



Η άποψη του ADOLF MEYER για την ταξινόμηση των Ψυχικών Παθήσεων

Δρ Αντωνάτος Σπύρος - Ψυχίατρος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Adolf Meyer (1866-1950) γεννήθηκε κοντά στη Ζυρίχη όπου και σπούδασε Ιατρική στο Πανεπιστήμιό της. Ανάμεσα σε άλλους είχε καθηγητή και το διάσημο τότε νευροπαθολόγο και κλινικό August Forel. Αρχικά στράφηκε στη νευρολογία, ισχυριζόμενος ότι η ψυχιατρική θα απαιτούσε “πολύ μεγαλύτερη ικανότητα για επικοινωνία μέσω του λόγου από όση θα διέθετα.” Παρόλα αυτά πάντοτε στριφογύριζε στις ιδέες της και συναναστρεφόταν διάσημους ψυχολόγους (τέλη 19^{ου} αιώνα). Εγκαταστάθηκε στο Σικάγο των ΗΠΑ και προσπάθησε να σταδιοδρομήσει ως νευρολόγος. Το μάλλον ατυχές γεγονός της ασθένειας της μητέρας του από μελαγχολία και η αυτοενοχοποίησή του για το παραλήρημα φτώχειας που εκείνη ανέπτυξε, προετοίμασαν το έδαφος για τις επακόλουθες απόψεις του σχετικά με την πολυπαραγοντική αιτιολογία της ψυχικής νόσου.

Αφενός η νοσηλεία της μητέρας του με δική του προτροπή στο νοσοκομείο Burghölzli, αφετέρου η προσφορά της θέσης του παθολόγου για 3000 ασθενείς στο Illinois Eastern Asylum, τον έφεραν σε επαφή με τις συνθήκες νοσηλείας καθώς και την ψυχιατρική φροντίδα και περιθαλψη. Γράφει σε μια έκθεση που αποστέλλει στον κυβερνήτη της πολιτείας Illinois: “ Το ιδεώδες άσυλο ή νοσοκομείο για τους φρενοβλαβείς θα όφειλε να εφοδιάζει τους ασθενείς με τα περισσότερα από τα πλεονεκτήματα του σπιτιού [...] Οι φύλακες θα έπρεπε να είναι νοσοκόμοι και όχι επιστάτες, θα έπρεπε να ζουν όπως οι ασθενείς, να τρώγουν το ίδιο φαγητό[...] και να μοιράζονται την αναψυχή και τις διασκέδασεις με τους ασθενείς με όσο το δυνατό λιγότερη αυταρχικότητα. Οτιδήποτε υπαινίσσεται συνθήκες κράτησης σε φυλακή θα πρέπει αυστηρά να αποφεύγεται.” (Meyer, 1895)

Πιο κάτω στην ίδια αναφορά σχολίαζε πως “ενώ ο γιατρός στη Γερμανία καθώς και σε άλλες χώρες έχει την υψηλότερη και ευρύτερη εκπαίδευση, εμείς εδώ διαθέτουμε την ικανότητα ενός μέσου επιχειρηματία. Περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο γιατρό ο φρενολόγος (αναφερόταν ως *alienist* τότε) πρέπει να διαθέτει μια ευρεία εκπαίδευση.”

Ξεκίνησε λοιπόν να θεραπεύει μέσα από την εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα που ο ίδιος γνώριζε πολύ καλά, δηλαδή, νευροανατομία, νευροπαθολογία και νευρολογία, ενώ στην πορεία πρόσθεσε και διαλέξεις πάνω στις ψυχώσεις. Υποστήριζε πως: “ Πρόκειται να μελετάμε ασθενείς. Εκείνοι από εμάς που διαθέτουν το ταλέντο της παρατήρησης θα προτιμώνται σε σχέση με όσους έχουν ίσως καλή μνήμη της

βιβλιογραφίας... Ο παρατηρητής που μπορεί να υποτάσσει τη μόρφωσή του από τα βιβλία καθώς και την ευφυΐα του θα έχει τις καλύτερες ευκαιρίες για κλινική εργασία.”

Καθώς συνέχισε να ασχολείται και να εμβαθύνει στα ψυχιατρικά προβλήματα, σταδιακά απογοητεύτηκε με την έμφαση που δινόταν τότε στον Emil Kraepelin (1855-1926) και άλλους συγγραφείς σχετικά με την κληρονομικότητα και την ιδιοσυστασία ως τις κύριες αιτίες των ψυχικών παθήσεων· άρχισε λοιπόν να σκέφτεται για τις επιδράσεις του περιβάλλοντος. Πολλαπλοί βιολογικοί, ψυχολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες συμβάλλουν στην ανάπτυξη και εξέλιξη του ατόμου και καθορίζουν το καθεστώς της ψυχικής υγείας ή νόσου. Τονίζοντας τους ψυχοκοινωνικούς, όπως και τους βιολογικούς παράγοντες ο Meyer καθιέρωσε την *ψυχοβιολογική σχολή* της ψυχιατρικής. Οι ιδέες του δεν απείχαν και πολύ από την ψυχανάλυση και την ψυχοσωματική ιατρική, αλλά μετά τον Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο το ενδιαφέρον των Βορειοαμερικανών για την ψυχοδυναμική ψυχιατρική αυξήθηκε σε τέτοιο βαθμό και οι βιολογικοί συντελεστές της ψυχικής νόσου δεν είχαν πλέον μεγάλη απήχηση.

Ανατρέχοντας αργότερα στη συγκεκριμένη περίοδο αμφισβήτησης, έγραφε πως: *“ Εγώ προσωπικά ήμουν ευαισθητοποιημένος αναφορικά με το συνδυασμό και τη διαφοροποίηση μιας πιθανής κληρονομικότητας και ιδιοσυγκρασιακών παραγόντων με σαφείς ψυχογενείς παράγοντες, από την περίπτωση προσβολής της μητέρας μου από κατάθλιψη λίγο μετά τη μετανάστευσή μου. ”* (Meyer, 1933)

Αν και διείδε την αξία των διαγνωστικών κατηγοριών που εισήγαγε ο Kraepelin για τις ψυχικές παθήσεις, αγωνίστηκε κατά της αλόγιστης χρήσης τους από άλλους. Εξέφρασε αυτή του τη θέση ως εξής: *“ Η προκατάληψη σχετικά με την αξία της διάγνωσης μιας νόσου είναι ότι μόλις η νόσος παρουσιάζεται βάζει τους γιατρούς στη θέση να επιλύουν τις απορίες σχετικά με το περιστατικό όχι με βάση τα γεγονότα που παρουσιάζονται από αυτή[...] αλλά με ένα σύστημα κανόνων. ”* (Meyer, 1906)

Δημοσίευσε άρθρα πάνω στη νευροπαθολογία και την κλινική ψυχιατρική. Εκπαίδευσε νέους ψυχιάτρους και αναδείχθηκε σε καθηγητή της Ψυχοπαθολογίας στην Ιατρική Σχολή του Cornell University στη Νέα Υόρκη. Στη συνέχεια, στα 1908, ανέλαβε διευθυντής της έδρας Ψυχιατρικής στο Πανεπιστήμιο John Hopkins στη Βαλτιμόρη, όπου και πάλι λειτούργησε μια νέα ψυχιατρική κλινική. Είχε την ενεργή συμπαράσταση σε αυτή του την προσπάθεια μερικών από τους πιο διάσημους Ευρωπαίους ψυχιάτρους του καιρού του, όπως ο Osler και ο Bleuler. Από τη συγκεκριμένη θέση επηρέασε πολύ και τη Βρετανική Ψυχιατρική, καθότι σημαντικοί Άγγλοι γιατροί εκπαιδεύτηκαν κοντά του στη Βαλτιμόρη και μετέφεραν κατόπιν τις απόψεις του στην πατρίδα τους.

Οι ιδέες και απόψεις του Adolf Meyer στην κλινική ψυχιατρική μπορούν να συνοψιστούν κάτω από πέντε επικεφαλίδες: ψυχοβιολογία- ταξινόμηση των ψυχικών διαταραχών- θεραπεία- νοσοκομειακή μεταρρύθμιση- διδασκαλία και εκπαίδευση.

i) Ψυχοβιολογία

Ο Meyer χρησιμοποίησε τον όρο "ψυχοβιολογία" για να καταδείξει μια μορφή προσέγγισης στην ψυχιατρική που απευθύνεται στο σύνολο του ατόμου και που μελετά μια μεγάλη κλίμακα παραγόντων (ψυχολογικών, κοινωνικών και βιολογικών) για την αιτιολογία των ψυχικών διαταραχών. Οι ιδέες αυτές είναι σήμερα τόσο ευρέως αποδεκτές ώστε να θεωρούνται πια ότι στρέφονται κατά των πεποιθήσεων που τότε επικρατούσαν.

Οι περισσότεροι ψυχίατροι (φρενολόγοι ονομάζονταν τότε) απέδιδαν τις ψυχώσεις ως διαταραχές με προκαθορισμένη και γενικώς δυσοίωνα πορεία· στη θεώρηση της αιτιολογίας τους, συγκέντρωναν το ενδιαφέρον τους σε κληρονομικούς παράγοντες, σε βιολογικούς ή/και νευροανατομικούς παράγοντες (*μονισμός*). Όσον αφορά δε τη

θεραπεία τους πρότειναν την κηδεμονία του ασθενή. Επίσης περνούσαν πολύ χρόνο σε δημόσιους διαλόγους συζητώντας για τη σχέση ανάμεσα σε νου και εγκέφαλο.

