

Stavros I. Baloyannis

# Psihologie pastorală

Traducere din limba greacă de Emanuel Dumitru



Iași, 2015

# CUPRINS

<i>Prolog</i> .....	7
<b>1. PROBLEMELE PSIHICE ALE VÂRSTEI COPILĂRIEI</b> .....	9
Contribuția mediului familial în dezvoltarea psihică a copilului .....	10
Separarea de părinți .....	10
Părinții, modele naturale.....	12
Poziția copilului față de cunoaștere .....	16
Legătura afectivă dintre părinți și copii .....	17
Afecțiuni psihice ale vârstei copilăriei.....	18
Tulburări ale dezvoltării psiho-mentale.....	19
1. Cauze cromozomiale .....	19
2. Cauze genetice.....	20
3. Factori ce acționează în timpul dezvoltării embrionare .....	21
4. Cauze perinatale.....	21
5. Cauze care apar la vârsta de sugar.....	22
Autismul infantil.....	23
Psihozele vârstei copilăriei .....	25
1. Schizofrenia .....	25
Psihozele maniaco-depresive .....	29
Nevrozele la vârsta copilăriei .....	32
Tulburările de comportament .....	35
Contribuția preotului la rezolvarea problemelor psihice .....	40
ale vârstei copilăriei	
<b>2. PSIHOLOGIA VÂRSTEI ADOLESCENȚEI</b> .....	42
Adolescența timpurie .....	43
Adolescența medie.....	44
Adolescența târzie.....	46
Reacții comportamentale atipice ale adolescenților .....	47
1. Reacții la școală .....	48
2. Reacții pronunțate în cadrul familiei .....	49
Probleme psihice ale adolescenților.....	51

1. Tulburările de adaptare.....	52
2. Psihozele afective .....	54
3. Psihozele schizofrenice .....	55
4. Personalitățile sociopate.....	57
5. Alte tulburări de personalitate.....	59
6. Sindroame psiho-somatice .....	61
Anorexia nervoasă sau psihogenă .....	62
7. Reacții nevrotice.....	62
Nevroze de anxietate.....	62
Ipohondria .....	63
Nevroze fobice.....	64
Comportamentul antifobic .....	66

### **3. PROBLEME PSIHICE LA VÂRSTA MATURITĂȚII .....**

Prezentare istorică.....	68
Clasificarea maladiilor psihice .....	75
Schizofrenia .....	77
Prevalența bolii .....	77
Vârsta de debut a bolii .....	78
Cauzele bolii .....	78
Manifestările bolii.....	83
Tulburări de voință .....	93
Manifestări motorii.....	94
Tulburări de comportament .....	94
Cauze somatice.....	95
Forme ale bolii .....	96
a) Forma simplă .....	96
b) Forma hebefrenică.....	97
c) Forma catatonică .....	100
d) Forma paranoică.....	101
e) Forma schizoafectivă .....	106
f) Forma post-partum (postnatală) .....	106
Schizofrenia latentă și nediferențiată.....	107
Evoluție .....	107
Etape .....	108
Paranoia și stările paranoide.....	111
a) Delirurile de grandoare .....	112
b. Delirurile de gelozie .....	113
c. Delirurile erotomane.....	114
d. Delirurile de persecuție .....	114

Reacții paranoide.....	116
Psihozele afective.....	117
Factori etiologici.....	118
Manifestările bolii.....	120
Melancolia tardivă.....	124
Contribuția preotului.....	125
Mania.....	125
Psihoza maniaco-depresivă.....	127
Cauzele psihozelor maniaco-depresive.....	128
Contribuția preotului.....	129
Reacții de tip depresiv.....	134
Fenomene psihotice determinate de afecțiuni organice cerebrale.....	135
Cauze.....	136
Consecințele uzului de alcool.....	137
Fenomenele din sfera psihică.....	138
Efectul alcoolului asupra sarcinii.....	142
Contribuția Bisericii la combaterea alcoolismului.....	144
Manifestări psihotice în alte sindroame organice.....	144

<b>4. TULBURĂRILE DE PERSONALITATE.....</b>	<b>147</b>
Cauze ale evoluției patologice a personalității.....	148
a) Factori genetici.....	148
b) Maladii ale sistemului nervos central.....	149
c) Afecțiuni somatice sistemice sau alte maladii somatice.....	149
c) Infirmități corporale.....	150
d) Factori legați de condițiile de mediu.....	150
e) Factori legați în mod nemijlocit de însăși structura personalității, care nu au legătură cu cauzele menționate anterior	150
Tipuri de personalități patologice.....	150
Personalitățile borderline.....	151
Personalitatea sociopată sau antisocială.....	152
Alte forme de exprimare a personalității sociopate.....	157
a) Personalitatea aristofanică.....	157
b) Personalitatea narcisistă.....	158
1. Personalitățile epileptoide.....	159
2. Personalitățile anancaste (obsesiv-compulsive).....	160
3. Personalitățile isterice și histrionice.....	161
4. Personalitățile paranoide.....	162
5. Personalitățile reactive.....	164

6. Personalitățile ciclotimice .....	164
7. Personalitățile subdepresive.....	165
8. Personalitățile hipomaniacale.....	165
9. Personalitățile anxioase.....	165
10. Personalitățile neurastenice .....	166
11. Personalitățile mixte.....	166
<b>5. TULBURĂRILE PSIHONEVROTICE .....</b>	<b>167</b>
Cauze.....	167
Mecanisme de apărare.....	168
a) Mecanismul reprimării.....	168
b) Mecanismul negării.....	168
c) Mecanismul izolării .....	168
d) Mecanismul transferării.....	169
e) Mecanismul interiorizării.....	169
f) Mecanismul neutralizării .....	169
g) Mecanismul distrugerii .....	169
h) Comportamentul compensator .....	170
i) Comportamentul antifobic.....	170
j) Mecanismul identificării .....	170
k) Mecanismul proiecției.....	170
l) Mecanismul regresiei .....	171
m) Mecanismul conversiei.....	171
Tipuri de sindroame psihonevrotice .....	171
1. Nevroza anxioasă .....	171
Interpretări ale mecanismului de producere a anxietății .....	172
Manifestări ale nevrozei anxioase .....	173
Evoluția nevrozei anxioase .....	174
2. Nevroza compulsivă.....	175
Manifestările nevrozei compulsive.....	176
3. Nevroza depresivă.....	180
4. Nevrozele fobice.....	181
5. Nevroza neurastenică .....	183
6. Nevroza cu depersonalizare.....	185
7. Nevroza ipohondrică.....	188
Nevrozele isterice.....	189
<b>6. EPILEPSIA .....</b>	<b>200</b>
Prezentare istorică.....	200
Frecvența maladiei .....	204

