

Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία και δημόσια περίθαλψη¹

Π. Σακελλαρόπουλος²

Τομέας Ψυχιατρικής, Τμήμα Επιστημών Υγείας
Πανεπιστήμιο Θράκης

Υπάρχει διάχυτη η εντύπωση ότι η ψυχανάλυση, θωρία και θεραπευτική τεχνική, δεν είναι δυνατόν να συνδυαστεί, να διαπλακεί δηλαδή, με άλλες κοινωνιολογικές ή φιλοσοφικές θέσεις ή άλλες δραστηριότητες, θεραπευτικές κυρίως. Οι μελέτες και εφαρμογές που τις τελευταίες δεκαετίες είχαν την πρόθεση να αναζητήσουν τη δυνατότητα μιας τέτοιας διαπλοκής, έδειξαν ότι μόνο επιφανειακό χαρακτήρα είχαν αυτές οι αντινομίες της ψυχανάλυσης με άλλους κλάδους του επιστητού.

Για παράδειγμα, για πολλά χρόνια είχε θεωρηθεί ότι ο μαρξισμός και η ψυχανάλυση βρίσκονταν στον αντίποδα. Υπάρχουν όμως αρκετές αξιόλογες ευρωπαϊκές μελέτες, τις δύο τελευταίες δεκαετίες, που δείχνουν τη δυνατότητα αυτής της διαπλοκής με ένα τρόπο παραγωγικό για την κοινωνιολογία αλλά και για την ψυχανάλυση.

Ας έρθουμε στον τομέα της θεραπευτικής, δηλαδή θεραπειών ψυχαναλυτικής έμπνευσης, όπου η κλασική ψυχανάλυση, υποχρεωτικά, δεν είναι ο κανόνας αλλά η εξαίρεση. Όταν ο S. Lebonici, πρόεδρος αργότερα της Διεθνούς Ψυχαναλυτικής Ένωσης, έδινε ένα ποτήρι γάλα σε νεαρό σχιζοφρενή μετά από μια δύσκολη συνεδρία ψυχαναλυτικού ψυχοδράματος, ασφαλώς δεν έκανε κλασική ανάλυση. Εργαζό-

ταν όμως σταθερά στα πλαίσια των βασικών ψυχαναλυτικών εννοιών: της δυαδικής συμβιωτικής σχέσης των ναρκισσιστικών νευρώσεων, της διάχυσης της μεταβίβασης στο ψυχόδραμα, της ανάγκης για «αντιστήριξη» (*étayage*) κατά τη διάρκεια της θεραπείας του ψυχωσικού. Ο θεραπευτής της Κινητής Μονάδας στον Έβρο σε περίθαλψη στο σπίτι λειτουργεί αντίστοιχα όταν πρόκειται να λείψει 15 μέρες, κατά τις γιορτές των Χριστουγέννων, από τον άρρωστο του, άρρωστο με σοβαρή χρόνια ψύχωση, που του δίνει μαζί με το τηλέφωνο των διακοπών του και μερικά χριστουγεννιάτικα γλυκά. Το τηλέφωνο και τα γλυκά έχουν το ρόλο των μεταβατικών αντικειμένων (*transitionnal objects*) υποκατάστατα του θεραπευτή στα πλαίσια της συναισθηματικής μεταβίβασης.

Έτσι, με κάποιο τρόπο, μένει κοντά του, δεν εξαφανίζεται από το «οπτικό», ψυχωσικό πεδίο του αρρώστου, δεν έχει «πεθάνει» επειδή απουσιάζει. Το ψυχαναλυτικό πρίσμα, μέσω του οποίου βλέπει ο θεραπευτής τον άρρωστο, και στις δύο περιπτώσεις, καθώς και στην κλασική ψυχανάλυση, έχει κοινά γνωρίσματα: το συμβολισμό των αναγκών του αρρώστου και την αντίστοιχη κάλυψη χωρίς ρηματοποίηση ή ερμηνευτική διαδικασία.

¹ Εισήγηση στο Σεμινάριο που οργάνωσε η Ελληνική Εταιρία Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας, Αθήνα 10 Δεκεμβρίου 1988.

² Για την προετοιμασία της εισήγησης συνεργάστηκαν οι ψυχολόγοι Ε. Στεφανουδάκης από την Κινητή Μονάδα Νομού Φωκίδας και Μ. Ασπραδάκη και Χ. Τελλίδου από την Κινητή Μονάδα Νομού Έβρου, Κ.Ψ.Υ., Αλεξανδρούπολης

Δύο ακόμη παραδείγματα θα δείξουν τη διαπλοκή σχετικά με τη θεραπευτική διαδικασία της κλασικής ανάλυσης: (α) όλα είναι λόγος και όχι κίνηση, όμως το ψυχαναλυτικό ψυχόδραμα βασίζει ένα μεγάλο μέρος της τεχνικής του και της θεραπευτικής του απόδοσης στην κίνηση, και (β) αποφεύγεται στην κλασική ψυχανάλυση η σωματική επαφή, στην ψυχοκινητικότητα (*psychomotricité*) ψυχαναλυτικής εμπνευσσης όμως ο συνδυασμός και η διαπλοκή δίνουν άριστα αποτελέσματα.

Ένας άλλος τομέας που θεωρήθηκε τομέας αντινομίας της ψυχανάλυσης, είναι η δημόσια περίθαλψη με τη διπλή της έννοια: της δωρεάν περίθαλψης και της κάλυψης αναγκών του συνόλου του πληθυσμού μιας τομεοποιημένης περιοχής. Υπάρχουν αρκετές περιπτώσεις, στη Δυτική Ευρώπη, όπου μονάδες ψυχοθεραπείας, αλλά και κλασικής ψυχανάλυσης ακόμη, αποδίδουν ικανοποιητικά αποτελέσματα στο χώρο της δημόσιας περίθαλψης, π.χ. στο 13ο Τομέα του Παρισιού.

Στη δική μας εμπειρία, στην οποία θα αναφερθούμε πιο κάτω, δεν πρόκειται ασφαλώς για την πραγματοποίηση κλασικών αναλύσεων στα πλαίσια του δημόσιου τομέα. Τα τελευταία χρόνια στη Φωκίδα και στον Έβρο πραγματοποιήσαμε ένα μικρό μόνο αριθμό μακρόπνοων, *face à face* πάντα, ψυχοθεραπειών με τροποποίηση της κλασικής ψυχαναλυτικής τεχνικής. Η κύρια προσπάθεια των δύο ψυχιατρικών ομάδων δεν έχει στραφεί προς αυτή την κατεύθυνση των κλασικότερων θεραπειών. Οι λόγοι είναι γνωστοί: (α) ο σκοπός των Κινητών Μονάδων είναι να καλύψουν το σύνολο των αναγκών ενός πληθυσμού στους τομείς της πρόληψης, της περίθαλψης και της αποκατάστασης παιδιών και ενηλίκων, και (β) ο περιορισμένος αριθμός ψυχοθεραπευτών υψηλής εξειδίκευσης.

Όπως θα δούμε ο μεγάλος όγκος των περιπτώσεων και των δραστηριοτήτων μας, αφορούν ψυχολογική βοήθεια, μια ψυχοθεραπευτική προσπέλαση η οποία όμως ακολουθεί και χρησιμοποιεί τους βασικούς ψυχαναλυτικούς κανόνες.

Θα δώσουμε μερικά στοιχεία για το πλαίσιο της δημόσιας περίθαλψης μέσα στο οποίο εντάσσονται οι ψυχοθεραπευτικές δραστηριότητες. Οι Κινητές Μονάδες είναι υπηρεσίες-πilotοί παροχής υπηρεσιών και εφαρμοσμένης έρευνας. Η έρευνα αφορά: (α) τη μελέτη της εκπαίδευσης στελεχών ψυχικής υγείας, (β) τη μεθοδολογία της αγωγής κοινότητας και ευρύτερα της εργασίας με την κοινωνική ομάδα, (γ) τη μελέτη του αιτήματος που εκφράζεται, άμεσα ή έμμεσα, από τον πληθυσμό και τον τρόπο που θα ανταποκριθούμε ορθότερα στην κάλυψη των ψυχολογικών αναγκών του, (δ) τη μελέτη των διαφόρων θεραπευτικών προσπελάσεων όπως η ψυχαναλυτική προσπέλαση στο χώρο της δημόσιας περίθαλψης και, τέλος, (ε) την πιθανότητα της μεταφοράς αυτής της εμπειρίας της Κινητής Μονάδας και σε άλλους νομούς.

