

Συγκλίσεις και αποκλίσεις στο κλινικό πεδίο ανάμεσα στην ψυχιατρική, την ψυχανάλυση και την κλινική ψυχολογία

Γ. Στεφανάτος¹

Τμήμα Εφήβων Π.Γ.Ν.Α.

Η παρέμβασή μου στοχεύει στο κλινικό πεδίο, ως βασικό, αλλά και εξαιρετικά πρόσφορο πεδίο, για να αναδειχθεί η ιδιαίτερη προβληματική που αφορά τις συγκλίσεις και τις αποκλίσεις ανάμεσα στην ψυχιατρική, την ψυχανάλυση και την κλινική ψυχολογία.

Θα υποστηρίξω ότι οι τρεις αυτοί κλάδοι δομούν και οριοθετούν τρία διακριτά κλινικά πεδία με ιδιαίζοντα χαρακτηριστικά και ιδιαίτερες αντιστοιχώς κλινικές πρακτικές. Αν θεωρήσουμε λοιπόν εκ «των ων ουκ άνευ» τη διαφύλαξη της ιδιαιτερότητας του κάθε πεδίου, τι συμβαίνει με τις αντίστοιχες κλινικές πρακτικές, του ψυχιάτρου, του ψυχαναλυτή και του κλινικού ψυχολόγου; Είναι συμπληρωματικές, ασύμβατες ή παράλληλες μεταξύ τους; Στα περιορισμένα πλαίσια αυτής της παρέμβασης, θα επικεντρώσω τη συλλογιστική μου κυρίως στον καθορισμό και τη διάκριση των τριών κλινικών πεδίων και θα αναφερθώ στις σχέσεις και αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στις αντίστοιχες κλινικές πρακτικές.

Η «κλινική» στο Λεξικό των Liddel και Scott, παραπέμπει σε μία θέση παρατήρησης, την κλίνη αλλά και σε μία

μέθοδο ή «τέχνη», αυτήν του κλινικού γιατρού που συνίσταται στη διάγνωση μέσω της άμεσης παρατήρησης των εκδηλώσεων της αρρώστειας. Παραπέμπει επίσης στη γνώση που προκύπτει αλλά και στη μετάδοση αυτής της γνώσης μέσω μιας ιδιαίτερης μορφής διδασκαλίας, της κλινικής διδασκαλίας, ενώ, τέλος, ορίζει ένα κοινωνικά θεσμισμένο χώρο, δηλαδή τη νοσοκομειακή κλινική, δημόσια ή ιδιωτική, πανεπιστημιακή ή όχι. Αυτή η απαραίτητη αναφορά στην ετυμολογία και την πολυσημία της κλινικής, καθορίζει το πλαίσιο των βασικών ερωτημάτων της προσέγγισής μας.

Το πέρασμα από το βλέμμα στην ακοή

Είναι σημαντικό να τονισθεί εξ αρχής ο βαθύτερος δεσμός που υπάρχει, με μορφή σύνδεσης, μετάβασης και υπέρβασης, ανάμεσα στην κλινική ιατρική και την κλινική της ψυχικής νόσου.²

Το δεσμό αυτό θα εικονογραφήσω μέσα από δύο ζωγραφικούς πίνακες των οποίων η συμβολική σημασία ξεπερνά την αισθητική τους αξία. Θυμη-

¹ Ψυχίατρος, παιδοψυχίατρος, ψυχαναλυτής Διευθυντής του Τμήματος.

² Μετά απ' αυτή την ημερίδα κυκλοφόρησε το βιβλίο «Ψυχιατρική και Ιατρική» του Γ. Αμπατζόγλου, με το οποίο αναπτύσσει μία αντίστοιχη προβληματική, και με το οποίο τα σημεία συμφωνίας είναι τόσα πολλά, ώστε οι επί μέρους αναφορές να περιττεύουν.

θείτε «*Το μάθημα της ανατομίας*» του καθηγητή *Tulp* ζωγραφισμένο από τον *Rembrandt* το 1632, και «*Το κλινικό μάθημα του Dr. Charcot*» ζωγραφισμένο από τον *Andre Brouillet*, τρεις αιώνες αργότερα, το 1886, όπου το μάθημα αφορά πλέον την υστερία και την «άλλη» ανατομία, αυτήν του λιβιδινικού σώματος. Αξίζει να σημειωθεί ότι ο συμβολισμός αυτών των ζωγραφικών αναπαραστάσεων της «κλινικής» είναι γενικά αντιληπτός και συχνά αποκτά ειδικότερες σημασίες. Έχω παρατηρήσει την αναφορά στον πίνακα του *Rembrandt* σε αρχικό ψυχαναλυτικό υλικό, όπου κυριολεκτικά προανήγγειλε ένα ορισμένο είδος μεταβίβασης, που θα μπορούσε να εικονογραφηθεί στον πίνακα του *Brouillet*... Ο *Rembrandt* αποτυπώνει τη στιγμή όπου η ιατρική ριζώνει στην κλινική παρατήρηση. Από την παθολογοανατομία των πτωμάτων θα γίνει το πέρασμα στην ανατομο-κλινική μέθοδο, όταν θα συνδεθούν οι ανατομικές βλάβες, που παρατηρούνται στον ζώντα οργανισμό. Πίσω από την κλίνη του αρρώστου στο νοσοκομείο, κύριο χώρο παρατήρησης, η ανατομική τράπεζα θα επαληθεύει την κλινική παρατήρηση.

Η Νευρολογία, ακολουθώντας έναν αντίστοιχο δρόμο εξέλιξης, θα γίνει μετά την περιγραφή των εγκεφαλικών βλαβών της προϊούσας γενικής παράλυσης από τον *Bayle* το 1825, το προνομιούχο πεδίο έρευνας των ανατόμων κλινικών. Για την ψυχιατρική, η αναφορά στις μήνιγγες και τον εγκέφαλο παίρνει άλλο νόημα με την πρόοδο της νευρολογίας και η ανατομοκλινική μέθοδος εγκαθιδρύεται και στη ψυχιατρική.

Σ' αυτές τις βάσεις θα στηριχθεί η ανάπτυξη της σύγχρονης ιατρικής στη διάρκεια του 19ου αιώνα και το ιατρικό «βλέμμα» θα εστιαστεί προοδευτικά στο «ορατό» στοιχείο του ανθρώπινου

σώματος για να συλλέξει, να ταξινομήσει και να ιεραρχήσει όσα προσφέρονται στην παρατήρηση. Αργότερα το «ορατό» του σώματος θα αναζητηθεί πίσω απ' το μικροσκόπιο και τη βιοχημική εξέταση. Ο *Foucault*, αρχαιολόγος του ιατρικού βλέμματος, μέσα από την ιδιαίτερη στρουκτουραλιστική του προσέγγιση, δείχνει με ποιούς τρόπους δομείται η νεώτερη ιατρική μέσα απ' την αποδόμηση της παλιάς και προσδιορίζει κάτω από ποιές συνθήκες το ανθρώπινο σώμα γίνεται αναγνώσιμο από το ιατρικό βλέμμα. Τα παρατηρούμενα από το ιατρικό βλέμμα «σημεία» οδήγησαν στην παραγωγή μιας γνώσης που προκάλεσε μία θεμελιακή αναστροφή. Το ιατρικό βλέμμα δεν έχει πλέον ανάγκη να βυθιστεί στο εσωτερικό του σώματος, όπου βρίσκεται η βλάβη. Στην επιφάνεια του σώματος το σύμπτωμα θα γίνει «σημείο», δηλαδή χαρακτηριστικό γνώρισμα και ένδειξη της βλάβης του οργάνου. Μέσα από το σημείο, το σώμα αποκαλύπτεται και γίνεται διάφανο. Το ιατρικό βλέμμα γίνεται «σκεπτόμενο» βλέμμα και, με αναγωγικό τρόπο, συμπεραίνει τις άδρατες βλάβες στο εσωτερικό του σώματος αλλά και στο εσωτερικό των οργάνων (*Foucault*, 1963).

Η έρευνα όμως του *Charcot*, στον τομέα των νευρώσεων, θα δρομολογήσει μία καινούργια επαναστατική εξέλιξη, η οποία θα «αφαιρέσει» από το ιατρικό βλέμμα την πλήρη αποτελεσματικότητα του οπτικού του πεδίου. Στο αμφιθέατρο της *Salpêtrière*, όπως αποθανατίζει ο *Brouillet* το 1886 στον πίνακά του, «ανακαλύπτεται» η υστερία, η ψυχική προέλευση των συμπτωμάτων της, η εξαφάνισή τους μέσω υπνώσεως, αλλά και η ύπαρξη μιας «άλλης» ανατομίας και μιας άλλης κλινικής.

Ο *Freud* με την περίπτωση της *Anna O.* και την *talkin-cure* στις αποσκευές του θα περάσει απ' τη *Salpêtrière* και,

όταν επιστρέψει στη Βιέννη, θα συνεχίσει τη θεραπεία των ιστορικών πλέον υστερικών του, όχι μόνο με την καθαρτική μέθοδο του Breuer αλλά και με τη μέθοδο του Δόκτωρος Charcot, μέχρι να καταλήξει στο αναλυτικό *setting*, πολυθρόνα-ντιβάνι. Αυτή η κατάληξη θα προκαλέσει θεμελιακές αλλαγές. Πραγματοποιείται μία ριζική αντιστροφή του «ορατού» και το βλέμμα του αναλυτή —όπως και το βλέμμα του αναλυόμενου— θα στραφούν προς το «εσωτερικό», δηλαδή προς τις ψυχικές παραστάσεις, που εκφέρονται μέσω του λόγου. Εκεί που οι γιατροί έβλεπαν μόνο τα απόβλητα της ψυχικής λειτουργίας, ψάχνοντας για αντίστοιχες εγκεφαλικές βλάβες, που θα εξηγούσαν την παραγωγή τους, ο Freud «είδε» την εκπλήρωση ασυνείδητων επιθυμιών και την αναζήτηση νοήματος από ένα υποκείμενο.