Forme ale epilepsiei.....	204
Cauze și mecanisme patogene.....	205
Problemele generate de maladie .....	206
Epilepsia și infrafracționalitatea.....	208
Personalitatea epilepticului – cazul Dostoievski .....	209
Atitudinea preotului față de bolnavul epileptic .....	214
<b>7. PROBLEME PSIHICE ALE VÂRSTEI SENECTUȚII.....</b>	<b>216</b>
Demența senilă .....	220
Alte probleme psihiatrice întâlnite la vârsta a treia.....	220
Contribuția preotului în viața persoanelor în vârstă .....	222
<b>8. ROLUL FACTORULUI SOCIAL ÎN SĂNĂTATEA PSIHICĂ.....</b>	<b>223</b>
Factorul cultural .....	223
Familia și stabilitatea instituției familiale constituie un factor determinant în menținerea sănătății psihice .....	225
Factorul socio-economic .....	226
Concepții asupra importanței factorului-social .....	226
a) Concepția lui Marcuse .....	227
b) Concepția lui Brown .....	227
c) Concepția lui Skinner .....	227
d) Concepția lui Keniston .....	228
e) Concepția lui Toffler .....	228
f) Concepția lui Maslow .....	228
<b>9. SOCIALIZAREA .....</b>	<b>232</b>
Principii fundamentale ale raportului individului față de societate: .....	232
a. Individul per se .....	232
b. Individul în cadrul sistemului social .....	234
Principiile sociale.....	235
Conflictele în cadrul câmpului social .....	236
Procesul socializării .....	238
Desocializarea.....	242
Contribuția individului la stabilitatea structurii ansamblului social .....	243
<b>10. CRIZA TRĂIRII RELIGIOASE ȘI CONSECINȚELE .....</b>	<b>246</b>
<b>ACESTEIA ASUPRA ECHILIBRULUI SUFLETESC</b>	
Ispita .....	249
Păcatul .....	251
Trezirea din păcat .....	255
Pocăința .....	255

<b>11. SINUCIDAREA</b> .....	259
Cauze de natură psihiatrică.....	259
Capitolul.....	259
Cauze psihologice .....	261
Cauze de natură socială.....	263
Contribuția preotului ortodox în combaterea sinuciderii .....	265
<i>Bibliografie</i> .....	269
<i>Imagini</i> .....	280

# PROLOG

„Ψυχῆς πείρατα ἰὼν οὐκ ἄν  
ἐξεύροιο πᾶσαν ἐπιπορευόμενος  
ὁδὸν, οὕτω βαθύν λόγον ἔχει”<sup>2</sup>

(Heraclit, 45 Περί τοῦ παντός LXXI)

Pătrunderea în universul sufletului marcat de suferință ne introduce într-un câmp de cercetare nelimitat, în care, prin intermediul psihiatriei și al psihologiei, gândirea științifică se întâlnește cu teologia. Urmând fiecare un sistem propriu de evaluare a fenomenelor psihice și o cale specifică de pătrundere în suportul causal al acestora, ambele discipline se întâlnesc în efortul de a aduce alinare durerii sufletești a omului și de a-l readuce pe acesta la un nivel stabil de sănătate. Atât psihiatria cât și teologia urmăresc, (cu toate că din unghiuri diferite), fiecare, același spațiu, cel al dezvoltării fenomenelor sufletești, completându-se reciproc în încercarea de a înțelege și de a oferi o interpretare mai profundă variatelor forme de manifestare a vieții psihice.

Ambele discipline, psihiatria și teologia, se întâlnesc în persoana celui care suferă: psihiatria, prin restabilirea sănătății psihice a persoanei care activează în cadrul social, iar teologia, prin redarea frumuseții lăuntrice a celui creat „după chipul lui Dumnezeu”. (Fc. 1,26)

S. I. M.

---

2. „Ori încotro vei merge, marginile sufletului nu le vei afla, atât de adâncă este măsura lui”.



# CAPITOLUL

## PROBLEMELE PSIHICE ALE VÂRSTEI COPILĂRIEI

Lucrarea pastorală a preotului se îndreaptă asupra omului în toate etapele de vârstă ale acestuia. Dragostea și grija preotului încep să se manifeste mai întâi asupra pruncului, care, prin taina Botezului, va deveni nou membru al Bisericii luptătoare și continuă până la cea mai înaintată vârstă, când omul se află înaintea Bisericii triumfătoare.

Copiii ocupă un loc special în întreaga lucrare pastorală. Atât caracterul sensibil și încă nescindat al copiilor, cât și plasticitatea și dinamismul dezvoltării lor psihice impun lucrării preotului multă responsabilitate, el fiind, alături de părinți și dascăli, un factor extrem de important în formarea și dezvoltarea personalității copiilor.

Responsabilitatea față de copii este exprimată într-un mod unic și deplin de cuvintele Domnului: „Cine va primi un prunc ca acesta în numele Meu, pe Mine Mă primește. Iar cine va sminti pe unul dintre aceștia mici, care cred în Mine, mai bine i-ar fi lui să i se atârne de gât o piatră de moară și să fie afundat în adâncul mării” (Matei 18, 5-6).

Preotului îi revine sarcina cunoașterii psihologiei copilului, întrucât el îndeplinește totodată și îndatoririle dascălului. Va putea astfel să înțeleagă mai profund nevoile sufletești și problemele copilului și să își desfășoare activitatea cu mai mult profesionalism, lucrarea sa putând fi astfel mai bine receptată de către sufletul acestuia.

## 1. Contribuția mediului familial în dezvoltarea psihică a copilului

În dezvoltarea psihică normală a copilului, un loc capital îl ocupă mediul familial și, în mod deosebit, personalitatea tatălui și cea a mamei.

Personalitatea specifică a mamei și asumarea de către aceasta a rolului de mamă și a răspunderii pe care o implică acest rol au, în dezvoltarea copilului, o importanță mai mare decât însăși viața intrauterină a acestuia. Viitoarele mame, pe care sarcina și lucrarea care le așteaptă nu le fac să se simtă fericite, întâmpină cele mai des întâlnite dificultăți în timpul gravidității și al nașterii, cu multiple consecințe asupra sănătății copilului pe parcursul primelor luni de viață ale acestuia, care au în viața persoanei o însemnătate capitală. Această atitudine a mamelor, care arată o anumită indiferență față de îndatoririle materne, poate afecta uneori în mod semnificativ viața somatică și psihică a copilului (Engstrom *et alii*, 1964).

Exprimarea dragostei și afecțiunii părintești față de copilul sugar, contribuie în cel mai înalt grad la dezvoltarea sentimentului de siguranță și la accelerarea procesului de maturizare al acestuia. Exprimarea insuficientă a afecțiunii și a dragostei față de copil, în special din partea mamei, încetinește într-o anumită măsură maturizarea psihică a copilului, mai ales pe parcursul primelor etape ale creșterii sale (Escalona, 1965). Mai mult, privarea copilului de prezența mamei pentru o perioadă îndelungată de timp și deci privarea sa de protecția și de afecțiunea acesteia, are consecințe și mai însemnate asupra copilului în următoarele etape ale dezvoltării sale psihice. Deseori, îndepărtarea de mamă duce la apariția unei tendințe sporite de agresivitate și la dezvoltarea unui comportament antisocial din partea copilului (Harlow și Harlow, 1967).

