

Η διάγνωση και η θεραπεία ασθενών με οριακή οργάνωση προσωπικότητας¹

Otto F. Kernberg²

Μετάφραση: Ολγα Πανοπούλου - Μαράτου

ΠΡΩΤΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Διάγνωση

Το θέμα που θέλω ν' αναπτύξω είναι οι σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας, αυτές που ονόμασα οριακή οργάνωση προσωπικότητας. Ο όρος «οριακός» χρησιμοποιείται στη φιλολογία με τρεις τρόπους:

(α) Μια στενή έννοια ή περιορισμένος ορισμός είναι: *οριακή διαταραχή προσωπικότητας*, ένας όρος που χρησιμοποιείται στο DSM- III ή στο DSM-III(R). Το πρότερο της χρήσης αυτού του όρου είναι περιγραφικός, θεωρητικός, οδηγεί σε εύκολη διάγνωση και είναι ιδανικός για ερευνητικούς σκοπούς. Το μειονέκτημα είναι ότι περιορίζει τον όρο στις πιο σοβαρές περιπτώσεις ασθενών, σ' αυτούς που χρειάζονται ενδονοσοκομειακή περίθαλψη και αφήνει απ' έξω όλες τις λιγότερο σοβαρές περιπτώσεις. Δε διαφορποιεί καλά τις συγκεκριμένες αυτές οριακές περιπτώσεις από άλλες σοβαρές παθολογίες του χαρακτήρα ή της προσωπικότητας. Έτσι, στην κλινική πρακτική, η χρησιμότητά του είναι περιορισμένη. Κατά την άπο-

ψή μου, διαχωρίζει μια ομάδα μέσα από μια ευρύτερη, με διαταραχές προσωπικότητας, που απαιτούν παρόμοια ψυχοθεραπευτική προσέγγιση. Αυτή είναι η έννοια της οριακής διαταραχής προσωπικότητας.

(β) Πρόκειται για ένα ευρύ φάσμα: τον *οριακό ασθενή*. Είναι το αντίστοιχο του δύσκολου ασθενούς. Αυτή η ευρεία προσέγγιση βρίσκεται σε αντίθεση με την προηγούμενη. Η έννοια του οριακού ασθενούς αναφέρεται σε κείνες τις περιπτώσεις που, κατά την ψυχοθεραπεία, τείνουν να αναπτύσσουν ταχείες, πρόωρες μεταβιβαστικές παλινδρομήσεις, που είναι δύσκολες περιπτώσεις *par excellence*, και που όλοι συμφωνούν ότι οι ασθενείς αυτοί παρουσιάζουν μια δυναμική παθολογία, με κυρίαρχα τα προ-οιδιπόδεια χαρακτηριστικά ή μια συμπύκνωση οιδιποδείων και προ-οιδιποδείων συγκρούσεων, με κυρίαρχα μιας προγεννητικής επιθετικότητας. Αυτοί οι ασθενείς έχουν τις ρίζες της ψυχοπαθολογίας τους στην παιδική ηλικία

¹ Διαλέξεις που έδωσε ο Otto Kernberg στις 6 και 7 Οκτωβρίου 1989 στο Ινστιτούτο Goethe, στην Αθήνα, προσκεκλημένος του Ινστιτούτου και της Ελληνικής Ψυχαναλυτικής Εταιρείας.

² Ο Otto Kernberg είναι καθηγητής Ψυχιατρικής στο Πανεπιστήμιο Cornell και διδάσκων ψυχαναλυτής της Διεθνούς Ψυχαναλυτικής Εταιρείας.

και ειδικότερα στην φάση της «προσέγγισης», στο στάδιο ανάπτυξης που η Mahler (1971) ονόμασε «αποχωρισμός - ατομικοποίηση». Αυτή η ευρεία προσέγγιση του οριακού ασθενούς αναφέρεται στο δύσκολο ασθενή, στην πρόωρη μεταβιβαστική παλινδρόμηση, με ειδικές δυναμικές συγκρούσεις και μια συγκεκριμένη προέλευση στο παρελθόν. Πρόκειται για μια δυναμική, εξελικτική μάλλον, παρά για μια περιγραφική, φαινομενολογική έννοια. Το προτέρημα είναι ότι αυτός είναι ο τρόπος που χρησιμοποιούν τον όρο οι περισσότεροι ψυχοθεραπευτές αυτών των ασθενών. Έτσι, η επικοινωνία είναι ευκολότερη μέσα στην ψυχοθεραπευτική φιλοσοφία και εστιάζει σε μερικές από τις συγκρούσεις που συναντούμε στην ψυχοθεραπεία. Το μειονέκτημα της προσέγγισης αυτής είναι ότι είναι τόσο ευρεία ώστε να χάνει την αξία της ως διαγνωστική έννοια.

(γ) Η ενδιάμεση θέση είναι αυτή της *οριακής οργάνωσης προσωπικότητας* και είμαι βέβαια υπέρ αυτής, γι' αυτό και την αναφέρω τελευταία. Αυτή είναι μια ψυχική-δομική (*psychostuctural*) σύλληψη. Εμπεριέχει περιγραφικά χαρακτηριστικά, αλλά εστιάζεται κυρίως σε ψυχολογικές δομές, και μ' αυτές εννοώ τους συνήθεις τρόπους με τους οποίους κάποιος οργανώνει τα ερεθίσματα για να συνδεθεί με τους άλλους και με τον εαυτό του. Θα μιλήσω για την οριακή οργάνωση προσωπικότητας, γιατί αυτό το δομικό πλαίσιο αναφοράς επιτρέπει να διαχωρίσει κανείς τις σοβαρές

διαταραχές προσωπικότητας από τις μη σοβαρές και η ψυχοθεραπευτική αγωγή που θα περιγράψω μπορεί ίσως να εφαρμοσθεί σε όλες τις διαταραχές προσωπικότητας. Γι αυτό θεωρώ αυτό το πλαίσιο αναφοράς πολύ χρήσιμο. Ταυτόχρονα, όλα όσα λέω μπορεί να είναι χρήσιμα για την ψυχοθεραπεία των ασθενών με οριακή διαταραχή προσωπικότητας και υπό τη στενή της έννοια και έτσι δεν υπάρχει αντίφαση, αν χρησιμοποιεί κανείς τον όρο είτε με τη στενή είτε με την ευρεία του έννοια.

Η διάγνωση της οριακής οργάνωσης προσωπικότητας μπορεί να γίνει στις συνήθεις διαγνωστικές συνεντεύξεις και έχω περιγράψει μια τεχνική που ονομάζεται *δομική συνέντευξη (stuctural interview)*, που διευκολύνει στη διάγνωση, στα κεφάλαια 1 και 2 του βιβλίου μου «*Severe personality disorders*» (Kernberg, 1984)³ 4

Η διαγνωστική μέθοδος της δομικής συνέντευξης αποτελείται κυρίως από διαγνωστικές συνεντεύξεις, που ακολουθούν μια σταδιακή διαδοχή παρεμβάσεων.

(α) Ρωτούμε τους ασθενείς ποια είναι τα συμπτώματά τους. Προσπαθούμε να πάρουμε μια πλήρη εικόνα όλων των συμπτωμάτων: σωματικών, κοινωνικών, συναισθηματικών, κ.τ.λ.

(β) Προσπαθούμε ν' ανακαλύψουμε τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους, τα ενεστώτα χαρακτηριστικά της, τον τρόπο που λειτουργούν σε όλους τους τομείς της ζωής τους: κοινωνικό,

³ «*Σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας*». Δεν έχει μεταφραστεί στα ελληνικά. Το βιβλίο αυτό αντανακλά τη γενική θεωρητική και κλινική προσέγγιση του Ο. Kernberg με μεγάλη λεπτομέρεια. (Δες βιβλιογραφία) (Σ.τ.Μ.)

⁴ Επίσης δημοσιεύτηκε πρόσφατα ένα καινούργιο βιβλίο: *Manual of the psychotherapy for borderline patients*. Basic Books, 1989. Αυτό το βιβλίο είναι ένας μετασχηματισμός της γενικής προσέγγισης, σε μορφή εγχειριδίου για τα συμπεράσματα που προέρχονται από την έρευνα πάνω στην ψυχοθεραπεία, που γίνεται στο Πανεπιστήμιο Cornell, όπου διδάσκει ο Ο. Kernberg. Το εγχειρίδιο αυτό χρησιμοποιείται για τη μελέτη της διεργασίας και των αποτελεσμάτων των μακροχρονίων ψυχοθεραπειών με οριακού ασθενείς. (Σ.τ.Μ.)

οικογενειακό, σεξουαλικό, εργασία, πολιτικό, σπουδές, ελεύθερο χρόνο, για να αποκτήσουμε την πληρέστερη δυνατή εικόνα της παρούσας ζωής τους ασθενούς. Προσπαθούμε να εστιάσουμε στη φύση της επικοινωνίας με τον ασθενή, καθώς παίρνουμε τη συνέντευξη, έτσι ώστε τα *συμπτώματα*, η *προσωπικότητα* και η *επικοινωνία* να αποτελούν το αδρό υλικό πάνω στο οποίο διατυπώνουμε τα δομικά διαγνωστικά κριτήρια.

Η παρελθούσα ιστορία του ασθενούς και τα άλλα παραδοσιακά στοιχεία της εξέτασης του ψυχικού *status* μπορεί να τα δει κανείς αργότερα. Αλλωστε, όταν μιλούμε για επικοινωνία, μιλούμε τόσο για τα περίπλοκα ψυχολογικά φαινόμενα όσο και για τα παραδοσιακά στοιχεία του ψυχικού *status*.

Με βάση αυτή τη συνέντευξη μπορεί κανείς να συμπεράνει αν ο ασθενής έχει νευρωτική, οριακή ή ψυχωτική οργάνωση προσωπικότητας. Η οριακή οργάνωση προσωπικότητας χαρακτηρίζεται από το *σύνδρομο της διάχυσης ταυτότητας*, την *επικράτηση πρωτόγωνων αμυντικών μηχανισμών* και τη *διατήρηση της δοκιμασίας της πραγματικότητας*. Αυτά είναι τα τρία ψυχικά δομικά κριτήρια που στοιχειοθετούν τη διάγνωση της οριακής οργάνωσης προσωπικότητας. Θα τα περιγράψω σύντομα.

(1) *Διάχυση ταυτότητας*. Το πρώτο ψυχικό-δομικό χαρακτηριστικό αναφέρεται στην έλλειψη απαρτίωσης ή ένταξης (*integration*) της έννοιας του εαυτού και την έλλειψη ένταξης της έννοιας των σημαντικών άλλων. Μπορεί να το παρατηρήσουμε ζητώντας από τον ασθενή να περιγράψει σε λίγα λεπτά το είδος του ανθρώπου που είναι και αυτό που τον κάνει να είναι διαφορετικός από όλους

τους άλλους. Κάποιος, που έχει καλή έννοια της ταυτότητάς του, μπορεί να δώσει μια περιγραφή του εαυτού, που επιτρέπει τον ερωτώντα να φτιάξει μια εικόνα για ' αυτόν, εικόνα που τον διαφοροποιεί από τους άλλους. Όταν υπάρχει το σύνδρομο της διάχυσης ταυτότητας, αυτό είναι αδύνατο. Ο ασθενής περιγράφει τον εαυτό του με τόσο αντιφατικούς τρόπους, που ακόμα και αν μιλά για ώρες, μια συγκεχυμένη εικόνα του ασθενούς αναφύεται και παραμένει στο δικό μας μυαλό.

Το σύνδρομο της διάχυσης ταυτότητας περιέχει επίσης την ανικανότητα να μεταφέρει μια ζωντανή, πραγματική εικόνα των σημαντικών άλλων. Ζητούμε από τον ασθενή να μας περιγράψει σε λίγα λεπτά τους πιο σημαντικούς ανθρώπους στη ζωή του. Ο ασθενής δεν μπορεί να το κάνει. Μας δίνει μια αόριστη, νεφελώδη και αντιφατική εικόνα. Και όλα αυτά, σε αντίθεση με ασθενείς με νευρωτική οργάνωση προσωπικότητας ή με τους φυσιολογικούς ανθρώπους, οι οποίοι είναι ικανοί να μεταφέρουν μια εντεταγμένη εικόνα του εαυτού ή των άλλων. Η ανικανότητα λοιπόν αυτή, να μεταφέρουν αυτή την εντεταγμένη εικόνα, προσδιορίζει την διάχυση ταυτότητας.

(2) *Επικράτηση πρωτόγωνων αμυντικών μηχανισμών*. Αυτό το κριτήριο είναι λιγότερο ξεκάθαρο και λιγότερο χρήσιμο. Είναι περισσότερο ποσοτικό.⁵ Αποτελεί παρ' όλα αυτά ένα σημαντικό στοιχείο διαφοράς ανάμεσα στη νευρωτική δομή προσωπικότητας και στην οριακή και ψυχωτική δομή. Οι οριακές και οι ψυχωτικές δομές χαρακτηρίζονται από την κυριαρχία πρωτόγωνων μηχανισμών άμυνας και κυρίως της σχάσης. Η σχάση, καθώς και οι άλλοι σχε-

⁵ Το κείμενο που ακολουθεί σ' αυτή την παράγραφο (2) είναι περίληψη της μεταφράστριας, από το βιβλίο του O.Kernberg "Severe personality disorders" Yale University Press, 1984, σελ. 15-21, γιατί το σημείο αυτό της κασέτας, στην οποία μαγνητοφωνήθηκε η διάλεξή του, ήταν χαλασμένο (Σ.τ.Ε.)

τικοί μηχανισμοί, προστατεύουν το Εγώ από τις συγκρούσεις μέσω της αποσύνδεσης, ή ακόμα κρατούν σε απόσταση τις αντιφατικές εμπειρίες του εαυτού και των σημαντικών άλλων. Όταν αυτοί οι μηχανισμοί κυριαρχούν, τότε οι καταστάσεις του Εγώ μπορούν να αλληλοαποκλειστούν και έτσι το άγχος, που σχετίζεται μ' αυτές τις συγκρούσεις, εμποδίζεται ή ελέγχεται. Οι μηχανισμοί αυτοί της πρωτόγονης αποσύνδεσης ή τηςσχάσης και όλοι οι σχετικοί μηχανισμοί, όπως η πρωτόγονη ιδανικοποίηση, οι τύποι της πρωτόγονης προβολής και ιδιαίτερα η προβολική ταύτιση, η διάψευση (*denial*), η παντοδυναμία και η υποτίμηση μπορούν να προκληθούν μέσα στην κλινική συνδιαλλαγή του θεραπευτή με τον ασθενή. Ετσι, μπορούν να είναι διαγνωστική ένδειξη κατ' αρχήν για διαφορική διάγνωση ανάμεσα στη νευρωτική και στην οριακή δομή, αλλά επίσης ανάμεσα στην οριακή και στην ψυχωτική δομή. Γιατί, οι ίδιοι πρωτόγονοι μηχανισμοί άμυνας μπορεί να παρατηρηθούν και σε ασθενείς με ψυχωτική δομή, υπηρετούν όμως διαφορετικές λειτουργίες. Αυτό έχει αποδειχθεί κλινικά. Δηλαδή, η ερμηνεία τηςσχάσης και των σχετικών πρωτόγονων μηχανισμών άμυνας στους οριακούς ασθενείς απαρτιώνει το Εγώ και βελτιώνει προσωρινά τη λειτουργία του ασθενούς. Και αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως διαγνωστικό κριτήριο. Αντίθετα, η ερμηνεία αυτών των μηχανισμών στους ψυχωτικούς, κατά τη διαγνωστική συνέντευξη, προκαλεί περαιτέρω παλινδρόμηση στη λειτουργία τους.

(3) Η δοκιμασία της πραγματικότητας

Πρώτο βήμα: έχει ο ασθενής ψευδαισθήσεις ή παραλήρημα;

Δεύτερο βήμα: διατηρεί ο ασθενής ενσυναίσθηση (*empathy*) με τα συνήθη κοινωνικά κριτήρια της πραγματικότητας;

τας; Ναι ή όχι; Για πρακτικούς λόγους, αυτός είναι ο πιο σημαντικός τρόπος να εκτιμήσει κανείς τη δοκιμασία της πραγματικότητας, γιατί οι περισσότεροι ασθενείς για τους οποίους νομίζουμε ότι έχουν σημαντική διαταραχή προσωπικότητας, το πιο πιθανό είναι να μην έχουν ψευδαισθήσεις ή παραλήρημα. Αυτό που κάνω είναι, όταν ρωτώ τον ασθενή για τα συμπτώματά του, τον ρωτώ για την προσωπικότητά του και παρατηρώ τον τρόπο που επικοινωνεί. Αναρωτιέμαι ο ίδιος ποιά είναι τα πιο παράξενα, τα πιο ασυνήθιστα στοιχεία της συμπεριφοράς του ασθενούς, του συναισθήματος ή του περιεχομένου της σκέψης του. Και αυτό που θεωρώ το πιο ασυνήθιστο, το πιο αλλόκοτο, το επιλέγω και κάποια στιγμή μιλώ γι' αυτό στον ασθενή: *«θα ήθελα να μοιραστώ μαζί σας μια παρατήρηση που έκανα και με δυσκολεύει»*. Του λέω αυτό που παρατήρησα και του εξηγώ με λεπτότητα για τη συμπεριφορά του, ή για το συναίσθημά του ή για το περιεχόμενο της σκέψης του, που μου φάνηκε παράξενο. Μπορεί να του πω: *«το τάδε στον τρόπο που χαμογελάσατε ή σ' αυτό που είπατε ή κάνατε μου φάνηκε αινιγματικό ή παράξενο, μπορείτε να το αντιληφθείτε;»* Ο ασθενής, που έχει καλή δοκιμασία της πραγματικότητας, είναι ικανός να δείξει ενσυναίσθηση στη δυσκολία που ένοιωσα και να μου δώσει κάποια εξήγηση που θα κάνει το συμβάν να φαίνεται πιο λογικό. Ο ασθενής, που έχει χάσει την ικανότητα της δοκιμασίας της πραγματικότητας, θα νοιώσει ότι αυτή είναι μια παράλογη ή παράξενη ή απειλητική ή επιθετική ή ακατανόητη παρέμβαση εκ μέρους μου και θα χειροτερεύσει προσωρινά. Ετσι αυτός είναι ένας τρόπος για να εκτιμήσουμε τη δοκιμασία της πραγματικότητας. Είναι απλός, κομψός και αξιόπιστος.

Το τρίτο βήμα για να εκτιμηθεί η δο

κιμασία της πραγματικότητας είναι το παρακάτω. Όταν αντιλαμβανόμαστε πρωτόγονους αμυντικούς μηχανισμούς στην επικοινωνία, μπορούμε να προσπαθήσουμε να ερμηνεύσουμε μόνο στο εδώ και τώρα την ασυνείδητη σημασία αυτών των αμυντικών μηχανισμών. Όταν το κάνουμε αυτό με ασθενείς, που έχουν καλή δοκιμασία της πραγματικότητας, αυτή τείνει να βελτιωθεί. Με τους οριακούς ασθενείς, η ερμηνεία των πρωτόγονων αμυντικών μηχανισμών επίσης τείνει να βελτιώσει τη λειτουργία τους. Οι ψυχωτικοί ασθενείς δείχνουν μια μεταβατική χειροτέρευση. Ετσι, μπορεί κανείς να διαχωρίσει τους οριακούς από τους ψυχωτικούς. Ο λόγος είναι ότι οι πρωτόγονες άμυνες εξασθενούν το Εγώ των οριακών ασθενών, ενώ οι ίδιες αυτές άμυνες επιτρέπουν στους ψυχωτικούς να διατηρήσουν κάποια επαφή με το περιβάλλον.

Περιληπτικά, η παρουσία της διάχυσης ταυτότητας, η επικράτηση πρωτόγονων αμυντικών μηχανισμών, η διατήρηση της δοκιμασίας της πραγματικότητας χαρακτηρίζουν την οριακή οργάνωση της προσωπικότητας. Ως πρόσθετα κριτήρια θα αναφέρω τα εξής: Οι ασθενείς δείχνουν επίσης αυτό που ονομάζουμε μη εξειδικευμένες εκδηλώσεις αδυναμίας του Εγώ, δηλαδή, γενικευμένη έλλειψη ελέγχου των παρορμήσεων, έλλειψη ελέγχου και ανοχής στο άγχος και έλλειψη μετουσιωτικής λειτουργίας. Επίσης, έχουν συχνά παθολογία του Υπερεγώ, μερικά άλλοτε ελαφρά και άλλοτε όχι και τόσο ελαφρά αντικοινωνικά στοιχεία, και αυτό είναι σημαντικό γιατί η πρόγνωση για ψυχοθεραπεία εξαρτάται βασικά από δύο παράγοντες. Το βαθμό της αντικοινωνικής συμπεριφοράς και την ποιότητα των σχέσεων αντικειμένου, που ο ασθενής είναι ικανός να διατηρήσει. Σοβαρές περιπτώσεις οριακών ασθενών που δεν έχουν αντικοινωνικά στοιχεία στη συμπεριφορά και που

μπορούν να έχουν σχέση με άλλους, σχέσεις που δεν είναι εκμεταλλευτικές ακόμα κι αν είναι χαωτικές, έχουν καλύτερη πρόγνωση για ψυχοθεραπεία από τις περιπτώσεις των οριακών ασθενών που είναι απομονωμένοι, που δεν έχουν την ικανότητα να έχουν σταθερές σχέσεις με άλλους και έχουν αντικοινωνικά στοιχεία.

Δεν είναι αρκετό να διαγνώσουμε σε κάποιον οριακή οργάνωση προσωπικότητας. Είναι σημαντικό να διαγνώσουμε τον κυρίαρχο τύπο της διαταραχής προσωπικότητας που παρουσιάζει ο ασθενής. Το DSM-III περιέχει ένα κατάλογο των διαταραχών προσωπικότητας, αλλά δυστυχώς νομίζω ότι αυτός ο κατάλογος δεν είναι πλήρης. Αυτό που λείπει από το DSM-III είναι δύο από τις τρεις πιο συχνές νευρωτικές διαταραχές προσωπικότητας. Το DSM-III περιέχει την ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική προσωπικότητα, που είναι συνήθως τυπικά νευρωτική, αν και όχι πάντα, αλλά δεν περιέχει την υστερική προσωπικότητα και την καταθλιπτική-μαζοχιστική προσωπικότητα. Η καταθλιπτική-μαζοχιστική προσωπικότητα επανεισάγεται τώρα και μια ομάδα εργασίας προσπαθεί να την περιλάβει στο DSM-IV. Η υστερική προσωπικότητα έμεινε απ' έξω γιατί συγγέεται η οιστριονική με την υστερική προσωπικότητα, δηλαδή οι πιο παλινδρομημένοι τύποι υστεροειδών λειτουργιών με την πραγματική υστερική προσωπικότητα.

Οι πιο σημαντικές διαταραχές προσωπικότητας στο επίπεδο της οριακής οργάνωσης προσωπικότητας είναι η οριακή διαταραχή προσωπικότητας με τη στενή της έννοια, που αντιστοιχεί στην παιδική προσωπικότητα ή την υστεροειδή ή την οιστριονική προσωπικότητα. Αυτές είναι όλες ίδιες και πιστεύω ότι το DSM-III κάνει λάθος που διαχωρίζει την οριακή διαταραχή προσωπικότητας από την οιστριονική, τη σχιζοειδή, τη σχι-

ζότυπη, την παρανοειδή, τη ναρκισσι-στική, την αντι-κοινωνική διαταραχή προσωπικότητας και μερικές άλλες, όπως η σαδομαζοχιστική και η υπομανιακή διαταραχή προσωπικότητας, που δεν εμπεριέχονται. Γιατί όλο αυτό το καταθλιπτικό φάσμα των διαταραχών προσωπικότητας έχουν τοποθετηθεί, όπως ξέρετε, στο DSM-III, κάτω από την κατηγορία των συναισθηματικών διαταραχών.

Γενική Θεραπεία

(1) Φαρμακοθεραπεία

Υπάρχουν αξιόπιστες εμπειρικές έρευνες που δείχνουν ότι η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να προσφέρει συμπτωματική ανακούφιση για μικρό χρονικό διάστημα, και ότι η οξεία-βραχεία αγωγή για πολλά από τα συμπτώματα των ασθενών επιτυγχάνεται με τη φαρμακευτική αγωγή. Η βασική γραμμή παρέμβασης είναι η χρήση χαμηλών δόσεων νευροληπτικών, που έχει αποδειχθεί ότι είναι καλύτερα για τη μείωση του άγχους, για τη μείωση της γνωστικής σύγχυσης και για την κατάθλιψη, καλύτερα από τα καθαρά αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Έτσι, η πρώτη προσέγγιση για βραχεία αγωγή είναι οι χαμηλές δόσεις νευροληπτικών. Σε περιπτώσεις με σοβαρά καταθλιπτικά συμπτώματα, μπορεί να χρησιμοποιήσει κανείς αντικαταθλιπτικά και θάπρεπε να αρχίσει με τρικυκλικά και τετρακυκλικά, και αν αυτά δεν έχουν αποτέλεσμα, τότε να χρησιμοποιήσει MAO-αναστολείς. Μερικοί γιατροί αρχίζουν με MAO-αναστολείς, αλλά αυτό απαιτεί συνεργάσιμο ασθενή για να ακολουθήσει τη δίαιτα που πρέπει και, έτσι και αλλιώς, προσωπικά δεν θα χρησιμοποιούσα ποτέ φαρμακευτική αγωγή με ασθενή ο οποίος είναι χαρακτηριστικά αυτοκτονικός και θα μπορούσε να χρη-

σιμοποιήσει τα φάρμακα για να αυτοκτονήσει. Έτσι λοιπόν ένας περιορισμός για τη χρήση φαρμάκων είναι η ικανότητα του ασθενούς να αναλάβει ο ίδιος την ευθύνη των φαρμάκων. Υπάρχουν και άλλοι τύποι φαρμακευτικής αγωγής που έχουν χρησιμοποιηθεί, δεν υπάρχει όμως αξιόπιστη εμπειρική επιβεβαίωση ακόμα για τη δράση τους. Αυτά τα φάρμακα είναι το λίθιο για οριακούς ασθενείς με συναισθηματική αστάθεια, καθώς και το Fluoxetine, ένα πρόσφατο αντικαταθλιπτικό, που είναι πολύ της μόδας στις Ηνωμένες Πολιτείες, κ.ά.

Εν πάση περιπτώσει, υπάρχει γενική συναίνεση ότι δε θα πρέπει να χρησιμοποιούνται ελάχιστονα ηρεμιστικά ή υπνωτικά, βενζοδιαζεπίνες, για την αγωγή άγχους ή άλλων συμπτωμάτων, εκτός για μια περίοδο δύο ως τριών εβδομάδων.

Εκτός από τη φαρμακοθεραπεία, μια οξεία-βραχεία θεραπεία οριακών ασθενών μπορεί να συμπεριλαμβάνει μια βραχυπρόθεσμη προσέγγιση με υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, κοινωνική επανένταξη, οικογενειακή θεραπεία, βραχεία νοσηλεία. Δεν θα συζητήσω τις ενδείξεις και αντενδείξεις, γι' αυτούς τους τύπους θεραπείας.

Για τις θεραπείες μακράς διάρκειας, δεν υπάρχουν εμπειρικά δεδομένα από έρευνες για τη φαρμακευτική αγωγή, αλλά υπάρχει εντυπωσιακή κλινική μαρτυρία ότι πολλοί ασθενείς απαντούν θετικά στη χρήση μακράς διάρκειας των MAO-αναστολέων, σε μέσες ή υψηλές δόσεις. Θα ήθελα να τονίσω και πάλι ότι εννοείται πως τα φάρμακα αυτά χρησιμοποιούνται μόνο με ασθενείς, οι οποίοι δεν είναι αυτοκτονικοί.

(2) *Ψυχοθεραπεία.* Η πιο σημαντική αγωγή για τους ασθενείς με οριακές διαταραχές προσωπικότητας είναι η ψυχοθεραπεία. Από την ψυχαναλυτική οπτική, μπορούμε να χωρίσουμε τις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις σε τρεις. Ψυ-

χανάλυση, η οποία αντενδείκνυται συνήθως για τους περισσότερους οριακούς ασθενείς, εκτός από εκείνους που η προσωπικότητά τους εμπεριέχει σημαντικά υστερικά στοιχεία, ένα μίγμα οιστριονικών και υστερικών στοιχείων μάλλον παρά μια υστεροειδή ή οιστριονική προσωπικότητα με την αυστηρή έννοια, αυτό που ο Selzer έβαλε στις κατηγορίες 2 και 3, τις ενδιάμεσες κατηγορίες του δηλαδή (από 1 ως 4) (Kernberg et al., 1989). Ψυχανάλυση μπορεί να γίνει επίσης με ασθενείς με ναρκισσιστικές διαταραχές προσωπικότητας, οι οποίοι, παρά το ότι παρουσιάζουν οριακή οργάνωση προσωπικότητας, λειτουργούν επιφανειακά καλύτερα. Σε πολλούς απ' αυτούς τους ασθενείς υπάρχει ένδειξη για ψυχανάλυση, ειδικότερα σε κείνους που δεν έχουν σοβαρά αντικοινωνικά στοιχεία και δεν παρουσιάζουν μη ειδικές εκδηλώσεις αδυναμίας του Εγώ. Σε όλους τους υπόλοιπους οριακούς ασθενείς υπάρχει ένδειξη για *ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία*, σε αντίθεση με την ψυχανάλυση, ή για διερευνητική ψυχοθεραπεία. Για κείνους τους οριακούς ασθενείς για τους οποίους υπάρχει αντένδειξη για εκφραστική ψυχοθεραπεία, υπάρχει ένδειξη για *υποστηρικτική ψυχοθεραπεία*, η οποία θα ήταν η δεύτερη επιλογή προσέγγισης⁶.

Θα ήθελα τώρα να ορίσω σύντομα την ψυχανάλυση, την εκφραστική ψυχοθεραπεία και την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, με τη διευκρίνιση ότι η εκφραστική ψυχοθεραπεία είναι η επιλεγμένη θεραπεία που θα περιγράψουμε με περισσότερες λεπτομέρειες.

Η *ψυχανάλυση* χαρακτηρίζεται από τη χρήση της ερμηνείας ως το κυριότερο ή και αποκλειστικό θεραπευτικό εργαλείο. Η ερμηνεία συμπεριλαμβάνει

διευκρίνιση αυτού που συμβαίνει στον ασθενή, όχι διευκρίνιση προς τον ασθενή, αλλά διευκρίνιση αυτού που συμβαίνει στο νου του ασθενή. Ακολουθείται από παρουσίαση - αντιπαράθεση, μια προσεκτική παρουσίαση των συνδέσεων που κάνει ο ασθενής ανάμεσα στις υποκειμενικές του εμπειρίες. Στη συμπεριφορά του και στη συνδιαλλαγή του, των συνδέσεων που του διαφεύγουν, αλλά που έχουν νόημα από την άποψη της ερμηνευτικής προσέγγισης. Αυτή ακολουθείται από την ερμηνεία *per se*, η οποία εμπεριέχει την παρουσίαση μιας υπόθεσης στον ασθενή, ενός ασυνείδητου νοήματος που εκφράζεται σ' αυτό που διευκρινίστηκε και αντιπαράτεθηκε. Στην ψυχανάλυση, η ερμηνεία ασχολείται πρώτα με το ασυνείδητο νόημα στο εδώ και τώρα, ως προκαταρκτικό βήμα για να φτάσει στο ασυνείδητο νόημα του «εκεί και τότε», δηλαδή τη γενετική όψη της ερμηνείας. Αρχίζουμε με την ερμηνεία του εδώ και τώρα, που είναι ένα κρίσιμο βήμα για να τη συνδέσουμε με την ερμηνεία του ασυνείδητου παρελθόντος. Αυτή είναι η ερμηνεία στην ψυχανάλυση. Στην ψυχανάλυση, η ερμηνεία ασχολείται κυρίως με την ερμηνεία στη μεταβίβαση. Αυτή γίνεται με συστηματικό τρόπο, γιατί πρόκειται για το κυρίαρχο εστιακό σημείο της ερμηνείας και, καθώς ερμηνεύουμε διάφορα στάδια της μεταβιβαστικής εξέλιξης, αυτά που έχω ονομάσει μεταβιβαστικά «παραδείγματα» (*paradigms*), αυτά τα βήματα επιλύονται σταδιακά το ένα μέσα στο άλλο και, στο τέλος, επαναλαμβάνεται μέσα στη θεραπεία όλη η ενδοψυχική διαδοχή των ασυνείδητων καθοριστικών παραγόντων της παθολογίας του ασθενούς. Έτσι, η συστηματική ανάλυση της μεταβίβασης είναι ο βασικός στόχος της χρήσης της

⁶ Ο O.Kernberg χρησιμοποιεί εναλλακτικά τους όρους ψυχαναλυτική ή εκφραστική ψυχοθεραπεία και διερευνητική ή υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Αναφέρεται επίσης συχνά στην ψυχανάλυση βάζοντας το επίθετο "standard" μπροστά. (Σ.τ.Μ.)

ερμηνείας. Τέλος, στην ψυχανάλυση, κρατούμε την *τεχνική ουδετερότητα*, (όπως την ανέλυσε ο Freud σε ένα γράμμα προς τον Pfister (Freud, 1913) που σημαίνει αντικειμενική και ευήκοη θέση, η οποία κρατά ίσες αποστάσεις από το Εγώ, το Υπερεγώ και το Εκείνο του ασθενούς και από την εξωτερική πραγματικότητα: ίσες αποστάσεις από τη δρώσα πλευρά του Εγώ του ασθενούς και, θα προσέθετα, και τη συμμαχία ανάμεσα στο θεραπευτή και στο παρατηρούν Εγώ του ασθενούς. Η ψυχανάλυση γίνεται 3, 4 ή 5 φορές την εβδομάδα, όχι λιγότερο από 3 φορές της εβδομάδα, και χρησιμοποιεί τη μέθοδο των ελεύθερων συνειρμών ως το κομμάτι του ασθενούς που συνεργάζεται με τον θεραπευτή.

Ποια είναι η διαφορά ανάμεσα στην ψυχανάλυση και στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία των οριακών ασθενών;

Στην *ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία* των οριακών ασθενών χρησιμοποιούμε επίσης την ερμηνεία, χρησιμοποιούμε διευκρίνιση και ερμηνεία. Ομως η διευκρίνιση και η αντιπαράθεση είναι πολύ πιο σημαντικές. Η διευκρίνιση γίνεται ένα κατ' εξοχήν εργαλείο, γιατί υπάρχει σύγχυση και χάος στις εμπειρίες και στη συμπεριφορά αυτών των ασθενών. Η ερμηνεία απευθύνεται περισσότερο στα ασυνείδητα νοήματα του εδώ και τώρα. Τις γενετικές ερμηνείες θα πρέπει να τις κρατήσουμε για τις προχωρημένες φάσεις της θεραπείας των οριακών ασθενών. Η ανάλυση της μεταβίβασης, στην περίπτωση των οριακών ασθενών, είναι λιγότερο συστηματική απ' ό,τι είναι στην ψυχανάλυση, γιατί σε κάθε συνεδρία προσπαθούμε να εντάξουμε την ανάλυση της μεταβίβασης στην άμεση κατάσταση της ζωής του ασθενούς, δηλαδή στα προβλήματα των ασθενών

στην εξωτερική πραγματικότητα και στα μακροπρόθεσμα σχέδια του ασθενούς για θεραπεία. Με άλλα λόγια, στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία των οριακών ασθενών, είμαστε πολύ πιο άγρυπνοι στον τρόπο που η μεταβίβαση συνδέεται με συγκρούσεις με την εξωτερική πραγματικότητα και με τα μακροπρόθεσμα σχέδια της θεραπείας, πράγμα που δε συμβαίνει στην ψυχανάλυση. Ο λόγος είναι διότι, εξ αιτίας της κυριαρχίας σοβαρών λειτουργιών σχάσης, η έλλειψη ένταξης της εξωτερικής πραγματικότητας μπορεί να περιθάψει τη σχάση της μεταβιβαστικής κατάστασης από την εξωτερική πραγματικότητα και να χάσει το βάθος και την ακρίβεια, μέσα στην ανάλυση, αυτής καθαυτής της μεταβίβασης. Η έγνοια για τα μακροπρόθεσμα σχέδια για θεραπεία βοηθά τον θεραπευτή να αποφύγει τις επιπλοκές του γεγονότος ότι ο ασθενής μπορεί να αντικαταστήσει τη ζωή του με την ίδια τη θεραπεία - αυτό είναι το δευτερογενές κέρδος από τη θεραπεία. Η θεραπεία είναι ένας ασφαλής παράδεισος, μια φυγή από την εξωτερική πραγματικότητα και αυτό μπορεί να εμποδίσει την εξέλιξη της ίδιας της θεραπείας.

Τέλος, στην εκφραστική ψυχοθεραπεία με οριακούς ασθενείς, η τεχνική ουδετερότητα τείνει να χαθεί από καιρού εις καιρόν εξ αιτίας του σοβαρού *acting out*⁷ του ασθενούς, όχι μόνο έξω, αλλά και μέσα στις συνεδρίες. Υπάρχει ανάγκη να βάλουμε όρια στη συμπεριφορά του ασθενούς, και όποτε βάζουμε όρια ή πρέπει να ελέγξουμε τη συμπεριφορά του, αυτό μας κάνει να απομακρυνθούμε από την τεχνική ουδετερότητα και μετά πρέπει να την επανεγκαθιδρύσουμε με ερμηνευτικά μέσα, δηλαδή, ερμηνεύοντας τα αίτια που μας ανάγκασαν να ε-

⁷ Ο όρος *acting out* έχει μεταφραστεί στα ελληνικά ως εκδραμάτιση ή πέρασμα στην πράξη. Η μεταφράστρια, καθώς δεν θεωρεί ότι αποδίδουν σωστά την έννοια του *acting out*, διατήρησε τον αγγλικό όρο σ' αυτό το κείμενο. (Σ.τ.Μ.)

γκαταλείψουμε την τεχνική ουδετερότητα. Έτσι, η τεχνική ουδετερότητα χάνεται, επανεγκαθιδρύεται μέσω της ερμηνείας, με άλλα λόγια υπάρχει ένα εναλλασσόμενο σχήμα μάλλον παρά μια σταθερή μορφή.

Έτσι φτάσαμε στο τέλος της περιγραφής της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας με τους οριακούς ασθενείς, σε αντιπαράθεση με την ψυχανάλυση. Κάθε συνεδρία, αν τη δούμε χωριστά, μπορεί να μοιάζει με μια τυπική ψυχαναλυτική συνεδρία, αλλά μέσα στο χρόνο, μια διαφορετική ποιότητα εμφανίζεται στη θεραπεία.

Τελικά, θα ήθελα να πω λίγα πράγματα για την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Ανεφέρα νωρίτερα ότι ενδείκνυται για κείνους τους ασθενείς για τους οποίους υπάρχει αντένδειξη για εκφραστική ψυχοθεραπεία. Η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία απαιτεί τουλάχιστον δύο συνεδρίες την εβδομάδα, γιατί με λιγότερες συνεδρίες δεν είναι δυνατό να ασχοληθεί κανείς ταυτόχρονα με την ανάλυση της μεταβίβασης και με την ανάλυση της εξωτερικής πραγματικότητας του ασθενούς.

Βλέπουμε τον ασθενή μια φορά την εβδομάδα ή και λιγότερο και εστιάζουμε αποκλειστικά είτε στη μεταβίβαση είτε στην εξωτερική πραγματικότητα του ασθενούς, απλά δεν υπάρχει αρκετός χρόνος. Αυτό μπορεί ν' ακούγεται αμφισβητήσιμο και θα μπορούσε να συζητηθεί. Έτσι, αν ο ασθενής δεν μπορεί να έρχεται για ψυχοθεραπεία για μεγάλο χρονικό διάστημα και για δυο ή τρεις φορές την εβδομάδα εξ αιτίας γεωγραφικών, οικονομικών ή άλλων λόγων, τότε μπορεί να χρειάζεται να γίνει υποστηρικτική ψυχοθεραπεία. Επί πλέον, για ψυχαναλυτική ή εκφραστική ψυχοθεραπεία, θα πρέπει ο ασθενής να έχει τουλάχιστον ένα φυσιολογικό Δ.Ν., εξ αιτίας της αφηρημένης φύσης της λεκτικής επικοινωνίας. Έτσι, αν η νοημοσύνη είναι κατώτερη του φυσιολογικού, το είδος της εκφραστικής ψυχοθεραπείας που περιέγραψα αντενδείκνυται. Επί πλέον, ο ασθενής θα πρέπει να μπορεί να δεχτεί την ευθύνη για τη ζωή του και να μπορεί να διαβεβαιώσει το θεραπευτή ότι δεν πρόκει-

ται να προκαλέσει σοβαρή βλάβη ή θάνατο στον εαυτό του ή σε άλλους. Αν ο ασθενής δεν είναι σε θέση να συνάψει και να διατηρήσει ένα τέτοιο συμβόλαιο, τότε δεν μπορεί να γίνει εκφραστική ψυχοθεραπεία. Αν οι ασθενείς παρουσιάζουν ακραία αντικοινωνικά στοιχεία, όπως σοβαρές τάσεις για *acting out*, που δεν μπορούν να περιοριστούν στην ψυχοθεραπεία ή δεν μπορούν να κρατήσουν τους ελάχιστους όρους του συμβολαίου, τότε ενδείκνυται η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, η οποία συνεπάγεται πολύ μεγαλύτερη δραστηριότητα και έλεγχο από το θεραπευτή.

Υπάρχουν και μερικοί ασθενείς για τους οποίους υπάρχει αντένδειξη για όλα τα είδη ψυχοθεραπείας, και πιο συγκεκριμένα όσοι έχουν αντικοινωνικές προσωπικότητες με τον αυστηρό ορισμό, για τους οποίους η πρόγνωση της έκβασης για οποιοδήποτε είδος ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης είναι μηδενική, καθώς και ασθενείς για τους οποίους το δευτερογενές κέρδος από την αρρώστια είναι τέτοιο ώστε εξ ορισμού η θεραπεία να είναι αντίθετη με την επιθυμία τους να γίνουν καλύτερα. Δεν είναι σε θέση και δε θέλουν να συμμετάσχουν στην ψυχοθεραπεία. Συνήθως δεν είναι τόσο άρρωστοι για να νοσηλευθούν, πρόκειται για μια ομάδα ασθενών που είναι απλώς μη θεραπεύσιμοι και είναι σημαντικό να το ξέρουμε.

Συνοψίζοντας λοιπόν με συντομία τις τεχνικές της υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας, θα έλεγα ότι περιέχουν διευκρίνιση, αντιπαράθεση, όπως και στις άλλες ψυχοθεραπείες, αλλά χωρίς την ερμηνεία του ασυνείδητου νοήματος στο εδώ και τώρα, και σε αντίθεση με τις άλλες, εμπεριέχουν άμεση γνωστική και συναισθηματική υποστήριξη. Η γνωστική υποστήριξη περιέχει πληροφορίες, πειθώ, συμβουλή, ενώ η συναισθηματική υποστήριξη περιέχει προτάσεις, επιβεβαίωση, ενθάρρυνση και έπαινο. Επί πλέον, ο θεραπευτής μπορεί να παρέμβει άμεσα στο περιβάλλον του ασθενούς. Έτσι λοιπόν τα εργαλεία της υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας είναι η διευκρίνιση, η αντιπαράθεση, η συναισθηματική

και γνωστική υποστήριξη και η παρέμβαση στο περιβάλλον. Η αντιμετώπιση της μεταβίβασης, στην περίπτωση της υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας, είναι διαφορετική σε σύγκριση με την ψυχανάλυση και την εκφραστική ψυχοθεραπεία, κυρίως στο ότι η μεταβίβαση διευκρινίζεται στα στοιχεία της συνείδησης και του προσυνειδητού και στη συνέχεια περιστέλλεται μέσα από μια λογική προσέγγιση. Με άλλα λόγια, δίνουμε στον ασθενή να καταλάβει ότι η φύση της συνδιαλλαγής του με το θεραπευτή είναι ακατάλληλη και τον βοηθούμε να μετατρέψει τη μεταβιβαστική κίνηση σε πιο κατάλληλη συμπεριφορά, με παιδαγωγικό τρόπο. Ταυτόχρονα, αυτή την πληροφορία τη μεταφέρουμε στην εξωτερική ζωή του ασθενούς και έτσι ο ασθενής μαθαίνει ότι με τον ίδιο ακατάλληλο τρόπο που συμπεριφέρθηκε με το θεραπευτή, χωρίς να το συνειδητοποιεί, έτσι συμπεριφέρεται και με άλλους ανθρώπους και γι' αυτό χρειάζεται να αλλάξει αυτούς τους τρόπους συμπεριφοράς. Μεταφέρουμε τις διευκρινίσεις σχετικά με τη μεταβίβαση στην εξωτερική πραγματικότητα και αντίστροφα, δηλαδή κάνουμε το ίδιο με την εξωτερική πραγματικότητα και τη μεταφέρουμε για να καταλάβουμε τις ακατάλληλες μορφές συμπεριφοράς στο εδώ και τώρα. Όσον αφορά στην τεχνική ουδετερότητα, την αγνοούμε πλήρως. Η τεχνική ουδετερότητα είναι ασήμαντη στην υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, αλλά θα ήθελα να επιστήσω την προσοχή σας ότι έλλειψη της τεχνικής ουδετερότητας δεν σημαίνει και τη βρεφοποίηση του ασθενούς: σε όλες τις περιπτώσεις, ο θεραπευτής πρέπει να προσπαθεί να περιθάλλει την αυτονομία του ασθενούς. Ο θεραπευτής δεν είναι τεχνικά ουδέτερος σ' αυτές τις θεραπείες και μπορεί μερικές φορές να πρέπει να πάρει

το ρόλο ενός βοηθητικού Εγώ ή βοηθητικού Υπερεγώ ή βοηθητικής πραγματικότητας, ακόμα και ενός βοηθητικού Εκείνο, αλλά είναι πάντα προσεκτικός για να σεβαστεί την αυτονομία του ασθενούς και την ικανότητά του να μάθει. Και εδώ φτάνουμε στο τέλος του πρώτου μέρους που περιγράφει τη διάγνωση, τις ενδείξεις για θεραπεία και τη στρατηγική της ψυχοθεραπείας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Απαντώντας σε ερωτήσεις από το Κοινό, ο Kernberg είπε μεταξύ άλλων...« Η κλασική προσέγγιση της Ψυχολογίας του Εγώ προς τα κλινικά φαινόμενα, βλέπει τα συμπτώματα ως εκδήλωση συγκρούσεων ανάμεσα στις ενορμήσεις και στις άμυνες και η έλλειψη ελέγχου θα σήμαινε κάποια αδυναμία των αμυνών και κάποια συγκεχυμένη έκφραση και ανάδυση των ενορμήσεων, άσχετα από τις ειδικές σχέσεις με το αντικείμενο. Η δική μου θεωρητική προσέγγιση είναι κάπως διαφορετική. Είναι βέβαια επηρεασμένη από την Ψυχολογία του Εγώ, αλλά εντάσσει και μια θεωρία σχέσεων με το αντικείμενο, με την έννοια ότι βλέπω ως βασικές μονάδες των ψυχικών λειτουργιών, μονάδες που απαρτίζονται από την αναπαράσταση του εαυτού και την αναπαράσταση του αντικειμένου και το συναίσθημα που τις συνδέει. Με άλλα λόγια, βλέπω το Υπερεγώ, το Εκείνο και το Εγώ της κλασικής δομικής θεωρίας να απαρτίζονται από τέτοιες μονάδες εσωτερικευμένων σχέσεων με το αντικείμενο. Αυτό ισχύει για το Υπερεγώ, το Εγώ και το Εκείνο. Και η διαφορά ανάμεσα στη νευρωτική οργάνωση προσωπικότητας και στην οριακή οργάνωση προσωπικότητας είναι ότι στη νευρωτική οργάνωση προσω-*

* Ήταν αδύνατο να απομαγνητοφωνηθούν οι παρατηρήσεις από το κοινό, γιατί οι ομιλητές δεν χρησιμοποιούσαν το μικρόφωνο. Η συντακτική επιτροπή αποφάσισε παρ' όλα αυτά να δημοσιεύσει ορισμένες από τις απαντήσεις του Ο. Kernberg, κυρίως αυτές που άπτονται θεωρητικών θεμάτων. Ζητούμε συγγνώμη από τους ερωτώντες, που έθεσαν πολύ καιρία ερωτήματα. Αυτό φαίνεται άλλωστε από τις απαντήσεις του Ο. Kernberg. Το περιεχόμενο των ερωτήσεων έχει γράψει περιληπτικά η μεταφράστρια (Σ.τ.Ε.)

πικότητας, οι εσωτερικευμένες σχέσεις αντικειμένου έχουν σταθεροποιηθεί στα συστήματα Υπερεγώ, Εγώ, και Εκείνο και οι συγκρούσεις που παρατηρούμε είναι ανάμεσα στο Εγώ και στο Υπερεγώ, ή ανάμεσα στο Εγώ και στο Εκείνο, ή στο Εγώ και στην εξωτερική πραγματικότητα, κ.τ.λ. Είναι δηλαδή συγκρούσεις, μεταξύ των δομών (*inter-structural*). Στην περίπτωση των οριακών ασθενών, βλέπω αυτές τις υπερδομές Υπερεγώ, Εγώ και Εκείνο να διαλύονται στις σχέσεις αντικειμένου, που τις απαρτίζουν, και έτσι έχουμε έναν αριθμό μη εντεταγμένων πρωτόγονων σχέσεων με μερικά αντικείμενα, που το καθένα απαρτίζεται από μια αναπαράσταση εαυτού, μια αναπαράσταση αντικειμένου με το συναισθημα που τις συνδέει, με μια απόλυτη σχέση ανάμεσα σε «καλή» και «κακή» σχέση μεταξύ των αναπαραστάσεων εαυτού και αντικειμένου. Γι' αυτό το λόγο, δεν αντιμετωπίζω την παθολογία με όρους αμυνών ενάντια στις ενορμήσεις, αλλά με όρους ενεργοποίησης ορισμένων πρωτόγονων σχέσεων αντικειμένου, που χρησιμοποιούνται αμυντικά ενάντια σε άλλες πρωτόγονες σχέσεις με το αντικείμενο. Έτσι, οι έννοιες της άμυνας και της παρόρμησης διαλύονται μέσα σε εσωτερικευμένες σχέσεις με το αντικείμενο που χρησιμοποιούνται αμυντικά και παρορμητικά και μπορεί να ανταλλάσουν τις λειτουργίες τους και αυτό που ήταν άμυνα μπορεί να γίνει παρόρμηση και αντίστροφα. Πρακτικά, αυτό σημαίνει ότι αν ο ασθενής έχει μια γενικευμένη έλλειψη ελέγχου των παρορμήσεων, η οποία σε ένα επίπεδο είναι σημάδι αδυναμίας του Εγώ, σημαίνει ότι σε κάθε μια από αυτές τις καταστάσεις όπου η παρόρμηση έχει το πάνω χέρι, δεν πρόκειται μόνο για την ανάδυση μιας παρόρμησης, αλλά μιας κάποιας πρωτόγονης σχέσης αντικειμένου. Δεν το βλέπω ως εγγενές έλλειμμα του Εγώ, αλλά ως ένδειξη κυριαρχίας πρωτόγονων μηχανισμών σχάσης, που έχουν καταστρέψει τις εντακτικές λειτουργίες του Εγώ και τη χρήση μερικών απ' αυτές τις πρωτόγονες σχέσεις αντικειμένου με αμυντικό τρόπο εναντίον

άλλων. Εδώσα μια μακροσχελή απάντηση σε μια σύντομη ερώτηση, αλλά απ' αυτή την οπτική γωνία, βλέπω τη γενικευμένη έλλειψη ελέγχου των παρορμήσεων ως ένδειξη μιας οριακής δομής και δεν τη βλέπω να αντανακλά μόνο συγκεχυμένες καθεξις, για παράδειγμα. Δε χρησιμοποιώ ποτέ τον όρο «κάθεξη», πρώτον γιατί νομίζω ότι είναι κακή μετάφραση του γερμανικού όρου "*besetzung*" και δεύτερον γιατί νομίζω ότι όλες οι παρορμήσεις είναι συνδεδεμένες με αντικείμενα. Όταν μιλούμε για ενορμήσεις, μιλάμε ταυτόχρονα για την οργάνωση των συναισθημάτων (*affect*) και για την οργάνωση σχέσεων αντικειμένου».

