

Tamara Bîrsanu

Defectologie și Logopedie

2017

1. Copii cu deficiențe mentale. Oligofrenia.

Modelul tipic al nedevelopării psihice globale este oligofrenia (F 70)

1. Etiologia ei poate fi împărțită în două mari grupe: endogenă (genetică) și exogenă. Odată cu dezvoltarea științelor cum ar fi: genetica, biochimia, embriologia, biologia generală, ș.a., se acordă o mai mare atenție factorilor genetici, care sunt cauza celor mai multe cazuri de întârziere mintală. În prezent se cunosc mai mult de 200 tipuri de aberații cromozomiale, care provoacă oligofreniile. Cea mai des întâlnită dintre ele este boala Down (trisomia în perechea 21 de autosomi întâlnită la 1/700 nou-născuți). Dintre anomaliile cromozomiale este mai des întâlnit sindromul Turner Seresevski și Claifelter.

Sindromul Claifelter apare la deficienții mintal într-un procent de 1-2%.

Un rol important în apariția formelor genetice de oligofrenie îl au dereglările metabolismelor aminoacizilor, metalelor, sărurilor, lipidelor și glucidelor datorită insuficienței structurilor fermentative congenitale. Așa-numitele oligofrenii enzimatice constituie aproximativ 10% din deficiențele mintale de tip congenital. Cea mai des întâlnită este fenilchetinuria, densitatea în acest caz fiind de 1-2 cazuri la 10000 nou-născuți. Alte forme de oligofrenii enzimatice se întâlnesc foarte rar. Multe forme ale oligofreniilor enzimatice se evidențiază printr-o evoluție progresivă, de aceea creșterea deficienței mintale este condiționată. Patogeneza enzimatilor, supusă cercetărilor minuțioase, ușurează selectarea terapiilor. Pentru multe dintre ele, în special fenilchetinuria, se administrează o dietă specială care exclude proteinele, care sunt toxice pentru bolnav. Administrarea unei astfel de diete în primele zile ale vieții preîntâmpină demența.

Un grup deosebit de factori genetici care duc la oligofrenie sunt factorii „poligeni”, atunci când la urmașii ambilor părinți are loc „îngrămădirea” genelor patologice moștenite de la ambii părinți și fiecare dintre ei au cantitatea genelor „la limită superioară”. Apariția formelor exogene ale oligofreniei este legată de afectarea creierului datorită infecțiilor, intoxicațiilor, traumelor intrauterine, neonatale și postnatale timpurii (până la 2-3 ani).

Afecțiunile intrauterine deseori sunt cauzate de infecțiile virotice ale mamei în timpul gravidității, în special în etapele ei timpurii (rujeola, parotita, etc.).

O importanță semnificativă o au bolile cronice ca toxoplasmoza și sifilisul. În prezent, o mare atenție în etiologia respectivă se acordă intoxicațiilor intrauterine, cum ar fi „embriopatia alcoolică”, cauzată de alcoolismul mamei sau intoxicarea fătului cu preparate medicale chimico-sintetice.

Altă cauză a oligofreniilor poate fi și acțiunea surselor radioactive (raze r'entgen) asupra părinților și a fătului. Au importanță și bolile endocrine ale mamei, insuficiența cardiovasculară, pulmonară, digestivă, urinară, incompatibilitatea sângelui mamei cu a fătului, etc.

Insuficiența cronică de oxigen, așa-numita „hipoxia intrauterină”, este factorul principal care afectează dezvoltarea fătului.

După cum s-a mai menționat este important timpul când a survenit afectarea, deoarece pentru declanșarea deficienței mintale, este periculoasă afectarea în primele trei luni de sarcină când are loc formarea sistemului cerebral.

Acum câteva decenii, era acordată o importanță mare patologiei nașterilor, și anume traumelor natale și asfixiilor. În prezent, acestui factor i se atribuie un rol secundar, deoarece s-a dovedit că nașterile (cu complicații) patologice au loc deseori atunci când fătul este deja dezvoltat patologic intrauterin.

Oligofrenia, cauzată de afectarea creierului în copilăria precocă, se instalează după meningită, meningoencefalită, apărute atât în urma neuroinfecției, cât și în cazul bolilor infecțioase ca de exemplu: dizenteria, varicela, rujeola, scarlatina s.a. Un loc deosebit îl au traumele cerebrale și rar tumorile.

Structura clinico-psihologică a defectului în caz de oligofrenie este cauzată de manifestările **afecțiunii creierului în întregime**, cu dominanța infantilismului scoarței cerebrale ca formațiune, care este mai complicată ca structură și se maturizează mai târziu în ontogeneză.

În strânsă legătură cu aceste particularități cunoaștem **două legi clinico-psihologice ale oligofreniei** (Suharev Gh.):

- 1) **totalitatea** nede dezvoltării neuro-psihice;
- 2) **ierarhia** ei.

Noțiunea de totalitate înseamnă că sunt în stare de nede dezvoltare toate funcțiile neuro-psihice și somatice, începând de la anomalia congenitală a unor organe interne (viciile cardiace, anomalia organelor tractului gastro-intestinal și a altor sisteme), reținerea în creștere a sistemului osos și muscular, infantilismul senzorial al motricității, al emoțiilor elementare și nede dezvoltării funcțiilor psihice superioare cum ar fi: limbajul, gândirea, formarea personalității în întregime.

Savantul A. Luria a studiat în mod special **particularitățile neuro-dinamicii proceselor neuro-psihice legate de oligofrenie**.

El a evidențiat încetinirea funcțiilor scoarței cerebrale, dificultatea formării noilor funcții, în special a legăturilor condiționate, formarea inertă și slăbită a proceselor nervoase.

V. Lubovschi a adăugat și alți factori ce influențează formarea legăturilor condiționate la copiii deficienți mintal, cum ar fi defectele dinamicii generale (insuficiența inhibării interioare, o iradiere a excitației) și inhibiția patologică a proceselor psihice.

Inhibiția și flexibilitatea dificilă a proceselor psihice la copiii care suferă de oligofrenie este menționată de mulți savanți.

Aceste date se corelează pe deplin cu datele cliniciștilor despre inhibiția, încetinirea și rigiditatea proceselor în cazul oligofreniei.

Mulți cercetători demonstrează la acești copii **nede dezvoltarea sferei senzoriale**. Afectarea primară a organelor de simț la acești copii lipsește și percepția lor se caracterizează prin dezvoltare insuficientă.

H. Verosochi, încă din 1940 a demonstrat încetinirea activității percepției.

A. Bein (1940) a demonstrat că percepția la copiii oligofreni nu este constantă, M. Nudeliman a constatat un volum mai mic al percepției și J. Sif (1965) a dovedit și el că oligofrenii percep mai bine mărimea și culoarea decât forma.

Nede dezvoltarea motricității la oligofreni are loc și în lipsa afectării primare a aparatului locomotor. Paralel cu încetinirea, neritmicitatea, plasticitatea defectuoasă se evidențiază în dezontogeneza motorie (tonus slăbit).

Tonusul muscular slăbit, lipsa de coordonare a mișcărilor voluntare, gesturile și mimica săracă, caracteristice sinchineziilor, sau invers, încetinirea sau inhibarea mișcărilor, sunt specifice oligofrenilor, după cum afirmau savanții G. Diupre (1910), A. Gamburgher (1926), ș.a.

Chiar în cazul oligofreniei ușoare (debilitate gradul I) se evidențiază o reținere în dezvoltarea motricității la 53% dintre copii. La ei sunt foarte evidențiați indicii scăzuți ai coordonării mișcărilor.

La copiii oligofreni se evidențiază nede dezvoltarea memoriei, în special a funcției de memorare și de reproducere în dependență de gravitatea reținerii în dezvoltarea psihică și generală.

Este caracteristică pentru acești copii reținerea în dezvoltarea atenției, în special a fixării, stabilității și volumului

Trecand in revista punctele de vedere apartinand unor prestigiosi oameni de stiinta, constatam cat de controversata este definitia deficientului mintal. Astfel, Doll considera ca deficienta mintala este o stare de incompetenta sociala, care rezulta intr-o oprire in dezvoltare; aceasta este esentialmente incurabila prin tratament si neremediabila prin exercitiu.

O'Connor citand definitia data in "Mental Health Act", arata ca inapoierea se diferentiaza net de subnormalitate. Inapoierea este termenul general care defineste o ramanere in urma usoara sau grava, din punct de vedere al scolii. Subnormalitatea, si in special subnormalitatea grava, implica totusi o deficieta intelectuala care este considerata responsabila pentru incapacitatea de adaptare sociala a copiilor in cauza. "Inapoierea" are la autor un sens mai larg, nedefinit, sinonim cu "intarzierea", care poate avea o evolutie buna; "subnormalitatea" are un sens mai restrans, vizand "deficienta mintala reala". O'Connor considera ca, desi aceasta distinctie este neta si utila, ea poate genera si confuzii pentru ca pune in contrast factorii externi (care pot determina ramanerea in urma a dezvoltarii mintale) si factorii constitutionali. Dar, se stie ca actiunea celor doua categorii de factori se imbina in asa fel incat este greu de stabilit ponderea fiecaruia.

Desi H.Werner si A.A.Strauss atrag atentia asupra etiologiei diferite a deficientelor mintale - diferentiind debilitatea "endogena" si cea "exogena"- pana in 1960, doar in

putine cercetari se studiaza specificul debilitatii mintale in raport de criteriul etiologic

Pe baza unor cercetari mai recente, M.Chiva sustine ca putem vorbi despre “tablourile” debilitatii mintale deoarece ea poate fi “normala”- debilitate endogena, innascuta, determinata de un mecanism genetic normal - sau “patologica”- debilitate exogena, dobandita, atunci cand factorii determinanti nu pot fi asimilati unui mecanism genetic normal.

L.S. Vagotski - pune accentul pe afectivitate si vointa. El arata ca, in problema inapoiarii mintale, insuficienta intelectuala a copilului, nivelul sau mintal redus reprezinta aspectul care este impins pe prim plan, ca moment fundamental. De altfel, acest lucru se reflecta in insasi denumirea de debil mintal sau inapoiat mintal, data unor asemenea copii. Toate celelalte laturi ale personalitatii lor sunt considerate, de regula, ca secundare, in dependenta de defectul intelectual fundamental. Multi autori sunt tentati chiar sa ignore deosebirea dintre acesti copii si cei normali, care exista in domeniul sferei afective, emotionale. Autorul considera ca tulburarile vointei sunt mult mai importante decat toate celelalte tulburari fiziologice si psihice luate laolalta. Vointa - aceasta parghie a tuturor actiunilor si capacitatilor- este absenta la acest copil.

Asociatia Americana pe Probleme de Deficienta Mintala (A.A.M.D) da urmatoarea definitie retardarii mintale: “...se refera la acel nivel de functionalitate intelectuala submedie, care isi are originea in perioada de dezvoltare si care este asociat cu un comportament adaptativ defectuos.”. Constatam ca, in

definitia A.A.M.D. coexista deficitul intelectual cu cel comportamental - adaptativ. De asemenea, apare referinta la intarzierea mintala si nu la deficienta mintala. Nu se fac insa mentiuni cu privire la cauzele intarzierii si nici la felul in care va evolua. Deci, accentul cade pe simptome si nu pe etiologie sau prognostic. Cu alte cuvinte, diagnosticul de intarziere mintala nu include afirmatia ca individul va fi permanent o persoana retardata, deci deficitele consemnate la un moment dat pot fi reversibile.

S.B.Sarason - face distinctia intre intarziere si deficienta mintala. El considera ca intarzierea mintala nu are la baza patologia sistemului nervos central, ci reflecta mai degraba, factorii culturali (si nu un potential intelectual scazut).

Deficienta mintala insa, este bazata pe anomalii constitutionale si este ireversibila.

C.Paunescu - sustine ca “daca debilitatea mintala reprezinta o insuficienta mintala ireversibila, cu cauze precise biologice, raportarea la exigentele sociale nu este formulata fata de persoana umana numai pe latura dezvoltarii mintale ci a dezvoltarii personalitatii totale. Omul nu poate fi condamnat la o unica dimensiune: inteligenta cuantificabila.”. Apoi autorul adauga ca: “...deficienta mintala nu este un fenomen reversibil, dar are o evolutie cu valente compensatorii si este recuperabila in directia principala- adica structurarea personalitatii si integrarea sociala a acestuia.”.

O alta definitie a deficientei mintale o gasim in cursul universitar elaborat de I.Drutu, care realizeaza o sinteza a

principalelor idei dintr-o descriere data de A.A.M.D.: “Deficienta mintala este o insuficienta globala si un functionament intelectual semnificativ inferior mediei, care se manifesta printr-o stagnare, incetinire sau o lipsa de achizitii in dezvoltare, determinate de factori etiologici, biologici si/sau de mediu, care actioneaza din momentul conceptiei pana la incheierea maturizarii, si care au consecinte nefavorabile asupra comportamentului adaptativ.”.

Se observa ca se reiau principalele caracteristici ale deficientei mintale, enumerate in definitia elaborata de A.A.M.D. (caracterul global al insuficientei si un functionament intelectual semnificativ sub medie) dar se fac si precizari suplimentare pentru o mai justa intelegere a fenomenului deficientei mintale, mentionandu-se stagnarea, incetinirea sau lipsa de achizitie in dezvoltare, pentru a evita riscul unor confuzii intre deficienta reala si falsa (sau pseudo) deficienta mintala.

T.Kulcsar - considera ca termenul de deficienta mintala desemneaza o realitate complexa, un fenomen bio-psiho-social de o eterogenitate extrema sub aspectul cauzelor, al gradului, al tulburarilor secundare asociate. Termenul de deficienta mintala nu se refera la o entitate, la un sindrom, la un tablou clinic unitar, deci nu corespunde vreunei unitati structural-functionale de ordin biologic sau psihologic si, de aceea, este dificil de oferit un profil psihologic al deficientului mintal.

Astazi se contureaza, din ce in ce mai mult, conceptia conform careia deficienta mintala nu consta doar in tulburarea

inteligentei, ci a intregii personalitati. Nivelul scazut al inteligentei este doar un simptom al dezvoltarii psihice generale.

Tabloul psihopatologic al deficientei mintale nu rezulta numai dintr-un complex de elemente de natura intelectuala deficitara, ci si din anumite modificari in sfera motivationala, afectiva, volitiva etc. La randul lor, modificarile din sfera motivationala, afectiva si volitionala nu pot fi intelese decat in contextul deficientelor de natura intelectuala.

Diversitatea definitiilor prezentate se explica, in primul rand, prin faptul ca autorii au criterii diferite de identificare a deficitului mintal. Incercarea de a da o definitie moderna deficientei mintale presupune sa avem in vedere cauze diverse care pot determina deficitul, criterii multiple de apreciere a starii prezente si elemente prognostice care sa pledeze pentru recuperabilitatea individului.

In domeniul deficientei mintale, terminologia utilizata variza de la o tara la alta, de la o categorie de specialisti (neuropsihiatri) la alta categorie (psihopedagogi).

Astfel, intalnim termeni ca: deficient mintal, retardat mintal, subnormal, copil exceptional, debil, imbecil, idiot, oligofren; debilitate mintala normala, debilitate mintala patologica, amentie – tulburari de constiinta caracterizata printr-o simptomatologie polimorfa, constituita din ansamblul elementelor confuzionale, din care se detaseaza incoerenta ideativa si agitatie dezordonata; educabil, recuperabil, exersabil, etc.

În institutiile educative americane se utilizează termenul generic “retardat mintal” (subcategoriile: “subnormal educabil” și “înapoiat”).

În clinicile americane se folosește ca termen generic “deficiența mintală” (subcategoriile: “moron”, “imbecil”, “idiot”).

În clinicile engleze se utilizează termenul “amentia” (subcategoriile: “debil mintal”, “imbecil”, “idiot”).

Scoala franceză utilizează termenul generic “debilitate mintală”. M.Chiva introduce subcategoriile “debilitate mintală normală” și “debilitate mintală patologică”.

Organizația Mondială a Sănătății optează pentru termenul generic de “subnormalitate mintală” (subcategoriile: ușoară, moderată, severă).

În țara noastră se utilizează de asemenea, o diversitate de termeni cum sunt: “deficiența mintală”, “handicap de intelect” (subcategorii: debilitate mintală, handicap de intelect sever și handicap de intelect profund), “intelect de limită”, “întârziere mintală”, etc.

M.Rosca - propune utilizarea termenului generic de “întârziere mintală”. Autoarea utilizează însă și termenul de “deficiența mintală” ca sinonim.

Data fiind natura plurifactorială și diversitatea handicapurilor de intelect (mintal), E.Verza remarcă utilizarea unei terminologii variate, cu caracter de sinonimie de la un autor la altul. Autorul precizează că unii termeni ca: înapoiere, întârziere provoacă confuzii, deoarece sugerează o eventuală

revenire la starea normala, iar altii ca: oligofrenie, encefalopatie infantila, au un pronuntat caracter medical, punand accent pe afectiunile structurii nervoase. E.Verza subliniaza ca: “nici unul din acesti termeni nu semnifica gradele sau profunzimea handicapului, ceea ce ne determina sa folosim conceptul generic de handicap de intelect (echivalent cu cel de deficienti de intelect)”.

Apare deci, ca o tendinta moderna, preocuparea specialistilor de a unifica terminologia, atat pentru a diminua erorile de diagnoza, cat si pentru a evita etichetarea care ar leza copilul si familia sa. Terminologia reprezinta un stress pentru copil si familia lui, stigmatizeaza copilul, este lipsita de speranta. De aceea se utilizeaza tot mai mult termenul de “deficienta mintala” ca termen general, cu subcategoriile: “de granita”, “usoara”, “moderata”, “severa”, “profunda”. Acesti termeni implica grade diferite de deficit mintal si sunt mai putin trumatizanti pentru cei in cauza; totodata, implica multiple criterii de referinta.

Cunoasterea factorilor si a conditiilor care au generat deficitul este necesara psihologului si defectologului, pentru a putea contribui in mod eficient la recuperarea si compensarea lui, tinand seama de limitele si posibilitatile copilului.

In clasificarea deficientilor mintal, tinem seama de natura primara a dizabilitatilor, de gradul de severitate al defectului constitutional si de gradul de recuperabilitate.

Stabileste doua mari categorii de factori determinanti: endogeni si exogeni.

- Factorii endogeni sunt factori primari, ereditari, familiali. Acestia sunt implicati in formele de deficienta mintala cu determinare genetica, in care ereditatea este factorul primar cauzal (aberratiile cromozomiale, gena dominanta, gena recesiva, etc.)

- Factorii exogeni sunt factori secundari, achizitionati, de mediu (cauze prenatale: agenti mecanici, chimici, glandulari, infectiosi; cauze natale: prematuritate, asfixie, traumatisme la nastere; cauze postnatale: leziuni traumatice ale creierului, infectii post-traumatice, privare severa senzoriala si culturala, etc.).

Deficitul mintal este rezultat, in primul rand din influenta nefasta a conditiilor de mediu, care au determinat disfunctii organice.

Acolo unde nu avem informatii suficiente, apare termenul “cauza necunoscuta”, ceea ce dovedeste limitele clasificarii etiologice.

Identificarea deficitului mintal este ingreunata deci de faptul ca decelarea la copil a unor leziuni cerebrale nu este totdeauna posibila. De asemenea, datele privind conditiile de mediu in care acesta a evoluat sunt deseori putine si nesemnificative.

In conditii normale, intre organism si mediu se realizeaza un echilibru optim, determinand o dezvoltare constanta progresiva. Trebuie sa avem in vedere teza generala, potrivit careia, in dezvoltarea psihica, desi cauzele externe au un rol

decisiv, ele nu actioneaza decat prin intermediul conditiilor interne.

Factorii educativi fiind cauze externe, factorii organici devin conditii interne. Dar cauzele educative nu determina intotdeauna, in mod inevitabil, tulburarea dezvoltarii psihice sau morale a copilului in asa masura incat sa se instaleze deficienta propriu-zisa. Pentru ca acest lucru sa se intample, actiunea cauzelor externe (a carentelor educative) trebuie sa fie destul de puternica, iar rezistenta conditiilor interne mai redusa (o anumita fragilitate organica, neuropsihica a copilului) sa constituie un teren favorizant.

Deci, asimilarea influentelor mediului extern depinde de integrarea biologica, structurala si functionala a organismului. Ca posibilitatile de dezvoltare sa se realizeze, factorii de mediu trebuie sa faciliteze aceasta dezvoltare. Influenta mediului creeaza experienta, iar aceasta, la randul ei, se structureaza in noi posibilitati de asimilare, de nivel superior.

In cazul subnormalitatii, cursul dezvoltarii este altul, capata un continut si un aspect tipic: echilibrul organismului nu este optim; aportul organismului este diminuat. Structurile mintale evolueaza greu si disproportionat. Ritmul de dezvoltare este in primul rand afectat. Dezvoltarea psihica a copilului este perturbata, deformata in ansamblul ei.

O alta clasificare este in raport cu gradul de deficit si stabileste “retardare mintala”, ca termen generic, cuprinsa intre 0-85 limitele Q.I, cu subcategoriile:

- de granita, cu Q.I intre 70-84;

- usoara, cu Q.I intre 55-69;
- moderata, cu Q.I intre 40-54;
- severa, cu Q.I intre 25-39;
- profunda, cu Q.I sub 25.

Se considera ca pentru a accepta aceasta clasificare, ar trebui aduse unele modificari, si anume:

- Termenul generic adecvat este cel de “deficienta mintala”.

- Deficitul mintal de granita trebuie scos din afara acestei conditii; includerea lui fara rezerve in “deficienta mintala” nu tine seama de urmatoarele elemente:

- a) Q.I.-ul deficitului de granita depaseste limita superioara a deficitului mintal autentic, atestat in literatura de specialitate (sub 70 Q.I.);

- b) Din punct de vedere clinic, simptomatologia copilului liminar este complexa: acesta prezinta atat caracteristici intelectuale specifice normalitatii cat si caracteristici specifice deficitului mintal;

- c) S-ar mari in mod artificial procentul persoanelor deficiente mintal, raportate la intreaga populatie infantila.

Luand in considerare cele prezentate mai sus, S.Lungu-Nicolae propune urmatoarea clasificare:

- intarziere mintala, termen atribuit pentru toate cazurile incerte, detectate precoce, a caror evolutie neuropsihica este permanent urmarita de specialisti;

- deficienta mintala (Q.I. intre 25-70, 75) cu urmatoarele subcategorii:

- a) deficiencia mintala usoara: 55-70(75) Q.I.;
- b) deficiencia mintala moderata: 40-54 Q.I.;
- c) deficiencia mintala severa: 25-39 Q.I.;
- d) deficiencia mintala profunda: sub 25 Q.I..

Subcategoriile de deficiencia mintala prezentate mai sus au urmatoarele caracteristici comune:

- starile precoce releva aproape intotdeauna cauze congenitale;
- existenta unor deficite globale care vizeaza evolutia intelectuala, afectiva, comportamentala (adaptativa);
- se acompaniaza, de regula, de perturbari ale psihomotricitatii;
- creeaza o dispozitie generala pe care se grefeaza tulburarile de comportament.

La A.Rosca termenul generic este “debilul mintal”, cu trei subcategorii:

- a) idioti (0-22 Q.I.);
- b) imbecili (23-49 Q.I.);
- c) moroni (debili mintali) 50-69 Q.I.

Intelectul de limita corespunde copiilor “marginiti” (70-79 Q.I.).

Din punct de vedere al capacitatii de comunicare, Binet Simon (1908) au dat definitiile a celor trei subcategorii astfel:

- Idiotul este “fiinta care nu poate comunica cu semenii lui prin limbaj; el nu vorbeste si nu intelege; el corespunde nivelului de inteligenta situat intre nastere si doi ani.”;

- Imbecilul este “incapabil sa comunice cu semenii sai prin limbaj scris; el nu poate sa citeasca si sa inteleaga ceea ce se citeste. In ceea ce priveste nivelul pe scara, se intinde de la doi ani la sapte ani. Debilitatea incepe la sapte ani.”;

- “Debilul mintal poate comunica atat verbal cat si scris, limbajul lui purtand insa pecetea handicapului.”.

E.Verza - descrie clasificarea handicapului de intelect astfel:

- intelectul de limita sau liminar, cu un Q.I. estimat intre 85-90 si marcheaza granita dintre normalitate si handicap;

- debilitatea mintala, (numita si handicap de intelect usor sau lejer), cuprinsa intre 50-85 Q.I., ceea ce corespunde unei dezvoltari normale a varstei cronologice intre 7-12 ani;

- handicapul de intelect sever (cunoscut si sub denumirea de imbecilitate) are un Q.I. cuprins intre 20-25 si corespunde unei dezvoltari normale a varstei cronologice de la 3 la 7 ani;

- handicapul de intelect profund (denumit si idiotie) are etate mintala situata sub 20 Q.I. corespunzatoare varstei cronologice normale de pana la 3 ani.

Tulburările vorbirii sunt considerate drept manifestări de bază ale dezontogenezei oligofrenice. Vocabularul activ este redus în comparație cu cel pasiv, ne demonstrează M. Pevzner (1959).

Sunt caracteristice tulburările în pronunțare, este dificilă semantica și suferă structura gramaticală a limbajului.

După cum subliniază A. Luria (1958) și V. Lubovschi (1958), la oligofreni s-a demonstrat experimental dereglarea funcției reglatorii a vorbirii. Prezintă o reținere în dezvoltare a intelectului practic și analiza obiectuală este săracă.

L. Vîgotski și colaboratorii săi (1956), au demonstrat că la acești copii există o nedevelopare pronunțată a formării noțiunilor, care sunt nediferențiate.

Gândirea la oligofreni prezintă un mare interes, dacă o privim de pe poziția teoriei genetice a lui J. Piaget și B. Inelder (1944), care au determinat trei niveluri de dezvoltare a gândirii la oligofreni:

I. caracteristice pentru oligofrenia severă sunt elementele intuitive și perceptive ale judecății; *noțiunea de cantitate nu se formează*;

II. copiii cu oligofrenie (demență mai puțin pronunțată) și-au însușit noțiunea de *cantitate*, dar le-au fost inaccesibile noțiunile de *greutate* și *volum*;

III. la copiii cu oligofrenie ușoară, se formează noțiunile de cantitate și de greutate, dar noțiunea de volum este deseori confundată cu noțiunea de greutate. Dacă noțiunea de greutate se formează ca rezultat al experienței propriu-zise, atunci cea de volum este abstractă și se formează în cazul lor prin corelarea lungimii, lățimii și înălțimii. O astfel de abstractizare este inaccesibilă chiar și copiilor cu debilitate ușoară. B. Inelder subliniază particularitățile dinamicii dezvoltării gândirii lor, caracteristice fiind instabilitatea și tendințele ei regresive.

Instabilitatea este argumentată de o sugestibilitate sporită și de neîncrederea în sine, iar tendințele regresive sunt legate de tulburări mai grave ale structurii gândirii.

J. Piaget și B. Inelder consideră că pentru copiii suferinzi de oligofrenie sunt caracteristice încetinirea ritmului dezvoltării intelectuale. Odată cu înaintarea în vârstă apar dificultăți la fixarea unor operații aparte, precum și incapacitatea de a duce lucrul până la sfârșit.

Vîgotski menționa că sfera emoțională a acestor copii suferă foarte mult. Se evidențiază o diferențiere mică a paletelor emoționale, deci o monotonie emoțională, neputința opunerii rezistenței în fața problemelor. Emoția apare doar în fața problemelor de moment (vâscozitate emoțională). Incapabilitatea de a opune rezistență efectului, se manifestă deseori prin impulsivitate și reacții afective (excese de furie, stări agresive). O imaturitate generală a personalității se manifestă printr-un nivel mic al activității de cunoaștere, o diminuare rapidă a interesului de cunoaștere. Se evidențiază o fragilitate a motivației, o sugestibilitate mărită, diminuare a inițiativei, nede dezvoltarea sferei volitive, etc.

În concluzie, numeroasele cercetări ne dovedesc că nede dezvoltarea psihică în caz de oligofrenie are un caracter total, care cuprinde toate sferele psihicului: senzorială, motorie, memoria, intelectul, emoțiile, personalitatea în întregime.

Oligofrenia - ierarhizarea ei

În oligofrenie, o caracteristică importantă a nede dezvoltării psihice este ierarhizarea. Aceasta înseamnă că insuficiența praxisului, limbajului, emoțiilor, memoriei se manifestă de obicei mai mult decât gândirea. La o formă ușoară de oligofrenie, există deseori niște procese psihice elementare păstrate, dar formele superioare ale gândirii lipsesc. La funcțiile psihice, de regulă, suferă veriga superioară. Această legătură este caracteristică tuturor funcțiilor păstrate parțial.

Atât la percepție, memorie, atenție, cât și la sfera emoțională și motorie este afectat aspectul legat de comunicare.

Referitor la percepția informației suferă nivelul legat de analiză și sinteză. Se evidențiază dificultăți în evidențierea principalelor semnificații și proprietăți obiectuale tipologice.

Un copil sănătos, pentru a desena o cană, nu utilizează schemele obișnuite. Simplitatea acestor scheme la oligofreni a fost semnalată de către savanți și a servit drept bază pentru prelucrarea unui test special de desenare a omului.

Pentru copilul oligofren sunt dificile următoarele particularități tipologice obiectuale: desfășurarea figurii, numărul capetelor, așezarea spațială, etc.

Testul grafic al lui Bender dispune de aceste posibilități de diferențiere.

S-a demonstrat că atenția pasivă la oligofreni este mai dezvoltată decât cea activă și cea voluntară.

Aspectul mecanic al memoriei este deseori satisfăcător, dar întotdeauna suferă sensul memoriei.

Savanții au dovedit că memorarea câtorva cuvinte cu o structură logică elementară nu este mai puțin dificilă decât memorarea câtorva cuvinte fără sens comun.

Insuficiența intuiției se manifestă mai mult atunci când este legată de o problemă intelectuală.

Aceste legități sunt caracteristice și sferei emoționale. Coloritul emoțional format în legătură cu dezvoltarea intelectuală la oligofreni este mai puțin dezvoltat pe fondul păstrării emoțiilor elementare.

Tendențele afective ale oligofrenilor nu trec în totalitate prin prisma aprecierii și judecății. Totodată, emoțiile simpatice, manifestarea compatimirii față de persoana concretă, capacitatea de a-și manifesta jignirea, sentimentul de jenă sunt caracteristice chiar și la oligofrenii aflați în stare gravă.

În mod similar stau lucrurile și cu motricitatea. Pe fondul mișcărilor elementare, rămân nedevelopate mișcările mai fine și mai concrete, formulele locomotorii mai complicate și este slăbită flexibilitatea motorie.

Nedeveloparea porțiunii superioare a funcției psihice se manifestă în special în nedeveloparea vorbirii. Chiar în cazul vocabularului format cu o bună structură gramaticală (de ex. în cazul oligofreniei, legată de hidrocefalee), în vorbire se manifestă foarte puțin funcția comunicării, iar semantica are de suferit.

Cele menționate ne dovedesc că defectul principal în oligofrenie este dereglarea gândirii de care depinde dezvoltarea celorlalte procese psihice.

Corecția psiho-pedagogică contribuie la formarea unor funcții psihice datorită influenței „de sus în jos”. Dar, totodată, nu trebuie să excludem și acțiunea de frână a „de jos în sus”, condiționată de nedeveloparea funcțiilor elementare. În legătură cu aceasta, o mare însemnătate o are diferențierea defectului primar și celui secundar în oligofrenie.

Încă din 1903, renumitul savant Seghen a acordat o mare atenție în cercetarea oligofreniei aspectelor ei volitive (cercetări asemănătoare cu ale lui Solie, 1891). El a subliniat faptul că insuficiența atenției și defectele sferei volitive sunt baza tulburărilor activității intelectuale la oligofreni. Iar mai apoi, începând din 1933, savanții au demonstrat natura afectivă a oligofreniei, evidențiind flexibilitatea redusă a psihicului la oligofreni, începând de la percepție și terminând cu gândirea, tulburările intelectuale propriu-zise ei le plasează la periferie, considerându-le consecințe ale insuficienței afective. Această teorie se bazează pe cercetările experimentale ale schimbului proceselor suprasaturației psihice cu satisfacerea necesităților.

La copiii oligofreni de aceeași vârstă cronologică, reîntoarcerea la acțiunea întreruptă se petrece în de două ori mai multe cazuri, ceea ce înseamnă o slabă legătură dinamică între necesități și activitatea psihică. Această izolare a unor sisteme dinamice duce la imobilitatea lor funcțională și la dificultatea diferențierii. Această concepție a fost criticată de Vîgotski încă din (1935). Efectuând un șir de experimente analogice, a evidențiat în structura oligofrenică o dependență strânsă între tulburările afective și cele intelectuale. A demonstrat că dacă la copilul sănătos dinamica acțiunii se desfășoară în aspectul logic, la copilul oligofren aceasta se desfășoară la nivel intuitiv.

Vîgotski arată dependența directă a mobilității sistemelor dinamice de posibilitatea conștientizării situației. Cu aceste experimente a dovedit unitatea și dependența dintre tulburările afective și intelectuale în oligofrenie.

Nedezvoltarea gândirii, vorbirii, formelor superioare ale memoriei, sunt considerate de Vîgotski ca defecte secundare cauzate de dificultățile asimilării experienței sociale drept consecință a insuficienței cerebrale. El menționa rolul negativ al izolării sociale apărute în urma expulzării copilului deficient mintal din colectivul semenilor sănătoși și o nedezvoltare a personalității manifestată prin reacții primitive, autoapreciere mutilată, neformarea calităților volitive, etc. Un exemplu al complicațiilor secundare sunt reacțiile neurotice cauzate de sentimentul de inferioritate.

Baza morfologică a oligofreniei este considerată de Vîgotski nedezvoltarea lobilor frontali ai creierului. După cum se știe, în cazul tulburării ontogenezei de tipul nedezvoltării globale sunt afectate mai mult sistemele mai tinere filogenetic, și ontogenetic mai puțin mature. Aceste sisteme sunt părțile frontale și parietale ale creierului a căror nedezvoltare este dovedită de datele neurofiziologiei, dar în cazul afectării grave e dovedită și de rezultatele morfologice.

Caracteristica clinico-neuropsihologică a insuficienței lobilor parietali și frontali la oligofrenie reflectă dificultăți în programare, control, orientări spațiale, etc. Cauza nedezvoltării părților frontal-parietale ale creierului se datorează insuficienței acestor funcții psihice superioare.

Tratarea sistematicii oligofreniei este diversă, depinzând de gravitatea defectului, a etiologiei, patogenezei sau structurii clinico-psihologice.

Acesta este primul criteriu care stă la baza clasificării oligofreniei în idioție, imbecilitate și debilitate.

Idioția reprezintă gradul cel mai complicat al oligofreniei, la care sunt deteriorate grav chiar și funcțiile percepției. Gândirea practic lipsește. Vorbirea lor nu reprezintă altceva decât niște sunete solitare sau cuvinte fără sens. Din vorbirea acestora nu se înțelege sensul, ci doar intonația. Emoțiile elementare sunt legate de cerințele fiziologice (foame, frig, senzație de căldură, etc.). Formele de exprimare a emoțiilor sunt primitive și se manifestă prin strigăte, țipete, grimase, excitare motorie, agresivitate etc. Tot ce este nou le provoacă frică. Doar în cazuri de idioție ușoară se manifestă niște rămășițe ale simțurilor sistemului nervos simpatic.

În acest context clasic este aprecierea unui psiholog încă din 1894, conform căreia un bolnav de oligofrenie, grad de idioțenie care manifestă o atașare vădită de personalul care-l îngrijea, bucurie, când era lăudat, neliniște când era dojenit. Autoservirea la idioți lipsește, iar comportamentul este mărginit de niște reacții impulsive la excitanții externi sau sunt subordonați necesităților instinctuale.

Imbecilitatea se caracterizează printr-un grad al insuficienței mintale mai puțin accentuat decât la idioție.

Imbecilii au o capacitate redusă de asimilare a informației, posibilități reduse în evidențierea simbolurilor simple, obiectuale și situative, dar totodată deseori ei înțeleg sensul unor fraze simple, elementare, chiar le pot pronunța, posedă deprinderi simple de autoservire, dar nu în toate cazurile. În sfera emoțională, paralel cu emoțiile de caracter simpatic, se evidențiază foarte rar niște elemente de autoapreciere, frământări, supărare, ironie. În cazurile de imbecilitate ușoară este posibilă învățarea elementelor de citit-scris, numărare, comportament și în unele cazuri își însușesc unele baze elementare ale muncii fizice.

Debilitatea este forma cea mai ușoară a oligofreniei. Gândirea lor are un caracter concret-intuitiv. Numai în cazul unei corecții complexe timpurii psiho-pedagogice pot să apară doar niște elemente ale gândirii rațional-verbale. Totuși, debililor le este accesibilă aprecierea unei situații simple, concrete și orientarea în rezolvarea ei practică.

