

Dr.Stefan Kecskemeti, acum in Oradea, si-a sustinut Teza de doctorat la Prof.Eduard Pamfil in Timisoara anului 1971. Este interesant sa se revada azi ceea ce s-a putut gandi cu peste 40 ani in urma in Romania, privitor la autismul varstei copilariei. Putini dintre specialistii zilelor noastre, familiarizati cu conceptul de autism infantil ca dezvoltare pervasiva, cunosc datele istorice. Se stie vag ca notiunea de autism a fost introdusa de Bleuler pentru a caracteriza schizofrenia si a fost utilizata in acest sens pana la aparitia DSM-III (1980), care-l foloseste doar pentru autismul infantil. In perioada anilor 60 cand a fost redactata Teza, intelesul terenului.era inca strans legat de schizofrenie. In 1943 Kanner a folosit in SUA expresia de "autism infantil" pentru a descrie 11 cazuri de copii ce aveau o dezvoltare deficitara aparte. In 1944 pediaterul austriac Asperger a publicat cazurile a 4 tineri intre 6-11 ani pe care-i eticheteaza cu diagnosticul de "psihopatie autista la copil". Date fiind conditiile razboiului si cele postbelice, lucrarile lui Asperger au circulat doar in lumea germanofona, nefiind cunoscute in plan international decat dupa traducerea lor in engleza facuta in 1981 de Lora Wing si apoi includerea sindromului in ICD-10 (1992) si DSM-IV (1994). Dr.Stefan Kecskemeti cunostea insa lucrarile lui Asperger pe care le si comenteaza. Dar, conform viziunii epocii cazuistica proprie o analizeaza din perspectiva schizofreniei infantile, punand accentul pe autism, in chiar titlul lucrarii. Cele 18 cazuri analizate detaliat subliniaza simptome care se vor agrega peste 10 ani in definitiile operationale din DSM-III si in studiile actuale: deficitul contactului vizual, nerezonanta mimica, reactivitatea la stimuli minori neobisnuiti etc.

Pentru cine a participat, precum subsemnatul, la acel eveniment de exceptie din pedopsihiatria romaneasca care a fost Spitalul Paclisa, teza dr.Stefan Kecskemeti evoca o perioada fructuoasa, de entuziasm pragmatic si stiintific, in rand cu stiinta vremii aceleia cu care eram la current (abonament la 7 reviste de specialitate, 4 din vest);o perioada alaturi de Alexandrina (Pusa) Kecskemeti, dr.Vasile Ilea si atatia altii.

Ultimele randuri ale rezumatului releva viziunea larg antropologica a autorului.

Mircea Lazarescu

INSTITUTUL DE MEDICINA TIMISOARA
CLINICA DE PSIHIATRIE

STEFAN KECSKEMETI

**O CONTRIBUTIE
LA PROBLEMA AUTISMULUI
PSIHOTIC. SCHIZOFRENIILE LA
VIRSTA COPILARIEI**

TEZA PENTRU OBTINEREA TITLULUI
DE DOCTOR IN MEDICINA
REZUMAT

CONDUCATOR STIINTIFIC:

PROF. DR. DOC.

EDUARD PAMFIL

1971

In cele ce urmează, dincolo de tentativa de a comprima teza noastră despre autismul psihotic într-un rezumat, încercăm să punem accentul mai ales pe acele idei principale care sînt enunțate și susținute în derința declarată de a aduce o contribuție - prin optica pedopsihiatrului - la completarea imaginii actuale despre psihopatologia așa zisului autism schizofren.

De dragul clarității, a prezentării sinoptice a problemei mai sus amintite, renunțăm deci la ordinea aranjamentelor pe capitole, titluri și subtitluri în structura tezei în care, undeva, se ascunde și intenția de a cuprinde monografic clinica schizofreniilor la copil.

Teza este rezultatul activității de aproape zece ani al unui pedopsihiatru practicant, care nu a scăpat nici o clipă, de irezistibilă atracție a teoriei psihopatologice, unul din cele mai interesante domenii a științelor despre om.

La baza tezei se găsește experiența acumulată în cursul investigației și tratării în condiții de staționar a unui număr de peste 4000 de pacienți pînă la vîrsta de 16 ani. În această cazuistică de 76 ori am avut ocazia să întîlnim sindromul autistic mai mult sau mai puțin exprimat. Din acest lot, 18 cazuri discutate în teză sînt cu certitudine schizofrenii cu debutul înainte de pubertate.

În afară de cele 194 de titluri bibliografice la care se face referiri directe în teză, a fost nevoie de consultarea unui volum considerabil de alte lucrări a căror enumerare, în contextul exploziei informaționale din momentul de față, nu mai are sens.

Subliniem că în mod intenționat a fost omisă orice discuție despre o potențială morfo- și fiziopatologie a psihozelor schizofrene la copil, deși stă departe de noi negarea valorii cercetărilor în această direcție. Discuțiile despre această problemă însumează o literatură enormă dar contradictorie și în momentul de față încă necristalizată în opinii clare. Caitem de asemenea intenționat rezumarea aceluia summa de idei care negînd orice relație între schizofrenii și fondul morfo-funcțional al activității mentale, încearcă să reducă catastrofa schizofrenă la o simplă dereglare psihologică sau psihodinamică.

Dacă pentru realitățile psihice normale bunul simț comun a creat și introdus în orice vocabular sute și mii de termeni, pentru realitățile psihicului "ne-bun" limbajul comun este sărac și slab înșes-

trat. Una din principalele scăderi a textelor psihopatologice constă în obligația de a utiliza neologisme. Neologismul fiind însă potențial polisemic trebuie adesea redefinit.

Unul din motivele acestei noastre își are originea în peripețiile unui asemenea neologism creat de E. BLEULER (1911) pentru a da nume unuia din simptomele fundamentale, compuse ale schizofreniilor. Este vorba de termenul "autism" readus în actualitate prin discuțiile vii din ultimul deceniu în jurul a două presupuse noi entități nosografice și anume "autismul infantil precoce" L. KANNER (1943) și "psihopatia autistică la copil" A. ASPERGER (1944).

La originea tuturor confuziilor legate de termenul "autism" se găsește faptul că nici creatorul său nu l-a folosit în mod univoc.

Inițial E. BLEULER folosește acest termen pentru a descrie - în schizofrenie - pe de o parte pierderea contactului cu realitatea, pe de altă parte predominanța unei vieți interioare având drept conținut îndeplinirea dorințelor și suferința persecuției. Deși simptom obligatoriu, autismul nu ar fi o permanență în tabloul clinic al schizofreniei. Ca mecanism, după acest autor, autismul se apropie de starea de vis, de jocul liber al fanteziei și de mitologie.

Gândirea autistică, logica simțirii, nu ține cont de contradicțiile cu realitatea. Ar exista gradații între gândirea realistă și gândirea autistică, cea din urmă având relații intime cu credința, superstiția, prejudecata, unele filozofii și poezia.

Iată cum o intuiție genială rămâne ingrădită în limitele canalelor gândirii psihopatologice ale începutului de veac XX.

În ciuda scăderilor sale, termenul de "autism" incontestabil sugestiv, este repede preluat de mai toți mari psihiatristii ai vremii, inclusiv de E. KRAEPELIN, totuși după jumătate de secol, E. BLEULER va condamna cel puțin termenul de gândire autistică la dispariție înlocuindu-l cu cel de gândire darvistă.

Odată cu răspîndirea sa, termenul autism va deveni obiectul celor mai diferite interpretări și reinterpretări.

E. KRETSCHMER delimitază pentru autism o arie precisă dar extinsă de la normalul schizotim la psihoticul schizofren. Pentru el accentul se pune pe formarea unei zone individuale limitate la o lume interioară de vise, idei și principii străine de realitate, fiind fără importanță dacă este vorba de o retragere indiferentă sau sensibilă ori de o trecere fără compasiune și raport intim prin lumea camerelor.

Sînt create astfel premisele pentru considerarea schizoidului

ca o realitate caracterială și E.KAHN va face din autism un predicativ în cunoscuta sa clasificare a psihopatiilor.

H.KINDER va considera autismul schizofren ca ceva pur negativ, expresia dispariției înclinațiilor spre anturaj.

H.V.GRUBER contestă autismului orice scop, după el paralisia simțirii și modificarea dispoziției în schizofrenie duc la un autism prin constrângere, autismul devenind doar un motiv al dispoziției fundamentale schizofrene.

E.MINKOVSKI în teoria pierderii contactului vital cu realitatea, critică concepțiile care țin cont numai de întoarcerea spre o lume interioară. Pentru el autistul "este în lume" dar relațiile cu anturajul devin scotomizate. În funcție de activitate și fantezie, el o pune tipul unui autist pasiv, întors spre o viață interioară exuberantă, tipului de autist activ, relativ sărac în fantezie.

Pentru E.LANGE autismul este fenomenul care asigură coeziunea schizoidului. Indiferent dacă pacientul se retrage timid în lumea sa sau dacă își trăgește lumea sa în realitatea disprețur, el este autist. Deci autismul este omniprezent în schizofrenie.

Astfel autismul dobândește dimensiunea unei lumi, deoarece de exemplu la J.WYRSCH schizofrenia nu se constituie decât în măsura în care se constituie acea lume interioară care constituie autismul. Pentru J.WYRSCH această lume echivalează cu o "lume proprie". Autismul ca nucleu al psihozei conferă ținuta clinică schizofreniei.

H.EY va sublinia însă că individul uman nu se poate defini ca unul, ca existind, ca persoană decât în măsura în care rămâne stătător pentru sine olt și pentru altul între axele coordonate ale sistemului de relații sociale, logice și axiologice comune pentru toți. În acest sens se poate vorbi de lumea alienată care constituie suprastructura patognomonică a schizofreniei. Tulburarea schizofrenă a personalității echivalează cu dezorganizarea schizofrenă a însăși modului de a fi. Aspectul fundamental al personalității autistice este "schizis"ul, diviziune și totodată dislocație de personaj. Pierzându-și unitatea, eul pierde legăturile cu alții și cu lucrurile realității. Schizofrenia pentru acest autor echivalează precis cu construirea unei lumi proprii în care domină un travaliu autistic, o germinare finalizată într-un univers hermetic, cristalizat, impenetrabil. Destinul autistic în acest sens echivalează cu un apocalips, cu un mod de a nu mai fi în lume, deoarece în momentul instalării în lumea autistică filmul biografic se intrerupe.

