

ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΗΣ

Ο ΠΕΤΡΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΛΥΚΟΣ

Μελέτη της έννοιας της παιδικής συμβιωτικής ψύχωσης



Ο ΠΕΤΡΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΛΥΚΟΣ

Ίκαρος Ψυχαναλυτική Σειρά
Υπεύθυνος: Αθ. Αλεξανδρίδης

Απαγορεύεται η αναδημοσίευση ή αναπαραγωγή του παρόντος έργου στο σύνολό του ή τμημάτων του με οποιονδήποτε τρόπο, καθώς και η μετάφραση ή διασκευή του ή εκμετάλλευσή του με οποιονδήποτε τρόπο αναπαραγωγής έργου λόγου τέχνης, σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 2121/1993 και της Διεθνούς Σύμβασης Βέρνης-Παρισιού, που κυρώθηκε με το ν. 100/1975. Επίσης απαγορεύεται η αναπαραγωγή της στοιχειοθεσίας, της σελιδοποίησης, του εξωφύλλου και γενικότερα όλης της αισθητικής εμφάνισης του βιβλίου, με φωτοτυπικές ή οποιεσδήποτε άλλες μεθόδους σύμφωνα με το άρθρο 51 του ν. 2121/1993.

Πρώτη έκδοση: Εκδόσεις Χατζηνικολή, 1987

Πρώτη έκδοση από τις Εκδόσεις Ίκαρος: Μάιος 2016

© Αθανάσιος Αλεξανδρίδης & Εκδόσεις Ίκαρος, 2016

ISBN: 978-960-572-114-5

Αθανάσιος Αλεξανδρίδης

Ο ΠΕΤΡΟΣ ΕΙΝΑΙ Ο ΛΥΚΟΣ

ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΝΝΟΙΑΣ
ΤΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΣΥΜΒΙΩΤΙΚΗΣ ΨΥΧΩΣΗΣ

ΙΚΑΡΟΣ

αφ-ιέρωση: της μη-τέρας

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστώ τους καθηγητές Δ. Ν. Μαρωνίτη, Μ. Χαρίτου-Φατούρου και Ο. Μαράτου-Πανοπούλου για την ηθική και επιστημονική υποστήριξη που πρόσφεραν στην εκπόνηση αυτής της διατριβής στο πλαίσιο της Φιλοσοφικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης. Ευχαριστώ ακόμη τους παιδικούς φίλους Βασίλη Κάλφα, καθηγητή Φιλοσοφικής, για τη γλωσσική διόρθωση του κειμένου και τον Γιώργο Παρμενίδη, καθηγητή Αρχιτεκτονικής, για την τεχνική επεξεργασία των σχεδίων του παιδιού που αποτελεί την κλινική περίπτωση αυτής της μελέτης. Ευχαριστώ τη Μαρία Συμεωνίδου για την ουσιαστική επιμέλεια του κειμένου της β' έκδοσης. Ευγνωμοσύνη χρωστώ στην εκδότρια Ιωάννα Χατζηνικολή, που με θέρμη υποστήριξε στα 1987 το κείμενο ενός πρωτοεμφανιζόμενου συγγραφέα.

Ας θεωρηθεί η μελέτη ως ελάχιστο αντιδάνειο στην προσφορά της Dr Hélène Chaigneau, «οδηγού» μου στην ψυχια-

τρική, που συζήτησε κριτικά την πρώτη, στα γαλλικά, γραφή του χειμένου, η μνήμη της οποίας θα μένει πάντα ζωντανή μέσα μου.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΣΤΗ Β΄ ΕΚΔΟΣΗ

Σχεδόν τριάντα χρόνια μετά την α΄ έκδοσή του, ο «Πετρόλυκος» μοιάζει να αντέχει στις δαγκωματιές του χρόνου. Γνώρισε αρκετές ανατυπώσεις και διαβάστηκε από έναν μεγάλο αριθμό επαγγελματιών της ψυχικής υγείας και της παιδαγωγικής. Τον ανακάλυψαν και αρκετοί «ερασιτέχνες» της παιδικής ηλικίας, και ένας από αυτούς μου έκανε την καλύτερη φιλοφρόνηση: «Ένα αισιόδοξο αφήγημα για την πιο σκοτεινή πλευρά της σχέσης μητέρας - παιδιού».

Στην παρούσα έκδοση δεν έχει συμβεί καμία ουσιαστική αναθεώρηση του βιβλίου, επειδή, κατά τη γνώμη μου, δεν έχει επέλθει καμία ουσιαστική μεταβολή στις βασικές αρχές της ψυχαναλυτικής ψυχοθεραπείας των πρώιμων παιδικών ψυχώσεων, θέμα που αποτελεί και την «καρδιά» του βιβλίου. Ίσως πολλά πράγματα θα τα έλεγα σήμερα με άλλους όρους, αλλά τη βασική δυναμική ανάμεσα στο κενό αυτιστικό κέλυφος του «κανενός» και στον συμβιωτικό ψευδαισθησιακό θύλακα του «ενός», στον ο-

ποίο συντήκονται αδιαφοροποιήτα μητέρα και παιδί, συνεχίζω να τη θεωρώ ως το μείζον παθολογικό πεδίο στο οποίο βρίσκουν φαινομενολογική έκφραση οι μορφές του αυτισμού, των πρώιμων παιδικών ψυχώσεων και των δυσαρμονιών της ανάπτυξης.

