αρχή της πραγματικότητας» και από τον «αυτοερωτισμό» στις «σχέσεις αντικειμένου» (Freud 1914, Winnicott 1958, 2016).

Από διαφορετική οπτική-θεωρητική θέση από τον Winnicott και σε πλαίσιο συγχρονικότητας, ο W. Bion (1897 –1979) αναφερόμενος στην πρώιμη σχέση μητέρας– βρέφους, θεωρεί ότι το σημαντικότερο κομμάτι στη λειτουργία της σχέσης αυτής είναι να φτιαχτεί αυτός ο ψυχισμός εκ μέρους της μητέρας, που θα σκέφτεται και θα περικλείει τις σκέψεις του βρέφους. Ονόμασε αυτή την επικοινωνία ως «περιέχον- περιεχόμενο» (container-contained). Η διπολική αυτή θέση αφορά στην πολύ πρώιμη σχέση του βρέφους με το στήθος της μητέρας, μέσα από την οποία το βρέφος κατευθύνει τα άγχη του στο στήθος. Εφόσον το στήθος της μητέρας είναι καλό, μια μητέρα δηλαδή που είναι ικανή να αντέχει τα άγχη του βρέφους της, τότε διασφαλίζεται μια καθησυχαστική επικοινωνία. Η λειτουργία αυτή της μητέρας, η ικανότητά της δηλαδή, να εμπεριέχει τα άγχη του βρέφους, να τα μεταβολίζει και εν τέλει να τα αποτοξινώνει, επιτρέπει τη διαμόρφωση των πρώτων δεσμών. Αυτό το πρότυπο σχέσης οδηγεί σε αίσθημα ασφάλειας, σε αύξηση της συνοχής του βρεφικού Εγώ και ταυτόχρονα σε μεγαλύτερη αντοχή του στις ματαιώσεις και στα επώδυνα ερεθίσματα (Βασλαματζής, 2005).

Στην περίπτωση που μια μητέρα είναι αγχώδης και αδύναμη να κρατήσει τις επιθετικές και αγχώδεις πλευρές του βρέφους της, τότε οι προβολές της, ανεπεξέργαστες πια, επιστρέφουν στο ίδιο το βρέφος αυξημένες, κατακλύζοντας το πρώιμο Εγώ του.

Η ακόλουθη αφήγηση αποτυπώνει την εν λόγω θεωρητική θέση:

(Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό το οποίο όμως αφαιρέθηκε για λόγους απορρήτου και προστασίας προσωπικών δεδομένων).

Η προβλητική ταύτιση είναι ο πρώτος τρόπος σχέσης και επικοινωνίας ανάμεσα στη μητέρα και το μωρό της. Εκείνο προβάλλει τις ακατέργαστες συγκινήσεις του εντός του μαστού, που είναι η πρώτη αναπαράσταση που έχει για τη μητέρα του. Ο Bion λέει, ότι στην πραγματικότητα η μητέρα διαθέτει έναν ψυχοσωματικό μαστό (με την έννοια του δεσμού ψυχισμού – σώματος), ενώ το βρέφος, έναν τροφικό ψυχοσωματικό δίαυλο. Ο μαστός αυτός είναι αντικείμενο, το οποίο το βρέφος χρειάζεται, για να τροφοδοτηθεί με γάλα και με καλά εσωτερικά αντικείμενα (Bion, Δεύτερες Σκέψεις, 2015).

Η μητέρα που θηλάζει το μωρό και μπορεί να αντιληφθεί τις ανάγκες του, λειτουργεί ως περιέχον αισθήσεων του βρέφους, μετατρέποντας την πείνα σε ευχαρίστηση, την μοναξιά σε συντροφικότητα, τον φόβο θανάτου σε ασφάλεια. Εάν η προβολή δεν γίνεται αποδεκτή από την μητέρα, το μωρό έχει την εντύπωση, ότι το αίσθημα αφανισμού-θανάτου που έχει, απογυμνώνεται από κάθε νόημα, που θα μπορούσε να έχει. Τότε ενδοβάλλει πάλι, όχι το φόβο του θανάτου, που είναι ένας φόβος που μπορεί να γίνεται ανεκτός, αλλά έναν φόβο χωρίς όνομα. Την ικανότητα αυτή της μητέρας να δέχεται τις προβλητικές ανάγκες του βρέφους της, ο Bion ονομάζει ικανότητα ονειροπόλησης, «reverie» (Bion, 1967,1970). Είναι η μητρική λειτουργία του υποδέχομαι, περιέχω, διεργάζομαι, μετασχηματίζω και αποδίδω μετασχηματισμένες τις προβολές και τις προβλητικές ταυτίσεις του παιδιού. Η reverie, η ψυχοποιούσα και μετασχηματίζουσα λειτουργία της μητέρας, μετασχηματίζει τα στοιχεία βήτα (αισθητηριακά, μη χρησιμοποιήσιμα από τη σκέψη) σε στοιχεία άλφα (επεξεργασμένα, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν από την ασυνείδητη και τη συνειδητή σκέψη και, κατά συνέπεια, από τη μνήμη και τη διεργασία του ονείρου). Αυτή η σύνθετη λειτουργική δραστηριότητα συνεισφέρει στον σχηματισμό του ψυχικού οργάνου του παιδιού και επιτρέπει στις μητέρες (και στους αναλυτές) να συντονιστούν με τα αισθητηριακά και τα πρωτοψυχικά στοιχεία των παιδιών (και των ασθενών), διευκολύνοντας την προοδευτική ψυχοποίηση, επιτρέπει δηλαδή, την μεταλλαγή του αδόμητου σε μια πιο συμβολική λειτουργία.

Σύμφωνα με τον Bion, η αξία και η αποτελεσματικότητα της ικανότητας για σκέψη, ως μέσο κατευνασμού της ματαίωσης υπό την κυριαρχία της αρχής της πραγματικότητας, εξαρτώνται από την ικανότητα ονειροπόλησης της μητέρας. Στον Bion, ο νους (mente) είναι ευρύς και σχεσιακός, ενώ στον Freud και στην Klein είναι κυρίως ενδοψυχικός (Recalcati M. 2007, 2014).

Ο Andre Green (1927-2012) εισάγει την έννοια της αντικειμενοποιούσας λειτουργίας (function objectalisante) στο βιβλίο του *The Work of the Negative*, όπου αναφέρεται «στη δυνατότητα μετατροπής (των ενδοψυχικών) δομών σε εσωτερικό αντικείμενο, ακόμη και όταν το πρόσωπο-αντικείμενο δεν συμμετέχει πλέον άμεσα...» αυτό που αντικειμενοποιείται λέει, είναι η επένδυση καθαυτή, η συναισθηματική επένδυση, η σχέση (Γ. Κόντος, 2014).

Ως προς αυτό, η ικανότητα του να είναι κάποιος μόνος σημαίνει ότι έχοντας ενδοβάλλει τις συναισθηματικές λειτουργίες της συνοδεύουσας μητέρας (το μεγαλώνειν), ενδοβάλλει τη σχέση και αποκτά μια αίσθηση βασικής εμπιστοσύνης. Με αυτόν τον τρόπο διαισθάνεται ασυνείδητα την «παρουσία» της. Η φυσική παρουσία του αντικειμένου δεν είναι απαραίτητη για να μπορεί το άτομο, ως ενήλικο παιδί, να είναι αυτόνομο και δημιουργικό.

Ο Green εισάγει επίσης, την έννοια της πλαισιώνουσας δομής ως μια μητρική λειτουργία, εννοώντας τη θέση της μητέρας ως φυσικής, αντιληπτικής παρουσίας, αλλά και ψυχικής λειτουργίας στη συνέχεια, ως εκπροσώπου της αγκαλιάς και των χεριών της. Σαν αυτά να αφήνουν ένα αποτύπωμα στο σώμα του παιδιού- το αρνητικό του πραγματικού σώματος της μητέρας. Αυτή η πλαισιώνουσα δομή, λειτουργεί ως υποδοχέας του εγώ, αλλά δομεί ταυτόχρονα και το αντικείμενο (A. Green 2005, Β. Δημόπουλος, 2014).

Η μητρότητα είναι κάτι που καλλιεργείται και δημιουργείται μέσα από το πλέγμα της σχέσης με το ίδιο το έμβρυο και μετέπειτα μωρό και παιδί, λέει ο Daniel Stern (1934-2012). Η αλληλεπίδραση μητέρας βρέφους είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς μέσα από αυτήν ενισχύεται η σωματική ανάπτυξη του βρέφους. Σύμφωνα με τον Stern (1985, 1989) η μάθηση του παιδιού εμφανίζεται με φυσικό τρόπο από τις πρώτες μέρες της ζωής και είναι διαρκής και αδιάλειπτη. Το παιδί αναπτύσσει την αίσθηση του εαυτού του, καθώς μοιράζεται τα συναισθήματά του και αλληλεπιδρά με τους άλλους. Οι διαδράσεις αυτές εγγράφονται στο βρέφος και μπορούν να πυροδοτήσουν συναισθηματικές αντιδράσεις στη μελλοντική ζωή του παιδιού.

Το κλειδί της ανατροφής ενός παιδιού κρύβεται στην αυθεντικότητα του γονιού, λέει ο Stern. Στο να ανακαλύψει και να συνειδητοποιήσει την ταυτότητα του, με όλες τις ελλείψεις και τις αστοχίες. Έτσι μόνο αναδύεται η αγάπη για το πραγματικό πρόσωπο του παιδιού και έτσι μόνο το παιδί μπορεί να γίνει πραγματικό για τον εαυτό του και τους άλλους. Μέσα από την ανταπόκριση και το βλέμμα της μητέρας και φυσικά του πολύ σημαντικού πατέρα.

Ο Stern δημιούργησε τον όρο «motherese», αναφερόμενος στην ικανότητα της μητέρας να διαβάζει και να κατανοεί ακόμη και τα πιο λεπτά συναισθηματικά σινιάλα του βρέφους. Η «συναισθηματική εναρμόνιση ή συνήχηση» (affective attunement) (Stern 1985) μεταξύ μητέρας και βρέφους, εμπεριέχει την ικανότητα της μητέρας να «διαβάζει» τη συμπεριφορά του παιδιού και να απαντά με συμπληρωματικό τρόπο, που με τη σειρά του «διαβάζεται» από το παιδί. Στην περίπτωση αυτή, η συναισθηματική κατάσταση του ενός έχει μεταδοθεί στον άλλον και οι δυο έχουν την αίσθηση ότι αυτή η συναλλαγή διεξάγεται χωρίς τη συνδρομή της γλώσσας. Παρομοίασε τη μητέρα και το βρέφος σαν δύο βιρτουόζους χορευτές σε τέλειο συγχρονισμό, «το χαμόγελο της μητέρας ασκεί φυσική δύναμη πάνω στο βρέφος και ενφυσεί ζωή μέσα του [...] το χαμόγελό της προκαλεί την εκδήλωση της χαράς του» (Stern,1985).

Ιδιαίτερη έμφαση στην ποιότητα των σχέσεων μητέρας – βρέφους δόθηκε επίσης, από τον Pierre Marty (1918-1993), ο οποίος υποστήριξε, ότι η μορφή και ο βαθμός ψυχοποίησης του παιδιού (mentalisation) θα εξαρτηθεί μέγιστα από την καλή ή κακή συναισθηματική συνοδεία (accompagnement affectif) με την οποία θα τροφοδοτηθεί το παιδί από την μητέρα του. Η εν λόγω συναισθηματική συνοδεία πληροί ναρκισσιστικά το υποκείμενο, με αποτέλεσμα την προαγωγή των σχέσεων με το αντικείμενο.

1.3 Απουσία Μητρικής Λειτουργίας: Η έννοια της Νεκρής Μητέρας

Από τον W. Bion και τον D. Winnicott, μορφές που θαύμαζε πολύ, εμπνεύστηκε ο A. Green (1983,1986,2003), και μέσα από μία προσωπική του εμπειρία, συνέθεσε την κλινική εικόνα που περιέγραψε ως “νεκρή μητέρα”. Αυτή αφορά στην απουσία του μητρικού ρόλου εκ μέρους της μητέρας, η οποία είναι απορροφημένη σε πένθος και δεν μπορεί να επεξεργαστεί τις ανάγκες και τα συναισθήματα του βρέφους. Η περίπτωση της ψυχοπαθολογίας της «νεκρής μητέρας», δεν αφορά μια πραγματική απώλεια, έναν πραγματικό θάνατο της μητέρας αλλά αναφέρεται σε ένα ιδιότυπο πένθος. Αν και ζωντανή η μητέρα είναι ουσιαστικά νεκρή για το παιδί της. Πρόκειται για την παρουσία της απύσας μητέρας που μολονότι εξακολουθεί να φροντίζει το παιδί της, νιώθει ότι δεν το αγαπά. Είναι ένας θάνατος ενός μορφο-ειδώλου («*imago*») της μητέρας, που διαμορφώνεται μέσα στο παιδί· ένα σύμπλεγμα που χαρακτηρίζεται από την εξαφάνιση της μητρικής λειτουργίας στο πρόσωπο της μητέρας. Στην αρχή της ζωής, υποστηρίζει ο Green (1983,1986, 2003), απηχώντας της απόψεις του Winnicott περί αληθούς, αυθεντικού εαυτού, το βρέφος έχει μια «αυθεντική ζωτικότητα», αλλά το κυριαρχούν και ανεπεξέργαστο πένθος της μητέρας, που την αποδεσμεύει απότομα από το παιδί της, βιώνεται από αυτό ως καταστροφή και απώλεια αγάπης. Η αλλαγή αυτή αποτελεί ένα ναρκισσιστικό τραύμα για το παιδί (Γαλανάκη, 2003).

Η ονομαζόμενη ψυχικά «νεκρή μητέρα», στέλνει ένα παράδοξο μήνυμα στο παιδί της, φροντίζοντάς το μεν, ψυχικά απύσα δε, απουσία που δεν είναι καν αναπαραστάσιμη από το βρέφος- και που το καθιστά ανίκανο να βιώσει τα συναισθήματά του, και να δώσει νόημα σε αυτό που του συμβαίνει. Η τόσο πρωταρχική και βασική εμπειρία αυτή, έχει διάφορες δυσμενείς επιπτώσεις στον ψυχισμό του παιδιού, και κυρίως την ανεπιτυχή διαδικασία αποχωρισμού-εξατομίκευσης και την αδυναμία να επενδύσει λιβιδινικά γύρω του. Το παιδί βιώνει ψυχική οδύνη και ανεπάρκεια.

Η ακόλουθη περίπτωση αποτυπώνει το εν λόγω θέμα.

(Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό το οποίο όμως αφαιρέθηκε για λόγους απορρήτου και προστασίας προσωπικών δεδομένων).

1.4 Η Επιθυμία και το Βλέμμα της Μητέρας

«Η επιθυμία του ανθρώπου είναι πάντα και απαραίτητα επιθυμία του Άλλου, επιθυμία να αναγνωριστεί από μια άλλη επιθυμία, επιθυμία επιθυμίας, επιθυμία της επιθυμίας του Άλλου»

Hegel G.W.F.

Για να μπορέσει να φιλοξενήσει η μήτρα της μητέρας τη ζωή που έρχεται στον κόσμο, είναι απαραίτητο να υπάρχει, από την πλευρά της μητέρας, η επιθυμία να προσφέρει αυτή τη φιλοξενία.

Η μητέρα προσμένει το παιδί της γεμάτη σκέψεις και φαντασιώσεις, οι οποίες τρέφουν το παιδί τόσο, όσο το τρέφει το σώμα της με τα υγρά του. Η προσμονή της μητέρας είναι αυτή που προετοιμάζει τη θέση στον κόσμο, για το παιδί που είναι ήδη στον κόσμο, χωρίς ωστόσο, να υπάρχει ακόμα σε αυτόν. Η ζωή του παιδιού προσδοκάται από την επιθυμία της μητέρας. Χωρίς αυτή την προσμονή, η ζωή κινδυνεύει να απορριφθεί από τη ζωή, να έρθει στη ζωή στερούμενη νοήματος, σαν ξένο σώμα (Recalcati M. 2015, 2017:35).

Πριν το παιδί γίνει πραγματικότητα, είναι φαντασικό. Είναι αυτό που κάθε γυναίκα, ακόμα κι εκείνη που αρνείται ειλικρινά τη μητρότητα, έρχεται μια μέρα που το επιθυμεί. Το μελλοντικό παιδί δεν αποτελεί μόνο μια επέκταση του μητρικού σώματος αλλά και μια επέκταση της «μεγαλειώδους εικόνας του εαυτού της». Είναι το τέλειο παιδί που θα πρέπει να πραγματοποιήσει κάθε λανθάνουσα δυνατότητα των γονιών, να εκπληρώσει κάθε επιθυμία τους, όσο κρυφή ή μεγαλειώδης κι αν είναι (Brazelton-Cramer, 1991, 2009). Είναι το παιδί που υποτίθεται ότι θα υλοποιήσει τα πάντα, θα επανορθώσει τα πάντα, θα αποκαταστήσει τα πάντα: πένθη, μοναξιά, πεπρωμένο, αίσθημα απώλειας.

Η επιθυμία για παιδί, λέει η Bydlowski (1997, 2009:99), μπορεί να είναι ο χώρος απ' όπου θα περάσει μια απόλυτη επιθυμία, γιατί το φαντασικό παιδί, το παιδί που περιμένει, είναι για τη γυναίκα, το κατ' εξοχήν αντικείμενο. Είναι η πραγματοποίηση μιας από τις πιο ζωηρές παιδικές ευχές: τη νοσταλγική επιθυμία να ξαναγίνει η ίδια, το ευάλωτο μωρό των πρώτων μηνών της ζωής. Αυτή η επιθυμία της γυναίκας για παιδί, τροφοδοτείται από πολλά και διαφορετικά κίνητρα και εξελίσσεται σε μια περίπλοκη και πολύπλοκη διαδικασία. Στην επιθυμία της αυτή θα ταυτιστεί και με το μωρό αλλά και με τη μητέρα της. Μέσα από αυτές τις ταυτίσεις,

θα ξαναζήσει και θα επεξεργαστεί τους ρόλους και τα χαρακτηριστικά τόσο του μωρού όσο και της μητέρας, στη βάση των προηγούμενων δικών της εμπειριών με τη μητέρα της και τον εαυτό της ως μωρό (Brazelton-Cramer, 1991, 2009:48).

Η επιθυμία μιας γυναίκας να αποκτήσει παιδί πηγάζει μέσα από την ασυνείδητη επιθυμία της να ταυτιστεί με τη δική της μητέρα. Γεννώντας μια γυναίκα συναντά τη δική της μητέρα· γίνεται η μητέρα της, παρατείνει την ύπαρξή της, και παράλληλα διαφοροποιείται από εκείνη. Συχνά, οι γυναίκες που απεχθάνονται τη μητέρα τους, δεν έχουν παιδί. Το μίσος δεν επιτρέπει να εγγραφεί κάποιος στη σφαίρα της συνέχειας. Η επιθυμία εκδίκησης φράσσει το δρόμο για τη μεταβίβαση της ζωής (Groddeck, 1963, Bydlowski, 1997).

Όταν το παιδί γίνεται το ίδιο μητέρα, η «σκιά» της δικής του μητέρας πέφτει πάνω του και αποτελεί το πραγματικό ή εικονικό στήριγμα του· γίνεται εκείνη η προστατευτική σκιά που θα φροντίσει το παιδί εάν η μητέρα του δεν τα καταφέρει. Η μόνη γυναίκα στην οποία μια μητέρα μπορεί να εμπιστευτεί το παιδί της, χωρίς υστεροβουλία, είναι η ίδια της η εξιδανικευμένη μητέρα, απαραίτητη, ως έτσι, για την καλή πορεία της εγκυμοσύνης. Συχνά, η εμπιστοσύνη θεμελιώνεται μετά από έντονες συγκρούσεις που σημάδεψαν τη σχέση μητέρας - κόρης έως εκείνη την ώρα της εγκυμοσύνης (Bydlowski, 1997).

Μια γυναίκα προκειμένου να γίνει μητέρα, χρειάζεται να ακολουθήσει μια ψυχική διαδικασία όπου θα καμφθεί η ταύτιση με την αντίζηλη μητέρα της οιδιπόδειας περιόδου. Η αναπαράσταση της μητέρας της οιδιπόδειας φάσης θα πρέπει να επισκιαστεί από εκείνη που προηγήθηκε, τη μητέρα δηλαδή, της πρωταρχικής τρυφερότητας. Μια γυναίκα γίνεται μητέρα υπό την προϋπόθεση να έχει επέλθει μια συμφιλίωση με την πρωταρχική μητέρα, που είναι πηγή ζωής και τρυφερότητας. Ο δεσμός με αυτή τη μητέρα του παρελθόντος, προσφέρει τη νοσταλγική διάσταση στην επιθυμία για παιδί.

Το πρόσωπο της μητέρας ενσαρκώνει το πρώτο στάδιο της αναγνώρισης του πρώιμου εαυτού, και εξερευνώντας αυτό το πρόσωπο, το παιδί αποκτά εμπειρία και επίγνωση του δικού του. Ο D.W.Winnicott στο βιβλίο του «το παιδί, το παιχνίδι και η πραγματικότητα» (1971:192) αναφέρει ότι, στην ατομική συναισθηματική ανάπτυξη ο πρόδρομος του καθρέφτη είναι το πρόσωπο της μητέρας. Αναφέρει ότι ο ίδιος έχει επηρεαστεί από την εργασία του Jacques Lacan, *Le Stade du Miroir* (1949), ο οποίος αναφέρεται στη χρήση του καθρέφτη κατά την ανάπτυξη του Εγώ κάθε ατόμου, ωστόσο, ο ίδιος εξετάζει τον καθρέφτη σε σχέση με το πρόσωπο της μητέρας και τον

αντικατοπτρικό ρόλο της μητρικής λειτουργίας. Αναρωτιέται ο Winnicott «Τι βλέπει το βρέφος όταν κοιτάζει το πρόσωπο της μητέρας; Θεωρώ ότι, κανονικά, εκείνο που βλέπει είναι ο εαυτός του» λέει. Το πρόσωπο της μητέρας, του δείχνει δηλαδή, τον εαυτό του. Στο πρόσωπο της καθρεφτίζονται κάθε φορά τα συναισθήματα που αισθάνεται μια μητέρα για το παιδί της. Αυτό είναι ο εαυτός του, και αυτό μεταδίδεται πάντα και σε κάθε λειτουργία της. Η μητέρα που ανταποκρίνεται στο μωρό της που κλαίει χωρίς να κλαίει και η ίδια, αλλά με μια έκφραση που δείχνει ενδιαφέρον και νοιάξιμο, εκφράζοντας με το πρόσωπό της και μιμούμενη κάποια χαρακτηριστικά της δυσφορίας, καθρεφτίζει εν μέρει την ψυχική κατάσταση του μωρού, και συγχρόνως τη μεταμορφώνει. Αντανακλώντας τα συναισθήματα του μωρού, δεν εκφράζει δικά της συναισθήματα αλλά αποτυπώνει τα δικά του. Για το παιδί το πρόσωπο της μητέρας αντιπροσωπεύει έναν καθρέφτη που αντανακλά την ψυχική του κατάσταση.