Ορισμένα δημογραφικά και επιδημιολογικά στοιχεία που καθορίζουν αδρά το κοινωνικό και θεραπευτικό πλαίσιο αυτών των ψυχαναλυτικών δραστηριοτήτων είναι:

—πληθυσμός Φωκίδας 44.000, Έβρου 148.000,

—χρόνος παροχής υπηρεσιών υγείας στη Φωκίδα 8 χρόνια, στον Έβρο 3 χρόνια,

—συνολικός αριθμός περιπτώσεων παιδιών και ενηλίκων στη Φωκίδα 1.200, στον Έβρο 900,

—εν ενεργεία περιπτώσεις των Κινητών Μονάδων, στη Φωκίδα 400, στον Έβρο 450

—αριθμός θεραπευτικών πράξεων³ ανά

³ Θεραπευτική πράξη εννοούμε κάθε θεραπευτική ενέργεια που απευθύνεται στον άρρωστο ή στην οικογένεια και που πραγματοποιείται από οποιοδήποτε μέλος της ψυχιατρικής ομάδας και διαρκεί μισή έως μία ώρα. Δεν περιλαμβάνονται σ' αυτές, οι ενέργειες που αφορούν την αγωγή της κοινότητας.

έτος στη Φωκίδα: 5.175 και στον Έβρο για την Κινητή Μονάδα, το Οικοτροφείο, το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και το Νοσοκομείο: 11.200.

Η αναλογία μεταξύ των περιπτώσεων παιδιών και ενηλίκων είναι 1:4 ή 1:5, υπέρ των ενηλίκων.

Αυτή η ψυχαναλυτική προσέγγιση αρρώστου και οικογένειας αφορά όλους τους θεραπευτικούς τομείς δραστηριοτήτων: την Κινητή Μονάδα (7 κλιμάκια-ιατρεία στη Φωκίδα και 6 στον Έβρο), το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, την Ψυχιατρική Κλινική στο Γενικό Νοσοκομείο, τη διασυνδεδετική Ψυχιατρική παιδιών και ενηλίκων, την εργασία στα οικοτροφεία-ξενώνες και τέλος την επίσκεψη ή και τη θεραπεία στο σπίτι του αρρώστου.

Όπως αναφέρθηκε, οι θεραπείες ψυχαναλυτικής προσέγγισης έχουν ορισμένα κοινά στοιχεία, κοινά χαρακτηριστικά που τις συνθέτουν. Θα λέγαμε πάλι ότι είναι απλά και μόνο η τήρηση των βασικών ψυχαναλυτικών κανόνων οι οποίοι λειτουργούν ως οι ουσιαστικοί θεραπευτικοί παράγοντες:

1. Πρώτα απ' όλα ο θεραπευτής βλέπει όλες του τις δραστηριότητες, αυτονόητα, πίσω από ένα *ψυχαναλυτικό πρίσμα*. Είναι πολύ περισσότερο από το να εφαρμόζει κανείς απλά μια συγκεκριμένη ψυχαναλυτική τεχνική. Το πρίσμα αυτό αφορά τις δραστηριότητές του, ανεξάρτητα σε ποια μονάδα εργάζεται. Πίσω από αυτό το πρίσμα βλέπει τον άρρωστο, την οικογένειά του αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, στην εργασία του με την κοινότητα. Αυτό το ψυχαναλυτικό πρίσμα χρησιμοποιεί ο θεραπευτής για να αντιμετωπίσει μια διέγερση ή επίσης για να βοηθήσει έναν ψυχωσικό με συγκροτημένο Εγώ, που πορεύεται ικανοποιητικά στο δρόμο της κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασής του.

2. Θα πρέπει ο θεραπευτής, είναι αυτονόητο, να πιστεύει στη *δύναμη των ψυχολογικών χειρισμών*. Να πιστεύει στο έργο

του, και στην τεχνική του, όχι με ένα τρόπο παθητικό, αλλά να έχει ενστερνιστεί τη θεραπευτική φιλοσοφία της μονάδας, ενώ παράλληλα αντλεί ικανοποιήσεις από τη θεραπευτική του δραστηριότητα. Η κοινή θεραπευτική φιλοσοφία δε σημαίνει κατάργηση της πολυμορφίας στις θεραπευτικές απαντήσεις. Αντίθετα, αν κάποιος από τους θεραπευτές, βασιζόμενος σε προηγούμενες εκπαιδευτικές του εμπειρίες, συμπεριφερσιολογικές, συστημικές, ψυχοδραματικές, μουσικοθεραπευτικές κ.λπ., μπορεί να είναι πιο παραγωγικός αν αναπτύσει περισσότερο αυτή τη θεραπευτική παράμετρο, χωρίς να έρχεται σε αντίθεση με το κοινό πρίσμα της μονάδας. Επίσης, αν κάποιος έχει περισσότερες γνώσεις οργανικής παθολογίας, νευρολογίας και ενδοκρινολογίας, θα αναζητήσει πρώτος την οργανική αιτιολογία σε κάποια περίπτωση αρρώστου. Πλουραλισμός, μέσα στα πλαίσια της ψυχιατρικής ομάδας, σημαίνει αύξηση δυνατοτήτων καλύψεως αναγκών και όχι σύγκρουση και αλληλοεξουδετέρωση, σε μόνιμη βάση, δυνατοτήτων και εφεδρειών.

3. Η στάση του θεραπευτή απέναντι στον άρρωστο χαρακτηρίζεται από μια *σχέση ισοτιμίας* που εγκαθιστά μαζί του, σε συνειδητό και ασυνειδητό επίπεδο. Αναφερόμαστε στην ισοτιμία της ανθρώπινης υπόστασης των δύο ατόμων, θεραπευτή και θεραπευόμενου. Δεν είναι ανώτερος ο θεραπευτής επειδή προσφέρει βοήθεια. Άλλωστε αυτή η στάση πηγάζει από μια ουσιαστική ψυχαναλυτική έννοια, ότι στη θεραπεία είναι ισότιμη η λειτουργία του ασυνειδητού του θεραπευτή με τη λειτουργία του ασυνειδητού του θεραπευόμενου.

4. Όλοι μας, στις υπηρεσίες της Φωκίδας και του Έβρου, αναζητάμε, πίσω από κάθε σύμπτωμα ή παθολογικό τύπο συμπεριφοράς, την *ενδοψυχική σύγκρουση* και τους ασυνειδητούς μηχανισμούς που οδήγησαν στη δημιουργία της. Είναι βασική προϋπόθεση της ψυχαναλυτικής προσπέλασης, ενός αρρώστου, η αναζήτηση των

αιτιολογικών παραγόντων και της παθογένεσης της νοσολογικής οντότητας.

5. Μέσω των *συμβόλων* της λειτουργίας της προβολής και της μετάθεσης, στο παραλήρημα ή στο όνειρο, αναζητάμε τα πραγματικά, βαθύτερα αίτια της νόσου. Προσπαθούμε, σε κάθε άρρωστο, να εντοπίσουμε τα ατομικά χαρακτηριστικά της ενδοψυχικής σύγκρουσης, τον τύπο της διπλοκής των ενορμήσεων και τη δεσπόζουσα αντικειμενοτρόπο σχέση. Επίσης προσπαθούμε να εντοπίσουμε το ρόλο του περιβάλλοντος, τη σχέση του αρρώστου με τους γονείς του ή με τον/τη σύντροφό του. Αυτοί ως αντικείμενα, σημαντικά για τον άρρωστο, πρέπει να ξέρουμε ότι είναι ενδοψυχικά μορφοειδώλα (*imagos*) και συγχρόνως πραγματικά πρόσωπα. Σαν ενδοψυχικά αντικείμενα είναι άλλωστε πάντα, αμφιθυμικά επενδεδυμένα. Προσπαθούμε επίσης να καταλάβουμε τη σχέση των ατόμων αυτών, όχι μόνο με τη γέννηση των συμπτωμάτων του αρρώστου, αλλά και με την εμφάνιση και την πορεία της νόσου. Έτσι, κάθε ψυχωσικός αντιμετωπίζεται όχι μόνος, ως άτομο, αλλά ως μέλος ενός παθολογικού οικογενειακού αστερισμού.

7. Ο θεραπευτής μαθαίνει να εμπιστεύεται τα *μηνύματα* που του δίνει το ασυνείδητό του. Η διαίσθηση μπορεί να οδηγήσει στην υπόθεση ενός αιτίου. Κατόπιν, μέσα από τη θεραπευτική διεργασία και τη μελέτη του ψυχοθεραπευτικού υλικού μπορεί να επικυρωθεί αυτή η υπόθεση.