Σε άλλη ερώτηση σχετικά με την αρχική συνέντευξη, ο O.Kernberg απάντησε: «Η συνέντευξή μου είναι δομική (*structural*) συνέντευξη και όχι δομημένη (*structured*) συνέντευξη. Δεν πρόκειται για προαποφασισμένη σειρά ερωτήσεων. Έχει μια δομική ποιότητα, της οποίας τη λεπτομέρεια δεν έχω καιρό να περιγράψω, και που μοιάζει πολύ με την αναλυτική συνέντευξη. Αρχικά εστιάζω στα συμπτώματα και μετά στην προσωπικότητα και μετά στη συνδιαλλαγή, αυτό δίνει μια ποιότητα στη συνέντευξη που την κάνει να μοιάζει πιο πολύ με ψυχαναλυτική διαγνωστική συνέντευξη παρά με μια τυποποιημένη ψυχιατρική συνέντευξη. Υπάρχουν βέβαια και δομημένες ή ημιδομημένες συνεντεύξεις, οι οποίες δεν μου αρέσουν. Αυτή η δομική συνέντευξη, που περιέγραψα, είναι η μοντέρνα έκδοση μιας ψυχοδυναμικής συνέντευξης. Οι ψυχαναλυτικές συνεντεύξεις άρχισαν με τον *Felix Deutsch* (1949) που χρησιμοποιούσε μια μέθοδο ελεύθερων συνειρμών. Ο παραδοσιακός τρόπος, που βλέπω να χρησιμοποιούν οι ψυχαναλυτές για να αξιολογήσουν τους ασθενείς, είναι βασισμένος σε μια τροποποίηση της μεθόδου του ελεύθερου συνειρμού. Πολύ συχνά, η μέθοδος αυτή δε δοκιμάζει αρκετά τους μηχανισμούς άμυνας, δεν αποβλέπει στην ενδοσκόπηση και στην ανάλυση της συνδιαλλαγής. Έτσι λοιπόν, βλέπω τη δομική συνέντευξη σαν τη μοντέρνα ψυχα-

ναλυτική συνέντευξη και ταυτόχρονα ως επέκταση της παραδοσιακής ψυχιατρικής συνέντευξης, γιατί νομίζω πως η παραδοσιακή ψυχιατρική συνέντευξη απευθυνόταν μόνο σε ανοϊκούς και ψυχωτικούς ασθενείς και η συνέντευξη με νευρωτικούς ασθενείς δεν εμπεριέχεται στην τυποποιημένη ψυχιατρική συνέντευξηη.

Σε ερώτηση σχετικά με τη δοκιμασία της πραγματικότητας και την ανοχή στο άγχος (*anxiety tolerance*), ο O. Kernberg απάντησε ως εξής: «Κάτω από συνθήκες σοβαρής ματαίωσης, η δοκιμασία της πραγματικότητας μπορεί να χαθεί προσωρινά, όπως επίσης και υπό την επήρεια φαρμάκων ή αλκοόλ και από την αναστάτωση μιας μεταβίβασης. Εφ' όσον όμως ο ασθενής δεν έχει ανοιχτή ψύχωση, ο τύπος των δοκιμασιών που περιέγραφα στην αρχική συνέντευξη, εικονογραφεί με δραματικό τρόπο τη διαφορά ανάμεσα στους οριακούς ασθενείς, που ανταποκρίνονται με εξαιρετικό τρόπο στη δοκιμασία της πραγματικότητας κάτω από αυτές τις συνθήκες, και στους ψυχωτικούς ασθενείς οι οποίοι δεν ανταποκρίνονται ούτε υπό τις πιο χαλαρές συνθήκες. Αναφέρθηκα επίσης στο προηγούμενο σχόλιο στους διάφορους τύπους άγχους: άγχος αποχωρισμού, άγχος διείσδυσης και ρωτήθηκα αν η έννοια της ανοχής στο άγχος είναι βοηθητική. Συμφωνώ ότι υπάρχουν διαφορετικοί τύποι άγχους. Ο όρος *ανοχή στο άγχος* αναφέρεται μόνο στο γεγονός ότι οι οριακοί ασθενείς δεν ανέχονται αύξηση της τους άγχους, χωρίς να παρουσιάσουν πρόσθετα συμπτώματα. Και αυτό είναι ένδειξη για μια μη τυπική αδυναμία του Εγώ. Δηλαδή, έχουν ένα κάποιο επίπεδο άγχους, το οποίο μπορεί να είναι πολύ χαμηλό ή πολύ υψηλό, αυτό μπορεί να ποικίλει σε πολύ μεγάλο βαθμό. Αυτό που είναι ενδιαφέρον όμως είναι ότι σε οποιοδήποτε επίπεδο, η αύξηση του άγχους τείνει να προκαλέσει πρόσθετη αποδιοργάνωση. Και αυτό δείχνει την πολύ εύθραυστη ισορροπία στην οποία βρίσκονται οι ασθενείς αυτοί. Κι αυτό μπορεί να το δει κανείς πολύ εύκολα».

Σε ερωτήσεις από το ακροατήριο (α) αν υπάρχει μόνο μια ψυχοθεραπευτική τεχνική για αυτούς τους ασθενείς ή αν υπάρχουν πιο πολλές, ακόμα και ανταγωνιστικές μεταξύ τους, προσεγγίσεις, (β) ποια είναι η λογική της δικής του προσέγγισης και (γ) ποια είναι η γνώμη του για τις άλλες προσεγγίσεις, ο O. Kernberg απάντησε, μεταξύ άλλων, τα εξής: «Θα έλεγα ναι, υπάρχουν διαφορετικές προσεγγίσεις. Ιστορικά, η πρώτη προσέγγιση ήταν η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία μ' αυτούς τους ασθενείς. Τριάντα χρόνια πριν, υπό την επήρεια του Robert Knight (1953) και της Elisabeth Zetzel (1971) αυτή ήταν η τάση. Άλλοι πρότειναν ψυχανάλυση, χωρίς καμμία τροποποίηση. Η Βρετανική Σχολή και οι εκπρόσωποι της Ψυχολογίας του Εγώ στην Αγγλία πρότειναν λοιπόν ψυχανάλυση. Λίγο αργότερα όμως η Σχολή της Ψυχολογίας του Εγώ εγκατέλειψε αυτή την τακτική και έτεινε προς την υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, ενώ η Βρετανική Σχολή συνέχισε να προτείνει ψυχανάλυση. Νομίζω ότι τελικά υπήρξε συμφωνία μεταξύ των εκπροσώπων της Ψυχολογίας του Εγώ ότι πράγματι η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία ήταν η καλύτερη επιλογή. Οι περισσότεροι ψυχαναλυτές, που αναλαμβάνουν τέτοιες περιπτώσεις, στις ΗΠΑ αλλά και στην Ευρώπη, κάνουν τελικά ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία. Από αυτή την άποψη υπάρχει πλέον γενική συναίνεση, με εξαίρεση το ερώτημα αν πρέπει να ερμηνεύει κάποιος την αρνητική μεταβίβαση, όπως τη θετική. Σ' αυτό το σημείο υπάρχουν ποικίλες απόψεις. Η Σχολή της Ψυχολογίας του Εαυτού του H. Kohut ανέχεται την εξιδανίκευση, προσπαθώντας σταδιακά να την υποβιβάσει, αλλά δεν ερμηνεύει την αρνητική μεταβίβαση. Επίσης κάνουν κριτική στην άποψη που υποστηρίζει την τεχνική ουδετερότητα και νομίζουν πως θα πρέπει να αντικατασταθεί από την ευαισθησία. Οι περισσότερες από τις άλλες Σχολές υποστηρίζουν ότι πρέπει να ερμηνεύονται εξίσου η θετική και η αρνητική μεταβίβαση. Για άλλους, αυτό πρέπει να γίνεται αρκετά νωρίς, για άλλους αργό-

τερα. Αυτοί που είναι πολύ προσεκτικοί και λένε πως η αρνητική μεταβίβαση δεν πρέπει να ερμηνεύεται ωρίς είναι οι Adler και Buie (1979). Οι Modele (1976) και Volkan (1976) ερμηνεύουν ωρίς, αλλά βέβαια με προσοχή, την αρνητική μεταβίβαση. Τέλος, αυτός που ερμηνεύει τη θετική και την αρνητική μεταβίβαση από την αρχή είμαι εγώ και πρέπει να ομολογήσω πως επιμένω πάντα ότι αυτό είναι πολύ βοηθητικό. Μ' αυτή την άποψη συμφωνεί ο M. Stone (1980) και την έχουν ασπασθεί τώρα οι Volcan και Rinsley (1977) και οι Βρετανοί του middle group, δηλαδή οι ανεξάρτητοι, και κλαϊνικοί. Νομίζω ότι αυτό ισχύει και για τους γάλλους ψυχαναλυτές, που δουλεύουν με οριακούς ασθενείς, όπως ο Bergeret (1970). Ποιά είναι η λογική μου γι' αυτό; Ρωτήθηκα αν στοιχεία της προσωπικότητας του ασθενούς επηρεάζουν την προσέγγισή μου. Θα απαντούσα όχι και θα προσέθετα ότι οι ψυχαναλυτές, από παράδοση, έχουν μεγάλη δυσκολία να δεχτούν την εμπειρική έρευνα ως ένα τρόπο για να λύσουν επιστημονικά ερωτήματα. Γι' αυτό η συζήτηση είναι πάντα θεωρητική και κλινική και, όταν τα επιχειρήματα δεν φτάνουν, τότε αναλύουμε την προσωπικότητα του ατόμου που διαφωνεί μαζί μας! Αυτό μπορεί βέβαια να χρησιμοποιηθεί και από τις δυο πλευρές. Εγώ θα έλεγα, με ταπεινότητα, ότι αν οι απόψεις μου είχαν κάποια επιρροή δεν ήταν, ελπίζω, εξ αιτίας της προσωπικότητάς μου και δε νομίζω ότι η προσέγγισή μου έχει επηρεασθεί από την προσωπικότητά μου. Η εμπειρική έρευνα στην οποία βασίζομαι είναι το ψυχοθεραπευτικό ερευνητικό σχέδιο της κλινικής μας. Αυτή η τεχνική προσέγγιση εφαρμόζεται από άτομα με πολύ διαφορετικούς τύπους προσωπικότητας και βέβαια ο καθένας επιβάλλει το στυλ του. Τα ευρήματα άλλωστε του ερευνητικού σχεδίου της *Menninger Clinic* προηγούνται της δικής μου τεχνικής -εγώ ήμουν μέλος αυτής της ομάδας- έμαθα απ' αυτό το σχέδιο. Τα προτερήματα της ανάλυσης της θετικής και της αρνητικής μεταβίβασης μπορούν να μελετηθούν στην

έκβαση των περιπτώσεων. Το θεωρητικό σημείο είναι το ακόλουθο: Η τεχνική μοιβασιζεται στην ψυχαναλυτική μεταψυχολογία της ερμηνείας. Με άλλα λόγια, πρώτα ερμηνεύω αυτό που είναι κυρίαρχο συναισθηματικά, δεύτερον προσπαθώ να αναλύσω ποιά είναι η δυναμική πλευρά του υλικού, δηλαδή ποιά είναι η αμυντική και ποιά η παρορμητική πλευρά του, και τρίτον ποιές είναι οι δομικές επιπτώσεις, συνήθως δηλαδή ποιό είδος σχέσης αντικειμένου ενεργοποιείται ενάντια σε ποιό άλλο είδος σχέσης αντικειμένου. Αν η μεταβίβαση είναι θετική, ερμηνεύω τη θετική μεταβίβαση, αν είναι κυρίως αρνητική, ερμηνεύω την αρνητική μεταβίβαση, όχι γιατί πιστεύω θεωρητικά ότι αυτοί οι ασθενείς είναι πολύ εχθρικοί, αλλά γιατί πιστεύω ότι η εχθρότητα τους εκφράζεται ανοιχτά... Αν δεν αντιμετωπίσει κανείς την αρνητική μεταβίβαση υπάρχει ο κίνδυνος να διακοπεί η θεραπεία πρόωρα. Εχω επίσης παρατηρήσει ότι αν ερμηνεύσουμε το νόημα αυτών των μεταβιβάσεων στο εδώ και τώρα, μειώνουμε την αρνητική επιρροή τους στη θεραπεία και διευκολύνουμε την εγκατάσταση της θεραπευτικής συμμαχίας. Με άλλα λόγια, πιστεύω ότι η ανάλυση αυτού που στέκει ως εμπόδιο στη θεραπευτική συμμαχία, δηλαδή της πρωτόγονης εξιδανίκευσης ή της πρωτόγονης υποτίμησης του παρανοειδούς φόβου, διευκολύνει τη θεραπεία. Ο ασθενής μπαίνει στο δωμάτιο και λέει « ω! ευχαριστώ το θεό που είμαι εδώ με τον καλύτερο θεραπευτή! Ξέρω πως όλα θα πάνε καλά. Ξέρω ότι θα βοηθηθώ!» Το σχόλιό μου είναι: «πώς το ξέρετε; Γιατί;» Δεν δέχομαι αυτή την εξιδανίκευση γιατί, από την εμπειρία μου, πρόκειται για τη σχάση από βίαιες παρανοειδείς στάσεις και ο ίδιος ασθενής μπορεί μετά από μερικές συνεδρίες να μου πει «είμαι πολύ απογοητευμένος, νόμιζα πως ήσασταν ο καλύτερος...γειά σας!» Νομίζω ότι η ερμηνεία της πρωτόγονης εξιδανίκευσης μπορεί να εμποδίσει το *acting out*. Θα έλεγα, ως γενική αρχή, ότι οι απλές εξιδανίκευσεις δεν πρέπει να ερμηνεύονται ωρίς, ενώ οι πρωτόγονες, υπερβολικές, μη

ρεαλιστικές εξιδανικεύσεις, που είναι συνήθως οι αντίποδες των παρανοσιδών μεταβιβάσεων, πρέπει να ερμηνεύονται. Αυτή άλλωστε είναι μια από τις αρχές που ονομάζω αρχές τακτικής για την παρέμβαση σε κάθε συνεδρία και για τις οποίες θα μιλήσω στο δεύτερο μέρος.

Σε σχόλιο ότι ο O. Kernberg, έχοντας την άποψη ότι η εχθρότητα ή η επιθετικότητα αποτελούν μέρος της παθολογίας των οριακών ασθενών, τροποποιεί την παρεμβασή του αναλόγως, ο O. Kernberg απάντησε ως εξής: «Νομίζω ότι έχετε δίκιο, γιατί ανέφερα πολύ γρήγορα ότι η εχθρότητα αποτελεί μέρος της παθολογίας τους, αλλά δε σκεφτόμουν μια εγγενή επιθετικότητα. Θεωρώ ότι υπάρχουν αποσχισμένες εσωτερικευμένες σχέσεις αντικειμένου, που καθορίζονται με έντονα επιθετικό τρόπο και οι οποίες είναι κυρίαρχες σ' αυτούς τους ασθενείς. Τώρα, αν αυτές αντανakλούν πρωτογενή ή δευτερογενή επιθετικότητα σε πρώιμες καταστάσεις σοβαρής ματαίωσης, δεν κάνει καμιά διαφορά. Το ότι υπάρχει κυριαρχία εσωτερικευμένων σχέσεων αντικειμένου, οι οποίες έχουν καθοριστεί με επιθετικό τρόπο, είναι ένα κλινικό γεγονός. Πίσω απ' αυτή την επιθετικότητα δε βλέπω μια αγνή επιθετικότητα αλλά την ενεργοποίηση εσωτερικευμένων σχέσεων αντικειμένου. Για παράδειγμα, μια ασθενής, στην πρώτη συνεδρία ήταν εντελώς σιωπηλή. Μου μίλησε μόνο στο τέλος, όταν συζήτησα μαζί της το πότε θα την ξανάβλεπα. Στην επόμενη συνεδρία ήταν πάλι εντελώς σιωπηλή, το πρόσωπό της όμως φαινόταν παγωμένο και θυμωμένο. Προσπάθησα να το σχολιάσω λέγοντάς της πως φαινόταν σα να φοβόταν να μου θυμώσει, χωρίς όμως κανένα αποτέλεσμα. Στην τέταρτη ή πέμπτη συνεδρία, μου είπε ότι δεν θα μπορούσε να έρθει στο επόμενο ραντεβού και ζήτησε να της δώσω

μια άλλη ώρα. Τη ρώτησα ποιός ήταν ο λόγος που δεν ήθελε να μου πει⁹. Η ασθενής οργίστηκε και είπε: «Είστε άτιμος, με κοροιδεύετε. Θα πάω στην Επιτροπή Ιατρικής Δεοντολογίας, στην πολιτεία της Νέας Υόρκης». Τώρα πια δεν μπορούσα να παραπονεθώ πως φοβόταν να μου δείξει το θυμό της. Το σχόλιό μου σ' αυτό το σημείο ήταν: «Βλέπω πως δε φοβάστε πια να μου εκφράσετε άμεσα το θυμό σας, πράγμα σημαντικό και βοηθητικό. Ταυτόχρονα, νομίζω ότι πίσω από το θυμό σας έχετε μια εικόνα για μένα ως ανέντιμη, εκμεταλλευτική, σαδιστική και ελέγχουσα εξουσία την οποία πρέπει να αντιπαλέψετε, χρησιμοποιώντας εναντίον μου όλα τα μέσα της πολιτείας της Νέας Υόρκης. Ετσι, εσείς είστε το αθώο θύμα αυτού του ανέντιμου γιατρού και μια ολόκληρη Επιτροπή Ιατρικής Δεοντολογίας πρέπει να σας βοηθήσει.» Δεν είπα τίποτ' άλλο σ' αυτό το σημείο. Αυτό συνεχίστηκε για δυο ή τρεις συνεδρίες, όπου ήταν ξεκάθαρο ότι η ασθενής μου έκρυβε τους πραγματικούς λόγους για τους οποίους ήθελε ν' αλλάξει την ώρα της - μια λεπτομέρεια που δεν θα δώσω για να μην μεπιδέσω περισσότερο τα πράγματα - αλλά η επόμενη ερμηνεία μου ήταν ότι ταυτιζόταν με την Επιτροπή που θα με καταδίκαιζε και αυτή η Επιτροπή ήταν ανέντιμη και διεφθαρμένη, γιατί εκείνη ήξερε πολύ καλά ότι εχώ είχα ενεργήσει με ηθικό τρόπο και εκείνη ήταν που δεν ενεργούσε με ηθικό τρόπο, σύμφωνα με το συμφωνημένο συμβόλαιο. Γι' αυτό, το υγιές της μέρος ήταν μέσα στο μυαλό της το θύμα μιας διεφθαρμένης Επιτροπής με την οποία ταυτιζόταν και έκανε και εμένα το θύμα αυτής της ίδιας Επιτροπής. Η ασθενής χαλάρωσε μετά απ' αυτό και χαμογέλασε, της φάνηκε αστείο. Αυτό που προσπαθώ να εικονογραφήσω είναι ότι δεν είπα απλώς «είστε οργισμένη - ή προβάλλετε σε μένα την οργή σας», της είπα ότι

⁹ Σ' αυτό το σημείο ο O. Kernberg εξηγεί πως της ξαναθύμισε τους όρους του συμβολαίου και λέει πως δεν δέχτηκε να της αντικαταστήσει την ώρα, υπενθυμίζοντάς της πως στο αρχικό συμβόλαιο είχαν συμφωνήσει να συζητά μαζί του στην περίπτωση που θα υπήρχε κάποιος σημαντικός λόγος για την αλλαγή της ώρας. (Σ.τ.Μ.)

υπάρχει εδώ μια σημαντική σχέση, μεταξύ ενός εγκληματία και ενός θύματος και τελικά μεταξύ μιας μαφίας εγκληματιών - της Επιτροπής Ιατρικής Δεοντολογίας - και εμένα ως θύματός της. Με άλλα λόγια, ανέλυσα μια πρωτόγονη εσωτερικευμένη σχέση αντικειμένου υπό τον έλεγχο της επιθετικότητας, που εκδραματίστηκε στη μεταβίβαση. Και αυτό το κάνω από την αρχή της θεραπείας, όχι για θεωρητικούς λόγους, αλλά γιατί αυτή ήταν η πρώτη σχέση αντικείμενου που αυτή η ασθενής μου έδειξε.

Στο σημείο αυτό ο Π. Χαρτοκόλλης έκανε το ακόλουθο σχόλιο:

«Το γεγονός πως ο Ο. Kernberg αναγνώρισε το θυμό της ασθενούς από την πρώτη στιγμή, δεν είναι άσχετο από τη θεωρία του ότι υπάρχει θυμός ως κύριο χαρακτηριστικό των οριακών ασθενών, καθώς και ένα αυξημένο δυναμικό επιθετικότητας. Όλες οι επόμενες συνεντεύξεις, ή και όλη η αντιμετώπιση της ασθενούς αυτής είναι βασισμένη πάνω σ' αυτή την αναγνώριση, που με την σειρά της είναι βασισμένη σε μια θεωρία, η οποία φυσικά δεν είναι φανταστική, αλλά βασίζεται σε εμπειρία με προηγούμενους ασθενείς. Η θεωρία έχει κάτι να κάνει με τη δυνατότητα να ερμηνεύσει την επιθετικότητα της ασθενούς η οποία είναι λανθάνουσα ή κρυμμένη».

Ο Ο. Kernberg απάντησε: «Νομίζω ότι αυτό είναι ένα ενδιαφέρον σχόλιο, που συνδυάζει τις κλινικές με τις φιλοσοφικές προσεγγίσεις στη φύση της γνώσης. Θα δεχτώ, κατ' αρχήν, ότι όλες μας οι παρεμβάσεις καθορίζονται από τις θεωρητικές μας απόψεις, και όποιος λέει ότι παρεμβαίνει μόνον αντιδρώντας σ' αυτό που βλέπει και όχι με θεωρητικούς όρους ξεγελά τον εαυτό του ή και τους άλλους. Είναι αδύνατο να μην έχει κανείς κάποιες θεωρητικές ιδέες και αυτοί που νομίζουν ότι δεν έχουν,

έχουν συνήθως αχώνευτες ιδέες ή θεωρίες, τις οποίες δε γνωρίζουν και αυτό το γεγονός στενεύει τους ορίζοντές τους...»¹⁰

Σε ερώτηση σχετική με την αναφορά που έχει κάνει στη γενετική θεωρία της M.Mahler, ο Ο.Kernberg απάντησε:

«Πρέπει να ομολογήσω ότι δεν είμαι παιδοψυχίατρος και ότι δεν έχω κάνει ο ίδιος έρευνα σ' αυτά τα θέματα. Ετσι, ό,τι λέω προέρχεται από τα σχετικά άρθρα και από την περιγραφή παιδιών με οριακή διαταραχή που κάνει η ίδια η Mahler (1971)...Το δίλημμα της φάσης της «προσέγγισης» (*rapprochement*) είναι έντονη προσκόληση, που εναλλάσσεται με έντονη εχθρότητα προς τη μητέρα, είναι σα μια ανάγκη για το παιδί να είναι κοντά στη μαμά, να την ελέγχει, να γίνεται η σκιά της και ταυτόχρονα νοιώθει μια ακραία επαναστατικότητα και φόβο μήπως και αφανισθεί από τη μητέρα. Αυτές είναι τυπικές κλινικές παρατηρήσεις και με τους οριακούς ασθενείς. Είχα μια οριακή ασθενή, η οποία, σ' ένα προχωρημένο στάδιο της θεραπείας, μου είπε ότι θα ήθελε να είχα ένα κόκκινο τηλέφωνο, ίδιο με των προέδρων της Αμερικής και της Σοβιετικής Ένωσης. Θα είχε και κείνη ένα και, όταν ήθελε, θα μπορούσε να επικοινωνήσει απ' ευθείας μαζί μου. Κανένας άλλος δε θα μπορούσε να με καλέσει απ' αυτό το τηλέφωνο...θα διέκοπτα οτιδήποτε έκανα και θα της μιλούσα για όση ώρα ήθελε. Τότε μόνο θα ήταν ευτυχισμένη και θα μπορούσε να επιβιώσει. Αν δεν το έκανα όμως, θα οργιζόταν τόσο ώστε να βάλει φωτιά στο σπίτι μου και θα με θεωρούσε το χειρότερο εχθρό της. Αυτή ήταν μια κοπέλα 26 χρόνων, αλλά αν ήταν ένα παιδάκι 2 1/2 χρόνων αυτό θα ήταν φυσιολογικό. Της είπα «Νομίζω ότι ταυτίζεστε με ένα παιδάκι 3 χρόνων σε σχέση με τη μητέρα του». Αρχίσαμε από εκεί και η ασθενής μου είπε λυπημένη ότι ήξερε ότι αυτό δεν ήταν δυ-

¹⁰ Στη συνέχεια γίνεται μια μικρή συζήτηση για την εμπειρική έρευνα και ο Ο.Kernberg διευκρινίζει ότι δεν μιλά για πειραματική έρευνα, αλλά για ελεγμένη κλινική παρατήρηση την οποία περιγράφει ως εξής. Παρατήρηση φαινομένων, ερωτήματα και προκαθορισμός προϋποθέσεων για να δοθούν οι απαντήσεις. Λέει πως είναι σημαντικό να γίνονται έρευνες πάνω στη θεραπευτική διεργασία. (Σ.τ.Μ.)

νατό. Της είπα λοιπόν ότι αυτό το έλεγε η λογική πλευρά του εαυτού της, αλλά ότι αυτή ήταν μόνο μια αδύναμη φωνή, ενώ η μεγαλύτερη πλευρά της προσωπικότητάς της ήταν πεπεισμένη ότι αυτό ήταν δυνατό να γίνει αν εγώ ήθελα να το πραγματοποιήσω. Και το γεγονός ότι εγώ δεν το πραγματοποιούσα έδειχνε την κακοήθη στάση μιας αδιάφορης μητέρας, που την ένοιωθε εχθρική, κ.τ.λ...θα πω κάτι θεωρητικό σ' αυτό το σημείο. Υπάρχει πάντα ο κίνδυνος ότι ο ψυχαναλυτής ερμηνεύει την πηγή του προβλήματος σύμφωνα με τη θεωρία της προτίμησής του. Αν είμαι οπαδός της Mahler, θα πω ότι πρόκειται για τη φάση της προσέγγισης και θα ερμηνεύσω τα πάντα σα να έχω να κάνω με ένα δίχρονο παιδί, αν είμαι οπαδός της Anna Freud, τότε όλα συμβαίνουν μεταξύ 4 και 6 χρόνων, πρόκειται για τυπικό οιδιπόδειο. Παρεμπιπτόντως, υπάρχουν μερικοί ερευνητές που πιστεύουν ότι οι οριακοί ασθενείς είναι απλώς νευρωτικοί ασθενείς... και αν ήμουν Κλαϊνικός θα έλεγα ότι είμαι το καλό και το κακό στήθος, κ.τ.λ. Ετσι, νομίζω ότι υπάρχει ένας πραγματικός κίνδυνος σ' αυτό και προσπαθώ να προστατεύσω τον εαυτό μου όσο είναι δυνατόν από τη δική μου θεωρητική σκοπιά, και το κάνω αυτό ερμηνεύοντας μόνο στο εδώ και τώρα και λέγοντας «σα να» για να βρω από τους συνειρμούς του ασθενούς, σε ποιο σημείο ταιριάζει το παρόν μέσα στο παρελθόν του. Με άλλα λόγια, προσπαθώ ν' αφήσω το παρελθόν ανοιχτό, όσο μπορώ, για να εμποδίσω ένα πρόωρο κλείσιμο».

*Σε ερώτηση από το ακροατήριο «γιατί αυτοί οι ασθενείς δέχονται να αρχίσουν θεραπεία», ο O.Kernberg απάντησε:*¹¹ «Είναι πολύ σημαντική ερώτηση και αυτό που κάνω πρακτικά είναι το ακόλουθο. Ρωτώ τον ασθενή τους λόγους για τους οποίους έρχεται και παίρνω όσο χρόνο μου χρειά-

ζεται για να κάνω μια καλή διάγνωση... Στην πρώτη συνάντηση τους βλέπω 1 1/2 ώρα περίπου... Μπορεί να δω τους δύσκολους ασθενείς ως και 10 φορές και στην τελευταία διαγνωστική συνεδρία τους λέω αυτά που παρατήρησα και προτείνω το είδος της θεραπείας που νομίζω... Συνήθως λέω στον ασθενή το είδος της θεραπείας που προτείνω και τους λόγους που με έκαναν να το διαλέξω. Αυτό ισχύει για όλους τους τύπους παρέμβασης: φαρμακοθεραπεία, ψυχοθεραπεία, οικογενειακή θεραπεία, κ.τ.λ. Ποτέ δε δέχομαι να δώσω ασθενή τον τύπο της παρέμβασης που ζητά, αν δεν είναι σύμφωνος με αυτόν που έχω να προτείνω. Σε ακραίες περιπτώσεις, όπου νομίζω ότι υπάρχει κίνδυνος να αυτοκτονήσουν, παρεμβαίνω δυναμικά και κάνω εισαγωγή στο νοσοκομείο έστω και αν ο ασθενής διαμαρτύρεται ή απειλεί να με καταδώσει. Από την άλλη μεριά, αν ο ασθενής συμφωνήσει αμέσως σε πρότασή μου για ψυχοθεραπεία, το συζητώ πολύ λεπτομερειακά μαζί του, γιατί νομίζω ότι είναι σημαντικό να είναι οι όροι της συμφωνίας απόλυτα ξεκάθαροι και κατανοητοί, ώστε να εμποδιστεί μια πρόωρη αποχώρηση του ασθενούς από την ψυχοθεραπεία».

Σε ένα τελευταίο σχόλιο από το ακροατήριο για το ότι καμιά φορά οι θεραπευτές κάνουν ορισμένα πράγματα ξεφεύγοντας από την τεχνική ουδετερότητα, εξαιτίας της αντιμεταβίβασης ή για λόγους της δικής τους ασφάλειας, ο O. Kernberg απάντησε ως εξής: «Ναι, συμφωνώ. Αυτός ο κίνδυνος πράγματι υπάρχει. Νομίζω ότι μερικές φορές η αντίδραση είναι δικαιολογημένη. Χρειάζεται να νοιώθω ασφαλής όταν βλέπω έναν ασθενή. Όπως είπε και ο Leon Blinston πριν από πολλά χρόνια, «Αν υπάρχει ένα άτομο μέσα στο δωμάτιο που νοιώθει μεγάλο άγχος, βοηθά όταν υπάρχει και ένα άλλο άτομο χωρίς άγχος».

¹¹ Το κείμενο που ακολουθεί ως απάντηση σ' αυτή την ερώτηση είναι περίληψη μιας μακροσκελούς και λεπτομερειακής περιγραφής που έκανε ο O.Kernberg για τον τρόπο που ετοιμάζει τους ασθενείς του για θεραπεία.(Σ.τ.Μ.)

Προσπαθώ να νοιώθω επαρκή εσωτερική χαλάρωση και ασφάλεια ώστε να μπορώ να τα βγάλω πέρα με τον ασθενή. Και ό,τι χρειάζεται να κάνω για να νοιώσω ασφαλής, το κάνω, και αναλύω μετά το νόημά του. Μπορεί να πω σ' έναν ασθενή ότι υπάρχουν ορισμένα πράγματα που δεν ανέχομαι. Π.χ. αν ένας ασθενής κοιτά γύρω με καχυποψία σα να ψάχνει να βρει τι θα μου πετάξει, του λέω: «Με κοιτάτε σα να θέλετε να μου πετάξετε ένα βαρύ αντικείμενο. Πρέπει να σας πω ότι θα χρησιμοποιήσω κάθε δυνατό μέσο για να εξασφαλίσω την ασφάλειά μου και την ασφάλεια του δωματίου και των πραγμάτων μου. Ετσι, για να προχωρήσουμε, πρέπει να με διαβεβαιώσετε ότι δεν πρέπει να ανησυχώ για την ασφάλειά μου». Παραδέχομαι με άμεσο τρόπο ότι ανησυχώ και ότι δεν μπορώ να εργαστώ, αν φοβάμαι. Δε με ενδιαφέρει αν αυτό σημαίνει *acting out* της αντιμεταβίβασης. Αυτό είναι το πρώτο πράγμα που κάνω και μόνον μετά αρχίζω να σκέπτομαι αν η στάση μου ήταν ρεαλιστική ή όχι».

ΔΕΥΤΕΡΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Παρεμβάσεις κατά την ψυχοθεραπεία¹²

Περιέγραφα χτες μια γενική θεραπευτική στρατηγική ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας για οριακούς ασθενείς και το μόνο που θα ήθελα να προσθέσω σ' αυτή τη γενική περιγραφή είναι ότι και οι τρεις αυτές στρατηγικές θεραπείας, ψυχανάλυση, ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία και υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, είναι και οι τρεις ψυχαναλυτικές, με την έννοια ότι ακόμα και η υποστηρικτική προσέγγιση βασίζεται σε ψυχαναλυτικές έννοιες, έτσι δεν είναι μια εύκολη τεχνική κοινής λογικής. Αντίθετα, είναι κατά κάποιο τρόπο πιο δύσκολο να κάνεις καλή υποστηρικτική ψυχοθεραπεία παρά ψυχαναλυτική ψυχοθε-

ραπεία, γιατί απαιτεί να γνωρίζει ο θεραπευτής αυτό που συμβαίνει στο ασυνείδητο, αλλά να το χρησιμοποιεί χωρίς να το εκφράζει ανοιχτά. Στις ΗΠΑ, πολύ συχνά, γίνεται το λάθος να εκπαιδεύονται οι άνθρωποι για υποστηρικτική θεραπεία πριν να μάθουν ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία. Νομίζω πως είναι μεγάλο λάθος, γιατί ο καλύτερος τρόπος να κάνεις υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, μέσα σε ένα ψυχαναλυτικό πλαίσιο, είναι να μάθεις και να κατανοήσεις πρώτα τις εκφραστικές και διερευνητικές τεχνικές. Μια χθεσινή ερώτηση, που δεν πρόλαβα να απαντήσω, ήταν αν μπορεί κάποιος ν' αλλάξει από τη μια τεχνική στην άλλη. Γενικά, θα έλεγα, είναι προτιμότερο να ξεκινήσουμε με τον πιο εκφραστικό δυνατό τρόπο. Αν αμφιβάλλουμε για το αν ο ασθενής χρειάζεται ψυχανάλυση ή ψυχοθεραπεία, είναι καλύτερα ν' αρχίσουμε με ψυχανάλυση και να αλλάξουμε σε ψυχοθεραπεία, γιατί αυτός ο τρόπος διατηρεί την τεχνική ουδετερότητα. Η αν αμφιβάλλουμε ανάμεσα σε ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία και υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, είναι καλύτερα ν' αρχίσουμε με την πρώτη και ν' αλλάξουμε στη δεύτερη, γιατί ο αντίστροφος τρόπος, η αλλαγή δηλαδή από την υποστηρικτική στην εκφραστική ψυχοθεραπεία, είναι πιο δύσκολος γιατί έτσι μπορεί να κάνουμε παραχωρήσεις ως προς την τεχνική ουδετερότητα.

Χρόνια πριν θεωρούσα ότι ήταν πολύ δύσκολο ν' αλλάξει κανείς από την υποστηρικτική στην εκφραστική ψυχοθεραπεία ή από την εκφραστική ψυχοθεραπεία στην ψυχανάλυση. Εγίνα όμως πολύ πιο εύκαμπτος με τα χρόνια, βέβαια νομίζω πως είναι προτιμότερο να μη χρειαστεί να το κάνω.

Θα ήθελα τώρα να παρουσιάσω σύντομα την τακτική και τη στρατηγική της *ερμηνείας*, δηλαδή μερικούς γενικούς κανόνες για τη δουλειά με το υλικό κάθε συνεδρίας, και μια γενική στρατηγική για τη χρήση της *μεταβίβασης* σε μια μακρόχρονη συ-

¹² Σάββατο 7 Οκτωβρίου, 1989.

νεργασία. Όλα όσα θα πω είναι αρχές μέσα στα πλαίσια της εκφραστικής ή ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας, που περιέγραφα στη χθεσινή μου ομιλία. Δεν αφορούν ούτε στην ψυχανάλυση, ούτε στην υποστηρικτική ψυχοθεραπεία, όπως την όρισα.

Μέσα σε κάθε συνεδρία, η γενική μου προσέγγιση είναι να ερμηνεύσω τη μεταβίβαση, θετική και αρνητική, αλλά όχι αποκλειστικά την αρνητική μεταβίβαση. Αντίθετα, προσπαθώ όσο είναι δυνατό να ερμηνεύσω τη θετική μεταβίβαση μαζί με την αρνητική για να αποφύγω να σκεφτεί ο ασθενής τον εαυτό του μόνον ως κακό. Τείνω να μην αγγίζω την ελαφρά θετική μεταβίβαση, τη χρησιμοποιώ κυρίως για να ενδυναμώσω τη θεραπευτική συμμαχία, αλλά ερμηνεύω τις πολύ πρωτόγονες εξιδανικεύσεις, που είναι πανομοιότυπα της διωκτικής ή παρανοειδούς μεταβίβασης. Νομίζω ότι είναι πολύ σημαντικό να έχουμε κοινά όρια της πραγματικότητας πριν να ερμηνεύσουμε τη μεταβίβαση. Εννοώ δηλαδή ότι ο ασθενής και ο θεραπευτής πρέπει να συμφωνήσουν για το τι είναι πραγματικό και τι είναι παραμορφωμένο. Αν ένας ασθενής μπει και μας πει «Με κοιτάξατε με υποτιμητικό τρόπο, κλείσατε την πόρτα χτυπώντας τη, πρόσεξα ότι είστε απηυδισμένοι μαζί μου», πριν να ερμηνεύσουμε αυτή την παρατήρηση, πριν να του πούμε για παράδειγμα «με βιάσατε τώρα να αντιδρώ όπως και η μεγάλη σας αδελφή που σας υποτιμούσε», θα έβαζα το ερώτημα στον εαυτό μου: «είναι ο ασθενής πεπεισμένος γι' αυτό που λέει; Πιστεύει ότι είναι πραγματικό, ή είναι φαντασίωση;» Σε μια ψυχανάλυση δεν χρειάζεται να μας απασχολήσει πολύ αυτό το ερώτημα, γιατί ο ασθενής που κάνει ψυχανάλυση έχει συνείδηση του γεγονότος ότι γίνεται κάποιου είδους παραμόρφωση, ή ακόμα το καταλαβαίνει με ευκολία αν ο ψυχαναλυτής του θέσει κάποιο σχετικό ερώτημα. Μ' αυτούς τους ασθενείς όμως (τους οριακούς) εγκαθίσταται συχνά μια σχεδόν παραληρηματική πίστη, που έχει σχέση με τις αντιλήψεις τους, και ιδίως σε στιγμές μεγάλης συναισθηματικής έντασης. Πολύ

συχνά λοιπόν, αν έχω αμφιβολίες, ρωτώ τον ασθενή «πρόκειται για φαντασίωση ή για πεποίθηση; Είστε απόλυτα σίγουρος;» Και αν πει ότι πρόκειται για πεποίθηση, τον ρωτώ πού βασίζεται και παίρνω πολύ χρόνο για να το διευκρινίσω. Και θα ερμηνεύσω το ασυνείδητο νόημά του όταν θα είναι ξεκάθαρο ότι όλο αυτό ήταν πράγματι φαντασίωση.

Υπάρχουν στιγμές που δεν είναι δυνατό να φτάσουμε σε μια τόσο ξεκάθαρη διευκρίνιση. Παράδειγμα είναι ο ασθενής που χρησιμοποιεί την αντίφαση για να επιτεθεί στο θεραπευτή, με άλλα λόγια ο ασθενής που πάντοτε λέει το αντίθετο απ' αυτό που πρόκειται να πει ο θεραπευτής, ανεξάρτητα από οτιδήποτε. Έτσι λοιπόν δεν πρόκειται για το αν ο ασθενής είναι πεπεισμένος για κάτι ή όχι, αλλά πρόκειται για την ανάγκη του ασθενούς να αντιτεθεί. Και τότε θα πω στον ασθενή: «έχω την εντύπωση ότι το θέμα δεν είναι πια αν αυτό ήταν πραγματικότητα ή φαντασίωση, αλλά πρόκειται για ταπείνωση το να συμφωνήσετε σε κάτι που λέω, πρόκειται για ένα θέμα υπερηφάνειας να διαφωνήσετε μαζί μου.» Η γενική αρχή είναι να διευκρινισθεί κάθε λεπτομέρεια, βήμα προς βήμα, τι είναι αυτό που μπαίνει ανάμεσα στις αντιφάσεις των παρατηρήσεων ή των αντιλήψεων του ασθενούς και του θεραπευτού και να ερμηνευθούν αργότερα μόνο τα ασυνείδητα στοιχεία αυτής της αντίφασης της αντίληψης, αφού έχουν διευκρινισθεί οι διαφορές ανάμεσα στην πραγματικότητα και στη φαντασίωση. Αυτό μπορεί ν' ακούγεται απλό, στην πραγματικότητα όμως είναι αρκετά σύνθετο, και μπορεί να πάρει πολύ χρόνο κάθε φορά που συμβαίνει, αλλά είναι εξαιρετικού ενδιαφέροντος γιατί, κατά τη διεργασία του, μπορεί ο θεραπευτής να λύσει με αναλυτικό τρόπο σημαντικές παραμορφώσεις των αντιλήψεων και της ψυχικής λειτουργίας του ασθενούς. Για παράδειγμα, λέω στον ασθενή: «Αντιλαμβάνομαι...αυτό και...αυτό στη συμπεριφορά σας.» Ο ασθενής λέει «Διαφωνώ!» Τον ρωτώ τι τον κάνει να διαφωνεί και μου απαντά: «Απλώς διαφωνώ, τί άλλο θέλετε να

μάθετε;» Δηλαδή δείχνει μια παράλογη σύγχυση και μια χλευαστική στάση. Ετσι, αυτό που είναι σημαντικό εδώ είναι η στάση του ασθενούς που απορρίπτει ό,τι προέρχεται από το θεραπευτή, χωρίς να το ξανασκεφτεί, και όχι το περιεχόμενο της διαφωνίας. Ετσι, θα του πω: «Παρατηρώ ότι λέγοντάς μου πως διαφωνείτε, το κάνατε πολύ γρήγορα, χωρίς να το ξανασκεφτείτε. Είναι σα να υπάρχει μια ανάγκη μέσα σας να απορρίψετε αυτόματα ό,τι προέρχεται από μένα. Το βλέπετε αυτό;» Ετσι γίνεται μια λεπτομερής, μικροσκοπική εξέταση της στάσης τους ασθενούς στην ερμηνεία, η οποία παίρνει μεγαλύτερη σημασία από το περιεχόμενο της ερμηνείας. Σε μερικές ακραίες περιπτώσεις ο ασθενής μπορεί να έχει μια παραληρηματική πεποιθήση και αυτό μπορεί να συμβεί με τους οριακούς ασθενείς. Και όταν ο ασθενής αναπτύσσει τέτοιες παραληρηματικές πεποιθήσεις στη μεταβίβαση, ο θεραπευτής θα πρέπει να τις ερμηνεύει με ειδικό τρόπο. Θα πω παρακάτω πώς πρέπει κάποιος ν' αντιμετωπίζει αυτές τις παραληρηματικές πεποιθήσεις, με άλλα λόγια την ψυχωτική μεταβίβαση. Αλλά, εδώ, η γενική αρχή είναι να επανεγκαθιδρύσουμε, με ερμηνευτικό τρόπο, κοινά όρια, πριν να ερμηνεύσουμε τη μεταβίβαση, συμπεριλαμβάνοντας μια προσεκτική ακρόαση στην «ερμηνεία» που δίνει ο ασθενής στη δική μας ερμηνεία. Με άλλα λόγια, πρέπει να διευκρινίσουμε πρώτα την πραγματικότητα της κατάστασης, πριν να ερμηνεύσουμε τα ασυνείδητα στοιχεία της.

Acting out

Χτες ανέφερα ότι μερικές φορές πρέπει να αποκλείσουμε τα *acting out* μέσα και έξω από τις συνεδρίες, υπό συγκεκριμένες συνθήκες. Θα μιλήσω τώρα γι' αυτές τις συνθήκες. Το *acting out* μπορεί να πάρει πολλές μορφές. Οι πιο τυπικές μορφές που παίρνει είναι σύνθετες συμπεριφορές έξω από τις συνεδρίες, οι οποίες αντιπροσωπεύουν την ενεργοποίηση (*enactement*) της μεταβίβασης. Αυτός είναι ένας τύπος *act-*

ing out. Ένας δεύτερος τύπος είναι σύνθετες συμπεριφορές μέσα στη συνεδρία, οι οποίες παίρνουν τη θέση των πληροφοριών που θα δίνονταν λεκτικά, και ένας τρίτος ειδικός τύπος *acting out*, ο επονομαζόμενος *mini acting out*, με τον οποίο ο ασθενής με πολύ γρήγορα σχόλια τείνει να διαλύσει, να υποθάλπει, να καταστρέψει αυτό που συμβαίνει και να αποδιοργανώσει την αντίληψη που έχει ο θεραπευτής για την κατάσταση. Αυτοί είναι εξαιρετικά λεπτοί και ανεπαίσθητοι τρόποι *acting out*, οι οποίοι συμβαίνουν πάρα πολύ γρήγορα και αποτελούν αυτό που ο Bion ονόμασε «εξισώσεις ή υπέρ-συμπυκνώσεις». Αυτοί είναι πολύ δύσκολοι τύποι *acting out* και ο τρόπος να τους αντιμετωπίσει ο θεραπευτής είναι να αναπλάσει πλήρως μέσα στο δικό του μυαλό όλα τα νοήματα που εμπεριέχονται σ' αυτή τη γρήγορη συμπεριφορά, πράγμα που σημαίνει ότι θα πρέπει ίσως ο θεραπευτής ν' αποσυνδεθεί προσωρινά από τον ασθενή έως ότου να το τακτοποιήσει στο μυαλό του και να το παρουσιάσει μετά στον ασθενή. Θα του πει για παράδειγμα: «Θα ήθελα να σας πω κάτι που συνέβη πριν από 10 ή 20 λεπτά, κατά τη συνεδρία κάνατε... αυτό και...αυτό. Είχα λοιπόν ορισμένες αντιδράσεις σ' αυτά και θα ήθελα να τις μοιραστώ μαζί σας τώρα». Και θα πω την ερμηνεία μου μετά, γεγονός που σημαίνει ότι μπορεί να μιλήσω για 5 ή 10 λεπτά για κάτι που πήρε μόνο μισό λεπτό για να γίνει. Αυτοί είναι ερμηνευτικοί τρόποι για ν' αντιμετωπίσει κανείς το *acting out*.

Μερικές φορές όμως και ο αποκλεισμός ορισμένων συμπεριφορών είναι σημαντικό, ιδιαίτερα όταν η ίδια η συμπεριφορά είναι τόσο ικανοποιητική, που εμποδίζει να γίνει περαιτέρω ερμηνευτική εργασία. Μία ασθενής, κάθε φορά που θυμώνει, αρχίζει να φωνάζει δυνατά. Ουρλιάζει και αυτές οι φωνές ικανοποιούν την έκφραση της επιθετικότητας τόσο ώστε να μην υπάρχει πλέον η πίεση που χρειάζεται για να λυθεί η σύγκρουση. Το πρώτο παρατήρησα, και το έχω περιγράψει σε ένα παλαιότερο άρθρο, με μια ασθενή που φώναζε τόσο κατά

τη διάρκεια της συνεδρίας ώστε σχεδόν κανείς άλλος στο κτίριο να μην μπορεί να δει ασθενή εκείνη την ώρα. Αυτό ήταν στο *White Cottage*, στη *Menninger Clinic*, ήμουν στο πρώτο πάτωμα και μια μέρα τρέμοντας μετά από τα ουρλιαχτά μιας τέτοιας συνεδρίας, είδα από το παράθυρο την ασθενή μου να περπατά για να γυρίσει στο νοσοκομείο, σε πολύ καλή διάθεση, χαμογελώντας και χαιρετώντας τους άλλους ασθενείς. Εγώ ένοιωσα μεγάλη δυσθυμία και σκέφτηκα ξαφνικά ότι ήταν μια εξαιρετική πηγή ικανοποίησης για την ασθενή μου να έρχεται στη συνεδρία, να μου φωνάζει, να νοιώθει ανακούφιση και να φεύγει. Αποφάσισα λοιπόν να της απαγορεύσω αυτή τη συμπεριφορά και από αποδείχτηκε πολύ βοηθητικό. Αυτό που έκανα είναι ότι, όταν ήρθε στην επόμενη συνεδρία και άρχισε να μου φωνάζει, της απαντούσα με πολύ σιγανή φωνή και της είπα: «Νομίζω ότι θα είναι σημαντικό να μιλάτε με χαμηλή φωνή γιατί υπάρχουν και άλλοι άνθρωποι σ' αυτό το κτίριο, που έχουν ανάγκη από ησυχία και γιατί αισθάνομαι ότι ενώ έχουμε μιλήσει για το νόημα αυτής της συμπεριφοράς σας, αυτό δεν άλλαξε τίποτα και σκέφτομαι ότι μπορεί να παίρνετε κάποια ικανοποίηση απ' αυτή τη συμπεριφορά, που σας εμποδίζει να το καταλάβετε καλύτερα, και ακόμα γιατί νομίζω ότι έχετε και εσείς καταλάβει, όπως και εγώ, ότι αυτό έχει γίνει μια μόνιμη κατάσταση που δεν οδηγεί πουθενά τη συνεδρία, εκτός από μια ατέρμονη επανάληψη.» Η ασθενής εξεπλάγη με το χαμηλό τόνο της φωνής μου, αλλά συνέχισε τις φωνές. Της είπα λοιπόν, πάλι με χαμηλή φωνή, ότι αν δε σταματήσει να φωνάζει θα διακόψω τη συνεδρία. Καθώς συνέχισε να φωνάζει, σηκώθηκα και της είπα ότι σταματούμε τη συνεδρία. Η ασθενής έφυγε φωνάζοντας ότι ποτέ δεν την είχαν μεταχειριστεί έτσι και πως αυτή ήταν μια απaráδεκτη συμπεριφορά - ένας ψυχαναλυτής να πετά τον ασθενή του έξω!. Έφυγε και γύρισε στην επόμενη συνεδρία επαναλαμβάνοντας την ίδια συμπεριφορά. Την ξαναέδωξα, και την τρίτη φορά ήρθε και μι-

λούσε με κανονική φωνή και αρχίσαμε να συζητούμε πως μπορεί τώρα να μιλά ήρεμα και γιατί έπρεπε τελικά να τη δώσω για να μπορέσει να κατανοήσει ότι μπορεί να μιλά κανονικά.

Η γενική αρχή λοιπόν με το *acting out*, που αποκτά μια λειτουργία δευτερογενούς κέρδους και ικανοποίηση τέτοια ώστε να εμποδίζει οποιαδήποτε αλλαγή, η γενική τακτική είναι η εξής: Πρώτα θα πρέπει να ερμηνευθεί και, αν αυτό δεν επιλύσει το πρόβλημα, μετά θα πρέπει να εμποδιστεί και ν' ακολουθήσει η εξήγηση των λόγων που μας ανάγκασαν να εμποδίσουμε αυτή τη συμπεριφορά, ως μέρος των προβλημάτων που βρίσκονται στη βάση αυτής της μεταβιβαστικής εξέλιξης. Αυτή είναι μια εικονογράφηση, μέσα στις συνεδρίες, της γενικής αρχής της τακτικής, που περιέγραψα χτες, για την εγκατάσταση, την εγκατάλειψη και την επανεγκατάσταση της τεχνικής ουδετερότητας.

Μια άλλη όψη της τακτικής στις συνεδρίες είναι η παρακάτω. Αν το *acting out* του ασθενούς έξω από τις συνεδρίες γίνει τόσο σοβαρό ώστε να νοιώσει ο θεραπευτής τον πειρασμό να πάρει στα χέρια του τη ζωή του ασθενούς του, όπως για παράδειγμα στην περίπτωση της ασθενούς που η συμπεριφορά της είναι αυτοκαταστροφική ή προκλητική και δημιουργεί σοβαρό πρόβλημα, π.χ. εξαφανίζει τα χάρτια από το σπίτι για να εκδραματίσει τις αυτοκτονικές της φαντασιώσεις, ή αν καταστρέφει πράγματα στην κουζίνα πριν από το πάρτυ των γονιών της, ή αν δημιουργεί πολύ δύσκολες καταστάσεις στο σχολείο, έτσι ώστε να αναγκαστούν να την αποβάλουν.

