

Ο άνθρωπος απέναντί μας

Η πρώτη τηλεφωνική επαφή

Ας διευκρινίσουμε από την αρχή, ότι μιλούμε για τον άνθρωπο που κάποιος τον σύστησε σε μας, μας τηλεφώνησε – κατά προτίμηση ο ίδιος – για να ζητήσει ραντεβού και εμείς του δώσαμε ένα πρώτο ραντεβού συνήθως μέσα σε λίγες μέρες από το τηλεφώνημά του.

Μερικές φορές, ο άγνωστος ακόμα σε μας μελλοντικός επισκέπτης μπορεί να επιμένει να μας δει *επειγόντως*. Είναι αρκετά εύκολο ρωτώντας πόσο καιρό έχει τα προβλήματά για τα οποία μας τηλεφώνησε και ενδεχομένως πόσους γιατρούς ή άλλους κλινικούς έχει ήδη επισκεφθεί, να τον πείσουμε ότι μπορεί να περιμένει τις λίγες μέρες μέχρι το ραντεβού, μια και συχνά πρόκειται για προβλήματα κάποιας διάρκειας. Ταυτόχρονα, είμαστε αρκετά συγκεντρωμένοι, ώστε να κάνουμε μια εκτίμηση της δύναμης του εγώ του τηλεφωνικά, με βάση την ανταπόκρισή του στην πρότασή μας να αντέξει μέχρι να συναντηθούμε. Άλλωστε, έτσι, του επικοινωνούμε ότι δεν θα πρέπει να περιμένει «μαγικές» λύσεις, ότι είναι κέρδος του να αντέξει μέχρι να 'ρθεί, ότι αφού εμείς δεν φοβόμαστε ότι θα πάθει τίποτε μέχρι τότε, μπορεί κι αυτός να μη φοβάται κ.ο.κ.

Ουσιαστικά, δηλαδή, και φυσικά μ' όλες τις πιθανές εξαιρέσεις στη γενίκευση αυτή (κυρίως κίνδυνος αυτοκτονίας), επικοινωνούμε πριν ακόμη τη συνάντηση ένα θεραπευτικό πλαίσιο βασισμένο στην κινητοποίηση/ενεργοποίηση των θετικών ψυχικών δυνάμεων του ασθενή. Θέλουμε ο άνθρωπος που θα καθήσει τελικά απέναντί μας να μάθει όσο το δυνατό νωρίτερα, ότι η θεραπεία του μαζί μας είναι μια ενεργητική διαδικασία για την οποία χρειάζεται έντονη κινητοποίησή του κι ότι δεν μπορεί να περιμένει παθητικά τη «μαγική» μας δύναμη να τον θεραπεύσει.

Σημειώνουμε ότι η ελπίδα του ασθενή για μαγική-παθητική λύση δεν ξεπερνιέται βέβαια έτσι εύκολα. Όμως, το ύφος του θεραπευτικού πλαισίου έχει τεθεί.

Ένα άλλο βασικό σημείο, πριν την πρώτη συνάντηση, είναι η προσπάθεια κάποιου τρίτου (παραπέμπων γιατρός, συγγενής κτλ.) να κλείσει αυτός το ραντεβού για τον ασθενή. Είναι πολύ μεγάλης θεραπευτικής σημασίας ο κλινικός να εξηγήσει με σταθερότητα και ενάντια στην οποιαδήποτε πίεση που του ασκείται, ότι θέλει να του τηλεφωνήσει ο ίδιος ο ασθενής. Αν μη τι άλλο, έτσι, θα προστατευθεί σημαντικά ο κλινικός από δυσάρεστες εκπλήξεις, όπως το να μην έρθει ο ασθενής στο ραντεβού ή να έρθει με υπέρμετρη αντίσταση.

Τόσο η θεραπεία, όσο και η θεραπευτική σχέση αρχίζουν από την τηλεφωνική επικοινωνία, γι' αυτό και κατά τη γνώμη μας είναι καλό τα ραντεβού να κλείνονται με άμεση επικοινωνία κλινικού και μελλοντικού επισκέπτη. Και, συνήθως, ένα απλό αυτόματο τηλεφωνικό μηχανήμα, που δίνει και καταγράφει μηνύματα, αρκεί για όλη αυτή τη διαρρύθμιση. Έτσι και η εχεμύθεια είναι απόλυτη (δεν παρεμβαίνει άλλο άτομο, π.χ. γραμματέας) και διαφυλάγεται η θεραπευτική ώρα από τηλεφωνήματα (αυτός που τηλεφωνεί ακούει τον κλινικό να του ζητά ν' αφήσει τον αριθμό του τηλεφώνου του για να τον πάρει εκείνος) και η πρώτη αυτή τόσο σημαντική τηλεφωνική επικοινωνία γίνεται στην ώρα που επιλέγει ο θεραπευτής, οπότε είναι και πιο αποδοτική.

