

Η ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗΣ ΘΕΩΡΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΑΞΗΣ ΣΕ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Ιωάννα Ιεροδιακόνου-Μπένου

Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Περίληψη: Η ψυχαναλυτική θεωρία και τεχνική, άμεσα συνυφασμένη με το όνομα του Freud, αποτελεί την πρώτη μεγαλειώδη σύλληψη μέσα από την οποία αποκρυπτογραφούνται συμπτώματα ως αποτέλεσμα ενδοψυχικών συγκρούσεων, και αποκτούν νόημα στο οποίο αποτυπώνονται ιδιομορφίες της ατομικής χαρακτηρισολογικής δομής. Το έργο του ιδρυτή της ψυχανάλυσης περιλαμβάνει κλινικά και θεωρητικά θέματα που παραμένουν επίκαιρα ακόμη και σήμερα. Η εφαρμογή του έργου του Freud στην κλινική πράξη αφορά όχι μόνο το ευρύ φάσμα των νευρώσεων, αλλά και την κατανόηση της ψυχωτικής διεργασίας και των διαταραχών προσωπικότητας. Επίσης, ανοίγει νέους δρόμους κατανόησης συμπτωματολογίας και δυναμικών, με δυνατότητα παρέμβασης σε διάφορες δομές ψυχικής υγείας (π.χ., γενικά νοσοκομεία, συμβουλευτική-διασυνδετική ψυχιατρική, ομάδες Balint).

Λέξεις κλειδιά: Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, Γενικό νοσοκομείο, Εθνικό σύστημα υγείας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ψυχαναλυτική διεργασία αφορά μια εργασία “λόγου” που έχει τις ρίζες της στην ψυχαναλυτική θεωρία και μέθοδο, δηλαδή σ’ έναν τρόπο προσέγγισης της ψυχικής ζωής που μας φέρνει μπροστά στα προβλήματα του αγνώστου και της απόλυτης ετερότητας μέσα μας (το ασυνείδητό μας) και που επιτρέπει να διερευνηθούν διεργασίες, οι οποίες δεν είναι προσιτές στην εξωτερική παρατήρηση ή στην εμπειρική έρευνα. Είναι η θεραπευτική μέθοδος που αποβλέπει στην αποκατάσταση της ελεύθερης επικοινωνίας μεταξύ των ψυχικών συστημάτων και στην ενότητα της ψυχικής ζωής, η οποία εντούτοις δε θα πάψει να χαρακτηρίζεται από ρήγματα.

Η ψυχανάλυση είναι κυρίως μια συνάντηση με τον εαυτό μας που πραγματοποιείται μέσα από τη συναλλαγή με τον άλλον. Τέτοιος “άλλος” είναι ο ψυχανα-

Διεύθυνση: Ιωάννα Ιεροδιακόνου-Μπένου, Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, 541 24, Θεσσαλονίκη. E-mail: ioannabenou@gmail.com

λυτής, πρόσωπο και συγχρόνως αναπαράσταση της ετερότητας και της ομοιότητας για τον αναλυόμενο. Στη διάρκεια της ψυχαναλυτικής διεργασίας, τα δυναμικά που αναπτύσσονται και κυκλοφορούν μεταξύ των πλεγμάτων των ψυχικών οργάνων του αναλυτή και του αναλυομένου προέρχονται από την εξωτερική ή εσωτερική πραγματικότητα σε σύζευξη με τις ενορμητικές επιθυμίες. Το ψυχαναλυτικό αντικείμενο αποτελεί μαρτυρία για το πώς δύο ετερογενή επίπεδα ψυχισμού –βιωματικές εμπειρίες του αναλυομένου και του αναλυτή– μπαίνουν σε συνήχηση και επικοινωνία και επαναδραστηριοποιούνται στο δίπολο μεταβίβαση-αντιμεταβίβαση. Πρόκειται για μια σειρά συνδέσεων, σχέσεων αντικειμένων, λέξεων, συναισθημάτων και αναπαραστάσεων εσωτερικής πραγματικότητας και έξω κόσμου.

Εκατόν πενήντα χρόνια μετά τη γέννηση του ιδρυτή της ψυχανάλυσης Freud, καλούμαστε να εκτιμήσουμε την ψυχαναλυτική θεωρία και πρακτική στην πραγματικότητα του σήμερα, μια συνθήκη όπου η εξέλιξη της ψυχολογίας και της ψυχιατρικής είναι ραγδαία και η ψυχαναλυτική σκέψη επηρεάζει και επηρεάζεται συνεχώς από διάφορους επιστημονικούς τομείς και αντικείμενα, όπως είναι η φιλοσοφία, η κοινωνιολογία, οι νευροεπιστήμες, τα διάφορα ιδεολογικοπολιτικά ρεύματα. Η ψυχανάλυση, ως θεραπευτική προσέγγιση, ακολουθεί τις σημαντικές αλλαγές που συντελούνται στο χώρο της ψυχικής υγείας μεταπολεμικά τόσο σε επίπεδο νέων αντικειμένων, όπως η ψυχοσωματική, όσο και σε επίπεδο δομών, όπως τα ψυχιατρικά τμήματα σε γενικά νοσοκομεία και τα κέντρα ψυχικής υγείας (ΚΨΥ).