Una dintre sarcinile tezei noastre constă în elucidarea măsurii

in care tentanta afirmație de mai sus rezistă sau nu unei analize psihopatologice din unghiul de vedere a pedopsihiatrului obligat să considere schizofrenia la punctul de interferență al "procesului" genezei, mai precis ontogenezei psihicului cu cel al "procesului" psihotic.

Pasionantele discuții în jurul autismului, din care am spicuit doar un lacunar rezumat, ne-au incitat la analiza autismului psihotic infilnit în mod constant în schizofreniile din vîrsta copilăriei.

În teză s-a încercat sintetizarea într-o perspectivă cronologică și prezentarea principalelor date din literatura mondială, date care deși unii autori mai neagă și azi realitatea schizofreniei la copil, pot sta la baza unei istorii a schizofreniilor din vîrsta copilăriei.

Aici vom aminti doar că această istorie se poate împărți în trei etape. Într-o primă etapă, plasată în timp în primele decenii ale secolului XI, majoritatea publicațiilor se referă la cazuri izolate descrise de psihiatrii obișnuiți cu scheme de gândire dobîndite în practica cu bolnavul adult. Tentativele de individualizare a unor tablouri clare la copil rămîn încă neclare (de exemplu demenția precocissima SANTE de SANCTIS). Primul caz de schizofrenie la copil, cu accent pe descrierea sindromului autistic este cel publicat de M. GRÜNTHAL (1919). În anii 20, numărul observațiilor publicate crește simțitor dar încă nu există pedopsihiatrie și autorii nu se pot detașa de canoanele sistematice de la adult.

Anii care urmează vor marca apariția pedopsihiatriei ca disciplină autonomă în sistematica științelor medicale. În cea de a doua etapă conceptul schizofreniilor copilului prinde contururi și deși încă domină scepticii, numărul autorilor care pun acest diagnostic crește sensibil. Ne aflăm în plină etapă ideografică. G.E. SUHAREVA (URSS, 1932) descrie 25 de cazuri "infantile" subliniind importanța tulburărilor de contact. H.W. POTTER (USA, 1933) se străduiește să îndepărteze impreciziile și superficialitatea cu care se pune diagnosticul ridicîndu-se împotriva transpunerii simpliste și lipsite de critică a experienței dobîndite la adult. G. HEUYER (Franța, 1934) ridică problema delimitării schizofreniilor la copil. În anii ce urmează se pun bazele nosografiei schizofreniilor copilului. Enumerăm doar aici principalii autori care își aduc pe deplin contribuția. M. TRAMER (Elveția, 1935), J. LUTZ (Elveția, 1937), M. CREAK (Anglia, 1937), I.L. DESPERT (Anglia, 1938) și mulți alții. L. BENDER (USA, 1942) crează o confuzie gravă cu consecințe ulterioare afirmînd că schizofrenia copilului nu este echivalent cu psihoza, discreditînd însăși conceptul

de schizofrenie și ducând la generalizarea eronată după care în tot cuprinsul Statelor Unite ar domina această opinie aberantă, deși C. BRADLEY în același an face o prezentare sobră a schizofreniilor copilului în USA, de pe pozițiile concepției școlilor europene. L.KANNER (USA, 1943) publică primele cazuri de "autism infantil precoce", într-o vreme în care alături de H.MOSSE este încă unul din adversarii recunoașterii schizofreniilor la vârsta copilăriei. T.P.SIMSON (URSS, 1949) prezintă o amplă monografie, iar în 1955 apare cea mai cunoscută descriere, la noi, a schizofreniilor făcută de G.E.SUHAREVA (URSS). În anii în care L.KANNER învingându-și scepticismul se străduiește continuând buna tradiție americană să popularizeze problema schizofreniilor copilului, M.MARLER (USA, 1952) de pe pozițiile psihanalizei descrie o presupusă nouă formă de psihoză infantilă numită "psihoză infantilă simbiotică".

În ultimele două decenii, odată ce în manualele de pedopsihiatrie schizofreniile își găsesc locul în capitole bine definite, ca de exemplu la von STOCKERT (RFG, 1957), E.STUTTE (RFG, 1960), J.LUTZ (Elveția, 1963), M.TRAMER (Elveția, 1964) începe cea de a treia etapă, am putea spune nomotetică, în istoria schizofreniilor copilului. Deși încă există sceptici, încă se mai folosesc alți termeni pentru a denumi această realitate clinică, acum se caută legitățile care stau la baza schizofreniilor copilăriei, se caută fundamentarea psihopatologică a unei realități clinice postulate ca existând.

Menționăm înainte de a merge mai departe că la noi în țară M. STEFAN (1964) face o sinteză foarte frumoasă a cunoștințelor despre schizofreniile copilului.

Trebuie amintite oarecum separat datele privind evoluția concepțiilor despre entitățile care cel puțin la început au fost concepute ca altceva decât schizofrenie.

Autismul infantil precoce își face intrarea în literatura europeană prin prezentări de cazuri făcute de A. van KREVELLEN (Olanda, 1952) și E.STERN (Franța, 1952), într-o vreme în care "Psihopatia Autistică" a lui H.ASPERGER crează o serie de confuzii. În anii care urmează în jurul acestei teme se produce o explozie de lucrări atât în USA, cât și în Europa unde A. van KREVELLEN încearcă într-o suită de lucrări să-și cristalizeze opinia, G.BOSCH (RFG, 1962) face o tentativă de analiză fenomenologic antropologică autismului la copil fără a ține cont de cadre nozografice, R.DIATKINE și colaboratorii (Franța, 1959) prezintă problema în cadrul dezbaterii psihozelor infantile, E.FISCHER (RFG, 1965) și V.BONAVITA (Italia, 1966) vor face referate generale aproape exhaustive. La noi, încă nu, credem, pentru

prima dată în 1963 am prezentat câteva cazuri, în amintita lucrare, M.ȘTEFAN se va ocupa de această problemă.

În ce privește psihoza infantilă simbiotică, după prima lucrare din 1952, M. MAHLER va încerca să dea contururi mai precise acestei presupuse noi forme de psihoză în colaborare cu B.J. GOSLINER (USA, 1955) și mai târziu cu M. FUHRER și C.F. SETTLAGE (USA, 1959).

În încheierea discuției fundamentelor istorice ale schizofreniilor la copil, trebuie amintită translația în pedopsihiatrie a discuțiilor inconsistente în jurul așa ziselor psihoze schizofreniforme sau pseudoschizofrene față de care discuții am luat atitudine în altă parte pledând pentru dreptul tragic al organicului cerebral de a fi totodată și schizofren.

Cele 18 observații prezentate în teză, ca și comentariul clinic la marginea lor, trecut prin filtrul experienței personale ca practician, sînt menite să contrazică afirmațiile aproape unanime, chiar și al pedopsihiatrilor cu renume mondial, după care schizofreniile din copilărie ar evolua cu o simptomatologie mai săracă decît cele ale adultului. Fiind convingi că asemenea afirmații eronate se bazează pe insuficiența cunoaștere a vastului univers al copilăriei, noi susținem și încercăm să demonstrăm cu citate ample din observații (la care noi cu regret sîntem obligați să renunțăm) că nu poate fi vorba de "mai puțin" ci cel mult de "altfel". Acest lucru însă nu înseamnă că nu vom regăsi la copil afară de unele fenomene regresive, toate, dar absolut toate simptomele cunoscute la adult. Dacă psihiatrul vîrstei adulte, în fața fenomenelor regresive se află în postură de arheolog - deoarece prin faptul că copilul într-un fel este și strămoșul adultului există o reală arheologie a psihismului - pedopsihiatrul se află în flagranta actualitate. Din acest motiv vor lipsi numai acele simptome, descrise la adult, în copilărie, care în această perioadă fac parte din sistemul normal de coordonate ale devenirii.

Considerînd modalitatea schizofrenă de a fi, adînc înrădăcinată în ontogeneza psihismului (pentru noi într-o cu totul altă accepțiune ca pentru psihiatru această ontogeneză este "psihogeneză" deoarece în fiecare individ, de fiecare dată, se naște în mod real o modalitate individuală de reflectare a realității obiective), vom considera "inflexiune biografică" și acele devieri ale psihogenezei care se impun ca fiind prezente de la începuturile existenței. Acest lucru devine posibil în urma faptului că în copilărie curba ipotetică a dezvoltării ascendente este mai operantă decît curba reală, individuală care se supune legilor variabilității.

Atragem atenția în teză asupra factorului "timp" (M. TRAMER), care

introduce la rândul său variații în ce privește frecvența, călătoria și ponderea simptomelor în funcție de etapele copilăriei.

Dintre numeroasele fenomene psihopatologice care s-au considerat a putea explica schizofreniile ca: "sciziunea persoanei" (E.BLEULER); "ataxia intrapsihică" (STRANSKI), "hipetonia conștiinței" (BERZE), "automatismul mental" (CLERAMBAULT), "turburarea appercepției" (WEYGANDT), "pierderea contactului vital cu realitatea" (NIKOVSKI), "instalarea într-o lume autistică" (EY), "autodecompoziția progresivă" (SCHMITZ), noi punem accentul pe o tulburare particulară a contactului interuman care se impune ca un deficit primar capabil să compromită grav psihogeneza. Acest deficit al contactului interuman este prezent în fiecare caz de schizofrenie, fiind la copil cel mai constant, mai precoce, am putea spune obligator și tipic semn, fără de care noi nu am pus diagnosticul de schizofrenie. Precocitatea cu care apare, permite prin absența reacției de simbet (R.SPITZ), poziției anticipatorii (A.GESSELL) și altor semne de deficit al mecanismelor menite să genereze relația, atestarea, desigur retrospectivă, a psihozei schizofrene din primul an de viață. Adesea semnele deficitului de contact preced cu ani instalarea psihozei, constituind ingredientul principal al așa zisului premorbid. În teză ne-am exprimat convingerea că acest deficit există anterior în toate cazurile chiar dacă anamneza nu-l consemnează. În formele precoce, și se vede că precocitatea este direct proporțională cu gravitatea, este posibilă absența totală de la începutul vieții din dimensiunea relațiilor interumane. Alte ori procesul schizofren va anula un contact de la început precar sau numai formal. În orice caz copilul schizofren sau potențial schizofren (în premorbid) este un copil scump la simbet, rece față de alintări, incapabil de rezonanță și participare autentică, neîncadrat în atmosfera caldă a unui cuib familial. Mai târziu va fi caracterizat ca timid, retras, închis în sine, solitar și autosuficient. Va evita societatea, nu va participa la jocuri și activități colective și relațiile cu părinții, pedagogii, colegii vor fi dacă aparent se conservă, pur formale. Niciodată copilul schizofren nu va lega prietenii, nu se va atașa de nimeni.