Vorbirea frazeologică este dezvoltată, uneori este bună și memoria mecanică. Acești copii trebuie să fie instruiți conform unui program special, adaptat particularităților lor psihofiziologice atât în școlile ajutătoare, cât și în școlile generale (doar dacă e vorba de o debilitate ușoară). Copilului i se vor crea condiții optime de învățatură, va fi instruit de oligofrenopedagog, i se vor oferi celelalte servicii de corecție de care are nevoie (logoped, psiholog, surdopedagog, tiflopedagog – în cazuri speciale). În aceste condiții, ei primesc cunoștințe și deprinderi de scris și citit, numărare, cunoștințe despre mediul înconjurător, primesc chiar din clasa I o pregătire și orientare profesională pentru muncă.

Sistematica menționată, în dependență cu gradele deficienței intelectuale, are o însemnătate mare în diferențierea deficiențelor și completarea corectă a instituțiilor speciale.

În determinarea gradului deteriorării intelectuale se utilizează coeficientul intelectual (IQ), care nu este altceva decât determinarea cantitativă a intelectului, ce ne dă posibilitatea să determinăm nivelul intelectual actual al perceperilor și deprinderilor. Dar lipsa analizei calitative a defectului nu numai că ne face dificil prognosticul, dar ne și oferă prea puțină informație în aspectul recomandărilor în planul de instruire. Acest lucru ne face dificilă diferențierea debilității ușoare de RDP, de deficiențele senzoriale ambliopie, hipoacuzie, etc.

Sub aspect medical, o mare însemnătate are clasificarea oligofreniei în dependența cu criteriile etiologice și clinico-patogenetice.

În psihiatrie, foarte recunoscute sunt clasificările lui M. Pevzner (1950-1965); M. Roșca 1965; C. Pufan, 1960; E. Verza, 1973; C. Păunescu și S. Misu, 1997.

În clasificarea clinico-patogenetică deosebim trei forme de oligofrenie: forma complicată a oligofreniei, necomplicată și atipică.

Oligofrenia necomplicată este legată de patologia genetică, iar tabloul clinico-psihologic se caracterizează prin insuficiențe de dezvoltare în sferile intelectuală, verbală, senzorială, motorie, emoțională, neurologică și chiar somatică.

Forma complicată a oligofreniei se caracterizează prin așa-numitele simptome encefalopatice - adică simptomele afecțiunii S.N.C, cerebrostenice neuropatiforme, psiho-patiforme, epileptiforme, apatico-adinamice.

Etiologia lor este deseori de origine natală (asfixia și traumele la naștere) și postnatale (infecțiile în primii ani de viață). În aceste cazuri, afectarea mai târzie a creierului este cauzată nu numai de nedezvoltarea, dar și de afectarea sistemelor care se află într-o anumită perioadă senzitivă. Aceasta se manifestă prin dereglări encefalopatice care acționează asupra dezvoltării intelectuale. De exemplu, în caz de sindrom cerebralo-astenic, activitatea de muncă a bolnavului este scăzută. Copilul nu poate asimila acel bagaj de cunoștințe, care este potențial accesibil pentru gândirea lui. Sindroamele neurotice (frica, bâlbâiala, ticurile) frânează activitatea, inițiativa copilului, nu întotdeauna poate fi de sine stătător în acțiuni, este afectată comunicarea, apare neîncrederea în sine și în activitatea sa.

Dereglările psihopatiforme (excitarea afectivă, dereglări sexuale) dezorganizează dezastruos activitatea și capacitatea de muncă, ca și comportamentul în întregime.

Procese psihopatiforme au o însemnătate foarte mare în dereglările comportamentale în mod special la vârstă adolescentă, deseori provocând o neadaptare școlară și chiar socială la copilul oligofren.

Dereglările epileptiforme (convulsiile epileptiforme, atât clonice cât și tonice) dacă sunt dese nu numai că împiedică dezvoltarea psihică și activitatea intelectuală, dar sunt și o contraindicație pentru frecventarea școlii. Acestor copii li se oferă instruire la domiciliu de către comisiile teritoriale, dar această modalitate de instruire nu compensează în nici un caz comunicarea copilului cu semenii lui.

Tulburările apatico-adinamice provoacă încetinirea stării psihice, interes slăbit pentru activitate ceea ce duce la o nedezvoltare mintală și mai dificilă.

Această clasificare a oligofreniei, în oligofrenia complicată și ne-complicată, are o mare însemnătate atât în cercetarea particularităților clinice și psihologice ale anomaliei în dezvoltare, cât și în diagnosticarea diferențiată a patologiilor menționate.

Oligofrenia complicată este formă tipică, dacă este caracterizată de cele două legi clinico-psihologice (totalitatea și ierarhizarea).

Formele atipice ale oligofreniei sunt deosebite prin aceea că particularitățile de bază menționate (totalitatea și ierarhizarea) pot fi parțial șterse. De exemplu, la oligofrenia cauzată de hidrocefalee este dereglat factorul deteriorării totale, dar în acest caz este caracteristică o bună memorie mecanică.

La alte forme de „oligofrenie frontală” sau la oligofrenia cauzată de nede dezvoltarea tiroidei (Pevzner M., 1972) nu este evidențiată ierarhizarea nede dezvoltării. În primul caz este dereglată orientarea în activitate, iar în al doilea caz suferă gândirea.

Structura atipică a factorului intelectual poate fi legată și de afectarea unor oarecare funcții corticale (memoria, gnozisul, limbajul etc.). De exemplu, în caz de oligofrenie cauzată de trauma timpurie a creierului sunt caracteristice tulburări ale memoriei mai accentuate decât celelalte funcții psihice.

Defectele locale ale creierului duc la asincronitate din cauza nede dezvoltării funcțiilor psihice fiind în perioada sa senzitivă de dezvoltare. Cercetările clinice și neuropsihologice ale oligofreniei atipice, care se mai numește și oligofrenia frontală (M. Pevzner, 1958, Y. Marcovschi, 1978) au demonstrat prezența tulburărilor funcțiilor reglatorii (scăderea orientării în activitate, mărirea abaterilor în activitate, scăderea posibilităților de generalizare elementară.

În dinamica dezvoltării psihice la copii suferinzi de oligofrenie, simptomele nede dezvoltării se evidențiază la fiecare etapă de vârstă, iar gradul lor de manifestare este proporțional cu gradul afectării creierului, intensitatea și extinderea insuficienței corticale.

În cazul afectării organice grave a sistemului nervos, ontogeneza psihicului poate să se mărginească doar cu etapele timpurii de dezvoltare (uneori chiar să se oprească la ele), pe când formarea funcțiilor psihice complicate poate să nu se dezvolte în general.

O reținere în dezvoltarea și formarea funcțiilor psihice se evidențiază chiar și la formele ușoare ale oligofreniei. În primul an de viață, la acești copii este caracteristică întârzierea formării funcțiilor perceptive: reacțiile la lumină, sunete, jucării, „complexul de bucurie” la vederea mamei, tatei și a celorlalți apropiați. Reținerea în dezvoltarea motricității se manifestă prin încetinirea deprinderilor locomotorii (ținerea capului, apucarea obiectelor, șezutul, târâitul caracteristic pentru casele de copii – unicul avantaj fiind spațiul mai mare), mersul, etc.

La 2-3 ani se evidențiază mai mult întârzierea însușirii deprinderilor de autoservire, se manifestă foarte clar nede dezvoltarea vorbirii.

În perioada preșcolară se manifestă foarte dur insuficiența în dezvoltarea intelectuală în întregime: lipsa interesului, curiozității, încetinirea activității de cunoaștere.

La debutul școlarității, copiii întâlnesc greutăți la însușirea cititului și socotitului. Dinamica tulburărilor psihice la copiii oligofreni se evidențiază foarte clar în activitatea lor de joc. Jocul rămâne mult la etapa manipulării simple și a elementelor stereotipice de imitație. Inițiativa creativă este foarte slab dezvoltată, deoarece ei înțeleg greu condițiile rolului în activitatea de joc; este dificilă și comunicarea cu semenii, iar dezvoltarea intelectuală devine tot mai grea. Cercetările savanților au dovedit că la copiii sănătoși acțiunile obiectuale de joc la vârsta de 3-4 ani ating nivelul superior, pe când la copiii oligofreni abia la 6 ani, doar un procent mic dintre ei își însușesc acțiunile obiectuale mai complicate. La 7-8 ani procentul de copii oligofreni tinde să fie egal cu % semenilor sănătoși de 3-4 ani. Deoarece aceste acțiuni obiectuale nu sunt altceva decât premisele dezvoltării vorbirii (D. Eliconin, 1978), la copiii oligofreni formarea acțiunilor activității de joc are loc în etapa când aceste activități de joc nu mai sunt dominante în dezvoltarea psihică, deoarece la 7-8 ani activitatea dominantă nu este jocul, ci instruirea.

Pe fondul celor arătate, în caz de oligofrenie se evidențiază o reținere în dezvoltarea activității de joc, în care nu se dezvoltă desfășurat toate etapele acestei activități, iar întârzierea unor formațiuni psihice duce la nedezvoltarea altora.

Caracteristic pentru copiii oligofreni este retardarea reacției somato-vegetative la situațiile psihotraumatizante, păstrându-se forma caracteristică vârstei cronologice mai mici.

Dominarea infantilismului psihomotor și afectiv la adolescenți îi face pe ei mai periculoși în săvârșirea faptelor antisociale impulsive.

Pe baza constatărilor caracteristice oligofreniei, atât clinice, cât și psihologice, putem evidenția următoarele legități ale structurii dezontogenezei: nede dezvoltarea psihică globală are drept caracteristică totalitatea tulburărilor cu afectarea atât a funcțiilor parțiale, cât și a celor generale a sistemelor reglatorii. Afecțiunile timpurii duc la o nede dezvoltare mai pronunțată a funcțiilor care au o perioadă mai îndelungată de dezvoltare, ceea ce duce la o ierarhie, unde punctul dificil al nede dezvoltării cade atât pe sistemele reglatorii, cât și pe nivelul superior de organizare al oricărei funcții psihice. Defectul primar este legat de totalitatea nede dezvoltării creierului, în mod special filogenetic, al zonelor asociative tinere. Defectul secundar este dependent de cel primar, și are un caracter inelar, condiționat de două coordonate ale nede dezvoltării de „sus în jos” și de „jos în sus”.

În formarea defectului secundar are un rol important deprivația culturală: micile posibilități intelectuale ale copilului nu numai că îngreunează asimilarea informației, dar și duc la o izolare de semenii lor, excluderea tot mai evidentă din sfera comunicării, stări neurotice, frânarea contactelor cu lumea înconjurătoare.

Prin urmare, defectul secundar are o structură complexă, începând de la mecanismele biologice și terminând cu parametrii deprivării sociale.

În structura dezontogenezei se evidențiază și o tulburare a legăturilor analizatorilor. Cu cât este mai dificilă nede dezvoltarea, cu atât este mai evidentă izolarea funcțiilor analizatorice. Foarte demonstrativă este idioția, unde sunt foarte sărace legăturile dintre percepție, acțiuni și emoții.

Mai sus a fost menționată o izolare oarecare dintre limbaj și acțiuni și la oligofreniile ușoare. Infantilismul sistemelor reglatorii superioare duce la o nede dezvoltare a structurilor ierarhice, care se manifestă nu numai prin tulburări ale activității de cunoaștere, dar și de comportament.

Instabilitatea funcțiilor nedezvoltate condiționează tendința lor mărită către decompensare de tip regres.

În manifestările asincronice ale dezvoltării, domină simptomele retardării cu reducția unor etape. în structura clinico-psihologică a formelor grele de oligofrenie, manifestările dezontogenetice legate de aspectul nedezvoltării, deseori sunt însoțite de sindroame encefalopatie.

2. Reținerea în dezvoltarea psihică la copii și adolescenți

– al doilea tip de dezontogeneză infantilă-

Reținerea în dezvoltarea psihică (RDP) se întâlnește mai des decât oligofreniile. Aici nu este vorba de o nedezvoltare dură, ireversibilă, ci de o încetinire a tempoului dezvoltării, care se depistează mai des atunci când copilul merge la școală și se manifestă prin insuficiența de cunoștințe, neprezentări, infantilismul gândirii, dominația activității de joc, după vârsta de 7 ani când ar trebui să domine interesul pentru învățatură. Dar, spre deosebire de copiii oligofreni, acești copii sunt destul de pricepuți în limita posibilităților lor de cunoaștere, productivitatea la învățatură este mai bună și cel mai important este că primesc ajutorul. În unele cazuri, se remarcă reținerea în dezvoltarea sferei emoționale (diverse tipuri de infantilism), dar tulburările în sfera intelectuală nu sunt atât de evidente. În alte cazuri poate domina reținerea în sfera intelectuală.

Infantilismul sferei emoționale și reținerea în dezvoltarea activității de cunoaștere au particularitățile lor calitative, cauzate de tipul etiopatogenetic al anomaliei în dezvoltare.

În etiologia RDP au un rol deosebit factorii constituționali, bolile somatice, factorii sociali și pedagogici, dar în mod special insuficiența organică a S.N.C., mai des reziduală și mai rar de caracter genetic.

După M. Pevzner (1973) deosebim 2 forme de bază ale RDP:

1. RDP condiționat de infantilismul atât psihic, cât și psihofizic (reținerea simplă și complexă a activității de cunoaștere a limbajului), unde locul cel mai important îl ocupă sfera emoțional volitivă;

2. RDP cauzat de stările îndelungate astenice și cerebrostenice.

Referindu-ne la etiologie, deosebim patru tipuri de RDP:

- a) RDP de origine constituțională
- b) RDP de origine somatogenă
- c) RDP de origine psihogenă
- d) RDP de geneză cerebralo-organică.

În structura clinico-psihologică a fiecărui tip de RDP domină o corelare specifică a infantilismului sferelor, atât emoțională cât și intelectuală.

a) În caz de RDP constituțional, infantilismului psihic îi corespunde și constituția corporală cu o plasticitate infantilă a mimicii și motricității. Sfera emoțională a acestor copii corespunde cu o etapă de dezvoltare mai timpurie în concordanță cu o structură psihică a unei vârste cronologice mai mici: caracterizată de emoții mai pronunțate, dominarea reacțiilor emoționale în comportament, interese de joc, sugestibilitate, insuficientă încredere în sine, etc. Acești copii manifestă multă creativitate în activitatea de joc, dar totodată obosesc repede și își pierd interesul, de aceea în clasa I apar probleme legate de neformarea proceselor volitive (la lecții ei se plictisesc repede și încep să se joace). Se supun cu greu regulilor de disciplină. Această dizarmonie psihică se poate accentua și mai mult la vârsta școlară și chiar la adulți, deoarece infantilismul sferei emoționale împiedică adaptarea socială la toate etapele vârstei. Condițiile nefavorabile de viață pot cauza o formare patologică a personalității de tip instabil.

Cazurile analogice des întâlnite de infantilism somato-psihic sau aspectul nepatologic al particularităților psihice demonstrează importanța genezei constituționale în RDP. Dar, o astfel de constituție infantilă poate fi și rezultatul diferitor boli de origine metabolico- trofică întâlnită mai des în primii ani de viață.

b) Al II-lea tip de RDP – somatogen – este caracterizat printr-un infantilism emoțional, cauzat de boli somatice îndelungate, de exemplu viciile cardiace. Astenia fizică și psihică frânează dezvoltarea activă și condiționează formarea și dezvoltarea timidității, fricii, neîncrederii în sine. Aceste particularități condiționează într-o oarecare măsură apariția unui șir de interdicții și restricții. Acești copii au nevoie în mod special de o corecție temporară complexă și sprijin psihologic permanent.

c) Al III-lea tip de RDP este de etiologie psihogenă și este cauzat de condiții nefavorabile în ceea ce privește educația. Dar geneza socială a acestei anomalii nu exclude caracterul ei patologic. Este evident faptul că în cazul apariției timpurii și a acțiunii permanente a factorului psihotraumatic pot apărea tulburări accentuate în sfera neuro-psihică a copilului, care condiționează și o dezvoltare patologică a personalității. De exemplu: - în cazul lipsei de supraveghere a copilului se poate forma o personalitate cu RDP de tipul instabilității psihice care se manifestă prin neputința stăpânirii emoțiilor și a plăcerilor, impulsivitate, lipsa responsabilității, etc.

- hipertutelarea duce la o reținere în dezvoltarea emoțională, care se manifestă prin formarea egocentrismului, incapacitate volitivă și de muncă, lipsa încrederii în sine, etc.

- în condițiile psihotraumatice ale educației, unde domină autoritatea dură, deseori se formează o personalitate neurotică, manifestată prin lipsa inițiativei și a independenței, dominarea timidității și fricii.

RDP de tip cerebalo-organic are o însemnătate mai mare pentru clinica și psihologia specială din cauza manifestărilor mai evidente și a necesității corecției succinte medico-psiho-pedagogice și a altor remedii speciale profilactice și de tratament.

Cauzele ce duc la RDP cerebalo-organic, ca de exemplu: patologiile gravidității (edemul gravidic, nefropatia, preeclampsia, și eclampsia), infecțiile, intoxicațiile, traumele S.N.C. Într-o oarecare măsură, în primii ani de viață, cauzele se suprapun cu cele ale oligofreniei, grad debilitate.

Această analogie este determinată de leziunea organică a S.N.C. în etapele timpurii ale ontogenezei și depinde de masivitatea afecțiunii, care dă o tulburare psihică dificilă și ireversibilă în caz de oligofrenie și o încetinire a dezvoltării psihice, în caz de RDP cerebalo-organic.

Alt factor este timpul afectării creierului. De obicei RDP este legat de o afectare exogenă mai târzie a creierului, atunci când diferențierea sistemelor cerebrale de bază este deja stabilită și într-o măsură oarecare primejdia unei afecțiuni dure a creierului este deja depășită. Totuși, rareori, se întâlnesc și cazuri de origine genetică.

Simptomele unei rețineri în dezvoltarea psihică apar deseori chiar în perioada primei copilării, atacând toate sferele inclusiv cea somatică. Investigațiile cercetătorilor dovedesc că din 100 de copii cu RDP, din clasa I a școlilor speciale, la 32% s-a determinat o reținere în dezvoltarea fizică (în special a funcțiilor locomotorii). Aceste funcții erau nedevelopate în 69% din cazuri, 63% prezentau tulburări de limbaj și 36% dintre copii aveau enureză.

Trebuie subliniat faptul că aceste caracteristici sunt valabile și la cei cu oligofrenie ușoară. În caz de RDP, cu etiologie post-natală (infecții, intoxicații, traume) la 3-4 ani pot apărea regrese ale deprinderilor și perceperilor deja formate, care pot deveni apoi instabile.

Dominarea continuă a instalării afecțiunii condiționează în paralel cu infantilismul instalat și afecțiuni ale S.N.C.

De aceea, spre deosebire de oligofrenie „grad debilitate” în structura RDP întâlnim dereglări encefalopatice dintre care: cerebrostenice, psihopatiiforme, epileptiforme, ceea ce dovedește afectarea S.N.C., afectare dovedită și de rezultatele investigațiilor neurologice și neurofiziologice care determină la acești copii simptome hidrocefalice, dereglări ale inervației cerebrale, distonie vegetativă, etc.

O simptomatcă neurologică instalată se evidențiază de la 50-92% din copiii cu RDP cerebro-organic.

Schimbări la electroencefalogramă se întâlnesc la aproximativ 30-50% din acești copii: lipsa ritmului alfa, dominarea diapazonului teta și delta, etc. Este evidențiată și o disfuncție diencefală și a trunchilor superiori (A. Vais și M. Fisman). Unii autori definesc aceste schimbări drept „afecțiuni cerebrale minimale”.

Acest termen manifestă o funcționalitate neaccentuată paralel cu tulburări cerebrale nespecifice. A. Gezell (1979) afirmă că disfuncțiile minimale cerebrale apar mai des în primii ani de viață.

Insuficiența cerebralo-organică determină și structura clinico-psihologică a RDP propriu-zisă și duce atât la infantilismul sferei emoțional-volative, cât și la cel al activității de cunoaștere.

Sfera emoțional volitivă este reprezentată printr-un infantilism organic. Spre deosebire de psihicul unui copil mai mic, în caz de infantilism organic emoțiile se caracterizează prin lipsă de licărire, vitalitate, și se accentuează primitivismul lor.

Sugestibilitatea pronunțată determină defectul organic al criticii. Interesele de joc domină asupra celor de învățatură, iar activitatea de joc se caracterizează prin monotonie, lipsă de creativitate și intuiție. Jocul la astfel de copii din clasele primare este compus din niște fragmente foarte simple, iar dezvoltarea activității de joc prin complexitatea ei, intelectualizarea ei duce deseori la destrămarea întregii activități. Acești copii întâmpină greutăți în aprecierea unei situații. În timpul efectuării unei sarcini, își însușesc cu greu scopul, sunt impresionați de mimică, gesturi și intonația vocii învățătorului. La acești copii lipsește asiduitatea și procesul îndeplinirii sarcinilor este deseori întrerupt de întrebări referitoare la probabilitatea aprecierii.

Este necesar să fie stimulați (deseori cu note mărite), pentru a-i încuraja și a le da încredere în sine. Particularitățile clinico-psihologice la acești copii care suferă de infantilism organic depind într-o mare măsură de dominarea dispoziției. La cei cu dispoziție euforică domină impulsivitatea și inhibiția psihomotorie, pe fondul imitației bucuriei de viață sinceră. Pentru acești copii este caracteristică incapacitatea dirijării volitive și activităților sistematice. La lecții acești copii sunt neastâmpărați, răspund la obiecții cu făgăduințe de corectare, dar uită imediat.

Spun deschis că nu le place să învețe fiindcă este greu, ar dori mai bine să se joace sau să se plimbe.

Pentru copiii cu dominarea indispoziției este caracteristică timiditatea, frica, etc. Acest ton emoțional, precum și tulburările cerebralo-astenice frânează posibilitatea acestor copii de a deveni activi și de sine stătători. La acești copii domină interesul pentru activitatea de joc, nu pentru învățătură, cu greu se obișnuiesc în colectivul de copii, dar comportamentul școlar este foarte bun.

Deseori conștientizează școlarizarea lor nejustificată prin rezultatele nu prea bune, deoarece ei ajung la psiholog din cauza nereușitei școlare sau indisciplinei. Formațiunile neurotice frânează tot mai mult dezvoltarea personalității lor în întregime (ei nu sunt activi și de sine stătători). Acestea sunt manifestările infantilismului cerebralo-organic.

Paralel cu infantilismul sferei emoțional volitive menționat mai sus, un rol în formarea RDP de genезă organică îl au și factorii care împiedică dezvoltarea și formarea activității de cunoaștere la acești copii.

Clinicienii menționează că la copiii ce suferă de RDP de geneză organică le este caracteristică o altă ierarhie structurală a activității lor de cunoaștere față de copiii oligofreni și anume: o insuficiență mai accentuată a gândirii și afectarea funcțiilor de generalizare și abstractizare.

Este caracteristic un deficit de memorie, atenție, gnozis spațial și de alte funcții superioare cerebrale și suferă flexibilitatea lor. Tulburările nereușitei școlare sunt legate deseori de insuficiențe în dezvoltarea la acești copii a funcțiilor motorii, olfactive și auditive. Rezultatele investigațiilor savanților au dovedit încetinirea procesului de asimilare și prelucrare a informației, și a determinat o insuficiență a orientării spațiale.

Acești copii suferă deseori de tulburări în vorbire, iar dificultățile întâlnite la citit-scris sunt legate de defectele în pronunțare, nivelul scăzut al inteligibilității cuvântului, suferind și reglarea verbală a acțiunii. Unii savanți consideră drept cauză a dificultăților întâlnite de această categorie de copii la citit-scris - nede dezvoltarea coordonării sistemelor analizatorice și anume încetinirea în dezvoltarea gândirii noțional verbale pe fondul dezvoltării optimele a gândirii intuitiv acționale.

Acești copii suferă de tulburări encefalopatice, în special de astenii cerebrale, din cauza cărora se dereglează activitatea lor de cunoaștere în general, iar la baza capacității de muncă slăbite, în special a atenției, stă slăbirea (istovirea) sporită a întregului organism.

Activitatea lor de cunoaștere suferă din cauza dezechilibrului motor și a excitației afective a manifestărilor apatico-adinamice.

Tulburările emoționale și intelectuale, după caracterul lor, sunt diferite la copiii cu RDP de geneză organică. La unii este mai accentuată nede dezvoltarea emoțional-volitivă, la alții a insuficiența mozaică a funcțiilor corticale superioare, tulburări encefalopatiforme.

În funcție de starea infantilismului emoțional-volitiv sau a tulburărilor activității intelectuale, RDP se împarte în 2 grupe. Din grupa I fac parte copiii care suferă de infantilism organic. În grupa a II-a sunt incluși copiii la care domină tulburările activității de cunoaștere.

3. Dezvoltarea psihică afectată. Demența organică - al treilea tip de dezontogeneză infantilă –

Modelul caracteristic al dezvoltării psihice afectate este demența organică.

Etiologia trebuie căutată în bolile infecțioase, intoxicațiile, traume ale sistemului nervos central, boli austerice degenerative, boli ale metabolismului cerebral, etc.

Spre deosebire de oligofrenie, demența apare și poate progresa foarte rapid la 2-3 ani. Acesta este factorul cronologic care ajută la diferențierea patogenetică în structura clinico-psihologică a demenței față de oligofrenie. La vârsta cronologică de 2-3 ani majoritatea structurilor cerebrale deja sunt formate, deoarece acțiunea nocivă asupra lor nu numai că le reține din dezvoltare, dar le și afectează. RDP de genă organică se deosebește de demența organică printr-o suprafață afectată a sistemului nervos mult mai mică.

Legat de dinamica procesului afectat deosebim demența reziduală, atunci când retardarea mintală reflectă sechelele traumei cerebrale, intoxicației, și o demență progresivă, manifestată prin așa-numitele procese organice în urma meningitei, encefalitei, tumorilor cerebrale, bolile genetice degenerative, scleroza cerebrală progresivă, etc.

Clarificarea demențelor după etiologie: demența epileptiformă, postencefalitică, traumatică, sclerotică, etc. se bazează pe specificul structurii clinico-psihiologice a fiecărei. Factorul dinamicii procesului patologic are o importanță primordială, deoarece demența progresivă complicată, apărută la vârsta copilăriei, nu se poate atribui anomaliilor în dezvoltare, deoarece în aceste cazuri se petrece o decădere a funcțiilor psihice, cauzată nu de o anomalie în dezvoltare ci de un progres dur al procesului de afectare. Numai în cazul demenței reziduale putem vorbi despre o anomalie în dezvoltare, neținând cont de manifestările afectării, iar oprirea procesului dă unele posibilități dezvoltării normale, care a fost foarte dereglată până la etapa dată.

Pentru patogeneza și manifestările clinico psihologice ale demenței organice, paralel cu etiologia, o mare însemnătate au și alți factori, dintre care gradul extinderii procesului și localizarea lui. Vârsta când a apărut boala și durata perioadei decurgerii procesului patologic sunt la fel de importante în corelarea afecțiunii, nedevelopării și proceselor compensatorii ale sistemului nervos central.

Nu trebuie negate nici particularitățile primordiale ale copilului. Un rol deosebit în reabilitarea copilului îl are reabilitarea timpurie complexă.

Particularitățile patogenezei demenței reziduale condiționează specificul structurii ei clinico-psihiologice.

Structura defectului, în caz de demență organică, se determină în primul rând după factorul afectării sistemelor cerebrale, spre deosebire de structura clinico psihopatologică a oligofreniei cu manifestări ale nedevelopării.

Din acest motiv nu s-a făcut ierarhizarea funcțiilor psihice caracteristice oligofreniei. Dimpotrivă, pe primul plan apare parțialitatea dereglării. În unele cazuri, acestea sunt tulburări accentuate locale, corticale și subcorticale, tulburări ale gnozisului spațial, tulburări ale motricității, vorbirii, etc. De multe ori se întâlnesc tulburări ale memoriei, în special cele mecanice, cauzate de traume cranio-cerebrale după vârsta de 2-3 ani. Aceste defecte apar deoarece în timpul contuziei creierului sunt afectate formațiunile limbice care au un rol important în organizarea procesului de memorie. Deseori întâlnim combinații deficitare de afecțiuni atât corticale, cât și subcorticale. Afectarea porțiunilor subcorticale în caz de demență organică este mai pronunțată decât la oligofrenie grad debilitate F70, din acest motiv suferind procesele neurodinamice, în urma cărora apare o gândire încetinită, istovire pronunțată generată, etc.

Tulburările neurodinamice grave dezorganizează radical activitatea psihică a copilului. Acești copii nu sunt autocritici, lipsește aprecierea situației în care se găsesc, nu conștientizează realitatea, n-au nici un plan pe viitor, sunt indiferenți față de viață, etc. La ei suferă gândirea și le sunt caracteristice 3 tipuri de tulburări ale gândirii în caz de demență:

- 1) funcțiile generalizatoare;
- 2) micșorarea funcției logice;
- 3) lipsa criticii.

Schimbările personalității în majoritatea cazurilor se asociază cu nivelul decăderii intelectuale. În unele cazuri, schimbările personalității se manifestă prin afecțiuni scăzută față de apropiați, lipsa resentimentului de jenă, compătimire și a altor emoții simpatice. În alte cazuri, dereglările personalității sunt mai puțin pronunțate decât dereglările intelectuale.

Mult mai pronunțat decât la oligofrenia necomplicată, la unii copii cu demență se manifestă o adormire, moliciune, aspontaneitate, lipsă de inițiativă, pe când la alții este pronunțată o excitație psihomotorie, euforie sau disforie, încăpățănare, ranchiună, predispunere la agresivitate (elemente de bucurie, sexualitate sporită), etc. Deseori aceste predispuneri au un caracter de perversitate (tendințe de autovătămare și de sadism).

Dacă la oligofrenie dereglările encefalopatice sunt caracteristice doar pentru formele complicate (cazul când la manifestările nedezvoltate se adaugă manifestări ale elementelor deteriorării), atunci pentru demența organică cauzată de afectarea creierului tulburările encefalopatice sunt întotdeauna prezente.

Astfel, structura defectului psihic în caz de demență organică este mai complicată decât la oligofrenie și se caracterizează prin polimorfism, aceasta se atribuie atât la dereglările intelectuale cât și ale sferei emoțional-volitive în întregime.

Ținând cont de specificul clinico-psihologic al structurii defectului, distingem patru tipuri de demență organică infantilă.

Primul tip se caracterizează printr-un nivel scăzut al generalizării.

În al II-lea tip se evidențiază pe primul plan tulburările neurodinamice, o încetinire accentuată și o flexibilitate a proceselor psihice, incapacitatea de concentrare, extenuare pronunțată, se remarcă o tulburare a construcției logice a gândirii și tendințe de perversiuni.

În al III-lea tip de demență organică, este caracteristică lipsa inițiativei în activitate, cu o apatie și o scădere a activității gândirii.

În al IV-lea tip fac parte tulburările criticii și ale gândirii în întregime, însoțite și de tulburări ale atenției, manifestate prin instabilitate și „comportament bipolar”. Comportamentul „bipolar” al copiilor suferinzi de demență organică este caracteristic printr-un haos, excitație, desfrânare, acțiune după un semnal, etc. Fondul general al dispoziției este caracterizat de euforie și uneori de agresivitate. Lipsesc reacțiile la obiecții. Se manifestă o sexualitate sporită, bucurie excesivă. Acești copii, deseori, nu pot rămâne în colectiv din cauza insuficienței volitive, lipsa inteligibilității situației reale, emoționalitate sporită, etc. Ei nu se pot menține în școala ajutoare din cauza particularităților lor comportamentale și din motivul tulburărilor atenției, etc. Este dereglată atât memorarea informației, cât și reproducerea ei. Fiind supuși probelor psihologice, majoritatea demonstrează o insuficiență intelectuală. De exemplu, chiar dacă nu sunt tulburări esențiale ale gnozisului spațial, ei întâlnesc dificultăți în analiza structurii celui mai simplu șablon al metodicii cuburilor Coss. La îndeplinirea instrucțiunilor, ei nu realizează greșelile comise și își pierd repede interesul pentru activitate. Nici un mod de stimulare, nici o modalitate de ajutor nu le sunt de folos.

Acestor copii nu le place să se îngrijească, adeseori sunt pasivi, înceți, la ei se formează stereotipurile motorii. Atât mimica, motricitatea, cât și informația sunt pasive (în corespondență cu tipul III). Tulburările memoriei sunt însoțite de o încetinire a funcției reproductive. Sunt caracteristice și tulburările motorii și senzoriale ale limbajului, ei nediferențiind formele.

Analiza clinico-neuropsihologică a structurii defectului la acești copii a demonstrat tulburări ale funcției lobilor frontali, și dacă la oligofrenie are loc o nede dezvoltare primară a lobilor frontali, la RDP are loc o încetinire a dezvoltării și formării lor, iar la demență - un complex de afectare și nede dezvoltare.

Diagnosticul diferențiat se pune ținând cont de criteriul de bază care este diferențierea demenței organice timpurii de oligofrenie în dinamica retardatului.

4. Dezontogeneza deficitară. Anomaliile în dezvoltarea aparatului locomotor la copii și adolescenți. Paraliziile cerebrale infantile – al IV-lea tip de dezontogeneză infantilă

În etiologia anomaliilor dezvoltării aparatului locomotor un rol important îl ocupă factorii genetici, care cauzează insuficiențe constituționale ale motricității, afecțiuni intrauterine, neonatale și postnatale ale SNC. Forme deosebite ale anomaliei în dezvoltarea sferei motorii întâlnim în cazurile de autism infantil. Forme grave de afectare motorie apar în cazul afectării măduvei spinale în timpul copilăriei, cel mai des de natură infecțioasă (cazurile de poliomelită). Dereglări specifice ale dezvoltării motricității pot avea loc și în cazul privației emoționale.

Particularitățile structurii clinico-patofiziologice a anomaliilor în dezvoltarea sferei motorii sunt cauzate de insuficiența diferitelor porțiuni ale sistemului nervos.

În caz de insuficiență a nivelului subcortical de organizare a mișcărilor se determină o dereglare a tonusului ritmicității, formarea automatismelor primare și expresivitatea mișcărilor.

În caz de afectare a nivelului cortical suferă: puterea, exactitatea mișcărilor, formarea acțiunilor obiectuale.

Afectarea diferitor componenți ai motricității în mod inegal acționează asupra dezvoltării psihomotore a copilului.

O însemnătate deosebită are dereglarea tonusului, rolul căruia este dominant în preformarea și preorientarea mișcării, a stabilității ei, ținutei, elasticității, accentuării formei, etc.; în caz de insuficiență tonică a funcției în fragedă copilărie se dereglează formarea reflexelor, care stimulează ținerea copilului, șezutul, poziția în picioare, menținerea ținutei în picioare, etc.

La o vârstă mai mare, dereglarea tonusului muscular diminuează capacitatea de a învăța, etc. Hipotonusul patologic duce la oboseala mâinilor, oboseală generală rapidă, slăbirea atenției. Hipotonusul patologic cu încordarea pozei, insuficiența plasticității de asemenea duce la oboseala generală, micșorarea atenției la scris. Din cauza elementelor de haos în mișcare, liniile nu sunt trase până la capăt, deseori litera se împrăștie în elemente separate, iar câteodată apar elemente de micrografie. Fixarea atenției pentru eliminarea dificultăților tehnice duce deseori la greșeli gramaticale.

Dereglările tonusului sunt legate de starea patologică a sferei afective. În cercetările savantului J. Ribli, 1962, a fost descrisă motricitatea copiilor cu manifestări ale fenomenului „spitalizării”, care se aflau într-o deprivare emoțională gravă. Dinamica acestor tulburări în primele etape se caracteriza printr-o mobilitate pasivă, reținere a dezvoltării motricității, iar în cazurile grele apăreau chiar și tulburări catatonoforme.

În cazurile cu dereglări afective stabile în prima copilărie, poate avea loc și mărirea tonusului motor cu „hiperactivitate”, excitabilitate motorie.

Tulburările motorii, cauzate de tulburări ale tempoului și ritmului mișcării în special, au o localizare corticală.

Drept indice al infantilismului la copii de la 9 luni până la 2 ani sunt: legănarea de cap și de torace. În patologie astfel de fenomene se întâlnesc la orice vârstă, în special în cazuri de retardări mintale grave și schizofrenie. Deseori aceste fenomene apar și drept manifestări ale autostimulației afectiv-motorii în condițiile deprivării psihice. Defectul organizației ritmice a mișcărilor are o însemnătate negativă asupra dezvoltării psihice a copilului, deoarece în această situație se încetinește formarea diverselor sinergii, necesare în formarea deprinderilor automatizate.

În cazuri de insuficiență a formațiunilor subcorticeale, se dereglează și formarea mișcărilor automate. Este dereglată sincronizarea mișcărilor, a mâinilor și picioarelor în timpul mersului, la întoarcerea toracelui, automatizarea mișcărilor de apărare, formarea mișcărilor expresive, în primul rând cele mimice, înzestrate cu un conținut deosebit metaforic.