Αν το βρέφος δεν μπορεί να δεχθεί σε επιστροφή αυτό το οποίο δίνει, κοιτάζει τη μητέρα του, αλλά δεν βλέπει τον εαυτό του. Το πρόσωπο της μητέρας δεν γίνεται καθρέφτης. Έτσι η αντίληψη παίρνει τη θέση της μη αντίληψης. Αυτό που βιώνει το παιδί, ώστε να γίνει υποκείμενο, εξαρτάται από τι προσλαμβάνει από αυτήν. Αν δεν συμβεί αυτό το καθρέφτισμα τότε το παιδί θα συγκεντρωθεί γύρω από τα αισθητήρια όργανα μόνο, «μ' έναν τρόπο χρηστικό», δηλαδή, μάτια για να βλέπουν, μύτη να μυρίζει, στόμα για να τρώει. Τότε θα έχουμε μία αντίληψη (perception) αντί για συναίσθηση (apperception) (Δημόπουλος Β. 2013:119). Όταν για αρκετά μεγάλο διάστημα το παιδί δεν παίρνει πίσω εκείνο που δίνει, τότε αυτό μπορεί να έχει σαν συνέπεια να ατροφήσει η δημιουργική του ικανότητα και με τον έναν ή άλλον τρόπο να αναζητά από το περιβάλλον μια κάποια αντανάκλαση του εαυτού του.

Η έννοια του βλέμματος βρίσκει τις ρίζες της στην πρωταρχική σχέση της μητέρας με το βρέφος. Το βλέμμα της είναι αυτό που επικυρώνει την αντίληψη του κόσμου και του εαυτού για το βρέφος. Η συμπεριφορά του μπροστά στον καθρέφτη έχει ανάλογη λειτουργία με αυτήν που υιοθετεί στον εσωτερικό του καθρέφτη: βλέπει τη δική του εικόνα, την εικόνα του στα μάτια της μητέρας, και την αναπαράσταση που η μητέρα έχει για εκείνο. Ο καθρέφτης λειτουργεί σαν ένα όριο ανάμεσα στον εσωτερικό και τον εξωτερικό κόσμο και βοηθά στο χτίσιμο των δεσμών αυτών των δύο κόσμων, δεσμοί με τους οποίους όλοι έρχονται αντιμέτωποι σε όλη τους τη ζωή.

Η παρακάτω περίπτωση διευκολύνει την κατανόηση σε αυτό το θέμα:

(Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό το οποίο όμως αφαιρέθηκε για λόγους απορρήτου και προστασίας προσωπικών δεδομένων).

Το πρόσωπο της μητέρας λειτουργεί σαν ένας πρώτος καθρέφτης. Μόνο μέσω του προσώπου του Άλλου μπορώ να συναντήσω το δικό μου, μόνο χάρη στην παρουσία του Άλλου μπορώ να συγκροτήσω τη ζωή μου, λέει M. Recalcati στο βιβλίο του «τα χέρια της μητέρας» (2017:43).

Για τη Françoise Dolto το παιδί είναι «εν τω γίνεσθαι» (allant- devenant). Πρόκειται για το ίδιο ακριβώς με το «πρόκειται να είναι» (going to be) του Winnicott. Και οι δυο υποστηρίζουν εξαιρετικά παρόμοιες θέσεις όπως, ότι το βρέφος, όταν έρχεται στον κόσμο, δεν έχει το βίωμα ενός σώματος στο σύνολό του, αλλά ενός σώματος κατακερματισμένου. Μόνο με την πάροδο του χρόνου θα αποκτήσει την αίσθηση ολότητας του σώματος, χάρη στις μητρικές φροντίδες, οι οποίες θα του επιτρέψουν να απαρτιώσει ένα βίωμα ολότητας εαυτού. Και είναι τόσο το βλέμμα της μητέρας, όσο και ο τρόπος με τον οποίο χειρίζεται το μωρό της, που θα το επιτρέψουν να απαρτιώσει ένα είδος ολότητας του σώματός του με ένα εσωτερικό και ένα εξωτερικό, όπου το δέρμα λειτουργεί σαν φαντασιστική οριοθετούσα μεμβράνη.

1.5 Η Μητρική Ενσυναίσθηση

Σε όλες τις ανωτέρω θεωρητικές απόψεις και στις συνοδές περιγραφές της μητρικής φροντίδας και λειτουργίας στο πλαίσιο της πρωταρχικής σχέσης βρέφους-μητέρας, υπονοείται μια βασική προϋπόθεση: η ικανότητα της μητέρας να συναισθάνεται το πώς νοιώθει και τι μπορεί να συμβαίνει στο βρέφος της, ποιες είναι οι ανάγκες του σε κάθε περίπτωση. Αυτή η ικανότητα ονομάζεται ενσυναίσθηση.

Από τις αρχές της ψυχαναλυτικής σκέψης, η ενσυναίσθηση συνδέθηκε με αυτόν τον ιδιαίτερο τρόπο κατανόησης του άλλου που βασίζεται στη συναισθηματική συμμετοχή. Ορίστηκε ως η ικανότητα ενός ατόμου να νιώσει αυτό που ένα άλλο άτομο νιώθει και επομένως να το κατανοήσει ερχόμενος στη θέση του άλλου

(Jaspers, 1913). Ως η διαδικασία που περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη μας επιτρέπει να κατανοήσουμε το άγνωστο Εγώ άλλων προσώπων (Freud, 1921). «...από την ταύτιση ξεκινά ο δρόμος που, περνώντας από τη μίμηση, φτάνει στην ενσυναίσθηση, δηλαδή στην κατανόηση του μηχανισμού μέσω του οποίου είναι δυνατόν σε κάθε περίπτωση να πάρουμε θέση απέναντι σε μια άλλη ψυχική ζωή», λέει ο Freud, συμπληρώνοντας την ίδια εποχή ως «... η στάση αυτή, χωρίς την οποία δεν είναι δυνατή η κατανόηση της ψυχικής (mental) ζωής ενός άλλου ατόμου» (Α. Γιαννακούλας- S. Fizzarotti, 2005) .

Για την Klein (1955) η ενσυναίσθηση είναι το προϊόν μιας «φυσιολογικής προβολικής ταύτισης» (Hinshelwood, 1989, Λεξικό της κλαϊνικής σκέψης). Η προβλητική ταύτιση δηλαδή, είναι η πρωιμότερη μορφή ενσυναισθητικής ικανότητας (empathy), η ικανότητα να «μπαίνουμε στη θέση του άλλου» (Σήγκαλ, 1964, 1973, 1999). Η ικανότητα αυτή της μητέρας, σύμφωνα με την Klein (μετ. 2008), να ενεργεί με αγάπη και συμπάθεια, συνδέεται στενά με την ενοχή και την ανάγκη επανόρθωσης. Όταν η ενοχή ωστόσο, είναι πολύ έντονη, η ταύτιση αυτή μπορεί να την οδηγήσει να θυσιάζεται ολοκληρωτικά για το παιδί της.

Σύμφωνα με τον Kohut η ενσυναίσθηση είναι «ο μοναδικός τρόπος γνώσης του ανθρώπινου ψυχονοητικού κόσμου του άλλου». Ο ίδιος πιστεύει μάλιστα, ότι οι ρίζες του ανθρώπινου πόνου βρίσκονται στην έλλειψη της ενσυναίσθησης των γονέων κατά τη διάρκεια της πρώτης παιδικής ηλικίας, που δημιουργεί μια σοβαρή ρήξη στη ναρκισσιστική συνοχή του Εαυτού (Α. Γιαννακούλας- S. Fizzarotti, 2005, Bolognini S. 2007, 2014).

Για τον Bion η θετική πλευρά της προβλητικής ταύτισης, αποτελεί τη βάση της ενσυναίσθησης και των διεργασιών μέσω των οποίων η μητέρα «περιέχει» τα προβληθέντα πάνω της οδυνηρά και καταστροφικά συναισθήματα του βρέφους, τα «αποτοξινώνει» και του τα επιστρέφει με πιο ευνοϊκή μορφή, την αναπτυξιακά κατάλληλη, για το βρέφος, στιγμή. Η ενσυναίσθηση ουσιαστικά είναι ένα βασικό στοιχείο της μητρικής λειτουργίας, είναι η ικανότητα της μητέρας να μπαίνει στη θέση του παιδιού της και να βλέπει τα πράγματα από τη δική του οπτική.

Η Helen Deutsch το 1926 διατυπώνει την έννοια της ενσυναίσθησης και εντός ενός ψυχαναλυτικού πλαισίου, και υποστηρίζει ότι: «Το συναισθηματικό ψυχικό περιεχόμενο του ασθενούς, που αναδύεται από το ασυνείδητό του, μεταβάλλεται σε μια εσωτερική εμπειρία του αναλυτή και αναγνωρίζεται ότι ανήκει στον ασθενή μόνο

στην πορεία ενός διαδοχικού ψυχικού έργου από την πλευρά του αναλυτή» (Γιαννακούλας- Fizzarotti, 2005).

Ο S. Bolognini (1989, 2007) ασχολήθηκε ιδιαίτερα με την ψυχαναλυτική έννοια της ενσυναίσθησης με την οποία εννοεί: «μια προνομιακή διαψυχική και αντικειμενότροπη κατάσταση που φέρνει σε επαφή δυο ανθρώπινα όντα, επιτρέποντας μια λεπτή και ευαίσθητη αντίληψη της εσωτερικότητας, σε μια συνειδητή κατάσταση διαχωρισμού και ενσωμάτωσης της κατανόησης με την αντίληψη». Η Nancy McWilliams (1994, 2006) αναφέρεται στην ενσυναίσθηση ως «την ικανότητα του θεραπευτή να αισθάνεται συναισθηματικά αυτό που αισθάνεται ο ασθενής».

1.6 Έλλειμμα Μητρικής Λειτουργίας και Επιπτώσεις

Πρόκειται για ένα ψυχικό τραύμα, λέει ο Winnicott (1967,1986,2003) αναφερόμενος στο αναπτυξιακό αποτέλεσμα που προκύπτει στο παιδί από την ελλειμματική μητρική λειτουργία είτε λόγω της προσωπικότητας ή της κατάθλιψης της μητέρας. Το όριζε ως διάσπαση της συνέχειας της ύπαρξης του ατόμου, υποστηρίζοντας πως αυτό που έχει τραυματιστεί είναι ο «αληθής εαυτός», που για να μην αποκαλυφθεί και τραυματιστεί ξανά, παραμένει κρυμμένος. Σε μια τέτοια περίπτωση, το παιδί θα πρέπει είτε να ταυτιστεί με το «νεκρό» εσωτερικό αντικείμενο, είτε αντιδραστικά, για να προστατέψει τη ζωή μέσα του, να αντισταχθεί στο νεκρό αντικείμενο της μητέρας, επιβεβαιώνοντας συνεχώς ενεργητικά ότι είναι ζωντανό. Η εν λόγω άποψη δεν αφορά μόνο την περίπτωση της «νεκρής μητέρας», αλλά κάθε περίπτωση στην οποία το βρέφος νιώθει απουσία συναισθηματικής επαφής με τη μητέρα λόγω ελλειμματικής μητρικής λειτουργίας.

Ο Green (1983/1986) λέει ότι το παιδί για να αντιμετωπίσει αυτή την επώδυνη κατάσταση θα καταφύγει στις ακόλουθες αμυντικές στάσεις: α) στην αποεπένδυση (decathexis) του αντικειμένου και την ασυνείδητη ταύτιση με τη «νεκρή» μητέρα, που είναι συναισθηματική αλλά και αναπαραστασιακή, και νοείται ως «ψυχικός φόνος» που συντελείται χωρίς μίσος, αλλά αφήνει μια «τρύπα» ένα κενό στη σχέση του παιδιού με το αντικείμενο μητέρα, και β) στην πρωτογενή ταύτιση με τη μητέρα, ένα είδος «κατοπτρικής ταύτισης», «αρνητικής ταύτισης», «αντιδραστικής

συμμετρίας». Αυτός είναι ίσως, ο μόνος τρόπος που μπορεί να έχει το παιδί για να επιτύχει την επανένωση με τη μητέρα (Green 1983/1986, Γαλανάκη, 2003:39)

Κατά τον Stern, αν το «σχήμα του υπάρχουν μαζί», η αναπαράσταση δηλαδή, της δυναμικής αλληλεπίδρασης με τη μητέρα, περιλαμβάνει μια καταθλιπτική μητέρα, παρατηρούνται διάφορα επακόλουθα για το παιδί, όπως ταύτιση με τη μητέρα και το καταθλιπτικό της συναίσθημα, προσπάθεια του παιδιού να δώσει ζωή και να εμψυχώσει τη μητέρα, προσκόλληση στη μητέρα και αναζήτηση ερεθισμάτων αλλού (Μπεράτη, 2003).

Ο Kohut H. (1971), υποστήριξε πως όταν η μητέρα δεν διαθέτει την ικανότητα ενσυναισθητικής κατανόησης, που το παιδί χρειάζεται στο αντίστοιχο αναπτυξιακό στάδιο που βρίσκεται, τότε δημιουργείται ένα εσωτερικό έλλειμμα το οποίο προσπαθεί να αναπληρώσει μέσω των άλλων, ώστε να καλύψει τις λειτουργίες που δεν έχουν καλυφθεί, τις λειτουργίες «εαυτού και αντικειμένου». Η ανάπτυξη του εαυτού στο βρέφος συντελείται μέσα από τις αποκρίσεις φροντίδας και επιβεβαίωσης από τη μητέρα. Εάν αυτές οι αποκρίσεις της μητέρας εκλείπουν ή είναι ελλειμματικές τότε δημιουργείται μεγάλη ναρκισσιστική ευαλωτότητα.

Οι ψυχαναλυτικές αυτές απόψεις παρουσιάζουν σίγουρα, διαφορετικές αλλά και συνηχούμενες πλευρές και αναδεικνύουν στο σύνολο τους την επίπτωση του ελλείμματος της μητρικής λειτουργίας στο βρέφος και αργότερα στο ενήλικο άτομο. Όλοι οι προαναφερόμενοι θεωρητικοί αναδεικνύουν μέσα από τις δικές τους διατυπώσεις και μελέτες, την διάσταση της μητρικής απουσίας και της καταστροφικής επίδρασης που μπορεί να έχει αυτή, στην ψυχοσωματική ανάπτυξη του παιδιού.

Β΄ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΔΙΚΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΝΟΡΕΞΙΑ

2. ΣΤΟΧΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΓΕΝΟΥΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑΣ

Ο στόχος της παρούσας μελέτης αρθρώνεται γύρω από το θεωρητικό άξονα της μητρικής λειτουργίας και ενσυναίσθησης, καθώς και συναφών διαστάσεων, που αναπτύσσονται στο πρώτο μέρος της μελέτης, ως εκφάνσεις σωματοψυχικών δεσμών ανάμεσα στο βρέφος-παιδί και τη μητέρα του.

Πρόκειται για μια εννοιολογική μελέτη, στην οποία προστίθενται παραδείγματα κλινικών περιπτώσεων που εμβαθύνουν στην κατανόηση της δυναμικής της μητρικής λειτουργίας. Στη συνέχεια, η μελέτη εξειδικεύεται στη Ψυχογενή Ανορεξία με την παράθεση ιστορικών στοιχείων για τη νόσο, και κυρίως τη στοιχειολόγηση των βασικών, ψυχαναλυτικών θεωρητικών απόψεων σχετικά με τα ελλείμματα στην μητρική λειτουργία και την αρνητική επίπτωση στη ψυχοσωματική ανάπτυξη του βρέφους, δηλαδή, τη διαφαινόμενη συμμετοχή τους στην αιτιοπαθογένεια της ΨΑ.

Η εν λόγω μελέτη χρησιμοποιεί την βιβλιογραφική ανασκόπηση, και επιπλέον, αξιοποιεί και απεικονίζει την κλινική εμπειρία, προερχόμενη από περιπτώσεις ασθενών με ΨΑ. Επισημαίνεται ότι η εννοιολογική μελέτη είναι στενά συνδεδεμένη με την κλινική, η οποία αναπόφευκτα στηρίζεται και οδηγείται από τη θεωρία.

2.1 Ιστορικές αναφορές για την Ψυχογενή Ανορεξία

Οι αποκλίνουσες συμπεριφορές στην πρόσληψη τροφής, οι «διατροφικές διαταραχές» όπως ονομάζονται σήμερα, δεν αποτελούν φαινόμενο της νεώτερης εποχής. Η αυτοεπιβαλλόμενη ασιτία είναι ένα φαινόμενο που υπερβαίνει τα όρια των νεώτερων χρόνων. Στις δεκαετίες του '80 και '90 διαπιστώθηκε ότι συμπεριφορές, οι οποίες θύμιζαν μορφολογικά τις σύγχρονες διατροφικές διαταραχές, είχαν για πρώτη φορά καταγραφεί στους ελληνιστικούς και ρωμαϊκούς χρόνους (Bell, 1989, Bemporad R. 1995, Θεοδοσοπούλου, 2007).

Τα περιστατικά βέβαια, που περιγράφηκαν εκείνες τις περιόδους έμοιαζαν μόνο φαινομενολογικά με αυτά της σύγχρονης διαταραχής και όχι στη βαθύτερη ψυχοκοινωνική τους ουσία. Η αυτόβουλη ασιτία σε εκείνες τις περιόδους, συνδεόταν κυρίως με τον ασκητισμό και την άρνηση του υλικού κόσμου από τα άτομα που ήταν προσηλυτισμένα στη θρησκεία, έδιναν έμφαση στις πνευματικές και ηδονιστικές ανάγκες ως κινητήριες δυνάμεις, αφορούσαν δε, και στα δύο φύλα τα οποία επιδίδονταν σε αυστηρές νηστείες, με αποτέλεσμα να οδηγούνται κάποιες φορές στο θάνατο. Πιθανά, πίσω από την εγκράτεια στην ικανοποίηση των σωματικών επιθυμιών, που όφειλε να επιδεικνύει κάθε ευσεβής χριστιανός, να υποκρύπτονταν η ψυχογενής ανορεξία (Γονιδάκης Φ.- Βάρσου Ε. 2008).

Η ιστορία της κλινικής ψυχολογίας και της ψυχιατρικής καθιστά σαφές ότι η ασθένεια δεν ήταν ασυνήθιστη στον Μεσαίωνα, ανάμεσα στις μάγισσες, στους ψευδο-μυστικιστές και στους ασκητές θρησκευτικών δογμάτων που υπέβαλαν εαυτούς σε ασιτία και λιμοκτονία. Φαίνεται επίσης πιθανό, ότι η εξάντληση λόγω εκούσιας ασιτίας, να παρατηρήθηκε και από γιατρούς στην αρχαιότητα, αν και ο Ιπποκράτης, ο Γαληνός και ο Κέλσιος δεν το αναφέρουν ρητά στα γραπτά τους, ενώ υπήρξαν και προηγούμενες περιγραφές κλινικών περιπτώσεων που μοιάζουν με το σημερινό σύνδρομο (M.S. Palazzoli, 1974).

Από την ιστορική αναδρομή ακόμα, φαίνεται ο δισταγμός να αποδοθεί η ανορεξία σε οργανική ή ψυχογενή αιτιολογία. Πριν από την ανάπτυξη των ψυχαναλυτικών τρόπων σκέψης, αναγνωρίστηκε ότι η ανορεξία ήταν μια ασθένεια, η προέλευση της οποίας τοποθετούνταν στα συναισθήματα και στον νου, και δεν καθοριζόταν βιολογικά.

Η πρώτη πλήρης ιατρική περιγραφή ανορεκτικής συμπτωματολογίας έγινε από τον βρετανό γιατρό του 17^{ου} αιώνα, Richard Morton στο βιβλίο του *Phthisiologia, seu Exercitationes de Phthisis* (1689). Ο Morton, ήδη από τότε, παρείχε μια ακριβή περιγραφή της ανορεκτικής συμπτωματολογίας και αναγνώρισε την ψυχολογική της προέλευση. Θεωρούσε, μεταξύ άλλων, ότι αυτή η διαταραχή είναι προϊόν «βίαιων παθών του νου». Ο ίδιος, το 1695 στο έργο του «*Physiologia : A Treatise on Consumption*», περιέγραψε δύο περιπτώσεις (ένα κορίτσι 18 ετών και ένα αγόρι 16 ετών) που χωρίς να παρουσιάζουν συμπτώματα κάποιας σωματικής νόσου, όπως για παράδειγμα της φυματίωσης, αρνούσαν συστηματικά να προσλάβουν τροφή, αδυνάτιζαν συνεχώς και παρουσίαζαν ταυτόχρονα άρνηση οποιασδήποτε βοήθειας και θεραπείας. Είναι ενδιαφέρον ότι ο συγγραφέας στην περίπτωση του

άντρα ασθενή εστίασε κυρίως, στις κακές συνθήκες που επικρατούσαν στην οικογένειά του και τον προέτρεψε να απομακρυνθεί για κάποιο χρονικό διάστημα από το σπίτι του (Γονιδάκης Φ.- Βάρσου Ε. 2008). Ο Morton χρησιμοποίησε τον όρο «Nervous Consumption» για να αναφερθεί σε μια μορφή φυματίωσης, η οποία δεν συνοδευόταν από πυρετό ή δύσπνοια αλλά συμβάδιζε με απώλεια όρεξης και πεπτικές δυσκολίες. Αποτελούσε ένα είδος νευρικής φθίσης και συνοδευόταν επίσης, από γενική αδράνεια και έλλειψη διάθεσης για ζωή και από συμπτώματα όπως αμηνόρροια, δυσκοιλιότητα, ακραία ισχνότητα και υπερκινητικότητα. Ο ίδιος επέμενε στο υπερβολικό αδυνάτισμα που μπορεί να επιφέρει αυτή η ασθένεια και προσδιόρισε την αιτιολογία της ως νευρογενή (M. Selvini- Palazzoli, 1978).

