

Στοιχειώδεις σημειώσεις επί των ψυχώσεων

Σάββας Μπακιρτζόγλου

Ψυχολόγος-Ψυχαναλυτής

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Προοίμιο

2. Η σημειολογία

3. Η θεραπευτική σχέση/ συνομιλία με τον ψυχωτικό

3.1 Το πρώτο τηλεφώνημα του ψυχωτικού ασθενούς στο γιατρό

3.2 Η πρώτη συνάντηση

3.3 Το θεραπευτικό συμβόλαιο

3.4 Η θεραπευτική τεχνική στην κρίση

4. Τα φάρμακα

Βιβλιογραφία

1. Προίμιον

Υπάρχει ένας θεωρητικός πλουταρισμός μια θεωρητική αιμορραγία/υπερτροφία επί του κεφαλαίου των ψυχώσεων.

Ο Τζαβάρας Ν.(2001) θέτει το ερώτημα: Συνιστά η ψυχαναλυτική μέθοδος μια παντοδύναμη επήρεια επί του ψυχισμού και άρα επί των ψυχώσεων; Μια θετική απάντηση θα δινόταν μόνο στα πλαίσια μιας φάσης **εξιδανίκευσης** η οποία όμως-μοιραία- δε θα μπορούσε παρά να ακολουθείται από την απογοήτευση. Υποστηρίζει πως η τελευταία οδηγεί περισσότερο σε έναν αποπροσανατολισμό της σκέψης που θα μπορούσε να ενέχει την απόρριψη της ψυχανάλυσης, παρά σε μια πιο νηφάλια αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς της.

Στην ψύχωση λόγω **τρωτότητας** του **Εγώ** (αν και αυτό σήμερα αμφισβητείται) είναι δεδομένη η αδυναμία του υποκειμένου να διευθετήσει αντικρουόμενες συγκρούσεις.

Ο ψυχωτικός έχει χάσει μέρος της επαφής του με την πραγματικότητα (διαταραχή της αντίληψης της πραγματικότητας στο παραλήρημα, δε μπορεί να ξεχωρίσει τις πραγματικές από τις μη πραγματικές εμπειρίες του, ούτε τον εαυτό από τον μη εαυτό, εντούτοις συχνά σκέπτεται αισθάνεται και ενεργεί με τρόπο φυσιολογικό. Η πλειοψηφία δεν εμπλέκεται σε βίαιες πράξεις.

Μια νεαρά ψυχωτική που έβλεπα πριν από μερικά χρόνια όταν ξυπνούσε το πρωί, δεν ήταν σίγουρη ότι είχε εξέλθει από το όνειρο που έβλεπε τη νύχτα. Ήταν σαφές ότι προτιμούσε την ονειρώδη της ζωή, θα ευχόταν αυτή να παρατεινόταν αενάως, η εξωτερική πραγματικότητα του «ξύπνιου» την συνέθλιβε (τραύμα) οπότε αντιδρούσε βίαια κατά τις πρώτες ώρες μετά τον ύπνο. Στην ψύχωση η αναπαράσταση εαυτού και αντικείμενου είναι **συγκεχυμένα**, αποσπασματική, ανολοκλήρωτη.

Στην αρχή της πορείας προς την ψυχωσική κρίση υπάρχει μια ανυπέρβλητη **ενδοψυχική ένταση** η οποία εκφράζεται με αισθήματα ενοχής, με ψυχικό πόνο, απόγνωση, απελπισία, ντροπή, άγχος. Πρόκειται για την **απαρχή** μιας **παλινδρόμησης** η οποία, στην ψύχωση πηγαίνει μακρύτερα απ'ότι στη νεύρωση.

Κατά τον Freud (στην Πάσχου 2001), στην νεύρωση χάνει κανείς μόνο την αναπαράσταση της λέξης αλλά η αναπαράσταση του πράγματος διατηρείται (**επιστρέφει** μέσω της διαδικασίας της επιστροφής του απωθημένου). Ο νευρωτικός δε χάνει το αντικείμενο, το διατηρεί ενδοψυχικά. Στην ψύχωση αντίθετα, χάνεται η αναπαράσταση του πράγματος, το αντικείμενο δεν υπάρχει πια ψυχικά, το απωθημένο δε βρίσκεται πια στη διάθεση του Εγώ, οπότε η σύγκρουση εξωτερικεύεται, οι

επιθυμίες έρχονται σαν ξένοι απ'έξω, καταλαμβάνουν το Εγώ, του επιτίθενται, το τιμωρούν (π.χ. φωνές). Απελευθερώνονται από την εξουσία του Εγώ (από την αρχή της πραγματικότητας), όμως αυτήν την «ελευθερία», οι ψυχωτικοί τη βιώνουν ως **τρομακτικό άγχος** (οδύνη του σκέπτεσθαι των ψυχωτικών, ιδιαίτερα των σχιζοφρενών: ορισμένοι ψυχωτικοί ονομάζουν **«αγωνία χωρίς όνομα»** ένα έντονο ακατανόητο συναίσθημα). Να είμαι ψυχωτικός σημαίνει, σε τελευταία ανάλυση, να ζω εκτός του εαυτού μου, να χρησιμοποιώ τον εξωτερικό κόσμο για να αποδράσω από τον εαυτό μου.

Μια νεαρά γυναίκα ψυχωσική μου είπε το εξής: *«έρχομαι εδώ και συζητάμε, και καταλαβαίνω αυτά που λέμε, όμως όταν φεύγω από το γραφείο σας δε θυμάμαι τίποτα πια»*. Ο ψυχωσικός δεν ενδοβάλλει, προβάλλει περισσότερο, δεν κρατάει το αντικείμενο ενδοψυχικά, η αναπαράσταση πράγματος σβήνει. Μετά από μερικές ημέρες μου ζήτησε να της δίνω αποδείξεις για τις συνεδρίες μας. Η ασθενής μη κρατώντας κάτι από τις συναντήσεις μας εντός της, χρειαζόταν *αποδείξεις απ'έξω* (εξωτερικό/πραγματικό αντικείμενο), για να βεβαιώνεται, να είναι σίγουρη ότι ερχόταν στη θεραπεία.

Γίνεται λόγος για βαρυσήμαντες **δομικές ελλείψεις** και **ελαττωματικές λειτουργίες** του **Εγώ**. Ωστόσο συχνά, παράλληλα με τις σοβαρές τους διαταραχές, οι σχιζοφρενείς είναι σε θέση να εμφανίζουν πολύ καλές αποδόσεις σε λειτουργικά επιτεύγματα. Τω όντι, ο Lempa (στον Μέντζο 1999) σημειώνει ότι πίσω από την τρέλα κρύβεται πολύ περισσότερη συστηματική μέθοδος απ'ότι πιστεύαμε έως τώρα. Ο Lempa -μαζί με τον Μέντζο- είναι επικριτικός ως προς τις παλαιότερες απόψεις που ισχυρίζονται ότι ο πυρήνας της σχιζοφρένειας αφορά σε ένα καίρια ελαττωματικό υλικό, σε κάτι αρνητικό, μια βαρεία βλάβη, ένα μεγάλο έλλειμμα. Θεωρεί ότι μια τέτοια άποψη θα τον έφτανε αναπόφευκτα σε μια αποστασιοποίηση από τον ψυχωτικό άνθρωπο, αφού, σε αυτήν την περίπτωση, η σκέψη του θεραπευτή θα ήταν τρόπον τινά προετοιμασμένη και προκατειλημμένη να φτάσει σε ένα ανυπέρβλητο εμπόδιο, σε ένα τείχος. Τότε θα προχωρούσε όλο και διστακτικότερα στην προσέγγισή του προς τον ασθενή, για να μην φτάσει στο αδιέξοδο.

Ο Μέντζος (1999) έχει μια διαφορετική οπτική για τις ψυχώσεις. Σημειώνει ότι με τους ψυχωτικούς συχνά γινόμαστε μάρτυρες πολύ δραματικών ενδοψυχικών συγκρούσεων μεταξύ **αντιθετικών** τάσεων οι οποίες γενικά πιστεύαμε ότι αφορούσαν μόνο στη νεύρωση. Κατά τον συγγραφέα είναι κεντρική η σημασία των **αντιθετικών** αστερισμών και μέσα στην ψυχωτική δυναμική. Στην ψύχωση όμως δεν πρόκειται για σύγκρουση μεταξύ ώριμων και ολοκληρωμένων ενδοψυχικών σχηματισμών του Εγώ του Εκείνου και του Υπερεγώ, όπως στις νευρωτικές διαταραχές, αλλά για στοιχειώδεις βασικές αντιθέσεις, για **διπολικότητες**, οι οποίες αρχικά, είναι κανονικές και φυσικές. Αυτές οι τελευταίες ανήκουν στον άνθρωπο γενικά αφού ξέρουμε ότι τόσο αυτός όσο και κάθε ζωντανός οργανισμός είναι σε μεγάλο βαθμό **διπολικά δομημένος**, όπως αναφέρει ο Μέντζος (1999). Είναι από αυτές ακριβώς που αναπτύσσονται, σε μερικές περιπτώσεις, παθολογικές συγκρούσεις.

Εν κατακλείδι η **διπολικότητα** είναι ίδιον του ανθρώπου: τόσο αυτός όσο και κάθε ζωντανός οργανισμός είναι διπολικά οργανωμένος για λόγους εξελικτικής δυναμικής.

Παρομοίως ο Τζαβάρας Ν. (2001) κάνει λόγο για **διλληματική ιδιοτυπία**, για ενασχόληση του σχιζοφρενούς με τα διλήμματα της σκέψης. Ο νους κυριαρχείται από την ταλάντωση ανάμεσα σε δύο αντιθετικές εκδοχές, καθεστώς πιο σύνθετο από την αμφιθυμία. Το **δίλλημα** αφορά την σχιζοφρενική αμηχανία, τη συγκινησιακή αστάθεια ή άμβλυση, την ανένη σχιζοφρενική προσπάθεια επανασύνδεσης ή αποφυγής των αντικειμένων. Η **διπολικότητα** ως συστατικό στοιχείο της σχιζοφρένειας διακρίνεται από τη διλληματική της υφή.

