

Νέα γέννηση του ψυχωτικού «είναι» (dasein)¹ μέσω της ψυχοθεραπείας

M. Διαλλινά, Dr. med.²

Ψυχιατρικός τομέας, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών

Το άρθρο αυτό είναι αφιερωμένο με ευγνωμοσύνη στον επόπτη της ψυχοθεραπείας, καθηγητή G. Benedetti

Ψυχοσωματικά συννοσημο σε ναρκισσιστική και οριακή δομή προσωπικότητας είναι χαρακτηριστικά για τον πολιτισμό μας. Εκείνο που έχει ιδιαίτερη σημασία σ' αυτά τους ασθενείς είναι ο ναρκισσιστικός χαρακτήρας της μεταβίβασης.

Τα ψυχοσωματικά συμπτώματα φαίνεται να πληρούν πρώτα ναρκισσιστικά κενά. Τα κενά αυτά είναι επακόλουθο διαπροσωπικών ματαιώσεων, οι οποίες κυρίως οδήγησαν σε ελλειμματικές αναπαραστάσεις εαυτού (Selbstrepräsentaz), αντί για απωθήσει ορισμένων περιοχών του συστήματος του εαυτού. Σύμφωνα με τη σύγχρονη βιβλιογραφία, πολλοί ψυχοσωματικοί ασθενείς μοιάζουν περισσότερο με τους οριακούς ασθενείς, διότι οι ασθενείς αυτοί (σε αντίθεση με τους νευρωτικούς) δεν αναπτύσσουν καμία άμυνα ενάντια σε παρελθόντα βιώματα και συναισθήματα, αλλά εμφανίζουν ελλείμματα στο Εγώ ως αποτέλεσμα αρχαίων σχιστικών φαινομένων. Μετεμβρυϊκή αυτοαπομόνωση (Selbst-isolation), απώλεια του πρωταρχικού αντικειμένου αγάπης και διαταραχές στην Ταύτητα-Εαυτού δεν είναι σπάνιες σε αυτούς τους ασθενείς. Η σχέση κείται μεταξύ καλών και κακών αναπαραστάσεων εαυτού και αντικειμένου. Η εμπειρία του σώματος είναι έντονα διχασμένη. Το κακό τμήμα του εαυτού, καθώς και το αντίστοιχο αυτού ενδοψυχικό κακό αντικείμενο, έχουν εγκατασταθεί στο νοσηρό μέρος του σώματος, δηλαδή το σώμα είναι φορέας του «κακού αντικειμένου». Οι παρατηρήσεις μας έρχονται να επιβεβαιώσουν την *αρχαϊκή φύση της άμυνας*, διότι μέσα από τη διαδικασία της επεξεργασίας (working-through) της άμυνας, ορισμένοι ασθενείς οδηγούνται σε ενεργοποίηση του ψυχωτικού πρηνητικού άγχους, και παρουσιάζουν παρανοϊκές τάσεις, πρόσκαιρη απομόνωση, και ονειρώδεις καταστάσεις. Η λανθάνουσα αυτο-απόρριψη μερικών ψυχοσωματικών ασθενών μας θυμίζει την αυτο-απόρριψη που παρατηρούμε σε περιπτώσεις λανθανουσών ψυχώσεων (Benedetti, 1983).

Οι ψυχωτικοί εκτροχιασμοί στα πλαίσια ψυχοθεραπειών ψυχοσωματικών ασθενών είναι γνωστοί από καιρό (Benedetti, 1980, Küttemeyer, 1933, McDougall, 1974 και Meng, 1983). Άλλοι συγγραφείς θεωρούν επίσης ότι η παλιά συσχέτιση ψυχοσωματικής και ψύχωσης έγινε καλύτερα κατανοητή από τότε που διαπιστώθηκε σε αρκετούς ψυχοσωματικούς ασθενείς οριακή δομή προσωπικότητας και σχιστικοί μηχανισμοί άμυνας. Τα ψυχοσωματικά συμπτώματα εκφράζουν ψυχικές ανάγκες του ασθενούς, που έχουν αποκοπεί από όλες τις συμβολικές συνιστώσες και γι' αυτό μπορούν να βιωθούν μόνο ως σωματικός πόνος. Τα συμπτώματα αυτά εξελίσσονται σιγά σιγά, προερχόμενα από ματαιώσεις που έχουν την καταγωγή τους στα πρώτα παιδικά χρόνια.

Συνοψίζοντας, πιστεύουμε ότι οι ψυχοσωματικοί ασθενείς, λόγω της συμβιωτικής τους εξάρτησης και της ανικανότητάς τους να επεξεργαστούν ψυχικά τραυματικές καταστάσεις, καταφεύγουν συχνά σε αρχαϊκούς αμυντικούς μηχανισμούς, όταν προκρίψουν ψυχικές συγκρούσεις. Τέτοιοι μηχανισμοί είναι η σχάση, η προβολή, η προβλητική ταύτιση, μηχανισμοί που σηματοδοτούν περισσότερο το πλήσιμα στην ψύχωση και στα οριακά φαινόμενα. Μ' αυτό το σκεπτικό, παρουσιάζουμε παρακάτω το ιστορικό μιας οριακής περίπτωσης, η οποία συνοδεύεται από χρόνια και οξεία σωματικά συμπτώματα, δηλαδή αιμορραγίες, σηψαιμία, πονοκεφάλους κ.λπ., ώστε να κατανοηθεί με καλύτερη την προβληματική των ψυχοσωματικών ασθενών. Επιπροσθέτως, η περιεκτικότερη ψυχοσωματικών ασθενειών νευρωτικοί χαρακτήρα, στην οποία τείνει η «παραδοσιακή» Ιατρική επανυμφάνει τη σχάση. Η θεραπεία τελικά παραμένει μια μερική μόνον θεραπεία.

¹ *Dasein*: όρος του Heidegger και του φαινομενολογού Husserls, που προϋποθέτει την οντολογική και υπαρκτική θεώρηση του υποκειμένου. Έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά και ως «ενθαδικό υπέρχειν». Στο κείμενο αυτό χρησιμοποιείται ο όρος «είναι», σε εισαγωγικά (Σ.τ.Σ.).

² Ψυχίατρος, ψυχοθεραπεύτρια.

Η περίπτωση της Κάτιας

«Όλα ήταν επίπεδα, παντού έρημη γη. Στο έδαφος δεν υπήρχε ούτε μία πέτρα, σκόνη σκέπαζε τα πάντα. Ο καλοκαιρινός αέρας έμοιαζε με μια διάφανη σούπα. Είχα το αίσθημα ότι όλα, κι εγώ μαζί, σαπίζουν. Κι ένιωσα να πνίγομαι από έναν κόμπο στο λαιμό». (Όπως ο κόμπος στο δοχείο των

τανάστη, κατά τη διάρκεια της παραμονής της σε μια γερμανική ψυχιατρική κλινική.

Σ' αυτήν την περιγραφή συμπυκνωνόταν η προσωπική της μοίρα: κόρη αντάρτισσας της Εθνικής Αντίστασης της Γιουγκοσλαβίας, δεν βίωσε, ήδη από την πρώιμη παιδική της ηλικία, κάποιο τόπο θαλ-



Εικόνα 1

δακρύων, που έπλασε αργότερα η ασθενής με τον πηλό) (Εικόνα 1).