Η ψυχοβιολογία κινήθηκε ακριβώς στην αντίθετη κατεύθυνση από τις συγκεκριμένες ιδέες. Το πρόβλημα "νου/εγκέφαλος" (ή αλλιώς το ζήτημα "ψυχής – σώματος") απορρίφθηκε ως άλυτο, με τις δύο πλευρές του να θεωρούνται ως εξίσου σημαντικές για το άτομο. Είναι ο εγκέφαλος ή η ψυχή που ευθύνεται τελικά για την εκδήλωση της νόσου; Κάθε άτομο υπήρξε, κατά κύριο λόγο, προϊόν κοινωνικών δυνάμεων και άλλων εμπειριών ζωής, ενώ στην κληρονομικότητα αποδόθηκε σχετικά μικρότερη σημασία. Κάθε υγιής υπήρξε μοναδικός ως άτομο, και παρέμεινε μοναδικός και όταν ακόμη αρρώστησε: ο ψυχίατρος όφειλε να κατανοεί τους ασθενείς ως υποκείμενα μελετώντας το ατομικό αναμνηστικό τους και τη βιογραφία τους γενικότερα – δεν αρκούσε να τους κατατάσσει σε διαγνωστικές κατηγορίες. *Οι ψυχικές διαταραχές χαρακτηρίστηκαν ως αντιδράσεις του ατόμου απέναντι σε συσσωρευμένα γεγονότα της ζωής του: επιπλέον, το κάθε άτομο διαθέτει έναν περιορισμένο αριθμό τρόπων αντίδρασης.* Επέμενε να αρνείται τη χρήση των όρων "νόσος" και "σύνδρομο" στην ψυχιατρική. Καμία εξελικτική θεωρία δεν κρίθηκε ως αναγκαία προκειμένου να κατανοήσει κάποιος τη σχέση ανάμεσα στα γεγονότα ζωής των ανθρώπων και στους μη φυσιολογικούς τρόπους αντίδρασης: η κοινή λογική επαρκούσε.

Με τη φράση "κοινή λογική", ο Meyer δεν εννοούσε τις ομοιόμορφες απόψεις ενός λαϊκού ανθρώπου: αναφερόταν μάλλον σε μια επιστημονική κριτική που βασίζεται σε ιατρική γνώση, και η οποία συνδιαλέγεται με τις πραγματικές εμπειρίες και όχι τις θεωρητικές ασυνείδητες διαδικασίες.

Αν και ο Meyer ενδιαφερόταν για τη δουλειά του S. Freud και υπήρξε τιμητικό μέλος της New York Psychoanalytic Society, πίστευε ότι η ψυχαναλυτική προσέγγιση ενσωμάτωσε μια υπερβολική χρήση της θεωρίας.

Η ψυχοβιολογία απαιτούσε μια λεπτομερή εκτίμηση των εμπειριών ζωής του ασθενούς: κάτι τέτοιο μπορούσε να ενισχυθεί με το σχεδιασμό ενός "καταλόγου γεγονότων ζωής". Ο κατάλογος διέθετε στήλες για τα προβλήματα ζωής και για τις περιόδους της ψυχιατρικής διαδοχής, όπου για το καθένα καταγραφόταν το έτος που ξεκίνησε και τελείωσε. Η τελική πληροφορία όφειλε να απαντά στις παρακάτω ερωτήσεις: Ποια τα σφάλματα και οι αποτυχίες του ατόμου; Ποια μέσα και προσόντα διαθέτει; Τι θα μπορούσε να κάνει ως καλύτερο; Πως θα μπορούσε να τροποποιήσει τις δυσκολίες του;

ii) Ταξινόμηση: Οι "εργασίες" ("ergasias")

Η άποψη του Meyer για τις ψυχιατρικές διαταραχές ως ιδιαίτερα είδη αντίδρασης στις καταστάσεις τον οδήγησε να προτείνει ένα νέο σύστημα ταξινόμησης. Αν και βασικά είναι απλό, τελικά το σχήμα αυτό κατέληξε να είναι δύσκολο στην κατανόησή του με τους όρους που επέλεξε ο Meyer για να υποδηλώσει τον κάθε τύπο αντίδρασης. Αρχικά οι όροι αυτοί μοιράζονταν την ίδια κατάληξη "εργασία", μια λέξη που επελέγη από τον Meyer για να καταδείξει την "ψυχικά ολοκληρωμένη συμπεριφορά ή λειτουργία". Υπήρξαν επτά τύποι της εργασίας: α) ανεργασίες (anergasias) – μια ομάδα που γενικώς ανταποκρίνεται στις χρόνιες οργανικές ψυχιατρικές διαταραχές· β) δυσεργασίες (dysergasias) – που ανταποκρίνονται στις οξείες οργανικές διαταραχές· γ) θυμοεργασίες (thymergasias) – οι συναισθηματικές διαταραχές· δ) παρεργασίες (parergasias) – η σχιζοφρένεια και οι παρανοειδείς καταστάσεις· ε) μερεργασία (merergasias) – οι νευρώσεις· στ) κακεργασίες (kakergasias) – οι διαταραχές συμπεριφοράς· και ζ) ολιγεργασίες (oligergasias) – η νοητική καθυστέρηση.

Το συγκεκριμένο σχήμα ποτέ δεν υιοθετήθηκε ευρέως. Όμως, με την υποκατάσταση του όρου "εργασία" από την έκφραση "τύπος αντίδρασης", το σχήμα ενσωματώθηκε σε ένα σημαντικό Βρετανικό Εγχειρίδιο και επηρέασε την πρώτη έκδοση της ταξινόμησης

της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Ένωσης (DSM-I).

Σημειώνεται πως το κείμενο που επιλέξαμε για μετάφραση από όσα πλείστα μας άφησε ο Meyer, αφορά ακριβώς αυτή τη νέα ταξινόμηση που πρότεινε στα 1908 και το πώς ο ίδιος δικαιολογεί την επινοήσή του.

iii) Θεραπεία

Ο Meyer πίστευε ότι η θεραπεία άρχιζε με τις πρώτες συνεντεύξεις των ασθενών, κατά τις οποίες εκτιμούνται τα προτερήματά τους και οι δυνατότητές τους καθώς και οι αδυναμίες τους και τα μειονεκτήματά τους. Αποκάλεσε αυτή τη διαδικασία ως μια "επιμεριστική ανάλυση". Ο σκοπός ήταν να βοηθηθεί ο ασθενής να ανακαλύψει τον εαυτό του και όχι να του επιβληθεί ένα συμπέρασμα. Την επιμεριστική ανάλυση ακολουθούσε μια αντίστοιχη "επιμεριστική σύνθεση", κατά την οποία οι ασθενείς υποστηρίζονταν να χτίσουν πάνω στις δυνατότητές τους, να υπερπηδήσουν τα μειονεκτήματά τους και να προσαρμοστούν καλύτερα στις περιστάσεις. Εκτός από αυτά τα ψυχολογικά στοιχεία, η θεραπεία συμπεριλάμβανε και μετρήσεις για τη βελτίωση του ύπνου και της διατροφής καθώς και τη ρύθμιση της καθημερινότητας. Τα προβλήματα αντιμετωπίζονταν σε ένα συνειδητό επίπεδο, ξεκινώντας με τα πιο άμεσα και προσιτά ενώ αποφεύγονταν η εικτολογία σχετικά με τυχόν ασυνείδητες διαδικασίες. Ο ασθενής ενθαρρύνονταν να μιλάει με ελεύθερο συνειρμό στις συνεντεύξεις αυτές (ο Meyer προτιμούσε τον όρο "αυθόρμητος συνειρμός"), όχι όμως και για ψυχαναλυτική ερμηνεία. Εστίαζε στην ανάγκη για "εξάσκηση στις συνήθειες" ("habit training") με την οποία εννοούσε καθοδήγηση, επανεκπαίδευση, και άλλες παραμέτρους προκειμένου να μπορέσουν οι ασθενείς να διαχειριστούν καλύτερα τις πιέσεις στη ζωή τους. Η θεραπεία ήταν η συλλογική υπόθεση μιας ομάδας· οι νοσηλεύτριες εμπλέκονταν πλήρως, γίνονταν όμως και κατ' οίκον επισκέψεις από κοινωνικούς λειτουργούς. Επίσης ο Meyer εκτίμησε και προώθησε την εργασιοθεραπεία. Εφάρμοσε δε τις μεθόδους αυτού του είδους τόσο στη σχιζοφρένεια όσο και στις νευρώσεις. Σε καιρούς όπου οι σωματικές θεραπείες είχαν μικρή ευνοϊκή επίδραση και η διάγνωση της σχιζοφρένειας συνήθως οδηγούσε στον θεραπευτικό μηδενισμό, η θεραπευτική εμπιστοσύνη που ενέπνευσε ο Meyer υπήρξε σημαντική.

iv) Νοσοκομειακή μεταρρύθμιση

Υπήρξε από τους πρωτοπόρους της ανασυγκρότησης των αμερικανικών ψυχιατρικών νοσοκομείων. Το ενδιαφέρον του για τους κοινωνικούς παράγοντες στην ψυχική νόσο τον οδήγησε στο να ενδιαφέρεται και για την φροντίδα των ασθενών αφοτου εξέρχονταν από το νοσοκομείο αλλά και για την πρόληψη. Αρχικά με επιφύλαξη και στη συνέχεια με ένθερμο τρόπο υποστήριξε το κίνημα της "της ψυχικής υγιεινής" ("mental hygiene") που είχε ξεκινήσει από τον Clifford Beers, ένα δραστήριο λαϊκό άνθρωπο ο οποίος είχε περιγράψει πρώτος δυσάρεστες προσωπικές εμπειρίες από την ψυχιατρική θεραπεία στο βιβλίο του "A Mind That Found Itself" (1908). Ο Meyer άσκησε κριτική τόσο στην υπεραισιοδοξία του Beers στο θέμα της πρόληψης όσο και στην υπερεμπλοκή του στον τομέα της απασχόλησης. Παρόλα αυτά διείδε την αξία τέτοιων παρεμβάσεων. Κατέληξε λοιπόν να γίνει υποστηρικτής της ανάπτυξης τόσο της

ψυχιατρικής κοινωνιοθεραπείας όσο και της εργασιοθεραπείας. Όντως, τον πρώτο καιρό της κλινικής του σταδιοδρομίας, η σύζυγός του τον βοήθησε με το να επισκέπτεται η ίδια τις οικογένειες των ασθενών του, γενόμενη με αυτό τον τρόπο από τις πρώτες ψυχιατρικές κοινωνικές λειτουργούς στη Βόρεια Αμερική.

