

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

‘ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΑ ΠΛΑΙΣΙΑ’

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΣ ΦΟΙΤΗΤΗΣ: ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΑΛΑΪΤΖΗΣ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ:

‘ΧΑΡΤΟΓΡΑΦΩΝΤΑΣ ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ ΣΤΗΝ ΨΥΧΩΣΗ: ΜΙΑ ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ’

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Δ. Κ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ

ΑΘΗΝΑ, 2018

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT.....	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	7
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΨΥΧΩΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ.....	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ Η ΨΥΧΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ.....	15
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ	18
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ	20
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	21
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	22
ΚΛΙΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	23
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ – ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ	23
Περίπτωση 1	23
Ανάλυση Περίπτωσης 1	25
Περίπτωση 2	27
Ανάλυση Περίπτωσης 2	28
Περίπτωση 3	29
Ανάλυση Περίπτωσης 3	30
Περίπτωση 4	31
Ανάλυση Περίπτωσης 4	32
Περίπτωση 5	33
Ανάλυση Περίπτωσης 5	34
Περίπτωση 6	35
Ανάλυση Περίπτωσης 6	36
Περίπτωση 7	36
Ανάλυση περίπτωσης 7	38
Περίπτωση 8	38

Ανάλυση Περίπτωσης 8	39
Περίπτωση 9	40
Ανάλυση Περίπτωσης 9	41
Περίπτωση 10	41
Ανάλυση Περίπτωσης 10	43
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ	43
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	46
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	51
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	55

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά το μεταπτυχιακό πρόγραμμα και όλους τους συντελεστές του, τόσο σε εκπαιδευτικό όσο και σε συντονιστικό επίπεδο για την ευκαιρία που μου δόθηκε να εξελίξω τις γνώσεις μου, τη σκέψη μου και τις προοπτικές μου στο πεδίο που επέλεξα να ακολουθήσω. Επίσης, ευχαριστώ τον κ. Βασλαματζή για τη συμβολή του στη δημιουργία της ερευνητικής αυτής πρότασης και για τις σκέψεις που μοιράστηκε μαζί μου, οι οποίες υπήρξαν ο θεμέλιος λίθος για να ξεκινήσω μια δική μου γραμμή σκέψης για τα ζητήματα που απασχόλησαν αυτή την εργασία. Ακολουθώ, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Αναγνωστόπουλο, για την επίβλεψη της εργασίας αυτής και για το χώρο και το χρόνο που μου παρείχε προκειμένου να την επεξεργαστώ μέσα από τη δική μου ματιά. Θερμές ευχαριστίες αξίζουν στην κα. Λαζαρίδου, επόπτρια του κλινικού υλικού, αφού μέσα στην πολυπλοκότητα που χαρακτηρίζει ένα τέτοιο εγχείρημα, η σκέψη της ήταν εκεί για να ξεδιαλύνει, να αναδείξει και να συνδράμει στη βαθύτερη κατανόηση των περιπτώσεων που παρουσιάστηκαν. Η όλη διαδικασία υπήρξε μια πολύτιμη και πλούσια διδακτική εμπειρία. Καθοριστικής σημασίας υπήρξε και η υποστήριξη που έλαβα από φίλους, συμφοιτητές, συναδέλφους και φυσικά από την προσωπική μου θεραπεία, καθώς η εκπόνηση μιας διπλωματικής εργασίας απαιτεί πολλή ενέργεια και δοκιμάζει τον εαυτό σε πολλά επίπεδα. Τέλος, εάν θα μπορούσα να αφιερώσω κάπου την εργασία αυτή, θα ήταν σε όλους τους ανθρώπους που συνάντησα, οι οποίοι ζουν -με- την ψύχωση. Στην Ελλάδα της κρίσης, η πρόσβασή μου στους ανθρώπους αυτούς λόγω των μεγάλων αναγκών και των μειωμένων παροχών, ήταν μια αφορμή να βιώσω την αβοηθησία, την ανεπάρκεια, την ακύρωση της παντοδυναμίας και ακολούθως, την ανάγκη για εξέλιξη μέσα από ένα μονοπάτι που μοιάζει μακρινό και συνάμα υποσχόμενο, γεμάτο νόημα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία, μέσα από τη μελέτη της ψυχαναλυτικής θεωρίας και της έρευνας, έχει ως στόχο την κλινική διερεύνηση της σχέσης του τραύματος με την ψύχωση και πως το τραύμα μπορεί να σχετίζεται με το είδος της ψυχωτικής συμπτωματολογίας (παραγωγικά-μη παραγωγικά). Μέσα από τη μέθοδο της κλινικής μελέτης, αναλύθηκαν 10 περιπτώσεις με βάση τα τραυματικά στοιχεία στο ιστορικό τους και την ψυχωτική συμπτωματολογία που παρουσίαζαν κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Στα αποτελέσματα προέκυψαν κάποια κοινά στοιχεία ως τραυματικοί παράγοντες όπως είναι η ψυχοπαθολογία της μητέρας καθώς και κάποιοι επιβαρυντικοί παράγοντες όπως είναι η κληρονομική επιβάρυνση στην ψυχική ασθένεια. Κάποια συμπεράσματα που προέκυψαν, αφορούσαν στη σημασία των πρώτων μηνών της ζωής και στις δυσκολίες στη σχέση με το αντικείμενο, καθώς οι ψυχωτικές καταστάσεις φαίνεται να έχουν τα θεμέλιά τους στις πρώτες τραυματικές εμπειρίες της ζωής. Το είδος της συμπτωματολογίας, περιορίστηκε στην θετική συμπτωματολογία και στην αποδιοργάνωση, καθώς στο κλινικό υλικό δεν υπήρχε περίπτωση με αρνητική συμπτωματολογία. Ωστόσο, φαίνεται ότι η αποδιοργανωτική πτυχή στις ψυχωτικές καταστάσεις να σχετίζεται με εκτενέστερες τραυματικές συνθήκες ενώ οι ψυχώσεις με θετική συμπτωματολογία φαίνεται να χαρακτηρίζονται από μεγαλύτερη οργάνωση και καλύτερη πρόγνωση, επομένως οι τραυματικές καταστάσεις δεν ήταν καταλυτικές.

Λέξεις κλειδιά: ψύχωση, τραύμα, ψυχωτική συμπτωματολογία, ψυχανάλυση.

ABSTRACT

The following research paper is a combined study of psychoanalytical theory and research in order to explore the relation between trauma and psychosis. Also, trauma is being studied in relation with positive and negative psychotic symptoms in psychosis. The research method of choice is case study method. Ten case studies have been conducted and analyzed according to traumatic record and symptoms throughout their life span. Results has been supporting a common ground in traumatic aspects between the case studies, such as mother's psychopathology and hereditary factors in mental illness. Conclusions were in support of psychosis being present from the very beginning, when there are difficulties in mother-child relationship. In addition, positive symptoms

in psychosis have been linked with better prognosis and less destructive trauma effect. Negative symptoms were not found in case studies but disorganization was linked with extended traumatic situations in psychosis.

Keywords: psychosis, trauma, psychotic symptomatology, psychoanalysis.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το τραύμα ως έννοια στην ψυχανάλυση, έχει διανύσει μια μεγάλη διαδρομή σε ότι αφορά τον ορισμό του αλλά και τη σημασία που έχει για την εμφάνιση της ψυχοπαθολογίας στους ενήλικες. Ο Freud σε αρκετά κείμενά του, περιέγραφε το διχασμό της συνείδησης μετά από μία έντονη συναισθηματική εμπειρία που δεν μπορούσε να αφομοιωθεί από το εγώ όντας ασύμβατη με τις υπάρχουσες αναπαραστάσεις, δημιουργώντας έτσι μια τραυματική κατάσταση. Στο κείμενό του *Ψυχονευρώσεις Άμυνας* (Freud, 1894), η τραυματική εμπειρία θεωρείται υπεύθυνη για την ενεργοποίηση της υστερικής άμυνας, κατά την οποία, ένα συμβάν ασυμβατότητας με το Εγώ, που συνήθως αφορά συμβάν που συμβαίνει στη φαντασίωση, το Εγώ, αδυνατώντας να ξεχάσει την ιδέα αυτή, προσπαθεί να την αποδυναμώσει και μέσω των μηχανισμών άμυνας η ιδέα διαχωρίζεται από το συναίσθημα που την συνόδευε. Ο Freud, πίστευε ότι ο μηχανισμός αυτός δεν λειτουργεί κατ' αυτό τον τρόπο μόνο στην υστερία, αλλά και τον ψυχαναγκασμό, τη φοβία, αλλά και την ψύχωση. Αργότερα, συνέλαβε την ιδέα του ενστίκτου του θανάτου, και στο κείμενό του *Πέραν της Αρχής της Ηδονής* (Freud, 1920), δείχνει ότι η αρχή της ευχαρίστησης είναι στην υπηρεσία του ενστίκτου του θανάτου, αντιμετωπίζοντας το τραύμα σαν μία δομική κατάσταση στον ψυχισμό. Στο κείμενο *Διχασμός του Εγώ*, (Freud, 1940), υποστηρίζει ότι η ψυχική σύγκρουση προκαλεί διχασμό στο Εγώ, ο οποίος μερικές φορές μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα.

Η εργασία αυτή σκοπό έχει τη διερεύνηση της σχέσης του τραύματος με την ψύχωση καθώς επίσης και την κατανόηση της επίδρασης του τραύματος στην πορεία της νόσου. Πιο συγκεκριμένα μέσα από την ανάλυση των κλινικών περιπτώσεων θα γίνει μια προσπάθεια σύνδεσης της συμπτωματολογίας με την τραυματική προβληματική που αναλύεται. Η μέθοδος της κλινικής μελέτης, βασίζεται στην ανάλυση του κλινικού υλικού, το οποίο εστιάζει στην περιγραφή του ιστορικού κάθε ασθενή και στην ψυχωτική συμπτωματολογία που παρουσίαζε κατά τη διάρκεια της ζωής του. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι πέρα από τις πληροφορίες που έχουν συλλεχθεί από τους φακέλους των ασθενών, δόθηκε βάση και στην επαφή του ερευνητή με τους ασθενείς που θα παρουσιαστούν στο κλινικό μέρος, μέσα από τη συνεργασία του με το πλαίσιο που τους φιλοξενεί. Επιπρόσθετα, η ανάλυση των κλινικών περιπτώσεων έγινε με τη βοήθεια της επιστημονικής υπεύθυνου και επόπτριας της ΜΨΑ, γεγονός που επιτρέπει την σε βάθος κατανόηση του υλικού και των περιπτώσεων αυτών.

Με την παρούσα εργασία, δίνεται η δυνατότητα να διερευνηθεί, μέσω κλινικών παραδειγμάτων, η σημασία του ψυχικού τραυματισμού και η σχέση του με σοβαρές ψυχοπαθολογίες καθώς επίσης και η σύνδεση με συγκεκριμένη συμπτωματολογία. Στην προσπάθεια της σύνδεσης της τραυματικής συνθήκης με την εκδήλωση της συμπτωματολογίας, δίνεται χώρος σε μια ποιοτική προσέγγιση μίας σχέσης που ήδη φαίνεται να υποστηρίζεται και σε ποσοτικές έρευνες. Σημασία ωστόσο έχει οι υποθέσεις που θα σχηματιστούν μέσα από την εργασία αυτή να δώσουν βάθος στην σκέψη και να μην την περιορίσουν στα πλαίσια κάθετων συνδέσεων δεδομένης της πολυπλοκότητας των ενδοψυχικών καταστάσεων.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Ο βαθμός στον οποίο το τραύμα επηρεάζει την ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας είναι ένα αρκετά πολυσύνθετο θέμα. Μία όμως βασική διαχωριστική γραμμή στην ψυχαναλυτική θεωρία και σκέψη αφορά στο αν το τραύμα προέρχεται από τη φαντασίωση ή από την πραγματική ζωή. Ο Bollas (1995), σχολίασε ότι η ψυχαναλυτική σκέψη δίνει έμφαση στη φαντασίωση και ασχολείται λιγότερο με τα πραγματικά γεγονότα. Συμπληρώνει ωστόσο ότι ένα άτομο στην προσπάθειά του να περιγράψει την παρούσα ψυχική του κατάσταση θα αναφερθεί σε εξωτερικά γεγονότα ενώ η ψυχαναλυτική οπτική θα πρότεινε μια τέτοια εκτίμηση, να γίνει με βάση τις πιθανές επιθυμίες του ατόμου ή τις σχέσεις του με τα αντικείμενά του, παρότι αυτά συμβαδίζουν με τα γεγονότα που συμβαίνουν στην εξωτερική πραγματικότητα. Κάπως έτσι, θέτει το ερώτημα αν όντως πρέπει κανείς να επιλέξει ανάμεσα στο φαντασιωτικό και το πραγματικό. Στο δίλημμα αυτό βρέθηκε αρχικά ο Freud, όταν πίστευε ότι το σεξουαλικό τραύμα ήταν η πηγή της υστερίας μέχρι να αντιληφθεί ότι οι ασθενείς του τροποποιούσαν τις μνήμες του παρελθόντος. Τότε, η έμφαση μετατοπίστηκε στην ψυχική πραγματικότητα και στον εσωτερικό κόσμο που κατασκευάζει το άτομο, ενώ οι παθολογικές επιπτώσεις του πραγματικού τραύματος πέρασαν σε δεύτερη μοίρα.

Ο Freud αρχικά προσέγγισε το τραύμα ως ένα σεξουαλικό συμβάν το οποίο αναφερόταν στις αφηγήσεις των ασθενών του για την παιδική τους ηλικία. Θεωρούσε ότι το σεξουαλικό τραύμα ήταν η πηγή της ψυχαναγκαστικής νεύρωσης και της υστερίας, της οποίας τα συμπτώματα έκαναν την εμφάνισή τους στην ενήλικη ζωή μέσα από ασυνείδητες σεξουαλικές διεγέρσεις. Το άγχος περιγράφεται ως έκφραση της σύγκρουσης της σεξουαλικής επιθυμίας στο παρόν, που έχει τη βάση της στην παιδική ερωτική εμπειρία η οποία απωθήθηκε και τώρα μέρος αυτής ανασύρεται συνειρμικά. Αργότερα ο Freud αναθεώρησε τις απόψεις του για το πραγματικό σεξουαλικό συμβάν κάνοντας ένα σημαντικό πέρασμα για την ψυχαναλυτική θεωρία σε έννοιες όπως η ασυνείδητη φαντασίωση και η ψυχική πραγματικότητα. Μέσα από αυτή την οπτική, ο Freud, μίλησε για τραυματισμούς στο επίπεδο της φαντασίωσης και της αποπλάνησης η οποία προξενεί μεγάλο άγχος στον ψυχισμό. Ωστόσο, συνέχισε να υποστηρίζει ότι οι σκηνές αποπλάνησης που πραγματικά βιώνουν τα παιδιά είναι συχνές και έχουν παθογόνο σημασία για τη μεταγενέστερη ψυχική τους εξέλιξη. (Laplanche & Pontalis, 1986)

Το πραγματικό τραύμα στον ψυχισμό, επανήλθε στη σκέψη του Freud κατά τη διάρκεια του Α Παγκοσμίου Πολέμου, όταν μελετούσε τις επιπτώσεις του τραύματος του πολέμου. Στη φάση αυτή χρησιμοποίησε τον όρο τραύμα με ένα πιο περιγραφικό τρόπο στο κείμενο του *Πέραν από την αρχή της ηδονής* (1920g), αναφερόμενος στο τραύμα-πλήγμα που διαπερνάει τη προστατευτική μεμβράνη του ψυχισμού, η οποία δεν μπορεί πλέον να εμποδίσει της υπέρμετρες διεγέρσεις από εξωτερικά ερεθίσματα. Στο κείμενό του *Αναστολή, Σύμπτωμα και Άγχος* (1926d) δίνει περισσότερες πληροφορίες για τα είδη τραύματος, όπως είναι η απώλεια της αγάπης από το αντικείμενο, τη μητρική στέρηση και την απώλεια της αγάπης του υπερεγώ. Η έννοια της προστατευτικής μεμβράνης, για την οποία ο Freud μίλησε στα πλαίσια του οικονομικού μοντέλου για το ψυχικό όργανο, εμπλουτίστηκε και από άλλους συγγραφείς που εστίασαν στη σημασία των πρώτων συναισθηματικών εμπειριών του βρέφους και τις αλληλεπιδράσεις του με το περιβάλλον.

Ανάμεσα σε αυτούς, ο Ferenczi (1949), δίνοντας μια αντικειμενότερη οπτική, τόνισε πως η ευαισθησία και η επάρκεια του παιδιού κινδυνεύουν όταν οι ενήλικες εισβάλουν στο χώρο τους με τις δικές τους ανάγκες. Επομένως, ο Ferenczi εστίασε στην τραυματική επίδραση του αντικειμένου στον ψυχισμό του υποκειμένου και στην μεταξύ τους επικοινωνία, η οποία περιλαμβάνει την απογοήτευση, την απώλεια της εμπιστοσύνης, τη διαστρέβλωση της πραγματικότητας και των συναισθημάτων που προκαλούνται από αυτήν.

Ο Balint (1968), ακολουθώντας την αντικειμενότερη θεώρηση του Ferenczi, μίλησε για το βασικό λάθος, κάτι που συμβαίνει στους πρώτους μήνες της ζωής και οδηγεί σε μια έλλειψη ενσωμάτωσης ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί, και κάπως έτσι οι τραυματικές παραβιάσεις προέρχονται από την ανικανότητα της μητέρας να προσαρμοστεί στις βασικές ανάγκες του παιδιού. Ένα κακό ταίριασμα ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί, του οποίου οι επιπτώσεις εκδηλώνονται με απρόσμενο τρόπο σε μεταγενέστερο χρόνο, στην ενήλικη ζωή. Η λειτουργία της προστατευτικής μεμβράνης του μυαλού αντιστοιχεί στην συναισθηματική επάρκεια των γονιών να αναγνωρίζουν ενστικτωδώς τι ψυχικές εμπειρίες μπορεί να αντέξει το παιδί τους.

Σύμφωνα με τον Winnicott (1971) στο δίπολο μητέρας βρέφους ή κατά Bion (1970) στο περιέχον-περιεχόμενο, η μητέρα αποτελεί φραγμός ενάντια στα έντονα ερεθίσματα. Το παρατεταμένο τραύμα προκύπτει από την αποτυχία της περιέχουσας μητρικής λειτουργίας ενώ σε κάποιες περιπτώσεις προκύπτει από τις προβολές του παθολογικού ψυχικού περιεχομένου των γονιών στο παιδί. Αυτός ο τύπος τραύματος περιγράφεται και από την έννοια του αθροιστικού τραύματος του

Masud Khan (1963), ο οποίος ακολουθεί πιστά τη σκέψη του Winnicott υποστηρίζοντας ότι ένα παιδί χρειάζεται τη μητέρα του η οποία αποτελεί μέρος του εαυτού του. Στην περίπτωση του αθροιστικού τραύματος, το παιδί ανταποκρίνεται στις αλλεπάλληλες εισβολές της μητέρας του με αναστολές ή διαστρεβλώσεις στην ψυχολογική του ανάπτυξη. Σύμφωνα με τον Khan (1963), τα ρήγματα στη σχέση μητέρας-βρέφους αθροίζουν το τραύμα συσσωρευτικά. Η πρόταση του Khan, είναι επίσης πολύ κοντά στη γραμμή που ακολουθούσε ο Freud περιγράφοντας το τραύμα ως ένα ενδοψυχικό γεγονός που δεν σχετίζεται απαραίτητα με ένα μεμονωμένο πραγματικό γεγονός. Σε σχέση με την παρούσα εργασία, η έννοια του αθροιστικού τραύματος είναι σημαντική αφού δίνεται ένα εύρος στη σκέψη σχετικά με το τραύμα στην ψύχωση καθώς πολλές καταστάσεις που μπορεί να μην θεωρούνται απαραίτητα βίαιες, μπορούν να αξιολογηθούν ως πηγές ψυχοπαθολογίας έχοντας παραβιάσει το παιδικό ψυχικό όργανο.

