

PSYKOSOMATISKE LIDELSER

Alice Theilgaard

(Cand. psych., dr. med., chefpsykolog, Rigshospitalet)

De erkendelsesteoretiske problemer, der er forbundet med begrebet psykosomatik omtales indledningsvis. Derefter gennemgås kort de psykoanalytiske synspunkter vedr. psykosomatiske lidelser, der har gjort sig gældende fra 1920'erne, og den udvikling af disse, som objekt-relationsteoriene og selv-psykologien er ansvarlige for. Det påpeges, at sammenkædningen af begreberne vedrørende interagerende psyko-biologiske systemer og identifikationen af mangler i selvreguleringen har dannet en vigtig bro mellem psykosomatisk medicin og moderne psykoanalyse.

Endvidere redegøres der for »den alexithyme patient«, og det understreges, at alexithymi er en uspecifik reaktionsmåde.

Sluttelig anføres nogle betragtninger over de specielle hensyn, som en psykoterapeutisk indsats over for patienter med psykosomatiske lidelser bør udvise.

Dette århundredes store triumfer inden for histologi, mikrobiologi og biokemi resulterede i et alt for snævert syn på sygdomme, som betragtedes som udelukkende organisk betingede. Denne indstilling gav anledning til en øget specialisering og fragmentering medførende en neglect af psykologiske aspekter i medicinen.

Den dualistiske holdning i medicinen er sej; vi møder stadig i daglig praksis problemer med monisme-versus dualisme, og oftest bliver der tale om et enten-eller, når det drejer sig om psyke og soma i stedet for et både-og.

Det skal indrømmes, at problemet filosofisk set byder på begrebsmæssige vanskeligheder, men vi – og patienterne – er tjent med at anvende den model, at det drejer sig om et kompliceret samspil, hvor psyken indvirker på kroppen, og kroppen indvirker på psyken.

Når det drejer sig om årsagsvirkning, vil vi ofte stille spørgsmålene forkert. Nemlig i stil med: Hvis en patient, der har smerter, ikke har påviselige organiske forandringer, skyldes smerterne så ikke noget psykisk? Vi må prøve på at formulere vores spørgsmål – og dermed også vores svar – på en anden måde. *Vi må se fænomenerne som to sider af den samme sag.*

På den ene side drejer det sig om en *principiel* »objektiv« og ofte verificerbar beskrivelse af nogle fysiske og biologiske begivenheder eller om en vis adfærd, som vurderes samstemmende af flere iagttagere, og på den an-

den side er der tale om en subjektiv beskrivelse af en følelsesmæssig oplevelse.

Disse to beskrivelsessystemer er komplementære, – d.v.s. de supplerer hinanden. »Jeg har smerter«, er et udsagn, som tilhører den private oplevelsessfære, og det lader sig ikke af- eller bekræfte af udenforstående. Smerter er følelser, der kun kan opleves af det pågældende menneske. Men selv om smerten er en følelsesmæssig oplevelse, er det samtidig karakteristisk, at den ofte opleves som noget legemligt – ikke sjældent som udtryk for en truende eller manifesteret skade.

Der er tre planer, som et menneske kan beskrives på: 1) det fysisk-biologiske og somatiske plan, 2) det adfærdsmæssige, 3) det psykiske plan. Inden for alle tre områder findes fænomener, som er vanskelige at beskrive.

Psykosomatiske fænomener involverer alle tre planer, og deres teoretiske og empiriske udforskning bærer præg af de vanskeligheder, der kendetegner hvert plan for sig såvel som deres indbyrdes samspil. I moderne psykologi og psykiatri har man nærmet sig spørgsmålet om psykosomatiske fænomener og specielt sygdomme ud fra to forskellige referencerammer: stressteori og psykoanalytisk teori. Stressforskningen er behandlet på p. 349-68.

Psykoanalytiske synspunkter

Freud anvendte aldrig betegnelsen 'psykosomatisk' i sine skrifter, selv om han var overbevist om, at psyken øvede indflydelse på legemlige processer. Han var hovedsagelig interesseret i de processer, som førte til hysteriske og hypokondre symptomer, mens såkaldte psykosomatiske sygdomme optog ham mindre.

Æren for udmøntningen af udtrykket 'psykosomatisk' tillægges oftest lægen Johan Chr. Heinroth i 1818, men det kuriøse er, at det var digteren Samuel Taylor Coleridge, der et århundrede før begrebet vandt indpas i den medicinske verden, introducerede betegnelsen. Igen et eksempel på, at den intuitive digter har været der før andre.

