



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
Εθνικόν και Καποδιστριακόν  
Πανεπιστήμιον Αθηνών

— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

"ΨΥΧΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ"

---

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

*Αντιμεταβιβαστικά φαινόμενα και κίνδυνος dropout του ασθενούς.*

Εύα Στεργίου

Ψυχολόγος

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Μαρία Τζινιέρη-Κοκκώση, Επίκουρη Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας (επιβλέπουσα  
καθηγήτρια)

Γρηγόρης Βασιλαματζής, Ομ. Καθηγητής Ψυχιατρικής, Ψυχαναλυτής

Χρήστος Ζερβής, Ψυχίατρος, Διδάσκων Ψυχαναλυτής (επόπτης)

Αθήνα, 2020

## **ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ**

<i>Περίληψη</i> .....	3
<i>Abstract</i> .....	5
<i>Εισαγωγή</i> .....	7
<b>ΜΕΡΟΣ Α' (θεωρητικό μέρος)</b>	
<b>Κεφάλαιο 1</b>	
<i>Από την αντιμεταβίβαση, στην προβλητική ταύτιση και την ανάπτυξη της έννοιας της διυποκειμενικότητας</i> .....	10
<b>Κεφάλαιο 2</b>	
<i>Αντιμεταβιβαστικά φαινόμενα (εισαγωγή)</i> .....	14
<i>2.1 Reverie</i> .....	14
<i>2.2 Σωματική αντιμεταβίβαση</i> .....	15
<i>2.3 Διαδραμάτιση</i> .....	17
<b>Κεφάλαιο 3</b>	
<i>Dropout. Ορισμός και πιθανοί παράγοντες που οδηγούν σε αυτό</i> .....	20
<b>Κεφάλαιο 4</b>	
<i>Αντιμεταβιβαστικά φαινόμενα ως πρόσκομμα στην αναλυτική διαδικασία</i> ...23	
<b>ΜΕΡΟΣ Β' (ειδικό κλινικό μέρος)</b>	
<i>Μεθοδολογία έρευνας</i> .....	32
<i>Κλινική περίπτωση κα Κ</i> .....	33
<i>Συζήτηση Περίπτωσης</i> .....	35
<i>Κλινική περίπτωση κα Μ</i> .....	38
<i>Συζήτηση Περίπτωσης</i> .....	41

<i>Κλινική περίπτωση κα Α.....</i>	<i>44</i>
<i>Συζήτηση Περίπτωσης.....</i>	<i>45</i>
<i>Συμπεράσματα έρευνας.....</i>	<i>47</i>
<i>Βιβλιογραφία.....</i>	<i>48</i>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα μελέτη εξετάζει πώς κάποιες ενδοψυχικές συγκρούσεις από την πλευρά του θεραπευτή, οι οποίες συνδέονται με την ιδιότητά του ως θεραπευτή, μπορούν να αποτελέσουν πρόσκομμα στη θεραπευτική εργασία ή/και απειλή για τη συνέχισή της, αν δεν τύχουν κατάλληλης επεξεργασίας. Μια πιο ειδική υπόθεση που γίνεται είναι ότι οι πιο αρχάριοι θεραπευτές, λόγω της πιο εύθραυστης αναλυτικής τους ταυτότητας, βιώνουν πιο έντονες αντιμεταβιβαστικές εμπειρίες που συνδέονται με την ιδιότητά τους ως θεραπευτές, πράγμα που δυσκολεύει τη διαχείρισή τους στη μεταβιβαστική-αντιμεταβιβαστική κατάσταση. Ένας ακόμα άξονας που θα μελετηθεί είναι οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις στον κίνδυνο dropout του ασθενούς (είτε πραγματικό είτε φαντασιακό) αλλά και πώς αυτές επηρεάζουν τη θεραπευτική σχέση και τη συνέχιση της θεραπείας. Οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας εργασίας στηρίζονται σε μια θεώρηση της ψυχαναλυτικής εργασίας που υποστηρίζει ότι η ψυχαναλυτική διαδικασία δεν αφορά μόνο τη δυαδική συγκεκριμένη σχέση του θεραπευτή με τον εκάστοτε θεραπευόμενο αλλά και τη σχέση του θεραπευτή με το επάγγελμά του.

Στο θεωρητικό μέρος της μελέτης γίνεται μια ανασκόπηση της έννοιας της αντιμεταβίβασης, από την πρώτη σύλληψή της από τον Freud ως εμπόδιο στη θεραπευτική διαδικασία, την ανάδειξη από τη δεκαετία του '50 από ψυχαναλυτές όπως η Heimann και ο Racker της χρησιμότητάς της ως εργαλείο κατανόησης του ασυνειδήτου του ασθενούς, έως την ανάπτυξη της έννοιας της διυποκειμενικότητας με την περαιτέρω έμφαση στην αναγνώριση και αξιοποίηση της υποκειμενικότητας του θεραπευτή στην αναλυτική διαδικασία. Κάποια είδη αντιμεταβιβαστικών φαινομένων, και συγκεκριμένα η *ονειροπόληση*, η *σωματική αντιμεταβίβαση* και η *διαδραμάτιση* εξετάζονται εννοιολογικά, καθώς θεωρείται ότι αποτελούν κομμάτι της νέας κατεύθυνσης στην ψυχαναλυτική τεχνική που υποστηρίζει τη συμπερίληψη όλων των διαστάσεων της προσωπικότητας και της ύπαρξής του θεραπευτή προς όφελος της θεραπείας και του ασθενούς. Χρησιμοποιώντας τη διάκριση που κάνει ο Racker ανάμεσα στην *άμεση* και την *έμμεση αντιμεταβίβαση* εξετάζονται εκτενώς κάποιοι παράγοντες, και συγκεκριμένα οι ψυχικές απαιτήσεις της ψυχαναλυτικής εργασίας, η ασταθής αναλυτική λειτουργία, οι εκπαιδευτικές απαιτήσεις προκειμένου να γίνει κάποιος αναλυτής, το υψηλό Ιδεώδες του ψυχαναλυτικού επαγγέλματος και, τέλος, ο βιοπορισμός του νέου θεραπευτή από το επάγγελμα του, ως αιτίες που

μπορούν να πυροδοτήσουν «έμμεσα» αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις οι οποίες δυσχεραίνουν την αναλυτική εργασία.

Η μεθοδολογία που κρίθηκε κατάλληλη προκειμένου να μελετηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα είναι η ποιοτική, η οποία συνδυάζει στοιχεία κλινικής και θεωρητικής έρευνας. Για την καλύτερη κατανόηση των κλινικών φαινομένων κρίθηκε σκόπιμο οι κύριες έννοιες που χρησιμοποιούνται να αναλυθούν ως προς το περιεχόμενό τους σύμφωνα με την εννοιολογική μεθοδολογία μελέτης. Τα τρία κλινικά παραδείγματα που παρατίθενται στο κυρίως κλινικό μέρος της μελέτης, έχουν ως στόχο να καταδείξουν πώς η ευθραυστότητα της θεραπευτικής ταυτότητας, κυρίως των λιγότερο έμπειρων θεραπευτών, μπορεί να τους επηρεάσει και προσωπικά και στην εργασία τους ως θεραπευτές και στην κατανόηση των ασθενών τους. Το συμπέρασμα στο οποίο καταλήγει η παρούσα έρευνα είναι ότι η αντιμεταβίβαση που αφορά έμμεσα τη δυάδα ασθενή-θεραπευτή αλλά αφορά άμεσα τη σχέση του θεραπευτή με το εκπαιδευτικό πλαίσιο, τον επόπτη, την αναλυτική του ταυτότητα, την αναλυτική διαδικασία και το βιοπορισμό από το επάγγελμα, πρέπει να τυγχάνει ίσης διερεύνησης με την άμεση και τυπική έννοια της αντιμεταβίβασης προς τον ασθενή. Αν αυτές οι περιπλοκές στην αναλυτική διαδικασία δε λαμβάνονται υπόψιν, η κατανόηση της μεταβιβαστικής-αντιμεταβιβαστικής κατάστασης μπορεί να είναι ελλιπής με πιθανές συνέπειες στην εξέλιξη της θεραπευτικής διαδικασίας.

*Λέξεις κλειδιά: αντιμεταβίβαση, διωποκειμενικότητα, ψυχαναλυτική διαδικασία, dropout, αρχάριοι ψυχοθεραπευτές.*

## Abstract

This thesis examines how some intrapsychic conflicts from the part of the analyst, which are connected with his quality as an analyst, could be impediments in the therapeutic work and/or a threat for its continuation, unless proper working through takes place. One more specific hypothesis which is examined is that the more novice analysts, because of their fragile analytic identity, experience more intense countertransference affects which are connected with their quality as therapists, and this is something that makes the working through in the transference-countertransference situation more difficult. One more axis which will be examined is the countertransference reactions at the risk of the patient's dropout (either real or in the phantasy and how these reactions affect the therapeutic relationship and the continuation of the therapy. The hypotheses of this thesis are based on a consideration of the psychoanalytic work which supports that the psychoanalytic process concerns not only the specific relationship of the therapist with each patient but also his relationship with his work as a therapist.

At the theoretical part of the thesis a review of the concept of countertransference is carried out, from its first conception from Freud as an impediment in the therapeutic process, to its highlight from the decade of 1950 as an instrument of understanding of the patient's unconscious, until the development of the concept of intersubjectivity with the subsequent recognition and utilization of the therapist's subjectivity in the analytic process. Some kinds of countertransference phenomena, and more specifically reverie, somatic countertransference and enactment are examined conceptually, since they are considered to be part of a new direction in psychoanalytic technique which supports the inclusion of the whole personality and existence of the therapist for the benefit of the therapy and the patient. Utilizing Racker's distinction between direct and indirect countertransference some factors, and specifically the psychic demands of the psychoanalytic work, the vulnerable analytic identity, the educational demands in order for someone to become an analyst, the high Ideal of psychoanalysts and the new therapist's livelihood from his work, are examined as causes which can cause indirectly countertransference reactions which are able to hinder the analytic work.

The methodology which is considered to be appropriate in order to examine the hypotheses is the qualitative research, which combines elements of clinical and theoretical research. For the better understanding of the clinical phenomena the main concepts are reviewed according to the

conceptual research methodology. The three clinical cases which are presented in the main clinical part of the thesis aim to show how the vulnerability of the therapeutic identity of the less experienced therapists can affect them personally, in their work as therapists and in their understanding about the patients. The conclusion of the thesis is that the indirect countertransference, which concerns indirectly the patient-therapist dyad but it concerns directly the relationship of the therapist with the educational framework, the supervisor, his analytic identity, the analytic procedure and his livelihood from his work, should be examined equally as the typical countertransference to the patient. If these complications in the analytic process are not taken into consideration, the understanding of the transferential-countertransferential situation is incomplete with possible consequences in the progress of the analytic process.

***Keywords: Countertransference, intersubjectivity, psychoanalytic process, dropout, novice psychotherapists.***

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ξεκινώντας από την υπόθεση ότι δεν υπάρχει μωρό ξέχωρα από τη μητέρα του (Winnicott, 1960), αντίστοιχα δεν υπάρχει μητέρα χωρίς το μωρό. Αν αυτό το μεταφέρουμε στο κλινικό πλαίσιο τότε δεν υπάρχει θεραπευόμενος ξέχωρα από τη σχέση του με τον θεραπευτή και θεραπευτής χωρίς το θεραπευόμενο. Πέρα όμως από τη δυαδική συγκεκριμένη σχέση του θεραπευτή με τον εκάστοτε θεραπευόμενο, υπάρχει και η σχέση του θεραπευτή με το επάγγελμά του γενικά αλλά και με την ψυχοθεραπευτική ή ψυχαναλυτική διαδικασία ειδικότερα. Αλλά και αυτή η γενική στάση του αναλυτή απέναντι στο να είναι αναλυτής αποκτά την πιο συγκεκριμένη ποιότητά της, ή αλλιώς παίρνει πιο σαφή μορφή, όταν έρχεται σε επαφή με τον ασθενή (Parsons, 2006). Μήπως με βάση αυτή την υπόθεση υπάρχει διαφορά στην ποικιλία και στην ένταση των αντιμεταβιβαστικών αντιδράσεων και φαινομένων ανάλογα με την εμπειρία του θεραπευτή;

Η υπόθεση που γίνεται είναι ότι οι πιο αρχάριοι θεραπευτές, συνδέουν πιο άμεσα την ιδιότητά τους ως θεραπευτές με τους ασθενείς που έχουν σε θεραπεία και κατά συνέπεια οι αντιμεταβιβαστικές τους αντιδράσεις μπροστά στον κίνδυνο dropout του ασθενούς (είτε φαντασιακό είτε πραγματικό) ή μετά την πραγματική διακοπή της θεραπείας από την πλευρά του ασθενούς τους φέρνει αντιμέτωπους με περισσότερες ενδοψυχικές συγκρούσεις. Όταν κάποιος είναι σε εκπαίδευση ή όταν ξεκινάει την ιδιωτική πρακτική του επαγγέλματος, ο λιγιστός συνήθως αριθμός των περιπτώσεων που έχει σε θεραπεία αλλά και το τι σημαίνουν αυτοί οι ασθενείς για την προσωπική του εκπαιδευτική και επαγγελματική εξέλιξη ίσως να πυροδοτεί, πέρα από τις ενδοψυχικές συγκρούσεις που σχετίζονται με την αλληλεπίδραση με τον συγκεκριμένο ασθενή, ενδοψυχικές συγκρούσεις που έχουν να κάνουν με την ίδια την υπόσταση κάποιου ως θεραπευτή ή αλλιώς την θεραπευτική ή αναλυτική του ταυτότητα. Όπως υποστηρίζει και η Mette Moller (2014), ένας αναλυτής ή ψυχοδυναμικός ψυχοθεραπευτής αρχίζει μετά από χρόνια εκπαίδευσης και πρακτικής να αισθάνεται πιο στέρεος στο επάγγελμά του, οπότε η υπόθεσή μου είναι ότι εκλαμβανόμενες αποτυχίες, όπως είναι το dropout του ασθενούς, είναι πιο εύκολο να κλονίσουν την αναλυτική του ταυτότητα.

Παραθέτοντας την εργασία του Racker (1968) για την αντιμεταβίβαση, διερευνώνται πώς κάποιοι παράγοντες, όπως είναι: οι ψυχικές απαιτήσεις της ψυχαναλυτικής εργασίας, η ασταθής αναλυτική

λειτουργία, οι εκπαιδευτικές απαιτήσεις προκειμένου να γίνει κάποιος αναλυτής, το υψηλό Ιδεώδες του ψυχαναλυτικού επαγγέλματος, ο βιοπορισμός του νέου θεραπευτή από το επάγγελμα του, λειτουργούν ως αιτίες που πυροδοτούν «έμμεσα» αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις οι οποίες δυσχεραίνουν την αναλυτική εργασία.

Ένα παράδειγμα έμμεσης αντιμεταβίβασης που παρουσιάζεται είναι μια θεραπεία στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού η οποία διεκόπη μετά από τέσσερις προγραμματισμένες συνεδρίες. Η διακοπή αυτή κινητοποίησε άγχη στη θεραπεύτρια που συνδέονταν περισσότερο με την αντιμεταβίβαση στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού και στην κλινική ομάδα εποπτείας. Η ασθενής αυτή ήταν πολύτιμη για τη θεραπεύτρια γιατί συνδεόταν άμεσα η συνέχιση της θεραπείας της με την εξέλιξη της θεραπεύτριας στο μεταπτυχιακό αλλά και με την υπόστασή της ως θεραπεύτρια στο πλαίσιο της ομάδας εποπτείας.

Ένας πιο ειδικός άξονας από τον οποίο θα προσεγγιστεί το θέμα είναι αν οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις του θεραπευτή μπροστά στον κίνδυνο dropout του ασθενούς αποτελούν έναν παράγοντα που συμβάλει στον κίνδυνο αυτό. Δηλαδή, αν οι ενδοψυχικές συγκρούσεις, οι σχετικές με την ταυτότητα του θεραπευτή, ενισχύουν μέσω του άγχους του θεραπευτή απέναντι στο dropout, τα προβλήματα στη διωποκειμενική σχέση με πιθανή συνέπεια τη διακοπή της. Και πάλι εδώ γίνεται μια διάκριση του αρχάριου θεραπευτή και του πιο έμπειρου. Σύμφωνα με τον Limentani (1982) το άγχος που σχετίζεται με την προοπτική της εγκατάλειψης του θεραπευτή από τον ασθενή κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής του, μπορεί να συμβάλει στην κατάρρευση της σχέσης. Ως παραδείγματα θα χρησιμοποιηθούν περιπτώσεις από την ιδιωτική κλινική πρακτική.