Έτσι περιέγραφε η Κάτια, η μικρόσωμη Γιουγκοσλάβα νοσοκόμα στην Ελληνίδα γιατρό της τις πρώτες της εμπειρίες ως με-

πωρής. Μας άφησε να υποθέσουμε ότι έναν τέτοιο τόπο δεν μπόρεσε να συναντήσει ούτε ακόμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης της μητέρας της. Μετά τη γέννησή της άλλαξε τη μια παραμύνα μετά την

άλλη. Έτσι, οι πρωταρχικές σχέσεις αντικειμένου διαμορφώθηκαν μόνο κομματιαστά.

Μετά τον πόλεμο, σε ηλικία έξι χρόνων, ξανάσμιξε η οικογένεια για να μεταναστεύσει ξανά σ' ένα χωριό της βόρειας Γιουγκοσλαβίας, εγκαταλειμμένο από τους Γερμανούς κατοίκους του. Εκεί κληρώθηκε στους γονείς της Κάτιας ένα αγρόκτημα και ένα σπίτι. Όλα τα μέλη της οικογένειάς της, εκτός του πατέρα της που ήταν αγρότης, αισθάνθηκαν σ' αυτό το μέρος δυστυχείς. Η νεότερη αδελφή της Μαρία πέθανε. Η μητέρα αρρώστησε βαριά. Μετά το θάνατο της αδελφής της, η Κάτια άρχισε να αιμορραγεί απ' όλα τα μέρη του σώματός της. Με τη συμβουλή των γιατρών η Κάτια και η μητέρα της εγκατέλειψαν αυτόν τον τόπο για να επιστρέψουν για λίγο στα βουνά, όπου είχε γεννηθεί η Κάτια, και όπου ανένησαν και οι δύο! Τελικά, μετακόμισε όλη η οικογένεια στα βουνά, αν και δεν είχαν καμία ιδιοκτησία. Η ανάμνηση του θανάτου της μικρής της αδελφής καταδίωκε την Κάτια για πολύ καιρό. Μπορούσε μόνο να θυμηθεί τα γαλανά μάτια της νεκρής της αδελφής και το γεγονός ότι ως εξάχρονη έραψε το σάβανο της αδελφής της από το ύφασμα ενός γερμανικού αλεξιπτώτου.

Αυτές οι δυο σκηνές από την παιδική ηλικία της ασθενούς έπαιξαν ένα σημαντικό ρόλο στη διαταραχή της ψυχικής της εξέλιξης. Από αυτές τις πολλαπλές απώλειες αντικειμένου και τόπου προέκυψε μια εύθραυστη κοινωνική ταυτότητα και ταυτότητα του Εγώ. Θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε ότι οι πολλαπλές αυτές απώλειές μας καταδεικνύουν τη σχέση-κλειδί στη διαταραχή της. Συχνά επαναλάμβανε ότι ως παιδί, κατά τη διάρκεια του πολέμου, βίωσε μόνο φόβο και ματαιώση. Στα είκοσί της χρόνια γνώρισε για πρώτη φορά το γέλιο, για να το ξεχάσει σύντομα.

Όταν, είκοσάχρονη, ήρθε στη Γερμανία, επανέλαβε τον ξεριζωμό, με αποτέλεσμα την ενεργοποίηση πρώιμων παιδικών εμπειριών, έτσι ώστε να απωλέσει τελικά τον κοινωνικό της χώρο. Τον καιρό που

ήταν σχετικά υγιής δούλεψε στη Γερμανία ως αδελφή νοσοκόμα, μέχρις ότου, μετά από ένα ταξίδι στη Γιουγκοσλαβία για την κηδεία του αδελφού της, έχασε τη δουλειά της. Αρχικά δεν ήθελε να ξανακούσει για νοσοκομείο και εργάστηκε ως βοηθός μάγειρα. Όταν λόγω ενός κοψίματος ανέπτυξε μια «δηλητηρίαση στο αίμα» κατέφυγε σε νευρολόγο.

Αργότερα ξανάρχισε να δουλεύει σε νοσοκομείο, αλλά μόνο ως νυχτερινή, διότι η μέρα ήταν γι' αυτή «πολύ έντονη και γεμάτη ανθρώπους». Εκεί άρχισε να υποφέρει από πονοκεφάλους και σύντομα αρρώστησε ψυχικά. Μετά από μια απόπειρα αυτοκτονίας χρειάστηκε νοσηλεία. Σχεδόν όλοι οι συγγενείς της πέθαναν νέοι με αξιοσημείωτο τρόπο, π.χ. από καρκίνο ή αυτοκτονία.

Μετά την έξοδό της από το νοσοκομείο επισκέφθηκε ξανά το νευρολόγο της, χωρίς κανένα αποτέλεσμα. Η ασθενής, μετά από ένα κάταγμα στο δεξί της χέρι ανέπτυξε το σύνδρομο *Sudeck* με έντονο ψυχογενή χαρακτήρα. Σε όλες τις θεραπευτικές προσπάθειες αντιδρούσε με «αντανακλαστικό θανάτου» (Totstellreflex). Έτσι λοιπόν η ασθενής ζούσε μέχρι την τελευταία της εισαγωγή στην πανεπιστημιακή κλινική με επίδομα της κοινωνικής πρόνοιας.

Όταν μετά από μια αποτυχημένη ψυχοθεραπεία άρχισε να αναγνωρίζει στο πρόσωπο ανθρώπων που ήθελαν να τη βοηθήσουν δολοφόνους, κατέληξε στην ψυχιατρική κλινική, όπου, λόγω της εθνικότητάς της, την ανέλαβε η Ελληνίδα φιλοξενούμενη γιατρός. Κατά τη διάρκεια της δεύτερης νοσηλείας της συζητήθηκαν διάφορες διαγνώσεις: καταθλιπτική αγχώδης νεύρωση, με τάση για σωματοποίηση και υποχονδρία, παρανοϊκή σχιζοφρένεια, σχιζοειδική και ναρκισσιστική διαταραχή προσωπικότητας.

Το κύριο σύμπτωμα αυτής της αυτιστικής, αποσυρμένης, δύσπιστης, χωρίς κοινωνικές σχέσεις και πιθανώς κατά διαστήματα παραληρηματικής ασθενούς, ήταν η *απώλεια κοινωνικού χώρου*. Η μοναδική της επιθυμία ήταν να αποκτήσει ένα δωμά-

τιο αποκλειστικά γι' αυτήν, να βιώσει ένα χώρο δικό της με τέσσερις τοίχους. Στο παραλήρημά της και στους εφιάλτες της βίωνε την ανάδυση τερατωδών απειλητικών μορφών στη θέση των φυσικών ορίων της.

Αυτά τα ψυχικά συμπτώματα συνοδεύονταν από ποικίλα σωματικά συμπτώματα, όπως πονοκεφάλους, ζαλάδες καθώς και σύνδρομο Sudeck στο δεξί χέρι, τα οποία τα επεξεργάζοταν με υποχονδριακό τρόπο. Ο περιορισμός της κινητικότητας του δεξιού χεριού, οι πόνοι και ένα αίσθημα αναισθησίας στα δάκτυλα ήταν το αποτέλεσμα.