Interessen for psykosomatisk medicin har bølget frem og tilbage. I 20'erne begyndte flere psykoanalytisk orienterede terapeuter, hovedsagelig i Tyskland og USA at observere patienter med visse fysiske sygdomme af ukendt oprindelse, og teorier, som skulle tjene som forklaring på, hvordan intra-psykiske konflikter kunne indvirke på legemlige processer, blev udarbejdet. Disse forskeres entusiasme førte til udgivelsen af tidsskriftet »Psychosomatic Medicine« i 1939 og til grundlæggelsen af »American Psychosomatic Society« først i fyrreerne. F. Deutsch og E. D. Wittkower er navne fra den tid. Med en aktuel omskrivning af Falconer's titel: (1796) »A dissertation on the influence of the passions upon the disorders of the body« skrev Wittkower om »The influence of emotions on the functions of the organs« (1935).

F. Alexander grundlagde i 1930 Chicago Psychoanalytic Institute, og i 1939 tog han initiativet til den første systematiske forskning inden for dette område. Samtidig undersøgte Flanders Durban et stort antal patienter med organiske sygdomme ud fra psykodynamiske synspunkter. Resultatet af undersøgelserne blev beskrevet i »Emotions and Bodily Changes« fra 1935. Forsøg på at se en sammenhæng mellem *personlighedens struktur* og en specifik lidelse må siges at repræsentere et overforenklet synspunkt – i lighed med Alexander's forsøg (1950) på som årsag til den enkelte psykosomatike lidelse at finde en *specifik psykodynamisk konstellation*, sådan at forstå, at han mente, der var en karakteristisk sammenhæng mellem den psykologiske konflikts natur og arten af symptomer.

I disse årtier interesserede man sig for – hvad der er blevet kaldt – de klassiske eller de 'hellige syv' psykosomatiske sygdomme: ulcus duodeni, asthma, essentiel hypertension, thyreotoxicose, ulcerøs colitis, rheumatoid arthritis og neurodermatitis.

Den psykoanalytiske behandling af patienter med disse sygdomme viste sig imidlertid ikke at kunne stå mål med forventningerne, og i midten af 50'erne begyndte skuffelsen at brede sig, og Wittkower måtte i sin tale til det amerikanske psykosomatiske selskab, som han var præsident for, i 1960 sørgmodigt forudsige, at denne psykosomatiske epoke var slut. Han forventede, at feltet snart ville blive domineret af fysiologer, neurobiologer og biokemikere, hvilket udviklingen jo gav ham ret i.

Men efter disse nedgangstider medførte identificeringen af psykobiologiske mekanismer og opdagelsen af, at tab af nærstående person og andre stressfyldte livsbegivenheder kan ændre menneskers modtagelighed for sygdomme, et mere omfattende og nuanceret syn på den psykosomatiske proces og banede derved vejen for en opnotering af de psykodynamiske synspunkter – nu ikke blot af de hellige syv sygdomme, men som en referensramme for *al* sygdom.

Iagttagelser fra den tidligste udvikling viser overensstemmende, hvor betydningsfuldt et harmonisk mor-barn forhold er for barnets trivsel (Spitz 1962, Mahler 1968, Fain 1979). Noget andet er, at de teoretiske udlægninger om denne tidlige, før-sproglige fase selvsagt må være belastet af stor usikkerhed, alene af den grund, at det kan være problematisk at afgøre, om de iagttagne forhold har årsagskarakter, eller om samspillet art er en konsekvens af barnets sygdom.

Som nogle af de første fremsatte Garner og Wenar i 1959 en nuanceret, psykodynamisk beskrivelse af mor-barn forholdet ved psykosomatiske lidelser. De fremhævede to træk: 1) Den manglende 'moderlighed', som kom til udtryk i en forarmet følelsesmæssig relation til barnet – men ikke nødvendigvis i en mangelfuld fysisk omsorg for barnet. 2) Dette mor-barn forhold kunne være nært, men på en 'sammenfiltret', invaderende facon, som var gensidigt frustrerende.

Barnets oplevelse af et harmonisk samspil er forudsætningen for, at bar-

net kan udvikle sig til et selvstændigt individ. Uden den basale tillid, som denne erfaring giver, kan barnet ikke mestre den opgave, som selvstændiggørelse stiller: at bryde den tætte, tidlige relation til moderen.