Κατά τα πρώτα στάδια της ζωής, οι τραυματικές εμπειρίες δεν απομνημονεύονται αφού οι μνήμες δημιουργούνται μόνο όταν υπάρχει η ικανότητα αναπαράστασης και κατανόησης της σημασίας ενός γεγονότος. Οι Joseph και Anne-Marie Sandler (1987), υποθέτουν την ύπαρξη ενός ασυνείδητου παρελθόντος, φτιαγμένο από μια σειρά γεγονότων τα οποία δεν έχουν αναπαρασταθεί και δεν υπάρχει πρόσβαση σε αυτά, καθώς και ένα ασυνείδητο παρόν, το οποίο είναι προσβάσιμο και έχει δομηθεί με αναπαραστάσιμες συναισθηματικές εμπειρίες. Οι εμπειρίες αυτές, αν και έχουν απωθηθεί στο ασυνείδητο, μπορούν να ανακτηθούν σε μια μελλοντική στιγμή. Η θεωρία των Sandler κερδίζει αρκετό έδαφος σύμφωνα με τα στοιχεία που δίνουν σήμερα οι νευροεπιστήμες, καθώς γίνεται ένας διαχωρισμός της μνήμης σε έκδηλη και άδηλη. Η έκδηλη μνήμη επιτρέπει τη θελημένη ανάκληση ενός ξεχασμένου γεγονότος ενώ η άδηλη αφορά στοιχεία που έχει μάθει ο ψυχισμός χωρίς όμως να μπορεί αυτό να γίνει συνειδητό. Τα στοιχεία της άδηλης μνήμης είναι γεγονότα ή διαδικασίες που έλαβαν χώρα πριν υπάρξει η ικανότητα αναπαράστασης. Η σημαντική πληροφορία για το υπό διερεύνηση θέμα είναι ότι, σύμφωνα με τη θεωρία, οι οργανωτές της σκέψης και του συναισθήματος, μορφοποιούνται μέσα από αυτές της άδηλης διαδικασίες και μπορούν να διαταραχθούν από τραυματικά γεγονότα στα πρώιμα στάδια της ζωής.

Σύμφωνα με τον Fonagy (1999), τα πρώιμα τραύματα που είχαν συμβεί πριν την ικανότητα αναπαράστασης, αποτελούν κοινό σημείο αναφοράς για τις οριακές καταστάσεις. Οι οριακοί και ψυχωτικοί ασθενείς αδυνατούν να ψυχοποιήσουν, ή μάλλον να αναπαραστήσουν συναισθήματα, ψυχικά γεγονότα ή καταστάσεις για τις οποίες δεν γνωρίζουν το νόημά τους.

Επομένως, επαληθεύεται η άποψη του Balint, που υποστήριζε ότι το πρώιμο τραύμα επηρεάζει τη δομή του εγώ που δυσλειτουργεί. Η Davies (1996), σε μια ανασκόπησή της για την έννοια της αποσύνδεσης βασισμένη στη συνεισφορά του Breuer για το μηχανισμό αυτό σε υστερικούς ασθενείς, ανέδειξε τη σημασία της αποσύνδεσης σε παθολογικές καταστάσεις όπου η απώθηση δεν αποτελεί επιλογή για τον ψυχισμό. Όταν το άγχος κατακλύζει τον ψυχισμό τότε το μυαλό αποσυνδέεται από αυτό και η τραυματική μνήμη δεν είναι πλέον προσβάσιμη. Επομένως η αποσύνδεση θεωρείται ως αποτέλεσμα ενός αβάστακτου τραύματος.

Συνοψίζοντας την ανασκόπηση στη θεωρία του τραύματος, διακρίνουμε δύο βασικές κατευθύνσεις. Η αρχική κατεύθυνση, αυτή του οικονομικού μοντέλου που εστιάζει στη σύνδεση μεταξύ της τραυματικής εμπειρίας με το άγχος και αυτήν της σχέσης του αντικειμένου και της επικοινωνίας του με αυτό, η οποία συμβάλει στην κατανόηση του παθογόνου ρόλου του τραύματος. Αντίθετα, το οικονομικό μοντέλο, εστιάζει στο άγχος του οποίου η ένταση καθορίζει τι είναι τραυματικό και τι είναι εν μέρη παθογόνο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ ΨΥΧΩΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ

Το τραύμα έχει συνδεθεί με την ψύχωση από την εποχή που ο Bleuler ανέπτυξε τη θεωρία για την σχιζοφρένεια, αναφερόμενος στησχάση ανάμεσα στη σκέψη και το συναίσθημα, στο σύμπλεγμα των έντονων συναισθηματικών φορτίσεων που προκαλούν ψυχικά θραύσματα καθώς επίσης και στη χαλάρωση των συνδέσεων ως ένα βασικό έλλειμμα στην σχιζοφρένεια που οδηγούσε στη μηχανιστική σκέψη. Μάλιστα, υποστήριζε πως το τραύμα ήταν ο αιτιολογικός παράγοντας για την εκδήλωση της σχιζοφρένειας και συγκεκριμένα πίστευε πως το τραυματικό δεν αφορούσε τόσο το ίδιο το γεγονός όσο την ένταση του συναισθήματος που το συνόδευε. (Moskowitz, Schäfer και Dorahy, 2008)

Η Fromm-Reichmann (1939), υποστήριζε ότι η σχιζοφρένεια έχει τις ρίζες της στο τραύμα που έχει βιωθεί κατά τη βρεφική ηλικία, όταν το Εγώ δεν είχε αναπτυχθεί ακόμη, και το βρέφος ζει σε ένα δικό του ναρκισσιστικό κόσμο. Τα συμπτώματα είναι μια προσπάθεια διαφυγής από μία αναπάντεχη πραγματικότητα και στοχεύει στη επαναδημιουργία ενός αυτιστικού παραληρητικού βρεφικού κόσμου (Fromm-Reichmann, 1939)

Ο Ferenczi (1949), έδωσε έμφαση στη σημασία της παραμέλησης και της κακοποίησης στα πρώτα χρόνια της ζωής για τη γένεση της ψύχωσης. Η κακοποίηση μπορεί να εμποδίσει την ανάπτυξη του λόγου, της ταυτότητας και των κοινωνικών σχέσεων που αποτελούν τα εγγενή ελλείμματα στην σχιζοφρένεια, ενώ παράλληλα αυτές οι εμπειρίες κακοποίησης υπονομεύουν την ασφαλή πρόσδεση στο αντικείμενο. Οι τραυματικές εμπειρίες διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της ψυχοπαθολογίας σύμφωνα με τον Ferenczi, και την εποχή που έγραψε για αυτό, θεωρούσε ότι δεν είχε δοθεί μεγάλη προσοχή στο τραύμα ως αιτιολογικός παράγοντας με αποτέλεσμα να αναπτυχθούν “ρηχές” θεωρίες για την καταγωγή της ψυχοπαθολογίας.

Ο Winnicott (1952), ο οποίος αντιτασσόταν συχνά στις βιολογικές θεωρίες, σημείωσε ότι οι ψυχωτικές εκδηλώσεις προέρχονται από στρεβλώσεις στη συναισθηματική ανάπτυξη που ανακύπτουν προτού το παιδί γίνει ικανό να σχετιστεί με ένα ολικό αντικείμενο. Επίσης, ο Winnicott σε αντιδιαστολή με τις υπόλοιπες προσεγγίσεις, μιλάει και για το εξωτερικό αντικείμενο δίνοντας βαρύτητα και στη σημασία του εξωτερικού περιβάλλοντος για την εξέλιξη πέρα από το εσωτερικευμένο αντικείμενο και τις αναπαραστάσεις του. Οι θέσεις των Ferenczi και Winnicott για τη σημασία των τραυματικών εμπειριών κατά τη παιδική ηλικία, δεν είχαν εκτιμηθεί για αρκετό διάστημα, τόσο από την ψυχιατρική όσο και από την ψυχαναλυτική κοινότητα. Η ψυχιατρική έρευνα είχε εστιάσει στις βιολογικές και γενετικές καταβολές της ψύχωσης ενώ η ψυχαναλυτική σκέψη, βαθιά επηρεασμένη από τη σκέψη του Freud για το μοντέλο των ενδοψυχικών συγκρούσεων και των φαντασιώσεων στη νεύρωση, είχε αποκλείσει τη ψύχωση από την αναλυτική πρακτική. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια, έχει κατακτηθεί σημαντικό έδαφος στην κατανόηση της ψύχωσης μέσα από τη ψυχαναλυτική θεωρία, και μέσα από την υποστηρικτική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, προσεγγίζεται στη θεραπεία ένας ψυχωτικός ασθενής.

Ο Balint (1968), περιγράφει την πρώιμη εγγραφή μιας τραυματικής κατάστασης στο παιδί και την ορίζει ως το «βασικό λάθος» (basic fault), μια κατάσταση που συμβαίνει τους πρώτους μήνες της ζωής και παραμένει χωρίς να ενσωματωθεί κατά την ψυχική ωρίμανση. Η παραμορφωμένη κατάσταση ανάμεσα στη μητέρα και το παιδί ενσωματώνεται από πολύ νωρίς και ξεκινά να επηρεάζει την ψυχική ανάπτυξη του παιδιού.

Η Piera Aulagnier (1975), συνέδεσε την ψύχωση με την υπέρμετρη μητρική βία, η οποία έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός αντικειμένου με βίαια χαρακτηριστικά στο μυαλό του παιδιού. Προκειμένου να απαλλαχθεί από την πίεση ενός διεισδυτικού αντικειμένου, το παιδί δημιουργεί

μια αναπαράσταση εαυτού αντίθετη με αυτή της βίαιης μητέρας. Η βία που προκαλείται από ένα μυαλό σε ένα άλλο, επαναλαμβάνεται στην αναλυτική διαδικασία όπου ο ασθενής πιστεύει ακράδαντα στο παραλήρημά του και ο αναλυτής νιώθει παραβιασμένος από ένα διαστρεβλωμένο, ξένο τρόπο σκέψης. Οι παρατηρήσεις της Aulagnier (1975), συμβαδίζουν με πολλές άλλες, σύμφωνα με τις οποίες, οι γονείς, με ένα ασυνείδητο τρόπο χρησιμοποιούν τα παιδιά τους ως μέρη του εαυτού τους, ασκώντας βία με αυτό τον τρόπο στο βρεφικό ψυχισμό. Μια πιθανή υπόθεση για το διωκτικό παραλήρημα είναι ότι προέρχεται από τις πρώιμες εμπειρίες ενός παιδιού που βιώνει συγκρουόμενα συναισθήματα τα οποία είναι ικανά να αποσταθεροποιήσουν ένα γονιό που συνεχώς απαντάει με μίσος. Το γεγονός ότι ο πατέρας ή η μητέρα αντιδρά με οργή στις έντονες διαμαρτυρίες του παιδιού, μπορεί να δημιουργήσει έναν ασυνείδητο διωκτικό συντονισμό, σύμφωνα με τον οποίο, η οποιαδήποτε σύγκρουση, διεγείρει τη φαντασίωση μιας εκδικητικής αντίδρασης όπως παρατηρείται στο διωκτικό παραλήρημα στις ψυχωτικές καταστάσεις.

Σύμφωνα με την Aulagnier (1975), ο παράγοντας που ευθύνεται για την ψυχοπαθολογία στην περίπτωση αυτή είναι το συναισθηματικό τραύμα. Η παθολογική σχέση του παιδιού με το γονέα, διευκολύνει το σχηματισμό της ψυχοπαθολογικής δομής ή των αντικειμένων που συνεχίζουν να λειτουργούν ως μέρη του εαυτού ή του αντικειμένου. Ο όρος «συναισθηματικό τραύμα» σύμφωνα με την Aulagnier (1975), καθορίζει ως τραυματικό το είδος ψυχολογικής βίας που επεμβαίνει στις πρώιμες εμπειρίες από τις οποίες δομείται η αντίληψη του εαυτού. Σε ασθενείς με πιο ανεπτυγμένο ψυχισμό, που έχουν την αναπαραστατική ικανότητα του παιδικού συναισθηματικού τραύματος, τότε αυτό μπορεί να αποκαλυφθεί μέσω της ονειρικής λειτουργίας, στην οποία ο αναλυτής παρουσιάζεται ως το τραυματικό αντικείμενο του παρελθόντος. Παρότι φαινομενικά πρόκειται για όνειρα μεταβίβασης, στην πραγματικότητα δίνουν μία πολύ καλή περιγραφή της φύσης της σχέσης με το πρωταρχικό αντικείμενο.

Μια άλλη πτυχή του συναισθηματικού τραύματος, είναι η αποτυχία της περιέχουσας λειτουργίας της μητέρας σύμφωνα με τον Bion (1967, 1992), σύμφωνα με τον οποίο, για να μπορέσει το παιδί να αναπτυχθεί, πρέπει να έχει στη διάθεσή του ένα αντικείμενο στο οποίο θα προβάλει τα άγχη και τις ανάγκες του. Ωστόσο, μόνο ένα μυαλό ικανό να αντιλαμβάνεται ενστικτωδώς μπορεί να δώσει πίσω στο βρέφος το νόημα των προβεβλημένων στοιχείων με τρόπο κατανοητό, ώστε να επιτρέψει την ενδοβολή ενός αντικειμένου που ευνοεί την ψυχική ωρίμανση. Συγκεκριμένα ο Bion (1967) αναφέρει ότι η προβλητική ταύτιση καθιστά ικανό το βρέφος να διερευνήσει τα

συναισθήματά του μέσα σε μία προσωπικότητα αρκετά δυνατή για να το εμπεριέχει. Στις τραυματικές καταστάσεις, ο μηχανισμός αυτός δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί, είτε επειδή η μητέρα αρνείται να λειτουργήσει ως περιβάλλον χώρος για τα συναισθήματα του βρέφους, είτε λόγω του μίσους και του φθόνου, το παιδί δεν επιτρέπει στη μητέρα να αναπτύξει τη λειτουργία αυτή, γεγονός που οδηγεί στην καταστροφή των δεσμών ανάμεσα στο βρέφος και στο στήθος, διαταράσσοντας με αυτό τον τρόπο την παρόρμηση της περιέργειας στην οποία βασίζεται η μάθηση. Στο μονοπάτι αυτό, η ανάπτυξη καταστέλλεται, και έπειτα το βρέφος καλείται να βιώσει τόσο έντονα συναισθήματα που δεν μπορεί να τα αντέξει. Το μίσος στρέφεται ενάντια σε όλα τα συναισθήματα και καταλήγει στον εαυτό και στην εξωτερική πραγματικότητα που τα προκαλεί. Κάπως έτσι το μίσος για τα συναισθήματα γίνεται μίσος για την ίδια τη ζωή. Η διαστρέβλωση της σχέσης με το πρωταρχικό αντικείμενο οδηγεί σε μια παθολογική διαδικασία η οποία δυνητικά αλλοιώνει την αντίληψη του υποκειμένου για τη ψυχική πραγματικότητα. Όλα αυτά τα συναισθήματα που δεν μπόρεσαν να γίνουν αντικείμενο επεξεργασίας από τη μητέρα και να επιστρέψουν με μία άλλη μορφή στο βρέφος οδηγούν το ίδιο στην ψυχική απόσυρση προκειμένου να αμυνθεί από το άγχος του κενού και αποζητώντας ευχαρίστηση στην ψευδαισθητική αυτάρκεια, μια παντοδυναμία που κάνει τα πάντα να φαίνονται πιθανά. Η καταστροφή του νοήματος που συμβαίνει κατά την απόσυρση, απομακρύνει το παιδί από την πιθανότητα να μάθει από τις συναισθηματικές εμπειρίες στη συνάντηση με τη μητέρα και προκαλεί την εξάρτηση από ένα παντοδύναμο σύστημα που βασίζεται σε ψεύτικες κατασκευές. (Bion, 1967)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ Η ΨΥΧΩΣΗ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Το τραύμα κατά την παιδική ηλικία, αποτελεί παράγοντα υψηλού κινδύνου για την εκδήλωση ψυχιατρικών διαταραχών στην ενήλικη ζωή (Green, McLaughlin, Berglund, Gruber, Sampson, Zaslavsky & Kessler, 2010). Την τελευταία δεκαετία, η έρευνα έχει εστιάσει αρκετά στη σχέση μεταξύ του τραύματος και της ψύχωσης και τα αποτελέσματα υποστηρίζουν όλο και περισσότερο τον κρίσιμο ρόλο του παιδικού τραύματος ως αιτιολογικός παράγοντας των ψυχωτικών διαταραχών, σε συνδυασμό με βιολογικούς παράγοντες (Morgan & Ficher, 2007; Read, Fink, Rudegeair, Felitti & Whitfield, 2008; Bendall, Jackson, Hulbert & McGorry, 2008). Μια βιολογικά προσανατολισμένη ερμηνεία για την σύνδεση του τραύματος με την ψύχωση αφορά στο πως οι αντιξοότητες κατά την παιδική ηλικία, προκαλούν βλάβες στο βιολογικό υπόστρωμα το οποίο

λειτουργεί ως ρυθμιστής των συναισθημάτων κατά τα πρώτα στάδια της ζωής και κάπως έτσι το παιδί είναι πιο ευάλωτο στο βίωμα του στρες το οποίο το κατακλύζει (Read, Perry, Moskowitz & Connolly, 2001). Πρόκειται για μια υπόθεση που βασίζεται στην νευροαναπτυξιακή πτυχή, η οποία δεν θα είναι αντικείμενο επεξεργασίας στην παρούσα εργασία, ωστόσο θα μπορούσε να γίνει μια αντιστοιχία στον τρόπο με τον οποίο ένα τραυματικό γεγονός βάλλει το αλεξερεθιστικό σύστημα ενός παιδιού με ένα αθροιστικό, ή όχι, τρόπο, ούτως ώστε το καθιστά ελλιπές στο να αποφορτίζει το βρέφος ή το παιδί από αγχογόνες καταστάσεις.

Σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση για τα δεδομένα που υπήρχαν ως προς τη σχέση του ψυχικού τραύματος με την ψύχωση, οι Read & Ross (2003), αναφέρουν ότι η πλειοψηφία των ανθρώπων που έχουν διαγνωστεί με σχιζοφρένεια, έχουν τραυματιστεί ψυχικά σε κάποιο στάδιο της ζωής τους, πέρα από το τραύμα του περάσματος στην ψύχωση. Επίσης στην ανασκόπησή τους αυτή, υποστήριξαν ότι ένας από τους αιτιολογικούς παράγοντες για την ανάπτυξη της σχιζοφρένειας είναι και το ψυχοκοινωνικό περιβάλλον και για αυτό το λόγο πρότειναν ως αναγκαία την παροχή ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στην αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας.

Σύμφωνα με το DSM-IV-TR, ο ορισμός για το τραύμα περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση μεταξύ του περιβάλλοντος και του οργανισμού. Πιθανές τραυματικές εμπειρίες θα μπορούσαν να είναι: η σωματική και σεξουαλική κακοποίηση, η παραμέληση, η ενδοοικογενειακή βία, ο πόλεμος, η σωματική και σεξουαλική παρενόχληση, η απώλεια ενός πρωταρχικού προσώπου φροντίδας λόγω θανάτου, διαζυγίου, κατάχρησης ουσιών, ψυχικής ασθένειας και φυλάκισης, το ιατρικό και χειρουργικό τραύμα, οι φυσικές καταστροφές, οι πανδημίες, η φτώχεια και η παιδική θνησιμότητα. Ο αντίκτυπος αυτών των τραυματικών καταστάσεων αντισταθμίζεται από την έμφυτη ανθεκτικότητα και από ένα εύρος προστατευτικών περιβαλλοντικών παραγόντων. (DSM-IV-TR, 2000)

Εάν το ψυχικό τραύμα αποτελεί αιτιολογικό παράγοντα για τη σχιζοφρένεια, τότε αυτό θα υποδείκνυε ότι το περιβάλλον διαδραματίζει ένα πολύ σημαντικό ρόλο. Βέβαια, οι απώλειες, το στρες, η παραμέληση και το τραύμα είναι οι μόνες ορίζουσες καταστάσεις ευαλωτότητας για την εκδήλωση της σχιζοφρένειας (Read & Ross, 2003). Τα πολυπαραγοντικά αιτιολογικά μοντέλα για τη σχιζοφρένεια (Tienari & Wynne, 1994), προτείνουν μια πιο ανοικτή προσέγγιση για το αν σοβαρές δυσμενείς καταστάσεις κατά την παιδική ηλικία συμβάλουν ανεξάρτητα ή σε συνδυασμό με γενετικούς παράγοντες στη γένεση της ψύχωσης. Το επικρατέστερο “diathesis-stress model”

για τη σχιζοφρένεια προτείνει μια βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση για την κατανόησή της (Norman and Malla, 1993a, 1993b; Walker and DiForio, 1997), δίνοντας περισσότερη βαρύτητα στη γενετική προδιάθεση με αποτέλεσμα η μελέτη για τη σημασία του τραύματος να εντάσσει όλους τους ψυχολογικούς παράγοντες στην παράμετρο του στρες. Η τάση αυτή απομακρύνεται από αμέσως προηγούμενο μοντέλο, αυτό της ευαλωτότητας- στρες (vulnerability stress model) (Zubin and Spring, 1977) το οποίο υποστήριζε πως πέρα από μια έμφυτη ευαλωτότητα, υπάρχει και η επίκτητη ευαλωτότητα, η οποία οφείλεται στην επίδραση του τραύματος, της ασθένειας, των περιγεννητικών επιπλοκών, τις οικογενειακές εμπειρίες, τις αλληλεπιδράσεις κατά την εφηβεία καθώς και άλλα γεγονότα ζωής τα οποία ενισχύουν ή αναστέλλουν την ανάπτυξη μιας επακόλουθης διαταραχής. Οι Read & Ross (2003), στην ανασκόπησή τους, παρατηρούν ότι η ερευνητική δραστηριότητα για την αιτιολογία της σχιζοφρένειας από τη δεκαετία του 60' μέχρι τη δεκαετία του 90' παρέμεινε σταθερή στη συσχέτισή της με νευροβιολογικούς παράγοντες, σημείωσε αύξηση στη συσχέτισή της με γενετικούς παράγοντες ενώ σε ότι αφορά το οικογενειακό περιβάλλον, η ερευνητική δραστηριότητα έχει περιοριστεί σε μεγάλο βαθμό. Ακόμη και σε έρευνες που διερευνούσαν την παιδική ηλικία σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, (Neumann, Grimes, Walker, & Baum, 1995), αναζητώντας στοιχεία για σημαντικές δυσλειτουργίες συμπεριφοράς, ωστόσο στα ευρήματα εξηγήθηκαν με όρους ευαλωτότητας λόγω της υποβόσκουσας σχιζοφρένειας. Άλλη μία έρευνα των Cannon, Walsh, Hollis, Maresc, Taylor, Murray & Jones (2001), που διερευνούσε την ποιότητα της σχέσης με τους γονείς κατά την παιδική ηλικία, κατέτασσε τέτοιου είδους στοιχεία στα συμπτώματα, υπονοώντας ότι διαταραχές στη σχέση με τους γονείς ήταν αποτέλεσμα της ασθένειας παρά πιθανή αιτία. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι σε μεταγενέστερη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας από τους Read, Goodman, Morrison, Ross, και Aderhold (2004), το τραύμα κατά την παιδική ηλικία συνδέθηκε με τη σχιζοφρένεια εξίσου ή και σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με άλλες ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές και οι διαταραχές προσωπικότητας.