Η μια περίπτωση, η οποία είναι σε θεραπεία εδώ και τέσσερα χρόνια με συχνότητα μια φορά την εβδομάδα, απειλούσε ανοιχτά ότι θα σταματήσει τη θεραπεία την ίδια κιόλας μέρα. Αυτό συνέβαινε αρκετά συχνά κυρίως στην αρχική και μέση φάση της θεραπείας και όταν αυτό γινόταν η θεραπεύτρια παρέτεινε την ώρα της συνεδρίας φοβούμενη για την απώλεια της ασθενούς. Μαζί με αυτό υπήρχαν σωματικές ενοχλήσεις στη θεραπεύτρια και αίσθημα κόπωσης πριν από τη συνεδρία με την ασθενή τις περιόδους που επαπειλούνταν η συνέχιση της θεραπείας. Το γεγονός ότι αυτή η θεραπεία ξεκίνησε λίγους μόνο μήνες αφότου η θεραπεύτρια ξεκίνησε την ιδιωτική εξάσκηση του επαγγέλματός της, δυσκόλευε τη μορφοποίηση σε μια ερμηνεία αυτού που διαμείβονταν στη μεταβιβαστική-αντιμεταβιβαστική κατάσταση σε αυτές τις στιγμές κρίσης,

εφόσον ο κίνδυνος απώλειας της ασθενούς κινητοποιούσε άγχη στη θεραπεύτρια που συνδέονταν με την ίδια την υπόστασή της ως θεραπεύτρια.

Σε μια άλλη κλινική περίπτωση η ασθενής δεν άντεχε το άγχος ότι κάτι σημαντικό θα αναδυθεί στη θεραπεία που θα διαταράξει τη συγκρότηση του Εγώ της. Η θεραπεύτρια μετά την ομολογία της ασθενούς ότι νιώθει να φοβάται τη θεραπεύτρια, προσάρμοσε την τεχνική της μπροστά στον κίνδυνο απώλειας της ασθενούς. Συγκεκριμένα, ελαχιστοποίησε τις ερμηνείες που είχαν στόχο την εναισθησία και κατέφυγε σε πιο υποστηρικτικού τύπου τεχνικές. Μία έρευνα των Cabaniss & Roose (1997) έδειξε ότι η ανάγκη των εκπαιδευομένων αναλυτών να επικροτηθούν για την αναλυτική τους εργασία και να προοδεύσουν στην εκπαίδευσή τους τους οδηγεί πολλές φορές να αποφεύγουν να φέρνουν θέματα στη θεραπεία που μπορεί να οδηγήσουν τους ασθενείς να διακόψουν.

Ο κύριος σκοπός αυτής της μελέτης είναι να διερευνηθούν εκείνα τα εσωτερικά προσκόμματα από την πλευρά του θεραπευτή που δυσχεραίνουν την θεραπευτική εργασία ή/και αποτελούν απειλή για τη συνέχισή της. Επιπλέον, διερευνώνται οι αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις στον κίνδυνο dropout αλλά και πώς αυτές επηρεάζουν τη θεραπευτική σχέση και τη συνέχιση της θεραπείας. Η μεθοδολογία που κρίνεται κατάλληλη προκειμένου να μελετηθούν τα προαναφερθέντα ερευνητικά ερωτήματα είναι η ποιοτική, η οποία θα συνδυάζει στοιχεία κλινικής και θεωρητικής έρευνας.

## ***1. Από την αντιμεταβίβαση, στην προβλητική ταύτιση και την ανάπτυξη της έννοιας της διωποκειμενικότητας.***

Η αντιμεταβίβαση αρχικά θεωρούνταν το ανάλογο της μεταβίβασης, που όμως αφορούσε την πλευρά του θεραπευτή. Δηλαδή θεωρούνταν απόρροια των ασυνείδητων συγκρούσεων του θεραπευτή, οι οποίες ενεργοποιούνταν από την επίδραση του ασθενούς στον εσωτερικό κόσμο του θεραπευτή (Freud, 1910). Από αυτή την οπτική, ο θεραπευτής θεωρείται δέσμιος των εσωτερικών του συγκρούσεων και αυτός είναι ένας από τους λόγους που καθιστούν την εκπαιδευτική ανάλυση υποχρεωτική για τους εκπαιδευόμενους αναλυτές, καθώς η αντιμεταβίβαση θεωρείται ότι έχει αρνητική επίδραση στην εξέλιξη της θεραπείας του ασθενούς (Ζερβής, 2003).

Ο Freud (1910) εισάγοντας την έννοια της αντιμεταβίβασης έγραφε ότι είναι ένα φαινόμενο που προκύπτει στον αναλυτή σαν αποτέλεσμα της επιρροής του ασθενούς στα ασυνείδητα συναισθήματά του και προέτρεπε τους αναλυτές να την αναγνωρίζουν και να την ξεπερνούν. Σε ένα από τα επόμενα κείμενά του, ενίσχυσε αυτή την άποψή του υποστηρίζοντας ότι η συναισθηματική ψυχρότητα του αναλυτή δημιουργεί τις βέλτιστες συνθήκες και για τα δύο μέρη. Για τον αναλυτή την επιθυμητή προστασία για τη δική του συναισθηματική ζωή και για τον ασθενή τη μεγαλύτερη βοήθεια που μπορούμε να του προσφέρουμε (Freud, 1912). Ωστόσο στο ίδιο κείμενο αναφέρει ότι ο αναλυτής πρέπει να στρέφει το ασυνείδητό του, σαν ένα υποδεκτικό όργανο, προς το μεταβιβαζόμενο ασυνείδητο του ασθενούς. Θα πρέπει να προσαρμόσει τον εαυτό του στον ασθενή, έτσι ώστε να μπορεί το ασυνείδητό του να ανασκευάσει το ασυνείδητο του ασθενούς από τα παράγωγα του ασυνείδητου που του επικοινωνούνται (Freud, 1912). Βέβαια, σε επόμενο κείμενό του επανέφερε το θέμα της ουδετερότητας, την οποία επιτυγχάνει ο αναλυτής κρατώντας υπό έλεγχο την αντιμεταβίβασή του (Freud, 1915).

Αυτές οι δύο οπτικές, η αντιμεταβίβαση ως εμπόδιο και η αντιμεταβίβαση ως εργαλείο κατανόησης του ασυνείδητου του ασθενούς, συνεχίζουν να διαπλέκονται στην ιστορική εξέλιξη της έννοιας. Σε αυτή την αντίθετη στάση απέναντι στην αντιμεταβίβαση, που εκφραζόταν ως ανάγκη για αποστασιοποίηση και ανάγκη για υποδεκτικότητα του ασυνείδητου του ασθενούς αντίστοιχα, ο Hans Loewald (1980) έδωσε την εξήγηση ότι παλαιότερα η ψυχική συσκευή θεωρούνταν ένα κλειστό σύστημα και ο θεραπευτής τοποθετείτο έξω από αυτό σαν παρατηρητής

και όχι σαν συνεργάτης στη θεραπευτική διαδικασία. Πλέον η ουδετερότητα του αναλυτή έχει αποκτήσει άλλη έννοια και εκλαμβάνεται ως η στάση που του επιτρέπει να παρατηρεί την αλληλεπίδραση ανάμεσα σε εκείνον και τον θεραπευόμενο του. Η επίγνωση των αυθόρμητων συναισθηματικών αντιδράσεων του θεραπευτή απέναντι στον ασθενή μπορεί να φανεί ένα χρήσιμο εργαλείο στην κατανόηση των ενδοψυχικών δυναμικών του ασθενούς και πώς αυτές επηρεάζουν τις δυσκολίες στις διαπροσωπικές του σχέσεις (Spotnitz, 1985).

Με την ενασχόληση της Σχολής των αντικειμενοτρόπων σχέσεων με την έννοια της αντιμεταβίβασης, φαίνεται να υποτιμάται η προσωπική συνιστώσα του θεραπευτή ως πηγή της αντιμεταβίβασης και να δίνεται έμφαση στη συνιστώσα του ασθενούς. Για παράδειγμα η Paula Heimann σε ένα άρθρο της, πρωτοποριακό για την εποχή που γράφτηκε, υποστηρίζει «Ο στόχος της προσωπικής ανάλυσης του αναλυτή... δεν είναι να τον μετατρέψει σε ένα μηχανικό μυαλό που μπορεί να παράγει ερμηνείες στη βάση μιας καθαρά διανοητικής διαδικασίας... αλλά να συγκρατεί τα συναισθήματα που του ανακινούνται χωρίς να τα εκτονώνει (όπως κάνει ο ασθενής) έτσι ώστε να τα θέτει στην υπηρεσία του αναλυτικού στόχου, στον οποίο λειτουργεί ως η αντανάκλαση του καθρέφτη του ασθενούς... Η αντιμεταβίβαση του αναλυτή δεν είναι μόνο μέρος και κομμάτι της αναλυτικής σχέσης αλλά είναι δημιούργημα του ασθενούς... όταν ο αναλυτής στην προσωπική του ανάλυση έχει επεξεργαστεί τις παιδικές του συγκρούσεις και άγχη (παρανοϊκά και καταθλιπτικά) ώστε να μπορεί εύκολα να εγκαταστήσει επαφή με το ασυνείδητό του, δε θα αποδώσει στους ασθενείς του ό,τι ανήκει στον εαυτό του (1950, σελ. 81).

Από την άλλη, ο Renik (1998, p. 491), μιλάει για την «αμείωτη υποκειμενικότητα» του θεραπευτή, εννοώντας ότι ο θεραπευτής δεν είναι εφικτό να γνωρίζει, σε κάθε δεδομένη στιγμή, κατά πόσο επηρεάζεται η θεραπευτική του δραστηριότητα από την υποκειμενικότητα του, δηλαδή από προσωπικές σκέψεις και συναισθήματα, των οποίων δεν έχει επίγνωση. Μάλιστα κάποιες φορές η αναπόφευκτη εμπλοκή της υποκειμενικότητας του θεραπευτή, δεν είναι προς όφελος της θεραπευτικής διαδικασίας. Μία τέτοια περίπτωση είναι το λεγόμενο «φαινόμενο του προμαχώνα» (bastion phenomenon) (Baranger 2012, p.134) κατά το οποίο ο θεραπευτής, συμμετέχοντας στις αντιστάσεις του θεραπευόμενου, αποφεύγει να προσεγγίσει θέματα τα οποία ο θεραπευόμενος αποφεύγει να ανοίξει. Τα θέματα αυτά μπορεί να αφορούν επώδυνες μνήμες και συναισθήματα ή να σχετίζονται με εξιδανικευμένα αντικείμενα ή ιδεολογίες. Όταν ο θεραπευτής αποκτήσει

επίγνωση του φαινομένου, πρέπει με κάποιο τρόπο να επεξεργαστεί τα επίμαχα θέματα, είτε μέσω εποπτείας είτε μέσω αυτοανάλυσης.

Υπάρχει γενικότερη συμφωνία στο ότι ο αναλυτής πρέπει να βρίσκεται συνεχώς σε επαγρύπνιση για να μπορεί να διακρίνει τις δύο συνιστώσες και να μπορεί να χρησιμοποιήσει την αντιμεταβίβασή του προς όφελος της θεραπείας, δηλαδή σαν ένα εργαλείο πρόσβασης και κατανόησης του εσωτερικού κόσμου του ασθενούς (Ζερβής, 2003), ωστόσο η Heimann φαίνεται να προβάλλει έναν ιδανικά αναλυμένο αναλυτή που είναι σε θέση πάντα να διακρίνει τις δύο συνιστώσες, έστω και εκ των υστέρων έπειτα από εξονυχιστική αυτοεξέταση. Εκλαμβάνοντας την αντιμεταβίβαση ως δημιούργημα του ασθενούς, δηλαδή ως μέρος της προσωπικότητάς του, αρκετοί εκπρόσωποι της Σχολής των αντικειμενοτρόπων σχέσεων τείνουν να τη συνδέουν σε τέτοιο βαθμό με την έννοια της προβλητικής ταύτισης που οι δύο έννοιες τείνουν να θεωρούνται ταυτόσημες (Bateman, 1995). Ωστόσο, αν λάβουμε υπόψιν ότι κάποιες μορφές μεταβίβασης, για παράδειγμα στη θεραπεία αρκετά λειτουργικών νευρωτικών ασθενών, ενέχουν πολύ λίγη πίεση στον θεραπευτή να εμπλακεί σε μια διαπροσωπική διαδραμάτιση της μεταβίβασης, οι έννοιες της μεταβίβασης και αντιμεταβίβασης είναι πιο εύκολο να διακριθούν από την προβλητική ταύτιση (Ogden, 2004).

Η Klein αρχικά περιέγραψε την προβλητική ταύτιση ως τη βίαιη εκκένωση μερών του εγώ στο αντικείμενο με σκοπό να το ελέγξει. Η έννοια αυτή εξελίχθηκε από μεταγενέστερους ψυχαναλυτές οι οποίοι περιέγραψαν ένα σύνολο διεργασιών, κατά τις οποίες κομμάτια του εαυτού τοποθετούνται μέσα στο αντικείμενο. Η προβλητική ταύτιση δεν λειτουργεί, ωστόσο, αποκλειστικά ως μέσο αποβολής των μη ανεκτών πλευρών του ψυχισμού, αλλά και ως μια πρόωμη μορφή επικοινωνίας ανάμεσα στη μητέρα και το βρέφος, η οποία χαρακτηρίζεται από τον Bion θεμέλιο της φυσιολογικής ανάπτυξης (1967). Όταν η εμπειρία είναι ικανοποιητική, όταν δηλαδή η μητέρα μπορεί να εμπεριέχει τα πρωτόγονα άγχη του βρέφους, εγκαθιδρύεται στο βρέφος μια αίσθηση ασφάλειας. Όταν η εμπειρία δεν είναι ικανοποιητική, όταν δηλαδή η μητέρα δεν είναι ικανή να εμπεριέχει τα άγχη και τις επιθετικές τάσεις του βρέφους, η απάντηση δεν εμπεριέχει κάποια επεξεργασία του προβεβλημένου υλικού και το ανώριμο Εγώ του βρέφους κατακλύζεται (Βασλαματζής, 1999).

Η προβλητική ταύτιση ενέχει μια ισχυρή διυποκειμενική διάσταση διότι αναφέρεται σε μια διαδικασία όπου ο προβάλλων ασκεί πραγματική διαπροσωπική πίεση ώστε να συμμετάσχει ο

αποδέκτης της προβολής στην ασυνείδητη φαντασίωση του. Στη διαδικασία αυτή, ο αποδέκτης της προβολής νιώθει να ελέγχεται από τον προβάλλοντα, ενώ ταυτόχρονα ο προβάλλον βιώνει το αντικείμενο- αποδέκτη σαν να είναι μέρος του εαυτού του. Ο Bion, πέρα από τη σχέση μητέρας-βρέφους, έχει περιγράψει το φαινόμενο και στο πλαίσιο της θεραπευτικής διαδικασίας υποστηρίζοντας ότι «ο αναλυτής νιώθει να τον χειρίζονται, σαν να παίζει ένα ρόλο, καμιά φορά δύσκολο να αναγνωρίσει, στη φαντασίωση κάποιου άλλου» (Bion 1962, p.149). Η προβλητική ταύτιση, επομένως, αφορά στην τροποποίηση της υποκειμενικότητας του αποδέκτη, με τέτοιο τρόπο ώστε αυτός να βιώνεται παροδικά ως μη διακριτός από τον προβάλλοντα.