Mens forstyrrelser i det tidlige mor-barn forhold ikke nødvendigvis medfører en 'psykosomatogen' risiko – disse forstyrrelser kan også give sig udslag i andre former for fejludvikling – så fremhæver franske forskere (se Fain 1971) at to træk i det forstyrrede mor-barn forhold disponerer til psykosomatisk lidelse. Det første drejer sig om i alvorlig grad at hindre barnets forsøg på at skabe auto-erotisk erstatning (f.eks. fingersutning) for forholdet til moderen og demed hæmme intrapsyriske repræsentation og den første begyndelse til et fantasiliv. Det andet træk er i modsætning til det første: at moderen konstant tilbyder sig som det eneste objekt for tilfredsstillelse og på den måde også begrænser barnets intra-psyriske udfoldelse ved at gøre det totalt afhængigt af hende. Når det drejer sig om sansepåvirkninger fra den ydre verden, er det iflg. Fain karakteristisk for disse mødre, at de ikke har kunnet klare at være et beskyttende skjold for barnet, der så er blevet overstimuleret.

Kimen til et intra-psyriske liv, til fantasien og symboldannelse, vil ikke blive næret i mor-barn forholdet af en art som oven for skitseret. Det svarer helt til den operationelle tænkning, den desperate søgen efter det jordnære, konkrete og faktuelle, som kendetegner mange personer med tendens til somatisering. Denne hæmning af fantasien og mangelfulde udvikling af symbolfunktionen har betydning for forståelsen og behandling af psykosomatiske patienter.

Det gør det terapeutiske arbejde forskelligt fra den klassiske psykoanalytiske teknik, som tilbyder tolkninger af driftsmæssige ønsker eller af den formodede symbolske betydning af de somatiske symptomer. Krystal (1979, 1982-83) har beskrevet modifikationer i teknikken med det formål at gøre psykoanalytisk orienteret psykoterapi mere nyttig for patienter med psykosomatiske lidelser. Initialt skulle terapeuten hjælpe patienten med at iagttage karakteren af hans eller hendes kognitive forstyrrelser. Det er især vigtigt, når det gælder den type patienter, som saboterer 'linking', dvs. terapeutens forsøg på at påpege en sammenhæng mellem forskellige fænomener, det være sig somatiske eller psykiske.

Foruden *objekt-relationsteoriene* giver *selv-psykologien* også mulighed for at uddybe forståelsen for disse patienter. Kohut (1978, 1979) gav selvet en central position inden for personligheden. Han så ikke selvet som en »agent« inden for psyken i lighed med Freud's tre instanser: id-ego-super-ego, men som en ækvivalent til den totale psykiske struktur. De forskellige komponenter af selvet erhverves i den tidlige barndom i samspil med de personer – oftest forældrene – der opleves som selv-objekter, dvs. de er dele af selvet, snarere end helt adskilte objekter. Kohut mente, at barnet søger to fundamentale typer af forhold til forældrene, og han skelner mellem to slags selv-objekter på basis af de vitale funktioner, som de udøver. Den

første type – et 'spejlende selv-objekt' – reagerer på og bestyrker barnets medfødte sans for udfoldelse og vitalitet. Den anden type er de idealiserede forældre-*imago*er, som barnet ser op til, og med hvem det kan smelte sammen som et forbillede på ro, ufejlbarlighed og almagt.

Under gunstige betingelser fører disse tidlige selv-objekt-relationer til udviklingen af en fast psykisk struktur. Dette »kærneselv«, som dannes i løbet af det andet leveår, er en bipolar struktur, hvor grandiose-exhibitionistiske tendenser danner den ene pol, idealiserede mål den anden. Kohut anfører, at det er spændingstilstanden mellem disse to poler, der fremmer udviklingen af barnets færdigheder og talenter, som fra deres rudimentære form gradvist vil udvikle sig til dem, som den voksne anvender i produktivitetens og kreativitetens tjeneste ud fra sit modne selv.

Forstyrrelser i forholdet mellem barnet og dets selv-objekter, specielt en kronisk mangel på indlevelse fra forældrenes side, resulterer i et læderet selv, enten et diffust ødelagt selv, eller et selv, der er forstyrret i et af dets komponenter. Det giver sig udslag i mangel på en stabil sammenhæng i selvet, vanskeligheder med at regulere selvagtelsen, tilbøjelighed til angst for tilintetgørelse, følelse af fragmentering og tom depression. Ved at forsøge at forlade sig på 'arkaiske', selv-objekt-forhold, vil man prøve på at opretholde sin narcissistiske ligevægt, som bliver truet, når man demonstrerer sin selvstændighed og uafhængighed.

