Γενικό άρθρο
General article

Η σημασία της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας στη σύγχρονη ψυχιατρική

Γ.Ν. Χατζησταυράκης, Τ. Λαζαράτου, Π. Σακελλαρόπουλος

Μονάδα Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας,
Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων Καλλιθέας

Ψυχιατρική 2006, 17:62–71

Εκτός από την καθημερινή κλινική εμπειρία, τα πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα αποδεικνύουν ότι οι ψυχαναλυτικές θεραπείες (ψυχανάλυση και ψυχαναλυτικές ψυχοθεραπείες) διατηρούν έναν ιδιαίτερο και κρίσιμο ρόλο για τη θεραπεία κάποιων μορφών ψυχικής νόσου. Γίνεται αναλυτική αναφορά στο σύνολο των εμπειρικών δεδομένων των μελετών για τις ψυχαναλυτικές θεραπείες, καθώς και στο ρόλο της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας για τις διάφορες ψυχικές νόσους (ψυχώσεις, συναισθηματικές και αγχώδεις διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας κ.λπ.). Γίνεται αναφορά στη σημασία των ψυχαναλυτικών θεωριών του φυσιολογικού και παθολογικού συναισθηματικού δεσμού μητέρας-βρέφους και στη σχέση τους με τα πρόσφατα νευροβιολογικά δεδομένα των συναισθηματικών συστημάτων. Τις τελευταίες δεκαετίες εμφανίζονται νέες ψυχοπαθολογικές εικόνες που αποτυπώνουν τις αλλαγές στις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις και απαιτούν τροποποιημένες θεραπευτικές τεχνικές. Στόχος της θεραπείας δεν είναι τόσο η άρση της απώθησης και η ανακούφιση από το σύμπτωμα, όσο η απαρτίωση διασπασμένων μερών του εαυτού και η αντιμετώπιση μιας διάχυτης ψυχικής δυσφορίας, αισθήματος κενού και ανίας. Γίνεται αναλυτική αναφορά στο ρόλο της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας σε σχέση με τις νέες ψυχοπαθολογικές εικόνες, καθώς και στις ανάλογες τροποποιήσεις στους θεραπευτικούς στόχους και την τεχνική. Πιστεύουμε ότι οι ψυχαναλυτικές θεραπείες οφείλουν να παραμείνουν στενά συνδεδεμένες με το ρεπερτόριο των σύγχρονων ψυχιατρικών θεραπειών, προς όφελος και των δύο.

Λέξεις ευρετηρίου: *ψυχιατρική, ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, εμπειρικά κατοχυρωμένες θεραπείες, νέες ψυχοπαθολογίες, αλλαγές θεραπευτικών στόχων.*

Η ψυχανάλυση υπήρξε για πολλούς η επιστήμη του 20ού αιώνα, όμως στο κατώφλι του 21ου η θέση της στη σύγχρονη ψυχιατρική φαίνεται τουλάχιστον αμφιλεγόμενη. Τα τελευταία χρόνια η πολιτική υγείας απαιτεί τη χρήση θεραπειών με τεκμηριωμένη επιστημονικά αποτελεσματικότητα και χαμηλό κόστος, ενώ στην ψυχιατρική κυριαρχούν οι νευροεπιστήμες και οι βιολογικές θεραπείες. Όσον αφορά στην ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, θεωρείται ότι μόνο ένας μικρός αριθμός ασθενών μπορεί να βοηθηθεί, λόγω της μακράς διάρκειάς της και του κόστους της, που δεν καλύπτεται από την οικονομική συμμετοχή των διαφόρων ταμείων.

Εξ άλλου, φαίνεται τελευταία να επικρατεί η τάση η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία να προτείνεται σε νευρωτικούς ασθενείς με σχετικώς καλή λειτουργικότητα,[1] στο περιθώριο της καθημερινής κλινικής ψυχιατρικής,[2] ενώ επικρατούν και προτείνονται ψυχοθεραπείες με «τεκμηριωμένη» αποτελεσματικότητα και χαμηλό κόστος, όπως η γνωσιακή - συμπεριφορική.[3]

Παρ' όλα αυτά, είναι νομίζουμε κοινή διαπίστωση ότι η ψυχανάλυση είναι αρκετά δημοφιλής και σήμερα, παρέχοντας ένα νόημα στα συμπτώματα των αρρώστων και μια πηγή ελπίδας για την κατανόηση και την ανακούφιση του ψυχικού πόνου. Σύμφωνα με τον Kernberg,[4] η κλινική εμπειρία δείχνει ότι η αποτελεσματικότητα της ψυχανάλυσης είναι αναμφισβήτητη, επισκιάζεται όμως από τη σύγχρονη πολιτική της υγείας: η εμπειρική έρευνα δίνει έμφαση στη μετρήσιμη αποτελεσματικότητα μιας θεραπείας, η οικονομική πολιτική στις αναλύσεις κόστους - οφέλους, ενώ ο σύγχρονος άνθρωπος αναζητεί την άμεση ανακούφιση από το σύμπτωμα, χωρίς να ενδιαφέρεται για την κατανόησή του, ζώντας σε μιαν εποχή γενικευμένης λήθης και αχρονικότητας. Απειλείται έτσι ένα διαζύγιο μεταξύ ψυχιατρικής και ψυχανάλυσης, υποκινούμενο από ιδεολογικές και οικονομικές δυνάμεις. Αντίθετα, σύμφωνα με τον συγγραφέα, η ανάπτυξη τα τελευταία χρόνια εξειδικευμένων ψυχαναλυτικών ψυχοθεραπειών προερχόμενων από τις βασικές ψυχαναλυτικές αρχές, παρέχει ευρέως αποδεκτές ψυχοθεραπευτικές μεθόδους για ειδικούς αρρώστους, αλλά και για πολλούς (ομαδική θεραπεία, θεραπείες ζεύγους και οικογένειας).