Εξακολουθώ να υποστηρίζω το συνεχές της πρώιμης ψυχοπαθολογίας, όχι επειδή δεν παρακολουθώ με ενδιαφέρον τις έρευνες στο βιολογικό επίπεδο, οι οποίες προσπαθούν, με πενιχρά αποτελέσματα, να βρουν φυσιολογικές συσχετίσεις ανάμεσα σε οργανικά ευρήματα και σε ειδικές νοσολογικές μορφές, αλλά επειδή για μένα η Νόσος είναι ουσιαστικά μία: η κατάργηση της δημιουργίας του υποκειμένου. Η θεραπεία προσπαθεί να χτίσει το εν δυνάμει «πρόσωπο» πάνω στο επαρκές ή ελλειμματικό οργανικό υπόστρωμα, μέσα στη διάτρητη φαντασιωσικά και συμβολικά γενεαλογία που συχνά επιτρέπει μόνο τη θέση του «νεκρού» ή του «τρελού». Θεωρητικές και τεχνικές πλευρές αυτών των θεραπειών επεξεργάστηκα στα χρόνια που ακολούθησαν τον «Πετρόλυκο», και ελπίζω ότι θα βρουν την έκφρασή τους στους Δυσφανείς, όπως σκέφτομαι να ονομάσω τη νέα συλλογή κειμένων σχετικά με την πρώτη παιδική ηλικία και τις ανεπάρκειες προσωποποίησης-υποκειμενοποίησης.

Θεωρώντας λοιπόν ότι ουσιαστική κριτική, και στην περίπτωση μου κριτική συνέχεια, δεν είναι άλλο τι παρά το επόμενο έργο, προτίμησα να αφήσω (εκτός από κάποιες μικρές διορθώσεις και την εισαγωγή ορισμένων σχεδιαγραμμάτων που δείχνουν τις ψυχικές κινήσεις του Πέτρου) ουσιαστικά ανέπαφο το αρχικό κείμενο. Διότι, αν τα κεί-

μενά μας στοιχειοθετούν την πορεία της προσωποποίησής μας, πρέπει να αναλαμβάνουμε την ευθύνη της και να την τιμούμε, παρά τις ανεπάρκειές της.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η σπουδή του ψυχογενετικού σταδίου της συμβίωσης, μέσα από τη φυσιολογική ανάπτυξη και μέσα από τον μεγεθυντικό φακό της παθολογικής ψυχωτικής οργάνωσης, επιχειρεί να φωτίσει την ιδιαιτερότητα της σχέσης ανάμεσα στη μητέρα και στο παιδί. Το παιδί πρέπει να θεωρηθεί ως υποκείμενο που αρχίζει να οριοθετεί την εσωτερική και την εξωτερική πραγματικότητα και η μητέρα ως αντικείμενο το οποίο (συμ)πληρώνει τον υπαρκτό κόσμο και το οποίο φέρνει το υποκείμενο σε επαφή με αυτό που η μητέρα-αντικείμενο ερμηνεύει ως εσωτερική και εξωτερική πραγματικότητα.

Στις φυσιολογικές περιπτώσεις η ανταλλαγή που εγκαθίσταται ελαττώνει αποτελεσματικά τις παντοδύναμες αυτιστικές ψευδαισθήσεις του παιδιού και βοηθά στην ανάπτυξη ενός πυρήνα του Εγώ (συχνά θα απαντά στο κείμενο με τον διεθνή όρο «Self») που, πάντα μέσα στην προβληματική της φαντασιωσικής δυαδικής ενότητας, πραγματοποιεί

τις πρώτες συζεύξεις ανάμεσα στους αισθητηριακούς ερεθισμούς και στις ψυχικές παραστάσεις.

Χάρη στην ψυχογενετική εξέλιξη ο αρχέγονος πυρήνας εμπλουτίζεται με ψυχικούς μηχανισμούς που τον συγκροτούν ως λειτουργική κατασκευή (ορίζοντας τους ψυχικούς χώρους) και ως ψυχικό περιεχόμενο (πραγματοποιώντας τη μορφολογική διαμόρφωση των παραστάσεων). Οι διεργασίες των φάσεων του «αποχωρισμού» και της «εξατομίκευσης» (σύμφωνα με την ψυχογενετική θεωρία της M. Mahler) θα οδηγήσουν στη «νεύρωση» της παιδικής ηλικίας. Με τη λύση της θα πρέπει να έχουν αποσιωπηθεί οι προοιδιπόδεις αγωνίες και να έχουν τεθεί οι βάσεις για την ιεράρχηση της διάθεσης της ερωτικής ενέργειας, τόσο στο επίπεδο του ατόμου (ερωτογενείς ζώνες, ναρκισσισμός) όσο και στο επίπεδο της ελάχιστης συστατικής μονάδας (γονείς και παιδί), ώστε η ερωτική ενέργεια να μπορεί, μέσα από διαδικασίες κάθαρσης, να επενδύεται σε πράξεις οι οποίες θα ενισχύουν και θα επεκτείνουν την ψυχοκοινωνική ταυτότητα του ατόμου.

Αν η συμβιωτική μονάδα δεν λειτουργήσει ικανοποιητικά (τους λόγους θα τους δούμε στα επόμενα κεφάλαια), παρατηρούνται: α) καθήλωση στο στάδιο της συμβίωσης, β) προβλήματα στην εξέλιξη της ψυχικής οργάνωσης: αναστολή ή αλλοτρίωση των μηχανισμών των ανώτερων σταδίων από τις υπερτροφικές συμβιωτικές συμπεριφορές, γ) ανάπτυξη δευτερογενούς αυτιστικής συμπεριφοράς, ως αποτέλεσμα ψυχοπαθολογικής παλινδρόμησης με αξία και ρόλο ψυχικής άμυνας. Το αίσθημα της ταυτότητας έχει σε βάθος διαταραχθεί. Ο ψυχικός κόσμος εμφανίζει «τυποποιη-

μένες», για τους ειδικούς, συμπεριφορές (ψυχικοί μηχανισμοί) και αρθρώνει «γνωστές» ψυχικές οντότητες (τα τμήματα του ψυχικού οργάνου) με τρόπο απόλυτα εξαστομικευμένο, τον οποίο, μόνο ελλειπτικά και στατιστικά, περιγράφουν τα νοσολογικά συστήματα.

Η προσέγγιση του κλινικού υλικού είναι πάντοτε μια ποσοτικά και ποιοτικά αφαιρετική διαδικασία, που υπογορεύεται από τη φύση της μεθόδου προσέγγισης και από την ιδιαιτερότητα του συγκεκριμένου πεδίου στο οποίο θα αναπτυχθεί. Οι μεταφραστικοί εκβιασμοί εξαρτώνται από την ικανότητα του ερευνητή να αντέχει στις ναρκισσικές απειλές που υπογορεύουν τα μη μεταβολίσιμα, από τη μέθοδό του, τμήματα του κλινικού υλικού.