Dette skrøbelige eller mangelfuldt udviklede selv vil have ringe kår, når udviklingen kræver, at det bevæger sig fra en samspilsbetinget regulering til øget selvregulering. Forstyrrelser i reguleringen er af psykobiologisk natur, og kan opstå hvor som helst inden for systemet, fra det sociale til det cellulære niveau og medfører øget sårbarhed for sygdom.

Specifikke konstitutionelle forstyrrelser af de fysiologiske regulerende mekanismer kan selvsagt være ansvarlige for disposition til sygdom, men der er efterhånden mange forskningsresultater, der giver stigende sandsynlighed for, at forstyrrelser i objekt-forholdene også kan føre til dysregulering af fysiologiske processer.

Sammenkædningen af begreberne vedrørende 1) interagerende psykobiologiske systemer og 2) identifikationen af mangler i selvreguleringen har dannet en vigtig bro mellem psykosomatisk medicin og moderne psykoanalyse (Se Taylor, 1987).

Den alexithyme patient

At opleve følelser forudsætter en indlæring og et sprog. Det kan selvsagt give problemer, hvis man ikke er i stand til at erkende og benævne følelser. Nogle mennesker opfatter tilsyneladende ikke visse kropsfornemmelser. De fornægter at opleve angst og anspændelse, når de er i en belastet situation, også selv om der er en akut forhøjelse af blodtrykket og en hastig puls. An-

dre mennesker, der er belastet i tilsvarende grad, angiver at opleve en ubehagelig angst og anspændthed. Det er påfaldende, at de sidstnævnte typisk har en mindre forhøjet puls og blodtryk end de første (Taylor, 1987). Dette kunne tyde på, at det er vigtigt at kunne mærke kropssensationer for at undgå kraftige psykofysiologiske reaktioner.

Igen findes der mennesker, som har bevidsthed om de kropsfornemmelser, der ledsager følelser, men som ikke tolker dem som kroppens udtryk for følelsesmæssige tilstande. De oplever dem i stedet for som tegn på sygdom.

Allerede Paul MacLean noterede sig (1949), at mange psykosomatiske patienter viser en manglende evne til at verbalisere følelser. MacLean spekulerede på, om forstyrrende følelser – i stedet for at blive transmitteret til neocortex, »ordhjernen« og finde udtryk gennem den symbolske brug af ord, snarere udtrykker sig umiddelbart gennem det autonome system og derved bliver oversat til et slags »organ-sprog«.

I 1963 beskrev franske psykoanalytikere, P. Marty og medarbejdere, deres kliniske erfaringer med et bredt udsnit af somatisk syge patienter. De rapporterede, at indholdet af patienternes associationer i interviewsituationen var bemærkelsesværdig jordbundne, prosaiske, fantasiløse. De gav navnet »*pensée opératoire*« til denne kognitive stil. Betydningen af deres observationer forblev stort set ubemærket. Først år senere blev opmærksomheden atter vakt ved Nemiah og Sifneos (1970) undersøgelse af 20 patienter, som hver frembød to klassiske psykosomatiske lidelser. De foretog en nøjere analyse af udskrifterne fra de psykiatriske interviews, som netop var blevet udført på en sådan måde, at de skulle stimulere fri associeren og fantasieren. De fandt, at 16 af de 20 patienter viste en udtalt vanskelighed ved verbalt at udtrykke eller beskrive deres følelser, og at fantasier enten ikke forekom eller var begrænset til et minimum.

Gentagne observationer støttede det indtryk, at patienter med klassisk psykosomatiske lidelser i modsætning til neurotiske patienter hyppigt viser forstyrrelser i den affektive og symbolske funktion, hvilket giver deres kommunikationsmønster et sterilt og farveløst præg.

Sifneos udmøntede udtrykket ALEXITHYMIA i 1972. (Fra græsk: Lexis = ord, thymos = emotion). Altså: Ingen ord for følelser. Alexithyme mennesker virker umiddelbart ved en overfladisk kontakt upåfaldende – eller kan oven i købet betragtes som yderst veltilpassede til en tilværelse, der lægger mere vægt på konkret handling og materielle forhold end på følelser. Man kan beskrive dem med deres fantasi- og følelseshæmning som »pseudonormale«. Der er ikke tydelige positive tegn på psykisk disharmoni, det er snarere fraværet, manglen på verbalt og emotionelt response, der gør sig gældende. Nogle alexithyme er i bogstaveligste forstand fattige på ord, andre er velformulerede med mange ord, men på en intellektualiserende, følelsesflad måde. (se Bollas (1987) og McDougall (1974)).