### Separarea de părinți

Separarea de părinți în timpul copilăriei constituie un fapt traumatizant pentru viața psihică a copilului, care simte că nu se mai poate împărtăși din izvorul esențial de afecțiune, dragoste și înțelegere. Copilul simte nevoia prezenței părinților în fiecare clipă, dimineața, când se trezește sau seara, atunci când

mănâncă, când se întoarce de la școală, în clipele de bucurie sau în cele de suferință ori atunci când e bolnav.

Copilul care este separat de unul dintre părinți, în special de mamă, până la vârsta de cinci ani, manifestă în următorii ani de viață o predispoziție mai puternică spre tulburări afective, în comparație cu ceilalți copii, care nu sunt despărțiți de părinții lor (Barry și Lindemann, 1960).

Pierderea unuia dintre părinți reprezintă pentru copil o lovitură puternică, din punct de vedere afectiv, care se manifestă în două moduri:

a) În sufletul copilului apare o intensă stare de vid afectiv cauzată de lipsa unei persoane iubite, primordiale, de la care copilul primea până atunci afecțiune și grijă și către care își îndrepta la rândul său dragostea. În același timp, copilul este lipsit de un model firesc, patern sau matern, care exercită un rol proeminent în formarea personalității sale.

b) Părintele care rămâne alături de copil va suporta în plan afectiv consecințele lipsei partenerului său de viață. În mod obișnuit, el este stăpânit de un sentiment de deprimare, care afectează întreaga familie, cu consecințe însemnate asupra „climatului” familial general și cu repercusiuni și mai mari asupra constituției afective a copilului.

Totodată, lipsa unuia dintre părinți, în special cea a tatălui, conduce adesea la o modificare a situației socio-economice a familiei, care determină creșterea gradului de implicare în muncă a celui alt părinte, care este nevoit să lucreze mai mult, precum și la accentuarea sentimentului de izolare și de separare în universul sufletesc al copilului. Acest sentiment poate crește în intensitate până la nevroză. Îndepărtarea temporară a copilului de părinți, prin includerea sa într-o unitate spitalicească sau prin înscrierea ca elev intern, la școală, are ca efect apariția multor reacții psihologice, care se împart, în principal, în trei faze:

a) faza protestului, în timpul căreia copilul protestează energic față de îndepărtarea de părinții săi, plânge după ei și îi cere cu insistență;

b) faza deznădejdiei, în care copilul se retrage în sine și nu mai reacționează la stimulii exteriori, și

c) faza detașării, în care, în aparență, copilul iese din starea de disperare și lasă impresia că a început să se obișnuiască cu

noua situație, însă, cu toate acestea evită, în mod sistematic, orice legătură afectivă cu mediul (Bowlby, 1960).

Trimiterea copilului la o instituție de specialitate are asupra acestuia consecințe și mai grave în plan afectiv, o încetinire parțială a evoluției sale psiho-mentale și, mai mult, în lipsa unor condiții ideale în acea instituție, se poate ajunge chiar la periclitarea vieții acestuia (Spitz, 1949).

## Părinții, modele naturale

Pentru copiii la care vârsta preșcolară durează mai mult, responsabilitatea părinților este și mai mare. Influența pe care o exercită personalitatea părinților asupra copiilor reprezintă un proces neîntrerupt, care nu se manifestă doar în relația cu copiii, ci se extinde asupra fiecărei laturi și asupra fiecărui amănunt din viața copiilor lor.

Copiii sunt marcați nu numai de comportamentul părinților față de ei, ci și de comportamentul acestora unul față de altul și cu celelalte persoane din cercul mai larg de cunoștințe. În același timp, sunt influențați de sentimentul de liniște și de armonie care emană în fiecare clipă din universul sufletesc al părinților lor și care constituie rodul cultivării interioare a acestora și al legăturii lor cu Dumnezeu sau, dimpotrivă, sunt marcați de lipsa armoniei interioare și de contradicția care definesc structura psihică a părinților imaturi spiritual și care se confruntă cu probleme psihice. Părinții animați de duhul nesiguranței și de lipsa încrederii în aproapele cultivă acest duh în copiii lor încă de la vârste mici și zdruncină din temelii posibilitatea acestora de a stabili relații sincere și libere cu ceilalți. Părinții ale căror aspirații academice și profesionale nu s-au împlinit sau au eșuat au tendința de a avea o concepție pesimistă asupra vieții, se simt nedreptățiți și cultivă acest duh și în conștiința copiilor lor. De asemenea, părinții care au un crez materialist și ale căror gânduri și acțiuni sunt lipsite total de aspirații spirituale își mutilează duhovnicește copiii și îi introduc într-un „sistem axiologic”, în care atenția le este orientată doar către sfera materială, fapt ce are urmări foarte grave asupra formării personalității copiilor.

Între realitățile fundamentale care guvernează relațiile părinților cu copiii lor, o însemnătate deosebită au următoarele:

a) strădania nemijlocită și constantă de a crea legătura copiilor cu Persoana divino-umană a Mântuitorului, Care trebuie să fie modelul unic și neschimbat, pe temeiul căruia să își clădească propria personalitate;

b) să le permită copiilor să-și dezvolte sentimentul de libertate și de responsabilitate;

c) să permită și să aprobe manifestarea liberă și nestingherită a universului afectiv al copiilor;

d) să depună toate eforturile pentru a activa capacitățile psiho-mentale ale copiilor lor;

e) să cultive în sufletul copiilor sentimentul dragostei și al încrederii față de om;

f) să îndrume educația copilului spre ceea ce este bine.

Prin propriul mod de a trăi, va trebui ca părinții să deschidă în sufletul fiecăruia dintre copiii lor calea către Dumnezeu. Iar această cale le poate fi deschisă dacă vor avea parte de exemple practice și dacă în viața lor locul central, dătător de viață, îl va avea Mântuitorul Iisus Hristos. Niciun cuvânt sau nicio poruncă nu poate da un rod mai bun decât realitatea trăită, care capătă expresie în fiecare clipă a vieții de zi cu zi. Sfaturile și povețele își vor afla ecoul în sufletul copiilor dacă reflectă o experiență de viață corespunzătoare a părinților și dacă nu se află în contradicție cu modul concret de viață al acestora.

Copilul trebuie să observe la părinții săi dragostea profundă față de Dumnezeu, a cărei continuare va fi dragostea față de copiii lor și față de om, în general. Iar întâlnirea sufletească deplină a părinților și în general, a familiei, va trebui să se realizeze în persoana Mântuitorului. Prin intermediul părinților, copilul va trebui să Îl simtă pe Dumnezeu de foarte timpuriu și să trăiască plinătatea vieții în Dumnezeu.