ν) Διδασκαλία και Εκπαίδευση

Ο Meyer πίστευε ότι οι φοιτητές της ιατρικής δεν όφειλαν να μάθουν μόνο για τις ψυχικές διαταραχές, αλλά και να κατανοήσουν την προσωπικότητα του ασθενούς και την ανάπτυξή της. Αρχικά, νόμιζε ότι αυτή η κατανόηση θα γινόταν μέσα από διαλέξεις στην ακαδημαϊκή ψυχολογία, πράγμα που υλοποίησε στα 1914 και για τους φοιτητές στην Ιατρική Σχολή Johns Hopkins. Μοιράστηκε την εκπαίδευση με τον J. B. Watson, το γνωστό συμπεριφοριστή, καθώς και με τον Knight Dunlup, αλλά δεν τα κατάφεραν. Παρά τις προσπάθειες τους, οι φοιτητές απέτυχαν να δουν τη συνάφεια της ακαδημαϊκής ψυχολογίας στη δουλειά τους με ασθενείς. Για το λόγο αυτό, ο Meyer ανέλαβε ο ίδιος ολόκληρη την εκπαίδευση, εστιάζοντας στη μελέτη της προσωπικότητας μέσα από κλινικά παραδείγματα και έτσι η εκπαίδευση θεμελιώθηκε. Πίστευε ότι η εκπαίδευση μετά την αποφοίτηση θα έπρεπε να δίνει έμφαση στη λεπτομερή μελέτη των ασθενών ατομικά. Η ψυχανάλυση αποτελούσε μέρος της εκπαίδευσης, αλλά όπως δήλωνε *“ως γεγονός μιας ευρύτερης εκπαίδευσης που πρέπει να περιορίζεται σε ιδιαίτερα ταλαντούχους κλινικούς γιατρούς και σε επιλεγμένους ασθενείς – δεν είναι όμως για να λογαριάζεται ως η αρχή που διαποτίζει ολόκληρη την πραγματική ψυχιατρική πρακτική.”* (Meyer 1933)

Οι ψυχίατροι έπρεπε να διδάσκονται νευρολογία και νευροπαθολογία, αλλά η εκπαίδευσή τους έπρεπε να γίνεται από ανθρώπους που διέθεταν επίσης μια κάποια εμπειρία στην κλινική ψυχιατρική.

Δύο μόνο επισημάνσεις πριν παραθέσουμε τη μετάφραση. Κατά πρώτο, ήταν ο Βάλτερ Μπένγκιαμιν (1892-1940), ένας Γερμανοεβραίος Μαρξιστής, κριτικός της λογοτεχνίας, δοκιμιογράφος, μεταφραστής του Μπωντλαίρ και του Προυστ αλλά και στοχαστής στενά συνδεδεμένος με τη Σχολή της Φρανκφούρτης, ο οποίος έγραφε : *“ το καθήκον του μεταφραστή [...] είναι να ελευθερώσει μέσα στη δική του γλώσσα εκείνη την καθαρή γλώσσα που βρίσκεται κάτω από την επήρειά της [...] αναδημιουργώντας εξ αρχής αυτό το έργο.”*

Για ορισμένους στοχαστές της ερμηνευτικής (Σλαϊερμάχερ, Χάιντεγκερ, Γκάνταμερ κ.α.), κάθε κείμενο είναι στην πραγματικότητα μη μεταδόσιμο, κρατώντας τον πυρήνα του σε ένα μεταφραστικό απαραβίαστο και κλείνοντας το συγγραφέα στη φυλακή της γλώσσας του.

Ο Πολ Ρικέρ (1913-2005), επίσης διαπρεπής της ερμηνευτικής και στοχαστής, ο οποίος δεν παραδέχεται το μεταφραστικό αδύνατο αν και τονίζει με τη σειρά του τη μεγάλη απόσταση που παρουσιάζουν οι λέξεις, οι φράσεις και τα κείμενα καθώς μετακινούμαστε από γλώσσα σε γλώσσα. Το ξένο κείμενο προβάλλει όντως ισχυρή αντίσταση στην εκπόρθησή του από τη μετάφραση, ο δε μεταφραστής αισθάνεται υπό αυτές τις προϋποθέσεις να περιορίζονται τα δικαιώματα της αυτονομίας του καθώς και η πολυθρύλητη ελευθερία του. Ο Ρικέρ απέναντι σε αυτή στη διαφαινόμενη μυστικιστική άρνηση η οποία προτιμάει το καθόλου από το κάτι και απεμπολεί το μέρος εν ονόματι του όλου, μας ζητάει να επιστρατεύσουμε τον πραγματισμό μας: αν βάλουμε στην άκρη το ιδανικό της τέλει μετάφρασης, παραμερίζοντας την επιδίωξη του μέγιστου που φέρει υπογείως η υπεράσπιση του μεταφραστικού αδύνατου, η

μετάφραση θα αποκτήσει ξανά όλη τη μεγαλοπρέπεια και τη μαγεία της και θα μας προσφέρει και πάλι τα λαμπρά της δώρα.

Από την πλευρά μας επίσης, κατανοούμε τόσο τη θέση του επιστήμονα Meyer που έγραψε αυτό το κείμενο όσο και το πλαίσιο μέσα στο οποίο κινήθηκε τότε (αρχές του 20^{ου} αιώνα). Ίσως επεδίωξε να εδραιώσει τους ισχυρισμούς του και τις προτάσεις του καταφεύγοντας αρκετές φορές στην επανάληψη, στην υπερβολική χρήση επιθετικών προσδιορισμών καθώς και στον καταϊγισμό επεξηγήσεων μέσα στην ίδια πρόταση με δευτερεύουσες αναφορικές προτάσεις. Η προσπάθειά μας λοιπόν ήταν εξαιρετικά δύσκολη για να αποδείξουμε τον υποκείμενο καθαρό λόγο του συγγραφέα.

Σε συνάρτηση δε με το συγκεκριμένο θέμα και κατά δεύτερο, μέσα στο κείμενο ανευρίσκεται συχνά το σύμβολο [...], το οποίο υποδεικνύει ότι έχει εξαιρεθεί σχετική ύλη, αφού κρίναμε πως κάτι τέτοιο δεν αλλοιώνει την ουσία του συγγραφέα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Οι βιβλιογραφικές αναφορές στον Adolf Meyer που βρίσκονται διάσπαρτες στην παραπάνω εισαγωγή, είναι δανεισμένες από το βιβλίο: Alfred Lief, 1948, *The Commonsense Psychiatry of Dr. Adolf Meyer*, 1st edition. New York: McGraw-Hill Book Company.

Εργαζόμενος σε στενή σχέση με τον Dr. Meyer, ο Alfred Lief συγκέντρωσε και δημοσίευσε πενήντα-δύο αναφορές, άρθρα σε περιοδικά και ομιλίες του διακεκριμένου ψυχιάτρου και τα συνέδεσε στο συγκεκριμένο βιβλίο με μια συναρπαστική βιογραφία του δασκάλου του. Μέσα στις σελίδες του ιχνηλατεί την ανάπτυξη της "κοινής λογικής" του Meyer ως τρόπου προσέγγισης στα προβλήματα της ψυχιατρικής, από την εποχή ακόμα της πρώιμης εργασίας του στο στα 1893, και διατρέχοντας τα χρόνια του σε , Μασσαχουσέτη, Νέα Υόρκη και τέλος στη Βαλτιμόρη, όπου υπηρέτησε ως καθηγητής της Ψυχιατρικής στο Πανεπιστήμιο John Hopkins για σχεδόν τριάντα χρόνια.

ΠΗΓΕΣ

Τίτλος κειμένου προς μετάφραση: "*Substitutive Activity and Reaction-Types*" (Κεφάλαιο 6: More Action in New York, σελ. 193-206), από το: Alfred Lief, 1948, *The Commonsense Psychiatry of Dr. Adolf Meyer*, 1st edition. New York: McGraw-Hill Book Company.

Το κείμενο αποτελεί ένα συνδυασμό από το "*The Problems of Mental Reaction-Types, Mental Causes and Diseases*" του Dr. Meyer που δημοσιεύτηκε στο *Psychological Bulletin*, 5:245 (15 Αυγ. 1908) και το "*The Relationship of Hysteria, Psychasthenia and Dementia Praecox*," που ανέγνωσε ο Dr. Meyer ενώπιον της Ψυχιατρικής Εταιρείας της Νέας Υόρκης στις 4 Μαρτίου του 1908 και στη συνέχεια δημοσιεύτηκε στο *Nervous and Mental Disease Monograph Series No. 9, Studies in Psychiatry*, 1:155 (1912).

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ

ΔΡΑΣΗ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΥΠΟΙ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ

Όσο παράξενο κι αν φαίνεται, η ψυχοπαθολογία έχει οδηγήσει σε πλείστες άκαρπες συζητήσεις πάνω σε δύο από τα πιο προσφιλή της θέματα: την επιθυμία της να κατανοήσει τις ασυνήθιστες αντιδράσεις του νου ως σημεία ερεθισμού ή άλλων βλαβών του οργάνου του, και την προσπάθειά της να χρησιμοποιήσει με δογματικό τρόπο το ιατρικό πρότυπο διατύπωσης (φόρμουλα) συγκεκριμένων νόσων.

Και οι δύο αυτές τάσεις είναι θεμιτές εντός των ορίων τους και μάλιστα αρκετά γόνιμες, αλλά εκτός αυτών παραπλανούν και αποσπούν την προσοχή μας από τη γραμμή μιας συνετούς εξέλιξης.

Ως αντιστάθμισμα σε αυτό, χρησιμοποίησα τον όρο «δράση υποκατάστασης» για μια ομάδα που δεν ωφελεί να αναλυθεί από νευρολογικής άποψης, και προσπάθησα να αποσυνδέσω την έννοια της διάγνωσης και της νόσου από τα νοούμενα με δογματικό τρόπο χαρακτηριστικά της.