Ο συγγραφέας αυτού του κειμένου ως θεραπευτής επιχειρεί να προσεγγίζει φαινομενολογικά και να ερμηνεύει ψυχαναλυτικά τις διεργασίες στην ψύχωση. Ως μεταφραστής βρίσκεται σε θέση περίεργη, δυσχερή και συγχρόνως πλεονεκτική: δυσχερή επειδή το ερμηνευτικό κενό το βιώνει συνεχώς μέσα στη θεραπευτική σχέση με το πάσχον άτομο· πλεονεκτική επειδή η ψυχαναγκαστική παρουσία, συνειδητή ή ασυνείδητη, του κενού τον ωθεί σε θεωρητικές και, από την υποτιθέμενη φύση της μεθόδου του (ως ψυχαναλυτική θεωρία νοείται η γενίκευση και η ομογενοποίηση των ενεργοποιηθέντων και ενεργοποιούμενων ασυνειδητών ψυχικών μηχανισμών τους οποίους η ψυχική αντίδραση στην ερμηνεία του θεραπευτή επικυρώνει), θεραπευτικές κατασκευές. Περισσότερες προσωπικές εκμυστηρεύσεις θα είχαν μόνο ανεκδοτολογικό ή ακόμη και παραπλανητικό χαρακτήρα. Γενικά υποστηρίζω ότι το ο-

δυσσειακό «μάθος - πάθος», το οποίο μας δίδαξε ο Δ. Ν. Μαρωνίτης, ενεργοποιείται και στην περίπτωση του «κωφότερου» θεραπευτή, για να τον οδηγήσει στην αναγνώριση προγενέστερων και απωθημένων πόθων του.

Η δυναμική της θεραπευτικής σχέσης και η θεραπευτική και θεωρητική πρακτική δεν είναι δυνατόν να αποδοθούν με τη συμβατική επιστημονική γραφή, η οποία απαιτεί την κατά κεφάλαια παρουσίαση της διαχρονικής εξέλιξης των γνωσιολογικών οντοτήτων. Όμως το παραδοσιακό σχήμα θα ακολουθηθεί: Μετά τα εισαγωγικά κεφάλαια στις απόψεις σημαντικών ερευνητών της παιδικής ψύχωσης, θα γίνει η παρουσίαση της «περίπτωσης» και θα μελετηθούν η εξέλιξη της σχέσης με τον περιβάλλοντα κόσμο και με το αντικείμενο, η ανάπτυξη του λόγου και του θυμικού, κ.ά. Θα προταθούν διαφοροποιημένες απόψεις σχετικά με τη νοσολογική ένταξη της παιδικής συμβιωτικής ψύχωσης στη γραμμική ακολουθία εμφάνισης των διαταραχών δόμησης της προσωπικότητας και στη λειτουργικότητα ψυχικών οργάνώσεων που μέχρι τώρα η στεγανότητα της μελέτης της νόσου αποκλειστικά στο πλαίσιο της παθολογικής συμβιωτικής προβληματικής παρέβλεπε. Αυτές είναι: ο πρωτογενής και δευτερογενής αυτισμός, τα αρχαϊκά μοντέλα νευρωτικοποίησης, η ψυχογενετική συσχέτιση του συμβιωτικού αντικειμένου ως προς το αυτιστικό και το μεταβατικό, η σημασία της ψυχαναγκαστικής οργάνωσης της σκέψης και η οικονομία του μεταβολισμού της επιθετικότητας για την ανάπτυξη του αισθήματος της κατάθλιψης. Σε ένα τελευταίο κεφάλαιο θα επιχειρηθεί η παρουσίαση και η ανάλυση μυθολογικών αναλόγων της

συμβιωτικής προβληματικής με στόχο την αναζήτηση της διαχρονικότητάς της και την ανίχνευση της ψυχοπαθολογίας της ανταλλαγής ανάμεσα στην εσωτερική και στην εξωτερική πραγματικότητα, όπως προκύπτει από τη συγκριτική μελέτη των συστημάτων συμβολισμού του μύθου και του ασυνειδήτου. Τελικά, το είδος αυτής της γραφής, με υποχρεώσεις και διαθέσεις συστηματοποίησης, δεν αποδίδει ούτε τη δυναμική της θεραπευτικής σχέσης ούτε την πολλαπλή αλληλεπίδραση ανάμεσα στα εξελισσόμενα τμήματα του ψυχικού κόσμου. Ο συγγραφέας μένει με το όραμα μιας, με ελεύθερη είσοδο και πορεία ανάγνωσης, ολοτελούς γραφής, που θα επιτρέπει τη διαχρονική (σε οριζόντιους άξονες) και τη συγχρονική (σε κάθετες στήλες) παρουσίαση των ψυχικών φαινομένων και των ελεύθερων, και μη, συνειρμών που τα ακολουθούν.

Αφορμή αυτού του χειμένου είναι η μελέτη της ταυτότητας μιας νοσολογικής οντότητας. Ως κριτικός αντίλογος χρησιμοποιούνται οι απόπειρες ανάπτυξης της ταυτότητας σε ένα παιδί το οποίο θεωρείται πάσχον ή, καλύτερα, εκτεθειμένο στην προβληματική που αντιστοιχεί σε αυτή τη νοσολογική οντότητα. Όμως με την πρόοδο του χειμένου δεν επιχειρείται καμία ουσιαστική σύνθεση όσον αφορά τόσο την ταυτότητα της νόσου όσο και την ταυτότητα του θεραπευόμενου. Αντίθετα, ο συγγραφέας προσπαθεί, με όση του είναι δυνατή συνέπεια, να ανατομήσει τη θεραπευτική σχέση και να μελετήσει τις κύριες συνιστώσες της, τις οποίες και θεωρεί ως τους δομικούς άξονες της προσωπικότητας, τους ικανούς να ενεργοποιηθούν υπό την επίδραση ενός ερεθίσματος και να δώσουν, μέσα

στη συγκεκριμένη συνθήκη, ένα αίσθημα «ταυτότητας»· το αίσθημα αυτό είναι το επιφαινόμενο του συσχετισμού του ερεθίσματος προς τα ενεργοποιούμενα τμήματα του ψυχικού οργάνου και μεταβάλλεται ανάλογα με το είδος του ερεθίσματος και τις συνθήκες εισόδου του στον ψυχικό κόσμο.