În ciuda acestui fapt, uneori copilul schizofren realizează un contact bun cu animale, jucării investite cu valoare de echivalent uman. Este vorba în aceste cazuri de așa zisele substitute de contact (J.LUTZ). Alte ori în ciuda absolutei indiferențe față de oameni, copilul schizofren devine incapabil de a suporta despărțirea fizică de mamă sau oricare altă persoană care îl îngrijește. Acest fenomen se numește simbioză (M.MAHLER).

Un fenomen deosebit de important se remarcă mai ales la formele precoce. Cu cât copilul psihotic este mai mic, cu atât va fi mai legat de stabilitatea mediului său imediat. Micul schizofren se remarcă printr-o intoleranță față de schimbare, atât al aranjamentelor în spațiu cât și al situațiilor legate de ritmicitate în timp. Orice schimbare provoacă reacție de panică. Foarte din acest motiv mulți mici pacienți sînt evident deranjați de simpla prezență umană în apropiere. Se vorbește de o tendință anxios-obsesivă de a menține constanța lucrurilor (L.KANNER).

Micul schizofren, spre deosebire de copilul normal care se comportă ca un adevărat cuceritor al lumii, este un neinteresat, un retras într-o aparentă nirvana a mulțumirii de sine, cel mult își decupează din bogata realitate din jur un mic sector nesemnificativ. De aci preocupări bizare, nefirești, pasiunea de a colecționa obiecte fără nici un sens, pasiunea de a aranja obiectele într-un fel numai de el știut, etc...

Chiar și acele cazuri care nu au stabilit niciodată contacte cu oamenii, fac în permanență ceva. Nu există mic schizofren care să se fi plietisit vreodată. Ei "trăiesc" intens chiar dacă se pare că trăiesc "într-o cochilie" (L.KANNER). Dacă ceea ce fac se poate numi activitate, atunci putem vorbi de activitate autistică, într-o solitudine care le asigură mulțumirea. Faptul că tentativele altuia de a-și impune prezența deranjează, crează impresia că ar exista trăiri hermetice pe care micii pacienți ar căuta să-și conserve. Dacă psihoza debutează după dobîndirea unui limbaj de comunicare, sau în acele cazuri în care se conservă comunicarea verbală, din relatările pacientului se pot descifra fie idei delirante fie fantezii pseudodelirante bogate și inedite, apropiate de lumea de povești și mituri. În fond micul pacient rămîne impotmolit în lumea magic-animistă în care domină artificialismul și arbitrarul.

Adesea pacienții parcă visează, stau contemplativ și detașat la o parte, într-o dispoziție delirantă, despre care arareori sînt dispuși să ne comunice ceva.

Alte ori din comportament putem lesne decoda anxietatea care constituie poate cel mai constant simptom după deficitul de contact. Mai mult decît iluziile și halucinațiile, și ele mult mai frecvente decît se crede în tabloul clinic, anxietatea este motivul pentru numeroasele agresiuni și autoagresiuni evident reactive care colorează tabloul. Dacă halucinațiile (mai frecvent vizuale decît auditive la copil) lasă de obicei copilul indiferent, sîntem doar la vîrsta la care încă diferența între percepție și reprezentare nu este pe deplin

constituită, fobiile, obsesiile cel puțin la începutul psihozii preocupă intens copilul. Acuitatea lor în orice caz se tocește cu timpul ceea ce nu întotdeauna se poate afirma și despre numeroasele ritualuri adesea complex elaborate cu ajutorul cărora copilul încearcă să asigure o oarecare constanță sie-și și lumii. În orice caz și ritualurile pot sărăci pe parcurs atestând pauperizarea vieții afective. În cazul în care ele persistă în schițe, seamănă mult cu stereotipii și acte compulsive elementare, alte ingrediente ale tabloului clinic.

Viața pulsională a micilor schizofreni poate fi alterată profund, în aceste cazuri putem asista la totală indiferență față de sete, foame, frig, durere, față de trebuințele firești ale autoconservării fără ca să fie necesară incriminarea deficitului de control al unei instanțe psihice mai elaborate, ca în cazul bulimiei, masturbăției, sau altor excese. Rareori la baza agresivității, distructivității și autoagresiunilor se pot incrimina sadismul sau masochismul, mai degrabă în aceste manifestări intervine impulsivitatea.

Atipic și totuși foarte frecvent, mai ales la vârsta cuceririi spațiului, tabloul este dominat de instabilitatea psihomotorie ca și când prin imposibilitatea finalizării activității de investigație, pacientul ar fi împins să caute mai departe. În permanentă mișcare copilul investighează, răsuțește, întoarce pe dos, apucă, pune la loc tot ce îi cade în mână, nu stă o clipă locului. Unii pacienți își satisfac trebuințele de activitate pe propriul corp, își sug degetele, își răsucesc minile privindu-le ore în șir, se maimțăresc în fața oglinzii pînă ce un impuls paradoxal îi face să distrugă oglinda. Dacă se joacă, și cu greu se poate afirma că se joacă cu adevărat fiind că nu există reluri, nu se respectă reguli inteligibile. Jucăriile sînt înșiruite pentru a se construi configurații bizare, forme abstracte. Uneori jocurile exprimă preocupările bizare sau constituie defense față de fantasme amenințătoare.

De multe ori activitatea lor este ilogică, stranie, neinteligibilă împestrită de capricii, ciudățenii și suceli pline de contradicție impunându-se ca bisarerii.

Deși se poate întâlni agitația fără oprire, ca stare de durată, și reactiv la evenimente care pentru copilul normal nu ar avea nici o importanță, cel mai adesea stările de agitație în care copilul țipă plînge, se trîntește, se cațără pe mobilier, aruncă tot ce îi cade în mână, sau într-o singură fugă în lungul unui coridor pînă poate fi prins sparge seci de geamuri tăindu-se, umplîndu-se cu sînge, refuzînd să mînce și să doarmă, fac parte din simptomele catatonice. Un fenomen foarte caracteristic pentru această stare constă în faptul că

uneori simpla imobilizare de câteva clipe parcă ar întrerupe un cerc vicios, rezolvă tabloul. Alte ori dimpotrivă, asistăm la blocarea activității, înghețarea copilului în atitudini bizare cu tabloul flexibilității cercease sau al catalepsiei. La unii pacienți singurele simptome din seria catatonă sînt manierismele. Uneori mici pacienți fac mișcări conjuratorii, alte ori umblă în atitudine chircită, contorsionată, adesea pentru a face o treabă simplă elaborează o suită complicată de mișcări, (exemplu pentru a-și face "intrares" într-o încăpere.

O serie de fenomene - în fond simptome parakineticice - seamănă cu mișcări voluntare colțuroase sau cu cele coreatice, fie fragmentede acte motorii sau fragmente de mișcări expresive. Este posibil chiar ca la origine să fi fost mișcări destinate a deveni expresive dar care și-au pierdut sensul devenind pseudoexpresive, iar sărăcindu-se, cu timpul devin stereotipii care prin acel "parcă ar avea semnificație" se deosebesc de stereotipiile oligofrenilor. De multe ori din motilitatea voluntară lipsește aceea componentă involuntară care dă personalitate motilității individului normal, și mai ales grațiozitatea mișcărilor copilului. Impresia generală din cauza grosolănisii mișcărilor este că, parcă copilul nu ar fi acasă în propriul său corp.

Multe din așa zisele ticuri la micii noștri schizofreni sînt de fapt tot simptome parakineticice, unii copii ridică din umăr, alții își frîng mîinile ca un normal în încercătură. Adesea vedem grimase sau bot.

Nu sînt rare nici fenomenele proskinetice, automate, de aspect bizar, care dau comportamentului o notă particulară. Copilul devine un automat teleghidat într-o abulie totală opusă opoziționismului ori într-o echopraxie complexă, opusă negativismului. Aceste acte motorii sînt complet lipsite de participarea pacientului. Aspontaneitatea se asociază cu acest automatism adesea înaintea altor semne de psihoză. Copiii par a fi devitalizați, parcă nu ar trăi, parcă ar fi marionete. Asemenea copii dacă li se întinde mîna pentru salut, răspund automat la fel, de zeci și sute de ori. Foarte caracteristic este fenomenul de colaborare. Acesta constă în faptul că, dacă unui copil imobil i se imprimă o mișcare, sau dacă un asemenea copil va simți intenția interlocutorului el se va pune în mișcare și se va menține în mișcare atîta timp cît va simți intenția de a fi mișcat. Uneori este suficient să-l împingi cu un deget în spate ca să pornească automat înainte, împins cu palma pe fața sa și să revină în spate anulîndu-și reacțiile normale.

normale

Altă caracteristică a acestor pacienți constă în faptul că dacă li se adresează o întrebare, ei întorc privirea către interlocutor și răspund complăzant chiar dacă răspunsul este paralogic sau complet neinteligibil.

Unii pacienți devin imitatori perfecți ai vocilor umane, sunetelor emise de animale, aptitudine de care fac uz deobicei în situațiile cele mai nepotrivite și penibile pentru părinți.

Parcă atrași de spațiul liniar din față, sau de apelul vreunei uși care "îi cheamă", pășesc în lungul coridoarelor, aleilor și intră pe orice ușă fără nicio scop. Obiectele au și ele se pare un asemenea caracter apelativ, ele cheamă la manipulare din care lipsește orice inițiativă, orice volițiune, orice scop. Acest tip de automatism, decurge din sugestia spațiului, obiectelor, a ceea ce sugestia verbală sau motorie.

Spre deosebire de negativismul și opoziția sănătoasă a copilului; în fazele de afirmare a sinelui, frecvențele negativismului schizofrenic poartă pecetea aceluiași automatism de data aceasta negativ, ca și fenomenele mai sus amintite. Aceste fenomene de negativism sînt cu atît mai bizare cu cît mai șters au evoluat fazele critice la pacienți. Desigur ca și la adult, negativismul poate fi activ, în cazuri ușoare doar contratendință sau ambitendință, un fel de "fac și nu fac", în cele mai grave pînă la executarea inversului ordinului dat, sau pasiv, caz în care lipsește orice fel de răspuns.