Η Φροϋδική θεωρία δοκιμάζεται κι έρχεται αντιμέτωπη με νέες προκλήσεις όταν μπαίνει στο χώρο της δημόσιας περίθαλψης με τη διττή της έννοια, δηλαδή ως χώρου δωρεάν παροχής υπηρεσιών και κάλυψης αναγκών στο σύνολο του πληθυσμού μιας συγκεκριμένης περιοχής. Στις Η.Π.Α. και στην Ευρώπη, συγκεκριμένα στην Αγγλία (νοσοκομεία Maudsley και Royal Free, στις κλινικές Tavistock Clinic και Hampstead Clinic), στη Γαλλία (π.χ., στις δομές του ψυχιατρικού τομέα στο 13ο Διαμέρισμα του Παρισιού), στη Σουηδία και στη Γερμανία, λειτουργούν ψυχαναλυτικές μονάδες αποδίδοντας ικανοποιητικά αποτελέσματα και ανοίγοντας νέους θεραπευτικούς ορίζοντες (μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο) πάντα στο πλαίσιο ενός εθνικού συστήματος υγείας (ΕΣΥ). Στον ελληνικό χώρο, από το 1958 γίνονται πετυχημένες προσπάθειες εφαρμογής της Φροϋδικής θεωρίας και τεχνικής με τη λειτουργία των ΚΨΥ και στο ΑΧΕΠΑ, και αργότερα με την ίδρυση νοσοκομειακών ψυχιατρικών τμημάτων σε Αλεξανδρούπολη, Θεσσαλονίκη, Αθήνα και Πάτρα.

Έτσι, εμφανίζεται ο όρος “ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία”, μια θεραπευτική διαδικασία που κρατά την ψυχαναλυτική θεωρία και βασικούς κανόνες τεχνικής. Πρόκειται για παιδί της ψυχαναλυτικής σκέψης με όλα τα ζητήματα και τις συ-

γκρούσεις που γεννώνται σε κάθε σχέση παιδιού-γονέα. Σε μια τέτοια σχέση το παιδί-η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία-αναζητά τη δική του ταυτότητα κι αυτονομία, ενώ ταυτοχρόνως εκτιμά και αξιοποιεί την εμπειρία και τη γνώση του γεννήτορα. Απαντά ως θεραπευτική πρόταση στη σοβαρή ψυχοπαθολογία (π.χ., οριακή διαταραχή, προσωπείο, ψυχωτικές καταστάσεις) και συνιστά μια βασική κλινική εφαρμογή της Φροϋδικής θεωρίας στα ψυχιατρικά τμήματα γενικού νοσοκομείου.

ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΗΣ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία: Το θεραπευτικό πλαίσιο

Στο πλαίσιο ενός ΕΣΥ θα πρέπει να προσεχθούν δύο βασικά στοιχεία που παίζουν σημαντικό ρόλο και θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά τη θεραπευτική διαδικασία. Πρώτον, η θεραπεία πραγματοποιείται μέσα σε γενικό νοσοκομείο, δηλαδή σε νοσηλευτικό ίδρυμα που θεραπεύει άμεσα σωματικές βλάβες και προβλήματα. Δεύτερον, ο ασθενής δεν πληρώνει άμεσα το θεραπευτή του.

Ο πρώτος κανόνας που καλείται ο θεραπευτής να θέσει σε εφαρμογή ξεκινώντας τη θεραπευτική διαδικασία ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας είναι να παρξέξει και να διαφυλάξει το θεραπευτικό πλαίσιο: για παράδειγμα, πού περιμένει ο ασθενής πριν τη συνεδρία, σε τι χώρο εξελίσσεται η συνεδρία, ποιος παραλαμβάνει τον ασθενή και εάν είναι ο ίδιος ο θεραπευτής, τι διαμείβεται κατά τη διάρκεια της απόστασης από το χώρο αναμονής έως το χώρο της συνεδρίας και πόσο διασφαλίζεται η συνεδρία από διακοπές εκ μέρους άλλων ασθενών, ιατρών, νοσηλευτών κ.λπ. Όπως κατά τη διάρκεια του θηλασμού ενός βρέφους η μητέρα φροντίζει έτσι ώστε να βρίσκεται σε απόλυτη διαθεσιμότητα για την κάλυψη των αναγκών του βρέφους, αντίστοιχα και ο θεραπευτής θα πρέπει να προσφέρει τη θεραπευτική συνεδρία (μία, δύο ή τρεις φορές την εβδομάδα, διάρκειας 50 λεπτών) χωρίς παρεμβολές ή διακοπές. Η παροχή σταθερού θεραπευτικού πλαισίου με τις συνθήκες του ΕΣΥ είναι αναμενόμενο να βρίσκεται υπό συνεχή απειλή λόγω συναισθημάτων περιέργειας ή και ανταγωνισμού από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ή άλλους ασθενείς του Τμήματος.