Με άλλα λόγια, αυτή η ασθενής είχε δημιουργήσει τέτοιο χάος στη ζωή της, ώστε δεν προλάβαινε να με ενημερώσει στις συνεδρίες για να μπορούμε να το συζητήσουμε.

Αυτό που έκανα σ' αυτή την περίπτωση δεν ήταν να της δώσω οδηγίες για το πώς να χειριστεί τέτοιες καταστάσεις, αλλά χρησιμοποίησα ένα ψυχιατρικό κοινωνικό λειτουργό, ως βοηθητικό θεραπευτή, για να προσφέρει μια υποστηρικτική ατμό-

σφαιρα στη ζωή της και να μπορέσω εγώ να συνεχίσω με την εκφραστική προσέγγιση, που είχα επιλέξει γι' αυτή την περίπτωση. Με άλλα λόγια, προτίμησα να συνεχίσω με την προσέγγισή μου, παρά να κάνω μια άμεση παρέμβαση στο περιβάλλον και νομίζω πως στην εκφραστική ψυχοθεραπεία είναι καλύτερα να δρούμε με μια ομάδα με την οποία θα πρέπει να έχουμε ανοιχτή επικοινωνία και η οποία θα πρέπει να μπορεί να γίνει μέρος του συνολικού θεραπευτικού πλαισίου. Είναι σημαντικό να αναλύει και να ελέγχει κανείς το δευτερογενές κέρδος. Σας έδωσα ήδη ένα παράδειγμα με την περίπτωση που περιέγραφα πιο πάνω.

Νομίζω ότι μια άλλη περίπτωση όπου είναι ενδιαφέρον να δούμε το δευτερογενές κέρδος, είναι το σοβαρό *acting out* στη σφαίρα της σεξουαλικής συμπεριφοράς. Πολύ συχνά οι θεραπευτές έχουν την τάση να βλέπουν κάθε σεξουαλική συμπεριφορά ως καταστροφική και είναι σημαντικό να αντισταθεί κανείς σ' αυτή την τάση και να απελευθερώσει αυτή την πλευρά της σεξουαλικής συμπεριφοράς, που φαίνεται να έχει μια εξελικτική ποιότητα, σε σχέση με τη διαπλοκή της με την επιθετικότητα. Για παράδειγμα, στην περίπτωση μιας έφηβης με ελευθεριάζουσα συμπεριφορά, που πήγαινε σε μια κακόφημη γειτονιά στη Νέα Υόρκη για να βρει άνδρες, μέσα σε συνθήκες που η ζωή της κινδύνευε, της υπέδειξα πως ο μόνος τρόπος που μπορούσε να ανεχθεί τη σεξουαλική σχέση ήταν υπό επικίνδυνες συνθήκες και δεν μπορούσε να ανεχθεί να έχει σεξουαλικές σχέσεις υπό συνθήκες που δεν ήταν επικίνδυνες, αλλά που ήταν χαλαρές και ευχάριστες. Η ασθενής έμεινε έκπληκτη, γιατί όλος ο κόσμος της μιλούσε για το σεξ μόνο με όρους ηθικής. Η ακόμα, οι ασθενείς εκείνες που δεν παίρνουν προφυλάξεις για να μη μείνουν έγκυες. Ίσως θα πρέπει να ερμηνευθεί αυτό μάλλον παρά η ελευθεριάζουσα συμπεριφορά τους. Αυτή τη στιγμή έχουμε στη Νέα Υόρκη και το πρόσθετο σοβαρό πρόβλημα του AIDS και τις σοβαρές καταστροφικές επιπτώσεις στη σεξουαλική συ-

μπεριφορά, όταν δεν παίρνουν πρόσθετα μέτρα προφύλαξης με άγνωστους συντρόφους.

Ερμηνεία-Άμυνες

Υπογράμμισα ήδη πόσο σημαντικό είναι να ερμηνεύουμε πρώτα το ασυνείδητο νόημα στο εδώ και τώρα, πριν να ερμηνεύσουμε με γενετικές ανακατασκευές. Αυτό είναι μια πολύ σημαντική αρχή τακτικής σε κάθε συνεδρία για να αποφύγουμε να πάμε πρόωρα στο παρελθόν. Πρέπει ν' αφήσουμε τον ασθενή ν' αναρωτηθεί πρώτος από πού μπορεί να προέρχεται μια συμπεριφορά του πριν να τον οδηγήσουμε με την ερμηνεία μας στο ασυνείδητο παρελθόν. Εν τούτοις, υπάρχουν περιπτώσεις όπου ο θεραπευτής είναι πεπεισμένος ότι έχει να κάνει με επαναλήψεις, που συνδέονται με πολύ γνωστά πράγματα του παρελθόντος του ασθενούς, τα οποία έχουν προσωρινά αποσυνδεθεί. Τότε βέβαια μπορεί να χρειαστεί να ερμηνεύσει ο θεραπευτής τα ασυνείδητα αυτά στοιχεία του παρελθόντος ως μέρος αλληλο-αποσυνδεδεμένων εμπειριών. Είναι πολύ σημαντικό να ερμηνεύει κανείς συστηματικά τις πρωτόγονες άμυνες στη μεταβίβαση. Αυτό μπορεί ν' ακούγεται κοινότυπο, αλλά δεν είναι. Οι πρωτόγονες άμυνες αποδυναμώνουν τη λειτουργία του Εγώ. Τριάντα χρόνια πριν πιστεύαμε πως οι άμυνες προστατεύαν το Εγώ από περαιτέρω παλινδρόμηση. Αυτό δεν ισχύει για τις πρωτόγονες άμυνες, αυτές αποδυναμώνουν το Εγώ και η επίλυσή τους, μέσα από την ερμηνεία, ενδυναμώνει τις λειτουργίες του Εγώ του ασθενούς.

Η πιο σημαντική πλευρά της τεχνικής της ερμηνείας, δεν είναι παρ' όλα αυτά η τακτική, την οποία μόλις παρουσίασα περιληπτικά, αλλά η *στρατηγική* πλευρά της ερμηνείας στη μεταβίβαση και νομίζω πως αυτή είναι η πιο εντυπωσιακή, η πιο σημαντική, η πιο δύσκολη και η πιο ενδιαφέρουσα όψη της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας των οριακών ασθενών. Ανέφερα

χτες ότι η αιτιολογία της οριακής κατάστασης έχει μάλλον να κάνει με παθολογία της πρώιμης εξέλιξης του Εγώ, πριν από τη σταθεροποίηση της ταυτότητας του Εγώ και της μονιμότητας του αντικειμένου, πριν να περάσει το άτομο στα πιο προηγμένα στάδια της οιδιπόδειας σύγκρουσης. Καθώς υπάρχουν σοβαρές συγκρούσεις γύρω από την επιθετικότητα, οι λειτουργίες σχάσης και οι μηχανισμοί άμυνας τους τείνουν να διαχωρίσουν τις καλές και τις κακές όψεις των εσωτερικευμένων σχέσεων με το αντικείμενο, με τη μορφή εξιδανικευμένων ή διωκτικών εσωτερικευμένων σχέσεων με το αντικείμενο, οι οποίες αλληλοαποκλείονται και οι οποίες παρουσιάζονται ως πολλαπλές πρωτόγονες μονάδες αναπαραστάσεων εαυτού και αντικειμένου, κάτω από την αποφασιστική επίδραση ενός καθοριστικού συναισθήματος.

Θα ήθελα τώρα ν' αναφερθώ σε μερικά θεωρητικά και σε μερικά πρακτικά στοιχεία του τρόπου που μπορούμε να διευθετήσουμε αυτή την κατάσταση πραγμάτων.

Πρώτα απ' όλα, θεωρητικά, η υπόθεσή μας είναι ότι ο ασθενής θα ενεργοποιήσει στη μεταβίβαση φανταστικές, μη πραγματικές, διχασμένες σχέσεις αντικειμένου από το παρελθόν, σχέσεις που είναι πολύ διαφορετικές από τις πραγματικές συνδιαλλαγές με τις γονεϊκές εικόνες του παρελθόντος. Έτσι μάλιστα ώστε ο βαθμός της παραμόρφωσης και του κατακερματισμού της πραγματικής εμπειρίας να είναι πολύ μεγαλύτερος σε σύγκριση μ' ένα κοινό νευρωτικό ασθενή. Αυτή είναι μια πρώτη συνέπεια· η δεύτερη είναι ότι αυτές οι πρωτόγονες σχέσεις αντικειμένου θα ενεργοποιούνται πάντα μέσα σε ένα βασικά δυαδικό τρόπο, μιας αναπαράστασης εαυτού απέναντι σε μια αναπαράσταση αντικειμένου. Οι πρωτόγονες λοιπόν ταυτίσεις δεν είναι απλώς ταυτίσεις μ' ένα αντικείμενο, πραγματικό ή φανταστικό, αλλά ταύτιση με μια σχέση, έτσι ώστε ο ασθενής να ταυτίζεται με τη σχέση που έχει φτιάξει στη φαντασία του και υπάρχει ταυτόχρονη ταύτιση με τον εαυτό και με το αντικείμενο σ' αυτή τη σχέση. Αυτή είναι μια βασική

έννοια. Στη μεταβίβαση αυτό θα εμφανισθεί ως ενεργοποίηση της σχέσης στην οποία ο ασθενής εκδραματίζει τη δική του αναπαράσταση εαυτού, ενώ προβάλλει την αναπαράσταση του αντικειμένου στο θεραπευτή αλλά, σε αντίθεση με ταυτίσεις υψηλότερου επιπέδου, αυτή η ταύτιση είναι τόσο χαλαρή, δεν έχει μεταβολισθεί, είναι αποσχισμένη από όλες τις άλλες όψεις του εαυτού ή των αντικειμένων, ώστε να αλληλοεναλλάσσονται με μεγάλη ευκολία. Αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής ταυτίζεται με τον εαυτό του, προβάλλει το αντικείμενο στο θεραπευτή και πέντε λεπτά αργότερα ταυτίζεται με το αντικείμενο και προβάλλει τον εαυτό του στο θεραπευτή. Και πάλι λίγο αργότερα το αντιστρέφει, ταυτιζόμενος με τον εαυτό του και προβάλλοντας το αντικείμενο έτσι ακολουθεί φαινομενικό χάος στη μεταβίβαση, το οποίο όμως δεν είναι πραγματικό χάος. Πρόκειται για μια εναλλαγή του «ποιός είναι ποιός;» μέσα στην ίδια σχέση αντικειμένου. Ακόμα, στο συναίσθημα που ενεργοποιείται, υπάρχει μια πρωτόγονη, έντονη και απόλυτη ποιότητα, είτε ολοκληρωτικό μίσος, είτε ολοκληρωτική αγάπη· το συναίσθημα δεν έχει την ευαισθησία και τη λεπτότητα των πιο προωθημένων συναισθηματικών διαθέσεων. Είναι σα να έχει κάποιος αγνές ενορμήσεις. Είναι όμως σημαντικό να έχουμε στο νου μας ότι αυτό που αντιμετωπίζουμε είναι συγκεκριμένα συναισθήματα.

Δεύτερον, αυτά τα συναισθήματα είναι πάντα συνυφασμένα σε μια σχέση αντικειμένου. Ποτέ δεν βλέπουμε σκέτα συναισθήματα, τείνομε να σκεφτόμαστε ότι είναι σκέτα συναισθήματα γιατί είναι τόσο έντονα ώστε μοιάζουν σα να σβήνουν κάθε δυνατότητα για να διευκρινισθεί το σενάριο μέσα στο οποίο υπάρχουν. Οι ασθενείς μοιάζουν σα να είναι οργισμένοι, είναι σα να βλέπουμε σκέτη οργή και θα πρέπει να διευκρινίσουμε ότι πρόκειται για κάποιον με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά που είναι οργισμένος με κάποιον άλλον, ένα αντικείμενο οργισμένο με τον εαυτό ή ο εαυτός οργισμένος με το αντικείμενο. Κατά τη γνώμη μου, οι ενορμήσεις είναι πραγματι-

κά η ιεραρχική υπερδομημένη απαρτίωση πρωτόγονων συναισθηματικών καταστάσεων, και η οργάνωση των εννομήσεων βασίζεται στην οργάνωση των συναισθηματικών καταστάσεων με παρόμοια σημεία ή κατεύθυνση: προς την ερωτική κατεύθυνση ή την κατεύθυνση του μίσους.

Η λίμπιντο και η επιθετικότητα είναι το άθροισμα πρωτόγονων συναισθηματικών λιβιδινικών ή επιθετικών διαθέσεων. Και ενώ η λίμπιντο ή η επιθετικότητα ενεργοποιούνται ταυτόχρονα και είναι συνδεδεμένες με τα συναισθήματα εγγενώς, μια ολόκληρη σειρά πρωτόγονων σχέσεων αντικειμένου ενεργοποιούνται, έτσι ώστε οι εννομήσεις, οι σχέσεις αντικειμένου και τα συναισθήματα να είναι βασικά συστατικά στοιχεία μιας κατηγορίας πρωτόγονων μονάδων. Αυτή είναι η θεωρία. Τώρα, ποιές είναι οι πρακτικές συνέπειες;

Οι πρακτικές συνέπειες αντιστοιχούν σε τρία επίπεδα κλινικής προσέγγισης στην πρωτόγονη μεταβίβαση:

Πρώτο βήμα: Μέσα στο χάος του τρόπου επικοινωνίας του ασθενούς, θα πρέπει ν' αποφασίσουμε ποιά είναι η πιο σημαντική σχέση αντικειμένου που ενεργοποιείται στη μεταβίβαση. Αυτό μπορεί να γίνει συνήθως μέσα από μια φανταστική κατασκευή στο νου του θεραπευτή. Είναι, για παράδειγμα, σαν ένα καχύποπτος δεσμοφύλακας που παρατηρεί συνεχώς ένα παράλυτο φυλακισμένο; Αυτό είναι ένα σενάριο που εμπλέκει δύο ανθρώπους και που μοιάζει να είναι κλειστό-κωφό σε ό,τι συμβαίνει στη μεταβίβαση. Μετασχηματίζεται έτσι η κυρίαρχη σχέση σε μια συνταγή: σαν να είναι αρκετά γενική για να συλλάβει αυτό που γίνεται. Είναι μια πρώτη προσέγγιση, την οποία μπορεί ο θεραπευτής να μοιραστεί με τον ασθενή λέγοντας «είναι σα να έχουμε μια.....τέτοιου τύπου σχέση τώρα.» Από τα σχόλια και τις αντιδράσεις του ασθενούς, μπορούμε να γίνουμε πιο συγκεκριμένοι

έως ότου υπάρξει μια συγκεκριμένη σχέση αντικειμένου, που αντανακλά μια συγκεκριμένη εμπειρία του ασθενούς. Εδώσα χτες ένα παράδειγμα, με την Επιτροπή της Ιατρικής Δεοντολογίας, τον τρόπο δηλαδή που το ξεκαθάρισα σταδιακά. Αυτό είναι το πρώτο βήμα, ο καθορισμός δηλαδή της κυρίαρχης σχέσης αντικειμένου και ο μετασχηματισμός της στην αφήγηση μιας σχέσης μεταξύ δύο ατόμων.

Δεύτερο βήμα: Ο καθορισμός του ποιός είναι ο εαυτός και ποιο είναι το αντικείμενο σ' αυτή τη σχέση και πώς αυτά τα δύο αλλάζουν θέση. Τώρα εσείς είστε ο δεσμοφύλακας και εγώ το θύμα σας και τώρα εγώ είμαι ο δεσμοφύλακας και εσείς το θύμα μου! Για παράδειγμα, μια ασθενής ήρθε στη συνεδρία και άρχισε να μιλάει έτσι¹³. «Λοιπόν...πήγα να συναντήσω τον ξάδελφό μου...(χασμουριέται), και ήταν ανησυχητικό... τι ώρα είναι;...έ καλά είμαι, τίποτα δεν συμβαίνει...και έλεγε κάτι για τα οικονομικά...» Και εγώ προσπαθούσα να καταλάβω τι γινόταν και άκουγα πολύ προσεκτικά και ρωτούσα τι έγινε μ' αυτό ή με κείνο και προσπαθούσα με κόπο να πάρω σημαντικές συναισθηματικές πληροφορίες, η ασθενής όμως, ισοπέδωνε τα πάντα σα να ήταν μηδαμινά. Τελικά ένοιωσα αποθαρρυνμένος και δεν έκανα τίποτα, δεν καταλάβαινα τίποτα και αποφάσισα να μείνω αμίλητος και να χαλαρώσω. Η ασθενής άρχισε τότε να ρωτά διάφορα και αναρωτήθηκα γιατί ρωτούσε όλο και πιο επίμονα. Εγώ ένοιωθα κουρασμένος και απόμακρος, ένοιωθα και αφηρημένος, όταν ξαφνικά κατάλαβα ότι είχαμε αντιστρέψει τους ρόλους. Στην αρχή της συνεδρίας εγώ προσπαθούσα να πληροφορηθώ, τώρα εκείνη έκανε ακριβώς αυτό. Και εκείνη τη στιγμή είπα: «Έχω μια περίεργη αίσθηση ότι εσείς με ρωτάτε ερωτήσεις και επιθυμείτε να απαντήσω και ίσως έχετε και μια αίσθηση ότι εγώ είμαι απόμακρος, αδιάφορος για σας. Αισθάνο-

¹³ Ο Ο. Kernberg μιμείται την προφορά και τον τρόπο ομιλίας του ασθενούς.(Σ.τ.Μ.)

μαι ότι αυτό επαναλαμβάνει κάτι που παρατήρησα στην αρχή της συνεδρίας: ένα άτομο να προσπαθεί να προκαλέσει μια συναισθηματική απάντηση και το άλλο άτομο να βαριέται και να είναι αδιάφορο. Μόνο που τότε εγώ προσπαθούσα να σας αποσπάσω μια απάντηση και εσείς μοιάζετε να βαριέστε, τώρα εσείς προσπαθείτε να με κάνετε να απαντήσω και εγώ μοιάζω να βαριέμαι. Ποιές είναι οι σκέψεις σας γι' αυτό;» Η ασθενής είπε ότι πράγματι είχε την αίσθηση ότι δε συμμετείχα. Της απάντησα ότι την ίδια εντύπωση είχα και γω για κείνη στην αρχή της συνεδρίας, ότι είχα δυσκολία να συγκεντρωθώ και ότι αναρωτιόμουν χωρίς να ξέρω τι ακριβώς γινόταν. Νομίζω ότι αυτό που συνέβαινε στη συνεδρία ήταν μια σχέση όπου ένα άτομο προσπαθεί να αποσπάσει το ενδιαφέρον και την αγάπη από το άλλο άτομο, το οποίο μένει αδιάφορο και ασυγκίνητο. Η ασθενής μου είπε: «Έτσι είναι η μητέρα μου!» Της είπα λοιπόν ότι νομίζω ότι ενεργοποιήσαμε αυτή τη σχέση και «εσείς αρχίζατε να είσαστε η μητέρα σας και εγώ ήμουν εσείς και τώρα εσείς γίνατε ο εαυτός σας και εγώ έγινα η μητέρα σας.» Βέβαια δίνω σε περίληψη μια ολόκληρη συνεδρία, αλλά νομίζω ότι εικονογραφεί ένα τυπικό δεύτερο βήμα.

Τρίτο βήμα: Η ένταξη μιας μερικής σχέσης αντικειμένου, του τύπου που περιέγραψα, με την αντίθετή της, σχέσεις που αλληλοαποσυνδέονται: εαυτός με εαυτό, αναπαράσταση αντικειμένου με αναπαράσταση αντικειμένου. Αυτό το εντακτικό βήμα ξεπερνά τησχάση και καταλήγει σε μια συμπύκνωση αναπαραστάσεων του εαυτού και αναπαραστάσεων αντικειμένων με πιο ρεαλιστικό τρόπο. Απαρτώνει τον εαυτό και το αντικείμενο, βοηθά στη μονιμότητα του αντικειμένου, στη μονιμότητα εαυτού, στην απαρτίωση της ταυτότητας του Εγώ και επιλύει τη βασική δομή της οριακής οργάνωσης προσωπικότητας.

Μίλησα ήδη για την τακτική μέσα σε κάθε συνεδρία και μίλησα για τη μακροπρόθεσμη στρατηγική, μέσα απ' αυτά τα

τρία βήματα. Αυτά τα τρία βήματα μπορούν να πάρουν μήνες για να ολοκληρωθούν ένα πρώτο κύκλο, για να περάσουμε δηλαδή από το πρώτο βήμα ως το τρίτο, ύστερα μπορεί να πάρουν εβδομάδες και μετά ημέρες και στο τέλος-μέσα σε μια συνεδρία-μπορεί κανείς να περάσει και από τα τρία αυτά βήματα, πρόκειται ήδη για διεπεξεργασία (*working through*). Καθώς κάποιος φτάνει σ' αυτό το σημείο, η μεταβίβαση είναι πια σαν την τυπική μεταβίβαση του νευρωτικού ασθενούς και η θεραπεία είναι σαν μια ανάλυση με νευρωτικό ασθενή.

Αντιμεταβίβαση

Τώρα θα ήθελα να πω λίγα πράγματα για την *αντιμεταβίβαση*. Πρώτα απ' όλα, για να ξεκαθαρίσουμε τον όρο, θα πω ότι η αντιμεταβίβαση χρησιμοποιείται με μια στενή και με μια ευρεία έννοια. Με τη στενή της έννοια, αντιμεταβίβαση είναι οι μεταβιβάσεις του θεραπευτή στον ασθενή ή οι ασυνείδητες αντιδράσεις του θεραπευτή στον ασθενή ή στη μεταβίβασή του. Με την ευρεία έννοια, αντιμεταβίβαση είναι η όλη συναισθηματική αντίδραση προς τον ασθενή. Νομίζω πως είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούμε τον όρο αντιμεταβίβαση με την ευρεία έννοια, διότι η ευρεία έννοια εμπεριέχει τη στενή, μαζί με άλλα στοιχεία. Αντιμεταβίβαση είναι οι μεταβιβάσεις του θεραπευτή *συν* τη ρεαλιστική στάση του απέναντι στον ασθενή. Με άλλα λόγια, αν ένας ασθενής μας επιτεθεί, είναι ρεαλιστικό να νοιώσουμε θυμό, αν μας σαγηνεύσει είναι ρεαλιστικό να νοιώσουμε σεξουαλική διέγερση, αν ένας ασθενής ζητά την προσοχή μας με παρασιτικό τρόπο, είναι ρεαλιστικό να νοιώσουμε ότι η απαίτηση είναι υπερβολική, να βαρεθούμε και να θέλουμε να απαλλαγούμε. Αυτές είναι ρεαλιστικές συναισθηματικές αντιδράσεις στη μεταβίβαση, ιδιαίτερα αν αυτή είναι πολύ έντονη και πρωτόγονη. Ακόμα, η αντιμεταβίβαση εμπεριέχει ρεαλιστική αντίδραση στη ζωή του ασθενούς. Αν ένας ασθενής βρίσκεται σε άμεσο κίνδυνο

να πεθάνει ή να καταστραφεί και νοιώθου-
με έγνοια και μια αίσθηση κινδύνου γι'
αυτόν, τότε αυτό είναι ρεαλιστικό. Τέλος,
η αντιμεταβίβαση έχει να κάνει με ρεαλι-
στικές πλευρές της δικής μας κατάστασης.
Αν ο ασθενής απειλεί τη ζωή μας ή την
ευημερία μας, είναι λογικό ν' αντιδράσου-
με, ή και όταν ο ασθενής δραστηριοποιή-
σει τρίτα άτομα τα οποία μπορούν να γί-
νουν επικίνδυνα για μας, πρόκειται για τις
επονομαζόμενες έμμεσες αντιμεταβιβά-
σεις. Το προτέρημα για τη χρήση της ευ-
ρείας έννοιας της αντιμεταβίβασης είναι
ότι δεν προκαταλαμβάνουμε από πού
προέρχεται η αντίδρασή μας, απλώς την
αναγνωρίζουμε και αναλύουμε την πηγή
της. Για πρακτικούς σκοπούς, όσο πιο άρ-
ρωστος είναι ο ασθενής, τόσο η αντιμετα-
βίβαση γίνεται πιο ρεαλιστική αντίδραση
στη μεταβίβαση του ασθενούς και θα έλε-
γα ότι κανονικά είναι λογικό να σκεφτόμα-
στε ότι έντονες, ανάρμοστες συναισθημα-
τικές αντιδράσεις, που ο θεραπευτής βιώ-
νει μέσα του, είναι μια έκφραση της μετα-
βίβασης του ασθενούς ωσότου αποδειχθεί
το αντίθετο.

Δεν ξέρω αν σας είναι οικείοι οι όροι
συμπληρωματική (*complementary*) και σύ-
στοιχη (*concordant*) αντιμεταβίβαση. Ο
Racker (1968) πρότεινε ότι υπάρχουν δύο
τύποι αντιμεταβίβασης ή μάλλον δυο τύ-
ποι ταύτισης στην αντιμεταβίβαση. Ο ένας
είναι η *σύστοιχη* κατά την οποία ο θερα-
певτής ταυτίζεται με τις αντίστοιχες όψεις
της εμπειρίας του ασθενούς: το Εγώ με το
Εγώ, το Υπερεγώ με το Υπερεγώ, το Εκεί-
νο με το Εκείνο ή αναπαραστάσεις του
εαυτού με αναπαραστάσεις του εαυτού και
αναπαραστάσεις του αντικειμένου με ανα-
παραστάσεις του αντικειμένου. Με άλλα
λόγια, υπάρχει μια παράλληλη εμπειρία
του ασθενούς και του θεραπευτή.

Στη *συμπληρωματική αντιμεταβίβαση*,
ο θεραπευτής ταυτίζεται με διαφορετικό
σύστημα απ' αυτό με το οποίο ταυτίζεται
ο ασθενής, δηλαδή με ένα σύστημα που
αποτελεί μέρος της σύγκρουσης ανάμεσα
σε δυο συστήματα του ασθενούς. Οπως ση-
μειώνει ο Racker (1968), ο θεραπευτής

παίρνει τη θέση του Υπερεγώ ενώ ο ασθε-
νής του Εκείνο ή ο θεραπευτής παίρνει τη
θέση του Υπερεγώ του ασθενούς, ενώ ο α-
σθενής τη θέση του Υπερεγώ του, κ.λ.π. Η
θα πρόσθετα, στην ορολογία των σχέσεων
αντικειμένου, ο θεραπευτής ταυτίζεται με
το αντικείμενο ενώ ο ασθενής με τον εαυτό
του, ή ο θεραπευτής με τον εαυτό του ασθε-
νούς και ο ασθενής με το αντικείμενό του.
Θα δώσω ένα απλό παράδειγμα: ένας ασθε-
νής λέει «απέτυχα στις εξετάσεις», σιωπή...
και ο θεραπευτής νοιώθει πολύ λυπημένος,
νοιώθει να πενθεί για τον ασθενή, νοιώθει
μαζί του την αποτυχία, την ήττα και τη
λύπη και τελικά ο θεραπευτής μπορεί να
σχολιάσει: «Έχω την αίσθηση ότι νοιώθε-
τε αποθαρρυσμένος και λυπημένος, σαν αυ-
τό να είναι το τέλος.» Τέλος του πρώτου
επεισοδίου. Αυτή είναι μια τυπική σύστοι-
χη ταύτιση στην αντιμεταβίβαση. Ο θερα-
певτής δείχνει εναισθησία στο κεντρικό υ-
ποκειμενικό βίωμα του ασθενούς, με μια
έντονη συναισθηματική αντίδραση και με-
τά ερμηνεύει αυτό που συμβαίνει, χρησι-
μοποιώντας αυτή την εναισθησία.

Δεύτερο παράδειγμα: ο ασθενής μπαίνει
και λέει: «Απέτυχα στις εξετάσεις»...σιω-
πή...και ο θεραπευτής σκέφτεται: «Τον άτι-
μο, το ήξερα, του είπα να μελετήσει, δεν το
έκανε, καλά να πάθει», ενώ ο ασθενής, μέ-
σα στη σιωπή του δείχνει να φοβάται πως
θα τον κατακρίνει ο θεραπευτής του και θα
του πει «σας το είπα!» Αυτή είναι μια τυ-
πική περίπτωση συμπληρωματικής ταύτι-
σης στην αντιμεταβίβαση. Ο θεραπευτής
θα μπορούσε να προτείνει την ακόλουθη
ερμηνεία: «Μου είπατε ότι αποτύχατε στις
εξετάσεις και αναρωτιέμαι αν τώρα δε φο-
βάστε ότι μπορεί να θυμώσω μαζί σας ή να
σας απορρίψω ή να σας μαλώσω. Τι σκέ-
φτεστε γι' αυτό;» Εδώ παρατηρείτε πως η
ταύτιση του θεραπευτή στην αντιμεταβίβα-
ση είναι με το διωκτικό αντικείμενο, ενώ ο
ασθενής ταυτίζεται με τον διωγμένο εαυτό
του, δηλαδή ο ασθενής ταυτίζεται με το
Εγώ του, ενώ ο θεραπευτής με το Υπερεγώ
του ασθενούς. Στη συμπληρωματική αντι-
μεταβίβαση, ο θεραπευτής ταυτίζεται με
την άλλη πλευρά της σχέσης αντικειμένου

και έχει το προτέρημα να διευκρινίσει την όλη σχέση αντικειμένου, παρατηρώντας ποιός είναι ποιός.

Για να γενικεύσω αυτή την αρχή, θα έλεγα πως η ανάλυση της αντιμεταβίβασης είναι εξαιρετικά σημαντική για την ανάλυση της κυρίαρχης σχέσης αντικειμένου στη μεταβίβαση. Κάτω από συνθήκες σύστοιχης αντιμεταβίβασης επιτρέπει την ενσυναίσθηση του κεντρικού υποκειμενικού βιώματος του ασθενούς, κάτω από συνθήκες συμπληρωματικής αντιμεταβίβασης. Επιτρέπει δηλαδή ενσυναίσθηση σ' αυτό που ο ασθενής δεν μπορεί ν' ανεχθεί μέσα του, αυτό που είναι αποσυνδεδεμένο, προβεβλημένο ή απωθημένο, και βοηθά να διευκρινιστούν οι αντίστοιχοι ρόλοι, που ενεργοποιούνται στη μεταβίβαση. Εικονογράφησα ακόμα πόσο σημαντικό είναι να ανέχεται ο θεραπευτής την αντιμεταβίβαση, να προσπαθεί να δέχεται τις δικές του φαντασιώσεις, επιθυμίες και φόβους για τον ασθενή. Βέβαια, η αντιμεταβίβαση θα πρέπει να περιορίζεται, δεν θα πρέπει να κοινοποιείται στον ασθενή, αλλά να χρησιμοποιείται για να ενταχθεί στην ερμηνευτική εργασία. Αυτά είναι πολύ σημαντικά στη θεραπεία των οριακών ασθενών. Ο θεραπευτής θα πρέπει να τηρεί αυστηρά και επαγγελματικά όρια, να μην κοινοποιεί την αντιμεταβίβαση, αλλά να τη χρησιμοποιεί με ερμηνευτικό σκοπό.

Το μόνο όριο σ' αυτό είναι όταν ο θεραπευτής δεν μπορεί να αποφύγει το *acting out*. Ο ασθενής λέει στο θεραπευτή «είσαι θυμωμένος!» και ο θεραπευτής λέει «ναι, είμαι θυμωμένος, και τι λες γι αυτό;» Εδώ ο θεραπευτής εκδραματίζει την αντιμεταβίβαση, δεν την αρνείται, τη δέχεται ως μέρος της πραγματικότητας που θα πρέπει να εξεταστεί. Για παράδειγμα: Πριν από λίγες εβδομάδες κάθομαι στο γραφείο μου αργά το απόγευμα χωρίς τη γραμματέα έξω και βλέπω μια πολύ βίαιη οριακή ασθενή να μπαίνει και ν' αφήνει τη πόρτα ανοιχτή. Της λέω ότι δεν έκλεισε την πόρτα, εκείνη μου απαντά: «εντάξει θα κλείσω την πόρτα!» και την κλείνει δυνατά. Εγώ αισθάνομαι αρκετά ήρεμος, αναλύω αυτά που λέει

και φτάνουμε στο τέλος της ώρας. Η ασθενής πάει ν' ανοίξει την πόρτα, προσπαθεί, αλλά η πόρτα δεν ανοίγει. Πηγαίνω στην πόρτα προσπαθώ και γώ, η πόρτα δεν ανοίγει και παρατηρώ ότι η ασθενής έχει σπάσει την κλειδαριά. Δεν είναι κανείς έξω και έτσι βρίσκομαι κλειδωμένος στο δωμάτιο με την ασθενή, είναι βράδυ και θυμώνω στ' αλήθεια... Είχα να πάω και σε μια συνάντηση, και πραγματικά ένοιωθα έξαλλος. Τηλεφώνησα στην ασφάλεια του νοσοκομείου και μου απάντησαν ότι θα έρθουν, αλλά καθώς ήταν απασχολημένοι σε άλλο σημείο του κτιρίου, θα έρχονταν λίγο αργότερα. Αρχισα λοιπόν να βηματίζω πάνω-κάτω στο δωμάτιο και η ασθενής, που καθόταν ευθυτενής, μου λέει «Είστε θυμωμένος!» της απαντώ «Ναι, είμαι πολύ θυμωμένος» και συνέχισα να βηματίζω πάνω-κάτω. Η ασθενής άρχισε να μου μιλά και της απάντησα: «Έχει τελειώσει η ώρα μας, μπορείται να τα πείτε όλα αυτά στην επόμενη συνεδρία.» Δεν είπα τίποτ' άλλο στην ασθενή και 10 λεπτά αργότερα ήρθαν από την ασφάλεια και άνοιξαν την πόρτα, έφυγε η ασθενής και εγώ πήγα στη συνάντησή μου. Η ασθενής ήρθε στην επόμενη συνεδρία, φαινόταν συγχυσμένης και μου είπε πάλι, ότι είχα θυμώσει πολύ. Ξεκινήσαμε απ' αυτό το σημείο. Δεν πρόκειται να σας πω τις ερμηνείες και το υπόλοιπο της συνεδρίας, γιατί θέλω απλώς να τονίσω ότι δεν αρνούμαι μιαν αντικειμενική αντίδραση. Δεν δικαιολογώ βέβαια και τη συμπεριφορά μου, σας έδωσα απλώς μια εικονογράφηση των καταστάσεων που μπορούν να προκαλέσουν αυτοί οι ασθενείς. Υπάρχουν άλλωστε πολλοί οριακοί ασθενείς που φέρονται σα να πρέπει να μας προκαλέσουν ως τα άκρα και είναι σημαντικό να το έχει αυτό υπόψη του ο θεραπευτής.

Νομίζω ότι έδωσα μια γενική άποψη της τεχνικής που χρησιμοποιώ για τη θεραπεία αυτών των ασθενών. Στο τρίτο μέρος θα μιλήσω για τις ναρκισσιστικές αντιστάσεις, τις απειλές αυτοκτονίας, τη μεταβίβαση ψύχωση, την ατιμία στη μεταβίβαση, και το τέλος της μεταβίβασης.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σε σχόλια από το ακροατήριο για τη σχέση της παθολογίας των οριακών ασθενών με το οικονομικό πρόβλημα του ψυχισμού, για τα «κενά» και για τις σωματοποιήσεις, ο O. Kernberg απάντησε ως εξής: «Νομίζω ότι καταλαβαίνω αυτό που λέτε και θα ξεκινήσω την απάντησή μου από τα σημεία όπου υπάρχει βασική συμφωνία και ύστερα θα προσπαθήσω να διευκρινίσω τα σημεία της διαφωνίας, αν και δεν είμαι βέβαιος ότι υπάρχει διαφωνία. Ίσως να πρόκειται για θέματα ορολογίας, θα δούμε. Το σημείο όπου βασικά συμφωνούμε είναι ότι ο οριακός ασθενής έχει περιορισμένη ανοχή για την ψυχική εμπειρία, με άλλα λόγια, η ανοχή τους για να βιώσουν με φαντασίωση και με συναισθήματα την πρωτόγονη σχέση αντικειμένου είναι μικρή. Συμφωνώ μαζί σας ότι δεν μπορούν ν' ανεχθούν μια πλήρη συναισθηματική εμπειρία, αλλά λέω ταυτόχρονα ότι αυτό που δεν είναι ανεκτό δεν είναι μόνο το λιβιδινικό βίωμα, αλλά και των σχέσεων με το αντικείμενο με τις οποίες το βίωμα είναι συνυφασμένο. Συμφωνούμε λοιπόν ότι υπάρχει σ' αυτούς τους ασθενείς μια δυσανοχή της ψυχικής εμπειρίας στην πρωτόγονη σχέση αντικειμένου. Αυτό εμπεριέχει βέβαια και τις ενορμήσεις σε σχέση με τη συναισθηματική επένδυση σ' αυτές τις σχέσεις αντικειμένου. Αυτή η δυσανοχή παραπέμπει συνήθως σε πολύ σοβαρές και τραυματικές εμπειρίες κατά την πρώιμη παιδική βρεφική ηλικία και μπορεί να πάρει δυο μορφές και εδώ παραθέτω από τον André Green: «Αυτό που δεν μπορεί κάποιος να ανεχθεί ενδοψυχικά, το εκφράζει ή με σωματοποιήσεις ή σε acting out» (Green, 1977). Σα να λέει ότι η ψυχική εμπειρία είναι ένας χώρος ανάμεσα στη σωματοποίηση και στο acting out. Αυτό το ονομάζουμε στην κλινική «ριζική αποεπένδυση» (*radical decathexis*). Νομίζω ο Michel Fain και ο De M'uzan μιλούν για ριζική αποεπένδυση. Πρόκειται για μια κατάσταση όπου πράγματι μοιάζει να αποκλείεται κάθε ψυχική εμπειρία, και η υπο-

κειμενική εμπειρία του ασθενούς να μηδενίζεται προσωρινά. Σε τέτοιες στιγμές, συμβαίνουν σημαντικά πράγματα σε σωματοποιήσεις ή σε *acting out*. Το παρατηρώ συχνά με τους οριακούς ασθενείς. Συνήθως ερμηνεύω αυτή την κατάσταση αναφερόμενος στην κυρίαρχη σχέση αντικειμένου. Νομίζω πως υπάρχουν τρία κανάλια επικοινωνίας από τη μεριά του ασθενούς. Το πρώτο είναι η επικοινωνία του υποκειμενικού βιώματος, ο ασθενής μας λέει αυτό που νοιώθει και αυτό που σκέφτεται. Και παρεμπιπτόντως, θα ήθελα να πω ότι το συναίσθημα και η σκέψη, το συναισθηματικό και το γνωστικό στοιχείο δηλαδή αποτελούν αρχικά ένα στοιχείο, όπως το παρατήρησε ο Piaget, το 1954. Ο διαχωρισμός ανάμεσα στο συναισθηματικό, το γνωστικό και το θελητικό (*volitive*) είναι ένα *artefact* της μεταγενέστερης εξέλιξης. Έτσι, οι ψυχικές εμπειρίες του συναισθήματος και της γνώσης είναι πολύ στενά συνδεδεμένες. Ο ασθενής λοιπόν μας κοινοποιεί την υποκειμενική του εμπειρία και αυτό είναι το κανάλι No 1. Ο ασθενής επικοινωνεί όμως μαζί μας και με εξωλεκτική συμπεριφορά, ή με το στυλ της λεκτικής του επικοινωνίας ή με άλλους τύπους συμπεριφοράς. Αυτό είναι το κανάλι No 2. Όσο πιο σοβαρή είναι η παθολογία τόσο περισσότερο γίνεται η επικοινωνία από το δεύτερο αυτό κανάλι. Τέλος, υπάρχει και μια σιωπηρή, αλλά συνεχής σχέση ανάμεσα στον ασθενή και στο θεραπευτή, η οποία είναι η γενική ανθρώπινη σχέση. Πρόκειται για την περισσότερο μη ειδική σχέση αντικειμένου, που αποτελεί το πλαίσιο μέσα στο οποίο αναπτύσσονται ειδικές μεταβιβάσεις. Αυτό είναι το κανάλι No 3. Αυτό είναι που ο Winnicott ονόμασε ψυχικό χώρο ή μεταβατικό χώρο, μέσα στον οποίο αναπτύσσονται η φαντασίωση, η κουλτούρα, η τέχνη, καθώς και οι σχέσεις αντικειμένου. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι πρόκειται για μια μη ειδική γενική ικανότητα για τη δημιουργία μιας σχέσης αντικειμένου. Αυτό το τρίτο κανάλι απλώς υπάρχει και δε φαίνεται στο προσκήνιο, αλλά μπορεί να κλείσει κάτω από συνθή-

κες σοβαρής ναρκισσιστικής παθολογίας. Είναι άλλωστε κοινός τόπος ότι, σ' αυτές τις περιπτώσεις, αυτή η σχέση δεν υπάρχει και ότι η επικοινωνία γίνεται μέσα από παθολογικές εκδηλώσεις του τρίτου καναλιού. Επίσης, σε στιγμές ριζικής αποεπένδυσης, είναι σα να μη συμβαίνει τίποτα. Όλα είναι κατεστραμμένα. Ο Bion (1970) έχει περιγράψει, πώς οι πρωτόγονοι τύποι της επιθετικότητας μπορεί να κατευθυνθούν εναντίον των μέσων που έχουμε για επικοινωνία, ως ένας τρόπος καταστροφής της πραγματικότητας, ακόμα και της αντίληψης της επιθετικότητας ή και του ίδιου του πόνου. Η επιθετικότητα καταστρέφει την ίδια της την ικανότητα για αντίληψη. Υπό συνθήκες ριζικής αποεπένδυσης γίνεται επίσης κάποια ενεργητική διεργασία, η οποία παρουσιάζεται στην καταστροφή της σχέσης ή στην καταστροφή κάθε νοήματος. Μπορεί να πάρει την παρακάτω μορφή: ένας ασθενής λέει: «Δεν μπορώ να σκεφτώ. Δε μου έρχεται τίποτα στο νου.» Και μπορεί να πω στον ασθενή, «Για να δούμε τι γίνεται, ας παρατηρήσουμε τι ακριβώς γίνεται». Υστερα ο ασθενής μπορεί να με κοιτάξει, σα να θέλει να μου πει «πες εσύ κάτι τώρα, τίποτα δε γίνεται.» Λέω στον ασθενή, «είπατε ότι τίποτα δε γίνεται, αλλά τώρα με κοιτάτε σα να περιμένετε κάτι να σας έρθει από μένα. Έτσι, δεν είναι ότι δε συμβαίνει τίποτα, αλλά κάνετε μια ενεργητική προσπάθεια η οποία σας απομακρύνει από την αυτο-παράτηρηση. Είναι σαν κάτι μέσα σας να σας εμποδίζει να σκεφτείτε για τον ίδιο σας τον εαυτό.» Ήδη μ' αυτόν τον τρόπο προσπαθώ να δείξω και να ενεργοποιήσω μια σχέση αντικειμένου. Εγώ εμφανίζομαι να ενδιαφερόμαι για την επικοινωνία και ταυτίζω τον ασθενή με μια δύναμη που καταστρέφει την επικοινωνία. Με λίγα λόγια, νομίζω ότι τα κενά, οι ριζικές αποεπενδύσεις, οι μεταβάσεις από την λεκτική στη μη λεκτική επικοινωνία ή στο σωματικό μπορούν να ενταχθούν σε μια σχέση αντικειμένου, χρησιμοποιώντας την αντιμεταβίβαση του θεραπευτή. Αυ-

τός είναι ο τρόπος που θα αντιμετώπιζα την κατάσταση.»

Σε σχόλιο από το ακροατήριο ότι δε δόθηκε παράδειγμα με σωματοποίηση, ο O. Kernberg είπε: «Ας πούμε ότι ο ασθενής έχει πονοκεφάλους. Θα ερμήνευα τους πονοκεφάλους αυτούς σα μια εσωτερική επίθεση πάνω του, επίθεση η οποία παρουσιάζεται υπό συγκεκριμένες συνθήκες και έχει μια συγκεκριμένη λειτουργία. Με άλλα λόγια, θα ερμήνευα τη σωματοποίηση σα μια μετατοπισμένη σχέση αντικειμένου. Στους υποχονδριακούς, για παράδειγμα, το παρατηρούμε ως φόβο εσωτερικών δικτύων, που προέρχονται από διάφορα όργανα. Βέβαια υπάρχουν και περιπτώσεις όπου αυτό δεν ισχύει, όταν π.χ. ο ασθενής έχει συμπτώματα άγχους τα οποία απαρνείται, τότε πρόκειται για διαφορετική υπόθεση».

Στο σημείο αυτό, έγινε ένα σχόλιο από το ακροατήριο για τον τρόπο που ο O. Kernberg αντιμετώπισε τη γυναίκα που ούρλιαζε μέσα στη συνεδρία. Ρωτήθηκε γιατί χρησιμοποίησε μια μέθοδο που μοιάζει με τροποποίηση συμπεριφοράς και δε χρησιμοποίησε μια πιο αναλυτική προσέγγιση, δείχνοντας στη γυναίκα πως μ' αυτόν τον τρόπο ταυτιζόταν με μια φωνασκούσα μητέρα, που φώναζε στο θεραπευτή, ο οποίος αναπαριστούσε τον εαυτό της. Ο O. Kernberg απάντησε: «Αυτή είναι μια πολύ καλή παρατήρηση. Πράγματι, προσπάθησα για αρκετές εβδομάδες με τον τρόπο που αναφέρατε, με αυτήν και με άλλες ερμηνείες. Προσπάθησα δηλαδή να το αντιμετωπίσω με αναλυτικό τρόπο, δεν άλλαξε όμως τίποτα και κατέληξα τελικά ότι το δευτερογενές κέρδος, η ευχαρίστηση δηλαδή από το σύμπτωμα, το διαιώνιζε. Σίγουρα, πάντα δοκιμάζω πρώτα τον αναλυτικό τρόπο.»

Σε σχόλιο για το ότι ο Kernberg αναφέρεται συνήθως σε νευρωτικούς, ψυχωτικούς και οριακούς ασθενείς, όταν μιλά για τη μεταβίβαση και την αντιμεταβίβαση,

αφήνοντας έξω τις σεξουαλικές παρεκλίσεις, ο O.Kernberg απάντησε: «Είναι αλήθεια ότι δε μίλησα εδώ για τις σεξουαλικές παρεκλίσεις. Πρώτα απ' όλα, για να διευκρινίσω την ορολογία. Ο όρος «σεξουαλική παρέκλιση» χρησιμοποιείται με πολλούς τρόπους. Οι πιο σημαντικοί είναι δύο: (α) ειδική καθήλωση σε πολύμορφες, μερικές, παρεκλίνουσες παιδικές τάσεις, οι οποίες γίνονται υποχρεωτικές συνθήκες για να έχει κάποιος σεξουαλική διέγερση και οργασμό. Αυτές είναι οι κλινικές παρεκλίσεις, με την ευρεία ή τη στενή τους έννοια. (β) Ο όρος παρέκλιση έχει χρησιμοποιηθεί σε σχέση με ορισμένες δομές προσωπικότητας. Οι παρεκλίνουσες δομές προσωπικότητας χαρακτηρίζονται από την κυριαρχία της ευχαρίστησης από τις καταστροφικές σχέσεις αντικειμένου. Σ' αυτές τις περιπτώσεις, όλες οι σεξουαλικές ευχαριστήσεις και η αγάπη επιστρατεύονται στην υπηρεσία της επιθετικότητας. Ετσι, ο κύριος στόχος στη μεταβίβαση, είναι η καταστροφή της αγάπης που δέχεται και η συμπύκνωση των σεξουαλικών και επιθετικών παρορμήσεων, με επικυριαρχία της επιθετικότητας, που επιθυμεί να καταστρέψει τη σχέση μέσα στην οποία αναδύεται αυτή η συμπυκνωμένη συμπεριφορά. Οι παρεκλίνουσες δομές μπορεί να συνυπάρχουν με εκδηλώσεις κλινικής παρέκλισης, μπορεί όμως και να μη συμβαίνει αυτό. Υπάρχουν περιπτώσεις κλινικών παρεκλίσεων, που δεν έχουν παρεκλίνουσα δομή. Αντίθετα, γνωρίζουμε ότι υπάρχουν μερικοί ασθενείς με κλινικές παρεκλίσεις, ή σεξουαλικές παρεκλίσεις ή παραφιλίες, όπως λέγονται στο DSM-III. Αυτοί είναι ασθενείς με νευρωτική δομή και η πρόγνωση για τη θεραπεία τους είναι πολύ καλή. Ετσι, το κλινικό σύμπτωμα της σεξουαλικής παρέκλισης δε μας λέει τίποτα για τη δομή. Μπορεί να πηγαίνει μαζί με μια νευρωτική, ψυχωτική ή οριακή δομή. Από την άλλη μεριά, η παρεκλίνουσα δομή μπορεί να παρουσιάζεται με ή χωρίς διαστροφές. Θα έλεγα λοιπόν ότι η δια-

στροφικότητα, ως δομή, μπορεί να παρουσιαστεί στη μεταβίβαση των οριακών ασθενών. Τότε χρειάζεται να γίνει προσεκτική ανάλυση του επιθετικού της στόχου και της προέλευσής της. Τη βλέπουμε μάλιστα με αρκετή συχνότητα, ιδιαίτερα με ναρκισσιστικές προσωπικότητες, όπου η παρεκλίνουσα δομή μπορεί να είναι η αιτία μιας αρνητικής θεραπευτικής αντίδρασης, μιας ευχαρίστησης στο να καταστρέψει «το χέρι που τον τρέφει». Στο παράδειγμα τους ασθενούς που μου έλεγε πάντα «διαφωνώ», υπήρχε σ' αυτόν πάντα μια κρυμμένη, διαστροφική ευχαρίστηση να χρησιμοποιεί μια δήθεν επικοινωνία, με το να μου λέει ότι διαφωνεί, ως κάλυμμα για την ευχαρίστηση που ένοιωθε με το να καταστρέψει τη δυνατότητα να βρεθεί κάποιο νόημα στη συνομιλία μας. Αυτό είναι σημάδι διαστροφικότητας. Και βρίσκουμε διαστροφικότητα στις αρνητικές μεταβιβάσεις και στην αρνητική θεραπευτική αντίδραση των οριακών ασθενών και ιδιαίτερα σε ναρκισσιστικούς ασθενείς. Χρειάζεται βέβαια να εξετασθούν επίσης και από την οπτική των σχέσεων αντικειμένου. Οι σεξουαλικές παρεκλίσεις *per se* μπορεί να είναι ένδειξη για κακή έκβαση της θεραπείας, μπορεί και όχι, στους οριακούς ασθενείς.