Καταρχήν, η θεμελίωση του όρου «δράση υποκατάστασης».

Η ψυχοπαθολογία οδηγήθηκε από την παραδοσιακή ψυχολογία κάπως εσφαλμένα σε μια πρώιμη στασιμότητα σε ένα θέμα σχετικά ασήμαντο, με εξαίρεση τη συστηματική ανάλυσή του: το πρόβλημα των στοιχείων της ψυχικής ζωής με την έμφυτη λαχτάρα για *Ding an sich* [το πράγμα καθαυτό, το νοούμενο]. Οι περισσότεροι ψυχίατροι μάς κάνουν να πιστεύουμε ότι η νοσηρή ψυχική δραστηριότητα είναι νοσηρή λόγω της εισαγωγής απολύτως μη φυσιολογικών επιπρόσθετων στοιχείων· μάλιστα, τα απαριθμούν ως ψευδαισθήσεις, παραληρητικές ιδέες, ως μελαγχολία και μανία, ως ψυχαναγκασμούς κτλ. Με αυτά τα υποτιθέμενα ειδικά παράγωγα της «νόσου», ο ψυχοπαθολόγος προχώρησε στην εφαρμογή της αξιοσέβαστης διατύπωσης *ubi est morbus* [εκεί όπου βρίσκεται η νόσος], και χρησιμοποίησε τα συστηματοποιημένα συμπεράσματα της νευρολογίας, μέχρις ότου προέκυψε τελικά το δόγμα: εκείνο που ονομάζουμε ψυχικό στην καθημερινή ζωή, δεν μπορεί να είναι επιστημονικό, εκτός και εάν ερμηνευόταν σε μια μορφή μετανευρολογίας— δηλαδή, σε μια συστηματοποίηση των νευρολογικών συμπερασμάτων, την οποία όμως ελάχιστοι υποστηρίζουν εκείνοι που διαθέτουν ιδία γνώση του εγκεφάλου και των βλαβών του.

Το αποτέλεσμα ήταν η ψυχοπαθολογική έρευνα να στηριχτεί σε μια αρχαϊκή μέθοδο και να εμμένει σε αυτή, ακόμη και σε περιπτώσεις στις οποίες η σύγχρονη εξέλιξη και η σχετική διατύπωση των γνώσεων και της έρευνας με τις τρεις διαστάσεις της και το υποχρεωτικό στοιχείο του χρόνου, δηλ. η φόρμουλα του πειράματος, υπερέβαινε τα στατικά, γεωμετρικά σχήματα όπου τα φυσικά γεγονότα συμπτύσσονταν[...]

Η συνέπεια της νοούμενης στάσης – μια στάση που αναζητούσε το *Ding an sich*, το στοιχείο και εάν είναι δυνατόν τις «βλάβες» του, αντί για τα γεγονότα από άποψη πειράματος – είναι πως τα γεγονότα τα οποία θα όφειλαν να μάς απασχολήσουν, δεν εξετάζονται τελικά ως πειράματα της φύσης και πάνω στη λογική ότι είναι εύκολο να τα προσεγγίσει κανείς. Τουναντίον, εξετάζονται στη βάση της λογικής ενός συστήματος υποθέσεων που αποτελεί μια ψευδή επιστημονική ταυτολογία, ακριβώς όπως η ηθική του παρελθόντος έπρεπε να στηριχθεί σε ένα θρησκευτικό-ηθικό οικοδόμημα παρά στις απλές κοινωνιολογικές και ατομικές ανάγκες. Το μεγαλύτερο τμήμα όσων παρέχονται ως νευρολογικές εξηγήσεις των ψυχικών διεργασιών και ιδιαίτερα των μη φυσιολογικών, είναι ένας καταρράκτης από κοινοτυπίες και υποθέσεις σε μια ορολογία ενός επιστημονικού πεδίου στο οποίο σήμερα δεν είναι δυνατόν να ελεγχθούν τα συμπεράσματα. Πρόκειται για νευρολογική ταυτολογία εκείνου που θα εκφράζαμε καλύτερα όπως το βιώνουμε: βιολογικές αντιδράσεις ψυχικού τύπου.

Η νευρολογία ασφαλώς έχει το δικό της τομέα και αποτελεί ένα από τα πιο πολύτιμα πεδία ελέγχου, αλλά γιατί θα πρέπει να της παραδώσουμε ολοκληρωτικά τον πλουραλισμό της καθημερινής ζωής, όταν ασχολούμαστε με την ψυχοπαθολογία;

Το να περιορίσουμε τα δεδομένα της πραγματικότητας και τα γεγονότα αυτού του

κόσμου σε ένα σύστημα στο οποίο μπορούν να συνυπάρχουν λέξη προς λέξη αρμονικά, όπως ακριβώς σε μια εγκυκλοπαίδεια, με την εξάλειψη του στοιχείου του χρόνου και με μια ανυπέρβλητη λογική από νοούμενα, υπήρξε το δελεαστικό όνειρο ενός πρώιμου σταδίου γνώσεων. Το να αντιλαμβανόμαστε τα πράγματα ως συμμετοχοί σε *γεγονότα*, το να μετατρέπουμε τα πολύπλοκα *γεγονότα* σε απλούστερα *γεγονότα*, που παραμένουν όμως γεγονότα με το στοιχείο του χρόνου εντός τους, αποτελεί τη σύγχρονη λογική της επιστήμης καθώς και το κυρίαρχο χαρακτηριστικό της βιολογικής ψυχιατρικής...

Προκειμένου να περιγράψουμε γεγονότα, βιολογικά ή μη, καταγράφουμε τα σημεία εκκίνησης ή τις συνθήκες έναρξης, στη συνέχεια τις εξελίξεις και στο τέλος το αποτέλεσμα και το σημείο ηρεμίας. Δηλώνουμε ικανοποιημένοι με την ορθότητα της εικόνας και τη συνεπαγόμενη ερμηνεία, εφόσον τα διάφορα στάδια βρίσκονται σε αρμονία με θεμελιώδη πειράματα ή επαρκώς δοκιμασμένα και τυποποιημένα γεγονότα, και εάν διαπιστώσουμε ότι η εμπειρία με τις αρχές τροποποίησης του πειράματος μάς δίνει τη δυνατότητα να προβλέπουμε σωστά τη μεταβολή των αποτελεσμάτων.

Αυτή η πρακτική στάση, μάς επιτρέπει να λαμβάνουμε υπόψη όλες τις φυσικές συνέπειες που απορρέουν από το υλικό και οι οποίες υπεισέρχονται στα γεγονότα. Οι ψυχολογικές παρατηρήσεις πρέπει να ταιριάζουν με τους κανόνες της νευρολογίας, διαφορετικά υπάρχει αιτία να σημάνει κίνδυνος. Ωστόσο, εφόσον κάθε ψυχολόγος δεν είναι και νευροϊστολόγος, θα πρέπει να ενθαρρύνουμε τη χρήση όλων των μεθόδων που διατηρούν τον παρατηρητή στα πεδία στα οποία διαθέτει απόθεμα εμπειρίας – ο παρατηρητής της ψυχικής ζωής, της συμπεριφοράς και της προσαρμογής στο πεδίο της ψυχικής ζωής (με την έννοια της βιολογικής προσαρμογής του τύπου συμπεριφοράς και προσαρμογής) και το νευρολόγο στα πεδία των νευρολογικών πειραμάτων, αλλά, το τελευταίο που θα πρέπει να ενθαρρύνουμε είναι η βιαστική μετάφραση των επεισοδίων σε επαγωγικά σχήματα δομής, ψυχολογική ιστολογία και ιστοπαθολογική ψυχοπαθολογία. Σέβομαι πολύ τη πεδίο της ιστολογίας και της μελέτης της προσαρμογής και τους αντίστοιχους κανόνες συμπεριφοράς και τους κανόνες δοκιμής και ελέγχου για να παροτρύνω την υβριδοποίηση που συνήθως δεν ευνοεί υψηλά πρότυπα στην έκβαση.

Επομένως, διαπιστώνουμε στην ψυχοπαθολογία τη μελέτη της μη φυσιολογικής συμπεριφοράς και της διαφοροποίησης των καθοριστικών της παραγόντων. Για να χρησιμοποιήσω μια λαϊκή φράση: μελετάμε ό,τι γίνεται, και την ασφαλέστερη τελική δοκιμασία που μπορούμε να εισηγηθούμε: από οποιοδήποτε προκατασκευασμένο και αληθοφανές νευρωνικό σχήμα, είναι προτιμότερη η ερώτηση: «Πώς το αποτέλεσμα μιας ανάλυσης επηρεάζει τη δράση του παρατηρητή είτε για να διαμορφώσει τα γεγονότα ή για να διατυπώσει το πείραμα της φύσης;». Το ουσιαστικότερο επίτευγμα δεν είναι η ανέγερση ενός ανακτόρου από λέξεις λογικής ή περιγραφής, αλλά η επέκταση του ελέγχου της δράσης μας, όσο μέτρια κι αν θεωρηθεί αυτή.

Η δημιουργία συγκριτικών προτύπων με τους ίδιους παρονομαστές, και η αποτίμηση των επιτευγμάτων με βάση την επιρροή τους στη δράση μας για περαιτέρω ανάλυση ή γόνιμη τροποποίηση του πειράματος, αποτελεί το ιδανικό προς το οποίο θέλω να κατευθυνθώ.