8. Κάθε θεραπεία, σε όλες μας τις δραστηριότητες (Νοσοκομείο, Κέντρο Ψυχικής Υγείας ή Περιθαλψη στο Σπίτι), βασίζεται στη συναισθηματική σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου. Η *μεταβίβαση* του αρρώστου στον θεραπευτή του θα χρησιμοποιηθεί και για τη διάγνωση. Αφού εγκα-

τασταθεί η μεταβίβαση, θα αρχίσουμε να ενδιαφερόμαστε για τον καθορισμό της διάγνωσης με ακρίβεια. Άλλωστε, στα οξέα περιστατικά, η εγκατάσταση της συναισθηματικής μεταβίβασης, με τους κατάλληλους χειρισμούς βέβαια, γίνεται μαζικά και ταχύτατα. Εκεί όμως που η συναισθηματική μεταβίβαση έχει αποδειχθεί πολύτιμη είναι στη σταθερή και μόνιμη φροντίδα του ψυχωσικού αρρώστου (*follow-up*). Η μεταβίβασή του τον βοηθά να μιλήσει έγκαιρα στο θεραπευτή, έμμεσα ή άμεσα για συμπτώματα που κινδυνεύουν να τον οδηγήσουν σε υποτροπή (επανεμφάνιση ακουστικών ψευδαισθήσεων, ιδέες αυτοκτονίας ή διώξεως κ.λπ.).

Τις περισσότερες φορές, η συναισθηματική μεταβίβαση δεν αφορά μόνο ένα θεραπευτή. Σταθερά φροντίζουμε να ασχολούνται *δύο* θεραπευτές⁴ με τον άρρωστο και την οικογένειά του. Η αναφορά γίνεται κυρίως για την αντιμετώπιση των ψυχώσεων, του αλκοολισμού, των νοητικών ανεπαρκειών και των παιδοψυχιατρικών περιπτώσεων. Η αντιμετώπιση των νευρώσεων γίνεται, κατά κανόνα από ένα μόνο θεραπευτή. Προχωρώντας ακόμη παραπέρα, θα λέγαμε ότι η μεταβίβαση του αρρώστου αφορά ολόκληρη την ψυχιατρική ομάδα και ακόμη περισσότερο ότι επενδύει την ψυχιατρική υπηρεσία, το θεσμό που τον έχει αναλάβει. Οι αντικειμενοτρόπες σχέσεις του θεραπευόμενου πραγματοποιούνται στην έννοια «ψυχιατρική ομάδα» στο αφηρημένο αντικείμενο και όχι μόνο στα άτομα. Κρυσταλλώνεται όμως κατά περιόδους σε συγκεκριμένο άτομο. Αυτή η συλλογική μεταβίβαση, όπως στο ψυχαναλυτικό ψυχόδραμα, έχει μια ρευστότητα αλλά δεν παύει, και στις δύο θεραπευτικές διαδικασίες, να είναι έντονη και παραγωγική.

⁴ Οι *δυάδες* αποτελούνται από ένα γιατρό και ένα κοινωνικό λειτουργό ή νοσηλεύτη ή ψυχολόγο, στην εργασία με τους ψυχωσικούς. Στην παιδοψυχιατρική αντίστοιχα, από δύο μέλη της παιδοψυχιατρικής ομάδας: ψυχολόγο ψυχοπαιδαγωγό, λογοπεδικό, κ.τ.λ. Η λειτουργία της *δυάδας* έχει παράλληλα και ένα εκπαιδευτικό πλεονέκτημα, φροντίζουμε να απαρτίζεται από ένα νεώτερο και ένα περισσότερο έμπειρο θεραπευτή.

έτος στη Φωκίδα: 5.175 και στον Έβρο για την Κινητή Μονάδα, το Οικοτροφείο, το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και το Νοσοκομείο: 11.200.

Η αναλογία μεταξύ των περιπτώσεων παιδιών και ενηλίκων είναι 1:4 ή 1:5, υπέρ των ενηλίκων.

Αυτή η ψυχαναλυτική προσέγγιση αρρώστου και οικογένειας αφορά όλους τους θεραπευτικούς τομείς δραστηριοτήτων: την Κινητή Μονάδα (7 κλιμάκια-ιατρεία στη Φωκίδα και 6 στον Έβρο), το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, την Ψυχιατρική Κλινική στο Γενικό Νοσοκομείο, τη διασυνδεδετική Ψυχιατρική παιδιών και ενηλίκων, την εργασία στα οικοτροφεία-ξενώνες και τέλος την επίσκεψη ή και τη θεραπεία στο σπίτι του αρρώστου.

Όπως αναφέρθηκε, οι θεραπείες ψυχαναλυτικής προσέγγισης έχουν ορισμένα κοινά στοιχεία, κοινά χαρακτηριστικά που τις συνθέτουν. Θα λέγαμε πάλι ότι είναι απλά και μόνο η τήρηση των βασικών ψυχαναλυτικών κανόνων οι οποίοι λειτουργούν ως οι ουσιαστικοί θεραπευτικοί παράγοντες:

1. Πρώτα απ' όλα ο θεραπευτής βλέπει όλες του τις δραστηριότητες, αυτονόητα, πίσω από ένα *ψυχαναλυτικό πρίσμα*. Είναι πολύ περισσότερο από το να εφαρμόζει κανείς απλά μια συγκεκριμένη ψυχαναλυτική τεχνική. Το πρίσμα αυτό αφορά τις δραστηριότητές του, ανεξάρτητα σε ποια μονάδα εργάζεται. Πίσω από αυτό το πρίσμα βλέπει τον άρρωστο, την οικογένειά του αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, στην εργασία του με την κοινότητα. Αυτό το ψυχαναλυτικό πρίσμα χρησιμοποιεί ο θεραπευτής για να αντιμετωπίσει μια διέγερση ή επίσης για να βοηθήσει έναν ψυχωσικό με συγκροτημένο Εγώ, που πορεύεται ικανοποιητικά στο δρόμο της κοινωνικής και επαγγελματικής αποκατάστασής του.

2. Θα πρέπει ο θεραπευτής, είναι αυτόνοτο, να πιστεύει στη *δύναμη των ψυχολογικών χειρισμών*. Να πιστεύει στο έργο

του, και στην τεχνική του, όχι με ένα τρόπο παθητικό, αλλά να έχει ενστερνιστεί τη θεραπευτική φιλοσοφία της μονάδας, ενώ παράλληλα αντλεί ικανοποιήσεις από τη θεραπευτική του δραστηριότητα. Η κοινή θεραπευτική φιλοσοφία δε σημαίνει κατάργηση της πολυμορφίας στις θεραπευτικές απαντήσεις. Αντίθετα, αν κάποιος από τους θεραπευτές, βασιζόμενος σε προηγούμενες εκπαιδευτικές του εμπειρίες, συμπεριφερσιολογικές, συστημικές, ψυχοδραματικές, μουσικοθεραπευτικές κ.λπ., μπορεί να είναι πιο παραγωγικός αν αναπτύσει περισσότερο αυτή τη θεραπευτική παράμετρο, χωρίς να έρχεται σε αντίθεση με το κοινό πρίσμα της μονάδας. Επίσης, αν κάποιος έχει περισσότερες γνώσεις οργανικής παθολογίας, νευρολογίας και ενδοκρινολογίας, θα αναζητήσει πρώτος την οργανική αιτιολογία σε κάποια περίπτωση αρρώστου. Πλουραλισμός, μέσα στα πλαίσια της ψυχιατρικής ομάδας, σημαίνει αύξηση δυνατοτήτων καλύψεως αναγκών και όχι σύγκρουση και αλληλοεξουδετέρωση, σε μόνιμη βάση, δυνατοτήτων και εφεδρειών.

3. Η στάση του θεραπευτή απέναντι στον άρρωστο χαρακτηρίζεται από μια *σχέση ισοτιμίας* που εγκαθιστά μαζί του, σε συνειδητό και ασυνειδητό επίπεδο. Αναφερόμαστε στην ισοτιμία της ανθρώπινης υπόστασης των δύο ατόμων, θεραπευτή και θεραπευόμενου. Δεν είναι ανώτερος ο θεραπευτής επειδή προσφέρει βοήθεια. Άλλωστε αυτή η στάση πηγάζει από μια ουσιαστική ψυχαναλυτική έννοια, ότι στη θεραπεία είναι ισότιμη η λειτουργία του ασυνειδητού του θεραπευτή με τη λειτουργία του ασυνειδητού του θεραπευόμενου.