Συνοψίζοντας, στο κεφάλαιο αυτό διαφαίνεται η τάση ιατροκοποίησης μιας ψυχικής ασθένειας τόσο περίπλοκης που ίσως διακινεί την ανάγκη στους ερευνητές να την εξηγήσουν με όρους βιολογικούς. Βέβαια, τα ερευνητικά ευρήματα δεν έδωσαν ποτέ το χώρο για ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με τη προέλευση της σχιζοφρένειας, καθώς παρότι οι τραυματικές συνθήκες ήταν πάντα ένα κοινό στοιχείο, λόγω της αντίστοιχης παρατήρησης και με άλλες ψυχικές διαταραχές, μας καλεί να σκεφτούμε ότι τα πράγματα δεν είναι τόσο γραμμικά. Επίσης

πρέπει να επισημανθεί ότι στις έρευνες αναφέρονται σημαντικά μεθοδολογικά ζητήματα, ιδιαίτερα σε ότι έχει να κάνει με τη σχιζοφρένεια και τις δυσκολίες που προκύπτουν σε επίπεδο αξιολόγησης και συμπλήρωσης ερευνητικών εργαλείων, αλλά και σε σχέση με το τραύμα και τους ορισμούς του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΣΤΟ ΕΙΔΟΣ ΤΩΝ ΨΥΧΩΤΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ

Όπως έχει αναφερθεί σε προηγούμενα κεφάλαια, ένα βασικό ερώτημα στην παρούσα εργασία, αφορά στο κατά πόσο το είδος του τραύματος επηρεάζει και τα συμπτώματα που θα παρουσιάσει το άτομο όταν θα εκδηλώσει την ασθένεια. Ερευνητικά, έχει υποστηριχθεί πολλαπλώς η συσχέτιση ανάμεσα στο ρόλο των τραυματικών εμπειριών και την εκδήλωση της ψύχωσης, χωρίς να μπορεί να εξηγηθεί ακριβώς το πώς τέτοιου είδους δυσκολίες κατά την ανάπτυξη επηρεάζουν την σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Σύμφωνα με τους Bentall, de Sousa, Varese, Wickham, Sitko, Haarmans, & Read, (2014) άτομα με ψύχωση που έχουν στο ιστορικό τους τραυματικές εμπειρίες, φαίνεται να παρουσιάζουν αυξημένα θετικά συμπτώματα, όπως το παραλήρημα και οι ψευδαισθήσεις, κυρίως όταν οι τραυματικές εμπειρίες αφορούν σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση και παραμέληση κατά την παιδική ηλικία. Δεν έχει παρατηρηθεί ωστόσο αντίστοιχη συσχέτιση με τις τραυματικές εμπειρίες και τα αρνητικά συμπτώματα στη σχιζοφρένεια (Schalinski, Breinlinger, Hirt, Teicher, Odenwald & Rockstroh, 2017).

Σε μία εκτενή ερευνητική ανασκόπηση των Reiff, Castille, Muenzenmaier και Link (2012), αναφέρεται μια σημαντική συσχέτιση μεταξύ του περιεχομένου των ψυχωτικών συμπτωμάτων σε κακοποιημένους ενήλικες το οποίο φαίνεται να σχετίζεται με παιδική κακοποίηση ενώ συμπέραναν με μεικτές μεθόδους έρευνας ότι οι τραυματικές εμπειρίες έχουν μεγάλο νόημα στα ψυχωτικά συμπτώματα. Καθώς τα ποσοστά συσχέτισης της παιδικής κακοποίησης σε ασθενείς με ψυχωτική συμπτωματολογία είναι υψηλά, είναι σημαντικό να γίνει κατανοητός ο τρόπος με τον οποίο το περιεχόμενο των ψυχωτικών συμπτωμάτων μπορεί να σχετίζεται με πρώιμες τραυματικές εμπειρίες. Μια τέτοια θέση θα μπορούσε να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αξιολογούν το περιεχόμενο των παραγωγικών συμπτωμάτων, τα οποία ενδεχομένως να περιλαμβάνουν μια πραγματική ή συμβολική αναπαραστατική αξία από πρώιμες εμπειρίες. Κάποιες βασικές διαπιστώσεις μέσα από την κλινική διερεύνηση για τη σχέση της

ψυχωτικής συμπτωματολογίας και του τραύματος κατά τη παιδική ηλικία είναι: α) Η συμπτωματολογία στην ψύχωση σε άτομα με ιστορικό παιδικής κακοποίησης έχει περιγραφεί ως πιο σοβαρή και δυσκολότερα αντιμετωπίσιμη θεραπευτικά (Gearon, Bellack, & Tenhula, 2004; Muenzenmaier, Meyer, Struening, & Ferber, 1993, όπως αναφέρονται στους Reiff et al., 2012), β) Οι ψυχωτικές διαταραχές είναι συχνά συνυφασμένες με μια σχετική με το τραύμα συμπτωματολογία (Gearon et al., 2004; Holowka, King, Saheb, Pukall, & Brunet, 2003; Muenzenmaier et al., 2005; Mueser et al., 2002; Jankowski et al., 2006, όπως αναφέρονται στους Reiff et al., 2012), γ) Η ψυχωτική συμπτωματολογία μπορεί να προκληθεί από δυσμενείς ή και τραυματικές εμπειρίες κατά την παιδική ηλικία (Janssen et al., 2004; Read et al., 2005; Read, Bentell, & Fosse, 2009; Larkin & Read, 2008; Read et al., 2006; Moskowitz, Schafer & Dorahy, 2009, όπως αναφέρονται στους Reiff et al., 2012), δ) Συμπτώματα τα οποία αρχικά αποδίδονται στο τραύμα, αργότερα αξιολογούνται ως αποσυνδετικά, για παράδειγμα έχει βρεθεί ότι άτομα με θετική ψυχωτική συμπτωματολογία με ιστορικό παιδικής κακοποίησης, αρχικά εκδήλωσαν κυρίως αρνητικά συμπτώματα τα οποία εξελίχθηκαν σε θετικά, όπως οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, (Kluft, 1987; Ross, 2005; Ross, Anderson, & Clark, 1994, όπως αναφέρονται στους Reiff et al., 2012), ε) Τα τελευταία χρόνια, γίνεται λόγος για τη σύνδεση του τραύματος με την αποσύνδεση και την σχιζοφρένεια, ενώ τίθεται το ερώτημα εάν η αποσυνδετική διαταραχή μπορεί να διαχωριστεί από την σχιζοφρένεια ή όχι (Moskowitz & Corstens, 2007; Schaefer, Ross, & Read, 2009; Schaefer, Aderhold, Freyberger, & Spitzer, 2008, όπως αναφέρονται στους Reiff et al., 2012).

Συγκεκριμένα χαρακτηριστικά σε θετικά ψυχωτικά συμπτώματα έχουν συνδεθεί με εμπειρίες παιδικής σεξουαλικής κακοποίησης όπως η επιθετικότητα προς τον εαυτό ή σε άλλους, οι ακουστικές ψευδαισθήσεις, οι σεξουαλικές αναφορές καθώς και οι οσφρητικές ψευδαισθήσεις (Read & Argyle, 1999; Read & Ross, 2003; Offen, Waller, & Thomas, 2003; Ellenson, 1986, όπως αναφέρονται στους Reiff et al., 2012). Τα αποτελέσματα της έρευνας των Reiff et al., (2012), έδειξαν να συμφωνούν με ευρήματα προαναφερθέντων ερευνών σχετικά με στην συσχέτιση μεταξύ του τραύματος κατά τη παιδική ηλικία (σωματική ή σεξουαλική κακοποίηση) και των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας. Πιο συγκεκριμένα, ψυχωτικοί ασθενείς με παραλήρημα και ψευδαισθήσεις είχαν ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης κατά την παιδική τους ηλικία. Η επιθετικότητα προς τον εαυτό ή σε άλλους ήταν χαρακτηριστική στις παραληρηματικές ιδέες και στις ψευδαισθήσεις σε όσους βίωσαν σεξουαλική κακοποίηση, ενώ τραυματικές μνήμες

σχετίζονταν με τις ψευδαισθήσεις όσων βίωσαν σεξουαλική κακοποίηση από συγγενικά πρόσωπα. Τα χαρακτηριστικά αυτά δεν είχαν την ίδια ένταση ή συχνότητα σε ασθενείς που δεν είχαν επιβεβαιωμένο ιστορικό σεξουαλικής κακοποίησης. Προκειμένου να γίνει η αντιστοιχία μεταξύ του τραύματος κατά την παιδική ηλικία και της ψυχωτικής συμπτωματολογίας (παραισθήσεις και ψευδαισθήσεις), χρησιμοποιήθηκε και η μέθοδος Core Conflictual Relationship Theme (CCRT), ένα εργαλείο ανάλυσης που αναπτύχθηκε σύμφωνα με την ψυχοδυναμική παράδοση. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης αυτής έδειξαν ότι υπάρχει αντιστοιχία ανάμεσα στα συμπτώματα και στο νόημά τους σε ότι αφορά εκφράσεις διαπροσωπικών σχέσεων και σε πολλές περιπτώσεις, δείχνουν μια σύνδεση με τραυματικά γεγονότα ή συναισθήματα κατά τη παιδική ηλικία. Τα στοιχεία αυτά δεν είναι εύκολο να αναδειχθούν μέσα από τα καθιερωμένα διαγνωστικά εργαλεία, τα οποία έχουν σχεδιαστεί για να ταξινομούν συμπτώματα σε διαγνωστικές κατηγορίες, περιορίζοντας έτσι τη δυνατότητα συσχέτισης του περιεχομένου των συμπτωμάτων με το τραύμα. Με αυτή την έρευνα αναδύεται η σημασία των αφηγήσεων των ασθενών που επιτρέπουν την αξιολόγηση των πιθανών συνδέσεων μεταξύ των εμπειριών της παιδική ηλικίας και των ψυχωτικών συμπτωμάτων κατά την ενήλικη ζωή. Φαίνεται πως η παιδική κακοποίηση μπορεί να επηρεάσει το περιεχόμενο των ψυχωτικών συμπτωμάτων, επομένως είναι σημαντικό να αξιολογείται η τραυματική πτυχή της ψύχωσης προκειμένου να παρέχεται η αντίστοιχη θεραπευτική παρέμβαση. (Reiff et al., 2012)

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑ

Το ερευνητικό ερώτημα που απασχολεί αυτή την εργασία αφορά τον τρόπο με τον οποίο τραυματικά γεγονότα στα πρώτα χρόνια της ζωής, φαίνεται να συμβάλουν στην εκδήλωση της ψύχωσης. Επίσης, θα διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο τα τραυματικά γεγονότα επιδρούν στην συμπτωματολογία της ψύχωσης. Δηλαδή, θα διερευνηθεί εάν ο τύπος του τραύματος μπορεί να εξηγήσει τον τύπο των συμπτωμάτων (θετικά/ παραγωγικά συμπτώματα ή αρνητικά συμπτώματα).

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η προτεινόμενη μεθοδολογία για την ανάδειξη των κεντρικών θεματικών της διπλωματικής εργασίας είναι αυτή της κλινικής μελέτης (case study). Σύμφωνα με την Bohleber (2006), η κλινική έρευνα προσδιορίζεται ως η κυκλική διαδικασία παρατήρησης σε κλινικές περιπτώσεις. Συγκεκριμένα, θα συνταχθούν κλινικές βινιέτες για ψυχωτικούς ασθενείς που φιλοξενούνται σε Μονάδα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης. Το κλινικό υλικό θα περιλαμβάνει μια όσον το δυνατόν πιο περιεκτική αναφορά σε γεγονότα που αφορούν το ιστορικό του κάθε ασθενή, το οποίο έχει συλλεχθεί μέσα στα χρόνια από τους ίδιους και την οικογένειά τους μέσω της επαφής τους με το σύστημα ψυχικής υγείας. Παράλληλα, θα γίνει μια περιγραφή για την κλινική τους εικόνα κυρίως σε ότι αφορά την συμπτωματολογία καθ' όλη την πορεία της νόσου όσο βέβαια αυτό δύναται σύμφωνα με τις πληροφορίες που υπάρχουν.

Προκειμένου να διασφαλιστεί η ερευνητική πτυχή της εργασίας αυτής, έχει γίνει μια συστηματοποίηση στη συλλογή του υλικού και τέθηκαν κάποια κριτήρια επιλογής. Συγκεκριμένα, επιλέχθηκαν ασθενείς από συγκεκριμένη Μονάδα Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης στην οποία ο ερευνητής εργαζόταν για κάποια χρονική περίοδο. Για τους σκοπούς της συγκεκριμένης εργασίας, επιλέχθηκαν ασθενείς που εντάσσονταν στην εξής διαγνωστική κατηγορία κατά ICD-10: F20-F29 Σχιζοφρένεια, σχιζοτυπικές και παραληρηματικές διαταραχές. Κατ' επέκταση, αποκλείστηκαν ασθενείς που είχαν διαγνωστεί στο οριακό φάσμα και στην οριακή νοημοσύνη.

Ακολούθως, δόθηκε έμφαση στην μελέτη του ατομικού φακέλου του κάθε ασθενή και η συλλογή υλικού ταξινομήθηκε σε κάποιες γενικές πληροφορίες για τον ασθενή και τη διάγνωσή του, σε στοιχεία που αφορούν στην κλινική εικόνα και έπειτα σε ένα οικογενειακό, κοινωνικό και ψυχιατρικό ιστορικό ανάλογα με το ποσό του υλικού που υπήρχε για τον καθένα. Το υλικό αυτό έγινε αντικείμενο επεξεργασίας μέσα από την κλινική εποπτεία για την κάθε περίπτωση ξεχωριστά. Η εποπτεία ήταν εστιασμένη στην κατανόηση της τραυματικής προβληματικής στον κάθε ασθενή και στην εκδήλωση της συμπτωματολογίας σε σχέση με το τραυματικό ιστορικό.

Μια άλλη παράμετρος στη μεθοδολογία για τη μελέτη αυτών των περιπτώσεων, βασίζεται στην παρατήρηση των ασθενών αυτών κατά τη διάρκεια της συνεργασίας του ερευνητή με το φορέα. Η επαφή αυτή με τους ασθενείς αξιοποιήθηκε αρχικά για την επικαιροποίηση των στοιχείων που αναφέρονται στους ατομικούς τους φακέλους τα οποία αφορούν σε όλη τη μέχρι τώρα πορεία τους στο φορέα, και έπειτα για την πληρέστερη περιγραφή στις κλινικές βινιέτες δεδομένης της εικόνας που είχε ο ερευνητής για τον κάθε ασθενή.

Επιπρόσθετα, μια ακόμη δικλείδα ασφαλείας ήταν η επιλογή του εσωτερικού επόπτη για το κλινικό υλικό. Η ανάλυση του υλικού έγινε με τη συμβολή της επιστημονικής υπευθύνου της ΜΨΑ, η οποία είχε το ρόλο του εσωτερικού επόπτη στο πλαίσιο αυτό. Επομένως, έγινε μια συστηματοποιημένη καταγραφή των περιπτώσεων που αναλύθηκαν για την εργασία αυτή, βασισμένη και στην εμπειρία του ερευνητή ως πρώην εργαζόμενος στο φορέα υπό την επίβλεψη της εσωτερικής επόπτριας.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Δεδομένης της πολυπλοκότητας του υπό διερεύνηση θέματος, τίθενται κάποιοι περιορισμοί που αφορούν δύο πτυχές, την ποσότητα του υλικού για τον κάθε ασθενή και την ποιότητα μιας μελέτης με ψυχαναλυτικούς όρους μέσα από μία ψυχοδυναμική οπτική. Πιο συγκεκριμένα, για την πρώτη πτυχή, φάνηκε να υπάρχει μια σημαντική απόκλιση στην ποσότητα του υλικού που συλλέχθηκε για τον κάθε ασθενή. Αυτό οφειλόταν κατά βάση στο υποστηρικτικό σύστημα που υπήρχε ή δεν υπήρχε για τον κάθε ασθενή, γεγονός που εκ των πραγμάτων συνδέεται άμεσα και με το τραυματικό τους ιστορικό. Έπειτα, προκύπτουν και ζητήματα συστηματοποιημένης καταγραφής πληροφοριών τόσο από τα ψυχιατρικά ιδρύματα όσο και από τους φορείς ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Σε πολλές περιπτώσεις υπήρχε πληθώρα πληροφοριών, εκ των οποίων κάποια φαίνονταν ανυπόστατα ή αντικρουόμενα, ενώ σε άλλες περιπτώσεις οι πληροφορίες ήταν ανύπαρκτες. Σχετικά με τη δεύτερη πτυχή, αυτή της ποιότητας, αφορά κυρίως στην προσπάθεια επιλογής μιας μεθοδολογίας, όπως αυτή της κλινικής μελέτης που επιτρέπει μια παρατήρηση και ευελιξία στην διεξαγωγή συμπερασμάτων μέσα από το ψυχαναλυτικό πρίσμα. Η επαγωγή αυτή, σύμφωνα με τον Green (2000), είναι απαραίτητη όταν προσπαθεί κανείς να μελετήσει ασυνείδητες πτυχές του ψυχισμού, οι οποίες δεν μπορούν να παρατηρηθούν άμεσα. Ωστόσο, σε ότι αφορά τις προϋποθέσεις που απαιτούνται για την εγκυρότητα μιας έρευνας, τέτοιους είδους επαγωγές φαίνονται ίσως παρακινδυνευμένες ή έστω υποκειμενικές.

ΚΛΙΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σε αυτό το μέρος της εργασίας αυτής, θα παρουσιαστούν κλινικές περιπτώσεις ασθενών που φιλοξενούνται σε μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος, όπως αναφέρεται και στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας, βασίζονταν στη διάγνωσή τους. Επομένως κάποιοι ασθενείς από το πλαίσιο αυτό αποκλείστηκαν καθώς η διάγνωσή τους δεν εμπίπτει στην ψυχωτική παθολογία. Έχουν συνταχθεί κλινικές βινιέτες για τους σκοπούς της έρευνας, εστιασμένες σε πληροφορίες που θα ήταν χρήσιμες για το υπό διερεύνηση θέμα. Τα στοιχεία για τον κάθε ασθενή προέκυψαν από το αρχείο του φορέα, ωστόσο τα στοιχεία δεν ήταν πάντα επαρκή και έτσι κάποιες πρόσθετες πληροφορίες προήλθαν και από την εμπειρία του ερευνητή με τους ασθενείς αυτούς αλλά και από τους θεραπευτές που γνωρίζουν περισσότερα χρόνια τους συγκεκριμένους ασθενείς.