Nu er det på sin plads at understrege, at alexithymi er en *uspecifik reakti-*

onsmåde. De iagttagelser, der førte til dannelsen af begrebet, blev først gjort på patienter med »klassiske« psykosomatiske lidelser, hvilket førte til den fejlagtige slutning, at der eksisterede en snæver etiologisk relation mellem alexithymi og psykosomatisk sygdom.

Der findes psykosomatiske patienter, der *ikke* udviser dette træk. Og omvendt: Patienter med affektive forstyrrelser i form af maskeret depression kan have meget svært ved at tale om deres følelser samtidig med, at de præsenterer somatiske klager.

Alexithymi bør nok heller ikke betragtes som et alt-eller-intet fænomen. Alle synes til tider at kunne skifte til en kommunikativ stil, der er relativ asymbolsk. Det er i overensstemmelse med Bion's synspunkt (1957) vedrørende samexisterende mentale tilstande i personligheden, hvilket helt svarer til et udviklingspsykologisk syn, hvor tidligere stadier i udviklingen genoplives under stress. Og med Reiser's formodning (1968, 1978) om, at psykosomatiske patienter viser svingninger i ego-tilstanden, som er begrænsede til udvalgte områder eller begrænsede perioder med regressiv funktion. Når en sådan »ø« med primitiv mental funktion opdages hos en psykosomatisk patient, er det vor erfaring, at den er associeret med en alexithym kognitiv stil.

Giver følelserne sig endelig udtryk, sker det pludseligt som en umiddelbar reaktion til et aktuelt emne; det er abrupt, usammenhængende, og forsvinder lige så hurtigt, når der skiftes til et andet emne. Det er uden forbindelse med, hvad der er sket før, eller hvad der sker bagefter.

Den samme fornemmelse af en ventil, der bliver lukket op og i, giver en anorexia nervosa patient, der i terapien kan lade tårerne trille på en ejendommelig uengageret måde, som ikke sætter spor, og som også lader omgivelserne uberørt. Hun har efterhånden også fået en anden slags gråd, en ægte, integreret, forløsende gråd, og hun noterede sig, at hendes altid blegblå fingre i tilslutning til denne gråd blev varme og levende. Igen et eksempel på samspillet mellem psyke og soma.

McDougall (1982) omtaler også den paralyserende effekt disse patienter kan have i terapien. Gennem sit ubevidste behov for at opretholde et sterilt rum mellem sig selv og andre, klarer patienten ved sin måde at kommunikere på at vække betydelig affekt hos andre og få dem til at hjælpe med at holde en distance. En af de måder, hvorved man kan få adgang til patientens indre liv, er at rette opmærksomheden mod de følelser af kedsomhed og frustration, som den projektive identifikation giver i modoverføringen. Det er en form for primitiv kommunikation, der ikke kan 'dekodes' på sædvanlig måde. Patienten opretholder en devitaliseret indre tilstand, som han ikke er sig bevidst. Det er kompenseret ved en »false-self« tilpasning til den ydre realitet, hvor patienten er 'dis-affected', dvs. uden følelser, mens følelser er mobiliseret hos den anden person.

Derfor gælder det først og fremmest om i terapien at hjælpe disse patienter til at udvikle mere tolerance for deres følelser. Terapeuten må forsøge at

hjælpe patienten til at erkende, beskrive og fortolke sine egne følelser. (Cox og Theilgaard (1987)). Det er at sammenligne med moderens hjælp til barnet, når det skal lære at identificere, differentiere, og verbalisere sine følelser, så han/hun gradvis kan komme til at bruge sine følelser som en værdifuld informationskilde vedrørende hans/hendes daglige verden og indre liv.

Den mekaniske udenadslærte adfærd får en til at tænke på en person uden musikalsk talent, der uengageret lærer at spille. Winnicott (1971) har set på psykoterapi som en proces, hvor to leger med hinanden. Hvis dette ikke kan lade sig gøre, må terapeuten forsøge at bringe patienten fra en tilstand af ikke at være i stand til at lege til en tilstand, hvor patienten bliver i stand til at lege. Ogden (1982) skriver et sted: 'Projektiv identifikation er legens modsætning'. Den terapeut, der kan engagere sig legende med sin patient, har mulighed for at udvide patientens forestillings- og fantasiliv ved at promte patientens egen kapacitet til at lege med tanker, ideer og forestillinger.