Οι οριακοί ασθενείς με σεξουαλικές παρεκλίσεις και με κοινές οριακές δομές δεν έχουν απαραίτητα κακή πρόγνωση. Θα έλεγα ότι αν πρόκειται για ναρκισσιστική προσωπικότητα με κλινική παρέκλιση, τότε τα πράγματα είναι πιο μπερδεμένα και όσο περισσότερη ενεργητική, συνειδητή, Εγω-συντονική επιθετικότητα υπάρχει στη συνήθη σεξουαλική συμπεριφορά του ασθενούς, τόσο χειρότερη είναι η πρόγνωση και τόσο πιο δύσκολο είναι να χειριστούμε αυτούς τους ασθενείς. Και βέβαια η παθολογία του Υπεργώ κάνει τη σοβαρότητα της περίπτωσης ακόμη πιο μεγάλη. Ετσι θα πρέπει να αντιμετωπίζουμε τη διαστροφικότητα με μια συνδυασμένη εστίαση στην επιθετικότητα

τα, στο ναρκισσισμό και στην υπερεγωτική ένταξη».¹⁴

Σε ερώτηση γενικά για την αντιμεταβίβαση και τον ενεργητικό τρόπο με τον οποίο τη χρησιμοποιεί ως μέρος της θεραπείας, ο O.Kernberg είπε: «Η παραδοσιακή άποψη για την αντιμεταβίβαση προέρχεται από τη θεραπεία των νευρωτικών ασθενών, όπου η αντιμεταβίβαση είναι πιο περιορισμένη, παρουσιάζεται βαθμιαία, είναι λιγότερο έντονη και όπου, αν ο αναλυτής έχει έντονες αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις, αυτές πολύ συχνά προέρχονται από άλυτα προβλήματα του αναλυτή ή χαρακτηρισμολογικά προβλήματα. Καθώς όμως παίρnuομε σε θεραπεία όλο και πιο άρρωστους ασθενείς, βλέπουμε πως έχουμε έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις, μη ρεαλιστικές αντιδράσεις και φαντασιώσεις. Νομίζω ότι έχει υπάρξει μια φοβική αντίδραση στην αντιμεταβίβαση, η οποία λύθηκε τα χρόνια 1950, οπότε αν υπήρξαν και πολύ σημαντικά άρθρα για την έννοια της αντιμεταβίβασης. Ετσι σήμερα, υπό την επιρροή των γνώσεων που αποκτήσαμε για τη θεραπευτική χρήση της αντιμεταβίβασης, η παραδοσιακή της έννοια αλλάζει ή και εξαφανίζεται. Εγώ έχω την εμπειρία ότι η χρήση των αντιμεταβιβαστικών αντιδράσεων με τους νευρωτικούς, με τον ίδιο ανοιχτό τρόπο που το κάνω με τους οριακούς ασθενείς μου, μου έδωσε μια μεγαλύτερη εσωτερική ελευθερία να εξετάζω αυτό που συμβαίνει. Π.χ. έχω μια γυναίκα σε ανάλυση, με νευρωτική, μαζοχιστική δομή. Είναι δικηγόρος, 45-50 χρόνων με τρία διαζύγια και πολύ κακές σχέσεις με τους άνδρες και τώρα αρχίζει να φοβάται ότι θα μείνει μόνη. Είναι πολύ όμορφη, γοητευτική, έξυπνη και εξαιρετικά επιθετική. Στις δικές μου αντιμεταβιβαστικές φαντασιώσεις, βρέθηκα κάποτε να αναρωτιέμαι τι θα γινόταν αν συζούσα μ' αυτή τη γυναίκα, αν ήταν η φιλενάδα μου ή σύζυ-

γός μου. Αυτές οι φαντασιώσεις άρχισαν με μια έντονη δική της σαγήνη που παρέβη τα αναλυτικά όρια και μετά οι φαντασιώσεις μου συνεχίστηκαν με τα τρομερά προβλήματα που μπορεί να είχα μαζί της και τελικά έβλεπα τον εαυτό μου απηυδισμένο μαζί της να λέω «τέρμα, αυτό είναι το τέλος της σχέσης μας». Σε τέτοιες στιγμές, ανεκάλυψα με διαισθητικό τρόπο, πλευρές της συμπεριφοράς της με τους άνδρες και απέναντί μου, τις οποίες δεν είχα διευκρινίσει προηγουμένως. Ετσι, η αντιμεταβίβαση ήταν ο έμμεσος τρόπος για να συναντήσω την ερωτική σαγήνη με τις επιθετικές προκλήσεις και να διευκρινίσω ένα χαρακτηρισμολογικό σημείο. Ετσι, βρήκα αυτή τη διαδικασία βοηθητική για να εμπλουτίσω την ερμηνεία αυτού που συνέβαινε στη μεταβίβαση. Με άλλα λόγια, ανέχθηκα αυτή την περίπλοκη αφήγηση στην αντιμεταβίβαση και νομίζω ότι, σε όλες τις περιπτώσεις, θα έλεγα ότι είναι σημαντικό για το θεραπευτή να είναι πολύ ανοιχτός και να μη φοβάται τις αντιμεταβιβάσεις. Εχω γράψει σ' ένα παλιό μου άρθρο για τη δραματική εμπειρία που είχα, η οποία μου επέτρεψε να κατανοήσω την αντιμεταβίβαση. Ποτέ δεν την ξέχασα. Είχα μια ασθενή που κοβόταν σε διάφορα σημεία του σώματός της και ήταν αυτοκτονική. Μια μέρα, στη διάρκεια μιας ψυχοθεραπευτικής συνεδρίας, θυμήθηκα ένα έργο που είχα δει πριν από έξι μήνες, λεγόταν «Ερευνα για ένα πολίτη υπεράνω πάσης υποψίας», ένα κλασσικό ιταλικό έργο του Rossi. Πρόκειται για έναν εισαγγελέα, στον οποίον αναθέτουν να ερευνήσει μια σειρά σεξουαλικών φόνων γυναικών. Και αυτός είναι ο φονιάς, το καταλαβαίνει βαθμιαία, σκοτώνει αυτές τις γυναίκες σε αποσυνδεδεμένες καταστάσεις. Κατά τη συνεδρία με την ασθενή μου, έξι μήνες αργότερα, θυμήθηκα ξαφνικά μια σκηνή από το έργο, όπου αυτός ο άνδρας έχει σεξουαλική επαφή με μια γυναίκα. Εκείνη κάθεται πάνω του και τη στιγμή που εκείνη έχει οργασμό, αυτός βγάζει ένα μαχαίρι και της

¹⁴ Δες και το τρίτο άρθρο του παρόντος αφιερώματος. (Σ.τ.Ε.)

κόβει το λαιμό και βλέπεις το αίμα να τρέχει στα στήθια της και ταυτόχρονα ακούς τις κραυγές της σεξουαλικής της διέγερσης να μεταμορφώνονται σε ουρλιαχτά αγωγίας και θανάτου... Τα θυμήθηκα όλα αυτά μέσα στη συνεδρία με την ασθενή μου, νοιώθοντας ένα μίγμα σεξουαλικής διέγερσης και αηδίας. Αναρωτήθηκα, «θεέ μου τι συμβαίνει με μένα; Τι είδους διαστροφές ανακαλύπω;» Απέριψα τη φαντασίωση, αποφάσισα να μην τη σκέφτομαι καθόλου. Και όμως, 3-4 εβδομάδες αργότερα, η ασθενής άρχισε να μιλά περισσότερο για φαντασιώσεις, που είχε για μένα. Μια κυρίαρχη φαντασίωσή της ήταν ότι αν την πυροβολούσα θα πέθαινε ευτυχισμένη, γιατί αν τη σκότωνα θα σήμαινε πως την αγαπούσα, ότι θα ήμουν προετοιμασμένος να διακινδυνεύσω τη ζωή μου γι' αυτήν, το μέλλον, το επάγγελμά μου, τα πάντα για μια σχέση μαζί της, η οποία θα παρέμενε στη ζωή μου για πάντα. Και εκείνη θα μπορούσε να πεθάνει με την αίσθηση ότι είχα δώσει τη ζωή μου γι αυτήν, με τον ίδιο τρόπο που και εκείνη μου είχε δώσει τη ζωή της. Το είπε με τόσο λογικό τρόπο ώστε είχα κατ' αρχήν δυσκολία να δω τι ήταν λάθος στο επιχείρημά της.

Αυτό που προσπαθώ να εικονογραφήσω είναι ότι εκείνη προσπαθούσε πραγματικά να αναπαράγει τη δική μου φαντασίωση, αυτήν που είχα τέσσερες εβδομάδες πριν. Και ξαφνικά ένοιωσα ότι διαισθητικά είχα καταλάβει τις επιθυμίες της και δεν είχα τολμήσει να τις διερευνήσω περισσότερο γιατί μου φάνηκε τόσο τρελλό, τόσο αηδιαστικό, σχεδόν απαράδεκτο, που το κατάπιεσα. Ανακάλυψα αργότερα ότι αν αφήσω τις φαντασιώσεις μου ελεύθερες, αυτό βοηθά για να διευκρινισθεί η μεταβίβαση, αλλά η προϋπόθεση είναι, όπως έχω ξαναπεί, τα πολύ αυστηρά όρια. Διατηρώ τα όρια με ιδιαίτερη αυστηρότητα.»

ΤΡΙΤΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Θα προσπαθήσω να δώσω σύντομες περιλήψεις μερικών σημαντικών θεμάτων.

Το πρώτο θέμα είναι η αρχική δόμηση και οι ανωμαλίες της θεραπείας. Ρωτήσατε χτες γιατί ο ασθενής δέχεται ν' αρχίσει θεραπεία. Αυτοί οι ασθενείς υποφέρουν πολύ από τις δυσκολίες τους, είναι πολύ άρρωστοι, πολλοί απ' αυτούς έχουν χρόνιες τάσεις αυτοκτονίας, σοβαρή ψιχογενή ανορεξία, φοβερές αποτυχίες στο σχολείο ή στη δουλειά τους, παρ' όλο το υψηλό νοητικό δυναμικό τους. Αυτές είναι σημαντικές τραγωδίες και οι ασθενείς θέλουν να βοηθηθούν. Οι καταστροφικές δυνάμεις που νοιώθουν είναι επίσης φοβερές. Λυπούμαι που δεν είναι εδώ η γυναίκα μου, *Paulina Kernberg*, να μας έλεγε για το εννεάχρονο παιδί με οριακή οργάνωση προσωπικότητας, που είχε σε θεραπεία, και στο οποίο συνέβη το εξής. Στις αρχικές συνεντεύξεις, η θεραπεύτρια έβλεπε το παιδί μαζί με τους γονείς, και το παιδί επιτίθετο και πρόσβαλλε τον πατέρα της, ήταν όσο επιθετική μπορούσε να είναι, τον έβριζε. Και ο πατέρας καθόταν ήσυχος, απαντώντας στις ερωτήσεις της θεραπεύτριας και κάποια στιγμή η *Paulina* του είπε «εκπλήσσομαι που βλέπω να δέχεσθε τις προσβολές που σας κάνει η κόρη σας συνεχώς, χωρίς να λέτε ή να κάνετε τίποτα.» Τότε η μικρή σηκώθηκε οργισμένη και είπε «φεύγω, δεν θα ξανάρθω εδώ ποτέ» και έφυγε, αρνούμενη να ξαναπάει. Η *Paulina* δούλεψε με τους γονείς μόνο για τους επόμενους μήνες και, μετά από τρεις μήνες, το κορίτσι της τηλεφώνησε και της ζήτησε να τη δει. Η *Paulina* τη ρώτησε γιατί ξαναγύρισε αφού την τελευταία φορά είχε πει ότι ποτέ δε θα ξανάρθει να τη δει. Παρεμπιπτόντως, οι γονείς αυτού του παιδιού το είχαν ήδη πάει σε δέκα διαφορετικούς ψυχιάτρους. Η μικρή της απάντησε «λοιπόν ήρθα γιατί είσασταν η μόνη που είπε την αλήθεια» και από τότε ξεκίνησε μια εξαιρετικά επιτυχής θεραπεία. Νομίζω ότι είναι μια ενδιαφέρουσα εικονογράφηση πολλών σημείων. Δηλαδή, πρέπει να ξεκινούμε με μια έντιμη συμφωνία, και δεν πιστεύω στις σαγηνευτικές προσεγγίσεις.

Αν βρίσκομαι στη φάση της εκτίμησης του ασθενούς και κείνος μου πει ότι δε θέ-

λει να μιλήσει για κάτι, τον ρωτώ γιατί και μετά του προτείνω: «ας μιλήσουμε γι' αυτό, γιατί είστε εδώ για να βοηθηθείτε και είναι απολύτως απαραίτητο να μιλήσετε ελεύθερα για οτιδήποτε. Πρέπει να φτάσετε στα όρια της αίσθησης του εαυτού σας για να μπορέσω εγώ να σας βοηθήσω να τα ξεπεράσετε. Πρέπει να εξετάσουμε τι είναι αυτό που σας εμποδίζει να νοιώθετε τελείως ελεύθερος μαζί μου.» Και αν ο ασθενής μου πει «αποκλείεται να μιλήσω γι' αυτό, τέρμα», τότε μπορεί να του πω «Βλέπω πως ίσως έχετε κάποιο πρόβλημα. Θέλετε να επικοινωνήσετε μαζί μου και να βοηθηθείτε, και ταυτόχρονα είστε και πολύ φοβισμένος. Σέβομαι τα αισθήματά σας, πρόκειται όμως για μια επίπονη απόφαση, που πρέπει να πάρετε, αν θέλετε πραγματικά να επικοινωνήσετε μαζί μου ελεύθερα ή να αποφασίσετε ότι δε θέλετε και να σταματήσετε.» Έτσι το ξεκαθαρίζω από την αρχή με τον ασθενή. Αν δε θέλει να μου μιλήσει ελεύθερα, θα διακόψουμε τις διαγνωστικές συνεντεύξεις και, όταν νοιώσει έτοιμος, μπορεί να ξανάρθει και να μου μιλήσει ελεύθερα. Κι αυτός είναι πολύ χρήσιμος τρόπος να κοινοποιήσουμε στους ασθενείς ότι η ψυχοθεραπεία είναι μια συνεργασία που απαιτεί ακόμα και από τον πιο άρρωστο ασθενή ελεύθερη και έντιμη επικοινωνία. Προτιμώ να διακόψω τη συνεργασία αυτή αν ο ασθενής δε μου δίνει τα πραγματικά στοιχεία τα οποία έχω ανάγκη για να συνεχίσω.

Όταν ο ασθενής αποδεχτεί τη συνεργασία, τότε βάζω τα θέματα, όπως είναι το οικονομικό, τον τόπο των συναντήσεων, τη συχνότητα κ.τ.λ. Υστερα αποφασίζω αν ο ασθενής χρειάζεται έναν αρχικό σχεδιασμό ή δόμηση της θεραπείας του, με άλλα λόγια, αν πρέπει να θέσω ορισμένους όρους για να προχωρήσω. Δηλαδή, αναλογίζομαι αν υπάρχουν συμπτώματα που μπορεί να είναι κρίσιμα για την επιβίωση του ασθενούς και, αν ναι, τότε βάζω ορισμένους όρους στη θεραπεία. Για παράδειγμα, και αυτό θα το χρησιμοποιήσω για να μιλήσω και για την αυτοκτονία γιατί ταιριάζει, ας πούμε ότι έχουμε έναν ασθενή με

ψυχογενή ανορεξία, που μόλις επιβιώνει και διακινδυνεύει συνεχώς ένα καρδιακό σοκ. Λέω στον ασθενή: «Για να μπορέσω να σας βλέπω εκτός νοσοκομείου, θα πρέπει να κρατηθείτε σε ένα ορισμένο βάρος, το οποίο θα σας ορίσω εγώ από τους ειδικούς πίνακες... Αν πέσετε κάτω απ' αυτό το βάρος, θα σταματήσουμε και θα συνεχίσουμε μόνον όταν το ξαναφτάσετε. Θα σας ζητήσω να πηγαίνετε κάθε βδομάδα στο νοσοκομείο και μια νοσοκόμα θα σας ζυγίζει και εγώ θα της ζητήσω να επικοινωνεί μαζί μου. Αν το βάρος σας είναι μικρότερο από το αναμενόμενο, θα διακόψουμε τη θεραπεία ωσότου το βάρος σας επανέλθει στο σημείο που συμφωνήσαμε και θα περιμένω να μπειτε στο νοσοκομείο.» Μπορεί να προσθέσω ότι θα βρίσκομαι σ' επικοινωνία με το νοσοκομείο ή ότι θα μιλήσω με τους γονείς, κ.λ.π. Όπως βλέπετε, αυτοί είναι όροι για να διατηρήσουμε τους ασθενείς στη ζωή. Αυτό είναι το πρώτο μέλημα, με απόλυτη προτεραιότητα: να φροντίσουμε για τη ζωή του ασθενούς, για την επιβίωσή του και για την επιβίωση των άλλων γύρω του.

Αυτοκτονία

Αυτό με οδηγεί στο θέμα της αυτοκτονίας. Αν ο ασθενής είναι αυτοκτονικός, προσπαθώ πρώτα ν' αποφασίσω αν τείνει προς την αυτοκτονία γιατί είναι σε κατάθλιψη ή όχι. Αν είναι αυτοκτονικός εξ αιτίας της κατάθλιψης, τότε πρέπει να θεραπεύσουμε την κατάθλιψη. Έτσι, λέω στον ασθενή ότι θα πρέπει να βοηθήσουμε πρώτα την κατάθλιψή του και όταν αυτή επιλυθεί, τότε θα συζητήσουμε για την ψυχοθεραπεία για τη διαταραχή προσωπικότητας.

Τώρα, πολλοί οριακοί ασθενείς έχουν τάσεις αυτοκτονίας, χωρίς συμπτώματα κλινικής κατάθλιψης. Σ' αυτούς οι αυτοκτονικές τάσεις είναι τα ισοδύναμα των κρίσεων οργής, νοιώθουν έντονη ματαίωση και ξαφνικά γίνονται αυτοκτονικοί. Επίσης, ασθενείς με σοβαρή ναρκισσιστική παθολογία, μπορεί να γίνουν αυτοκτονικοί

σε στιγμές που νοιώθουν ότι πρέπει να επιβιβαστούν τον έλεγχο που επιθυμούν να έχουν πάνω στον κόσμο. Ενώ όλοι οι άλλοι άνθρωποι φοβούνται τον πόνο, την αρρώστια, το θάνατο, αυτοί δεν φοβούνται τίποτα. Ετσι μπορεί να βγει μια σοβαρή πραγματική αυτοκτονική τάση σα μια επιθετική και δυναμική πράξη δύναμης και ανωτερότητας είναι μια πολύ επικίνδυνη πράξη, γιατί ο ασθενής μπορεί βέβαια να πεθάνει. Ετσι, όποτε ο ασθενής γίνεται αυτοκτονικός, χωρίς να έχει κατάθλιψη, ή ακόμα και με κατάθλιψη η οποία θα πρέπει ν' αντιμετωπιστεί μέσα στην ψυχοθεραπεία και όχι με φαρμακευτική αγωγή σα μια σοβαρή αρρώστια, τότε λέω στον ασθενή: «Ξέρουμε πως είστε μόνιμα σε κίνδυνο να αποπειραθείτε να αυτοκτονήσετε. Θα απαιτήσω από σας την ακόλουθη συμπεριφορά. Αν νοιώσετε αυτοκτονικός, να μου το συζητήσετε στη συνεδρία. Αν δεν μπορείτε να περιμένετε ως την επόμενη συνεδρία και ταυτόχρονα φοβάστε ότι δεν μπορείτε να ελέγξετε τη συμπεριφορά σας, πηγαίνετε στα επείγοντα περιστατικά του ψυχιατρείου. Αν θελήσουν να σας νοσηλεύσουν, πηγαίνετε. Όταν σας αφήσουν να βγείτε, μπορείτε να ξανάρθετε στην ψυχοθεραπεία, θα συνεχίσω να σας βλέπω. Αν πάρετε πολλά χάπια ή κάνετε οτιδήποτε άλλο που σημαίνει ότι είστε σε μεγάλο κίνδυνο αυτοκτονίας, πηγαίνετε μόνοι σας σε οποιοδήποτε γενικό νοσοκομείο που εφημερεύει, και όταν σας επιτρέψουν να φύγετε, πηγαίνετε στα εξωτερικά ιατρεία του ψυχιατρείου όπου και θα εκτιμήσουν αν χρειάζεστε νοσηλεία ή όχι. Αν ο ψυχίατρος σας πει ότι δε χρειάζεστε νοσηλεία, ελάτε πάλι να με δείτε. Μη μου τηλεφωνήσετε αν νοιώσετε αυτοκτονικός. Κάνετε αυτό που σας περιέγραψα πως είναι το καθήκον σας. Αν μπορείτε να ανεχθείτε την κατάσταση σας ως την επόμενη συνεδρία, αυτό θα είναι ιδανικό. Αυτές είναι οι επιλογές σας. Και εγώ θα συνεχίσω την ψυχοθεραπεία σας έστω και αν πρόκειται να τη διακόψετε, γιατί μπορεί να χρειαστεί να νοσηλευθείτε. Αν όμως μου τηλεφωνήσετε γιατί πήρατε χάπια ή βρίσκεστε σε οξύτα-

το κίνδυνο, θα κάνω τα πάντα για να σώσω τη ζωή σας, αλλά μετά θα σταματήσω την ψυχοθεραπεία και θα σας παραπέμψω σε κάποιον άλλον. Δεν είναι μέσα στα καθήκοντά μου να φροντίζω τις απόπειρες αυτοκτονίας, αντίθετα, αν το κάνω αυτό, θα σταθεί εμπόδιο στην θεραπευτική μας σχέση. Αυτή είναι μια προϋπόθεση για ν' αρχίσουμε μαζί θεραπεία. Ποιά είναι η αντίδρασή σας σ' αυτό;» Μετά αρχίζω να συζητώ με τον ασθενή και μπορεί να μας πάρει τρεις, πέντε ακόμα και δέκα συνεδρίες για να κλείσουμε ένα τέτοιο συμβόλαιο. Αυτή είναι μια παράμετρος της τεχνικής. Απαιτεί να παρακολουθήσουμε μετά τον τρόπο με τον οποίο αυτό το πλαίσιο, ο περιορισμός, βιώνονται στη μεταβίβαση, είναι ένας περιορισμός της τεχνικής ουδετερότητας, που εμείς ενσωματώνουμε στο αρχικό συμβόλαιο. Ετσι, θα πρέπει να αναλύονται τα ισοδύναμα της αυτοκτονικής συμπεριφοράς σε ό,τι αναφέρεται στη μεταβίβαση. Αυτή η προσέγγιση, που είναι να βάλουμε πλαίσιο στη δομή και πλαίσιο στο συμβόλαιο, είναι πολύ βοηθητική, μπορεί να μοιάζει σα μαγική αλλά δεν είναι. Είναι πολύ λογική γιατί επιτρέπει να δημιουργηθούν οι συνθήκες εκείνες μέσα στις οποίες μπορούμε να θεραπεύσουμε πολύ άρρωστους ανθρώπους οι οποίοι είναι πολύ δύσκολο να αντιμετωπιστούν σε μια εξωνοσοκομειακή βάση.

Σιωπές και acting out

Τώρα θα ήθελα να μιλήσω ξανά για τύπους *acting out*, που παρουσιάζονται συχνά. Ενας απ' αυτούς είναι οι σιωπές, οι παρατεταμένες σιωπές μέσα στη συνεδρία. Δε μιλώ βέβαια για σιωπή 5 λεπτών, αλλά για ασθενείς που δε λένε ούτε μια λέξη για μια ολόκληρη ώρα ή για πολλές συνεδρίες στη σειρά. Αυτό βέβαια δεν είναι πολύ συχνό, αλλά μπορεί να το αντιμετωπίσετε καμμιά φορά. Είναι πολύ εύκολο να το χειριστεί κάποιος. Πρώτ' απ' όλα, δίνω από την αρχή ακριβείς οδηγίες στον ασθενή γι' αυτό που πρέπει να κάνει και του λέω τι πρόκειται να κάνω εγώ. Λέω στον ασθενή:

«Τώρα που θα ξεκινήσουμε μαζί θεραπεία, θα σας εξηγήσω ποιά είναι τα καθήκοντά σας. Θα έρχεστε σε κάθε συνεδρία και θα μου λέτε ποιά είναι τα κυριότερα προβλήματα σας και, αν δεν υπάρχουν προβλήματα, τότε μπορείτε να μου λέτε ό,τι σας έρχεται στο νου την ώρα που είστε εδώ». Με άλλα λόγια, τους δίνω μια τροποποιημένη οδηγία για τον ελεύθερο συνειρμό. Τους λέω επίσης: «Εγώ με τη σειρά μου θα σας ακούω πολύ προσεκτικά και όποτε νοιώθω ότι μπορώ να συνεισφέρω, θα το κάνω. Θα υπάρξουν φορές που θα σας μιλήσω πολύ, ίσως και περισσότερο απ'ό,τι θα θέλετε και άλλες φορές θα λέω πολύ λίγα γιατί μπορεί να νοιώσω ότι αυτά που λέτε εσείς είναι τόσο σημαντικά, που η διευκρίνισή τους έχει μεγαλύτερη σημασία από οτιδήποτε άλλο. Μερικές φορές μπορεί να θέλετε να ρωτήσετε κάτι. Μπορεί να απαντήσω, μπορεί και όχι, ανάλογα με το τι νοιώθω ότι μπορεί να είναι πιο βοηθητικό. Το δικό σας καθήκον είναι να πείσετε τον εαυτό σας στα όρια της αυτογνωσίας, το δικό μου καθήκον είναι να σας πάω πέρα απ' αυτό.» Δίνω λοιπόν πολύ ακριβείς οδηγίες, με σχεδόν ψυχαναγκαστικό τρόπο, για να δημιουργήσω ένα ρεαλιστικό πλαίσιο, που ελαττώνει τη μαγεία και που επιτρέπει να διαγνώσει κανείς την τάση για *acting out* από τις προσπάθειες του ασθενούς να καταργήσει τα όρια και να καταστρέψει αυτό το πλαίσιο. Ετσι, όλες οι ερμηνείες του *acting out* έχουν την πηγή τους στην ερμηνεία της τάσης του ασθενούς να σπάσει το πλαίσιο της θεραπείας.

Οι ασθενείς τείνουν να δοκιμάσουν αυτά τα όρια και εγώ είμαι προετοιμασμένος για αυτή τη δοκιμασία. Ενας άλλος συχνός τύπος *acting out* είναι τα συχνά τηλεφωνήματα, μπορεί αυτοί οι ασθενείς να μη μιλούν την ώρα της συνεδρίας και να θέλουν να μιλούν πολύ στο τηλέφωνο και να σου τηλεφωνούν μέρα και νύχτα. Λέω στους ασθενείς: «Αν υπάρχει επείγουσα ανάγκη, μπορείτε να μου τηλεφωνήσετε μέρα ή νύχτα. Αν αποδειχθεί ότι δεν πρόκειται για κάτι επείγον, θα σας το πω στην επόμενη συνεδρία. Αν συνεχίσετε να μου τηλεφω-

νάτε για κάτι που ξέρετε ότι δεν είναι επείγον, δεν πρόκειται να απαντήσω και θα σας κλείσω το τηλέφωνο. Αν το επαναλάβετε μπορεί να καταληξω να μην απαντώ σε κανένα τηλεφώνημα για μια βδομάδα και, αν συνεχίσετε, δεν θα απαντώ στο τηλέφωνο για ένα μήνα ή για ένα χρόνο και αυτό είναι επικίνδυνο, γιατί μπορεί να έχετε μια πραγματικά επείγουσα ανάγκη όπου πραγματικά να με χρειάζεστε και δε θα μπορείτε να με βρείτε.» Ετσι, βάζω ξεκάθαρα όρια και χρησιμοποιώ, αν θέλετε, μη-χρησιμοποιημένες τεχνικές για να προστατεύσω αυτά τα όρια. Οι θεραπευτές συμπεριφοράς μου λένε ότι είμαι και εγώ θεραπευτής συμπεριφοράς χωρίς να το ξέρω. Όποτε το κάνω αυτό, το συνοδεύω με ερμηνευτικά σχόλια για τους λόγους που με κάνουν να εισαγάγω αυτές τις παραμέτρους της τεχνικής και λέω και ποιά νόημα έχει στη μεταβίβαση το γεγονός ότι ο ασθενής με ωθεί στα όρια.

Έχω μια λίστα με προτεραιότητες. Θυμάστε, χτες είπα ότι χρησιμοποιώ τα μεταψυχολογικά κριτήρια για την ερμηνεία, με τον τρόπο που περιγράφονται στο βιβλίο του Otto Fenichel (1941), το οποίο έχει επηρεάσει πολύ τη δική μου τεχνική. Ο Fenichel και ο Wilhelm Reich (1933) έχουν επηρεάσει την τεχνική μου κυρίως για την ανάλυση του χαρακτήρα. Όταν δω πως υπάρχει άμεσος κίνδυνος ότι ο ασθενής μπορεί να βλάψει τον εαυτό του ή άλλους, το θεωρώ το πιο επείγον πρόβλημα απ' όλα. Το θεωρώ στοιχείο απόλυτης προτεραιότητας.

Το δεύτερο σημείο προτεραιότητας είναι όταν υπάρχει άμεση απειλή να διακοπεί η θεραπεία. Ερμηνεύω το νόημα της απειλής αυτής και μπορεί βέβαια να μη μου έχει πει ο ασθενής ότι σκέφτεται να σταματήσει. Μπορεί να πω: «Έχω μια φαντασίωση ότι μπορεί να μπειτε στον πειρασμό να σταματήσετε σύντομα τη θεραπεία. Το θεωρώ πραγματικό κίνδυνο. Και εάν αυτό συνέβαινε, νομίζω ότι θα είχε κι αυτό το νόημα.» Με άλλα λόγια, ερμηνεύω αυτό που νομίζω ότι συμβαίνει. Ο ασθενής μπορεί να διαμαρτυρηθεί, λέγοντας «Τι είναι αυτά

που λέτε; Ποτέ δε σκέφτηκα να σταματήσω τη θεραπεία μου.» Λέω στον ασθενή: «Μπορεί να κάνω λάθος και βέβαια μπορείτε να με διορθώσετε, αλλά μου φαίνεται σημαντικό το θέμα.» Αυτή η στάση είναι πολύ βοηθητική για να εμποδίσει την πρόωρη διακοπή της θεραπείας.

Αντιστάσεις, ανεντιμότητα

Μια άλλη προτεραιότητα είναι οι σοβαρές *ναρκισσιστικές αντιστάσεις*. Αυτό με ξαναφέρει στο τρίτο κανάλι επικοινωνίας, στον περιορισμό του ψυχαναλυτικού χώρου. Υπάρχει και μια άλλη προτεραιότητα, που είναι ίσως πιο επείγουσα και ξέχασα να την αναφέρω, αλλά συμβαδίζει συχνά με τις ναρκισσιστικές αντιστάσεις. *Η ανεντιμότητα του ασθενούς*. Σας ανέφερα ήδη ότι η έντιμη επικοινωνία είναι πολύ βασική. Ο ασθενής μπορεί να λέει ψέμματα, οι ψυχοθεραπευτές όμως έχουν μεγάλη δυσκολία να παραδεχτούν ότι οι ασθενείς τους μπορεί να λένε ψέμματα. Λένε: «ο ασθενής μου βρίσκεται σε σύγχυση, χρησιμοποιεί τη διάψευση.» Οι ασθενείς λοιπόν λένε ψέμματα με ενεργητικό ή με παθητικό τρόπο, παραλείποντας, και μας ξεγελούν. Όταν το κάνουν αυτό, πρόκειται κατά τη γνώμη μου για ένα στοιχείο υψηλής προτεραιότητας, που έρχεται στη σειρά αμέσως μετά την τάση αυτοκαταστροφής. Προσπαθώ να ερμηνεύσω, όσο πληρέστερα μπορώ, τους λόγους για την ανεντιμότητα των ασθενών. Συχνά είναι από διαίσθηση που ξέρω ότι ο ασθενής ψεύδεται και δεν έχω άμεση απόδειξη. Κι αυτό μπορεί να το μοιραστώ με τον ασθενή λέγοντας, «Νοιώθω, χωρίς να έχω αποδείξεις, ότι μπορεί να μη μου λέτε αλήθεια. Είναι δική μου φαντασίωση ή είναι αλήθεια; Είναι δικό μου πρόβλημα ή δικό σας;» Βέβαια υπάρχουν βάσιμοι λόγοι για να 'αποφασίσω να το πω μ' αυτόν τον τρόπο. Με άλλα λόγια, αναλύω τις ψυχοπαθητικές μεταβιβάσεις πολύ συστηματικά. Και θα έλεγα σ' αυτούς, που είναι οικείοι με τον κλαϊνικό προσανατολισμό, ότι ως γενική αρχή ή ρήση της Μ. Κλείν ότι *πρέπει να ερ-*

μηνεύονται οι παρανοειδείς μεταβιβάσεις πριν από τις καταθλιπτικές μεταβιβάσεις, είναι πολύ σωστή. Νομίζω ότι είναι πολύ σημαντικό να γίνεται αυτό, και θα πρόσθετα ότι πρέπει πρώτα να ερμηνεύονται οι ψυχοπαθητικές μεταβιβάσεις, οι οποίες έτσι θα μετασχηματιστούν σε παρανοειδείς και μετά η ερμηνεία των παρανοειδών θα τις μετασχηματίσει σε καταθλιπτικές. Έπειτα μπορούμε να δουλέψουμε με τις καταθλιπτικές. Δεν εννοώ βέβαια ότι αυτό πρέπει να εφαρμόζεται με αυστηρό και άκαμπτο τρόπο. Σας δίνω μάλλον το πλαίσιο της γενικής στρατηγικής προσέγγισης.

Τώρα, θα επανέλθω στις ναρκισσιστικές αντιστάσεις. Το βασικό πρόβλημα εδώ είναι η βαθύτατη ανικανότητα του ασθενούς να εξαρτηθεί από τον θεραπευτή. Πολύ συχνά, μοιάζει στην επιφάνεια να είναι ο ασθενής πολύ προσκολλημένος και εξαρτημένος. Ο ναρκισσιστικός ασθενής όμως δεν έχει την ικανότητα να εξαρτηθεί, εξ αιτίας της ασυνείδητης καταστροφής αυτού που προσλαμβάνει σε σχέση με τον ασυνείδητο φθόνο για τον θεραπευτή, ως πρόσωπο που μπορεί να δώσει. Αυτός ο φθόνος είναι η κύρια μορφή της προοιδιπόδειας επιθετικότητας που κυριαρχεί στις ναρκισσιστικές προσωπικότητες.

Σε πιο ήπιες περιπτώσεις, η ανικανότητα για εξάρτηση φαίνεται στον τύπο της σχέσης με τον αναλυτή, όπου μοιάζει να μην υπάρχει μεταβίβαση. Ο ασθενής συντηρεί μια καθορισμένη απόσταση και είναι σημαντικό να αναλυθεί αυτό που μοιάζει με απουσία μεταβίβασης, ως άμυνα στις πρωτόγονες μεταβιβάσεις. Συνήθως έχει και μερικά άλλα χαρακτηριστικά.

(α) Ελλειψη εμπιστοσύνης στην ικανότητα του θεραπευτή να έχει πραγματικό ενδιαφέρον για τον ασθενή. Ο ασθενής σκέφτεται πως ο θεραπευτής τον βλέπει εξ αιτίας του δικού του προσωπικού ενδιαφέροντος για τα χρήματα, ή για να συντηρεί τη φήμη του, ή για λόγους επιστημονικού ενδιαφέροντος, αλλά όχι για τον ίδιο. Ο ασθενής προβάλλει στον αναλυτή τη δική του εκμεταλλευτική συμπεριφορά.

(β) Μια τυπική σχέση είναι η αίσθηση του ασθενούς ότι όποιος έχει ανάγκη από κάποιον άλλον, κινδυνεύει να πέσει θύμα εκμετάλλευσης. Είναι καλύτερα ο θεραπευτής να χρειάζεται τον ασθενή, παρά το αντίστροφο. Π.χ. έρχεται να με δει ένας άνδρας 46 χρόνων, με δυο διαζύγια και ανικανότητα να διατηρήσει σχέσεις με γυναίκες και θέλει να ξαναπαντρευτεί και να αποκτήσει παιδιά, τα οποία ως τώρα μισούσε. Ερχεται λοιπόν να ζητήσει θεραπεία, γιατί θέλει να παντρευτεί και να κάνει παιδιά. Πρόκειται για έναν ένδρα, που κάνει εύκολα διάφορες σεξουαλικές σχέσεις, αλλά μόλις κάνει συναισθηματικό δεσμό με μια γυναίκα, γίνεται σεξουαλικά ανίκανος, με σοβαρές αναστολές και με τυπική αποσύνδεση της τρυφερότητας από την ερωτική σεξουαλικότητα και φοβάται πολύ ότι οι γυναίκες τον θέλουν για τα λεφτά του, είναι βέβαια πολυεκατομμυριούχος!... Ήθελε ν' αρχίσει θεραπεία μαζί μου. Του απάντησα ότι θα ήθελα να τον βλέπω, αλλά δεν είχα χρόνο προς το παρόν και θα έπρεπε να περιμένει στη λίστα αναμονής. Θύμωσε πολύ και μου είπε ότι ήταν διατεθειμένος να με πληρώσει όσα ήθελα, αρκεί να άρχιζα αμέσως τη θεραπεία μαζί του, προσφέρθηκε μάλιστα να προπληρώσει όλο το κόστος της θεραπείας του. Όταν απέρριψα όλες του τις προτάσεις, εκνευρίστηκε πολύ και, όταν του είπα το ποσό που παίρνω για κάθε συνεδρία, είχε μια διπλή αντίδραση: Είπε πως η τιμή είναι χαμηλή, ένιωσε ανακούφιση αλλά, ταυτόχρονα, αναρωτήθηκε αν είμαι καλός θεραπευτής γιατί ένας καλός θεραπευτής θα χρέωνε παραπάνω. (Του πρότεινα τη συνηθισμένη μου τιμή, αλλά αυτός ήταν ένας άνθρωπος συνηθισμένος σε πολύ υψηλότερες τιμές, γιατί καλυμπούσε στα λεφτά, εγώ συνήθως έχω καθορισμένες τιμές και μπορεί να χρεώσω τόσα ώστε να μην αρχίσω να νοιώθω εξαρτημένος από το ποσό). Όταν τελικά τον είδα, μετά από αναμονή έξι μηνών, μου είπε ότι δεν ήταν βέβαιος ότι ήθελε ν' αρχίσει και πρόβαλε ένα σωρό δικαιολογίες. Είπα ότι τις σέβομαι και ευχαρίστως θα δεχόμουν να ξαναπάει στη λίστα

στα αναμονής, τελικά είπε ότι θ' αρχίσει. Παρατηρείτε εδώ την αίσθηση της αμοιβαίας εκμετάλλευσης. Αυτές είναι τυπικές ναρκισσιστικές μεταβιβάσεις. Μια άλλη είναι του ασθενούς ο οποίος, μόλις αρχίσει θεραπεία, βλέπει το θεραπευτή του ως τον καλύτερο στον κόσμο, προβάλλοντας τη δική του μεγαλοπρέπεια στο θεραπευτή. Λέει «έχω τον καλύτερο,» και φυσικά όλοι μπορούν να γίνουν οι καλύτεροι αναλυτές για κάποιο ειδικό λόγο. Ο ασθενής, με τον ίδιο μηχανισμό, φαντασιώνει πως είναι ο καλύτερος ασθενής. Συγχαιρεί το θεραπευτή που είναι τόσο τυχερός να έχει έναν εξαιρετικό ασθενή.

Αν δούμε αυτή τη σχέση από πιο κοντά θα δούμε ότι οριοθετείται σε δυο σημεία: το ένα είναι η δυσκολία του ασθενούς να ανεχθεί ερμηνείες οι οποίες είναι αντίθετες με τις δικές του ιδέες, με άλλα λόγια, δεν μπορεί να αποδεχτεί τίποτα πέρα από τη δική του γνώση, εξ αιτίας του ασυνείδητου φθόνου για την ικανότητα του αναλυτή να γνωρίζει κάτι που ο ασθενής δε γνωρίζει. Ετσι, ο αναλυτής πρέπει να είναι πολύ καλός, αλλά όχι καλύτερος από τον ασθενή. Από την άλλη μεριά, αν ο αναλυτής φανεί να μη γνωρίζει, τον υποτιμά αμέσως. Αν ο αναλυτής είναι χειρότερος από τον ασθενή, υποτιμάται και η κατάσταση γίνεται αφόρητη: ο ασθενής θέλει να εγκαταλείψει τη θεραπεία. Ετσι, ο αναλυτής πρέπει να κινείται σε ένα περιορισμένο χώρο, να μην είναι ούτε πολύ καλός ούτε πολύ κακός. Αυτό δείχνει το μηχανισμό του παντοδύναμου ελέγχου στη μεταβίβαση και πρέπει να αναλύεται. Ετσι, η εξιδανίκευση του ασθενούς είναι στην πραγματικότητα μια προβεβλημένη εξιδανίκευση εαυτού, που πρέπει να αναλυθεί, και ο παντοδύναμος έλεγχος είναι επίσης σημαντικός.

Αρνητική θεραπευτική αντίδραση

Μια τρίτη εκδήλωση είναι οι *αρνητικές θεραπευτικές αντιδράσεις*, εξ αιτίας του

ασυνειδήτου φθόνου. Μετά από μια συνεδρία, όπου ο θεραπευτής έχει την αίσθηση ότι έδωσε πάρα πολλά στον ασθενή, ο ασθενής, νοιώθει ότι δεν παίρνει τίποτα, ότι η θεραπεία δεν οδηγεί πουθενά και τα λέει με τόσο πειστικό τρόπο ώστε να συμφωνήσεις μαζί του. Αν υπογραμμίσουμε την ανάπτυξη αυτών των αρνητικών θεραπευτικών αντιδράσεων, και επισημάνουμε στον ασθενή ότι πράγματι τίποτα δε γίνεται μετά από την τελευταία συνεδρία, μπορεί να διαπιστώσουμε με έκπληξη ότι ο ασθενής έχει ξεχάσει εντελώς την τελευταία συνεδρία, την έχει απωθήσει. Όταν του ζητήσουμε να σκεφτεί γι' αυτό, βρίσκουμε συνειρμούς που μας οδηγούν πολύ συχνά στην αναγνώριση εκδηλώσεων ασυνειδήτου φθόνου, εξ αιτίας όλων αυτών που πήρε. Μπορεί επίσης να υπάρχει συνειδητός φθόνος, γεγονός επίπονο και, καθώς προχωρεί η θεραπεία, ο συνειδητός φθόνος παίρνει μεγάλη σημασία. Η ανοχή και η σταδιακή επεξεργασία του είναι σημαντικά βήματα για τη βελτίωση αυτών των ασθενών. Καθώς αναλύουμε τον παθολογικό μεγαλοπρεπή εαυτό στη μεταβίβαση, τον αποσυνθέτουμε στα στοιχεία των πρωτόγονων σχέσεων αντικείμενου που τον απαρτίζουν. Έτσι, ανακαλύπτουμε ότι ο παθολογικός μεγαλοπρεπής εαυτός είναι πραγματικά μια συμπύκνωση πραγματικών και εξιδανικευμένων πλευρών του εαυτού του ασθενούς και των σημαντικών γονεϊκών εικόνων. Ο ασθενής επαναλαμβάνει σταδιακά στη μεταβίβαση αυτές τις επί μέρους συνιπτώσεις εικόνες και καθώς αυτές αναλύονται, ο παθολογικός μεγαλοπρεπής εαυτός αποσυντίθεται στα στοιχεία του, στις πρωτόγονες σχέσεις αντικείμενου και η θεραπεία των ναρκισσιστικών προσωπικοτήτων μοιάζει πλέον περισσότερο με τη θεραπεία των οριακών ασθενών.

Παρατηρείτε ότι λέω πως στη θεραπεία των οριακών ασθενών με ναρκισσιστική δομή προσωπικότητας, ο θρυμματισμός του μεγαλοπρεπούς εαυτού, με αναλυτική διεργασία, φέρνει στην επιφάνεια τις τυπικές οριακές μεταβιβάσεις, οι οποίες μπορούν μετά να αναλυθούν. Αυτό με φέρνει

σε αντίθεση με άλλους συγγραφείς, όπως τον G. Adler και τον D. Buie (1979), ή τον Rinsley (1977), οι οποίοι πιστεύουν ότι στην πορεία της βελτίωσης των οριακών ασθενών, μπορεί να συναντήσουμε κυριαρχία ναρκισσιστικών αντιστάσεων. Πιστεύω ότι αυτές τις αντιστάσεις τις βρίσκουμε μόνο στους ασθενείς που είχαν αρχικά ναρκισσιστική δομή προσωπικότητας.

Ψυχωτικές μεταβιβάσεις

Υπάρχει ακόμα ένα θέμα, που θα ήθελα να θίξω σύντομα, πριν από τη συζήτηση. Έχει να κάνει με σοβαρές παρανοειδείς αντιδράσεις στη μεταβίβαση, και ειδικότερα με ψυχωτικά στοιχεία της μεταβίβασης, με *ψυχωτικές μεταβιβάσεις* και τον τρόπο που αντιμετωπίζονται.

Όσον αφορά τις παρανοειδείς παλινδρομήσεις στη μεταβίβαση, μιλώ για πεποιθήσεις που έχουν μια παραληρηματική ποιότητα, τις οποίες μπορεί να παρατηρήσουμε μερικές φορές, καθώς και για ψευδαισθήσεις που εκφράζονται στις συνεδρίες. Π.χ. μία ασθενής είχε τη φαντασίωση ότι μια από τις γραμματείς μου θα της τηλεφωνούσε ανώνυμα και θα της ψιθύριζε στο τηλέφωνο: «άρρωστη, άρρωστη...», ήταν έξαλλη και ήθελε να καλέσει την αστυνομία και αυτό συνεχιζόταν για πολλές εβδομάδες. Ανέλυσα τη φαντασίωση ως προβολή του Υπερεγώ της στη γραμματέα μου, η οποία της έλεγε ότι είναι άρρωστη και η ασθενής εκδραμάτιζε όλο αυτό με την ιδέα των τρελλών τηλεφωνημάτων, αυτή η ασθενής ήταν μια απ' αυτές που σας ανέφερα ότι έκανε η ίδια τρελλά τηλεφωνήματα. Αυτό είχε να κάνει με τη σχέση με τη μητέρα της. Αυτό που θέλω να τονίσω εδώ είναι μια γενική τακτική για το πώς ν' αντιμετωπίζει κανείς τα παραληρηματικά στοιχεία στη μεταβίβαση, και βρήκα αυτή την τεχνική πολύ βοηθητική. Θα σας δώσω ένα παράδειγμα. Μία ασθενής μου λέει: «Κάθε φορά που σας λέω κάτι, θα

πρέπει να το συζητάτε; Και πρέπει να το συζητάτε με ειρωνικό, σαδιστικό και κοροϊδευτικό τρόπο; Δεν μπορώ πια να το ανεχθώ.» Αυτή η ασθενής με γελοιοποιούσε όλη την ώρα. Ελεγε, π.χ. «ναι, πολύ ενδιαφέρον...!»¹⁵ Έτσι, καθώς η ίδια η ασθενής ήταν ειρωνική, σαρκαστική, σαρδόνια, πρόβαλε αυτή τη στάση σε μένα και οργιζόταν γιατί νόμιζε πως έτσι της φερόμου εγώ. Προσπαθούσα να αναλύσω αυτή την προβολική ταύτιση χωρίς να καταφέρω τίποτα. Έτσι, είπα στην ασθενή: «Έχουμε μια πολύ ενδιαφέρουσα κατάσταση εδώ. Εσείς είστε πεπεισμένη ότι εγώ είμαι σαρδόνιος και ότι σας κοροϊδεύω, σας φέρομαι με σαδιστικό τρόπο. Θα ήθελα να σας πω ότι πιστεύω πράγματι ότι αυτή είναι η πεποίθησή σας. Επερωτώ όμως αυτή σας την πεποίθηση. Ταυτόχρονα, θα ήθελα να μοιραστώ μαζί σας κάτι που εγώ πιστεύω και θα ήθελα να ακούσετε προσεκτικά αυτό που θα σας πω. Έχω και γω την πεποίθηση ότι εσείς μου φέρεστε με σαρδόνιο, σαρκαστικό και υποτιμητικό τρόπο και ότι εγώ δεν το κάνω αυτό καθόλου. Πιστεύω ότι μόνον εσείς το κάνετε συνέχεια. Θα πρέπει να σκεφτείτε αν νομίζετε ότι σας λέω αλήθεια ή αν σας λέω ψέμματα. Αν νομίζετε ότι λέω ψέμματα, θα πρέπει να το συζητήσουμε, γιατί σημαίνει ότι το πραγματικό πρόβλημα είναι ότι εσείς κάνετε θεραπεία με έναν ανέντιμο, ψυχοπαθητικό θεραπευτή και θα πρέπει να δούμε τι σημαίνει αυτό για σας και για τη σχέση μας. Η, αν πιστεύετε ότι και εγώ σας λέω αλήθεια, τότε και οι δύο μας είμαστε έντιμοι, και οι δύο μας είμαστε πεπεισμένοι γι' αυτό που πιστεύουμε, αλλά προφανώς λειτουργούμε μέσα σε δυο πραγματικότητες οι οποίες δεν είναι συμβατές. Η δική σας πραγματικότητα και η δική μου δεν ταιριάζουν. Αν ο ένας από μας είναι τρελλός και ο άλλος ζει μέσα στην πραγματικότητα, και αν δεν μπορούμε να πούμε ποιός είναι ποιός, δεν έχουμε μάρτυρες για όλα αυτά, τότε ίσως

θα πρέπει να αποφασίσουμε ότι υπάρχει τρέλλα μέσα στο δωμάτιο και δεν μπορούμε να αποφασίσουμε πού να την τοποθετήσουμε, σε σας ή σε μένα, θα πρέπει να εξετάσουμε τι σημαίνει όταν ένα τρελλό άτομο προσπαθεί να επικοινωνήσει με ένα κανονικό άτομο, ανεξάρτητα από το ποιός από τους δύο μας είναι τρελλός.» Αυτή είναι η προσέγγιση που χρησιμοποιώ σε τέτοιες στιγμές. Ερχεται σε αντίθεση με άλλες προσεγγίσεις, όπως π.χ. με τον Rosenfeld (1979) και με της Σχολής της Ψυχολογίας του Εαυτού και με πολλών ψυχοθεραπευτών, οι οποίοι προσπαθούν να ανεχθούν τη μεταβίβαση των ασθενών, διευκρινίζοντας πολύ σταδιακά την πραγματικότητα. Εγώ δέχομαι κατ' ευθείαν αυτό που λέει ο ασθενής, δεν επιχειρηματολογώ, αλλά του κοινοποιώ τη δική μου πεποίθηση και αναλύω σιγά-σιγά τον ψυχωτικό πυρήνα της μεταβίβασης. Μια ενδιαφέρουσα παρατήρηση, που έχω κάνει επανειλημμένα, είναι ότι οι ασθενείς οι οποίοι έχουν έντονες αντικοινωνικές τάσεις, τείνουν να πιστεύουν ότι τους λέω ψέμματα. Με άλλα λόγια, με το να εισαγάγω αυτό το πλαίσιο, μετασχηματίζω αυτό που έμοιαζε με ψυχωτική μεταβίβαση σε μια τυπική ψυχοπαθητική μεταβίβαση, η οποία μπορεί πλέον να αναλυθεί. Οι ασθενείς, που δεν είναι αντικοινωνικοί, διαταράσσονται πολύ γιατί σκέφτονται ότι πράγματι ένας από μας είναι τρελλός, άρα εγώ είμαι ο τρελλός, παρ' όλο που πιστεύουν ότι αυτοί είναι τρελλοί, και αυτό τους προκαλεί μεγάλο φόβο. Αυτό όμως μπορούν να το ανεχθούν γιατί το ανέχομαι εγώ και μπορούμε μετά να εξετάσουμε τι σημαίνει. Στις πιο εύκολες και πιο δραματικές περιπτώσεις μπορεί να φέρει στην επιφάνεια κάποια άμεση μνήμη, π.χ. ενός παιδιού σε σχέση με μια ψυχωτική μητέρα, την επανάληψη της μεταβίβασης δηλαδή με ένα ψυχωτικό γονιό. Σε πολλές περιπτώσεις είναι πολύ πιο σύνθετο και τότε αντιμετωπίζουμε το σύνθετο

¹⁵ Ο Ο. Kernberg αναπαράγει τη μίμηση που έκανε η ασθενής του της δικής του φωνής και του δικού του στυλ. (Σ.τ.Μ.)