Για το κεφάλαιο αυτό, έχει συνταχθεί μια σύνοψη για τον κάθε ασθενή, βασισμένη στην κάθε κλινική βινιέτα προκειμένου να υπάρχει μία συνεκτική περιγραφή της παθολογίας, των συμπτωμάτων και του ιστορικού του κάθε ασθενή. Οι κλινικές βινιέτες, οι οποίες περιλαμβάνουν κάποια γενικά στοιχεία για τον κάθε ασθενή, στοιχεία για την κλινική του εικόνα και ένα εκτενές ιστορικό, βρίσκονται στο Παράρτημα Ι. Ακολούθως, γίνεται μια ανάλυση του περιστατικού εστιασμένη στο τραύμα σε σχέση με το ιστορικό και την συμπτωματολογία. Οι αναλύσεις προέκυψαν μέσα από την εποπτεία του υλικού σε συνεργασία με την εσωτερική επόπτρια και επιστημονικά υπεύθυνη του φορέα.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ – ΑΝΑΛΥΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Περίπτωση 1

Ο Γ είναι 60 ετών και είναι προστατευόμενο μέλος σε φορέα Ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης από το 2005 μετά από νοσηλεία για πρώτη και μοναδική φορά σε ψυχιατρικό ίδρυμα. Είναι απόφοιτος ΑΕΙ, δεν έχει παντρευτεί και δεν έχει εργαστεί ποτέ στο παρελθόν και δεν έχει διευκρινιστεί το έτος εκδήλωσης της νόσου η οποία πιθανολογείται να εκδηλώθηκε σε ηλικία 25 περίπου ετών. Έχει διαγνωστεί με Παρανοειδή Σχιζοφρένεια και Ηβηφρενική Σχιζοφρένεια (F20.0. F20.1). Πρόκειται για άντρα μέτριου αναστήματος με εμφανή κύφωση, σχετικά ατημέλητος με μακριά μαλλιά και γένια. Τα νύχια του είναι μακριά, τα πέλματά του εκφυλισμένα

και παραμελεί την προσωπική του υγιεινή. Η ενδυμασία του είναι ακατάλληλη σε σχέση με τις εποχές και τις καιρικές συνθήκες, καθώς φοράει ολόχρονα κοντομάνικη μαύρη μπλούζα και μαύρη βερμούδα και σαγιονάρες. Δεν είναι ποτέ σε καθιστή στάση, στέκεται όρθιος όλη τη διάρκεια της ημέρας, ακόμα και όταν τρώει και ξαπλώνει μόνο για να κοιμηθεί, πάντα σε εμβρυική θέση. Το στοιχείο αυτό σχετίζεται τόσο με την ψυχωτική του συμπτωματολογία, όσο και με την οστεοπόρωση βαριάς μορφής, από την οποία πάσχει και πιθανόν η καθιστή θέση είναι επώδυνη για αυτόν. Η έκφραση του προσώπου του είναι απόμακρη, υπάρχει, ωστόσο, βλεμματική επαφή.

Ο λόγος του είναι ποσοτικά φτωχός και ψιθυριστός, δεν συζητά ωστόσο ανταποκρίνεται στην κουβέντα, αλλά με ολιγόλογες, σχεδόν μονολεκτικές απαντήσεις. Τα τελευταία χρόνια είναι πιο ανοικτός στη συζήτηση, ιδιαίτερα για θέματα που δεν αφορούν τον ίδιο, ενώ επιδιώκει και ο ίδιος να συζητήσει όταν κάτι πρακτικό τον απασχολεί. Το επίπεδο της κουβέντας του είναι συγκεκριμένο, αφορά αποκλειστικά το εδώ και τώρα, σε πρακτικό επίπεδο. Υπάρχουν παραληρητικές ιδέες σε σχέση με το νερό, ότι δεν είναι καθαρό γι' αυτό και δεν πίνει και περιορίζεται στην κατανάλωση αναψυκτικών και συσκευασμένου χυμού. Το ίδιο ισχύει για το φαγητό του φορέα, επιδιώκει να τρώει φαγητό από διάφορα εστιατόρια της περιοχής ή καταναλώνει συσκευασμένα τρόφιμα. Τις ιδέες αυτές δεν τις εκφράζει ποτέ ανοικτά και δεν έχει αναφέρει άλλες παραληρητικές ιδέες, π.χ. δίωξης.

Άκαμπτο συναίσθημα, δύσκολα εκφράζεται στην όψη ή το βλέμμα του, που συνήθως είναι ουδέτερα, αν κι επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από το περιβάλλον και τις αλλαγές που συμβαίνουν. Η εκάστοτε συναισθηματική του κατάσταση γίνεται αντιληπτή από τις αλλαγές που παρατηρούνται στις καθημερινές του συνήθειες. Συχνά, ωστόσο, το βλέμμα του δείχνει θλιμμένο, κυρίως σε περιόδους μεταβολών του πλαισίου. Τα τελευταία χρόνια φαίνεται να σχετίζεται βαθύτερα με κάποια συγκεκριμένα μέλη και θεραπευτές με τους οποίους επιδιώκει και σωματική επαφή (π.χ. Ακουμπάει το χέρι του στην πλάτη ή στο χέρι του συνομιλητή του). Παρά τα χρόνια που στεγάζεται σε ΜΨΑ απουσιάζει εντελώς η εναισθησία για την κατάστασή του. Θεωρεί ότι η ζωή του (πριν την είσοδο στον ξενώνα) ήταν φυσιολογική κι ότι δεν υπάρχει κανένας λόγος για την παραμονή του.

Είναι το πρώτο παιδί της οικογένειάς του, είχε ένα μικρότερο αδερφό ο οποίος είχε επίσης διαγνωστεί με σχιζοφρένεια και μία μικρότερη αδερφή, με την οποία διατηρεί μέχρι και σήμερα καλές σχέσεις. Ο πατέρας του, περιγράφεται αρκετά αυταρχικός και ελεγκτικός ενώ η μητέρα του περιγράφεται καταθλιπτική και συνήθως ξαπλωμένη στο κρεβάτι. Υπήρχαν συχνοί καυγάδες

ανάμεσα στο ζεύγος και η μητέρα πίεζε τον Γ να μεσολαβεί για να κατευνάζει τα πνεύματα, παρότι ο ίδιος φοβόταν τον πατέρα του. Η μητέρα φαίνεται να έλεγε συχνά στα παιδιά της ότι είναι μάταιο να ζει κανείς.

Ο Γ είχε πάει τουλάχιστον 2 φορές στο εξωτερικό μετά το Λύκειο και μετά το πέρας των προπτυχιακών του σπουδών στα πλαίσια μιας υποτροφίας. Εκεί φαίνεται να νόσησε για πρώτη φορά ωστόσο παράλληλα νόσησε και ο αδερφός του. Αυτή ήταν η αιτία για την επιστροφή του Γ στην Ελλάδα όπου ζούσε στο πατρικό του και με αφορμή τη διάγνωση του αδερφού του, τους παρακολουθεί για μικρό διάστημα ιδιώτης ψυχίατρος, μέχρι που ο πατέρας διέκοψε την συνεργασία. Οι γονείς του απεβίωσαν σε μεγάλη ηλικία και ο Γ συνέχιζε να ζει με τον αδερφό του, ο οποίος παρότι είχε κυρίως θετική συμπτωματολογία, ήταν αρκετά λειτουργικός και φρόντιζε τον Γ. Σε ηλικία 43 ετών ο Γ ζει πλέον μόνος καθώς έχασε τον αδερφό του από καρκίνο. Τότε φαίνεται να ακολούθησε μια αποδιοργάνωση, αφού σταμάτησε να φροντίζει τον εαυτό του και κυκλοφορούσε ρακένδυτος στην περιοχή που ζούσε μέχρι που η αδερφή του αναζήτησε βοήθεια από φορείς ψυχικής υγείας.

Ανάλυση Περίπτωσης 1

Αρχικά κάποια σχόλια για τη διάγνωση, Παρανοειδής Σχιζοφρένεια (F20.0.) και Ηβηφρενική Σχιζοφρένεια (F20.1), οι οποίες είναι από μια πτυχή ασύμβατες μεταξύ τους. Η Παρανοειδής Σχιζοφρένεια που φαίνεται να είναι η κύρια διάγνωση για τον Γ, περιλαμβάνει κυρίως θετική συμπτωματολογία, όπως οι παραληρηματικές ιδέες παρανοϊκού περιεχομένου, οι οποίες στον συγκεκριμένο ασθενή δεν εξωτερικεύονται ωστόσο μέσα από τη συμπεριφορά του πχ. το ότι δεν πίνει νερό και δέχεται να τραφεί από το φορέα που τον έχει υπό τη δική του ευθύνη και προστασία, ομολογούν μια παρανοειδή πτυχή του. Σχετικά με την Ηβηφρενική Σχιζοφρένεια, η οποία την εποχή που του δόθηκε αναφερόταν κυρίως σε μια αποδιοργανωτική σχιζοφρένεια που περιλάμβανε την έκπτωση της λειτουργικότητας σε ότι αφορά την εικόνα μιας αρνητικής συμπτωματολογίας που φαίνεται να είχε, ωστόσο αυτό έρχεται σε αντίθεση με την διάγνωση της Παρανοειδούς Σχιζοφρένειας δεδομένου ότι η πρώτη διάγνωση περιγράφει μια θετική συμπτωματολογία και η δεύτερη διάγνωση μια αρνητική συμπτωματολογία. Αυτό βέβαια ίσως και να χαρακτηρίζει τον Γ, δεδομένου ότι είναι ένας ασθενής για τον οποίο κανείς υποθέτει τις παραληρηματικές του ιδέες καθώς ο ίδιος ποτέ δεν τις εξωτερικεύει. Επίσης, η αρνητική

συμπτωματολογία που περιγράφεται στην Ηβηφρενική Σχιζοφρένεια, φαίνεται να συμβαδίζει με την εικόνα του, καθώς παρουσιάζει φαινομενικά ρηχό συναίσθημα και υπάρχει η τάση για κοινωνική απομόνωση. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η επιλογή του συγκεκριμένου ασθενή για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, έγινε με σκοπό την κατηγοριοποίησή του στους ασθενείς με αρνητική συμπτωματολογία. Ωστόσο, μέσα από την επεξεργασία και την εποπτεία του υλικού, αναδύθηκε μια υπόθεση για την περίπτωση του Γ, όπου φαίνεται σε μια προψυχωτική κατάσταση εκδήλωσε μια αρνητική συμπτωματολογία, δεδομένης της σταδιακής του κοινωνικής απόσυρσης, προχωρώντας στη συνέχεια σε μια αποδιοργάνωση με αφορμή το θάνατο του αδερφού του που ήταν και το κύριο πρόσωπο φροντίδας. Δηλαδή, αρχικά οι φυγές του στην Ινδία, η αλλαγή στην ενδυμασία, η εγκατάλειψη των προσωπικών του αντικειμένων, η παραμέληση του εαυτού του φαίνεται να ακολουθούσαν μια κλιμάκωση μέχρι και τον θάνατο του αδερφού του. Κάποιες σκέψεις για τους γονείς του Γ, αρχικά έχουν να κάνουν με μια μητέρα που περιγράφεται βαριά καταθλιπτική, απύσχα και στερητική καθώς αδυνατεί να φροντίσει τόσο σε πραγματικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο τα παιδιά της. Καταπατά τα όρια ζητώντας από τα παιδιά της να την προστατέψουν από τον σύζυγό της. Παράλληλα, ένας πατέρας που περιγράφεται αυταρχικός, ο οποίος αδυνατεί να αντιληφθεί ή να αξιολογήσει τις συνθήκες και έτσι κάνει τρία παιδιά με μια καταθλιπτική σύζυγο και ταυτοχρόνως καθιστά αδύνατη την ταύτιση μαζί του μέσα από την υπέρμετρη επιθετικότητα που εξωτερικεύει. Αυτό οδηγεί στην υπόθεση ότι στην περίπτωση του Γ φαίνεται να μην υπήρχε πρόσβαση σε μητρικό αντικείμενο τόσο στη σχέση με τη μητέρα όσο και στη σχέση με τον πατέρα, ο οποίος σε κάποιες περιπτώσεις δύσκολες για την μητέρα, θα μπορούσε να αναλαμβάνει ο ίδιος ένα μητρικό ρόλο για να καλύψει ένα κενό. Επομένως, εδώ θα μπορούσε να σκεφτεί κανείς ότι η μη διαθεσιμότητα του αντικειμένου, έδωσε χώρο στην παρανοϊκή θέση όπου το υποκείμενο, μη μπορώντας να νοηματοδοτήσει την απουσία του αντικειμένου, του καλού στήθους, κλήθηκε από πολύ νωρίς να βιώσει απειλητικά συναισθήματα. Μέχρι και σήμερα, αυτή η παρανοϊκότητα για την καταλληλότητα του νερού και του φαγητού από το «σπίτι» φαίνεται να συνδέεται με το πως και ο ίδιος να μην συνέδεσε την τροφή με ένα και από ένα αντικείμενο.

Περίπτωση 2

Η Δ είναι 61 ετών και έχει διαγνωστεί σε ηλικία 27 ετών με Υπολειμματική Σχιζοφρένεια (F 20.5), παρότι φαίνεται η έναρξη της νόσου να έγινε αρκετά χρόνια νωρίτερα. Η Δ ήταν το πρώτο παιδί των γονιών της, οι οποίοι ήταν εργάτες και αντιμετώπιζαν πολλές οικονομικές δυσκολίες. Είχε ένα μικρότερο αδερφό, ο οποίος έπασχε από σχιζοφρένεια και αυτοκτόνησε εν μέσω διωκτικού παραληρήματος σε ηλικία 45 ετών. Ο πατέρας της περιγράφεται βίαιος προς όλη την οικογένεια και η ίδια θυμάται να της επιτίθεται κυρίως με αφορμή οικονομικών ζητημάτων, καθώς η ίδια πάντα έβρισκε τρόπους να του παίρνει χρήματα για αγορές προϊόντων που διαφημιζόνταν στην τηλεόραση. Τον θυμάται να της λέει ότι τα χέρια της είναι τρύπια. Από την άλλη, η μητέρα της περιγράφεται από μέλη της ευρύτερης οικογένειας ως γυναίκα με οριακή νοημοσύνη, ωστόσο ενδέχεται να έπασχε και η ίδια από σχιζοφρένεια. Η Δ περιγράφει τη μητέρα της ως μια διωκτική και στερητική φιγούρα. Συγκεκριμένα ανακαλεί να την αναγκάζει να τρώει ψωμί ή να πίνει «φασουλόζουμο» σε αντίθεση με τον αδερφό της που του έδινε κανονικό φαγητό. Αναφέρει επίσης ότι σε ηλικία 8 ετών είχε διαισθανθεί ότι η μητέρα της ήθελε να τους βάλει φωτιά και να φύγει μακριά τους. Αναφέρεται ότι την περίοδο που αυτοκτόνησε ο αδερφός της, η ίδια επιτέθηκε στη μητέρα της με κουζινομάχαιο, ενώ είχε προηγηθεί και επίθεση στον πατέρα της όταν ανακάλυψε ότι αυτός έκρυβε χρήματα στο σπίτι. Έκτοτε δεν φαίνεται να εκδήλωσε ξανά επιθετική συμπεριφορά και περιορίζεται σε καθημερινές παθητικοεπιθετικές συμπεριφορές. Η Δ παντρεύτηκε σε ηλικία 19 ετών έναν άντρα αρκετά μεγαλύτερό της, ίσως σε μία προσπάθεια να ξεφύγει από την οικογένειά της, ωστόσο 3 χρόνια αργότερα γνωρίζει έναν αλλοδαπό άντρα τον οποίο ερωτεύεται και γίνεται η αιτία για να την εγκαταλείψει ο σύζυγός της. Ο σύντροφός της περιγράφεται ως εξαιρετικά κακοποιητικός, ενώ η ίδια λέει χαρακτηριστικά «αυτός νόμιζε πως ήμουν τρελή και εγώ νόμιζα πως ήθελε να με σκοτώσει». Η σχέση αυτή διήρκησε 17 περίπου χρόνια, με πολλούς χωρισμούς και επανασυνδέσεις. Η Δ νοσηλεύεται σε ψυχιατρική κλινική στα 33 της χρόνια, μετά από ξυλοδαρμό από το σύντροφό της στο εξωτερικό όπου είχαν πάει για ταξίδι. Ενημερώθηκαν οι γονείς της οι οποίοι μεσολάβησαν για τη μεταφορά της στην Αθήνα όπου συνέχισε την νοσηλεία της. Σε ηλικία 39 ετών ταξιδεύει στο εξωτερικό μαζί με τον σύντροφό της, παντρεύονται, και στην συνέχεια τον εγκαταλείπει και επιστρέφει στην Ελλάδα και διαμένει με τους γονείς της όπως έκανε κάθε φορά που χώριζε με τον σύντροφο αυτό. Η ένταξη της στην ΜΨΑ έγινε το 2013 όταν απεβίωσε ο πατέρας της και η μητέρα της διέμενε σε οικο ευγηρίας καθώς παρουσίασε άνοια.

Η Δ εκ πρώτης όψεως φαίνεται μια ήρεμη και συνεσταλμένη γυναίκα αρκετά λειτουργική και ιδιαίτερα ευγενική. Ωστόσο, είναι άτομο που παραμελεί τον εαυτό του, παρουσιάζει χάλαση συνειρμού, παραληρητικές ιδέες δίωξης, συσχέτισης, αναφοράς, μεγαλομανιακές ιδέες και ακουστικές ψευδαισθήσεις. Επαιτεί σε καθημερινή βάση, παραβιάζει συνεχώς του κανόνες του φορέα που την φιλοξενεί και βιώνει διωκτική την κάθε προσπάθεια για πλαισίωσή της. Ανά διαστήματα κάνει φυγές από το φορέα, γεγονός που σχετίζεται άμεσα με τις ιδέες δίωξης, οι οποίες συνήθως εμπλέκουν την θεραπεύτριά της ή την συγγάτοικό της, οι οποίες σύμφωνα με το παραλήρημά της Δ, θέλουν να την κλέψουν ή να την δηλητηριάσουν αργά και βασανιστικά ή να της βγάλουν τα μαλλιά και τα μάτια. Παράλληλα εξιδανικεύει τους άντρες θεραπευτές του φορέα, με τους οποίους φαντάζεται να την παίρνουν υπό την προστασία τους και να την φροντίσουν στα γεράματά της. Διατηρεί όλα τα χρόνια μια συμβιωτική σχέση με έναν ασθενή του φορέα, 30 χρόνια νεότερό της, ο οποίος την αποκαλεί μανούλα και η ίδια τον αποκαλεί παιδί μου, ωστόσο η σχέση τους είναι και από τις δύο πλευρές σεξουαλικοποιημένη.

Ανάλυση Περίπτωσης 2

Η περίπτωση της Δ, φαίνεται να έχει να έχει επίσης την αποδιοργανωτική χροιά ως βασικό άξονα στην ψυχοπαθολογία της. Παρότι φαίνεται να υπάρχει ένα κοινό στοιχείο δίωξης στο παραλήρημά της, από γυναίκα, είναι παράλληλα τόσο χαοτικό που δύσκολα θα χαρακτηριζόταν ως οργανωμένο παραλήρημα. Η χρόνια επαιτεία και η ελλιπής ή ανύπαρκτη φροντίδα του εαυτού, οι μεταβολές του περιεχομένου στο παραλήρημα, είναι στοιχεία που εντάχθηκαν κάτω από το φάσμα της υπολειμματικής σχιζοφρένειας, από τη ψυχαναλυτική οπτική θα μπορούσε να διακρίνει κανείς την αποδιοργάνωση που επικρατεί.

Η προσπάθειά της ωστόσο να δώσει νόημα στο τραυματικό παρελθόν της φαίνεται στις αναμνήσεις που διηγείται για τη σχέση της με την μητέρα της. Μια μητέρα στερητική, απειλητική και παντοδύναμη που αναδύεται μέσα από κάθε σχέση της Δ με άλλες γυναίκες, όπου η ίδια αισθάνεται ως θύμα, ως έρμαιο απέναντι σε γυναίκες που την έχουν υπό τον έλεγχό τους. Ωστόσο, η φαντασίωση που αναφέρει για την μητέρα της σχετικά με την επιθυμία της να βάλει φωτιά στο σπίτι και να ζήσει ελεύθερη, ενδεχομένως να είναι ένα δείγμα και της δικής της επιθετικότητας και καταστροφικότητας που προβάλλεται στη μητέρα της. Αυτό ίσως να είναι ένα χαρακτηριστικό

δίπολο για την Δ, καθώς έχει υποστεί τόση κακοποίηση στην πορεία της ζωής της και περιγράφει τον εαυτό της ως «κατσικούλα, χαζούλα» προσπαθώντας να τοποθετήσει τον εαυτό της σε μια αθώα και θυματοποιημένη εικόνα. Παράλληλα όμως, η επιθετικότητά της εκφράζεται συνεχώς με ποικίλους τρόπους μέσα από τη σχέση της με το φορέα και τους κανόνες του, τους οποίους παραβιάζει ασύστολα και παράλληλα καταφέρνει να δημιουργεί ένα χάος σε ότι εμπλέκεται. Αυτό θα μπορούσε να παρατηρηθεί μέσα από μικρά καθημερινά παραδείγματα, όπως το να επαιτεί, πάντα με την πρόφαση ότι προσπαθεί να βοηθήσει κάποιον συνθεραπευόμενό της, ακολούθως αγοράζει τσιγάρα και γλυκά τα οποία διανέμει σε συγκεκριμένα άτομα που γνωρίζει ότι για λόγους υγείας δεν θα έπρεπε να καπνίζουν ή να καταναλώνουν γλυκά. Πρέπει επίσης να αναφερθεί ότι παρά τις προσπάθειες πλαισίωσης της Δ από την θεραπευτική ομάδα, αυτό πάντα μοιάζει αδύνατο καθώς η ίδια πάντα βρίσκει τρόπους να «ξεγλιστράει» και εν τέλει βιώνει ως απειλή την οποιαδήποτε προσέγγιση. Το σχόλιο του πατέρα της για τα «τρύπια χέρια» φαίνεται να είναι χαρακτηριστικό για τον ψυχισμό της Δ, ένας ψυχισμός με τρύπες, που δεν μπορεί να κρατηθεί από πουθενά λόγω των εκτεταμένων τραυματισμών που έχει υποστεί από το οικογενειακό της περιβάλλον.