Reținerea în dezvoltarea mișcărilor expresive, în special în timpul primei părți a copilăriei, când încă vorbirea nu este dezvoltată suficient, impune copilului niște forme primitive de comunicare care stimulează și mai mult gradul dereglărilor în dezvoltare. Un astfel de mecanism al dezvoltogenezei psihice are loc în unele cazuri de tulburări endocrine, când dezvoltarea excesivă a musculaturii mari împiedică formarea mimicii și a mișcărilor expresive.

Nedezvoltarea motricității expresive se evidențiază în cazurile retardării mintale exprimate prin lipsa de expresivitate, monotonia mimicii, gesticii, mișcările automatizate și de apărare.

Patologia nivelului cortical formează o simptomatică diversă a dezvoltării motrice, care depinde în special de localizarea afecțiunii. În cazul afectării zonelor nucleare ale porțiunilor senzoriomotorii suferă unele componente ale mișcării ca: puterea (parezele și paralizările), precizia și viteza mișcării. Iar în cazul patologiilor suferă atât porțiunile premotorii, cât și postcentrale ale creierului, având loc tulburarea integrității actelor motore, numite apraxii.

În normă, sistemele premotorii au funcția de mediator care formează și țin legătura dintre sistemele corticale și extrapiramidale. O astfel de situație specifică se răsfrânge asupra caracterului tulburării. În cazul defectului premotor apare disfuncția „melodiei chinestetice” a mișcării care se transformă dintr-una lină într-una „scuturată”, deautomatizată, compusă din elemente separate.

În cazul dereglărilor postcentrale ale scoarței creierului este caracteristică o apraxie aferentă cu insuficiență de analiză corticală a impulsurilor chinestetice, care se manifestă în dificultatea de a forma și a alege o combinație motorie potrivită.

La vârsta copilăriei, unele porțiuni ale sferei motorii se găsesc încă în perioada lor de formare, de aceea mai puțin pronunțat decât la adulți se evidențiază claritatea, localizarea și izolarea afecțiunii.

Deseori are loc o simptomatică difuză, care îmbină fenomenele afecțiunii din sfera motorie cu nede dezvoltarea ei. Dintre fenomenele nede dezvoltării seremarcă sinchinezile - mișcările involuntare se combină cu cele voluntare, neavând nici o legătură după conținut. De exemplu, copilul când încearcă să deschidă un ochi, involuntar îl închide pe celălalt; în caz de mișcare a degetelor unei mâini apar mișcări analogice ale celeilalte.

Sinchineziile apar și la copii normali, dar cu timpul se răresc, în special după 14 ani. În diverse patologii, sinchineziile prezintă o menținere stabilă.

Un indice al nede dezvoltării sferei motrice generale este insuficiența exactității și stabilității mișcărilor și acțiunilor, „abaterea” de la normă sub acțiunea zgomotului, limitarea timpului oferit pentru îndeplinirea instrucțiunii, etc.

Ținând cont de numărul foarte mare al variantelor constituționale, al particularităților motorii și infantilismului ei fiziologic în multe ei componente la vârsta copilăriei, pe cale experimentală s-au depistat particularitățile sferei motorii, specifice nivelului tulburărilor neaccentuate, care nu ne demonstrează întotdeauna prezența unui proces patologic.

În această situație, un rol important îl au rezultatele clinice în corelare cu celelalte. De exemplu, la vârsta primei copilării investigațiile speciale depistează adesea o dezacordare a dominației după mână și ochi. După datele lui R. Zazzo (1960), la copiii cu mâna dreaptă dominantă la vârsta de 6 ani se întâlnește o astfel de dezacordare la 69%, la 7-8 ani la 21%, iar la 9-10 ani la 20%. Consider că e bine să menționăm că în cazul lipsei tulburărilor organice ale sistemului nervos acest fenomen nu este considerat patologic, deoarece plasticitatea sporită a creierului sănătos compensează aceasta dezacordare. În caz când sunt depistate patologii clinice ale SNC survine primejdia că acest dezacord după mână și ochi poate împiedica însușirea scrisului și cititului.

În acest context este foarte complicată corectarea stângăciei la vârsta copilăriei.

În cazul insuficienței organice a emisferei stângi, stângăcia este deseori o manifestare compensatorie cu dominarea emisferei drepte.

Sechelele unei astfel de corecții compensatorii ar fi fost nefavorabile. În aceste cazuri, reînvățarea poate duce la o suprasolicitare a emisferei stângi afectate și la primejdia unei decompensări și mai grave. Practica reînvățării impune să ținem cont de posibilitatea apariției în procesul corecției a diferitelor formațiuni neurotice, chiar și a bâlbâielii.

Dereglările principale ale parametrilor motori menționați au contribuit la sistematica mai multor tipuri de anomalii ale sferei motrice.

1. Debilitatea motorie sau scoarța-asociativă este legată de nede dezvoltarea sistemului piramidal și se manifestă prin dereglări ale tonusului muscular, mișcări voluntare, sinchinezii. La prima vedere numărul mișcărilor abundente sunt sărace în combinație și are loc o slabă adaptare la problemele realității. Sărăcia și indiferența mimicii este deseori în contradicție cu o dispoziție foarte mare.

2. Infantilismul motor reflectă o dinamică încetinită a dezvoltării motrice, la baza căreia se află nede dezvoltarea unor reflexe caracteristice copilăriei timpurii (sinchineziile), reținere în dezvoltarea mersului, a statului în șezut.

3. Insuficiența extrapiramidală este caracterizată de o sărăcie a mimicii, gesturilor, mișcărilor de apărare și automatizare, insuficiența ritmicității și automatizării lor.

4. Insuficiența frontală presupune o slabă capacitatea de formare a aspectelor motrice, hipodinamice sau hiperdinamice.

Tipurile de nede dezvoltare motrică a copiilor cu tulburări organice ale SNC includ în sine și o nede dezvoltare mintală de tipul oligofrenic, dar într-o formă mai puțin pronunțată. Majoritatea se manifestă și la RDP de geneză organică și la multe alte anomalii în dezvoltare.

Paralizia cerebrală infantilă

Etiologia paraliziei cerebrale infantile (PCI) este foarte variată. Un rol important îl dețin leziunile organice ale creierului, ca rezultat al infecțiilor intrauterine, intoxicațiilor, incompatibilitatea sângelui mamei și fătului (grupa Rh), consangvinitatea părinților, asfixiile, hemoragiile traumatice și netraumatice, neonatale, prematuritatea copilului, etc.

Rareori această boală poate apărea postnatal în urma meningoencefalitei în primii ani de viață ai copilului.

Patogeneza este legată de afectarea mai multor porțiuni ale creierului, corticale și subcorticale, dintre care cele mai importante zone sunt cele premotorii.

În structura clinică a PCI dintre simptomele tulburărilor organice ale creierului, cele mai semnificative sunt tulburările motrice, în special parezele, paralizii și tulburările de tonus muscular.

Îmbinările tulburărilor sferei motrice cu cele ale intelectului sunt diverse. Sunt bine cunoscute următoarele forme ale PCI. Specificul tabloului clinic al celor mai cunoscute forme de PCI este condiționat, într-o oarecare măsură, de caracterul afecțiunii.

1. Diplegia spastică (boala lui Littl) tetrapareza când mâna suferă mai puțin decât piciorul, deoarece copiii se pot servi, scrie, însuși deprinderi simple de muncă. Deseori, tulburările intelectuale sunt nepronunțate și acești copii cu o corecție obiectivă pot fi educați în școlile generale.

2. Hemiplegia dublă se caracterizează prin afectarea gravă a tuturor membrelor, manifestată prin rigiditate musculară. Copiii, în multe cazuri, nu pot să stea nici în șezut. Dezvoltarea lor intelectuală este la nivel de oligofrenie, grad debilitate (F70).

3. Forma hiperchinetică este aceea în care diversele hiperchinezii pot să fie imbinat cu pareze și paralizii sau să se manifeste ca o tulburare separată. Intellectul, în majoritatea cazurilor, este dezvoltat normal.

4. Forma anatomo-astenică se caracterizează prin pareze, tonus muscular micșorat, simptomatologia cerebelului, etc. În urma unui tratament sistematic, la 3-5 ani acești copii dobândesc posibilitatea de a efectua mișcări voluntare. În 50% dintre aceste cazuri, copiii sunt debili și imbecili.

5. Forma hemiparetică se manifestă prin pareza unei părți a corpului, procesul fiind mai accentuat la membrele superioare. La 25-35% dintre copii se manifestă oligofrenie, grad debilitate.

Nede dezvoltarea intelectuală pronunțată nu survine atât de la tulburările motrice, cât de la afectarea masivă a creierului. Dar gravitatea funcțiilor corticale în aceste cazuri duce la un tablou clinic acritic.

La copiii suferinzi de PCI, deseori se remarcă și alte afecțiuni ale funcțiilor neuro-psihiice, în mare măsură legate de sfera motrică afectată. De exemplu, tulburările în vorbire sunt condiționate într-o mare măsură de insuficiența componentului motor, în special dizartriile, de diverse caractere și gravități.

La copiii cu PCI se remarcă o întârziere în formarea aspectului motor, a limbajului, o pronunție incorectă, o întârziere a apariției primelor cuvinte solitare, a limbajului frazeologic, o încetinire a dezvoltării vocabularului, atât activ cât și pasiv.

În cazurile mai grave ale tulburărilor de vorbire poate să apară alalia motorie cu nede dezvoltarea generală a tuturor aspectelor limbajului. Mai rar se întâlnește la acești copii alalia senzorială, la care insuficiența în dezvoltare a aspectului motor al limbajului are un caracter secundar.

La copiii cu PCI este caracteristică și afectarea gnozisului spațial, legat de afectarea zonelor temporale ale creierului, a percepției vizuale, insuficiența fixării privirii, manifestări convergente, etc. cauzate de afecțiunile motorii.

Acești copii întâlnesc greutate în formarea percepției formei obiectului și corelarea ei în spațiu, a proporționalității corporale, etc. Adesea, la ei se remarcă și o insuficiență în dezvoltarea reprezentărilor schemei propriului lor corp. Este întârziată formarea mărimii dominante, noțiunilor – dreapta, stânga, etc. Poate apare la acești copii și agnozia digitală (incapacitatea de a diferenția și a uni degetele), iar câteodată aceștia nu recunosc nici elementele faciale. În desene ei nu redau părților corpului omenesc.

Tulburările menționate se manifestă și în dinamica dezvoltării copiilor cu PCI. De exemplu, în prima copilărie, din cauza tulburărilor motrice (întoarce greu capul) ajung cu greu la obiectul dorit. La acești copii este deficitară reacția de orientare, ceea ce duce atât la mărginirea spațiului vizual, cât și la tulburări ale aparatului vizual, iar apoi la apariția nede dezvoltării reflexelor staticinetice.

Tulburările motrice în copilărie duc la nede dezvoltarea activității de joc, apoi la tulburările scrisului, socotitului și cititului.

Dificultățile la matematică sunt din cauza insuficienței funcțiilor spațiale. Ele se manifestă prin neclaritatea înțelegerii reprezentărilor grafice ale cifrelor, înlocuirea semnelor aritmetice, etc. Sunt caracteristice dificultățile în reproducerea figurilor geometrice, manifestări ale disgrafiei (scris în oglindă), înlocuirea literelor, etc.

Tulburările capacității de muncă pot apare la acești copii din cauza afecțiunilor cerebralostenice, dar dereglarea atenției, concentrarea asupra îndeplinirii sarcinii pot fi cauzate și de greutatea în fixarea privirii, în urmărirea mișcării obiectelor.

Tulburările motricității, ale funcțiilor corticale superioare, extenuarea psihică sunt cauzele RDP a multor copii cu PCI, atunci când aceștia nu sunt supuși corecției timpurii medico-psiho-pedagogice.

Sfera emoțională a copiilor cu PCI este predispusă la tulburări neurotice și neurotiforme, în special la frica de înălțime, întuneric, uși închise, împrejurări noi, etc. Paralel cu tulburările emoționale menționate la acești copii este caracteristică o reținere emoțională generală paralelă cu RDP menționat.

Manifestările infantilismului organic se evidențiază în insuficiența diferențierii emoționale chiar în activitatea de joc, fiind monotonă, lipsită de activitate, inițiativă și independență.

PCI este un model clasic în studierea rolului deficitului motric, în formarea diverselor tulburări, în dezvoltarea personalității. Insuficiența motrică ce aparține fenomenelor de privației și a hipertutelării are un rol important în formarea la acești copii a particularităților patologice ale personalității de tip deficitar.

Ca urmare a limitării mișcărilor, copilul crește și se dezvoltă într-o lume limitată, ceea ce împiedică formarea și dezvoltarea relațiilor și interacțiunilor cu alți copii și cu adulții. Limitarea contactelor duce deseori la autism, formarea pasivității și la instalarea egocentrismului. Când copilul este educat în familie, particularitățile menționate se pot manifesta din cauza hipertutelării și lipsei cerințelor față de copilul bolnav.

În cazul spitalizărilor îndelungate, pe fondul unei educații proaste poate apare privația emoțională sub forma de „spitalism”.

Renumitul savant F. Hoppe afirma că în urma rezultatelor investigațiilor asupra copiilor cu PCI se evidențiază un subnivel de pretenții, paralel cu o subapreciere a stării sănătății lor: 90% din copiii investigați cu PCI s-au dovedit a fi la fel cu cei sănătoși, iar 50% â se consideră foarte sănătoși și numai 10%â bolnavi. O astfel de corelare a subaprecierii sănătății cu un nivel inferior de pretenții se explică printr-un mecanism de apărare care amortizează senzația de inferioritate.

Poziția de apărare pasivă, insuficiența în comunicare duc la nedezvoltarea reprezentărilor etice. Rezultatele multor investigații demonstrează rezultate slabe la acești copii în ceea ce privește „ajutorului reciproc” și rezultate bune în situațiile de „încălcare a regulilor”. Copilul bolnav de PCI știe ce nu trebuie să facă mai bine decât ce trebuie să facă.

Și, în sfârșit, este necesar să menționăm că formarea patologică a personalității, în special la copii cu intelectul păstrat, se formează pe fondul retrăirii inferiorității sale. Pot apare manifestări autiste secundare - trecerea compensatorie sau hipercompensatorie în lumea interioară a fanteziilor.

La vârsta adolescenței, în structura unei astfel de dezvoltări a personalității apar deseori trăsături isterice și ipohondrice, iar sub acțiunea altor factori stări depresive cu gânduri suicidare. Numai o corecție timpurie, multiaspectuală medico-psiho-pedagogică formează la copilul bolnav senzația sa de utilitate și folos, împiedicând formarea particularităților patologice ale personalității, legate de senzația de inferioritate.

Un rol important în anomaliile de tip deficitar îl are localizarea afecțiunii. Corelarea defectului primar și secundar este foarte demonstrativă. Defectele primare ale analizatorilor provoacă un complex al tulburărilor secundare, începând de la nede dezvoltarea unor funcții separate, strâns legate de defectul primar și terminând cu formațiunile complexe ale personalității condiționate social.

În cazul lipsei unei corecții adecvate și la timp, se dereglează dezvoltarea psihică generală, intelectuală și emoțională, cauzate de un deficit de informație, în urma defectului primar și a dificultăților în comunicare.

Pentru tipul deficitar de anomalie în dezvoltare, în lipsa sau insuficiența unei corecții, este caracteristică dezvoltarea patologică a personalității, nucleul acesteia fiind reacția psihogenă la defectul său.

Coordonata tulburării de bază este de „jos în sus”, dar după cum s-a menționat, în condiții nefavorabile, în lipsa sau insuficiența corecției este caracteristică dezvoltarea patologică a personalității în întregime, agravarea defectului primar, putând avea loc și coordonata nede dezvoltării de „sus în jos” din lipsa corecției defectelor secundare.

Gradul de vechime al coordonatei nede dezvoltării „de sus în jos” se utilizează în corecție, iar specificul acțiunilor corecției, paralel cu dezvoltarea rămășițelor auzului, văzului, motricității este apelarea și la alți analizatori în scopul lărgirii posibilităților lor funcționale, pentru a putea înlocui funcția defectă.

În structura defectului sunt caracteristici și alți parametri ai dezontogenezei. În caz de tulburări ale văzului, sunt caracteristice insuficienta legătură dintre vorbire și acțiune, manifestări asincronice ale dezvoltării: corelarea retardării și accelerării (de exemplu nivelul de manipulare în activitatea de joc pe fondul unui limbaj bogat la orbi). Sunt caracteristice instabilități ale diferitor funcții apropiate de cele defecte, apariția tendințelor regresive. Dar, totodată, pe planul altor analizatori păstrați și al posibilităților intelectuale în întregime poate avea loc o compensare optimală. Dar în caz de afectarea cerebrală generală, cauzată de defectul analizatorului dat, se va evidenția o tulburare generală în dezvoltare sau o tulburare funcțională, de tipul RDP, sau mai gravă – organică – de tipul F70.

5. Anomaliile în dezvoltarea analizatorului vizual și auditiv

- al V-lea tip de dezontogeneză infantilă-

Acest tip de dezontogeneză este legat de insuficiența unor sisteme analizatorice precum cel olfactiv, auditiv, vocal, locomotor, boli somatice grele ale sistemului cardiovascular, respirator, endocrin, etc. Dezontogeneza psihică apare pe fondul afectării atât a sferei senzoriale, cât și motorii.

Teoria lui Vîgotski despre legitățile de bază ale anomaliilor în dezvoltare a fost dezvoltată și completată cu fundamentele și legitățile dezvoltării psihice a copiilor cu patologii ale văzului și auzului.

Etiologia tulburărilor văzului și auzului este de natură exogenă și endogenă.

Dintre factorii exogeni în etiologia patologiilor aparatului auditiv sunt bolile infecțioase în special în primele luni ale gravității, cum ar fi rujeola, varicela, gripa, etc. Dintre infecțiile postnatale care condiționează dereglarea auzului un rol important îl au bolile, cum ar fi scarlatina, rujeola, parotita, meningitele, meningoencefalitele. Un rol important îl au otitele, sifilisul congenital, consangvinitatea părinților.

În cazul unei boli infecțioase, rolul factorului genetic în apariția surdității sau hipoacuziei este bine cunoscut. Această situație este caracteristică pentru surditățile apărute pe fondul medicamentos. Insuficiența genetică a organului auditiv îl face foarte sensibil, în special la antibiotice.

Analizatorul vizual este și el la fel de receptiv ca și analizatorul auditiv. În etiologia patologiilor văzului la copii un rol important îl joacă factorii exogeni care au o influență asupra analizatorului auditiv al fătului, încă din perioada lui intrauterină. Printre acești factori amintim bolile infecțioase ca: toxoplasmoza, sifilisul, bolile virusologice, bolile metabolice, intoxicațiile alcoolice ale mamei, intoxicațiile mamei cu preparate medicamentoase chimico-sintetice (hormonale, tranchilizante, somnifere).

Deseori cauza bolilor văzului sunt patologiile prenatale, neonatale și postnatale. Dintre cele prenatale se pot aminti edemul gravidic, gravidic – nefropatia, preeclampsia, eclampsia, etc., traumele din timpul nașterii (aplicarea forcepsului în caz de bazin îngust sau copil foarte mare), asfixia neagră sau roșie, etc.

Dintre cauzele postnatale cele mai des întâlnite sunt infecțiile acute și cronice și mai rar meningitele, encefalitele, meningoencefalitele, tumorile cerebrale, etc.

Factorul genetic duce la apariția bolilor văzului în 15-17% din cazuri.

L. Vîgotski a demonstrat particularitățile formării clinico-patologice a structurii defectului, tipică pentru copiii cu diverse patologii ale sferei senzoriale. Învățătura marelui savant și a elevilor săi a demonstrat corelarea diferiților parametri ai defectului primar cu timpul apariției bolii, gravitatea ei și particularitățile formării defectului secundar.

Un rol primordial în apariția defectului secundar îl are gradul, timpul și gravitatea defectului senzorial.

De exemplu, un defect neesențial al auzului presupune și tulburări nu prea grave ale limbajului. Vorbirea unui copil care suferă de o hipoacuzie uniaurală, dobândită după vârsta de 3 ani dă o modulare slabă a vocii, înlocuirea fonemelor asemănătoare după auz, atenuarea articulării, etc. Pe când un copil cu o surditate cofoză, care frecventează un învățământ special timpuriu, poate rămâne pe viață și mut și surd.

Referitor la patologiile văzului, în caz de ambliopie, percepția vizuală este încetinită, câmpul vizual se îngustează, se observă o insuficiență a clarității și a strălucirii culorilor, neclaritatea și atenuarea obiectuală, dar totuși este dovedit că la slab văzători potențialul neuro-psihic este cu mult mai dezvoltat decât la orbi.

Caracterul și gradul defectelor secundare depind la rândul lor de timpul apariției patologiei văzului și auzului.

Dezvoltarea psihică la copiii surzi este diferită și depinde de momentul apariției surdității, dacă aceasta este înăscută, dacă copilul și-a pierdut auzul în etapele timpurii ale ontogenezei, sau dereglările s-au produs mai târziu.

O surditate înăscută sau dobândită timpuriu, de regulă (dacă nu intervine un bun specialist) duce la lipsa limbajului, adică la muțenie, sau la o nede dezvoltare dură a vorbirii. Insuficiența funcției aparatului vestibular cauzează și nede dezvoltarea orientării în spațiu, dar în cazul deteriorării auzului după vârsta de 3 ani nede dezvoltarea funcțiilor locomotorii este mai puțin pronunțată. Reușește să se formeze vorbirea frazeologică, dereglările vocabularului atât activ cât și pasiv sunt mai puțin pronunțate. Structura gramaticală a cuvintelor este mai puțin dereglată.

În cazul deteriorării auzului la vârsta școlară, vorbirea gramaticală este deja formată, dar pot surveni tulburări de pronunție, atenuare a articulării, dereglări neaccentuate ale ritmului și fluentei, etc.

Aceleași fenomene sunt legate și de timpul survenirii patologiei văzului. În caz de îmbolnăvire congenitală, copilul nu primește nici o informație vizuală. Se evidențiază, chiar de la început o frică de spațiu, dificultăți în menținerea verticală a corpului, frica de noile obiecte din jur, etc. Toate acestea duc la o RDP, tulburări de gnozis și praxis, etc. Primele manipulări și acțiuni funcționale separate se manifestă la copiii orbi după vârsta de 2 ani. Nede dezvoltarea orientării în spațiu condiționează nede dezvoltarea mersului, frânează formarea scheletului corporal, etc. Tulburările văzului la o vârstă timpurie, chiar și numai o scădere a acestuia, duce la nede dezvoltarea sferei psihomotorii, apărând o slăbire a actului apucării, întârzierea diferențierii mișcărilor, mișcări stereotipe în plus ale capului și mâinilor sau oprirea cu obiectul în mână, etc.

Tabloul clinico-psihologic al copilului care a pierdut vederea la o vârstă mai mare este diferit. Având o experiență anterioară de senzații olfactive, care le ușurează dezvoltarea motricității, a activității obiectuale, formarea reprezentărilor și noțiunilor, acești copii supuși unei corecții temporare pot fi școlarizați și în școlile generale, dar oferindu-le un regim protector și condiții favorabile corecționale. Evident, ca un rol important pentru prognoza dezvoltării psihice la copil îl au particularitățile lui individuale, intelectuale, sfera lui emoțional-volitivă, personalitatea în întregime și începerea timpurie a învățământului special.

Sistematica tulburărilor sferei senzoriale depinde de criteriile apariției patologiei și gravitatea afectării.

Persoanele cu deficiențe auditive se împart în:

- 1) surzi,
- 2) asurziți timpuriu,
- 3) asurziți tardiv,
- 4) hipoacuzici: -a) cu nedeveloparea totală a vorbirii,
- b) cu vorbirea parțial păstrată.

Deficiențele văzului se împart în:

- a) orbi total;
- b) parțial văzători;
- c) slab văzători.

La copii surzi, din cauza tulburărilor limbajului, este reținută comunicarea care asigură o activitate obiectuală împreună cu vârșnicii.

Dificultățile în însușirea vorbirii amplifică la acești copii formarea generalizărilor perceptive, dificultăților în evidențierea și fixarea proprietăților obiectuale. În consecință, suferă formarea reprezentărilor obiectuale. Copilul nu poate opera liber cu reprezentările, apar greutăți și la actualizarea lor. Reținerea în dezvoltarea vorbirii frânează includerea percepției în sfera largă de activitate, totodată introducerea cuvântului fără experiență senzorială, așa cum se întâmplă la copiii orbi, duce la ștergerea importanței înțelesului cuvântului și la generalizarea lui insuficientă sau invers, la lărgirea sensului cuvântului propriu-zis.

O importanță deosebită o au tulburările specifice sferei emoționale la categoria respectivă de copii. De exemplu, la copilul orb, nedeveloparea sferei emoționale este legată cu insuficiența sau lipsa percepției văzului, mimicii și a gestului. Acestea, la rândul lor, frânează dezvoltarea formelor de comunicare în etapele timpurii de dezvoltare a copilului.

La copii surzi, din cauza lipsei acțiunii vorbirii adultului, a tonului lui emoțional, chiar din etapele cele mai timpurii ale dezvoltării sunt dereglate formele de comunicare. La nou-născuții surzi, deseori lipsește complet „complexul înviorării”. Aceștia diferențiază mult mai târziu persoanele apropiate de străini. Defectul propriu-zis al orientării emoționale apare mai târziu datorită lipsei laturii intonaționale a vorbirii.

Cele menționate confirmă teoria lui L. Vîgotski despre mecanismele acțiunii defectului primar asupra apariției celor secundare, care determină dezvoltarea copilului în întregime. Este bine cunoscut faptul că în cazul pierderii parțiale a auzului, dacă copilul nu își va însuși limbajul, atunci defectul auditiv se va înrăutăți din motivul neutilizării eficiente a rămășițelor auditive.

Dar în cazul stimulării maxime a vorbirii se micșorează defectul primar, ceea ce acționează pozitiv asupra auzului.

Investigarea patologiilor sferei senzoriale la copii verific[și altă teorie a savantului L. Vîgotski, despre legitățile dezvoltării copilului anormal: dacă la copilul sănătos un impuls stimulează formarea noilor sisteme funcționale, atunci la copilul cu anomalii senzoriale, se remarcă o discordanță în dezvoltarea unor sisteme, ceea ce frânează dezvoltarea generală.

O neregularitate în dezvoltare este caracteristică și pentru copilul orb.

Dacă la copilul sănătos la baza activității de joc stau bine cunoscutele acțiuni obiectuale concrete, care se pot dezvolta în orice moment, la copilul orb acțiunile globale de joc nu au în sine informația despre obiectul concret. Sărăcia experienței practice, dezvoltarea slabă a motoriei obiectuale, dar pe fondul unui limbaj dezvoltat, creează o activitate de joc deosebită, care decurge sub forma unei manipulări primitive și mișcări repetate monotone, cu un nivel verbal destul de dezvoltat.

Componenta motorie verbală a jocului maximal sărac coexistă în paralel cu o producție verbală izolată.

Această rupere dintre vorbire și acțiune nu dispare fără o corecție complexă timpurie medico-psiho-pedagogică în cadrul învățământului special.

Aceasta este un exemplu clasic al asincroniei dezvoltării, când este dereglată consecutivitatea normală în dezvoltarea ierarhiei funcțiilor psihice superioare după părerea savantului L. Vîgotski.

Una din legitățile generale ale anomaliei în dezvoltare a sferei senzoriale este nedeveloparea în comparație cu norma capacității de primire, prelucrare și păstrare a informației, adresată analizatorului afectat.

Dar totodată se întâlnesc dificultăți în viteza și volumul asimilării informației, adresată și analizatorului sănătos.

De exemplu, la copiii surzi percepția este foarte încetinită în perioada de vârstă infantilă

Altă particularitate a anomaliei în dezvoltare este insuficiența suportului verbal. Acest fenomen este caracteristic pentru patologia auzului, unde este afectată vorbirea, dar și la copii orbi și slab văzători se întâlnesc dificultăți în acest aspect.

De exemplu, la slab văzători analiza olfactivă a semnalelor, a impulsurilor poate suferi mai puțin decât calificarea verbală a rezultatelor.

La copiii cu grad mare de miopie, simplele diferențieri ale semnalelor la lumină nu se deosebesc prea mult de normal, dar explicația verbală este dificilă.

Particularitățile deficitare ale proceselor psihice la copiii cu patologii senzoriale duc la o încetinire a gândirii și în mod deosebit a operațiilor de generalizare și abstractizare.

La copiii cu afecțiuni senzoriale, paralel cu simptomele secundare negative, au loc și simptome compensatorii, apărute ca rezultat al adaptării copilului anormal la cerințele mediului. În dependență cu caracterul defectului senzorial, la copilul anormal apar diferite restructurări funcționale, la baza cărora stau rezervele mobilizate ale posibilității SNC și plasticitatea sporită a formării funcțiilor superioare ale scoarței cerebrale, care se pot forma doar în condițiile unei corecții complexe timpurii psiho-pedagogice și medicale.

De exemplu, la copiii surzi în cazul lipsei limbajului verbal, apare ca o formă de compensare limbajul mimico-gesticular. Se știe despre dezvoltarea la orbi a simțului G – ceea ce înseamnă posibilitatea de a simți apropierea obiectului, chiar pe fondul unei orbiri complete. Este bine cunoscută particularitatea fină tactilă a orbilor cu ajutorul căreia ei deosebesc obiectele după formă, dimensiuni, structură.

O particularitate atât a surzilor, cât și a orbilor este dezvoltarea specifică a personalității lor, în caz de educație neadecvată și corecție insuficientă.

Cauza formării patologice a personalității în cazul dezontogenezei deficitare senzoriale este reacția personalității la situația psihotraumatizantă cronic, cauzată de conștientizarea stării sale și de limitarea posibilităților de contact, din cauza privației atât senzorio-motorie, cât și somatice.

Schimbările personalității copiilor cu patologii ale văzului și auzului sunt descrise de L. Vîgotski, T. Simson, G. Stutte, etc.

Structura clinico-psihologică a acestui tip deficitar al dezvoltării personalității include următoarele simptome generale: fondul scăzut al dispoziției, caracteristici astenice, deseori cu tendințe ipohondrice. Deseori, la acești copii se remarcă tendințe autiste din cauza lipsei de contact atât ca urmare a defectului de bază, cât și pe fondul retragerii în lumea sa interioară, nu rareori în lumea fanteziilor. Atât tendințele spre autism, cât și formarea particularităților neurotice și isteriforme ale personalității se agravează deseori pe fondul educației incorecte a copilului, hipertutelării, care infantilizează personalitatea și frânează formarea mecanismelor adaptării sociale. Este necesar să menționăm, că astfel de dereglări emoționale și de personalitate se formează de regulă la copiii care se află în condiții neadecvate de educație și instruire.

Metode de corecție

Dintre metodele de corecție a deficiențelor senzoriale cea mai importantă este stimularea rămășițelor de auz și vedere. O importanță foarte mare în corecție are următorul principiu: sprijinirea pe funcțiile păstrate, amplasate mai departe de cea defectată.

De exemplu, în cazul afectării analizatorului auditiv, pentru formarea percepției sunetelor vorbirii se utilizează atât analizatorul olfactiv, cât și cel motor și tactil. Analizatorul văzului se folosește și la însușirea labiolecturii. Pentru formarea reprezentărilor la orbi, dezvoltarea compensatorie merge pe calea corelării percepției auditive cu cea tactilă, susținute de sensibilitate atât vibrațională și tactilă, cât și a temperaturii. apariția impulsurilor auditiv-tactile ale obiectului permite determinarea sunetului în calitate de indice semnal al obiectului.

În cazul afectării văzului este posibilă acțiunea asupra defectului „de sus în jos” – calea intelectualizării și verbalizării experienței senzoriale. Procesul comunicării permite copilului orb însușirea mai rapidă a experienței obiectuale.

O deosebită importanță în acest context o are teoria lui Vîgotski despre sprijinul pe funcțiile care se află în perioada lor senzitivă de dezvoltare. Sunt determinate etapele în corecția timpurie a copiilor orbi.

În prima etapă ne sprijinim pe analizatorii chinestezic și motor.

În etapa a doua, vorbirea, aflată în perioada sa de senzitivitate maximă (1-3 ani), se implică în mod intensiv.

Limbajul este utilizat de copii cu plăcere acordându-i atenție, astfel acumulând un vocabular bogat de cuvinte, chiar și fraze întregi. Sprijinul activ în perioada senzitivă a dezvoltării limbajului permite formarea acțiunilor obiectuale, asimilării reprezentărilor despre lumea înconjurătoare și dezvoltarea gândirii.

Dezontogeneză denaturată

Cea mai specială caracteristică a denaturării psihice infantile este sindromul autist infantil timpuriu, care se caracterizează printr-o complexitate și o dizarmonie accentuată atât în tabloul său clinic, cât și în structura psihologică a tulburărilor sale.

Structura clinic-psihologică a autismului infantil timpuriu, ca anomalie a dezvoltării a fost descrisă în același timp de mai mulți savanți: L. Kanner (1943); G. Asperger (1944, 1946) și S. Mnuhin (1947). L. Kanner a evidențiat triada simptomatică de bază a acestui sindrom:

- I- autismul cu retrăirile autiste;
- II - comportamentul uniform cu elemente de reținere și particularități specifice ale tulburărilor motorii;
- III - tulburări specifice limbajului.

L. Kanner (1943) a identificat autismul infantil timpuriu drept o stare specifică de boală; G. Asperger (1944-1948) – drept o structură patologică constituțională, aproape identică cu cea psihopatologică. Alți cercetători, ca L. Bender (1958), M. Clarc (1963), M. Poleac (1969) considerau autismul infantil drept un început al schizofreniei. În aceste cazuri este vorba de o patologie congenitală cu mecanisme etiologice neclare, cum are loc în cazul schizofreniei.

L. Bender, (1959) și S. Nemirovski, (1981) susțin etiologia organică a autismului, în legătură cu afectarea sistemului nervos și localizarea afecțiunii piramidale. B. Bettelheim (1967) consideră drept cauză a apariției autismului situațiile psihotraumatizante cronice, condiționate de dereglarea legăturii afective a copilului cu mama, indiferența ei, presiunea ei despotică, care paralizează sfera emoțională și activitatea copilului.

Structura clinic-psihologică a autismului infantil este foarte diversă de la caz la caz, având un diapazon larg de cauze atât congenitale, cât și exogen-organice.

Autismul, după cum se vede din denumirea sindromului reflectă formațiunea de bază a patologiei respective, determinând într-o mare măsură structura clinico-psihologică a acestei anomalii în dezvoltare. Acest sindrom se manifestă printr-o lipsă de contact cu cei din jur, „fuga în sine”, „în lumea sa interioară”, iar caracterul și specificul conținutului depind de nivelul dezvoltării intelectuale, vârsta copilului, particularitățile decurgerii bolii. Insuficiența sau chiar lipsa de contact se evidențiază chiar și în dependența sa cu rudele și cu semenii lor.

Copilul autist, fiind acasă cu părinții sau în colectivul de copii, se comportă în așa fel de parcă ar fi singur: el privește în ”deșert”, nu răspunde la solicitări, îi tratează cu neatenție pe cei din jur. Deși se află alături de alți copii, el se joacă și uneori vorbește singur, dar cel mai des tace. Toate aceste manifestări sunt sărace, chiar și jocul, iar în cazurile mai grave se mărginesc doar la niște mișcări stereotipe, atât a membrelor, cât și a mimicii.

Copilul autist aflat într-o fază avansată își ascunde lumea sa interioară de cei din jur, deseori nu spune nimic singur, nu răspunde la întrebări. Cei din jur, doar datorită unor semne, sunete, gesturi sau uneori fraze neașteptate își dau seama despre trăirile copilului, fanteziile, frica, jocul inițiat de el, etc.

În autism, „ocolirea” contactelor verbale și reale au loc deoarece acești copii nu diferențiază obiectele neînsuflețite de ființele însuflețite și de cele mai multe ori au prioritate primele, deoarece față de cele însuflețite simt repulsie.

Este foarte evidentă la ei lipsa rezonanței emoționale la situațiile din jur, se simte o indiferență, chiar și o răceală față de cei apropiați, deseori în concordanță cu afectarea sporită, frica față de tonul ridicat al părinților, la obiecțiile lor. Rareori, acești copii subînțeleg sensul unei situații destul de complicate doar dintr-o frază. La ei este caracteristică hiperstezia la diverși excitanți senzoriali, cum ar fi: tactili, termici, auditivi, olfactivi.

