

Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ/ΤΡΙΑΣ  
ΣΤΟΝ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΟΜΑΛΗΣ  
ΣΧΕΣΗΣ ΤΟΥ ΣΥΜΒΙΩΤΙΚΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Πτυχιακή Εργασία  
της σπουδάστριάς Παναγιωτοπούλου Μαρία



Υπεύθυνος Καθηγητής  
(Υπογραφή) \_\_\_\_\_  
Όνοματεπώνυμο

Επιτροπή Εγκρίσεως Πτυχιακής  
Εργασίας

Όνοματεπώνυμο	Υπογραφή
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____

Πτυχιακή Εργασία για την λήψη του πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα \_\_\_\_\_ (ημερομηνία)

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	11416
----------------------	-------

## Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Η ενασχόληση με την Ψυχιατρική σαν επιστήμη και η ενασχόληση, μελέτη και ανάπτυξη ψυχιατρικών θεμάτων, απο τα μαθητικά μου κιόλας χρόνια κέντριζαν το ενδιαφέρον μου και αποτελούσαν αγαπημένο θέμα.

Η Παιδοψυχιατρική ένας ιδιαίτερα ενδιαφέρον κλάδος και αρκετά άγνωστος ακόμα στην χώρα μας, μου έδωσε το έναυσμα να ασχοληθώ με παιδοψυχιατρικό θέμα και μάλιστα απο το χώρο των ψυχώσεων.

Το θέμα που αναπτύσσεται "Παιδική Συμβιωτική Ψύχωση" έγινε προσπάθεια να αποδοθεί γλωσσολογικά και εννοιολογικά με όσο το δυνατόν πιο κατανοητό τρόπο, μιας και το πρόβλημα της μετάφρασης, ιδίως καθαρά ορολογικών κειμένων, παραμένει.

Παρ'όλα αυτά έγινε προσπάθεια για μια όσο το δυνατόν σφαιρική κάλυψη του θέματος, τόσο στην έρευνα όσο και στην μελέτη.

Σημαντική ήταν η βοήθεια που έλαβα για την ολοκλήρωση της εργασίας μου αυτής, απο τον κύριο Ιωάννη Τσιάντη, Διευθυντή της Παιδοψυχιατρικής κλινικής του Παιδιατρικού Νοσοκομείου Αθηνών "Αγλα Σοφία" και απο την κυρία Σταυρούλα Μπεράτη, Επίκουρο καθηγήτρια της Παιδοψυχιατρικής κλινικής του Νοσοκομείου Πατρών.

Ευχαριστώ ακόμα για την βοήθειά της την κυρία Κυριακή Νάνου καθηγήτρια Νοσηλευτικής των Τ.Ε.Ι. Πατρών και υπεύθυνο καθηγήτρια της πτυχιακής μου εργασίας.

Σε μια σκοτεινή νύχτα  
το πιο επικίνδυνο για τα άλλα  
καράβια είναι να βάλεις φώτα  
που παραπλανούν περισσότερο  
και απο το σκοτάδι

( " ΟΥ ΒΙΕΝ...ΟΥ ΒΙΕΝ" )

KIERGEGAARD

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η μελέτη του ψυχογενετικού σταδίου της συμβίωσης, μέσα από τη φυσιολογική ανάπτυξη και μέσα από τον μεγεθθυτικό φακό της παθολογικής ψυχωτικής οργάνωσης, επιχειρεί να φωτίσει την ιδιαίτερη πλευρά της σχέσης μητέρας-παιδιού. Από την μία μεριά το παιδί πρέπει να ιδωθεί ως υποκείμενο που ξεκινά να οριοθετηθεί τόσο την εσωτερική όσο και την εξωτερική πραγματικότητα και από την άλλη η μητέρα που ως αντικείμενο συμπληρώνει τον υπαρκτικό κόσμο και η οποία φέρνει το υποκείμενο με αυτό που η ίδια ερμηνεύει ως εσωτερική και εξωτερική πραγματικότητα.

Αν η συμβιωτική δυάδα μάνα-παιδί δεν λειτουργήσει ικανοποιητικά (τους λόγους τους εξηγώ και αναπτύσω στα επόμενα κεφάλαια), παρατηρούνται:

- α) προσήλωση στο στάδιο της συμβίωσης
- β) προβλήματα στην εξέλιξη της ψυχικής οργάνωσης
- και γ) ανάπτυξη δευτερογενούς αυτιστικής συμπεριφοράς που φέρεται ως αποτέλεσμα της ψυχοπαθολογικής παλινδρόμησης και έχει την αξία ψυχικής άμυνας.

## Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	<u>Σελίδα</u>
Πρόλογος	I
("OU BIEN...OU BIEN")	II
Εισαγωγή	III
Περιεχόμενα	IV
 <u>Κεφάλαιο I</u>	
Ιστορικό της έρευνας στις παιδικές ψυχώσεις	I
Μυθολογικά ανάλογα της συμβιωτικής φύχωσης	9
 <u>Κεφάλαιο II</u>	
Η φυσιολογική ανάπτυξη στα πρώιμα στάδια	II
Η συμβιωτική θεωρία της παιδικής φύχωσης	18
 <u>Κεφάλαιο III</u>	
Η θεραπεία	24
Η παιδοψυχιατρική θεραπευτική ομάδα	28
Αντιψυχωσικά φάρμακα	38
 <u>Κεφάλαιο IV</u>	
Ο ρόλος του νοσηλευτή στην ανάπτυξη θεραπευ- τικής σχέσης με το συ- μβιωτικό παιδί	41

Παράδειγμα εξέλιξης θεραπείας συμβιωτικού παιδιού	54
Η τελική πρόταση	67
Βιβλιογραφία	68

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Π Ρ Ω Τ Ο

## ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΤΙΣ ΠΑΙΔΙΚΕΣ ΨΥΧΩΣΕΙΣ

Πρωροτάτη παράνοια και παιδική σχιζοφρένεια, είναι οι δυο όροι που χρησιμοποιήθηκαν πριν καθιερωθεί ο όρος της παιδικής ψύχωσης. Ο D. J. DUCHE (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 ένα ψυχικό κόσμο που τείνει να ωριμάσει· συγχέει αυτά που έχουν κατακτηθεί και διαστρεβλώνει τις πνευματικές κατακτήσεις που επιχειρούνται.

Ακολουθούν μέσα από ένα σύντομο ιστορικό τα διάφορα στάδια από τα οποία πέρασαν τόσο η κλινική δουλειά όσο και η θεωρητική σκέψη.

19<sup>ος</sup> αιώνας

Ο ESQUIROL (1834) διαχωρίζει την έμφυτη μωρία από την επίκτητη παράνοια. Με τη συνεργασία του SEGUIN (του ιδρυτή του πρώτου σχολείου ειδικής εκπαίδευσης) πραγματοποιεί την πρώτη ιατροπαιδαγωγική ομάδα. Ο FRIEDREICH (1835) περιγράφει τα χρόνια ψυχικά προβλήματα του παιδιού. Ο GRIESINGER (1845) γράφει πως η συστηματοποιημένη τρέλλα είναι σπάνια στο παιδί γιατί το εγώ δεν είναι, σε αυτή την ηλικία, σχηματοποιημένο με τρόπο σταθερό, ώστε να μπορεί να δώσει μια διαστροφή που διαρκεί· καθώς οι διανοητικές διεργασίες δεν έχουν εξελιχθεί ακόμη, οι ψυχικές ενοχλήσεις προκαλούν πραγματικές στάσεις της ανάπτυξης.

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



Ο EMMINGHANS (1887) επιμένει, πως δεν μπορούμε να εξομοιώσουμε τις ψυχώσεις του παιδιού με αυτές του ενήλικα.

Ο MOREAU DE TOURS (1888) στο σύγγραμά του "Τρέλλα 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 προηγούμενου αιώνα, ο KRAEPELIN περιγράφει, με τον όρο πρόωρη παράνοια, μια ομάδα ψυχώσεων (ηβηφρένεια, κατατονία, παρανοειδής άνοια) που συνδέονται μεταξύ τους με το ίδιο εξελεκτικό κριτήριο: την προοδευτική αποδυνάμωση των πνευματικών λειτουργιών σε νεαρά, ακόμα, άτομα.

Με βάση την έννοια του KRAEPELIN, ο SANCTE DE SANCTIS (1906) ορίζει την DEMENTIA PRECOCISSIMA CATATONICA (παράνοια προωροτάτη κατατονική) σε παιδιά ηλικίας από τεσσάρων μέχρι δέκα ετών, που φέρουν μερικά από τα συμπτώματα της πρόωρης παράνοιας: σταθερή ελάττωση του ενδιαφέροντος για το οικογενειακό περιβάλλον, αντιδράσεις που 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 μια ή περισσότερες ώσεις της νόσου.

### 20<sup>ος</sup> αιώνας

Ο HELLER (1908) προτείνει την κλινική οντότητα της DEMENTIA INFANTILIS (παιδική παράνοια). Τα παιδιά αυτά, μετά από μια φυσιολογική ανάπτυξη, αρχίζουν στην ηλικία των τριών-τεσσάρων ετών, να αποδιοργανώνονται ψυχικά με τρόπο σταθερά προοδευτική 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 της συμπεριφοράς, ολοκληρωτική έλλειψη του ενδιαφέροντος για την οικογένεια, απώλεια των συναισθηματικών διεργασιών και παλινδρομικές συμπεριφορές, έρχονται να συμπληρώσουν την κλινική εικόνα.

Την ίδια εποχή οι WEIGANDT και ZAPPERT (1909) διακρίνουν τις κρυπτογενετικές παιδικές παράνοιες από το σύνολο των οργανικών, τοξικο-μολυσματικών παιδικών παρανοιών. Η κλινική εικόνα που προτείνεται προσομοιάζει με αυτή που πρότεινε ο HELLER: διατηρε-

ται η ψυχοκινητική ανάπτυξη, εμφανίζονται, απότομα, προβλήματα στο λόγο, αποδιοργανώνεται βαθιά η συμπεριφορά, η άλογη και ακατάληπτη υπερδιέγερση διακόπτεται απο περιόδους αλλαγής σημαντικές διαταραχές του συναισθήματος, ενστικτώδεις παρορμήσεις και προσβολή του συναισθήματος, ενστικτώδεις παρορμήσεις και προσβολή των διανοητικών λειτουργιών, οδηγούν σε κατάσταση μωρίας, ενώ η σωματική κατάσταση διατηρείται καλή.

Ο BLEYLER (1911) εισάγει τον όρο σχιζοφρένεια. Επιμένει στην απόσχιση των ψυχικών λειτουργιών που προκαλεί παραλήρημα και αυτισμό. Βρίσκει πως στα 5% των περιπτώσεων, η νόσος αρχίζει στα πέντε πρώτα έτη 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, πατέρας 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 απο την ηλικία των δέκα ετών
- αδύνατη η διάγνωση πριν απο την ηλικία των δυο-τριών ετών
- εξέλιξη που κόβεται μερικές φορές απο ελαφρές βελτιώσεις, ή και απο ώσεις με πλήρη αποκατάσταση, χωρίς όμως να αποφεύγεται η τελική αποδιοργάνωση σε μορφή μωρίας.
- συμπτωματολογία τύπου BLEYLER με σημαντικά ενοχλήματα 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.

Τα ίδια χρόνια, οι αγγλοσάξωνες συγγραφείς χρησιμοποιούν με κάπως αυθαίρετο τρόπο τον όρο σχιζοφρένεια και οδηγούν στην κατάλυσή του, περικλείοντας σ' αυτόν μέχρι και παιδικές νευρώσεις και διαταραχές της συμπεριφοράς.

Για τον HEYER και τη σχολή του στη Γαλλία, απο το 1922, δεν υπάρχει καμιά 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 HEYER ομαδοποιεί τις παιδικές ψυχώσεις (1957) με κριτήρια σημειολογικά, (απώλεια της επαφής με την πραγματικότητα, αυτισμός, παλινδρόμηση, αποκοπή από το περιβάλλον) και εξελεκτικά (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 την σχιζοφρένεια, στο πρώτο Διεθνές Συνέδριο Παιδοψυχιατρικής, το 1937, τοποθετεί στο κέντρο της νόσου τη συναισθηματική διαταραχή. Το 1951 αποδέχεται πως η διαταραγμένη συναισθηματική σχέση της μητέρας και του μικρού παιδιού αποτελεί μόνη της ικανή συνθήκη για τη γένεση ενός τέτοιου συνθρόμου.

Η M. KLEIN (1925) έχει περιγράψει, μέσα στην εξέλιξη της πρώτης παιδικής ανάπτυξης, μια "κεντρική καταθλιπτική θέση"· ψυχοπαθολογικά, αντιστοιχεί στην αντίληψη του διαμελισμένου σώματος και στην έλλειψη της ενιαίας εικόνας του σώματος· η θέση αυτή θα μπορούσε να είναι, σε ειδικές συνθήκες, το σημείο καθήλωσης ψυχοπαθολογικών μηχανισμών που ενεργούν στις παιδικές ψυχώσεις.

Ο L. KANNER παρατηρεί, σχετικά με τις τέσσερις πρώτες δεκαετίες του αιώνα μας, πως: στην πρώτη, η θεωρητική σκέψη ασχολείται με τα προβλήματα που βάζει το παιδί και η εκπαίδευσί του· στη δεύτερη, αναπτύσσονται ιδρύματα για παιδιά και η δράση περνά μέσα από την οργάνωση του κοινοτικού-κοινοβιακού προγράμματος· στην τρίτη, η δράση μεταφέρεται στο οικογενειακό και σχολικό πλαίσιο· στην τέταρτη υπάρχει η ενασχόληση με το ίδιο το παιδί (συνήθως ατομικές ψυχοθεραπείες με ανάλυση του παιχνιδιού).

Στην αρχή της πέμπτης δεκαετίας (1943) ο L. KANNER περιγράφει μια κλινική οντότητα, τον πρόωρο παιδικό αυτισμό· χαρακτη-

ρίζεται απο δυο θεμελιώδεις τάσεις; την τάση για απόλυτη απομόνωση (ALONENESS) και την ανάγκη οι συνθήκες του περιβάλλοντος να παραμένουν αμετάβλητες (SAMENESS).

Ο αυτισμός εμφανίζεται απο την αρχή της ζωής, εκδηλώνεται με σαφήνεια απο το δεύτερο έτος της ζωής, στο οποιο καιείναι δυνατή η διάγνωση.

Τα αυτιστικά παιδιά δε μοιάζουν ν'αντιδρούν στα συνηθισμένα ερεθίσματα που στέλνει το περιβάλλον. Η παρουσία των δικών τους φαίνεται να τα αφήνει αδιάφορα. Δίνουν την εντύπωση πως ικανοποιούνται σε ένα είδος (σχεδόν) μόνιμης απομόνωσης

έχουν συμπεριφορά αυτο-ηδονιστική· ο λόγος δεν εμφανίζεται παρά στα 50-7των 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 δώσαν 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, απορροφημένοι απο σκέψεις συνεχώς γενικεύουσες, θεωρούν το παιδί περισσότερο σαν αντικείμενο πειραματισμών των εκπαιδευτικών μεθόδων, παρά σαν μια ανθρώπινη προσωπικότητα.

Αργότερα ο ίδιος θα προσθέσει ότι "τα παιδιά αυτά είναι διαφορετικά απο την πρώτη στιγμή που γεννιούνται και μερικοί γονείς δεν μπορούν παρά να αντιδράσουν στη σχέση μ'ένα τέτοιο παιδί, που είναι στερημένο, αυτό το ίδιο, απο συναισθηματικές διεργασίες"

Με τον KANNER έρχεται μια μεγάλη τομή στην κλινική σκέψη γιατί η ύπαρξη μιας φυσιολογικής ανάπτυξης πριν απο την έναρξη της νόσου δεν αποτελεί πια υποχρεωτικό και καθοριστικό σημείο για τη διάγνωση της παιδικής ψύχωσης.

Η M. MAHLER περιγράφει, το 1952, την παιδική συμβιωτική ψύχωση. Πρόκειται για μια κλινική οντότητα η οποία αρχίζει να

εκδηλώνεται στο τέλος του πρώτου έτους και στην αρχή του δευτέρου 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 στην κατεύθυνση της οργανογένεσης των ψυχικών δυσχεριών.

Οι οργανιστές: Ο KNOBLOCH (1961) και ο PASAMANICH (1963) αποδίδουν τα ενοχλήματα σε διάχυτη εγκεφαλοπάθεια η οποία είναι αποτέλεσμα επιτόκιων ατυχημάτων. Ο RIMLAND (1965) στις Ηνωμένες Πολιτείες και ο HYTT στην Οξφόρδη αποδίδουν την ψυχοπαθητική συμπεριφορά, άλλοτε σε υπολειτουργία, και άλλοτε σε υπερλειτουργία του δικτυωτού σχηματισμού. Ο ANTONY (1958) και ο SCHOPLER (1965) υποθέτουν την σημαντική διαταραχή των ακουστικών, οπτικών και οσφρητικών προσλήψεων" δεν μπορούν να υπερβάνουν αν η αδυναμία στην εμπέδωση των αισθητικών ερεθισμάτων είναι ψυχολογικής ή φυσιολογικής προέλευσης.

Οι RUTTER, WING και οι συνεργάτες τους (1966) πιστεύουν πως η βασική βλάβη που οδηγεί στον αυτισμό βρίσκεται στην ανικανότητα του παιδιού να κατανοήσει τους ήχους και να χρησιμοποιήσει φυσιολογικά το λόγο" με την υπόθεση αυτή προσπαθούν να εξηγήσουν τις μεγάλες ομοιότητες που συναντιούνται σε παιδιά που θεωρούνται ψυχωτικά, και σε παιδιά που πάσχουν από έμφυτη δυσφασία ή όπως αλλιώς έχει επικρατήσει να ονομάζεται δυσφασία της ανάπτυξης.

Ο S. LEBOVICI (1949) αντιτίθεται στην χρησιμοποίηση του όρου παιδική σχιζοφρένεια, πιστεύοντας ότι έτσι προΐδεάζεται απαισιόδοξα το παιδί εκείνο που φέρει αυτή τη συγκεκριμένη διάγνωση" κατά τον ίδιο υπάρχει ένας κίνδυνος χρησιμοποίησης των διαφόρων θεραπευτικών σχημάτων (ινσουλινοθεραπεία, ηλεκτροσόκ, ψυχοχειρουργική) των ενηλίκων σχιζοφρενών και στους ανήλικους αρρώστους.

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 προφυκτικές καταστάσεις) (η αντίληψη της πραγματικότητας δεν έχει ακόμα οριστικά μεταβληθεί, ενυπάρχει ο κίνδυνος της ψυχωτικής οργάνωσης). Διακρίνουν τρεις μορφές κλινικές της πρόωρης ψύχωσης, που μπορούν να εκδηλωθούν πριν από την ηλικία των πέντε ετών (προοιδιπόδειος και οιδιπόδειος 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 σαν μια οργανωτική άμυνα προωθημένου υπολογισμού: το παιδί κουβαλάει μέσα του "την 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 εμπειρία της αγωνίας με μια μητέρα που όλες οι μερικές της εκδηλώσεις δεν ήταν παρά αντιδράσεις στον βαθύτατο ασυνείδητο πόθο θανάτου για το παιδί (την άποψη αυτή δέχεται 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) ότι όσο στη μητέρα παραμένει ισχυρή η επιθυμία να εξαφανισθεί το παιδί, κάθε θετική εξέλιξη σ' 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 γίνεται με δυο 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 από την αποκατάσταση της σχέσης με το αντικείμενο, παλινδρόμηση σε προγενέστερα προγενετικά στάδια, ενώ συγχρόνως διατηρούνται κάποιοι τύποι ψυχολογικών διεργασιών που αντιστοιχούν στα πιο προχωρημένα στάδια που η εξέλιξη είχε αγγίξει.

Θεωρώ απαραίτητο, κλείνοντας το κεφάλαιο της έρευνας για

τα όσα στοιχεία ο χρόνος μου επέτρεψε να βρω για τις παιδικές ψυχώσεις, να αναφέρω την ταξινόμηση αυτών, όπως προτάθηκε από τον καθηγητή R. MISES στο τρίτο σεμινάριο με θέμα την ψυχιατρική διάγνωση (Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, Παρίσι 1963).

Σύμφωνα με τον MISES η ταξινόμηση αυτή δεν λαβαίνει υπόψη της τον αιτιοπαθογενετικό άξονα αλλά διαμορφώνεται με στοιχεία: α)σημειολογικά, β)γενετικά, γ)δομικά, δ)εξελεκτικά.

#### A. Π Ρ Ω Ι Μ Ε Σ      Ψ Υ Χ Ω Σ Ε Ι Σ

(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, εξελεκτικές δυσαρμονίες, προψυχώσεις, άτυπα παιδιά).
  - γ)μορφές με κλινική εικόνα μωρίας

#### B. Ο Ψ Ι Μ Ε Σ      Ψ Υ Χ Ω Σ Ε Ι Σ

(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. Διαστρεφές της προσωπικότητας:
  - α)τύποι νευρωτικοί ή παθολογικοί ψυχολογικοί χαρακτήρες
  - β)τύποι όπου κυριαρχούν τα προβλήματα συμπεριφοράς
3. Ψυχώσεις με κλινική εικόνα μωρίας

## ΜΥΘΟΛΟΓΙΚΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΤΗΣ ΣΥΜΒΙΩΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ

Πιστεύεται πως στοιχεία που χαρακτηρίζουν τη φυσιολογική συμβιωτική περίοδο και την ψυχωτική συμβιωτική σχέση, υπάρχουν διάσπαρτα μέσα στην ελληνική μυθολογία και πως είναι ενδιαφέρον να εντοπισθούν και να επιχειρηθεί μια μερική αναλύσή τους.

### Γ α λ α - Ο υ ρ α ν ό ς - Κ ρ ό ν ο ς

Συσχέτιση της συμβιωτικής συνθήκης και του μύθου Γαλα-Ουρανόσ-Κρόνος, μπορεί να επιχειρηθεί ανάμεσα στην τρομακτική φαντασίωση της απορρόφησης και στο μύθημα: η Γαλα κρατά μέσα της τα παιδιά της. Η φαντασίωση αυτή απαντά θετικά στο γεγονός ότι κατακτώντας ο άνθρωπος εσωτερικό ψυχικό χώρο, μπορεί να προωθήσει την ψυχική του αυτονόμηση και να βιώσει σε δεύτερο, πια, χρόνο με τον φόβο της παλινδρόμησης στο συμβιωτικό στάδιο την προηγούμενή του αυτή κατάσταση.

Ο φόβος δεν αποτελεί παρά μια ψυχική άμυνα απέναντι στη συνεχή ασυνελέδητη επιθυμία του ανθρώπινου όντος για ένωση με τη μητέρα, ένωση που απειλεί τηνατομική ύπαρξη και ταυτότητα και, γι' αυτό πρέπει ν'απωθείται, ακόμα και μετά την παιδική ηλικία. Μέσα απο την ίδια ακολουθία σκέψης, μπορούμε να υποθέσουμε πως ο μύθος κρυπτογραφεί την παρατήρηση του πρωτόγονου ανθρώπου ότι, απο το σύνολο των θηλαστικών, είναι το μόνο που έχει ανάγκη απο μια "δεύτερη εξωμήτριο κύηση" για να μπορέσει να αντιμετωπίσει βασικές ανάγκες της εξωτερικής πραγματικότητας.