Η θέση αυτή δεν απηχεί μόνο διαπιστώσεις πολλών και διαφορετικών μεταξύ τους επιστημονικών χώρων, όπως εκφράστηκαν στο ετήσιο Διεπιστημονικό Σεμινάριο (Collège de France, 1974-1975), που οργανώθηκε από τον Cl. Levi-Strauss (1983), σχετικά με τη φύση της «ταυτότητας». Υπάρχει πρόβλημα ουσίας: η έννοια «ταυτότητα» και άλλες συναφείς προς αυτήν έννοιες δεν περιέχονται στη διαλεκτική της φροϋδικής μεταψυχολογίας.

Στο σεμινάριο που μόλις αναφέρθηκε, ο A. Green (1983α) δηλώνει ότι: α) το «άτομο» δεν είναι μια έννοια που βρίσκουμε στον Freud, β) το Εγώ δεν είναι το υποκείμενο και γ) το υποκείμενο δεν μπορεί να ορισθεί ψυχαναλυτικά παρά μόνο από τη σχέση με τους γεννήτορές του. Στη συνέχεια ο A. Green υποβάλλει σε κριτική ανάλυση το ανθρωπολογικό μοντέλο σχετικά με την ελάχιστη μονάδα συγγένειας (atome de parenté) και παρατηρεί ότι η μονάδα, «αν και συμβολίζει ένα όσο γίνεται πιο ολοκληρωμένο σύνολο των πιθανών σχέσεων ανάμεσα στους όρους που ενώνουν τα διάφορα στοιχεία, αποσιωπά μία, που είναι ίσως και ο λόγος ύπαρξης της μονάδας: τη σχέση ανάμεσα στη μητέρα και στο παιδί. Ίσως το δίκτυο να μην είναι τόσο ισορροπημένο παρά εξαιτίας του γεγονότος ότι το υψηλότερο σημείο έντασής του βρίσκεται μέσα στην αντίθεση της

διπλής του υπόστασης: όντας μητέρα και σύζυγος, είναι η μόνη που παίρνει μέρος σε μια διπλή σχέση υπερθετικής οικειότητας – χωρίς αυτό να σημαίνει πως αυτή η οικειότητα είναι πάντοτε θετική. Η μονάδα συγγένειας περιχαρακώνει αυτή τη σχέση, χωρίς ποτέ να τη στοχεύει ευθέως, αλλά μέσα από τα αποτελέσματα της γειτνίασης».

Τις πρώιμες μορφές αυτής της σχέσης προσπαθώ να μελετήσω χάρη στη θεραπευτική συναλλαγή με παιδιά, στον ψυχικό κόσμο των οποίων οι αρχικές αλληλεπιδράσεις ανάμεσα στη μητέρα και στο παιδί έχουν ιδιαίτερα αποτυπωθεί και διογκωθεί.

Η συνεχής τριβή με το παθολογικό υλικό θα μας οδηγήσει σε κάποιες συσκοτίσεις. Έτσι, ενώ, δικαίως, θα μελετηθούν οι ουσιαστικές διαταραχές που είναι αποτέλεσμα της κυριαρχίας της ενόρμησης του θανάτου στην ερωτική ενόρμηση, θα αποσιωπηθούν κάποιες μορφές ισορροπίας, όπως η έναρξη του ναρκισσισμού του υποκειμένου και η δημιουργία του «Ιδεώδους Εγώ». Οι μορφές αυτές αποτελούν εξελίξεις του αρχετύπου της ψευδαισθησιακής σχέσης με τη μητέρα και, έστω και περιθωριακά, αναπτύσσονται και στις πιο οδυνηρές ψυχωσικές αποδιοργανώσεις· στηρίζουν την ψυχογενετική εξέλιξη και προωθούν την ψυχοθεραπευτική «εργασία» με την έμφυτη τάση τους για προσέγγιση του Ιδεώδους. Ίσως είναι για την προσωπικότητα του πάσχοντος υποκειμένου ό,τι και η συγγραφή για την ταυτότητα του θεραπευτή.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΤΟ ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΛΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Ι

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΤΙΣ ΠΑΙΔΙΚΕΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ

«Προωρότατη παράνοια» και «παιδική σχιζοφρένεια» είναι οι δύο όροι που χρησιμοποιήθηκαν προτού καθιερωθεί ο όρος «παιδική ψύχωση». Ο D. J. Duché (1969) προτείνει ο όρος «παιδικές ψυχώσεις» να χρησιμοποιείται για τις ψυχώσεις που εμφανίζονται στην πρώτη παιδική ηλικία και στην αρχή της δεύτερης, μέχρι την ηλικία των επτά ετών· χαρακτηρίζονται από την έλλειψη οργάνωσης ή από τη δυσαρμονική οικοδόμηση της προσωπικότητας. Η νόσος εξελίσσεται μέσα σε έναν ψυχικό κόσμο που τείνει να ωριμάσει· συγχέει αυτά που έχουν κατακτηθεί και διαστρεβλώνει τις πνευματικές κατακτήσεις που επιχειρούνται.

Δίνω σε ένα σύντομο ιστορικό* τα διάφορα στάδια από τα οποία πέρασαν η κλινική δουλειά και η θεωρητική σκέψη.

* Η ιστορική αναδρομή είναι αποτέλεσμα της σύνθεσης στοιχείων που δίνονται από τους Duché D. I., Stork H. και Tomkiewicz (1969), Lebovici S. και Dougall J. Mc (1960), Ajuriaguerra J. (de) (1977) και Dopchie N. (1969).