Το σύμπτωμα δεν είναι πλέον σημείο για παρατήρηση, αλλά σύμβολο για μετάφραση και ερμηνεία. Από τον ανώνυμο χώρο του παθολογικού, το σύμπτωμα μετατοπίζεται στη μοναδικότητα της περιστασιακής και λιβιδινικής ιστορίας του υποκειμένου όπου και εγγράφεται σαν συμβολική έκφραση μιας ενδοψυχικής διαμάχης. Χωρίς να επεκταθούμε στη φροϋδική θεωρία του συμπτώματος, πρέπει να υπογραμμισθεί ότι το σύμπτωμα από σημείο της τάξης του ορατού, που ήταν για την ιατρική, γίνεται σύμβολο, που παράγει νόημα μέσα από τα εκφερόμενα του λόγου αναλυτή-αναλυόμενου στο χώρο της μεταβίβασης-αντιμεταβίβασης. Η ακοή, και κυρίως η ακοή του «τρίτου αυτιού», για τον ψυχαναλυτή, παίρνει τη θέση του βλέμματος.

Το πέρασμα που επιχειρήθηκε από το βλέμμα στην ακοή, στο λόγο και στο νόημα, προκάλεσε ριζικές ανακατατάξεις. Η σχέση απόλυτης διάκρισης μεταξύ φυσιολογικού-παθολογικού ανα-

τρέπεται, η έννοια της διάγνωσης τροποποιείται, η έννοια του ιάσιμου επίσης, ενώ το νόημα θα προδιορισθεί ποιοτικά από το ζεύγος φανερό-λανθάνον και τοπικά από το ζεύγος συνειδητό-ασυνείδητο, της πρώτης φροϋδικής Τοπικής. Στον ενδιάμεσο αυτό χώρο, που δημιουργείται ανάμεσα στο βλέμμα που παρατηρεί και την ακοή που αναδεικνύει το νόημα, θα τοποθετησω γενικά το πεδίο της κλινικής, της ψυχικής νόσου. Αν η κλασσική αναφορά στην κλίνη του αρρώστου, σαν θέση παρατήρησης, δεν είναι πια αποτελεσματική, η ίδια αυτή αναφορά επιτρέπει να σχιαγραφίσουμε τις σημερινές συνθήκες των διαφόρων κλινικών πρακτικών.

Ο ψυχίατρος δεν έχει υποχρεωτικά κλίνες για τους αρρώστους του και αναπτύσσει προληπτικές, θεραπευτικές και ερευνητικές δραστηριότητες εκτός νοσοκομείου· ο κλινικός ψυχολόγος δεν έχει ανάγκη κλίνης για τις παρατηρήσεις του και για την εκπλήρωση του ρόλου του, ενώ ο ψυχαναλυτής αντί κλίνης διαθέτει το ψυχαναλυτικό ντιβάνι. Αυτές οι συνθήκες κλινικής πρακτικής στην πραγματικότητα της καθημερινής δουλειάς είναι αναμφισβήτητα πιο σύνθετες, εφ' όσον δεν μπορούμε να εμποδίσουμε τους αρρώστους μας να μιλούν, ή να παραμιλούν, αλλά ούτε αντίστοιχα μπορούμε να τους υποχρεώσουμε μόνο να μιλούν! Υπαινίσσομαι προφανώς τις δυσκολίες που θέτει η κλινική πραγματικότητα στο βλέμμα και στην ακοή των τριών ειδικών μας και στις οποίες θα επανέλθω.

Στη συνέχεια θα εξετάσω τα τρία κλινικά πεδία, μέσα από μία ιστορικο-επιστημολογική, αλλά υποχρεωτικά συνοπτική, προσέγγιση. Θα ορίσω το αντικείμενο του κάθε πεδίου —ψυχιατρικής, ψυχανάλυσης, κλινικής ψυχολογίας— και θα αναφερθώ τόσο στα μέσα, τεχνικές και μεθοδολογίες, που

δομούν τη σχέση του κάθε κλινικού πεδίου με το αντικείμενο του, όσο και στην αντίστοιχη κλινική γνώση που παράγεται.

Το ψυχιατρικό κλινικό πεδίο

Η κλασική ψυχιατρική των Pinel, Esquirol, Falret, Klaepelin, Bleuler, De Clerembaut, Guiraud, στους οποίους αναφέρομαι ιστορικά, έχει σαν αντικείμενο την «ψυχική αλλοτρίωση» (*alienation*). Ο όρος εμφανίστηκε γύρω στο 1802, συγχρόνως με τη λέξη ψυχίατρος και με αντιστοιχία σ' όλες τις γλώσσες. Τον 19ο αιώνα μιλούν για ψυχικές νόσους, αντιστοιχία με τις σωματικές, ενώ η λέξη τρέλλα προοδευτικά εξαφανίζεται από τα επιστημονικά ψυχιατρικά κείμενα. Στο πλαίσιο αυτό αναπτύχθηκε ένα ψυχιατρικό πεδίο ανάλογο με το ιατρικό. Το πεδίο αυτό επικαθορίζεται από τη δημιουργία του ψυχιατρικού ιδρύματος στο οποίο η κοινωνία αναθέτει τη διαχείριση της τρέλλας, με το ιδεώδες να την «θεραπεύσει». Παράλληλα, ο εγκλεισμός προκαλεί και ευνοεί την μακρόχρονη παρατήρηση. Η σταθερή εμφάνιση ομάδων συμπτωμάτων στον ίδιο άρρωστο στοιχειοθετούν μία σταθερή κλινική εικόνα, που επαναβρίσκεται και σε άλλους αρρώστους. Οι σταθερές συσχετίσεις που παρατηρήθηκαν, επέτρεψαν να μιλήσουμε για σύνδρομα, ενώ η τυπική επανεμφάνιση ενός μικρού αριθμού συνδρόμων επέτρεψε την επεξεργασία μιας ταξινόμησης. Έτσι, δημιουργήθηκε η νοσογραφία των ψυχικών νόσων, ανάλογη με τη νοσογραφία των δερματικών ή πνευμονικών νόσων και τα ψυχιατρικά σύνδρομα τείνουν να πάρουν τη μορφή αληθινών ασθενειών με την πιο αυστηρή ιατρική έννοια.

Η πιο σοβαρή κριτική που ασκήθηκε στην κλασική αυτή κλινική ψυχιατρική είναι ότι στηρίζεται ουσιαστικά

στη μορφολογική παρατήρηση και στην τυπική περιγραφή των ψυχοπαθολογικών διαταραχών. Το «βλέμμα» αποτελεί μεταφορικά την έκφραση της ιδεοληπτικής εμμονής αυτής της πρακτικής σ' ένα τρόπο παρατήρησης, που εφαρμόζεται συνήθως για αντικείμενα του φυσικού κόσμου. Δικαιολογημένα η κλασική ψυχιατρική θεωρήθηκε ως ύποπτη συμμετοχής στην αλλοτρίωση αυτών των οποίων ισχυριζόταν ότι αντικειμενικά ανέλυε και ταξινομούσε τις διαταραχές. Παρά ταύτα, όσοι αποπειράθηκαν να την παραμερίσουν -για παράδειγμα θα ανέφερα τους αντιψυχιάτρους ή τους επιδημιολόγους- κατέληξαν στη δόμηση μιας πτωχευμένης ή νοθευμένης παραλλαγής της. (Berchezie, 1980).

Προοδευτικά διαμορφώνεται ένα κεντρικό μέρος της ψυχιατρικής κλινικής πρακτικής, όπου το υποκείμενο, στερείται της ελευθερίας του στα πλαίσια της αρρώστειας του και γίνεται αντικείμενο υποχρεωτικών ιατρικών φροντίδων. Στο κέντρο του κλινικού αυτού πεδίου και της αντίστοιχης πρακτικής τοποθετούνται το παραλήρημα και η άνοια, ενώ στην περιφέρειά του και έξω από το ίδρυμα, τοποθετούνται κατά κανόνα οι νευρώσεις.

Η ψυχιατρική δομείται πάνω στη βάση της επιστημονικής ιατρικής, διαθέτοντας έτσι εξ αρχής ένα πλέγμα εννοιών, μεθόδων και τεχνικών, που δανείζεται απ' αυτήν. Από αυτό το δάνειο προέρχεται η θεμελιακή διχοτομία φυσιολογικού παθολογικού και τα συμπαρομαρτούντα της: ασθένεια, ίαση, θεραπεία, κρίση, ύφεση, αντίθεση μεταξύ οξέος-χρόνιου. Μαζί όμως μ' αυτές τις θεμελιακές πρακτικές έννοιες, η ψυχιατρική επιπρόσθετα κληρονομεί από την ιατρική μία κλινική μεθοδολογία, τη συγκριτική δηλαδή παρατήρηση βασισμένη στο κλινικό βλέμμα, και ένα νοσολογικό μοντέλο προσδιορισμού

των νόσων, δομημένο πάνω στην ανατομο-κλινική ιατρική μέθοδο, της σύνδεσης δηλαδή, όπως ήδη τονίσαμε, του συνδρόμου με την αιτιολογική εστία του.

Η εισαγωγή της διαχρονίας στη νοσολογία, θα ενοποιήσει τις πολυάριθμες συνεχείς κλινικές παρατηρήσεις τις οποίες επέτρεψε η δημιουργία των ασύλων. Η συλλογή των κλινικών σημείων και η αντικειμενοποίηση των διαταραχών θα αποτελέσουν την κατευθυντήρια γραμμή που θα κεφαλοποιήσει την αποκτημένη κλινική και νοσολογική γνώση.