Ενώ ο Bion έδωσε έμφαση στην απεικόνιση του αναλυτή ως *περιέχον* για τα προβεβλημένα κομμάτια του ασθενούς, ο Ogden φαίνεται να δίνει μια πιο ισορροπημένη περιγραφή του φαινομένου. Παρότι αναγνωρίζει την πειστική συμπεριφορά και τις φαντασιώσεις του ασθενούς ως εκλυτικό παράγοντα της αντίδρασης του αναλυτή, δίνει έμφαση κυρίως στο ότι οι απαντήσεις του αναλυτή δεν είναι «μεταμοσχευμένες» αλλά είναι τα δικά του ανακινούμενα συναισθήματα κάτω από την πίεση μιας διαφορετικής προσωπικότητας (Ogden, 1979, p. 360). Επιπλέον επισημαίνει ότι ο αποδέκτης δεν ταυτίζεται μόνο με τις προβολές του προβάλλοντα, αλλά συμμετέχει και ο ίδιος ενεργητικά, καθώς η προβλητική ταύτιση είναι μια αμφίδρομη διαδικασία στην οποία ο αποδέκτης είναι ταυτόχρονα και προβάλλον (1994). Με βάση τα παραπάνω θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η προβλητική ταύτιση αποτελεί θεμέλιο για την ανάπτυξη της έννοιας της διυποκειμενικότητας. Αλλά και η διυποκειμενική οπτική, με τη σειρά της έχει επηρεάσει τον τρόπο που ορίζουμε την αντιμεταβίβαση. Πλέον έχει ξεπεραστεί η αντιπαράθεση ως προς την πηγή της αντιμεταβίβασης, καθώς δεν την αναζητούμε ούτε στον αναλυτή ούτε στον θεραπευόμενο μεμονωμένα. Πλέον θεωρούμε ότι είναι το μοναδικό υλικό που αναπτύσσεται στην συγκεκριμένη θεραπευτική δυάδα που έχει ως αποτέλεσμα τη συγκεκριμένη αντιμεταβιβαστική εκδήλωση (Gubb, 2014). Όπως περιγράφει αυτή την κατανόηση της αντιμεταβίβασης ο Gabbard (1995), είναι σαν να παρασύρει ο θεραπευόμενος τον θεραπευτή να παίζει ένα ρόλο που αντανακλά τον εσωτερικό κόσμο του θεραπευόμενου, αλλά οι ειδικές διαστάσεις αυτού του ρόλου διαμορφώνονται από την προσωπική ιστορία του θεραπευτή.

## ***2. Αντιμεταβιβαστικά φαινόμενα***

Στην παρούσα ενότητα θα αναφερθούν ορισμένα είδη αντιμεταβιβαστικών φαινομένων, τα οποία σχετικά πρόσφατα άρχισαν να θεωρούνται ως καταλυτικής σημασίας για την κατανόηση της θεραπευτικής κατάστασης. Σε αυτή την αλλαγή έχει συντελέσει η διυποκειμενική οπτική της αναλυτικής κατάστασης και η αντίληψη των αντιμεταβιβαστικών εκδηλώσεων ως δημιουργημα της θεραπευτικής δυνάδας. Ως αποτέλεσμα αυτού, ακόμα και αντιμεταβιβαστικά φαινόμενα που εμπεριέχουν απόσπαση της προσοχής με θέματα από την προσωπική ζωή του θεραπευτή, οι σωματικές εκδηλώσεις του θεραπευτή ή οι πράξεις του θεραπευτή με την ευρεία έννοια, αντί να θεωρούνται ένδειξη ελλιπούς αναλυτικής ικανότητας, θεωρούνται ως ένας τρόπος κατανόησης του ασυνειδήτου του ασθενούς στα πλαίσια της διυποκειμενικής οπτικής. Η ονειροπόληση, η σωματική αντιμεταβίβαση και η διαδραμάτιση εξετάζονται εννοιολογικά, έστω και συνοπτικά, στην παρούσα εργασία καθώς αποτελούν κομμάτι μιας νέας κατεύθυνσης στην ψυχαναλυτική τεχνική που επιτρέπει στο θεραπευτή να συμπεριλάβει όλες τις διαστάσεις της προσωπικότητας και της ύπαρξής του προς όφελος της θεραπείας και του ασθενούς. Αυτή η εννοιολογική εξέταση στοχεύει στο να εμβαθύνει στην κατανόηση πλευρών της θεραπείας των κλινικών παραδειγμάτων, που αναφέρονται στο κλινικό σκέλος της παρούσας μελέτης, τα οποία παρουσιάζονται προκειμένου να μελετηθούν εμπειρικά οι ερευνητικές υποθέσεις.

### ***2.1 Reverie***

Η ψυχολογική δραστηριότητα του θεραπευτή κατά τη διάρκεια της συνεδρίας, ακόμα κι αν αυτή δεν αφορά άμεσα τον θεραπευόμενο αλλά φαινομενικά αφορά προσωπικά θέματα του θεραπευτή, γίνεται κατανοητή ως ένας τρόπος να εκφραστεί η, ως τότε, μη αρθρωμένη, διυποκειμενική εμπειρία του θεραπευτικού ζεύγους. Η συγκεκριμένη ψυχική δραστηριότητα, η ονειροπόληση (*reverie*), εννοιολογήθηκε αρχικά από τον Bion (1962) αναφερόμενος στην ικανότητα της μητέρας να επεξεργαστεί τις προβλητικές ταυτίσεις του βρέφους δίνοντάς τους νόημα και μετασχηματίζοντάς τις σε σκέψεις. Ο Ogden επέκτεινε τον όρο “*reverie*” στα κείμενά του για την θεραπευτική τεχνική, που αφορούν το πώς μπορεί να χρησιμοποιηθούν οι αντιμεταβιβαστικές απαντήσεις στη θεραπευτική διαδικασία (1997a, 1997b). Θεωρεί τις ονειροπολήσεις σαν ένα

θεμελιώδες συστατικό της αναλυτικής τεχνικής και τις αντιλαμβάνεται, όχι σαν προϊόν αποκλειστικά του ψυχο-σώματος του θεραπευτή, αλλά σαν ένα αποτέλεσμα του συνδυασμένου ασυνειδήτου της θεραπευτικής δυάδας (1997b). Αυτό που είναι επίσης σημαντικό στη σκέψη του Ogden είναι η συμπερίληψη των σωματικών αντιδράσεων του θεραπευτή στις περιγραφές του αναφορικά με την εργασία της κατανόησης της αντιμεταβίβασης. Στην ίδια γραμμή σκέψης ο Βασλαματζής υποστηρίζει ότι οι θεραπευτές θα πρέπει να έχουν μια υποδεκτική στάση στις προβολές των ασθενών τους (1999). Η ονειροπόληση μπορεί να ιδωθεί ως «ένας δείκτης της δεκτικότητας του» και ως «μια λειτουργία του που θα εξελίξει, θα μορφοποιήσει και θα νοηματοδοτήσει, και τελικώς θα επικοινωνήσει λεκτικά κάτι, που οι ασθενείς δεν είναι ακόμα έτοιμοι να μετασχηματίσουν σε σκέψεις ή το αρνούνται, καθώς είναι επώδυνο» (Vaslamatzis 1999, σελ. 439). Η ονειροπόληση, επομένως αποκτά κεντρική θέση για την εμπειρία και το μετασχηματισμό των προλεκτικών εμπειριών του θεραπευόμενου.

Για να χρησιμοποιήσει κάποιος την ονειροπόλησή του θα πρέπει να αντέχει το βίωμα του να περιπλανιέται μη έχοντας συγκεκριμένο στόχο, χωρίς να βιάζεται να «κλείσει» με κάποιον τρόπο αυτή την αίσθηση (Ogden, 1997a). Συνήθως το «τρέχον» της ονειροπόλησης μπορεί να αξιολογηθεί ως προς την αξία του για τη θεραπευτική διαδικασία μόνο αναδρομικά. Στις ονειροπολήσεις θα πρέπει να αφήνεται ο χώρος να συσσωρεύουν νόημα χωρίς ο θεραπευτής να νιώθει την πίεση να τις χρησιμοποιήσει άμεσα. Όσο επείγουσα κι αν μοιάζει η κατάσταση, είναι σημαντικό ο θεραπευτής αλλά και ο θεραπευόμενος να νιώθουν ότι «έχουν χρόνο» και ότι δε χρειάζεται να αξιολογείται η αξία κάθε συνεδρίας κάθε μέρα, κάθε βδομάδα. Η συμβολοποίηση αναπτύσσεται με το χρόνο, χωρίς να υπόκειται σε πίεση, διαφορετικά γίνεται εμφανής η διανοητικοποιημένη της ποιότητα. Οι ονειροπολήσεις δε θα πρέπει να υπερεκτιμώνται ως η «βασιλική οδός» στην κατανόηση της μεταβιβαστικής-αντιμεταβιβαστικής κατάστασης, ούτε όμως να απορρίπτονται σαν ένα προσωπικό «συμβάν» του θεραπευτή, ως αντανάκλαση ανεπίλυτων συγκρούσεων ή ως ένδειξη απορρόφησης του θεραπευτή με προσωπικά και τρέχοντα ζητήματα της ζωής του (Ogden, 1997a). Ο Ogden υποστηρίζει ότι για αυτόν οι ονειροπολήσεις είναι πολύ σημαντικές τόσο στις κατανοήσεις του για την αναλυτική κατάσταση όσο και για τη γενικότερη ικανότητά του ως αναλυτή. Παρόλα αυτά, ταυτόχρονα, αποτελούν και τη διάσταση εκείνη της αναλυτικής εμπειρίας που στο παρόν της συνεδρίας εκλαμβάνεται ως η λιγότερο σημαντική για να υποβληθεί σε προσεκτική εξέταση. Αυτό γίνεται κατανοητό εφόσον αυτή η

εμπειρία μοιάζει τόσο κοντινή και παρούσα που δυσκολεύει τη διαδικασία της φαντασίωσης (Ogden, 1997a).

## **2.2 Σωματική Αντιμεταβίβαση**

Η θεώρηση της ψυχαναλυτικής συνάντησης ως μια διαδικασία που συμπεριλαμβάνει όλο το εύρος της γνωσιακής, συναισθηματικής και αισθητηριακής εμπειρίας, τόσο του θεραπευόμενου όσο και του θεραπευτή, μάς έκανε να στρέψουμε την προσοχή μας στις σωματικές αισθήσεις και εμπειρίες του θεραπευτή προκειμένου να διευρύνουμε την κατανόησή μας για το τι διαμείβεται στη θεραπευτική δυάδα. Σύμφωνα με τον Lombardi (2002), το σώμα δεν είναι σημαντικό μόνο λόγω των ενστίκτων και της σεξουαλικότητας αλλά αποτελεί και τον πυρήνα της προσωπικότητας και η αξία του είναι ίση με αυτή της νόησης, παρότι η αξία του φαίνεται να υποτιμάται σε σχέση με την τελευταία. Πλέον, φαίνεται η αλληλεξάρτηση ψυχικής και σωματικής εμπειρίας να πιστοποιείται και από τις νευροεπιστήμες και αυτό παρέχει μια επιπλέον «νομιμοποίηση» στην αξιολόγηση της σωματικής εμπειρίας του θεραπευτή ως έχουσα ιδιαίτερο νόημα στην κατανόηση της θεραπευτικής αλληλεπίδρασης.

Η διαδικασία της ψυχικής επεξεργασίας και αναπαράστασης των σωματικών διεγέρσεων περιγράφηκε και ορίστηκε από τον Marty (1968) με την έννοια της νοητικοποίησης. Η αποτυχία σε αυτή τη διαδικασία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα το μη επεξεργασμένο υλικό να παραμένει ασυνείδητο και να εκδηλώνεται μέσα από το σώμα. Κάτι παρόμοιο μπορεί να συμβεί και στο θεραπευτή και σε αυτή την περίπτωση μιλάμε για σωματική αντιμεταβίβαση.

Αναφορικά με την πηγή της σωματικής αντιμεταβίβασης η μία γραμμή σκέψης υποστηρίζει ότι συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών είναι πιο πιθανό να την πυροδοτήσουν, ενώ μια άλλη θεώρηση προσανατολίζεται στη διερεύνηση των χαρακτηριστικών, των αμυνών και της προσωπικής ιστορίας του αναλυτή που μπορούν να δημιουργήσουν το έδαφος για την εκδήλωση σωματικής αντιμεταβίβασης (Gubb, 2014). Στους συγγραφείς που τοποθετούν την πηγή της σωματικής αντιμεταβίβασης στον ασθενή, ανήκει και ο McLaughlin (1975) ο οποίος υποστήριξε ότι οι ασθενείς που χρησιμοποιούν άμυνες που σκοπό έχουν να ελέγξουν τον άλλον και γενικά οι

οριακοί και οι ψυχωτικοί ασθενείς είναι πιθανό να πυροδοτήσουν σωματικές εμπειρίες στο θεραπευτή. Αντίθετα, ο Jacobs (1973) δίνει έμφαση στη σημασία που έχουν κάποιοι παράγοντες από την προσωπική εμπειρία του θεραπευτή για την εκδήλωση σωματικής αντιμεταβίβασης. Ωστόσο, φαίνεται πιο πιθανό, όπως υποστηρίζει και η εργασία του Greene (2001), ότι χρειάζεται να υπάρχει συνδυασμός της παθολογίας του ασθενούς και της συγκεκριμένης ψυχικής λειτουργίας του θεραπευτή προκειμένου να εκδηλωθεί σωματική αντιμεταβίβαση. (Gubb 2014).

Ο Kernberg (1987), από την θεραπευτική του εργασία με σοβαρές διαταραχές προσωπικότητας, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι όσο πιο παλινδρομημένος είναι ο ασθενής, τόσο πιο καθολικές θα είναι οι συναισθηματικές αντιδράσεις του θεραπευτή. Οι Αλεξανδρή και Βασιλαματζής (1993) διατυπώνουν την άποψη ότι στη θεραπεία των οριακών ασθενών, ο θεραπευτής έρχεται συχνά αντιμέτωπος με έντονα και παράξενα σωματικά φαινόμενα, λόγω των έντονων προβλητικών ταυτίσεων που καλείται να εμπεριέξει. Το σώμα του θεραπευτή λειτουργεί ως χώρος αποθήκευσης αυτού του υλικού που του επικοινωνεί ο ασθενής, το οποίο καλείται να εμπεριέξει προκειμένου να εξελιχθεί η θεραπευτική διαδικασία. Η σωματική αντιμεταβίβαση χρειάζεται επεξεργασία ανάλογη με όλες τις υπόλοιπες μορφές αντιμεταβιβαστικών φαινομένων, ωστόσο η επεξεργασία της ενέχει μεγαλύτερη δυσκολία καθώς οι σωματικές εκδηλώσεις πρέπει να «μεταφραστούν», μέσω νοητικής επεξεργασίας, προκειμένου να εισαχθούν στο πεδίο της γλώσσας και της σκέψης (Gubb, 2014). Τέλος, ο θεραπευτής θα πρέπει να έχει στο νου του ότι οι σωματικές εκδηλώσεις που συνδέονται με έναν ασθενή μπορεί να συμβούν και εκτός των χρονικών ορίων της θεραπευτικής συνεδρίας, καθώς η συναισθηματική εμπειρία με έναν ασθενή είναι διαρκής.