Pentru un astfel de copil, coloritul obișnuit al realității este foarte neplăcut și traumatizant, de aceea mediul exterior obișnuit pentru copilul normal, va fi pentru autist este o sursă de senzații negative și un disconfort emoțional special. Habitusul uman este deseori cel mai puternic excitant pentru copiii autiști, motiv pentru care ei se feresc de privirile directe ale oamenilor din jur. Copilul autist se izolează în lumea sa, ferindu-se de excitanții externi. Atât hipertenzia morbidă, cât și disconfortul emoțional predispun la senzația de neîncredere în sine constituind un teren prielnic pentru apariția fricii. Savanții au demonstrat rolul important al fricii în formarea și dezvoltarea comportamentului autist la acești copii. De obicei, acești copii nu se plâng că le este frică, dar după stabilirea unui contact real cu ei ne convingem că multe obiecte și fenomene obișnuite (unele jucării, obiecte de uz casnic, zgomotul apei, lumina, unii oameni) le provoacă senzația de frică.

Fricile trăite anterior de acești copii, chiar cu ani în urmă, se păstrează pe durate lungi, chiar ani întregi, fiind des cauzele unui comportament specific deosebit de comportamentul semenilor lor.

Multitudinea obiectelor de care copilul se teme se depistează în timpul terapiei de joc. Există și alte forme mai grave ale fricii, ca de exemplu frica de moarte. Acești copii au deseori senzații de inferioritate. Tot ce este nou le provoacă frică, de aici pornind tendința de păstrare a statutului obișnuit, a aceluiași anturaj. Schimbarea este primită de acești copii ca o amenințare, exprimată printr-o neliniște și reacții accentuate la orice încercare de a schimba modul de viață obișnuit, ca de exemplu: regimul zilei, mobilierul din casă, chiar și îmbrăcămintea. Ei manifestă diferite acțiuni și mișcări de apărare cu un caracter ritual.

Fricile autiștilor le deformează acestor copii percepția lumii înconjurătoare. Savanții au demonstrat în cercetările lor, că acești copii percep parțial obiectele lumii înconjurătoare, având la bază particularitățile lor afective.

De exemplu, unui grup de copii (și autiști și sănătoși) i s-a dat sarcina de a identifica obiectul după niște particularități ținând cont de două criterii:

I - determinarea obiectului în întregime;

II - determinarea caracteristicilor.

Atât copiii bolnavi, cât și cei sănătoși rezolvau cu succes prima sarcină. Rezultatele sarcinii a doua au fost următoarele: copiii sănătoși refuzau rezolvarea problemei contradictorii, pe când copii autiști bazându-se doar pe semnele afective, în special pe cele cu un colorit emoțional negativ, le rezolvau ținând cont doar de caracteristicile "mic – mare – pufos – bun – rău". Copiii sănătoși nu aveau nici un rezultat, pe când cei cu autism timpuriu, nesimțind contradicțiile, spuneau că este vorba de lup, crocodil, etc.

Copilului bolnav îi era suficient doar un semn afectiv negativ, pentru a-și forma imaginea obiectului care i-a produs frică.

Savanții au demonstrat că fricile instalate dur condiționează formarea unei imagini negative despre lumea înconjurătoare.

L. Kanner a subliniat că insuficiența intelectuală nu este obligatorie la copiii cu autism timpuriu. Astfel de copii au deseori un potențial intelectual deosebit, care sub unele aspecte este chiar mai bun în comparație cu semenii lor; de exemplu, unii dintre ei posedă auz muzical absolut, alții joacă foarte bine șah, desenează excelent, calculează rapid, etc.

Dar, totodată, pentru activitatea lor intelectuală în general sunt tipice dereglările în orientare. Este diminuat gradul de concentrare al atenției, deseori ei au tendințe către simboluri, etc. Caracteristică pentru acești copii este orientarea autistă a activității intelectuale în întregime.

Jocurile, fanteziile, interesele și activitatea intelectuală în întregime sunt departe de situația reală. Conținutul lor este monoton și comportamentul nu este schimbător. Acești copii, se joacă unul și același joc ani la rând, desenează același desen (deseori unul și același obiect), acțiunile lor sunt stereotipe (sting sau aprind lumina, opresc sau pornesc apa, stereotip bat mingea) și este foarte greu să-i oprești din aceste acțiuni monotone. Le place mult să manipuleze obiecte simple ca bețișoare, hârtiuțe, etc.

Fanteziile autiștilor, de obicei, sunt la fel de departe de realitate, au un caracter de poveste zguduitoare. Spre deosebire de semenii lor sănătoși, fanteziile lor sunt complet rupte de realitate, iar comportamentul are un conținut plin de fantezii. De exemplu, copilul considerându-se iepuraș, cățeluș, pisică dorește să nu i se mai spună pe nume și comportamentul lui este deosebit, nu vrea să se culce în pătuț, preferă să doarmă jos pe covor, fiindcă este cățel, etc. Rareori apare o tendință compensatorie de eliminare a fricii, prin senzația subaprecierii. Fanteziile lor, au deseori un caracter agresiv, care reflectă atât manifestările hipercompensatorii, cât și inhibarea senzorială.

Autismul se manifestă foarte dur și în limbajul copiilor. Deseori, având un vocabular destul de bogat, acești copii nu prea folosesc în comunicarea lor vorbirea orală. În asemenea cazuri, este vorba sau de un mutism complet, sau de un limbaj autist, adresat în gol sau adresat sinelui, determinând eholalii în răspunsuri la întrebările lor.

Acestor copii le sunt caracteristice lipsa pronumelor personale. Ei vorbesc despre sine la persoana a III-a. Tonul și modularea vocii nu este naturală, este cântată. În cazul nedevelopării funcției comunicative se observă deseori o tendință către neologisme, către manipulare cu ajutorul sunetelor, silabelor, fraze solitare din poezii sau cântece.

Atât în activitatea de joc, cât și în comportament se evidențiază o insuficiență motorie, este afectată coordonarea mișcărilor. Acești copii întâlnesc greutăți în însușirea deprinderilor elementare de autoservire, deseori nu mănâncă singuri.

Examenul neurologic demonstrează o hipotomie musculară. Paralel cu hipotomia musculară, în special a mâinilor, este caracteristică și discoordonarea mișcărilor, tendința de grimase specifice, gesturi cu specific ritual.

Acesta este tabloul comportamentului copilului cu autism timpuriu. Particularitățile menționate se pot evidenția la copilul autist încă din frageda copilărie și în fond ele formează anomalia specifică a dezvoltării lui.

Deja, la vârsta cronologică de 1 an și jumătate se remarcă o slăbire a tonusului psihic, o apatie generală, insuficiența sferei instinctive (poftă de mâncare slăbită, o insuficiență a instinctului autoapărării, reacții puternice la cel mai mic disconfort, frig, foame, ș.a.). Mersul rămâne instabil mult timp de la pornire, dezvoltarea acțiunilor orientative este deficitară. Dar, totodată, se evidențiază numeroase mișcări stereotipice, acțiuni impulsive, etc.

Începând să meargă, deseori copilul autist o ia la fugă fără să țină cont de marginea patului, bordură, obstacole, etc. Spre deosebire de motricitate, în dezvoltarea vorbirii se evidențiază o hiperdezvoltare, dar, chiar de la început apare o specificitate autistă a limbajului printr-o autonomie caracterizată de multe neologisme. Copilul mic care a început să vorbească, la un moment dat, începe repede să repete cuvinte solitare sau chiar să recite poezii cu intonație.

Astfel, procesele psihice complicate, cum este vorbirea, se dezvoltă mult mai rapid decât cele elementare, aici întrezărindu-se aceea legitate specifică la fel ca la oligofrenie, numită ierarhizare.

Încă din prima copilărie se remarcă o hiperstezie emoțională: chiar copiii foarte mici reacționează negativ la jucării sclipitoare, culori aprinse, sunete puternice, la atingerea hainelor. De la început această hipersensibilitate duce la reacții, la o stare de excitație, care în timp se diminuează. Atenția copilului devine tot mai instabilă. Copilul aproape că nu reacționează la adresare, îi sunt indiferente jucăriile, practic este independent de toate, deseori bănuind că este mut, surd și orb. La 2,5 - 3 ani tot mai des apar jocurile autiste monotone, iar la 3 - 5 ani copilul autist nu prea poate să se autoservească și nu posedă întotdeauna deprinderi elementare de îngrijire.

Acești copii sunt foarte selectivi în mâncare și totodată bagă în gură și obiecte necomestibile. Cu vârsta se agravează și tulburările de vorbire. Dereglare aspectului comunicativ al limbajului însoțite de utilizarea cuvintelor autonome fac ca limbajul copilului să fie neînțeles, dificil pentru cei din jur. La ei, verbalitatea activă este deseori schimbată cu mutismul. În cazul intelectului păstrat sau chiar în cazul unei supradotări anterioare temporare muzicale, matematice, acești copii nimeresc deseori în situații nereale, neadecvate aptitudinilor lor și la cerințele puse în față răspund cu reacții de negativism, deseori renunță să apeleze la deprinderile și percepțiile dobândite anterior. Cu vârsta, apar tot mai evident devierile în comportament, lipsa legăturii cu situația reală axată pe tendințele contradictorii din întreaga sferă psihică a copilului.

În interpretarea conținutului tulburării de bază, ce determină sindromul autist timpuriu, indiferent de etiologia lui, diferiți autori stabilesc mai mulți factori.

Adeptii orientării psihanalitice, care văd autismul drept rezultat al dominării ”răcelii emoționale a părinților asupra activismului copilului”, determină defectul de bază prin dificultățile formării tabloului constant și stabil al lumii înconjurătoare, în normă fiind rezultatul nu numai al dezvoltării cognitive, dar și emoționale. ”închiderea în sine” nu este altceva decât urmarea traumatizării psihogene.

Altă orientare psihanalitică a interpretării aceluiași fenomen pune în față fixarea simbiotică patologică a legăturii ”mamă-copil”, izolându-l pe ultimul de lumea înconjurătoare, motiv care îl împiedică s-o cunoască adecvat.

Psihanaliștii văd defectul principal în caz de autism infantil în ”Eul” suprafragil, în tulburarea conștiinței și activismului copilului (după cum consideră Lut, 1968, în neliniște înăscută, după G. Asperger, 1944, insuficiență instinctuală congenitală, incapacitatea înțelegerii trăirilor altor oameni, insuficiența necesității în comunicare după G. Suhozev), etc.

Alți savanți încearcă să explice manifestările diverse ale autismului infantil prin prisma tulburărilor anumitor mecanisme psihofiziologice și anume: insuficiența tonusului vital și scăderea funcțiilor proceselor de reglare. în caz de patologie a percepției, savanții consideră că apar deseori mecanismele precompensatorii de apărare, care condiționează mai întâi deficitul de informație și apoi manifestările privației psihice.

Cele menționate explică tulburările constantei actului perceptiv a copilului autist cu patologia aparatului vestibular. L. Bender (1959) consideră că tulburările aparatului vestibular condiționează frica în cazul tulburărilor echilibrului, tendință spre mișcări circulare din cap (desenează un cerc cu capul).

Copiii autiști suferă și de tulburări în vorbire, fiind caracteristice disfaziile; nu înțeleg semnificația cuvântului, nu sunt capabili să-și însușească regulile gramaticale.

Mulți cercetători motivează dificultățile perceptive și ale limbajului prin dereglările intelectuale generale.

Savanții B. Hermelin și L. Kanner (1970) consideră tulburările limbajului la copiii autiști drept cauză a insuficienței gândirii, în special a imposibilității folosirii simbolurilor și semnelor. Într-o serie de experimente psihologice s-a demonstrat că la copiii autiști se evidențiază lipsa tendinței de a rezolva sarcinile perceptive.

Localizarea procesului patologic cerebral în cazul autismului infantil este următoarea: sunt derulate funcțiile corticale, în special în emisfera stângă și sunt afectați centrii vorbirii. Este caracteristică o localizare subcorticală cu dereglări ale integrației, intero și extero-recepție, o hiperactivitate a emisferei drepte în prelucrarea informației atât imaginative, cât și simbolice.

S. Hatt și D. Riccer (1978) au descris comportamentul copilului autist într-o structură socială în condiții de influențe și interacțiuni. S-a demonstrat că un copil autist este foarte ușor influențabil, iar cu vârsta acest fenomen se accentuează datorită instabilității contactului cu adulții.

Aceste manifestări se observă chiar și la copiii foarte mici care nu-și doresc contactul cu mama și sunt lipsiți de afectivitate. Fiecare dintre orientările menționate au ajutat să fie înțeleasă mai bine patogeneza autismului infantil. Concepțiile psihanalitice, chiar dacă n-au putut demonstra natura psihogenă a autismului, au dovedit totuși rolul tulburărilor emoționale ale copilului bolnav și ale familiei în întregime.

Corecția psihoterapeutică atât a copilului bolnav, cât și a familiei, afirmă psihanaliștii, este foarte benefică.

Clinicienii au descris psihopatologia autismului infantil, iar cercetările psihologice au determinat un șir de particularități specifice ale unor procese psihice, în special ale percepției, gândirii și limbajului.

Cercetările în aspect etiologic au fost orientate și spre examinarea formelor ontogenetice timpurii ale activității copilului autist, în baza căreia să se dezvolte premisele contactului cu cei din jur.

Bazându-se pe datele de cercetare ale diferiților savanți, utilizând propria experiență experimentală și corecțională, V. Lebedinschaea (1981) propune o ipoteză care permite elucidarea mecanismelor patogenetice ale tulburărilor psihice în caz de autism infantil.

O parte dintre tulburările patogenetice, având un substrat biologic, necunoscute până astăzi în totalitate, pot fi atribuite defectelor de bază sau defectelor primare, altele – drept consecință a anomaliilor în dezvoltarea în condițiile defectului primar se pot defini drept defecte secundare.

Factorii care favorizează declanșarea tulburărilor psihice sunt următorii:

1. deficitul activității psihice;
2. tulburările sferelor afective și instinctive;
3. tulburări ale sferei senzoriale;
4. dereglări ale aparatului locomotor;
5. tulburări ale limbajului.

Aceste deficiențe se pot împărți în două grupe de bază, una dintre ele legată de insuficiența sistemelor reglatorii (sistemul activ și instinctiv-afectiv), alta legată de deficitul sistemelor analizatorice (gnozisul, vorbirea, motricitatea).

Conform rezultatelor cercetărilor savantului N. Bernstein (1947), pot fi determinate două nivele reglatorii:

I -paleoreglarea, localizat în formațiunile subcorticale și corticale;

II -neuroreglarea, localizat în partea frontală a scoarței cerebrale.

Dereglările sferei active, în caz de autism infantil, presupun în special tulburări ale paleoreglării, condiționate de tulburări subcorticale.

Este binecunoscut faptul că nivelul bazal al paleoreglării este compus din procesele humorale și vegetative, care mențin baza tonică a funcțiilor neuro-psihiice. De starea reglării tonice depinde nivelul tonusului, atât psihic și emoțional, cât și motor.

Deficitul tonusului psihic, după cum s-a menționat anterior, este caracteristic pentru autismul infantil.

Dacă utilizăm termenii lui G. Selie, putem menționa faptul că un copil autist, în procesul oricărei activități, nu se menține la etapa mobilizării adaptive a tonusului psihic, dar deseori se găsește în etapa tensiunii patologice și a istovirii. În tabloul general al autismului infantil aceste etape se schimbă una cu alta și se manifestă într-o măsură mai mare sau mai mică în dependență de gravitatea situației.

Cercetările psihologice remarcă drept motiv atât tulburările legate de concentrarea atenției, de instabilitatea ei, cât și istovirea rapidă a întregului organism.

Sunt situații când copilul nu realizează situația în care se află (el se găsește în altă lume); clinicienii o mai numesc ”pierderea temporară a gândului”. Tonusul motor scăzut, caracteristic pentru copiii cu autism infantil, este indicele patologiei paleochinetice scăzute. Patologia sistemelor reglatorii este explicată prin tulburări ale percepției și ale sferei afective. Porțiunea aferentă a paleoreglării, fiind dominantă în manifestarea stărilor interioare, ia parte la construirea imaginii despre lumea înconjurătoare.

Sensibilitatea protopatică la copiii autiști nu oferă o localizare concretă nici în spațiul extern, nici în proiecția corporală. Pe ea o caracterizează senzații, care sunt greu localizabile, având un colorit afectiv de „plăcut - neplăcut”. C.Had a menționat că în interiorul oricărei senzații se află comportamentul patologic al sensibilității, dar cu funcții diferite. De exemplu, în senzația gustativă și de miros, componentul protopatic joacă rolul dominant, iar în senzațiile olfactive și auditive el joacă un rol secundar. Dar prezența lui este foarte impunătoare în special în cazurile patologice. La copiii autiști tulburările afectului vital au ca urmare faptul că senzația de „neplăcut” însoțește toate actele perceptive, dându-i un colorit bolnăvicios.

O astfel de mutilare a fondului emoțional (tendința de iradiație a afectului în orientarea emoțională dominantă negativ) are o influență distrugătoare asupra emoțiilor pozitive.

Comportamentul paradoxal al copilului autist este condiționat într-o măsură oarecare de autostimularea afectivă pe fondul senzației unui disconfort permanent. Acești copii au tendință către senzații puternice – le plac focul, apa, săriturile (uneori în vacuum, legănat continuu, etc).

Unii savanți consideră că autostimularea afectă are un caracter compensator și este orientată nu numai spre ridicarea tonusului psihic în întregime, dar și spre stimularea selectivă a emoțiilor pozitive care au o bază tonică mai slabă.

Stimularea dominantei emoționale este atât de vitală pentru copil, încât el recurge deseori la stimularea senzațiilor negative, care-l însoțesc, încercând să regleze starea disconfortului senzorial (legănându-se într-un leagăn care scârțâie, își pune dopuri în urechi, închizând pentru un timp chiar și ochii).

Dominanta emoțională negativă este o cauză pentru care acești copii privesc realitatea înconjurătoare ca pe un conglomerat de semnificații afective negative, ceea ce condiționează starea neliniștii difuze și a fricilor permanente. Astfel, chiar la nivelul formațiunilor subcorticale, apare conglomeratul tulburărilor, care într-o oarecare măsură determină particularitățile dezvoltării neuro-psihice a copiilor autiști.

După cum afirmă rezultatele cercetărilor, la copiii autiști se observă și tulburări corticale, strâns legate de patologia subcorticală. Spre exemplu, tulburările motorii ne amintesc deseori de manifestările apraxiei, motorii aferente, mișcările fiind lipsite de plasticitate, coordonare, exactitate, stimulare, pozitivism, etc.

În aceste manifestări se întrezărește o legătură directă dintre tulburările corticale și subcorticale, dintre baza lor tonică și sinergică.

În cazurile mai complicate de autism se evidențiază tulburări în organizarea programei mișcării și conștientizării subiectului, drept orientativ în acțiunea cu un scop determinat. Aceasta ne demonstrează și faptul că în cazul în care pedagogul aranjează acțiunile în lanț, una după alta, copilul are mai multe șanse să le efectueze corect.

Clinicienii, descriind privirea fixată, ținută sau fluctuantă, dovedesc și prezența tulburărilor afectiv-motorii la copiii autiști.

La acești copii sunt caracteristice nu numai tulburări ale necesității comunicării verbale, dar și realizarea propriu-zisă a acestui act.

Gama acestor tulburări este foarte vastă și include manifestări dizartrice, tulburări ale tempoului, ale organizării ritmice a vorbirii, iar în cazuri mai grave se determină și alalia. Geneza acestor tulburări necesită investigații suplimentare.

Acestea sunt tulburările de bază, caracteristice autismului infantil, dar ca orice anomalie în dezvoltare, tabloul general nu poate fi privit numai de pe pozițiile biologicului. Multe manifestări de bază ale autismului infantil pot fi privite drept manifestări secundare în procesul dezontogenezei psihice.

Mecanismul formării tulburărilor secundare se întrezărește mai limpede în tabloul clinic prin prisma dezvoltării psihice anormale.

Dezvoltarea psihică nu numai că suferă din cauza infantilismului biologic, dar se și adaptează la el ca la niște condiții externe.

Insuficiența energetică și infantilismul senzorial pe fondul ridicat al senzațiilor negative, însoțite de reacțiile permanente de frică și neliniște, creează o situație cronică de disconfort și împinge copilul la păstrarea rigidă a statutului anterior menținut de mediul extern protector.

Autismul în acest context este privit drept element de bază al sindromului secundar, drept un mecanism compensatoriu, orientat spre apărarea de mediul extern, traumatizant.

Fixațiile autiste sunt cele mai importante în ierarhia cauzelor care formează autoanomia în dezvoltare a acestui tip de copil. La ei suferă mai mult dezvoltarea acelor laturi ale psihicului care se formează în contacte sociale active.

De obicei, se dereglează dezvoltarea deprinderilor psiho-motrice. Perioada de la 1,5 la 3 ani, când copilul normal își însușește deprinderile de autoservire, îmbrăcare, acuratețe a activității de joc, pentru copilul autist este o perioadă de criză, greu de parcurs.

În dezvoltarea percepției, suferă și acele aspecte care se formează sub acțiunea practicii cu obiectele (examenul obiectului după un plan oarecare, evidențierea punctelor informative). La copiii cu autism infantil, comportamentul afectiv al percepției, care la copilul sănătos de vârstă școlară deține un rol secundar, își menține un rol dominant.

Copiii autiști diferențiază obiectele după principiile: obiecte plăcute (întunecate), cele neplăcute (cele luminoase). Copii după 3 ani determină vizual aspectul obiectului, pe când la copiii autiști determinarea tactilă de contact rămâne dominantă până la vârsta școlară.

În dezvoltarea vorbirii, care este lipsită de baza obiectuală, apar semnele asincroniei secundare. Limbajul acestor copii se caracterizează prin lipsa legăturii dintre semantica și acustica cuvântului. Cuvântul se evidențiază și capătă un sens nu datorită conținutului, ci din aspectul lui fonetic; de pildă în pictogramă cuvântul „dominant”, este asociat cu „domnitor”.

Lipsa integrității acustice și semantice a limbajului duce la legături difuze între cuvânt și obiect.

După gravitatea și caracterul tulburărilor secundare ale dezvoltării verbale deosebim trei grupuri de copii.

I) Copiii cu tulburări grave, la care, în principiu, comunicarea nu este accesibilă. Copilul utilizează niște sunete cu caracter afectiv, care nu au un scop comunicativ. Acești copii enunță numeroase autoeholalii și lipsesc eholaliile care în fazele incipiente de dezvoltare a limbajului îmbogățesc vorbirea propriu-zisă și o adaptează la situațiile concrete. Acești copii emit niște cuvinte răzlețe, solitare, numai în situații afective.

II) A doua grupă de copii se caracterizează printr-un limbaj mai puțin deteriorat. La ei, primele cuvinte apar la fel ca la copiii normali. Încep să pronunțe frazele simple la 3-4 ani, dar mai departe suferă o stagnare, vocabularul atât activ cât și pasiv se caracterizează prin „repetări”. Sunt caracteristice nu numai autoeholaliile, dar și eholaliile la nivelul cuvintelor solitare și a frazelor simple, ceea ce dă posibilitatea unei corecții optime pentru dezvoltarea vorbirii.

III) A treia categorie de copii se caracterizează printr-un limbaj dezvoltat la prima vedere, un vocabular bogat, asimilat în perioada senzitivă de dezvoltare a limbajului, dar acești copii întâlnesc greutăți în exprimarea liberă și deseori folosesc fraze stereotipice „papagalicești”. Diversele grade și caractere ale tulburărilor de limbaj se referă și la posibilitățile lor de compensare. Sunt întâlnite mai puține dificultăți în semantica vorbirii, pe când corecția expresivității este dificilă, devine posibilă doar bazându-se pe imaginea obiectuală.

Pentru copiii autiști sunt caracteristice tulburările interacțiunii funcțiilor psihice, specific manifestate în formarea gândirii. La vârsta preșcolarului, modelul caracteristic al activității unde se reflectă particularitățile dezvoltării intelectuale este activitatea de joc.

Pe parcursul examinării activității individuale de joc a copiilor autiști (de la activitatea de joc colectivă ei se retrag) se evidențiază aspectul ei spontan:

1. - jocul pe roluri se caracterizează printr-o instabilitate sporită, care este întreruptă mereu de acțiuni haotice, care nu au nici o legătură cu jocul (brusc încep a cânta sau inițiază niște discuții pe alte teme, nefiind în contextul jocului). Reîntoarcerea pentru un timp scurt la activitatea de joc, fără nici o logică, se poate schimba repede încadrându-se în alt rol, care nu este dezvoltat mai departe de cele mai multe ori.

2. - în jocul spontan se evidențiază o inerție patologică atât a Eu-lui, cât și a rolului cu stereotipismul caracteristic. În acest joc spontan abaterile, atât de caracteristice pentru acești copii, lipseau. Spre deosebire de semenii lor sănătoși, care înainte de joacă examinează jucăriile, examinează chiar și funcția lor, le selectau pe acelea, care erau specializate în tipul respectiv de joacă, copiii autiști erau inactivi atât în orientarea către jucării, cât și folosirea lor.

Ei solicitau în special jucării „nespecializate”, spre exemplu: cuburi colorate cu culori aprinse, mărgelile, dar din cele specializate, acești copii solicitau jucăriile simple, cu care nu se efectuează acțiuni obiectuale complexe. Jucăriile nespecializate în jocul lor spontan aveau un rol secundar.

Deseori, acești copii utilizează în loc de jucării obiecte de uz casnic, spre exemplu: robinete vechi, hârtiuțe, cârpe etc. Se evidențiază tendința către materialele neformate (nisip, apă), interesul către efectele fizice simple, primite din acțiunea cu aceste obiecte (scârțâitul ușii, zgomotul apei, fâșâitul hârtiei, „iepurașii” prin oglindă etc.).

Spre deosebire de copiii sănătoși, autiștii folosesc obiectele atât adecvat, cât și neadecvat, și nu întreprind acțiuni obiectuale. Deseori dominarea acțiunilor verbale, păreri despre hrănirea păpușii, cum o culcă în pat, cum se construiește o casă, etc., nu se reflectă în acțiunile stereotipice și în manipulări.

În fanteziile spontane de joc, acțiunile cu jucăriile lipseau în general, spre exemplu enunțul: ea se găsea lângă pat, sau în mână, iar întregul subiect se interpreta doar în plan verbal. Dar, totodată, acești copii erau în stare să efectueze și acțiuni obiectuale complicate, scopul lor fiind doar simplul efect fizic. Spre exemplu, jucându-se cu excavatorul care are mai multe manete, copilul le utiliza doar pentru efectul de zgomot produs de excavator când răsturna cuburile. Odată cu dezvoltarea activității de joc spontan se evidențiau tot mai pregnant informațiile neadecvate, reflectarea neîncetată a unora și aceleași cuvinte.

Se subliniază tot mai mult aspectul acustic de sine stătător al cuvântului, apăreau manifestări ale limbajului autonom.

Rezultatele cercetării savanților ne-au demonstrat caracterul difuz al legăturii dintre cuvânt și obiect.

L. Vîgotski a demonstrat cum copiii sănătoși selectau cu succes obiecte multifuncționale drept obiecte înlocuitoare. Spre exemplu în locul macaralei foloseau o cutie, iar lingura era înlocuită de un bețișor. La selectarea lor țineau cont de complexul particularităților: dimensiuni, formă, culoare, funcție. Jucăria specializată se utiliza numai în cazul funcționalității echivalente, spre exemplu – sania în jocul „mamă – copil” devenea pătuț.

Dar totuși, în această ierarhie mobilă a particularităților, Vîgotski susține că „totul nu poate să fie efectuat de orice”. Selectarea jucăriei înlocuitoare se efectuează doar după criteriile acțiunii obiectuale.

La copiii autiști înlocuirea are alt caracter. În jocul spontan apare refuzul înlocuirii jucăriei (jucându-se stereotipic ore întregi, copilul bolnav refuză categoric înlocuirea obiectului cu altul de altă formă, dimensiuni).

Față de alte jucării mai puțin importante apare o atitudine inversă – folosesc mult mai multe jucării înlocuitoare în comparație cu copiii normali. La selectarea acestora ei nu țin cont de toate proprietățile, ci doar de unele dintre ele; spre exemplu, drept jucărie înlocuitoare a „garajului” era selectat un cub de plastic, mult mai mic decât automobilul propriu-zis.

Jucăria înlocuitoare nu era încadrată în acțiunea de joc. Selectarea ei era bazată doar pe asemănarea perceptuală – forma cubului, dar proprietățile funcționale, legate de acțiunile cu obiectul (necesitatea unui volum mai mare, a unui spațiu mai larg) nu se lua în considerație.

Copiii bolnavi, spre deosebire de cei sănătoși, foloseau drept jucării înlocuitoare pe cele speciale și astfel ignorau particularitățile lor funcționale. Propria experiență a copilului nu acționa la alegerea înlocuitorului – totul putea fi înlocuit cu toate. Lipsește în totalitate rolul de stabilire a acțiunii obiectuale.

Astfel, analiza activității de joc a depistat o serie de particularități patologice. În primul rând, nivelul ei scăzut pentru vârsta cronologică a copilului: nedeveloparea acțiunilor obiectuale de joc, dominarea manipulării, orientarea către proprietățile perceptive, spre exemplu culoarea aprinsă a obiectului, și nu spre proprietățile lui funcționale.

Multe manifestări ale activității de joc (manipularea neadecvată, ruptura dintre limbaj și acțiune) demonstrează o asincronie a acțiunii de joc, nespecifică doar reținerii în dezvoltarea psihică.

La argumentarea psihologică a unei astfel de dereglări în dezvoltarea jocului intervine întrebarea privind legătura acestui fenomen cu patologia sferei intelectuale și emoționale. În favoarea patologiei intelectuale ne vorbește nedeazăvăluirea adecvată a scenariului activității de joc, copiii autiști nu țin cont de proprietățile funcționale ale jucăriilor, preferându-le pe cele mai simple deoarece le este specific caracterul manipulator al acțiunilor. Dar, ipoteza genezei intelectuale a tulburării activității de joc vine în contradicție cu accesibilitatea pronunțată a acestor copii bolnavi la acțiunile complexe cu jucăriile.

Rezultatele diverse ale jocului spontan și programat sunt atât în favoarea naturii afective a nedeazăvoltării, cât și a tulburărilor activității de joc. Predomină tendința către jocul programat, cu un scenariu bine stabilit, deoarece au posibilitatea să efectueze acțiuni complexe și să obțină rezultatelor dorite.

Principală deosebire dintre jocul spontan și cel programat, constă în aceea că primul este socializat, iar celălalt autist. Acele modele ale activității de joc care presupun ieșirea din lumea autistului nu declanșează la acești copii o rezonanță emoțională autistă.

Nedeazăvoltarea acțiunilor obiectuale, legătura difuză dintre obiect și cuvânt, pot fi rezultatul lipsei necesității copilului autist în însușirea relațiilor sociale, puțin importante pentru el și uneori chiar neplăcute.

Rezultatele observațiilor asupra dereglărilor etapelor activității de joc a copiilor autiști ne demonstrează mecanismul propriu-zis al jocului patologic, în special, specificul stereotip al jocului.

Apariția rupturii dintre acțiune și limbaj, lipsa importanței emoționale a acțiunii obiectuale pot condiționa dezvoltarea jocului numai în plan verbal (jocuri-fantezii, jocuri-visătoare). Astfel, cele menționate demonstrează legătura tulburărilor gândirii și activitatea intelectuală în întregime cu insuficiența sferei afective (manifestările autiste).

În examinarea dinamicii particularităților gândirii la copiii cu autism timpuriu este doveditoare dezvoltarea psihopatologică a copiilor autiști de vârstă școlară mică, fiindcă în această perioadă activitatea dominantă devine învățătura.

Examinăm copii de 8-11 ani, bolnavi de autism timpuriu și le dăm sarcina de a rezolva probleme în aspectul păstrării cantității. În fața lui se pun două vase identice pline cu un lichid colorat până la același nivel. În prezența copilului apa dintr-un vas se toarnă în al treilea vas care are altă formă. Copilul este întrebat în care din vase este mai multă apă. Dacă vasul al treilea este mai îngust (de aceea nivelul apei s-a ridicat), copilul va spune că în acela este mai multă apă. Dacă vasul al treilea este mai larg (nivelul apei fiind aici mai scăzut), copilul răspunde că acolo este mai puțină apă.

În altă situație, când copilului i se arată două bile, egale ca mărime și greutate, făcute din plastilină, și se modifică aspectul exterior al uneia dintre ele (psihologul o alungește, obținând un cilindru sau o taie în câteva părți), copilul va urmări și în acest caz mărimea produsului.

Această greșală este tipică și pentru copilul sănătos de vârstă preșcolară, deoarece gândirea lui este, încă, condiționată de percepție. După Piaget, acest fenomen dispare spontan la vârsta școlară mică, ca urmare a unei corecții timpurii.

În prima parte a experimentului, (cea de constatare), la toți copiii cu autism timpuriu a fost depistată o orientare stabilă asupra semnelor evidente, strălucitoare ale obiectelor, iar încercarea de a efectua exerciții de măsurare n-a avut succes.

A doua parte a experimentului era orientată spre evidențierea diferiților parametri ai obiectului: lungime, înălțime, lățime și greutate. Rezultatul a fost formarea la toți copiii bolnavi a noțiunilor de păstrare a produsului, fenomenele lui Piaget fiind excluse.

Majoritatea copiilor autiști evidențiau caracteristicile obiectului dacă acesta era strălucitor pentru că ieșea în evidență perceptiv. Dacă acea caracteristică a obiectului nu se evidenția, copilul reproducea corect instrucțiunea, până la urmă alegând parametrul cel mai evident și strălucitor.

Făceau greșeli similare și omiteau determinarea măsurătorilor. În locul măsurării adecvate, el o alegea pe cea dominantă; spre exemplu, în locul paharului pentru măsurarea volumului apei, el lua rigla pentru măsurarea înălțimii vasului. La întrebarea psihologului, „cum putem măsura câtă apă este în sticlă?”, copilul alegea cheia, care era în fața lui, o aplica la gura sticlei, motivând că ambele sunt rotunde.

Caracteristic pentru acești copii este faptul că acțiunile lor nu sunt însoțite de limbaj. Acțiunile de măsurare se efectuau în tăcere, dar exprimările verbale erau de natură întâmplătoare (nu legate de problemă). La rugămintea psihologului să explice în detaliu cum a efectuat măsurătorile, copiii autiști se refereau doar la rezultatele lor.

Alte rezultate au fost primite de la rezolvarea problemelor care prezentau pentru copii importante aspecte emoționale. Spre exemplu, un copil în timpul îndeplinirii sarcinii acționa neatent și neglijent, dar totodată el examina cu multă plăcere fiecare detaliu, le cântărea cu multă grijă, alegea greutatea, nu încredința psihologului fiecare detaliu ca să se dezlipească de pe farfuria cântarului o bucățică mică de plastilină, fiindcă și ea cântărește ceva.

Ca urmare a analizei psihologice apare întrebarea: cu ce este legată dominarea generală a funcțiilor perceptive, menținând criteriul de dezvoltarea adecvată a gândirii noționale? Identitatea cu caracterul acțiunilor de joc ale copiilor de vârstă școlară mică, ne permite să constatăm că aceasta este legată de reținerea dezvoltării percepției obiectuale, dificultăților în examinarea programată a obiectului și compararea obiectelor după câțiva parametri.

Aceste manifestări sunt incluse în contextul tulburării generale a acțiunii obiectuale în special: lucrul neterminat, tendința de a se opri la una și aceeași operație, etc. Totodată, compensarea tulburărilor evidențiate în condițiile orientării emoționale pozitive permite, la fel ca și la activitatea de joc, să atribuim rolul important al sferei motivaționale drept factor care determină nede dezvoltarea percepției și a acțiunilor cu obiecte.

Dacă la copilul sănătos există necesitatea însușirii acțiunilor cu obiecte și a relațiilor sociale, la copilul autist această necesitate este cu mult mai scăzută din cauza orientării lui autiste.

Urmarea nu este doar dereglarea acumulării experienței sociale în întregime, ci, secundar, suferă și acele aspecte ale dezvoltării psihice care sunt legate de mijloacele de dezvoltare a contactelor sociale, în special de însușirea funcțiilor obiectelor.

În dezvoltare, cele mai dezavantajoase sunt acele aspecte ale percepției care se dezvoltă sub acțiunea practicii obiectuale. Tot sub aspect selectiv se tulbură și vorbirea. Analiza verbală a propriilor acțiuni este insuficient dezvoltată.

Astfel, se presupune că în conștientul copilului autist se instalează doar o parte din informație, necesară din punctul de vedere practic și social, și anume informația despre lumea obiectelor, a particularităților și funcției lor. În același timp particularitățile perceptive ale obiectelor cum ar fi: culoarea, forma, mărimea, au o doar funcție de coordonare.

În aceste condiții, copilul nu se orientează pentru rezolvarea problemei spre particularitățile specifice ale obiectului, ci asupra senzațiilor receptive.

