

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ»
ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

«ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΨΥΧΩΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ
ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΧΡΥΣΑΝΘΗ ΜΟΥΤΑΦΗ
ΨΥΧΙΑΤΡΟΣ

ΑΘΗΝΑ, 2019

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Ι.Ιεροδιακόνου

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου

Εποπτεύων καθηγητής:

Κ.Παπακωνσταντίνου

Ψυχίατρος, Ψυχαναλυτής

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Ι.Ιεροδιακόνου Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου

Μ.Τζινιέρη-Κοκκώση Επίκουρη Καθηγήτρια Ψυχολογίας ΕΚΠΑ

Δ.Δικαίος Καθηγητής Ψυχιατρικής ΕΚΠΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	8
ΜΕΡΟΣ Α΄: ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
Σχιζοφρένεια	9
Θεραπευτική αντιμετώπιση	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ο ΨΥΧΩΤΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ	
Το Εγώ στην ψύχωση	14
Μη ψυχωτικό Εγώ	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΩΣΗ	
Η μεταβίβαση	20
Η ψυχωτική μεταβίβαση	21
Μεταβίβαση εντός του κλινικού πλαισίου	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΑΝΤΙΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΩΣΗ	
Η αντιμεταβίβαση	25
Η αντιμεταβίβαση εντός του κλινικού πλαισίου	26
Η αντιμετώπιση της αντιμεταβίβασης των θεραπειών	28
ΜΕΡΟΣ Β΄: ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ	
Γενικές αρχές του πλαισίου	30
Το κλινικό πλαίσιο	30
Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία της ψύχωσης στον δημόσιο τομέα	31
Η θεραπευτική σχέση	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΟΞΕΙΑ ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Η διαχείριση της οξείας ψυχωτικής κρίσης στο δημόσιο πλαίσιο	35
Η ερμηνεία κατά την οξεία ψυχωτική κρίση	38

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η περίοδος της νοσηλείας	39
Γενικές ψυχαναλυτικές αρχές στη δημόσια περίθαλψη του ψυχωτικού ασθενή	39
Η θεραπευτική ομάδα	40
Η εκπαίδευση του προσωπικού	42
Η σημασία της εποπτείας στη λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας	42
Η ερμηνεία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας	43

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Λίγα λόγια για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα	45
Η χρόνια φάση	45
Η λειτουργία ενός Κέντρου Ψυχικής Υγείας	47
Παράδειγμα μιας κλινικής συνάντησης σε ένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συζήτηση	51
Συμπεράσματα	53

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	54
---------------------	----

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας τις μεταπτυχιακές μου σπουδές θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές του μεταπτυχιακού για όσα με δίδαξαν και για την ευκαιρία που μου προσέφεραν να εμπλουτίσω τις γνώσεις μου στο πεδίο της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στον επόπτη της διπλωματικής μου εργασίας κύριο Κωνσταντίνο Παπακωνσταντίνου, ο οποίος με βοήθησε στην εκπόνησή της.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη διευθύντριά μου στο Δρομοκαΐτειο κυρία Γεωργία Μασούρη, που με παρότρυνε να επιλέξω αυτό το μεταπτυχιακό και μου συμπαραστάθηκε σε όλη τη διάρκειά του.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον σύζυγό μου Αντώνη ο οποίος αποτελεί για μένα πηγή έμπνευσης και είναι συνοδοιπόρος σε όλα τα βήματά μου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η σχιζοφρένεια είναι μια οικουμενική και διαχρονική νοσολογική οντότητα, η οποία επιδρά στη συνολική λειτουργικότητα του ατόμου. Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιλαμβάνει τον συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής και ψυχοθεραπείας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να περιγράψει αναλυτικά το θεωρητικό υπόβαθρο βάσει του οποίου μπορεί να εφαρμοστεί η ψυχοδυναμική προσέγγιση του ψυχωτικού ασθενή εντός του κλινικού πλαισίου.

Υλικό και μέθοδος: Η εργασία βασίζεται σε βιβλιογραφική ανασκόπηση δημοσιευμένων εργασιών σε έγκριτα διεθνή περιοδικά μέσω των μηχανών αναζήτησης ‘PEP WEB’, ‘PubMed’ και βιβλίων στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Ο ψυχωτικός χαρακτηρίζεται από την αποδιοργάνωση της προσωπικότητάς του και τη χρήση αρχαϊκών μηχανισμών άμυνας (άρνηση, προβολή, προβλητική ταύτιση, σχάση) προκειμένου να ανακουφιστεί από το έντονο άγχος. Ο ασθενής διανύει 3 φάσεις: οξεία, σταθεροποίησης και χρόνια. Οι βασικοί θεραπευτικοί στόχοι είναι: η βελτίωση των συμπτωμάτων του αρρώστου, η ενίσχυση των δεξιοτήτων και της προσαρμοστικής του ικανότητας, η μείωση των υποτροπών και των επανεισαγωγών, η στήριξη της οικογένειάς του και η ψυχοκοινωνική του αποκατάσταση. Για να επιτευχθούν απαιτείται η δημιουργία θεραπευτικής σχέσης, η οποία εγκαθίσταται από την πρώτη επαφή με τους θεραπευτές και το κλινικό πλαίσιο. Προς την επίτευξη της θεραπευτικής σχέσης η θεραπευτική ομάδα καλείται να εμπεριέξει, να επεξεργαστεί και να μετασχηματίσει τα οδυνηρά συναισθήματα του ψυχωτικού ασθενή και να αντιμετωπίσει τα μεταβιβαστικά και τα αντιμεταβιβαστικά φαινόμενα. Το κλινικό πλαίσιο μπορεί να λειτουργήσει ως συγκρατητικό περιβάλλον για τον ασθενή και τους θεραπευτές. Για να συμβεί αυτό πρέπει να είναι σταθερό τόσο για τον ασθενή όσο και για τους θεραπευτές, να έχει ως κύριο στόχο τη φροντίδα του ασθενή και να εξατομικεύει τη θεραπεία σύμφωνα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες του ψυχωτικού. Με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα έγιναν προσπάθειες εφαρμογής της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας εντός του κλινικού πλαισίου. Η προσωπική ανάλυση, η εκπαίδευση, η εξωτερική εποπτεία και η έννοια της θεραπευτικής ομάδας φαίνεται ότι συμβάλλουν ουσιαστικά στη θεραπεία. Από την άλλη δεν απαιτείται βαθιά ψυχαναλυτική γνώση, αρκεί ο θεραπευτής να έχει ψυχική επαφή με τον ασθενή και τους άλλους θεραπευτές υπό τον συντονιστικό ρόλο του επικεφαλής της ομάδας και του επόπτη. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι βασικό άξονα κάθε θεραπευτικής παρέμβασης αποτελεί το όφελος του ασθενή ανάλογα με τις ανάγκες και τις ικανότητές του. Η λειτουργία του πλαισίου με βάση τον ψυχοδυναμικό τρόπο σκέψης μπορεί να παρέχει στον ασθενή έναν συναισθηματικό χώρο ικανό να κατευνάσει τους φόβους του, να βελτιώσει τα συμπτώματά του και να μειώσει τις υποτροπές.

Συμπεράσματα: Με την εφαρμογή του ψυχοδυναμικού μοντέλου εντός του κλινικού πλαισίου ο ψυχωτικός δεν θεωρείται πλέον ένα άτομο με ακατανόητες σκέψεις και χωρίς συναισθήματα. Επιπλέον, η ψυχοδυναμική προσέγγιση έγινε πιο προσιτή τόσο στους ασθενείς όσο και στους θεραπευτές.

Λέξεις-κλειδιά: ψύχωση, θεραπευτική ομάδα, κλινικό πλαίσιο, ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is a universal and chronic disorder that affects the overall functioning of the individual. The treatment involves a combination of medication and psychotherapy.

Purpose: The purpose of the current study is to describe in detail how the theoretical base of the psychodynamic approach can be applied to the psychotic patient within the clinical setting.

Study material and method: The current study is based on the bibliographic reviews of papers published in well-known international journals. The research was conducted via the "PEP WEB" and "PudMed" search engines and books in Greek and English.

Results: The psychotic patient is characterized by personality disorganization and the use of primitive defense mechanisms (denial, projection, projective identification, splitting) in order to alleviate the intense anxiety symptoms. The patient undergoes 3 phases; namely, the acute, the stabilization and the chronic phase. The main therapeutic goals of applied treatment are the following: to improve the symptoms of the patient, to strengthen his/her skills and adaptive capacity, to reduce the risk of relapses and rehospitalization, to support his/her family and to offer psychosocial rehabilitation. To achieve this, a therapeutic relationship is required which is established from the first contact with the therapists and the clinical setting. Through the therapeutic alliance created, the therapeutic group is called upon to contain, process and transform the painful emotions of the psychotic patient and to cope with any transference and countertransference phenomena. The clinical setting can act as restraint mechanism for the patient and the therapists. For this to happen, it must be consistent with both parties involved, it must be patient care-oriented and it must personalize the treatment according to the needs and abilities of the psychotic patient. During the Psychiatric Reform era in Greece, efforts have been made to apply the psychodynamic psychotherapy approach within the clinical setting. Personal analysis, education, external supervision and the concept of group treatment appear to be conducive to the treatment. However, no specialised psychoanalytic knowledge is essential, as long as the therapist develops a psychic contact with the patient as well as the other therapists involved under the supervision of the group leader and the supervisor. It should be highlighted that the keystone of each therapeutic intervention is to benefit the patient according to the latter's needs and capabilities. The psychodynamic way of thinking ought to offer an emotional space that will appease his/her fears, improve the symptoms and decrease the likelihood of any future relapses.

Conclusions: By applying the psychodynamic model within the clinical setting, the psychotic patient is no longer considered as an individual with incomprehensible thoughts and lack of emotion. In addition, the psychodynamic approach becomes more accessible to patients and therapists alike.

Key words: psychosis, therapeutic group, clinical setting, psychodynamic psychotherapy

ΜΕΡΟΣ Α': ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σχιζοφρένεια

Ορισμός

Η σχιζοφρένεια είναι μια διαχρονική και οικουμενική νοσολογική οντότητα. Κατατάσσεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας μέσα στις δέκα ασθένειες με τη σοβαρότερη επιβάρυνση στη συνολική λειτουργικότητα του ατόμου. Κύριο γνώρισμα της σχιζοφρένειας είναι η αποδιοργάνωση της προσωπικότητας του ατόμου.

Ιστορική αναδρομή

- Ο Philippe Pinel (1801)²⁵ κατήργησε τις αλυσίδες στα ψυχιατρικά άσυλα και εφάρμοσε την ηθική θεραπεία στην αντιμετώπιση των ψυχικά ασθενών.
- Ο Benedict Augustin Morel, γεννημένος στη Βιέννη, περιέγραψε (1852)²⁵ μια κλινική οντότητα παρόμοια με τη σχιζοφρένεια, την οποία ονόμασε «πρώιμη άνοια».
- Ο Karl Ludwig Kahlbaum (1863)²⁵ περιέγραψε την κατατονία.
- Ο Ewald Hecker περιέγραψε (1870)²⁵ την ηβηφρένεια και την κυκλοθυμία.
- Ο Emil Kraepelin (1896)²⁵ διέκρινε τρεις τύπους «πρώιμης άνοιας» (dementia praecox): την κατατονική, την ηβηφρενική και την παρανοειδή αποδεικνύοντας ότι οι ψυχικές διαταραχές ταξινομούνται.
- Στην παραπάνω ταξινόμηση προστέθηκε από τον Otto Diem (1903)²⁵ η απλή μορφή της σχιζοφρένειας.
- Ο ιατρός και ψυχολόγος Carl Gustav Jung (1903)²⁵ περιέγραψε τις συνειρμικές διαταραχές της νόσου.
- Ο Adolf Meyer (1905)²⁵ έθεσε τις βάσεις της ψυχοβιολογικής και κοινωνικής προσέγγισής της.
- Ο Sigmund Freud (1911)²⁵ ανέλυσε την περίπτωση ενός παρανοειδή ασθενή, του Schreber. Ερμήνευσε την περίπτωση αυτή συνδέοντας το διωκτικό παραλήρημα με λανθάνουσες ομοφυλοφιλικές τάσεις και την απόσυρση της libido από τα αντικείμενα προς τον εαυτό.
- Ο Eugen Bleuer (1919)²⁵ εισήγαγε τον όρο «σχιζοφρένεια» (σχίζειν και φρην=εγκέφαλος, νούς). Ήθελε να τονίσει ότι η σχιζοφρένεια δεν έχει πάντοτε εκπρωτική πορεία. Κύριο χαρακτηριστικό της είναι οι διαταραχές των ψυχονοητικών λειτουργιών (της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος, η απώλεια επαφής με την πραγματικότητα, η απόσυρση σε

έναν ιδιωτικό κόσμο-αυτισμός). Διαχώρισε τα συμπτώματα σε πρωτογενή (εκπτωτικά) και δευτερογενή (παραλήρημα, διαταραχές ψυχοκινητικότητας).

- Ο Kurt Schneider (1930)²⁵ βασίστηκε στην κλινική περιγραφή και εισήγαγε συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια πρώτης και δεύτερης τάξης.

- Ο Ernst Kretschmer (1936)²⁵ εισήγαγε την έννοια του συνεχούς της ψυχοπαθολογίας από την προσωπικότητα έως τη νόσο (σχιζοφρενική ιδιοσυστασία).

- Οι Delay και Deniker (1952)²⁵ εισήγαγαν τις φαινοθειαζίδες στη θεραπεία και οι Murray και Weinberger (1987)²⁵ διατύπωσαν τη νευροαναπτυξιακή θεωρία της σχιζοφρένειας.

- Ο H.Stefansson (2002)²⁵ δημοσίευσε την πρώτη επαλήθευση γενετικής συσχέτισης στη σχιζοφρένεια.

DSM -V

Στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V), η περιγραφή των συμπτωμάτων είναι διαστατική και έχουν καταργηθεί οι κατηγοριοποιήσεις της κλινικής οντότητας της σχιζοφρένειας.

Συνοπτικά διαγνωστικά κριτήρια για τη σχιζοφρένεια

A. Χαρακτηριστικά συμπτώματα (τουλάχιστον δύο ή περισσότερα για το μεγαλύτερο διάστημα ενός μηνός):

Παραληρητικές ιδέες

Ψευδαισθήσεις

Αποδιοργανωμένη ομιλία

Αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά

Αρνητικά συμπτώματα

B. Κοινωνική και επαγγελματική επιβάρυνση (σε μία τουλάχιστον περιοχή λειτουργικότητας):

Εργασία

Διαπροσωπικές σχέσεις

Αυτοφροντίδα

Γ. Διάρκεια 6 συνεχιζόμενους μήνες με 1 μήνα τουλάχιστον παρουσίας ενεργού συμπτωματολογίας (κριτήριο A).

Δ. Αποκλεισμός Σχιζοσυναισθηματικής Διαταραχής και Διαταραχής της Διάθεσης.

E. Αποκλεισμός Διαταραχών από τη χρήση ουσιών και άλλων Σωματικών νόσων.

Ζ. Αποκλεισμός Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής.

Συμπτωματολογία

Τα συμπτώματα, τα οποία μπορεί να συνυπάρχουν σε άλλοτε άλλο βαθμό στον ίδιο ασθενή διακρίνονται σε:

1. Θετικά ή παραγωγικά συμπτώματα: διαταραχές του περιεχομένου, του ελέγχου και της κατοχής της σκέψης (παραληρητικές ιδέες δίωξης, μεγαλείου, αναφοράς ή συσχέτισης, παθητικότητας ή επίδρασης, απώλειας, παρεμβολής ή εκπομπής της σκέψης) και διαταραχές της αντίληψης (ψευδαισθήσεις κυρίως ακουστικές, αλλά και ενίοτε οπτικές, απτικές, γευστικές, οσφρητικές κ.λ.π.)
2. Αρνητικά συμπτώματα: διαταραχές στη δομή, την οργάνωση και ροή της σκέψης (πτωχεία στην ποσότητα και το περιεχόμενο της ομιλίας), στο συναίσθημα (συναίσθηματική έκπτωση, επιπέδωση, απάθεια), στη βούληση (αβουλία, ανηδονία, έλλειψη αυτοφροντίδας, κοινωνική απόσυρση).
3. Αποδιοργανωτικά συμπτώματα: διαταραχές στη δομή και την οργάνωση της σκέψης (χάλαση συνειρμού, εκτροχιασμός της σκέψης, άσκοπος πλατειασμός, κατ'εφαπτομένη ομιλία, νεολογισμοί, ασάφεια και αοριστία), στο συναίσθημα (απροσφορότητα) και στη συμπεριφορά (αποδιοργανωμένη, μη στοχοκατευθυνόμενη συμπεριφορά, έλλειψη κοινωνικών αναστολών).
4. Νοητικά ελλείμματα: η νοητική δυσλειτουργία αποτελεί πυρηνικό χαρακτηριστικό της σχιζοφρένειας. Τα σοβαρότερα ελλείμματα έχουν παρατηρηθεί στη μνήμη, την προσοχή, την οπτικοχωρική ικανότητα και τις εκτελεστικές λειτουργίες.

Επιδημιολογία (Στεφανής, Ρίζος, Λύκουρας, 2013)²⁵

Η σχιζοφρένεια είναι νόσος οικουμενική. Έχει περιγραφεί σε όλους τους πολιτισμούς και σε όλες τις πολιτισμικές ομάδες. Η μέση επίπτωσή της στον γενικό πληθυσμό ορίζεται στο 1%. Εμφανίζεται μεταξύ των ηλικιών 15-35 ετών και η αναλογία ανδρών / γυναικών είναι 1,4:1. Η έναρξή της στους άνδρες προηγείται κατά μέσον όρο 3-5 χρόνια της έναρξης στις γυναίκες.

Αιτιοπαθογένεια

Στην αιτιοπαθογένεια της σχιζοφρένειας συντελούν παράγοντες κινδύνου, οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους σε έδαφος γενετικής προδιάθεσης και ευαλωτότητας. Οι παράγοντες κινδύνου συνίστανται σε: περιγεννητικές επιπλοκές και προγεννητικές λοιμώξεις, καθυστέρηση στην επίτευξη αναπτυξιακών σταδίων, προνοσηρή ψυχοπαθολογία (σχιζότυπη, σχιζοειδής και παρανοειδής διαταραχή προσωπικότητας), πρώιμους και όψιμους περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Όσον αφορά στη γενετική προδιάθεση, όσο στενότερη είναι η συγγένεια με τον ασθενή τόσο αυξάνει η πιθανότητα νόσησης. Παρατηρείται υψηλό ποσοστό νόσησης των μονοζυγωτικών διδύμων είτε ανατράφηκαν μαζί είτε χωριστά επιβεβαιώνοντας τη γενετική προέλευση της σχιζοφρένειας. Επίσης, έχουν ταυτοποιηθεί γονίδια τα οποία ευθύνονται για τη γενετική

ευαλωτότητα. Τα υπεύθυνα γονίδια δεν αρκούν από μόνα τους για να εμφανιστεί η διαταραχή.

Θεραπευτική αντιμετώπιση (Στεφανής, Λύκουρας, Ρίζος, 2013)²⁵

Η αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας βασίζεται στο βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο, το οποίο περιλαμβάνει όλες τις πτυχές της ζωής του ασθενούς, τις βιολογικές, τις ψυχολογικές και τις κοινωνικές. Το άτομο πάσχει ως σύνολο και για τη σωστή αντιμετώπισή του απαιτείται η συνεργασία ψυχιάτρων, ψυχολόγων, ψυχοθεραπευτών, κοινωνικών λειτουργών, νοσηλευτών και εργοθεραπευτών.

Οι στόχοι της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι:

1. Η βελτίωση των συμπτωμάτων.
2. Η μείωση των υποτροπών.
3. Η βελτίωση της προσαρμοστικής ικανότητας των ασθενών.
4. Η ψυχοκοινωνική τους αποκατάσταση.

Φαρμακευτική αγωγή

Η χρήση των αντιψυχωτικών φαρμάκων βελτίωσε την πρόγνωση και την ποιότητα ζωής των ασθενών με σχιζοφρένεια. Σε αυτή τη βελτίωση συνετέλεσε κυρίως η χρήση των αντιψυχωτικών δεύτερης γενιάς (άτυπα αντιψυχωτικά), τα οποία εμφανίζουν λιγότερες εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες συγκριτικά με τα πρώτης γενιάς ή κλασικά αντιψυχωτικά. Δεν πρέπει όμως να παραβλέπεται το μεταβολικό σύνδρομο ως ανεπιθύμητη ενέργεια των άτυπων και αιτία θνητότητας στους ασθενείς αυτούς.

Ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση

Ως ψυχοθεραπεία ορίζεται η θεραπευτική διαδικασία η οποία αποσκοπεί στη διερεύνηση και στην επίδρασή της στον ανθρώπινο ψυχισμό χωρίς τη χρήση βιολογικών μέσων (Τριανταφύλλου, 1995)⁴¹. Μορφές ψυχοθεραπείας οι οποίες μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της ψυχικής υγείας των ασθενών με σχιζοφρένεια είναι η γνωσιακή, η συμπεριφορική, η οικογενειακή και η ψυχοδυναμική θεραπεία (Gabbard, 2006)¹³, (Στεφανής, Λύκουρας, Ρίζος, 2013)²⁵. Κοινό τους στοιχείο αποτελεί η ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης ανάμεσα στον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο. Μια σχέση η οποία χαρακτηρίζεται από την ενσυναίσθηση του θεραπευτή, την εμπιστοσύνη και την ανοικτή επικοινωνία. Η θεραπευτική σχέση αναπτύσσεται εντός ενός σταθερού θεραπευτικού πλαισίου ως προς τον χρόνο, τον τόπο και τη θεραπευτική μέθοδο. Το θεραπευτικό πλαίσιο μπορεί να είναι είτε το γραφείο του ψυχοθεραπευτή είτε το δημόσιο πλαίσιο. Εντός του δημόσιου πλαισίου ενισχύεται και η λειτουργικότητα αυτών των ατόμων μέσα στην κοινωνία με την εφαρμογή προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία

Ο Freud (1917)²¹ αναφέρει: «Η σχέση ψυχανάλυσης και ψυχιατρικής είναι περίπου ανάλογη με τη σχέση που έχει η ιστολογία με την ανατομία. Η μία εξετάζει την εξωτερική μορφή των οργάνων, ενώ η άλλη τη σύνθεσή τους από τους ιστούς και τα συστατικά τους στοιχεία».

