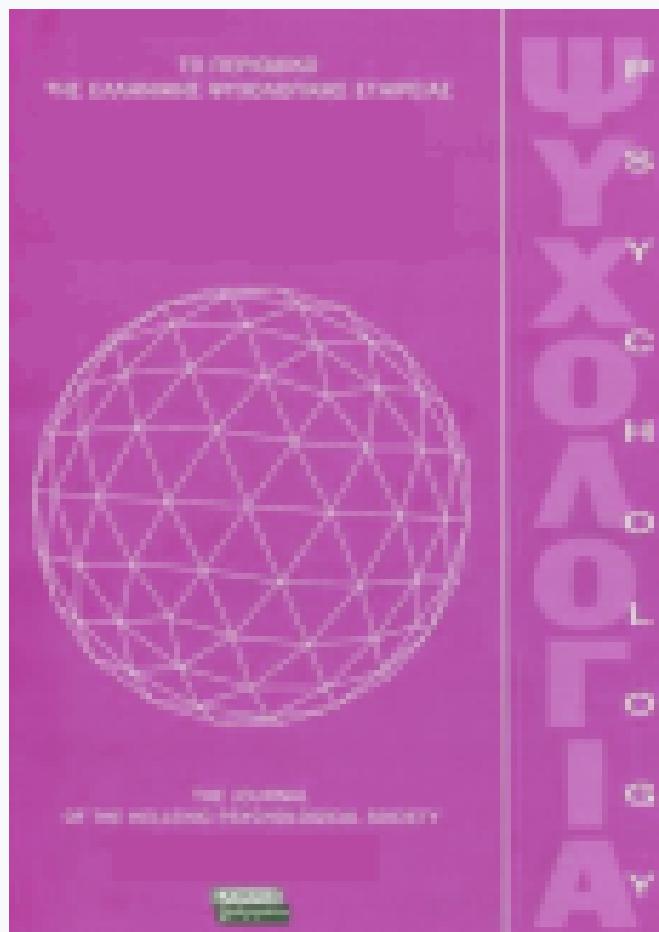


Psychology: the Journal of the Hellenic Psychological Society

Vol 8, No 2 (2001)



The function of the parental family system and the sense of coherence as factors related to psychosomatic health

Τσαμπίκα Β. Μπαφίτη

doi: [10.12681/psy_hps.24105](https://doi.org/10.12681/psy_hps.24105)

Copyright © 2020, Τσαμπίκα Β. Μπαφίτη



This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

To cite this article:

Β. Μπαφίτη Τ. (2020). The function of the parental family system and the sense of coherence as factors related to psychosomatic health. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 8(2), 249–260.
https://doi.org/10.12681/psy_hps.24105

Η λειτουργία της γονεϊκής οικογένειας ως συστήματος και η εσωτερική συγκρότηση του ατόμου ως παράγοντες ψυχικής και σωματικής υγείας

ΤΣΑΜΠΙΚΑ Β. ΜΠΑΦΙΤΗ
Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν να διερευνήσει κατά πόσο η αντίληψη του ατόμου για τον εαυτό και την πραγματικότητα ("εσωτερική συγκρότηση": "ικανότητα κατανόησης και ερμηνείας", "ικανότητα χειρισμού", "συναισθηματική επένδυση") καθώς και διαστάσεις της λειτουργίας της γονεϊκής του οικογένειας ("συνοχή" και "προσαρμοστικότητα"), όπως αξιολογούνται από το ίδιο το άτομο, συσχετίζονται με την ψυχική και σωματική του υγεία. Χρησιμοποιήθηκε η στρατηγική της "εκ των υστέρων" σύγκρισης τριών διαφορικών ομάδων: 192 υγείες, 81 άτομα με χρόνιες γαστρεντερολογικές διαταραχές και 103 άτομα με κακοήθεις νεοπλασίες. Παρότι δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις τρεις διαφορικές ομάδες ως προς τον τρόπο που περιέγραφαν τη γονεϊκή τους οικογένεια, η "συνοχή" στη γονεϊκή οικογένεια βρέθηκε να συνδέεται ευθέως ανάλογα με την "εσωτερική συγκρότηση" του ατόμου. Επίσης, τόσο η "εσωτερική συγκρότηση" όσο και η "συνοχή" στη γονεϊκή οικογένεια συνδέονται αντιστρόφως ανάλογα με ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα. Για δύο από τα σύνδρομα ψυχικής δυσλειτουργίας ("υποχονδρία-σωματοποίηση" και "άγχος-αύπνια"), οι υγείες δήλωσαν στατιστικά σημαντικά λιγότερα ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα από τους γαστρεντερολογικούς και ογκολογικούς ασθενειές.

Λέξεις κλειδιά: Εσωτερική συγκρότηση, Λειτουργία της γονεϊκής οικογένειας, Ψυχοσωματική υγεία.

Πρόσφατες έρευνες στο χώρο της ψυχονευροανοσολογίας, της βιολογικής ψυχολογίας και άλλων συναφών επιστημονικών κλάδων προσφέρουν όλο και σαφέστερες ενδείξεις για την ολότητα του ανθρώπινου οργανισμού ως συστήματος και κατ' επέκταση για τη σημασία ψυχοκοινωνικών παραμέτρων στη διατήρηση ή την αποκατάσταση της σωματικής υγείας (Rossi, 1993). Τα ευρήματα αυτά δείχνουν πόσο σημαντικός παράγοντας για την υγεία είναι ο τρόπος που ο εγκέφαλος αντιλαμβάνεται και ερμηνεύει το προσλαμβανόμενο ερέθισμα, αφού καθορίζει την αντίδραση του οργανισμού στο ερέθισμα αυτό τόσο σε βιοφυσιολογικό όσο και σε ψυχο-

κοινωνικό επίπεδο (Maturana & Varela, 1992).

Επομένως, υπάρχουν βιοφυσιολογικές ενδείξεις για τη θέση πολλών ψυχολογικών θεωριών ότι ο υποκεμενικός τρόπος που αντιλαμβάνομαστε την πραγματικότητα και τον εαυτό μας μέσα σε αυτήν διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στο χειρισμό αγχογόνων καταστάσεων, και επομένως στη διατήρηση της ψυχικής και σωματικής υγείας. Ο Kelly (1955) με τη θεωρία των "προσωπικών κατασκευών", ο Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984) με τη "γνωστική αποτίμηση του ερεθίσματος", ο Bandura (1977) με την έννοια της "αυτοαποτελεσματικότητας", οι Masten και Coatsworth (1995) με την έννοια της

“ανθεκτικότητας”, οι θεωρητικές προσεγγίσεις του “κονστρουκτιβισμού” και του “κοινωνικού κονστρουκτιονισμού” (Gergen, 1985. Hoffman, 1985), όλοι τονίζουν ότι η προσωπική νοηματοδότηση του ερεθίσματος από το άτομο αποτελεί σημαντικότατη παράμετρο για την αποτελεσματική αντιμετώπισή του. Στο χώρο της οικογένειας και του στρες, ο Hill (1958) προσπαθώντας να ερμηνεύσει τη διαφορετική προσαρμοστική ικανότητα των οικογενειών σε στρεσογόνα γεγονότα, πρότεινε ένα θεωρητικό μοντέλο που εμπεριείχε ως βασική διάσταση “τον τρόπο που η οικογένεια ορίζει το γεγονός”, ή, σύμφωνα με την ορολογία των McCubbin, Cauble, και Patterson (1982) “το υποκειμενικό νόημα που η οικογένεια αποδίδει στο γεγονός”.

Ο Antonovsky (1987, 1993), κοινωνιολόγος της Ιατρικής, μετά από σειρά ερευνών με ανθρώπους που επιβίωσαν σε εξαιρετικά αντίξεις συνθήκες και παρουσίαζαν ικανοποιητική ψυχική και σωματική υγεία, προσδιόρισε τα βασικότερα χαρακτηριστικά ενός λειτουργικού, αποτελεσματικού τρόπου αντίληψης του εαυτού και της πραγματικότητας. Ονόμασε το λειτουργικό αυτόν τρόπο αντίληψης της πραγματικότητας “εσωτερική συγκρότηση” και προσδιόρισε τις τρεις διαστάσεις που την απαρτίζουν: α) Η “ικανότητα κατανόησης και ερμηνείας”, που ορίστηκε ως η “αίσθηση του άτομου ότι τα ερεθίσματα που προέρχονται από το εξωτερικό περιβάλλον και από τον εσωτερικό του κόσμο κατά τη διάρκεια της ζωής του είναι δομημένα, προβλέψιμα και κατανοητά, δηλαδή επιδεκτικά ερμηνείας”. β) Η “ικανότητα χειρισμού”, δηλαδή, “η αίσθηση ότι το ίδιο το άτομο διαθέτει τις δυνατότητες να χειρίστει τις απαιτήσεις που θέτουν τα ερεθίσματα αυτά”, είτε μέσω των προσωπικών του ικανοτήτων, είτε μέσω της αξιοποίησης των κοινωνικών του ερεισμάτων (φίλοι, συγγενείς, κοινωνικοί φορείς, οικονομικές δυνατότητες, κ.ά.)”, και γ) η “συναισθηματική επένδυση”², δηλαδή, “η αίσθηση ότι οι απαιτήσεις που θέτουν τα ερεθίσματα από το εξωτερικό περιβάλλον και τον εσωτερικό του κόσμο αποτελούν προκλήσεις που αξίζουν να επενδύσει κάποιος και να δε-

σμευτεί συναισθηματικά”. Δηλαδή, το άτομο αποδέχεται τις ανάγκες και τα συναισθήματά του και έχει την αίσθηση ότι το ίδιο, οι άνθρωποι που το περιβάλλουν, καθώς και οι επιλογές του είναι σημαντικές, έχουν αξία.

Ο Antonovsky (1987) υποστηρίζει ότι η “εσωτερική συγκρότηση” διαμορφώνεται μέσω των βιωμάτων στο οικογενειακό και κοινωνικό σύστημα –λόγω της επιστημονικής του ιδιότητας δίνει έμφαση περισσότερο στο κοινωνικό σύστημα– και ότι παρά τις αλλαγές που υφίσταται, σε αλληλεπίδραση με τις εκάστοτε συνθήκες ζωής του άτομου, αποτελεί ένα σχετικά σταθερό “προσανατολισμό ζωής”, που έχει εγκαθιδρυθεί από τα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης. Ο υψηλός βαθμός εσωτερικής συγκρότησης, κατά την άποψή του, συμβάλλει στη διατήρηση της ψυχικής και σωματικής υγείας, όχι γιατί συνδέεται με κάποια συγκεκριμένη αποτελεσματική στρατηγική επίλυσης προβλημάτων, αλλά γιατί παρέχει στο άτομο την ευελιξία να επιλέγει την καταλληλότερη στρατηγική, ανάλογα με τις συνθήκες και τη φύση του προβλήματος που αντιμετωπίζει, μειώνοντας έτσι τις επιπτώσεις του στρες στον οργανισμό του.

Ο Antonovsky (1987) κατασκεύασε το “Ερωτηματολόγιο Εσωτερικής Συγκρότησης” (The Sense of Coherence Questionnaire) για τη μέτρηση των τριών διαστάσεων της “εσωτερικής συγκρότησης” του άτομου, το οποίο θα παρουσιαστεί αναλυτικότερα στη συνέχεια στη Μέθοδο.