Μετά την αρχική αμηχανία που εκφράζει ο άρρωστος, σύντομα διαπιστώνουμε ότι το νοσοκομείο παίζει επικουρικό ρόλο στη θεραπευτική συμμαχία τόσο σε συνειδητό όσο και σε ασυνειδητό επίπεδο. Στο νοσοκομείο προβάλλονται συναισθήματα τα οποία αφορούν τη μητρική ή την πατρική σχέση. Είναι πιθανό το νοσοκομείο να αποτελεί το γονιό-σύντροφο και συνεργάτη του θεραπευτή και στο ζεύγος αυτό να αποδίδεται θετικός γονεϊκός ρόλος (θετική μεταβίβαση). Για πα-

ράδειγμα, σε όνειρα ασθενών αναφέρεται το νοσοκομείο σαν το σπίτι του θεραπευτή, όπου θα δοθεί στον άρρωστο τροφή και φιλοξενία. Από την άλλη πλευρά, είναι πιθανό το νοσοκομείο να αποτελεί το γονιό που παρεμβαίνει, διακόπτει ή αποκλείει μια συμβιωτική σχέση μάνας-θεραπευτή με παιδί-ασθενή. Ιδιαίτερα όταν πρόκειται για θεραπείες μιας φοράς την εβδομάδα ή όταν έρχονται διακοπές (Χριστούγεννα, Πάσχα, καλοκαίρι) ο θυμός για τον πρόσκαιρο αποχωρισμό προβάλλεται στο νοσοκομείο και στο δημόσιο χαρακτήρα του. Η σχάση του θεραπευτή σε καλό θεραπευτή-κακό νοσοκομείο διασφαλίζει και προστατεύει τελικά τον ασθενή από αρνητικά συναισθήματα (αρνητική μεταβίβαση) προς το θεραπευτή του, μια και προβάλλονται στο “κακό ΕΣΥ”.

Συνεπώς, άλλοτε εύκολα μπορεί να “συμφωνήσει” ο θεραπευτής στο πόσο καλό είναι το νοσοκομείο, ώστε να διατηρηθεί μια εξιδανικευμένη σχέση με το ίδρυμα, που καλύπτει ναρκισσιστικά στοιχεία του θεραπευτή. Άλλοτε πάλι μπορεί να αντιδράσει απολογούμενος για τις λίγες συνεδρίες που προσφέρει στον ασθενή, σαν φταίξιμο του Δημοσίου, αποφεύγοντας έτσι τα επιθετικά συναισθήματα του αρρώστου ή και την ανοιχτή σύγκρουση.

Ένα άλλο θέμα αποτελεί η δωρεάν περίθαλψη, άρα η μη άμεση πληρωμή του θεραπευτή από τον άρρωστο. Η αποτελεσματική λειτουργία της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας στα πλαίσια ενός ΕΣΥ, τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα, έχει καταρρίψει το μύθο ότι ο άρρωστος πρέπει να πληρώσει σε χρήμα, προκειμένου η θεραπεία του να είναι αποτελεσματική. Δε θα πρέπει να ξεχνούμε ότι ελάχιστες είναι οι ακυρώσεις συνεδριών. Οι ασθενείς πληρώνουν σημαντικό ψυχικό κόστος κατά την εξέλιξη της θεραπείας και ο θεραπευτής –πέραν του μισθού του– ανταμείβεται πλούσια σε άλλα επίπεδα (αυτο-εκτίμησης, προσφοράς, κ.λπ.) κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής διαδικασίας. Συναισθήματα που εμφανίζονται από την έναρξη της θεραπείας, άμεσα συνδεδεμένα με δωρεάν περίθαλψη, είναι αυτά της ενοχής. Ερωτήματα όπως: “Μήπως κλέβω χρόνο από άλλους που είναι χειρότερα;”, “Εγώ δεν αξίζω τόσο χρόνο δωρεάν”, “Δε σε πληρώνω και σε φορτώνω με τα δικά μου», ή αμφισβητήσεις όπως “Χωρίς χρήμα δεν υπάρχει γρήγορο αποτέλεσμα”, “Πονώ και υποφέρω, τουλάχιστον δεν πληρώνω”, έχουν σχέση με θετικά ή αρνητικά συναισθήματα μεταβίβασης, συναισθήματα απαραίτητα και χρήσιμα κατά τη διάρκεια της θεραπείας, επιδεχόμενα ερμηνειών χωρίς δισταγμό.

Ο ασθενής γρήγορα εξιδανικεύει το θεραπευτή του, “που του αφιερώνει τόσο χρόνο χωρίς πληρωμή”, ξεχνώντας την πραγματική του διάσταση, ότι δηλαδή πρόκειται για μισθωτό άτομο. Ως αποτέλεσμα η επιθετικότητα και ο θυμός δύσκολα εκφράζονται άμεσα. Στο πλαίσιο αυτό εντάσσονται όχι σπάνιες περιπτώσεις προσφοράς δώρων συμβολικής αξίας (όπως, για παράδειγμα, λουλούδια, βιβλία, τρόφιμα) από πλευράς αρρώστων προς το θεραπευτή κατά την αρχική φάση της θε-