Η μεθοδολογία αυτή δομείται υποχρεωτικά πάνω σε μία όραση και ακοή προσανατολισμένες στο μη-κατανοητό άρα και παθολογικό. Οτι είναι κατανοητό και αναγώγιμο από το λόγο και τη συμπεριφορά του αρρώστου, τοποθετείται έξω από το κεντρικό πυρήνα του ψυχιατρικού λόγου δηλαδή στο πεδίο της ψυχολογίας ή της κοινωνιολογίας. Ότι αντιστέκεται, ό,τι είναι «μη αναγώγιμο» και «μη κατανοησίμο» παραπέμπει στην αναζήτηση της περιφημής θεμελιακής πρωταρχικής διαταραχής και του «γενεσιουργού αιτίου» (θυμίζω τον Minkowski) της συνολικής παθολογικής διαδικασίας. Η αναζήτηση της καταγραφής του, στις διάφορες εκφράσεις του, οργανώνει τη ψυχιατρική κλινική και νοσολογία (Bercherie, 1988).

Είναι ενδιαφέρον να σημειωθεί ότι το πεδίο αυτό χρησιμοποιεί ορισμένες θεωρητικές αναφορές, εξωτερικές ως προς αυτό, αλλά ωστόσο απαραίτητες στην ολοκλήρωσή του, όπως οι παρακάτω. Αναφορά στην ανατομοφυσιολογία του Κ.Ν.Σ., χρήσιμη στη γενική παράλυση, στις συγγυτικές καταστάσεις και στην άνοια, αμφίβολης όμως αξίας για τις υπόλοιπες διαταραχές· αναφορά στη γενετική βιολογία χρήσιμη ίσως για τη μανιοκαταθλιπτική ψύχωση, α-

ναφορά στην ιστορικότητα του υποκειμένου και ιδιαίτερος στη σεξουαλική του εξέλιξη μέσω της φρουδικής θεωρίας· τέλος αναφορά στην κοινωνιολογία απαραίτητη π.χ. στον αλκοολισμό ή στην τοξικομανία. Η ετερογένεια και η πολλαπλότητα, των αναφορών αυτών, υποδεικνύει την απουσία θωρητικής αυτονομίας της ψυχιατρικής (Lanteri-Laura, 1980).

Η ερευνητική αξία και η αποτελεσματικότητα του παραπάνω μεθοδολογικού και εννοιολογικού πλέγματος, αποδείχθηκε από τον πλούτο της κλινικής έρευνας στη ψυχιατρική από τις καταγωγές της μέχρι τις πρώτες δεκαετίες του 20ού αιώνα, όπου παρατηρήθηκε και μία τελευταία άνθιση επικαθορισμένη από την επαφή με τη φρουδική ψυχανάλυση. Στη συνέχεια υπάρχει λίμνασμα, που αποδεικνύει ότι σίγουρα το παραπάνω μεθολογικό και εννοιολογικό πλέγμα εξάντλησε τα όριά του. Το κενό παραμένει υπαρκτό μέχρι σήμερα.

Το κύμα του Ψυχοδυναμισμού, που διέτρεξε τον Ατλαντικό τη δεκαετία του 1950, παρ' ολίγο να σαρώσει τα πάντα μέχρι να εξατμιστεί. Αυτό το αμφίβολο αμάλγαμα ψυχιατρικής και ψυχανάλυσης, είχε αρνητικές επιπτώσεις και στη ψυχανάλυση και στη ψυχιατρική.

Διάφοροι μονόπλευροι προσανατολισμοί που επιχειρήθηκαν, τόσο από την καλούμενη «βιολογική» ψυχιατρική όσο και από την καλούμενη «κοινωνική» ψυχιατρική, συνεχίζουν να πτωχεύουν τη ψυχιατρική από την αναγκαία συνολικότητα των στόχων της. Η ψυχιατρική, κι εγώ μου επιτραπεί εδώ η αφοριστική ελλειπτικότητα, δεν μπορεί παρά να είναι και βιολογική και κοινωνική και να λαμβάνει στα σοβαρά υπ' όψιν της την αναφορά στο ασυνείδητο και τη διυποκειμενικότητα, που με τον λειτουργικότερο τρόπο θεωρητικοποίησε

η φρουδική θεωρία. Η ψυχιατρική θεωρώ ότι έχει ανάγκη από μία «διασαφηνισμένη πολύ-διάστατη θεώρηση» (*multidimensionnalité lucide*), δανειζόμενος τον όρο από τον Varela που τον χρησιμοποιεί σε σχέση με τη βιολογία και τις κοινωνικές επιστήμες.

Η τωρινή έκπτωση της ψυχιατρικής κλινικής έρευνας εικονογραφείται από την τρίτη έκδοση του περίφημου χειριδίου διαγνωστικής και στατιστικής του D.S.M. - III, το οποίο πρέπει να τονισθεί ότι δεν προέκυψε από καμμία παραγωγή και συσσώρευση νέων κλινικών γνώσεων. Απλά επανεξετάζει και εν μέρει αναθεωρεί την κλασική νοσολογία χρησιμοποιώντας «αντικειμενικά» πολυαξονικά κριτήρια, με «αθεωρητικό» υπόβαθρο, που επιδιώκουν μεγαλύτερη ακρίβεια στους ορισμούς των ψυχικών νόσων και περισσότερο εγκυρότητα στην ταξινόμηση. Το αποτέλεσμα είναι ότι προάγεται ένα συμπεριφεριολογικό μοντέλο κλινικής παρατήρησης και μία ποσοτική αντίληψη που είναι χρήσιμη μεν στην απολύτως αναγκαία ψυχοφαρμακολογική έρευνα και τη συγκριτική επιδημιολογία αλλά αποδυναμώνουν θανάσιμα τα κλινικά κριτήρια της διάγνωσης του ψυχιάτρου με επικίνδυνο τρόπο.

Η ποσοτικοποίηση δεν θέτει πρόβλημα όταν χρησιμοποιείται για τους στόχους που εξυπηρετεί, δηλαδή για τη σύγκριση της θεραπευτικής αποτελεσματικότητας των ψυχοτρόπων στους αρρώστους και για τη συλλογή στατιστικών δεδομένων με τρόπο που να επιτρέπει την αξιοποίησή τους από την πληροφορική για επιδημιολογικούς σκοπούς. Αυτό που είναι μεμπτό είναι η χρησιμοποίηση της ποσοτικής αντίληψης για τη διδασκαλία της κλινικής ψυχιατρικής σε ψυχιάτρους που θα κληθούν μετά από λίγο να πάρουν θεραπευτικές αποφάσεις. Θα συμφωνήσω με τον Garrabé (1988) ότι είναι αδύνα-

το να δεχτούμε ότι η κλινική γίνεται επιστημονική όταν είναι εκφρασμένη σε μαθηματική γλώσσα ή γιατί δηλώνεται ότι είναι α-θεωρητική.

Αν η χρησιμότητα του D.S.M. - III είναι αναμφισβήτητη στην εξέλιξη της ποσοτικής ψυχοπαθολογίας, η συνεισφορά του στη νέα κλινική που ίσως προκύψει μέσα από το σημερινό τέλμα, είναι πολύ συζητήσιμη.

Το ψυχαναλυτικό κλινικό πεδίο

Η δημιουργία αυτού του πεδίου συνδέεται στενά με τις θεμελιακές ανακατατάξεις, που προκλήθηκαν στο τέλος του 19ου αιώνα, με άξονα τις νευρώσεις και με επίκεντρο την ψυχογένεση των συμπτωμάτων της υστερίας και την απειθαρχία τους στους νόμους της νευρολογίας.

Η πρώτη συνέπεια ήταν η προσάρτηση των νευρώσεων στο ψυχιατρικό πεδίο και η ενσωμάτωση από την ψυχιατρική των αρχών του 20ού αιώνα μιας «δυναμικής» διάστασης, που αναγνωρίζει την επίδραση του ψυχισμού και αποδέχεται την αποτελεσματικότητα της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης.

Η δεύτερη συνέπεια συνίσταται στη δημιουργία του ψυχαναλυτικού κλινικού πεδίου και της φρουδικής θεωρίας η οποία δομείται πρωταρχικά σαν θεωρία της νευρωτικής ψυχικής διαταραχής και των τρόπων έκφρασής της. Μέσα από την κλινική διερεύνηση της υστερίας και μέσα από τα αδιέξοδα στην θεραπεία των υστερικών, η ψυχανάλυση βρίσκει τις μεθολογικές και θεωρητικές αρχές της. Το πέρασμα από την καθαρτική μέθοδο, την ύπνωση και την υποβολή οδηγεί στην τελική διαμόρφωση του κλασικού *setting*, πολυθρόνα-ντιβάνι, και στον καθορισμό μιας ιδιωτικής θεραπευτικής πρακτικής, που έχει ως προϋπόθεση και αφηγησιακό σημείο το αρχικό εκφρασμένο αίτημα του πελάτη. Η κλινική αυτή

πρακτική, εκτός από το δικό της πλαίσιο, βρίσκει και τη δική της μέθοδο που συνίσταται στο χειρισμό της μεταβίβασης-αντιμεταβίβασης και στην ερμηνεία, ενώ στους ελεύθερους συνειρμούς του αναλυομένου αντιστοιχεί η διάχυτη, μη εστιασμένη προσοχή του αναλυτή. Αντίστοιχη ιδιαιτερότητα εμφανίζεται και στο επίπεδο της θεωρίας με την επεξεργασία της μεταψυχολογίας από τον Freud και την περιγραφή των ψυχικών διαδικασιών στις δυναμικές, τοπικές και οικονομικές σχέσεις τους. Ιδιαίτερο και καθορισμένο αντικείμενο του ψυχαναλυτικού πεδίου είναι πάντα το ασυνείδητο.

Στη βάση των παραπάνω διαπιστώσεων και χωρίς να επεκταθώ στα ερωτήματα που τίθενται από την επιστημολογική ιδιαιτερότητά του, θα θεωρήσω δεδομένη την αυτονομία του ψυχαναλυτικού πεδίου τόσο στο θεωρητικό επίπεδο όσο και στο επίπεδο της κλινικής πρακτικής. Θα αναφερθώ όμως συνοπτικά στην εξέλιξη της ψυχαναλυτικής κλινικής που βρίσκεται εδώ στο επίκεντρο της προβληματικής μας, καθώς και στις φάσεις που ακολουθεί στην εξέλιξή της, παράλληλα με τη δόμηση της φροϋδικής θεωρίας και το πέραςμα από την πρώτη, στη δεύτερη Τοπική.