Η θεωρία συστημάτων, επίσης, σε συνδυασμό με την οικογενειακή θεραπεία έδειξαν ότι τα βιώματα στη γονεϊκή οικογένεια επηρεάζουν σημαντικά τον τρόπο με τον οποίο αντλαμβανόμαστε την πραγματικότητα, καθώς αποτελούν την πρώτη “χαρτογράφηση” της πραγματικότητας και γι’ αυτό επιδρούν καταλυτικά στον τρόπο που αποκωδικοποιούμε και ερμηνεύουμε τα ερεθίσματα που προσλαμβάνουμε από το εξωτερικό περιβάλλον ή τον εσωτερικό μας κόσμο, πολύ μετά την απομάκρυνσή μας από την οικογενειακή εστία (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973. Bowen, 1966, 1978. Katákh, 1995. Satir, 1989. Skynner & Cleese, 1989).

Ερευνητικές και κλινικές προσεγγίσεις στο χώρο της οικογενειακής θεραπείας (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978. Olson, Russel, & Sprenkle, 1980, 1983. Olson, Sprenkle, & Russel, 1979) αναφέρουν τρεις βασικές διαστάσεις της συμπεριφοράς της οικογένειας, που καθορίζουν τη λειτουργία της οικογένειας ως συστήματος: Τη "συνοχή", την "προσαρμοστικότητα" στις αναπτυξιακές αλλαγές που λαμβάνουν χώρα με την πάροδο του χρόνου, και την "επικοινωνία" μεταξύ των μελών της οικογένειας. Ο Olson, σε συνεργασία με τη Russel και τον Sprenkle ενοποίησε τις δύο από τις τρεις αυτές πρωταρχικές διαστάσεις για τη λειτουργία του οικογενειακού συστήματος σε ένα θεωρητικό "συνδυαστικό κυκλικό μοντέλο". Η κυκλική γραφική αναπαράσταση του μοντέλου αναπαριστά μόνο τις δύο διαστάσεις, δηλαδή συνοχή και προσαρμοστικότητα, και η επικοινωνία θεωρείται διάσταση του μοντέλου που περιγράφεται με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.

Η συνοχή αφορά στο βαθμό στον οποίο τα μέλη της οικογένειας αισθάνονται απομονωμένα ή συνδεδεμένα με την οικογένειά τους, δηλαδή, η συναισθηματική συνοχή ορίζεται ως ο συναισθηματικός δεσμός που νιώθουν τα μέλη της οικογένειας μεταξύ τους. Στα πλαίσια του θεωρητικού αυτού μοντέλου, η συναισθηματική συνοχή κινείται σε τέσσερα επίπεδα, από πολύ χαμηλή έως πολύ υψηλή. Έτσι, έχουμε τις οικογένειες που είναι: α) Αποδεσμευμένες, στις οποίες το κάθε μέλος ασχολείται με τα δικά του θέματα, βιώνοντας περιορισμένο συναισθηματικό δεσμό ή δέσμευση με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. β) Διαχωρισμένες, στις οποίες τα μέλη έχουν κάπως μεγαλύτερη συναισθηματική συνοχή από τις προαναφερθείσες, αλλά οι ατομικές δραστηριότητες του κάθε μέλους εξακολουθούν να θεωρούνται σημαντικότερες και να καταλαμβάνουν περισσότερο χρόνο από τις κοινές. γ) Συνδεδεμένες, όπου υπάρχουν ισχυροί συναισθηματικοί δεσμοί, συναισθηματική εγγύητη και αφοσίωση στη σχέση: ο κοινός χρόνος και οι κοινές δραστηριότητες θεωρούνται σημαντικότερες από τις ατομικές υπάρχουν προσωπικοί φίλοι

και προσωπικές δραστηριότητες, αλλά δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο "μαζί". δ) Άλληλεμπλεκόμενες, στις οποίες τα μέλη της οικογένειας είναι τόσο αλληλεξαρτώμενα, ώστε δεν υπάρχει ατομικότητα και αυτονομία. Υπάρχει ακραία συναισθηματική εγγύητη και απαιτείται η αφοσίωση στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Από τα τέσσερα επίπεδα οικογενειακής συνοχής αυτά που θεωρούνται λειτουργικά είναι τα ενδιάμεσα, όταν, δηλαδή, η οικογένεια κατατάσσεται στις διαχωρισμένες και στις συνδεδεμένες οικογένειες, οπότε τα μέλη της οικογένειας έχουν τον απαραίτητο βαθμό αυτονομίας που τους επιτρέπει να διαφοροποιηθούν από την οικογένεια, χωρίς να απομονωθούν συναισθηματικά. Αντίθετα, στις οικογένειες με εξαιρετικά υψηλή συνοχή (αλληλεμπλεκόμενες οικογένειες), η υπερβολική ταύτιση και αφοσίωση ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας απαγορεύει τη διαμόρφωση μιας διαφοροποιημένης, εξατομικευμένης εικόνας εαυτού. Στο αντίθετο άκρο, οι αποδεσμευμένες οικογένειες επιτρέπουν έναν υπερβολικό βαθμό αυτονομίας στα μέλη τους, που υπονομεύει τη συναισθηματική σύνδεση και δέσμευση μεταξύ τους.

Η οικογενειακή προσαρμοστικότητα αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο ένα οικογενειακό σύστημα είναι ευέλικτο και ικανό να αλλάζει. Η οικογενειακή προσαρμοστικότητα ορίζεται ως η ικανότητα ενός συστήματος ζευγαριού ή οικογένειας να μεταβάλλει την ιεραρχική δομή, τους ρόλους και τους κανόνες που ρυθμίζουν τις σχέσεις των μελών, ώστε να χειρίστει το στρες που προκαλούν κάποιες εξωτερικές συνθήκες ή ακόμη και εξελικτικές ανάγκες του συστήματος. Υπάρχουν κατά τον Olson, επίσης, τέσσερα επίπεδα οικογενειακής "προσαρμοστικότητας" ή "ευελιξίας", που κυμαίνονται από την ακραία χαμηλή προσαρμοστικότητα μέχρι την ακραία υψηλή προσαρμοστικότητα. Έτσι, έχουμε: (α) τις άκαμπτες οικογένειες που δεν επιδέχονται καμία αλλαγή στη δομή τους και στους κανόνες της λειτουργίας τους, ένα μέλος έχει την ευθύνη της οικογένειας και είναι πολύ ελεγκτικό προς τα υπόλοιπα μέλη, οι ρόλοι είναι προσδιορισμέ-

νοι με αυστηρότητα και οι κανόνες δεν αλλάζουν. (β) Τις δομημένες οικογένειες που έχουν μια βασική δομή η οποία, όμως, μεταβάλλεται με την πάροδο του χρόνου. Υπάρχει ένα είδος "δημοκρατικής" ιεραρχίας στις σχέσεις, με διαπραγματεύσεις στις οποίες κατά ένα μέρος συμμετέχουν και τα παιδιά. Οι ρόλοι παραμένουν σχετικά σταθεροί και υπάρχει "μοίρασμα", συνευθύνη σε αυτούς τους ρόλους. Γίνονται μικρές αλλαγές στους κανόνες αλλά οι κανόνες που υπάρχουν είναι αρκετά ισχυροί. (γ) Τις ευέλικτες, που επιτρέπουν αλλαγές στους κανόνες τους ευκολότερα από τις προηγούμενες. Υπάρχει ισότιμη ιεραρχία με δημοκρατική διαδικασία στη λήψη αποφάσεων. Οι διαπραγματεύσεις γίνονται ανοιχτά και συμμετέχουν τα παιδιά ενεργητικά. Οι ρόλοι μοιράζονται και τροποποιούνται, όταν χρειάζεται. Οι κανόνες αλλάζουν και συγχρονίζονται με τις αναπτυξιακές απαιτήσεις κάθε φάσης. (δ) Τις χαοτικές οικογένειες, που δεν έχουν καθόλου δομή, ούτε έκεκαθαρους και σαφείς κανόνες, υπάρχει αλλοπρόσαλλη ή περιορισμένη αρχηγία, οι αποφάσεις είναι παρορμητικές και όχι μελετημένες, οι ρόλοι είναι ασαφείς και μετακυλίονται από πρόσωπο σε πρόσωπο. Τα επίπεδα ισορροπίας ως προς την προσαρμοστικότητα διαθέτουν οι ευέλικτες και οι δομημένες οικογένειες, διότι καταφέρνουν να εξισορροπούν ανάμεσα στις μορφοστατικές και μορφογενετικές τάσεις της οικογένειας, ανάλογα με τις κοινωνικο-πολιτισμικές απαιτήσεις. Σε αυτές τις οικογένειες η επικοινωνία είναι ανοιχτή αλλά και οριοθετημένη, υπάρχει ισότιμη ιεραρχία, δυνατότητα διαπραγμάτευσης ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, ευελιξία στο "μοίρασμα" των ρόλων, συμμετοχική θέσπιση κανόνων, ενώ οι περισσότεροι κανόνες είναι σαφείς και λίγοι υπονοούνται.

Οι Olson, Portner, και Bell (1982) κατασκεύασαν το Ερωτηματολόγιο Οικογενειακής Συνοχής και Προσαρμοστικότητας (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales-II) για τη μέτρηση των διαστάσεων αυτών της λειτουργίας της οικογένειας.

Από το συνδυασμό των τεσσάρων επιπέδων

των δύο διαστάσεων που μετρά το ερωτηματολόγιο αυτό (οικογενειακή συνοχή και προσαρμοστικότητα), προκύπτουν 16 διαφορετικοί τύποι συζυγικών και οικογενειακών συστημάτων. Από αυτούς τους 16 τύπους οικογενειακής λειτουργίας, οι 4 τύποι είναι οι πιο "ισορροπημένοι", οι πιο υγείες και οι πιο λειτουργικοί: οι οικογένειες που είναι ευέλικτες και διαχωρισμένες, ευέλικτες και συνδεδεμένες, δομημένες και διαχωρισμένες, και δομημένες και συνδεδεμένες. Ο Olson (1993) θεωρεί ότι ζευγάρια και οικογένειες, που ανήκουν στους "ισορροπημένους τύπους" ως προς τη συνοχή και την προσαρμοστικότητα, λειτουργούν πιο αποτελεσματικά σε όλα τα στάδια της οικογενειακής ζωής από τους ακραίους τύπους. Οι ισορροπημένες οικογένειες δεν παραμένουν σταθερά στο μέσο της βαθμολογίας, αλλά μπορούν να λειτουργούν με ακραίο τρόπο σε κάποιες περιόδους, όταν χρειάζεται, αλλά σύντομα επανέρχονται στο συνήθη μέσο όρο τους. Ο Olson (1993), ωστόσο, διαπιστώνει ότι, μεθοδολογικά, το Ερωτηματολόγιο Οικογενειακής Συνοχής και Προσαρμοστικότητας μετράει γραμμικά τις δύο διαστάσεις, καθώς οι έρευνες έδειξαν ότι οι υψηλές τιμές αντιστοιχούν σε ισορροπημένους τύπους οικογένειας και οι χαμηλές τιμές σε ακραίους τύπους οικογένειας. Πιο συγκεκριμένα, υψηλή βαθμολογία στη "συνοχή" μετράει τις πολύ συνδεδεμένες οικογένειες, ενώ στην "προσαρμοστικότητα" τις πολύ ευέλικτες οικογένειες.