ραπείας. Είναι σημαντικό να αναγνωριστεί η κίνηση αυτή ως εκδήλωση θετικής μεταβίβασης, αλλά και ως κάλυψη των ενοχών του αρρώστου για τα αμφιθυμικά συναισθήματά του προς το θεραπευτή. Θα περίμενε κανείς να προκληθούν συναισθήματα απόρριψης και απογοήτευσης, από πλευράς αρρώστου, στην ερμηνευμένη άρνηση του δώρου από πλευράς θεραπευτή. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι αυτό που εμφανίζεται συχνά είναι συναισθήματα δυσπιστίας και παρανοϊκού τύπου τοποθέτηση του αρρώστου με επιθετικότητα και έλλειψη εμπιστοσύνης προς το θεραπευτή. Η φαντασίωση αφορά έναν άπληστο θεραπευτή που ζητά χρηματική συγκεκριμένη αμοιβή-φακελάκι ή έναν αχόρταγο θεραπευτή που θέλει να εξαντλήσει χρηματικά και ψυχικά τον άρρωστο (αρνητική μεταβίβαση). Ο θεραπευτής είναι δυνατόν, σε μια τέτοια συνθήκη, να πέσει στην παγίδα της αποδοχής του δώρου λόγω αδυναμίας να αντέξει (εμπεριέξει) τη μετατροπή του σε καταδιωκτικό, ανέντιμο υποκείμενο.

Οι παράγοντες γενικό νοσοκομείο και δωρεάν περίθαλψη επανεμφανίζονται με την ίδια ένταση και σημασία κατά τη διάρκεια του τέλους της θεραπείας, όπως και κατά την έναρξη. Τα σωματικά συμπτώματα επανεμφανίζονται, προβάλλονται και πάλι ως κυρίαρχα. Η κατηγορία ότι ο θεραπευτής εγκαταλείπει τον ασθενή χωρίς να του “κοστίσει”, έχει τη διττή σήμανση τόσο του ψυχικού κόστους (δηλαδή, ο θεραπευτής δε λυπάται) όσο και του πραγματικού κόστους (δηλαδή ο θεραπευτής δε χάνει χρήματα).

Είναι δυνατόν τα αισθήματα ενοχής του θεραπευτή να οδηγήσουν αντιμεταβιβαστικά σε αέναντες μικρές επαναλαμβανόμενες παρατάσεις της θεραπείας ή στην αλλαγή του θεραπευτικού πλαισίου πριν το τέλος (π.χ., σταδιακή μείωση της συχνότητας των συνεδριών), διότι ο θεραπευτής δεν μπορεί να εμπεριέξει τις προβολές απορριπτικών, σκληρών, κακών αντικειμένων στο πρόσωπό του. Έτσι, διατηρείται η ψευδαίσθηση του καλού αντικειμένου, καλύπτοντας ουσιαστικά ναρκισσιστικές ανάγκες του θεραπευτή, με αποτέλεσμα να παρουσιάζεται στον άρρωστο ένα αντικείμενο εξίσου πανικόβλητο μπροστά στο τέλος της θεραπευτικής σχέσης.

Συναισθήματα εχθρότητας και θυμού από πλευράς θεραπευτή εκφράζονται όταν ο ασθενής παραμένει ανικανοποίητος, με επανεμφάνιση σωματικών συμπτωμάτων, και αυτά τα συναισθήματα είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε γρηγορότερο τέλος της θεραπείας από αυτό που είχε αρχικά προγραμματιστεί. Άλλοτε, πάλι, ο ακυρωμένος θεραπευτής είναι δυνατόν να προβεί σε βεβιασμένη παραπομπή σε άλλο συνάδελφο ή σε άμεση χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής και φροντίδας των σωματικών εκδηλώσεων με σειρά εργαστηριακών εξετάσεων. Πρόκειται για αντιδράσεις του θεραπευτή που αποτελούν αντιμεταβιβαστικά τιμωρητική συμπεριφορά στα συναισθήματα ματαίωσης και απογοήτευσης που βιώνει μέσα από την προβληματική ταύτιση.

Όπως φαίνεται και από τα παραπάνω, η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία μακράς διάρκειας, όταν υπάρχει ευχέρεια να γίνεται σε πλαίσια γενικού νοσοκομείου και δωρεάν περίθαλψης, αποκτά όλη τη ζωντάνια, πολυχρωμία και πολυπλοκότητα που γενικά τη διακρίνει.

Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία και ψύχωση

Όταν αναφερόμαστε στην ψύχωση, οι συνειρμοί που προκύπτουν μπορεί να είναι παραλήρημα, ψευδαισθήσεις, διάσπαση, απουσία επαφής με την πραγματικότητα, τρέλα, επικινδυνότητα, φόβος, νοσηλεία, φάρμακα. Όταν μιλάμε για ψυχανάλυση, οι συνειρμοί αφορούν τη θεωρία και την τεχνική της, για παράδειγμα, ασυνείδητο, δομική θεωρία, ναρκισσισμός, μηχανισμός άμυνας, πλαίσιο (τακτικότητα-ντιβάνι), μεταβίβαση, αντιμεταβίβαση, όνειρα, ερμηνείες. Πού συναντώνται και πώς αυτοί οι δύο χώροι; Παντρεύονται και αν ναι, πώς;

Η θεραπευτική παρέμβαση στην ψύχωση, παρά τις εντυπωσιακές προόδους των τελευταίων ετών που έχουν κάνει η τεχνολογία, η βιοϊατρική, και η ερευνητική ψυχοφαρμακολογία, αποτελεί μια συνεχή πρόκληση για τους ψυχαναλυτές, ιδιαίτερα εκείνους που βρίσκονται σε χώρους φροντίδας ψυχωτικών ασθενών. Κινητοποιούνται, λοιπόν, να αναζητήσουν θεραπευτικές προσεγγίσεις βασισμένοι στη θεωρία τους.