Όπως τονίζει ο Kernberg (1978) στις οριακές διαταραχές εμφανίζονται πολύ συχνά πολλαπλά ιδιόμορφα σωματικά συμπτώματα, καθώς και μετατροπές ή μονοσυμπτωματικές βλάβες, που σύντομα γίνονται χρόνιες.

Κατά τη διάρκεια των πρώτων της συνομιλιών με την Ελληνίδα γιατρό, η ασθενής ήταν συγκρατημένη και μιλούσε με μονότονη χαμηλή φωνή. Η επικοινωνία μαζί της ήταν πολύ δύσκολη, καθώς ήταν αρνητική, δύσπιστη και έντονα δυσφορική. Η μιμητική του προσώπου ήταν άκαμπτη και μετά από 10 λεπτά είπε: «*Η εξέταση τελείωσε*». Αυτή η πρώτη συνάντηση ήταν κάθε άλλο παρά τυχαία και έγινε κάτω από ιδιαίτερες συνθήκες. Διότι τόσο η ασθενής όσο και η γιατρός ήταν ξένες. Η κοινωνική και γεωγραφική γειτνίαση των δυο ξένων έπαιξε σίγουρα ένα ιδιαίτερο ρόλο στο να δημιουργηθεί μια ισχυρή μεταβίβαση. Αυτή η αλληλεγγύη αντιμετωπίστηκε με δυσπιστία από το προσωπικό της κλινικής.

Το σύμβολο ως γέφυρα για το διάλογο

Οι δυσκολίες επικοινωνίας της ασθενούς επαναλήφθηκαν αρχικά και με την Ελληνίδα θεραπεύτρια. Μέχρις ότου αυτή αναγνώρισε ότι η Κάτια στην πραγματικότητα προσπαθούσε να εκφραστεί με άλλο τρόπο. Όχι λεκτικά, αλλά με εκφραστικές

μνιοτούρες, ήθελε να διηγηθεί τους φόβους της, την απομόνωσή της και την απελπισία της. Με το να δώσει μορφή στον πηλό αντελήφθηκε και η ίδια τη δυνατότητα να αυτο-διαμορφωθεί.

Οι «τερατώδεις» μορφές (Εικόνα 2) που προέρχονταν από τους εφιάλτες της, από τα οράματά της και από το αρχαϊκό της «είναι» πήραν μορφή και επενδύθηκαν από μια μαγική δύναμη, που την προστάτευε από όλα αυτά τα φαντάσματα που την καταδίωκαν.

Αφορμή γι' αυτή τη διαπίστωση ήταν η φιγούρα που ονομάστηκε από την Κάτια ως «*το παράδοξο της απειλούμενης νεκρής γυναίκας*» (Εικόνα 3). Στο μέσον μιας ανοιχτής παλάμης γονάτιζε μια νεκρή γυναίκα (στάση ενταφιασμού στη Γιουγκοσλαβία). Η παραδοξότητα οφειλόταν στο γεγονός ότι αυτή η γυναίκα, ενώ ήταν νεκρή, απειλείτο από φίδια και επιθετικά δάκτυλα. Στο συμβολισμό της φιγούρας αυτής, ειδικά το γεγονός ότι μια νεκρή γυναίκα (η ίδια η ασθενής) δεν ήταν ολοκληρωτικά νεκρή, αναγνώρισε η θεραπεύτρια την κραυγή σωτηρίας και αυτό την κινητοποίησε για καλύτερη κατανόηση και αποδοχή της ασθενούς.

Ο Benedetti, ως επόπτης, παρατήρησε αργότερα: «*Έχω αντιληφθεί ότι η "συμμετοχική ερμηνεία" των έργων (partizipierender Deutung) μπορεί να είναι μεγάλης σημασίας. Με τον όρο "συμμετοχική ερμηνεία" αντιλαμβάνομαι, όχι μόνο την έκφραση του θεραπευτικού ενδιαφέροντος, αλλά την αντιπροσωπευτική στάση στις φαντασιώσεις, στα όνειρα και στους συνειρμούς του ασθενούς εκ μέρους του θεραπευτή*».

Έτσι επισκέφθηκε η θεραπεύτρια την Κάτια και της έθεσε αρχικά μόνον ουδέτερες ερωτήσεις, π.χ. για το συμβολισμό των μορφών ή τον τρόπο κατασκευής τους, και την παρότρυνε να συνεχίσει να δημιουργεί φιγούρες.

Μετά από μερικές ημέρες η ασθενής επισκέφθηκε τη θεραπεύτρια και τη ρώτησε πώς είναι το τουρμπάνι του Χομεϊνί. Ήθελε να παρουσιάσει τον Χομεϊνί ως χταπόδι



Εικόνα 2

(Εικόνα 4). Η φιγούρα αυτή συμβόλιζε τη δυνατότητα αυτοκαταστροφής από τα ίδια της τα έργα. Μια βαθύτερη σχέση άρχισε από αυτή τη στιγμή μεταξύ των δύο γυναικών. Έτσι επιβεβαιώθηκε η υπόθεση της θεραπεύτριας ότι θα μπορούσε, σε σύντομο διάστημα, να επιτύχει να διεισδύσει στα ψυχικά προβλήματα της ασθενούς, αν αποδεχόταν τις καλλιτεχνικές δημιουργίες της. Προσπάθησε, πάνω απ' όλα, να δει την τέχνη ως μια «ενορατική γνώση» του ασυνειδήτου. Αυτά τα καλλιτεχνικά έργα «εξηγούσαν» λιγότερο τις συγκρούσεις της ζωής, έπλαθαν όμως πολύ περισσότερο ένα μη ενσωματωμένο, ή μη ενταγμένο κόσμο. Η αντιστροφή από το «κείμαι-ανοικτός»

(*offen-liegen*) εις το «είμαι ανοικτός» (*offen-sein*) είναι ένα δυαδικό φαινόμενο.

Η ασθενής βίωσε την προσπάθειά της να δώσει μορφή στον πηλό, όπως μια αγέννητη ύπαρξη, που προσπαθεί να αποκτήσει την εμπειρία του χώρου. Οι «τερατώδεις μορφές» εμφανίζονταν στο περιθώριο του εσωτερικού της χώρου. Μερικές απ' αυτές τις μορφές θα παρουσιάσουμε παρακάτω, ώστε να γίνει κατανοητή η διαδικασία αυτή.