Στο θεωρητικό αυτό πλαίσιο, σκοπός της έρευνας ήταν: 1) να μελετήσει στην ελληνική πραγματικότητα τη θεωρία του Antonovsky, ότι, δηλαδή, η υψηλή "εσωτερική συγκρότηση" συνδέεται με τη διατήρηση καλής σωματικής και ψυχικής υγείας. Οι πληθυσμοί που συγκρίθηκαν ήταν άτομα (α) με "καλή φυσική κατάσταση", (β) με χρόνιες γαστρεντερολογικές διαταραχές, που δεν ανταποκρίνονται σε φαρμακευτική αγωγή και ιατρικά αποδίδονται σε ψυχολογικό στρες, καθώς και (γ) με πάσχοντες από κακοήθεις νεοπλασίες. 2) Να διερευνήσει κατά πόσο η "εσωτερική συγκρότηση" είναι ένας τρόπος αντίληψης του εαυτού και της πραγματικότητας

που συνδέεται με διαστάσεις της λειτουργίας της γονεϊκής οικογένειας, όπως η "συνοχή" και η "προσαρμοστικότητα" στις αλλαγές.

Οι ερευνητικές υποθέσεις που διατυπώθηκαν ήταν οι ακόλουθες: 1) Η ομάδα των υγιών αναμένεται να δηλώνει υψηλότερη "εσωτερική συγκρότηση" από την ομάδα των γαστρεντερολογικών και την ομάδα των ογκολογικών ασθενών. 2) Όσο υψηλότερη είναι η "εσωτερική συγκρότηση", τόσο λιγότερα αναμένεται να είναι τα ψυχολογικά συμπτώματα (υποχονδρία-σωματοποίηση, άγχος, υπολειτουργικότητα, κατάθλιψη). 3) Όσο υψηλότερη είναι η "συναισθηματική συνοχή" που δηλώνουν οι συμμετέχοντες με τα μέλη της γονεϊκής οικογένειας και η "προσαρμοστικότητα" της γονεϊκής οικογένειας, τόσο υψηλότερη αναμένεται να είναι η "εσωτερική συγκρότηση" του ατόμου.

Μέθοδος

Η ερευνητική μεθοδολογία που ακολουθήσαμε ήταν η "εκ των υστέρων" σύγκριση τριών διαφορικών ομάδων ως προς την κατάσταση σωματικής υγείας (Παρασκευόπουλος, 1993).

Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν συνολικά 378 άτομα, 167 (44.2 %) άνδρες και 211 (55.8 %) γυναίκες. Οι συμμετέχοντες, όπως προαναφέρθηκε, επιλέχθηκαν με κριτήριο την κατάσταση της σωματικής τους υγείας και ταξινομήθηκαν σε τρεις ομάδες: (α) σε υγιείς, (β) σε αυτούς που έπασχαν από χρόνιες γαστρεντερολογικές διαταραχές, και (γ) σε αυτούς που έπασχαν από κακοήθεις νεοπλασίες (ογκολογικά προβλήματα). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι οι τρεις αυτές ομάδες δεν ήταν αμιγείς, δηλαδή διαφοροποιούνταν ως προς την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και την επαγγελματική δραστηριότητα. Η επιλογή για κάθε επιμέρους ομάδα έγινε με βάση τα ακόλουθα κριτήρια:

1) **Υγιείς** ($n = 192$, 88 άνδρες και 104 γυναί-

κες): Τα άτομα που ταξινομήθηκαν σε αυτή την ομάδα (α) δε χρειάστηκαν ιατρική παρακολούθηση για οποιαδήποτε "προσβολή" ασθένειας τους τελευταίους τρεις (3) μήνες πριν τη διεξαγωγή της έρευνας. (β) Δε βρίσκονταν υπό φαρμακευτική αγωγή οποιαδήποτε μορφής. (γ) Δεν απουσίασαν από τη δουλειά τους λόγω ασθενείας τους τελευταίους τρεις μήνες. (δ) Τα ίδια τα άτομα χαρακτηρίζουν την υγεία τους ως "καλή". (ε) Δεν ανέφεραν κάποιο πρόβλημα που τους απασχολούσε σε σχέση με την υγεία τους. (στ) Δεν ανέφεραν οποιοδήποτε πρόβλημα με "τα νεύρα τους" ή χρόνιες διαταραχές ύπουν. Ο μέσος όρος ηλικίας της ομάδας των υγιών ήταν 45 έτη, 47.4 έτη για τους άνδρες και 42.9 έτη για τις γυναίκες. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, ο μέσος όρος ήταν 3.68 για τους άνδρες και 3.74 για τις γυναίκες σε κλίμακα 5 σημείων, δείχνοντας ότι κατά μέσο όρο είχαν παρακολουθήσει περισσότερα από δώδεκα χρόνια σχολικής εκπαίδευσης.

2) **Με χρόνιες γαστρεντερολογικές διαταραχές** ($n = 83$, 48 άνδρες και 35 γυναίκες): Τα άτομα που ταξινομήθηκαν σε αυτή την ομάδα παρουσίαζαν: (α) χρόνιο πεπτικό έλκος που δεν ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική αγωγή, και (β) λειτουργικές διαταραχές του πεπτικού συστήματος, όπως νευρώση στομάχου, γαστρίτιδα, οισοφαγίτιδα. Ο μέσος όρος ηλικίας της ομάδας των γαστρεντερολογικών ασθενών ήταν 46.9 έτη, 46.6 έτη για τους άνδρες και 47.3 έτη για τις γυναίκες. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, ο μέσος όρος ήταν 3.42 για τους άνδρες και 3.23 για τις γυναίκες σε κλίμακα 5 σημείων.

3) **Με κακοήθεις νεοπλασίες** ($n = 103$, 31 άνδρες και 72 γυναίκες): Τα άτομα που ταξινομήθηκαν σε αυτή την ομάδα (α) έπασχαν από κακοήθη νεοπλασία με διαφορετικά σημεία εντόπισης: όγκος μαστού, πνευμόνων, οστών, γεννητικών οργάνων (τραχήλου-μήτρας για τις γυναίκες και προστάτη για τους άνδρες), λεμφαδένων, δέρματος, παχέος εντέρου-στομάχου. (β) Η διάγνωση της ασθένειας είχε γίνει τουλάχιστον δύο μήνες πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας. (γ) Είχε παρέλθει χρονικό διάστημα

τουλάχιστον είκοσι ημερών από τυχόν χειρουργική επέμβαση. (δ) Οι ασθενείς δε βρίσκονταν σε καταληκτικό ή μεταστατικό στάδιο. Τα τελευταία δύο κριτήρια συμπεριλήφθησαν διότι ερευνητικά και κλινικά δεδομένα (DeVita, Hellman, & Rosenberg, 1989) έχουν δείξει ότι οι νεοδιαγνωσθέντες ασθενείς και οι ασθενείς σε μεταστατικό ή καταληκτικό στάδιο, διέρχονται από μια εξαιρετικά δύσκολη και φορτισμένη συναισθηματικά περίοδο, που επηρεάζει δραματικά πολλές από τις ψυχικές τους λειτουργίες. Ο μέσος όρος ηλικίας των ογκολογικών ασθενών ήταν 49.4 έτη, 54.8 έτη για τους άνδρες και 47.1 έτη για τις γυναίκες. Όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο, ο μέσος όρος ήταν 2.39 για τους άνδρες και 2.79 για τις γυναίκες σε κλίμακα 5 σημείων, δείχνοντας ότι κατά μέσο όρο είχαν παρακολουθήσει περισσότερα από εννέα χρόνια σχολικής εκπαίδευσης.

Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Το ερευνητικό υλικό συγκεντρώθηκε με την τεχνική της δομημένης συνέντευξης από την ερευνήτρια και πέντε άλλους ειδικά εκπαιδευμένους φοιτητές. Ο χρόνος της κάθε συνέντευξης ήταν περίπου μία ώρα και ένα τέταρτο της ώρας. Ο ερευνητής επικοινωνούσε με τους θεράποντες ιατρούς των νοσοκομείων και, αφού τους ενημέρωνε για το σκοπό της έρευνας, παρίστατο στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία, τις ημέρες που οι ασθενείς προσέρχονταν για επανέλεγχο της υγείας τους. Όσοι ασθενείς πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα, επιλέγονταν από το θεράποντα ιατρό. Ο θεράπων ιατρός και ο ερευνητής τους έκαναν σύντομη ενημέρωση για το θέμα της έρευνας και ακολουθούσε η συνέντευξη, η οποία συνήθως προηγείτο της ιατρικής εξέτασης. Οι συνεντεύξεις με τα ογκολογικά περιστατικά διεξήχθησαν στη Γ' Παθολογική Κλινική του Ογκολογικού Νοσοκομείου Κηφισιάς Άγιοι Ανάργυροι, στο ογκολογικό τμήμα του Νοσοκομείου Αλεξάνδρα και του Σισμανόγλειου Γ.Π.Ν.Α., καθώς και στα γραφεία της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας. Οι συνεντεύ-

ξεις με τα γαστρεντερολογικά περιστατικά διεξήχθησαν στη Γαστρεντερολογική Κλινική του Σισμανόγλειου Γ.Π.Ν.Α. και στο γαστρεντερολογικό τμήμα του Νοσοκομείου Παπαδημητρίου. Οι υγείες επιλέχθηκαν με τυχαίο τρόπο από το γενικό πλήθυσμό με βάση τα κριτήρια που προαναφέραμε και σε μια προσπάθεια να αντιστοιχούν ως προς το φύλο και την ηλικία με τις ομάδες των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, οι συνεντευκτές επέλεγαν από τον ευρύτερο κοινωνικό και επαγγελματικό τους περίγυρο άτομα που ανήκαν στο ηλικιακό όριο και το φύλο που τους έδινε κάθε φορά η ερευνήτρια, στη συνέχεια εξέταζαν αν μπορούν να καταταχθούν στην ομάδα των υγιών σύμφωνα με τα προαναφερθέντα κριτήρια, και, στην περίπτωση που πληρούσαν όλα τα κριτήρια, διεξαγόταν η συνέντευξη. Τρεις ασθενείς από το συνολικό δείγμα των γαστρεντερολογικών και ογκολογικών ασθενών αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, ενώ από τους υγείες, κανένας από όσους πληρούσαν τα κριτήρια δεν αρνήθηκε να συμμετάσχει.

Μέσα συλλογής δεδομένων

Η μέθοδος συλλογής των δεδομένων ήταν η δομημένη συνέντευξη. Η δομημένη συνέντευξη περιλάμβανε τα ακόλουθα στοιχεία: 1) Δημογραφικές πληροφορίες και 2) Ιατρικό ιστορικό, που συντάχθηκαν από την ερευνήτρια για τις ανάγκες της έρευνας. 3) Ερωτηματολόγιο Εσωτερικής Συγκρότησης του Antonovsky (1987). 4) Ερωτηματολόγιο Οικογενειακής Συνοχής και Προσαρμοστικότητας των Olson, Portner, και Bell (1982), το οποίο χορηγήθηκε για την αξιολόγηση της λειτουργίας της γονεϊκής οικογένειας των ερωτηθέντων. 5) Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ- 28) του Goldberg (1990). Τα ερωτηματολόγια αυτά χορηγήθηκαν με την προαναφερθείσα σειρά σε όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνα.