Από τις αρχές του περασμένου αιώνα ξεκινά η συζήτηση σχετικά με τη δυνατότητα ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας σε ψυχωτικούς ασθενείς και την παρουσία (ή τη δυσκολία συγκρότησης) μεταβιβαστικών συνθηκών στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία (Freud, 1911/1958, 1924/1961a, 1924/1961b, 1940/1964). Ο Freud στη γνωστή εργασία του για τον Schreber (Freud, 1911/1958) επισημαίνει: «Οι ψυχώσεις, οι καταστάσεις σύγχυσης, οι σε βάθος επενεργούσες δυσθυμίες είναι ακατάλληλες για την ψυχανάλυση, τουλάχιστον όπως την ασκούμε μέχρι σήμερα. Ουδόλως θα ήθελα ωστόσο να αποκλείσω το ενδεχόμενο να παρακαμφθεί η δυσκολία μελλοντικώς με την κατάλληλη μετατροπή της τεχνικής που ακολουθείται ώστε να καταστεί εφαρμόσιμη μια ψυχοθεραπεία ψυχώσεων» (σ. 62-64). Είναι όμως μόνο θέμα τεχνικής; Και η τεχνική μας δεν απορρέει από τη θεωρία;

Η θεωρία που ανέπτυξε η Melanie Klein (βλ. Money-Kyrle, 1975) έδωσε το έναυσμα σε αναλυτές, όπως ο Bion (1959, 1962), ο Rosenfeld (βλ. Bott Spillious, 1988. Hassan, 1978), η Segal (βλ. Bott Spillious, 1988) και η Jackson (2001), να δοκιμάσουν σε ψυχωτικούς ασθενείς τα θεραπευτικά αποτελέσματα της κλασικής τεχνικής της ψυχανάλυσης. Η θεωρία είναι ότι το βρέφος γεννιέται με έντονη εγγενή επιθετικότητα (αποδοχή της άποψης του Freud για την ενόρμηση θανάτου), και, προκειμένου να την αποφύγει, χρησιμοποιεί το μηχανισμό της σχάσης

και προβάλλει το επενδεδυμένο με καταστροφικότητα μέρος στο μητρικό στήθος (“κακό στήθος”) κρατώντας έτσι τη σύνδεση με το προβεβλημένο κομμάτι. Πρόκειται για το μηχανισμό άμυνας της προβλητικής ταύτισης, μηχανισμό κατά τον οποίο η απειλή βρίσκεται έξω από το υποκείμενο και το Εγώ δε βιώνει άγχος αφανισμού (κρατά, δηλαδή, το “καλό στήθος”).

Στο πλαίσιο της Κλαϊνικής θεώρησης αναγνωρίζεται η ύπαρξη ενός πρώιμου Εγώ με στοιχειώδεις λειτουργίες, και η τεχνική που προκύπτει αφορά πυκνές μεταβιβαστικές ερμηνείες με τη χρήση μερικών αντικειμένων, τα οποία προσφέρουν στο αποδιοργανωμένο Εγώ του ψυχωτικού τη δυνατότητα να οργανώσει και να συνενώσει τα διάσπαρατα αποσπασμένα κομμάτια του Εαυτού. Μένει όμως θολό το πεδίο της τεχνικής που χρησιμοποιείται ως το προς το θεραπευτικό πλαίσιο. Αυτό το πεδίο έρχεται να το καλύψει ο Harold Searles (1965), ένας πρωτοπόρος ψυχαναλυτής ο οποίος ασχολήθηκε με τις ψυχοθεραπείες ψυχώσεων. Αυτό που διακρίνει το έργο του είναι η επικέντρωση στην ειδική διαπλοκή της σχέσης αναλυτή-ασθενούς.

Συγκεκριμένα, ο Searles (1965) επιδίωξε να αναδείξει την αντιμεταβίβαση του αναλυτή, συνειδητή και ασυνειδητή. Η κατανόηση των ενδοψυχικών συγκρούσεων, στην περίπτωση αυτή, αφορά τη νοηματοδότηση της διάδρασης ψυχαναλυτή-ασθενούς, των δυναμικών που αναπτύσσονται κατά τη θεραπευτική διαδικασία, των εκδραματίσεων που προκύπτουν και από τις δύο πλευρές, των δράσεων και αντιδράσεων μέσα στη συνεδρία, και περιλαμβάνουν κάθε μορφή θεραπευτικής παρέμβασης – και της φαρμακευτικής, μια και μιλάμε για ψύχωση. Η αντιμεταβίβαση, λοιπόν, φαίνεται να γίνεται όλο και περισσότερο μια επιπλέον “βασιλική οδός” προς το ασυνείδητο, όταν αναφερόμαστε σε σοβαρή ψυχοπαθολογία. Ο ψυχαναλυτής επιχειρεί να αντικειμενοποιήσει την υποκειμενικότητά του σε δεύτερο χρόνο, απευθυνόμενος σε ένα αντικείμενο που είναι ο ίδιος του ο εαυτός.