4. Όλοι μας, στις υπηρεσίες της Φωκίδας και του Έβρου, αναζητάμε, πίσω από κάθε σύμπτωμα ή παθολογικό τύπο συμπεριφοράς, την *ενδοψυχική σύγκρουση* και τους ασυνειδητούς μηχανισμούς που οδήγησαν στη δημιουργία της. Είναι βασική προϋπόθεση της ψυχαναλυτικής προσέλασης, ενός αρρώστου, η αναζήτηση των

αιτιολογικών παραγόντων και της παθογένεσης της νοσολογικής οντότητας.

5. Μέσω των *συμβόλων* της λειτουργίας της προβολής και της μετάθεσης, στο παραλήρημα ή στο όνειρο, αναζητάμε τα πραγματικά, βαθύτερα αίτια της νόσου. Προσπαθούμε, σε κάθε άρρωστο, να εντοπίσουμε τα ατομικά χαρακτηριστικά της ενδοψυχικής σύγκρουσης, τον τύπο της διπλοκλής των εννομήσεων και τη δεσπόζουσα αντικειμενοτρόπο σχέση. Επίσης προσπαθούμε να εντοπίσουμε το ρόλο του περιβάλλοντος, τη σχέση του αρρώστου με τους γονείς του ή με τον/τη σύντροφό του. Αυτοί ως αντικείμενα, σημαντικά για τον άρρωστο, πρέπει να ξέρουμε ότι είναι ενδοψυχικά μορφοειδώλα (*imagos*) και συγχρόνως πραγματικά πρόσωπα. Σαν ενδοψυχικά αντικείμενα είναι άλλωστε πάντα, αμφιθυμικά επενδεδυμένα. Προσπαθούμε επίσης να καταλάβουμε τη σχέση των ατόμων αυτών, όχι μόνο με τη γέννηση των συμπτωμάτων του αρρώστου, αλλά και με την εμφάνιση και την πορεία της νόσου. Έτσι, κάθε ψυχωσικός αντιμετωπίζεται όχι μόνος, ως άτομο, αλλά ως μέλος ενός παθολογικού οικογενειακού αστερισμού.

7. Ο θεραπευτής μαθαίνει να εμπιστεύεται τα *μηνύματα* που του δίνει το ασυνείδητό του. Η διαίσθηση μπορεί να οδηγήσει στην υπόθεση ενός αιτίου. Κατόπιν, μέσα από τη θεραπευτική διεργασία και τη μελέτη του ψυχοθεραπευτικού υλικού μπορεί να επικυρωθεί αυτή η υπόθεση.

8. Κάθε θεραπεία, σε όλες μας τις δραστηριότητες (Νοσοκομείο, Κέντρο Ψυχικής Υγείας ή Περιθαλψη στο Σπίτι), βασίζεται στη συναισθηματική σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου. Η *μεταβίβαση* του αρρώστου στον θεραπευτή του θα χρησιμοποιηθεί και για τη διάγνωση. Αφού εγκα-

τασταθεί η μεταβίβαση, θα αρχίσουμε να ενδιαφερόμαστε για τον καθορισμό της διάγνωσης με ακρίβεια. Άλλωστε, στα οξέα περιστατικά, η εγκατάσταση της συναισθηματικής μεταβίβασης, με τους κατάλληλους χειρισμούς βέβαια, γίνεται μαζικά και ταχύτατα. Εκεί όμως που η συναισθηματική μεταβίβαση έχει αποδειχθεί πολύτιμη είναι στη σταθερή και μόνιμη φροντίδα του ψυχωσικού αρρώστου (*follow-up*). Η μεταβίβασή του τον βοηθά να μιλήσει έγκαιρα στο θεραπευτή, έμμεσα ή άμεσα για συμπτώματα που κινδυνεύουν να τον οδηγήσουν σε υποτροπή (επανεμφάνιση ακουστικών ψευδαισθήσεων, ιδέες αυτοκτονίας ή διώξεως κ.λπ.).

Τις περισσότερες φορές, η συναισθηματική μεταβίβαση δεν αφορά μόνο ένα θεραπευτή. Σταθερά φροντίζουμε να ασχολούνται δύο θεραπευτές⁴ με τον άρρωστο και την οικογένειά του. Η αναφορά γίνεται κυρίως για την αντιμετώπιση των ψυχώσεων, του αλκοολισμού, των νοητικών ανεπαρειών και των παιδοψυχιατρικών περιπτώσεων. Η αντιμετώπιση των νευρώσεων γίνεται, κατά κανόνα από ένα μόνο θεραπευτή. Προχωρώντας ακόμη παραπέρα, θα λέγαμε ότι η μεταβίβαση του αρρώστου αφορά ολόκληρη την ψυχιατρική ομάδα και ακόμη περισσότερο ότι επενδύει την ψυχιατρική υπηρεσία, το θεσμό που τον έχει αναλάβει. Οι αντικειμενοτρόπες σχέσεις του θεραπευόμενου πραγματοποιούνται στην έννοια «ψυχιατρική ομάδα» στο αφηρημένο αντικείμενο και όχι μόνο στα άτομα. Κρυσταλλώνεται όμως κατά περιόδους σε συγκεκριμένο άτομο. Αυτή η συλλογική μεταβίβαση, όπως στο ψυχαναλυτικό ψυχόδραμα, έχει μια ρευστότητα αλλά δεν παύει, και στις δύο θεραπευτικές διαδικασίες, να είναι έντονη και παραγωγική.

⁴ Οι δυάδες αποτελούνται από ένα γιατρό και ένα κοινωνικό λειτουργό ή νοσηλεύτη ή ψυχολόγο, στην εργασία με τους ψυχωσικούς. Στην παιδοψυχιατρική αντίστοιχα, από δύο μέλη της παιδοψυχιατρικής ομάδας: ψυχολόγο ψυχοπαιδαγωγό, λογοπεδικό, κ.τ.λ. Η λειτουργία της δυάδας έχει παράλληλα και ένα εκπαιδευτικό πλεονέκτημα, φροντίζουμε να απαρτίζεται από ένα νεώτερο και ένα περισσότερο έμπειρο θεραπευτή.

Η *αντιμεταβίβαση* κλασικά ορίζεται ως το σύνολο των ασυνείδητων κυρίως συναισθημάτων του θεραπευτή που του προκαλεί ο άρρωστος και η οικογένειά του. Αλλά η έννοια αυτή μπορεί να διευρυνθεί παράλληλα και σε ό,τι αφορά το σύνολο των συναισθημάτων του για τους συναδέλφους του, και γενικότερα των συναισθημάτων που του γεννά το έργο του. Ο έλεγχος της αντιμεταβίβασης και η επεξεργασία αυτών των συναισθημάτων πρέπει να είναι από τους βασικούς στόχους της ψυχιατρικής ομάδας, για να λειτουργεί αυτή αποδοτικά. Αφορά άμεσα το θεραπευτικό έργο αλλά είναι συγχρόνως και ουσιαστικό στοιχείο του εκπαιδευτικού προγράμματος. Οι *εποπτείες* είναι καθορισμένες και συστηματικές. Κάθε νέος θεραπευτής έχει δύο ώρες ατομικής ή ομαδικής εποπτείας την εβδομάδα, μερικοί δε θεραπευτές έχουν και περισσότερες. Παράλληλα, γίνεται εποπτεία ή, πιο σωστά, εποπτικές διαδικασίες στις σταθερές συναντήσεις της ομάδας: στις παρουσιάσεις περιστατικών, στην ομάδα οξέων περιστατικών, στο παιδοψυχιατρικό τμήμα, στην ομάδα του Οικοτροφείου, κ.τ.λ. Οι συναντήσεις αυτές έχουν ένα ψυχαναλυτικό-ψυχοδυναμικό χαρακτήρα, ανεξάρτητα αν ο εποπτευόμενος δεν είναι ο επικεφαλής της ομάδας αλλά κάποιος πιο έμπειρος μόνο από τον εποπτευόμενο. Μέσα σ' αυτές τις εποπτικές διαδικασίες αναλύονται τα συναισθήματα του θεραπευτή, ενώ γίνεται η ανάλογη επεξεργασία από τον εποπτευόμενα, από τον ίδιο το θεραπευτή ή και από την ομάδα. Είναι αυτονόητο ότι η εποπτεία δεν έχει το χαρακτήρα ελέγχου ή μομφής και ότι έχει ως σκοπό να εμπνεύσει στο θεραπευτή ένα συναίσθημα ασφάλειας και να δώσει μια καθαρότητα εικόνας στα θεραπευτικά προβλήματα.