Υπό αυτή την έννοια, η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία αποτελεί διαδικασία μελέτης και ερμηνείας των ενδοψυχικών φαινομένων. Βασίζεται στις αρχές της ψυχαναλυτικής θεωρίας, σύμφωνα με την οποία ένα σημαντικό μέρος της ψυχικής ζωής είναι ασυνείδητο. Σκοπός της είναι η ανάδυση των ψυχικών συγκρούσεων, οι οποίες έχουν απωθηθεί επειδή το περιεχόμενό τους είναι μη αποδεκτό από το Υπερεγώ. Οι συγκρούσεις συμβαίνουν μεταξύ του Εγώ, του Εκείνο και του Υπερεγώ. Η ενδοψυχική σύγκρουση θεωρείται χαρακτηριστικό των νευρώσεων.

Στις ψυχώσεις η σύγκρουση αφορά στο «δίπολο μεταξύ εαυτότροπων και αντικειμενότροπων τάσεων» (Μέντζος, 1992)², μεταξύ τάσεων συγχώνευσης και αυτιστικής απόσυρσης. Το ψυχικό όργανο του ψυχωτικού είναι αδύναμο να αντέξει αυτή τη σύγκρουση και χρησιμοποιεί μηχανισμούς άμυνας όπως η άρνηση, η προβολή, η προβλητική ταύτιση και η σχάση. Το ψυχικό όργανο της ομάδας του δημόσιου-κλινικού πλαισίου συναντιέται με το ψυχικό όργανο του ασθενή και καλείται να εμπεριέχει τον ασθενή, όπως η μητέρα εμπεριέχει το βρέφος της.

Η συναισθηματική σχέση μεταξύ των θεραπειών και του θεραπευόμενου χαρακτηρίζεται από μεταβιβαστικά και αντιμεταβιβαστικά φαινόμενα. Εγκαθίσταται έτσι μία κίνηση συναισθημάτων και σκέψεων, τα οποία συμβάλλουν στο θεραπευτικό έργο. Το παρατηρούν Εγώ της ομάδας ενδιαφέρεται τόσο για την οικογένεια όσο και για το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον του ψυχωτικού, τον οποίο αντιμετωπίζει όχι μόνο ως μέλος της ομάδας του κλινικού πλαισίου αλλά και ως μέλος και άλλων ομάδων. Προσπαθεί να ενδυναμώσει το Εγώ του, να μειώσει τις υποτροπές, να βελτιώσει την ποιότητα ζωής του και να τον βοηθήσει να ενταχθεί στην κοινωνία αποτελώντας άξιο μέλος της.

Σκοπός της εργασίας είναι να περιγράψει διεξοδικά τις ψυχικές διεργασίες οι οποίες συντελούνται και το θεωρητικό υπόβαθρο βάσει του οποίου εφαρμόζεται η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία του ψυχωτικού ασθενή εντός του κλινικού πλαισίου.

Η εργασία βασίζεται σε βιβλιογραφική έρευνα. Για τη βιβλιογραφική ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκαν δημοσιευμένα δεδομένα σε έγκριτα διεθνή περιοδικά μέσω των μηχανών αναζήτησης 'PEP WEB' και 'PubMed' και μέσω βιβλίων στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.

Με αυτή την εργασία δίνεται η δυνατότητα σε συναδέλφους που εργάζονται στο κλινικό πλαίσιο να κατανοήσουν καλύτερα τις ψυχικές διεργασίες που συντελούνται στους ψυχωτικούς ασθενείς και στους ίδιους τους θεραπευτές, καθώς και τη συμβολή των αρχών της ψυχοδυναμικής θεωρίας και τεχνικής στη θεραπεία τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Ο ΨΥΧΩΤΙΚΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ

Το Εγώ στην ψύχωση

Η συναισθηματική ανάπτυξη αρχίζει πριν από τη γέννηση και συνεχίζεται και μετά από αυτή. Σύμφωνα με τον Freud (1926)⁴ δεν υπάρχει αντικείμενο και το έμβρυο βρίσκεται σε μία κατάσταση απόλυτου ναρκισσισμού. Το βρέφος προχωρά από τον απόλυτο ναρκισσισμό στον κόσμο των αντικειμένων. Δεν μπορεί να υπάρξει μόνο του σωματικά και ψυχολογικά. Γι' αυτό, χρειάζεται κάποιο πρόσωπο να το φροντίζει. Το πρόσωπο αυτό είναι η μητέρα (στις περισσότερες περιπτώσεις), η οποία ικανοποιεί τις βασικές ανάγκες του. Το βρέφος θηλάζει, αισθάνεται και γνωρίζει τον εξωτερικό κόσμο μέσω του στόματος. Νιώθει ζεστασιά, ευχαρίστηση, ανακούφιση από την ικανοποίηση της ανάγκης του για τροφή αλλά και από την επαφή με το σώμα της μητέρας. Αρχίζει να δημιουργείται έτσι η πρωταρχική σχέση με το αντικείμενο και η πρώτη συμβολική επικοινωνία με αυτό. Εντός αυτής της επικοινωνίας η άμεση αναπόκριση στις ανάγκες του βρέφους δημιουργεί το συναίσθημα της «βασικής εμπιστοσύνης» σύμφωνα με τον Erikson (1950)²⁵, απαραίτητο συστατικό ενός «ασφαλούς δεσμού» κατά την M.Ainsworth (1970)²⁵.

Η μητέρα και το βρέφος βιώνουν από κοινού μια εμπειρία. Κατά την M.Mahler (1975)²⁵ πρόκειται για μια φυσιολογική συμβιωτική φάση, κατά την οποία ο εαυτός δεν διαχωρίζεται από τον μη εαυτό. Η μητέρα πρέπει να έχει ανοχή απέναντι στις αρπακτικές τάσεις (την επιθετικότητα) του βρέφους. Να κατανοεί και να περιέχει τα κομμάτια του, διότι μόνο έτσι θα μπορέσει να συνάψει τον πρώτο του δεσμό μ' ένα εξωτερικό αντικείμενο και κατ' επέκταση με τον εξωτερικό κόσμο. Με άλλα λόγια, η πρώιμη συναισθηματική ανάπτυξη μέσα από τον κόσμο των αντικειμένων διαμορφώνει την αντίληψη του εαυτού, του εξωτερικού κόσμου και τον έλεγχο της πραγματικότητας.

Η μητέρα είναι αφοσιωμένη στη φροντίδα του μωρού προσφέροντας τον μαστό της για θηλασμό στον σωστό τόπο και χρόνο. Πρέπει να ανταποκριθεί στις ανάγκες του, αλλά επίσης πρέπει να είναι σε θέση να επιφέρει ματαιώσεις (σχηματισμός εικόνων εαυτού και αντικειμένων σύμφωνα με τον Kernberg, 1975)³⁸. Προς αυτή την κατεύθυνση βοηθά το βρέφος να αντέξει την απώλεια του μαστού μέσω του αποθηλασμού διανύοντας τη φάση αποχωρισμού-ατομικοποίησης κατά την M.Mahler (1975)²⁵.

Ο Kohut (1984)⁴² μιλάει για «βέλτιστη ματαίωση» και «μεταλλακτική εσωτερίκευση». Στη «βέλτιστη ματαίωση» το βρέφος ματαιώνεται σε τέτοιο βαθμό που να μπορεί να την αντέξει και να τη μεταβολίσει. Αποτέλεσμα του μεταβολισμού θεωρείται η «μεταλλακτική εσωτερίκευση», κατά την οποία εσωτερικεύονται οι λειτουργίες της μητέρας-αντικειμένου. Κατά τη διαδικασία του αποθηλασμού η μητρική φροντίδα μειώνεται και το βρέφος χάνει τη μητέρα του, κάτι το οποίο δεν συμβαίνει στη γέννηση όπου δεν υπάρχει αντικείμενο για να χαθεί κατά τον Freud (1926)⁴. Το βρέφος νιώθει θλίψη για την απώλεια και ενοχή για τις αρπακτικές του διαθέσεις. Η ικανότητα να αισθάνεται κατάθλιψη με οργανωμένο τρόπο συνιστά σημαντικό στάδιο για την υγιή ψυχική ανάπτυξη.

Στην ψύχωση ο ασθενής παλινδρομεί σε πρώιμες βρεφικές καταστάσεις. Η παλινδρόμηση οδηγεί στον ναρκισσισμό εμποδίζοντας την αληθινή επικοινωνία με τον εξωτερικό κόσμο. Η

μητέρα δεν ικανοποιεί τις πρώιμες ανάγκες του βρέφους και εκείνο απομονώνεται από το περιβάλλον και αποσύρεται στη δική του εσωτερική πραγματικότητα. Τα κενά επαφής που δημιουργούνται από τη μη ικανοποίηση των αναγκών του βρέφους από το πρωταρχικό αντικείμενο μπορεί να οδηγήσουν σε δομικά ελλείμματα στην ψυχική οργάνωση. Σε έδαφος αυτών των ελλειμμάτων η ψυχωτική συμπτωματολογία αποκτά νόημα. Δημιουργείται σε μια προσπάθεια επικοινωνίας του Εγώ με τον εξωτερικό κόσμο ως έκκληση προς τους άλλους και ως άμυνα απέναντι στην απειλή του αφανισμού και της αποσύνθεσης.

Η σχιζοφρένεια πλήττει το Εγώ του ασθενούς, το οποίο χάνει την ταυτότητά του. Η προσωπικότητα αλλάζει αποκτώντας στοιχεία που δεν είχε και χάνοντας τον έλεγχο της υποκειμενικότητάς της. Σύμφωνα με τον Freud (1914)³⁸, ο ψυχωτικός υπερεπενδύει στο Εγώ εγκαταλείποντας τις επενδύσεις του εξωτερικού κόσμου. Αυτό σημαίνει ότι η λίμπιντο που αποσύρθηκε δεν αποζητά ένα νέο αντικείμενο, αλλά αναδιπλώνεται στον Εαυτό (αυτιστική απόσυρση) καταλύοντας τη δημιουργία των αντικειμενότροπων σχέσεων. Δημιουργούνται έτσι οι προϋποθέσεις για την ανάπτυξη του αυτοερωτισμού και του πρωτογενούς ναρκισσισμού, αφού το ερωτικό αντικείμενο είναι ο ίδιος. Η E. Jacobson (1964)³⁸ ισχυρίζεται ότι η παλινδρόμηση του ψυχωτικού στο επίπεδο του πρωτογενούς ναρκισσισμού γεννά τη φαντασίωση συγχώνευσης του υποκειμένου με το αντικείμενο, που σημαίνει την κατάλυση των ορίων ανάμεσα στην εσωτερική και την εξωτερική πραγματικότητα.

Η απόσυρση από τον εξωτερικό κόσμο σημαίνει και την αποκοπή του Εγώ από την εξωτερική πραγματικότητα. Ο ψυχωτικός βιώνει μια σύγκρουση ανάμεσα στην επιθυμία του για εγγύτητα με το αντικείμενο και τον κίνδυνο απώλειας των ορίων του Εγώ και στην επιθυμία του για απομάκρυνση από το αντικείμενο με κίνδυνο αυτιστικής απόσυρσης και απώλειας του αντικειμένου.

Η ενδοψυχική σύγκρουση οδηγεί σε ρήξη και έτσι δημιουργείται το παραλήρημα και οι ψευδαισθήσεις. Το παραλήρημα προστατεύει τον ψυχωτικό από μια πραγματικότητα, η οποία είναι οδυνηρή. Τα δυσάρεστα βιώματα σημασιοδοτούνται με τον σχηματισμό των παραληρητικών ιδεών και των ψευδαισθήσεων. Με αυτή τη σημασιοδότηση ο ασθενής διατηρεί τη σχέση με το αντικείμενο, ενώ ταυτόχρονα το απορρίπτει (αμφιθυμία). Τα ψυχωτικά συμπτώματα ανασκευάζουν την πραγματικότητα για να προστατεύσουν από την επικείμενη διάλυση του Εαυτού και από τη διπολικότητα που δημιουργείται από τον αγώνα ανάμεσα στη διατήρηση της ταυτότητας του Εαυτού και τη διατήρηση της σχέσης με το αντικείμενο. Αυτή η προσπάθεια επικοινωνίας με το αντικείμενο είναι εμφανής μέσα από:

1. Το διωκτικό παραλήρημα, το οποίο αποτελεί μια προσπάθεια διατήρησης της σχέσης του ασθενή με τον διώκτη του.
2. Τις ψευδαισθήσεις: ο ασθενής δεν αναγνωρίζει ότι οι ακουστικές ψευδαισθήσεις προέρχονται από τον δικό του ψυχισμό και χρησιμοποιεί τα αισθητήρια όργανα ως μέσα προβολής του περιεχομένου τους στους άλλους.

Αρχαϊκοί μηχανισμοί άμυνας

Το ασθενές Εγώ του ψυχωτικού κατακλύζεται από άγχη διαλυτικά (Χατζησταυράκης, Σακελλαρόπουλος, 2010)⁴³, τα οποία απορρέουν από τη σύγκρουσή του με την εξωτερική πραγματικότητα. Για να αντιμετωπίσει αυτά τα άγχη, να κρατήσει σε απόσταση τις δυσάρεστες αναπαραστάσεις και να εξασφαλίσει ψυχική συνοχή καταφεύγει στη χρήση αρχαϊκών μηχανισμών άμυνας (άρνηση, προβολή, προβλητική ταύτιση και σχάση ή διχοτόμηση).

Προβολή, προβλητική ταύτιση, σχάση ή διχοτόμηση

Σύμφωνα με την M.Klein (1946)^{25,42}, το Εγώ εμφανίζεται ήδη από τη γέννηση. Το πρώτο εξάμηνο της ζωής το βρέφος-υποκείμενο βρίσκεται στην παρανοειδή-σχιζοειδή θέση, κατά την οποία το μητρικό στήθος βιώνεται ως μερικό αντικείμενο (δίπολο καλό-κακό αντικείμενο). Μετά τον έκτο μήνα το υποκείμενο εισέρχεται στην καταθλιπτική θέση, κατά την οποία αντιλαμβάνεται τη μητέρα ως ολικό αντικείμενο. Η καταθλιπτική θέση αφορά στην αποδοχή συνύπαρξης αντιθετικών συναισθημάτων (αγάπης και μίσους) στον εαυτό (ολικός εαυτός) και το αντικείμενο (ολικό αντικείμενο). Η απαρτίωση του εαυτού και του αντικειμένου ως ολικού ανοίγει τον δρόμο για την ενοχή και το πένθος, τα οποία είναι σημαντικά για τη διαμόρφωση της προσωπικότητας του ατόμου.

Στην παρανοειδή-σχιζοειδή θέση σύμφωνα με την M.Klein (1946)¹⁸, το βρέφος διαχωρίζει τη μητέρα του σε δύο πρόσωπα: την καλή, ιδανική μητέρα την οποία αγαπά και την κακή, στερητική μητέρα την οποία μισεί. Για να αποφύγει τη σύγκρουση που προκαλούν τα συναισθήματα αγάπης και μίσους προς τη μητέρα, το παιδί προσπαθεί να διατηρήσει χωριστά την καλή και την κακή μητέρα. Για να το επιτύχει αυτό στρέφει τις καταστροφικές του ενορμήσεις προς τον μαστό μέσω των στοματικών επιθέσεων του (αρχικά ο μαστός αντιμετωπίζεται ως μερικό αντικείμενο και κατόπιν ως ολικό).

Η διχοτόμηση δεν αφορά μόνο στο αντικείμενο αλλά και στο υποκείμενο. Το βρέφος εκκενώνει το κοπρανώδες περιεχόμενό του στη μητέρα μέσω των πρωκτικών-σαδιστικών επιθέσεων. Τα κακά-σαδιστικά μέρη του εαυτού του προβάλλονται μέσα στο σώμα της μητέρας, η οποία ταυτίζεται με αυτό το προβαλλόμενο κομμάτι και μπορεί όντως να αρχίσει να συμπεριφέρεται επιθετικά (προβλητική ταύτιση). Οι επιθέσεις αυτές αποσκοπούν στο να αποκτήσει το βρέφος τον παντοδύναμο έλεγχο του κακού-διωκτικού αντικειμένου. Αν αυτά τα κακά μέρη επανενδοβληθούν (ενδοβλητική ταύτιση) τότε γεννιέται μίσος απέναντι στον εαυτό.

Επίσης, και οι θετικές του ιδιότητες μπορεί να προβληθούν και να επανενδοβληθούν στο πλαίσιο του φυσιολογικού μηχανισμού ψυχικής ανάπτυξης. Στην ψύχωση η προβλητική ταύτιση δημιουργεί στο υποκείμενο την αίσθηση ότι στερείται βασικών πλευρών της προσωπικότητάς του και έτσι το Εγώ του αποδυναμώνεται. Η μητέρα προς την οποία κατευθύνονται οι προβολές βιώνεται ως διώκτης. Ο φόβος του ψυχωτικού απέναντι στον διώκτη του είναι τόσο έντονος που δεν του επιτρέπει να διαπραγματευτεί την καταθλιπτική θέση. Καθιλώνεται, έτσι στην παρανοειδή-σχιζοειδή θέση επαναλαμβάνοντας αυτό το μοτίβο σχέσης και στις υπόλοιπες διαπροσωπικές του σχέσεις.

Η προβλητική ταύτιση αποτελεί κατά τον Rosenfeld (1971)³⁰:

1. Μορφή μη λεκτικής επικοινωνίας όπου ενορμήσεις, μέρη του εαυτού και άγχη μη ανεκτά από το βρέφος προβάλλονται στη μητέρα.
2. Άρνηση της ψυχικής πραγματικότητας όπου η σχέση μερών του εγώ αποσκοπεί στην εκκένωση του οδυνηρού ψυχικού περιεχομένου, δηλαδή του μίσους και της καταστροφικότητας.

Η επικοινωνία και η άρνηση της ψυχικής πραγματικότητας ως μηχανισμοί προβλητικής ταύτισης μπορεί να συνυπάρχουν στον ίδιο ασθενή.

Η M.Klein (1946)¹⁸ απέδωσε στην προβλητική ταύτιση αρνητική χροιά παρουσιάζοντάς την ως προβολή σαδιστικών συναισθημάτων. Εν αντιθέσει, ο Bion (1962)^{20,42} παρουσιάζει τη σχέση και την προβλητική ταύτιση ως μια ρεαλιστική-φυσιολογική δραστηριότητα. Το βρέφος θέλει να απαλλαγεί από τα αρνητικά συναισθήματα προβάλλοντάς τα στη μητέρα. Εάν η μητέρα είναι αρκετά καλή θα τα δεχθεί και θα ανταποκριθεί με γόνιμο τρόπο. Εάν δεν μπορέσει να αντέξει αυτές τις προβολές τότε το βρέφος θα συνεχίσει να λειτουργεί με τον μηχανισμό της προβλητικής ταύτισης με μεγαλύτερη ένταση και συχνότητα, διότι με τη σειρά του δεν μπορεί να αντέξει τη ματαίωση. Η ανεπαρκής αντοχή στη ματαίωση σε συνδυασμό με την αδυναμία ενοποίησης των αποσχισμένων μερών εαυτού και αντικειμένου επηρεάζει την είσοδο του ατόμου στην καταθλιπτική θέση, την ικανότητά του για «λεκτική σκέψη» και τον σχηματισμό συμβόλων (Bion, 1959)²⁰. Η «λεκτική σκέψη» κατά τον Bion (1954)²⁰ μεταφράζεται ως έκφραση σκέψεων, συναισθημάτων και φαντασιώσεων.

Τα σύμβολα (H.Segal, 1955)³⁷ αντιπροσωπεύουν ό,τι έχει απωθηθεί στο ασυνείδητο και συνιστούν όχι μόνο μια γέφυρα επικοινωνίας με τον εξωτερικό κόσμο αλλά και μια εσωτερική επικοινωνία. Η επικοινωνία με τον εξωτερικό κόσμο βασίζεται στη διαφοροποίηση των αναπαραστάσεων εαυτού και αντικειμένου, η οποία είναι απαραίτητη για τον σχηματισμό συμβόλων.

Ο ψυχωτικός εμφανίζει ελλείμματα όσον αφορά στην ικανότητα λεκτικοποίησης και συμβολοποίησης. Η σκέψη του είναι συγκεκριμένη (concrete thinking). Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στο σύμβολο και το συμβολιζόμενο αντικείμενο (π.χ θεωρεί ότι το νοσοκομείο είναι η φυλακή και όχι ότι μοιάζει σαν φυλακή). Αυτή η δραστηριότητα κατά της σκέψης και κατά της γνώσης (K: Knowledge σύμφωνα με τον Bion, 1962)²¹ οδηγεί στην παραδοξότητα, η οποία με τη σειρά της αποσκοπεί στην κατάλυση της ενδοψυχικής σύγκρουσης. Ο κόσμος του ψυχωτικού κατοικείται από αλλόκοτα αντικείμενα, τα οποία αποτελούν στοιχεία του κατακερματισμένου Εγώ. Παράλληλα, η δραστηριότητα η οποία γίνεται εμφανής μέσω της σχέσης και της προβλητικής ταύτισης μπορεί να αποτελέσει τη βάση της ενσυναίσθησης. Ο Bion προσδίδει, δηλαδή μια θετική πλευρά στους παραπάνω μηχανισμούς άμυνας.

Απάρνηση

Στην ψύχωση παρατηρείται απάρνηση της εξωτερικής και της ψυχικής πραγματικότητας. Η απάρνηση της εξωτερικής πραγματικότητας αποτελεί κεντρική άμυνα της ψυχωτικής οργάνωσης και αποσκοπεί στον έλεγχο της συναισθηματικής αντίδρασης του ατόμου απέναντι σε μια συγκεκριμένη πλευρά του εξωτερικού κόσμου. Μπορεί να υπάρχει αποδοχή σε νοητικό επίπεδο ενός δυσάρεστου γεγονότος αλλά τα οδυνηρά συναισθήματα τα οποία συνδέονται με το γεγονός αποπέμπονται. Σύμφωνα με τον Racamier (1990)³⁸, ό,τι έχει υποστεί την άρνηση μπορεί μόνο να αντικατασταθεί με κάτι άλλο και δεν μπορεί να επιστρέψει όπως στην απώθηση.