Μια πρώτη περίοδος αμέσως μετά τις πρώτες φροϋδικές ανακαλύψεις, δομείται γύρω από μία συνολική άποψη που διατυπώνει ο Freud στην «*Εισαγωγή στην ψυχανάλυση*» για τη σχέση της ψυχαναλυτικής κλινικής με την ψυχιατρική. «Είναι ο ψυχίατρος και όχι η ψυχιατρική που αντιτίθεται στην ψυχανάλυση. Αυτή είναι για την ψυχιατρική ότι περίπου είναι η ιστολογία για την ανατομία: η μία εξετάζει την εξωτερική μορφή των οργάνων, η άλλη τους ιστούς και τα κύτταρα από τα οποία φτιάχτηκαν τα όργανα. Η αντίφαση ανάμεσα στις δύο αυτές κατηγορίες

μελετών, που η μία συνεχίζει την άλλη, είναι αδιανόητη» (Freud, 1916).

Πρόκειται για μία πρώτη άποψη του Freud, η οποία φαίνεται να θέτει σαν σκοπό της ψυχαναλυτικής κλινικής να φωτίσει την ψυχογένεση των διαταραχών που καλύπτει το ψυχιατρικό κλινικό πεδίο. Αυτή η άποψη αντιστοιχεί ιστορικά στα χρόνια 1890-1910 της ψυχαναλυτικής πορείας του Freud και στην επεξεργασία της πρώτης Τοπικής. Η ψυχαναλυτική κλινική όμως ξεπερνάει πλήρως το πλαίσιο της ψυχιατρικής κλινικής. Δεν πρόκειται για την ψυχογένεση των ψυχιατρικών νόσων, αλλά για μία άλλη κλινική.

Θα παρατηρήσω, ακολουθώντας τον Bercherie (1988) ότι η ψυχαναλυτική κλινική ήδη από αυτήν την πρώτη περίοδο υπερφαλαγγίζει *de facto* το παραπάνω μεταφορικό μοντέλο μιας διπλωματικής κατανομής αρμοδιοτήτων με την ψυχιατρική στη βάση του διαχωριστικού κριτηρίου, μακροσκοπικό και μικροσκοπικό πεδίο.

Στο επιχείρημα αυτό συνηγορούν πολλές διαπιστώσεις. Η φροϋδική σύλληψη του σχηματισμού των νευρωτικών συμπτωμάτων προκάλεσε μία αλλαγή στη νοσολογία των νευρώσεων. Η αυτονόμηση της αγχώδους νεύρωσης από την υστερία και τη νευρασθένεια και στην συνέχεια η αυτονόμηση της φοβικής νεύρωσης από την αγχώδη υστερία συντέλεσαν στην εγκαθίδρυση του φροϋδικού δομικού τρίπτυχου, νεύρωση-ψύχωση-διαστροφή, όπου στηρίχτηκε μία αμιγής ψυχαναλυτική κλινική. Αυτή η κλινική μέσα από την μελέτη των μορφωμάτων του ασυνείδητου, ξεπέρασε τα στενά πλαίσια της ψυχοπαθολογίας, για να καλύψει ένα τεράστιο χώρο, ανθρωπολογικό θα λέγαμε, που αρχίζει από το όνειρο, την *acte manqué*, το ευφυολόγημα και καταλήγει στην καλλιτεχνική δημιουργία, το μύθο και τη θρησκεία, για να αναρρω-

τηθεί τελικά για τη θέση του υποκειμένου και το δίχασμό του. Σε όλα αυτά πρέπει να προστεθεί ότι η ανακάλυψη του νοήματος του συμπτώματος, όπως ήδη τονίσαμε, διαφοροποίησε πλήρως την ψυχαναλυτική από την ψυχιατρική κλινική. Το σύμπτωμα στην ψυχανάλυση συχνά εμφανίζεται σαν η έκφραση των πιο ζωντανών δυνάμεων του ψυχισμού και της υποκειμενικότητας.

Ως δεύτερη φάση εξέλιξης της ψυχαναλυτικής κλινικής μπορεί να θεωρηθεί, σε σχέση πάντα με την πορεία της σκέψης και της πρακτικής του Freud, η χρονική περίοδος από το 1910 και μετά, πού αντιστοιχεί με την περίοδο σύλληψης, εννοιολογικής επεξεργασίας και τελικής δόμησης της δεύτερης Τοπικής. Σ' αυτή την περίοδο αναπτύσσεται μία ψυχοπαθολογική τυπολογία με σύγχρονη τριπλή αναφορά στα επίπεδα της γένεσης, της δομής και της ιστορίας και η ψυχαναλυτική κλινική εμφανίζεται σαν μία κλινική της οργάνωσης της προσωπικότητας ή, αν θέλετε, της υποκειμενικότητας.

Το δομικό τρίπτυχο νεύρωση-ψύχωση-διαστροφή συνεχίζει να χρησιμεύει σαν συνολικό εννοιολογικό πλαίσιο. Η θεωρία της εξέλιξης της σεξουαλικότητας συμπληρώνεται. Ενώ στα «*Τρία Δοκίμια*» του 1905, το επίπεδο της βασικής αντίθεσης τοποθετείτο ανάμεσα στην «πολύμορφη» σεξουαλικότητα του παιδιού και τη σεξουαλικότητα του ενήλικα και του εφήβου, που οργανώνεται κάτω από την ηγεμονία των γεννητικής ερωγόνους ζώνης, ο Freud, μετά το 1913, εισάγει τις έννοιες των προγεννητικών σταδίων. Η πλήρης περιγραφή των σταδίων οργάνωσης της λιβιδινικής εξέλιξης (στοματικό, πρωκτικό, φαλλικό, γεννητικό και τα υποστάδια τους) αποτελεί ένα νέο κεντρικό άξονα στην κλινική. Αξίζει να σημειωθεί ότι με αφετηρία τη μεθύστερη συεισφορά του Abraham στο ίδιο θέμα,

προοδευτικά δομήθηκε από ορισμένους μία γενετική χαρακτηρισιολογία, που έθεσε σοβαρά προβλήματα στη νεώτερη ψυχανάλυση.

Μεταξύ 1914-15, η εισαγωγή της έννοιας του ναρκισσισμού, η επεξεργασία της έννοιας της ταύτισης ως συστατικού στοιχείου του Εγώ, η διαφοροποίηση των ιδανικών συνιστωσών του Εγώ και η ανάλυση των διεργασιών του πένθους και της μελαγχολίας εμπλουτίζουν την κλινική. Μετά τη μεγάλη φροϋδική στροφή του 1920 και πριν από την τελευταία θεωρία των ενορμήσεων με την εισαγωγή των ενορμήσεων του θανάτου, ολοκληρώνεται και τροποποιείται η θεωρία του Εγώ, μία δεύτερη θεωρία του άγχους διατυπώνεται, και η ψυχαναλυτική κλινική οργανώνεται γύρω από το σύμπλεγμα του ευνουχισμού, του οποίου οι μορφές επισημαίνονται σε όλες τις ψυχοπαθολογικές δομές.

Απ' αυτή την οπτική γωνία είναι δυνατόν να θεωρηθεί μία ψυχαναλυτική νοσογραφία με κεντρικό άξονα αναφοράς τις εκβάσεις και τα ατυχήματα του Οιδιπόδειου συμπλέγματος, όπως το υποδεικνύει και ο ίδιος ο Freud, προς το τέλος του έργου του, τόσο για τις νευρώσεις (στο «*Αναστολή, σύμπτωμα και άγχος*» για το φετιχισμό, μέσω της άρνησης του ευνουχισμού και της σχέσης του Εγώ, όπως επίσης κατ' επέκταση και για την ψύχωση.

Όλες οι παραπάνω αναφορές δεν στοχεύουν σε καμιά απλουστευτική εξιστόρηση της θεωρητικο-πρακτικής πορείας του Freud. Είναι απλά και μόνο ενδεικτικές του τρόπου με τον οποίο οργανώθηκε ένα διαρκώς εξελισσόμενο εννοιολογικό πλέγμα και δομήθηκε μία αυτόνομη ψυχαναλυτική κλινική, γύρω από ορισμένους κεντρικούς άξονες, σε μερικούς από τους οποίους παραδειγματικά αναφέρθηκα.

Είναι σημαντικό λοιπόν, στα πλαί-

σια της προσέγγισης μας, να τονισθεί ότι, με αφητηριακό σημείο και βάση τη δεύτερη περίοδο της φροϋδικής σκέψης, αναπτύχθηκαν μία σειρά από έννοιες, θεωρίες και κλινικές πρακτικές που έθεσαν σε δοκιμασία την ιδιαιτερότητα της μεταφροϋδικής ψυχαναλυτικής κλινικής σε σχέση με την ψυχιατρική αλλά και με την ψυχολογία. Θα ήταν ενδιαφέρον σ' αυτή την προοπτική να υπομνησθεί, για παράδειγμα, η περιπετειώδης πορεία της έννοιας του Εγώ (του φροϋδικού Ich) ή της έννοιας του ναρκισσισμού στο χώρο της ψυχοπαθολογίας.

Γενικώς όμως, και μόνο θα παρατηρήσω ότι επιχειρήθηκε ένα ολίσθημα προς τη γενετική ψυχολογία με την προσθήκη από τους Hartmann, Kris και Loewenstein της γενετικής, αναπτυξιακής διάστασης, στην κλασική τριάδα της τοπικής δυναμικής και οικονομικής διάστασης, που είχε ορίσει ο Freud ως αναγκαία για την μεταψυχολογική περιγραφή των ψυχικών διεργασιών. Ο Rapaport πρόσθεσε επί πλέον, την προσαρμοστική διάσταση. Αυτή η περίφημη «*Ψυχολογία του Εγώ*» υιοθετεί μία αντιμετοποιούσα, ρεαλιστική και προσαρμοστική στάση απέναντι στις ψυχικές διαμάχες του αναλυόμενου απομακρύνεται από την φροϋδική μεταψυχολογία και δομεί τελικά μία παραψυχιατρική και ψυχολογίζουσα ψυχαναλυτική κλινική.