Copilul schizofrenic are valențele interumane anulate, trăirile sale nu sînt proiectate într-o lume comună, el nu are nevoie de mijloace de comunicare și în consecință aparatul de semnalizare mimică, gestuală, verbală sau grafică fie că nu se constituie, fie pierzîndu-și sensul se alterează pînă la forme de nerecunoscut. Am văzut că la formele precoce însăși cîmbetul provocare-răspuns întîrzie să apară, gestualitatea de întîmpinare a mamei, acel grațios joc expresiv care grațifică "îngrijirea" lipsește. Lipsește pînă și privirea în față atît de caracteristică sugarului la 3-4 luni. Nici mai tîrziu acești copii nu vor descoperi fața umană. În ciuda acestui fapt, mimica poate exprima starea de mulțumire sau nemulțumire și dispune de posibilitățile unui joc destul de variat. Deși există posibilitatea adecuării mimice și gestualității la situația dată, ele nu se subordonează comunicării, nu au adresă. Asemenea pacienți niciodată nu semnalizează ceva nici cu mina. La pacienții psihici ceva mai așezători, ca expresia unei tulburări de tip cataton, întîlnim deseori mimica sau gestualitatea inadecvată. De pe aceste fețe se poate descifra teamă, groază, ură, extaz, profundă deprimare, absență emoțională

fără corespondent în situație, în evidentă discordanță, cu starea afectivă. Privirea, atît de via oglindă a sufletului, cel mai deseori se pierde în zare, trece prin interlocutor. Tot de tabloul paramimiei, disociației mimice ține și faptul deseori observat că în același timp o parte a feței exprimă o stare sufletească, în timp ce altă parte exprimă cu totul altceva.

Un loc aparte între turburările expresiei ocupă risul și plînsul nemotivat. Este vorba de alt fenomen decît risul și plînsul autentic, răspuns la trăiri neinteligibile, de exemplu la halucinații disimulate, acest ris și plîns teatral, automatic, straniu și gel, e totalmente lipsit de contagiozitate nu numai pentru examinatorul adult sau membrii familiei ci și pentru copiii din jur, atît de sensibili la contagiunea expresiilor afective. Aceste fenomene pseudoexpresive, bizare sînt simptome constante în schizofrenia copilului. Ele nu pot fi motivate și la întrebarea noastră răspunsul, dacă există, este un răspuns tipic de schizofren.

Mimica pare și mai perturbată la acele cazuri care își fac intrarea în prepubertate cu o formă de tip hebefren.

Odată cu debutul bolii, vocea de obicei își schimbă modul de inflexiune, devine fie monotonă, stinsă, fie patetică sau repetitivă, prea acută sau prea gravă. Frazele se pronunță încet, abia perceptibil sau anormale de tare, accentele se plasează nepotrivit. Alte ori vocea ia forma unui cîntec straniu intrerupt de risete sau plîns. Deseori pacienții vorbesc prea pițigăiat, prea pueril sau afectat. Uneori aceste ciudățenii ale vocii se remarcă încă din premorbid. La acele forme clinice care își au debutul după dobîndirea limbajului de comunicare, vorbirea apare mult mai repede ca la copilul normal dar intonația vocii este lipsită de copilăresc, limbajul este de la început mai matur și lipsit de naivitatea caracteristică vîrstei de 2-3 ani.

Dacă majoritatea aberațiilor vocii se pot clasa ca manierisme, turburările de limbaj fac parte din sfera delirului. Aceasta aparținută le garantează pe de o parte frecvența cu care apar în tabloul clinic, pe de altă parte importanța care le revine în schizofrenie la copil. La psihozele din faza preverbală, lipsa nevoii de comunicare face ca limbajul să nu apară de loc, sau dacă apare, la peste două treimi din cazuri să nu dobîndească de loc funcția de comunicare rămînînd doar o activitate ludică lipsită de sens. Si la acești copii gunguritul este normal, deseori și lalalizarea, deși sînt și excepții. Este însă semnificativ că dacă apare, lalalizarea sau ecolalalizarea nu se depășește decît foarte tîrziu sau niciodată.

Din acest motiv ca și pentru insensibilitatea la voce umană copiii sînt multă vreme considerați surzi. În ciuda acestei întîrzieri a apariției limbajului mai devreme sau mai tîrziu poate apare o surpriză. Este posibil ca micul pacient care nu a vorbit niciodată să pronunțe o întregă frază sau doar un cuvînt auzit poate cu săptămîni în urmă. Este vorba de un fenomen ciudat denumit (de M. TRAMER) fonografism sau (de L. KANNER) echolalie întîrziată. După acest surprinzător și tardiv debut al vorbirii (între 2-5 ani) copiii de obicei dobîndesc un vocabular care treptat se îmbogățește, se împeștrîează cu neologisme de neînțeles. Din păcate chiar dacă în jurul vîrstei de 4-5 ani copilul va da dovadă de "înțelegere" a unor ordine simple (am pus termenul de înțelegere între ghilimele dorind să subliniez că este vorba mai degrabă de dresuri) limbajul nu se va socializa și copilul va folosi cuvintele pentru soliloquii.

În schizofreniile cu debut în faza verbală, tulburările de limbaj vor atesta marile dificultăți de identificare ale micilor pacienți. La aceste cazuri, foarte devreme, se decelază o monstruoasă discrepanță între rapidă dezvoltare a limbajului, dobîndirea unui vocabular uneori impresionant, aptitudinea de a reține poezii și cîntece lungi deci a utilizării și reproducerii mecanice a unor texte învățate mecanic și expuse automat pe de o parte și incapacitatea de a utiliza vocabularul, în scop de comunicare. Cel mai caracteristic semn este un agramatism particular denumit după părerea noastră greșit, "inversiune pronominală" (L. KANNER). La acești pacienți nici la 3-4 ani pronumele personale nu sînt utilizate corect. Mai mult, ei folosesc în locul persoanei a treia singular sau al numelui sau prenumelui, pentru a se desemna pe sine, persoana doua singular. Cu certitudine, echolalia nu explică în suficientă măsură acest fenomen, deoarece chiar dacă există și în alte locuri în limbajul acestor pacienți fenomene de ecou, niciodată nu sînt atît de constante cît amintite confuzie pronominală. Vedem în confuzia pronominală expresia cea mai certă a delirului la copil, delir asupra căruia vom mai reveni.

Se pare că, cu cît debutul este mai precoce, cu atît tulburările de limbaj vor fi mai masive. Alături de amintita paralogie, întîlnim răspunsul ecologic (repetarea întrebării puse pe ton de răspuns) bizarerii de limbaj, flexiuni anormale, transformarea substantivelor în verbe, neologisme. Neologismele copilului schizofren se deosebesc de cele ale copilului normal nu prin formă ci prin scop. Pe cînd copilul crează neologisme avînd cunoștiințe mult sub nivelul dorinței de comunicare, micul schizofren crează neologisme fie datorită unei perturbări masive de gîndire, prin condensări, sinteze patologice, aglutinări, concretizări și translații, fie pur și simplu pentru că

nu acordă valoare de comunicare cuvintelor sale. Uneori dimpotrivă din limbaj se poate descifra o tendință ascunsă de comunicare, copilul recurgând la un limbaj simbolic, folosind coduri. În marea majoritate a cazurilor, odată cu diminuarea sau abolirea contactului interuman limbajul sărăcește, copilul devine mutist ascunzându-se după zidul tăcerii fie electiv față de anumite persoane, fie total. În aceste cazuri încă se decelează soliloovii (în mod normal pînă la o anumită vîrstă limbajul încă nu este interiorizat), sau verbigeratia incoerentă a schizofreniei.

Se pare că limbajul se destructurează mai repede la debutul acut, mai ales la acei copii care încă din premerbid au avut masive dificultăți de contact. Totuși după mulți ani de evoluție, pacienții pot conserva limbajul pasiv, făcînd tot ce li se cere fără a răspunde niciodată. Uneori destructurarea limbajului se face etapizat respectînd secvențele inverse revenirii din afazie.

Limbajul rămîne mult mai bine conservat în cazurile cu evoluție lentă și predominanța simptomelor paranoide care la copil pot îmbrăca forma delirului de influență, grandoare, persecuție și relație. În orice caz cele mai grave tulburări de limbaj se descriu pînă la vîrsta de 7 ani.

Dacă nu s-ar face o diferență între lectura formală și funcția de comunicare a scrisului, am putea afirma că și copii care la vîrsta de 4-5 ani deja sînt psihotici, vor putea învăța scrisul. Unii părinți cu eforturi supraomenești încearcă să-și învețe copilul psihotic să scrie și să citească. Aparent, formal, se înregistrează un succes, cu intervenții, asemenea copii reușesc să treacă primele două clase. Dar în ciuda dresurii care permite părinților să se laude pînă și cu capacitatea copilului de a "descifra" cuvinte efoztul e zadarnic.

Contrastînd cu această situație, copiii care devin psihotici abia la vîrsta școlară, pot să însușească scrisul chiar în mod aproape spontan la vîrstă mică, de exemplu cu ajutorul firmelor luminoase, reclamelor, titlurilor de cărți, etc.

Dacă psihoza debutează după dobîndirea scrisului, aceasta devine oglindă destul de fidelă a destructurării formei și conținutului. Scrisul cel mai adesea devine dezordonat, caligrafia se alterează, devine colțuroasă sau ca expresia manierismului ornează baroc. Rîndurile urcă și coboară siurea, literele se încursă, dobîndesc forme bizare. Hîrtia este plină cu pete de cerneală. În final și textul se dezorganizează pînă la incoerență. Unii pacienți vor pierde întîi capacitatea de a scrie la dictare, alții deși la dictare mai pot

scrie bine eșuiază la copierea textelor.

În orice caz scrisul nu este în mod obligatoriu alterat remarcându-se un evident paralelism între tulburările de vorbire și limbaj pe de o parte și caligrafie și text pe de alta.

Unii pacienți spre vârsta pubertății își creează un scris cifrat care spre deosebire de scrierile cifrate ale preadolescenților normali nu are scop conspirativ ci dimpotrivă, desființarea comunicării.