Φυσικά το ίδιο αποδοτική είναι και κάθε άλλη τηλεφωνική επικοινωνία με τον ασθενή στο μέλλον, όταν δεν γίνεται παρουσία του θεραπευόμενου εκείνη τη στιγμή άλλου ασθενή. Άλλωστε με αυτόν τον τρόπο ο θεραπευτής σέβεται τη θεραπευτική ώρα του κάθε ασθενή του.

Η πρώτη συνάντηση

Η πρώτη συνάντηση είναι οπωσδήποτε πολύ βασική.

Ο ασθενής έρχεται στον κλινικό με την *ελπίδα* ότι θα μπορέσει να βοηθηθεί. Ο κλινικός θα βασιστεί τη θεραπεία του σ' αυτήν την ελπίδα, θα προσέξει, όμως, να τη διαμορφώσει μέσα στα ρεαλιστικά πλαίσια μιας συνεργασίας. Σε αντίθεση με τις άλλες ειδικότητες της ιατρικής, όπου η συνεργασία ή συμμόρφωση του ασθενή είναι απαραίτητη για την εμπλοκή του στη θεραπεία, στην ψυχιατρική γενικά και στην ψυχοθεραπεία ειδικότερα *η συνεργασία είναι η ίδια η θεραπεία*.

Η συνεργασία αυτή αποτελεί ένα συμβόλαιο, που λιγότερο ή περισσότερο καθαρά συμφωνείται στην πρώτη συνάντηση. Και, φυσικά, θεραπευτής είναι πολύ προσεκτικός παρατηρητής τόσο του ασθενή όσο και του εαυτού του, ώστε να μπορέσει να επικοινωνήσει στον ασθενή του ότι τον αποδέχεται, που είναι και η προϋπόθεση για την ανάπτυξη της θεραπευτικής συνεργασίας (ή *θεραπευτικής συμμαχίας*).

Στην πρώτη αυτή συνάντηση ο θεραπευτής έχει να κάνει ταυτόχρονα πολλά πράγματα:

...Να συγκεντρώσει αρκετή πληροφόρηση ώστε να καταλήξει σε κάποια *διάγνωση ή διαγνώσεις*.

Αν και το ταξινομικό σύστημα DSM-III-R (APA, 1987) είναι ιδιαίτερα υποβοηθητικό για τον σκοπό αυτό – πολυεπίπεδη ταυτόχρονη δυνατότητα για διάγνωση ή διαγνώσεις ψυχικών διαταραχών ή έστω και προβλημάτων που απαιτούν όμως την προσοχή του θεραπευτή (Άξονας I), διαταραχών της προσωπικότητας ή ειδικών χαρακτηριστικών ή στοιχείων της προσωπικότητας (Άξονας II), για την εκτίμηση συνύπαρξης σωματικών καταστάσεων σχετιζόμενων με τις ψυχικές διαταραχές (Άξονας III), αλλά και την εκτίμηση ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων (Άξονας IV) και της λειτουργικότητας του ατόμου (Άξονας V), – ο κλινικός δεν εξαντλεί τη διαγνωστική του εντύπωση στο DSM-III-R. Η συνθετική του λειτουργία απαιτεί και να κατηγοριοποιήσει τα προβλήματα του ασθενή του στους Άξονες του DSM-III-R, αλλά και να αντιληφθεί τον ασθενή του – όσον αφορά κάθε του πρόβλημα και αυτόν σαν *άτομο* – ως σημείο ή σημεία στη διάσταση ή τις διαστάσεις ενός συνεχούς. Μ' άλλα λόγια χρησιμοποιεί ταυτόχρονα το *κατηγορικό* και το

διαστασιακό (διαγνωστικό) μοντέλο. Π.χ. ο άνθρωπος απέναντί του μπορεί να έχει ταυτόχρονα διαταραχή πανικού με αγοραφοβία, δυσθυμία και εξαρτημένα στοιχεία προσωπικότητας (κατηγοριοποίηση), αλλά και στοιχεία κοινωνικής φοβίας, ενδεχομένως κάποιες απλές φοβίες, στοιχεία γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, φόβους ασθένειας, γενικά δηλαδή είναι αρκετά ευάλωτος στη «φοβική» και την «αγχώδη» διάσταση, ενώ δεν έχει επηρεαστεί ιδιαίτερα π.χ. η «σωματοποιητική» διάσταση και φυσικά καθόλου η «ψυχωτική».