Στην αντίθετη ακριβώς κατεύθυνση αναπτύσσονται οι μεταφροϋδικές έρευνες γύρω από τη μεταβίβαση, αλλά και γύρω από την αντιμεταβίβαση και τις αντιστάσεις του αναλυτή, ενώ συγχρόνως μελετάται αυτό το ίδιο το ψυχαναλυτικό πλαίσιο σ' όλες του τις διαστάσεις και τις παραμέτρους. Προστίθεται δηλαδή ένα επίπεδο έρευνας και πρακτικής που μετατοπίζει τον κλινικό άξονα από τα συμπτώματα του αναλυόμενου, στην ανάδυση και στη μελέτη

των μεταβιβαστικών-αντιμεταβιβαστικών φαινομένων καθώς και στην ιδιαίτερη δυναμική της ψυχαναλυτικής διαδικασίας. Παράλληλα, αναδεικνύεται ο θεμελιακός ρόλος του άλλου και του λόγου του άλλου στη δόμηση του υποκειμένου, ενώ υπογραμμίζεται ο μεταφορικός χαρακτήρας των βιολογικών μοντέλων που χρησιμοποιήθηκαν απ' τον Freud κατ' εικόνα θάλεγα του ανθρώπινου οργανισμού.

Η προοδευτική και σχετικά πρόσφατη επέκταση της ψυχαναλυτικής πρακτικής στον κύριο χώρο του ψυχιατρικού κλινικού πεδίου, στο χώρο δηλαδή της ψύχωσης και των ορίων της, προκαλεί μια ανακατανομή των εγκαθιδρυμένων σχέσεων. Η ψυχαναλυτική έρευνα για τις ψυχώσεις και τις λεγόμενες οριακές καταστάσεις, ξαναζωταντεύει το ενδιαφέρον της ψυχανάλυσης για την ψυχιατρική κλινική, κάτω από ορισμένες όμως προϋποθέσεις.

Δεν πρόκειται για μία καινούργια εγγραφή στο ψυχαναλυτικό πεδίο των κληρονομημένων από την ψυχιατρική κλινικών οντοτήτων, ούτε για μία τυπολογία προνοσηρών προσωπικοτήτων (βλέπε σχιζοειδής) ούτε ακόμη για κάποια νοσογραφική απαίτηση προσδιορισμού νέων κλινικών εικόνων. Λίγω ενδιαφέρουν εδώ τα συμπτώματα, περισσότερο ενδιαφέρουν οι ενεργοποιούμενοι ψυχικοί μηχανισμοί.

Οι καινούργιες απαιτήσεις της κλινικής είναι απόλυτα συνυφασμένες με τις θεωρητικές υποθέσεις, αλλά κυρίως με τη δυνατότητα να εγκατασταθεί η ψυχαναλυτική κατάσταση. Αντί να συμπιεστούν τα ψυχικά φαινόμενα στη στενότητα ενός ετερογενούς χώρου, αντίστροφα δημιουργείται το πλαίσιο εκείνο που επιτρέπει τη σύσταση άρα και την ύπαρξη του ψυχαναλυτικού αντικειμένου.

Με αυτή την έννοια και όσον αφορά την προβληματική των πλαισίων και

των ορίων, είναι λειτουργικότερη η αναφορά σε όρια του αναλύσιμου, σε όρια ψυχαναλυτικής τεχνικής και θεωρίας, τέλος σε όρια πρόσβασης στη ψυχική πραγματικότητα, αντί να οριοθετούνται παραψυχιατρικές ψυχοπαθολογικές κατηγορίες. Σε τελευταία ανάλυση πρόκειται για την απαίτηση να τοποθετούνται τα όρια όσο «πιο μακριά», όποια κι αν είναι η ψυχοπαθολογική δόμηση.

Σ' αυτήν την αναγκαιότητα ανταποκρίθηκε τις τελευταίες δεκαετίες η επεξεργασία νέων ψυχαναλυτικών εννοιών και η διατύπωση καινούργιων μεταψυχολογικών υποθέσεων στην ψυχαναλυτική έρευνα των ψυχώσεων, του αυτισμού αλλά και των ψυχοσωματικών φαινομένων. Είναι προτιμότερο για την ψυχαναλυτική έρευνα να εστιαστεί στην ιδιαιτερότητα του πεδίου της, στον αυτοπροσδιορισμό των αντικειμένων της αλλά και των ορίων της αντί να επικαλείται τη βιολογία για να εξηγήσει την ψύχωση ή τις πρωταρχικές φάσεις της ψυχικής εξέλιξης. Οι ψυχοβιολογικού τύπου συνθέσεις είναι επιστημολογικά απαράδεκτες και αναποτελεσματικές.-

Το πεδίο της κλινικής ψυχολογίας

Ιστορικά, το κλινικό πεδίο στην ψυχολογία δημιουργείται και εδραιώνεται παράλληλα με τη βαθμιαία αυτονομισή του, τόσο από τον εμπειρισμό του εργαστηρίου όσο κι από το φιλοσοφικό λογισμό, την ενδοσκοπήση και τη διαμάχη μεταξύ σπιριτουαλισμού και θετικισμού.³

Επισημαίνω παρά ταύτα, χωρίς να επιμείνω, το επιστημολογικό παράδειγμα της «Ψυχο-φυσιολογίας» του

Wundt, που μακριά από ορισμένες σημερινές τεχνοκρατικές προσεγγίσεις έθεσε, ήδη από τον 19ο αιώνα με ευρηματικό τρόπο, χωρίς βεβαίως να το λύσει, το πρόβλημα της μαθηματικής και μετρήσιμης αναπαράστασης της ψυχικής ζωής. Το πέρασμα από την ψυχολογία της ενδοσκοπήσης στην επεξηγηματική ψυχολογία απαιτούσε την προσθήκη του πειραματισμού.

Η κλινική οπτική στην ψυχολογία συνδέεται με την εξέλιξη της κλινικής ψυχολογίας σαν μιας από τις υπαρκτές «ψυχολογίες». Η αποδοχή αυτής της διαπίστωσης μας υποχρεώνει σε μία σύντομη διαχρονική, αλλά και «γεωγραφική» διαδρομή (Mackay, 1975, Prévost 1988 και Huber 1987).

Ο όρος «κλινική ψυχολογία» χρησιμοποιείται για πρώτη φορά το 1896 από τον Witmer στην Αμερική και ταυτόχρονα στη Γαλλία απ' ενός από τον Ja-net και απ' ετέρου από τους Hartenberg και Valentin, στο πρώτο τεύχος της «*Revue de psychologie clinique et thérapeutique*» που οι ίδιοι εκδίδουν.

Ο Lightner Witmer επίσημος «ιδρυτής» της κλινικής ψυχολογίας, εκπαιδευμένος στη Γερμανία κοντά στον Wundt επιστρέφει στο Πανεπιστήμιο της Πανσυλβανίας, όπου διαδέχεται τον Cattell. Το 1896 κάνει μία διάλεξη στην Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία, όπου χρησιμοποιεί για πρώτη φορά τους όρους «κλινική ψυχολογία» και «κλινική μέθοδος στην ψυχολογία», αλλά και όπου παρουσιάζει την ψυχολογική κλινική, που είχε ιδρύσει τον ίδιο χρόνο. Την χαρακτηρίζει σαν κοινωνικό θεσμό του δημοσίου, που συγχρόνως έχει σκοπό να εκπαιδεύσει τους

³ Για μία συνολική τοποθέτηση και πληροφόρηση στο γενικότερο χώρο της Ψυχολογίας και όχι μόνο της Κλινικής Ψυχολογίας στην οποία αποκλειστικά αναφέρομαι, παραπέμπω στο βιβλίο του W.M. O'Neil «The beginnings of Modern Psychology» (βλ. βιβλιογραφία)

φοιτητές της ψυχολογίας στις διάφορες πρακτικές βοήθειας και προσανατολισμού.

Στην πραγματικότητα, ο Witmer προτείνει τη δημιουργία ενός επαγγελματικού σώματος, μη ιατροκοιτημένου και ομογενώς εκπαιδευμένου, για να εργαστεί στην δημόσια υγεία και στις κοινωνικές υπηρεσίες. Οι προτάσεις του δεν είχαν καμμιά απήχηση στην Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία, που ακολουθούσε το πνεύμα των καιρών εκείνων στην Αμερική και έθετε απαιτήσεις απόλυτης «επιστημονικότητας», προαναγγέλοντας κατά κάποιον τρόπο την επικείμενη έλευση του μιχελβιορισμού του Watson.

Λίγα χρόνια αργότερα, ο Healy, ψυχίατρος, αλλά και μαθητής του φιλοσόφου και ψυχολόγου William James, θα προσπαθήσει να στρέψει την κλινική ψυχολογία προς την ψυχιατρική μέσω της λεγόμενης «δυναμικής ψυχολογίας», όρου που αντιστοιχεί θα λέγαμε στην «ιατρική ψυχολογία». Η προσπάθεια του Healy θα βρει τη θεσμική της έκφραση στη δημιουργία ενός ιδρύματος για νέους παραπτωματικούς, όπου η ενσωμάτωση της κλινικής ψυχολογίας στη γενική ψυχιατρική κατεύθυνση που δίδεται, συμβολίζει και την ιατροκοποίηση της προσπάθειας του Healy. Στο παρίσι αντίστοιχα οι Hartenberg και Valentin, την ίδια εποχή, επηρεασμένοι από την δυναμικότητα της νευρολογίας θα στρέψουν προοδευτικά την κλινική ψυχολογία προς την ιατρική ψυχολογία.