Η επίδραση πάντως της σύγχρονης κουλτούρας στις υπηρεσίες υγείας υποχρεώνει και την ψυχοθεραπεία να προσαρμοσθεί. Η ψυχανάλυση, από τη φύση της, δυσκολεύεται. Παραδοσιακά, η ψυχανάλυση απαιτεί από τον θεραπευτή να μην έχει προσδοκίες από τον άρρωστο, να τον προσεγγίζει «χωρίς μνήμη ή επιθυμία», σύμφωνα με την περίφημη φράση του Bion,[5] και είναι ιδιαίτερα επιφυλακτική σε κάθε προσπάθεια να μετρηθεί - ποσοτικοποιηθεί η ιδιαίτερη ποιότητα της ψυχαναλυτικής εργασίας. Ο Wallerstein[6] τονίζει την αντίφαση που υπάρχει ανάμεσα στην έλλειψη απαιτήσεων από τη μία, σαν το ορθό τεχνικό εργαλείο του ψυχαναλυτή, και την υιοθέτηση των πιο φιλόδοξων θεραπευτικών στόχων από την άλλη, που είναι η ριζική αναδιοργάνωση της προσωπικότητας και η επίτευξη σταθερών αποτελεσμάτων στη διάρκεια του χρόνου.

Οι Gabbard, Gunderson και Fonagy, εξετάζοντας τον ρόλο των ψυχαναλυτικών ψυχοθεραπειών εντός της σύγχρονης ψυχιατρικής σε πρόσφατα δημοσιευθέν άρθρο τους,[7] είναι πεπεισμένοι ότι οι ψυχαναλυτικές θεραπείες (ψυχανάλυση και οι διάφορες ψυχαναλυτικές ψυχοθεραπείες) πρέπει να παραμείνουν στενά συνδεδεμένες με το ρεπερτόριο των σύγχρονων ψυχιατρικών θεραπειών, προς όφελος και των δύο. Οι θεραπείες αυτές διατηρούν έναν ιδιαίτερο και δυνητικώς κρίσιμο ρόλο στη θεραπεία κάποιων μορφών ψυχικής νόσου.

Ανακεφαλαιώνοντας, το σύνολο των εμπειρικών δεδομένων που αφορούν στη βραχεία ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία αναφέρει ότι υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι είναι εξίσου αποτελεσματική με τις υπόλοιπες θεραπευτικές μεθόδους και μάλιστα ελαφρώς ανώτερη, αν συνυπολογίσουμε την εκτίμηση των ασθενών σε follow-up. Η στατιστική έρευνα της ψυχανάλυσης και των μακροχρόνιων εντατικών θεραπειών είναι πολύ δύσκολη: το κόστος τέτοιων μελετών είναι υψηλότατο και ένα πλήθος από αστάθμητες μεταβλητές επηρεάζει τα τελικά αποτελέσματα,

όπως ασθένειες, γεγονότα ζωής, συννοσηρότητα με διαταραχές του Άξονα Ι κατά DSM-IV και φαρμακευτικές αλλαγές. Εξ άλλου, οι ασθενείς θέλουν να επιλέγουν τη θεραπεία και τον θεραπευτή της αρεσκείας τους. Η επιλογή θεραπευτή είναι βασικό χαρακτηριστικό κάθε ψυχοθεραπείας. Οι ασθενείς αρνούνται να τυχαιοποιηθούν ή, αν δεχθούν αρχικά και δεν είναι ευχαριστημένοι, συχνά αλλάζουν θεραπεία.

Η Επιτροπή Έρευνας της Διεθνούς Ψυχαναλυτικής Ένωσης παρουσίασε μία ανασκόπηση των ερευνών για τις ψυχαναλυτικές θεραπείες στην Βόρεια Ευρώπη και Η.Π.Α.[8] Παρά τις ελλείψεις και τους περιορισμούς στη μεθοδολογία τους, υπάρχουν ενδείξεις ότι (α) η ψυχανάλυση εμφανίζεται σταθερά αποτελεσματική σε ασθενείς με νευρωτικές, ήπιες διαταραχές και λιγότερο σταθερά σε ασθενείς με πιο σοβαρές διαταραχές, (β) μακρότερες και εντατικότερες θεραπείες έχουν την τάση να είναι αποτελεσματικότερες από βραχύτερες λιγότερο εντατικές θεραπείες, ενώ το αποτέλεσμα αφορά — εκτός από την ύφεση στη συμπτωματολογία — και στη λειτουργικότητα των αρρώστων αυτών και στη μείωση των δαπανών υγείας, (γ) η βελτίωση συνεχιζόταν και μετά το πέρας των θεραπειών, εύρημα που θεωρούμε ιδιαίτερα σημαντικό. Θα αναφέρουμε εν συντομία τα ευρήματα δύο ερευνών που θεωρούμε ότι έχουν γενικότερο ενδιαφέρον, χωρίς να ξεχνάμε ότι πολλές άρτιες μεθοδολογικώς έρευνες διεξάγονται τώρα και τα αποτελέσματά τους θα ανακοινωθούν μελλοντικά.

Οι Bateman και Fonagy[9] συνέκριναν 39 ασθενείς με μεθοριακή διαταραχή προσωπικότητας, τους οποίους χώρισαν σε δύο ομάδες, ανάλογα με τη θεραπεία στην οποία υπεβλήθησαν: είτε μερική νοσοκομειακή θεραπεία ψυχαναλυτικής κατεύθυνσης (ατομική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία και ομαδική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία) είτε τη συνήθη ψυχιατρική θεραπεία, χωρίς κάποιου είδους ψυχοθεραπεία. Στο τέλος της θεραπείας, διαρκείας 18 μηνών, οι ασθενείς που είχαν υποβληθεί σε ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία εμφάνισαν μεγαλύτερη βελτίωση, σε βαθμό στατιστικώς σημαντικό, στα καταθλιπτικά συμπτώματα, την κοινωνική και διαπροσωπική λειτουργικότητα, την ανάγκη για νοσηλεία και την αυτοκτονική ή λοιπή αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Οι διαφορές αυτές διατηρήθηκαν στη διάρκεια μιας χρονικής περιόδου follow-up 18 μηνών και μάλιστα η βελτίωση συνεχιζόταν.