Το πλαίσιο της θεραπείας, μια βασική σταθερά και ασφάλεια της τεχνικής του αναλυτή, μεταβάλλεται: μπορεί να αφορά συναντήσεις μικρότερης διάρκειας, καθημερινές, πρόσωπο με πρόσωπο, σε μια συνεχή προσπάθεια διατήρησης της τακτικότητας και σταθερότητας του πλαισίου. Ο θεραπευτής είναι ένα πρόσωπο που συχνά κινείται στους ίδιους χώρους με τον ασθενή, όσο τουλάχιστον αυτός νοσηλεύεται, συνεπώς η ιδιωτικότητά του καταργείται. Ο αναλυτής καλείται να μετασηματίσει ενορμήσεις και ερεθίσματα, να τα ενοποιήσει με τις αναπαραστάσεις που τους αντιστοιχούν, να προσπαθήσει να συνδέσει κομμάτια μεταξύ τους. Ο ψυχωτικός ασθενής, από την άλλη, προκαλεί ρήξη στις σχέσεις και επιτίθεται στα στοιχεία σύνδεσης που υπάρχουν στον ίδιο και στους άλλους. Είναι γνωστό πόσο επιδέξιοι είναι οι ψυχωτικοί ασθενείς να επιτίθενται στη σκέψη, να τη σπάνε, να αποσυνδέουν και να εμποδίζουν κάθε απόπειρα για κατανόηση ή νοηματοδότηση (Bion, 1959).

Βασική προσπάθεια του ψυχαναλυτή παραμένει να εμπεριέξει τα δυναμικά που αναπτύσσονται στις συναντήσεις, δυναμικά μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης. Μιας μεταβίβασης, όμως, που χαρακτηρίζεται από τη δημιουργία μιας συμβιωτικής σχεδόν σχέσης, κατά την οποία, όταν πλησιάζει ο ασθενής τον αναλυτή, αναδύονται συναισθήματα απειλής ή κινδύνου, και όταν απομακρύνεται βιώνει ο αναλυτής συναισθήματα απόρριψης. Μια αντιμεταβίβαση που κυριαρχείται από εκδραματίσεις, εξαιτίας του άγχους και των φόβων του θεραπευτή απέναντι στην τρέλα, οι οποίες σχετίζονται κυρίως με δικά του ναρκισσιστικά πλήγματα.

Πιστεύω ότι η ψυχανάλυση δίνει τη δυνατότητα στο θεραπευτή όχι κατ' ανάγκη να ερμηνεύσει αλλά να επαναφέρει σε κίνηση τη σκέψη του, να συνεχίσει να νιώθει και να πράττει σε μια διαρκή προσπάθεια απόπειρας κατανόησης. Και εάν η σοβαρή διαταραχή προσωπικότητας και η ψύχωση αποτελούν ένα νέο τόπο υλικής εφαρμογής της Φροϋδικής θεωρίας, η ραγδαία εξέλιξη της ψυχοσωματικής οδήγησε, μέσα από άλλο δρόμο, τους ψυχαναλυτές σε αλληλεπίδραση με τον ιατρικό κόσμο των σωματικών ειδικοτήτων, πάντα μέσα στα γενικά νοσοκομεία.

Συμβουλευτική-διασυνδετική ψυχιατρική

Η ψυχοσωματική-σωματοψυχική προβληματική γύρω από την ασθένεια αναδεικνύει το λειτουργικό αδιαίρετο ψυχικών και σωματικών παραγόντων για την αιτιοπαθογένεση μιας πάθησης και αναδεικνύει το δυσπρόστατο έργο του λειτουργού ψυχικής υγείας (ψυχολόγου ή ψυχίατρου): πρώτον, θεραπευτικό έργο προς τον ασθενή και, δεύτερον, συμβουλευτικό έργο προς το γιατρό (π.χ., παθολόγο, χειρουργό, ογκολόγο). Αναφέρομαι στη συμβουλευτική-διασυνδετική υπηρεσία, η οποία προσφέρει κλινικό έργο σε μη ψυχιατρικές υπηρεσίες υγείας μέσα σε ένα γενικό νοσοκομείο, και περιλαμβάνει, πρώτον, την ψυχολογική εκτίμηση του περιστατικού· δεύτερον, τη συνεργασία με το θεράποντα σωματικής ειδικότητας γιατρό, και, τρίτον, την παρακολούθηση του ασθενούς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Στη συνθήκη αυτή συνυπάρχουν τρία μέρη: ο γιατρός, ο ασθενής/οικογένεια, και ο λειτουργός ψυχικής υγείας (σύμβουλος). Δημιουργείται αναπόφευκτα μια τριαδική σχέση, ένα νέο πλαίσιο λειτουργίας.