Περίπτωση 3

Η Φ είναι 46 ετών και διαμένει σε μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης από το 2011. Έχει διαγνωστεί με Σχιζοφρένεια (F 20), ενώ η έναρξη της ψυχοπαθολογίας φαίνεται να τοποθετείται στις αρχές της εφηβείας. Η εικόνα της Φ φαίνεται να παραμένει σχετικά σταθερή μέσα στα χρόνια. Πρόκειται για γυναίκα που μοιάζει μικρότερη από την ηλικία της, ατημέλητη, άβουλη και υποβόλιμη. Περνάει την μέρα της ξαπλωμένη στο κρεβάτι σε άβολη στάση, αποσυρμένη στις ψευδαισθήσεις και τις παραληρητικές ιδέες. Αναφέρει σε καθημερινή βάση ότι βλέπει τις θείες που την μεγάλωσαν, οι οποίες της μιλάνε άσχημα και τη βρίζουν, ακούει επίσης σφυρίγματα που την καλούν να αυνανιστεί. Η ίδια αντιδράει σε αυτά είτε με το να αυνανίζεται είτε με το να κτυπάει τον εαυτό της και να βρίζει ή να καταριέται τις θείες. Δεν εκδηλώνει άλλη επιθετική συμπεριφορά πέρα από το να κτυπάει τον εαυτό της, καταναλώνει ακαθαρσίες από τον κάδο σκουπιδιών ή περισσεύματα από πιάτα άλλων ασθενών επικαλούμενη ζητήματα οικονομίας που πρέπει να κάνει προκειμένου να ζήσει περισσότερα χρόνια. Βρίσκει χρηστική αξία σε σκουπίδια τα οποία συλλέγει με προσοχή και συχνά με αφορμή την απώλεια ενός από αυτά, αναστατώνεται και κλαίει.

Η Φ είναι το πρώτο από τα δύο παιδιά των γονιών της. Η μητέρα της έπασχε επίσης από ψυχωτική διαταραχή και κατά τη γέννηση της Φ, παρουσίασε επιλόχειες επιπλοκές και ακολούθως υποτροπίασε και νοσηλεύτηκε σε ψυχιατρική κλινική. Έτσι τη φροντίδα της Φ ανέλαβαν οι τρεις ανύπαντρες αδερφές της μητρικής γιαγιάς μέχρι και την ενηλικίωση της. Οι γυναίκες αυτές περιγράφονται ως ιδιόρρυθμες, καταπιεστικές και ιδιαίτερα συντηρητικές ενώ η Φ φαίνεται να περιγράφεται επίσης ιδιόρρυθμη ως παιδί. Οι επαφές με τους γονείς της Φ και με τη μικρότερη αδερφή της ήταν σπάνιες παρότι ζούσαν στο ίδιο νησί. Στα 18 της χρόνια και αφού είχε ήδη νοσήσει και λάμβανε φαρμακευτική αγωγή, αναλαμβάνουν τη φροντίδα της οι γονείς της και μετακομίζουν σε άλλη περιοχή λίγα χρόνια αργότερα. Η Φ περιγράφεται ως εντελώς άβουλη και πλήρως εξαρτημένη από τη μητέρα της, η οποία ήταν αρκετά λειτουργική. Υπήρχαν αρκετές εντάσεις στην οικογένεια καθώς επίσης και μεταξύ μητέρας και κόρης, ενώ ανά διαστήματα η Φ περιγράφεται επιθετική προς όλα τα μέλη της οικογένειας. Μετά το θάνατο του πατέρα της, φαίνεται να εντείνονται οι δυσκολίες της Φ, ιδιαίτερα στη σχέση της με τη μητέρα της, η οποία δυσκολευόταν να φροντίσει την Φ λόγω της απόσυρσης και της αβουλησίας που παρουσίαζε.

Ανάλυση Περίπτωσης 3

Στην περίπτωση αυτή έχουμε και πάλι τον παράγοντα της κληρονομικής επιβάρυνσης. Μια μητέρα με σχιζοφρένεια, που παρότι περιγράφεται αρκετά λειτουργική για τον εαυτό της, δεν μπορεί να αναλάβει και τη φροντίδα της Φ και υποτροπιάζει. Οι θείες που αναλαμβάνουν τη φροντίδα της Φ από την πρώτη μέρα, φαίνεται να είχαν κακοποιητική δράση, η οποία σε συνδυασμό με την απομάκρυνση από τη μητέρα, δημιούργησε ένα κενό για το μητρικό αντικείμενο και τη λειτουργία του. Αυτό φαίνεται να ενισχύεται από το γεγονός ότι η αδερφή της, η οποία μεγάλωσε με τη μητέρα, δεν εκδήλωσε ψυχωτική διαταραχή. Αργότερα, όταν η Φ επανασυνδέθηκε με την οικογένειά της, η σχέση της με τη μητέρα της φαίνεται να είναι πλήρως συμβιωτική και αδιαφοροποίητη ως προς τους ρόλους. Μέσα από το παραλήρημά της φαίνεται να προσπαθεί να διαπραγματευτεί τις διεγέρσεις που βίωσε από τις θείες που τη μεγάλωσαν, με έντονο το στοιχείο αυτό της «αντίδρασης» όπου σύμφωνα με τα λεγόμενά της προσπαθεί να αντιδράσει στις πιέσεις που της ασκούν οι θείες είτε με το να τις βρίζει είτε με το να κτυπάει τον εαυτό της. Επίσης, ο συνεχόμενος αυνανισμός, πέραν του ότι είναι μια καθαρά εκτονωτική πράξη απέναντι στις διεγέρσεις που βιώνει, είναι άλλο ένα στοιχείο που εντάσσεται στην άρση

αναστολών που μαζί με τη στασιμότητα της εικόνας της συναινούν σε μία αποδιοργανωτική πτυχή που φαίνεται να κυριαρχεί και στην περίπτωση αυτή.

Περίπτωση 4

Ο Σ είναι 66 ετών και έχει διαγνωστεί με Υπολειμματική Σχιζοφρένεια (F 20.5). Είναι προστατευόμενο μέλος μονάδας ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης από το 2003 μετά από μακροχρόνια νοσηλεία σε ψυχιατρικό ίδρυμα. Ο Σ είναι ένας υπολειμματικός ασθενής, πάντα απομονωμένος στο δωμάτιό του και πάντα ξαπλωμένος στο κρεβάτι του. Το συναίσθημά του είναι αμβλύ, κατά βάση καταθλιπτικόμορφο, δεν επιδιώκει επαφές με άλλους ασθενείς και περιορίζει τις επαφές του με ορισμένους θεραπευτές με τους οποίους ανέπτυξε συναισθηματικούς δεσμούς μέσα στα χρόνια. Πρόκειται για ασθενή που δεν μιλάει λόγω δυσαρθρίας, η ένταση της φωνής του είναι πάντα χαμηλή, σαν ψίθυρος. Προσπαθεί να επικοινωνήσει κυρίως μέσα από χειρονομίες και μικρές φράσεις που προσπαθεί να αρθρώσει. Όταν χρειάζεται κάτι, όπως τσιγάρα ή αναψυκτικά, χρησιμοποιεί τη βλεμματική επαφή, γίνεται πιο συναισθηματικός, εκδηλωτικός και χαμογελαστός προκειμένου να λάβει αυτό που ζητάει. Μπορεί αντίστοιχα να θυμώσει σε περίπτωση που κάποιος του αρνηθεί κάτι, γεγονός που θα προκαλέσει την επιμονή και την ένταση της φωνής του. Επίσης, σε φάσεις που νιώθει άγχος ή φόβο για ζητήματα που αφορούν την καθημερινότητά του ή την υγεία του αποσύρεται ακόμα περισσότερο και αρνείται τη συνεργασία με τους θεραπευτές που συνήθως έχει καλή σχέση μαζί τους.

Ο Σ ήταν το δεύτερο παιδί των γονιών του και είχε άλλα 6 αδέρφια. Γεννήθηκε και μεγάλωσε σε χωριό της Πελοποννήσου, ενώ αξίζει να σημειωθεί ότι κατά τη γέννησή του παρουσιάστηκε περιγεννητική ασφυξία για την οποία δεν υπάρχουν παθολογικά στοιχεία. Επίσης σε ηλικία 12 ετών υπέστη κρανιοεγκεφαλική κάκωση μετά από πτώση στο έδαφος από γεωργικό μηχάνημα. Η οικογένειά του αντιμετώπιζε οικονομικά προβλήματα, έτσι ο πατέρας του μετανάστευσε στην Αμερική όταν ο Σ ήταν 10 ετών. Σε ηλικία 15 ετών ο Σ μεταναστεύει με την υπόλοιπη οικογένειά του στην Αμερική και σε ηλικία 17 ετών σημειώνεται η έναρξη της νόσου, καθώς παρατηρήθηκε μεγάλη απώλεια βάρους, ψυχοκινητική ανησυχία, επιθετικότητα προς τον πατέρα η οποία κορυφώθηκε με επίθεση με μαχαίρι. Τότε έγινε η πρώτη του νοσηλεία, η οποία κράτησε για 2 μήνες και υποβλήθηκε σε ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Μετά τη νοσηλεία του, λάμβανε σταθερά τη

φαρμακευτική του αγωγή, ενώ παράλληλα εργαζόταν σε εργοστάσιο και ακολούθως άνοιξε δικό του μαγαζί με μουσικά όργανα. Σε ηλικία 21 ετών ο Σ νοσηλεύεται ξανά μετά την απώλεια της μητέρας του κατά τη γέννηση του μικρότερου αδερφού του ενώ παράλληλα ανακάλυψε ότι ο συνέταιρός του τον εξαπατούσε οικονομικά. Ο Σ μετά τη νοσηλεία αυτή δεν εργάζεται ξανά, ακολούθησαν και άλλες νοσηλείες μέχρι που ο πατέρας του τον στέλνει στην Ελλάδα για να παντρευτεί με προξενιό. Ο Σ παντρεύεται και χωρίζει 1.5 χρόνο αργότερα με πρωτοβουλία της συζύγου του λόγω της ψυχοπαθολογίας του. Απέκτησε μια κόρη από το γάμο αυτό, την οποία υιοθέτησε ο επόμενος σύζυγος της πρώην γυναίκας του, ενώ ο ίδιος δεν είχε καμία επαφή μαζί τους. Σε ηλικία 32 ετών ο Σ νοσηλεύεται ξανά σε ψυχιατρικό νοσοκομείο μέχρι και την ένταξή του σε ΜΨΑ το 2003. Το 2013 διαγνώστηκε με καρκίνο του μαστού, χειρουργήθηκε και υποβλήθηκε σε χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία. Η υγεία του επιβαρύνθηκε σημαντικά την περίοδο εκείνη ωστόσο ο ίδιος δεν εξέφρασε καμία δυσκολία το διάστημα αυτό.

Ανάλυση Περίπτωσης 4

Ο Σ φαίνεται να εκδήλωσε την νόσο αρχικά με θετική συμπτωματολογία, με αρκετές εξάρσεις και υφέσεις λόγω της μη σταθερής ψυχιατρικής παρακολούθησης. Πρόκειται για μια σχετικά συχνή περίπτωση σχιζοφρένειας η οποία θα μπορούσε να έχει μια καλύτερη πρόγνωση δεδομένου ότι ο ίδιος φαίνεται να ήταν αρκετά λειτουργικός μετά τις νοσηλείες λαμβάνοντας φαρμακευτική αγωγή. Το οικογενειακό περιβάλλον φαίνεται να επένδυσε στην αποκατάστασή του μέσω του γάμου, γεγονός που απέτυχε και ακολούθως κατέληξε στην ιδρυματοποίηση. Έτσι ο Σ φαίνεται να κάνει ένα πέρασμα στην υπολειμματική φάση, γεγονός που εκδηλώνεται μέσα από την απόσυρση, τον αρνητισμό στην συνεργασία και στη χαμηλή ανοχή στη ματαίωση. Παρότι δεν υπάρχουν αρκετά στοιχεία για το τραυματικό ιστορικό, υπάρχει η πληροφορία για την περιγεννητική ασφυξία που αποτελεί προγνωστικός παράγοντας, ενώ φαίνεται να υπάρχει και περιορισμένη φροντίδα λόγω της οικονομικής δυσχέρειας εάν υποθέσουμε ότι χρειαζόταν να εργάζεται από παιδί για να συνεισφέρει στην οικογένεια όπως συνέβαινε την εποχή εκείνη. Αυτό φαίνεται να επαναλαμβάνεται όταν εκδηλώθηκε η ασθένεια καθώς ο πατέρας του, αφού έχασε τη σύζυγό του και ξαναπαντρεύτηκε, προτίμησε να στείλει τον Σ στην Ελλάδα, μη δίνοντας τα περιθώρια για να λάβει τη φροντίδα που χρειαζόταν. Έτσι ο ασθενής αυτός, παρότι φαίνεται ότι θα μπορούσε να διατηρήσει ένα επίπεδο λειτουργικότητας, δεν έλαβε ποτέ την απαραίτητη

ψυχοκοινωνική φροντίδα προκειμένου να διατηρηθεί η λειτουργικότητά του και έτσι ακολούθησε μια παλινδρομική πορεία.

Περίπτωση 5

Ο Ι είναι 58 ετών και έχει διαγνωστεί με Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή (F 25) σε ηλικία 19 ετών όπου εκδηλώθηκε για πρώτη φορά η νόσος κατά το πρώτο έτος των σπουδών του. Πρόκειται για ασθενή που εμφανίζει ευμετάβλητο συναίσθημα με πολύ συχνά ξεσπάσματα θυμού ή θλίψης σε συνδυασμό με παραληρητικές ιδέες δίωξης και μεγαλείου. Τα ξεσπάσματα έχουν έντονο δραματικό χαρακτήρα με ρηχό συναίσθημα και πολλές φορές έχουν ως στόχο την προσοχή των θεραπειών καθώς όταν την εισπράττει οι ιδέες υποχωρούν άμεσα και η διάθεσή του αλλάζει. Εκφράζει συχνά μέσα από το παραλήρημά του ζητήματα ταυτότητας φύλου, παρουσιάζει θηλυπρεπή συμπεριφορά και του αρέσει να είναι το επίκεντρο της προσοχής είτε με το να τραγουδάει και να χορεύει είτε με το να γελάει δυνατά και να κάνει πλάκες με τους υπόλοιπους ασθενείς. Εάν ωστόσο κάτι τον ενοχλήσει και αναστατωθεί μπορεί να γίνει ιδιαίτερα διαταρακτικός.

Ο Ι είναι το πρώτο παιδί της οικογένειάς του και έχει μια μικρότερη αδερφή. Οι γονείς του χώρισαν όταν ο ίδιος ήταν 20 ετών, καθώς η σχέση τους ήταν ανέκαθεν συγκρουσιακή. Η μητέρα εγκαταστάθηκε κοντά στο πατρικό σπίτι του Ι προκειμένου να βλέπει τα παιδιά τα οποία έμειναν με τον πατέρα τους με δική τους θέληση χωρίς να τεθεί ποτέ το ζήτημα της κηδεμονίας. Οι εντάσεις μεταξύ του πρώην ζεύγους συνεχίζουν να υπάρχουν μέχρι και σήμερα, γεγονός που αναστατώνει πολύ συχνά τον Ι καθώς έμμεσα ή άμεσα τον εμπλέκουν στα ζητήματα αυτά. Η μητέρα του Ι είναι μια πρόσχαρη και ευγενική γυναίκα, δείχνει πολύ νεότερη από την ηλικία της και είναι συνήθως προκλητικά ντυμένη και σχετικά ακατάλληλα για την περίσταση. Διατηρεί σχέση με άνδρα αρκετά νεότερό της γεγονός που αναστατώνει τον Ι, ο οποίος αναφέρει μέσω του παραλήρηματός του ότι η μητέρα του τον προσκαλεί να συνευρεθούν ερωτικά απειλώντας τον ότι θα τον σκοτώσει ή μπερδεύοντάς τον με τον σύντροφό της. Ο πατέρας του είναι ένας υπέρβαρος άντρας, αρκετά ατημέλητος και χαοτικός στην σκέψη. Είναι αρκετά ασταθής ως προς την παρουσία του στη ζωή του Ι, είτε με το να ακυρώνει εκτάκτως τις συναντήσεις τους είτε με τον να εμφανίζεται χωρίς ενημέρωση. Ο πατέρας περιγράφεται λεκτικά και σωματικά κακοποιητικός

προς τα παιδιά του κατά την παιδική τους ηλικία ενώ η μητέρα φαίνεται να ήτανε παρούσα αλλά συναισθηματικά αποστασιοποιημένη. Ο Ι εκφράζει κυρίως αρνητικά συναισθήματα για τον πατέρα του ενώ παράλληλα νιώθει ενοχή απέναντί του όταν εκφράζει την προτίμησή του για τη μητέρα του. Φαίνεται αρκετά αμφιθυμικός στη σχέση με τη μητέρα του αφού βιώνει συχνά συναισθήματα εγκατάλειψης και παραμέλησης ή εκφράζει την μεγάλη ανάγκη του για να την έχει κοντά του. Ωστόσο πολύ συχνά περιγράφει φαντασιώσεις όπου ο γονείς του θέλουν να τον σκοτώσουν στοιχείο το οποίο ενδέχεται να αφορά την δική του επιθετικότητα προς αυτούς.

Ανάλυση Περίπτωσης 5

Στην περίπτωση του Ι φαίνεται να επικρατεί το ζήτημα των ταυτίσεων που δεν κατάφεραν να ολοκληρωθούν. Ταυτίσεις με μία μητέρα σεξουαλική που ίσως υποτιμάει τον ανδρισμό ή μια μητέρα που επέλεξε ένα σύντροφο που δεν της διεγείρει τη σεξουαλικότητα προκειμένου να γίνει μητέρα, κάνοντας έτσι μια σχέση ανάμεσα στη γυναίκα με σεξουαλικότητα και τη μητέρα χωρίς καμία σεξουαλικότητα. Από την άλλη, ένας πατέρας χαοτικός και αποδιοργανωμένος, ανά διαστήματα επιθετικός και ανήμπορος να διατηρήσει το ρόλο του, μοιράζεται με τα παιδιά του συνεχώς τα παράπονα για την πρώην σύζυγο ενώ παράλληλα βασίζεται πάνω τους για την οικονομική του επιβίωση. Μια υπόθεση που θα μπορούσε να βασιστεί στα στοιχεία που υπάρχουν, φαίνεται να είναι ότι η «τρέλα» που υπήρχε στην οικογένεια, εκφράζεται στον Ι, με όλες αυτές τις προβληματικές που εκφράζει μέσα από το έντονα βίαιο, σεξουαλικό και διαστροφικό παραλήρημά του. Ένα από τα κυριότερα στοιχεία που συχνά εκφράζει μέσα από το παραλήρημά του, αυτό της ταυτότητας φύλου, ρωτώντας του θεραπευτές εάν είναι άντρας ή γυναίκα, δείχνει το μπέρδεμα των φύλων και την αδυναμία διαφοροποίησής τους. Σαν να επικρατεί στη φαντασίωσή του η αρχαϊκή μητέρα που είναι παντοδύναμη και μπορεί να τον καταστρέψει γεγονός που αναφέρει αρκετά συχνά. Η ψύχωση θα μπορούσε να είναι μια λύση απέναντι στη σύγκρουση για αποδοχή της ταυτότητας φύλου ή του σεξουαλικού προσανατολισμού, ο οποίος δεν γίνεται αποδεκτός. Η προβληματική της ταυτότητας φύλου ή του σεξουαλικού προσανατολισμού στον Ι, τέθηκε υπό διαπραγμάτευση σε κάποιο στάδιο όπου είχε σεξουαλικές περιπτώξεις με ασθενή με τον οποίο μοιραζόταν το ίδιο δωμάτιο. Η περίοδος εκείνη ήταν εξαιρετικά δύσκολη για τον ίδιο καθώς οι παραληρητικές ιδέες τον είχαν κατακλείσει και εξέφρασε μεγάλη επιθετικότητα προς τον εαυτό του, αρχικά λεκτικά και έπειτα με απόπειρα αυτοκτονίας με κατάποση καθαριστικού προϊόντος.