Στη Σουηδία, μέσω του Προγράμματος Έκβασης Ψυχανάλυσης και Ψυχοθεραπείας της Στοκχόλμης,[10] μελετήθηκαν συγκριτικά ασθενείς που υποβλήθηκαν σε ψυχανάλυση ή ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία. Το Πρόγραμμα χρηματοδοτήθηκε από την κρατική υγειονομική ασφάλιση, συμμετείχαν θεραπευτές που δουλεύουν ιδιωτικά και η τυχαιοποίηση ήταν συχνά ανεπιτυχής. Υπεβλήθησαν 331 άτομα σε μακρόπνοη ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, 1–2 φορές την εβδομάδα, ενώ 74 άτομα σε ψυχανάλυση, 3–5 φορές την εβδομάδα. Η βελτίωση στη συμπτωματολογία σχετιζόταν θετικά με τη συχνότητα της θεραπείας και τη διάρκεια, με τους ασθενείς σε ψυχανάλυση να βελτιώνονται και μετά τη λήξη της θεραπείας.

Αξίζει να αναφερθούν και τα ευρήματα μιας πολύ πρόσφατης μελέτης: οι Kool, Dekker και συν. μελέτησαν την αποτελεσματικότητα της φαρμακοθεραπείας σε σύγκριση με συνδυασμό φαρμακοθεραπείας και βραχείας δυναμικής υποστηρικτικής ψυχοθεραπείας σε ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη. Προέκυψε ότι η συνδυασμένη θεραπεία είναι αποτελεσματικότερη από τη φαρμακοθεραπεία σε καταθλιπτικούς ασθενείς που παρουσιάζουν και διαταραχή προσωπικότητας.[11]

Με βάση τα εμπειρικά αυτά δεδομένα και την αναμφισβήτητα πολύτιμη κλινική εμπειρία τους (είναι ψυχίατροι που δουλεύουν κυρίως ψυχαναλυτικά σε διάφορες ψυχιατρικές δομές), οι αναφερθέντες συγγραφείς, μαζί με τους Kernberg και Wallerstein, συνοψίζουν τη σημασία της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας ως εξής:

1. Η κατάθλιψη και οι διάφορες αγχώδεις διαταραχές, όπως περιγράφονται στον Άξονα Ι κατά DSM-IV, αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά με φάρμακα και διάφορες βραχείες ψυχοθεραπείες. Όμως, οι καταστάσεις αυτές πολύ συχνά δεν είναι επεισοδιακές·

αντιθέτως υποτροπιάζουν συχνά, απαιτώντας μακρόχρονη παρακολούθηση και θεραπεία. Σε ασθενείς λοιπόν που δεν απαντούν σε βραχύτερες βιολογικές ή ψυχοκοινωνικές θεραπείες ενδείκνυται η (μακρότερη) ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, η οποία έχει τη δυνατότητα, τροποποιώντας μία δομική ευπάθεια-τρωτότητα στην προσωπικότητα αυτών των ασθενών, μεταβάλλοντας τον τρόπο που χειρίζονται τους στρεσσογόνους παράγοντες, να επιφέρει μόνιμες αλλαγές.

2. Αναφερθήκαμε σε μία μόνιμη βλάβη - ευαλωτότητα της προσωπικότητας. Εδώ υπάγονται οι ασθενείς με τις διάφορες διαταραχές προσωπικότητας, ασθενείς που όλο και συχνότερα συναντώνται τελευταίως (όπως του οριακού φάσματος κατά Kernberg[12]), που σηματοδοτούν τις αλλαγές που συμβαίνουν στην ψυχοπαθολογία. Είναι οι δύσκολοι άρρωστοι, με συχνή αλλαγή ψυχιάτρων και θεραπευτικών σχημάτων, όπου τα φάρμακα αποτυγχάνουν. Χρησιμοποιούν πλήθος ψυχιατρικών υπηρεσιών και τελικά εγκαταλείπουν κάθε προσπάθεια συστηματικής θεραπευτικής πλαισίωσης, μένοντας τελικά αβοήθητοι. Η σύγχρονη ψυχαναλυτική κατανόηση των αρρώστων αυτών, με την έμφαση στους αρχαϊκούς μηχανισμούς άμυνας που χρησιμοποιούν (διάσπαση και προβλητική ταύτιση), εμπλέκοντας έτσι σε μεγάλο βαθμό τους θεραπευτές τους, τη διάχυση ταυτότητας που τους χαρακτηρίζει και τον συνά ελλιπή έλεγχο της πραγματικότητας σε καταστάσεις έντονου stress, βοηθάει τον ψυχίατρο στην καλύτερη δυνατή προσέγγιση, χειρισμό και συνεργασιμότητά τους. Η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία των αρρώστων αυτών φαίνεται να είναι πιο οικονομική σε σύγκριση με άλλες θεραπείες. Σύμφωνα με τον Kernberg, η ψυχαναλυτική πολύχρονη θεωρητική και κλινική ενασχόληση με τις διαταραχές του χαρακτήρα παρέχει τα βασικά χαρακτηριστικά στην περιγραφή και ταξινόμηση των διάφορων σύγχρονων διαταραχών προσωπικότητας, αλλά και την καλύτερη κατανόηση συναφών παθολογιών, που εδράζονται σε έδαφος σοβαρής διαταραχής της προσωπικότητας, όπως οι διάφορες παραφιλίες, οι διαταραχές διατροφής, οι τοξικομανίες και οι διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων.