Έχει γίνει σημαντική έρευνα τόσο στο εξωτερικό όσο και στην Ελλάδα που αφορά ζητήματα σχέσης γιατρού-ασθενούς. Είναι διαπιστωμένο ότι συναισθήματα που εκδηλώνονται στη δυαδική αυτή σχέση εκφράζουν παλαιότερα βιώματα και συμπεριφορές και έχουν καθοριστικό ρόλο στην πορεία και εξέλιξη της σωματικής νόσου. Οι ασυνείδητες συναισθηματικές αλληλεπιδράσεις γιατρού-ασθενή συνιστούν το αντικείμενο των ομάδων Balint, που χρησιμοποιούνται από τη δεκαετία του 1950 (Balint, 1968). Πρόκειται για ομάδες ιατρών σωματικών ειδικοτήτων με συντονιστή ψυχαναλυτή, στις οποίες διερευνώνται τα συναισθήματα και

οι συμπεριφορές, συνειδητές και ασυνειδήτες, που αναδύονται στη σχέση γιατρού-αρρώστου, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις στις οποίες η καθ' όλα ορθή ιατρική πράξη δε φαίνεται να αποδίδει. Η εμπλοκή αυτή οφείλεται στη συνάντηση των χαρακτήρων με την ιστορία τους, τις εμπειρίες τους, τις ενδοψυχικές συγκρούσεις και τις φαντασιώσεις γύρω από την αρρώστια, το θάνατο ή την τρέλα.

Θα μπορούσαμε να πούμε ότι ζητήματα μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης, που αναπόφευκτα αποτελούν το χώρο μιας θεραπευτικής ψυχαναλυτικής διαδικασίας, γίνονται εξίσου σημαντικά για τη νοσηματοδότηση και την παρέμβαση στο πλαίσιο της Συμβουλευτικής-Διασυνδευτικής. Τα τρία πρόσωπα του "δράματος" δε σχετίζονται γραμμικά μεταξύ τους, αλλά βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση, και ο σύμβουλος, όταν καλείται για την εκτίμηση ενός περιστατικού, καλείται ταυτοχρόνως να κατανοήσει τα δυναμικά της σχέσης γιατρού-ασθενούς, συμβούλου-ασθενούς και γιατρού-συμβούλου, ενώ είναι άμεσα εμπλεκόμενος σε αυτά. Στην τριαδική σχέση γιατρός-ασθενής-σύμβουλος αναπτύσσονται συγκρούσεις και αναδύονται συναισθήματα Οιδιποδειακού χαρακτήρα. Εμφανίζονται ταυτίσεις σε ρόλους πατέρα, παιδιού, ή μάνας, άλλοτε άλλης έντασης ή ποιότητας (θετικά ή αρνητικά δυναμικά), που εναλλάσσονται, ανάλογα με το είδος της σωματικής νόσου.

Στην περίπτωση μιας σοβαρής χρόνιας ή θανατηφόρας κατάστασης (καρκίνος, AIDS, ινοκυστική νόσος, τετραπληγία, ακρωτηριασμοί) συναισθήματα σχετικά με την αναπηρία ή το θάνατο εμπλέκονται καθοριστικά στην κατανομή των γονεϊκών ρόλων. Και τα τρία μέλη της τριαδικής σχέσης είναι αντιμετώπια με σοβαρές απώλειες, φόβο για το μέλλον και άγχος θανάτου. Προσωπικές εμπειρίες και βιώματα καθενός από τα πρόσωπα του "δράματος" αναπόφευκτα εμπλέκονται και, συνειδητά ή ασυνειδητά, επηρεάζουν τις σχέσεις και προκαλούν στους άλλους ανάλογα συναισθήματα και συμπεριφορές. Στοιχεία της πραγματικότητας (όπως, π.χ., η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το είδος, η πορεία και η πρόγνωση της νόσου) πυροδοτούν άλλοτε άλλου βαθμού συναισθήματα λύπης, απελπισίας, απόγνωσης, άγχους, θυμού, αδιεξόδου (συναισθήματα διεργασίας πένθους), ενώ κινητοποιούνται μηχανισμοί άμυνας (άρνηση, προβολή, εκλογίκευση) και στα τρία μέρη της συνθήκης.

Ο ασθενής, στην περίπτωση αυτή, γίνεται ένα χαμένο, μπερδεμένο, τρομοκρατημένο παιδί που δε γνωρίζει ή δε θέλει να γνωρίζει τι διαδραματίζεται ή, όταν γνωρίζει, συχνά βουλιάζει σε συναισθήματα αβοήθητου, περιμένοντας οι γιατροί να δώσουν λύση ή ανακούφιση. Ο γιατρός σωματικής ειδικότητας νοιώθει ανεπαρκής μπροστά στον ψυχικό αυτό πόνο και στο φάσμα του αργού θανάτου και βιώνει ναρκισσιστικό σοβαρό πλήγμα. Γίνεται η αδύναμη μητέρα που απομακρύνεται από τον ασθενή-παιδί, ταυτιζόμενος με τον απελπισμένο, ανήμπορο ασθενή του και ζητά βοήθεια. Στην περίπτωση αυτή ο δεσμός του ζεύγους γιατρός-σύμβουλος δεν κινδυνεύει από επιθετικά ανταγωνιστικά συναισθήματα,