ψυχωτικό πυρήνα. Αυτό το κάνω μόνο με τους οριακούς ασθενείς, όχι με τους σχιζοφρενείς, τους οποίους βλέπω επίσης σε εντατική ψυχοθεραπεία. Υπάρχουν διαφορές στην τεχνική, και θα ήθελα να επαναλάβω και να επιμείνω ότι μίλησα μόνο για τη θεραπεία οριακών ασθενών.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σε ερώτηση από το ακροατήριο πώς αντιμετωπίζει το χάος που υπάρχει στη ζωή αυτών των ασθενών, και αν μπορεί να χρησιμοποιεί την εκφραστική ψυχοθεραπεία σε όλες τις περιπτώσεις, ο Ο. Kernberg απάντησε ως εξής: «Είναι πολύ συχνό το πρόβλημα. Όπως είπα, η εκφραστική ψυχοθεραπεία απαιτεί ως ελάχιστο όριο, δύο φορές την εβδομάδα και αν κάποιος εργάζεται σε κοινωνικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας και δεν μπορεί να το προσφέρει, τότε δε νομίζω ότι μπορεί να γίνει αυτού του είδους η θεραπεία. Αυτό που εγώ θα έκανα είναι το εξής: Αν ο ασθενής δεν έχει τα οικονομικά μέσα γι' αυτή τη θεραπεία και τη χρειάζεται πραγματικά, θα προσπαθούσα να δω τι μπορεί να γίνει για να την αποκτήσει. Θα έλεγα στον ασθενή: «Χρειάζεστε μια μακρόχρονη θεραπεία, την οποία δεν μπορείτε να πληρώσετε τώρα. Πώς μπορείτε να αλλάξετε τους τρόπους της δουλειάς σας για να το πετύχετε;» Θα το δω λοιπόν σαν ένα πρόβλημα για συζήτηση με τους ίδιους τους ασθενείς και, σε μερικές περιπτώσεις, είναι προτιμότερο να αναβάλει κανείς τη θεραπεία ωστόσο ο ασθενής τακτοποιήσει τη ζωή του με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να αρχίσει ψυχοθεραπεία. Αν εργαζόμουν σε ένα Κέντρο όπου υπάρχουν πολλοί ασθενείς και λίγες ώρες, θα διάλεγα λίγους οριακούς ασθενείς με την καλύτερη πρόγνωση, για να κάνω μαζί τους εντατική θεραπεία και θα έδινα στους άλλους την ελάχιστη θεραπεία. Θα προσπαθούσα να διατηρήσω δηλαδή μια μικρή πελατεία εντατικής ψυχοθεραπείας για να μη χάσω τις θεραπευτικές μου ικανότητες. Θα έτεινα επίσης να συζη-

τήσω με ακόμα μεγαλύτερες λεπτομέρειες με τους ασθενείς τι ζητώ απ' αυτούς και να εξηγήσω την κατάσταση και την έλλειψη μέσων. Αυτό βάζει τη θεραπεία σε κίνδυνο και δείχνει την ανάγκη ο ασθενής να συνεργαστεί και να ανταποκριθεί στους όρους. Πολλές φορές οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν οικονομικά ή γεωγραφικά προβλήματα κατανοούν αυτούς τους όρους και καταλήγουν να τηρήσουν τους όρους αυτούς του συμβολαίου.»

Σε άλλη ερώτηση σχετικά με τη συχνότητα της οριακής διαταραχής σε σχέση με το φύλο, ο Ο. Kernberg απάντησε: «Πράγματι, πολύ περισσότερες γυναίκες με οριακή διαταραχή περιγράφονται στη βιβλιογραφία, αμφιβάλλω όμως αν αυτό σημαίνει ότι υπάρχουν περισσότερες στην κλινική μας πρακτική. Είναι σύμπτωση ότι σας έδωσα παραδείγματα από γυναίκες ασθενείς μου. Έχει να κάνει μερικώς με το γεγονός ότι περιορίσαμε το ερευνητικό μας πρωτόκολλο σε γυναίκες, για να αποκλείσουμε άλλη μια μεταβλητή. Αλλάστω, παίρνω μόνο γυναίκες ενός συγκεκριμένου φάσματος ηλικίας για να ελέγξουμε όσο το δυνατόν περισσότερες μεταβλητές, που θα μπορούσαν να επηρεάσουν το αποτέλεσμα. Σας έδωσα λοιπόν παραδείγματα γυναικών ασθενών, που παίρνουν μέρος στην έρευνα. Θα μπορούσα να σας δώσω τα ίδια παραδείγματα με άνδρες ασθενείς για κάθε τι που είπα. Είναι αλήθεια ότι η διάγνωση της ναρκισσιστικής προσωπικότητας είναι πιο συχνή στους άνδρες από ότι στις γυναίκες αλλά αυτό νομίζω ότι είναι λάθος, γιατί είναι πολύ ξεκάθαρο ότι η ναρκισσιστική προσωπικότητα είναι εξίσου συχνή στις γυναίκες και στους άνδρες. Πολλοί από τους ασθενείς, που περιγράφονται στη βιβλιογραφία ως οριακές διαταραχές προσωπικότητας, έχουν ταυτόχρονα όλα τα κριτήρια και μιας ναρκισσιστικής διαταραχής προσωπικότητας. Υπάρχουν διαφορές στην παθολογία, που είναι καθορισμένες από πολιτισμικά στοιχεία. Π.χ. βρίσκουμε περισσότερες αντικοινωνικές προσωπικότητες στους άνδρες, γιατί οι άνδρες

εμπλέκονται πιο εύκολα με το Νόμο και με άμεση επιθετικότητα, ενώ στις γυναίκες τα αντικοινωνικά στοιχεία είναι κρυμένα σε άλλες συμπεριφορές. Έτσι, μερικά απ' αυτά είναι πολιτισμικά, αλλά είναι και διαγνωστικά. Π.χ. η κλοπή στα μαγαζιά είναι ένα αντικοινωνικό σύμπτωμα πολύ πιο συχνό στις γυναίκες από τους άνδρες. Συχνά δεν το παίρνομε καθόλου υπόψη στη διάγνωση, σε αντίθεση με τη βίαιη παραβίαση, που είναι επίσης αντικοινωνικό στοιχείο και πιο συχνό στους άνδρες.»

Σε ερώτηση σχετική με τη βία στη μεταβίβαση και τις αυτοκτονικές τάσεις, ο O. Kernberg απάντησε: «Όταν έχουμε ασθενείς που είναι έντονα αυτοκτονικοί, για παράδειγμα, και βάζουμε ένα πλαίσιο με όρους όπως αυτούς που ανέφερα, τότε γίνονται πολύ βίαιοι στη μεταβίβαση και οι αυτοκτονικές τάσεις μετασχηματίζονται σε επιθετικότητα στη μεταβίβαση. Η ασθενής που ανέφερα ότι χτύπησε δυνατά την πόρτα και με κλείδωσε μέσα, ήταν αυτοκτονική. Στις προηγούμενες σχέσεις της με ψυχοθεραπευτές ήταν πολύ ήπια και γλυκιά, με εξαίρεση ότι ήταν χρόνια αυτοκτονική. Όταν άρχισα ψυχοθεραπεία μαζί της, επέβαλα μια δομή και είναι πέντε χρόνια σε ψυχοθεραπεία μαζί μου. Δεν έχει κάνει καμιά απόπειρα αυτοκτονίας. Είναι όμως πολύ βίαιη μέσα στις συνεδρίες, μια βία η οποία σταδιακά γίνεται λιγότερη. Στα προηγμένα στάδια της θεραπείας, βλέπουμε να αναπτύσσεται και η ικανότητα να νοιώσουν συναισθήματα ενοχής, επανορθωτικές τάσεις και μια τάση να επανορθώσουν τη ζημιά που έχουν κάνει στις σχέσεις αντικειμένου στο παρελθόν και στο παρόν. Αυτό είναι μια ένδειξη εσωτερικεύσης της επιθετικότητας και σταθεροποίησης ενός φυσιολογικού Υπερεγώ. Επίσης, σε προχωρημένα στάδια της θεραπείας, η αρνητική θεραπευτική αντίδραση δεν προέρχεται από ασυνείδητο φθόνο, αλλά από ασυνείδητη ενοχή, ενοχή γιατί δεν αξίζουν να βοηθηθούν. Όλα αυτά δείχνουν την ένταξη της επιθετικότητας στο Υπερεγώ και τη διάβαση από τις παρανοειδείς

στις καταθλιπτικές μεταβιβάσεις, από την παρανοειδή στην καταθλιπτική θέση, με κλαϊνικούς όρους.»

Σε ερώτηση αν πληρώνεται όταν ο ασθενής νοσηλεύεται και χάνει τα ραντεβού του, ο O. Kernberg απάντησε: «Όχι δεν πληρώνομαι, γιατί θεωρώ τη νοσηλεία ένα γεγονός που βρίσκεται έξω από τον έλεγχο του ασθενούς. Γενικά, είμαι ίσως πολύ πιο εύκαμπτος γύρω από θέματα πληρωμής, σε σύγκριση με άλλους ψυχοθεραπευτές, γιατί εργάζομαι με πλήρες ωράριο σε Πανεπιστημιακό πλαίσιο, και έχω τόσα άλλα πράγματα να κάνω όταν δεν έρχεται ένας ασθενής. Αν εργαζόμουν ιδιωτικά και καθόμουν σε ένα γραφείο και ο ασθενής δεν ερχόταν, θα ήμουν ίσως πολύ πιο αυστηρός. Το μόνο πράγμα που λέω είναι ότι πρέπει να είμαστε σταθεροί με οποιαδήποτε πολιτική ακολουθούμε. Οι ασθενείς το παρατηρούν πάντοτε αν τείνετε ν' αλλάξετε πολιτική.»

Για την ψυχωτική παλινδρόμηση, ο O. Kernberg είπε: «Εξήγησα ήδη πώς αντιμετωπίζω τις παραληρηματικές ιδέες στη μεταβίβαση. Αν ο ασθενής αναπτύξει παραληρηματικές ιδέες που δεν είναι εγκιστωμένες αλλά τείνουν να γενικευθούν και ξεφεύγουν από τις ώρες της συνεδρίας, τότε έχουμε να κάνουμε με μεταβιβαστική ψύχωση, η οποία είναι διαφορετική από τις παραληρηματικές ιδέες. Αυτό που κάνω τότε είναι να δομήσω τη θεραπεία. Λέω στον ασθενή ότι ξέρω ότι συμπεριφέρεται έξω από τις συνεδρίες προς εμένα ή προς άλλους, ακολουθώντας τις πεποιθήσεις του. Του λέω ακόμα ότι οι δικές μου πεποιθήσεις είναι διαφορετικές, αλλά και ότι θεωρώ κρίσιμο να σταματήσει αυτή τη συμπεριφορά και ότι πρέπει να συμπεριφέρεται με φυσιολογικό τρόπο έξω από τις ώρες της θεραπείας. Του λέω ότι αυτό το κάνω για να προστατεύσω τον ίδιο και τους άλλους. Αν ο ασθενής είναι ικανός να το αποδεχτεί, έστω και αν νομίζει ότι είναι αυθαίρετο, συνεχίζω με την ίδια προσέγγιση. Συνήθως αυτό είναι ένα πολύ δυναμικό

μήνυμα. Αυτός είναι ο τρελλός, όχι εγώ, και ένα μέρος τους ασθενούς το αποδέχεται. Αν δεν μπορεί να το αποδεχτεί, αναρωτιέμαι αν ο ασθενής πρέπει να νοσηλευθεί ή να κάνει κάποια άλλη θεραπεία για ψύχωση (φαρμακοθεραπεία, νοσηλεία και διακοπή της ψυχοθεραπείας) και συνήθως σ' αυτό το σημείο αποφασίζω ν' αλλάξω πιθανόν τη στρατηγική μου. Μπορεί να προτείνω νοσηλεία και να συνεχίσω την ψυχοθεραπεία ή να προτείνω να πάρει φάρμακα (από άλλον ψυχίατρο). Αυτό που προσπαθώ να κάνω είναι να φροντίσω τον ασθενή και να τον προστατεύσω.»

Για την ερμηνεία των ονείρων, ο O. Kernberg είπε: «Στην αρχή της θεραπείας χρησιμοποιώ το έκδηλο περιεχόμενο του ονείρου για να το συνδέσω με τα κυρίαρχα θέματα στη μεταβίβαση. Δεν ερμηνεύω το όνειρο. Χρησιμοποιώ το έκδηλο περιεχόμενο για να το συνδέσω με την ερμηνεία στη μεταβίβαση. Στη μεσαία φάση της θεραπείας, μπορεί να ζητήσω τους συνειρμούς του ασθενούς σε σχέση με το όνειρο και θα εντάξω αυτούς τους συνειρμούς στην ερμηνεία στη μεταβίβαση. Σε προχωρημένα στάδια της θεραπείας, ερμηνεύω τα όνειρα όπως και στην ψυχανάλυση.»

Για την κατάσταση εαυτού (self state) του Kohut είπε: « Νομίζω ότι ο Kohut (1971) έχει μιά, θα την ονόμαζα «διευρυμένη» θεωρία σχέσεων αντικειμένου. Χρησιμοποιεί μόνο την εσωτερική του θετικού ή εξιδανικευμένου «εαυτού-αντικειμένου» (self object) και αγνοεί εντελώς την εσωτερική των δικτικών αντικειμένων. Αυτή είναι, νομίζω, η μεγαλύτερη θεωρητική του αδυναμία. Η δική μου προσέγγιση στην ανάλυση του ονείρου είναι επηρεασμένη από τον Erikson, πώς αφηγήθηκε το όνειρο ο ασθενής, και από τον Fairbairn. Στην πραγματικότητα, η μελέτη του Fairbairn, «*Theory of dream analysis*», είναι η πηγή της δικής του θεωρίας για τις σχέσεις αντικειμένου και με έχει επηρεάσει πολύ βαθιά. Οι κλαϊνικοί, και ιδιαίτερα ο Rosenfeld (1979), ερμηνεύουν τα όνειρα.»

Για τον Guntrip, ο O. Kernberg είπε: «Εχω προβλήματα με τον Guntrip. Ειλικρινά, νομίζω ότι παραληρεί με τη θεωρία του Fairbairn για τις σχιζοειδείς προσωπικότητες. Και ο Fairbairn διευκρινίζει ότι αναλύει το σχιζοειδή κατακερματισμό ως ένα θέμα δυναμικής. Δε νομίζω ότι σ' αυτό επηρέασε τον Guntrip.»

Σε ερώτηση για το ναρκισσισμό και την οργάνωση της προσωπικότητας, ο O. Kernberg απάντησε: «Πιστεύω, όπως και η M. Mahler, ότι όλοι οι ασθενείς με *bona fidae* ναρκισσιστική προσωπικότητα έχουν μια οργάνωση οριακής προσωπικότητας. Αλλά κάτω από ιδανικές συνθήκες, ο παθολογικός μεγαλοπρεπής εαυτός δημιουργεί μια ψευδοταυτότητα, έτσι ώστε, η έννοια του εαυτού του ασθενούς να είναι απαρτιωμένη, παρόλο ότι η έννοια που έχει για τους σημαντικούς άλλους είναι κατακερματισμένη. Η διάχυση ταυτότητας καλύπτεται και, με την ίδια λογική, πολλοί ναρκισσιστικοί ασθενείς δεν έχουν τις μη ειδικές εκδηλώσεις αδυναμίας του Εγώ. Ετσι λειτουργούν πολύ καλύτερα από τους συνηθισμένους οριακούς ασθενείς. Αυτοί είναι ασθενείς για τους οποίους υπάρχει ένδειξη για ψυχανάλυση. Η δομή τους είναι οριακή, αλλά η κλινική τους λειτουργία είναι πολύ καλύτερη από του οριακού ασθενούς. Πολλοί από τους άλλους ναρκισσιστικούς ασθενείς είναι τυπικά οριακοί, παρ' όλο που δείχνουν λιγότερη διάχυση ταυτότητας, έχουν κυρίαρχες πρωτόγονες άμυνες και μη ειδικές εκδηλώσεις αδυναμίας του Εγώ και γι' αυτούς υπάρχει ένδειξη για ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία. Τέλος, υπάρχουν ασθενείς με ναρκισσιστική προσωπικότητα με σοβαρές επιλοκές: Την διήθηση του παθολογικού μεγαλοπρεπούς εαυτού από την επιθετικότητα. Έχουν ναρκισσιστική προσωπικότητα, Εγω-συntonική επιθετικότητα και μερικές φορές επίσης αντικοινωνικά στοιχεία και παρανοειδείς τάσεις. Αυτό είναι το σύνδρομο του κακοήθους ναρκισσισμού. Αυτός είναι η πιο σοβαρή διαταραχή. Μερικοί απ' αυτούς τους ασθενείς μπορούν να κάνουν εκ-

φραστική ψυχοθεραπεία, με άλλους χρειάζεται υποστηρικτική προσέγγιση.»

Σε μια τελευταία ερώτηση αν υπάρχουν περισσότερες οριακές προσωπικότητες σήμερα σε σύγκριση με το παρελθόν, ο O. Kernberg απάντησε: «Δεν ξέρω αν έχουμε αποδείξεις ότι οι οριακές προσωπικότητες ή οι σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας είναι πιο συχνές σήμερα απ'ότι στο παρελθόν. Δεν υπάρχουν σοβαρές συγκριτικές έρευνες. Πρόκειται μόνο για κλινική εντύπωση. Ένα δεύτερο σημείο είναι πως υποθέτω ότι σημαντικές αλλαγές στον τρόπο που μεγαλώνουμε τα παιδιά, ή στη δομή της οικογένειας, επηρεάζουν τη συχνότητα της οριακής παθολογίας έτσι ώστε υπομάδες του πληθυσμού με σοβαρές ελλείψεις στην κοινωνικοποίηση, κατάρρευση της δομής της οικογένειας θα έδειχναν μετά από μια ή δύο γενεές αύξηση των σοβαρών διαταραχών προσωπικότητας. Νομίζω ότι το βλέπουμε αυτό σε μειονότητες του πληθυσμού στις Η.Π.Α. Στη Νέα Υόρκη έχουμε 1,5 εκατομμύριο ανθρώπους που

ζούνε με λεφτά της Πρόνοιας και είναι η τρίτη γενεά που ζει έτσι. Έχουν κόψει οποιαδήποτε σχέση με την εργασία, και συχνά συνυπάρχει κατάρρευση της δομής της οικογένειας και πλήρης έλλειψη κοινωνικοποίησης. Παρατηρούμε λοιπόν μια αύξηση των σοβαρών διαταραχών προσωπικότητας ειδικά, με ανοιχτές εκδηλώσεις βίας και αντικοινωνικά στοιχεία. Έτσι η κουλτούρα τους έχει δυστυχώς μια σοβαρή επιροή. Υπό άλλες συνθήκες, βλέπουμε επίσης να αλλάζει η συχνότητα των διαταραχών προσωπικότητας, ανάλογα με το βαθμό της σταθερότητας της κουλτούρας, γιατί όσο πιο σταθερή είναι η κουλτούρα, τόσο περισσότερο οι εξωτερικές δομές αντικαθιστούν την έλλειψη εσωτερικής δομής των ατόμων με διαταραχές προσωπικότητας. Με τη γρήγορη κοινωνική αλλαγή, την επανάσταση ή το κοινωνικό χάος, οι κοινωνικές δομές ελαττώνονται και οι διαταραχές προσωπικότητας αρχίζουν να εκδραματίζονται και μοιάζει να αυξάνουν όταν ελαττώνονται οι κοινωνικοί περιορισμοί.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Adler G. and Buie D.H. The psychotherapeutic approach to aloneness in the borderline patient. In J. Le Boit and A. Capponi (Eds) *Advances in psychotherapy of the borderline patient*. N.Y., Jason Aronson, 1979, pp. 433-448.

Bergeret J. Les états limites. *Revue Française de Psychanalyse*, 1970, 34, 605-633.

Bion W.R. *Attention and interpretation*. London, Heinemann, 1970.

Deutch F. *Applied psychoanalysis*. N.Y., Grune & Stratton, 1949.

Fairbairn W. *Theory of dream analysis*.

Fenichel O. *Problems of psychoanalytic tech-*

nique. Albany, Psychoanalytic Quarterly, Inc., 1941.

Freud S. (1913) Introduction to Pfister's *Die psychoanalytische Method*. S.E. 12, 327-332.

Green A. The borderline concept. In P. Hartocollis (Ed.) *Borderline personality disorders*. N.Y., International Universities Press, 1977, pp. 15-44.

Guntrip H. *Schizoid phenomena, object relations and the self*. N.Y., International Universities Press, 1968.

Kernberg O.F. The narcissistic personality disorder and the differential diagnosis of antisocial behavior. *The psychiatric Clinics of North*

America, 1989, 12, 3, 553-570.

Kernberg O.F. *Severe personality disorders*. Yale University Press, 1984.

Kernberg O.F. *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. N.Y., Jason Aronson, 1976.

Kernberg O.F. *Borderline conditions and pathological narcissism*. N.Y., Jason Aronson, 1975.

Kernberg O.F., Selzer M.A., Koenigsberg H. W., Carr A.C. and Appelbaum A.H. *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. Basic Books, 1989.

Knight R. Borderline states. In R.P. Knight and C.R. Friedman (Eds) *Psychoanalytic psychiatry and psychology*. N.Y., International Universities Press, 1953.

Kohut H. *The analysis of the self*. N.Y., International Universities Press, 1971.

Mahler M. A study of the separation-individuation process and its possible application to borderline phenomena in the psychoanalytic situation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 1971, 26, 403-424.

Modell A. «The holding environment» and the therapeutic action of psychoanalysis. *Journal of*

the American Psychoanalytic Association, 1976, 24, 285-307.

Racker H. *Transference and countertransference*. N.Y., International Universities Press, 1968.

Reich W. (1933). *Character analysis*. N.Y., Farrar, Straus & Giroux, 1972.

Rinsley D. An object-relations view of borderline personality. In P. Hartocollis (Ed.) *Borderline personality disorders*. N.Y., International Universities Press, 1977, pp. 47-70.

Rosenfeld H. Difficulties in the psychoanalytic treatment of borderline patients and transference psychosis in the borderline patient. In J. Le Boit and A. Capponi (Eds). *Advances in psychotherapy of the borderline patient*. N.Y., Jason Aronson, 1979, pp. 187-206 and 485-510.

Stone M. *The borderline syndromes*. N.Y., McGraw-Hill, 1980.

Volkan V.D. *Primitive internalized object relations*. N.Y., International Universities Press, 1976.

Zetzel E.R. A developmental approach to the borderline patient. *American Journal of Psychiatry*, 1971, 127, 867-871.

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η Ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας και η διαφορική διάγνωση από την αντικοινωνική συμπεριφορά¹

Otto F. Kernberg

Μετάφραση: Κώστας Μπαζαρίδης

Σκοπός αυτού του άρθρου είναι να εστιάσει τη στενή σχέση της ναρκισσιστικής διαταραχής προσωπικότητας και της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας. Στην ουσία, προτείνω ότι πρακτικά όλοι οι ασθενείς με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας παρουσιάζουν τυπικά γνωρίσματα της ναρκισσιστικής διαταραχής προσωπικότητας, μαζί με μια ειδική παθολογία των εσωτερικευμένων ηθικών συστημάτων (των «υπερεγωτικών λειτουργιών» τους) και μία ιδιαίτερα επιδείνωση του κόσμου των εσωτερικευμένων σχέσεων αντικειμένου. Η μόνη αξιοσημείωση εξαίρεση του κανόνα, ότι οι αντικοινωνικές διαταραχές προσωπικότητας παρουσιάζουν ναρκισσιστικές διαταραχές προσωπικότητας, καθώς και σοβαρή υπερεγωγική παθολογία, είναι το σχετικά σπάνιο, και με βαριά πρόγνωση, κλινικό σύνδρομο της «ψευδο-ψυχοπαθητικής σχιζοφρένειας», όπου έχουμε να κάνουμε με τυπικούς χρόνιους σχιζοφρενείς, οι οποίοι παρουσιάζουν παροδικά διαστήματα βελτίωσης (με ή χωρίς θεραπεία) και σ' αυτά τα διαστήματα βελτίωσης εμφανίζουν σοβαρή, χρόνια αντικοινωνική συμπεριφορά η

οποία εξαφανίζεται μόνον όταν ο ασθενής ξαναγίνει ψυχωτικός. Ακόμη περιγράψω μια ομάδα ασθενών που τοποθετείται μεταξύ της ναρκισσιστικής διαταραχής προσωπικότητας και της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας και χαρακτηρίζεται από αυτό που έχω ονομάσει σύνδρομο του «κακοήθους ναρκισσισμού». Αυτό το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από ένα συνδισμό:

- ναρκισσιστικής διαταραχής προσωπικότητας,
- αντικοινωνικής συμπεριφοράς,
- Εγω-συντονικής επιθετικότητας ή σαδισμού που κατευθύνεται προς τους άλλους ή εκφράζεται ακόμα με έναν ιδιάζοντα τύπο θριαμβικού αυτο-ακρωτηριασμού ή με αυτοκτονικές προσπάθειες, και
- έντονου παρανοειδούς προσανατολισμού.

Συνεπώς, περιγράψω μια διάσταση της αντικοινωνικής συμπεριφοράς που συνδέει τη ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας με την αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας και το σύνδρομο του κακοήθους ναρκισσισμού ως ενδιάμεσο αστερισμό προσωπικότητας. Αυτή η σύνδεση

¹ Μια προγενέστερη εκδοχή αυτού του κειμένου παρουσιάστηκε στις 7 Νοεμβρίου 1986 στη Νέα Υόρκη και σε ένα συνέδριο με τίτλο «Νέες προσεγγίσεις στο ναρκισσισμό» στο Σικάγο στις 11 Μαΐου 1987. Η μετάφραση έγινε από το αφιέρωμα του «Psychiatric Clinics of North America» (τόμος 12, αριθ. 3, Σεπτέμβριος, 1989) με τίτλο τόμου «Ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας», σσ. 553-570. Για την απόδοση των όρων του DSM-III χρησιμοποιήθηκε η ελληνική μετάφραση του DSM-III «Σύντομος Οδηγός Διαγνωστικών Κριτηρίων από το DSM-III» (Μετάφραση-προσαρμογή: Ν. Μάνος, Σ. Ντώνιας, University Studio Press, Θεσσαλονίκη). (Σ.τ.Μ.)

ση των τριών διαταραχών προσωπικότητας είναι κάτι που το συναντούμε και με άλλες διαταραχές προσωπικότητας, όπως για παράδειγμα στη σχέση των σχιζοειδικών διαταραχών προσωπικότητας με τις σχιζοτυπικές διαταραχές προσωπικότητας και στη σχέση των υστερικών διαταραχών προσωπικότητας με τις οιστριονικές (*histrionic*), υστεροειδείς, νηπιακές και οριακές διαταραχές προσωπικότητας.

Μια πολύ σημαντική περιπλοκή αυτής της συζήτησης απορρέει από τις ατέλειες της περιγραφής της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας στο DSM-III(R) (1987), όπου η χρήση υπερβολικά συγκεκριμένων συμπεριφορικών κριτηρίων - αντί για στοιχεία προσωπικότητας (ψυχολογικά, ενδοψυχικά κριτήρια) - και η υπερβολική έμφαση στην εγκληματική συμπεριφορά ενέχουν τον κίνδυνο ενός λαθεμένου διαγνωστικού προσανατολισμού. Τα κριτήρια του DSM-III (R) για την αντικοινωνική συμπεριφορά είναι σίγουρα αρκετά ευρέα ώστε ουσιαστικά να συμπεριλαμβάνονται όλοι οι ασθενείς με κοινωνικές διαταραχές προσωπικότητας, στους οποίους επικρατούν τα επιθετικά πρότυπα διαντίδρασης και η εγκληματική συμπεριφορά. Η ευαισθησία είναι ιδιαίτερα οξυμένη, μολοντί η ακρίβεια είναι μάλλον μειωμένη. Αυτά τα κριτήρια, τονίζοντας τη σοβαρότητα της εγκληματικής συμπεριφοράς, υποσκελίζουν το φιλοσοφικό πρόβλημα του τι είναι αντικοινωνικό σύμφωνα με συγκεκριμένα συστήματα αξιών και με την εμμονή τους σε παιδικά προηγούμενα κατευθύνουν κατάλληλα τον κλινικό στις παιδικές αφετηρίες της παθολογίας του χαρακτήρα. Ωστόσο, ατυχώς, με αυτήν την υπερβολική έμφαση στα εγκληματικά στοιχεία της αντικοινωνικής συμπεριφοράς συντάσσονται παραπτωμάτιες με τελείως διαφορετική προσωπικότητα και θολώνεται η διάκριση μεταξύ των κοινωνικοπολιτισμικών και οικονομικών επικαθορισμών της παραπτωματοκότητας, από τη μια πλευρά, και της ψυχοπαθολογίας της προσωπικότητας, από την άλλη. Ετσι, αυτά τα κριτήρια συνέβαλαν σ' αυτό που οι Rutter και Giller

(1983) έχουν περιγράψει ως την αδιάκριτη επισώρευση της παραπτωματοκτικής συμπεριφοράς, γεγονός που κατά την άποψή τους αντιστρατεύεται την ανακάλυψη των προδιαθετικών παραγόντων που συμβάλλουν σε όσους έχουν ειδικές διαταραχές προσωπικότητας. Επίσης τα κριτήρια αυτά οδήγησαν τον Stone (1984) να θέσει πολύ σημαντικά ερωτήματα. Ένα έλλο πρόβλημα με τα κριτήρια του DSM-III (R) είναι ότι παραμελούν τον μη - επιθετικό ή τον άτυπο ή τον παθητικό τύπο αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας, στους οποίους οι χρόνιες παρασιτικές ή εκμεταλλευτικές συμπεριφορές υπερισχύουν έναντι των καθαρά επιθετικών στάσεων.

Εκείνο που εγώ βρήκα περισσότερο εντυπωσιακό στην περιγραφή της αντικοινωνικής διαταραχής από τό DSM-III (R) είναι η αξιοσημείωτη απουσία εστιασμού στα παθολογικά στοιχεία προσωπικότητας, σε αντίθεση με την εμμονή στις ξεκάθαρες αντικοινωνικές συμπεριφορές, μια κριτική που τόσο πειστικά διατύπωσε ο Millon (1981). Το πρόβλημα της διάγνωσης της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας έχει περιπλακεί από τις περιπέτειες της ορολογίας, που έχουν προκαλέσει συγχύσεις. Αλυτα εννοιολογικά προβλήματα ξεπροβάλλουν κατά την ιστορική ανάλυση των κλινικών περιγραφών και της ορολογίας.

Το DSM-I μετατοπίστηκε από τον παραδοσιακό όρο «κοινωνικοπαθητική προσωπικότητα», που υπογράμμισε τα κοινωνικά δυσπροσαρμοστικά στοιχεία αυτών των ασθενών και την αλληλενέργεια προσωπικότητας και κοινωνικών καθορισμών, στον όρο «κοινωνικοπαθητική βλάβη προσωπικότητας». Επίσης το DSM-I διαφοροποίησε τον όρο «αντικοινωνική αντίδραση» από την «δυσκοινωνική αντίδραση», όπου ο πρώτος αναφέρεται στον ψυχοπαθητικό με τη στενή έννοια του όρου, ενώ ο δεύτερος σε ασθενείς που παραβλέπουν τους κοινωνικούς κώδικες και αναπτύσσονται σε δύσμορφο κοινωνικό περιβάλλον, αλλά είναι ακόμα ικανοί να εμφανίσουν πολύ ισχυρά προσωπικά πι-

στεύω. Όλα αυτά τα χρόνια το βιβλίο του Cleckley «*Η Μάσκα της Λογικής*» που η πέμπτη έκδοση του κυκλοφόρησε το 1964, παραμένει, κατά την άποψή μου, το βασικό κείμενο που περιγράφει ό,τι αποκαλούμε σήμερα αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας. Το DSM-II (1968) σε μια προ-

σπάθεια να περιορίσει την διάγνωση της ψυχοπαθητικότητας στην αντικοινωνική προσωπικότητα άλλαξε τον όρο σε «*αντικοινωνική προσωπικότητα*» και πρότεινε έναν ορισμό, ο οποίος, στην ουσία, απορρέει από τις εργασίες του Cleckley (1941) και του Henderson (1939).

Ο όρος αποδίδεται σε άτομα που βασικά δεν έχουν κοινωνικοποιηθεί και των οποίων τα πρότυπα συμπεριφοράς τους τους φέρνουν επανειλημμένα σε σύγκρουση με την κοινωνία. Είναι ανίκανοι να φανούν συνεπείς σε άτομα, ομάδες ή κοινωνικές αξίες. Είναι απροκάλυπτα εγωϊστές, σκληροί, ανεύθυνοι, παρορμητικοί και ανίκανοι να νιώσουν ενοχή ή να διδαχτούν από την εμπειρία και την τιμωρία. Η δυνατότητα ανοχής των αποστερήσεων είναι χαμηλή. Τείνουν να κατηγορούν τους άλλους ή να παρουσιάζουν αληθοφανείς εκλογικεύσεις για τη συμπεριφορά τους. Ένα απλό ιστορικό επαναλαμβανόμενων νομικών ή κοινωνικών παραπτώματων δεν επαρκεί για την επικύρωση μιας παρόμοιας διάγνωσης.

Από κλινικής πλευράς, έχουμε ένα σύντομο, αλλά πολύ σχετικό και ουσιαστικό ορισμό. Επίσης εμπεριέχει αναφορές στα στοιχεία ναρκισσιστικής προσωπικότητας αυτών των ασθενών. Το DSM-III (1980) διατήρησε τον ίδιο όρο-αντικοινωνική προσωπικότητα-προσθέτοντας την χαρακτηριστική ετικέτα «*διαταραχή*» στο τέλος, αλλά το βάρος της προσέγγισης μετατοπίστηκε προς ένα ευρύτερο πλαίσιο, προσανατολισμένο στην εγκληματική συμπεριφορά. Οι επιδημιολογικές έρευνες των O'Neal και συν. (1962) και του Guze (1964 και 1964b) και όλως ιδιαίτερα του Robins (1966) συνετέλεσαν καθοριστικά σ' αυτήν την προσέγγιση.

Κατ' εμέ, η ψυχανάλυση συνέβαλε τόσο στη διαγνωστική σύγχυση όσο και στην διευκρίνιση των δομικών χαρακτηριστικών της αντικοινωνικής προσωπικότητας. Οι Alexander και Healy (1930 και 1935) ανέπτυξαν την έννοια του «*νευρατικού χαρακτήρα*», αναφερόμενοι σε σοβαρές παθολογίες του χαρακτήρα, συμπεριλαμβανοντας σ' αυτήν και παθολογίες χαρακτήρα με αντικοινωνικά στοιχεία, θολώνοντας σιωπηρά τη διάκριση μεταξύ της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας και των άλλων διαταραχών προσωπικότητας.

Ο Eissler (1950) εισάγοντας τον όρο «*αλλοπλαστικές άμυνες*» -σε αντιπαράθεση με τον όρο «*αυτοπλαστικές άμυνες*» - συνέβαλε επίσης στην ομογενοποίηση της παθολογίας του χαρακτήρα και θόλωσε τη διαφορική διάγνωση της αντικοινωνικής προσωπικότητας. Η υπερβολική έμφαση που απέδωσε η ψυχαναλυτική φιλολογία της δεκαετίας του 1940 και του 1950 στην περιγραφή του Freud των «*εγκληματιών από ένα ασυνείδητο*» αίσθημα ενοχής» ερμήνευσε την αντικοινωνική συμπεριφορά (με ένα πολύ αφελή, θα έλεγα, τρόπο κρίνοντας από τη σκοπιά της σύγχρονης ψυχαναλυτικής σκέψης) μάλλον ως αντιθετικό σχηματισμό απέναντι στην ασυνείδητη ενοχή παρά ως έκφραση σοβαρών ελλειμμάτων στην ανάπτυξη του φυσιολογικού Υπερεγώ.

Μόνον με την περιγραφή του «*χάσματος του Υπερεγώ*» από τους Johnson και Szurek (1949 και 1952) η ψυχαναλυτική σκέψη άρχισε να εστιάζει στα δομικά μάλλον, παρά στα δυναμικά, στοιχεία των αντικοινωνικών προσωπικοτήτων. Οι σχετικά απλές διατυπώσεις γρήγορα αντικαταστάθηκαν από περισσότερο επεξεργασμένες περιγραφές, από τους Rosenfeld (1964) και Jacobson (1964 και 1971), της σοβαρής

παθολογίας του Υπερεγώ, που συνδέεται με τη ναρκισσιστική προσωπικότητα. Οι εργασίες αυτές έχουν επηρεάσει τις απόψεις μου για τις αφετηρίες και τη φύση της παθολογίας του Υπερεγώ στις ναρκισσιστικές προσωπικότητες και τη σχέση αυτής της παθολογίας κυρίως με την αντικοινωνική προσωπικότητα (Kernberg 1985 και 1986).

Το βιβλίο των Rutter και Giller «*Νεανική παραπτωματικότητα: τάσεις και προοπτικές*» (1983) εμπεριέχει μια κατανοητή και εύληπτη επισκόπηση των επιδημιολογικών μελετών, οι οποίες αναφέρονται στη σχέση της παραπτωματικής συμπεριφοράς και της μη φυσιολογικής λειτουργικότητας της προσωπικότητας, επανεκτιμώντας συνεχώς τις γνώσεις που έχουμε σήμερα και αφορούν στην αιτιολογία παρομοίων καταστάσεων. Παρά τη συνεχιζόμενη σύγκρουση για του βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνιολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, υποδεικνύουν την ξεκάθαρη σχέση μεταξύ ειδικών αστερισμών της ανάπτυξης της πρώιμης παιδικής ηλικίας στην οικογένεια και του βαθμού της μεταγενέστερης ικανότητας του ατόμου να συμμορφώνεται στις κοινωνικές επιταγές, αλλά επισημαίνουν ότι δεν είναι ξεκάθαροι ακόμη οι μηχανισμοί με τους οποίους οι οικογενειακοί παράγοντες συνδέονται με την παραπτωματικότητα. Επίσης υποδεικνύουν κάποια σχέση μεταξύ κοινωνικής αλλαγής και αύξησης της παραπτωματικότητας, επισημαίνοντας ξανά ότι προς το παρόν δεν γνωρίζουμε τους μηχανισμούς που συμβάλλουν. Συμπεραίνουν ότι φαίνεται να δρουν πολλαπλές αιτίες στον επικαθορισμό της νεανικής παραπτωματικότητας. Ανάμεσά τους συμπεριλαμβάνονται η επίδραση της ομάδας ομηλικών, ο κοινωνικός έλεγχος και η κοινωνική μόρφωση, βιολογικοί παράγοντες - που επηρεάζουν ακραίους τύπους αντικοινωνικής συμπεριφοράς - και περιστασιακοί παράγοντες. Προτείνουν ότι είναι παράλογο να επιζητούμε μια και μόνο εξήγηση για τη νεανική παραπτωματικότητα και δίνουν

έμφαση στο ότι ακόμη δεν υπάρχει διαθέσιμη καμιά σαφής στρατηγική πρόληψης.

Η μελέτη των Lewis και συν. (1985) για το παιδικό αναμνηστικό παιδιών που αργότερα διέπραξαν φόνο, επεσήμανε ότι στις περιπτώσεις αυτές συναντούμε επιπολασμό ψυχωτικών συμπτωμάτων, μειζόνων νευρολογικών βλαβών, ύπαρξη ψυχωτικών συγγενών πρώτου βαθμού, παρακολούθηση βίαιων πράξεων στην παιδική ηλικία και σοβαρές σωματικές στερήσεις, και έτσι έριξε άπλετο φως στο βιολογικό και ψυχοκοινωνικό αναμνηστικό της αντικοινωνικής συμπεριφοράς.

Ο Dicks στο βιβλίο του «*Licened mass murder*» (1972) ερευνά το ψυχολογικό υπόστρωμα και την ανάπτυξη της προσωπικότητας μιας ομάδας SS που συμμετείχαν σε μαζικές δολοφονίες, πριν και μετά τις δραστηριότητές τους στα στρατόπεδα συγκεντρώσεως. Το βιβλίο παρέχει συγκλονιστικά στοιχεία, που υπογραμμίζουν ότι αυτοί οι εγκληματίες, μολονότι υπέφεραν από σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας όπου επικρατούσαν τα ναρκισσιστικά, παρανοειδή και αντικοινωνικά στοιχεία ήδη από την πρώιμη παιδική ηλικία, ενεπλάκησαν σε θηριωδίες μόνον μέσα στο πλαίσιο της κοινωνικής επιτρεπτικότητας που τους παρείχε η εκπαίδευση τους ως SS και η θητεία τους στα στρατόπεδα θανάτου και επέστρεψαν στη μη - παραπτωματική λειτουργία της προσωπικότητάς τους κατά τη διάρκεια της φυλάκισής τους και μετά. Ετσι το βιβλίο επιχειρεί, έστω και με έναν εμπειρικό τρόπο, μια μελέτη των κοινωνικών παραγόντων που διευκολύνουν τη σοβαρή και χρόνια παραπτωματικότητα (προφανώς θα πρέπει να προσμετρήσουμε και τις τάσεις για «στέρεμα» (burn out) που παρουσιάζουν οι μεσήλικοι παραπτωματίες).

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΕΝΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Η αντικοινωνική διαταραχή θα έπρεπε, ιδεωδώς, να οριστεί μάλλον με ψυχολογικούς, παρά με συμπεριφορικούς ή και νομικούς όρους. Για παράδειγμα το: «...φυγή από το σπίτι και διανυκτέρευση τουλάχιστον δυό φορές ενόσω έμεινε στο πατρικό σπίτι ή στο σπίτι κηδεμόνων (ή μιά φορά δίχως επιστροφή)...»-ένα από τα κριτήρια αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας στο DSM-III (R) είναι ένας περιγραφικός όρος που παραβλέπει αν το παιδί ξεφεύγει από ένα ανυπόφορο σπίτι με γονείς που το κακοποιούν σωματικά ή από ένα καλοστημένο σπιτικό. Επειτα το ότι «...δεν έχει καταφέρει να διατηρήσει μιά αποκλειστικά μονογαμική σχέση για πάνω από ένα χρόνο...» -ένα άλλο κριτήριο του DSM-III(R) αφορά ένα πολύ μεγάλο φάσμα ατόμων που βρίσκονται στο τέλος της εφηβείας ή στην αρχή της ενηλικίωσης και η ερωτική συμπεριφορά τους επηρεάζεται από πολλαπλές νευρωτικές αναστολές, πολιτισμικά πρότυπα, κ.λπ. Στην πράξη το κριτήριο αυτό αφορά όλες τις διαταραχές προσωπικότητας.

Η σεξουαλική ελευθεριότητα έχει διαφορετική βαρύτητα σε διαφορετικά κοινωνικά περιβάλλοντα και σε διαφορετικές δομές προσωπικότητας (μαζοχιστική σε αντίθεση με τη ναρκισσιστική δομή) (Kernberg, 1988). Η παρουσία εκσεσημασμένης και χρόνιας παραπτωματικής συμπεριφοράς μπορεί να σκιασεί τέτοιες λεπτομέρειες και να στρέψει το διαγνωστικό εστιασμό μάλλον προς την παραπτωματικότητα αυτήν καθευατήν, παρά προς την εξειδικευμένη διαταραχή προσωπικότητας.

Έχω βρεί ότι, άσχετα με τον βαθμό της παραπτωματικής συμπεριφοράς ή ακόμα και παρά την απουσία της η πρώτη ένδειξη της πιθανότητας ύπαρξης αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας είναι, από κλινική σκοπιά, η παρουσία ναρκισσιστικής διαταραχής προσωπικότητας. Στην πράξη, το κλινικό διάγραμμα της αντικοι-

νωνικής προσωπικότητας, που περιέγραψε ο Cleckley (1941) χωρίζεται σε τρεις κατηγορίες: Πρώτον, μερικά βασικά χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν την αντικοινωνική προσωπικότητα από την ψύχωση και τα οργανικά εγκεφαλικά σύνδρομα «απουσία παραισθήσεων και άλλων παράλογων τρόπων σκέπτεσθαι» και «ανεπαρκώς αιτιολογημένη αντικοινωνική συμπεριφορά» (το κύριο σύμπτωμα). Δεύτερον, μια σειρά από χαρακτηριστικά που συναντούμε σε σοβαρή ναρκισσιστική παθολογία του χαρακτήρα, όπως: «απρόσωπη σεξουαλική ζωή, ασήμαντη, ελάχιστα απαρτιωμένη», «αδιαφορία σ' όλες τις διαπροσωπικές σχέσεις», «γενικευμένη αδυναμία για έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις», «παθολογικός εγωϊσμός και αδυναμία για αγάπη». Τρίτον, σοβαρή παθολογία του Υπεριώ: «αναξιοπιστία», «ψευδολογία και ανειλικρίνεια», «έλλειψη οίκτου ή ντροπής», «μειωμένη ικανότητα κρίσης και αποτυχία να διδαχθεί από τις εμπειρίες» και «αδυναμία να ακολουθήσει κάποιο προγραμματισμό στη ζωή».

Μόνο τέσσερα σημεία από το κλινικό προφίλ που προτείνει ο Cleckley (1941) - δηλαδή «απουσία νευρωτικότητας ή ψυχο-νευρωτικών εκδηλώσεων», «αλλόκοτη και απωθητική συμπεριφορά είτε μετά από οινοποσία ή, καμιά φορά, και χωρίς», «αυτοκτονίες που σπάνια φτάνουν σε πέρας», και «επιφανειακή γοητεία και ικανοποιητική ευφύια» - είναι, κατά την άποψή μου, συζητήσιμα. Υπάρχουν αρκετές αντικοινωνικές προσωπικότητες που όντως παρουσιάζουν ψυχο-νευρωτικά συμπτώματα και μπορούμε να παρατηρήσουμε παρορμητικές αυτοκτονίες σε τέτοιους ασθενείς (όπως και σε ασθενείς με το σύνδρομο του κακοήθους ναρκισσισμού, στο οποίο θα επανέλθω) και η ανάρμοστη συμπεριφορά μετά από ποτό ή και χωρίς, καμιά φορά, δεν μου φαίνεται ότι είναι ένα ειδικό κριτήριο. Πολλοί ασθενείς με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, ιδιαίτερα αυτοί που συγκαταλέγονται στους εγκληματίες, δεν αποπνέουν μίαν επιφανειακή γοη-

τεία και μπορούμε να βρούμε αντικοινωνικές διαταραχές προσωπικότητας σε όλες τις βαθμίδες ευφύιας.

Όμως η σύνδεση της αντικοινωνικής συμπεριφοράς με τη ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας δεν αρκεί για να θέσει τη διάγνωση της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας. Όπως ανέφερα προηγουμένως, υπάρχει μια ενδιάμεση ομάδα μεταξύ της ναρκισσιστικής διαταραχής προσωπικότητας και της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας, το σύνδρομο του κακοήθους ναρκισσισμού, το οποίο χαρακτηρίζεται από την παρουσία αντικοινωνικής συμπεριφοράς σε μια ναρκισσιστική δομή προσωπικότητας, μολονότι ο ασθενής διατηρεί ακόμη σε κάποιους τομείς την ικανότητα επενδύσεων, που δεν εξυπηρετούν μόνον τον ίδιο, σε άλλα άτομα: την ικανότητα να νιώθει αυθεντικό ενδιαφέρον για τους άλλους γι' αυτό που είναι εκείνοι: να νιώθει γνήσια αισθήματα ενοχής και να ταυτίζεται με συστήματα αξιών που δεν ικανοποιούν μόνον τον εαυτό του: ενώ σε άλλους τομείς αυτές οι ικανότητες έχουν χαθεί.

Αντικοινωνική συμπεριφορά μπορεί να εμφανιστεί και στα πλαίσια άλλων διαταραχών προσωπικότητας έτσι ώστε στην πράξη θα πρέπει να περιορίσουμε σημαντικά την πιθανότητα διαφορικής διάγνωσης μεταξύ των διαταραχών προσωπικότητας στηριζόμενοι στην εκτίμηση αυτού του συμπύματος. Η διαφορική διάγνωση έχει, σύμφωνα με την εμπειρία μου, θεμελιώδη προγνωστική και θεραπευτική σημασία. Η αντικοινωνική συμπεριφορά σε μια μη-ναρκισσιστική δομή προσωπικότητας έχει ευνοϊκή πρόγνωση, σε αντίθεση με την πολύ δυσμενή πρόγνωση της αντικοινωνικής συμπεριφοράς στο πλαίσιο μιας αντικοινωνικής προσωπικότητας.

Η αντικοινωνική συμπεριφορά μπορεί να είναι επακόλουθο μιάς φυσιολογικής ή παθολογικής προσαρμογής σε ένα βαρύτατα παθολογικό κοινωνικό περιβάλλον, όπως ο «πολιτισμός της σπείρας» και, μολονότι κάτι τέτοιο είναι μια σπάνια κλινική κατάσταση, η έννοια της «δυσκοινωνικής

αντίδρασης», που περιείχε το DSM-I, ήταν μια χρήσιμη υπενθύμιση αυτής της ομάδας ασθενών.

Η αντικοινωνική συμπεριφορά θα έπρεπε να διερευνηθεί υπό το φως της γενικότερης οργάνωσης των υπερεγωγικών λειτουργιών του ασθενούς. Θα πρέπει να επανεξετάσουμε το ερώτημα του «εγκληματία εξαιτίας του ασυνείδητου αισθήματος ενοχής». Η αντικοινωνική διαταραχή, που απορρέει από ένα ασυνείδητο αίσθημα ενοχής και μια ανάλογη αναζήτηση τιμωρίας, θα πρέπει να διαφοροποιηθεί από τη μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων στις οποίες η αυτοκαταστροφικότητα και αυτοπροκαλούμενη τιμωρία είναι συνακόλουθο της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, αλλά δεν απηχούν ένα παρόμοιο ασυνείδητο κίνητρο. Πράγματι, η ψυχαναλυτική υπόθεση ενός ασυνείδητου αισθήματος ενοχής μπορεί να αξιολογηθεί μόνο στο βαθμό που αυτή γίνεται συνειδητή ως αποτέλεσμα της ψυχαναλυτικής διερεύνησης. Αυτό σίγουρα δεν ισχύει στις περισσότερες εντατικές μακροχρόνιες προσπάθειες ψυχαναλυτικής θεραπείας ασθενών που παρουσιάζουν σοβαρή αντικοινωνική διαταραχή. Επιπλέον, αν επιμείνουμε σε αμιγώς θεωρητικές περιοχές, έχοντας όλες τις άλλες ενδείξεις σοβαρής επιδείνωσης ή έλλειψης διαθεσιμότητας βασικών υπερεγωγικών λειτουργιών στη μεγάλη πλειοψηφία των ασθενών με αντικοινωνική συμπεριφορά, η εικασία για κάποιο ασυνείδητο αίσθημα ενοχής, σ' αυτές τις περιπτώσεις, είναι πολύ συζητήσιμη.

Στην κλινική πράξη συναντούμε ασθενείς με νευρωτική οργάνωση προσωπικότητας (σε αντίθεση με την οριακή οργάνωση προσωπικότητας) ή απλούστερα «υψηλού επιπέδου» διαταραχές προσωπικότητας (υστερικές, ιδεοψυχαναγκαστικές, και καταθλιπτικές-μαζοχιστικές προσωπικότητες, (Kernberg, 1984) που μπορεί να παρουσιάζουν αντικοινωνική συμπεριφορά, η οποία ασυνείδητα τους οδηγεί στην αυτοτιμωρία ή στην τιμωρία από εξωτερικές πηγές. Ο τύπος της διαταραχής προσωπικότητας που επικρατεί μας οδηγεί σ' αυ-

τήν τη σπάνια αιτιολογία.

Με τον ίδιο τρόπο ένα σχετικά σπάνιο σύμπτωμα, η φανταστική ψευδολογία, θα μπορούσε να διερευνηθεί κάτω από το φως της προσωπικότητας από την οποία αναδύεται. Η φανταστική ψευδολογία συναντάται σε υστεροειδείς, οιστριονικές ή νηπιακές προσωπικότητες και σ' αυτές τις περιπτώσεις η πρόγνωση είναι πολύ καλύτερη από τη χρόνια ψευδολογία και τη φανταστική ψευδολογία στις ναρκισσιστικές και αντικοινωνικές διαταραχές προσωπικότητας. Ακόμη μια φορά επισημαίνεται ότι η κυρίαρχουσα παθολογία του χαρακτήρα παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη διαφορική διάγνωση της αντικοινωνικής συμπεριφοράς.

Ένα θέμα που πολύ συχνά περιπλέκει τη διαφορική διάγνωση της αντικοινωνικής συμπεριφοράς είναι η παρουσία αλκοολισμού ή και η κατάχρηση φαρμάκων και η παρουσία δευτερογενών συμπτωμάτων σ' αυτές τις διαταραχές. Μια άλλη συναφής και συχνά συνυφασμένη παθολογία είναι αυτή της αντικοινωνικής συμπεριφοράς και μιας καλά δομημένης διαστροφής² ή σεξουαλικής παρέκκλησης, «*παραφιλίας*» κατά την ορολογία του DSM-III και του DSM-III(R). Για πρακτικούς λόγους αυτό που εδώ έχει τη μεγαλύτερη σημασία είναι ο βαθμός της Εγω-συντονικής επιθετικότητας που εμπεριέχει το παρεκκλινόν σεξουαλικό πρότυπο· όσο περισσότερο η δομή της προσωπικότητας μετακινείται από τη ναρκισσιστική προς την αντικοινωνική, τόσο περισσότερο μια τέτοια επιθετική συμπεριφορά μπορεί να απειλεί τη ζωή. Μια υποομάδα επιθετικών, αντικοινωνικών προσωπικοτήτων μπορεί να επικεντρώνουν την εγκληματική συμπεριφορά τους σε σεξουαλικές επιθέσεις και φόνο (Kernberg, 1985 και 1986).