Για τα ερωτηματολόγια που υπήρχαν μόνο στην αγγλική γλώσσα (Ερωτηματολόγιο Εσωτερικής Συγκρότησης, Ερωτηματολόγιο Συνοχής και Προσαρμοστικότητας της Γονεϊκής Οικογέ-

νειας), ακολουθήθηκε η επιβεβλημένη διαδικασία προσαρμογής στα ελληνικά: μετάφραση του ερωτηματολογίου στα ελληνικά, μετάφραση της ελληνικής μορφής ξανά στα αγγλικά, διόρθωση του ελληνικού κειμένου και "δοκιμαστική" χορήγηση σε δείγμα 80 φοιτητών, στα πλαίσια φροντιστηριακών ασκήσεων.

Ερωτηματολόγιο Εσωτερικής Συγκρότησης. Το Ερωτηματολόγιο Εσωτερικής Συγκρότησης (The Sense of Coherence Questionnaire) περιλαμβάνει 29 ερωτήσεις. Οι απαντήσεις δίνονται σε κλίμακα επτά διαβαθμισμένων επιλογών. Οι αριθμοί 1 και 7 αποτελούν τους αντίθετους πόλους της κάθε απάντησης και η σημασία τους δηλώνεται με δύο φράσεις τοποθετημένες στα άκρα της κλίμακας. Από τις 29 ερωτήσεις, 11 αξιολογούν την "ικανότητα κατανόησης", 10 την "ικανότητα χειρισμού" και 8 τη "συναισθηματική επένδυση". Μέχρι το 1993 το Ερωτηματολόγιο Εσωτερικής Συγκρότησης είχε αποτελέσει το βασικό Ψυχομετρικό μέσο για πολλές έρευνες και διδακτορικές διατριβές στο εξωτερικό. Σε 26 έρευνες που έχουν δημοσιευθεί, οι δείκτες εσωτερικής αξιοπιστίας (Cronbach's α) κυμαίνονται μεταξύ .82 και .95 (Antonovsky, 1993).

Εφαρμογή διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων με τη μέθοδο της μεγίστης πιθανοφάνειας στο Ερωτηματολόγιο Εσωτερικής Συγκρότησης αποκάλυψε δύο παράγοντες, καθώς οι βασικές ερωτήσεις των διαστάσεων "ικανότητα κατανόησης" και "ικανότητα χειρισμού" ενσωματώθηκαν σε έναν ενιαίο παράγοντα, τον Παράγοντα 1, που τον ονομάσαμε "ικανότητα ελέγχου" της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας σε γνωστικό και σε πραξικό επίπεδο (βλ. Πίνακα 1). Η "ικανότητα ελέγχου" εκφράζει την αίσθηση ότι η ζωή είναι ξεκάθαρη και σταθερή και έτσι προβλέπεται και στο μέλλον, ότι τα προσωπικά συναισθήματα και οι ιδέες είναι ξεκάθαρα και αποδεκτά, ότι τα προβλήματα γίνονται αντιληπτά στις σωστές τους διαστάσεις. Επομένως, το άτομο αισθάνεται ότι μπορεί να διατηρήσει τον έλεγχο και στον εσωτερικό του κόσμο και στην εξωτερική πραγματικότητα. Οι υπόλοιπες ερωτήσεις αποτέλεσαν τον παράγο-

ντα "συναισθηματική επένδυση" (Παράγοντας 2), ο οποίος περιλαμβάνει ερωτήματα που δηλώνουν θετική, αισιόδοξη αντίληψη για τη ζωή (ότι είναι ενδιαφέροντα, ευχάριστη, ότι έχει νόημα και σκοπό και ότι η συνέχεια προβλέπεται ευοίωνη), που παρουσιάζουν μεγάλη επαλληλία με τον ομώνυμο παράγοντα του αρχικού ερωτηματολογίου. Οι δείκτες Cronbach's α για τη διάσταση της "ικανότητας ελέγχου" ήταν 0.82 και για τη "συναισθηματική επένδυση" ήταν 0.80.

Ερωτηματολόγιο Οικογενειακής Συνοχής και Προσαρμοστικότητας. Το Ερωτηματολόγιο Οικογενειακής Συνοχής και Προσαρμοστικότητας (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales-II, FACES-II) αποτελείται από 30 απλές προτάσεις. Από αυτές, 16 αφορούν τη διάσταση της "οικογενειακής συνοχής" και 14 την "οικογενειακή προσαρμοστικότητα". Οι απαντήσεις σημειώνονται σε μια πεντάβαθμη κλίμακα, όπου 1 = σχεδόν ποτέ, 2 = μία στο τόσο, 3 = μερικές φορές, 4 = συχνά, 5 = σχεδόν πάντα. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's α), όπως προέκυψε από έρευνα στις Η.Π.Α. με δείγμα 1.000 οικογένειες σε όλες τις εξελικτικές φάσεις (Olson, McCubbin, Barnes, Larsen, Muxen, & Wilson, 1989), ήταν για τη διάσταση της "συνοχής" .87 και για την "προσαρμοστικότητα" .78. Η εσωτερική αξιοπιστία για ολόκληρη την κλίμακα ήταν .90.

Στο "Ερωτηματολόγιο Οικογενειακής Συνοχής και Προσαρμοστικότητας" της γονεϊκής οικογένειας εφαρμόστηκε ανάλυση παραγόντων με τη μέθοδο της εξαγωγής κύριων συνιστωσών και αποκαλύφθηκαν τρεις παράγοντες: η "ισότιμη-συμμετοχική ιεράρχηση ρόλων" (Παράγοντας 1), η "συναισθηματική εγγύτητα" (Παράγοντας 2), και η "συναισθηματική απομόνωση" (Παράγοντας 3) (βλ. Πίνακα 2). Ο πρώτος από τους τρεις παράγοντες, η "ισότιμη-συμμετοχική ιεράρχηση ρόλων", περιλαμβάνει κυρίως ερωτήματα από τη διάσταση της προσαρμοστικότητας του αρχικού ερωτηματολογίου (διεκδικητήτη, έλεγχος, διαπραγμάτευση, πειθαρχία, κανόνες): όλα τα μέλη της οικογένειας έχουν τη δυνατότητα να εκφράζουν ελεύθερα τη γνώμη

Πίνακας 1

Διερευνητική παραγοντική ανάλυση του Ερωτηματολογίου Εσωτερικής Συγκρότησης
(Ορθογώνια περιστροφή των αξόνων)

Ερωτήσεις	Παράγοντες	
	ΕΣ 1	ΕΣ 2
1. Πολύ σπάνια έχω μπερδεμένα συναισθήματα και ιδέες	.70	.22
2. Τα τελευταία δέκα χρόνια η ζωή μου ήταν απόλυτα σταθερή και ξεκάθαρη	.57	-.12
3. Πολύ σπάνια νιώθω συναισθήματα που θα προτιμούσα να μην ένιωθα	.55	.18
4. Σπάνια αισθάνομαι ότι βρίσκομαι σε κατάσταση που δεν ξέρω τι να κάνω	.53	.37
5. Η ζωή μου στο μέλλον θα είναι απόλυτα σταθερή και ξεκάθαρη	.51	-.05
6. Στα δύσκολα προβλήματα η επιλογή λύσης είναι πολύ ξεκάθαρη	.46	.25
7. Αποδεχόμουν τα δυσάρεστα γεγονότα και συνέχιζα το δρόμο μου	.44	.23
8. Σπάνια ανησυχώ ότι δε θα κρατήσω τα πράγματα υπό ελέγχο	.40	.26
9. Όταν κάνω κάτι ευχάριστο, είναι βέβαιο ότι δε θα συμβεί κάτι που θα το χαλάσει	.40	.30
10. Συνήθως έβλεπα τα πράγματα στις σωστές τους διαστάσεις	.40	.16
11. Πολύ σπάνια έχω την αίσθηση ότι μου συμπεριφέρονται άδικα	.39	.21
12. Σπάνια έχω την αίσθηση ότι δεν ξέρω τι πρόκειται να συμβεί	.36	.27
13. Έχω την αίσθηση ότι θα υπερνικώ τις δυσκολίες που θα συναντήσω σε σημαντικούς τομείς της ζωής μου	.36	.31
14. Σπάνια έχω την αίσθηση ότι οι άνθρωποι που μιλάω δε με καταλαβαίνουν	.31	.15
15. Ποτέ δεν ένιωσα σα "χαμένος" σε κάποιες δύσκολες καταστάσεις	.24	.08
16. Ποτέ δε με απογοήτευσαν άνθρωποι στους οποίους υπολόγιζα	.23	.09
17. Ποτέ δε με εξέπληξε η συμπεριφορά ανθρώπων που νόμιζα ότι γνώριζα καλά	.17	.12
18. Όταν έπρεπε να συνεργαστώ με άλλους, πίστευα ότι θα τα καταφέρναμε	.17	.15
19. Η ζωή είναι γεμάτη ενδιαφέρον	.07	.66
20. Τα περισσότερα πράγματα που θα κάνω στο μέλλον προβλέπονται συναρπαστικά	-.08	.66
21. Προβλέπω ότι η προσωπική μου ζωή στο μέλλον θα είναι γεμάτη νόημα και σκοπό	.18	.60
22. Πολύ συχνά νιώθω πόσο ωραίο είναι να είμαι ζωντανός	.29	.56
23. Τα καθημερινά πράγματα είναι πηγή ευχαρίστησης και απόλαυσης	.22	.56
24. Σπάνια αισθάνομαι ότι τα πράγματα που κάνω στην καθημερινή μου ζωή έχουν πολύ μικρό νόημα	.38	.50
25. Μπορεί πάντα να βρίσκει κανείς λύση στις επώδυνες καταστάσεις της ζωής	.23	.50
26. Μέχρι τώρα η ζωή μου είχε ξεκάθαρους στόχους και σκοπό	.35	.39
27. Είμαι βέβαιος ότι πάντα θα υπάρχουν άνθρωποι που θα μπορώ να βασίζομαι	.12	.30
28. Γνωρίζω πολύ καλά τους ανθρώπους που συναναστρέφομαι καθημερινά	.18	.21
29. Σπάνια νιώθω ότι δε νοιάζομαι πραγματικά για όσα συμβαίνουν γύρω μου	.07	.21

Σημείωση: ΕΣ1: Ικανότητα ελέγχου, ΕΣ2: Θετική συναισθηματική επένδυση.