3. Αναφερθήκαμε στο πώς η ψυχαναλυτική κατανόηση των δύσκολων αυτών αρρώστων βοηθάει στην καλλιέργεια της θεραπευτικής σχέσης μαζί τους, επιτυγχάνοντας την καλύτερη δυνατή συνεργασιμότητά τους και τη συμμετοχή τους σε μία σταθερή, μακρόπνοη θεραπευτική στρατηγική. Η σημασία εδώ έγκειται στη δημιουργία και καλλιέργεια μιας θεραπευτικής σχέσης. Η ψυχαναλυτική θεωρία με τις σημαντικές έννοιες της μεταβίβασης, της αντιμεταβίβασης και της θεραπευτικής συμμαχίας που αφορούν στη θεραπευτική σχέση συμβάλλει σημαντικά στην καλύτερη δυνατή αξιοποίησή της, εμπλουτίζοντας την ψυχιατρική· όπως επίσης και με το ενδιαφέρον για τους χρησιμοποιούμενους από τον άρρωστο αμυντικούς μηχανισμούς, καθώς και για τα είδη των σχέσεων με τα αντικείμενα του παρελθόντος που τείνει να επαναλαμβάνει στις τωρινές διαπροσωπικές σχέσεις του.

4. Ερχόμαστε στις ψυχώσεις. Πώς μπορούμε να δουλέψουμε δημιουργικά και να σχετισθούμε με τον ψυχωτικό άρρωστο, με μια συμπτωματολογία που φαίνεται να στερείται νοήματος, άλογη και συγκεκριμένη (concrete) και που καταλύει κάθε προσπάθεια επικοινωνίας και δημιουργικής ανταλλαγής χωρίς αναφορά στην ψυχαναλυτική θεωρία, μια σκέψη δυναμική, ανοικτή και γόνιμη. Η έμφαση στη θεραπεία του ψυχωτικού τα τελευταία χρόνια είναι στην καλλιέργεια της συμβολικής ανταλλαγής μαζί του. Μέσα από αυτήν προσπαθούμε να κινητοποιήσουμε τη δημιουργικότητά του, να αφυπνίσουμε τις δυνατότητές του, να συμβολοποιηθεί ο συγκεκριμένος λόγος του ψυχωτικού, ώστε να μάθει σιγά-σιγά να επενδύει και ο ίδιος στις ψυχονοητικές λειτουργίες του και να αντλεί ικανοποίηση από αυτές. Ο θεραπευτής δανείζει στον άρρωστο αρχικά την ικανότητά του να σκέπτεται, να φαντάζεται, να νοηματοδοτεί και να συνδέει το διασπασμένο και ασυμβολοποίητο υλικό του αρρώστου. Κατασκευάζει ένα μύθο, μία ιστορία με τα κομμάτια της ζωής του αρρώστου του. Σταδιακά, αυτό γίνεται και από τους δύο, και ο ασθενής προτρέ-

πεται και μαθαίνει ο ίδιος να στοχάζεται, να συμβολοποιεί και να αντλεί τρόπους ικανοποίησης πέρα από το παραλήρημα και την κατασκευή των ψυχωτικών συμπτωμάτων.[13] Και πώς μπορεί να γίνει αυτό χωρίς την αναφορά στις ψυχαναλυτικές έννοιες του ενδιάμεσου-μεταβατικού χώρου (transitional space), του συγκρατούντος περιβάλλοντος (holding environment), της σημασίας ενός σταθερού πλαισίου και του ρόλου της ενσυναίσθησης ή εμπαθητικής κατανόησης (empathy). Ο Σακελλαρόπουλος προτείνει μία διαφοροποιημένη ψυχοθεραπευτική τεχνική, που απευθύνεται σε ασθενείς με ψυχωτική δομή.[14,15] Το «ψυχαναλυτικό πρίσμα» φέρνει την ψυχανάλυση σε συνάρτηση με τις διάφορες θεραπευτικές μορφές παρέμβασης στους αρρώστους αυτούς, την κοινωνική τους αποκατάσταση και τη διά βίου φροντίδα τους. Αναφερόμαστε εδώ και στην προσέγγιση του Racamier, την «ψυχανάλυση χωρίς ντιβάνι».[16]

5. Αναφερθήκαμε στις διαταραχές προσωπικότητας, τις ψυχώσεις, τις συναισθηματικές διαταραχές. Η παθολογία του συναισθήματος είναι κοινό χαρακτηριστικό τους. Οι διαταραχές του συναισθήματος είναι περιοχές, όπου η ψυχανάλυση και οι νευροεπιστήμες τέμνονται και καλούνται να συνεργαστούν. Η νευροεπιστημονική-βιολογική μελέτη των συναισθηματικών διαταραχών απαιτεί την ταυτόχρονη θεώρηση των νευροβιολογικών δομών, των νευρομεταβιβαστικών συστημάτων και της συμπεριφοράς, για τη μελέτη της ψυχολογικής δόμησης του συναισθήματος.[17] Η πρωταρχική σχέση μητέρας-βρέφους[18] ρυθμίζει το συναίσθημα, δομώντας τον εγκέφαλο. Έτσι, η ψυχαναλυτική μελέτη αυτής της σχέσης, μέσω των διαφόρων θεωριών *προσκόλλησης* (ή συναισθηματικού δεσμού – attachment) συμβάλλει στην καλύτερη διερεύνηση των διαφόρων συναισθηματικών συστημάτων από νευροβιολογικής πλευράς. Η διερεύνηση λοιπόν των διαταραχών του συναισθήματος καλεί τη βιολογία και την ψυχανάλυση να συνεργασθούν — και πρέπει να συνεργάζονται —, όπως τονίζει και ο Kandel.[19] Κατ' αυτόν, *«ένας αυθεντικός διάλογος ανάμεσα στη βιολογία και την ψυχανάλυση είναι απαραίτητος, αν θέλουμε να επιτύχουμε μια ολοκληρωμένη και συνεκτική κατανόηση του ψυχισμού»*.