### **2.3 Διαδραμάτιση (Enactment)**

Από μια σύντομη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, φαίνεται να μην υπάρχει συμφωνία μεταξύ των συγγραφέων ως προς τον ορισμό της έννοιας της διαδραμάτισης και μάλιστα κάποιοι τον θεωρούν έναν πλεονάζον όρο, καθώς τείνει να περιγράφει το σύνολο της αλληλεπίδρασης στην ψυχαναλυτική κατάσταση. Ο Bateman χαρακτηρίζει τη διαδραμάτιση ως «υβριδικό όρο» ο οποίος συμπεριλαμβάνει ιδέες που συνήθως υπάγονται στους όρους εκδραμάτιση, ενδραμάτιση (acting in), πραγμάτωση, επανάληψη, μεταβίβαση και αντιμεταβίβαση (1998, p. 14). Ο ίδιος ορίζει τη

διαδραμάτιση ως μια οποιαδήποτε αμοιβαία δράση στη δυάδα ασθενή-αναλυτή που εγείρεται στο πλαίσιο δυσκολιών στην αντιμεταβιβαστική εργασία του αναλυτή. Ο Mc Laughlin (1991) δίνει δύο ορισμούς της έννοιας, έναν πιο γενικό και έναν πιο εξειδικευμένο. Υπό μια πιο ευρεία έννοια ο όρος διαδραμάτιση χρησιμοποιείται για να περιγράψει όλους τους τρόπους αλληλεπίδρασης μεταξύ ασθενή και αναλυτή, δίνοντας έμφαση στα μη λεκτικά συστατικά της επικοινωνίας. Λαμβάνοντας υπόψιν την αλλαγή στην οπτική της αναλυτικής κατάστασης, με τον αναλυτή να θεωρείται εμπλεκόμενος και όχι άτρωτος συμμετέχων, ο Mc Laughlin έδωσε έναν δεύτερο, πιο εξειδικευμένο ορισμό. Ειδικότερα, διατύπωσε την άποψη ότι ως διαδραματίσεις μπορούν να οριστούν τα συμβάντα μέσα στη θεραπευτική δυάδα, που χαρακτηρίζονται από παλινδρόμηση και βιώνονται από τον καθένα σαν συνέπεια της συμπεριφοράς του άλλου.

Σύμφωνα με τον Ιωαννίδη (2003) αυτό που διακρίνει την εκδραμάτιση από τη διαδραμάτιση, δεν είναι τόσο ο αριθμός των συμμετεχόντων (ένας ή δύο) αλλά αν ο θεραπευτής μπορεί να διατηρήσει το διπλό του ρόλο ως συμμετέχων παρατηρητή, ακόμα κι αν η νοηματοδότηση γίνεται παλίνδρομα. Ως απλός συμμετέχων κινδυνεύει να επαναλάβει το αρχικό τραύμα ενώ ως συμμετέχων παρατηρητής διατηρεί τη δυνατότητα σκέψης και νοηματοδότησης. Η χρησιμοποίηση της διαδραμάτισης προς όφελος της θεραπείας φαίνεται να βασίζεται στην αποδοχή του γεγονότος ότι η νοηματοδότηση μπορεί να καταστεί εφικτή μόνο αν ο θεραπευτής έχει συμμετάσχει πρώτα υποκειμενικά. Στην ίδια γραμμή σκέψης, αλλά χρησιμοποιώντας τον όρο εκδραμάτιση αντί για διαδραμάτιση, ο Renik υποστηρίζει (1993) ότι η επίγνωση των συναισθημάτων του θεραπευτή είναι συνήθως αποτέλεσμα της παλίνδρομης επεξεργασίας πράξεων ή παραλείψεων του. Οι εκδηλώσεις αυτές έχουν μεγάλη σημασία, καθώς επηρεάζουν τον τρόπο που στη συνέχεια διαχειρίζεται το υλικό και την επιλογή των παρεμβάσεων του. Μόνο όταν ο θεραπευτής αναγνωρίζει την επίδραση της υποκειμενικότητάς του στη θεραπευτική διαδικασία, είναι που μπορεί να γίνει πραγματικά αντικειμενικός (Renik 1998).

Ένα πλεονέκτημα της εισαγωγής της έννοιας της διαδραμάτισης είναι ότι συμπεριλαμβάνει στη διαχείριση της μεταβιβαστικής-αντιμεταβιβαστικής εμπειρίας τα δύσκολα, τα τυφλά και τα βουβά σημεία του θεραπευτή (Mc Laughlin, 1991). Όπως εύγλωττα το περιγράφει ο Mc Laughlin «Από αυτά που έχουμε μάθει σχετικά με τη διαμόρφωση του αναλυτή και την αναλυτική του ικανότητα, μας έχουν κάνει να βλέπουμε τον εαυτό μας στη δουλειά μας ως πραγματικά επαρκή κάποιες φορές αλλά επιρρεπή σε ολισθήματα για πολλούς λόγους. Εφόσον ξέρουμε τα προτερήματα και

τους περιορισμούς που φέραμε στην επιλογή της καριέρας μας, και τις δυνάμεις της σύγκρουσης και του συμβιβασμού που διαμόρφωσαν αυτή την επιλογή, γνωρίζουμε ότι δεν είμαστε τόσο διαφορετικοί από τους ασθενείς μας, εκτός από την αναλυτική μας εμπειρία και εκπαίδευση που μας έχουν βοηθήσει να εξελιχθούμε λίγο παραπέρα στην ανάπτυξη και προσαρμογή με αναλυτικούς τρόπους γνώσης. Ωστόσο συνειδητοποιούμε ότι αυτό που έχουμε εκπαιδευτεί να κάνουμε και έχει πλάσει τον τρόπο σκέψης μας ταυτόχρονα μάς εξελίσει και μας περιορίζει» (1991, p. 599-600).

Και ο Akhtar μιλάει για την επιδεκτικότητα του θεραπευτή στις ενδοψυχικές του συγκρούσεις, τα τυφλά του σημεία κατά McLaughlin, αναφερόμενος στην εμπειρία του θεραπευτή ενός τραυματικού γεγονότος, παρόμοιου με αυτό που συμβαίνει στον ασθενή, διατυπώνοντας την άποψη ότι μπορεί να είναι βοηθητική για την κατανόησή του, αν έχει τύχει επαρκούς επεξεργασίας (2014). Επιπλέον, η εκ νέου συνάντηση με το τραύμα του, αυτή τη φορά τοποθετημένο στον ασθενή, μπορεί να του προσδώσει νέες κατανοήσεις για τον εαυτό του και πραγματική ψυχική εξέλιξη (Akhtar, 2014, p. 211). Αν, από την άλλη, ο αναλυτής παλεύει με ανεπεξέργαστες πτυχές του παιδικού του τραύματος, υπάρχει κίνδυνος αυτοαποκάλυψης, συμπαίγνιας με βάση το κοινό τραύμα και παράκαμψης της ερμηνείας των τωρινών χρήσεων του τραυματικού θέματος για την προσωπικότητα του ασθενούς (Akhtar, 2014). Ωστόσο, και τα επεξεργασμένα και τα ανεπεξέργαστα ψυχικά υπολείμματα παραμένουν σε κάθε τραυματισμένο άτομο και ο αναλυτής δεν αποτελεί εξαίρεση (Akhtar, 2014). Επισημαίνει ότι αυτό που έχει σημασία είναι «η ειλικρίνεια του αναλυτή απέναντι στον εαυτό του, στον ασθενή του και στην αναλυτική διαδικασία, καθώς αυτό είναι που τον ωθεί να παραμείνει σε εγρήγορση, να αναζητήσει συμβουλευτική, να αποφύγει την “υπερ-εχεμύθεια” και τα μεγάλα ολισθήματα στην τεχνική» (Akhtar, 2014, p.211).

Μια θετική επίδραση που έχει αυτή η προσέγγιση της διαδραμάτισης είναι ότι απαλλάσσει το θεραπευτή από ενοχή και ντροπή για τα μεταβιβαστικά του ολισθήματα, αναγνωρίζοντας ότι ως ένα βαθμό είναι αναπόφευκτα, βοηθώντας τον να καταφύγει πιο εύκολα στην αυτο-ανάλυση και στη βοήθεια συναδέλφων και εποπτών.

### ***3. Dropout. Ορισμός και πιθανοί παράγοντες που οδηγούν σε αυτό.***

Ως dropout εννοούμε την πρόωρη διακοπή της ψυχοθεραπείας χωρίς σημαντικό λόγο (π.χ. πρόβλημα υγείας ή μετακόμιση σε μακρινή περιοχή), η οποία αποφασίζεται μονομερώς από τον ασθενή και μπορεί να είναι είτε αιφνίδια είτε σταδιακή. Ο Limentani (1982) αμφισβητεί τον αιφνίδιο χαρακτήρα του πρόωρου τερματισμού, υποστηρίζοντας πως στις περισσότερες περιπτώσεις υπάρχει μια πορεία προς αυτή την κατεύθυνση, ακόμα κι αν δε γίνεται αντιληπτή.

Αναφορικά με τη συχνότητα των πρόωρων διακοπών της θεραπείας στις περιπτώσεις που αναλαμβάνουν λιγότερο έμπειροι θεραπευτές υπάρχει λίγη συστηματική έρευνα. Σε μια έρευνα που συμμετείχαν 53 εκπαιδευόμενοι αναλυτές αναλαμβάνοντας 119 περιπτώσεις στα πλαίσια της εκπαίδευσής τους, το 24% των περιπτώσεων διέκοψε πριν ολοκληρωθεί ο πρώτος χρόνος ανάλυσης (Fragn, 1995). Από το σύνολο των περιπτώσεων που διέκοψαν, το 31% διέκοψε πριν ολοκληρωθεί ο πρώτος μήνας ανάλυσης. Σε μια άλλη παρόμοια έρευνα των Hamilton et al. (2009) που μελετούσε τα ποσοστά dropout στις περιπτώσεις που αναλάμβαναν οι εκπαιδευόμενοι στα πλαίσια της εκπαίδευσής τους, το 48% των περιπτώσεων, δηλαδή οι 58 από τους 145, σταμάτησε μονομερώς τη θεραπεία μέσα στους πρώτους δώδεκα μήνες. Από αυτούς τους 58 ασθενείς που διέκοψαν, το 48% διέκοψε μέσα στον πρώτο μήνα, το 31% μέσα στους πρώτους έξι μήνες και το 21% μετά από επτά μήνες θεραπείας. Οπότε συνολικά το 19% όλων των ασθενών που ξεκίνησαν ανάλυση διέκοψαν μέσα στον πρώτο μήνα θεραπείας. Το μειονέκτημα αυτών των ερευνών είναι ότι δεν συγκρίνουν τα ποσοστά πρόωρων διακοπών των περιπτώσεων που αναλαμβάνουν οι εκπαιδευόμενοι αναλυτές με τα αντίστοιχα ποσοστά των πιο έμπειρων αναλυτών. Καθώς στην παρούσα εργασία η διερεύνηση αφορά κάποιους παράγοντες που μπορεί να υπονομεύσουν τις θεραπείες που αναλαμβάνει ένας λιγότερο έμπειρος θεραπευτής, θα ήταν βοηθητικό να υπήρχαν ποσοτικές μελέτες που να δείχνουν αν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις πρόωρες διακοπές που αντιμετωπίζουν οι πιο αρχάριοι θεραπευτές σε σχέση με τους πιο έμπειρους.

Αναφορικά με τους παράγοντες που μπορεί να ευθύνονται για το dropout του ασθενούς θα μπορούσαμε να τους διακρίνουμε σε εκείνους που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά του ασθενούς, αυτούς που σχετίζονται με τα χαρακτηριστικά του αναλυτή και αυτούς που έχουν να κάνουν με την αλληλεπίδραση ανάμεσα στον ασθενή και τον αναλυτή, παρότι η διάκριση είναι σχηματική και τα πράγματα στην πράξη είναι πιο περίπλοκα. Η προσέγγιση του θέματος από την

πλευρά της υπαιτιότητας του θεραπευόμενου για τον πρόωρο τερματισμό της θεραπείας πυροδοτήσε πλήθος μελετών με αντικείμενο τη λεγόμενη «αναλυσιμότητα» ή καταλληλότητα του ασθενή για ψυχανάλυση αλλά και την αρνητική θεραπευτική αντίδραση. Η αντίληψη της ψυχαναλυτικής διαδικασίας ως μια δυποκειμενική κατάσταση επηρέασε και τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε τους παράγοντες που πυροδοτούν μια διακοπή της θεραπείας. Αν δεν υπάρχουν συγκεκριμένοι παράγοντες που να αποτελούν αντένδειξη για ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία ή ανάλυση, όπως ιστορικό ψύχωσης, εξαρτήσεις, χαμηλή νοημοσύνη κτλ., τότε αυτό που φαίνεται κυρίως να καθορίζει την εξέλιξη της ψυχαναλυτικής διαδικασίας είναι η αλληλεπίδραση ανάμεσα στο θεραπευτή και τον ασθενή (Moller, 2014). Οι Caligor κ.ά. (2009) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι δεν είναι εφικτό να προσδιοριστούν τα χαρακτηριστικά του ασθενούς που θα μπορούσαν να προβλέψουν το αν η ψυχανάλυση θα μπορούσε να λειτουργήσει ή όχι και πως η έκβαση των διερευνητικών συναντήσεων σχετιζόταν με πιο περίπλοκους παράγοντες στην αλληλεπίδραση ανάμεσα στον ασθενή και τον αναλυτή. Τις τελευταίες δεκαετίες, η αντιμεταβίβαση είναι στο προσκήνιο και στο θέμα του πρόωρου τερματισμού της θεραπείας και διερευνάται ο ρόλος του θεραπευτή στη διατήρηση της θεραπείας όταν έρχεται αντιμέτωπος με χαρακτηριστικά και μεταβιβαστικά στοιχεία καταστροφικής αντίστασης στη θεραπεία από την πλευρά του ασθενή. Επιπλέον, σε κάποιες περιπτώσεις, από την ανάλυση της αντιμεταβίβασης προκύπτει ότι η πρόωρη εγκατάλειψη της θεραπείας από την πλευρά του ασθενή μπορεί να αποτελεί μια διαδραμάτιση της επιθυμίας διακοπής της θεραπευτικής σχέσης που υπάρχει στη θεραπευτική δυάδα.

Στην έρευνα της Semel (1985) διερευνάται η αντιμεταβιβαστική αντίδραση της θεραπεύτριας στις απειλές εγκατάλειψης της θεραπείας από την πλευρά του θεραπευόμενου. Όπως φαίνεται από τη συγκεκριμένη μελέτη υπάρχει πιθανότητα ένας θεραπευτής να υπερερμηνεύει σημάδια που στο νου του προοιωνίζουν την εγκατάλειψή του από τον θεραπευόμενο, αν στην προσωπική του ιστορία έχει βιώσει τραυματικές εγκαταλείψεις από πρόσωπα φροντίδας. Μάλιστα μπορεί να τείνει να θεωρεί ότι αξίζει την εγκατάλειψη καθώς η αναλυτική του ικανότητα δεν είναι επαρκής και να μην μπορεί να αντιληφθεί ότι η σχέση μπορεί να συνεχιστεί παρά τις πιθανές αστοχίες στη θεραπευτική τεχνική. Ο θυμός που μπορεί να προκαλέσει η απειλή της εγκατάλειψης από τον ασθενή, φαντασιστική ή/και πραγματική, όπως διατυπώνεται από τη μελέτη, μπορεί να πυροδοτήσει την επιθυμία να διώξει τον ασθενή. Η απειλή εγκατάλειψης, όπως συνάγεται και από τη μελέτη της Semel (1985) και την παρούσα έρευνα στο κλινικό της μέρος, φαίνεται να είναι

συνήθως και φαντασιωσική και πραγματική από την άποψη ότι οι δύο μεταβιβάσεις, του θεραπευτή και του θεραπευόμενου, αντηχούν η μία στην άλλη. Μια παρόμοια άποψη διατυπώνει και ο Searles στο έργο του «My Work with Borderline Patients» (1986), αναφέροντας πως μια ξαφνική και μονομερής διακοπή της θεραπείας μπορεί να πυροδοτήσει αισθήματα θυμού και ανικανότητας στο θεραπευτή και να υπονομεύσει την ανάπτυξη της αναλυτικής του ταυτότητας.

Σύμφωνα με τον Limentani (1982), όταν ο ασθενής παίρνει την κατάσταση στα χέρια του και αποφασίζει μονομερώς να διακόψει τη θεραπεία, μπορεί να οφείλεται σε μια αποτυχία της θεραπευτικής συμμαχίας ή να σχετίζεται άμεσα με την παρόρμηση κάποιων ασθενών να απορρίψουν το αντικείμενο που αγαπούν ή/και το αντικείμενο από το οποίο παίρνουν φροντίδα. Συχνά η πρόωγη διακοπή από τον αναλυόμενο είναι σε φάση αρνητικής μεταβίβασης. Πολλοί ασθενείς με οριακή διαταραχή προσωπικότητας που διακόπτουν την θεραπεία πρόωγα, το κάνουν με θυμό μετά από αντιπαράθεση με τον θεραπευτή τους (Gunderson, 1989).