Αν η απόπειρα του Witmer για μια μη ιατροκοιτημένη κλινική ψυχολογία δεν ξεχάστηκε, αυτό οφείλεται στην περιοδική ενδυνάμωσή της από περιστασιακές συνθήκες. Στους πολέμους του 1917 αλλά και του 1940, οι κλινικοί ψυχολόγοι στην υπηρεσία του στρατού, παράλληλα με τα τεστ, μελετούν κατά περίπτωση τις δυσκολίες των στρατευ-

μένων και κάνουν υποστηρικτικές θεραπείες. Πραγματοποιούν δηλαδή μία πλήρη ψυχολογική παρέμβαση.

Στη Μεγάλη Βρετανία διαπιστώνουμε ότι η κλινική ψυχολογία είχε ως αφητηρία μία αρχική συνεργασία ψυχιάτρων και ψυχολόγων σε ανάλογες συνθήκες. Η συνεργασία αυτή, ενώ επικεντρώνεται στην επιλογή στρατιωτών για τον πόλεμο στη συνέχεια επεκτείνεται στην εφαρμογή τεστ σε ψυχιατρικούς ασθενείς για διαγνωστικούς σκοπούς.

Μέσα σ' αυτά τα πλαίσια η κλινική ψυχολογία αναπτύσσεται σε χώρους όπως το Maudsley Hospital, το Crichton Royal Hospital, η Tavistock Clinic. Αξίζει να μνημονευθεί εδώ, θα επανέλθω στη συνέχεια, η ασυμφωνία και ετερογένεια που χαρακτηρίζει τις πρώτες αυτές πρακτικές της κλινικής ψυχολογίας ως προς τη φύση του προς μελέτη υλικού και ως προς τις μεθόδους. Οι ψυχολόγοι του Maudsley θεωρούνται πειραματικοί ψυχολόγοι στο πλαίσιο της παθολογικής ψυχολογίας, σε αντίθεση με τους ψυχολόγους του Tavistock που χρησιμοποιούν μεθόδους εμπνεόμενες από την ψυχανάλυση αποδεχόμενοι την υπόθεση του ασυνείδητου.

Η κλινική ψυχολογία στις γαλλόφωνες χώρες θα επηρεασθεί καθοριστικά κυρίως από το έργο και την σκέψη του Pierre Janet και στη συνέχεια του Jean Piaget, του Paul Fraisse και του Daniel Lagache.

Το πρώτο όμως πανεπιστημιακό δίπλωμα Κλινικού Ψυχολόγου στη Γαλλία αναγνωρίζεται από το κράτος επισήμως στο Πανεπιστήμιο Paris VII μόλις το 1971, ενώ το πρώτο δίπλωμα Ψυχολογίας (licence) δημιουργήθηκε το 1947.

Στην Αμερική, η κλινική ψυχολογία είχε πολύ μεγαλύτερο και πλουσιότερο παρελθόν. Η Αμερικανική Ψυχολογική

Εταιρεία (Α.Ρ.Α.) ήδη από το 1919 ιδρύει ένα κλινικό κλάδο. Οι κλινικοί ψυχολόγοι ασχολούνται με ατομικές περιπτώσεις, συνεισφέρουν στη διάγνωση, κάνουν τεστ και ομαδικές ή ατομικές θεραπείες. Η ψυχανάλυση γίνεται αποδεκτή σαν ένα βασικό μοντέλο θεραπείας, παράλληλα με άλλες προτεινόμενες κατευθύνσεις (π.χ. Rogers, Moreno), και είναι περίπου βέβαιο ότι αυτή την περίοδο, ο κλινικός κλάδος της Α.Ρ.Α. χρησιμοποιήθηκε σαν κάλυμα για την άσκηση της ψυχανάλυσης από μη-γιατρούς, οι οποίοι τότε δεν γίνονταν δεκτοί από τις ψυχαναλυτικές αμερικανικές εταιρείες.

Το 1947, στην Α.Ρ.Α. επεξεργάζονται ένα επίσημο εκπαιδευτικό πρόγραμμα για κλινικούς ψυχολόγους. Με αφετηρία την εκπαίδευση του γενικού ψυχολόγου, οι κλινικοί ψυχολόγοι οφείλουν να αποδείξουν συμπληρωματικές ερευνητικές ικανότητες και να αποκτήσουν ένα Ph. D., ή ένα Ph. Psy. Αυτή η απαίτηση αποτελούσε ανάμεσα σε άλλα και μία πρόσθετη κατοχύρωση απέναντι στον ιατρικό αντίλογο. Αν ο κλινικός ψυχολόγος θέλει να γίνει θεραπευτής, οφείλει να αποδείξει με εποπτείες τις ικανότητές του σε διάφορα προτεινόμενα θεραπευτικά μοντέλα.

Όσον αφορά τη βάση πάνω στην οποία αναπτύσσεται η κλινική ψυχολογία παραθέτουμε ενδεικτικά τον ορισμό που δίνει η Α.Ρ.Α., το 1935, «*Η κλινική ψυχολογία στοχεύει να προσδιορίζει τις ικανότητες και τα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς ενός ατόμου, μέσα από μεθόδους μέτρησης, ανάγνωσης και παρατήρησης. Με βάση τη σύνθεση αυτή των ευρημάτων και με δεδομένα που προκύπτουν από αντι-*

κειμενικές εξετάσεις και το κοινωνικό ιστορικό, δίνονται παραινέσεις και υποδείξεις για μία κατάλληλη προσαρμογή του ατόμου». (Mackay, 1975).

Στη Γαλλία τα πράγματα εξελίσσονται διαφορετικά. Η κλινική ψυχολογία ουσιαστικά εγκαθιδρύεται με τον Lagache (1949, 1977) τη δεκαετία του 1940 και γνωρίζει μία αξιοθαύμαστη, αλλά και πληθωριστική, θα έλεγα, ανάπτυξη το 1960-70, που συνδέεται στενά με τη θεαματική και επεκτατική εξέλιξη της ψυχανάλυσης. Κύριο χαρακτηριστικό είναι η εξαρχής ύπαρξη ενός βασικού διαλόγου μεταξύ τους, που εγκαινιάσθηκε από τον Lagache και την Favez-Boutonier και συνεχίζεται αδιάλειπτα μέχρι σήμερα.⁴ Ο διάλογος αυτός έθεσε καιρία ερωτήματα, κυρίως γύρω από την ψυχοθεραπευτική πρακτική του κλινικού ψυχολόγου και τις σχέσεις της με το ψυχαναλυτικό μοντέλο, την επισήμανση και τη χρησιμοποίηση των αναπόφευκτων μεταβιβαστικών-αντιμεταβιβαστικών δυναμικών, ακόμη και στην απλή ψυχομετρική εξέταση, τέλος τέθηκε συνολικά το πρόβλημα της παρέμβασης του κλινικού ψυχολόγου στο συνειδητό ή και στο ασυνειδητό επίπεδο. Τον αντίλογο σ' αυτόν τον διάλογο, συνοψίζει ο Huber (1987) λέγοντας ότι, μετά το 1970, η γαλλική κλινική ψυχολογία χάνεται όλο και περισσότερο μέσα στα ερωτήματα για τον εαυτό της και μέσα στον ψυχαναλυτικό λόγο.

Η διαχρονική και γεωγραφική διαδρομή που επιχειρήθηκε αναδεικνύει την πολλαπλότητα και την ετερογένεια της εξέλιξης και των πρακτικών της κλινικής ψυχολογίας. Αντίστοιχη είναι η πολυδιάσπαση στα ενδιαφέροντα και στην εκπαίδευση των κλινικών ψυχολό-

⁴ Για την προβληματική αυτού του διαλόγου, παραπέμπω στα κείμενα της ειδικής βιβλιογραφίας, καθώς και στο συνολικό έργο του Lagache και της Boutonier.

γων. Στο κλασσικό και προφανές δίπολο παιδί-ενήλικος, προστέθηκαν νέες αντιμαχόμενες υποδιαιρέσεις, έρευνα-εφαρμογές, ψυχανάλυση-μπιχεβιορισμός, ψυχομετρία-θεραπεία, όπως και το γενικευμένο ψευδές δίλλημα, κλινική πιστότης ή επιστημονική ανακρίβεια.

Θα συμφωνήσω με τη διαπίστωση του Desai (1967) ότι το ερώτημα τι είναι η κλινική ψυχολογία, με όρους γνωστικού πλέγματος και δυνατοτήτων, μπορεί να απαντηθεί σύμφωνα με ποιά ιδιαίτερη σχολή ή σχολές της ψυχολογικής σκέψης υιοθετεί κάποιος. Θα ήταν δυσκολο να ειπωθεί αν η κλινική ψυχολογία είναι επιστήμη, απόπειρα για μία επιστήμη ή κάτι άλλο.

Η γενική αυτή προβληματική δεν εμποδίζει τη σκιαγράφηση του πεδίου της κλινικής ψυχολογίας. Θεσμικά αναπτύσσεται στο χώρο της συνεργασίας του κλινικού ψυχολόγου με τον ψυχίατρο ή με τον παιδαγωγό και στο βαθμό της δυνατότητας οριοθέτησης και αυτονόμησης της πρακτικής του. Το αντικείμενο είναι διευρυμένο. Είναι ο άνθρωπος, ως συνολικό και μοναδικό ον με προσωπική ιστορία, ευρισκόμενος σε κάποια συγκεκριμένη κατάσταση, αλλά και στην εξέλιξη του.

Η συμπεριφορά, πέρα από την περιοριστική μπιχεβιοριστική οπτική, μελετάται μέσα από τον ιδιαίτερο τρόπο και προοπτική των αντιδράσεων του ατόμου και έτσι αποκαθίσταται το νόημα, η δομή και η γένεση της. Για τον Lagache, η κλινική ψυχολογία πιο συγκεκριμένα έχει σαν αντικείμενο, τη μελέτη της ατομικής ανθρώπινης συμπεριφοράς και των συνθηκών της (κληνονομικότητας, ωρίμανση, ψυχολογικές και παθολογικές συνθήκες, ιστορικό), με δύο λόγια δηλαδή, μελετά το συνολικό πρόσωπο μέσα σε κάποια κατάσταση.