Είναι πλέον επιστημονικά κατοχυρωμένο ότι ο ανθρώπινος εγκέφαλος (α) αναπτύσσεται στο γενικό πλαίσιο μιας διαπροσωπικής μήτρας (matrix), της σχέσης μητέρας-βρέφους, που είναι κρίσιμη για τον δομικό σχηματισμό του και (β) διατηρεί κάποιου βαθμού πλαστικότητα έτσι, ώστε η εμπειρία να τροποποιεί τις εγκεφαλικές δομές και λειτουργίες, περισσότερο στο αναπτυσσόμενο παιδί και λιγότερο στον ενήλικα (σχέση θεραπευτή - θεραπευομένου). *«Είναι καιρός πια οι νευροεπιστήμονες να μοιρασθούν με τους ψυχοθεραπευτές τον ενθουσιασμό τους για τη μυστηριώδη μεταλλακτική δύναμη του διαλόγου εντός μιας ανθρώπινης δυάδας (ψυχοθεραπευτικό ζεύγος)»*.[19]

6. Τέλος, η ψυχανάλυση, εκτός από θεραπευτική μέθοδος, είναι και μια γενική θεωρία του ψυχισμού. Η κλινική πράξη και η θεωρία παρέχουν διαρκώς αυξανόμενη γνώση για την πολύπλοκη λειτουργία του ψυχισμού, δηλαδή μία εξελισσόμενη, πλούσια ψυχολογία. Σύμφωνα με τον Wallerstein,[20] η ψυχολογία αυτή έχει προσφέρει στην ψυχιατρική την πιο ευρεία και απαρτιωμένη θεωρία για ένα μοντέλο του ψυχισμού, τη φυσιολογική και παθολογική λειτουργία του.

Τις τελευταίες δεκαετίες εμφανίζονται στην κλινική πράξη νέες ψυχοπαθολογικές εικόνες, που ακολουθούν τα σύγχρονα κοινωνικά και οικογενειακά δεδομένα και απαιτούν νέες, τροποποιημένες τεχνικές. Την εποχή του Freud, στις απαρχές της ψυχανάλυσης και τις μελέτες για την υστερία και τις υπόλοιπες ψυχονευρώσεις, η ενδοψυχική σύγκρουση θεωρήθηκε ως ο κεντρικός αιτιολογικός παράγων της νεύρωσης και της ψυχοπαθολογίας γενικότερα. Η απώθηση είναι ο κεντρικός αμυντικός μηχανισμός διευθέτησής της και προϋποθέτει καλά συγκροτημένες ψυχικές δομές. Τα τελευταία χρόνια η ψυχανάλυση ασχολείται κυρίως μ' ένα ευρύ φάσμα διαταραχών που σχετίζονται με παθολογικές προσωπικότητες, στη βάση των οποίων αποτυπώνονται νέου

τύπου οικογενειακές και διανθρώπινες σχέσεις, συνδεόμενες με νέα κοινωνικά δεδομένα.[21] Έχουμε να κάνουμε με ασθενείς με σοβαρές προ-οιδιπόδειες, προγενετικές καθηλώσεις, με σοβαρά αρχαϊκά και ναρκισσιστικά στοιχεία, με ελλιπείς ψυχικές δομές μη απαρτιωμένες, με διασπασμένες πλευρές του εαυτού και διάχυση ταυτότητας. Η ψυχικοποίηση και η συμβολική λειτουργία είναι ανεπαρκείς, με αποτέλεσμα έντονη σωματοποίηση και εκδραματίσεις. Υπάρχουν ελλιπείς, προβληματικές ταυτίσεις, περιορισμένη εσωτερική διαφοροποίηση και ελλιπής εσωτερίκευση στέρεων ψυχικών δομών που θα σηματοδοτούσαν αποδεκτές απαγορεύσεις, αλλά και θα επέτρεπαν μετουσιωτικές, δημιουργικές διεξόδους σε κοινωνικό επίπεδο. Εδώ δεν λειτουργεί η απώθηση, διότι δεν υπάρχουν καλά συγκροτημένες ψυχικές δομές, για να συγκρουσθούν. Και το αίτημα του αναλυομένου δεν είναι τόσο το σύμπτωμα, που όλο και συχνότερα στερείται νοήματος και της δυνατότητας ψυχολογικής κατανόησής του, αλλά κυρίως διάφοροι τύποι ψυχολογικής δυσπραγίας: διαπροσωπική και κοινωνική δυσχέρεια και απομόνωση, έλλειψη κοινωνικής και προσωπικής ολοκλήρωσης, αβάσταχτο αίσθημα κενού ή ανίας, αναζήτηση ταυτότητας και νοήματος ζωής. Οι διάφορες σύγχρονες ψυχαναλυτικές θεωρίες και οπτικές ακολουθούν την κλινική πράξη και τις αλλαγές στις νέες αυτές ψυχοπαθολογικές μορφές και προτείνουν διαφοροποιημένες τεχνικές με αλλαγές στους θεραπευτικούς στόχους, πιο προσαρμοσμένες στις ανάγκες των αρρώστων.

Ο Holmes συνοψίζει ως εξής τις αλλαγές στους στόχους — και την έμφαση — της σύγχρονης ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας:[22]

1. Από τη συνειδητοποίηση ενός ασυνείδητου ψυχικού περιεχομένου και την άρση της απώθησης, στην απαρτίωση των διασπασμένων πλευρών του εαυτού. Ως αποτέλεσμα της αλλαγής στην ψυχοπαθολογία, στην οποία αναφερθήκαμε, και του περάσματος από τη σύλληψή της ως αποτελέσματος ψυχικής σύγκρουσης στη σύλληψή της ως αποτελέσματος ψυχικών ελλειμμάτων, η έμφαση δίνεται τώρα στην προσπάθεια συγκρότησης του εαυτού και δημιουργίας του αισθήματος της υποκειμενικής ταυτότητας.