Atunci când unul dintre părinți moare, celălalt este dator să-și controleze pe cât posibil sentimentul copleșitor de deprimare și să-și centreze toate eforturile asupra legăturii copiilor cu Dumnezeu. În esență, nimic nu s-a schimbat radical prin moartea unuia dintre modelele naturale, dacă s-a reușit să se creeze această legătură și comunicare sufletească a copiilor cu Modelul neschimbat și absolut, cu Dumnezeu. Pentru părintele care rămâne, copiii vor fi imaginea vie a celui plecat și împreună-lucrători ai săi în opera de formare interioară și de împlinire

sufletească, prin comuniunea cu Dumnezeu. „Și fiii tăi să fie niște icoane vii, care să te mângâie pentru absența celui pe care-l regreti! Și astfel, grija pentru creșterea lor să-ți întoarcă suflul de la gândurile triste, și dacă vrei să știi cum vei putea bineplăcea lui Dumnezeu, cere-I ca, pentru răstimpul cât vei mai trăi pe pământ, să găsești în cugetul tău preocupări din cele mai alese. Căci pregătirea apărării pe care trebuie s-o înfățișăm înaintea Domnului nostru Iisus Hristos și râvna pe care o vom depune pentru a ne număra cu cei care Îl iubesc sunt în stare să alunge întunericul de pe suferința noastră, în așa fel încât să nu fim mistuiți de aceasta”<sup>3</sup>.

Părinții trebuie să cultive în sufletele copiilor sentimentul libertății și al responsabilității. De la vârsta copilăriei, omul trebuie să fie animat de sentimentul responsabilității pentru faptele și pentru cuvintele sale și trebuie să dobândească conștiința responsabilității pe care o are ca membru al întregului ansamblu social. De obicei, părinții excesiv de protectori frânează dezvoltarea sentimentului de libertate al copiilor lor și nu pot recunoaște capacitatea acestora de a gândi și de a acționa independent și responsabil. Consecința acestui fapt este cultivarea dependenței copiilor, care are urmări profunde asupra maturității psihice a acestora. Desigur, nu toți copiii prezintă același grad de maturitate psihică la aceeași vârstă. Părinții trebuie să încurajeze și să susțină în mod consecvent independența și libertatea copiilor lor până când vor constata că aceștia se sprijină pe un fundament real și matur și, chiar și în cazul în care copiii sunt lipsiți de maturitatea necesară vârstei lor, e bine să evite dezvoltarea sentimentului de dependență al acestora.

Dependența copiilor față de părinți manifestată atunci când părinții nu sunt hiperposesivi, poate avea drept cauză tendința părinților de respingere a copiilor sau severitatea excesivă a acestora (Sears, 1957). Când un copil este pedepsit de către părinți din cauza tendinței sale de a fi dependent de ei, el va deveni și mai dependent, fiindcă receptează pedeapsa părinților ca pe un act de respingere a sa, ca persoană, și nu ca pe o încercare de corectare a tendinței sale de subordonare (McCord *et al.*, 1962).

3. Cf. Sfântul Vasile cel Mare, *Scrieri. Partea a treia, Despre Sfântul Duh. Corespondență (epistole)*, traducere, introducere, note și indici de preot prof. dr. Constantin Cornițescu și preot prof. dr. Teodor Bodogae, Ed. I.B.M. al B.O.R., București, 1988, pp. 587-588.

de dinamizare proprie și orice posibilitate de dezvoltare a gândirii creative a acestuia.

## Legătura afectivă dintre părinți și copii

Părinții trebuie să cultive în sufletul copiilor posibilitatea întreținerii unei legături afective libere cu ei, totodată însă și ei trebuie să-și exprime în mod liber sentimentele față de copiii lor. Duritatea și inaccesibilitatea părinților determină izolarea psihică a copiilor. Copilul trebuie să se simtă liber să-și exprime față de părinți gândurile, planurile, dorințele, aspirațiile, așa cum le exprimă față de sine însuși; iar părinții nu trebuie să fie niciodată atât de ocupați încât să nu-și poată răpi din timp pentru a avea această legătură sufletească cu copiii lor.

Părinții înșiși trebuie să fie întotdeauna sinceri și spontani în exprimarea sentimentelor față de copii, iar această exprimare a afecțiunii lor trebuie să fie statornică și nu contradictorie.

Cea mai mare însemnătate pentru dezvoltarea sănătoasă a personalității copilului o are cultivarea iubirii și a încrederii față de oameni. Modul de viață reflectat de părinți trebuie să fie iubirea până la sacrificiu, acest mod de viață pătrunzând în mod simplu și firesc în sufletul copiilor.

Încrederea față de oameni trebuie cultivată sistematic în sufletul copilului, reprezentând un element fundamental al unității sufletești a acestuia. Atunci când în „sfaturile” paterne sau materne oamenii sunt prezentați ca fiind răi sau copilul este îndemnat să se apere de nesinceritatea semenilor, poate fi introdus un element contradictoriu în sufletul copilului aflat la această vârstă într-un proces de dezvoltare, cultivându-i-se, astfel, un mod de gândire paranoid. Astfel, poveștile în care se evidențiază răul creează deformări profunde în universul psihic al copiilor, le inoculează un mod de gândire denaturat și cultivă teama și neîncrederea în relațiile cu cei din jur, putând deplasa, în același timp, potențialul psihic al acestora din sfera realității în cea a imaginarului.

Copilul trebuie să învețe să perceapă oamenii în calitatea lor de „chip al lui Dumnezeu”, nutrind față de semenii sentimente de iubire, respect, încredere și înțelegere, iar în situațiile în care suferă din cauza comportării rele a unei persoane, va trebui ca părinții să cultive în sufletul său iertarea și înțelegerea și să

cercetarea urinei, în scopul diagnosticării la timp a fenilcetonuriei, pentru a se evita administrarea unei alimentații care conține fenilalanină și pentru a se reduce gradul de afectare a celulelor nervoase.

Un produs ereditar genetic există și în altă formă de tulburare metabolică, *galactozemia*, în care este afectat metabolismul galactozei, acest hidrat de carbon concentrându-se în sânge în grade toxice. Din această cauză, nou-născutul prezintă icter, hepatomegalie, cataractă, tulburări de alimentație, fenomene neurologice și înapoiere mintală. Diagnosticarea bolii este realizabilă în laborator și prevenirea acesteia se face prin evitarea hrănirii copilului cu lapte și cu alimente care conțin galactoză.

Forme mai rare de idioție sunt cauzate de tulburările metabolismului ganglionar la nivelul membranei celulelor și mai ales la nivelul membranei celulei nervoase. Mai des întâlnită este *idioția amaurotică* (însoțită de lipsa vederii), cunoscută și sub numele de *gangliozidoză GM2* sau *boala Tay-Sachs*. Cei bolnavi prezintă o gravă insuficiență mentală, de tipul idioției și, de obicei, mor la o vârstă fragedă, în pruncie sau la vârsta preșcolară, ca urmare a infecțiilor respiratorii sau a infecțiilor aparatului urinar. Alte situații, înrudite parțial cu cele anterioare, sunt *lipofuscinozele ceroase* (*boala Batten, Vogt Spielmeier și Kuf*), care prezintă fenomene neurologice grave și stoparea dezvoltării psihomentale a celui bolnav.