Ο Μέντζος (1999) αναπτύσσει μια «μικροδυναμική της ψυχικής επεξεργασίας». Υποστηρίζει ότι στην περίπτωση της σχιζοφρένειας πρόκειται για την αντίθεση, το δίπολο μεταξύ των αντικειμενοτρόπων και εαυτοτρόπων τάσεων (αντιναρκισσιστικές και ναρκισσιστικές τάσεις κατά Pasche και Racamier), μεταξύ **ετερόφυλων** και **αυτόφυλων** προσανατολισμών. Κάτω από ορισμένες συνθήκες από το αρχικό φυσικό δίπολο δεν αναπτύσσεται η *διαλεκτική σύνθεση* αλλά αντίθετα, μια παθολογική άκαμπτη σύγκρουση για την οποία υπάρχουν μόνο δύο διέξοδοι, δύο παθολογικές «λύσεις»: η ακραία ναρκισσιστική οπισθοχώρηση (αυτιστική απομόνωση) ή η κατάργηση των συνόρων του Εγώ και η συγχώνευση με το αντικείμενο. Αυτή είναι, κατά τον συγγραφέα, η τρομερή αντίθεση/ενδοψυχική σύγκρουση στη σχιζοφρένεια (η επονομαζόμενη από τον ίδιο «**βασική σύγκρουση**»). Το γεγονός ότι ο σχιζοφρενής παρουσιάζει μια γενικότερη **αμφιροπία** οφείλεται σε μια γενίκευση της αρχικής κεντρικής **πυρηνικής αμφιροπίας** ή στην αποφυγή της κάθε απόφασης (αναποφασιστικότητα). Οι προαναφερθείσες ψευδολύσεις στη βασική σύγκρουση (απομόνωση ή συγχώνευση) είναι στερητικές για το υποκείμενο με αποτέλεσμα την ανάπτυξη επιθετικότητας, η επεξεργασία της οποίας (άμυνες) καταλήγει σε δευτερογενείς, επίσης σημαντικές συγκρούσεις. Οι χρόνιες ψυχωσικές άμυνες (πρωτίστως διάψευση, διχοτόμηση, προβολή, προβολική ταύτιση) οδηγούν σε απώλεια πολλών ψυχικών ικανοτήτων.

Ο Μέντζος (1999) δίνει χαρακτηριστικά το εξής κλινικό παράδειγμα για να δείξει την τρομερή αντίθεση και ενδοψυχική σύγκρουση μεταξύ **αυτόφυλων** και **ετερόφυλων** τάσεων: «*μια ασθενής με ένα οξύ σχιζοφρενικό σύνδρομο που νοσηλεύεται σε ένα κλειστό ψυχιατρικό τμήμα, μου σηματοδοτεί, καθώς πλησιάζω στο κρεβάτι της, αρχικά με το βλέμμα και γενικότερα με τη στάση της ότι με υποδέχεται ευχαρίστως. Μάλιστα μου κάνει χώρο για να καθίσω στην άκρη του κρεβατιού της ώστε να μην είμαι όρθιος. Μοιάζει να με προσκαλεί να συνομιλήσω μαζί της. Ακολουθώ αυτήν τη μη λεκτική πρόσκληση και κάθομαι στην άκρη του κρεβατιού. Για λίγα δευτερόλεπτα αυτή η φιλική διάθεση παραμένει στην έκφραση του προσώπου της και στα λίγα λόγια που λέει. Όμως σε λίγο αλλάζει τελείως απότομα –χωρίς εγώ να έχω προλάβει να πώ τίποτα-με κοιτάζει εχθρικά και με φτύνει γεμάτη μίσος στο πρόσωπο. Όμως ταυτόχρονα, τη στιγμή που εγώ πηγαίνω αυτόματα να σηκωθώ, με κρατάει από το χέρι κοντά της σα να μη θέλει να απομακρυνθώ».* (σελ. 2) Βέβαια, κατά τον συγγραφέα, τέτοια εμφανή, ζωντανά και εντυπωσιακά επεισόδια παρουσιάζονται μόνο στις οξείες, πρόσφατες, «φρέσκιες» και όχι στις χρονικοποιημένες ψυχώσεις, στις οποίες η **σύγκρουση** σκεπάζεται και κρύβεται από πολλά στρώματα αμυνών και από επανορθωτικές αντιδράσεις, ώστε να μην μπορούμε να την αναγνωρίσουμε εύκολα.

Τα συμπτώματα της ψύχωσης είναι-όταν τα αναλύουμε υπό το πρίσμα του **συγκρουσιακού μοντέλου**- ένα είδος συμβιβαστικών «λύσεων» της σύγκρουσης. Αυτοί οι συμβιβασμοί είναι μεν ανάλογοι με εκείνους των νευρώσεων, αλλά σε ένα πολύ πιο χαμηλό και πρωτόγονο επίπεδο και με πολύ περισσότερα μειονεκτήματα και αρνητικές επιπτώσεις. Ο Μέντζος (1999) σημειώνει ότι, όπως και στην νεύρωση, οι ψυχωτικοί αμυντικοί μηχανισμοί δεν αποσκοπούν μόνο στην άμυνα (καταπολέμηση του άγχους, διάσωση της συνοχής εαυτού κ.λ.π) αλλά εξυπηρετούν κατά κάποιον τρόπο και την ικανοποίηση, την ευχαρίστηση, την εκπλήρωση αναγκών και επιθυμιών. Επί παραδείγματι, πέραν του **ερωτικού παραληρήματος**, και το **παραλήρημα σχέσης**, το **διωκτικό παραλήρημα** και το **παραλήρημα ελέγχου** εξασκούν, πλην της αμυντικής προστασίας και την **ηδονή**. Φερ'επειν στο **διωκτικό παραλήρημα** δεν πρόκειται μόνο για προβολή ενδοψυχικής επιθετικότητας, αλλά και για διατήρηση ενός είδους σχέσης μεταξύ διώκτου και διωκόμενου, μιας σχέσης η οποία όπως φαίνεται είναι η μόνη που μπορεί να πραγματοποιηθεί και να διατηρηθεί ακόμα, κάτω από τις δεδομένες και κυριαρχούσες πολύ δυσχερείς συνθήκες (αυτό φαίνεται είχε υποπέσει και στην αντίληψη του Freud όπως δείχνουν μερικοί υπαινιγμοί του στην περίπτωση Schreber).

Εν πολλοίς ο Μέντζος διατείνεται ότι μερικά από τα συμπτώματα στην ψύχωση αποτελούν ίσως ένα είδος συμβιβασμού μεταξύ **επιθυμίας επαφής** με το **αντικείμενο** και **άμυνας** εναντίον του, π.χ. η *επίδραση της σκέψης* (ο ασθενής ζει με την εντύπωση ότι οι ιδέες του δεν είναι δικές του αλλά του επιβάλλονται απ'έξω), τα *παραληρήματα ελέγχου* (συναισθήματα παρορμήσεις, σκέψεις ή πράξεις του δεν οφείλονται στη δική του θέληση αλλά του έχουν επιβληθεί και ελέγχονται από κάποια ξένη δύναμη).

Σε άλλα συμπτώματα φαίνεται να υπερισχύει η άμυνα. Σε μια περίπτωση (Μέντζος 1999), κατά τη διάρκεια μιας ψυχιατρικής παράδοσης για φοιτητές, έγινε η παρουσία μιας νεαρής γυναίκας με οξεία σχιζοφρενική ψύχωση. Μια αδερφή έφερε την ασθενή στην αίθουσα των παραδόσεων. Η ασθενής δεν κάθισε στην καρέκλα που της προσφέρθηκε αλλά πήγε να καθίσει δίπλα σε μια φοιτήτρια που παρακολουθούσε. Την κοίταξε εντατικά στο πρόσωπο μερικά δευτερόλεπτα και ύστερα χαμογέλασε λέγοντας: *«τώρα ξέρω τι συμβαίνει με εμάς τις δύο. Εγώ είμαι εσύ και εσύ είσαι εγώ»*. Ιδού η περίπτωση ταυτόχρονης χρησιμοποίησης και των δύο πρωτόγονων / αρχαϊκών αμυντικών μηχανισμών: της **ενδοβολής** και της **προβολής**. Οι άμυνες του ψυχωσικού αφορούν σε απώλεια ή «*θυσία*» μερικών βασικών λειτουργιών του Εγώ με την έννοια της **σχάσης** (διχοτόμηση/διχασμός του Εγώ) και τον προσήκοντα κατακερματισμό/διάλυση του εσωτερικού κόσμου (αύξηση των β στοιχείων εις βάρος των α κατά Bion), αλλά πρωτίστως με την έννοια της **αποσυμβολοποίησης** (αμυντική κατάργηση της συμβολοποίησης). Η τελευταία συνιστά μια βαρύνουσα μεταλλαγή αφού διαφοροποιημένος ψυχισμός μπορεί να υπάρξει μόνο μέσω της συμβολοποίησης και της ανάπτυξης των συστημάτων των συμβόλων. Την ίδια στιγμή η αποσυμβολοποίηση, ως αμυντικός μηχανισμός, είναι ένας κατ'αρχήν σωστός και χρήσιμος μηχανισμός. Λειτουργεί σαν μέσο έσχατης ανάγκης κατά της εισβολικής και συγχωνευτικής

συμπεριφοράς του **πρωτογενούς αντικειμένου**. Πρόκειται για μια ενεργητική αμυντική απόσυρση από τη σχέση με το αντικείμενο μέσω μιας κατάργησης/αχρήστευσης/αποβολής των **κοινών** συμβολικών συστημάτων. Κατά τον Μέντζο (1999) ο σχιζοφρενής ασυνείδητα θυσιάζει, θα μπορούσαμε να πούμε, τα επιτεύγματα και τις λειτουργίες του Εγώ του για να απελευθερωθεί από την επιρροή του εξωτερικού, αλλά κυρίως του *εσωτερικού ενδοβλημένου πρωτογενούς αντικειμένου* (κίνδυνος απώλειας της αυτόνομης ύπαρξης του Εαυτού). Αυτό όμως έχει κόστος όπως κάθε θυσία και προσφορά του Εγώ: τον οδηγεί στην απομόνωση. Η αποσυμβολοποίηση δεν είναι τυπική μόνο στη σχιζοφρένεια. Τω όντι, τέτοιες διαδικασίες παρατηρούνται όχι μόνο στις ψυχώσεις αλλά και στις ψυχοσωματικές διαταραχές. Στην Ψυχοσωματική Σχολή των Παρισίων (μοντέλο της **χρηστικής σκέψης** ή της αλεξιθυμίας του Σιφναίου), στον χρηστικό ασθενή ο οποίος είναι επιρρεπής σε σωματοποιήσεις, η λειτουργία της συμβολοποίησης είναι ελλειμματική. Κατά ορισμένους αναλυτές οι ψυχοσωματικές διαταραχές αποτελούν μια σχετικά ευνοϊκότερη «λύση» από την ψύχωση γιατί σ'αυτές το Εγώ κατορθώνει να σώσει τη συνοχή του, είναι σα να γαντζώνεται τρόπον τινά στο σώμα για να μην περιπέσει στο χάος της ψύχωσης. Η **ψυχική αναπαράσταση** εξαφανίζεται και εδώ όπως στις ψυχώσεις αλλά ένα είδος αντιπροσωπείας της παραμένει ή εξασφαλίζεται με τη βοήθεια της σωματοποίησης. Είναι γι αυτόν το λόγο που κάποιοι υποστηρίζουν ότι η σωματοποίηση συνιστά διεξοδικότερη συμβιβαστική ικανοποίηση συγκριτικά με την ψύχωση. Με τη βοήθεια της σωματοποίησης αποφεύγεται η απώλεια συνοχής του εαυτού οπότε οι λειτουργίες του παραμένουν εν πολλοίς κανονικές. Υπό αυτό το πρίσμα θεωρείται από πολλούς σχετική *βελτίωση* η αντικατάσταση μιας ψύχωσης με μια ψυχοσωμάτωση (αλλαγές από ένα σύνδρομο στο άλλο ή φαινόμενο των εναλλασσομένων συνδρόμων).