Κάτω από αυτές τις διαδικασίες, ο εποπτευόμενος νιώθει ότι έχει μια συγκεκριμένη πορεία και ότι κατέχει τον άξονα της θεραπευτικής διεργασίας. Αντιλαμβάνεται ότι υπάρχει περιεχόμενο πίσω από το επιφανειακά ασήμαντο ή «άχαρο» υλικό των

συνεδριών. Με την παραγωγικά υπερεγερτική στάση του εποπτευόμενα, ο εποπτευόμενος μπορεί να αξιολογήσει θετικά και να αξιοποιήσει το θεραπευτικό του έργο. Διότι με τη χαμηλή, συνήθως, αυτοεκτίμηση λόγω της απειρίας του, ο νέος θεραπευτής έχει ανάγκη όχι μόνο να ενθαρρυνθεί αλλά να εξασφαλίσει την αναγκαία επικύρωση, ότι αισθάνθηκε σωστά και ότι έκανε τους κατάλληλους χειρισμούς.

Μέσα σ' αυτό το κλίμα της ασφάλειας ως προς την πορεία του περιστατικού, ο εποπτευόμενος μπορεί να συνδέει το υλικό των συνεδριών και τη σημερινή πραγματικότητα του αρρώστου, με το παρελθόν. Το ουσιαστικότερο όμως αποτέλεσμα της εποπτικής διαδικασίας είναι ότι ο νέος θεραπευτής μπορεί να αντλεί ικανοποιήσεις από το ψυχοθεραπευτικό του έργο.

Πολλά προβλήματα γεννιούνται κατά την εφαρμογή μιας ψυχοθεραπείας ψυχαναλυτικής έμπνευσης στο χώρο της δημόσιας περίθαλψης. Για να λειτουργήσει σωστά η θεραπεία και η εκπαίδευση είναι αναγκαίο σε μια ψυχιατρική ομάδα της τάξεως των 20 έως 25 μελών δύο ή τρία μέλη της ομάδας να έχουν κλασική ψυχαναλυτική εκπαίδευση ή τουλάχιστον προσωπική διδουκτική ψυχαναλυτική εμπειρία. Εάν ο διευθυντής της μονάδας είναι συγχρόνως και ο εποπτευόμενος χρειάζεται ακόμη περισσότερη προσοχή για να αποφεύγονται οι προβλητικοί μηχανισμοί και από τα δύο μέρη που αφορούν την εξουσία, τη μομφή, την απόρριψη και την εκλογίκευση. Το πρόβλημα αντιμετωπίζεται, εν μέρει, με την παρουσία έμπειρων επισκεπτών εποπτευόμενων. Είναι ένα σύστημα που εφαρμόζεται με επιτυχία στη Δυτική Ευρώπη. Ο εποπτευόμενος ανήκει σε άλλη υπηρεσία και είναι ουδέτερος σε επίπεδο διοικητικών θεμάτων ή ανταγωνισμών της ψυχιατρικής ομάδας. Εργάζεται σ' αυτή την υπηρεσία μόνο για λίγες ώρες την εβδομάδα για την εκτέλεση του εποπτικού του έργου μόνον.

Ένα άλλο πρόβλημα που μπορεί να γεννηθεί είναι όταν ο εποπτευόμενος, μετά α-

πό κάποιο χρονικό διάστημα εποπτείας, αυτοτιτλοφορείται «ψυχαναλυτής». Είναι όμως δυνατόν στα πλαίσια του εκπαιδευτικού «συμβολαίου» να καθοριστούν όρια λειτουργιών και τίτλων. Η εμπειρία της οκταετίας, στις προαναφερόμενες μονάδες, δείχνει ότι τα όρια αυτά μπορούν να γίνουν σεβαστά, διότι κανένα κρούσμα αυτού του τύπου δεν παρουσιάστηκε σ' αυτό το διάστημα.

9. Ας δούμε τώρα το θέμα των *ερμηνειών των παρεμβάσεων*, και γενικά τη θεραπευτική στάση απέναντι στο θεραπευόμενο. Να έχει ο θεραπευτής ή η ψυχιατρική ομάδα μια ψυχαναλυτική στάση δε σημαίνει ότι ο άρρωστος πρέπει να βομβαρδίζεται με ερμηνείες. Ιδιαίτερα με ψυχωσικούς αρρώστους, είμαστε «πρεσβευτές της πραγματικότητας κοντά τους» και αυτό επιτυγχάνεται κυρίως με εξωλεκτικές παρεμβάσεις. Η αναφορά επίσης σε κοινά θέματα της καθημερινής ζωής μπορεί να εκφράσει συγχρόνως τη βαθύτερη στάση μας. Σημασία με τον ψυχωσικό άρρωστο δεν έχει αυτό που λέμε, αλλά αυτό που αισθανόμαστε για εκείνον. Με τις κεραίες της ψύχωσης ξέρει κάθε στιγμή τη βαθύτερη στάση μας απέναντί του.

10. Η *σιωπή* μας, όταν ο άρρωστος εκφράζεται, έχει πολλές φορές την ίδια αξία που έχει η σιωπή του θεραπευτή στην κλασική ψυχαναλυτική θεραπεία. Με το να σιωπούμε ήρεμοι και να τον ακούμε, τον βοηθάμε να ρυθμίσει την απόσταση από το αμφιθυμικό αντικείμενο, που είμαστε εμείς οι θεραπευτές για εκείνον. Στις εποπτείες είναι δύσκολο να πεισθούν, κυρίως οι νέοι θεραπευτές, ότι δεν είναι απαραίτητο να μιλάνε ή να δίνουν ερμηνείες, και ότι αρκεί στον άρρωστο να είμαστε στοργικοί και παρόντες. Το ότι θέλουμε να τον βοηθήσουμε και ότι μπορούμε να τον βοηθήσουμε δε λέγεται με λόγια, αλλά περνάει μέσα από άλλο κανάλι επικοινωνίας: το βλέμμα, ένα ακούμπισμα του χεριού, την απόχρωση της φωνής. Αυτά τα κανάλια επικοινωνίας έχουν ακόμη μεγαλύτερη ση-

μασία για το διεγερτικό άρρωστο. Η σιωπή με την ήρεμη στάση και η έκφραση απλών εννοιών είναι ουσιαστικά τα μόνα μέσα που διαθέτουμε για να καθησυχάσουμε τους αρχαίους του φόβους που τον οδηγούν στη διέγερση.

11. Θα ολοκληρώσουμε την αναφορά των χαρακτηριστικών στοιχείων που συνθέτουν τη θεραπευτική μας λειτουργία με το *θεραπευτικό πλαίσιο (setting)*. Το πλαίσιο της λειτουργίας είναι ουσιαστικό στοιχείο κάθε ψυχαναλυτικής προσέγγισης. Προσαρμόζουμε το θεραπευτικό πλαίσιο, βέβαια, ανάλογα με τη φάση που περνά ο ψυχωσικός άρρωστος. Στον οξεία φάση, οι θεραπευτές είναι διαδοχικά πολλές ώρες δίπλα στο διεγερτικό άρρωστο. Ένας ή δύο από τους θεραπευτές είναι οι κυρίως υπεύθυνοι για τον άρρωστο και για τη σωστή λειτουργία του θεραπευτικού πλαισίου. Δε θα επεκταθούμε όμως στην προσέγγιση των οξέων περιστατικών. Θα δώσουμε μόνο ορισμένα γνωρίσματα του πλαισίου στη μετανοδοσκομειακή παρακολούθηση του αρρώστου εκτός κρίσεως, στο κλασικό *follow-up* το οποίο γίνεται ανά δεκαπενθήμερο ή ανά εβδομάδα. Οι συναντήσεις είναι καθορισμένες σε τακτές ημέρες και ώρες. Η διάρκεια της συνέντευξης είναι 40 λεπτά περίπου. Φροντίζουμε οι χώροι να είναι σταθερά οι ίδιοι, ανεξάρτητα αν είναι το Κέντρο Ψυχικής Υγείας, ένα αγροτικό ιατρείο, το νοσοκομείο, το σχολείο ή άλλοι χώροι που χρησιμοποιεί η Κινητή Μονάδα.

Θα δώσουμε ένα κλινικό παράδειγμα όπου φαίνεται η εποπτική διαδικασία σε συνάρτηση με την ψυχοθεραπευτική πορεία.