Dar și în alte performanțe grafice se exprimă devreme grava tulburare a relațiilor pacientului cu sine și lumea. Hirtia, culoarea, care pentru copilul normal constituie o atracție aproape irezistibilă pentru exprimare, autoconfirmare și confirmare a lumii, pentru micul schizofren dacă are, are cu totul altă semnificație. Incapabil să se perceapă pe sine, în haosul impresiilor neordonate, copilul schizofren nu accede la schemă corporală fiind privat de motorul principal pentru reprezentarea omului. Lumea, lucrurile, nu se constituie ca forme constante, nu dobândesc stabilitate și autonomie deci nu devin reprezentabile. De aici un haos de linii frânte sau curbe, proiecția propriei neconstituiri ca formă și incapacității de a accede la forme streine. Dacă totuși copilul desenează, este vorba de desene, desenele ^{sunt} configurații neacomparate și neidentificate cu forme reale, rămânând forme în sine, cel mult investite cu valoarea simbolului abstract, repetate la infinit, într-o vagă dorință de activitate fără sens, plăcerea de a face ceva. Uneori totuși se pot obține desene. În acestea caracterul liniilor relevă inegalitatea acțiunii, ba linia este prea apăsată, ba abia perceptibilă, trasă lent și cu atenție apoi cu un brusc elan pierzându-se în afara spațiului hirtiei. Alte ori desenul se caracterizează prin grija ca totul să rămână într-o structură hermetic delimitată de un contur marginal. Dacă înainte de debut copilul dobândește unele deprinderi de a desena și dacă are talent, o bucată de vreme este posibil să nu se remarce procesul de destructurare. Totuși prin fragmentare, încărcare cu simboluri, simplificarea și abstractizarea lor, în timp, desenele pot deveni un fel de indicator al procesului. Prin mijlocirea desenului putem arunca uneori o privire asupra fantasmelor copilului, alte ori din elementele desenului ni se relevă delirul. Unii pacienți se plasează în centru, se desenează înconjurați de sureolă, de fluxuri, ideile de relație se decodează din prezența unui ochi, deget, amenințarea dintr-un clarobscur în fundal, pînă ce cu timpul se remarcă sărăcirea.

Metafora cu care se descrie autismul: ca și cînd pacientul ar fi dincolo de un zid, sau, sub un clopot de sticlă, este valabil și pentru copilărie. În ciuda inaccesibilității, se poate arunca o privire

asupra modului cum funcționează aparatul mental al pacientului. Astfel nu ni se va înfățișa o personalitate în devenire ci un conglomerat bizar de fațete umane, luate separat în bună parte intacte. Copilul poate fi orientat. Atenția sa spontană poate fi intactă dar în general pacientul nu se va putea concentra, nu se va putea aduna în suficientă măsură pentru a-și dirija atenția, mai mult, nici nu va depune vre-un efort în acest sens. Din acest motiv va abandona ușor orice activitate dirijată, va apare ca fatigabil și ușor de distras. Din acest motiv adesea asistăm la o masivă discrepantă în ce privește bagajul de cunoștințe. Totuși există capacitatea de fixare și pacientul va putea însuși uneori în plin proces unele cunoștințe sau deprinderi. Eșecul școlar al micului schizofren spre deosebire de cel al oligofrenului și al organicului cerebral demențial, se caracterizează prin performanțe inegale, dizarmonice în detrimentul materiilor care se cer memorate. Aparatul mental lucrează sub randamentul posibil și în acesta rezidă drama schizofreniei copilului - marea piedică în calea acculturăției, într-o perioadă caracterizată la normal prin randamentul maxim al mecanismelor învățării.

Însă tocmai la acele forme clinice în care funcțiile mnestice și atenția rămân bine conservate, pacienții nu dispun liber de mecanismele evocării, procesul schizofren blocând asociațiile firești, impunând legături absurde care dau naștere la o tulburare particulară de gândire. Alterarea gândirii nu se decodază numai în limbaj, expresia grafică ci și din ilogicul activității, indiferent dacă este vorba de viață cotidiană, activitate ludică sau instructiv educativă. În mare, aici este valabil ceea ce se cunoaște din psihopatologia vârstei de adult. Adesea asistăm la baraje. În general gândirea se caracterizează ca la adult prin lipsă de coerență, de fir conducător, extremă distractibilitate sau dimpotrivă o rigiditate extremă. Gândirea presupunând pe unul care gândește, este cu atât mai alterată cu cât procesul este mai precoce. Este absurd să pretindem acte de inteligență acolo unde lipsește "situația" care se cere rezolvată. Procesul instituit în cursul copilăriei poate disocia sau compromite aparatul mental în devenirea sa, într-un mod foarte inegal, la nivele foarte diferite de dezvoltare, de unde dizarmonia, paradoxul coexistenței unor profunde perturbări cu aptitudini precoce și bine valorizate. Responsabilul pentru această tulburare nu se găsește în elementele care stau la baza gândirii ci în alterarea angrenajului care garantează buna funcționare a oricărui aparat.

Consecințele sînt dezastruoase, atît jocul cît și învățarea pu-se în slujba organizării mecanismelor cu care omul devine stăpînul său și al lumii sînt anihilate. Dizarmonia în maturarea gândirii,

structurarea patologică, monstruoasă a instrumentelor sale interzic accesul la realitatea imediată și compromit construirea succesivă a etapelor dezvoltării mentale.

Un loc central în simptomatologia schizofreniilor copilului ocupă tulburările afectivității.

Lipsa contactului interuman anulează de la începutul psihogenezei capacitatea de rezonanță. Copilul, de mic schizofren, rămâne în afara aceluia viu joc de stări afective care de la vârsta de sugar încep să diferențieze sentimentele într-o gamă atât de bogată la normal. Rămăs la discreția propriului său interior nediferențiat de mediul din jur, singurele manifestări emoționale vor fi cele legate de stările propriului corp fuzionat sincretic cu mediul. Astfel vom putea descoperi semnele mulțumirii în solitudine, cele ale nemulțumirii la deranj, la întreruperea activității proprii, dar manifestările vor rămânea nediferențiate, elementare. Dar chiar la această vârstă foarte mică se poate remarca o estompare a reacțiilor afective la stimuli evident neplăcuți. Asemenea copii nu vor putea nici mai târziu depăși nivelul reacțiilor afective elementare. Crizele de afect sînt constant prezente în tablou. Se pare că micii pacienți s-au împotmolit la acest nivel. Nici fondul lor dispozițional nu depășește nivelul foriei. Asemenea pacienți se pot simți bine sau rău dar nu vor fi niciodată veseli sau triști. Pacienții sînt capabili doar de sentimente legate de activitate proprie. Caracteristica principală a copiilor la care psihoza are un debut, este de fapt încă din premorbidă atimia. Procesul de diferențiere a gama reacțiilor afective care se simplifică, devin mai primitive, mai elementare și necontrolabile. Prima scădere se remarcă pe planul timiei dar cîteodată debutul este punctat de o puternică reacție emoțională pozitivă sau negativă cu totul deplasată dar autentică, un fel de cîntec al lebedei. Acest prolog este menit să sublinieze ulterioara indiferență chiar și atunci dacă pe parcurs mai pot apărea oscilații extreme de data asta însă paradoxale de afectivitate, alte ori semnele ambivalenței.

Numai cu mari dificultăți se pot pasa teste. Micii pacienți adesea refuză orice colaborare, răspund capricios, devin accesibili doar sub influența medicației, fapt ce complică interpretarea. La testele de inteligență se remarcă performanțe foarte inegale, discrepanța mare a rezultatelor, coeficienți mai slabi la probe verbale, discrepanță între nivelul școlar și rezultate slabe la teste, în orice caz dovezi pentru decalajul între potențialități intelectuale și randamentul real. Probele de desen își pierd valoarea de test de inteligență, de exemplu omulețul dovedește fragmentarea, dezorganizarea sau deficiența structurare a schemei corporale, putînd fi doar un

cere vag dar și o schiță însușită prin dresură. În acest caz rămâne în decursul anilor aceeași figură stilizată, la care nu se adaugă nimic. Dacă se poate face un Rorschach, o serie de interpretări nu pornesc de pe plânse, domină contaminări, confabulații, simbolizări, dovezi alăbiciunii eului, fluului în gândire. TAT sau CAT relevă a și testele de joacă haosul, trăiri delirante, o incoerență fantasmică etc.

Deși examenul somatic, neurologic, gama bogată a examenelor paraclinice devenite uzuale în ultima vreme (ne referim dincolo de examinările uzuale de laborator la fundul de ochi, electroencefalograma și pneumoencefalografia) nu relevă nimic, absolut nimic semnificativ pentru explicarea tabloului clinic, aproape toate cazurile prezintă ceva "vag" care subliniază faptul că undeva psihoza are relații adânc înrădăcinate în biologia individului în devenire. De mici, mulți dintre pacienții noștri au avut dificultăți în stabilirea homeostaziei, prezentau oscilații ponderale, tendințe la deshidratare, limfatism, o bizară și clinic nincadrabilă alterare a repartiției tonusului muscular etc... Cel mai ușor descriptibil din acest "ceva vag" se ascunde în constituția pacienților, în parte gracili, finiți, poate prea saturați, fie displastic nediferențiați, sugerând ideea unei indefinibile disfuncții metabolice sau endocrine. Majoritatea micilor pacienți deși statusul neurologic consemnează doar o microsintomatologie nedefinibilă, sint neindemnatici, sugerând o alterare a psihomotricității. În același sens putem vorbi adesea de tulburări ale psihesteziei care apare în tabloul hipersensibilităților față de unele calități ca umezeala, mișcarea aerului, sau la simpla atingere corporale, calitatea materialelor sau mirosuri, gusturi în mod normal considerate plăcute. În acest sens datele noastre concordă cu cele din literatura mondială, putîndu-ne ralia opiniei după care cel puțin pînă azi nu s-a găsit nici un simptom, sindrom somatic, neurologic sau paraclinic, nici un element morfologic sau funcțional în corelație semnificativă cu schizofrenia la copil.

Canoanele prezentării clinice obligă la ținută, la ordonarea materialului expus, deci în teză se discută pe capitole după descrierea simptomatologiei, debutul, formele clinice, evoluție și implicit prognosticul etc...

Cum în majoritatea cazurilor evoluția este lent progresivă, de la început existînd masive tulburări de contact, adesea este foarte dificilă precizarea momentului în care se declanșează procesul psihotic. La o serie de pacienți, în momentul în care se sesizează tulburările definitive pentru schizofrenie, anamneza relevă o serie de anomalii

existente de la începutul psihogenezei. În asemenea cazuri o serie întregă de semne indică - retrospectiv - că nici nu se poate vorbi de un debut propriu zis. Alte ori psihoza se instalează lent pe nesimțite, pe un fond premorbid caracterizat prin slăbiciunea contactului, deficitul de rezonanță afectivă și autosuficiența. Mult mai rar, pe un fond mai mult sau mai puțin accentuat de premorbid tabloul psihotic se poate instala acut, în minute, ore sau zile, sau subacut în câteva săptămâni. În această eventualitate cazistica proprie confirmă ipoteza după care așa zisele perioade critice din copilărie ar fi "schizofrenafine" (M. TRAMER). Acest lucru înseamnă că privind statistic, cu excepția cazurilor schizofrene de la începutul psihogenezei, în ce privește debutul și exacerbarile, cazurile se grupează în jurul a trei perioade de vîrstă, este vorba de perioada între 3-4 ani, în jurul vîrstă de 7-8 ani și în fine în prepubertate.