Περίπου 170 έτη μετά τη δημοσίευση του Morton, ένας νεαρός γιατρός, μαθητής του Charcot, ο Luis-Victor Marce, το 1860 δημοσιεύει στο Παρίσι την περιγραφή μιας υποχονδριακής κατάστασης, που μερικά χρόνια αργότερα θα ονομαζόταν ψυχογενής ανορεξία, υποστηρίζοντας ότι η συγκεκριμένη κατάσταση έχει μόνο ψυχολογικό χαρακτήρα και δεν είναι σωματική νόσος.

Η πρώτη σύγχρονη περιγραφή της ψυχογενούς ανορεξίας, σύμφωνα με τα στοιχεία της εργασίας του Silverman το 1995, έγινε σχεδόν ταυτόχρονα από δύο γιατρούς, τον Charles Lasègue στη Γαλλία το 1873 στο βιβλίο του «De l' Anorexia Hysterique» και τον William Gull το 1873 στην Αγγλία στο βιβλίο του «Anorexia Nervosa-Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica». Ο Gull και ο Lasègue μετακινήθηκαν από μια βιολογική σε μια καθαρά ψυχολογική κατανόηση. Ο Lasègue μάλιστα στο βιβλίο του «L' anorexia Hysterique» αναφέρθηκε για πρώτη φορά στη συμμετοχή της οικογένειας στη δημιουργία αυτού του συνδρόμου, υπογραμμίζοντας ότι η αναζήτηση θεραπείας πιο συχνά προέρχεται από την οικογένεια παρά από την ίδια την πάσχουσα, η οποία, όχι μόνο δεν παραπονιέται για τίποτα, αλλά συχνά βρίσκεται και σε μια έξαρση- υπερένταση. Όπως παρατήρησαν οι Kaufman και Heiman (1964), «ο Lasègue ήταν τόσο εντυπωσιασμένος με τους ψυχολογικούς παράγοντες στον έλεγχο της όρεξης που προσπάθησε να εξηγήσει ακόμη και την αδιαφορία του διαβητικού ως ψυχικής προέλευσης» (L.Caparrotta - K.Ghaffari, 2006).

Οι ερευνητές αυτοί περιέγραψαν κλινικές περιπτώσεις που παρουσίαζαν άρνηση λήψης τροφής, απώλεια βάρους έως απίσχνασης, αμηνόρροια και έντονη σωματική άσκηση. Θεωρούνται οι «πατέρες» της σύγχρονης ονοματολογίας της ψυχογενούς ανορεξίας και της καταχώρησής της ως αυτοτελούς νοσολογικής κατηγορίας ανεξάρτητη από την άλλη «γυναικεία» νόσο της εποχής, την υστερία.

Στις πρώτες αυτές περιγραφές της ΨΑ είχε τονιστεί η «νευρογενής» αιτιολογία καθώς και κάποιοι παράμετροι που αφορούσαν την οικογένεια των πασχόντων. Ο Gull μάλιστα, υιοθέτησε και εισήγαγε την ονομασία *Anorexia Nervosa*.

Από τον G. Gilles de la Tourette το 1895, περιγράφηκαν δύο τύποι νευρικής ανορεξίας, ανάλογα με το αν παρατηρούνταν εκούσια απόρριψη τροφής ή γαστρική παθολογία. Ο Pierre Janet το 1911 διέκρινε επίσης, δύο ομάδες. Στην πρώτη παρατηρούνταν άρνηση λήψης τροφής, είτε λόγω μιας εμμονής, είτε λόγω φοβικού άγχους σχετικά με την τροφή και το φαγητό. Ο δεύτερος τύπος ήταν υστερικού χαρακτήρα, και λιγότερο κοινός κατά την άποψή του.

Στις αρχές του 20^{ου} αιώνα, η ΨΑ αποδόθηκε σε ψυχολογικά αίτια, από ερευνητές και κλινικούς, όπως ο Charcot, Dubois, Fenwick και Janet. Είναι μάλιστα, ενδιαφέρον ότι αρκετοί από τους συγγραφείς εκείνης της εποχής πρότειναν, ότι για να ευοδωθεί η προσπάθεια επανασίτισης της ασθενούς, θα πρέπει να απομακρυνθεί από το οικογενειακό της περιβάλλον.

Πολύ σύντομα όμως, η ανακάλυψη και περιγραφή του συνδρόμου της Υποφυσιακής ανεπάρκειας (καχεξία) από τον Simmonds, το 1914 στη Γερμανία (ο οποίος εισήγαγε μια οργανική εξήγηση για την αιτιολογία της ΨΑ), επέφερε ανατροπή της μέχρι τότε επικρατούσας άποψης για ψυχογενή αιτιολογία και οδήγησε σε διαφωνίες και αντιπαλότητες που διήρκησαν για αρκετά χρόνια. Η ατυχής αυτή υπόθεση οδήγησε σε σημαντική μετατόπιση προς την άποψη της οργανικής αιτιότητας της νευρικής ανορεξίας. Η πεποίθηση αυτή υιοθετήθηκε επί σειρά ετών από τον ιατρικό χώρο και πολλοί ασθενείς που διαγνώστηκαν με νευρική ανορεξία, αντιμετωπίστηκαν με εκχυλίσματα υπόφυσης (L.Cararota - K.Ghaffari, 2006).

Η ψυχογενής αιτιολογία της διαταραχής επανήλθε μετά το 1930 όταν αρκετοί ερευνητές άρχισαν να αμφισβητούν την ιδέα ότι τα αίτια της νευρικής ανορεξίας ήταν οργανικά και να υποστηρίζουν ότι δεν επρόκειτο για ενδοκρινολογική διαταραχή. Δαπιστώθηκε ότι οι νευροενδοκρινικές διαταραχές που παρατηρούνταν σε ασθενείς που παρουσίαζαν άρνηση λήψης τροφής, απώλεια βάρους, απίσχναση και αμηνόρροια ήταν δευτεροπαθείς και ότι η αιτία του συνδρόμου ήταν κάποιος ψυχικός παράγων που δεν μπορούσε, μέχρι τότε, να διευκρινισθεί.

Άρχισαν έκτοτε να γίνονται προσπάθειες για τον εντοπισμό των αιτιών της με ιδιαίτερη έμφαση στον ψυχογόνο ή ψυχοσωματικό χαρακτήρα. Μάλιστα, ο Ryle (1936) διαπίστωσε ότι τα ψυχοσεξουαλικά τραύματα θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε αμηνόρροια και να συνδέονται επίσης, με την αιτιοπαθογένεια της νευρικής

ανορεξίας. Η τραυματογενής υπόθεση του Ryle άνοιξε τον δρόμο στην ψυχοσωματική θεώρηση (Farrel, 2000, Γιαννακούλας- Fizzaroti, 2007).

Ψυχολόγοι της συμπεριφορικής θεωρίας, βασίζοντας τη θεωρία τους στη μαθησιακή συμπεριφορά και στη θετική ενίσχυση, ενοχοποίησαν την δίαιτα σαν μια συμπεριφορά αποφυγής, ως απάντηση στο άγχος που προκαλείται από το φαγητό και την επακόλουθη νευρική ανορεξία (Leitenberg et al., 1968), ενώ οι γνωστικοί θεωρητικοί υποστήριξαν ότι πίσω από τη διαταραχή αυτή, βρίσκονταν η δυσλειτουργική γνώση, η οποία και την καθόριζε (Fairburn 1981).

Εν τω μεταξύ, ένας αριθμός πρωτοπόρων ψυχαναλυτών είχε αρχίσει να διερευνά τις ψυχοδυναμικές πτυχές των διατροφικών διαταραχών, με ιδιαίτερη αναφορά στον ρόλο των ασυνείδητων συγκρούσεων και των κινήτρων που διέπουν τη συγκεκριμένη ψυχοπαθολογική κατάσταση.

Τα περιστατικά ανορεξίας μειώθηκαν δραστικά κατά τους δύο παγκόσμιους πολέμους και το οικονομικό κραχ του 1929 εξαιτίας της σπανιότητας των υλικών αγαθών και της καθημερινής πάλης για επιβίωση. Η ανάκαμψη των οικονομιών μεταπολεμικά, έθεσε το εύρωστο γυναικείο σώμα εκτός μόδας ενώ παράλληλα τα γυναικεία περιοδικά ξεκίνησαν να δημοσιεύουν δίαιτες απώλειας βάρους και η παχυσαρκία άρχισε να στηλιτεύεται από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης. Στην περίοδο αυτή, της οικονομικής ευμάρειας, παρατηρήθηκε αύξηση των κρουσμάτων ψυχογενούς ανορεξίας, ακολουθώντας αντίθετη πορεία από αυτή που υπήρχε στα χρόνια του τελευταίου πολέμου, όπου η έκταση του προβλήματος ήταν σχεδόν μηδενική. Η επάνοδος, του εξαιρετικά αδύνατου σώματος ως ιδεατού μοντέλου ομορφιάς κατά τη δεκαετία του 1960, σε συνάρτηση με την επέκταση και αύξηση της επιρροής της διαφήμισης και του κόσμου της μόδας ιδιαίτερα στις νεανικές ηλικίες, συσχετίστηκε με την κατακόρυφη αύξηση της ψυχογενούς ανορεξίας και άλλων διατροφικών διαταραχών τα τελευταία πενήντα χρόνια.

2.2 Ψυχαναλυτική Κατανόηση της Ψυχογενούς Ανορεξίας

Η ψυχοδυναμική θεωρία έχει συνεισφέρει στην κατανόηση της ΨΑ κυρίως μέσα από δυο βασικές ερμηνευτικές γραμμές. Η πρώτη ερμηνευτική γραμμή, εξετάζει τη διαταραχή από την οπτική των απωθημένων οιδιπόδειων επιθυμιών, που εκφράζονται μέσα από τα συμπτώματα της, προέρχεται από τη σκέψη του Freud και των μετα-φροϋδικών θεωρητικών και ανάγει τα διατροφικά συμπτώματα σε ελλιπή λύση του οιδιπόδειου συμπλέγματος. Η δεύτερη ερμηνευτική γραμμή, αποδίδει στα διατροφικά συμπτώματα λειτουργικό ρόλο, για την υπεραναπλήρωση «ελλειμμάτων» στις αντικειμενότητες σχέσεις του υποκειμένου, προέρχεται από τη θεωρία της Melani Klein (1955) και του Winnicott (1953), περί μερικών και μεταβατικών αντικειμένων αντίστοιχα, στην προ-οιδιπόδεια φάση. Τα προβλήματα διατροφής αποδίδονται σε αναπτυξιακά προβλήματα κατά την περίοδο αυτή, συμπεριλαμβανομένου της πιο πρόσφατης θεωρίας της σχολής της Ψυχολογίας του Εαυτού (Kohut 1971, Goodsitt 1969, 1977, 1983), η οποία εξετάζει τη διαταραχή υπό το πρίσμα του αναπτυξιακού ελλείμματος στο «εμπαθητικό καθρέφτισμα» κατά την παιδική ηλικία (Farrel, 2000).

Μέσα από τη φροϋδική αντίληψη ότι σε αρχικό στάδιο, η πρόσληψη τροφής συνταυτίζεται με την ερωτική ενόρμηση και την ενσωμάτωση της μητέρας ως αντικειμένου, οι μεταγενέστεροι συγγραφείς οδηγήθηκαν στη σκέψη ότι τα διατροφικά συμπτώματα συνδέονται με την σεξουαλική ενόρμηση ή με την ενδοβολή και ταύτιση με το αντικείμενο (Farrel, 2000).

Η ψυχαναλυτική οπτική αρχικά, εστιάστηκε στη στοματική φάση της ψυχοσεξουαλικής ανάπτυξης. Οι Waller, Kaufman & Deutch (1940), πρότειναν την κλασική πλέον πρόταση ότι τα συμπτώματα της ΨΑ είναι μια προσπάθεια άμυνας απέναντι στις φαντασιώσεις «στοματικής γονιμοποίησης», φαντασιώσεις εγκυμοσύνης μέσω της γαστρεντερολογικής οδού. Συμβολικά, η χώνευση της τροφής εξισώνεται με την γονιμοποίηση και την εγκυμοσύνη. Στις γυναίκες αυτές που πάσχουν, συνυπάρχει τόσο ο φόβος όσο και η επιθυμία «στοματικής γονιμοποίησης». Η επιθυμία της γονιμοποίησης προκαλεί υπερφαγικά επεισόδια ενώ ο φόβος και η ενοχή για την επιθυμία αυτή οδηγεί στην ασιτία ή την πρόκληση εμετού. Η αμηνόρροια ως σύμπτωμα της διαταραχής αυτής, συμβολίζει από τη μια την εγκυμοσύνη αλλά και την άρνηση της γενετήσιας σεξουαλικότητας από την άλλη. (Farrell, 2000 Θεοδοσοπούλου, 2007).

Ο φόβος της στοματικής γονιμοποίησης συμβολίζει επίσης τον φόβο της νέας γυναίκας απέναντι στη θηλυκότητα και τη σεξουαλικότητα. Με βάση τη θεωρία των ενορμήσεων, η ανορεξία είναι ενδεικτική «στοματικής καθήλωσης» με πρωκτικές χαρακτηρισολογικές ιδιότητες, η οποία, εκτός από την ενασχόληση με το φαγητό, περιλαμβάνει την τελειοθηρία και την ανελαστικότητα (Falstein και συν, 1956).

Μέσα από δεύτερη ερμηνευτική γραμμή της ψυχοδυναμικής σκέψης, η οποία είναι επηρεασμένη από τη θεωρία των αντικειμενοτρόπων σχέσεων (Klein, 1955 – Winnicott, 1953), έρχεται στο προσκήνιο η σχέση της μητέρας με το παιδί. Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, για να ολοκληρωθεί μια υγιής προσωπικότητα, θα πρέπει να ολοκληρωθεί επιτυχώς η αναπτυξιακή φάση του αποχωρισμού – εξατομίκευσης του παιδιού από τη μητέρα του (Mahler, 1968). Τα άτομα με ψυχογενή ανορεξία αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις αντικειμενότροπες σχέσεις εξαιτίας τραυμάτων στη πρώιμη σχέση με τη μητέρα ή παθογόνου επίδρασης της ασυνείδητης ψυχικής ζωής της μητέρας (Schwartz, 1988, Farrel, 2000).

Οι ψυχαναλυτές και οι κλινικοί γιατροί ψυχοδυναμικής κατεύθυνσης, που έχουν κάνει κάποιες θεωρητικές υποθέσεις για τα αίτια της ψυχογενούς ανορεξίας, με βάση την κλινική τους παρατήρηση και αντιμετώπιση των ασθενών που πάσχουν, είναι αρκετοί. Αν και η πλειοψηφία των δημοσιεύσεών τους αφορά μεμονωμένες μελέτες περιπτώσεων, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι οι προσπάθειές τους για την ψυχολογική κατανόηση άνοιξαν το δρόμο στις ψυχοδυναμικές απόψεις για την πολύπλευρη αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών.

Η αλληλουχία των ψυχοδυναμικών συμβολών, για λόγους απλότητας, ταξινομείται, από τους πιο πρώιμους συνεισφέροντες αρχικά, στους πιο σύγχρονους στη συνέχεια. Σίγουρα, αρκετές από τις ψυχαναλυτικές ιδέες που προβάλλονται, αναπόφευκτα αλληλεπικαλύπτονται ή και μπορούν να συμπεριλαμβάνουν τις ψυχοδυναμικές υποθέσεις που προτάθηκαν από τους προκατόχους τους και τις οποίες έχουν επεξεργαστεί περαιτέρω.

2.3 Η Ψυχογενής Ανορεξία στη θεωρία του S. Freud και της Ψυχολογίας του Εγώ

Οι Freud (1899), ο Osler (1912) και ο Riddle (1914) συνέδεαν τα προβλήματα διατροφής και τον εμετό με την υστερία, η οποία παρά τις προηγούμενες αντιρρήσεις του Gull και του Lasegue, συνέχισε να θεωρείται ως η αιτιολογία της ανορεξίας.

Αναλύοντας περιπτώσεις υστερικών, ο Freud απέδωσε την αυτό-προκαλούμενη αποβολή της τροφής στο δίπτυχο της οιδιπόδειας επιθυμίας και του φόβου εκπλήρωσης της. Τα διατροφικά προβλήματα από την αρχή θεωρήθηκαν υστερικά συμπτώματα. Η υστερική ασθενής με το εν λόγω σύμπτωμα, παλινδρομεί και αμύνεται σε θετικές οιδιπόδειες επιθυμίες της, που συνδέονται με την ερωτική ικανοποίηση και την γονιμοποίηση. Το στόμα συμβολικά εξισώνεται με τον κόλπο και η τροφή/σπέρμα αποβάλλεται υπό την απειλή γονιμοποίησης (Kaufman & Helman 1964, Farrel, 2000).

Στα τρία του δοκίμια για τη θεωρία της σεξουαλικότητας ο Freud (1905d) φέρνει σταθερά την τροφή και τη σεξουαλικότητα σε σύνδεση. Διαχωρίζονται μόνο όταν εμφανιστεί ο απογαλακτισμός. Λέει, για την πρώτη ψυχο-σεξουαλική φάση, την στοματική φάση ή, όπως θα μπορούσε να λεχθεί, κανιβαλιστική προγεννητική σεξουαλική οργάνωση, ότι σ' αυτή, η σεξουαλική δραστηριότητα δεν έχει ακόμη διαχωριστεί από την κατάποση των τροφίμων. Το αντικείμενο και των δύο δραστηριοτήτων είναι το ίδιο. Ο στόχος είναι κοινός και συνίσταται στην ενσωμάτωση του αντικειμένου, που θεωρείται το πρότυπο μιας διεργασίας εσωτερίκευσης και που με τη μορφή της ταύτισης, αργότερα θα παίξει ένα εξαιρετικά σημαντικό ρόλο στην ψυχική εξέλιξη (Freud, 1905d, Farrel, 2000). Η πρόσληψη της τροφής παραμένει για τους ασθενείς με διαταραχή διατροφής ως μια δραστηριότητα με σεξουαλική κατεύθυνση.

Στο μνημειώδες έργο του Freud δεν υπάρχει καμία συγκεκριμένη αναφορά σε θεραπευόμενες που πάσχουν από διαταραχές διατροφής. Ωστόσο, υπάρχουν πολλές αναφορές σε διατροφικές διαταραχές στα γραπτά του. Ο Freud ήταν πρωτίστως ένας κλινικός και αξίζει να επισημανθεί ότι σε όλη την ψυχαναλυτική του πρακτική συνέχισε να αναθεωρεί και να αντικαθιστά μερικές από τις προηγούμενες ερμηνείες του ανάλογα με το νέο κλινικό υλικό που προέκυπτε από τις παρατηρήσεις του. Μέσω των κλινικών παρατηρήσεων προσπάθησε σταδιακά να συνδέσει κάποιες κλινικές εκδηλώσεις με έναν αριθμό ασυνείδητων (παιδικών) φαντασιώσεων.

Ορισμένες από αυτές αφορούσαν τις διαταραχές διατροφής που αντιμετώπισε στην κλινική του πρακτική.

Ήδη από το 1893 γράφει για μια ενδιαφέρουσα περίπτωση «ψυχικής ανορεξίας» μαζί με μια «λαμπρή εμφάνιση της αβουλίας» σε μια νέα υστερική μητέρα τη Frau Emmy Von W (Freud 1893). Σε αυτή την εκτεταμένη κλινική έκθεση ο Freud σαφώς αναφέρει ότι η ασθενής του έτρωγε πολύ λίγο και είχε τη συνήθεια να κρύβει το φαγητό πετώντας το μακριά. Με την ύπωση, κατέστη σαφές ότι η άρνησή της να φάει, συνδέθηκε με πρώιμες αναμνήσεις όταν αναγκάστηκε να φάει τα τρόφιμα που είχαν γίνει κρύα και παγωμένα, υπό την απειλή τιμωρίας. Ήταν επίσης υποχρεωμένη να φάει με άρρωστα μέλη της οικογένειας, που είχαν αηδιαστικές συνήθειες ενώ παράλληλα, ήταν απαγορευμένο να εκφράζει οποιοδήποτε συναίσθημα και αυτή της την απέχθεια.

Ο συνάδελφός του Freud, Josef Breuer (Breuer και Freud 1893) επίσης, τόνισε εξίσου το ρόλο μιας τραυματικής εμπειρίας στην ανάπτυξη της ανορεξίας και της αηδίας σε ένα νεαρό αγόρι. Ο Freud ανέφερε επίσης, ότι «κάθε νεύρωση σε έναν ενήλικα είναι χτισμένη σε μια νεύρωση που συνέβη στην παιδική ηλικία, αλλά δεν υπήρξε πάντα αρκετά σοβαρή ώστε να φανεί και να αναγνωριστεί ως τέτοια». (Caparrotta L. Ghaffari K. 2006). Συγκεκριμένα, τόνισε αργότερα, ότι μια διαταραχή της όρεξης, η οποία μπορεί να έχει περάσει απαρατήρητη στην παιδική ηλικία, «θέτει την προδιάθεση» στην ανορεξική συμπεριφορά στη μεταγενέστερη ζωή (Freud 1918).