Άρρωστος, 40 περίπου χρονών, από αγροτική περιοχή της Θράκης. Άτυπη μορφή σχιζοφρένειας ή σοβαρή μεθοριακή κατάσταση. Ανεσταλμένος πάντα, κοινωνικά και επαγγελματικά. Τα τελευταία δύο χρόνια, ουσιαστικά, μένει συνεχώς στο σπίτι χωρίς καμιά δραστηριότητα. Διαδοχικές νοσηλείες στην Ψυχιατρική Πανεπιστημιακή Κλινική και σε άλλες ελληνικές νοσηλευτικές μονάδες χωρίς αποτέλεσμα

στη σωματική του συμπτωματολογία και στις υποχονδριακές ενασχολήσεις. Παράλληλα είχε άγχος, αϋπνία και συνεχή δυσφορική διάθεση. Ερμητικός στην έκφραση των βαθύτερων σκέψεων και συναισθημάτων, μιλά ελάχιστα και μόνο συμβατικά. Ψυχρός αλλά όχι αλλόκοτος ή ανεξιχνίαστος. Έμμεσα ο θεραπευτής αντιλαμβάνεται την ύπαρξη μιας συνεχούς καταθλιπτικής διάθεσης και μιας πολύ χαμηλής αυτοεκτίμησης, η οποία εκφράζεται και διαποτίζει τη συμπτωματολογία και γενικότερα τη συμπεριφορά. Το βαθύτερο ασυνείδητο κίνητρο κάθε εισόδου και εξόδου είναι σταθερά η αυτο-υποτίμηση, η συναισθηματική διεκδίκηση και τα δευτερογενή κέρδη, απο-ενοχοποίησης κυρίως. Άρρωστος που προκαλεί όμως, με την έμμεση επιθετικότητα του, την απόρριψη των θεραπευτών, δημιουργεί ταχύτατα αρνητική αντιμεταβίβαση πείθοντας τους θεραπευτές για την «ανικανότητά» τους. Παντρεμένος, με παιδιά, εκ των οποίων μια κόρη του βρίσκεται στην αρχή της εφηβείας.

Τα διάφορα ψυχοφαρμακευτικά σχήματα που δεν έχουν αποτέλεσμα καθώς και η αποτυχία ενός χαλαρού follow-up μεταξύ των διαδοχικών εισαγωγών, οδηγούν στην εφαρμογή μιας συστηματικότερης ψυχοθεραπευτικής αγωγής. Για την εφαρμογή της όμως είναι απαραίτητο ο εποπτεύων να πείσει άρρωστο, σύζυγο και ψυχιατρική ομάδα ότι δεν είμαστε εμπρός σε μια ανίατη και χωρίς ελπίδα περίπτωση και ότι η μόνη δυνατότητα πιο αποτελεσματικής παρέμβασης είναι η ψυχοθεραπεία. Έπρεπε να δημιουργηθούν στον άρρωστο αλλά και στη θεραπεύτρια⁵ αρκετά ισχυρά ψυχολογικά κίνητρα (*motivation*).

Έπρεπε να πεισθούν όλοι για τη δύναμη και την απόδοση των ψυχολογικών θεραπευτικών χειρισμών.

Για τη δημιουργία των κινήτρων και την εγκατάσταση της συναισθηματικής μεταβίβασης, αλλά και της θετικής αντιμεταβίβασης, η ψυχοθεραπευτική αγωγή άρχισε κατά τη διάρκεια της τελευταίας νοσηλείας του αρρώστου με τέσσερες εβδομαδιαί-

ες συνεδρίες και συνεχίζεται εξωνοσοκομειακά, επί ένα χρόνο περίπου, με δύο συνεδρίες την εβδομάδα. Ο άρρωστος και η σύζυγός του έρχονται στην Αλεξανδρούπολη, όπου πραγματοποιούν και μια διανυκτέρευση.

Θα αναφερθούμε με λεπτομέρειες στο υλικό μιας συνεδρίας:

Έχουν περάσει δύο μήνες από την έξοδο του θεραπευόμενου από την Πανεπιστημιακή Κλινική. Έρχεται, μετά από τηλεφωνική πρόσκληση της θεραπεύτριας του, αφού έχει ακυρώσει, μέσω της γυναίκας του, τις δύο τελευταίες συνεδρίες.

Αρχίζει τη συνεδρία λέγοντας ότι βλέπει πολλά όνειρα, ενώ παλαιότερα δεν έβλεπε, και ξυπνάει με άγχος ίσως και 5-6 φορές κάθε βράδυ. Παροτρύνεται από τη θεραπεύτριά του να διηγηθεί τα όνειρά του. Τρία είναι τα βασικά θέματα των ονείρων: (α) βλέπει πολλές γυμνές γυναίκες στον ύπνο του και έχει συχνά σεξουαλικές σχέσεις μαζί τους. Ξυπνάει όμως με άγχος πριν να ολοκληρωθεί η σεξουαλική πράξη, (β) χτυπάει κάποιον ή κάποιους αλλά εκείνοι δεν πονούν, δεν ματώνουν και αυτό τον εκνευρίζει και τον απογοητεύει και (γ) βλέπει συχνά τον πατέρα και τη μητέρα του, δεν αναφέρεται όμως σε συγκεκριμένα θέματα.

Λέει αργότερα ότι οι δικοί του τον παροτρύνουν να πάει να δει πάλι κάποιον ψυχίατρο στην Αθήνα, εκείνος τότε απαντά ότι «αν γίνω καλά, θα γίνω στην Αλεξανδρούπολη». Ρωτάει όμως και τη θεραπεύτριά του «έτσι δεν είναι;» Τον πήγαν σε ένα «Χριστό» να του λύσει τα μάγια, αλλά τους δήλωνε ότι αυτός δεν πιστεύει σ' αυτά.

Παραπονιέται για την έλλειψη χρημάτων και για το ότι δεν εργάζεται και παραμένει όλη την ημέρα στο κρεβάτι, (η Πανεπιστημιακή Κλινική καλύπτει τα έξοδα του ταξιδιού και μιας διανυκτέρευσης στην Αλεξανδρούπολη). Αισθάνεται άσχημα γιατί κάνει έρωτα με τη γυναίκα του μόνο μια φορά την εβδομάδα, «κα αυτή με το ζόρι».

Κατόπιν, μιλάει επιθετικά και απορριπτικά για τους «πρώην γιατρούς του» συμπεριλαμβανομένων και μελών της δικής μας ψυχιατρικής ομά-

⁵ Θεραπεύτρια, η Χρυσή Γιαννουλάκη ειδικευόμενη στην παιδοψυχιατρική, εποπτεύων Π. Σακελλαρόπουλος

δας. Αναφέρεται πια ελάχιστα στη συμπτωματολογία του. Δε γίνεται καμιά ερμηνευτική παρέμβαση σε όλο αυτό το υλικό. Ενθαρρύνεται να τηρεί το «συμβόλαιο» και να μη χάνει τις συνεδρίες του. Του υπενθυμίζεται το μακρόπνοο της θεραπείας και η εύλογη επιθυμία του να περιμένει άμεσα ή θεαματικά αποτελέσματα. Μειώνονται και πάλι τα φάρμακα, γεγονός που ο ασθενής εισπράττει ως κριτήριο βελτίωσης της κατάστασής του.

Τα σχόλια και οι συνειρμοί της θεραπεύτριας και του εποπτεύοντος, σε συνάρτηση με το παρελθόν του αρρώστου, τα μεταβιβαστικά του στοιχεία και την πορεία της ψυχοθεραπείας, είναι τα ακόλουθα. Είναι εντυπωσιακή η έκταση της ρηματοποίησης και η έκφραση των αυθεντικών συναισθημάτων, συγκριτικά με εκείνα που εξέφραζε ο άρρωστος πριν από μερικούς μήνες. Η ύπαρξη των ονείρων είναι αποτέλεσμα της ανάπτυξης της συναισθηματικής μεταβίβασης και της μείωσης της απώθησης. Αυτά έχουν σαν αποτέλεσμα τη δυνατότητα του αρρώστου να ρηματοποιεί. Η διαδικασία όμως αυτή του προκαλεί άγχος και σ' αυτό, ίσως, οφείλεται το γεγονός ότι «έχασε» τις δύο τελευταίες του συνεδρίες. Σχολιάζεται η διαφορά που υπάρχει με τις προηγούμενες συνεδρίες, όπου ο άρρωστος κρατούσε μια «εξοργιστική» σιωπή η οποία εξουθένωνε τη θεραπεύτριά του. Κατά τη φάση αυτή των εκτεταμένων σιωπών, ο εποπτεύων ενίσχυε σταθερά τη θεραπεύτρια λέγοντας ότι η σιωπή, μερικές φορές, δεν είναι αντίσταση, αλλά ότι μπορεί να έχει ένα θετικό και απαρτιωτικό χαρακτήρα.