În ce privește formele clinice trebuie să subliniem faptul că nu există unanimitate de păreri. Întîlnim în literatură opinii care pledează pentru sistematizare rigidă alături de opinii care vor să impună completa dissoluție a conceptului de formă clinică, dar în general se operează cu schema destul de largă și elastică a școlii bleuleriene.

Deși se pare că și la copil schizofrenia respectă anumite tipare, cîte o constelație de simptome care îl apropie de una sau alta dintre formele cunoscute la adult, cazistica noastră pare să demonstreze că cel puțin pînă la prepubertate nici schema bleuleriană nu este operantă. Cel mult vom putea spune că procesul "tinde spre"... , niciodată că realizează "tabloul de"... În teză expunem principalele date din literatură, aci ne mulțumim să prezentăm rezultatele observațiilor proprii. Schizofreniile din faza preverbală cel mai adesea îmbracă forma autismului infantil precoce. Dar alături de această formă sub influența factorului patoplastic "mama", sau "constelație familială", putem întîlni și variante în care tabloul autismului KANNER este încărcat cu agitație psihomotorie, logoree fără scop de comunicare, dominînd anxietatea, tulburări de somn, distructivitate și simbioza.

Majoritatea cazurilor cu debutul în jurul vîrstă de 3-4 ani, evoluează insidios-progresiv, pe un fond premorbid accentuat. Aceste forme sînt dominate de fenomene catatonice, procesul pare mai puțin incisiv în ce privește posibilitățile de dezvoltare. La această vîrstă, formele cu debut mai acut, mai rare, se desfășoară mult mai incisiv cu destructurarea contactului interuman, cu masive tulburări de limbaj și stoparea psihogenezei, fără ca în decursul anilor procesul să mai dea dovadă de prea multă progresivitate. Cam din acest grup de

pacienți se recrutează majoritatea cazurilor de defect cronic dar staționar.

Dintre formele cu debutul în jurul vârstei de 7-8 ani aproape toți pacienții au un premorbid foarte accentuat. La unii evoluția lentă cu un potențial destructurant puternic se va desfășura într-un tablou polimorf, compromițind școlarizarea ulterioară, la alții cu debut subacut sau acut se poate decela încă la această vârstă tendința de evoluție spre..., de care am vorbit mai sus.

În fine formele prepubertare se apropie mult de formele cunoscute din sistematica adultului deși adesea intricarea elementelor hebefreniei cu cea a catatoniei, elementelor catatoniei cu cele ale paranoidului nu permit diferențierea clară.

Evoluția schizofreniilor la copil suscită și azi foarte multe discuții contradictorii, acest lucru se datorește în primul rând faptului că nu există unanimitate în ceea ce privește limitele în care se poate vorbi de schizofrenie. Pentru unii (H.ASPERGER de exemplu) schizofrenia este o catastrofă care se termină în profundă demență condamnând pacientul în mod irevocabil. Pentru alții (L.BENDER de exemplu) diagnosticul de schizofrenie nu înseamnă și diagnostic de psihoză. În orice caz azi încă nu se pot stabili reguli generale privind evoluția și prognosticul schizofreniilor la copil, deși se pare că cu cât debutul este mai precoce, premorbidul mai încărcat, cu cât procesul este mai incisiv destructurant, cu atât prognosticul este mai întunecat. În teză se discută mai amplu problema prezentind și datele unor cercetări de dată mai recentă privind evolutivitatea simptomelor luate izolat. Aci menționăm doar faptul că din cazuistica proprie am tras concluzia că nici-unul din pacienți nu poate fi considerat valid social. Menționăm că am descris un caz de autism cu evolutivitate. Cazurile de schizofrenii din faza preverbală pentru observatorul nevizat apar după ani ca oligofrenii cu elemente schizoide. Cazurile cu debut în mica copilărie au eșuat la școală indiferent dacă procesul a evoluat lent în continuare sau după o etapă evolutivă incisiv destructurantă s-a oprit. Cele mai catastrofale evoluții au fost întâlnite la debuturi în jurul vârstei de 7-8 ani, finalul, cu excepția evoluției spre paranoid, fiind aceea pustiire idioafectivă care se descrie la adolescent sau adultul tânăr. Asupra prognosticului la cazurile noastre prepuberale nu ne putem formula o părere, deoarece sînt prea recente ca să permită o estimare catamnesică.

În teză se discută destul de amplu problema familiei copilului schizofren ca nucleu de condensare în cîmpul în care se desfășoară

dialectica ereditate-mediu. Aci vom aminti numai constatările care diferă de cele din literatura la dispoziție. Astfel, în antecedentele familiale se consemnează mult mai mulți anormali pe linie paternă ca pe linia maternă. Dintre parentalii deși nu este o regulă generală, tații sînt de obicei schizoizi pe cînd aproape la toate cazurile mamele au o structură anxios-obsesiv-fobică, cu evidente tendințe de fixare simbiotică față de copil. Prin numărul mare de anormali, suciți, ciudați în familie, chiar dacă aceasta nu se dezorganizează, se poate presupune o atmosferă penibilă, perturbată de tensiuni sau răceală indiferentă.

Deși în casuistica proprie proveniența din mediul intelectual elevat este mult mai redusă decît în statistici din străinătate, încă nu corespunde realității, credem că rata îmbolnăvirilor este uniform repartizată în populația indiferent de nivelul socio-cultural.

Decarece diagnosticul de schizofrenie la copil constituie o sentință pe viață chiar și atunci - și acest lucru se întîmplă foarte rar - cînd boala se remite sau se oprește în evoluție, se cere pedopsihiatrului foarte multă prudență. El trebuie să cîntărească judicios toate datele adunate în cursul unei investigații pe front larg despre biografia pacientului, despre familie etc... Pentru a evita greșeli grosolane este nevoie de observație longitudinală, reexaminarea atentă periodică a bolnavului cu eliminarea oricărui proces somatic sau neurologic evolutiv care ar putea explica tabloul clinic. Datele anamnestice obținute trebuie verificate decarece de multe ori există tendințe conștiente sau inconștiente de deformare a realității fie din partea aparținătorilor, fie al pedagogilor sau chiar al colegilor sau echipei pe care pedopsihiatrul trebuie să-l coordoneze. Pentru punerea diagnosticului un ajutor real aduce acel indefinibil "sentiment de praecox" (RUMKE) indus de imponderabilitățile necodabile ale tabloului clinic, însă elaborarea diagnosticului este o activitate complexă, de multe ori dificilă, reclamînd timp pentru cîntărirea tuturor informațiilor obținute.

Pentru a pune diagnosticul de schizofrenie este necesară o definiție a ei. Dintre multele tentative de a defini schizofrenia cea a lui HEUYER ni s-a părut cea mai potrivită. După el schizofrenia este "o psihoză cronică, nu primar dementială, caracterizată prin pierderea contactului cu realitatea și construirea unei organizări autistice care este marcată de fenomene specifice de regresivitate traducîndu-se în disociație".

Nu există după părerea noastră nici la copil semne patognomonice pentru schizofrenie, dar există simptome constant prezente, sin-

drome tipice și definitorii. În teză au fost enunțate unele criterii de diagnostic care aici vor fi doar amintite. Cortegiul simptomatic al tulburării primare sau decompoziției contactului interuman asigură ținuta schizofreniei copilului. Din cea mai mică copilărie din comportament se poate lesa decoda dizarmonia maturăției structurilor acțiunii - ergoschizisul, afectivității - timoschizisul, și de la 2-3 ani al aparatului cuneasterii - logoschizisul. Direct sau mediat se pot obține la aceeași vîrstă dovezile existenței delirului schizofren. Dominanța unora sau altora din sindromele asociate vor putea orienta diagnosticul spre indicarea tendinței de evoluție spre o formă sau alta.

Intotdeauna trebuie ținut cont de factorul timp, de faza de dezvoltare, deoarece într-o perspectivă biografică tabloul se impune intotdeauna ca o dezorganizare a forțelor dezvoltării (V.VILLINGER), oprirea sau frinarea dezvoltării personalității (J.LUTZ), ca o structurare bizară și monstruoasă.

Diferențierea schizofreniilor copilăriei este una din cele mai pasionante probleme ale pedopsihiatriei. Există trecător sindrome schizofrene, reacții schizofrene și schizoide la cele mai diferite stressuri, insulturi cerebrale sau extracerebrale. Schema diferențierii trebuie să țină cont de faptul că schizofrenia nu se poate pune azi încă în legătură cu factori etiologici clari, că prezumata somatoză schizofrenă nu are un sistem definit de coordonate, cu atît mai puțin concepțiile psihodinamice.

Diferențierea trebuie făcută deci față de acele procese cerebrale sau somatice acute, subacute sau cronice care determină reacții de tip exogen acut confundabile cu schizofrenia. Amintim aici procese inflamatorii, intoxicații exogene sau endogene, tumori, traumatisme. În teză se aduc exemplificări cazuistice pentru ilustrarea problemei diferențierii. Nu sînt de neglijat posibilitățile ca un tablou schizofreniform să însoțească un timp decompoziția dementială în cadrul unor procese cerebrale subacute sau lente, este vorba de cazuri în care tabloul psihotic se interpune între normalitate și primele simptome neurologice. Uneori un proces demential de tipul epilepsiei posttraumatice imbracă pentru un timp masca disociației schizofrene. Unele confuzii pot crea rarele demente infantile HELLER dar și sindromul demential hiperkinetic KRAMER-FOLLNOW. Rar și pentru scurt timp demența paralytică la copil prin elementul zis pseudopsihopatic poate crea confuzie.

Un alt grup care poate ridica probleme de diagnostic diferențial, este cel al reacțiilor față de agresiuni psihologice de durată, intensitate anormală sau afectînd un fond predispus, schizoid și de-

seori hipofren. Uneori asemenea dificultăți apar prin dozasme indu-se. Rarele nevroze cu depersonalizare, distimie, idei hipohondriace pot crea confuzii mai ales în fazele critice care exacerbează dizarmonia și în cazul constituțiilor psihopatice și al dezvoltărilor a-normale. Un capitol dificil este al diferențierii schizofreniilor față de rarissimele psihoze afective deoarece pe de o parte acestea adesea evoluează atipic cu semne de discordanță, pe de altă parte nu este exclus ca după câteva pusee tipice să apară o autentică schizo-frenie.