2. Στόχος της θεραπείας δεν είναι πια η ακριβής ανακατασκευή του παιδικού παρελθόντος, απ' όπου πηγάζουν οι τωρινές δυσκολίες, αλλά περισσότερο η αξιοποίηση, σύλληψη και μελέτη του υλικού του θεραπευομένου, όπως βιώνονται στο εδώ και τώρα της θεραπευτικής σχέσης. Οι υποθετικές πρώιμες παιδικές σχέσεις αποτελούν μία ισχυρή μεταφορά, αλλά δεν συνιστούν απαραιτήτως την αλήθεια ή την αιτία που θα παρέχει μία μαγική λύση-κλειδί στα προβλήματα του αρρώστου. Έχουμε δηλαδή μία στροφή από την ανακατασκευή του παρελθόντος, στη βαθύτερη κατανόηση του παρόντος. Η μεταβίβαση δεν θεωρείται ως απλή επανάληψη, αλλ' ως σύγχρονη δημιουργική, μεταλλακτική αλληλεπίδραση. Δίνεται έμφαση στην αναλυτική συνάντηση ως νέα επανορθωτική εμπειρία, με βασικά χαρακτηριστικά την αξιοπιστία, τη συνέπεια, τη σταθερότητα και τη μη εκμετάλλευση. Ποια στοιχεία της ψυχαναλυτικής διαδικασίας δρουν μεταλλακτικά και επιφέρουν δομική αλλαγή; Τί δρα θεραπευτικά στην ψυχανάλυση; Θεωρητικά, τρεις βασικοί παράγοντες έχουν αναδειχθεί και μελετηθεί: (α) η επίγνωση (insight), (β) η λειτουργία του εμπεριέχειν (containment) και (γ) η νέα, πρωτόγνωρη εμπειρία (new experience), με τους διαφόρους συγγραφείς να δίνουν έμφαση στον ένα ή τον άλλο.[23]

Οι δύο τελευταίοι παράγοντες αφορούν στη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ θεραπευτή-θεραπευομένου κατά τη διάρκεια της θεραπείας.[24] Η ψυχαναλυτική έρευνα έχει ασχοληθεί ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια με το θέμα αυτό, στο οποίο δεν θα επεκταθούμε εδώ. Θα αναφέρουμε μόνο τα αποτελέσματα μίας σημαντικής κατά τη γνώμη μας πρόσφατης έρευνας των Stern και συν.,[25] μιας ομάδας μελέτης με αντικείμενο τη «διαδικασία της αλλαγής», που συνάδουν με τη στροφή στην έμφαση που αναφέρουμε εδώ. Η έρευνα αυτή καταδεικνύει τη σημασία της αλληλεπίδρασης στη σχέση θεραπευτή-θεραπευομένου, του ρόλου της υπαινικτικής σχεσιακής γνώ-

σης (implicit relational knowledge) και των «στιγμών συνάντησης» ανάμεσά τους.

3. Η επαναδιατύπωση της βρεφικής σεξουαλικότητας με όρους κυρίως εξάρτησης από το πρωταρχικό αντικείμενο φροντίδας και συναισθηματικής σύνδεσης μαζί του. Ήδη αναφερθήκαμε στη σημασία των σύγχρονων θεωριών προσκόλλησης. Από το οιδιπόδειο σύμπλεγμα, το άγχος ευνουχισμού, τις ώριμες άμυνες που συνοδεύουν την απώθηση και την ενοχή του τραγικού υποκειμένου, περνάμε στην προοιδιπόδεια σχέση με τη μητέρα, τα άγχη αφανισμού και αποχωρισμού, τις αρχαϊκές άμυνες που συνοδεύουν τη διάσπαση (splitting) και την αδυναμία επεξεργασίας του πένθους του ναρκισσιστικού υποκειμένου. Οι ψυχαναλυτικές θεωρίες του συναισθηματικού δεσμού δίνουν έμφαση στην ικανότητα του θεραπευτή-γονέως για συναισθηματικό ταίριασμα-εναρμόνιση (attunement) με τον ασθενή-βρέφος, ως σημαντικό παράγοντα ψυχικής αλλαγής. Ο θεραπευτής υποδέχεται, καθρεφτίζει, μετατρέπει και ονομάζει τις συναισθηματικές καταστάσεις του ασθενούς και στόχος της θεραπείας είναι και η εξασφάλιση ενός περιβάλλοντος που ευοδώνει αυτή την εναρμόνιση.

4. Από την επίτευξη επίγνωσης (insight), στην ανάπτυξη της λειτουργίας της αυτοσυνείδησης: να μπορεί κανείς να ταυτοποιεί συναισθήματα, σκέψεις και παρορμήσεις και να τις βάλει σε λόγια, να γίνει λεξιθυμικός. Είναι αυτό που οι Fonagy και συν. περιγράφουν ως λειτουργίες του σκεπτόμενου εαυτού:[26] να μπορεί κάποιος να σκέπτεται καθαρά και συνεκτικά, να στοχάζεται πάνω στη βιογραφία του. Είδαμε τη σημασία της λειτουργίας αυτής στη θεραπεία των ψυχώσεων. Ανάλογη είναι η σημασία της για το πλήθος των σύγχρονων κλινικών εικόνων που χαρακτηρίζονται από ελλιπή ψυχικοποίηση και υπερβολική σωματοποίηση και εκδραμάτιση: στις λευκές ψυχώσεις,[27] τις ψυχοσωματικές διαταραχές, τις βαριές μεθοριακές καταστάσεις. Εδώ ο ρόλος του θεραπευτή είναι να παρέχει έναν μεταβατικό χώρο δημιουργίας, όχι μόνο νοήματος αλλά και συμβολικής ανταλλαγής και επεξεργασίας, δηλαδή λειτουργίας α κατά Bion,[28] η οποία τελικά εσωτερικεύεται από τον ασθενή.[29]

5. Υπάρχει μια κίνηση προς ένα μεγαλύτερο ρεαλισμό σχετικά με τους θεραπευτικούς στόχους, με έμφαση όχι τόσο στη ριζική αναδόμηση της προσωπικότητας, όσο στη μετατόπιση του ψυχικού ισοζυγίου προς ωριμότερα-υγιέστερα μοντέλα λειτουργίας. Η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία είναι σε θέση σήμερα να εκτιμά ρεαλιστικότερα τις δυνάμεις και τους περιορισμούς της, τις ενδείξεις και τις αντενδείξεις της.