19ος αιώνας. Ο Esquirol (1834) διαχωρίζει την «έμφυτη μωρία» από την «επίκτητη παράνοια». Με τη συνεργασία του Seguin (του ιδρυτή του πρώτου σχολείου ειδικής εκπαίδευσης) συγκροτεί την πρώτη ιατροπαιδαγωγική ομάδα. Ο Friedreich (1835) περιγράφει τα χρόνια ψυχικά προβλήματα του παιδιού. Ο Griesinger (1845) γράφει ότι η συστηματοποιημένη τρέλα είναι σπάνια στο παιδί επειδή το Εγώ δεν είναι, σε αυτή την ηλικία, σχηματιζόμενο με τρόπο σταθερό ώστε να μπορεί να δώσει μια διαστροφή που διαρκεί· καθώς οι διανοητικές διεργασίες δεν έχουν εξελιχθεί ακόμη, τα ψυχικά ενοχλήματα προκαλούν πραγματικές στάσεις της ανάπτυξης.

Από το 1860, που ο Morel περιγράφει για πρώτη φορά τις πρόωρες παράνοιες σε παιδιά με εκδηλώσεις μωρίας στην πιο τρυφερή τους ηλικία, μέχρι το τέλος του 19ου αιώνα οι επιστήμονες δουλεύουν για να ξεχωρίσουν τις εγκεφαλοπάθειες από τις πραγματικές ψυχικές νόσους.

Ο Emminghaus (1887) επιμένει, δικαίως, ότι δεν μπορούμε να εξομοιώσουμε τις ψυχώσεις του παιδιού με αυτές του ενήλικα. Ο Moreau de Tours (1888) στο σύγγραμμά του *Τρέλα στο παιδί* αναφέρεται σε «παιδιά που χάνουν το πνεύμα και φυτοζωούν [...] πέφτουν σε μια κατάσταση που προσποιείται την ηλιθιότητα, τη μωρία, την παράνοια».

Στο τέλος του 19ου αιώνα ο Kraepelin περιγράφει, με τον όρο «πρόωρη παράνοια», μια ομάδα ψυχώσεων (ηβηφρένεια, κατατονία, παρανοειδής άνοια) που συνδέονται μεταξύ τους με το ίδιο εξελικτικό κριτήριο: την προοδευτική αποδυνάμωση των πνευματικών λειτουργιών σε νεαρά ακόμη άτομα.

Με βάση την έννοια του Kraepelin, ο Sancte de Sanctis (1906) ορίζει την *Dementia precocissima catatonica* σε παιδιά ηλικίας από τεσσάρων έως δέκα ετών που φέρουν μερικά από τα συμπτώματα της πρόωρης παρανόιας: σταθερή ελάττωση του ενδιαφέροντος για το οικογενειακό περιβάλλον, αντιδράσεις οι οποίες μοιάζουν χωρίς κίνητρο και δεν συνοδεύονται από το συναίσθημα που θα τους ταίριαζε, στερεοτυπίες, κατατονικό σύνδρομο με ή χωρίς ψευδαισθήσεις, εξέλιξη προς την άνοια με μία ή περισσότερες ώσεις της νόσου.

20ός αιώνας. Ο Heller (1908) προτείνει την κλινική οντότητα της *Dementia infantilis*: τα παιδιά αυτά, ύστερα από μια φυσιολογική ανάπτυξη, αρχίζουν στην ηλικία των τριών τεσσάρων ετών να αποδιοργανώνονται ψυχικά με τρόπο σταθερά προοδευτικό ή με ώσεις της αποδιοργάνωσης, για να φθάσουν σε μερικούς μήνες σε κατάσταση μωρίας η οποία δεν μπορεί να επανορθωθεί. Τα πρώτα συμπτώματα εμφανίζονται στο λόγο· παίρνουν διάφορες μορφές, για να καταλήξουν στην πλήρη απώλειά του· προβλήματα συμπεριφοράς, ολοκληρωτική έλλειψη του ενδιαφέροντος για την οικογένεια, απώλεια συναισθηματικών διεργασιών και παλινδρομικές συμπεριφορές έρχονται να συμπληρώσουν την κλινική εικόνα.

Την ίδια εποχή οι Weigandt και Zappert (1909) διακρίνουν τις «κρυπτογενετικές παιδικές παρανοίες» από το σύνολο των οργανικών, τοξικομολυσματικών παιδικών παραινοιών. Η κλινική εικόνα που προτείνεται προσομοιάζει με αυτήν που πρότεινε ο Heller: διατηρείται η ψυχοκινητική ανάπτυξη, εμφανίζονται, απότομα, προβλήματα στο

λόγο, αποδιοργανώνεται βαθιά η συμπεριφορά, η άλογη και ακατάληπτη υπερδιέγερση διακόπτεται από περιόδους αλαλίας· σημαντικές διαταραχές του συναισθήματος, ενστικτώδεις παρορμήσεις και προσβολή των διανοητικών λειτουργιών οδηγούν σε κατάσταση μωρίας, ενώ η σωματική κατάσταση διατηρείται καλή.

Ο Bleuler (1911) εισάγει τον όρο «σχιζοφρένεια». Επιμένει στην απόσχιση των ψυχικών λειτουργιών που προκαλεί παραλήρημα και αυτισμό. Βρίσκει ότι στο 5% των περιπτώσεων η νόσος αρχίζει στα πέντε πρώτα έτη της ζωής.

Ο Potter (1939) μιλά για τη σχιζοφρένεια του παιδιού· απαιτεί για τη διάγνωση τη νοητική και συναισθηματική παλινδρόμηση· επισημαίνει τις σοβαρές διαταραχές του οικογενειακού περιβάλλοντος: μητέρα ανένδοτη και αυταρχική, πατέρα αδύναμος ψυχολογικά.