Όσον αφορά στην ψυχική πραγματικότητα του ατόμου συνίσταται στην παντοδύναμη άρνηση του κακού αντικειμένου και της σχέσης του με αυτό προκειμένου να προστατευθεί από την ψυχική οδύνη και να προστατεύσει το εξιδανικευμένο αντικείμενο από τις καταστροφικές του επιθέσεις.

Μη ψυχωτικό Εγώ

Ο ψυχωτικός χρησιμοποιεί αυτούς τους αμυντικούς μηχανισμούς με υπερβολικό τρόπο. Το Εγώ αποδομείται, τα όρια του εσωτερικού ψυχικού κόσμου διαρρηγνύονται καθώς δεν υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στο Εγώ, το Εκείνο και το Υπερεγώ, όπως και ανάμεσα στο παρατηρούν Εγώ και το Εγώ που βιώνει. Τα όρια ανάμεσα στην εσωτερική και την εξωτερική εμπειρία διαταράσσονται και αναδύεται μια απόλυτη σύγχυση και μια εκπτωτική κατάσταση. Τα ψυχωτικά συμπτώματα παρέχουν τη μόνη δυνατή λύση απέναντι στην ενδοψυχική κατάρρευση δρώντας προστατευτικά για το υποκείμενο.

Το ψυχωτικό κομμάτι του εαυτού φαντασιώνεται ότι διεισδύει στο πρωταρχικό αντικείμενο και αυτό το επιτυγχάνει μέσω της μαζικής προβλητικής ταύτισης ψυχικού και σωματικού υλικού. Αυτή η φαντασίωση είναι τόσο ισχυρή που αποτελεί πραγματικότητα για τον ασθενή. Σε κάθε όμως ψυχισμό υπάρχει κατά τον Freud (1917)² και τον Bion (1957)²⁰ και ένα μη ψυχωτικό κομμάτι. Το μη ψυχωτικό κομμάτι συμβάλλει στην κατάσταση ισορροπίας μεταξύ εσωτερικού και εξωτερικού κόσμου, απαρτίωσης και παλινδρόμησης, εγγύτητας και αποχωρισμού. Η πλευρά αυτή της προσωπικότητας μπορεί να αποκαλυφθεί μετά την παρέλευση ενός οξέος επεισοδίου με τη βοήθεια της φαρμακευτικής αγωγής και της εμπερίεξης από μέρους της θεραπευτικής ομάδας και να διαπιστωθεί ότι υπάρχει «ένας λογικός άνθρωπος» (Freud 1917)².

Σύμφωνα με τον Bion (1957)²⁰, το Εγώ δεν χάνει ολοκληρωτικά την επαφή με την πραγματικότητα. Το ψυχικό όργανο εξακολουθεί να έχει την ικανότητα να δημιουργεί σχέση με τα αντικείμενα, να συνδέει και να διαρθρώνει. Πρόκειται για την ικανότητα εκείνη που δημιουργεί την ισορροπία μεταξύ προβολής και ενδοβολής των αντικειμένων και συνειδητοποίησης της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας. Απέναντι σε αυτή τη συνειδητοποίηση το μη ψυχωτικό μέρος της προσωπικότητας επιστρατεύει τον μηχανισμό της απώθησης προκειμένου κάποιες τάσεις του ψυχισμού να παραμείνουν ασυνείδητες, ενώ το ψυχωτικό μέρος καταφεύγει στη σχάση και την προβλητική ταύτιση. Επιπλέον, το

κομμάτι αυτό μπορεί να συνθέσει και να συνειδητοποιήσει τον εσωτερικό και εξωτερικό κόσμο μέσω της λεκτικής σκέψης, η οποία συνδέεται άρρηκτα με την καταθλιπτική θέση.

Το μη ψυχωτικό Εγώ αποτελεί μια μορφή σύνδεσης με την πραγματικότητα, η οποία εγκαθίσταται κατά τη συναισθηματική ανάπτυξη του βρέφους. Κάθε φορά που η σύνδεση με την πραγματικότητα κινδυνεύει αυτή η πλευρά αγωνίζεται να ανασυγκροτήσει το Εγώ, το οποίο υπάρχει μέσα από την απώλεια του αντικειμένου.

Στον κόσμο όμως της ψύχωσης οι αρχαϊκοί μηχανισμοί άμυνας είναι τόσο ισχυροί που δεν επιτρέπουν σε αυτό το υγιές κομμάτι να κυριαρχήσει. Η φαντασίωση ότι το ψυχικό όργανο υπό τη σφοδρή επίδραση των καταστροφικών ενορμήσεων κατακερματίζεται σε μικροσκοπικά θραύσματα (Bion, 1957)²⁰ και ότι τα θραύσματα αυτά αποβάλλονται και διεισδύουν στα αντικείμενα κατακλύζει τον ψυχωτικό ασθενή.

Κάθε θεραπευτική παρέμβαση στοχεύει σε αυτό το υγιές κομμάτι, το οποίο μπορεί να σχετιστεί με το αντικείμενο. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την M-L Roux (2001)² αποσκοπεί:

1. Στην ενδυνάμωση του Εγώ μέσω της ενίσχυσης των υγιών αποθεμάτων.
2. Στην απόδοση νοήματος στα βιώματα του ψυχωτικού ασθενή και την ανάδυση κοινού νοήματος ανάμεσα στο υποκείμενο και το αντικείμενο.
3. Στην ικανότητα του ασθενή να νιώθει αγάπη για το αντικείμενο χωρίς να νιώθει φόβο υπό την απειλή του αφανισμού.
4. Στη δυνατότητα του ασθενή να υπάρχει εντός της σχέσης με το αντικείμενο χωρίς το αντικείμενο να βιώνεται ως εχθρικό και καταστρεπτικό.
5. Στην ικανότητα του ασθενή να αναγνωρίζει ότι το εξωτερικό αντικείμενο είναι διαφορετικό αλλά δεν είναι καταδιωκτικό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΩΣΗ

Η μεταβίβαση

Η μεταβίβαση αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την κατανόηση του ψυχικού κόσμου του ασθενή.

Αρχικά, ο Freud (1914)²¹ θεωρούσε ότι οφειλόταν στην υπερβολική επίδραση του αναλυτή στον ασθενή (μια μορφή υποβολής). Σύντομα συνειδητοποίησε ότι η μεταβίβαση δεν οφειλόταν μόνο στην υποβολή αλλά στην παθολογική οιδιπόδεια προσκόλληση στον αναλυτή, ο οποίος αντιπροσωπεύει τις γονεϊκές μορφές. Αναφέρεται στην αναβίωση της οιδιπόδειας κατάστασης στη θεραπευτική σχέση και διακρίνει δύο όψεις στη μεταβίβαση:

1. Αντίσταση στη λεκτικοποιημένη ανάμνηση
2. Αναπαράσταση των πρώιμων συγκρούσεων

Η μεταβίβαση για τον Freud (1914)³⁸ «δημιουργείται από την επαφή της ψυχής του ασθενούς και του κλινικού μέσα σε μια οργάνωση και ένα καθορισμένο πλαίσιο και δημιουργεί έναν ενδιάμεσο χώρο μεταξύ της ασθένειας και της πραγματικής ζωής, χώρο διαμέσω του οποίου πραγματοποιείται το πέρασμα από τη μία στην άλλη».

Ψυχαναλυτικές απόψεις για τη μεταβίβαση

1. Κλασικές ψυχαναλυτικές απόψεις

Οι κλασικές απόψεις ορίζουν τη μεταβίβαση ως τη διαδικασία επανενεργοποίησης ασυνείδητων ψυχικών δυνάμεων (επιθετικές/λιβιδινικές ενορμήσεις, φόβοι, φαντασιώσεις) από το παρελθόν και αναβίωσής τους στο παρόν. Σκέψεις και συναισθήματα από το παρελθόν, τα οποία ο ασθενής είχε βιώσει στη σχέση με τα σημαντικά πρόσωπα (μητέρα, πατέρα, αδέλφια) των πρώιμων χρόνων της ζωής του μεταβιβάζονται στο πρόσωπο του αναλυτή. Ο αναλυτής πρέπει να διακρίνεται από ουδετερότητα και αντικειμενικότητα επιτρέποντας στον ασθενή να εκφράζεται ελεύθερα. Δημιουργείται έτσι μία αναλυτική κατάσταση, στην οποία στοιχεία του παρελθόντος διαπλέκονται με στοιχεία του παρόντος.

2. Σύγχρονες ψυχαναλυτικές απόψεις

Σύμφωνα με τις σύγχρονες απόψεις, η μεταβίβαση δεν αποτελεί μόνο διαδικασία αναβίωσης του παρελθόντος στο παρόν αλλά ανάδυσης λανθανόντων νοημάτων εντός της αναλυτικής σχέσης. Με άλλα λόγια πρόκειται για μια νέα εμπειρία, κατά την οποία οι σκέψεις και τα συναισθήματα που βιώνει το άτομο στο παρόν επηρεάζονται από το παρελθόν. Το παρόν διαμορφώνεται από την αλληλεπίδραση του ασθενή με τον αναλυτή στο πλαίσιο μιας διωποκειμενικής σχέσης. Δεν επηρεάζουν μόνο οι παρελθούσες σχέσεις τον τρόπο που ο ασθενής βλέπει τον αναλυτή αλλά και η ίδια η προσωπικότητα του θεραπευτή.

Γενικά, η μεταβίβαση μπορεί να παρατηρηθεί όχι μόνο εντός της αναλυτικής διαδικασίας αλλά και σε όλες τις καθημερινές σχέσεις (οικογενειακές και φιλικές). Αποτελεί μορφή λεκτικής και μη λεκτικής επικοινωνίας εντός και εκτός της θεραπείας. Συγκεκριμένα, η Anna Freud (1936)²¹ μίλησε για την «εκδραμάτιση μέσα στη μεταβίβαση», εννοώντας την

εκδραμάτιση των αναδύομενων εντός αναλυτικής διαδικασίας πρώιμων επιθυμιών εκτός αναλυτικού πλαισίου. Η διαδικασία αυτή της αναβίωσης πρώιμων σχέσεων (π.χ. σχέση μητέρας-βρέφους) μπορεί να φέρει στο φώς άλυτες συγκρούσεις. Ο φόβος που γεννά η επίλυση των συγκρούσεων αποτελεί εμπόδιο στην ανάπτυξη της μεταβίβασης (αντίσταση).

Η ψυχωτική μεταβίβαση

Στην ψυχωτική μεταβίβαση το Εγώ δεν είναι ακέραιο ώστε να αντιμετωπίσει πρώιμα οδυνηρά βιώματα, τα οποία προσπαθούν να έρθουν στο φώς κατά τη διάρκεια μιας συνεδρίας. Έτσι, είναι δυνατόν να εμφανιστούν ψυχωτικά συμπτώματα σε μια προσπάθεια του ασθενή να επικοινωνήσει αυτό που αισθάνεται, δηλαδή τον διωκτικό φόβο απέναντι στα αντικείμενα. Για να απαλλαγεί τον μεταβιβάζει στον θεραπευτή. Η κατανόηση και η εμπερίεξη αυτού του περιεχομένου από τον αναλυτή θα καθησυχάσει τον ασθενή.

Ο Freud υπήρξε επιφυλακτικός ως προς την εφαρμογή της ψυχαναλυτικής θεωρίας στην ψύχωση. Πίστευε ότι η ανάπτυξη συναισθηματικής μεταβίβασης δεν είναι δυνατή λόγω της απόσυρσης της λίμπιντο του ψυχωτικού υποκειμένου από τα αντικείμενα. Θεωρούσε όμως ότι αυτή η αποεπένδυση της πραγματικότητας δεν είναι οριστική και ότι κατά διαστήματα το υποκείμενο τείνει να επαναπροσεγγίσει τα αντικείμενα. Στηριζόμενος σε αυτή την άποψη δεν απέκλεισε τη δυνατότητα μιας τροποποιημένης μορφής ψυχοθεραπείας. Χαρακτηριστικά, ο Freud (1905)³⁸ αναφέρεται «στο ενδεχόμενο να παρακαμφθεί μελλοντικώς με την κατάλληλη μετατροπή της μεθόδου που ακολουθείται η υφιστάμενη αντένδειξη ώστε να καταστεί εφαρμόσιμη μια ψυχοθεραπεία ψυχώσεων».

Ωστόσο, αναγνώρισε μεταβιβαστικά φαινόμενα στην περίπτωση του προέδρου Schreber και του ιατρού του Fleshing (1911)^{26,38}. Ο Schreber ήταν ένας παρανοϊκός ασθενής. Το διωκτικό παραλήρημά του επιστρατεύεται για να προστατευθεί το Εγώ από τις ομοφυλοφιλικές του τάσεις. Ο ιατρός Fleshing μετατρέπεται σε διώκτη, ο οποίος έχει τέτοια επίδραση στον ασθενή παρόμοια με την ισχύ της γονεϊκής φιγούρας.

Ο Federn (1928, 1949)⁴⁰ υποστήριξε ότι η ψύχωση δεν αποτελεί σύγκρουση ανάμεσα στο Εγώ και την πραγματικότητα αλλά απώλεια των ορίων του Εγώ. Στη θεραπευτική προσπάθεια αποκατάστασης των ορίων είναι δυνατόν να αναπτυχθεί μεταβίβαση (θετική ή αρνητική). Η θετική ή αρνητική μεταβίβαση βασίζεται στα αμφιθυμικά συναισθήματα του ατόμου (αγάπη και μίσος), τα οποία εναλλάσσονται. Το φυσιολογικό άτομο μπορεί να απαρτιώσει τα αντιθετικά συναισθήματα εν αντιθέσει με τον ψυχωτικό ασθενή. Γι'αυτό, ο Federn θεωρεί ότι η θετική μεταβίβαση αποτελεί ένα σημαντικό θεραπευτικό εργαλείο, το οποίο πρέπει να αξιοποιηθεί.

Ο Federn, καθώς και οι περισσότεροι ψυχαναλυτές συμφωνούν ότι στην ψύχωση αναπτύσσονται ιδιαίτερης μορφής μεταβιβάσεις και είναι εφικτή η εφαρμογή τροποποιημένης τεχνικής ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας.

Ο ψυχωτικός αναδιπλώνεται στον εαυτό και αποκόπτει τους δεσμούς με τον εξωτερικό κόσμο (παλινδρόμηση στον πρωτογενή ναρκισσισμό). Εάν κατορθώσει να αναπτύξει μεταβίβαση εντός της αναλυτικής σχέσης αυτή ενδέχεται να είναι αρνητική (μίσος για τον

θεραπευτή υπό την επίδραση ενός διωκτικού φόβου) και να αποτελέσει εμπόδιο στη θεραπεία.

Μέσα όμως από την αναλυτική διαδικασία (κατανόηση και εμπερίεξη) μπορεί να προκύψουν συναισθήματα αγάπης προς το πρόσωπο που αρχικά είχε μισήσει. Αυτή η μεταβίβαση αγάπης εντός ενός ευρύτερου θεραπευτικού πλαισίου (νοσοκομείο) είναι δυνατόν να στραφεί και προς άλλα άτομα (π.χ. νοσηλευτικό προσωπικό, άλλους ασθενείς) αποτελώντας κύριο συστατικό της θεραπευτικής συμμαχίας. Γι' αυτή τη θετική μεταβίβαση κάνει λόγο ο Federn. Η διατήρησή της είναι ουσιαστικής σημασίας διότι ο ψυχωτικός ασθενής παραμένει ευάλωτος σε στρεσογόνα ερεθίσματα, τα οποία σημασιοδοτούνται με έναν διαφορετικό τρόπο.

Η Μ.Ο'Malley (1923)²⁴ υποστηρίζει ότι η μεταβίβαση είτε θετική είτε αρνητική συμβάλλει στη θεραπευτική επιτυχία όταν είμαστε σε θέση να την αναγνωρίσουμε και να την κατανοήσουμε. Η ψυχωτική μεταβίβαση κυριαρχεί στη ζωή του ασθενή ιδίως του χρόνιου. Ο αναλυτής έρχεται αντιμέτωπος με τον παραληρητικό του κόσμο και καλείται να διακρίνει εάν η μεταβίβαση αυτή είναι πραγματική ή παραληρητική. Από την άλλη για τον ασθενή, ο οποίος έχει ένα αδιαφοροποίητο Εγώ ο θεραπευτής είναι εξίσου αδιαφοροποίητος. Δεν μοιάζει απλώς στη μητέρα ή τον πατέρα αλλά είναι η μητέρα ή ο πατέρας. Με άλλα λόγια, σύμφωνα με τον H.Searles (1963)³³ δεν διακρίνονται τρία ξεχωριστά πρόσωπα (ασθενής, θεραπευτής και η γονεϊκή φιγούρα από το παρελθόν). Υπάρχουν τα συναισθήματα (φόβος, θυμός, αγάπη), αλλά δεν υπάρχει το άτομο το οποίο φοβάται ή αγαπάει.

Μορφές ψυχωτικής μεταβίβασης κατά H.Searles (1963)³³

1. Ο θεραπευτής δεν εμφανίζει καμία σύνδεση με τον ασθενή

Ο ασθενής συμπεριφέρεται σαν ο θεραπευτής να είναι ένα άψυχο αντικείμενο. Παρατηρείται καθήλωση σε ένα πολύ πρώιμο στάδιο ανάπτυξης, όπου το αντικείμενο αντιμετωπίζεται ως μερικό και δεν έχει επιτευχθεί καν η διαφοροποίηση ανάμεσα στο ζωντανό και το άψυχο. Πρόκειται για τη φάση της αυτιστικής ψύχωσης κατά Mahler.

2. Η σύνδεση με τον θεραπευόμενο έχει εγκατασταθεί αλλά με αμφιθυμικό τρόπο

Η θεραπευτική σχέση έχει έναν έντονα συμβιωτικό και αμφιθυμικό χαρακτήρα και αντιστοιχεί στη συμβιωτική φάση ανάπτυξης του βρέφους. Ο ασθενής επιθυμεί με σφοδρότητα τον θεραπευτή και ταυτόχρονα φοβάται τον αφανισμό του εαυτού του, του θεραπευτή ή και των δύο.

3. Ο ψυχωτικός «συμπληρώνει» με σφοδρότητα την προσωπικότητα του θεραπευτή

Επειδή ο πραγματικός γονιός ήταν πολύ αδύναμος ψυχικά, η ατομικότητα και η έξοδος από τη συμβιωτική σχέση βιώνεται από τον ασθενή ως πράξη ενός δολοφονικού εαυτού. Ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι για τον ασθενή πολύ δυνατός για να αντέχει τη διαφοροποίησή του ως ξεχωριστό άτομο.

4. Ο θεραπευτής σκέφτεται αντί για τον ασθενή

Ο ασθενής έχοντας στο παρελθόν ένα γονέα που σκεφτόταν διαρκώς αντί γι' αυτόν, αφ' ενός διαιωνίζει μια συμβιωτική σχέση με τον θεραπευτή (όπου ο τελευταίος σκέφτεται αντί αυτού) και αφετέρου καταργεί την όποια προσπάθεια καταβάλλει ο θεραπευτής για να τον βοηθήσει να σκέφτεται και άρα να υπάρχει ως ξεχωριστό άτομο.

Η μεταβίβαση εντός του κλινικού πλαισίου

Η ψυχωτική μεταβίβαση είναι μαζική και σφοδρή. Βασίζεται στη λειτουργία της προβλητικής ταύτισης. Ο ασθενής προβάλλει ανεπιθύμητα μέρη του εαυτού του στον θεραπευτή, ο οποίος ασυνείδητα ταυτίζεται με αυτά. Ο θεραπευτής λειτουργεί ως υποδοχέας των προβολών, τις επεξεργάζεται και τις επιστρέφει στον ασθενή μετασχηματισμένες σε πιο ανεκτή μορφή.

Ο θεραπευτής όμως που εργάζεται εντός κλινικού πλαισίου χρειάζεται μια ομάδα αναφοράς έτσι ώστε να αντέξει τις προβολές και τη μεταβίβαση του θεραπευόμενου.

Εντός αυτού του πλαισίου, η μεταβίβαση μετατοπίζεται από τον θεραπευτή στα υπόλοιπα μέλη του προσωπικού και στους άλλους ασθενείς. Στη θεραπευτική ομάδα γίνεται αντικείμενο ενδιαφέροντος και συζήτησης. Οι εσωτερικευμένες αντικειμενότητες σχέσεις του ασθενή επαναλαμβάνονται εντός του νοσοκομειακού περιβάλλοντος δίνοντας νόημα στο «εδώ και τώρα». Η μεταβίβαση ενδέχεται να εξασθενήσει ή να ενισχυθεί. Και αυτό διότι, δημιουργούνται στους θεραπευτές θετικά ή αρνητικά συναισθήματα ανάλογα με τις προβολές καλών ή κακών αναπαραστάσεων εαυτού και αντικειμένων.

Εκτός της μεταβίβασης προς τους θεραπευτές και τους άλλους ασθενείς υπάρχει και η μεταβίβαση προς την ομάδα ως σύνολο. Η ομάδα-σύνολο αναπαριστά την οικογένεια τόσο του θεραπευόμενου όσο και του θεραπευτή με τα προβλήματα και τις συγκρούσεις της, οι οποίες ενδεχομένως να οδηγούν σε σχάση. Μέσα από τη σχάση ο ασθενής έχει απεικονίσει κάθε αναπαράσταση εαυτού και αντικειμένου στα διάφορα μέλη της θεραπευτικής ομάδας, τα οποία μπορεί να βρεθούν σε κατάσταση έντονης πόλωσης.

Ο ψυχίατρος και οι νοσηλευτές ως μέλη με τη σειρά τους της ψυχιατρικής κλινικής χορηγούν φάρμακα. Τα φάρμακα αποτελούν μέρος της καθημερινής πρακτικής και κατ'επέκταση του ιατρικού θεσμού. Προς τον θεσμό αυτό μεταβιβάζονται προσδοκίες φροντίδας και ίασης καθώς και επιθετικότητα, καχυποψία, φόβος και απογοήτευση. Ο ασθενής μπορεί να νιώθει ότι του επιβάλλεται να μην έχει συγκεκριμένες σκέψεις και συναισθήματα και ότι πρέπει να είναι παθητικός αποδέκτης των φαρμάκων. Η φαρμακευτική αγωγή βιώνεται αμφιθυμικά (μπορεί να έχει ευεργετική αλλά και βλαπτική επίδραση) συμπαρασύροντας και τα συναισθήματά του για τον ψυχίατρο, ο οποίος συνταγογραφεί τα φάρμακα και την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα (π.χ. τον νοσηλευτή που ακολουθεί τις ιατρικές οδηγίες).