Σύμφωνα με όσα έχουν αναφερθεί, θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι μια πρόωγη διακοπή της θεραπείας θα μπορούσε να αποφευχθεί αν ο θεραπευτής καταφέρει να αξιολογήσει και να διαχειριστεί ικανοποιητικά τα σημεία της μεταβιβαστικής-αντιμεταβιβαστικής κατάστασης που προοιωνίζουν την εγκατάλειψη της θεραπείας από τον ασθενή. Επειδή όμως σε αυτές τις στιγμές κρίσης στη θεραπευτική σχέση, η αναλυτική ικανότητα του θεραπευτή δοκιμάζεται, μια στέρεη αναλυτική ταυτότητα μπορεί να βοηθήσει τον αναλυτή να διατηρήσει μια βέλτιστη αναλυτική στάση. Στην περίπτωση που ο αναλυτής δεν έχει ακόμα αρκετή εμπειρία και η αναλυτική του ταυτότητα παραμένει εύθραυστη, η ψυχαναλυτική εποπτεία μπορεί να του προσφέρει μια «δανεική εμπιστοσύνη» στις ικανότητές του αλλά και στις δυνατότητες της ψυχαναλυτικής μεθόδου.

#### ***4. Αντιμεταβιβαστικά φαινόμενα ως πρόσκομμα στην αναλυτική διαδικασία***

Η αναλυτική συνάντηση είναι μεταβιβαστική και από τις δύο πλευρές και όπως υποστηρίζει ο McLaughlin (1981) ο όρος «αντιμεταβίβαση» θα μπορούσε να θεωρηθεί πλεονασμός, εφόσον χρησιμοποιείται για να περιγράψει απλά τη μεταβίβαση από την πλευρά του θεραπευτή. Μάλιστα αυτή η διάκριση των όρων ίσως και να διαστρεβλώνει τον τρόπο που αντιλαμβανόμαστε την αναλυτική κατάσταση, απομακρύνοντάς μας από την διυποκειμενική αντίληψη της αναλυτικής συνάντησης. Αυτή η διαστρέβλωση μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την ενίσχυση της αμυντικής τάσης των αναλυτών να διαχωρίζουν την εμπειρία τους στην αναλυτική κατάσταση από την υπόλοιπη ψυχική τους ζωή και εξέλιξη.

Αυτή η αλληλεξάρτηση ανάμεσα στον «προσωπικό» και στον «αναλυτικό» εαυτό υποστηρίζεται έμμεσα και από τις περιγραφές του ίδιου του Freud για το πώς τον επηρέαζε προσωπικά και αναλυτικά η ψυχαναλυτική εργασία με συγκεκριμένους ασθενείς, πέρα από το πώς επηρέαζε εκείνος την αναλυτική εργασία. Παράδειγμα αποτελεί μια αναλυτική περίπτωση, ο κύριος E., ο οποίος αναφερόταν συχνά στα γράμματα του Freud στον Fliess (Freud, 1954). Αρχικά ο Freud είχε ενθουσιαστεί με τον συγκεκριμένο αναλύόμενο καθώς το υλικό που έφερνε όχι μόνο επιβεβαίωνε τις θεωρίες του αλλά διαλεύκανε ακόμα και εσωτερικές συγκρούσεις του ίδιου του Freud. Ωστόσο, λίγους μήνες αργότερα σε επόμενο γράμμα ανέφερε ότι οι προσδοκίες του ήταν υπερτιμημένες και το είχε νιώσει ως πλήγμα ότι είχαν ανατραπεί οι υποθέσεις του. Απογοητευμένος όπως ήταν από αυτή την εξέλιξη, αποφάσισε να εγκαταλείψει τον συνειδητό τρόπο σκέψης και να αρχίσει να ψηλαφεί στα τυφλά. Κάπως έτσι ο Freud, μέσω αυτής της προσωπικής και επαγγελματικής διατάραξης που βίωσε, συνέλαβε την ανάγκη του αναλυτή να εργάζεται με ελεύθερα κυμαινόμενη προσοχή, και όπως φαίνεται αυτό δεν αφορά μόνο το να είναι υποδεκτικός σε ό,τι του φέρνει ο αναλύόμενος αλλά ακόμα και στην αναταραχή που βιώνει ο ίδιος ο αναλυτής.

Όταν αναφερόμαστε στην αντιμεταβίβαση, αυτό που συνήθως καταλαβαίνει κάποιος είναι ότι γίνεται αναφορά στην αντιμεταβίβαση απέναντι σε έναν θεραπευόμενο. Ο Michael Parsons (2006) ωστόσο, προτείνει ότι υπάρχει και αυτό που ονομάζει αντιμεταβίβαση του αναλυτή στην αναλυτική διαδικασία, την οποία βλέπει ως διαφορετική, όχι όμως διαχωρίσιμη, από την αντιμεταβίβαση προς τον συγκεκριμένο θεραπευόμενο, διότι δεν υπάρχει αναλυτική διαδικασία

χωρίς θεραπευόμενο. Συνδέει την αντιμεταβίβαση στην αναλυτική διαδικασία με τα «βαθιά, προσωπικά, κίνητρα» κάποιου να γίνει αναλυτής και με το γεγονός ότι η αναλυτική εργασία, με τη συναισθηματική εμπλοκή που απαιτεί, συνεχίζει να διεγείρει ενδόμυχες αντιδράσεις σε όλους τους αναλυτές κατά τη διάρκεια της καριέρας τους (2006, σ. 1183). Όπως έχει ήδη αναφερθεί, η σύγχρονη ψυχαναλυτική πρακτική προτρέπει τους θεραπευτές να υποδέχονται τα ψυχικά περιεχόμενα του ασθενούς και να τα εμπεριέχουν πέρα από τη συνειδητή τους σκέψη. Αυτό σημαίνει ότι στον αναλυτή θα ανακινηθούν μνήμες, σκέψεις και συναισθήματα πολλές φορές συγκρουσιακά φορτισμένα. Οι αναλυτές το γνωρίζουν ότι είναι μέρος της δουλειάς τού να είσαι αναλυτής το να είσαι ικανός να εκτελέσεις μια ψυχική εργασία που απαιτεί περιήγηση στο ασυνείδητό σου. Ωστόσο, το να είναι κανείς ανευ όρων ανοιχτός στον εαυτό του είναι τρομακτικό ακόμα και για έναν αναλυτή. Για αυτό, όπως υποστηρίζει ο Parsons (2006), δεν πρέπει να βλέπει κάποιος την επιθυμία του να είναι αναλυτής χωρίς αμφιθυμία και να θεωρεί δεδομένο ότι θέλει να εμπλακεί σε μια θεραπεία με έναν ασθενή.

Είναι πιο εύκολο να ισχυριστεί κανείς ότι ο ασθενής δεν ήταν κατάλληλος για θεραπεία από το να πει ότι ο ίδιος δεν είχε την απαραίτητη αναλυτική ικανότητα για να αναλάβει μια αναλυτική εργασία με τον συγκεκριμένο ασθενή. Η απόφαση να ξεκινήσει κάποιος θεραπεία με έναν συγκεκριμένο ασθενή σημαίνει ότι στην αντιμεταβίβασή του θα έρθει αντιμέτωπος με εκείνα τα κομμάτια του ψυχισμού του που ενεργοποιεί ο συγκεκριμένος ασθενής. Ο Rothstein (1998), για παράδειγμα, υποστηρίζει ότι αναλαμβάνει μόνο ασθενείς που νιώθει ότι δεν είναι πολύ διαταρακτικοί για τον ψυχισμό του στην προσπάθειά του να διατηρήσει την ικανότητά του για αναλυτική εργασία.

Αν η ακρόαση των θεραπευόμενων δεν ανακινεί προσωπικό υλικό του θεραπευτή, τότε είναι πολύ πιθανό ο αναλυτής να φοβάται τη διατάραξη της ισορροπίας του από τις προβλητικές ταυτίσεις του ασθενούς και να αμύνεται με κάποιο τρόπο στην ψυχαναλυτική συνάντηση. Για να είναι η θεραπευτική εργασία μετασηματιστική, ο αναλυτής θα πρέπει να έχει μια υποδεκτική στάση σε ό,τι η αναλυτική διαδικασία τού ανακινεί σε όλα τα επίπεδα της ύπαρξής του: διανοητικό, συναισθηματικό, σωματικό (Searles, 1979). Αυτό δε σημαίνει ότι πρέπει να εξιδανικεύουμε την εσωτερική αναταραχή του αναλυτή ως αυτοσκοπό, ούτε ότι ο αναλυτής πρέπει να καταδύεται στα βαθύτερα επίπεδα της ύπαρξής του κάθε στιγμή της θεραπευτικής διαδικασίας. Αυτό που έχει σημασία είναι ο αναλυτής να είναι αρκετά υποδεκτικός συναισθηματικά για να μπορεί να

εργάζεται στο επίπεδο που επιζητεί η κάθε στιγμή της θεραπείας ώστε να μπορεί να έχει κοινό σημείο συνάντησης με τον ασθενή (Parsons, 2006).

Σύμφωνα με τον Smith (1993), σε κάποιους αναλυτές υπάρχει η πεποίθηση ότι κάποιος γίνεται αναλυτής για να μάθει για τον εαυτό του. Ενώ έχουν γραφτεί πολλά για την αντίσταση του ασθενούς στη μεταβίβαση, δεν έχουν γραφτεί τόσα για την παράλληλη και συμμετρική αντίσταση στην αυτο-ανάλυση του αναλυτή, συμπεριλαμβανομένης της ανάλυσης της αντιμεταβίβασης προς τον εκάστοτε ασθενή. Ο Smith υποστηρίζει ότι η ερώτηση πώς βιώνει ο κάθε αναλυτής τη δουλειά του, έχει τόσες απαντήσεις όσοι είναι οι αναλυτές (1993, σελ. 426). Ο αναλυτής διαμορφώνεται από τη φύση της εμπλοκής του με την εμπειρία του ασθενούς και από τη χρήση που κάνει σε αυτή την εμπλοκή. Η φύση αυτής της εμπλοκής διαφέρει από θεραπευτή σε θεραπευτή και από ασθενή σε ασθενή. Το πώς αυτή η εμπλοκή διαμορφώνει τον αναλυτή εξαρτάται εν μέρει από το πώς ο αναλυτής χρησιμοποιεί την αναλυτική εργασία ως μέρος της συνεχιζόμενης εξέλιξής του. Αν, δηλαδή, η αναλυτική εργασία βιώνεται όχι σαν μια αλτρουιστική παράδοση αλλά σαν μια διαδικασία εκτενούς αυτο-ανακάλυψης, απαραίτητη για την εξέλιξη του θεραπευτή.

Στην ίδια γραμμή σκέψης με την άποψη που παρατέθηκε από τον Smith, ο Parsons (2006) υποστηρίζει ότι επειδή η αναλυτική διαδικασία, από τη φύση της, μπορεί να ανακινήσει άγχη και συγκρούσεις στο θεραπευτή, η ποιότητα της εμπλοκής με τον εκάστοτε θεραπευόμενο καθορίζεται κυρίως από την εμπλοκή του θεραπευτή με την ίδια την αντιμεταβίβασή του στην αναλυτική διαδικασία. Αν ο θεραπευτής βιώνει τις συγκρούσεις και τα άγχη που του ανακινούνται σαν κάτι που ενισχύει τη δυναμική ροή του ψυχισμού του, τότε η αλληλεπίδραση με τον ασθενή θα είναι μετασηματιστική (Parsons, 2006). Είναι όμως πιθανό ο αναλυτής, αμυντικά, να αποφύγει τη διατάραξη της εσωτερικής ισορροπίας του, θεωρώντας ότι λειτουργεί σε μια ελεύθερη συγκρούσεων περιοχή του Εγώ. Κάποιες στιγμές η θεραπεία μπορεί πράγματι να κινείται σε μια τέτοια περιοχή του ψυχισμού του αναλυτή, όμως το δέλεαρ να λειτουργεί σε μια βολική για αυτόν θέση πιθανόν είναι συνεχές (Brenman Pick, 1985). Λόγω της συναισθηματικής εμπλοκής που απαιτεί η ψυχαναλυτική διαδικασία, ο Wille (2008) υποστηρίζει ότι «εκτός από την εξοικείωση με την ασυνείδητη λειτουργία, την απόκτηση αναλυτικής λειτουργίας και την εξέλιξη μιας αυτοαναλυτικής ικανότητας, έχει μεγάλη σημασία η συνειδητή αναγνώριση της εχθρότητας του καθενός μας προς την ψυχανάλυση.» (σ. 1193)

Στην εργασία του αναλυτή συμβαίνει το εξής παράδοξο: καλείται να λειτουργεί ως αναλυτής και να πραγματοποιεί εποικοδομητικές αναλύσεις πριν αποκτήσει μια στέρεη αναλυτική ταυτότητα (Moller, 2014). Το να γίνει κανείς αναλυτής είναι μια αρκετά πολύπλοκη και χρονοβόρα διαδικασία. Η ικανότητα να διατηρεί κανείς ένα εσωτερικό αναλυτικό πλαίσιο μπορεί να είναι εύθραυστη για μεγάλο χρονικό διάστημα, όπως και η πίστη για το τι μπορεί να προσφέρει στον ασθενή. Ειδικά η εργασία με οριακούς ή/και ψυχικά ή σωματικά τραυματισμένους ασθενείς μπορεί να εντείνει την ανασφάλεια του θεραπευτή (Akhtar, 2014). Σε αυτές τις περιπτώσεις συχνά ο θεραπευτής θα πρέπει να αντέξει μεγάλα διαστήματα απουσίας αλλαγής αλλά και διάχυτης απελπισίας στον ασθενή, διατηρώντας ο ίδιος και για τους δύο την πίστη στις μετασηματιστικές δυνατότητες της αναλυτικής διαδικασίας. Οι έμπειροι αναλυτές αντλούν αυτή την πίστη τους από την προηγούμενη γνώση και εμπειρία τους. Οι πιο αρχάριοι θεραπευτές, ωστόσο, καλούνται να επιβιώσουν με «δανεική πίστη» (Akhtar, 2014, σελ. 210), η οποία αντλείται από την εποικοδομητική εμπειρία της προσωπικής τους ανάλυσης, τις συμβουλές των εποπτών και την πιθανή εξιδανίκευση των πιο αναγνωρισμένων αναλυτών. Αυτές οι τρεις πηγές, σύμφωνα με τον Akhtar (2014), λειτουργούν σαν στήριγμα μέχρι να αποκτήσει ο θεραπευτής πραγματική εμπιστοσύνη στην ψυχαναλυτική διαδικασία και στην προσωπική του αναλυτική λειτουργία. Παρόμοια άποψη έχει εκφράσει και ο Britton, διατυπώνοντας ωστόσο την άποψη ότι λόγω ακριβώς της πιθανής παρατεταμένης περιόδου εξάρτησης από μια «αυθεντία» ή θεωρία ως αντιστάθμισμα στην ανασφαλή αναλυτική λειτουργία, ο κίνδυνος μόλυνσης της εμπειρίας με υπερεκτιμημένες ιδέες είναι ένα πρόβλημα υπαρκτό στην ψυχαναλυτική διαδικασία (Britton, 2003, σ. x). Ο Wille υποστηρίζει ότι είναι πλάνη να πιστεύει κανείς ότι υπάρχουν αναλυτές που έχουν προβλήματα με την αναλυτική τους ταυτότητα και άλλοι που δεν έχουν (2008, σ. 1225). Όλοι οι αναλυτές παλεύουν με τη αναλυτική τους ταυτότητα, η διαφορά όμως ανάμεσα στους έμπειρους αναλυτές και στους πιο αρχάριους είναι στην ένταση.