V. Lebedinschi a demonstrat legătura strânsă dintre tulburările dezvoltării intelectuale în caz de autism timpuriu și percepția obiectelor, o coordonare insuficientă dintre limbaj și acțiune. Date similare au fost primite și ca rezultat al examinării copiilor cu diagnostic de psihopatie schizoidă și schizofrenie lentă.

La acești copii, operațiile gândirii, care sunt legate de operarea cu particularitățile obiectuale, nediferențiate, conform criteriului social, se dezvoltă mai rapid decât la copiii normali. Și invers, nivelul formării operațiilor de gândire este mai scăzut la acești copii.

S-a demonstrat că autiștii generalizează noțiunile doar pornind de la caracteristici întâmplătoare, datorită folosirii insuficiente a gândirii în experiența practică de utilizare a obiectelor lumii înconjurătoare, din cauza orientării insuficiente în practica obiectuală.

Toate aceste particularități sunt motivate prin condiționările autiste, în special prin insuficiența contactului cu mediul social. Aici este binevenită ipoteza lui Vîgotski despre caracterul complex al gândirii în caz de schizofrenie, unde tulburările formării noțiunilor sunt legate într-o oarecare măsură de „schimonosirea” cuvintelor.

După cum se știe, noțiunile verbale apar într-o etapă mai târzie a dezvoltării. Paralel cu reflectarea verbală a realității, apar aspectele perceptiv și motor, în care principala componentă este imaginea afectivă a mediului înconjurător. Genetic aceste sisteme sunt neomogene: aceea verbală influențează primele două categorii, reorientându-le.

Acțiunea limbajului asupra percepției este dovedită de savanți și are efect „de sus în jos”. Pentru ca limbajul să fie susținut de percepție, trebuie neapărat ca percepția să fie orientată către generalizare, cu alte cuvinte vorbirea și percepția să nu fie foarte diferite după principiile și nivelul reflectării lumii înconjurătoare.

De aceea percepția trebuie să fie capabilă să reflecte flexibil lumea înconjurătoare. Încă din perioada de debut a bolii, percepția la copiii autiști nu generalizează. O astfel de organizare are loc în procesul interacțiunii percepției și acțiunii în activitatea obiectuală.

Modelul categorisirii, caracteristic vorbirii, fixează acele particularități care sunt cele mai importante din punctul de vedere al activității obiectuale, dar după cum s-a mai menționat și mai sus, acțiunile obiectuale la copiii autiști sunt slab dezvoltate. În concluzie, percepția rămâne în afara acțiunilor organizatorice ale experienței obiectuale. Astfel, nu se fundamentează la timp procesele reglatorii, nu apare o interacțiune corectă, unele procese psihice dezvoltându-se în condițiile izolării. De aceea gradul în care evoluează unele procese psihice depinde de măsura în care acestea sunt în stare să se dezvolte singure, fără susținerea și acțiunea altor funcții. Se formează o disproporție intelectuală în dezvoltare, o combinație între aspecte evolute și altele nedezvoltate. Această disproporție stă la baza formării patogenetice a simptomelor psiho patologice reflectate în tabloul deformat al ontogenezei psihice.

Aspectul dezvoltării autoconștiinței la copiii autiști este foarte complicat. În cazurile mai complicate este afectat genetic substratul autoconștiinței format cel mai timpuriu – închipuirea despre fizicul „eu”. Un copil sănătos de 3 ani, aflat în fața oglinzii, poate arăta părțile propriului corp. Chiar și la vârsta de șase ani, copiii autiști (grav) se identifică pe sine în oglindă, dar la numirea părților corpului fizic, unele sunt arătate în oglindă, altele pe sine.

Se remarcă o interpretare discordantă dintre unele părți ale fizicului „eu”, formarea imaginii corpului său și localizarea lui în spațiu. Ultima, de obicei, se determină prin intermediul acțiunilor obiectuale active și interacțiunii cu mediul înconjurător.

O astfel de autoconștiință slăbită face copilul autist „rod” al mediului înconjurător. Pe fondul impulsivității interioare scăzute, copiii autiști atribuie atât valențe pozitive, cât și negative obiectelor lumii înconjurătoare, ceea ce face copiii și mai sensibili la structura „câmpului său receptiv”, apărând și mai pregnant tendința către statornicia mediului înconjurător.

Ignorarea de către adulți a acestor particularități ale comportamentului copilului la cea mai mică schimbare a mediului duce la frustrare.

Astfel, particularitățile patologice ale dezvoltării psihice în caz de autism se manifestă nu numai prin tulburări specifice ale tonusului psihic, dar și ale sferei afective, percepției, motoriei, limbajului. Apare și o adaptare socială dificilă, asincronie în dezvoltarea integră, lezarea interacțiunii funcțiilor psihice.

Dezontogeneza copilului autist, care este o combinație complicată între defectele primare și cele secundare, necesită elaborarea modelelor corecționale de prevenire a declanșării lor, diferențierea lor după funcțiile spre care a fost orientată corecția.

Rezultatele cercetărilor savanților privind particularitățile sferei emoționale a copiilor autiști au făcut posibilă elaborarea unei metode speciale de corecție psihologică, în primul rând a psihoterapiei și în special a terapiei de joc.

Specialiștii consideră că una dintre problemele corecționale principale este inducerea la copil a dominantelor condiționale pozitive, care sunt în contradicție cu fricile și alte emoții negative.

De aceea prima etapă a lucrului corecțional cu copiii autiști se bazează pe dezvoltarea emoțiilor pozitive, blocând emoțiile condiționate negativ.

Această etapă a terapiei de joc include acțiuni simple de joc cu jucării de culoare aprinsă, manipulare cu lumini, sunete, culori, jocuri ritmice și dansuri.

Deseori, jocurile ritmice super-emoționale micșorează tulburările motorii.

Acestor copii le place să se lege continuu. Trecerea bolnavului în procesul jocurilor ritmice de la ritmul patologic propriu-zis la alt ritm, impus, este foarte benefic, deoarece un nou ritm condiționează emoții pozitive și disciplinează manifestările motorii ale copilului autist.

Stimularea și îmbogățirea legăturilor emoționale ale copilului bolnav se obțin prin stimularea componentei perceptive a mediului înconjurător. După cum știm, copilul autist reacționează pasiv la mediul înconjurător. Percepția situației nu stimulează acțiunile deoarece puterea mobilizatoare este unică sau lipsește. Din acest motiv este oportun să stimulăm acțiunea factorilor externi, să-i îmbogățim și să-i dezvoltăm cu diferite legături situative și emoționale. Psihoterapeutul, folosind orice concentrare a atenției asupra obiectului, fie chiar întâmplătoare, începe să-i povestească despre acest obiect, să improvizeze despre el o poveste în scenariul căreia este inclus și copilul.

Dar, înainte de a introduce în situația jocului excitanții exteriori, este necesar să aflăm dacă copilului îi sunt neplăcute lumina sau culorile aprinse. E necesar să efectuăm "revizia" lucrurilor obișnuite, a jucăriilor și să le excludem pe acelea care provoacă emoții negative sau frică.

După cum s-a menționat, frica de ceea ce-i înconjoară amplifică autismul copilului și mărginește contactele lui cu lumea înconjurătoare, precum și posibilitățile prognostice de dezvoltare.

Un obiectiv important al primei etape a terapiei de joc trebuie să fie formarea la copilul bolnav a încrederii în sine și în posibilitățile sale. Apariția senzației de încredere în sine, în puterile sale, micșorează anxietatea generală și mărește considerabil fondul emoțional, condiționând dezvoltarea comunicării, apariția intereselor și a activității.

Un rol important în apariția senzației de încredere în sine și în puterile sale are priceperea terapeutului de a începe dezvoltarea comunicării de la nivelul optimal și de la forma optimală a contactului, care sunt accesibile copilului de la început.

Acest lucru este valabil pentru întreaga terapie corecțională, nu numai pentru cea de joc. Pentru obținerea succesului îi este necesar copilului chiar de la bun început să dobândească încrederea că este înțeles, că îi este accesibilă comunicarea fără greutate.

Prin scenariul jocului, terapeutul induce treptat copilului senzația că insuccesele lui sunt rezolvabile, că fricile sunt nejustificate, iar defectele sunt compensate cu alte calități.

Ultima etapă a terapiei de joc este mobilizarea activității propriu-zise a bolnavului. Se știe că de obicei manifestările activității proprii sunt menținute de stimularea motorie și micșorarea mutismului. O dată cu manifestările activității propriu-zise nu numai că se complică activitatea bolnavului, dar se și largesc contactele lui. Regulile jocului, pornind de la o simplă situație de joc și de la un cerc îngust al membrilor lui, încep să se abstractizeze.

Apariția activității propriu-zise la bolnav ne semnalizează necesitatea trecerii la o altă etapă a psihoterapiei. Tactica terapeutului se schimbă considerabil. Sarcina lui constă în implicarea maximă a copilului în activitatea propriu-zisă. Se obține depășirea reacțiilor autiste. O metodă bună pentru eliberarea copilului de aceste reacții este muzica, cântecul, care nu numai că provoacă emoții pozitive, stări benefice emoțional, dar datorită componentului ritmic pronunțat, disciplinează activitatea copilului bolnav.

O altă dificultate în organizarea activității comportamentale a copilului autist este suprasaturarea cu obiecte care deși la început i-au produs interes, peste câteva secunde nu numai că nu-l mai interesează, dar îi și provoacă emoții negative.

Această „saturație” este legată la acești copii de schimbarea bruscă a emoțiilor pozitive cu cele negative și de lipsa „formelor” dată de interacțiunea cu mediul înconjurător.

Manifestările agresive ale acestor copii au o astfel de natură dublă. Ele pot apărea ca rezultat al fricilor și al interpretărilor negative vis-a-vis de mediul înconjurător. În același timp, reacțiile agresive pot reprezenta încercarea primitivă a contactului cu realitatea, adică pot fi consecința lipsei „formelor” gata să reacționeze reciproc. Astfel, manifestările agresive nu sunt identice, și dacă în unele cazuri ele trebuie corectate, în altele servesc drept etapă de adaptare la realitate.

În procesul dezvoltării formelor comportamentale adecvate, un rol important îl joacă inducerea la copil a diverselor comportamente stereotipe. Folosirea stereotipiilor deja formate, dezvoltarea și completarea lor cu conținut, dă posibilitate copilului să interacționeze cu lumea înconjurătoare și condiționează premise benefice pentru dezvoltarea activității lui spontane, a cărei apariție oferă posibilități de formare a deprinderilor motorii, eliberare de dificultățile vorbirii, condiționează o dezvoltare a limbajului și oferă premise pentru perioada pregătitoare a educației în școală.

Analiza psihologică a dezontogenezei este complicată. Oamenii de știință afirmă că cea mai plauzibilă ipoteză este insuficiența energetică, tulburările afectiv-instinctive, pragurile senzoriale joase cu un fond pronunțat negativ.

Corelarea deficitului agresiv al activității psihice cu hipertenzie patologică și fricile perceptive față de mediul înconjurător reprezintă fundamentul apariției simptomaticei autiste.

Astfel, autismul este formațiunea secundară cu un caracter compensator sau hipercompensator și reflectă mecanismele patologice de adaptare.

Contactele nedezvoltate social legate de autism dereglează dezvoltarea psihică în ansamblu. Greu se formează delimitările „eu-ului” și ale lumii înconjurătoare. Toate aspectele activității psihice se dezvoltă insuficient. Mai pronunțate sunt acele aspecte perceptive ale limbajului, gândirii, care se formează sub acțiunea practicii obiectuale.

Deficitul experienței obiectuale duce la „ruptura” dintre gnozis, acțiune și limbaj. Fiecare din aceste funcții se dezvoltă într-o măsură oarecare, dar separat una față de alta.

Lipsa funcției fixative a obiectului, sprijinirea pe unele semne perceptive, condiționează baza pentru formarea legăturilor interfuncționale neadecvate, care se manifestă printr-un „pseudo simbolism” și „pseudo abstractizare” în gândirea copilului bolnav.

În retrăirile autiste, în jocurile și fanteziile lor se observă o fixație inertă patologică a complexelor afective, stereotipurilor motorii și a repetărilor verbale. Foarte vădită este asincronia formării separate a unor funcții și sisteme: dezvoltarea vorbirii depășește deseori dezvoltarea motorie, gândirea abstractă depășește dezvoltarea gândirii concret-intuitive. Toate acestea accentuează tabloul ”mutilator” al dezvoltării.

6. Dezvoltarea dizarmonică a personalității în perioada copilăriei și adolescenței. Psihopatiile. Dezvoltarea patologică a personalității. Neuropatiile. Tulburările tempoului maturizării sexuale – al VI-lea tip de dezontogeneză infantilă

Cele mai reprezentative modele ale unei dezvoltări psihice dizarmonice sunt psihopatiile și dezvoltarea patologică a personalității, la baza cărora este instalată dezontogeneza sferei emoțional-volitive.

Psihopatia este o dizarmonie puternică a structurii psihice. Structura ei clinico-psihologică se mărginește cu anomaliiile trăsăturilor personalității și nu are tendința spre progresare cu toate că rareori se schimbă sub influența factorilor sociali și biologici. Această dizarmonie a personalității deseori stă la baza tulburărilor pronunțate de adaptare la mediul social, cu tendință spre decompensare în caz de schimbare a mediului înconjurător.

Sistematica psihopatiilor este foarte dificil de înregistrat deoarece sunt cunoscute foarte multe variante ale personalităților psihopatice, ceea ce face dificilă diferențierea bolilor psihice de normalitate. O mare însemnătate o au factorii sociali care determină structura personalității. încă din 1915, renumitul savant Crepelin a identificat șapte tipuri de psihopați: 1) agitații; 2) nereținuții; 3) impulsivii; 4) calomniații sau mincinoșii; 5) inventatorii (fanteziști); 6) conversații patologice.

În anul 1928, E. Kan a pus la baza grupării psihopatiilor insuficiența psihică, adică a temperamentului, pasiunilor, caracterului și a evidențiat formele complicate și complexe ale psihopatiilor.

Savantul A. Krecmer, în 1921, propune criteriile de asemănare a tabloului clinico-psihologic al diverselor psihopatii cu particularitățile specifice ale personalității în caz de schizofrenie, epilepsie, sindrom-depresiv maniacal, psihoze depresiv-maniacale, astfel determinând și psihopatii schizoide, epileptoide, depresiv-maniacale, etc.

Psihopatiile au fost clasificate în funcție de factorul etiologic în următoarele tipuri: constituționale și organice.

Majoritatea clasificărilor psihopatiilor sunt dependente de factorul etiologic și se împart în organice și constituționale, după cum afirmă încă din 1926 savanții Sulit și Gamburger, Snaider și Crepelin, ș.a.

Etiologia psihopatiilor. Cauzele apariției psihopatiilor deseori sunt de origine genetică (factori ereditari) – formele constituționale ale psihopatiilor, sau de origine exogenă (nocivitățile exogene) – formele organice ale psihopatiilor, care apar mai des în etapele timpurii ale ontogenezei și care determină așa-numitele fenocopii, dereglări genetice ale dezvoltării. Mulți autori mai consideră încă un tip de psihopatii, care se formează sub acțiunea factorilor sociali negativi, care afectează dezvoltarea personalității.

Patogeneza psihopatiilor determină un infantilism parțial, ca bază a anomaliilor în dezvoltarea personalității la toate tipurile de psihopatii sau la majoritatea dintre ele. Deseori patogeneza psihopatiilor este aceeași cu patogeneza bolii psihice de origine. Este binecunoscut faptul că particularitatea de bază a psihopatiilor este dizarmonia psihică, care stă la baza următoarelor trei variante ale dereglărilor în formarea personalității:

1. psihopatiile de tip dizarmonic, originea fiind reținerea în dezvoltarea psihică;
2. psihopatiile funcționale care țin de originea dereglărilor psihice mentale;
3. psihopatiile organice care țin de originea dereglărilor psihice deteriorate.

Cele mai des întâlnite psihopatii, atât în fragedă copilărie, cât și la adolescenți și adulți, sunt în special de origine ereditară: psihopatiile schizoide, epileptiforme, psihastenice și în marea majoritate psihopatiile isterice.

Copilului care suferă de psihopatie schizoidă îi sunt caracteristice trăsăturile autismului: preferă singurătatea și lumea fanteziilor decât compania semenilor. Sfera lui emoțională se caracterizează printr-o corelare dizarmonică a unei receptivități maxime față de trăirile sentimentale, interesele proprii și lipsa bucuriei de viață, atașării față de apropiați și de tot ce-l înconjoară, ceea ce este paradoxal pentru copiii normali.

Asincronia specifică dezvoltării lor psihice este caracteristică pentru acești copii încă din prima copilărie. Dezvoltarea limbajului domină dezvoltarea motricității. Își însușesc cu greu deprinderile de autoservire, refuză să ia parte la jocurile mobile. Preferă comunicarea cu adulții și nu comunicarea cu alți copii.

În clasele primare, acești au dificultăți la însușirea deprinderilor motrice ale scrisului.

Deseori ei sunt motivul de râs al colegilor din cauza lipsei de comunicare, neadecvării emoționale, orientării dificile în situații concrete. Manifestările psihopatiei schizoide sunt foarte asemănătoare cu manifestările autismului infantil.

Spre deosebire de autismul infantil, care se caracterizează prin tulburări grave ale sferei emoțional-volitive, limbajului, gândirii, a activității în întregime, în cazul psihopatiilor schizoide, anomaliile în dezvoltare se pot manifesta doar prin trăsături specifice ale personalității, uneori existând manifestări nepatologice.

Pentru mulți copii cu psihopatie schizoidă sunt caracteristice manifestări intelectuale timpurii, interes și dragoste pentru citit, natură, etc. La școală, acești copii sunt deseori foarte interesați de matematică, fizică și alte științe reale, mai rar umaniste. În clasele primare rezolvă probleme de matematică superioară, și toți sunt încântați, dar situația reală nu este îmbucurătoare.

Deseori au „hobby”-uri, tendințe de colecționare, un limbaj foarte dezvoltat. Dar hainele, mâncarea, condițiile de trai pentru ei nu prezintă mare interes. Randamentul școlar este mai scăzut datorită atenției difuze, urmare a concentrării asupra lumii lui interioare. Sărăcia emoțională externă, apatia, lipsa bucuriei copilăriei deseori apar pe fondul unei rigidități și hipersensibilități interioare.

După cum afirma L. Vîgotski (1936) și M. Pevzner (1941), psihopatiile schizoide infantile nu condiționează o rupere a contactului cu mediul înconjurător, cum se întâmplă în cazul schizofreniilor infantile propriu-zise, dar își pun amprenta pe alte forme de comunicare și activitate; este preferată comunicarea cu adulții în locul contactului cu copiii, iar joaca este deseori înlocuită cu activitatea intelectuală.

Încă din 1924, A. Krecmer a afirmat identitatea patogenetică a psihopatiei schizoide cu schizofrenia propriu-zisă, deosebindu-le doar printr-o unitate cantitativă. Acest punct de vedere a fost criticat de alți cercetători, confirmând că psihopatia schizoidă se rezumă doar la particularități caracterologice procesuale, pe când în schizofrenie, chiar pe fondul lipsei de crize, are loc o decurgere progresivă a bolii cu tendința afectării proceselor psihice. Totodată, rezultatele investigațiilor clinico-genetice indică cazuri frecvente de psihopatii schizoide la copiii din familii unde părinții sau bunicii suferă de schizofrenie, ceea ce dovedește originea genetică a acestor maladii.

Corelări identice s-au făcut între epilepsii și psihopatiile epileptiforme, dar în cazul celor din urmă nu se înregistrează tulburări convulsive și manifestări caracteristice demenței. Psihopatiile epileptiforme se caracterizează prin sărăcie emoțională, disforie, tendințe către schimbarea bruscă a dispoziției, hiperagitație emotivă și a plăcerilor, etc.

Pot apare manifestări psihopatice epileptiforme chiar în prima copilărie. La vârsta de 2-3 ani, la acești copii sunt caracteristice reacțiile afective, în special cele ce țin de disconfortul fizic. Odată cu înaintarea în vârstă, se accentuează agresivitatea cu tendințe de sadism, ranchiuna accentuată în caz de neîndeplinire a cerințelor lor, încăpățănare, iar uneori plăcerea de răzbunare.

La acești copii este caracteristic pedantismul exagerat, sunt foarte ordonați în aranjarea lucrurilor personale și locul care-i înconjoară. În colectivitate, practic nu socializează sau dacă sunt integrați își impun propria dictatură, autoritatea, deseori sunt tirani cu colegii lor. Prezența lor duce mereu la conflicte între copii, iar ei au o satisfacție răutăcioasă.

La adulți este caracteristică polaritatea emotivă (duritatea paralel cu timiditatea și tandrețea), pe când la copii, al doilea pol lipsește, ceea ce se explică prin mecanismele hipercompensatorii, care apar doar la adulți.

Caracterul ciclic al psihopatiilor, care se caracterizează prin devieri nemotivate ale dispoziției de la nivelul subdepresiv la cel ridicat maniacal, se întâlnește doar la adulți, la copii depistându-se foarte rar. Forma libertină a psihopatiei se caracterizează printr-un grad ridicat al dispoziției cu tendințe permanente de glume de prost gust, hipercomunicare, hiperexcitație.

Acești copii se mențin greu în colectiv din cauza hiperactivității lor, hiperexcitației, insuportării metodelor organizatorice, a timpului activității de joc, învățaturii, etc.

Personalități psihastenice cu tendințe de neliniște sau depresive se depistează încă din fragedă copilărie. La 3-4 ani poate apare frica pentru viața și sănătatea celor apropiați, neliniștea fără un motiv întemeiat, frica de tot ce este nou, necunoscut, tendințe către fobii, etc. Copiii de vârstă școlară devin patologic de nehotărâți, pe când adolescenții suferă de ipohondrii, iar frica capătă un ritual de protecție. Drept proces compensatoriu al neliniștii față de tot ce este nou și necunoscut este tendința pedantică către ordine, regim, iar orice abatere duce la o neliniște patologică.

Psihopatia isterică nu are întotdeauna caracter constituțional, deseori ea fiind cauzată de factori exogeni, de caracter metabolico-trofic apărut încă din copilărie. Spre deosebire de psihopatiile psihastenice schizoide, epileptoide, care se întâlnesc deseori la bărbați și băieți, psihopatiile isterice de cele mai multe ori se depistează la femei și fete.

Pentru tipul de psihopatii menționat, infantilismul psihic este cauza de bază a afecțiunii lor, în special dizormania acestui infantilism și disocierea comportamentelor lui. Caracteristice pentru personalitățile infantile sunt egoncentrismul, foamea emotivă, incapacitatea volitivă; sugestibilitatea sporită în cazul psihopatiilor isterice are un caracter special. De mici, acești copii se deosebesc prin capricii sporite. Apoi, la vârsta preșcolară, apare o „tendință sporită de autoafirmare”. Ei se străduiesc cu orice preț să atragă atenția celor din jur, sunt invidioși când sunt lăudați colegii lor, din care cauză intră deseori în conflicte. La vârsta școlară invidia, gelozia sunt paralele cu comportamentul demonstrativ.

Tendința de a atrage atenția se manifestă prin caracterul țițător al îmbrăcăminte, coafurii. Incapacitatea lor volitivă, chiar pe fondul unui intelect bun împiedică obținerea succeselor la învățătură. Lezarea demnității duce adesea la diverse conflicte cu învățătorii.

În perioada adolescenței sunt tipice tendința către intrigi, cochetărie, deseori fiind capabili și de intrigi sexuale. Se poate spune că atât în perioada copilăriei, cât și a adolescenței, sunt tipice pentru psihopatia isterică conflictele dintre setea de autoafirmare și capacitățile volitive infantile, ceea ce determină dizarmonia psihică.

Psihopatia de tip instabil este o variantă a infantilismului dizarmonic. Acești copii sunt deosebiți prin infantilismul intereselor lor, sunt superficiali în toate aspectele, nestatornici în relații interpersonale, impulsivi în acțiuni, chiar după primul impuls.

Productivitatea scăzută la învățătură, chiar pe fondul unui intelect normal, se explică prin incapacitatea concentrării îndelungate asupra unei activități. Deprinderile de a fugi de greutatea în concordanță cu foamea emotivă sunt deseori motivele plecărilor de acasă, ale abandonului școlar, vagabondajului.

Lipsa de răspundere, neformarea valorilor umane la acești copii impun rezolvarea problemelor prin minciună, născociri. Fiind foarte emotivi, deseori intră în grupuri cu influență negativă, fiind „supușii lor”.

Psihopatiile de tip instabil pot fi și de origine constituțională, când pot apărea în primii ani de viață sub acțiunea nocivităților. În primul caz manifestările sunt aproape identice cu manifestările infantilismului constituțional, deosebirea constând în dizarmonii psihice mai accentuate, dese excitații afective, tendințe de perversiuni sexuale.

Psihopatiile organice sunt cauzate de lezarea timpurie a sistemului nervos încă în perioada prenatală, natală sau postnatală (primii ani de viață).

Dintre psihopatiile organice, cel mai des se întâlnesc psihopatiile excitante (tipul exploziv). Acest tip de psihopatii apare mai des la băieți. Baza ei clinică este excitația afectivă și motorie. Chiar de la vârsta de 2-3 ani acești copii atrag atenția prin impulsivitatea lor, ranchiună, agresivitate, negativism, încăpățănare.

Deseori, descătușarea afectivă are un sfârșit ipohondric, chiar cu lacrimi. Acești copii se mențin greu în colectivitate, își bat colegii și copiii mai mici, sunt nepoliticoși cu adulții.

În cazul psihopatiei organice de tip excitant este caracteristic fondul euforic al dispoziției, lipsa criticii pe fondul intelectului păstrat. Orice senzație din exterior induce o reacție afectivă, dar de o scurtă durată.

În perioada școlară, lipsa dirijării emoționale duce la patologii sexuale, vagabondaj, etc. care pot apărea din cauza encefalitelor epidemice contactate în copilărie.

Este necesar să menționăm faptul că tabloul clinic tipic unui singur fel de psihopatii se întâlnește foarte rar. Cel mai des apare simptomatologia încrucișată.

Diagnosticarea psihopatiilor în copilărie este foarte dificilă din cauza imaturității personalității. În apariția psihopatiilor la vârsta primei copilării au un rol dominant atât factorul biologic, cât și social. Neținând cont de temperamentul specific ereditar în etiologia psihopatiilor, un rol important îl au și condițiile sociale nefavorabile, iar diagnosticarea psihopatiilor până la vârsta pubertății este prea riscantă și necesită o atenție deosebită din partea psihiatrilor și psihologilor.

La persoanele cu tendințe psiho-patiforme condiționate temperamental, declanșarea psihopatiei este favorizată de condiții sociale nefavorabile.

După părerea multor specialiști, chiar dacă individul s-a născut cu niște particularități dizarmonice ale personalității, actualizarea acestor tendințe depinde într-o mare măsură de sfera socio-psihologică și de educație.

Renumitul savant K. Leongard (1968) pune accent pe rolul factorului social în decompensarea stărilor psiho-patiforme la persoanele aflate la limita dintre normal și patologic. Condițiile sociale favorabile sporesc nivelarea și chiar duc la ștergerea caracteristicilor patologice ale caracterului, la compensarea psihopatiei.

Un rol important în declanșarea psihopatiilor îl are și factorul biologic: bolile somatice, crizele diverselor vârste, care se caracterizează printr-un dezechilibru endocrin-vegetativ.

În dinamica declanșării psihopatiei deosebim câteva etape:

- 1) apariția unor reacții patologice separate, de scurtă durată, care apar drept răspuns la factorii excitanți ai mediului extern;
- 2) stările patologice de lungă durată;
- 3) formarea psihopatiei ca o deviere stabilă a personalității.

Încă din 1936, L. Vîgotski afirma că un șir de trăsături psihopatiforme ale personalității au tendința de a se forma după mecanismul „cercului vicios”. De exemplu, autismul copilului schizoid atrage deseori o atenție deosebită a celor din jur față de el, ceea ce îi înrăutățește și mai mult starea. Excitarea afectivă a copilului epileptoid contribuie la declanșarea conflictelor cu semenii lui, a situațiilor dușmănoase și de neîncredere. Astfel, însăși personalitatea psihopatică contribuie la formarea în jurul lui a unui anturaj dificil, tensionat cu dizarmonii și conflicte, care la rândul său fixează și accentuează și mai dur trăsăturile patologice ale caracterului.

Un șir de simptome, ca frica, neîncrederea în sine, timiditatea sporită, simptomele paranoice, caracteristice copiilor cu diverse tipuri de psihopatii sunt recunoscute de unii autori drept formațiuni reactive secundare.

În literatură sunt descrise cazuri de personalității psihopatiforme formate sub influența de lungă durată a factorilor nocivi ai mediului. O acțiune nefavorabilă a factorilor psihotraumatici asupra creierului copilului poate duce la o restructurare ireversibilă a sferei lui emoțional-volitive și a personalității lui în întregime.

Aceste forme de „dezvoltare patologică a personalității” în urma condițiilor nefavorabile ale educației se deosebesc de psihopatii prin etiologia și particularitățile clinice și în special prin posibilitățile lor corecționale.

Personalitatea formată patologic poate fi și ea atribuită tipului de dezvoltare dizarmonică. După cum s-a menționat, cauzele formării unei astfel de personalități sunt condițiile nefavorabile ale educației, situațiile psihotraumatizante de lungă durată, etc. Este cunoscut faptul că un rol important în formarea personalității copilului îl are educația.

Tendențele biologice ca temperamentul, care determină puterea, mobilitatea, stabilitatea proceselor psihice și tendința de dominare a unui tip oarecare de emoții formează baza genetică a activității nervoase superioare, unde are loc formarea personalității sub acțiunea condițiilor sociale. În copilărie, factorul social de bază care contribuie la formarea personalității copilului este educația și instruirea.

Cercetătorii au constatat că din cauza infantilismului sferei emoționale și a personalității copilului pe ansamblu, a sugestibilității lui sporite, a acțiunii de lungă durată a factorilor externi nefavorabili pot apare nu numai dereglări în dezvoltarea intereselor, aptitudinilor, ci și schimbarea particularităților temperamentale prin acțiunea asupra sistemului nervos vegetativ.

Introducând termenul „formarea patologo-caracterologică și psihogenă a personalității” atribuit copiilor cu anomalii în dezvoltare, savanții subliniază factorul care predispune la formarea patologică a personalității sub acțiunea mediului extern nefavorabil – insuficiența cerebral-organică, care duce nu numai la accentuarea particularităților caracterologice, dar și la decurgerea dizarmonică a maturizării sexuale cu manifestări de retardare sau accelerare.

În patogeneza formării patologice a personalității, rolul principal este deținut de doi factori:

1. întărirea și fixarea reacțiilor patologice (imitația, protestul, refuzul, atât activ, cât și pasiv), care nu sunt altceva decât o formă de răspuns la situația psihotraumatizantă; fixându-se, în special în perioada primei copilării, devin particularități stabile ale personalității, după cum a menționat savantul L. Miso în 1950;
2. „educația” propriu-zisă a acestor particularități patologice ale caracterului cum ar fi: excitația, instabilitatea, stările isterice, etc.

În sistematica formării patologo-caracterologice a personalității deosebim patru variante:

1. afectiv-excitabil;
2. isteroid;
3. instabil;
4. inhibitor.

Fiecare din ele depinde de particularitățile mediului extern nefavorabil.

Varianta *afectiv-excitabilă* este condiționată de mediul extern nefavorabil, unde persistă situațiile îndelungate de conflict, alcoolismul părinților, certuri, agresivitatea reciprocă a membrilor familiei, etc.

În aceste familii, la copil se dezvoltă particularitățile excitației afective, o predispoziție către declanșarea conflictelor, supărări neadecvate motivațional, manifestări de furie. Aceste trăsături se pot forma ca imitație a comportamentului celorlalți adulți și fixare a reacției de protest. Schimbarea continuă a temperamentului se caracterizează prin schimbarea dispoziției cu tendințe spre supărare, deseori chiar agresivitate.

Varianta *isteroidă* a dezvoltării patologice a personalității, la fel ca și psihopatia isterică, se evidențiază mai des la fete. Tipul isteroid poate forma în mediu similar celui menționat la varianta afectiv-excitabilă (în acest caz reacțiile isterice apar drept reacții de protest), dar mai pot apare și în caz de hipertutelar, cultivându-se o supraapreciere, atât intelectuală, cât și fizică. În aceste situații, educația prin muncă nu se face sau se face insuficient.

Tipul *instabilității psihice* de formare patologică a personalității ne amintește de tipul similar al psihopatiei, dar etiologia lui este condiționată deseori de hipotutelar, de vagabondaj, situații în care la copil nu se cultivă simțul responsabilității și obligațiilor, capacitatea de a înfrunta greutățile, etc. Trăsăturile infantilismului emoțional-volitiv se manifestă prin: labilitate afectivă, impulsivitate, sugestibilitate sporită. În general, dezvoltarea patologică a personalității de tip instabil este o variantă a infantilismului psihogen, unul dintre componenții reținerii în dezvoltare psihică.

Tipul *inhibitor* al dezvoltării patologice a personalității se formează adesea pe fondul unei hipertutelări, situație în care părinții sau părintele autoritar, despot, inhibă în copil activitatea proprie, inițiativa, îl fac pe copil să se simtă manipulat, inhibat, timid, mai apoi devenind plângăreț, pasiv, neavând încredere în propriile puteri.

În cazul variantei inhibitoare în condițiile apariției structurii clinico-psihologice asemănătoare cu formarea neurotică a personalității apărute în cazurile când situația familială psihotraumatică determină declanșarea nevrozei la copil, apoi apariția fricii, ipohondriei, etc.

Dezvoltarea neurotică a personalității deseori se declanșează la copiii bolnavi somatic, în special pe fondul condițiilor sociale nefavorabile.

Dezvoltarea personalității atât de tip inhibitor, cât și neurotic poate declanșa o infantilizare secundară a copilului, lipsit de activitate, inițiativă, încredere în sine.

O anomalie deosebită a sferei emoțional-volitive condiționată de reglarea instabilă a funcțiilor vegetative, este *neuropatia*, care poate fi atribuită dezvoltării dizarmonice a personalității. Această anomalie poate avea un caracter constituțional cu denumirea de „*nevrozitate infantilă constituțională*”, legată de factorul genetic sau poate fi provocată și de factori exogeni.

Anomalia primară a sistemului vegetativ condiționează tendințe de tulburări de somn, apetit, instabilitate în reglarea temperaturii, sensibilitate la schimbările meteorologice, etc. Tulburările sferei neuro-psihice, în special ale celei emoționale, apar secundar. Instabilitatea sistemului nervos vegetativ și senzația de disconfort permanent somato-psihic condiționează în unele cazuri formarea unei personalități inhibitoare, neactive, cu o sensibilitate sporită și astenizată pe când în alte cazuri – excitată, impulsivă și cu o instabilitate motorie.

Diferențiem două variante ale neuropatiei:

- 1) astenică;
- 2) impulsivă - întâlnită mai rar.

Copiii care suferă de neuropatie sunt hiperreceptivi și hipersensibili, deoarece ei sunt predispuși la nevrozele fricii, bâlbâială, ticuri, enureze atât diurne, cât și nocturne.

Neuropatia este o anomalie în dezvoltare tipică pentru perioada copilăriei. Pe măsura maturizării sistemului nervos vegetativ, în perioada școlară, deseori se atenuează, dar în cazul condițiilor nefavorabile de educație, contribuie la declanșarea psihopatiei sau a dezvoltării patologice de tip inhibitor.

Un tip deosebit al anomaliei dizarmonice este anomalia dezvoltării psihice, legată de *tulburări ale tempoului maturizării sexuale*. Dacă în cazul neuropatiei defectul primar este condiționat de o distonie vegetativă, în cazul tulburării tempoului maturizării sexuale este vorba de tulburări ale reglării vegetativ-endocrine, care în unele cazuri duc la încetinirea ritmului maturizării sexuale (retardarea lui), iar în alte cazuri la accelerarea maturizării sexuale.

Aceste anomalii pot fi cauzate atât de particularități genetice, cât și de factori exogeni, condiționați de insuficiența organică a sistemului nervos central. Ele se deosebesc de manifestările retardării și accelerării maturizării sexuale întâlnite în normă, în manifestările fiziologice care n-au natură patologică și care se manifestă printr-o dizarmonie ușoară a dezvoltării fizice și neuro-psihice, după cum afirmă savantul M. Bleiler, 1954, și B. Krecmer, 1972.

În cazul reținerii maturizării sexuale de origine cerebrală se evidențiază tulburări motorii (încetarea mișcărilor, mișcări haotice), ale sferei emoțional-volitive (sugestibilitatea sporită, poate apăsătoare, frica, nesiguranța în sine).

Se pot evidenția și simptomele specifice dizarmoniei: tendința spre judecată fără conținut, logoree, adică sunt accentuate particularitățile infantilismului motor și emoțional pe fondul unei verbalități sporite. Nu este exclus ca această verbalizare sporită să aibă într-o măsură oarecare o natură compensatorie și să fie legată de reacția personalității la motricitatea instabilă.