### 3. Factori ce acționează în timpul dezvoltării embrionare

Cauze ale înapoierii mentale sunt și anumite boli ale mamei, în timpul primelor luni de sarcină, precum rubeola, expunerea acesteia la radiații ionizante sau folosirea produselor farmaceutice, mai ales la începutul sarcinii. După explozia bombei atomice, în Japonia, în 1945, s-a observat o creștere însemnată a nașterilor de copii idioți microcefali, ca urmare a acțiunii radiației ionizante.

### 4. Cauze perinatale

Alte cauze ale înapoierii psiho-mentale, care determină un procent de 8% din totalul cazurilor de retardare pot fi aflate



în perioada de viață a individului imediat înainte de naștere și după naștere, anoxia pe perioada nașterii având un rol fundamental din punct de vedere etiologic. Alt factor des întâlnit îl constituie hemoragiile provocate în momentul expulzării fătului, ca și nașterea cu ajutorul forcepsului. Mai mult, incompatibilitatea grupelor de sânge și incompatibilitatea factorului „rhesus” creează probleme serioase din punct de vedere neurologic și provoacă în mod frecvent întreruperea dezvoltării psiho-mentale a persoanei.

### *5. Cauze care apar la vârsta de sugar*

La o vârstă foarte fragedă, flegmoanele la nivelul sistemului nervos central provoacă deformări celulare în creier, cu repercusiuni imediate în sfera cognitivă. Astfel, encefalitele - în principal encefalitele virale - determină încetinirea sau chiar stoparea dezvoltării psiho-mentale a individului, precum și alte consecințe neurologice negative.

În perioada de sugar și la vârsta preșcolară, dezvoltarea și funcționarea țesutului cerebral al copilului este influențată și de regimul alimentar. Copiii subnutriți, al căror organism primește un aport insuficient de albumine și de vitamine, pe lângă probleme somatice și înclinarea spre infecții microbiene, manifestă și o întârziere a dezvoltării psihice și mentale.

Dezvoltarea psihică și mentală a individului este legată și de activitatea anumitor glande endocrine. În cazul cretinismului, în care glanda tiroidă nu funcționează normal, este încetinită atât dezvoltarea somatică, cât și cea mentală a celui bolnav. Diagnosticarea la timp a bolii are o importanță capitală, fenomenele somatice și psihice ale bolii putând fi echilibrate prin administrarea de hormoni pe cale externă. Acest lucru este valabil și în cazul insuficienței congenitale a glandei hipofize.

Tumorile cerebrale care, la vârsta primei copilării obturează căile de circulație ale lichidului cerebrospinal, provocând hidrocefalie, afectează activitatea psiho-mentală a individului, uneori existând însă șansa ca, după ablația tumorii și radioterapie, bolnavii să mai păstreze încă reminiscențe funcționale din sfera mentalului.

## Autismul infantil

O altă problemă legată de viața psihică a copilului este autismul. Persoana care suferă de autism se închide în sine și comunică în mod defectuos cu lumea exterioară și, în general, pare a fi afectată capacitatea reprezentărilor exterioare, cel bolnav oferind uneori imaginea unui retardat mental.

Autismul se distinge în cinci sindroame (Nissen, 1971):

a) *psihopatia autistă*, a lui Asperger; b) *autismul infantil*, precoce, al lui Kanner; c) *autismul somatogen*; d) *autismul psihogen* și e) *pseudoautismul*.

a) *Psihopatia autistă* a lui Asperger<sup>8</sup> este întâlnită cel mai frecvent la copiii de sex masculin și se caracterizează, în principal, prin lipsa manifestării afecțiunii, prin tendința de izolare, prin vorbirea monotonă, privirea în gol, lipsa expresiilor mimice sau, uneori, prin posturi atipice ale corpului. Inteligența celor bolnavi nu este, în fond, afectată, însă rezultatele lor școlare sunt minime din cauza lipsei interesului pentru învățatură și pentru o ocupație constantă.

b) *Autismul infantil* al lui Kanner se caracterizează prin gradul ridicat de izolare a copilului față de cei din jur și prin tendința de a reacționa violent la orice modificare a condițiilor mediului în care trăiește. Se observă, în plus, retardarea mentală și tulburările de vorbire. Tulburările de vorbire și izolarea celui bolnav de cei din jur au drept consecință tendința acestuia de a crea noi cuvinte și de a se exprima dezorganizat și negramatical, mesajele sale orale fiind neinteligibile. După Kanner, starea descrisă mai sus constituie o manifestare foarte timpurie a schizofreniei, fără a exclude totuși și cauzele organice.

c) *Autismul somatogen* este determinat de o tulburare organică a creierului. Emil Kraepelin considera autismul o afecțiune organică, ce s-ar dezvolta pe fondul unui factor ereditar.

d) În *autismul psihogen*, principalul fenomen este indifeerența afectivă și pasivitatea comportamentului. Mișcările micuțului bolnav sunt limitate și dezvoltarea vorbirii este tulburată.

---

8. Tulburarea Asperger a fost descrisă prima dată de către psihiatrul austriac Hans Asperger (1906-1980), în anul 1944.

Caracteristic pentru autismul psihogen este faptul că acesta nu este permanent, ci există perioade în care comportamentul individului este normal.

e) În *pseudoautism* există tulburări senzoriale, precum surditatea, ambliopia sau retardarea mentală, care au ca efect comportarea celui bolnav ca și un autist; el se izolează de mediu și comunicarea sa cu lumea exterioară este rudimentară.

În general, autismul provoacă multiple probleme în care sunt implicate diverse activități ale persoanei, legate de perceperea și exprimarea cuvântului, de activitatea motorie, de sentimente și de comportamentul față de lumea exterioară. În anumite cazuri, sunt tulburate funcțiile vegetative ale persoanei, precum activitatea cardiacă sau respiratorie, fără să existe un fundament organic concret (MacCulloch, 1971).

Observațiile lui Dewey Moore și ale lui David Shiek (1971) pledează în favoarea ideii potrivit căreia, de regulă, copiii autiști se nasc din părinți cu un nivel foarte ridicat de inteligență, în ciuda inteligenței moștenite, ei părând înapoiați mental, din cauza izolării lor, care poate avea drept cauză o disfuncție a formației reticulare ascendente.

În concluzie, în etiologia autismului infantil se regăsesc:

a. cauze organice;

b. cauze organice asupra cărora acționează și condițiile nefavorabile ale mediului și

c. cauze care decurg din condițiile nefavorabile ale mediului. Contribuția acestui ultim factor este totuși contestată energic de către DeMyer și colaboratorii săi (1972), care nu au observat nicio diferență între comportamentul părinților copiilor autiști și cel al părinților copiilor sănătoși și între condițiile generale de mediu ale unora și ale altora.