Ο Freud έγραφε προς τον Fliess το 1895 ότι «..η περίφημη νευρογενής ανορεξία των κοριτσιών φαίνεται να είναι μια μελαγχολία που συμβαίνει όταν δεν αναπτύσσεται η σεξουαλικότητα. Η απώλεια της όρεξης είναι με σεξουαλικούς όρους η απώλεια της λίμπιντο». Η ασθενής, λέει ο Freud, ισχυριζόταν ότι δεν έτρωγε απλά επειδή δεν έχει όρεξη και όχι για κανένα άλλο λόγο «...δεν θα ήταν λοιπόν, πολύ λάθος να αρχίσουμε από αυτή την ιδέα ότι η μελαγχολία συνίσταται στο πένθος για την απώλεια της λίμπιντο».

Ο Freud κατέληξε σε παρόμοια συμπεράσματα μερικά χρόνια αργότερα στη μελέτη του για τη Ντόρα, μιας έφηβης που έχασε την όρεξή της μετά τη συνάντησή με τον Herr K. (Freud 1905d). Αναφέρεται στον υστερικό εμετό στην περίπτωση της Ντόρα και σε μια επιστολή του προς τον Fliess γράφει: «...με τη φαντασία είναι έγκυος, επειδή είναι τόσο άπληστη που δεν μπορεί να αντέξει το να μην έχει παιδί από τον τελευταίο της φανταστικό εραστή. Αλλά πρέπει να κάνει και εμετό, διότι στην περίπτωση αυτή θα λιμοκτονήσει και θα εξαντληθεί και θα χάσει την ομορφιά

της και δεν θα είναι πλέον ελκυστική για κανέναν». Έτσι, το νόημα του συμπτώματος είναι ένα αντιφατικό ζεύγος επιθυμίας-εκπλήρωσης. Είναι σαφές ότι δεν το θεωρεί ως μια καθήλωση στην στοματική φάση, αλλά ως μια αμυντική παλινδρόμηση ενάντια στις θετικές Οιδιποδιακές επιθυμίες (Farell 2000).

Αξίζει να σημειωθεί ότι επειδή ο Freud γνώριζε πολύ καλά τη βαρύτητα των οργανικών συμπτωμάτων στη ψυχογενή ανορεξία, υποστήριξε και προειδοποίησε ότι «η ψυχανάλυση δεν θα πρέπει να επιχειρείται πριν την ταχεία απομάκρυνση των επικίνδυνων συμπτωμάτων» (Freud, 1905d, Caparrotta L. Ghaffari K. 2006).

Ο Abraham το 1920, ακολουθώντας τις προτάσεις του Freud, στα γραπτά του σχετικά με τη σεξουαλικότητα της γυναίκας, συνέδεσε τη διαδικασία των αναστολών με το ασυνείδητο παιδικό νόημα της εγκυμοσύνης από το στόμα. Το 1924 ο Abraham πήγε περαιτέρω την ψυχαναλυτική κατανόηση των αρχικών σταδίων της ανάπτυξης. Η κύρια συμβολή του ήταν η υποδιαίρεση, κατά τη βρεφική ανάπτυξη, του στοματικού σταδίου σε: (1) στάδιο θηλασμού (libidinal), και (2) φάση δαγκώματος (στοματικά- σαδιστικά), η οποία αντιστοιχεί στην περίοδο οδοντοφυΐας. Σύμφωνα με τον ίδιο, τα λιβιδινικά στάδια του στοματικού και σαδιστικού δαγκώματος και κατάποσης, ήταν ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη αμφιθυμίας, δηλαδή η συγκρουσιακή παρουσία της λιβιδικής ευχαρίστησης και επιθετικότητας προς ένα μόνο αντικείμενο. Η κατανόηση αυτής της σύγκρουσης έγινε κεντρική για ορισμένους ψυχαναλυτές και παρέμεινε ένας από τους σημαντικότερους ασυνείδητους παράγοντες στην αιτιολογία των διατροφικών διαταραχών (Caparrotta L. & Ghaffari K. 2006).

Η έννοια της αμφιθυμίας τονίστηκε αργότερα από άλλους συγγραφείς (Thomä 1967, Ritvo 1984), οι οποίοι πίστευαν ότι η ενσωμάτωση και η αποβολή, η απογοήτευση και η ικανοποίηση, η αγάπη και το μίσος, ήταν όλες εκφράσεις της στοματικής αμφιθυμίας (συμπεριλαμβανομένης της ακραίας μορφής του στοματικού σαδισμού) χαρακτηριστική στη ψυχογενή ανορεξία.

Οι Waller et al. (1940), ακολουθώντας τις ιδέες του Abraham αναφορικά με τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στη φαντασία της στοματικής γονιμοποίησης και της δραστηριότητας του φαγητού, πρότειναν ότι τα συμπτώματα της ανορεξίας μπορούν να θεωρηθούν ως μια προσπάθεια άμυνας απέναντι στις φαντασιώσεις εγκυμοσύνης. Οι συγγραφείς αυτοί επίσης, τόνισαν και τον σημαντικό ρόλο που παίζει, στην ανάπτυξη αυτής της ψυχοπαθολογίας, τόσο η σχέση της μητέρας με την ασθενή, όσο και η σχέση της μητέρας με τα τρόφιμα. Από τις αναφερθείσες περιπτώσεις οι

συγγραφείς καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι: η ασθένεια «επιτρέπει» στην ασθενή να αποκτήσει αγάπη, να αποτελέσει το κέντρο της οικογένειας, να επεξεργαστεί συγκρούσεις και να ωθήσει το περιβάλλον σε ορισμένες πράξεις τιμωρίας που ελαφρύνουν την ενοχή (Waller et al. 1940, Caparrotta L. & Ghaffari K. 2006).

Η Anna Freud (1946), στην εργασία της για τις διατροφικές διαταραχές των παιδιών, αντιμετώπισε τις εναλλαγές μεταξύ της υπερκατανάλωσης και της απόρριψης τροφής, ως μια σαφή εκδήλωση της αμφιθυμίας του παιδιού απέναντι στη μητέρα. Στη συζήτηση για την ψυχοπαθολογία της εφηβείας, η A. Freud (1958) επέστησε την προσοχή στη σύγκρουση μεταξύ προγεννητικών και γεννητικών πιέσεων και φαντασιών που πυροδοτήθηκαν κατά τη διάρκεια αυτής της σημαντικής αναπτυξιακής φάσης. Κατά τη γνώμη της, ένα τυπικό κλινικό παράδειγμα της ακραίας εκδήλωσης αυτών των συγκρούσεων μπορεί να παρατηρηθεί στην έφηβο που πάσχει από ανορεξία. Γράφει: «Εδώ οι παιδικές φαντασιώσεις της στοματικής γονιμοποίησης λαμβάνουν μια επιπρόσθετη ώθηση εξαιτίας των πραγματικών δυνατοτήτων για μητρότητα που δημιουργεί η ανάπτυξη των γεννητικών οργάνων. Κατά συνέπεια, τα φοβικά μέτρα που υιοθετούνται κατά της πρόσληψης τροφής από τη μία πλευρά υπερτονίζονται σε βαθμό που μπορεί να οδηγήσει σε λιμοκτονία» (A. Freud 1958). Η ίδια, αναφερόμενη στον ασκητισμό των εφήβων λέει ότι το Εγώ μισεί τις ενορμήσεις που γεννιούνται και προσπαθεί να τις υποτάξει. Ο ασκητισμός και το απισχνασμένο σώμα μαρτυρά την φαντασιωσική παντοδυναμία αυτών των εφήβων (Caparrotta L. & Ghaffari K. 2006).

Αργότερα, ο Sandler (1989) έδωσε έμφαση στη φοβική αμυντική φύση της ανορεξίας, τονίζοντας ότι αυτή εκφράζει «την πάλη ενάντια στις οιδιποδιακές θηλυκές επιθυμίες», η οποία αντιπροσωπεύεται από την προσπάθεια της ασθενούς, να παραμείνει ένα προ-εφηβικό, μη εμμηνορροϊκό κορίτσι.

Ο Fenichel (1946) επεσήμανε ότι τα παιδιά που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ανοχή, μπορούν να εκφράσουν τα αρνητικά συναισθήματά τους προς τον φροντιστή, αρνούμενα να φάνε. Επηρεασμένος από την ψυχαναγκαστική φύση των διατροφικών διαταραχών, ο Fenichel ήταν πιθανότατα ο πρώτος συγγραφέας που τις χαρακτήριζε ως «εθισμός χωρίς φάρμακα». Θεωρούσε επίσης, ότι οι ορμονικές αλλαγές στην ανορεξία θα μπορούσαν να είναι πρωτογενείς σε μερικές σοβαρές περιπτώσεις, ενώ σε άλλες περιπτώσεις η πρωταρχική διαταραχή στην ανάπτυξη του εγώ, που σταθεροποιήθηκε σε μια στοματική φάση, θα μπορούσε να οδηγήσει σε δευτερεύουσες ορμονικές αλλαγές.

Στο εκτεταμένο έργο της με τους ανορεξικούς ασθενείς, η Helen Deutsch (1947, 1981) όχι μόνο υπογράμμισε το ρόλο της φαντασίας της στοματικής γονιμοποίησης, αλλά σε συνδυασμό με το ρόλο της ασυνείδητης επιθετικότητας κατά της μήτρας της μητέρας. Σύμφωνα με την ίδια, τα δύο αυτά στοιχεία ήταν κρίσιμα για την ανάπτυξη της παραληρητικής ιδέας μιας δηλητηριώδους καταστροφικής εγκυμοσύνης. Κατά την άποψή της, ο ανορεξικός ασθενής ενεργεί σαν να ήταν δηλητηριώδες το φαγητό, γι' αυτό δεν έχει άλλη επιλογή παρά να το αποφύγει ή να το αποβάλλει με έμετο (L. Caparrotta- K.Ghaffari, 2006).

Συμπερασματικά λοιπόν, οι πρώιμοι ψυχαναλυτικοί συγγραφείς συνέδεσαν τη ψυχογενή ανορεξία με τη μελαγχολία, ως μια έκφραση καθήλωσης σε μια στοματική-σαδιστική φάση καθώς και αντίστασης στην ανάπτυξη. Η αμυντική αποφυγή της γενετήσιας σεξουαλικότητας ως μια ασυνείδητη λύση στις συγκρούσεις που προέρχονται από φαντασιώσεις της δηλητηριώδους, από του στόματος γονιμοποίησης, προτάθηκε επίσης, ως ένας πιθανός υποκείμενος παράγοντας στην ανάπτυξη διαταραχών της διατροφής. Η έννοια της αμφιθυμίας απέκτησε κεντρική θέση στη σκέψη πολλών αναλυτών, οι οποίοι ασχολήθηκαν με την ψυχοπαθολογία των διατροφικών διαταραχών.

Μερικοί συγγραφείς άρχισαν να διερευνούν ένα μεγαλύτερο φάσμα αιτιολογικών παραγόντων, κυρίως όμως, η έμφαση των πρώιμων ψυχαναλυτικών γραπτών αφορούσε τα ένστικτα και το πρότυπο Drive-Conflict-Defens.

2.4 Η Ψυχογενής Ανορεξία στη θεωρία των Αντικειμενοτρόπων Σχέσεων

Η πιο συστηματική και προσεκτική παρατήρηση της σχέσης μητέρας-βρέφους και της περαιτέρω κατανόησης της οργάνωσης του εαυτού, οδήγησε στην ανάπτυξη θεωριών των αντικειμενοτρόπων σχέσεων και αργότερα της Ψυχολογίας- Εαυτού. Οι θεωρίες αυτές πρόσθεσαν μια άλλη διάσταση στην κατανόηση της ψυχογενούς ανορεξίας συμπληρώνοντας και διαμορφώνοντας την προηγούμενες σκέψεις.

Όπως ο Freud, έτσι και η M. Klein πίστευε ότι η ανθρώπινη ανάπτυξη και η συμπεριφορά μπορεί να κατανοηθεί κυρίως ως συνάρτηση των ενστικτωδών ενορμήσεων. Ωστόσο, η Klein, έδωσε μεγαλύτερη έμφαση στις ενορμήσεις που είναι εγγενώς συνδεδεμένες με τα μερικά αντικείμενα (και αργότερα με ολόκληρα αντικείμενα), τις αντίστοιχες ασυνείδητες φαντασιώσεις του εαυτού και του

αντικειμένου (εν μέρει ή ολόκληρες), και τις σχετικές αναπαραστάσεις. Για την Klein οι ενορμώσεις έχουν εσωτερική σύνδεση με τα αντικείμενα ως προδιαμορφωμένες «πρωτογενείς φαντασιώσεις». Οι φαντασιώσεις προέρχονται από τις πρώιμες ενδοβολές και προβολές των μερικών αντικειμένων (part- objects). Ο σχηματισμός των φαντασιώσεων είναι λειτουργία του Εγώ κι έτσι η Klein υποθέτει πως ήδη από τη γέννηση λειτουργεί το Εγώ, εφόσον κατά την άποψή της το νεογέννητο μπορεί να φαντασιώσει ήδη. Η Klein (1930, 1932) μέσω της κλινική της εργασία και των παρατηρήσεών της στα βρέφη, υπογράμμισε τον ρόλο της επιθετικότητας στην παιδική ανάπτυξη. Ακολουθώντας τις θεωρίες του Abraham, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η σχέση του βρέφους με το στήθος της μητέρας είναι σαδιστική και καταβροχθιστική από την αρχή. Σύμφωνα με την Klein, τα συναισθήματα που περιέχονται αρχικά στην αγάπη του μωρού για τη μητέρα είναι βίαια και αμφίθυμα. Για να την κρατήσει κοντά του, το μωρό θέλει να την «καταβροχθίσει», έτσι ώστε να την «ενσωματώσει» - να την πάρει κυριολεκτικά μέσα του. Συγχρόνως όμως, θέλει να την καταστρέψει, να την τιμωρήσει επειδή δεν υπόκειται απόλυτα στον έλεγχό του. Αυτός ο πρωτόγονος φθόνος πηγάζει από μια επιθυμία να κατέχουμε το αντικείμενο της αγάπης μας και επειδή δεν μπορούμε να το κατέχουμε απόλυτα, επιθυμούμε να το καταστρέψουμε. Όσο λιγότερο εύθραυστο γίνεται το Εγώ του μωρού, τόσο υποχωρεί και ο φθόνος. Το μωρό μαθαίνει ότι μπορεί να επιβιώσει, ακόμα και όταν δεν μπορεί να ελέγξει τη μητέρα του. Μαθαίνει ότι μπορεί να την εμπιστευτεί πως θα το φροντίσει, ακόμα κι αν εκείνη δεν το κάνει αμέσως. Κι ακόμα πιο σημαντικό, το παιδί αναπτύσσει μια πιο συγκροτημένη και σύνθετη ιδέα για τη μητέρα του ως ένα πρόσωπο πολύπλευρο και όχι απλώς ως άτομο που υπηρετεί τις δικές του ανάγκες. Η ανάγκη για απόλυτο έλεγχο της μητέρας γίνεται λιγότερο πιεστική, καθώς το παιδί μεγαλώνει και οι συνηθισμένες δυσφορίες, όπως πείνα, κούραση κτλ, παύουν να το κατακλύζουν με φόβο.

Η Klein, δεν αναφέρθηκε συγκεκριμένα στην ψυχοδυναμική φύση των διατροφικών διαταραχών, ωστόσο, οι παρατηρήσεις της σχετικά με την πρώιμη σχέση μητέρας-βρέφους και τις παιδικές διατροφικές δυσκολίες ήταν αρκετά ενδιαφέρουσες και οδήγησαν σε σημαντικές εικασίες. Η αναλυτική της εργασία με παιδιά που αντιμετώπιζαν δυσκολίες διατροφής την οδήγησαν στη σύνδεση αυτών των δυσκολιών με το διωκτικό άγχος. Επιπλέον, σημείωσε ότι τα παιδιά με διατροφικές δυσκολίες, μέσω της ασυνείδητης καταστολής των κανιβαλιστικών παρορμήσεών τους, που προτάθηκε προηγουμένως από τον Freud και τον Abraham,

προσπαθούν να αρνηθούν τον καταστροφικό τους θυμό και την επιθετικότητα προς το πρωταρχικό αντικείμενο τους (μητέρα). Η περιγραφή του έμφυτου φθόνου, σαν μια πρώτη εκδήλωση της στοματικής επιθετικότητας ως αντίδραση στην παρακράτηση του μαστού, οδήγησε έναν αριθμό ψυχαναλυτών να σκεφτούν ότι οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία έχουν μεγάλες δυσκολίες στο διαχωρισμό από τη μητέρα τους, λόγω του ότι ο ασυνείδητος φθόνος του στήθους είναι δυσβάσταχτος. Για να προστατευθούν οι ίδιες απέναντι στις καταστρεπτικές επιζήμιες επιθέσεις τους που υπάρχουν στη φαντασία, ελέγχουν ή γίνονται οι ίδιες οι μητέρες (Farrell, 1995).

Η κάτωθι κλινική περίπτωση αναδεικνύει τις παραπάνω θέσεις:

(Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό το οποίο όμως αφαιρέθηκε για λόγους απορρήτου και προστασίας προσωπικών δεδομένων).

Το έργο του D. W. Winnicott και των οπαδών του, εντάσσεται και εμπλουτίζει το θεωρητικό μοντέλο των αντικειμενοτρόπων σχέσεων ως ένα μοντέλο σχέσης αντικειμένων που βασίζεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ του Εγώ, των αντικειμένων και του εξωτερικού περιβάλλοντος, τονίζοντας τη σημασία της θεμελιώδους ιδέας του, της μονάδας «μητέρας - βρέφους».

Η συμβολή του Winnicott, - θεωρητική και τεχνική - στη μελέτη της πρώτης παιδικής ηλικίας είναι ανεκτίμητη. Κύρια συμβολή του ήταν η ιδέα του ότι το μωρό δεν μπορεί να υπάρξει από μόνο του, αλλά μπορεί μόνο να επιβιώσει και να αναπτυχθεί ως μέρος μιας σχέσης με τη μητέρα (φροντιστής).

Οι θεωρητικές θέσεις του, όσον αφορά τις ψυχικές λειτουργίες των μικρών παιδιών, βασίζονται στην έννοια του πρωτογενούς ναρκισσισμού του Freud. Το παιδί πριν δημιουργήσει σχέση με τα εξωτερικά αντικείμενα, εκλαμβάνει τον εαυτό του ως αντικείμενο αγάπης. Σύμφωνα με τον Freud, η αγάπη για τον εαυτό, εξελικτικά, προηγείται της αγάπης για τους άλλους. Αρχικά η λίμπιντο επενδύεται στο Εγώ κι αργότερα μέρος αυτής επενδύεται σε άλλα αντικείμενα. Ο πρωτογενής αυτός ναρκισσισμός συνεχίζει να υπάρχει καθώς το άτομο μεγαλώνει. Είναι αυτός που συντηρεί τις αξίες, τα ιδανικά και τους στόχους του. Ο Freud υποστήριζε επίσης, ότι

ο ναρκισσισμός βρίσκεται και στη γονεϊκή αγάπη. Οι γονείς βλέπουν το παιδί τους ως το καλύτερο (Bateman & Holms, 2001).

Ο Winnicott (1965) κάνει απλή αναφορά σε αυτό που ο ίδιος ορίζει το «αληθινά τρομερό πρόβλημα για τον θεραπευτή των ασθενών που πάσχουν από ψυχογενή ανορεξία». Θεωρεί ότι η ανορεξία αποτελεί την ακραία μορφή ενός «ενδιάμεσου σταδίου εξέλιξης στο οποίο η πιο σημαντική εμπειρία του ασθενούς σε σχέση με το καλό ή δυνητικά ικανοποιητικό αντικείμενο είναι η άρνησή του. Η άρνησή του αποτελεί μέρος της διαδικασίας δημιουργίας του». Νωρίτερα (1964) έδωσε μια ενδιαφέρουσα εικόνα της δυναμικής που αφορούσε τη θεραπεία μιας νεαρής κοπέλας που έπασχε από ανορεξία, συμπεριλαμβανομένης της τάσης της να διχοτομεί τη θεραπευτική ομάδα. Τόνισε επίσης, ότι «...μπορεί να χρειαστεί πολύς χρόνος για να μπορέσει ο ανορεξικός ασθενής να αναγνωρίσει την ψυχική διάσταση των διατροφικών δυσκολιών του» (L. Cararotta- K.Ghaffari, 2006).

Οι συνεισφορές των παραπάνω συγγραφέων δεν επικεντρώθηκαν στις διατροφικές διαταραχές καθαυτού. Ωστόσο, με την διεύρυνση του ρόλου των αντικειμένων, τη σχέση τους με το την εσωτερική αναπαράσταση και το εξωτερικό «διευκολυντικό» περιβάλλον, στην ψυχαναλυτική θεωρία, οι προαναφερθέντες θεωρητικοί και ψυχαναλυτές, προετοίμασαν το δρόμο για περαιτέρω επεξεργασία της σημασίας της αλληλεπίδρασης μητέρων-βρεφών στην Ψυχογενή ανορεξία.

2.5 Ειδικές Ψυχαναλυτικές Προσεγγίσεις για την Ψυχογενή Ανορεξία

Από τη σκοπιά της θεωρίας της προσκόλλησης, η ψυχογενής ανορεξία θεωρείται ως μια από τις διαταραχές της νηπιακής και προσχολικής ηλικίας. Τα ανορεκτικά παιδιά φαίνεται ότι έχουν στερηθεί την αίσθηση της ασφάλειας, της εμπιστοσύνης και της σιγουριάς που χρειάζονται για να διαχωριστούν από τη μητέρα τους (κύριος φροντιστής) και να εξερευνήσουν τον κόσμο. Οι μητέρες των ανορεκτικών, ως επί το πλείστον, ενθαρρύνουν συμβιωτικές σχέσεις, αποθαρρύνοντας τη διαδικασία αποχωρισμού-εξατομίκευσης. Ορισμένες ενισχύουν την εξάρτηση, ενώ άλλες αποτυγχάνουν να ενισχύσουν την αυτονομία μέσω της ανικανότητάς τους να παρέχουν μια επαρκή και ασφαλή βάση από την οποία θα διαχωρίζονται (Sours, 1974). Ο υπερβολικός έλεγχος ή η μη υποκείμενη φροντίδα

στην νηπιακή ηλικία, οδηγεί μετέπειτα τον ανορεκτικό ασθενή στην διαταραγμένη εγγύτητα στις διαπροσωπικές του σχέσεις και επαφές (Minuchin, 1978).

(Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό το οποίο όμως αφαιρέθηκε για λόγους απορρήτου και προστασίας προσωπικών δεδομένων).

Η διαπροσωπική θεωρία της πρωτοπόρου θεωρητικού και κλινικού Hilde Bruch (1973, 1978, 1982, 1987) αντικατέστησε τα προηγούμενα μοντέλα και υπογράμμισε ότι το ανορεκτικό άτομο έχει σημαντικές ανεπάρκειες του Εγώ που οφείλονται σε χρόνια διαταραχή στην αλληλεπίδραση μητέρας-παιδιού. Η δημιουργική συνεισφορά των μελετών της έχει λειτουργήσει σαν φάρος στο σκοτάδι για τους κλινικούς που φροντίζουν ανορεκτικούς ασθενείς (Gabbard G.O, 2006).

Χωρίς να αποκοπεί εντελώς από τις ψυχαναλυτικές της ρίζες, η Bruch αναγνώρισε τον ναρκισσιστικό χαρακτήρα της ανορεξίας, αλλά ταυτόχρονα, μετατόπισε το βάρος της ερμηνείας από το πεδίο των ασυνείδητων ενορμήσεων στη δυναμική της σχέσης με τη μητέρα και στις παθογόνες προεκτάσεις της. Εξετάζοντας την αναπτυξιακή προέλευση της ψυχογενούς ανορεξίας, αναζήτησε τα ίχνη της στο παρελθόν των ασθενών, εστιάζοντας περισσότερο στη διαταραγμένη σχέση μεταξύ του παιδιού και της μητέρας του. Η μητέρα φαίνεται να γαλουχεί το παιδί σύμφωνα με τις δικές της ανάγκες παρά με βάση τις δικές του. Το μικρό κορίτσι αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως μια προέκταση της μητέρας του και όχι ως αυτόνομη ύπαρξη με τα δικά του δικαιώματα. Αντιμετωπίζεται ως το δεξί χέρι της μητέρας και όχι ως ξεχωριστό άτομο. Για παράδειγμα, η μητέρα πρέπει να διακρίνει αν το κλάμα του μωρού οφείλεται στο κρύο, στην πείνα ή στη δίψα κτλ και να ανταποκριθεί κατάλληλα. Οι ακατάλληλες αντιδράσεις βασίζονται κυρίως, στις ανάγκες της μητέρας παρά του παιδιού, και οδηγούν σε ελλείμματα στην αυτο-αντίληψη του παιδιού. Ακολουθεί έτσι, μια διάβρωση στην αίσθηση της αυτονομίας στο παιδί, το οποίο κατά συνέπεια δεν είναι σε θέση να αντιληφθεί τον εαυτό του ως ξεχωριστή οντότητα από τη μητέρα. Η διαταραχή στην εικόνα σώματος,

συμπεριλαμβανομένου του φόβου για το λίπος, ισοδυναμεί με το κακό αντικείμενο και αποτυχία αναγνώρισης των αναγκών και σημάτων του σώματος.

Στην εφηβεία, η πρόωμη εξάρτηση από τη μητέρα εμποδίζει τις έφηβες από την αναγνώριση των εσωτερικών τους αναγκών και τη λήψη των κατάλληλων αποφάσεων. Αυτή η ανικανότητα τις καθιστά αναποτελεσματικές και επηρεάζει αισθητά την αίσθηση αυτονομίας τους. Η επακόλουθη προκλητική άρνηση της ασθένειάς τους μπορεί να γίνει αντιληπτή ως μηχανισμός άμυνας σε αυτή τη διάχυτη αίσθηση της αναποτελεσματικότητας. Αυτά τα κορίτσια τείνουν να έχουν εμμονή με τις τροφές και τη διατροφή, αλλά επειδή δεν είναι σε θέση να εντοπίσουν την πείνα στο ρεπερτόριο των αναγκών τους, χρησιμοποιούν την τροφή ως μορφή ψευδο-λύσης στην πολύπλευρη διαταραχή της προσωπικότητά τους. Επιπλέον, ασκώντας τον έλεγχο στο σώμα τους, η ανορεκτική λύση αποτελεί έναν τρόπο να κερδίσουν την ίδια την αυτονομία και την αίσθηση της αποτελεσματικότητας που τους λείπει. Μεταμορφώνουν το άγχος τους και τις ψυχικές τους δυσκολίες, μέσω του χειρισμού στην πρόσληψη της τροφής και του σωματικού βάρους. Η ΨΑ αναπτύσσεται σαν μια προσπάθεια αυτοϊασης (Bruch 1987, Gabbard 2006).

Η αλλαγή του σχήματος και τους βάρους του σώματος στην εφηβεία αλλά και η εμμηναρχή, που προοιωνίζει την ενηλικίωση, φοβίζονται την έφηβο, που δεν είναι έτοιμη γι αυτή.

Η ενασχόληση με το φαγητό και το βάρος, σύμφωνα με τη Bruch είναι ένα σχετικά όψιμο γεγονός, που λειτουργεί περίπου ως έμβλημα μιας πιο θεμελιώδους διαταραχής της αντίληψης του εαυτού. Οι περισσότερες πάσχουσες, είναι πλήρως πεπεισμένες ότι είναι τελείως ανίσχυρες και ανίκανες. Δεν έχουν καμιά αίσθηση αυτονομίας, σε σημείο που αισθάνονται ότι δεν ελέγχουν καν τις σωματικές τους λειτουργίες. Η προνοσηρή αμυντική κατάστασή τους, να εμφανίζονται δηλαδή, ως τα «τέλεια» κοριτσάκια, συνήθως αποτελεί μια άμυνα έναντι ενός υποκείμενου θεμελιώδους αισθήματος αναξιότητας. Επανειλημμένα, η ίδια η Bruch διατύπωσε ότι η ΨΑ είναι ένας αγώνας για μια ταυτότητα αυτοεκτίμησης και ότι ένας τέτοιος αγώνας λαμβάνει τη μορφή της πείνας μέχρι θανάτου.

Η Bruch ανέφερε ότι, καθώς το άτομο με την υποκείμενη παθολογία παλινδρομεί, κάτι που γίνεται συνήθως στην εφηβεία, η διαταραχή εκδηλώνεται σε τρεις περιοχές της ψυχικής λειτουργίας: α) στην εικόνα του σώματος, η οποία χαρακτηρίζεται από παρανοϊκή σκέψη τόσο βαθιά ώστε να οδηγήσει σε πλήρη άρνηση της απισχνασμένης εμφάνισής τους, β) στην ικανότητα να αντιλαμβάνονται

και να αναγνωρίζουν τα σωματικά ερεθίσματα- αίσθηση ικανότητας και ελέγχου του εαυτού, και γ) στην αντίληψη του εαυτού (μια παραληρητική αίσθηση αναποτελεσματικότητας η οποία διαπερνά τη ζωή τους) (Τζίκας, 2015). Για την Bruch (1973), οι διαταραχές της εικόνας του σώματος και της αντίληψης του σώματος ισοδυναμούν με παραληρητικά παράγωγα που αντανακλούν τη λανθασμένη γνώση, που έχουν οι ανορεκτικές, για ένα σώμα που δεν τους ανήκει πραγματικά, αφού έχει προγραμματισθεί πολύ περισσότερο σε σχέση με τις ανάγκες της μητέρας παρά με τις δικές τους. Οι βαθιές διαταραχές του Εγώ και της έννοιας της ταυτότητας (της συνείδησης του Εαυτού) που προκύπτουν από αυτά, οδήγησαν την Bruch στο να παραδεχθεί ότι η ανορεξία έχει μια σχιζοφρενική βάση, αλλά όμως διαφοροποιείται από αυτήν, ειδικότερα λόγω της επιθυμίας της αυτονομίας και της δύναμης που εκδηλώνει η ανορεκτική αρνούμενη τη διατροφή (J.L.Venisse, 1983, ελλ. εκδ. 1987).

Στο τελευταίο της βιβλίο η H. Brush, «Conversations avec les anorexiques Paris» (1990), έργο της ωριμότητας της, παρουσιάζει τις ανορεξικές ως βαθύτατα μη ικανοποιημένες από τη ζωή τους, που επιβάλλουν στον εαυτό τους σιδηρά πειθαρχία φοβούμενες συνεχώς μήπως τις κατηγορήσουν. Είναι υποταγμένες στις επιθυμίες των άλλων, των γονέων, που έχουν υπερβολικές φιλοδοξίες και μεγαλιώδεις επιδιώξεις.

Οι προτάσεις της για την ψυχοθεραπεία των ανορεξικών είναι εξίσου ενδιαφέρουσες. Θεωρεί ότι είναι λάθος να σιωπούν οι ψυχαναλυτές ή να κάνουν συνεχείς ερμηνείες. Επιμένει στην ανάγκη να ακούει ο θεραπευτής προσεκτικά και να ενθαρρύνει την ασθενή να κάνει η ίδια σχόλια και να βγάζει η ίδια συμπεράσματα. Να αφήσει να καταλάβει η ίδια, τι ακριβώς της συμβαίνει. Η ερμηνεία πρέπει να αποφεύγεται γιατί βιώνεται από την ασθενή ως μια επανάληψη της ιστορίας της ζωής της. Είναι σαν κάποιος να της λέει πώς αισθάνεται πραγματικά ενώ η συνειδητή εμπειρία της υποβαθμίζεται και απαξιώνεται. Ο θεραπευτής θα πρέπει να δείχνει ενεργητικό ενδιαφέρον πάνω στο τι αισθάνεται και τι σκέφτεται η ασθενής, εκπέμποντας ταυτόχρονα το μήνυμα ότι εκείνη είναι ένα αυτόνομο άτομο που δικαιούται να έχει τη δική της γνώμη για αυτό που της συμβαίνει.

Οι οικογενειακοί θεραπευτές, όπως οι Selvini Pallzoli (1978) και Minuchin (Minuchin et al 1978), επιβεβαίωσαν και ανέπτυξαν περαιτέρω μερικές από τις δυναμικές αντιλήψεις της Bruch.

Στο αρχικό της έργο η Mara Selvini Palazzoli (1974 [1963]) ακολούθησε τη Βρετανική σχολή των αντικειμενότροπων σχέσεων. Κατά την άποψή της, ο ρόλος της αλληλεπίδρασης μητέρας-κόρης, είναι πρωταρχικής σημασίας για την κατανόηση της

δυναμικής διαδικασίας των διατροφικών διαταραχών. Εμπνεύστηκε άμεσα από τις ψυχαναλυτικές θεωρίες της M. Klein, αποδίδοντας μεγάλη σημασία στον ρόλο των προ-οιδιπόδειων στοιχείων για τη γένεση της ψυχογενούς ανορεξίας, καθώς επίσης και στις ιδιαιτερότητες της σχέσης με το αντικείμενο, ιδιαίτερα της σχέσης με το «κακό ενδοβληθέν αντικείμενο». Το σώμα συχνά, βιώνεται σαν να κατοικείται από μια κακή μητρική ενδοβολή και η λιμοκτονία ίσως, να συνιστά μια προσπάθεια να σταματήσει η ανάπτυξη αυτού του εχθρικού, διεισδυτικού εσωτερικού αντικειμένου, του εσωτερικού διώκτη. Η ταύτιση του φυσικού σώματος με την ενδοβλημένη ‘κακή’ μητέρα και η αδυναμία διάκρισης του εαυτού από τη μητέρα, ανάγει την ασιτία σε μέσο «ελέγχου, αποφυγής, άρνησης και τιμωρίας της κακής μητέρας» (Palazzoli, 1978). Το σώμα, συγχέομενο με το κακό αντικείμενο γίνεται αντικείμενο μίσους, το οποίο μάλιστα βιώνεται πολύ πιο απειλητικά από την τροφή. Η μάχη ενάντια στην πείνα είναι μια μάχη ενάντια στην ενσωμάτωση του αντικειμένου.

Σύμφωνα με τη Selvini Palazzoli, η μητέρα με την υπερπροστασία και την ανικανότητά της να οδηγήσει το παιδί στη διαφοροποίηση ως ξεχωριστή οντότητα, ενισχύει τη συμμόρφωση και την υποταγή, καθιστώντας έτσι το παιδί αναποτελεσματικό. Κατά την εφηβεία, ο διαχωρισμός μεταξύ του ενσωματωμένου Εγώ και του προσδιορισμού της ταυτότητας του Εγώ, εμφανίζεται με επακόλουθη καταστολή του κακού μητρικού αντικειμένου. Η ανορεκτική συμπεριφορά είναι έτσι το αποτέλεσμα παραμορφωμένων νοητικών αναπαραστάσεων του σώματος, του εαυτού και του αντικειμένου. Η αυτοεπιβαλλόμενη ασιτία με την επακόλουθη επίθεση στη γυναικεία σεξουαλικότητα, θεωρείται τότε ως μια προσπάθεια επίλυσης και μείωσης αυτής της σύγχυσης με την μητέρα. Η αδυναμία αυτών των κοριτσιών να αποχωρισθούν ψυχολογικά τη μητέρα τους, τις οδηγεί στο να μη μπορούν να αποκτήσουν καμιά σταθερή αίσθηση του δικού τους σώματος. Υπάρχει μια κατάσταση απελπισίας του Εγώ και πηγή κατάθλιψης απέναντι στην απειλή του σώματος που παχαίνει.

Ο Minuchin (1978) - οποίος είχε διατυπώσει και τον όρο «ψυχοσωματική οικογένεια», αναφερόμενος στην οικογενειακή, εκείνη, οργάνωση/δομή που υποβοηθά στην ανάπτυξη ψυχοσωματικών συνδρόμων και παράλληλα «χρησιμοποιεί» το παθολογικό σύμπτωμα ομοιοστατικά, για να διατηρήσει το τρέχον επίπεδο οικογενειακής οργάνωσης - προσδιόρισε κάποια κοινά γνωρίσματα που παρατηρούνται στις οικογένειες των ανορεκτικών ασθενών. Αυτό που κυριαρχεί είναι ένα μοτίβο σύγχυσης, όπου απουσιάζει κάθε γενεαλογικό ή προσωπικό όριο

(Gabbard, 2006, 2012). Κάθε μέλος της οικογένειας υπερεμπλέκεται στη ζωή όλων των άλλων μελών της σε τέτοιο βαθμό, που κανένας δεν μπορεί να αισθάνεται ότι έχει μια ξεχωριστή ταυτότητα έξω από το οικογενειακό πλαίσιο. Η υπερπροστασία, η ακαμψία και η ανικανότητα διαχείρισης διαφορών και επίλυσης προβλημάτων, στέκονται εμπόδιο στην προσωπική ανάπτυξη, στην εξατομίκευση και ανεξαρτητοποίηση του ατόμου.

Η Helene Deutsch στο βιβλίο της «The Psychology of Women» το 1973 υποστήριξε ότι η μητέρα κατά κανόνα φθονεί την έφηβη κόρη της. Η εκδήλωση της υπερπροστατευτικότητας και της τρυφερότητας από τη μεριά της μητέρας είναι μεταμφιεσμένος φθόνος. Η νεανική άνθιση ενός έφηβου κοριτσιού σηματοδοτεί την παρακμή της μητέρας προς τη μέση ηλικία (Apter T. 2012 : 231).

Οι συγγραφείς του έργου «Η πείνα και το σώμα» E.J. Kestenberg και S. Decodert ('La faim et le corps' Paris, 1972), συμφώνησαν με πολλές από αυτές τις απόψεις. Ωστόσο, (μέσα από το πρίσμα της διαστροφής)- στηριζόμενοι σε μεταγενέστερα φροϋδικά κείμενα που εισήγαγαν, ξεκινώντας από τον φετιχισμό, την έννοια της ιδιαίτερης ψυχικής δομής για τη διαστροφή, επέμεναν στη μεγάλη σημασία που έχει ο μηχανισμός άρνησης, ο πρωτογενής μαζοχισμός και ο ναρκισσισμός για την ΨΑ. Οι συγγραφείς αυτοί αναγνώρισαν τα συμπτώματα, τα ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά και τη συνύπαρξη αμυντικών διεργασιών σε ένα διαγνωστικό συνεχές που συγγενεύει με τις οριακές καταστάσεις (διαταραχές προσωπικότητας). Η E.J. Kestenberg (1975) χαρακτήρισε τις Ψυχογενείς Ανορεξίες σαν «ειδικές και πολύπλοκες (ψυχικές) οργανώσεις», οι οποίες μοιάζουν με νευρώσεις ή με ορισμένες ψυχωτικές οργανώσεις της προσωπικότητας. Αναφέρθηκε σε «παγωμένη ψύχωση» που χαρακτηρίζεται από μια καθηλωμένη αμετακίνητη φαντασιωσική οργάνωση που επιτρέπει τη συσκότιση των συγκρούσεων. Η ανορεκτική σύμφωνα με την ίδια, τείνει να αντικαταστήσει τον εσωτερικό λιβιδινικό δεσμό που διατηρεί τη συνοχή του Εγώ, με την διέγερση που προέρχεται από εξωτερικές αισθήσεις και που προφυλάσσουν το υποκείμενο από το εσωτερικό κενό (J.L.Venisse 1983,1987-Ελ. Λαζαράτου, 2016). Οι συγγραφείς αυτοί πρότειναν μια πολύ πετυχημένη περιγραφή της ανορεκτικούς ασθενούς, των γονέων και της οικογένειας. Η «ανορεξική», όπως παρατηρούν, «είναι επενδεδυμένη ως στοιχείο ναρκισσιστικής πληρότητας» της μητέρας της, επενδεδυμένη από μία «παντοδυναμία που θα θεραπεύσει τον ευνουχισμό της» (της μητέρας) και έτσι στερείται την αυτονομία της δικής της επιθυμίας (Μπούρα Μ. 2004).

Ο Ph. Jeammet (1990), τοποθέτησε στο επίκεντρο των διαταραχών διατροφής, την προβληματική της ταυτότητας. Υπογράμμισε την σπουδαιότητα του δίπολου εξάρτηση-αυτονομία και την ευθραυστότητα του υποκειμένου. Θεώρησε ότι στην ανορεκτική κυριαρχεί η παθολογία του Εγώ, οφειλόμενη στις πρώιμες ναρκισσιστικές ελλείψεις. Η συμπεριφορά εξάρτησης έρχεται να υποκαταστήσει, την αντικειμενόμενο σχέση και η αναζήτηση εξωτερικών αισθήσεων αντικαθιστά τις συγκινήσεις. Το υποκείμενο δεν έχει άλλη διέξοδο για να επιβεβαιώσει την ταυτότητά του παρά την ενδυνάμωση της εξαρτητικής συμπεριφοράς. Αυτή η κατάσταση καταλήγει στην παραδοξότητα που μπορεί να διατυπωθεί ως εξής «αυτό που έχω ανάγκη, επειδή ακριβώς το έχω ανάγκη, με απειλεί».

Η φτώχεια των φαντασιώσεων αυτών των ασθενών και η άμεση σύνδεση με την εξωτερική πραγματικότητα, παραπέμπουν στις δυσκολίες σύνδεσης πρωτογενών και δευτερογενών διεργασιών και στις ελλείψεις της λειτουργίας του προσυνειδητού, στοιχεία χαρακτηριστικά της ψυχοσωματικής δομής της προσωπικότητας, σύμφωνα με την ψυχοσωματική σχολή του Παρισιού (P. Marty, 1980, 1963). Η αλεξιθυμία επίσης, είναι ένα χαρακτηριστικό που έχει παρατηρηθεί πολύ συχνά σε άτομα με ανορεξία. Για τον Ph. Jeammet (1984), υπάρχει πάντα ο μεγάλος κίνδυνος της επέκτασης της ανορεκτικής συμπεριφοράς στο σύνολο των επενδύσεων. Αυτή η προοδευτική ανορεξία των επενδύσεων, εικονογραφεί την στενή αναλογία που υπάρχει ανάμεσα στη σχέση που έχει η ανορεκτική με την τροφή, με την εικόνα του σώματος και τις επενδύσεις αντικειμένων. Η ανορεκτική συμπεριφορά έχει μια αλεξι-ερεθιστική λειτουργία, αποτελεί το όριο ανάμεσα στο Εγώ και το αντικείμενο. Η βία της αίσθησης αχρηστεύει την ψυχική διεργασία της συμβολοποίησης και απομακρύνει τον κίνδυνο τη κατάθλιψης.

Η γαλλίδα ψυχαναλύτρια της ψυχοσωματικής σχολής N. Mc Dougall (1989) κατανοούσε την απειλητική για τη ζωή φύση της ψυχογενούς ανορεξίας, ως τρόπο έκφρασης «μη αναγνωρισμένων συναισθηματικών συγκρούσεων... παράδοξα χρησιμοποιούμενων στην υπηρεσία της ψυχικής επιβίωσης». Για την Mc Dougall η ανορεξία αποτελεί προπύργιο ενάντια στην απώλεια της ταυτότητας. Έχει τις ρίζες της στις πρώιμες διαταραχές της συναισθηματικής ανάπτυξης, όπου το σώμα δεν αναγνωρίζεται από το υποκείμενο σαν δικό του και οι συγκινήσεις αποτελούν κίνδυνο για το Εγώ. Η Mc Dougall (1989), υποστήριξε ότι αν το βρέφος αποτελεί τη μόνη πηγή λιβιδινικής και ναρκισσιστικής ικανοποίησης της μητέρας, τότε αυτό

προδιαθέτει τον μετέπειτα ενήλικο να δημιουργήσει παθολογικά μεταβατικά αντικείμενα (Farrel, 2000).

Η Farrel υποστηρίζει ότι η περίοδος πριν από τη γέννηση αλλά και μετά είναι πολύ σημαντική για την μετέπειτα ανάπτυξη διατροφικών διαταραχών. Αυτές οφείλονται στις ασυνείδητες και συνειδητές φαντασιώσεις που είχε η μητέρα, με αντικείμενο το έμβρυο ή το βρέφος. Στηριζόμενη στην θεωρία του Winnicott (1953) περί μεταβατικών αντικειμένων, εκείνη προτείνει ότι, οι μητέρες, εκείνες των οποίων η εσωτερική εικόνα του σώματος είναι ανασφαλής, χρησιμοποιούν το μωρό τους ως ένα ενδιάμεσο ή ένα μεταβατικό αντικείμενο (Farrel, 2000).

