

Χρήστος Π. Βελισσαρόπουλος

ΑΠΕΤΑΞΑΜΗΝ

Από την Ψυχικοποίηση στην Σωματοποίηση



andy'spublishers

ΑΠΕΤΑΞΑΜΗΝ

*Από την Ψυχικοποίηση
στη Σωματοποίηση*

Χρήστος Π. Βελισσαρόπουλος

ΑΠΕΤΑΞΑΜΗΝ

*Από την Ψυχικοποίηση
στη Σωματοποίηση*

Τίτλος: **ΑΠΕΤΑΣΜΗΝ - Από την ψυχοποίηση στη σωματοποίηση**
Συγγραφέας: **Χρήστος Π. Βελισσαρόπουλος**

© A.P. Publications & Χρήστος Π. Βελισσαρόπουλος, 2019.

ISBN 978-960-565-258-6

Α' έκδοση 2019



andy's publishers

Εκδόσεις Andy's

Σόλωνος 43 • 10672 • Αθήνα • EU Hellas (GR)

ΤΗΛ.: (+30) 210 3390232

URL: www.andyspublishers.com



Χρήστος Π. Βελισσαρόπουλος

christos.velissaropoulos@gmail.com

Βιβλίο σε ηλεκτρονική προσβάσιμη μορφή:

αιτήματα στην ηλεκτρονική διεύθυνση

christos.velissaropoulos@gmail.com

Απαγορεύεται η μετάφραση, προσαρμογή, αναπαραγωγή μερική ή συνολική, καθώς και η δημόσια προβολή του παρόντος με κάθε τρόπο ή μέσο και σε οποιαδήποτε χώρα, χωρίς προηγούμενη άδεια των εκδοτών και του συγγραφέα. Η παράβαση των ανωτέρω επιφέρει κυρώσεις οι οποίες προβλέπονται από την ελληνική, την ευρωπαϊκή και τη διεθνή νομοθεσία που διέπει την προστασία των πνευματικών δικαιωμάτων (Ν. 2121/1993 & κανόνες του Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).

Στον αγαπημένο φίλο μου, Γιάννη Σημηριώτη

Περιεχόμενα

Πρόλογος	9
Εισαγωγή	15
Ιστορία της Ψυχοσωματικής.....	21
Από την Αρχαία Ελλάδα στον 13 ^ο Αιώνα.....	21
13 ^{ος} -19 ^{ος} Αιώνας.....	22
19 ^{ος} και 20 ^{ος} Αιώνας	23
Επιστημολογία της Ψυχοσωματικής	25
Αιτιοκρατία	25
Δυϊσμός	26
Mind-Body Problem.....	27
Μονισμός.....	29
Απόρροια της Ψυχής από το Πλωτινικό Εν	30
INTEΛΟΥΔΙΟ I: Crescendo.....	33
Ψυχογένεια και Σωματοποίηση	39
Εισαγωγή	39
Ψυχογένεια.....	40
Σωματοποίηση.....	44
α. Η Εξελικτική αρχή.....	44
β. Η «Θεμελιώδης Κατάθλιψη»	45
γ. Η «Χρηστική Σκέψη».....	45
INTEΛΟΥΔΙΟ II: Adagio	49
«Χρηστικό Όνειρο».	49
Μετάβαση από μία Ψυχική σε μία Οργανική Διαταραχή.....	50
Ο Συμβολισμός του Καρκίνου	53
Η Προοπτική του Νοήματος.....	53
Η Απουσία Νοήματος.....	56

Η Τρίτη Προοπτική	58
Επιστημολογικός Στοχασμός.....	60
INTEΡΛΟΥΔΙΟ III: Doloroso	61
Πόνος	67
Σωματο-Ψυχικές Συμφύσεις και Σωματοποίηση.....	71
Εισαγωγή	71
Ένστικτα και Ενορμήσεις.....	77
Ενορμητική Εμπλοκή και Απεμπλοκή	79
Ο Ρόλος της Αναπαράστασης του Αντικειμένου	83
Απεμπλοκή, Αποενορμητικοποίηση και Σωματοποίηση	84
INTEΛΟΥΔΙΟ IV: Adagio.....	89
Ψύχωση και Σωματοποίηση	93
Ψυχοσωματικός «Κοινός Τόπος»	97
Εισαγωγή	97
Κοινωνισθησία	97
Ζώνη δημιουργίας	99
Σωματο-Ψυχωτικό Επίπεδο της Προσωπικότητας	100
«Σωματικοί Δείκτες»	101
«Εγώ Δέρμα» και Σωματο-Ψυχικές Συμφύσεις	103
Εμπειρία της Νόσου και Μεταγεννητικό Βίωμα.....	117
INTEΡΛΟΥΔΙΟ V: Lacrimoso	119
Ομαδική Ψυχοθεραπεία Καρκινοπαθών	127
Υπαρξιακά Άγχη	127
Συναισθηματική Έκφραση	128
Κοινωνική Στήριξη	129
Τεχνικά Χαρακτηριστικά.....	131
Φάση της Διστακτικής Συμμετοχής, Προσανατολισμός	134
Φάση των Συγκρούσεων, Ανταρσιών, Κυριαρχίας.....	136
Συνεκτικότητα της Ομάδας	137
Βιβλιογραφικές Αναφορές	139

Πρόλογος

Αποτελεί για μένα ιδιαίτερο προνόμιο να προλογίσω το βιβλίο αυτό, για τρεις κυρίως λόγους.

Πρώτον γιατί ο συγγραφέας του βιβλίου αυτού είναι ένας σημαντικός κλινικός που έχει ιδιαιτέρως ασχοληθεί επί πολλά συναπτά έτη με τα ψυχοσωματικά νοσήματα και ειδικότερα με τον καρκίνο. Έχει διδάξει πολλούς εκπαιδευόμενους ψυχολόγους, ειδικευόμενους ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς κ.ά. τόσο από την έδρα αλλά κυρίως με το παράδειγμά του. Είναι πάντα έτοιμος να αναζητήσει βιβλιογραφία, να προβληματιστεί, να προσφέρει, να εμπλουτίσει και να επικοινωνήσει τη γνώση του.

Δεύτερον γιατί το βιβλίο πραγματεύεται ένα θέμα ιδιαίτερης σημασίας και επικαιρότητας. Ο καρκίνος συνόδευσε και σημάδεψε την ανθρωπότητα από την αρχή της ύπαρξής της μέχρι και σήμερα. Εκφράζεται με ένα ευρύτατο φάσμα κλινικών εκδηλώσεων και συγκεκριμένα πλήθος επιστημών που τόσα πολλά χρόνια προσπαθούν να κατανοήσουν τους πολύπλοκους βιολογικούς και ψυχικούς μηχανισμούς του.

Ο τρίτος λόγος που κάνει το βιβλίο αυτό σημαντικό είναι το ότι πρόκειται για μια σύζευξη κλινικού και θεωρητικού υλικού ιδιαίτερα επιτυχημένη.

Το βιβλίο αποτελεί σημείο αναφοράς για όποιον αναζητά την βαθιά κατανόηση της έννοιας του καρκίνου. Ο Χ. Βελισσαρόπουλος είναι συγχρόνως ένας στοχαστής αλλά και ένας θεραπευτής που νοιάζεται ξεχωριστά για κάθε θεραπευόμενο του και τον συντροφεύει στο ταξίδι αυτό από τη διάγνωση του καρκίνου και μετά, ένα ταξίδι δύσκολο όπου αναδύονται βαθιά υπαρξιακά άγχη. Ο συγγραφέας δεν αρκείται στην επιδερμική αντιμετώπιση των συμπτωμάτων των θεραπευόμενων του αλλά ούτε στη επιφανειακή θεώρηση της ασθένειας.

Το βιβλίο δεν αποτελεί μόνο έργο αναφοράς για τον καρκίνο αλλά και πηγή πολύτιμου υλικού για όλους αυτούς που αναζητούν στοιχεία για επεξεργασία και βαθύ προβληματισμό. Οι θέσεις του Χ. Βελισσαρόπουλου είναι ελκυστικές, ενδιαφέρουσες και η μελέτη τους αναδίδει ελεύθερους συνειρμούς, ελκύει νέες αναζητήσεις και δημιουργεί συνθέσεις.

Πρόκειται για μία σύνθεση πλούσιου και ενδιαφέροντος κλινικού υλικού με μια ολοκληρωμένη βιβλιογραφική αναζήτηση. Οι πληρο-

φορίες που μπορεί να αντλήσει κανείς μέσα από την ανάγνωση αυτού του βιβλίου είναι τόσο ιατρικές/βιολογικές όσο και ψυχαναλυτικές. Και αυτή η δημιουργική σύνθεση είναι που κάνει το υλικό αυτό να φέρει την προσωπική σφραγίδα του συγγραφέα, ενός κλινικού ψυχολόγου με πλούσιες ιατρικές γνώσεις αλλά και ψυχοδυναμικό τρόπο σκέψης που έχει όλα τα χαρακτηριστικά ενός πνευματικού ανθρώπου.

Τέλος, θα ήθελα να τονίσω ότι αυτό που κάνει το βιβλίο ιδιαίτερα ενδιαφέρον και χρήσιμο, αλλά ακόμα και συναρπαστικό, είναι ο επιστημονικότετος και παράλληλα άκρως κατανοητός λόγος, τα σύμβολα και οι συσχετισμοί που χρησιμοποιούνται, όπως και οι επιδράσεις της ιστορίας, της φιλοσοφίας ή των θετικών επιστημών στο χώρο της ψυχανάλυσης και γενικότερα της θεραπευτικής διαδικασίας. Εντυπωσιακός και πρωτότυπος ο συμβολισμός με τη ... μουσική!

Παντελής Παπαδόπουλος
Ψυχίατρος, Ψυχοθεραπευτής

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

«...καὶ αὐτὸ τὴν κεφαλὴν οἶσθαι ἂν ποτε θεραπεῦσαι αὐτὴν ἐφ’ ἑαυτῆς ἄνευ ὅλου τοῦ σώματος πολλὴν ἄνοιαν εἶναι. ἐκ δὴ τούτου τοῦ λόγου διαίταις ἐπὶ πᾶν τὸ σῶμα τρεπόμενοι μετὰ τοῦ ὅλου τὸ μέρος ἐπιχειροῦσιν θεραπεύειν τε καὶ ἰᾶσθαι:»

Πλάτωνος: «Χαρμίδης», 156c
(Ζαχαρόπουλος, Αθήνα)

Με τον Χ. Βελισσαρόπουλο γνωριζόμαστε χρόνια από την συνεργασία μας στην Ε.Ε.Α.Ο.&Ο.Ψ. Οι συζητήσεις μας τόσο για θέματα εκπαίδευσης όσο και προβληματισμού πάνω σε «καυτά» θέματα της ψυχοθεραπευτικής μας δουλειάς, υπήρξαν πάντοτε πηγή γνώσης και γόνιμων αναζητήσεων. Η βαθιά του επιστημονική κατάρτιση και γνώση, η μακράν κάθε δογματισμού σκέψη του και η πλούσια εμπειρία του, είναι απολαυστική πρόσκληση-πρόκληση για διάλογο. Στα ζητήματα μάλιστα της ψυχοσωματικής και της ψυχοθεραπείας (Δυαδικής και Ομαδικής) βαριά πασχόντων, όπως οι καρκινοπαθείς, η συνεισφορά του είναι πολύτιμη. Τους καρπούς της πολυετούς του εμπειρίας και αδιάκοπης εμβάθυνσης στον τομέα αυτό μας παρουσιάζει μέσα από το πυκνό και επαρκώς τεκμηριωμένο πόνημα που κρατάτε στα χέρια σας.

Αρχίζοντας με μια εμπεριστατωμένη ανασκόπηση της ιστορίας της ψυχοσωματικής και της επιστημολογίας της, θέτει το θεμέλιο (και εν πολλοίς «μυστηριώδες») πρόβλημα «σώμα-ψυχή». Μέσα από την παράθεση των σημαντικότερων υποθέσεων, διατυπώνει την άποψη ότι ο «δυϊστικός-μονισμός» του Πλωτίνου μας βοηθά να κατανοήσουμε καλύτερα την ψυχαναλυτική κλινική και την διεργασία σωματοποίησης. Η σκέψη του Χ. Βελισσαρόπουλου από αυτή την οπτική, είναι μια πλούσια και γόνιμη προσέγγιση της ψυχοσωματικής παθολογίας. Συμβάλλει στη συζήτηση για την συνεχή διαπλοκή και απεμπλοκή μεταξύ των ενορμητικών κινήσεων του ψυχοσωματικού «όντος» και των απαντήσεων του περιβάλλοντος που δρα «εκ’των υστέρων» ή και αντίστροφα. Θέτει επίσης το ζήτημα της μνήμης προ και πέραν της διαφοροποιήσεως υποκειμένου αντικειμένου η οποία είναι επομένως άχρονη. Είναι ως εκ τούτου όχι απλώς ασυνείδητη αλλά μηδέποτε δυνάμενη να συνειδητοποιηθεί. Όπως λέει ο R. Roussillon, δανειζόμενος μια φράση του Freud, «η πρώτη ψυχική ύλη είναι εκείνο ακριβώς το ασυνείδητο, που δεν μπορεί να γίνει συνειδητό».¹ Παράλληλα συμβάλλει, σε πολλά σημεία του βιβλίου

¹ Ομιλία του René Roussillon στο 4ο Συμπόσιο Ψυχοσωματικής της ΕΨΣΕ : «Η μνήμη του σώματος και η «ψυχική πρώτη ύλη»

ου του, στον διεπιστημονικό διάλογο, ιδιαίτερα αυτόν μεταξύ νευροεπιστημών, σύγχρονης φυσικής και ψυχανάλυσης, επικαλούμενος την αναγκαιότητα αναζήτησης μιας κοινής «γλώσσας» μεταξύ των διαφόρων προσεγγίσεων.

Με γλώσσα και ύφος που διευκολύνουν την κατανόηση δύσκολων, ακόμη και για τον ειδικό, εννοιών, όπως η «θεμελιώδης κατάθλιψη», η «χρηστική σκέψη» κ.ά., και «συνοδοιπόρους» του τον Πλωτίνο, τις νευροεπιστήμες, τη σύγχρονη φυσική και το συναίσθημα, ο Χ. Βελισσαρόπουλος κατορθώνει να μας εισάγει με ενάργεια στα σύγχρονα ρεύματα σκέψης της ψυχοσωματικής προβληματικής. Εκκινώντας από την «οικονομική οπτική γωνία» της τρισδιάστατης Φροϋδικής μεταψυχολογίας, και έχοντας πάντα στο νού του το «πεπρωμένο των ενορμήσεων», υποστηρίζει την σύγχρονη ολιστική, ψυχοβιολογική αντίληψη περί του συνεχούς του ψυχο-σώματος μέσω ενός μεταβατικού, ενδιάμεσου χώρου που ενοποιεί και οργανώνει. Ενός χώρου που το περιεχόμενό του, (οι δομές ή διεργασίες που συμβαίνουν εκεί), αφορούν άμεσα ή έμμεσα την σωματοποίηση. Μέσα από τα κλινικά παραδείγματα και τις βιωματικές του καταγραφές, μας δείχνει αυτό που κάθε κλινικός οφείλει να έχει στο νου του όταν εργάζεται με βαριά τραυματικές καταστάσεις όπως π.χ. οι καρκινοπαθείς. Δηλαδή τις συνδέσεις και αποσυνδέσεις των δύο βασικών πυλώνων που ορίζουν την ανθρώπινη ύπαρξη: τον ενορμητικό και τον βιο-οργανικό. Όταν ο βιο-οργανικός πυλώνας έρχεται αντιμέτωπος με ότι ο ψυχονοητικός αδυνατεί να διεργασθεί, να συμβολοποιήσει, αρρωσταίνει. Ή με τα λόγια του ίδιου του συγγραφέα: «όταν το ψυχικό όργανο δεν είναι πλέον ικανό να ανταπεξέλθει στην σύνδεση των ερεθισμάτων με την αναπαράσταση, τότε εμφανίζεται στο προσκήνιο το σώμα». Συνάμα διατυπώνει την άποψη ότι η ψυχοσωματική «λύση» αποτρέπει τον κατακερματισμό του Εαυτού διακινδυνεύοντας την σωματική ακεραιότητα ενώ η ψυχωτική «λύση» αποτρέπει την σωματική προσβολή σε βάρος της ψυχικής συγκρότησης. Αναρωτώμενος με ευθύτητα για τους λόγους αυτής της «επιλογής» του Αρχαϊκού Εγώ εικάζει ότι η ασθενικότητα του Εγώ είναι ένας σημαίνων λόγος.

Ενδιαφέρον παρουσιάζει εδώ η θέση του Χ. Βελισσαρόπουλου περί «σωματο-ψυχικών συμφύσεων». Πρόκειται για όρο που περιγράφει, σύμφωνα με τον συγγραφέα, τις αποτυχίες στη μεταφορική/μετωνυμική εγγραφή του Σωματικού δέρματος σε Εγώ-δέρμα. Υποθέτει ότι σε περιπτώσεις ισχυρών ψυχοτραυματισμών και κινητοποίησης της αμυντικής προστατευτικής παλινδρόμησης, η ψυχική ενέργεια που εκλύεται στροβιλίζεται και ενισχύεται κατά τη διέλευ-

σή της δια μέσου των συμφύσεων και καταλήγει να «χτυπά» αλύπητα το σώμα. Ενδεχομένως αυτή είναι μια απάντηση-ερμηνεία στο γιατί, στις καταστάσεις όπου τα τραυματικά γεγονότα της ζωής οδηγούν στην κατάλυση της σιωπής του σώματος είναι, σε ορισμένες περιπτώσεις, αδύνατον να αποτραπεί η αποδιοργάνωση παρά την όποια παλινδρομική κίνηση ή καθήλωση. Θα μπορούσαμε ίσως να σκεφτούμε τις «σωματο-ψυχικές συμφύσεις» ως ένα ανεπιτυχές «ανάχωμα» για την αποτροπή βαθύτερων αποδιοργανώσεων; Πώς μπορεί ο «συνοδοιπόρος-ψυχοθεραπευτής» να «συναντηθεί» με τα πιθανά σημεία που εμποδίζουν την παλινδρομική κατολίσθηση; Στα ερωτήματα αυτά ο Χ. Βελισσαρόπουλος δεν προσφεύγει σε εύπεπτες απαντήσεις. Πέραν των θεωρητικών του τοποθετήσεων και αναζητήσεων, αφήνει τα παραδείγματα να «μιλήσουν». Ακολουθώντας την ρήση του Βιον *«στη θεραπεία προσερχόμαστε (οι θεραπευτές) χωρίς μνήμη και επιθυμία»*, παρακολουθεί με συνέπεια και καρτερία τις ψυχικές κινήσεις των καρκινοπαθών θεραπευομένων του και συντρέχει κατά το δυνατόν, το άνοιγμά τους στα πολυσήμαντα συμβάματα και ψήγματα νοημάτων που αναδύονται. Στηρίζει δηλαδή (με την Φροϋδική έννοια) τον αγώνα τους να ξαναπάρουν την κυριότητα της ψυχοσωματικής τους ιστορίας ενάντια στο ορμητικό ρεύμα που τους σύρει αλλού. Αυτή η στάση είναι αυθεντικά ψυχοθεραπευτική.

Τέλος ιδιαίτερη σημασία αποκτά το πόνημα του Χ. Βελισσαρόπουλου για μας τους αναλυτές ομάδας και όσους ασχολούνται με τις ομάδες γενικότερα, αλλά και για τους ίδιους τους πάσχοντες, καθώς το τελευταίο κεφάλαιο είναι αφιερωμένο στην ομαδική ψυχοθεραπεία καρκινοπαθών. Απ' όσο μάλιστα γνωρίζουμε ελάχιστες είναι οι βιβλιογραφικές αναφορές στον Ελληνικό χώρο σχετικά με το θέμα (με αρκετές από αυτές να είναι του ίδιου του συγγραφέα) ενώ είναι γνωστό ότι η ομαδική θεραπεία για τους καρκινοπαθείς αποτελεί μια από τις αποτελεσματικότερες μορφές ψυχολογικής τους στήριξης. Διευκολύνει την συναισθηματική έκφραση, απομακρύνει το απομονωτικό βίωμα, ενισχύει την ανάγκη για σύνδεση με τον άλλο και το αίσθημα κοινωνικής στήριξης, ενσταλάζει ελπίδα, πλαισιώνει τον πόνο στην ψυχική του διάσταση κ.λπ. Η εμπειρία του Χ. Βελισσαρόπουλου καταγράφεται με σαφήνεια τόσο θεωρητικά όσο και κλινικά παρέχοντας μια πλήρη απεικόνιση τόσο των σταδίων δημιουργίας και ανάπτυξης της όσο και των βασικών υποθέσεων και διεργασιών (αποχωρισμοί, πένθη) που λειτουργούν κατά τη διαδρομή της. Μέσα από τα παραδείγματα που πλουσιοπάροχα μας παρέχει, ο Χ. Βελισσαρόπουλος δηλώνει για άλλη μια φορά ότι το σπουδαιότερο για ένα θεραπευόμενο είναι να μην αισθανθεί σε καμία περίπτωση εγκατα-

ΑΠΕΤΑΞΑΜΗΝ

λειπόμενος από τον θεραπευτή του. Η Ψυχοθεραπεία είναι ίσως η πρώτη φορά (και ίσως τελευταία όταν μιλάμε για καρκινοπαθείς) που ο πάσχων θα αισθανθεί ψυχικά ελεύθερος.

Γεράσιμος Φραντζιός
Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής

Εισαγωγή

Την ψυχο-ογκολογία τη γνώρισα σχετικά τυχαία. Έχοντας ολοκληρώσει τις σπουδές μου και έχοντας ακολουθήσει μία άτυπη εκπαίδευση στην ομαδική θεραπεία με τον παιδοψυχίατρο-ψυχαναλυτή Μ. Γιωσαφάτ, γνώρισα τον ψυχίατρο Ν. Ρασσιδάκη με τον οποίο έκτοτε συναντηθήκαμε πολλές φορές και το θέμα συζήτησής μας ήταν, τι άλλο, η ψυχοσωματική. Μετά από μερικούς μήνες μου πρότεινε να λειτουργήσω —εθελοντικά— ψυχοθεραπευτικές ομάδες στο ογκολογικό νοσοκομείο «Άγιοι Ανάργυροι» όπου ήταν διευθυντής του ψυχιατρικού τμήματος και δέχτηκα με μεγάλη χαρά.

Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, αισθανόμενος ανεπαρκής στις γνώσεις μου, πήγα στη Γαλλία με στόχο να παρακολουθήσω ένα Μεταπτυχιακό Ψυχανάλυσης στο Πανεπιστήμιο Paris 7. Η εμπειρία αυτή ήταν σημαδιακή. Είχα την τιμή να με διδάξουν αξιόλογοι ψυχαναλυτές όπως οι J. Laplanche, P. Fedida, Sami Ali, D. Anzieu, J. Gagey και πολλοί άλλοι. Γυρίζοντας στην Ελλάδα οι «βαλίτσες μου» ήταν γεμάτες γνώσεις και εμπειρίες στο ψυχαναλυτικό και ψυχοσωματικό πεδίο. Δυστυχώς ο πρώτος καρκινοπαθής που συνάντησα όταν επέστρεψα στην Αθήνα ήταν ένας αγαπημένος φίλος, στον οποίο αφιερώνω αυτό το πόνημα.

Ακολούθησαν πολλά χρόνια «συναντήσεων» με καρκινοπαθείς αλλά και άλλων ασθενών με σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα. Στον ιδιωτικό χώρο αυτή τη φορά και παράλληλα σε μία διεθνή ιατρική Μη Κυβερνητική Οργάνωση² στην οποία προσέφερα εθελοντικά τις υπηρεσίες μου. Δύσκολες «συναντήσεις» τις περισσότερες φορές, ελπίζοντας πάντα ότι είχα σταθεί με επάρκεια δίπλα στους ασθενείς μου, όχι μόνον για να τους «στηρίξω», αλλά κυρίως για να τους συντροφεύσω στη μάχη που έδιναν. Ακόμα και στη μάχη του «τέλους».

Σαν τον Βοήθιο, τον Ρωμαίο συγκλητικό, έχω και εγώ σαν παρηγοριά σ' αυτό το ανηφορικό οδοιπορικό την «κυρά φιλοσοφία» (Βελισσαρόπουλος Δ. , 1998), κυρίως τον Πλωτίνο ο οποίος με ταξιδεύει σε κόσμους διαφορετικούς απ' αυτούς την κλασικής μεταφυσικής (Βελισσαρόπουλος Δ. , 2000), αλλά και τον Cioran του οποίου η αντίληψη του κόσμου με γοητεύει (Parfait, 2001).

² Γιατροί του Κόσμου

Ένας δεύτερος συνοδοιπόρος είναι οι νευροεπιστήμες. Πιστεύοντας ότι η «ψυχή» είναι μια ανάδυση ιδιότητας με δικούς της κανόνες και δυναμική, με ενδιαφέρει η λειτουργία του εγκεφάλου, όταν βέβαια η γνωστική επιστήμη μελετά το συναίσθημα και δεν το εξοστρακίζει.

Τέλος, τρίτος συνοδοιπόρος μου είναι η σύγχρονη φυσική. Στις ψυχαναλυτικές σπουδές μου είχα ενδιαφερθεί για τους κανόνες λειτουργίας του ασυνείδητου, λειτουργία η οποία βρίσκεται πέραν του λογικού και του κλασικού. Αντίστοιχα φαινόμενα και κανόνες λειτουργίας παρατηρώ και στη σύγχρονη φυσική —θεωρία χάους, θεωρία παιγνίων, φράκταλς— αλλά κυρίως στην κβαντική θεωρία. Ο R. Penrose και ο Δ. Νανόπουλος για παράδειγμα υποστηρίζουν τη γοητευτική θεωρία ότι η συνειδητοποίηση, η διαίσθηση, και γενικά τα νοητικά φαινόμενα οφείλονται στην κβαντική λειτουργία των μικροσωληνίσκων του εγκεφάλου.³ Και όποιος μελετάει την κβαντική λειτουργία σωματιδίων με μέγεθος κάτω από την κλίμακα του Planck, υπονοεί φαινόμενα όπως η μη τοπικότητα, ο ρόλος του παρατηρητή, η κατάρρευση της κυματικής συνάρτησης και οι διαφορετικές χωροχρονικές επαλληλίες.

Επιστημολογικά θα ήταν πολύ εύκολο να υπάρξουν σχέσεις αναλογίας ανάμεσα στη σύγχρονη φυσική, την κβαντική θεωρία και την ψυχανάλυση, μιας και τα τρία αυτά επιστημονικά πεδία μελετούν φυσικά φαινόμενα. Όμως θεωρώ ότι πρόκειται για διαφορετικές επιστημονικές οντότητες, οι οποίες, ακόμα και όταν μελετούν το ίδιο αντικείμενο, πρέπει να μεταφράζονται η μία στη γλώσσα της άλλης, μιας και έχουν διαφορετική σύνταξη και ορθογραφία.

Το βιβλίο αυτό έχει μία ιδιαιτερότητα στη δομή του. Περιλαμβάνει θέματα τα οποία με απασχόλησαν κατά τη διάρκεια της εμπειρίας μου με καρκινοπαθείς, τη θέση μου όσον αφορά την ύπαρξη των «σωματο-ψυχικών συμφύσεων» αλλά και κείμενα τα οποία είχα γράψει όταν είχα την ανάγκη να «μιλήσω» με τη γλώσσα της καρδιάς, αλλά και να δώσω «φωνή» (ζωή;) στους συνομιλητές μου. Τα κείμενα αυτά τα ονομάζω «ιντερλούδια» και αποτυπώνω στον τίτλο τους, χρησιμοποιώντας τη γλώσσα της μουσικής, το συναίσθημα που κυριαρχούσε τη στιγμή που τα έγραφα.

Το πρώτο μέρος του βιβλίου είναι αφιερωμένο στην ιστορία της ψυχοσωματικής. Είναι χωρισμένο σε τρεις περιόδους: Η πρώτη αφορά την αρχαία Ελλάδα στην οποία ήδη υπήρχαν θεωρίες και κλινικές εφαρμογές της ψυχοσωματικής επιστήμης. Ακολουθεί η περίοδος

³ (Penrose 1994)

από τον 13^ο ως τον 18^ο αιώνα, όπου επιστήμονες και φιλόσοφοι πίστευαν ότι ο ψυχολογικός παράγοντας έχει έναν σημαντικό ρόλο όχι μόνο στη θεραπεία των οργανικών νόσων αλλά και στην αιτιοπαθογένεση τους. Στο κείμενο υπάρχουν περιγραφές κλινικών περιστατικών. Η τρίτη χρονική περίοδος αφορά τον 19^ο και 20^ο αιώνα κατά τη διάρκεια των οποίων υπήρξε μια εκρηκτική επιστημονική εξέλιξη της ψυχοσωματικής, με έντονες συγκρούσεις αλλά και προσπάθειες —όχι όσες θα επιθυμούσα— δημιουργικού διαλόγου.

Το δεύτερο μέρος του βιβλίου είναι αφιερωμένο στην επιστημολογία της ψυχοσωματικής. Σε ένα πρώτο επίπεδο περιγράφεται η αιτιοκρατία (ντετερμινισμός) και ακολουθούν οι δύο αντίθετες στην ουσία τους έννοιες, του δυϊσμού και του μονισμού. Ανάμεσα σ' αυτές βρίσκεται ένας προβληματισμός που έχει καίρια σημασία στη σωματοποίηση, αυτός του Mind-Body problem. Τέλος, περιγράφω μία τρίτη επιστημολογική σκέψη που προέρχεται από τις θέσεις του Πλωτίνου, ο οποίος υποστηρίζει ότι από το «Εν» απορρέουν τα υπόλοιπα συστατικά στοιχεία του «Όντος» (Βελισσαρόπουλος Δ., 2000).

Ακολουθεί το πρώτο ιντερλούδιο —*crescendo*— στο οποίο περιγράφεται το κλινικό περιστατικό του Γιάννη Α.

Το τρίτο μέρος του βιβλίου αφορά ένα θεμελιώδες επιστημολογικό πρόβλημα της ψυχοσωματικής, που την έχει χωρίσει σε δύο στρατόπεδα. Το πρόβλημα μπορεί να διατυπωθεί ως εξής: Υπάρχουν οργανικές νόσοι των οποίων η αιτιοπαθογένεση είναι αμιγώς ψυχικής φύσεως, συνεπώς δικαιούμεθα να μιλάμε για ιδιαίτερες ψυχοσωματικές νόσους ή αντίθετα πρέπει να θεωρούμε ότι όλες οι νόσοι, οργανικές ή ψυχολογικές, οφείλονται από κοινού στον σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό παράγοντα με συνέπεια να πρέπει να χρησιμοποιούμε μόνο τον ολιστικό όρο «σωματοποίηση»;

Τον προβληματισμό αυτόν ακολουθεί το δεύτερο ιντερλούδιο —*adagio*— στο οποίο περιγράφονται δύο περιστατικά της κλινικής μου εμπειρίας.

Στο τέταρτο μέρος εξετάζω ένα σημαντικό θέμα που έχει και αυτό διχάσει τους επιστήμονες. Αναφέρομαι στον συμβολισμό του καρκίνου. Περιγράφω κατ' αρχάς την προοπτική νοήματος, ακολουθεί ή άποψη ότι δεν υπάρχει κανένας συμβολισμός και νόημα στην εμφάνιση του, για να προτείνω στη συνέχεια μία τρίτη προοπτική. Τέλος, διατυπώνω έναν επιστημολογικό προβληματισμό.

Ακολουθεί το τρίτο ιντερλούδιο —*doloroso*— που αντιστοιχεί σε μία ανάγκη μου να εκφράσω τα συναισθήματά μου συναντώντας καρκινοπαθείς.

Στο πέμπτο μέρος αναφέρομαι σ' ένα από τα συνήθη χαρακτηρι-

στικά του καρκίνου, τον πόνο. Το ερώτημα που θέτω είναι εάν ο πόνος είναι μόνο ένα σύμπτωμα ή εάν είναι τελικά μία ψυχική κίνηση.

Στο έκτο μέρος παρουσιάζω τη θέση μου όσον αφορά την ύπαρξη «**σωματο-ψυχικών συμφύσεων**». Περιγράφω τα θέματα της ενορμητικής εμπλοκής (χάρη σ' αυτή την εμπλοκή υπάρχει ο ψυχισμός), της διαφοροποίησης των ενστίκτων από τις ενορμήσεις, τον ρόλο της αναπαράστασης του αντικειμένου και τέλος της ενδεχόμενης αποενορμητικοποίησης της οποίας η σχέση με τη σωματοποίηση είναι πολύ στενή.

Ακολουθεί ένα τέταρτο ιντερλούδιο —*adagio*—, που αναφέρεται στην επίσκεψή μου σε μία ασθενή στο νοσοκομείο.

Στο έβδομο μέρος και πριν συνεχίσω την περιγραφή των θέσεων μου για τις «σωματο-ψυχικές συμφύσεις», αναλογίζομαι τις σχέσεις και τις διαφορές που υπάρχουν ανάμεσα στην ψύχωση και τη σωματοποίηση, μιας και οι δύο αυτές νοσολογικές οντότητες έχουν κοινό «τόπο» μία καθήλωση-στάση των παλινδρομικών κινήσεων της λίμπιντο.

Ακολουθεί στο όγδοο μέρος η προσπάθεια περιγραφής αυτού του κοινού «τόπου» στον οποίο βρίσκουμε μεταξύ άλλων τις λειτουργίες της «κοινωνισθσίας», της «ζώνης δημιουργίας», του «σωματο-ψυχωτικού επιπέδου της προσωπικότητας» και των «σωματικών δεικτών».

Στο ένατο μέρος περιγράφονται τα περιστατικά Χλόη και Αλέκος, και ακολουθεί η κλινική τους ερμηνεία κυρίως όσον αφορά το δέρμα —σωματικό και ψυχικό— και τις «σωματο-ψυχικές συμφύσεις» που ενίοτε δημιουργούνται.

Το δέκατο μέρος αφορά ένα θέμα που απασχολεί τους κλινικούς που έρχονται σε θεραπευτική επαφή με ασθενείς, οργανικούς ή ψυχικούς. Συγκεκριμένα, επεξεργαστήκαμε μέχρι τώρα την ιστορία, τη θεωρία και την κλινική της νόσου. Δεν αποτελεί μία *sine qua non* προϋπόθεση να μιλήσουμε τελικά για τον ασθενή που νοσεί;

Το πέμπτο ιντερλούδιο που ακολουθεί —*lacrimoso*— αφορά μία νέα κοπέλα την οποία οι συνθήκες ανάγκασαν να «κουβαλήσει» μόνη της τον σταυρό στον Γολγοθά της διάγνωσης της. Καταδεικνύεται στην ιστορία της Ευρυδίκης ότι η «συνωμοσία της σιωπής» έχει σε πολλές περιπτώσεις δραματικές επιπτώσεις.

Last but not least, στο ενδέκατο και τελευταίο μέρος περιγράφεται η κλινική εμπειρία μου λειτουργίας ψυχοθεραπευτικών ομάδων σε ογκολογικό νοσοκομείο.⁴ Σχετικά με την εμπειρία μου αυτή θα

⁴ Ογκολογικό Νοσοκομείο Άγιοι Ανάργυροι

αναφερθώ στα υπαρξιακά άγχη, στη συναισθηματική έκφραση και στην κοινωνική στήριξη καθώς και στη σχέση τους με την ομαδική ψυχοθεραπευτική συνάντηση. Θα αναρωτηθούμε αν πρέπει να λειτουργούν ομάδες καρκινοπαθών σε νοσοκομειακό ή ιδιωτικό χώρο και τέλος θα περιγράψω ορισμένα τεχνικά χαρακτηριστικά της θεραπείας ομάδων. Σε αυτό το οδοιπορικό μάρτυρες είναι ασθενείς τους οποίους είχα την τιμή να «συντροφεύσω».

Να σημειώσουμε ότι έχουν ληφθεί όλα τα απαραίτητα μέτρα για να διατηρηθεί το απόρρητο της ταυτότητας των ασθενών.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τις κόρες μου Αριάδνη και Έλλη, την Σοφία Μπαράτση και την Μίνα Παλαιολόγου για την συντροφιά στη διάρκεια αυτής της διαδρομής.

Ιστορία της Ψυχοσωματικής

Από την Αρχαία Ελλάδα στον 13^ο Αιώνα

Σύμφωνα με τον R. Grinker (1983), η ψυχοσωματική είναι μία προσέγγιση που περιλαμβάνει το σύνολο των διαδικασιών συναλλαγής μεταξύ του σωματικού, ψυχικού, κοινωνικού και πολιτισμικού συστήματος. Συνεπώς η έννοια δεν αναφέρεται αποκλειστικά στη φυσιολογία, την παθολογία, την ψυχολογία ή την ψυχοπαθολογία, αλλά στην αρχή μίας διαδικασίας αλληλεπίδρασης και διάδρασης μεταξύ των έμβιων συστημάτων και της κοινωνικής και πολιτισμικής δυναμικής τους μορφή.

Η σκέψη μίας σχέσης μεταξύ της νοητικής-συναισθηματικής κατάστασης ενός ατόμου και της ενδεχόμενης νόσου, εμφανίστηκε αρχικά σαν μία διαισθητική υπόθεση και αργότερα σαν μία θεωρητική φιλοσοφική αρχή.

Μπορούμε να πούμε ότι η ιατρική, στη διάρκεια της ιστορίας της, αμφιταλαντεύτηκε μεταξύ μίας δυναμικής και συνθετικής τάσης, που αντιλαμβάνεται το άτομο στο πλαίσιο της σφαιρικότητάς του (Σχολή της Κω, 4^{ος}-3^{ος} π.χ. αιώνας) (Ιπποκράτης, 2011) και σε μία αναλυτική τάση, υπερ-εξειδικευμένης και μηχανιστικής (σχολή της Κνίδου, 4^{ος}-3^{ος} αιώνας, π.χ., Εύδοξος ο Κνίδιος) (Γκούντουβας, 2015).

Ήδη από την αρχαιότητα οι θεραπευτές, στην πρακτική τους, χρησιμοποιούσαν μεθόδους παρέμβασης που στόχευαν τους ψυχολογικούς παράγοντες. Στην Επίδαυρο (Ασκληπιείο, το μεγαλύτερο θεραπευτήριο του αρχαίου κόσμου), η προσπάθεια αποκατάστασης της υγείας των ασθενών περιλάμβανε ένα είδος δυναμικής θεραπείας. Οι προσκυνητές ασθενείς διέμεναν στον λατρευτικό χώρο, στον οποίο γινόταν ένα είδος ανάλυσης των ονείρων τους. Στα γραπτά του Ιπποκράτη περιγράφεται με σαφή τρόπο η δυναμική σχέση μεταξύ ψυχосύνθεσης και ασθένειας. Μια γενιά αργότερα, ο Πλάτωνας (1993) έγραφε ότι το μεγαλύτερο λάθος των θεραπευτών είναι ότι εφαρμόζουν διαφορετικές θεραπείες στο σώμα και στην ψυχή.

13^{ος} -19^{ος} Αιώνας

Κατά τη διάρκεια του Μεσαίωνα ο Γάλλος χειρουργός Henri de Mondeville (1260-1320) έδινε έμφαση στην ανάγκη να προσφέρεται στον ασθενή ικανοποίηση και χαρά, διότι, όπως υποστήριζε,

‘Όλοι γνωρίζουν ότι η χαρά και η λύπη είναι προϊόντα του πνεύματος και ότι το σώμα παχαίνει από τη χαρά και αδυνατίζει από τη λύπη.

Επιπλέον επέμενε στη σημασία που έχει για τον άρρωστο η παρουσία των αγαπημένων προσώπων του κατά τη διάρκεια των χειρουργικών επεμβάσεων. Ο ασθενής, έλεγε,

(...) πρέπει να είναι συνέχεια χαρούμενος και ικανοποιημένος από την παρουσία των φίλων του, παίζοντας φιλικά μαζί τους ζάρια, πίνοντας κρασί και τρώγοντας. Επίσης δεν πρέπει να εκνευρίζεται ούτε να παρασύρεται από την πλήξη (Gosh, 1983).

Το 1768, εκδίδεται η μελέτη του C.J. Tissot (1768) όσον αφορά την επίδραση των παθών του πνεύματος στις ασθένειες και τους τρόπους επανόρθωσης των βλαβερών επιπτώσεων. Το 1788, ο W.M. Falconer (1788) εκδίδει ένα βιβλίο με τίτλο *Dissertation on influence of the passions upon the disorders of the body*.

Ο P. Pinel (1755-1826), στη Νοσογραφία του έγραφε: «Παρατηρήσαμε τον Ερυσίπελα να εμφανίζεται μετά από μεγάλη στενοχώρια».

Επίσης, ανακαλύπτουμε

(...) μεταξύ των νευρώσεων, τις νευρώσεις της πέψης: οισοφαγικοί σπασμοί, πύρωση, εμετούς, δυσπεψία, βουλιμία, αλλοτριοφαγία (pica)⁵, κολικούς, ειλεό, και τις νευρώσεις της κυκλοφορίας: ταχυκαρδίες, καρδιακό άλγος, λιποθυμίες (Caire, 1995)

Βλέπουμε δηλαδή ότι για τον Pinel, νευρώσεις είναι οι «νευρικές διαταραχές» που σχετίζονται με τα αντίστοιχα όργανα τα οποία πάσχουν.

Ο G.B. Morgagni (1682-1771) μιλούσε για κρίσεις διάρροιας που οφείλονται στο άγχος και περιέγραφε το περιστατικό μιας δεσποινίδας 17 χρονών που υπέφερε από κεφαλαλγίες και λιποθυμικές κρίσεις στις οποίες παραδόξως, «η διασκέδαση απομάκρυνε την επανάληψη της λιποθυμίας» (Jarcho, 1984).

Για τον P. Cabanis (1757-1808), όπως αναφέρεται στο κείμενο του Baertschi (2005, pp. 451-463) η ανθρώπινη φύση διαιρείται σε δύο τμήματα: στη σωματική και στην ηθική ιστορία. Από τη μελέτη της συνάντησης αυτών των δύο ιστοριών και από την περιγραφή

⁵ Pica: λατινική λέξη η οποία μεταφράζεται σαν κίσσα, πουλί που έχει τη φήμη ότι τρώει τα πάντα. Με τη λέξη αυτή χαρακτηρίζονται οι διατροφικές «λιγούρες» και κυρίως αυτές των εγκύων.

της ποιότητάς τους, προκύπτει αυτό που μπορούμε να ονομάσουμε επιστήμη του ανθρώπου ή ανθρωπολογία. Ο A. Troussseau (1801-1867) περιέγραφε την ψυχογένεια του υπερθυρεοειδισμού και ορισμένων μορφών διάρροιας. Όσον αφορά τη δυσπείψια έγραφε ότι όλοι οι σοβαροί κλινικοί γιατροί έχουν παρατηρήσει ότι ένα «ηθικό» συναίσθημα, σχετικά έντονο, αναστέλλει συχνά τη διαδικασία της χώνεψης και οδηγεί στη δυσπείψια. Ο ίδιος έπασχε από κρίσεις άσθματος. Στην αυτό-παρατήρηση που πραγματοποιούσε προσπαθούσε να ανακαλύψει τη συνάφεια μεταξύ των παροδικών εξάρσεων θυμού που είχε και της σκόνης, αναφορικά με την ασθένειά του. Υποστήριζε λοιπόν ότι η σκόνη, από μόνη της, δεν είναι επαρκής λόγος για να προκαλέσει μια μεγάλη κρίση άσθματος. Υπέθετε λοιπόν ότι αυτή ενέκυπτε κατόπιν ειδικών συνθηκών. *«Με ξάφνιαζε», έλεγε, «ίσως από την επίδραση της ηθικής συγκίνησης(...) το νευρικό μου σύστημα ήταν κλονισμένο»* (Shapiro & Shapiro, 1833).

Ορισμένα φαινόμενα δείχνουν θεαματικά τη σχέση μεταξύ σώματος και ψυχής. Η μαγική διαδικασία του βουντού, η δράση των σαμάνων θεραπειών, η σχέση προσωπικότητας και θνησιμότητας, η εμπειρία των ακραίων καταστάσεων στα στρατόπεδα συγκέντρωσης στον β' παγκόσμιο πόλεμο όπου η παθητική ή ενεργητική στάση καθόριζαν το προσδόκιμο ζωής, η αυτοϊαση, αλλά ακόμα και η μεγαλύτερη ανθεκτικότητα στις σωματικές νόσους των ψυχικά ασθενών είναι μερικά παραδείγματα αυτής της σχέσης. Αλλά και ο ρόλος του στρες στην εμφάνιση ασθενειών, η πρόσφατη ανακάλυψη της άμεσης σχέσης του εγκεφάλου με το ανοσοποιητικό σύστημα⁶ και ίσως και τα αυτοάνοσα νοσήματα.

19ος και 20ος Αιώνας

Ο Γερμανός παθολόγος-νευρολόγος J.C.A. Heinroth, σύμφωνα με τους Steinberg, Herrmann-Lingen & Himmerich είναι ο πρώτος που εισήγαγε τους όρους «ψυχοσωματικό» και «σωματοψυχικό» (Johann Christian August Heinroth: psychosomatic medicine eighty years before Freud, 2013). Ο πρώτος όρος αφορά την άποψη ότι τα «σεξουαλικά πάθη» είναι υπεύθυνα για την εκδήλωση φυματίωσης, επιληψίας και καρκίνου. Ο δεύτερος όρος, «σωματοψυχικό», αφορά τις

⁶ Ο «άγνωστος σύνδεσμος» είναι κύτταρα στις μήνιγγες του εγκεφάλου, που φαίνεται τελικά ότι είναι λεμφικά αγγεία που συνδέουν το ανοσοποιητικό σύστημα με το κεντρικό νευρικό σύστημα (Louveau, και συν. 2015)

σωματικές ασθένειες όπου ο σωματικός παράγοντας επηρεάζει την ψυχική εκδήλωση.

Παρ' όλο που ο όρος «ψυχοσωματική» δεν υπάρχει στα έργα των μεγάλων ιατρών του 19^{ου} αιώνα, η σπερματική ιδέα υπήρχε στη σκέψη πολλών εξ' αυτών. Ο H. Maudsley (1871) γράφει

(...) εάν το συναίσθημα δεν απελευθερωθεί, θα δράσει στα όργανα και θα διαταράξει τη λειτουργία τους. Η θλίψη που ενδεχόμενα εκφραστεί με στεναγμούς και κλάματα, γρήγορα λησμονιέται, ενώ ο σιωπηλός πόνος ροκανίζει την καρδιά, η οποία στο τέλος θρυμματίζεται.

Ο Γερμανός ποιητής Novalis (1997) εκφράζει μια πιο τολμηρή άποψη, υποστηρίζοντας ότι «κάθε ασθένεια μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι ψυχική αρρώστια».

Αργότερα ήρθε η χρονική περίοδος της έλξης από τις μεγάλες ανακαλύψεις της φυσικο-χημείας, της βακτηριολογίας όπως επίσης και από αυτές της παθολογικής ανατομίας το δεύτερο ήμισυ του 19^{ου} αιώνα και της φυσιο-παθολογίας τον 20^ο αιώνα. Παρ' όλο που η κλινική εμπειρία υποχρέωνε τους γιατρούς να δίνουν προσοχή στους συναισθηματικούς παράγοντες και την ποιότητα της ζωής των ασθενών, εν τούτοις τα πεδία αυτά έμεναν εκτός του επιστημονικού πεδίου και της έρευνας. Η κυριαρχούσα άποψη στον χώρο της επιστημονικής ιατρικής και των πανεπιστημιακών κλινικών ήταν ότι αυτοί οι παράγοντες είναι δύσκολο να εκτιμηθούν, διότι δεν υπάρχει η κατάλληλη μέθοδος που να επιτρέπει την υποβολή τους σε επανάληψη και μέτρηση. Εάν στην κλινική πράξη οι ψυχικοί παράγοντες έπρεπε να ληφθούν υπ' όψη σε συνάρτηση με την εκτίμηση του κάθε κλινικού ή της κάθε θεωρητικής σχολής, αυτή η ανάγκη δεν μπορούσε να έχει καμία σχέση με το πεδίο της επιστημονικής έρευνας.

Επιστημολογία της Ψυχοσωματικής

Το ενδιαφέρον για την επιστημολογία της Ψυχανάλυσης μου το εμφύσησε ο δάσκαλός μου στο Paris 7, J. Gagey.

Αιτιοκρατία

Ονομάζουμε αιτιοκρατία (Ντετερμινισμό) τη θεωρία που υποστηρίζει ότι όλες οι πράξεις των ανθρώπων καθορίζονται από τις προηγούμενες, χωρίς η βούληση να μπορεί να μεταβάλλει οτιδήποτε σε αυτόν τον καθορισμό. Οι άνθρωποι συνεπώς, στο πλαίσιο αυτού του συστήματος, δεν έχουν ελευθερία βούλησης και ακόμα και εάν το πιστεύουν, την κατέχουν μόνον φαινομενικά.

Μπορούμε να αποδώσουμε την ύπαρξη της αιτιοκρατίας σε δύο λόγους: στον πρώτο, δηλώνουμε *a priori* ότι όλες οι ανθρώπινες πράξεις είναι υποχρεωτικά καθορισμένες από τα προηγθέντα φαινόμενα σύμφωνα με την αρχή της αιτιότητας. Στον δεύτερο, υποστηρίζουμε ότι η ελεύθερη βούληση δεν μπορεί να γίνει αντικείμενο παρατήρησης, ότι η εμπειρία προσφέρει μόνο φαινόμενα που διαδέχονται το ένα το άλλο με μία αμετάβλητη τάξη και τέλος ότι η αιτιοκρατία είναι το μοναδικό σύστημα που εναρμονίζεται με την εμπειρία.

Όπως και να έχει, ανεξάρτητα από το εάν είμαστε ή δεν είμαστε υποχρεωμένοι να υποβάλλουμε όλες τις ανθρώπινες πράξεις στον κανόνα της αιτιοκρατίας, το γεγονός είναι ότι αυτή αντιπροσωπεύει το αξίωμα του συνόλου των επιστημών της φύσης. Αυτό που ορίζουμε ως νόμο, δηλαδή την αμετάβλητη σχέση μεταξύ δύο φαινομένων, δεν μπορεί να ερευνηθεί παρά μόνο αν πιστεύουμε ότι κάθε φαινόμενο έχει με αμετάβλητο τρόπο ακολουθηθεί και αμετάβλητα προηγηθεί από άλλα φαινόμενα. Όμως, είναι εδώ που λαμβάνει μορφή η διατύπωση της αιτιοκρατίας. Γνωρίζοντας ότι οι επιστήμες της φύσης έχουν σαν μοναδικό αντικείμενο την αναζήτηση των νόμων, είναι εύκολα κατανοητό ότι όλες στηρίζονται στην αιτιοκρατία.

Την σκέψη αυτή αναγνωρίζει με τον Αριστοτέλη η αρχαιοελληνική μεταφυσική, όταν προσδίδει στη φυσική τον στόχο της αναζήτησης της αλληλουχίας των μονοσήμαντων αιτίων, που παράγουν πάντα το ίδιο αποτέλεσμα. Ο Claude Bernard, αιώνες μετά, μελετώντας τα φαινόμενα της ζωής, πρότεινε μια άλλη τάξη αιτιοκρατίας, όπου

τα σύνολα εξηγούνται από τα μέρη και όπου τα παραγόμενα απορρέουν από τα προηγούμενα. Ονόμασε τη νέα αυτή αιτιοκρατία «ανώτερη αιτιοκρατία» (Olmsted, 1952).

Δυϊσμός

Τα άτομα στη φύση, ενδιαφέρονται για την επιβίωση, την τροφή και την αναπαραγωγή. Πέρα όμως από την ικανοποίηση αυτών των αναγκών, ο άνθρωπος θέλησε να βελτιώσει τις συνθήκες ευημερίας του αλλά άρχισαν να τον απασχολούν και υπαρξιακά ερωτήματα. Από πού προερχόμαστε; Ποιος μας εγκατέστησε σ' αυτόν τον άγριο τόπο χωρίς να ερωτηθούμε; Έχουμε συλληφθεί από ένα ανώτερο όν; Τι υπάρχει μετά από την -αναπόφευκτη απ' ότι φαίνεται- εξαφάνισή μας; Κατά τη διάρκεια των αιώνων, ο άνθρωπος δεν έπαψε να χτίζει υποθέσεις μέσω φιλοσοφικών δογμάτων, θρησκευτικών πίστεων και μαθηματικών εξισώσεων. Θέλησε να «γνωρίσει» χωρίς να αντιλαμβάνεται ότι όσο νομίζει ότι γνωρίζει ένα θέμα, τόσο αυτό γίνεται απρόσιτο.

Η θέση του δυϊσμού δεν έχει την αξίωση να κομίσει μία απάντηση σε όλα αυτά τα ερωτήματα. Έχει μόνον την πρόθεση να εισάγει μία πιο πιστευτή υπόθεση, ότι δηλαδή ο κόσμος λειτουργεί με έναν απλό τρόπο. Συνεπώς δεν είναι απαραίτητο να διακατεχόμαστε από πολύπλοκες σκέψεις για την ύπαρξή μας.

Διαβάζοντας αυτό το κείμενο ασκούμε ασυνείδητα τον δυϊσμό, μιας και η ανάγνωσή του δεν θα ήταν δυνατή, αν δεν υπήρχε μία αντίθεση στους χαρακτήρες και στο υπόβαθρο. Ένα κείμενο γραμμένο με μαύρα γράμματα σε ένα μαύρο υπόβαθρο θα ήταν τελείως δυσανάγνωστο. Κάθε μεταβίβαση λοιπόν πληροφορίας πρέπει να εμπεριέχει στη δομή της μία εμφανή αντίφαση μεταξύ του μέσου και του μηνύματος. Τελικά, χρησιμοποιούμε, χωρίς να το συνειδητοποιούμε, τον δυϊσμό σε όλες μας τις εκφάνσεις.