Σ'ένα δεύτερο επίπεδο ανάλυσης, μπορούμε να διακρίνουμε την είσοδο της βίας σαν μέσο για να αποδωθούν οι ρόλοι στο συγκεκριμένο αυτό σύμπλεγμα Γαλας-Ουρανοσ-Κρόνου, το οποίο αποτελεί την ανάπτυξη του πολυδύναμου δυαδικού συμβιωτικού σχήματος: μητέρα-παιδί.

### Σ φ λ γ ξ - Ο ι δ ε λ π ο υ ς

Η Σφλίγγα αναπαράγει το χθόνιο τέρας, το οποίο αναφέρεται στην καταγωγή του ανθρώπου απο τη γή και η απάρνηση, της αντίληψης σχετικά με την καταγωγή του ανθρώπινου είδους, επιτυγχάνεται με την νίκη του ανθρώπου πάνω στα τέρατα αυτά.



Στις περιπτώσεις της συμβιωτικής ψύχωσης το τέρας, συχνά, απειλεί το υποκείμενο με αφανισμό, χάρη στις απορροφητικές ή διασπαστικές ικανότητές του. Η κλινική εμπειρία έχει δείξει ότι στα συμβιωτικά παιδιά, η φαντασίωση, εκτός από την αγωνία της εξαφάνισης, βάζει και το πρόβλημα της καταγωγής και ταύτισης σε σχέση με το τέρας της φαντασίωσης.

"Β ά κ χ α ι"

Οι "Βάκχες", μέσα σε μια πορεία πρωτογενούς αλλά και μαζικής ταύτισης, αγγίζουν το βίωμα της παντοδυναμίας, το οποίο βοηθάει στο να απομακρυνθούν τόσο το πένθος αλλά και ο ευνουχισμός. Ζητιέται να γίνει παλινδρόμηση σε μια κατάσταση μη διαφοροποίησης με κατάργηση της προσωπικότητας. Η πρωτογενής ταύτιση είναι φαντασίωση ενάντια στο ποθούμενο διαφοροποιημένο αντικείμενο.

Οι μύθοι, ίσως και τα όνειρα, ενεργοποιούν μια πληθώρα συμβόλων που κανένα, μόνο του, δεν σημαίνει κάτι.

Δεν αποκτούν μια σημασία παρά στο μέτρο που εγκαθίστανται ανάμεσα τους σχέσεις. Η σημασία τους δεν είναι αυθύπαρκτος, εξαρτάται αποκλειστικά από τη "θέση" των σημαινόντων μέσα στο κείμενο.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Δ Ε Υ Τ Ε Ρ Ο

## Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

## ΣΤΑ

## ΠΡΩΙΜΑ ΣΤΑΔΙΑ

Ο φυσιολογικός αυτισμός

Ο φυσιολογικός αυτισμός απλώνεται από τη γέννηση μέχρι το τέλος του δεύτερου μήνα. Χαρακτηρίζεται από την αγνωσία του ατόμου που δίνει τις μητρικές φροντίδες. Το παιδί μοιάζει να βρίσκεται σε πρωτογενή ψευδαισθησιακή σύγχυση· θεωρεί πως η ικανοποίηση των αναγκών του ανήκει στη σφαίρα της αυτιστικής του παντοδυναμίας.

Οι συνεχείς προσπάθειες για ομοιοστατική ρύθμιση οργάνωνουν τη ζωή, κατά τα χρονικά διαστήματα τα οποία δεν ανήκουν στον ύπνο.

Το νεογέννητο δεν μπορεί να διακρίνει τις μητρικές φροντίδες που του ελαττώνουν την αγωνία της πείνας ούτε και να τις διαφοροποιήσει από τις δικές του προσπάθειες - ουρεί, αποδεύει, βήχει φτερνίζεται, φτύνει, μυρμηγκάζει, κάνει εμετό - να υποβαθμίσουν τη δυσάρεστη εσωτερική ένταση.

Ο συγκερασμός αυτών των φαινομένων αποβολής και των μητρικών φροντίδων οδηγεί το παιδί στην πρώτη προσέγγιση της έννοιας "ποιότητας", χάρη στο ζεύγος "ευχάριστη, καλή εμπειρία" - "επώδυνη, κακή εμπειρία" (M. MAHLER).

Το πρωτόγονο Εγώ με την έμφυτη και αυτόνομη ικανότητά του να δέχεται παραστάσεις (HARTMANN) οργανώνει στη μήμη σημάδια των δυο αυτών αρχικών διεργασιών-εμπειριών, σημάδια εκενδεδυμένα με ψυχική ενέργεια που δεν έχει ακόμα διαφοροποιηθεί. (M. MAHLER και GOSLINER)

Η φυσιολογική σύμβωση

Εδώ ο όρος δανείζεται από την Βιολογία και πρόκειται για τη λειτουργική ένωση δυο οργανισμών με στόχο το αμοιβαίο κέρδος. Η μεταφορική χρήση του όρου στην ψυχολογία δεν περιγράφει μια συμπεριφορά αλλά μια ενδοψυχική κατάσταση. Πρόκειται για παρα-

ληρηματική τήξη της αναπαράστασης της μητέρας με αποτέλεσμα τη δημιουργία της ψευδαίσθησης πως το κοινό σύνορο είναι που χωρίζει δυο άτομα, πραγματικά και φυσικά διάφορα μεταξύ τους, από τον έξω κόσμο.

Η λειτουργία και τα μέσα της αυτο-συντήρησης έχουν ατροφήσει στο ανθρώπινο είδος. Για να γίνει η μετάβαση από την έμφυτη τάση σε σπλαχνική παλινδρόμηση, προς την ανάπτυξη της αισθητηριακής συνείδησης και της σχέσης με το περιβάλλον, σχέση που χαρακτηρίζεται από την κοινωνικο-βιολογική εξάρτηση από τη μητέρα, απαιτείται "αρκετά καλή" βρεφοκομία. Έτσι η LIBIDO του εσωτερικού του σώματος (και ιδιαίτερα των κοιλιακών οργάνων) μετακινείται προς την περιφέρεια του κορμιού (GREENACREI 1945, M. MAHLER 1952).

Οι αλλαγές στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα και η σημαντική ανεπτυγμένη ευαισθητοποίηση στα εξωτερικά ερεθίσματα, στηρίζουν την υπόθεση πως από την αρχή του τρίτου μήνα υπάρχουν μνημονικά ίχνη.

Ο R. SPITZ (1965) θεωρεί αυτή τη στιγμή ως την αρχή της εκπαίδευσης με εθισμό. Είναι η αρχή της συμβιωτικής σχέσης. Τα μνημονικά σημάδια της ευχαρίστησης από τη βρεφοκομία συνδέονται με την οπτική αναπαράσταση των μητρικών φροντίδων.

#### Ελέγχουσα περιφερειακή ζώνη

Η μητέρα γίνεται αντιληπτή ως ελλειπές αντικείμενο που ικανοποιεί τις ανάγκες (A. FREUD 1964). Η ανάπτυξη του Εγώ συμβαδίζει με την ανάπτυξη μιας περιφερικής ζώνης, η οποία περιβάλλει τη συμβιωτική σφαίρα της дуάδας, μητέρα και παιδί, και η οποία ελέγχει τα ερεθίσματα. Περιέχει ακόμα αρχέτυπες αναπαραστάσεις του Εγώ και ελλειπή συμβιωτικά αντικείμενα που είναι επενδεδυμένα με, ακόμα αδιαφοροποίητη, LIBIDO.

Το Εγώ αναπτύσσεται κάτω από την επίδραση της πραγματικότητας και των ενστικτωδών τάσεων. Ο εσωτερικός πυρήνας του σχήματος του σώματος, που το ένα του όριο είναι στραμμένο προς το εσωτερικό του σώματος και το άλλο προς τον εξωτερικό μανδύα των αισθητοαισθησιακών εντυπωμάτων, οριοθετεί το σωματικό-εγώ. "Το εγώ είναι, πριν από όλα, σωματικό" (S. FREUD).

Οι εσωτερικές αισθήσεις αποτελούν τον πυρήνα του ατομικού και είναι η πρώτη κρυστάλλωση του "αισθήματος του εγώ" που με τη σειρά του θα εξελιχθεί στο αίσθημα της ταυτότητας (GREENACRE 1958, M. MAHLER 1957, ROSE 1964).

Το όργανο των αισθητικών και προσληπτικών δραστηριοτήτων ("ο εσωτερικός φάκελος του εγώ" S. FREUD) οριοθετεί το ατομικό από τον κόσμο των αντικειμένων (έμφυχα και άφυχα). Μαζί, οι δυο αυτές ψυχικές δομές, δημιουργούν το πλαίσιο του αυτο-προσανατολισμού (SPIEGEL).

Η συμβιωτική δυάδα προσφέρει ένα διπλό πλαίσιο αναφοράς και είναι η βάση όπου ανάγονται όλες οι εμπειρίες, πριν γίνουν καθαρές και οργανωμένες παραστάσεις του ατομικού και του κόσμου των αντικειμένων, στο εγώ του παιδιού. Ο SPITZ (1965) ονομάζει τη μητέρα, βοηθητικό εγώ του παιδιού. Η MAHLER θεωρεί πως οργανωτής της συμβίωσης είναι ο τρόπος με τον οποίο η μητέρα υποστηρίζει το παιδί, "η πρωταρχική μητρική της έγνοια".

Κάθε φορά που, στην αυτιστική ή συμβιωτική φάση, η εσωτερική ένταση κορυφώνεται - πρόδρομος του φαινομένου της αγωνίας - το παιδί καλεί το σύντροφό του να βοηθήσει στη διατήρηση της ομοιοστασίας του. Αλλιώς, οι διαδικασίες αποτύπωσης των νευροβιολογικών σχημάτων μπερδεύονται.

Μνημονικά σωματικά σχήματα αποτυπώνονται με ιδιαίτερο τρόπο, συνδυάζονται με προηγούμενες εμπειρίες και μπορούν, μέσα από το δρόμο αυτό, στη συνέχεια να αντέξουν την ένταση με την οποία αναβιώνουν αυτές οι εμπειρίες.

#### ΟΙ ΜΕΤΑΚΙΝΗΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΙΚΩΝ ΕΠΕΝΔΥΣΕΩΝ

Εγκαταλείπονται οι ενδοαισθησιακές προσλήψεις για να ενισχυθούν οι αισθητικές και οι προσλαβόνουσες δραστηριότητες του έξω χώρου. Η διαδικασία αυτής της εκκόλαψης αποτελεί βαθμιαία οντογενετική εξέλιξη του SENSORIUM - του συνειδητού συστήματος των προσλήψεων - και οδηγεί το νήπιο σε εγρήγορση όλου του ψυχικού του συστήματος, κάθε φορά που δεν κοιμάται.

Το σχήμα της "δοκιμασίας με αντιπαραβολή" μοιάζει με την τακτική που οι BRODY και ALEXRAD (1966) ονόμασαν "συνοριακό έλεγχο": το παιδί υποβάλλει σε έλεγχο δράσης και αφής κάθε σημάδι

του ξένου σ' αυτό πρόσωπο, παραβάλλοντάς το σημείο προς σημείο με την αναπαράσταση της μητέρας. Όταν η ένταση μεγαλώνει, το παιδί καλεί το βοηθητικό εγώ να την ελαττώσει. Αν αυτή η λειτουργία αποτύχει, δημιουργείται για αντιστάθμισμα ένας "ψεύτικος εαυτός" (FALSE SELF, WINNICOTT).

Στους τρεις τελευταίους μήνες του πρώτου έτους και στη συνέχεια το παιδί αρχίζει να απομακρύνεται από τη μητέρα, προκαλώντας ένα δραστικό χωρισμό των δυο κορμιών και ξαναγυρίζει σ' αυτήν, επαληθεύοντας την παραληρηματική του ικανότητα να τη δημιουργεί.

Όσο περισσότερο σταδιακά και χωρίς άσκοπες δαπάνες ψυχικής ενέργειας, οι μητρικές φροντίδες ετοίμασαν την εκκόλαψη από τη συμβιωτική σφαίρα, τόσο ευκολότερα το παιδί θα διαχωρίσει τις παραστάσεις του εαυτού του και τις συμβιωτικές παραστάσεις, που μέχρι τώρα ήταν συντηγμένες. Αλλά, ακόμα και στο στάδιο των δοκιμών, ούτε οι διαφοροποιημένες παραστάσεις του ατομικού, ούτε οι παραστάσεις του αντικειμένου δεν μοιάζουν να είναι ενσωματωμένες σε μια απεικόνιση, που τείνει να ολοκληρωθεί, του ατομικού ή ερωτικού αντικειμένου.

Τα βρέφη χρησιμοποιούν μεγάλη ποικιλία μηνυμάτων για να δηλώσουν τις ανάγκες τους, τις εντάσεις και την ευχαρίστησή τους (M. MAHLER)· η μητέρα απαντά εκλεκτικά σε μερικά από αυτά τα μηνύματα (υποσυνείδητο της μητέρας)· το παιδί μεταβάλλει βαθμιαία τη συμπεριφορά του σύμφωνα με τις επιλογές της μητέρας, με τρόπο που καθορίζεται από το έμφυτό του ταλέντο και από τη σχέση μητέρας-παιδιού. Αυτή η κυκλική αλληλεπίδραση δίνει σχήματα συμπεριφοράς που δηλώνουν κιάλας κάποιες ιδιότητες από την προσωπικότητα του παιδιού και ίσως όπως αναφέρει και ο LICHTENSTEIN 1964· ισχύμαστε μπροστά στη γένεση του παιδιού ως ιδιαίτερο άτομο.

Η περίοδος των δοκιμών κορυφώνεται στο μισό του δεύτερου έτους. Η κρίση του παιδιού στην παντοδυναμία της σκέψης του, βρίσκεται στο πιο ψηλό σημείο, και πηγάζει από την ψευδαίσθηση πως μοιράζεται τις μαγικές ικανότητες της μητέρας του.

Αν η πρωταρχική έγνοια της μητέρας, όπως πηγάζει από την ταυτίσή της στο βίωμα του παιδιού, παραδρομεί, αν οι αναστασι-

κές της απαντήσεις, κατά την πρώτη παιδική ηλικία, είναι εξαιρετικά απρόβλεπτες και εχθρικές, αν συνεχώς μεταβάλλεται το αίσθημα εμπιστοσύνης που έχει στον εαυτό της (μητρικές ανακολουθίες) τότε το παιδί δεν έχει σταθερό πλαίσιο αναφοράς για να διαβάσει τα γνωστικά και αισθητικά ερεθίσματα που δέχεται (SPIEGEL).

Η ανάπτυξη του ατομικού διαταράσσεται από τα πρώτα στάδια. Η μητέρα ερμηνεύει τα μηνύματα του παιδιού με δυο τρόπους: α) σαν να έρχονται από ένα άτομο κινδύου αυτονομημένο και υπάρχει κίνδυνος να εγκαταλείψει πρόωρα το παιδί στις μικρές του δυνατότητες, β) σαν να έρχονται από μια φυσική της προέκταση ο κίνδυνος είναι να προβάλλει το παιδί το δικό της βίωμα και να μην ελαττώσει, κατά το δεύτερο έτος, τη συμβιωτική της συμπεριφορά μετουσιώνοντάς την σε γλωσσική και συναισθηματική υποστήριξη, συνθήκη που ανοίγει δρόμο στην εξελισσόμενη αυτονομία.

Το σκαλί από τον δέκατο έκτο στον δέκατο όγδοο μήνα, αποτελεί ένα σημαντικό σημείο της ανάπτυξης, "την ιδεώδη κατάσταση του ατομικού" (JOFFE και SANDLER 1965).

Είναι η ψυχική αναπαράσταση της συμβιωτικής δυαδικής ενότητας με το παιδί να θεωρεί την παντοδυναμία της σκέψης και της επιθυμίας αποτέλεσμα της ανάπτυξης των δικών του δυνατοτήτων.

Από τον δέκατο όγδοο μήνα ως το τριακοστό έκτο "η ιδεώδης κατάσταση του ατομικού" πρέπει να εγκαταλείψει τις παραληρηματικές της αντιλήψεις· η περίοδος είναι επικίνδυνη γιατί το εγώ του παιδιού μπορεί να δεχθεί σημαντικά τραύματα. Ο ψυχικά αυτονομούμενος οργανισμός τρίβεται με την εξωτερική πραγματικότητα και διορθώνει την παράλογη πίστη στις παντοδυναμικές ικανότητές του. Το εγώ ενσωματώνει τα στοιχεία που νομίζει πως το κάνουν να μοιάζει στους γονείς και μ'αυτόν τον τρόπο, προωθείται η ανάπτυξη της ιδιαιτερότητας του ταυτότητας.

Στο τέταρτο εξάμηνο της ζωής το παιδί έχει όλο και περισσότερο συνείδηση του φυσικού διαχωρισμού από τη μητέρα. Παράλληλα, παρατηρούμε πως ξεχνά λιγότερο τη μητρική παρουσία, απ'ότι στην περίοδο των δοκιμών (M. MAHLER 1963). Τώρα, μοιάζει να επιθυμεί να μοιράζεται με τη μητέρα του κάθε νέα του κατάκτηση και εμπειρία.

Η MAHLER σημειώνει ότι πολλοί κλινικοί βλέπουν περιορισμέ-

να το ρόλο του πατέρα, σαν μια μορφή ευνοχίζουσα, ένα είδος κα-  
κιάς μητέρας της προ-οιδιπόδειας περιόδου. Ο LOEWALD (1951)  
είναι ο πρώτος που τόνισε πως μπροστά στην απειλή της απορρό-  
φησης από τη μητέρα, η εμφάνιση του πατέρα δεν αποτελεί ακόμη  
μια απειλή, αλλά αντίθετα μια θέση που υποστηρίζει τη διαδικα-  
σία διαφοροποίησης.

### Τ ο σ ω μ α τ ι κ ό ε γ ώ

Το σχήμα του σώματος αποτελεί τον πυρήνα του αισθήματος της  
ατομικής ταυτότητας· πρόκειται για ουσιαστική και αρκετά σταθερή  
επένδυση της ερωτικής ενέργειας στα κεντρικά και τα περιφερικά  
μέρη του σώματος (GREENACREI). Τα ερεθίσματα της επιβολής και  
της εν τω βάθει αισθητικότητας, οι θερμοκρασιακές αλλαγές,  
οι κιναισθησιακές εμπειρίες, κατά τη διάρκεια της βρεφικομίας  
συμμετέχουν με τρόπο πολύ πιο άμεσο στην ανάπτυξη του σχήματος  
του σώματος απ' ότι η διαδικασία της πρόσληψης οπτικών και ακου-  
στικών παραστάσεων· αυτή, στην αρχή, βοηθά περισσότερο στη διά-  
κριση και αναγνώριση του κόσμου των αντικειμένων.

Η γνωστική επεξεργασία των παραστάσεων και η αναζήτηση του  
αντικειμένου που ικανοποιεί τις ανάγκες υποστηρίζουν την πορεία  
της απόκτησης ιδιαίτερης, για το κάθε άτομο, ταυτότητας. Ο  
FREUD εικονογραφεί με την αμοιβάδα και τους ψευδόποδες της την  
προσέγγιση του αντικειμένου από το εγώ· το εγώ απλώνεται προς το  
αντικείμενο, το κλείνει στη σφαίρα του, αφομοιώνει (με το μη-  
χανισμό της ενδοβολής) ένα μέρος του, αποσύρεται. Εξωτερικεύει  
και πάλι την εικόνα του αντικειμένου στην οποία πια έχουν προ-  
στεθεί και κάποια στοιχεία που το εγώ υποθέτει πως υπάρχουν  
στη δική του απεικόνιση.

Η αναγνώριση των αισθητικών ερεθισμάτων του σώματος, ιδιαι-  
τερα αυτών που παράγονται στη συνάντηση με την τροφή και το  
σώμα του άλλου, συμπληρωμένη αργότερα από τα άλλα αισθητήρια  
όργανα, οδηγεί στη συνθετική αναπαράσταση αυ τού που καλούμε  
εικόνα του σώματος.

Αυτό αποτελεί τον πρώτο πυρήνα του εγώ, κέντρο γύρω από το οποίο  
οργανώνονται τα μνημονικά ίχνη, τα αισθήματα και οι ιδέες που  
ανάγονται στο ατομικό.

Τα στοιχεία αυτά, βαθμιαία, διαφοροποιούνται από τις ενδοψυχι-

κές παραστάσεις των εξωτερικών αντικειμένων (JACOBSON).

Ο WALLON και ο ZAZZO (1953) μελέτησαν πως το μικρό παιδί αναγνωρίζει την εικόνα του στον καθρέπτη, σε φωτογραφίες, σε φιλμ· το παιδί δεν αναγνωρίζει τον εαυτό του μπροστά στον καθρέπτη πριν την ηλικία των δυο ετών και δυο-τριών μηνών. Ας επισημανθεί εδώ η ανακάλυψή τους πως μερικές εβδομάδες πριν το γεγονός της αναγνώρισης, ένα είδος αποδιοργάνωσης φαίνεται να παράγεται στο παιδί.

Ίσως η απότομη προώθηση της συνείδησής του προκαλεί ψυχική αναστάτωση.

Το παιδί εξοικειώνεται με την εικόνα του στην ηλικία των δυο ετών και δέκα μηνών.

Την ίδια εποχή αρχίζει να χρησιμοποιεί χωρίς ενδυσασμούς και σωστά γραμματικά το πρώτο πρόσωπο της προσωπικής αντωνυμίας: ε γ ώ.



Η ΣΥΜΒΙΩΤΙΚΗ ΘΕΩΡΙΑ  
ΤΗΣ  
ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΨΥΧΩΣΗΣ

Το κεντρικό πρόβλημα

Κάτω απο το φάσμα της παραγμένης ή απούσας συμβίωσης, τον πυρήνα την παιδικής φύωσης οργανώνει η ανικανότητα του παιδιού να χρησιμοποιήσει ενδοψυχικά τον μητρικό του σύντροφο, με αποτέλεσμα να μην εσωτερικοποιούνται οι απεικονίσεις του βρεφοκομίζοντος αντικειμένου σε μια οργανωμένη σύνθεση· αυτό συνεπάγεται την αδυναμία διαφοροποίησης του Εγώ απο τη συμβιωτική τήξη και απο τη σύγχυση με το μερικό αντικείμενο, τη χωλαίνουσα ανάπτυξη της αυτονόμησης που εξαφανίζεται εντελώς στις πιο βαριές περιπτώσεις.

Με άλλα λόγια, λείπει απο το ψυχωτικό νεογνό ή δεν κατορθώνει να την αποκτήσει στην αρχή της ζωής του, η ικανότητα να αντιλαμβάνεται το άτομο που προσφέρει μητρικές φροντίδες και να το χρησιμοποιεί για να διατηρεί την ομοιοστασία του, συνθήκη που οργανώνεται παθολογικά και απο την οποια δεν μπορεί να απαλλαγεί στη συνέχεια.

