

Suport de curs la disciplina

DEFECTOLOGIE SI LOGOPEDIE

Conf.univ.Tamara Birsanu

Copii cu deficiențe mintale. Oligofrenia.

Modelul tipic al nede dezvoltării 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 mentală. 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 fenilcheturia, 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 enzimo-patiilor, supusă cercetărilor minuțioase, ușurează selectarea terapiei. Pentru multe dintre ele, în special fenilcheturia, 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 nedevelopării neuro-psihice;

2) ierarhia ei.

Noțiunea de totalitate înseamnă că sunt în stare de nedevelopare 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 nedevelopării 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. Verososchi, 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 sinchinezilor, 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 varza 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.

In institutiile educative americane se utilizeaza termenul generic “retardat mintal” (subcategoriile: “subnormal educabil” si “inapoiat”).

In clinicile americane se foloseste ca termen generic “deficienta mintala” (subcategoriile: “moron”, “imbecil”, “idiot”).

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

Scoala franceza utilizeaza termenul generic “debilitate mintala”. M.Chiva introduce subcategoriile “debilitate mintala normala” si “debilitate mintala patologica”.

Organizatia Mondiala a Sanatatii opteaza pentru termenul generic de “subnormalitate mintala” (subcategoriile: usoara, moderata, severa).

In tara noastra se utilizeaza de asemenea, o diversitate de termeni cum sunt: “deficienta mintala”, “handicap de intelect” (subcategorii: debilitate mintala, handicap de intelect sever si handicap de intelect profund), “intelect de limita”, “intarziere mintala”, etc.

M.Rosca - propune utilizarea termenului generic de “intarziere mintala”. Autoarea utilizeaza insa si termenul de “deficienta mintala” ca sinonim.

Data fiind natura plurifactoriala si diversitatea handicapurilor de intelect (mintal), E.Verza remarca utilizarea unei terminologii variate, cu caracter de sinonimie de la un autor la altul. Autorul precizeaza ca unii termeni ca: inapoiere, intarziere provoaca confuzii, deoarece sugereaza o eventuala 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 traumatizanti 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 etiologice.

“cauza necunoscuta”, ceea ce dovedeste limitele clasificarii 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 între 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. între 25-70, 75) cu urmatoarele subcategorii:

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

Subcategoriile de deficienta 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 intelega 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 intelctului 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;

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 abstracțizare 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.

Vîgotschi menționa că sfera emoțională a acestor copii suferă foarte mult. Se evidențiază o diferențiere mică a paletei 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, nedeveloparea sferei volitive, etc.

În concluzie, numeroasele cercetări ne dovedesc că nedeveloparea 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 nedevelopării 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 elementar 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 dez-voltată 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 compătimirii 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 mișcărilor 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 analo-gice, 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 idiotie, 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 encefalopatie - adică simptomele afecțiunii S.N.C, cerebrostenice neuropatiforme, psihopatiforme, 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 nede dezvoltarea, dar și de afectarea sistemelor care se află într-o anumită perioadă senzitivă. Aceasta se manifestă prin dereglări encefalopatie 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 nede dezvoltare mintală și mai dificilă.

Această clasificare a oligofreniei, în oligofrenia complicată și necomplicată, 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 nedeveloparea tiroidei (Pevzner M., 1972) nu este evidențiată ierarhizarea nedevelopării. 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 ne-developării 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 nedevelopării 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, târâtul caracteristic pentru casele de copii – unicul avantaj fiind spațiul mai mare), mersul și în special mersul de-a-buzele, etc.

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

Caracteristic pentru copiii oligofreni este retardarea reacției somato-vegetative la situațiile psihotraumatizante, păstrându-si 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 nede dezvoltate 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 nede dezvoltării, deseori sunt însoțite de sindroame encefalo-patice.

Copii și adolescenți cu reținere temporară în dezvoltarea psihică

Reținerea în dezvoltarea psihică (RDP) se întâlnește mai des decât oligofreniile. Aici nu este vorba de o nede dezvoltare 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 cerebro-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 metabólico- 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.

- hipertutelaarea 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 cu o componenta nevrotică pronunțată, 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-psihopedagogice și a altor remedii speciale profilactice și de tratament.

Cauzele ce duc la RDP cerebralo-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 cerebralo-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 sferile 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 nedezvoltate 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 postnatală (infecții, intoxicații, traume) la 3-4 ani pot apărea regrese ale deprinderilor și percepțiilor 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, psihopatiforme, 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 simptomatică neurologică instalată se evidențiază de la 50-92% din copiii cu RDP cerebralo-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 învățătură, 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 greutate 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 cerebrale-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 cerebrale-organic.

Paralel cu infantilismul sferei emoțional volitive menționat mai sus, un rol în formarea RDP de geneză 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 nereușite 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 optime 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 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.

Copii cu dezvoltarea psihică afectată. Demența organică.

Modelul caracteristic al dezvoltării psihice afectate este demența organică.