În general, comportamentul copiilor autiști este mai tulburat decât cel al copiilor care suferă de retard mintal. Studiind personalitatea copiilor autiști și comparându-i cu copiii retardați mintal, Wolf, Wenar și Ruttenberg (1972) au descoperit că cei din urmă aveau o mai bună comunicare verbală cu mediul exterior, aveau rezultate creative mai bune și păreau să prezinte o dezvoltare psihică mai ridicată față de cei autiști. Testul la care au fost supuse ambele grupuri, prin supravegherea personalității, în special a copiilor autiști, a condus la conceperea modelului de

diagnostic BRIAC (*Behaviour Rating Instrument for Autistic Children*), care permite o abordare mai pertinentă în studierea personalității ambelor grupuri.

În fond, analiza mai profundă a personalității și a capacităților intelectuale ale copiilor autiști arată că nu există o problemă legată de înțelegere sau de capacitatea memoriei, ci, în principal, este vorba despre un mod de gândire stereotipic și rigid, care, de altfel, se manifestă și printr-un comportament stereotipic, rigid sau, uneori, oficial, care nu permite flexibilitatea și plasticitatea în efortul de învățare. Astfel, cu cât obiectul învățării este mai complex, cum sunt învățarea limbii și a regulilor gramaticale, acceptarea unor forme complexe de comportament social sau învățarea modului de exprimare a universului sufletesc prin intermediul artei, cu atât mai evidentă se dovedește a fi insuficiența copilului autist (Hermelin *et al.*, 1971).

## **Psihozele vârstei copilăriei**

### **1. Schizofrenia**

Problematika psihiatrică îl include și pe copilul suferind de schizofrenie timpurie, diferențierea diagnostică a acestuia față de copilul autist fiind uneori dificilă. Copilul schizofren sau copilul care evoluează mai târziu într-un individ schizofren trăiește, de regulă, într-un mediu neobișnuit și atipic din punct de vedere afectiv. Mamele acestor copii sunt, de cele mai multe ori, persoane cu probleme; manifestă tendințe de dominare, fiind stăpânite totodată de o vădită instabilitate afectivă. Personalitatea mamei se impune în cadrul familiei și asupra personalității copilului. Relațiile ei cu copiii sunt relații de respingere și de acceptare, relații puternic oscilante, acest tip de relație caracterizând frecvent și legătura ei cu tatăl copilului.

Îndoita legătură sufletească, de respingere și acceptare, care guvernează în mod vădit relațiile interpersonale din cadrul familiei și care se manifestă aproape în orice clipă afectează negativ atât efortul copiilor de a-și asuma în mod adecvat rolul în familie, cât și procesul de asumare de către copii a rolului lor

ca persoane libere în cadrul societății. Această situație generează tendința copiilor de a se retrage, tendință ce reprezintă de multe ori încercarea de a evita tensiunea generată de acea relație dublă.

Mai târziu, ca adolescenți, copiii retrași se confruntă din plin, în relația cu cei din jur, cu probleme afective și sunt dominați de o stare de dispoziție dublă, de nesiguranță afectivă și de lipsa încrederii în oameni, care apar pe fondul nesiguranței în propriile puteri sufletești, al nehotărârii și al tendinței continue de preocupare obsesivă cu propriile trăiri sufletești.

În unele familii de tineri schizofreni, tatăl este persoana stranie, care creează situații incerte în familie și dezvoltă amintita legătură îndoită, de respingere-acceptare, față de copii. În alte cazuri, însă, din analiza relației copilului cu cei din jur nu poate fi dedusă existența unui astfel de factor cauzal evident, însă există predispoziții moștenite în acest sens, pe linie paternă sau maternă.

Astfel, până astăzi, asupra schizofreniei infantile și asupra schizofreniei, în general, s-au formulat două ipoteze referitoare la rolul părinților și, în special, la cel al mamei, în crearea și declanșarea fenomenelor psihice patologice, la copii:

a) teoria *psihogenă*, potrivit căreia rolul mamei este esențial în crearea și dezvoltarea reacțiilor schizofrenice ale copiilor.

b) teoria *biogenă*, care susține că există o cauză organică a simptomelor psihice ale copilului bolnav, cauză care nu a fost însă stabilită cu certitudine, iar comportamentul mamei este considerat a fi o reacție la expresia psihică, patologică, a copilului, care, indiscutabil, zdruncină în profunzime universul psihic al mamei.

Această ultimă opinie este sprijinită pe datele cercetărilor asupra personalității mamelor copiilor schizofreni, întreprinse de Klebanoff (1959). Astfel, în urma aplicării testului PARI (*Parental Attitude Research Instrument*): (a) mamelor copiilor schizofreni, internați în spitale psihiatrice (b) mamelor copiilor normali din punct de vedere psihic și neurologic și (c) mamelor copiilor retardați mental, cu tulburări clare ale comportamentului, acesta a descoperit că mamele copiilor schizofreni prezentau mai puține tendințe patologice în comparație cu mamele copiilor retardați mental.

În ce privește factorul respingerii, nu s-a observat însă aproape nicio deosebire între mamele copiilor normali și mame-

excesivă, stări caracteristice și episodului maniacal la persoana adultă, iar alteori, prin inerție, apatie și prin lipsa interesului față de lumea înconjurătoare, asemănându-se, astfel, episodului depresiv la persoana majoră. Diagnosticarea la timp a bolii are o importanță fundamentală, întrucât astfel devine posibilă aplicarea la momentul potrivit a tratamentului farmaceutic cu litiu carbonic, însoțit de psihoterapie. Acest tratament are urmări benefice asupra persoanei bolnave și asupra întregii familii, dat fiind faptul că schimbările afective bruște ale copilului bolnav și tulburările sale de comportament au consecințe severe asupra echilibrului psihic al părinților și al fraților acestuia, perturbând relația lor cu cel bolnav și agravându-i starea psihică. Tulburarea de comportament în psihoza maniaco-depresivă se poate manifesta foarte timpuriu, ca în cazul descris de Feinstein (1972), în care un copil a manifestat boala în mod clar la vârsta de 5 ani și jumătate, sau poate surveni la vârsta preadolescenței (Kohler *et al.*, 1972). La această din urmă vârstă, diagnosticul este greu de stabilit, întrucât sub forma depresiei se poate manifesta și etapa inițială a *schizofreniei hebefrenice*<sup>9</sup> sau, în cel mai bun caz, o nevroză la vârsta preadolescenței.