Όταν κάποιος είναι σε εκπαίδευση ή όταν ξεκινάει την ιδιωτική πρακτική του επαγγέλματος, ο λιγοστός συνήθως αριθμός των περιπτώσεων που έχει σε θεραπεία αλλά και το τι σημαίνουν αυτοί οι ασθενείς για την προσωπική του εκπαιδευτική και επαγγελματική εξέλιξη ίσως αποτελούν παράγοντες που ενισχύουν τις ενδοψυχικές συγκρούσεις που έχουν να κάνουν με την ίδια την υπόσταση κάποιου ως θεραπευτή ή αλλιώς την θεραπευτική ή αναλυτική του ταυτότητα. Σύμφωνα με τον Limentani (1982), σε κάποιες περιπτώσεις, το άγχος που σχετίζεται με την προοπτική της εγκατάλειψης του θεραπευτή από τον ασθενή κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσής του μπορεί να

συμβάλει στην κατάρρευση της σχέσης, οπότε ο θεραπευτής ακούσια έχει μεγάλο μέρος της ευθύνης για την απρόσμενη διακοπή της θεραπείας από την πλευρά του ασθενούς. Οι επιπτώσεις αυτού του ενδεχομένου είναι τέτοιες που οι συζητήσεις που έπονται συνήθως παραβλέπουν αυτή την πλευρά και κατευθύνονται κυρίως στην αναζήτηση στοιχείων μη αναλυσιμότητας του θεραπευόμενου ή κάποιας παράβλεψης στη συνέντευξη αξιολόγησης πριν την πρόταση για ψυχοθεραπεία ή ανάλυση.

Ο Jaffe (2001) ερευνά το πώς επιδρούν στις αναλύσεις που αναλαμβάνουν οι εκπαιδευόμενοι, οι συγκεκριμένες εκπαιδευτικές απαιτήσεις που πρέπει να εκπληρώσουν προκειμένου να γίνουν αναλυτές. Υποστηρίζει ότι οι αναλύσεις κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης διαφέρουν από αυτές που διεξάγονται μετά την ολοκλήρωση της εκπαίδευσης, καθώς οι εκπαιδευόμενοι δέχονται διαφορετικές επιρροές, όπως για παράδειγμα το να βρίσκονται οι αναλύσεις που αναλαμβάνουν υπό εποπτεία αλλά και υπό αξιολόγηση όσον αφορά την πρόοδο του ασθενούς. Λόγω της ανάγκης τους να προοδεύσουν, οι εκπαιδευόμενοι επιζητούν την επιδοκιμασία των διδασκόντων αναλυτών και των εποπτών τους. Αυτό συσχετίζεται άμεσα με την ανάγκη τους οι θεραπείες που αναλαμβάνουν να εξελίσσονται καλά και οι ασθενείς να παραμένουν για όσο χρόνο τουλάχιστον απαιτεί το εκπαιδευτικό πλαίσιο. Σύμφωνα με τον Jaffe αυτές οι επιδράσεις επηρεάζουν δυσμενώς την αναλυτική διαδικασία, καθώς αφορούν έμμεσα αντιμεταβιβαστικά φαινόμενα, φαινόμενα δηλαδή η πηγή των οποίων είναι έξω από τη δυάδα ασθενή-αναλυτή. Για παράδειγμα, μπορεί να παρατηρηθεί παρεμβολή στη βέλτιστη αναλυτική στάση, με την υπερεπαγρύπνιση να παίρνει τη θέση της ελεύθερα κυμαινόμενης προσοχής και ενδοσκοπήσης (Ehrlich, 2001). Σύμφωνα με τον Ehrlich (2001), η φύση αυτής της υπερεπαγρύπνισης σχετίζεται, μεταξύ άλλων, με την συνεχή αξιολόγηση της προόδου του ασθενούς από τον θεραπευτή, με την αξιολόγηση του αναλυτή από επόπτες και επιτροπές, καθώς και με τη σύγκριση των εκπαιδευόμενων αναλυτών με τους συνεκπαιδευόμενους. Γενικά αναφέρεται στα πιο παλινδρομημένα στοιχεία της εκπαίδευσης των αναλυτών, στην σχεδόν παρανοϊκή στάση με την οποία βιώνουν κάποιες φορές οι εκπαιδευόμενοι την λεπτομερή αξιολόγηση στην οποία υποβάλλεται η δουλειά τους.

Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, ο Ogden διατυπώνει την άποψη ότι προκειμένου να χρησιμοποιήσει ο αναλυτής την ονειροπόλησή του θα πρέπει να μην έχει το άγχος να αποκτήσει άμεσα κατανοήσεις και να μην υποβάλει τις συνεδρίες συνεχώς σε αξιολόγηση (1997a). Αν σκεφτούμε αυτή τη διατύπωση του Ogden στο πλαίσιο της παρούσας προβληματικής, θα

μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι η ικανότητα των πιο αρχάριων θεραπευτών για αξιοποίηση της ονειροπόλησής τους προς όφελος της θεραπείας μπορεί να παρεμποδίζεται από την έμμεση αντιμεταβίβαση τους. Το ζήτημα είναι ότι αυτές οι περιπλοκές στην αναλυτική διαδικασία σπάνια λαμβάνονται υπόψιν καθώς και οι επόπτες και οι εκπαιδευόμενοι απορροφούνται από την ανάλυση των ενδοψυχικών φαινομένων, αφήνοντας συνήθως απέξω την πιθανή επίδραση που μπορούν να έχουν οι εκπαιδευτικές απαιτήσεις στις θεραπείες που αναλαμβάνουν οι εκπαιδευόμενοι (Jaffe, 2001).

Οι Cabaniss και Roose (1997) επιχείρησαν να αξιολογήσουν την επίδραση των εκπαιδευτικών απαιτήσεων στην αναλυτική λειτουργία των εκπαιδευόμενων αναλυτών σε μια μελέτη που διεξήγαγαν στο Πανεπιστημιακό Κέντρο Columbia για Ψυχαναλυτική Εκπαίδευση και Έρευνα. Ρώτησαν τους εκπαιδευόμενους αν η ανάγκη τους να αξιολογηθούν θετικά για τη δουλειά τους επηρέασε τη θεραπευτική διαδικασία στις περιπτώσεις που αναλάμβαναν στα πλαίσια της εκπαίδευσής τους. Έπειτα ρώτησαν αυτούς που απάντησαν καταφατικά ποιά πλευρά της αναλυτικής διαδικασίας επηρεάστηκε. Οι εκπαιδευόμενοι ανέφεραν ότι η ανάγκη τους να αξιολογηθούν θετικά επηρέασε το 41% των αναλύσεων. Το 60% των εκπαιδευόμενων ανέφεραν τουλάχιστον μία περίπτωση που επηρεάστηκε. Στο 39% των περιπτώσεων που επηρεάστηκαν, οι εκπαιδευόμενοι ανέφεραν μια απροθυμία να ερμηνεύσουν συγκεκριμένα ζητήματα, ενώ στο 48% των περιπτώσεων οι εκπαιδευόμενοι επηρεάστηκαν στον καθορισμό της αμοιβής. Σύμφωνα με τους συγγραφείς η ανάγκη των εκπαιδευόμενων να λάβουν τα εύσημα συχνά τους οδηγεί να αποφεύγουν να αναφέρονται σε θέματα που μπορεί να οδηγήσουν τους ασθενείς τους να διακόψουν. Το συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουν οι συγγραφείς είναι το εξής «Οι εκπαιδευόμενοι έχουν ως στόχο να διατηρήσουν τους ασθενείς τους στη θεραπεία, γεγονός το οποίο επηρεάζει δυσμενώς την ικανότητά τους να αναλύουν τους ασθενείς τους και παρεμποδίζει την ανάπτυξη αναλυτικής ικανότητας» (1997, σελ. 196).

Η ευάλωτη ταυτότητα των αναλυτών συνδέεται επίσης με την ιστορία της ψυχανάλυσης, η οποία προωθεί μια ιδεατή ψυχαναλυτική πρακτική η οποία είναι αδύνατον να επιτευχθεί. Ο Peter Fonagy (2008) διατυπώνει την άποψη ότι το επάγγελμα του αναλυτή είναι εμποτισμένο με ταμπού που σχετίζονται με αρχαϊκές υπερ-εγωτικές δομές, κάτι που υποθέτει ότι μπορεί να συνδέεται με την ιστορία της ψυχανάλυσης αλλά και την ίδια τη φύση της εργασίας. Στην περιγραφή των οδηγιών για τη διεξαγωγή της ψυχαναλυτικής θεραπείας, ο Freud (1912) υποστηρίζει ότι αυτά που

προτείνει ταιριάζουν στο χαρακτήρα του και ότι άλλοι θεραπευτές μπορεί να λειτουργούν διαφορετικά με τους ασθενείς τους και με το έργο που αναλαμβάνουν. Ωστόσο, παρότι ο Freud φαίνεται να αφήνει το περιθώριο στους αναλυτές να είναι καινοτόμοι και να προσαρμόζουν την τεχνική, οι περισσότεροι αναλυτές προσκολλώνται στις κατευθυντήριες οδηγίες του και προσπαθούν να προσδιορίσουν μια κλασσική τεχνική (Akhtar, 2014).

Από τις εκθέσεις διαφόρων Working Parties της EPF (π.χ Basile, 2011) φαίνεται να υπάρχει μια αναζήτηση της σωστής ψυχαναλυτικής τεχνικής και μια τάση για κριτική της εργασίας του κάθε ψυχαναλυτή στις ομάδες των ψυχαναλυτών, παρότι όλοι οι ψυχαναλυτές αναγνωρίζουν θεωρητικά ότι η αντιμεταβίβαση είναι κυρίως ασυνείδητη και η επεξεργασία της συνήθως μπορεί να γίνει μόνο εκ των υστέρων. Η προσωπική ανάλυση του θεραπευτή τον βοηθάει να επεξεργαστεί τις αντιμεταβιβαστικές του αντιδράσεις από μια τρίτη θέση, εδραιώνοντας μια ικανότητα αυτοανάλυσης. Ωστόσο, η ικανότητα αυτή φαίνεται να υπερεκτιμάται, κάτι που συνδέεται με τη ντροπή που αισθάνονται οι θεραπευτές όταν έρχονται αντιμέτωποι με μια διαδραμάτιση στην οποία συμμετείχαν. Η αναγνώριση ότι τα αντιμεταβιβαστικά ολισθήματα είναι εώς ένα βαθμό αναπόφευκτα, διευκολύνει κάποιον εκτός από το να καταφύγει στην αυτο-ανάλυση, να αναζητήσει και τη βοήθεια συναδέλφων μπαίνοντας σε μια ανοιχτή και ειλικρινή επικοινωνία που θα μπορούσε να φωτίσει την κατάσταση. Ωστόσο, λόγω της εξιδανικευμένης σχέσης που έχουν οι περισσότεροι αναλυτές με τον Freud, αισθάνονται ότι πρέπει να φτάσουν σε μια ικανότητα αυτο-ανάλυσης η οποία είναι ιδεώδης και ανέφικτη. Αυτή η ευθραυστότητα στην ψυχαναλυτική ταυτότητα, μπορεί να οδηγήσει κάποιον να παγιδευτεί σε μια ναρκισσιστική φυλακή εξιδανίκευσης και υποτίμησης και της ψυχαναλυτικής εργασίας αλλά και της ίδιας της υπόστασής του ως αναλυτή (Sandler, 1983).

Το Υπερ-Εγώ των αναλυτών αλλά και το ψυχαναλυτικό Ιδεώδες πολλές φορές αποτελούν εμπόδιο στο να αφογκραστεί ένας ψυχοδυναμικός ψυχοθεραπευτής την πραγματική ψυχική του διαθεσιμότητα. Μπορεί σε ορισμένες περιόδους κάποιος να είναι λιγότερο διαθέσιμος ψυχικά να αναλάβει έναν νέο ασθενή ή να μην αντέχει επαρκώς τις περιπέτειες της θεραπείας με έναν «δύσκολο» ασθενή που έχει σε θεραπεία. Ο ψυχοδυναμικός ψυχοθεραπευτής πρέπει συνεχώς να επεξεργάζεται το αίσθημα παντοδυναμίας όταν τείνει να επηρεάσει τη θεραπεία. Αυτό δεν αφορά μόνο την αλληλεπίδραση με τον θεραπευόμενο αλλά και τη σχέση του θεραπευτή με την κλινική ομάδα με την οποία συνεργάζεται ή με την ομάδα εποπτείας, καθώς και τη σχέση του με την ίδια

την αναλυτική διαδικασία. Ο θεραπευτής, που απωθεί το αίσθημα παντοδυναμίας, μπορεί να βιώσει ως ναρκισσιστικό τραύμα την αποκάλυψη κάποιας πληροφορίας στην ομάδα που τον βάζει σε μια θέση αδυναμίας.

Θα μπορούσαμε να υποθέσουμε, με βάση τα όσα έχουμε παραθέσει για τις ψυχικές απαιτήσεις της ψυχαναλυτικής εργασίας, ότι η μειωμένη ψυχική διαθεσιμότητα μπορεί να είναι ένας παράγοντας που μπορεί να οδηγήσει σε dropout του ασθενούς κυρίως στο αρχικό στάδιο της θεραπείας, που δεν έχει εγκατασταθεί η θεραπευτική συμμαχία ενώ τα ασυνείδητα παράγωγα γίνονται άμεσα και έντονα ενεργά. Όπως έχει διατυπωθεί και από τον Freud (1954, σελ. 486) «όταν δεν είμαι σε καλή διάθεση και κύριος του εαυτού μου, κάθε ένας από τους ασθενείς μου είναι ένα βασανιστικό πνεύμα για μένα». Αυτή η φράση του Freud φαίνεται να εκφράζει μια αρνητική αντιμεταβίβαση απέναντι στην ίδια την ψυχαναλυτική διαδικασία, με την ψυχική διαθεσιμότητα που προϋποθέτει, και όχι απέναντι σε συγκεκριμένους ασθενείς.

Τα πράγματα δυσκολεύουν ακόμα περισσότερο αντιμεταβιβαστικά όταν ο αναλυτής πρέπει να κερδίσει τα προς το ζην κάνοντας αναλυτική εργασία. Όπως έχει ήδη σημειωθεί, η πορεία για να αποκτήσει κάποιος αρκετά στέρεη αναλυτική ταυτότητα είναι χρονοβόρα και επίπονη. Επομένως, η ικανότητα να διατηρήσει ένα εσωτερικό αναλυτικό πλαίσιο, ιδιαίτερα όταν υποδέχεται έναν νέο ασθενή, μπορεί να είναι εύθραυστη για πολύ καιρό. Αυτό μπορεί να είναι υπερβολικά πολύς καιρός για έναν θεραπευτή που πρέπει να βιοποριστεί από το επάγγελμά του.

Παραθέτοντας την εργασία του Racker (1968) για την αντιμεταβίβαση, θα μπορούσαν να κατηγοριοποιηθούν όλοι οι προαναφερθέντες παράγοντες (οι ψυχικές απαιτήσεις της ψυχαναλυτικής εργασίας, η ασταθής αναλυτική λειτουργία, οι εκπαιδευτικές απαιτήσεις προκειμένου να γίνει κάποιος αναλυτής, το υψηλό Ιδεώδες του ψυχαναλυτικού επαγγέλματος, ο βιοπορισμός του νέου θεραπευτή από το επάγγελμα του) ως αιτίες που μπορούν να πυροδοτήσουν «έμμεσα» αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις οι οποίες δυσχεραίνουν την αναλυτική εργασία. Ο Racker διακρίνει την αντιμεταβίβαση σε άμεση και έμμεση. Η άμεση αντιμεταβίβαση αφορά ουσιαστικά όλα όσα εγείρονται μέσα στον αναλυτή σαν ψυχολογική απόκριση στον αναλυόμενο. Η δεύτερη μορφή αντιμεταβίβασης σύμφωνα με τον Racker αναφέρεται «στη μεταβίβαση των ενδοβλημένων αντικειμένων είτε στην κοινωνία ως σύνολο, μέσω της οποίας, για παράδειγμα, ο αναλυτής επιθυμεί να γίνει αποδεκτός βάσει της επαγγελματικής και της επιστημονικής του δραστηριότητας, είτε σε κάποια κοινωνική ομάδα, όπως είναι η αναλυτική ομάδα... Σε αυτές τις

περιπτώσεις τα ενδοβλημένα αντικείμενα μεταβιβάζονται ταυτόχρονα στον ασθενή, αλλά με έμμεσο τρόπο.» (σελ. 168-169). Και ο Racker διαφοροποιεί την ένταση των έμμεσων αντιμεταβιβαστικών αντιδράσεων αναλογα με την εμπειρία του θεραπευτή, διατυπώνοντας την άποψη ότι η εσωτερική και η εξωτερική εξάρτηση προς τους θεραπευόμενους αφορά σε μεγαλύτερο βαθμό τους πιο αρχάριους θεραπευτές.