Η **διάλυση του ψυχικού κόσμου** αφορά στην απώλεια της συνοχής και της ταυτότητας του Εαυτού. Πρόκειται για τον πρωτογονότερο και πιο απελπισμένο αμυντικό μηχανισμό, ο οποίος έχει, όμως, βέβαια, και ολέθρια αποτελέσματα. Στην περίπτωση αυτού του **κατακερματισμού** *θυσιάζεται* μια πολύ κεντρική περιοχή και λειτουργία Εαυτού. Ο Μέντζος υποστηρίζει ότι ίσως να πρόκειται για μια ηρωική προσπάθεια του εαυτού να σωθεί με το να διαλύεται ο ίδιος ενεργητικά, για να αποφύγει την εισβολή εξωτερικών παραγόντων, την ώρα που θα βρίσκεται σε παθητική κατάσταση: «είναι η πολιτική της καιγόμενης γης ή η λογική της αυτοκτονίας» (Μέντζος 1999, σελ. 3).

Ενδιαφέρον στην επιστημονική κοινότητα παρουσιάζει η άποψη του Μέντζου, ότι οι καλούμενες *ενδογενείς ψυχώσεις* είναι ένα είδος ψυχοσωματικών διαταραχών του εγκεφάλου. Πρόκειται για ψυχώσεις οι οποίες δεν είναι καθαρά ούτε ψυχογενείς, ούτε σωματογενείς αλλά ούτε και ψυχοσωματικές διαταραχές. Κατά τον συγγραφέα μπορούμε να τις συγκρίνουμε με τις **ψυχοσωματώσεις**, δηλαδή μ'αυτές τις σωματοψυχικές-ψυχοσωματικές διαταραχές, όπως είναι το έλκος του στομάχου, το βροχικό άσθμα, η κολίτιδα κ.λ.π. Στην αιτιολογία των ενδογενών ψυχώσεων παίζουν ρόλο τόσο βιολογικοί-κληρονομικοί παράγοντες, όσο και ψυχικοί /ψυχοκοινωνικοί. Ωστόσο αναρωτιόμαστε αν τα συγκεκριμένα γονίδια είναι πάντα αναγκαία, μήπως σε μερικές περιπτώσεις επαρκούν μόνο οι μη ευνοϊκές συνθήκες του περιβάλλοντος για να εξελιχθεί η σχιζοφρένεια.

2.Η Σημειολογία

-Τα **παραγωγικά συμπτώματα**: Συνιστούν «λύσεις» με προσαρμοστική αξία. Είναι ένας τρόπος να υπάρχει και να ζει το άτομο.

Παραλήρημα: το «**αλλότριο βίωμα**» του ψυχωσικού χρειάζεται και μια αλλότρια γλώσσα για να εκφραστεί, πρόκειται για μια ιδιωτική γλώσσα. Το **παραλήρημα** είναι μια ενεργός παραγωγή, ένα επίπονο ψυχικό έργο, που ο ασθενής επεξεργάστηκε για να προφυλαχτεί από έναν ασυνείδητο κίνδυνο (περισσότερο εσωτερικό παρά εξωτερικό). Παραλήρημα μεγαλείου, διωκτικό κ.λ.π.

Μια ψυχωσική που νοσηλευόταν στο τμήμα βραχείας νοσηλείας του Αιγινήτειου Νοσοκομείου υποστήριζε (παραλήρημα) ότι κάθε βράδυ την επισκεπτόταν ένας (γνωστός) βουλευτής, της έκανε έρωτα, είχε μάλιστα αποκτήσει μαζί του δύο παιδιά. Εδώ το παραλήρημα εγκαθίστατο, το πιθανότερο, ως άμυνα ενάντια στην αιμομικτική επιθυμία με τον πατέρα.

Η πιο αρχέγονη μορφή της εξελικτικής πορείας του ναρκισσισμού/ομοφιλοφιλίας είναι εκείνη όπου το υπό διαμόρφωσιν Εγώ παρασύρεται, παρακινείται αποπλανείται από την περιοχή του **πρωτογενούς ναρκισσισμού** προς τον κόσμο των αντικειμένων τα οποία δε μπορεί παρά να είναι πανομοιότυπα με το Εγώ και γι αυτό ακίνδυνα για το υποκείμενο. Σημειώνουμε ότι κατά τον Lienemann (στον Τζαβάρια 2001) η είσοδος του ατόμου στην πραγματικότητα συντελείται διαμέσου ενός **αρχαϊκού παραληρήματος** το οποίο έγκειται στην αρχική προβολική παραμόρφωση των αντικειμένων, στη μεταποίηση τους σε οντότητες όμοιες με αυτό. Στον έρωτα παλινδρομούμε και παραληρούμε (ψύχωση) βλέποντας το άλλο ως όμοιο με εμάς «*εμείς οι δύο μοιάζουμε σαν δυό σταγόνες νερό*».

Ψευδαισθήσεις: Το υποκείμενο μπορεί να αντιλαμβάνεται πράγματα που δεν υπάρχουν π.χ. φωνές που να του λένε τι να κάνει κ.λ.π (ακουστικές ψευδαισθήσεις), ή να βλέπει ανθρώπους ή αντικείμενα που στην πραγματικότητα δεν υπάρχουν (οπτικές ψευδαισθήσεις).

Αποδιοργανωμένη σκέψη: π.χ. έλλειψη φυσιολογικού ειρμού (διαταραχή στη δομή και την οργάνωση της σκέψης)

Διαταραχές του συναισθήματος: απροσφορότης (π.χ. μπορεί να λέει ότι καταδιώκεται από δαίμονες και ταυτόχρονα να γελάει), συναίσθημα επίπεδο ή αμβλύ (μείωση της συναισθηματικής εκφραστικότητας). Η συναισθηματική

αμβλύτητα ονομάζεται και **συναισθηματική άνοια**. Επίσης κατάθλιψη, αμφιθυμία και άγχος. Η **κατάθλιψη** (καταθλιπτικό σύνδρομο) μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε φάση της σχιζοφρένειας, ακόμα και πριν την εκδήλωση της ψύχωσης (προψυχωτική κατάθλιψη ή μεταψυχωτική, μετά την οξεία φάση) και οδηγεί συχνά στην αυτοκτονία (Αυτοκτονία: δυνητικός κίνδυνος, υψηλότερη συχνότητα αυτοκτονιών στους σχιζοφρενείς απ'ότι στον γενικό πληθυσμό. Εξαιρετικά δύσκολη η πρόβλεψη).

3. Η Θεραπευτική σχέση/ συνομιλία με τον ψυχωτικό

Το **θεραπευτικό πλαίσιο** συνίσταται από τον **ασθενή**, τον **θεραπευτή**, τον **χώρο**, τον **χρόνο** και τον **σκοπό** (το θεραπευτικό αποτέλεσμα). Το ζητούμενο είναι η αποκατάσταση του ψυχωτικού για αφήγηση, η επανα-οικειοποίηση του με τη λειτουργία της σκέψης, την απόκτηση κάποιας ικανότητας για ενδοσκόπηση. Κάτι τέτοιο μοιάζει αδύνατο χωρίς την ουσιαστική «δανειοδότηση» του δικού μας προσυνειδητού, χωρίς τη δικιά μας διαρκή επόπτευση των αντιμεταβιβαστικών φαινομένων (ατομική εποπτεία, στήριξη από τα μέλη μιας ομάδας εργασίας).

Σημαντικό: η εγκατάσταση της **θεραπευτικής συμμαχίας**. Η θεραπεία αφορά στην αποκωδικοποίηση των παραδοξοτήτων του σχιζοφρενούς. Κατά τον Schneider (στην Πάσχου 2003) το αίσθημα της έλλειψης κάθε επαφής με τον σχιζοφρενικό εκ μέρους του ιατρού αποτελεί το χαρακτηριστικότερο διαγνωστικό-αλλά υποκειμενικό- σύμπτωμα. Γίνεται λόγος για το «**ανοίκειο**» **αίσθημα** που προκαλεί στο γιατρό η επαφή του με τον σχιζοφρενή.

Είναι προεξάρχουσα η άρνηση των σχιζοφρενών να ανταποκριθούν στις προσμονές των νευρωτικών ψυχοθεραπευτών ως προς την προσδοκώμενη μεταβιβαστική ετοιμότητα. Τω όντι, επειδή οι ψυχωτικοί δεν ανταποκρίνονται στις ωριμότερες ανάγκες σύναψης αντικειμενοτρόπων σχέσεων του αναλυτή προκαλούν αδιαφορία, απέχθεια, συναισθήματα αποστροφής και αποφυγής. Η Ποταμιάνου (2001) κάνει λόγο για την **αμφιθυμία** του ειδικού στην ψυχοθεραπεία ψυχωτικών

ασθενών η οποία καθιστά το αντικείμενο «ολισθηρό». Σε ορισμένες περιπτώσεις ο ψυχοθεραπευτής μπορεί να εμφορείται από ένα αίσθημα παράλογο, ένα βίωμα φόβου, να βρίσκεται εκτεθειμένος σε ένα κλίμα διάχυτης καχυποψίας. Δεν πρόκειται για ένα φόβο που συνδέεται με την πιθανή έκφραση βίας εκ μέρους του ψυχωτικού αλλά για το ότι αυτή η βία δεν είναι αναπαραστάσιμη. Αυτό προξενεί μια σειρά ασυνείδητων και ενσυνείδητων **αντιμεταβιβαστικών** δυσχερειών: το ψυχωτικό άτομο αποκρούει τη σύναψη μιας σχέσης σύμφωνα με τις υφιστάμενες συναισθηματικές ανάγκες ενός ψυχοθεραπευτή ή ψυχιάτρου.