Insuficiența motorie este evidentă la copiii grași cu tendință de logoree. Aceștia, fiind fricoși, devin obiectul de râs al semenilor, ceea ce duce la apariția tulburărilor nevrotice.

Această anomalie în dezvoltare poate avea un caracter temporar, putându-se atenua după perioada pubertății odată cu maturizarea sexuală definitivă. Deseori particularitățile „constituției hipogenitale”, care se manifestă printr-o corelare între particularitățile motrice, cele ale sferei emoționale și ale limbajului, se întâlnesc și la o vârstă mai înaintată, ceea ce îi conferă caracterul de anomalie stabilă în dezvoltare.

Maturizarea sexuală accelerată, de origine cerebralo-organică, se deosebește de maturizarea sexuală fiziologică. Maturizarea sexuală accelerată de geneză cerebralo-organică constituie deseori o anomalie a dezvoltării psihice contrară celei de origine a reținerii maturizării sexuale. Ea se manifestă printr-un interes sporit, matur pentru o viață sexuală precocă, printr-o excitare afectivă, impulsivitate, condiționate de restructurarea dizarmonică endocrină. Astfel de copii nu doresc să învețe la școală, doresc să capete un loc de muncă. Dar ei nu se pot afirma deoarece nu le permite nivelul intelectual, care este neadecvat în formarea tendințelor mature ale adaptării sociale. La acești copii se evidențiază un primitivism unilateral - „chipul de adult”, simplitatea atributelor vitale (îmbrăcămintea, coafura, salariul). Această dizarmonie psihică se evidențiază în special în cazurile disocierii dintre personalități și infantilismului intelectual organic.

Odată cu normalizarea formulei endocrine se micșorează tensiunea sexuală și excitarea afectivă. În condiții de dezvoltare favorabile, devierea comportamentală se dezvoltă în sens contrar. Dar în cazul ivirii unui anturaj nefavorabil aceste trăsături patologice servesc drept premise pentru dezvoltarea patologică a personalității cu manifestări afective de excitație, desfrânare sexuală, comportament deviat.

Descrierea anomaliilor în dezvoltarea de tip dizarmonic (a psihopatiilor, nevropatiilor, dezvoltării patologice a personalității, dezontogeniilor pe fondul tulburărilor sexuale) le aparține de obicei clinicienilor. În psihopatologia infantilă sunt puține cercetări, dar după părerea majorității savanților dizarmonia psihică caracteristică atât pentru psihopatii (dezvoltarea patologică a personalității, nevropatii), cât și pentru anomaliile pe fondul tulburărilor maturizării sexuale primare este condiționată de tulburări ale sferei emoționale și chiar ale bazei ei fiziologice – sistemelor vegetativ și vegetativ-endocrin.

În interiorul sferei emoționale se evidențiază diferite variante ale asincroniei dezvoltării emoțiilor elementare superioare. Emoțiile elementare suferă la toate tipurile de psihopatii. În mare majoritate ele se manifestă prin tulburări dinamice precum: excitabilitate pronunțată, labilitate patologică sau inertă, afectivitate apatică. Are o mare însemnătate și dominarea modalității emotive în cazul unei psihopatii sau a alteia.

Insuficiența emoțiilor superioare are un caracter dezontogenetic. Este vorba adesea de o nedevelopare sau de o reținere în formare (în caz de psihopatii de dezvoltări patologice de tipul celor instabile, isteroide, etc.) și mai rar de elemente ale accelerării parțiale la psihopatiile schizoide și la psihoastenii.

Nu este întâmplătoare asocierea patologiei emoțiilor elementare cu dereglările în dezvoltarea ale celor superioare deoarece excitabilitatea patologică sporită a emoțiilor elementare frânează formarea celor superioare; impulsivitatea patologic sporită a sferei condiționale fragile și a tendințelor sexuale frânează formarea activității superioare.

În cazul psihopatiilor și a personalităților patologic dezvoltate la fel se evidențiază o dizarmonie între sfera emoțională și cea intelectuală. Chiar și un intelect păstrat nu reglează întotdeauna sfera emoțională, în special substratul ei bazal, deseori depinzând de el într-o mai mare măsură decât în cazul normalului. În această situație este vorba de schimbarea legăturilor ierarhice.

În cazul unor variante ale dezvoltării dizarmonice, în special la psihopatiile constituționale, se evidențiază și o dizarmonie chiar în interiorul sferei intelectuale. Diversele corelații disociative ale dezvoltării sferelor emoționale și intelectuale determină un polimorfism clinic accentuat cu ajutorul căruia se face un diagnostic diferențial al dezvoltării dizarmonice.

Capitolul VI

Serviciul psihologic medico-legal

Serviciul de psihologie medico-legal are rolul de a furniza noțiuni și recomandări practice în problemele psihopatologiei personalității, de a participa neapărat la procedura de expertiză în cazurile de imputare a bolnavilor psihici, de a certifica starea de sănătate mintală.

În general psihologia judiciară studiază discernământul psihic, responsabilitatea sau iresponsabilitatea personalității față de lege.

Din punct de vedere psihologic, discernământul este o funcție psihică de vigilitate, analiză și sinteză umană iminentă și disponibilă de a prevedea evoluția unei acțiuni.

Cu alte cuvinte, este capacitatea unui individ de a organiza motivat activitatea sa, de a putea justifica oricând subiacența comportamentului său.

Medicina judiciară are nenumărate aplicații practice, deoarece deseori medicii sunt chemați să aprecieze dacă un individ care a săvârșit o infracțiune posedă o integritate psihică, astfel încât să poată fi tras la răspundere pentru cele comise, sau dacă fapta săvârșită este numai consecința unei boli psihice. Medicii pot fi consultați asupra integrității psihice și, implicit, asupra capacității civile, adică a capacității de a încheia anumite contracte, de a face act de dăruire, testamente, vânzări ș.a. De cele stabilite de medic depinde valabilitatea actului încheiat.

Din aceste considerente expertiza psihologică în cadrul procesului penal sau civil are sarcina de a examina minuțios și multilateral structura personalității subiectului, care este determinată de gradul de dezvoltare intelectuală, gradul de instruire generală și profesională, gradul de educație familială, experiența de viață.

Sarcina fundamentală este de a aprecia și a estima tulburările de discernământ și conștiință, pe care le prezintă persoana examinată (cu referire, în special, la starea în momentul comiterii infracțiunii), de a dovedi în fața justiției dacă fapta săvârșită este consecința unor tulburări psihice, pronunțându-se în același timp și asupra măsurilor medicale ce se impun.

Când se apreciază structura conștiinței subiectului în momentul comiterii faptei e necesar să se țină cont de starea de surmenare a organismului, oboseală, ingestia de alcool, unele afecțiuni organice, precum și de stări precum amenințarea, sugestibilitatea crescută, frica, izolarea care pot oferi informații cu privire la circumstanțele psihologice în care s-a comis infracțiunea.

Responsabilitatea este o noțiune juridică, care are la bază prezența discernământului critic al personalității. Lipsa discernământului îl face pe bolnavul psihic iresponsabil în fața legii. Conceptul modern de atitudine față de bolnavul psihic care a săvârșit vreo faptă antisocială este acela că el este tratat ca și bolnavul care n-a săvârșit acest act și necesită îngrijiri și protecție medicală. Aceasta se stabilește prin diferite proceduri juridice și medicale care stabilesc iresponsabilitatea bolnavului în cauză.

Prin urmare, psihologia judiciară are o concepția în primul rând medicală și ea ține cont de legitățile clinice ale evoluției, patogenezei și manifestărilor morbide. Responsabilitatea bolnavului este strâns legată de aceste manifestări clinice, de gradul de deteriorare a facultăților psihice ale pacientului. Datele cercetărilor psihopatologice generale, precum și studierea perturbărilor biologice subiacente ce stau la baza îmbolnăvirii psihice sunt folosite cu succes în soluționarea problemelor ce țin de psihologia legală. De menționat că noțiunea responsabilității și principiile evaluării medico-legale psihologice, în interpretarea lor modernă, au fost succedate grație luării în considerare a normelor legale și a conceptului serviciului psihologic.

Codul penal și Codul civil cer stabilirea adevărului în raport cu legea, clarificarea responsabilității sau validitatea psihică față de actele comise. Acestea sunt în legătură cu starea psihică, care poate fi apreciată prin aplicarea criteriilor clinice cunoscute de evaluarea psihologică a diferitelor boli psihice. De menționat că nu toate bolile psihice duc la starea de iresponsabilitate și chiar una și aceeași boală nu îl face inevitabil iresponsabil pe inculpat.

Din aceste considerente, psihologia judiciară studiază minuțios entitățile nozologice nu numai sub aspectul semnelor (simptomelor) bolii, dar și al profunzimii deteriorării psihicului. De asemenea, o mare importanță o au etapele bolii - prodromală, de debut, de manifestare, de remisiune, de defect sau terminală.

În legătură cu acestea sunt stabilite anumite corelații între manifestările bolii și responsabilitate. În caz de remisiune stabilă bolnavii sunt apți de muncă și se întreprinde recuperarea lor socială. Acești bolnavi pot fi recunoscuți responsabili.

Pentru examinarea fiecărui caz în parte este necesar să se studieze în detaliu următoarele documente: dosarul complet al cauzei din care să reiasă modul amănunțit cum s-a comis infracțiunea; actele medicale privind trecutul psihopatologic al subiectului (ereditatea, boli, traume); datele obținute prin ancheta socială, activitatea școlară, militară, la locul de muncă, viața de familie.

Când documentele enumerate nu sunt suficiente pentru concluzia definitivă și sunt necesare investigații medicale suplimentare, sau când cazul penal este complex prin gravitatea și conținutul său (infracțiune de omor, infracțiuni grave antistatale) sunt obligatorii expertizele în condiții de staționar. Investigațiile efectuate aici sunt mai profunde în plan psihologic, se completează cu examene de laborator și cercetări patofiziologice (RW, EEG, examenul radiologic, consultațiile oftalmologului, neuropatologului).

Concluziile raportului de expertiză trebuie să cuprindă următoarele puncte principale:

- să se stabilească dacă persoana examinată suferă de vreo boală psihică și în caz afirmativ, să se stabilească diagnosticul; adesea este necesar să se precizeze dacă trăsăturile suspectate sunt particularități non-morbide ale subiectului;

- să se prezinte desfășurat care sunt tulburările psihice caracteristice afecțiunii stabilite (tulburări de percepție, gândire, emoțional-volitive, delirante, demențiale etc.) și care pot fi corelate cu fapta săvârșită (cu alte cuvinte, motivația psihopatologică);

- să se facă recomandări privind măsurile de siguranță cu caracter medical, individualizate pentru fiecare subiect în funcție de afecțiunea psihică depistată și de gradul de pericol antisocial, recidivitate.

Concluziile experților trebuie să fie univoce, însă în unele cazuri se întâmplă ca unii dintre experți să aibă părerea lor proprie, ceea ce necesită o nouă reexaminare cu convocarea mai multor specialiști și efectuarea unor investigații suplimentare.

Examinarea medico-legală se concretizează prin întocmirea unui act. Actul prezintă expunerea succintă a istoriei vieții persoanei în cauză cu comentariu medical.

Este o sinteză dirijată, explicativă și argumentată cu axare asupra sferei motivaționale în comportamentul expertizatului care poate contribui esențial la soluționarea problemelor de ordin judiciar.

Raportul (actul) de expertiză conține obligatoriu următoarele precizări:

1) indicarea componenței colectivului de experți și a instituției de expertiză;

2) expunerea fabulei judiciare asupra infracțiunii sau a actului antisocial cu detalii circumstanțiale ca data, locul, timpul și modul desfășurării delictului, date privind situația conflictuală, modul de comportare a victimei, date cu privire la coautorii faptei, condițiile în care a fost reclamată sau descoperită fapta;

3) examinările preliminare, analize medicale, eventual antecedentele psihologice care prezintă importanță și au legătură cu stările psihopatologice din anamneză.

Examenul somatic și cel neurologic au o semnificație aparte deoarece corelațiile psihosomatice și neurologice prezintă integritatea personalității. Afecțiunile organice și somatice pot constitui fundalul tulburărilor psihice. Este esențială partea descriptivă a examenului psihologic. Acesta depășește limitele unui tablou psihologic de rutină și prevede o oglindire deplină, desăvârșită a particularităților psihologice ale persoanei investigate.

Se reflectă atitudinea anterioară, precum și cea ulterioară imediat după realizarea faptului, în perioada de anchetă și în timpul detenției. Tulburările psihopatologice sunt evocate cu tangență la actul faptașului, fiind examinat nivelul de conștiință atât formală, cât și etică, socială.

Se expun concluzii asupra proceselor psihologice adiacente instinctive și afective, precum și a celor privind activitatea de voință. Investigațiile psihologice speciale indică nivelul judecății, memoriei, dezvoltării intelectuale. Raportul este un rezumat cristalizat laconic, alcătuit pentru a fi înțeles atât de judecătore, cât și de persoanele implicate în proces.

Din cele expuse rezultă că obligațiile medicilor psihologi experți diferă într-o oarecare măsură de cele ale psihologilor de profil general. Ei trebuie nu numai să stabilească diagnosticul bolii, ci și să determine gravitatea ei.

De aceea în calitate de experți pot evolua numai persoane cu o experiență bogată în domeniul psihologiei, care cunosc bine bazele Codului penal, drepturile și obligațiile sale.

Concluziile făcute de expert constituie un act de mare răspundere. Nu toate persoanele care trec prin expertiza psihologică medico-legală sunt bolnavi psihici și iresponsabili. Printre pacienții în cauză există indivizi cu dereglări psihice ușoare al căror diagnostic este greu de diferențiat.

Uneori specialiștii se întâlnesc cu forme ușoare de psihoze, situație în care bolnavii lucrează, au familie. În alte cazuri se observă diferite tulburări psihice în timpul anchetării sau în perioada de detenție. Apar unele greutăți în cazurile de simulare, disimulare sau argavație a bolilor psihice.

De competența psihologiei judiciare ține și problema privind valoarea mărturiilor unor persoane a căror sănătate psihică este pusă la îndoială.

De asemenea, ei decid în privința responsabilității penale a minorilor, adică stabilesc măsura în care aceștia posedă sau nu dezvoltarea deplină a puterii de judecată, de discernământ și de autocontrol.

Pentru bolnavii psihici sunt folosite diferite măsuri de caracter medical: tratamentul obligatoriu, tratamentul obișnuit în staționar și în condițiile de dispensar sub supravegherea psihologului. Alegerea măsurilor de ordin medical este determinată de concluzia medicilor și juriștilor. Medicii apreciază gravitatea manifestărilor bolii, iar juriștii califică gravitatea acțiunilor antisociale comise de bolnav.

Multor bolnavi, după tratament, este necesar să li se instituie tutelă, ceea ce asigură continuitatea protejării bolnavului psihic în condiții de activitate liberă.

Tutela nu poartă numai răspundere morală și se numește dintre rudele sănătoase ale bolnavului. Persoanele respective trebuie să posede înalte calități umane.

Bolnavii rămași fără sprijinul familiei sunt internați în case pentru bolnavi cronici. Măsurile de protecție a bolnavilor au o bază juridică asigurată de concepțiile moderne ale jurisprudenței.

În concluzie vom menționa că în urma examinării judiciare absența tulburărilor psihotice nu înseamnă neapărat sănătate psihică. Evoluția multor tulburări psihice este adesea insiduoasă, greu de observat și de intuit chiar și de către cei apropiați.

De multe ori numai infracțiunea caricaturizată, bizară, neașteptată poate avertiza despre mersul subiacent al procesului morbid. Expertizele se pot efectua de asemenea postmortem ceea ce necesită o examinare multilaterală, minuțioasă și complexă.

VI.1. Organizarea și efectuarea expertizei psihologice

Principiile dispunerii expertizei medico-psihologice

Sarcina fundamentală a expertizei psihologice este de a determina starea psihică a inculpatului în momentul comiterii infracțiunii, de a stabili dacă fapta săvârșită este consecința unor alterări psihice, în ce măsură cel examinat își dă seama de consecințele faptelor sale. Tot expertiza psihologică constată starea fizică și psihică a martorilor și a victimelor în cazul în care apar îndoieli referitoare la culpabilitatea lor, la percepția corectă a faptelor comise, care au importanță pentru procesul penal.

O persoană este supusă expertizei psihiatrice doar în când sunt dovezi suficiente că ea a comis crima și i s-a intentat un proces penal. Se impune ca la momentul dispunerii expertizei să fie adunate toate documentele necesare.

Au dreptul să trimită o persoană la expertiză psihologică anchetatorul, procurorul, judecătoria și alte organe de justiție. Ei pot dispune efectuarea expertizei de către un medic psiholog, de câțiva psihiatrii sau ca expertiza să se efectueze într-o instituție psihologică de specialitate.

În general, ordonarea expertizei se realizează conform art. 165 al Codului de procedură penală. „Constatând necesitatea efectuării unei expertize, anchetatorul penal întocmește o ordonanță în acest sens, în care arată. motivele pentru care dispune expertiza, denumirea instituției care urmează s-o efectueze sau numele expertului, chestiunile asupra cărora trebuie prezentate concluzii, lista de documente și obiecte ce vor fi puse la dispoziția expertului.

Anchetatorul penal stabilește identitatea, expertului numit, în ce raport se află cu învinuitul, bănuitul și partea vătămată, precum și datele necesare cu privire la specialitatea și competența sa, îi înmânează o copie de pe ordonanța de efectuare a expertizei și-i explică drepturile și obligațiile lui, prevăzute de articolul 164 din prezentul Cod, și întocmește un proces-verbal despre toate acestea”.

Medicii specialiști care efectuează expertiza nu au sarcina de a face interpretări judiciare, adică să stabilească dacă persoana examinată răspunde penal sau nu.

Ei trebuie să precizeze doar dacă inculpatul a fost apt să-și dea seama de fapta comisă și dacă este stăpân pe el.

Bazându-se pe aceste concluzii, organele judiciare stabilesc dacă persoana care a comis o crimă prevăzută de legea penală răspunde sau nu penal pentru acea faptă.

Motivele de bază pentru efectuarea expertizei medico-legale psihologice sunt următoarele:

- când conduita imputatului în timpul anchetării este anormală și pune sub semn de întrebare starea psihică a acestuia;
- când infracțiunea este lipsită de un motiv evident;
- când infracțiunea s-a săvârșit cu o deosebită cruzime;
- când există date, dovezi că inculpatul a suferit de o boală psihică;
- un demers din partea învinuitului sau a victimei;
- un demers din partea rudelor apropiate;
- când pe perioada detenției condamnatul are o comportare bizară;
- un demers din partea administrației instituției de reeducare prin muncă.

Aceasta se întâmplă în cazurile când la condamnați se observă o acutizare a psihozei, se constată apariția unei boli psihice.

VI.2. Acte necesare pentru efectuarea expertizei psihologice medicală

Pentru efectuarea expertizei este necesar să fie prezentate expertului toate materialele care au legătură cu infracțiunea comisă și personalitatea expertizatului.

Un prim document strict necesar este hotărârea (decizia) în care sunt expuse pe scurt împrejurările în care a fost comisă infracțiunea.

Expertul urmează să răspundă la următoarele întrebări:

- dacă expertizatul suferă de o boală psihică;
- dacă expertizatul a suferit de o boală psihică în momentul când a comis crima și dacă a putut să-și dea seama de acțiunile sale;
- dacă expertizatul este în stare să compare în fața judecății și să dea declarații obiective.

În afară de acestea, pot fi incluse și alte întrebări având un caracter complementar - de ce boală psihică suferă expertizatul, care este evoluția bolii (temporară sau cronică), de ce documente mai este nevoie.

Un alt document important este dosarul penal unde este descris amănunțit cum s-a comis infracțiunea. La dosar sunt anexate acte medicale privind trecutul psihopatologic al subiectului, dezvoltarea lui fizică și psihică (când a început să meargă, să vorbească, de ce boli a suferit, dacă a avut traume cerebrale, accese epileptice, dacă a făcut abuz de alcool, dacă a fost în evidență la psihiatru, dacă a avut un comportament bizar, tendințe de sinucidere. Prezintă importanță datele obținute prin ancheta socială privind viața de familie (ocupația părinților, educația în familie, sursele de existență), activitatea școlară, comportamentul în timpul stagiului militar și la locul de muncă. Se va ține cont dacă expertizatul a mai fost judecat înainte, dacă a făcut tratament pentru boli psihice. În aceste cazuri este necesar a se preciza începutul bolii - prin ce s-a manifestat clinic, care este diagnosticul bolii, ce tratament i-a fost administrat și cât a durat acesta, care a fost evoluția bolii după tratament.

Pentru expertiză prezintă un mare interes starea psihică și comportamentul expertizatului în timpul când a comis crima și după aceea, declarațiile martorilor despre comportamentul expertizatului în timpul săvârșirii crimei, care au fost reacțiile lui. Trebuie avut în vedere că unii dintre martori pot denatura declarațiile, mai ales dacă sunt interesați să-l ajute pe expertizat. În unele cazuri inculpatul se prezintă la cabinetul psihoneurologic cu mult timp înainte de intentarea procesului penal sau se internează în spitalul de psihiatrie, pentru ca atunci când va fi tras la răspundere să pretezeze o boală. Este esențial în efectuarea expertizei să se asigure un climat optim de examinare fără influențe, presiuni sau protejare.

Perfectarea concluziilor expertizei

Rezultatele obținute în urma cercetărilor expertizatului se perfectează sub forma unui act sau concluzii. Conținutul concluziilor expertului sunt bine formulate în art. 160 al Codului de procedură penală unde se arată că în raportul expertului trebuie să se indice: când, unde și cine (numele de familie, prenumele și numele după tată, studiile, specialitatea, titlul și gradul științific, funcția) a efectuat expertiza și pe ce bază, cine a asistat la efectuarea expertizei, ce materiale a folosit expertul, ce investigații a efectuat, ce întrebări au fost puse expertului și răspunsurile sale motivate. Dacă în cursul efectuării expertizei expertul constată împrejurări care prezintă interes pentru cauză, dar cu privire la care nu i s-au pus întrebări el are dreptul să le menționeze în concluziile sale. Concluziile se formulează în scris și se semnează de către expert.

Actul trebuie să conțină următoarele părți:

- a) introducere;
- b) anamneza (datele despre viața din trecut a bolnavului);
- c) descrierea stărilor fizice și psihice ale expertizatului;
- d) partea finală.

În introducere se indică data și locul unde a fost efectuată expertiza, componența expertizei indicând numele și prenumele experților. E necesar de arătat care este atitudinea expertizatului în acest proces, este el învinuit, martor, victimă, reclamant, responsabil sau deja condamnat.

Mai trebuie menționat cine l-a trimis pe inculpat la expertiză și din ce cauză, ce fel de expertiză s-a efectuat: în condițiile de dispensar sau de staționar. În caz de expertiză în staționar se indică durata aflării expertizatului sub observație.

Actul trebuie să prezinte cât mai detaliat datele din trecutul expertizatului, cum s-a dezvoltat, de ce boli a suferit. Dacă există date că acesta s-a tratat într-un spital, mai ales de psihiatrie, e necesar a se arăta ce documente au fost prezentate în dosar în legătură cu aceasta. Dacă este posibil, se expune începutul și evoluția bolii.

Se vor analiza atent declarațiile, deoarece atât inculpatul cât și rudele și martorii pot oferi date imprecise, denaturate, exagerate referitor la trecutul expertizatului, la aflarea lui în spitale de psihiatrie.

După cum menționam și mai sus, sunt cazuri când inculpatul se internează în spitalul de psihiatrie sau se solicită ajutor în dispensarul psihoneurologic simulând o boală cu mult înainte de deschiderea dosarului penal astfel încât, atunci când va fi tras la răspundere, să poată cere să fie supus unei expertize.

De o mare importanță este descrierea stării fizice, testărilor neurologice și, mai ales, a stării psihice a expertizatului.

În partea finală a actului sunt formulate concluziile și răspunsurile la întrebările propuse de organele judiciare. Experții trebuie să aprecieze starea psihică a expertizatului, să indice diagnosticul și să-și expună părerea despre responsabilitatea expertizatului. Referitor la martori și victime experții trebuie să se pronunțe privind starea lor psihică, iar referitor la reclamânți și responsabili în procesul civil - despre capacitatea lor de muncă.

Când învinuitul sau persoana care își ispășește pedeapsa suferă de o boală psihică experții trebuie să-și spună părerea despre măsurile cu caracter medical ce se impun. Actul, și mai ales partea lui finală, trebuie să fie expuse într-o limbă clară, formulările să fie precise, iar concluziile să rezulte din analiza tuturor materialelor. Formulările imprecise, concluziile cu un caracter ipotetic creează dificultăți în procesul de judecată.

VI.3. Drepturile și obligațiile expertului psiholog

Expertiza medico-legală psihologică are ca scop de a pune la dispoziția justiției criterii medico-legale obiective pe baza cărora se pot lua decizii referitoare la infracțiunea săvârșită (responsabilitate, discernământ). În legătură cu aceasta sunt definite și drepturile și obligațiile expertului.

Expert-psiholog poate fi numai o persoană care este de specialitate medic, specializat în domeniul psihologic și care lucrează într-o instituție psihoneurologică (spital de psihiatrie, dispensar psihoneurologic, institut psihoneurologic), care posedă cunoștințele necesare pentru a prezenta concluzii în chestiuni din domeniul științei, tehnicii ce apar în legătură cu pricina penală (art. 163 al Codului de procedură penală).

Expertul-psiholog trebuie să cunoască bine bazele codului penal, drepturile și obligațiile sale, să fie conștient de rolul expertizei, de însemnătatea ei pentru organele de justiție.

La rândul lor organele de justiție cer de la expert ca în concluziile sale să fie reflectate concret măsurile necesare referitoare la expertizat, mai ales măsurile cu caracter medical.

Din aceste considerente trebuie evitată includerea în calitate de expert a unor medici fără competență în psihologie. Aceasta poate duce la unele complicații în efectuarea expertizei.

Refuzarea expertului (art. 163 al Codului de procedură penală) poate avea loc în cazurile când medicul este o rudă a expertizatului, dacă el se găsește în dependență de serviciu sau altă formă de dependență față de inculpat, de victimă, sau dacă medicul este personal interesat în această faptă.

Drepturile și obligațiile expertului psiholog sunt definite de lege (art. 164 al Codului de procedură penală). Expertul este obligat să se prezinte dacă este chemat de organele de justiție. În cazul când nu se prezintă fără a avea un motiv serios sau refuză să-și îndeplinească obligațiile, este tras la răspundere. În unele situații expertul poate refuza să prezinte concluzia finală dacă nu este competent în chestiunea respectivă sau materialele prezentate nu sunt suficiente pentru a trage o concluzie.

Misiunea psihologului este de a-și folosi cunoștințele speciale pentru a ajuta organele de drept. El trebuie să cunoască bine metodele de examinare psihologică a unui inculpat, să poată întocmi raportul pentru organele judiciare.

De aceea expertul urmează să se pregătească cât mai bine în vederea anchetării bolnavului, să aibă o idee clară asupra scopului examinării.

Expertul are dreptul să ia cunoștință de conținutul dosarului penal cu încuviințarea organelor de justiție. El trebuie să fie bine informat asupra crimei, condamnările precedente, în general despre toate declarațiile făcute de inculpat, de victimă, de martori.

De aceea expertul poate cere lămuririle necesare cu privire la anumite fapte ori împrejurări ale cauzei, să i se pună la dispoziție materiale suplimentare de care are nevoie pentru tragerea concluziilor.

Unul din momentele importante ale expertizei este prezența expertului în sala de ședințe în timpul procesului de judecată. În unele cazuri, foarte rare, expertul poate părăsi sala. În timpul procesului de anchetare, expertul are dreptul să adreseze întrebări victimei, inculpatului, martorilor, dar numai cu aprobarea organelor de justiție.

Concluzia dată de expert este expusă oral, iar mai apoi trebuie să fie prezentată în scris. În afară răspunsurilor la întrebările puse de organele judiciare, expertul trebuie să precizeze în concluzie responsabilitatea sau iresponsabilitatea inculpatului și măsurile concrete care se recomandă să fie luate în privința lui.

În cazul în care mai mulți experți efectuează expertiza, aceștia au dreptul să se sfătuiască între ei referitor la starea psihică a inculpatului și să elaboreze o concluzie comună. Dacă părerile experților sunt împărțite, atunci fiecare din ei trebuie să-și expună propriile concluzii.

În situația în care organele de justiție încalcă drepturile expertului, acesta are dreptul să facă o plângere la procuror și nu este satisfăcut de hotărârea procurorului, are dreptul de a recurge la judecată. Pentru divulgarea datelor acumulate în timpul anchetării sau datelor expertizei, fără învoirea procurorului, anchetatorului sau unor organe judiciare, expertul poartă răspunderea conform art. 164 din Codul penal.

Expertul este tras la răspundere și în cazurile când concluzia este falsă.

Expertul are dreptul la compensarea cheltuielilor făcute în legătură cu prezența sa la judecată. În unele cazuri expertului i se oferă o recompensă pentru lucrul său din partea organelor de drept.

Variantele expertizelor medico-legale psihologice

Expertiza medico-legală psihologică este un act oficial de stat de mare răspundere, de aceea se impune o analiză profundă a datelor din dosarul penal; antecedentele medicale ale expertizatului; antecedentele penale, ancheta socială, împrejurările în care s-a săvârșit infracțiunea. O mare importanță are observația clinică, investigațiile clinice și de laborator, datele examenului psihic. Expertiza se execută de o comisie specială și funcționează numai în centrele unde există servicii sau cabinete medico-legale și spital sau secții de psihologie.

În practică se aplică următoarele variante de expertize medico-legale psihologice:

- expertiza ambulatorie;
- în condițiile de staționar;
- în sala de judecată;
- în cabinetul anchetatorului;
- expertiza prin corespondență;
- expertiza post-mortem.

Expertiza ambulatorie

Se efectuează de cele mai dese ori numai după o singură examinare, fără observații în condiții de staționar.

De obicei expertiza ambulatorie se execută în cadrul spitalului de psihiatrie, dispensarului psihoneurologic sau în alte instituții cu profil psihologic. Pe lângă aceste instituții funcționează comisii medico-legale psihologice permanente compuse din trei medici psihologi; președintele și doi membri ai comisiei dintre care unul este raportorul.

Uneori se permite efectuarea expertizei în condiții de ambulator de către o comisie compusă din 2 medici, iar în unele cazuri excepționale numai de un medic. Este vorba de situațiile când nu e posibilă formarea unei comisii complete. Componența comisiei este aprobată de organele ocrotirii sănătății. Membrii comisiei au posibilitatea înainte de efectuarea expertizei de a se familiariza cu materialele din dosarul penal și cu toată documentația de caracter medical. De competența comisiei ambulatorii țin cazurile care nu prezintă dificultăți sub aspectul diagnosticului. Se au în vedere persoanele care sunt evident bolnave psihic sau sunt sănătoase și starea lor psihică nu prezintă nici o îndoială, de aceea concluzia expertizei ambulatorii este suficientă și corespunde tuturor cerințelor necesare față de expertiza medico-legală psihologică.

Organele de urmărire penală recurg mai frecvent la această expertiză medico-legală psihologică comparativ cu expertiza în condițiile de staționar deoarece concluzia se dă într-un termen relativ scurt. În unele cazuri, mai dificile, când diagnosticul nu este precizat comisia ambulatorie îl îndreaptă pe expertizat pentru examinare în staționar.

Practica arată că organele de anchetă nu pot decide care variantă de expertiză e mai potrivită, fiind de competența comisiei să hotărască acest lucru. Dacă judecătorul sau anchetatorii nu sunt de acord cu concluzia comisiei ambulatorii, ei pot solicita încă o expertiză.

Expertiza în condiții de staționar

Se efectuează în spitalele de psihiatrie, în clinici, în institute de psihologie. În unele spitale sunt secții speciale care se ocupă cu expertiza judiciară. Aici expertizatul se află permanent sub observație medicală, se efectuează investigațiile necesare pentru diagnosticarea bolii suspectate.

După studierea datelor adunate comisia examinează învinuitul, apoi se pronunță asupra caracterului bolii. Comisia este compusă din mai multe persoane: președintele, mai des în persoana medicului șef al spitalului sau adjunctului său responsabil de lucru curativ, și doi medici cu o pregătire specială în domeniul psihiatriei judiciare și medicul curant al expertizatului.

Termenul de observație nu trebuie să depășească 30 de zile. În cazurile când acest timp este insuficient pentru o concluzie definitivă, comisia emite o cerere în care motivează necesitatea de a prelungi termenul de observație.

Expertiza în condiții de staționar se impune atunci când boala este complicată, când precizarea diagnosticului e legată de anumite dificultăți, când sunt necesare investigații suplimentare (de exemplu puncție lombară, encefalogramă ș.a.).

Expertiza în sala judecătii

În cazul acestei variante de expertiză psihologul-expert este chemat în sala de judecată. Necesitatea acestei expertize este determinată de mai multe împrejurări. De exemplu, psihologul-expert este invitat când apar îndoieli privind sănătatea psihică a inculpatului. Dacă expertiza nu prezintă dificultăți, atunci procesul de judecată continuă. În caz contrar, este necesar ca învinuitul să fie trimis la expertiză într-o instituție psihiatrică.

Uneori psihologul-expert este invitat de instanța de judecată pentru persoane care au trecut deja expertiza psihologică. E de preferat să se prezinte medicii care au luat parte la expertiză pentru lămurirea unor aspecte referitoare la concluzia dată. În aceste cazuri este vorba despre unele tulburări episodice ale psihicului la persoane sănătoase din punct de vedere psihic. Medicii mai sunt chemați și atunci când după efectuarea expertizei au apărut noi fapte care înainte nu erau cunoscute experților și se impune darea unei noi concluzii.

Atunci când corpul de judecată pune la îndoială concluzia expertizei premergătoare, se solicită opinia unor experți noi, care n-au luat parte la expertiză,. Este necesar ca înainte de ședința de judecată psihologul expert să cunoască conținutul dosarului penal. În caz contrar, el n-are dreptul să ia parte activă în procesul de judecată.

În timpul procesului de judecată expertul ascultă declarațiile învinuitului, victimei, ale martorilor. Cu permisiunea președintelui poate pune întrebări care au importanță pentru expertiză. Participanții la judecată, tot cu învoirea președintelui, îi pot adresa expertului întrebări care au legătură cu expertiza.

Această variantă de expertiză se practică mai des în cazul tulburărilor psihice cu caracter temporar, cum sunt de exemplu beția patologică, o stare crepusculară, un afect patologic și alte tulburări care se întâlnesc la unele persoane sănătoase din punct de vedere psihic.

Expertiza în cabinetul anchetatorului

Această variantă de expertiză se efectuează de obicei de către un singur psihiatru solicitat de anchetator. La ea se recurge foarte rar, deoarece anchetatorul poate dispune expertiza ambulatorie sau în condiții de staționar.

Uneori, luând act de rezultatele expertizei, anchetatorul poate interoga expertul pentru a clarifica unele aspecte ale concluziei stabilite anterior. În alte cazuri aceste consultații au loc înainte de efectuarea expertizei.

Anchetatorul se sfătuiește cu specialistul dacă este nevoie de expertiza judiciară, ce materiale sunt necesare și ce aspecte urmează a fi clarificate în timpul expertizei.

Anchetatorul se poate sfătui cu expertul despre cât de argumentate sunt concluziile expertizei. În cazul când concluzia conține erori esențiale, anchetatorul poate cere repetarea expertizei.

Expertiza prin corespondență

Are loc numai în baza materialului și documentelor din dosarul penal. Posibilitățile expertului de a ajunge la o concluzie numai pe baza materialelor în cauză sunt destul de limitate.

Scopul expertizei prin corespondență este de a controla și verifica argumentarea concluziei stabilite de experți. Această variantă de expertiză este aplicată atunci când apare necesitatea stabilirii momentului când a debutat boala, precum și durata ei.

Uneori se trimite dosarul penal la psiholog pentru a decide dacă este necesară efectuarea expertizei ambulatorii sau în staționar. Asemenea consultații se impun în cazul comiterii unor crime grave.

Nu se justifică dispunerea expertizei prin corespondență în cazurile când lipsește documentația medicală sau aceasta nu este completă, nici atunci când se impune stabilirea unei concluzii privind gravitatea stării psihice.

Este inutilă efectuarea expertizei prin corespondență în cazurile când experții nu au ajuns la o concluzie definitivă, ci au recomandat repetarea expertizei de către altă comisie de experți sau în altă instituție psihiatrică.

Expertiza postmortem

Se efectuează numai pe baza materialelor din dosar din care rezultă starea psihică a bolnavului. Deseori aceste materiale lipsesc și din acest punct de vedere expertiza postmortem este destul de dificilă.