Οι τερατώδεις φιγούρες (Εικόνα 2) ξεπρόβαλαν από το περιθώριο του εσωτερικού της χώρου. Μ' αυτόν τον τρόπο έγιναν απτές, απέκτησαν χώρο, διαχωρίστηκαν. Τελικά οριοθετήθηκαν εκεί όπου



Εικόνα 5

δύο. Με τον όρο «μεταβατικό υποκειμένο» ο Benedetti εννοεί μια μορφή των ασθενών, που περιέχει ασυνείδητα μέρη προερχόμενα τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους θεραπευτές τους. Στην ίδια εποχή χρονολογείται μια επόμενη φιγούρα (Εικόνα 6) η οποία παρουσίαζε τόσο μέρη της θεραπεύτριας όσο και της ασθενούς και η οποία προέκυψε από τη δυαδική τους σχέση την οποία, όμως, τριαδικοποιεί. Αυτά μας υπενθυμίζουν το μεταβατικό αντικείμενο του παιδιού, που περιγράφει ο Winnicott. Ο περότος ήταν επίσης η αγαπημένη φιγούρα της θεραπεύτριας, για χάρη της οποίας τον δημιούργησε η ασθενής. Η φι-

γούρα αυτή φαίνεται να ξεπροβάλλει μέσα από τη μήτρα, μια μήτρα που, λόγω της στενότητάς της, δεν τον αφήνει τελικά να εξέλθει ελεύθερα.

Είναι αξιοπρόσεκτο ότι η θεραπεύτρια ονειρεύτηκε ότι η ασθενής απέκτησε ένα όμορφο χαλοφτιαγμένο γιο. Η ασθενής αντιλήφθηκε τις σκέψεις αυτές της θεραπεύτριας και δημιούργησε μια μορφή, που κατά τη γνώμη της ήταν μια δυσπλασία, ενώ στην πραγματικότητα ήταν ένα καλοκαμωμένο όμορφο ανθρωπάκι. Αυτή η σύμπτυξη δύο διαφορετικών αντιλήψεων είναι από μόνη της ένα απτό σύμβολο του «μεταβατικού υποκειμένου». Στο δημιούργημα



Εικόνα 6

αυτό αντιπροσωπεύονται συγχρόνως η ασθενής και η θεραπεύτρια και μας καταδεικνύει, μέσα από τις εσωτερικές του αντιγνώμίες, την παραδοξότητα και την ενότητα της δυαδικοποίησης.

Παρά τις καινούργιες αυτές εμπειρίες, η ασθενής θα παραμείνει κατά τη διάρκεια της παραμονής της στην κλινική αποσυρμένη και χωρίς επικοινωνία με άλλους. Εν τέλει, μια κοινωνική λειτουργός, Γιουγκοσλάβα, ανέλαβε το ρόλο της προστατευτικής μητέρας, για να της δοθεί σύνταξη και να της βρει κατοικία της κοινωνικής πρόνοιας.

Η σχέση μεταξύ ασθενούς και θεραπεύ-

τριας δεν αξιολογήθηκε ιδιαίτερα από τους συναδέλφους της κλινικής, και της δόθηκε εξιτήριο κατά την απουσία της θεραπεύτριας της. Χαρακτηριστικό για αυτή τη δυσκολία κατανόησης είναι μια πρόταση από το εξιτήριο που ανέφερε ότι η ασθενής, κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της, δεν είχε καμία σχέση με τους θεραπευτές της κλινικής. Η ασθενής μετακόμισε αρχικά σε μια πανσιόν, μετά έμεινε σ' ένα επιπλωμένο δωμάτιο και τελικά στην κατοικία της κρατικής πρόνοιας. Η θεραπεύτρια επισκεπτόταν την ασθενή στα μέρη όπου κατοικούσε κάθε φορά. Στην πρώτη επίσκεψη, η Κάτια ήταν μεθυσμένη και αντι-

δρούσε με μια συνεχώς μεταβαλλόμενη συμπεριφορά: παιδικόμορφα, παλινδρομημένα, απόμακρα, φιλικά ή ακόμα και επιθετικά. Με μονότονη φωνή έλεγε: «*Io cogno me Katia paaraz... Όχι, όχι, δεν είναι δυνατόν... δεν σε λένε Μαρία, κυρία γιατρέ, δεν είναι δυνατόν... η Μαρία με τα μπλε μάτια είναι νεκρή. Γι' αυτήν έραψα ένα φόρεμα αλλά είναι νεκρή. Ο Ιωσήφ είναι επίσης νεκρός... Θεέ μου, όλοι είναι νεκροί!*» (Ιωσήφ ονομαζόταν ο αδελφός της, που αυτοκτόνησε).

Βιώματα νέας γέννησης κατά την ψυχοθεραπεία

Η κεντρική προβληματική και οι σκέψεις της ασθενούς αναφέρονταν στο δίπολο θανάτου-ζωής και στην έντονη επιθυμία για μια δική της κατοικία. Οι αυτο-θεραπευτικές της απόψεις ήταν ότι η μοναδική θεραπευτική δυνατότητα ήταν να αποκτήσει ένα διαμέρισμα μόνο γι' αυτήν. Εκεί θα μπορούσε να κλείσει τις πόρτες και να διακοσμήσει τους τοίχους όπως επιθυμούσε. Εκεί θα μπορούσε πιθανώς να επιτρέψει την είσοδο της θεραπεύτριας ή και να μην τη χρειάζοταν καθόλου πια. Μόνον εκεί θα μπορούσε να ανοίξει ξανά τις πόρτες και να προσκαλέσει με τη θέλησή της άλλους ανθρώπους.

Αυτό το σχεδόν ψυχαναγκαστικά επαναλαμβανόμενο μοτίβο μάς κίνησε το ενδιαφέρον και μας προέτρεψε να το αντιληφθούμε ως επιθυμία για μια νέα γέννηση, που πήγαζε από τη μεταβίβαση και την αντιμεταβίβαση.

Η επιθυμία για μια νέα γέννηση της ασθενούς εκφραζόταν και από τη μορφή του ψαριού (Εικόνα 7). Το ψάρι αυτό είναι στην ξηρά, χωρίς νερό. Το τεράστιο στόμα του μοιάζει σαν να θέλει να καταβροχθίσει όλο τον κόσμο, σε αντίθεση με την έντονα «αποτραβηγμένη» από τον κόσμο ασθενή.

Αυτό το ψάρι, αν το αντιληφθούμε διαλεκτικά, είναι η πρώτη ένδειξη για επικοινωνία χωρίς χώρο, χωρίς μητέρα, χωρίς νερό. Το ψάρι βρίσκεται στην αμμώδη παρα-

λία και προσπαθεί να αναπνεύσει. Έχει έλλειψη από νερό, δηλαδή οξυγόνο, διότι αυτό μπορεί να του το δώσει μόνον η μητέρα. Παρόμοια συναισθήματα εξέφραζε η ασθενής όταν προσπαθούσε να τηλεφωνήσει στη θεραπεύτρια για να τραφεί-αναπνεύσει απ' αυτήν, διά μέσου του ομφάλιου λώρου (το τηλεφωνικό καλώδιο).

Οι βαθιές, συμβιωτικές επιθυμίες και το συμβάν του χωρισμού μετά τη γέννηση εκδηλώνονταν συμβολικά στην περαιτέρω μεταβιβαστική συμπεριφορά της ασθενούς. Κατά την αρρώστια της, η ασθενής, μέσα στην παθητικότητά της γινόταν προσιτή μόνον ως αγέννητο έμβρυο και η γιατρός έπρεπε να την επισκεφθεί στο σπίτι της, για να διατηρήσει την επαφή μαζί της.