Η αναγνώριση των μεταβιβαστικών κινήσεων και εν συνεχεία η κατανόηση και η επεξεργασία τους αποτελεί αναγκαίο θεραπευτικό βήμα. Ο Freud (1912)²² αναφέρει ότι «ο

χειρισμός της μεταβίβασης είναι το δυσκολότερο μέρος αλλά και το πιο σημαντικό της αναλυτικής τεχνικής».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΑΝΤΙΜΕΤΑΒΙΒΑΣΗ ΣΤΗΝ ΨΥΧΩΣΗ

Η αντιμεταβίβαση

Στο θεραπευτικό πλαίσιο η αναγνώριση και η επεξεργασία της ψυχωτικής μεταβίβασης είναι ουσιώδης. Εκτός όμως από τη μεταβίβαση του ασθενή εγείρονται θέματα αντιμεταβίβασης από την πλευρά του θεραπευτή και της θεραπευτικής ομάδας.

Ο Freud (1910)²⁵ υποστήριζε ότι η αντιμεταβίβαση του θεραπευτή μοιάζει με τη μεταβίβαση του ασθενή. Ο θεραπευτής βιώνει σε ασυνείδητο επίπεδο τον ασθενή σαν να είναι κάποια φιγούρα από το δικό του παρελθόν. Ο Freud θεωρούσε ότι η αντιμεταβίβαση ήταν εμπόδιο για τη θεραπεία, αφού προερχόταν αποκλειστικά από τον αναλυτή και έπρεπε να αντιμετωπιστεί. Για να ξεπεραστεί αυτό το εμπόδιο ήταν απαραίτητη η περαιτέρω ανάλυση του θεραπευτή.

Σήμερα θεωρείται ότι τα αντιμεταβιβαστικά συναισθήματα προκύπτουν από τη συνάντηση ξεχωριστών ανθρώπων με τη δική τους ιστορία, οι οποίοι αλληλεπιδρούν στο πλαίσιο της διωποκειμενικότητας (Ogden, 1994)⁴² ή του διμερούς πεδίου (Langs, 1978)²¹. Ως αντιμεταβίβαση ορίζεται η συνολική συναισθηματική αντίδραση (συνειδητή ή ασυνείδητη) του θεραπευτή προς τον θεραπευόμενο. Η αντίδραση προκύπτει από την αναβίωση στο «εδώ και τώρα» συναισθημάτων από τη σχέση με σημαντικά πρόσωπα του παρελθόντος αλλά και από τη συμπεριφορά του ασθενή. Έτσι, η θεραπευτική σχέση μετατοπίζεται από την ουδετερότητα και την αντικειμενικότητα στην υποκειμενικότητα.

Στο πλαίσιο της επίδρασης της συμπεριφοράς του ασθενή στον αναλυτή, ο Racker (1957)^{21,42} έκανε λόγο για τη συμπληρωματική και τη σύστοιχη αντιμεταβίβαση:

1. Συμπληρωματική αντιμεταβίβαση: προκύπτει από την εξωτερίκευση εσωτερικών σχέσεων με αντικείμενα του παρελθόντος από την πλευρά του ασθενή μέσω του μηχανισμού της προβλητικής ταύτισης.
2. Σύστοιχη αντιμεταβίβαση: προκύπτει από την ικανότητα του θεραπευτή για ενσυναίσθηση (empathy) και συναισθηματική εναρμόνιση με τον ασθενή, όπως ακριβώς αισθάνεται η καλή μητέρα για το βρέφος της.

Ο Bion (1954)²⁰, όπως και η M.Klein (1952)¹⁹ υποστήριξαν ότι η αντιμεταβίβαση είναι αποτέλεσμα της προβλητικής ταύτισης. Σύμφωνα με τον Bion (1962)⁴², η αλληλεπίδραση μεταβίβασης–αντιμεταβίβασης λειτουργεί εποικοδομητικά. Τα συναισθήματα προβάλλονται στον άλλο, γίνονται αντικείμενο επεξεργασίας και επιστρέφουν σε αυτόν που τα προέβαλε σε αποδεκτή μορφή (φυσιολογική προβλητική ταύτιση). Όταν ο θεραπευτής δεν είναι σε θέση να περιέξει τα προβαλλόμενα μέρη και να τα επιστρέψει μετασχηματισμένα, τότε ο ασθενής για να γίνει κατανοητός εντείνει τις προβολές του (παθολογική προβλητική ταύτιση). Ο αναλυτής ταυτίζεται ασυνείδητα με αυτό που προβάλλεται και αρχίζει να αισθάνεται και να συμπεριφέρεται σύμφωνα με την προβληθείσα αναπαράσταση του αντικειμένου από το παρελθόν. Η αναγνώριση της αντιμεταβίβασης προϋποθέτει ότι ο θεραπευτής γνωρίζει τον εαυτό του. Έτσι μόνο μπορεί να διαχωρίσει τον ψυχισμό τον δικό του από τον ψυχισμό του ασθενή και να τον βοηθήσει εν συνεχεία να αποδεχθεί και να αντιμετωπίσει τις ανεπιθύμητες

προβαλλόμενες πλευρές. Η αντιμεταβίβαση αποτελεί έτσι ένα πολύτιμο διαγνωστικό και θεραπευτικό εργαλείο.

Η αντιμεταβίβαση εντός του κλινικού πλαισίου

Η μεταβίβαση, όπως αναφέραμε στο προηγούμενο κεφάλαιο αναπτύσσεται σε πολλά επίπεδα: πρὸς το κάθε μέλος ξεχωριστά και το σύνολο της θεραπευτικής ομάδας (ψυχίατρο, ψυχολόγο, νοσηλεύτη, κοινωνικό λειτουργό κ.λ.π.), το νοσηλευτικό προσωπικό του ιδρύματος, το ίδρυμα και τη φαρμακευτική αγωγή που χορηγεί ο ψυχίατρος.

Στην ψύχωση η προβλητική ταύτιση ως μια μη λεκτική μορφή επικοινωνίας είναι βασικός αμυντικός μηχανισμός. Ο ασθενής προβάλλει τις ανεπιθύμητες πλευρές του στον θεραπευτή και τη θεραπευτική ομάδα σε μια προσπάθεια να απαλλαγεί από τα δυσάρεστα συναισθήματα.

Όσον αφορά στα αντιμεταβιβαστικά συναισθήματα αυτά ενδέχεται να λάβουν είτε τη μορφή ενσυναίσθησης είτε τη μορφή φόβου και επιθετικότητας:

1. Η ενσυναίσθηση από μέρους του θεραπευτή θα θέσει τα θεμέλια της θεραπευτικής σχέσης συμβάλλοντας στη βελτίωση της ψυχικής υγείας του ασθενή.
2. Εν αντιθέσει, ο φόβος και η επιθετικότητα του θεραπευτή με τις συνοδές εκδραματίσεις (απειλή εγκλεισμού, φυσικής ή χημικής καθήλωσης) θα επιτείνει την καχυποψία και τις ιδέες δίωξης του ασθενή και θα θέσει σε κίνδυνο κάθε προσπάθεια εγκατάστασης θεραπευτικής σχέσης.

Η ταύτιση με τον ψυχωτικό ασθενή είναι ουσιαστικής σημασίας εάν ο αναλυτής θέλει να εμβαθύνει και να κατανοήσει τον ψυχισμό του. Σε αυτή τη διαδικασία δεν ταυτίζεται μόνο με το παραλήρημα αλλά παλινδρομεί για να νιώσει τις συγκρούσεις και τα οδυνηρά συναισθήματα του ψυχωτικού μπαίνοντας στη θέση του. Εάν αναγνωρίσει τις ταυτίσεις και τις αντέξει τότε θα αποφευχθούν οι δικές του εκδραματίσεις. Εάν δεν επιτύχει την αναγνώρισή τους τότε θα καταφύγει σε εκδραματίσεις προκειμένου να αντιμετωπίσει τον φόβο το δικό του και του ασθενή και στην αναβίωση της συμβιωτικής σχέσης μητέρας-βρέφους.

Ο θεραπευτής καλείται να συμμετάσχει σε αυτή τη συμβιωτική σχέση χωρίς να απορροφάται και χωρίς να καταστρέφεται από τον φόβο, την απελπισία και τις επιθέσεις του ψυχωτικού. Αυτό σημαίνει να διατηρεί μια ισορροπία ανάμεσα στην εγγύτητα και την αποστασιοποίηση στη σχέση του με τον ασθενή, ο οποίος αυτά ακριβώς φοβάται (τη συγχώνευση και την απόσταση). Στην επίτευξη της ισορροπίας και στον έλεγχο των αντιμεταβιβαστικών αντιδράσεων συντελεί η προσωπική ανάλυση, η εκπαίδευση και η εποπτεία.

Επιπλέον, ο θεραπευτής για να αντιμετωπίσει την αντιμεταβίβασή του έχει ανάγκη από μια ομάδα αναφοράς. Η ομάδα, η οποία παρέχεται από το κλινικό πλαίσιο λειτουργεί σαν ένα συγκρατητικό περιβάλλον τόσο για εκείνον όσο και για τον ασθενή μειώνοντας τη μοναξιά που μπορεί να αισθάνεται. Το ίδιο ισχύει και για τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Υπάρχει μια διαρκής αλληλεπίδραση του θεραπευτή με τον ασθενή, την οικογένεια του ασθενή και τους

συναδέλφους του. Αντίστοιχα το υπόλοιπο προσωπικό αλληλεπιδρά με τον θεραπευτή, τον ασθενή και την οικογένειά του.

Αντιμεταβιβαστικού τύπου κινήσεις παρατηρούνται επίσης ανάμεσα στον ψυχίατρο και στο φάρμακο που χορηγεί. Κύριος στόχος της αντιψυχωτικής αγωγής είναι ο κατευνασμός των συμπτωμάτων, η έκφραση των σκέψεων και των συναισθημάτων του ασθενή με λέξεις και όχι με εκδραματίσεις και η άρση των αντιστάσεων.

Για τον θεραπευτή τα φάρμακα διαδραματίζουν τον ρόλο ενός υποκατάστατου της περιέχουσας λειτουργίας προκειμένου να αντέξει τη μαζική και έντονη συναισθηματική μεταβίβαση του ψυχωτικού ασθενή. Με την υποχώρηση της συμπτωματολογίας δημιουργείται το αίσθημα της θεραπευτικής παντοδυναμίας (ο ασθενής διασώζεται) και ο θεραπευόμενος τον αποδέχεται και τον θαυμάζει.

Ο ψυχωτικός είναι αμφιθυμικός ως προς τη φαρμακευτική αγωγή. Από τη μία μπορεί να ζητάει επίμονα τροποποίηση ή αύξησή της και από την άλλη να αρνείται τη χρησιμότητά της. Η στάση του συμπαρασύρει και τα συναισθήματα του ψυχιάτρου, ο οποίος είτε ενδέχεται να μισήσει τον ανικανοποίητο θεραπευόμενό του είτε να αισθανθεί μεγαλειώδης, διότι ο ασθενής απορρίπτοντας την αγωγή του αποδίδει εξαιρετικές θεραπευτικές ικανότητες.

Επιπλέον, το φάρμακο ως μέρος της καθημερινής πρακτικής σε ένα ιατρικό πλαίσιο μπορεί να αποτελέσει αιτία σχάσης και έντονων αντιμεταβιβαστικών κινήσεων. Ένας θεραπευτής βιώνεται ως υποστηρικτικός, άλλος ελεγκτικός ή παρεισφρυτικός σαν να αναπαρίσταται η μητέρα ή ο πατέρας του ασθενή. Βέβαια, για τον ψυχωτικό ο θεραπευτής είναι η μητέρα και ο πατέρας. Και αυτό αποτελεί φορτίο για τον θεραπευτή.

Αυτό το αδιαφοροποίητο υπάρχει και στα αισθήματα του ασθενή, όπου αγάπη και μίσος συμπίπτουν. Αγάπη και μίσος υπάρχουν και στον θεραπευτή διαχωρισμένα μεταξύ τους. Κατά τον Winnicott (1947)³ ο θεραπευτής δεν πρέπει να αρνείται το μίσος του, το οποίο απορρέει από το έντονο άγχος και την επίμονη, απαιτητική, ματαιωτική και δίχως κατανόηση συμπεριφορά του παλινδρομημένου ασθενή. Μοιάζει με το μίσος που μπορεί να νιώθει η μητέρα για το βρέφος της, το οποίο την πληγώνει χωρίς να είναι σε θέση να συνειδητοποιήσει το μέγεθος του προκαλούμενου πόνου. Αυτό που νιώθει ο θεραπευτής δεν πρέπει να το εκφράσει. Πρέπει να το επεξεργαστεί με αντικειμενικότητα και να το συγκρατήσει επιδεικνύοντας σταθερότητα και αντοχή, όπως μια αφοσιωμένη μητέρα που φροντίζει το βρέφος της.

Στο κλινικό πλαίσιο αυτές οι κινήσεις καθίστανται εμφανείς. Ο ασθενής προβάλλει μια αναπαράσταση εαυτού και αντικειμένου στον ένα θεραπευτή και μια άλλη αναπαράσταση εαυτού και αντικειμένου στον άλλο και τους συμπεριφέρεται βασιζόμενος σε αυτές τις προβολές. Οι θεραπευτές ταυτίζονται ασυνείδητα με την προβαλλόμενη αναπαράσταση και εμφανίζουν την ανάλογη αντίδραση. Η σχάση οδηγεί σε ασυμφωνία και σε αναπόφευκτες συγκρούσεις.

Ο ψυχίατρος ο οποίος έχει τη βασική ευθύνη του ασθενή μπορεί να βιώνεται ως σωτήρας και εκείνος με τη σειρά του να συμμαχεί με τον ασθενή νιώθοντας παντοδύναμος. Αυτό

αποτελεί αιτία πόλωσης και απομόνωσής του από την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα. Ο ψυχίατρος αναπαριστά το κακό αντικείμενο και προς αυτό εξωτερικεύεται ο θυμός και η επιθετικότητα. Κατηγορείται για την ανικανότητά του να θέσει όρια και να ελέγξει την καταστροφική συμπεριφορά του ψυχωτικού.

Στο πλαίσιο αυτών των «ψυχικών συναντήσεων» (Freud, 1910)³⁸ γεννιούνται άλλοτε προσδοκίες και ελπίδες για ένα καλό θεραπευτικό αποτέλεσμα και άλλοτε ματαιώσεις και συναισθήματα απελπισίας και μίσους προς τον ασθενή και μεταξύ των μελών της ομάδας.

Η αντιμετώπιση της αντιμεταβίβασης των θεραπειών

Αρχικά, η παραδοχή ότι ο ασθενής προσπαθεί να προστατευτεί από την καταστροφικότητά του χρησιμοποιώντας αρχαϊκούς μηχανισμούς άμυνας είναι σημαντική. Εν συνεχεία, η αναγνώριση των μεταβιβαστικών και αντιμεταβιβαστικών τάσεων και ο έλεγχος των συναισθηματικών αντιδράσεων πρέπει να είναι ο κύριος στόχος της ψυχιατρικής ομάδας.

Η αναγνώριση της μεταβίβασης και της αντιμεταβίβασης προϋποθέτει την εκπαίδευση των θεραπειών, έτσι ώστε να λειτουργούν τουλάχιστον υπό το «ψυχαναλυτικό πρίσμα». Αυτός ο όρος εισήχθη από τον Π.Σακελλαρόπουλο (1994)^{31,43}, ο οποίος υπήρξε ο πρωτοπόρος της ανάπτυξης της Κοινωνικής Ψυχιατρικής στην Ελλάδα. Παραπέμπει στον τρόπο που κάθε θεραπευτής αντιλαμβάνεται τον ασθενή, τον εαυτό του και τους συναδέλφους του εντός του ψυχιατρικού πλαισίου. Δεν απαιτεί εξειδικευμένες γνώσεις αλλά την ικανότητα του θεραπευτή να ακούει, να συνδέει και να κατανοεί τα βιώματα και τη συμπεριφορά του ασθενή καθώς και τα δυναμικά με την οικογένεια και τον κοινωνικό του περίγυρο. Το προσωπικό έρχεται αντιμέτωπο καθημερινά με τον δύσκολο ασθενή και τον θυμό που γεννά η επαφή μαζί του. Η ικανότητα διάκρισης του προβαλλόμενου ψυχικού περιεχομένου από εκείνο του ίδιου του θεραπευτή βοηθάει στην εμπερίεξη και στον έλεγχο των αντιμεταβιβαστικών αντιδράσεων. Και αυτό διότι όσα αισθάνεται ο θεραπευτής δεν προέρχονται πάντοτε από τον ασθενή.

Ο έλεγχος δεν σημαίνει απουσία συναισθημάτων αλλά συζήτηση μεταξύ των μελών της ομάδας με κύρια την επεξεργασία τηςσχάσης, έτσι ώστε να αποφευχθεί η πόλωση. Η πόλωση συνίσταται στην αποδοχή από κάποιους θεραπευτές της παντοδυναμίας τους και την υποτίμηση των υπολοίπων.

Οι σταθερές και συχνές κλινικές συναντήσεις του προσωπικού με την παρουσία ενός εξωτερικού επόπτη είναι σημαντικές, διότι είναι δυνατόν να αποφορτίσουν τους θεραπευτές από το βαρύ συναισθηματικό φορτίο της επαφής με τον ψυχωτικό ασθενή. Προς αυτή την κατεύθυνση η εκπαίδευση και η εποπτεία συντελούν στην αναγνώριση τηςσχάσης, η οποία αποτελεί σημαντικό βήμα. Οι προβολές του ασθενή γίνονται αντικείμενο διερεύνησης όσον αφορά όχι μόνο στον ασθενή αλλά και τον τρόπο που επιδρούν στον ψυχισμό των μελών του προσωπικού. Υπάρχουν θεραπευτές που είναι επιεικείς και υπερασπίζονται τον ασθενή και άλλοι τιμωρητικοί και άδικοι. Ο ρόλος του επόπτη είναι η συμφιλίωση των αντίθετων πλευρών και η γόνιμη αλληλεπίδρασή τους.

Η συμφιλίωση επιτυγχάνεται μέσω της περιέχουσας λειτουργίας της ομάδας, όπου τα ακατέργαστα και οδυνηρά συναισθήματα ενός μέλους προς τον ασθενή και τα λοιπά μέλη τροποποιούνται και επανενδοβάλλονται μετασχηματισμένα. Το προσωπικό μαθαίνει τη σπουδαιότητα της λειτουργίας αυτής στην ψυχική εξέλιξή του. Η εξέλιξη διαδραματίζεται παράλληλα με την εξέλιξη του ασθενή μέσα από τη διαδικασία εμπερίεξης των διχοτομημένων πλευρών του. Ο ασθενής με τη σειρά του μαθαίνει ότι η καταστροφικότητά του δεν είναι τόσο ισχυρή ώστε να συμπαρασύρει τους άλλους, αλλά αντίθετα οι άλλοι τον αντέχουν χωρίς να νιώθουν αγωνία.

Η λειτουργία περιέχοντος-περιεχομένου (Bion, 1962)⁴² παίρνει τη μορφή μιας καλής εμπειρίας, η οποία υπερσχύει της κακής. Η εμπειρία αυτή συμβάλλει στη δόμηση της ποιότητας της θεραπευτικής σχέσης και συμμαχίας διαμορφώνοντας ένα αίσθημα εμπιστοσύνης απέναντι στα μέλη του κλινικού πλαισίου και στον ίδιο τον θεσμό. Παράλληλα όμως ο ψυχοδυναμικός χώρος, εντός του οποίου οι συναισθηματικές αντιδράσεις του προσωπικού εμπεριέχονται δίχως να επικρίνονται δημιουργεί ένα αίσθημα ασφάλειας και συμπόρευσης.

ΜΕΡΟΣ Β': ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΤΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Γενικές αρχές του πλαισίου (Στυλιανίδης, 2008)², (Χατζησταυράκης, Σακελλαρόπουλος, 2010)⁴³, (Τουρνής, 2015)⁴⁰

Το πλαίσιο είναι ο χώρος όπου ο ασθενής εναποθέτει πλευρές του ενδοψυχικού του κόσμου και εντός του οποίου διαδραματίζεται η ανταλλαγή των ψυχικών φαινομένων ανάμεσα στον ασθενή και τον θεραπευτή.

Χαρακτηρίζεται από σταθερότητα και περιλαμβάνει ένα σύνολο επαγγελματικών ορίων όπως: ο χώρος, ο χρόνος, η διάρκεια των συνεδριών, η αμοιβή, η εχεμύθεια, η απουσία σωματικής επαφής και διαπροσωπικών σχέσεων εκτός θεραπείας.

Τα επαγγελματικά όρια διαμορφώνουν ένα ασφαλές περιβάλλον, εντός του οποίου η ψυχή του θεραπευτή συγκλίνει με την ψυχή του θεραπευόμενου. Μέσα από αυτή τη διυποκειμενική συνάντηση αναδύεται μια διαφορετική πραγματικότητα και για τους δύο, η οποία προκύπτει από την παράλληλη εξέλιξή τους.

Το πλαίσιο αποτελεί το πεδίο όπου σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο του Bion (1962)^{12,42}, τα ακατέργαστα ερεθίσματα (στοιχεία Β) μπορούν να περιεχθούν, να μεταβολιστούν και να μετασχηματιστούν σε στοιχεία Α μέσω της «λειτουργίας α» προκειμένου να αφομοιωθούν και να εσωτερικευτούν από τον ψυχισμό. Για να παραχθεί νόημα με τη μεσολάβηση της «λειτουργίας α» είναι απαραίτητη η παρουσία του ψυχισμού της μητέρας. Η μητέρα έχοντας την ικανότητα για ονειροπόληση (reverie) υποδέχεται, περιέχει, επεξεργάζεται και τροποποιεί τις προβολές του βρέφους. Η εκφόρτιση και η διαδικασία μετασχηματισμού σε ψυχικό περιεχόμενο με νόημα ανακουφίζουν το βρέφος από όσα ερεθίσματα το διατάραζαν. Με αυτόν τον τρόπο, η μητέρα είναι πάντοτε παρούσα για το μωρό της όπως και ο θεραπευτής είναι παρών για τον ασθενή εντός της θεραπευτικής σχέσης-πλαίσιου.