Ο Lutz (1939), στην Ελβετία, προτείνει τα ακόλουθα κριτήρια για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας του παιδιού:

- επίκτητη νόσος χωρίς να έχει προηγηθεί εγκεφαλοπάθεια

- διεργασία που σπάει τη συνέχεια της γραμμικής ανάπτυξης

- εμφάνιση πριν από την ηλικία των δέκα ετών

- αδύνατη η διάγνωση πριν από την ηλικία των δύο τριών ετών

- εξέλιξη που διακόπτεται μερικές φορές από ελαφρές βελτιώσεις, ή και από ώσεις με πλήρη αποκατάσταση, χωρίς όμως να αποφεύγεται η τελική αποδιοργάνωση σε μορφή μωρίας

- συμπτωματολογία τύπου Bleuler με σημαντικά ενο-

χλήματα στο επίπεδο των συναισθηματικών και των νοητικών διεργασιών

– οι δυσκολίες στη σχέση με τον Άλλο (αδιαφορία, αυτισμός, απομόνωση, σημαντικές και πρόωρες διαστρεβλώσεις του λόγου) αποτελούν σημαντικότερα συμπτώματα.

Την ίδια περίοδο οι Αγγλοσάξονες συγγραφείς χρησιμοποιούν με αυθαίρετο τρόπο τον όρο «σχιζοφρένεια» και τον οδηγούν στην κατάλυσή του, περικλείοντας σε αυτόν μέχρι και παιδικές νευρώσεις και διαταραχές της συμπεριφοράς.

Για τον Heuyer και τη σχολή του, στη Γαλλία, από το 1922 δεν υπάρχει καμία αμφιβολία για την οργανογένεση της σχιζοφρένειας. Το 1934, με τον De Chabert, διακρίνουν τις οργανικές άνοιες γνωστής αιτιολογίας από τις κρυπτογενετικές παράνοιες τύπου Haller και Sancte de Sanctis· τις τελευταίες τις εισάγουν στο πλαίσιο της παιδικής σχιζοφρένειας. Ο Heuyer ομαδοποιεί τις παιδικές ψυχώσεις (1957) με κριτήρια σημειολογικά (απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα, αυτισμός, παλινδρόμηση, αποκοπή από το περιβάλλον) και εξελικτικά (χρονιότητα). Περιγράφει, εκτός από την τελική μορφή που οδηγεί σε ριζικότατη απόσχιση των πνευματικών διεργασιών, άλλες τρεις μορφές: την τυπική σχιζοφρένεια (παραληρηματική και ψευδαισθησιακή), την απλή σχιζοφρένεια, που χαρακτηρίζεται από παλινδρόμηση, σχάση του συναισθήματος και αυτισμό, και τη σχιζοφρένεια με παραληρηματική δραστηριότητα σαν ονειροπόλημα.

Η L. Despert, στην ανακοίνωσή της σχετικά με τη σχιζοφρένεια, στο πρώτο Διεθνές Συνέδριο Παιδοψυχιατρικής,

το 1937, τοποθετεί στο κέντρο της νόσου τη συναισθηματική διαταραχή. Το 1951 αποδέχεται ότι η διαταραγμένη συναισθηματικά σχέση της μητέρας και του μικρού παιδιού αποτελεί μόνη της ικανή συνθήκη για τη γένεση ενός τέτοιου συνδρόμου.

Η M. Klein (1925) έχει περιγράψει, μέσα στην εξέλιξη της πρώτης παιδικής ανάπτυξης, μια «σχιζοπαρanoiική θέση»· ψυχοπαθολογικά αντιστοιχεί στο αγωνιώδες βίωμα ενός διαμελισμένου σώματος που προβάλλεται στο χώρο· η θέση αυτή θα μπορούσε να είναι, σε ειδικές συνθήκες, το σημείο κατάρρευσης ψυχοπαθολογικών μηχανισμών που ενεργούν στις παιδικές ψυχώσεις.

Ο L. Kanner (1944) παρατηρεί, σχετικά με τις τέσσερις πρώτες δεκαετίες του 20ού αιώνα, ότι: στην πρώτη η θεωρητική σκέψη ασχολείται με τα προβλήματα που βάζει το παιδί και η εκπαίδευσή του· στη δεύτερη αναπτύσσονται ιδρύματα για παιδιά και η δράση περνά μέσα από την οργάνωση του κοινοτικού - κοινοβουλευτικού προγράμματος· στην τρίτη η δράση μεταφέρεται στο οικογενειακό και σχολικό πλαίσιο· στην τέταρτη δουλεύουμε με το ίδιο το παιδί (συνήθως ατομικές ψυχοθεραπείες με ανάλυση του παιχνιδιού).

Στην αρχή της πέμπτης δεκαετίας ο L. Kanner (1943) περιγράφει μια κλινική οντότητα, τον «πρώρο παιδικό αυτισμό»· χαρακτηρίζεται από δύο θεμελιώδεις τάσεις: την τάση για απόλυτη απομόνωση (aloneness) και την ανάγκη οι περιβαλλοντικές συνθήκες να παραμείνουν αμετάβλητες (sameness). Ο αυτισμός εμφανίζεται από την αρχή της ζωής και εκδηλώνεται με σαφήνεια από το δεύτερο έτος

της ζωής, κατά το οποίο και διαγιγνώσκεται. Τα αυτιστικά παιδιά δεν μοιάζουν να αντιδρούν στα συνηθισμένα ερεθίσματα που στέλνει το περιβάλλον. Η παρουσία των οικειών τους φαίνεται να τα αφήνει αδιάφορα· δίνουν την εντύπωση ότι ικανοποιούνται με ένα είδος (σχεδόν) μόνιμης απομόνωσης· έχουν συμπεριφορά αυτοηδονιστική· ο λόγος δεν εμφανίζεται παρά στο 50% των περιπτώσεων, και τότε ακόμη, συχνά, δεν έχει αξία επικοινωνίας· η δόμηση της φράσης είναι πολύ διαταραγμένη και όχι η συνήθης· η ηχολαλία είναι συχνή· το παιδί χρησιμοποιεί την ίδια προσωπική αντωνυμία με την οποία του απευθύνουν το λόγο· πολύ μεγάλη αγωνία εκδηλώνεται σε κάθε αλλαγή του χώρου ή της θέσης των αντικειμένων.