Οι διαμαρτίες του Εγώ στην παιδική φύωση και η διαστρέβλωση του αισθήματος της ταυτότητας.

Η ανάπτυξη της ταυτότητας προϋποθέτει τη δόμηση του Εγώ και την ικανότητα μετουσίωσης των ψυχικών ώσεων.

Απαραίτητες προϋποθέσεις είναι: α) τα εν τω βάθει ερεθίσματα και αυτά των αισθητηρίων οργάνων να μην είναι κατακλυστικά σε σημείο που να εμποδίζουν την ανάπτυξη της ψυχολογικής δομής, β) αν στο παιδί λείπει ένας "εσωτερικός οργανωτής" (SPITZ 1959), ο συμβιωτικός σύντροφος να έχει την ικανότητα να οργανώνει και να ελαττώνει την διέγερση που προκαλούν τα εσωτερικά και τα εξωτερικά ερεθίσματα, να οδηγεί βαθμιαία το παιδί στην αναγνώριση του εσωτερικού και του εξωτερικού κόσμου και στη διάμεσσή τους ζώνη (δέρμα, αισθητήρια όργανα).

Η συμμετοχή της γνωστικής αντίληψης είναι ουσιαστική. Ο FREUD σε αναλογία με το δίδυμο "ένστικτο-αυτό", μας προτείνει

στα 1923, το ζεύγος "γνωστικής αντίληψης-Εγώ". Ο HARTMANN λέει πως η ανάπτυξη της ψυχικής δομής και η μετουσίωση των παρορμήσεων ανήκουν στην ίδια κυκλική διαδικασία: η δομή σχηματίζεται από την γνωστική αντίληψη του έξω κόσμου και το αντίστροφο.

Εσωτερική, της ιδιοσυγκρασίας, και εξωτερική, της παι-  
δευσης, αιτιότητα.

Η MAHLER πιστεύει πως πολλοί ψυχίατροι συνδυάζουν το πρόβλημα της ιδιοσυγκρασίας με τη θεωρία της "σχιζογόνου μητέρας", θεωρία που η ίδια δεν παραδέχεται. Διακρίνει δυο ιδιαίτερες καταστάσεις: α) αν στη φάση του φυσιολογικού αυτισμού ή της συμβίωσης, σε ένα παιδί με ισχυρή ιδιοσυγκρασία, συμβεί ένας βαρύς τραυματισμός, το παιδί αυτό μπορεί, προσπαθώντας να εξουδετερώσει την εξωτερική απειλή, να υπερενισχύσει τους ψυχοτικούς μηχανισμούς και να αποκλείσει το άτομο που το φροντίζει από το ρόλο του "κυματοθραύστη" των διεγέρσεων, από το ρόλο του συμβιωτικού συντρόφου.

β) στα ιδιοσυγκρασιακά ευαίσθητα και ευάλωτα νεογνά η συνηθισμένη βρεφοκομία δεν αρκεί για να διορθώσει την έμφυτη τους ανικανότητα να χρησιμοποιήσουν την κατευναστική και προωθητική της αυτονόμησης δράση της μητέρας και των υποκατάστατών της.

Η MAHLER ανατρέχοντας στην εξέλιξη που είχαν νογνά, που έχασαν την μητέρα τους (περιπτώσεις που μελετήθηκαν από τον SPITZ, τον BOWLBY, την A. FREUD) βρίσκει πως η πραγματική απώλεια δεν αποτελεί αίτιο για ψυχολογική διάσχιση.

Τα παιδιά αυτά ανέπτυξαν μεταξύ τους βαθείς δεσμούς και κανένα δεν υπέφερε από παιδική ψύχωση. Φαίνεται πως το στοιχειώδες Εγώ τους κατάφερε να κρατήσει μερικές μνήμες ευχαρίστησης στη σχέση με τον άνθρωπο και σχήματα αναμονής της προσφοράς του άλλου έμειναν ενεργά, έτσι που μπόρεσαν να αξιοποιήσουν και την μικρότερη μητρική φροντίδα που τους δόθηκε αργότερα· άντλησαν στο μέγιστο βαθμό από τις ερωτικές πηγές του σώματός τους και από αυτές των διαμέσων αντικειμένων· κατάφεραν να δημιουργήσουν, σχεδόν μόνα τους, ένα ανθρώπινο περιβάλλον, με έντονα, βέβαια, ναρκισσιστικά στοιχεία.

Υποκατάστατα και ψυχωτικές άμυνες στη σχέση με το αντικείμενο

Για τη φρουδική θεωρία "σχέση με το αντικείμενο" σημαίνει την επένδυση ερωτικής ενέργειας (LIBIDO) από ένα άτομο, το υποκείμενο, σε ένα άλλο, το αντικείμενο. Η MAHLER θεωρεί πως ο όρος "αντικείμενο" στις ψυχώσεις έχει πιο πλατιά έννοια\* πως είναι κά-θε τι που, στο πεδίο της φυσικής και ψυχολογικής δράσης-αντί-δρασης, αντιτίθεται στον οργανισμό δηλώνοντας την ενταξή του, έξω από αυτόν τον οργανισμό, στο χώρο που τον περιβάλλει.

Στην ψυχανάλυση, οι μηχανισμοί άμυνας είναι τρόποι ψυχικής λειτουργίας ενάντια στις ενστικτώδεις παρορμήσεις και τις ανα-παραστάσεις τους.

Στις παιδικές ψυχώσεις, σύμφωνα με τη MAHLER, οι ενστικτώδεις παρορμήσεις παραμένουν αδιαφοροποίητες, όπως επίσης οι ψυχικές παρορμήσεις και το Εγώ, όπως το υποκείμενο και το αντικείμενο. Οι "ψυχωτικοί μηχανισμοί υποστήριξης" δρουν ενάντια σε ένα αδιαφοροποίητο σύμπλεγμα της παρόρμησης και του αντικειμένου, που, ενώ είναι φυσιολογικό κατά την φάση της δυαδικής ενότητας, διατηρείται παθολογικά σε υστερότερο χρόνο.

Η συγκριτική μελέτη της φαινομενολογίας της ανάπτυξης του φυσιολογικού νεογνού και των ψυχογενετικών μοντέλων του ψυχωτικού παιδιού, όπως αυτά περιγράφονται στη σημειολογία και τη θεραπευτική οδήγησε στη διαμόρφωση της θεωρίας σχετικά με τις φάσεις της φυσιολογικής ανάπτυξης: αυτισμός, συμβίωση, φάση του αποχωρισμού και της αυτονόμησης.

#### Αυτιστικό και συμβιωτικό σύνδρομο

Η διαφορά ανάμεσα στα δυο αυτά ψυχωτικά σύνδρομα και το αναλογό τους στη φυσιολογική ανάπτυξη είναι το γεγονός πως το βρέφος των τεσσάρων μέχρι δέκα μηνών και το συμβιωτικό παιδί έχουν συνείδηση πως το αίσθημα της πείνας έρχεται από το εσωτερικό του σώματος και η ανακούφιση, σε αυτή διέγερση, από το εξωτερικό περιβάλλον, ενώ το νεογέννητο, μέχρι το δεύτερο μήνα, και το αυτιστικό παιδί δεν διακρίνουν το εσωτερικό από το εξωτερικό.

Το αυτιστικό παιδί είναι απομονωμένο στον ιδιόμορφο μικρόκοσμο του.

Κλασσικά χαρακτηριστικά του, που τα τόνισε ο KANNER και τα επιβεβαίωσε η MAHLER, είναι: η καταναγκαστική επιθυμία για διατήρηση της ομοιομορφίας· η στερεοτυπική ενασχόληση με κάποια άψυχα αντι-

κείμενα, ή με κάποια σχήματα δράσης, μόνα στοιχεία που, ίσως, έχουν για αυτό κάποια συναισθηματική αξία ή έντονη δυσφορία στις αλλαγές του υλικού περιβάλλοντος.

Το σύνδρομο της συμβιωτικής φύωσης

Το στοιχειώδες Εγώ εξελίχθηκε μέχρι την συμβιωτική φάση και διαφοροποιείται μέσα από την διαδικασία του διαχωρισμού-αυτονομίας.

Το συμβιωτικό σύνδρομο αντιστοιχεί σε παθολογική επισημάνση ψυχολογικών μηχανισμών ή σε παλινδρόμηση σε ένα στάδιο ανάπτυξης που είναι πιο προωθημένο από αυτό του αυτιστικού συνδρόμου: στο στάδιο που το Εγώ έχει συνείδηση του μερικού αντικειμένου που ικανοποιεί τις ανάγκες του. Άμεση συνέπεια είναι πολυπλοκότερες και κινητικότερες κλινικές εικόνες σε σχέση με τον πρόωρο παιδικό αυτισμό,

Στο αναμνηστικό εντοπίζεται πως:

- ο ρυθμός ανάπτυξης δεν είναι ομαλός
- το Εγώ δείχνει να είναι υπερευαίσθητο ακόμα και σε καταστάσεις ελάχιστης ψυχικής στέρησης
- οι αντιδράσεις μπροστά σε μικρές αποτυχίες, κατά την περίοδο των ασκήσεων και των δοκιμών των διάφορων λειτουργιών του Εγώ, είναι υπερβολικές
- ένας συμπληρωματικός τραυματισμός από το περιβάλλον, συχνά μια απότομη αλλαγή, συνήθως ασυνείδητη, σε ένα από τους δύο γονείς, συμβάλει στην αρχή της περιόδου του διαχωρισμού και της αυτονομίας
- σπάνια υπάρχουν συμπτώματα κατά τη διάρκεια του πρώτου έτους (εκτός από δυσκολίες στον ύπνο)
- τα νεογνά αυτά είναι ευαίσθητα

και συχνά κλαίνε

- τα ενοχλήματα εμφανίζονται προο-  
δευτικά ή, σε δεύτερο χρόνο,  
στις στιγμές-κλειδιά της ανά-  
πτυξης της προσωπικότητας, όταν  
η ωρίμανση του Εγώ απαιτεί τον  
χωρισμό και την ανεξαρτησία  
απο την μητέρα.

Μόλις το παραλήρημα της παντοδύναμης συμβίωσης απειληθεί, προ-  
καλούνται αντιδράσεις πανικού· αυτό συμβαίνει στο τρίτο με τέ-  
ταρτο έτος ή σε στιγμή κορύφωσης της οιδιπόδειας σύγκρουσης.

Οι σύνθετες και διαφορίζουσες συναισθηματικές απαιτήσεις της  
οιδιπόδειας συνθήκης βυθίζουν το ψυχωτικό παιδί σε πανικό.

Στο επίπεδο της ψυχοπαθολογίας: - διαπλεγμένες οι τάσεις του  
έρωτα και του θανάτου εφαρμόζονται ναρκισσικά στο κράμα μητέρα-  
πατέρα-παιδί, συνέχεια της πρωτόγονης ενότητας μητέρα-νεογνό.

- η βαθιά αγωνία, που αντιστοιχεί στον κατακλυσμό βιολογικών  
διεγέρσεων της πρώτης παιδικής ηλικίας, εκφράζεται με τη μο-  
ρφή πανικού
- παραλήρημα και ψευδαισθήσεις προσπαθούν να αποκαταστήσουν την  
ένωση με την εικόνα της παντοδύναμης μητέρας ή με μια συντε-  
τηγμένη απεικόνιση του πατέρα και της μητέρας
- η ψυχική ωριμότητα που προκαλεί η δοκιμασία με την πραγματικώ-  
τητα αναιρείται απο την παλινδρόμηση στο στάδιο της παντοδυ-  
ναμίας της σχέσης μητέρας-νεογνού
- τα όρια του Εγώ και του μη-Εγώ είναι θολά, καθώς και η ει-  
κόνα του σώματος.

#### Συσχέτιση της αυτιστικής και της συμβιωτικής φύχωσης

Στο αυτιστικό παιδί δεν αναπτύχθηκε ψυχικά στην πρώτη παι-  
δική ηλικία η αντίληψη της μητέρας ως εξωτερικού αντικειμένου ικα-  
νού να ικανοποιήσει τις ανάγκες του· αργότερα σχηματίζονται απει-  
κονίσεις της μητέρας αλλά συχνά, το φαινόμενο καλύπτεται απο τους  
κυρίαρχους αυτιστικούς μηχανισμούς.

Στο συμβιωτικό παιδί αναπτύσσονται δευτερογενείς αυτιστικοί μηχανισμοί, ως αυτοφυής ψυχολογική θωράκιση ή ως πρόσκαιρα ενίσχυση του παιδικού Εγώ κατά την ανάπτυξη της θεραπείας.

Στην ηλικία των τρισήμισι-τεσσάρων ετών, τα ζυο σχήματα, αυτιστικό και συμβιωτικό, βρίσκονται στο μεγαλύτερο μέρος των περιπτώσεων.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Τ Ρ Ι Τ Ο

## Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Το πρώτο διαγνωστικό βήμα είναι να καθοριστέ αν το σύνδρομο είναι αυτιστικής ή συμβιωτικής προέλευσης. Η MAHLER νομίζει πως είναι λάθος να εισάγονται τα αυτιστικά και τα συμβιωτικά παιδιά, απο την πρώτη στιγμή, σε ομάδες και ιδρύματα. Προτείνει το θεραπευτικό πρόγραμμα να αρχίζει απο την εξατομικευμένη σχέση, για τα αυτιστικά παιδιά, και απο την τριμερή (μητέρα, παιδί, θεραπευτής), για τα συμβιωτικά.

Είναι σημαντικό να επιτραπεί στο παιδί που πάσχει απο συμβιωτική φύκωση να τριφθεί με τη δοκιμασία της πραγματικότητας προοδευτικά, ακολουθώντας το δικό του ρυθμό. Όταν αρχίζει, παίρνοντας μεγάλες προφυλάξεις, να αισθάνεται την ύπαρξή του σαν χωριστή οντότητα, έχει ανάγκη απο την υποστήριξη της μητέρας ή του θεραπευτή, που λειτουργεί σαν μητρικό υποκατάστατο. Ίσως του είναι απαραίτητο σ'ολόκληρη τη ζωή του, να δέχεται τέτοιες, ενισχυτικές του Εγώ, ωσμώσεις.

Η "διορθωτική συμβιωτική εμπειρία" δεν είναι ένα τεχνητό πρόγραμμα που εφαρμόζεται στο παιδί, αλλά η θεραπευτική προσπάθεια να ξαναζήσει τις εμπειρίες των πρώτων σταδίων ανάπτυξης, να πετύχει ένα υψηλότερο βαθμό στη σχέση με το αντικείμενο.

Η MAHLER συγκρίνει την προσέγγισή της με τις έρευνες της AUGUSTA ALPERT (1959) για τις διορθωτικές σχέσεις με τη χρήση αντικειμένων (άψυχων).

Β λ α ι ο ς χ ω ρ ι σ μ ο ς: Κάθε πρέση στην κατεύθυνση της απότομης αυτονόμησης πρέπει να αποφευχθεί στην περίπτωση του συμβιωτικού παιδιού. Αν οι ικανότητες του συμβιωτικού Εγώ υπερτιμηθούν, αν περιμένουμε να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα χωρίς τις συνεχείς ωσμώσεις απο τη μητέρα και τον θεραπευτή, τότε τις σκηνές πανικού θα ακολουθήσουν ψευδαισθήσεις, παλινδρόμηση και απόσυρση σε αυτιστική καταληψία ή σε ηβηφρενική αποδιοργάν-

νωση.

Η μητέρα είναι χρήσιμη για την κατανόηση των σημάτων, που στέλνει το παιδί, έστω και αν, η ίδια, είναι ανίκανη να ανταποκριθεί στις ανάγκες του. Στη θέση αυτή ικανοποιείται διπλά: από το ενδιαφέρον που το παιδί της δείχνει, από την προσοχή που ο θεραπευτής της δίνει. Εμφυχώνεται στην ιδέα πως κάποιος τη θεωρεί ικανή να βοηθήσει το παιδί της. Αν είναι ικανή να μάθει και να προσφέρει στο παιδί μια συμπληρωματική διορθωτική συμβιωτική εμπειρία, η πρόγνωση είναι καλύτερη. Η θεραπεία του παιδιού διαρκεί πολλά χρόνια και δίνει εμπειρίες και βιώματα που συνεχώς μεταβάλλονται, όχι μόνο στη σχέση με τον θεραπευτή, αλλά και με το πρώτο αντικείμενο αγάπης, το οποίο κάτω από την επίδρασή τους μετασχηματίζει τον ψυχικό του κόσμο.

Η θεραπεία έχει τριπλό στόχο: α) να προαχθεί η εμπέδωση της εικόνας του σώματος που είναι το υποστύλωμα του αισθήματος της ταυτότητας, β) να καλλιεργηθούν οι σχέσεις με το αντικείμενο, γ) να αποκατασταθούν οι χωλαίνουσες λειτουργίες της ψυχολογικής εξέλιξης : και του Εγώ.

Η εισαγωγική περίοδος της θεραπείας:

Το συμβιωτικό παιδί έχει, πολύ συχνά, αναπτύξει ένα δευτερογενή αυτισμό και είναι ανίκανο, τη στιγμή αυτή, να ζήσει, ή να ξαναζήσει, οποιαδήποτε σχέση με τον άλλο. Μερικές φορές, αποφεύγει ακόμα και την επαφή με το βλέμμα.

Ο θεραπευτής προσδοκεί να βιώνεται ως μια προσεκτική παρουσία, που, αντί να αυξάνει την αγωνία του παιδιού, ακολουθεί αργά το ρυθμό του, και που γίνεται βαθμιαία αποδεκτή ως εφησυχαστικός καταλύτης, χάρη στον οποίο το παιδί αισθάνεται καλύτερα.

Ο θεραπευτής βιώνεται από το παιδί ως αντικείμενο, προέκταση του εαυτού του, χρήσιμο για να απαντά στις ανάγκες του, για να αναπτύσει δραστηριότητες παιχνιδιού. Ο θεραπευτής σκοπεύει να αποκαταστήσει ένα συμβιωτικό δεσμό με το πρωταρχικό αντικείμενο. Δρα ως καταλύτης αυτής της αντίδρασης, χάρη στη διαίθεσή του να αντιλαμβάνεται τα αισθήματα, που γεννιούνται στη μητέρα και το παιδί, και στην ικανότητά του να διαλέγει τη σωστή στιγμή που πρέπει να τα φέρει να συναντηθούν.

Το παιδί κατευθύνει τα αισθήματά του σε ανθρώπινα αντικείμενα



να, όλο και πιο διαφοροποιημένα (τη μητέρα και τον θεραπευτή) έχει την τάση να επενδύει τα θετικά στοιχεία σε ένα απο αυτά τα δυο μερικά αντικείμενα που πρόσφατα ανακάλυψε και τα αρνητικά στο άλλο. τη διάσχιση αυτή των αισθήμάτων, που μπορεί να συνοδεύεται απο διαχωρισμό των απεικονίσεων των αντικειμένων σε καλά και κακά, συχνά, την συναντούμε και στην συμπεριφορά της μητέρας.

Η ταύτιση της μητέρας στο θεραπευτή είναι απαραίτητη. θα της επιτρέψει να ανταποκριθεί στις ανάγκες και στις συμβιωτικές απαιτήσεις που μπορεί να γίνουν στη φάση αυτή, τόσο έντονες ώστε να την ωθήσουν στην προσπάθεια να απαλλαγεί οριστικά απο το παιδί της.

#### Η κερξοδος της ουσιαστικής θεραπεύας:

Σ'αυτή την περίοδο προχωρεί η διαφοροποίηση του Εγώ και του αντικειμένου, αυξάνει η γνώση του περιβάλλοντος χώρου και επενδεδυμένα συναισθηματικά αντικείμενα, έμφυχα και άψυχα, παίρνουν τη θέση τους μέσα σ'αυτόν. Πληθαίνουν οι ενδείξεις πως το Εγώ ελέγχει καλύτερα την εσωτερική και εξωτερική πραγματικότητα. τέτοια σημάδια είναι το έδαφος που κερδίζει ο δεύτερος τρόπος ψυχικής λειτουργίας, η κατάκτηση του λόγου, η διάκριση ανάμεσα στο παιχνίδι, το φετίχ και το γλωσσικό σύμβολο.

Ο έναρθρος λόγος περνά απο την ηχολαλία φράσεων (που δίνονται σε, φαινομενικά τουλάχιστο, συναισθηματικά αφορτιστες κατάστασεις) στην επανάληψη του λόγου του αντικειμένου, (με το οποιο διακρίνεται κάποια συναισθηματική ανταλλαγή) για να καταλήξει σε φορέα των σκέψεων του παιδιού.

#### Γενικές αρχές της θεραπεύας:

Τα παιδιά εγκαταλείπουν τη δευτερογενή αυτιστική αναδίπλωση για τη συμβιωτική, με το θεραπευτή, σχέση, μετά απο ένα χρονικό διάστημα που είναι αρκετά σύντομο.

Η συμβιωτική σχέση, με τη μητέρα, με το θεραπευτή, μπορεί να ακολουθηθεί απο μια εντυπωσιακή προώθηση των λειτουργιών του Εγώ, όπως η ανάπτυξη του λόγου που επιτρέπει την επικοινωνία.

Οι μητέρες διστάζουν να αναλάβουν την ευθύνη του συμβιωτικού τους ρόλου.

Μεγάλο μέρος των παιδικών ψυχικών συγκρούσεων εκφράζεται με επιθετική συμπεριφορά. Η επιθετικότητα, μερικές φορές, ασκείται στο ίδιο το σώμα του παιδιού και συνοδεύεται απο κάποια έκφρα-

ση που θα δήλωνε πόνο ή αγωνία. Η αυτο-επιθετικότητα δεν είναι απλό φαινόμενο εκτόνωσης της ψυχικής διέγερσης. Ο αυτοτραυματισμός όπως και κάθε αυτο-ερωτική εκδήλωση, είναι μια προσπάθεια του παιδιού να βρει τα όρια του σώματός του, να αισθανθεί ζωντανό, έστω με το τμήμα του πόνου. Η πράξη μπορεί, ακόμα, να ανάγεται σε ένα σύστημα σκέψης όπου υπάρχει μερική αίσθηση του Εγώ και του άλλου σ' αυτόν τον άλλο το παιδί επιτίθεται, κακοποιώντας μια περιοχή του σώματός του, περιοχή που συνδέει παραληρηματικά με αυτόν.

Ο θεραπευτής εμποδίζει τις προσπάθειες του παιδιού να τραυματίσει το κορμί του με τη στάση του δηλώνει πως το σώμα του παιδιού πρέπει να αγαπηθεί, να φροντισθεί και να μην πληγωθεί· ερμηνεύει την πράξη, αναλύοντας την ασυνείδητη λογική. Η δράση του εξουδετερώνει μέρος της παιδικής επιθετικότητας, ενώ η ερωτική του προσφορά βοηθά το παιδί να επενδύσει το ερωτικό του κεφάλαιο στο σώμα του, με τον ίδιο μηχανισμό που ερωτικοποιείται το σώμα του νεογνού από το μητρικό σύντροφο (HOFFER 1950).