Netop disse patienters beredvillige accept af deres oplevelser skulle advare terapeuten mod at gentage mønstret for tidligere samspil, hvor andre synes at have kendt patientens følelser bedre end hende selv. Og så er vi igen tilbage til det tidlige mor-barn forhold.

Selv om den reduktionistiske biomedicinske model er meget sejlivet, må den nu konkurrere med et andet syn på mennesket, hvor kroppen ikke er tingsliggjort – ikke er et objekt man »har«, men noget man »er«. – Hvis vi vil forstå og behandle psykosomatiske lidelser, er det ikke tilstrækkeligt at se på de særlige biologiske forudsætninger hos det enkelte menneske, også personlighedsstruktur, socialt miljø, personlige mål, ønsker og forventninger må tages i betragtning. Kort sagt: Vi må anskue problemerne fra flere perspektiver, end vi fra dagligdagen er vant til, hvis vi med Bateson's (1979) ord skal finde »a pattern which connects«.

REFERENCER

- ALEXANDER, F.: *Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications*. W. W. Norton & Co. Inc. New York, 1950.
- BATESON, G.: *Mind and Nature*. Wildwood House, London, 1979.
- BION, W. R.: Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *International J. Psycho-Analysis*. 1957, 38: 226-275.
- BOLLAS, C.: *The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known*. Free Association Books, 1987.
- COX, M. & THEILGAARD, A.: *Mutative Metaphors in Psychotherapy. The Aeolian Mode*. Tavistock, London & New York. 1987.
- DEUTSCH, F.: *The Psychosomatic Concept in Psychoanalysis*. Int. Univ. Press. N.Y., 1953.
- DUNBAR, F.: *Emotions and Bodily Changes*. (4 ed.). Columbia University Press, New York, 1957.

- FAIN, M.: Prelude a la vie fantasmatique. *Rev. franc. Psychoanal.* 1971, 35: 291-364.
- GARNER, A. & WENAR, C.: *The Mother-Child Interaction in Psychosomatic Disorders*. Ill, 1959.
- KOHUT, H.: *The Search for the Self*. P. Ornstein, ed. Vol. I & II. Int. Univ. Press, New York, 1978.
- KOHUT, H.: *The Restoration of the Self*. Int. Univ. Press, New York, 1979.
- KRYSTAL, H.: Alexithymia and Psychotherapy. *American J. of Psychotherapy*, 1979, 33: 17-31.
- KRYSTAL, H.: Alexithymia and the Effectiveness of Psychoanalytic Treatment. *International J. of Psychoanal., Psychotherapy*, 1982-83, 9: 353-378.
- MACLEAN, P. D.: Psychosomatic Disease and the »Visceral Brain«. *Psychosom. Med.* 1949, 11: 338-353.
- MAHLER, M. S.: *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*. Int. Univ. Press. New York, 1968.
- MARTY, P., UZAN, M. M. & DAVID, C.: *L'investigation psychosomatique*. Presses Univ. de France, 1963.
- MCDOUGALL, J.: The Psychosoma and the Psychoanalytic Process. *Int. Rev. Psychoanal.* 1974, 1: 437-459.
- NEMIAH, J. C. & SIFNEOS, P. E.: Affect and Fantasy in Patients with Psychosomatic Disorders. I: Hill, O.: *Modern Trends in Psychosomatic Medicine*, Butterworths, London, 1970.
- OGDEN, T. H.: *Projective Identification and Psychotherapeutic Technique*. Jason Aronson, New York, 1982.
- REISER, H. M.: Psychoanalytic Method in Psychosomatic Research. *Internat. J. Psychoanal.*, 1968, 49: 231-235.
- REISER, M. F.: *Psychoanalysis in Patients with Psychosomatic Disorders. In Psychotherapeutics in Medicine*. Eds. T. B. Karasu & R. I. Steinmuller. Grune & Stratton, New York, 1978.
- SIFNEOS, P. E.: *Short-term Psychotherapy and Emotional Crisis*. Harvard University Press, Cambridge, 1972.
- SPITZ, R. A.: *The First Year of Life*. Int. Univ. Press, New York, 1965.
- TAYLOR, G. J.: *Psychosomatic Medicine and Contemporary Psychoanalysis*. Int. Univ. Press, New York, 1987.
- WINNICOTT, D.: *Playing and Reality*. Tavistock Publications, London, 1971.
- WITTKOWER, E. D.: Studies on the Influence of Emotions on the Functions of the Organs. *J. ment. Sci. (Monograph Section)* 1935, LXXXI: 533-682.