Ο δυϊσμός είναι απλά το γεγονός ότι δεν μπορούμε να γνωρίζουμε, παρά μόνο μέσω της αντίθεσης. Το καλό δεν μπορεί να οριστεί χωρίς το κακό, η ευτυχία χωρίς τη δυστυχία. Τα άκρα δεν μπορούν να υπάρξουν παρά μόνον ευρισκόμενα μαζί. Η ύπαρξή τους δεν είναι αποδεκτή, χωρίς την ύπαρξη του αντιθέτου. Ένα αντικείμενο δεν υπάρχει, παρά μόνο σε συνάρτηση με τις σχέσεις που διατηρεί με τα άλλα αντικείμενα, αλλιώς δεν είναι τίποτα. Η κινέζικη φιλοσοφία ερ-

μηνεύει ικανοποιητικά τον δυϊσμό με τη χρήση των όρων Yin και Yang.⁷

Mind-Body Problem

Το πρόβλημα «σώμα-ψυχή» αφορά την ερμηνεία των σχέσεων μεταξύ του νου και των σωματικών διαδικασιών. Είναι προφανές ότι οι αισθητηριακές εμπειρίες μας έχουν αφετηρία τα ερεθίσματα που φτάνουν από τον εξωτερικό κόσμο μέσω των αισθητηρίων οργάνων και ότι αυτά τα ερεθίσματα προκαλούν τροποποιήσεις στη λειτουργική κατάσταση του εγκεφάλου, δημιουργώντας βιώματα που μπορεί να ανήκουν στην κατηγορία του ευχάριστου ή του δυσάρεστου. Είναι επίσης προφανές ότι μπορούμε να κινήσουμε το σώμα μας έχοντας την επιθυμία να ικανοποιήσουμε μία ανάγκη. Όμως με ποιο τρόπο η συνειδητή εμπειρία μπορεί να προκαλέσει την κίνηση ενός σώματος, δηλαδή ενός υλικού αντικειμένου, συνεπώς ενός φυσικοχημικού συστήματος; Πώς μπορούμε να είμαστε η αιτία της λειτουργίας των νευρώνων μας και της συστολής των μυών μας, που πρόκειται να πραγματοποιήσουν την ενέργεια που τους προτείνουμε;

Δυϊσμός είναι η θέση που αποδέχεται την ύπαρξη του υλικού κόσμου και του νου, αλλά όντας από τη φύση τους ανεξάρτητες πραγματικότητες. Οι μη δυϊστικές θεωρίες, με τη στενή έννοια του όρου, είναι δυνατόν να είναι μη αναγωγικές, δηλαδή να αναγνωρίζουν την ύπαρξη του υλικού κόσμου και του νου, χωρίς όμως να τους προσδίδουν ουσιώδη διαφορά, παρά μόνο μία διαφορά κατηγορίας.

Ο δυϊσμός χαρακτηρίζεται από τα παρακάτω γνωρίσματα: Το σώμα εντοπίζεται στον χώρο και τον χρόνο. Μπορεί να αναγνωριστεί από τις αισθήσεις, και είναι δυνατόν να είναι αντικείμενο της επιστήμης, η οποία ερευνά τους αιτιολογικούς μηχανισμούς λειτουργίας του. Ο νους αντίθετα, βρίσκεται σε μία εσωτερικότητα που δεν είναι ορατή, συνεπώς δεν είναι αναγνωρίσιμος από τον άλλο. Άρα, ο νους δεν μπορεί να καταστεί αντικείμενο μελέτης της κλασσικής ε-

⁷ Μία απάντηση στο ερώτημα της συγχώνευσης και της μεταφυσικής (οντολογικής) υπέρβασης των αντιθέτων δίνουν, αφ' ενός η φιλοσοφία με τον όρο «αντικείμενο καθ' εαυτό» (Kant) αφετέρου η έννοια του «τραγικού» στο αρχαίο ελληνικό θέατρο. Επίσης η «υπέρβαση των αντιθέτων» είναι θέμα επεξεργασίας και του Πλωτίνου, όπως θα δούμε παρακάτω.

πιστήμης, διότι διαφεύγει του αιτιακού κόσμου της ύλης.⁸ Η αδυναμία του δυϊσμού να πιστοποιήσει την ύπαρξη του νου του Άλλου, τον οδηγεί συχνά στον σολιψισμό (αυτό-κρατία).⁹

Ο Θαλής ο Μιλήσιος, σύμφωνα με την Α. Πόταγα (Πόταγα, 1987-1988) υποστήριζε ότι η ψυχή είναι μία φυσική υπόσταση, μία πηγή αέναης παραγωγής ενέργειας και κίνησης. Ο Παρμενίδης από την πλευρά του, αποκαλύπτει μία ανυπέρβλητη διαφορά μεταξύ της σκέψης και της φύσης (1987-1988). Ο Πυθαγορισμός εισάγει την πίστη στην αθανασία της ψυχής, η οποία είναι συνεπώς ανεξάρτητη από το σώμα (Γκούντουβας, 2015). Ο Δημόκριτος, στα ίχνη του Παρμενίδη, διαχωρίζει αυτό που είναι γνωστό με τη λογική, από τα συμβατικά φαινόμενα που παρατηρούμε (Γκούντουβας, 2015). Τέλος, ο Πλάτωνας (1983) είναι ο πρώτος φιλόσοφος που διατυπώνει το πρόβλημα σε όλη του την έκταση, παρουσιάζοντας μία θεωρία που έχει στόχο την κατανόηση της φύσης της ψυχής.

Σύμφωνα με τον Καρτέσιο, το σώμα και ο νους είναι δύο ουσίες εντελώς διαφορετικές. Μπορούμε να γνωρίσουμε τη μία, χωρίς να είμαστε υποχρεωμένοι να συλλάβουμε την άλλη. Η ψυχή είναι μία σκεπτόμενη ουσία, ενώ το σώμα είναι μία ουσία που έχει έκταση και καλύπτει τον χώρο. Παρ' όλα αυτά, η διαφοροποίηση του σώματος από την ψυχή δεν αντιτίθεται στη συνένωσή τους (Simon, J. (Ed.), 1860).

Ο καρτεσιανός δυϊσμός δεν σημαίνει ότι το σώμα και η ψυχή είναι ολοκληρωτικά διαχωρισμένες οντότητες.¹⁰ Υπάρχουν φαινόμενα που τα βιώνουμε χωρίς να μπορούμε να τα αποδώσουμε στην ψυχή ή στο σώμα ξεχωριστά, αλλά στον στενό δεσμό που υπάρχει μεταξύ τους. Η δίψα, η πείνα, τα πάθη του σώματος δεν εξαρτώνται αποκλειστικά από το σώμα, ούτε η αγάπη, η ευτυχία, η θλίψη αποκλειστικά από τον νου. Επιπλέον, αισθήσεις όπως το φως, τα χρώματα, η αφή, η γεύση, η θερμοκρασία, σχετίζονται άμεσα με την ψυχή και το μητρικό περιβάλλον όπως έχει περιγράψει ο Τέιλορ (2001).¹¹

Η σύζευξη της ψυχής και του σώματος είναι ένα μυστήριο που αδυνατούμε να κατανοήσουμε. Παρ' όλα αυτά, το βιώνουμε συνεχώς.

⁸ Κλασική επιστήμη η οποία είναι και αυτή επιστημολογικά μέρος του οικοδομήματος της επιστήμης. Αναφέρουμε και παρακάτω ότι η θεωρία των υπερ-χορδών, αν και δεν μπορεί να επιβεβαιωθεί πειραματικά, είναι αναντίρρητα επιστημονική.

⁹ Το προσωπικό Εγώ που γίνεται αντιληπτό με τις αισθήσεις είναι το μόνο που έχει ύπαρξη διότι τα Εγώ των άλλων, για τα οποία έχουμε έμμεση αντίληψη, δεν έχουν αντικειμενική υπόσταση.

¹⁰ Βλ. το κεφάλαιο Σώματο-Ψυχικές Συμφύσεις και Σωματοποίηση

¹¹ Για παράδειγμα η σχέση του μηχανισμού θερμορύθμισης και μητρικού εναγκαλισμού ή η σχέση ισορροπίας με το κράτημα.

Ο Καρτέσιος θεωρούσε από την πλευρά του ότι ο τόπος σύνδεσης του νου με το σώμα βρίσκεται στην επίφυση (Simon, J. (Ed.), 1860).¹²

Μονισμός

Σύμφωνα με τον μονισμό, ο νους και η ύλη βρίσκονται σε αλληλο-συνάφεια και αλληλεπίδραση και εκφράζουν μία κοινή υπόσταση. Η ψυχή και το σώμα δεν ανάγονται το ένα στο άλλο, ούτε συνδέονται μεταξύ τους, αλλά αποτελούν τις δύο όψεις του ίδιου νομίσματος. Η άποψη αυτή αντιπροσωπεύει και τον Spinoza, παρ' όλο που στην αρχή είχε υιοθετήσει τις θέσεις του Καρτέσιου για τον δυισμό ψυχής και σώματος (Yirmiyahu, 1993).

Ο μονισμός έχει τρεις μορφές: τον «υλισμό» που υποστηρίζει ότι σε κάθε ψυχικό φαινόμενο αντιστοιχεί ένα νευρο-βιολογικό φαινόμενο, όμως όπου η αντίθετη προοπτική δεν είναι αληθής. Τον «μπιχεβιορισμό» (συμπεριφορισμός), όπου ο ψυχισμός είναι ένα απλό επιφαινόμενο, όποτε είναι μάταιο να υποθέτουμε ότι υπάρχει μία νευρο-βιολογική συσχέτιση. Τέλος, τον «γνωστικισμό», σύμφωνα με τον οποίο δεν υπάρχει αυτόνομη ψυχική πραγματικότητα, παρά μόνο στενές σχέσεις μεταξύ των νοητικών καταστάσεων και της κατάστασης της νευρολογικής διάταξης.

Προερχόμενος από τη φιλοσοφία, ο δυισμός της ψυχανάλυσης αντιπροσωπεύει ένα από τα θεμέλια της μεταψυχολογίας του Φρόυντ και πολλών επιγόνων του. Χωρίς να χρησιμοποιεί τη λέξη «δυισμός», ο Φρόυντ οικοδόμησε την κλινική και τη θεωρία του στην ιδέα μίας δυναμικής σύγκρουσης μεταξύ ενορμήσεων, σεξουαλικής και αυτοσυντήρησης στην αρχή, και μετά μεταξύ των ενορμήσεων ζωής και θανάτου. Πριν απ' αυτόν, ο Gustav Fechner, προσπάθησε να εξηγήσει τη σχέση ψυχής και σώματος με όρους της φυσικό-χημείας ("1: Life and work". Nature from within: Gustav Theodor Fechner and his Psychophysical Worldview). Αντίθετα, ο Carl Jung και ο Pierre Janet, είναι υποστηρικτές του μονισμού.

¹² Η επίφυση είναι ένας αδένας που βρίσκεται ανάμεσα στα δύο ημισφαίρια του εγκεφάλου και συγκεκριμένα στην περιοχή της τρίτης κοιλίας. Παράγει την ορμόνη μελατονίνη, προκαλεί την αίσθηση της νύστας και ρυθμίζει τον κirkάδιο ρυθμό. (ο κirkάριος ρυθμός είναι μία βιολογική διαδικασία που παρουσιάζει ενδογενή περιοδική μεταβολή στη διάρκεια ενός 24ώρου. Προέρχεται από τη λατινική φράση *circa diem* που σημαίνει «γύρω – περίπου- από την ημέρα» και σηματοδοτεί το γεγονός ότι αυτή η περιοδικότητα των βιολογικών ρολογιών δεν είναι ακριβώς 24 ωρών.

Απόρροια της Ψυχής από το Πλωτινικό Εν

Θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε ότι το πρόβλημα «**σώμα-νου**» είναι μια μεγάλη αυταπάτη, κυρίως όσον αφορά στην κλινική της ψυχοσωματικής διαταραχής, διότι διατυπώνεται μέσω δύο συμπληρωματικών ερωτημάτων: **με ποιο τρόπο εγείρει το νοητικό φαινόμενο ένα υλικό αντικείμενο (ο εγκέφαλος), και αντίστροφα πως επηρεάζει τον υλικό κόσμο (το κύτταρο, τον ιστό, το βιολογικό όργανο) το νοητικό φαινόμενο;** Η απάντηση σε αυτά τα ερωτήματα είναι αδύνατον να δοθεί, διότι υπάρχει ένας a priori ιστορικός διαχωρισμός και μια σύγχυση μεταξύ των εννοιών ύλης και νου. Το πρόβλημα τίθεται ως τέτοιο καθότι φαίνεται ότι υπάρχει αλληλεπίδραση δύο εντελώς διαφορετικών κόσμων, ενός **νοητού κόσμου** που περιέχει σκέψεις και ενός **υλικού κόσμου** που περιέχει πράγματα. Και στο μέσο ίσως αυτών των δύο πλασματικών κόσμων βρίσκεται το συναισθημα, με την ποιοτική και την ποσοτική συνιστώσα του, γέφυρα και συνδετικός κρίκος ανάμεσά τους. **Θα ήταν υποθέτουμε πιο εύκολο να κατανοήσουμε αυτήν τη σχέση εάν είχαμε αποδεχτεί ότι η ύλη και η νόηση είναι και τα δύο φυσικά φαινόμενα.**

Σε αυτό το πλαίσιο πιστεύουμε ότι μπορεί να βοηθήσει τη συγκεκριμένη επιστημονική μας αναζήτηση η παραδοσιακά ορθολογική άποψη του Πλωτίνου περί «**δυϊστικού μονισμού**». Μονισμός μεν διότι ο Πλωτίνος ορίζει ότι τα πάντα είναι απόρροια του Ενός, δυϊσμός διότι η ύλη, χάρη στην παρέμβαση της παγκόσμιας Ψυχής, καταλήγει να είναι ενσώματα ύλη, απαρχή του αισθητού κόσμου, της ετερότητας και της πολλότητας (Βελισσαρόπουλος Δ., 2000).

Η μεγάλη πρωτοτυπία του Πλωτίνου βασίζεται στην **ιδέα των τριών υποστάσεων συν μιας. (Εν, Νους, Ψυχή και Ύλη)**. Υπέρτατη αρχή είναι το Εν από το οποίο πηγάζουν τα πάντα, επέκεινα του όντος από το οποίο απορρέει ο Νους, δημιουργός των αρχέτυπων-Ιδεών και η Ψυχή η οποία παρέχει ύπαρξη στην ύλη δια της διεισδύσεως. Έτσι με τη σειρά της αυτή η ύλη, από μη-ον και απλά δυνητική υποδοχή, μετατρέπεται σε σώμα. Το Σύμπαν του Πλωτίνου χαρακτηρίζεται όπως βλέπουμε από έναν **παλλόμενο δυναμισμό**, καθώς πραγματοποιείται η κάθοδος από το Εν στις δύο επόμενες υποστάσεις. Αλλά το Εν είναι πάντα παρών, παντοτινός πόλος έλξης, έστω και εάν δεν έχουμε πάντα στραμμένο το βλέμμα μας σ' αυτό. Και εδώ ο Πλωτίνος προσφεύγει όπως κάνει συχνά, σε μια εικόνα για να υπογραμμίσει τι εννοεί: σε αυτήν συγκεκριμένα των μελών του χορού μιας τραγωδίας γύρω από τον κορυφαίο. Μόνο όταν το βλέμμα των μελών του χορού είναι στραμμένο προς τον κορυφαίο και όχι προς

τους θεατές, τότε μόνο τραγουδά σωστά. Να διευκρινίσουμε ότι μέχρι τη διείσδυση της Ψυχής στην Ύλη και της εμφάνισης του αισθητού κόσμου, οι «διαδικασίες» των υποστάσεων είναι άχρονες και έξω από κάθε έννοια του χώρου.

Σύμφωνα με τον Πλωτίνο τέλος, η Ψυχή είναι ουσία και όχι ποιόν ή κατηγορημα του σώματος, ή είδος αυτού. Συνεπώς δεν οφείλει σε εκείνο (το σώμα) το «Είναι» της. Για να γνωρίσουμε τι συμβαίνει σε κάποιο τμήμα της πρέπει να την προσεγγίσουμε σαν «Όλον». Πράγματι, δεν μπορούμε να γνωρίσουμε τι συμβαίνει σε κάποιο μέρος της προτού λάβουμε γνώση του συνόλου. Για παράδειγμα, εάν η επιθυμία μείνει στο επίπεδο του επιθυμητικού, τότε δεν περιέρχεται στη γνώση μας. Γνωστή γίνεται μόνο όταν τη συνειδητοποιούμε με την εσωτερική αισθητική μας, με τη διάνοια μας η και με τα δύο. Κάθε ψυχή έχει ένα κατώτερο μέρος που στρέφεται προς το σώμα και ένα μέρος που στρέφεται προς τον Νου. Πρέπει να δεχτούμε επίσης ότι καμία ψυχή δεν είναι τελείως βυθισμένη στον αισθητό κόσμο, διότι πάντα υπάρχει κάτι από αυτήν που μένει εντός του χώρου του νοητού. Εάν όμως επικρατεί εκείνο το μέρος της ψυχής που είναι στραμμένο προς τα αισθητά, τότε δεν είναι δυνατή η θέαση του ανώτερου της τμήματος. Ο Φρόνυτ, όταν έγραφε το *Esquisse d'une psychologie scientifique* προσπαθούσε να εντοπίσει το ψυχικό φαινόμενο στη λειτουργία των νευρώνων του εγκεφάλου. Παράλληλα όμως και κυρίως μετά τη στροφή του 1920, άρχισε να εντάσσει την ανθρώπινη ύπαρξη στον μύθο, στον θρύλο και στην ιστορία, την προσωπική αλλά και αυτήν της ίδιας της ανθρωπότητας (1981). Πιστεύουμε ότι οι υποθέσεις του Πλωτίνου μπορούν να μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε καλύτερα την ψυχαναλυτική κλινική και τη διαδικασία της σωματοποίησης διότι μας επιτρέπουν να έχουμε μία θέαση από ένα επιπλέον σύστημα αναφοράς.

INTEΡΛΟΥΔΙΟ Ι: Crescendo

Ο Γιάννης Α, φαίνεται ότι δέχτηκε ψύχραιμα την ανακοίνωση της διάγνωσης αλλά και το σοκ της χειρουργικής επέμβασης στον εγκέφαλο. Αυτό που κάνει εντύπωση βλέποντας τον για πρώτη φορά είναι ότι δείχνει μικρότερος από την πραγματική του ηλικία.¹³

Λίγες μέρες μετά το τηλεφώνημα του στο οποίο ζητούσε να με συναντήσει, επισκέφτηκε έναν σωματικό θεραπευτή και αποφάσισε να συνεχίσει παράλληλα μαζί του για να *«αντιμετωπίσει τον εχθρό σε όλα τα μέτωπα»*. Οι πρώτες λέξεις στην πρώτη μας συνάντηση είναι: *«πρέπει πρώτα να συστηθώ. Είμαι ένα παιδί της φύσης που του έχουν κόψει στην εγχείρηση το νεύρο του γέλιου»*, σαν να πρόκειται για κάτι αυτονόητο, που δεν επιδέχεται αμφισβήτηση. Παιδί της φύσης και όχι της κοινωνίας, ίσως διότι έχει τη διαίσθηση σ' αυτήν την τελευταία θεραπευτική προσφυγή ότι για να *«σώσει το τομάρι του»* πρέπει να πάρει πίσω από την κοινωνία έναν πατέρα που του τον χρωστάει, για να τον τοποθετήσει σε μία κενή θέση στη συμβολική γενεαλογική αλυσίδα.

Η μητέρα του, μοναχοπαίδι, έφυγε από το χωριό της στα 18 θέλοντας να σπουδάσει στην Αθήνα. Δεν κατόρθωσε όμως να ολοκληρώσει τις σπουδές της διότι έμεινε έγκυος. Δυστυχώς απέβαλε, αλλά μετά από μερικούς μήνες ξαναέμεινε έγκυος και γέννησε τον Γιάννη. Μετά από τρία χρόνια ήρθε ένα άλλο αγόρι. Ένα σούρουπο όμως, ο Γιάννης, καθώς έπαιζε με τον αδελφό του, τον *«ξέχασε»* με αποτέλεσμα αυτός να χάσει τη ζωή του πέφτοντας από τα σκαλιά. Ο πατέρας του, έχοντας δημιουργήσει μια εξωσυζυγική σχέση εγκατέλειψε τη γυναίκα του και πήγε με τη νέα σύντροφό του στη νότιο Αφρική. Ο Γιάννης δεν τον θυμάται καθόλου. Έμαθε όμως πριν 4 χρόνια ότι είχε πεθάνει. Του το ανακοίνωσε η μητέρα του λέγοντάς του: *«και τώρα η σειρά σου»*. Ένιωσε μεγάλη αναστάτωση ακούγοντας από τη μητέρα του αυτήν τη φράση και όταν τον ρώτησα τι τον ενόχλησε, μου απάντησε ότι κατά τη γνώμη του η μητέρα του εννοούσε : *«και τώρα η σειρά σου να πεθάνεις»*. Να σημειώσουμε εδώ ότι ο Γιάννης έχει το όνομα που η μητέρα του ήθελε να δώσει στον νεκρό αδελφό του και

¹³ Πολλοί καρκινοπαθείς αρχικών σταδίων δείχνουν μικρότεροι από την πραγματική τους ηλικία. Ίσως αυτό να οφείλεται στη διαταραχή της χρονιότητας και της χρονικότητας.

αυτό του το «τόνιζε συχνά, καθισμένη όπως πάντα στην πολυθρόνα της και με τα παγωμένα χαρακτηριστικά του προσώπου της»¹⁴. Στην ερώτησή μου πώς είχε αισθανθεί με τον θάνατο του αδελφού του, μου είπε ότι «δεν είχε τότε δικαίωμα στη μελαγχολία, μόνο η μητέρα του είχε δικαίωμα στα συναισθήματα» και ότι η σύντροφός του τον βοήθησε να καταλάβει ότι τα συναισθήματα δεν ανήκουν σε κάποιον άλλον αλλά στον εαυτό του. Τώρα όμως «πληρώνει με σάρκα τη δίψα του για συναισθηματική ανεξαρτησία».

Στην ερώτησή μου αν έχει κατοικίδια ζώα, μου απάντησε ότι έχει έναν αρσενικό γάτο. Συνέχισε λέγοντας χαριτολογώντας ότι όταν πήγε στον κτηνίατρο για να τον στερρώσει του πέρασε από το μυαλό η σκέψη ότι «η χειρουργική επέμβαση είναι ένα τελετουργικό για τον φόνο του πατέρα».

Ακούγοντάς τον να μου αφηγείται τη ζωή του με ζωντάνια αλλά και κάποια χιουμοριστική απόσταση, αναρωτήθηκα ποια σκιά κρύβεται πίσω απ' αυτήν τη φωτεινή ενεργητικότητα και ποια δυσκολία της ζωής βρισκόταν πίσω από αυτήν τη μανία επιβίωσης. Τον ανησυχεί πολύ η επίπτωση του καρκίνου στη συναισθηματική του ζωή. Άγαμος, έχει δημιουργήσει μόνο μερικές εφήμερες σχέσεις. Από αποτυχία σε αποτυχία, συνεχόταν γρήγορα, ελπίζοντας να βρει επιτέλους την αδελφή ψυχή, «το αηδόνι του ονείρου» όπως λέει χαρακτηριστικά. Ανακαλώντας αυτή τη διαδοχή αποτυχιών, αναρωτήθηκε αν είναι τυχαίο που οι σχέσεις του οδηγούνται σε αποτυχία, μιας και διαλέγει ακατάλληλες γυναίκες. Του αρέσει να ρισκάρει; Τον ενδιαφέρει τελικά η σταθερότητα; Αναρωτήθηκε επίσης, δίνοντας έμφαση στην αφήγησή του, σε ποιο βαθμό απαγόρευσε στον εαυτό του να υποφέρει, χωρίζοντας με την εκάστοτε σχέση του όταν αισθανόταν κάτι παραπάνω γι' αυτήν. Στην αρχή κάθε νέας σχέσης προειδοποιούσε τη σύντρόφό του ότι όταν αναφέρει τη λέξη «καβούρι»¹⁵ αυτό θα σήμαινε ότι χωρίζουν.

Μόνο μία σχέση είχε επενδυθεί συναισθηματικά απ' αυτόν, η οποία, μετά από έναν χωρισμό και μία επανασύνδεση, διατηρείται και μάλιστα συντρώφει τον Γιάννη στην προσπάθεια καταπολέμησης της νόσου, αλλά και στο θάνατό του.

Γνωρίστηκαν με την Ελένη Γ. στην Αθήνα και κατόπιν εγκαταστάθηκαν στη γενέτειρα πόλη του, όπου έμεναν για οικονομικούς

¹⁴ Η πρώτη εικόνα που μου ήρθε στο μυαλό είναι το «Σύνδρομο της νεκρής μητέρας» (Green). Πιθανολογώ ότι η μητέρα του Γιάννη δεν ολοκλήρωσε ποτέ τη διαδικασία πένθους των δύο νεκρών παιδιών της.

¹⁵ «καβούρι», «κάβουρας», καρκίνος.

λόγους στο πατρικό του σπίτι. Η σχέση της «νύφης» με τη μητέρα του ήταν πολύ κακή, με αυτήν την τελευταία να παρεμβαίνει στα πάντα, ακόμα και να πλένει τα εσώρουχα της, *«για να φοράει η κοπέλα του γιού της καθαρά βρακιά»* όπως έλεγε. Η σχέση κράτησε δύο χρόνια και χώρισαν διότι η Ελένη δεν άντεχε να μένει πλέον με την «πεθερά» της. Αργότερα, στη δεύτερη φάση της σχέσης τους, όπου τους ζήτησα να τους βλέπω σαν ζευγάρι, ρώτησα την Ελένη γιατί είχε τόσες προστριβές με τη μητέρα του Γιάννη. Μου απάντησε ότι ενώ είναι μία γυναίκα ήρεμη, που δεν εκδηλώνει ποτέ θυμό ή επιθετικότητα, μόλις την έβλεπε αισθανόταν μια μεγάλη πίεση, σαν *«κάτι μέσα της να θέλει να την αλλάξει, να την κάνει όπως εκείνη θέλει, ανεξάρτητα από τη δική της ψυχική διάθεση»*. Μία φορά της είπε ότι δεν είναι κατάλληλη για τον γιό της.

Ο καρκίνος εμφανίζεται δύο χρόνια μετά τον χωρισμό τους. Την περίοδο της ασθένειας είχε επανασυνδεθεί με την Ελένη, η οποία τον συνόδευσε στην πρώτη του επίσκεψη στον γιατρό, όπου πραγματοποιήθηκε μία συνομιλία απόκρυψης της διάγνωσης. Την πραγματική διάγνωση την έμαθε μερικούς μήνες μετά όταν πήρε κατά λάθος στα χέρια του το πόρισμα της μαγνητικής τομογραφίας: Γλοιοβλάστωμα.

Πώς αντέδρασε στην αποκάλυψη της σκευωρίας της διάγνωσης; Αρχικά τη δικαιολόγησε, λέγοντας ότι ήθελαν να τον προστατέψουν. Αμέσως μετά τον πλημμύρισε μία αγωνία, υποστηρίζοντας ότι το νεόπλασμα *«κρύβεται πολλά χρόνια μέσα του. Δεν τον φοβάμαι τον θάνατο, λέει, παρέα τον είχα τόσα χρόνια»*. Αλλά, συνεχίζει, *«Είμαι μαχητής»*. Αισθάνεται όμως μοναξιά και δεν πιστεύει ότι η Ελένη μπορεί να *«στηρίξει»* την ανάγκη του να βοηθηθεί από κάποιον. Υποστηρίζει ότι ήταν και είναι δυνατός, συναισθηματικά και επαγγελματικά και πάντα αυτός περιποιόταν τις πληγές των άλλων. *«Τι θα γίνει τώρα που το σώμα μου με προδίδει»* αναρωτιέται, περισσότερο ρωτώντας τον εαυτό του.

Στον έκτο μήνα της θεραπείας και με αφορμή ένα όνειρο, τον ρώτησα αν θέλει να σταματήσει την ψυχοθεραπεία και μου απάντησε ότι δεν θέλει άλλο *«κάταγμα της ψυχής»* (εργάζεται σε ορθοπεδική κλινική) και ότι επιθυμία του είναι *«να συνεχίσει να μάχεται μαζί μου»*. Το πόσο πολύ θέλει να συνεχίσει να μάχεται με τη δική του βοήθεια, θα το δούμε στις επόμενες συνεδρίες. Τα λόγια του πάντως μαρτυρούν την ένταση της επιθυμίας του να παλέψει και της διάθεσής του για μία θεραπευτική συμμαχία μαζί μου. Έδειχνε τόσο επιθετικός και δυναμικός εναντίον των καρκινικών κυττάρων που θα μπορούσαμε να αναρωτηθούμε πώς, έστω και ένα από αυτά, ξέφυγε από την επαγρύπνησή του. Στα όνειρα και στις ονειροπολήσεις του

υπήρχαν συχνά οπλισμένοι ιππότες με λόγχες και άλογα που χτυπούσαν με δύναμη τις οπλές τους, που τσάκιζαν τις άθλιες προνύμφες, γιγαντιαίες ηλεκτρικές σκούπες, λαίμαργα ένζυμα που κατάπιναν κύτταρα, άγρια σκυλιά που κάρφωναν τα δόντια τους στη σάρκα των κυττάρων, λες και πρόκειται για το κυνήγι αλεπούς σε κάποια αγγλική επαρχία.¹⁶ Σταδιακά όμως, εμφάνιζε τις αμφιβολίες και τα υπαρξιακά του ερωτήματα και με άφηνε να διακρίνω ότι δεν τον εξαπατούσε η ματαιότητα των προσπαθειών του.

Σε μία από τις συνεδρίες ο Γιάννης μου αποκάλυψε ότι μέχρι πριν μερικά χρόνια έγραφε ποιήματα και μάλιστα μου έφερε να διαβάσω μερικά από αυτά. Λίγο όμως πριν αρρωστήσει σταμάτησε, χωρίς να μπορεί να αιτιολογήσει αυτή την απόφασή του. Στην ερώτησή μου τι θα ήθελε να κάνει τα ποιήματά του, μου απάντησε χαμογελώντας: «*κεφτέδες από χαρτί που θα στους πετάω*». Ενδεχόμενα ήταν μία από τις πρώτες φορές που έδινε στον θεραπευτή έναν ρόλο περίεξη. Σε μία άλλη συνεδρία του έδωσα χαρτί και μολύβι και του ζήτησα να γράψει μερικούς στίχους. Αυτός, το μόνο που έκανε ήταν να γεμίσει το φύλο με τελίτσες. «*Αυτές θα με σώσουν*», είπε, «*όχι οι λέξεις*». Μήπως μ' αυτόν το τρόπο φανέρωνε την αδυναμία του να αναπαραστήσει, παρά μόνο με τελίτσες περιορισμένες σε μία σελίδα Α4; Περιέκτης; Κύτταρα και σκέψεις σε παραλήρημα, αδιαφοροποίητες και χωρίς δεσμό; Φυλακή του σώματος, υποχρεωτικό πεπρωμένο; Κρύπτη ή άσπρο παραλληλόγραμμο; Ίσως φουσαλίδες απελπισίας περιορισμένες στο κενό, αδύνατες λέξεις που μόνο να τις μαντέψεις μπορείς στις άδειες φουσαλίδες των κόμικς.

Σε μία από τις τελευταίες συνεδρίες μου έδωσε ένα χαρτί, λέγοντάς ότι έγραψε ένα ποίημα για μένα.¹⁷ Κατόπιν μου διηγήθηκε ένα όνειρο που είχε δει την προηγούμενη νύχτα όπου βρισκόταν σε μία βάρκα και είχε βάλει πλώρη για τα Κύθηρα. Ακολούθησε έντονος διάλογος μαζί μου, στον οποίο του ζητούσα να αλλάξει πορεία και να

¹⁶ Στις αρχές μίας ψυχοθεραπείας καρκινοπαθών, είναι πολύ συχνά τα όνειρα και οι ονειροπολήσεις να απεικονίζουν σκηνές μάχης μεταξύ ενός στρατού και ενός ισχυρού εχθρού: οι στρατιώτες είναι το ανοσοποιητικό σύστημα εν δράσει; Το παράδοξο είναι οι ίδιες απεικονίσεις χαρακτηρίζουν τα όνειρα και τις ονειροπολήσεις ασθενών που δεν γνωρίζουν την πραγματική διάγνωση της νόσου τους.

¹⁷ «*Πες μου αν θες τι είναι αυτό που έτσι παλεύεις, απ' τα σκοτάδια να οδηγείς ψυχές στο φως για να τις φέρεις;*

Πες μου τι είναι αυτό που σε οδηγεί, στα τρίσβαθα του Άδη...

Μήπως είναι ο ήχος μιας φωνής; Άκου! Της Ευρυδίκης μοιάζει!»

βάλει πλώρη για την Ιθάκη.¹⁸ Ήταν όμως ανένδοτος. Καταλαβαίνοντας τι προσπαθώ να του πω, κλείνει τη συζήτηση λέγοντας: «*Βαρέθηκα αυτόν τον μικρό πια στρατό λευκών αιμοσφαιρίων. Τα λευκά αιμοσφαίρια περικυκλώνουν τα καρκινικά κύτταρα σαν τα αγκαλιάζουν. Το μοίρασμα μεταξύ αγάπης και μίσους έχει αρχίσει να μην είναι τόσο ξεκάθαρο. Καταβρόχθιση; Φαγοκυττάρωση; Φιλί ανταμώματος; Δεν ξέρω πια*».¹⁹

Τον είδα για τελευταία φορά μία βροχερή φθινοπωρινή Τετάρτη. Ερχόμενος με τη σύντροφό του, λίγο πιο μακριά από τον θεραπευτικό μας χώρο, έπαθε κρίση επιληψίας, με έντονους μυοκλονικούς σπασμούς και δυσαρθρία. Η κοπέλα του του είπε ότι πρέπει να πάνε στο νοσοκομείο, αλλά αυτός προτίμησε να έρθει να με συναντήσει. Τον άκουσα που προσπαθούσε να μιλήσει και μετά τον έπεισα να πάμε μαζί στο νοσοκομείο. «*Κοίτα*» μου λέει προσπαθώντας να χαμογελάσει και να αρθρώσει πριν φύγουμε, «*Το χέρι μου κάνει ότι θέλει*».

«Έφυγε» την επόμενη μέρα, έχοντας, έστω και αργά, τοποθετήσει έναν μεταβιβαστικό πατέρα στη διαγενεακή του αλυσίδα.²⁰ Το υπερεγώ του όμως ήταν ακόμα ανύπαρκτο, σε αντίθεση με το Ιδεώδες του Εγώ.

¹⁸ Το επίκεντρο της «αψιμαχία μας» ήταν τα ποιήματα «Ιθάκη» του Καβάφη (ταξίδι προς το σπιτικό) και «Ταξίδι στα Κύθηρα» του Baudelaire.

¹⁹ Είχε εμφανιστεί μετάσταση στον εγκέφαλο.

²⁰ Δεν θα μπορούσα εδώ να μην αναφερθώ στην Έφη Τ., που λίγο πριν «φύγει», ζήτησε να με ειδοποιήσουν ότι δεν θα μπορέσει να έρθει στην επόμενη συνεδρία μας.

Ψυχογένεια και Σωματοποίηση

Εισαγωγή

Ο Φρόνυτ δεν θέλησε ποτέ να ασχοληθεί άμεσα με τις οργανικές νόσους και το έκανε ηθελημένα. Η επιθυμία του ήταν να έχει αποκλειστική προτεραιότητα τη μελέτη των διαταραχών του ψυχικού πεδίου. Παρ' όλα αυτά δεν σταμάτησε ποτέ να ενδιαφέρεται για τη σχέση του σώματος με την ψυχή και μάλιστα θεωρούσε την ψυχανάλυση ένα εργαλείο για να τη διαφωτίσει. Η ψυχανάλυση, έλεγε χαρακτηριστικά, γνωρίζει πολύ καλά ότι οι ψυχικές διαδικασίες στηρίζονται στις οργανικές, όμως ο ρόλος της είναι να μην προχωρήσει πέρα από τη σχέση αυτή.

Η θέση του Φρόνυτ είναι ξεκάθαρη. Καταλήγει στη διαπίστωση ότι ο άνθρωπος είναι μία ενιαία μονάδα, στην οποία διακρίνουμε ένα πεδίο ψυχολογικό και ένα σωματικό, με το οποίο δεν θέλει να ασχοληθεί. Υποστηρίζει ότι αρχικά το ψυχικό στηρίζεται, συνεπώς εξαρτάται άμεσα, στο σωματικό, το οποίο σταδιακά διαφοροποιείται και αποκτάει δική του υπόσταση.²¹

Η ψυχανάλυση κατέχει κατά τη γνώμη μας τις αναγκαίες βάσεις για τη συμμετοχή της στη μελέτη και θεραπεία των οργανικών συμπτωμάτων και διαταραχών επειδή ακριβώς υπάρχει αυτή η αρχαϊκή σχέση στήριξης του ψυχισμού στο σώμα. Συγχρόνως, η καταγωγή των ενορμήσεων στο σώμα, οι ερωτογόνες ζώνες αλλά και οι μηχανισμοί όπως η παλινδρόμηση, συμμετέχουν σε αυτή τη διάρθρωση δικαιωματικά. Συνηγορεί με αυτήν τη θέση και το γεγονός ότι η ψυχανάλυση μελετά έναν τύπο οργανικής συμπτωματολογίας που χαρακτηρίζεται από ψυχογενείς αιτιοπαθολογικούς παράγοντες, την υστερία ή σωματομετατρεπτική διαταραχή, της οποίας τα συμπτώματα διατηρούν εξαρχής ένα συμβολικό νόημα, μιας και η μετατροπή θέτει σε κίνηση το σύνολο του φαντασιωσικού συστήματος στη σχέση του με το ασυνείδητο. Όπως είπαμε όμως παραπάνω, ο Φρόνυτ ασχολήθηκε αποκλειστικά με το πεδίο των ψυχικών διαταραχών —νεύρωση, ψύχωση— παρ' όλο που μιλάει συχνά για δυσκοιλιότητα, έμετους, ανορεξίες, αλλά και για συμπτώματα αναστολής του Εγώ,

²¹ Βλ. το κεφάλαιο Σωματο-Ψυχικές Συμφύσεις και Σωματοποίηση

όπως για ψυχρότητα και ανικανότητα. Είναι επίσης γεγονός ότι γνώριζε τις υποθέσεις άλλων ψυχαναλυτών για τις οργανικές διαταραχές. Επί παραδείγματι, ο Groddeck G. αναφέρθηκε εκτενώς στην ψυχοφυσική ενότητα του ασθενούς αλλά και του υγιούς ατόμου, καθώς και στην ερωτικοποίηση του σώματος και των λειτουργιών του. Επίσης, το 1913 ο Federn P. (1952) παρουσίασε στην ψυχαναλυτική εταιρεία της Βιέννης ένα περιστατικό άσθματος, εγκαινιάζοντας μία ψυχαναλυτική ερμηνεία της γένεσης της οργανικής διαταραχής χρησιμοποιώντας τον μηχανισμό της λιβιδινικής καθήλωσης στο πληγέν όργανο ή στο σύστημα οργάνων, στην βάση μίας μη επιλυμένης ασυνείδητης σύγκρουσης.

Το δεύτερο μισό του 20^ο και τον 21^ο αιώνα κυριαρχούν δύο ψυχαναλυτικής έμπνευσης προσεγγίσεις της ψυχοσωματικής. Η μία προσέγγιση είναι κυρίως αγγλοσαξονικής προέλευσης, δυϊστική, και υποστηρίζει ότι ο ψυχισμός, από μόνος του, είναι ικανός να προκαλέσει οργανικές νόσους. Η στήριξη αυτής της θεωρίας χρησιμοποιεί την ιατρική μεθοδολογία και περιγράφεται με τον όρο «ψυχογένεια».

Η δεύτερη προσέγγιση έχει γαλλική προέλευση και συγκεκριμένα από το Παρίσι. Ο ιδρυτής της Pierre Marty, υποστηρίζει ότι η οργανική νόσος, προκαλείται από **οικονομικές** διαταραχές της ομοιοστασίας του οργανισμού και μελετά τις κινήσεις τους. **Συνεπώς δεν μπορούμε να αναφερόμαστε επιλεκτικά σε «ψυχοσωματικές νόσους» αλλά σε «σωματοποιήσεις».**

Ψυχογένεια

Από το 1930 και πρώτα στην Αμερική, η ιατρική-ψυχαναλυτική ψυχοσωματική αρχίζει να αποκτάει οντότητα. Οι Kaufman M. και Margolin S., όπως το αναφέρει ο Prugh (In Memoriam Sydney G. Margolin, M.D.: 1909-1985, 1986) θεωρούν ότι η ψυχοσωματική ιατρική είναι μία λειτουργική προσέγγιση στο πλαίσιο της θεωρίας και πρακτικής της ιατρικής, στην οποία η δομή και η λειτουργία του ψυχικού μηχανισμού πρέπει να αντιμετωπίζονται όπως η φυσιολογία και η παθολογία. Ουσιαστικά δηλαδή, περιγράφουν την ψυχοσωματική με όρους συμβατούς με την κλασσική παθογένεση των οργανικών νόσων. Το πεδίο αυτής της θέσης είναι πολύ εκτεταμένο και συμπεριλαμβάνει στην πράξη το σύνολο της ιατρικής. Δεν αναφέρει ωστόσο έστω και στο ελάχιστο αυτό που χαρακτηρίζει την ψυχανά-

λυση σαν θεραπευτική πρακτική, δηλαδή τη σχέση μεταξύ του ασθενή και του αναλυτή. Τη σχέση αυτή την πραγματεύεται ο Marty P.²² της Σχολής του Παρισιού, εγκαταλείποντας τον όρο της «ψυχοσωματικής νόσου» και αντικαθιστώντας τον με τον δυναμικό και ανθρωπιστικό όρο «ψυχοσωματικός ασθενής».

Οι περισσότεροι Αμερικανοί αλλά και Ευρωπαίοι ψυχαναλυτές προσπάθησαν να εφαρμόσουν τις γνώσεις της συγκρουσιακής και συμβολικής λειτουργίας του ψυχισμού στην ψυχοσωματική νόσο. Στην πλειοψηφία τους χρησιμοποίησαν την κλασσική ψυχαναλυτική θεραπεία σε ασθενείς οι οποίοι έπασχαν από έλκος δωδεκαδακτύλου, υπέρταση ή κάποια άλλη από τις αποκαλούμενες τυπικές «ψυχοσωματικές ασθένειες». Η κλινική συμμετοχή τους στο πεδίο της ψυχοσωματικής ήταν ελάχιστα γόνιμη και οι φιλοδοξίες τους δεν εκπληρώθηκαν, παρ' όλο που εκπόνησαν πολλές κλινικές μελέτες, κυρίως όταν συμμετείχαν σε έρευνες που αφορούσαν την οργανική ασθένεια. Ένα παράδειγμα είναι τα χαρακτηριστικά προφίλ της προσωπικότητας της Flanders Dunbar (1947) τα οποία είναι ανάλογα με την τυπολογία του Ιπποκράτη (Ιπποκράτης, 2011).²³

Με έναν λιγότερο απλουστευμένο τρόπο και στηριζόμενος σε κλινικές παρατηρήσεις κατά τη διάρκεια κλασικών ψυχανάλυσεων ή βραχύχρονων αναλυτικών ψυχοθεραπειών, ο Franz Alexander (Alexander, 1987) και οι συνεργάτες του καθιερώνουν τα γνωστά **ειδικά δυναμικά σχήματα** της κάθε ψυχοσωματικής νόσου, τα οποία βασίζονται σε ειδικές ασυνείδητες συγκρούσεις που τροφοδοτούνται πρωτίστως από την εξάρτηση και την επιθετικότητα. Είναι γνωστή η **ιερή επτάδα**²⁴ των ψυχοσωματικών νόσων που ταξινόμησε ο Alexander (1987). Οι θέσεις του έγιναν αντικείμενο έντονης κριτικής, κυρίως για την υποταγή της θεωρίας του στην ιατρική μεθοδολογία και την αδυναμία του να επιβάλει και να υποστηρίξει την ψυχαναλυτική αντίληψη. Επιπλέον, το ψυχαναλυτικό στοιχείο της σκέψης του εξαντλήθηκε και έκανε το μεθοδολογικό λάθος να θεωρεί ότι ο ψυχοσωματικός ασθενής έχει την ίδια εικόνα και αιτιοπαθογένεση με τον κλασικό νευρωτικό ασθενή, εφαρμόζοντας τα ίδια κριτήρια, κυρίως στον χώρο της συμβολοποίησης, ενώ γνωρίζουμε ότι ένα βασικό χαρακτηριστικό του ψυχοσωματικού ασθενή είναι ακριβώς αυτή η δυσλειτουργία του Προσυνειδητού, με συνέπεια το έλλειμμα συμβολισμού.

²² P. Marty, βλ. Βιβλιογραφικές Αναφορές

²³ Μελαγχολικός, αιματώδης, φλεγματικός και χολερικός τύπος προσωπικότητας.

²⁴ Αλλιώς «Chicago seven»: Υπέρταση, Θυρεοτοξίκωση, Βρογχικό άσθμα, Πνευματοειδής αρθρίτιδα, Πεπτικό έλκος, Ελκώδης κολίτιδα, Νευροδερματίτιδα.

Ο Ronald Grossarth-Maticek (1990) μελέτησε την ψυχολογική δομή των υποκειμένων πριν το ξέσπασμα του καρκίνου και τις αλλαγές της μετά τη διάγνωση της νόσου. Περιγράφει το οικογενειακό περιβάλλον των καρκινοπαθών ψυχρό και απόμακρο, με γονείς οι οποίοι δεν συνάπτουν βαθιές συναισθηματικές σχέσεις με το παιδί τους. Το βρέφος για να επιβιώσει, δεν εκδηλώνει την επιθυμία του, και αυτό το χαρακτηριστικό τον ακολουθεί στην ενήλικη ζωή του. Η ερωτική ζωή των καρκινοπαθών, σύμφωνα με τον Grossarth-Maticek, είναι φτωχή, χωρίς έκδηλη ικανοποίηση. Τα άτομα αυτά προσπαθούν να έχουν μία αρμονική και συμμορφωτική ζωή με το περιβάλλον τους, χωρίς να συνάπτουν αυθεντικές σχέσεις.

Ο H.J. Baltrusch θεωρεί ότι ο καρκινοπαθής είναι ένα συμβιβασμένο άτομο, με μία τάση να καταστέλλει τα μη αποδεκτά συναισθήματα όπως για παράδειγμα την επιθετικότητα. Επίσης διαμορφώνει σχέσεις εξάρτησης από τον Άλλον, χωρίς όμως συναισθηματική επένδυση (Evans, 1926).

Ορμώμενος από τις έρευνες που διεξήγαγε στον ελληνικό πληθυσμό, ο Ν. Ρασσιδάκης²⁵ προσανατολίζει την αρχική του υπόθεση προς την ύπαρξη ενός ψυχοσωματικού συνεχούς νοσηρότητας. Αυτό το συνεχές αποτελείται από 4 τύπους νόσου: τη σχιζοφρένεια, τον κακοήγη όγκο, τον διαβήτη και τις καλούμενες ψυχοσωματικές ασθένειες όπως το έλκος δωδεκαδακτύλου, ορισμένες αλλεργίες και ημικρανίες κ.λπ. Σε αυτή τη τυπολογία αντιστοιχούν παράλληλα τέσσερις τύποι προσωπικότητας: σχιζοειδής, καρκινική, διαβητική και ψυχοσωματική. Οι έρευνές του έδειξαν, με μία αξιόπιστη στατιστική σημαντικότητα, ότι η εμφάνιση μίας νόσου που περιλαμβάνεται στο συνεχές, αποκλείει αυτόματα την εμφάνιση μίας άλλης διαφορετικού τύπου. Μ' αυτόν τον τρόπο ένας σχιζοφρενής έχει λίγες πιθανότητες να νοσήσει από καρκίνο, και ούτω καθεξής.

Ο Ν. Ρασσιδάκης περιγράφει την καρκινική προσωπικότητα ως εξής: ασθενής έντονα επηρεασμένος από το περιβάλλον του, κακή οικογενειακή ατμόσφαιρα, γονείς υπερπροστατευτικοί χωρίς όμως συναισθηματική επένδυση στο παιδί τους. Διαπιστώνει επίσης μία συχνότητα διαζυγίων τέσσερις φορές μεγαλύτερη στους καρκινικούς ασθενείς από αυτούς που δεν νοσούν. Ο ασθενής χαρακτηρίζεται άτομο απομονωμένο, ανίκανο να εκφράσει τα συναισθήματά του. Οι σχέσεις του και ο γάμος του χαρακτηρίζονται από έλλειψη πόθου και πάθους.

²⁵ Ν. Ρασσιδάκης, βλ. Βιβλιογραφικές Αναφορές

Υποστηρίζει ότι ένα μεγάλο ποσοστό ογκολογικών ασθενών ανάφεραν έντονο στρες το οποίο έχει προκληθεί από μία απώλεια, είτε αγαπημένου προσώπου ή κατάσταση. Ο G.L. Engel (1962) συσχετίζει αυτές τις απώλειες με το συναίσθημα Helplessness/Hopelessness που οδηγεί στο σύνδρομο παραίτησης/εγκατάλειψης.

Στις δεκαετίες του 50' και του 60' οι Αμερικανοί κυρίως ψυχαναλυτές επαναπροσδιορίζουν τη θέση τους και προσπαθούν να συγκεράσουν πιο στενά την βιολογία με την ψυχολογία, στηριζόμενοι κυρίως στη νευροφυσιολογία, στην οργανικό-ψυχική ανάπτυξη του βρέφους και στα ελλείμματα φροντίδας. Ο R.R. Grinker υποστηρίζει ότι η αιτία των ψυχοσωματικών διαταραχών βρίσκεται στην βρεφική ηλικία, στο στάδιο συγκεκριμένα όπου δεν υπάρχει σαφής ψυχοοργανική διαφοροποίηση. Το βρέφος, σ' αυτό το πρώιμο στάδιο διαμορφώνεται μέσα από διαδοχικές λειτουργικές συγχωνεύσεις, συνεπώς τα πρότυπα της παθολογίας που εμφανίζονται στην ενήλικη ηλικία σχηματίζονται κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου όπου το άτομο είναι πολύ εύπλαστο. Στη μετέπειτα ζωή υπάρχουν σε λανθάνουσα κατάσταση, μέχρι να εκδηλωθούν όταν συγκεκριμένα το άτομο θα αντιδράσει σε φυσικές, χημικές και συναισθηματικές διεγέρσεις σύμφωνα με αυτά τα πρωτόγονα σχήματα (1953) (1983). Θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε δηλαδή, σε συμφωνία με τον Grinker, ότι δεν υπάρχουν ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της δομής της προσωπικότητας ή συγκρούσεις συγκεκριμένης μορφής. Επιπρόσθετα, ο Grinker συστήνει μια διεπιστημονική προσέγγιση της ψυχοσωματικής διαταραχής.

Από τη δική τους πλευρά οι Άγγλοι και Αργεντινοί «Κλαϊνικοί» μεταξύ των οποίων και ο A. Garma (1958) που εκπροσωπεί τους τελευταίους, αναπτύσσουν ένα εξηγητικό σχετικά απλοϊκό σχήμα των ψυχοσωματικών νόσων. Η νόσος, σύμφωνα με το σκεπτικό τους, προκαλείται από την κακή αρχαϊκή μητέρα η οποία βρίσκεται εσωτερικευμένη στο όργανο που θα νοσήσει. Τελικά είναι αυτή, χωρίς να αναφερθούμε στις επιδράσεις του πρωτόγονου υπερεγώ, που εκμυζεί και δαγκώνει τον πεπτικό βλεννογόνο (έλκος δωδεκαδακτύλου) ή τα βραγχιόλια (άσθμα). Η αφομοίωση αυτή ενός ασυνείδητου φαντασιωσικού βιώματος με ένα συγκεκριμένο φυσιοπαθολογικό χαρακτηριστικό καταλήγει, σύμφωνα με τη γνώμη άλλων ψυχαναλυτών, σε μία προβληματική και ενδεχόμενα λανθασμένη αιτιοπαθογένεση, κυρίως διότι η μετάβαση από το φαντασιωσικό και το συμβολικό στο σωματικό πεδίο δεν έχει εξηγηθεί με πειστικό τρόπο, παρ' όλο που βρίθει αναλογιών και μεταφορικών σχημάτων. Ανάλογη σύγχυση υπάρχει και στις θέσεις Γάλλων αναλυτών, όπως του J.P.

Valabrega (1989) και F. Perrier (1984), σύμφωνα με τους οποίους τον κύριο λόγο στην εκδήλωση μίας οργανικής νόσου έχει η γλώσσα και οι λέξεις που τη συνθέτουν.²⁶

Σωματοποίηση

Με το P. Marty μπορούμε να παρατηρήσουμε την εγκατάλειψη της διχοτομίας μεταξύ του σώματος και της ψυχής: υποστηρίζει ότι η διαφοροποίηση μεταξύ οργανικών και ψυχοσωματικών ασθενειών στις οποίες υπάρχει μία ψυχογένεια, δεν μπορεί να γίνει αποδεκτή. Το σύνολο των νόσων, οποιασδήποτε αιτιοπαθολογίας, εγγράφονται στο πλαίσιο της έννοιας της «ψυχοσωματικής οικονομίας», η οποία περιγράφεται σαν το σύνολο των πολύπλοκων ρυθμίσεων που έχουν στόχο, σε κάθε στιγμή και σε κάθε ασθενή, να διατηρήσουν μία συμβατή ισορροπία με τα δεδομένα του εσωτερικού κόσμου και με αυτά του εξωτερικού περιβάλλοντος. Με αυτήν την έννοια, δεν πρέπει να αξιολογούμε μόνο τα στοιχεία του εξωτερικού περιβάλλοντος - μικρόβια, ιούς- αλλά είμαστε υποχρεωμένοι να λαμβάνουμε υπόψη μας και τα στοιχεία αφομοίωσης στην εσωτερική πραγματικότητα.