Λίγο πριν από τη ψυχική γέννησή της, η Κάτια χάρισε στη θεραπεύτριά της την τελευταία της φιγούρα. Αυτή παρουσίαζε έναν Τούρκο, δολοφονημένο από τους νεοναζί στην Ουλμ και συγχρόνως σχολίασε ότι ο Τούρκος δεν είναι πια τυφλός και άπατρις (Εικόνα 8). Ο θάνατος τον είχε ελευθερώσει, δεν ήταν πια ένας μετανάστης εργάτης. Η φιγούρα αυτή μας έδινε την εντύπωση ότι, αν και νεκρή, ήταν ευχαριστημένη. Την εποχή αυτή η ασθενής είχε μετακομίσει επιτέλους σ' ένα διαμέρισμα της κρατικής πρόνοιας και κατάφερε να ξαναέρθει για πρώτη φορά μετά από 20 χρόνια σε επαφή με τ' αδέρφια της στη Γιουγκοσλαβία. Αργότερα, μετά την επιτυχία «γέννηση» μπόρεσε η ασθενής να θέσει τα νεοαποκτημένα της όρια απέναντι στη θεραπεύτρια και να αποχωρισθεί απ' αυτήν. «Δεν σε χρειάζομαι πια».

Σύνοψη

Η ασθενής προσπάθησε δύο φορές να ενταχθεί σε ξένο περιβάλλον, για να στηρίξει το μη ολοκληρωμένο Εγώ της. Η απελπισμένη προσπάθειά της για ένταξη σ' ένα ξένο, μη οικείο περιβάλλον, όπως και η διατήρηση της «μάσκας», δηλαδή ενός ψεύτικου, μασκαρεμένου εαυτού, την οδήγησαν σε έναν πλήρη κατακερματισμό. Η



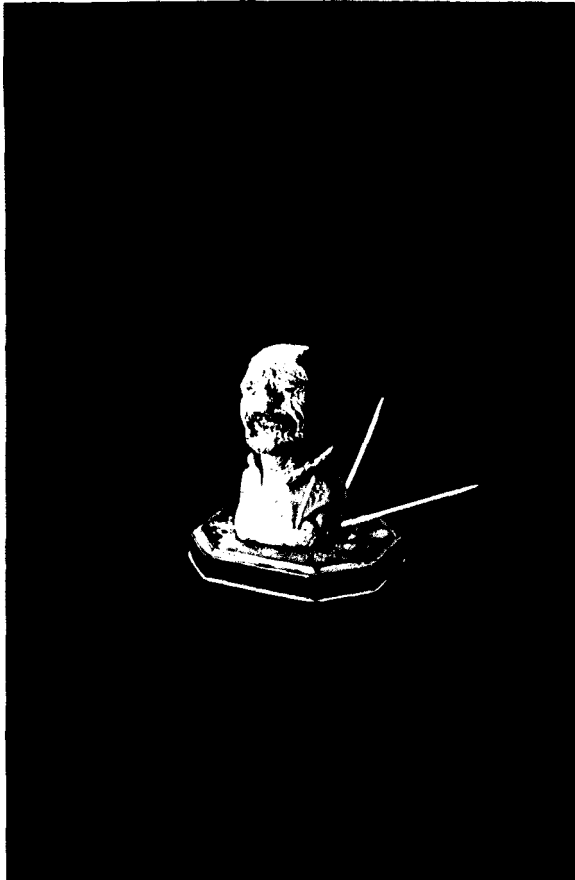
Εικόνα 7

μόνη της ελπίδα ήταν πλέον μια νέα γέννηση, διότι μόνο μέσω αυτής θα της edίδετο η ευκαιρία να δομήσει έναν αληθινό «εαυτό». Η απόκτηση του προσωπικού της χώρου (των ορίων της) ήταν δυνατή μόνο με την ενσωμάτωση της δυαδικότητας, η οποία επιτελείται μέσω της συνύπαρξης (mitsein) και της «σιλ-μεταφοράς» (mitttragen), η θεραπεύτρια θα μπορούσε μετά απ' αυτό ν' ανοίξει την πόρτα, όπως η μαμή που βοηθάει στη γέννα. Τότε η θεραπεύτρια μπόρεσε να αναλάβει το ρόλο της μητέρας και να δώσει στην ασθενή τη δυνατότητα να σχηματίσει σχέση με το αντικείμενο και να ενδοβάλει μια «καλή»

ανεκτική μητέρα.

Οι φροντίδες της θεραπεύτριας, που ήταν γεμάτες αγάπη, έδωσαν στην ασθενή την ικανότητα να ολοκληρώσει τα επόμενα βήματα για τη νέα γέννηση και ιδιαίτερα το βήμα της αποκοπής από τον ομφάλιο λώρο, που την οδήγησε από την ασθένεια στην υγεία.

Η αναγνώριση των βιωμάτων μιας νέας γέννησης θα μπορούσε να δώσει μια νέα διάσταση και να διευρύνει τις θεραπευτικές δυνατότητες με σχιζοφρενείς και με οριακούς ασθενείς. Ορισμένοι ερευνητές, μεταξύ αυτών η Sachehaye (1951), ο Rosen (1976) και προ πάντων ο Otto Rank (1924)



Εικόνα 8

και ο Hegner (1957), έχουν παρόμοιες απόψεις. Η φιλοσοφία του Σωκράτη καθορίζεται από τους όρους «*Διαλεκτική*» και «*Μαιευτική*». Σύμφωνα με τον Σωκράτη, η αλήθεια πρέπει να γεννηθεί στους άλλους μέσα από την ψυχή μας. Έτσι θα μπορούσε και η ίαση διά μέσου της ψυχής του θεραπευτή να γεννηθεί στην ψυχή του ασθενούς. Σύμφωνα με αυτήν την αντίληψη θα μπορούσαμε να κατανοήσουμε μια *τριδιάστατη διαδικασία της ψυχικής τάσης*.

(1) *Ο διαλεκτικός αποχωρισμός* (το κόψιμο του ομφάλιου λώρου): όπου ο θεραπευτής σαν μια μαία και συγχρόνως σαν μια διαπαιδαγωγούσα μητέρα φέρνει το

παιδί στον κόσμο και καθιστά δυνατή την ολοκληρωτική ψυχική γέννησή του.

(2) *Το θεραπεύειν*, δηλαδή τη φροντίδα της νεογέννητης ψυχής που αναλαμβάνει ο θεραπευτής. Στο συμπόσιο του Πλάτωνα, ο εραστής οφείλει να θεραπεύσει, δηλαδή να φροντίσει τον αγαπημένο του ψυχικά και σωματικά. Στα αρχαία Ελληνικά θεραπεύω σημαίνει φροντίζω, υπηρετώ, εξ ου και «*θεραπαινίς*».

(3) Η ίαση καθίσταται δυνατή μόνο με την προϋπόθεση ότι αναπτύσσεται μεταξύ των δύο μελών *ενσυναίσθηση (empathy)*, η οποία, διά μέσου της ταύτισης και της αντιταύτισης του ασθενούς με το φυσιολογικό, ευοδώνει τη δυνατότητα μιας αμφί-

πλευρης συνανθρώπινης και κοινωνικής ένταξης, όπως άλλωστε υποστηρίζει και ο Benedetti (1980).