Dar nu numai procesele, afecțiunile evolutive crează dificultăți, factorul timp introduce o variabilitate a simptomelor și la stările oligofrene sau psihopatice care pot apare epizodic colorate cu discordanță, cu tulburări de contact. În orice caz ori un oligo-fren prezintă semne dispartate din seria simptomelor schizofrene, ori este realmente schizofren dacă alături de defectul mental global realizează un tablou de schizofrenie. Nesfârșitele discuții în jurul inteligenței schizofrenului, al organicității sau neorganicității u-nor schizofrenii atacă o pseudoproblemă.

În fine, la vîrstă foarte mică demențele foarte masive organice cerebrale care se impun ca "afrenii", desigur sînt incapabile să realizeze un contact psihic fără ca să aibă ceva comun cu schizofrenia, iar depresia analitică (R.SPITZ) se diferențiază de schizofrenie prin însăși condiția etiologică de hospitalism.

În teză considerînd capitolul tratament un copil vitreg al literaturii mondiale de specialitate, se încearcă o sinteză prin prisma experienței personale. Se încearcă a da răspuns la întrebările "unde", "cînd", "cum", "ce" și pe "cine" tratăm. Se insistă asupra necesității tratamentului strict individualizat și se prezintă principalele mijloace terapeutice de care dispune pedopsihiatria în momentul de față. Se insistă asupra faptului că spre deosebire de alte opinii creden că locul pacientului la începutul tratamentului este necondiționat staționarul dotat pentru terapie intensivă, pentru consolidarea rezultatelor se poate încerca ulterior replasarea în familie, de-siderat adesea iluzoriu, sau plasarea într-o instituție specializa-tă pentru terapie medico-pedagogică, psihoterapie și terapie ocupațională. Se subliniază necesitatea a trata cît se poate de precoce dar în practică micul schizofren ajunge la specialist de obicei după eșecul tentativelor terapeutice incompetente, într-o fază avansată a bolii. Se insistă asupra risipirii mitului că azi se poate trata "schizofrenia" și apoi se descriu principalele mijloace terapeutice la dispoziție, indicațiile, contraindicațiile, riscurile, incidente-le și accidentele și rezultatele obținute.

Se discută în primul rând mijloacele de terapie intensivă dintre care tehnicile terapiei convulsivante electrice, cu care la copil nu avem experiență personală, insulinoterapia cu come profunde care au dat rezultate multunitoare, -someterapia care nu a dat rezultate, piretoterapia cu malarie care nu a fost utilizat în tratament la noi. Se discută rezultatele chimioterapiei moderne și clasice, subliniind că nici un antipsihotic nu are acțiune specifică asupra schizofreniei la copil și în ciuda acestui fapt tratamentul cu psihotrope aduce ser vicii enorme. Se subliniază că preparatele de clerpromazină ca și ce-le de rauwolfia la copil nu au altă funcție decît cea de cămașe de forță chimică, medicație sedativă simplă. Levomepromazina în schimb pe lângă efectele sedative, de reducere a excitației psihomotorii, a fenotiazinelor cu lanț alifatic simplu, are și avantajul de a fi anxiolitic. Dintre fenotiazinele piperazinice, tioproperazina a fost încercată și abandonată deoarece chiar combinat cu antiparkinsoniene induce prin sindromul neuroleptic anxietate și idei de transformare-proclorperazina s-a folosit ca tratament de întreținere. Dintre fenotiazine piperidinice, tioridazina are valoare egală cu levomepromazi-na. Dintre butirofenone a fost utilizat haloperidolul cu rezultate foarte bune. Menționăm observația că sindromul neuroleptic care apare tot așa de facil ca la tioproperazină nu traumatizează, la acest preparat, psihicul pacientului. Dintre tranchilizante numai clordiazepoxidul a fost experimentat de noi cu succes în tratamentul de întreținere. O serie de sedative clasice își mențin în continuare valoarea terapeutică și ajută la corectarea unor simptome.

Nu pot fi neglijate problemele legate de ajustarea stării somatice adesea precare în urma dificultăților de somn, alimentație, a epuizării prin agitație etc... Oricîtă încredere s-ar acorda acestor metoda terapeutice în ce privește destinul psihoticului, ele sînt doar adjuvante. Spre deosebire de adult unde se țintește o "recupera-re", o reintegrare în coordonatele vieții familiale, sociale, profesionale, la copil problemele se pun cu totul altfel, copilul față de adult este un dublu handicapat fiindcă psihoza nu numai că îl scoate temporar din circuitul vieții cotidiene dar îi interzice căile spre aculturație. De aceea psihoterapia oricît de valoroasă ar fi nu este suficientă. În teză se expun deci nu numai tehnicile, dificultățile, indicațiile psihoterapiei, dar se insistă în mod special asupra problemelor reîncadrării sau încadrării pacientului într-un sistem relațional pe calea terapiei ocupaționale, în scopul de a-l face accesibil mijloacelor medico-pedagogice de influențare. Deschiderea porțiilor către asimilarea culturii umane este scopul suprem al tratamen-tului.

Capitolul de clinică este rezultatul strădaniei de a prezenta descriptiv, cât se poate de palpabil, ca pe o incontestabilă realitate, schizofreniile la vârsta copilăriei. Dacă cele de pînă aci nu sînt convingătoare ca argument, rămîne singură consolare faptul, că similare strădanii ale unor autorități recunoscute pe plan mondial, încă nu au reușit să impună acceptul unanim în ce privește identitatea nozografică a acestor psihoze cu schizofreniile.

Consecvenți convingerii că schizofreniile - în ciuda opiniei scepticilor - există în copilărie, se încearcă înteză o analiză psihopatologică dintr-o altă perspectivă ca cea uzuală.

Nu psihologiei ci psihopatologiei îi revine meritul de a fi descoperit faptul că dincolo de facticitatea biologică, rasială etc..., dar dincoace de cea socio-culturală, de nivel de civilizație, de structură etnologică, specia umană are ceva comun "specific uman".

Psihiatria modernă compară, compară nivele de existență pe scara zoologică dînd naștere la psihiatria animală, compară conținutul fenomenelor patologice la diverse culturi umane dînd naștere la psihiatria transculturală și compară conținutul fenomenelor patologice la vârste diferite dînd naștere pedopsihiatriei. Argumentul pentru constituirea acestor științe constă în faptul că dincolo de evenimentul individual - și o știință a individualului este de neconceput - realitatea coeziunii unui "tablou clinic" mai mult sau mai puțin unitar în "structură" se va regăsi în mod repetat permițînd constituirea unei nozografii.

Trebuie deci căutate acele elemente psihopatologice ale schizofreniilor copilului care asigură coeziunea, ținuta, unsi realități clinice și psihopatologice.

Dificultatea unei analize psihopatologice la vârsta copilăriei constă în lipsa unui sistem constant de referințe, oarecum dat în psihopatologia adultului, prin conceptul de adult normal, un individ concret care reflectă specific uman - la modul cel mai general spus - realitatea obiectivă, cu ajutorul unui aparat mental constituit. Subiectivitatea sa bazîndu-se pe coordonatele relativ stabile ale sinei și lumii este capabilă să discearnă între "eu" și restul universului, condiție sine qua non al sentimentului de prezență nu numai hic et nunc în realitatea obiectivă.

Copilăria este doar numitorul comun pentru a defini o succesiune de etape calitativ diferite ale ontogenezei umane. Psihogeneza poate latura cea mai specific umană a devenirii, este un proces real de geneză, în fiecare om concret, de fiecare dată se naște un mod personal de reflectare a sinelui și lumii. Diferențele calitative fac însă ca

termenii cu care definim o realitate psihică la adult să nu poată avea aceeași semnificație în diferitele etape ale psihogenezei.

Individul este creat, acest proces de creație se produce la convergența unor potențialități biologice date de o structură genetică care asigură în linii mari umanitatea sa biologică, cu factorii unei ambianțe specifice umane date de coordonatele societății umane, de cultură. El este totodată propriul său demiurg prin experiența participândă la structurarea propriului său aparat mental și demiurgul lumii umane comune prin activitatea sa teoretică și practică nu numai în mediu ci și în noosferă.

Amințita experiență participândă la structurarea propriului aparat mental îi asigură coeziunea sentimentului de istorie personală el având un trecut și un prezent, dar și posibilitatea prospectării pe plan intelectual al virtualului - viitorul. Astfel omul are o biografie personală prin care participă cu o rată infinitesimală la istoria speciei umane dar, și acest lucru o demonstrează suficient istoria scrisă, uneori cu o rată considerabilă în noosferă. Individul trăiește într-un univers dialectic unitar care este și natură (mediu biologic) dar mai ales societate și cultură (lume umană).

Omul normal reflectă realitatea obiectivă și acționează asupra sa deci este "în lume", este reflectat de alții, este parte din realitatea obiectivă și în acest sens "este lume". Subiectivitatea umană, și ea o realitate obiectivă, dispune de posibilități de a se distanța de real, are libertatea de a se detașa, își poate deschide porțile imaginarului, fantasticiului dereist chiar fără modificări de vigilitate. Astfel el dispune în mod normal de o "lume proprie", personală, particulară în care se poate retrage ludic, contemplativ sau evadind din imperiul uneori - în situații limită - terefiant al realității. Caracteristica principală a acestei lumi proprii este faptul că accesul la ea se face cu bilet retur, mai mult, chiar dacă folosește în această lume un limbaj mai puțin conceptual, mai mult bazat pe rezonanță, el totuși comunică, are contact. În acest sens oare conceptul de "lume proprie", "lume autistică" în schizofrenie mai are sens? Există oare o "lume schizofrenă"? Planul pe care se desfășoară fragmentata activitate psihică schizofrenă "este lume"? Stim doar din descrierea clinică cum pacientul este privat de contact interuman.

Întrebarea la care se încearcă a da un răspuns este deci ce novum poate introduce în psihopatologia schizofreniei optica pedopsihiatrului care abordează alterarea devenirii umane.

Credem că răspunsul se poate da numai și numai abordând omul în duplicitatea sa biologică și socială, care duplicitate îi conferă uni-

tate dialectică. Astfel trebuie discutată problema la periferia biologicului dar în plin centru al antropogenezei individuale și totodată în plin centru al biologicului, la periferia socialului. Astfel se va releva faptul că schizofrenia compromite devenirea umană în premisele sale.