α. Η Εξελικτική αρχή

Η αντίληψη του συνόλου του ανθρώπινου οργανισμού εγγράφεται σε αυτό που ο Marty ονομάζει «εξελικτική αρχή». Με αφετηρία τη σύλληψη, τα εξελικτικά σύνολα αναπτύσσονται από το πιο απλό στο πλέον σύνθετο, στο πλαίσιο μίας σταδιακής κίνησης ιεράρχησης η οποία οφείλεται στη δράση των «ενστίκτων ζωής».²⁷

Μπορούμε όμως να διαπιστώσουμε και παλίνδρομες κινήσεις που προέρχονται από το ένστικτο θανάτου και οι οποίες σταματούν σε σημεία που ονομάζουμε σημεία κατήλωσης που χαρακτηρίζουν τη

²⁶ Συζητούσα πρόσφατα με μία Γαλλίδα συνάδελφό μου για την αιτιοπαθογένεση της λευχαιμίας. Εξέφρασε τη θέση ότι η νόσος λευχαιμία (leucémie) έχει θέση συμβόλου της κραυγής του ασθενούς να τον αφήσουμε ήσυχο. (laissez-moi). Η κυρίαρχη θέση της ψυχοσωματικής είναι ότι, αντίθετα με την υστερία, το σύμπτωμα του ψυχοσωματικού ασθενή είναι «ανόητο», όπως έχει εκφράσει ο de M' Uzan (M'Uzan 2011) (M'Uzan, De l'art à la mort 1994), μιας και δεν είναι ικανός να συμβολοποιήσει. Γενικεύοντας, θα επισημάνω ότι ορισμένοι υποστηρικτές εναλλακτικών θεραπειών, τις οποίες δεν κρίνω διότι δεν τις γνωρίζω, ζητούν από τους καρκινοπαθείς ασθενείς να διακόψουν την κάθε κλασική θεραπεία.

²⁷ Και όχι ενορμήσεων καθώς ο Φρόντ προσδίδει σε αυτές τις τελευταίες έναν στόχο (Marty, Les mouvements individuels de vie et de mort 1976: 13).

μοναδικότητα του κάθε ατόμου. Τα σημεία αυτά καθήλωσης είναι οι «τόποι» στους οποίους καταλήγουν οι παλινδρομήσεις, συνεπώς οι παλινδρομήσεις αντιτίθενται στις αποδιοργάνώσεις με την έννοια ότι αποτελούν μία επανοργάνωση γύρω από ένα λειτουργικό σύστημα -καθήλωση- το οποίο είχε διαμορφωθεί στο παρελθόν.

Αντίθετα, οι αποδιοργάνώσεις μεταφράζουν την αποτυχία των παλινδρομήσεων και την πρωτοκαθεδρία των ενστίκτων θανάτου, τα οποία οδηγούν σε μία αντιεξελικτική κίνηση που μπορεί να οδηγήσει στις βιολογικές ισορροπίες που εγγυώνται την ίδια τη ζωή και να τις διαταράξουν, πολλές φορές ανεπανόρθωτα.

β. Η «Θεμελιώδης Κατάθλιψη»

Στην αφετηρία της σωματικής αποδιοργάνωσης, σύμφωνα με τον Pierre Marty, βρίσκεται μία ιδιαίτερη κατάθλιψη, η «θεμελιώδης κατάθλιψη» η οποία χαρακτηρίζεται από την απουσία θετικής ψυχοποιημένης έκφρασης, σε αντίθεση με τις λοιπές καταθλιπτικές μορφές που προσφέρουν μία πλούσια συμπτωματολογική περιγραφή: ψυχικός πόνος, οδύνη, θλίψη, ανησυχία, κατάρπτωση κ.ά.

Η «θεμελιώδης κατάθλιψη» η οποία χαρακτηρίζεται από μία απουσία λίμπιντο, αντικειμένου και ναρκισσιστική, μεταφράζει την ελάττωση του τόνου των ενστίκτων ζωής και την παρουσία των ενστίκτων θανάτου. Σε καθαρά ψυχικό επίπεδο αυτή η κατάθλιψη επιτρέπει την εγκατάσταση μίας λειτουργικής ανωμαλίας που είναι η «χρηστική ζωή», που χαρακτηρίζεται από έντονα συμμορφωτικά χαρακτηριστικά.

γ. Η «Χρηστική Σκέψη»

Η «χρηστική ζωή» χαρακτηρίζεται από μία «χρηστική σκέψη» στην οποία παρατηρούμε μια αδυναμία ανάδυσης συναισθημάτων και αναπαραστάσεων συνδεδεμένων με μνημονικά ίχνη.

Από την οπτική γωνία της μεταψυχολογίας, η λειτουργία της πρώτης τοπικής υπόθεσης δεν είναι διασφαλισμένη διότι το Προσυνειδητό δεν είναι ικανό να εξασφαλίσει την κίνηση μεταξύ του ασυνειδητού κόσμου και του συνειδητού, με αποτέλεσμα τη δυσλειτουργία της φαντασιωσικής δραστηριότητας. Επίσης το ασυνειδητό δεν μπορεί πλέον να εμπλουτιστεί από τον μηχανισμό της απώθησης.

Όσον αφορά τη δεύτερη τοπική υπόθεση, το Εγώ είναι εύθραστο και το Υπερεγώ, διασχισμένο, αναπαρίσταται μόνο μερικώς, διότι η απουσία των απαραίτητων ταυτίσεων δεν του επέτρεψε μία φυσιολογική σύσταση. Συναντάμε αντίθετα ένα ιδεώδες του Εγώ

χωρίς προσωπικά χαρακτηριστικά, άκρως κοινωνικοποιημένο και κανονιστικό.

Ο P. Marty όπως βλέπουμε, δίνει έμφαση στην ανεπάρκεια των δραστηριοτήτων αναπαράστασης που δεν επιτρέπει πλέον την ενσωμάτωση των ενορμητικών ώσεων, ευνοώντας έτσι τον κίνδυνο σωματοποιήσεων. Επίσης μπορούμε να παρατηρήσουμε ότι με τον όρο «*χρηστική ζωή*» θέλει να περιγράψει καλύτερα τον περιορισμό της σκέψης και την υπέρμετρη σημασία των συμπεριφορών.²⁸ Υποστηρίζει επίσης ότι η εμφάνιση της θεμελιώδους κατάθλιψης είναι συχνή και χαρακτηρίζεται από την παράλυση ή διαγραφή της νοητικής δυναμικής. Η «θεμελιώδης κατάθλιψη» μπορεί να συνδυαστεί με την «χρηστική ζωή», παρουσιάζοντας μία κλινική μορφή ασταθών διαρρυθμίσεων οι οποίες είναι ανίκανες να εμποδίσουν την έλευση σωματικών νόσων κατά τη διάρκεια της εγκατάστασης μίας σταδιακής αποδιοργάνωσης, κίνησης που αντιστοιχεί στην από-συνύφανση των ενορμήσεων.

Ο M. De M'Uzan θεωρεί ότι η «*χρηστική σκέψη*» δεν είναι μία απλή διαταραχή των κινήσεων αναπαράστασης και σύνδεσης (1994; 2011). Εμμένει στην υπερ-επένδυση του Πραγματικού η οποία πραγματοποιείται μέσω μίας συστρεφόμενης αντίληψης της πραγματικότητας που έχει τη μορφή υπερ-τονισμένων χαρακτηριστικών και «βλέπει» σ' αυτόν τον μηχανισμό μία άμυνα εναντίον της απειλής μίας ψευδαισθησιακής εισβολής στο συνειδητό, με άλλα λόγια τον αποκλεισμό ενός σημαίνοντος. Ο αποκλεισμός αυτός οδηγεί στην «χρηστική σκέψη», που είναι τελικά ένα αμυντικό σύστημα ενάντια στη φαντασιωσική επιστροφή του αποκλεισμένου.

Ο de M' Uzan διακρίνει δύο ψυχικές καταστάσεις που «προκαλούν» τις δυνατότητες του ψυχικού μηχανισμού να επεξεργαστεί την περίσσεια ερεθισμάτων, καταστάσεις που είναι συνεπώς δυνητικά τραυματικές.

Η πρώτη αφορά τα άτομα που κατακλύζονται από έντονο άγχος. Όταν οι ικανότητες ψυχοποίησης το επιτρέπουν, η ψυχική επεξεργασία οδηγεί σε σταθερές αμυντικές λύσεις: φοβικές ή ψυχαναγκαστικές νευρώσεις. Αλλά όταν δεν το επιτρέπουν, η ψυχική επεξεργασία οδηγεί σε λύσεις βαθιών παλινδρομήσεων με επακόλουθη εγκα-

²⁸ Η λέξη «*χρηστική*» είναι μετάφραση της γαλλικής λέξης «*opératoire*». Μία άλλη λέξη που προσδίδει και αυτή το επιθυμητό νόημα είναι η «*συμμόρφωση*», με την έννοια της συμμόρφωσης στους κανόνες του κοινωνικού γίγνεσθαι. Να τονίσουμε ότι δεν αναφερόμαστε σε μία Υπερεγωτική συμμόρφωση αλλά σε μία συμμόρφωση προς το Ιδεώδες του Εγώ.

τάσταση μίας νεύρωσης χαρακτήρα. Αν υπάρχει μία συνολική έλλειψη των δυνατοτήτων ψυχοποίησης, η επακόλουθη υπερχείλιση ερεθισμάτων οδηγεί στον σχηματισμό νοσηρών οντοτήτων, όπως για παράδειγμα στις επίκαιρες νευρώσεις, οι οποίες στερούνται συμβολικής αξίας όπως έχει τονίσει ο Φρόυντ, διαφοροποιώντας αυτές τις τελευταίες από τις κλασικές νευρώσεις.

Ο Marty περιγράφει επίσης τις «μερικές παλινδρομήσεις» που μερικές φορές ακολουθούνται από τις «ολικές παλινδρομήσεις», όπως και από τις «σταδιακές αποδιοργάνώσεις» και τις καταστάσεις «φαινομενικής αποδιοργάνωσης».

Σύμφωνα με τον C. Smadja (2001; 2008), η ψυχοσωματική απέκτησε με το φαινόμενο της παλινδρόμησης, που βρίσκουμε στο σύνολο των οργανικών νόσων, ένα εργαλείο που της επιτρέπει να μελετήσει τις διαδρομές και τις καθηλώσεις που οδηγούν στο σωματικό σύμπτωμα. Η παλινδρόμηση είναι μία κομβική έννοια της φροϋδικής μεταψυχολογίας. Πρέπει να υπενθυμίσουμε ότι για τον Φρόυντ η παλινδρόμηση δεν είναι ειδικά ψυχική διότι υπερβαίνει το ψυχικό πεδίο και απλώνεται στο σύνολο του ατόμου. Στις σωματικές διαταραχές βλέπουμε κυρίως την παλινδρόμηση του Εγώ και την παλινδρόμηση της λίμπιντο.

Η «παλινδρόμηση του Εγώ» παρατηρήθηκε στην πλειονότητα των ψυχοσωματικών διαταραχών όπου το Εγώ παλινδρομεί σε κάθε συγκρουσιακή κατάσταση ή όταν καλείται να αντισταθεί σε μία δυνητική απειλή. Η διαδικασία της παλινδρόμησης εγγράφεται στον χρόνο. Μπορεί να είναι βραχεία και να εκδηλωθεί στα όρια του ψυχικού Εγώ. Είναι όμως δυνατόν να έχει μεγάλη χρονική διάρκεια και να υπερβεί τα όρια του νοητικού χώρου κατακλύζοντας τις σωματικές λειτουργίες. Υπάρχει επίσης ενδεχόμενο να καταλήξει στις πρωτόγονες οργανώσεις του Εγώ, όπου μπορούμε κλινικά να συναντήσουμε παραμορφωμένες μορφές αρνητικότητας που ο A. Green (2012) περιέγραψε χρησιμοποιώντας την έννοια της εσωτερίκευσης του αρνητικού. Σε ένα άλλο σημείο, ο Green εκφράζει την άποψη ότι σε καταστάσεις αδιεξόδου και σε καταστάσεις παλινδρόμησης στις πρωτόγονες καθηλώσεις, μπορούμε να παρατηρήσουμε το «σύνδρομο της ψυχικής ερημοποίησης», το οποίο απαγορεύει τον ελεύθερο συνειρμό και την ψυχική σύνδεση.

Η «παλινδρόμηση της λίμπιντο» είναι μία θεμελιώδης λειτουργία που σχετίζεται άμεσα με την κατανόηση των ψυχοσωματικών διαδικασιών, διότι η αρχή της ενεργειακής συνέχειας στηρίζεται σε αυτήν. Η αρχή αυτή υποστηρίζει ότι η ενορμητική ενέργεια η οποία επενδύεται στις ανεπτυγμένες εξελικτικά ψυχο-κινητικές και γενετήσιες φα-

ντασιωσικές και νοητικές δράσεις πλησιάζει ή εφάπτεται, στην περίπτωση βαθιάς παλινδρόμησης, με το επίπεδο των σωματικών λειτουργιών. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της παλινδρόμησης αυτής, η ενορμητική ενέργεια χάνει τη λιβιδινική της ποιότητα και μετασχηματίζεται σταδιακά σε οργανική ενέργεια, φυσικοχημικής φύσης.^{29 30}

Σύμφωνα τέλος με τον M. Fain (1984), η ψυχοσωματική διαταραχή οφείλεται στην επαναπρόσληψη από το σώμα της ενορμητικής ενέργειας, η οποία, μη δυνάμενη να χρησιμοποιηθεί ψυχικά λόγω της ύπαρξης συναισθηματικών συγκρούσεων (άγχος ευνουχισμού) ελευθερώνεται, υποχρεώνοντας το Εγώ σε μία παλινδρομική κίνηση που το απειλεί με καταστροφή (άγχος κατακερματισμού).

²⁹ Η θεωρία της ενεργειακής συνέχειας του C. Smadja βοηθάει πολύ στην κατανόηση της σωματοποίησης σύμφωνα με τη σχολή του Παρισιού.

³⁰ Θα μπορούσαμε εδώ να εκφράσουμε την υπόθεση ότι υπάρχει μία αναλογία της παλινδρόμησης της λίμπιντο με την "αρχή της διατήρησης της ενέργειας" της φυσικής. Η αρχή αυτή οδήγησε πέραν των άλλων, στην ανακάλυψη των νετρίνων. Αναλογικά και μετά από την απαραίτητη επιστημολογική μετάφραση, μήπως κατά τη διάρκεια της παλινδρόμησης της λίμπιντο απελευθερώνεται ένα "δυνητικό" "στοιχείο β" μετά από μετατροπή του αντίστοιχου "στοιχείου α".(Bion) και μήπως αυτή η μετάβαση απελευθερώνει ένα quantum ενέργειας το οποίο εισέρχεται μη δεσμευμένο και ορμητικά στο σώμα;

INTEΛΟΥΔΙΟ II: Adagio

Το πρώτο περιστατικό μας οδηγεί, ακολουθώντας τη σκέψη του P. Marty και των συνεργατών του, να διαπιστώσουμε ότι η εμφάνιση ενός ονείρου, ακόμα και χρηστικής μορφής, μας επιτρέπει να υποθέσουμε ότι υπάρχει μία βελτίωση της κατάστασης υγείας ενός ασθενούς, μιας και γνωρίζουμε ότι οι ασθενείς που σωματοποιούν σπάνια ονειρεύονται.

Το δεύτερο περιστατικό μας οδηγεί στο να αναλογιστούμε για το «πέρασμα» της ψυχικής διαταραχής στη σωματική διαταραχή, ακολουθώντας τη θεωρία του «ψυχοσωματικού συνεχούς» του Ν. Ρασσιδάκη, σύμφωνα με το οποίο δεν μπορούν να συνυπάρξουν οι δύο διαταραχές.

«Χρηστικό Όνειρο».

Ο Γιάννης Γ. , 55 χρονών, νοσηλεύεται μετά από διάγνωση ενός νεοπλασματος στον δεξιό πνεύμονα.

Ο Γιάννης Γ. ήταν πιλότος της πολεμικής αεροπορίας μέχρι την ημέρα που έχοντας συμμετάσχει σε μία πολιτική διαδήλωση, τον απέλυσαν. Μετά την απόλυσή του εργάστηκε στο εμπορικό ναυτικό όπου έκανε πολλά υπερπόντια ταξίδια, κυρίως στην Ινδία την οποία λάτρεψε, όπως και τη φιλοσοφία της.

Η σύζυγός του πέθανε 2 χρόνια πριν την εμφάνιση του καρκίνου. Ο θάνατος αυτός του κόστισε πολύ όπως ομολογεί. Έχει μία αδελφή μεγαλύτερη του αλλά δεν διατηρεί καλές σχέσεις μαζί της. Η παιδική του ηλικία περιγράφεται «ευτυχισμένη» χωρίς πολλά προβλήματα.

Όσον αφορά στη συμμετοχή του στην πολιτική διαδήλωση διευκρινίζει ότι οφείλεται στο ότι πιστεύει σε έναν καλύτερο κόσμο, χωρίς όμως να μπορεί να περιγράψει αυτόν τον «καλύτερο κόσμο». Προσθέτει ότι ο πατέρας του ήταν ιδεαλιστής και του δίδασκε πώς να πορευτεί στη ζωή του: να μην λέει ψέματα, να έχει καλούς βαθμούς στο σχολείο και στο Πανεπιστήμιο κ.ά.

Παρατηρούμε επίσης ότι ο Γιάννης είναι ανίκανος να μιλήσει για τη μητέρα του, χαρακτηριστικό που το βρίσκουμε και στη δοκιμασία Τ.Α.Τ. όπου στις «μητρικές» καρτέλες δεν βλέπει τίποτα.

Μετά από μερικούς μήνες ατομικής και ομαδικής ψυχοθεραπείας,

ο Γιάννης Γ. αναφέρει το παρακάτω όνειρο: *«Κοιμόμουν, όταν ξαφνικά ξύπνησα και είδα ότι βρισκόμουν στο εσωτερικό του σώματός μου. Μπροστά μου υπάρχει μία κιτρινοκόκκινη λαμπερή μάζα. Γύρω της, υπήρχαν μικρά σωματάκια που, στην αρχή, προσπαθούσαν να της επιτεθούν. Αλλά όταν την πλησίαζαν, εξαυλώνονταν. Μετά, λες και το είχαν συμφωνήσει μεταξύ τους, σταμάτησαν να της επιτίθενται και απλώς διατηρούσαν μία απόσταση ασφαλείας».*

Σύμφωνα με την ερμηνεία μας το σενάριο αυτό περιγράφει πολύ καλά τους βιολογικούς μηχανισμούς της νεοπλασματικής διαδικασίας.³¹ Το σημαντικό είναι ότι ανάλογα χρηστικά όνειρα υπάρχουν σε πολλούς καρκινικούς ασθενείς. Το όνειρο αυτό μας δείχνει ότι ο φαντασιωσικός χώρος γειτονεύει με την βιολογική πραγματικότητα αλλά και με το αντιληπτό. (Sami-Ali, L'espace imaginaire, 1974, p. 156). Ο Γιάννης, στη διάρκεια της ατομικής και ομαδικής ψυχοθεραπείας μπόρεσε να εγκαταστήσει μια επικοινωνία με τον φαντασιωσικό χώρο, με αποτέλεσμα μια καλύτερη ισορροπία με την εξωτερική πραγματικότητα (Filioza, 1983, pp. 27-32). Αυτήν την αλλαγή τη διαπιστώσαμε και στο τμήμα εργοθεραπείας. Μετά από 6 μήνες νοσηλείας πήρε εξιτήριο.

Μετάβαση από μία Ψυχική σε μία Οργανική Διαταραχή.

Ο Alain A. είναι 50 χρονών και νοσηλεύεται στο νοσοκομείο «Esquirol» μετά από ένα οξύ παραληρηματικό επεισόδιο με καταδιωκτικό περιεχόμενο. Πιστεύει ότι οι περαστικοί θέλουν να του κάνουν κακό. Πριν από τη νοσηλεία ο Alain παρουσίαζε οργανικές διαταραχές και συγκεκριμένα έπασχε από αρθρίτιδα και υπέρταση.

Ο Ν. Ρασσιδάκης υποστήριζε ότι υπάρχει ένα συνεχές στο πλαίσιο του οποίου η εμφάνιση μίας νοσηρής οντότητας αποκλείει την άλλη. Αυτό που παρατηρούμε στον Alain είναι ότι όσο ρυθμιζόταν η φαρμακευτική αγωγή, όσο δηλαδή ελεγχόταν το παραλήρημά του, τόσο αναλογικά εγκαθίστατο στον ψυχισμό του μία μορφή χρηστικής σκέψης. Επίσης, έπαψε να βλέπει όνειρα, γεγονός που του υπενθύμιζε ότι πριν την ψυχική διαταραχή υπήρχε απουσία τους. Να σημειώσουμε ότι κάθε λεκτική του έκφραση χαρακτηρίζεται από το αντιληπτό.

Στην προτροπή μας να «κατασκευάσει» μια ιστορία από το περιодικό που διάβαζε, αναφέρεται κυρίως στον πρωταγωνιστή, έναν ήρωα επιστημονικής φαντασίας, αλλά αδυνατεί να δημιουργήσει σε-

³¹ Να σημειώσουμε ότι ο Γιάννης δεν γνώριζε τη φύση της νόσου του.

νάρια με τα δευτερεύοντα πρόσωπα του κειμένου. Να σημειώσουμε ότι το στάδιο αυτό συμπίπτει με το στάδιο όπου το παραλήρημα του ελέγχεται και πιστεύει ότι οι άνθρωποι που τον καταδιώκουν δεν είναι πραγματικοί, αλλά κατασκευές της φαντασίας του.

Στο νοσοκομείο γνωρίσαμε και άλλους ασθενείς, στους οποίους παρατηρήσαμε ότι η «ψυχοσωματική εικόνα» που εμφάνιζαν, βρισκόταν σε συνάρτηση με την πορεία της φαρμακευτικής ρύθμισης. Το γεγονός αυτό μας οδηγεί στην υπόθεση ότι ο Ν. Ρασσιδάκης, αλλά και άλλοι συγγραφείς, ενδεχόμενα έχουν δίκιο όταν υποστηρίζουν ότι στο πλαίσιο μιας σωματο-ψυχικής ομοιοστασίας δεν μπορούν να συνυπάρξουν η νοητική με την οργανική διαταραχή. Περισσότερες λεπτομέρειες θα δώσουμε παρακάτω, μελετώντας τις σχέσεις ψυχοσωματικής διαταραχής και ψύχωσης.

Ο Συμβολισμός του Καρκίνου

Η Προοπτική του Νοήματος

Ο G. Groddeck, (1973) μαθητής του Φρόντ, ακόμα και πριν επηρεαστεί από την ψυχανάλυση, ασκούσε έντονη κριτική στον αναγωγισμό της ιατρικής. Περιγράφει τα βιολογικά συστήματα του ανθρώπινου σώματος εισάγοντας στοιχεία ολιστικής λειτουργίας αλλά και συμβολοποίησης. Είναι επίσης εναντίον της αφαίρεσης των νεοπλασματικών όγκων (1976, σ. 172).

Αργότερα, προσχωρεί (1976) στο ψυχαναλυτικό κίνημα και οι κριτικές του γίνονται πιο συγκρουσιακές. Θεωρεί ότι όλες οι νόσοι, ψυχικές ή σωματικές, αντιπροσωπεύουν ένα σύμβολο. Χρησιμοποιώντας τους μηχανισμούς του ονείρου, υποστηρίζει ότι το Αυτό εκφράζεται στο σώμα με τη μορφή ενός συμπτώματος. Συνεπώς, το σύμπτωμα έχει νόημα. Γράφει συγκεκριμένα: «(...)η νόσος είναι επίσης ένα σύμβολο, αναπαράσταση μίας εσωτερικής διαδικασίας, μία σκηνοθεσία του Αυτού, μέσω της οποίας ανακοινώνει αυτό που δεν τολμάει να πει φωναχτά » (1973).

Σε αντίθεση με τον Φρόντ, θεωρεί ότι το ανθρώπινο άτομο είναι δομημένο από την «επιθυμία της μήτρας». Βασιζόμενος σε αυτήν την υπόθεση, υποστηρίζει ότι ο γυναικείος καρκίνος δεν είναι τίποτε άλλο παρά μία επιθυμία μητρότητας, γι' αυτό και υπάρχει υψηλή συχνότητα στη γυναίκα νεοπλασιών στα συστήματα που συμμετέχουν στη μητρότητα, δηλαδή το στήθος, στις ωοθήκες και στη μήτρα.

Ο J.P. Valabrega (1989) υποστηρίζει ότι η νόσος είναι μία ειδική περίπτωση μηχανισμού μετατροπής³², λέγοντας ότι το σώμα νοσεί από το σημαίνων. Συνεπώς και σύμφωνα με αυτόν, η νόσος είναι αποτέλεσμα ενός αποκλεισμού ο οποίος εκτρέπει αυτό που είναι της τάξης του μύθου και της φαντασιωσικής οικονομίας.

Ο F. Perrier (1984) από τη δική του πλευρά, υποστηρίζει ότι αυτοί οι αποκλεισμοί, αυτά τα σημεία ρήξης, μπορούν να ανιχνευτούν διαγενεακά στις δύο ή τρεις προηγούμενες γενεές. Σύμφωνα με αυτόν, το ψυχοσωματικό φαινόμενο δεν είναι η έκφραση μίας ενδεικτικής νεύρωσης αλλά το αποτέλεσμα ενός ντετερμινισμού, επειδή ακριβώς

³² Μηχανισμός που πρώτος περιέγραψε ο Φρόντ μελετώντας την υστερία

δεν δομήθηκε μια φαντασιωσική νεύρωση.

Ο J. Guir (1993) τέλος, χρησιμοποιεί την έννοια της διαγενεακής μεταφοράς των σημαινόντων στην ψυχοθεραπευτική του πρακτική.

Θα μελετήσουμε τώρα ορισμένα κλινικά χαρακτηριστικά που παρατηρήσαμε στην ερμηνεία του προβολικού τεστ T.A.T. (Thematic Apperception Test) που χορηγήσαμε σε ασθενείς μας και που αφορούν την ύπαρξη ή ανυπαρξία συμβολισμού του καρκίνου.

Χριστόφορος

Ο Χριστόφορος είναι ένας νέος 25 χρονών, με καταγωγή από ένα μικρό αγροτικό χωριό της Πελοποννήσου. Ήρθε στο νοσοκομείο με σκοπό να αντιμετωπίσει θεραπευτικά ένα κακόηθες πρωτογενές νεόπλασμα στο ισχίο. Η επαφή μαζί του βοηθήθηκε από τις συζητήσεις μας με θέμα τη φυσική και τα μαθηματικά.

Η μητέρα του, χαρακτηρίζεται ψυχρή και απόμακρη, που το μόνο που την ενδιαφέρει είναι η μαγειρική. Περιγράφει τον γιό της καλό μαθητή με άριστη αγωγή και θεωρεί ότι δεν της δημιούργησε ποτέ κάποιο πρόβλημα.³³ Ο αδελφός του είναι μικρότερος, «καλό παιδί» όπως λέει η μάνα. Ένα ατύχημα όμως με τη μοτοσυκλέτα του αλλά και ο τρόπος που το περιέγραψε σε μένα, δίνουν την εντύπωση ότι έχει αυτοκαταστροφικές τάσεις. Ο πατέρας περιγράφεται σαν ένα άτομο με μοναδική ασχολία τα χωράφια του. «Δεν ήταν ποτέ σπίτι», μας λέει.

Ο Χριστόφορος αγνοεί τη διάγνωση της νόσου του.³⁴ Είναι όμως πρόθυμος να συζητήσουμε για την ασθένειά του. Περιγράφει το ιστορικό της ως εξής:

«Στο σχολείο ήμουν πολύ καλός μαθητής και με ενδιέφεραν κυρίως η φυσική και τα μαθηματικά. Στην τελευταία τάξη, πριν 5 χρόνια, είχαμε έναν καθηγητή μαθηματικών πολύ κακό, ο οποίος, στις τελικές εξετάσεις, μου έβαλε βαθμό 16/20».

³³ Έχω δει και την οικογένεια.

³⁴ Είναι μεγάλο θέμα η αποκάλυψη της διάγνωσης. Πιστεύω ότι αυτή πρέπει να γίνεται εκτιμώντας την προσωπικότητα του ασθενή. Συνεπώς να μην είναι γενικός κανόνας ούτε η υποχρεωτική αποκάλυψη, ούτε όμως και η απόκρυψη. Θα τολμούσα να ισχυριστώ ότι πολλοί ασθενείς γνωρίζουν από διαίσθηση τη φύση της ασθένειάς τους. Για παράδειγμα σε δύο ομάδες ασθενών μου δεν είχε αποκαλυφθεί ότι πάσχουν από καρκίνο. Την παραμονή της Πρωτοχρονιάς εκείνης της χρονιάς η τηλεόραση είχε μία ανταπόκριση με το νοσοκομείο, όπου ειπώθηκε ότι το νοσοκομείο είναι ογκολογικό. Πάραυτα, πηγαίνω στο νοσοκομείο, ανησυχώντας για τους ασθενείς μου που συνήθως εκείνη την ώρα βλέπουν τηλεόραση. Με καθησύχασαν λέγοντας ότι γνωρίζουν τη φύση της ασθένειάς τους, αλλά δεν μιλάνε γι' αυτή διότι δεν θέλουν να ενοχλήσουν τους οικείους τους.

Ο Χριστόφορος δεν το εκτίμησε αυτό, αλλά δεν αντέδρασε. Όταν όμως γύρισε σπίτι του, κατακλύστηκε από θλίψη όπως λέει.

Μερικές εβδομάδες αργότερα, δουλεύοντας στα χωράφια, πέφτει και τραυματίζεται λίγο στο πόδι. Δύο μήνες μετά το ατύχημα παρουσιάζει μία δυσκολία στην βάδιση. Οι ακτινογραφίες που έκανε δεν έδειξαν τίποτα, αλλά το πρόβλημα στην βάδιση συνεχίζεται και επιδεινώνεται. Μετά από δύο χρόνια συνεχών επισκέψεων σε νοσοκομείο σε περιοχή του, έρχεται στην Αθήνα όπου οι γιατροί διαπιστώνουν ότι πάσχει από καρκίνο.³⁵ Μία πρώτη νοσηλεία του επιτρέπει τη χρήση του ποδιού του, αλλά μία ραγδαία επιδείνωση τον υποχρεώνει να νοσηλευτεί ξανά.

Περιληπτικά το Test T.A.T. δείχνει μία χαμηλή αυτοεκτίμηση, μια τακτική συμμόρφωσης με στόχο την αποδοχή, λίγες και φτωχές συναισθηματικές εμπειρίες κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, προβληματικές σχέσεις με τους γονείς οι οποίοι δεν τον αφήνουν να ανεξαρτητοποιηθεί αλλά του απευθύνουν ελάχιστο συναίσθημα, μία φτωχή σεξουαλική ζωή χωρίς φαντασιωσικό πλούτο, και τέλος μία αλεξιθυμία και ανώριμους ψυχικούς μηχανισμούς άμυνας.

Σημαντικό σημείο κατά τη γνώμη μας είναι η απάντηση του στην καρτέλα 5 του T.A.T.



«Μία γυναικεία μορφή... ας δούμε καλύτερα. Ναι, μια γυναίκα που εμφανίζεται σαν να ήθελε να μπει σε ένα σπίτι. Άνοιξε την πόρτα και μέσα υπάρχουν βιβλία, ένα τραπέζι με λουλούδια, μία... ας πούμε ένα

³⁵ «...είναι σύνηθες ο νεοπλασματικός όγκος στα οστά να ανακαλύπτεται μετά από έναν τραυματισμό, αλλά ο ρόλος αυτού του τραυματισμού στην καρκινογένεση είναι αμφίβολος»... (Amiel & J.Rouesse, 1984, σελ. 120)

πορτατίφ στο κομοδίνο. Τι άλλο αντικείμενο; ... σαν ένα πιάνο, δεν ξέρω. Τι μας λέει η έκφρασή της; το πόδι, εκεί, θα λέγαμε ότι δεν είναι δικό της! Είναι ένας άντρας; Όχι. Ακουμπάει το χέρι στην πόρτα. Το άλλο, δεν το βλέπουμε. Δεν βλέπω τα πόδια!».

Μπορούμε εδώ κατ' αρχάς να υποθέσουμε ότι ισχύει η υπόθεση της ψυχανάλυσης σύμφωνα με την οποία ο αντιληπτικός μηχανισμός χρησιμοποιείται συχνά με αμυντικό τρόπο.

Ο Χριστόφορος, για να επεξεργαστεί το αφήγημα του, έχει ανάγκη να στηριχτεί σε συγκεκριμένα στοιχεία της εικόνας: πόρτα, πορτατίφ... Το εκπληκτικό είναι η δυσκολία του να συλλάβει σφαιρικά τη γυναικεία μορφή. Ποια μπορεί να είναι η σχέση ανάμεσα στο «πόδι» και τη μητρική φιγούρα; Ποιος μπορεί να είναι αυτός ο άντρας; ***Μήπως αυτή η εξιστόρηση παρουσιάζει μία σχέση με την εντοπιότητα της ασθένειας του, ασθένεια από την οποία δεν γνωρίζει ότι πάσχει, συνεπώς δεν μπορεί να βλέπει;***

Μια πιθανή ερμηνεία στηρίζεται στην υπόθεση σύμφωνα με την οποία ο εντοπισμός της νόσου είναι η συμβολική εκδήλωση σε κάποιο σημείο του σώματος μίας σύγκρουσης. Συνεπώς το σύμπτωμα κατέχει μια συγκεκριμένη σημασία και γενικεύοντας θα μπορούσαμε να υποστηρίξουμε ότι κάθε καρκίνος έχει ένα συγκεκριμένο νόημα.

Για τον J. Guir οι ψυχοσωματικές διαταραχές οφείλονται στη δράση ειδικών σημαινόντων τα οποία μπορεί να είναι τεσσάρων τάξεων (Guir, 1993, pp. 9-20):

- Ημερομηνιακά σημαίνοντα
- Το ερώτημα του Εαυτού
- Η υποχρέωση υιοθέτησης του άλλου φύλου
- Η αλλοπρόσαλλη εγγραφή των διαγενεακών σημαινόντων

Υποστηρίζει επίσης ότι οι ανατομικές βλάβες είναι μιμητική αλληλουχία που δεν έχει επιλυθεί, σε σχέση με το σώμα ενός μέλους της οικογένειας στο οποίο υπάρχει έντονη συναισθηματική επένδυση. Ακολουθώντας αυτό το σκεπτικό, το σύμπτωμα του Χριστόφορου, δεν είναι τίποτε άλλο παρά ένα «μόσχευμα», ένα νέο φαινότυπο που αντιπροσωπεύει μία επιθυμία απόλαυσης του σώματος του Άλλου, που η αδυναμία πραγματοποίησης της οδηγεί στην αυτοκαταστροφή.

Η Απουσία Νοήματος

Ο De M' Uzan εκφράζει την ακριβώς αντίθετη θέση υποστηρίζοντας συγκεκριμένα ότι «το ψυχοσωματικό σύμπτωμα είναι ανόητο» (Marty & De M'Uzan, 1963, pp. 345-356).

Με αφορμή τη φράση αυτή θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι ο καρκίνος είναι ένα «σημείο» (με την ιατρική έννοια του όρου, δηλαδή χωρίς πρωτεύων σχεσιακό κάλεσμα) το οποίο εμφανίστηκε όπως ήδη είπαμε μετά από μία ψυχική και σωματική οικονομική διάταξη της μορφής «νεύρωση συμπεριφοράς».³⁶ Στο διαλεκτικό επίπεδο, το «αίτημα» ικανοποίησης των αρχαϊκών αλλά και των ύστερων επιθυμιών που ανήκουν στον χώρο του φαντασιακού, δεν τυγχάνουν στους ψυχοσωματικούς ασθενείς νοητικής επεξεργασίας **και τελικά ανάγονται στην «ανάγκη», δηλαδή σε μια κατάσταση συσσώρευσης ενέργειας που ζητά να εκτονωθεί.**

Αυτή η παλινδρόμηση σε μία καθήλωση έκφρασης της ανάγκης, παλινδρόμηση πολύ βαθιά ιστορικά, εκδραματίζεται με τη συμμετοχή του βιολογικού σώματος. Χρησιμοποιώντας τις λειτουργίες «handling», «holding», και «object presenting» που περιέγραψε ο D. Winnicott (2000), θα μπορούσαμε να οδηγηθούμε στην υπόθεση ότι ο «τόπος», το σημείο του σώματος στο οποίο εκδηλώθηκε το νεόπλασμα, σχετίζεται με την επένδυση σε αυτό το σημείο του σώματος όπως θα δούμε περιγράφοντας τις «σωματο-ψυχικές συμφύσεις».

Αλίκη

Βρίσκουμε αυτήν τη δυσκολία αντίληψης του συνολικού σώματος στην καρτέλα αρ. 5 του Τ.Α.Τ. στις απαντήσεις μίας άλλης ασθενούς, της Αλίκης.

Η Αλίκη, 65 χρονών, έκανε μία δεξιά μαστεκτομή και οι γιατροί υποπτεύονται γαγγλιακή εισβολή καρκινικών κυττάρων στο μασχαλιαίο πλέγμα, συνεπώς στην κυκλοφορία του αίματος από και προς το χέρι.

Λέει λοιπόν η Αλίκη:

«Δεν απαντάω εδώ! Βλέπω μία γυναίκα, αλλά όχι, δεν μπορώ να διακρίνω τι είναι. Πρόκειται για ένα σπίτι, για ένα δωμάτιο... Εδώ βρίσκεται μία καμπάνα. Αυτή κρατάει κάτι στο χέρι της. Το άλλο χέρι λείπει!»

Τα δύο αυτά παραδείγματα θα μπορούσαν να δείξουν την ύπαρξη μίας σύνδεσης ανάμεσα στα χαρακτηριστικά της νόσου και της ερμηνείας στην καρτέλα αρ. 5. Ας μην οδηγηθούμε όμως σε μία βιαστική γενίκευση. Οι δύο αυτές ερμηνείες θα μπορούσαν επίσης να είναι απλά μία «άρνηση» της πλευράς του σώματος που νοσεί. Χαρακτηριστικά ο Γιάννης, με εντοπισμό της νόσου στους πνεύμονες, απαντάει στην καρτέλα αρ. 5: *«Δεν βλέπω τίποτα».*

³⁶ Σε αντίθεση με τις «ψυχικές νευρώσεις».

Η Τρίτη Προοπτική

Πολλές μελέτες που αφορούν τη συμμετοχή —αποκλειστική ή όχι— του συμβολισμού στην εμφάνιση του καρκίνου, στερούνται αυστηρότητας όσον αφορά στις σχέσεις που υπάρχουν μεταξύ «Λόγου» και «υλικού αντικειμένου». Επίσης, μπορούμε εύκολα να διαπιστώσουμε μία πεισματική άρνηση ψυχαναλυτών, σε μία ενδεχόμενη ψυχική ανασυγκρότηση **η οποία προκύπτει ΜΕΤΑ την εμφάνιση της νόσου**. Τελικά, μήπως τα νεοπλάσματα «χρησιμοποιούνται» για την ανάδυση ενός αφηγήματος που αφορά πρώτιστα το υποκείμενο και μετά την ασθένεια του και όχι το αντίθετο;

Το «ψυχοσωματικό σώμα», σύμφωνα με την Joyce McDougall (1974; 1982; 1989) είναι ένα σώμα που εκφράζεται³⁷ και διασφαλίζει μία οικονομία. Οι ψυχοσωματικές νόσοι συμμετέχουν και αυτές στην πάλη για την ψυχική επιβίωση, όταν οι ψυχικές άμυνες δυσλειτουργούν. Συμμετέχουν επίσης στην προσπάθεια διατήρησης της ομοιοστασίας επιβίωσης του οργανισμού και παράλληλα είναι σωματικές εκκλήσεις για βοήθεια, με τη γλώσσα των σημείων όμως και όχι του συμβολισμού μπροστά στον κίνδυνο μίας κατάρρευσης.

Αυτή την οικονομική διάσταση αξίζει να τη δούμε από την οπτική γωνία της θεωρίας παιγνίων αλλά και της θεωρίας του χάους.³⁸

Ο καρκίνος είναι η αποδιοργάνωση που αγγίζει το γενετικό πρόγραμμα και παίρνει την εξουσία ασκώντας «τρομοκρατία» και επιβάλλοντας τον απάνθρωπο νόμο του. Η μόνη λύση είναι η προσφυγή στους μηχανισμούς του εξορκισμού. Πρέπει να καταστρέψουμε με το σίδερο ή τη φωτιά, τη χειρουργική επέμβαση, την ακτινοβολία και αυτήν την άλλη μορφή φωτιάς, που είναι η χημειοθεραπεία. Μόνο τα τελευταία χρόνια έχουμε αρχίσει να αντιμετωπίζουμε τον καρκίνο με ευφυείς στρατηγικές, αντίστοιχες της πονηριάς του. Μέχρι να ολοκληρωθεί όμως αυτή η επιστημονική προσπάθεια, ο καρκινοπαθής αντικαθιστά την εικόνα του σώματος με εκείνη μίας συνάθροισης εκατομμυρίων κυττάρων στην υπηρεσία μίας περίπλοκης μηχανής. Δεν υπάρχει καλύτερη περιγραφή της αίσθησης των ασθενών από την αίσθηση ότι «κατοικούνται» από έναν μηχανισμό του οποίου η αδιάκοπη λειτουργία ξεφεύγει από την έλεγχο τους και καταστρέφει το σώμα από το εσωτερικό. Εκφράζουμε την υπόθεση ότι η νοσηματοδότηση του καρκίνου μπορεί να είναι μια εκ των υστέρων **προ-**

³⁷ εκφράζει τον πόνο.

³⁸ Βλ. παρακάτω **Σωματο-Ψυχικές Συμφύσεις και Σωματοποίηση**

σπάθεια εξανθρωπισμού, όπως θα δούμε παρακάτω.³⁹

Είναι πράγματι μεγάλος ο πειρασμός μεταγραφής των γεγονότων που προηγούνται της εμφάνισης του καρκίνου σε όρους ψυχικής αιτιότητας. Η προδοσία αυτή του σώματος, αυτή η απρόσμενη εμφάνιση του τέρατος στο εσωτερικό του ατόμου, είναι αναγκαίο να κατανηθεί. Με την κατανόηση αυτή πιστεύουμε ότι ασκείται κάποιος έλεγχος και **μία αιτία είναι προτιμότερη από μία χωρίς κανόνες αταξία**.

Η στάση αυτή καθησυχάζει και τους άλλους στους οποίους ο καρκινοπαθής μεταδίδει την αγωνία του, την οδύνη του, τη μεταλλαγμένη ή ακρωτηριασμένη εικόνα του. Το νεόπλασμα απειλεί με ρήξη, με θάνατο, είναι ένας εισβολέας.

Μία δοξασία πάντα καθησυχάζει. Η ψυχογένεση, που συνήθως βρίθει από συμβολισμούς και νοσηματοδοτήσεις, έχει την επικίνδυνη και παραπλανητική ισχύ να παραπέμπει στον ασθενή την ευθύνη του καρκίνου του. Γι' αυτό και αισθάνεται ένοχος για την ταλαιπωρία που επιβάλλει στους δικούς του ανθρώπους, αλλά και για την κόλαση που διανύει. Αμφιθυμία και επιθετικότητα οδηγούν στη διατύπωση και εγγραφή ενός νέου παρελθόντος: «*δεν έκλαψα όταν πέθανε ο αδελφός μου και η λευχαιμία μου είναι τα δάκρυα που κυλούν*», λέει μία ασθενής μου.

Επανερχόμαστε στο βασικό μας ερώτημα. Σε ποιον και σε τι χρησιμεύουν αυτοί οι συμβολισμοί και αυτές οι νοσηματοδοτήσεις; Έχουμε την εντύπωση, όπως επισημάναμε και παραπάνω, ότι αντιπροσωπεύουν μία προσπάθεια εξανθρωπισμού και παραμετροποίησης της νόσου. Γνωρίζουμε καλά ότι η διάγνωση του καρκίνου συνοδεύεται πάντα από μία ρήξη στην ψυχική ζωή. Υπάρχει το πριν, το μετά και η ναρκισσιστική πληγή που αφήνει για πάντα το σημάδι της. Τα *a posteriori* αφηγήματα και η προσθήκη λέξεων και φράσεων, επιτρέπουν τη συζήτηση γύρω από αυτήν τη σιωπηλή και ύπουλη εισβολή. Επαναφέρουν το φαντασιακό, δηλαδή μία σχετική ελευθερία δημιουργίας που αντιτίθεται στην καταστροφική αναρχία του καρκίνου. **Αυτές οι «ιστορίες» κατασκευάζουν μία γλώσσα του καρκίνου και του δίνουν ένα νόημα**. Αυτό το νόημα, βοηθάει το περιβάλλον και το ιατρικο-νοσηλευτικό προσωπικό να επανακτήσουν την ελπίδα και τη θέληση για μάχη που κινδυνεύουν να χαθούν μπροστά στον τρόπο του καρκίνου, στην κλινική αλλά και στη μυθολογική του διά-

³⁹ Ο καρκίνος αντικατέστησε τη φυματίωση στο κοινωνικό φαντασιακό. Είναι με τη σειρά του μία νόσος η οποία εγκαθίσταται χωρίς να ειδοποιηθεί. Η φυματίωση γνώρισε και αυτή ερμηνευτικά σχήματα όμοια με αυτά που γνωρίζει ο καρκίνος.

σταση. Η φαντασιωσική όμως διαδικασία εξακολουθεί να είναι απύουσα και να απαιτείται θεραπευτικά αποκατάστασή της.⁴⁰

Επιστημολογικός Στοχασμός

Αναφερθήκαμε στους συγγραφείς οι οποίοι υποστηρίζουν ότι ο καρκίνος διαθέτει ένα νόημα και συμβολίζει συναισθήματα που δεν μπορούν να εκφραστούν με άλλο τρόπο. Άλλοι, αντίθετα, υποστηρίζουν ότι δεν είναι δυνατή ή νοηματοδότηση και η συμβολοποίηση του νεοπλάσματος, διότι σώμα και ψυχή μιλούν διαφορετικές γλώσσες. Το συντακτικό της ψυχής είναι το σύμβολο και του σώματος το σημείο. Το φλέγον ερώτημα είναι εάν υφίσταται μία μεταλλαγή του ενός στο άλλο, ή εάν πρόκειται αντίθετα για μια μετατροπή τάξεως.⁴¹

Ένα δεύτερο ερώτημα είναι ο τρόπος με τον οποίο το ψυχικό πεδίο επιδρά στη γέννηση και στην εξέλιξη του καρκίνου. Θεωρούμε ότι πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί στην απάντησή μας. Για να απαντήσουμε σε όλα τα ερωτήματα που θέτει μια πιθανή αλληλεπίδραση σώματος-ψυχής στην ψυχοσωματική νόσο και τον καρκίνο, είναι απαραίτητη η διεξαγωγή αυστηρών διεπιστημονικών ερευνών, στις οποίες ανοσολόγοι, ογκολόγοι, στατιστικοί και ψυχαναλυτές, συμμετέχουν χωρίς προδικασμένα και σεβόμενοι το γεγονός ότι οι μεν χρησιμοποιούν μια μεθοδολογία αντικειμένου, οι δε μία μεθοδολογία υποκειμένου, συνεπώς είναι απαραίτητη η «μετάφραση» των εργαστηριακών και των κλινικών δεδομένων στη γλώσσα της κλινικής συνάντησης. Ειδάλλως θα βρεθούμε μπροστά σε άκαμπτες στάσεις δυνητικά κωφών επιστημόνων.⁴² Μόνο αυτός ο τρόπος θα μας οδηγήσει στην αξιολόγηση της διάδρασης πολλών παραγόντων, μεταξύ των οποίων και αυτών που τροποποιούν ποσοτικά και ποιοτικά το συναίσθημα, το τραύμα, και το στρες, σε συνάρτηση με τον μύθο, την ιστορία και την ατομική μορφή ύπαρξης.

⁴⁰ Η φαντασιακή διαδικασία είναι συνειδητή διαδικασία, ενώ η φαντασιωσική διαδικασία είναι ασυνείδητη και έχει πιο άμεση σχέση με την εννομητική επιθυμία.

⁴¹ Βλ. παρακάτω **Σώματο-Ψυχικές Συμφύσεις και Σωματοποίηση**

⁴² Το 2016 είχε πραγματοποιηθεί ένα επιστημολογικό συνέδριο στην Ιταλία, με θέμα τη μεθοδολογία. Αρκετοί σύνεδροι κατηγόρησαν την ψυχανάλυση ότι δεν είναι επιστήμη, διότι δεν υπόκειται στην αυστηρή κλασσική επιστημονική μεθοδολογία της επανάλληψης. Τότε ένας ψυχαναλυτής τους ρώτησε αν η θεωρία των υπερχορδών της φυσικής είναι κατά τη γνώμη τους μία επιστημονική θεωρία, μιας και δεν μπορεί να εφαρμοστεί και σ' αυτήν η κλασσική μεθοδολογία.

INTEΡΛΟΥΔΙΟ III: Doloroso

*Τον ήλιο και τον θάνατο δεν μπορούμε να τους κοιτάξουμε
κατάματα. (Gilbert & Gourdault, 1919)*

Την περασμένη εβδομάδα, διαβάζοντας την εφημερίδα, η ματιά μου έπεσε στη φράση «κοιμήθηκε ο μητροπολίτης (...) Αστέριος». Τι εικόνα έρχεται στο μυαλό μας ακούγοντας αυτή τη φράση; Προφανώς η εικόνα ενός ηθικού και άγιου γέροντα, που έκλεισε τα βλέφαρά του για πάντα. Που ήρεμα και γαλήνια, παρέδωσε το αμόλυντο πνεύμα και την καθαρή σάρκα του στον Κύριο του. Έτσι λοιπόν και εμείς, γαλήνια, είμαστε έτοιμοι να συνεχίσουμε τη ζωή μας, διώχνοντας μακριά την ιδέα του δικού μας θανάτου. Ήμουν και εγώ έτοιμος εκείνη την ημέρα, τελειώνοντας την ανάγνωση της εφημερίδας να συνεχίσω το διάβασμα του βιβλίου μου ακούγοντας ήρεμη μουσική.

Χωρίς όμως να το θέλω, το βλέμμα μου πήγε σε μια άλλη φράση: «πέθανε μετά από μεγάλη και επώδυνη μάχη με την επάρατη νόσο». Αμέσως σφίχτηκα, και αντανakλαστικά έκλεισα την εφημερίδα και άρχιζα να κοιτάω από το παράθυρο τον έξω κόσμο λες και ήταν η τελευταία μου μέρα και ήθελα να ρουφήξω τη ζωή.

Ο κακός λύκος των παραμυθιών μετατρέπεται σε κάβουρα με θανατηφόρες δαγκάνες.

Στο μυαλό μου άρχισαν να εμφανίζονται μυθικές εικόνες ενός κάβουρα με θανατηφόρες δαγκάνες που με τις δαγκωματιές του αφαιρεί σιγά-σιγά κομμάτια του σώματος, που ευνουχίζει, που τιμωρεί... Με μεγάλο πόνο, πραγματικό αλλά και συμβολικό, μιας και ο επίκαιρος πόνος συνδέεται με όλα τα βιώματα πόνου του παρελθόντος. Και όταν αυτός ο πόνος δεν μπορεί παρά να φωνάξει για να ξαναπέσει στη σιωπή, όταν δεν επικοινωνείς πια με τον πόνο σου, όταν

Οι κάτοικοι της ψυχικής σκηνής είναι πια σκιές και μακρινά προσωπεία με αλλοιωμένα χαρακτηριστικά.

τότε, το μόνο που εύχεσαι είναι να έλθει να σε απαλλάξει ο θάνατος, να σε λυτρώσει για πάντα. Το «πέρασμα», που παίρνει τη γαλήνια μορφή που περιγράψαμε παραπάνω, οι τελευταίες πνοές ζωής που θέλεις να τις μοιραστείς με τα αγαπημένα σου άτομα.

Ένα άλλο χαρακτηριστικό που μπορούμε να παρατηρήσουμε είναι ότι η λέξη καρκίνος χρησιμοποιείται στην κοινωνία μας κυρίως μεταφορικά, χρησιμοποιώντας τη μεταφορά και τη μετωνυμία και σπάνια

εκφράζεται κυριολεκτικά, για να ονομάσει δηλαδή ευθέως μια ασθένεια. Πολλές φορές δηλαδή ακούμε ή διαβάζουμε τις φράσεις «ο καρκίνος του πληθωρισμού», το «καρκίνωμα της ανεργίας», «ο καρκίνος της εγκληματικότητας» και τόσες άλλες. Αλλά τις περισσότερες φορές η διάγνωση της ασθένειας ανακοινώνεται με περιγραφικό τρόπο ή με υπεκφυγές, ενώ στο μυαλό του γιατρού υπάρχουν οι εικόνες ενός αέναου και άναρχου κυτταρικού πολλαπλασιασμού. Το περίεργο είναι ότι παρεμφερείς εικόνες έχουν και πολλοί καρκινοπαθείς, που δεν γνωρίζουν τους μηχανισμούς λειτουργίας της πάθησής τους.

Η Ελένη για παράδειγμα που πάσχει από έναν μεταστατικό καρκίνο στα οστά, περιγράφει τα παρακάτω «ιερά λόγια» όπως όριζε ο Ασκληπιός το όνειρο: *«Ήμουν με ένα τεράστιο μωρό που είχε πάνω του το σημάδι του κακού ή του καλού. Τελικά ήταν το σημάδι του κακού, και γι' αυτό, όταν το μωρό αυτό πήγε να με αγκαλιάσει από τη μέση, το πέταξα μακριά μου»*. Η ίδια, λίγο πριν την εκδήλωση της αρρώστιας της έβλεπε φωτιές.

Αλλά και η Άννα, το βράδυ πριν κάνει αξονική τομογραφία για μια πιθανή διάγνωση καρκίνου στους πνεύμονες, είδε ότι ήταν έγκυος σε διαδικασία τοκετού. Τέλος ο Γιώργος, πρώην ναυτικός στο επάγγελμα, που νόμιζε ότι έχει πνευμονία, αλλά έχει καρκίνο στους πνεύμονες, λέει σε μια συνάντησή μας: *«είδα χθες ένα όνειρο. Είδα ότι κοιμόμουν και ξύπνησα ξαφνιασμένος γιατί ήμουν μέσα στο σώμα μου. Μπροστά μου, υπήρχε μια λαμπερή κιτρινο-κόκκινη μάζα. Γύρω, υπήρχαν μικρά σωματάκια που προσπαθούσαν, στην αρχή τουλάχιστον, να επιτεθούν σε αυτήν τη μάζα. Αλλά όταν την πλησίαζαν, εξαυλώνονταν και εξαφανιζόντουσαν. Έπειτα, σαν να είχε γίνει μια συμφωνία, σταμάτησαν να επιτίθενται και παρέμειναν γύρω γύρω, κρατώντας κάποια απόσταση»*. Ο Γιώργος έκανε χημειοθεραπεία και την προηγούμενη μέρα ήταν στον μαγνητικό τομογράφο.