Για πολύ καιρό, οι γιατροί έπρεπε να αποθαρρύνουν κάθε προσπάθεια να εξηγηθεί η μη φυσιολογική συμπεριφορά σύμφωνα με αυτό που βιώνουμε ως φυσιολογικό. Καταρχήν, η ενάντια αυτή στάση αποτελούσε επίμονο αίτημα της ιατρικής, εφόσον η αξία της ανθρώπινης συμπεριφοράς αποκλειστικά προσδιοριζόταν σύμφωνα με ηθικά σχήματα ώστε να θεωρείται πραγματικά δίκαιη. Μη φυσιολογικές ψυχικές αντιδράσεις αντιμετωπίζονταν με σχήματα ηθικής εξάσκησης και τιμωρίας στη βάση του δόγματος της αμαρτίας ακόμη κι όταν η αξιολόγηση της κατάστασης ως αμαρτωλής εθεωρείτο ως καταστρατήγηση της δικαιοσύνης. Επιπλέον, ο γιατρός συχνά διαπίστωνε ότι υπό την καθοδήγηση της συνήθους, ανεκπαίδευτης, καθημερινής, πρακτικής ψυχολογίας, μη φυσιολογικές καταστάσεις δεν επηρεάζονταν σε ικανοποιητικό βαθμό. Κατέληγε έτσι σε ένα μη δεσμευτικό θεραπευτικό σχήμα όπου πρόσφερε ηρεμία και προστασία και σωματική βελτίωση: και, εφόσον δεν υπήρχε κίνητρο για την αναζήτηση των πιθανώς χρήσιμων αν και λιγότερο εμφανών, καθοριστικών ψυχολογικών παραγόντων,

ικανοποιούσε την ενστικτώδη παρόρμησή του για την ερμηνεία της κατάστασης στο κινήγι του ιστολογικού νοούμενου. Με άλλα λόγια, έψαχνε για το «πραγματικό» νοσηρό αίτιο, ωθούμενος από το δόγμα ότι ο νους είναι είτε ένα επιφανινόμενο, είτε μια ανεξάρτητη πεμπτουσία, έξω από τη σφαίρα επιρροής του γιατρού.

Καθώς μελετάμε ανωμαλίες της ψυχικής δραστηριότητας και συμπεριφοράς, διαπιστώνουμε ότι ορισμένες οφείλονται απλώς σε μη ψυχολογικά γεγονότα, για παράδειγμα, συμβάματα στον εγκέφαλο, όπως απόφραξη αγγείων με συνακόλουθες εκφυλίσεις ή φλεγμονώδεις επεξεργασίες ή απλή γεροντική ατροφία ή δηλητηριάσεις· δηλαδή, καταστάσεις όπου η αιτιολογία, η εξέλιξη και η έκβασή τους συνδέονται με τη φυσιολογία και την παθολογία της διατροφής και του αγγειακού συστήματος του εγκεφάλου. Ωστόσο, υπάρχουν άλλες διαταραχές στις οποίες τα κυκλοφορικά και διατροφικά δεδομένα είναι απλώς συμπτωματικά και οι οποίες πιστεύουμε ότι εκφράζονται καλύτερα ως ψυχικά γεγονότα ή αντιδράσεις και οι συνέπειές τους. Ως παράδειγμα θα πρέπει να αναφέρω τα αποτελέσματα συναισθηματικού σοκ ή συναισθηματικής δυσφορίας, ή της συνεχούς εσφαλμένης και ανεξέλεγκτης ψευδούς λογικής. Εφόσον σε αυτές τις καταστάσεις διαπιστώνεται συχνά η δυσλειτουργία ορισμένων μη ψυχικών βιολογικών αντιδράσεων, μέσα από την περιστασιακή απώλεια ύπνου, την κακή διατροφή κτλ, ο γιατρός μπροστά στη φοβία του για την ψυχιατρική, τείνει να τις υπερεκτιμήσει και τέλος να θεωρήσει αυτές τις κατώτερες του εγκεφάλου καταστάσεις ως το νοούμενο ή το «πραγματικό» αίτιο, ακόμη και όπου δεν τις ανευρίσκει ή δεν έχει κάτι στο οποίο μπορεί να βασιστεί.

Ενόψει αυτών των τάσεων και ειδικά σε σχέση με τη μελέτη της υστερίας και της ψυχασθένειας, είναι δυνατό να εμφανιστούν αλυσίδες ψυχικών συμβάντων που τείνουν να εκπληρώσουν όλες τις συνθήκες ενός πειράματος, όπως για παράδειγμα, να ξεχωρίσουν οι αρχικοί παράγοντες, να φανεί η φυσική τους ανάπτυξη καθώς και η εξέλιξη του αναπόφευκτου αποτελέσματος. Επιπλέον, μπορούσε να καταδειχτεί ότι η επιτυχημένη θεραπεία εξαρτάται από συγκεκριμένους κανόνες οι οποίοι αφορούν τη δυνατότητα τροποποίησης αυτών των παραγόντων.

Ένα από τα πρώτα πράγματα που αποδείχτηκε χρήσιμο σε αυτή την κατεύθυνση ήταν ότι εγκαταλείφθηκαν τόσο η σχολαστικότητα σχετικά με τα υποτιθέμενα στοιχεία της ψυχολογίας όσο και οι απόπειρες να εξηγηθούν οι αλυσίδες γεγονότων που οφείλονταν σε τέτοια στοιχεία. Αποδείχθηκε πολύ πιο ικανοποιητικό να μιλάμε με όρους κατάστασης, αντίδρασης και τελικής προσαρμογής αλλά και να περιγράφουμε το σύνολο των γεγονότων αλληλεπίδρασης σύμφωνα με την σοβαρότητά τους· χωρίς υπερβολικούς ηθικούς δισταγμούς, σχετικά με τη συστηματοποίηση για το ποιο θα είναι το τελευταίο πράγμα που θα φθάσει σε ένα στάδιο πέραν της λογικής βεβαιότητας. Στο παρόν στάδιο των βιολογικών μας γνώσεων, είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούμε τις ευρείες έννοιες των ενστίκτων, των συνηθειών, των ενδιαφερόντων και συγκεκριμένων εμπειριών και δυνατοτήτων, παρά τις έννοιες της δομικής ανάλυσης.

Ορισμένες από τις αντιδράσεις μοιάζουν τόσο πολύ με ότι βιώνουμε στην καθημερινή ζωή, ώστε δεν παρουσιάζουν καμία δυσκολία. Μια σοβαρή κατάθλιψη, η οποία οδηγεί σε απόπειρα αυτοκτονίας και σημαντική μεταβολή της συνολικής βιολογικής κατάστασης, παρουσιάζει μια εύλογη αλυσίδα εξέλιξης και τείνει να μάς πληροφορήσει για όλα όσα μπορούμε να πράξουμε στη συγκεκριμένη περίπτωση. Αλλά τι συμβαίνει στην εμφάνιση υστερίας ή ψυχασθένειας με τους παράξενους συλλογισμούς και τις εκρήξεις οργής ή στις περίεργες αντιδράσεις παραληρηματικών καταστάσεων στις οποίες ο ασθενής καθίσταται εμφανώς ακατανόητος; Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις έχει επιχειρηθεί να αποδοθούν εξηγήσεις σωματικής προέλευσης. Οι ψευδαισθήσεις έχουν περιγραφεί και εξηγηθεί ως η απόρροια περιφερικής διέγερσης με συνακόλουθες δευτερογενείς αισθήσεις, ή έχει αναφερθεί πως οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες οφείλονται σε αποσύνδεση νευρικών μηχανισμών. Σπλαγγχνικές αναισθησίες και παραισθησίες έχουν αναφερθεί ως αιτίες, χωρίς όμως να επιτυγχάνεται κάτι παραπάνω από την παράφραση των καταστάσεων ή τη διεύρυνση του πεδίου από το οποίο μπορούν να προκύψουν πολύτιμες εξηγήσεις· το γεγονός αυτό συνετέλεσε

στη χαλάρωση του μονόπλευρου δόγματος της αποκλειστικής τους απόδοσης στην ανατομία, έτσι ώστε κάποιοι ερευνητές διαπίστωσαν πρακτικά πλεονεκτήματα στην ενασχόλησή τους με λειτουργικές και πειραματικές διαδικασίες.

Μόλις καταφέρουμε οι αντιδράσεις να εμφανίζονται ως μέρος μιας προσαρμογής – η απάντηση σε ένα αίτημα – το θέμα της έρευνας μας καθίσταται απείρως πιο πρακτικό και ο χειρισμός του γίνεται πιο εφικτός. Αποφεύγοντας άχρηστους γρίφους απελευθερώνεται ποσότητα μάζα νέας ενέργειας. Όταν φθάνουμε σε τέτοιου είδους κύματα από γεγονότα, όπως ο ύπνος ή πολλές από τις πιο αυστηρά ψυχικές αντιδράσεις, όπως τα συναισθήματα, και τις ακόμη περισσότερο πολύπλοκες, σύνθετες αντιδράσεις, όπως η καθημερινή εργασία, δεν είναι δυνατό να αποδεχθούμε τον τεράστιο κατάλογο μιας ομάδας συγκεκριμένου αριθμού και διάταξης κυττάρων και αλληλεπιδράσεων χωρίς να ομαδοποιούνται τα εξωτερικά ερεθίσματα σύμφωνα με τις κυτταρικές μονάδες του σχήματος μας και τα στοιχεία της δομικής ψυχολογίας· πρέπει μάλλον να δεχθούμε ότι υπάρχουν υψηλότερες μονάδες, καμπύλες αντίδρασης, τύποι αντίδρασης και χωρίς να διολισθαίνουμε και πάλι σε μια σχολή ψυχολογίας, θα πρέπει να παραδεχθούμε ως πρακτικό τον χαρακτηρισμό των αντιδράσεων ως μέρος μιας προσαρμογής, μιας απάντησης σε κάποιο αίτημα.