τους, να συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, να επιλύουν τα μεταξύ τους προβλήματα μέσω συμβιβαστικών διαπραγματεύσεων και όχι με την επιβολή κατασταλτικών μέτρων, να αποδέχονται ως δίκαιους τους κανόνες πειθαρχίας, κ.ά. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στο δεύτερο παράγοντα αφορούν σαφώς τη διάσταση της "συνοχής" του αρχικού ερωτηματολογίου (λειτουργία της οικογένειας ως ενιαίον όλον, με αποδοχή των οικογενειακών αποφάσεων από το κάθε μέλος, συμμετοχή στις οικογενειακές δραστηριότητες, "μοίρασμα" κοινού χώρου, χρόνου και ενδιαφερόντων, γνωριμία με τον εξωοικογενειακό περίγυρο του κάθε μέλους και αίσθηση της συναισθηματικής εγγύτητας). Ο τρίτος παράγοντας που αναδύθηκε περιλαμβάνει ερωτήματα της διάστασης "συναισθηματική συνοχή" του αρχικού ερωτηματολογίου και ένα ερώτημα της διάστασης της "προσαρμοστικότητας". Οι ερωτήσεις αυτές δηλώνουν αρνητικά βιώματα στα πλαίσια της γονεϊκής οικογένειας, όπως, π.χ., να μην υπάρχουν ξεκάθαροι κανόνες στη λειτουργία της οικογένειας, να μην υπάρχουν κοινά ενδιαφέροντα ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας, να αποφεύγουν ο ένας τον άλλο όταν βρίσκονται στο σπίτι, να απορρίπτουν τις επιλογές φίλων του άλλου και ο καθένας να ενεργεί αυτόνομα, χωρίς να συντονίζεται με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας. Ονομάσαμε τον παράγοντα αυτό "συναισθηματική απομόνωση". Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's α) για τη διάσταση της "ισότιμης-συμμετοχικής ιεράρχησης ρόλων" ήταν .68, για τη "συναισθηματική εγγύτητα" ήταν 0.87, και για τη "συναισθηματική απομόνωση" ήταν .68.

Τα αποτελέσματα των παραγοντικών αναλύσεων στα δύο αυτά ερωτηματολόγια ισχύουν, βέβαια, στα πλαίσια του δείγματός μας χωρίς να έχουμε πολλά περιθώρια γενίκευσης, λόγω της ερευνητικής στρατηγικής που χρησιμοποιήθηκε.

Ερωτηματόγιο Γενικής Υγείας. Το Ερωτηματόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire, GHQ-28), αποτελεί μια από τις πιο διαδεδομένες ψυχολογικές τεχνικές που

χρησιμοποιούνται διεθνώς για τον εντοπισμό ελαφράς μορφής ψυχοπαθολογίας στο γενικό πληθυσμό. Εστιάζεται σε δύο κατηγορίες φαινομένων σε σχέση με την ψυχική υγεία: (α) τη μειωμένη ικανότητα ή δυσκολία να εξακολουθήσει το άτομο να εκπληρώνει τις φυσιολογικές ή "υγείες" λειτουργίες του, και (β) την εμφάνιση ενοχλητικών ψυχοσωματικών συμπτωμάτων που προκαλούν ενόχληση. Η έκδοση του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα περιλαμβάνει 28 ερωτήσεις, οι οποίες, ανά 7, αντιστοιχούν σε τέσσερις παράγοντες ψυχικής δυσλειτουργίας: "υποχονδρία-σωματοποίηση", "άγχος-αύπνια", "κοινωνική και προσωπική δυσλειτουργία", και "κατάθλιψη". Οι απαντήσεις που αντιστοιχούν σε κάθε ερώτηση δίνονται σε κλίμακα της μορφής: "Περισσότερο από ό,τι συνήθως", "Το ίδιο όπως συνήθως", "Μάλλον λιγότερο από ό,τι συνήθως", δηλαδή αποτελούν διαβαθμισμένες απαντήσεις που δηλώνουν τη βελτίωση ενός συμπτώματος, τη σταθερή παρουσία του συμπτώματος αυτού, τη μικρή επιδείνωση του συμπτώματος, και, τέλος, τη μεγάλη επιδείνωση του συμπτώματος αυτού στις τελευταίες εβδομάδες πριν από τη χορήγηση του ερωτηματολογίου. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας (Cronbach's α) του GHQ-28 κατά την ελληνική στάθμιση βρέθηκε να είναι .93 (Goldberg, 1990).

Ιατρικό ιστορικό. Αποτελεί εκτενές ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε από την ερευνήτρια για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας. Περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν: (α) Τη σωματική υγεία του ασθενούς, όπως, αν πάσχει από κάποια ασθένεια, το όργανο που έχει προσβάλει η ασθένεια αυτή, το χρονικό διάστημα που έχει μεσολαβήσει από τη διάγνωση της ασθένειας μέχρι την ημέρα διεξαγωγής της έρευνας, τα συμπτώματα της ασθένειας, κ.ά. (β) Τις εκτιμήσεις του πάσχοντος για την ασθένεια από την οποία πάσχει, και (γ) Τους παράγοντες που θα μπορούσαν να ενισχύσουν την προσπάθειά του για αποκατάσταση της υγείας του.

Αποτελέσματα

Πίνακας 2

Διερευνητική παραγοντική ανάλυση του Ερωτηματολογίου Συναισθηματικής Συνοχής και Προσαρμοστικότητας
(Ορθογώνια περιστροφή των αξόνων)

Ερωτήσεις	Παράγοντες		
	Γ.Ο.1	Γ.Ο.2	Γ.Ο.3
1. Τα μέλη έλεγαν ελεύθερα αυτά που ήθελαν	.81	.13	-.21
2. Τα παιδιά είχαν δικαιώματα λόγου σε θέματα που τα αφορούσαν	.79	.10	-.09
3. Ακολουθούσαμε και προτάσεις των παιδιών για επόμενη προβλημάτων	.79	.18	.05
4. Ήταν εύκολο για τον καθένα να εκφράσει τη γνώμη του	.78	.16	-.12
5. Καθένας συνέβαλλε στη λήψη σημαντικών αποφάσεων	.74	.22	-.08
6. Οι κανόνες πειθαρχίας ήταν δίκαιοι	.57	.34	-.26
7. Τα μέλη φοβούνταν να πουν αυτό που σκέφτονταν	-.56	.10	.39
8. Δοκιμάζαμε και νέους τρόπους για την αντιμετώπιση προβλημάτων	.53	.34	.21
9. Δύσκολα άλλαζε κάποιος κανόνας στην οικογένειά μου	-.47	.30	.05
10. Όταν ανέκυπταν προβλήματα, βρίσκαμε συμβιβαστική λύση	.43	.40	-.17
11. Κάθε μέλος έκανε ό,τι αποφάσιζε η οικογένεια συνολικά να κάνει	-.13	.73	-.19
12. Τα μέλη ευχαριστούνταν να περνούν τον ελεύθερο χρόνο μαζί	.24	.62	-.30
13. Ο καθένας αναλάμβανε ευθύνες σε συνεργασία με τους άλλους	.24	.61	-.12
14. Συνηθίζαμε να κάνουμε πράγματα μαζί	.37	.59	-.21
15. Συμβουλευόμαστε ο ένας τον άλλο στις προσωπικές μας αποφάσεις	.48	.57	-.20
16. Συνηθίζαμε να συγκεντρωνόμαστε σε ένα κοινό χώρο	.04	.57	-.39
17. Μοιραζόμαστε κοινά ενδιαφέροντα και χόμπι	.31	.55	-.16
18. Συζητούσαμε τα προβλήματα και νιώθαμε ευχαριστημένοι με λύσεις	.34	.55	-.23
19. Τα μέλη στήριζαν ο ένας τον άλλο στις δύσκολες στιγμές	.21	.51	-.30
20. Τα μέλη αισθάνονταν πολύ κοντά ο ένας στον άλλο	.31	.47	-.29
21. Ο καθένας γνώριζε τους στενούς φίλους των άλλων	.09	.47	-.25
22. Αναλαμβάναμε εκ περιτροπής τις δουλειές του σπιτιού	-.01	.40	.15
23. Τα μέλη απέφευγαν ο ένας τον άλλο όταν βρίσκονταν στο σπίτι	-.04	-.18	.72
24. Χωριζόμαστε σε υπο-ομάδες και δεν κάναμε πράγματα όλοι μαζί	-.08	-.12	.65
25. Δύσκολα βρίσκαμε πράγματα που μπορούσαμε να κάνουμε όλοι μαζί	-.16	-.08	.61
26. Τα μέλη αισθάνονταν πολύ κοντά με ανθρώπους εκτός οικογένειας	-.01	-.29	.60
27. Ο καθένας "έκανε του κεφαλιού του"	.06	-.32	.59
28. Δυσκολευόμουν να καταλάβω τους κανόνες στην οικογένειά μου	-.14	.08	.57
29. Ευκολότερα συζητούσα προβλήματα με ανθρώπους εκτός οικογένειας	-.05	-.29	.47
30. Εγκρίναμε ο καθένας τους φίλους του άλλου	.25	.28	-.38

Σημείωση: Γ.Ο.1: Ισότιμη-συμμετοχική ιεράρχηση ρόλων στη γονεική οικογένεια, Γ.Ο.2: Συναισθηματική εγγύτητα στη γονεική οικογένεια, Γ.Ο.3: Συναισθηματική απομόνωση στη γονεική οικογένεια.

Συσχετίσεις ανάμεσα στις μεταβλητές της έρευνας

Για όλους τους προαναφερθέντες παράγοντες των ερωτηματολογίων υπολογίστηκαν, και παρουσιάζονται στον Πίνακα 3, οι δείκτες συνάφειας (Pearson r) μεταξύ των μέσων όρων των ερωτήσεων των παραγόντων αυτών σε συνδυασμό με όλες μεταβλητές της έρευνας, όπως η "ηλικία" και το "μορφωτικό επίπεδο".

Κατ' αρχήν, η επισκόπηση του Πίνακα 3 δείχνει ότι η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν χαμηλή έως μέτρια συνάφεια με κάποιες από τις υπόλοιπες μεταβλητές της έρευνας, όπως η "ικανότητα ελέγχου", η "ισότιμη ιε-

ράρχηση ρόλων", η "κοινωνική-προσωπική δυσλειτουργία". Η διαπίστωση αυτή μας οδήγησε να χρησιμοποιήσουμε τις μεταβλητές "ηλικία" και "μορφωτικό επίπεδο" ως συμμεταβλητές στα διπαραγοντικά σχέδια ανάλυσης διακύμανσης που θα ακολουθήσουν. Ο Παράγοντας 1 του Ερωτηματολογίου Εσωτερικής Συγκρότησης, «ικανότητα ελέγχου», παρουσιάζει χαμηλή αλλά στατιστικώς σημαντική θετική συνάφεια ($r = .24$) με τον Παράγοντα 2, "συναισθηματική εγγύητα", του ερωτηματολογίου για τη λειτουργία της γονείκης οικογένειας ως συστήματος και αρνητική συνάφεια ($r = -.27$) με τον Παράγοντα 3 του ίδιου ερωτηματολογίου, τη "συναισθηματική απομόνωση". Επίσης, η "ικανότητα ελέγχου" της πραγματικότητας συσχετίζεται αρνητικά με

Πίνακας 3

Συνάφειες (Pearson r) μεταξύ των παραγόντων του Ερωτηματολογίου Εσωτερικής Συγκρότησης, του Ερωτηματολογίου Οικογενειακής Συνοχής και Προσαρμοστικότητας, του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας, της ηλικίας και του μορφωτικού επιπέδου

Ηλ.	M.E	E.Σ.1	E.Σ.2	Γ.Ο.1	Γ.Ο.2	Γ.Ο.3	Υ.1	Υ.2	Υ.3	Υ.4
Ηλ.										
M.E	-.35**									
E.Σ.1	.20**	.10								
E.Σ.2	-.03	.12*	.53**							
Γ.Ο.1	-.14**	.22**	.14**	.17**						
Γ.Ο.2	.11*	.03	.24**	.25**	.62**					
Γ.Ο.3	-.13*	-.05	-.27**	-.23**	-.18**	-.51**				
Υ.1	.02	-.18**	-.34**	-.38**	-.02	-.05	-.16**			
Υ.2	-.09	-.09	-.42**	-.37**	.02	-.04	.21**	.56**		
Υ.3	.19**	-.10	-.21**	-.31**	-.15**	-.10*	.02	.27**	.33**	
Υ.4	-.08	-.05	-.53**	-.53**	-.14*	-.29**	.30**	.39**	.53**	.37**

Σημείωση: Ηλ: Ηλικία, M.E: Μορφωτικό Επίπεδο, EΣ1: Ικανότητα ελέγχου, EΣ2: Θετική συναισθηματική επένδυση, Γ.Ο.1: Ισότιμη-συμμετοχική ιεράρχηση ρόλων στη γονείκη οικογένεια, Γ.Ο.2: Συναισθηματική εγγύητα στη γονείκη οικογένεια, Γ.Ο.3: Συναισθηματική απομόνωση στη γονείκη οικογένεια, Υ.1: Υποχονδρία-Σωματοποίηση, Υ.2: Άγχος-Αύπνια, Υ.3: Κοινωνική-προσωπική δυσλειτουργία, Υ.4: Κατάθλιψη. Με (*) σημειώνονται οι συνάφειες σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < .05$ και με (**) σημειώνονται οι συνάφειες σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < .01$.