Expertiza postmortem se dispune când apare necesitatea stabilirii stării psihice a persoanelor care au săvârșit o infracțiune și au decedat până la judecată, când e nevoie de revizuirea sentinței primite de decedat în cazul în care au apărut noi date privind starea psihică a lui. Deseori această variantă de expertiză se aplică atunci când judecata trebuie să se pronunțe în conflicte referitoare la valabilitatea actelor de moștenire.

Necesitatea de a efectua expertiza postmortem apare și atunci când persoana în cauză se sinucide. Este vorba de cazurile când după anchetarea minuțioasă a cazului nu se evidențiază motivul sinuciderii și se presupune că fapta este o urmare a unei boli psihice. Aceste presupuneri sunt legate de persoanele care până la sinucidere au avut un comportament straniu.

Expertiza postmortem se impune în cazurile când omul a fost nevoit, a fost adus în stare să se sinucidă. Conform legii se prevede pedeapsirea acestor persoane.

Sarcina principală a expertizei postmortem este de a stabili dacă persoana care s-a sinucis a suferit sau nu de o boală psihică, dacă în momentul sinuciderii a prezentat tulburări psihice temporare și de aceea nu și-a putut da seama ce face.

Trebuie menționat faptul că nu fiecare sinucidere are loc ca urmare a unei boli psihice, cum afirmau în trecut unii psihiatri și sociologi. Poate să se sinucidă și un om sănătos din punct de vedere psihic, sub influența diferitelor cauze (psihogene, stări reactive, somatogene cu o evoluție cronică etc.).

Pentru efectuarea expertizei postmortem este necesar ca organele de urmărire penală să adune toate datele despre persoana care s-a sinucis, inclusiv dezvoltarea sa în copilărie, în perioada de școală, caracterul. Se va ține cont de relațiile din familie, dacă expertizatul n-a făcut abuz de alcool, nu s-a aflat în evidență la medicilor cu afecțiuni psihoneurologice, dacă n-a suferit de boli psihice, dacă nu s-a aflat la tratament în spitalul de psihiatrie ș.a.

Prezintă importanță mai ales comportamentul persoanei în cauză înainte de sinucidere, precum și notele din agendă, jurnalul intim, scrisorile lăsate înainte de moarte. Ele pot ajuta la stabilirea personalității celui decedat și a bolii psihice de care a suferit.

VI.4. Problema iresponsabilității

Sarcina fundamentală a expertizei medico-legale psihologice este aceea de a aprecia tulburările de discernământ și conștiință pe care le prezintă persoana examinată. În acest context este necesar a se stabili dacă infracțiunea comisă este consecința unor alterări psihice, în ce măsură inculpatul poate aprecia faptele săvârșite. Toate aceste aspecte sunt cuprinse în noțiunea de responsabilitate.

Principiile fundamentale vizând problema iresponsabilității sunt menționate în Codului penal al României. Nu este supusă răspunderii penale persoana care în timpul săvârșirii unei fapte periculoase se afla în stare de iresponsabilitate, adică nu putea să-și dea seama de acțiunile sale din cauza unei boli psihice cronice, a unei tulburări psihice temporare, a debilității mintale sau a unei alte stări patologice. Față de asemenea persoane, pe baza hotărârii instanței de judecată pot fi aplicate măsuri de constrângere cu caracter medical.

De asemenea, nu este supusă pedepsei persoana care, deși a săvârșit infracțiunea în stare de responsabilitate, înainte de pronunțarea sentinței de către instanța de judecată s-a îmbolnăvit de o boală psihică. Față de o asemenea persoană, pe baza hotărârii instanței de judecată, pot fi aplicate măsuri de constrângere cu caracter medical, iar după însănătoșire ea poate fi supusă pedepsei.

Acest articol are la bază două criterii: medical și juridic.

1. Criteriul medical constă în prezența unei boli psihice cronice, a unor tulburări psihice temporare, a demenței sau a unei alte stări morbide.

2. Criteriul juridic vizează absența capacității de a fi conștient de acțiunile săvârșite sau de a le stăpâni.

În psihologie, sunt numite boli psihice cronice afecțiunile care au o evoluție îndelungată, care sub influența tratamentului sau altor cauze nu dispar sau nu dispar în totalitate. Din această grupă fac parte schizofrenia, epilepsia, paralizia progresivă, unele psihoze organice sau alte psihoze cu o evoluție de lungă durată.

Tulburările psihice temporare se caracterizează printr-un debut acut și o evoluție de scurtă durată. Ca exemplu pot servi psihozele reactive și alte psihoze exogene (toxice, infecțioase).

Unul din criteriile medicale din art.11 este demența pentru care e caracteristică o scădere intelectuală accentuată și ireversibilă. Demența poate fi înăscută sau cauzată de diferite procese distructive din creier în urma unor traume cerebrale, boli infecțioase sau alți factori nocivi.

Referitor la noțiunea „unor alte stări morbide” ca un criteriu medical al iresponsabilității se au în vedere mai des psihopatiile, nevrozele, infantilismul, oligofrenia și alte stări psihice.

În trecut, concluzia privind iresponsabilitatea se fonda numai pe criteriul medical. Ulterior, ca urmare a studierii mai aprofundate a bolilor psihice, s-a constatat că nu fiecare bolnav psihic poate fi socotit iresponsabil. Uneori boala psihică are o evoluție benignă și bolnavul poate fi responsabil.

Pentru a diferenția bolnavii psihici iresponsabili de cei responsabili a fost necesar de a introduce în expertiza medico-legală psihiatrică și criterii juridice, unul dintre ele fiind „absența capacității de a fi conștient de acțiunile săvârșite sau de ale stăpâni”. Acest criteriu joacă un rol foarte important în aprecierea iresponsabilității. El include în componența sa factorul volitiv (capacitatea de a conduce și stăpâni acțiunile sale) și factorul intelectual (conștiința de acțiunile săvârșite).

Din cele expuse rezultă necesitatea de aplicare a ambelor criterii în problema iresponsabilității. Nu trebuie uitat că și în caz de demență, dacă nu este prea gravă, bolnavul în momentul săvârșirii faptei își dă bine seama de acțiunile sale și, în consecință, el trebuie socotit responsabil.

Totodată se impune o studiere mai aprofundată a incapacității psihice deoarece ea poate fi congenitală sau dobândită. La unii bolnavi poate fi permanentă, la alții are un caracter episodic. De aceea incapacitatea psihică trebuie să fie studiată de medici specialiști, care să aprecieze dacă inculpatul, în momentul săvârșirii crimei, avea capacitatea de a înțelege, își dădea seama de acțiunile sale și de consecințele lor.

Medicii specialiști care efectuează expertiza medico-legală psihologică nu trebuie să se pronunțe dacă persoana examinată răspunde sau nu penal, ci numai dacă expertizatul a fost apt să-și dea seama de fapta sa.

Noțiunile de responsabilitate și iresponsabilitate sunt determinate de evoluția proceselor psihice și starea sănătății psihice a omului, cu alte cuvinte de datele psihologiei și psihiatriei. Acțiunile spontane și volitive, faptele și comportamentul în general sunt controlate de conștiință. De aceea omul sănătos din punct de vedere psihic trebuie și poate să-și dea seama de mediul în care acționează, de posibilitățile reale de a săvârși sau nu o infracțiune.

Vinovăția și gradul răspunderii nu se stabilesc numai în raport cu starea psihică, ci și în funcție de toate împrejurările comiterii faptei, pe care le apreciază și sancționează instanțele de judecată. Trebuie menționat că principalul temei al vinovăției este intenția cu care a fost comisă fapta.

Criteriul de definire al intenției este discernământul, deoarece infractorul prevede rezultatul faptei sale, urmărind producerea lui prin săvârșirea acelei fapte. Pentru a da o definiție a responsabilității, V. Dragomirescu și colab. trec în revistă diferite teorii, unele dintre ele având și un caracter filozofic. Astfel, Cezare Lombroso susține că acțiunile omului sunt predestinate, datorită caracterelor sale constituționale; deci nu există o exprimare liberă a voinței și din acest motiv nu poate fi socotit niciodată responsabil.

Pe de altă parte sunt teorii cu un caracter mai materialist. Din acest punct de vedere S. Rubiștein arată că „libertatea acțiunilor conștiente este numai aparent în opoziție cu determinismul, adică cu necesitatea”.

Acțiunile omului sunt condiționate obiectiv, iar libertatea presupune cunoașterea legilor existente independent de voința omului, adică libertatea în sens filozofic este „necesitatea devenită conștientă”. Măsura conștientă a responsabilității depinde de condițiile concrete, de posibilitățile reale pe care mersul evenimentelor le oferă pentru a lua o atitudine conștientă față de urmările faptelor sale.

Se poate concluziona că acțiunile omului sunt determinate de condiții obiective, acesta fiind liber să-și definească singur conduita, în funcție de cunoașterea legilor obiective ale naturii și sociale și în concordanță cu ele, de asemenea în funcție de posibilitatea de a prevedea urmările faptelor sale. D. R. Lunț susține că intervenția dialectică dintre libertate și necesitate este teza cea mai importantă pentru rezolvarea problemei responsabilității.

Deci autorii amintiți definesc responsabilitatea ca „totalitatea de însușiri pe care un individ trebuie să le aibă în momentul săvârșirii unei infracțiuni pentru ca aceea ce s-a săvârșit să i se poată imputa. Absența acestor însușiri condiționează iresponsabilitatea”.

În acest context se mai poate menționa și concepția lui I. Moraru și V. Predescu care arată că „prin responsabilitate înțelegem totalitatea particularităților psihice ale individului, care-l fac pe acesta să înțeleagă libertatea și necesitatea acțiunilor sale, în unitate dialectică cu legile obiective de dezvoltare a societății, și să aprecieze consecințele faptelor sale, atunci când el acționează contrar acestei unități”.

Responsabilitatea este, prin urmare, un atribut al persoanei și totodată al colectivității în care s-a format și s-a perfecționat pe parcursul dezvoltării ontogenetice, paralel și condiționat de formarea și dezvoltarea relațiilor interpersonale, de perfecționarea societății și relațiilor sociale. De aici rezultă și concluzia că această calitate, dublă reflectare și condiționare, se va perfecționa permanent (V. Dragomirescu și colab.).

În interpretarea noțiunilor de responsabilitate și iresponsabilitate pot apare diferite variante. Dacă o persoană comite infracțiuni de mai multe ori, concluzia privind responsabilitatea lui trebuie decisă în fiecare caz aparte, chiar dacă această persoană a fost cândva socotită iresponsabilă.

În cazurile când infracțiunea a fost săvârșită de un bolnav psihic grav expertiza îl poate aprecia ca fiind iresponsabil. În unele cazuri epilepticul cu accese rare nu este socotit bolnav psihic. Însă el poate comite o crimă fiind într-o stare convulsivă, așa cum este starea crepusculară care se întâlnește destul de des la acești bolnavi.

Cu toate că în momentul expertizei bolnavul nu are dereglări psihice, el este socotit iresponsabil, fiindcă a comis crima când era într-o stare de psihoză. Uneori psihoza apare după ce inculpatul a săvârșit fapta. În aceste cazuri judecata ia hotărârea ca inculpatului să-i fie aplicat un tratament obligatoriu.

Dacă psihoza are un caracter trecător, el este socotit responsabil deoarece în momentul săvârșirii crimei era sănătos. Se poate întâmplă că infracțiunea s-a săvârșit în stare de responsabilitate, iar în timpul procesului de judecată a apărut o boală psihică malignă, incurabilă. Acești bolnavi vor fi trimiși obligatoriu într-un spital de psihiatrie pentru tratament, iar procesul de judecată închis.

Expertiza medico-legală psihologică este o expertiză medicală cu un cadru juridic și organizatoric bine definit al cărei scop este de-a oferi justiției date cât mai obiective despre discernământul în momentul săvârșirii crimei.

Discernământul (după V. Predescu și colab.) este funcția psihică de sinteză care se manifestă în capacitatea subiectului de a concepe planul unei acțiuni, scopul ei, ordinea ei, ordinea etapelor desfășurării ei și rezultatul (consecințele) care decurg din săvârșirea ei. Este capacitatea subiectului de a organiza motivat activitatea sa. În el se exprimă libertatea de voință a subiectului de a săvârși acte conforme cu necesitatea social-istorică, normele pe care subiectul și le-a însușit și le respectă ca o comandă socială interiorizată, ca o datorie morală a cetățeanului civilizat față de conviețuirea socială.

Această funcție depinde de doi factori:

a) de structura personalității subiectului;

b) de structura conștiinței acestuia în momentul săvârșirii faptei.

Din acest punct de vedere expertiza trebuie să studieze cât mai în detaliu personalitatea inculpatului apelând la datele din dosarul penal, din ancheta socială, din documentele medicale. De cea mai mare importanță, este aprecierea gradului de dezvoltare intelectuală în momentul expertizei. Dacă este necesar, pot fi aplicate și investigații psihologice. Al doilea moment important este constituit de experiența de viață a subiectului. Un factor determinant în structura personalității este educația. De aceea se va ține cont de aprecierea gradului de educație în familie și instituțională. Un rol important are și prezența unor factori organici sau somatici (traume, intoxicații, somatogenii) care duc la o scădere a nivelului personalității.

Examinând minuțios particularitățile personalității inculpatului, expertul poate conchide dacă subiectul examinat este matur psihic sau încă nu a atins această etapă de evoluție, în care e plenar responsabil, găsindu-se fie într-o etapă anterioară (cazul minorului, adolescentului sau al psihopatului și oligofrenului), fie într-o etapă posterioară maturității, cum este etapa involuției.

Deci, responsabilitatea implică concomitent particularitățile personalității individuale care în diferitele cazuri poate fi apreciată ca matură, imatură, dizarmonică, nevrotică, psihotică, dementială. Așadar, în evoluția structurii personalității se observă diverse grade de angajare responsabilă care în cele din urmă pot duce și la iresponsabilitate.

Al doilea moment principal se referă la structura conștiinței subiectului în momentul săvârșirii crimei, în comparație cu structura conștiinței în momentul examinării.

Dacă expertul s-a asigurat că subiectul are o bază, un potențial care îi poate asigura discernământul atunci el trebuie să se asigure și dacă în momentul comiterii crimei persoana a dovedit un nivel de conștiință suficient pentru a atesta prezența discernământului sau din contră.

Vorbind despre responsabilitate, vom menționa că nu constituie o infracțiune fapta săvârșită de un minor care n-a fost conștient de acțiunile sale în virtutea particularităților vârstei, dar nu ale bolii. În codul penal este prevăzută vârsta de responsabilitate a minorilor. Conform acestei legi minorul care n-a împlinit vârsta de 14 ani nu răspunde penal. Caracterul penal al faptei săvârșite de minor până la vârsta de 14 ani este înlăturat (art. 14 al Codului civil).

Expertiza medio-legală psihologică la minori are un caracter complex. Necesită cercetări sociologice privind viața școlară și familială, date anamnezice despre dezvoltarea minorului, despre prezența diferiților factori nocivi care influențează dezvoltarea sau structurarea unor dizarmonii precocede ale personalității. Paralel cu aceasta sunt necesare investigațiile psihologice pentru testarea nivelului intelectual, alte cercetări paraclinice.

Pe baza celor expuse mai sus comisia de expertiză trebuie să facă aprecieri de ordin prognostic și să indice măsurile de prevenire și corecție, mai ales măsuri educative și de supraveghere în familie, sau de natură psihopedagogică, aplicabile în cadrul instituțiilor de reeducare, sau în cadrul școlilor de reeducare, iar pentru minori cu diverse deficiențe psihice și fizice, fiind handicapați, se necesită internarea lor în școli speciale pentru reeducare, recuperare, în raport cu handicapul pe care-l prezintă.

În unele țări se practică așa-numita responsabilitate atenuată - micșorarea vinovăției și răspunderii persoanei cu anomalii psihice ce nu determină responsabilitatea. Această responsabilitate atenuată este respinsă de majoritatea juriștilor fiindcă problema conștiinței nu se poate prezenta fragmentar.

Adepții responsabilității atenuate invocă lipsa unei flexibilități sau a adaptabilității în noțiunea de responsabilitate care nu permite stări intermediare între responsabilitate și iresponsabilitate. Ei afirmă că în afară de oameni absolut sănătoși și bolnavi, există persoane a căror stare a sănătății se află la limita dintre sănătate și boală. Aceste argumente sunt neconvingătoare deoarece în cazurile când starea infractorului se găsește la limita între boală și sănătate, nefiind conștient de acțiunile sale, el este socotit iresponsabil. În același timp, în prezența unor anumite împrejurări legea admite o atenuare a vinovăției și micșorarea pedepsei.

Pentru expertiza medico-legală psihologică dovezi ale infracțiunii pot servi orice date sau mărturii reale, pe baza cărora organele de justiție iau decizia privind responsabilitatea persoanei care a săvârșit crima. Prezintă o mare importanță declarațiile martorilor, victimelor, inculpaților. Declarațiile martorilor trebuie să fie cât mai precise, mai reale și obiective.

În corespundere cu Codul penal, martorii sunt obligați să se prezinte când sunt chemați de organele judiciare. Uneori martorii fac declarații denaturate fără voia lor. În momentul săvârșirii crimei la ei apare o stare afectivă manifestată prin spaimă, buimăceală, o percepere falsă și incapacitatea de a reda real cele văzute. Alții martori sunt necinstiți și induc în mod conștient în eroare organele judiciare prin declarațiile lor.

Expertiza medico-legală psihologică a victimei, martorilor, acuzaților se efectuează numai printr-o hotărâre specială a organelor de urmărire penală sau cu hotărârea judecătii. Pentru a trimite la expertiză aceste persoane trebuie făcut un demers din partea lor, din partea rudelor, a uneia din părțile implicate în judecată sau din inițiativa organelor de anchetă ori a tribunalului. Nu pot fi interogate în calitate de martori persoanele cu defecte fizice și psihice care au o percepție falsă asupra evenimentelor în timpul săvârșirii crimei. Percepția denaturată este frecventă la bolnavii cu deliruri (de persecuție, influență, gelozie), halucinații, mai ales auditive, tulburări de conștiință, de memorie, la demenți.

Dacă în timpul interogatoriului apar îndoieli despre starea psihică a martorului, este necesară părerea psihologului.

În concluzie, privind starea psihologică a martorilor și a victimelor, psihologul trebuie să indice dacă aceștia sunt capabili să aprecieze evenimentele trăite, să dea despre ele declarații obiective. Aceste momente sunt oglindite și în Codul penal. Conform art. 572 nu poate fi ascultată ca martor persoana care din cauza defectelor sale fizice sau psihice nu este în stare să înțeleagă împrejurările care prezintă importanță pentru pricină și să facă referitor la ele depoziții juste.

În unele cazuri când victima s-a îmbolnăvit psihic în urma traumei fizice sau psihice expertul psiholog trebuie să se pronunțe privind dependența bolii psihice de trauma pricinuită victimei.

Controlul veridicității declarațiilor făcute atât de persoanele sănătoase din punct de vedere psihic cât și de bolnavii psihici nu intră în competența psihologului. Totuși pot fi utile informațiile martorilor, cum ar fi scăderea moderată a memoriei, sugestibilitatea accentuată, tendința spre fantezii, suspiciunea mărită. Deși aceste deviații ale personalității nu sunt contraindicații pentru a fi martor, ele trebuie luate în considerație de organele de urmărire penală.

În unele cazuri declarațiile au un caracter bizar și nu au nimic comun cu realitatea. Aceste fenomene se manifestă uneori sub formă de calomnie și autocalomnie.

Calomniile se întâlnesc mai des la bolnavii psihici. Frecvent, ele se observă la schizofrenici cu diferite stări delirante, la bolnavii cu dereglări de memorie și tendințe spre confabulații, la bolnavii psihici cu un comportament virulent, mai ales în psihozele senile. Calomniile se mai întâlnesc la persoanele isterice în scop de șantaj. Spre exemplu, o bolnavă de schizofrenie a făcut o plângere precum că a fost violată de psihologul de la cabinetul psihoneurologic.

Autocalomniile le întâlnim mai des la bolnavii de schizofrenie forma simplă și la ologofrenii cu o sugestibilitate mărită. Aceste persoane iau asupra lor diferite infracțiuni. Povestesc în detaliu despre crime pe care nu le-au săvârșit. Fenomenul are loc în special când bolnavii psihici cad sub influența unor persoane cu un comportament antisocial. Alți bolnavi, mai ales în stare de depresie, se învinuiesc pe ei înșiși de săvârșirea diferitelor crime. Uneori la bolnavii cu o insuficiență intelectuală mai gravă autocalomniile au scopul de a atrage atenție asupra persoanei lor, de a trezi admirația celor din jur.

Examinarea medicală a condamnaților care s-au îmbolnăvit de o boală psihică în timpul ispășirii pedepsei în închisoare și măsurile necesare în privința lor se reglementează de art. 342, al Codului penal.

Efectuarea expertizei medico-legale psihologice la condamnați se impune atunci când se necesită hotărârea de eliberare a condamnaților înainte de termen în legătură cu boala psihică sau când e necesară o reexaminare a pedepsei în legătură cu apariția diferitelor schimbări în starea psihică.

În instituțiile de reeducare prin muncă se găsesc diferite categorii de condamnați. În unele cazuri când condamnatul s-a îmbolnăvit de o boală psihică gravă cu evoluție cronică care împiedică ispășirea pedepsei, judecata, pe baza concluziei medicale, are dreptul să-l elibereze înainte de termen. Aceste expertize au loc mai des când apare o boală psihică cronică (schizofrenie, unele psihoze epileptice cu o evoluție continuă, stări psihice grave după un ictus). Bolnavii în cauză sunt trimiși la un tratament obligatoriu sau sub tutela organelor Ministerului Sănătății. Aceste expertize se efectuează de către o comisie medicală organizată de serviciul sanitar al instituțiilor de reeducare prin muncă.

În alte cazuri, boli psihice cu evoluție cronică nu sunt descoperite în perioada de anchetare și judecată a condamnaților. Unii din acești bolnavi nici n-au trecut expertiza medico-legală psihologică. Este vorba, mai ales, de bolnavii cu o schizofrenie lentă care se manifestă prin sindroame nevrotiforme, psihopatiforme, sau cu idei delirante nepronunțate. În instituțiile de educare prin muncă poate avea loc o acutizare a bolii, situație în care nu mai este nici o îndoială în privința diagnosticului. Acești bolnavi sunt reexaminați de comisii medicale și trimiși la tratament obligatoriu.

Uneori tulburările psihice ale unor condamnați n-au fost atât de grave încât să-i împiedice să-și dea seama de acțiunile lor în momentul săvârșirii crimei. După ce ei nimeresc în instituțiile de reeducare prin muncă se poate observa o înrăutățire sau o decompensare a bolii sub influența diferiților factori nocivi. În caz de evoluție malignă a bolii acestor bolnavi li se instituie un tratament obligatoriu.

La unii condamnați în timpul ispășirii pedepsei pot apărea dereglări psihice cu un caracter temporar. Ele se manifestă sub forma unei stări reactive mai des cu un sindrom depresiv, depresiv-delirant, anxietate, reacții isterice. La psihopați poate avea loc o decompensare, iar la epileptici o accelerare a acceselor ș.a. După o examinare medicală acești bolnavi sunt transferați în spitale psihiatrice, iar după tratament se reîntorc în închisoare.

Pentru expertiză medico-legală psihologică în spitale de psihiatrie sunt trimiși de obicei condamnații a căror boală psihică nu poate fi diagnosticată în condițiile închisorii.

În concluziile lor experții trebuie să răspundă la următoarele întrebări: dacă condamnatul este bolnav psihic sau nu, care este diagnosticul bolii, dacă boala are o evoluție cronică și poate servi drept temei pentru a-l elibera pe condamnat de pedeapsă, dacă sunt necesare măsuri cu caracter medical și care anume. În timpul expertizei trebuie avută în vedere și încercarea de simulare a unei boli psihice.

În rândurile condamnaților aflați în instituții de reeducare prin muncă sau în închisoare pot apărea tulburări psihice temporare în timpul cărora ei pot săvârși alte crime. În aceste cazuri, sunt considerați iresponsabili de infracțiunea săvârșită, însă după ieșirea din psihoză, având în vedere caracterul episodic al bolii, ei își vor ispăși pedeapsa în continuare.

Una din problemele care vizează acest aspect este ajutorul psihologic necesar condamnaților cu alterări psihice care nu sunt contraindicații pentru aflarea lor în staționările de reeducare prin muncă. Este vorba de pacienții cu stări nevrotiforme, psihopatiforme, cu fenomene reziduale după un proces organic (traume, encefalite), forme ușoare de oligofrenie, epilepsie ș.a. Acești bolnavi se află în evidență la unitățile medico-sanitare unde, la nevoie, li se instituie tratament. În caz de decompensare sau acutizare a bolii psihice, bolnavii în cauză sunt tratați staționar în spitale de psihiatrie.

Expertiza medico-legală psihologică în procesul civil are o însemnătate destul de mare deoarece ea apără drepturile civile și interesele bolnavilor psihic. În practica psihiatriei judiciare, această formă de expertiză se întâlnește mai rar decât cea vizând responsabilitatea.

Una dintre noțiunile importante ale legislației civile este cea de capacitate juridică. Conform legii, capacitatea juridică se exprimă prin drepturi civile, obligații față de lege pe care orice cetățean le capătă din momentul nașterii și de care beneficiază pe tot parcursul vieții. Aceste drepturi și obligații sunt descrise în art. 10 al Codului civil unde se spune că cetățenii pot avea avere proprie, dreptul de a se folosi de casa de locuit și alte bunuri, să lase prin testament sau moștenire averea sa, să-și aleagă profesia, locul unde trăiesc, să aibă drept de autor asupra lucrărilor științifice, în literatură și artă, descoperiri, invenții și alte drepturi patrimoniale.

Capacitatea de acțiune în toată puterea cuvântului începe odată cu majoratul, la vârsta de 18 ani. Art. 11 al Codului civil prevede: „Capacitatea de muncă a cetățeanului, de a dobândi prin actele sale drepturi civile și de a-și asuma obligațiile civile (capacitatea civilă de exercițiu) ia naștere din momentul majoratului, adică din momentul împlinirii vârstei de 18 ani”. La această vârstă, deja a avut loc maturizarea psihicului, omul a acumulat o oarecare experiență de viață care îi permite să înțeleagă și să-și dirijeze corect acțiunile.

Noțiunea de capacitate juridică este strâns legată de noțiunea de capabilitate de acțiune. În Codul civil sub capabilitatea de acțiune se înțelege posibilitatea cetățeanului de a-și procura drepturi civile și de a-și forma pentru sine obligațiuni civile. Dacă cetățeanul din cauza bolii psihice sau a demenței nu poate înțelege însemnătatea acțiunilor sale și nu le poate coordona, este socotit de judecată ca incapabil de acțiune (art. 16 al Codului civil).

Ca și Codul penal, în procesul civil, pentru efectuarea expertizei un rol important îl au criteriul medical și criteriul juridic. Criteriul medical subînțelege noțiuni ca „boala psihică” și „demență”. După simptomatice și evoluție, boala psihică include cele mai diferite boli psihice care duc la schimbări profunde și persistente ale personalității. Noțiunea de demență presupune o scădere totală a activității psihice. În ambele cazuri are loc neputința de adaptare socială.

Criteriul juridic exprimă absența capacității de a fi conștient de acțiunile sale și de a le stăpâni. Totodată reprezintă și gravitatea tulburărilor psihice care îl lipsesc pe bolnav de putința de a-și realiza singur drepturile civile și obligațiile.

Pentru ca o persoană să fie apreciată ca incapabilă de acțiune este necesară o suprapunere a criteriului medical cu cel juridic. Ultimul criteriu este hotărâtor în concluzia expertizei, deoarece doar constatarea diagnosticului nu permite aprecierea unei persoane ca incapabilă de acțiuni. Concluzia hotărâtoare în aceste cazuri se bazează pe gravitatea tulburărilor psihice care determină și incapacitatea de a acționa, adică pe criteriul juridic. Conform art. 16 al Codului civil, cetățeanul care din cauza alienației mintale sau debilității mintale nu este în stare să înțeleagă însemnătatea actelor sale sau să le dirijeze, poate fi declarat incapabil de către instanța judecătorească urmând să i se instituie o tutelă.

Convenția încheiată de un cetățean care se află într-o stare care nu-i permite să înțeleagă însemnătatea faptelor comise este declarată nulă de către instanța de judecată (art. 54 al Codului civil). Potrivit art. 58 al Codului civil, dacă o asemenea convenție a fost declarată nulă, persoana care a fost aptă de acțiune este obligată să restituie celeilalte părți incapabile de acțiune toate cheltuielile făcute de ea, să-i repare daunele suferite prin pierderea sau deteriorarea bunurilor. Convenția declarată nulă se consideră nevalabilă din momentul încheierii ei (art. 61 al Codului civil).

Legea prevede și capacitatea de acțiune a minorilor. În conformitate cu art. 14 al Codului civil, în cazul minorilor care n-au împlinit vârsta de 15 ani, convențiile sunt încheiate în numele lor de către părinții, înfietorii sau tutorii.

Articolul 53 al Codului civil stipulează că orice convenție încheiată de un minor care n-a împlinit vârsta de 15 ani nu este valabilă. Fiecare din părțile care au participat la o asemenea convenție este obligată să restituie celeilalte părți, în natură, tot ce a primit în baza convenției, iar în cazul când aceasta nu este posibil, să plătească în bani valoarea celor primite. Partea care posedă capacitate de acțiune este obligată, pe lângă aceasta, să restituie celeilalte părți cheltuielile făcute de aceasta, să-i compenseze daunele suferite prin pierderea sau deteriorarea bunurilor, dacă știa sau trebuia să știe că cealaltă parte nu are capacitatea de acțiune.

Minorilor, conform părților a doua și a treia ale art. 14 din Codul civil, li se permite să încheie numai convenții mici ce țin de viața de toate zilele.

Pentru dauna cauzată de un minor răspund părinții, înfietorii sau tutorele lui, dacă ei nu vor dovedi că dauna nu a provenit din culpa lor. Dacă minorul se află sub supravegherea unei instituții de învățământ, de educație sau curăție, acestea răspund pentru daună, dacă nu vor dovedi că ea n-a provenit din culpa lor. (art. 48 al Codului civil).

În mod similar se procedează și cu adulții. Când o persoană este declarată incapabilă de acțiuni, dacă ea a acuzat vreo daună, de aceasta răspunde tutorele sau organizația obligată să-l supravegheze, dacă nu vor dovedi că dauna nu s-a produs din culpa lor (art. 483 al Codului civil).

În alte cazuri când o persoană aptă de acțiuni a săvârșit o faptă aflată fiind într-o stare când nu putea să înțeleagă consecințele, este iresponsabilă de ele. Nu va fi, însă, scutită de răspundere, dacă ea însăși e vinovată de faptul că a ajuns într-o situația respectivă în urma consumului de alcool, de substanțe narcotice (art. 484 al Codului civil).

Persoanele care sunt apreciate ca incapabile de acțiuni nu pierd dreptul de a posedea avere, însă o pot dona sau vinde numai prin intermediul tutorelui.

Aprecierea cetățeanului ca fiind incapabil de acțiuni o face numai tribunalul. Demersuri pentru ca bolnavul psihic să fie recunoscut ca incapabil de acțiuni pot face membrii familiei sale, instituțiile sindicale și obștești, procurorul, organele de tutelă, instituțiile de profil psihiatric. Dosarul acestor persoane se examinează în prezența procurorului și organelor de tutelă.

Prezența bolnavului la judecată depinde de starea sănătății lui. Tribunalul, având destule date despre boala psihică sau gradul de demență, dispune o expertiză medico-legală judiciară pentru a stabili starea psihică a bolnavului.

În cazurile când bolnavul psihic se sustrage de la expertiză, instanța poate hotărâ trimiterea obligatorie a bolnavului la expertiza psihiatrică unde participă medicul psiholog și procurorul. În caz de însănătoșire sau ameliorare a stării psihice a persoanei care era incapabilă de acțiuni, tribunalul o poate recunoaște drept capabilă de acțiuni (art. 16 al Codului civil). Tot acesta anulează și tutela care a fost aplicată mai înainte. Recunoașterea bolnavului ca fiind capabil de acțiuni se efectuează de către instanță conform cererii tutorelui pe baza expertizei medico-legale psihologice.

Legea permite o limitare a capacității de acțiune, mai ales în ceea ce privește afacerile referitoare la avere și alte dispoziții pentru persoanele care fac abuz de alcool sau substanțe narcotice și care prin aceasta aduc prejudicii familiei lor, punând-o într-o stare materială grea. În baza hotărârii judecătorești li se stabilește o tutelă. Fără voia tutorelui aceste persoane nu pot efectua nici un fel de afaceri legate de avere, nu pot să primească salariul, pensia sau alte venituri și să se folosească de ele. Articolul 57 al Codului civil prevede că dacă o asemenea persoană încheie o convenție prin care dispune de bunurile sale, fără consimțământul tutorelui, această convenție poate fi declarată nulă de instanța de judecată în urma unei acțiuni intentate de tutore.

Dacă aceste persoane au încetat să mai facă abuz de băuturi spirtoase și de substanțe narcotice, judecata anulează limitarea acțiunilor lor și, totodată, tutela (art. 15 al Codului civil).

Când bolnavul suferă de o boală fizică sau somatică, cu păstrarea capacităților psihice, se poate institui un patronaj, ceea ce nu se referă însă la incapacitatea de acțiune.

De aceea o persoană se socotește incapabilă de a acționa numai când are nevoie de tutelă din cauza unei boli psihice sau a demenței.

Legea în această privință stabilește o diferență între tutelă și patronaj (funcție de curator). Tutela se aplică persoanelor pe care instanța de judecată le apreciază ca lipsite de acțiune ca urmare a bolii psihice sau demenței. Tutorii, din numele și în interesul celor aflați sub tutelă, îndeplinesc drepturile și obligațiile lor.

Patronajul vizează persoanele care sunt apte de acțiuni, dar căror starea sănătății nu le permite să-și realizeze drepturile și obligațiile lor (e vorba de persoanele de vârstă înaintată, cu boli somatice, minori între 15 și 17 ani și persoanele care au fost limitate în acțiunile lor de către instanța judecătorească din cauza abuzului de băuturi spirtoase și substanțe narcotice).

Legea prevede mari restricții față de numirea tutelei și patronajului. Tutorele sau persoana cu funcții de curator se numește numai cu acordul lor personal. Nu pot fi tutori sau curatorii minorii, persoanele decăzute de instanța de judecată ca inapte de acțiuni sau limitate în acțiunile lor.

Când se alege tutorele sau curatorul, este necesară luarea în considerare a calitățile lor personale, a capacității de a îndeplini obligațiile de tutore, relațiile dintre tutore și persoana căreia i se aplică tutela sau patronajul.

Expertiza medico-legală psihologică se impune în cazul proceselor de judecată referitoare la afaceri unilaterale (lăsarea prin testament, contract de dăruire, refuz de moștenire), afaceri reciproce (cumpărare sau vânzare, schimb), desfacerea căsătoriei în legătură cu boala psihică a unuia dintre soți, compensarea pagubelor care au fost pricinuite bolnavilor psihici.

Ca și procesul penal, expertiza medico-legală psihologică în procesul civil se poate efectua în condiții de ambulatoriu, de staționar, în sala instanței de judecată, prin corespondență și postmortem.

Expertiza prin corespondență are loc atunci când expertizatul, datorită unei boli somatice grele sau din cauza distanței mari, nu se poate prezenta la expertiză. Dacă chestiunea nu este destul de clară expertul poate să insiste ca bolnavul să se prezinte pentru a fi examinat.

În cazuri rare, când expertizatul suferă de o boală somatică foarte grea, expertul se poate deplasa el însuși pentru a examina bolnavul în spital sau acasă.

Expertiza postmortem se efectuează atunci când este necesară stabilirea stării psihice a persoanei în momentul scrierii testamentului sau al căsătoriei. Asemenea precizări se impun mai ales atunci când declarațiile martorilor au un caracter contradictoriu. Totodată, unele boli psihice pot evolua cu o simptomatică puțin pronunțată care poate rămâne neobservată de cei din jur. Unii bolnavi disimulează cu iscusință trăirile lor halucinatorii și delirante și de aceea boala nu este observată de rude. Uneori sunt apreciate ca o boală psihică și manifestările isterice atestate la o persoană psihopatică de tip isteric.

Când lipsesc materialele care ar putea caracteriza personalitatea decedatului, expertul poate să insiste ca să-i fie puse la dispoziție documentele necesare (corespondența bolnavului, caracteristica de la locul de trai și de lucru, certificate medicale, extras din fișa medicală și alte documente necesare).

Dacă datele obiective despre starea psihică a bolnavului sunt insuficiente, expertul e îndreptăţit să refuze de a da concluzionarea. Un rol important în această privinţă îl joacă şi intervalul de timp ce s-a scurs de la scrierea testamentului.