Η επιθετικότητα είναι αποτέλεσμα του διαχωρισμού των αντικειμένων και των παραστάσεων σε δυο ομάδες: το φετίχ είναι καλό αντικείμενο, το τμήμα του σώματος που πλήττεται από την αυτοκαταστροφή, κακό.

Ο θεραπευτής είναι καλό αντικείμενο, η μητέρα κακό και πηγή επιθετικότητας.

Τις εκδηλώσεις επιθετικότητας συνοδεύει έντονο αίσθημα αγωνίας· η μετατόπιση της επιθετικότητας από τον ίδιο σε στοιχεία του γύρω χώρου πραγματοποιείται στη γενικότερη στροφή από το αυτιστικό κλείσιμο στην εξωτερική πραγματικότητα.

## Η ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ

### Το Ίδρυμα

Το παιδί και η παιδοψυχιατρική ομάδα συναντιούνται και συνυπάρχουν μέσα στο Ίδρυμα.

Για λόγους που ανταποκρίνονται σε μια συγκεκριμένη ψυχιατρική πραγματικότητα, η λέξη Ίδρυμα στη χώρα μας προκαλεί δυσάρεστους συνειρμούς τόσο στο ευρύ κοινό, όσο και στο ειδικότερο. Το Ίδρυμα γίνεται συνώνυμο του ασύλου, τα δυο μαζί συνδέονται με τον εγκλεισμό, την απομόνωση και τις "αλυσίδες του τρελού", των οποίων κατ'ακολουθία συγγέεται η πραγματική με τη συμβολική τους διάσταση.

Η λέξη Ίδρυμα πρωτογενώς αναφέρεται στους τόλχους του κτηρίου και στην υλική του οργάνωση.

Μαζί, όμως, με τη θεμελίωση του κτηρίου ιδρύεται, εγκαθιδρύεται και εγκαθίσταται, θα λέγαμε, ένα σύνολο σχέσεων που τα ίδια τα υποκείμενα, παιδιά και ενήλικοι, θεσπίζουν σύμφωνα με συγκεκριμένους νόμους και αρχές και ακολουθώντας ορισμένα πρότυπα σχέσεων.

Οι νόμοι και οι αρχές είναι κοινωνικά κυρωμένοι και αποτελούν μέρος του συμβολικού δικτύου του κοινωνικο-ιστορικού κόσμου, ενώ τα διάφορα πρότυπα σχέσεων εμπνέονται από τα οικογενειακά, εκπαιδευτικά, ιατρικά και άλλα σχήματα σχέσεων που βρίσκουν την πηγή τους στο "κοινωνικό φαντασιακό".

Αυτό το ετερογενές σύνολο από συμβολικές, φαντασιακές και πραγματικές σχέσεις, ακατάπαυτα και αυθόρμητα θεσμιζόμενες, κινητοποιείται από μια δυναμική ανταλλαγών ανάμεσα στους θεραπευτές και τους θεραπευόμενους.

Όλες οι αυθόρμητες ανταλλαγές και η επικοινωνία μέσα στην καθημερινότητα της ζωής του ιδρύματος χρωματίζονται από τις ατομικές ψυχοπαθολογίες και από την τάση να επαναληφθούν διάφορες συναισθηματικές καταστάσεις και σχέσεις μητρικού τύπου, για παράδειγμα, που είναι ήδη γνωστές στο υποκείμενο και που έχουν σφραγίσει την ύπαρξή του αλλά και την ψυχοπαθολογία του.

Η λέξη Ίδρυμα αναφέρεται στην κτηριακή εγκατάσταση, στην

υλική οργάνωση και στην παγιωμένη ιεραρχική κατανομή των λειτουργιών των ατόμων για την πραγματοποίηση του αρχικού σκοπού, θεραπευτικού, εκπαιδευτικού ή άλλου για τον οποίο θεμελιώθηκε το ίδρυμα.

Στο θεωρητικό επίπεδο ο όρος ίδρυμα επιτρέπει να ξεφύγουμε από τον εγκλεισμό στη στενή προβληματική των τοίχων του ιδρύματος, συνώνυμου του ασύλου, και να μελετήσουμε τη δυναμική των σχέσεων και των ανταλλαγών ανάμεσα στο παιδί και τη θεραπευτική ομάδα, όποιος κι αν είναι ο χώρος που συνυπάρχουν, νοσοκομείο ή εξωνοσοκομειακή μονάδα, κέντρο υγείας ή ιατροπαιδαγωγικό κέντρο.

Αν, όμως, αυτή η δυναμική είναι απύσχα και η αντίστοιχη μελέτη και ανάλυσή της είναι ελλιπείς, αν δηλαδή το ίδρυμα δεν ανταποκρίνεται στη συνεχή μετέλιξη που ο θεραπευτικός σκοπός του επιβάλλει, τότε αυτό εκφυλίζεται σε ένα ίδρυμα που μέσα στους τοίχους του (κίτρινους ή μπλέ, πολυτελείς ή όχι, έξω από την πόλη ή μέσα σ'αυτή) αναβιώνουν οι παγιωμένες σχέσεις του πιο παραδοσιακού ασύλου.

Η σύνθεση της παιδοψυχιατρικής ομάδας.

Ρόλοι και λειτουργίες των μελών της.

Η παιδοψυχιατρική ομάδα, όταν υπάρχει και λειτουργεί σαν ζωντανός οργανισμός, μακριά από κάθε δογματισμό και μιμητισμό, δημιουργεί το δικό της ανοιχτό σύστημα και χρησιμοποιεί πολλά διαφορετικά μεταβλητά και όχι παγιωμένα μοντέλα σύμφωνα με τις δυνατότητες και τα υλικά μέσα που διαθέτει.

Θα επιχειρήσουμε, να ορίσουμε το ρόλο και τις λειτουργίες του κάθε μέλους της παιδοψυχιατρικής ομάδας.

Ο παιδοψυχίατρος καταρχάς αναλαμβάνει την ευθύνη της εξέτασης του παιδιού και τις πρώτες συνεδρίες με το παιδί και την οικογένεια, που έχουν αποφασιστική σημασία για το διαγνωστικό και θεραπευτικό διάβημα.

Αυτές οι συνεδρίες έχουν σαν στόχο να προσδιορίσουν τη σημασία των συμπτωμάτων του παιδιού, την οργάνωση της προσωπικότητάς του, τη συναισθηματική ισορροπία της οικογένειας και την εκτίμηση των δυνατοτήτων κινητοποίησης αυτής της ισορροπίας. Οι στόχοι είναι περισσότερο εφικτοί, όσο μεγαλύτερη είναι η ικανό-

τητα του ψυχιάτρου να ταυτιστεί με τον κάθε πρωταγωνιστή του οικογενειακού "δράματος", χωρίς να χάνει την επαγγελματική του ταυτότητα και δίχως να θελήσει να αναλάβει την υποστήριξη του ενός εναντίον του άλλου.

Απο την ποιότητα αυτής της πρώτης επαφής εξαρτάται συχνά η οποιοδήποτε παραπέρα θεραπευτική προσέγγιση.

Με βάση τα δεδομένα της εξέτασης, ο παιδοψυχίατρος θα επιλέξει τις ενδεχόμενες συμπληρωματικές εξετάσεις (κλινικές και βιολογικές εξετάσεις, ψυχολογικές δοκιμασίες, εκτίμηση σχολικού επιπέδου, έλεγχο λόγου και ψυχοκινητικότητας) και την ειδικότερη κατεύθυνση της θεραπείας (ψυχοθεραπεία, ειδική επανεκπαίδευση, φαρμακευτική αγωγή.). Αν δεν αναλάβει ο ίδιος τη θεραπεία και την αναθέσει σε κάποιον άλλο ειδικό της ομάδας, θα παρακολουθήσει την εξέλιξη της σε τακτά χρονικά διαστήματα και θα φροντίσει για να εξασφαλιστεί η επαφή με τους γονείς σε όλη τη διάρκεια της.

Η πρώτη συνεδρία μερικές φορές έχει άμεσο θεραπευτικό αποτέλεσμα, είτε γιατί δίνει πλήρη απάντηση στο προβαλλόμενο αίτημα είτε γιατί προδιαγράφει ότι ένας μικρός αριθμός συνεδριών αρκεί σαν αποκλειστική θεραπεία.

Πριν καταλήξει σε μια οριστική διάγνωση, ο ψυχίατρος του παιδιού προσπάθει να επισημάνει και να αξιολογήσει την επικαιρότητα, την αντιδραστικότητα, την επικράτηση και τη βαρύτητα του κάθε συστατικού στοιχείου της κλινικής εικόνας.

Ακόμα και ορισμένες βαριές ψυχώσεις καλυπτεύουν θεαματικά ύστερα από μια περιβαλλοντική αλλαγή ή μέσα από μια σχέση που δημιουργεί το παιδί, ενώ αντίθετα μια δυσκολία στην ορθογραφία υποχωρεί μόνο ύστερα από μια κλασσική ψυχοθεραπεία ή μια διπλή ψυχοθεραπευτική και επανεκπαιδευτική προσπάθεια.

Ο ψυχολόγος επεμβαίνει σε πολλά και διαφορετικά επίπεδα, στην πρακτική της ομάδας και ο ρόλος του είναι πολύπλευρος:

- Συνεισφέρει στη διάγνωση και την πρόγνωση με τις μεθόδους των ψυχολογικών δοκιμασιών που συμπληρώνουν την εξέταση και την κλινική παρατήρηση.

- Συμμετέχει ανάλογα με την ειδικότερη εκπαίδευσή του στο ψυχοθεραπευτικό έργο της ομάδας (υποστηρικτικές θεραπείες, ατο-

μικές και ομαδικές ψυχοθεραπείες, ψυχόδραμα).

- Συλλέγει τις πληροφορίες που αφορούν τις διάφορες συμπεριφορές και επιδόσεις του παιδιού και τις αξιολογεί με βάση τους δείκτες ηλικίας και νευροβιολογικής ωρίμανσης σύμφωνα με τη γενετική θέαρηση της εξέλιξης του παιδιού.

- Δίνει τεχνικές συμβουλές στους ειδικούς της ομάδας, στο σχολείο και στην οικογένεια για τη στάση που πρέπει να τηρηθεί απέναντι στο παιδί, για τη σχολική παρακολούθηση, για το παιχνίδι και την οργάνωση του ελεύθερου χρόνου στη βάση μιας γενικής ψυχοπαιδαγωγικής αντιμετώπισης των προβλημάτων του παιδιού.

- Οργανώνει σε συνεργασία με τους νοσηλευτές και τους ειδικούς εκπαιδευτές τις διάφορες ομάδες δραστηριοτήτων, επιβάλλει κριτήρια σχετικής ομοιογένειας σε κάθε ομάδα και τηρεί τις ατομικές ενδείξεις συμμετοχής, όπως έχουν καθοριστεί από το συνολικό θεραπευτικό σχέδιο για το κάθε παιδί, π.χ., συμμετοχή σε δραστηριότητες που ευνοούν την παλινδρόμηση ή, αντίθετα, αποβλέπουν στην επανεκπαίδευση, στην ενίσχυση της εμπιστοσύνης του παιδιού στις ικανότητές του.

Ο ψυχοθεραπευτής αναλαμβάνει τις ατομικές και ομαδικές ψυχοθεραπείες, ενώ ο ρόλος του μέσα στην ομάδα είναι διακριτός και δεν ταυτίζεται με την επαγγελματική ιεραρχία ή τους ακαδημαϊκούς τίτλους.

Ένας ψυχίατρος μπορεί να είναι και ψυχοθεραπευτής, αλλά ένας ψυχοθεραπευτής δεν είναι υποχρεωτικά ψυχίατρος.

Το έργο του ψυχοθεραπευτή παιδιών προϋποθέτει προσωπική ανάλυση, κλινική εμπειρία, αλλά και τη δυνατότητα του ψυχοθεραπευτή να μπορεί να αντέχει για μεγάλο χρονικό διάστημα τις άμεσες και συχνά βίαιες εκφράσεις των ενορμήσεων του παιδιού με μορφή κυρίως πράξεων και κινητικότητας.

Στα πλαίσια της παιδοψυχιατρικής ομάδας, συνήθως ο ψυχίατρος μετά την εξέταση και τις πρώτες συνεδρίες με το παιδί και την οικογένεια υποδεικνύει την αναγκαιότητα μιας ψυχοθεραπείας, ενώ οι ιδιαίτερες ενδείξεις της μπορούν να συζητηθούν σε μια συγκέντρωση της ομάδας ή απευθείας ανάμεσα στον ψυχίατρο και τον ψυχοθεραπευτή.

Στη διάρκεια της ψυχοθεραπείας του παιδιού, όπως είναι γνωστό, οι συναντήσεις με τους γονείς είναι αναγκαίες για να ενισχυθούν οι προσπάθειές τους για την συνέχιση της θεραπείας, για να βοηθούν στην τροποποίηση της στάσης τους απέναντι στην ανατροφή του παιδιού, αλλά και για να αναλύσουν το άγχος τους.

Ανάλογα με τις συνθήκες λειτουργίας της θεραπευτικής ομάδας και σύμφωνα με τα αντίστοιχα αιτήματα, μπορεί ο ψυχοθεραπευτής να επέμβει με πολλούς τρόπους όπως: ● Επέμβαση στο επίπεδο του παιδιού και της οικογένειας.

● Ψυχαναλυτική ακοή του λόγου του γιατρού ή του εκπαιδευτή ή όποιου άλλου βρίσκεται σε θεραπευτική σχέση με το παιδί.

● Κριτική ανάλυση της σύλληψης των δομών και των θεσμών του ιδρύματος και της θεραπευτικής ή παθολογικής επίδρασής τους στο παιδί και στη θεραπευτική ομάδα.

Οι επανεκπαιδευτές έχουν σαν κύριο τομέα επέμβασης τις ειδικές εξελικτικές διαταραχές του παιδιού που αφορούν τις διάφορες λειτουργίες και ικανότητες μάθησης ή επικοινωνίας.

Ο επανεκπαιδευτής του λόγου (λογοθεραπευτής) είναι ειδικευμένος στις τεχνικές θεραπείας των διαταραχών της φωνής, της εκφοράς και της δομής του λόγου αλλά και της γραφής.

Ορισμένοι ειδικεύονται, επιπλέον, στις διαταραχές του αριθμητικού υπολογισμού.

Ο επανεκπαιδευτής της ψυχοκινητικότητας (ψυχοκινησιοθεραπευτής) ασχολείται με τις διαταραχές της σωματικής έκφρασης του παιδιού και με τις ικανότητες επικοινωνίας του με το περιβάλλον μέσα από τη στάση και την κίνηση του σώματος, τη χρησιμοποίηση του χώρου, την ενσωμάτωση του χρόνου και των ρυθμών.

Κύριος στόχος είναι το σωματικό βίωμα του παιδιού, η συνειδητοποίηση της λειτουργικής σκοπιμότητας των κινήσεων, των χειρονομιών και της στάσης του σώματος μέσα από τις μεθόδους της χαλάρωσης, της εγρήγορσης και του παιχνιδιού.

Στα πλαίσια της ομάδας ο επανεκπαιδευτής οφείλει να μπορεί να αξιολογήσει την εγκυρότητα της θεραπευτικής ένδειξης που συνήθως θέτει ο ψυχίατρος, όπως επίσης και να εκτιμήσει την εξέλιξη, την ενδεχόμενη τροποποίηση της μεθόδου ή, τέλος, τη διακοπή της επανεκπαίδευσης.

Συνεπώς πρέπει να γνωρίζει την γενικότερη σωματοβιολογική, ψυχική, οικογενειακή και σχολική προβληματική του παιδιού μέσα στην οποία εγγράφεται συχνά σαν σύμπτωμα η ειδική εξελικτική διαταραχή.

Οι θεραπευτές του λόγου και της ψυχοκινητικότητας έχουν συχνά μια πρόσθετη συνολική ψυχοθεραπευτική επίδραση, με την έννοια ότι αποκαλύπτουν στο υποκείμενο διάφορες δυνατότητες παράστασεις και επικοινωνίας για τις οποίες θεωρούσε τον εαυτό του μέχρι τώρα ανίκανο.

Ο ειδικός εκπαιδευτής αναλαμβάνει την υπευθυνότητα μιας ολιγάριθμης ομάδας παιδιών που δομείται γύρω από το άτομό του, μέσα από τις προσωπικές σχέσεις και με τη μεσολάβηση των καθημερινών φροντίδων και δραστηριοτήτων, βρίσκεται σε συνεχή επαφή με το παιδί, οργανώνει το χρόνο της παραμονής του στο ειδικό κέντρο, τα ωράρια και τους ρυθμούς του, προτείνει διάφορες ψυχαγωγικές, εκπαιδευτικές και κοινωνικοποιητικές δραστηριότητες και, τέλος, συμμετέχει στην ενδέχομενη παιδαγωγική παράταση.

Οι κλινικές παρατηρήσεις των ειδικών εκπαιδευτών είναι λεπτομερειακές και εξαιρετικά σημαντικές, γιατί επιτρέπουν τόσο την περιγραφική αξιολόγηση της καθημερινής συμπεριφοράς του παιδιού, όσο και την εμβάθυνσή της.

Η παρατήρηση των βρεφών ή των νηπίων, για παράδειγμα, από εξειδικευμένες εκπαιδευτριες προσφέρει πλούτιμο κλινικό υλικό σχετικά με τις ικανότητες του μικρού παιδιού να εγκαταστήσει ή όχι μια σχέση, να βιώσει το χωρισμό με τη μάνα, να οργανώσει το παιχνίδι του.

Οι νοσηλευτές και οι νοσηλεύτριες είναι απαραίτητοι στα νοσοκομειακά κέντρα· συνεργάζονται με τον ψυχίατρο και τον παιδίατρο αναλαμβάνουν την σωματική περίθαλψη των παιδιών και το μολύρασμα των φαρμάκων, αλλά ο ρόλος τους δεν εξαντλείται στις παραπάνω λειτουργίες.

Οι νοσηλεύτριες κυρίως αναλαμβάνουν τις φροντίδες σύμφωνα με το μητρικό πρότυπο και η συμμετοχή τους έχει αποφασιστική σημασία σε διάφορες διαπροσωπικές τεχνικές που ευνοούν την ελεγχόμενη παλινδρόμηση (π.χ. λουτρό).

Στα εξωνοσοκομειακά κέντρα και στον τομέα ο ρόλος των νοσηλευ-



τών πλησιάζει, χωρίς να συμπέτουν, το ρόλο των ειδικών εκπαιδευτών.

Η ιδιαίτερη ειδίκευση των νοσηλευτών στην ψυχιατρική, όταν αποτελεί μέρος των σπουδών τους, διευκολύνει σημαντικά το έργο τους· αν όμως λείπει, συνήθως καλύπτεται από την ενεργητική και δημιουργική, άρα και διδακτική, συμμετοχή τους στη θεραπευτική ομάδα.

Ο παιδίατρος επεμβαίνει κυρίως στα πλαίσια μιας παιδοψυχιατρικής νοσοκομειακής μονάδας, ενός νοσοκομείου ή ενός ιατροπαιδαγωγικού κέντρου, η συνεργασία του όμως με την θεραπευτική ομάδα μπορεί να πάρει και άλλες μορφές.

Η συνεργασία ή η παρουσία ενός παιδίατρου είναι τόσο απαραίτητη σε μια παιδοψυχιατρική ομάδα, όσο αναγκαία είναι και η συνεργασία ή η παρουσία ενός παιδοψυχιάτρου σ' ένα παιδιατρικό τμήμα.

Η συνεργασία της θεραπευτικής ομάδας με τον παιδίατρο συμβάλλει στον έλεγχο της σωματικής υγείας του παιδιού, συνεισφέρει στην εκτίμηση του επιπέδου ωρίμανσης της σωματικής, νευρολογικής και κινητικής ανάπτυξής του, ενισχύει την πρόληψη και την υγιεινή των παιδιών του παιδοψυχιατρικού κέντρου και βοηθά στην διάγνωση παθήσεων με ψυχιατρική συμπτωματολογία και νευρολογικά ή μεταβολικά αίτια.

Ο κοινωνικός λειτουργός, με τη συμμετοχή του στην παιδοψυχιατρική ομάδα και την ιδιαίτερη λειτουργία του στον τομέα και στην κοινωνικότητα, πλουτίζει με νέα στοιχεία και λειτουργίες τον παραδοσιακό ρόλο του.

Στα πλαίσια των δραστηριοτήτων του είναι: ● Αναλαμβάνει και εξασφαλίζει την επικοινωνία και την μόνιμη επαφή της ομάδας με τα διάφορα θεραπευτικά και εκπαιδευτικά κέντρα, το σχολείο, τις διάφορες υπηρεσίες παιδοψυχιατρικής περίθαλψης, πρόληψης και κοινωνικής πρόνοιας, όπως επίσης και με τις δικαστικές και διοικητικές αρχές.

● Συνεισφέρει αποφασιστικά στον προσανατολισμό του παιδιού σε κάποιο άλλο ειδικό κέντρο, είτε για τη συνέχιση της θεραπείας είτε για την παραπέρα εκπαίδευσή του ή αργότερα για την εκμάθηση ενός επαγγέλματος.

● Δέχεται τις οικογένειες και πληροφορεί τους γονείς για τις

δυνατότητες κάποιας υλικής συμπίεραστασης ή μιας ειδικής ψυχολογικής βοήθειας.

● Πραγματοποιεί την ειδική θεραπευτική κοινωνική εργασία του με άτομα, ομάδες και οικογένειες.

Οι εκπαιδευτικοί, δάσκαλοι και καθηγητές προσφέρουν, το απαραίτητο παιδαγωγικό συμπλήρωμα, συμμετέχουν στο θεραπευτικό σχέδιο της ομάδας και γνωστοποιούν τις παρατηρήσεις τους πάνω στις γνώσεις, τις ικανότητες και τη σχολική συμπεριφορά του παιδιού. Οι παιδαγωγικές τεχνικές πρέπει να ενσωματώνονται στη γενικότερη θεραπευτική προσπάθεια της ομάδας και να προσαρμόζονται στις δυνατότητες και στην ψυχοπαθολογία του παιδιού.

Η προσωρινή αναστολή, για παράδειγμα, κάθε παιδαγωγικής προσπάθειας επιβάλλεται σε ορισμένες περιπτώσεις σχολικής αποτυχίας και ο δάσκαλος καλείται γενικότερα να αναπτύξει όλη τη δημιουργικότητά του για να εφεύρει, μαζί με το παιδί, τους τρόπους κοινής δουλειάς και συνύπαρξης.

Η συνεργασία του εκπαιδευτικού με το θεραπευτή στα πλαίσια της παιδοψυχιατρικής ομάδας δεν σημαίνει ότι συγχέεται η θεραπεία με την παιδαγωγική, ενώ μόνιμη επιδίωξη είναι η επάνοδος ή η ενσωμάτωση του παιδιού στο σχολείο με συνθήκες που πλησιάζουν όσο γίνεται περισσότερο την κανονική σχολική παρακολούθηση.

Οι γραμματείς, τέλος, εκτός από τον ειδικό τεχνικό ρόλο τους, διευκολύνουν την κυκλοφορία των πληροφοριών στο εσωτερικό της ομάδας, οργανώνουν τις διάφορες συγκεντρώσεις και συνεισφέρουν στην υποδοχή των οικογενειών.