τους τέσσερις παράγοντες του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας, δηλώνοντας ότι όσο μεγαλύτερη είναι η αίσθηση των συμμετεχόντων ότι κατανοούν και χειρίζονται τα εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα, τόσο λιγότερο αναφέρουν συμπτώματα “υποχονδρίας-σωματοποίησης” ($r = -.34$), “άγχους-αύπνιας” ($r = -.42$), “κοινωνικής-προσωπικής δυσλειτουργίας” ($r = -.21$), και “κατάθλιψης” ($r = -.53$).

Ανάλογη εικόνα παρουσιάζεται και για τον Παράγοντα 2 του Ερωτηματολογίου Εσωτερικής Συγκρότησης, τη “συναισθηματική επένδυση”, ο οποίος παρουσιάζει χαμηλή αλλά στατιστικώς σημαντική θετική συνάφεια ($r = .25$) με τον παράγοντα “συναισθηματική εγγύτητα” και αρνητική συνάφεια ($r = -.23$) με τον παράγοντα “συναισθηματική απομόνωση”. Επίσης, η θετική συναισθηματική επένδυση συσχετίζεται αρνητικά με τους τέσσερις παράγοντες του Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας, δηλώνοντας ότι όσο μεγαλύτερη είναι η αίσθηση των συμμετεχόντων ότι η ζωή τους έχει νόημα και ότι υπάρχει αισιόδοξη προοπτική, τόσο λιγότερο αναφέρουν συμπτώματα “υποχονδρίας-σωματοποίησης” ($r = -.38$), “άγχους-αύπνιας” ($r = -.37$), “κοινωνικής-προσωπικής δυσλειτουργίας” ($r = -.31$), και “κατάθλιψης” ($r = -.53$).

Συγκρίσεις μεταξύ των ομάδων

Για κάθε έναν από τους παράγοντες των ερωτηματολογίων υπολογίστηκαν οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις των ερωτήσεων που φορτίζουν τον κάθε παράγοντα. Εφαρμόστηκαν διπαραγοντικές αναλύσεις διακύμανσης με ανεξάρτητες μεταβλητές την “κατάσταση σωματικής υγείας” και το “φύλο” και συμμεταβλητές την “ηλικία” και το “μορφωτικό επίπεδο” (ANCOVA), διότι η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, σύμφωνα με τον πίνακα συναφειών φαίνεται να συσχετίζονται με τις εξαρτημένες μεταβλητές.

Όσον αφορά την αντίληψη των συμμετεχόντων για τη “λειτουργία της γονεϊκής τους οικογένειας”, η διπαραγοντική ανάλυση διακύμαν-

σης με συμμεταβλητές την “ηλικία” και το “μορφωτικό επίπεδο” των συμμετεχόντων δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των συνδυαστικών διαφορικών ομάδων ούτε σε επίπεδο αλληλεπίδρασης αλλά ούτε και σε επίπεδο κύριων επιδράσεων για κανέναν από τους τρεις παράγοντες (ισότιμη ιεράρχηση ρόλων, συναισθηματική εγγύτητα, συναισθηματική απομόνωση των μελών στη γονεϊκή οικογένεια). Ωστόσο, στο σύνολο του δείγματος (ανεξαρτήτως κατάστασης σωματικής υγείας και ανεξαρτήτως φύλου), σε ανάλυση διακύμανσης για δύο εξαρτημένα δείγματα, παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ “ισότιμης ιεράρχησης ρόλων” και “συναισθηματικής εγγύτητας”. Το στατιστικό κριτήριο Student's t για εξαρτημένα δείγματα ($df = 367$) ήταν ίσο με -9.51 και η πιθανότητα στατιστικού σφάλματος ήταν μικρότερη του $.001$.

Όσον αφορά την “εσωτερική συγκρότηση”, και συγκεκριμένα την “ικανότητα ελέγχου”, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση των συμμεταβλητών, $F(2, 368) = 9.84$, $p < .001$. Ως προς τους δύο ανεξάρτητους παράγοντες (φύλο και κατάσταση σωματικής υγείας) δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση. Μεταξύ των διορθωμένων για τη συμμεταβολή μέσων όρων των τριών διαφορικών ομάδων (υγείες, γαστρεντερολογικοί, ογκολογικοί ασθενείς) παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Για την κύρια αυτή επίδραση, ο στατιστικός δείκτης ήταν: $F(2, 368) = 4.65$, $p < 0.01$. Χρησιμοποιώντας εκ των προτέρων συγκρίσεις μέσων όρων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση, Student's $t(372) = 2.12$, $p < .05$, η οποία δείχνει ότι οι γαστρεντερολογικοί ασθενείς δήλωσαν κατά μέσον όρο μικρότερη “ικανότητα ελέγχου” από τους ογκολογικούς ασθενείς και τους υγείες συμμετέχοντες. Σχετικά με την κύρια επίδραση φύλου, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση, $F(1, 368) = 17.77$, $p < .001$.

Σχετικά με τη “συναισθηματική επένδυση”, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση των συμμεταβλητών. Ως προς τους δύο

ανεξάρτητους παράγοντες (φύλο και κατάσταση σωματικής υγείας) δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση. Μεταξύ των μέσων όρων των τριών διαφορικών ομάδων (υγιείς, γαστρεντερολογικοί, ογκολογικοί ασθενείς) παρατηρήθηκαν οριακά στατιστικά σημαντικές διαφορές. Για την κύρια αυτή επίδραση, ο στατιστικός δείκτης ήταν: $F(2, 368) = 2.51, p = .08$. Στις εκ των προτέρων συγκρίσεις μέσων όρων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση, Student's $t(372) = 2.35, p < .05$, η οποία δείχνει ότι οι γαστρεντερολογικοί ασθενείς δήλωσαν κατά μέσο όρο μικρότερη "συναισθηματική επένδυση" από τους ογκολογικούς ασθενείς και τους υγιείς συμμετέχοντες. Σχετικά με την κύρια επίδραση φύλου, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση, $F(1, 368) = 7.66, p < .01$.

Όσον αφορά στην "υποχονδρία-σωματοποίηση" από τα σύνδρομα ψυχικής δυσλειτουργίας, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση των συμμεταβλητών, $F(2, 364) = 3.53, p < .05$. Ως προς τους δύο ανεξάρτητους παράγοντες (φύλο και κατάσταση σωματικής υγείας) δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση. Μεταξύ των διορθωμένων για τη συμμεταβολή μέσων όρων τριών διαφορικών ομάδων (υγιείς, γαστρεντερολογικοί, ογκολογικοί ασθενείς) παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Για την κύρια αυτή επίδραση, ο στατιστικός δείκτης ήταν: $F(2, 364) = 20.45, p < .001$. Στις εκ των προτέρων συγκρίσεις μέσων όρων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση, Student's $t(368) = 3.51, p < .001$, η οποία δείχνει ότι οι υγιείς δήλωσαν κατά μέσο όρο λιγότερα συμπτώματα "υποχονδρίας-σωματοποίησης" συγκριτικά με τους ογκολογικούς ασθενείς, ενώ οι γαστρεντερολογικοί ασθενείς δήλωσαν περισσότερα συμπτώματα άγχους-αύπνιας από τους άνδρες ($M.O. = 0.83$).

Σχετικά με το τρίτο από τα σύνδρομα ψυχικής δυσλειτουργίας, δηλαδή την "κοινωνική και προσωπική δυσλειτουργία", δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση των συμμεταβλητών, ενώ δεν παρατηρήθηκαν ούτε κύριες επιδράσεις των ανεξάρτητων παραγόντων ούτε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδρασή τους.

Όσον αφορά στην "κατάθλιψη", το τέταρτο από τα σύνδρομα ψυχικής δυσλειτουργίας, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση των συμμεταβλητών. Ως προς τους δύο ανεξάρτητους παράγοντες (φύλο και κατάσταση σωματικής υγείας) δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση. Επίσης, δεν παρατηρήθηκε κύρια επίδραση ως προς την κατάσταση σωματικής υγείας. Σχετικά με την κύρια επίδραση φύλου, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση, $F(1, 364) = 4.87, p < .05$, με τις γυναίκες ($M.O. = 0.39$) να δηλώνουν περισσότερα συμπτώματα συγκριτικά με τους άνδρες ($M.O. = 0.83$).

Σχετικά με το δεύτερο από τα σύνδρομα ψυχικής δυσλειτουργίας, δηλαδή το "άγχος-αύπνια", δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική

επίδραση των συμμεταβλητών. Ως προς τους δύο ανεξάρτητους παράγοντες (φύλο και κατάσταση σωματικής υγείας) δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση. Μεταξύ των μέσων όρων των τριών διαφορικών ομάδων (υγιείς, γαστρεντερολογικοί, ογκολογικοί ασθενείς) παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Για την κύρια αυτή επίδραση, ο στατιστικός δείκτης ήταν: $F(2, 364) = 8.64, p < .001$. Στις εκ των προτέρων συγκρίσεις μέσων όρων, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση, Student's $t(368) = 2.31, p < .05$, η οποία δείχνει ότι οι υγιείς δήλωσαν κατά μέσο όρο λιγότερα συμπτώματα "άγχους-αύπνιας" συγκριτικά με τους ογκολογικούς ασθενείς, ενώ οι γαστρεντερολογικοί ασθενείς δήλωσαν περισσότερα συμπτώματα και από τις τρεις διαφορικές ομάδες. Οι μέσους όροι για τις τρεις ομάδες -υγιείς, γαστρεντερολογικοί ασθενείς και ογκολογικοί ασθενείς- ήταν αντίστοιχα 0.84, 1.12 και 1.08. Σχετικά με την κύρια επίδραση φύλου, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση, $F(1, 364) = 6.30, p < .05$, με τις γυναίκες ($M.O. = 1.05$) να δηλώνουν κατά μέσο όρο περισσότερα συμπτώματα άγχους-αύπνιας από τους άνδρες ($M.O. = 0.83$).