Στους μήνες που ακολούθησαν τη συνεδρία που παρουσιάσαμε, όταν ο άρρωστος μπόρεσε να εκφρασθεί ακόμα πιο άνετα φάνηκε ότι η σιωπή συνδεόταν με αιμομικτικές επιθυμίες, που προκαλούσαν εντονότερες ενοχές και ότι αυτό ήταν το σημείο κρυστάλλωσης της ενδοψυχικής σύγκρουσης όπως επίσης και η αιτία της συμπτωματολογίας του. Με την εφηβεία της

ών αιμομικτικών καταστάσεων.

Έγινε σαφές στη θεραπεύτρια και στον εποπτεύοντα ότι η σιωπή δεν ήταν μια στείρα μορφή επιθετικότητας, αλλά αποτέλεσμα του άγχους και της εναισθησίας (*insight*), που προκαλούσαν οι αναδυόμενες προοδευτικά μνήμες και τα συναισθήματα του αρρώστου. Επίσης ότι, αναξέρτητα από το ποια είναι η βαθύτερη σημασία της επιθετικότητας του αρρώστου, ο θεραπευτής έχει δικαίωμα να πει ότι νιώθει πειστικά αυτή την επιθετικότητα του αρρώστου και ότι μέσα στα πλαίσια της ισοτιμίας της ψυχοθεραπευτικής σχέσης ο θεραπευτής μπορεί να αισθανθεί και καταπίεση και αγανάκτηση και αποθάρρυνση. Ακόμα ότι ο θεραπευτής, κυρίως στον ψυχωσικό άρρωστο, πρέπει να εξωτερικεύσει τα συναισθήματα αυτά όταν τον κατακλίζουν.

Γυρίζοντας στο υλικό της περιγραφόμενης συνεδρίας, βλέπουμε ότι το πρώτο θέμα των ονείρων εκφράζει την ποιοτική στέρηση που έχει η σεξουαλική του ζωή με τη γυναίκα του. Το δεύτερο θέμα, συνειρμικά, συνδέεται και συμβολίζει την καλυμμένη σύγκρουση και αντιπαλότητα που ξέραμε ότι έχει ο άρρωστος με τους «επιτυχημένους» κοινωνικά και οικονομικά, αδερφούς του στη Γερμανία. Η επιθετικότητα του αρρώστου απέναντί τους είναι ενοχοποιημένη και ανήμπορη, δεν τους βλέπει με το πραγματικό τους πρόσωπο, επίσης «δεν πονούν, δεν ματώνουν». Τα όνειρα με τους γονείς εκφράζουν τη μόνιμη απαγορευτική παρουσία στον ύπνο και στο ασυνείδητο του αρρώστου των γονεϊκών μορφοειδώλων.

Αποσαφηνίστηκε, κατά τη διάρκεια της εποπτείας, ότι ο ονειρικό αυτό υλικό δεν έπρεπε να ερμηνευτεί από τη θεραπεύτρια, ακόμη και στην περίπτωση που οι συνειρμοί του αρρώστου έδιναν κάποια μεγαλύτερη δυνατότητα. Ο θεραπευόμενος είναι ψυχωσικός ή είναι πολύ κοντά στην ψύχωση και πρέπει να ενισχύουμε τη λειτουργία της απώθησης ενώ παράλληλα, από την όλη θεραπευτική διαδικασία, αυξάνει προ-

οδευτικά η δύναμη και η ευκαμψία του Εγώ. Αποφεύγουμε, σ' αυτές τις δομές της προσωπικότητας οι αιμομικτικές επιθυμίες να έρχονται στο συνειδητό και, όταν έρχονται και ρηματοποιούνται, εμείς δεν πρέπει να τις επεξεργαστούμε συστηματικά όπως σε μια νεύρωση. Θα αφήσουμε το θεραπευόμενο, να τις αναφέρει, μόνο. Αντίθετα, θα επεξεργαστούμε τα στοιχεία που αφορούν τη μεταβίβαση: σύγκριση με το «Χριστό», με άλλους γιατρούς και με το διχασμό (*splitting*), που αμφιθυμικά αναφέρει ο άρρωστος. Και αυτό όμως πρέπει να γίνει μέσα σε μια διαδικασία ενθάρρυνσης και απο-ενοχοποίησης. Δεν έχει νόημα να του δείξουμε ότι έχει διχαστικές-καταστροφικές τάσεις και ότι προσπαθεί να μας προσεταιριστεί. Ένα παράδειγμα ερμηνείας σ' αυτό το υλικό: «*Ίσως αισθάνεστε υποχρεωμένος απέναντί μου με τη σκέψη ότι θα με ευχαριστήσετε, είσαστε αρνητικός για τους συναδέλφους*».

Θα αναφερθούμε σε ένα άλλο λεπτό σημείο. Κατά καιρούς ο άρρωστος είχε την τάση να ερωτικοποιεί τη μεταβίβαση για τη θεραπεύτριά του, μάλλον έμμεσα και περισσότερο μέσα από την αναζήτηση στοργής και μεγαλύτερου ενδιαφέροντος εκ μέρους της, παρά άμεσα. Ίσως εκείνο που ο ψυχοθεραπευτής, κυρίως ο νέος, αντέχει δυσκολότερα σ' αυτή τη δυαδική σχέση είναι η ερωτικοποίηση της μεταβίβασης. Είναι μια από τις ισχυρότερες μορφές αντίστασης ιδιαίτερα όταν είναι επίμονη και συνεχώς ρηματοποιούμενη. Μια σειρά από ψυχοθεραπευτικούς χειρισμούς είναι αναγκαία, για να φθαρεί αυτή η μορφή αντίστασης. Το βασικό όμως είναι να δεχτεί ο ψυχοθεραπευτής, συνειδητά και ασυνειδήτα, ότι αυτή η ερωτικοποίηση δεν τον αφορά και ότι αφού ο ίδιος είναι ένα μορφοείδωλο για τον άρρωστο, είναι φυσικό να μεταφέρεται πάνω του σωρεία επιθετικών και λιβιδινικών συναισθημάτων του παρελθόντος. Θα πρέπει επίσης να δει την εκδήλωση της ερωτικοποίησης σαν ένα οποιοδήποτε άλλο σύμπτωμα του αρρώστου

του, όπως το άγχος, την αϋπνία, τις υποχονδριακές ενασχολήσεις, κ.τ.λ. Ο ρόλος του εποπτεύοντος στο χειρισμό της ερωτικοποίησης είναι πολύ ουσιαστικός.

Στην περίπτωση αυτή, σχολιάστηκε επίσης πως η θεραπεία προχωράει ικανοποιητικά χωρίς να γίνεται, παρά σπάνια μόνο, χρήση ερμηνειών εκ μέρους της θεραπεύτριας.

Στην πρώτη φάση της θεραπείας, η εποπτεία πραγματοποιούνταν με εβδομαδιαία συχνότητα. Καθώς η κατάσταση του αρρώστου βελτιωνόταν και οι θεραπευτικές συνεδρίες γίνονταν σε αραιότερα χρονικά διαστήματα, αντίστοιχα αραιώσαν και οι εποπτικές συνεδρίες. Αργότερα η θεραπεύτρια έβλεπε τον εποπτεύοντα όταν εκείνη το έκρινε αναγκαίο.

Με την παρουσίαση αυτής της περίπτωσης θελήσαμε να δείξουμε τον τρόπο χρήσης του ψυχοθεραπευτικού υλικού αλλά κυρίως την ψυχοθεραπευτική διαδικασία, στα πλαίσια της δημόσιας περίθαλψης. Θελήσαμε επίσης να δείξουμε πώς προσπαθούμε να παρακάμψουμε τις δυσκολίες που γεννά το αντικείμενο, ο χώρος, οι αποστάσεις, το πλαίσιο, ο μικρός αριθμός εξειδικευμένων ψυχοθεραπευτών και οι συνεχείς αλλαγές στη σύνθεση της ψυχιατρικής ομάδας. Αυτά είναι προβλήματα εγγενή, τα οποία με το χρόνο και την καθιέρωση του θεσμού είναι πιθανό να μειωθούν.