Αυτό που συστήνει τη συγκεκριμένη έννοια ως μια προκαταρκτική συνοπτική διατύπωση, είναι η σφιχτή προσαρμογή της στη θεμελιώδη διατύπωση της συστηματοποιημένης εμπειρίας, το πείραμα. Οι αντιδράσεις καθορίζονται ως πειράματα, ως προσαρμογές σε μια κατάσταση. Κάτι τέτοιο μας τοποθετεί στην τροχιά των γεγονότων χωρίς να τα μεταβάλλουμε σε μη αναγνωρίσιμα και να τα ντύνουμε με το στενό ζουρλομανδύα των παραδοσιακών υποθέσεων. Ο υπερβολικός φόβος της προσωπικής εξίσωσης θεωρείται γελοίος. Το πρώτο βήμα ήταν πάντοτε η προσεκτική παρατήρηση των πραγματικών γεγονότων ή πραγματικών ενδεχόμενων, ενώ η ανάλυση του τρόπου αποτελεί δευτερεύουσα διαδικασία. Η ιστορία με το μήλο του Νεύτωνα και το δοχείο που βράζει του Watts αποτελούν σχετικά ανέκδοτα, ίσως όχι ιστορικά ακριβή, αλλά δείχνουν τι συνέβαινε. Στις συγκεκριμένες καταστάσεις εμφανίζουμε γρηγορότερα τις ελλείψεις στις παρατηρήσεις μας και την κρίση μας συγκριτικά με τη ρουτίνα των παραδοσιακών συστημάτων, που δημιουργούν ανώμαλες θέσεις δύσκολα ελεγχόμενες. Η θεωρητικολογία αποτελεί αδιάσειστο στοιχείο για τον τύπο του νου που μπορεί να ανακαλύπτει πράγματα, αλλά οι ανακαλύψεις συνδέονται ισχυρά με πραγματικά γεγονότα και ευαισθητοποίηση σε νέα δεδομένα της πραγματικότητας.

Στη μελέτη αυτή των προσαρμογών, η έννοια των αντιδράσεων υποκατάστασης μας επιτρέπει να μην απομακρυνθούμε από το πεδίο της πειραματικής προσέγγισης της έρευνας. Το να προσπαθήσουμε να εξηγήσουμε μια υστερική κρίση ή ένα σύστημα παραληρητικών ιδεών με βάση υποθετικές κυτταρικές αλλαγές, τις οποίες δεν μπορούμε να προσεγγίσουμε ή να αποδείξουμε, αποτελεί στην παρούσα φάση της ιστοφυσιολογίας μια ανώφελη προσπάθεια. Η συνειδητοποίηση ότι μια τέτοια αντίδραση αποτελεί εσφαλμένη ανταπόκριση ή υποκατάσταση μιας ανεπαρκούς ή προστατευτικής ή διαφορούμενης ή ακρωτηριασμένης απόπειρας για προσαρμογή, ανοίγει δρόμους έρευνας στην κατεύθυνση καθοριστικών παραγόντων που μπορούν να τροποποιηθούν· ξαφνικά λοιπόν, βρισκόμαστε σε ένα ζωντανό πεδίο, σε αρμονία με τα ένστικτα μας για δράση, πρόληψη, τροποποίηση και κατανόηση, δικαιώνοντας την επιθυμία για αμεσότητα αντί για νευρολογική ταυτολογία.

Οι συνθήκες που συναντάμε στην ψυχοπαθολογία είναι λίγο ως πολύ ανώμαλοι τύποι αντιδράσεων που επιζητάμε να μάθουμε να διακρίνουμε τον έναν από τον άλλο, να ανατρέξουμε στην κατάσταση ή τις συνθήκες κάτω από τις οποίες προέκυψαν και να μελετήσουμε τη δυνατότητα τροποποίησής τους. Γι' αυτό, διδάσκω τους φοιτητές να ξεκινούν ουσιαστικά από έξι τύπους διαταραχών ή τύπους αντίδρασης:

1. Αντιδράσεις οργανικών διαταραχών:

α. Τύποι που μπορούν να περιριστούν στους συνδυασμούς συμπτωμάτων ασυμβολίας (ψυχική τύφλωση και ψυχική κώφωση), απραξίας και αφασίας, και στα συμπτώματα βλαβών του μεσολόβιου.

β. Αντιδράσεις, στο έδαφος εστιακών ή διάχυτων παθήσεων, με τη μορφή επιληπτοειδών αντιδράσεων, αληθών κινητικών σπασμών ή ψυχικής επιληψίας, ή λιγότερο σαφείς καταστάσεις αμηχανίας ή σύγχυσης, περιπλάνησης ή πράξεων βίας, συνήθως συνοδευόμενες από αμνησία· ή καταστάσεις διάχυτων ελλειμμάτων της μνήμης καθώς και ελαττωματικής κρίσης - (α) Σύμπλεγμα συμπτωμάτων (complex) του Korsakoff: μεγάλη αδυναμία στην απομνημόνευση, σχετικά σαφής κατανόηση του ορατού, αλλά απελπιστική διαταραχή προσανατολισμού όσον αφορά το χρόνο καθώς και μυθοπλασίες, (β) προϊούσα γενική παράλυση: ιδιαίτερα αξιοσημείωτες αντιφάσεις όσον αφορά στην ημερομηνία και τους υπολογισμούς, διαταραχές αισθητηριακής αντίληψης και κρίσης καθώς και παράλογες ιδέες και (γ) γεροντική αντίδραση: ελλείμματα σε μνήμη, απομνημόνευση και προσανατολισμό· τάση να ζει με τις αναμνήσεις, συχνά με παραλήρημα που αναφέρεται στην επαγγελματική δραστηριότητα.

2. Καταστάσεις ντελίριου με ονειρώδεις φαντασιοπληξίες, ψευδαισθήσεις, ειδικά οπτικές ή ειδικά ακουστικές, παροδικές ή πιο συστηματοποιημένες κάτω από μια σημαντική επίδραση (φόβος, καχυποψία), με έλλειμμα στην κατανόηση και στον προσανατολισμό· αντίδραση σε άμεση δηλητηρίαση (χασίς, μελαντόνα), ή πυρετός ή εξάντληση, ή παρατεταμένες εξαντλητικές, τοξικές ή λοιμώδεις επιδράσεις. Οι εξωγενείς (τοξικές-εξαντλητικές) και οργανικά προσδιορισμένες μορφές συνήθως παρουσιάζουν ορισμένα ίδια *σωματικά* σημεία. Οι ενδογενείς ή ψυχογενείς τύποι (υστερικό ή επιληπτικό ντελίριο ή λοιπές ψυχογενείς βίαιες εκδηλώσεις) προσδιορίζονται συνήθως από δικά τους συμπτώματα (υστερικά ή επιληπτοειδή χαρακτηριστικά και περιβάλλον), και μπορούν να ανιχνεύονται σε τύπους αντιδράσεων υποκατάστασης.

3. Οι θεμελιώδεις συναισθηματικές αντιδράσεις: οι μανιοκαταθλιπτικοί τύποι αντίδρασης χαρακτηρίζονται από ταλαντεύσεις στην κατεύθυνση αισθήματος ευεξίας και ψυχικής ανάτασης καθώς και τάσης για φυγή ιδεών και άστοχη δραστηριότητα, ή στην κατεύθυνση αισθήματος δυσκολίας, βραδυψυχισμού ή πραγματικής αναστολής, και θλίψης, κατήφειας, ή ενός μείγματος αυτών των στοιχείων. Στον αγχώδη τύπο ακολουθείται μάλλον η σειρά νευρικότητα-αμηχανία-άγχος. Οι απλές καταθλίψεις θεωρούνται, λίγο ως πολύ, υπερβολές της γνωστής κατάθλιψης.

4. Παρανοϊκές αναπτύξεις – με τυπικά ορθή συμπεριφορά και αντίληψη, αλλά ανικανότητα να εναρμονίζονται οι προσωπικές σκέψεις και επεξεργασίες και στάσεις στα γεγονότα. Επομένως, διαπιστώνουμε τους εξής βαθμούς ανάπτυξης:

α. Αίσθημα ανησυχίας, τάση για μελαγχολικές σκέψεις, ιδεομηρυκασμοί και ευθιξία, με ανικανότητα να διορθώνει τις έννοιες και να κάνει παραχωρήσεις –παρανοϊκή ιδιοσυγκρασία και παρανοειδείς διαθέσεις.

β. Εμφάνιση κυριαρχικών αντιλήψεων, καχυποψία, ή ανισόρροποι στόχοι.

γ. Εσφαλμένες ερμηνείες με ιδέες αυτοαναφοράς και τάση προς συστηματοποίηση, με ή χωρίς –

δ. Αναδρομική ψευδαισθητική παραποίηση, κτλ.

ε. Μεγαλομανιακή ανάπτυξη, ή αποδιοργάνωση, ή εναλλαγή οξέων επεισοδίων.

στ. Σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή μπορεί να παρουσιαστούν αντικοινωνικές και επικίνδυνες αντιδράσεις ως αποτέλεσμα της έλλειψης ικανότητας προσαρμογής και των υπερβολικών διεκδικήσεων της διαταραγμένης προσωπικότητας. Παρανοϊκές εξελίξεις συντελούνται όταν οι ισχυρισμοί της προσωπικότητας με βάση τη λογική και την αιτιολόγηση γίνονται πάνω σε εσφαλμένους συλλογισμούς με ανεπαρκή συναίσθηση της ανάγκης για διόρθωση – ως εκ τούτου, εμφανίζονται περιστασιακά επεισόδια παράνοιας καθώς και ο παρανοειδής χαρακτήρας της «ανάρρωσης χωρίς επίγνωση».

5. Διαταραχές υποκατάστασης του τύπου της υστερίας (κατάδυση της ενοχλητικής εμπειρίας ή του ενοχλητικού θέματος και μετατροπή της αντίδρασης σε υστερικές εκδηλώσεις, συνήθως με το μηχανισμό της αμνησίας), καθώς και ψυχασθένεια (ιδεομηρυκασμοί που οδηγούν σε καταστάσεις έντασης και πανικού, και υποκατάσταση φοβιών, ιδεοληψιών και, εν γένει, ατελείς αντιδράσεις).