Ο L. Kanner επιμένει στις καλές τους πνευματικές ικανότητες και στην απουσία σωματικών προβλημάτων. Δεν αμφισβητεί την ύπαρξη μιας έμφυτης διαταραχής στην ικανότητα συναισθηματικής ανταλλαγής. Επιμένει στο ρόλο που παίζει το οικογενειακό περιβάλλον για τη γένεση των διαταραχών· γονείς ψυχροί, sophisticated, απορροφημένοι από σχέψεις συνεχώς γενικεύουσες, θεωρούν το παιδί περισσότερο ως αντικείμενο πειραματισμών των εκπαιδευτικών μεθόδων παρά ως μια ανθρώπινη προσωπικότητα. Αργότερα ο συγγραφέας προσθέτει στη σκέψη του την εξής απόχρωση: «Τα παιδιά αυτά είναι διαφορετικά από την πρώτη στιγμή που γεννιούνται, και μερικοί γονείς δεν μπορούν παρά να αντιδράσουν στη σχέση με ένα τέτοιο παιδί, που είναι στερημένο, αυτό το ίδιο, από συναισθηματικές διεργασίες».

Με τον L. Kanner έρχεται μια μεγάλη τομή στην κλινι-

κή σκέψη, διότι η ύπαρξη μιας φυσιολογικής ανάπτυξης πριν από την έναρξη της νόσου δεν αποτελεί πια υποχρεωτικό και καθοριστικό σημείο για τη διάγνωση της παιδικής ψύχωσης.

Η M. Mahler (1968) περιγράφει, το 1952, τη «συμβιωτική παιδική ψύχωση». Πρόκειται για μια κλινική οντότητα η οποία αρχίζει να εκδηλώνεται στο τέλος του πρώτου έτους της ζωής και στην αρχή του δεύτερου και έχει σχέση με την αδυναμία του Εγώ του παιδιού να εξατομικευθεί και να διαχωρισθεί από το περιβάλλον.

Μια μερίδα Αμερικανών συγγραφέων ξεχνά εντελώς τις υποθέσεις σχετικά με την οργανική βάση της νόσου και αναπτύσσει αποκλειστικά την ψυχογενετική θεωρία του αυτισμού και των παιδικών ψυχώσεων. Οι έρευνες του R. Spitz στον ιδρυματισμό ενισχύουν αυτές τις απόψεις. Ένα άλλο, όμως, μέρος των επιστημόνων δουλεύει προς την κατεύθυνση της οργανογένεσης των ψυχικών δυσχερειών.

Οι οργανιστές. Ο Knobloch (1961) και ο Pasamanich (1963) χρεώνουν τα ενοχλήματα σε διάχυτη εγκεφαλοπάθεια, η οποία είναι αποτέλεσμα ατυχημάτων κατά τον τοκετό ή την περιγεννητική περίοδο. Ο Rimland (1965) στις Ηνωμένες Πολιτείες και ο Hutt στην Οξφόρδη αποδίδουν την ψυχοπαθητική συμπεριφορά άλλοτε σε υπολειτουργία και άλλοτε σε υπερλειτουργία του δικτυωτού σχηματισμού. Ο Antony (1958) και ο Schopler (1965) υποθέτουν τη σημαντική διαταραχή των ακουστικών, οπτικών και οσφρητικών προσλήψεων· δεν τους είναι δυνατόν να συμπεράνουν αν η αδυναμία της εμπέδωσης των αισθητικών ερεθισμάτων είναι ψυχολογικής ή φυσιολογικής προέλευσης.

Οι Rutter, Wing και οι συνεργάτες τους (1966) θεωρούν ότι η βασική βλάβη που οδηγεί στον αυτισμό βρίσκεται στην ανικανότητα του παιδιού να κατανοήσει τους ήχους και να χρησιμοποιήσει φυσιολογικά το λόγο· με την υπόθεσή τους προσπαθούν να εξηγήσουν τις μεγάλες ομοιότητες που συναντούμε σε παιδιά τα οποία θεωρούμε ψυχωτικά και σε παιδιά τα οποία πάσχουν από έμφυτη δυσφασία ή, αλλιώς, δυσφασία της ανάπτυξης (J. de Ajuriaguerra, Borel-Maisonnay).

Οι ψυχαναλυτές. Ενδιαφέρονται για την ψυχοπαθολογική δομή στην ψύχωση και για τη δυναμικότητα της εξέλιξής της.

Ο S. Lebovici (1949) εναντιώνεται στη χρήση του όρου «παιδική σχιζοφρένεια»· βρίσκει ότι προϋδεάζει απαισιόδοξα για το παιδί που φέρει αυτή τη διάγνωση· υπάρχει ο κίνδυνος να χρησιμοποιηθούν στους ανήλικους θεραπευτικές πρακτικές (ινσουλινοθεραπεία, ηλεκτροσόκ, ψυχοχειρουργική) των ενήλικων σχιζοφρενών. Για να στηρίξει την άποψή του χρησιμοποιεί ευρήματα που προκύπτουν από τη μελέτη του ιστορικού ατόμων τα οποία πάσχουν από παιδικές ψυχώσεις και σχιζοφρένεια: α) οι περισσότεροι ενήλικοι σχιζοφρενείς στην παιδική και στην εφηβική ηλικία είχαν σχιζοειδείς προσωπικότητες· δεν παρουσίασαν παιδικές ψυχώσεις, β) το μέλλον των περισσότερων σχιζοφρενικών παιδιών δεν είναι η σχιζοφρένεια του ενήλικα, τουλάχιστον στις κλασικές μορφές της.