αντιθέτως ισχυροποιείται. Ο σύμβουλος καλείται να κρατήσει, να στηρίξει τόσο τον ασθενή όσο και το γιατρό και να αντέξει δικά του συναισθήματα αδυναμίας, ανασφάλειας και βέβαια λύπης, προκειμένου να αναλάβει ένα ρόλο “αρκετά ικανής μητέρας” απέναντι στον ασθενή-παιδί. Ταυτοχρόνως, αναλαμβάνει πατρικό ρόλο ως προς το γιατρό, για να καθοριστεί το πλαίσιο της παρέμβασης και της πιθανής χρόνιας παρακολούθησης εντός και εκτός νοσοκομειακού περιβάλλοντος. Το πρόσωπο του συμβούλου λειτουργεί ως μια συνδυασμένη γονεϊκή μορφή. Στο μέτρο που το γονεϊκό ζευγάρι (θεράπων γιατρός-σύμβουλος καταφέρνει να επικοινωνήσει σε κλίμα αλληλοεκτίμησης και αναγνώρισης των ρόλων, οι εντάσεις μειώνονται, η σύγκρουση λύνεται και η επανόρθωση της σχέσης θεράποντα γιαντρού-ασθενή-συμβούλου, οδηγεί στην ολοκληρωμένη φροντίδα του αρρώστου.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Πιστεύω ότι η ψυχαναλυτική θεωρία και τεχνική, άμεσα συνυφασμένη με το όνομα του Freud, αποτελεί την πρώτη μεγαλειώδη σύλληψη που αποκρυπτογραφεί συμπτώματα ως αποτέλεσμα ενδοψυχικών συγκρούσεων και αποκτούν νόημα στο οποίο αποτυπώνονται ιδιομορφίες της χαρακτηρισολογικής δομής. Η εφαρμογή του έργου του αφορά όχι μόνο στο ευρύ φάσμα των νευρώσεων αλλά και την κατανόηση της διαταραχής προσωπικότητας και της ψυχωτικής διεργασίας. Επίσης, ανοίγει νέους δρόμους νοσηματοδότησης συμπτωματολογίας και δυναμικών με δυνατότητα παρέμβασης σε διάφορες δομές ψυχικής υγείας (συμβουλευτική-διασυνδετική ψυχιατρική, γενικά νοσοκομεία, ΚΨΥ). Το έργο του ιδρυτή της ψυχανάλυσης αποτελεί πολύτιμη κληρονομιά, μια και οι άξονες του κλινικού και του θεωρητικού του προβληματισμού παραμένουν διαχρονικά επίκαιροι.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Balint, M. (1968) *The basic fault*. London: Tavistock.
- Bion, W. R. (1959). Attacks on linking. *International Journal of Psycho-Analysis*, 40, 308-315.
- Bion, W. R. (1962). A theory of thinking, *International Journal of Psycho-Analysis*, 43, 306-310.
- Bott Spillious, E. (Ed.). (1988). *Melanie Klein today: Developments in theory and practice: Vol. I. Mainly theory*. London: Routledge.
- Freud, S. (1958). Psychoanalytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 3-80). London: Hogarth. (Original work published in 1911)

- Freud, S. (1961a). Loss of reality in neurosis and psychosis. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 183-190). London: Hogarth. (Original work published in 1924)
- Freud, S. (1961b). Neurosis and psychosis. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 149-156). London: Hogarth. (Original work published in 1924)
- Freud, S. (1964). An outline of psychoanalysis. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 23, pp. 141-208). London: Hogarth. (Original work published in 1938)
- Hassan, A. (Ed.). (1978). *Psychotherapy of schizophrenic and manic-depressive states*. London: Kingsley.
- Jackson, M. (2001). *Weathering the storms: Psychotherapy for psychosis*. London: Karnac.
- Money-Kyrle, R. E. (Ed.). (1975). *Love, guilt and reparation and other works 1921-1945*. London: Karnac.
- Searles, H. F. (1965). *Collected papers*. London: Maresfield.

THE APPLICATION OF PSYCHOANALYTIC THEORY AND PRACTICE IN THE GENERAL HOSPITAL

Ioanna Ierodiakonou-Benou

Aristotle University of Thessaloniki, Greece

Abstract: Psychoanalytic theory and technique, closely connected to Freud's name, is the first great conception through which symptoms can be decoded as the result of intrapsychic conflicts, and their meaning can be seen to reflect the individual's characterological structure. The work of the founder of psychoanalysis involves clinical and theoretical issues that are still relevant today. The application of Freud's work to clinical practice concerns not only the wide spectrum of the neuroses, but also the understanding of the psychotic process and personality disorders. In addition, it creates new ways of understanding symptomatology and dynamics, with the possibility of intervention in various mental health settings (e.g., general hospitals, liaison consultation psychiatry, Balint groups)

Key words: General hospital, National health service, Psychoanalytic psychotherapy.

Address: Ioanna Ierodiakonou-Benou, Medical School, Aristotle University of Thessaloniki, 541 24 Thessaloniki, Greece. E-mail: ioannabenou@gmail.com