Το κλινικό πλαίσιο

Στην ψύχωση η εκφόρτιση αποσκοπεί στον κατευνασμό του έντονου άγχους και παίρνει τη μορφή παραληρητικών ιδεών ή ψευδαισθήσεων (στοιχεία Β). Εάν ο ψυχισμός του θεραπευτή δεν έχει δυνατότητες αποδοχής και εμπειρίας των στοιχείων Β, τότε επιστρέφουν στον ασθενή αμεταβόλιστα επιτείνοντας τη συμπτωματολογία του.

Τα άτομα με ψυχωτική ψυχοπαθολογία καθώς και οι θεραπευτές τους έχουν ανάγκη από ένα πλαίσιο (Παναγιωτοπούλου, Παναγούτσος, Σύρος, 2009)¹², το οποίο να αποτελεί το πεδίο εμπειρίας και μετασχηματισμού των ακατέργαστων ερεθισμάτων. Και αυτό το πλαίσιο μπορεί να είναι το κλινικό το οποίο περιλαμβάνει: Ψυχιατρικό Νοσοκομείο, Ψυχιατρικό τμήμα Γενικού Νοσοκομείου, Νοσοκομείο Ημέρας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ξενώνες, Προστατευμένα διαμερίσματα, Κινητές Μονάδες. Σε αυτά εργάζονται ψυχίατροι, νοσηλεύτες, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές και επισκέπτες υγείας.

Το πλαίσιο πρέπει να είναι σταθερό (Λαζαρίδου, 2009)¹² τουλάχιστον όσον αφορά στις μέρες και ώρες θεραπείας και τους θεραπευτές. Οφείλει να σέβεται τον ασθενή και να διαμορφώνει ένα εξατομικευμένο θεραπευτικό πρόγραμμα ανάλογα με τη φάση της ψύχωσης, τις ανάγκες και τις δυνατότητές του. Ενώ εάν κριθεί απαραίτητο προσεγγίζεται θεραπευτικά και η οικογένεια του ασθενή.

Το νοσοκομειακό πλαίσιο νοσηλεύει τον ασθενή για ορισμένο χρονικό διάστημα. Τη συνολική ευθύνη του αρρώστου αναλαμβάνει ο ψυχίατρος ο οποίος έχοντας τις γνώσεις και την εμπειρία θέτει τη διάγνωση, ορίζει τη φαρμακευτική αγωγή, τη μορφή της ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης που θα εφαρμοστεί και την περαιτέρω παρακολούθηση του ασθενή με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την πρόληψη των υποτροπών. Με άλλα λόγια, ο ψυχίατρος είναι ο κύριος θεραπευτής. Τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας αναλαμβάνουν καθήκοντα της ειδικότητάς τους (Gabbard, 2006)¹³. Για παράδειγμα:

1. Ο νοσηλευτής αναλαμβάνει τη φροντίδα του ασθενή (σίτιση, ενυδάτωση, υγιεινή, λήψη φαρμακευτικής αγωγής, εφαρμογή τεχνικών αποκλιμάκωσης σε επείγουσες καταστάσεις).
2. Έργο του ψυχολόγου είναι η ενθάρρυνση εξωτερίκευσης των σκέψεων και συναισθημάτων του ασθενή.
3. Ο κοινωνικός λειτουργός, εκτός από τη συλλογή πληροφοριών για τις ενδοοικογενειακές σχέσεις μπορεί να αποτελέσει γέφυρα επικοινωνίας του ασθενή και του πλαισίου με την οικογένεια.
4. Ο εργοθεραπευτής μπορεί να εκπαιδεύσει και να ενισχύσει τις δεξιότητες του ασθενή σε διάφορες εργασίες.

Τα μέλη των παραπάνω ειδικοτήτων οφείλουν να συνεργαστούν μεταξύ τους, με τον ασθενή και την οικογένειά του προκειμένου να επιτευχθούν οι θεραπευτικοί στόχοι.

Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία της ψύχωσης στον δημόσιο τομέα

Η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία εντός του δημόσιου τομέα συνίσταται στη συνάντηση της ψυχιατρικής με την ψυχανάλυση στρέφοντας το ενδιαφέρον στον ψυχισμό του ψυχικά πάσχοντα και στην ανάδειξη των σχέσεων εντός και εκτός της ψυχιατρικής μονάδας (Μαούτσος, 2009)¹², (Φίτσιου, Γιάκρας, Σακελλαρόπουλος, 2010)⁴³.

Αρχικά, υπήρχαν τα άσυλα και σήμερα μιλάμε εκτός από τα νοσοκομεία και για τις εξωνοσοκομειακές δομές, οι οποίες δημιουργήθηκαν στο πλαίσιο των προγραμμάτων αποασυλοποίησης και της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης. Ένα από τα μεγαλύτερα ψυχιατρεία-άσυλα ήταν το «Δρομοκαΐτειο». Στο «Δρομοκαΐτειο» κατά τη δεκαετία του '50 εκτός από την κλινική διάγνωση και τη φαρμακευτική αγωγή κατεγράφησαν προσπάθειες από το επιστημονικό προσωπικό κατανόησης και ερμηνείας της συμπτωματολογίας των ασθενών υπό την επίδραση της ψυχαναλυτικής σκέψης (Παναγιωτοπούλου, 2009)¹². Ως συνέχεια αυτής της προσπάθειας αποτέλεσε η δημιουργία το 1996 του Κέντρου Ψυχοθεραπειών, το οποίο λειτουργεί μέχρι σήμερα στον χώρο του νοσοκομείου. Αυτό το παράδειγμα είναι ενδεικτικό της τάσης της ψυχιατρικής να λάβει υπόψιν τα ανθρώπινα

δικαιώματα και να απομακρυνθεί από τις συνήθειες πρακτικές, οι οποίες ενίσχυαν τη χρόνια σχέση εξάρτησης του ψυχωτικού με το άσυλο.

Η «ψυχαναλυτική διαδικασία» (Σακελλαρόπουλος, 1994)³¹ προϋποθέτει την προσέγγιση του ψυχωτικού ατόμου υπό το ψυχαναλυτικό πρίσμα και περιλαμβάνει τις φάσεις της θεραπείας, την τεχνική, το κλινικό πλαίσιο και τη θεραπευτική εξέλιξη. Εντός αυτής ο ασθενής αλληλεπιδρά με τα μέλη του προσωπικού, τα οποία αποτελούν αντικείμενα μεταβιβαστικών φαινομένων.

Οι θεραπευτές (Σακελλαρόπουλος, 1994)³¹ μπορούν να διακριθούν σε εκείνους:

1. Με πλήρη προσωπική ανάλυση, προσωπικές εποπτείες και ψυχαναλυτική εκπαίδευση.
2. Με στοιχειώδη προσωπική ανάλυση αλλά με ψυχοδυναμική προσέγγιση των περιστατικών και εποπτεία.

Η δεύτερη ομάδα αποτελεί την πλειοψηφία των θεραπειών του κλινικού πλαισίου. Ακόμα όμως και η στοιχειώδης προσωπική ανάλυση είναι ουσιαστικής σημασίας στη θεραπεία των ψυχώσεων.

Ο επικεφαλής της ομάδας (Σακελλαρόπουλος, 1994)³¹ είναι καλύτερο να είναι έμπειρος στην ψύχωση, να έχει προσωπική ανάλυση, εποπτεία και εκπαίδευση έτσι ώστε να αποτελεί παράδειγμα για τους υπόλοιπους. Πρέπει να εξωτερικεύει και να συζητά ανοιχτά τις σκέψεις και τα συναισθήματά του ενθαρρύνοντας και τα υπόλοιπα μέλη του προσωπικού να κάνουν το ίδιο (Gabbard, 2006)¹³. Επιπλέον, οφείλει να βοηθήσει τους άλλους να αναγνωρίσουν τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις προς τον ασθενή, οι οποίες ενδέχεται να είναι έντονες στο πλαίσιο της μεταβίβασης-αντιμεταβίβασης χωρίς να είναι επικριτικός και υπεροπτικός.

Οι συναντήσεις της θεραπευτικής ομάδας πρέπει να είναι όσο το δυνατόν καθορισμένες και εβδομαδιαίες. Ο συντονισμός της συζήτησης μπορεί να γίνει από έναν επόπτη, ο οποίος δεν ανήκει στο κλινικό πλαίσιο και αναλαμβάνει τον ρόλο ενός αντικειμενικού και παρατηρητικού Εγώ (Gabbard, 2006)¹³. Σκοπός της εποπτείας (Χατζητάσκος, Παπαβασιλείου, Σακελλαρόπουλος, 2010)⁴³, η οποία εφαρμόζεται σε τροποποιημένη μορφή είναι:

1. Η κατανόηση της ψυχοπαθολογίας του θεραπευόμενου μέσα από το κλινικό υλικό.
2. Η κατανόηση των δυσκολιών (της μεταβίβασης και της αντιμεταβίβασης) στη σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου.
3. Η αναγνώριση και ο έλεγχος των συναισθηματικών αντιδράσεων του θεραπευτή προς τον ασθενή και η κατανόηση των θεραπευτικών δυνατοτήτων του.
4. Η επεξεργασία και αντιμετώπιση των δυναμικών και τηςσχάσης των μελών της ομάδας.
5. Η αναγνώριση της μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης ανάμεσα στους εποπτευόμενους και τον επόπτη.
6. Η εκπαίδευση στις βασικές ψυχαναλυτικές έννοιες.

7. Ο κατευνασμός της ενοχής (ιδίως των νέων και άπειρων θεραπειών), η ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και του αισθήματος ασφάλειας του προσωπικού, η απόκτηση ψυχαναλυτικής ταυτότητας μέσα από τη βελτίωση της τεχνικής.
8. Η έμμεση θεραπευτική επίδραση του επόπτη προς τον εποπτευόμενο, χωρίς να παραβλέπεται η σπουδαιότητα της προσωπικής του ανάλυσης.

Η θεραπευτική σχέση

Στον ψυχωτικό το δέρμα ως σωματικό περίβλημα, το οποίο συγκρατεί το Εγώ του (Εγώ-δέρμα του Anzieu, 1985)² δεν είναι αρκετά ισχυρό ώστε να σταματήσει τις κατακλυσμιαίες προβολές του ψυχικού περιεχομένου. Η μαζική μεταβίβαση προκαλεί άγχος, φόβο και οργή στο προσωπικό του κλινικού πλαισίου. Στο ψυχιατρικό κυρίως ίδρυμα όσοι εργάζονται φοβούνται την τρέλα, τον ψυχικό κατακερματισμό και την απώλεια της ταυτότητάς τους (Τουρνής, 2015)⁴⁰. Οι θεραπευτές για να αντιμετωπίσουν τους φόβους τους διατηρούν μια συναισθηματική απόσταση από τον ασθενή. Η απουσία ψυχικής επαφής γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή και αυτή η στάση εκλαμβάνεται ως απουσία κατανόησης.

Η διαμόρφωση θεραπευτικής σχέσης είναι σημαντική και εντός του κλινικού πλαισίου. Βασικό στοιχείο της θεραπευτικής σχέσης είναι η ενσυναίσθηση. Ως ενσυναίσθηση ορίζεται η ικανότητα του θεραπευτή να μπαίνει στη θέση του άλλου κρατώντας ταυτόχρονα απόσταση. Η θεραπευτική σχέση περιλαμβάνει και άλλα τρία στοιχεία: τη μεταβίβαση, τη θεραπευτική συμμαχία και την πραγματική σχέση (Τουρνής, 2015)⁴⁰.

Η θεραπευτική συμμαχία σχηματίζεται μέσα από μια διαδικασία ταύτισης του θεραπευόμενου με τη στάση του θεραπευτή. Δημιουργείται ανάμεσα στο Εγώ του πρώτου και το Εγώ του δεύτερου και προϋποθέτει δέσμευση και εμπιστοσύνη και από τις δύο πλευρές για την επίτευξη του θεραπευτικού στόχου (Τουρνής, 2015)⁴⁰.

Η θεραπευτική σχέση δεν είναι μόνο μεταβιβαστική. Έχει και ένα στοιχείο της αυθεντικότητας και της πραγματικότητας του θεραπευτή, το οποίο διαμορφώνει την πραγματική σχέση. Η πραγματικότητα του θεραπευτή βέβαια υφίσταται και στη μεταβιβαστική σχέση αφού αυτή αποτελεί συνδυασμό των πραγματικών πλευρών του με τις πλευρές των γονεϊκών προσώπων του ασθενή (Τουρνής, 2015)⁴⁰.

Η μεταβίβαση, η αντιμεταβίβαση, η θεραπευτική συμμαχία και η πραγματική σχέση αλληλεπιδρούν και η ύπαρξη του ενός προϋποθέτει την ύπαρξη του άλλου. Όλα αυτά τα στοιχεία είναι σημαντικά για τη θεραπεία της ψύχωσης. Για την επίτευξή τους απαιτείται χρόνος, υπομονή, αντοχή στις ματαιώσεις και διαρκής ψυχική επεξεργασία από την πλευρά των θεραπειών.

Αυτή δεν είναι μια εύκολη υπόθεση διότι ο φόβος, η απελπισία, η ψυχική και σωματική εξουθένωση (burn out) συμπαρασύρουν τους θεραπευτές και τους οδηγούν σε αδιέξοδα. Το πλαίσιο πρέπει να διαδραματίσει τον ρόλο ενός συγκρατητικού περιβάλλοντος-holding environment (Winnicott, 1960)² όχι μόνο για τον ασθενή αλλά και για τα μέλη του προσωπικού. Το κάθε πρόσωπο ξεχωριστά, η θεραπευτική ομάδα και το νοσηλευτικό ίδρυμα υπό μία διευρυμένη έννοια είναι δυνατόν να λειτουργήσουν ως δοχεία ψυχικών

περιεχομένων. Αυτά τα δοχεία συνιστούν ένα ενεργό εμπεριέχον κατά το θεωρητικό μοντέλο του Bion (1962)⁴². Με τη συμβολή του επικεφαλής της ομάδας και του κλινικού επόπτη τα ψυχικά περιεχόμενα εμπεριέχονται, μεταβολίζονται και επιστρέφουν μετασχηματισμένα στους αποδέκτες τους ενδοβάλλοντας την καλή μητέρα-πλαίσιο.

Επιπρόσθετα, το κλινικό πλαίσιο μπορεί να ελέγξει την παλινδρόμηση και την προσπάθεια ταύτισης του θεραπευτή με αυτούς τους ασθενείς, η οποία είναι επιθυμητή σε κάποιο βαθμό προκειμένου να επιτευχθεί η ενσυναίσθηση. Παράλληλα, δύναται να ελέγξει και την παλινδρόμηση του ψυχωτικού αρρώστου θέτοντας όρια και διαμορφώνοντας νέα ψυχικά περιεχόμενα. Αυτά τα περιεχόμενα σχηματίζονται στο «εδώ και τώρα» της θεραπευτικής σχέσης και παίρνουν ζωή εντός αυτού του ψυχικού χώρου με τη διαφοροποιημένη παρέμβαση πολλών θεραπευτών (θεραπευτική ομάδα). Και αυτό είναι το σημαντικό: ότι διαφορετικοί άνθρωποι στρέφουν το ενδιαφέρον τους, σκέφτονται και συζητούν για τον άρρωστο και για την επίδραση που έχει σε αυτούς η ψυχική του λειτουργία και συμπεριφορά.

Ο κοινός τόπος συνάντησης των αρρώστων με τους θεραπευτές δημιουργεί μια νέα πραγματικότητα και έναν κοινό στόχο: τη φροντίδα του σοβαρά ψυχικά πάσχοντα. Ο Benedetti (1992)³⁸ αναφέρεται στο «μεταβατικό υποκείμενο», το οποίο αποτελεί την ενδιάμεση πραγματικότητα ανάμεσα στον ασθενή και τον θεραπευτή. Κατ'επέκταση, το κλινικό πλαίσιο αποτελεί το «μεταβατικό υποκείμενο» όχι μόνο για τη θεραπευτική σχέση αλλά και για τους ίδιους τους θεραπευτές.

Το «μεταβατικό υποκείμενο» παραπέμπει στο «μεταβατικό αντικείμενο» του Winnicott (1951)⁵, το οποίο είναι η «ενδιάμεση περιοχή μεταξύ του υποκειμενικά και του αντικειμενικά αντιληπτού». Πρόκειται για το απόκτημα της θεραπευτικής σχέσης, όπου το υποκειμενικό μπορεί να γίνει αντικειμενικό και η εσωτερική και εξωτερική πραγματικότητα να οδηγήσουν σε μια νέα εμπειρία επιτρέποντας τη σταδιακή προσαρμογή του ασθενή σε πιο ρεαλιστικές συνθήκες (π.χ. την κοινωνική πραγματικότητα).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΟΞΕΙΑ ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Η διαχείριση της οξείας ψυχωτικής κρίσης στο δημόσιο πλαίσιο (Λειβαδίτης, Σακελλαρόπουλος, 2010)⁴³

Μέσα σε ένα κλινικό πλαίσιο η φροντίδα του ασθενή αρχίζει από την οξεία φάση όταν εκείνος βιώνει τον κόσμο γύρω του απειλητικό και κατακλύζεται από έντονο άγχος.

Αμυνόμενος στην απειλή ενδέχεται να εμφανίζει διεγερτική και επιθετική συμπεριφορά. Κατά κύριο λόγο, σε αυτή τη φάση οι ασθενείς παραπέμπονται για ψυχιατρική εξέταση και νοσηλεία σε δημόσιο νοσοκομείο κατόπιν Εισαγγελικής εντολής συνοδευόμενοι από αστυνομικούς.

Η αρχική προσέγγιση γίνεται στο εφημερείο από τους ψυχιάτρους, τους νοσηλευτές και τον ψυχολόγο. Η πρώτη επαφή είναι ουσιαστικής σημασίας, διότι συντελεί στη δημιουργία μιας σχέσης. Το κάθε μέλος του προσωπικού έχει συγκεκριμένα καθήκοντα ανάλογα με την ειδικότητα και την εκπαίδευσή του: ο ψυχίατρος θέτει τις απαραίτητες ερωτήσεις προκειμένου να καταλάβει όσα συμβαίνουν στον άρρωστο και να αποφασίσει για τη διάγνωση και τη φαρμακευτική αγωγή, ο ψυχολόγος συμβάλλει με τους κατάλληλους ψυχοθεραπευτικούς χειρισμούς στην ομαλή διεκπεραίωση της ψυχιατρικής συνέντευξης και ο νοσηλευτής παρεμβαίνει στην αντιμετώπιση του διεγερτικού ασθενή.

Η ανακοίνωση στον ψυχωτικό ασθενή ότι έχει ψυχικό πρόβλημα και ότι είναι αναγκαία η νοσηλεία και η λήψη φαρμακευτικής αγωγής ενδέχεται να οδηγήσει στην άρνηση και την αντίστασή του. Η συνήθης τακτική που ακολουθείται είναι ο φυσικός περιορισμός και η ενδομυϊκή χορήγηση αγωγής, η οποία μπορεί να επαναληφθεί έως ότου ο ασθενής γίνει πίο «συνεργάσιμος». Ο φόβος που γεννά η επιθετικότητα του ασθενή και η αδυναμία της ψυχιατρικής ομάδας του εφημερείου και εν συνεχεία του τμήματος νοσηλείας να αντέξει και να αντιμετωπίσει τις προβολές οδηγεί στην εφαρμογή των παραπάνω μεθόδων.

Ο ασθενής από την άλλη βρίσκεται φοβισμένος σε ένα άγνωστο περιβάλλον χωρίς τη θέλησή του και αμύνεται. Τα διωκτικά αντικείμενα τον περιβάλλουν και προσπαθούν να τον ακινητοποιήσουν, να τον καθηλώσουν και να του χορηγήσουν φάρμακα ενισχύοντας έτσι την καχυποψία και τον διωκτικό φόβο. Αναμφισβήτητα η διαδικασία αυτή είναι τραυματική τόσο για τον ασθενή όσο και για το προσωπικό που αναγκάζεται να καταφύγει σε τέτοιες πρακτικές.

Το νοσοκομειακό περιβάλλον γίνεται εχθρικό και απειλητικό υπό την έννοια ότι η απειλή του φυσικού περιορισμού και της ενέσιμης αγωγής είναι υπαρκτή σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας. Εχθροί θεωρούνται και οι συγγενείς, οι οποίοι ενεργοποίησαν τη διαδικασία της ακούσιας νοσηλείας. Έτσι, ο άρρωστος χάνει την εμπιστοσύνη προς τους οικείους του και υπονομεύεται κάθε προσπάθεια εγκατάστασης θεραπευτικής σχέσης.

Όσον αφορά στο προσωπικό η υιοθέτηση αυτών των μεθόδων μπορεί να οδηγήσει στην άσκηση εξουσίας με μη ελεγχόμενο τρόπο υποβαθμίζοντας και απαξιώνοντας τον ασθενή και δυσχεραίνοντας το θεραπευτικό έργο, το οποίο αποσκοπεί στη βελτίωση της ψυχικής και σωματικής του υγείας.

Τα παραπάνω περιγράφουν την ιατροκεντρική προσέγγιση του ψυχικά πάσχοντα και απομακρύνονται από το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, το οποίο τον αντιμετωπίζει στην ολότητά του. Δεν αμφισβητείται βέβαια η αναγκαιότητα και η αποτελεσματικότητα των νευροληπτικών και κατασταλτικών φαρμάκων στη διαχείριση της οξείας ψυχωτικής κρίσης και στη μετέπειτα πορεία της ψυχικής κατάστασης του αρρώστου. Φαίνεται όμως ότι μια τέτοιου είδους παρέμβαση δεν είναι αρκετή για τη δημιουργία μιας σχέσης εμπιστοσύνης και σεβασμού.

Η εμπιστοσύνη αρχίζει να εγκαθίσταται από την πρώτη στιγμή της ψυχιατρικής εξέτασης. Ο ψυχίατρος πρέπει να αισθάνεται ασφαλής ώστε να προχωρήσει απερίσπαστα στο έργο του. Εάν νιώσει ότι απειλείται τότε είναι απαραίτητη η παρουσία λοιπού ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Αφού εξασφαλιστούν οι παραπάνω συνθήκες ακολουθεί η ενημέρωση του ασθενή για την ιδιότητά του και για τον σκοπό της εξέτασης. Ο ψυχίατρος οφείλει να διαθέσει χρόνο στον άρρωστο για να εξωτερικεύσει όσα τον απασχολούν δείχνοντας την πρόθεση να τον φροντίσει. Αυτή η έννοια του χρόνου πλήττεται με θεραπευτικές πρακτικές όπως ο φυσικός περιορισμός, οι οποίες ελαχιστοποιούν τη διάρκεια της διαπροσωπικής επαφής, αν και πολλές φορές στον χώρο του εφημερείου ο παρατεινόμενος χρόνος επικοινωνίας μπορεί να είναι βασανιστικός για τον ψυχικά πάσχοντα.