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Ό,τι ακολουθεί είναι μια ταξινόμηση των διαταραχών προσωπικότητας, στις οποίες επικρατούν τα αντικοινωνικά στοιχεία, από τις πλέον σοβαρές ως τις λιγότερο σοβαρές. Για πρακτικούς λόγους, είναι πολύ βοηθητικό να αποκλείσουμε πρώτα απ' όλα τη διάγνωση της αντικοινωνικής προσωπικότητας σε όλους τους ασθενείς που παρουσιάζουν αντικοινωνική συμπεριφορά. Για το λόγο αυτό επίσης, διερευνώ συστηματικά την πιθανή παρουσία αντικοινωνικής συμπεριφοράς σε όλους τους ασθενείς με ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας.

Αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας

Αυτοί οι ασθενείς τυπικά παρουσιάζουν ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας. Τα τυπικά γνωρίσματα των ναρκισσιστικών προσωπικοτήτων είναι τα εξής:

Στην περιοχή της *παθολογικής αγάπης του εαυτού*: υπερβολική αναφορά στον εαυτό και επικέντρωση στον εαυτό, αίσθηση μεγαλείου και τα παράγωγα χαρακτηριστικά της επιδειξιομανίας, στάση ανωτερότητας, απερισκεψία και υπερβολική φιλοδοξία, υπερβολική εξάρτηση από το θαυμασμό των άλλων, συγκινησιακή επιπολαιότητα και σοβαρές κρίσεις ανασφάλειας, που εναλλάσσονται με την κυρίαρχη αίσθηση μεγαλείου. Όσον αφορά στο πεδίο των *παθολογικών σχέσεων με το αντικείμενο*, τα κύρια συμπτώματα αυτών των ασθενών είναι: υπερβολικός φθόνος (τόσο ασυνείδητος όσο και συνείδητος)· υποτίμηση των άλλων ως άμυνα εναντίον του φθόνου· εκμεταλλευτικές σχέσεις που καθρεφτίζονται στην απληστία, υπεξαιρέ-

² «Καλά δομημένη διαστροφή» θεωρείται η περίπτωση όπου η διαστροφική ανάπτυξη είναι ξεκάθαρη και σαφής. Η αποχή από τις διαστροφικές πρακτικές προκαλεί έντονο άγχος και οι πρακτικές αυτές αποτελούν τον μόνο δρόμο για να αποκτηθεί κάποια σεξουαλική ικανοποίηση και την μόνη διέξοδο ανακούφισης από τα έντονα άγχη. (Σ.τ.Μ.)

ση των ιδεών ή της περιουσίας των άλλων και ιδιοποίησή τους: αδυναμία γνήσιας εξάρτησης από τους άλλους, στα πλαίσια μιας αμοιβαίας σχέσης και αξιοσημείωτη απουσία εναισθητικής ικανότητας και δέσμευσης με τους άλλους. *Η βασική κατάσταση του Εγώ* αυτών των ασθενών χαρακτηρίζεται από μια χρόνια αίσθηση εσωτερικού κενού· ενδείξεις αδυναμίας να μάθουν· αίσθηση μοναχικότητας· πείνα για ερεθισμούς και μια διάχυτη αίσθηση ότι η ζωή δεν έχει νόημα. Επιπλέον όλοι αυτοί οι ασθενείς παρουσιάζουν κάποιο βαθμό *παθολογίας του Υπερεγώ*. Η συνηθισμένη παθολογία του Υπερεγώ των ναρκισσιστικών προσωπικοτήτων συμπεριλαμβάνει την ανικανότητα να βιώσουν πένθος, θλίψη για τον εαυτό τους και να δεχθούν την παρουσία έντονων μεταλλαγών διάθεσης· ακόμη, στην ενδοψυχική ρύθμιση της κοινωνικής συμπεριφοράς τους κυριαρχεί η «ντροπή» αντί της «ενοχής». Λείπει ένα απαρτιωμένο σύστημα ενήλικων αξιών, έλλειψη που αντανακλάται στη διατήρηση παιδιάστικων αξιών. Η αυτοεκτίμησή τους εξαρτάται από το σωματικό κάλλος, τη δύναμη, τον πλούτο, το θαυμασμό των άλλων αντί για ενήλικες αξίες όπως είναι οι προσωπικές ικανότητες, οι επιτεύξεις, οι υπευθυνότητες, οι σχέσεις με ιδανικά.

Η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας παρουσιάζει, κυρίως, σοβαρότερη παθολογία του Υπερεγώ. Η αντικοινωνική συμπεριφορά, που εμφανίζουν τέτοιοι ασθενείς, περιλαμβάνει ψευδολογίες, κλοπές, διαρρήξεις, πλαστογραφίες, απατηινές και πορνεία-όλα αυτά όταν κυριαρχεί ο «παθητικός - παρασιτικός» τύπος - ενώ επιθέσεις, φόνος και ένοπλη ληστεία είναι τυπικά γνωρίσματα του «επιθετικού» τύπου (Henderson, 1939 και Henderson and Gillespie, 1969). Με άλλα λόγια, θα πρέπει να διαφοροποιήσουμε τον επιθετικό, σαδιστικό τρόπο συμπεριφοράς και τον παρανοειδή προσανατολισμό επίσης μερικών ασθενών με αντικοινωνική προσωπικότητα από τον παθητικό, εκμεταλλευτικό, παρασιτικό τύπο που εμφανίζουν άλλοι ασθενείς.

Είναι αναγκαίο να υπογραμμίσουμε ότι

το παιδικό αναμνηστικό ασθενών με υψηλή νοημοσύνη, που έχουν ευνοϊκή κοινωνικοοικονομική και πολιτισμική προέλευση και παρουσιάζουν έναν κυρίως παθητικό - παρασιτικό τύπο αντικοινωνικής συμπεριφοράς, μπορεί να είναι πολύ ήπιο ή και ακόμη να μην παρουσιάζει τίποτε το αξιοσημείωτο, ιδιαίτερα σε μερικές πολύ παθολογικές - έστω και αν είναι κοινωνικά προσαρμοσμένες- οικογένειες. Για παράδειγμα, ένας ασθενής ήταν λαμπρός μαθητής σ' όλη τη διάρκεια των σπουδών του, επιτυχημένος και αξιαγάπητος στη νεανική του ηλικία. Οι γονείς του συγχωρούσαν γενναϊόδωρα τις περιστασιακές κλοπές του και θεωρούσαν ότι τον είχαν χαλάσει η μητέρα του και οι παπούδες του που τον θαύμαζαν υπερβολικά και τον υπεροπρόστατευαν και ότι αυτοί έφταιγαν για την ανευθυνότητά του. Είχε όλες τις προϋποθέσεις για να συνεχίσει τις σπουδές του, παντρεύτηκε και διατήρησε μια φυσιολογική σχέση πάνω από δεκαπέντε χρόνια! Ήταν καλόβολος με τα παιδιά του. Όμως, όλα αυτά τα χρόνια έκανε καταχρήσεις τόσο σε ταμεία συνεργατών του όσο και στις οικογενειακές επιχειρήσεις. Ενώ ήταν καταχρωμένος, πρόσφερε ακριβά δώρα σε φίλους και συνεργάτες σα να ήταν Αη-Βασίλης και τελικά οδηγήθηκε για συμβουλευτική όταν επεκρέματο η απειλή φυλάκισής του για φοροδιαφυγή.

Το κρίσιμο σημείο που διαφοροποιεί τόσο την παθητική όσο και την επιθετική αντικοινωνική συμπεριφορά, ως μέρος της ναρκισσιστικής διαταραχής προσωπικότητας, από την αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας είναι κυρίως η απουσία, στη δεύτερη, της ικανότητας για αυθεντικό συναισθήματα ενοχής και μεταμέλειας. Ετσι, όταν οι ασθενείς αυτοί έρχονται σε αντιπαράσταση με τις συνέπειες της αντικοινωνικής συμπεριφοράς τους και παρά την πληθώρα δηλώσεων ενοχής και λύπης δεν παρουσιάζουν καμιά διαφοροποίηση στη συμπεριφορά τους προς εκείνους στους οποίους έχουν επιθεθεί ή εκμεταλλευτεί, ούτε κανένα αυθόρμητο ενδιαφέρον για το αναλωίωτο της συμπεριφοράς τους

Η απουσία ενοχής είναι κεντρικό σημείο στη συμπεριφορά αυτή. Ενώ για τη διαφορική διάγνωση της ικανότητας να βιωθεί η ενοχή και το ενδιαφέρον είναι απαραίτητη η αξιολόγηση της αντίδρασης του ασθενούς κατά την αντιπαράθεση και την κατάρρευση της παντοδυναμίας του, άλλα χαρακτηριστικά, που απηχούν την αδυναμία του να νιώσει ενοχή και ενδιαφέρον, μπορεί να φανερωθούν άμεσα κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων.

Για παράδειγμα ο ασθενής με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας δεν μπορεί να φαντασθεί μια ηθική διάσταση σε άλλους και επομένως και στο μυαλό του σε άλλους. Παρά τις αλλεπάλληλες δηλώσεις ότι θα είναι απόλυτα ειλικρινής προς τον θεραπευτή, όταν κατόπιν «συλληφθεί» ψευδόμενος, μπορεί να αντιδράσει με δειλία, όμως δεν μπορεί, όταν του ζητηθεί, να βιώσει συναισθήματα παρόμοια με του θεραπευτού του εκτός από την αίσθηση ότι ο θεραπευτής μπορεί να ένιωσε εξαπατημένος και θυμωμένος μαζί του. Ακόμη, ένας αντικοινωνικός ασθενής μπορεί να «εξομολογηθεί» τις πράξεις του μόνο σ' εκείνα τα σημεία που είναι ήδη γνωστά και έτσι βρίσκεται σε καταφανή αντίθεση με την ταυτόχρονα διακηρυττόμενη μεταμέλεια του παρελθόντος.

Η έλλειψη επενδύσεων σε μη - εκμεταλλευτικές σχέσεις με τους άλλους μπορεί να καθρεφτίζεται στις πρόσκαιρες, επιφανειακές, αδιάφορες σχέσεις, στην έλλειψη ικανότητας να επενδύσει συγκινησιακά σε άτομα, αλλά και σε ζώα και στην απουσία οποιασδήποτε εσωτερικευμένης ηθικής αξίας.

Η επιδείνωση των συναισθηματικών βιωμάτων αυτών των ασθενών εκφράζεται με την αδυναμία τους να αντέξουν οποιαδήποτε αύξηση του άγχους, δίχως να αναπτύξουν επιπρόσθετα συμπτώματα ή παθολογικές συμπεριφορές, την αδυναμία τους να βιώσουν κατάθλιψη, και το συνακόλουθο πένθος ή λύπη, και την αδυναμία τους να ερωτευτούν ή να νιώσουν οποιαδήποτε τρυφερότητα στις σεξουαλικές τους σχέσεις.

Η απώλεια της αίσθησης ότι ο χρόνος περνά, της δυνατότητας προγραμματισμού για το μέλλον και της δυνατότητας να αντιπαραβάλουν την τωρινή εμπειρία και συμπεριφορά με τα φιλόδοξα ιδεώδη είναι χτυπητά χαρακτηριστικά αυτών των ασθενών. Ο προγραμματισμός εκτείνεται μόνο μέχρι την άμεση βελτίωση των τωρινών δυσκολιών και την ελάττωση της έντασης μέσω της επίτευξης των εγγύτερων επιθυμητών στόχων. Η αποτυχία να διδαχθούν από τις προηγούμενες εμπειρίες τους είναι μια έκφραση της αδυναμίας να φανταστούν τη ζωή τους πέρα από μια σύντομη χρονική διάρκεια. Η χειριστικότητα, η παθολογική ψευδολογία και οι σαθρές εκλογικές τους είναι πολύ γνωστά. Η Πωλίνα Κέρνμπεργκ - σε μια προσωπική επικοινωνία - υιοθέτησε τον όρο «ολογραφικός άνθρωπος» (*holographic man*) αναφερόμενη σε ασθενείς που αποπνέουν, κατά τις διαγνωστικές συνεδρίες, μιαν αμυδρή, αιθέρια εικόνα τους, η οποία μοιάζει, με ένα παράξενο τρόπο, να είναι ξεκομμένη από το παρόν ή το παρελθόν τους, μια εικόνα που μεταβάλλεται από στιγμή σε στιγμή, καθώς αλλάζουν οι γωνίες διερεύνησης και αφήνει στον κλινικό μια παράξενη αίσθηση μη - πραγματικού.

Επιπλέον, εφόσον η διάγνωση μιάς ναρκισσιτικής δομής προσωπικότητας είναι προφανής, το κείμενο διαγνωστικό καθήκον είναι να αξιολογηθεί η σοβαρότητα των αντικοινωνικών στοιχείων, που τυχόν έχουν παρουσιαστεί, το προηγούμενο ιστορικό τους και οι παιδικές καταβολές τους, καθώς και η εναπομένουσα ικανότητα για σχέσεις με αντικείμενο και υπερεγωτική λειτουργικότητα. Η απόλυτη ανικανότητα να συνάψει μη - εκμεταλλευτικές σχέσεις με αντικείμενο και η απουσία οποιασδήποτε ηθικής διάστασης στη λειτουργία της προσωπικότητας, η οποία καθρεφτίζεται στα κλινικά χαρακτηριστικά που αναφέραμε παραπάνω, είναι τα βασικά στοιχεία διαφοροποίησης της αντικοινωνικής προσωπικότητας από το λιγότερο σοβαρό σύνδρομο του κακοήθους ναρκισσισμού και τη ναρκισσιτική διαταραχή

προσωπικότητας. Η διάγνωση τίθεται με τη λήψη ενός λεπτομεριακού ιστορικού, την προσεκτική διερεύνηση της αφήγησης του ασθενούς, τη διακριτική αντιπαράθεση του ασθενούς με τις αντικρουόμενες ή σκοτεινές περιοχές της αφήγησής του, την εκτίμηση της διαντίδρασης ασθενούς - κλινικού και τη διερεύνηση των αντιδράσεών του όταν έρχεται σε αντιπαράθεση με τις αντιφάσεις αναφέρονται ανάμεσα στην αντικειμενική πληροφόρηση από το παρελθόν του ασθενούς, την παρούσα αφήγηση και τη συμπεριφορά του.

Η εξέταση της αντίδρασης του ασθενούς στη διερεύνηση της πιθανής αντικοινωνικής συμπεριφοράς, πού θα μπορούσε να ακολουθεί όλα όσα έχει πει, αλλά δεν την έχει αποδεχτεί, θα μπορούσε να είναι πολύ βοηθητική. Για παράδειγμα το να ρωτήσουμε έναν ασθενή, του οποίου το ιστορικό μπορεί να παρουσιάζει μια έμφυτη τάση εμπλοκής στην πορνεία *«Τι σας εμπόδισε να εμπλακείτε με την πορνεία;»*, ή, παρομοίως, κάποιον που έχει ανακατευτεί με ναρκωτικά *«Γιατί δεν θελήσατε να ασχοληθείτε με τη διακίνηση ναρκωτικών;»* θα μας βοηθήσει να ελέγξουμε τις υπερεγωτικές λειτουργίες του ασθενούς καθώς και την τιμιότητα της συναλλαγής του με τον θεραπευτή. Προφανώς, για ασθενείς που ψεύδονται στο θεραπευτή, δίχως να παραδέχονται ότι ψεύδονται (πολλές αντικοινωνικές προσωπικότητες μπορεί να παραδεχτούν στο θεραπευτή ότι του λένε ψέμματα, ωστόσο συνεχίζουν να το κάνουν και μετά από αυτήν την παραδοχή) απαιτείται να πάρουμε ιστορικό από συγγενείς, να γίνουν προσεκτικές παρεμβάσεις από κοινωνικό λειτουργό και να αναζητηθούν εκθέσεις από τα ιδρύματα, από τα οποία είχε περάσει στο παρελθόν ο ασθενής.

Οι λόγοι που οδήγησαν να συμβουλευτούν ψυχίατρο, οι προσπάθειες χειρισμού ώστε να πάρουν «πιστοποιητικό υγείας» ή ένα «πιστοποιητικό επανένταξης» στο σχολείο και, σε πολλές περιπτώσεις, οι περισσότερο ή λιγότερο εμφανείς προσπάθειες να αποφύγουν να αντιμετωπίσουν τις

νομικές διαδικασίες μέσω των ψυχιατρικών μεσολαβήσεων, μπορεί να προσφέρονται για πρόγνωση ή διαγνωστική αξιολόγηση. Φυσικά, η διερεύνηση όλων αυτών των παραγόντων απαιτεί αρκετές συνευτεύξεις, συνεχή επαναφορά στις περιοχές που είναι ασαφείς ή συγκεχυμένες και επαναλαμβανόμενες εκτιμήσεις της αντίδρασης του ασθενούς όταν έρχεται αντιμέτωπος με τις παραπλανητικές κινήσεις που κάνει ή τις αντιφάσεις του.

Η αντιμεταβίβαση προς τους ασθενείς με σοβαρή αντικοινωνική συμπεριφορά, μπορεί να παρέχει αυτό που ονομάζουμε «δεύτερη γραμμή πληροφοριών»: Ο θεραπευτής μπορεί να αντιδρά με μια αίσθησι σύγκρισης, να νιώθει τον πειρασμό είτε να αποδεχτεί άκριτα τις δηλώσεις του ασθενούς είτε να τις απορρίψει κρατώντας μια παρανοειδή στάση στην αντιμεταβίβαση μια προστατευτική «ψευδοουδετερότητα» η οποία αποκρύβει μια υποκείμενη απαξίωση του ασθενούς ή την προσπάθεια να δραπετεύσει από μια αβάσταχτη σχέση με έναν ασθενή που επιτίθεται αποκάλυπτα στις σημαντικότερες αξίες των ανθρωπινων σχέσεων, σχέσεις που είναι τόσο προσφιλείς στον θεραπευτή. Κατ' εμέ, η ταλάντευση του θεραπευτή ανάμεσα σε στιγμές παρανοειδούς στάσης και στιγμές ενδιαφέροντος, με άλλα λόγια μια γνήσι αμφιθυμία στην αντίδρασή του προς το ασθενή, είναι μια υγιής αντίδραση. Είναι πολύ βοηθητικό για το θεραπευτή να μπορεί να παρουσιάζεται ηθικός, μα όχι ηθικολόγος: έντιμος, μα όχι αφελής ικανός να φέρει σε αντιπαράθεση, μα να μην είναι επιθετικός. Η αντιπαράθεση, ως τεχνική επιλογή, προϋποθέτει τη διακριτική παραβολή των αντιτιθεμένων ή συγκεχυμένων στοιχείων της αφήγησης του ασθενούς, της συμπεριφοράς του ή και του παρελθόντος του· δεν είναι μια επιθετική επιδείξη κριτικής ή διαφωνίας με τον ασθενή.

Συνήθως, μια μείζων συναισθηματική διαταραχή μπορεί να αποκλειστεί με μια προσεκτική λήψη ιστορικού και εξέταση της ψυχικής κατάστασης, αλλά οι ψυχολογικές δοκιμασίες μπορεί να βοηθήσουν

πιπροσθέτως στον αποκλεισμό μιας οργανικής ψυχικής διαταραχής, όπως είναι η κροταφική επιληψία ή ένα σύνδρομο του στεφανιαίου λοβού, διαταραχές που μπορεί να παρουσιάζουν εκρηκτική, επιθετική συμπεριφορά. Επίσης, μπορεί να βοηθήσουν στον αποκλεισμό μιας άτυπης σχιζοφρενικής διαταραχής, όπως η «ψευδο-ψυχοπαθητική σχιζοφρένεια». Όταν η αντικοινωνική συμπεριφορά αναπτύσσεται κατά τη μέση ή ύστερη ενήλικη ζωή, μαζί με απώλεια μνήμης και αφηρημένης σκέψης, θα πρέπει να αποκλειστούν πολλές χρόνιες οργανικές ψυχικές διαταραχές και, πέραν των ψυχολογικών δοκιμασιών, μπορεί να απαιτείται νευρολογική, ηλεκτροεγκεφαλογραφική και ακτινολογική διερεύνηση.

Αν η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας αυτή καθαυτή αποκλεισθεί, η επόμενη διαγνωστική κατηγορία που θα πρέπει να λάβουμε υπόψη είναι η ναρκισσιτική διαταραχή προσωπικότητας με το σύνδρομο του κακοήθους ναρκισσισμού, ή μια συνήθης ναρκισσιτική προσωπικότητα όπου κυριαρχούν οι παθητικές, παρασιτικές, αντικοινωνικές τάσεις.

Κακοήθης Ναρκισσισμός

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, οι ασθενείς αυτοί χαρακτηρίζονται από τυπική ναρκισσιτική διαταραχή προσωπικότητας, αντικοινωνική συμπεριφορά, Εγω-συντονικό σαδισμό ή χαρακτηριστικά ριζωμένη επιθετικότητα και παρανοειδή προσανατολισμό. Σε αντίθεση με τη ναρκισσιτική προσωπικότητα, αυτή καθαυτή, οι ασθενείς με κακοήθη ναρκισσισμό, διατηρούν ακόμη την ικανότητα εμπιστοσύνης και ενδιαφέροντος προς τους άλλους και την ικανότητα να νιώθουν ενοχή, είναι ικανοί να φαντάζονται ότι οι άλλοι άνθρωποι έχουν ηθικά ενδιαφέροντα και πεποιθήσεις και μπορεί να έχουν μια ρεαλιστική αντιπερίσπωση του παρελθόντος τους και του σχεδιασμού του μέλλοντος.

Ο Εγώ-συντονικός σαδισμός τους μπορεί να εκφράζεται με μια συνειδητή «ιδεολογία» επιθετικής αυτο-επιβεβαίωσης αλ-

λά επίσης, αρκετά συχνά, με χρόνιες Εγω-συντονικές αυτοκτονικές τάσεις. Αυτές οι αυτοκτονικές τάσεις δεν εμφανίζονται ως μέρος ενός καταθλιπτικού συνδρόμου, αλλά μάλλον σε συγκινησιακές κρίσεις ή ακόμη και «ξαφνικά» με την υποκείμενη φαντασία ότι το να είσαι ικανός να πάρεις τη ζωή κάποιου είναι έκφραση υπεροχής και θριάμβου επί του συνήθους φόβου του θανάτου και του πόνου. Στη φαντασία αυτών των ασθενών η απόπειρα αυτοκτονίας είναι μια άσκηση σαδιστικού ελέγχου πάνω στους άλλους ή μια «αποχώρηση» από έναν κόσμο τον οποίον αισθάνονται ότι δεν μπορούν να ελέγχουν.

Ο παρανοειδής προσανατολισμός αυτών των ασθενών - ο οποίος ψυχοδυναμικά αντικατοπτρίζει την προβολή πάνω στους άλλους των μη ενταγμένων σαδιστικών προδρόμων του Υπερεγώ - εκδηλώνεται με μια ιδιαιτέρως υπερβολική βίωση των άλλων ως ειδώλων, εχθρών ή τρελλών. Αυτοί οι ασθενείς παρουσιάζουν ροπή για παλινδρόμηση σε παρανοειδή μικροψυχωτικά επεισόδια κατά την εντατική ψυχοθεραπεία και εικονογραφούν με έντονα δραματικό τρόπο τις συμπληρωματικές λειτουργίες των παρανοειδών και αντικοινωνικών διαντιδράσεων σε διαπροσωπικό πεδίο. Μερικοί από τους ασθενείς αυτούς μπορεί να εμφανίζουν αυτό, που από μακριά φαντάζει ως ξεκάθαρη αντικοινωνική συμπεριφορά, για παράδειγμα να είναι αρχηγοί σε σαδιστικές συμμορίες ή τρομοκρατικές ομάδες. Πρόκειται για μια εξιδανικευμένη εικόνα - εαυτού και μια Εγω-συντονική, σαδιστική ιδεολογία, η οποία εξυπηρετεί τον εαυτό, εκλογικεύει την αντικοινωνική συμπεριφορά και μπορεί να συνυπάρχει με την ικανότητα αφοσίωσης στους συντρόφους τους.

Ναρκισσιτικές διαταραχές προσωπικότητας με αντικοινωνική συμπεριφορά

Αυτοί οι ασθενείς παρουσιάζουν ποικιλία αντικοινωνικών συμπεριφορών, κυρίως παθητικού-παρασιτικού τύπου, και

εμφανίζουν υπολείμματα αυτόνομης ηθικής συμπεριφοράς σε κάποιες περιοχές και αδίστακτη εκμεταλλευτικότητα σε άλλες. Δεν εκφράζουν τον Εγω-συντονικό σαδισμό ή την αυτο-επιθετικότητα με έκδηλο παρανοειδή προσανατολισμό, τυπικό γνώρισμα του συνδρόμου του κακοήθους ναρκισσισμού. Έχουν την ικανότητα να βιώσουν την ενοχή και το ενδιαφέρον, να εμπιστευθούν τους άλλους, διατηρούν την κατάλληλη αντίληψη για το παρελθόν τους και μπορούν να συλλάβουν ρεαλιστικά το μέλλον και να το προγραμματίσουν. Σε μερικές περιπτώσεις αυτό που εμφανίζεται ως αντικοινωνική συμπεριφορά είναι απλώς καταδήλωση της ανικανότητας να δευσιμεθούν ουσιαστικά σε μακροχρόνιες σχέσεις. Ναρκισσιστικές μορφές σεξουαλικής ελευθεριότητας, ανευθυνότητα στην εργασία και συγκινησιακή ή οικονομική εκμετάλλευση των συγγενών κυριαρχούν, ενώ αυτοί οι ασθενείς μπορούν ακόμη να νοιάζονται για τους άλλους, σε κάποια θέματα, και να διατηρούν τα συνήθη όρια τιμότητας σε πιο απόμακρες διαπροσωπικές διαντιδράσεις.

Άλλες σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας με αντικοινωνικά στοιχεία

Το επόμενο επίπεδο παθολογίας, με λιγότερο δυσμενείς προγνωστικές και διαγνωστικές ενδείξεις, είναι η παρουσία αντικοινωνικής συμπεριφοράς σε άλλες διαταραχές προσωπικότητας. Σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση των διαταραχών προσωπικότητας, που έχω προτείνει παλιότερα (Kernberg, 1975 και 1984) πρόκειται για ασθενείς με οριακή οργάνωση προσωπικότητας και μη - παθολογικό ναρκισσισμό. Τυπικά παραδείγματα είναι η νηπιακή οιστριονική, και υστεροειδής διαταραχή προσωπικότητας ή οι τύπου III και IV, κατά Zetzel, διαταραχές προσωπικότητας, οι οποίες δεν πρέπει να συγχέονται με την υστερική προσωπικότητα αυτή καθαυτή (Kernberg, 1986) και η παρανοειδής διαταραχή προσωπικότητας. Αυτές είναι οι δύο

συχνότερες διαταραχές προσωπικότητας αυτής της ομάδας, που εμφανίζουν και αντικοινωνική συμπεριφορά. Στη νηπιακή προσωπικότητα, η φανταστική ψευδολογία δεν είναι σπάνια: η «παρανοειδής ορμή για προδοσία» που περιέγραψε η Jacobson (1971), απεικονίζεται με διδακτικότατο τρόπο σε παρανοειδές πλαίσιο. Από την εμπειρία μου, οι περισσότεροι ασθενείς που εμφανίζουν διαταραχή ακατανόητης προσποίησης με ψυχολογικά ή και σωματικά συμπτώματα, παθολογική τάση για τυχερά παιχνίδια, κλεπτομανία, πυρομανία και υπόκριση (malingering), εφόσον δεν παρουσιάζουν μια τυπική ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας ανήκουν σ' αυτήν την ομάδα διαταραχών προσωπικότητας, με αντικοινωνικά στοιχεία.

Νευρωτικές διαταραχές προσωπικότητας με αντικοινωνικά στοιχεία

Εδώ συναντούμε τους εγκληματίες από ένα (ασυνείδητο) αίσθημα ενοχής. Αυτοί οι ασθενείς παρουσιάζουν μεγάλο κλινικό ενδιαφέρον επειδή, παρ'ότι εμφανίζουν μερικές φορές δραματική αντικοινωνική συμπεριφορά, αυτή η συμπεριφορά επισυμβαίνει στα πλαίσια μιας νευρωτικής οργάνωσης της προσωπικότητας και έχει εξαιρετική πρόγνωση για ψυχοθεραπευτική και ψυχαναλυτική θεραπεία. Ως τυπικό παράδειγμα αναφέρω την περίπτωση ενός ερευνητή-επιστήμονα, ο οποίος καταναγκαστικά παραποιούσε τα πειραματικά δεδομένα με μόνο στόχο να τα ελέγχει ξανά και ξανά έως ότου τα πειράματα με τα σωστά αποτελέσματα θα εξουδετέρωναν και θα περιόριζαν τα ευρήματα των πειραμάτων που είχε αναλάβει. Αυτή η επικίνδυνη, φαινομενικά άσκοπη, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, που απείλησε σοβαρά την ερευνητική του καριέρα, επιλύθηκε ολοκληρωτικά σε μια πεντάχρονη ψυχαναλυτική θεραπεία και στο ίδιο διάστημα επιλύθηκε επίσης μια σοβαρή καταθλιπτική - μαζοχιστική διαταραχή προσωπικότητας. Αυτός ο ασθενής δεν παρουσίαζε άλλου

τύπου αντικοινωνική συμπεριφορά, πέραν του ειδικού τρόπου που ανέφερα, και είχε ιστορικό φανταστικής ψευδολογίας στην παιδική του ηλικία.

Ενας άλλος ασθενής, με ψυχαναγκαστική διαταραχή προσωπικότητας, έκλεβε ασήμαντα αντικείμενα σε δημόσιους χώρους μέσα στην υπηρεσία όπου εργαζόταν, εκθέτοντας τον εαυτό του σε δυσχερείς και ταπεινωτικές εμπειρίες σύλληψης και απειλής άμεσης απόλυσης. Ευτυχώς, μία επισταμένη ψυχιατρική εκτίμηση από ένα συνεργάτη έδωσε την πληροφορία που προστάτευσε το μέλλον του ασθενούς, ενώ η θεραπεία άρχισε. Μολονότι τέτοια περιστατικά είναι σχετικά σπάνια, η τεράστια διαφορά που παρουσιάζουν στην πρόγνωση, σε σχέση με τις άλλες ομάδες, που αναφέραμε προηγουμένως, απαιτεί μια προσεκτική εκτίμηση της δομής προσωπικότητας σε κάθε περίπτωση αντικοινωνικής συμπεριφοράς.

Αντικοινωνική συμπεριφορά ως μέρος μιας συμπτωματικής νεύρωσης

Αυτή η κατηγορία αναφέρεται στην περιστασιακή αντικοινωνική συμπεριφορά, ως μέρος της εφηβικής «επαναστατικότητας», στις διαταραχές προσαρμογής, ή και στην ύπαρξη, τις περισσότερες φορές, ενός διευκολυντικού κοινωνικού περιβάλλοντος, το οποίο ευνοεί την διοχέτευση των ψυχικών συγκρούσεων στην αντικοινωνική συμπεριφορά.

Δυσκοινωνική αντίδραση

Αυτό το κλινικό σύνδρομο, που είναι σχετικά σπάνιο, αναφέρεται στη φυσιολογική ή και νευρωτική προσαρμογή σε ένα ανώμαλο κοινωνικό περιβάλλον ή υποομάδα. Στην κλινική πράξη, οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς παρουσιάζουν κάποιας μορφής διαταραχή προσωπικότητας, γεγονός που διευκολύνει την άκριτη προσαρμογή σε μια κοινωνική υποομάδα με αντικοινωνικές συμπεριφορές.

ΣΚΕΨΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία της αντικοινωνικής συμπεριφοράς είναι κυρίως ψυχοθεραπευτική, εκτός βέβαια αν αποτελεί σύμπτωμα οργανικής ψυχικής διαταραχής ή ψύχωσης. Τα επίπεδα σοβαρότητας της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, τα οποία περιέγραψα, αντιστοιχούν στη πρόγνωση για ψυχοθεραπευτική θεραπεία, με πρώτο από αυτά τα επίπεδα, την αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας, αυτή καθαυτή, να έχει την χειρότερη πρόγνωση, στο βαθμό βέβαια ότι, στη πράξη, όλοι αυτοί οι ασθενείς δεν ανταποκρίνονται στις συνήθεις ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις. Ωστόσο, η θεραπεία της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας στην παιδική ηλικία, η «διαταραχή διαγωγής» κατά το DSM-III R, έχει καλύτερη πρόγνωση και έχουν αναφερθεί ενθαρρυντικά αποτελέσματα θεραπείας τέτοιων παιδιών σε εξειδικευμένα πλαίσια (Diatkine, 1983). Εντούτοις, η «ακοινωνική, επιθετική, διαταραχή διαγωγής» φαίνεται να έχει τη λιγότερο ευνοϊκή πρόγνωση. Η διάγνωση αυτή αντιστοιχεί σε ό,τι το DSM-III R ορίζει ως «απομονωμένος, επιθετικός τύπος».

Όσον αφορά στους ενήλικους ασθενείς, η εξωνοσοκομειακή ψυχοθεραπεία αντικοινωνικών διαταραχών προσωπικότητας είναι πολύ αποθαρρυντική. Πιστεύω ότι είναι μάλλον πρόωρο να αποφανθούμε εάν τα εξειδικευμένα πλαίσια θεραπευτικών κοινοτήτων για ασθενείς με αντικοινωνικές διαταραχές προσωπικότητας μπορεί να αποφέρουν μακροχρόνια αποτελέσματα. Η παρατεταμένη ενδονοσοκομειακή θεραπεία σε εξειδικευμένα κλειστά νοσοκομεία ή φυλακές, μοιάζει να αποφέρει αποτελέσματα σε κάποιες περιπτώσεις, ιδιαίτερα όταν ένας σταθερός και αδιάφορος έλεγχος του περιβάλλοντος συνδιάζεται με την παροχή ομαδικής θεραπείας σε ομάδες που συγκροτούν παραπτωματίες ασθενείς-φυλακισμένοι. (Kernberg, 1985).

Πρώτο καθήκον του ψυχιάτρου, που κάνει την εκτίμηση ασθενών με αντικοινωνι-

κή συμπεριφορά σε εξωνοσοκομειακές συνθήκες, είναι να αποτιμήσει, κατ' αρχήν, προσεκτικά, τη διαφοροδιάγνωση και κατόπιν να διαχωρίσει την αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας από τις υπόλοιπες διαταραχές προσωπικότητας με αντικοινωνική συμπεριφορά, οι οποίες έχουν και πολύ καλύτερη πρόγνωση.

Δεύτερο καθήκον του ψυχιάτρου είναι να προστατεύσει το άμεσο κοινωνικό περιβάλλον του ασθενούς με αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας από τις συνέπειες της αντικοινωνικής συμπεριφοράς του, να βοηθήσει την οικογένεια του ασθενούς να αυτοπροστατευθεί και να της παρέχει διακριτικά, αλλά με κάθε ειλικρίνεια, απόλυτη πληροφόρηση και συμβουλές για τη φύση της ψυχοπαθολογίας και για την πρόγνωσή της. Το γεγονός, το οποίο πολλοί ερευνητές και κλινικοί έχουν υπογραμμίσει, ότι η αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας τείνει να «σβήσει» κατά τη μέση ή ύστερη ενήλικη ζωή μπορεί να θρέψει κάποιες μακροπρόθεσμες ελπίδες ή τουλάχιστον να προσφέρει κάποια παρηγοριά στην οικογένεια (Gleueck and Gleueck, 1943).

Τρίτο καθήκον του ψυχιάτρου είναι να δημιουργήσει ρεαλιστικές συνθήκες για τη διεξαγωγή οποιασδήποτε θεραπείας, περιορίζοντας στο ελάχιστο όλα τα δευτερογενή κέρδη από τη θεραπεία. Η θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί, για παράδειγμα, ως μέσο διαφυγής από το νόμο ή για να συνεχιστεί η παρασιτική εξάρτηση από τους γονείς ή από άλλα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης. Ο θεραπευτής χρειάζεται να εξασφαλίσει τις ελάχιστες λογικές προϋποθέσεις, οι οποίες θα διασφαλίσουν οποιαδήποτε θεραπευτική προσπάθεια από τη δευτερογενή εκμετάλλευση των ασθενών.

Η πρόγνωση της θεραπείας του κακοήθους ναρκισσισμού, μολονότι είναι περιορισμένη, είναι σαφώς καλύτερη από της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας αυτής καθαυτής, και μερικοί από αυτούς τους ασθενείς μπορεί, στο πλαίσιο μιας μακροχρόνιας εντατικής ψυχαναλυτι-

κής ψυχοθεραπείας, να πετύχουν ένα βαθμιαίο μετασχηματισμό της αντικοινωνικής συμπεριφοράς τους και της αντίστοιχης χειριστικής εκμεταλλευτικής μεταβιβαστικής συμπεριφοράς σε παρανοειδείς, κυρίως, αντιστάσεις. Τέτοιες παρανοειδείς αντιστάσεις, μπορεί να οδηγήσουν ακομή και στην εγκατάσταση παρανοειδούς μεταβιβαστικής ψύχωσης, αλλά επίσης, εφόσον μιά τέτοιου είδους παλινδρόμηση μπορεί να περιεχθεί και να τη διαχειριστεί ο θεραπευτής κατά την ψυχοθεραπεία, μπορεί να μετασχηματισθεί βαθμιαία σε πιο συνηθισμένες μορφές μεταβίβασης, οι οποίες χαρακτηρίζουν τις σοβαρές ναρκισσιστικές διαταραχές προσωπικότητας. Ένα πιθανό όριο για μια παρόμοια θεραπευτική προσπάθεια αποτελούν οι ασθενείς, των οποίων η επιθετική συμπεριφορά μπορεί να είναι επίφοβη για τους άλλους, και για τον ψυχοθεραπευτή· έτσι η πιθανότητα επικίνδυνης βίας, σε συνδιασμό με σοβαρές παρανοειδείς μεταβιβαστικές αντιδράσεις, θα πρέπει να αποτιμηθεί προτού να αρχίσει μια εντατική ψυχοθεραπεία.

Η θεραπεία ασθενών με ναρκισσιστική προσωπικότητα και αντικοινωνικά στοιχεία ακολουθεί τα συνήθη στάδια εξέλιξης της εντατικής θεραπείας με αυτή τη διαταραχή προσωπικότητας. Αυτοί οι ασθενείς έχουν ένδειξη συνήθως για ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία μάλλον παρά για ψυχανάλυση αυτή καθαυτή, κάτι που ισχύει για την επόμενη διαγνωστική κατηγορία, δηλαδή τις άλλες διαταραχές προσωπικότητας με αντικοινωνικά στοιχεία. Η αντικοινωνική συμπεριφορά, ως έκφραση ασυνείδητης ενοχής, κάτι που συμβαίνει σε νευρωτική οργάνωση προσωπικότητας, έχει ένδειξη για ψυχαναλυτική θεραπεία.

Η ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΤΟΥ ΚΑΚΟΗΘΟΥΣ ΝΑΡΚΙΣΣΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΤΗΤΑΣ

Κατά την άποψή μου, τα ψυχοδυναμικά ευρήματα από ασθενείς με κακοήθη

ναρκισσισμό (Kernberg, 1984) ανοίγουν το δρόμο για ψυχαναλυτική κατανόηση της ενδοψυχικής δομής και του εσωτερικευμένου κόσμου των σχέσεων με αντικείμενα της αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας, αυτής καθαυτής.

Οι μεταβιβάσεις ασθενών με κακοήθη ναρκισσισμό απηχούν τις περιπέτειες ενός ελαττωματικού πρώιμου σχηματισμού του Υπερεγώ και της αποτυχίας να σταθεροποιηθούν σχέσεις ενός ολόκληρου αντικειμένου μέσα στα πλαίσια της απαρτίωσης της ταυτότητας του Εγώ. Στην ουσία, οι ασθενείς αυτοί κυριαρχούνται τόσο πολύ από τους πρωιμότερους σαδιστικούς προδρόμους του Υπερεγώ, ώστε οι μεταγενέστεροι εξιδανικευμένοι πρόδρομοι του Υπερεγώ να μην μπορούν να τους ουδετεροποιήσουν. Ετσι, η απαρτίωση του Υπερεγώ έχει παρεμποδιστεί και οι ρεαλιστικότερες υπερεγωγικές ενδοβολές της οιδιπόδειας περιόδου δεν έχουν, κατά μέγιστο μέρος, επιτευχθεί. Αυτοί οι ασθενείς δίνουν την εντύπωση ότι ο κόσμος τους, των σχέσεων με αντικείμενα, έχει υποστεί κακοήθη εξαλλαγή, γεγονός που οδηγεί στην υποτίμηση και στη σαδιστική υποδούλωση των δυναμικά καλών εσωτερικευμένων σχέσεων με αντικείμενα από έναν αναπαρτίωτο ακόμη, σκληρό, παντοδύναμο και «τρελλό» εαυτό (Rosenfeld, 1971). Αυτός ο παθολογικά μεγαλειώδης και σαδιστικός εαυτός αντικαθιστά τους σαδιστικούς προδρόμους του Υπερεγώ, απορροφά όλη την επιθετικότητα και μετασχηματίζει, ότι θα μπορούσε με άλλους όρους να αποτελεί τις σαδιστικές συνιστώσες του Υπερεγώ σε μιαν ανώμαλη δομή εαυτού, η οποία κατόπιν αντιμάχεται την εσωτερίκευση των μεταγενέστερων, περισσότερο ρεαλιστικών υπερεγωγικών συνιστωσών.

Αυτοί οι ασθενείς βιώνουν τα εξωτερικά αντικείμενα ως παντοδύναμα και σκληρά. Έχουν το αίσθημα ότι οι τρυφερές, αμοιβαία ικανοποιητικές σχέσεις με αντικείμενα, όχι μόνο μπορεί να καταστραφούν πολύ εύκολα αλλά εμπεριέχουν το σπέρμα επίθεσης από το σκληρό, παντοδύναμο αντικείμενο. Ένας τρόπος επιβίωσης είναι η

απόλυτη υποταγή. Μια επόμενη κίνηση είναι η ταύτιση με το αντικείμενο, η οποία προσδίδει στο υποκείμενο μια αίσθηση δύναμης, απελευθερώνει από το φόβο και καλλιεργεί το αίσθημα ότι ο μόνος τρόπος να συνάψεις σχέσεις με τους άλλους περνά μέσα από την ικανοποίηση της επιθετικότητας. Ένας εναλλακτικός τρόπος διαφυγής είναι η υιοθέτηση ενός επίπλαστου, κυνικού τρόπου επικοινωνίας και η απόλυτη διάψευση της σπουδαιότητας των σχέσεων με αντικείμενο. Να γίνει δηλαδή μάλλον ένας αθώος παρατηρητής, παρά να ταυτιστεί με τον αμείλικτο τύρανο ή να του υποταχτεί μαζοχιστικά.

Οι περιορισμένες εμπειρίες που έχω από τις προσπάθειες ψυχοδυναμικής διερεύνησης ασθενών με αντικοινωνική προσωπικότητα, μαζί με τα ευρήματα που πηγάζουν από την εντατική ψυχοθεραπεία και ψυχανάλυση ασθενών με κακοήθη ναρκισσισμό, με οδηγούν να προτείνω τις παρακάτω προσωρινές σκέψεις για την ψυχοδυναμική της αντικοινωνικής προσωπικότητας αυτής καθαυτής.

Οι ασθενείς αυτοί κουβαλούν παλαιότερες εμπειρίες άγριας επιθετικότητας από τα γονεϊκά τους αντικείμενα και συχνά αναφέρουν ότι παρακολούθησαν και υπέστησαν βία στη πρώιμη παιδική τους ηλικία. Ακόμη κουβαλούν τη δραματική πεποίθηση ότι οποιαδήποτε καλή σχέση με αντικείμενο είναι ανίσχυρη και αδύναμη: το καλό είναι εξ ορισμού αδύναμο και αναξιόπιστο και ο ασθενής δείχνει οργή, υποτίμηση και περιφρόνηση απέναντι σε εκείνα που αόριστα εκλαμβάνονται ως δυναμικά καλά αντικείμενα. Οι δυνατοί πρέπει να επιζήσουν, όμως είναι αναξιόπιστοι και πάντα σαδιστές. Ο πόνος που βιώνουν, καθώς είναι αναγκασμένοι να εξαρτώνται από παντοδύναμα, αλλά σαδιστικά γονεϊκά αντικείμενα, τα οποία όμως τα χρειάζονται απελπισμένα, μετασχηματίζεται σε οργή και εκφράζεται ως οργή, η οποία κατά κύριο λόγο προβάλλεται, χειροτερεύοντας ακόμη περισσότερο τη σαδιστική εικόνα των παντοδύναμων κακών αντικειμένων τα οποία γίνονται θεόρατοι σαδιστές τύρανοι.

Σ' αυτόν το κόσμο, που φέρνει στο νου το «1984» του Οργουελ, η επιθετικότητα είναι διαδεδομένη αλλά απρόβλεπτη, και αυτό το στοιχείο του απρόβλεπτου αποκλείει την ασφαλή υποταγή στο σαδιστικό τύρανο και αποτρέπει τον ασθενή από το να εξιδανικεύσει το σύστημα των σαδιστικών αξιών του επιτιθέμενου.

Η αποτυχία οποιασδήποτε εξιδανίκευσης των αντικειμένων διαφοροποιεί την αντικοινωνική προσωπικότητα αυτή καθαυτή από την «αυτοδίκαιη» επιθετικότητα του ασθενούς με κακοήγη ναρκισσισμό, ο οποίος τουλάχιστον βρήκε κάποιο τρόπο να συμπυκνώσει το σαδισμό και να εξιδανικεύσει ταυτιζόμενος με έναν εξιδανικευμένο, αμείλικτο τύρανο. Η αποτυχία μιας τέτοιας εξιδανίκευσης αποτρέπει τον αντικοινωνικό ασθενή από το να επιχειρήσει μια μαζοχιστική υποταγή σε μια προβλέψιμη, έστω σαδιστική εξουσία. Ο ασθενής είναι απόλυτα πεπεισμένος ότι το μόνο που έχει στη διάθεσή του είναι η δική του δύναμη και η ικανοποίηση του σαδιστικού ελέγχου είναι η μόνη εναλλακτική δυνατότητα στα βάσανα και στην καταστροφή του αδύνατου. Σε ένα τέτοιο κόσμο είναι αναγκαίο (για να παραφράσω τον Paul Pappin) να «φοβάσαι το γείτονά σου όπως φοβάσαι τον εαυτό σου» (*fear thy neighbor as thou fearest thyself*) και να υποτιμάς όλες τις συνδέσεις.

Μέχρι τώρα, εστίασα στα δυναμικά της κυρίως επιθετικής αντικοινωνικής διαταραχής προσωπικότητας. Αντίθερα, η παθητική-παρασιτική αντικοινωνική διαταραχή προσωπικότητας έχει βρει ένα τρόπο ικανοποίησης, μέσω της σαδιστικής δύναμης που υποκρύπτεται στη διάψευση της σημασίας όλων των σχέσεων με αντικείμενα, και στην παλινδρομική εξιδανίκευση της ικανοποίησης των δεκτικών - εξαρτητικών αναγκών - φαγητό, αντικείμενα, χρήματα, σεξ, προνόμια - και της συμβολικής δύναμης που ασκούν στους άλλους όταν τους αποσπούν τέτοιες ικανοποιήσεις. Το νόημα της ζωής είναι να αποσπάς τις προμήθειες που χρειάζεσαι, ενώ αγνοείς τους άλλους ως πρόσωπα και προ-

στατεύεσαι έτσι από την αντεκδίκησή τους. Να τρως, να αποπατείς, να κοιμάσαι, να κάνεις έρωτα, να νιώθεις ασφαλής, να εκδικείσαι, να νιώθεις δυνατός, να διεγείρεσαι - και όλα αυτά δίχως να αποκαλύπτεσαι από τους επικίνδυνους που σε περιτριγυρίζουν μέσα στο ανώνυμο πλήθος - επιτρέπει μια κάποιας μορφής προσαρμογή. Αυτή η προσαρμογή είναι η προσαρμογή ενός λύκου που μεταμφιέζεται για να ζήσει ανάμεσα σε πρόβατα, ενώ ο πραγματικός κίνδυνος προέρχεται από άλλους λύκους που έχουν και αυτοί μεταμφιεστεί. Ενάντια σ' αυτή την απειλή ορθώνεται η «ατολμία» ως προστατευτική ασπίδα. Αυτή η ψυχολογική δομή επιτρέπει τη διάψευση της επιθετικότητας και το μετασχηματισμό της σε αδιάστακτη εκμεταλλευτικότητα.

Στον κακοήγη ναρκισσισμό κάποιοι εξιδανικευμένοι πρόδρομοι του Υπερεγώ έχουν ενταχτεί στον διηθημένο με επιθετικότητα, παθολογικό μεγαλειώδη εαυτό, κι έτσι διευκολύνεται, τουλάχιστον, η επίτευξη μιας παγιωμένης αίσθησης εαυτού, μιας αίσθησης συνέχειας του εαυτού μέσα στο χρόνο, καθώς επίσης - μέσω της προβολής - και μια αίσθηση σταθερότητας και προβλεψιμότητας του κόσμου των παντοδύναμων και επικίνδυνων άλλων. Ο παθολογικός ναρκισσισμός, η Εγώ-συντονική μεγαλοπρέπεια, η αντικοινωνική συμπεριφορά και η παρανοειδής επαγρύπνηση αυτών των ασθενών, όλα αυτά μαζί, τους δίνουν τη δυνατότητα να ελέγχουν τον εσωτερικό κόσμο τους των σχέσεων με αντικείμενο. Ταυτόχρονα, αυτός ο παθολογικός μεγαλειώδης εαυτός τους προστατεύει από τις αβάσταχτες συγκρούσεις γύρω από τον πρωτόγονο φθόνο, οι οποίες κατατρομάζουν τις λιγώτερο παθολογικά προσατευμένες ναρκισσιστικές προσωπικότητες. Η αντικοινωνική προσωπικότητα αυτή καθαυτή, αντίθετα, προστατεύεται από τον μανιασμένο φθόνο μόνο με την επιθετικότητα, τη διαθεσιμότητα για βία ή την παθητική - παρασιτική εκμετάλλευση των άλλων.

Η μελέτη του Dicks (1972) για τους φονιάδες SS φωτίζει την διευκόλυνση και την

εγκαθίδρυση της εγκληματικής συμπεριφοράς κάτω από ιδιαίζουσες κοινωνικές περιστάσεις. Ο Zinovien (1984) μελέτησε τα ηθικά γνωρίσματα των κοινωνικών ομάδων και των θεσμών στα ολοκληρωτικά καθεστώτα, των οποίων οι εικόνες των ηθικών αρχών προβάλλονται στην κορυφή της ιεραρχίας του συστήματος ως εξωτερικές «διωκτικές» μορφές. Υπογραμμίζει τη γενικευμένη διαφθορά της κοινωνίας, που είναι συνακόλουθο μιας τέτοιας κοινωνικής δομής και μπορεί να επηρεάζει τη δημόσια συμπεριφορά μεγάλων τμημάτων του πληθυσμού. Οι δραματικές περιγραφές που δίνει της γενικευμένης διαφθοράς της δημόσιας ζωής, υπ' αυτές τις συνθήκες, ει-

κονογραφούν την εξάρτηση της ηθικής συμπεριφοράς του ατόμου από την κοινωνική δομή που το περιβάλλει. Τα περίφημα πειράματα του Milgram (1963) καταδεικνύουν ότι η άκριτη υπακοή στην εξουσία μπορεί εύκολα να οδηγήσει στην αναίτια συμμετοχή σε σαδιστική συμπεριφορά, ακόμη και σε άτομα με υψηλά επίπεδα ψυχολογικής οργάνωσης και σε ατμόσφαιρα κοινωνικής ελευθερίας. Η πραγματικότητα της αντικοινωνικής προσωπικότητας είναι ο κόσμος των εφιαλτών του φυσιολογικού ατόμου η πραγματικότητα του φυσιολογικού ατόμου είναι ο εφιάλτης του ψυχοπαθητικού.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Alexander F. The neurotic character. *International Journal of Psychoanalysis*, 1930, 2, 292-311.