Η αντιμεταβίβαση είναι ίσως το δυσκολότερο πρόβλημα κατά τη θεραπεία του ψυχωτικού. Στην ανάλυση των ψυχωτικών ασθενών ο αναλυτής επιφορτίζεται με μια ένταση πολύ διαφορετική ποιοτικά και ποσοτικά, από ότι με τους νευρωτικούς: οι ψυχωτικοί καταλαμβάνουν τον εσωτερικό μας χώρο, είναι σα να μας κατοικούν (βέβαια, αν το καταφέρουν, σημαίνει ότι κάπου το θελήσαμε..). Ο Racker (στον Στυλιανίδη 2002) υποστηρίζει ότι υπάρχει η ανάγκη επαγρύπνησης του αναλυτή προκειμένου να ελέγξει και να εποπτεύσει τις δικές του επιθετικές αντιδράσεις, σε απάντηση της επιθετικότητας του αναλυόμενου. Γίνεται λόγος για παράδοξες συμπεριφορές εκ μέρους του θεραπευόμενου, για διαρκείς επιθέσεις σε κάθε μορφής δεσμό (link) που υφάινεται, για την προσπάθεια του ασθενούς να μας τρελάνει. Τω όντι, ο Searls (στον Μέντζο 1999), διατείνεται πως ο θεραπευτής μπορεί να έχει το συναίσθημα ότι ο ασθενής προσπαθεί να τον κάνει τρελό. Επιπροσθέτως είναι ως εάν να επιχειρεί να αποβάλλει κάθε τι που σκεφτόμαστε να του προσφέρουμε, γίνεται ακόμα λόγος για μεγαλομανιακή επιθυμία ελέγχου των άλλων. Μπορεί επίσης να προσπαθεί να προκαλέσει στον αναλυτή την ίδια ψυχική ένταση που αισθάνεται (προβλητική ταύτιση), το μίσος, τους χειρισμούς που κάνει, την απόρριψη, ώστε να μπορέσει στη συνέχεια να τον κατηγορήσει για εγκατάλειψη και επαγγελματική ανικανότητα. Ο **φθόνος** του ψυχωτικού υποκειμένου είναι συχνά καταλυτικός για την ψυχική του λειτουργία: ο ασθενής μας φθονεί τρομακτικά με ένταση και με οδύνη, φθονεί συχνά την ψυχική υγεία μας. Από την άλλη μεριά, οι περιγραφές της ασυλικής ψυχιατρικής και η **αντιμεταβίβαση** στις ψυχοθεραπείες καταμαρτυρούν ότι το μίσος των ειδικών κατά των ψυχωτικών μπορεί να είναι αδυσώπητο (μίσος μέσα στην αντιμεταβίβαση).

Ο σεβασμός των ενδοψυχικών αντιδράσεων του ασθενούς σχετίζεται με την ικανότητα του θεραπευτή ν'αποδεέχεται τον φόβο του ψυχωτικού που τον απομακρύνει από κοντά του (αντοχή της ψυχωτικής μεταβίβασης) υπό την απειλή της **συγχώνευσής** του (μεταβιβαστικά ο αναλυτής γίνεται το **πρωταρχικό αντικείμενο** το οποίο προκαλεί στον ψυχωτικό ασθενή άγχος συγχώνευσης). Αν κάτι γνωρίζει ν'ανταμείβει ένας ψυχωτικός είναι η ατμόσφαιρα της ελευθερίας στη

διάρκεια μιας ψυχοθεραπείας που του παρέχει τη δυνατότητα να εγκαταλείπει ανά πάσα στιγμή τη σχέση του με τον θεραπευτή δίχως να καταδιώκεται από ένα συναίσθημα ενοχής. Αυτή η εμπειρία αποβαίνει συχνά σωτήρια για την ίδια τη σχέση στην οποία ο σχιζοφρενής επανέρχεται, έστω και ύστερα από μεγάλα χρονικά διαστήματα. Ο Freud το 1911 στην ανάλυση του δικαστού Schreber υποστήριζε ότι δε μπορούμε να αναλάβουμε τέτοιους ασθενείς ή δε μπορούμε να τους κρατήσουμε για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Το θεραπευτικό συμβόλαιο και η τήρησή του αποτελεί μια ασπίδα της σχέσης του αναλυτή με τον ψυχωσικό ασθενή και έναν «τρίτο» στο βαθμό που επιτρέπει μια μερική διευθέτηση του **άγχους συγχωνεύσεως**.

Επιχειρείται ο τρόπος ώστε να κάνουμε **συναισθηματική επαφή** με τον ψυχωτικό/σχιζοφρενικό άρρωστο. Κεντρικό σημείο της συνάντησης δεν είναι η διάγνωση, αλλά η επικοινωνία: να βρει ο ψυχοθεραπευτής κάτι **κοινό** ανάμεσα σε εκείνον και τον ασθενή, και να το αναδείξει ως σημείο επαφής. Να χειριστεί την κατάσταση με τέτοιον τρόπο ώστε ο ασθενής τον **εμπιστευτεί**, να συνεννοηθούν και να ξανάρθει. Ψάχνουμε ένα σημείο **ταύτισης**, επί παραδείγματι οι αφηγήσεις του ασθενούς π.χ. για τις ταινίες που βλέπει μπορούν να διακινούν τα σχόλια και το ενδιαφέρον μας. Οι άνθρωποι επικοινωνούν όταν χρησιμοποιούν μια κοινή γλώσσα άσχετα αν η γλώσσα αυτή είναι ο λόγος, η μιμική, η ζωγραφική ή η μουσική.

Οι θεραπευτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούν τα σωματικά αισθήματα, τη ζωγραφική ή άλλες εικονοποιήσεις και μορφοποιήσεις, προσπαθούν συν τοις άλλοις να αντισταθμίσουν και να αντικαταστήσουν τα ελλείμματα της επικοινωνίας τα οποία επιφέρει η **αποσυμβολοποίηση** του ψυχωτικού. Εδώ ο θεραπευτής προσπαθεί να χρησιμοποιήσει άλλα κανάλια επικοινωνίας, αφού τα κύρια κανάλια του λόγου και της γλώσσας είναι διακεκομμένα ή διαταραγμένα.

Στην ψυχανάλυση το εργαλείο της δουλειάς μας είναι ο λόγος. Στην επικοινωνία με ψυχωτικούς δεν πρόκειται για επαφή θεραπευτού-ασθενούς μόνο μέσω του λόγου (ο οποίος βέβαια παίζει μεγάλο ρόλο) αλλά και για μια **μη λεκτική συναισθηματική σχέση**, για μη λεκτικές σηματοδοτήσεις και ανταλλαγές μηνυμάτων μεταξύ των δύο.

Μπορώ να πω σε έναν παραληρηματικό ασθενή σχετικά ανοιχτά ότι δεν πιστεύω στην πραγματικότητα των ιδεών του εφόσον όμως την ίδια στιγμή του σηματοδοτώ με τη γενική μου στάση, με τον τόνο της φωνής μου και την έκφραση του προσώπου μου ότι ακούω σοβαρά αυτά που

μου λέει και ότι, επιπροσθέτως, προσπαθώ να καταλάβω το περιεχόμενο του παραληρήματός του αν και κάπως διαφορετικά απ'ότι το καταλαβαίνει εκείνος. Πρόκειται για συνδυασμό μεταξύ σηματοδοτήσεων οι οποίες από τη μια **διαφοροποιούν**, από την άλλη όμως υπογραμμίζουν και δίνουν έμφαση στη σχέση των δύο, ένα cocktail θα λέγαμε, το οποίο περιέχει ταυτόχρονα τόσο τη διαφορά όσο και τη σύνδεση του θεραπευτή με τον ασθενή του. Με αυτόν τον τρόπο ο θεραπευτής προτείνει/προσφέρει στον ασθενή ένα άλλο είδος σχέσης, διαφορετικής από εκείνες που μέχρι τώρα ήταν συνηθισμένες. Δεν ταυτίζομαι με τον ασθενή όσον αφορά το περιεχόμενο του παραληρήματος αλλά και ταυτίζομαι μαζί του με την έννοια ότι ο ασθενής αισθάνεται από την όλη στάση μου πόσο σοβαρά παίρνω αυτό που τον κάνει να υποφέρει. Το ίδιο συμβαίνει αν προσπαθήσω, όπως το κάνει ο Benedetti (στον Μέντζο 1999), να βρω θετικά στοιχεία μέσα στην τρελή του ιδέα, δηλαδή αν τον πείσω ότι προσπαθώ να βρω τις θετικές απόψεις των ιδεών του (θετικοποίηση). Η θεραπευτική σχέση είναι μια σχέση στην οποία κανένας δεν απορροφάει ή καταστρέφει τον άλλον, ούτε αφήνει τον εαυτόν του να απορροφηθεί ή να καταστραφεί από τον άλλον. Πρόκειται για μια συνάντηση **ισότιμων προσώπων** τα οποία ζητούν σύνδεση, συνεννόηση και **μερική ταύτιση** σχετικά με ορισμένα περιεχόμενα, ιδέες και συναισθήματα χωρίς όμως οι δύο τους να χάνουν την ανεξαρτησία τους. Αυτό που χρειάζεται ο σχιζοφρενής από τον θεραπευτή του είναι ο συνδυασμός μεταξύ αποστασιοποίησης από τη μια και εναισθητικής συμμετοχής από την άλλη. Κατά τον Μέντζο (1999) δεν πρόκειται τόσο για μια συνειδητή τακτική, αλλά για μια εν πολλοίς διαισθητικά λαμβανόμενη στάση. Το νόημα και ο σκοπός αυτής της θεραπευτικής τακτικής είναι να προσπαθήσουμε να διατηρήσουμε την επαφή με τον ψυχωτικό ασθενή περπατώντας μεταξύ από τη μια μεριά της «Σκύλλας» (μιας πολύ μεγάλης εγγύτητας και συμβίωσης) και από την άλλη μεριά της «Χάρυβδης» (μιας πολύ μεγάλης απόστασης). Ο απώτερος στόχος μας είναι να δώσουμε στον ασθενή την ευκαιρία να έχει καινούργιες εμπειρίες που θα του δείχνουν πρακτικά ότι είναι δυνατό δύο ανεξάρτητα πρόσωπα να έχουν μια στενή και έντονη σχέση χωρίς να χρειάζονται επιπρόσθετες ασφάλειες με ψυχωτικούς αμυντικούς μηχανισμούς επειδή *τάχα* κινδυνεύουν να χάσουν τον εαυτόν τους. Ο ασθενής φοβάται τόσο τη **συγγένευση** όσο και τη **μοναξιά της αυτιστικής απόσυρσης**. Γι αυτό, σε κρίσιμα σημεία της θεραπείας του όλο και ξαναγλυστράει (παλινδρομεί) στα **συμβιβαστικά σχήματα** που αποτελούν τα κλασικά **ψυχωτικά** συμπτώματα (ψυχωτικές συμπεριφορές). Όμως με την πάροδο του χρόνου, εφόσον υπάρχουν ευνοϊκές συνθήκες και επιτυχείς πορείες τέτοιων θεραπειών, ο ασθενής τολμάει όλο και πιο συχνά να παραμείνει μέσα σε μια σχετικά *ανοιχτή σχέση* με τον θεραπευτή: όσο συχνότερα και εντατικότερα έχει τέτοιες εμπειρίες τόσο περισσότερο ελαττώνεται ο κίνδυνος και η αναγκαιότητα ενεργοποίησης παλινδρομικών αμυνών. Ωστόσο, υπάρχουν *ενδιάμεσα στάδια* κατά τα οποία ο ασθενής υποφέρει πολύ. Τω όντι, ενώ μπορεί να έχει φτάσει σε ένα επίπεδο στο οποίο παραιτείται από ένα μέρος της ψυχωσικής του άμυνας, εντούτοις συχνά δεν έχει ακόμα εξοικειωθεί με τις εξελικτικά ωριμότερες/ρεαλιστικότερες μορφές αντιμετώπισης των συγκρούσεων. Μια ασθενής, εν μέσω ενός τέτοιου ενδιάμεσου σταδίου (στον Μέντζο 1999), κατηγόρησε- μεταξύ σοβαρού και αστείου- τον θεραπευτή της ότι της *έκλεψε την ψύχωση*.