Ο ψυχωτικός εκφράζει τις παραληρητικές του ιδέες στην προσπάθειά του να επικοινωνήσει και να βρεί έναν σύμμαχο. Ο ρόλος του θεραπευτή δεν είναι η συμμαχία με την έννοια της αποδοχής των παραληρητικών πεποιθήσεων αλλά η εμπαθητική στάση και η αποφυγή αντιπαραθέσεων. Η χρήση λογικών επιχειρημάτων θα οδηγήσει σε σύγκρουση, κάτι το οποίο δεν είναι επιθυμητό. Η ψυχωτικού τύπου συμπτωματολογία περιγράφει την πραγματικότητα του ασθενή και η εκδήλωση ενδιαφέροντος για τον ψυχικό του κόσμο ενισχύουν αυτή την ενσυναισθητική στάση και εκπληρώνουν ως ένα βαθμό την επιθυμία του να βρεί έναν θεραπευτή που θα τον καταλαβαίνει και θα τον αντέχει.

Οι υπερβάσεις στην αρχική προσέγγιση αφορούν στη χρήση ενικού, την οικειότητα, τη διαχυτικότητα (κάθε είδους σωματικής επαφής) και τις άσκοπες διαβεβαιώσεις ότι «όλα θα πάνε καλά». Συνήθως, οι νέοι και άπειροι θεραπευτές καταφεύγουν σε αυτές τις συμπεριφορές είτε στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν τον φόβο και την αμηχανία που τους προκαλεί η επαφή με τον ψυχωτικό ασθενή είτε στο πλαίσιο της υπερεκτίμησης των θεραπευτικών ικανοτήτων τους. Ο ασθενής ενδέχεται να παρερμηνεύσει αυτές τις στάσεις και να επιταθεί η καχυποψία του. Γι'αυτό είναι απαραίτητη η διατήρηση μιας απόστασης τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο (π.χ. αποφυγή άσκοπης σωματικής επαφής και εξασφάλιση ικανοποιητικού προσωπικού χώρου για τον άρρωστο).

Τα θετικά συναισθήματα του θεραπευτή συνιστούν τη θετική αντιμεταβίβασή του. Η οριοθέτηση από την πλευρά του θεραπευτή αποσκοπεί στον έλεγχο αυτής της θετικής αντιμεταβίβασης (υπό την έννοια της κατάργησης των αποστάσεων), στην αποφυγή επίτασης του άγχους του αρρώστου που γεννά το ενδεχόμενο συγχώνευσης με το αντικείμενο καθώς και της αρνητικής αντιμεταβίβασης.

Ακολουθεί η διαγνωστική συνέντευξη, η οποία πρέπει να επικεντρώνεται στην κύρια αιτία παραπομπής στα επείγοντα και στα προβλήματα του παρόντος. Αδρά μπορούν να συμπεριληφθούν ερωτήσεις για τις οικογενειακές σχέσεις και την κοινωνική κατάσταση του ασθενή και μπορεί να χρειαστούν περαιτέρω πληροφορίες από συγγενείς. Διεξοδικότερη διερεύνηση του λοιπού ιστορικού θα γίνει σε δεύτερο χρόνο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Εάν ο ασθενής είναι βίαιος και δεν είναι δυνατή η συνέντευξη μπορεί να χρειαστεί ενέσιμη αγωγή στον χώρο του εφημερείου.

Υπό μορφή συζήτησης (εφ'όσον ο ασθενής είναι ήρεμος) θα τεθεί το θέμα της αναγκαιότητας νοσηλείας και λήψης φαρμακευτικής αγωγής. Ο ψυχίατρος καλείται να παραθέσει τα επιχειρήματά του, όπως ότι ο ασθενής χρήζει νοσηλείας και φροντίδας λόγω της ψυχικής και σωματικής καταπόνησης. Για να συμβεί όμως κάτι τέτοιο πρέπει να του δοθεί χρόνος για να το σκεφθεί (εάν δεν υπάρχει βίαιη συμπεριφορά ή αυτοκτονική πρόθεση) και να έχει ήδη δημιουργηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης.

Σε πολλές περιπτώσεις το ενδεχόμενο νοσηλείας προκαλεί αντιδράσεις και άρνηση της από του στόματος φαρμακευτικής αγωγής. Η αποδοχή του ψυχικού του προβλήματος είναι δύσκολα ανεκτή και χρειάζεται να καταβληθεί μεγάλη προσπάθεια από τη θεραπευτική ομάδα προκειμένου ο ασθενής να πεισθεί. Κάποιες φορές η παρουσία οικείων προσώπων είναι καθοριστική για τη θεραπευτική εξέλιξη. Ένα αγαπητό πρός τον ασθενή πρόσωπο, το οποίο εμπιστεύεται το πλαίσιο μπορεί να δημιουργήσει ένα αίσθημα ασφάλειας μέσα στο άγνωστο περιβάλλον του νοσοκομείου και να κατευνάσει τον φόβο του. Πρέπει να γίνει κάθε δυνατή προσπάθεια προτού καταλήξουμε στα ενέσιμα φάρμακα και στον φυσικό περιορισμό.

Εάν ο ασθενής αποδεχθεί όσα του προτείνονται τότε ο θεραπευτής είναι προτιμότερο να παραμείνει μαζί του έως ότου δράσει η φαρμακευτική αγωγή. Το ίδιο πρέπει να κάνει και στην περίπτωση που χρειαστεί να εφαρμοστεί ενέσιμη αγωγή και καθήλωση διαβεβαιώνοντας τον ασθενή ότι πρόκειται για κάτι προσωρινό. Ο ψυχωτικός πρέπει να παρακολουθείται σταθερά από το προσωπικό και να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια καθησυχασμού και απομάκρυνσης του φόβου του.

Στο δημόσιο πλαίσιο η εφαρμογή όσων αναφέρονται παραπάνω παρουσιάζει δυσκολίες. Και αυτό διότι χρειάζεται προσωπικό και αρκετές ώρες εργασίας. Τα οφέλη όμως είναι σημαντικά:

1. Η ψυχική ένταση του διεγερτικού ασθενή υποχωρεί .
2. Ο θεραπευτής μετατρέπεται από διωκτικό σε καλό αντικείμενο.
3. Ο ασθενής ακολουθεί τη θεραπεία βάσει των ιατρικών οδηγιών και μειώνονται οι μέρες νοσηλείας.
4. Ο σεβασμός στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια συμβάλλει στο να τεθούν τα θεμέλια της θεραπευτικής σχέσης και της θεραπευτικής συνέχειας.

Η ορθή διαχείριση της κρίσης εντός του κλινικού πλαισίου φαίνεται να αποκτά νόημα μέσα από την ψυχαναλυτική διαδικασία. Όλα νοσηματοδοτούνται και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Η αντιμετώπιση του ψυχωτικού εξατομικεύεται με βάση τα ψυχικά χαρακτηριστικά του και τα αντιμεταβιβαστικά στοιχεία των μελών της θεραπευτικής ομάδας.

Στόχος είναι να αξιοποιηθεί η θετική αντιμεταβίβαση προς το συμφέρον του ασθενή και το προσωπικό να λειτουργήσει ομαδικά ακολουθώντας μια κοινή γραμμή. Πολλές φορές δεν γνωρίζουμε πώς να αντιμετωπίσουμε τα αισθήματα αβοηθητότητας ή παντοδυναμίας που προκαλεί η επαφή με τον διεγερτικό ασθενή.

Ο ψυχοδυναμικός τρόπος σκέψης μπορεί να δώσει απαντήσεις στα θεραπευτικά ερωτήματα που εγείρονται ανακουφίζοντας τον ασθενή από τον διωκτικό φόβο και τους θεραπευτές από την αρνητική αντιμεταβίβαση.

Η ερμηνεία κατά την οξεία ψυχωτική κρίση

Ο ψυχωτικός αισθάνεται ότι καταδιώκεται και αυτός ο διωκτικός φόβος επεκτείνεται και στα μέλη του προσωπικού. Προκειμένου ο ασθενής να απαλλαγεί από τον τρόπο εκκενώνει στους άλλους ψυχικό περιεχόμενο με βίαιο τρόπο. Οι αποδέκτες αυτών των προβολών πρέπει να είναι σε θέση να τις εμπεριέξουν και όχι να καταρρεύσουν ή να καταφύγουν σε πρόωρες ερμηνείες προκειμένου να ανακουφιστούν. Και αυτό διότι οι ερμηνείες εκλαμβάνονται ως επιθέσεις που επιδεινώνουν την ψυχική κατάσταση του ασθενή. Τον αναγκάζουν να σκεφθεί, όταν το μόνο που χρειάζεται κατά την οξεία φάση είναι η προβολή της οδύνης σε έναν περιέκτη-θεραπευτή για να τη διαχειριστεί. Για παράδειγμα, όταν ο ψυχωτικός ασθενής εκφράζει αυτοκτονικό ιδεασμό είναι προτιμότερο ο θεραπευτής να πει ότι καταλαβαίνει το άγχος και την απελπισία του και ότι μπορεί να τον βοηθήσει ουσιαστικά παρά να ερμηνεύσει τις αυτοκαταστροφικές του τάσεις ως ένδειξη επιθετικότητας απέναντι στους άλλους (Σακελλαρόπουλος, 1994)³¹.

Ο θεραπευτής όμως παρατηρεί τη συμπεριφορά του αρρώστου και προσπαθεί να σκεφθεί και να σχηματίσει μία ερμηνεία, την οποία θα διατυπώσει στον ασθενή όταν εκείνος θα είναι έτοιμος να τη δεχθεί. Η επιλογή της χρονικής στιγμής και του τρόπου καθορίζεται από τις μεταβιβαστικές και αντιμεταβιβαστικές κινήσεις κατά την αρχική συνάντηση θεραπευτή-θεραπευόμενου. Η προβαλλόμενη οργή μπορεί να οδηγήσει στο «αντιμεταβιβαστικό μίσος» του Winnicott (1947)³, το οποίο εκφράζεται και μέσω μιας πρόωρης ερμηνείας-μιας ερμηνείας που μπορεί να τραυματίσει ψυχικά τον ασθενή.

Υπάρχουν, βέβαια και κάποιες απόψεις για τις ευεργετικές συνέπειες της ερμηνείας σε αυτήν τη φάση. Συγκεκριμένα, ο Rosenfeld (1954)²⁹ ισχυρίζεται ότι η ερμηνεία μπορεί να μεταβάλλει τη συμπεριφορά του αρρώστου και να αρχίσει να εκφράζει τις σκέψεις του.

Είναι αυτονόητο ότι κάθε ερμηνευτική προσπάθεια πρέπει να γίνεται μετά από περισυλλογή και εφ' όσον υπάρχει κλινική εμπειρία και συστηματική εξωτερική εποπτεία, ιδίως κατά την οξεία ψυχωτική κρίση. Και αυτό διότι η περίοδος αυτή είναι σημαντική για τη διαμόρφωση της θεραπευτικής συμμαχίας και τη βελτίωση της ψυχικής υγείας του αρρώστου. Αποτελεί δηλαδή, το προοίμιο της μετέπειτα εξέλιξής του και πρέπει να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή σε αυτή την αρχική προσέγγιση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΣΗΣ

Η περίοδος της νοσηλείας

Η αντιμετώπιση της οξείας ψυχωτικής κρίσης ακολουθείται από τη νοσηλεία του ασθενή σε ένα Ψυχιατρικό Νοσοκομείο ή στο ψυχιατρικό τμήμα ενός Γενικού Νοσοκομείου με σκοπό τη συνέχιση της φροντίδας του.

Με την πάροδο των ημερών νοσηλείας και ανάλογα με την ψυχική κατάσταση του ασθενή η φαρμακευτική αγωγή τροποποιείται ως προς τη μορφή (από ενέσιμη σε από του στόματος) και τη δοσολογία. Σταδιακά, η επαφή του με τον ψυχίατρο και τους νοσηλευτές ενισχύεται. Η θεραπευτική ομάδα διευρύνεται με τη συμμετοχή και άλλων ειδικοτήτων (ψυχολόγος, κοινωνικός λειτουργός, εργοθεραπευτής).

Δεν αρκεί μόνο η αρχική συνέντευξη αλλά και επόμενες συνεδρίες. Οι θεραπευτές έχουν τη δυνατότητα να ακούσουν όσα τους επικοινωνεί ο ψυχωτικός έστω και εξωλεκτικά. Αυτή η γνωριμία είναι ουσιαστικής σημασίας για την απόφαση των θεραπευτικών χειρισμών που θα ακολουθηθούν.

Με την αποασυλοποίηση στο πλαίσιο της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης, οι ασθενείς δεν παραμένουν για πάντα στο νοσοκομείο όπως συνέβαινε παλαιότερα. Η θεραπευτική σχέση που ξεκινάει εκεί συνεχίζεται στις θεραπευτικές κοινότητες και τις ενδιάμεσες δομές. Σε αυτή την προσπάθεια συνέβαλε σημαντικά και η εισαγωγή του ψυχαναλυτικού λόγου στη δημόσια περίθαλψη όσον αφορά στη θεραπεία αυτών των δύσκολων ασθενών. Σύμφωνα με τον Hochmann (1995)⁴³ «η περίθαλψη είναι μια διανοητική δραστηριότητα», μια ψυχονοητική εμπειρία. Κάνει τους θεραπευτές να σκέφτονται, να ονειροπολούν για τον ψυχωτικό ασθενή και τον βοηθούν να μη θεωρεί τις σκέψεις του ως διωκτικά αντικείμενα αλλά να τις συνδέει και να δημιουργεί τη δική του ιστορία.

Γενικές ψυχαναλυτικές αρχές στη δημόσια περίθαλψη του ψυχωτικού ασθενή (Σακελλαρόπουλος, 2010)⁴³

1. Ο ψυχοδυναμικός τρόπος σκέψης που διέπει όλες τις δραστηριότητες της ομάδας που αφορούν τόσο στον άρρωστο όσο και την οικογένειά του και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.
2. Ο σεβασμός στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και τα δικαιώματα του ασθενή και της οικογένειάς του.
3. Η διαμόρφωση μιας ισότιμης σχέσης θεραπευτή–θεραπευόμενου, στην οποία και τα δύο άτομα συνεργάζονται για την επίτευξη ενός κοινού στόχου: την επανάκτηση της ψυχικής υγείας του ασθενή. Στην ψύχωση ο στόχος αυτός μπορεί να συνδιαμορφωθεί μέσα από τη συνάντηση του ασυνειδήτου του ασθενή με το ασυνείδητο του θεραπευτή.
4. Η πίστη του θεραπευτή στη δύναμη της ψυχαναλυτικής θεωρίας. Μπορεί ο κάθε θεραπευτής να έχει διαφορετική εκπαίδευση (συμπεριφορική, συστημική, βιολογική),

το ψυχαναλυτικό όμως πλαίσιο έχει τη δυνατότητα να συνταιριάζει τις διάφορες εμπειρίες επιτρέποντας να ακουστούν και αντίθετες απόψεις.

5. Η αναζήτηση της αιτίας που γεννά το σύμπτωμα και που σύμφωνα με την ψυχαναλυτική θεωρία πρόκειται για μια ενδοψυχική σύγκρουση. Επιπλέον, την αιτία της υποτροπής που μπορεί να αφορά στον ρόλο του οικογενειακού περιβάλλοντος και των κοινωνικών συνθηκών (απουσία φροντίδας και επίβλεψης, ανεργία, φτώχεια).
6. Η θεραπευτική σχέση είναι εξέχουσας σημασίας. Αναπτύσσεται στο πλαίσιο της αλληλεπίδρασης μεταβίβασης–αντιμεταβίβασης. Ο Π.Σακελλαρόπουλος (1994)³¹ αναφέρεται στη συναισθηματική μεταβίβαση, η οποία αποκτά νόημα ιδίως κατά το στάδιο σταθεροποίησης και τη χρόνια φάση. Και αυτό διότι βοηθά τον ασθενή να προειδοποιήσει έγκαιρα για την υποτροπή του.
7. Οι θεραπευτές πρέπει να χαρακτηρίζονται από σταθερή παρουσία και να επιτρέπουν στον ασθενή να μιλάει ελεύθερα για τον εαυτό του χωρίς να καθοδηγείται και χωρίς να επικρίνεται. Υιοθετούν μια κριτική και ενσυναισθητική στάση. Εναρμονίζονται, δηλαδή συναισθηματικά με τον άρρωστο διατηρώντας όμως την κατάλληλη απόσταση. Αυτή η απόσταση εξασφαλίζει την αντικειμενικότητα του θεραπευτή και την ισορροπία ανάμεσα στην εγγύτητα και την απώλεια που τόσο φοβάται ο ψυχωτικός (Χατζησταυράκης, Σακελλαρόπουλος, 2010)⁴³.

Η θεραπευτική ομάδα

Η θεραπευτική ομάδα απαρτίζεται από άτομα με διαφορετικές προσωπικότητες και διαφορετική πολλές φορές εκπαίδευση. Τα μέλη της συναντιούνται μια σταθερή ημέρα και ώρα κατά τη διάρκεια της εβδομάδας, προκειμένου να υπάρξει ενημέρωση για τους καινούργιους ασθενείς και να συζητηθούν θέματα που αφορούν σε παλαιότερους καθώς και γενικότερα προβλήματα του τμήματος. Σε αυτές τις κλινικές συναντήσεις συμμετέχουν οι ψυχίατροι, ο προϊστάμενος των νοσηλευτών, οι ψυχολόγοι, οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι εργοθεραπευτές, οι οποίοι δεν έχουν όλοι ψυχοδυναμική εκπαίδευση. Σκοπός δεν είναι μια απλή διαχείριση των περιστατικών αλλά μια ψυχοδυναμική και εξατομικευμένη προσέγγιση.

Όταν η ομάδα δεν λειτουργεί ψυχοδυναμικά τα μέλη της δεν μπορούν να αντέξουν τη θεραπευτική διαδικασία (μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση). Σύμφωνα με τον Gabbard (2006)¹³, οι ψυχωτικοί τείνουν να επαναλαμβάνουν τις παλιές τους σχέσεις προβάλλοντας τις εσωτερικές αναπαραστάσεις των αντικειμένων στο προσωπικό. Οι έντονες προβλητικές ταυτίσεις των θεραπειών δημιουργούν ένα αίσθημα εισβολής, εξάντλησης, ματαιότητας και απώλειας κάθε νοήματος. Η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί σε έντονες συγκρούσεις κατά τη διάρκεια των κλινικών συναντήσεων. Ο ψυχίατρος κατηγορείται για την αναποτελεσματική φαρμακευτική αγωγή που δεν ηρέμησε τον ασθενή, οι νοσηλευτές για μη εμπραθική στάση και οι ψυχολόγοι για απουσία κατανόησης του λοιπού προσωπικού όταν τίθενται θέματα φυσικού περιορισμού.

Δεν είναι δυνατόν όλοι να έχουν εξ' αρχής ψυχοδυναμικού τύπου εκπαίδευση. Σύμφωνα με τον Π.Σακελλαρόπουλο (1994)³¹, ο επικεφαλής της ομάδας είναι καλύτερο να έχει προσωπική ανάλυση, εκπαίδευση, εποπτείες και εμπειρία στην ψυχοθεραπεία των ψυχώσεων. Είναι εκείνος που έχει την ευθύνη του συντονισμού και του θεραπευτικού

σχεδιασμού και που μπορεί να παροτρύνει τους συναδέλφους του να εντρυφήσουν στην ψυχαναλυτική θεωρία και τεχνική.

Ο ίδιος ο επικεφαλής καλείται να δώσει το παράδειγμα και να μιλήσει ανοιχτά για τα συναισθήματά του ενισχύοντας και τους υπόλοιπους να τον ακολουθήσουν χωρίς να τους αντιμετωπίζει με υποτιμητικό ή επικριτικό τρόπο. Έχοντας τον ρόλο ενός καλού γονέα εάν απειλείται ο ασθενής και η λειτουργία του πλαισίου μπορεί να συμβουλευθεί κάποιους να ξεκινήσουν προσωπική θεραπεία πάντοτε με διακριτικότητα (Gabbard, 2006)¹³.

Όλοι πρέπει να είναι ισότιμοι και να μπορούν να εκφράσουν ελεύθερα τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους για τον ασθενή και τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Τα μεταβιβαστικά και αντιμεταβιβαστικά φαινόμενα γίνονται αντικείμενο επεξεργασίας με σκοπό την απόκτηση του νοήματος που χάθηκε στην επαφή με τον ασθενή, ενώ αναδύονται τα δυναμικά που υπάρχουν μεταξύ τους που άλλοτε προέρχονται από τη σχέση που δημιουργεί ο ψυχωτικός και άλλοτε από τις μεταξύ τους σχέσεις.

Όσον αφορά στον ασθενή, ο θεραπευτής έχει τη δυνατότητα να επικοινωνήσει το κλινικό του περιστατικό και να μάθει όσα σκέπτονται οι άλλοι γι' αυτό και για τους θεραπευτικούς του χειρισμούς. Μέσα από την επεξεργασία του υλικού μαθαίνει περισσότερα για τον ψυχικό κόσμο του ασθενή και για τον ίδιο του τον εαυτό. Για να συμβεί όμως αυτό πρέπει και ο ίδιος να είναι ανοιχτός σε αυτή την ανατροφοδότηση εντός της ψυχιατρικής ομάδας.

Όλοι οι θεραπευτές συλλογίζονται όσα συμβαίνουν στο «εδώ και τώρα» των κλινικών συναντήσεων. Ο καθένας χωριστά καλείται να εμπεριέξει και να μετασχηματίσει όχι μόνο τα «στοιχεία Β» του αρρώστου σε «στοιχεία Α» αλλά και τις προβολές των συναδέλφων του. Αυτή η διαδικασία είναι μια δύσκολη υπόθεση, γιατί ο καθένας φέρει τις αναπαραστάσεις των δικών του εσωτερικών αντικειμενότροπων σχέσεων αλλά και τις ταυτίσεις με εκείνες του ασθενή. Ο ψυχίατρος μπορεί να εξιδανικεύεται από τον άρρωστο, ενώ τα άλλα μέλη να υποτιμούνται. Πληροφορίες μπορεί να αποκρύπτονται σε κάποιους και σε κάποιους άλλους να αποκαλύπτονται οδηγώντας σε σύγχυση την ομάδα. Αυτό σημαίνει ότι η εικόνα που ο καθένας έχει σχηματίσει ενδέχεται να είναι διαφορετική (Gabbard, 2006)¹³.