Η θεραπευτική στάση

Η θεραπεύτρια προσπάθησε, με φιλική αντιαυταρχική συμπεριφορά, να αναλάβει το ρόλο του συνομιλητή και του αλληλέγγυου συντρόφου και όχι του εξεταστή. Έτσι, ανέπτυξε μια προσεκτική προσφορά προσέγγισης και συνύπαρξης (mitsein). Χάρη σ' αυτή τη αλληλεγγύη αντιλήφθηκε τις ψυχικές ανάγκες της ασθενούς. Με το να μεταθέτει εαυτήν μέσα στα βάσανα της ασθενούς άρχισε να κατανοεί και έγινε το «υποκατάστατο Εγώ» της. Η ασθενής και η θεραπεύτρια συνδέθηκαν με πραγματική σχέση. Έτσι δόθηκε ένα υπερβατικό νόημα στη θεραπευτική σχέση.

Όπως τονίζει συχνά ο Benedetti, η σχέση μεταξύ γιατρού και ασθενούς πρέπει να είναι μια διορθωτική και δομημένη συνάντηση με την καταστροφικότητα και το θάνατο. Κατά την ταύτιση αναλαμβάνει ο ψυχοθεραπευτής συμβολικά τα βάσανα του ασθενούς, ενώ εκείνος αναλαμβάνει συμβολικά, κατά τη θεραπεία, πλευρές του θεραπευτού. Αυτή η ταύτιση με τον ασθενή ξυπνά στον ασθενή το αίσθημα της *συνανθρώπινης συμμετρίας*. Στην ταύτιση και στην αντιταύτιση βιώνεται η συμμετρία, με αποτέλεσμα να αίρεται προσωρινά μέσω της εμπειρίας της δυαδικότητας η ισχύουσα στην πραγματικότητα ιατρική ασυμμετρία.

Ιδιαίτερης σημασίας ήταν η διαμόρφωση της ψυχοθεραπείας ως «βίωμα νέας γέννησης».

Προϋπόθεση αυτής της εμπειρίας ήταν η θεραπευτική στάση που λάμβανε υπ' όψιν τα αισθήματα αποξένωσης της ασθενούς (το αίσθημα ότι δεν ανήκε σε κανένα τόπο) και απέφευγε συγχρόνως να διαταράξει τα εύθραυστα όρια του Εγώ της με έντονα συνανθρώπινα συναισθήματα και απαιτήσεις. Η θεραπεύτρια άφηνε την ασθενή να αποφασίσει μόνη της και όποτε

εκείνη επιθυμούσε να τη δει. Αφηνόταν να χρησιμοποιηθεί από την ασθενή, όταν εκείνη το είχε ανάγκη. Από την άλλη πλευρά, συνόδευε την ασθενή κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας, με σιωπηλή, ζεστή, μητρική προσήλωση, η οποία αντέστρεψε τη διαφορά ηλικίας μεταξύ της μεγαλύτερης ασθενούς και της αρκετά νεώτερης γιατρού.

Οι εκπρόσωποι της ολιστικής σύλληψης του όρου της αντιμεταβίβασης (Kernberg, Heimann, Winnicott κ.λπ.) χρησιμοποιούν την αντιμεταβίβαση ως υλικό που πρέπει να λάβει υπ' όψιν του και ο ασθενής. Μια αυστηρή «αναλυτική παθητικότητα» θα μπορούσε να προκαλέσει έντονη αντίδραση σ' αυτή την ασθενή, όπως και έγινε σε μια πρώτη προσπάθεια ψυχοθεραπείας. Αντιθέτως, μια επιπόλαιη, χωρίς στόχο, και συχνά χωρίς όρια ενεργητικότητα θα ενεργοποιούσε μόνο τις αντιστάσεις της ασθενούς, γι' αυτό τελικά απορρίφθηκαν και οι δύο αυτές ψυχοθεραπευτικές στάσεις. Επρόκειτο για μια θεραπευτική στάση και όχι για μια μεθοδολογία.

Εμπειρίες από την ομάδα Balint και την εποπτεία

Η θεραπεύτρια αναζήτησε, λόγω της πίεσης που προκαλεί μια τόσο σοβαρά ασθενής, βοήθεια από την ομάδα Balint του νοσοκομείου. Έπρεπε να μπορέσει να παραμείνει σταθερά διαθέσιμη. Η αντίδραση της ομάδας ήταν αρνητική και απορριπτική σε μια τέτοια σχέση ιατρού-ασθενούς. Απαίτησε μια πιο αυστηρή «αναλυτική παθητικότητα», τόνισε δε τον κίνδυνο να προκληθεί στην ασθενή ψυχωτικό επεισόδιο. Η θεραπεύτρια οδηγήθηκε, με την πίεση αυτών των υποδείξεων, σε διλήμματα και τελικά σε θεραπευτικό αδιέξοδο. Ακριβώς όπως συνέβη στην πρώτη απόπειρα της Κάτιας για ψυχοθεραπεία με άλλον θεραπευτή. Τότε ανέλαβε την εποπτεία της θεραπείας αυτής ο Benedetti. Την κάπως επιθετική αντίδραση της ομάδας Balint

μπορούμε να εξηγήσουμε ως εξής:

(1) Στην πολιτιστική παρεξήγηση (παράνοηση), και στη μερική κατανόηση της σπουδαιότητας των διαπολιτιστικών στοιχείων.

(2) Στους υπαρξιακούς φόβους και στο αίσθημα απόρριψης, λόγω της κριτικής που ασκούσαν οι δυο «ξένες» γυναίκες στον «κόσμο τους». Το ξένο απελευθερώνει συχνά φόβους.

(3) Η έντονη συμμετοχή της θεραπεύτριας στη μοίρα του ασθενούς, η οποία, γεμάτη θυμό, απέρριψε την κοινωνία για να απορριφθεί τελικά απ' αυτήν, προκάλεσε τη δυσαρέσκεια της ομάδας. *«Επειδή η ψυχοθεραπεία των ψυχώσεων κινητοποιεί, πολύ περισσότερο από αυτή των νευρώσεων, εσωτερικές και εξωτερικές συγκρούσεις με την κοινωνία, βρέθηκε η θεραπεύτρια σύντομα αντιμέτωπη με το αίσθημα απομόνωσης στην κλινική»* (Benedetti, προφορική παρατήρηση).

(4) Δογματικά αυστηρή τήρηση των «αναλυτικών κανόνων» σε ασθενείς με διαταραχές που άρχισαν στην προλεκτική εποχή της ψυχοσεξουαλικής τους ανάπτυξης.

(5) Παράβλεψη τόσο της υπερβατικής σημασίας της θεραπευτικής σχέσης όσο και της σημασίας της ενσυναίσθησης.