Alexander F. and Healy W. *The roots of crime*. N.Y., Knopf, 1935.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (*DSM-I*). Washington D.C., 1952.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (*DSM-II*). Washington D.C., 1968.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (*DSM-III*). Washington D.C., 1980.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition-Revised). (*DSM-III-R*), Washington D.C., 1987.

Cleckley H. *The mask of sanity*. St. Louis, C.V. Mosby, 1941.

Diatkine G. *Les transformations de la psychopathie*. Paris, P.U.F., 1983.

Dicks H.V. *Licensed mass murder: a socio-psychological study of some SS killers*. N.Y., Basic Books, 1972.

Eissler K.R. *Ego-psychological implications of the psychoanalytic treatment of delinquents*. *Psychoanalytical Study of the Child*, 1950, 5, 97-121.

Freud S. (1916). Some character-types met with in psychoanalytic work. *S.E.*, 14, 309-333.

Glueck S. and Glueck E. *Criminal careers in retrospect*. N.Y., Commonwealth Fund, 1943.

Guze S.B. Conversion symptoms in criminals. *American Journal of Psychiatry*, 1964, 121, 580.

Guze S.B. A study of recidivism based upon a follow-up of 217 consecutive criminals. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 1964b, 138, 575.

Henderson D.K. *Psychopathic states*. London, Chapman and Hall, 1939.

Henderson D.K. and Gillespie R.D. *Henderson and Gillespie's textbook of psychiatry for students and practitioners*. 10th ed., revised by Batchelor I.R.C. London, Oxford University Press, 1969.

- Jacobson E. *The self and the object world*. N.Y., I.U.P., 1964.
- Jacobson E. *Depression*. N.Y., I.U.P., 1971.
- Johnson A.M. Sanctions for superego lacunae of adolescents. In K.R. Eissler (Ed.) *Searchlights on delinquency*. N.Y., I.U.P., 1949, pp. 225-245.
- Johnson A.M. and Szurek S.A. The genesis of antisocial acting out in children and adults. *Psychoanalytic Quarterly*, 1952, 21, 233.
- Kernberg O.F. *Borderline conditions and pathological narcissism*. N.Y., Aronson, 1975.
- Kernberg O.F. *Severe personality disorders: psychotherapeutic strategies*. New Haven, Yale University Press, 1984.
- Kernberg O.F. The relation of borderline personality organisation to the perversions. In: *Psychiatrie et Psychanalyse: Jalons pour une fécondation réciproque*. Quebec, Gaetan Morin Editeur, 1985, pp. 99-116.
- Kernberg O.F. A conceptual model for male perversion. In G.I. Fogel, F.M. Lane and R.S. Liebert (Eds) *The psychology of men: New psychoanalytic perspectives*. N.Y., Basic Books, 1986, pp. 152-180.
- Kernberg O.F. Hysterical and histrionic personality disorders. In *Psychiatry I*. N.Y., Basic Books, 1986, pp. 1-11.
- Kernberg O.F. Clinical dimensions of masochism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1988, 36, 4.
- Lewis D. et al. Bio-psychosocial characteristics of children who later murder: A prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142, 1161-1167.
- Milgram S. Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1963, 67, 371-378.
- Millon T. *Disorders of personality*. DSM-III: Axis II. N.Y., Wiley, 1981.
- O' Neal R. et al. Parental deviance and the genesis of sociopathic personality. *American Journal of Psychiatry*, 1962, 118, 1114.
- Orwell G. 1984. N.Y., Harcourt Brace Jovanovich, 1983.
- Reid W.H. (Ed.) *The treatment of antisocial syndromes*. N.Y., Van Nostrand Reinhold, 1981.
- Robins L.N. *Deviant children grow up: A sociological and psychiatric study of sociopathic personality*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1966.
- Rosenfeld H. On the psychopathology of narcissism: A clinical approach. *International Journal of Psychoanalysis*, 1964, 45, 332-337.
- Rosenfeld H. A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: An investigation into the aggressive aspects of narcissism. *International Journal of Psychoanalysis*, 1971, 52, 169-178.
- Rutter M. and Giller H. *Juvenile delinquency: Trends and perspectives*. N.Y., Penguin Books, 1983.
- Stone A.A. Psychiatry and the Supreme Court, in law psychiatry and morality: Essays and analysis. Washington D.C., American Psychiatric Press, 1984, 5, 99-131.
- Zinoviev A. *The reality of communism*. N.Y., Schocken Books, 1984.

Σαδομαζοχισμός, σεξουαλική διέγερση και σεξουαλική παρέκλιση^{1 2}Otto F. Kernberg³

Μετάφραση: Μαρία Σόλμαν

Οι βασικές θέσεις αυτού του άρθρου είναι: Ο σαδομαζοχισμός, συστατικό της βρεφικές σεξουαλικότητας, αποτελεί ουσιαστικό μέρος της φυσιολογικής σεξουαλικής λειτουργίας και των ερωτικών σχέσεων. Είναι ένα ουσιαστικό μέρος της ίδιας της φύσης της σεξουαλικής διέγερσης. Η σεξουαλική διέγερση είναι βασικό συναίσθημα: είναι θεμελιώδες συστατικό της λίμπιντο, την οποίαν θεωρώ ως ιεραρχικά κυρίαρχη (*supraordinate*) ενόρμηση. Ήδη, στην προηγούμενη δουλειά μου, έχω προτείνει την ιδέα ότι τα συναίσθημα είναι το υλικό πάνω στο οποίο οικοδομούνται οι ενορμήσεις (Kernberg, 1976, σελ. 85-107, 1982 και 1988d). Ο σαδομαζοχισμός μπορεί να παρουσιάζεται ως συγκεκριμένη σεξουαλική παρέκλιση. Την παρέκλιση αυτή χαρακτηρίζει το γεγονός ότι αντλείται ικανοποίηση με την επιβολή ή την αποδοχή πόνου, ο οποίος αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη σεξουαλικής ικανοποίησης και οργασμού. Η απαραίτητη αυτή προϋπόθεση συνεπάγεται έναν περιορισμό στην ποικιλία, το εύρος και την ευελιξία της σεξουαλικής

ζωής. Ο βαθμός της σοβαρότητας της σεξουαλικής αυτής παρέκλισης εξαρτάται από το βαθμό της παθολογίας του Εγώ και του Υπερεγώ.

Το βασικό μου θεωρητικό πλαίσιο πηγάζει από την περιγραφή του Freud (1905) για τη βρεφική σεξουαλικότητα. Θεωρώ, όμως, ότι η πηγή της λιβιδινικής ενόρμησης βρίσκεται όχι σ' αυτή καθαυτή τη διέγερση των ερωτογόνων ζωνών, αλλά στο συναίσθημα της σεξουαλικής διέγερσης το οποίο ενσωματώνει τη διέγερση των ζωνών μαζί με γνωστικές πλευρές των πρώιμων σχέσεων αντικειμένου και άλλες επικοινωνιακές, νευροφυτικές και ψυχοκινητικές υποδομές του συναισθήματος αυτού. Η άποψή μου για τη σεξουαλική διέγερση, ως βασικού συναισθήματος, ενσωματώνει επίσης και την επεξεργασία του Erikson περί βρεφικής σεξουαλικότητας με όρους μεθόδων και μορφών των σχέσεων αντικειμένου που ενέχονται στην ενεργοποίηση της διέγερσης των ζωνών (Erikson, 1963, σελ. 72-108).

Σε προηγούμενη δουλειά μου (1986, 1988α και 1988β) τόνισα την τεράστια ση-

¹Κείμενο που παρουσιάστηκε σε συζήτηση στρογγυλής τραπέζης με θέμα «Η σαδομαζοχιστική σεξουαλική παρέκλιση» στη συνάντηση της Αμερικανικής Ψυχαναλυτικής Εταιρείας, Νέα Υόρκη, Δεκέμβριος 1988. (Σ.τ.Σ.) Η μετάφραση είναι από το τελικό αναθεωρημένο κείμενο της 23ης Μαΐου 1989. (Σ.τ.Μ.)

² Ο όρος *perversion* μεταφράστηκε σεξουαλική παρέκλιση σε όλο το κείμενο. (Σ.τ.Μ.)

³ Ψυχίατρος, Αναπλ. Διευθυντής και Ιατρικός Διευθυντής στο New York Hospital-Cornell Medical Center, Westchester Division. Καθηγητής Ψυχιατρικής στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Cornell. Διδάσκων και Επόπτης ψυχαναλυτής του Columbia University for psychoanalytic training and research. (Σ.τ.Σ.)

μασία των επιπέδων της οργάνωσης της προσωπικότητας - με άλλα λόγια, της ψυχικής δομής - στην εκτίμηση των σεξουαλικών παρεκλίσεων. Η διαφορά ανάμεσα στις παρεκλίνουσες φαντασιώσεις και στη συμβολική πραγμάτωσή τους στις σεξουαλικές σχέσεις και τον έρωτα αφ' ενός, και σε μια εδραιωμένη παρεκλίνουσα δομή, αφ' ετέρου, εξαρτάται από τη φύση της οργάνωσης του Εγώ και του Υπερεγώ.

Το ψυχοδυναμικό περιεχόμενο των παρεκλινουσών φαντασιώσεων και πράξεων βρίσκεται σε ένα διηλεκτές, από τη φυσιολογική κατάσταση ως την ψυχοπαθητική σεξουαλική παρέκλιση. Σύμφωνα με τους διάφορους κλινικούς τύπους και το βαθμό της παρέκλισης, ποικίλλουν και τα χαρακτηριστικά της δομής, ανάλογα με το αν συνδέονται με μια ολοκληρωμένη τρισχιδή δομή φυσιολογικού και νεύρωσης στο ένα άκρο, με μια οριακή και ναρκισσιστική δομή προσωπικότητας στο μέσον, ή με τα σύνδρομα κακοήθους ναρκισσισμού, αντικοινωνικής δομής της προσωπικότητας και παρεκλίνουσας οργάνωσης στην ψύχωση, στο άλλο άκρο. Ο βαθμός στον οποίο οι παρεκλίνουσες τάσεις μετασχηματίζονται σε πράξη εξαρτάται από την επιβολή των επιθετικών στοιχείων πάνω στα στοιχεία της λίμπιντο, μέσα στην ισορροπία των ενστίκτων του ατόμου και την παλινδρομική φύση της δομής της προσωπικότητάς του, συμπεριλαμβανομένης και της παλινδρόμησης ή/και αποδιοργάνωσης του Υπερεγώ, την κυριαρχία των διεργασιών σχάσης στο Εγώ, την εδραίωση ενός παθολογικού μεγαλομανούς εαυτού και την αποδυνάμωση και απώλεια των ορίων του Εγώ.

Μερικές χαρακτηριστικές περιπτώσεις

Οι πέντε περιπτώσεις που ακολουθούν εικονογραφούν το σαδομαζοχισμό σε διάφορα επίπεδα ψυχοπαθολογίας, που όμως δεν φτάνουν μέχρι την πραγματική ψύχωση.

Η πρώτη είναι η περίπτωση ενός νέου ανδρός, στα είκοσι, που αυνανιζόταν στις

ταράτσες των κτιρίων και πέταγε τούβλα στις γυναίκες που περπατούσαν στο δρόμο από κάτω. Εφτανε στον οργασμό τη στιγμή που είτε χτυπούσε το θύμα του είτε παρατηρούσε τον τρόπο ενός πιθανού θύματος. Ο ασθενής αυτός, προσωρινά στο νοσοκομείο την εποχή που έγινε η αξιολόγησή του κατόπιν δικαστικής εντολής, παρουσίαζε μια σαδιστική παρέκλιση την οποία δεν άγγιζε κανενός είδους ενοχή ή ικανότητα να νοιώσει ανησυχία για τα θύματά του ή για τον εαυτό του. Ενεφάνιζε επίσης ένα συνδιασμό μεγαλομανίας, αλαζονείας και περιφρόνησης, ως κύρια χαρακτηριστικά στοιχεία. Είναι ένα παράδειγμα συνδιασμού σεξουαλικής παρέκλισης και πλήρους αποδιοργάνωσης ή απουσίας των λειτουργιών των Υπερεγώ, μέσα στα πλαίσια μιας ναρκισσιστικής δομής της προσωπικότητας. Η σαδιστική παρέκλιση μπορεί επίσης να εμφανίζεται ως μέρος της ψύχωσης, δηλαδή, έναν ακόμα βαθμό πιο πέρα, σ' αυτήν την ακραία ψυχοπαθολογία.

Η δεύτερη περίπτωση ήταν ενός ανδρός, που πλησίαζε τα σαράντα, ο οποίος έκανε ψυχαναλυτική θεραπεία εξαιτίας μιας μακρόχρονης ανικανότητας να αγαπήσει γυναίκες, σεξουαλικής ασυδοσίας και μιας αυξανόμενης δυσaréσειας με τη σεξουαλική του ζωή. Ήταν λευκός και είχε μια μαύρη ερωμένη, συνάδελφο στη δουλειά, με την οποία συνεργαζόταν σε δημιουργικά προγράμματα. Εκείνη τον αγαπούσε, δεχόμενη τους περιορισμούς της σχέσης τους, η οποία είχε μια σποραδική και ασυνεχή ποιότητα, προερχόμενη από εκείνον. Αν και είχε ομοφυλοφιλικές εμπειρίες στο παρελθόν και θεωρούσε τον εαυτό του «δυσνητικά αμφίφυλο» - έκφραση της σεξουαλικής του ελευθερίας και ανωτερότητας - οι σεξουαλικές του εμπειρίες την εποχή εκείνη ήταν σχεδόν αποκλειστικά ετερόφυλες. Αυτό που απολάμβανε περισσότερο με την τότε ερωμένη του ήταν το ερωτικό τρίγωνο: Αφού την έπειθε να συμμετάσχει σε ένα *ιπενικό τρίγωνο*, την προσέφερε ως σεξουαλικό σύντροφο σε κάποιον στενό του φίλο. Η σεξουαλική του διέγερση έ-

φτανε στο αποκορύφωμα όταν, ενώ η ερωμένη του συνουσιαζόταν με το φίλο του, τον κοιτούσε με έκφραση αγάπης, υποδεικνύοντας ότι υπέκυπτε σ' αυτή τη σεξουαλική σχέση γιατί της το ζήτησε εκείνος και ότι στο μυαλό της είχε εκείνον ως σεξουαλικό αντικείμενο. Η αναλυτική διερεύνηση αποκάλυψε ότι το νόημα της σκηνης αυτής συμπεριελάμβανε και την ασυνείδητη επιθυμία του να την ταπεινώσει, εκδικούμενος μια μισητή μητρική μορφή, και την αναπαράσταση και μαγική αντιστροφή της φαντασίωσής του και ότι είναι το «*αποκλεισμένο τρίτο πρόσωπο*» της πρωταρχικής σκηνης: στη φαντασίωσή του, ο φίλος (πατέρας) ήταν τώρα, στην πραγματικότητα, το αποκλεισμένο τρίτο πρόσωπο. Ενώ αυτό δεν ήταν μια αποκλειστική, αναγκαστική και μόνιμη πλευρά της σεξουαλικής του συμπεριφοράς, αποτελούσε τον πιο έντονο και αποτελεσματικό τρόπο σεξουαλικής ικανοποίησης. Ο ασθενής αυτός παρουσίαζε μια ναρκισσιστική προσωπικότητα και, κατά τη μεταβίβαση, μια χαρακτηριστική «*παρεκκλίνουσα*» ανάπτυξη (Kernberg, 1985), με την έννοια ότι μετασχημάτιζε οτιδήποτε «*καλό*» δεχόταν σε κάτι «*κακό*». Έκανε μια συστηματική, αν και ασυνείδητη, προσπάθεια να χρησιμοποιήσει ό,τι κέρδισε από μένα για να αποδείξει την ανεξαρτησία του από μένα, τη ματαιότητα της ψυχανάλυσης και την ανωτερότητα της σαδιστικής απόλαυσης, σε σύγκριση με οποιοδήποτε άλλου είδους ανθρώπινη συναλλαγή. Συγχρόνως, όμως, ο ασθενής αυτός παρουσίαζε καλές λειτουργίες του Υπερεγώ σε όλες τις άλλες πλευρές της καθημερινής ζωής, που δεν είχαν σχέση με το σεξ, και ανταποκρίθηκε θετικά στην ψυχαναλυτική θεραπεία για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Η τρίτη περίπτωση, που παρουσιάστηκε σε διαφορετικό πλαίσιο, σε προηγούμενη δημοσίευση (Kernberg, 1976, σελ. 181-182) είναι μιας γυναίκας με πολύ σοβαρές σεξουαλικές αναστολές, που όλη τη ζωή της δεν μπορούσε να αντανιστεί γιατί, μόλις διεγείρετο σεξουαλικά, ερχόταν στο μυαλό της το πρόσωπο της μητέρας της που τη

σταματούσε από κάθε αυνανιστική δραστηριότητα. Η μόνη ερωτικά διεγείρουσα συμπεριφορά αντιπροσωπευόταν με κοψίματα σε διάφορα μέρη του σώματός της: η διεγερση ερχόταν παρατηρώντας το αίμα να τρέχει από τις πληγές αυτές (που, ασυνείδητα, αντιπροσώπευαν αναρίθμητους μικροσκοπικούς κόλπους). Κατά τη διάρκεια της θεραπείας της, ανέπτυξε, στη μεταβίβαση, τη φαντασίωση ότι, αν ήμουν πρόθυμος να την πυροβολήσω και να τη σκοτώσω, θα ένοιωθε πλήρη σεξουαλική ικανοποίηση. Η πράξη μου αυτή θα σήμαινε ότι εκείνη ήταν το πιο σημαντικό πράγμα στη ζωή μου και θα μας ένωνε για πάντα με ένα τρόπο που δεν θα μπορούσε να μας ενώσει καμιά άλλη ανθρώπινη σχέση. Η ασθενής αυτή, που έπασχε από σοβαρή διαταραχή προσωπικότητας με σχιζοειδή, μαζοχιστικά και ιδεοληπτικά στοιχεία, και που λειτουργούσε σε οριακό επίπεδο οργάνωσης της προσωπικότητας, ανταποκρίθηκε πολύ καλά στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία για πολλά χρόνια (με γρήγορη υποχώρηση της τάσης αυτοτραυματισμού), αλλά οι σεξουαλικές της αναστολές μειώθηκαν πολύ αργά και σταδιακά, με το πέρασμα των χρόνων. Η ασθενής αυτή αποτελεί παράδειγμα μαζοχιστικής οργάνωσης σε πολύ πρωτόγονο επίπεδο, με απουσία των συνηθισμένων ευχάριστων στοιχείων της σεξουαλικής διεγερσης και με υπερβολική ανάπτυξη των επιθετικών συστατικών της. Εδώ, η επιθετικότητα, που κυριαρχεί μέσα στη σεξουαλική διεγερση, συνοδεύεται από ένα καλά οργανωμένο, αλλά υπερβολικά σαδιστικό και αυτοτιμωρητικό Υπερεγώ.

Η τέταρτη περίπτωση είναι ενός ανδρός γύρω στα σαρανταπέντε του, που ήταν ανίκανος με την τότε ερωμένη του, μια γυναίκα την οποία αγαπούσε βαθύτατα αλλά με την οποία ήταν ντροπαλός και, καμιά φορά, ακόμα και υποταγμένος, παρ' όλο που μπορούσε να είναι πλήρως ικανός σε σαδιστικές σχέσεις με άλλες γυναίκες, αν ακολουθούσαν ένα προσεκτικά σχεδιασμένο και τελετουργικό πρωτόκολλο δράσης. Η γυναίκα με την οποία θα μπορούσε να

είναι σεξουαλικά ικανός, θα έπρεπε να τον υποδεχθεί στην πόρτα της γονατιστή, θηλάζοντας το πέος του, μετά να τον οδηγήσει στην κρεβατοκάμαρα, να γδυθεί, εκείνος να τη δέσει και να τη μαστιγώσει, ελέγχοντας προσεκτικά τον πόνο και τις πληγές που θα της προξενούσε. Όταν ήταν πια φανερό ότι η γυναίκα ένοιωθε μόνο πόνο και όχι σεξουαλική διέγερση, τότε το μαστίγωμα έχανε τη γοητεία του για κείνον. Ολοκλήρωνε τη σεξουαλική συνάντηση με ικανοποιητική συνουσία και κανένα πρόβλημα ανικανότητας. Είχε πετύχει αυτού του είδους τη διευθέτηση με διάφορες γυναίκες, και, με την εξαίρεση του συγκεκριμένου σεναρίου, ενδιαφερόταν και βοηθούσε τις γυναίκες αυτές, αλλά με καμμία δεν ήταν ερωτευμένος. Ο ασθενής αυτός παρουσίαζε μια σαδιστική παρέκλιση σε νευρωτικό επίπεδο της οργάνωσης προσωπικότητας και μια δομή προσωπικότητας με υστερικά και ιδεοληπτικά στοιχεία. Η ψυχαναλυτική διερεύνηση αποκάλυψε ότι η παρεκκλίνουσα τελετουργία τον προστάτευε από το υποκείμενο άγχος ενουχισμού, φόβο ανταγωνισμού με έναν ισχυρό και κυρίαρχο πατέρα και μια ασυνείδητη αίσθηση ότι είναι ένα μικρό αγόρι, ανίκανο να ικανοποιήσει την εξιδανικευμένη οιδιπόδεια μητέρα.

Η πέμπτη περίπτωση είναι μιας γυναίκας στα σαράντα της, με καταθλιπτική-μαζοχιστική δομή προσωπικότητας, σε προχωρημένο στάδιο ψυχαναλυτικής θεραπείας, κατά τη διάρκεια της οποίας μπόρεσε να λύσει την ανικανότητά της, να φτάσει σε οργασμό με τον άνδρα της, μετά από πολλά χρόνια γάμου. Σε μία συνεδρία, κατά τη μεταβίβαση, ανέπτυξε τη φαντασίωση ότι θα ερχόταν για ανάλυση, θα γδυνόταν τελείως και εγώ θα εντυπωσιαζόμουν τόσο πολύ με το στήθος της και τα γεννητικά της όργανα που θα γινόμουν σκλάβος της επιθυμίας της, θα ανταποκρινόμουν με σεξουαλική διέγερση και θα συνουσιαζόμουν μαζί της. Εκείνη, με τη σειρά της, θα ήταν πρόθυμη να γίνει σκλάβα μου και να εγκαταλείψει τα πάντα για να με ακολουθήσει. Μοναχοκόρη μιας αυταρχι-

κής, απαγορευτικής μητέρας η οποία δεν ανεχόταν καμμία σεξουαλική εκδήλωση της κόρης της και ενός ζεστού, αλλά απόμακρου πατέρα ο οποίος, κατά την παιδική της ηλικία, απουσίαζε για μεγάλα διαστήματα από το σπίτι, συνειδητοποίησε αμέσως τη σύνδεση ανάμεσα στην επιθυμία της για μια σεξουαλική σχέση μαζί μου και στην εξέγερσή της εναντίον της μητέρας της που συνεπάγεται η επιθυμία της να σαγηνεύσει τον πατέρα της, παίρνοντάς τον από εκείνην. Η επιθυμία να με κάνει σκλάβο της ήταν ένα συνδιασμός της επιθυμίας να παραδεχτώ πλήρως τα γεννητικά της όργανα και τη σεξουαλικότητά της και της επιθυμίας της να με τιμωρήσει που προτίμησα άλλες γυναίκες (τη μητέρα της), ενώ προσφερόταν να γίνει σκλάβα μου για να εξιλεωθεί από την ενοχή της. Αλλά βίωσε επίσης την εκδραμάτιση της φαντασίωσης της σκλαβιάς ως διεγερτικής έκφρασης επιθετικότητας, χωρίς να φοβάται τις ανασταλτικές της επιδράσεις στη σεξουαλική ηδονή. Αντίθετα ένοιωθε ότι η επιθετικότητα αυτή θα ενέτεινε την ικανοποίηση μιας πλήρους οικειότητας και μίξης στην αμοιβαιότητα της εμπλοκής σκλάβου και αφέντη. Μετά από αυτή τη συνεδρία μπόρεσε, για πρώτη φορά, να ζητήσει από τον άντρα της, την ώρα που έκαναν έρωτα, να τσιμπήσει με δύναμη τις ρώγες της, πράγμα που έκανε με έντονη σεξουαλική διέγερση, επιτρέποντάς της, με τη σειρά του, να του γρατζουνίσει την πλάτη μέχρι να ματώσει και έφτασαν για πρώτη φορά μαζί σε έναν έντονο οργασμό. Αναλύοντας αυτή την εμπειρία εξέφρασε τη φαντασίωση ότι ο άνδρας της ήταν σαν ένα πεινασμένο βρέφος που νοιώθει ματαίωση, που δάγκωνε το στήθος της μητέρας, και εκείνη, σαν μητέρα, θα του ικανοποιούσε τις ανάγκες του ενώ θα ανεχόταν την επιθετικότητά του· ήταν δηλαδή, μια ισχυρή, δοτική μητέρα γεμάτη κατανόηση. Συγχρόνως ένοιωθε ότι ήταν μια σεξουαλική γυναίκα που είχε σχέσεις με τον άντρα - βρέφος (ο οποίος, έτσι δεν ήταν πια ο απειλητικός πατέρας) και που, συγχρόνως, εκδικείτο τον πατέρα της που την

εγκατέλειψε αλλά και τον άντρα της που της προξένησε πόνο, κάνοντάς τον να ματώσει. Και αισθανόταν ότι, γραντζουνώντας τον, ενώ τον αγκάλιαζε σφιχτά, ενέτεινε τη συγχώνευσή τους και την αίσθηση ότι εκείνη μπορούσε να συμμετέχει στον οργασμό του ενώ εκείνος συμμετείχε στον δικό της. Η περίπτωση αυτή, που πλησιάζει στην ολοκλήρωση της ανάλυσης, δείχνει σημαντικές φυσιολογικές πλευρές της σεξουαλικής διέγερσης, που θα προσδιοριστούν πιο κάτω.

Το φάσμα του σαδομαζοχισμού

Συνοψίζοντας την άποψή μου για τις δυναμικές και γενετικές πλευρές του σαδομαζοχισμού ως σεξουαλικής παρεκλίσεως (Kernberg 1988b), υπογράμμισα ότι, σε αντίθεση με την παραδοσιακή άποψη που υποβιβάζει τα πολύμορφα παρεκκλίνοντα στοιχεία και τα θεωρεί κατάλληλα μόνο για σεξουαλικό προκαταρκτικό παιχνίδι, εγώ πιστεύω ότι είναι μια σημαντική πλευρά της φυσιολογικής σεξουαλικότητας. Τα πολύμορφα αυτά παρεκκλίνοντα στοιχεία εμφανίζονται σε πολλές ασυνείδητες και συνειδητές φαντασιώσεις σχετικά με τη συνουσία και στις γενικές ερωτικές και συναισθηματικές συναλλαγές του σεξουαλικού ζεύγους. Οι οργανωμένες παρεκλίσεις σε νευρωτικό επίπεδο οργάνωσης προσωπικότητας παρουσιάζουν, και στα δυο φύλα, την ψυχοδυναμική που αρχικά πρότεινε ο Freud (1905), η οποία έχει ως επίκεντρο την καθήλωση σε μια μερική, συνιστώσα ενόρμηση ως άμυνα εναντίον της πλήρους γενετήσιας σεξουαλικότητας με τις οιδιπόδειες επιπλοκές της, την απειλή της αιμομιξίας και το άγχος ευνουχισμού.

Το εντυπωσιακό στο σαδισμό και στο μαζοχισμό και, στην πραγματικότητα, στους διάφορους συνδιασμούς αυτών των δύο αλληλοσυμπληρούμενων σεξουαλικών προσανατολισμών, είναι ότι, όχι μόνο μπορούμε να βρούμε σαδομαζοχιστικά στοιχεία σε ολόκληρο το φάσμα μεταξύ φυσιολογικών καταστάσεων και σοβαρής ψυχοπαθολογίας, αλλά και ότι μπορεί να

αποτελούν βασική συνισταμένη όλων των άλλων παρεκκλινόντων στοιχείων της σεξουαλικότητας. Ετσι, πάντοτε υπάρχουν κλινικά ευρήματα σαδομαζοχιστικών στοιχείων στην ηδονοβλεψία, στην επιδειξιομανία, στο φетиχισμό, στην κτηνοφιλία, στην ομοφυλοφιλία, στην παρενδυσία, και μια προσεκτική μελέτη όλης της βιβλιογραφίας θα έδειχνε ότι ο σαδομαζοχισμός είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με τη σεξουαλικότητα γενικώς. Ο Stoller (1985) τόνισε την παγκόσμια φύση της επιθετικότητας ως πτυχής της σεξουαλικής διέγερσης, αλλά δήλωσε επίσης ότι *«όταν είναι παρούσα, είναι συχνά ψιθύρισμα και όχι βρυχηθμός, και μόνο το μέρος, όχι το όλο»* (σελ. 42).

Οι περιπτώσεις σταθερής σεξουαλικής παρέκλισης και οριακής οργάνωσης προσωπικότητας, σε αντίθεση με σεξουαλικές παρεκλίσεις σε νευρωτικό επίπεδο οργάνωσης προσωπικότητας, παρουσιάζουν την τυπική δυναμική που περιέγραψαν Βρετανοί και Γάλλοι συγγραφείς (Chasseguet-Smirgel, 1985a και 1986, McDougall, 1978 και Meltzer, 1973) και εμφανίζουν την ίδια συμπύκνωση των οιδιποδείων και προ-οιδιποδείων συγκρούσεων, υπό την κυριαρχία της προοιδιπόδειας επιθετικότητας, που χαρακτηρίζει την ίδια την οριακή οργάνωση προσωπικότητας. Η συμπύκνωση αυτή συμπεριλαμβάνει μια παλινδρόμηση που καθιστά πρωτόγονη την οιδιπόδεια σύγκρουση, η οποία χαρακτηρίζεται από ιδιαίτερες πρωτόγονες και απειλητικές εικόνες και των δύο γονέων, απειλητικές σύνθετες εικόνες πατέρα-μητέρας, και παλινδρομικές παραμορφώσεις των ασυνείδητων αντιλήψεων των λειτουργιών των γεννητικών οργάνων και της πρωταρχικής σκηνής. Κλινικά, διαφέρει τελείως από την αμυντική παλινδρόμηση σε προοιδιπόδεια στάδια εξέλιξης που συναντάμε σε ασθενείς με νευρωτική οργάνωση προσωπικότητας. Ασθενείς, των οποίων τα πολύμορφα παρεκκλίνοντα στοιχεία είναι πλήρως ανεσταλμένα, όχι λόγω καταπίεσης, αλλά γιατί δεν είχε ενεργοποιηθεί ο πρώιμος ερωτισμός (δηλαδή, ορισμένοι ι-

διατείνονται ανεσταλμένοι, αλλά όχι υστερικοί ασθενείς), παρουσιάζουν την ίδια οριακή δυναμική. Οι σεξουαλικές τους αναστολές είναι οι πιο σοβαρές που συναντάμε στην κλινική μας άσκηση.

Οι σεξουαλικές παρεκλίσεις στη ναρκισσιστική δομή προσωπικότητας και ειδικά στον κακοήθη ναρκισσισμό, εμφανίζουν την ψυχοδυναμική σύνθεση που σκιαγράφησε η Chasseguet-Smirgel (1985a, 1985b, 1986). Η πλήρης ανάπτυξη ενός παλινδρομικού «πρακτικού σύμπαντος», την οποία περιέγραψε, συμπίπτει με το σύνδρομο του κακοήθους ναρκισσισμού συν μια οργανωμένη σεξουαλική παρέκλιση. Η πρωτόγονη καταστροφή - στις ασυνείδητες φαντασιώσεις - του περιεχομένου της κοιλιάς της μητέρας, ως μέρους μιας γενικότερης έλλειψης ανοχής της πραγματικότητας, της διαφοροποίησης φύλου και ηλικιών και της αναγνώρισης του οιδιπόδειου πατέρα, με τη συνεπαγόμενη σοβαρή διαταραχή των γνωστικών διεργασιών, είναι χαρακτηριστικά των σοβαρότερων περιπτώσεων σεξουαλικής παρέκλισης στις ναρκισσιστικές προσωπικότητες.

Πιστεύω ότι οι κλινικές περιπτώσεις, που περιέγραψα, δείχνουν επίσης μια πρόσθετη πλευρά της κλινικής μου εμπειρίας, δηλαδή ότι, ενώ ο σαδομαζοχισμός, ως οργανωμένη σεξουαλική παρέκλιση (όπως όλες οι οργανωμένες σεξουαλικές παρεκλίσεις), είναι ίσως πιο συχνός στους άνδρες (Money, 1988), βρήκα ότι οι γυναίκες εμφανίζουν πιο συχνά σαδομαζοχιστικά στοιχεία στις φαντασιώσεις τους και, ιδιαίτερα, στις αυνανιστικές.

Κατά την επικρατέστερη ψυχαναλυτική άποψη, η φαινομενική υπεροχή των ανδρών στις οργανωμένες σεξουαλικές παρεκλίσεις συνδέεται με το εντονότερο άγχος ευνουχισμού των ανδρών. Αυτή φαίνεται μια λογική υπόθεση και θα είχα επιπλέον να προτείνω ότι οι διαφορές στη σεξουαλική ανάπτυξη των ανδρών και των γυναικών παίζουν επίσης ρόλο.

Είναι λογικό να υποθέσουμε ότι οι ψυχοσεξουαλικές διαταραχές, που προέρχονται από πρώιμες οιδιπόδειες και προοιδι-

πόδειες συγκρούσεις, αναπαριστώνται πιο άμεσα στη γενετήσια σεξουαλική ζωή του αγοριού και με περισσότερο διάχυτο τρόπο στις μεταλλαγές των συναισθηματικών εμπλοκών του κοριτσιού, ιδιαίτερα με τον πατέρα της. Οι διατυπώσεις των Braunschweig και Fain (1971) όσον αφορά στη διαφορετική πρώιμη ανάπτυξη αγοριών και κοριτσιών, που θα παρουσιάσω αναλυτικά πιο κάτω, μπορεί να συνδέονται με το θέμα αυτό.

Πιστεύω ότι ο σαδομαζοχισμός ξεκινά ως πιθανός ερωτικός μαζοχισμός, για τη σεξουαλική διέγερση με πόνο, και στα δύο φύλα και αποτελεί μια πολύ πρώιμη ικανότητα σύνδεσης της επιθετικότητας και των λιβιδινικών στοιχείων της σεξουαλικής διέγερσης, με έναν ουσιώδη τρόπο, στρώνοντας έτσι το δρόμο προς το συνολικό φάσμα του σαδομαζοχισμού, σε όλα τα επίπεδα της εξέλιξης και της παθολογίας. Με βάση την κλινική εμπειρία, είναι λογικό να υποθέσουμε ότι η εμπειρία του υπερβολικού πόνου μπορεί να εντείνει την προσκόλληση στην αναπαράσταση αυτού που επιβάλλει τον πόνο και να επιφέρει τόσο το μετασηματισμό του πόνου, τον οποίον βίωσε το άτομο σε πολύ πρώιμες μορφές επιθετικότητας, όσο και ποικίλους βαθμούς ερωτικοποίησης αυτής της οδυνηρής εμπειρίας και των επιθετικών της στοιχείων. Είναι σαν μία από τις λειτουργίες της σεξουαλικότητας να ήταν η ουδετεροποίηση της επιθετικότητας, με την ενσωμάτωσή της στον ίδιο τον ιστό της σεξουαλικής διέγερσης. Η ασυνείδητη ταύτιση με τον επιτιθέμενο, που συνδέεται με την ερωτικοποίηση του πόνου, διευκολύνει τη σεξουαλικοποίηση μιας πρωτόγονης παντοδυναμίας, την πρωτόγονη συμπύκνωση της αγάπης και του μίσους, που μπορεί να ακολουθήσει διάφορες κατευθύνσεις.

Πιστεύω ότι η βαθύτατη σεξουαλική διέγερση και ικανοποίηση, οι οποίες προέρχονται από τη έκφραση των σαδομαζοχιστικών ώσεων στο πλαίσιο μιας σεξουαλικά ικανοποιητικής σχέσης, υποδηλώνει μια θεμελιώδη ανάγκη απαρτίωσης της αγάπης και του μίσους, εξασφαλίζο-

ντας την επικράτηση της αγάπης. Από την άποψη αυτή, η σεξουαλική διέγερση μπορεί να θεωρηθεί ως βασικό συναίσθημα, που επιτρέπει να ξεπεραστεί ο πρωτόγονος διαχωρισμός αγάπης και μίσους, και να είναι ανεκτή η αμφιθυμία. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η αγάπη «προσεταιρίζεται» το μίσος. Στον αντίποδα αυτής της προοδευτικής εξέλιξης, σε υπερβολικά παθολογικές περιστάσεις, οι συναισθηματικά θετικές, στοργικές πλευρές της σεξουαλικής διέγερσης μπορεί να στρατολογηθούν από επιθετικά στοιχεία, οδηγώντας στη σεξουαλική παρέκλιση, στην κακοήθη στρατολόγηση της αγάπης στην υπηρεσία της επιθετικότητας, όπως είδαμε στην περίπτωση του λευκού ασθενούς με τη μαύρη ερωμένη, που ανέφερα πριν.

Κλινικά χαρακτηριστικά της σεξουαλικής διέγερσης και της ερωτικής επιθυμίας

Ας εξετάσουμε τώρα τα χαρακτηριστικά της σεξουαλικής διέγερσης, όπως τα συναντάμε στην ψυχαναλυτική διερεύνηση. Πρώτον, πιστεύω, όπως ανέφερα και πριν, ότι η σεξουαλική διέγερση είναι συναίσθημα. Η δήλωση αυτή θα έπρεπε να ήταν περιττή, αλλά η σεξουαλική διέγερση αγνοείται συστηματικά στη βιβλιογραφία της ψυχανάλυσης, της νευροφυσιολογίας, της εξέλιξης και της φυσιολογίας, όταν γίνονται αναφορές σε μελέτες για τα συναισθήματα.

Τα τελευταία μόνο χρόνια άρχισαν να γίνονται ψυχαναλυτικές μελέτες για τη σεξουαλική διέγερση στην πρώιμη εξέλιξη, ιδιαίτερα από τον Stoller (1979, 1985) στις ΗΠΑ και τους Braunschweig και Fain (1971, 1975) στη Γαλλία. Υπάρχουν, φυσικά, φαινομενολογικές περιγραφές της σεξουαλικής διέγερσης στη λογοτεχνία, στην ποίηση και στη φιλοσοφία. Οι Bataille (1957), Singer (1973) και Scruton (1985) παρέχουν λεπτομερείς περιγραφές των ψυχολογικών, υποκειμενικών πλευρών της.

Το συναίσθημα μπορεί να οριστεί ως υποκειμενική εμπειρία ευχάριστης ή οδυνηρής φύσης, με φυσιολογικά (σωματικά) συνακόλουθα της εμπειρίας αυτής (τόσο σε χαρακτηριστικές ψυχοκινητικές εκδηλώσεις όσο και σε νευροφυτικά φαινόμενα), όπου οι γνωστικές πλευρές αυτής της υποκειμενικής κατάστασης συστηματικά συνεπάγονται - υπό την επίδραση αυτού του συναισθήματος - μια σχέση μεταξύ εαυτού και άλλου και μια λειτουργία επικοινωνίας, η οποία μεταδίδεται με εκφραστικές κινήσεις, κυρίως του προσώπου. Η σεξουαλική διέγερση πληρεί όλες αυτές τις προϋποθέσεις.

Συνήθως γίνεται διάκριση μεταξύ της σεξουαλικής διέγερσης (που είναι η διάχυτη ενεργοποίηση του σεξουαλικού συναισθήματος), της ερωτικής επιθυμίας (όπου το συναίσθημα αυτό απευθύνεται σε συγκεκριμένο αντικείμενο) και της αγάπης (της συνένωσης, δηλαδή, της ερωτικής επιθυμίας με τα περίπλοκα συναισθήματα που συνεπάγεται μια τρυφερή, στοργική σχέση). Στο βαθμό που η ερωτική επιθυμία εκφράζει μια ιδιαίτερα εξατομικευμένη επιθυμία για σεξουαλική σχέση με ένα συγκεκριμένο αντικείμενο, θα μπορούσε να διαφοροποιηθεί από τη σεξουαλική διέγερση αυτή καθ' αυτή, αλλά όχι επειδή η σεξουαλική διέγερση δεν έχει αντικείμενο. Στη σεξουαλική διέγερση, όπως και σε άλλα συναισθήματα, υπάρχει αντικείμενο αλλά δεν είναι ακόμα το πλήρως αποκρυσταλλωμένο αντικείμενο της συγκεκριμένης ασυνείδητης επιθυμίας που χαρακτηρίζει την ερωτική επιθυμία. Είναι περισσότερο ένα πρωτόγονο μερικό αντικείμενο, που ασυνείδητα αντικατοπτρίζει τις συγχωνευτικές εμπειρίες της συμβίωσης και τις μικτικές επιθυμίες του πρώιμου σταδίου αποχωρισμού-ατομικοποίησης. Αρχικά, στα πρώτα χρόνια της ζωής, η σεξουαλική διέγερση είναι διάχυτη και συνδέεται κυρίως με τις συνεπαγωγές που έχουν σχέση με το αντικείμενο των λειτουργιών των ερωτόγενων ζωνών. Αντίθετα, στην ερωτική επιθυμία, το συναίσθημα δεν είναι διά-

χυτο και η συγκεκριμένη φύση της σχέσης αντικειμένου είναι, γνωστικά, πιο διαφοροποιημένη. Με λίγα λόγια, η ερωτική επιθυμία είναι μια πιο ώριμη μορφή σεξουαλικής διέγερσης. Αυτό μπορεί να μην είναι ιδιαίτερα σημαντικό, αλλά θα ήθελα να τονίσω ότι, στην κλινική άσκηση, όπως και στις περιπτώσεις άλλων συναισθημάτων, ποτέ δεν συναντούμε τη σεξουαλική διέγερση χωρίς μια συνακόλουθη, συνειδητή ή ασυνείδητη σχέση αντικειμένου, η οποία ενεργοποιείται στο πλαίσιο αυτού του συναισθήματος.

Η συζήτηση αυτή συνδέεται με την περιγραφή που έκανε ο Freud (1905) της λίμπιντο ως ενόρμησης, που προέρχεται από τον ερεθισμό των ερωτογόνων ζωνών και χαρακτηρίζεται από ένα συγκεκριμένο στόχο και ένα αντικείμενο. Κατά την άποψή μου, η λίμπιντο πηγάζει από πρωτόγονες συγκινησιακές καταστάσεις, συμπεριλαμβανομένης και της μέγιστης συγκινησιακής κατάστασης της έκτασης που χαρακτηρίζει την πρώιμη σχέση μητέρας-βρέφους καθώς και τη συμβιωτική εμπειρία και φαντασίωση. Οι στοργικές και γενικά ευχάριστες εμπειρίες με τη μητέρα, κάτω από φυσιολογικές, γαλήνιες καταστάσεις, ενσωματώνονται επίσης στις λιβιδινικές προσπάθειες. Η σεξουαλική διέγερση είναι ένα μεταγενέστερο και πιο διαφοροποιημένο συναίσθημα. Εμφανίζεται ως καθοριστική συνισταμένη της λιβιδινικής ενόρμησης, αλλά η προέλευση της σεξουαλικής διέγερσης ως συναισθήματος βρίσκεται στην ολοκλήρωση της πολυζωνικής ερωτογόνου διέγερσης. Εφόσον η σεξουαλική διέγερση, ως συναίσθημα, αφορά το συνολικό πεδίο της ψυχικής εμπειρίας, δεν περιορίζεται στον ερεθισμό συγκεκριμένων ερωτογόνων ζωνών αλλά γενικεύει τις ευχάριστες αισθήσεις σε ολόκληρο το σώμα.

Η σεξουαλική διέγερση περιλαμβάνει επίσης την ερωτική εμπειρία ερεθισμάτων πόνου και, σε ασυνείδητο επίπεδο, την ενεργοποίηση ασυνείδητων εμπειριών συγχώνευσης υπό την ένδειξη των μέγιστων αρνητικών συγκινησιακών καταστάσεων.

Περισσότερα γι αυτό, πιο κάτω. Πιστεύω ότι το συναίσθημα της σεξουαλικής διέγερσης είναι το κεντρικό στοιχείο της λίμπιντο και ότι, ενώ η λίμπιντο πηγάζει από τις ευχάριστες εμπειρίες μέγιστου συναισθήματος - του συναισθήματος της έκτασης στη σχέση με τη μητέρα (Kernberg, 1988a, - η έκταση αυτή, σταδιακά, αποκτά τα χαρακτηριστικά της σεξουαλικής διέγερσης και μεταβάλλεται σε μεταγενέστερη, περιπλοκότερη συγκινησιακή κατάσταση.

Για να τονίσω το γεγονός ότι ποτέ δεν συναντούμε σεξουαλική διέγερση που να μη συνεπάγεται τη συνειδητή ή ασυνείδητη επιλογή αντικειμένου, θα χαρακτηρίσω την ερωτική επιθυμία ως συναίσθημα υψηλότερου επιπέδου, του οποίου η σεξουαλική διέγερση μπορεί να θεωρηθεί πρόδρομος. Ποιά είναι τα κλινικά χαρακτηριστικά της ερωτικής επιθυμίας, όπως αποκαλύπτονται από την ψυχαναλυτική διερεύνηση;

Ένα πρώτο χαρακτηριστικό της ερωτικής επιθυμίας είναι η αναζήτηση ευχαρίστησης, που πάντα προσανατολίζεται σε ένα άλλο πρόσωπο, ένα αντικείμενο στο οποίο επιθυμεί να διεισδύσει ή να εισβάλλει κανείς ή από το οποίο θα προέλθει η διείσδυση ή η εισβολή. Είναι μια μεγάλη επιθυμία για εγγύτητα, συγχώνευση και για συνένωση που είναι σα να διασχίζεις βιαίως ένα φράγμα και, συγχρόνως, να γίνεσαι ένα με το άλλο πρόσωπο. Οι συγκεκριμένες σεξουαλικές φαντασιώσεις αναφέρονται στην εισβολή, στην διείσδυση ή στην οικειοποίηση και περιλαμβάνουν, στο επίπεδο της συνειδητής ή της ασυνείδητης φαντασίωσης, τις σχέσεις μεταξύ των σωματικών προεξοχών και των σωματικών ανοιγμάτων: πέος, θηλή, γλώσσα, δάκτυλο, περιττώματα, από την πλευρά της διείσδυσης ή της εισβολής και, κόλπος, στόμα, πρωκτός, από την πλευρά της υποδοχής ή του «περικλείειν». Ο ρυθμικός ερεθισμός αυτών των ζωνών του σώματος υπόσχεται ερωτική ικανοποίηση αλλά η ικανοποίηση αυτή χάνει την ικανοποιητική της ιδιότητα εάν δεν εξυπηρετεί την

ευρύτερη λειτουργία της συνένωσης με ένα αντικείμενο. Το «περιέχον» και το «περιεχόμενο» δεν πρέπει να συγχέονται με το αρσενικό και το θηλυκό, το ενεργητικό και το παθητικό. Συναντούμε φαντασιώσεις ενεργούς ενσωμάτωσης και παθητικής διείσδυσης μαζί με φαντασιώσεις ενεργούς διείσδυσης και παθητικής ενσωμάτωσης. Η ψυχολογική αμφιφυλία, με την έννοια της ταύτισης τόσο με τον εαυτό όσο και με το αντικείμενο - σε μια συγκεκριμένη σεξουαλική συναλλαγή - είναι κοινή στους άντρες και στις γυναίκες. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η αμφιφυλία είναι, πρώτα απ' όλα, ένας παράγοντας ταύτισης και με τους δύο συμμετέχοντες στη σεξουαλική σχέση, ή και με τους τρεις, στην τριγωνοποίηση της σεξουαλικής εμπειρίας.

Ένα δεύτερο χαρακτηριστικό της ερωτικής επιθυμίας είναι η ικανοποίηση από την ταύτιση με το άλλο φύλο και, πιο συγκεκριμένα, με τη σεξουαλική διέγερση και τον οργασμό του σεξουαλικού συντρόφου, με τη συμπύκνωση δύο αλληλοσυμπληρούμενων εμπειριών συγχώνευσης. Το πρώτο στοιχείο εδώ είναι η ευχαρίστηση, που αντλείται από την επιθυμία του άλλου, από την αγάπη, που εκφράζει η ανταπόκριση του άλλου στην ίδια σεξουαλική επιθυμία και τη συνοδευόσα εμπειρία της συγχώνευσης μέσα στην έκσταση. Μαζί μ' αυτό υπάρχει και η αίσθηση ότι γίνεται κανείς και τα δύο φύλα ταυτοχρόνως, ότι προσωρινά ξεπερνά το συνήθως αγεφύρωτο χάσμα που χωρίζει τα φύλα, με μια αίσθηση ολοκλήρωσης και απόλαυσης της διεισδύουσας και περικλείουσας, της διεισδυόμενης και περικλειομένης πλευράς της σεξουαλικής εισβολής. Σχετικά με αυτό, μια συμβολική μετατόπιση όλων των «διεισδύοντων» μερών της ανατομίας μεταξύ τους και όλων των «περικλειόμενων» ή «διεισδυόμενων» ανοιγμάτων στον άλλον, σηματοδοτούν τη συμπύκνωση του ερωτισμού από όλες τις ζώνες, μια φυσιολογική παλινδρόμηση - κατά τη σεξουαλική διέγερση - σε μια «σύγχυση ζωνών» (Meltzer, 1973) και την επακόλου-

θη σύμπλευση, σε κάθε συγκεκριμένη δραστηριότητα ή επαφή των φαντασιώσεων και των εμπειριών που αντικατοπτρίζουν ολόκληρη την επιφάνεια του σώματος και των δύο συμμετεχόντων. Σ' αυτή την ταύτιση με τον άλλον, ικανοποιείται η επιθυμία για συγχώνευση, οι ομοφυλοφιλικές επιθυμίες και επίσης η οιδιπόδεια αντιπαλότητα, γιατί, συνεπαγωγικά, όλες οι άλλες σχέσεις εξαφανίζονται, σε αντίθεση με την μοναδική σχέση συγχώνευσης του σεξουαλικού ζευγαριού. Έτσι, και η ασυνείδητη ταύτιση και με τα δύο φύλα εξαφανίζει την ανάγκη φθόνου του άλλου φύλου και, παραμένοντας ο εαυτός σου, ενώ γίνεσαι συγχρόνως και ο άλλος, έχεις την αίσθηση ότι επετεύχθη μια δι-υποκειμενική υπέρβαση.

Ένα τρίτο χαρακτηριστικό της ερωτικής επιθυμίας είναι η αίσθηση της παραβίασης, της παράκαμψης των απαγορεύσεων, που ενέχουν όλες οι σεξουαλικές συναντήσεις, απαγορεύσεων που προέρχονται από την οδιπόδεια δόμηση της σεξουαλικής ζωής. Αυτή η αίσθηση της παραβίασης παίρνει πολλές μορφές. Η πιο απλή και πιο κοινή είναι η παραβίαση της συμβατικής ηθικής, των συνηθισμένων κοινωνικών περιορισμών που προστατεύουν την οικειότητα των επιφανειών του σώματος καθώς και την οικειότητα της σεξουαλικής διέγερσης από την δημόσια θέα. Ο Standhal (1822) πρώτος υπέδειξε ότι η ίδια η πράξη του γδυσίματος ακυρώνει την κοινωνική άποψη περί αιδούς και επιτρέπει στους εραστές να κοιτάζονται χωρίς ντροπή. Το ντύσιμο μετά από τη σεξουαλική συνάντηση είναι μια επιστροφή στη συμβατική αιδώ. Μέσα στα πλαίσια της συμβατικής ηθικής (Kernberg, 1987) υπάρχει μια συστηματική τάση καταπίεσης ή ρύθμισης των πλευρών εκείνων της σεξουαλικής συνάντησης, που είναι πιο άμεσα συνδεδεμένες με βρεφικούς, πολύμορφους σεξουαλικούς στόχους, και είναι ακριβώς αυτοί οι στόχοι - υποδειγματικά παισιωμένοι στις σεξουαλικές παρεκλίσεις - που εκφράζουν αμεσότερα τη σεξουαλική διέγερση και την ερωτική οικειότητα καθώς και

την παραβίαση των κοινωνικών συμβάσεων.