6. Τύποι ελλείμματος και αποδιοργάνωσης: ύπαρξη ή ανάπτυξη θεμελιωδών

διαφορών ανάμεσα στη σκέψη και την αντίδραση, έλλειψη ενδιαφέροντος και συναισθηματικής ευαισθησίας με περιέργες αντιδράσεις: αόριστη φανταστική (τρελή) ή υστερική ή ψυχοσθενική αντίδραση με αίσθημα εξαναγκασμού, και ιδιόμορφης αφύσικης παρεμβολής στη σκέψη κτλ, συχνά με παρανοϊκές, κατατονικές ή καταστρεπτικές εκρήξεις οργής.

Αυτές οι καταστάσεις δεν πρέπει να θεωρούνται ως «διαγνώσεις», αλλά ως τύποι αντίδρασης: Στους δύο πρώτους κυριαρχούν σωματικές καταστάσεις· ο τρίτος και κατά ένα μέρος ο τέταρτος θεωρούνται ως μη φυσιολογικές αναπτύξεις μεμονωμένων αντιδράσεων, οι οποίες μερικώς μεν και κατά κύριο λόγο εξαρτώνται από τη σύσταση (οι αυθεντικές μανιοκαταθλιπτικές και παρανοϊκές αντιδράσεις) μερικώς δε και πιο ειδικά εξαρτώνται από γενικές καταστάσεις (όπως πολλές αγχώδεις καταστάσεις και απλές καταθλίψεις). Η πέμπτη και η έκτη ομάδα θεωρούνται ως λιγότερο έκδηλες και άμεσες υπερβολικές απαντήσεις παρά άμεσες εσφαλμένες υποκαταστάσεις ποικίλων εξαρτημένων τρόπων διαφυγής, πρόωρη εξέλιξη ενστίκτων κτλ. Σε κάθε ανώμαλο ψυχικό αστερισμό συμπτωμάτων (constellation), διαπιστώνουμε: (1) Τα μη ψυχικά στοιχεία (γενικές σωματικές διαταραχές ή επιδράσεις διαταραχών ειδικών οργάνων, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται οι διατροφικές και αδρομερώς ιστολογικές διαταραχές του νευρικού συστήματος), (2) τα στοιχεία που εκτιμώνται πλήρως μόνο με ψυχολογικές έννοιες, είτε εμφανούς και άμεσης αποτυχίας, ή υποκατάστασης.

Με μια τέτοια υποδιαίρεση, ο φοιτητής εισέρχεται αμέσως σε μια πρακτική βάση, η οποία υποδηλώνει τις κύριες κατευθύνσεις διάκρισης και δράσης με όρους ευπρόσιτων γεγονότων. Περιμένουμε από αυτόν να περιγράψει το περιστατικό λαμβάνοντας υπόψη του την κατάσταση και τα προσωπικά στοιχεία και να διακρίνει ανάμεσα σε μη φυσιολογικές αντιδράσεις οι οποίες ουσιαστικά υποδεικνύουν μη ψυχικές διαταραχές και σε άλλες διαταραχές, κατά κύριο λόγο υπερβολικές απαντήσεις προσωπικής αντίδρασης· επιπλέον δε να διακρίνει από άλλες, οι οποίες περιγράφονται προσωρινά ως αντιδράσεις υποκατάστασης, καταλαμβάνοντας τη θέση όσων απαιτούνται για την εκπλήρωση του αστερισμού συμπτωμάτων και προτείνοντας τη διερεύνηση για το τι ακριβώς προσδιορίζει την υποκατάσταση (οι υστερικές ή ψυχοσθενικές ή λοιπές αντιδραστικές συνήθειες συνοδευόμενες ή μη από «συμπλέγματα»).

Είναι φανερό ότι με μια τέτοια διευθέτηση των δεδομένων μας, τερματίζονται τα δήθεν προβλήματα του ψυχοσωματικού παραλληλισμού καθώς και το μεγαλύτερο μέρος από ό,τι συνιστά την παραδοσιακή ψυχολογία*. Η δομική ψυχολογία έχει τη θέση της στην ψυχοπαθολογία ως βοήθημα στην αναγνώριση, διάκριση και ανάλυση των γεγονότων· όμως, είναι ανάγκη το πρόβλημα αυτό καθαυτό να αποτελείται από δυναμικές έννοιες. Προκειμένου να είναι δυναμικές, οι «ψυχικές αντιδράσεις» λαμβάνονται ως ολοκληρωμένες φάσεις προσαρμογής, ή διαγωγής και συμπεριφοράς, στις οποίες συμπεριλαμβάνονται τόσο οι «σωματικές» όσο και οι «ψυχικές» πτυχές, ως αντιδράσεις προσαρμογής του ατόμου συνολικά, σε αντίθεση με τις μη ψυχικές αντιδράσεις ή δράσεις των διαφόρων σωματικών οργάνων.

Οι ψυχικές αντιδράσεις θεωρούνται απαραίτητα ως σωματικές, σε αντιδιαστολή αλλά και σε διαφοροποίηση από τις μη ψυχικές αντιδράσεις με τη βοήθεια του ποιοτικού χαρακτηριστικού της συνείδησης με την οποία συνυπάρχουν χρονικά. Πρόκειται για τις *στάσεις και τις αντιδράσεις του ατόμου ως σύνολο*. Διαθέτουν τις αναβολικές και τις καταβολικές τους πλευρές. Οι προσωρινοί αστερισμοί συμπτωμάτων τους καθορίζουν την έναρξη και την εκτέλεση οποιωνδήποτε νέων αντιδράσεων Μπορεί να ευθύνονται για την ομαλότητα στις αντιδράσεις ή να παρεμβαίνουν τόσο σε αυτή καθεαυτή την ταυτόχρονη εμφάνισή τους όσο και στη ροή των προσαρμογών και επίσης στην ισορροπία της αναβολικής και καταβολικής διαδικασίας. Διαταραχές μπορεί να εμφανισθούν προς οποιαδήποτε κατεύθυνση, στην προσαρμογή του ρεύματος δράσης για ψυχική ή λειτουργική ισορροπία όπως και στο ζήτημα της διατροφής, σύμφωνα με σαφείς κανόνες ασυμβατότητας. Όμως, η λειτουργία και η

* Επομένως σύμφωνα με την "ψυχοβιολογία" και τον Adolf Meyer, σώμα και ψυχή ευθύνονται ακριβώς το ίδιο για την εκδήλωση της νόσου στο άτομο.

διαταραχή της ίσως να αποτελούν το μόνο διαθέσιμο υλικό που μπορούμε να επεξεργαστούμε. Ο Jung αναφέρεται στις επιδράσεις των συμπλεγμάτων και υποστηρίζει την παραγωγή τοξινών, ενώ προσωπικά επιμένω περισσότερο στην παρεμβολή στις ομαλές και επαρκείς αντιδράσεις συνήθειας και απαντήσεις με πιθανότητα εμφάνισης αναβολικών και καταβολικών διαταραχών. Γιατί θα πρέπει να επιμείνουμε στη «σωματική νόσο», εάν πρόκειται απλώς για μια διατύπωση ορισμένων ασαφών εμποδίων, ενώ οι λειτουργικές δυσκολίες παρέχουν ένα σαφές και ελεγχόμενο σύνολο γεγονότων τα οποία μπορούμε να επεξεργαστούμε;

Είναι λυπηρό πως αυτό που στην καλύτερη περίπτωση μπορεί να αποτελεί μόνο μια προσωρινή βοήθεια και σχήμα προκειμένου να αποκτήσουν μια υποδηλωτική και χρήσιμη σειρά τα δεδομένα μιας περίπλοκης διαταραχής όπως η πρώιμη άνοια, να λαμβάνεται ως αυστηρή και δογματική θέση από τους γιατρούς που την εμφανίζουν κατηγορηματικά ως νόσο. Η «νόσος» αποτελεί μια διατύπωση που καθίσταται ασαφής και αόριστη, εκτός εάν συνοψίζει ορισμένα ουσιαστικά δεδομένα ή ενσωματώνει ορισμένες εφαρμόσιμες εμπειρικές αρχές. Η έννοια της νόσου ή της νοσολογικής οντότητας είναι κάθε άλλο παρά δυσδιάκριτη σε περιπτώσεις όπου είναι εύκολο να επιβεβαιώσουμε την οντότητα. Τα κατάγματα και οι μώλωπες είναι τόσο εμφανή, ώστε δεν χρειαζόμαστε νοούμενα για να τα αποδείξουμε· σε λοιμώδεις νόσους, η διατύπωση είναι εξίσου απλή: ένας οργανισμός με κάποια ευαισθησία για την πρόκληση μιας συγκεκριμένης μορφής λοίμωξης αντιδρά με ορισμένο τρόπο. Ένα μεγάλο σύμπλεγμα «νόσων» αποτελείται από ανεπάρκεια ή πτωχή προσαρμογή της λειτουργίας που απαιτείται, με άλλα λόγια, από διαταραχές της ρύθμισης. Όταν αυτές οι διαταραχές συνεπάγονται την ανεπαρκή αποκατάσταση των προοδευτικών δομικών μεταβολών που συμβαίνουν σε οποιοδήποτε στάδιο του μηχανισμού, αυτό το χαρακτηριστικό ενδέχεται να ξεχωρίζει ως «νόσος» ή, σύμφωνα με την καθομιλουμένη ιατρική ορολογία, ως «η παθολογία».

Η «νόσος» αποτελεί το νοούμενο για ορισμένους συνδυασμούς συμπτωμάτων. Εάν ο όρος αναμένεται να διαθέτει κάποια αξία, οφείλει να βασίζεται σε μερικά γεγονότα που ίσως να είναι επιφανειακά ή δυσνόητα, αλλά τα οποία πρέπει να διαθέτουν έντονο ενδιαφέρον. Στην αντιπαράθεσή τους ανάμεσα στην υστερία και την πρώιμη άνοια, οι Bleuler και Jung επικαλούνται τη διαφορά της «νόσου». Αυτό που αποτελεί τη μονάδα νόσου είναι απλώς ένας τύπος αντίδρασης ή ένας τύπος αντίδρασης στα πλαίσια ειδικής αιτιολογίας και ειδικής εξέλιξης και έκβασης ή είναι δυνατό να προσδιορίζει μια συγκεκριμένη σειρά επεισοδίων (λοίμωξη ή δηλητηρίαση ή ένας απλός αλλά σοβαρός τραυματισμός ή μια βλάβη). Όμως, σήμερα που η πειραματική ερμηνεία κατέστη ανώτερη από τον αρχαιωμένο τρόπο να συμπτύσσουμε τα γεγονότα στην έννοια μιας «βλάβης», δεν μπορούμε πλέον να αγνοούμε τις αλυσίδες διαγωγής και συμπεριφοράς ή τις ψυχικές αντιδράσεις, αφού αυτές μπορούν να παρέχουν την ασφαλέστερη και επαρκέστερη παρουσίαση των γεγονότων σε μια διαταραχή.