Se știe azi, pe baza dovezilor experimentale că adultul normal, socializat și aculturat, care și-a asimilat pînă și structura etico-axiologică a societății, suportă foarte bine condițiile solitudinii chiar și a privației senzoriale cu condiția ca experiența să fie acceptată de subiect și subordonată scopurilor sale. Acest tip de însingurare și privație chiar dacă provoacă unele tulburări psihofiziologice pasagere, nu poate atinge sistemul de valori umane al subiectului. Dar este suficient să intervină fortuitul și structura eului se poate descompune.

Ce catastrofă se produce însă dacă un individ este privat de organizatorii sociali ambientali în cursul psihogenezei ni-l demonstrează interesanta dar tragică poveste a așa zișilor copii lup crescuți în afara coordonate societății umane. Ei niciodată nu pot ajunge oameni. Analogia cu copilul schizofren privat de contact și rezonanță umană este flagrantă chiar dacă considerăm alienarea copilului lup o alienare exogenă. În orice caz exogen nu în sens de produs înafară ci de produs din cauze dinafară.

Însă nimic din cauză exogenă nu poate explica principală monstruoasă în psihogeneza copilului schizofren. Cauzele trebuiesc căutate înăuntru și un răspuns ne poate oferi alterarea acelor mecanisme descrise de etologie care sînt menite să genereze contact interuman.

În teză analizăm absența unor asemenea mecanisme ca rîmbetul, întipărirea, etc.

Contactul interuman fiind alterat în premisele sale, copilul schizofren nu accede la integrarea aceluiași "noi" care să-i permită diferențierea unui "tu". Fără acest "tu" care aduce ordine, securitate, satisfacerea trebuințelor sale elementare nu se va naște nici un fel de "eu". Prin faptul că micul schizofren nu se separă ca eu, nu se distinge de mediu, nu accede la sesizarea ambianței umane, rămîne la discreția delirului, modalității de a nu fi lume și a nu fi în lume în ciuda faptului că o serie de mecanisme menite să asigure asimilarea lumii funcționează intact. Acest delir este haosul, haosul prin definiție anxiogen, fiind nedepășibil, ea va conferi coordonată constantă a schizofreniei chiar și atunci dacă la suprafață vor apărea precare solidificări care acoperă vulcanismul subiacent. Procesul psihotic nu este altceva decît o erupție nucleară care tonaste coeas-

tă minusculă scoarță.

Astfel simptomatologia schizofreniei, atât prin ceea ce face pacientul oit și prin ceea ce nu face nu este altceva decât expresia funcționării anarhice ale unor elemente care în mod normal sînt coordonate ca să se constituie, în cursul unui proces real de geneză, în aceea unitate sublimă care este forma cea mai superioară de organizare a materiei.

CONCLUZII

- Analiza psihopatologică a schizofreniilor la copil ne permite să postulăm la originea catastrofei schizofrene, lipsa sau funcționarea defectuoasă a sceler mecanism "innăscute" sau "endogene", care s-au constituit în cursul antropogenezei filietice ca premise ale relației interumane.

- Individul "schizofren" prezintă mai mult sau mai puțin evident de la începutul psihogenezei sale, o disociație între potențialitățile maturationale ale mijloacelor de stăpînire "tehnică" a mediului și mijloacelor integrării "sociale" în ambianța umană.

- Deficitul de contact interuman, sceler element psihopatologic primordial al schizofreniei, care face ca pacientul ori să absenteze din dimensiunea necesitată a relațiilor interumane, ori să abandoneze această dimensiune care pentru el își pierde orice sens, compromite secundar întregul proiect al devenirii umane.

- Deficiența de "contact", de "rezonanță" are drept consecință compromiterea diferențierii sinelui și lumii. În absența constituirii unui "noi" și "tu" nu se poate individualiza un "eu".

- Fuziunea persistindă a modului de reflectare a propriei subiectivității cu reflectarea realității obiective, constituie prin nediferențierea imaginii de sine de imaginea lumii, fundamentul unei existențe delirante.

- În această existență delirantă limitele între reflectant și reflectat, subiect și obiect, rămîn vagi și confuze, nu se constituie timp și spațiu ca dimensiuni permanente și individul pierde șansa construirii unei biografii.

- Dezordinea inerentă acestei stări, haosul trăit, întreține o anxietate vitală, care la rîndul său, ca într-un diabolic cerc vicios, compromite orice tendință compensatoare, în ciuda faptului că individul își creează o sesmă de ritualuri într-un efort imens de a asigura o oarecare stabilitate.

- Structura primar anormală sau secundar patologică a mamei ca-

re uneori este permanent prezentă (ca oricare alt obiect) în spațiul delirant, poate induce în tabloul clinic simptomul facultativ al simbiozei.

- Acumularea unor tensiuni motivaționale prin nesatisfacerea trebuințelor de contact, poate duce la acțiuni de "mers în gol", exprimate clinic prin contacte substitut, prin instabilitate psihomotorie sau ambele împreună.

- Individul fără identitate, fără "model", fără nucleu de conștiință de sine nu-și poate constitui o "mască". Pacientul nu-și poate asuma un "rol" în universul uman și nu se constituie ca persoană. Deci, dincolo de anegopatie, schizofrenia din faza preverbală echivalează cu o ageneză de personalitate.

- În faza preverbală, absența semnificației dimensiunii umane pentru pacient, crează impresia unei încapsulări sau a unei autosuficiențe care se descriu, în termenii comportamentului, ca autism.

- Înregistrându-se expresiile anxietății, reacțiile de panică la schimbare, la mișcare imprevizibilă, se crează impresia unei "tendințe de a menține neschimbată lumea lucrurilor". Orice tendință este o ficțiune introdusă în tablou de observator, deoarece nefiind subiect, pacientul nu poate face ceva exprizabil cu un predicat.

- La aceste forme, în absența contactului, a posibilităților de rezonanță, afectivitatea rămâne embrionară, rudimentară. Dincolo de reacții elementare se anulează posibilitatea oricărei diferențieri.

- Mișcărilor expresive, mimica, gestualitatea, limbajul, în acest context clinic, nu au nici un sens, astfel se explică absența tuturor mecanismelor de comunicare.

- În ciuda dezvoltării unor aptitudini care asigură o oarecare stăpânire tehnică a mediului, creând impresia "inteligenței", psihogeneza fiind disociată, cariată, pacientul nu va fi numai un "alienat" ci și un "arierat" mental. Micul pacient nu este nici dement, nici oligofren, dar deoarece nu numai dezvoltarea mentală ci însăși maturarea creierului uman are nevoie de stimulenți informaționali din ambianța umană, toată "aprinsa" discuție în jurul "inteligenței" pacienților suferinși din perioada preverbală de schizofrenie, este lipsită de sens.

- Analiza formelor "procesuale", cu debutul mai tardiv, ne demonstrează că dresura, imitația, au reușit să închege la pacient o "mască", o schiță de "persoană umană" în spatele căreia se ascund modalitatea delirantă de existență.

- Bazându-se pe aceeași deficiență de contact ca cel din formele preverbele, deși față de surpriză s-a constituit un oarecare grad de toleranță, condiția fundamentală a existenței în precombid este

amenințarea haosului.

- Comutarea pe registrele anxietății vitale se produce cu mare ușurință la cea mai mică frustrare.

- Expresia clinică a acestei alerte este aparent autistica, timidă retragere, tendința la solitudine, asigurarea prin ritualizarea comportamentului și decuparea pentru uz propriu numai al acelor mici sectoare din realitate care nu aduc cu sine neprevăzutul.

- Idmbajul mai repede însușit ca de copii normali, comportamentul mult prea matur față de vîrsta (deoarece pacientul nu-și confruntă ca un copil normal trăirile cu propriul eu), nu sînt decît fenomene de mască, de suprastructură fără bază solidă, de unde lipsa de frăgezime, vicioiune și farmec al copilărescului.

- Modalitatea delirantă a existenței se demască cel mai clar în confundarea pronumelor personale, în inversiunea pronominală.

- Prin buna stăpînire tehnică a mediului, copilul în perioada premorbidului este descurcăreț, prin detașare de realitate nativ și original, conservînd și în cursul procesului o serie de aptitudini.

- Procesul psihotic echivalează cu căderea măștii, cu năruirea începutului de persoană umană, din spatele căruia, printre dărămături apare la suprafață existența delirantă.

- Dărămăturile constituie de fapt blocuri eraticе intacte care deși nu mai sînt interconectate funcționează automat mai departe. Din acest motiv există o activitate psihică schizofrenă, anarhică, haotică dar reală. Reflectarea nu se mai face într-un sistem unitar, ci prin fragmente reflectînd incapabile să sintetizeze o imagine subiectivă. Subiectul este anihilat.

- Aceste automatisme sînt în măsură să explice fenomenele din seria catatonă, ideile delirante, halucinațiile, bizarerile și producțiile verbale ale micilor schizofreni.

Deci, indiferent dacă se impune ca existînd de la începuturile vieții sau se dezvoltă în cadrul unui proces, schizofrenia la copil este expresia unui proiect uman eşuat, moartea unui nenăscut, care proiectează individul schizofren într-un tărîm ne-uman, făcîndu-l obiect de studiu al unei ipotetice neg-antropologii.

CUPRINSUL TEZEI DE DOCTORAT:

PARTEA INTIA

PROBLEMA PSIROPATOLOGIEI AUTISMULUI.....	PAG. 1
ISTORIA SCHIZOFRENIILOR IN COPIIARIE.....	14

PARTEA DOUA : CLINICA SCHIZOFRENIILOR IN COPIIARIE

EXPLICATII PRIVIND MATERIALUL CLINIC.....	24
CAZUISTICA: OBSERVATIILE 1 - 18.....	25
SIMPATOMATOLOGIA SCHIZOFRENIILOR LA COPIL.....	72
SOMA COPILULUI SCHIZOFREN.....	110
PROBLEMA DEBUTULUI.....	113
EVOLUTIA SI PROGNOSTICUL SCHIZOFRENIILOR LA COPIL.....	122
FAMILIA COPILULUI SCHIZOFREN.....	127
DIAGNOSTICUL POZITIV.....	133
DIAGNOSTICUL DIFERENTIAL.....	137
TRATAMENTUL.....	148

PARTEA TREIA

TENTATIVA DE SINTEZA PSIROPATOLOGICA

(PROLEGOMENA LA O POTENTIALA NEG-ANTROPOLOGIE).....	167
CONCLUZII.....	188

BIBLIOGRAFIE (194 titluri citate in teză).....	I - XI.
--	---------

—