Έτσι, από τις προσπάθειες θεραπείας του αυτισμού και της σχιζοφρένειας στη δεκαετία του '60, φθάσαμε στη σημερινή αντιμετώπιση των ψυχώσεων μέσα από το ψυχαναλυτικό πρίσμα και την έμφαση στον ωριμοποιό ρόλο των ταυτίσεων. Ο θεραπευτής λειτουργεί κυρίως σαν πλέον ώριμο και υγιές πρότυπο για εσωτερίκευση και ταύτιση.

Ούτως ή άλλως, οι στόχοι της θεραπείας είναι αδύνατο να μην επηρεασθούν από οικονομικούς, πολιτικούς ή επιδημιολογικούς παράγοντες. Πόσοι ασθενείς χρειάζονται ψυχοθεραπεία, τί ανάγκες υπάρχουν και πόσοι ικανοί ψυχοθεραπευτές είναι διαθέσιμοι;[30] Πόσο εκτιμάται η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία από τον ασθενή και την ασφάλισή του; Πόσα χρήματα μπορεί να διαθέσει ο ασθενής και πόσο χρόνο;

Για μερικούς, αυτές οι ερωτήσεις περιορίζουν αναπόφευκτα τους ριζικούς στόχους της ψυχαναλυτικής θεραπείας, που είναι η δομική αλλαγή του ψυχισμού. Για άλλους, οι διάφορες ψυχαναλυτικές ψυχοθεραπείες, με ποικίλη συχνότητα και διάρκεια, δεν διαφέρουν τόσο στην τεχνική όσο στο ότι θέτουν ως στόχο συγκεκριμένες πλευρές δυσπροσαρμοστικής λειτουργίας, με την κλινική εμπειρία ότι η βελτίωση στην πλευρά αυτή οδηγεί συχνά σε βελτίωση και σε άλλες πλευρές.

Τελειώνοντας, οι αλλαγές στη θεραπευτική έμφαση και τους στόχους που αναφέραμε σημαίνουν ότι οι σύγχρονες ψυχαναλυτικές ψυχοθεραπείες είναι περισσότερο εκλεκτικές, απαρτιώνουν διάφορες

ιδέες και τεχνικές, άλλοτε περισσότερο υποστηρικτικές και άλλοτε περισσότερο διερευνητικές, εντός ενός ουσιωδώς ψυχαναλυτικού πλαισίου, περισσότερο εύκαμπτου και προσαρμοσμένου στις ανάγκες κάθε αρρώστου, που εμφανίζει νέες, δύσκολες παθολογίες μέσα σ' ένα ιδιαίτερο κοινωνικο-πολιτικο-οικονομικό κλίμα. Η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, με την έμφαση που δίνει στην καλλιέργεια της σχέσης ανάμεσα στον θεραπευτή και τον άρρωστο, προστατεύει το ανθρώπινο στοιχείο σε μία εποχή έντονης μηχανοποίησης και αλλοτρίωσης. Όπως λέει και ο Tasman για το μέλλον της ψυχιατρικής: *«Πολλοί πιστεύουν ότι με την εξέλιξη της τεχνολογίας η ψυχιατρική θα βασιστεί περισσότερο σε σωματικές, παρά σε ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις. Προκύπτει έτσι η ανάγκη η ψυχιατρική να διαφυλάξει το "ανθρώπινο" μέσα στη μηχανοποιημένη κοινωνία που ζούμε. Παρά τις συνταρακτικές νέες μεθόδους και ανακαλύψεις, είναι βέβαιο ότι — τουλάχιστον για τη διάρκεια της δικής μας ζωής — η θεραπευτική βάση στην ψυχιατρική θα παραμείνει η σχέση γιατρού-ασθενούς».*[31]

Η ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία, δίνοντας έμφαση στην καλλιέργεια αυτής ακριβώς της σχέσης, διαφυλάσσει και εγγυάται το ανθρώπινο στη σύγχρονη ψυχιατρική.

Υ.Γ. Στην πραγματοποίηση της εργασίας αυτής συνέβαλαν οι συνεργάτες της Μονάδας Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας του Ινστιτούτου Ψυχικής Υγείας Καλλιθέας: Ε. Κοράλλη, Ε. Ζέικου, Μ. Δανιήλ, Σ. Κατσαράκης, Η. Χατζής και Δ. Μαλιδέλης.

The importance of psychoanalytic psychotherapy within modern psychiatry

G.N. Chatzistavrakis, T. Lazaratou, P. Sakellaropoulos

Psychoanalytic Psychotherapy Unit, Mental Health Institute for Children and Adults, Kallithea

Psychiatriki 2006, 17:62–71

Along with the daily clinical experience, recent research data suggest that psychoanalytic therapies (psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapies) retain a unique and crucial role in treating certain forms of psychiatric disorders. This article refers to the sum of empirical data from psychoanalytic treatment studies as well as to the role of psychoanalytic psychotherapy in the treatment of various psychiatric illnesses (psychoses, affective and anxiety disorders, personality disorders, etc). There is also reference to the importance of psychoanalytic theories of normal and pathological attachment and their relationship to recent neurobiological data of affect systems. In recent years we are confronted with new psychopathologies which reflect the changes in the interpersonal and social relations and demand modified techniques. The

aim of therapy is not so much the lifting of repression and symptom relief, as the integration of fragmented parts of the self and coping with diffuse psychic dysphoria, emptiness and boredom. Detailed reference is given to the role of psychoanalytic psychotherapy in relation to the new psychopathologies, as well as to the modifications of technique and therapeutic aims. We believe that psychoanalytic therapies must remain closely integrated with psychiatry's modern repertoire of treatments, for the welfare of both.