Η πρώτη επαφή, ακόμα, και τηλεφωνική, με τους γονείς και το παιδί δηλώνει και καθορίζει τον τρόπο υποδοχής του αιτήματος από την ομάδα.

Το βίωμα του θεραπευτικού πλαισίου από το παιδί μέσα στο ίδρυμα

Το παιδί ζει μια καινούργια εμπειρία μ'αυτούς τους ενήλικους που παίρνουν στα σοβαρά, αλλά όχι κατά γράμμα, τα λόγια του και που το αντιμετωπίζουν σαν ενεργητικό υποκείμενο των καθημερινών δυσκολιών του και του ψυχικού του πόνου.

Αυτή η εμπειρία, που στην αρχή της μπορεί να βιωθεί με αγχώδη τρόπο, προκαλεί στο παιδί ένα συναίσθημα ανήσυχης αναμονής που χρονικά συμπέπει με τη φάση προσαρμογής στη ζωή του ιδρύματος.

Η καθημερινή ζωή στο ίδρυμα ρυθμίζεται απο ένα εσωτερικό κανονισμό που περιέχει ένα σύνολο απαγορεύσεων θεσπισμένων απο την ομάδα με ξεκάθαρο και σαφή τρόπο.

Το συνεχές παιχνίδι της τήρησης και της παράβασης του κανονισμού δημιουργεί ένα προνομιακό πεδίο ψυχικών διεργασιών για το παιδί, που του δίνει την δυνατότητα να εσωτερικεύσει ορισμένες απαγορεύσεις και να συμβολοποιήσει μ' αυτό τον τρόπο τις θεμελιακές απαγορεύσεις και νόμους που επιβάλλει, δομεί και εκφράζει η πανανθρώπινη οιδιπόδεια προβληματική.

Όλα τα στοιχεία της πραγματικότητας, οι χώροι, οι δραστηριότητες, τα ωράρια, οι ρυθμοί, τα όρια, οι απαγορεύσεις, όπως και τα πρόσωπα με τις λειτουργίες τους και τις επαγγελματικές τους ταυτότητες γίνονται υπόστρωμα για τις φαντασιακές προβολές του παιδιού, ενώ για το ψυχωσικό παιδί ειδικότερα γίνονται το στήριγμα που πάνω του θα κροσκολλήσει κυριολεκτικά τις ψυχικές παραστάσεις του για να αποφύγει το εσωτερικό του χάος.

Μέσα στο πλαίσιο του ιδρύματος το παιδί θα εκφράσει τις επιθετικές και καταστροφικές ενορμήσεις του που στοχεύουν τόσο τα μερικά και ολικά αντικείμενα αγάπης, όσο και τα άψυχα στοιχεία του πλαισίου.

Η ψυχοθεραπευτική διαδικασία μέσα στο ίδρυμα δεν αποτελεί επιδιορθωτική εμπειρία που αντισταθμίζει συναισθηματικές στερήσεις τα "κακώς κείμενα" και τα "κακώς βιωθέντα" του παρελθόντος, αλλά αποβλέπει βασικά στην βοήθεια του παιδιού για να επανεργαστεί μια προσωπική ιστορία ή οποια έχει τη δική της χρονικότητα και δεν καθλώνεται σε ένα παρόν και ένα μέλλον προδιαγραμμένο σαν συνεχή επανάληψη.

Μια μεγάλη ελευθερία "επιλογών" πρέπει να δοθεί στο παιδί, όποια κι αν είναι η ηλικία του, και η ψυχοπαθολογία του και η μελλοντική του εξέλιξη.

Δεν πρέπει να εγκλειστεί σε κανένα σχήμα που αναφέρεται στους γενικούς κανόνες μιας επονομαζόμενης κανονικής ανάπτυξης και ωρίμανσης.

Το τέλος της θεραπείας δεν συμπύπτει υποχρεωτικά και πάντα με την πλήρη επάνοδο του παιδιού στο κανονικό σχολείο και την ένταξη ή επανένταξη του στην γραμμική εξελικτική πορεία που

απαιτεί το κοινωνικό μόρφωμα.

Ορισμένες φορές το παιδί συνεχίζει το δρόμο του με την βοήθεια κάποιας άλλης ομάδας σε κάποιο άλλο ειδικό κέντρο, άλλες φορές είναι ώριμο να ζήσει σε κανονικές συνθήκες με την οικογένειά του και να εκφράσει πλέον μόνο του και για δικούς του λόγους ένα ψυχαναλυτικό αίτημα, ενώ πολλές φορές δεν χρειάζεται και δεν ζητάει καμιά απολύτως βοήθεια, ούτε για το παρόν ούτε ίσως και για αργότερα.

Ο κατάλογος των δυνατών λύσεων που το ίδιο το παιδί και η ζωή θα δώσουν στις δυσκολίες του είναι ατελείωτος και πρέπει πάντα να μένει ανοιχτός.

Αν μέχρι τώρα η θεραπευτική ομάδα μπόρεσε να υποφέρει τις προβολές του παιδιού και το βοήθησε να συνθέσει έναν "προσωπικό μύθο" χάρη στην ικανότητά της να διατηρεί μια διάσταση ουτοπίας και ελπιδοφόρου ονείρου στην διάρκεια της θεραπευτικής προσπάθειας - λειτουργείες ανάλογες με την "ικανότητα ονειροπόλησης" της μάνας (BION) - τώρα στη φάση του αποχωρισμού, η ίδια θεραπευτική ομάδα μοιάζει να λέει στο παιδί " φύγε και πήγαινε προς τον εαυτό σου και αν οι γονείς σου μπορούν, θα σε ακολουθήσουν ".

## ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Πολλές παιδοψυχιατρικές διαταραχές αντιμετωπίζονται με αντιψυχωσικά. Γενικά, τα φάρμακα αυτά θα πρέπει να δίνονται μόνο σε πολύ διαταραγμένα παιδιά ή σε παιδιά που δεν ανταποκρίνονται σε άλλες μορφές φαρμακευτικής αγωγής. Τα αντιψυχωσικά είναι χρήσιμα, γιατί ανακουφίζουν τα συμπτώματα των παιδιών με διαφόρων τύπων ψυχώσεις και διευκολύνουν άλλες μορφές θεραπείας, αλλά ο ρόλος τους είναι περιορισμένος.

Τα περισσότερα παιδιά που παίρνουν αντιψυχωσικά φάρμακα δεν είναι ψυχωσικά. Τα φάρμακα αυτά χρησιμεύουν στην αντιμετώπιση της επιθετικότητας, των κρίσεων οργής, της ψυχοκινητικής υπερδιέγερσης, των στερεοτυπιών και της υπερκινητικότητας, που δεν ανταποκρίνονται σε άλλες μορφές θεραπείας. Η κατευναστική τους ενέργεια οφείλεται σε γενική καταστολή του κεντρικού νευρικού συστήματος.

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα συνιστώνται για την θεραπεία της σχιζοφρένειας, της μανιακής φάσης της διπολικής διαταραχής, του πρώιμου νηπιακού αυτισμού, της διαταραχής του TOURETTE και της υπερβολικής επιθετικότητας και υπερκινητικότητας που συνδέονται με την διαταραχή διαγωγής, τη διαταραχή ελλειματικής προσοχής ή τη νοητική καθυστέρηση, εάν οι διαταραχές αυτές δεν μπόρεσαν να αντιμετωπιστούν με προηγούμενα φαρμακευτική αγωγή. Σε πολύ διαταραγμένα παιδιά με διαταραχές διαγωγής, η χορήγηση αλοπεριδόλης μειώνει σημαντικά την επιθετικότητα, την εκρηκτικότητα, την υπερκινητικότητα, την εχθρικότητα και τον αρνητισμό. Τα αυτιστικά παιδιά επωφελούνται από την συντηρητική θεραπεία αλοπεριδόλης, όταν χορηγείται σε μακροχρόνια βάση.

Μια εβδομάδα μετά την διακοπή του φαρμάκου παρατηρείται σημαντική χειροτέρευση των στερεοτυπιών, της κοινωνικής απομόνωσης, της υπερκινητικότητας, της νευρικότητας και της ιδιόρρυθμης σχέσης με τα αντικείμενα.

Υψηλής δυναμικότητας και ίσης περίπου αποτελεσματικότητας αντιψυχωσικά είναι, γενικά, η αλοπεριδόλη, η θειοδιξίνη, η φλουφαινα-

ζίνη και η πιμοζίνη. Εάν η θεραπεία είναι αποτελεσματική, το φάρμακο θα πρέπει να μειωθεί σταδιακά ή να διακοπεί, για να διαπιστωθεί αν εξακολουθεί να είναι απαραίτητο ή αν αναπτυχθεί στερητική δυσκίνησια.

Τα αντιψυχωσικά φάρμακα δεν θα πρέπει να δίνονται σε παιδιά με διαταραχές του ύπνου, όπως η αυπνία. Η χλωροπρομαζίνη αντενδείκνυται σε παιδιά με επιληψία.

Γενικά πιστεύεται ότι τα αντιψυχωσικά έχουν αρνητικές επιπτώσεις στις γνωστικές λειτουργίες, αλλά, ενώ αυτό ισχύει για τους ηρεμιστικούς τύπους των αντιψυχωσικών, που χορηγούνται σε ιδρυματοποιημένους, νοητικά καθυστερημένους ασθενείς, οι αρνητικές αυτές επιπτώσεις μπορεί, επίσης, να είναι αποτέλεσμα της διάγνωσης. Τα δεδομένα για τις επιπτώσεις των αντιψυχωσικών πάνω στις γνωστικές λειτουργίες και τις διεργασίες μάθησης των παιδιών δεν είναι αρκετά και χρειάζονται περισσότερες έρευνες στον τομέα αυτό. Στο μεταξύ, και όταν ένα αντιψυχωσικό ενδείκνυται κλινικά, θα πρέπει να χορηγείται στο παιδί η χαμηλότερη αποτελεσματική δόση.

Οι διαταραχές συμπεριφοράς, που προκαλούνται από τη χρήση τοξικών ουσιών, εμφανίζονται νωρίς και είναι συχνές στα παιδιά που παίρνουν υψηλές δόσεις αντιψυχωσικών. Εκδηλώνονται με επιδείνωση των συμπτωμάτων ή την εμφάνιση υπερκινητικότητας, υποκινητικότητας, εκνευρισμού, απάθειας, αδυναμίας για μάθηση, τικ, ψευδαισθήσεων.

Στις εξωπυραμιδικές παρενέργειες συγκαταλέγονται οξείες δυστονικές αντιδράσεις, που μπορούν να αποφευχθούν, αν η αρχική δόση είναι πολύ χαμηλή και η σταδιακή αύξηση γίνεται με πολύ μικρές ποσότητες. Τα εξωπυραμιδικά συμπτώματα αντιμετωπίζονται καλύτερα με μείωση της δόσης και όχι με τη χορήγηση αντιχολινεργικών ουσιών.

Η επιδείνωση της συμπεριφοράς παρατηρείται όταν αποσυρθεί το φάρμακο και, συνήθως, διαρκεί μια εβδομάδα περίπου. Μετά τη διακοπή μακρόχρονης χορήγησης αντιψυχωσικών, μπορεί, επίσης, να εμφανιστούν στερητικά συμπτώματα τα οποία συνίστανται σε ένα παροδικό εξωπυραμιδικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από ναυτία, εμέτους, εφίδρωση, αταξία, δυσκίνησια και δυστονία.

Οι μακροπρόσθμες αρνητικές ενέργειες εκδηλώνονται με γρήγο-

ρες κινήσεις των μυών στην περιοχή του στόματος και γύρω από αυτό (το σύνδρομο του κουνελιού), καθώς και όφθιμες και στερητικές δυσκινησίες που μπορεί να είναι αναστρέψιμες ή μόνιμες. Η παρατεταμένη και βαριά χρήση των αντιψυχωσικών στα παιδιά συνδέεται όλο και περισσότερο με την όφθιμη δυσκινησία, πράγμα, που, στις Η.Π.Α., οδηγεί σε δικαστικές αγωγές για επαγγελματική κατάχρηση.

## Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο Τ Ε Τ Α Ρ Τ Ο

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ  
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕ ΤΟ ΣΥΜΒΙΩΤΙΚΟ ΠΑΙΔΙ

Η ανάλυση του ρόλου του νοσηλευτή/νοσηλεύτριας σε περιβάλλον νοσηλευτικής θεραπείας για παιδιά με ψυχιατρικές διαταραχές και συγκεκριμένα για την περίπτωση που εξετάζεται για παιδιά με συμβιωτική ψύχωση, απαιτεί κατάρχας μια μελέτη όσο ν'αφορά τον νοσηλευτή, την εργασία του, την ομάδα που θα δεχτεί τις θεραπευτικές προσεγγίσεις του, το περιβάλλον μέσα στο οποίο κινείται ή επιβάλλεται να κινηθεί και το συνολικό πλέγμα των σχέσεών του με τους συναδέλφους του, τους άλλους θεραπευτές και τους νοσηλευόμενους ως ψυχικά άρρωστοι.

Το υπάρχον σύστημα περίθαλψης βασισμένο σε βάσεις συναλλαγής επιτρέπει την πραγματοποίηση της συναλλαγής μεταξύ των ειδικών, των οικογενειών και των παιδιών.

Ο ίδιος ο TYRNER περιγράφει συνοπτικά το αποτέλεσμα που προκύπτει μέσα από την ενασχόληση με το παιδί με συναλλακτικό τρόπο.

Λέει λοιπόν πως "σε κάθε συναλλακτική κατάσταση, η συμπεριφορά, τα συναισθήματα και τα κίνητρα έχουν την τάση να διαφοροποιούνται σε μονάδες που τελικά μπορούν να ονομαστούν ρόλοι".

Μολονότι το επίκεντρο στη νοσηλευτική φροντίδα νεαρών ατόμων και στους διαφορετικούς τρόπους άσκησης της νοσηλευτικής περίθαλψης ποικίλλει, φαίνεται να υπάρχει μια ευρύτερη εντύπωση στο ότι ο βασικός σκοπός αφορά την ανάπτυξη του παιδιού και τις συστηματικές σχέσεις (SYSTEMS RELATIONSHIPS).

Όταν γίνεται αναφορά στην ανάπτυξη εννοείται η σωματική, συναισθηματική, διανοητική και κοινωνική εξέλιξη των νεαρών ατόμων.



Όταν γίνεται αναφορά στις συστηματικές σχέσεις εννοείται η ενασχόληση με την οικογένεια του συμβιωτικού παιδιού, την ομάδα των συνομηλίκων φίλων και φυσικά το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.

Σκοπός της δράσης του νοσηλευτή εδώ θα πρέπει να είναι η ενίσχυση του αισθήματος που θα μπορέσει να μεταδώσει για υγιή ανάπτυξη.

Με την συμμετοχή του νοσηλευτή στην λειτουργία των συστημικών σχέσεων και την προσπάθεια και επιμονή απο την πλευρά του για επικοινωνία ανάμεσα στις ομάδες που κατευθύνουν και διαμορφώνουν τις συστηματικές σχέσεις, μπορεί το τελικό αποτέλεσμα να είναι η επίλυση των προβλημάτων και η επιτυχημένη εκπλήρωση των συστημικών στόχων, πάντα όλα αυτά για όφελος του συμβιωτικού παιδιού. Η λειτουργία και η κίνηση απο την άλλη μεριά των νοσηλευτών σε μια μονάδα νοσηλευτικής θεραπείας δεν θα πρέπει να αποξενώνεται απο τους άλλους ειδικούς που συμμετέχουν και αυτοί στο γενικό σχέδιο αποκατάστασης ή βελτίωσης της συμβιωτικής σύχωσης.

Μπορεί εδώ να γίνει αναφορά των βασικών εκείνων λειτουργιών που αποτελούν το σύνολο του έργου μιας μονάδας νοσηλευτικής θεραπείας, και οι οποίες λειτουργίες μπορούν φυσικά να κινούνται μέσα σε μια ποικιλία συστημάτων.

- 1) Παροχή ενός θεραπευτικού περιβάλλοντος που προωθεί την υγιή ανάπτυξη των συμβιωτικών παιδιών.
- 2) Εκτίμηση των ατόμων και των οικογενειών.
- 3) Παιδαγωγική εκτίμηση και παροχή εκπαίδευσης.
- 4) Θεραπεία εξακριβωμένων δυσκολιών μ' αυτό τον τρόπο στρεφόμαστε περισσότερο στην διευκόλυνση αλλαγής προς μια υγιή συμπεριφορά παρά την εφαρμογή ιατρο-ψυχιατρική αγωγής, όπως λόγου χάρη η χορήγηση φαρμάκων.
- 5) Σχεδιασμός για ενίσχυση της μελλοντικής ανάπτυξης του συμβιωτικού παιδιού και της οικογενειάς του.

Το σύστημα συμβιωτικό - παιδί - νοσηλευτής

Ο κεντρικός πυρήνας του ρόλου του νοσηλευτή αφορά το δυαδικό σύστημα παιδί-νοσηλευτής.

Σ' αυτό το σύστημα το συμβιωτικό παιδί που απασχολεί το νοσηλευτή

μπορεί να θεωρηθεί ως μέρος της ομάδας των νοσηλευτών. Δηλαδή βλέπουμε ότι η δυαδική σχέση συμβιωτικού παιδιού-νοσηλευτή δεν είναι και τόσο αποκλειστικής μορφής αφού ανοίγουμε τον κύκλο για ένταξη και συμμετοχή και άλλων προσώπων.

Απλά ανέφερα το σύστημα συμβιωτικό παιδί-νοσηλευτής γιατί πιστεύω πως θα είναι καλύτερα να ξεχωρίζει μέσα απο τον κύκλο των νοσηλευτών, ένας μόνο νοσηλευτής ο οποίος θα έχει μια πιο ιδιαίτερη επαφή με το παιδί.

Θα είναι ο "νοσηλευτής-φίλος" του, έτσι ώστε μέσα απο μια τέτοια σχέση να πετυχαίνονται δυο βασικά στόχοι: α) καλύτερη επικοινωνία με το συμβιωτικό παιδί και β) καλύτερος συντονισμός απο την πλευρά της νοσηλεύτριας των δραστηριοτήτων της.

#### Αξιολόγηση και προσανατολισμός

Στο σύστημα συμβιωτικό παιδί-νοσηλεύτρια, η τελευταία έχει μια ποικιλία απο λειτουργίες στο ρόλο της.

Αρχικά οι λειτουργίες αυτές αφορούν την αξιολόγηση του παιδιού και την επαφή του ενός με τον άλλο.

Σαν κριτήρια αξιολόγησης, εκτός απο τους τομείς ανάπτυξης, πρέπει να ληφθούν υπόψη και τα συστήματα μέσα στα οποία λειτουργεί το παιδί.

Τα συστήματα που πρέπει να μελετηθούν είναι η οικογένεια, η ομάδα συνομηλίκων και το προσωπικό σύστημα του συμβιωτικού παιδιού. Το τελευταίο ασχολείται με τον τρόπο που το παιδί βλέπει τον εαυτό του και αξιολογεί τις εμπειρίες του.

Ο σκοπός του ατόμου που κάνει την αξιολόγηση είναι να εκφέρει κρίσεις για τη συμπεριφορά και τις εμπειρίες του παιδιού, συγκρινοντάς τις με αντίστοιχη συμπεριφορά και εμπειρίες φυσιολογικών ατόμων της ίδιας ηλικίας. Οι κρίσεις, επομένως αφορούν την ορθότητα των εμπειριών και της συμπεριφοράς του συμβιωτικού παιδιού σε συσχετισμό με την ηλικία του. Έδω η νοσηλεύτρια σ' αυτόν τον σοβαρότατο ρόλο καλείται να χρησιμοποιήσει την επαγγελματική της ικανότητα για να μπορέσει να έρθει σε επαφή με το συμβιωτικό παιδί.

Όσοσο είναι σημαντικό, να μπορεί να επιτύχει, μέσα απ' αυτή την επαφή με το συμβιωτικό παιδί μια αμφίπλευρη ισότιμη (όσο το δυνατόν) επικοινωνία, καθώς το παιδί κάποιες στιγμές ίσως

της δίνει "πληροφορίες" όσο ν'αφορά τις αντιλήψεις και εμπειρίες του.

Η δεύτερη λειτουργία του ρόλου της νοσηλεύτριας μέσα στο σύστημα συμβιωτικό παιδί-νοσηλεύτριας είναι η αναγνώριση προβλημάτων, καθώς και αναπτυξιακών αναγκών.

Αυτή η δραστηριότητα είναι μια διαδικασία διαμόρφωσης αποφάσεων που ακολουθεί τη συλλογή πληροφοριών κατά την διάρκεια της αξιολόγησης. Η διαδικασία αυτή συνδέεται με την προσπάθεια της νοσηλεύτριας να εντοπίσει όλους τους τομείς του συμβιωτικού παιδιού που έχουν ανάγκη προσοχής και παρακολούθησης από τον ενήλικα· η εστίαση της προσοχής αποκλειστικά στα προβλήματα μπορεί να σταθεί αφορμή για παρενόχληση άλλων τομέων ανάπτυξης του συμβιωτικού παιδιού, δημιουργώντας επιπρόσθετα προβλήματα για το μέλλον.

Όταν η προσοχή εστιάζεται στις υγιείς δυνάμεις - όσο λίγες κι αν είναι αυτές - του συμβιωτικού παιδιού, αυτό το γεγονός στέκεται αφορμή για ενθάρρυνση μιας υγιούς αλλαγής σε άλλους τομείς της παιδικής συμβιωτικής ψυχωσικής σφαίρας.

Γιατί όπως αναφέρεται και από την παιδική φιλολογία (BRUNER) " οι άνθρωποι μαθαίνουν καλύτερα από την επιτυχία παρά από την αποτυχία ".

#### Προσδιορισμός των στόχων της αλλαγής

Όταν έρθει η στιγμή να προσδιοριστούν οι στόχοι της αλλαγής η νοσηλεύτρια θα συμπράξει με το συμβιωτικό παιδί, την οικογένειά του και φυσικά με την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα.

Οι στόχοι αυτοί πρέπει να είναι εφικτοί και σχετικοί αφενός με την αντίληψη που έχει δημιουργήσει το συμβιωτικό παιδί για τα προβλήματά του και αφετέρου με τις απόψεις που διατηρεί η οικογένεια και οι συνάδελφοι - θεραπευτές.

Όταν υπάρχει αντίθεση ανάμεσα στις απόψεις του παιδιού και των ενηλίκων, η νοσηλεύτρια θα χρησιμοποιήσει την επαγγελματική της ικανότητα για να καθοδηγήσει και να επιτύχει μια συναινετική απόφαση. Αν το συμβιωτικό παιδί προβάλλει τις αντιρρήσεις του μ'αυτή την απόφαση, το κίνητρο για αλλαγή θα είναι αδύναμο και θα σταθεί εμπόδιο για την θεραπευτική επιτυχία.

Αντιμετωπίζοντας αυτό το σκόπελο δυσκολίας, η νοσηλεύτρια κάνει

μια ελιγμική στροφή, υιοθετώντας έναν πιο παρεμβατικό ρόλο μέσα από τον οποίο διευκολύνει την ποθούμενη αλλαγή στο συμβιωτικό παιδί.