Γιατί όμως το κοινωνικό ασυνείδητο, στον καρκίνο τουλάχιστον, λειτουργεί με τους κανόνες του ονείρου;

Απεταξάμην.

Διότι όπως είπαμε και παραπάνω, η λέξη αυτή προκαλεί έναν μυθικό φόβο και παύει να είναι απλά ένας κακοήθης όγκος, ένα νεόπλασμα, όπως μας επισημαίνουν τα όνειρα των ασθενών μας. Ο καρκίνος στο συλλογικό ασυνείδητο είναι ο θάνατος που εγκαταστάθηκε στον άρρωστο, είναι ο ίδιος ο διάβολος. Η καλύτερη απόδειξη είναι ότι τα θεραπευτικά μέσα που έχουμε στη διάθεσή μας είναι τα ίδια μέσα που χρησιμοποιεί και ο εξορκισμός. Αυτός ο κακοήθης όγκος, ο κακός δαίμονας που εγκαταστάθηκε στο σώμα ενός ανθρώ-

που και που θα αφαιρέσει κομμάτι-κομμάτι τη ζωή, πρέπει να αφαιρεθεί. Είτε με το νυστέρι του χειρουργού, είτε με τις ακτινοβολίες του ακτινοθεραπευτή, είτε τέλος με τα φάρμακα της χημειοθεραπείας. Όμως, ακριβώς αυτούς τους τρεις τρόπους (κόβω, καίω, δηλητηριάζω) χρησιμοποιεί και ο εξορκισμός.

Το πρόβλημα του καρκίνου μας αφορά όλους, μιας και όλοι μας έχουμε βρεθεί δίπλα σε άτομα που έχουν κάποια σχέση, μακρινή ή κοντινή, με αυτήν τη νόσο. Μέσω του καρκίνου, μέσω αυτής της κατάρτας της σημερινής εποχής, είμαστε υποχρεωμένοι να συνδιαλογούμε με τα θεμελιώδη προβλήματα των σχέσεων του ανθρώπου με το σώμα του και με το πεπρωμένο του. Το ερώτημα είναι πως πραγματοποιούμε αυτή τη συνδιαλλαγή.

Πρόσφατα, σε ένα διεθνές συνέδριο χειρουργικής στο Παρίσι γινόταν μια συζήτηση για το εάν πρέπει να λέμε στον ασθενή την αλήθεια ή όχι. Οπότε ένας χειρουργός παίρνει τον λόγο και λέει: *«Μα τελικά, εάν αποφασίσουμε να λέμε την αλήθεια στους ασθενείς μας, τότε τι επιρροή θα έχουμε επάνω τους»;*

Αυτή είναι μια οπτική γωνία που δείχνει σίγουρα μια αίσθηση παντοδυναμίας του γιατρού, *radre radrone*, απέναντι σε ένα ασθενή-παιδί, που πολλές φορές δεν τον επιθυμεί και το οικτρίζει, όταν δηλαδή η κατάσταση αρχίζει να ξεφεύγει θεραπευτικά. Πιστεύω ότι όταν ο ασθενής καταλαβαίνει ότι προσπαθούμε να του πούμε τη διάγνωση, τότε η σχέση αυτόματα παύει να έχει τη μορφή «αφέντη-υποτακτικού». Ενός όρθιου ατόμου με έναν κλινήρη. Ενός υγιούς ατόμου με έναν εξουθενωμένο ασθενή. Από τη στιγμή που ο γιατρός αποφασίζει ότι ο ασθενής του πρέπει να είναι συνυπεύθυνος της θεραπείας του, τότε η σχέση παίρνει αυτόματα τη μορφή μιας σχέσης ενός ατόμου με έναν άλλο που μπορεί να βοηθήσει και να του προσφέρει απλόχερα όλη τη γνώση και την εμπειρία του.

Η ισότιμη αυτή ανθρώπινη σχέση αλλά και η συνυπευθυνότητα της πορείας έχει μεγάλη σημασία για τη θεραπευτική κατάληξη. Γιατί; Ας αναρωτηθούμε σε ποια ψυχική κατάσταση βρίσκεται ο καρκινοπαθής αλλά και το περιβάλλον, μιας και οι δύο βρίσκονται παγιδευμένοι σ' αυτή τη μυθοποίηση της συγκεκριμένης νόσου. Και ας δούμε τι αλλαγές στην ψυχοσωματική ομοιοστασία γίνονται στον ασθενή, στην εκδήλωση αλλά και κατά τη διάρκεια της εξέλιξης της αρρώστιας του.

Παράλυτη ψυχή ανάμεσα στα ερείπια της επιθυμίας.

Σε καθαρά περιγραφικό επίπεδο, η Kubler Ross (1986) υποστηρίζει ότι ο ασθενής περνάει τις εξής βασικές φάσεις κατά τη διάρκεια

της αρρώστιας του. Στην αρχή, αρνείται τη διάγνωση με την προϋπόθεση ότι του έχει αποκαλυφθεί και ξεκινάει έναν περίπλου επισκέψεων σε γιατρούς για να τη διαψεύσουν. Η δεύτερη φάση, που είναι και η πιο σημαντική, χαρακτηρίζεται από μια λυσσαλέα οργή, η οποία κατά κάποιο τρόπο μπορεί να χρησιμεύσει στη συμμαχία του ασθενή με τον ιατρό του για να αντιμετωπίσουν μαζί την αρρώστια. Και σε αυτήν τη συμμαχία πρέπει να έχει ενεργό συμμετοχή και η οικογένεια, της οποίας ο ρόλος είναι να σταθεί, όσο πιο καθαρά και ειλικρινά γίνεται, δίπλα στον ασθενή. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι δεν νοσεί μόνο ο ασθενής, αλλά και η οικογένειά του, με την έννοια ότι πολλά συναισθήματα κρύβονται, αλλά και πολλά εμφανίζονται χωρίς να μπορεί κάποιος να τα χειριστεί.

Θυμάμαι μια νέα κοπέλα με τρία παιδιά, την Ευφροσύνη, που ζήτησε να με δει, της οποίας ο άντρας έπασχε τους τελευταίους μήνες από μεταστατικό καρκίνο στον μυελό των οστών. Η πρώτη κουβέντα που μου είπε μπαίνοντας στο γραφείο μου, και κυριολεκτώ, είναι «*κύριε Βελισσαρόπουλε, ο άντρας μου δεν με ικανοποιεί πια σεξουαλικά*». Μια πραγματικότητα, προφανώς λόγω της κατάστασης της υγείας του αλλά όχι μόνο. Στη διάρκεια των συνομιλιών μας μου αποκάλυψε ότι το μόνο που τη συνέδεε με τον άντρα της ήταν το σεξ, ότι πολλές φορές πριν την εκδήλωση της ασθένειας ήθελε να τον χωρίσει και ότι αισθάνεται τώρα γι' αυτόν οίκτο και έχει -λίγες όμως- ενοχές. Οίκτος, το χειρότερο συναίσθημα δηλαδή, που οδηγεί τον ασθενή πια κοντά στο «σχεσιακό αδιέξοδο», στην κατάθλιψη, στην απελπισία και στην παραίτηση, στον θάνατο δηλαδή. Μια άλλη ασθενής μου, η Άννα, με μεταστατικό καρκίνο στους πνεύμονες, είχε ταλαιπωρηθεί από τα φαρμακευτικά σχήματα που της έδινε ο γιατρός της σε ένα δημόσιο νοσοκομείο, χωρίς να της εξηγήσει ποτέ τι φάρμακα ήτανε και ποιες είναι οι παρενέργειες. Πριν από λίγο καιρό, όταν της αποκάλυψε ότι είχε και μετάσταση στα οστά, ενώ πριν μερικές εβδομάδες της έλεγε ότι όλα τα καρκινικά κύτταρα είχαν καταστραφεί, αποφάσισε να πάει σε έναν άλλο γιατρό, και είδε το παρακάτω όνειρο: «*ήμουν στην αίθουσα αναμονής στο νοσοκομείο και τον περίμενα, αλλά αυτός καθυστερούσε. Κάποια στιγμή μπήκε μέσα συνοδευόμενος από δύο πανέμορφες κοπέλες, και πήγε στο γραφείο του αγνοώντας με. Αισθάνθηκα αηδία και προδομένη*». Νομίζω ότι η ερμηνεία του ονείρου είναι σαφής.

Αλλά και όταν ο ασθενής καταλήγει πρέπει κάποιος να είναι δίπλα στην οικογένεια, για να την βοηθήσει σ' αυτήν την τόσο δύσκολη διαδικασία που είναι το πένθος. Κάποιος όμως που να γνωρίζει καλά τα συναισθήματα και τις αναπαραστάσεις που δημιουργούνται

σε κάθε μέλος της οικογένειας. Να μπορεί να κατανοήσει και να αντέξει για παράδειγμα τη φράση της μητέρας που μόλις πέθανε η κόρη της, «μην μιλάτε δυνατά, μπορεί να ξαναγυρίσει». Η να κατανοήσει την προσταγή της θείας στα αρσενικά παιδιά και στον πατέρα τους να βγουν έξω από το θάλαμο της ετοιμοθάνατης μητέρας, επιβεβαιώνοντας αυτό που έλεγε ο Φρόντ:

Ο θάνατος είναι γένους θηλυκού

Δεν γνωρίζουμε πραγματικά τι είναι ο καρκίνος και ζούμε όλοι όπως είδαμε, οικογένεια, γιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό υπό την επήρεια ενός αρχαϊκού φόβου και δαιμονοποίησης μίας αρρώστιας που οδηγεί αργά αλλά σταθερά στον θάνατο το άτομο στο οποίο έχουμε επενδύσει συναισθηματικά. Παράλληλα, η ψυχοσωματική ομοιοστασία του ασθενή μεταβάλλεται δραματικά σε ένταση και σε ποιότητα και πολλές φορές η αδυναμία του τον οδηγεί στο να έχει ανάγκη από ένα αλεξιδιεγερτικό σύστημα, σαν και αυτό που προσφέρει η μητέρα στο βρέφος της στον πρώτο χρόνο της ζωής του. «Έχω ανάγκη από μια αγκαλιά» μου έλεγε μια πολύ μεγαλύτερή μου ασθενής στο τελικό στάδιο της αρρώστιας της, κλαίγοντας.

Βαριά τα βήματα προς το γραφείο του ψυχαναλυτή που με εποπτεύει, λες και περπατάω σε μέλι. Στο μυαλό μου κυριαρχούν δύο αστερισμοί σκέψεων που συμπληρώνουν ο ένας τον άλλον. Από τη μια πλευρά υπάρχουν όλες οι απορίες για το τι είναι αιτιολογικά αυτό το φαινόμενο που ονομάζεται καρκίνος. Γιατί συνυπάρχουν στο DNA πέντε παράγοντες που οδηγούν το κύτταρο στην καρκινογένεση; Πώς το νεόπλασμα παρασκευάζει τελομεράση; Ισχύει η κβαντική θεωρία στο επίπεδο των τουμπουλινών του εγκεφάλου;

Από την άλλη, εμφανίζονται υπαρξιακά ερωτήματα για τη ζωή και τον θάνατο, και σαν τον Ρωμαίο Βοήθιο (Βελισσαρόπουλος Δ. , 1998), ζητάω και εγώ από την «κυρά-φιλοσοφία» να μου δώσει απαντήσεις.

Ξεφεύγοντας όμως από τη διανοητικοποίηση και την εκλογίκευση που προδίδουν ένα συναίσθημα που κυμαίνεται ανάμεσα στην υπομανία και την κατάθλιψη, βρίσκομαι αντιμέτωπος με τον φόβο μου. Τον φόβο ότι και εγώ κάποτε θα πεθάνω, τον τρόπο μου ότι ο θάνατός μου ενδεχόμενα θα είναι επώδυνος. Αλλά και την ενοχή γιατί δεν μπόρεσα να βοηθήσω όσο θα ήθελα τον ασθενή μου, ενοχή που παραπέμπει στην επιθυμία της επανόρθωσης που κρύβει ο καθένας από μας. Και άλλες όμως ενοχές, προερχόμενες από προσωπικά βιώματα αυτή τη φορά, όπως επίσης και αισθήματα αποχωρισμού και πόνου που επικαιροποιούνται χωρίς τις αντίστοιχες αναπαραστάσεις, στα πρόσωπα των ασθενών μου.

Ο επόπτης μου με ακούει να μιλάω, να φωνάζω, να δακρύζω, να περιγράφω το όνειρο που είδα με την Ελένη τη συνάδελφό μου στην εταιρεία στην οποία φώναζα γιατί δεν είχε κάνει ακόμα την βιοψία που της είχε ζητήσει ο οδοντίατρος. Και σιγά σιγά, απομακρύνει τον πόνο από την παγίδα της καταστολής του ή την απλή εκφόρτιση του, και τον οδηγεί στο μονοπάτι που του αρμόζει, στη σύνδεσή του δηλαδή με τους πόνους του παρελθόντος, στην αποκάλυψη του νοήματός τους και τέλος στην απώθησή τους.

Πόνος

Το ερμηνευτικό οδοιπορικό του πόνου στην ιστορία ακολούθησε μία κυκλική πορεία. Από τον Αριστοτέλη, κατ' αρχάς, με την αποκλειστικά συναισθηματική του αξία, μέχρι τους φυσιολόγους που ακολούθησαν τις θέσεις του Καρτέσιου και αφοσιώθηκαν αποκλειστικά στην τοποθέτηση του φαινομένου του πόνου στο σώμα και στους ειδικούς μηχανισμούς που τον προκαλούν. Ο πόνος για μερικούς αιώνες δεν είναι παρά το προϊόν μίας ειδικής ενέργειας που μεταφέρεται στον εγκέφαλο μέσω των νεύρων με ταχύτητα 0,61 μέτρα το δευτερόλεπτο και δεν είναι παρά μία υπερβολή της αίσθησης της αφής. Ο πόνος μεταφράζεται στη συμπεριφορά με κραυγές και κινήσεις που έχουν στόχο την απομάκρυνση του ατόμου από την αλγογόνο πηγή. Περιορισμένος στον ρόλο μίας απλής αίσθησης, αντικείμενο ενός κωδικοποιημένου συγκοινωνιακού πλέγματος, ο πόνος παρέμεινε χωρίς συναίσθημα μέχρι το μέσον του προηγούμενου αιώνα, όταν ο R. Melzack (Melzack, 1982) του χάρισε τις τρεις συνιστώσες που τον ορίζουν: αισθητηριακή, αισθητική και γνωστική. Η πρώτη συνιστώσα, η αισθητηριακή, αναφέρεται στην ικανότητα της ανάλυσης της φύσης, της θέσης, της έντασης και της διάρκειας ενός αλγεινού ερεθίσματος και μεταβιβάζεται μέσω της πλάγιας νωτιο-θαλαμικής οδού. Η αισθητική συνιστώσα μετατρέπει τον πόνο σε αντίθετο της ηδονής και χρησιμοποιεί τις διάμεσες περιοχές του εγκεφαλικού στελέχους οι οποίες είναι συνδεδεμένες με το μεταιχμιακό σύστημα. Τέλος, η γνωστική συνιστώσα, που είναι υπεύθυνη για την προσοχή, την πρόβλεψη, την υποβολή, και την παρελθούσα εμπειρία, εντοπίζεται στις λειτουργίες του φλοιού και ορίζει τον πόνο σαν τρόπο και αντικείμενο γνώσης.

Πόνος αίσθηση λοιπόν που υπακούει στους νόμους της φυσικοχημείας, με έναν ουδό κάτω από τον οποίο δεν υπάρχει και μία ένταση ανάλογη με αυτήν του αλγεινού ερεθίσματος. Πόνος μυστήριο, πόνος αγγελιοφόρος ενός κινδύνου, αλλά με την αθώα παιδική σκέψη να αναρωτιέται γιατί ο Θεός, σαδιστής τεχνίτης, έχει κάνει τον πόνο τόσο επώδυνο. Ο πόνος αίσθηση μήπως τελικά είναι ένα πρόσχημα του πόνου-πάθους, πάθος που αντιμάχεται όπως είπαμε την ηδονή;

Βέβαια με το να μιλάμε για τον πόνο μέσω του πλέγματος των νευρωτικών οδών και με τη μορφή μίας ιδιαίτερης αίσθησης, ξεχνάμε τον σκοπό μας που είναι να μιλήσουμε γι' αυτόν και από το πρί-

σμα των συναισθημάτων και του ψυχικού μηχανισμού. Ήδη στο επίπεδο των διάμεσων δομών του εγκεφαλικού στελέχους, αλλά και στο επίπεδο του υποθαλάμου, ο πόνος χάνεται σε διάυλους πολλαπλών εκτροπών. Επιπλέον το γεγονός ότι οι ενδορφίνες είναι νευροορμόνες παρά νευρο-διαβιβαστές μας οδηγεί στην υπόθεση της συμμετοχής του συναισθηματικού πεδίου. Συνεπώς ο πόνος θα βιωθεί σε συνάρτηση με την ομοιοστασία της ψυχο-σωματικής ύπαρξης.

Αντίστοιχη εκτροπή παρατηρείται και στο γνωστικό επίπεδο. Έχει παρατηρηθεί για παράδειγμα ότι η ένταση του πόνου είναι μικρότερη όταν συνοδεύεται από ένα προειδοποιητικό ερέθισμα, λόγω χάριν ένα οπτικό σήμα. Μπορούμε να επισημάνουμε λοιπόν πόσο σημαντική είναι η πληροφόρηση για την εξέλιξη της νόσου του καρκίνου ή για τις πιθανές παρενέργειες μίας χημειοθεραπείας ή μίας ακτινοθεραπείας.

Δεν υπάρχει αντίληψη πόνου που να είναι αγνή και στερημένη μίας ιστορικής αναλογίας. Κάθε πόνος γίνεται αντιληπτός σε σχέση με τα στοιχεία που τον περιβάλλουν -σωματικοί και εξωσωματικοί χώροι- όπως επίσης και σε σχέση με το τί έχει προηγηθεί στο παρελθόν: χρονικός χώρος. Ο πόνος πράγματι μας δίνει τη δυνατότητα να παρακολουθήσουμε βήμα με βήμα τη σταδιακή μεταμόρφωση μίας αίσθησης σε ένα συναίσθημα. Από την αρχή του, δηλαδή από το επίπεδο εισόδου του στον νωτιαίο μυελό, το ερέθισμα του πόνου έρχεται αντιμέτωπο με τις πληροφορίες που έρχονται από τον φλοιό, με αποτέλεσμα την αυξομείωση της έντασης του και τη δημιουργία της εικόνας του. Όταν φτάσει στο επίπεδο του φλοιού δύσκολα είναι αναγνωρίσιμος διότι έχει αποκτήσει πλέον μία δική του υπόσταση. Στη συνέχεια, διασχίζοντας το *no men's land* που χωρίζει το σώμα από την ψυχή, γίνεται συστατικό του ψυχικού μηχανισμού και μετατρέπεται σε ψυχικό πόνο. ***Η θυσία, τελευταία ερμηνεία του πόνου, ανάβει φωτιές στα ξύλα, οπλίζει τις βόμβες και σταυρώνει θεούς.***

Αν τελικά θέλουμε να μιλήσουμε για τον πόνο, πρέπει απαραίτητα να αναφερθούμε στις ιδιαιτερότητές του. Σε ένα πρώτο επίπεδο να αντιληφθούμε ότι μας υποχρεώνει να μετατοπίσουμε στο επίπεδο της ψυχικής εμπειρίας, ένα σύνολο αισθήσεων, ένα βίωμα που αναφέρεται άμεσα στο σώμα, σε μία σωματική περιοχή ή σ' ένα όργανο. Σε ένα δεύτερο επίπεδο το ερώτημα είναι ποια είναι αυτά τα χαρακτηριστικά που διαφοροποιούν τον πόνο από τα υπόλοιπα συναισθήματα δυσαρέσκειας και κυρίως από το άγχος και την αγωνία. Πρέπει απλά να τοποθετήσουμε τον πόνο στο φάσμα των δυσάρεστων συναισθημάτων, στον ακραίο πόλο ενός συνεχούς ή είμαστε υποχρεωμένοι αντίθετα να του αναγνωρίσουμε μία πρωτότυπη λει-

τουργία ή ακόμα περισσότερο, **να του αναγνωρίσουμε την αξία μίας αδιάσειστης εμπειρίας;**

Σε σχέση με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του, ο πόνος παρουσιάζεται διαφορετικός της δυσαρέσκειας. Η διαδικασία εκδήλωσής του είναι ένα φαινόμενο διάσπασης των φραγμών, η οποία επιτελείται όταν μια υπερβολική ποσότητα ενέργειας διαρρηγνύει τα αμυντικά συστήματα του οργανισμού. Ο πόνος λοιπόν είναι διάρρηξη και προϋποθέτει την ύπαρξη συνόρων: σωματικών συνόρων, και συνόρων του Εγώ. Συνοδεύεται επιπλέον από μία εσωτερική τάση που εμποδίζει κάθε διαδικασία δεσμού και από μία υπερχειλίση η οποία δημιουργεί ένα κενό. Πρόκειται γι' αυτό το «υπερβολικό» που συναντάμε στην κοινή έκφραση οποιουδήποτε σώματος που υποφέρει: *«Θεέ μου, πονάω υπερβολικά!»*

Η εμπειρία του πόνου διαδραματίζεται στο εσωτερικό ενός «Εγώ Σώμα». Ενώ στις άλλες συνιστώσες της ψυχικής και σωματικής λειτουργίας χρησιμοποιούμε τη μεταφορά, δηλαδή τη δημιουργία νοήματος, στην περίπτωση του πόνου δεν μπορεί να υπάρξει μεταφορικό σχήμα, αλλά αναλογία, δηλαδή μία άμεση μετεγγραφή ενός επιπέδου στο άλλο. ***Κατά κάποιο τρόπο, στον πόνο, το σώμα μετατρέπεται σε ψυχή.*** Η σχέση είναι πλέον άμεση, «ωμή».

Η γλώσσα της κοινής εμπειρίας είναι ένας πολύτιμος οδηγός: ο πόνος διεγείρει και συχνά ξυπνά, από οξύς γίνεται υπόκωφος, ακτινοβολεί από την περιφέρεια προς το κέντρο. Με χτυπήματα, με σουβλιές, με κραδασμούς και απανωτούς κυματισμούς κυριαρχεί σταδιακά σε όλον τον χώρο μέχρι να διαταράξει τη γεωγραφία του σώματος και να αποκαλύψει μία άγνωστη μεταβλητή: ***Έχω αγωνία, είμαι πόνος!*** Η αγωνία μπορεί ακόμα να ειπωθεί, μεταλλασσόμενη σε σύμπτωμα και ρυθμιζόμενη σε αναπαραστάσεις και φαντασιώσεις ή να εκτονωθεί στην πράξη. Πολλές φορές μπορεί να γίνει και μεταδοτική. Αλλά ο πόνος είναι προσωπικός. Η αγωνία μεταδίδει μια πληροφορία στον Άλλο, είναι ένα έμμεσο κάλεσμα. Ο πόνος δεν μπορεί παρά να φωνάξει—αλλά αυτή η φωνή δεν τον ελαττώνει—για να ξαναβυθιστεί στη σιωπή η οποία συγχέεται στο τέλος με το άτομο, το οποίο δεν επικοινωνεί με τον πόνο του. ***Εναλλαγή λοιπόν ανάμεσα στη σιωπή και στην κραυγή.*** Και όπως έγραψε ο Henri Michaux *«οι τόσο δύσκολες σχέσεις με τον πόνο, να τι δεν κατορθώνει αυτός που πονάει, ιδού ο πραγματικός του πόνος, ο πόνος μέσα στον πόνο»* (Brechon, 1959).

Η υποκειμενικότητα συμπερασματικά του πόνου δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την ένταση του ερεθίσματος, αλλά μεταβάλλεται ανάλογα με τους υφιστάμενους συναισθηματικούς και διαπροσωπικούς παράγοντες.

Ανάλογα με την απάντηση του αντικειμένου, το άτομο που πονάει, στη διάρκεια της αναμονής, εκφράζει συναισθήματα αγωνίας. Όταν όμως χάσει κάθε ελπίδα απάντησης στην έκκλησή του, εκφράζει συναισθήματα κατάθλιψης. Αν πάμε όμως πιο βαθιά στον συλλογισμό μας, θα βρούμε ότι ο πόνος σε τελευταία ανάλυση θολώνει τα σύνορα. Εκεί που υπάρχει πόνος, βρίσκουμε ένα χαμένο αντικείμενο το οποίο είναι παρών. Αντίθετα, το αντικείμενο που υπάρχει είναι ένα απών αντικείμενο. Πάντα θα θυμάμαι έναν πρόσφυγα με καρκίνο της άνω υπερώας που ουρλιάζοντας από τον πόνο, περίμενε τη σειρά του να τον εξετάσουν οι γιατροί.⁴³ Η δική μου παρουσία ελάχιστα τον επηρέαζε, μέχρι τη στιγμή που άρχισε να μιλά για τη μητέρα του και πώς τον είχε περιθάψει όταν είχε χτυπήσει στο γόνατο. Για μερικές ώρες ήμουν το απών αντικείμενο και τη θέση μου είχε πάρει το χαμένο αντικείμενο.

Όταν όμως ο πόνος είναι ανυπόφορος, τα αντικείμενα και το δευτερεύων κέρδος από αυτά εξαφανίζονται. Από τη στιγμή αυτή και μετά, ***η ψυχική σκηνή μπορεί να φαίνεται κατοικημένη, αλλά οι κάτοικοί της δεν είναι παρά σκιές και μακρινά προσώπια με αλλοιωμένα χαρακτηριστικά.***

⁴³ Θα ήθελα να ευχαριστήσω το νοσοκομείο «Άγιοι Ανάργυροι» που περιέθαλπε με μεγάλη προθυμία και ευγένεια τους καρκινοπαθείς μετανάστες και πρόσφυγες που τους παραπέμπαμε στο πλαίσιο της εθελοντικής μου δραστηριότητας στους «Γιατρούς του Κόσμου».

Σωματο-Ψυχικές Συμφύσεις και Σωματοποίηση

«Τη μέρα που η επιστήμη θα αρχίσει να μελετά μη-φυσικά φαινόμενα, θα κάνει τόση πρόοδο σε μία δεκαετία, όση δεν έχει γίνει όλους αυτούς τους αιώνες της ύπαρξης» (Cheney, 2011).

«Για να καταλάβουμε την αληθινή φύση του σύμπαντος, πρέπει να σκεφτόμαστε με όρους ενέργειας, συχνότητας και ταλάντωσης». (Cheney, 2011)

Εισαγωγή

Η αιτιοκρατική (ντετερμινιστική) μεταφυσική θεώρηση όπως είδαμε παραπάνω, εκφράζει τη θέση ότι όλα έχουν ένα προηγούμενο και μία αιτία χωρίς την οποία δεν μπορούν να υπάρχουν. Πιστεύουμε ότι η προσέγγιση αυτή εισάγει μία οπτική μοιρολατρίας του κόσμου. Η κατάργηση της ελευθερίας από την αιτιοκρατία μεταφυσικής φύσης, εξακολουθεί να αγνοεί τις πιθανότητες και την αβεβαιότητα των πιθανών συμπεριφορών. Πιθανότητες είτε του διαζευκτικού επιπέδου «ή», είτε στο επίπεδο του «και» που μελετά η κβαντική φυσική των σωματιδίων του μικρόκοσμου.

Διατυπώσαμε την άποψη ότι ο ψυχισμός δεν πρέπει να θεωρείται δευτερεύων ή δευτεροπαθής των σωματοποιήσεων, ούτε το αντίθετο αυτής της άποψης, ότι δηλαδή ο νους μπορεί να είναι ο αποκλειστικός παράγοντας εμφάνισης και εξέλιξης της οργανικής ή ψυχικής νόσου.

Σε τελευταία ανάλυση, η προσέγγιση της ιατρικής ψυχοσωματικής των F. Alexander (1987), De Flanders-Dunbar (1947), και άλλων, μας παρείχε ένα πρώτο εξηγητικό μοντέλο των σωματοποιήσεων, είτε εμμένοντας στην ψυχογένεση των νόσων, είτε προτείνοντας τα προφύλ προσωπικότητας τα οποία μπορούν να προκαλέσουν συγκεκριμένες οργανικές ασθένειες: τις γνωστές εφτά ψυχοσωματικές νόσους του ινστιτούτου του Σικάγο. Τελικά να προσδίδεις αποκλειστική σημασία σε ένα χαρακτηριστικό του ψυχισμού στην περίπτωση εμφάνισης οργανικής νόσου, είναι ακριβώς το ίδιο με το να υποστηρίζεις ότι η αιτία εκδήλωσης της ασθένειας είναι μόνο το σώμα.

Όπως είδαμε, η πραγματικότητα είναι πιο πολύπλοκη, πιο ολιστική, γι' αυτό και είναι αναγκαία μία προσέγγιση στην οποία θα εντάσσεται το σύνολο των εκφάνσεων των ζώντων οργανισμών.

Περιγράψαμε την αυστηρή ολιστική προσέγγιση που αναπτύχθηκε στη Γαλλία από τον Pierre Marty και τους συνεργάτες του, οι οποίοι ίδρυσαν τη δεκαετία του 1960 την «Ψυχοσωματική Σχολή του Παρισιού». Ο P. Marty επεξεργάστηκε την ιδέα ενός εξηγητικού μοντέλου το οποίο διασυνδέει τις ψυχικές διαδικασίες με τις σωματικές και πρότεινε ένα κλινικό και θεωρητικό οικοδόμημα το οποίο γίνεται αντιληπτό από τη γωνία θέασης της «οικονομικής» υπόθεσης του Φρόντ.

Η κλασική ιατρική προσέγγιση συνεχίζει να διαχωρίζει τις «αληθινές» νόσους, που προκαλούνται από μία εμφανή οργανική βλάβη, από τις «ψευδείς», δηλαδή τις λειτουργικές διαταραχές. ***Αυτή η διαφοροποίηση ενισχύει την αντίθεση ανάμεσα σε μία ιατρική της νόσου, επικεντρωμένης στο όργανο που νοσεί και μία ιατρική που έχει σαν σημείο αναφοράς τον άρρωστο άνθρωπο.*** Επιστημονικές έρευνες έχουν δείξει ότι το 50-70% των νόσων δεν οφείλονται σε ανατομικές οργανικές βλάβες. Θυμάμαι ότι στο παρελθόν η κλασική ιατρική απάντηση ήταν ότι ο ασθενής δεν έχει τίποτα, αλλά πίσω από την πλάτη του ο γιατρός έκανε με τα δάκτυλά του το σήμα του Υ, υποδεικνύοντας στους συναδέλφους του ότι επρόκειτο απλά για ένα σύμπτωμα υστερικής εκδήλωσης. Αλλά από τι υποφέρει τελικά ο ασθενής; ***Ποιος ο ρόλος της οδύνης που συνοδεύεται από έντονο πόνο; Ή ποιος τελικά είναι ο ρόλος ενός πόνου χωρίς οδύνη;***

Οι θέσεις των Φρόντ και Marty στο πεδίο της ψυχικής λειτουργίας των σωματικών ασθενειών καταλήγουν στην επιλογή του «οικονομικού» σημείου αναφοράς, το οποίο σχετίζεται με την ενεργειακή διάσταση των ψυχικών φαινομένων. Πιστεύουμε ότι η «οικονομική διάσταση», συνδυαζόμενη με τον ρόλο του αντικειμένου, προσφέρουν μία συνολική εικόνα των δυναμικών κινήσεων του οργανισμού.

Η «οικονομική οπτική γωνία» είναι, όπως γνωρίζουμε, μία από τις τρεις διαστάσεις της φροϋδικής μεταψυχολογίας, μαζί με την «τοπική» και την «δυναμική» διάσταση. Όσον αφορά τη «δυναμική» διάσταση, τα ψυχικά συμπτώματα οφείλονται στη σύγκρουση ψυχικών δυνάμεων. Η «τοπική διάσταση» αναφέρεται σε μία χωρική διαφοροποίηση των συστημάτων του ψυχικού μηχανισμού. Στην πρώτη τοπική υπόθεση, διακρίνουμε τα συστήματα «Συνειδητό, Προσυνειδητό και Ασυνειδητό». Στη δεύτερη υπόθεση, την οποία ονομάζουμε «δομική» ή «διαρθρωτική», αναφερόμαστε σε τρία συστήματα, το «Αυτό», το «Εγώ», και το «Υπερεγώ». Στην πραγματικότητα οι δύο υποθέσεις συνυπάρχουν και διαρθρώνονται μεταξύ τους.

Ο Φρόντ μας προτρέπει να ακολουθήσουμε το πεπρωμένο των ποσοτήτων διεγέρσεων και να εκτιμήσουμε το μέγεθός τους. Πρόκειται γι' αυτό που όπως γράφουμε παραπάνω ονομάζει «οικονομι-

κή» οπτική γωνία, την οποία επεξεργάστηκε στη διάρκεια των μελετών του για την υστερία, στις μελέτες του για το πένθος, στις ναρκισσιστικές νευρώσεις, στις τραυματικές νευρώσεις και αλλού. Η «οικονομική» οπτική γωνία είναι ο κινητήρας του ψυχικού μηχανισμού, ο οποίος εκτελεί τη σημαντική λειτουργία να διατηρεί στο πιο χαμηλό επίπεδο την κυκλοφορούσα ενέργεια (πρωτογενής διαδικασία), δεσμεύοντας τη με αναπαραστάσεις (δευτερογενής διαδικασία). Η αρχή σταθερότητας ρυθμίζει τη λειτουργία του ψυχικού οργάνου, δηλαδή διατηρεί σταθερό το άθροισμα των ερεθισμάτων ενεργοποιώντας μηχανισμούς αποφυγής όσον αφορά τα εξωτερικά ερεθίσματα και μηχανισμούς εκφόρτισης όσον αφορά τα εσωτερικά.

Η «οικονομική» οπτική γωνία επικεντρώνεται στο πεπρωμένο των ποσοτήτων ερεθισμάτων που κατακλύζουν το άτομο στην καθημερινότητά του και εξετάζει τη φύση των επενδύσεων που κάνει σε όλες τις εκφάνσεις της. Η υπόθεση είναι ότι τα επίπεδα οργάνωσης του κάθε ατόμου τροφοδοτούνται από μία μοναδική πηγή: τη σωματική ενέργεια (μεταβολική) και τη λιβιδινική ενέργεια (ψυχική). Συνεπώς, όλες οι διαδικασίες σωματοποίησης πρέπει να μελετώνται και στην «οικονομική» τους (ενεργειακή) διάσταση.

Όταν κατά τη διάρκεια της σωματοποίησης η λιβιδινική ενέργεια χάνει την ψυχική της ποιότητα, μετατρέπεται σε σωματική ενέργεια και σαν τέτοια ακολουθεί τους νόμους της φυσικο-χημείας.

Οι εντάσεις και οι ματαιώσεις της καθημερινής ζωής είναι η αφετηρία ποσοτήτων αισθητηριακών εσωτερικών και εξωτερικών ερεθισμάτων που δημιουργούν στον ψυχικό μηχανισμό, σύμφωνα με το φροϋδικό μοντέλο, μια απαίτηση εργασίας, που στην καλύτερη περίπτωση απορροφά χωρίς διατάραξη της ομοιοστασίας τις ποσότητες αυτές. Στην περίπτωση όμως που εμφανίζονται λειτουργικά ελλείμματα ή ατυχήματα, όπως για παράδειγμα στο τραύμα όπου το ψυχικό όργανο κατακλύζεται από ποσότητες ερεθισμάτων που δεν μπορεί να ελέγξει δεσμεύοντάς τις, τότε παρουσιάζονται οι σωματικές διαταραχές.

Οι προσεγγίσεις των θεωρητικών και των κλινικών επιστημόνων της ψυχοσωματικής ιατρικής και της ψυχανάλυσης συγκλίνουν, σε ότι αφορά τους παράγοντες που εκκινούν τις σωματικές νόσους: στον χώρο αυτόν συναντώνται και με τους πρωταγωνιστές της προσέγγισης του stress.⁴⁴ Όμως δεν καταλήγουν στα ίδια συμπεράσμα-

⁴⁴ Ο Hans Selye (1955) είχε ορίσει το 1939 το stress σαν τη μη εξειδικευμένη απάντηση του σώματος σε οποιαδήποτε προσπάθεια αλλαγής. Ο όρος δεν είναι πολύ

τα. Οι μεν αναφέρονται στην υπερχείλιση του ψυχικού μηχανισμού από την ποσότητα των ερεθισμάτων που προέρχονται από το ψυχικό τραύμα και χρησιμοποιούν κυρίως την πρώτη τοπική υπόθεση του Φρόυντ (Συνειδητό, Προσυνειδητό, Ασυνείδητο)⁴⁵, οι άλλοι συνδέουν την εκφόρτιση των ερεθισμάτων στο σώμα με ασθένειες προσαρμογής που προκαλούνται από το stress.⁴⁶ Αυτή η τελευταία προσέγγιση προάγει τη σωματική διάσταση, αφήνοντας στο παρασκήνιο τον ψυχισμό. Πρόσφατα όμως αναδύθηκε μια πιο ολιστική προσέγγιση που προσπαθεί να συγκεράσει τις διαδράσεις μεταξύ του νευρικού συστήματος, του ενδοκρινικού συστήματος, του ανοσοποιητικού συστήματος, των συμπεριφορών, των συναισθημάτων, των συμβολικών και των μεταφορικών-μετωνυμικών μορφών του λόγου οι οποίες προκαλούν οργανικές βιοχημικές αλλαγές.

Ο Marty όπως είδαμε παραπάνω, υποστηρίζει ότι οι σωματικές νόσοι προέρχονται συνήθως από τις ανεπάρκειες του ατόμου στις καταστάσεις ζωής που συναντάει. Ποιες είναι αυτές οι καταστάσεις;

Οι Holmes και Rahe (Holmes & Rahe, 1967) καθιέρωσαν μία ιεράρχηση σαράντα τριών καταστάσεων που αντιπροσωπεύουν οικογενειακές, προσωπικές, επαγγελματικές καταστάσεις στο πλαίσιο οικονομικών, συναισθηματικών, κοινωνικών και άλλων διαστάσεων, που εμποδίζουν τα άτομα να ενταχθούν αποτελεσματικά στο περιβάλλον τους.⁴⁷

Ο Marty δίνει και αυτός παραδείγματα τραυματικών καταστάσεων: απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, μίας επαγγελματικής θέσης, μίας συναισθηματικής ή σεξουαλικής σχέσης, μίας ομάδας στην οποία ανήκουμε, ενός προηγούμενου τρόπου ζωής, της ελευθερίας, μίας σωματικής λειτουργίας (εμμηνόπαυση, ακρωτηριασμός κ.λπ.) ή μίας ψυχικής λειτουργίας (γήρας, σεξουαλική απόδοση), ή ακόμα φαντασιωσικής απεικόνισης προηγούμενων απωλειών. Η σχέση με-

χρήσιμος αφενός διότι είναι πολύ υποκειμενικός και δεύτερον διότι δεν υπάρχει τρόπος μέτρησής του.

⁴⁵ Κυρίως ο Pierre Marty. Άλλοι ψυχαναλυτές, όπως οι M. Fain και D. Braunschweig (La nuit et le jour: essai psychanalytique sur le fonctionnement mental, 1975) αρνούνται ότι η ιεράρχηση των μεταψυχολογικών του Marty δηλαδή η δομική υπόθεση (Αυτό, Εγώ, Υπερεγώ) αφορά μόνο τις νευρώσεις. Τη χρησιμοποιούν και στις σωματοποιήσεις.

⁴⁶ Έχει αρχίσει να γίνεται γνωστός ο ρόλος των κυτοκινών στον μηχανισμό προσαρμογής, σαν ενδιάμεσος ανάμεσα στο stress, το σώμα και τον ψυχισμό.

⁴⁷ Είναι εύκολο να αντιληφθούμε τη σχετικότητα του stress που προέρχεται από αυτές τις καταστάσεις. Στην περίπτωση διαζυγίου για παράδειγμα κάποιος μπορεί να αισθανθεί ότι καταρρέει, κάποιος άλλος όμως μπορεί να βιώσει συναισθήματα απελευθέρωσης.

ταξύ τραυματικών γεγονότων και stress που προκαλείται από αυτά είναι αντικείμενο πολλών επιδημιολογικών ερευνών. Κάθε αλλαγή είναι σαφές ότι «δοκιμάζει» τη σωματική και ψυχική ικανότητα προσαρμογής. Για παράδειγμα, έρευνες έχουν καταδείξει ότι οι μετακινούμενοι πληθυσμοί έχουν υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας και νοσηλείας από άλλες πληθυσμιακές ομάδες. Εξηγητικοί παράγοντες αυτής της ψυχικής ευπάθειας είναι οι πολιτιστικές αποκλίσεις, οι οικονομικές και κοινωνικές συνθήκες στην καινούργια ζωή και οι πιέσεις που ασκούνται με στόχο τη μαζική αφομοίωση των μεταναστευτικών πληθυσμών.⁴⁸

Ο Φρόντ εισήγαγε την ιδέα της τραυματικής νεύρωσης, την οποία αντιλαμβάνόταν σαν μία μεταψυχολογική εξαίρεση. Πολλοί ψυχαναλυτές πιστεύουν ότι είναι προτιμότερο να θεωρήσουμε ότι η τραυματική νεύρωση δεν είναι ένα μεταψυχολογικό μοντέλο, ούτε ένα μοντέλο που αντιτίθεται σε αυτό των νευρώσεων, αλλά ανήκει στην τάξη μιας δυνητικότητας που υπάρχει σε όλες τις δομές, ακόμα και στις επαρκώς ψυχικοποιημένες. Η παραπάνω τάξη πραγμάτων αναφέρεται όχι μόνο στο εδώ και τώρα βίαιο τραύμα που εισβάλλει, αλλά και σ' αυτό του οποίου η διάρκεια είναι απροσδιόριστη και μπορεί να συνοδεύει το άτομο ή το κοινωνικό σύνολο για μήνες ή και χρόνια.⁴⁹ Για να μπορέσουμε να κατανοήσουμε την κλινική εικόνα των επίκαιρων τραυματικών νευρώσεων, πρέπει να υιοθετήσουμε μία κλινική του τραύματος και του μόνιμου stress. Αυτή η κλινική αναπτύχθηκε από την Ψυχοσωματική Σχολή του Παρισιού, από ορισμένους ανεξάρτητους ψυχαναλυτές όπως ο A. Green με την έννοια του «αρνητικού», από ψυχαναλυτές άλλων σχολών όπως ο J. Guir (1993) και βέβαια από τον P. Sifneos με την έννοια της «αλεξιθυμίας» (Thomson, 2009).⁵⁰ Δεν πρέπει βέβαια να ξεχνάμε τους νευροεπιστήμονες, οι οποίοι, ερμηνεύοντας τους νευρωνικούς μηχανισμούς της αντίληψης, βοηθούν πολύ στην κατανόηση του προβλήματος.

Το συμπέρασμα είναι ότι ένα τραυματικό γεγονός μπορεί να κα-

⁴⁸ Σε Ευρωπαϊκή έρευνα της Μ.Κ.Ο. " Médecins du Monde" στην οποία συμμετείχα ως εκπρόσωπος του Ελληνικού παραρτήματος, παρατηρήσαμε ότι οι πρόσφυγες παρουσίαζαν σε ένα ποσοστό 13,2% προβλήματα στο πεπτικό σύστημα και ακολουθούσαν σε ένα ποσοστό 12,9% τα ψυχολογικά προβλήματα και 7,6% τα προβλήματα στο αναπνευστικό σύστημα. Να σημειώσουμε ότι οι παθολόγοι μας, που δεν είχαν στη διάθεσή τους τα απαραίτητα διαγνωστικά εργαλεία, θεωρούσαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού των ασθενών τους πρέπει να είχαν σωματοποίηση. (European Observatory on Access to Health Care, 2007; 2008)

⁴⁹ Για παράδειγμα το συνεχόμενο stress

⁵⁰ Αλεξιθυμία: στερητικό, λέξη, θυμικό δηλαδή χωρίς συναισθηματική έκφραση

ταστεί ικανό να προκαλέσει μία ανισορροπία στη ψυχική και σωματική λειτουργία, σύμφωνα με ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο. Ο χώρος και ο χρόνος παύουν τα υπάρχουν με αποτέλεσμα, ακολουθώντας τη σκέψη του Kant (Freud, 1981), να μην υπάρχει πια σκέψη.

Σε μια τέτοια περίπτωση, η ψυχική επεξεργασία ενός συναισθηματικού κύματος (που θα μπορούσαμε να το θεωρήσουμε σαν ένα stress μεγάλου πλάτους) είναι αδύνατη λόγω της ταχύτητας εξάπλωσης των ερεθισμάτων στο ψυχικό πεδίο. Καταλαβαίνουμε λοιπόν ότι ο ψυχικός μηχανισμός στην περίπτωση αυτή είναι εκτός λειτουργίας και η λιβιδινική ενέργεια στρέφεται προς το εαυτό, συγκεκριμένα προς τον πρωτογενή μαζοχισμό με στόχο να προστατεύσει τη ζωή.⁵¹

Ποια είναι η μορφή και ποιες είναι οι συνθήκες αυτής της υπερχειλίσης; Που στρέφεται αυτή η ποσότητα ενέργειας; Ποιοι είναι οι μηχανισμοί μετάδοσής της; Είναι η ίδια ποσότητα και ποιότητα στην αφετηρία και στον τερματισμό της; Ή στροβιλίζεται και ενισχύεται; Πώς επηρεάζεται η ομοιοστασία του οργανισμού; Τις απαντήσεις σε αυτά τα ερωτήματα θα προσπαθήσουμε να σκιαγραφήσουμε παρακάτω. **Διότι σε τελευταία ανάλυση όταν το ψυχικό όργανο δεν είναι πλέον ικανό να ανταπεξέλθει στη σύνδεση των ερεθισμάτων με την αναπαράσταση, τότε εμφανίζεται στο προσκήνιο το σώμα.**

Θα ξεκινήσουμε με την a priori άποψη ότι ανάμεσα στο σωματικό και το ψυχικό υπάρχει ένας *ενδιάμεσος χώρος που δεν είναι αμιγώς ούτε σωματικός ούτε ψυχικός, αλλά σωματικός και ψυχικός*. Ουσιαστικά πρόκειται για μία επιπρόσθετη διάσταση με δικά της χαρακτηριστικά γνωρίσματα, όπως θα δούμε παρακάτω. Μπορούμε να παρομοιάσουμε τη νέα αυτή αντιληπτική γωνία με τη θέση ενός καλωδίου ηλεκτρικού ρεύματος. Αν το παρατηρούμε από μία σχετικά μακρινή απόσταση, βλέπουμε ένα αντικείμενο δύο διαστάσεων. Αν όμως πλησιάσουμε αρκετά, θα ανακαλύψουμε ότι το καλώδιο αποκτά μία νέα διάσταση, το βάθος. Την ανακάλυψη αυτή μπορούμε να τη στοχαστούμε με τον μηχανισμό της διοπτρικής όρασης που περιέγραψε ο W. Bion.⁵² Χρησιμοποιώντας αυτόν τον μηχανισμό μπορούμε να αντιληφθούμε μία άλλη διάσταση, που είναι αυτός ο χώρος μετάβασης από το σωματικό στο ψυχικό. Ένας χώρος που υπάρχει από τη βρεφική μας ηλικία και μορφοποιεί το ψυχικό όργανο.

Το ερώτημα είναι τι υπάρχει σε αυτόν τον ενδιάμεσο χώρο και τι μορφή έχει; Ποιες διεργασίες διεξάγονται εκεί που αφορούν άμεσα ή έμμεσα τη σωματοποίηση; Τις απαντήσεις σε αυτά τα ερωτήματα θα

⁵¹ Βλ. παρακάτω **Σωματο-Ψυχικές Συμφύσεις και Σωματοποίηση**

⁵² W. Bion, Βλ. **Βιβλιογραφικές Αναφορές**

προσπαθήσουμε να τις σχηματοποιήσουμε ευθύς αμέσως χρησιμοποιώντας τις έννοιες της «ενορμητικής εμπλοκής»⁵³ και απεμπλοκής»⁵⁴, του «πρωτονοητικού συστήματος»⁵⁵, της «κοινωνισθησίας»⁵⁶ του «προαντικειμένου»⁵⁷ και των «σωματικών δεικτών».⁵⁸

Ένστικτα και Ενορμήσεις

Ας αναλύσουμε πρώτα τις διαφορές μεταξύ του ενστίκτου και της ενόρμησης. Ένα σημαντικό σημείο της επιχειρηματολογίας μας είναι ότι η προσφυγή του Φρόυντ στη βιολογία πρέπει πάντα να ερμηνεύεται και να μας προβληματίζει. Σχετικά με το θέμα που συζητάμε, η θεωρία της ενόρμησης είναι μία προσπάθειά του να στηριχτεί στη βιολογία, μετά την ανακοίνωση του S. Spielrein στην Ψυχαναλυτική Εταιρεία της Βιέννης με θέμα την αυτοκαταστροφή.⁵⁹ Θα μπορούσαμε συνεπώς να πούμε ότι να ζει κανείς είναι να έχει βαθιά μέσα του τη δυνητικότητα αυτοκαταστροφής.

Οι αναφορές του Φρόυντ στη βιολογία οφείλονται στην προσκόλλησή του στον εμπειρισμό και στον φόβο του ότι η μεταφυσική (φιλοσοφία) θα αλλάξει τον ρου της ψυχανάλυσης. Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι, σχετικά με τη φυλογένεση, είχε γράψει στον S. Ferenczi ότι «η ψυχανάλυση κατέθεσε το επισκεπτήριό της στην βιολογία».⁶⁰

⁵³ Ο γαλλικός όρος *intrication* έχει μεταφραστεί στα Ελληνικά ως μίγμα (Freud, Μια σύνοψη της ψυχανάλυσης, 2017, σ. 29). Κατά τη γνώμη μας ο σωστός όρος είναι **εμπλοκή** ή **συνύφανση**, με την έννοια ότι οι ενορμήσεις μπορούν να αποσυνδεθούν.

⁵⁴ B. Rosenberg, Βλ. **Βιβλιογραφικές Αναφορές**

⁵⁵ W. Bion, Βλ. **Βιβλιογραφικές Αναφορές**

⁵⁶ R. Spitz, Βλ. **Βιβλιογραφικές Αναφορές**

⁵⁷ M. Balint, Βλ. **Βιβλιογραφικές Αναφορές**

⁵⁸ A. Damasio, *L'autre moi même*, 2010.

⁵⁹ Είναι ενδιαφέρον ότι ο Φρόυντ στήριξε τις ιδέες του, μετά τη στροφή του 1920, στις μελέτες του A. Weismann ο οποίος υποστήριζε ότι οι πολυκύτταροι οργανισμοί αυτοκαταστρέφονται (απόπτωση), ενώ οι μονοκύτταροι οργανισμοί είναι "αθάνατοι". Η θέση αυτή όμως του δημιουργούσε και ένα πρόβλημα όσον αφορά την ύπαρξη της ενόρμησης του θανάτου, μιας και το φαινόμενο της αυτοκαταστροφής δεν ήταν οικουμενικό. Πρόσφατα όμως οι βιολόγοι απέδειξαν ότι μετά από μια σειρά πολλαπλασιασμών, ο μονοκύτταρος οργανισμός καταλήγει στείρος. Μήπως αυτή η ανακάλυψη επιβεβαιώνει την υπόθεση ύπαρξης της ενόρμησης θανάτου;

⁶⁰ Επιστολή της 28ης Ιανουαρίου 1917, παράθεση από τον I. Grubrich (Metapsychology and metabiology - On Sigmund Freud's draft Overview of the transference neuroses, 1987)

Ο Φρόνυτ στο κείμενό του «Ενορμήσεις και πεπρωμένα των ενορμήσεων» γράφει

Αν τώρα θεωρήσουμε την ψυχική ζωή από τη σκοπιά της βιολογίας, η έννοια της ενόρμησης εμφανίζεται σαν οριακή έννοια ανάμεσα στο ψυχικό και το σωματικό, σαν ψυχικός αντιπρόσωπος των διεγέρσεων που πηγάζουν στο εσωτερικό του σώματος και αναδύονται στον ψυχισμό. Σαν μέτρο του απαιτούμενου έργου που επιβάλλεται στο ψυχικό σαν συνέπεια του δεσμού του με το σωματικό. (1915, p. 16)

Βλέπουμε εδώ ότι η έννοια της ενόρμησης είναι μία έννοια ορίου μεταξύ σωματικού και ψυχικού. Ο Φρόνυτ υποστηρίζει ότι είναι ο ψυχικός εκπρόσωπος των διεγέρσεων που εκπορεύονται από το εσωτερικό του σώματος και καταλήγουν στον ψυχισμό. Αυτό σημαίνει ότι πρόκειται για μετατροπή σωματικών διεγέρσεων σε ψυχικών. Ο όρος ένστικτο αφορά τις διεγέρσεις που προέρχονται από το εσωτερικό του σώματος ή πιο συγκεκριμένα έχει σχέση με την πηγή τους.