## ΜΕΡΟΣ Β' (Ειδικό κλινικό μέρος)

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μεθοδολογία που κρίνεται κατάλληλη προκειμένου να μελετηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα είναι η ποιοτική, η οποία θα συνδυάζει στοιχεία κλινικής και θεωρητικής έρευνας. «Η κλινική έρευνα εννοιολογείται ως κυκλικές διαδικασίες παρατήρησης σε κλινικές καταστάσεις και ασυνείδητες διαδικασίες κατανόησης ή, με άλλα λόγια, ερμηνείας» (Leuzinger Bohleber, 2006, p.1369). Σύμφωνα με τη Leuzinger-Bohleber, η κλινική έρευνα χρησιμοποιεί, ρητά ή άρρητα, έννοιες και μεταψυχολογικές υποθέσεις με στόχο να φωτίσει πτυχές της κλινικής εργασίας και να εμβαθύνει στην κατανόηση της κλινικής εικόνας συγκεκριμένων περιπτώσεων και διαταραχών (Leuzinger Bohleber, 2006). Δηλαδή η κλινική έρευνα διαποτίζεται από την θεωρία, παρότι στόχος της δεν είναι η ανάπτυξη εννοιών και θεωριών αλλά η εμβάθυνση της κατανόησης των κλινικών φαινομένων (Leuzinger Bohleber, 2006). Με βάση τα παραπάνω, κρίθηκε σκόπιμο οι έννοιες που χρησιμοποιούνται για την παρουσίαση της συγκεκριμένης εργασίας να αναλυθούν ως προς το περιεχόμενό τους σύμφωνα με την εννοιολογική μεθοδολογία μελέτης. Η παράθεση των συγκεκριμένων κλινικών παραδειγμάτων έχουν ως στόχο να καταδείξουν πώς η ευθραυστότητα της θεραπευτικής ταυτότητας, κυρίως των λιγότερο έμπειρων θεραπευτών, μπορεί να τους επηρεάσει και προσωπικά και στην εργασία τους ως θεραπευτές και στην κατανόηση των ασθενών τους. Αυτές οι τρεις διαστάσεις, όπως θα φανεί, αλληλεπιδρούν και αλληλοδιδευσδύουν η μία στην άλλη.

## **Κλινική περίπτωση: Κα Κ.**

*Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό το οποίο αφαιρέθηκε για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων.*

*Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό το οποίο αφαιρέθηκε για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων.*

*Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό το οποίο αφαιρέθηκε για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων.*

#### ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η θεραπευόμενη φαίνεται να έχει μικρή ανοχή στο άγχος και αντιμετωπίζει με φόβο ό,τι πάει να αναδυθεί. Η ζωή της βασίζεται στη δράση για να μην υπάρχει χώρος για σκέψη. Ωστόσο έχει επίγνωση αυτού του φόβου της και ίσως διαθέτει ένα Εγώ που παρατηρεί. Ο αμυντικός τρόπος που αντιμετώπιζε τον εσωτερικό της κόσμο και τη θεραπεία, ως πεδίο επεξεργασίας αυτού, εκφράστηκε κυρίως μέσω της πράξης με την εναλλαγή παρουσίας και απουσίας της από τις συνεδρίες. Η αμφιθυμία της θεραπευόμενης ωστόσο ήταν σε συστοιχία με την αμφιθυμία της

θεραπεύτριας, η ψυχική διαθεσιμότητα της οποίας ήταν περιορισμένη εκείνο το διάστημα για λόγους που δεν αφορούσαν τη συγκεκριμένη θεραπευόμενη. Η υπόθεση που έκανε η θεραπεύτρια και μελετάται και στην παρούσα εργασία είναι ότι η μειωμένη ψυχική διαθεσιμότητα της ίδιας σε συνδυασμό με τις ψυχικές απαιτήσεις της ανάληψης ενός νέου περιστατικού ήταν ένας παράγοντας που μπορεί να οδήγησε στο dropout της ασθενούς στο αρχικό αυτό στάδιο της θεραπείας, που δεν έχει εγκατασταθεί η θεραπευτική συμμαχία. Όπως έχει διατυπωθεί και στο θεωρητικό σκέλος «όταν δεν είμαι σε καλή διάθεση και κύριος του εαυτού μου, κάθε ένας από τους ασθενείς μου είναι ένα βασανιστικό πνεύμα για μένα» (Freud, 1954, p. ). Αυτή η φράση του Freud φαίνεται να εκφράζει μια αρνητική αντιμεταβίβαση απέναντι στην ίδια την ψυχαναλυτική διαδικασία, με την ψυχική διαθεσιμότητα που προϋποθέτει, και όχι απέναντι σε συγκεκριμένους ασθενείς. Όπως έχει ειπωθεί και από τη Mette Moller, «η αντιμετώπιση αυτών των εσωτερικών προσκομμάτων, αποτελεί έναν καλύτερο τρόπο για να βρεθούν περισσότεροι αναλυτικοί ασθενείς από το να αναζητούμε τη λεγόμενη αναλυσιμότητα σε ασθενείς» (2014, σελ.28). Θα πρέπει να διεκρινιστεί ότι η διακοπή της θεραπείας συνήθως είναι αποτέλεσμα συνδυασμού παραγόντων που αφορούν τον ασθενή, τον αναλυτή και τις εξωτερικές συνθήκες, ωστόσο στην παρούσα μελέτη η διερεύνηση προσανατολίζεται στους παράγοντες από την πλευρά του θεραπευτή.

Μια άλλη παράμετρος που πρέπει να συζητηθεί είναι ότι η διακοπή αυτή της θεραπείας κινητοποίησε άγχη στη θεραπεύτρια που συνδέονταν περισσότερο με την αντιμεταβίβαση στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού και στην κλινική ομάδα εποπτείας (έμμεση αντιμεταβίβαση). Η ασθενής αυτή ήταν πολύτιμη για τη θεραπεύτρια γιατί συνδεόταν άμεσα η συνέχιση της θεραπείας της με την εξέλιξη της θεραπεύτριας στο μεταπτυχιακό αλλά και με την υπόστασή της ως θεραπεύτρια στο πλαίσιο της ομάδας εποπτείας. Η θεραπεύτρια δεν αισθανόταν ελεύθερη να σκεφτεί αν θέλει πράγματι να εργαστεί ψυχοθεραπευτικά με τη συγκεκριμένη ασθενή διότι η θεραπεία θα γινόταν στο πλαίσιο της πρακτικής άσκησης του μεταπτυχιακού, παρότι θεωρητικά είχε τη δυνατότητα της επιλογής. Για τη θεραπεύτρια είχε περισσότερη σημασία η σχέση της με το πλαίσιο του μεταπτυχιακού (ομάδα εποπτείας, εξέλιξη στο μεταπτυχιακό) παρά η σχέση της με την θεραπευόμενη. Σκεφτόταν ότι αν δε δεχόταν να αναλάβει τη συγκεκριμένη ασθενή ή η θεραπεία αποτύγχανε, θα γινόταν αντικείμενο κριτικής και αμφισβήτησης στο νου του επόπτη και των συναδέλφων της. Αυτά τα άγχη αφορούν στα πιο παλινδρομημένα στοιχεία της εκπαίδευσης των θεραπευτών, στη σχεδόν παρανοϊκή στάση με την οποία βιώνουν την αξιολόγηση στην οποία υποβάλλεται η δουλειά τους. Ο ψυχοδυναμικός ψυχοθεραπευτής πρέπει συνεχώς να επεξεργάζεται

το αίσθημα παντοδυναμίας όταν τείνει να επηρεάσει τη θεραπεία. Ο θεραπευτής, που απωθεί το αίσθημα παντοδυναμίας, μπορεί να βιώσει ως ναρκισσιστικό τραύμα τα συμβάντα που θεωρούνται ως θεραπευτική αποτυχία, όπως είναι το dropout του ασθενούς, και να αποφύγει να επικοινωνήσει πληροφορίες στην ομάδα εποπτείας ή την κλινική ομάδα που θα τον έβαζαν σε μια θέση αδυναμίας. Οι εκπαιδευόμενοι ψυχοθεραπευτές όταν αναλαμβάνουν περιπτώσεις στα πλαίσια της εκπαίδευσής τους έχουν ως στόχο οι θεραπευόμενοι να παραμείνουν στη θεραπεία για όσο διάστημα απαιτεί το εκπαιδευτικό πλαίσιο και οι θεραπείες να σημειώνουν πρόοδο, καθώς έχουν ανάγκη να λάβουν τα εύσημα προκειμένου να στηρίξουν την εύθραυστη αναλυτική τους ταυτότητα. Αυτές οι επιδράσεις που σχετίζονται με τις εκπαιδευτικές απαιτήσεις επηρεάζουν δυσμενώς τη θεραπευτική διαδικασία, όπως διατυπώθηκε και στην έρευνα του Jaffe (2001) και θα πρέπει να τυγχάνουν ανάλογης επεξεργασίας με την άμεση αντιμεταβίβαση.

## ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΑ Μ.

*Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό το οποίο αφαιρέθηκε για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων.*

*Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό το οποίο αφαιρέθηκε για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων.*

*Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό το οποίο αφαιρέθηκε για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων.*

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Στο σημείο αυτό θα επιχειρηθεί μια σύνδεση της κλινικής περίπτωσης με το θεωρητικό σκέλος της παρούσας εργασίας. Η συγκεκριμένη ασθενής, όπως προαναφέρθηκε, ξεκίνησε θεραπεία σε μια πολύ αρχική φάση της επαγγελματικής πορείας της θεραπεύτριας. Η θεραπεύτρια θεωρούσε τη θεραπεία με τη συγκεκριμένη ασθενή πολύ διδακτική για την εμπειρία της ως θεραπεύτρια και οι συζητήσεις της συγκεκριμένης κλινικής περίπτωσης στην εποπτεία ένωθε ότι την εξέλιξαν. Λόγω αυτού, παρότι δεν ήταν στην πραγματικότητα η μοναδική ασθενής για τη θεραπεύτρια, εντούτοις η θεραπεύτρια την ξεχώριζε. Το ενδιαφέρον είναι ότι, παρότι η θεραπεύτρια αισθανόταν άγχος με την προοπτική του dropout της ασθενούς, η άμεση αντιμεταβίβασή της ήταν αρνητική καθώς ένωθε να βασανίζεται από τη συγκεκριμένη ασθενή. Βέβαια, μάλλον θα πρέπει να υποστηριχθεί ότι η θεραπεύτρια βασανιζόταν από την ίδια τη θεραπευτική εργασία και τις ψυχικές απαιτήσεις που εμπεριέχει, οπότε η συζήτηση μετακινείται πάλι στην έμμεση αντιμεταβίβαση. Επίσης, λόγω της εύθραυστης ψυχοθεραπευτικής της ταυτότητας, η θεραπεύτρια δεχόταν να βασανίζεται από την ασθενή για να αποφύγει τον κίνδυνο να βασανιστεί έντονα από το αυστηρό υπερ-εγώ της σε περίπτωση διακοπής της θεραπείας από την πλευρά της ασθενούς.

Στις έντονες αντιμεταβιβαστικές αντιδράσεις, που περνούσαν ακόμα και στο σώμα της θεραπεύτριας συντελούσε ένα σύνολο παραγόντων. Κατ' αρχάς, η έλλειψη εμπειρίας της θεραπεύτριας σημαίνει μια ευθραυστότητα στην υπόστασή της ως θεραπεύτρια η οποία συνδέεται με την αντίληψη για το τι μπορεί να προσφέρει, τόσο η ίδια προσωπικά όσο και η ψυχαναλυτικά ενήμερη θεραπευτική εργασία γενικότερα. Αυτό την εμπόδιζε να διακρίνει τις προβλητικές ταυτίσεις της ασθενούς από την πραγματικότητα της ασταθούς θεραπευτικής ικανότητας, οπότε και δυσκόλευε την επεξεργασία τους. Η θεραπεύτρια ένιωθε ορισμένες φορές ότι δεν βοηθάει τη θεραπευόμενη και ότι οι κατηγορίες που δεχόταν ήταν βάσιμες. Το σώμα της θεραπεύτριας λειτούργησε ως χώρος αποθήκευσης του ασυνείδητου υλικού που επικοινωνούσε η ασθενής μέσω προβλητικών ταυτίσεων και δεν μπορούσε ακόμα να αναπαρασταθεί ψυχικά. Στη θεραπεία ασθενών με έντονα οριακά στοιχεία ο θεραπευτής έρχεται συχνά αντιμέτωπος με σωματικά αντιμεταβιβαστικά φαινόμενα, λόγω της πρώιμης μεταβίβασης που παρουσιάζουν, αλλά και των μη λεκτικών μορφών επικοινωνίας που διαθέτουν (Alexandris & Vaslamatzis, 1993). Η αντιμεταβίβαση δεν μπορούσε να πάρει την ποιότητα της ονειροπόλησης λόγω του άγχους της θεραπεύτριας ότι πρέπει να δώσει μια άμεση βοήθεια στην ασθενή. Η ονειροπόληση προϋποθέτει μια πιο χαλαρή στάση στην θεραπευτική εργασία και όχι να υποβάλλεται σε μια συνεχή αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της, ανά συνεδρία, βδομάδα, μήνα (Ogden, 1997a). Η θεραπεύτρια βρισκόταν σε μια υπερεπαγρύπνιση που την εμπόδιζε να σκεφτεί την ασυνείδητη φαντασίωση πίσω από τη φράση που έλεγε συχνά η ασθενής στο τέλος της συνεδρίας «πάλι δεν πήρα απαντήσεις», καθώς αισθανόταν το αίτημά της σαν κάτι πολύ επείγον που μπορούσε να κλονίσει τη θεραπευτική διαδικασία.

Μια υπόθεση που θα μπορούσε να γίνει είναι ότι οι απειλές της ασθενούς ότι θα διακόψει αλλά και ο πραγματικός κίνδυνος dropout ενισχύονταν από το άγχος της θεραπεύτριας ότι θα χάσει μια πολύτιμη για εκείνη ασθενή. Ο Racker αρκετά πρώιμα στην ιστορία της ψυχανάλυσης έχει ερευνήσει το πώς η αντιμεταβίβαση επηρεάζει τον ασθενή και τη μεταβίβασή του «Η αντιμεταβίβαση επηρεάζει τον τρόπο του αναλυτή και τη συμπεριφορά του, πράγμα που με τη σειρά του επηρεάζει την εικόνα που σχηματίζει ο αναλύόμενος για αυτόν. Μέσω των ερμηνειών του αναλυτή, της μορφής που τους δίνει, της φωνής του, μέσω κάθε στάσης που υιοθετεί απέναντι στον ασθενή, ο ασθενής αντιλαμβάνεται (συνειδητά ή ασυνείδητα) την ψυχολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο αναλυτής.» (1968, σελ. 156). Το άγχος της θεραπεύτριας την έκανε να μην μπορεί εύκολα να εμπεριέξει και να μορφοποιήσει τις προβλητικές ταυτίσεις της ασθενούς

και αντίθετα να εμπλέκεται σε διαδραματίσεις. Κάποιες από αυτές τις διαδραματίσεις, που εμπειρείχαν υποχωρήσεις στις απαιτήσεις της ασθενούς, μπορεί να ενίσχυσαν τη φαντασίωσή της ότι είναι η μοναδική ασθενής για τη θεραπεύτρια και να χρησιμοποιούσε αυτή τη φαντασίωση εξάρτησης της θεραπεύτριας από εκείνη για να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις της, εντείνοντας τις απειλές διακοπής της θεραπείας. Ωστόσο αυτές οι αμοιβαίες διαδραματίσεις παρείχαν πολύτιμες πληροφορίες στη θεραπεύτρια για το τι διαμείβονταν στη θεραπευτική σχέση, έστω κι αν η νοηματοδότηση γινόταν παλίνδρομα. Όταν η θεραπεύτρια επεξεργάστηκε το δικό της αίσθημα παντοδυναμίας, που σχετιζόταν με τη θεραπευτική της ταυτότητα, κατάφερε παράλληλα να βγει και από τη θέση της παντοδύναμης μητέρας που την «έβαζε» η ασθενής μέσω προβλητικών ταυτίσεων. Η επεξεργασία αυτής της διαδραμάτισης οδήγησε τη θεραπεύτρια σε μια άλλης ποιότητας παρέμβαση, η οποία δεν ήταν προβλητικά καθοδηγούμενη, που εκφράστηκε μέσα από τη φράση που απηύθυνε στην ασθενή μετά την χαμένη συνεδρία. Η θεραπεύτρια βγήκε από τη δυαδική σχέση επαναφέροντας το θεραπευτικό πλαίσιο, μιλώντας από μία θέση τρίτου αντικειμένου. Όπως έχει διατυπωθεί από τον Bateman «είναι πιθανό, ότι κατά τη διάρκεια της θεραπείας, οι ναρκισσιστικοί και οι οριακοί ασθενείς να χρειάζονται να βιώσουν έναν αναλυτή ο οποίος να μπερδεύεται με τον φόβο τους, να περιπλέκεται με την υποκειμενικότητα και την αντικειμενικότητα και παρόλα αυτά να είναι ικανός να επιβιώνει. Μόνο τότε μπορούν να ελευθερωθούν από την καταστροφικότητά τους, μπορούν οι σχέσεις τους να ευδοκιμήσουν και η ζωή τους να έχει αξία να τη ζήσουν.» (1998, p. 23).