Κατά μια βαθύτερη έννοια, η παραβίαση περιλαμβάνει και την παραβίαση των οιδιπόδειων απαγορεύσεων εναντίον της σεξουαλικής οικειότητας με τον οιδιπόδειο γονέα, αποτελώντας έτσι μια απειθία καθώς και ένα θρίαμβο πάνω στον οιδιπόδειο αντίπαλο. Αλλά η παραβίαση περιλαμβάνει επίσης μια παραβίαση εναντίον του ίδιου του σεξουαλικού αντικειμένου, η οποία βιώνεται ως σαγηνευτική διέγερση και ταυτόχρονη αποχή. Η σεξουαλική διέγερση συνεπάγεται μια αίσθηση ότι το αντικείμενο προσφέρεται και συγχρόνως συγκρατείται και ότι η σεξουαλική διείσδυση ή περικλείση του αντικειμένου είναι μια παραβίαση των ορίων του. Με αυτή την έννοια, η παραβίαση συνεπάγεται και επιθετικότητα εναντίον του αντικειμένου, επιθετικότητα που είναι διεγερτική μέσα στην ηδονική της ικανοποίηση, και που πάλλεται από την ικανότητα να νοιώσει κανείς ηδονή μέσα από τον πόνο και από την προβολή αυτής της ικανότητας πάνω στο αντικείμενο. Η επιθετικότητα είναι επίσης ηδονική γιατί εμπεριέχεται σε μια σχέση αγάπης. Και έτσι, έχουμε την ενσωμάτωση της επιθετικότητας στην αγάπη και τη διαφύλαξη της ασφάλειας μπροστά στην αναπόφευκτη αμφιθυμία.

Η εκστατική και η επιθετική πλευρά της προσπάθειας να εξαφανιστούν τα όρια του εαυτού, αντιπροσωπεύουν μια βαθύτερη και περιπλοκότερη συνοδεύουσα πλευρά της ερωτικής επιθυμίας. Ο Bataille (1957) υποστήριξε, σε διαφορετικό πλαίσιο, ότι οι εντονότερες εμπειρίες υπέρβασης βιώνονται υπό τη ένδειξη της αγάπης και υπό την ένδειξη της επιθετικότητας. Αποτελεί μια από τις δραματικότερες πλευρές της ανθρώπινης λειτουργίας το γεγονός ότι η διάλυση των ορίων μεταξύ εαυτού και άλλου συντελείται σε στιγμές μεγάλης παλινδρόμησης προς την εκστατική αγάπη και κάτω από συνθήκες ακραίου πόνου. Η οικειότητα που αναπτύσσεται μεταξύ βασανιστή και βασανιζομένου, με τις δραματικές επιπτώσεις στην ψυχική εμπειρία και

των δύο συμμετεχόντων, μπορεί κάλλιστα να πηγάζει από την πιο πρωτόγονη, συνήθως αποσυνδεδεμένη ή καταπιεσμένη επίγνωση των συγχωνευμένων «*καθ' όλα κακών*» σχέσεων μεταξύ εαυτού και αντικειμένου, που αποτελούν τον αντίποδα του διαχωρισμένου «*καθ' όλα καλού*» αντικειμένου κατά το συμβιωτικό στάδιο της εξέλιξης.

Αφήνοντας στην άκρη το ερώτημα κατά πόσον το συμβιωτικό στάδιο (Mahler and Furer, 1968) είναι το πρώτο στάδιο της εξέλιξης των εσωτερικευμένων σχέσεων αντικειμένου, ή κατά πόσον, όπως υποστηρίζει ο Stern (1985) είναι μία μεταγενέστερη και ίσως περιορισμένη μόνο ή παθολογική εξέλιξη, η σεξουαλική διέγερση και ο οργασμός διευκολύνουν την εμπειρία της συγχώνευσης με τον άλλον, η οποία προσφέρει την απώτατη αίσθηση εκπλήρωσης, υπέρβασης των ορίων του εαυτού. Διευκολύνουν επίσης, ταυτοχρόνως, την αίσθηση ότι γίνεσαι ένα με τις βιολογικές πλευρές της προσωπικής εμπειρίας. Αλλά, συγχρόνως, το να είσαι το αντικείμενο του πόνου που προκαλεί ο άλλος και να ταυτίζεσαι με το επιθετικό αντικείμενο, καθώς και να βιώνεις τον εαυτό σου ως θύμα του, δημιουργεί μια αίσθηση ένωσης στον πόνο ή οποία ενισχύει τη συγχώνευση στην αγάπη. Το να προκαλείς πόνο στον άλλον και να ταυτίζεσαι με την ερωτική ηδονή που νοιώθει ο άλλος από τον πόνο, είναι ο αντίποδας του ερωτικού μαζοχισμού. Από την άποψη αυτή, η σεξουαλική διέγερση περιλαμβάνει επίσης ένα στοιχείο παράδοσης, όπου αποδέχεσαι ότι είσαι σκλάβος του άλλου καθώς και αφέντης της μοίρας του. Η τελευταία από τις περιπτώσεις που παρουσίασα εν συντομία, απεικονίζει αυτή την πλευρά της σεξουαλικής διέγερσης. Ο βαθμός στον οποίο αυτή η επιθετική συγχώνευση θα περιληφθεί στην αγάπη καθορίζεται από τη σημαντική μεσολάβηση του Υπερεγώ, του φύλακα του παισιού της αγάπης, που περιλαμβάνει την επιθετικότητα. Με λίγα λόγια, τόσο στην ηδονή όσο και στον πόνο, υπάρχει η αναζήτηση μιας εμπειρίας μέγιστου συναισθήματος, η

οποία, προσωρινά, εξαφανίζει τα όρια του εαυτού, μιας εμπειρίας μέγιστου συναισθήματος η οποία δίνει θεμελιώδες νόημα στη ζωή, μιας υπέρβασης που συνδέει τη σεξουαλική ενασχόληση με τη θρησκευτική έκσταση και την εμπειρία της ελευθερίας πέρα από τον έλεγχο των ορίων της καθημερινής ύπαρξης.

Η εξιδανίκευση του σώματος του άλλου ή των αντικειμένων που συμβολικά αντιπροσωπεύουν το σώμα αυτό είναι μια ουσιαστική πλευρά της σεξουαλικής διέγερσης. Οι Lussier (1982) και Chasseguet-Smirgel (1985b) τόνισαν την κεντρική λειτουργία της εξιδανίκευσης, αντιστοίχως, στο φетиχισμό και στις σεξουαλικές παρεκλίσεις γενικώς. Η εξιδανίκευση αυτή αντιπροσωπεύει την άρνηση της πρωκτικής παλινδρόμησης στη σεξουαλική παρέκλιση και την άρνηση του άγχους ευνουχισμού, εξιδανικεύοντας μια μερική, ασφαλέστερη, περιορισμένη πλευρά της σεξουαλικής συμπεριφοράς. Και ενώ συμφωνώ με τη σημαντική λειτουργία της εξιδανίκευσης ως μηχανισμού στην παθολογία, πιστεύω επίσης (Kernberg, 1988b) ότι η εξιδανίκευση της ανατομίας του σεξουαλικού συντρόφου, της επιφάνειας του σώματος του/της, είναι μια ουσιώδης πλευρά της φυσιολογικής ολοκλήρωσης των τρυφερών και ερωτικών επιθυμιών τόσο στις ετερόφυλες όσο και στις ομόφυλες σχέσεις αγάπης. Αυτή η ερωτική εξιδανίκευση είναι αντίστοιχη με τις φυσιολογικές διεργασίες εξιδανίκευσης της ρομαντικής αγάπης, που περιέγραψε η Chasseguet-Smirgel (1985a), δηλαδή, την προβολή του ιδανικού Εγώ στο αντικείμενο της αγάπης, με ταυτόχρονη αύξηση της αυτο-εκτίμησης.

Η αναπαραγωγή του ιδανικού του Εγώ με τη μορφή του εξιδανικευμένου αντικειμένου αγάπης δημιουργεί μια αίσθηση αρμονίας με τον κόσμο, την υλοποίηση του συστήματος αξιών και των αισθητικών ιδανικών: η ηθική και η ομορφιά υλοποιούνται μέσα στη σχέση αγάπης. Οι Meltzer και Williams (1988) πρότειναν την ύπαρξη μιας πρώιμης «*αισθητικής σύγκρουσης*», που συνδέεται με τη στάση του βρέφους

απέναντι στο σώμα της μητέρας. Σύμφωνα με την άποψη αυτή, η αγάπη του βρέφους για τη μητέρα εκφράζεται με την εξιδανίκευση της επιφάνειας του σώματός της και με την ενδοβολή της αγάπης της μητέρας, που εκφράζεται με την εξιδανίκευση του σώματος του βρέφους, μια ταύτιση μαζί της σ' αυτήν την αυτο-εξιδανίκευση. Αυτή η εξιδανίκευση θα δημιουργήσει και την πρώτη αίσθηση αισθητικής αξίας, της ομορφιάς.

Σύμφωνα με τους Meltzer και Williams, η αποσχισμένη επιθετικότητα προς τη μητέρα θα έπρεπε, αντιθέτως, να κατευθύνεται κυρίως προς το εσωτερικό του σώματος της και, δια της προβολής, το εσωτερικό του σώματος της μητέρας να βιώνεται ως επικίνδυνο. Από τη σκοπιά αυτή, η επιθυμία και η φαντασίωση της βίαιης εισβολής στο σώμα της μητέρας είναι μια έκφραση επιθετικότητας, φθόνου για την εξωτερική της ομορφιά καθώς και για την ικανότητά της να δίνει ζωή και αγάπη: η εξιδανίκευση των επιφανειών του σώματος της μητέρας είναι μια άμυνα που προστατεύει από την επικίνδυνη επιθετικότητα που παραδοκεί κάτω από την επιφάνεια. Η προέλευση της εξιδανίκευσης του σώματος των γυναικών εκ μέρους των ανδρών μπορεί να αναζητηθεί στην εξιδανίκευση της επιφάνειας του σώματος της μητέρας και στη διέγερση που προκαλεί, όπως και η προέλευση των ασυνείδητων φόβων που συνδέονται με τον κόλλο και το εσωτερικό του γυναικείου σώματος.

Η συμβολή της Chasseguet-Smirgel (1986) στις αρχαϊκές πλευρές του Οιδιποδείου συμπλέγματος (η φανταστική καταστροφή των διαφοροποιημένων οργάνων του σώματος της μητέρας, του πέους του πατέρα και των βρεφών του πατέρα και η μεταμόρφωση του εσωτερικού της μητέρας σε μια απέραντη, απεριόριστη κοιλότητα) είναι μια σημαντική διευκρίνιση της φύσης της πρωτόγονης επιθετικότητας και των φόβων που κατευθύνονται προς το εσωτερικό του σώματος της μητέρας. Επίσης, στους άνδρες, μπορούμε να ανάγουμε την εξιδανίκευση τμημάτων του σώματος

του ομόφυλου συντρόφου στην εξιδανίκευση του σώματος της μητέρας. Η εξιδανίκευση των μερών του ανδρικού σώματος είναι αρχικά λιγότερο έντονη στις γυναίκες, αλλά η ικανότητα αυτή αναπτύσσεται μέσα στα πλαίσια μιας ικανοποιητικής σεξουαλικής σχέσης με έναν άνδρα ο οποίος, ασυνείδητα, αντιπροσωπεύει τον οιδιπόδειο πατέρα, επανεπιβεβαιώνοντας την ομορφιά και την αξία του σώματος της γυναίκας και απελευθερώνοντας, έτσι, τη γενετήσια σεξουαλικότητά της από την πρώιμη βρεφική αναστολή της. Και στα δύο φύλα, η συνένωση των τρυφερών και ερωτικών στοιχείων των σχέσεων αντικειμένου παρέχει επίσης μεγαλύτερο βάθος και περιπλοκότητα στην εξιδανίκευση των επιφανειών του σώματος.

Το σώμα του αγαπημένου προσώπου γίνεται ένας γεωγραφικός χάρτης προσωπικών νοημάτων έτσι ώστε οι φαντασιωτικές πρώιμες πολύμορφες παρεκκλίνουσες σχέσεις προς τα γονεϊκά αντικείμενα να συμπυκνώνονται με τη θαυμάζουσα και εισβάλλουσα σχέση προς τα μέρη του σώματος του εραστή. Η ερωτική επιθυμία έχει τις ρίζες της στην ηδονή της ασυνείδητης εκδραμάτισης των πολύμορφων παρεκκλίνονταν φαντασιώσεων και δραστηριοτήτων, συμπεριλαμβανομένης και της συμβολικής ενεργοποίησης των πρώιμων σχέσεων αντικειμένου του βρέφους με τη μητέρα και του μικρού παιδιού και με τους δύο γονείς. Όλα αυτά εκφράζονται στις παρεκκλίνουσες συνιστώσες του σεξουαλικού παιχνιδιού και της συνουσίας - στην πεολειχία, στην αιδοιολειχία, στην πρωκτική εισδοχή και στο επιδειξιομανές ηδονοβλεπτικό και σταδιστικό σεξουαλικό παιχνίδι. Εδώ κεντρικό ρόλο, και για τα δύο φύλα, παίζουν οι στενοί δεσμοί ανάμεσα στις πρώιμες σχέσεις με τη μητέρα και στην απόλαυση της αλληλοδιείσδυσης των επιφανειών του σώματος, των προεξοχών και των κοιλωμάτων. Η σωματική φροντίδα που προσφέρει η μητέρα στο βρέφος ενεργοποιεί την ερωτική επίγνωση των επιφανειών του σώματός του και, δια της προβολής, την ερωτική επίγνωση των επιφα-

νειών του σώματος της μητέρας. Η αγάπη που προσλαμβάνεται με τη μορφή ερωτικού ερεθισμού των επιφανειών του σώματος γίνεται ερέθισμα για την ερωτική επιθυμία ως μέσον έκφρασης της αγάπης και της ευγνωμοσύνης.

Μια γυναίκα που αγαπά έναν άντρα θα διεγερθεί ερωτικά με τη θέα των κρυφών πλευρών της γεωγραφίας του σώματός του και είναι χαρακτηριστικό ότι, αν πάψει να τον αγαπάει, το ενδιαφέρον της για την εξιδανίκευση αυτού του σώματος θα εξαφανιστεί. Αντιστοίχως, οι ναρκισσιστικοί άνδρες, που δίνουν τη εντύπωση ότι γρήγορα χάνουν το ενδιαφέρον τους για τις προηγούμενες εξιδανικευμένες πλευρές του σώματος μιας γυναίκας, θα μπορέσουν να διατηρήσουν το ενδιαφέρον αυτό εάν και όταν, μέσα από την ψυχαναλυτική θεραπεία, μπορέσουν να αποκαταστήσουν την ασυνείδητη φθορά των εσωτερικευμένων σχέσεων αντικειμένου (που συνδέεται χαρακτηριστικά με βαθύτατο φθόνο για τις γυναίκες). Υποστηρίζω ότι, και στα δύο φύλα, παρ'όλες τις διαφορές που προκύπτουν από την διαφορετική πορεία της σεξουαλικής τους ανάπτυξης, η εξιδανίκευση των επιφανειών του σώματος - το επίκεντρο της ερωτικής επιθυμίας - εξαρτάται από την διαθεσιμότητα των πρωτόγονων εσωτερικευμένων σχέσεων αντικειμένου. Και η προσωπική ιστορία μιας σχέσης αγάπης εγγράφεται συμβολικά στην ανατομία του αγαπημένου προσώπου.

Η έλλειψη ενεργοποίησης ή η εξαφάνιση του ερωτισμού των επιφανειών του σώματος (όταν η έντονη επιθετικότητα και μια παράλληλη έλλειψη ηδονικού ερεθισμού των επιφανειών του σώματος συνδυάζονται με τέτοιο τρόπο ώστε να παρεμβαίνουν στην εξέλιξη των πρώιμων διεργασιών εξιδανίκευσης ως μέρους του ερωτικού ερεθισμού) καθορίζει μια πρωταρχική σεξουαλική αναστολή. Μια τέτοια αναστολή εμφανίζεται στην περίπτωση της γυναίκας της οποίας η έντονη αγάπη στη μεταβίβαση συνδεόταν με την επιθυμία της να τη σκοτώσω. Η δευτερογενής καταπίεση της σεξουαλικής διέγερσης, που συν-

δέεται με μεταγενέστερη λειτουργία του Υπερεγώ και με μεταγενέστερες οιδιπόδειες απαγορεύσεις, είναι λιγότερο σοβαρή και έχει πολύ καλύτερη πρόγνωση.

Η επιθυμία της αλληλο-διέγερσης χωρίς ικανοποίηση είναι μια άλλη καθοριστική πλευρά της ερωτικής επιθυμίας. Η επιθυμία αυτή δεν μπορεί να διαχωριστεί τελείως από τη διέγερση που προσφέρει η υπερνίκηση του φραγμού του απαγορευμένου και, γι αυτό, βιώνεται σαν κάτι «αμαρτωλό» ή «ανήθικο». Με μια βαθύτερη έννοια, το σεξουαλικό αντικείμενο είναι πάντοτε ένα απαγορευμένο οιδιπόδειο αντικείμενο και η σεξουαλική πράξη μια συμβολική επανάληψη και υπερνίκηση της πρωταρχικής σκηνής. Αλλά εδώ θέλω να τονίσω την αυτο-συγκράτηση του αντικειμένου, το σεξουαλικό «πείραγμα», που είναι συνδυασμός υπόσχεσης κα' κατακράτησης της ικανοποίησης, τη σαγήνη και τη ματαίωση. Ένα γυμνό σώμα μπορεί να είναι σεξουαλικά διεγερτικό, αλλά ένα μισοσκεπασμένο σώμα μπορεί να είναι πολύ πιο διεγερτικό. Δεν είναι τυχαίο ότι, στο στριπτίζ, μόλις φύγει και το τελευταίο κομμάτι ενδυμασίας, ακολουθεί μια πολύ γρήγορη έξοδος.

Το σεξουαλικό πείραγμα συνδέεται χαρακτηριστικά, αλλά όχι αποκλειστικά, με το πείραγμα της επιδειξιμανίας και δείχνει τη στενή σχέση μεταξύ επιδειξιμανίας και σαδισμού. Με τον ίδιο τρόπο, η ηδονοβλεψία είναι η απλούστατη ανταπόκριση στο πείραγμα της επιδειξιμανίας και συνεπάγεται μια σαδιστική διείσδυση του αντικειμένου που συγκρατείται. Όπως και με άλλες σεξουαλικές παρεκλίσεις, είναι χαρακτηριστικό ότι η παρέκλιση της επιδειξιμανίας είναι τυπική σεξουαλική παρέκλιση των ανδρών, ενώ η συμπεριφορά της επιδειξιμανίας είναι πιο συχνά συνυφασμένη με το χαρακτηριστικό ύφος των γυναικών. Οι ψυχαναλυτικές ερμηνείες της επιδειξιμανίας των γυναικών ως αντιδραστικού σχηματισμού στο φθόνο του πέους, θα πρέπει να τροποποιηθούν για να ενσωματώσουν την πιο πρόσφατη γνώση του περίπλοκου διαβήματος που κάνει

το μικρό κορίτσι όταν μετατοπίζει την επιλογή αντικειμένου από τη μητέρα στον πατέρα: η επιδειξιμανία είναι μια ικεσία για σεξουαλική επιβεβαίωση εκ του μακρόθεν. Η αγάπη του πατέρα και η αποδοχή του μικρού του κοριτσιού και του γενετήσιου κόλπου της επανεπιβεβαιώνουν τη θηλυκή της ταυτότητα και αυτο-αποδοχή (Paulina Kernberg, προσωπική επικοινωνία).

Η εμπειρία της σεξουαλικότητας των γυναικών ως επιδειξιμανούς και κατακρατούσης, δηλαδή διεγερτικά πειρακτικής, είναι το ισχυρότερο ερέθισμα για την ερωτική επιθυμία των ανδρών. Και είναι επίσης πηγή επιθετικότητας, ένα κίνητρο για την επιθετική ανάμειξη της εισβολής στο σώμα της γυναίκας, μια πηγή των ηδονοβλεπτικών πλευρών της σεξουαλικής σχέσης, που εμπεριέχουν την επιθυμία του άνδρα να κυριαρχήσει, να εκθέσει, να αναμετρηθεί και να υπερνικήσει τα εμπόδια της πραγματικής και της απατηλής αιδούς στη γυναίκα που αγαπιέται. Η υπερνίκηση της αιδούς δεν είναι ίδια με την ταπείνωση. Η επιθυμία της ταπείνωσης συνήθως περιλαμβάνει και ένα τρίτο πρόσωπο, ένα μάρτυρα της ταπείνωσης και συνεπάγεται μεγαλύτερο βαθμό επιθετικότητας, η οποία απειλεί την ικανότητα για μια αποκλειστική σεξουαλική σχέση αντικειμένου. Η περίπτωση του λευκού ανδρός με τη μαύρη ερωμένη είναι ένα παράδειγμα αυτής της επιθυμίας.

Η ηδονοβλεπτική όση της παρατήρησης ενός ζευγαριού που συνουσιάζεται σε συμβολικό επίπεδο, της βίαιης διείσδυσης στην πρωταρχική σκηνή - είναι η συμπύκνωση της επιθυμίας διείσδυσης στην ιδιωτική και μυστική ζωή του οιδιπόδειου ζευγαριού, και της επιθυμίας για εκδίκηση εναντίον της διεγερτικά πειρακτικής μητέρας. Η ηδονοβλεψία είναι μια σημαντική συνισταμένη της σεξουαλικής διέγερσης με την έννοια ότι κάθε σεξουαλική οικειότητα συνεπάγεται ένα ιδιωτικό και μυστικό στοιχείο και, επομένως, μια ταύτιση με το οιδιπόδειο ζευγάρι και τον πιθανό θρίαμβο πάνω του. Το συχνό σύμπτωμα πολλών ζευγαριών που δεν μπορούν να απολαύ-

σουν το σεξ στο σπίτι τους, με τη σχετική εγγύτητα των παιδιών και μπορούν να επιτρέψουν στον εαυτό τους μια ελεύθερη σεξουαλική ζωή μόνο σε έναν απομονωμένο χώρο κάπου αλλού, δείχνει την αναστολή αυτής της φυσιολογικής πλευράς της σεξουαλικής οικειότητας.

Αυτό μας οδηγεί σε μια άλλη πλευρά της ερωτικής επιθυμίας, δηλαδή, στην αμφιταλάντευση ανάμεσα στην αναζήτηση μυστικότητας, οικειότητας και αποκλειστικότητας στη σχέση αφ' ενός, και της ριζικής έλλειψης συνέχειας, της μετατόπισης μακριά από τη σεξουαλική οικειότητα, αφ' ετέρου. Το κοινωνικό στερεότυπο της εποχής μας υποστηρίζει ότι είναι οι γυναίκες που θέλουν να διατηρήσουν την οικειότητα και τη συνέχεια των σχέσεων αγάπης πέρα από την σεξουαλική τους εμπλοκή, ενώ οι άνδρες αποσυνδέονται από την οικειότητα μετά από τη σεξουαλική ικανοποίηση και τον οργασμό. Η υπόθεση αυτή δεν παίρνει υπόψη της τις διαφορές στην ανάπτυξη της ανδρικής και της θηλυκής σεξουαλικότητας και συγχέει τα πρώιμα στάδια της ανδρικής ανάπτυξης με την ώριμη εξέλιξη και των δύο φύλων. Στην κλινική άσκηση συναντάμε τόσο συζύγους των οποίων οι εξαρτημένες επιθυμίες μεταιώνονται γιατί αντιλαμβάνονται την τρυφερή αφοσίωση της γυναίκας τους στα μικρά παιδιά και στα μωρά τους, όσο γυναίκες που παραπονούνται γιατί ο άντρας τους δεν ενδιαφέρεται σεξουαλικά γι αυτές.

Και ενώ είναι αλήθεια ότι ο τύπος της σεξουαλικής ασυνέχειας διαφέρει μεταξύ ανδρών και γυναικών, το ίδιο το γεγονός της ασυνέχειας στη σεξουαλική εμπλοκή και οι επαναλαμβανόμενες αποδεσμεύσεις ακόμα και μέσα σε μια συνεχιζόμενη σχέση αγάπης, είναι ένα σημαντικό αντίβαρο της μυστικότητας της οικειότητας και των πλευρών της συγχώνευσης της ερωτικής επιθυμίας και συμπεριφοράς. Και μάλιστα, η έλλειψη αυτής της ασυνέχειας, μια σεξουαλική σχέση που συγχωνεύεται με την καθημερινή ζωή και την αντικαθιστά, μπορεί κάλλιστα να δημιουργήσει μια συσσω-

ρευση επιθετικών στοιχείων των συγχωνευτικών εμπειριών που καταλήγει να απειλεί όλη την σχέση. Η Ιαπωνική ταινία του Nagisa Oshima «*Στην αυτοκρατορία των αισθήσεων*» δείχνει το σταδιακό ξεπεσμό, σε αχαλίνωτη επιθετικότητα, της σχέσης δύο εραστών, των οποίων η σεξουαλική συνεύρεση καταβροχθίζει τα πάντα, εξαφανίζοντας στην πορεία της τις σχέσεις τους με τον έξω κόσμο.

Το ότι η ερωτική επιθυμία και η σεξουαλική αγάπη απορροφούν και εκφράζουν όλες τις πλευρές της συνηθισμένης αμφιθυμίας των στενών σχέσεων αντικειμένου είναι πασιφανές. Η ένταση των στοργικών, τρυφερών, πολύμορφων παρεκκλινόντων και ιδιαιτέρων των σαδομαζοχιστικών - στοιχείων της σεξουαλικής σχέσης αντικατοπτρίζει την επεξεργασία αυτής της αμφιθυμίας και αποτελεί τη βάση πάνω στην οποία εδραιώνονται οι σχέσεις αγάπης. Αλλά με έναν πιο συγκεκριμένο τρόπο, αυτή η αμφιθυμία απεικονίζεται σ' αυτό που, σε προηγούμενη δουλειά (Kernberg 1988c) περιέγραψα ως άμεση και αντίστροφη τριγωνοποίηση των σεξουαλικών σχέσεων, στην ουσία, των ασυνείδητων και συνειδητών φαντασιώσεων που συνοδεύουν την ερωτική επιθυμία και τη συνουσία. Οι φαντασιώσεις αυτές χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν, για τον κάθε ένα από τους σεξουαλικούς συντρόφους, (α) ένα αποκλεισμένο αλλά απειλητικό τρίτο πρόσωπο (τον οιδιπόδειο αντίπαλο) και (β) ένα εξιδανικευμένο αλλά απρόσβατο τρίτο πρόσωπο, το αρχικό αντικείμενο της θετικής οιδιπόδειας σύγκρουσης. Η επιθυμία να είναι κανείς το μοναδικό, προτιμώμενο, θριαμβευτικό, αποκλειστικό αντικείμενο αγάπης του σεξουαλικού συντρόφου, με την εκπλήρωση του θριάμβου πάνω στον οιδιπόδειο αντίπαλο σε κάθε σεξουαλική συνεύρεση (άμεση τριγωνοποίηση) είναι ο αντίποδας εκείνης της άλλης επιθυμίας (αντίστροφη τριγωνοποίηση), στην οποία εμπλέκεται κανείς με δύο σεξουαλικούς συντρόφους του αντίθετου φύλου, εκδικούμενος τον ματαιωτικό, διεγερτικά πειρακτικό, οιδιπόδειο γονέα, τον

οποίο έχει στερηθεί.

Αυτή η προηγμένη οιδιπόδεια δυναμική είναι ο αντίποδας του πρωτόγονου προδρόμου της, στον οποίο η μεγάλη αμφιθυμία προς τη μητέρα και η εξαφάνιση του πρωτόγονου πατέρα δημιουργούν την απειλή της συγχώνευσης στην επιθετικότητα, με την καταστροφή του αγαπημένου αντικείμενου, το αντίθετο του ειδυλλιακού κόσμου της εκστατικής συγχώνευσης με την εξιδανικευμένη πρωτόγονη μητέρα. Ο Bataille (1957), σε άλλο πλαίσιο, περιέγραψε την δυναμική της σεξουαλικής έκστασης και της θρησκευτικής ανάτασης αφ' ενός, και των επιθετικών αντιστοιχών τους της ιεροσυλίας και της θυσίας, αφ' ετέρου.

Γενετικές πλευρές της σεξουαλικής διέγερσης και της ερωτικής επιθυμίας

Στη συζήτηση για όλες αυτές τις συνισταμένες της σεξουαλικής διέγερσης και της ερωτικής επιθυμίας αναφέρθηκα σε μερικές από τις γενετικές τους ρίζες. Οι Braunschweig και Fain (1971 και 1975) ανέπτυξαν μια ελκυστική θεωρία των χαρακτηριστικών της ερωτικής επιθυμίας, σε σχέση με την πρώιμη εξέλιξη της σχέσης του βρέφους και του μικρού παιδιού με τη μητέρα. Συνοψίζοντας την άποψή τους: η πρώιμη σχέση του βρέφους - και των δύο φύλων - με τη μητέρα καθορίζει την μετέπειτα ικανότητα του παιδιού για σεξουαλική διέγερση και ερωτική επιθυμία. Οι φροντίδες της μητέρας και η απόλαυση της να ερεθίζει σωματικά τις επιφάνειες του σώματος του αρσενικού βρέφους, ενώ συγχρόνως του μεταδίδει την αγάπη της, προωθούν την ερωτική επιθυμία του βρέφους αλλά και την ταύτισή του με τη μητέρα, τόσο κάτω από τις συνθήκες αυτού του ερεθισμού, όσο και κάτω από συνθήκες ασυνέχειας, που εδραιώνονται όταν η μητέρα αφήνει το βρέφος για να επιστρέψει, ως σεξουαλική γυναίκα, στον πατέρα. Συναλλασσόμενο με τη μητέρα, παρουσία του πατέρα, το βρέφος συνειδητοποιεί ότι η μητέρα δεν έχει ακριβώς την ίδια στάση όταν ο πατέρα είναι απών (Paulina Kern-

berg, προσωπική επικοινωνία).

Οι Braunschweig και Fain αποδίδουν μεγάλη σπουδαιότητα στο γεγονός ότι η μητέρα γυρίζει, ψυχολογικά, την πλάτη της στο βρέφος. Αντιπαραθέτουν τον ερωτικό ερεθισμό που προκαλεί η μητέρα στο αρσενικό βρέφος της με την ασυνέχεια που δημιουργείται όταν αποσύρει το ερωτικό της ενδιαφέρον από εκείνο και επιστρέφει στον πατέρα. Αυτή είναι η στιγμή που το βρέφος ταυτίζεται με τη ματαιωτική αλλά ερεθιστική μητέρα, με τον ερωτικό ερεθισμό που του προκαλεί κα με τον ερωτικό ερεθισμό του σεξουαλικού ζευγαριού, δηλαδή, του πατέρα ως αντικείμενου της μητέρας. Η ταύτιση αυτή του βρέφους με τα δύο μέλη του οιδιπόδειου ζευγαριού θα αποτελέσει το βασικό πλαίσιο για μια ψυχική αμφιφυλία, και θα εδραιώσει την τριγωνική κατάσταση στις ασυνείδητες φαντασιώσεις του βρέφους.

Όταν το αρσενικό βρέφος αναγνωρίσει τη ματαίωση αυτή και την συνεπαγόμενη λογοκρισία της ερωτικής του επιθυμίας για τη μητέρα, θα μετατοπίσει τον ερωτικό του ερεθισμό σε αυνανιστικές φαντασιώσεις και δραστηριότητες, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται η επιθυμία του να αντικαταστήσει τον πατέρα και, στις πρωτόγονες συμβολικές φαντασιώσεις, να γίνει το πέος του πατέρα και το αντικείμενο της επιθυμίας της μητέρας.

Στην περίπτωση του μικρού κοριτσιού, η καλυμμένη και ασυνείδητη απόρριψη, εκ μέρους της μητέρας, της σεξουαλικής διέγερσης που θα βίωνε ελεύθερα με το μικρό αγόρι, σταδιακά εμποδίζει το κορίτσι να αποκτήσει άμεση επίγνωση της αρχικής σεξουαλικότητας του κόλπου της. Έτσι, θα έχει όλο και λιγότερη επίγνωση των γεννητικών παρορμήσεών της και θα νοιώθει λιγότερη άμεση ματαίωση από την ασυνέχεια της σχέσης με τη μητέρα. Η ταύτιση με τον ερωτισμό της μητέρας θα πάρει πιο καλυμμένες μορφές, που θα προέρχονται από την ανοχή της μητέρας και θα προωθήσει την ταύτιση του κοριτσιού μαζί της σε άλλους τομείς. Με τη σιωπηρή κατανόηση της «υπόγειας» φύσης της δικής της

γενετήσιας σεξουαλικότητας, η όλο και πιο βαθιά ταύτιση του κοριτσιού με τη μητέρα του θα ενισχύσει επίσης και την επιθυμία για τον πατέρα καθώς και την ταύτιση και με τα δύο μέλη του οιδιπόδειου ζευγαριού.

Η αλλαγή αντικειμένου του κοριτσιού, από τη μητέρα στον πατέρα, καθορίζει την ικανότητα να αναπτύξει, σε βάθος, σχέσεις αντικειμένου με τον αγαπημένο αλλά και απόμακρο πατέρα, που θαυμάζει, και την κρυφή ελπίδα ότι εκείνος θα τη δεχθεί και ότι θα είναι ελεύθερη και πάλι να εκφράσει τη γενετήσια της σεξουαλικότητα. Η εξέλιξη αυτή ενισχύει την ικανότητα του μικρού κοριτσιού να δεσμευτεί συναισθηματικά με μια σχέση αντικειμένου, που καθορίζει, από νωρίς, την μεγαλύτερη ικανότητα της γυναίκας (σε σύγκριση με του άνδρα) για μια τέτοιου είδους δέσμευση στη σεξουαλική της ζωή.

Η εξήγηση βρίσκεται στην πρώιμη άσκηση εμπιστοσύνης, στο στρέψιμο του κοριτσιού από τη μητέρα στον πατέρα, στην αγάπη και την επιβεβαίωση της θηλυκότητάς της «εξ αποστάσεων» καθώς και στην ικανότητα του κοριτσιού να μεταβιβάσει τις ανάγκες εξάρτησης σε ένα αντικείμενο σωματικά λιγότερο διαθέσιμο από τη μητέρα και, επίσης, αλλάζοντας αντικείμενο, στην αποφυγή των προ-οιδιποδειών συγκρούσεων και της αμφιθυμίας προς τη μητέρα. Οι άνδρες, για τους οποίους η συνέχιση της σχέσης από τη μητέρα σε κατοπινά θηλυκά αντικείμενα σημαίνει πιθανή διαιώνιση των προ-οιδιποδειών και οιδιποδειών συγκρούσεων με τη μητέρα, δυσκολεύονται περισσότερο να αντιμετωπίσουν την αμφιθυμία προς τις γυναίκες και παρουσιάζουν μια πιο αργή εξέλιξη (σε σύγκριση με τις γυναίκες) της ικανότητάς τους να συνενώσουν τις γενετήσιες ανάγκες τους με τις ανάγκες τρυφερότητας. Αντίθετα, οι γυναίκες αναπτύσσουν την κατοπινή ικανότητά τους για μια πλήρη γενετήσια σχέση μέσα στο πλαίσιο της προηγούμενης ικανότητάς τους για μια σχέση αγάπης σε βάθος με έναν άνδρα. Με λίγα λόγια, άνδρες και γυναίκες αναπτύ-

σουν, με αντίστροφη σειρά, την ικανότητά τους για πλήρη σεξουαλική απόλαυση και σχέσεις αντικειμένου εις βάθος.

Πιστεύω ότι η θεωρία των Braunschweig και Fair προσφέρει μια νέα ψυχαναλυτική προσέγγιση στις παρατηρήσεις του πρώιμου γενετήσιου αυνανισμού και των δύο φύλων (Galenson & Roiphe, 1977) και στις κλινικές παρατηρήσεις πάνω στις ερωτικές πλευρές των αντιδράσεων των μητέρων προς τα βρέφη τους.

Ως προς την κατανόησή μας σχετικά με την ερωτική επιθυμία, είναι φανερό αυτό που συνεπάγεται η θεωρία τους: τη σχέση μεταξύ ερωτικής επιθυμίας και της επιθυμίας για συγχώνευση ως έκφρασης των συμβιωτικών επιθυμιών της μητέρας (Bergmann, 1971) την αναζήτηση του αντικειμένου που διεγείρει χωρίς να προσφέρει ικανοποίηση και την εκδικητική ιδιότητα των επιθετικών συνεπαγομένων της σεξουαλικής διέγερσης την πολύμορφη παρεκκλίνουσα ιδιότητα της ερωτικής επιθυμίας ως έκφρασης της προέλευσής της από τα πρώτα εξελικτικά στάδια τη διαφορετική πορεία εξέλιξης των στάσεων του άνδρα και της γυναίκας ως προς τις γενετήσιες και τις τρυφερές πλευρές του ερωτισμού, τη σύνδεση μεταξύ της ερωτικοποίησης του πόνου και της αναζήτησης για συγχώνευση μέσα από τον πόνο, με τις επιθετικές πλευρές της ερωτικής επιθυμίας την ψυχική αμφιφυλία τις ασυνείδητες συγκρούσεις για κάποιο «αποκλεισμένο τρίτο» και την διαφορετική ασυνέχεια στις σεξουαλικές σχέσεις.

Σαδομαζοχισμός και σεξουαλική παρέκλιση

Σύμφωνα με όσα είπαμε μέχρι τώρα, είναι λογικό να καταλήξουμε στο συμπέρασμα ότι ο σαδομαζοχισμός είναι μια θεμελιώδης πλευρά της σεξουαλικής διέγερσης και της ερωτικής επιθυμίας. Είναι καθοριστικά και άρρηκτα συνδεδεμένος με τις αρχικές λιβιδινικές πλευρές του ερεθισμού των επιφανειών του σώματος στα πλαίσια της τρυφερής σχέσης με τη μητέρα, της

εξιδανίκευση των επιφανειών και των ανοιγμάτων του σώματος, που αντιπροσωπεύουν το ιδανικό αντικείμενο. Ο σαδομαζοχισμός ενσωματώνει τις επιθετικές ώσεις που ενεργοποιούνται στα πλαίσια της ματαιώσης, η οποία προέρχεται από το ιδανικό αντικείμενο.

Πιστεύω ότι ο σαδισμός και ο μαζοχισμός υπεισέρχονται σε όλες τις πλευρές της λήμπιντο και της εξειδικευμένης της σεξουαλικής ανάπτυξης, αποτελούν μέρος όλων των «μερικών ενορμήσεων» και αντικατοπτρίζουν το συγκερασμό της αγάπης και του μίσους στο βασικό επίπεδο της σεξουαλικής αγάπης.

Θα ήθελα τώρα να διατυπώσω την έννοια της σεξουαλικής διέγερσης σαν ένα πρωτόγονο συναίσθημα στο οποίο τα αντικείμενα εξακολουθούν να είναι μερικά αντικείμενα και εξωπραγματικά, εξαρτώμενα σε μεγάλο βαθμό από τις ασυνείδητες φαντασιώσεις που ενεργοποιούνται σε καταστάσεις συγχώνευσης. Η ερωτική επιθυμία αντιπροσωπεύει την οργάνωση αυτών των πρωτόγωνων αντικειμένων μέσα στην αρχαϊκή οιδιπόδεια σύνθεση. Η σεξουαλική αγάπη αντιπροσωπεύει μια περαιτέρω συνένωση της ερωτικής επιθυμίας με μια σε βάθος σχέση αντικειμένου, η οποία περιέχει την αμφιθυμία των συγκεκριμένων προηγούμενων σχέσεων με τα γονεϊκά αντικείμενα. Η σεξουαλική αγάπη συνεπάγεται επίσης αμοιβαιότητα στην αλληλο-ενίσχυση του ιδανικού Εγώ του ζευγαριού και την αμοιβαία ουδετεροποίηση των υπολειμμάτων του σεξουαλικά απαγορευτικού βρεφικού Υπερεγώ.

Εφόσον η σεξουαλική διέγερση, τα σαδομαζοχιστικά της στοιχεία και οι πρώιμες σχέσεις αντικειμένου είναι άρρηκτα συνδεδεμένα μεταξύ τους, είναι αυτό ακριβώς το συναίσθημα που μπορεί να θεωρηθεί το βασικό υλικό πάνω στο οποίο οικοδομείται η λήμπιντο ως ενόρμηση. Η ερωτική επιθυμία εκφράζεται από τον «ενσωματωμένο εαυτό» (*embodied self*, Scuton, 1985) στον οποίο συμπυκνώνεται η φυσιολογία της σεξουαλικής διέγερσης και η ψυχολογία της επιθυμίας για ένα

άλλο πρόσωπο. Η ερωτική επιθυμία φιλοδοξεί να ξαναδημιουργήσει, σε μια έντονα ευχάριστη (ηδονική) σχέση, τη μέγιστη συγκινησιακή κατάσταση που αναπαράγει τη συμβίωση, συνθέτει την αγάπη και το μίσος υπό την κυριαρχία της αγάπης και επιτρέπει την έκφραση του σαδομαζοχισμού ως μιας μη συμβατικής, ακοινωνικής, ιδιωτικής, μυστικής, οικείας ανασύστασης του θριάμβου πάνω στο οιδιπόδειο ζευγάρι της πρωταρχικής σκηνής.

Το να είσαι πρόθυμος να υποφέρεις για χάρη του αγαπημένου αντικειμένου και να απαιτείς από το αγαπημένο αντικείμενο να υποφέρει, ανταποκρινόμενο στη δική σου επιθυμία είναι μια έκφραση εμπιστοσύνης και μια αναγνώριση της σαδιστικής, επιθετικής πλευράς της αγάπης. Συχνά συναντούμε σεξουαλικά παρεκκλίνοντες ασθενείς που επιμένουν ότι υπάρχει μια ειλικρίνεια στην παρέκλιση την οποία δεν έχουν οι συνηθισμένες σεξουαλικές σχέσεις: η αμυντική αυτή εξιδανίκευση έχει και μια δόση αλήθειας (McDougall, 1978). Οι σαδιστικές και μαζοχιστικές πλευρές της ερωτικής επιθυμίας και των σεξουαλικών σχέσεων παρέχουν την κινητήριου δύναμη για να ξεπεράσει κανείς τις κοινωνικές συμβάσεις, τις ηθικολογικές απαγορεύσεις, την αηδία και, κυρίως, την αιδώ, εκφράζοντας έτσι την απελευθέρωση του ζευγαριού από την περιοριστική φύση της συμβατικής ηθικής. Η ελευθερία αυτή ανοίγει το δρόμο για το πλήρες φάσμα της σεξουαλικής ευχαρίστησης, αλλά ενέχει και τον κίνδυνο της άμετρης επιθετικότητας ως μέρους της σεξουαλικής σχέσης. Η αναζήτηση της συμβιωτικής σχέσης στην εκστατική αγάπη έχει βαθιές διασυνδέσεις με την αναζήτηση της συμβιωτικής σχέσης στον πόνο: είναι ένας πειρασμός να θυσιάσεις και να καταστρέψεις.

Η φυσιολογική σεξουαλική διέγερση και η ερωτική επιθυμία παρουσιάζουν όλα τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν τη σεξουαλική παρέκλιση, όπως την εξιδανίκευση, την παλινδρομική «πρωκτοποίηση» (*analization*) και τον παλινδρομικό καννιβαλισμό, με τη μορφή της φαντα-

σιωτικής καταστροφής του εσωτερικού του σώματος της μητέρας. Αυτό που χαρακτηρίζει αποκλειστικά τις σεξουαλικές παρεκλίσεις είναι ο περιορισμός της ερωτικής επιθυμίας λόγω των οιδιποδίων απαγορεύσεων και της απειλής του ευνουχισμού στους λειτουργούντες σε υψηλό επίπεδο ασθενείς, και στο αντίστοιχο πρωτόγονο επίπεδο, λόγω της απειλής της διάχυτης καταστρεπτικότητας και απώλειας της ικανότητας για διαφοροποιημένες σχέσεις με ένα σεξουαλικό αντικείμενο, στην περίπτωση της σοβαρότερης ψυχοπαθολογίας.

Καταλήγοντας, θα ήθελα να τονίσω τις παράξενες επιπτώσεις των σαδομαζοχιστικών πλευρών των σεξουαλικών συγκρούσεων στη μεταβίβαση. Στην περίπτωση της πραγματικής σαδομαζοχιστικής παρέκλισης, όπως και σε όλες τις παρεκλίσεις, υπάρχει ο κίνδυνος των «*ωσάν*» εξελίξεων κατά τη μεταβίβαση, ένας μιμητικός τρόπος μάθησης κατά τη θεραπεία, ο οποίος αντικατοπτρίζει την ψευδαίσθηση του «*περιττωματικού πέους*» ως ανακριβούς αναπαράστασης του πραγματικού οιδιπόδειου κόσμου (Chasseguet-Smirgel, 1985b). Σε ασθενείς με σοβαρό σαδομαζοχιστικό «*acting out*» η ανησυχία του αναλυτή και τα όρια της θέσης της τεχνικής του ουδετερότητας μπορεί να αποτελέσουν σοβαρό ζήτημα. Το παράδοξο είναι ότι οι ηπιότερες και λιγότερο σοβαρές περιπτώσεις είναι εκείνες οι οποίες δημιουργούν περιορισμούς στην αναλυτική δουλειά, με την εκδραμάτιση των σαδομαζοχιστικών συνεκδοχών της ίδιας της αναλυτικής συνθήκης.

Δεδομένου ότι, στην αναλυτική σχέση ενεργοποιούνται ισχυρά ερωτικά ρεύματα, ο αναλυτής δεν μπορεί παρά να «πειράζει» τον ασθενή, με μια υπονοούμενη σαγήνη η οποία προέρχεται από τη μη καταπιεστική φύση της ψυχαναλυτικής συνθήκης. Δεν υπάρχει καμιά άλλη σχέση στην οποία η ελεύθερη επικοινωνία με το συμβολικό οιδιπόδειο αντικείμενο να εκφράζει τόσο πλουσιοπάροχα την ουσιαστική φύση της ερωτικής επιθυμίας και της σεξουαλικής

διέγερσης. Το μοίρασμα με τον αναλυτή, των πιο προσωπικών σεξουαλικών φαντασιώσεων, εμπειριών και φόβων μπορεί να είναι πειρασμός τόσο για επιδειξιμανές *acting out* όσο και για μαζοχιστική «επαίσχυντη» υποταγή. Οι προσπάθειες απελευθέρωσης της σεξουαλικής ζωής του ασθενούς από τις αμυντικές και ανασταλτικές αυτές δυνάμεις, δημιουργεί, κάτω από τις καλύτερες συνθήκες, ισχυρά ερωτικά ρεύματα, τα οποία πρέπει να συγκρατηθούν μέσα σε μια ατμόσφαιρα τεχνικής ουδετερότητας.

Αυτά είναι πολύ γνωστά γεγονότα και δεν θα είχαμε κανένα λόγο να τα επαναλαμβάνουμε εάν, στην κλινική άσκηση, δεν μπαίναμε τόσο συχνά στον πειρασμό να κρατήσουμε τις πιο προσωπικές και μυστικές πλευρές της ερωτικής επιθυμίας, και κυρίως εκείνες που περιέχουν σαδομαζοχιστικά στοιχεία, κρυμμένες, τουλάχιστον εν μέρει, από την αναλυτική διερεύνηση. Το να βοηθήσουμε τον ασθενή να κατακτήσει σεξουαλική ελευθερία, χωρίς να ενισχύουμε μια σαγηνευτική αναλυτική ατμόσφαιρα, να βοηθήσουμε τον ασθενή να καταλάβει το σεβασμό μας για κείνον, ενώ αναλύουμε τον τρόπο που εκείνος παραμορφώνει το νόημα της έλλειψης της δικής, μας σεξουαλικής ανταπόκρισης σε κείνον, είναι ένα σημαντικό καθημερινό έργο της αναλυτικής δουλειάς, που τονίζεται από το γεγονός ότι οι ασθενείς εμφανίζουν σημαντικές συγκρούσεις στην περιοχή του σαδομαζοχισμού. Οι σοβαρές σεξουαλικές αναστολές, η αδιαφορία και η ανία, συστημικά αποκαλύπτουν βαθύτατες συγκρούσεις γύρω από τις σαδομαζοχιστικές πλευρές της σεξουαλικής διέγερσης: η τεράστια συχνότητα αυτών των συμπτωμάτων στην αναλυτική άσκηση δείχνει πόσο σημαντική είναι η εσωτερική ελευθερία του αναλυτή στην αντιμετώπιση αυτών των βασικών πλευρών της ανθρώπινης σεξουαλικότητας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Bataille G. *L' érotisme*. Paris, Minuit, 1957.
- Bergmann M.S. Psychoanalytic observations on the capacity to love. In J.B. McDevitt and C.F. Settlage (Eds) *Separation-individuation*. New York, Int. Univ. Press, 1971, pp.15-40.
- Braunschweig D. and Fain M. *Eros et anteros*. Paris. Payot, 1971.
- Braunschweig D. and Fain M. *La nuit, le jour: Essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*. Paris, Payot, 1975.
- Chasseguet-Smirgel J. *The Ego ideal: A psychoanalytic essay on the malady of the ideal*. New York, W.W. Norton, 1985a.
- Chasseguet-Smirgel J. *Creativity and perversion*. New York, W.W. Norton, 1985 b.
- Chasseguet-Smirgel J. *Sexuality and mind: The role of the father and the mother in the psyche*. New York, N.Y. Univ. Press, 1986.
- Erikson E.H. *Childhood and society*. 2nd ed. New York: W.W. Norton, 1963.
- Freud S. (1905) Three essays on the theory of sexuality. *S.E.*, 7, 123-245. London, Hogarth Press, 1953.
- Galenson E. and Roiphe H. Some suggested revisions concerning early female development. In H.J.Blum (Ed.) *Female psychology: contemporary psychoanalytic views*. New York, Int. Univ. Press, 1977, pp. 29-57.
- Kernberg O. *Object relations theory and clinical psychoanalysis*. New York, Aronson, 1976.
- Kernberg O. Self, ego, affects, and drives. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1982, 30, 898-917.
- Kernberg O. The relation of borderline personality organization to the perversions. In *Psychiatrie et psychanalyse: Jalons pour une fécondation réciproque*. Québec, Gaetan Morin Editeur, 1985, p.p. 99-116.
- Kernberg O. A conceptual model for male perversion. In G.I. Fogel, F.M. Lane and R.S. Liebert (Eds) *The psychology of men: New Psychoanalytic Perspectives*. New York, Basic Books 1986, 7, 152-180.
- Kernberg O. Las tentaciones del convencionalismo. *Revista de Psicoanalisis*, Buenos Aires, Argentina, 1987, 44, 963-988.
- Kernberg O. Clinical dimensions of masochism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1988a, 36, 1005-1029.
- Kernberg O. A theoretical frame for the study of sexual perversions. In Harold P. Blum and Edward M. Weinshel (Eds) *The psychoanalytic core: Festschrift in honor of Dr. Leo Rangell*. New York, Int. Univ. Press, 1988b.
- Kernberg O. Between conventionality and aggression: The boundaries of passion. In W. Gaylin and E. Person (Eds) *Passionate attachments: thinking about love*. New York, Free Press, 1988c, 5, 63-83.
- Kernberg O. New perspectives in psychoanalytic affect theory In: H. Kelleman and R. Plutchin (Eds) *Emotion: Theory, research and experience*. New York, Academic Press, 1988d.
- Lussier A. *Les déviations du désir: étude sur le fétichisme*. Montreal, 1982, (publisher not indicated).
- Mahler M. and Furer M. *On human symbiosis and the vicissitudes of individuation*. New York, Int. Univ. Press, 1968.

McDougall J. *Plea for a measure of abnormality*. New York, Int. Univ. Press, 1978.

Meltzer D. *Sexual states of mind*. Perthshire, Scotland, Clunie, 1973.

Meltzer D. and Williams M.H. *The apprehension of beauty*. Old Ballechin, Strath Toy, Scotland, Clunie, 1988.

Money J. *Gay, straight and in-between: The sexology of erotic orientation*. New York, Oxford Univ. Press, 1988.

Scruton R. *Sexual desire: A moral philosophy of the erotic*. New York, Free Press, 1985.

Singer I. *The goal: of human sexuality*. New York, W.W. Norton, 1973.

Stendhal M. (1822), *Love*. Harmondsworth, Middlesex, Penguin Books, 1975.

Stern D. *The interpersonal world of the infant*. New York, Basic, 1985.

Stoller R. *Sexual excitement*. New York, Pantheon, 1979.

Stoller R. *Observing the erotic imagination*. New Haven, Yale Univ. Press, 1985.