Το Υπερεγώ, στην πρώιμη μορφή που φαίνεται να υπάρχει δεν δίνει το περιθώριο διαπραγμάτευσης της σεξουαλικότητας και γίνεται εξαιρετικά τιμωρητικό.

Περίπτωση 6

Ο Β είναι 67 ετών, έχει διαγνωστεί με Σχιζοφρένεια (F 20) σε ηλικία 20 ετών. Ο Β είναι άτομο σχετικά αποσυρμένο, εκφράζει συνεχώς το άγχος και την αγωνία που νιώθει, ενώ περιγράφει συχνά απαισιόδοξες σκέψεις και αναφέρει συναισθήματα θλίψης χωρίς ωστόσο να υπάρχει βάθος στο συναισθημά του. Αποφεύγει την απτική επαφή και εκφράζει έντονη αμφιθυμία για τις κοινωνικές του επαφές σε μία προσπάθεια για αποφυγή ενώ παράλληλα φαίνεται να αποζητάει αυτή την επαφή. Ακούει φωνές με υβριστικό περιεχόμενο για τον εαυτό του, ωστόσο η έντασή τους έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια. Τον διακατέχει συνεχής φόβος θανάτου τον οποίο εκφράζει συνεχώς μέσω της υποχονδρίας. Παρά τον αρνητισμό που εκφράζει, είναι ιδιαίτερα ευγενικός και επικοινωνιακός όταν νιώθει καλύτερα, σέβεται τα όρια των άλλων και ο ίδιος θέτει τα δικά του. Ζωγραφίζει ανά διαστήματα και οι ζωγραφίες του είναι εντυπωσιακές.

Ο Β γεννήθηκε στην Ελλάδα από γονείς Αρμενικής καταγωγής, στα 18 του φαίνεται εκδηλώνονται τα πρώτα στοιχεία της νόσου μέσα σε ομοφυλοφιλικό παραλήρημα με έντονα διαστροφικά στοιχεία την περίοδο που σπούδαζε στο εξωτερικό. Δεν υπάρχουν στοιχεία για την παιδική του ηλικία καθώς οι πληροφορίες αφορούν μόνο την ενήλικη ζωή του. Μετά την επιστροφή του από το εξωτερικό, μετακόμισε στην Αθήνα, μακριά από το μέρος καταγωγής του καθώς παρουσίαζε «περίεργη συμπεριφορά» με θηλυπρεπή στοιχεία και διαταραχές στην ταυτότητα φύλου γεγονός που αργότερα οδήγησε στην πρώτη του νοσηλεία. Αυτές οι συμπεριφορές φαίνεται να προϋπήρχαν και αναφέρεται ότι οι σπουδές στο εξωτερικό θεωρήθηκαν σαν διέξοδος για τους γονείς καθώς δεν ήξεραν πως να αντιμετωπίσουν την κατάσταση. Σε ηλικία 22 ετών ο Β έκανε απόπειρα αυτοκτονίας με ασπιρίνες και 4 χρόνια αργότερα έκανε μια δεύτερη απόπειρα στις γραμμές του τρένου. Έκτοτε δεν έκανε άλλη απόπειρα, ωστόσο το γεγονός ότι δεν είχε επαφές με τον πατέρα του, ο οποίος ζούσε στην σε άλλο μέρος της Ελλάδας, ήταν καθοριστικός παράγοντας για την περεταίρω απόσυρσή του μετά το θάνατο του πατέρα του όταν ο ίδιος ήταν 31 ετών. Δέκα χρόνια αργότερα, εντάσσεται στην ΜΨΑ αρκετά αποσυρμένος και αρνητικός στο να αναπτύξει σχέσεις με άλλα μέλη και θεραπευτές ενώ η συμπτωματολογία του

ήταν αρκετά πιο έντονη από ότι ήδη έχει αναφερθεί. Σήμερα, διατηρεί στενή σχέση με την αδερφή του την οποία επισκέπτεται συχνά.

Ανάλυση Περίπτωσης 6

Η περίπτωση του Β φαίνεται να βασίζεται και πάλι σε ζητήματα που αφορούν τη σεξουαλικότητα και την ταυτότητα φύλου. Φαίνεται να υπάρχει διαχρονικά μία ενασχόληση με σκέψεις καταστροφής ωστόσο τον χαρακτηρίζει η απροσφορότητα στο συναίσθημα που εκδηλώνει. Η έντονη αμφιθυμία του, το παραλήρημα με το ομοφυλοφιλικό περιεχόμενο και το ατέρμονο άγχος και ο φόβος για το θάνατο φαίνεται να είναι η απάντηση του ψυχισμού του στην διαπραγμάτευση του σεξουαλικού του προσανατολισμού και της ταυτότητας φύλου. Ενδεχομένως, η μετακόμιση στην Αθήνα με τη συνοδεία της μητέρας του, να ήταν μια απόπειρα για προστασία του από την κοινωνική κατακραυγή λόγω της συμπεριφοράς του, παρότι αυτό φαίνεται να του κόστισε σε σχέση με την απουσία του πατέρα, με τον οποίο οι ταυτίσεις φαίνεται να ήταν περιορισμένες.

Ο συγκεκριμένος ασθενής είναι αρκετά αυτόνομος και διαφέρει σε σχέση με τις προηγούμενες περιπτώσεις σε ότι αφορά την αποδιοργανωτική πτυχή του τραύματος. Εδώ φαίνεται ίσως πιο ξεκάθαρα το ζήτημα της σεξουαλικότητας που δεν μπόρεσε να γίνει αποδεκτό, γεγονός που οδήγησε στην εκδήλωση της νόσου το οποίο σαφώς συνδέεται με την πρότερη οργάνωση του ψυχισμού αλλά και στο περιβάλλον στο οποίο βρισκόταν. Η ένταση αυτή φαίνεται να μην βρήκε διέξοδο και συνεχίζει να επιστρέφει στον εαυτό. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι ο ασθενής είναι αρκετά γνωστός για τους πίνακες που δημιουργεί ανά διαστήματα, πρόκειται για πίνακες με δυσδιάστατες φιγούρες και κάποιους χρωματισμούς σε επαναλαμβανόμενα μοτίβα. Ωστόσο θυμίζουν αρκετά κάποιους Έλληνες ζωγράφους, επομένως ενώ είναι εντυπωσιακοί, έχουν κάτι επαναλαμβανόμενο, μη αυθεντικό και αναδύεται πιο ξεκάθαρα το στοιχείο του κατακερματισμού παρά αυτό της συμβολοποίησης σε μία εκφορτιστική πράξη.

Περίπτωση 7

Ο Α είναι 30 ετών και είναι προστατευόμενο μέλος σε μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης από το 2016 αφού έχει διαγνωστεί με Σχιζοφρένεια (F 20) σε ηλικία 23 ετών. Παρουσιάζει

ακουστικές ψευδαισθήσεις, μια ανδρική και μια γυναικεία φωνή και το περιεχόμενό τους είναι διωκτικό, υποτιμητικό και υβριστικό προς τον εαυτό του. Εκφράζει σταθερά ιδέες δίωξης, οργανωμένο παραλήρημα και έντονο άγχος σε ψυχοπιεστικές καταστάσεις. Επιμελείται επαρκώς τον εαυτό του, ανταποκρίνεται στις καθημερινές του υποχρεώσεις με ευκολία, είναι συνήθως εύθυμος, με χιούμορ και τον χαρακτηρίζει θηλυπρεπής συμπεριφορά.

Ο Α είναι το τέταρτο παιδί ανάμεσα σε 7 αδέρφια, γεννήθηκε και μεγάλωσε στην Αθήνα και οι γονείς του είναι Πομάκοι οι οποίοι αντιμετώπιζαν πολύ σοβαρές οικονομικές δυσκολίες. Η μητέρα του εργαζόταν σταθερά ενώ ο πατέρας του ήταν αλκοολικός με βίαιη και έκρυθμη συμπεριφορά. Όταν ο Α ήταν 16 ετών ο πατέρας του εγκατέλειψε την οικογένεια και επέστρεψε στο μέρος καταγωγής του στη Θράκη χωρίς να έχει έκτοτε επαφές με την υπόλοιπη οικογένεια.

Ο Α ολοκλήρωσε επαγγελματική σχολή με την ειδικότητα βοηθού νοσηλευτή και εργαζόταν σποραδικά στον τομέα αυτό γεγονός που του προκαλούσε άγχος, ενώ παράλληλα ήτανε ρακοσυλλέκτης μαζί με τα αδέρφια του. Αναφέρει ότι δεν αντιμετώπιζε ψυχικές δυσκολίες μέχρι και τα 19, αν και ήταν πάντα απομονωμένο παιδί, χωρίς φίλους, ενώ θυμάται να παίζει μόνο με τα αδέρφια του καθώς στο σχολείο δεχόταν πειράγματα από τους συμμαθητές του. Στα 23 του, καθώς εργαζόταν ως φροντιστής, κατήγγειλε τους συναδέλφους του, καθώς πίστευε ότι προσπαθούσαν να τον δηλητηριάσουν επειδή ήταν πολύ καλός στη δουλειά του. Επίσης πίστευε ότι η προϊστάμενή του, του ανέθετε τις πιο βαριές δουλειές επειδή τον αντιπαθούσε και δεν επιθυμούσε να έχει σεξουαλικές επαφές μαζί της. Με πρωτοβουλία της μητέρας του γίνεται η πρώτη του νοσηλεία ενώ ακολούθησαν άλλες δύο νοσηλείες μέχρι την ένταξή του στη ΜΨΑ σε ηλικία 28 ετών. Ο ίδιος αναφέρει ότι κατά τις νοσηλείες του απέκτησε τους πρώτους του φίλους καθώς ένιωθε για πρώτη φορά ισότιμος και αποδεκτός από τους υπόλοιπους ασθενείς. Σήμερα αναγνωρίζει ότι οι σκέψεις αυτές εντάσσονται σε παραληρητικές ιδέες και νιώθει άσχημα για την αναστάτωση που προκάλεσε με την καταγγελία, ωστόσο φαίνεται παράλληλα να νιώθει σαδιστική ικανοποίηση για το γεγονός.

Η ένταξή του στη ΜΨΑ ήταν σχετικά δύσκολη για τον ίδιο, καθώς ένιωθε ενοχές που είχε καλυμμένες τις βασικές του ανάγκες ενώ η μητέρα του και η αδερφή του ζούσαν υπό το καθεστώς της φτώχειας. Η οικογένειά του περιγράφεται ιδιαίτερα δεμένη και συναντιούνται συχνά όλοι μαζί, ενώ το ζήτημα του πατέρα δεν συζητιέται ποτέ. Ο ίδιος έχει μεγάλη αδυναμία στη μητέρα του και στη μικρή του αδερφή, τις οποίες δυσκολεύτηκε να αποχωριστεί, ωστόσο στην πορεία οι

οικονομικές δυσκολίες αντιμετωπίστηκαν και έτσι ο ίδιος αποστασιοποιήθηκε από τα προβλήματα τους.

Ανάλυση περίπτωσης 7

Στην περίπτωση του Α φαίνεται να υπάρχουν αρκετοί επιβαρυντικοί παράγοντες όπως η φτώχεια και η βιαιότητα του πατέρα, αλλά σημαντικός φαίνεται να είναι και ο πολιτισμικός παράγοντας. Ο πατέρας φαίνεται να μην κατάφερε να προσαρμοστεί σε ένα κοινωνικό πλαίσιο διαφορετικό από αυτό της καταγωγής του και κατέφυγε στο αλκοόλ μέχρι που εγκατέλειψε την οικογένεια. Η μητέρα, ενώ φαίνεται να έχει υποστεί για πολλά χρόνια την κακοποίηση εκ μέρους του συζύγου της, κατάφερε να ενταχθεί σε ένα άλλο πολιτισμικό πλαίσιο, το οποίο δεν είναι ιδιαίτερα ανοικτό ή βοηθητικό για την ένταξη των μειονοτήτων, ενώ παράλληλα, η μειονότητα αυτή, διαχρονικά δεν έχει ανταποκριθεί θετικά στις προσπάθειες ένταξης. Η συνθήκη αυτή φαίνεται να ήταν επιβαρυντική από την πλευρά του πατέρα και προστατευτική από την πλευρά της μητέρας. Βέβαια, οι οικονομικές δυσκολίες φαίνεται να υπήρχαν ανέκαθεν στην οικογένεια γεγονός που επέφερε σημαντικές στερήσεις.

Ένας άλλος σημαντικός προστατευτικός παράγοντας, φαίνεται να ήταν η οικογενειακή συνοχή, ιδιαίτερα ανάμεσα στα αδέρφια των οποίων οι σχέσεις περιγράφονται πολύ στενές ενώ στον Α φαίνεται η ταύτιση με τη μητέρα, τόσο στην πτυχή της θηλυκότητας όσο και στην πτυχή της επαγγελματικής ταυτότητας ακολουθώντας την ίδια πορεία. Επομένως, ενώ υπάρχουν τραυματικές συνθήκες στην ιστορία του Α, οι οποίες αποτυπώνονται με την εκδήλωση της νόσου, υπάρχουν παράλληλα αρκετοί προστατευτικοί παράγοντες που δημιούργησαν το έδαφος για μια πιο οργανωμένη ψυχωτική δομή με καλή πρόγνωση, σε αντίθεση με άλλες περιπτώσεις που έχουν αναλυθεί μέχρι στιγμής.

Περίπτωση 8

Ο Θ είναι 62 ετών, έχει διαγνωστεί με Παρανοειδή Σχιζοφρένεια (F 20.0) σε ηλικία 22 ετών. Είναι προστατευόμενο μέλος σε μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης από το 2005. Ο Θ είναι ασθενής σχετικά εσωστρεφής που επικοινωνεί συχνά μια διάχυτη αίσθηση άγχους, έμμονες ιδέες

και τον χαρακτηρίζει ο ιδεομηρυकाσμός. Είναι αρκετά λειτουργικός και υπάρχει εναισθησία σε σημαντικό βαθμό. Στο παρελθόν παρουσίαζε ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις και διωκτικό παραλήρημα και έχει κάνει τέσσερις απόπειρες αυτοκτονίας χωρίς ωστόσο να δίνει περισσότερες πληροφορίες. Πρόκειται για άτομο που δεν συζητάει τις δυσκολίες του ωστόσο φαίνεται να βρίσκει μια διέξοδο στην ποίηση, καθώς γράφει συστηματικά ποιήματα, τα οποία έχουν θρησκευτικό και φιλοσοφικό περιεχόμενο, με έντονο στοιχείο αυτό του θανάτου.

Ο Θ περιγράφεται ως παιδί να είναι πολύ κοινωνικός και πολύ καλός μαθητής ενώ στην εφηβεία ασχολείτο πολύ με πολιτικές οργανώσεις αριστερού χαρακτήρα. Σπούδαζε πολιτικός μηχανικός, ήταν πολύ ενεργός σε φοιτητική παράταξη και τότε εμφανίστηκαν τα πρώτα συμπτώματα, όπου ξεκίνησε να απομονώνεται κοινωνικά, γινόταν λεκτικά επιθετικός, παραμελούσε την ατομική του υγιεινή ενώ υπήρχαν ακουστικές και οπτικές ψευδαισθήσεις. Ακολούθησε η πρώτη του νοσηλεία, και ακολούθως είχε αραιή ψυχιατρική παρακολούθηση για 10 περίπου χρόνια όπου έγινε και η δεύτερη νοσηλεία του λόγω διακοπής της φαρμακευτικής αγωγής και έπειτα εντάχθηκε στην μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Δεν υπάρχουν στοιχεία για την οικογένειά του ή για δυσκολίες που μπορεί να έχει περάσει, τόσο για την παιδική του ηλικία όσο και για την δεκαετία μετά την έναρξη της νόσου. Δεν κατάφερε να ολοκληρώσει τις σπουδές του ή να εργαστεί. Μετά την ένταξή του στην ΜΨΑ, απεβίωσε ο αδερφός του. Ο Θ ήταν ιδιαίτερα ψύχραιμος και υποστηρικτικός προς τους γονείς του την περίοδο εκείνη. Πλέον οι γονείς του απεβίωσαν και έχει συχνές επαφές με την αδερφή του, η οποία περιγράφεται αρκετά παρεμβατική και παρούσα στη ζωή του.

Ανάλυση Περίπτωσης 8

Η περίπτωση του Θ είναι άλλη μία συνήθης περίπτωση σχιζοφρένειας, ένα άτομο που προσπαθεί να οργανωθεί μέσα σε μία οργάνωση πολιτική, γεγονός που δεν επιτυγχάνεται και έτσι αποδιοργανώνεται. Το άγχος, που είναι μια σταθερή ψυχική κατάσταση για τον ίδιο, φαίνεται να είναι τόσο έντονο και προσπαθεί να οργανωθεί μέσα από το παραλήρημα. Το επώδυνο ψυχωτικό άγχος που βιώνει, τον οδηγεί σε σκέψεις, ιδέες θρησκευτικού ή φιλοσοφικού περιεχομένου όπως φαίνεται και στα ποιήματα που γράφει, στα οποία αναζητεί κάποιο νόημα. Η αυτοκτονικότητα φαίνεται να γίνεται έντονη σε φάσεις που δεν υπήρχε ενεργό παραλήρημα, γεγονός που δείχνει

ενδεχομένως την ικανότητά του να αντιλαμβάνεται σε μία μεταψυχωτική καταθλιπτική φάση, την έκπτωση της λειτουργικότητάς του γεγονός που τον οδηγούσε σε απόπειρες αυτοκτονίας, σε αντίθεση με άλλους ψυχωτικούς ασθενείς που κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας μέσα σε ένα ενεργό παραλήρημα.

Περίπτωση 9

Ο Ε είναι 50 ετών και έχει διαγνωστεί με Σχιζοφρένεια (F 20). Ο Ε είναι άτομο με σχετικά περιποιημένη εμφάνιση, ηπίων τόνων και αρκετά αποσυρμένο. Επιδιώκει την επαφή και αναζητάει την προσοχή από το άτομο που τον ενδιαφέρει. Τον χαρακτηρίζουν ιδέες αναξιότητας και ενοχής ενώ στο παρελθόν φαίνεται να είχε ακουστικές και σωματικές ψευδαισθήσεις. Στην παρούσα φάση παρουσιάζει μια πιο ψυχαναγκαστική εικόνα κυρίως σε ότι αφορά τις καθημερινές συνήθειες του και εστιάζει σε ότι αφορά την αφόδευση γεγονός που φαίνεται να συνδέει με παραληρητικές ιδέες. Παρουσιάζει εναλλαγές στη διάθεσή του, άλλοτε κοινωνικός και χαρούμενος αναζητώντας την επαφή και άλλες φορές αποσυρμένος, χειριστικός και εναντιωματικός κυρίως προς τον ατομικό του θεραπευτή.

Οι γονείς του, παντρεμένοι από συνοικέσιο, χώρισαν 2 χρόνια μετά τη γέννηση του Ε. Η μητέρα, νοσηλεύτρια σε δημόσιο νοσοκομείο, παρουσίασε ψυχιατρικές δυσκολίες για τις οποίες εξασφάλισε σύνταξη αναπηρίας. Εγκατέλειψε την οικογένεια, και τη φροντίδα του Ε ανέλαβαν οι πατρικοί παππούδες μέχρι την ηλικία των 11 όπου απεβίωσαν. Έτσι ο Ε επιστρέφει στον πατέρα, ο οποίος είχε παντρευτεί ξανά. Περιγράφεται πάρα πολύ βίαιος απέναντι στον Ε και φαίνεται να είχαν συχνές συμπλοκές γεγονός που αποτέλεσε την αιτία για τον Ε να αφήσει την πατρική εστία και να ζει για χρόνια σε παγκάκι στην περιοχή που διέμεναν. Ζητούσε βοήθεια από τους κατοίκους της περιοχής, οι οποίοι φαίνεται να ανταποκρίνονταν μέχρι που στην ηλικία των 33 ετών, λόγω της κακής κατάστασης που βρισκόταν έκαναν εισαγγελική καταγγελία και ο Ε νοσηλεύτηκε σε ψυχιατρική κλινική για πρώτη φορά και έπειτα ακολούθησε η ένταξη του σε ΜΨΑ.