Οι Diatkine και Stein (1958) σημειώνουν τη μεγάλη διαμαρτία της σχέσης με το περιβάλλον. Διακρίνουν τις αληθινές παιδικές ψυχώσεις (ουσιαστική αποδιοργάνωση της

αναπαράστασης της πραγματικότητας) από τις προψυχωτικές καταστάσεις (η αντίληψη της πραγματικότητας δεν έχει ακόμη οριστικά μεταβληθεί, ενυπάρχει ο κίνδυνος της ψυχωτικής οργάνωσης). Διακρίνουν τρεις κλινικές μορφές της πρόωρης ψύχωσης που μπορεί να εκδηλωθούν πριν από την ηλικία των πέντε ετών (προοιδηπόδεια και οιδηπόδεια περίοδος): α) εξαιρετικά καθυστερημένη ανάπτυξη των σχέσεων με το εξωτερικό αντικείμενο (εικόνα που αντιστοιχεί στον πρόωρο παιδικό αυτισμό του L. Kanner), β) άλλες μορφές της πρόωρης ψύχωσης με χρόνια εξέλιξη, γ) οξεία ψυχωτική κατάσταση.

Ο Winnicott (1953) εξηγεί τον αυτισμό ως οργανωτική άμυνα προωθημένου υπολογισμού: το παιδί φέρει μέσα του τη «χαμένη ανάμνηση μιας αδιανόητης αγωνίας»· μπροστά στον κίνδυνο αυτής της αγωνίας, προφυλάσσεται ορθώνοντας προοδευτικά μια άτρωτη θωράκιση· η αγωνία του είναι συνυφασμένη με την άτυχη συνύπαρξή του με μια μητέρα που όλες οι θετικές της εκδηλώσεις δεν είναι παρά αντιδράσεις στον βαθύτατο ασυνείδητό της πόθο θανάτου για το παιδί (την άποψη αυτή υιοθετεί και η M. Mannoni). Αυτός ο τρόπος θεώρησης των πραγμάτων συνεπάγεται την προσπάθεια για συμμετοχή των γονέων στη θεραπευτική προσέγγιση και τη θέση της M. Mannoni (1967): όσο στη μητέρα παραμένει ισχυρή η επιθυμία να εξαφανισθεί το παιδί, κάθε θετική εξέλιξη σε αυτό είναι αδύνατη.

Οι ψυχαναλυτές, γενικά, συμφωνούν μεταξύ τους στο είδος των ψυχολογικών μηχανισμών άμυνας που χρησιμοποιεί το ψυχωτικό παιδί (προβολή, ενδοβολή, διχοτόμηση του αντικειμένου)· βλέπουν την είσοδο στην ψύχωση να γί-

νεται με δύο τρόπους, ανάλογα με τα στάδια της ψυχογενετικής εξέλιξης που έχουν διανυθεί: α) είσοδος στο στάδιο του προ-αντικειμένου (πρόωρος αυτισμός και συμβιωτική ψύχωση), β) μετά την αποκατάσταση της σχέσης με το αντικείμενο, παλινδρόμηση σε προγενέστερα προγενετικά στάδια, ενώ συγχρόνως διατηρούνται κάποιοι τύποι ψυχολογικών διεργασιών οι οποίοι αντιστοιχούν στα πιο προχωρημένα στάδια που η εξέλιξη είχε αγγίξει.

Θεωρώ απαραίτητο να αναφέρω την ταξινόμηση που πρότεινε ο καθηγητής R. Mises στο τρίτο σεμινάριο με θέμα την ψυχιατρική διάγνωση (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Παρίσι 1968). Η ταξινόμηση αυτή δεν παίρνει υπόψη της τον αιτιοπαθογενετικό άξονα, αλλά αρθρώνεται με στοιχεία σημειολογικά, γενετικά, δομικά και εξελικτικά.

A. ΠΡΩΙΜΕΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ

(ηλικία εμφάνισης μικρότερη των τεσσάρων ετών)

1. Αυτιστικές μορφές (αυτισμός τύπου Kanner, και άλλοι τύποι).
2. Πρόωρες ψυχωτικές διαστρεβλώσεις της προσωπικότητας:
 - α) μορφές που χαρακτηρίζονται από ψυχική αναστολή
 - β) μορφές που χαρακτηρίζονται από ψυχική υπερδιέγερση (συμβιωτικές ψυχώσεις, εξελικτικές δυσαρμονίες, προψυχώσεις, άτυπα παιδιά)
 - γ) μορφές με κλινική εικόνα μωρίας.

B. ΟΨΙΜΕΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ

(ηλικία εμφάνισης μετά τα τέσσερα έτη)

1. Μορφές που χαρακτηρίζονται από ψυχική αποσύνθεση:

- α) ψυχώσεις οξείες και υποξείες
 - β) ψυχώσεις με προοδευτική εξέλιξη
 - τύπου ψυχικής υπερδιέγερσης
 - τύπου καταθλιπτικής αναστολής
 - τύπου αχαλίνωτης φαντασιωτικής παραγωγής.
2. Διαστροφές της προσωπικότητας:
- α) νευρωτικοί ή παθολογικοί ψυχολογικοί χαρακτήρες
 - β) προσωπικότητες στις οποίες κυριαρχούν τα προβλήματα συμπεριφοράς.
3. Ψυχώσεις με κλινική εικόνα μωρίας.

Το δεύτερο συνέδριο Autisme - Europe (Παρίσι, Ιούνιος 1983) επέμεινε στην ανάγκη να χρησιμοποιείται με αυστηρότητα ο όρος «αυτισμός», επειδή συχνά ονομάζονται έτσι άλλες μορφές παιδικών ψυχώσεων ή νευρολογικές ασθένειες. Οι διαφοροποιημένες επιστημονικές προσεγγίσεις πρέπει να τείνουν σε ενιαία σύνθεση και όχι σε στείρα σχίσματα, τόσο χαρακτηριστικά του είδους της νόσου. Η έρευνα, στις περισσότερες ευρωπαϊκές χώρες, δείχνει ότι η εξέλιξη των παιδικών πρόωρων ψυχώσεων δεν είναι αναγκαστικά η ψύχωση του ενήλικα. Κλείνω αυτό το ιστορικό με την εικόνα που έδωσε, στο ίδιο συνέδριο, ο καθηγητής Καντζάς: «Το αυτιστικό παιδί δεν έλκεται ποτέ από την απόκτηση· έχει αποτραβηχτεί από τον κόσμο· ποτέ δεν είχε τίποτε· μοιάζει με τον σοφό που όλα τα απαρνήθηκε».