Cu cât intervalul este mai mare, cu atât amintirile martorilor sunt mai vagi, mai puţin precise. Uneori starea psihică a bolnavului se poate înrăutăţi după plecarea martorului său sau, din contră, se ameliorează în prezenţa lui. Unii martori fac declaraţii pe baza celor comunicate de alte persoane.

Dacă totalitatea simptomelor descrise de martori corespunde cu tabloul clinic al unei boli psihice se poate conchide că cel testat a fost într-adevăr bolnav psihic. Dacă însă aceste simptome au un caracter contradictoriu, declaraţiile trebuie puse la îndoială. Pentru constatarea capacităţii de acţiune instanţa de judecată dispune o expertiză medico-legală psihologică.

De cele mai multe ori stabilirea capacităţii de acţiune se impune când are loc cercetarea unui testament. Ca transmiterea prin testament să fie legală din punct de vedere juridic este necesar ca persoana care efectuează acest contract să fie aptă de acţiunile sale. Testamentul iscălit de o persoană care suferă de o boală psihică sau demenţă nu este valabil deoarece bolnavul era lipsit de capacitatea de acţiune.

Dovezile obiective privind capacitatea de acţiune a unei persoane sunt rezultatele examinării medicale, documentele medicale. Totodată, se ţine cont şi de declaraţiile martorilor. Experţii şi judecătorii trebuie să trateze cu mare atenţie declaraţiile martorilor deoarece ei pot fi interesaţi în cauza respectivă, declaraţiile pot avea un caracter tendenţios şi în acest caz ele nu trebuie luate în seamă.

Înrăutățirea stării psihice după ce a fost semnat contractul de donație sau testamentul nu duce la nevalabilitatea actului. Testamentul făcut de o persoană care a fost incapabilă de acțiuni nu va deveni valabil chiar dacă testorul se va însănătoși.

În aprecierea validității testamentului trebuie avut în vedere pierderea că capacității de acțiune se impune atât în bolile psihice cronice, cât și în tulburările psihice cu caracter temporar, așa cum sunt psihozele infecțioase acute, intoxicațiile acute cu substanțe narcotice, psihozele reactive.

Problema privind capacitatea de acțiune trebuie soluționată când e vorba de unele afaceri și contracte de cumpărare sau vânzare, împărțirea averii, schimb de apartamente ș.a.

Dacă una dintre părți, când s-a semnat contractul a fost lipsită de capacitatea de acțiune ca rezultat al unei boli psihice, demenței sau în legătură cu o boală psihică cu caracter temporar, acest contract se socotește nevalabil.

În aceste cazuri important pentru expert este să stabilească cât de grave erau tulburările psihice în momentul când a fost încheiat contractul și dacă putea persoana în cauză să-și dea seama de acțiunile sale.

În cazurile când contractul este nevalabil fiecare dintre părți este obligată de a întoarce toate cele primite prin contract, iar persoana care a fost aptă de acțiuni să recupereze persoanei care a fost lipsită de capacitate de acțiuni pierderile sau deteriorarea bunurilor.

Schimbul de apartamente poate fi socotit nevalabil numai de instanța de judecată, dacă s-a constatat că învoirea la efectuarea lui a fost dată fără a se ține cont de împrejurările care nu permiteau schimbul.

Cereri pentru desfacerea contractelor din cauza lipsei capacității de acțiuni, de cele mai dese ori, sunt prezentate de instanța de judecată, de către părinți, rude sau tutore.

Prezintă interes sub acest aspect desfacerea căsătoriei (divorțul). Nu poate fi înregistrată o căsătorie în caz că una sau ambele persoane care solicită acest lucru sunt bolnave psihic sau suferă de demență.

Dacă se constată că în timpul legalizării căsătoriei unul dintre soți era bolnav, căsătoria este socotită nevalabilă. O căsătorie nevalabilă nu atrage după sine nici un drept sau obligații între persoanele căsătorite, așa cum este dreptul la avere.

În cazul când unul dintre soți s-a îmbolnăvit de o boală psihică cu o evoluție cronică pe parcursul vieții în comun și cel de-al doilea soț intentează proces de divorț necesară o studiere minuțioasă a tuturor împrejurărilor deoarece poate apărea problema despre lipsirea părinților de drepturile lor părintești din cauza bolii psihice.

Instanța de judecată poate să anuleze căsătoria numai dacă se aduc date destul de argumentate și păstrarea familiei nu poate crea condiții favorabile de trai și de educare a copiilor.

Desfacerea căsătoriei este legată de o serie de probleme privind asigurarea materială a copiilor, împărțirea averii între soți, ordonarea tutelei pentru apărarea drepturilor personale și patrimoniale ale soțului răspunzător și ale copiilor.

Nu în toate cazurile când o persoană suferă de o boală psihică cronică este necesară desfacerea căsătoriei. Aceasta are loc numai când persoana în cauză nu poate să-și dea seama de acțiunile sale. În caz de o boală psihică cronică nu prea gravă și dacă bolnavii sunt în fond conștienți de acțiunile lor ei se pot căsători, iar procesul de căsătorie se socotește valabil.

Când are loc procesul de desfacere a căsătoriei, instanța de judecată ia o decizie în baza concluziei date de expertiza medico-legală psihologică. Experții trebuie să-și expună părerea nu numai cu privire la gravitatea bolii psihice ci și la prognosticul ei. Dacă boala psihică are un caracter temporar, ea nu poate servi drept motiv de desfacere a căsătoriei. O problemă mai dificilă este aceea când boala psihică cronică a apărut într-una din etapele vieții conjugale.

Instanța de judecată trebuie să ia în considerare durata vieții în comun, comportamentul bolnavului, câți copii sunt în familie și atitudinea părinților față de ei.

La expertiza în procesul civil se recurge mai des în cazul bolnavilor cu schizofrenie cu o evoluție progredientă, sau progredientă prin accese, celor ce suferă de arterioscleroză cu evoluție malignă, bolnavilor cu paralizie progresivă.

Unele dificultăți pot apărea la diagnosticarea epilepsiei, mai ales a stărilor disforice, care au un debut brusc și se manifestă prin descărcări afective, dispoziție deprimată, stări anxioase, cu unele idei delirante, fenomene confuzive. Ele exclud capacitatea de acțiune a bolnavului.

Dacă epilepsia se manifestă cu accese rare, bolnavii sunt considerați ca apti de acțiune. Stările aptico-abulice sau schizoforme la bolnavii cu traume cerebrale pot de asemenea crea probleme în aprecierea capacității de acțiune. Concluziile în aceste cazuri se fac după terminarea tratamentului.

Conform art. 11 al Codului penal nu sunt supuse pedepsei persoanele care au săvârșit o infracțiune fiind bolnavi de boli psihice cronice, cu tulburări psihice temporare, sau în caz de alte stări morbide, dacă aceste persoane n-au fost conștiente de acțiunile lor și nu le-au putut stăpâni.

Nu sunt pedepsite și persoanele care au comis o crimă în stare de responsabilitate, însă la momentul pronunțării sentinței s-au îmbolnăvit de o boală psihică.

Acțiunile periculoase săvârșite de bolnavi psihici nu pot fi socotite ca o crimă, deoarece acești bolnavi datorită dereglării conștiinței, percepției eronate a mediului ambiant, n-au putut să-și dea seama de faptele lor, să prevadă pericolul social și urmările acestor fapte. În aceste cazuri o mai mare importanță prezintă criteriile psihopatologice și nu cele juridice, pentru a da o apreciere mai profundă stării psihice, pericolului social.

Aplicarea măsurilor cu caracter medical este formulată, în art. 55 al Codului penal: „Persoanele care au săvârșit fapte social-periculoase în stare de iresponsabilitate, sau care au săvârșit asemenea fapte în stare de responsabilitate, dar până la pronunțarea sentinței sau în timpul executării pedepsei s-au îmbolnăvit de o boală mintală ce le lipsește de posibilitatea de a-și da seama de acțiunile lor, sau de a le conduce, instanța judecătorească poate să le aplice următoarele măsuri de constrângere cu caracter medical, care se desfășurează de către instanțele curative ale organelor de ocrotire a sănătății:

1. internarea într-un spital de boli mintale cu supraveghere obișnuită;
2. internarea într-un spital de boli mintale cu supraveghere intensivă;
3. internarea într-un spital de boli mintale cu supraveghere riguroasă”.

Dintre măsurile de siguranță cu caracter medical mai fac parte trimiterea bolnavilor sub tutela organelor ocrotirii sănătății și transmiterea bolnavului sub tutela rudelor sau a tutorelui cu supraveghere obligatorie a medicului.

Legea prevede de asemeni și măsuri de constrângere cu caracter medical pentru bolnavii de alcoolism și narcomani.

Toate aceste măsuri, deși radicale, nu sunt o pedeapsă. În timp ce pedepsirea are ca scop reprimarea, corectarea inculpatului, măsurile cu caracter medical au ca scop tratarea bolnavului, apărarea societății de infracțiunile periculoase pe care le poate comite bolnavul. Din acest punct de vedere măsurile cu caracter medical pot fi numite și măsuri de asigurare socială.

Dintre măsurile enumerate mai sus o importanță mai mare o are tratamentul obligatoriu, când bolnavul trebuie neapărat internat în spitalul de psihiatrie. Tratamentul obligatoriu extraspitalicesc (de exemplu ambulatoriu) nu se admite, deoarece în acest mod nu-și atinge scopul.

În conformitate cu legea, necesitatea aplicării tratamentului obligatoriu și a întreruperii lui o decide numai judecata și nu sub formă de sentință ci sub formă de hotărâre.

Reglementarea modului de ordonare și administrare a tratamentului prin constrângere se efectuează conform art. 56 al Codului penal. „Internarea într-un spital de boli mintale cu supraveghere obișnuită poate fi aplicată de către instanța judecătorească unui alienat mintal care din cauza stării sale psihice și a caracterului faptei social-periculoase săvârșite are nevoie de îngrijire spitalicească și de tratament forțat.

Internarea într-un spital de boli mintale cu supraveghere intensivă poate fi aplicată de către instanța judecătorească unui alienat mintal care a săvârșit o faptă social periculoasă, nelegată de un atentat la viața cetățenilor, și care prin starea sa psihică nu prezintă pericol pentru cei din jur, dar are nevoie de îngrijire spitalicească și de tratament în condițiile supravegheții intensive.

Internarea într-un spital de boli mintale cu supraveghere riguroasă poate fi aplicată de către instanța judecătorească unui alienat mintal care din cauza stării sale psihice și a caracterului faptei social-periculoase săvârșite prezintă un pericol deosebit pentru societate și are nevoie de îngrijire spitalicească și de tratament în condițiile supravegheții riguroase.

Persoanele internate în spitale de boli mintale cu supraveghere intensivă sau riguroasă se țin în condiții ce exclud posibilitatea săvârșirii de către ele a unei noi fapte social-periculoase”.

În cazurile când a fost efectuată expertiza psihologică și sunt dovezi incontestabile că infracțiunea a fost comisă de un bolnav psihic care este iresponsabil și prezintă un pericol pentru societate, anchetatorul transmite prin intermediul procurorului dosarul penal judecătoreiei pentru a ordona aplicarea tratamentului prin constrângere. Tribunalul ia hotărârea privind tratamentul obligatoriu în baza concluziei psihologului expert privind pericolul pe care-l prezintă bolnavul pentru societate. Această hotărâre trebuie să fie luată în prezența procurorului și avocatului, a martorilor și victimelor. În cazul în care cineva dintre rude sau avocatul fac un demers ca bolnavului să nu-i fie aplicat tratamentul obligatoriu judecata poate ordona o altă măsură cu caracter medical.

Tratamentul obligatoriu al persoanelor care s-au îmbolnăvit de o boală psihică cu o evoluție cronică în timpul ispășirii pedepsei se decide tot de către judecată cu participarea procurorului și în prezența comisiei medicale care a dat concluzia despre boală. Drept criteriu principal pentru administrarea tratamentului obligatoriu servește pericolul social pe care îl prezintă bolnavul.

În aplicarea tratamentului obligatoriu se ține cont de următoarele împrejurări. Când un bolnav cu delir sau într-o stare confuzională a conștiinței săvârșește o crimă gravă (omor), aceasta ne demonstrează că bolnavul prezintă un pericol mare pentru societate. În alte cazuri bolnavii comit infracțiuni mai puțin grave, însă dat fiind caracterul bolii psihice ei prezintă de asemenea un pericol mare pentru societate. Acestor bolnavi li se poate administra, de asemenea, tratament prin constrângere. Când condamnatul s-a îmbolnăvit de o boală psihică cronică care-l absolvă de pedeapsă, nu se ține cont de gravitatea crimei săvârșite și el este eliberat. În cazul administrării altor măsuri cu caracter medical, infracțiunea se ia în considerare atât de către experți, cât și de completul de judecată deoarece ea atestă că bolnavul prezintă un pericol pentru societate.

Tratamentul obligatoriu se realizează în spitalele de psihiatrie de profil general sau specializate. În spitalele de psihiatrie specializate sunt supuse tratamentului obligatoriu persoanele care au săvârșit crime grave cum sunt: omor, viol, banditism, vătămare corporală gravă, și care au nevoie de o supraveghere riguroasă. De asemeni, tratamentul obligatoriu se aplică și celor care au săvârșit crime grave în stare de responsabilitate și s-au îmbolnăvit de o boală psihică cu evoluție cronică în timpul anchetării sau ispășirii pedepsei.

În unele cazuri, în spitale de psihiatrie specializate pot fi trimise la tratament obligatoriu și persoanele care au săvârșit infracțiuni mai puțin grave, dar care prezintă un pericol mare pentru societate. Factorii care determină pericolul social al acestor subiecți sunt diferiți. La unii bolnavi stările psihice au un caracter persistent, cu tendințe spre recidivare, comportament agresiv. Este vorba mai ales de bolnavii cu delir de urmărire, influență, cu tulburări de conștiință. Alți bolnavi sunt un pericol social, mai ales în cazul unor stări afective, tendințe agresive, brutalității, sindromului psihopatiform de geneză organică sau schizofrenică.

O categorie aparte de bolnavi sunt periculoși prin faptul că ei săvârșesc crime de mai multe ori. Pentru a se evita recidiva, aceștia trebuie să se afle cât mai mult în spital. De exemplu, în Anglia termenul de tratament este de 6 ani și în SUA de 21 de ani. Desigur, că termenele prea lungi nu sunt preferabile deoarece ele duc la formarea unor condiții de spital cu diminuarea sferei intelectuale și afective, are loc ruperea legăturilor cu rudele, conduce la probleme de adaptare a bolnavilor după întreruperea tratamentului obligatoriu. Uneori în spitalele de psihiatrie specializate sunt internați bolnavi care au comis crime grave în stare de responsabilitate, și care s-au îmbolnăvit în timpul anchetării sau ispășirii pedepsei de o boală psihică cu un caracter trecător, de exemplu o psihoză reactivă. După ieșirea din starea reactivă persoanele în cauză trebuie să se prezinte în fața tribunalului pentru primirea și ispășirea pedepsei.

În spitalele de psihiatrie de profil general sunt internate la tratament obligatoriu persoanele care prezintă pericol mai mic pentru societate. Acești bolnavi în dependență de starea lor psihică și de comportament, se pot afla sub observație medicală mai strictă, sau mai puțin strictă și chiar în secția de ergoterapie. Nu se recomandă ca acest contingent de bolnavi să se găsească în secțiile de expertiză psihiatrică, fiindcă aceasta poate avea consecințe nedorite în efectuarea expertizei.

Tratamentului depinde de caracterul și gravitatea boli. Toate metodele moderne de tratament care se aplică în general în cazul bolnavilor psihic, sunt folosite și în timpul tratamentului obligatoriu. Nu există metode speciale pentru bolnavii psihic care se află la tratament obligatoriu. În afară de o farmacoterapie activă, este necesară antrenarea în acțiuni ergoterapeutice, se vor aplica metode de reabilitare socială.

Termenul tratamentului obligatoriu nu este stabilit de tribunal. Durata acestuia depinde de evoluția și gravitatea bolii. Tratamentul medical obligatoriu poate fi întrerupt numai în cazurile când bolnavul s-a însănătoșit complet, când a scăzut potențialul de periculozitate ca rezultat al ameliorării sănătății, la apariția unei remisiuni de lungă durată, sau când boala progresează și duce la scăderea activității patologice a bolnavului și totodată la scăderea periculozității. Suspendarea tratamentului medical obligatoriu se efectuează în urma recomandării administrației spitalului pe baza concluziei medicilor că bolnavul nu mai are nevoie de tratament medical obligatoriu.

Bolnavii aflați la un tratament obligatoriu se supun reexaminării o dată la 6 luni de către o comisie specială de medici psihiatri care urmează să determine starea sănătății bolnavului cu scopul de a suspenda tratamentul obligatoriu sau a-l modifica.

În cazurile când comisia decide suspendarea tratamentului obligatoriu se alcătuiește un act în care se indică măsurile cu caracter medical ce trebuie întreprinse (a se lăsa bolnavul în spital sau a-i institui tutela rudelor și supravegherea medicului).

Aceasta se face conform art. 57 al Codului penal care prevede că „Schimbarea formei măsurii de constrângere cu caracter medical se face de asemenea de instanța de judecată, pe baza avizului dat de instanța medicală”.

Actul vizat de administrația spitalului împreună cu demersul respectiv sunt expediate la instanța de judecată. Decizia trebuie să se ia în timp de 10 zile din momentul primirii documentelor.

Tratamentul obligatoriu poate fi suspendat sau schimbată forma lui de către instanța de judecată care a ordonat acest tratament sau de instanța, de circumscripția unde se găsește spitalul de psihiatrie. Aceste măsuri se iau pe baza art. 57 al Codului penal care indică că „instanța de judecată dispune încetarea aplicării măsurilor de constrângere cu caracter medical pe baza avizului instituției medicale în cazul însănătoșirii persoanei sau al unei astfel de schimbări a caracterului bolii care exclude necesitatea aplicării acestor măsuri”.

De menționat că unii bolnavi cărora urmează să li se suspende tratamentul obligatoriu încearcă să disimuleze propriile trăiri. De aceea se recomandă ca înainte de a fi externați, bolnavii să mai rămână un timp sub supravegherea medicului în secție.

În cazul bolnavilor aflați la tratament obligatoriu se întâmplă ca medici să nu fie de acord cu concluzia emisă de experți. În legătură cu aceasta administrația spitalului are dreptul de a forma o comisie de medici care, constatând că persoana trimisă la tratamentul obligatoriu este sănătoasă din punct de vedere psihic, formulează o altă concluzie. Medicul-șef transmite această concluzie procurorului care poate ordona o nouă expertiză, uneori în altă instituție medicală și în altă comisie de experți. Dacă persoana în cauză s-a dovedit a fi sănătoasă și deci responsabilă în momentul când a comis crima dosarul penal se transmite instanței de judecată pentru reexaminarea cazului.

În afară de tratamentul obligatoriu, dintre măsurile de siguranță cu caracter medical mai fac parte transmiterea fie sub tutela organelor de ocrotire a sănătății, fie sub tutela rudelor sau a tutorelui și supravegherea medicului. Bolnavii psihic după clasarea dosarului penal de către tribunal, sunt transferați în spitalele de psihiatrie pentru continuarea unui tratament obișnuit, fiind întreținuți în aceleași condiții ca și restul bolnavilor.

Externarea din spital se face după regulile stabilite pentru bolnavii care nu se află la tratament obligatoriu. Aceste măsuri se aplică și față de bolnavii care sunt recunoscuți ca iresponsabili, iar starea lor psihică și infracțiunile nu prea grave nu necesită aplicarea tratamentului obligatoriu. Majoritatea dintre ei sunt bolnavi neputincioși, fără inițiativă, cu o demență pronunțată, care nu prezintă nici un pericol pentru societate.

Când starea psihică a bolnavului s-a ameliorat și aceasta nu mai este periculos pentru societate el va fi transmis sub tutela rudelor sau a tutorelui, însă neapărat sub observația psihiatrului.

Aceasta se efectuează în baza art. 57: „Dacă instanța de judecată nu va găsi necesar a aplica măsuri de constrângere cu caracter medical unui alienat mintal, precum și în cazul încetării aplicării unor astfel de măsuri, ea îl poate încredința spre îngrijire rudelor sau tutorilor, însă sub supravegherea medicală obligatorie”.

Este necesar ca personalul spitalului să le explice rudelor și tutorelui obligațiile lor privind bolnavul aflat sub tutelă. Rudele, tutorele sunt obligați să apere interesele patrimoniale ale bolnavului, drepturile lui, să ia măsuri pentru tratarea bolnavului. În cazurile când starea psihică a bolnavului s-a înrăutățit trebuie să informeze medicul psihiatru despre aceasta pentru a fi internat în spital sau pentru a i se acorda asistență medicală în condiții de ambulatoriu.

Măsuri de constrângere cu caracter medical sunt aplicate și față de alcoolicii și narcomanii care au săvârșit infracțiuni. Aceste măsuri sunt stabilite de tribunal pe baza demersului din partea organizațiilor publice, colectivelor de muncă.

În art. 59 al Codului penal se stipulează: „În caz de săvârșire a infracțiunii de către un alcoolic sau narcoman, dacă există avizul medical, instanța de judecată la cererea organizației obștești, a colectivului de muncă, a judecății tovărășești, a organului de ocrotire a sănătății sau din propria inițiativă, paralel cu pedeapsa pentru infracțiunea săvârșită, poate să aplice unei asemenea persoane tratamentul medical forțat”. Persoanele sus-numite, fiind condamnate la pedepse neprivative de libertate, vor fi supuse unui tratament forțat în instituții medicale cu regim special de tratament și de muncă.

Dacă asemenea persoane care prin condamnare au fost la private de libertate, în timpul executării pedepsei vor fi supuse unui tratament forțat, iar după eliberarea din locul de detenție este necesară continuarea unui astfel de tratament, vor fi tratate în instituții medicale cu regim special de tratament și de muncă.

Încetarea tratamentului medical forțat se dispune de instanța de judecată la propunerea instituției medicale în care se tratează persoana respectivă. Dacă infracțiunea a fost săvârșită de o persoană care abuzează de băuturi spirtoase și prin aceasta își pune familia într-o situație materială grea, instanța de judecată, paralel cu aplicarea pedepsei neprivative de libertate pentru infracțiunea săvârșită, este în drept s-o pună sub curatelă.

Se pedepsesc cu privare de libertate și persoanele care atrag pe minori la întrebuințarea băuturilor spirtoase, care duc la obișnuință sau chiar la alcoolism. Aceasta se prevede în art. 224 1 al Codului penal: „Îmbătarea minorilor de către o persoană, față de care acesta îi era subordonat pe linie de serviciu, se pedepsește fie cu privațiune de libertate pe un termen de până la doi ani, fie cu muncă corecțională pe același termen, fie cu amendă în mărime de până la treizeci de salarii minime. Atragerea minorilor la beție, adică îmbătarea sistematică a minorului, se pedepsește cu privațiune de libertate până la cinci ani”.

De asemenea, sunt pedepsite și persoanele care atrag pe minori la întrebuințarea diferitelor medicamente și substanțe narcotice care duc la dezvoltarea toxicomaniilor. Aceste măsuri sunt formulate în articolul 242: „Atragerea minorilor la consumarea nemedicinală a medicamentelor și a altor mijloace, care nu sunt narcotice, având un efect narcotizant, se pedepsește cu privațiune de libertate pe un termen de până la cinci ani”.

BIBLIOGRAFIE

1. **Abély, A.M.P.**, *L'anxiété*, Masson, Paris, 1947.
2. **Abraham, G.**, *Psychodynamique essentielle normale et pathologique*, Doin, Paris, 1964.
3. **Abramson, J.**, *L'enfant et l'adolescent instables*, PUF, Paris, 1940.
4. **A. Romilă**, *Psihiatrie Asociația Psihiatrilor liberi din România*, București, 1997.
5. **Baechler, J.**, *Les suicides*, Calmannnn-Lévy, Paris, 1975.
6. **Ball, B.**, *Leçons sur les maladies mentales*, Asselin et Honzeau, Paris, 1890.
7. **B. Zeigarnic**, *Psihopatologie*, Moscova, 1999.
8. **Barrucand, D.**, *La catharsis dans le théâtre et la psychothérapie*, Ed. EPI, Paris, 1970.
9. **Baruk, H.**, *Traité de psychiatrie, Vol. I-II*, Masson, Paris, 1959.
10. **Bastide, G.**, *Sociologie des maladies mentales*, Flammarion, Paris, 1965.
11. **Baudouin, Ch.**, *Psychanalyse de l'art*. Alcan, Paris, 1929.
12. **Belaval, Y.**, *Les philosophes et leur langage*, Gallimard, Paris, 1952.
13. **C. Enăchescu**, *Tratat de psihopatologie*, Editura Tehnică, București, 2001.
14. **B. Zeigarnic**, *Psihopatologie infantilă*, Moscova, 2000.
15. **Canguilhem, G.**, *Le normal et le pathologique*, PUF, Paris, 1966.
16. **Cargnello, D.**, *Alterità e alienità*, Feltrinelli, Milano, 1966.

17. **Chaslin, Ph.**, *La confusion mentale primitive*, Asselin et Honzeau, Paris, 1895.
18. **Clérambault, G.**, *Oeuvre psychiatrique, Vol. I-II*, PUF, Paris, 1942.
19. **C. Oancea**, *Tehnici de sfătuire și consiliere*, Editura Vavila Edinf S.R.L., București, 2002.
20. **Dagonet, H.**, *Traité des maladies mentales*, J. B. Baillière, Paris, 1878.
21. **Damaye, H.**, *Psychiatrie et civilisation*, Alcan, Paris, 1934.
22. **Delay, J., Pichot, P.**, *Abrégé de psychologie*, Masson, Paris, 1969.
23. **Déscartes, R.**, *Pasiunile sufletului*, Ed. Științifică, București, 1984.
24. **D. W. Winnicott**, *Consultația terapeutică a copilului*, Editura Fundației Generația EPG, București, 2002
25. **Dan Pelipceanu, Radu Mihăilescu, Radu Teodorescu**, *Tratat de sănătate mintală*, Editura Enciclopedică, București, 2000.
26. **Enăchescu, C.**, *Igiena mintală și recuperarea bolnavilor psihici*, Ed. Medicală, București, 1979.
27. **Enăchescu, C.**, *Neuropsihologie*, Ed. Victor, București, 1996.
28. **Eramiane, R.**, *Psychoprosopologie, Vol. I-IV*, Paris, 1963.
29. **Falret, J.**, *Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses* J. B. Baillière, Paris, 1890.
30. **Florian, M.**, *Arta de a suferi*, Socec, București, f.a.
31. **Foucault, M.**, *Maladie mentale et psychologie*, PUF, Paris, 1966.

32. **Freud, S.**, *Essais de psychanalyse*, Payot, Paris, 1927.
33. **G. Ionescu**, *Psihiatrie clinică*, Editura Univers Enciclopedic, București, 2000.
34. **G. Radu**, *Psihopedagogia dezvoltării școlarilor cu handicap*, Editura
Didactică și Pedagogică,
București, 1999
35. **Genil-Perrin, G.**, *Les paranoïques*, Maloine, Paris, 1926.
36. **Gilbert-Ballet**, *Traité de pathologie mentale*, Doin, Paris, 1903.
37. **Griessinger, W.**, *Les maladies mentales*, Paris, 1868.
38. **Gross, H., Kaltenbäck, E.**, *Psychopharmaka*, Facultas, Wien, 1967.
39. **Gusdorf, G.**, *La découverte du soi*, PUF, Paris, 1948.
40. **Hill, P. ș.a.**, *Essentials postgraduate psychiatry*, Grune et Stratton, New York, 1979.
41. **Howells, J. G.**, *Principles of family psychiatry*, Pitman Medical, 1975.
42. **Husserl, Ed.**, *L'idée de la phénoménologie*, PUF, Paris, 1970.
43. **H. Lebedinskaia**, *Dereglările psihice la copii și adolescenți*, Moscova, 2000.
44. **I. Mitrofan**, *Psihopatologie, Psihoterapie și consilierea copilului*,
Editura SPER,
București, 2001.
45. **I. Holdevici**, *Psihologia clinică*, București, 1996.
46. **Janet, P.**, *L'automatisme psychologique*, Alcan, Paris, 1889.
47. **Jaspers, K.**, *Philosophie*, Springer, Berlin, 1986.
48. **Joffroy, A., Dupouy, R.**, *Fugues et vagabondage*, Alcan, Paris, 1909.
49. **Kant, I.**, *Anthropologie*, Librairie philosophique de Landrange, Paris, 1863.
50. **Kierkegaard, S.**, *Le concept d'angoisse*, Alcan, Paris, 1935.

51. **Koupernik, C.**, *L'antipsychiatrie*, PUF, Paris, 1974.
52. **Kraepelin, E.**, *Psychiatrie*, Vol. I-IV, J.A. Barth, Leipzig, 1909.
53. **Laforegue, R.**, Allendy, R., *La psychanalyse et les névroses*, Payot, Paris, 1924.
54. **Lanteri-Laura, G.**, *Lecture des perversions*, Masson, Paris, 1979.
55. **Lavelle, L.**, *Le mal et la souffrance*. Paris, 1940.
56. **Leonhard, K.**, *Personalități accentuate în viață și literatură*, Ed. Enciclopedică, București, 1972.
57. **Lester, D.**, *Why people kill themselves*, Ch. Thomas, Springfield, 1972.
58. **Lhermitte, A.**, *Le sommeil*, A. Colin, Paris, 1931.
59. **L. Vîgotski**, *Opere psihologice alese, vol. I și II*, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1971.
60. **Magnan, V.**, *Leçons cliniques sur les maladies mentales*, Paris, 1893.
61. **Marcelli, D.**, *Les états limites en psychiatrie*, PUF, Paris, 1981.
62. **Masserman, J.**, *Principes de psychiatrie dynamique*, PUF, Paris, 1956.
63. **Menninger, K.**, *The human mind*, Alfred A. Knopf, New York, 1976.
64. **Minkowski, E.**, *La schizophrénie*, Payot, Paris, 1927.
65. **Minkowski, E.**, *Le temps vécu*, Ed. d'Artrey, Paris, 1933.
66. **Müller, Ch.**, *Lexikon der Psychiatrie*, Springer, Berlin, 1973.
67. **Müller, Ch.**, *Manuel de gérontopsychiatrie*, Masson, Paris, 1969.
68. **Navratil, L.**, *Schizophrenie und Kunst*, DTV, München, 1965.
69. **Navratil, L.**, *Schizophrenie und Sprache*, DTV, München, 1965.
70. **Neale, J.M.** ș.a., *Contemporary readings in psychopathology*, J. Wiley, New York, 1974.

71. **Obregia, A.**, *Curs de psihiatrie*, Facultatea de Medicină, București, 1911â1912.
72. **Olindo Weber, S.**, *L'acte suicide*, Homme et Groupes, Paris, 1988.
73. **Osterreich, T.K.**, *Les possédés*, Payot, Paris, 1927.
74. **Păunescu-Podeanu, A.**, *Bolnavi dificili*, Ed. Medicală, București, 1969.
75. **Păunescu-Podeanu, A.**, *Baze clinice pentru practica medicală*, Vol. I, E.M., București, 1981.
76. **Penfield, W., Jasper, H.**, *Epilepsy and the functional anatomy of human brain*, Brown, Little and Co., Boston, 1954.
77. **Pickord, W. R.**, *Studies in psychiatric art*, Ch. Thomas, Springfield, 1967.
78. **Pinel, Ph.**, *Traité médico-philosophie sur l'aliénation mentale*, J. Ant. Brosson, Paris, 1809.
79. **Piro, S.**, *Il linguaggio schizofrenico*, Feltrinelli, Milano, 1967.
80. **Platon.** *Oeuvres*, Vol. I-II, Gallimard, Paris, 1950.
81. **Plutarch.**, *Despre mânia*, Ed. Cartea românească, Sibiu, 1943.
82. **Porot, A.**, *Manuel alphabétique de psychiatrie*, PUF, Paris, 1965.
83. **Proal, L.**, *Le crime et le suicide passionnels*, Acan, Paris, 1900.
84. **Quercy, P.**, *L'hallucination*, Vol. I-II, Alcan, Paris, 1930.
85. **Régis, E.**, *Précis de psychiatrie*, Doin, Paris, 1923.
86. **Rennert, H.**, *Die Merkmale Schizophrener Bildneri*. Fischer Verlag, Jena, 1966.
87. **Ribot, T.**, *Les maladies de la mémoire*, Alcan, Paris, 1924.
88. **Ringel, E.**, *Selbstmordverh, tung*, H. Huber, Bern, 1969.

88. **Rogues de Fursac, J.**, *Manuel de psychiatrie*, Alcan, Paris, 1923.
90. **Rosen, E., Gregory, I.**, *Abnormal psychology*, Saunders, London, 1966.
91. **Russ, J.**, *Metodele în filozofie*, Ed. Univers enciclopedic, București, 1999.
92. **Samuel-Lajeunesse, B., Guelfi, J.D.**, *Psychopathologie*, PUF, Paris, 1975.
93. **Sarasons, J.G.**, *Abnormal psychology*, Appleton, New York, 1972.
94. **Sartre, J.P.**, *L'être et le néant*, Gallimard, Paris, 1943.
95. **Scheler, M.**, *Le sens de la souffrance*, Aubier, Paris, 1936.
96. **Schilder, P.**, *L'image du corps*, Gallimard, Paris, 1968.
97. **Sendrail, M.**, *Histoire culturelle de la maladie*, Privat, Toulouse, 1980.
98. **Seneca, L.A.**, *Traité philosophiques, Vol. I-IV*, Garnier, Paris, 1936.
99. **Sim, M.**, *Guide to psychiatry*, Lingstone Ltd., London, 1969.
100. **Strauss, E. W.**, s.a., *Psychiatry and philosophy*, Springer, Berlin, 1969.
101. **Szasz, Th.**, *The myth of mental illness*, Harper and Row, New York, 1974.
102. **Sigmund Freud**, *Opere, Vol.1-7*, Editura TREI, București 1999.
103. **Tanzi, E.**, *Trattato delle malattie mentali*, S.E. Libreria, Milano, 1905.
104. **Tatosian, A.**, *Le symptôme en psychiatrie*, Ciba-Geigy, Paris, 1981.
105. **Tellenbach, H.**, *Geschmack und Atmosphäre*, O. Müller Verlag, Sigmaringen, 1968.
106. **Tellenbach, H.**, *Melancholie*, Springer, Berlin, 1983.
107. **Thuilleaux.**, *Connaissance de la folie*, PUF, Paris, 1973.
108. **Tordjman, G.**, *La maladie conjugale*, Marabout Univ. Denoël, Paris, 1973.
109. **Toulemonde, J.**, *La caractérologie*, Payot, Paris, 1951.

110. **Tourette, G. de la.**, *Les états neurasthéniques*, J.B. Baillière, Paris, 1898.
111. **Unamuno, M.**, *Le sentiment tragique de la vie*, Gallimard, Paris, 1937.
112. **Vinchon, J.**, *L'art et la folie*, Ed. Stock, Paris, 1950.
113. **Volmat, R.**, *L'art psychopathologique*, PUF, Paris, 1956.
114. **Wallon, H.**, *Psychologie pathologique*, Alcan, Paris, 1926.
115. **Winer, P.**, *Structure et processus dans la psychose*, PUF, Paris, 1983.
116. **William R. Breakey**, *Servicii integrate de sănătate mintală. Psihiatrie comunitară modernă*, Editura Fundației PRO, București, 2001.
117. **Zax, M., Cowen, E.L.**, *Abnormal psychology*, Holt, New York, 1972.

CUPRINS

.1. Copii cu deficiențe mentale. Oligofrenie	
- primul tip de dezontogeneză psihică infantilă și juvenilă.....	
2. Reținerea în dezvoltarea psihică la copii și adolescenți	
- al doilea tip de dezontogeneză infantilă.....	
3. Dezvoltarea psihică afectată. Demența organică	
- al treilea tip de dezontogeneză infantilă	
4. Dezontogeneza deficitară. Anomaliile în dezvoltarea aparatului locomotor la copii și adolescenți. Paraliziile cerebrale infantile	
- al IV-lea tip de dezontogeneză infantilă	
5. Copii cu deficiențe a analizatorului vizual și auditiv	
- al V-lea tip de dezontogeneză infantilă.....	
6. Dezvoltarea dizarmonică a personalității în perioada copilăriei și adolescenței. Psihopatiile. Dezvoltarea patologică a personalității. Neuropatiile. Tulburările timpului maturizării sexuale	
- al VI-lea tip de dezontogeneză infantilă	
Capitolul V - Serviciul psihologic medico-legal.....	

V.1. Organizarea	și	efectuarea	expertizei
psihologice.....			
V.2. Acte necesare pentru efectuarea expertizei psihologice			
medicală.....			
.....			
V.3. Drepturile	și	obligațiile	expertului
psiholog.....			
V.4. Problema iresponsabilității			
Bibliografie.....			
.....			