Τα μέσα και οι τεχνικές που διαθέ-

τει είναι η άμεση παρατήρηση, το βιογραφικό αναμνηστικό, οι συνεντεύξεις κατευθυνόμενες ή όχι, τα ερωτηματολόγια, κωδικοποιημένα ή όχι, η ψυχομετρία, τέλος η συναισθηματική και διανοητική στάση του εξεταζόμενου κατά την εξέταση.

Όσον αφορά τη μεθοδολογία της κλινικής ψυχολογίας, μπορούμε σίγουρα να πούμε, με βάση τα κλασσικά επιστημολογικά κριτήρια, για παράδειγμα του Bachelard, ότι δεν διαθέτει μέθοδο, αλλά τεχνικές και κλινική σύνθεση των δεδομένων. Η κλινική ψυχολογία δεν δημιουργεί, δεν «κατασκευάζει» το αντικείμενο της — όπως η ψυχανάλυση ή η πειραματική ψυχολογία — ώστε στη συνέχεια, στη βάση των ιδιαιτέρων χαρακτηριστικών αυτού του αντικειμένου, να γίνει η αναζήτηση των μεθοδολογικών κατευθύνσεων. Δεν υπάρχει καθοριστική αναφορά του αντικειμένου στη μέθοδο, αλλά το αντίστροφο, μέσω ειδικών τεχνικών. Πρόκειται περισσότερο για μία κλινική προσέγγιση και λιγότερο για μία μέθοδο, και ένα αυτόνομο θεωρητικό-επιστημονικό γνωστικό πλέγμα. Είναι κυρίως μία κλινική προσέγγιση, εξειδικευόμενη από την πρακτική χρησιμοποίηση που κάνει ο κλινικός ψυχολόγος σε κάποια θεωρία, που δανείζεται από το γενικό θεωρητικό κορμό της ψυχολογίας.

Το επίθετο «κλινική» στην ψυχολογία παραπέμπει σε διαφορετικές χρήσεις (Greco 1980).

— Ορίζει μία στάση, ένα τρόπο *sui generis* να «βλέπει» κανείς, που δεν μπορεί να προσδιοριστεί μόνο με τα κριτήρια των πειραματικών επιστημών, αλλά καλύπτει όλο το φάσμα της ψυχολογίας. Πρόκειται για μία κλινική διαίσθηση και αντίληψη, που συνδυάζει εξωτερική παρατήρηση και ερμηνεία. Είναι δηλαδή η «κλινική μέθοδος» όπως την ορίζει ο Lagache το

1949, για τον οποίο η κλινική και η πειραματική ψυχολογία είναι συμπληρωματικές. Για τον Lagache υπάρχει η ψυχολογία σε πρώτο πρόσωπο (ενδοσκόπηση), σε τρίτο πρόσωπο (πειραματικές δοκιμασίες) και η διαλεκτική σύνδεσή τους, δηλαδή η ψυχολογία σε δεύτερο πρόσωπο όπου ο άλλος δεν υπάρχει μόνο σαν εγώ ή σαν αντικειμενική συμπεριφορά.

— Δεν είναι μία μέθοδος διερεύνησης και ερμηνείας αλλά μία πρακτική σύνθεση που επαναχρησιμοποιεί και επαναθεωρεί, όταν χρειάζεται, στο πεδίο των διατομικών και κοινωνικών σχέσεων, όλα τα επιστημονικά δεδομένα της πειραματικής ψυχολογίας. Η κλινική ψυχολογία θα ήταν έτσι μία «τεχνολογία», με την αγγλοσαξωνική έννοια, όπως για παράδειγμα η ιατρική, που εκμεταλλεύεται τα αποτελέσματα της βιολογίας και της φυσιολογίας εμπλουτίζοντάς τα συγχρόνως.

— Τέλος, η πιο μετριοπαθής άποψη θα ήταν ότι η κλινική «μέθοδος» αποτελεί απλώς έναν ιδιαίτερο τρόπο συλλογής παρατηρήσεων. Η εξήγηση και η απόδειξη παράγονται στη συνέχεια μέσα από μία θεωρητική, αναγωγική διαδικασία που επανατοποθετεί τα κλινικά δεδομένα στα αρμόζοντα επίπεδα των αυτοτελών επιστημών και κλάδων. Λίγοι όμως κλινικοί θα δεχόντουσαν μία τέτοια υποτέλεια, που θα συρρίκνωνε τη θεραπευτική τους πράξη, αλλά και την συνολική πρακτική τους.

Θεωρώ ότι, στο πεδίο της κλινικής πρακτικής, βρίσκει την μοναδικότητά της η λειτουργία του ψυχολόγου και γίνεται ορατή η ψυχοθεραπευτική της διάσταση. Το παράδειγμα της πρακτικής με τα παιδιά είναι ενδεικτικό. Οι μέθοδοι των ψυχολογικών δοκιμασιών έχουν τη δική τους λογική ενώ η εξελικτική, γενετική θεώρηση, όπως και η ψυχοπαιδαγωγική προσέγγιση των δυσκολιών του παιδιού διαφέρουν από

την αμιγή ψυχαναλυτική θεώρηση και πρακτική.

Ο κλινικός ψυχολόγος, όμως, σύμφωνα με την ειδικότερη εκπαίδευσή του, μπορεί να χρησιμοποιήσει και να ενσωματώσει στην καθημερινή κλινική πράξη του όλες τις παραπάνω προσεγγίσεις και θεωρήσεις με την αναγκαία προϋπόθεση ότι διαχωρίζει πάντα τα αντίστοιχα επιστημολογικά και θεωρητικά πεδία, όπως και τις αντίστοιχες ιδιαίτερες θεραπευτικές πρακτικές, ιδιαίτερα αν αυτές ασκούνται από τον ίδιο.

Στα σημεία τομής όλων αυτών των διαφορετικών προσεγγίσεων των δυσκολιών του παιδιού και μέσα στην πολυμορφία των δραστηριοτήτων του, ο ψυχολόγος διεκδικεί την ιδιαιτερότητα του ρόλου του και των τεχνικών του (Στεφανάτος, 1989).

Συμπερασματικά θα τονίσω ότι ακόμη δεν είμαστε, και ίσως δεν θα είμαστε ποτέ, σε θέση να συνθέσουμε πλήρως τις μεθοδολογίες και τα αποτελέσματα της κλινικής ψυχολογίας. Χωρίς να ξεχνάμε επίσης μία άλλη διάσταση του προβλήματος, ότι δηλαδή ο όρος κλινικός ψυχολόγος ανταποκρίνεται και σε μία πολύ συγκεκριμένη και πραγματική επαγγελματική διεκδίκηση των ειδικών της ψυχομετρίας στο χώρο της δημόσιας ψυχικής υγείας. (Gagey, 1980) Στο πεδίο της κλινικής ψυχολογίας τίθεται με οξύτερο τρόπο απ' ό,τι στα άλλα κλινικά πεδία, το γενικώς ισχύον πρόβλημα της ενδεχόμενης υπεκφυγής από τα καίρια επιστημολογικά και πρακτικά ερωτήματα που αφορούν, με ριζικό και ουσιαστικό τρόπο, ένα κλάδο γνώσης και πρακτικής. Στο επίπεδο της καθημερινής κλινικής πράξης και επαγγελματικής συνεργασίας ο κλινικός ψυχολόγος και ο ψυχίατρος οφείλουν να διατηρήσουν ανοικτό τον διάλογο, που αφετηριακά δημιουργήθηκε μεταξύ τους.

Επίμετρο

Η δυσκολία ορισμού του πεδίου της κλινικής ψυχολογίας συναντά την απουσία θεωρητικής αυτονομίας της ψυχιατρικής, ενώ η θεωρητικο-πρακτική αυτονομία του ψυχαναλυτικού πεδίου δεν εμποδίζει τελικά το περιορισμένο εύρος εφαρμογών του.

Στον ενδιάμεσο χώρο ανάμεσα στο βλέμμα, που παρατηρεί, και την ακοή, που αναδεικνύει το νόημα, αρχικά τοποθετήσαμε τα τρία κλινικά πεδία και τις αντίστοιχες πρακτικές. Στην πραγματικότητα της καθημερινής δουλειάς οι συνθήκες της κλινικής πρακτικής συχνά είναι σύνθετες και θέτουν σε δοκιμασία τόσο το βλέμμα όσο και την ακοή των τριών ειδικών.

Ο ψυχίατρος με το κλασσικό ιατρικό, ψυχιατρικό βλέμμα κυρίως βλέπει, κάνει διαγνώσεις και ταξινομεί τις κλινικές εκδηλώσεις και συμπτώματα, ενώ συγχρόνως οφείλει να ακούει όταν μάλιστα όλη η ψυχιατρική βασίζεται στην ακοή του παθολογικού. Το ιδανικό της κλινικής πρακτικής του ψυχιάτρου, αφοριστικά θα λέγαμε ότι είναι «*το μάτι που ακούει*».

Ο κλινικός ψυχολόγος βλέπει βεβαίως αλλά ακούει διαφορετικά από τον ψυχίατρο, αφού η ψυχολογία, ως επιστημονικός κλάδος που διερευνά και το φυσιολογικό, του δίνει τη δυνατότητα και την ικανότητα να ακούει παράλληλα με το παθολογικό και το φυσιολογικό.

Ο ψυχαναλυτής μόνον ακούει, αλλά υποχρεώνεται και να βλέπει όταν οι κλινικές συνθήκες δεν επιτρέπουν στο «*τρίτο αντί*» του να λειτουργήσει ικανοποιητικά, ιδιαίτερα, στην, πέρα από τις κλασσικές νευρώσεις, ψυχοπαθολογία στις οριακές και ψυχωτικές διαταραχές αλλά και στον παιδικό αυτισμό, που όλο και περισσότερο απασχολούν τη σύγχρονη ψυχαναλυτική κλινική.