Ο Williams (1997), τόνισε ότι οι γονείς των ανορεκτικών κοριτσιών, αντί να «περιέχουν» το άγχος τους, τείνουν να το προβάλλουν στο παιδί τους. Αυτές οι προβολές μπορεί να βιώνονται ως ξένα εχθρικά σώματα μέσα στο παιδί. Για να προστατέψει τον εαυτό του από τις μη επεξεργασμένες και μη μεταβολισμένες εμπειρίες και φαντασιώσεις που προβάλλονται από τους γονείς πάνω του, το νεαρό κορίτσι μπορεί να αναπτύξει ένα αμυντικό σύστημα του τύπου «απαγορεύεται η είσοδος», που συγκεκριμενοποιείται με την αποχή από την τροφή (Gabbard, 2006, 2012:390).

Η κλινική βινιέτα που ακολουθεί αφήνει να φανεί ο ρόλος του άγχους της μητέρας στη συναισθηματική κατάσταση της κόρης-ασθενούς

(Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό το οποίο όμως αφαιρέθηκε για λόγους απορρήτου και προστασίας προσωπικών δεδομένων).

Επειδή η ακραία αμυντική στάση που υιοθετούν οι ασθενείς με ψυχογενή ανορεξία μπορεί να υπαγορεύεται από μια έντονη υποκείμενη παρόρμηση, ο Boris (1984) σημειώνει ότι ο πυρήνας της ψυχογενούς ανορεξίας είναι η έντονη, ασυνείδητη λαιμαργία. Όμως οι στοματικές επιθυμίες είναι τόσο απαράδεκτες που θα πρέπει να αντιμετωπιστούν μέσω των προβολών. Μέσω της προβλητικής ταύτισης, η λαίμαργη, απαιτητική αναπαράσταση του εαυτού, μεταφέρεται στους γονείς

(Gabbard, 2006, 2012). Σε μια διατύπωση επηρεασμένη από την κλαϊνική σκέψη, ο Boris θεώρησε την ψυχογενή ανορεξία ως μια ανικανότητα να παίρνουν καλά πράγματα από τους άλλους, εξαιτίας μιας ακατάλληλης επιθυμίας να κατέχουν. Οποιαδήποτε κίνηση να λάβουν φαγητό ή αγάπη, τις φέρνει αντιμέτωπες με το γεγονός ότι δεν μπορούν να κατέχουν ό, τι επιθυμούν. Καταφεύγουν έτσι, στη λύση να μην παίρνουν τίποτα από κανέναν. Ο φθόνος και η λαιμαργία συχνά, συνδέονται στενά στο ασυνείδητο. Η ασθενής φθονεί τα «καλά υπάρχοντα» της μητέρας, αλλά το να τα αποκτήσει κι αυτή, απλά αυξάνει τον φθόνο. Αποποιώντας τα, ασυνείδητα φαντασιώνεται ότι καταστρέφει ό, τι φθονεί. Είναι σα να λέει «δεν υπάρχει τίποτα καλό για μένα να κατέχω, γι αυτό απλά θα αποποιηθώ όλες μου τις επιθυμίες (Gabbard, 2006, 2012:391).

Η προβληματική αυτή μπορεί να διαφανεί στην παρακάτω περίπτωση:

(Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό το οποίο όμως αφαιρέθηκε για λόγους απορρήτου και προστασίας προσωπικών δεδομένων).

Ο Boris (1988) υποστήριξε ότι τα ανορεκτικά άτομα συνεχίζουν ασυνείδητα να εξισώνουν τη μητέρα με την τροφή και την ανάγκη ένωσης μαζί της. Η ασιτία αποτελεί την αντίδραση στο φόβο ότι θα αφομοιωθούν από τη μητέρα και θα εξαφανιστούν. Ο φθόνος του μαστού και ο φόβος ότι αν αυτός γνωστοποιηθεί θα καταστρέψει τις ίδιες και τη μητέρα, αποτελεί την αιτία της αποτυχίας της διαφοροποίησης τους από τη μητέρα (Sohn, 1985, Φ. Θεοδοσοπούλου, 2012).

Αν και οι περισσότερες αναπτυξιακές θεωρίες, για την προέλευση της ψυχογενούς ανορεξίας εστιάζουν στην δυάδα μητέρας –κόρης, οι Bemporad και Ratey (1985), παρατήρησαν ένα χαρακτηριστικό μοτίβο πατρικής εμπλοκής με τις ανορεκτικές κόρες. Σύμφωνα με αυτούς, ο τυπικός πατέρας επιφανειακά φρόντιζε και υποστήριζε την κόρη του, συναισθηματικά ωστόσο, την εγκατέλειπε όποτε πραγματικά εκείνη τον χρειαζόταν. Πολλοί πατέρες ανορεκτικών ασθενών αναζητούν εκείνοι συναισθηματική φροντίδα από τις κόρες τους αντί να δίνουν (Gabbard G.O 2000, 2012).

Η παρακάτω αφήγηση μπορεί να δώσει μια εικόνα για αυτό το θέμα.

(Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό το οποίο όμως αφαιρέθηκε για λόγους απορρήτου και προστασίας προσωπικών δεδομένων).

Και οι δύο γονείς συχνά νιώθουν απογοητευμένοι από το γάμο τους, κάτι που τους οδηγεί στο να αναζητούν συναισθηματική τροφή από την κόρη. Έχουν την απαίτηση από το παιδί τους να λειτουργεί με τρόπο ενήλικο. Στην ουσία του αρνούνται τις βρεφικές- παιδικές του ανάγκες. Η συνηθέστερη αιτία αυτής της απαίτησης είναι ότι οι ίδιοι έχουν νιώσει στερημένοι συναισθηματικά από τους δικούς τους γονείς και γι αυτό δυσκολεύονται να προσφέρουν αυτά που χρειάζεται το παιδί τους αλλά αντίθετα περιμένουν από αυτό να τους προσφέρει ικανοποίηση.

Ο πατέρας συχνά περιγράφεται ως απών, ανύπαρκτος. Ακόμη και αν είναι παρών στον οικογενειακό σχηματισμό, τον παραμερίζουν ή θέτει ο ίδιος τον εαυτό του στο περιθώριο και θεωρείται από τη μητέρα ανάξιος σε ό, τι αφορά τους ρόλους του, του πατέρα και του συζύγου. Όσο πετυχημένος και αν είναι κοινωνικά και επαγγελματικά, περιγράφεται συνήθως, σαν υποταγμένος και παθητικός μέσα στον οικογενειακό κύκλο. Οι E.J. Kestenberg και S. Decobert, αναφέρθηκαν σε «μητράζοντες» («maternises») πατέρες που «επενδύονται τον ρόλο της «καλής μητέρας» σε περίπτωση ανοιχτής ή υπολανθάνουσας ρήξης», πατέρες που εν τέλει, παρουσιάζονται περισσότερο σαν «τμήμα ή συμπλήρωμα της μητέρας παρά σαν αντικείμενο γενετήσιας οιδιπόδειας επένδυσης» (J-L. Venisse, 1983, 1987).

Η M. Klein γράφει στο βιβλίο της «η Αγάπη και το Μίσος- η ανάγκη της επανόρθωσης», ότι ο πολύ σημαντικός ρόλος που παίζει ο πατέρας στη συναισθηματική ζωή του παιδιού, επηρεάζει εξίσου όλες τις κατοπινές σχέσεις αγάπης και όλες τις ανθρώπινες σχέσεις. Ωστόσο, η πρωταρχική σχέση του μωρού με τον πατέρα, στο βαθμό που τον νιώθει σαν ένα πρόσωπο φιλικό, προστατευτικό και πηγή ικανοποίησης, διαμορφώνεται, σ' ένα μεγάλο μέρος, στη βάση της σχέσης του με τη μητέρα.

2.6 Προσεγγίσεις Ψυχαναλυτών από τη Βόρεια Αμερική – Η Ψυχολογία Του Εαυτού

Οι βορειοαμερικανοί συγγραφείς βασίστηκαν περισσότερο, για την κατανόηση των διατροφικών διαταραχών, στις αντικειμενότητες σχέσεις και ειδικότερα στις αναπτυξιακές φάσεις της Mahler. Μερικά παραδείγματα είναι οι συνεισφορές των Blatt (1974), Masterson (1978), Sours (1980), Sugarman (1991) και Patton (1992).

Κατά την παρατήρηση της φυσιολογικής και μη φυσιολογικής αλληλεπίδρασης μητέρας-μωρού, οι Mahler et al. (1975) προσδιόρισαν τα ακόλουθα τρία βασικά στάδια ανάπτυξης της προσκόλλησης, στο βρέφος: 1) η αυτιστική φάση (έως 2 μηνών), 2) συμβιωτική φάση (2-6 μηνών) και 3) αποχωρισμού-εξατομίκευσης, η οποία χαρακτηρίζεται από τέσσερα υποστάδια: α) της διαφοροποίησης (6-10 μηνών), β) της εξάσκησης (10-16 μηνών), γ) της επαναπροσέγγισης (16-24 μηνών) και δ) παγίωση της εξατομίκευσης και η απαρχή της σταθερότητας, μονιμότητας του αντικειμένου.

Η ψυχοπαθολογία, των ανορεκτικών ασθενών, έχει τις ρίζες της στην παιδική ηλικία και ειδικότερα στην υπο-φάση της «επαναπροσέγγισης» (rapprochement) στο στάδιο ανάπτυξης που η Mahler (1971) ονόμασε «αποχωρισμός - εξατομίκευση».

Σύμφωνα με τον Blatt (1974), οι αναπαραστάσεις αντικειμένων αναπτύσσονται σε ένα μονοπάτι, όπου αρχικά το βρέφος δεν αναγνωρίζει τη διαφορά μεταξύ της ανάγκης που ικανοποιείται και του αντικειμένου που παρέχει αυτή την ικανοποίηση. Η διαφοροποίηση του εαυτού-αντικειμένου συμβαίνει κατά τη διάρκεια αυτών των φάσεων. Ο ίδιος δηλώνει ότι η φάση του αποχωρισμού - εξατομίκευσης δεν είναι πλήρης έως ότου το βρέφος φτάσει στην τελευταία φάση της αναπαράστασης εαυτού- αντικειμένου. Συμπεραίνει επομένως, ότι οι ασθενείς που πάσχουν από διατροφικές διαταραχές, απέτυχαν να φτάσουν σε μια ώριμη αναπαράσταση αντικειμένων.

Ορμώμενος από τη θεωρία της Mahler, ο Masterson (1978) δηλώνει ότι η ανορεξική ασθενής έχει δύο διαστρεβλωμένες αναπαραστάσεις του εαυτού και του αντικειμένου που προέρχονται από μια αναπτυξιακή καθήλωση στο συμβιωτικό στάδιο και στο στάδιο του αποχωρισμού-εξατομίκευσης. Η πρώτη αναπαράσταση είναι παθητική, συμμορφωμένη και καλή και προέρχεται από την ενδοβολή της μητρικής αποδοχής και υποστήριξης ως απάντηση στην προσκόλληση της ασθενούς

στη μητέρα. Η δεύτερη αναπαράσταση είναι ανεπαρκής, κακή και ενοχική και προέρχεται από την ενδοβολή της μητρικής εχθρότητας, απόσυρσης και απόρριψης ως απάντηση στην προσπάθεια της ανορεκτικής κόρης να αποχωριστεί τη μητέρα της (Γονιδάκης Φ.- Βάρσου Ε. 2008). Ως εκ τούτου, η δυαδικότητα της αναπαράστασης εαυτού - αντικειμένου, αποτελείται από τους ενοχικούς και τους κακούς, αφενός, και τους συμπαθείς και καλούς από την άλλη.

Ο J.A.Sours (1980), επεξεργάστηκε μια σειρά από δυσκολίες που έχουν οι ασθενείς αυτοί σε σχέση με την πρόσβαση σε μνήμες και φαντασιώσεις, υπογραμμίζοντας παράλληλα τη στρέβλωση των αναπαραστάσεων του εαυτού και του αντικειμένου. Σύμφωνα με τον ίδιο, συχνά παρόντα στις αναπτυξιακές ιστορίες των διατροφικών ασθενών είναι τα ελλείμματα του εγώ, η κακή αίσθηση του εαυτού και η αποτυχία να αναπτυχθεί η σταθερότητα του εαυτού και του αντικειμένου. Ο A. Sours πιστεύει ότι η έφηβη δεν είναι ικανή να αντιμετωπίσει τη διαδικασία αποχωρισμού - εξατομίκευσης λόγω της υπερπροστασίας και του υπερελέγχου κατά την παιδική ηλικία. Η άρνηση είναι ο κεντρικός μηχανισμός άμυνας: άρνηση για τη λεπτότητα του σώματος, την αρρώστια, τη θεραπεία. Αυτή η άρνηση είναι αποτέλεσμα του μητρικού υπερελέγχου που αναγκάζει τις ανορεκτικές να αρνηθούν τις εννομήσεις, τα συναισθήματα, τις επιθυμίες (Caparrotta L. Ghaffari K. 2006).

Ο Sours (1974) περιγράφει δύο ομάδες ανορεκτικών ασθενών. Η πρώτη ομάδα αφορά έφηβες οι οποίες εμφανίζουν έντονο φόβο μπροστά στην ανάδυση των εφηβικών τους εννομήσεων. Η αναζωπύρωση των οιδιποδιακών επιθυμιών στην εφηβεία οδηγεί σε καταθλιπτική συμπεριφορά. Η μείωση της λήψης τροφής σε ένα σώμα που αντιλαμβάνονται ως υπερβολικά ερεθιστικό σεξουαλικά, στοχεύει στην αναστολή των ορμονολογικών μεταβολών, έτσι ώστε μειώνοντας τη λίμπιντο, αποφεύγουν τα σεξουαλικά συναισθήματα και φαντασιώσεις. Παλινδρομούν στο στοματικό- επιθετικό στάδιο όπου οι επιθυμίες ενσωμάτωσης γεννούν φόβους συγχώνευσης, καταστροφής ή εκμηδένισης από το εσωτερικευμένο πρωτόγονο αντικείμενο. Η άρνηση λήψης τροφής, η υπερδραστηριότητα, η απομόνωση, ως αμυντικές συμπεριφορές, προφυλάσσουν από το υπερβολικό πλησίασμα με το αντικείμενο. Φαίνεται ότι αυτή η ομάδα κοριτσιών βρίσκεται καθηλωμένη στην τελική φάση της διαδικασίας αποχωρισμού- εξατομίκευσης ή στην πρώιμη- αρχική φαλλική φάση. Η αναπαράσταση του εαυτού είναι πιο ενιαία και ολοκληρωμένη και ο μηχανισμός σχάσης ανάμεσα στο καλό και κακό αντικείμενο εμφανίζεται σπανιότερα. Οι μηχανισμοί άμυνας είναι πιο ώριμοι και κυριαρχούν κυρίως η

απόθεση, η μετουσίωση και ο αντιδραστικός σχηματισμός (reaction formation). Οι ασθενείς αυτής της ομάδας τείνουν να έχουν φαντασιώσεις στοματικής εγκυμοσύνης και αργότερα στην πορεία της παλινδρόμησης, φόβους κατάποσης και εγκατάλειψης. Η συγκεκριμένη ομάδα έχει λιγότερο διαταραγμένη συμπεριφορά και καλύτερη πρόγνωση (Γιαννακούλας Α. - Fizzarotti S. 2007, Caparotta L. and Ghaffari K., 2006, Λαζαράτου Ε. 2016).

Η δεύτερη ομάδα ασθενών, αφορά σε κορίτσια μέσης ή προχωρημένης εφηβείας με δομικές ελλείψεις του Εγώ οι οποίες προέρχονται από την αποτυχία της προσέγγισης στην υποφάση του αποχωρισμού-εξατομίκευσης. Στα κορίτσια αυτά, τα οποία έχουν πιο σοβαρή διαταραχή, κυριαρχούν οι φαντασιώσεις καταβρόχθισης, εγκατάλειψης και απώλεια της αυτονομίας τους. Οι διαταραχές στο σώμα, στην αντίληψη και κυρίως το αίσθημα αναποτελεσματικότητας στον έλεγχο της εσωτερικής τους ζωής, είναι τα κύρια χαρακτηριστικά αυτής της ομάδας. Κυριαρχούν οι μηχανισμοί της σχάσης, της προβολής, της εκδραμάτισης και της άρνησης. Σύμφωνα με τον ίδιο, αυτή η αποτυχία οφείλεται στην ανικανότητα της μητέρας να ανεχτεί τη αμφιθυμία, την αδυναμία και την διαφορετικότητα του μικρού παιδιού.

Ο Sours (1980) προειδοποίησε για τις δυσκολίες που αντιμετωπίστηκαν κατά την ανάπτυξη θεραπευτικής συμμαχίας με ασθενείς με διαταραχές στην πρόσληψη τροφής και υποστήριξε τη χρήση της αντιμεταβίβασης στη διατύπωση της ερμηνείας στη θεραπεία τους.

Το 1956 ο E. I. Falstein και οι συνεργάτες του περιέγραψαν τα εξελικτικά και δυναμικά μοντέλα μιας τρίτης ομάδας που αφορούσε σε αγόρια, συνήθως στην προεφηβεία ή στην αρχική φάση της εφηβείας. Τα αγόρια αυτά χαρακτηρίζονται από έντονο φόβο των οιδιποδιακών –γενετήσιων συναισθημάτων προς τη μητέρα τους και σε μερικές περιπτώσεις, φαντασιώσεις συγχώνευσης μαζί της (Crisp A. 1972, Falstein E. I. 1956, Γιαννακούλας Α. - Fizzarotti S. 2007). Η εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους εκλαμβάνεται ως ένδειξη θηλυκότητας, αδυναμίας και ομοφυλοφιλίας. Στις περισσότερες περιπτώσεις αποκαλύπτεται ένα ισχυρά αρνητικό οιδιπόδειο ιστορικό και ταύτιση με το θηλυκό (Λαζαράτου, 2016).

Οι Sugarman και Kurash (1982) και Sugarman (1991) στη μελέτη τους για τους βουλιμικούς ασθενείς διαπιστώνουν ότι τα συγκεκριμένα άτομα δεν μπορούν να εκφράσουν τις ανάγκες τους λεκτικά και συμβολικά. Σύμφωνα με τον Patton (1992), η εμπειρία της εγκατάλειψης αντικαθίσταται συμβολικά με την τροφή. Ο Sugarman πίστευε ότι, στην υπο-φάση του αποχωρισμού-εξατομίκευσης, ένα βασικό

αναπτυξιακό έλλειμμα εμποδίζει την ικανότητα των βουλιμικών ασθενών να επικαλεστούν αναπαραστάσεις εαυτού και αντικειμένου Στη συνέχεια, το μητρικό αντικείμενο αποκτά πρόσβαση μέσω του bingeing, αντιγράφοντας έτσι την συμβιωτική εμπειρία με τη μητέρα (Cararrota - Ghaffari K., 2006)

Οι επιστήμονες της ψυχολογίας-εαυτού, όπως οι Kohut και Goodsitt επεξεργάστηκαν περαιτέρω τον ρόλο των ελλειμμάτων ή/ και των ανώριμων ψυχικών δομών στην ψυχοδυναμική κατανόηση των διατροφικών διαταραχών (Garner και Garfinkel 1997). Η σχολή της ψυχολογίας-εαυτού (Kohut 1971, Goodsitt 1969, 1977, 1983) θεωρεί ότι το αναπτυξιακό έλλειμμα στο εμπραθητικό καθρέφτισμα, και της εξιδανίκευσης στη μητρική ανταπόκριση κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, αποτελεί το κύριο εμπόδιο για επιτυχή αποχωρισμό. Σύμφωνα με αυτούς τους συγγραφείς, αυτή η αποτυχία οδηγεί σε ελλείμματα σε ό, τι αφορά στην ικανότητα ρύθμισης και διατήρησης της συνοχής του εαυτού και στην αυτοεκτίμηση, συμπεριλαμβανομένου του ελέγχου του σώματος. Συνεπώς, η έλλειψη συνοχής του εαυτού, η σωματική αδυναμία και οι εμπειρίες απώλειας ελέγχου που επακολουθούν, κάνουν την οποιαδήποτε εξωτερική πίεση να γίνεται δυσβάσταχτη. Κατά τη διάρκεια της εφηβείας, οι σωματικές και συναισθηματικές μεταβολές που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με διατροφικές διαταραχές θεωρούνται απειλητικές, διότι σηματοδοτούν την έναρξη της ενηλικίωσης. Οι ανορεξικοί ασθενείς προσπαθούν να σταματήσουν αυτή τη διαδικασία διαχωρισμού διατηρώντας ένα προ-εφηβικό σώμα και η διατροφική διαταραχή γίνεται έτσι μια μορφή αντισταθμιστικής ταυτότητας του εαυτού. Άλλοι συγγραφείς (Barth 1988, Geist 1989) πιστεύουν επίσης, ότι οι ασθενείς που υποφέρουν από μια διατροφική διαταραχή υποφέρουν θεμελιωδώς από μια διαταραχή του εαυτού. Τα συμπτώματα θα μπορούσαν τότε να θεωρηθούν ως η προσπάθεια του ασθενούς να διατηρήσει μια αίσθηση του εαυτού (Cararrota - Ghaffari K., 2006).

Ο Alan Goodsitt (1985) προσέγγισε την ψυχογενή ανορεξία από μια προοπτική της ψυχολογίας του Εαυτού. Θεωρεί ότι τα συμπτώματα της ανορεξίας αντιπροσωπεύουν αφενός μια διακοπή του εαυτού και αφετέρου αποτελούν αμυντικά προσαρμοστικά μέτρα έναντι περαιτέρω διαταραχών. Επειδή τα ανορεκτικά άτομα υποφέρουν από εύθραυστη αυτοεκτίμηση, και φαίνεται να αποσυνδέονται τα αισθήματα από τον εαυτό τους και τον πυρήνα τους, ο Goodsitt βλέπει την νευρική ανορεξία ως «θεωρία των φαινομένων έλλειψης».