Η έννοια αυτή του *συνεχούς* μπορεί να χρησιμοποιηθεί για πολλές διαστάσεις γενικότερες ή ειδικότερες και ο ασθενής να γίνει αντιληπτός ταυτόχρονα σαν ένα συνάθροισμα «σημείων» στη διαδρομή πολλών συνεχών. Συνηθισμένες διαστάσεις που μπορούν να γίνουν αντιληπτές ως συνεχή είναι η *έλλειψη άγχους-άγχος, έλλειψη φοβιών-φοβίες, έλλειψη ψυχαναγκασμών/καταναγκασμών-ψυχαναγκασμοί/καταναγκασμοί, έλλειψη σωματοποίησης-σωματοποίηση, έλλειψη διάσχισης-διάσχιση, έλλειψη ψυχωτικών στοιχείων-ψύχωση*, κι οποιαδήποτε άλλη διάσταση θεωρείται χρήσιμη από τον κλινικό. Και, φυσικά, όπως προαναφέραμε, ταυτόχρονα γίνεται και κατηγοριοποίηση των ψυχικών προβλημάτων σε συγκεκριμένες διαγνώσεις και εκτίμηση των ψυχοκοινωνικών στρεσογόνων παραγόντων και της λειτουργικότητας.

...Να καταφέρει να φθάσει σε κάποιου βαθμού **ψυχοδυναμική διαμόρφωση** για τον τρόπο που νιώθει, σκέπτεται και συμπεριφέρεται ο ασθενής του.

Η προσπάθεια για ψυχοδυναμική διαμόρφωση αξίζει να γίνεται για κάθε ασθενή, ακόμα κι αν θεωρητικά γίνει πολύ γρήγορα σαφές ότι η θεραπεία που θα ακολουθήσει μπορεί να μην είναι ψυχαναλυτική. Γι' αυτό, άλλωστε, η λήψη του ιστορικού του ασθενή βασίζεται κύρια στο ψυχοδυναμικό σύστημα αναφοράς. Σε κάθε ασθενή, στο τέλος της πρώτης συνάντησης προσπαθούμε να έχουμε μια καθαρή εικόνα του προβλήματός που τον έφερε σε μας, της ιστορίας του προβλήματος αυτού, της προσωπικότητας και της κατάστασης των άλλων μελών της οικογένειάς του και της σχέσης του μ' αυτά, της αναπτυξιακής διαδρομής του από τη γέννηση μέχρι τη συνάντησή μας. Εργα-

σία, σχέσεις και ψυχαγωγία – το τρίπτυχο της ψυχικής ζωής και προσαρμογής του ατόμου – πρέπει να φανεί ανάγλυφο μπροστά μας.

Βασικοί άξονες και καταστάσεις που ψυχοδυναμικά μπορεί να επηρεάσουν τον τρόπο ζωής, τις σχέσεις, την εργασία κτλ. και να συμβάλουν ενδεχόμενα στη δημιουργία προβλημάτων ή συμπτωμάτων βρίσκονται συνεχώς στο προσυνειδητό μας και ανιχνεύονται μόλις κάτι στη διήγηση ή τη διαντίδραση με μας του ασθενή υποδηλώσει την πιθανότητα ύπαρξης προβλημάτων σ' αυτούς ή σ' αυτές. Έτσι, αποχωρισμοί και ευαισθησία σ' αυτούς, έκδηλη ανισότητα στη δυναμικότητα, σιγουριά ή ευθραστότητα των δύο γονέων (που μπορεί να δημιουργήσει προβληματικές ταυτοποιήσεις με τον ένα ή αντιδραστικά ή εξ ανάγκης με τον άλλο γονιό), επιρροή άλλων μητρικών ή πατρικών μορφών στο σπίτι, ευνοούμενα αδέρφια, διαταραγμένες σχέσεις γονέων, επικοινωνία προτίμησης ανδρικής ή γυναικείας ταυτότητας από τους γονείς, ο βαθμός ελέγχου ή διευκόλυνσης των τάσεων ανεξαρτησίας και αυτονομίας στο σπίτι, ενδείξεις ή πιθανολόγηση ύπαρξης έντονα συγκρουσιακού οιδιπόδειου, αναγνώριση επαναλαμβανόμενων προβλημάτων σε διαπροσωπικές σχέσεις κτλ., είναι ορισμένα παραδείγματα ψυχοδυναμικά σημαντικών καταστάσεων, που βοηθούν τη συλλογή στοιχείων για την ψυχοδυναμική διαμόρφωση.

Ακόμα και το γιατί ή το πώς επέλεξε εμάς για να ζητήσει βοήθεια (τρόπος παραπομπής, εικόνα που ο παραπέμπων παρουσίασε για μας, μορφή και βαθμός προσδοκίας κτλ.) θεωρούνται σημαντικά ενδεικτικά στοιχεία της ψυχικής λειτουργίας του ασθενή και συνδέονται με βαθύτερες ψυχοδυναμικές συνιστώσες του χαρακτήρα του.

Έτσι, στο τέλος της πρώτης συνάντησης θα πρέπει τουλάχιστον να έχουμε προσπαθήσει να έχουμε μια όσο το δυνατόν καθαρότερη εικόνα των βασικών συγκρούσεων του ασθενή, των μηχανισμών άμυνας που κυρίως χρησιμοποιεί και των χαρακτηριστικών της λειτουργίας της προσωπικότητάς του, όπως γίνονται όλα αυτά φανερά στις διαπροσωπικές του κυρίως σχέσεις.