Η θεραπεύτρια κατά την εργασία της μ' αυτήν την ασθενή αισθανόταν ταυτόχρονα μεγάλο ενδιαφέρον και μια επιθυμία να διακόψει τις συνεδρίες. Υπήρχαν στιγμές ταύτισης με την ασθενή: πριν από κάθε επίσκεψη ένιωθε υπερφορτωμένη και χωρίς διάθεση. Αυτή η διάθεση άλλαζε κατά τη διάρκεια της συνεδρίας. Τότε ένιωθε ικανοποιημένη και συχνά θαύμαζε τις κριτικές παρατηρήσεις της Κάτιας. Όπως γράφει ο Benedetti, *«ο ιατρός βιώνει τον ασθενή του όχι μόνο ως πειστικό και πληκτικό, αλλά και ως ενδιαφέροντα και ικανοποιητικό. Με αυτό τον τρόπο η ασθένεια γίνεται εμπνημικά αντιληπτή»* (Benedetti, 1984). Αρνητικά κοινωνικά συναισθήματα, απομόνωση, κενό, πλήξη, ενοχή, αποπροσωποποίηση αλλά και ναρκισσιστικές ικανοποιήσεις, μαζί με το γεγονός της *δυναμικοποίησης*, χαρακτηρίζουν την ψυχοθερα-

πεία τέτοιων ασθενών. *«Αυτά είναι βιώματα του θεραπευτή, τα οποία συμβαίνουν μόνο κατά τη συνεδρία και ενώπιον του ασθενούς, εν αντιθέσει με τα παρόμοια συναισθήματα του ίδιου. Τα βιώματα αυτά καθιστούν το θεραπευτή μόνο εγχειρητικά "όμοιο" με τους ασθενείς»* (Benedetti, 1978).

Άλλοι συγγραφείς, όπως ο Kernberg (1975), γράφουν γι' αυτό το θέμα: *«Στη συνδιαλλαγή με οριακές περιπτώσεις και με βαριά παλινδρομημένους ασθενείς, ο θεραπευτής βιώνει συχνά, από τα αρχικά στάδια της θεραπείας, έντονες συναισθηματικές αντιδράσεις. Αυτές αφορούν περισσότερο την έντονη χαοτική και επισπευσμένη μεταβίβαση του ασθενούς, την ικανότητα του θεραπευτή να την υπομείνει και πολύ λιγότερο κάποιο άλλο πρόβλημα που προέρχεται από την προϊστορία του ασθενούς».*

Πλήξη, ανημπορία, έλλειψη σιγουριάς, απομόνωση, ενοχή και άγχος ήταν συναισθήματα που ένιωθε η θεραπεύτρια λίγο πριν από τις συνεδρίες και έγραψε στον επόπτη της: «Είναι γνωστό από τη βιβλιογραφία (Miller, 1979, Willi, 1975, Winnicott, 1984, κ.λπ.) το πρόβλημα ότι το παιδί προσαρμόζεται συχνά στις γονικές επιθυμίες και οδηγείται σ' αυτό που περιγράφει ο Winnicott ως *“ψεύτικο εαυτό”* με αποτέλεσμα την περαιτέρω αποξένωσή του. Κάτι τέτοιο θα μπορούσε να επαναληφθεί σε θεραπείες αυτής της μορφής».

Τους φόβους αυτούς σχολίασε ο επόπτης ως εξής: «Τέτοιοι φόβοι είναι αποτέλεσμα της ενδοβολής και της ανάληψης εκ μέρους του θεραπευτού των ισχυρών φόβων του ασθενούς. Χωρίς μια τέτοια *“δυναμικοποίηση του φόβου”* θα ήταν αδύνατον να βοηθηθεί η ασθενής. Τίποτα δεν είναι πιο σημαντικό στην ψυχοθεραπεία από τη συνείδηση της εκπλήρωσης ενός μεγάλου ανθρωπιστικού έργου και προορισμού ανεξάρτητα από την κλινική πορεία. Κάθε λέξη, που θα ειπωθεί στις φτωχές αυτές υπάρξεις προσδίδει μεγάλο βάρος στην υπέρβαση (Transzendenz) και αποτελεί ένα θεμελιώδες πετραδάκι στην εξέλιξη του

“είναι” που μας έχουν εμπιστευθεί».

Για μήνες και χρόνια η ασθενής δεν χρειάστηκε βοήθεια. Καταμνηστικές έρευνες έδειξαν ότι η Κάτια επέστρεψε στην πατρίδα της και ζούσε χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα με τα αδέρφια της.

Η συμβολοποιητική λειτουργία του θεραπευτή, τα αντιμεταβιβαστικά του συναισθήματα καθώς και η ενσυναίσθησή του αποτελούν το επίκεντρο αυτής της μορφής θεραπείας. Κοινωνικά προσανατολισμένα μέτρα δεν βοηθούν, εάν δεν ληφθούν υπ’ όψιν οι διαπολιτιστικοί παράγοντες. Οι εμπειρίες είναι περισσότερο ανθρωπολογικής παρά επιστημολογικής φύσεως. Μ’ αυτό το σκεπτικό υπεισέρχεται και η αλληλεγγύη στη θεραπεία.

Ο θεραπευτής αντιλαμβάνεται την πάσχουσα προσωπικότητα μέσα από την ανίχνευση των ευαίσθητων και κρυμμένων σημείων στο «είναι» του ασθενούς. Η «συμπάθεια» εντείνει τη σκέψη του και του επιτρέπει να διαισθανθεί σε ποιο σημείο η ίδια η ασθένεια του υποδεικνύει το κλειδί για τα αίτιά της. Ο θεραπευτής, λοιπόν, δημιουργεί μια πραγματική σχέση με τον ασθενή, η οποία πρέπει να βιωθεί ως μια ανθρώπινη σχέση. Μέσα από τη μεταφορά του εαυτού του στα βάσινα του ασθενούς επιτυγχάνεται η κατανόηση. Ο θεραπευτής αντιπροσωπεύει τις παραγνωρισμένες υπαρξιακές πλευρές του ασθενούς, τις υπερασπίζεται, τις φροντίζει, τις καλεί και τις διατηρεί στη ζωή. Η εκάστοτε ανθρώπινη ύπαρξη του ασθενούς γίνεται αποδεκτή και ο ασθενής αναγνωρίζεται μέσα σ’ αυτή την ιδιαίτερη ύπαρξη (*sosein*¹). Μέσω των συμπτωμάτων της ασθένειάς του ο ασθενής μας ενημερώνει για κάτι που θέλει να ακουστεί και έτσι προσδίδεται στο επίπεδο των παρελθόντων συνομιλιών μια νέα ποιότητα, η οποία τις μετατρέπει προοδευτικά σ’ έναν αλλιώτικο διάλογο.

Διαπιστώνουμε, τέλος, ότι, λόγω της μο-

ναδικότητας του ανθρώπου, δεν μπορούμε να παραθέσουμε εδώ κανέναν επιστημολογικό κανόνα, όπως στις φυσικές επιστήμες.

Η ψυχιατρική, η ψυχανάλυση, η υπαρξιστική ανάλυση, καθώς και η σωματική ιατρική ακόμα και σήμερα δεν κατανοούνται δυστυχώς σαν μια δυναμική ενότητα.

Η ψυχοθεραπεία πάνω απ’ όλα είναι μια ολόκληρη στάση και όχι μόνο μια θεραπευτική μέθοδος.

Για την πραγμάτωση μιας ευρύτερης θεραπευτικής άποψης θα ήταν αναγκαία μια ριζική metamorphosis της ιατρικής εκπαίδευσης. Φοιτητές και νεαροί γιατροί θα έπρεπε να έρθουν σε επαφή με τις αρχές της «ολιστικής» ιατρικής.