Εν κατακλείδι η προτεινόμενη τεχνική στη θεραπεία της ψύχωσης συνίσταται στην προσπάθεια του θεραπευτή αφ' ενός μεν να αποφύγει να συμπλεύσει και να συμπαίξει ολοκληρωτικά και χωρίς αντίσταση στην ψυχωτική μεταβίβαση, όπως επιθυμεί ασυνείδητα ο ασθενής, αφετέρου δε να προσπαθεί να είναι ολοκληρωτικά παρών, «engaged» και εμπραθητικός. Πρόκειται για ένα «μίγμα» αποστασιοποίησης και εντατικής συμμετοχής μέσω του οποίου ο θεραπευτής προσπαθεί να βοηθήσει τον ασθενή να έχει καινούργια βιώματα. Προσπαθεί να πείσει τον ασθενή για την ύπαρξη και αξία των σχέσεων μεταξύ ισотίμων αυτόνομων προσώπων, για την δυνατότητα εγκατάστασης μιας αυτόνομης ύπαρξης εντός μιας εντατικής σχέσης και συναλλαγής.

Η επιτυχία της **πρώτης συνάντησης** εξαρτάται από την επιθυμία του θεραπευτή: το κίνητρο του θεραπευτή να επικοινωνήσει με τον άρρωστο παίζει ίσως τον καθοριστικότερο ρόλο στην έκβαση της συνεδρίας.

Ωστόσο ο Racamier (2001) υποστηρίζει ότι πρέπει να ιαθούμε από την επιθυμία μας να ιάσουμε. Η μεγαλομανία των ψυχωτικών ασθενών και των οικογενειών τους δε μπορεί παρά να διεγείρει και τη μεγαλομανία/ παντοδυναμία του ειδικού, τις φαντασιώσεις του που τείνουν να στοχεύουν σε μια ίαση ιδανική και απόλυτη. Και ιδού το **δίλλημα** του ψυχοθεραπευτή: να κάνει βίαια το πένθος της ίασης, να υποταχτεί στην αποδοχή μιας οριστικής και αμετάκλητης ναρκισσιστικής ήττας, να εγκαταλείψει την παιδική παντοδυναμία του. Πρόκειται για τον ενταφιασμό της εξιδανίκευσης (η «ασθένεια της εξιδανίκευσης» όπως λέει η Smirgel, στον Στυλιανίδη 2001), το πένθος του **συνδρόμου του σωτήρα**. Ο Racamier έγραφε «είναι βέβαιο ότι δε μπορούμε να ιάσουμε, αλλά αφήνουμε να ιαθούν», ενώ ο Racker (στον Στυλιανίδη 2001) σημειώνει «εγώ τον φρόντιζα, ο Θεός τον **θεράπευε**» (σελ.13).

Η ανάγκη του ψυχωσικού να ιαθεί, συνυπάρχει με όλο τον **φόβο** της **αλλαγής**. Κάθε θεραπεία, κάθε αλλαγή μπορεί να είναι μια κρίση. Καθίσταται εξαιρετικά επίπονη διαδικασία να δείξουμε στον ασθενή ότι κάθε αλλαγή συγκροτείται κυρίως από μια απώλεια. Για τον σχιζοφρενή «αλλάζω» σημαίνει ότι χάνω μια αμυντική θωράκιση που έχω εκπονήσει ο ίδιος ως ένα παραληρητικό επίτευγμα του Εγώ και που μου χρησιμεύει για να επιβιώνω, και ιδού το αδυσώπητο **ΔΙΛΗΜΜΑ**: αν δεν αλλάξω σημαίνει αφανισμός, αλλά αλλαγή σημαίνει θάνατος.

Δεν ισχύει απόλυτα ότι ο ψυχωσικός έχει χάσει κάθε επαφή με την κοινή λογική. Τώρα παραληρεί, όμως λίγους μήνες νωρίτερα χρησιμοποιούσε τη δική μας κοινή λογική για να σκέπτεται και να αντιδρά. Ο σχιζοφρενής την ίδια στιγμή αντιλαμβάνεται τον κόσμο (τόσο τον εξωτερικό όσο και τον εσωτερικό) με δύο τρόπους: τον κοινό τρόπο των ανθρώπων και τον δικό του ιδιωτικό τρόπο.

Το **φλέγον ερώτημα** διατυπώνεται ως εξής: ο σχιζοφρενής θέλει να μιλήσει μαζί μου; Άρα είναι δυνατή μια ψυχοθεραπεία της σχιζοφρένειας; Πως θα μπορέσουμε να πλησιάσουμε τον ασθενή και πώς θα μπορέσει να αναπτυχθεί μια θεραπευτική σχέση, αφού αυτός φοβάται το αντικείμενο το οποίο του φαίνεται επικίνδυνο; Επιπροσθέτως αισθάνεται ότι κινδυνεύει να απορριφθεί από το αντικείμενο και να χάσει έτσι την ταυτότητα και την ύπαρξή του. Επομένως θα το αποφύγει, ή θα το καταπολεμήσει, ή θα αποσυρθεί ή, τέλος, θα προσπαθήσει να το εξαφανίσει αναιώντας/ακυρώνοντας την ύπαρξη ενός υποκειμένου και ενός διαφορετικού από αυτό αντικειμένου (κατάργηση Εγώ-Μη Εγώ).

Όμως, όπως προαναφέρθηκε, κοντά σε όλο αυτό υπάρχει ακόμα και στις πιο βαριές περιπτώσεις ψυχώσεων, μια ισχυρή τάση επαφής με το αντικείμενο και επανεγκατάστασης του απολεσθέντος αντικειμένου. Μια τάση η οποία εκδηλώνεται έμμεσα κυρίως σε αυτό που ονομάζουμε **μεταβίβαση**.

Ως γνωστόν ο Freud ήταν πολύ διστακτικός για τις δυνατότητες της ψυχανάλυσης στη σχιζοφρένεια, γιατί πίστευε ότι ο σχιζοφρενής εξαιτίας του ναρκισσισμού του και της αυτιστικής οπισθοχώρησης στον εαυτόν του δεν είναι σε θέση ν'αναπτύξει **μεταβίβαση**. Σήμερα όμως ξέρουμε ότι και ο ψυχωτικός μεταβιβάζει και μάλιστα ότι η μεταβίβασή του έχει έναν πολύ εντατικό και ολοκληρωτικό χαρακτήρα. Κατά τον Μέντζο το φαινόμενο της μεταβίβασης γενικά και όχι μόνο στις ψυχώσεις δεν είναι μόνο μια αυτόματη κινητοποίηση παλιών, απηθημένων και **μη ικανοποιημένων νηπιακών** αναγκών και επιθυμιών, αλλά έχει μια βαθύτερη διάσταση: είναι μια διαρκώς επαναλαμβανόμενη προσπάθεια μιας αναβίωσης και μιας κινητοποίησης των παλιών επώδυνων **τραυματικών** σχέσεων και εμπειριών, η οποία μολονότι είναι μια αυτόματη διαδικασία, εντούτοις φαίνεται να έχει νόημα και σκοπό. Πρόκειται για την ανάγκη της έκφρασης και δραματοποίησης αυτού που υπέφερε το άτομο τότε, αλλά και για ένα είδος προσδοκίας, ότι αυτήν τη φορά η έκβαση, το αποτέλεσμα θα κρείται καλύτερο, θετικό. Τέτοιες τάσεις και μηχανισμοί παρατηρούνται λίγο πολύ σε όλους τους ανθρώπους, όχι μόνο σε νευρωτικούς ή ψυχωτικούς. Εντούτοις, σε ανθρώπους με βαρείς τραυματικές εμπειρίες, η αναζωογόνηση και δραματοποίηση του παλαιού σχήματος συνήθως εκλύει πολύ ισχυρούς φόβους οδηγούν στην κινητοποίηση της άμυνας, της νευρωτικής, της ψυχωτικής ή της ψυχοσωματικής. Τα παλιά αντιδραστικά σχήματα υπερισχύουν και προκαλούν εμπόδια και περιπλοκές στην επαφή και επικοινωνία με το αντικείμενο, έτσι ώστε να ματαιώνεται η αρχικά καλή πρόθεση της μεταβιβαστικής κίνησης. Τότε η τελευταία, αντί να οδηγήσει στην ίαση της παλιάς ουλής, οδηγεί αντίθετα σε καινούργιες τραυματικές εμπειρίες. Είναι αυτήν ακριβώς την αρνητική εξέλιξη την οποία η θεραπευτική μας τεχνική προσπαθεί να βοηθήσει τον ασθενή να αποφύγει, τουλάχιστον μέσα στη συνάντηση ασθενούς-θεραπευτού, διαμέσου της ανάλυσης αυτής της

μεταβίβασης. Στην περίπτωση της νευρωτικής μεταβίβασης μέσω των ερμηνειών μας δείχνουμε στον ασθενή ότι οι σπασμωδικές του αντιδράσεις είχαν νόημα και λειτουργικότητα στην παιδική του ηλικία, τώρα όμως είναι σχετικά ξεπερασμένες και αποτελούν μόνο ένα εμπόδιο στη ζωή του. Ελπίζουμε τοιουτοτρόπως να τον βοηθήσουμε να τολμήσει να μείνει βαθμιαία μέσα στη σχέση χωρίς να καταφεύγει σε αμυντικές αντιδράσεις.