Για να στεφθεί με επιτυχία αυτός ο ελιγμός της νοσηλεύτριας, θα πρέπει ήδη να έχει κατορθώσει να διαμορφώσει μέσα της τους άξονες πάνω στους οποίους θα κινούνται τα νήματα της επιθυμητής - ανάλογα με την περίπτωση - συμπεριφοράς και ακόμα να έχει κατορθώσει να αναπτύξει πρότυπα ενισχυμένων συμπεριφορών που κάποια στιγμή το συμβιωτικό παιδί θα θελήσει να δοκιμάσει μαζί της. Ακόμα θα πρέπει να μπορεί να διαβλέπει τα πιθανά κίνητρα που οδηγούν το συμβιωτικό παιδί προς αυτή ή την άλλη κατεύθυνση, για να μπορεί αφενός να προσανατολίζεται και η ίδια και αφετέρου να προσανατολίζει τη σκέψη του συμβιωτικού παιδιού σε πηγές από όπου να μπορεί να αντλεί θετικές επιλύσεις για τα προβλήματά του.

Μια άλλη λειτουργία του ρόλου είναι η γαλούχιση που συνδέεται με τις απόψεις του RUTTER περί γονεϊκής φροντίδας ή μητρικής στοργής, στην εργασία του πάνω στη μητρική αποστέρηση.

Σύμφωνα μ'αυτή την άποψη, τα συμβιωτικά παιδιά μπορούν να εμπιστευτούν την νοσηλεύτρια ότι θα έχει σαν πρωταρχικό της σκοπό την ακαλή φροντίδα τους.

Η γαλούχιση είναι δύσκολο να διατηρηθεί για μεγάλα χρονικά διαστήματα και ίσως κάπου να συγκρούεται με άλλες πλευρές του ρόλου της νοσηλεύτριας.

Πάντως η νοσηλεύτρια που θα καταφέρει να ενσωματώσει μαζί με τις άλλες λειτουργίες του ρόλου της και αυτή της γαλούχισης θα στρέψει - κατά την προσωπική μου άποψη - το συμβιωτικό παιδί στην ανάπτυξη μιας υγιούς προσωπικότητας θεμελιωμένης και βιωμένης μέσα από την ζεστασιά και την πραγματική φροντίδα.

Πιθανά σημεία σύγκρουσης εμφανίζονται όταν το συμβιωτικό παιδί ή η ίδια η νοσηλεύτρια ή και οι δυο βρίσκουν την θεραπεία δύσκολη, απαράδεκτη ή άχρηστη.

Μπορεί τελικά ένας από τους δυο ή και οι δυο να έχουν δίκιο στην κρίση τους, αλλά η σπουδαιότητα της ταύτισης των κρίσεών τους θα φανεύει όταν η νοσηλεύτρια αρχίσει να κάνει το μεσάζοντα ανάμεσα στο άτομο ή την ομάδα που καθορίζει την θεραπεία και το συμβιωτικό παιδί.

Σε μια τέτοια περίπτωση ένας άπειρος ή στεναχωρημένος νοσηλευτής ή νοσηλεύτρια, εύκολα μπορεί να υιοθετήσει μια θέση τέτοια που να παίρνει το μέρος του παιδιού ενάντια στην ομάδα.

Αυτό μπορεί ακόμα να αναγκάσει την ομάδα να ρίξει ευθύνες ή να φτάσει στο σημείο να εξοστρακίσει την νοσηλεύτρια.

Η συμπεριφορά πιστεύω που πρέπει ν'αποφεύγεται είναι η φανερή ή κρυφή υιοθέτηση κάποιας απόστασης από την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα που χορηγεί την αγωγή.

Μια τέτοια συμπεριφορά πιθανώς να δώσει στο συμβιωτικό παιδί το μήνυμα ότι ο "νοσηλευτής-φίλος" του δεν έχει καμιά επιλογή και ενεργεί κάτω από πίεση.

Το παιδί μπορεί εικονικά να δίνει την εντύπωση ότι τελικά ταυτίζεται μ'αυτή τη στάση, αλλά, μακροπρόθεσμα, αυτή ακριβώς η στάση αποκλείει την νοσηλεύτρια από την πλήρη συμμετοχή στην ομάδα και της στερεί το σεβασμό του συμβιωτικού παιδιού.

**Εξουσία**

Η νοσηλεύτρια αποτελεί, επίσης, αναντίρρητα μια εικόνα εξουσίας για το συμβιωτικό παιδί.

Μέρος της εξουσίας απορρέει τόσο από την αναγνώριση της επαγγελματικής θέσης των νοσηλευτών, όσο και από το γεγονός ότι είναι κι αυτός ένας ακόμα ενήλικας, μέσα από τον ευρύ κύκλο των ενηλίκων που έχουν στα χέρια τους και ασκούν την "εξουσία".

Ακόμα το συμβιωτικό παιδί αναγνωρίζει το ρόλο τους στη θέση των γονιών του.

Όταν γίνεται η εισαγωγή ενός παιδιού στο νησοκόμείο, οι ίδιοι οι γονείς επίσημα και ανεπίσημα, το εμπιστεύονται στους νοσηλευτές, δίνοντάς τους την εξουσία ν'αποφασίζουν για τις καθημερινές λεπτομέρειες της διαβίωσης που αφορούν το παιδί τους, όπως δραστηριότητες χωρίς εκποτεία, διατροφή, επίπεδα αυτοεξυπηρέτησης και αποδεκτά ή όχι σχήματα κοινωνικής συμπεριφοράς. Το γεγονός της "εμπιστοσύνης" από την μεριά των γονιών προς τους νοσηλευτές, όσο ν'αφορά τις φροντίδες που θα παρέχουν οι τελευταίοι προς το συμβιωτικό παιδί, καλό θα ήταν να μην σταθεί αφορμή για εφαρμογή άκαμπτης αυστηρότητας απέναντι στο νοσηλευμένο συμβιωτικό παιδί.

Η υιοθέτηση από τη μεριά των νοσηλευτών μιας κάποιας μορφής αυ-

στηρότητας, μπορεί να θεωρηθεί ως άμυνα ενάντια στο άγχος που προκαλεί η αναγνώριση της μεγάλης ευθύνης του ρόλου τους και της λάσκησης μέσα απ' αυτόν κάποιας μορφής εξουσίας.

Το συμβιωτικό παιδί όμως θα πρέπει να μπορεί να σέβεται και να εμπιστεύεται την εξουσία των νοσηλευτών με την πεποίθηση ότι αυτή χρησιμοποιείται με τον καλύτερο τρόπο για τη θεραπευτική σχέση.

Αυτό επιτυγχάνεται όταν η νοσηλεύτρια είναι ανοιχτή σε διαπραγματεύσεις με το συμβιωτικό παιδί, όταν είναι όσο το δυνατό περισσότερη δίκαιη και λογική και όταν είναι σταθερή στην περίπτωση που αυτό απαιτείται τόσο από το ίδιο το παιδί όσο και από την σχέση του συμβιωτικού παιδιού με τον "νοσηλευτή - φίλο" του. Οι νοσηλευτές πρέπει, λοιπόν, να εξετάζουν συνειδητά τη συμπεριφορά τους και να προσπαθούν να δίνουν στα παιδιά ένα αποδεκτό πρότυπο συμπεριφοράς που να χρησιμεύει για ταύτιση αλλά και μίμηση.

Η επιτυχία του εγχειρήματος γίνεται φανερή στην περίπτωση που το παιδί ταυτίζεται και συνδέεται στοργικά με την νοσηλεύτρια, ενώ ταυτόχρονα διακρίνει την αποδοχή και την επιτυχία στη συμπεριφορά.

Οι ιδιότητες, που θα πρέπει να επιδιώκει να αναπτύξει ο νοσηλευτής περισσότερο στο συμβιωτικό παιδί, είναι η στοργή, ο συμβιβασμός, η αντοχή στη ματαίωση και άλλες παρόμοιες μορφές θετικής κοινωνικής συμπεριφοράς.

Επίσης το συμβιωτικό παιδί να μάθει να παίζει και να αγαπά (όχι με αυτιστικές τάσεις) τον εαυτό του.

#### Το σύστημα οικογένεια - νοσηλεύτης

Το συμβιωτικό παιδί πριν, κατά την διάρκεια και όταν γίνεται η εισαγωγή του σε μια μονάδα ενδονοσοκομειακής νοσηλείας γίνεται μέλος ενός συστήματος περίθαλψης που στόχο έχει να οδηγήσει το παιδί αυτό σε πεδία ωριμότητας.

Η στενή προσκόλληση του παιδιού σ' αυτό το σύστημα κάνει το σύστημα νοσηλεύτρια - οικογένεια ζωτικό για τη θεραπευτική προσπάθεια.

Σε σχέση με την οικογένεια, ο νοσηλευτής θα πρέπει να στοχεύει όπως: 1) να προσφέρει μια στοργική σχέση και να λειτου-

ργεί σαν δύναμη ωρίμανσης, 2) να σέβεται τα δικαιώματα και τις ικανότητες των γονιών, 3) να διευκολύνει χρήσιμες ανταλλαγές ανάμεσα στο παιδί και την οικογένεια, 4) να λειτουργεί σαν παιδαγωγός, 5) να λειτουργεί σαν σύστημα στήριξης.

Η περιοδική επαφή με τις περισσότερες οικογένειες, περιορίζει την ένταση των πιο πολλών συναλλαγών.

Οι γονείς εμπιστεύονται το παιδί τους στους νοσηλευτές, ενώ ταυτόχρονα διατηρούν τη γενική ευθύνη.

Αυτό σημαίνει ότι η σχέση είναι περισσότερο ιδóτιμη με αρκετά στοιχεία ωριμότητας. Για να επιτευχθεί μια αλλαγή στην συμπεριφορά των οικογενειών, οι παρεμβάσεις πρέπει να γίνονται με ευσυναίσθησία, συμβουλευτική επαφή και συζήτηση. Η έκφραση ευσυναίσθησίας για την οικογενειακή κατάσταση επιτρέπει την ελάττωση των αισθημάτων ενοχής και απελπίσας που συχνά υπάρχουν. Η υιοθέτηση ενός επιτημητικού τρόπου αντιμετώπισης δυναμώνει αυτά τα συναισθήματα, γεγονός που συχνά αυξάνει την αντίσταση ενάντια στην αλλαγή.

Η αντίθετη πάλι στάση, της υπερβολικής ταύτισης με την οικογένεια, θα οδηγήσει, δυστυχώς σε μια συνεργία με τους γονείς, αποδίδοντας στο συμβιωτικό παιδί το ρόλο του "αποδιοπομπαίου τράγου".

Αυτή η στάση είναι σίγουρο ότι θα βλάψει τη σχέση του συμβιωτικού παιδιού - "νοσηλευτή-φίλου" και με τον τρόπο αυτό, λιγοστεύουν οι πιθανότητες θεραπείας.

Ένα άλλο που πρέπει να αποφεύγεται είναι ο ενεργητικός ανταγωνισμός. Η αντιζηλία με τους γονείς για τη θέση του τέλειου ιδανικού γονιού είναι κάτι ελκυστικό αλλά τελείως εξωπραγματικό. Η φαντασίωση ενός ιδανικού γονιού πρέπει να παραμένει φαντασίωση. Η προσπάθεια πραγμάτωσης αυτού του ρόλου είναι καταδικασμένη σε αποτυχία.

Ένας τέτοιου είδους ανταγωνισμός με τους γονείς μπορεί να τους ωθήσει στο να αποπειραθούν να κατορθώσουν το ακατόρθωτο και με την αναπόφευκτη αποτυχία τα αισθήματά ενόχης τους θα ενισχυθούν ακόμα περισσότερο.

Η νοσηλεύτρια που μπορεί να κυριαρχήσει στα δικά της συναισθήματα και να αντέξει τα συναισθήματα των γονιών θα καταφέρει να

δημιουργήσει μια επαφή γεμάτη συναισθηματική κατανόηση· με τον τρόπο αυτό θα είναι σε θέση να προσφέρει μια σχέση η οποία θα είναι χρήσιμη για την οικογένεια αλλά και ωφέλιμη για το συμβιωτικό παιδί.

Η οικογενειακή θεραπεία αντιμετωπίζει ολόκληρη την οικογένεια σαν μονάδα θεραπείας.

Όταν αποφασίζεται ν'αντιμετωπιστεί μια οικογένεια μ'αυτόν τον τρόπο, η νοσηλεύτρια έχει πολλές επιλογές ρόλων.

Η πρώτη επιλογή είναι ότι η νοσηλεύτρια θα κρατήσει ένα ρόλο με το συμβιωτικό παιδί και την υπόλοιπη οικογένεια.

Μ'αυτή την επιλογή η νοσηλεύτρια μένει έξω από την οικογενειακή μονάδα και δεν έχει επίσημο θεραπευτικό ρόλο, ενώ ταυτόχρονα υποστηρίζει τη θεραπεία πρακτικά και συναισθηματικά. Αυτός ο υποστηρικτικός ρόλος είναι σημαντικός, γιατί διατηρεί ζωντανό το κίνητρο στην οικογένεια και δεν της παρέχει ευκαιρίες να διασπάσει τη θεραπευτική ομάδα σε ξεχωριστούς τομείς. Ο υποστηρικτικός ρόλος προσφέρει λεκτική ενθάρρυνση, συμπαράσταση στην ενδεχόμενη απελπισία, παρότρυνση της οικογένειας να φέρει τις δυσκολίες στις θεραπευτικές συνεδρίες και εξασφάλιση της παρουσίας του συμβιωτικού παιδιού σ'αυτές.

Η διατήρηση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος

Η ασφάλεια εδώ αφορά τόσο τη σωματική, όσο και τη συναισθηματική κατάσταση.

Κίνδυνοι για τη σωματική ακεραιότητα, που τυχόν υπάρχουν στο περιβάλλον, πρέπει να ελαχιστοποιηθούν ή τα συμβιωτικά παιδιά πρέπει να διδαχτούν να κινούνται με ασφάλεια στο χώρο. Η ασφάλεια της συναισθηματικής κατάστασης περιλαμβάνει την αντιμετώπιση της ματαίωσης, την έκφραση συναισθημάτων και τη διατήρηση σχέσεων.

Οι κίνδυνοι περιλαμβάνουν απόπειρες να προκληθεί σωματικός ή συναισθηματικός πόνος από το συμβιωτικό παιδί στον εαυτό του ή σε άλλους.

Οι συνέπειες που πρέπει ν'αποφευχθούν είναι οι επικίνδυνες σωματικές επιθέσεις σε άλλους και η αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Μια υγιής συναισθηματική ατμόσφαιρα μπορεί να επικρατήσει όταν οι υπεύθυνοι εμφανίζουν σωστές αντιδράσεις και κάνουν φανερό,



ότι τα συναισθήματα δεν είναι απαραίτητως επικίνδυνα. Όποτε ταραίζεται η ασφάλεια στο περιβάλλον ή υπάρχει κίνδυνος για τη σωματική ακεραιότητα, μια συζήτηση με την ομάδα, ώστε να εκφραστούν συναισθήματα και λύσεις προβλημάτων, θα επανεπιβεβαιώσει τα όρια και θα αυξήσει την ασφάλεια των μελών της ομάδας.

#### Προώθηση ανεξαρτησίας και αυτοεξυπηρέτησης

Για να προωθήσει την ανεξαρτησία και την αυτοεξυπηρέτηση, η νοσηλεύτρια πρέπει να διδάξει στο συμβιωτικό παιδί τις απαραίτητες ικανότητες και στη συνέχεια να του επιτρέψει να πάρει την ευθύνη να τις εξασκήσει.

Δεν είναι εύκολο να επιτρέψουμε σε παιδί με συμβιωτική ψύχωση να πάρει ευθύνες, γιατί αυτό συνεπάγεται σωματικούς αλλά και συναισθηματικούς κινδύνους.

Μια άλλη επεπλοκή είναι η αίσθηση ότι η νοσηλεύτρια είναι περιτή, η οποία γεννιέται όταν το παιδί αποκτά μεγαλύτερη ανεξαρτησία.

#### Παροχή σταθερής βάσης

Τα συμβιωτικά παιδιά αναπτύσσονται και μαθαίνουν καλύτερα, όταν λειτουργούν πάνω σε μια σταθερή βάση,

Το αίσθημα ασφάλειας γεννιέται από την αξιοπιστία των αντικειμένων και ανθρώπων, τέτοια που τα συμβιωτικά παιδιά να μπορούν να τη δουν καθαρά.

Μέσα σε μια μεγάλη ομάδα αυτό σημαίνει την παροχή μιας δομής την οποία τα παιδιά να βιώνουν σαν ευνοϊκή για την ανάγκη που νιώθουν να μάθουν διάφορα πράγματα μπαίνοντας αρκετές φορές σε κινδύνους. Για να επιτευχθεί κάτι τέτοιο, η δομή πρέπει να είναι συνεπής, αμετάβλητη, να παρέχει πλαίσια και δυνατότητες για ανάπτυξη σχέσεων. Αυτές οι ιδιότητες δεν είναι στατικά στοιχεία· οι νοσηλευτές πρέπει να εξασκούν όλο το ταλέντο τους για να αλλάζουν τη δομή με τρόπο που να ταιριάζει στις τρέχουσες ανάγκες της ομάδας.

Είναι, για παράδειγμα, χρήσιμο να αποδοκιμάζεται σταθερά η σωματική βία, ωστόσο η μέθοδος του περιορισμού της βίας μπορεί να αλλάζει από καιρό σε καιρό και από ομάδα σε ομάδα. Η έννοια της σταθερότητας σ'ένα περιβάλλον εσωτερικής νοσηλείας, δεν είναι ίδια, όπως θα περίμενε κανείς λογικά, μ'εκεύνη που επι-

κρατεί στην οικογένεια του παιδιού. Παρ'όλα αυτά, μέσα στους περιορισμούς του προσωρινού πλαισίου όπου βρίσκονται, τα συμβιωτικά παιδιά έχουν δικαίωμα να περιμένουν σταθερότητα στη στοργή, στα αντιπερίμενα και ακόμα περισσότερο στους ανθρώπους.

Προώθηση κοινωνικής συμπεριφοράς .

Εδώ χρειάζεται να χρησιμοποιηθεί η δομή με τρόπο ώστε να βοηθήσει στην παροχή ομαδικών εμπειριών\* τα συμβιωτικά παιδιά μαθαίνουν να δημιουργούν σχέσεις με συνομηλίκους τους και ενήλικες.

Η προκοινωνική συμπεριφορά στηρίζεται σε εσωτερικευμένους κανόνες που αρχικά παρέχονται από τη δομή και τους ενήλικες. Είναι πολύ σημαντικό για τα συμβιωτικά παιδιά να βλέπουν το νοσηλευτικό προσωπικό να υπακούει στους ίδιους κανόνες, δείχνοντας έτσι πως αποδέχεται τα καθορισμένα κοινωνικά πρότυπα. Συμμετοχή σε μια ομάδα σημαίνει ότι το άτομο μοιράζεται με άλλους το χρόνο του, τα αγαθά και τον εαυτό του.

Η νοσηλεύτρια φροντίζει να έχει μια τέτοια συμπεριφορά-τόσο με τα συμβιωτικά παιδιά, όσο και με τους συναδέλφους της- ενισχύοντας έτσι την ιδέα ότι η κοινωνικότητα δεν είναι μόνο αποδεκτή αλλά και καλή .

Επίδειξη σεβασμού και εκτίμησης προς τον εαυτό του και τους άλλους

Αυτές οι ιδιότητες συμπληρώνουν άλλες λειτουργίες ρόλων και αποτελούν μέρος της εγκαθίδρυσης θεραπευτικών σχέσεων.

Όταν δείχνουμε σεβασμό προς τα συμβιωτικά παιδιά, τότε μόνο εκείνα αρχίζουν να σέβονται τον εαυτό τους-κάτι που είναι ζωτικής σημασίας στην προσπάθεια για αλλαγή.

Χωρίς αυτοσεβασμό και αυτοεκτίμηση, είναι δύσκολο ένα παιδί με φύση συμβιωτικής φύσεως να δει τα πλεονεκτήματα μιας αλλαγής\* μ'αυτές τις ιδιότητες το κίνητρο ενισχύεται.

Όταν εμείς οι ίδιοι δείχνουμε ότι τρέφουμε σεβασμό και αυτοεκτίμηση, η αξία μας στα μάτια του συμβιωτικού παιδιού μεγαλώνει, πράγμα που, με τη σειρά του, ενθαρρύνει τη στοργική συμπεριφορά αυτών των παιδιών απέναντι σ'εμάς τους φυσιολογικούς.

Αξιολόγηση του ρόλου και της δράσης του νοσηλευτή

Οι νοσηλεύτές περνούν το μεγαλύτερο διάστημα του χρόνου

εργασίας τους στο χώρο νοσηλείας, ενώ οι άλλοι ειδικοί πηγαίνουν και έρχονται.

Αυτή η κίνηση του προσωπικού έχει συχνά σαν αποτέλεσμα να χρησιμοποιούνται οι νοσηλευτές σαν πόλη για επικοινωνία.

Αυτό σημαίνει ότι δέχονται πληροφορίες, τις κρατούν και, στη συνέχεια, τις μεταδίδουν σε άλλα μέλη της ομάδας. Κατέχουν επίσης ιδανική θέση όσο ν'αφορά την παρατήρηση του τρόπου επικοινωνίας ανάμεσα στο συμβιωτικό παιδί και την οικογένεια· συχνά οι ίδιες οι οικογένειες, τους ζητούν να δώσουν πληροφορίες και σε άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας.

Η νοσηλεύτρια θα προσφέρει και άλλες πληροφορίες μέσα απο το ρόλο του συνηγόρου τού ασθενή, όταν οι απόψεις και τα προβλήματα του συμβιωτικού παιδιού παρουσιάζονται στην ομάδα. Σαν πηγή πληροφόρησης, οι νοσηλευτές έχουν ευθύνη, όταν επικοινωνούν να προσέχουν την ακρίβεια των λεγομένων, καθώς και το χρόνο και χώρο της επικοινωνίας.

Ένας πρωταρχικός ρόλος στη λήψη αποφάσεων για τους νοσηλευτές είναι ο συντονισμός των δραστηριοτήτων που αναλαμβάνουν σε σχέση με τα παιδιά.

Αυτό είναι βασικό, γιατί ο νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια είναι εκείνοι που κρατάνε το συμβιωτικό παιδί και μπορούν, επομένως, να επιβλέπουν την ποσότητα και την ποιότητα των όσων το παιδί αυτό βιώνει.

Η νοσηλεύτρια περνά όπως ήδη έχει αναφερθεί, τον περισσότερο χρόνο της μέσα στην μονάδα, πράγμα που σημαίνει ότι αισθάνεται ταχύτατα τις αλλαγές στη διάθεση της ομάδας.

Η διάθεση ή το ψυχικό κλίμα της ομάδας είναι ευαίσθητα σε ανεπαίσθητα εσωτερικά και εξωτερικά συμβάντα.

Μικρές αλλαγές στη συμπεριφορά μπορεί να έχουν μεγάλη σημασία για την ψυχική υγεία των παιδιών και την θεραπευτική ομάδα.