Η γνώση των υπαρξιακών βασικών αρχών, κοινωνιολογικά και διαπολιτισμικά στοιχεία, η ανθρωπολογία, η εμβάθυνση στην παθολογία των νευρώσεων, οι νέες θεωρίες για το ναρκισσισμό και οι θεωρίες της ψυχανάλυσης θα μπορούσαν να είναι απαραίτητες σ’ όλα τα επίπεδα της Ιατρικής. Το ίδιο ισχύει για τους ψυχολόγους, τους νοσηλευτές και τους κοινωνικούς λειτουργούς των κλινικών. Η επαφή με την «ολιστική» ιατρική δεν θα πρέπει να γίνεται μόνο σε θεωρητικό επίπεδο, αλλά διά μέσου του βιώματος στις ομάδες Balint, στις ομάδες αυτοεπίγνωσης και αυτοβοήθειας. Τα πανεπιστήμια και οι εξειδικευμένες κλινικές θα μπορούσαν να εκπροσωπήσουν και να εξαπλώσουν το νέο πνεύμα στην Ιατρική. Όταν ο γιατρός καταλαβαίνει και εξετάζει τον ασθενή όχι κομματιαστά, αλλά ως «όλον», όταν ο ασθενής θεραπεύεται ως ολόκληρος άνθρωπος, και όχι μόνον το πάσχον τμήμα του, τότε πρόκειται για φροντίδα του ασθενούς και όχι για την ενασχόληση με τμήμα της σωματικής και ψυχικής του υγείας. Διά μέσου της ταύτισης με το γιατρό θα μπορέσει ο ασθενής να αναγνωρίσει και να βιώσει τον εαυτό του ως ολότητα.

¹ *Sosein* (K. Schneider): οι ιδιαιτερότητες κάτι παρόντος εν αντιθέσει με το *dasein*. Στην ψυχοπαθολογία των ψυχώσεων συναντούμε συχνά ιδιαιτερότητες της κλινικής εικόνας, οι οποίες είναι κατανοητές από το βιογραφικό ιστορικό, αλλά και άλλες που αποκλίνουν και γι’ αυτό είναι ειδικές-ιδιαιτερές (*sosein*), αλλά δεν μπορούν να εξηγήσουν το παρόν «είναι» (*dasein*) της ψύχωσης (Σ.τ.Σ.).

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Από την εμπειρία αυτής της στενής και συναισθηματικής σχέσης θεραπευτού-ασθενούς αναπτύχθηκε ένας νέος τρόπος σκέπτεσθαι που μας υπέδειξε νέες δυνατότητες για μια βαθύτερη επικοινωνία με τέτοιους ασθενείς.

Από την αντιμετώπιση της ομάδας Balint, από τους διαλόγους με την Κάτια, και κυρίως μέσω της εποπτείας του καθηγητή Benedetti, μου έγινε ξεκάθαρο ότι μια μη

αυθόρμητη, άκαμπτη αναλυτική παθητικότητα του θεραπευτή σε ορισμένους ψυχοσωματικούς, οριακής δομής, ασθενείς αφήνει την συμπτωματολογία αφανή και δυσκολεύει το διάλογο. Σ' αυτούς τους ασθενείς ενδείκνυται μερικές φορές να χρησιμοποιηθούν ιδιαίτερες ψυχοθεραπευτικές τεχνικές, που διαφοροποιούνται απ' αυτές των κλασικών νευρώσεων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Benedetti G. Psychodynamische Aspekte des Schizophrenen Negativismus in der individuellen Psychotherapie. *Schweizer Archiv für Neurologie. Neurochirurgie und Psychiatrie*, 1984, 135, 1, 17-27.

Benedetti G., The structure of psychosomatic symptoms. *American Journal of Psychoanalysis*, 1983, 43, 1, 57-70.

Benedetti G. Beitrag zum Problem der Alexithymie. *Nerzenarzt*, 1980, 51, 534-541.

Herner T. The notion of rebirth as a basic experience of schizophrenic, 1957, 17-31.

Kernberg F. O. *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*, Frankfurt/M., Suhrkamp Verlag, 1978.

Kütemeyer W. *Körpergeschehen und Psychose*. Stuttgart, 1953.

McDougall J. The psychosoma and the psychoanalytic process. *International Review of Psychoanalysis*, 1974, 437-454.

Menng H. Das Problem der Organpsychose bei seelicher Behandlung organische Kranker.

Miller. A. *Das Drama des begabten Kindes*. Frankfurt/M., Suhrkamp Verlag, 1979.

Rank O. Das Trauma der Geburt und seine Bedeutung für Psychoanalyse. *Internat. Psychoanalytischer Verlag*, Leipzig/Wien/Zürich, 1924.

Rosen D. H. Suicide survivors: Psychotherapeutic implications of egocide. *A Quarterly Journal of Life Threatening Behavior*, 1976, 6, 4, 209-215.

Sechehaye M. A. *Analytic interpretation*. N. Y., Grune and Stratton, 1951.

Willi J. *Die Zweierbeziehung*. Hamburg, Rowohlt Verlag, 1975.

Winnicott W. D. *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Frankfurt/M., Fischer Verlag, 1984.

ΠΡΟΣΘΕΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Benedetti G. Psychotherapie der Schizophrenie. *Schweizer Archiv für Neurologie. Neurochirurgie und Psychiatrie*, 1983, 132, 2, 207-213.

Benedetti G. Die Schizophrenie als Dialektik

von psychotischen Formen und psychologischen Inhalten. *Schweizer Archiv für Neurologie. Neurochirurgie und Psychiatrie*, 1983, 132, 2, 325-356.

Benedetti G. *Klinische Psychotherapie*. Bern/Stuttgart/Wien, Hans Huber Verlag, 1980.

Benedetti G. *Psychische Aspekte des Schöpferischen*. Göttingen, Vandenhoeck u. Ruprecht, 1975.

Benedetti G. *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts (Psychopathologie und Kunst)*. Zürich, Kindler Verlag.

Benedetti G. *Die schizophrene Symbolik als Brücke zur Kommunikation und Introspektion. Sich selbst erkennen*. Göttingen, Vandenhoeck u. Ruprecht.

Benedetti G. *Psychotherapie bei Schizophrenen*. SAB 1978, 9, 453-459.

Federn P. *Ego psychology and the psychosis*, New York, 1952.

Kohut H. *Narzissmus*. Frankfurt/M., Suhrkamp Verlag, 1973.

Mahler M. S. Pine F. und Bergman A., *Die psychische Geburt des Menschen. Symbiose und Individuation*. Frankfurt/M., Fischer Verlag, 1979.

Müller M. *Psychotherapie und Somatotherapie der Schizophrenie*. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1953, 124, 628-640.

Schirnding von A. *Überlegungen zur Motivation des Psychotherapie-Patienten*. *Praxis der Psychotherapie*, 1975, 20, 3, 132-240.

Thure von Uexkull, *Psychosomatische Medizin*, München/Wien/Baltimore, Urban u. Schwarzenberg, 1986.

Vorländer K. *Die Geschichte der Philosophie des Altertums und Mittelalters*, Leipzig, 1, 1963.