Διαφορετικά είναι τα πράγματα με τη **μεταβίβαση του ψυχωσικού**. Εδώ συχνά οι ασθενείς αρχίζουν να παίρνουν τον θεραπευτή σα στόχο των παραληρητικών τους **προβολών** (π.χ. παραλήρημα ελέγχου) ή αρχίζουν να έχουν ψευδαισθήσεις σχετιζόμενες με αυτόν, ακριβώς όπως κάνουν και εκτός θεραπευτικής σχέσης. Ο Μέντζος υποστηρίζει ότι μόνο υπό την ευρεία έννοια του όρου θα ήταν παραδεκτό να ονομάσουμε αυτά τα φαινόμενα μεταβιβατικά (από ορισμένους χρησιμοποιείται ο όρος «ψυχωτική μεταβίβαση»). Διατείνεται ότι ο ασθενής συμπεριφέρεται σα να προσπαθεί να έχει μεν εντατική επαφή με τον θεραπευτή αλλά μόνον κάτω από τους δικούς του όρους. Ζητάει την εντατική επαφή με τον ασθενή παρά τη ναρκισσιστική του άμυνα, λόγω της «πέρας του αντικειμένου» αλλά και λόγω της έλξης που ασκεί το αντικείμενο επάνω του. Ιδού το **ΔΙΛΗΜΜΑ** μέσα στο οποίο είναι πιασμένος εντός του οποίου δε μπορεί παρά να αναπτύξει τους τρόπους επαφής που έζησε και έμαθε στην παιδική του ηλικία. Δεν του δόθηκε ποτέ η ευκαιρία να κάνει εμπειρίες σχέσεων μεταξύ ισότιμων προσώπων που αγαπούν και σέβονται ο ένας τον άλλον επειδή μεγάλωσε κοντά σε **πρωτογενή αντικείμενα** που δεν τον άφησαν να είναι αυτός που είναι και να εξελίσσεται *αυτόνομα* σαν προσωπικότητα, παρά τον εκμεταλλεύτηκαν σαν **αντικείμενο εαυτού**. Η γενική του τάση λοιπόν θα είναι να *αποσυρθεί* τελείως από τη σχέση του με τον θεραπευτή, να γίνει απλησίαστος, ή αντίθετα να κάνει μια ναρκισσιστική ταύτιση μαζί του (κολλώδης σχέση). Ιδού γιατί ο ασθενής που παραληρεί αγωνίζεται διακαώς να πείσει το περιβάλλον του (πρωτίστως τον θεραπευτή) ότι το περιεχόμενο του παραληρήματος ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα: πέρα από την *αναγκαία για την ενδοψυχική του ισορροπία* προσπάθεια να σταθεροποιήσει την *καινούργια άποψη του κόσμου* (η νεοπραγματικότητα του ψυχωσικού), ο ασθενής θέλει να βεβαιωθεί ότι ο άλλος σκέπτεται, αισθάνεται και βλέπει τον κόσμο όπως αυτός ο ίδιος, δηλαδή ότι οι δυό τους δε διαφέρουν (κατάργηση Εγώ –μη Εγώ) ακόμα και στην παραδοχή του παραληρήματος. Τω όντι, αυτό που περισσότερο απ'όλα φοβάται ο σχιζοφρενής είναι τη διαφορετικότητα του αντικειμένου, το να είναι δηλαδή ο άλλος κάτι που υπάρχει ανεξάρτητα έξω απ'αυτόν. Έτσι, είτε αποφεύγει κάθε προσέγγιση με τον θεραπευτή είτε -συμβιβαστικά -τον προσεγγίζει μεταβάλλοντάς τον και επιβάλλοντάς του τι να αισθάνεται (προβλητική ταύτιση). Προσπαθεί να μας κάνει ομοίους και να μας συγχωνεύσει, ταυτόχρονα όμως φοβάται τη **συγχώνευση** με το αντικείμενο, γιατί αυτή θα οδηγούσε σε ένα χάσιμο του εαυτού του μέσα στον άλλον. Σαν λύση στο δίλλημα επιδιώκει αμυντικά μια πρωτόγονη **προβλητική ταύτιση** κατά την οποία θα είναι ο άλλος που θα χάνεται μέσα στον εαυτόν του ασθενούς (αυτός ο ίδιος απορροφά το αντικείμενο αντί να απορροφείται απ'αυτό). Ο ασθενής αυτός δεν είχε την ευκαιρία, στις αρχές της ζωής του, να ζήσει εμπειρίες που θα του φανέρωναν τις δυνατότητες μιας εντατικής σχέσης μεταξύ δύο *ανεξαρτήτων* προσώπων που

μπορούν να ικανοποιούν τις ανάγκες και τις επιθυμίες τους χωρίς ούτε ο πρώτος να χάνεται στο δεύτερο, ούτε ο δεύτερος στον πρώτο. Για όλους αυτούς τους λόγους η εντατική ψυχοθεραπευτική σχέση είναι για τον σχιζοφρενή μια εμπειρία γεμάτη αντιφάσεις, την οποία αυτός ταυτόχρονα θέλει σφοδρά αλλά και φοβάται σε υψηλό βαθμό. Η λύση/άμυνα μιας **ναρκισσιστικής σχέσης** (προβλητική ταύτιση) είναι το μόνο μέσο που έχει ο ασθενής μέχρι τώρα στη διάθεσή του για να αντισταθεί στην ισχυρή απορροφητική επιρροή του αντικειμένου, χωρίς να παραιτηθεί τελείως από την ικανοποίηση μερικών αναγκών και επιθυμιών του για σχέση.

Ο θεραπευτής βρίσκεται κι αυτός μπροστά σε ένα δίλημα. Οφείλει από τη μια να μην ανταποκριθεί στη **συμβιωτική επιθυμία** του ασθενούς για ολική απορρόφηση από αυτόν, αλλά και να μην αντιδράσει στην επιθετικότητα, περιφρόνηση ή απελπισία του ασθενούς με ανεπιθετικότητα, με αντιπεριφρόνηση, με απαισιοδοξία κ.λ.π. Πρόκειται εδώ για ρόλους και καταστάσεις που ο ασθενής αποδίδει, καθορίζει και προσπαθεί να επιβάλλει στο θεραπευτή, στα πλαίσια της **προβλητικής ταύτισης (ψυχωτική μεταβίβαση)**. Έτσι, από τη μια μεριά ο θεραπευτής καλείται να προσπαθεί ν'αποφύγει το ρόλο που του υπαγορεύεται ασυνείδητα από τον ασθενή, από την άλλη όμως δεν πρέπει να απομακρυνθεί και να αποξενώσει τον ασθενή λέγοντάς του ότι το παραλήρημά του είναι άλογο, κουτό ή τρελό ούτε να του μεταδώσει ότι οι συμβιωτικές επιθυμίες του είναι βλαπτικές, απαγορευμένες, ανεπιθύμητες. Ούτε πρέπει να παραιτηθεί δουλοπρεπώς από κάθε υπεράσπιση του εαυτού του, όταν ο ασθενής του επιτίθεται και του δείχνει την περιφρόνησή του. Εντούτοις ο θεραπευτής καλείται να συμμετάσχει, ως ένα βαθμό, σε ένα είδος συμβίωσης με τον ασθενή του να αισθανθεί ένα μέρος της απελπισίας του, έχει να μάθει να κινείται ανάμεσα σε δύο πόλους.

Ο ψυχωτικός είναι κυριευμένος από το «αλλότριο» βίωμά του: δεν έχει χώρο για τίποτα άλλο, δε μπορεί να ασχοληθεί με τίποτα άλλο, εντούτοις δε μπορούμε να φανταστούμε ότι επιθυμεί κατ'ανάγκη να είναι μόνος με τον τρόπο του (εδώ θέλεις παρέα όταν βλέπεις ένα thriller στην τηλεόραση, πόσο μάλλον όταν ζεις ένα thriller...). Ο οποιοσδήποτε άνθρωπος σε μια τέτοια κατάσταση θέλει μέσα του πάρα πολύ να επικοινωνήσει με κάποιον έξω απ'αυτόν για να ανακουφιστεί, μόνο που του είναι αδύνατον να πάρει οποιαδήποτε ενεργητική πρωτοβουλία γιατί είναι κατακλυσμένος από το «αλλότριο» βίωμα. Είναι λοιπόν λογικό η πρωτοβουλία της επικοινωνίας να πέφτει στις πλάτες αυτού που είναι έξω απ'αυτόν. Επομένως ο ψυχωτικός ασθενής θέλει να μιλήσει σε κάποιον έξω από τον εαυτόν του, «καίγεται» από την επιθυμία να μοιραστεί το βίωμά του και το παραλήρημα είναι η προσπάθεια που κάνει να διατυπώσει σε λέξεις τις συναισθηματικές καταστάσεις που ζει. Η προϋπόθεση όμως είναι ο **εξωτερικός κόσμος** να πάει στον άρρωστο, να βρει τον δρόμο που οδηγεί στον άρρωστο για να τον πλησιάσει. Εξωτερικός κόσμος

για τον άρρωστο είναι ο θεραπευτής αλλά και ο άνθρωπος που οργάνωσε τη συνάντησή του με το γιατρό. Συνήθως είναι ένα πρόσωπο της στενής του οικογένειας, η μητέρα, ο πατέρας, η αδερφή κ.λ.π. Αυτό το πρόσωπο λειτουργεί και σαν κοινό πρόσωπο αναφοράς τόσο για τον ασθενή όσο και για τον θεραπευτή.

Το **κίνητρο** του «οργανωτή» της συνάντησης είναι πολύ σημαντικό. Αυτός έχει πάντα ένα πολύ σοβαρό αίτημα να απευθύνει στον ειδικό. Συνειδητό και ασυνείδητο αίτημα δε συμπίπτουν πάντα όπως ξέρουμε. Όμως γνωρίζουμε ότι το κίνητρο συνδέεται με το ασυνείδητο αίτημα. Σε ποιο βαθμό, ενδεχομένως, ο οργανωτής και ο γιατρός συναντήθηκαν με αφορμή τον άρρωστο για λόγους ανεξάρτητους από τον άρρωστο;

Ο θεραπευτής χρειάζεται να επιλύσει τα εξής προβλήματα:

-Να ξεκαθαρίσει με τον εαυτόν του αν επιθυμεί να αναλάβει τον ασθενή, να κατανοήσει τα συναισθήματα που δημιουργούνται εντός του την ώρα της συνάντησης. Αν ο θεραπευτής δεν καταλάβει τι συμβαίνει μέσα του πώς θα καταλάβει τι συμβαίνει γύρω του;

-Να καταλάβει τη δυναμική της σχέσης μεταξύ του «οργανωτού» της συνάντησης και ασθενούς.

-Να καταλάβει, όσο γίνεται καλύτερα, το ασυνείδητο αίτημα του «οργανωτή» της συνάντησης.

3.1 Το πρώτο τηλεφώνημα του ψυχωτικού ασθενούς στο γιατρό.

Το πρώτο τηλεφώνημα είναι η πρώτη επαφή με τον άνθρωπο που ζητάει βοήθεια. Έχει σημασία να δώσουμε χρόνο. Προσπαθούμε να συλλέξουμε όσες περισσότερες πληροφορίες γίνεται. Ρωτάμε πρωτίστως τον ασθενή ποιός τον έχει συστήσει σε εμάς. Η αναφορά στο κοινό γνωστό μας πρόσωπο μας βάζει κάπως σ' ένα κλίμα εξοικείωσης μεταξύ μας. Μετά απ' αυτό ξεκινάμε μια σχετικά ελεύθερη κουβέντα γύρω από το τι θα ήθελε να ζητήσει από μας. Είναι σπάνιες οι φορές που ένας ψυχωτικός τηλεφωνεί μόνος του στο γιατρό για να ζητήσει ραντεβού. Ο λόγος είναι προφανής αν αναλογιστούμε ότι στην ψύχωση χάνεται ένα μεγάλο μέρος των δεξιοτήτων του Εγώ να συνδιαλέγεται με τον εξωτερικό κόσμο. Ωστόσο, στην περίπτωση που αυτό συμβεί είναι ανάγκη να κρατήσουμε αρκετά το τηλεφώνημα ώστε να σχηματίσουμε μια πρώτη γνώμη, αν πρόκειται για ένα αίτημα ώριμο, καλά οργανωμένο, ή για ένα αίτημα παραλληληματικά επενδεδυμένο.

Το **ώριμο αίτημα** το αναγνωρίζουμε σχετικά εύκολα. Η δομή της σκέψης και ο λόγος του αρρώστου είναι συγκροτημένα. Σ' αυτές τις περιπτώσεις ξέρουμε ότι, το πιθανότερο, έχει προηγηθεί δουλειά με κάποιον άλλο συνάδελφο. Είμαστε πάρα πολύ προσεκτικοί στη διερεύνηση του λόγου για τον οποίο απευθύνεται σε μας. Είναι πολύ πιθανόν να απευθύνεται σε λόγω κάποιου θυμού (αρνητική μεταβίβαση) προς το γιατρό του. Τα ερωτήματα που θέτουμε είναι: Χρειάζεται να τον αποτρέψουμε από μια συνάντηση με μας; Χρειάζεται, αντίθετα, να του δώσουμε ένα rendez-vous για να καταλάβουμε καλύτερα τι θέλει; Σε κάθε περίπτωση χρειάζεται να κινηθούμε στα όρια λεπτών διαφορικών διαγνώσεων και ισορροπιών. Οι άρρωστοι υποβάλλουν πολύ συχνά σε δοκιμασία τη σχέση με το γιατρό τους. Είναι ένας τρόπος να δοκιμάσουν την αξιοπιστία και την αντοχή του «νεοαποκτηθέντος αντικειμένου», δηλ. της σχέσης με τον «άλλο», της θεραπευτικής σχέσης. Το να απευθύνονται σ' έναν άλλο γιατρό λειτουργεί σαν έλεγχος «όλων των γιατρών», δηλ. σαν έλεγχος της θεραπείας, δηλ. σαν έλεγχος του δικού του γιατρού. Πίσω από το αίτημα για ένα rendez-vous μαζί μας μπορεί να κρύβεται το ερώτημα: «μπορώ να έχω εμπιστοσύνη στο γιατρό μου;». Είναι προφανής η λεπτή θέση μας και η ευθύνη μας για το πώς θα χειριστούμε ένα τέτοιο τηλεφώνημα. Δεν αποκλείεται, βέβαια, το αίτημα που διατυπώνεται να είναι πραγματικό και ξεκάθαρο. Σ' αυτήν την περίπτωση δύο πράγματα μπορεί να συμβαίνουν: είτε μας παραπέμπει τον άρρωστο κάποιος άλλος συνάδελφος, είτε δεν πρόκειται για ψυχωσικό.

Ένα αίτημα παραληρηματικά επενδεδυμένο είναι εξαιρετικά δύσκολο να διερευνηθεί τηλεφωνικά, ακόμα και να αναγνωριστεί σαν τέτοιο. Ο κανόνας όμως που έχουμε βάλει, να δίνουμε αρκετό χρόνο στο πρώτο τηλεφώνημα, μας βοηθάει να σχηματίσουμε μια πρώτη εικόνα για την ψυχική κατάσταση του ανθρώπου που μας τηλεφωνεί και να πάρουμε αρκετές πληροφορίες για το ιστορικό του. Αν διακρίνουμε έντονη διαταραχή, ζητάμε ευθέως να συνοδεύεται στο rendez-vous που κλείνουμε μαζί του, από ένα μέλος της στενής του οικογένειας.

Ο λόγος που δίνουμε τόση σημασία στο πρώτο τηλεφώνημα μ' έναν άρρωστο είναι απλός. Γνωρίζουμε ότι, για να κάνει αυτό το τηλεφώνημα, χρειάστηκε να

συγκεντρώσει πολύ κουράγιο και περιμένει από μας να του αποδείξουμε ότι άξιζε ο κόπος, ότι δηλ. «καταλαβαίνουμε». Στην ουσία είναι η πρώτη επαφή γιατρού - αρρώστου και βέβαια θεωρούμε δεδομένο ότι είναι επενδεδυμένη με αντικρουόμενα συναισθήματα (εξιδανικευτικά και καταστροφικά). Ο γιατρός βιώνεται από τον άρρωστο που τηλεφωνεί, την ίδια στιγμή, ως «ο μάγος που σώζει» και «ο εισβολέας που σκοτώνει». Η δουλειά μας σ' ένα τέτοιο τηλεφώνημα είναι να διασωθούμε σαν «πρόσωπο», δηλ. να περάσουμε με επιτυχία τις παγίδες που μας στήνει ο ψυχωσικός μέσα στον τρόπο του και να τον πείσουμε ότι δεν κινδυνεύει αν έρθει να μας βρει. Χρειάζεται να κινηθούμε με προσοχή, θέτοντας αυστηρά οριοθετημένα πλαίσια. Αυτό σημαίνει, όχι κατευθύνουμε τη κουβέντα με τον άρρωστο μόνο στο «εδώ και στο τώρα», προσπαθώντας να καταλάβουμε, τι είναι αυτό που μας ζητάει ΤΩΡΑ. Οι απαντήσεις μας είναι συγκεκριμένες και οριοθετημένες και περιορίζονται σε απαντήσεις που μας αφορούν. Αποφεύγουμε οποιαδήποτε γνώμη ή κρίση πάνω σ' αυτά που μας λέει. Αν καταλήξουμε να συμφωνήσουμε σε rendez-vous, φροντίζουμε να δώσουμε χρόνο άμεσα σχεδόν. Ο ψυχωτικός άρρωστος δεν μπορεί να περιμένει, γιατί για αυτόν ο χρόνος δεν υπάρχει. Ζεί στο «τώρα» ή στο «ποτέ». Πολύ συχνά ένα τέτοιο τηλεφώνημα είναι μόνο μια «άσκηση» για τον άρρωστο και τελικά δεν βρίσκει το κουράγιο να έρθει στο ραντεβού.

Το συνηθισμένο όμως είναι, το τηλεφώνημα στο γιατρό για ένα rendez-vous να το αναλαμβάνει ένα μέλος της στενής οικογένειας. Σ' αυτήν την περίπτωση, πέρα από τις κλασικές προκαταρκτικές ερωτήσεις, ποιός τους στέλνει σε μας, ποιό είναι το αίτημά τους, κ.λ.π, ζητάμε αρκετά στοιχεία για το ιστορικό και την παρούσα κατάσταση του αρρώστου, καθώς και για την κατάσταση που επικρατεί στην οικογένεια. Εννοείται ότι διερευνούμε ιδιαιτέρως τη σχέση του ανθρώπου που τηλεφωνεί με τον άρρωστο. Ανάλογα με το τι συμβαίνει, θα οργανώσουμε τη πρώτη συνάντηση. Εδώ οι περιπτώσεις είναι ποικίλες. Μπορεί ο άρρωστος να βρίσκεται σε κρίση και η οικογένεια σε πανικό. Μπορεί ο άρρωστος να είναι χρόνια αποσυρμένος και η οικογένεια τρομερά ενοχοποιημένη που άρχισε να ευαισθητοποιείται μόλις τώρα. Μπορεί ο άρρωστος να νοσηλεύεται και η οικογένεια να θέλει μια δεύτερη γνώμη ζητώντας να διαψεύσει την πραγματικότητα της αρρώστιας. Μπορεί ο

άρρωστος να συμφωνεί να δει γιατρό, μπορεί να αρνείται επιμόνως. Ο κατάλογος με το τι μπορεί να συμβαίνει είναι μακρύς. Πάντως όπως και να 'ναι, στην περίπτωση που μας τηλεφωνεί ένας γονιός για το παιδί του, το πρώτο-πρώτο rendez-vous κλείνεται μ' αυτόν που τηλεφωνεί ζητώντας να έρθει, αν είναι δυνατόν, και ο άλλος γονιός. Αν είναι ένα άλλο πρόσωπο (αδερφός, θείος, κ.λπ.) το οποίο κάνει το πρώτο τηλεφώνημα, ζητάμε να γίνει ένα νέο τηλεφώνημα από έναν από τους γονείς. Ο λόγος είναι ότι, από τη πρώτη κιόλας αρχή είναι ανάγκη να οριοθετήσουμε ξεκάθαρα τη θέση μας: για να εμπλακούμε σε όποια θεραπευτική διαδικασία, χρειαζόμαστε απαραίτητα την έμπρακτη συγκατάθεση των γονιών: θεραπευτική σχέση μ' έναν ψυχωσικό άρρωστο δεν γίνεται χωρίς την έμπρακτη συγκατάθεση των γονιών του. Για τους αρρώστους που αρνούνται να δουν γιατρό δεν τίθεται θέμα, το πρώτο rendez-vous θα κλειστεί με τους γονείς. Αντίθετα, για τους αρρώστους που δέχονται να δουν γιατρό, χρειάζονται αρκετές πληροφορίες σχετικά με το άγχος των γονιών για την κατάσταση του παιδιού τους, ώστε να εκτιμηθεί αν είναι αναγκαία μια πρώτη συνάντηση μαζί τους χωρίς τον άρρωστο. Πρέπει να είμαστε ιδιαίτερα προσεκτικοί σ' αυτές τις περιπτώσεις, γιατί καλούμαστε να διαγνώσουμε από ένα τηλεφώνημα λεπτές ισορροπίες. Για όλα τα πράγματα, βεβαίως, στη ζωή υπάρχει και μια δεύτερη ευκαιρία. Έτσι και τα «λάθη» στις εκτιμήσεις που συχνά γίνονται σ' αυτήν την πρώτη τηλεφωνική επαφή μπορούν να διορθωθούν κατά την πρώτη συνάντηση.

3.2 Η πρώτη συνάντηση

Έγινε αρκετά σαφές ότι, στα πλαίσια της εργασίας μας στο γραφείο ή το ιατρείο δεν αναλαμβάνουμε άρρωστο χωρίς την οικογένειά του. Κατά την Πάσχου (2001), άρρωστοι που δεν έχουν οικογένεια ή στενά πρόσωπα αναφοράς δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν μέσα στα πλαίσια ενός ιατρείου. Αυτοί χρειάζεται να αποταθούν σε μια ψυχιατρική δομή που θα αναλάβει να παρέμβει στο κοινωνικό πλαίσιο που ζουν).