Για παράδειγμα, μια αύξηση των μικροπροστριβών ανάμεσα στα παιδιά προκαλεί αύξηση της "θερμοκρασίας" και η θεραπευτική ομάδα θα πρέπει να ενεργήσει ταχύτατα για να κατανοήσει τη φύση του προβλήματος.

Αν αυτό αποτύχει, το επίπεδο άγχους θα αυξηθεί, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή διαταραχή. Το γεγονός αυτό μπορεί

να έχει μακροπρόθεσμες συνέπειες στη θεραπεία των νοσηλευομένων παιδιών που υποφέρουν από συμβιωτική φύχωση.

Όσο πιο υπεύθυνα μια νοσηλεύτρια φέρεται, τόσο πιο αναγκαίο θα είναι για τους συναδέλφους της να τοποθετηθούν σε κάποια απόσταση από τα γεγονότα για να ξεδιαλύνουν την αιτία της αναταραχής.

Όταν συμβαίνει κάτι τέτοιο, δημιουργείται μια σειρά από συμβουλευτικές συνεδρίες για την ομάδα των νοσηλευτών.

Είναι σημαντικό να αναγνωρίζεται ότι όλα τα μέλη της θεραπευτικής ομάδας έχουν κατά καιρούς την ανάγκη μιας τέτοιου είδους θεραπευτικής στήριξης.

ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ  
ΣΥΜΒΙΩΤΙΚΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Το ιστορικό της θεραπείας και η ιστορία του Κ

Ο Κ, ένα μικρό αγόρι τριών ετών, παραπέμφθηκε στο παιδοψυχιατρικό τμήμα παιδιατρικού νοσοκομείου από τον οικογενειακό γιατρό.

Προηγήθηκε ένας, σε βάθος, σωματικός έλεγχος, που, δεν έδωσε κανένα παθολογικό στοιχείο οργανικού χαρακτήρα.

Η αρχική κλινική εικόνα παρουσιάζει: 1) αλαλία, σχεδόν ολοκληρωτική, 2) πρωτογενή ακράτεια ούρων και κοπράνων, τόσο την ημέρα όσο και τη νύχτα, 3) δυσκολίες στη διατροφή και τον ύπνο· η κινητικότητα φαίνεται φυσιολογική· το παιδί παρουσιάζει κρίσεις πανικού όταν απομακρύνεται από την μητέρα του, η οποία έχει μαζί του υπερπροστατευτική σχέση.

Ο συνδυασμός της κλινικής εικόνας με το οικογενειακό και ατομικό ιστορικό προωθεί στην υπόθεση πως πρόκειται για μια, διαμαρτία της ψυχικής και πνευματικής ανάπτυξης, η οποία τοποθετείται στο χώρο των παιδικών ψυχώσεων.

Η πρώτη περίοδος της νοσηλείας περιλαμβάνει τακτικές, αρχικά δεκαπενθήμερες και στη συνέχεια εβδομαδιαίες, τριμερείς συνεδρίες της μητέρας, του παιδιού και του θεραπευτή.

Διαρκεί τρία χρόνια και μπορεί να χωρισθεί στην πρώτη φάση, η οποία είναι η σημαντικότερη και η μεγαλύτερη και καλύπτει δέμισο χρόνια ψυχοθεραπείας, με τον ίδιο θεραπευτή, και στη δεύτερη, έξι μήνες με έναν άλλο θεραπευτή.

Από την αρχή της θεραπείας το παιδί, με την προτροπή της θεραπευτικής ομάδας, γίνεται δεκτό σε ένα συνηθισμένο δημόσιο νηπιαγωγείο.

Η δεύτερη περίοδος της νοσηλείας, που έχει συμπληρώσει το τέταρτο έτος, περιλαμβάνει την ατομική ψυχοθεραπεία του παιδιού, που πραγματοποιείται από τον ψυχίατρο Σ και την υποστηρικτική θεραπεία της μητέρας με έναν άλλο θεραπευτή.

Θα αναφερθεί στη συνέχεια με λίγα λόγια το ιστορικό της

μητέρας του Κ, γιατί πιστεύω ότι βοηθάει αρκετά στην καλύτερη κατανόηση της αρχής και εξέλιξης των προβλημάτων στην ανάπτυξη του Κ.

Και οι δυο γονείς λοιπόν, της μητέρας του Κ, ελληνικής καταγωγής, ζούσαν για αρκετά χρόνια σε χώρα της Βορείου Αφρικής. Επιστρέφοντας πίσω στην Ελλάδα το ζευγάρι χωρίζει, ενώ την κηδεμονία της μητέρας του Κ αναλαμβάνει η μητέρα της η οποία δεν της επέτρεψε να έχει από κει και έπειτα, καμιά επαφή με τον πατέρα της.

Σε ηλικία δεκαεπτά ετών η μητέρα του Κ παρουσιάζει για πρώτη και μοναδική, φορά στη ζωή της, μια παραληρηματική κρίση νοσηλεύεται σε ψυχιατρικό ίδρυμα όπου της γίνονται μια σειρά από πέντε ηλεκτροσόκ. Εξαιτίας της εμπειρίας αυτής "συνοδεύεται" σ' όλη τη ζωή της από την συμβουλή που της έδωσε τότε ο γιατρός: να μην θηλάσει τα παιδιά που θα έκανε.

Σε εικοσιένα χρόνια γάμου αποκτά με τον άνδρα της οκτώ παιδιά· ο Κ είναι το τελευταίο.

Την εποχή της εγκυμοσύνης της στο Κ, πλησιάζει τα σαράντα και ο πατέρας είναι σοβαρά διαποτισμένος από το οινόπνευμα. Συχνά, μέσα στην κρίση της μέθης, επιτίθεται στην γυναίκα του και την χτυπά στην κοιλιά· η κύηση και ο τοκετός δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερα προβλήματα.

Ακολουθώντας η μητέρα την ιατρική συμβουλή, ο Κ δεν θηλάζει από αυτήν· τρέφεται με το μπιμπερό και στην ηλικία των δυο μηνών δέχεται καλά το κουταλάκι και τρώει τις έτοιμες παιδικές τροφές ενώ πολύ γρήγορα, όπως και με τα υπόλοιπα αδέρφια του, τον βάζουν στο δοχείο "για να καθαρίσει".

Ο Κ αρχίζει να κάνει πιπί και κακά στο δοχείο μέχρι τη στιγμή που καταφέρνει να περπατήσει, τον δέκατο όγδοο μήνα· από τη στιγμή εκείνη αρνείται να παραμείνει στο δοχείο· η μητέρα του του φορά πάνες μιας χρήσεως.

Οι πρώτοι μήνες της ζωής του ξετυλγούνται καλά. Επτά μηνών παθαίνει ανεμοευλογιά. Η νόσος εξελίσσεται με καλοήγη μορφή και χωρίς εγκεφαλικές επιπλοκές.

Από αυτή, όμως, τη στιγμή η ανάπτυξη του παιδιού διαταράσσεται

σοβαρά. Δεν τρώει πια με το κουταλάκι, δεν απαντά στα ερεθίσματα και ο ρυθμός του επιβραδύνεται σημαντικά. Πολύ αργά γίνεται η έξοδος από αυτή την κατάσταση· καταφέρνει να περπατήσει στους δεκαοκτώ μήνες.

Μοιράζεται με τη μητέρα του το ίδιο κρεβάτι και του είναι δύσκολο να αποκοιμηθεί· τρισημίσις ετών πάσχει από ακράτεια ούρων και κοπράνων, μέρα-νύχτα· εμφανίζει στοιχεία ψυχογενούς ανορεξίας· η μητέρα του τον ταίζει ταυτόχρονα και με το μπιμπερό και με το κουτάλι· του δίνει, κυρίως, γαλακτοκομικά προϊόντα, που τα προτιμά· ο ίδιος δεν συμμετέχει καθόλου στις φροντίδες που του προσφέρονται· είναι πρακτικά βουβός· δεν παρουσιάζει στερεοτυπίες ούτε σημαντικό κλείσιμο στον εαυτό του· ακολουθεί τη μητέρα του παντού και παθαίνει πανικό κάθε φορά που χωρίζεται από αυτή.

Με την αποχώριση του πατέρα, στοιχεία αλλαγής διαφαίνονται στον Κ.

Λέει κάποιες λέξεις, αρχίζει να τρώει με το κουτάλι, μόνος του, και να ντύνεται με τη βοήθεια της μητέρας του.

Φαίνεται πως η πρόοδος αυτή εξαφανίζεται στις σύντομες παραμονές του στον πατέρα του.

Η μητέρα αρχίζει να συμβουλευέται τον παιδίατρο, για το παιδί της.

### Η οργάνικη συνιστώσα στη γένεση των δυσκολιών

Υπάρχει σοβαρό ιστορικό ψυχικών δυσχερειών στο ζεύγος των γονέων και στην προηγούμενη από αυτούς γενιά, που θα προδιέθετε σε δυσκολία στη σχέση με τον περιβάλλοντα κόσμο και σε σωματική έκφραση του δυσάρεστου βιώματος.

Η ανεμοευλογία εκδηλώνεται στην ηλικία των επτά ημών. Η μορφή της νόσου είναι καλοήθης και δεν ανησυχεί ιδιαίτερα τους γιατρούς που την αντιμετωπίζουν, ακολουθείται όμως από ψυχοκινητική παλινδρόμηση.

Είναι ίσως απαραίτητο να συζητήσουμε την πιθανότητα της νευρολογικής επιπλοκής με τη μορφή εγκεφαλίτιδας.

Δεν υπάρχει γραμμική σχέση ανάμεσα στη σοβαρότητα της αρχικής νόσου και τη συχνότητα των νευρολογικών επιπλοκών· η εγκε-

φαλτίδα της ανεμοευλογιάς εκδηλώνεται πιο συχνά, με προβλήματα στη συμπεριφορά που παίρνουν τη μορφή απάθειας.

Αυτές οι εκδηλώσεις μπορεί να συνυπάρχουν με συγγυτική κατάσταση. Η εξέλιξη είναι, συνήθως, ευνοϊκή, αλλά σημειώνεται στις στατιστικές πως 13% των περιπτώσεων παρουσιάζουν επιπλοκές και άλλα 10% έχουν θανατηφόρα κατάληξη.

Απο την κλινική εικόνα που προαναφέρθηκε το παιδί παρουσιάζει την απάθεια και μια ψυχική κατάσταση "υπο-συγγυτική".

Οι S. LEBOVICI και J. MC. DOUGALL επιμένουν πως η ύπαρξη παιδικής εγκεφαλοπάθειας δεν είναι στοιχείο απαγορευτικό για τη διάγνωση της φθώσης. "Ακριβώς το αντίθετο, οι οργανικές βλάβες βοηθούν να καταλάβουμε τη διαδικασία που ακολουθείται για την ψυχωτική οργάνωση.

Η ύπαρξη μιας παιδικής εγκεφαλοπάθειας είναι ένα ουσιαστικό επιχείρημα για να καταλάβουμε πως δομείται η προ-ψυχωτική κατάσταση.

Και αυτό γιατί η σχέση με το αντικείμενο δεν αναπτύσσεται μόνο στην κατεύθυνση από τη μητέρα προς το παιδί.

Με τη δυάδα μητέρα-παιδί και το παιδί ασκεί στη μητέρα μια επίδραση που κανείς και τίποτε δεν θα μπορούσε να την αρνηθεί. Είναι εύκολο να αποδειχθεί πως η εγκεφαλοπάθεια, η καθυστέρηση και οι δυσκολίες που προκαλεί στην ανάπτυξη είναι και αιτία ναρκισσικού τραύματος για τη μητέρα: με άλλα λόγια, το τραύμα είναι παράγοντας ψυχικής στέρησης: η εγκεφαλοπάθεια σίγουρα μεταβάλλει τα εσωτερικά αισθήματα της μητέρας και συνεπώς και τη συμπεριφορά της.

Η ψυχική συνιστώσα στη γένεση των δυσκολιών

Η προσωπικότητα της μητέρας του K, είναι μια προσωπικότητα που συνεχώς κινδυνεύει να γίνει λεία της ψυχωτικής προβληματικής. Λειτουργεί αρνούμενη, μέσα στις σκέψεις της και μέσα στην εξωτερική πραγματικότητα, καθετί που δεν ταιριάζει στη βαθύτερη ψυχική της οικονομία: οργανώνει τις σχέσεις της με τους άλλους σύμφωνα με τις δικές της ανάγκες, χωρίς να παίρνει υπόψη της τη διάθεση των άλλων.

Το παραληρηματικό επεισόδιο που εμφανίζεται στην κρίσιμη ηλι-



κία, στην οποία γίνεται η είσοδος στην ενήλικη ζωή, είναι δείκτης των δυσχεριών της να περάσει σ' αυτή την ψυχοκοινωνική βαθμίδα και της ευθραυστότητας της ψυχικής της οργάνωσης.

Το κορμί αποτελεί τόσο της έκφρασης των ψυχικών της ρωγμών και της ανικανότητας της ταύτισης στην ενήλικη γυναίκα (ψυχική ανορεξία) και στη γυναίκα-τροφή (όχι θηλασμός).

### Πιθανές συνέπειες από την οικογενειακή οργάνωση

Η οικογενειακή οργάνωση ως σύνολο ψυχικών δράσεων και απαντήσεων ικανό να προδιαθέτει στην εκδήλωση της νόσου, να μεταβάλλει τις μορφές έκφρασής της και να μεταβάλλεται από αυτή, δεν έχει μελετηθεί από τους συγγραφείς που έχουν καταπιαστεί μέχρι τώρα με την συμβιωτική ψύχωση.

Ο WINNICOTT υποστηρίζει πως η ψύχωση των γονέων δεν προκαλεί ψύχωση στα παιδιά.

### Η ποιδιότητα της βρεφοκομίας

Ο θηλασμός δεν πραγματοποιείται γιατί αυτό προβλέπει η ιατρική συμβουλή.

Το μπιμπερό δεν δίνεται όταν το παιδί το ζητά, αλλά σε καθορισμένα χρονικά διαστήματα, που η μητέρα τηρεί αυστηρά.

Η χρήση του κουταλιού αρχίζει από το δεύτερο μήνα.

Μέχρι την ηλικία των επτά μηνών, ο Κ έχει μια φυσιολογική ανάπτυξη.

Η μητέρα δεν υποστηρίζεται από το σύζυγό της στο ρόλο της, τον ιδιαίτερα δύσκολο γι' αυτήν, εξαιτίας των προσωπικών της δυσχεριών και της ασυμφωνίας του ζευγαριού. Δεν έχει την ικανότητα να ταυτίζεται με το παιδί και να ενεργεί με τρόπο καθησυχαστικό στην εσωτερική του ένταση. Από την άλλη μεριά η αρνησή της να θηλάσει τον Κ την απομακρύνει κατά πολύ από μια βιολογική και ψυχολογική δέσμευση με το παιδί της, δέσμευση στην οποία ο Κ θα μπορούσε να "απαντήσει" θετικά. Το προκαθορισμένο πρόγραμμα των μπιμπερό δεν ρίχνει την ένταση, όταν αυτή δημιουργείται, και δεν ευνοεί την επικοινωνία.

Η εξαιρετικά πρόωρη εγκατάσταση του παιδιού στο δοχείο, προκαλεί μια εσωτερική υπερδιέγερση που το βρέφος δεν μπορεί με κανένα τρόπο να ελαττώσει, γιατί δεν έχει την απαραίτητη μυϊκή,

νευρολογική και ψυχική ανάπτυξη. Η οργάνωση του σώματος και η ανάπτυξη του ατομικού θίγονται σοβαρά.

Η MAHLER θεωρεί πως το βρέφος των επτά μηνών βρίσκεται στη συμβιωτική φυσιολογική περίοδο· έχει κάποια αναπαράσταση και κάποια συνείδηση του ρόλου της μητέρας.

Να λοιπόν ποια θα μπορούσε να είναι η ψυχική ανάπτυξη του Κ όταν έρχεται ο οργανικός τραυματισμός.

Ο τραυματισμός αυτός υποχρεώνει σε παλινδρόμηση και προκαλεί την ιδιαίτερη αποτύπωση της αρχής της συμβιωτικής φάσης, που οργάνωνεται γύρω από την αγωνία της απώλειας της μητέρας. Η παλινδρόμηση επαναναισθητοποιεί τις αυτιστικές άμυνες και τις κάνει πιο αποτελεσματικές.

Μια συμβιωτική παιδική φύκωση με δευτερογενή αυτισμό εγκαθίσταται.

Είναι σίγουρα παράλογο να πει κανείς ποιά στιγμή αρχίζει η φύκωση, αλλά αν έπρεπε να οριστεί μια ημερομηνία, αυτή είναι τη στιγμή που ο Κ ικανός να βαδίζει, σηκώθηκε από το δοχείο. Η μητέρα του, με την ασυνείδητη επιταγή της για παλινδρόμηση, απαντά βαζοντάς του πάνες μιας χρήσεως, ενώ ήταν η κατάλληλη στιγμή για να τον οδηγήσει για πρώτη φορά, στο δοχείο.

### Τ α α ι τ ή μ α τ α θ ε ρ α π ε ι α ς

Το πρώτο αίτημα χρονολογείται λίγους μήνες μετά την αποχώριση του πατέρα.

Το παιδί παρουσιάζει κάποια πρόοδο, που χάνεται όταν επισκέπτεται τον πατέρα του.

Στις πρώτες συνεντεύξεις ο Κ είναι ξυπνητός, ήρεμος και προσεκτικός, καθισμένος στα μπράτσα της μητέρας του. Ο θεραπευτής δεν επιχειρεί να τον δει μόνο του.

Απο την μεριά του Κ κανένα αίτημα δεν διατυπώνεται. Δεν αγωνιά, αποκοιμίζεται στην αγκαλιά της μητέρας του.

Το δεύτερο αίτημα θεραπείας, παρουσιάζεται μετά από δυόμισυ χρόνια θεραπείας, όταν αποφασίζεται η συνέχιση της θεραπείας με άλλη θεραπεύτρια, λόγω εγκυμοσύνης της πρώτης.

Ο Κ δείχνει αδιάφορος στην αλλαγή του προσώπου, όμως στην γνωστοποίηση προς αυτόν της εγκυμοσύνης της πρώτης θεραπεύτριας, ζωγραφίζει ένα αυγό.

Το τρίτο αίτημα θεραπείας προβάλλεται όταν η θεραπευτική ομάδα προτείνει τη μέθοδο της ατομικής πλέον ψυχοθεραπείας για τον Κ, εκτιμώντας πως η ψυχική κατάσταση του παιδιού και της μητέρας του, είναι ικανές να αντέξουν σε μια τέτοια συνθήκη.

Μέχρι αυτή τη στιγμή ο Κ, ούτε στις σχέσεις με τους θεραπευτές, ούτε και στην υπόλοιπή του ζωή, δείχνει να επιθυμεί τη σχέση με άλλον άνθρωπο, έξω από τη μητέρα του.

Το τέταρτο αίτημα θεραπείας παρουσιάζεται όταν στις νέες συνθήκες, η μητέρα χάνει την άμεση θεραπευτική σχέση, την οποία χρησιμοποιούσε και για προσωπικό της όφελος.

Το πέμπτο και τελευταίο αίτημα θεραπείας, παρουσιάζεται όταν η μητέρα του Κ βρίσκεται στο στάδιο όπου μπορεί να αποδεχθεί πως το παιδί της δημιουργεί συναισθηματικούς δεσμούς, έξω από αυτήν, με άλλους ανθρώπους\* δεσμούς που το παιδί μπορεί να επιθυμεί να διατηρήσει και που η διακοπή τους μπορεί να είναι αρνητική για την ανάπτυξή του.

#### Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΘΥΜΙΚΟΪ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Ερευνητές, με κατευθύνσεις πολύ διαφορετικές μεταξύ τους, όπως η σπουδή της συγκριτικής ψυχολογίας στα ζώα και στον άνθρωπο, η θεωρία των εξαρτημένων αντανακλαστικών ή ακόμη και η αναζήτηση αποκλειστικά οργανικών αιτιών, έχουν προτείνει θεωρίες σχετικά με την επιθετικότητα.

Το φαινόμενο της επιθετικότητας, χωρίς αμφιβολία, σχετίζεται με τις εξωτερικές, περιβαλλοντικές, συνθήκες\* όμως στην ουσία, είναι συνδεδεμένο με τις παραστάσεις που προοδευτικά, δημιουργούνται στο εσωτερικό.

Στην αρχή και όση ώρα διαρκούσε η κάθε συνεδρία ο Κ, βρισκόταν σε κατάσταση υπερδιέγερσης ψυχοκινητικής που χαρακτηριστικά της ήταν η άφθονη λεκτική παραγωγή (ηχολαλία, συνήχηση) και η αδιάκοπη κινητική δραστηριότητα η οποία δεν έδειχνε να συνδέεται με ένα συγκεκριμένο λόγο ή να έχει κάποιο ευδιάκριτο στόχο.

Ο WINNICOTT κάνει λόγο για παραληρηματική απόπειρα του παιδιού να θεραπεύσει τη μητρική κατάθλιψη. Άρχισε έτσι να γίνε-

ται ένας συνδυασμός της μανιακής συμπεριφοράς του Κ : με τα προηγούμενά του βιώματα, τα οποία ξαναζωντάνευαν στις συνεδρίες.

Για τον Κ έχουμε αναπτύξει την υπόθεση πως υπάρχει ιδιαίτερη ενίσχυση των ψυχικών μηχανισμών της αρχής της συμβιωτικής φάσης και παλινδρόμηση σε αυτιστική προβληματική.

Όμως, η εμφάνιση της επιθετικότητας προς το περιβάλλον ή προς το εσωτερικό, (με στόχο το ίδιο το ψυχικό όργανο), δεν είναι φαινόμενο που ανήκει αποκλειστικά στις δυσχερείς, για τον ψυχικό κόσμο, καταστάσεις.

Η επιθετικότητα, ο θυμός, η θλίψη (ή η αντιδραστική μανία) έχουν σχέση με τη δυναμική και δομική ανάπτυξη του ψυχισμού, ακόμη και σε στιγμές που προωθείται η ψυχική οργάνωση.

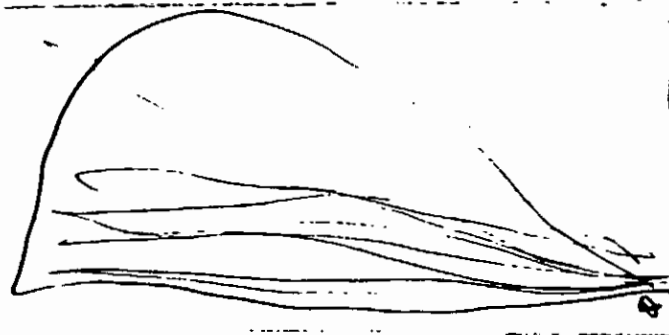
Η MAHLER λέει πως "η θλίψη και η οδύνη είναι τα πρώτα μηνύματα της ανάπτυξης" είναι αποδεικτικά στοιχεία πως το παιδί, αποκαθιστώντας το ερωτικό αντικείμενο, αναδύεται από το αυτιστικό περιβάλλον, το οποίο έχει χάσει την έμφυτη διάσταση".