Η αποκρυπτική στάση του ασθενή σε κάποια μέλη θέτει την προβληματική της εχεμύθειας (Gabbard, 2006)¹³. Ο θεραπευτής που εμπιστεύεται περισσότερο αποτελεί μέρος της ψυχιατρικής ομάδας, η οποία ενημερώνεται για όσα συμβαίνουν εντός της δυναμικής σχέσης. Αλλά και ο ίδιος ο άρρωστος έχει δικαίωμα να ενημερωθεί για αυτό. Έτσι εξασφαλίζεται η συνοχή της ομάδας, η οποία κινδυνεύει από τη σχέση.

Ένα άλλο θέμα (Gabbard, 2006)¹³ που τίθεται συχνά στις κλινικές συναντήσεις είναι το τί είναι καλό για τον συγκεκριμένο ασθενή και τί ωφελεί το πλαίσιο. Εκ πρώτης όψεως φαίνεται ότι έρχονται σε σύγκρουση. Και σε αυτό το σημείο, ο ρόλος της ηγετικής μορφής της ομάδας μπορεί να αμβλύνει τις αντιπαραθέσεις. Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι θα βιώσουν έντονα συναισθήματα λόγω της κατακλυσμιαίας μεταβίβασης του ψυχωτικού και ότι η μεταβίβαση και η αντιμεταβίβαση αποτελούν ένα χρήσιμο διαγνωστικό και θεραπευτικό εργαλείο.

Όποια απόφαση λαμβάνεται προς όφελος του ασθενή έχει θετικό αντίκτυπο και στο πλαίσιο αναφοράς. Για παράδειγμα, η απόφαση η διέγερσή του να μην αντιμετωπιστεί με φυσικό περιορισμό αλλά με τα κατάλληλα φάρμακα και τη διάθεση χρόνου από το προσωπικό ενισχύει τα θετικά συναισθήματα προς το πλαίσιο. Το προσωπικό δεν είναι πλέον ένα αδιάφορο, άκαμπτο και αποστασιοποιημένο περιέχον αλλά ένα περιέχον με ενσυναισθητική κατανόηση των προβλημάτων του.

Η εκπαίδευση του προσωπικού (Σακελλαρόπουλος, 2003)⁹

Κατ'αρχήν, είναι σημαντικό οι ψυχίατροι να εκπαιδεύονται κυκλικά στα ψυχιατρικά νοσοκομεία, στα ψυχιατρικά τμήματα γενικών νοσοκομείων, σε εξωνοσοκομειακές δομές και στις διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας κατά τη διάρκεια της ειδικότητάς τους. Η εκπαίδευση μπορεί να περιλαμβάνει θεωρητικά μαθήματα και ανάληψη περιστατικών με ατομική ή ομαδική εποπτεία.

Επιπλέον, οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ψυχιατρικά τμήματα ή δομές πρέπει να εκπαιδεύονται στην ψυχιατρική νοσηλευτική. Στην Ελλάδα το Αιγινήτειο, το Δαφνί, το Δρομοκαϊτειο και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης έχουν αναπτύξει εκπαιδευτικά προγράμματα για νοσηλευτές. Η αναγκαιότητα για εκπαίδευση αφορά και στις άλλες ειδικότητες ψυχικής υγείας, έτσι ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στον θεραπευτικό τους ρόλο.

Έχοντας αποκτήσει τις βασικές γνώσεις μπορούν να τις διευρύνουν μέσω σεμιναρίων, μεταπτυχιακών προγραμμάτων και ομάδων εργασίας εντός ή εκτός του κλινικού πλαισίου. Σε κάθε περίπτωση το προσωπικό πρέπει να ενημερώνεται για τις εκπαιδευτικές δραστηριότητες, να παροτρύνεται και να του δίνεται η δυνατότητα να τις παρακολουθεί.

Επιπρόσθετα, εκπαιδευτικό εκτός από θεραπευτικό ρόλο κατέχει και η προσωπική ανάλυση, έστω και περιορισμένης διάρκειας. Η γνωριμία με το Εγώ, η αναζήτηση των άλυτων ενδοψυχικών συγκρούσεων και της αντιμεταβίβασης στη σχέση με τον αναλυτή συμβάλλουν στη διαμόρφωση της ταυτότητας ενός θεραπευτή με ψυχολογική σκέψη. Ο θεραπευτής πρέπει να είναι συγκροτημένος, ικανός να οριοθετεί τον εαυτό του και να αντέχει τις ματαιώσεις ιδίως εάν είναι νέος επαγγελματίας.

Η προσωπική θεραπεία είναι μια φροντίδα προς τον εαυτό, η οποία είναι απαραίτητη όταν εργαζόμαστε με ψυχωτικούς ασθενείς. Γι' αυτό είναι καλό να αποτελεί μια συνειδητή επιλογή που μπορεί να χαράξει μια διαφορετική πορεία από εκείνη ενός απλού επαγγελματία ψυχικής υγείας σε ένα δημόσιο πλαίσιο.

Η σημασία της εποπτείας στη λειτουργία της θεραπευτικής ομάδας

Η λειτουργία της ομάδας ενισχύεται από την παρουσία ενός εξωτερικού επόπτη, ο οποίος αναλαμβάνει τον ρόλο ενός παρατηρούντος και αντικειμενικού Εγώ. Πρόκειται για τον «αναλυτικό τρίτο» (Ogden, 1994)⁴² ανάμεσα στους ασθενείς και τους θεραπευτές αλλά και μεταξύ των ίδιων των θεραπειών, ο οποίος έχει σταθερή παρουσία ως προς τον χώρο, τον χρόνο και τη διάρκεια της εποπτείας.

Μια μορφή εποπτείας μη εξειδικευμένης είναι χρήσιμη σε όλες τις κλινικές δομές έστω και με τη μορφή της παρουσίας περιστατικού, συζήτησης και συμβουλευτικής.

Στα πλαίσια όμως που λειτουργούν με ψυχοδυναμικό τρόπο ο επόπτης πρέπει να συνδέει τη θεωρία με το κλινικό υλικό («θεωρητικοποίηση» σύμφωνα με τον Π.Σακελλαρόπουλο, 1999)⁴³ σε απλή και σαφή γλώσσα έχοντας κατά νού ότι δεν έχουν όλοι ψυχαναλυτική εκπαίδευση. Με απλό λόγο οφείλουν να εκφράζονται και τα μέλη που είναι περισσότερο εκπαιδευμένα στην ψυχαναλυτική θεωρία και τεχνική. Έτσι θα αποφευχθούν φαινόμενα εξιδανίκευσης, υποτίμησης και ανταγωνισμού, τα οποία πρέπει να επισημαίνονται από τον επόπτη.

Συγκεκριμένα, είναι δυνατόν ο εποπτευόμενος να επαναλαμβάνει στη σχέση με τον επόπτη τον τρόπο που ο ασθενής σχετίζεται μαζί του. Μπορεί να είναι το καλό ή το κακό αντικείμενο. Το ίδιο συμβαίνει και στη σχέση του με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας.

Ο φόβος της απόρριψης, της αρνητικής κριτικής, της ανεπάρκειας, της ενοχής είναι δυνατόν να οδηγήσει τον θεραπευτή σε μια αμυντική στάση απέναντι στον επόπτη και τους άλλους εποπτευόμενους (να λείπει από τις εποπτείες, να αποκρύπτει τους θεραπευτικούς χειρισμούς και τα συναισθήματά του).

Γι' αυτό, ο επόπτης καλείται να έχει τον ρόλο ενός ικανού γονέα, ο οποίος μπορεί να εμπεριέξει τις αγωνίες των εποπτευόμενων. Δημιουργεί έναν νέο μεταβατικό χώρο εντός του οποίου παρέχεται η γνώση και καλλιεργείται η ελεύθερη σκέψη, η φαντασία και η δημιουργικότητα. Εκτός των άλλων ενδυναμώνεται και η εμπιστοσύνη προς τον εαυτό. Πρέπει να κατανοεί ότι κάθε θεραπευτής είναι διαφορετικός ως προς την προσωπικότητα, τις γνώσεις, την εμπειρία και την ικανότητά του για ενδοσκόπηση. Βάσει των δυνατοτήτων του θεραπευτή προτείνει και τις ανάλογες παρεμβάσεις, τις οποίες μπορεί να φέρει σε πέρας. Οι προτάσεις του επόπτη πρέπει να εξατομικεύονται έτσι ώστε ο εποπτευόμενος να μην απελπίζεται και να έχει το κίνητρο να συνεχίσει το θεραπευτικό του έργο.

Παράλληλα, οι θεραπευτικές προτάσεις δεν προσαρμόζονται μόνο στην προσωπικότητα και τις ικανότητες του εποπτευόμενου αλλά καθορίζονται και από την προσωπικότητα του επόπτη το λεγόμενο «στυλ» του επόπτη κατά τον Ogden (2007)⁴³.

Το «αναλυτικό στυλ» (Ogden, 2007)⁴³ διαμορφώνει και τη συμμαχία ανάμεσα στον επόπτη και τον εποπτευόμενο θυμίζοντας τη θεραπευτική συμμαχία. Εντός του περιβάλλοντος της θεραπευτικής συμμαχίας η παρουσία του επόπτη-περιέκτη δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας στον εποπτευόμενο. Οι αγωνίες του μετασχηματίζονται, οι δεξιότητες καλλιεργούνται και οι γνώσεις εμπλουτίζονται. Η εποπτική διαδικασία εσωτερικεύεται έτσι ώστε κάποια στιγμή ο θεραπευτής να μπορέσει με το δικό του προσωπικό στυλ να αντιμετωπίσει μόνος τον θεραπευόμενό του, όπως ακριβώς συμβαίνει και στη θεραπευτική σχέση.

Η ερμηνεία κατά τη διάρκεια της νοσηλείας (Γκούγκουλης, Τζάκσον)³⁸

Η ερμηνεία αποτελεί το βασικό εργαλείο του αναλυτή. Δίνει νόημα σε όσα είναι ασυνείδητα και είναι ο συνδετικός κρίκος ανάμεσα στο παρελθόν και το παρόν.

Το ερώτημα που τίθεται είναι κατά πόσο ο ψυχωτικός ασθενής έχει ανάγκη από ερμηνεία και κατά πόσο οι ίδιοι οι θεραπευτές μπορούν να διαχειριστούν τις συνέπειές της.

Η ερμηνεία είναι μια δύσκολη διαδικασία:

1. Ο θεραπευτής ενδέχεται να μην αντέξει την πίεση των προβαλλόμενων μερών του θεραπευόμενου. Για να απαλλαγεί μπορεί να καταφύγει σε μια άτοπη ερμηνεία, η οποία εκλαμβάνεται ως επίθεση.
2. Στον ψυχωτικό η σκέψη είναι συγκεκριμένη (concrete thinking). Αυτό σημαίνει ότι η συμβολική ικανότητα πάσχει, καθώς και η δυνατότητα επεξεργασίας της πληροφορίας που του δίνουμε.
3. Μια ερμηνεία μπορεί να επιτείνει το άγχος του, διότι έρχεται αντιμέτωπος με μια πραγματικότητα την οποία δεν αντέχει.
4. Ο θεραπευτής πρέπει να παρατηρεί με προσοχή την εξωλεκτική συμπεριφορά (κινήσεις, εκφράσεις) του ασθενή, προκειμένου να καταλάβει εάν η ερμηνεία είχε κάποια επίδραση.

Στο παραπάνω ερώτημα δεν υπάρχει μια απόλυτη απάντηση. Σύμφωνα με τον Winnicott (1989)², ο ψυχωτικός χρειάζεται περισσότερο τη φροντίδα. Η ερμηνεία όμως που γίνεται στον κατάλληλο χρόνο και με τον κατάλληλο τρόπο μπορεί να είναι καθοριστική. Κύριο μέλημα του θεραπευτή είναι οι αγωνίες να περιεχθούν και μια ερμηνεία που ικανοποιεί αυτόν τον σκοπό είναι δυνατόν να γίνει αποδεκτή από τον ασθενή.

Το ίδιο το κλινικό πλαίσιο και η θεραπευτική ομάδα με τη συμβολή του επόπτη μπορούν να προσφέρουν αυτή την περιέχουσα λειτουργία, έτσι ώστε οι ερμηνείες να μην έχουν τις καταστροφικές συνέπειες που οι θεραπευτές και οι θεραπευόμενοι φοβούνται.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΜΕΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Λίγα λόγια για την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα (Μαλλιώρη, Οικονόμου, Πλουμπίδης, 2013)²⁵

Η Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση θεσμοθετήθηκε στη χώρα μας την περίοδο 1984-1995. Με τη δημιουργία του προγράμματος «Ψυχαργός» τέθηκε σε εφαρμογή το σχέδιο για τον αποϊδρυματισμό και τον εκσυγχρονισμό του συστήματος παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Στόχος του προγράμματος ήταν η μετάβαση από το βιοϊατρικό στο βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο, η κάλυψη των αναγκών του τοπικού πληθυσμού, η πρόληψη και η έγκαιρη παρέμβαση.

Για την κάλυψη των αναγκών παιδιών–εφήβων και ενηλίκων η χώρα διαιρέθηκε σε τομείς ψυχικής υγείας (τομεοποίηση). Κάθε νομός είναι ένας τομέας. Έτσι, συστάθηκαν δεκατρείς τομείς για την Αττική, τρείς για τη Θεσσαλονίκη και από ένας για τους υπόλοιπους νομούς.

Οι δομές της Ψυχιατρικής Μεταρρύθμισης που δημιουργήθηκαν διακρίνονται σε:

1. Ενδονοσοκομειακές: Ψυχιατρικά τμήματα ή Κλινικές, Μονάδες βραχείας νοσηλείας, Μονάδες οξέων, Κέντρα παρέμβασης στην κρίση, Ξενώνες βραχείας νοσηλείας, Νοσοκομεία Ημέρας.
2. Εξωνοσοκομειακές: Κέντρα Υγείας, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα, Κινητές μονάδες, Κέντρα ημέρας, Ξενώνες, Οικοτροφεία, Προστατευμένα διαμερίσματα, Ειδικά κέντρα κοινωνικής και επαγγελματικής επανένταξης. Συνήθως, αυτές οι δομές συνδέονται με τις ψυχιατρικές μονάδες νοσηλείας.

Η χρόνια φάση

Το κλινικό πλαίσιο μπορεί να προσφέρει μετανοσοκομειακή παρακολούθηση στον ψυχωτικό με τη μορφή follow-up. Οι θεραπευτές με τους οποίους ο ασθενής είχε δημιουργήσει συναισθηματικό δεσμό κατά την οξεία φάση και τη φάση σταθεροποίησης μπορούν να συνεχίσουν να τον παρακολουθούν (Λειβαδίτης, Σακελλαρόπουλος, 2010)⁴³.

Η σταθερή παρακολούθηση στοχεύει στη συνέχιση και εάν χρειαστεί στην τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής, στην αποτροπή μιας μελλοντικής υποτροπής και μιας νέας νοσηλείας. Η φροντίδα του ασθενή προϋποθέτει τη σταθεροποίηση της κλινικής του εικόνας, την ανάπτυξη συναισθηματικού δεσμού με τον θεραπευτή ή τους θεραπευτές του κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και τη θεραπευτική συνέπεια με προγραμματισμένες συνεδρίες (μία έως δύο μηνιαίως).

Όταν κάποιος από τους θεραπευτές απουσιάζει μπορεί να τον αναλάβει ένα άλλο μέλος της θεραπευτικής ομάδας που γνωρίζει τον ασθενή. Παρέχεται, έτσι μια διαρκής φροντίδα και ενισχύεται η σταθερότητα της θεραπευτικής σχέσης. Επιπλέον, δίνεται η αίσθηση θεραπευτικής συνέχειας καθώς ο ασθενής μπορεί να καταφύγει στο κλινικό πλαίσιο όταν το έχει ανάγκη (π.χ. είτε σε περίπτωση υποτροπής είτε όταν αντιμετωπίζει οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα).

Κατά την οξεία φάση και κατά τη νοσηλεία οι θεραπευτές έχουν έρθει σε επαφή με το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή, το οποίο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη μετέπειτα πορεία του. Αυτό σημαίνει ότι δεν αρκεί μόνο η φροντίδα κατά την περίθαλψη αλλά και η φροντίδα όταν επιστρέψει στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον. Η εργασία με την οικογένεια (Φραγκούλη, 2003)⁹ περιλαμβάνει και την παροχή ψυχολογικής βοήθειας στους συγγενείς, καθώς το φορτίο τους είναι βαρύ. Οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις μπορεί να γίνονται σε ατομικό ή ομαδικό επίπεδο με σκοπό όχι μόνο την αποφόρτισή τους αλλά και την ανάπτυξη εμπιστοσύνης στις δυνατότητες της Κοινωνικής Ψυχιατρικής να αντιμετωπίσει την ψύχωση.

Κάποιοι ασθενείς που δεν έχουν οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να χρειαστεί να μείνουν σε ξενώνες, οικοτροφεία ή προστατευμένα διαμερίσματα. Άλλοι μπορούν να επανενταχθούν κοινωνικά συμμετέχοντας σε Κέντρα ημέρας ή να παρακολουθούνται σε Κέντρα Ψυχικής Υγείας που διασυνδέονται με το νοσοκομείο που νοσηλεύτηκαν. Επίσης, οι ασθενείς οι οποίοι μένουν σε απομακρυσμένες περιοχές μπορούν να παρακολουθούνται από προσωπικό των Κινητών Μονάδων.

Η περίοδος που ακολουθεί της νοσηλείας είναι δύσκολη για τον ψυχωτικό. Καλείται να βρεί στηρίγματα πέρα από τους θεραπευτές του και να προσαρμοστεί στην εξωτερική πραγματικότητα, η οποία παλαιότερα ήταν καταδιωκτική. Εντός αυτής της νέας εμπειρίας θέτει νέους στόχους όπως η φροντίδα εαυτού, η διεκπεραίωση των καθημερινών υποχρεώσεων, οι κοινωνικές συναναστροφές, η σωματική δραστηριότητα και η παρακολούθηση προγραμμάτων επαγγελματικής επανένταξης.

Σημαντική είναι η σταδιακή έκθεση του ασθενή στο νέο περιβάλλον και η εξατομίκευση των παρεμβάσεων ανάλογα με τις ανάγκες και τις ικανότητές του (Φίτσιου, Γιάκρας, Σακελλαρόπουλος, 2010)⁴³. Είναι απαραίτητο ο άρρωστος να έχει στόχους που είναι σημαντικοί για εκείνον και όχι μόνο για εμάς. Οι δραστηριότητες πρέπει να αποσκοπούν στην κινητοποίησή του, την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης και των δεξιοτήτων του με ουσιαστικότερο το αίσθημα του ανήκειν στην κοινότητα.

Κάθε ματαίωση (αποτυχία, κοινωνικός στιγματισμός) μπορεί να οδηγήσει στην υποτροπή, διότι ο ψυχωτικός είναι ευάλωτος όχι μόνο στις στρεσογόνες καταστάσεις αλλά και στα διάφορα περιβαλλοντικά ερεθίσματα. Γι' αυτό έχει ανάγκη από ένα πλαίσιο είτε ενδονοσοκομειακό (εξωτερικά ιατρεία) είτε εξωνοσοκομειακό που να συγκρατεί την ψυχική οδύνη και την τάση για συμβιωτική σχέση με τους θεραπευτές και το ίδιο το πλαίσιο. Αυτήν ακριβώς την εξαρτητική σχέση καλείται να καταπολεμήσει η θεραπευτική ομάδα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του (π.χ. με άδειες), έτσι ώστε ο ασθενής να μπορεί να αντιμετωπίσει τον εξωτερικό κόσμο και να αποκτήσει την όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αυτονομία του.

Τη συνέχεια αυτής της προσπάθειας αναλαμβάνουν οι ενδιάμεσες δομές. Αυτό το πλαίσιο κοινωνικής φροντίδας μπορεί να αποχωρίζεται τον ασθενή, να αντιλαμβάνεται τις πραγματικές του ανάγκες και να βιώνει την πραγματικότητά του. Πρόκειται για έναν νέο μεταβατικό χώρο, όπου είναι δυνατόν να καλλιεργηθεί η σκέψη και η επικοινωνία.

Οι θεραπευτικές λειτουργίες περιλαμβάνουν:

1. Τη σωστή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής.
2. Την εξέλιξη της θεραπευτικής σχέσης.
3. Τη φροντίδα της καθημερινότητας.
4. Την έγκαιρη παρέμβαση, πρόληψη των υποτροπών και αποτροπή μιας νέας νοσηλείας.
5. Την κοινωνικοποίηση και τη γενικότερη ενίσχυση των δεξιοτήτων.
6. Την ενίσχυση των οικογενειακών δεσμών.
7. Την επαγγελματική εκπαίδευση και απασχόληση.

Μια ενδιάμεση δομή είναι βέβαια πίο εύθραυστη (Παπαβασιλείου, 2009)¹² όταν έρχεται αντιμέτωπη με τον θυμό ή τον φόβο του ψυχωτικού. Γι' αυτό απαιτείται οργάνωση, σταθερότητα και ύπαρξη ενός θεωρητικού μοντέλου που να νοηματοδοτεί το έργο της θεραπευτικής ομάδας χωρίς αυτό να είναι άκαμπτο. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι κάθε μέλος της ομάδας ενδέχεται να έχει διαφορετική θεωρητική κατάρτιση. Ο ψυχοδυναμικός τρόπος σκέψης έχει τη δύναμη να ενσωματώνει τις διαφορετικές απόψεις με έναν μοναδικό τρόπο, διότι είναι κατανοητός και εύπλαστος (Τουρνής, 2015)⁴⁰.