Με όρους της ψυχολογίας του Εαυτού, η κόρη μπορεί να αντιμετωπίζεται ως ένα εαυτό - αντικείμενο που παρέχει λειτουργίες κατοπτρισμού και επιβεβαίωσης

στον κάθε γονιό, αλλά που της αρνείται μια δική της αίσθηση εαυτού. Το ανορεκτικό κορίτσι αντίστοιχα, αμφιβάλλει σοβαρά αν μπορεί να στηριχτεί στους ανθρώπους για να ικανοποιήσει τις ανάγκες του για εαυτό- αντικείμενα. Δεν πιστεύει ότι οι γονείς ή οποιεσδήποτε άλλες σημαντικές μορφές στη ζωή της θα μπορούσαν, έστω και λίγο, να παραιτηθούν από τα δικά τους ενδιαφέροντα και τις ανάγκες, για να ασχοληθούν με τις δικές της, εξασφαλίζοντας της, μια ηρεμία, μια επιβεβαίωση και ένα καθρέφτισμα (Bachar et al 1999, Gabbard 2006). Το κορίτσι μπορεί να κλιμακώνει τη λιμοκτονία του και τον περιορισμό της τροφής, σε μια απεγνωσμένη προσπάθεια να αναγκάσει τους γονείς του να προσέξουν τον ψυχικό του πόνο και να αναγνωρίσουν την ανάγκη του για βοήθεια.

Συνοψίζοντας λοιπόν, η πρώιμη αποτυχία στην αναπαράσταση αντικειμένων, τα θέματα αποχωρισμού-εξατομίκευσης μαζί με τις παρανοήσεις των γονιών, τα ελλείμματα στο εμπραθτικό καθρέφτισμα που οδηγούν στην κακή συνοχή του εαυτού και το σοβαρό έλλειμμα της συμβολικής λειτουργίας, που έχουν επισημανθεί από αρκετούς κλινικούς και θεωρητικούς, μπορούν να κατανοηθούν ως σημαντικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση και ανάπτυξη των διατροφικών διαταραχών.

3. ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

3.1. Ο ρόλος της μητρικής λειτουργίας στην αιτιοπαθογένεια της ΨΑ -αξιοποίηση της ενσυναισθητικής λειτουργίας στη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία σε ασθενείς με ΨΑ

Οι προσπάθειες των θεωρητικών και κλινικών της ψυχανάλυσης να συνδέσουν την πρώιμη σχέση μητέρας- βρέφους με την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του ατόμου, έχουν εμπλουτίσει τη γνώση αναφορικά με την αιτιοπαθογένεια της ΨΑ και την εμφάνισή της στην εφηβεία. Χωρίς αμφιβολία, μία από τις γενικές παραδοχές που προέκυψαν μέσα από τις παρατηρήσεις και μελέτες τους είναι ότι, όταν υπάρχουν ανεπάρκειες στην προσφερόμενη φροντίδα και διαταραχές στην ψυχολογική σχέση του παιδιού με τη μητέρα του, οι επιπτώσεις στην ψυχική υγεία και στην ανάπτυξη της προσωπικότητας είναι καταλυτικές.

Η ύπαρξη και η ανάπτυξη του βρέφους στην αρχή της ζωής, σε ότι αφορά στην αυτονόμησή του, στην ανάπτυξη της κινητικής του εξέλιξης και στην αντίληψη της πραγματικότητας, είναι άμεσα συνδεδεμένη με την παρουσία του μητρικού αντικειμένου. Οι πρώτες εμπειρίες με το μητρικό σώμα έχουν εξέχουσα σημασία και όλα τα μη λεκτικά ίχνη που αποτυπώνονται στο σώμα συναντώνται σε μορφή διαλόγου ανάμεσα στο δύο πρωταγωνιστικά πρόσωπα. Οι σωματικές ενδείξεις του βρέφους, οι οποίες αποκτούν νόημα μέσα από την ερμηνεία της μητέρας, σχηματίζουν ένα ιδιαίτερο ιδίωμα που βρίσκεται στο επίκεντρο των συναλλαγών μεταξύ μητέρας και βρέφους και που οδηγεί στην οργάνωση μιας σωματικής συζήτησης και επικοινωνίας που συμβάλλουν στην παγίωση του αισθήματος του εαυτού και της ετερότητας (Stern D. 1985, Τσιπά. Ν. 2014:233). Οι εμπειρίες αυτές, της φροντίδας, της επαφής, της γνωριμίας με τη μητέρα του, βοηθούν το παιδί να κατασκευάσει μια αίσθηση εαυτού και να αποκτήσει την αίσθηση να αναστοχάζεται και να κατανοεί τις αντιδράσεις των άλλων. Όταν οι δυσκολίες στην κατανόηση της μητέρας είναι παρατεταμένες, τότε το παιδί προσπαθεί να εισπράξει όση ανακούφιση μπορεί, τροποποιώντας τον εαυτό του και αρνούμενο τις ανάγκες του.

Οι ψυχαναλυτικές θεωρίες για τη σχέση του βρέφους με το πρωταρχικό αντικείμενο, τη μητέρα, αναδεικνύουν την καθοριστική σημασία που έχει για την συνολική ανάπτυξη του ατόμου, η πρωταρχική σχέση του παιδιού με την μητέρα του.

Στον ψυχαναλυτικό χώρο, η μητέρα έχει θεωρηθεί αρχικά ως η μητέρα των διεγέρσεων και της σαγήνης (Freud, 1930). Αργότερα, ως η μητέρα που φέρει,

περιέχει και ονειρεύεται (W. Bion), που κρατάει (D. Winnicott), που στηρίζει λειτουργικά (P. Marty), που πλαισιώνει (A. Green), που οριοθετεί και λογοκρίνει. Οποσδήποτε είναι το κατ' εξοχήν αντικείμενο της ανάγκης, της επιθυμίας και των φόβων του βρέφους (Ποταμιάνου Α. 2014:229). Το άτομο μητέρα είναι εκεί, είναι το αντικείμενο, η αναπαράσταση της εικόνας της, που περιλαμβάνει εκτός από το συγκεκριμένο σώμα της και αναγνωρίσιμες αισθητές, χαρακτηρισολογικές ιδιαιτερότητες, συμπεριφορές, συναισθήματα κ.α.

Οι λειτουργίες της όπως, η φροντίδα (περιβαλλοντική μητέρα), το holding, η αλεξιερηθιστική λειτουργία, η συμβολοποίηση, η ερωτικοποίηση του σώματος, το καθρέφτισμα, η reverie και η γενική λειτουργία του «μεγαλώνειν», πηγάζουν από τη βασική σχέση μητέρας παιδιού και συνοδεύουν το παιδί από την αρχή της ζωής του και σε όλη του την εξέλιξη. Είναι σαφές ότι η μητέρα με την καλή συναισθηματική διαθεσιμότητα και ανταπόκριση προς το παιδί της, αποτελεί τη βάση για τη δόμηση ενός εαυτού που θα παρουσιάζει συνοχή, οργάνωση και δημιουργικότητα. Ο βαθμός απόκλισης του παιδιού από τη φυσιολογική πορεία εξαρτάται από το βαθμό απόκλισης της μητρικής λειτουργίας σε συνδυασμό, βέβαια πάντα, και με τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά του παιδιού.

Το ασυνείδητο των παιδιών αντιστοιχεί πολύ συχνά με το ασυνείδητο της μητέρας, λέει η Klein (1956). Είτε χρησιμοποιούν είτε όχι την προσφορά αγάπης της μητέρας που προορίζεται γι αυτά, τα παιδιά αντλούν μια πολύ μεγάλη ανακούφιση και ασφάλεια και μόνο στο γεγονός ότι ξέρουν πως η αγάπη αυτή υπάρχει.

Μέσα από τα παραδείγματα των κλινικών περιπτώσεων που προαναφέρθηκαν γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι, όταν μια αρκετά καλή μητρική λειτουργία δεν παρέχεται στο παιδί, τότε αυτό εσωτερικεύει αρνητικές εμπειρίες της συναλλαγής του με τη μητέρα. Αυτές οι εμπειρίες το καθιστούν αδύναμο στο να δημιουργήσει την αναπαράσταση ενός σταθερά καλού αντικειμένου, τη δική του αναπαράσταση ως καλού και άξιου υποστήριξης και αποδοχής και τη βασική εμπιστοσύνη προς τους ανθρώπους και το περιβάλλον του. Είναι κατανοητό επίσης, ότι μία μη επαρκής μητρική λειτουργία μπορεί να οδηγήσει το παιδί στο να μη μπορεί να συμβολοποιήσει και να επεξεργαστεί τις διάφορες εντάσεις με τη δευτερογενή διεργασία - τη σκέψη και το λόγο (Σ. Μπεράτη 2003).

3.2 Κλινικά Συμπεράσματα

(σχετιζόμενα με το κλινικό υλικό που περιλαμβάνεται στην παρούσα μελέτη).

Για να αναπτυχθεί ψυχικά υγιές «το βρέφος και το μικρό παιδί θα πρέπει να βιώσει μια ζεστή, στενή και αδιάκοπη σχέση με τη μητέρα του, στην οποία σχέση βρίσκουν και οι δυο ικανοποίηση και ευχαρίστηση» λέει ο Bowlby (1951, 1973).

Για την Γεωργία είναι απαραίτητη μια σχέση με τη μητέρα της- θεραπεύτρια, όπου δεν θα χρειάζεται η μεσολάβηση της γλώσσας για να κατανοηθούν οι επιθυμίες και τα άγχη της. Μέσα από την εγκατάσταση μιας τέτοιας σχέσης, αναζητά ουσιαστικά να συναντήσει τη μητέρα της προλεκτικής περιόδου της ζωής της. Μια σχέση που να εξασφαλίζει ότι εκείνη (η μητέρα – θεραπεύτρια) θα μπορεί να νιώσει τον ψυχικό της πόνο και την απελπισία της, να την ανακουφίσει, να αντέξει την επιθετικότητά της, τον θυμό της, το άγχος της, τον πανικό της, χωρίς να φοβάται ότι θα την εγκαταλείψει, μια σχέση που θα την απαλλάξει από τη μοναξιά της. Η μητέρα –θεραπεύτρια πρέπει να δεχθεί να γίνει αντικείμενο επένδυσης. Όπως τόνισε ο Winnicott, καθώς προσέγγιζε το ζήτημα των αναπαραστάσεων, η δόμηση του αντικειμένου θα πραγματοποιηθεί υπό την προϋπόθεση πως αυτό θα αποδεχτεί την καταστροφή του, επιβιώνοντας τελικά από αυτήν. Η μητέρα- θεραπεύτρια λειτουργώντας «ως περιέχον», ως ένα δοχείο δηλαδή, που θα δεχθεί τις προβολές της, θα πρέπει να προσπαθήσει να τις κατανοήσει και να τις κρατήσει για λογαριασμό της, έως ότου η ίδια (η Γεωργία) μπορέσει ξανά να τις κρατήσει για τον εαυτό της.

Για την περίπτωση της Ελπίδας, η υπόθεση που θα μπορούσε να σχηματιστεί είναι ότι, η ΨΑ εμφανίζεται μέσα από μια πρωτογενή ταύτιση με την καταθλιπτική μητέρα, που στην εφηβεία, όταν ξαναβρίσκονται μητέρα και κόρη, η νόσος εκδηλώνεται, ως μια προσπάθεια επανόρθωσης για λογαριασμό της μητέρας. Είναι σαν να λέει δηλαδή, η Ελπίδα (σε μια ασυνείδητη προσπάθειά της να επανενωθεί με τη μητέρα) «εάν δεν μπορώ να αγαπηθώ από τη μητέρα μου θα γίνω ίδια με αυτήν». Ο αποχωρισμός δεν πραγματοποιείται, αλλά διατηρείται η συμβίωση και η συγχώνευση, επειδή ακριβώς το ψυχικό τραύμα, έλαβε χώρα πολύ νωρίς και πριν το βρέφος –Ελπίδα, προλάβει να διαμορφώσει αυτή την παισιωτική δομή μιας μητέρας που είναι ικανή να την διευκολύνει στο δρόμο προς νέα αντικείμενα αγάπης (χωρίς η ίδια να ζητάει πολλά για τον εαυτό της). Ο αποχωρισμός της Ελπίδας από τη μητέρα της δεν έγινε υπό φυσιολογικές συνθήκες, έτσι ώστε το πρωταρχικό αντικείμενο

συγχώνευσης να μετασχηματιστεί σε αυτή την πλαισιώνουσα δομή που θα αφήνει χώρο στο Εγώ να επενδύσει λιβιδινικά και σε άλλα αντικείμενα. Η Ελπίδα δεν ενδιαφέρεται για τίποτα άλλο *«παρά μόνο να είναι η μαμά ευχαριστημένη»*.

Η φυσιολογική ανάπτυξη του ανθρώπου, λέει ο Winnicott, διευκολύνεται από την ικανότητα της μητέρας να λειτουργεί ως καθρέφτης, να αντικατοπτρίζει δηλαδή αυτό που είναι το βρέφος. Στις περιπτώσεις όμως που η μητέρα δεν είναι «αρκετά καλή», δεν μπορεί να ανταποκριθεί στην αυθόρμητη χειρονομία του βρέφους, η οποία πηγάζει από τον αληθνή εαυτό του, αλλά την υποκαθιστά με τις δικές της συμπεριφορές, που αποκτούν νόημα μόνο με τη συμμόρφωση (compliance) του βρέφους σε αυτές. Τότε το βρέφος, όταν κοιτάζει τη μητέρα του αυτό που βλέπει δεν είναι ο εαυτός του αλλά η διάθεση της μητέρας ή, ακόμα χειρότερα οι άκαμπτες άμυνες της και οδηγείται στη διαμόρφωση ενός ψευδούς εαυτού (false self) και σε μια ψευδή ζωή. Όταν η Αθηνά αφηγούνταν στη θεραπεύτρια με σπαραγμό, την εμπειρία που είχε με τη μητέρα της στα δοκιμαστήρια, δεν ήταν δυνατό να μη έρθει στο νου της θεραπεύτριας, αυτό που ο Winnicott διατύπωσε μιλώντας για το πρόσωπο της μητέρας ως καθρέφτη *«...εκείνο που βλέπει είναι ο εαυτός της»*. Στο πρόσωπο της μητέρας της η Αθηνά είδε την απέχθεια. Έναν απεχθή εαυτό που δεν του αξίζει να ταϊστεί, να φροντιστεί, να αγαπηθεί. Η Αθηνά έχει ανάγκη από μια σχέση με μια μητέρα-θεραπεύτρια, όπου θα μπορεί να προβάλλει σε αυτή τα ενορμητικά της παράγωγα, τα διασπασμένα εσωτερικά της αντικείμενα, αναμένοντας από εκείνη να τα υποδεχθεί, να τα συγκρατήσει, να τα αντέξει, να τα μετασχηματίσει και να τα επιστρέψει πίσω σε αυτή πιο ψυχοποιημένα και κατανοητά, να τα εμπεριέξει δηλαδή, αξιοποιώντας όχι μόνο τις σκέψεις της αλλά και τις αισθήσεις της, τις φαντασιώσεις και την ονειροπόληση της. Μόνο έτσι θα μπορέσει να κατανοήσει τον εσωτερικό της κόσμο. Μέσα από το κράτημα μιας αρκετά καλής μητέρας-θεραπεύτριας, η οποία θα τη συνοδεύσει στην πορεία της από την εξάρτηση στην ανεξαρτησία και μέσα από τον αντικατοπτρικό ρόλο της ως μητέρας-πιστού καθρέφτη, που αντικατοπτρίζει τον αληθινό εαυτό της ως βρέφος-θεραπευόμενη, θα μάθει να διακρίνει τις δικές της εσωτερικές καταστάσεις και συναισθήματα.

Για την Μαρίνα είναι σημαντικό να εισπράξει θετικά συναισθήματα από τη μητέρα - θεραπεύτρια. Η θεραπεύτρια χρειάζεται να πιστέψει σε αυτή, να αναγνωρίσει τις ικανότητές της, να δώσει το νόημα που εκείνη δεν μπορεί, σε ό, τι κι αν κάνει, παραχωρώντας της τις απαραίτητες ψυχικές λειτουργίες που στερήθηκε στη σχέση της με το πρωταρχικό αντικείμενο - μητέρα, βοηθώντας τη να τις ενδοβάλλει

και σταδιακά να ταυτιστεί μαζί τους. Η μητέρα-θεραπεύτρια δια μέσω της «συγκρατούσας» ή «φέρουσας» λειτουργίας της (holding function), της «ενσυναίσθησης» (empathy), της «ονειροπόλησης» (reverie) και της «περιέχουσας» λειτουργίας της (containing function), θα επιδράσει υποστηρικτικά, ηρεμιστικά, αυτορρυθμιστικά και οργανωτικά στον ψυχισμό της Μαρίνας.

Για την Μελίνα, η υπόθεση που δημιουργείται είναι ότι, η υπερπροστατευτική συμπεριφορά των γονιών ενδεχομένως, να οφείλονταν στους ασυνείδητους φόβους ότι το παιδί κινδυνεύει από κάποια άμεση καταστροφή ή κινδυνεύει να πεθάνει. Η Μελίνα ως «παιδί της αναπλήρωσης» γεννιέται αμέσως μετά το θάνατο της αδερφής της κι ενώ οι γονείς δεν έχουν πενήσει και δεν έχουν ξεπεράσει την απώλεια. Χρησιμοποιείται, ίσως, από τους γονείς της για να αρνηθούν την απώλεια ή και να καθυστερήσουν τον πόνο του πένθους. Μια άλλη υπόθεση που μπορεί να σχηματιστεί για την περίπτωση της Μελίνας είναι ότι αυτή, ως βρέφος και ως παιδί, είχε προσλάβει το άγχος θανάτου που ένιωθαν οι γονείς της, λόγω της απώλειας της πρωτότοκης κόρης τους. Η αρνητική ασυνείδητη αναπαράσταση ενός παιδιού που πεθαίνει, μπορεί να δημιουργήθηκε, να βιώθηκε και να ενσωματώθηκε στον ψυχισμό της Μελίνας. Έτσι, ως έφηβη αναπτύσσει και εκδηλώνει μια ψυχοπαθολογία, η οποία χαρακτηρίζεται από ένα συνεχή κίνδυνο για τη ζωή της. Η Μελίνα φαίνεται να νιώθει μεγάλο θυμό για τη μητέρα της, έχοντας όμως την άσβεστη ανάγκη να ενωθεί με τη μητέρα αλλά και φέρνοντας εντός του ψυχισμού της, την ασυνείδητη τάση να τιμωρήσει και να καταστρέψει την μητέρα και τον εαυτό της. Μια αδιαφοροποίητη ψυχική κατάσταση φαίνεται να χαρακτηρίζει και αυτήν την περίπτωση.

Μια γενική παραδοχή από όλους τους κλινικούς, που καλούνται να αντιμετωπίσουν αυτή την ιδιαίτερη ομάδα ασθενών, είναι ότι πρόκειται για μια ομάδα «δύσκολων ασθενών» τόσο ως προς την προσέγγιση τους όσο και ως προς την θεραπευτική τους αντιμετώπιση. Η θεραπευτική διαδικασία δοκιμάζεται από έντονα συναισθήματα, είτε από την πλευρά του θεραπευτή είτε από την πλευρά του θεραπευόμενου.

Η ατομική ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία της ΨΑ είναι μια μακρόχρονη επίπονη διαδικασία και για την ασθενή αλλά και για τον θεραπευτή, πολύ συχνά δε, προσκρούει στις τρομερές αντιστάσεις που προβάλλει η ίδια η ασθενής απέναντι στις αλλαγές. Ωστόσο, οι ψυχοθεραπευτές που αναλαμβάνουν αυτές τις ασθενείς, δεν πρέπει να ξεχνούν αυτό που Boris (1984b), τόνισε «Ό, τι εμείς θεωρούμε συμπτώματα, αυτές τα θεωρούν τη λύτρωσή τους» (Gabbard G.O, 2000, 2012:394).

Η θεραπευτική διαδικασία θα πρέπει να βασίζεται στην «ενσυναισθητική» σχέση, στην δημιουργία δηλαδή αυτής της αλληλεπίδρασης, όπου η ασθενής θα μπορεί να εκφράζεται και να καθρεπτίζεται μέσα από τον θεραπευτή. Μέσα από αυτή τη σχέση η ασθενής μπορεί να βοηθηθεί ώστε να επεξεργαστεί και να αναστρέψει τις τραυματικές σχέσεις του παρελθόντος της. Στόχος είναι να βιωθεί από την ασθενή η θεραπευτική σχέση ως μια σχέση με ένα νέο αντικείμενο, το οποίο μπορεί να εμπειριέξει τα άγχη της, και να τα μεταβολίζει, καλύπτοντας στον ψυχισμό της τα ελλείμματα που προϋπήρχαν. Η θεραπευτική σχέση, μέσα από την εσωτερίκευση της, είναι εν τέλει αυτή που θα αποτελέσει ουσιαστικά τη βάση, για να επιτελεσθεί σταδιακά η ψυχική αναδόμηση.

3.3 Περιορισμοί της μελέτης – προτάσεις

Λαμβάνοντας υπόψη ότι ένας από τους μεγαλύτερους φραγμούς με τον οποίο έρχονται αντιμέτωποι όσοι μελετούν τους ανθρώπους, χρησιμοποιώντας την επιστημονική προσέγγιση, είναι η πολυπλοκότητα της προσωπικότητας τους και η μοναδικότητά τους, επισημαίνονται οι περιορισμοί και οι επιφυλάξεις σε ό, τι αφορά την γενίκευση των συμπερασμάτων.