Pentru stabilirea adecvată a diagnosticului, este bine să se țină cont de următoarele elemente: fondul familial, existența bolilor psihice în rândul rudelor persoanei bolnave și eventualele tentative de suicid la membrii familiei, dezvoltarea copilului începând de la stadiul de sugar, adaptarea acestuia în mediul familial și școlar, eventualele simptome psiho-somatice și, în sfârșit, datele metodelor psihologice folosite în studiile asupra personalității.

În vederea stabilirii unui diagnostic diferențial, se vor cerceta cu atenție și tulburarea afectivă și cea a comportamentului, cauzate de o afecțiune organică cerebrală. Disfuncțiile cerebrale cu caracter extensiv, cum sunt, de exemplu, disfuncțiile de tip neoplasmic, se manifestă, în primul rând, prin tulburarea afectivă și de conduită, iar alteori, afecțiunile ușoare ale creierului în perioada nașterii, a copilăriei primare și în cea preșcolară au urmări negative asupra stabilității afective a persoanei (Albert, 1972).

9. *Hebefrenia* [*<* gr. ἡβη (*hebe*) = adolescență, tinerețe, φρήν (*fren*) - gen.: φρενός = minte, gândire] este o formă a schizofreniei care apare la vârsta pubertății sau la adolescență.

Problema esențială în cazul copiilor care suferă de psihoze maniaco-depresive este cea a sinuciderilor sau a tentativelor de suicid. Tendința de rezolvare prin sinucidere a problemelor este generată, pe de o parte, de starea afectivă a persoanelor în faza depresivă a bolii, iar pe de altă parte, de condițiile familiale. Într-o proporție considerabilă, părinții bolnavilor suferă ei înșiși de această boală și au avut tentative de suicid sau prezintă tulburări de personalitate, din cauza cărora comportamentul lor, unul față de altul și față de copii, este în mod clar tulburat, iar alții sunt stăpâniți de anxietate sau de nevroze, care au consecințe neplăcute asupra climatului familial (Shearer, 1972).

În încercarea de a se sinucide, copiii folosesc diferite modalități. Cea mai obișnuită dintre acestea este luarea de medicamente, folosite de obicei de către părinți. Copiii care eșuează în tentativa de sinucidere își recunosc de obicei intenția și atribuie cauza acesteia lipsei dragostei și a înțelegerii din partea părinților și neputinței comunicării cu ei (Shearer, 1972).

În studiul pe care l-au întreprins asupra rolului mediului în geneza psihozelor maniaco-depresive, Frieda Fromm-Reichmann și colaboratorii săi (1953) au descoperit că familiile celor bolnavi aveau tendința de a se izola într-o anumită măsură de mediul social, fie din cauză că se confruntau cu serioase dificultăți economice, fie din cauză că formau o minoritate. Familiile respective încercau să compenseze izolarea socială în principal în două moduri: străduindu-se să corespundă scopurilor și expectanțelor comunității din care făceau parte, sau depunând toate eforturile pentru a-și ridica nivelul economic, în vederea dobândirii unei mai mari considerații sociale. În aceste familii, copiii slujeau drept mijloace pentru atingerea scopurilor familiei. Interesul și atenția pe care cei mari le acordau copiilor aveau scopul de a le cultiva conștientizarea rolului lor de viitori purtători ai unei mai mari considerații și stime pentru familie. Așadar, nu exista un interes direct față de copii, în sensul unui respect profund pentru libertatea și independența lor. Nevoia de îmbunătățire a poziției familiei în societate este accentuată și sugerată neîntrerupt în special de către mamă, care este, în majoritatea cazurilor, persoana dominantă în familie. De multe ori, răspunderea pentru starea curentă a familiei este atribuită de către mamă, tatălui, care este văzut ca autor al multor greșeli și ca o persoană lipsită de tărie de caracter. Copiii se confruntă astfel cu persoana mamei ca „autorita-



profesorilor, severitatea și tendința lor de a impune sancțiuni, violența colegilor de clasă sau indiferența lor și eventualele dificultăți în învățare accentuează tendința copiilor de respingere a școlii. Refuzul de a merge la școală și negarea de către copil a regulilor școlare se manifestă rareori în mod direct. De obicei, sunt expuse acuze somatice, cum sunt durerile de cap, durerile în zona abdominală, voma la primele ore ale dimineții, care au ca scop evitarea plecării la școală. De asemenea, în timpul ultimelor ore de școală copilul resimte o atmosferă tensionată din punct de vedere afectiv, manifestă o neobișnuită hiperactivitate sau devine irascibil. În anumite cazuri, refuzul școlii se manifestă prin plâns, prin reacții energice de anxietate și prin obstinație, în ciuda insistenței și a eventualelor amenințări din partea părinților.

Această situație trebuie să fie rezolvată cât mai repede posibil, întrucât, cu cât copilul rămâne mai mult timp departe de școală, cu atât mai intens o va respinge. Întoarcerea la școală a copilului depinde în principal de atitudinea mamei. Cu cât aceasta își va limita exprimarea protejării excesive a copilului și dominarea acestuia și cu cât se va strădui mai mult să îi cultive sentimentul de siguranță și de încredere în cei din jurul său, cu atât mai repede se va rezolva problema ivită.

La vârsta copilăriei se observă și fenomene obsesiv-compulsive, care apar mai ales la copiii care trăiesc sub înrâurirea unor părinți cu personalitate obsesiv-compulsivă sau a părinților divorțați. Aceste fenomene se manifestă în mod uzual sub forma acțiunilor maniaco-obsesive cu caracter ritual sau prin repetarea de tip maniacal a acelorași manifestări cinetice. Deseori, copiii repetă într-o manieră maniacă aceleași cuvinte sau atribuie un sens simbolic anumitor cuvinte, diferit de înțelesul curent al acestora.

## Tulburările de vorbire

În cadrul manifestărilor nevrotice ale copiilor, un loc însemnat îl ocupă tulburările de vorbire, care se exprimă prin repetarea primei silabe a cuvintelor sau prin ecolalie, repetarea ultimei silabe a fiecărui cuvânt. În cadrul acestor tulburări se înscriu și repetările frecvente ale cuvintelor de legătură sau inserarea incorectă a acestora în mijlocul cuvintelor, la fiecare propoziție. De



obicei, copiii cu astfel de tulburări de vorbire prezintă tulburări generale ale organizării procesului vorbirii, iar gradul lor de inteligență nu este foarte ridicat.

În ceea ce privește mediul familial, acesta nu este de obicei unul cu deosebire plăcut pentru copiii bolnavi. În majoritatea cazurilor, mamele acestor copii au o personalitate insuficient dezvoltată, prezintă manifestări nevrotice și au pretenții exagerate de la copiii lor, iar legătura lor afectivă cu membrii familiei este limitată sau conține elemente patologice.

Teoria psihodinamică atribuie cauza tulburărilor de vorbire ale copiilor conflictului dintre două stări, cea de pasivitate și cea de agresivitate.