Keywords: *psychiatry, psychoanalytic psychotherapy, empirically validated treatments, new psychopathologies, changing therapeutic aims.*

G.N. Chatzistavrakis, Psychiatrist, Psychoanalytic Psychotherapy Unit, Mental Health Institute for Children and Adults, Hesperidon 85, 17672 Kallithea, Athens, Greece

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Editorial. The role of psychodynamic psychotherapy in psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 1999, 99:85-86.
2. Editorial. Psychotherapy: effective treatment or expensive placebo? *The Lancet* 1984, 1:83-84.
3. Andrews G. The essential psychotherapies. *Br J Psychiatry* 1993, 162:447-451.
4. Kernberg O. Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy: contemporary controversies. *Int J Psychoanal* 1999, 80:1075-1091.
5. Bion WR. Notes on memory and desire. *Psychoanalytic Forum* 1967, 2:271-280.
6. Wallerstein R. 42 lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy. Guilford, New York, 1986.
7. Gabbard G, et al. The place of psychoanalytic treatments within psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2002, 59:505-510.
8. Fonagy P, Kächele H, Clarkin JF, et al. An open door review of outcome studies in psychoanalysis: report prepared by the Research Committee of the IPA at the request of the president, 2nd rev. ed. International Psychoanalytical Association, London, 2002.
9. Bateman A, Fonagy P. The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 1999, 156:1563-1569.
10. Sandell R, et al. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: a review of findings in the STOPP. *Int J Psychoanal* 2000, 81:921-942.
11. Kool S, et al. Efficacy of combined therapy and pharmacotherapy for depressed patients with or without personality disorders. *Harvard Rev Psychiatry* 2003, 11: 133-141.
12. Kernberg O. Severe personality disorders. Psychotherapeutic strategies. Yale University Press, 1984.
13. Χατζησταυράκης Γ. και συν. Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία ψυχώσεων: εμπειρίες και προβληματισμοί της θεραπευτικής ομάδας ενός Κέντρου Ψυχικής Υγείας. 1ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο για την Ψυχοθεραπεία, Αθήνα, Σεπτέμβριος 1997.
14. Σακελλαρόπουλος Π. Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία και δημόσια περίθαλψη. *Ψυχολογικά Θέματα* 1989, 2 (1).
15. Σακελλαρόπουλος Π. Ψύχωση, ψυχαναλυτικό πρίσμα και δημόσια περίθαλψη. *Ψυχανάλυση και Ψυχοθεραπεία* 1995, 4:161-173.
16. Racamier PC. La Psychotherapie psychoanalytique des psychoses. Στο: La psychanalyse d' aujourd hui, S. Nacht, vol. II, PUF, 1956.
17. Kernberg O. Psychoanalytic contributions to psychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 2002, 59:497-498.
18. Σακελλαρόπουλος Π. Σχέσεις μητέρας-παιδιού τον πρώτο χρόνο της ζωής. Παπαζήσης, Αθήνα, 1998.
19. Kandel ER. Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited. *Am J Psychiatry* 1999, 56:505-524.
20. Wallerstein RS. Psychoanalytic treatments within psychiatry. An expanded view. *Arch Gen Psychiatry* 2002, 59:499-500.
21. Ζερβής Χ. Ποια ψυχανάλυση για ποια ψυχοπαθολογία ή το αντίστροφο; Η ψυχανάλυση στον 21ο αιώνα. Παπαζήσης, Αθήνα, 2003.
22. Holmes J. The changing aims of psychoanalytic psychotherapy. An integrative perspective. *Int J Psychoanal* 1998, 79: 227-240.
23. Bateman A, Holmes J. Introduction to psychoanalysis:

Contemporary Theory and Practice. Routledge, London, 1995.
24. Γιωσαφάτ Μ. Τί είναι θεραπευτικό στην ψυχαναλυτική θεραπεία; Νέες απόψεις. Η ψυχανάλυση στον 21ο αιώνα. Παπαζήσης, Αθήνα, 2003.
25. Stern D, et al. Non-interpretative mechanisms in psychoanalytic therapy. The "something more" than interpretation. The process of changes study group. *Int J Psychoanal* 1998, 79:903-921.
26. Fonagy P, et al. Attachment, the reflective self and borderline states. In: Goldberg S, et al (eds): Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives. Academic Press, New York, 1995:233-276.
27. Green A. The analyst, symbolization and absence in the analytic setting. In: On Private Madness. Karnac Books, London, 1997.
28. Bion WR. Learning from Experience. Heinemann, 1962.
29. Ζερβής Χ (επιμ.). Πέντε ψυχαναλυτές μιλούν για τη σχέση ψυχανάλυσης και ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας. Καστανιώτης, Αθήνα, 2003.
30. Ιεροδιακόνου ΧΣ. Η αναγκαιότητα της ψυχοθεραπείας: Μπορούμε μέσα από τις σημερινές συνθήκες να ανταποκριθούμε; *Ψυχιατρική* 2000, 11:255-267.
31. Tasman A. The future of psychiatry. *Ψυχιατρική* 2002, 13: 259-264.

Γ.Ν. Χατζησταυράκης, Ψυχίατρος, Υπεύθυνος Μονάδας Ψυχαναλυτικής Ψυχοθεραπείας,
Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας Παίδων και Ενηλίκων,
Εσπερίδων 85, 17672 Καλλιθέα