Η απεικόνιση του κόσμου μέσα από τις ζωγραφιές του Κ

Η γραμμική παράσταση του ανθρώπου εξελχθηκε: από τη μουτζούρα που δημιουργούσε επιφάνεια,

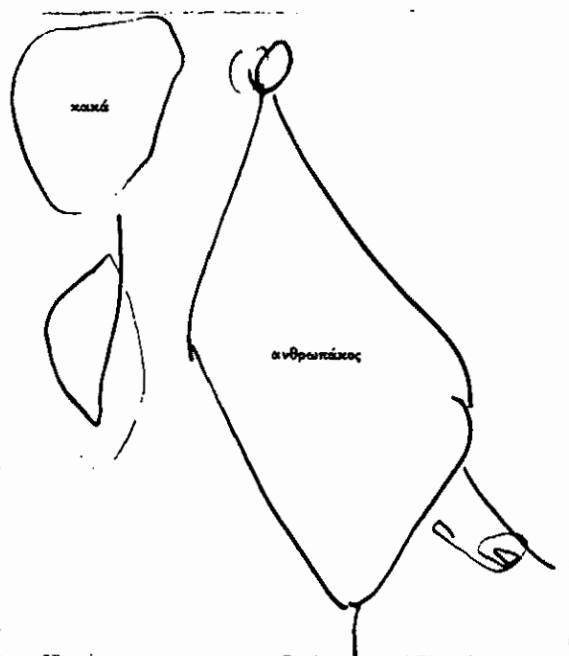


πέρασε στο στρογγυλό ανθρώπινο που έχει εσωτερικό και επικοινωνεί.



Αργότερα, ο στρογγυλός ανθρωπάκος βρέθηκε στην ίδια κόλλα με διάφορα μέρη του κορμιού, που ήταν σκορπισμένα με τρόπο αναρχικό· στη συνέχεια έδωσε μια σύνθεση με περισσότερα τμήματα (π.χ. κεφάλι, κορμό, κάτω άκρα).

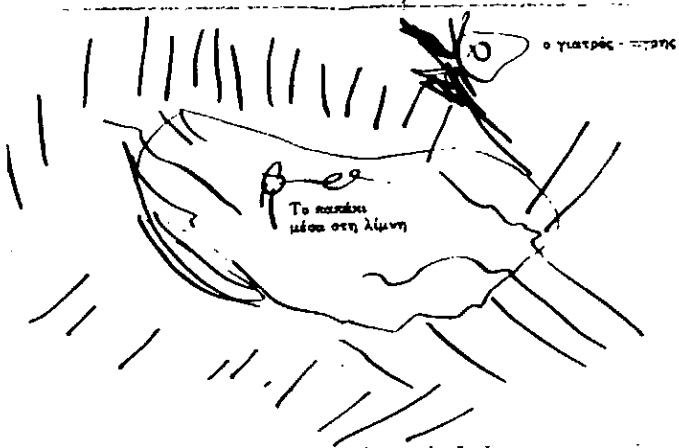
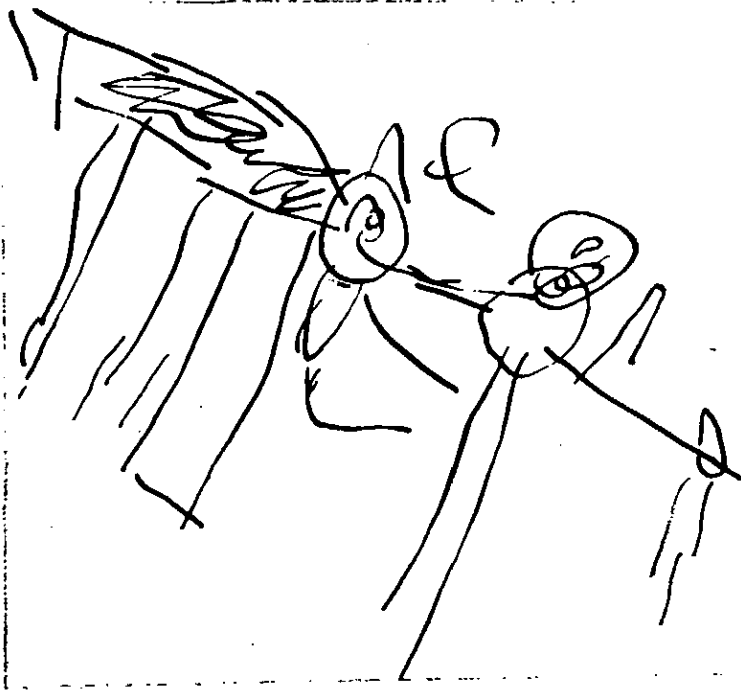
Τα μέλη που έφευγαν προς όλες τις κατευθύνσεις ποραχώρησαν τη θέση τους σε μια πιο ορθολογισμένη οργάνωση, πάντα διατηρώντας την κίνηση στοιχείων που μπορούν, τώρα πια με τρόπο φυσιολογικό, να βρίσκονται και στο εσωτερικό και στο εξωτερικό του σώματος (όπως τα κόπρανα, το σάλιο).



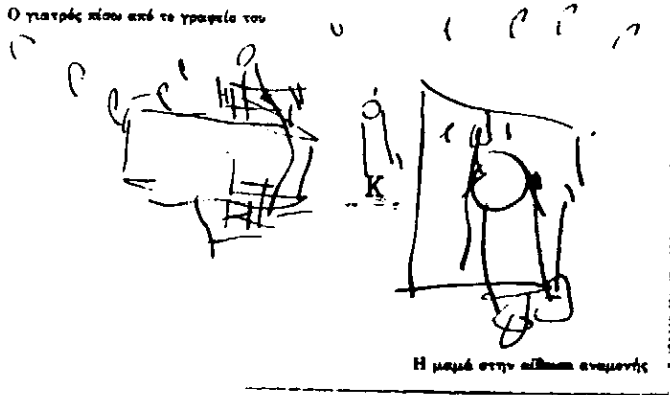
Για κάποιο χρονικό διάστημα, μετά από το στάδιο αυτό, εγκατέλειψε τη γραφική παραγωγή προς όφελος της πλαστικής. Με πλαστελίνη, κατασκεύαζε "ανθρώπους" που στην αρχή αντιπροσωπεύονταν από ένα ακατέργαστο κομμάτι της ύλης, στο οποίο η μόνη δράση που είχε εφαρμοσθεί ήταν το κόψιμο του από το υπόλοιπο υλικό και η, συχνά, μονολεκτική ονομασία: άνθρωπος, τρένο.

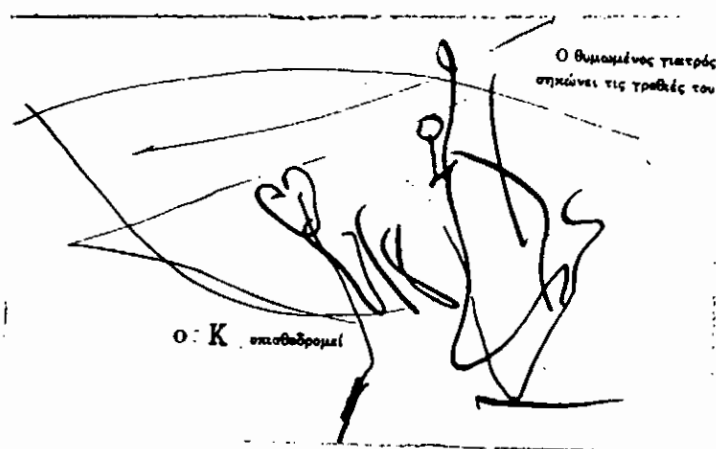
Στο κεντρικό αυτό κομμάτι πρόσθεσε, αργότερα, μέλη και κεφάλι.

Η επιστροφή στη γραφική παράσταση είναι δηλωτική της νευρωτικοποίησης και της πρόδου των συμβολικών διαδικασιών του Κ. Εικονογραφεί ιστορίες ανάμεσα σε ζώα με κεντρικό ήρωα έναν σκύλο. Το διάστημα αρχίζει να δηλώνεται μέσα στα σχέδια με την εμφάνιση στοιχείων του περιβάλλοντος (ποταμός, λίμνη, γέφυρα..)



για να φθάσει στην απεικόνιση των πραγματικών χώρων της συνάντησης και στην απόδοση των ψυχικών καταστάσεων των δρώντων προσώπων.





### Το νεογνό και οι βασικές αναφορές εξάρτησης - σύνδεσης με την μητέρα

Ο BOWLBY, περιγράφει πέντε συστήματα δεσμού: α) ο θηλασμός, β) η πρόσφυση, γ) η παρακολούθηση, δ) το κλάμα, ε) το χαμόγελο.

Η ευαισθητοποίηση αρχίζει στο μισό του δεύτερου μήνα της ζωής και ολοκληρώνεται μέχρι τον ένατο.

Μετά το μήνα αυτό, ο δεσμός είναι πολύ δύσκολος. Υπάρχουν συμπεριφορές σηματοδότησης (κλάμα, χαμόγελο, παραγωγή φθόγγων) και συμπεριφορές γειτνίασης (θηλασμός του μητρικού στήθους ή των υποκατάστατών του, πρόσφυση, παρακολούθηση "στα τέσσερα").

Η οργάνωση του εγώ συντελείται με τη συνδυασμένη δράση του κρατήματος, του χειρισμού και της παρουσίας του αντικειμένου. Το κράτημα είναι η ψυχική και φυσική υποστήριξη που η μητέρα προσφέρει στο παιδί, υποστήριξη από την οποία εξαρτάται η εσωτερικοποιημένη, και χωρίς διαλλείψεις, αναπαράσταση της μητέρας στον ψυχισμό του υποκειμένου.

Ο χειρισμός εκφράζει τον τρόπο με τον οποίο η μητέρα διακινεί τα μέλη και το σώμα του παιδιού όταν προσφέρει τις μητρικές φροντίδες και από τη δράση αυτή δημιουργείται στον ψυχικό κόσμο το πρωτόγονο αίσθημα της σωματικής ενότητας. Η παρουσία του αντικειμένου συνδέεται με την ικανότητα του υποκειμένου να εκφράζει την επιθυμία του και να δημιουργεί δεσμούς πόθου με τον

άλλο. Η παρουσία αυτή εξαρτάται από την ικανότητα της μητέρας να εκπροσωπεί για το παιδί το αντικείμενο που φέρνει την ικανοποίηση του αιτήματος, με τρόπο που το παιδί να έχει την ψευδαίσθηση πως είναι ο δημιουργός του αντικειμένου που ικανοποιεί. Αυτή η ψευδαίσθηση είναι απαραίτητη στην αρχή της ύπαρξης, για να αποκτήσει το παιδί εμπιστοσύνη στις δημιουργικές του ικανότητες, στη δυνατότητά του να αλλάζει τον εξωτερικό κόσμο για να πετύχει την ικανοποίηση των αναγκών του.

Οι S. LEBOVICI και J. MC. DOUGALL δεν δέχονται την άποψη πως "κάθε παιδί διασχίζει στο τέλος του πρώτου έτους της ζωής μια ψυχωτική προβληματική που αφήνει ουλές".

Τονίζουν το "ενδιαφέρον που υπάρχει στη μελέτη των ψυχοπαθολογικών μηχανισμών που δρουν στην παιδική ψύχωση γιατί, όλα μοιάζουν να δείχνουν πως οι μηχανισμοί αυτοί μπορούν να μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε τα άρρητα στοιχεία της εξέλιξης της φανταστικής παραγωγής στο νεογνό.

#### Σ τ ο ι χ ε ί α τ η ς α ν ά π τ υ ξ η ς τ ο υ λ ό γ ο υ

Οι M. DUGAS και J. HAZARD, ορίζουν την αλαλία ως "την απουσία του προφορικού λόγου που συνεπάγονται οι ψυχικές διαταραχές. Είναι, επίσης, η εξασάνιση της προφορικής έκφρασης. Οι συγγραφείς προσθέτουν πως "μπροστά σε κάθε πλήρη αλαλία, που διαρκεί, πρέπει να συζητήσουμε την πιθανότητα ύπαρξης μιας υποβόσκουσας ψύχωσης".

Στην περίπτωση του K διαπιστώθηκε πως η αλαλία ήταν πρωτογενής και πλήρης, μέχρι την ηλικία των τριών ετών, και πως εξελίχθηκε σε μερική και παλινδρομική αλαλία τα δυο πρώτα χρόνια της θεραπείας.

Ο K άρχισε να χρησιμοποιεί το εγώ γύρω στην ηλικία των επτά ετών, σε στιγμές στέρησης που είχαν σαν αφετηρία τη θεραπευτική σχέση.

Η χρησιμοποίηση του εγώ συμπύπτει στον K με τον έλεγχο του πρωκτικού σφιγκτήρα. Η MAHLER, μιλώντας για ένα παιδί που παρακολούθησε η ίδια, εξηγεί το φαινόμενο με τον ακόλουθο τρόπο: "η αναγνώριση, η ευχαρίστηση και η αποδοχή των κοπράνων της συνέπιπτε με την εγκατάλειψη της αντιστροφής των αντωνυμιών, λες και η αναγνώριση των απεκκριμάτων που είχε στο εσωτερικό



της και που ενεργητικά εξωθούσε, βοηθούσε να αποκατασταθεί η ταυτότητα του ίδιου του σώματος".

Αρκετοί συγγραφείς έχουν σταθεί στη μελέτη της παράλληλης ανάπτυξης του λόγου και της εικόνας του σώματος.

Ο Κ ακολούθησε αυτόν τον κανόνα. Σήμερα χρησιμοποιεί σωστά τις προσωπικές αντωνυμίες, τα ρήματα, αρκετά σωστά τα τοπικά επιρρήματα, αλλά το μη-διαφοροποιημένο γένος του οδηγεί στην σύγχυση των επιθετικών προσδιορισμών: το αρσενικό στη θέση του θηλυκού και αντίστροφα.

Στο CONGRES DE PSYCHIATRIE ET NEUROLOGIE DE LANGUE

FRANCAISE (Λουξεμβούργο, Ιούλιος 1984) προτάθηκαν οι ακόλουθες, πιθανές, αντιστοιχίες ανάμεσα στην εικόνα του σώματος και τη γλώσσα.

<u>Εικόνα του σώματος</u>	<u>Γλώσσα</u>
- καμιά απεικόνιση	= αλαλία
- απεικόνιση με ένα μόνο στοιχείο	- "λέξη φράση"
- απεικόνιση με περισσότερα στοιχεία τα οποία σχετίζονται μεταξύ τους	- φράση από περισσότερα στοιχεία, δυο-τρία, με εμφάνιση του ρήματος
- στερεοποίηση των εσωτερικών και εξωτερικών χώρων	- εμφάνιση των προσωπικών αντωνυμιών
- έλεγχος του πρακτικού σφικτήρα	- σωστή χρήση του εγώ ως υποκειμένου του ρήματος

## Η ΤΕΛΙΚΗ ΠΡΟΤΑΣΗ

Γνωρίζουμε όλοι μας καλά πως η ψυχική ανάπτυξη του μικρού παιδιού εξαρτάται από το επίπεδο των τρόπων με τους οποίους ο ψυχικός κόσμος του οργανώνεται: η σπουδή του χώρου, του λόγου και των ψυχικών επενδύσεων που η οικογένεια προτείνει στο παιδί, δημιουργούν τις βάσεις για μια υγιή οικοδομημένη ανάπτυξη προς τα μπροστά για μια λανθασμένη ανάπτυξη με ακατάλληλες σωματοψυχικές εμπειρίες που οδηγούν σε παλινδρομικές τάσεις ανάπτυξης του Εγώ.

Ο θυμός και η θλίψη είναι δυο βασικότερα συναισθήματα που βιώνοντάς τα το παιδί, μέσα στα πλαίσια της οικογενειακής ζωής και οργάνωσης, συντελούν στην διαμόρφωση μη ανεπτυγμένης εικόνας του σώματός του, μικρής γνώσης του αντικειμένου και ανίσχυρο Εγώ.

Αντίθετα η μη βιωσή τους αποτελεί έναν σημαντικό σταθμό στην διαπλάτυνση της προσωπικότητάς του.

Η μονομερής προσφορά υπηρεσιών από την μητέρα στο παιδί, κρατά την εξέλιξη του παιδιού στο στάδιο της "οιδιποδειοποίησης".

Όταν η μητέρα αντιμετωπίζει τις αγωνίες της βρεφοκομίας, ο ρόλος του πατέρα δεν θα πρέπει να περιορίζεται μόνο στο συναίσθημα ότι τώρα πια το παιδί έγινε ο αντίζηλος του, γιατί αυτή η σκέψη, μέσα από τις κινήσεις του προς το παιδί και την οποιαδήποτε τυπική παροχή φροντίδας, περνάει στο παιδί που προτιμά την αγάπη της μητέρας του που το θρέφει και το φροντίζει, με αποτέλεσμα την πλήρη ικανοποίησή του από αυτή και την αρχή ανάπτυξης μιας σχέσης εξάρτησης του ίδιου από τη μητέρα του.

Γι' αυτό το λόγο και πιστεύω πως η εφαρμογή τριμερούς θεραπείας (μητέρα-παιδί-θεραπευτής) στα συμβιωτικά παιδιά θα βοηθήσει στη βελτίωση του δεσμού ανάμεσα στη μητέρα και στο παιδί.

Αλλά πάνω απ' όλα πιστεύω πως μια σχέση αγάπης ανάμεσα στον πατέρα και την μητέρα περιέχει όλα τα στοιχεία για μια γεμάτη ικανοποίηση ανάπτυξη του παιδιού και για πλήρωση όλων των ψυχικών πόθων και όλων των φυσικών αναγκών του.

## Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

- Αλεξανδρόδης, Αθαν. Συμβιωτική παιδική φθχωση. Εκδόσεις Χατζη-  
νικολή, Αθήνα 1988.
- ANGYAL ANDRAS. NEYROSIS AND TREATMENT. DA CAPO PRESS, NEW YORK  
1982.
- BARON A. D AND WOODS M.S. PSYCHIATRY: PRETEST SELF-ASSESMET  
AND REVIEW. EDITION 4TH. HEALTH PROFESSIONS SERIES 1987,  
MC GRAW-HILL INTERNATIONAL EDITIONS, LONDON 1987
- DOPCHIE N. L'APPROCHE THERAPEYTIQUE DES PSYCHOSES INFANTILES.  
MASSON, PARIS 1969
- DUCHE D.J, STORK H ET TOMKIEWICZ S. LES PSYCHOSES INFANTILES  
MASSON, PARIS 1969
- KANNER L. " EARLY INFANTILE AYTISM " . JOYRNAL OF PAEDIATRICS,  
PAGE 25, MAY 1944, LONDON
- KAPLAN I. H AND SADOCK J, B. MODERN SYNOPSIS OF COMPREHENSIVE  
TEXT BOOK OF PSYCHIATRY. EDITION 3D. WILLIAMS AND WILKINS,  
BALTIMORE/LONDON 1975
- Καραπέτσος Αργ. Νευροψυχολογία του αναπτυσόμενου ανθρώπου.  
Εκδόσεις " Σμυρνιωτάκης ", Αθήνα 1988
- Κατσαράς Μ. Παθολογία των νεύρων και Ψυχιατρική. Εκδόσεις  
Παπαγεωργίου, Αθήνα 1898-1900
- LEBOVICI S. ET DOUGALL J. UN CAS DE PSYCHOSE INFANTILE. PUF,  
PARIS 1960
- LEVI - STRAUSS C. MYTHOLOGIQUES, LE CRU ET LE CYIT. PLON, PARIS  
1964
- Μάνος Ν. Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής. " UNIVERSITY  
STYDIO PRESS, Θεσσαλονίκη 1988
- MARGELLI D. LA PSYCHIATRIE DE L'ENFANT. PUF, PARIS 1983
- MAHLER M. INFANTILE PSYCHOSES. INTERNATIONAL UNIVERSITIES PRESS,  
NEW YORK 1968
- MEZZICH E. J AND GRANACH VON M. INTERNATIONAL CLASSIFICATION  
IN PSYCHIATRY. CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS, CAMBRIDGE 1988
- NOSBPITZ D. J. BASIC HANDBOOK OF CHILD PSYCHIATRY, DISTYRBANCES

- OF DEVELOPMENT . BASIC BOOKS, INC. PUBLISHERS, NEW YORK 1969
- NOSBPIZ D.J. BASIC HANDBOOK OF CHILD PSYCHIATRY, THERAPEUTIC INTERVENTIONS. BASIC BOOKS, INC. PUBLISHERS, NEW YORK 1969
- PANKOW G. " STRUCTURE FAMILIALE ET PSYCHOSE ". AUBIER-MONTAGNE, PARIS 1977
- PROVENCE S. AND LIPTON C. P . INFANTS IN INSTITUTIONS, " A COMPARISON OF THEIR DEVELOPMENT WITH FAMILY - REARED INFANTS, DURING THE FIRST YEAR OF LIFE " . YALE UNIVERSITY CHILD STUDY CENTER, INTERNATIONAL UNIVERSITIES PRESS, NEW YORK 1962
- SPITZ A. R. THE FIRST YEAR OF LIFE " A PSYCHOANALYTIC STUDY OF NORMAL AND DEVIANT DEVELOPMENT OF OBJECT RELATIONS ". INTERNATIONAL UNIVERSITY PRESS, NEW YORK 1965
- SCULLY H. J. PSYCHIATRY/THE NATIONAL MEDICAL SERIES FOR INDEPENDENT STUDY . HARVARD PUBLISHING COMPANY, PENNSYLVANIA 1985
- Συγκοβνας Γεώργ. Κρανιοεγκεφαλικές κατώσεις της παιδικής ηλικίας. " Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος ", Αθήνα 1984
- Τσιάντης Ιωάν. και Μανωλόπουλος Σωτήρ. Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής, " ψυχοπαθολογία " τόμος Β', Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1988
- Τσιάντης Ιωάν. και Μανωλόπουλος Σωτήρ. Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής, " θεραπευτικές προσεγγίσεις " τόμος Γ'. Εκδόσεις Καστανιώτη, Αθήνα 1988
- TUSTIN F. " AUTISM AND CHILDHOOD PSYCHOSIS ". THE HOGARTH PRESS, LONDON 1972
- FREUD S. " UN SOUVENIR D'ENFANCE DE LEONARD DE VINCI " . GALLIMARD, PARIS 1910
- FREUD ANNA. NORMALITY AND PATHOLOGY IN CHILDHOOD ASSESSMENTS OF DEVELOPMENT. INTERNATIONAL UNIVERSITIES PRESS, NEW YORK 1965
- HAMILTON E. LA MYTHOLOGIE. MARABOUT, PARIS 1978
- Χασάπης Ιωάν. Ψυχοπαθολογία της νηπιακής ηλικίας. Εκδόσεις ΒΕΕΛ-ΛΟΠΟΥΛΟΣ, Αθήνα 1987
- WINNICOTT D. " L'EFFET DES PARENTS PSYCHOTIQUES SUR LE DEVELOPPEMENT AFFECTIF DE LEUR ENFANT ". PAYOT, PARIS 1969