Comunicarea liberă, prin intermediul cuvântului, reprezintă o cale de exteriorizare a agresivității copilului. Dacă inhibițiile sunt foarte intense sau dacă din partea mediului este sugerată sau cultivată o atitudine de pasivitate, va fi tulburată organizarea vorbirii și vor apărea tulburări la nivelul exprimării.

## Tulburările de comportament

La unii copii se observă tulburări ale comportamentului, care constituie manifestări ale unui fundal nevrotic. Între aceste tulburări, cele mai însemnate și mai frecvente sunt tulburările de alimentație, care se exprimă prin alegerea cu atenție a alimentației, printr-un refuz parțial al mâncării sau, în anumite cazuri extreme, prin consumarea unor elemente necorespunzătoare (cretă, lemn, ceară etc.). În anumite cazuri, în special atunci când există un coeficient de inteligență scăzut sau dacă este vorba de un concurs de factori psihotici în faza de debut, se observă manifestări de coprofagie, de înghițire a secrețiilor nazale etc.

În cadrul tulburărilor de comportament se înscriu și tulburările sfincteriene. La vârsta de doi-trei ani incontinența urinară sau fecală a copilului, dacă nu are drept cauză o afecțiune organică sau dacă nu apare pe un fond de retardare, atunci se datorează unei tulburări a dezvoltării psihice a acestuia. Mai complexă este problema urinării în timpul nopții, care se observă mai des în comparație cu celelalte tulburări sfincteriene, manifestându-se într-un cadru temporal mai larg. Probleme de urinare în timpul nopții sunt observate chiar și la vârsta pubertății,

când devin mult mai deranjante. Uneori acest fenomen are cauze organice, cum sunt devierea axială a coloanei vertebrale sau hernia de disc, de obicei însă, cauzele se regăsesc în sfera psihică a copilului și în dificultatea comunicării sale cu mediul.

De multe ori, se observă tulburări ale relațiilor dintre copil și părinți, fie din cauza elementului dominant al caracterului acestora, fie din cauza lipsei de manifestare a iubirii și a afecțiunii față de copii, în general, sau față de unul dintre copii. Acest fenomen se observă mai frecvent la copiii familiilor care prezintă profunde probleme interioare, legate în principal de comunicarea părinților unul cu celălalt, la copiii ai căror părinți sunt despărțiți și la copiii care, de la vârstă foarte mică se dezvoltă departe de părinți, într-o instituție. Uneori copiii cei mai mici din familiile cu mai mulți copii, în care ambii părinți lucrează și nu comunică sufletește cu copiii lor, și mai ales cu cei mai mici dintre aceștia, prezintă pentru o perioadă îndelungată de timp fenomene de urinare nocturnă.

În cadrul tulburărilor de comportament, un fenomen semnalat în special la copiii de vârstă preșcolară îl reprezintă izburcirile bruște de mânie, însoțite de plâns persistent, respingerea sfaturilor și a îndemnurilor din partea celor din jur sau cererile insistente și absurde adresate celorlalți. În cadrul acestui comportament atipic, de multe ori copilul se târăște pe jos sau își distruge jucăriile și hainele, iar deseori se exprimă într-un mod inacceptabil. În majoritatea cazurilor, la puțin timp de la declanșarea acestei manifestări, copilul se liniștește și îi poate părea rău pentru felul în care s-a purtat.

Comportamentul de mai sus poate fi caracterizat drept patologic, dacă se repetă la intervale dese. Cauza este agresivitatea copilului, acumulată în universul său psihic și, care caută modalități de manifestare. Acest comportament se observă în principal la două tipuri de copii:

a) La copilul „pseudo-matur”, care se prezintă ca ascultător și cuminte în fața celor mai mari și de regulă, este caracterizat de către aceștia ca un copil foarte bun, însă, în adânc, este caracterizat de egocentrism și de concesiivitate afectivă.

Acest copil se adaptează unui tip de comportament general acceptat, în speranța de a dobândi recunoaștere și eventual exprimarea deosebită a dragostei din partea părinților săi. Dacă

cu copiii și să folosească limbajul dragostei și al exemplului bun și nu pe cel al muștrărilor și al sancțiunilor fizice (Gordon, 1975).

## **Contribuția preotului la rezolvarea problemelor psihice ale vârstei copilăriei**

Contribuția preotului la rezolvarea multora dintre problemele vârstei copilăriei este foarte importantă. Modalitățile prin care preotul poate să ajute și să învețe sunt multiple.

Preotul căsătorit, din postura sa de cap de familie și de tată, învață în mod efectiv, prin exemplul propriei sale familii. Comunicarea sufletească profundă cu partenera sa de viață, afecțiunea profundă și dragostea pentru copiii săi, exprimată într-un mod sănătos, fără elemente de hiperprotejare și de domina-re, având ca model iubirea Mântuitorului față de om, trăirea în profunzime a sentimentului iertării și, totodată, a sentimentului dreptății, simplitatea și felul său smerit de a fi, caracterul deplin hristocentric al vieții sale, toate acestea constituie suportul dezvoltării universului psihic al membrilor familiei sale. Însăși familia preotului, ca o celulă sănătoasă a societății, va exercita o influență grăitoare și profundă în conștiința enoriașilor săi.

Prin lecțiile de catehetică, preotul comunică cu copiii de vârstă școlară, cu copiii aflați la vârsta preadolescenței și cu adolescenții. Școala de catehetică îi dă preotului posibilitatea urmării reacțiilor sufletești ale copiilor și îi permite să pătrundă în spațiul psihic al acestora și să cerceteze care sunt eventualele probleme care îi preocupă. Scopul școlii catehetice este, dincolo de cel al lecției, și comunicarea profundă a copiilor cu preotul, în persoana căruia aceștia caută un părinte duhovnicesc.

Preotul este persoana care va discuta cu sinceritate și cu dragoste cu copiii despre problemele lor și va depune orice efort, în măsura posibilităților sale, pentru rezolvarea acestora, va comunica cu familia copiilor și va contribui la dezvoltarea unor relații corecte de reciprocitate între membrii familiei și, în special, între părinți și copii.

În cazul copiilor care au reacții psihice atipice, corect este ca preotul să caute cauzele psihice sau pur psihiatrice ale reacțiilor acestora și, în colaborare cu părinții, să îi îndrume în mod corespunzător către centrul psihologic sau psihiatric indicat.

Preotul-profesor are și mai multe șanse de a oferi sprijin copilului, având la dispoziție posibilități mai mari de evaluare a structurii psihice a copilului. Poate urmări inteligența, capacitatea de judecată, de percepție și de memorare a copilului și, totodată, dragostea și aplecarea spre studiu, sânguința acestuia, interesele sale în sfera cunoașterii și, în general, domeniile în care are cele mai bune rezultate. În același timp, are posibilitatea să pătrundă în structura personalității copiilor, să verifice măsura valorilor lor morale, să contribuie, prin exemplu și prin cuvânt, la sădirea și cultivarea permanentă a valorilor duhovnicești în sufletul copilului și să îl ajute în relația sa cu Dumnezeu.