Η διατήρηση της έννοιας της νόσου παρουσιάζει μεγάλο πλεονέκτημα για το συστηματικό τρόπο σκέψης, αλλά όπως όλοι οι νεωτεριστικοί τρόποι παρουσίασης των βιολογικών γεγονότων, θα ήταν πλέον επιζήμιος εάν θεωρείτο ως κάτι παραπάνω από μια διατύπωση διαθέσιμων δεδομένων της πραγματικότητας ή μια αφετηρία για πιο θεμελιώδη εργασία. Ωστόσο σε κάθε περίπτωση, πρέπει, να γνωρίζουμε για οποιουδήποτε εκ των προτέρων ορισμούς, οι οποίοι μπορεί να αποκλείουν σειρά γεγονότων διότι αυτά είναι «ψυχικά».

Έχουμε σοβαρούς λόγους να πιστεύουμε ότι η βάση αυτών των τύπων αντιδράσεων είναι το αποτέλεσμα συγκρούσεων και αποκλίσεων των ενστίκτων· σε περιπτώσεις δε επιδείνωσης διαπιστώνουμε σταθερά ότι τα φαινόμενα των (ψυχικών) συμπλεγμάτων παρουσιάζονται σε κάποιο ιδιαίτερα ευαίσθητο πεδίο ή υποδηλώνουν από την αρχή την ανεπάρκεια ενστίκτων ισορροπίας.

Γιατί πρέπει ένας ασθενής να παρασύρεται τόσο έντονα σε λιγότερο ή περισσότερο γελοίες φαντασιώσεις κυρίως στο σεξουαλικό τομέα, σε θρησκευτικές επεξεργασίες

αλλά και στη σφαίρα της φαντασίας; Γιατί πρέπει να υπάρχει τόσο αισθητή τάση προς ιδέες αναφοράς, οι οποίες υποδηλώνουν σε πολύ έντονο βαθμό ένα αίσθημα κατωτερότητας στη δράση; Τι καθορίζει την εντυπωσιακή τάση για αισθήματα παθητικότητας, επίδρασης κτλ στους αυτοματισμούς, τους οποίους ο πιο υστερικός αντιμετωπίζει με αυτοκυριαρχία και όχι με παθητική στάση;

Η προσεκτική μελέτη των περιστατικών δείχνει τα καταστροφικά αποτελέσματα των συνηθισμένων ατελών ή άμεσα ανεπαρκών και δυσπροσάρμοστων και μερικώς ελεγχόμενων αντιδράσεων, μια τάση απομάκρυνσης από την πραγματικότητα και την αυτοδιόρθωση, έναν κατακερματισμό της προσωπικότητας, με ή χωρίς τη δήθεν σταθερότητα που παρατηρούμε στις παρανοϊκές περιπτώσεις. Επιπλέον μέσα από όλα αυτά έχουμε μια αχρήστευση των ενστίκτων που είναι απαραίτητα για την αντιμετώπιση των πολύπλοκων απαιτήσεων της ζωής. Αποδίδουμε λοιπόν ολέθρια συνέπεια σε ένα τραύμα με την έννοια του Freud ή του Jung, ακόμη και όταν, αντί να οδηγεί απλώς στον υστερικό τύπο αντίδρασης, διαδραματίζει ενεργό ρόλο στην ανάπτυξη των ενστίκτων. Από αυτή την άποψη, δεν απαιτείται μεγάλη εμπειρία για να κατανοήσουμε πόσο διαφορετική είναι η σεξουαλική ανάπτυξη στην περίπτωση της υστερίας από εκείνη στην πρόωμη άνοια. Υπάρχει σημαντικά μεγαλύτερη έκπτωση ή αποτυχία της λειτουργίας στην πιθανή περίπτωση πρόωμης άνοιας, όπου συναντάμε φωνές ή ηλεκτρικό ρεύμα στη μήτρα ή φαντασιώσεις για έναν έρωτα στον οποίο ανταποκρίνεται κάποιος άγνωστος με παθητικές κινήσεις της γλώσσας. Σε όλα αυτά, διαπιστώνουμε πάντοτε επιπρόσθετη επιδείνωση στις συνήθειες, ιδεομηρυκασμούς αντί για νεανικές φάρσες και αντί για μια βιαστική μέθοδο δοκιμής και απόρριψης της πιο υγιούς ανάπτυξης, με την ενστικτώδη ικανότητά της για επαφή με την πραγματικότητα. Εκτός αυτών των ελλειμμάτων, συναντάμε επίσης μια πρόωμη, μονόπλευρη και ηθικολογική βαρυθυμία, που απομακρύνει τον ασθενή ολοένα και περισσότερο από συγκεκριμένες διορθώσεις στη ζωή του.

Τα αποτελέσματα της εξάπλωσης σε χώρους που δεν ελέγχονται καλά καθώς και ο καθορισμός της σοβαρότητας τέτοιων συνδυασμών είναι εύκολο να καταδειχθούν στο θέμα του αυνανισμού, το οποίο έως σήμερα αντιμετωπίζεται με τον πλέον δογματικό και παράλογο τρόπο από πολλούς γιατρούς· οι συγκεκριμένοι θεωρούν ότι μπορούν να αντιμετωπίσουν το θέμα αρνούμενοι κάθε σημασία του, και με την απλή δικαιολογία ότι αποτελεί βασικό ελάττωμα στις περιπτώσεις στις οποίες τυχαίνει να οδηγήσει σε καταστροφή. Ο αυνανισμός, όπως η χρήση αλκοόλ, πρέπει να εξετάζονται ξεχωριστά για κάθε περίπτωση.

Απαιτείται επίπονη δουλειά να δημοσιευτεί επαρκής αριθμός περιπτώσεων μελετημένων εις βάθος, ώστε να φανεί ο διαχωρισμός ανάμεσα σε παρεκκλίσεις ενστίκτων που προοδευτικά καθίστανται καταστροφικές ή όχι. Εξετάζοντας αυτά τα θέματα με όρους αυτοδηλητηρίασης, δεν αποκλείεται να αποδειχθεί μια τέτοια σχέση, ούτε φυσικά πρέπει να είμαστε ικανοποιημένοι με μια αφηρημένη δήλωση ότι αντιμετωπίζουμε συγκρούσεις και επιδείνωση των ενστίκτων. Όμως, σε αυτήν τη φάση είναι καλύτερα να αναγνωριστεί η πιθανότητα ότι σε πολλές περιπτώσεις συνδυάζονται αρκετοί παράγοντες και πως ανάμεσα τους, πολλοί μπορούν να εκφραστούν μόνο ως δράσεις, συνήθειες και ένστικτα και ότι μια σαρωτική υπεραπλούστευση της ορολογίας συσκοτίζει τη σαφήνεια των παρατηρήσεων και της αιτιολόγησης.

Η νευρολογία μάς έχει οδηγήσει σε δραματικό βαθμό εκτός μιας λειτουργικής εκτίμησης των εξελίξεων. Ο συλλογισμός της βασίζεται κυρίως σε στάσιμες και προϊούσες εστιακές καταστάσεις και στην περιστασιακή τους αποκατάσταση, παρά σε μηχανισμούς εξισορρόπησης, όπως ακριβώς σε αυτούς που πρέπει να στηριζόμαστε στην ψυχοπαθολογία.

Η έννοια των αντιδράσεων υποκατάστασης μάς επαναφέρει στη φυσιολογική θεμελίωση της άμεσης δράσης. Μάς απελευθερώνει από υπερβολικούς ορισμούς με αοριστίες, προεκτείνει τον καθορισμό της πραγματικής κατάστασης και των μέσων προσαρμογής που διαθέτει ο ασθενής. Αντί ενός σχεδίου αναγνώρισης με ονομασίες αυθαίρετων προτύπων, στρέφουμε την προσοχή μας στα γεγονότα τα οποία γνωρίζουμε χωρίς αυθαίρετα να τα λογοκρίνουμε. Μπορούμε να κατανοούμε και να διδάσκουμε

αυτά που διαθέτουμε ως αμιγείς γνώσεις σε θέματα υστερίας, ψυχασθένειας, και πρώιμης άνοιας · επιπλέον, εάν διαπιστώσουμε συνέργεια ειδικών παραγόντων, αυτοί θα κατατάσσονται σύμφωνα με τα δεδομένα, είτε είναι του τύπου της διαγωγής και της συμπεριφοράς, π.χ., ψυχικοί, ή μη ψυχικοί, τοξικοί, είτε όχι.

Αυτός ο τρόπος παρουσίασης μπορεί να γίνει τόσο απλός όσο με εκείνον που ασχολείται με τις οντότητες της νόσου και πολύ περισσότερο ακριβής και, πολύ πιο πολύτιμος στο σχεδιασμό του χειρισμού μιας περίπτωσης και στη διαμόρφωση των δεδομένων για προφύλαξη.

ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗ στο Ένθετο "ΕΙΔΙΚΟΣ ΦΑΚΕΛΟΣ: ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑ" του περιοδικού ΣΥΝΑΨΙΣ, [Τεύχος 33 (Τόμος 10), Απρίλιος - Ιούνιος 2014 σελ. 54-63]

ΙΟΥΝΙΟΣ 2014

ΑΝΤΩΝΑΤΟΝ
ΣΤΥΡΟΣ