Οι μεταβιβαστικές-αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις συμβαίνουν ανάμεσα σε ασθενείς και θεραπευτές, σε μέλη της θεραπευτικής ομάδας, τις ενδιάμεσες δομές και την κοινότητα και ανάμεσα στα παραπάνω και τους ψυχιατρικούς και τους ευρύτερους κοινωνικούς θεσμούς. Όπως και στις ενδονοσοκομειακές δομές, έτσι και στις ενδιάμεσες δομές πρέπει να γίνουν αντικείμενο επεξεργασίας.

Η λειτουργία ενός Κέντρου Ψυχικής Υγείας

Σε ένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας απασχολούνται διάφοροι επαγγελματίες ψυχικής υγείας: ψυχίατροι (ειδικοί και ειδικευόμενοι), ψυχολόγοι, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές, επισκέπτες υγείας, λοιποί εκπαιδευόμενοι και διοικητικοί υπάλληλοι.

Εκτός από τη θεραπευτική εργασία εντός του Κέντρου πραγματοποιούνται και κατ'οίκον επισκέψεις για όσους ασθενείς δεν μπορούν να το επισκεφθούν, καθώς και δραστηριότητες ενημέρωσης της κοινότητας για την ψυχική ασθένεια (προσπάθεια καταπολέμησης του στίγματος).

Η λειτουργία ενός Κέντρου Ψυχικής Υγείας συνδυάζει τη φαρμακοθεραπεία με την ψυχοθεραπεία. Ανάλογα με τις ανάγκες και τις ικανότητες του ασθενή, καθώς και την εκπαίδευση των θεραπειών μπορεί να εφαρμοστεί ψυχοθεραπεία (π.χ. υποστηρικτική, γνωσιακή, συστημική ή ψυχοδυναμική).

Συνήθως, στους ψυχωτικούς ασθενείς ακολουθείται υποστηρικτικού τύπου ψυχοθεραπεία. Επίσης, πραγματοποιούνται ομάδες ψυχοθεραπείας ασθενών και ομάδες συγγενών ατόμων με ψύχωση.

Η συνάντηση των αρρώστων στην Κοινωνική Λέσχη γίνεται μία φορά την εβδομάδα και περιλαμβάνει ομάδες ενημέρωσης και εργοθεραπεία (κατασκευές και μαγειρική), εκδρομές, χοροθεραπεία και περπάτημα.

Οι κλινικές συναντήσεις της θεραπευτικής ομάδας γίνονται συγκεκριμένη ημέρα και ώρα μία φορά την εβδομάδα. Συμμετέχουν όλα τα μέλη προσωπικού. Ανατίθενται τα καινούργια περιστατικά, συζητούνται προβληματισμοί και ερωτήματα που προκύπτουν για τους ασθενείς, καθώς και οργανωτικά θέματα.

Πολλές φορές αυτές οι συναντήσεις δεν έχουν εξειδικευμένο χαρακτήρα, υπό την έννοια ότι ενδέχεται ο επικεφαλής να μην έχει ψυχαναλυτική εκπαίδευση ή τα υπόλοιπα μέλη να μην έχουν ψυχοδυναμική κατεύθυνση ή να μην υπάρχει εξωτερική εποπτεία. Γι' αυτό μπορεί μια ομάδα να μην κατορθώσει να λειτουργήσει ως περιέχον καθιστώντας δυσλειτουργικό το πλαίσιο. Από την άλλη η θεραπευτική ομάδα είναι δυνατόν να οδηγηθεί στην αναζήτηση πιο δημιουργικών τρόπων επίλυσης των προβλημάτων.

Παράδειγμα μιας κλινικής συνάντησης σε ένα Κέντρο Ψυχικής Υγείας

Στο σημείο αυτό υπάρχει κλινικό υλικό το οποίο αφαιρείται για λόγους προσωπικών δεδομένων.

Στο σημείο αυτό υπάρχει κλινικό υλικό το οποίο αφαιρείται για λόγους προσωπικών δεδομένων.

Στο σημείο αυτό υπάρχει κλινικό υλικό το οποίο αφαιρείται για λόγους προσωπικών δεδομένων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8: ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συζήτηση

Στον δρόμο για την κατανόηση της ψύχωσης και την εφαρμογή της ψυχοδυναμικής ψυχοθεραπείας στους ψυχωτικούς ασθενείς εργάστηκαν σπουδαίοι ψυχαναλυτές ξεκινώντας από τον Freud, ο οποίος εάν και διστακτικός πίστευε στη δυνατότητα μιας τροποποιημένης τεχνικής. Άλλοι ψυχαναλυτές που προσέφεραν σημαντική γνώση είναι ο Benedetti, ο Bion, ο Federn, η M.Klein, ο Racamier, ο Rosenfeld, ο Searles, η Segal, ο Winnicott.

Η επικράτηση καταστροφικών ενορμήσεων και ο φόβος του ψυχωτικού απέναντι στην εσωτερική και εξωτερική πραγματικότητα δημιουργούν έντονο άγχος αφανισμού και οδηγούν στη χρήση αρχαϊκών μηχανισμών άμυνας (άρνηση, προβολή, προβλητική ταύτιση και σχάση).

Οι πρώιμες αρχαϊκές άμυνες, η πρόωρη μαζική μεταβίβαση και ο φόβος του ψυχωτικού για συγχώνευση και αποχωρισμό επιδρούν σημαντικά στη θεραπευτική σχέση. Αυτή όμως η σχέση επηρεάζεται και από τις αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις του θεραπευτή, οι οποίες πρέπει να κατανοηθούν και να ελεγχθούν.

Το κεντρικό ερευνητικό ερώτημα που αναπτύχθηκε στην εργασία είναι πώς μπορούν να αντιμετωπιστούν, με τη συνεισφορά της ψυχαναλυτικής θεωρίας και τεχνικής, όλα αυτά τα φαινόμενα με γόνιμο και δημιουργικό τρόπο όχι μόνο για τους ασθενείς αλλά και για τους θεραπευτές εντός του κλινικού πλαισίου.

Στην Ελλάδα πρωτοπόρος αυτής της προσπάθειας να προσεγγιστεί η ψύχωση με έναν διαφορετικό τρόπο και ν'αλλάξει ο τρόπος λειτουργίας της δημόσιας περίθαλψης υπήρξε ο καθηγητής Π.Σακελλαρόπουλος, ο οποίος εισήγαγε τις αρχές του ψυχαναλυτικού πρίσματος και της Κοινοτικής Ψυχιατρικής.

Η νέα εποχή αφήνει πίσω της την ιατροκεντρική προσέγγιση και το ασυλικό πρότυπο και προσπαθεί να αντιμετωπίσει τον άρρωστο στην ολότητά του. Εκτός από τις ενδονοσοκομειακές δομές δημιουργήθηκαν και εξωνοσοκομειακές με βασικό στόχο τη θεραπευτική συνέχεια και την υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειάς του στην κοινότητα.

Γίνεται κατανοητό ότι τα μεταβιβαστικά και αντιμεταβιβαστικά φαινόμενα ξεκινούν από την πρώτη επαφή με τον ασθενή και συνεχίζονται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και τη χρόνια φάση, θέτοντας τα θεμέλια της θεραπευτικής σχέσης. Ασφαλώς, η επαφή με έναν ψυχωτικό εμφανίζει αρκετές δυσκολίες. Δεν αφορά μόνο στον κύριο θεραπευτή αλλά σε ολόκληρο το νοσοκομειακό περιβάλλον και τις κοινοτικές δομές. Οι προβολές και οι σχάσεις συμπαρασύρουν και το υπόλοιπο προσωπικό που εμφανίζει και αυτό συναισθηματικές αντιδράσεις προς τον ασθενή, τους συναδέλφους, τη θεραπευτική ομάδα και το κλινικό πλαίσιο.

Κατά τη διάρκεια των ατομικών συνεδριών με τον θεραπευόμενο ο θεραπευτής καλείται να εμπεριέξει τα αποσχισμένα θραύσματα του ψυχωτικού μέρους της προσωπικότητας του

ασθενή, να τα επεξεργαστεί και να τα επιστρέψει τροποποιημένα (περιέχουσα λειτουργία σύμφωνα με τον Bion, 1962)^{20,42}. Κατά τον ίδιο τρόπο, η θεραπευτική ομάδα στις κλινικές συναντήσεις καλείται να εμπεριέξει τα συναισθήματα των μελών της.

Οι διαρκείς αλληλεπιδράσεις συνιστούν μια ζωντανή και δυναμική διαδικασία, από την οποία μπορούν να προκύψουν ερωτήματα και να δοθούν απαντήσεις. Με την επίδραση της ψυχαναλυτικής θεωρίας ο τρόπος του σκέπτεσθαι των θεραπευτών και των αρρώστων μπορεί να τροποποιηθεί και να επέλθουν σημαντικές αλλαγές.

Οι θεραπευτικοί στόχοι που τίθενται είναι:

1. Η μείωση των συμπτωμάτων.
2. Η ελάττωση των υποτροπών και των επανεισαγωγών.
3. Η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η όσο το δυνατόν αυτονομία του ψυχωτικού ατόμου.
4. Η στήριξη της οικογένειας του ασθενή.
5. Η κοινωνική και επαγγελματική επανένταξη.

Για να επιτευχθούν οι παραπάνω στόχοι απαιτείται:

1. Εξασφάλιση ενός συγκρατητικού περιβάλλοντος για τον ασθενή και τους θεραπευτές, προκειμένου να τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες της θεραπευτικής σχέσης.
2. Εξατομίκευση της θεραπείας ανάλογα με τις ανάγκες και τις δυνατότητες του ασθενή.
3. Σταθερότητα των ατομικών συνεδριών με τον θεραπευόμενο και των κλινικών συναντήσεων της ομάδας ως προς την ημέρα, την ώρα και τη διάρκεια.
4. Λειτουργία του πλαισίου με βάση τον ψυχοδυναμικό τρόπο σκέψης.
5. Εκπαίδευση και εμπειρία του επικεφαλής της ομάδας στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία της ψύχωσης.
6. Ανάληψη του συντονιστικού ρόλου της ομάδας από έναν εξωτερικό επόπτη.
7. Κίνητρο του προσωπικού για εκπαίδευση και προσωπική ανάλυση, έστω και περιορισμένης διάρκειας.

Τα θέματα που πολλές φορές προκύπτουν δεν αφορούν μόνο στην επαφή με τον ψυχωτικό ασθενή αλλά και στην ίδια την οργάνωση του πλαισίου και του θεσμού της δημόσιας περίθαλψης. Πολλές φορές ο επικεφαλής της ομάδας δεν είναι ψυχοδυναμικά εκπαιδευμένος, δεν έχει οριστεί εξωτερικός επόπτης, το προσωπικό δεν παροτρύνεται να εκπαιδευτεί ή υπάρχει πληθώρα αιτημάτων για θεραπεία και περιορισμένη δυνατότητα ικανοποίησης των αναγκών (μικρός αριθμός θεραπευτών, περιορισμένος χρόνος, απειρία).

Αυτό που πρέπει να γίνει κατανοητό είναι ότι δεν απαιτείται βαθιά ψυχαναλυτική γνώση αλλά καλλιέργεια της ικανότητας των θεραπευτών να κατανοούν τον εαυτό τους, τον ασθενή και την οικογένειά του και τους συναδέλφους τους. Γι' αυτό χρειάζεται:

1. Ενίσχυση της επιθυμίας για αλλαγή του τρόπου σκέψης.
2. Ενασχόληση με τον ασθενή για απόκτηση εμπειρίας.

3. Διεκδίκηση του δικαιώματος για θεωρητική εκπαίδευση και γενικότερη ψυχική εξέλιξη.
4. Οργάνωση του πλαισίου.

Μέσα από αυτή τη διαδικασία δεν βελτιώνεται ψυχικά μόνο ο θεραπευτής αλλά ενισχύεται και το θεραπευτικό του έργο. Ο χρόνος νοσηλείας μπορεί να περιοριστεί και ο ασθενής να προετοιμαστεί για τη συνέχιση της ζωής του εκτός νοσοκομείου. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι όλα κινούνται γύρω από έναν κεντρικό άξονα: το όφελος του αρρώστου.

Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι:

1. Η ψυχοδυναμική προσέγγιση μας έφερε πιο κοντά στον ψυχωτικό, ο οποίος δεν θεωρείται πλέον ένα άτομο με ακατανόητες σκέψεις και χωρίς συναισθήματα.
2. Η εφαρμογή του ψυχοδυναμικού μοντέλου εντός του κλινικού πλαισίου είναι εφικτή, εφ'όσον πληρούνται οι προϋποθέσεις που αναφέρθηκαν παραπάνω.
3. Η ψυχοδυναμική προσέγγιση μπόρεσε να γίνει προσιτή στους θεραπευτές, πολλοί εκ των οποίων δεν έχουν ανάλογη εκπαίδευση. Το πιο σημαντικό όμως είναι ότι έγινε προσβάσιμη σε περισσότερους ασθενείς συμπεριλαμβανομένων και των ψυχωτικών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aguayo, J. (2009). *On understanding projective identification in the treatment of psychotic states of mind: the publishing cohort of H.Rosenfeld, H.Segal and W.Bion (1946-1957)*. Int J Psychoanal, 90, pp.69-92.
2. Βαρτζόπουλος, Ι. και Στυλιανίδης, Στ. (Επιμ.). (2008). *Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία της σχιζοφρένειας*. Αθήνα: Καστανιώτης.
3. Βίννικοτ, Ν. (1947). Μίσος στην αντιμεταβίβαση. Θ.Χατζόπουλος, επιμ., *Από την παιδιατρική στην ψυχανάλυση*. Αθήνα: Καστανιώτης, σελ. 332-344.
4. Βίννικοτ, Ν. (1949). Μνήμες της γέννησης, τραύμα της γέννησης και άγχος. Θ.Χατζόπουλος, επιμ., *Από την παιδιατρική στην ψυχανάλυση*. Αθήνα: Καστανιώτης, σελ. 305-331.
5. Βίννικοτ, Ν. (1951). Μεταβατικά αντικείμενα και μεταβατικά φαινόμενα. Θ.Χατζόπουλος, επιμ., *Από την παιδιατρική στην ψυχανάλυση*. Αθήνα: Καστανιώτης, σελ. 378-397.
6. Βίννικοτ, Ν. (1952). Ψυχώσεις και παιδική φροντίδα. Θ.Χατζόπουλος, επιμ., *Από την παιδιατρική στην ψυχανάλυση*. Αθήνα: Καστανιώτης, σελ. 366-377.
7. Βίννικοτ, Ν. (1955). Κλινικές ποικιλίες της μεταβίβασης. Θ.Χατζόπουλος, επιμ., *Από την παιδιατρική στην ψυχανάλυση*. Αθήνα: Καστανιώτης, σελ. 468-474.
8. Bollas, C. (1979). *The transformational object*. Int J Psychoanal, 60, pp. 97-107.
9. Δαμίγος, Δ. (2003). *Αποασυλοποίηση και η σχέση της με την πρωτοβάθμια περίθαλψη*. Αθήνα: Παπαζήσης.
10. Freud, S. (1924)⁴⁰. Νεύρωση και ψύχωση. Α.Βασιλιάς, επιμ., *Νευρώσεις-Ψυχώσεις: κείμενα 1905-1938*. Αθήνα: Ανατολικός, σελ. 117-124.
11. Freud, S. (1924)⁴². Σχετικά με την απώλεια της πραγματικότητας στη νεύρωση και στην ψύχωση. Α.Βασιλιάς, επιμ., *Νευρώσεις-Ψυχώσεις: κείμενα 1905-1938*. Αθήνα: Ανατολικός, σελ. 125-133.
12. Ζέικου, Ε., Κοντοστεργίου, Ν., Κοράλλη, Ε. και Χατζησταυράκης, Γ. (Επιμ.). (2009). *Η συμβολή της ψυχανάλυσης στην ελληνική ψυχιατρική μεταρρύθμιση*. Αθήνα: Παπαζήσης.
13. Gabbard, G.O. (2006). *Η ψυχοδυναμική ψυχιατρική στην κλινική πράξη*. Αθήνα: ΒΗΤΑ.
14. Gochfeld, L. (1978). *Drug therapy and modern psychoanalysis*. Modern Psychoanalysis, 3, pp. 203-216.
15. Jackson, M. and Williams, P. (1994). *Unimaginable storms: a search for meaning in psychosis*. London: Karnac.
16. Katan, M. (1953). The importance of the non-psychotic part of the personality in schizophrenia. *Theory of schizophrenia*. 18th International Psycho-analytical Congress in London, 28 July. London: 18th International Psycho-analytical Congress in London, pp. 119-128.
17. Καψαμπέλης, Β. (1995). Σχιζοφρενικά σύνδρομα. Μ.Λειβαδίτης, επιμ., *Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων: στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα*. Αθήνα: Παπαζήσης, σελ. 473-508.

18. Klein, M. (1946). *Notes on some schizoid mechanisms*. Int J Psychoanal, 27, pp. 99-110.
19. Klein, M. (1952). *The origins of transference*. Int J Psychoanal, 33, pp. 433-438.
20. Κυριαζής, Δ. (Επιμ.). (2015). *Δεύτερες σκέψεις: επιλεγμένα ψυχαναλυτικά κείμενα Wilfred R. Bion*. Αθήνα: BHΤΑ.
21. Μπέιτμαν, Α. και Χολμς, Τ. (2001). Μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση. Ι.Τέττερη, επιμ., *Εισαγωγή στην ψυχανάλυση*. Αθήνα: Καστανιώτης, σελ. 193-234.
22. Μπέιτμαν, Α. και Χολμς, Τ. (2001). Η συνεισφορά της ψυχανάλυσης στην ψυχιατρική. Ι.Τέττερη, επιμ., *Εισαγωγή στην ψυχανάλυση*. Αθήνα: Καστανιώτης, σελ. 407-425.
23. Μπόνη, Ε. (Επιμ.). (2016). *Το ασυνείδητο. S.Freud*. Αθήνα: Ελληνική Παιδεία.
24. O'Malley, M. (1923). *Transference and some of its problems in psychoses*. Psychoanal Rev, X(1), pp. 1-25.
25. Παπαδημητρίου, Γ.Ν., Λιάππας, Ι.Α. και Λύκουρας, Ε. (2013). *Σύγχρονη Ψυχιατρική*. Αθήνα: BHΤΑ.
26. Παπαδόπουλος, Π. (Επιμ.). (2016). *Σ.Φρόιντ. Κείμενα για την παράνοια και τις ψυχώσεις*. Αθήνα: Principia.
27. Resta, G. (1958). *W.R.Bion language and the schizophrenic (il linguaggio e lo schizofrenico) in New Direction in Psycho-analysis*, London, 1955. Rivista di Psicoanalisi, 4(1), pp. 68-69.
28. Rosenfeld, H. (1951). Transference—phenomena and transference analysis in an acute catatonic schizophrenic patient. *17th International Psycho-Analytical Congress*. 17th International Psycho-Analytical Congress, August. Amsterdam: 17th International Psycho-Analytical Congress, pp. 457-464.
29. Rosenfeld, H. (1954). *Considerations regarding the psycho-analytic approach to acute and chronic schizophrenia*. Int J Psychoanal, 35, pp. 135-140.
30. Rosenfeld, H. (1971). *International Journal of Psychoanalysis. L, 1969: on the treatment of psychotic states by psychoanalysis: an historical approach*. Psychoanal Q, 40, pp. 180-180.
31. Σακελλαρόπουλος, Π. (1994). *Ψύχωση, ψυχοθεραπευτικοί χειρισμοί και ψυχαναλυτικό πρίσμα*. Ψυχανάλυση και Ψυχοθεραπεία, 2, σελ. 167.
32. Σακελλαρόπουλος, Π. (1995). Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία και δημόσια περίθαλψη. Μ.Λειβαδίτης, επιμ., *Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων: στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα*. Αθήνα: Παπαζήσης, σελ. 694-708.
33. Searles, H.F. (1963). *Transference psychosis in the psychotherapy of chronic schizophrenia*. Int J Psychoanal, 44, pp. 249-281.
34. Searles, H.F. (1963). *Psychoanalysis and the psychoanalytic review. XLIX, No.3, 1962: scorn, disillusionment and adoration in the psychotherapy of schizophrenia*. Psychoanal Q, 32, pp. 452.
35. Segal, H.(1950). *Some aspects of the analysis of the schizophrenia*. Int J Psychoanal, 31, pp. 268-278.
36. Segal, H. (1955). *Dependency processes in the psychotherapy of schizophrenia*. Journal of the American Psychoanalytic Association, 3, pp. 19-66.
37. Segal, H. (1957). *Notes on symbol formation*. Int J Psychoanal, 38, pp. 391-397.

38. Τζαβάρας, Ν., Πλουμπίδης, Δ.Ν. και Στυλιανίδης, Σ. (Επιμ.). (2002). *Σχιζοφρένεια: φαινομενολογική και ψυχαναλυτική προσέγγιση*. Αθήνα: Καστανιώτης.
39. Thomas, Z. (2017). *Breaking Through to the Other Side: A Resident Explores the Benefits of Time-Limited Psychodynamic Therapy for Patients with Schizophrenia*. *Psychodynamic Psychiatry*, 45(1), pp. 59-77.
40. Τουρνής, Σ. (2015). Η θεραπευτική σχέση στην ψύχωση: μια ψυχαναλυτική θέση. Χ.Καραμανωλάκη, Κ.Χαραλαμπίκη, Γ.Μιχόπουλος, επιμ., *Η θεραπευτική σχέση: ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις από την ψυχαναλυτική, τη γνωσιακή και τη συστημική οπτική*. Αθήνα: Καστανιώτης, σελ. 141-161.
41. Τριανταφύλλου, Μ. (1995). Ψυχολογικές θεραπείες: ψυχοθεραπευτικές τεχνικές. Μ.Λειβαδίτης, επιμ., *Εγχειρίδιο ψυχιατρικής ενηλίκων: στοιχεία κοινωνικής ψυχιατρικής και εφαρμογές της στην Ελλάδα*. Αθήνα: Παπαζήσης, σελ. 669-689.
42. Φαλάρας, Β. (2011). *Ψυχαναλυτικοί διάλογοι*. Αθήνα: ΒΗΤΑ.
43. Φίτσιου, Π. (Επιμ.). (2010). *Θεμέλιο της Ψυχιατρικής. Ο συναισθηματικός δεσμός θεραπευτή-θεραπευόμενου*. Παναγιώτης Σακελλαρόπουλος: μια πορεία σαράντα και πλέον χρόνων παράλληλη με την Ψυχιατρική Μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Αθήνα: Παπαζήσης.