Σε άλλο σημείο ο Φρόνυτ γράφει:

*Με τον όρο **πηγή της ενόρμησης** εννοούμε τη σωματική διεργασία που εντοπίζεται σε ένα όργανο ή μέρος του σώματος, η διέγερση του οποίου αντιπροσωπεύεται στο επίπεδο της ψυχικής ζωής από την ενόρμηση. (Freud, L'inconscient, 1915, p. 17)*

Αυτή η διαφοροποίηση ανάμεσα στο ένστικτο και την ενόρμηση, μεταξύ της πηγής των σωματικών διεγέρσεων (ένστικτο) και της πηγής των ψυχικών διεγέρσεων (ενόρμηση) δηλώνει τελικά ότι οι ενορμήσεις είναι μετατροπές των ενστίκτων. Αυτή η διαφοροποίηση και παράλληλα σχέση μεταξύ ενστίκτων και ενορμήσεων είναι πολύ σημαντική για την ψυχοσωματική η οποία έχει ανάγκη από μία παραλληλία μεταξύ συνέχειας και ασυνέχειας ανάμεσα στη ψυχή και στο σώμα. Η συνέχεια-ασυνέχεια αυτή θεμελιώνεται τελικά στο ενστικτο-ενορμητικό επίπεδο και εξαρτάται από την πρωταρχική ενορμητική **εμπλοκή**. Να τονίσουμε ότι αυτή η πρωταρχική ενορμητική εμπλοκή, παράλληλα με τη θεμελίωση του ψυχισμού, μετατρέπει τα ένστικτα σε ενορμήσεις. **Πιο συγκεκριμένα θα μπορούσαμε να μιλήσουμε για μία διαδικασία ενστικτικής εμπλοκής η οποία μεταμορφώνεται σε ενορμητική εμπλοκή.**

Ένα άλλο σημαντικό στοιχείο που πρέπει να μας απασχολήσει είναι ότι το αντικείμενο του ενστίκτου και το αντικείμενο της ενόρμησης είναι διαφορετικά. Το αντικείμενο του ενστίκτου είναι αυτό που, τυφλά, θα προσφέρει άμεση ικανοποίηση, ενώ το αντικείμενο της ενόρμησης είναι μια επιλογή. Και το ερώτημα που τίθεται είναι πώς το ανθρώπινο είδος απώλεσε τη δεδομένη σχέση που είχε με το σεξουαλικό αντικείμενο, σχέση που υπάρχει ακόμα στα ζώα. Με άλλα

λόγια πρέπει να σκεφτούμε με ποιο τρόπο και γιατί στον άνθρωπο υπήρξε μια ριζική ρήξη με την βιολογική σεξουαλική λειτουργία.

Μετά από αυτά που είπαμε παραπάνω, αναδύονται δύο ερωτήματα. Το πρώτο είναι εάν το αντικείμενο του ατόμου που σωματοποιεί είναι το ενορμητικό αντικείμενο. Φαίνεται, σύμφωνα με την Ψυχοσωματική Σχολή του Παρισιού, ότι δεν είναι το ίδιο, μιας και έχει αποσυρθεί απ' αυτό πρωτογενώς και δευτερογενώς η «λιβιδινική» επένδυση. Διαπιστώνουμε επίσης μία αντίφαση σε σχέση με τη λειτουργία του δεσμού που περιγράψαμε παραπάνω. Το δομικό επιχείρημα των φροϋδικών κειμένων, μετά τη στροφή του 1920, είναι η αναγνώριση των φαινομένων σύμφωνα με τα οποία η υποχρέωση απεμπλοκής της ψυχικής διέγερσης κυριαρχεί της λειτουργίας αποφυγής της δυσαρέσκειας και απόκτησης της ευχαρίστησης. Το «αίνιγμα» είναι το παρακάτω: **Γιατί η ενέργεια του ψυχικού τραύματος δεν συνδέεται άμεσα;** Υπάρχει κάποια δύναμη που αντιτίθεται στην αποφυγή της δυσαρέσκειας και στην εξεύρεση της ευχαρίστησης; Η απάντηση είναι θετική και ενισχύει την κυρίαρχη υπόθεσή μας. Φαίνεται ότι, πρωτογενώς ή δευτερογενώς, αυθεντικά ή επίπλαστα, **δρα καθηλωτικά η ενόρμηση του θανάτου η οποία είναι ένας από τους παράγοντες της σωματοποίησης.**

Ενορμητική Εμπλοκή και Απεμπλοκή

Στην εισαγωγή είχαμε γράψει **ότι ο ψυχικός μηχανισμός στο πλαίσιο ενός τραύματος είναι εκτός λειτουργίας και η «λιβιδινική» ενέργεια στρέφεται προς τον εαυτό, προς τον πρωτογενή μαζοχισμό, με στόχο να προστατεύσει τη ζωή.** Τι εννοούμε με αυτήν τη φράση;

Ο Φρόντ στο έργο του *Το οικονομικό πρόβλημα του μαζοχισμού* (2012) υποστηρίζει ότι ο πόνος και η δυσαρέσκεια δεν είναι πλέον προειδοποιήσεις αλλά γίνονται τα ίδια στόχοι, ότι η αρχή της ηδονής έχει παραλύσει, και ότι ο φρουρός της ψυχής μας είναι πια σαν ναρκωμένος. Επίσης ότι ο ψυχικός μηχανισμός, υπακούοντας στην αρχή της **Νιρβάνα**, δηλαδή στην τάση για σταθερότητα, εξαλείφει ή περιορίζει το άθροισμα των διεγέρσεων που εισέρχεται σε αυτόν.

Γράφει στο έργο του (Au delà du principe de plaisir, 1981):

(...) συμπεραίνουμε επομένως από τη συμπεριφορά αυτή ότι ακόμη και ένα ισχυρά επενδυμένο σύστημα είναι σε θέση να προσλάβει καινούργια εισρέουσα ενέργεια, να τη μεταβάλει σε μίαν αδρανή επένδυση, δηλαδή να την "δεσμεύσει" ψυχικά. (1981, p. 53)

Και σε άλλο σημείο:

(...) *ακόμη και τα κύτταρα των κακοήθων νεοπλασιών, που καταστρέφουν τον οργανισμό, θα μπορούσαν να εξηγηθούν ναρκισσιστικά υπό την ίδια. (1981, p. 80)*

Θα θέλαμε εδώ να σημειώσουμε ότι υπάρχει ένα, φαινομενικά τουλάχιστον, επιστημολογικό πρόβλημα. ***Εάν η αρχή της ευχαρίστησης κυριαρχεί της ψυχικής διεργασίας με τέτοιο τρόπο που ο τελικός στόχος είναι να αποφευχθεί η δυσαρέσκεια και να αποκτηθεί η ευχαρίστηση, τότε ο μαζοχισμός είναι ακατανόητος.*** Τι μπορούμε να υποθέσουμε για τον Φρόυντ, που, ενώ επεξεργάζεται τον μαζοχισμό είκοσι χρόνια, μόλις το 1924 ανακαλύπτει αυτήν την αντίφαση; Η δεσπόζουσα απάντηση την οποία επεξεργάζεται ο B. Rosenberg (1991) είναι ότι μέχρι το 1924, ο Φρόυντ πίστευε στην ύπαρξη ενός μόνο μαζοχισμού, του «θηλυκού μαζοχισμού» ή «λιβιδινικού» μαζοχισμού, που είναι ένας μαζοχισμός αντικειμένου. Μετά όμως το 1924, προτείνει τρία είδη μαζοχισμού: τον «θηλυκό μαζοχισμό», τον «ηθικό μαζοχισμό» και τον «ερωτογόνο» ή «πρωτογενή» από τον οποίο προέρχονται οι άλλοι δύο.

Φαίνεται όμως ότι ο Φρόυντ προετοίμαζε αυτήν την αλλαγή της σκέψης του από το 1920, από τότε δηλαδή που παρουσίασε την ενόρμηση του θανάτου.

Μπορούμε όμως να διακρίνουμε το εξής παράδοξο. ***Εάν ο Φρόυντ διατηρήσει τον παλαιό ορισμό της αρχής της ηδονής, τότε θα πρέπει να οδηγηθεί στο συμπέρασμα ότι αυτή τελικά, είναι στην υπηρεσία της ενόρμησης του θανάτου.***

Στο κείμενό του *Το οικονομικό πρόβλημα του μαζοχισμού*, αφού έδειξε ότι η αρχή της ηδονής δεν πρέπει να ταυτίζεται με την αρχή της Νιρβάνα ή με τη μείωση στο μηδέν της τάσης της διέγερσης, γράφει:

(...) *πάντως πρέπει να μας γίνει σαφές ότι η αρχή της Νιρβάνα, που ανήκει στην ορμή του θανάτου, έχει υποστεί στα έμβια όντα μια μεταλλαγή μέσα από την οποία μεταβλήθηκε σε αρχή της ευχαρίστησης. Πρέπει λοιπόν να πάψουμε στο εξής να ταυτίζουμε αυτές τις δύο αρχές. Δεν είναι δύσκολο να μαντέψουμε τη δύναμη, από την οποία δρομολογήθηκε αυτή η μεταλλαγή, αν βέβαια θέλουμε να ακολουθήσουμε αυτή τη συλλογιστική. Δεν μπορεί παρά να είναι η ορμή της ζωής, η λίμπινιτο, η οποία με αυτόν τον τρόπο κατέκτησε τη συμμετοχή της στη ρύθμιση των ζωτικών διαδικασιών πλάι στην ορμή του θανάτου. (1991, σσ. 44-45)*

Ο Φρόυντ, κατά τη γνώμη του Rosenberg B., υποστηρίζει εδώ ότι η αρχή της ευχαρίστησης, αυτή η θεμελιώδης αρχή, αυτός ο κανόνας

λειτουργίας του ψυχισμού, προέρχεται από μία πρόσμιξη της με την αρχή του θανάτου. Η αρχή του θανάτου, απομονωμένη, έχει σαν κανόνα λειτουργίας την αρχή της Νιρβάνα και η μετατροπή αυτής της τελευταίας σε αρχή της ηδονής, είναι τελικά το αποτέλεσμα μίας **ενορμητικής εμπλοκής μεταξύ της ενόρμησης του θανάτου και της ενόρμησης της ζωής. Πρόκειται δηλαδή για μία ενορμητική διαπλοκή η οποία, στο πλαίσιο του ότι βρίσκεται στη βάση της σύστασης της αρχής της ηδονής, προηγείται αναγκαστικά, αλλά και διαμορφώνει τη ψυχική ζωή, η οποία δεν μπορεί να υπάρξει χωρίς την αρχή της ευχαρίστησης. Να τονίσουμε τέλος ότι η ενορμητική αυτή διαπλοκή προϋπάρχει του ψυχισμού.**

Πιστεύουμε ότι ανάμεσα στο σώμα και στην ψυχή υπάρχει μία συνέχεια και όχι ένας διαχωρισμός. Το ερώτημα όμως είναι σε τι συνίσταται αυτή η συνέχεια και με ποιόν τρόπο διαμορφώνεται. Η πρωταρχική ενορμητική εμπλοκή των δύο βασικών ενορμήσεων δεν είναι εξ' ολοκλήρου σωματικής τάξης διότι από αυτήν εκκινεί και διαμορφώνεται ο ψυχισμός και η αρχή της ηδονής, αλλά ούτε και ψυχικής τάξεως, διότι αυτή δεν έχει ακόμα συσταθεί. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι βρίσκεται στον δυναμικά μεταβαλλόμενο ενδιάμεσο χώρο. Πρόκειται για έναν ενδιάμεσο χώρο, όπου κυριαρχούν μηχανισμοί και λειτουργίες κοινοί στις δύο τάξεις πραγμάτων και ερμηνεύονται ανάλογα με το σύστημα αναφοράς της παρατήρησής τους.

Θα μπορούσαμε ίσως να υποθέσουμε ότι η ενορμητική εμπλοκή προέρχεται από μία σωματική ενστικτική εμπλοκή και ότι την ακολουθούν δευτερεύουσες ψυχικές εμπλοκές. Με άλλα λόγια, η εμπλοκή είναι σωματική διότι η πηγή των ενορμήσεων είναι η σωματική, και ψυχική διότι, όπως έγραφε ο Φρόντ, η ενόρμηση είναι μία απαίτηση ψυχικής εργασίας. **Τελικά αυτή η εμπλοκή συνιστά τον συνδεδετικό κρίκο μεταξύ του σωματικού και του ψυχικού, τη διάθρωση που μας επιτρέπει να μιλήσουμε μεταψυχολογικά για τη σωματο-ψυχική συνέχεια.**

Όταν υποστηρίζουμε ότι αυτή η πρωταρχική εμπλοκή προηγείται και διαμορφώνει τον ψυχισμό, εννοούμε ότι πρόκειται για τη θεμελιώδη συνθήκη που οδηγεί στη δημιουργία του **Αυτού**, της αφετηρίας δηλαδή του ψυχισμού στον οποίο κυριαρχεί η αρχή της ευχαρίστησης. Πιθανώς ο Φρόντ περιγράφει εδώ μία μυθική στιγμή της ενορμητικής εμπλοκής, η οποία δεν υπάρχει ιστορικά. Είναι πιθανό να πρόκειται για μια μακρά διαδικασία διαμόρφωσης του ψυχισμού, της οποίας η αναγκαία συνθήκη είναι η προσέγγιση των ενορμήσεων, με άλλα λόγια η συνένωσή τους. Αντίθετα, **χωρίς διαπλοκή δεν μπορεί να υπάρξει ψυχική ζωή, μιας και η αδέσμευτη ενέργεια**

και ο τρόπος λειτουργίας που τη χαρακτηρίζει (αρχή της Νιρ-βάνα) δεν επιτρέπει την ύπαρξη ψυχικής ζωής. Η εμπλοκή αυτή δεν είναι σταθερή, αλλά δημιουργείται και αναδημιουργείται στη διάρκεια όλης της ζωής. Άλλοτε είναι δυνατή, άλλες φορές όμως είναι χαλαρή, συνεπώς αυτή η ασυνέχεια καθορίζει το σωματο-ψυχικό συνεχές. Ουσιαστικά καθορίζει την ποιότητα των διακυμάνσεων των σχέσεων μεταξύ του σωματικού και του ψυχικού, όπου οι διακυμάνσεις αυτές μπορεί να έχουν τη μορφή που προκαλεί ένας «παράξενος ελκυστής» σύμφωνα με τη θεωρία του χάους, (Scharff & Scharff, 2011) ή των θεαματικών πολλές φορές εκφάνσεων της «θεωρίας των παιγνίων»,⁶¹ αλλά και της κβαντικής φυσικής.⁶² Η μορφή της εξαρτάται από την προσωπικότητα διότι διαμορφώνεται από πολλούς παράγοντες, ο πιο σημαντικός των οποίων είναι η εξάρτηση από το πρωταρχικό αντικείμενο, δηλαδή τη μητέρα ή τον *care giver*. Δεν είναι για παράδειγμα η ίδια στον «υστερικό» και στον «οριακό». Είναι πάντως σημαντικό να τονίσουμε ότι αυτή η σωματοψυχική συνέχεια που δεν είναι όπως είδαμε παραπάνω ένα αμετάβλητο χαρακτηριστικό, υπάρχει σε όλη τη διάρκεια της ζωής, έστω και σε *minima* μορφή και υφίσταται παροδικές διακυμάνσεις.

Ο P. Marty μιλάει για διακοπή της συνέχειας ανάμεσα στο Εγώ και το Αυτό όταν κυριαρχεί η «χρηστική σκέψη» και η «θεμελιώδης κατάθλιψη» ή «κατάθλιψη χωρίς αντικείμενο»⁶³ όπως λεγόταν παλαιότερα. Οι ασυνέχειες αυτές οφείλονται σε μία αποσύνδεση της ενόρμησης θανάτου, που είναι συνήθως συνέπεια μιας ασθενούς σύνδεσης. ***Η σωματο-ψυχική ασυνέχεια, πάντα σχετική, είναι σε άμεση συσχέτιση με τη σωματοποίηση, διότι εμποδίζει το Εγώ της δεύτερης υπόθεσης –ή το Προσυνειδητό της πρώτης μεταψυχολογικής υπόθεσης– να δεσμεύσει διάσπαρτα στοιχεία εξαιτίας της επίδρασης της ενόρμησης θανάτου που επιτίθεται a priori σε όλους τους δεσμούς με στόχο να τους καταστρέψει.***

⁶¹ Η θεωρία των παιγνίων είναι κλάδος των οικονομικών και ασχολείται με τη μέλση στοιχείων που χαρακτηρίζουν καταστάσεις ανταγωνιστικής αλληλεξάρτησης.

⁶² Η κβαντική μηχανική είναι η φυσική των υποατομικών σωματιδίων, δηλαδή των σωματιδίων που είναι μικρότερα μιας κλίμακας μεγέθους που ονομάζεται κλίμακα του Planck. Οι υποθέσεις της είναι «εξωτικές» και πολλές φορές βρίσκουν μία αναλογία στις υποθέσεις λειτουργίας του φροϋδικού ασυνειδητού. Τα τελευταία χρόνια, με κεντρικό πρωταγωνιστή τον φυσικό R. Penrose, γίνονται προσπάθειες αναγωγής της εγκεφαλικής λειτουργίας στη λειτουργία των «μικροσωληνίσκων» οι οποίοι συστέλλομενοι αποκτούν κβαντικά λειτουργικά χαρακτηριστικά (Penrose, *Shadows of the mind*, 1994).

⁶³ Χωρίς ψυχική επεξεργασία

Ο Ρόλος της Αναπαράστασης του Αντικειμένου

Προϋπόθεση λοιπόν για την ανάδυση του Αυτού, δηλαδή ουσιαστικά του ψυχισμού, είναι η ενορμητική διαπλοκή. Τι είναι όμως αυτό που προκαλεί την ενορμητική αυτή διαπλοκή;

Η απάντηση είναι σαφής: το αντικείμενο. Το αντικείμενο φαίνεται να είναι το substratum και η προϋπόθεση της διαπλοκής των δύο ενορμήσεων. Είναι συνεπώς ο διαμεσολαβητής της ενορμητικής σύνδεσης και η βάση της δημιουργίας του μαζοχισμού αντικειμένου. Ο ίδιος ο Φρόυντ, μετά το 1924, υποστήριξε ότι πίσω από τον μαζοχισμό κρύβεται η ενορμητική διαπλοκή. Συγκεκριμένα, στο κεφάλαιο *Ενορμήσεις και πεπρωμένα των ενορμήσεων* (1980, σ. 22) υποστηρίζει ότι:

1. Ο σαδισμός αποτελεί μια εκδήλωση βιαιότητας, μία επίδειξη ισχύος προς ένα άλλο πρόσωπο που λαμβάνεται σαν αντικείμενο.
2. Το αντικείμενο αυτό εγκαταλείπεται και υποκαθίσταται από τον εαυτό του υποκειμένου. Ταυτόχρονα με την επιστροφή προς τον ίδιο τον εαυτό, συντελείται μια μεταστροφή του ενεργητικού σκοπού σε παθητικό σκοπό.
3. Σαν αντικείμενο αναζητείται και πάλι ένα ξένο πρόσωπο, το οποίο, εξαιτίας της μεταστροφής του σκοπού που μεσολάβησε, πρέπει τώρα να αναλάβει τον ρόλο του υποκειμένου.

Και συνεχίζει στην ίδια παράγραφο:

Η περίπτωση 3 είναι αυτό που κοινά ονομάζουμε μαζοχισμός. Η ικανοποίηση, και σε αυτή την περίπτωση, ακολουθεί την πορεία του πρωτογενούς σαδισμού από την άποψη ότι το παθητικό εγώ επανακτά στο φαντασιωσικό επίπεδο τον προηγούμενο ρόλο του... ένας πρωτογενής μαζοχισμός που να μην έχει προκύψει από το σαδισμό, με τον τρόπο που περιέγραψα, δεν φαίνεται να απαντάται». Στην έκδοση όμως του 1924 υπάρχει μία προσθήκη που λέει το εξής: «Σε μεταγενέστερες εργασίες μου,⁶⁴ όσον αφορά την ενορμητική ζωή, εξέφρασα την αντίθετη άποψη.

Συμπερασματικά, η ενόρμηση θανάτου όπως γνωρίζουμε είναι στραμμένη προς το εσωτερικό του υποκειμένου. Μέσω όμως της ενορμητικής σύνδεσης, η ενόρμηση ζωής παρασύρει την ενόρμηση θανάτου προς το αντικείμενο, μιας και η λίμπιντο είναι ουσιαστικά στραμμένη προς αυτό. Με αυτήν την ενορμητική κίνηση το ψυχικό όργανο απαλλάσσεται από μία περίσσεια ποσότητα morbidο.⁶⁵

⁶⁴ S. Freud, Το οικονομικό πρόβλημα του μαζοχισμού, 2012

⁶⁵ Το αντίστροφο της libido

Πρέπει σε αυτό το σημείο να απαντήσουμε στο παρακάτω θεμελιώδες ερώτημα: **τι συμβαίνει όταν υπάρχει μία σημαντική εξασθένηση του αντικειμένου, η οποία οφείλεται στην εξασθένηση του πρωτογενούς μαζοχισμού; Και δεύτερον, τι σηματοδοτεί η εξασθένηση του πρωτογενούς μαζοχισμού;**

Η εξασθένηση του πρωτογενούς μαζοχισμού σημαίνει ουσιαστικά ότι υπάρχει μία αποσύνδεση της ενορμητικής σύνδεσης, συνεπώς η morbidο είναι πια ελεύθερη να στραφεί προς το αντικείμενο και προς τον εαυτό με στόχο την καταστροφή τους. Εάν το Εγώ καταφέρει να αντέξει αυτήν την περίσσεια ενορμητικής ποσότητας μέσω της σχάσης, τότε όπως θα δούμε παρακάτω, εμφανίζεται μια ψυχωτική μορφή λειτουργίας του ψυχικού μηχανισμού. **Αν όμως αδυνατεί να το πράξει, τότε το «πεπρωμένο» της ενόρμησης θανάτου είναι η σωματοποίηση.**

Ο Α. Green χρησιμοποιεί τον όρο «αποαντικειμενοποίηση» που περιγράφει αποτελεσματικά, σύμφωνα με τον P. Marty (1990, p. 34), τον μηχανισμό της απεμπλοκής.

Απεμπλοκή, Αποενορμητικοποίηση και Σωματοποίηση

Η διαφοροποίηση του ενστίκτου από την ενόρμηση βοηθάει στην περιγραφή της σωματοποίησης σαν αντίθετης της διαδικασίας μορφοποίησης που ορίζεται από την ενορμητική οπτική γωνία σαν τη μετατροπή των ενστίκτων σε ενορμήσεις, ενώ αντίθετα η σωματοποίηση περιγράφεται από αυτό που ονομάζουμε αποενορμητικοποίηση των ενορμήσεων δηλαδή την επαναμετατροπή των ενορμήσεων σε ένστικτα-χίμαιρες. Στην ψυχοσωματική σωματοποίηση, αυτή η μετατροπή αφορά κυρίως την ενόρμηση του θανάτου που μετατρέπεται σε ένστικτο του θανάτου και καταλήγει στο σώμα.

Γιατί συμβαίνει όμως αυτό; Γιατί υπάρχει μία μετατροπή αντίθετη από την αρχική; Φαίνεται τελικά όπως είδαμε παραπάνω, **ότι πρόκειται για μία ενορμητική απεμπλοκή η οποία απειλεί το Εγώ, δηλαδή για μία αδυναμία της ενόρμησης Ζωής (ναρκισσιστική λίμπιντο) να δεσμεύσει στο εσωτερικό του Εγώ την ενόρμηση θανάτου και να συνδέσει τα στοιχεία ενός ή πολλών ψυχικών τραυμάτων.**

Η ενορμητική αυτή αποσύνδεση, που έχει σαν χαρακτηριστικό την αδυναμία της ναρκισσιστικής λίμπιντο να δεσμεύσει την ενόρμηση θανάτου, είναι μία κατάσταση που χαρακτηρίζει την τελευταία χρονική περίοδο πριν από τη σωματοποίηση, πριν δηλαδή από τη

μετατροπή της ενόρμησης Θανάτου σε ένστικτο Θανάτου. Πριν από αυτήν υπήρχαν δύο δυνατότητες επίλυσης του προβλήματος που παρουσιάστηκε με την ενορμητική απεμπλοκή: είτε να βρεθεί ένας τρόπος να «διατηρηθεί» αυτή η περίσσια ενόρμηση του Θανάτου στο εσωτερικό του ψυχισμού, είτε να προκληθεί αυτή η «σωματική» παλινδρόμηση της ενόρμησης Θανάτου και έτσι να επιλεγεί η σωματοποίηση.

Οι πρώτοι ψυχοσωματικοί ψυχαναλυτές της σχολής του Παρισιού αναφέρονταν κυρίως στη νεύρωση και στο οιδιπόδειο σύμπλεγμα τονίζοντας την ανυπαρξία της σαν αμυντικού μηχανισμού και την προβληματική ανάπτυξή του. Ο de M' Uzan προτείνει μία προσέγγιση της «χρηστικής σκέψης» με την ψυχωτική λειτουργία, ακόμα και αν, *in fine*, πρόκειται για μία τελευταία προσφυγή όπως ήδη αναφέραμε.

Διακρίνει δύο ψυχικές καταστάσεις που προκαλούν τις δυνατότητες του ψυχικού μηχανισμού να επεξεργαστεί την περίσσεια διεγέρσεων, καταστάσεις που είναι συνεπώς δυνητικά τραυματικές.

Η πρώτη αφορά τα άτομα τα οποία κατακλύζονται από έντονο άγχος. Όταν οι ικανότητες ψυχοποίησης το επιτρέπουν, η ψυχική επεξεργασία οδηγεί σε σταθερές αμυντικές νευρωσικές λύσεις: φοβικές ή ψυχαναγκαστικές. Όταν όμως δεν το επιτρέπουν, η ψυχική επεξεργασία μπορεί να οδηγήσει το Εγώ μέσω της παλινδρόμησης, στην εγκατάσταση μίας νεύρωσης χαρακτήρα.⁶⁶ Τέλος, αν υπάρχει μία συνολική έλλειψη των δυνατοτήτων ψυχοποίησης, οι διεγερτικές υπερχειλίσεις οδηγούν προς τον σχηματισμό επίκαιρης νεύρωσης, η οποία, όπως τονίζει ο Φρόυντ, στερείται συμβολικής αξίας, διαφοροποιώντας μ' αυτόν τον τρόπο τις επίκαιρες νευρώσεις από τις κλασικές νευρώσεις.

Η δεύτερη έχει σχέση με την άρνηση της εσωτερικής πραγματικότητας, που είναι διαφορετική από την άρνηση του ευνουχισμού και που συναντάμε με διαφορετικές μορφές, στην ψύχωση αλλά και στην «χρηστική σκέψη». Σε καταστάσεις διεγερτικής υπερχείλισης ο de M' Uzan εισάγει την έννοια της «επίκαιρης ψύχωσης», θέλοντας να υπονοήσει ότι μεταξύ της ψύχωσης και της «επίκαιρης ψύχωσης» υφίσταται μία σχέση ανάλογη με αυτήν που αντιτάσσει τη νεύρωση με την «επίκαιρη νεύρωση», με κριτήριο την ύπαρξη νοήματος και δυνατότητας παραγωγής ονείρων, ονειροπολήσεων και φαντασιώσεων. Τέλος, η «επίκαιρη ψύχωση» εκδηλώνεται με ακραίες μορφές χρηστικής λειτουργίας.

⁶⁶ Αδυναμία κινητοποίησης επιμέρους ψυχικών αμυντικών μηχανισμών και εμφάνιση παθολογικών οργανώσεων προσωπικότητας.

Η θέση του de M' Uzan ότι η χρηστική λειτουργία θα μπορούσε να είναι μία άμυνα προς τη δόμηση ενός ψυχωτικού Εγώ, οδήγησε πολλούς ψυχαναλυτές να ερευνήσουν κλινικά τα κοινά σημεία των οριακών, των χρηστικών και των ψυχωσικών διαταραχών. Οδήγησε επίσης στην περαιτέρω μελέτη της «οικονομικής» οπτικής γωνίας, με έμφαση στην ποσοτική θέση στα άτομα που δεν διαθέτουν μία καλή ποιότητα ψυχικής λειτουργίας.

Κοντά στη θέση αυτή βρίσκεται και ο C. Smadja που αναφέρει και αυτός μία «ψυχωτική λειτουργία», περιγράφοντας μία άρνηση των εσωτερικών αντιλήψεων που προέρχονται από το σώμα, ειδικότερα των σωματικών συνιστωσών, θέση που έχει τις ρίζες της στην υπόθεση του A. Green για τις εσωτερικές αισθήσεις που δεν ψυχικοποιούνται, αλλά και την άρνηση της εσωτερικής πραγματικότητας του de M' Uzan.

Συμπερασματικά, ο Φρόυντ υποστηρίζει ότι η αρχή της ευχαρίστησης προέρχεται από μία πρόσμιξη της με την αρχή του θανάτου, πρόσμιξη που είναι αποτέλεσμα μίας διαπλοκής ανάμεσα στην ενόρμηση ζωής και στην ενόρμηση θανάτου. Η ενορμητική αυτή σύνδεση προϋπάρχει του ψυχισμού, διότι είναι αυτή η ίδια που διαμορφώνει το Αυτό. Υποθέτουμε ότι αυτή η διαπλοκή πραγματοποιείται σε μία μυθική στιγμή, σ' έναν «τόπο» καθήλωσης ο οποίος μελετήθηκε, όπως θα δούμε, από ψυχαναλυτές από την οπτική γωνία της ψύχωσης αλλά και από άλλους με μεθοδολογικό εργαλείο τη μελέτη των βρεφών. Η δική μας υπόθεση είναι αυτός ο «τόπος», αυτός ο χώρος μετάβασης, ούτε σωματικός ούτε ψυχικός, αλλά σωματικός και ψυχικός, «διπλάνος» της ψύχωσης όπως θα δούμε, δεν έχει διαφοροποιηθεί επαρκώς σε μερικά σημεία του και παρουσιάζει σε παθολογικές καταστάσεις συμφύσεις τις οποίες ονομάζουμε «σωματο-ψυχικές συμφύσεις», οι οποίες θεωρούμε ότι είναι υπεύθυνες για την οικονομική μορφή που παίρνει το ένστικτο κατά τη διάρκεια της αποενορμητικοποίησης. Ο ενδιάμεσος «τόπος» και οι ενδεχόμενες «συμφύσεις» μπορούν να μελετηθούν με σύστημα αναφοράς τη σωματοποίηση και να περιγραφεί η σύσταση και η οικονομία τους.

Όσον αφορά στη δυναμική τους, πιστεύουμε ότι για την κατανοήσουμε, πρέπει να λάβουμε υπόψη τα νέα δεδομένα των επιστημών, να τα μεταφράσουμε στην ψυχαναλυτική γλώσσα και να τα εφαρμόσουμε στο αντικείμενο παρατήρησής μας. Χρησιμοποιώντας σαν επιχείρημα μία απλή μόνο αναλογία, η λειτουργία του Ασυνείδητου, αντιστοιχεί στην κλασική επιστημονική περιγραφή του περιβάλλοντος (Νευτώνεια φυσική) ή γίνεται κατανοητή με τα υπερβατικά επιστημονικά στοιχεία της σύγχρονης επιστήμης (κβαντική θε-

ωρία, θεωρία παιγνίων, θεωρία του χάους, fractals, φαινόμενο του παράξενου ελκυστή) όπου αμφισβητείται η λογική και όπου δεν υπάρχει ο χώρος, ο χρόνος, η αιτιοκρατία, σε μεγέθη κάτω από την κλίμακα Planck; Στον εγκέφαλό μας δεν λειτουργούν μικροσωματιδιακές δομές; Last but not least: Αν υποθέσουμε ότι ο ψυχισμός είναι μία ανάδυση ιδιότητας με τους δικούς της κανόνες λειτουργίας, δεν είναι βοηθητική η επιστημολογική περιγραφή στην κατανόηση του «άλογου» του «Ασυνείδητου» μιας και τα φαινόμενα και τα στοιχεία που περιγράφονται στη ψυχανάλυση υπάρχουν στη φύση;

INTEΛΟΥΔΙΟ IV: Adagio

Έμαθα πάλι κάτι

Η ίδια πάλι ιστορία, χωρίς σημαντικές αλλαγές στο βίωμά της. Με το ίδιο πάντα αποτέλεσμα... Έμαθα πάλι κάτι.

Ήταν μία Τετάρτη που κατηφόριζα ασθμαίνοντας, λες και ανέβαινα τον Παρνασσό, προς το νοσοκομείο όπου νοσηλεύεται η νέα κοπέλα που κάποτε είχε έλθει στο γραφείο μου. Μια επανάληψη, που πάντα αφήνει έναν κόμπο στο λαιμό και την ανάγκη μίας βαθιάς ανάσας. Το τηλέφωνο να χτυπά την προηγούμενη μέρα και να μου ανακοινώνουν ότι η Αλεξάνδρα Π. είναι στο νοσοκομείο, ότι οι γιατροί έχουν βρει σκιές στην ωοθήκη και ότι θα τη χειρουργήσουν την επόμενη μέρα... το αύριο είναι σήμερα και ανεβαίνοντας την κατηφόρα κατευθύνομαι προς τον τόπο συνάντησης των δικών μου ψυχικών σκιών με τις σκιές της Αλεξάνδρας... μήπως και το τοπίο φωτιστεί περισσότερο. Το δικό της; Η μήπως το δικό μου;

Πανικός, αλλά και αυτός γνωστός. Την χειρουργήσαν την Αλεξάνδρα... ή μάλλον την άνοιξαν και μετά την έκλεισαν... δεν ήταν δισδιάστατες σκιές είπαν οι γιατροί, ήταν τρισδιάστατοι βράχοι με το δικό τους μυθικό αφήγημα, παντού μέσα στο κορμί της. Η τέταρτη διάσταση, ο χρόνος; Είχε αλλάξει ριζικά, είχε μετατραπεί σε μια διάρκεια του H. Bergson,⁶⁷ συνεχώς επιβραδυνόμενη μέχρι να ακινητοποιηθεί τελείως.

Χάος... οι γιατροί δεν είπαν στην Αλεξάνδρα τι έχει... κάποια κύστη είναι, είπαν, θα δούμε [...] και διάλεξαν τους μισούς συγγενείς της και φίλους για να τους ανακοινώσουν τη διάγνωση [...] τους άλλους τους άφησαν απ' έξω [...] με ποια κριτήρια άραγε; Ούτε τη μάνα φώναξαν, μ' άφησαν όμως μόνο με την Αλεξάνδρα να μιλήσουμε, ή μάλλον να μιλήσουν οι σκιές μας. Βύθισε το βλέμμα της στο δικό μου και τότε κατάλαβα. Το ήξερε, όπως το ήξεραν οι περισσότεροι που έχω συναντήσει. Της έσφιξα το χέρι για να της δώσω κουράγιο, αλλά συνειδητοποίησα ότι έσφιγγα κατοπτρικά το δικό μου. Εγώ ήμουν αυτός που έπαιρνε κουράγιο. Και μετά έφυγα.

Ακολούθησε η μοναχική πορεία. Ποιος θα μπορούσε άραγε να μ'

⁶⁷ H. Bergson, Βλ. Βιβλιογραφικές Αναφορές

ακούσει; Αυτή τη φορά όμως υπήρχε κάποιος! Διάβαζα την προηγούμενη μέρα το βιβλίο του I. Yalom, *Η Μάνα και το νόημα της ζωής* (2007) και ο νους μου πήγε στο παρελθόν, όταν μου είχαν ζητηθεί να συντονίσω ομάδες ασθενών με καρκίνο. Ανέτοιμος να το κάνω, έψαξα τότε να βρω συναδέλφους για να μοιραστώ την εμπειρία τους και ένας από τους ελάχιστους τότε που λειτουργούσαν τέτοιες ομάδες ήταν ο Yalom. Είχα αποστηθίσει κάθε λέξη του, σαν να μπορούσα να έχω μια έτοιμη συμβουλή σε ότι μου έμελλε να αντιμετωπίσω. Όμως, και δεν ήμουν ο άμοιρος υπερήφανος γι' αυτό, τα περισσότερα πράγματα μου τα είχε μάθει η Άννα, μια 75χρονη γυναίκα με καρκίνο του μαστού η οποία, όταν με έβλεπε να διστάζω ή να φοβάμαι, με κάθιζε απέναντι ή δίπλα της και μου έδινε συμβουλές ή με παρηγορούσε. Αισθανόμουν αμήχανα... δεν ήταν δάσκαλός μου τελικά μόνο ο Yalom, αλλά και η Άννα, από ένα νησί, όχι όμως από τα «Κύθηρα».

Τι ειρωνεία! Να το ανακαλύψω χρόνια μετά, διαβάζοντας το συγκεκριμένο βιβλίο, διαβάζοντας τις αληθινές του σκέψεις και συναισθήματα. . Ακόμα και ο «Δάσκαλος» όταν πρωτοξεκίνησε, δεν ήταν μόνος, είχε και αυτός μια Άννα, την Πώλα, που του κρατούσε σφικτά το χέρι σε όλα του τα βήματα. Δεν είναι εκπληκτικό; Τον είχα δει στην Αθήνα πριν μερικά χρόνια και μάλιστα είχα σηκώσει το χέρι μου όσο πιο ψηλά μπορούσα, σαν μαθητής που θέλει να δείξει ότι ξέρει το μάθημα, για να με προσέξει και να τον ρωτήσω για τα συναισθήματά του συντονίζοντας τέτοιες ομάδες, αλλά εκείνη τη στιγμή δεν με πρόσεξε. Κάποιος τον είχε ρωτήσει για τον πόλεμο στο Ιράκ (sic!). Δεν πειράζει όμως, όταν τέλειωσα το διάβασμα του βιβλίου, σήκωσα το βλέμμα μου και τον είδα – στη φαντασία μου- να μου κλείνει συνωμοτικά το μάτι.

Υπάρχει πιστεύω ένα πράγμα που δεν θα μπορούσα να κάνω ποτέ. Δεν νομίζω ότι θα μπορούσα να συντονίσω ομάδες ατόμων που πάσχουν από καρκίνο και να ξέρω ότι πίσω από ένα κρυφό καθρέπτη με παρακολουθούν συνάδελφοι και εκπαιδευόμενοι. Ούτε θα μπορούσα να χρησιμοποιήσω στατιστικές τεχνικές και έννοιες όπως προσδόκιμο ζωής, θνησιμότητα, στρατηγικές επιβίωσης, ή τεχνικές μετα-, παρα-, ορθο-, λες και κάνουμε οργανική χημεία. ***Η «συνάντηση» με αυτούς του συν-ανθρώπους είναι μοναδική, μοναχική και η επι-κοινωνία που εγκαθίσταται είναι υπερβατική, τηρώντας όλους τους κανόνες του συστατικού της λέξης «-κοινωνία».*** Πιστεύω ότι ένα πλαίσιο με καθρέπτες και στατιστικές λειτουργεί «παρασιτικά».

Αλλά θα ήθελα να είχα ακούσει και κάτι άλλο από τον Yalom, που εμένα με έχει τυραννήσει πολύ: τη δυναμική της ομάδας των συγγε-

νών και φίλων που περιμένουν έξω από την πόρτα του ασθενή το πεπρωμένο. Είναι κατά τη γνώμη μου πολύ δραματική η δυναμική αυτή όταν η morbido αναλαμβάνει τα ινία από την libido και αυτό εκφράζεται κατ' αρχάς με την ανέλπιδα προσπάθεια που κάνουν όλοι για να αποφύγουν την πρόωγη διαδικασία του αποχαιρετισμού που ελλοχεύει. Τις περισσότερες φορές ο πατέρας, ανήμπορος, παραδίδει τα ινία της εξουσίας σε όποιον τον απαλλάξει από αυτά. Πριν την αρρώστια είχε τον ρόλο του αντικειμένου της επιθυμίας της μητέρας, τώρα δεν μπορεί πια να λειτουργήσει μέσα σε αυτόν. Οι περισσότεροι συγγενείς και αρκετοί από το φιλικό περιβάλλον αντιδρούν προβολικά, ρίχνουν την ευθύνη στους γιατρούς αλλά και σε όσους είχαν βρεθεί στο παρελθόν κοντά στον ασθενή. Άλλοι, παρακινούμενοι από την παιδική παντοδυναμία, τάζουν θεραπείες και θεραπευτές, θαύματα και αγυρτείες. Και η μάνα... η μάνα στην αρχή αποτραβιέται, ακούει, προετοιμάζεται... εγκυμονεί για μια άλλη φορά ακόμα... προετοιμάζε και προετοιμαζόταν για να φέρει το παιδί της στη ζωή... τώρα καλείται να προετοιμαστεί και να προετοιμάσει το παιδί της για ένα ταξίδι έξω από τη ζωή. Αυτή είναι η μοίρα της... να φέρνει ένα παιδί στον κόσμο αλλά και να το παίρνει απ' αυτόν.

Φεύγοντας από το νοσοκομείο, αγκάλιασα τη μάνα που περίμενε τη σειρά της στη σκακιέρα της ζωής να εκπληρώσει τον ρόλο της, θέλοντας να της δώσω κουράγιο. Με κοίταξε όμως μ' ένα δυνατό βλέμμα σαν να μου ευχόταν να συνεχίσω να στέκομαι δίπλα σε άλλες μάνες και απομακρύνθηκε σιωπηλά. Αφήνοντας με μόνο με την απορία: **«θα λυτρωθώ άραγε από την επανάληψη»;**

Έμαθα πάλι κάτι

Ψύχωση και Σωματοποίηση

Αναφερθήκαμε παραπάνω στην αναλογία της ψυχωτικής λύσης με τη λύση της σωματοποίησης. Συνοπτικά, στην ψυχωτική λύση υπάρχει επίσης απεμπλοκή, αλλά ο ψυχικός μηχανισμός και πιο συγκεκριμένα το Εγώ είναι ικανό, θυσιάζοντας ένα τμήμα του, να διατηρήσει την ενόρμηση Θανάτου στο εσωτερικό του. Αυτό μπορεί να γίνει μέσω της διάσχισης, η οποία αποτελεί τη λύση που μαρτυρά αυτήν ακριβώς την αδυναμία της ναρκισσιστικής λίμπιντο να δεσμεύσει και συνεπώς να διατηρήσει την ακεραιότητα του Εγώ. Η διάσχιση του Εγώ είναι η τοπική έκφραση, το «στίγμα» της δράσης της αποδέσμευσης της ενόρμησης Θανάτου.

Η σωματοποίηση μεσολαβεί όταν η ψυχωτική λύση δεν μπορεί να υλοποιηθεί. Από αυτήν την άποψη, η ψυχοσωματική λύση διατηρεί το Εγώ ακέραιο, με τον κίνδυνο βέβαια των σωματικών δυσλειτουργιών. Στην ψυχωτική λύση το Εγώ αποφεύγει τη σωματική προσβολή, επιτρέποντας την προσβολή του Εαυτού.

Πρόκειται τελικά για την ακριβώς αντίθετη πορεία από την πρωταρχική εμπλοκή που προκάλεσε τη δημιουργία του Αυτού και το αντίθετο της μετατροπής των ενστίκτων σε ενορμήσεις στο χάραμα του ψυχισμού. Η παλινδρόμηση αυτή της ενόρμησης Θανάτου σε ένστικτο Θανάτου, προκαλεί μία ασυνέχεια ανάμεσα στο σώμα και την ψυχή.

Το ερώτημα που τίθεται είναι τι προκαλεί αυτή την επιλογή ανάμεσα στη λύση της ψύχωσης και στη λύση της σωματοποίησης. Μία απάντηση θα ήταν ότι ίσως η επιλογή της σωματοποίησης να αφορά τα άτομα των οποίων το Εγώ είναι αδύναμο και δεν μπορεί να διατηρήσει την αποδεσμευμένη ενόρμηση θανάτου στο εσωτερικό του. Ίσως ο ψυχωτικός να μπορεί να αποδεχτεί τη δυσαρέσκεια και την αγωνία που αυτή η καταστρεπτικότητα προκαλεί.

Αν και ο καρκίνος θυμίζει την ψύχωση από την πλευρά ορισμένων χαρακτηριστικών του, **δεν είναι ψύχωση, είναι μία άμυνα ή μία αναγκαστική επιλογή ενάντια στην ψύχωση.** Οι C.B. Bahnson και M.B. Bahnson (1966) σωστά παρατηρούν ότι πρόκειται για τη φύση της απειλής που έρχεται από παντού που οδηγεί τους ασθενείς στην αδυναμία εσωτερίκευσης ή προβολής της στο εξωτερικό περιβάλλον. Η νόσος προκαλεί σχάση, μερική απώλεια ελέγχου και καταστροφική αγωνία που θυμίζουν την κόσμο της ψύχωσης. Η εικόνα του ασθενή είναι διωκτική, όπως και ο ίδιος αισθάνεται ότι διώκεται. Η

αναλογία με την ψύχωση έγκειται στη δυσκολία ελέγχου των μεταβιαστικών και αντιμεταβιαστικών κινήσεων και αυτή η δυσκολία συναντάται κυρίως στους ασθενείς τελικού σταδίου.

Στους ασθενείς τελικού σταδίου που γνωρίζουν τη φύση της νόσου τους ή σε αυτούς που δεν είναι ικανοί να αποκαταστήσουν το ναρκισσιστικό τραύμα, είναι δυνατόν να υπάρξει μία αφομοίωση μεταξύ του ψυχικού θανάτου, της ψύχωσης και του σωματικού θανάτου. Η εμμονή όμως μίας ταυτότητας, έστω και απειλούμενη από τη νόσο, κάνει τη διαφορά και διατηρεί τη συνείδηση ότι η «τρέλα» είναι το νεόπλασμα και ο παράδοξος μηχανισμός λειτουργίας του στο εσωτερικό του ατόμου όπου κατοικεί.⁶⁸

Αυτό που καθιστά δυνατό αυτόν το παραλληλισμό μεταξύ ψύχωσης και σωματοποίησης, πέρα από τον κοινό τόπο παλινδρόμησης, είναι χωρίς άλλο μία σχετική «απελευθεροποίηση» της έννοιας της ψύχωσης, η οποία, έχοντας αποσπαστεί από το σημειολογικό πλάνο και ενταχθεί στο δομικό επίπεδο, τείνει να είναι μία μορφή ζωής της οποίας η δυνητικότητα είναι παρούσα σε όλα τα άτομα.⁶⁹

Οι καρκινοπαθείς –πολλοί απ' αυτούς– και οι ψυχωτικοί ζουν μία «οριακή κατάσταση» της ανθρώπινης ζωής, δηλαδή μία κατάσταση η οποία χαρακτηρίζεται από μία έντονη πίεση, ακόμα και όσον αφορά στις απλές δραστηριότητες της καθημερινότητας.

Η χρονιότητα και στις δύο νοσολογικές οντότητες εμφανίζει σημαντικές μεταβολές. Γνωστές στους ψυχωτικούς, παίρνει πολλές μορφές στους καρκινοπαθείς: τον προσωρινό χαρακτήρα της «ύπαρξης» του ασθενή όπως και της οικογένειάς του, την επικέντρωση στο «τώρα» που χαρακτηρίζει το «στάδιο της διαπραγματεύσεως»,⁷⁰ την αποκοπή από το μέλλον και όλα τα θέματα που ενδεχόμενα προκύψουν και αφορούν το διαγενεακό δένδρο.⁷¹

⁶⁸ « (...) τα βήματά μου που ξέφυγαν από μένα και που περπατούσαν εκεί χωρίς εμένα έχοντας ξεχάσει ποιος ήμουν και μη γνωρίζοντας που πηγαίνουν". C. Roy, *La lisière du Temps*, 1984.

⁶⁹ Το θέμα αυτό το πραγματεύεται ο W. Bion εισάγοντας την ιδέα ενός «Ψυχωσικού Πυρήνα» ο οποίος υπάρχει δυνητικά σε όλα τα άτομα

⁷⁰ Η E. Kubler-Ross στο έργο της *On Death and Dying* (1969) περιγράφει πέντε στάδια όσον αφορά την έλευση του θανάτου: άρνηση, θυμός, διαπραγμάτευση, κατάθλιψη, αποδοχή, όχι πάντα με την ίδια σειρά.

⁷¹ Θυμάμαι χαρακτηριστικά μία ασθενή μου με λέμφωμα που βίωνε με διαφορετικό τρόπο την «διάρκεια του χρόνου» μεταξύ των χημειοθεραπειών και των συνεδριών μας. Για παράδειγμα, στο στάδιο της άρνησης η διάρκεια του χρόνου είχε μεγάλο βιωματικό εύρος, ενώ αντίθετα στο στάδιο του θυμού, ο χρόνος έτρεχε πολύ γρήγορα. Στους περισσότερους ασθενείς μου σε τελικό στάδιο, ο χρόνος παρέλυε, δεν είχε πια καμία ροή.

Το επίπεδο διαταραχής της χρονιότητας είναι διαφορετικό στους ψυχωτικούς και καρκινοπαθείς. Όσον αφορά τον ψυχωτικό, η διαταραχή αφορά τον πλέον οικείο, αυτόν του ζωτικού χρόνου και όχι του βιωμένου. Η διαταραχή στον καρκινοπαθή αγγίζει λιγότερο βαθιά στρώματα και απειλεί μόνον την οργάνωση του ψυχολογικού χρόνου. Το μέλλον παραμένει σαν μορφή ακόμα και όταν προοπτικά υπάρχει ένα τέλος του χρόνου, ίσως σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Στην καθημερινότητα ο ασθενής οφείλει να βιώνει το σώμα του σαν δυνατότητα αντίληψης και δράσης στον εξωτερικό κόσμο, αλλά και σαν αντικείμενο επίδειξης. Αυτή η δυνατότητα απειλείται στην ψύχωση. Ο ψυχωτικός δεν γνωρίζει τον τρόπο να λειτουργεί το σώμα του, ούτε για να παρουσιαστεί στον Άλλον, ούτε για να τον «διαβάσει» και να τον αποκωδικοποιήσει. Στον καρκινοπαθή το κύριο χαρακτηριστικό είναι η σχέση μεταξύ σώματος και νου, σχέση που προκαλείται από την αντικειμενοποίηση και ιατροποίηση του πόνου και της ιατρικής θεραπείας με απώτερο αποτέλεσμα το σώμα να «φωνάζει» μαρτυρικά και η ψυχή να «σιωπά» παραμένοντας συνήθως στον ρόλο του θεατή-μάρτυρα. Η κύρια διαφορά είναι ότι στον καρκινοπαθή το σώμα είναι ένα εργαλείο που απειλείται, αλλά παραμένει παρ' όλα αυτά ένα εργαλείο και μία ικανότητα στην υπηρεσία του Εγώ. Η σχέση μεταξύ σώματος και ψυχικού Εγώ δεν εμποδίζει τη συνύπαρξή τους, ενώ αντίθετα στον ψυχωτικό αυτή η διαφοροποίηση απαλείφεται και συνοδεύεται από μία συγχώνευση μεταξύ σώματος και ψυχικού Εγώ. Το σώμα, στον ψυχωτικό, δεν είναι ένα εργαλείο του Εγώ. Στην πραγματικότητα αυτοτοποθετείται στη θέση του Εγώ και ισχυρίζεται ότι είναι ικανό να αναλάβει την αποστολή που του ανήκε. Του επιβάλλει αυτό που πρέπει να γίνει αντιληπτό και αυτό που πρέπει να πραγματοποιηθεί, συνεπώς το Εγώ εκλείπει ή στην καλύτερη περίπτωση μετατρέπεται σε απλό θεατή, εμβρόντητο από την αυτόνομη πια ζωή του σώματος.

Ψυχοσωματικός «Κοινός Τόπος»

Εισαγωγή

Θεωρούμε ότι ο πρωτογενής μαζοχισμός είναι ο μάρτυρας και το υπόλειμμα αυτής της αναπτυξιακής φάσης στη διάρκεια της οποίας επιτελέστηκε αυτή η τόσο σημαντική για τη ζωή συνένωση των ενορμήσεων ζωής και θανάτου. Ο μαζοχισμός και η αρχή της ηδονής είναι τα παράγωγα αυτής συνένωσης, αυτής της αρχικής μείξης. **Εί-ναι οι δύο πλευρές, οι δύο όψεις της ίδιας της ψυχικής ζωής.** Πρόκειται για μία δημιουργική στιγμή του αρχαϊκού Εγώ που δομείται γύρω από τον πρωτογενή μαζοχιστικό πυρήνα και του κανόνα που καθορίζει τη λειτουργία του, δηλαδή την αρχή της ηδονής. Φαίνεται ότι η μαζοχιστική ικανοποίηση είναι το μοντέλο της ηδονής, στο οποίο ο Φρόντ προσθέτει προϋποθέσεις λειτουργίας: τη χρονιότητα και τον εσωτερικό ρυθμό.

Ας δούμε τώρα τις αρχικές συνθήκες γένεσης του ψυχισμού, δηλαδή τις λειτουργικές δομές που υπάρχουν στον ενδιαμέσο χώρο μεταξύ σώματος και νου αλλά και τις επιπτώσεις των διαταραχών της μετατροπής της ενόρμησης σε ένστικτο και του πεπρωμένου της οικονομικής ποσοτικής και ποιοτικής συνιστώσας.

Κοινωνισθησία ⁷²

Ο René Spitz⁷³ ανέλαβε το 1935 το πρωτοποριακό έργο της άμεσης παρατήρησης των βρεφών από την οπτική γωνία της ψυχαναλυτικής θεωρίας. Το ενδιαφέρον του επικεντρώθηκε στις σχέσεις του βρέφους με το λιβιδινικό πρωταρχικό αντικείμενο —τη μητέρα— και στα στάδια που οδηγούν στις ολοκληρωμένες σχέσεις αντικειμένου. Επίσης, οι έννοιες των τριών **οργανωτών** (το πρώτο χαμόγελο,

⁷² Κοινωνισθησία είναι η αόριστη και γενική αίσθηση που έχει κάθε άνθρωπος όσον αφορά στην ύπαρξή του, ανεξάρτητα από τις πληροφορίες που δίνουν τα αισθητήρια όργανα. Είναι συνεπώς διαφορετική έννοια από την κιναισθηση ή κιναισθησία.

⁷³ R. Spitz, Βλ. Βιβλιογραφικές Αναφορές

το άγχος των οχτώ μηνών και η άρνηση μέσα από την κυριαρχία της λέξης «όχι») αποτελούν σημαντική προσφορά στη θεώρηση της ψυχοσυναισθηματικής ανάπτυξης.

Υποστηρίζει ότι στη διαμόρφωση της προσωπικότητας του βρέφους συμμετέχουν τρία αναπτυξιακά ρεύματα, με κεντρικό στόχο τη διαμόρφωση του λιβιδινικού αντικειμένου: η σταθεροποίηση της συναισθηματικής απάντησης, η ολοκλήρωση του Εγώ και η ισχυροποίηση των σχέσεων αντικειμένου. Θεωρεί ότι η πλέον πρώιμη οργάνωση είναι η κοιναισθητική οργάνωση ή σύστημα.