Μία ιδιαίτερα ενδιαφέρουσα κλινική συνθήκη δημιουργείται για τον «*ψυχαναλυτή χωρίς ντιβάνι*» σύμφωνα με την κλασσική πλέον έκφραση του Racamier, τον ψυχαναλυτή δηλαδή που εργάζεται στο πλαίσιο της θεραπευτικής ομάδας του ψυχιατρικού θεσμού (Στεφανάτος, 1989).

Τόσο όμως ο ψυχίατρος, όσο και ο κλινικός ψυχολόγος, βρίσκονται επίσης εκτεθειμένοι στη μεταβιβαστική-αντιμεταβιβαστική δυναμική του χώρου της διυποκειμενικότητας και της συμβολικής λειτουργίας του λόγου. Η «*καταφυγή*» στο κλινικό και εννοιολογικό πεδίο της ψυχανάλυσης φαίνεται εύκολη, αλλά είναι συχνά αναποτελεσματική και ορισμένες φορές επικίνδυνη.

Η αλόγιστη χρήση ψυχαναλυτικών εννοιών και η επιστημονικίζουσα εκκλαίκευσή τους εικονογραφούν με συμπτωματικό τρόπο τον κίνδυνο σύγχυσης πεδίων και πρακτικών. Είναι αφελής, ψευδαίσθηση ότι εισάγεται η ψυχανάλυση σ' ένα ετερογενές από αυτήν πεδίο, όταν γίνεται επιλεκτική και αποσπασματική θεωρητική ή πρακτική χρήση των εννοιών της. Όλοι οι ψυχαναλυτικοί όροι διαρθρώνονται και αποκτούν εσωτερική ενότητα, στη βάση ορισμένων θεμελιακών εννοιών, όπως η ενόρμηση, για παράδειγμα, που με κανένα τρόπο δεν μπορεί να θεωρηθεί σαν διαδρομή αντανάκλαστικού ή σαν βιολογικό ένστικτο για να συνυπάρξει εκλεκτικά με έννοιες άλλων προσεγγίσεων. Είναι επίσης δεοντολογικά απαράδεκτη η χρήση ψυχαναλυτικών εννοιών για πραγματιστικούς λόγους, όπως η χειραγώγηση του αρρώστου μέσω της μεταβίβασης και της ερμηνείας, ή ακόμη η δικαιολόγηση της ψυχιατρικής βίας μέσω της αναφοράς στο συμβολικό νόμο.

Η ύπαρξη μεταβιβαστικών φαινομένων στο χώρο του ψυχιατρικού θεσμού είναι αδιαμφισβήτητη, αλλά δεν πρέπει

να συγχέεται με την μεταβιβαστική διαδικασία στο πλαίσιο της κλασικής ψυχαναλυτικής διαδικασίας. Είναι προτιμώτερο, αντί των όρων μεταβίβαση-αντιμεταβίβαση, να χρησιμοποιούνται οι όροι σχέση ή στάση ή δυναμική μεταβιβαστικού και αντιμεταβιβαστικού τύπου (Στεφανάτος, 1989).

Η σύγχυση γλωσσών αντιστοιχεί πάντα στη σύγχυση των πρακτικών. Η έννοια του κινήτρου, έχει άλλη σημασία για τον πειραματικό ψυχολόγο, άλλη για τον κλινικό κι εντελώς διαφορετική για τον ψυχαναλυτή. Η προβολή έχει άλλο νόημα και χρήση στις προβλητικές δοκιμασίες και άλλη σημασία ως ψυχαναλυτική έννοια.

Ο κλινικός ψυχολόγος είναι εξίσου ευάλωτος με τον ψυχίατρο στις σειρήνες της «ψευδο-ψυχανάλυσης» και στον κίνδυνο της σύγχυσης των πρακτικών. Ο ψυχίατρος όμως διαθέτει την πρόσθετη επαγγελματική άμυνα που του εξασφαλίζει η παραδοσιακή ιατρική του ταυτότητα (π.χ. συνταγές, φαρμακοθεραπεία, διοικητικές υπηρεσίες).

Στο χώρο του ψυχιατρικού θεσμού δημιουργείται μία ιδιαίτερη κλινική συνθήκη μέσα από την αναγκαιότητα της ύπαρξης πανεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας για την αντιμετώπιση των πολυεπιπέδων θεραπευτικών αναγκών. Στο εσωτερικό της θεραπευτικής ομάδας γίνεται απαραίτητη η αναζήτηση μιας λειτουργικής επικοινωνίας που σέβεται τη διαφορά ανάμεσα στην ψυχιατρική, την κλινική ψυχολογία και

την ψυχανάλυση. Η διαδικασία αυτή ενσωματώνει γνώσεις και τεχνικές αλλά και τους φορείς τους, σε μία συλλογική, ομόκεντρη προσέγγιση του υποκειμένου που παρουσιάζεται στην τριπλή «ετερογενή αλλά αναπόσπαστη ολότητα του» όπως το ορίζει ο Καστοριάδης (1986) σαν παράδοση σύνθεσης ενός βιολογικού σώματος, ενός κοινωνικού όντος (άτομο κοινωνικώς προσδιορισμένο), ενός «προσώπου» λιγότερο ή περισσότερο συνειδητού και μιας ασυνείδητης ψυχής (μιας ψυχικής πραγματικότητας κι ενός ψυχικού οργάνου).

Η σύγκλιση των πεδίων και πρακτικών γύρω από το υποκείμενο, επιτρέπει τη θεμελιακή αναφορά στην έννοια αλλά και στο βίωμα του ψυχικού πόνου. Εδώ βρίσκεται και πρέπει κάθε φορά να αναζητείται το βασικό σημείο σύγκλισης.

Η γνώση, που προσφέρει η κλινική πρακτική, είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένη με τον ψυχικό πόνο. Η «συνάντηση» με τον ψυχικό πόνο του αρρώστου, αλλά και με τον ψυχικό πόνο ως προσωπικό βίωμα, δεν προσφέρει κανέναν ιδιαίτερο επαγγελματικό τίτλο, είναι όμως απαραίτητη προϋπόθεση λειτουργίας στο κλινικό πεδίο. Η γνώση που δημιουργεί η συνάντηση με τον ψυχικό πόνο, δεν εισάγει μόνο κάποιον στην κλινική πραγματικότητα, αλλά είναι αυτή καθαυτή η κλινική πραγματικότητα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Αμπατζόγλου Γρ. Ψυχιατρική και Ιατρική. Τα όρια, οι ταυτότητες και οι σχέσεις. Αθήνα, Οδυσσεάς - Τρίαψις Λόγος 2, 1991.

Bercherie P. *Les fondements de la clinique. Histoire et structure de savoir psychiatrique.* Paris, Bibl. Ornicar, 1980.

- Bercherie P. Clinique psychiatrique, clinique psychanalytique: Repères pour l'analyse d'une dialectique. In *les psychiatres et la psychanalyse aujourd'hui*, Paris, GRAPP, 1988, p. 94-106.
- Castoriadis C. L' état du sujet aujourd' hui. *Topique*, 1986, 38, 7.
- Desai M.M. The concept of clinical psychology. *Bulletin of the British Psychological Society*, 1967, 20, 29-30.
- Foucault M. *La naissance de la Clinique*. Paris, P.U.F., 1963.
- Freud S. (1916) *Psychanalyse et psychiatrie*. In *Introduction à la psychanalyse*. Paris, P.B.P.
- Gagey J. *La psychologie clinique*. E.M.C. Paris, 37032, A10, 7, 1980.
- Garrabe J. Clinique et pensée théorique. Dialectique ou exclusive? In *La pensée scientifique en psychiatrie*. No Special, Le Trimestre Psy-chnalytique, 1988. p. 1-14.
- Garrabé J. Clinique et pensée théorique. *Psychology*. London, Methen, 1975.
- Dialectique ou exclusive? In *La pensée scientifique en psychi-atrie*. No Special, *Le Trimestre Psychanaly-tique*, 1988, p. 1-14.
- Gréco p. «Psychologie» In *Encyclopaedia Universalis*, Vol. 13, Paris, 1980.
- Huber W. *La psychologie clinique aujourd' hui*. Bruxelles, Mardaga, 1987.
- Lagache D. *L' unité de la psychologie*. Paris P.U.F., 1949.
- Lagache D. *Oeuvres complètes*, tom. I et II, Paris, P.U.F., 1977.
- Lanteri-Laura G. «Psychiatrie: origines et evolution». In *Encyclopaedia Universalis*, Vol. 13, Paris, 1980.
- Mackay Dougal *Clinical psychology: Theory and therapy*. In P. Herriot (Ed.) *Essential Psychology*. London, Methuen, 1975.
- O'neil W.M. *The beginings of Modern Psychology*. Reprinted New Jersey, 1982 (First publ. Penguin Books, 1968).
- Prévost C.M. *La psychologie clinique*. Paris, P.U.F. coll. «Que sais-je», 1988.
- Στεφανάτος Γ. Η παιδοψυχιατρική θεραπευτική ομάδα. Αρχές και πλαίσια λειτουργίας της. Στα Σύγχρονα Θέματα Παιδοψυχιατρικής (Επιμέλεια Γ. Τσιάντης και Σ. Μανωλόπουλος) Αθήνα, Καστανιώτης, 1989, Τόμος Γ σελ. 341-393.

Ειδική βιβλιογραφία για τις σχέσεις ψυχολογίας-ψυχανάλυσης

- L' unite' de la Psychologie? Les psychologues faces a la clinique freudienne. Sous la direction de Gori R. Navarin ed. Paris 1989.
- Les psychologues entre la tentation analytique et la prise de pouvoir institutionnelle. Cahier No 1, de l' Association national pour la recherche et l' Etude en psychologie, Paris, 1984.
- Psychologie clinique et psychanalyse, *Revue Connexions*, 40, Ed. EPI, Paris, 1982.
- Psychologie clinique et ethique. *Bulletin du Centre interregional de Recherches en Psychologie Clinique*, 7-8, Marseille, 1985.