Σχετικά με το τρίτο από τα σύνδρομα ψυχικής δυσλειτουργίας, δηλαδή την "κοινωνική και προσωπική δυσλειτουργία", δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση των συμμεταβλητών, ενώ δεν παρατηρήθηκαν ούτε κύριες επιδράσεις των ανεξάρτητων παραγόντων ούτε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδρασή τους.

Όσον αφορά στην "κατάθλιψη", το τέταρτο από τα σύνδρομα ψυχικής δυσλειτουργίας, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση των συμμεταβλητών. Ως προς τους δύο ανεξάρτητους παράγοντες (φύλο και κατάσταση σωματικής υγείας) δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αλληλεπίδραση. Επίσης, δεν παρατηρήθηκε κύρια επίδραση ως προς την κατάσταση σωματικής υγείας. Σχετικά με την κύρια επίδραση φύλου, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση, $F(1, 364) = 4.87, p < .05$, με τις γυναίκες ($M.O. = 0.39$) να δηλώνουν περισσότερα συμπτώματα συγκριτικά με τους άνδρες ($M.O. = 0.83$).

ματα κατάθλιψης από τους άνδρες (*M.O. = 0.27*).

Συζήτηση

Η εσωτερική συγκρότηση ως παράγοντας ψυχικής και σωματικής υγείας

Τα ευρήματα της έρευνας φαίνονται, σε μεγάλο βαθμό, σύστοιχα με τη θεωρία του Antonovský που υποστηρίζει ότι τα άτομα με υψηλή "εσωτερική συγκρότηση" έχουν καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία. Η "εσωτερική συγκρότηση" βρέθηκε ότι συσχετίζεται αρνητικά με τα τέσσερα σύνδρομα ψυχικής δυσλειτουργίας: "υποχονδρία-σωματοποίηση", "άγχος-αύπνια", "κοινωνική και προσωπική δυσλειτουργία", "κατάθλιψη". Η εσωτερική συγκρότηση φαίνεται ότι αντανακλά το βαθμό στον οποίο το άτομο αισθάνεται ικανό να οργανώνει τα πολύπλοκα ερεθίσματα που δέχεται από το εξωτερικό περιβάλλον καθώς και από τον εσωτερικό του κόσμο (συναισθήματα, επιθυμίες, ανάγκες, φόβους, προσδοκίες), περιορίζοντας την "αταξία", την εντροπία που δημιουργεί η ανοργάνωτη πολυπλοκότητα (Antonovský, 1987. Κατάκη, 1995). Ο έκκαθαρος και αισιόδοξος τρόπος προσέγγισης των προβλημάτων αυξάνει την πιθανότητα το άτομο να αντιμετωπίσει αποτελεσματικότερα και συντομότερα τα θέματα που το απασχολούν, μειώνοντας το χρονικό διάστημα κατά το οποίο βρίσκεται σε αναστάτωση, καθώς και την ένταση της συναισθηματικής του αντίδρασης. Η χρονικά άμεση και αποτελεσματική αντίδραση στο στρεσογόνο ερέθισμα είναι δύο κρίσιμης σημασίας παράγοντες που φαίνεται ότι επηρεάζουν την υγεία του ατόμου (O'Leary, Savard, & Miller, 1996). Τα ευρήματα της νευροψυχοανοσολογίας επιβεβαιώνουν ότι οι επιδράσεις του στρες στον ανθρώπινο οργανισμό, μπορεί να είναι ακόμα και θετικές (Antonovský, 1979. Rossi, 1993), αν η αντιμετώπιση του στρεσογόνου παράγοντα είναι ικανοποιητική και σχετικά άμεση, καθώς φαίνεται ότι μόνον η παρατεταμένη έκθεση του ατόμου στο στρες μπορεί να απορρυθμίσει την

οργανική και ψυχοκοινωνική του λειτουργία (Nuckolls, Cassel, & Kaplan, 1972. Rossi, 1993. Selye, 1976). Επίσης, η αισιόδοξη προοπτική για τη ζωή και η συναισθηματική επένδυση στον εαυτό και στα πράγματα που μας περιβάλλουν έχει διαπιστωθεί ότι συνδέονται με τη διατήρηση της σωματικής υγείας και ευεξίας, παρότι η έξαρετικά πολύπλοκη σχέση στρες-υγείας απέχει ακόμη πολύ από την πλήρη διαλεύκανσή της (Goleman, 1997. Herbert & Cohen, 1993). Η συσχέτιση της υψηλής εσωτερικής συγκρότησης με την ικανοποιητική ψυχική υγεία, έχει επιβεβαιωθεί και από τα ευρήματα πολλών άλλων ερευνών (Antonovský & Sagiv, 1986. Kalimo & Vuori, 1990. Margalit & Eysenck, 1990).

Είναι ενδιαφέρον ότι οι υγιείς και οι ογκολογικοί αισθενείς δηλώνουν υψηλότερη εσωτερική συγκρότηση συγκριτικά με τους γαστρεντερολογικούς αισθενείς. Το εύρημα αυτό, όσον αφορά στους υγιείς, θα μπορούσε να ερμηνευθεί ως επιβεβαιωτικό της θεωρίας του Antonovský ότι η εσωτερική συγκρότηση συμβάλλει στη διατήρηση της υγείας. Εντούτοις, καθώς η περιγραφική ερευνητική μεθοδολογία δεν επιτρέπει το σαφή προσδιορισμό αιτιωδών σχέσεων, το εύρημα αυτό θα μπορούσε να ερμηνευθεί και αντίστροφα, ότι, δηλαδή, οι υγιείς δηλώνουν υψηλότερη εσωτερική συγκρότηση, επειδή δεν παρουσιάζουν κανένα πρόβλημα υγείας που να τους προκαλεί άγχος και αίσθηση αδυναμίας, με αποτέλεσμα να δηλώνουν ότι η πραγματικότητα είναι περισσότερο ερμηνεύσιμη, ελέγχιμη και ευχάριστη-αισιόδοξη. Ωστόσο, οι δύο αυτές ερμηνείες δεν αλληλοαναρριφούνται αλλά μάλλον επιστημαίνουν την αμφίδρομη σχέση που φαίνεται να υπάρχει μεταξύ εσωτερικής συγκρότησης και υγείας. Το ότι και οι ογκολογικοί αισθενείς δηλώνουν υψηλό βαθμό εσωτερικής συγκρότησης αποτελεί ένα μη αναμενόμενο εύρημα που, όμως, μπορεί να ερμηνευθεί στα πλαίσια της συχνής ερευνητικής και κλινικής διαπίστωσης ότι οι προσωπικότητες με "ογκολογική προδιάθεση" δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν, να αποδεχθούν και να εκφράσουν τα αρνητικά συναισθήματα και τις δυσκολίες τους, παρουσιάζοντας στον εαυτό τους και

τους άλλους μια "ωραιοποιημένη" αντίληψη της πραγματικότητας (Αναγνωστόπουλος, 1992. Jansen & Mueren, 1984. Kissen, 1963). Η ερμηνεία αυτή ενισχύεται και από το εύρημα ότι οι ογκολογικοί ασθενείς δηλώνουν λιγότερα συμπτώματα "υποχονδρίασης-σωματοποίησης" και "άγχους-αύπνιας" συγκριτικά με τους γαστρεντερολογικούς ασθενείς. Το εύρημα ότι οι άνδρες δηλώνουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη "ικανότητα ελέγχου" και "συναισθηματική επένδυση" από τις γυναίκες, θα μπορούσε να ερμηνευθεί στο πλαίσιο του κοινωνικού ρόλου των δύο φύλων, που ωθεί τους άνδρες να απωθούν ή και να αποκρύπτουν τις δυσκολίες και τις αδυναμίες τους και τις γυναίκες να τις εκφράζουν με μεγαλύτερη ευκολία ή και υπερβολή (;) (Meth & Pasic, 2000. Pittman, 1996). Ανάλογη είναι η ερμηνεία και για το εύρημα ότι οι γυναίκες δηλώνουν, συγκριτικά με τους άνδρες, περισσότερα και οξύτερα συμπτώματα "άγχους-αύπνιας" και "κατάθλιψης".

Η λειτουργία της γονεϊκής οικογένειας ως συστήματος και η ανάπτυξη εσωτερικής συγκρότησης

Όσον αφορά στην περιγραφή από τους συμμετέχοντες της λειτουργίας της γονεϊκής τους οικογένειας, θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς ότι υπεισέρχονται πολλοί παράγοντες σε μια αναδρομική έρευνα, επηρεάζοντας την αξιοποίησία της: η λήθη, η απώθηση ή και η απόκρυψη ειδικότερα των επώδυνων ή μη αποδεκτών εμπειριών του ατόμου. Ωστόσο, ακόμη και αν οι αναμνήσεις ενός ανθρώπου δεν είναι ολοκληρωτικά ακριβείς ή αντικειμενικά ορθές, έχουν ψυχολογικό ενδιαφέρον ως προς την κατασκευή της εσωτερικής αναπαράστασης που έχει το άτομο για την παιδική του ηλικία και ως σημαντικό μέρος του σεναρίου ή της αφήγησης της ζωής του (Bateson, 1979. Glaserfeld, 1984. Spence, 1982).

Στην έρευνα μας, δύοι οι συμμετέχοντες, ανεξάρτητα από την κατάσταση σωματικής υγείας και το φύλο, αναφέρουν ότι υπήρχε μεγάλη

"συναισθηματική εγγύτητα" και αλληλεξάρτηση μεταξύ των μελών της γονεϊκής τους οικογένειας, αλλά η «ιστομία» και η συμμετοχική λήψη αποφάσεων υπήρχε σε μικρότερο βαθμό. Το γεγονός ότι δε βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις οιμάδες σύγκρισης υποδηλώνει ότι το Ερωτηματολόγιο Οικογενειακής Συνοχής και Προσαρμοστικότητας ίσως δεν εντοπίζει με ακρίβεια λεπτές διαφοροποιήσεις στη λειτουργία της ελληνικής οικογένειας, διότι βασίζεται σε παραπρήσεις που αφορούν τον τρόπο λειτουργίας της οικογένειας σε ένα διαφορετικό πολιτισμικό πλαίσιο. Πιθανώς, μέσω προσαρμογής ή και στάθμισης στον ελληνικό πληθυσμό, θα μπορούσε να αυξηθεί η σχετική ακρίβεια του ερωτηματολογίου.

Ωστόσο, η μεγάλη "συναισθηματική εγγύτητα" και η μικρή "συναισθηματική απομόνωση" στη γονεϊκή οικογένεια βρέθηκε ότι συσχετίζονται με υψηλή "εσωτερική συγκρότηση" στο άτομο. Δηλαδή, ένα άτομο που αισθάνεται ότι μεγάλωσε σε μια οικογένεια, όπου τα μέλη είχαν συναισθηματική εγγύτητα, αντιλαμβάνεται τον εαυτό του πιο ικανό να ελέγχει (κατανοεί-ερμηνεύει και χειρίζεται) τα ψυχοκοινωνικά ερεθίσματα, καθώς και πιο πρόθυμο να επενδύει συναισθηματικά στη ζωή και τα πρόσωπα που το περιβάλλουν. Η συναισθηματική εγγύτητα στη γονεϊκή οικογένεια φαίνεται ότι αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα ανάπτυξης της "εσωτερικής συγκρότησης", καθώς μεταφέρει στο παιδί το μήνυμα ότι είναι σημαντικό, αποδεκτό και συναισθηματικά ασφαλές, επιτρέποντάς του να αναπτύξει εμπιστοσύνη στον εαυτό του και στη σημαντικά του πρόσωπα.