Ο Spitz υποθέτει ότι από τη στιγμή της γέννησης, υπάρχει στο βρέφος ένα σύστημα «αίσθησης» διαφορετικό από αυτό των ενηλίκων, το οποίο θα εγκατασταθεί αργότερα. Αυτή η ειδική οργάνωση, που στη σωματική της διάσταση είναι σπλαχνική, επικεντρώνεται στο αυτόνομο νευρικό σύστημα και εμφανίζεται με τη μορφή συναισθηματικών εκδηλώσεων. Πρόκειται για μια διαδικασία «υποδοχής». Η σπλαχνική αισθητικότητα είναι συνδεδεμένη με αισθητηριακές περιοχές **όπως είναι η επιφάνεια του δέρματος**. Υπάρχουν επιπλέον ζώνες και αισθητηριακά όργανα που θα μπορούσαμε να τα χαρακτηρίσουμε σαν μεταβατικά, διότι έχουν έναν ρόλο ενδιάμεσου ανάμεσα στα περιφερειακά αισθητικά όργανα και στα σπλαχνικά, δηλαδή ανάμεσα στο εξωτερικό και το εσωτερικό περιβάλλον. Ο Spitz αναφέρει σ' αυτό το σημείο τον λάρυγγα, τον φάρυγγα, τη γλώσσα, το εσωτερικό τοίχωμα του μάγουλου, τα χείλη, το πηγούνι, τη μύτη όπως επίσης και το εσωτερικό του αυτιού. Αυτά τα όργανα είναι ενδιάμεσα μεταξύ της εξωτερικής και της εσωτερικής αντίληψης και πληρούν μία σημαντική λειτουργία για την επιβίωση, αυτήν της σίτισης. Κατέχουν επίσης έναν ρόλο «ανάκλησης» και επιτρέπουν τη μετάβαση από την κοιναισθητική στη διακριτική υποδοχή. Η κοιναισθητική και η διακριτική αντίληψη συνυπάρχουν, αλλά οι ρόλοι τους είναι διαφορετικοί.

Ο Spitz επιμένει ότι αν και η κοιναισθητική οργάνωση έχει «σιωπήσει» στη συνείδηση του δυτικού κόσμου, δεν παύει να λειτουργεί στο παρασκήνιο. Η οργάνωση αυτή έχει έναν σημαντικό ρόλο όσον αφορά τα συναισθήματά μας, τις σκέψεις μας και τις πράξεις μας. Η διακριτική οργάνωση προέρχεται από την κοιναισθητική, αλλά αυτή η τελευταία δεν σταματά ποτέ να λειτουργεί. Μπορεί όπως είπαμε να έχει «σιωπήσει» στον δυτικό κόσμο, αλλά μπορούμε να τη συναντήσουμε σε εναλλακτικά τελετουργικά σχήματα όπως στη γιόγκα, στον διαλογισμό, στο βίωμα του τραγικού κλπ.).

Σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης, μετά από μία έντονη πίεση για παράδειγμα, αυτές οι αρχαϊκές δυνάμεις μπορεί να απελευθερωθούν

εκρηκτικά, διότι δεν ελέγχονται από τη λογική της συνείδησης. Οι εκρήξεις αυτές εκδηλώνονται σαν μία ανεξέλεγκτη ανάδυση πρωτόγονων συναισθημάτων, **τα οποία ακολουθούνται ενίοτε από σοβαρές οργανικές νόσους**. Ο Spitz ταυτοποιεί τη σχέση της κοιναισθητικής και της διακριτικής οργάνωσης με την πρωτογενή και τη δευτερογενή διαδικασία.

Με την εμφάνιση του χαμόγελου (3^{ος} μήνας), τα μνημονικά ίχνη έχουν σταθεροποιηθεί, που σημαίνει ότι τα τμήματα που απαρτίζουν τον ψυχικό μηχανισμό βρίσκονται στην αρχική θέση τους. Ένα στοιχειώδες Εγώ αναπτύσσεται στο πλαίσιο του σωματοψυχικού συνεχούς στο οποίο η μυϊκή δράση είναι όλο και περισσότερο συντονισμένη και κατευθυνόμενη. Ο Φρόυντ έχει ονομάσει αυτόν το πρώτο πυρήνα «σωματικό Εγώ». Το βασικό χαρακτηριστικό της φάσης αυτής είναι ότι εμφανίζεται και λειτουργεί η ψυχική μορφή ενεργειακής εκκένωσης.

Ζώνη δημιουργίας

Ο Μ. Balint υποστηρίζει ότι η νόσος, ακόμα και αν απειλεί την ίδια τη ζωή, αποτελεί μία μορφή ζωής. Μία ζωή επώδυνη, γεμάτη αγωνία, αλλά παρ' όλα αυτά ζωή. Αυτό συμβαίνει διότι πραγματοποιείται ουσιαστικά μία επανάληψη των λειτουργικών υπολειμμάτων μίας πρώιμης εμπειρίας, δηλαδή ενός «μαρασμού» ο οποίος οφείλεται στις εξωτερικές και εσωτερικές κρίσεις που συνοδεύουν την ανάπτυξη του βρέφους σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο. Ο Balint πιστεύει ότι αυτή η εμπειρία αποτελεί την «*θεμελιώδη νόσο*» του βρέφους.

Όλες οι μεταγενέστερες παθολογικές καταστάσεις, όλες οι ασθένειες, θα συνηχηθούν με αυτήν την πρώτη εμπειρία ενός «βασικού σφάλματος» προσαρμογής στη ζωή και στο περιβάλλον

Μπορούμε δηλαδή να υποθέσουμε ότι η παλινδρόμηση στις οργανικές νόσους πραγματοποιείται σε αυτό το επίπεδο καθήλωσης.

Ο Balint υποθέτει επίσης ότι ο δεσμός μεταξύ θεμελιώδους ασθένειας και επίκαιρης νόσου έχει μεγάλο κλινικό ενδιαφέρον. Ο δεσμός αυτός μας επιτρέπει να κατανοήσουμε καλύτερα τις διαδικασίες που εξελίσσονται στον ασθενή όταν αυτός είναι μόνος με την αρρώστια του.

Στην αρχή, μητέρα και βρέφος αισθάνονται ότι ανήκουν στο ίδιο σώμα. Η μητέρα διότι εγκυμονούσε 9 μήνες το βρέφος. Το βρέφος διότι η ανωριμότητα του είδους και η ανυπαρξία ελέγχου της κινητικότητάς του το εμποδίζουν να αντιληφθεί τα όρια του σώματός του.

Ο κάθε πόλος της σχέσης υπόκειται σε μία ταυτότητα ευχαρίστησης ή δυσαρέσκειας. «Ότι είναι καλό για σένα είναι και για μένα» αλλά οι οργανικές εντάσεις του νεογέννητου και οι ανησυχίες της μητέρας, θα απορυθμίσουν την αρμονία που υπάρχει, με αποτέλεσμα την είσοδο σε μία ψυχική περίοδο μαρασμών, απογοητεύσεων και μαχών ενάντια στο άγχος. Το βρέφος είναι υποχρεωμένο να κατασκευάσει καινούργια στοιχεία ικανοποίησης για να αντισταθμίσει την απώλεια των ελλειμμάτων και τις απορυθμίσεις της πρωταρχικής дуάδας. Ο Balint ονομάζει «ζώνη δημιουργίας» την ψυχική προσπάθεια του βρέφους να κατασκευάσει «προ-αντικείμενα», χρησιμοποιώντας στοιχεία από το μνημονικό πεδίο και από τις ενορμήσεις, που θα του προσφέρουν ασφάλεια και ικανοποίηση. Τα προ-αντικείμενα αυτά, είναι κατά το ήμισυ πραγματικά και κατά το ήμισυ κατασκευασμένα και είναι ανάλογα των «μεταβατικών αντικειμένων» του D. Winnicott (2000). Συνεπώς το βρέφος βρίσκεται σε δύο εναλλακτικές καταστάσεις. Στην πρώτη, κατάσταση ενός προσώπου, επινοεί μέσω της φαντασιωσικής και φαντασιακής δημιουργικότητάς. Η δεύτερη είναι η κατάσταση δύο ή περισσότερων προσώπων.

Σωματο-Ψυχωτικό Επίπεδο της Προσωπικότητας

Ο W. Bion διατυπώνει την υπόθεση ύπαρξης ενός «πρωτονοητικού» συστήματος το οποίο περιγράφεται σαν το πλέον πρωτόγονο στρώμα του ψυχισμού, ή με άλλα λόγια ένα είδος «ομφαλού της ψυχής», που προϋπάρχει της διαφοροποίησης του ψυχικού από το σωματικό, της ανάδυσης της ταυτότητας και της διάπλασης του νου. Σ' αυτό το επίπεδο το άτομο, όχι ακόμα προσωποποιημένο, σκέφτεται κατά κάποιον τρόπο με το σώμα του. Μπορούμε να διακρίνουμε την τεράστια σημασία αυτής της υπόθεσης για την προσέγγιση της σωματοποίησης. Ο Bion θα την επεξεργαστεί εκ νέου στα τέλη της ζωής του με τον τίτλο «σωματο-ψυχωτικό» επίπεδο της προσωπικότητας, *έδρα των ψυχωτικών και των ψυχοσωματικών φαινομένων*. Η ιδέα μίας στρωμάτωσης συναισθηματικής ζωής που προηγείται της ανάπτυξης του νου και της ταυτότητας θα παραμείνει στο κέντρο της θεωρίας του. Η ιδέα του πρωτο-νοητικού επιπέδου θα εξειδικευτεί περισσότερο μετά τη διατύπωση της θεωρίας της σκέψης και των στοιχείων β.

«Σωματικοί Δείκτες»

Οι A. Damasio (2010) και G. Edelman (2008) έκαναν ένα σημαντικό βήμα στην ανακάλυψη της άρθρωσης του συστήματος αντίληψη/συνείδηση/προσυνειδητό/ασυνείδητο. Ο σωματικός δείκτης αντιπροσωπεύει τη σύνδεση της αντίληψης μίας δυσάρεστης ή ευχάριστης σωματικής αίσθησης, κατά τη διάρκεια της λήψης μίας απόφασης, με μία εικόνα. Οι σωματικοί δείκτες λειτουργούν είτε σαν σήματα κινδύνου (αποφυγής), είτε σαν σήματα ενθάρρυνσης. Και στις δύο περιπτώσεις πρόκειται για ένα σύστημα που πυροδοτεί διανύσματα κατεύθυνσης.

Η έννοια του σωματικού δείκτη μας προσφέρει στοιχεία της ύπαρξης ενός νευρωνικού συναισθηματικού και συμπεριφοριστικού υποσυστήματος μίας μη λεκτικής και ασυνείδητης οργάνωσης. Αυτά τα στοιχεία αποκωδικοποιούν την αισθητηριακή, την κινητική και τη συναισθηματική εμπειρία και μας βοηθούν στην οικοδόμηση της έννοιας ψυχικός μηχανισμός, με την προϋπόθεση της μελέτης του ψυχικού οργάνου και κυρίως του τμήματός του που βρίσκεται στα όρια της «υλικής οργάνωσης» του έμβιου όντος.⁷⁴

Συμπερασματικά, μπορούμε να διακρίνουμε τις παραπάνω λειτουργίες στον ενδιάμεσο χώρο μεταξύ ψυχής και σώματος. Οι σωματικοί δείκτες του Damasio αντιπροσωπεύουν τα δομικά στοιχεία των νευρωνικών και βιολογικών βάσεων της κοιναισθητικής οργάνωσης την οποία περιέγραψε ο Spitz. Η συνεισφορά των δύο αυτών επισημόνων έγκειται στο ότι περιέγραψαν τη ροή των σταδίων των σχέσεων μεταξύ των σωματικών και των ψυχικών λειτουργιών. Ο Spitz μας επιτρέπει να τοποθετήσουμε αυτήν την οργάνωση στον χρόνο και συγκεκριμένα στη φάση της προ-αντικειμένου περίοδο, στην οποία κυριαρχεί ακόμα η πρωτογενής διαδικασία και **η ανυπαρξία σύνδεσης των ενορμήσεων μεταξύ τους**. Φαίνεται να είναι αυτή η οργάνωση που εμφανίζεται κατά τη διάρκεια των παλινδρομήσεων και αποδιοργανώσεων του ψυχικού μηχανισμού. Η ζώνη δημιουργίας και το σωματοψυχικό σύστημα περιγράφουν και αυτά τον ενδιάμεσο χώρο ανάμεσα στη σώμα και την ψυχή.

Η εκκένωση των τάσεων που προκαλούνται από τα αισθητηριακά ερεθίσματα, —εξωτερικά και εσωτερικά— γίνεται πιο συγκεκριμένη με την καθιέρωση του πρωταρχικού λιβιδινικού αντικειμένου —μητέρα— χάρη των διαδικασιών σταδιακής απαρτίωσης των σω-

⁷⁴ Τα στοιχεία αυτά έχουν περιγραφεί σαν στοιχεία β (W. Bion) ή σαν εικονογράμματα (Aulagnier, 2017).

ματικών λειτουργιών και στην ανάπτυξη των ψυχικών μορφών: σωματικοί δείκτες και κοιναισθητική οργάνωση. Η ανάπτυξη ενός ψυχικού μηχανισμού θα επιτρέψει μία πιο αρμονική και πιο διαφοροποιημένη λειτουργικότητα της εκκένωσης των τάσεων: συναισθηματικές και συμπεριφοριστικές εκφράσεις και αργότερα δευτερογενείς διαδικασίες και λεκτικές εκδηλώσεις, δηλαδή καθιέρωση του ***Προσυνειδητού που βοηθάει τη συνένωση των ενορμητικών δυνάμεων που εκφράζονται στο επίπεδο της πρωτογενούς διαδικασίας –Ασυνείδητο–, με τις αναπαραστάσεις οι οποίες βρίσκονται στο Προσυνειδητό/δευτερογενής διαδικασία.*** Ο ρόλος των δύο ενορμήσεων –Έρωτα και Θανάτου– είναι σημαντικός στην απαρτίωση, τον συντονισμό και τη δόμηση του Εγώ. Διανύουν πρώτα μια αδιαφοροποίητη φάση, η οποία σταδιακά οδηγεί στη διαφοροποίησή τους, με τελικό προορισμό την ***καθιέρωση του αντικειμένου που θα επιτρέψει τη συνένωσή τους.***

«Εγώ Δέρμα» και Σωματο-Ψυχικές Συμφύσεις

Πολλές φορές συναντάμε στον θεραπευτικό μας χώρο ασθενείς οι οποίοι παραπονούνται για κάποιο σωματικό πρόβλημα για το οποίο όμως, μετά από τις ενδεδειγμένες ιατρικές εξετάσεις καθίσταται σαφές ότι δεν υπάρχει οργανική αιτιολογία. Μία υπόθεση θα ήταν ότι πρόκειται για υστερικούς μηχανισμούς σωματο-μετατροπής. Θα συμφωνούσαμε διαφωνώντας, διότι σύμφωνα με τις θέσεις της ψυχοσωματικής Σχολής του Παρισιού, δεν υπάρχει αμιγής υστερία, αλλά υστερία που συνοδεύεται πάντα από σωματοποιήσεις. Αυτό εξάλλου έδειξαν και σύγχρονες μελέτες όσον αφορά το περιστατικό της Άννας Ο. του Φρόυντ.

Μία άλλη ερμηνεία είναι αυτή της υποχονδρίας, στην οποία το κύριο σύμπτωμα είναι η αγχώδης ενασχόληση με την κατάσταση της υγείας. Θα περιγράψουμε δύο κλινικά περιστατικά τα οποία μπορούν να συσχετιστούν με τις θέσεις του D. Anzieu (1985) για το Εγώ-Δέρμα, τη θεωρία του διπλού δέρματος της E. Bick (2011) και βέβαια τις υποθέσεις των A. Lemma (2016) και D. Houzel (2010) που αφορούν στο περίβλημα και στο δέρμα. Τέλος, θα ακολουθήσουμε τα ίχνη της προτροπής του Φρόυντ να έχουμε πάντα επιστημολογικά στον νου μας το πεπρωμένο των ενορμήσεων, προτροπή η οποία αφορά με άλλα λόγια την οικονομική —ενεργειακή— οπτική γωνία της σωματοποίησης στο πλαίσιο μίας παλινδρόμησης.

Χλόη

Η Χλόη, τριάντα χρονών, θέλησε να με συναντήσει πιστεύοντας ότι δεν είναι ικανή να δημιουργήσει ουσιαστικές σχέσεις με άτομα του περιβάλλοντός της. Δεν γνωρίζει, ισχυρίζεται, αν την αγαπούν και δεν ξέρει αν η ίδια είναι ικανή να αγαπήσει. Πιστεύει ότι είναι διαφορετική από τους άλλους ανθρώπους και ότι δεν μπορεί να τους καταλάβει και να τους αξιολογήσει.

Η σεξουαλική της ταυτότητα δεν είναι απόλυτα καθορισμένη. Ισχυρίζεται ότι είναι ετερόφυλη, αλλά δεν κατανοεί γιατί αρκετές φορές ονειρεύεται ότι υπάρχουν γυναίκες γύρω της με τις οποίες ερωτοτροπεί, τις περισσότερες φορές έχοντας τον ρόλο ενός άντρα. Όταν συναντάται με φίλες της, φοβάται μην πιεί πολύ αλκοόλ και «χάσει τον έλεγχο». Δεν πλησιάζει τους «γνωστούς της» γιατί φοβάται ότι «είτε θα τους φιλήσει, είτε θα τους χαράξει το μάγουλο με τα

νύχια της». Επίσης, βλέπει συχνά με τρόμο στο όνειρά της κομμάτια σάρκας και γεννητικά όργανα —αντρικά και γυναικεία— να υπερίπτανται στον χώρο και ηρεμεί όταν παρουσιάζεται ένα ομιχλώδες πέπλο και τα «παίρνει μακριά της». Έχει μία ιδιαίτερη στάση στον αυνανισμό, συγκεκριμένα αυνανίζεται έχοντας τη στάση του άντρα που κάνει σεξ.

Μικρή πίστευε ότι κάτω από το δέρμα της, το σώμα της είναι σαν των ρομπότ, με μεταλλικούς σωλήνες-αγγεία. Φοβάται την αιμοληψία διότι νομίζει ότι το αίμα της θα εκτοξευθεί δεκαεφτά μέτρα ψηλά από την πίεση στα αγγεία.

Στην ερώτηση να μου δώσει μία εικόνα του εαυτού της, απαντάει ότι τον φαντάζεται σαν ένα μικρό πλάσμα γαντζωμένο με τα νύχια στο μάγουλο της μητέρας της. Φοβόταν κάθε γκριμάτσα της, κάθε συναίσθημα, κάθε αλλοίωση του προσώπου της, μην γλιστρήσει και πέσει στο κενό. Μερικές φορές όμως έχει δει στο όνειρό της ότι της ξεσχίζει το πρόσωπο με τα νύχια και αισθάνεται ευχαρίστηση.⁷⁵

Στην ερώτησή μου πώς φαντάζεται τον εαυτό της σαν βρέφος στην αγκαλιά της μητέρας της, μου λέει ότι έχει την αίσθηση ότι η μητέρα της δεν την πήρε ποτέ στην αγκαλιά της. Παρουσιάζει μία μακρινή ανάμνηση ότι την έχει στα γόνατα της, την κουνάει με δύναμη και την «κρατάει σφικτά από τον ώμο» για να μην πέσει και στο άλλο χέρι έχει ένα τσιγάρο αναμμένο. Σ' αυτό το σημείο συνδέει τον φόβο που έχει για τα αναμμένα τσιγάρα με αυτό το παιδικό βίωμα. «Λες να φοβόμουν μην με κάψει», λέει. Πιστεύει ότι η μητέρα της δεν την έχει κοιτάξει ποτέ και διαπιστώνει ότι και η ίδια αποφεύγει την βλεμματική επαφή. Αλλά, συνεχίζει, «αν κρίνω από το πώς μου συμπεριφέρεται τώρα που ασχολείται συνέχεια με τον εαυτό της, φαντάζομαι ότι και τότε δεν θα ήταν πολύ τρυφερή μαζί μου».

Το επάγγελμά της είναι ηθοποιός. Μου αναφέρει με άγχος ότι όταν βρίσκεται στη σκηνή του θεάτρου αισθάνεται σιγουριά διότι φοράει τα ρούχα που ανταποκρίνονται στον ρόλο της —θέλει να είναι σφιχτά— και «ανακουφίζεται από έναν μόνιμο πόνο που έχει στον αριστερό ώμο». Πονάει περισσότερο όταν φοβάται ότι μία επιθυμία της ενδεχόμενα δεν πραγματοποιηθεί.

⁷⁵ Δεν της αρέσει να πλένεται στο πρόσωπο. Ακόμα και όταν το κάνει, χρησιμοποιεί το πιο ελαφρύ σφουγγάρι που υπάρχει στην αγορά. Επίσης, πλένει τα δόντια της μόνο επειδή αισθάνεται υποχρεωμένη. Φοβάται ότι τα ούλα της θα αιμορραγήσουν και το αίμα θα κυλίσει στο πρόσωπό της και κατοπτρικά στο πρόσωπο της μητέρας της. Άλλες φορές της αρέσει η αίσθηση ότι τρέχει αίμα στα μάγουλά της και άλλες όχι.

Οι γονείς της χώρισαν όταν ήταν μικρή. Αυτή πήγε με τη μητέρα της και ο αδελφός της με τον πατέρα. Ο χωρισμός χαρακτηρίζεται επώδυνος για τα παιδιά, με συχνές εντάσεις και συναισθηματικές εκρήξεις των γονέων οι οποίοι «χρησιμοποιούν» τα παιδιά τους στη δικαστική διαμάχη που έχει ανοίξει μετά τον χωρισμό. Το αποτέλεσμα είναι ότι το ένα παιδί στρέφεται εναντίον του άλλου και έχουν διακόψει από τότε την επικοινωνία. Ο αδελφός της,⁷⁶ συναντώντας μία μέρα τυχαία τη μητέρα του την αποκαλεί τρελή και απομακρύνεται από αυτήν.

Συναντάται σπάνια με τον πατέρα της, ο οποίος βρίσκεται στον 3^ο γάμο του. Οι συναντήσεις τους χαρακτηρίζονται εκρηκτικές. Σε μια συνεδρία μου αναφέρει ότι ο πατέρας της ασχολείται μόνο με τον εαυτό του και δεν τον ενδιαφέρει κανένας άλλος. Πριν ένα χρόνο της ζήτησε να παντρευτεί γρήγορα διότι *«πρέπει να κάνει γρήγορα παιδί γιατί θέλει και αυτός να κάνει παιδί με την καινούργια γυναίκα του, και θα του άρεσε οι δύο γυναίκες να γεννούσαν μαζί και να ασχολούνται από κοινού με το μεγάλωμα των παιδιών»*.

Η Χλόη έχει συνεχή ανάγκη επιβεβαίωσης. Υποστηρίζει ότι αισθάνεται ασφαλής όταν της μιλάω και ότι ο «χώρος συνάντησής μας» της προσφέρει προστασία. Ο λόγος της είναι προσαρμοσμένος στους κοινωνικούς κανόνες λεκτικής έκφρασης, ήρεμος και ευγενικός, αλλά αρκετές φορές, μετά από επεξεργασία της αντιμεταβίβασης μου αναρωτιέμαι αν χρησιμοποιεί μηχανισμούς προβολικής ταύτισης. Πολλές φορές για παράδειγμα, κυρίως μετά από ματαιώσεις στον επαγγελματικό της χώρο, αισθάνομαι ότι την απεχθάνομαι. Πιθανολογώ ότι εκείνες τις στιγμές, επιχειρεί να με κάνει να αισθανθώ σαν την «απορριπτική»⁷⁷ μητέρα της αλλά και σαν τον εαυτό της, με αποτέλεσμα αυτό το διπλό παιχνίδι κατοπτρικής ταύτισης στο οποίο υπάρχει εναλλαγή της επιθετικότητας από το ένα πρόσωπο στο άλλο.

Αλέκος

Ο Αλέκος είναι ένας άντρας 37 χρονών που παραπονείται ότι *«άλλες φορές κυριαρχείται από θλίψη και άλλες διακατέχεται από άγχος»*. Επίσης αποκαλύπτει ένα σύμπτωμα όψιμης –καθυστερημένης– εκσπερμάτωσης. Από την παιδική ηλικία έχει εκζέματα σε πολλά σημεία του σώματός του. Το επάγγελμά του είναι δικηγόρος.

⁷⁶ Πριν λίγες εβδομάδες ο αδελφός της έκανε απόπειρα αυτοκτονίας. Όταν η ασθενής μου πήγε στο νοσοκομείο για να τον δει, της είπε ότι το έκανε για να *«είναι πάλι κοντά με την αδελφή του»*.

⁷⁷ Προϊόν splitting

Στην πορεία των συναντήσεών μας μου αναφέρει ότι αισθάνεται σχεδόν μόνιμα «έντονους πόνους στον αριστερό του ώμο», οι οποίοι τον εμποδίζουν να γυμναστεί. Η μητέρα του, μικροβιοφοβική, τον έπλενε με μία σκληρή βούρτσα και καυτό νερό. Παρ' όλο που αυτοί οι πόνοι υπήρχαν και στην παιδική ηλικία, τον υποχρέωνε να ασχοληθεί με τον αθλητισμό και απαιτούσε απ' αυτόν να έχει καλές επιδόσεις. Ο πατέρας, χαρακτηρίζεται σαν άτομο που τον ενδιέφεραν μόνο οι εξωσυζυγικές σχέσεις, και είχε εμφανή γυναικομαστία.

Μετά από κάποιο χρονικό διάστημα, μου αποκαλύπτει ότι όταν κοιμάται, αισθάνεται την ανάγκη να υπάρχει πάντα ένα σεντόνι που να καλύπτει το σώμα του, ακόμα και το καλοκαίρι. Επίσης, θέλει ο αριστερός ώμος του να ακουμπά στον τοίχο. Πολλές φορές, όταν είναι εκνευρισμένος, σκίζει παρορμητικά τα ρούχα του και τοποθετεί το πέος του στο εσωτερικό των μηρών του και βάζει το δάκτυλό του στο στόμα. Μετά ηρεμεί.

Διατηρεί μία μόνιμη σχέση, η οποία χαρακτηρίζεται από ρηχότητα. Υπάρχουν συχνές εντάσεις αλλά και περίοδοι ηρεμίας. Οι περισσότερες διενέξεις έχουν σχέση με τους γονείς τους.

Με τις γυναίκες λέει ότι «σφίγγεται» για να εκσπερματίσει και πιστεύει ότι το κάνει διότι του αρέσει η αίσθηση του σφιξίματος, «σαν να βάζω κάτι μέσα μου, σαν να ακουμπάει κάτι στα τοιχώματά μου». «Μ' αρέσει να έχω κάτι μέσα μου».⁷⁸

Ονειρεύεται συχνά ότι θηλάζει το στήθος της μητέρας του και της αδελφής της, και περιγράφει επίσης πρακτικές αιδοιολεξιές μαζί τους.

Αισθάνεται ηδονή όταν βλέπει αυτό το όνειρο διότι «η κλειτορίδα είναι το πέος και το στόμα του ο κόλπος». Επίσης αρκετές φορές έχει την αίσθηση ότι βγαίνει από το σώμα του, το κοιτάζει και διορθώνει ατέλειες του δέρματός του. Πολύ αργότερα μου αποκαλύπτει ότι δεν αισθάνεται σχεδόν καθόλου эρωτική επιθυμία για τις γυναίκες, με τις οποίες κάνει έρωτα τελείως καταναγκαστικά. Η эρωτική φαντασίωση του από την εφηβική ηλικία είναι να περιβάλλεται από γυναίκες οι οποίες έχουν αιλουροειδή μορφή με ένα μαλακό τρίχωμα. Όταν τον ρωτάω αν οι μορφές αυτές έχουν γεννητικά όργανα μου απαντάει αρνητικά. Αυτό που τον γοητεύει λέει είναι η αίσθηση της αφής.

Υποστηρίζει ότι η κοινωνία έχει ένα χρέος σ' αυτόν και είναι έντονα επικριτικός για όλες τις εκφάνσεις της ζωής του. Όταν βλέπει ότι δεν αντιδρώ στα επικριτικά του σχόλια, προσπαθεί μέσα από την προβολική ταύτιση να μου τα επιβάλει πιέζοντας με να συναινέσω

⁷⁸ Μπορούμε να πιθανολογήσουμε σ' αυτό το σημείο μία αναλογία με τη φάση της πρωκτικής κατακράτησης, αλλά και με μία σύγχυση του φύλου.

και εκείνες τις στιγμές έχω την αίσθηση ότι χάνω τον έλεγχο της επικοινωνίας.

Η μητέρα του είναι ένα έντονα ανασφαλές και ψυχρό συναισθηματικά άτομο που έζησε στην παιδική της ηλικία μια οικονομική καταστροφή του πατέρα της. Επίσης όπως είπαμε παραπάνω είναι μικροβιοφοβική. Το μόνο που την ενδιαφέρει είναι τα χρήματά της και για λόγους «προστασίας από τη σκόνη και τα μικρόβια» έχει κλεισμένα τα παραθυρόφυλλα και ασχολείται συνέχεια με την καθαριότητα του διαμερισμάτος της. Ο ασθενής έχει μία μικρότερη αδελφή και οι γονείς του χώρισαν όταν ήταν 10 χρονών. Οι γονείς πήραν από ένα παιδί ο καθένας και τα χρησιμοποίησαν σε δικαστικές διαμάχες. Τα αδέρφια δεν έχουν διατηρήσει καμία επικοινωνία.

Κλινική ερμηνεία

Τα κοινά σημεία των δύο αυτών περιστατικών είναι τα εξής:

Όσον αφορά το ιστορικό τους, και οι δύο έχουν χωρισμένους γονείς που δεν δίστασαν να χρησιμοποιήσουν τα παιδιά στο διαζυγίο τους, με αποτέλεσμα να «χωριστούν» τα δύο αδέρφια. Μπορούμε να υποθέσουμε, βασιζόμενοι στα βιώματα που μας εξιστόρησαν, ότι το σχήμα προσκόλλησης ήταν προβληματικό στην βρεφική και παιδική ηλικία, ενδεχόμενα αμφιθυμικό/αμυντικό, σχήμα το οποίο δεν τα εγκατέλειψε στην εξέλιξή τους, μιας και το περιβάλλον το ενίσχυε.

Όσον αφορά την επικοινωνία στον θεραπευτικό χώρο, αυτή παίρνει συχνά τη μορφή προβολικής ταύτισης. Επίσης, και οι δύο έχουν πρόβλημα σεξουαλικής ταυτότητας. Πέρα από το πώς ολοκλήρωσαν το οιδιπόδειο, μήπως έχει παθογνωμική σημασία και η αναγκαστική εκ των συνθηκών αμοιβαία απομάκρυνση των αδελφιών, φαινόμενο που περιγράφεται βιβλιογραφικά;⁷⁹

Όσον αφορά τη συμπτωματολογία, και οι δύο ασθενείς έχουν πρόβλημα με την κάλυψη του σώματός τους. Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι ο πόνος στον αριστερό ώμο, για τον οποίο θα μιλήσουμε αργότερα.

Για να κατανοήσουμε καλύτερα τους ασθενείς που παρουσιάζουν αντίστοιχη κλινική εικόνα ας μελετήσουμε τη σημασία που έχει η διαφοροποίηση των ορίων.

⁷⁹ Ο René Kaes (Les alliances inconscientes, 2014; Linking, alliances and shared space, 2007) διακρίνει δύο μορφές του αδελφικού συμπλέγματος: μία αρχαϊκή μορφή και μία οιδιποποιημένη μορφή. Η Rosa Justin (Clinique de l'inceste fraternel, 2006) διαχωρίζει το «αδελφικό σύνδρομο» από τον «αδελφικό δεσμό». Τέλος, η Luisa Brunoni, όπως αναφέρεται στο έργο της Justin, θεωρεί την ομάδα αδελφών σαν αρχέτυπο της ομάδας. Μην ξεχνάμε επίσης ότι ο Bion, σε αντίθεση με τον Φρόυντ, υποστήριζε ότι η ομάδα (αδέρφια) προϋπάρχει της οικογένειας.

Τα άτομα, με στόχο να κατασκευάσουν μία συμπαγή ταυτότητα, πρέπει να είναι ικανά να διακρίνουν αυτό που ανήκει στον εξωτερικό αντιληπτικό κόσμο, και αυτό που ανήκει στον εσωτερικό τους περιβάλλον, όπως επίσης και στον εσωτερικό χώρο των άλλων. Βασιζόμενοι στη θεωρία του Φρόυντ, ένας αριθμός ψυχαναλυτών, ο J. Bowlby (1969), ο R. Spitz⁸⁰, ο D.W. Winnicott (2000) κ.ά. υπογράμμισαν τη σημασία των πρώιμων απτικών ανταλλαγών με τη μητέρα για την αυτονομία του ατόμου, το οποίο αισθάνεται ασφαλές μόνον όταν βρίσκεται στο κέντρο αξιόπιστων νοητικών και σωματικών συνόρων. Πιο πρόσφατα, άλλοι ψυχαναλυτές όπως ο E. Bick (2011), ο W.R. Bion⁸¹, ο J. Grotstein (1981), ο D. Houzel (2010) κ.ά. μελέτησαν τις φανταστικές νοητικές δομές οι οποίες σχηματοποιούν τα όρια μεταξύ του εσωτερικού ψυχικού χώρου ενός ατόμου και του εξωτερικού περιβάλλοντος το οποίο συμπεριλαμβάνει και τους άλλους.

Μέλος αυτής της θεωρητικής κίνησης είναι και ο D. Anzieu, ο οποίος το 1974 ανέπτυξε την έννοια «Εγώ-δέρμα» (1979). Το «Εγώ-δέρμα» είναι μία έννοια που χρησιμοποιεί το άτομο για να αναπαράστησει το «εγώ είμαι» βασιζόμενο στην εμπειρία της επιφάνειας του δέρματος. Το βρέφος, «καλυμμένο» από τη φροντίδα της μητέρας του, φαντασιώνει ένα δέρμα το οποίο μοιράζεται μαζί της. Από τη μία πλευρά η μητέρα (το εξωτερικό στρώμα του «Εγώ-δέρμα») και από την άλλη το βρέφος. Αυτές οι δύο στρώσεις πρέπει σταδιακά να διαχωριστούν ούτως ώστε να μπορέσει το παιδί να αποκτήσει το δικό του «Εγώ δέρμα».

Το δέρμα παρέχει στον ψυχικό μηχανισμό τις συστατικές αναπαραστάσεις του Εγώ και των βασικών λειτουργιών του. Η παραδοχή αυτή εγγράφεται στο πλαίσιο της γενικής θεωρίας της εξέλιξης.⁸² Η ενστικτώδης ενόρμηση του «γραπώματος» του βρέφους στη μητέρα του είναι πιο δύσκολο να επιτευχθεί στο ανθρώπινο γένος, γι' αυτό και ελλοχεύει συχνά ο κίνδυνος να δημιουργηθούν πρώιμα και έντονα άγχη απώλειας προστασίας, απουσίας ενός αντικειμένου στήριξης και μίας κατάστασης κινδύνου που μπορεί να χαρακτηριστεί σαν αρχαϊκή. Αντισταθμιστικά, η ενόρμηση της προσκόλλησης έχει στον άνθρωπο μια πολύ σημαντική θέση, αν αναλογιστούμε μάλιστα ότι η παιδική ηλικία είναι πιο μακρόχρονη από αυτήν πολλών άλλων θηλαστικών. Η

⁸⁰ W. Spitz, βλ. Βιβλιογραφικές Αναφορές

⁸¹ W.R. Bion, βλ. Βιβλιογραφικές Αναφορές

⁸² Προφανώς δεν πρόκειται για έναν «εύκολο» μηχανισμό. Στο νου μας έρχεται αυθόρμητα ο διστιβος εμβρυϊκός βλαστικός δίσκος, ο οποίος διαμέσου της γαστροδίσωσης μετατρέπεται σε τρίστιβο δίσκο.

ενόρμηση αυτή έχει σαν σύστημα αναφοράς τον εντοπισμό ειδικών σημείων όπως το χαμόγελο, την απαλότητα και τη γλυκύτητα του αγγίγματος, τη ζεστασιά της αγκαλιάς, την εκπομπή ηχητικών φωνημάτων και λέξεων, την πληρότητα του κρατήματος, το λίκνισμα, τη διαθεσιμότητα ταΐσματος, της συνοδείας, αρχικά προς στη μητέρα και κατόπιν στα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας, τα οποία προσφέρουν στο βρέφος δείκτες για την εξωτερική πραγματικότητα και τον χειρισμό της, αλλά και δείκτες του πώς αισθάνεται ο άλλος σε απάντηση στην εκπομπή των δικών του συναισθημάτων. Βρισκόμαστε πια μπροστά στην επικοινωνιακή έκφραση —προλεκτική και λεκτική— στην οποία «στηρίζεται» η γλωσσική ανταλλαγή, και όχι στον χώρο της ικανοποίησης των ζωτικών αναγκών αυτοσυντήρησης (τροφή, αναπνοή, ύπνος) στις οποίες θα καθιερωθούν μέσω «στήριξης» οι ερωτικές και οι επιθετικές επιθυμίες.⁸³

Ο D. Anzieu θεωρεί ότι, όπως το δέρμα έχει μία λειτουργία υποστήριξης του σκελετού και των μυών, το Εγώ-δέρμα είναι ένα τμήμα της μητέρας —κυρίως τα χέρια της— το οποίο ενδοβλήθηκε και διατηρεί τον ψυχισμό σε κατάσταση λειτουργίας. Το holding του Winnicott, δηλαδή ο τρόπος που η μητέρα «κρατάει» και στηρίζει το βρέφος της, επιτρέπει τη διατήρηση όχι μόνον του σώματος αλλά και του ψυχισμού, σε μία κατάσταση ενότητας αλλά και ανθεκτικότητας. Μία άλλη λειτουργία του Εγώ-δέρμα είναι αυτή της περίεξης. Μπορεί να αναπαρασταθεί με τη μορφή ενός κελύφους και το ενορμητικό Αυτό ενός πυρήνα. Η συμπληρωματικότητα του κελύφους και του πυρήνα θεμελιώνει την αίσθηση της συνέχειας του εαυτού. Αν υπάρχει έλλειμμα σε αυτήν τη λειτουργία, βρισκόμαστε μπροστά σε δύο είδη άγχους και αγωνίας. Στην περίπτωση μίας ψυχικής τοπογραφίας αποτελούμενης από έναν πυρήνα χωρίς κέλυφος υπάρχει ένα μόνιμο και διάχυτο άγχος, χωρίς ταυτότητα και το οποίο δεν μπορεί να κατευναστεί. Το άτομο, σε αυτήν την περίπτωση, ψάχνει ένα κέλυφος υποκατάστασης στην ψυχική οδύνη. **Ουσιαστικά περικλείεται στην οδύνη του.** Στην περίπτωση ενός κελύφους του οποίου η συνέχεια διακόπτεται από οπές, ένα «Εγώ-δέρμα σουρωτήρι» δηλαδή, το Εγώ-δέρμα δεν είναι ικανό να διατηρήσει τις σκέψεις, τις λέξεις και τις αναπαραστάσεις, οπότε **αυτές διαφεύγουν στον εξωτερικό κόσμο.**

⁸³ Στήριξη ή Ανάκλιση: « όρος που εισήγαγε ο Φρόυντ για να υποδηλώσει την αρχέγονη σχέση των σεξουαλικών ενορμήσεων με τις ενορμήσεις αυτοσυντήρησης...» (Laplanche & Pontalis, Το λεξιλόγιο της ψυχανάλυσης, 1986, σ. 28)

Ο D. Anzieu θεωρεί με αναλογικό τρόπο ότι, όπως το εξωτερικό στρώμα της επιδερμίδας χρησιμεύει στην άμυνα του οργανισμού απομακρύνοντας και απαγορεύοντας την είσοδο σε βλαβερά εξωτερικά ερεθίσματα, έτσι και η εξωτερική επιφάνεια του Εγώ-δέρματος έχει τον ρόλο του αλεξιδιεγερτικού συστήματος. Στην βρεφική ηλικία τον ρόλο αυτό τον καλύπτει η μητέρα, μέχρι το παιδί της να βρει στο δέρμα του μια επαρκή «στήριξη» για να αποκτήσει δικό του αλεξιδιεγερτικό σύστημα.

Μία άλλη λειτουργία του «Εγώ-δέρμα» είναι η εγγραφή απτικών αισθητηριακών ιχνών, η οποία υποβοηθείται από τον τρόπο που η μητέρα παρουσιάζει τα αντικείμενα στο παιδί της. Το Εγώ-δέρμα είναι ο «πίνακας» ο οποίος διατηρεί το σύνολο των απτικών ιχνών σε μία προληκτική γραφή που έχει τους δικούς της γραμματικούς και συντακτικούς κανόνες. ***Ενδεχόμενη διαταραχή αυτής της λειτουργίας είναι η παθολογική εγγραφή στο δέρμα «φλεγμονωδών» λέξεων προερχόμενων από την ψυχική συσκευή, οι οποίες οδηγούν στη σωματοποίηση.*** Σ' αυτό το πλαίσιο, ο D. Anzieu έχει βοηθήσει τους δερματολόγους να «αναγνωρίσουν» ασθενείς με οριακή παθολογία, οι οποίοι συχνά εμφανίζουν δερματικές ψυχοσωματικές διαταραχές⁸⁴ όπως ερυθροφοβία, δυσμορφοφοβία, δερματοστιξία, αυτό-ακρωτηριασμός, και artefacta δερματίτιδα.⁸⁵ Οι οριακοί αυτοί ασθενείς αντιμετωπίζουν δυσκολίες με τα ψυχικά και τα σωματικά τους όρια, και διακρίνονται από μία παθολογία «πράξης». Συχνά επιτίθενται στο δέρμα τους παραδόξως για να ελέγξουν την ανθεκτικότητα και την αξιοπιστία των ορίων τους. Με άλλα λόγια οι οριακοί ασθενείς δεν έχουν διαμορφώσει ένα συμπαγές Εγώ-δέρμα.

Να σημειώσουμε τέλος ότι το Εγώ-δέρμα του Anzieu μπορεί να σχετιστεί με την έννοια του «διπλού ορίου» που προτάθηκε από τον A. Green, όριο ανάμεσα στο «έξω» και το «μέσα», δηλαδή ενδοψυχικό όριο, και ένα όριο μεταξύ του Συνειδητού-Προσυνειδητού και του ασυνειδητού. Οι διαδικασίες σκέψης —με την έννοια του W. Bion— βρίσκονται στη διατομή αυτών των δύο ορίων.

Η E. Bick (Bick & Harris, 2011) θεωρεί ότι υπάρχει μία πρωταρχική λειτουργία της σχέσης των αρχαϊκών αντικειμένων με το δέρμα, πριν αυτά ενοποιηθούν. Υποστηρίζει ότι σε αυτήν την αρχαϊκή μορ-

⁸⁴ Είναι σημαντική η συνεισφορά της A. Lemma (Κάτω απο το δέρμα, 2016) στην περιγραφή των κινήτρων που οδηγούν τους ανθρώπους στην προσβολή του σώματός τους.

⁸⁵ Κατάσταση στην οποία δερματικές προσβολές προκαλούνται από τον ίδιο τον ασθενή.

φή του ψυχισμού —στην οποία ο P. Marty δίνει το όνομα «μωσαϊκό»— τα διάφορα τμήματα της προσωπικότητας δεν συνδέονται το ένα με το άλλο και παραμένουν συγκεντρωμένα χάρη στο δέρμα που λειτουργεί σαν όριο και περιέκτης. Αντίστοιχη θέση είχε όπως αναφέρεται στο βιβλίο του Clarck (Freud: The man and the cause, 1980) ο μαθητής και φίλος του Φρόυντ V. Tausk ο οποίος εισήγαγε τον όρο «Disjecta membra».⁸⁶

Διαταραχές στην πρωταρχική δερματική λειτουργία οδηγούν στην ανάπτυξη ενός δεύτερου δέρματος, μέσω του οποίου η εξάρτηση από το αντικείμενο αντικαθίσταται από μία ψευδοεξάρτηση, με αποτέλεσμα την κατασκευή ενός υποκατάστατου δερματικού περιέκτη. Στο πλαίσιο αυτό, όταν οι ασθενείς μας παρουσιάζουν έναν μυϊκό τρόπο, επαναλαμβανόμενα χασμουρητά και αποδιοργανωμένες κινήσεις, μπορούμε να υποθέσουμε ότι βρισκόμαστε μπροστά στην ύπαρξη ενός μυϊκού τύπου περίεξης του δεύτερου δέρματος. ***Η Bick (Bick & Harris, 2011) ισχυρίζεται ότι υπάρχει ο φόβος ύπαρξης στο δέρμα μίας μεγάλης οπής, συνεπώς το «μέσα» θα χυθεί «έξω».***⁸⁷

Μία ασθενής της Bick, πέντε χρονών, ονομάζει τον εαυτό της σάκο με πατάτες, ζωγραφίζει στο δέρμα της οπές και λέει ότι φοβάται μην χυθεί έξω το «μέσα» της. Σε σχέση με την παθολογική υπερκινητικότητα και στάση του σώματός, έχει δημιουργήσει ένα δεύτερο δέρμα που στηρίζεται στο μυϊκό της σύστημα. Μία άλλη ασθενής της, επίσης πέντε χρονών, της οποίας η παιδική περίοδος ταΐσματος χαρακτηρίζεται από ανορεξία και προβληματική λειτουργία του «δέρματος-περιέκτη», απαιτεί με φοβικά έντονο τρόπο τα ρούχα της να είναι πολύ σφικτά και τα κορδόνια στα παπούτσια της γερά δεμένα.

Η διαταραγμένη αυτή δημιουργία δεύτερου δέρματος, το οποίο αντικαθιστά την πρώτη δερματική ενσωμάτωση και που εμφανίζεται με τη μορφή ενός μυϊκού «κελύφους», μυϊκού τύπου αυτοπερίεξης δηλαδή, προκαλεί μία γενικευμένη αδυναμία ολοκλήρωσης της ενσωμάτωσης και της οργάνωσης. Παρουσιάζεται με τη μορφή ανυπαρξίας αφομοίωσης και συντονισμού και αφορά τους πλέον βασικούς τύπους μερικής ή συνολικής ανεπάρκειας σωματικής ενσωμάτωσης, στάσης, κινητικότητας αλλά και τους αντίστοιχους ψυχικούς παράγοντες ό-

⁸⁶ Διασκορπισμένα κομμάτια που συνενώνονται. Ο όρος χρησιμοποιείται στην ποίηση και την αγγειοπλαστική.

⁸⁷ Ο φόβος αυτός του «αδειάσματος» υπάρχει και στους ασθενείς που σωματοποιούν, όπως έχουμε επισημάνει σε κλινικά περιστατικά τα οποία περιγράφουμε εδώ. Στο πλαίσιο των σχέσεων ψυχωσικού μηχανισμού και σωματοποίησης, εκφράζω την υπόθεση ότι η σωματοποίηση είναι η τελευταία προσφυγή κάλυψης αυτής της «οπής» για να αποφευχθεί το «άδειασμα».

πως την επικοινωνία. Η Bick συσχετίζει το παιδικό έκζεμα⁸⁸ με το δεύτερο αυτό δέρμα. Να σημειώσουμε τέλος ότι αυτή η ψυχική επικοινωνία γίνεται κυρίως με τη χρήση της προβολικής ταύτισης.

Ο Grotstein James, μαθητής του Bion, ισχυρίζεται ότι το παιδί ακουμπάει με τη ράχη του στο αντικείμενο-στήριγμα για να αισθανθεί προστατευμένα τα νώτα του καθώς η ράχη είναι το μόνο τμήμα του σώματος που δεν μπορεί κανείς να το αγγίξει ή να το δει (Fairbairn, 1952).

Ο Houzel Didier (2010), Γάλλος ψυχαναλυτής που χρησιμοποιεί την έννοια του «δεύτερου δέρματος» της Bick περιγράφει τρία στάδια στη διαμόρφωση του ψυχικού περιβλήματος. Το πρώτο στάδιο, το οποίο ονομάζει «*άμορφο*» στάδιο, καθορίζεται από τον θηλασμό και το βρέφος βιώνει την ψυχική του ουσία σαν κάτι υγρό, εξου και **το άγχος αδειάσματος ή ο τρόμος της έκρηξης**, όταν η ψυχική ουσία φαντασιακά βιώνεται ως αέρια. Ακολουθεί ένα δεύτερο στάδιο στο οποίο έχουν ανοίξει οι «πόροι» του ψυχικού περιβλήματος και ένα τρίτο στο οποίο έχει αποκτηθεί η **τρισδιάστατη μορφή του ψυχικού χώρου που επιτρέπει τη λειτουργία περίεξης μέσω της προβολικής ταύτισης**.

Ο Sami Ali επισημαίνει διαταραχές στην εικόνα του σώματος. **Οι ασθενείς που σωματοποιούν παλινδρομούν από το οπτικό σώμα σε ένα απτικό, ή ακόμα και σ' ένα κοιναισθητικό, περιορίζοντας με αυτό το τρόπο τον δυνητικό φαντασιωσικό χώρο.**

Ας δούμε τώρα το σύμπτωμα του πόνου στον αριστερό ώμο. Μια πρώτη εξήγηση μπορεί να μας έλθει από τη χώρα της μυθολογίας.

Ο D. Anzieu υποστηρίζει ότι στη μυθολογία αλλά και στην κλινική μας υπάρχουν άτομα τα οποία παρουσιάζουν συμπτώματα σε περιοχές του σώματος που έχουν συμβολική σημασία.⁸⁹ Μία τέτοια σωματική περιοχή είναι τα κάτω άκρα και η μυθολογία περιγράφει συχνά τέτοια προβλήματα. Ο Ήφαιστος για παράδειγμα, τον οποίο βρήκαν στη Λήμνο οι Σίντιες με σπασμένα πόδια, αλλά και ο Οιδίπους που κατά μία ερμηνεία το όνομά του σημαίνει «πρησμένα πόδια». Ο Αχιλλέας, που όταν ήταν παιδί τον βύθισαν στο θαυματουργό νερό, αλλά ένα φύλο κάλυψε τη φτέρνα του και από τότε αυτή ήταν το ευάλωτο σημείο του. Μήπως και ο ώμος έχει μία αντίστοιχη σημασία, δηλαδή ένα «φύλο» τον «κάλυψε» στη διάρκεια της ανάπτυξης καθιστώντας τον ένα αδύνατο σημείο; Γι' αυτό και ο ασθενής θέλει να τον ακου-

⁸⁸ όπως στην περίπτωση του Αλέκου.

⁸⁹ Χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι Μαρσύας, ο οποίος έχασε από τον θεό Απόλλωνα έναν διαγωνισμό μουσικής και για τιμωρία τον κρέμασε σ' ένα δένδρο και τον έγδαρε ζωντανό. D. Anzieu (1985), σ. 159-175

μπάει στον τοίχο; Ή είναι η αιτία που πιστεύει ότι η περιοχή του ώμου του υστερεί χρονικά αναφορικά με την κίνησή του υπόλοιπου σώματός του, όπως μου έχει παρουσιάσει ο Αλέκος; Είναι τυχαίο που ο σπόνδυλος στον οποίο στηρίζεται το κεφάλι ονομάζεται Άτλας; Ο Άτλας δεν ήταν αυτό το μυθικό πρόσωπο που κρατούσε τη Γη στους ώμους του; Και όταν θέλουμε να δώσουμε δύναμη ή κουράγιο στον άλλον, δεν του χτυπάμε παραινετικά τον ώμο;

Συμπερασματικά, πιστεύουμε ότι το μοντέλο λειτουργίας του Φρόντ που αφορά στο πεπρωμένο της ενόρμησης είναι συνεπές, **μόνο αν θεωρήσουμε ότι ο ανθρώπινος οργανισμός λειτουργεί ως ένα κλειστό σύστημα**. Τα δεδομένα όμως αλλάζουν δραματικά αν ακολουθήσουμε τα δεδομένα της επιστήμης στη νέα θεώρησή ότι ο ανθρώπινος οργανισμός, σωματικός ή ψυχικός, **λειτουργεί σαν ανοιχτό σύστημα, το οποίο ανταλλάσσει συνεχώς με το περιβάλλον του ύλη, ενέργεια και πληροφορία**. Η δυναμική ισορροπία που προκύπτει, ονομάζεται «ισορροπία ροών».

Το βασικό ερώτημα είναι πώς παρουσιάζονται, σ' αυτό το νέο σύστημα αναφοράς, η οικονομική οπτική γωνία και οι μηχανισμοί λειτουργίας της.

Η λίμπιντο χάνει, στη διάρκεια τραυματισμών ή διαρκούς στρες αυτό που τη χαρακτηρίζει, την ψυχική της διάσταση δηλαδή, μετατρεπόμενη σε σωματική ενέργεια. Με αυτήν όμως την αλλαγή, ο οργανισμός γίνεται αντικείμενο σοβαρών διακυμάνσεων και ταλαντεύσεων που διαταράσσουν την ισορροπία. Ένα σημαντικό στοιχείο αυτής της μετατροπής είναι ότι η κλινική παρατήρηση, πριν η λίμπιντο χάσει τελείως τα ψυχικά της χαρακτηριστικά, μας αποκαλύπτει συνήθως ευρέα φάσματα ενεργειακών συναισθηματικών ταλαντεύσεων, με τη μορφή του άγχους, της αγωνίας και της οδύνης. Στη συνέχεια το συναίσθημα σιωπά και εμφανίζεται σε όλη της τη μεγαλοπρέπεια η αλεξιθυμία.