Ανάλυση Περίπτωσης 9

Στην περίπτωση του Ε, έχουμε πάλι το στοιχείο της μητέρας που νοσεί από ψυχιατρική νόσο, η οποία αδυνατεί να αναλάβει τη φροντίδα του παιδιού της και στη συνέχεια το εγκαταλείπει. Δεν υπάρχουν στοιχεία για τα πρώτα 2 χρόνια της ζωής του Ε, παρά μόνο ότι η σχέση των γονέων ήταν πολύ συγκρουσιακή. Ακολούθως ο Ε εγκαταλείπεται και από τους δύο του γονείς. Ίσως μια θετική πτυχή αυτής της εγκατάλειψης να ήταν η φροντίδα των παππούδων του, τους οποίους ο Ε περιγράφει ως καλούς και ανθρώπους. Ίσως αυτή η εμπειρία εγκατάλειψης και η ανάληψη της φροντίδας από τους παππούδες να εκφράζεται μέσα από τις εναλλαγές επένδυσης και αποεπένδυσης από την εξωτερική πραγματικότητα. Έπειτα, η εμπειρία επανασύνδεσης με τον πατέρα φαίνεται να είναι σύμφωνα με τον ίδιο η αρχή των προβλημάτων του. Ένας πατέρας που απαντάει με βία σε όλες τις συναισθηματικές ανάγκες ενός παιδιού που απορρίφθηκε από την μητέρα του από πολύ νωρίς και που έχασε τους παππούδες του που ήταν ένα σταθερό σημείο αναφοράς. Η συμπεριφορά του στην παρούσα φάση φαίνεται να είναι μια αναβίωση της σχέσης του με τον πατέρα του, όπου ζητάει συνεχώς να ικανοποιηθούν τα αιτήματά του με ένα επίμονο, πιεστικό και προκλητικό τρόπο, προκειμένου να δημιουργήσει μια συγκρουσιακή συνθήκη με τον θεραπευτή του.

Περίπτωση 10

Ο Η είναι 33 ετών, έχει διαγνωστεί με Παρανοειδή Σχιζοφρένεια (F 20.0) και είναι προστατευόμενο μέλος σε ΜΨΑ από το 2013. Πρόκειται για άτομο που είναι κατά βάση ατημέλητο, με δυσκολίες στη λεπτή κινητικότητα και χρειάζεται παρακίνηση από τους θεραπευτές του φορέα για να φροντίσει την ατομική του υγιεινή. Είναι πολύ κοινωνικός και επιδιώκει την επαφή με τους γύρω του, διατηρεί βλεμματική επαφή. Αναφέρει σωματικές ενοχλήσεις τις οποίες συνδέει με παραληρητικές ιδέες. Εκφράζει σε καθημερινή βάση ιδέες μεγαλείου και ιδέες δίωξης από τις οποίες ανακουφίζεται άμεσα εάν λάβει επιβεβαίωση ότι δεν είναι πραγματικές. Το συναίσθημά του είναι πρόσφορο και κυριαρχεί κυρίως αυτό του άγχους το οποίο αφορά τα σωματικά συμπτώματα όπως ταχυπαλμίες και ζάλη. Ο Η περνάει μεγάλο μέρος της μέρας ξαπλωμένος στο κρεβάτι, ξυπνάει με δυσκολία το πρωί, ενώ παρουσιάζει νυχτερινή ενούρηση σε καθημερινή βάση, γεγονός που οφείλεται και στη φαρμακευτική του αγωγή. Ο Η έχει επίγνωση

της κατάστασής του και λαμβάνει με συνέπεια τη φαρμακευτική του αγωγή, ωστόσο ελπίζει ότι στο μακρινό μέλλον θα καταφέρει να γίνει αυτόνομος.

Ο Η είναι το πρώτο παιδί της οικογένειάς του και έχει ένα κατά ένα χρόνο μικρότερο αδερφό. Η μητέρα του αναφέρει ότι ως παιδί δεν χρειάστηκε να κάνει τίποτα μόνος του γιατί η ίδια θεωρούσε ότι έπρεπε να του παρέχει τα πάντα. Όταν ο Η ήταν 8 ετών, οι γονείς του χώρισαν και οι σχέσεις τους ήταν συγκρουσιακές για τα επόμενα χρόνια. Τότε εμφανίστηκαν για πρώτη φορά και οι δυσκολίες του Η με το άγχος, γεγονός που ώθησε τη μητέρα να τον πάει σε παιδοψυχολόγο, ωστόσο η θεραπεία αυτή σταμάτησε πολύ σύντομα με πρωτοβουλία του πατέρα καθώς θεωρούσε ότι το παιδί τους δεν είχε κανένα πρόβλημα. Και οι δύο γονείς παντρεύτηκαν ξανά, και ο Η και ο αδερφός του διέμεναν με τη μητέρα τους και τον πατριό τους, ενώ επισκέπτονταν αρκετά συχνά τον πατέρα τους και τη σύντροφό του. Οι δυσκολίες του Η γίνονται πιο εμφανείς κατά την εφηβεία με τη μορφή κακών σκέψεων με αφορμή τις ειδήσεις που παρακολουθούσε στην τηλεόραση. Πίστευε ότι τον αφορούσαν αυτά που παρακολουθούσε, μέχρι που κάποια στιγμή ο ίδιος κάλεσε την αστυνομία αναφέροντας ότι γνωρίζει πληροφορίες για τρομοκρατική οργάνωση. Ο Η τα επόμενα χρόνια ξεκίνησε να κάνει απουσίες στο σχολείο με αποτέλεσμα να χάσει 2 χρονιές ενώ αποφάσισε να εγκατασταθεί με τον πατέρα του. Τότε ξεκίνησε να πιστεύει ότι ο πατέρας του τον δηλητηριάζει και σταμάτησε να τρώει και να πίνει στο σπίτι με αποτέλεσμα να γίνει η πρώτη του νοσηλεία. Ακολούθως επιστρέφει στη μητέρα του και παράλληλα με τη ψυχιατρική παρακολούθηση, τον παρακίνησε να ολοκληρώσει το Λύκειο. Ο πατέρας του τον παρακίνησε να ενταχθεί στο στρατό παρά τις αντιρρήσεις της μητέρας, και μετά από 7 μήνες θητεία, υποτροπιάζει και νοσηλεύεται σε στρατιωτικό νοσοκομείο. Μετά τη νοσηλεία πήρε απαλλαγή και επέστρεψε στη μητέρα του, ολοκλήρωσε το Λύκειο σε απογευματινό τμήμα, εργάστηκε για μικρό χρονικό διάστημα σε προγράμματα ανέργων του ΟΑΕΔ. Ο σύζυγος της μητέρας του, του πρότεινε να ενταχθεί σε μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης προκειμένου να λάβει επαγγελματική βοήθεια για τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει και έτσι αποφασίζει να αποδεχτεί την πρόταση αυτή με την ελπίδα ότι κάποια μέρα θα γίνει καλά.

Ανάλυση Περίπτωσης 10

Στην περίπτωση του Η φαίνεται από αρκετά νωρίς κάποια έλλειψη στη μητρική λειτουργία, καθώς φαίνεται να υπήρχε φροντίδα και παρουσία σε φυσικό επίπεδο αλλά και όχι τόσο σε ψυχικό επίπεδο. Το άγχος που φαίνεται να βιώνει από μικρός, μοιάζει να αφορά τις δυσκολίες στο «holding», την αδυναμία της μητέρας να μετασχηματίσει τα άλφα στοιχεία. Αυτό στο σήμερα φαίνεται στη δυσκολία της να αντιληφθεί ουσιαστικά τις δυσκολίες του Η, καθώς θεωρεί ότι αυτό που έχει, είναι ανωριμότητα και νωχελικότητα. Παράλληλα, απαιτεί από τον Η να διακόψει το κάπνισμα, δίνοντας ως παράδειγμα την δική της επιτυχία διακοπής καπνίσματος προκειμένου να μην πάθει καρκίνο του πνεύμονα. Εδώ φαίνεται μια δυσκολία στη διαφοροποίηση μεταξύ τους, ενώ στον ίδιο αυτό φαίνεται να βιώνεται ως μια διέγερση που δεν έχει το αλεξερεθιστικό σύστημα να φιλτράρει, γεγονός που εκδηλώνεται μέσα από παραληρητικές ιδέες σχετικά με τον καρκίνο του πνεύμονα. Ο πατέρας φαίνεται να μην κατάφερε να υποστηρίξει τη μητέρα, μη μπορώντας να αναγνωρίσει ψυχικές καταστάσεις, ένας άνθρωπος που προσεγγίζει την εξωτερική πραγματικότητα και τις ψυχικές καταστάσεις μέσα από ένα θεωρητικό πρίσμα που καλλιεργεί μέσα από την ενασχόλησή του με πολλές επιστήμες, ωστόσο όταν τοποθετείται μοιάζει οι λέξεις να μην έχουν περιεχόμενο, σαν ένα παραλήρημα. Άλλο ένα στοιχείο για τον πατέρα είναι η άρνηση της επιθετικότητάς του, την οποία εξωτέρικευε έμμεσα, μιλώντας δηλαδή με τα καλύτερα λόγια για την πρώην σύζυγο και πράττοντας εναντίον της μέσω του παιδιού τους. Σε μια τέτοια συνθήκη, αρνήθηκε την ύπαρξη δυσκολιών στον Η, εμποδίζοντας την έναρξη της ψυχοθεραπείας όσο ήταν ακόμα παιδί, παρότι η μητέρα κατάφερε να αναγνωρίσει την ανάγκη αυτή και αυτό το επανέλαβε με το να τον ωθήσει να καταταγεί στο στρατό ενώ είχε ήδη νοσήσει.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει μια προσπάθεια σύνθεσης του υλικού με βάση τις αναλύσεις των περιπτώσεων ούτως ώστε να δημιουργηθεί μια εικόνα για τους βασικούς άξονες που προέκυψαν. Αρχικά, κάποια γενικά στοιχεία για τις περιπτώσεις που παρουσιάστηκαν. Δημιουργήθηκαν βινιέτες για 10 ασθενείς από μονάδα ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, 8 άντρες και 2 γυναίκες σε ένα ηλικιακό εύρος από 30 μέχρι 67 ετών. Σε διαγνωστικό επίπεδο, 4 ασθενείς έχουν διαγνωστεί

με Σχιζοφρένεια (F 20), 3 με Παρανοειδή Σχιζοφρένεια (F 20.0), 2 με Υπολειμματική Σχιζοφρένεια (F 20.5) και 1 με Σχιζοσυναισθηματική Διαταραχή (F 25.0). Σε ότι αφορά τη συμπτωματολογία κατά την έναρξη της νόσου, φαίνεται και οι 10 ασθενείς να παρουσίασαν θετικά συμπτώματα, μέσα από παρανοϊκές ιδέες, ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες. Στην παρούσα φάση φαίνεται να υπάρχει θετική συμπτωματολογία σε 4 από τους ασθενείς, ωστόσο φαίνεται να είναι αρκετά πιο ήπια, σε 2 ασθενείς φαίνεται να υπάρχει περισσότερο αρνητική συμπτωματολογία ενώ στους υπόλοιπους 4 ασθενείς φαίνεται κυριαρχεί το στοιχείο της αποδιοργάνωσης καθώς ακόμη και η θετική συμπτωματολογία δεν είναι οργανωμένη. Κάποιοι επιβαρυντικοί παράγοντες σύμφωνα και με τη βιβλιογραφία φαίνεται να είναι οι γενετικοί-βιολογικοί παράγοντες, η ψυχοπαθολογία των γονέων, η απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος και οι απώλειες προσώπων φροντίδας κατά τα πρώτα χρόνια της ζωής. Ο παράγοντας της βιολογικής επιβάρυνσης υπήρχε στις 4 εκ των 10 περιπτώσεων, όπου 3 μητέρες είχαν επίσης διάγνωση στο φάσμα της ψύχωσης και 1 στο καταθλιπτικό φάσμα, ενώ σε 2 από τις τέσσερις αυτές περιπτώσεις, παρουσίασε τη νόσο και ένα από τα αδέρφια τους. Πέρα από την βιολογική επιβάρυνση, οι 4 αυτοί ασθενείς βίωσαν τις συνέπειες του να έχει κανείς μια μητέρα με σοβαρή ψυχοπαθολογία ενώ σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι στις υπόλοιπες 6 περιπτώσεις, υπάρχουν στοιχεία ψυχοπαθολογίας των γονέων χωρίς να έχει γίνει κάποια διάγνωση. Επιπρόσθετα, σε κάποιες περιπτώσεις δεν υπάρχει κανένα στοιχείο για τους γονείς, γεγονός που μας οδηγεί στον επόμενο παράγοντα. Η απουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος φαίνεται να υπήρχε σε κάποιο βαθμό σε όλες τις περιπτώσεις. Αυτό είχε αναδυθεί στις περιπτώσεις αυτές μέσα από το ρόλο του πατέρα, ο οποίος είτε με την μη αναγνώριση των δυσκολιών της συζύγου ή του παιδιού του, είτε μέσα από των διαφόρων μορφών κακοποίησης που ασκούσε στην οικογένεια, λειτουργούσε εν τέλει στα πλαίσια ενός επιβαρυντικού παράγοντα. Στις περιπτώσεις που δεν υπάρχουν στοιχεία για την οικογένεια, υπάρχει επίσης το στοιχείο της παραμέλησης, καθώς φαίνονται κάποια κενά αρκετών χρόνων στην ιστορία των ασθενών, ενώ στην παρούσα φάση, οι ασθενείς αυτοί διαμένουν σε προστατευόμενο περιβάλλον χωρίς καμία επαφή με την οικογένειά τους. Αντιθέτως, σε κάποιες άλλες περιπτώσεις φαίνεται ότι μέλη της ευρύτερης οικογένειας ή η συνοχή ανάμεσα στα αδέρφια, να λειτούργησε ως προστατευτικός παράγοντας γεγονός που συνέβαλε στην καλύτερη πρόγνωση. Ο παράγοντας απώλειας προσώπου φροντίδας φαίνεται σε δύο περιπτώσεις όπου στην μια περίπτωση τη φροντίδα του βρέφους ανέλαβαν οι πατρικοί παππούδες, γεγονός που λειτούργησε προστατευτικά και στην άλλη περίπτωση τη φροντίδα ανέλαβαν θείες της μητέρας

γεγονός που λειτούργησε επιβαρυντικά. Αξίζει να σημειωθεί ότι και στις δύο περιπτώσεις, οι μητέρες είχαν διαγνωστεί με ψύχωση, η μία εγκατέλειψε την οικογενειακή στέγη λόγω δυσκολιών με τον σύζυγο και ίσως με το ρόλο της ως μητέρα ενώ στην άλλη περίπτωση η μητέρα εκδήλωσε υποτροπή μετά τον τοκετό και νοσηλεύτηκε.

Σε σχέση με το υπό διερεύνηση θέμα στη σχέση του τραύματος με την εκδήλωση της ψυχωτικής συμπτωματολογίας, φαίνεται ότι τα συμπεράσματα δεν θα μπορούσαν να διεξαχθούν με σαφήνεια. Αυτό θα μπορούσε να διαχωριστεί σε τρεις άξονες με βάση τη σημερινή κατάσταση των ασθενών. Ο πρώτος άξονας που ήταν και ο πιο εμφανής στο κλινικό υλικό, ήταν αυτός της αποδιοργάνωσης, όπου παρά την ύπαρξη της θετικής συμπτωματολογίας, δεν υπήρχε οργανωμένο παραλήρημα και ο ψυχισμός δεν κατάφερε να φτιάξει κανένα πλέγμα προκειμένου να οργανωθεί γύρω από αυτό. Ο δεύτερος άξονας, είναι αυτός της παρανόιας, όπου οι ασθενείς με οργανωμένο παραλήρημα κατάφεραν να δομήσουν ένα υποτυπώδη εαυτό και είχαν καλύτερη πρόγνωση συγκριτικά με τους υπόλοιπους. Ο τρίτος άξονας αφορά την αρνητική συμπτωματολογία, η οποία τόσο ερευνητικά όσο και κλινικά φαίνεται μην είναι εύκολο να αναδειχθεί. Πιο συγκεκριμένα, η αρνητική συμπτωματολογία τόσο στο κλινικό μέρος όσο και στην ερευνητική ανασκόπηση φαίνεται να είναι δύσκολο να εντοπιστεί και να μελετηθεί. Στην παρούσα εργασία, 2 ασθενείς παρουσιάζουν αρνητική συμπτωματολογία στην παρούσα φάση, ωστόσο και οι 2, κατά την έναρξη της νόσου, παρουσίασαν θετική συμπτωματολογία και αποδιοργάνωση. Στην παρούσα φάση, η αρνητική συμπτωματολογία θα μπορούσε να ενταχθεί στα πλαίσια μιας υπολειμματικότητας που επέρχεται σταδιακά σε χρόνιους ψυχωτικούς ασθενείς λόγω της προοδευτικής έκπτωσης των λειτουργιών του ψυχισμού.

Συνοψίζοντας, βλέπουμε ότι η θετική συμπτωματολογία στους παρανοϊκούς ασθενείς δείχνει μια στοιχειώδη ψυχοποίηση μέσα από το παραλήρημα, όπου κάτι προσπαθεί να οργανωθεί προκειμένου να μην υπάρχει άλλη οδύνη. Στην περίπτωση της αρνητικής συμπτωματολογίας όπου θα περιμέναμε στα ιστορικά να δούμε την ψυχωτική εισβολή να γίνεται με αρνητικά συμπτώματα, στα πλαίσια μιας ψυχικής νέκρωσης, φαίνεται να μην μπορεί να υποστηριχθεί μέσα από το διαθέσιμο κλινικό υλικό. Η τελευταία περίπτωση, αυτή της αποδιοργάνωσης, παρατηρείται στην κλινική εικόνα και στο ανοργάνωτο παραλήρημα και φαίνεται να έχει τη χειρότερη πρόγνωση, δεδομένης της έντασης των συμπτωμάτων, τη μη ανταπόκριση στη χρόνια παρέμβαση ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και τη στασιμότητα των ασθενών σε ένα πενιχρό επίπεδο

λειτουργίας. Σαφώς αυτά τα τρία στοιχεία συνυπάρχουν τόσο στην κλινική εικόνα όσο και στη συμπτωματολογία και το ιστορικό των ασθενών, και αυτό είναι επίσης ένα σημαντικό σημείο καθώς δημιουργεί το ερώτημα αναφορικά με πως προκύπτει το κάθε είδος ψύχωσης, κάτω από ποια ένταση και ποια ποιότητα τραύματος δομείται ένας ψυχισμός στο φάσμα της ψύχωσης.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Συνοψίζοντας στο σημείο αυτό, θα μπορούσε κανείς να διακρίνει κάποιες συγκλίσεις ανάμεσα στη θεωρία, την έρευνα και το κλινικό υλικό σε σχέση με το τραύμα και στη ψύχωση. Αρχικά, και στις τρεις αυτές πτυχές διαφαίνεται το μπέρδεμα του ρόλου της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας στο τραύμα και ακολούθως στη γένεση της ψύχωσης. Στην ίδια γραμμή, οι βιολογικοί παράγοντες, φαίνεται να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη, τόσο θεωρητικά, όσο και ερευνητικά και κλινικά, ωστόσο βλέπουμε ότι στις ψυχωτικές καταστάσεις το περιβάλλον είναι εξίσου επιβαρυντικό. Αυτό στην ψυχαναλυτική θεωρία είναι μια παραδοχή, ωστόσο στην ιατροκεντρική προσέγγιση της ψυχικής υγείας χρειάστηκε η επίδραση της ψυχανάλυσης προκειμένου να γίνουν προσπάθειες νοσηματοδότησης της ψυχοπαθολογίας πέραν των βιολογικών παραγόντων. Βέβαια αυτό έφθινε και πάλι με την εξέλιξη της φαρμακευτικής αντιμετώπισης των ψυχικών διαταραχών και αυτό μπορεί να το εντοπίσει κανείς στο κλινικό υλικό καθώς οι βιολογικοί και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες ήταν βασικό χαρακτηριστικό στις περιπτώσεις που αναλύθηκαν, ενώ παράλληλα, η χρόνια κατά βάση φαρμακευτική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων των ασθενών επηρέασε αρνητικά την αποκαταστασιακή τους πορεία. Επίσης, σε σχέση με το είδος της συμπτωματολογίας στην ψύχωση, φαίνεται να έχει συνδεθεί περισσότερο με στοιχεία που αφορούν το περιβάλλον και τη σχέση με το αντικείμενο τα οποία φαίνεται να καθορίζουν εάν η ψύχωση θα έχει οργανωμένα παραγωγικά συμπτώματα, απόσυρση από την εξωτερική πραγματικότητα χωρίς παραγωγικά συμπτώματα ή αν θα είναι αποδιοργανωτική καθ' όλη τη πορεία της.