Η πρώτη συνάντηση θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι η επανάληψη του πρώτου τηλεφωνήματος «επί σκηνής». Στην πρώτη συνάντηση θα ξανατεθούν τα θέματα

που τέθηκαν στο πρώτο τηλεφώνημα και πιθανότατα με τον ίδιο τρόπο. Οι φυσικές παρουσίες των προσώπων, όμως, εμπλουτίζουν τον λόγο και μας διευκολύνουν στην κατανόηση του προβλήματος. Κατά την πρώτη συνάντηση διακρίνουμε τα εξής επιμέρους σημεία: τη διερεύνηση του αιτήματος, την πρώτη διάγνωση, τη πρώτη παρέμβαση και το πρώτο συμβόλαιο. Μπορούμε να πούμε ότι η πρώτη συνάντηση είναι αφιερωμένη στις σχέσεις που επικρατούν μέσα στην οικογένεια του ψυχωτικού αρρώστου. Θεωρούμε ότι, σε πρώτη φάση, είναι εποικοδομητικότερο να επικεντρωθούμε σ' αυτό που συμβαίνει σε επίπεδο οικογένειας, παρά στις λεπτομέρειες της διάγνωσης της ενδοψυχικής σύγκρουσης του ψυχωτικού αρρώστου. Η Πάσχου (2001) διατείνεται ότι μόνο μια επιτυχής διάγνωση και παρέμβαση στο επίπεδο της ενδοοικογενειακής σύγκρουσης μπορεί να θέσει τις βάσεις για την εγκατάσταση της εμπιστοσύνης στη θεραπευτική μας παρέμβαση. Η πρώτη συνάντηση είναι στην ουσία από η συνάντηση με το γιατρό αλλά και με όλη της οικογένεια, ακόμα κι αν δεν παρευρίσκονται όλοι με την φυσική τους παρουσία.

3.3. Το θεραπευτικό συμβόλαιο

Το θεραπευτικό συμβόλαιο σηματοδοτεί την αποδοχή της συνεργασίας του αρρώστου και της οικογένειάς του με το γιατρό. Περιλαμβάνει με λεπτομέρειες το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα κινηθεί αυτή η συνεργασία. Το «συμβόλαιο» είναι μια συνήθης διαδικασία που σηματοδοτεί την έναρξη κάθε ψυχοθεραπευτικής εργασίας. Με τους ψυχωτικούς αρρώστους δουλεύουμε με τους όρους και τους κανόνες που ισχύουν στις ψυχοθεραπείες:

- ορίζουμε τη συχνότητα και τη διάρκεια των συναντήσεων
- ορίζουμε τις υποχρεώσεις του αρρώστου (π.χ. τακτική λήψη των φαρμάκων)
- ορίζουμε τις υποχρεώσεις του οικογενειακού περιβάλλοντος (π.χ. δεν θα γίνει φερ, ειπείν, η προγραμματισμένη κοινωνική εκδήλωση στο σπίτι, όσο ο άρρωστος βρίσκεται στην οξεία φάση της κρίσης)
- ορίζουμε τον τρόπο της δικής μας παρέμβασης (π.χ. ένας θεραπευτής ή ομάδα θεραπευτών θα κάνει τακτικά rendez-vous με τον άρρωστο και την οικογένεια στο σπίτι τους)

- ορίζουμε τις δικές μας υποχρεώσεις (π.χ. τη διαθεσιμότητα του χρόνου μας)
- ορίζουμε την αμοιβή μας και τον τρόπο πληρωμής μας
- ορίζουμε έναν υπεύθυνο από τη μεριά της οικογένειας για την τήρηση του συμβολαίου (στην αρχική φάση της θεραπείας αυτός ο υπεύθυνος δεν μπορεί να είναι ο άρρωστος).

Εν τέλει, το θεραπευτικό συμβόλαιο με τον ψυχωτικό άρρωστο και την οικογένειά του διέπεται από τις ίδιες αρχές, από τις οποίες διέπεται κάθε θεραπευτικό συμβόλαιο. Περιλαμβάνει μόνο κάποια «γενικά σημεία» τα οποία διασαφηνίζονται ανάλογα με τη περίπτωση. Αυτά τα σημεία αφορούν τον τρόπο της θεραπευτικής μας παρέμβασης. Εξαρτώνται από τις ανάγκες κάθε περίπτωσης και εξετάζονται εξατομικευμένα.

Το ιδιαίτερο στο θεραπευτικό συμβόλαιο με τον ψυχωτικό άρρωστο και την οικογένειά του είναι, ότι ανεξάρτητα από την κατάσταση του αρρώστου και τον βαθμό υπευθυνότητας που μπορεί να επιδείξει, ζητάμε να είναι υπεύθυνος για την τήρηση του θεραπευτικού συμβολαίου ένα άλλο μέλος της οικογένειας του.

3.4. Η θεραπευτική τεχνική στην κρίση

Τα περισσότερα περιστατικά που ζητούν με τον ένα ή τον άλλο τρόπο ψυχιατρική βοήθεια αφορούν καταστάσεις «κρίσης». Ο κάθε άρρωστος είναι διαφορετικός, αλλά και η κάθε οικογένεια αντιμετωπίζει με διαφορετικό τρόπο τα μέλη της. Όμως στη «κρίση» υπάρχει κάτι κοινό. Υπάρχει έντονη αποδιοργάνωση, τόσο στο επίπεδο του ψυχισμού του αρρώστου, όσο και στο επίπεδο της οργάνωσης και της λειτουργίας της οικογένειας. Πρώτο μέλημά μας, λοιπόν είναι να αποκαταστήσουμε ένα επίπεδο οργάνωσης και λειτουργικότητας της οικογένειας και του αρρώστου.

Το ερώτημα που τίθεται πρώτο, είναι, αν ο άρρωστος θα πάει στη κλινική ή θα παραμείνει στο σπίτι του. Για να απαντήσουμε σ' αυτό το ερώτημα πρέπει να εκτιμήσουμε πολλούς και σύνθετους παράγοντες, που έχουν να κάνουν με τον

τρόπο που αποδέχεται η οικογένεια τον άρρωστο και την ένταση των συμπτωμάτων του. Συνήθως αν πρόκειται για έφηβο που κάνει «κρίση» για πρώτη ή για δεύτερη φορά, η οικογένεια προσπαθεί να τον κρατήσει στο σπίτι. Ο φόβος για το «στίγμα» καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την στάση της. Είναι πολύ δύσκολο να οργανώσουμε σε κανόνες τις περιπτώσεις που ο άρρωστος είναι καλύτερα να παραμείνει στο σπίτι του και τις περιπτώσεις που πρέπει οπωσδήποτε να νοσηλευτεί. Κατά την Πάσχου (2001), οι πραγματικές συνθήκες που επικρατούν σήμερα στην Ελλάδα σε νοσοκομεία και κλινικές, δεν πληρούν τις σύγχρονες επιστημονικές προϋποθέσεις και αυτό μας κάνει ιδιαίτερα επιφυλακτικούς σε ότι αφορά τις νοσηλείες. Σε γενικές γραμμές, στις περιπτώσεις που η οικογένεια είναι σε θέση να αποδεχτεί τον άρρωστο και να επιβάλλει την τήρηση του θεραπευτικού συμβολαίου προσπαθούμε να νοσηλεύσουμε τον άρρωστο στο σπίτι του. Εκεί όμως όπου θεωρούμε, ότι ο άρρωστος «χειρίζεται» την οικογένεια, η νοσηλεία σε νοσοκομείο ή κλινική είναι επιβεβλημένη. Η θεραπευτική μας παρέμβαση στην κρίση, ανεξάρτητα από ποιά «τεχνική» θα κρίνουμε σαν πιο αποτελεσματική για τον άρρωστο, παραμονή στο σπίτι ή νοσηλεία σε κλινική, διέπεται από τη λογική που αναπτύξαμε, ότι δηλ. μας είναι αδιανόητο να τον αντιμετωπίσουμε απομονωμένο από το οικογενειακό του περιβάλλον χωρίς δώσουμε ιδιαίτερη βαρύτητα στη στενότερη σχέση που υπάρχει ανάμεσα σε κάθε ψυχωτικό και τη μητέρα του ή το υποκατάστατό της.

4.Τα φάρμακα

Αντιψυχωσικά (ή νευροληπτικά), αποτελεσματικά στη μείωση των παραγωγικών (ψευδαισθήσεις, παραλήρημα), αλλά Ωστόσο μερικοί δε βοηθούνται απ'αυτά ενώ κάποιιοι φαίνεται ότι δεν τα έχουν ανάγκη καθόλου. Τα νευροληπτικά δεν προκαλούν εξάρτηση, αλλά μπορούν να έχουν ως αντενδείξεις υπνηλία μείωση της εγρήγορσης, κινητική ανησυχία, τρόμο, ξηροστομία, ανωμαλίες στην όραση, όψιμη δυσκινησία, ακαθισία, φαρμακευτική βραδυκινησία και σε ορισμένες περιπτώσεις

κατάθλιψη. Για όσους δεν μπορούν να συμμορφώνονται στην τακτική συνέχεια της φαρμακοθεραπείας, προτείνονται ενέσιμες μορφές **βραδείας** αποδέσμευσης.

Μολονότι μέσω των φαρμάκων ο ασθενής απελευθερώνεται από τα παραγωγικά συμπτώματα, εντούτοις δεν ανακουφίζεται από τις άλλες εκδηλώσεις της ασθένειας, παραμένουν πρωτίστως οι δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις, στη δουλειά κ.λ.π. Η ψυχοθεραπεία συνιστά το απαραίτητο συμπλήρωμα. Εδώ πρέπει να περιλαμβάνεται και η επίλυση των πρακτικών προβλημάτων του ασθενούς.

Βιβλιογραφία

Δημητρίου Ε.Χ., «Η καταθλιπτική συμπτωματολογία στη σχιζοφρένεια», Περιοδικό «ψυχιατρική», 1996, 7.

Εθνικό Ινστιτούτο για την Ψυχική Υγεία των Η.Π.Α, Τμήμα έρευνας για τη σχιζοφρένεια «Σχιζοφρένεια: Ερωτήσεις και απαντήσεις για τη σχιζοφρένεια-Μέρος 1», Νέα Υόρκη 2003.

Freud S. "The case of Schreber", S.E. vol.12, The Hogarth Press, London 1953

Πάσχου Π., Αποστολά Ξ., «Η προσέγγιση των ψυχωτικών ασθενών στις πρώτες συνεδρίες. Παράγοντες που συντελούν στην παραιτέρω πορεία της θεραπείας», Αθήνα 2001, σημειώσεις προς εκπαιδευόμενους ψυχοθεραπευτές.

Πάσχου Π. «Διερευνώντας τη σχέση του συναισθήματος με το παραλήρημα», Αθήνα 2001, σημειώσεις προς εκπαιδευόμενους ψυχοθεραπευτές.

Racamier P., « Les schizophrènes » Petite Bibliothèque Payot, Paris 2001

Στυλιανίδης Σ. «Προβληματική της αναμεταβίβασης στο πλαίσιο της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας ψυχωτικών ασθενών». Γραπτές σημειώσεις κατά τη διάρκεια των εκπαιδευτικών σεμιναρίων στην Ελληνική Ψυχαναλυτική Εταιρεία (Ε.Ψ.Ε), Αθήνα 2001.

Τζαβάρας Ν. «Νέες τάσεις στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία της σχιζοφρένειας» Γραπτές σημειώσεις κατά τη διάρκεια των εκπαιδευτικών σεμιναρίων στην Ελληνική Ψυχαναλυτική Εταιρεία (Ε.Ψ.Ε), Αθήνα 2001.