Τα συστήματα όπως ο ανθρώπινος οργανισμός, μπορούν να έχουν συμπεριφορές που να ταλαντώνονται για ένα μεγάλο διάστημα μεταξύ συγκεκριμένων ορίων και μετά να υπάρξει μία εξωτερική από αυτά διαταραχή η οποία τα οδηγεί σε διαφορετική ταλάντωση με άλλη διάμεση τιμή και χαοτική συμπεριφορά. Στο πλαίσιο αυτό και όσον αφορά τα συστήματα που διασπείρουν τις ενέργειές τους στο εξωτερικό περιβάλλον, εμφανίζονται νησίδες σταθερότητας και τάξης, που προέρχονται από τη δράση των «παράξενων ελκυστών».⁹⁰ Οι ελκυ-

⁹⁰ Strange attractors. Στον ψυχοθεραπευτικό μας χώρο, ο καταναγκασμός επανάληψης –αέναη επανάληψη του συμπτώματος– που δημιουργεί προβλήματα στον

στές, όπως είναι οι λεκάνες συλλογής και απορροής των ποταμών, αντιπροσωπεύουν μακροπρόθεσμα τις μόνες δυνατές συμπεριφορές ενός πολύπλοκου συστήματος. Βραχυπρόθεσμα, οποιοδήποτε σημείο των διαστημάτων φάσεων μπορεί να παρουσιάσει μια πιθανή συμπεριφορά ενός δυναμικού συστήματος. Στο πλαίσιο αυτό, η υπερχειλίση του ψυχικού μηχανισμού από τα αυξημένα σε αριθμό και ένταση ερεθίσματα δημιουργεί τη δυναμική αστάθεια στην οποία οφείλεται η αποσύνδεση των ενορμήσεων και ακολουθείται από την προσπάθεια του οργανισμού να διατηρήσει την ισορροπία του. Εάν η προσπάθεια αυτή αποτύχει (π.χ. μέσω της ψύχωσης όπως έχουμε αναφέρει), τότε τα *quanta* ενέργειας της ενόρμησης θανάτου, **μέσω των σωματο-ψυχικών συμφύσεων, αποκτούν μία μορφή ενστίκτου ή καλύτερα μία χίμαιρα ενστίκτου, μιας και τουλάχιστον οικονομικά και δυναμικά, η μορφή έχει αλλάξει.**

Το σώμα σ' αυτήν την περίπτωση αποκτά το σκήπτρο και αναλαμβάνει δράση, μιας και η ενόρμηση θανάτου έχει μετατραπεί στο ένστικτο «χίμαιρα». Πριν όμως εγκατασταθεί στο σώμα, διαπερνά τον ενδιάμεσο χώρο σώματος-ψυχής, έτσι όπως έχει εξελιχθεί με αφετηρία τη συνύπαρξη σωματικών και ψυχικών λειτουργικών στοιχείων που ο W. Bion ονόμασε «σωματο-ψυχωσικό σύστημα», ο R. Spitz «κοινωνισθησία», ο M. Balint «χώρο δημιουργίας» και ο A. Damasio «σωματικούς δείκτες». Σε αυτήν την περίπτωση η ενόρμηση θανάτου καταλήγει στο σώμα χωρίς πολλές διακυμάνσεις στη δυναμική του. Πιστεύουμε όμως ότι πολλές φορές η σωματική στρώση δεν έχει πλήρως αποκολληθεί από την ψυχική στρώση, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται συμφύσεις, τις οποίες ονομάζουμε **«σωματο-ψυχικές συμφύσεις»**.⁹¹ Με άλλα λόγια, και χρησιμοποιώντας τη θεωρία του Εγώ-δέρματος του D. Anzieu και τη θεωρία του διπλού δέρματος της E. Bick, σε ορισμένες περιπτώσεις η μεταφορική/μετωνυμική μετατροπή του σωματικού δέρματος σε Εγώ δέρμα δεν είναι επιτυχής, και δημιουργούνται συμφύσεις ανάμεσα στα δύο δέρματα.⁹² Συμφύσεις οι οποίες άλλοτε είναι μικρής έκτασης (ο ώμος των δύο ασθενών) και άλλοτε είναι εκτεταμένες και οδηγούν σε μία

θεραπευτικό στόχο ελέγχεται με την βοήθεια μίας «ώθησης» (π.χ. μία ερμηνεία) που θα δώσουμε στο σύστημα-ασθενής (ή συστήματα ασθενών όταν βλέπουμε ομάδες, οικογένειες ή ζευγάρια) το οποίο, μετά από μία χαοτική συμπεριφορά μετατρέπεται σε νέα τάξη.

⁹¹ Σύμφυση ονομάζουμε τη δημιουργία συνδέσεων μεταξύ των επιφανειών δύο ιστών, οι οποίες φυσιολογικά δεν συνδέονται μεταξύ τους.

⁹² Βέβαια το θέμα περιπλέκεται αν αναλογιστούμε την πολυπλοκότητα της δερματικής λειτουργίας.

πιο διαταραγμένη ποσότητα ή/και ποιότητα της μετάλλαξης της ενόρμησης σε ένστικτο. Οι «σωματο-ψυχικές» συμφύσεις αναταράσσουν και ενισχύουν την ενέργεια που φεύγει από τον ψυχισμό και καταλήγει στο σώμα. Θα μπορούσαμε να τις παρομοιάσουμε με τους βράχους που διαταράσσουν τη ροή ενός ποταμού.

Η κατανόηση των διαδικασιών σωματοποίησης, δηλαδή της έναρξης οργανικών νόσων, στηρίζεται στις ταλαντώσεις και στις διακυμάνσεις της ενέργειας οι οποίες προκαλούνται από συναισθηματικές αναταράξεις και στροβιλισμούς που σχετίζονται με τραυματικά γεγονότα, στιγμιαία ή συνεχή, που μεταδίδονται μέσω των σωματικών δεικτών και της κοιναισθητικής οργάνωσης στο σύνολο των οργάνων και των λειτουργιών του σώματος. Τελικά η αλλαγή συχνότητας της δόνησης του ψυχικού οργάνου όταν προκύπτει ένα τραυματικό γεγονός και η ενδεχόμενη λειτουργική μετατροπή του σε χαοτικό σύστημα μπορεί να υποβοηθήει την εκδήλωση νόσων. Ίσως αυτές οι αλλαγές της σκέδασης προκαλούν διαταραχές της σωματικής ομοιοστασίας.

Θα θέλαμε να υπενθυμίσουμε τέλος τη συμβουλή του Φρόντ να μην ξεχνάμε το πεπρωμένο το ενορμήσεων. Αλλά και του Ν. Tesla

Για να καταλάβουμε την αληθινή φύση του σύμπαντος, πρέπει να σκεφτόμαστε με όρους ενέργειας, συχνότητας και ταλάντωσης.

Εμπειρία της Νόσου και Μεταγεννητικό Βίωμα

Ο Μ. Balint υποστηρίζει ότι η εμπειρία της νόσου είναι ανάλογη με το μεταγεννητικό βίωμα.

Τα προ-αντικείμενα που βρίσκονται στη ζώνη δημιουργίας είναι τόσο πρωτόγονα που δεν μπορούμε να τα θεωρήσουμε οργανωμένα. Στο πλαίσιο αυτό, ο ασθενής πραγματοποιεί μία παλινδρόμηση στη φάση αυτή η οποία μπορεί να ονομαστεί «ανοργάνωτη περίοδος τη ασθένειας». Στην αρχή ο ασθενής αποσύρεται ναρκισσιστικά από το περιβάλλον του και βρίσκεται σε μία «κατάσταση ενός μόνο προσώπου». Παραμένει σ' αυτήν τη φάση αρκετό καιρό, μέχρι να πάρει την απόφαση να πάει στον γιατρό, να εισέλθει δηλαδή σε μία σχέση δύο ή τριών προσώπων. Ο Balint σημειώνει ότι ο ασθενής παραμένει χρονικά σ' αυτήν την κατάσταση ανάλογα με την προσωπικότητά του, και πολλές φορές η απόφασή του να εξεταστεί από γιατρό έρχεται πολύ αργά διότι έχει ήδη δημιουργήσει ένα *modus vivendi* με τη νόσο του. Πρόκειται για μία ασυνείδητη διαιτησία μεταξύ της ενόρμησης Θανάτου, τον ναρκισσισμό και μίας εκτροπής προς το εξωτερικό περιβάλλον. Μόνον τότε η νόσος παύει να είναι ένα προ-αντικείμενο της ζώνης δημιουργίας για να μετατραπεί ένα εξωτερικό αντικείμενο, δι-υποκειμενικό, αναγνωρίσιμο από την αντίληψη και τη γνώση, δηλαδή «οργανωμένο».

Η είσοδος στην «ιατρικοποιημένη» νόσο αποτελεί την αρχή μίας περιόδου επαναπροσαρμογής σε μία νέα μορφή ζωής, όχι μόνο βιοιατρικής, αλλά σχεσιακής, συναισθηματικής, αισθητικής. Αποτελεί επίσης μια ναρκισσιστική επαναξιολόγηση. Αυτό που ονομάζουμε «δευτερεύων κέρδος της νόσου» βρίσκεται πάντα σε μία προοπτική απαίτησης αγάπης, εκτίμησης, φροντίδας σε βάρος της λιβιδινικής επένδυσης των προσφιλών αντικειμένων, οικογενειακών ή επαγγελματικών. Αυτός ο μηχανισμός είναι εμφανής στις εγωκεντρικές συμπεριφορές αλλά και στις συμπεριφορές αποφυγής, καθυστέρησης και δραπετεύσης.

Το ερώτημα είναι τι γίνεται όταν αυτή η ναρκισσιστική επαναξιολόγηση δεν ευνοείται από το περιβάλλον, είτε το οικογενειακό είτε το ιατρικο-νοσηλευτικό. Σ' αυτή την περίπτωση η αντίδραση του ασθενούς είναι ανάλογη αυτής του ψυχοθεραπευτικού ασθενούς. Αποσύρεται στη σιωπή του. Τι αποφεύγει; Φαίνεται ότι προσπαθεί να αποφύγει την εμπειρία του «βασικού σφάλματος». Δραπετεύει

προς μία νέα μοναξιά για να αναζητήσει καινούργιες δημιουργίες, καινούργια προαντικείμενα ευχαρίστησης. Οι παλινδρομήσεις βρίσκουν σ' αυτές τις καθηλώσεις την αφετηρία τους.

Ο Φρόνυτ στην εποχή του είχε υποθέσει αυτό που όλοι γνωρίζουμε. Ότι η νόσος προκαλεί μια απόσυρση της λίμπιντο και μία υπερχρή του ναρκισσισμού.

Πέρα από την περιγραφή της, αυτή η διαπίστωση μας παραπέμπει στη σχέση ναρκισσισμού και ενόρμησης Θανάτου. Κατά βάθος, η ναρκισσιστική υπεραξιολόγηση συνοδεύεται από την «κατασκευή» ενός κακού αντικειμένου που πρέπει να εξοντωθεί. Αλλά αυτή η εξόπτωση προϋποθέτει την πεποίθηση ότι ο ασθενής είναι για τους άλλους αντικείμενο αγάπης, αλλιώς αναδύεται το άγχος εγκατάλειψης, αποχωρισμού, χωρισμού, απώλειας και κατακερματισμού. Ταυτόχρονα εμφανίζεται —επανεμφανίζεται— η κατάσταση της αρχικής απελπισίας. Η σύσταση αντικειμένων αγάπης ή επιθετικότητας είναι μία προσπάθεια εξόδου από αυτόν τον «μαρασμό» ο οποίος είναι εμποτισμένος από ανικανότητα. Πρέπει λοιπόν να ενδιαφερθούμε για την παλινδρόμηση του ασθενούς στο πλαίσιο δύο προοπτικών. Εάν βλέπουμε μόνο μια «πτώση» προς την απάθεια και την αποεπένδυση των αντικειμένων, τότε μπορεί να οδηγήσουμε τον ασθενή προς την αίσθηση ότι τον εγκαταλείπουμε. Αντίθετα, εάν ανιχνεύουμε μία προσπάθεια δημιουργίας νέων αντικειμένων, που να είναι συμβατά με τη νέα σωματική του κατάσταση, μια επιστροφή δηλαδή σε μία πρωταρχική διαδικασία δημιουργίας, πρέπει να θέτουμε το ερώτημα σε ποια μορφή ψυχικής και κοινωνικής ζωής κατευθύνεται ο ασθενής. Πολλές φορές οι συγγενείς, οι θεραπευτές, αλλά και το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό ρωτάνε τι μπορούν να κάνουν βλέποντας ότι ο ασθενής παλινδρομεί. ***Αν ορίζουμε τη θεραπεία όχι σαν μέσο επιβίωσης αλλά σαν μία επιθυμία ζωής, αν θεωρούμε απαραίτητη για την έκφρασή αυτής της επιθυμίας την «ευθυμία», δηλαδή τη χαρά μέσα στον χρόνο που περνάει όπως την είχε ορίσει ο Φύλων ο Αλεξανδρεύς, τότε μόνο ένα πράγμα μπορείς να κάνεις. Χωρίς γνώση και μνήμη, να προσπαθήσεις να μάθεις*** (Αλεξανδρεύς, 2006).

INTEPΛΟΥΔΙΟ V: Lacrimoso

Ευρυδίκη Ε.

Η μητέρα της Ευρυδίκης, τριάντα πέντε χρονών, είναι επιθετική στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και φαίνεται να είναι το κυρίαρχο πρόσωπο στην οικογένεια. Αφηγείται με έντονη συναισθηματική χροιά την περιπέτεια υγείας της κόρης της. Πυρετός και βήχας στην αρχή που τους ανάγκασε να προσφύγουν στο γενικό νοσοκομείο της επαρχιακής πόλης όπου ζούσαν τότε, πριν έρθουν στην Αθήνα. Η διάγνωση ήταν πνευμονία μετά το εύρημα μίας μικρής σκιάς στον δεξί πνεύμονα. Χορηγήθηκε αντιβιοτική αγωγή και τα συμπτώματα υποχώρησαν.

Μετά από δύο χρόνια έρχονται στην Αθήνα για επαγγελματικούς λόγους, αλλά τέσσερις μήνες μετά την εγκατάστασή τους η Ευρυδίκη παρουσιάζει έντονη κόπωση και δέκατα. Πηγαίνουν πρώτα σε ένα γενικό νοσοκομείο, όπου ο γιατρός, βλέποντας την προηγούμενη και την τωρινή ακτινογραφία συνιστά πλάγια ακτινογραφία, όπου εμφανίζεται μία σκιά μεγέθους πορτοκαλιού. Αναρωτιέται μπροστά στους γονείς γιατί οι συνάδελφοί του του γενικού νοσοκομείου της επαρχίας δεν συνέστησαν και αυτοί πλάγια ακτινογραφία της θωρακικής χώρας. Η μητέρα, μετά από αυτήν την παρατήρηση αισθάνεται ένοχη που η ίδια δεν είχε καταλάβει ότι «επρόκειτο για κάτι κακό». Της απάντησα υποστηρικτικά ότι η ίδια δεν είναι γιατρός, συνεπώς δεν ήταν υποχρεωμένη να γνωρίζει το πρόβλημα της κόρης της και ότι, σε κάθε περίπτωση, με την αρχική φαρμακευτική αγωγή τα συμπτώματα είχαν υποχωρήσει. Ακολούθησε παραπομπή σε παιδιατρικό νοσοκομείο, διότι η Ευρυδίκη ήταν τότε δεκατριών ετών.

Μετά τις απαραίτητες εξετάσεις, ανακοινώθηκε στους γονείς⁹³ ότι η κόρη τους πάσχει από «φλεγμονώδη ψευδο-όγκο» στον δεξί πνεύμονα μεγέθους πορτοκαλιού και ότι υπάρχουν μερικές μικρές εστίες στον αριστερό πνεύμονα. Διευκρινίζουν επίσης στους γονείς ότι αυτός ο ψευδο-όγκος μπορεί να οφείλεται σε ένα ανεύρυσμα, σε μία κύστη, κ.ά.

Λίγους μήνες μετά, ανακοινώνουν στους γονείς ότι η κόρη τους

⁹³ Κατά δήλωσή τους. Έχω την εντύπωση ότι δεν αποκάλυψαν την πραγματική διάγνωση στους γονείς και στην ίδια.

πρέπει να χειρουργηθεί διερευνητικά στην κάτω κοιλία διότι πιθανολογούν ότι βρήκαν καινούργιες «φλεγμονώδεις κύστες». Η εγχείρηση πραγματοποιείται και όταν οι γονείς ρωτούν τους γιατρούς τι ακριβώς βρήκαν, αυτοί τους απάντησαν με γενικολογίες του τύπου «ιστούς με άτυπης μορφής κύτταρα» και ότι ίσως αργότερα θα χρειαστεί να πραγματοποιηθεί ολική υστερεκτομή. Λίγες εβδομάδες μετά τους ενημερώνουν ότι υπάρχουν μεταστάσεις και στα οστά.

Η Ευρυδίκη αισθάνεται ότι με την εγχείρηση έχουν παραβιαστεί τα σωματικά της σύνορα και «φοβάται» ότι η πληγή θα ανοίξει και θα «χυθεί έξω το μέσα της».⁹⁴ Για μεγάλο χρονικό διάστημα δεν στρέφει το βλέμμα της προς την περιοχή των ραμμάτων και αρχίζει να πλένει την περιοχή αυτή πολύ αργότερα. Ακόμα και τώρα, αποστρέφει το βλέμμα της από την περιοχή της τομής. Στο νοσοκομείο οι γονείς ζήτησαν την βοήθεια ψυχολόγου, με την οποία η Ευρυδίκη συναντήθηκε μόνο δύο φορές. Ρωτώντας την πώς της φάνηκε η συνάντηση με την ψυχολόγο, μου είπε ότι τη ρωτούσε κοινοτοπίες (τί είδε στην τηλεόραση, ποια ρούχα της αρέσουν κ.ά.) και δεύτερο και βασικότερο τη συναντούσε με την παρουσία της μητέρας της. Εγώ ήθελα, λέει, να μιλήσω μόνη μου για τον εαυτό μου, για την αρρώστια μου, χωρίς να επηρεάζεται η μητέρα μου. Αργότερα, ξεπέρασε το πρόβλημα της τομής και μου ομολόγησε ότι ήμουν το μόνο πρόσωπο στο οποίο είχε μιλήσει για τον φόβο και την απέχθειά της για τη φαντασιστική ρωγμή στα σωματικά της σύνορα. Να σημειώσω ότι στη δεύτερη συνάντησή μας και μετά την αποκάλυψη αυτού του φόβου, την παρέπεμψα σε μία συνάδελφο χοροθεραπεύτρια με στόχο την οριοθέτηση των σωματικών της συνόρων.

Τις περισσότερες φορές επισκέπτονται την ογκολόγο στο ιατρείο της ιατρείας διότι «δεν την εύρισκαν ποτέ εύκαιρη» στο νοσοκομείο. Σύμφωνα με δήλωση της μητέρας της, η κόρη της έκανε τρεις κύκλους χημειοθεραπείας, χωρίς να ακολουθείται πιστά το πρωτόκολλο συχνότητας. «Μας τηλεφωνούσαν όποτε μπορούσαν και εμείς πηγαίναμε». «Μία φορά μάλιστα», μου λέει η μητέρα, «πήγα στο νοσοκομείο για να παραλάβω τις αιματολογικές εξετάσεις και με επέπληξαν διότι δεν είχα φέρει την κόρη μου για χημειοθεραπεία».

Η μητέρα της Ευρυδίκης μου αναφέρει ότι υπήρχε ένα τεράστιο πρόβλημα ασυνεννοησίας μεταξύ ογκολόγου και χειρουργού ο οποίος ήταν επιφυλακτικός για την εγχείρηση. Γι' αυτό πήγαν στη Θεσσαλο-

⁹⁴ Να σημειώσουμε εδώ ότι το «μέσα της» ενέχει ρόλο υποκειμένου και όχι αντικείμενου όπως θα μπορούσε να ερμηνευτεί αν έλεγε για παράδειγμα «αυτό ή αυτά που υπάρχουν μέσα μου».

νίκη να δουν έναν γνωστό θωρακο-χειρουργό, ο οποίος όμως τους δήλωσε ότι για να εγχειριστεί η Ευρυδίκη πρέπει πρώτα να συρρικνωθεί ο όγκος. Σύμφωνα με αυτόν, μπορεί να χρειαστεί να αφαιρεθεί όλος ο δεξιός πνεύμονας αλλά το πρόβλημα σε αυτήν την περίπτωση είναι οι εστίες που βρίσκονται στον αριστερό. Το άλλο πρόβλημα είναι ότι η χημειοθεραπεία φαίνεται ότι δεν έχει αποτέλεσμα και ίσως χρειαστεί να χορηγηθεί διαφορετικό φαρμακευτικό σχήμα.

Οι γονείς επιθυμούν να πάνε στο ογκολογικό κέντρο του Buffalo ή του Gratz αλλά οι ογκολόγοι είναι αρνητικοί. Υποστηρίζουν ότι οι ίδιες μέθοδοι εφαρμόζονται σε όλα τα ογκολογικά κέντρα και κανείς δεν θα αναλάβει τη χειρουργική επέμβαση.⁹⁵ Η μητέρα της Ευρυδίκης είχε ήδη κάνει διαδικτυακή έρευνα⁹⁶ και είχε δει ότι οι Αμερικανοί ογκολόγοι είχαν καταγράψει ποσοστό επιτυχίας της επέμβασης που αγγίζει το 30% στους ενήλικες και λίγο περισσότερο στα παιδιά. Η Ευρυδίκη δεν θέλει να πάει στο εξωτερικό και αντιδράει έντονα. Βέβαια «δεν γνωρίζει» τη διάγνωση της ασθένειάς της και νομίζει ότι την εγχείρησαν για να αφαιρέσουν κύστες.

Ο πατέρας, 42 ετών, είχε προσπαθήσει να ανοίξει μια επιχείρηση στον τόπο καταγωγής του αλλά καταστράφηκε οικονομικά. Αυτός ήταν και ο λόγος που ήλθαν στην Αθήνα. Ελάχιστα συμμετέχει στις συζητήσεις μας, ίσως έχει συμβιβαστεί με την ιδέα ότι η κόρη του είναι πολύ άρρωστη και έχει κάνει πρόωρο αποχαιρετισμό.

Η αδελφή της, δύο χρόνια μικρότερη, χαρακτηρίζεται σαν «καπετάν φασαρίας», αλλά λόγω της νόσου, είναι παραμελημένη.

Η Ευρυδίκη είναι 15 χρονών, τριάντα οχτώ κιλά και έρχεται στηριζόμενη από τους γονείς της. Αναπνέει με μεγάλη δυσκολία. Έχει ένα μαντήλι στο κεφάλι και κάθεται δίπλα στη μητέρα της, με τρόπο κολλώδη θα έλεγα. Κοιτάει γύρω της με περιέργεια, κοιτάει κι εμένα καρτερικά. Τα μέλη της είναι συρρικνωμένα. Στην ερώτησή μου, απευθυνόμενος στην Ευρυδίκη, γιατί ήρθαν σε μένα, η μητέρα παίρνει αμέσως τον λόγο λέγοντας ότι η κόρη της δεν τρώει, είναι συνέχεια κλεισμένη στο δωμάτιο της, δεν βγαίνει καθόλου έξω, δεν συναντάει φίλους της, ούτε βλέπει τηλεόραση. Η Ευρυδίκη της ρίχνει επιθετικά βλέμματα αλλά δεν λέει τίποτα. Έχω την αίσθηση ότι έχει επαφή με

⁹⁵ Πιστεύω ότι τις περισσότερες φορές οι γιατροί έχουν δίκιο. Αυτό ίσως που λείπει είναι η ικανότητα της ανάληψης της εμπιστοσύνης, που πολλές φορές αγνοείται γιατί ο γιατρός δεν μπαίνει στον κόπο να εν συναισθανθεί τον ασθενή και το περιβάλλον του.

⁹⁶ Η διαδικτυακή έρευνα δημιουργεί τις περισσότερες φορές προβλήματα, διότι προσφέρει έτοιμη λύση αλλά χωρίς κριτική δυνατότητα πληροφορία.

το περιβάλλον σποραδικά και τον υπόλοιπο χρόνο ταξιδεύει σε έναν δικό της κόσμο σκέψεων. Αφήνω τη μητέρα να μιλήσει μερικά λεπτά παρακολουθώντας και τον πατέρα ό οποίος απλά συναινεί σιωπηλά και μετά λέω στην Ευρυδίκη: «τι λες, πάμε δίπλα να τα πούμε οι δυο μας»; Αμέσως σηκώνεται μόνη της, στηριζόμενη στον μηρό της μητέρας της και κατευθύνεται στο διπλανό δωμάτιο. Πάει να σηκωθεί και η μητέρα αλλά της λέω ότι θέλω να μιλήσω μόνον στην κόρη της.

Μπαίνοντας στον χώρο θεραπείας συνειδητοποιώ με έκπληξη ότι (τρομαγμένος;) κατευθύνομαι προς το γραφείο μου, λες και αυτό θα με προφύλασσε (sic) από τον θάνατο.⁹⁷ Αμέσως λέω στην Ευρυδίκη: «Είσαι μακριά από εδώ» και κάθομαι στη διπλανή της πολυθρόνα. Η ίδια κάθεται ακουμπώντας τα χέρια της στην εξωτερική επιφάνεια των μηρών της.

Την ρωτάω αν αληθεύει αυτό που είπε η μητέρα της, δηλαδή ότι είναι αποσυρμένη στο δωμάτιο της. «Όχι» μου απαντάει, «Η μητέρα μου δεν ξέρει τι λέει. Απλά έχω σταματήσει το σχολείο και δεν ξέρω πώς να περνάω την ώρα μου». Οι φίλοι της πήγαιναν σπίτι της με μάσκες λόγω της χαμηλής συγκέντρωσης λευκών αιμοσφαιρίων, αλλά η μητέρα της δεν τους αφήνει να ξαναπάνε γιατί βγάζουν τις μάσκες τους. Τη ρωτάω γιατί δεν βγαίνει έξω όταν οι αιματολογικές είναι καλές και μου απαντάει με τον πιο φυσικό τρόπο «Γιατί είμαι άρρωστη». «Τι έχεις» τη ρωτάω. «Φλεγμονή σε όλο μου το σώμα» και με κοιτάει περίεργα. Βλέποντας ότι θέλει να αναφερθεί στην αρρώστια της την αφήνω να μιλήσει αρκετή ώρα για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει και ουσιαστικά αναφέρει τα ίδια πράγματα που είπε και η μητέρα της, αλλά στο πρώτο πρόσωπο βέβαια.

Μετά από δέκα με δεκαπέντε λεπτά και αφού είδα ότι κουράστηκε της λέω: «... Φαίνεται ότι έχεις περάσει πολλά. Νοσοκομείο, εξετάσεις, χημειοθεραπείες, εγχειρήσεις... αναρωτιέμαι πώς αντέχεις...». Μου χαρίζει ένα πρώτο χαμόγελο και μου λέει ότι πράγματι έχει περάσει πολλά, αλλά αντέχει... ακόμα. Τη ρώτησα αν φοβάται, αναρωτώμενος αν στη θέση της εγώ θα ήμουν τρομοκρατημένος. «Τι να φοβάμαι,» λέει, «την αρρώστια μου»; «Ναι» της απαντάω, «τι έχεις τελικά»; «Φλεγμονή έχω, και ίσως πρέπει να πάω στο εξωτερικό, αλλά εγώ δεν θέλω. Επιμένουν οι γονείς μου, οπότε μία μέρα τους είπα να πάνε μόνοι τους».

Την ρώτησα κατόπιν αν αισθάνεται θυμό για την αρρώστια της.

⁹⁷ Λάθη κάνουμε όλοι μας στις ψυχοθεραπείες μας. Αυτά διορθώνονται στην πορεία της διαδικασίας με την προϋπόθεση ότι δεν παρεμποδίζουν τη διαθεσιμότητα του θεραπευτή.

«Ναι» λέει, «με πιάνει μερικές φορές κάτι, σαν μία ορμή να θέλει να βγει, αλλά τίποτα, έτσι κι αλλιώς δεν πρέπει. Αλλά τις τελευταίες εβδομάδες αισθάνομαι την ορμή αυτή κοντά στο να βγει. Αλλά πάει πάλι πίσω». «Από που θα έβγαινε, από το στόμα σου με βρισιές»; «Όχι, από την τομή της εγχείρησης. Και θα ήταν πολύ βρώμικο αυτό που θα έβγαινε». «Κάτσε βρε Ευρυδίκη, τώρα με μπέρδεψες. Μου μιλάς για έναν φόβο, μία ορμή που δεν βγαίνει, αναρωτιέμαι αν εγώ θα μπορούσα να τα κρατήσω όλα αυτά μέσα μου, ίσως να σήκωνα ψηλά τα χέρια». «Μου συμβαίνει και μένα να θέλω να τα παρατήσω όλα, να σταματήσω να πολεμάω, μερικές φορές αισθάνομαι πολύ κουρασμένη, άλλες φορές βαριέμαι αφάνταστα». «Χμμμ, γι' αυτό είσαι τόσο αδύναμη... γι' αυτό δεν τρως και δεν βγαίνεις έξω»; «Τι θέλετε να κάνω, αφού η μητέρα μου μου απαγόρευσε τις φίλες μου γιατί βγάζουν τις μάσκες τους. Σπάνια μ' αφήνει να βγω έξω, τι να κάνω, βαριέμαι και ξεχνάω να φάω».

Φεύγοντας άπλωσε το χέρι της στην βιβλιοθήκη μου σ' ένα βιβλίο που είχα ακουμπισμένο και με ρώτησε αν μπορούσε να το δανειστεί. Χωρίς δισταγμό απάντησα καταφατικά.

Μετά από 10 μέρες μίλησα με τη χοροθεραπεύτριά της που μου είπε ότι η Ευρυδίκη άρχισε να χορεύει χαλαρά, να γελάει και ζωγράφιζε μία θάλασσα με καράβια χρησιμοποιώντας τον θαλασσί μαρκαδόρο. Σε μία επόμενη συνεδρία διάλεξε τον κόκκινο μαρκαδόρο και ζωγράφιζε μία κηλίδα. Μετά ρώτησε τη θεραπεύτρια γιατί της είχα δώσει αυτό το συγκεκριμένο βιβλίο να διαβάσει. «Αυτό μιλάει για θάνατο», λέει.⁹⁸

Σε μια επόμενη συνεδρία μας, μίλησα πρώτα για λίγο με τους γονείς, οι οποίοι μου είπαν ότι η κόρη τους τρώει κανονικά, έχει πάρει 1800 γραμμάρια, γελάει πολύ και διαβάζει το βιβλίο που της έδωσα. Μετά την πρώτη συνάντησή μας είχαν πάει βόλτα στον Λυκαβηττό, όπου η Ευρυδίκη, λικνιζόμενη, κοιτούσε τη θέα. Επιπλέον έφαγε όλη την τυρόπιττα της μητέρας της. Είπε στους γονείς ότι ήταν πολύ ευχαριστημένη που μου μίλησε. Τις επόμενες μέρες έφτιαξε ένα καθημερινό πρόγραμμα και πήγαινε στο σχολείο της σαν επισκέπτρια αλλά και στα μαγαζιά.

Ακολουθεί η καθιερωμένη face to face συνεδρία με την Ευρυδίκη. Φοράει ένα όμορφο μαντήλι στο κεφάλι (λόγω της χημειοθεραπείας δεν έχει μαλλιά) και καθόμαστε στις ίδιες θέσεις. Η διαφορά με τις προηγούμενες φορές είναι ότι «απλώθηκε» χαλαρά στην πολυθρόνα.

⁹⁸ Είχε πάρει το βιβλίο «Θα σε βρω στον παράδεισο». Το λάθος μου είναι ότι δεν είχα προσέξει ποιο βιβλίο είχε πάρει, αλλά τελικά, όπως θα δούμε παρακάτω, η επόμενη συνεδρία, με αφορμή το βιβλίο, κύλησε ομαλά.

Καταλαβαίνω ότι κάτι έχει να μου πει και σιωπαίνω. Με κοιτάει έντονα και με ρωτάει: —«Είμαι πολύ άρρωστη;

—Εσύ τι πιστεύεις; τη ρωτάω.

—Έχω την κακιά αρρώστια;

—Ποια είναι η κακιά αρρώστια;

—Στο νοσοκομείο που πάω, εκεί που κάνω χημειοθεραπεία, γράφει έξω από την πόρτα ογκολογικό-αιματολογικό τμήμα. Όγκο πρέπει να έχω, καρκίνος δεν είναι αυτό; Έτσι τουλάχιστον λένε οι γιατροί μεταξύ τους.

—Ο καρκίνος είναι και αυτός μία αρρώστια που έχει πολλές μορφές. Μία απ' αυτές είναι και η δική σου. Οι γιατροί ψάχνουν να βρουν τον κατάλληλο τρόπο να τον αντιμετωπίσουν, αλλά χωρίς τη δική σου βοήθεια είναι πολύ δύσκολο.

—Θα πεθάνω;

—Κάποια στιγμή ναι, όπως όλοι μας. Αν ρωτάς το πότε, αυτό δεν το γνωρίζω. Τώρα όμως ζεις.

—Μα κάνω ότι μπορώ!

—Α, όταν σου πρότειναν να πας στο εξωτερικό, αντέδρασες τελείως αρνητικά. Επίσης πριν από τις χημειοθεραπείες αντιδράς άσχημα και φωνάζεις ότι δεν θέλεις. Αλλά και μετά κάνεις συνέχεια εμετούς, και πολλοί απ' αυτούς είναι από τα νεύρα σου όπως λένε οι γιατροί. Πώς λες ότι κάνεις ότι μπορείς; Αλλά ας πάμε παρακάτω. Με ρωτάς αν θα πεθάνεις. Μα με τη συμπεριφορά σου κάθε μέρα πεθαίνεις. Δεν τρως, δεν βγαίνεις έξω από το σπίτι σου, δεν μιλάς και δεν συναντάς κανέναν. Αν πεθάνεις τώρα, γιατί εκεί το πας, θα είσαι εκεί πάνω και θα κοιτάς τους περισσότερους ανθρώπους να χαίρονται τη ζωή περιμένοντας τη σειρά τους.

—Χα, χα, γι' αυτό μου δώσατε εκείνο το βιβλίο».

Δεν της είπα ότι το πήρε μόνη της.

Ακολούθησε μία μικρής διάρκειας σιωπή και μετά βγάζει το πουλόβερ της, τραβάει λίγο τη μπλούζα της και μου δείχνει την αρχή της τομής και τον Χίκμαν.⁹⁹ «Αυτή είναι τώρα, μία τρύπα που μπορεί να ανοίξει βίαια» μου λέει. «Όχι» της απαντάω ανεβάζοντας το βλέμμα μου από την τομή στα μάτια της, κατά κάποιον τρόπο οριοθετώντας την, «εσύ αυτή είσαι και τώρα επικοινωνείς μαζί μου». Φαίνεται να κατάλαβε.

⁹⁹ Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε μακροχρόνια χημειοθεραπεία φέρουν κεντρικό φλεβικό καθετήρα τύπου Hickman.

Σε κάποια άλλη συνεδρία της ζητάω να μου περιγράψει τη μητέρα της. Το βλέμμα της αgridεύει και απαντάει ότι είναι πολύ απόλυτη και άκαμπτη, παρ' όλο που τώρα με την αρρώστια έχει αλλάξει. «Γι' αυτήν δεν πρέπει να δείχνουμε τα συναισθήματά μας, ούτε την τρυφερότητά μας, δεν πρέπει να δείχνουμε τίποτα. Η μάλλον να μην έχουμε καθόλου δικά μας συναισθήματα. Μόνο αυτή έχει το δικαίωμα. Έχει σιδερένια θέληση και τώρα που είμαι άρρωστη, δεν σταματάει να τρέχει. Μμμ, όταν ήμουν μικρή, έπρεπε να ζητήσουμε άδεια για να πιούμε ένα ποτήρι νερό από το ψυγείο. Εμένα προσπαθούσε να με κάνει όπως θέλει αυτή, δεν έπρεπε να απαντάμε, δεν είχαμε καν το δικαίωμα να την κοιτάμε. Θυμάμαι ότι πάντα κατέβαζα το βλέμμα αποφεύγοντας να την κοιτάξω. Δεν είχα το δικαίωμα να ζητήσω τίποτα, τελικά ήταν πολύ αυστηρή. Πάντα ήθελα να είμαι πιο ανέμελη, πιο διαφορετική, και δεσ, αυτό έχει γίνει με την αρρώστια, τώρα ότι θέλω κάνω.¹⁰⁰ Μακάρι να θεραπευόμουν και να κρατούσα αυτήν τη ζωή. Να φανταστείς ότι με σένα είναι η πρώτη φορά που κοιτάω κάποιον και δεν κατεβάζω το βλέμμα μου».¹⁰¹

Την ρωτάω πώς θυμάται τα παιδικά της χρόνια. Μου απαντάει ότι γι' αυτήν δεν υπήρχαν παιδικά χρόνια. «Είναι σαν να γεννήθηκα μεγάλη. Αντί για παράδειγμα να πηγαίνω να παίζω με τις φίλες μου, καθόμουν με τη μαμά και τις θείες μου και συζητούσαμε σοβαρά θέματα. Ήταν αδιανόητο να παίζω με κούκλες. Τώρα όμως που έχω αρρωστήσει, έχω ένα αρκουδάκι που δεν το αποχωρίζομαι ποτέ. Όταν ήμουν μικρή είχα ένα που το αγαπούσα πολύ, αλλά η μαμά το πέταξε γιατί είπε ότι ήταν βρώμικο».

Συνεχίζει λέγοντας ότι όταν ήταν παιδί αλλά και τώρα «αισθανόταν διαφορετική από τους άλλους, κάπου έξω απ' αυτούς, λίγο σαν θεατής. Να, για παράδειγμα, όταν φέρναμε με την αδελφή μου φίλους στο σπίτι, είχα την αίσθηση ότι δεν συμμετείχα, ότι δεν διασκέδαζα, ότι ήμουν απ' έξω, ότι παρατηρούσα. Αισθανόμουν ένα μεγάλο βάρος. Θλίψη και φόβο αισθάνθηκα όταν φύγαμε από το σπίτι μας και ήρθαμε στην Αθήνα. Σαν να μου αφαιρούσαν κάτι για πάντα».¹⁰²

Στην ερώτησή μου αν αισθάνεται οργισμένη με τη μητέρα της,

¹⁰⁰ Η Ευρυδίκη είναι ένα από τα πολλά άτομα που συσχετίζουν την αρρώστια τους με μία αλλαγή της στάσης τους, κυρίως με μία διεκδίκηση αυθεντικής ύπαρξης. Πριν την ασθένεια αισθανόντουσαν ότι «βρίσκονται έξω από το κάδρο», ότι «περπατάνε στο πεζοδρόμιο και οι άλλοι στον δρόμο» κ.ά.

¹⁰¹ Πήρε την πρωτοβουλία και άρχισε να μου μιλάει στον ενικό.

¹⁰² Πολλοί κλινικοί έχουν υποθέσει ότι προηγείται του καρκίνου μία απώλεια την οποία δεν μπορεί να «ψυχοποιηθεί» -να συνδέσει με αναπαραστάσεις- ο ασθενής.

μου απάντησε αρνητικά, αλλά μου επισήμανε ότι πάντα είχε ένα πόνο στο στήρνο.

Η Ευρυδίκη πήγε τελικά στην Αμερική, αλλά εκεί οι γιατροί διαπίστωσαν ότι δεν μπορούν να την εγχειρίσουν και πρότειναν να ακολουθηθεί ένα πρωτόκολλο μιας πειραματικής χημειοθεραπείας. Πήγα πολλές φορές στο νοσοκομείο να την επισκεφτώ γιατί έλεγε ότι με είχε ανάγκη και πάντα ήθελε να σηκώνεται από το κρεβάτι και να πηγαίνουμε μόνοι μας στην καφετέρια του νοσοκομείου να μιλήσουμε. Σ' ένα διάλειμμα της χημειοθεραπείας έκανε Πάσχα στον τόπο καταγωγής τους, αλλά λίγες μέρες αφότου γύρισε, η κατάσταση της υγείας της επιδεινώθηκε και «έφυγε» γαλήνια ένα βράδυ.

Ένα θέμα που προκύπτει στους κλινικούς που ασχολούνται με καρκινοπαθείς τελικού σταδίου είναι αν θα πάνε στην κηδεία του ασθενούς τους. Κυριάρχησε και σε μένα ένας παρανοϊκός φόβος ότι το περιβάλλον θα με θεωρήσει υπεύθυνο που ο άνθρωπός τους δεν επέζησε.¹⁰³ Τον νίκησα **και** αυτήν τη φορά και πήγα στην κηδεία, όπου αισθάνθηκα ότι όλοι με κοιτούσαν υποτιμητικά. Αλλά αποδείχτηκε ότι η αίσθηση αυτή δεν ήταν πραγματική.¹⁰⁴

¹⁰³ Η λειτουργία της «επανόρθωσης» έχει μεγάλο ψυχικό κόστος.

¹⁰⁴ Χρόνια αργότερα η αδελφή της θέλησε να κάνει ψυχοθεραπεία μαζί μου. Ένα από τα πρώτα πράγματα που μου είπε ήταν ότι τη μέρα της κηδείας η παρουσία μου της έδινε στήριξη να συνεχίσει τη ζωή της.

Ομαδική Ψυχοθεραπεία Καρκινοπαθών

Προτείνουμε, ακολουθώντας τον Yalom (2007), τη μελέτη τριών φάσεων ανάπτυξης των μικρών ομάδων με ασθενείς που πάσχουν από καρκίνο:

- Διστακτική συμμετοχή
- Συγκρούσεις, ανυπακοές, κυριαρχία
- Συνεκτικότητα

Παράλληλα οι θεραπευτές, κατά τη διάρκεια της λειτουργίας την ομάδας καλούνται να απαντήσουν στα παρακάτω ερωτήματα που θέτει ο Ringler K.E (1981).

- Πρέπει να δημιουργηθεί αυτή η ομάδα;
- Μπορεί να λειτουργήσει;
- Πώς μπορεί να λειτουργήσει;

Αυτοί οι δύο αστερισμοί ερωτημάτων πρέπει να μελετώνται μαζί, λόγω της μεγάλης συνάρτησης που υπάρχει μεταξύ τους.

Πιστεύουμε ότι η θεραπεία ομάδας είναι μία ιδανική ψυχοθεραπευτική τεχνική διότι καλύπτει τους παρακάτω τομείς:

Υπαρξιακά Άγχη

Ο καρκίνος, πέρα από μία εισβολή στο σώμα είναι και μια επίθεση στην ψυχή, που απειλεί την αίσθηση Εαυτού αλλά και το μέλλον. Όσο αβέβαιο είναι το μέλλον, τόσο πιο πολύτιμο γίνεται. Ο καρκίνος ενεργοποιεί τις πιο ακραίες υπαρξιακές ενασχολήσεις που σύμφωνα με τον Yalom (1980) είναι η απομόνωση, το νόημα, η ελευθερία και ο θάνατος. Οι θεμελιώδεις αυτές ενασχολήσεις τρομοκρατούν τον ασθενή αλλά ταυτόχρονα μπορούν να μετατραπούν σε ευκαιρία μίας νέας υπαρξιακής διαπραγμάτευσης και σχεδιασμού. Αυτήν ακριβώς την ευκαιρία σχεδιασμού του μέλλοντος με νέα νοήματα προσφέρει η ομαδική ψυχοθεραπεία.

Ο καρκίνος είναι μία απομονωτική εμπειρία. Ο ασθενής τρομοκρατείται από τη διάγνωση, αλλά το ίδιο γίνεται και με τα προσφιλή του άτομα. Δημιουργείται ξαφνικά ένα χάσμα ανάμεσα στο κάποτε υγιές άτομο και στα πρόσωπα που το περιβάλλουν, τα οποία πρέπει και αυτά να αντιμετωπίσουν τα δικά τους υπαρξιακά προβλήματα αλλά και τα προβλήματα της καθημερινότητάς τους. Αυτό το χάσμα

είναι δύσκολο να γεφυρωθεί. Συνήθως ένα μέλος της οικογένειας αναλαμβάνει τον ρόλο του σταθερού και δυνατού ατόμου που στηρίζει τα υπόλοιπα. Το μέλος αυτό μπορεί να είναι ένα από τα παιδιά, συνήθως ένα κορίτσι.¹⁰⁵

Στο πλαίσιο αυτού του χάσματος, η ανάγκη για σύνδεση είναι πολύ μεγάλη, όμως η ικανότητα πραγματοποίησής της είναι μειωμένη. Οι ασθενείς αισθάνονται ότι κανείς δεν μπορεί να τους καταλάβει πραγματικά και να κατανοήσουν οι άλλοι τον Γολγοθά τους. Επίσης, μπορούν να αισθανθούν την ανάγκη να προστατεύσουν τους οικείους τους από το βίωμα του πόνου τους.¹⁰⁶ Συχνά, δεν μοιράζονται μαζί τους τα καθημερινά τους προβλήματα, πιστεύοντας ότι αυτά έχουν ελάχιστη σημασία σε σύγκριση με τη νόσο. Αυτή όμως η έλλειψη αμοιβαίας επικοινωνίας και μοιράσματος ενισχύει τελικά την αίσθηση της απομόνωσης, που με τη σειρά της ενισχύει το άγχος θανάτου, μιας και αυτό το τελευταίο συγγενεύει με την αίσθηση της μοναξιάς. Δεν πρέπει να ξεχνάμε επίσης έναν σημαντικό μεταψυχολογικό επιβαρυντικό παράγοντα, που στους καρκινοπαθείς είναι ασύνδετος και συνεπώς χωρίς έλεγχο. Αναφερόμαστε στην **ενόρμηση θανάτου** του Φρόυντ, στο **ένστικτο θανάτου** του Marty M. (1976), στην **mortido** του Federn P (1952) και στον **Anubis** του Grunberger B. (1989) στη συμπληρωματική μορφή του ναρκισσισμού δηλαδή.

Συμπερασματικά, η κοινωνική απομόνωση βιώνεται στους καρκινοπαθείς σαν αγγελιοφόρος θανάτου. Όπως γράφει και ο Yalom, «*εάν ο καθένας είναι τελικά μόνος του σε ένα αδιάφορο κόσμο, τότε τι νόημα έχει η ζωή*»; (1986, σ. 9) Είναι ευνόητο λοιπόν ότι για τον καρκινοπαθή ασθενή, η παρουσία σε μία ομάδα με άλλους καρκινοπαθείς είναι ένα δυνατό αντίδοτο στην αίσθηση της απομόνωσης.

Συναισθηματική Έκφραση

Υπάρχει η πεποίθηση στην εκλαϊκευμένη ψυχολογία ότι είναι σημαντικό να έχει κανείς μία «θετική στάση» και να αποφεύγει, να αποκλείει

¹⁰⁵ Στους «Γιατρούς του Κόσμου», είχα αναλάβει ψυχοθεραπευτικά μία οικογένεια Βοσνίων, της οποίας η σύζυγος είχε καρκίνο στις ωοθήκες. Το ρόλο του σταθερού ατόμου τον είχε η κόρη, τότε δέκα έξι χρονών. Το παράδοξο και το δύσκολο σε αυτήν τη θεραπεία ήταν ότι η κόρη είχε τραυματιστεί ψυχικά διότι στο Σαράγιεβο, στην ταρατσα του σπιτιού της ήταν μάρτυρας των πρώτων αεροπορικών βομβαρδισμών, όπου σκοτώθηκε η καλύτερή της φίλη. Έκτοτε, όποτε άκουγε αεροπλάνο, έφευγε πανικόβλητη από τον χώρο θέλοντας να βγει σε εξωτερικό χώρο.

¹⁰⁶ Το έχουμε δει πλείστες όσες φορές.

ακόμα και να αρνείται με οποιονδήποτε τρόπο τα «αρνητικά συναισθήματα». Από την άλλη πλευρά ο καρκινοπαθής βιώνει αναπόφευκτα σκοτεινά συναισθήματα, φόβο, οργή και θλίψη. Πολλοί καρκινοπαθείς και οι οικογένειές τους «κλείνονται» σε ένα «κελί θετικών συναισθημάτων» πιστεύοντας ότι αυτά είναι το υπέρτατο όπλο της μάχης κατά του νεοπλάσματος. Όμως, τα αρνητικά συναισθήματα για τον καρκίνο είναι αναπόφευκτα. Είναι απόλυτα φυσικό ο ασθενής να πονάει, να φοβάται, να είναι θυμωμένος και θλιμμένος για το ότι του συμβαίνει και πώς αυτό επηρεάζει τα αγαπημένα του άτομα. ***Η θεραπευτική πρόκληση είναι πώς και πότε ο ασθενής θα εκφράσει αυτά τα συναισθήματα και όχι πώς θα τα καταπνίξει.***¹⁰⁷ Πολλοί ασθενείς συνειδητά και δραστηρικά επιδιώκουν το μοίρασμα των αρνητικών συναισθημάτων τους. Για άλλους τα συναισθήματα θα θαφτούν σε ένα «υπόγειο» του ψυχισμού τους ή ακόμα και του σώματός τους.

Πιστεύουμε, μετά από την εμπειρία μας με τον συντονισμό ομάδων καρκινοπαθών, ότι η λεκτική έκφραση όλων αυτών των αρνητικών συναισθημάτων μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερη ποιότητα ζωής και να βοηθήσει τη θεραπεία.

Υπάρχει όμως και ένας άλλος λόγος, δομικός αυτή τη φορά, που η συναισθηματική έκφραση είναι απαραίτητη για την αλλαγή της ομοιοστασίας του ψυχοσωματικού οργανισμού. Ο λόγος είναι το σύμπτωμα της αλεξιθυμίας αλλά και η αιτιοπαθογένεση της που περιγράψαμε σε προηγούμενο κεφάλαιο, αλλά και η ύπαρξη της «θεμελιώδους κατάθλιψης» και της «χρηστικής ζωής» που περιέγραψαν οι P.Marty και οι επίγονοί του. Το ερώτημα τίθεται ως εξής: Δεν είναι *sine qua non* θεραπευτικό τα άτομα που σωματοποιούν, συνεπώς που λειτουργούν με τα προαναφερθέντα συμπτώματα και ψυχικές δομές, να βρεθούν σε περιβάλλον όπου η συναισθηματική τους έκφραση θα διευκολυνθεί; Θεωρούμε ότι το περιβάλλον της ομαδικής ψυχοθεραπείας είναι ιδανικό γι' αυτήν τη λειτουργία με το γεγονός και μόνο της λειτουργίας της «συνήχησης» στο πλαίσιο της δυναμικής της ψυχοθεραπευτικής ομάδας (Foulkes, 1970).

Κοινωνική Στήριξη

Η κοινωνική στήριξη είναι απαραίτητη στη συναισθηματική και οργανική ευημερία. Οι Berkman και Syme (1979) κατέδειξαν τη σχέ-

¹⁰⁷ Ίσως ο αποκλεισμός των αρνητικών συναισθημάτων να εξυπηρετεί περισσότερο τον θεραπευτή.

ση μεταξύ κοινωνικών δεσμών και θνησιμότητας. Φαίνεται ότι το ρίσκο που συνδέεται με την ανεπάρκεια κοινωνικής στήριξης είναι αντίστοιχο με αυτό του καπνίσματος ή της υψηλής χοληστερόλης στο πλάσμα. Πρόσφατες συστηματικές μελέτες άρθρων που πραγματεύονται τον ρόλο της κοινωνικής στήριξης στην πορεία οργανικών νόσων την έχουν συσχετίσει με τον καρκίνο του μαστού (Nausheen, Gidron, Peveler, & Moss-Morris, 2009) αλλά και με τους δείκτες της ευημερίας των καρκινοπαθών. Επίσης, ένα έλλειμμα κοινωνικής στήριξης σε ασθενείς τελικού σταδίου, σχετίζεται με την επιθυμία ενός βεβαιωμένου θανάτου, δηλαδή αντιστοιχεί στη φάση της παραίτησης της Kubler-Ross (1986).

Οι στόχοι της ομαδικής ψυχοθεραπείας είναι πολλοί. Περιλαμβάνουν την αμοιβαία υποστήριξη, τη δεκτικότητα και τη συναισθηματική έκφραση, την οικογενειακή στήριξη, την ενσωμάτωση της εικόνας εαυτού και της ενδεχόμενης νέας σωματικής εικόνας, τη μεγαλύτερη δραστηριότητα, την καλύτερη σχέση ασθενή και νοσηλευτικού προσωπικού, την αποτοξίνωση της έννοιας θανάτου και την επαναξιολόγηση των προτεραιοτήτων της ζωής.

Ένα κλινικό παράδειγμα της λειτουργίας της αποτοξίνωσης της έννοιας του θανάτου στο πλαίσιο των θεραπευτικών ομάδων καρκινοπαθών σε νοσοκομειακό χώρο είναι το παρακάτω:

Γιώργος: «—...Ναι, κάτι έγινε και με ενόχλησε.

Μαρία: —Τι έγινε ρε Γιώργο;

Γιώργος: —Να, πέθανε κάποιος στο 304, μία γυναίκα. Εγώ είμαι στο 302. Είχα το ραδιοφωνάκι ανοιχτό, άκουγα εγώ, ο διπλανός μου δεν μπορούσε να ακούσει, λοιπόν μία διπλή αυτής που πέθανε, κάτι ήθελε από το δωμάτιο και ήλθε, μπαίνει μέσα και έρχεται πάνω από το κρεβάτι μου και ακούει το ραδιόφωνο, μου λέει, “ακούς ραδιόφωνο;” “Ναι” της λέω “Δεν ντρέπεται;” μου λέει “Δεν την έχουν βγάλει ακόμα, είναι πεθαμένη...”

Έφη: —Βέβαια, βέβαια, η ψυχή της δεν έχει φύγει.

Γιώργος: —Τη ρωτάω, “Συγγενής σας είναι;” “Όχι” μου λέει “Ε, ούτε και μένα είναι συγγενής της απαντάω” “και ούτε και ξέρω αν πέθανε”. Και μου λέει ότι είναι από τη Θεσσαλονίκη...

Άννα: —Κάνουμε και διακρίσεις;

Γιώργος: —Έτσι είναι, και μου λέει, “Δεν ντρέπεται;” Αλλά βέβαια είναι ιδιοτροπίες μίας όχι έμπειρης γυναίκας.

Θεραπευτής: —Έμπειρης γυναίκας;

- Γιώργος: —Ναι, δηλαδή δεν έχει δει πολλούς θανάτους. Δηλαδή τι; Θα πενθήσει όλη η Ελλάδα; Από τότε δεν μου μιλάει. Την έχω συναντήσει δέκα φορές, δεν μου λέει ούτε καλημέρα.
- Έφη: —Πληγώθηκε, δεν το καταλαβαίνεις;
- Γιώργος: —Δηλαδή πρέπει να τη σταματήσω μία φορά και να της πω καλημέρα; Μπορεί έτσι να έρθω σε επικοινωνία. Γιατί με ενοχλεί που δεν μου μιλάει. Αν σου πω καλημέρα, δεν έρχομαι σε επικοινωνία μαζί σου»;

Στο ερώτημα **αν πρέπει να λειτουργήσει** μία ομάδα με καρκινοπαθείς η απάντηση είναι αναντίρρητα θετική. Ένα κλινικό παράδειγμα είναι το παρακάτω:

- Έφη: « —Άντε γεια και να ευχηθούμε καλή χρονιά;
- Θεραπευτής: —Καλή χρονιά από τώρα; Αφού έχουμε συνάντηση την παραμονή της Πρωτοχρονιάς!
- Άννα: —Δηλαδή δεν θα μας εγκαταλείψεις όπως οι άλλοι;
- Γιώργος: —Πράγματι, είναι μία σημαντική ημέρα. Πρώτα ο Θεός και θα έλθουμε αν είμαστε καλά. »

Αλλά και στο ερώτημα **αν μπορεί να λειτουργήσει** μία ομάδα καρκινοπαθών η απάντηση είναι θετική. Όχι με την έννοια ότι μπορεί να προσφέρει στήριξη «ακτινοβολώντας» θετική ενέργεια όπως είδαμε παραπάνω. Η συνεχής προσφορά του στήθους από τη μητέρα δεν είναι κατά τη γνώμη μας η καλύτερη μέθοδος βοήθειας. Η ομάδα καρκινοπαθών μπορεί να λειτουργήσει έστω και εάν αποτελείται από «ψυχικά σιωπηλά» άτομα διότι πέραν των άλλων, όπως είπαμε, χάρη της συνήχησης, η ομάδα είναι ένας ζωντανός οργανισμός, συνεπώς είναι ικανή να «παρασύρει στη ζωή». Επιπλέον, η ομάδα παλινδρομεί στο «Πρωτονοητικό Σύστημα» του Bion, ή στον «Χώρο Δημιουργίας» του Balint στον τόπο δηλαδή της καθήλωσης των σωματοποιήσεων από το οποίο μπορεί να εξελιχθεί φυσιολογικά.

Τεχνικά Χαρακτηριστικά

Ένα άλλο ερώτημα είναι **πώς μπορεί να υπάρξει** μία ομάδα καρκινοπαθών. Θεωρούμε ότι είναι σημαντικό να αναφερθούμε σε μία *sine qua non* προϋπόθεση. Είναι απαραίτητο το νεόπλασμα να μετατραπεί σε μεταβατικό αντικείμενο και πολλές φορές ο θεραπευτής

να ταυτίζεται με αυτό και έτσι ο ασθενής να τον αντιλαμβάνεται σαν καρκίνο. Ο θεραπευτής δηλαδή να αναλάβει τον ρόλο μίας λειτουργίας (Kohut, 1991). Διαφορετικά δεν θα ξεφύγει ποτέ από τη μονοτονία της δοσολογίας, ούτε θα δεχτούν τα μέλη της τον θεραπευτή σαν ψυχικό θεσμό.

Είναι απαραίτητο κατά τη γνώμη μας να δώσουμε έμφαση σε δύο χαρακτηριστικά που ορίζουν την ομαδική θεραπεία σαν ένα κατάλληλο μέσο θεραπείας τουλάχιστον στον νοσοκομειακό χώρο.

Το πρώτο χαρακτηριστικό είναι η **ενστάλαξη ελπίδας**, μία σημαντική προσφορά της λειτουργίας της ομάδας καρκινοπαθών (Yalom & Greaves, 1997). Ο Φρόυντ (1980) υποστηρίζει ότι **η ολοκλήρωση της διαδικασίας της διέγερσης, από την πηγή της και μετά, περνάει από το αντικείμενο**. Ο Winnicott (2000), με τη σειρά του υποστηρίζει ότι όταν το πρωταρχικό αντικείμενο, η μητέρα δηλαδή, λείπει περισσότερο από ότι μπορεί να το αντέξει ο ψυχισμός του βρέφους, τότε το αντικείμενο πεθαίνει για το παιδί. Όσοι ασχολούνται με βαριές παθολογίες, κυρίως με τις οριακές διαταραχές, γνωρίζουν ότι το άτομο, μέσω του μηχανισμού της επανάληψης, ελπίζει ότι το αντικείμενο θα ξαναγυρίσει. Αυτό όμως που έχει παρατηρηθεί στην ψυχοσωματική διαδικασία του καρκίνου είναι ότι αυτή η ελπίδα παύει γρήγορα να υπάρχει, λόγω του τρόμου που προκαλεί η νόσος, αλλά και διότι ο καταναγκασμός επανάληψης δεν λειτουργεί, τουλάχιστον όσον αφορά την ελπίδα. Το γεγονός αυτό είναι ένας λόγος παραπάνω να ευνοείται η ομαδική λειτουργία μιας και μπορεί να προσφέρει την **ενστάλαξη ελπίδας**, μία επανεκκίνηση προς το θάρρος της μάχης.

Αλλά ας αναφερθούμε ακόμη μία φορά και στον πόνο, ένα από τα χαρακτηριστικά του καρκίνου, για τον οποίο ο Φρόυντ έλεγε ότι στις ακραίες περιπτώσεις έκφρασής του συγχέεται με το άγχος. **Υπάρχουν δύο μορφές πόνου, ο πόνος με αντικείμενο και ο πόνος χωρίς αντικείμενο ή για να είμαστε πιο ακριβείς, ο πόνος σαν αναπαράσταση αντικειμένου**. Με άλλα λόγια ο πόνος μπορεί να **νοηθεί σαν σύμπτωμα**, και έτσι αντιμετωπίζεται από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, αλλά και από τους υποστηρικτικούς θεραπευτές. Μπορεί και να **νοηθεί σαν ψυχική κίνηση**. Στην πρώτη περίπτωση η συζήτηση στην ομάδα αναλώνεται σε στιχομυθίες που αφορούν για παράδειγμα τη φαρμακευτική δοσολογία. Στη δεύτερη, όταν δηλαδή ο πόνος είναι ψυχικός, όταν δηλαδή αποκτάει την ιδιότητα ψυχικής κίνησης, τότε οι συζητήσεις αλλάζουν ποιότητα, γίνονται πιο ουσιαστικές.

Ένα κλινικό παράδειγμα της περίπτωσης του πόνου αποκλειστικά σαν σύμπτωμα είναι το παρακάτω:

- Μαρία: «—άκου να σου πω, είναι για τα νεύρα, τώρα είμαι ή-
συχη, έχω ησυχάσει, τώρα κοιμάμαι. Για τον ύπνο εί-
ναι, πριν όλο έκλαιγα από τον πόνο.
- Άννα: —Θα τα συνηθίσεις καλή μου, θα δεις.
- Μαρία: —Α, όχι, το άλλο δεν το παίρνω. Η νοσοκόμα μου το
φέρει αλλά εγώ δεν το πίνω και για να μην την προ-
σβάλω το κρύβω στο μαξιλάρι μου.
- Άννα: —Αυτά είναι τα χάπια για τα νεύρα, γιατί ακριβώς.
- Μαρία: —Ναι, το ροζ, παίρνεις το πρωί, το μεσημέρι, στις έξι,
στις οχτώ και τα μεσάνυχτα. Αυτά πρέπει οπωσδήποτε
να τα παίρνεις, είναι για τη θεραπεία.
- Άννα: —Τα άλλα ξέρω, είναι για την αρρώστια.
- Μαρία: —Και αυτά καλά είναι. Μόνο που το στομάχι μου είναι
άδειο τα μεσάνυχτα που το παίρνω, πονάει, αλλά τι να
κάνουμε;
- Κώστας: —Δεν μπορείς να φας μία φρυγανιά αυτή την ώρα;
- Μαρία: —Αυτό θα κάνω, αλλά δεν μπορώ να σηκωθώ τη νύχτα
και να πάω στην κουζίνα.
- Εκπαιδευόμενος συν-θεραπευτής: —Βάλτε τη δίπλα στο κρεβάτι σας
από το απόγευμα»

Στην περίπτωση της ψυχικής κίνησης η μορφή της δυναμικής της ομάδας είναι η παρακάτω:

- Κώστας: «—Μαρία, γιατί είσαι έτσι σήμερα; Πονάς;
- Μαρία: —Όχι, δεν είναι μόνο αυτό. Είδα στο όνειρό μου τον
πεθαμένο άντρα μου που μου έλεγε να πάω μαζί του,
αλλά εγώ αρνήθηκα. Αλλά ήταν και η μητέρα μου στο
όνειρο με μία σκούπα.
- Θεραπευτής: —Ήθελες να πας;
- Μαρία: —Μερικές φορές το σκεφτόμουν ότι όταν πεθάνω θα
πάω να τον βρω. Αλλά είναι νωρίς ακόμα.
- Άννα: —Ναι, γι' αυτό και ήταν η μάνα σου εκεί με τη σκούπα.
Να σε χτυπάει όταν λες τέτοιες βλακείες.
- [.....]
- Γιώργος: —Να, σκέφτομαι ότι, πώς να το πω, είναι σαν κάποιος
να παρακολουθεί μία μεταβολή. Έτσι είναι και εδώ.
- Θεραπευτής: —Δηλαδή;
- Γιώργος: —Να, με αυτές τις συναντήσεις που γίνονται κάθε Πα-
ρασκευή, επέρχεται μία αλλοίωση του εαυτού μας,
πρέπει να γίνονται αυτές οι συναντήσεις, το ξέρω, ό-
πως και όταν σας βλέπω μόνος μου. Να, για παράδειγ-

μα ο Μπάμπης που ερχόταν δέκα φορές την ημέρα στο δωμάτιο μου, αυτήν τη στιγμή τον βλέπω πολύ διαφορετικό.

Θεραπευτής: —Σε τι έχει αλλάξει;

Γιώργος: —Ναι, όσες φορές και να συναντηθούμε με τους άλλους στους διαδρόμους του νοσοκομείου, η συνάντηση δεν έχει την ίδια ισχύ που έχει όταν συναντιόμαστε εδώ. Τώρα τον Μπάμπη τον βλέπω με διαφορετικό μάτι, παλιά τον έβλεπα με άλλο μάτι, τα βράδια, στους διαδρόμους ή στα κρεβάτια.

Θεραπευτής: —Πως τον βλέπεις τώρα;

Γιώργος: —Δεν σέρνεται πια, θέλει να τ' ανοίξει αυτό το μαγαζί!

Θεραπευτής: —Εσύ Μπάμπη τι λες γι' αυτό;

Μπάμπης: —Ναι, αλήθεια είναι, το ξανασκέφτομαι να ανοίξω το μαγαζί όταν γίνω καλά. Περίεργο, ε; Τι αόρατο προσφέρουν αυτές οι συναντήσεις, δεν ξέρω»

Μετά από τη λειτουργία πολλών ομάδων καρκινοπαθών, πιστεύουμε ότι η εξέλιξη τους ακολουθεί τις παρακάτω φάσεις:

Φάση της Διστακτικής Συμμετοχής, Προσανατολισμός

Η ομάδα ξεκινάει κυριαρχούμενη από το φαινόμενο της αρχικής σύγχυσης. Οι ασθενείς κοιτούν γύρω τους και μας κοιτούν ανίκανοι να απαντήσουν στην ερώτηση **«γιατί είμαστε εδώ»**.

Από την πλευρά μας αντιμετωπίζουμε τις πρώτες συνεδρίες χωρίς να έχουμε μπορέσει να απαντήσουμε την ερώτηση: **«πρέπει να δημιουργηθεί αυτή η ομάδα»**; Κατά τη διάρκεια της παρουσίας μας σε ομάδες ατόμων που λειτουργούν κυρίως με νευρωσικούς μηχανισμούς, είχαμε απέναντί μας άτομα τα οποία, αναντίρρητα υπέφεραν ψυχικά, αλλά η ζωή τους δεν απειλείτο. Στόχος αυτών των ομάδων ήταν **«πώς θα ζήσουμε»**;

Το σενάριο των ομάδων καρκινοπαθών είναι πολύ διαφορετικό. Η κατάσταση υγείας των περισσότερων είναι οριακή, συχνά με ανεπανόρθωτες βλάβες. Επομένως ο στόχος αυτών των ομάδων, τουλάχιστον ο πρωταρχικός, δεν είναι η αναζήτηση απάντησης στο ερώτημα **«πώς θα ζήσουμε»** αλλά η απάντηση στον ερώτημα **«αν θα ζήσουμε»**. Το ερώτημα αυτό το συνοδεύουν πολλά άλλα δορυφορικά ερωτήματα όπως ο αποχαιρετισμός και το πένθος. Επιπλέον, τα μέλη των ομάδων καρκινοπαθών είναι ασθενείς που στερούνται κλι-

νικά όπως είδαμε παραπάνω τη δυνατότητα έκφρασης του ασυνείδητου, σύνδεσης με αναπαραστάσεις και τη δυνατότητα λεκτικοποίησης των συγκρούσεων τους. Με άλλα λόγια το ασυνείδητο περιέχει αλλά δεν εκπέμπει.

Η δική μας στάση στην αρχική σύγχυση είναι να παίρνουμε πρώτοι τον λόγο μετά από ένα ασφαλές χρονικό διάστημα σιωπής και να στρέψουμε τη συζήτηση προς δύο κατευθύνσεις: στον πόνο και στην ανία (Huguet, 1984), με το σκεπτικό ότι αυτά τα δύο θέματα αφορούν άμεσα τη νόσο τους και τις συνθήκες νοσηλείας τους.¹⁰⁸ Επιδίωξη μας είναι ο πόνος και η ανία να αποκτήσουν αναπαραστάσεις και να βιωθούν ψυχικά. *«Πράγματι», λέει η Κατερίνα, «το νοσοκομείο είναι μία φυλακή που προσπαθεί να μας σώσει σωματικά αλλά που μας σκοτώνει ψυχικά».*

Κατά τη διάρκεια αυτήν της φάσης, μακροχρόνιας φάσης, τα μέλη της ομάδας παραμένουν παθητικά. Από τη μία πλευρά η δύναμη της αδράνειας εμποδίζει τους ασθενείς να επενδύσουν σε αυτήν την καινούργια δραστηριότητα, από την άλλη η καχυποψία διακατέχει μία σημαντική θέση ανάμεσα στους παράγοντες που προκαλούν αυτήν την παθητικότητα. *«Ψυχολόγοι», λέει ο Μπάμπης στην τέταρτη συνεδρία. «Έχετε μελετήσει τον πόνο στα βιβλία σας, αλλά δεν τον ζείτε σαν και μάς».*

Μετά από ένα τέτοιο μήνυμα η νοοτροπία του «κουτιού της Πανδώρας» πρέπει να εγκαταλειφθεί και ο θεραπευτής είναι υποχρεωμένος να «τραβήξει» προς τον εαυτό του τον πόνο των ασθενών με κίνδυνο να αναδυθούν δικές του επώδυνες εμπειρίες, που ουσιαστικά αυτές τον οδήγησαν να αναλαμβάνει ασθενείς με βαριά παθολογία.

Το μήνυμα που μας απευθύνουν οι ασθενείς σ' αυτήν τη φάση είναι σαφές. Δεν γνωρίζω αν πρόκειται για «προ-μεταβίβαση» (Sapir, 1985), όμως οι ασθενείς μας έδωσαν να καταλάβουμε ότι θα μας δεχτούν ανάμεσά τους με τον όρο να καταργηθούν τα σύνορα μεταξύ μας. Η ομάδα σ' αυτή τη φάση πρέπει να λειτουργήσει με συγχωνευτικό τρόπο και μόνο εάν αναλάβουμε εναλλάξ το υγιές και το παθολογικό κομμάτι του διασχισμένου εαυτού των μελών της θα έχουμε το δικαίωμα να περιέξουμε τον ναρκισσισμό τους και θα δημιουργήσουμε μία θεραπευτική συμμαχία μαζί τους. Εάν αυτός ο όρος δεν

¹⁰⁸ Εκτός νοσηλευτικών ιδρυμάτων η ανία είναι μικρότερης έντασης. Ένα πρόβλημα που πρέπει να γνωρίζουμε είναι αν ο ασθενής είναι γνώστης της διάγνωσης του καρκίνου και αν πώς τη χειρίζεται ψυχικά. Επίσης πρέπει να γνωρίζουμε αν ο ασθενής δεν την ανακοινώνει στο κοντινό του περιβάλλον θέλοντας να τους προστατεύει.

γίνει αποδεκτός, τότε στον χώρο ανάμεσα σε «αυτούς» και σε «εμάς» παραμένει το ακλόνητο φράγμα που είναι η φαρμακοθεραπεία, κυρίαρχος πρωταγωνιστής της συζήτησης που αποκλείει τον «Άλλο».

Μπάμπης: «—Πήρα πριν μισή ώρα *Pyramidon* αλλά εξακολουθώ να πονάω»

Σοφία: —*Εγώ παίρνω Lonarid και πάω καλύτερα»*

Αλλά όταν αντιλαμβάνονται ότι είμαστε έτοιμοι να «μοιραστούμε» τη νόσο τους, τότε η συζήτηση αλλάζει μορφή: «Ένας ψυχολόγος εμφανίστηκε στην πλώρη του καραβιού μου», λέει ο Γιώργος στην 9^η συνεδρία.

Φάση των Συγκρούσεων, Ανταρσιών, Κυριαρχίας

Η φάση αυτή, σύμφωνα με τους D. Anzieu και D. Martin (1979), αντιπροσωπεύει έναν σταθμό όλων των ομάδων και χαρακτηρίζεται από το άγχος του μέλους της ομάδας μην χάσει την ατομικότητά του, το φόβο ότι δεν είναι ικανός να αντιμετωπίσει τις οιδιπόδειες ερωτικές επιθυμίες, τον φόβο ευνουχισμού και τον αρχαϊκό φόβο κατακερματισμού. Αυτά τα φαινόμενα οδηγούν τα μέλη προς την ανταρσία, προς τις διαπροσωπικές συγκρούσεις και τις απόπειρες κυριαρχίας.

Στις ομάδες μας, δεδομένης της φύσης της πάθησης των ασθενών μας, η φάση αυτή διανύθηκε με μεγάλες δυσκολίες, που μαρτυρούν την αδυναμία των μελών να σχετίζονται δυναμικά και να εκφράζουν αρνητικά συναισθήματα προς τον άλλο. Μόνο τα συμμορφωτικά συναισθήματα κυριαρχούν για να ικανοποιηθεί όχι το Υπερεγώ τους αλλά το Ιδεώδες του Εγώ.

Σε γενικές γραμμές η κινητικότητα των ασθενών μεταξύ των «βασικών προϋποθέσεων» του Bion (1961) «εξάρτηση», «μάχη-φυγή» και «ζευγάρωμα» είναι πολύ δύσκαμπτη και προτιμούν κυρίως τη θέση «εξάρτησης». Πολύ αργότερα δημιουργείται ένα «ζευγάρωμα» μεταξύ δύο μελών.

Οι αναμνήσεις που αναφέρονται στη διάρκεια αυτής της φάσης περιγράφονται χωρίς το παραμικρό κριτικό πνεύμα, χωρίς κάποια Υπερεγωτική ενοχή, παρά μόνο μια απογοήτευση προερχόμενη από το Ιδεώδες Εγώ. Τα περισσότερα μέλη εκφράζονται με επιφανειακό και συμμορφωτικό τρόπο και σπάνια γίνονται αντικείμενα στα οποία στρέφεται η επιθετικότητα των άλλων.

Συνεκτικότητα της Ομάδας

Μία από τις ομάδες μας εισέρχεται σ' αυτήν τη φάση μετά το όνειρο ενός μέλους της και τις αντιδράσεις των υπόλοιπων στην αφήγησή του. Ο Γιάννης βλέπει ότι ένα πλάσμα, που έχει τη μορφή άλλοτε της μητέρας του άλλοτε του νεοπλάσματος που του ζητά να πάει μαζί του.¹⁰⁹ Η αντίδραση των μελών είναι πολύ βίαιη. «Γιατί αυτοί που πέθαναν θέλουν να κατευθύνουν τη ζωή μας» λέει η Γιάννα. Και η Έφη πιο δυνατά: «Α, σταμάτα, έχουμε το δικαίωμα να ζήσουμε, όχι»; Η απελπισμένη αυτή παρέμβαση της Έφης προκαλεί στα περισσότερα μέλη της ομάδας ένα σπαρακτικό κλάμα, αντίδραση που είναι μάλλον ένα βήμα προς τη θεραπευτική συμμαχία.

Μετά από αυτήν τη συνεδρία η ομάδα λειτουργεί με έναν πιο αποτελεσματικό τρόπο. Οι ασθενείς αφηγούνται τα βιώματά τους και στη διήγησή τους διαφαίνεται μία αρχή δεσμού με αναπαραστάσεις και συναισθήματα.

Με τον θάνατο της Ελένης¹¹⁰, τα μέλη της ομάδας προτείνουν να μιλήσουν γι' αυτήν, αισθανόμενοι ότι έχασαν ένα αγαπημένο μέλος. Με αυτήν την αφορμή στρέφονται προς τη Γεωργία και της λένε: «Δεν χρειάζεται πια να ζηλεύεις την Ελένη, μετά τον θάνατό της και μετά τον θάνατο της Παναγιώτας είσαι η μόνη γυναίκα στην ομάδα, οπότε το πεδίο είναι ελεύθερο».

¹⁰⁹ Η μητέρα του πέθανε 4 χρόνια πριν την εμφάνιση του καρκίνου.

¹¹⁰ Η Ελένη γνώριζε ότι η κατάστασή της είναι μη αναστρέψιμη. Έλεγε συγκεκριμένα: «δεν είμαι βλάκας, η μοίρα είναι Θεού θέλημα, το μόνο που θέλω είναι να τελειώσει γρήγορα». Το τέλος πλησιάζει. Η Ελένη είναι σε κώμα, περιστοιχισμένη από την οικογένειά της. Θλίψη και ηρεμία κυριαρχούν στο δωμάτιο, λες και είμαστε μία σκηνή Ρωσικού μυθιστορήματος, του «Πόλεμος και Ειρήνη» του Τολστόι. Οι διάλογοι είναι «ψιθυριστοί» διότι «δεν πρέπει να την ενοχλούμε, αν μιλάμε δυνατά μπορεί να ξαναγυρίσει στον εφιάλη του πόνου». Τη στιγμή του θανάτου ο γιός της και ο άντρας της πετάγονται κυριολεκτικά έξω από το δωμάτιο. «Είναι αγόρια», λένε οι γυναίκες συγγενείς, «δεν θα το αντέξουν».

Βιβλιογραφικές Αναφορές

- Achilleoudi, A. (1993). Seven years of experience with cancer. *Psycho-oncology letters*, 4(1), pp. 26-30.
- Aisenstein, M. (1997). Le corps limite ou coeur de la cure? *Psychanalyse, neurosciences, cognitivismes*, 155-160.
- Aisenstein, M., Rappaport, D., & E.Aisemberg. (2010). *Psychosomatics Today: A psychoanalytic perspective*. London: Karnac.
- Alby, N. (1987). *Psychisme et cancer*. Paris: La pensée sauvage.
- Alexander, F. (1987). *Psychosomatic medicine: It's principles and Applications*. N.Y.: Norton.
- Ameisen, J. (2007). *La sculpture du vivant*. Paris: Seuil.
- Amiel, J., & Rouesse, J. (1984). *Cancerologie*. Paris: Masson.
- Andrieu, B. (1993). *Le corps dispersé*. Paris: Harmattan.
- Ansermet, F., & Magistretti, P. (2015). *Τα ίχνη της εμπειρίας*. Κρήτη: Πανεπιστημιακές εκδόσεις Κρήτης.
- Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*. Paris: Dunod.
- Anzieu, D., & Martin, D. (1979). *La dynamique des groupes restreints*. Paris: PUF.
- Aries, P., Marty, C., Raimbault, G., & Schwartz, D. (1983). *En face de la mort*. Toulouse: Privat.
- Aulagnier, P. (2017). *Γέννηση ενός σώματος, καταγωγή μίας ιστορίας*. Αθήνα: Άγρα.
- Badinter, E. (1980). *L'amour en plus*. Paris: Flammarion.
- Baertschi, B. (2005). Diderot, Cabanis and Lama on psycho-physical causality. *History and Philosophy of the life sciences*, 27(3-4), 451-463.
- Bahnson, C., & Bahnson, M. (1966). Role of the ego defences: denial and repression in the etiology of malignant neoplasm. *Ann N.Y. Acad. Sci.*, 21(125 (3)), 827-845.
- Balint, M. (1960). *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot.
- Balint, M. (1972). *Amour primaire et technique psychanalytique*. Paris: Payot.

- Balint, M. (1972). *Les voies de la regression*. Paris: Payot.
- Barande, I. (1970). La psychiatrie des tumeurs cérébrales chez l'enfant et le jeune. *La psychologie de l'enfant*, IV(2), 557.
- Bastecky, J. (1993). Psychosocial factors in patients with gastrointestinal cancer and functional disorders. *Psycho-oncology letters*, 4(2), 47-53.
- Baudelaire. (1868). Cythère. Dans Baudelaire, *Les fleurs du Mal* (éd. 3). Paris: Michel Lévy frères.
- Begoin, J. (1981). Espace psychique et psychosomatique. *Revue française de psychanalyse*, XLV(2), 303-309.
- Bergson, H. (1999). *Duration and simultaneity*. Manchester: Clinamen Press.
- Berkman, L., & Syme, S. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda Country residents. *American Journal of Epidemiology*, 109(2), 186-204.
- Bick, E., & Harris, M. (2011). *The Tavistock model: Papers on child development and psychoanalytic training*. London: Karnac.
- Bion, W. (1961). *Recherches sur les petits groupes*. Paris: PUF.
- Bion, W. (1989). *Elements of psychoanalysis*. London: Karnac Books.
- Bion, W. (1991). *A memoir of the future*. London: Karnac Books.
- Bion, W. (1994). *Cogitations*. London: Karnac Books.
- Bion, W. (1998). *Pensée sauvage, pensée apprivoisée*. Paris: Hublot.
- Bion, W. (2007). *Second thoughts: selected papers on psychoanalysis*. London: Karnac Books.
- Bonnet, G. (1982). A propos de la pulsion de mort, malentendus et divergences. *Psychanalyse à l'université*, 7(28), 583-581.
- Bouvet, M. (2006). *La relation d'objet*. Paris: PUF.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment*. London: The Hogarth Press.
- Brams, L. (1994). *Somatisation, psychanalyse et sciences du vivant*. Paris: ESHEL.
- Braunschweig, D., & Fain, M. (1975). *La nuit et le jour: essai psychanalytique sur le fonctionnement mental*. Paris: PUF.
- Brechon, R. (1959). *Michaux*. Paris: Gallimard.
- Cain, J. (1984). Regard, érotisation et psychosomatique. *Revue française de psychanalyse*, XLVIII(3), 421.

- Caire, M. (1995). Philippe Pinel en 1784. Un médecin "étranger" devant la Faculté de Médecine de Paris. *Histoire des Sciences Médicales*, XXIX(3), 242-251.
- Celerier, M. (1989). *Corps et fantasmes: pathologie du psychosomatique*. Paris: DUNOD.
- Cheney, M. (2011). *Tesla: Man Out of Time*. N.Y.: Simon & Schuster.
- Clarck, R. (1980). *Freud: The man and the cause*. Cape: Weidenfield & Nicolson.
- Coppens, Y., & Raimbault, E. (1983). *Place de la psychothérapie dans le traitement du cancer*. Paris: Masson.
- Corrao, F. (1998). Sulla teoria psicoanalitica degli affetti. In *Orme* (pp. 27-34). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Curtis, G. (2015). *Psychotherapy with patients psychosomatic disorders*. USA: International Psychotherapy Institute.
- Cyrulnik, B. (2008). *Της σάρκας και της ψυχής*. Αθήνα: Κέλευθος.
- Damasio, A. (2010). *L'autre moi même*. Paris: Odile Jacob.
- Dejours, C. (1988). *Recherches psychanalytiques sur le corps*. Paris: Payot.
- Dejours, C., Fedida, P., Cachelin, G., Green, A., Guedeney, A., Jasmin, C., et al. (1994). *Somatisation, psychanalyse et sciences du vivant*. Paris: Eshel Editions.
- Descartes, R. (1860). *Oeuvres de Descartes*. (J. Simon, Éd.) Paris: Charpentier.
- Deschamps, D. (1997). *Psychanalyse et cancer*. Paris: Le Harmattan.
- Diano, C. (1994). *Forme et événement*. Paris: Edition de l'Eclat.
- Dumet, N. (2011). *Η κλινική των ψυχοσωματικών διαταραχών*. Αθήνα: Gutenberg.
- Dunbar, F. (1947). *Mind and body: psychosomatic Medicine*. N.Y.: Random House.
- Edelman, G., & Tononi, G. (2008). *Το σύμπαν της συνείδησης*. Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.
- Engel, G. (1962). *Psychological development in health and disease*. Philadelphia: Saunder.
- European Observatory on Access to Health Care. (2007). *European survey on undocumented migrant's access to healthcare*. Médecins du Monde. Paris: Médecins du Monde.

- European Observatory on Access to Health Care. (2008). *European survey on undocumented migrant's access to health care*. Médecins du Monde. Paris: Médecins du Monde.
- Evans, E. (1926). *A psychological study of cancer* (Vol. 33). Oxford: England.
- Fain, M., & Dejours, C. (1984). *Corps malade et corps érotique*. Paris: Masson.
- Fairbairn, W. (1952). *An object-relations theory of personality*. N.Y: Basic Books.
- Falconer, W. (1788). *A dissertation of the influence of the passions upon the disorders of the body*. London: Oxford University.
- Federn, P. (1952). *Ego psychology and the psychoses*. N.Y.: Basic Books.
- Fedida, P. (2014). *Από που αρχίζει το ανθρώπινο σώμα*. Αθήνα: Άγρα.
- Ferlic, M., Goldman, A., & Kennedy, B. (1979). Group counseling in adult patients with advanced cancer. *Cancer*, 43, 760-772.
- Filioza, A. (1983). Relaxation, visualisation et thérapie. *Etudes psychothérapeutiques*, 51, 27-32.
- Foulkes, S. (1970). *Psychothérapie et analyse de groupe*. Paris: Payot.
- Fresco, R.; Extremet, J. (Eds.). (1978). Psychologie et cancer. *Compte rendu des 2èmes Journées sur les problèmes psychologiques en rapport avec le cancer. 7, 8, 9 Décembre 1977, Marseille*. Paris: Masson.
- Freud, S. (1915). *L'inconscient*. Paris: Payot.
- Freud, S. (1956). Esquisse d'une psychologie scientifique. Dans *La naissance de la psychanalyse* (pp. 309-405). Paris: PUF.
- Freud, S. (1980). Ενορμήσεις και πεπρωμένα των ενορμήσεων. Στο S. Freud, *Δοκίμια μεταψυχολογίας*. Αθήνα: Καστανιώτης.
- Freud, S. (1981). Au delà du principe de plaisir. Dans *Essais de psychanalyse* (pp. 41-117). Paris: PBP.
- Freud, S. (1991). *Ναρκισσισμός, μαζοχισμός, φετιχισμός*. Αθήνα: Επίκουρος.
- Freud, S. (2011). *Το Εγώ και το Αυτό*. Αθήνα: Νίκας.
- Freud, S. (2012). *Το οικονομικό πρόβλημα του μαζοχισμού*.
- Freud, S. (2017). *Μια σύνοψη της ψυχανάλυσης*. Αθήνα: Πλέθρον.

- Gagey, J. (2000). *Introduction générale à la clinique psychopathologique. Epistémologie de la jouissance*. Pu De Grenoble.
- Garma, A. (1958). *Peptic ulcer and psychoanalysis*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Gigon, O. (1981). Στοχασμοί πάνω στον Ηράκλειτο και τον Παρμενίδη. *Εποπτεία*, 54, σσ. 99-107.
- Gilbert, D., & Gourdault, J. (1919). *Oeuvres de la Rache foucauld*. Paris: Librairie Hachette.
- Goldacre, B. (2010). *Κακή επιστήμη*. Αθήνα: Κλειδάριθμος.
- Gosh, S. (1983). Henri de Mondeville (1260-1320): Medieval French Anatomist and Surgeon. *European Journal of Anatomy*, 19(3), 309-314.
- Green, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Paris: Les éditions de minuit.
- Green, A. (1990). *La folie privée*. Paris: Gallimard.
- Green, A. (1999). *The fabric of affect in the psychoanalytic discourse*. London: Routledge.
- Green, A. (2010). *Pourquoi les pulsions de destruction ou de mort*. Paris: Ithaque.
- Green, A. (2011). *Le travail du négatif*. Paris: Les éditions de minuit.
- Green, A. (2012). La désertification psychique. Dans F. Richard, F. Richard, T. Bokanowski, B. Brusset, C. Chabert, A. Green, et al., *Le travail du psychanalyste en psychothérapie* (pp. 150-177). Paris: Dunod.
- Grinker, R. (1953). *Psychosomatic research*. N.Y.: W.W. Norton and Co.
- Grinker, R. (1983). *Psychosomatic concepts*. N.Y.: Rowman & Littlefield.
- Groddeck, G. (1973). *Le livre du Ça*. Paris: Gallimard.
- Groddeck, G. (1976). *Nasamecu, la nature guérit*. Aubier Montaigne.
- Grossarth-Maticek, R. (1990). Prophylactic effects of psychoanalysis in cancer prone and coronary heart disease prone probands as compared with control groups and behavior therapy groups. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 21, 91-99.

- Grotstein, J. (1981). The significance of Kleinian instinct theory. *International Journal of Psychoanalytical Psychotherapy*, 8, 375-392.
- Grubrich, I. (1987). Metapsychology and metabiology - On Sigmund Freud's draft Overview of the transference neuroses. In S. Freud, *A phylogenetic fantasy - Overview of the transferences neuroses* (p. 94). Cambridge: Harvard University Press.
- Grunberger, B. (1989). *Narcisse et Anubis*. Paris: Des femmes.
- Guir, J. (1993). *Psychosomatique et cancer*. Paris: Point hors ligne.
- Gokturk, U., & Gedikoglou, G. (1995). Anxiety in the staff dealing with cancer. *Psycho-oncology letters*, 6(3), 71-75.
- Hatira, P., & Kosmidis, H. (1983). Psychological and psychosomatic changes in parents of children with cancer. *Psycho-oncology letters*, 5(3), 63-71.
- Heidegger, M. (2009). *Λόγος, Μοίρα, Αλήθεια*. Αθήνα: Πλέθρον.
- Heidelberger, M. (2004). "1: Life and work". *Nature from within: Gustav Theodor Fechner and his Psychophysical Worldview*. University of Pittsburgh Press.
- Holmes, T., & Rahe, R. (1967). The social readjustment scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218.
- Houzel, D. (2010). *Le concept d'enveloppe psychique*. Paris: Inpress.
- Huguet, M. (1984). *L'ennui et ses discours*. Paris: Philosophie d'aujourd'hui.
- Jacobs, C., & Ross, S. (1982). *Psychological assessment of cancer patients*. London: Churchill-Linvingston.
- Jaistin, R. (2006). *Clinique de l'inceste fraternel*. Paris: Dunod.
- Jankelevitch, V. (1989). *H. Bergson*. Paris: PHF.
- Jarcho, G. (1984). *The clinical Consultations of Giambattista Morgagni*. Boston: The Francis A. countway Library of Medicine.
- Justin, R. (2006). *Clinique de l'inceste fraternel*. Paris: Dunod.
- Kaes, R. (2007). *Linking, alliances and shared space*. London: International Psychoanalysis Library.
- Kaes, R. (2014). *Les alliances inconscientes*. Paris: Dunod.
- Kant, E. (1950). *Critique de la raison pure*. Paris: PUF.
- Keller, P. (2010). *Nouvelles approches en psychosomatique*. Paris: Dunod.

- Kirk, G., Raven, J., & Schofield, M. (2006). *Οι προσωκρατικοί φιλόσοφοι*. Αθήνα: MIET.
- Kohut, H. (1991). *Analyse et guérison*. Paris: PUF.
- Kordiolis, D. (1989). Παρατηρήσεις από την αντιμετώπιση του πόνου στην αρχαία Ελλάδα. *Ελληνική ογκολογία*, 25(1), 46-56.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. N.Y.: Tavistock pub.
- Kubler-Ross, E. (1986). *Death: The Final Stage of Growth*. Boston, N.Y.: Simon & Schuster.
- Lambley, P. (1993). Fear, anxiety and hope in cancer sufferers: how we can help our patients help themselves. *Psycho-oncology letters*, 4(4), 129-136.
- Laplanche, J. (1988). *Ζωή και θάνατος στην ψυχανάλυση*. Αθήνα: Νεφέλη.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (1986). *Το λεξιλόγιο της ψυχανάλυσης*. Αθήνα: Κέδρος.
- Lemma, A. (2016). *Κάτω από το δέρμα*. Αθήνα: Αρμός.
- Leo, G., Mann, D., Nerthoff, G., Shore, A., Stickgold, R., Kolk, B. A., et al. (2014, June 22). Neuroscience and psychoanalysis. *Psychoanalysis and Neuroscience, Volume 1*.
- Lewkowicz, S.; Flechner, S. (Eds.). (2005). *Truth, reality and the psychoanalyst: Latin American contributions to psychoanalysis*. London: International Psychoanalysis Library.
- Louveau, A., Smirnov, I., Keyes, T., Eccles, J., Rouhani, S., Peske, J., et al. (2015). Structural and functional features of central nervous system lymphatic vessels. *Nature*, 523, 337-341.
- Madej, K., & Baranowski, M. (1995). The structure and intensity of psychological needs in advances cancer patients. *Oncology letters*, 6(1), 7-15.
- Marty, P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort*. Paris: Payot.
- Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris: PUF.
- Marty, P., & De M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. 27, σσ. 345-356.
- Marty, P., Uzan, M. d., & David, C. (2015). *L'investigation psychosomatique*. Paris: PUF.
- Maudsley, H. (1867). *The physiology and pathology of the mind*. London: D. Appleton & Co.

- Maudsley, H. (1871). *Body and mind. An inquiry into their connection and mutual influence*. London: D. Appleton and Co.
- McDougall, J. (1974). Le psyché-soma et le psychanalyste. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 10, 131.
- McDougall, J. (1982). *Théâtre du Je*. Paris: Gallimard.
- McDougall, J. (1989). *Théâtres du corps*. Paris: NRF Gallimard.
- Melzack, R. (1982). *The challenge of pain*. London, United Kingdom: Penguin books.
- Monod, J. (1970). *Le hasard et la nécessité*. Paris: Seuil.
- Morel, D. (1984). *Cancer et psychanalyse*. Paris: Belfond.
- Muskin, P. (2007). Psychosomatic Medicine. *American Journal of Psychiatry*, 25, 141.
- M'Uzan, M. D. (1994). *De l'art à la mort*. Paris: Gallimard.
- M'Uzan, M. D. (2011). *Στα σύνορα ζωής και θανάτου*. Αθήνα: Μετά.
- Nacht, S. (1965). *Le masochisme*. Paris: PBP.
- Nausheen, B., Gidron, K., Peveler, R., & Moss-Morris, R. (2009). Social support and cancer progression: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 403-415.
- Nemeth, G. (1993). The Rorschach test as an aid in the psychological managment of cancer patients. *Psycho-oncology letters*, 4(3), 79-94.
- Nicaise, H. (1983). *Chirurgie de Maître Henri de Mondeville*. Paris: Felix Alcan.
- Nicolaidis, N. (1984). *La représentation: essai psychanalytique*. Paris: Dunod.
- Novalis. (1997). *Philosophical writings*. N.Y.: State University of New York.
- Olievenstein, C. (1988). *Le non-dit des émotions*. Paris: Odile Jacob.
- Olmsted, J. (1952). *Claude Bernard and the experimental method in medicine*. N.Y.: Henry Schuman.
- Oppenheimer, A. (1996). *Kohut et la psychologie du self*. Paris: PUF.
- Parfait, N. (2001). *Cioran ou le défi de l'être*. Paris: La mesure des choses.
- Penrose, R. (1994). *Shadows of the mind*. United Kingdom: Oxford University Press.

- Perrier, F. (1984). *Les corps malades du signifiant*. Paris: Inter édition.
- Pichon-Rivière, E. (2004). *Théorie du lien (suivi de) Le processus de création*. Paris: Erès.
- PirLOT, G. (2007). *Poésie et cancer chez Arthur Rimbaud*. Paris: EDK.
- Prugh, D. (1986, September-October). In Memoriam Sydney G. Margolin, M.D.: 1909-1985. *Psychosomatic Medicine*, 48(7), 461-465.
- Radden, J. (2000). *The nature of melancholy: from Aristotle to Kristeva*. London: Oxford University.
- Rassidakis, N. (1975). Illness of psychosomatic continuum: a phylogenetic and ontogenetic regression. *International mental health research*, 2, 1-8.
- Rassidakis, N. (1978). A contribution to the study of the personality of cancer patients. *International mental health research*, 5, 34-61.
- Rigatos, G. (1993). Life events and cancer: A review. *Psycho-oncology letters*, 4(3), 94-103.
- Ringler, K. (1981). Technical advances in leading a cancer patient group. *International Journal of Group Psychotherapy*, 3, 329-343.
- Rosenberg, B. (1991). *Masochisme mortifière et masochisme gardien de la vie*. Paris: PUF.
- Rosenberg, B. (2014). *Le moi et son angoisse*. Paris: In Press.
- Rousillon, R. (n.d.). Η μνήμη του σώματος και η "ψυχική πρώτη ύλη". *4ο Συμπόσιο Ψυχοσωματικής*. ΕΨΣΕ-IPSO P. Marty.
- Roy, C. (1984). *A la lisière du temps*. Paris: Gallimard.
- Ruelle, D. (1994). *Τύχη και Χάος*. Αθήνα: Κωσταράκη.
- Sami-Ali. (1970). *De la projection*. Paris: PBP.
- Sami-Ali. (1974). *L'espace imaginaire*. Paris: TEL Gallimard.
- Sami-Ali. (1997). *Le rêve et l'affect. Une théorie du somatique*. Paris: Dunod.
- Sami-Ali. (2001). *Manuel de thérapies psychosomatiques*. Paris: Dunod.
- Sapir, M. (1985). Le corporel et le psychosomatique. *Psychiatrie française*, 5, 43.

- Scharff, D., & Scharff, J. (2011). *The interpersonal unconscious*. Plymouth: Jason Aronson.
- Selye, H. (1955). Stress and disease. *Science*, 122, 625-631.
- Shapiro, A., & Shapiro, E. (1833). *The Powerful Placebo: From Ancient Priest to Modern Physician*. London: Passim.
- Shorter, E. (2015). *From the mind into the body*. USA: International Psychotherapy Institute.
- Simon, J. (Ed.). (1860). *Oeuvres de Descartes*. Paris: Charpentier.
- Skinner, Q. (2006). *Μετά τον εμπειρισμό*. Αθήνα: Κάτοπτρο.
- Smadja, C. (2001). *La vie opératoire*. Paris: PUF.
- Smadja, C. (2008). *Les modèles psychanalytiques de la psychosomatique*. Paris: PUF.
- Spiegel, D., & Glafkides, M. (1983). Effects of group confrontation with death and dying. *International Journal of Group Psychotherapy*, 4, 433-445.
- Spitz, R. (1962). *Le non et le oui*. Paris: PUF.
- Spitz, R. (1974). *De la naissance à la parole*. Paris: PUF.
- Spitz, R. (1979). *L'embryogenèse du moi*. Paris: Editions Complexe.
- Steinberg, H., Herrmann-Lingen, C., & Himmerich, H. (2013, Mars 25). *Johann Christian August Heinroth: psychosomatic medicine eighty years before Freud*. Retrieved December 2018, from US National Library of Medicine National Institutes of Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23470601>
- Stora, J. (1999). *Quand le corps prend la relève*. Paris: Odile Jacob.
- Straker, N. (2013). *Facing cancer and the fear of death*. London, United Kingdom: Jason Aronson.
- Thomson, J. (2009). *Emotionally dump: An overview of alexithymia*. National Library of Australia, USA: Soul Books.
- Tissot, C. (1768). *Instructions importantes au peuple sur les maladies chroniques*. Paris: Chez Desaints.
- Ulnik, J. (2008). *Skin in psychoanalysis*. London: Karnac.
- Valabrega, J. (1989). *Phantasme, mythe, corps et sens*. Paris: Payot.
- Wilson, P., & Mintz, I. (1989). *Psychosomatic symptoms: Psychodynamic treatment of the underline peronality disorder*. London: Jason Aronson.

- Winnicott, D. (2000). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris: NRF Gallimard.
- Yalom, I. (1980). *Existential Psychotherapy*. N.Y.: Basic Books.
- Yalom, I. (2007). *Η μάνα και το νόημα της ζωής*. Αθήνα: Άγρα.
- Yalom, I. (2009). *Ενδο-νοσοκομειακή ομαδική ψυχοθεραπεία*. Αθήνα: Άγρα.
- Yalom, I., & Greaves, C. (1997). Group therapy with the terminal ill. *American journal of psychiatry*, 4, 396-413.
- Yirmiyahu, Y. (1993). *Spinoza and Other Heretics: The Adventures of Immanence*. New Jersey: Princeton University Press.
- Αλεξανδρεΰς, Φ. ο. (2006). *Ελληνισμός και Ιουδαϊσμός. Εσσαίοι και θεραπευτές*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Αλεξανδρίδης, Α. (2014). *Το παιδικό ψυχόσωμα*. Αθήνα: Γαβριηλίδης.
- Αλεξανδρίδης, Α., Μπόμπος, Φ., Ποταμιανού, Α., Σαββόπουλος, Σ., & Ζερβής, Χ. (2011). *Η έννοια του αρνητικού στην ψυχανάλυση*. (Ε. Ψ. Εταιρεία, Επιμ.) Νήσος.
- Βελισσαρόπουλος, Δ. (1998). *Βοήθιος, η παρηγοριά της φιλοσοφίας*. Αθήνα: Λιβάνη.
- Βελισσαρόπουλος, Δ. (2000). *Πλωτίνος, βίος και εννεάδων περίπλους*. Αθήνα: Το Άστυ.
- Βελισσαρόπουλος, Δ. (2001). *Η φιλοσοφία στις τρεις αρχαίες χώρες: Ελλάδα, Ινδία, Κίνα*. Αθήνα: Γαβριηλίδη.
- Βελισσαρόπουλος, Χ. (1986). *Psychothérapie analytique chez les malades cancéreux: un espace de parole psychanalytique (Thèse de DEA non publiée)*. Paris: Université Paris VII.
- Βελισσαρόπουλος, Χ. (1986). Ομαδική ψυχοθεραπεία με καρκινοπαθείς. Στο (. Φ. Αναγνωστόπουλος, & Δ. Παπαδάτου, *Ψυχολογική προσέγγιση ατόμων με καρκίνο* (Τόμ. 20, σσ. 69-87). Αθήνα: Φλόγα.
- Βελισσαρόπουλος, Χ. (1993). Πόνος και ποιότητα ζωής του καρκινοπαθούς. *Ελληνική ογκολογία*, 29(2), 99-102.
- Βελισσαρόπουλος, Χ. (2003). Η αναγκαιότητα της διεπιστημονικής συμβολής στην αντιμετώπιση του καρκινοπαθούς ασθενή. *Ελληνική ογκολογία*, 27(3), 215-232.
- Γκούντουβας, Σ. (2015). *Γεωμετρικές διαδρομές*. Αθήνα: Κορφιάτη.
- Γραμματάς, Θ.; Παπαδόπουλος, Γ. (Επίμ.). (2011). *Τραγικό και τραγωδία*. Αθήνα: Διάδραση.

- Δημόπουλος, Β. (2013). *Το σώμα και οι ψυχικές αναπαραστάσεις του*. Αθήνα: Γαβριηλίδης.
- Θεοδωρακόπουλος, Ι., Ganonski, S., Calogero, G., Tanase, A., Panikkar, R., Apel, K., και συν. (2002). Μελέτη Θανάτου. 2ο διεθνές Συμπόσιο Φιλοσοφίας, Αθήνα 2000. Αθήνα: Εστία.
- Ιπποκράτης. (2011). *Περί Ιατρικής*. Αθήνα: Τέσσερα Π, Ειδικές Εκδόσεις Α.Ε.
- Καβάφης. (1984). Ιθάκη. Στο *Ποιήματα 1897-1933*. Ίκαρος.
- Λεσάν, Λ. (1981). *Μπορείς να αγωνιστείς για τη ζωή σου*. Αθήνα: Θυμάρι.
- Μαρούδα-Χατζούλη, Α. (2014). *Η ανάγκη του ανήκειν*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Παπαποστόλου, Π. (2014). *Κριτική του ασυνείδητου λόγου*. Αθήνα: Όστρια.
- Πλάτων. (1983). *Τίμαιος, Κριτίας*. Αθήνα: Κάκτος.
- Πλάτων. (1993). *Φαίδων, ή περί ψυχής*. Αθήνα: Δαίδαλος.
- Πόταγα, Α. (1987-1988). Η επιστημονική και φιλοσοφική σκέψη του Θαλή. *Φιλοσοφία*, 17-18, σσ. 220-232.
- Ποταμιανού, Α. (2007). *Μονοπάτια Θανάτου, στίξεις και αντιστίξεις*. Αθήνα: Ίκαρος.
- Σακελλαρόπουλος Π. (Επίμ.). (2007). *Ψυχοσωματική Ιατρική*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Τέλλορ, Γ. (2001). *Ψυχοσωματική ιατρική και σύγχρονη ψυχανάλυση*. Αθήνα: Καστανιώτη.

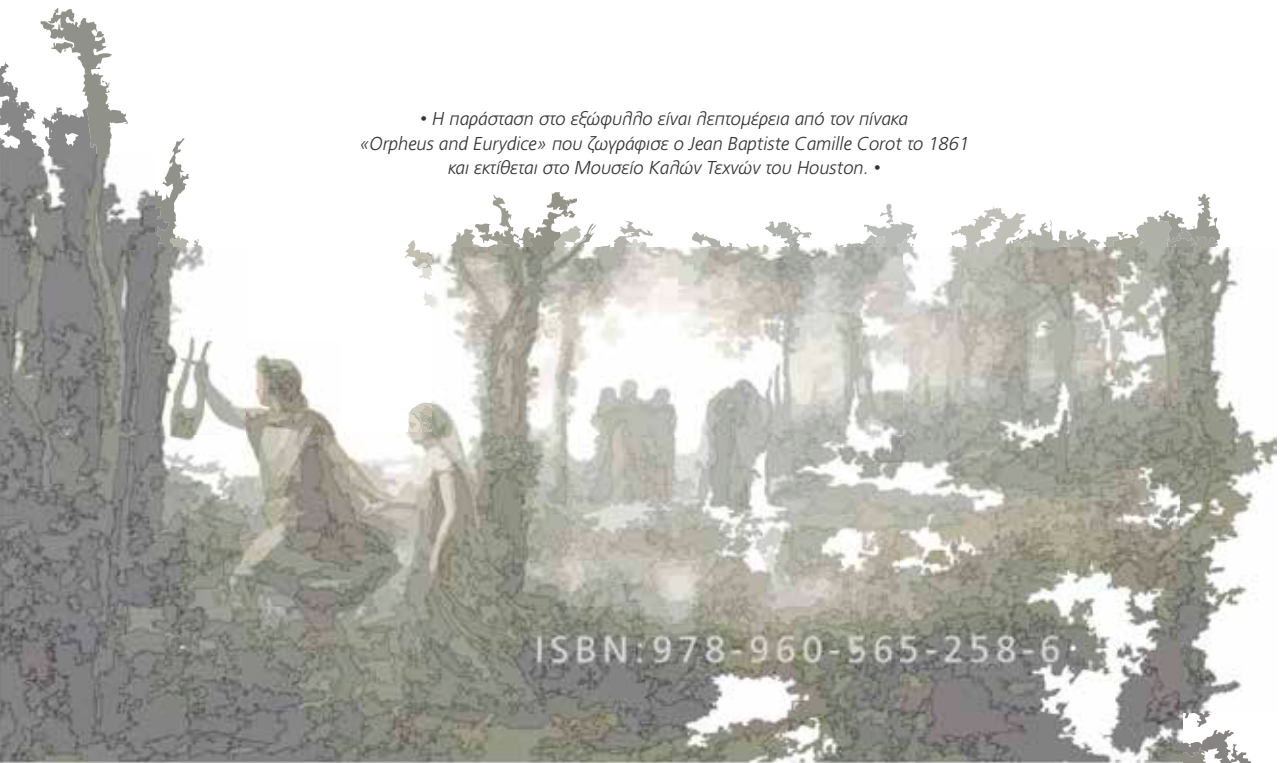
Η πρώτη σκέψη που έρχεται στο μυαλό αυτών που νοσούν από καρκίνο είναι «**απεταξάμην**». Η λέξη αυτή, αρχικά «**παγώνει**» το άτομο και στην συνέχεια το οδηγεί στην αναδιάταξη της σωματικής και της ψυχικής του ύπαρξης. Του ίδιου, αλλά και του οικογενειακού περιβάλλοντός του. Ο καρκίνος είναι μία κυτταρική «**τρομοκρατία**» που ο συμβολισμός της είναι βαθιά ριζωμένος στο ατομικό και στο συλλογικό ασυνείδητο. Να έχεις καρκίνο σημαίνει ότι δεν είσαι πια αυτός που ήσουν. Το παρελθόν τις περισσότερες φορές έχει ενοχοποιηθεί, το τώρα για κάποιο χρονικό διάστημα έχει «**ιατρικοποιηθεί**» και το μέλλον έχει αποκτήσει μία διαφορετική διάσταση.

Το ίδιο φαινόμενο είχε παρατηρηθεί και παλαιότερα με την επιδημία της φυματίωσης.

Το ερώτημα που μπορεί να τεθεί σε αυτό το σημείο είναι τι προσφέρει η συνάντηση με έναν ψυχοθεραπευτή, από την στιγμή που ο καρκίνος είναι μία οργανική νόσος. Η πιο απλή απάντηση σε αυτό το ερώτημα θα ήταν: υποστήριξη! Η ψυχανάλυση όμως, έχοντας μελετήσει τον ψυχοσωματικό χώρο *hic e nunc* αλλά και *mecum* δίνει μία διαφορετική απάντηση: αυτό που προσφέρει είναι η επαναφορά της διαδικασίας σκέψης με απώτερο στόχο την «**ψυχοποίηση**».

Έχω «**συντροφεύσει**» πολλούς ασθενείς με καρκίνο και στην διάρκεια όλων αυτών των ετών έχω μοιραστεί μαζί τους τις πιο βαθιές σκέψεις τους, τις αγωνίες τους, τον πόνο τους και αρκετές φορές τον θάνατό τους που αναβίωσαν δικά μου, γερά ριζωμένα βιώματα. Με συντροφιά όμως την «**κυρά-φιλοσοφία**», όπως ο Ρωμαίος συγκλητικός Βοήθιος, στάθηκα -ελπίζω- «**τίμιος**» απέναντί τους και τους βοήθησα σε αυτές τις δύσκολες στιγμές τους.

• Η παράσταση στο εξώφυλλο είναι λεπτομέρεια από τον πίνακα «*Orpheus and Eurydice*» που ζωγράφισε ο Jean Baptiste Camille Corot το 1861 και εκτίθεται στο Μουσείο Καλών Τεχνών του Houston. •



ISBN: 978-960-565-258-6