Η γονεϊκή οικογένεια ως παράγοντας ψυχικής υγείας

Η μικρή "συναισθηματική εγγύτητα" και η μεγάλη "συναισθηματική απομόνωση" στη γονεϊκή οικογένεια βρέθηκε να συσχετίζονται με περισσότερα και οξύτερα συμπτώματα "κατάθλιψης" και "άγχους-αύπνιας". Το εύρημα αυτό μπορεί να ερμηνευθεί ως ένδειξη ότι η συναι-

σθηματική απόσταση, ο ανταγωνισμός και η απόρριψη ως βιώματα στη γονεϊκή οικογένεια δε συμβάλλουν ώστε το άτομο να αναπτύξει εμπιστοσύνη στις ικανότητές του και στους ανθρώπους που το περιβάλλουν καθώς και αισιόδοξη προοπτική για τη ζωή (εσωτερική συγκρότηση). Η αίσθηση αδυναμίας να κατευθύνει αποτελεσματικά τη ζωή του (επίκτητη αδυναμία αντίδρασης), αποτελεί σημαντική διάσταση της καταθλιπτικής προδιάθεσης (Seligman, 1975). Βεβαίως, θα μπορούσε κάποιος να ισχυριστεί ότι η καθηλιπτική προδιάθεση, με τη σειρά της, ωθεί το άτομο να αντιλαμβάνεται το παρόν αλλά και το παρελθόν (π.χ., λειτουργία γονεϊκής οικογένειας) με μελανότερα χρώματα.

Εν κατακλείδι

Τα παραπάνω συμπεράσματα θα μπορούν να αποδειχθούν χρήσιμα για τους ειδικούς στο χώρο της υγείας, σε προληπτικό και παρεμβατικό επίπεδο. Η ολιστική προσέγγιση στο θέμα της υγείας μας επιτρέπει να καταρτίσουμε προληπτικά προγράμματα παρέμβασης με στόχο να ενισχύσουμε τους "συναισθηματικούς δεσμούς" των μελών της οικογένειας, την "εσωτερική συγκρότηση" ατόμων και οικογενειών, καθώς και την ανάπτυξη πολλών εναλλακτικών στρατηγικών χειρισμού των προβλημάτων. Ωστόσο, είναι απαραίτητο να επισημάνουμε ορισμένους περιορισμούς της παρούσας έρευνας και κατ' επέκταση των συμπερασμάτων που προέκυψαν. Η "εκ των υστέρων" σύγκριση διαφορικών ομάδων, ως νατουραλιστική ερευνητική στρατηγική, δεν επιτρέπει τη διατύπωση αιτιωδών σχέσεων. Η ερμηνεία των ευρημάτων βασίζεται, κατά κύριο λόγο, στις βιβλιογραφικές ενδείξεις και τις ερμηνευτικές προσεγγίσεις συναφών ερευνών. Επίσης, λόγω της ερευνητικής στρατηγικής που ακολουθήθηκε, δεν είναι δυνατή η ασφαλής γενίκευση των αποτελεσμάτων σε ευρύτερες πληθυσμιακές ομάδες. Οι παραπάνω διαπιστώσεις, προσφέρουν το πλαίσιο για την περαιτέρω διερεύνηση του θέματος που απασχόλησε την παρούσα έρευνα. Η συστηματική

αυτή διερεύνηση μπορεί να οδηγήσει στην κατασκευή αποτελεσματικότερων ερευνητικών εργαλείων (ερωτηματολόγια, δομημένες συνεντεύξεις, κ.ά.), που θα συμβάλουν στην προδρομική, διαχρονική ή και πειραματική διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στη λειτουργία της γονεϊκής οικογένειας, την εσωτερική συγκρότηση, τις στρατηγικές χειρισμού των προβλημάτων και την ψυχοσωματική υγεία, στην ελληνική πραγματικότητα, επιτρέποντας τη συναγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων.

Βιβλιογραφία

Αναγνωστόπουλος, Φ. (1992). *Εκπίμηση της συμβολής των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στον καρκίνο του μαστού (πολυπαραγοντική μελέτη)*. Αδημοσίευμη διδακτορική διατριβή, Ιατρική σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the Sense of Coherence Scale. *Social Science Medicine*, 36, 725-733.

Antonovsky, H., & Sagiv, S. (1986). The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations. *Journal of Social Psychology*, 126, 213-225.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. (Eds.). (1973). *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. New York: Harper and Row.

Bateson, G. (1979). *Mind and nature*. New York: Dutton.

Bowen, M. (1966). The use of family theory in clinical practice. *Comprehensive Psychiatry*, 7, 345-374.

Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical pra-*

ctice. New York: Aronson.

DeVita, V. T., Hellman, S., & Rosenberg, S. A. (Eds.). (1989). *Cancer: Principles and practice of oncology*. Philadelphia: Lippincott.

Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.

Goldberg, D. (1990). *Εγχειρίδιο Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (Ε.Γ.Υ.) (General Health Questionnaire-G.H.Q.)* (X. Μουτζούκης, A. Αδαμοπούλου, Γ. Γαρύφαλλος, & A. Καραστεργίου, Μετάφ.). Θεσσαλονίκη: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο.

Glaserfeld, E. von. (1984). An introduction to radical constructivism. In P. Watzlawick (Ed.), *The invented reality* (pp. 17-40). New York: Norton.

Goleman, D. (1997). *Η συναισθηματική νοημοσύνη* (A. Παπασταύρου, Μετάφ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Herbert, T. B., & Cohen, S. (1993). Stress and immunity in humans: A meta-analytic review. *Psychosomatic Medicine*, 55, 364-379.

Hill, R. (1958). Generic features of families under stress. *Social Casework*, 49, 139-150.

Hoffman, L. (1985). Beyond power and control: Toward a second-order family systems therapy. *Family Systems Medicine*, 3, 381-396.

Jansen M., & Muenz L. (1984). A retrospective study of personality variables associated with fibrocystic disease and breast cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 28, 35-42.

Kalimo, R., & Vuori, J. (1990). Work and sense of coherence-resources for competence and life satisfaction. *Behavioral Medicine*, 16, 76-89.

Katáki, X. (1995). *Το μωβ υγρό*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Kelly, G. A. (1955). *A theory of personality: The psychology of personal constructs*. New York: Norton.

Kissen, D. (1963). Personality characteristics in males conducive to lung cancer. *British Journal of Medical Psychology*, 36, 27-36.

Lazarus R. S., & Folkman S. (1984). Coping and adaptation. In W. Gentry (Ed.), *Handbook of behavioral medicine* (pp.282-325). New York: Guilford.

Margalit, M., & Eysenck, S. (1990). Prediction of coherence in adolescence: Gender differences in social skills, personality, and family climate. *Journal of Research in Personality*, 24, 510-521.

Masten, A. S., & Coathworth, J. D. (1995). Competence, resilience, and psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen, (Eds.), *Developmental psychopathology: Vol. 2. Risk, disorder and adaptation* (pp. 715-752). New York: Wiley.

Maturana, H. R., & Varela, F. J. (1992). *Autopoiesis and cognition: The realization of living*. Boston: Reidel.

McCubbin, H. I., Cauble, A., & Patterson, J. M. (1982). (Eds.), *Family stress, coping and social support*. Springfield, IL: Thomas.

Meth, R. L., & Pasick, R. S. (2000). Ανδρες σε θεραπεία. Πρόκληση για αλλαγή (A. Ζώτος, Μετάφ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Minuchin, S., Rosman, B., & Baker, I. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Nuckolls, K. B., Cassel, J., Kaplan, B. H. (1972). Psychosocial assets, life crisis, and the prognosis of pregnancy. *American Journal of Epidemiology*, 95, 431-441.

O'Leary, A., Savard, J., & Miller, S. M. (1996). Psychoneuroimmunology: Elucidating the process. *Current Opinion in Psychiatry*, 9, 427-432.

Olson, D. H. (1993). Circumplex model of marital and family systems: Assessing family functioning. In F. Walsh (Ed.), *Normal family processes* (pp. 104-137). New York: Guilford.

Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H., Larsen, A., Muxen, M., & Wilson, M. (1989). *Families: What makes them work*. Los Angeles: Sage.

Olson, D. H., Portner, J., & Bell, R. Q. (1982). *FACES II: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales*. Unpublished manuscript, University of Minnesota.

Olson, D. H., Russel, C. S., & Sprenkle, D. H. (1980). Circumplex model of marital and family systems II: Empirical studies and clinical intervention. In J. Vincent (Ed.), *Advances in family intervention, assessment, and theory* (Vol. 1, pp. 129-179). Greenwich, CT: JAI.

Olson, D. H., Russel, C., & Sprenkle, D. (1983). *Circumplex model: Systemic assessment and treatment of families*. New York: Haworth.

Olson, D. H., Sprenkle, D. H., & Russel, C. S. (1979). Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical application. *Family Process*, 18, 3-28.

Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1993). *Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας* (Τομ. 1 & 2). Αθήνα: Γρηγόρης.

Pittman, F. (1996). *Ο άνδρας σε κρίση* (Α. Ζώτος, Μετάφ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Rossi, E. L. (1993). *The psychobiology of mind-body healing*. New York: Norton.

Satir, V. (1989). *Πλάθοντας ανθρώπους* (Λ. Στυλανούδη, Μετάφ.). Αθήνα: Κέδρος.

Skynner, R., & Cleese, J. (1989). *Οικογένεια, η σύγχρονη οδύσσεια* (Μ. Σεϊτανίδη, Μετάφ.). Αθήνα: Κέδρος.

Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.

Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Reading, MA: Butterworth.

Spence, D. P. (1982). *Narrative truth and historical truth. Meaning and interpretation in psychoanalysis*. New York: Norton.

The function of the parental family system and the sense of coherence as factors related to psychosomatic health

TSABIKA V. BAFITI

University of Athens, Greece

ABSTRACT

This study investigated the way the individuals perceive of themselves and their life ("sense of coherence": "comprehensibility", "manageability", "meaningfulness"), the dimensions of the functioning of the parental family system ("emotional cohesion", "adaptability"), as they are evaluated by the individual, and their implications for psychosomatic health. Three groups of participants were compared: 192 "healthy" individuals, 81 with chronic disorders of the digestive system, and 103 with malignant tumors. No statistical differences between the three groups were found in the way they described their parental family. However, "emotional cohesion" in the parental family was directly related to the individual's "sense of coherence"; furthermore, both emotional cohesion and sense of coherence were inversely related to physical and psychological symptoms. For two syndromes ("hypochondriasis-somatization" and "anxiety-insomnia") the control group of "healthy" participants stated significantly less psychological and somatic symptoms than the "digestive disorders" and the "malignant tumor" groups did.

Key-words: Parental family functioning, Psychosomatic health, Sense of coherence.

Address: Tsabika V. Bafiti, Department of Psychology, School of Philosophy, University of Athens, Panepistimiopolis, Ilissia, 157 84 Athens, Greece. Tel.: *30-1-7277524, Fax: *30-1-7277534, E-mail: tsabika@otenet.gr