Αξίζει να αναφερθεί, ότι πολύ σύντομα, μετά από αυτή την επεξεργασία της θεραπευτικής κατάστασης, η εικόνα άλλαξε ριζικά. Οι αναπαραστάσεις της μητέρας και του πατέρα έγιναν πιο ρεαλιστικές και οι διαπροσωπικές της σχέσεις βελτιώθηκαν. Ο θυμός και οι επιθέσεις της είχαν σχεδόν εξαλειφθεί, τόσο εντός όσο και εκτός συνεδρίας, Οι συναντήσεις μαζί της ήταν πολύ ευχάριστες πλέον για τη θεραπεύτρια, το άγχος της οποίας φάνταζε μακρινό αναφορικά με τη συγκεκριμένη ασθενή. Διατηρούνταν μόνο σε έναν ελάχιστο βαθμό απέναντι στη θεραπευτική διαδικασία, σε καμία περίπτωση όμως δεν ξαναπέρασε στο σώμα.

## **ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΚΑ Α.**

*Στο σημείο αυτό υπήρχε κλινικό υλικό το οποίο αφαιρέθηκε για λόγους προστασίας προσωπικών δεδομένων.*

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Η αλλαγή στάσης της θεραπεύτριας φαίνεται να συμβαδίζει με μια έρευνα των Cabaniss & Roose (1997) η οποία κατέδειξε ότι η ανάγκη των εκπαιδευομένων αναλυτών να επικροτηθούν για την αναλυτική τους εργασία και να προοδεύσουν στην εκπαίδευσή τους τους οδηγεί πολλές φορές να αποφεύγουν να φέρνουν θέματα στη θεραπεία που μπορεί να οδηγήσουν τους ασθενείς να διακόψουν. Η θεραπεύτρια είχε ανάγκη να διατηρήσει τους λιγοστούς ασθενείς της σε μια θεραπεία μακράς διάρκειας καθώς αυτό αισθανόταν ότι την εξέλιξε στη δουλειά της, μέσω και των εποπτειών στις οποίες συμμετείχε παρουσιάζοντας κλινικά περιστατικά. Ταυτόχρονα όμως η θεραπεύτρια εκείνο το διάστημα βιοποριζόταν άμεσα από τη δουλειά της στο ιδιωτικό της γραφείο, κάτι το οποίο ενίσχυε το άγχος της στο πιθανό dropout κάποιου θεραπευόμενου. Μπορούμε όμως να υποθέσουμε ότι και το ίδιο το άγχος της θεραπεύτριας από την προαναφερθείσα εξάρτησή της από την ασθενή, πιθανόν να δημιουργήσε προβλήματα στη θεραπευτική σχέση και να πυροδότησε μια απομάκρυνση της ασθενούς (έστω κατά δύο συνεδρίες το μήνα). Δηλαδή η τάση της θεραπεύτριας να ερμηνεύει περισσότερο μπορεί να προέκυψε από

την ανασφαλή θεραπευτική της ταυτότητα, η οποία μπορεί να διατυπωθεί σε μια φράση «η ασθενής μου δίνει περισσότερη εμπιστοσύνη και περισσότερα χρήματα κι εγώ πρέπει να της δώσω κάτι περισσότερο για να μείνει στη θεραπεία». Θα μπορούσε να ειπωθεί ότι η θεραπεύτρια αμυνόταν απέναντι στο αίσθημα κατωτερότητας και καταδίωξης από το δικό της αυστηρό Υπερ-εγώ καταδιώκοντας την ασθενή με τις ερμηνείες της.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Συμπερασματικά, στην παρούσα μελέτη καταδείχθηκε πώς η εύθραυστη αναλυτική ταυτότητα ενός νέου θεραπευτή μπορεί να επιδράσει τόσο στον ίδιο προσωπικά, όσο και στη θεραπευτική διαδικασία, χωρίς να υπονοούμε σαφή διάκριση αλλά αλληλοδιαπλοκή. Μέσα από την παρουσίαση και τη συζήτηση των κλινικών περιπτώσεων αναδεικνύεται η ανάγκη στις εποπτείες των εκπαιδευομένων ή αρχάριων θεραπευτών, η αντιμεταβίβαση που αφορά έμμεσα τη δυάδα ασθενή-θεραπευτή αλλά άμεσα τη σχέση του θεραπευτή με το εκπαιδευτικό πλαίσιο, τον επόπτη, την αναλυτική του ταυτότητα, την αναλυτική διαδικασία και το βιοπορισμό από το επάγγελμα να τυγχάνει ίσης διερεύνησης με την άμεση αντιμεταβίβαση προς τον ασθενή. Αυτές οι περιπλοκές στην αναλυτική διαδικασία σπάνια λαμβάνονται υπόψιν καθώς και οι επόπτες και οι εκπαιδευόμενοι απορροφούνται από την ανάλυση των ενδοψυχικών φαινομένων, αφήνοντας συνήθως απέξω τις επιδράσεις που βρίσκονται έξω από τη θεραπευτική δυάδα.

Στους περιορισμούς της παρούσας έρευνας εντάσσουμε το γεγονός ότι η διερεύνηση αφορά τα άγχη του νέου θεραπευτή στην ψυχοθεραπευτική διαδικασία χωρίς να γίνεται δομημένη συγκριτική μελέτη με σαφή διάκριση του δείγματος ανάμεσα σε αρχάριους και πεπειραμένους θεραπευτές. Επίσης, η μελέτη εστιάζει σε εκείνα τα άγχη της θεραπεύτριας που αναδύθηκαν στη δική της εργασία ως θεραπεύτρια και συνδέονται άμεσα με την ιστορία της. Τα άγχη του θεραπευτή στην ψυχαναλυτική διαδικασία είναι ένα οικουμενικό γεγονός, η ιδιαίτερη μορφή, όμως, που λαμβάνουν προσδιορίζεται από την ιστορία του κάθε θεραπευτή και τη συνάντησή του με τον εκάστοτε θεραπευόμενο. Η θεραπευτική συνάντηση είναι εν δυνάμει «μια ευκαιρία, τόσο για τον ασθενή όσο και για τον αναλυτή, να επιστρέψουν σε ανεπίλυτες συγκρούσεις του παρελθόντος και να τις επεξεργαστούν, προκειμένου να επιτύχουν μια νέα ενοποίηση» (Karamanolaki 2008, p.49).

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Akhtar, S. (2014). Psychoanalytic Treatment of Trauma and the Analyst's Personality, *Psychoanalytic Inquiry*, 34:204-213

Alexandris, A., Vaslamatzis G. (1993) Countertransference. Theory, Technique, Teaching. London: Karnac Books

Baranger, M. (2012). The Intrapsychic and the Intersubjective in Contemporary Psychoanalysis. *International Forum of Psychoanalysis*, 21(3):130-135

Basile, R. (2011), «How do psychoanalysts work? The work of the EPF working party on comparative clinical methods 2003-2009», *EPF Bull* 64 Suppl: 5-32.

Bateman, A.W. (1998). Thick- and Thin-Skinned Organisations and Enactment in Borderline and Narcissistic Disorders. *Int. J. Psycho-Anal.*, 79:13-25

Bateman, A, Holmes, J. (1995). Εισαγωγή στην Ψυχανάλυση. Σύγχρονη θεωρία και πρακτική. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.

Bion, W.R. (1962). Learning from experience. New York: Basic Books

Bion, W.R. (1967). Δεύτερες Σκέψεις. Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα, 2015

Brenman Pick I (1985). Working through in the countertransference. *Int. J. Psycho-Anal.* 66: 157-66

Britton, R. (2003), Sex, death and the superego: Experiences in psychoanalysis, Λονδίνο: Karnac

Cabaniss, D., & Roose, S. (1997). The control case: A unique analytic situation. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 45:189–198.

Caligor, E., Stern, B.L., Hamilton, M., MacCormack, V., Wininger, L., Sneed, J., Roose, S.P. (2009), «Why we recommend analytic treatment for some patients and not for others», *J Am Psychoanal Assoc* 57: 677-94

- Ehrlich, J. (2001). Being a candidate: Its impact on analytic process. Associate Faculty, Michigan Psychoanalytic Institute.
- Fonagy, P. (2008), «Foreword», στο R. S. Wille, «Psychoanalytic identity: Psychoanalysis as an internal object», *Psychoanal Q* 77:1193-229.
- Frayn, D.H. (1995). Premature termination issues in psychoanalytic control cases. *Canadian Journal of Psychoanalysis* 3:17–41.
- Freud, S. (1910). The future prospects of psychoanalytic therapy. *Standard Edition* (vol. 11, pp. 139-152).
- Freud, S. (1912). Recommendations to physicians practicing psychoanalysis. *Standard Edition* (vol. 12, pp. 109-120).
- Freud, S. (1915). Observations on transference love. *Standard Edition* (vol. 12, pp. 157-171).
- Freud S (1954). The origins of psycho-analysis: Letters to Wilhelm Fliess, drafts and notes, 1887-1902. Bonaparte M, Freud A, Kris E, editors. London: Imago. 486 p.
- Gabbard, G. (1995). Countertransference: The Emerging Common Ground. *Int. J. of Psycho-Anal.*, 76:475-485.
- Greene, A.U. (2001) Conscious mind - conscious body. *Journal of Analytic Psychology* 46: 565-90
- Gubb, K. (2014). Craving Interpretation: A Case of Somatic Countertransference. *Brit. J. Psychother*, 30(1):51-67
- Gunderson JG1, Frank AF, Ronningstam EF, Wachter S, Lynch VJ, Wolf PJ. Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy, *The Journal of nervous and mental disease* 1989 Jan;177(1):38-42.
- Hamilton, M. Winger, L. Roose, S.P. (2009). Dropout Rate of Training Cases: Who and When. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 57(3):695-702
- Heimann, P. (1950), On Countertransference. *Int. J. Psycho-anal*, 31:81-84

- Jacobs, T.J. (1973) Posture, gesture, and movement in the analyst: Cues to interpretation and countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 21: 77-92
- Jaffe, L. (2001). Countertransference, supervised analysis, and psychoanalytic training requirements. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 49:832–853.
- Karamanolaki, H. (2008). Clinical Notes on the Inner Experiences of the Analyst. *International Forum of Psychoanalysis*, 17(1):44-50
- Kernberg, O., (1987). Projection and Projective Identification: Developmental and Clinical Aspects. *Journal of the American Psychoanalytic Assoc.*, 35:795-819
- Leowald, H. (1980). On the therapeutic action of psychoanalysis. In *Papers on psychoanalysis* (pp. 221-256). New Haven: Yale University Press.
- Leuzinger-Bohleber, M. και Fischmann, T. (2006). What is Conceptual Research in Psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 87(5), σ. 1355-1386.
- Limentani, A. (1982). On the “Unexpected” Termination of Psychoanalytic Therapy. *Psychoanal. Inq.*, 2(3):419-440.
- Lombardi, R. (2002) Primitive mental states and the body: A personal view of Armando B. Ferrari's concrete original object. *International Journal of Psychoanalysis* 83: 363-81
- Ιωαννίδης, Χρ. στο Μανωλόπουλος, Σ. κ.α (2003). Η Ψυχανάλυση στον 21<sup>ο</sup> Αιώνα. Αθήνα: Εκδ. Παπαζήση.
- Marty, P. (1968) A Major Process of Somatization: The Progressive Disorganization. *Int' J. Psycho-Anal.* 49:246-9
- McLaughlin, J. (1991). Clinical and Theoretical Aspects of Enactment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39:595-614
- McLaughlin J (1981). Transference, psychic reality, and countertransference. *Psychoanal. Q.* 50: 639-64.
- McLaughlin, J.T. (1975) The sleepy analyst: Some observations on states of consciousness in the analyst at work. *Journal of the American Psychoanalytic Association* 23: 363-82

- Moller, M. (2014), «The Analyst's Anxieties in the First Interview: Barriers against Analytic Presence», *International Journal of Psycho-Analysis*, 95(3):485-503
- Ogden, T.H. (1997a) Reverie and interpretation. *Psychoanalytic Quarterly* 66: 567-95.
- Ogden, T.H. (1997b) Reverie and metaphor: Some thoughts on how I work as a psychoanalyst. *International Journal of Psychoanalysis* 78: 719-32.
- Ogden, T. (1994). *Subjects of Analysis*. London: Karnac, 2003.
- Ogden, T. (1979) On projective identification *Int. J. Psychoanal.* 60:357- 374.
- Parsons, M. (2006), *The Analyst's Countertransference to the Psychoanalytic Process* *International Journal of Psycho-Analysis*, 87(5):1183-1198
- Racker, H. (1968). *Μεταβίβαση και Αντιμεταβίβαση*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη, 2007
- Renik, O. (1998). *The Analyst's Subjectivity and the Analyst's Objectivity*. *International Journal of Psychoanalysis*, 79:487-497
- Renik, O. (1993). *Analytic Interaction: Conceptualizing Technique in Light Of the Analyst's Irreducible Subjectivity*. *Psychoanalytic Quarterly*. 62:553-571
- Rothstein, A. (1998), *Psychoanalytic technique and the creation of analytic patients*, Λονδίνο: Karnac.
- Sandler, J. (1983), «Reflections on some relations between psychoanalytic concepts and psychoanalytic practice», *Int J Psychoanal* 64: 35-45
- Searles H (1979). *Countertransference and related subjects: Selected papers*. New York, NY: International UP. 625 p.
- Semel, V.G. (1985). *Countertransference and the Continual Fantasy of Patient Terminations: A Modern Psychoanalytic Study of One Therapist's Resistance*. *Mod. Psychoanal.*, 10(1):47-63
- Smith H (1993). *Engagements in the analytic work*. *Psychoanal. Inq.* 13: 425-54
- Spotnitz, H. (1985). *Modern psychoanalysis of the schizophrenic patient*. Northvale, NJ: Aronson.

Vaslamatzis, G. (1999). On The Therapist's Reverie and Containing Function. *Psychoanalytic Quarterly*. 68:431-440

Wille, R.S. (2008), «Psychoanalytic Identity: Psychoanalysis as an Internal Object», *Psychoanal Q* 77: 1193-229

Winnicott, D. W. (2002), *Από την παιδιατρική στην Ψυχανάλυση.*, Εκδ. Καστανιώτη: Αθήνα.

Winnicott, D. W. (1960). The Theory of the Parent-Infant Relationship. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41:585-595

Ζερβής, Χ., Κωστούλας, Γ., Μανωλόπουλος, Σ., Ποταμιάνου Α., Σαββόπουλος Σ., (2003). Πέντε ψυχαναλυτές μιλούν για τη σχέση ψυχανάλυσης και ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας. Εκδ. Καστανιώτη: Αθήνα