Τα συμπεράσματα που εξήχθησαν από τη συγκεκριμένη μελέτη, οπωσδήποτε, έχουν ενδεικτική αξία μόνο και δεν μπορούν να γενικευθούν, καθώς αφενός έχει χρησιμοποιηθεί μικρό και όχι τυχαίοποιημένο δείγμα περιπτώσεων με ΨΑ και αφετέρου, σε ό, τι αφορά στην ελλειμματική μητρική λειτουργία, αυτή έρχεται εις γνώση μας, μέσα από τις αφηγήσεις των ενήλικων πια ατόμων που βρίσκονταν ήδη σε θεραπεία και η οποία αφορούσε αναδρομική μνήμη σε υποκειμενικά βιώματα. Η ελλειμματική μητρική λειτουργία δεν καταγράφηκε μέσα από την άμεση παρατήρηση του δεσμού της μητέρας με το παιδί της, από ένα τρίτο ουδέτερο πρόσωπο-ερευνητή και αντικειμενικό παρατηρητή. Δεν μελετήθηκε σε ένα αυστηρά ελεγχόμενο περιβάλλον, όπου και θα επιβαλλόταν να ελεγχθούν όλες οι μεταβλητές που ενδεχομένως να τροποποιούσαν, ως ένα βαθμό, τα ευρήματα της μελέτης. Η απουσία μητρικής ενσυναίσθησης και η ελλειμματική μητρική λειτουργία, πιθανολογήθηκε μέσα από τα λεγόμενα του ενήλικου πια παιδιού που πάσχει ήδη, και εξετάστηκε μέσα από το πρίσμα συγκεκριμένων θεωριών αλλά και την υποκειμενική ματιά της θεραπεύτριας, η οποία βασίστηκε κι αυτή σε συγκεκριμένο θεωρητικό υπόβαθρο.

Μια εκτεταμένη διαχρονική, ποιοτική και ενδεχομένως και ποσοτική μελέτη, η οποία θα συνέδεε σαφώς την ελλιπή μητρική λειτουργία με την εμφάνιση της ΨΑ, μετέπειτα στην εφηβεία, θα είχε ιδιαίτερη σημασία σε επίπεδο πρόληψης και πρόγνωσης. Οπωσδήποτε όμως, μια τέτοια μελέτη προϋποθέτει μία διαφορετική αλλά και συμπληρωματική μεθοδολογία, ωστόσο θα μπορούσε να συμβάλει με τα ευρήματά της στην τεκμηρίωση ή μη αυτής της υπόθεσης.

Σημείωμα από τη συγγραφέα:

Για τη συγκεκριμένη εργασία εκτιμήθηκε εξ' αρχής, ότι το κλινικό υλικό θα προσέθετε επιπλέον αξία και στη θεωρητική περιγραφή και στην βιβλιογραφική ανασκόπηση. Με αφορμή αυτή την εργασία δόθηκε η δυνατότητα στην συγγραφέα-ψυχοθεραπεύτρια να εξετάσει κλινικά ζητήματα που αφορούν την ΨΑ, τα οποία αναστοχάστηκε, μετά το τέλος της ψυχοθεραπευτικής συνεργασίας με αυτές τις ασθενείς. Οι εκ των υστέρων σκέψεις και υποθέσεις της ψυχοθεραπεύτριας, κατά τη διάρκεια αλλά και μετά το πέρας αυτής της μελέτης, αποτέλεσαν για την ίδια μια αναπάντεχα ευχάριστη και ευπρόσδεκτη κλινικο-θεωρητική δραστηριότητα. Διευκρινίζεται ότι οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις που έγιναν με τις ασθενείς, δεν συνιστούσαν μια ολοκληρωμένη ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, όμως προσέφεραν πλούσιο υλικό ώστε να αναπτυχθεί περαιτέρω η εκ των υστέρων οπτική της θεραπεύτριας. Ενδεχομένως, η συνέχιση της ψυχοθεραπείας, θα μπορούσε να προσφέρει ενδείξεις επιβεβαίωσης σε πολλές από αυτές τις υποθέσεις που έγιναν στο υλικό των συγκεκριμένων θεραπειών.

Το κλινικό δείγμα της παρούσας μελέτης, προήλθε από ασθενείς οι οποίες παρακολουθούνταν στο Πρόγραμμα Διαταραχών Πρόσληψης Τροφής της Α΄ Πανεπιστημιακής Ψυχιατρικής Κλινικής του Αιγινήτειου Νοσοκομείου (τα ονόματα των ασθενών, για λόγους απορρήτου, έχουν παραλλαχθεί).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

1. Bemporad J. R. (1995) *Self –Starvation Through the Ages: Reflections on the Pre-History of Anorexia Nervosa*.
2. Boris, H. (1984) «The problem of anorexia nervosa». *International Journal of Psychoanalysis*.
3. Bowlby J. (1973) *Attachment and Loss: Volume II, Separation: anxiety and anger* New York: Basic Books.
4. Bruch H. (1962) «Perceptual and Conceptual Disturbances in Anorexia Nervosa» *Psychosomatic Medicine*.
5. Bruch H. (1966) «Anorexia Nervosa and Its Differential Diagnosis», *Journal of Nervous and Mental Disease*.
6. Bruch H. (1970) «Psychotherapy in Primary Anorexia Nervosa», *Journal of Nervous and Mental Disease*.
7. Bruch H. (1973) *Eating Disorders: Obesity, Anorexia and the Person Within*, Basic Books, New York.
8. Bruch H. (1982) «Anorexia nervosa: therapy and theory». *Am. J. Psychiatry*.
9. Caparrotta L. - Ghaffari K. (2006) «A Historical Overview of the Psychodynamic Contributions to the Understanding of Eating Disorders» *Psychoanalytic Psychotherapy*.
10. Chassler L. (1994) «In Hunger I Am King» *Understanding Anorexia Nervosa from A Psychoanalytic Perspective: Theoretical And Clinical Implications* *Clinical Social Work Journal*.
11. Chassler L. (1997) «Understanding Anorexia Nervosa And Bulimia Nervosa» *From An Attachment Perspective*.
12. Crisp A. H. (1978) «Primary Anorexia Nervosa or Weight Phobia in the Male: Report of 13 Cases» *British Medical Journal*.
13. Fairburn, C. (1981) *A cognitive-behavioral approach to the management of bulimia*. *Psychological Medicine*.
14. Falstein E. I., Feinstein S.C. Judas I.(1956) «Anorexia Nervosa in the Male Child»
15. Farrell E. (2000) «Lost for Words: The Psychoanalysis of Anorexia and Bulimia» New York: Other Press.

16. Hsu L.K. G. (1988) «The Etiology of Anorexia Nervosa» Chapter 21 PMA Publishing Corp. The Eating Disorders.
17. Jeammet Ph. (1993) «L'approche psychanalytique des troubles de conduites alimentaires», Neuropsychiatrie de l' Enfance.
18. Karen, R. (1994) Becoming attached First relationships and how they shape our capacity to love. New York: Oxford University Press.
19. Kohut H. (1971) «The analysis of the self». New York: Universities Press.
20. Kohut H. - Wolf S. E. (1978) The Disorders of the Self and their Treatment: An Outline International Journal of Psycho-Analysis.
21. Likierman M. (1997) On rejection: Adolescent girls and anorexia, J. Child Psychotherapy.
22. Marty P. (1963) «Uzan de M.: La pensée opératoire» Rev.Franç. Psychoanalysis.
23. Masterson J.F. (1976): «Primary Anorexia Nervosa in the Borderline Adolescent: An Object Relations View». Presented at the International Conference on Borderline Disorders, Topeka, Kan., March.
24. Minuchin, L. Rosman, L. Baker, L. (1978) Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context Cambridge, MA: Harvard University Press.
25. Palazzoli M.S. (1974): «Self-Starvation», From Individual To Family Therapy In The Treatment Of Anorexia Nervosa Chancer, London.
26. Stern, D.N (1985) The Interpersonal World of the Infant A View from psychoanalysis and developmental psychology New York basic books.
27. Stern N. Daniel, et al (1998) Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The 'Something More' Than Interpretation International Journal of Psycho-Analysis.
28. Sours J.A. (1974): «The Anorexia Nervosa Syndrome», International Journal of Psycho-Analysis 55, 567.
29. Sours J.A. (1969) The Anorexia Nervosa Syndrome: Phenomenologic and Psychodynamic Components Clinical Heterogeneity in Four Cases Waller, J.V., Kaufman, N.R., & Deutsch, F. (1940). «Anorexia nervosa: a psychosomatic entity» Psychosomatic Medicine.
30. Wilson C. P. (1988) The Psychoanalytic Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia Chapter 39 PMA Publishing Corp. The Eating Disorders.
31. Wallerstein S. Robert (2008) What Kind of Research in Psychoanalytic Science?

32. Winnicott D.W. (1971) *La tendance antisociale in de la pediatrie à la psychanalyse*. Edit. Payot, Paris.

Ελληνόγλωσση (και μεταφράσεις)

33. Αϊξενστάιν-Αβέρωφ Μ. (2014) «Η Μητέρα στην Ψυχανάλυση» περιοδικό Οιδίπους 11 εκδόσεις Ποταμός.
34. Αλεξανδρίδης Α. (2014) «Το παιδικό Ψυχόσωμα- Οδοί, Συμβόλαια, Προορισμοί» εκδόσεις Γαβριηλίδης.
35. Αναγνωστόπουλος Δ., Λαζαράτου Ε. (2001) «Η ψυχοσωματική διάσταση της Ψυχογενούς Ανορεξίας. Παιδί και έφηβος: ψυχική υγεία και ψυχοπαθολογία εκδόσεις ΒΗΤΑ, (τόμος 3)
36. Arnoux J. D. (1997, 2007) «Melanie Klein- Ψυχανάλυσης Έργα» Κατάρτι
37. Anzieu D. (1997, 2003) « Το Εγώ-Δέρμα» εκδόσεις Καστανιώτη.
38. Arter T. (2012, 2015) «Δύσκολες Μητέρες» εκδόσεις Αρμός.
39. Bateman A.- Holms J. (2001) «Εισαγωγή στην Ψυχανάλυση» εκδόσεις Καστανιώτη.
40. Βασιλαματζής Γ. (2005) «Ο οριακός ασθενής. Ψυχαναλυτική Ψυχοθεραπεία σε κλινικό πλαίσιο» εκδόσεις Καστανιώτη.
41. Bion W. «Δεύτερες Σκέψεις» (2015) εκδόσεις Βήτα,
42. Bolognini S. (2017) «Η Ψυχαναλυτική Ενσυναίσθηση», εκδόσεις Επέκεινα.
43. Brazelton T.B & Cramer B.G (1991, 2009) «Η Πρώτη πρώτη σχέση, Γονείς, βρέφη και το δράμα του πρώιμου δεσμού», εκδόσεις Παπαζήση.
44. Bydlowski M. (1997, 2009) «Το χρέος της Ζωής- Ψυχαναλυτική διαδρομή της μητρότητας» εκδόσεις Παπαζήση.
45. Γαλανάκη Ε. – Μπεράτη Σ. (2003) «Η “Νεκρή” Μητέρα- αναζητώντας της αναπτυξιακές ρίζες της ψυχικής διαταραχής», εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
46. Γιαννουλάκη Χ. (2014) «Η Μητέρα στην Ψυχανάλυση» περιοδικό Οιδίπους 11 εκδόσεις Ποταμός.
47. Γιαννακούλας, Α.- Fizzarotti- Selvaggi, S. (2007) «Το Ψυχοδυναμικό counselling» εκδόσεις Καστανιώτη.
48. Γονιδάκης Φ. - Βάρσου Ε. (2008) «Ψυχογενής Ανορεξία- Αυτοφυλακισμένες κοπέλες και το μονοπάτι προς την έξοδο», εκδόσεις Βήτα.

49. Dethiville L. - Νικολοπούλου Ε. (2014) Η Ασυνείδητη Εικόνα του Σώματος «Συνομιλώντας για τον D.W.Winnicott και την κλινική του», εκδόσεις Γαβρηλίδης.
50. Δημόπουλος Β. (2013) «Το Σώμα και οι Ψυχικές Αναπαραστάσεις του», εκδόσεις Γαβρηλίδης.
51. Fromm E. (1956, 2015) «The Art of Loving» - Η Τέχνη της Αγάπης, εκδόσεις ΔΙΟΠΤΡΑ.
52. Freud S. (1926, 1948, 2002) «Αναστολή, Σύμπτωμα και Άγχος», εκδόσεις Μεταίχμιο.
53. Freud S. (1914c, 2012) «Για τον Ναρκισσισμό: Μια Εισαγωγή», Εκδόσεις Principia.
54. Freud S. (1905d, 2013): «Τρεις μελέτες για τη θεωρία της σεξουαλικότητας», εκδόσεις Νίκας.
55. Freud S (1930, 2013) «Η δυσφορία μέσα στον πολιτισμό» Εκδόσεις Πλέθρον.
56. Θεοδοσοπούλου Φ. (2012) Διδακτορική Διατριβή: «Διερεύνηση Διαταραχών Διατροφής σε Μαθητικό Πληθυσμό σε συνάρτηση με Ψυχοκοινωνικούς Παράγοντες» Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων Φιλοσοφική Σχολή Τμήμα Ψυχολογίας.
57. Gabbard G.O (2000, 2006, 2012): «Η Ψυχοδυναμική Ψυχιατρική στην κλινική πράξη» εκδόσεις Βήτα.
58. Hinshelwood, (1989): Λεξικό της κλαϊνικής σκέψης, εκδόσεις Νοόγραμμα.
59. Klein M. & Riviere J. (1990, 2008) «Η Αγάπη και το Μίσος – Η ανάγκη της επανόρθωσης» εκδόσεις Κονιδάρη.
60. Κλινικά Φροντιστήρια (2016), Τόμος 28, τεύχος 2, Ιατρική Εταιρεία Αθηνών.
61. Κόντος Γ. (2014) «Η Μητέρα στην Ψυχανάλυση», περιοδικό Οιδίπους 11 εκδόσεις Ποταμός.
62. Λαζαράτου Ε. (2008) Από την βρεφική ηλικία στην ενήλικη ζωή: Η αναπτυξιακή πορεία της ψυχογενούς ανορεξίας. Εγκέφαλος - αρχεία νευρολογίας και ψυχιατρικής, τόμος 45, τεύχος 2
63. Λαζαράτου Ε. (2016) «Η Θέση της Ψυχογενούς Ανορεξίας στην Ψυχαναλυτική Θεωρία» σημειώσεις μαθήματος του ΠΜΣ «Ψυχοδυναμική Ψυχοθεραπεία στα ιατρικά πλαίσια».
64. Marinov V. (2010) «Ανορεξία, εξαρτήσεις και ναρκισσιστικές ευθραυστότητες – ο ναρκισσισμός στις διαταραχές διατροφικής συμπεριφοράς», εκδόσεις Κατάρτι.
65. Marty P. (2015) «Η Αλλεργική Σχέση» εκδόσεις Άγρα.

66. McWilliams N. (1994, 2000) «Ψυχαναλυτική Διάγνωση», εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.
67. Μπούρα Μ. (2004) «Τρώει Τίποτα» Ψυχανάλυση- Ανορεξία εκδόσεις Εξάντας.
68. Ντολτό Φ. (1988, 1999, 2013) «Σεμινάριο Ψυχανάλυσης Παιδιών Ασυνείδητο και Πεπρωμένα (Β' και Γ' Τόμος) (4^η έκδοση) εκδόσεις Εστία.
69. Ντολτό Φ. (1984, 2013) «Η ασυνείδητη εικόνα του σώματος» Εστία.
70. Quinodoz Z.M. (2004, 2013): «Πώς να διαβάσω τον Φρόιντ» εκδόσεις Κέδρος.
71. Παπακωνσταντίνου Κ. (2008): «Ψυχαναλυτική προσέγγιση των διαταραχών πρόσληψης τροφής. Διατροφικές διαταραχές και ψυχισμός». Εγκέφαλος- αρχεία νευρολογίας και ψυχιατρικής, τόμος 45, τεύχος 2.
72. Ποταμιάνου Α. (2014) «Η Μητέρα στην Ψυχανάλυση» περιοδικό Οιδίπους 11.
73. Perlin A.L.- John P.O (1970, 1999, 2001) «Θεωρίες Προσωπικότητας», εκδόσεις Τυπωθήτω.
74. Recalcati M. (2015, 2017) «Τα χέρια της μητέρας» εκδόσεις Κέλευθος.
75. Recalcati M. (2012, 2017) «Πορτρέτα της επιθυμίας» εκδόσεις Κέλευθος.
76. Schmid- Kitsikis Elsa (1999) «Bion R. W. :Ψυχαναλυτές του σήμερα» εκδόσεις Βήτα.
77. Σήγκαλ Χ. (1964, 1973,1999) «Εισαγωγή στο έργο της Μέλανι Κλάιν» εκδόσεις Καστανιώτη.
78. Συλλογικό έργο (2015) « Η Θεραπευτική Σχέση. Ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις από την Ψυχαναλυτική, τη Γνωσιακή και τη Συστημική οπτική» εκδόσεις Καστανιώτη.
79. Συλλογικό έργο (2012) «Wilfred R. Bion. Η συμβολή του στην ψυχανάλυση» ΕΨΕ /νήσος.
80. Συλλογικό έργο (2008) «Η Ψυχολογία στην Ιατρική Πράξη» Εισαγωγή στην ανθρώπινη σκέψη και συμπεριφορά, στις αποκλίσεις τους και στις ασθένειες, εκδόσεις GUTENBERG.
81. Τσιπά Ν. (2014) «Η Μητέρα στην Ψυχανάλυση» περιοδικό Οιδίπους 11, εκδόσεις Ποταμός.
82. Venisse J.-L. (1983, 1987) «Η Ψυχογενής Ανορεξία», εκδόσεις Χατζηνικολή.
83. Winnicott W. D.(1971, 1979) «Το παιδί, το παιχνίδι και η πραγματικότητα» εκδόσεις Καστανιώτη.
84. Winnicott W. D. (1960, 2016) «Διαδικασίες Ωρίμανσης και Διευκολυντικό Περιβάλλον», εκδόσεις Επέκεινα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Διαγνωστικά κριτήρια Ψυχογενούς Ανορεξίας κατά DSM 5

A. Περιορισμός της ενεργειακής πρόσληψης συγκριτικά με τις ανάγκες, η οποία οδηγεί σε σημαντικά χαμηλό σωματικό βάρος σε σχέση με την ηλικία, το φύλο, την αναπτυξιακή τροχιά και τη σωματική υγεία. Το σημαντικά χαμηλό βάρος ορίζεται ως το βάρος που είναι χαμηλότερο από το ελάχιστο φυσιολογικό ή, για τα παιδιά και τους εφήβους, λιγότερο από το ελάχιστο αναμενόμενο.

B. Έντονος φόβος του ατόμου ότι θα αυξηθεί το βάρος του ή ότι θα γίνει παχύ, ή επίμονη συμπεριφορά που εμποδίζει την αύξηση βάρους, παρά το σημαντικά χαμηλό βάρος.

C. Διαταραχή του τρόπου με τον οποίο βιώνεται το βάρος ή το σχήμα του σώματος, υπέρμετρη επίδραση του βάρους ή του σχήματος του σώματος στην αυτοαξιολόγηση, ή επίμονη άρνηση της κρισιμότητας του υπάρχοντος χαμηλού βάρους του σώματος.

Προσδιορίστε αν:

1. **Περιορισμένος τύπος:** Κατά τους τελευταίους 3 μήνες, το άτομο δεν έχει επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας ή συμπεριφορά κάθαρσης (δηλαδή αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών). Αυτός ο υπότυπος περιγράφει κλινικές εμφανίσεις στις οποίες η απώλεια βάρους επιτυγχάνεται κυρίως με δίαιτα, νηστεία ή/ και υπερβολική άσκηση.

2. **Υπερφαγία/ καθαρτικός τύπος:** Κατά τους τελευταίους 3 μήνες το άτομο έχει επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπερφαγίας ή συμπεριφορές κάθαρσης (δηλαδή αυτοπροκαλούμενους εμετούς ή κακή χρήση καθαρτικών, διουρητικών ή υποκλυσμών).

Προσδιορίστε αν:

1. **Σε μερική ύφεση:** Ενώ προηγουμένως πληρούνταν τα κριτήρια για Ψυχογενή Ανορεξία, το κριτήριο A (χαμηλό σωματικό βάρος) δεν πληρείται για παρατεταμένη χρονική περίοδο, αλλά πληρούνται είτε το κριτήριο B (έντονος φόβος αύξησης βάρους ή ότι θα γίνει παχύς ή συμπεριφορά που εμποδίζει την αύξηση βάρους) είτε το κριτήριο C (διαταραχές στην αντίληψη του εαυτού, του βάρους και του σχήματος του σώματος).

2. **Σε πλήρη ύφεση:** Ενώ προηγουμένως πληρούνταν τα κριτήρια για Ψυχογενή Ανορεξία, δεν έχει εκπληρωθεί κανένα από τα κριτήρια για παρατεταμένη χρονική περίοδο.

Προσδιορίστε τρέχουσα βαρύτητα:

Το ελάχιστο επίπεδο βαρύτητας βασίζεται, για τους ενήλικες στον τρέχοντα δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) ή, για τα παιδιά και εφήβους, σε εκατοστιαία ποσοστά του ΔΜΣ. Το εύρος παρακάτω προέρχεται από τις κατηγορίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για ισχύτητα σε ενήλικες, ενώ για τα παιδιά και τους εφήβους θα πρέπει να χρησιμοποιούνται τα αντίστοιχα ποσοστά ΔΜΣ. Το επίπεδο βαρύτητας μπορεί να αυξηθεί ώστε να αντανακλά τα κλινικά συμπτώματα, τον βαθμό της λειτουργικής ανικανότητας και την ανάγκη για επίβλεψη.

Ήπια: ΔΜΣ $\geq 17 \text{ kg/m}^2$

Μέτρια: ΔΜΣ 16-16,99 kg/m^2

Βαριά: ΔΜΣ 15-15,99 kg/m^2

Εξαιρετικά βαριά: ΔΜΣ $< 15 \text{ kg/m}^2$

Η ταμπέλα «Ψυχογενής Ανορεξία» μπορεί να είναι παραπλανητική, μιας και η λέξη «Ανορεξία» υπονοεί ότι το βασικό πρόβλημα είναι η απώλεια της όρεξης. Το παθογνωμονικό χαρακτηριστικό για να τεθεί η διάγνωση της ψυχογενούς ανορεξίας είναι στην πραγματικότητα μια φανατική επιδίωξη του να είναι κανείς αδύνατος, που σχετίζεται με έναν υπερβολικό φόβο μήπως παχύνει (Gabbard O. G, 2012 :389).