Θα πρέπει επίσης να γίνει μια γέφυρα ανάμεσα στις ψυχιατρικές διαγνώσεις και στην ψυχαναλυτική κατανόηση μίας περίπτωσης. Καθώς η ψυχιατρική διάγνωση προσπαθεί να αποδώσει μια πιο αντικειμενική περιγραφή της κατάστασης του ασθενούς μέσα από το ιατρικό μοντέλο, ο όρος ψύχωση, ως πιο γενικός όρος παρέμεινε στενά συνδεδεμένος με το παραλήρημα,

τις ψευδαισθήσεις και την απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα. Επομένως, ο όρος ψύχωση περνάει κάτω από την ομπρέλα της σχιζοφρένειας, ενώ παράλληλα, η διάγνωση της σχιζοφρένειας βασίζεται κυρίως στην ύπαρξη μιας αποδιοργάνωσης στον ψυχισμό του ασθενή και την ύπαρξη κυρίως θετικής συμπτωματολογίας. Σε περιπτώσεις αρνητικής συμπτωματολογίας, υπήρχε η πιθανότητα η διάγνωση να γίνεται σε επίπεδο διαταραχής προσωπικότητας χωρίς να είναι δυνατή η αναγνώριση μιας ψυχωτικής οργάνωσης του ψυχισμού. (Tenório, Costa-Moura & Bianco, 2017)

Ο Freud (1911) στο κείμενό του για την παράνοια, την διαχώρισε από τη σχιζοφρένεια, λόγω της ικανότητας του παρανοϊκού να οργανώνει στο παραλήρημα θεματικές για ζητήματα που αφορούν τον ίδιο και τη σχέση του με τον άλλο, ενώ η μεταβίβαση είναι εμφανής σε αντίθεση με αυτή των ασθενών με σχιζοφρένεια. Σε σχέση με το κλινικό υλικό, μια από τις βασικές διαπιστώσεις είναι αυτή η διαφοροποίηση που προκύπτει στους ασθενείς με παρανοειδή σχιζοφρένεια, καθώς η ύπαρξη ενός οργανωμένου παραληρήματος επέτρεπε μια στοιχειώδη ψυχοποίηση κατά την οποία ο ψυχισμός διαπραγματεύεται τη σχέση με το αντικείμενο στο επίπεδο που μπορεί και προστατεύεται από την κατάρρευση.

Μια άλλη σημαντική πτυχή που αναδύθηκε μέσα από τις κλινικές περιπτώσεις, ήταν αυτή της σεξουαλικότητας, κυρίως σε όρους ομοφυλοφιλίας. Ο Rosenfeld (1949), στο άρθρο του για την ανδρική ομοφυλοφιλία και την παράνοια παραθέτει τις μέχρι τότε τοποθετήσεις των σημαντικότερων ψυχαναλυτών της εποχής για το ζήτημα αυτό. Οι πρώτες αναφορές τους Freud και των ψυχαναλυτών της εποχής του, αφορούσαν στην μη αποδοχή ομοφυλόφιλων συναισθημάτων τα οποία μετατρέπονταν σε επιθετικά συναισθήματα τα οποία προβάλλονταν στην εξωτερική πραγματικότητα με τη μορφή της παράνοιας. Η Klein, θεωρούσε ότι ο παρανοϊκός ασθενής, παλινδρομεί στην παρανοειδή θέση όπου κυριαρχούν τα παρανοειδή άγχη. Παράλληλα, υποστήριξε ότι η ομοφυλοφιλία συχνά αναπτύσσεται ως άμυνα σε παρανοϊκές ανησυχίες. Σε ανάλυση περιπτώσεων έκδηλης και λανθάνουσας ομοφυλοφιλίας, ο Rosenfeld σημείωσε την εμφάνιση της παράνοιας όταν η ομοφυλοφιλία ως άμυνα αποτύγχανε. Τέσσερις από τις περιπτώσεις που παρουσιάστηκαν στην εργασία αυτή εκδήλωσαν παρανοειδή σχιζοφρένεια στην πορεία του, ωστόσο φαίνεται και από την εικόνα τους αλλά και από το περιεχόμενο του παραληρήματος ότι η ομοφυλοφιλία φαίνεται να ήταν μια μεγάλη απειλή κάποια στιγμή στη ζωή τους, ωστόσο η πορεία τους μαρτυρεί ότι δεν υπήρχε ο χώρος για μια τέτοιου είδους επεξεργασία ή αποδοχή. Στην ίδια γραμμή, ο Searles (1961), αναφέρει ότι πέρα από την απωθημένη

ομοφυλοφιλία στους παρανοϊκούς ασθενείς, πρέπει κανείς να σκεφτεί και τη σημασία της διωκτικής φιγούρας που υπάρχει στις αφηγήσεις του ασθενή, η οποία γίνεται δέκτης των προβολών του ή συμβάλει στο να προσωποποιηθούν αυτές οι ποιότητες που είναι ανυπόφορες για τον ασθενή και νιώθει την ανάγκη να τις προβάλει στην εξωτερική πραγματικότητα. Με αυτούς τους όρους, έχει μεγάλη σημασία η μελέτη όλων αυτών των ισχυρισμών που εκφράζει ο ασθενής, για όσα τον προωθεί να κάνει η διωκτική φιγούρα, σε μια προσπάθειά του να διαπραγματευτεί και να αποδεχτεί δικά του ασυνείδητα συναισθήματα που στην προηγούμενη φάση χρειάστηκε να προβάλει, ενώ τώρα προσπαθεί να ενδοβάλει στη συνειδητή εκδοχή του εαυτού του (Searles, 1961). Αυτές οι θεωρητικές τοποθετήσεις συνδέονται με τις περιπτώσεις που στο κλινικό μέρος συνδέθηκαν με την παράνοια, και δεδομένης της οργανωμένης συμπτωματολογίας και της μεγαλύτερης λειτουργικότητας συγκριτικά με τους υπόλοιπους ασθενείς, η προσέγγιση της αμυντικής πτυχής των παραγωγικών συμπτωμάτων, συνηγορεί στην ύπαρξη μιας αμυντικής προσπάθειας από τον ψυχισμό που παρέχει μια βασική οργάνωση που απουσιάζει από άλλες περιπτώσεις.

Ο Freud στο άρθρο του *Νεύρωση και Ψύχωση* (1924b), σχολιάζοντας τις διαφορές ανάμεσα στη νεύρωση και την ψύχωση, αναφέρθηκε ουσιαστικά στη σύγκρουση ανάμεσα στο Εγώ και στην εξωτερική πραγματικότητα. Πιο συγκεκριμένα, περιγράφοντας το μηχανισμό της ψύχωσης, σημείωσε ότι το Εγώ, δημιουργεί μια νέα εξωτερική και εσωτερική πραγματικότητα, η οποία βασίζεται στις ενορμήσεις του Αυτό. Αυτή η αποσύνδεση από την εξωτερική πραγματικότητα οφείλεται σε πολύ σοβαρές ματαιώσεις που έχουν προηγηθεί, οι οποίες ήταν ανυπόφορες. Στο σημείο αυτό, ο Freud συγκρίνει αυτή την ψυχική κατάσταση με αυτή του ονείρου, καθώς θεωρεί ότι ομοιάζουν με τη μόνη διαφορά ότι το όνειρο, συμβαίνει κατά τη διάρκεια του ύπνου, όπου η απόσυρση από την εξωτερική πραγματικότητα είναι φυσιολογική, στην ψύχωση όμως, η απόσυρση και η αναδόμηση της πραγματικότητας συμβαίνει εκτός της ονειρικής λειτουργίας. Στη γραμμή αυτή, θα μπορούσε να γίνει μια σύνδεση με το κλινικό υλικό σε δύο σημαντικά στοιχεία, στη γένεση της ψύχωσης και στο περιεχόμενό της. Αρχικά, τα περισσότερα κλινικά παραδείγματα είχαν στην ιστορία τους ξεκάθαρες εμπειρίες ή συνθήκες, κυρίως χρόνιες, όπου οι ματαιώσεις φαίνεται να ήταν μαζικές και επομένως αόρητες. Σε αρκετές περιπτώσεις, η ψυχική νόσος της μητέρας φαίνεται να ήταν καθοριστικής σημασίας, είτε επρόκειτο για ψύχωση, είτε για κατάθλιψη ή και οριακές καταστάσεις. Έπειτα, φαίνεται και ο ρόλος του πατέρα να συνέβαλε αρνητικά στις περιπτώσεις αυτές, όπου η αδυναμία αναγνώρισης των ψυχικών δυσκολιών της μητέρας,

μεταβιβάστηκε σε επόμενο χρόνο και στη μη αναγνώριση των δυσκολιών του παιδιού, ενώ σε πολλές περιπτώσεις, η βία ολοκλήρωνε αυτό το φαύλο κύκλο. Όσον αφορά το περιεχόμενο της ψύχωσης, δηλαδή μέσα από το παραλήρημα και τις ψευδαισθήσεις, βλέπει κανείς πως έχει δομηθεί αυτή η νέα ψυχωτική πραγματικότητα, με βασικά χαρακτηριστικά της τη βία, τη διαστροφή και το ψυχωτικό άγχος.

Από την στιγμή που στην ψύχωση η εξωτερική πραγματικότητα απορρίπτεται και ανακατασκευάζεται, όπως περιέγραψε ο Freud στο άρθρο του για την απώλεια της πραγματικότητας στη νεύρωση και την ψύχωση (1924), αυτή η νέα πραγματικότητα, προκύπτει μέσα από ψυχικά στοιχεία, τα οποία χαρακτήριζαν τη σχέση που είχε ο ψυχισμός με την πραγματικότητα σε προηγούμενες φάσεις. Επομένως τα στοιχεία που εκδηλώνονται μέσα από το παραλήρημα και τις ψευδαισθήσεις, έχουν ένα οδυνηρό χαρακτήρα και έχουν τη βάση τους στο άγχος. Έτσι κάτω από αυτό το πρίσμα βλέπει κανείς ποια είναι τα δομικά υλικά αυτής της νέας πραγματικότητας. Με αυτό το στοιχείο της επαφής με την πραγματικότητα σε προηγούμενες φάσεις, μπορούν να γίνουν πολλές σκέψεις για τη σχέση με το αντικείμενο και το περιβάλλον γύρω από αυτό. Σκέψεις που βρίσκουν νόημα σε δυσκολίες στην επικοινωνία ανάμεσα στο βρέφος και τη μητέρα (Ferenczi, 1949), για το ταίριασμα μεταξύ τους και την ικανότητα αναγνώρισης των αναγκών του (Balint, 1968), καθώς επίσης και στις λειτουργίες αυτές της μητέρας που λειτουργούν ως περιβάλλον χώρος που προστατεύει το βρέφος από ερεθίσματα που θα του ήταν ακατανόητα και τραυματικά (Winnicott, 1952). Επομένως, είναι σημαντικό να σκέφτεται κανείς τον ψυχωτικό ασθενή σε σχέση με ένα κακό περιβάλλον το οποίο έχει δομηθεί ανάλογα με τις προοπτικές και τις δυσκολίες που υπήρχαν.

Ανακεφαλαιώνοντας, μια οπτική που θα μπορούσε να συνδέσει όλα όσα αναφέρθηκαν στη συζήτηση, θα ήταν αυτή της Melanie Klein (1946), η οποία τοποθέτησε τη γένεση της ψύχωσης στη σχέση με τη μητέρα από τους πρώτους μήνες της ζωής, είτε λόγω της αδυναμίας της να δεχθεί τις προβολές του βρέφους, είτε λόγω του υπερβάλλοντα φθόνου και της επιθετικότητας που χαρακτηρίζουν ιδιοσυγκρασιακά το βρέφος της. Επομένως, έχοντας συμπεριλάβει τη σημασία της σχέσης με το αντικείμενο και την βιολογική πτυχή στην ιδιοσυγκρασία του βρέφους, το τραύμα συμβαίνει και καθορίζει το ψυχισμό του ψυχωτικού σε μια δυναμική σχέση με το αντικείμενο. Σε αυτή την οπτική, τα μεταγενέστερα τραυματικά γεγονότα και καταστάσεις, φαίνεται να είναι στο

επίπεδο της επανάληψης του τραύματος που συμβάλουν στην εκδήλωση της νόσου που υποβόσκει.

Κάποιες προτάσεις για περαιτέρω έρευνα στο μέλλον βασίζονται στους περιορισμούς της έρευνας αυτής. Αρχικά, σε ότι αφορά το δείγμα, θα είχε σημασία να μελετηθούν ασθενείς που εκδήλωσαν αρνητική συμπτωματολογία από την έναρξη της νόσου. Στο δείγμα της εργασίας αυτής, η αρνητική συμπτωματολογία σχετίζεται κυρίως με παράγοντες όπως η ιδρυματοποίηση καθώς οι ασθενείς αυτοί είχαν θετική συμπτωματολογία κατά τα πρώτα χρόνια της νόσου. Επίσης, η κλινική αυτή μελέτη, δεν έχει ως στόχο τη γενίκευση των συμπερασμάτων σε όλο το φάσμα της ψυχωτικής παθολογίας όπως θα είχε μια εργασία με ποσοτική μεθοδολογία, επομένως το δείγμα περιορίστηκε σε ασθενείς ενός συγκεκριμένου φορέα. Θα είχε ωστόσο μεγάλο ενδιαφέρον να διερευνηθεί η πρόγνωση σε ασθενείς που παρέμειναν ενταγμένοι στην κοινότητα και τους δόθηκε η επιλογή μέσα από ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις να έχουν μια άλλη πορεία από αυτή της ιδρυματοποίησης. Μια τέτοια οπτική θα αποτελούσε σημαντική συμβολή στη βαθύτερη κατανόηση της πορείας της νόσου όταν το περιβάλλον είναι υποστηρικτικό, πάντα σε αναλογία με τη σοβαρότητα της παθολογίας.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aulagnier, P. (1975). *The Violence of Interpretation: From pictogram to statement*. Hove: Routledge, 2001.
- Balint, M. (1968). *The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression*. London: Tavistock.
- Bentall, R. P., de Sousa, P., Varese, F., Wickham, S., Sitko, K., Haarmans, M., & Read, J., (2014). From adversity to psychosis: pathways and mechanisms from specific adversities to specific symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 49, 1011–1022.
- Bendall, S., Jackson, H. J., Hulbert, C. A., & McGorry, P. D. (2008). Childhood Trauma and Psychotic Disorders: A Systematic, Critical Review of the Evidence. *Schizophrenia Bulletin*, 34(3), 568–579.
- Bion, W. (1967). *Second Thoughts. Selected Papers on Psycho-Analysis*. London: Heinemann.
- Bion, W. R. (1970). *Attention and Interpretation. A Scientific Approach to Insight in Psycho-Analysis*. London: Tavistock.
- Bion, W. (1992). *Cogitations. F. Bion (Ed.)*. London: Karnac.
- Bollas, C. (1995). *Cracking Up*. New York: Hill & Wang.
- Cannon, M., Walsh, E., Hollis, C., Maresc, K., Taylor, E., Murray, R., & Jones, P. (2001). Predictors of later schizophrenia and affective psychoses among attendees at a child psychiatry department. *British Journal of Psychiatry*, 178, 420–426.
- Davies, J. M. (1996). Dissociation, repression, and reality testing in the countertransference. The controversy over memory and false memory in the psychoanalytic treatment of adult survivors of childhood sexual abuse. *Psychoanalytic Dialogues*, 6: 189–218.
- De Masi, F. (2009). *Vulnerability to psychosis: A psychoanalytic study of the nature and therapy of the psychotic state*. London: Karnac.
- De Masi, F. (2015). *Working with Difficult Patients: From Neurosis to Psychosis*. London: Karnac Books.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. (2000). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Ferenczi, S. (1949). Confusion of the tongues between the adult and the child. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 225-230.

Fonagy, P. (1999). *Memory and therapeutic action*. *International Journal of Psychoanalysis*, 80: 215–223.

Freud, S. (1911). *Psycho-Analytic Notes on an Autobiographical Account of a Case of Paranoia (Dementia Paranoides)*. SE 12, 3-82. London: Hogarth.

Freud, S. (1920g). *Beyond the Pleasure Principle*. S.E., 18: 3–64. London: Hogarth.

Freud, S. (1924). *The Loss of Reality in Neurosis and Psychosis*. S.E., 19, 181-188. London: Hogarth.

Freud, S. (1924b). *Neurosis and Psychosis*. S.E., 19, 147-154. London: Hogarth.

Freud, S. (1926d). *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*. S.E., 20, 77–174. London: Hogarth.

Fromm-Reichmann, F. (1939). Transference problems in schizophrenics. *The Psychoanalytic Quarterly*, 8, 412-426.

Green, A., Sandler, J., Sandler, A., Davies, R., & Steiner, R. (2000). *Clinical and observational psychoanalytic research: Roots of a controversy*. London: Karnak Books.

Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 113.

Khan, M. (1963). *The Privacy of the Self*. London: Karnac, 1996.

Kirshner, L. A. (2013). Trauma and psychosis: A review and framework for psychoanalytic understanding. *International Forum of Psychoanalysis*, 24 (4), 216-224.

Klein, M. (1946). Notes on Some Schizoid Mechanisms. *International Journal of Psycho-analysis*, 27, 99-110.

Laplanche, J., & Pontalis, J. (1986). *Λεξιλόγιο της ψυχανάλυσης*. Αθήνα: Κέδρος.

Morgan, C., & Fisher, H. (2007). Environment and Schizophrenia: Environmental Factors in Schizophrenia: Childhood Trauma - A Critical Review. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 3–10.

Moskowitz, A., Schäfer, I., & Dorahy, M. J. (2008). *Psychosis, trauma and dissociation: Emerging perspectives on severe psychopathology*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Neumann, S., Grimes, K., Walker, E., & Baum, K. (1995). Developmental pathways to schizophrenia: Behavioral subtypes, *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 558–566.

Norman, R., & Malla, A. (1993a), Stressful life events and schizophrenia: I. A review of the research, *British Journal of Psychiatry*, 162, 161–166.

Norman, R., & Malla, A. (1993b), Stressful life events and schizophrenia: II. Conceptual and methodological issues, *British Journal of Psychiatry*, 162, 166–174.

Read, J., Fink, P., Rudegeair, T., Felitti, V., Whitfield, C., (2008). Child maltreatment and psychosis: a return to a genuinely integrated bio-psycho-social model. *Clinical Schizophrenia and Related Psychoses*, 2, 235–254.

Read, J., Goodman, L., Morrison, A. P., Ross, C. A., & Alderhold, V., (2004). Childhood trauma, loss and stress. In J. Read, L. Mosher & R. Bentall (Eds.), *Models of madness: Psychological, social and biological approaches to schizophrenia* (pp. 223–252). New York: Brunner-Routledge.

Read, J., Perry, B. D., Moskowitz, A., & Connolly, J. (2001). The Contribution of Early Traumatic Events to Schizophrenia in Some Patients: A Traumagenic Neurodevelopmental Model. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 64 (4), 319-345. doi:10.1521/psyc.64.4.319.18602

Read, J., & Ross, C.A. (2003). Psychological trauma and psychosis: Another reason why people diagnosed schizophrenic must be offered psychological therapies. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 31, 247-268.

- Reiff, M., Castille, D. M., Muenzenmaier, K. & Link, B. (2012). Childhood abuse and the content of adult psychotic symptoms. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(4), 356-369. <http://dx.doi.org/10.1037/a0024203>
- Rosenfeld, H. (1949). Remarks on the Relation of Male Homosexuality to Paranoia, Paranoid Anxiety and Narcissism. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 36-47.
- Sandler, J., & Sandler, A. M. (1987). The past unconscious, the present unconscious and the vicissitudes of guilt. *International Journal of Psychoanalysis*, 68, 331–341.
- Schalinski, I., Breinlinger, S., Hirt, V., Teicher, M. H., Odenwald, M. & Rockstroh, B. (2017). Environmental adversities and psychotic symptoms: The impact of timing of trauma, abuse, and neglect. *Schizophrenia Research*, <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.10.034>
- Searles, H. F. (2018). The Sources of the Anxiety in Paranoid Schizophrenia (1961). *Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects*. 465-486. doi:10.4324/9780429473135-16
- Tenório, F., Costa-Moura, F., & Bianco, A. C. (2017). Psychiatry's clinical tradition, psychoanalysis and current practices in mental health. *Psicologia USP*, 28(2), 206-213. doi:10.1590/0103-656420150125
- Tienari, P., & Wynne, L. (1994). Adoption studies of schizophrenia. *Annals of Medicine*, 26, 233 - 237.
- Walker, E., & Diforio, D. (1997). Schizophrenia: A neural diathesis-stress model. *Psychological Review*, 104, 667–685.
- Winnicott, D.W. (1952). Psychoses and child care. *British Journal of Medical Psychology*, 1953, 26(1), 68–74.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and Reality*. London: Tavistock.
- Zubin, J., & Spring, B. (1997). Vulnerability-A new view of schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103–126.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Το κλινικό υλικό αφαιρέθηκε για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων.