



ΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ ΤΟΥ ΕΓΩ : Ο ΛΟΓΟΣ ΤΟΥ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΣ

ΘΩΜΑΣ ΥΦΑΝΤΗΣ

Ο τίτλος της σημερινής εισήγησης, «Οι Μηχανισμοί Άμυνας του Εγώ: ο λόγος του συμπτώματος», δείχνει να δίνει βάρος **όχι τόσο** στους Μηχανισμούς Άμυνας, ούτε στο «Σύμπτωμα» αυτό καθαυτό, αλλά σε μια άλλη λέξη: **στον «Λόγο»**.

Δείχνει, έτσι, να αποδέχεται, σχεδόν αξιωματικά, πως **το σύμπτωμα έχει έναν «Λόγο»**. Καταρχάς, δηλαδή, δείχνει να δέχεται πως το σύμπτωμα **«Μιλάει»**.

Στην σύγχρονη ιατρική και ψυχιατρική, το «Σύμπτωμα», ή καλύτερα «Τα Συμπτώματα», ορίζουν εν πολλοίς, σχεδόν αποκλειστικά μια νόσο, μια, όπως συνηθίζουμε να λέμε **«Διαταραχή»**. Ουσιαστικά, δηλαδή, το «Σύμπτωμα», ορίζει σήμερα τη **«Διάγνωση»**.

Θα ήταν θεμιτό, λοιπόν, να πούμε, έστω και σχεδόν αξιωματικά, πως η **«Διάγνωση» «έχει»** μια «Γραμματική», πως **αρθρώνεται**, δηλαδή, **με βάση την μορφολογία μιας γλώσσας και των καθορισμένων κανόνων της**.

Και όπως ακριβώς στη γλώσσα συμβαίνει, όπου οι «λέξεις» έχουν «ορθογραφία», «πρόσωπο», «κλίση» και «χρόνο», δηλαδή **«ιστορικότητα»** και **«δυναμική»** που συνήθως δεν «δείχνεται» άμεσα αλλά **υπονοείται** στην εκφορά τους, έτσι και στην «Διάγνωση», η αποδοχή μιας «Γραμματικής» συνεπάγεται και την αποδοχή μιας ανάλογης **«Δυναμικής»**, μιας «Δυναμικής» κατά την οποία κάθε «σύμπτωμα», από το οποίο και συνήθως «συνάγεται» η διάγνωση, συνιστά **«εμφάνιση»** μιας υπονοούμενης νόσου με ιστορικότητα και διαδρομή, συνιστά, δηλαδή, μια **«ένδειξη»** για κάτι που δεν δείχνεται άμεσα αλλά **υπονοείται στην εκφορά του λόγου του συμπτώματος**.

ΛΟΓΟΣ.

Ο σημασιολογικός πλούτος της γλώσσας μας, μας επιτρέπει εδώ να επισημάνουμε μερικές εννοιολογικές εκφάνσεις της λέξης:

«Λόγος» σημαίνει «ομιλία», λαλιά, λέξη, αλλά και «Αιτία» (για ποιο «λόγο»;), ή και «**πρώτη αιτία**» («εν αρχή ήν ο Λόγος»), ακόμη δε και «**σχέση**» (όπως στα μαθηματικά, «λόγος μεταξύ μεγεθών και ποσοτήτων») ή και **εγγύηση** και **συμφωνία** («σου δίνω τον λόγο μου»).

Θάλεγε, δηλαδή, κανείς πως δεχόμενοι μια «Γραμματική της Διάγνωσης», είναι σαν, άρρητα έστω, να δεχόμαστε πως τα συμπτώματα **«μιλούν»**, **«φέρνουν σε συμφωνία»**, **«σχετίζονται με κάτι»** ή ακόμη και πως **«έχουν κάποια αιτία»**, ή, ακόμη, πως ίσως να υπάρχει και κάποια «**πρώτη αιτία**».

Η Γραμματική, όμως, «έχει» και «**Συντακτικό**», που είναι το μέρος εκείνο της Γραμματικής που αναφέρεται στη **σύνταξη** του λόγου.

«Σύνταξη», διαβάζουμε στο λεξικό, σημαίνει «συγκρότηση», «διάταξη» και «κανονική και με ορισμένη τάξη συνάθροιση». Παράγωγά της, το «**Σύνταγμα**», σύνολο θεμελιωδών νόμων και καταστατικός χάρτης μιας πολιτείας, αλλά και η «**συνταγή**», οδηγία για τη σύνθεση και τη χρήση ενός φαρμάκου.

Αφού, λοιπόν, η Διάγνωση «έχει μια Γραμματική», εύλογα συνάγεται πως ο λόγος της στηρίζεται σε μια **θεμελιώδη συντακτική δομή**, που συγκροτεί την ύπαρξή της, τη «βάζει σε τάξη» και «οδηγεί» την εκφορά του λόγου της.

Είναι αυτή η συντακτική δομή που καθιστά τη γλώσσα κατανοητή, δικαιώνοντας, σε τελευταία ανάλυση, την ύπαρξή της. Και στο επίπεδο του συμπτώματος, είναι ίσως η **αποκωδικοποίηση του συντακτικού του λόγου του που θα καταστήσει «κατανοητό» το «ακατανόητο»**.

Θα προσπαθήσω να δείξω πως, ίσως, στην ψυχιατρική, σπάνια έχουμε μια τέτοια την ευκαιρία να προσπαθήσουμε να **αποκωδικοποιήσουμε αυτό το συντακτικό**, σαν την ευκαιρία που μας δίνει η μελέτη των Μηχανισμών Άμυνας του Εγώ και η μελέτη της συμβολής τους στη διαμόρφωση της τελικής προς τα έξω εκφοράς του λόγου του συμπτώματος.

Ο Norman Sartorius, προσπαθώντας να ορίσει το πεδίο μελέτης και συγκρότησης της 10^{ης} έκδοσης του ICD, ανέφερε πως: «η έρευνα τα τελευταία χρόνια **δεν έχει μπορέσει** τα τεκμηριώσει την ικανότητά της να δημιουργήσει νοσολογικές έννοιες και οντότητες στην ψυχιατρική. Οι περισσότερες προσπάθειες δημιουργίας συνδετικών κρίκων μεταξύ κλινικών συμπτωμάτων, ειδικών αιτιολογικών παραγόντων, παθογενετικών μοντέλων και προγνωστικών τύπων **έχουν αποτύχει**». Και συνέχιζε: «Φαίνεται πως **χρειάζεται ένας άλλος τρόπος σκέψης** σχετικά με την υγεία και τη νόσο, το σώμα και τον νου, το ψυχικό και το σωματικό, το ατομικό και το κοινωνικό, εάν θέλουμε να μορφοποιήσουμε δημιουργικές υποθέσεις και ερευνητικούς σχεδιασμούς που θα οδηγούσαν σε καινοτόμες ανακαλύψεις πάνω στις γνώσεις μας για την ψυχική νόσο». «Πιστεύω», κατέληγε, «πως μερικές φορές είναι δικαιολογημένη, ίσως και απαραίτητη, μια επιστροφή στην Φροϋδικής έμπνευσης έννοια των **Μηχανισμών Άμυνας του Εγώ**».

Πολλοί πιστεύουν πως μια από τις σημαντικότερες συνεισφορές του Freud ήταν η αξιωματική του πρόταση πως **ασυνείδητοι «μηχανισμοί άμυνας» προστατεύουν το άτομο από επώδυνα συναισθήματα, ιδέες και ενορμήσεις**. Σκιαγραφώντας την φύση των μηχανισμών αυτών, ο Freud, όχι μόνον έδειξε πως πίσω από την ψυχοπαθολογία βρίσκονται επώδυνα και ενοχλητικά συναισθήματα και ιδέες, αλλά έδειξε επίσης πως, συχνά, **αυτό που αντιλαμβανόμαστε ως ψυχοπαθολογία αντανακλά ουσιαστικά μια δυνητικά θεραπευτική διεργασία, ή, τουλάχιστον, προσπάθεια θεραπείας**.

Ήδη από πολύ νωρίς ο Freud πολύ ξεκάθαρα είχε σημειώσει πως οι αμυντικοί μηχανισμοί ήταν **διακριτοί** ο ένας από τον άλλον, και ήδη το 1905 είχε περιγράψει επτά διαφορετικούς αμυντικούς μηχανισμούς: το χιούμορ, την διαστρέβλωση, την μετάθεση, την απώθηση, την καταστολή, την σχιζοειδή φαντασίωση και την μόνωση. Μέχρι το 1915, ο Freud, αν και χωρίς να το λέει ξεκάθαρα, είχε ήδη περιγράψει **σχεδόν όλους** τους μηχανισμούς άμυνας που 20 χρόνια αργότερα η Anna Freud κατέγραψε περισσότερο τυπικά και αναλυτικά.

Όμως, για ένα μεγάλο σχετικά χρονικό διάστημα, μέχρι το 1926, ο όρος «άμυνα» δεν εμφανίζεται συχνά στα γραπτά του, και συνήθως η «Απώθηση» είναι ουσιαστικά μια λέξη για όλες τις άμυνες.

Το 1926, στο «Αναστολή, Σύμπτωμα και Άγχος», ο Freud επισήμως πλέον προτείνει μια «παλινόρθωση της παλαιάς έννοιας άμυνας», προτείνει δηλαδή πως ο όρος «άμυνα» θα πρέπει να επανεισαχθεί σαν ένας όρος κάτω από τον οποίο θα πρέπει να υπαχθούν **ειδικοί και διακριτοί μηχανισμοί άμυνας**, οι οποίοι αντιπροσωπεύουν **πολύ διαφορετικούς τρόπους χειρισμού των ίδιων διαταρακτικών συναισθημάτων**. Για τον Freud, το φάσμα των μηχανισμών άμυνας είναι **ένα συνεχές**, όπου στο ένα του άκρο βρίσκονται οι μηχανισμοί της ψύχωσης, δηλαδή η άρνηση, η διαστρέβλωση και η προβολή, στο άλλο του άκρο οι λεγόμενοι ώριμοι μηχανισμοί της μετουσίωσης, του αλτρουισμού, του χιούμορ και της καταστολής, και στο ενδιάμεσο οι λεγόμενοι νευρωτικοί μηχανισμοί, δηλαδή η απώθηση, η υποχονδρίαση, η παθητική επιθετικότητα, η αποσύνδεση, η μόνωση, η ακύρωση, η μετάθεση και ο σχηματισμός δια του αντιθέτου.

Η μελέτη των μηχανισμών άμυνας θα καταλάβει σημαντική θέση στην ψυχαναλυτική έρευνα κυρίως με το έργο της Anna Freud. Η Anna Freud δείχνει με ποιόν τρόπο διεργασίες και δραστηριότητες κάθε είδους, είτε είναι φαντασιώσεις, είτε διανοητική δραστηριότητα, χρησιμοποιούνται για αμυντικούς σκοπούς. Υπογραμμίζει, επίσης, το γεγονός πως η άμυνα μπορεί να ασκείται όχι μόνον για την καταστολή των διεκδικήσεων των ενορμήσεων, αλλά και **εναντίον οποιουδήποτε αιτίου ανάπτυξης άγχους**, είτε αυτό είναι συναισθήματα, είτε καταστάσεις, είτε απαιτήσεις του Υπερεγώ.

Από τότε μέχρι σήμερα η ψυχαναλυτική βιβλιογραφία έχει ασχοληθεί εκτενώς με το θέμα των αμυντικών μηχανισμών.

Πολλοί, σήμερα, είναι εκείνοι που πιστεύουν πως **καμία εκτίμηση της ψυχικής κατάστασης και καμία κλινική περιγραφή δεν μπορεί να θεωρηθεί επαρκής, χωρίς, τουλάχιστον, να επιχειρηθεί μια προσέγγιση των βασικών αμυντικών μηχανισμών του Εγώ.**

Η διαδρομή μέχρι εδώ, μέχρι δηλαδή η διάσταση αυτή της μελέτης των μηχανισμών άμυνας του εγώ να τύχει ευρύτερης αποδοχής, δεν ήταν χωρίς προβλήματα.

Από τη μια, ήταν φανερό πως υπήρχαν αρκετοί διακριτοί αμυντικοί μηχανισμοί, οι οποίοι μπορούσαν να κατανοηθούν τόσο σαν παράγοντες οι οποίοι «**χτίζουν**» κατά κάποιο τρόπο την **ψυχοπαθολογία**, όσο και σαν παράγοντες που συνιστούν **δυναμικά τα βήματα ανάπτυξης του Εγώ**.

Από την άλλη, ο προσδιορισμός τους δεν μπορούσε να είναι ιδιαίτερα σαφής. Όσο πιο πολύ ενσκήπτει κανείς στους αμυντικούς μηχανισμούς, τόσο πιο δύσκολη καθίσταται η μελέτη τους και ο προσδιορισμός τους.

Τόσο μάλλον που συνεχώς προστίθενται και νέα θεωρητικά ερωτήματα, όπως το ποιο είναι το διαχωριστικό όριο μεταξύ «**μηχανισμού άμυνας**» και «**στρατηγικής αντιμετώπισης των προβλημάτων**» (coping), ποιοι είναι οι μηχανισμοί «**αποσυμφόρησης**» οι οποίοι θα έπρεπε να διαχωρίζονται από τους «**μηχανισμούς άμυνας**», πόσο λειτουργική είναι μια τέτοια έννοια που συμπεριλαμβάνει σε μια και μοναδική λειτουργία διεργασίες διαφορετικές, όπου παρεμβαίνουν και άλλοι πολύπλοκοι διανοητικοί μηχανισμοί, και πολλά άλλα, τα οποία ξεφεύγουν από τους σκοπούς της σημερινής μας συζήτησης.

Οι θεωρούμενες, όμως, μέχρι και σήμερα **βασικές ιδιότητες** των αμυντικών μηχανισμών παραμένουν εκείνες που πρώτος ο Freud προσδιόρισε:

1. Οι άμυνες είναι το μείζον **μέσο διευθέτησης** των ενστικτικών ενορμήσεων και του συναισθήματος.
2. Είναι **ασυνείδητες**.
3. Είναι **διακριτές** η μία από την άλλη.
4. Αν και συχνά συνιστούν ενδείξεις μειζόνων ψυχιατρικών διαταραχών, οι άμυνες είναι **δυναμικές και αναστρέψιμες**.
5. Μπορεί να είναι **προσαρμοστικές**, αλλά κάλλιστα και **παθολογικές**.

Αξίζει, νομίζω, να σταθούμε για λίγο στην τελευταία αυτή επισήμανση, παρότι συχνά αμφισβητείται από αρκετούς αναλυτές.

Πολλοί, για παράδειγμα, θεωρούν ότι εδώ ίσως συχνά να συγχέονται οι αμυντικοί μηχανισμοί με τις **συνειδητές στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων**, και αρκετοί θεωρούν πως ακόμη και μερικοί θεωρούμενοι κλασσικοί αμυντικοί μηχανισμοί, όπως το χιούμορ, εντάσσονται σε αυτήν την κατηγορία.

Όπως, όμως, και να έχει, η ίδια η έννοια των μηχανισμών άμυνας ενέχει εξ ορισμού μια τέτοια δυναμική, αφού λαμβάνει πάντα υπόψιν της την όλη **«μυθιστορηματική»**, θα έλεγα, εξέλιξη του υποκειμένου. Ένας λεγόμενος «νευρωτικός» μηχανισμός που στην εξέλιξη μιας θεραπευτικής διεργασίας αντικαθιστά έναν λεγόμενο «ανώριμο» ή και «ψυχωτικό» μηχανισμό, έχει **ταυτόχρονα και τις δύο ιδιότητες**, είναι και παθολογικός (ως «νευρωτικός») και προσαρμοστικός (αφού αντικαθιστά εξελικτικά έναν «ψυχωτικό» μηχανισμό).

Για παράδειγμα, αν και η προβολή και η σχιζοειδής φαντασίωση είναι μηχανισμοί συχνόι στην σχιζοφρένεια, πολλοί σχιζοφρενείς που βρίσκονται σε μερική ύφεση της συμπτωματολογίας τους εμφανίζονται συχνά σαν ασθενείς με παθητική-επιθετική διαταραχή της προσωπικότητας. Αυτό συμβαίνει επειδή κατά την διάρκεια της ύφεσης της ψυχιατρικής διαταραχής, το συνολικό αμυντικό προφίλ μπορεί να μεταβάλλεται. Ο θυμός που προηγουμένως συγκρατείτο στην φαντασία ή προβαλλόταν, τώρα αναγνωρίζεται κάπως πιο ανοιχτά, έστω και αν στρέφεται εναντίον του εαυτού.

Είναι, ίσως, μια στιγμή που η συνήθης διχαστική λογική **«υγεία/νόσος» δεν έχει θέση**, αλλά λαμβάνει πάντα υπόψιν της το πριν και το τώρα σε μια δυναμική σχέση, είναι μια στιγμή που η νόσος δεν εμφανίζεται αναγκαστικά ως α-σθένεια, δηλαδή με όρους απώλειας κάποιου σθένους, αλλά ως μια δυναμική.

Και, όπως και ο *George Vaillant*, επί δεκαετίες μελετητής των αμυντικών μηχανισμών, τονίζει, **είτε το θέλουμε είτε όχι, η ψυχιατρική είναι δυναμική**. Και η ψυχιατρική διάγνωση φαίνεται πως έχει περισσότερα κοινά με την **μοιραία ασάφεια ενός μεγάλου δράματος**, παρά με την ψυχρή δυαδική λογική των υπολογιστικών αλγορίθμων του DSM.

Ακόμη, όμως, και σε καθαρά περιγραφικό επίπεδο, πολλές διαγνώσεις του DSM δεν δικαιολογούν την αυτόνομη ύπαρξή τους, παρά μόνον εάν συνυπολογίσει κανείς και ένα «θεωρητικό ως προς την αιτιολογία» σύστημα αναφοράς, όπως αυτό των αμυντικών μηχανισμών.

Για παράδειγμα, στο DSM-IV, η Υποχονδρίαση και η Σωματοποίηση αντιμετωπίζονται ως διαφορετικές διαγνωστικές οντότητες. Ο υποχονδριακός παραπονείται για **φανταστικές νόσους**, και εκείνος που σωματοποιεί για **φανταστικά συμπτώματα**, μια διάκριση που δεν μας λέει ουσιαστικά πολλά πράγματα για τη διαφορετικότητα των δύο διαταραχών.

Εάν, όμως, πάρει κανείς υπόψιν του την δυναμική των αμυντικών μηχανισμών ίσως τα πράγματα αποκτήσουν ένα καλύτερο νόημα.

Η Υποχονδρίαση, ως μηχανισμός άμυνας, συχνά καλύπτει μια ασυνείδητη **μομφή και υποτίμηση**. Αντίθετα, η σωματοποίηση, συχνά αντανακλά μια **επιθυμία για δευτερογενές κέρδος**, ή συχνά συνιστά ένα **μέσο** για να γίνει επικοινωνήσιμη μια ασυνείδητη, ή τουλάχιστον μη-λεκτική, συναισθηματική κατάσταση. **Τώρα, η διάκριση μεταξύ τους αποκτά ουσιαστική κλινική σημασία τόσο για την εκπαίδευση όσο και για την θεραπευτική.**

Φαίνεται, ίσως, παράδοξο, αλλά ακόμη και στο σημερινό τεχνοκρατικό και συχνά εμπορούμενο από αιτιοκρατικές στα όρια της παντοδυναμίας αντιλήψεις ιατρικό σύστημα, **η σύγχρονη παθολογία**, έστω και άρρητα, φαίνεται να έχει κατανοήσει και να αποδέχεται, τουλάχιστον έως ένα βαθμό, **την συντακτική αυτή γραμματική δομή της διάγνωσης**. Και μια τέτοια κατανόηση και αποδοχή, ίσως βοηθήσει και εμάς να κατανοήσουμε και να αποδεχτούμε, στον δικό μας χώρο, την δυναμική φύση της ψυχιατρικής διάγνωσης.

Η παράθεση μερικών παραδειγμάτων νομίζω θα συνεισφέρει σημαντικά στην συζήτησή μας, καθότι **πολλά από όσα ακόμη και η επίσημη ιατρική παθολογία αποδέχεται, βρίσκουν σημαντικές αντιστάσεις από την επίσημη ψυχιατρική**, έστω και αν η τελευταία προσπαθεί, συχνά αγωνιωδώς, να ταυτιστεί με αυτήν ακριβώς την «εργαστηριακή» και «επιστημονική» ιατρική.

Η σύγχρονη εσωτερική παθολογία δίνει, για παράδειγμα, ιδιαίτερη προσοχή στην υποκείμενη δυναμική της νόσου, μέσω της μελέτης της **παθοφυσιολογίας** της, δίνοντας δηλαδή πολύ περισσότερο βάρος στη διαταραγμένη λειτουργία παρά σε μια απλή, στεγνή και στατική περιγραφή των σημείων και συμπτωμάτων της νόσου, και, ουσιαστικά, έχει πλέον αποδεχθεί πως τα συμπτώματα είναι μια τελείως διαφορετική κατάσταση από την ίδια τη νόσο.

Τον 17^ο αιώνα, η ιατρομαθηματική και ιατροχημική προσέγγιση της κλινικής ιατρικής, θέτοντας την παρατήρηση πάνω από κάθε τι, οδήγησε τον Thomas Sydenham, να αναφέρει το «Οίδημα» ως νόσο, στο α-θεωρητικό εγχειρίδιο ιατρικής που συνέγραψε το 1685. Την περίοδο εκείνη, τα συμπτώματα χρησιμοποιούντο περισσότερο ως **βάση ταξινόμησης και όχι ως ενδείξεις της κατάστασης του ασθενούς**, και, μάλιστα, πολλές ήταν οι προτάσεις που υποστήριζαν πως οι ασθένειες θα έπρεπε να ταξινομούνται κατά τον τρόπο ταξινόμησης των φυτών, προτάσεις που βρήκαν μερικές φορές και πρόθυμους εκφραστές.

Αργότερα, όμως, με την εμφάνιση της «εργαστηριακής» ιατρικής στα τέλη του 19^{ου} αιώνα, στο εγχειρίδιο του εργαζόμενου στις ΗΠΑ Καναδού ιατρού Sir William Osler το οίδημα **δεν** αναφέρεται πλέον ως νόσος. Βεβαίως, ο Osler, δεν αγνοούσε το οίδημα και την υπεραιμία. Απλώς τα αναγνώριζε πλέον **ως τέτοια που ήταν**, δηλαδή **ομοιοστατικές αποκρίσεις σε μια υποκείμενη παθολογική κατάσταση**.

Είναι πλέον η εποχή της «**παθολογικής φυσιολογίας**», κατά την οποία την ιατρική θα έπρεπε να την απασχολεί πρωταρχικά η μελέτη της διαταραγμένης λειτουργίας και όχι η τεχνητή κατασκευή νοσολογικών οντοτήτων, και κατά την οποία η κλινική έρευνα θα έπρεπε να εξελιχθεί **από μελέτη των παθολογικών δομών σε μελέτη της παθολογικής λειτουργίας** την οποία συνεπάγεται η παθολογική δομή.

Ήταν ακριβώς αυτή η γενικότερη αλλαγή της διαγνωστικής στάσης από το επίπεδο της διαταραχής της δομής στο επίπεδο της διαταραχής της λειτουργίας που επέτρεψε στον Sigmund Freud να δεχτεί πως πίσω από τις αντιδράσεις μετατροπής βρισκόταν αμυντικοί μηχανισμοί και όχι νευρολογικά ελλείμματα, και ότι αυτές οι μετατρεπτικές αντιδράσεις, όπως και το οίδημα, θα μπορούσαν να αντανakλούν μια προσαρμοστική απάντηση στο τραύμα.

Στο πνεύμα αυτό, και στην ιστορική διαδρομή που ακολούθησε την επαναστατική ανακάλυψη των παθογόνων μικροοργανισμών αλλά και του ρόλου των «μεσαζόντων» στην λοίμωξη, δηλαδή των ενδιάμεσων ξενιστών, αυτή η ίδια εργαστηριακή ιατρική των αριθμών τονίζει και σήμερα τη σημασία της «ομοιοστατικής απόκρισης».

Η σημερινή εσωτερική παθολογία αναγνωρίζει τώρα πως η αποκαλούμενες λοιμώξεις συχνά **δεν οφείλονται αποκλειστικά** τόσο στα ίδια τα βακτηρίδια, όσο στην **ιδιοσυγκρασιακή προσαρμοστική απόκριση του ξενιστού στον λοιμογόνο παράγοντα**.

Οι ίδιες αρχές, οι ίδιοι προβληματισμοί, αλλά και οι ίδιες δυσκολίες και επιφυλάξεις ισχύουν και στην ψυχιατρική. Και εδώ, συχνά, **δεν είναι τόσο ο στρεσογόνος παράγοντας** που ευθύνεται για την εκδήλωση της νόσου, όσο η **ιδιοσυγκρασιακή απόκριση** του ασθενούς στον παράγοντα αυτό.

Αποκρυπτογραφώντας τις **άμυνες**, την «ομοιοστατική, δηλαδή, απόκριση», θα μπορούσαμε να κατανοήσουμε, στο μέτρο του δυνατού, την υποκείμενη «παθολογική φυσιολογία» της νόσου.

Στην ίδια κατεύθυνση, της διερεύνησης δηλαδή του «τι ακριβώς εκφράζει ένα σύμπτωμα», η παθολογία θεωρεί **αυτονόητη** την προσπάθεια κατανόησης της σημασίας αυτού που η ίδια αποκαλεί «**αντανακλώντα πόνο**». Ένας πόνος στην δεξιά ωμοπλάτη κάλλιστα μπορεί να σημαίνει χολοκυστίτιδα, ένας πόνος στην αριστερή ωμοπλάτη ίσως να σημαίνει θρόμβωση των στεφανιαίων. Η κατάλληλη διάγνωση εξαρτάται από το τι βλέπει ο γιατρός πίσω από το σύμπτωμα.

Θα μπορούσαμε, εδώ, να πούμε, πως η **Μετάθεση** δεν είναι λιγότερο σημαντική για την ψυχιατρική από ό,τι για την υπόλοιπη ιατρική. Κατανοώντας πως ένας από τους στόχους της εκφρασμένης σε επίπεδο συμπτωμάτων ψυχοπαθολογίας είναι να αποκρύψει ή να μεταθέσει την πηγή της σύγκρουσης, μαθαίνουμε να μην παίρνουμε απολύτως τοις μετρητοίς τα ψυχιατρικά συμπτώματα.

Ένα άλλο πεδίο στο οποίο η ιατρική έχει κάνει μερικές βασικές παραδοχές, είναι το πεδίο των «**λειτουργικών διαταραχών**». Η σύγχρονη παθολογία δέχεται ότι σχεδόν οι μισές από όλες τις επισκέψεις στους γενικούς γιατρούς γίνονται από ασθενείς που πάσχουν από τις λεγόμενες «**λειτουργικές διαταραχές**», με άλλες λέξεις, από ασθενείς με ψυχιατρική παθολογία ή με προβλήματα ζωής τέτοια που **μετατίθενται, προβάλλονται, απωθούνται ή μετασχηματίζονται** σε διάφορους τύπους συμπτωματολογίας τέτοιας, που **επιτρέπει στα υποκείμενα προβλήματα να εκφράζονται μέσω σωματικών αιτιάσεων**.

Δηλαδή, ο παθολόγος έχει πλέον υποχρέωση να αναρωτηθεί τι σημαίνει αυτός ο αναφερόμενος από τον ασθενή πόνος, τι μπορεί να εκφράζει, πόσο αντανakλά μια πραγματική παθολογία ενός οργάνου ή όχι, χωρίς να βιαστεί να χορηγήσει αμέσως αναλγητικό.

Πέρα, δηλαδή, από την αναζήτηση κάποιας πραγματικής αλλά απομεμακρυσμένης από το σημείο του πόνου παθολογίας, όπως στον αντανakλώντα πόνο που αναφέρθηκε προηγουμένως, οφείλει να αναρωτηθεί για την **ίδια την οντότητα του πόνου**, για το αν εκφράζει δηλαδή μια οργανική ή μια «λειτουργική» προβληματική. Μάλιστα, πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει πως μια βραχεία ψυχοθεραπεία σε ανάλογες περιπτώσεις, μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των μελλοντικών επισκέψεων στους παθολόγους από 5 μέχρι 85%.

Όπως σημειώνει και ο Vaillant, ακριβώς παράλληλη οφείλει να είναι και η διαγνωστική στάση της ψυχιατρικής. Και εδώ, τα παράπονα για άγχος, για κατάθλιψη, οι κρίσεις πανικού ή οι αυτοκτονικές σκέψεις, **συχνά εκφράζουν μέσω της συμπτωματολογίας αυτής κάτι άλλο**, συχνά και αυτά συνιστούν κραυγές για βοήθεια σε άλλες περιοχές.

Ακριβώς, λοιπόν, επειδή συχνά οι ασθενείς μιλούν στους γιατρούς με συμβολικό τρόπο, οι ψυχίατροι, όπως και οι άλλοι γιατροί, θα πρέπει να έχουν κάποια διαγνωστικά μέσα για να αποκωδικοποιούν αυτούς τους συμβολισμούς. Όλοι δεχόμαστε πως η ψυχιατρική συμπτωματολογία δεν είναι «**παράλογη**», αλλά πως «**έχει την δική της λογική**».

Συχνά ο ψυχίατρος καλείται να κάνει μια «ανα-κατασκευή» των «κατασκευών» αυτών των ασθενών, κάτι που έχει πολύ συχνά τονιστεί και που οδηγεί πολλούς να καταλήγουν πως η ψυχιατρική είναι τέχνη, δηλαδή κατασκευή, δηλαδή ποίηση. Δίνοντας μεγαλύτερη προσοχή στο τι διαδραματίζεται πίσω από τη σκηνή, έχουμε την ευκαιρία να κατανοήσουμε καλύτερα την συμβολική γλώσσα των ψυχιατρικών ή των «λειτουργικών» συμπτωμάτων, σε μια πορεία να καταστεί «λογικό» το «παράλογο».

Σε μια τέτοια διαφορετική «λογική» στηρίζεται και ένα άλλο σημαντικό θέμα, που απασχολεί τόσο την υπόλοιπη ιατρική όσο και την ίδια την ψυχιατρική: το θέμα της **συμμόρφωσης** του ασθενούς στην θεραπευτική αγωγή (compliance).

Ενώ τα δεδομένα δείχνουν πως οι γενικοί ιατροί συνταγογραφούν τη σωστή φαρμακευτική αγωγή στο 50% των ασθενών που πάσχουν από κάποια αντιμετωπίσιμη σωματική νόσο, το ποσοστό των ασθενών που ακολουθεί επαρκώς σωστά τις ιατρικές οδηγίες είναι **κατά πολύ μικρότερο του αναμενόμενου**. Οι ίδιοι οι γιατροί παραδέχονται πως ο παράγοντας "συμμόρφωση στην θεραπεία" είναι τόσο σημαντικός, όσο ακριβώς σημαντικό είναι να έχει συνταγογραφηθεί η σωστή θεραπευτική αγωγή κατά την πρώτη επίσκεψη.

Πολλούς τρόπους δοκιμάζουν οι γιατροί για να αντιμετωπίσουν την μη συμμόρφωση των ασθενών τους στην προτεινόμενη αγωγή. Συχνά, όμως, η **αιτιολογία της μη συμμόρφωσης στην αγωγή δεν είναι αυτό που φαίνεται**.

Οι πιέσεις ή οι νουθεσίες που χρησιμοποιούν μαθησιακούς όρους και οι λογικές εξηγήσεις σχετικά με την αναγκαιότητα της ορθής λήψης της φαρμακευτικής αγωγής **πιθανόν να μην βοηθήσουν καθόλου** στην επίτευξη του στόχου.

Μάλιστα, μερικές φορές, όλως «**παραδόξως**» για κάποιον ανυποψίαστο, οι συμβουλές και οι πιέσεις φέρνουν ακριβώς το αντίθετο αποτέλεσμα. Και εμείς στην Ψυχιατρική, όπου κατεξοχήν η θεραπευτική σχέση διαμεσολαβείται από τη **μεταβίβαση**, το πρόβλημα αυτό το αντιμετωπίζουμε σε αρκετά μεγαλύτερη έκταση.

Ίσως, μια περισσότερο προσεκτική αναζήτηση των ασυνείδητων μηχανισμών άμυνας που ενδεχομένως να διαμορφώνουν μια τέτοια στάση, όπως ο **σχηματισμός δια του αντιθέτου** (reaction formation), η **παθητική επιθετικότητα**, η **εκδραμάτιση** (acting out) και η **υποχονδρίαση**, να μας οδηγήσει σε μια βαθύτερη κατανόηση των κινήτρων της συμπεριφοράς αυτής. Και μιάς και το θέμα αυτό άπτεται άμεσα της σχέσης γιατρού-ασθενούς, είναι η **ανάλυση** αυτών των μηχανισμών μέσα από την ανάλυση και επεξεργασία των μεταβιβαστικών και αντιμεταβιβαστικών αντιδράσεων που θα οδηγήσει και στην ανάδυση των βαθύτερων κινήτρων και, ενδεχομένως, στην άρση της δυσλειτουργικής αυτής συμπεριφοράς.

Συχνά αρκετοί λησμονούν πως η κατανόηση της δυναμικής της μη συμμόρφωσης στις ιατρικές οδηγίες είναι εξίσου σημαντικό θέμα όσο και η σωστή διάγνωση ή αναγραφή του σωστού φαρμάκου. Στο θέμα αυτό, θάθελα να μου επιτρέψετε να σας δώσω μερικά παραδείγματα για τον ρόλο της δυναμικής αυτής, μέσα από τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης εργασίας μας.

Ένα άλλο ιδιαίτερα ενδιαφέρον πεδίο στη μελέτη των μηχανισμών άμυνας είναι οι θεμελιώδεις αρχές που διέπουν εξ ορισμού τη λειτουργία τους, κυρίως η αρχή της **ομοιόστασης**, την οποία υπηρετούν. Ομοιόσταση, που από πολύ παλαιά είχε αναγνωριστεί από την ιατρική. Για παράδειγμα, βασική θέση της Ιπποκρατικής ιατρικής ήταν πως:

«**φύσις (δε) του σώματος** αρχή του εν ιητρική λόγου»

Η ίδια η **φύσις**, δηλαδή, του σώματος, είναι η αρχή του λόγου της Ιατρικής. Ο Ιπποκράτειος ιατρός ενδιαφερόταν πρωταρχικά, όχι για τη διάγνωση, αλλά για την πρόγνωση και τη θεραπεία, συνεπώς το ενδιαφέρον του, κατά πρώτο λόγο, δεν ήταν στραμμένο προς τη νόσο αλλά προς τον ίδιο τον νοσούντα.

Τον ενδιέφερε το σώμα ως ολότητα, παρά η βλάβη του μέρους. Έτσι, η Θεραπεία που εφαρμόζεε ήταν συνεπής με τη Θεμελιώδη προσέγγισή του. Ήταν Θεραπεία ενός ατόμου και όχι μιάς νόσου, στόχευε δε στην ίαση ολόκληρου του σώματος, όχι ενός μέρους του.

Κάθε Θεραπευτική προσέγγιση βασιζόταν στην Θεμελιώδη υπόθεση ότι η φύσις διαθέτει, από μόνη της, μια ισχυρή ιαματική δύναμη και ένα σκοπό και συνεπώς ο βασικός ρόλος του ιατρού είναι να βοηθήσει τη φύση σ' αυτή τη Θεραπευτική διαδικασία, παρά να την κατευθύνει αυθαίρετα.

Στην ιστορική εξέλιξη της ιατρικής, οι πολλές αλλαγές στις αντιλήψεις για τη νόσο και τη Θεραπεία συχνά έδειχναν να βάζουν τέλος στη δημιουργική αυτή περίοδο της ελληνικής ιατρικής. Ακόμη και αυτές οι αλλαγές, όμως, παρά την υιοθέτηση Θεωριών που για κάποιο διάστημα έδειχναν να αποπροσανατολίζουν και να κατευθύνουν την εξέλιξη σε λάθος δρόμους, περιείχαν εν σπέρματι μια εξέλιξη στα ίχνη της Ιπποκρατικής Ιατρικής. Για παράδειγμα, η Θεωρία του Γαληνού σχετικά με την αποκλειστική Θεραπευτική δράση που είχε το πύον στα τραύματα, γνωστή με τον όρο «pus laudabile», «άριστον πύον», οδήγησε αρχικά στο να εμποδίσει την Θεραπεία των τραυμάτων με αντισηπτικά. Γνωρίζουμε, όμως, σήμερα, την πραγματικά ευεργετική για την επούλωση των τραυμάτων κινητοποίηση του οργανισμού, που σαν συνέπειά της δημιουργεί το πύον, το οποίο, εννοούμενο τώρα διαφορετικά, πράγματι είναι «άριστον».

Στην Αναγέννηση, μια φράση του Γάλλου χειρουργού Ambroise Pare, ιατρού με εξαιρετικές διανοητικές ικανότητες και άοκνου εργάτη της ιατρικής στην δύσκολη και με ιδιαίτερα ταξικά στεγανά κοινωνία του αναγεννησιακού κόσμου, έμελλε να σημαδέψει την ιατρική, τη φιλοσοφική και την ψυχαναλυτική σκέψη μέχρι τις μέρες μας, αφού ακόμη και η σημερινή «εργαστηριακή» ιατρική, με την ανάδειξη της σημασίας της ανοσολογίας, δείχνει ακριβώς να σέβεται το περιεχόμενο της φράσης του Γάλλου χειρουργού:

«Εγώ το επέδεσα, ο Θεός το εθεράπευσε»

Το ρητό λέει: δεν περνούν όλα από τα δικά μου χέρια. Εγώ επιδένω, όμως η ίαση είναι έργο του Θεού. Στο φως όσων ήδη ειπώθηκαν, εύκολα διακρίνει κανείς εδώ την χριστιανική μεταλλαγή εκείνης της ελληνικής έκλαμψης για την ιατρική «τέχνη», η οποία είναι βαθιά εμπεδωμένη στην «φύσιν».

Δεν είναι τυχαίο που η φράση αυτή παρατίθεται από τον Freud ως επιστέγασμα των παρατηρήσεών του σχετικά με το γιατί για τον ψυχαναλυτή η πιο επικίνδυνη συναισθηματική στάση είναι η «θεραπευτική φιλοδοξία», στο βιβλίο του «Συμβουλές προς τον ιατρό κατά την ψυχαναλυτική αγωγή», του 1912.

Για τον Freud, μια «θεραπευτική φιλοδοξία» θα περιόριζε την δυνατότητα του θεραπευτή να βρίσκεται σε εκείνη την άνετη διάθεση της «ελεύθερα μετέωρης προσοχής», αλλά και θα τον εξέθετε περισσότερο σε ορισμένες αντιστάσεις του ασθενούς.

Η παράθεση, όμως, του ρητού στο τέλος του κειμένου, ίσως να σημαίνει και κάτι ακόμη: ίσως να συνιστά μια **μνημόνευση** αυτής της παράδοσης για **τα όρια του ανθρώπου εμπρός σε κάτι που τον ξεπερνά**, όρια όμως που δεν τίθενται πλέον ως όρια του αδύναμου ανθρώπου απέναντι στον παντοδύναμο Θεό, αλλά ως σεβασμός απέναντι στη «φύση». Όσο εναργέστερα επιτελείται το άλμα από την θεραπευτική φιλοδοξία στον σεβασμό απέναντι στην φύση, τόσο ριζικότερα μεταβάλλεται και η σχέση του ιατρού απέναντι στο έργο το οποίο καλείται να επιτελέσει και στην έκβασή του.

Ένα μεγάλο μέρος της σύγχρονης ιατρικής έρευνας εστιάζεται ακριβώς πάνω στη διάσημη πλέον φράση του Γάλλου χειρουργού, έστω και με κάπως διαφορετικούς όρους. Το να σέβεται κανείς την φυσική θεραπευτική και προσαρμοστική διεργασία του οργανισμού και να εργάζεται σε συνεργασία μαζί της, είναι, για παράδειγμα, θεμελιώδης παράγων για την σύγχρονη ανοσολογία.

Είναι, πλέον, γενικά παραδεκτό πως ένα επαρκές διαγνωστικό σύστημα **θα πρέπει να είναι ικανό να εκτιμά τότε τα «παθολογικά» συμπτώματα αντιπροσωπεύουν «υγιείς» παροξυσμούς.**

Για παράδειγμα, όπως ήδη αναφέρθηκε, οι ειδικοί στις λοιμώξεις θεωρούν το πύον ιδιαίτερα σημαντικό θεραπευτικό παράγοντα. Ή, οι πνευμονολόγοι, επιπλέον, έχουν μάθει πώς να διευκολύνουν, και όχι να καταστέλλουν, τον παραγωγικό βήχα στις χρόνιες βρογχεκτασίες. Δεν είναι καθόλου τυχαίο, πως ο μόνος ψυχίατρος που έχει πάρει βραβείο νόμπελ (ο Julius Wagner von Jauregg, το 1927), το πήρε επειδή χρησιμοποίησε την ελονοσία ακριβώς για να προκαλέσει πυρετό στους συφιλιδικούς ασθενείς. Έτσι, σήμερα, οι γιατροί δεν χορηγούν θεραπεία για τον βήχα ή για τον κοιλιακό πόνο άσκοπα και χωρίς να προηγηθεί μεγάλη σπουδή. Αντίθετα, αναζητούν την υποκείμενη κατάσταση, είτε αυτή είναι το ψαροκόκαλο που φράζει την τραχεία είτε είναι η σκωλικοειδίτις που χρειάζεται εκτομή.

Η ίδια διερεύνηση της υποκείμενης διεργασίας και ο σεβασμός της «ιαματικής δύναμης της φύσης» είναι ίσως απαραίτητα για να κατανοήσουμε και να εργαστούμε σε πολλές περιπτώσεις «διαταραχών της προσωπικότητας» και «μειζόνων συναισθηματικών διαταραχών», αποφεύγοντας μια απλή περιγραφική κατάταξη της έκτασης του παροξυσμού των ασθενών μας.

Γενικά, όπως ο Vaillant τονίζει, το να καταλάβουμε τις άμυνες σημαίνει να **διδαχτούμε την ταπεινοφροσύνη** και να **παραδεχτούμε πως το Εγώ είναι σοφότερό μας**. Η κατανόηση της ομοιοστατικής αξίας των αμυντικών μηχανισμών θα επιτρέψει στους θεραπευτές να αποδεχτούν ότι **η θέση τους είναι να υπηρετούν, μάλλον, την ψυχολογική θεραπευτική διεργασία, παρά να την ελέγχουν**. Το Εγώ του ανθρώπου συνεχίζει να παρέχει στην ανθρώπινη ύπαρξη καλύτερη θεραπεία και από τον αρτιότερα εκπαιδευμένο γιατρό ή και από την πιο σύγχρονη φαρμακευτική αγωγή.

Πέραν τούτου, η κατανόηση των αμυντικών μηχανισμών είναι ιδιαίτερα σημαντική, τόσο για την διάγνωση όσο και για τη θεραπεία, καθόσον:

1. Οι άμυνες μπορεί να βοηθήσουν σαν οδηγία σημεία-αναφορές στην περιγραφή διαφόρων στερεοτύπων σεναρίων στα οποία καταφεύγουν οι άνθρωποι κάτω από συνθήκες στρες. Η κατανόηση αυτών των σεναρίων μας επιτρέπει μια βαθύτερη κατανόηση και ενσυναίσθηση του άλλου μάλλον, παρά την καταδίκη του ή την απόρριψή του.

2. Οι άμυνες, όπως ήδη ελέχθη, παρέχουν έναν δρόμο για τα καταστεί το παράλογο, λογικό.
3. Οι άμυνες είναι πολύ σημαντικές για την ίδια την θεραπευτική σχέση. Κατανοώντας την γλώσσα των συμπτωμάτων, μπορούμε αρτιότερα να παρέξουμε ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, να επεξεργαστούμε την μεταβίβαση και να βοηθήσουμε τον ασθενή να σταθεροποιήσει την εικόνα του εαυτού του. Όπως, για παράδειγμα, όταν βρισκόμαστε σε μια **ξένη χώρα** αντιμετωπίσουμε μια δύσκολη συνθήκη στην οποία η ξένη γλώσσα δεν μας βοηθά να την αντιμετωπίσουμε, συχνά πιάνουμε τον εαυτό μας να προσπαθεί να ξεπεράσει τη δυσκολία που νοιώθει όταν δεν τον καταλαβαίνουν, **φωνάζοντας δυνατά**. Όμως έτσι, όχι μόνον εξακολουθούν να μην μας καταλαβαίνουν οι άλλοι, αλλά γινόμαστε όλο και περισσότερο αντιπαθητικοί. Όταν τελικά, βρούμε κάποιον που μιλάει την ίδια γλώσσα με μας, **ηρεμούμε και μιλάμε απόλυτα λογικά**. Το ίδιο συμβαίνει και με τους ασθενείς. Όταν καταλαβαίνουμε το νόημα πίσω από τα συμπτώματα, τότε και αυτοί αλλάζουν, ηρεμούν, και έχουμε πλέον μια κοινά κατανοητή γλώσσα επικοινωνίας.
4. Στην ψυχιατρική λίγους τρόπους έχουμε να παρακολουθήσουμε την όλη θεραπευτική διαδικασία. Τελικά, το **να εργάζεται κανείς** με επιτυχία και το **να αγαπά** ίσως είναι οι δυο καλύτεροι δείκτες που έχουμε σχετικά με το αν κάποιος έχει ανταπεξέλθει με επιτυχία σε μια ψυχιατρική δυσλειτουργία. Όμως, πριν να βρεθεί κάποια κατάλληλη εργασία ή πριν εμφανιστεί ο κατάλληλος για να αγαπηθεί άνθρωπος, η καλύτερη ένδειξη ίσως να είναι μια μετατόπιση στην ωριμότητα του συνολικού αμυντικού προφίλ. Έτσι, είναι πολύ πιθανόν κατά την διάρκεια της ανασυγκρότησης από μια ψυχωτική αποδιοργάνωση να παρατηρηθούν αλλαγές στο αμυντικό προφίλ τέτοιες, που να αντανakλούν συνολικά την όλη θεραπευτική πορεία. Ο Vaillant (1963) σε ένα follow-up 50 ετών με σχιζοφρενικούς ασθενείς παρατήρησε πως κατά την διάρκεια της ύφεσης ο μηχανισμός της διανοητικοποίησης αντικαθιστούσε συχνά τους μηχανισμούς της άρνησης, της διαστρέβλωσης και της προβολής, που είναι περισσότερο χαρακτηριστικοί μηχανισμοί της ψύχωσης. Σε μια άλλη

του εργασία (1966), σε ένα follow-up 12 ετών με ασθενείς εξαρτημένους από ναρκωτικά, σημείωσε πως οι χρήστες που διέκοψαν τη χρήση εμφανιζόταν να έχουν εγκαταλείψει το προφίλ της εκδραμάτισης και της παθητικής επιθετικότητας, αντικαθιστώντας τα με τους θεωρούμενους περισσότερο ώριμους μηχανισμούς της μόνωσης, της αποσύνδεσης (dissociation), του αλτρουισμού και του σχηματισμού δια του αντιθέτου.

Φυσικά, υπάρχουν πολλά θεωρητικά αλλά και πρακτικά προβλήματα σχετικά με την επαρκή και αξιόπιστη εκτίμηση των μηχανισμών άμυνας και την ενσωμάτωσή τους στην διαγνωστική. Μερικά από αυτά, ήδη αναφέρθηκαν προηγουμένως. Θα πρέπει, επίσης, πάντα να θυμόμαστε πως όλη η έννοια των μηχανισμών άμυνας δεν είναι παρά μια **μεταφορά**. Και γνωρίζουμε καλά, πως **«όταν μια μεταφορά μεταβάλλει τον μύθο, το σύστημα κλείνει»**.

Στο επίπεδο αυτό, εάν κάπου συμβάλλει η ανάμειξη των μηχανισμών άμυνας στην αναζήτηση της αλήθειας, είναι ακριβώς η αναγνώριση της πλάνης τους και η αποδοχή της ως τέτοιας, δηλαδή ως πλάνης. Γιατί, ουσιαστικά, οι αμυντικοί μηχανισμοί δεν είναι παρά **τρόποι πλάνης**. Και η μελέτη τους, αφήνει ανοικτά αρκετά ερωτήματα, και ανοίγει, έτσι, μια πόρτα συνομιλίας μεταξύ των διαφόρων στεγανών και διαγνωστικών βεβαιοτήτων, στις οποίες με ευκολία προσδενόμαστε, αγνοώντας παντελώς την άλλη τους όψη.

Ο ίδιος ο Freud, άλλωστε, είχε από νωρίς επισημάνει την πλάνη αυτή των αμυντικών μηχανισμών. Έλεγε:

«Η απώθηση, βασικά, είναι μια προσπάθεια να πετάξει κανείς, να γίνει καπνός, να ξεφύγει..... όμως, δεν μπορούμε να ξεφύγουμε από τον εαυτό μας. Το να τρέπεται κανείς σε φυγή δεν βοηθά έναντι των εσωτερικών κινδύνων. Και για το λόγο αυτό, οι αμυντικοί μηχανισμοί του Εγώ είναι καταδικασμένοι να παραποιούν την αντίληψη κάποιου για τον εσωτερικό εαυτό του και να παρέχουν μόνον μια ατελή και διαστρεβλωμένη εικόνα του».

Και, επίσης, εάν κάπου αλλού συμβάλλει η μελέτη των αμυντικών μηχανισμών, είναι στην αναζήτηση του «προηγούμενου βήματος», που αναπόφευκτα παραπέμπει στην «αιτία», ή και στην «πρώτη αιτία».

Πολλοί πιστεύουν πως, επειδή στην ψυχιατρική η αιτιολογία δεν είναι ξεκάθαρη, υπάρχουν πλεονεκτήματα στο να αγνοούμε συλλήβδην κάθε αιτιολογία. Όμως, η ίδια λογική είχε οδηγήσει τον Sydenham να επιλέξει να ονομάσει το οίδημα νόσο. Η προσπάθεια δημιουργίας μιας περιγραφικής α-θεωρητικής, ως προς την αιτιολογία, νοσολογίας, δημιουργεί μια πόλωση μεταξύ των δύο συστημάτων, του επεξηγηματικού και του συστήματος της α-θεωρητικής κατάταξης, που ουσιαστικά είναι τεχνητή.

Όπως ο Θανάσης Τζαβάρας σημειώνει, «**το όνειρο της ανιστόρητης και αθεωρητικής ιατρικής κλινικής είναι ο βαρύς εισόδιος φόρος που πλήρωσαν και πληρώνουν ακόμη σήμερα οι επιστήμονες υγείας για να γίνουν δεκτοί στη λέσχη των ενηλίκων και σκληρών επιστημόνων που θεωρούνται οι φυσικο-χημικοί και οι μαθηματο-στατιστικοί**».

Και η πόλωση μεταξύ των συστημάτων αυτών είναι τεχνητή γιατί τουλάχιστον, όπως ο κ. Μαρκίδης επισημαίνει, «κάθε μοντέλο αναπτύσσεται σε διαφορετική τάξη κανονικοτήτων, που δεν αλληλοαποκλείονται, αλλά και δεν υπερκαλύπτουν η μία την άλλη. Η εμπειρία μας βεβαιώνει πως **υπάρχουν κανόνες στο παιγνίδι**, πλέγματα που **συνυφαίνονται** με άλλα πλέγματα, **σχέσεις και συσχετίσεις**, που μόνον η ερμηνευτική σύμβαση (και μόνον αυτή) τους δίνει τον χαρακτήρα της αιτίας και του αποτελέσματος».

Και τα πράγματα περιπλέκονται ακόμη περισσότερο στο θέμα των αμυντικών μηχανισμών, που η μελέτη και θεραπευτική που τους λαμβάνει υπόψιν διαμεσολαβείται από την **ανάπτυξη της συναισθηματικής μεταβίβασης**, που κάθε άλλο παρά σαν «ευθύγραμμη» θεραπευτική θα την αποκαλούσε κανείς.

Πώς, άραγε, νοιώθει η ευθύγραμμη αιτιοκρατική λογική με την ανακάλυψη του Freud ότι πολλά από τα τραύματα στα οποία υπήρξε υποχρεωμένος να προσδώσει αιτιολογική σημασία δεν συνέβησαν ποτέ, έξω από την φαντασία των ασθενών του?

Όμως, το ότι καμία αιτία δεν είναι ξεκάθαρη και ότι ο δρόμος των «ευθύγραμμων» σχέσεων αιτίου-αποτελέσματος είναι ολισθηρός, δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχει «ένας λόγος», «μια αιτία», ή, ακόμη παραπέρα, μια «πρώτη αιτία», μια «πρώτη αρχή». Και θυμόμαστε στο σημείο αυτό τα λόγια του Wittgenstein:

«Είναι τόσο δύσκολο να βρώ την αρχή.

Ή καλύτερα: Είναι δύσκολο ν' αρχίσω απ' την αρχή.

Και να μην προσπαθήσω να πάω παραπίσω».

Βιβλιογραφία

- Ackerknecht EH: Ιστορία της Ιατρικής. Εκδόσεις Μαραθιά, Αθήνα 1998.
- Conte HR and Plutchik R. Ego Defenses: Theory and Measurement. The Einstein Psychiatry Series No 10, New York, 1995.
- Freud S. (1964). Constructions in analysis. In J. Strachey (Ed. And Trans.), The standard edition of the complete works of Sigmund Freud (Vol. 23, pp 257-269). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1953) Raetschlage fuer den Artz bei der Psycho-analytischen Behandlung (Conseils aux médecins sur le traitement psychanalytique), in *De la technique psychanalytique*, Paris, P.U.F., pp 66-71.
- Freud, S.: Hemmung, Symptom, und Angst. *GW*, XIV, 197; *SE*, XX, 164, 1926.
- Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA: Synopsis of Psychiatry, 7th Ed., Williams and Wilkins, 1994.
- Laplace J και J-B Pontalis : Λεξιλόγιο της Ψυχανάλυσης, Κέδρος, 1986.
- Sartorius N, Jablensky A, Regier DA (eds): Sources and Traditions of Classification in Psychiatry. Toronto, Hogrefe and Huber, 1990.
- Vaillant G.E. (ed.): Ego Mechanisms of Defense: A guide for clinicians and researchers. Washington D.C.: American Psychiatric Press, 1992.
- Vaillant GE: A twelve-year follow-up of New York narcotic addicts, IV: some characteristics and determinants of abstinence. *Am J Psychiatry* 123: 573-584, 1966.
- Vaillant GE: The natural history of the remitting schizophrenics. *Am J Psychiatry* 120: 367-375, 1963.
- Wittgenstein L: Περὶ της βεβαιότητας, Αθηνάϊκή Φιλοσοφική Βιβλιοθήκη, Αθήνα 1989.
- Καράβατος Θ.: Για μία θεωρητική μη α-θεωρητική ψυχιατρική. Στο «εντός εκτός και επί της Ψυχιατρικής», Εκδ. University Studio Press, Θεσ/νίκη 2002.
- Μαρκίδης Μ.: Το φάντασμα της αιτίας ή πώς να γίνετε οχληροί στα ψυχαναλυτικά συμπόσια. Στο: Ψυχανάλυση και Ελλάδα, Βιβλιοθήκη Γενικής Παιδείας Νο 16, Εταιρία Σπουδών Νεοελληνικού Πολιτισμού και Γενικής Παιδείας, Αθήνα 1984.

**ΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ ΤΟΥ ΕΓΩ:
Ο ΛΟΓΟΣ ΤΟΥ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΣ**

**ΘΩΜΑΣ ΥΦΑΝΤΗΣ
ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ**

« ΛΟΓΟΣ »

«ΟΜΙΛΙΑ», λαλιά, λέξη

«ΑΙΤΙΑ», (για ποιο «λόγο»;))

«ΠΡΩΤΗ ΑΙΤΙΑ» («εν αρχή ήν ο Λόγος»)

«ΣΧΕΣΗ» («λόγος μεταξύ μεγεθών και ποσοτήτων»)

«ΕΠΓΥΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΦΩΝΙΑ» («σου δίνω τον λόγο μου»)

« ΣΥΝΤΑΞΗ »

« ΣΥΓΚΡΟΤΗΣΗ », « ΔΙΑΤΑΞΗ », ,

«ΚΑΝΟΝΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕ ΟΡΙΣΜΕΝΗ ΔΙΑΤΑΞΗ ΣΥΝΑΘΡΟΙΣΗ»

«ΣΥΝΤΑΓΜΑ»

(Σύνολο θεμελιωδών νόμων και καταστατικός χάρτης μίας πολιτείας)

«ΣΥΝΤΑΓΗ»

(Οδηγία για τη σύνθεση και τη χρήση ενός φαρμάκου)

Η ΑΠΟΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΛΟΓΟΥ ΤΟΥ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΣ



ΔΡΟΜΟΣ

ΠΟΥ ΕΝΔΕΧΟΜΕΝΩΣ ΚΑΤΑΣΤΗΣΗ

«ΚΑΤΑΝΟΗΤΟ» ΤΟ «ΑΚΑΤΑΝΟΗΤΟ»

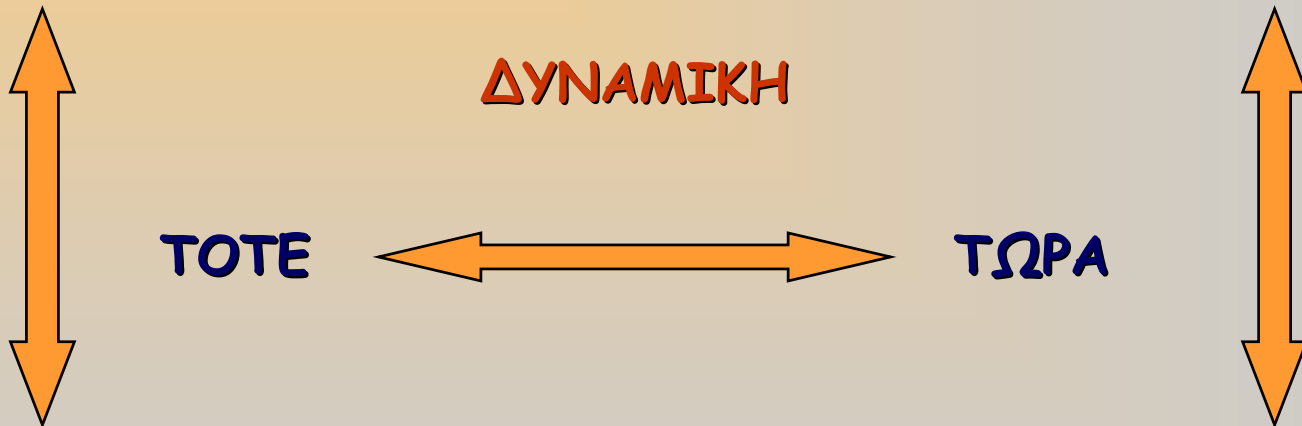
**ΚΑΜΙΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΜΙΑ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΝ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΘΕΩΡΗΘΕΙ ΕΠΑΡΚΗΣ,
ΧΩΡΙΣ, ΤΟΥΛΑΧΙΣΤΟΝ, ΝΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΘΕΙ ΜΙΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
ΤΩΝ ΒΑΣΙΚΩΝ ΑΜΥΝΤΙΚΩΝ ΜΗΧΑΝΙΣΜΩΝ ΤΟΥ ΕΓΩ**

ΔΙΧΑΣΜΟΣ

ΥΓΕΙΑ/ΝΟΣΟΣ

Α-ΣΘΕΝΕΙΑ (ΕΛΜΕΙΨΗ ΣΘΕΝΟΥΣ)

«ΔΥΑΔΙΚΗ ΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΙΚΩΝ ΑΛΓΟΡΙΘΜΩΝ ΤΩΝ DSM»



«ΜΟΙΡΑΙΑ ΑΣΑΦΕΙΑ ΕΝΟΣ ΜΕΓΑΛΟΥ ΔΡΑΜΑΤΟΣ»

17ος αι. - Sydenham: ΟΙΔΗΜΑ = ΝΟΣΟΣ

19ος αι. - Sir William Osler = ΟΙΔΗΜΑ: Ομοιοστατική απόκριση



Η ΕΠΟΧΗ ΤΗΣ «ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗΣ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ»



FREUD

«Πίσω από τις αντιδράσεις μετατροπής βρίσκονται αμυντικοί μηχανισμοί και όχι νευρολογικά ελλείματα, που ίσως αντανακλούν, όπως το οίδημα, προσαρμοστικές απαντήσεις σε ένα τραύμα»

ΛΟΙΜΩΞΗ (ΨΥΧ. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ)

ΙΔΙΟΣΥΓΚΡΑΣΙΑΚΗ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΤΙΚΗ ΑΠΟΚΡΙΣΗ

ΤΟΥ ΞΕΝΙΣΤΟΥ (ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ)

ΣΤΟΝ (ΛΟΙΜΟΓΟΝΟ-ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ) ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ (ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ)

ΑΝΤΑΝΑΚΛΩΝ

ΠΟΝΟΣ

(ΜΕΤΑΘΕΣΗ)

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ (ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ)

ΟΡΓΑΝΙΚΗ Ή
«ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ»
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΚΗ?

(ΤΙ ΕΚΦΡΑΖΕΤΑΙ ΜΕΣΩ
ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ?
ΤΙ ΘΕΛΕΙ ΝΑ ΜΑΣ ΠΕΙ?)

**ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΚΑΙ
ΣΤΗΝ ΑΓΩΓΗ**

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

- **72** ασθενείς με σταθεροποιημένο Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II
- Παρακολούθηση από τον Ενδοκρινολόγο για τουλάχιστον ένα έτος
- Έτη από την Διάγνωση: 1 - 43 (Μ.Ο. 12.4 ± 9.4)
- Μ.Ο. Ηλικίας: 57.27 ± 13.7 έτη
- Φύλο: 46 άνδρες (63.9%) και 26 γυναίκες (36.1%)
- Κριτήρια αποκλεισμού: Άλλες συνυπάρχουσες σωματικές παθήσεις, προηγούμενο ψυχιατρικό ιστορικό

ΟΜΑΔΕΣ ΕΛΕΓΧΟΥ

ΟΜΑΔΑ I: Χρόνια Σωματική Νόσος (ΧΣΝ)

- **67 ασθενείς με άλλη χρόνια νόσο, με στάθμιση ως προς το φύλο, την ηλικία και το εκπαιδευτικό επίπεδο.**
 - 27 με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Εντερική Νόσο
 - 16 με Νεφρική Ανεπάρκεια σε Αιμοκάθαρση
 - 16 με Νεφρική Ανεπάρκεια σε Περιτοναϊκή Διάλυση
 - 8 με σύνδρομο Kallmann (Υπογοναδισμός & ανοσμία)

ΟΜΑΔΑ II: ΧΣΝ που απαιτεί ιδιαίτερη Αυτοφροντίδα (ΧΣΝ-A)

- **24 ασθενείς από την προηγούμενη ομάδα, οι οποίοι:**
- Είτε ήταν επαρκώς προσαρμοσμένοι σε Περιτοναϊκή Διάλυση χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα για τουλάχιστον ένα έτος
- Είτε έφεραν αντλία έγχυσης GnRH και ήταν επαρκώς προσαρμοσμένοι στις ανάγκες της θεραπείας τους για τουλάχιστον ένα έτος

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ - ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ

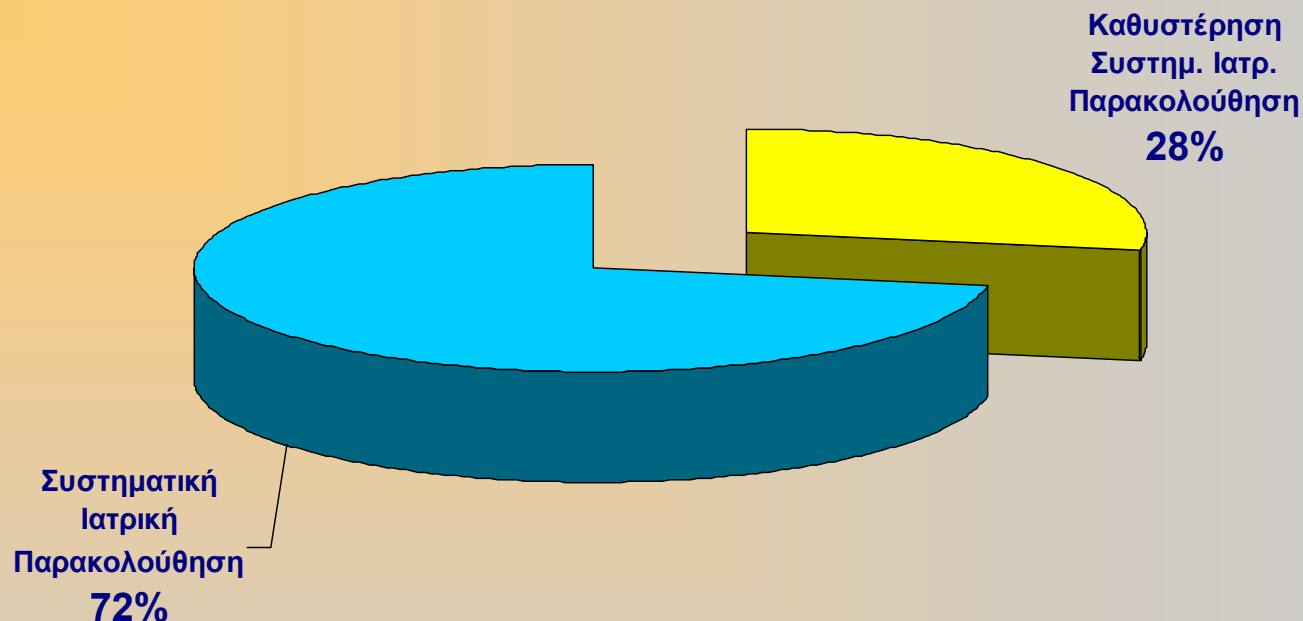
Χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια:

- Defense Style Questionnaire (DSQ) για τη μελέτη της Αμυντικής Δομής και των Μηχανισμών Άμυνας του Εγώ
- Hostility and Direction of Hostility (HDHQ) για τη μελέτη της δομής της Επιθετικότητας και
- Hopkins Symptom Checklist (SCL-90-R) για τη διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας
- Επιπλέον, ελήφθησαν πληροφορίες για μια σειρά δημογραφικών παραγόντων καθώς και παραμέτρων σχετικών με την υποκείμενη νόσο.

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με:

- Τις δοκιμασίες chi-square, Spearman correlation και independent sample t-test για τη διερεύνηση απλών παραγοντικών σχέσεων
- Τις πολυπαραγοντικές αναλύσεις Multiple Regression Analyses και Logistic Regression Analyses.

«ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ» ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ



- 20 ασθενείς (27.8%) ξεκίνησαν να παρακολουθούνται από γιατρό με καθυστέρηση από 2 έως 23 έτη από την στιγμή που ετέθη η διάγνωση του Διαβήτη, με μέσο όρο χρονικής καθυστέρησης 10.35 ± 7.5 χρόνια.
- Θεωρήσαμε την χρονική αυτή καθυστέρηση ως ένδειξη «παραμέλησης» της θεραπείας.

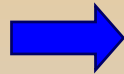
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ «ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ»

	<u>beta</u>	
<u>DSQ</u>		
Σχιζοειδής Φαντασίωση	0.285	p<0.016
Προβολή	0.309	p<0.011
<u>HDHQ</u>		
Παραληρητική Επιθετικότητα	0.391	p<0.008
<u>SCL-90-R</u>		
Κατάθλιψη	0.345	p<0.022

Σημείωση: Multiple Regression Analysis με εξαρτημένη μεταβλητή την χρονική διάρκεια της «Παραμέλησης» και ανεξάρτητες όλες τις ψυχομετρικές κλίμακες, με στάθμιση ως προς την ηλικία, το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την διάρκεια της νόσου και το είδος της θεραπείας του Διαβήτη. Παρουσιάζονται μόνον τα στατιστικά σημαντικά ευρήματα.

Σχιζοειδής Φαντασίωση

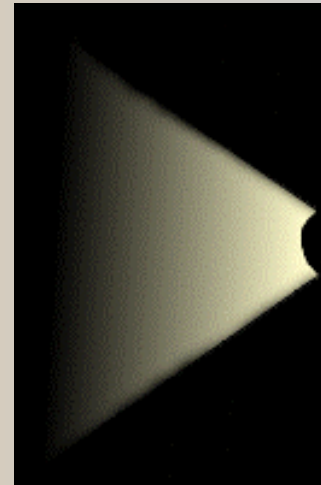
Τάση να χρησιμοποιεί κανείς την φαντασία ή την υπερβολική ονειροπόληση, υποκαθιστώντας τις ανθρώπινες σχέσεις και την άμεση ανάληψη δράσης για την επίλυση μιας σύγκρουσης ή την επίτευξη ικανοποίησης.



Προβολή (Projection)

Απόδοση μη αναγνωρίσιμων ως οικείων συναισθημάτων, επιθυμιών, σκέψεων ή ενορμήσεων στους άλλους.

- ✓ Σοβαρές Προκαταλήψεις, αποφυγή της Οικειότητας μέσω μιας αναίτιας καχυποψίας, υπερβολική ανησυχία για εξωτερικούς κινδύνους και ιδιαίτερη «αναζήτηση» περιπτώσεων αδικίας (δικομανείς).
- ✓ Πάντα «στο γράμμα του Νόμου».
- ✓ Συνοδεύεται από πολύ μεγάλη «Υποτίμηση» (Devaluation)
- ✓ Συνήθως οι «Άλλοι» είναι πρόσωπα από τα οποία αισθάνεται απειλή ή έχει κάποια σχέση ή συνάφεια μαζί τους.

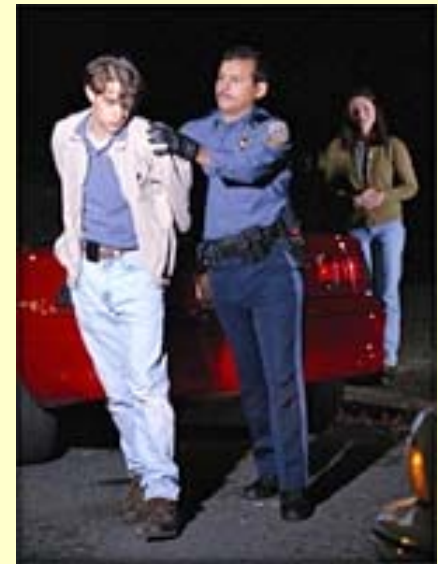


Παραληρητική Προβολή

Ολοφάνερη διαστρέβλωση της εξωτερικής πραγματικότητας, συνήθως διωκτικού τύπου. Το άτομο αντιλαμβάνεται ότι όλες του οι ανεπιθύμητες σκέψεις και συναισθήματα δεν είναι δικά του, αλλά των άλλων.

✓ Έντονο παρανοϊκό παραλήρημα.

Απλή Προβολή: Δεν χάνεται τελείως ο έλεγχος της πραγματικότητας



**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ
ΜΕ ΤΗΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ**

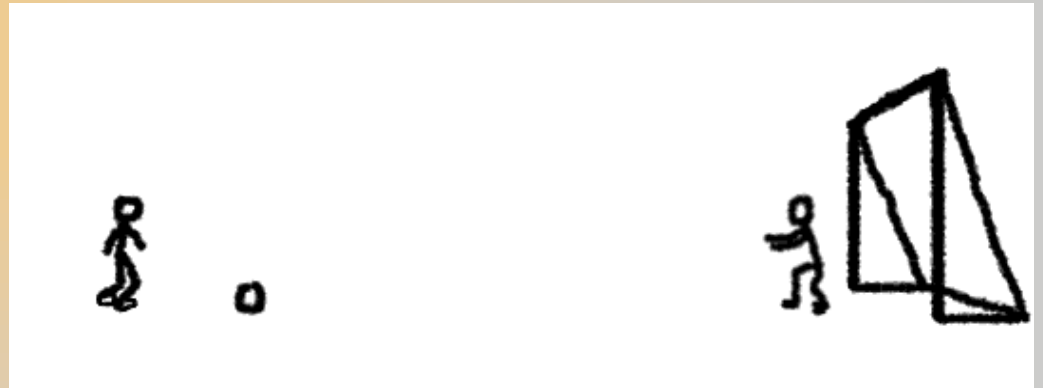
	<u>beta</u>	
<hr/>		
<u>DSQ</u>		
“Προβλέπειν” (Προσμονή)	0.246	p<0.028
<u>SCL-90-R</u>		
Σωματοποίηση	0.349	p<0.003
Παρανοειδείς Σκέψεις	- 0.242	p<0.035
<hr/>		

Σημείωση: Multiple Regression Analysis με εξαρτημένη μεταβλητή την «Συστηματική Παρακολούθηση» και ανεξάρτητες όλες τις ψυχομετρικές κλίμακες, με στάθμιση ως προς την ηλικία, το φύλο, το εκπαιδευτικό επίπεδο, την διάρκεια της νόσου και το είδος της θεραπείας του Διαβήτη. Παρουσιάζονται μόνον τα στατιστικά σημαντικά ευρήματα.

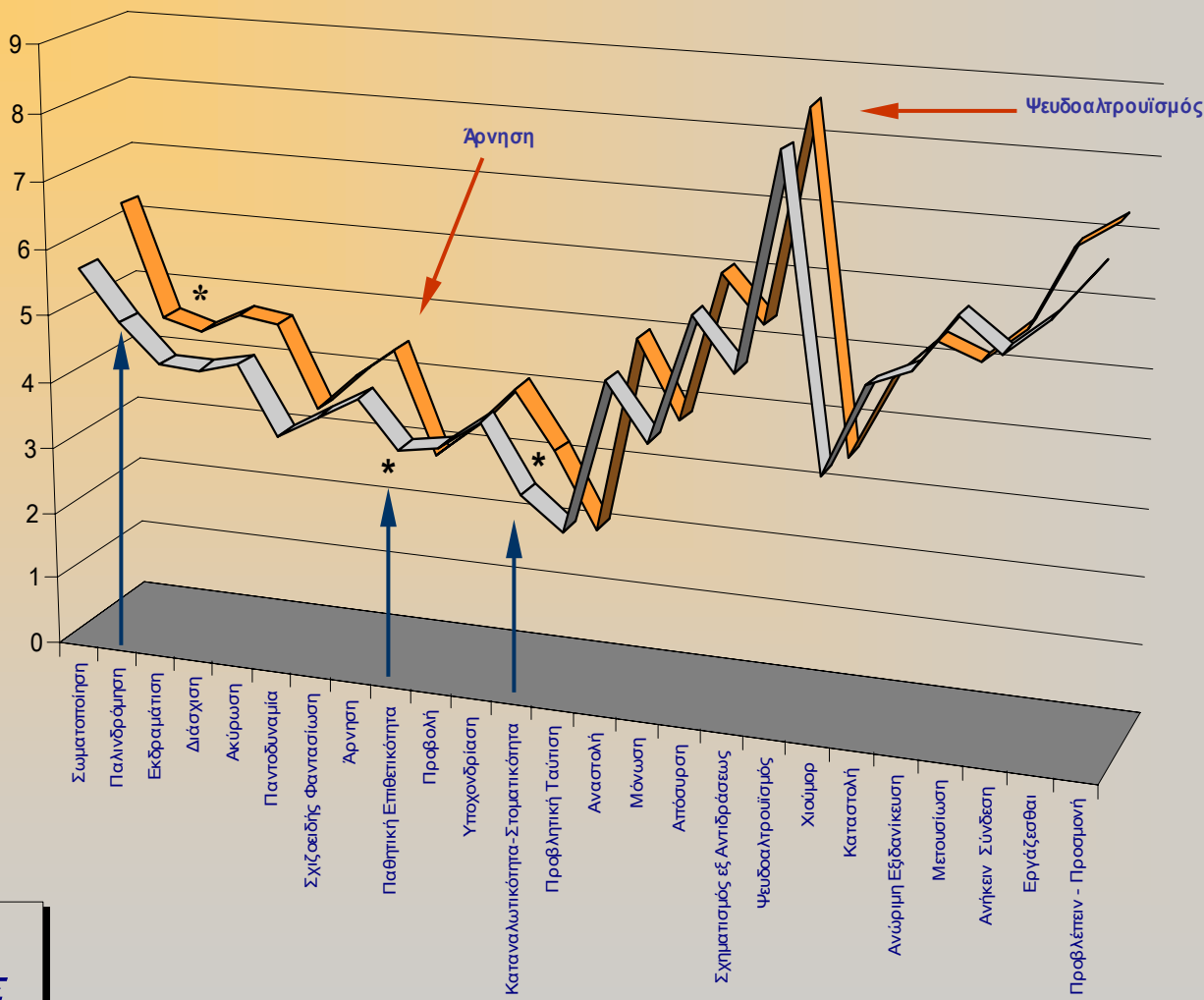
«Προβλέπουν» – «Προσδοκάν» (Anticipation)

Μια ρεαλιστική προσδοκία ή ένας σχεδιασμός αντιμετώπισης κάποιας επικείμενης εσωτερικής αναταραχής και δυσφορίας.

Το άτομο που αντιμετωπίζει μια επαπειλούμενη σύγκρουση, βιώνει **μέτριας** έντασης συναισθηματικές αντιδράσεις σχετικά με ό,τι πρόκειται να συμβεί, και **σχεδιάζει** προσεκτικά και ρεαλιστικά εναλλακτικές αντιδράσεις ή λύσεις, έχοντας την ικανότητα να **αναβάλλει** την συναισθηματική του αντίδραση για την ώρα που θα συμβεί το επαπειλούμενο γεγονός.



ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ ΑΜΥΝΑΣ ΤΟΥ ΕΓΩ



XSN
 ΔΙΑΒΗΤΗΣ

**«ΦΥΣΙΣ (ΔΕ) ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ
ΑΡΧΗ ΤΟΥ ΕΝ ΙΗΤΡΙΚΗ ΛΟΓΟΥ»**

**«ΕΓΩ ΤΟ ΕΠΕΔΕΣΑ,
Ο ΘΕΟΣ ΤΟ ΕΘΕΡΑΠΕΥΣΕ»**

(Ambroise Paré)

«ΕΙΝΑΙ ΤΟΣΟ ΔΥΣΚΟΛΟ ΝΑ ΒΡΩ ΤΗΝ ΑΡΧΗ.

Ή ΚΑΛΥΤΕΡΑ:

ΕΙΝΑΙ ΔΥΣΚΟΛΟ Ν' ΑΡΧΙΣΩ ΑΠ' ΤΗΝ ΑΡΧΗ.

ΚΑΙ ΝΑ ΜΗΝ ΠΡΟΣΠΑΘΗΣΩ ΝΑ ΠΑΩ ΠΑΡΑΠΙΣΩ.»

(L. Wittgenstein)