Η παρουσίαση, με αρκετές λεπτομέρειες, της τεχνικής που ακολουθήθηκε σ' αυτήν την περίπτωση, είχε στόχο να δείξει το ύψος των φιλοδοξιών που έχουν αυτές οι ψυχοθεραπείες ψυχαναλυτικής έμπνευσης στο χώρο της δημόσιας περίθαλψης. Μια κλασική ανάλυση φιλοδοξεί στην αναδόμηση της προσωπικότητας, στην άνετη επικοινωνία συνειδητού και ασυνειδήτου και τέλος στη δημιουργία από το θεραπευόμενο νέων μορφών αντικειμενοτρόπων σχέσεων. Στις ψυχοθεραπείες που πραγματοποιούμε, οι φιλοδοξίες είναι πιο περιορισμένες. Στοχεύουμε στη μείωση του βασανιστικού χαρακτήρα των συμπτώ-

μάτων, έστω και αν δεν ασχολούμαστε άμεσα με αυτά. Με μερικές εσωτερικές ανακατατάξεις που επιδιώκουμε, το άτομο γίνεται πιο δραστήριο και αντλεί περισσότερες ικανοποιήσεις από τη ζωή. Η ψυχοθεραπεία εδώ, σε συνάρτηση με τις άλλες θεραπευτικές δραστηριότητες της ψυχιατρικής ομάδας, συμβάλλει και αυτή την κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση του αρρώστου. Τέλος επιδιώκουμε να αποφύγουμε τις υποτροπές, βασιζόμενοι στην ύπαρξη της ατομικής αλλά και της συλλογικής συναισθηματικής μεταβίβασης του αρρώστου προς την ομάδα. Ακόμη και στις νευρώσεις, δεν επιδιώκουμε να λυθεί η μεταβίβαση, και ενώ ο άρρωστος αυτονομείται, εμείς είμαστε στη διάθεσή του όταν εκείνος το κρίνει αναγκαίο. Στις ψυχώσεις, και γενικότερα στις βαριές καταστάσεις, η θεραπευτική σχέση δεν διακόπτεται. Είναι μια δια βίου σχέση, αν χρειάζεται, έστω και αν οι θεραπευτές αλλάζουν κατά διάφορα χρονικά διαστήματα. Η αντιστήριξη του αρρώστου συνεχίζεται από την ομάδα και υπάρχει μια επαφή με τον άρρωστο κάθε τρεις ή έξι μήνες, όταν όλα έχουν πάει καλά.

Περίληψη και συμπεράσματα

Η ψυχαναλυτική θεωρία είναι δυνατόν να διαπλακεί παραγωγικά με διάφορες κοινωνιολογικές ή άλλες θεωρίες. Το ίδιο ισχύει για την τροποποίηση της κλασικής ψυχαναλυτικής θεραπείας, η οποία μπορεί να συνδιαστεί αποδοτικά με άλλες μορφές θεραπευτικής παρέμβασης. Παράλληλα, η δημόσια περιθαλψη, κοινωνικής-κοινωνικής ψυχιατρικής, έχει πολλά να κερδίσει από τη συστηματική εφαρμογή ψυχοθεραπειών ψυχαναλυτικής έμπνευσης.

Αναφέρονται χαρακτηριστικά οι σχετικές εμπειρίες των Νομών Φωκίδας και Έβρου και το πλαίσιο περιθαλψης μέσα στο οποίο εφαρμόστηκαν οι ψυχοθεραπευτικές ψυχαναλυτικές προσέγγισης.

Προϋπόθεση της επιτυχίας αυτής της

προσπάθειας είναι ο σεβασμός και η εφαρμογή ορισμένων βασικών ψυχαναλυτικών θεραπευτικών κανόνων. Ο θεραπευτής, αλλά και ολόκληρη η ψυχιατρική ομάδα, πρέπει να έχει ένα ψυχαναλυτικό πρίσμα μέσα από το οποίο βλέπουν την εργασία τους, τη συνεργασία της ομάδας, τον άρρωστο, τον οικογενειακό αστερισμό του αρρώστου και τέλος την κοινότητα μέσα στην οποία λειτουργούν.

Δεν είναι δυνατό να αποδώσει ένας ψυχοθεραπευτής εάν δεν πιστεύει στη δύναμη των ψυχολογικών χειρισμών που εφαρμόζει εκείνος και η ομάδα του. Επίσης είναι αυτονόητο ότι το σύμπτωμα θα αντιμετωπίζεται ως έκφραση μιας ενδοψυχικής σύγκρουσης και ως μια έκφραση ανάγκης του αρρώστου. Το σύμπτωμα, π.χ. ο υστερικός τρόμος ή το παραλήρημα, το όνειρο, η φαντασίωση, εκφράζουν, μέσω συμβόλων, ανάγκες ή επιθυμίες, ενοχή ή αναζήτηση ποινής.

Η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση, η λειτουργία τους και οι χειρισμοί τους, είναι ο σκελετός και ο βασικός στόχος αυτής της εισήγησης. Η μεταβίβαση, ατομική προς τον θεραπευτή η συλλογική προς το φορέα και την ψυχιατρική ομάδα, είναι ο βασικός μοχλός που θα χρησιμοποιήσει ο θεραπευτής για την έξοδο του αρρώστου από την οξεία φάση, για τη συνέχιση μιας θεραπείας παιδιού ή ενήλικα, όπου οι διάφοροι παράγοντες λειτουργούν για τη διακοπή της. Είναι ο βασικός μοχλός για την αποφυγή της υποτροπής, με τη λειτουργία της κατά τη συνεχή και μόνιμη παρακολούθηση (follow-up) του αρρώστου, κατά την περίοδο ύφεσης των συμπτωμάτων. Ο έλεγχος της αντιμεταβίβασης είναι το αντικείμενο των συστηματικών εποπτειών. Παρουσιάστηκε εκτεταμένα μια κλινική περίπτωση για να φανεί σε λεπτομέρειες η ψυχοθεραπευτική διεργασία μέσα στα πλαίσια της δημόσιας περιθαλψης, καθώς και ο εκπαιδευτικός και ωριμοποιός ρόλος της εποπτείας για το νέο θεραπευτή.

Εξετάστηκε ο ρόλος και το είδος των

ερμηνειών και παρεμβάσεων στις ψυχοθεραπείες αυτού του τύπου. Μελετήθηκαν επίσης η λειτουργία και η προσαρμογή του παραδοσιακού πλαισίου της κλασσικής ανάλυσης στο θεραπευτικό έργο δημόσιων ψυχιατρικών φορέων και ειδικότερα στις δραστηριότητες μιας Κινητής Μονάδας.

Η ανάπτυξη μιας ικανοποιητικής ψυχοθεραπευτικής δραστηριότητας στο δημόσιο φορέα αυξάνει ουσιαστικά την απόδοση του θεραπευτικού έργου και μπορεί να κρατήσει ένα σημαντικό αριθμό αρρώστων εκτός των ψυχιατρείων, επίσης μπορεί να περιορίσει σημαντικά το χρόνο νοσηλείας τους σε Ψυχιατρικούς Τομείς του Γενικού Νοσοκομείου ή σε Ψυχιατρεία. Τα οικονομικά οφέλη από την ελαχιστοποίηση των ημερών νοσηλείας είναι θεαματικά: μία ημέρα του αρρώστου που θεραπεύεται στα πλαίσια της εξωνοσοκομειακής περίθαλψης (δραστηριότητα Κινητής Μονάδας) στοιχίζει 208 δρχ. συμπεριλαμβανομένης και της αντιμετώπισης οξέων

περιστατικών, με περίθαλψη στο σπίτι. Αντίστοιχα, ο άρρωστος στοιχίζει 14.000 δρχ. περίπου την ημέρα στο Ψυχιατρείο και περισσότερο από 25.000 δρχ. στο Γενικό Νοσοκομείο.

Η λειτουργία υπηρεσιών δημόσιας περίθαλψης με ψυχοθεραπευτική κάλυψη ψυχαναλυτικού τύπου, συμβάλλει ουσιαστικά και στον τομέα της ψυχιατρικής και ψυχαναλυτικής εκπαίδευσης. Οι ανάγκες ψυχαναλυτικής εκπαίδευσης ιατρών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, κ.τ.λ. είναι τεράστιες όπως είναι γνωστό, ενώ η εκπαίδευσή τους από ειδικά κέντρα (Ινστιτούτα ή Εταιρίες) περιορίζεται σε μικρό αριθμό ατόμων.

Τα τελευταία αυτά σημεία δείχνουν ότι η ψυχαναλυτική θεωρία και θεραπευτική βελτιώνει όχι μονάχα την πρόληψη και την περίθαλψη, αλλά ανεβάζει το εκπαιδευτικό επίπεδο των θεραπειών της δημόσιας περίθαλψης.