Etiologia trebuie căutată în bolile infecțioase, intoxicațiile, traume ale sistemului nervos central, boli auster-nice 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 geneză 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-psihologice 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 patogeneză 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-psihologice.

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 accen-tuate 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, asponaneitate, 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 nedevelopate 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.

Din 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, acțiuni 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 ajutătoare 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 deficienței. 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.

Copii și adolescenți cu dezvoltare psihică deficitară. Anomaliile în dezvoltarea aparatului locomotor. Paraliziile cerebrale infantile.

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 poliomielită). 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 componente 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 împrășteie 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 auto-matizate.

În cazuri de insuficiență a formațiunilor subcorticale, 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 simptomă 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 paraliziiile), precizia și viteza mișcării. Iar în cazul patologiilor suferă atât porțiunile pre-motorii, 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 simptomă difuză, care îmbină fenomenele afecțiunii din sfera motorie cu nedezvoltarea ei. Dintre fenomenele nedezvoltării seremarcă sinchineziiile - 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 neaccențuate, 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), con-sangvinitatea 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. Intelectul, 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.

Nedezvoltarea 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 neuropsihice, 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 nedezvoltarea 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 greutăți 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 nedezvoltării reflexelor staticinetice.

Tulburările motrice în copilărie duc la nedezvoltarea acti-vității 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 hipertutării 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 hipertutării 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 „încălcarea 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 insuficiența legatură 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.

Copii și adolescenți cu deficiențe în dezvoltarea analizatorului vizual și auditiv

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 amin-tim 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, graviodic – 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 patologiiile 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 nedevelopare dură a vorbirii. Insuficiența funcției aparatului vestibular cauzează și nedeveloparea orientării în spațiu, dar în cazul deteriorării auzului după vârsta de 3 ani nedeveloparea 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. Nedeveloparea orientării în spațiu condiționează nedeveloparea mersului, frânează formarea scheletului corporal, etc. Tulburările văzului la o vârstă timpurie, chiar și numai o scădere a acestuia, duce la nedeveloparea 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) asurzii timpuriu,
- 3) asurzii 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 vârstnicii.

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 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 verifică și altă teorie a savantului L. Vîgotski, despre legăturile 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 nedezvoltarea 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.

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, Calmannnnn-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.

TESTE GRILA LA DEFECTOLOGIE SI LOGOPEDIE

1. Deficienta mintala de gradul III se mai numeste si:

- a) imbecilitate
- b) idiotie *
- c) debilitate
- d) cecitate.

2. Etiologia se ocupa cu studiul:

- a) simptomelor prin care se manifesta diferite tulburari
- b) cauzelor acestor tulburari. *

3. Campul perceptiv in cazul deficientului mintal este:

- a) mai ingust *
- b) mai mare
- c) identic cu al persoanei cu intelect normal.

4. Cauzele care actioneaza in timpul travaliului si pot determina aparitia unei deficiente la copil se numesc:

- a) cauze prenatale
- b) cauze neonatale *

c) cauze postnatale.

5. IQ in cazul unui debil mintal se situeaza intre:

a) 50 – 70/80; *

b) 80 - 90;

c) 20 – 50.

6. IQ in cazul unui imbecil se situeaza intre:

a) 50 – 70/80

b) 80 – 90

c) 20 – 50. *

7. Forma deficientei mintale in care IQ este situat intre 80-90 se numeste:

a) Pseudodebilitate mintala

b) Deficienta mintala usoara

c) Deficienta de gradul I

d) Intelect liminar. *

8. Varsta mintala a unui imbecil este situata in intervalul de:

a) 10-12 ani

b) 7-10 ani

- c) 3-7 ani *
- d) sub 3 ani.

9. Dintre formele deficientei mintale, cel care este capabil de limbaj scriscitit

este:

- a) Imbecilul
- b) Idiotul
- c) Debilul mintal. *

10. Deficienta de vedere totala se mai numeste si:

- a) cecitate *
- b) ambliopie
- c) hipoacuzie
- d) hipermetropie
- e) orbire.

11. Hipoacuzia reprezinta o deficiente partiala a:

- a) vazului
- b) auzului *
- c) limbajului.

12.Cecitatea isterica presupune:

- a) pastrarea intacta a functionalitatii analizatorului vizual *
- b) afectarea functionalitatii analizatorului vizual.

13.Demutizarea se utilizeaza in cazul recuperarii:

- a) ambliopilor
- b) hipoacuzicilor
- c) surzilor. *

14.Proteza auditiva este folosita de catre persoanele cu:

- a) deficienta totala a auzului
- b) deficienta partiala a auzului. *

15.Gandirea deficientului mintal este o gandire:

- a) concreta *
- b) abstracta.

16.Gandirea orbului se caracterizeaza printr-un grad ridicat de:

- a) concretete *
- b) abstractizare.

17.Labiolectura este o tehnica folosita in cadrul recuperarii:

- a) hipoacuzicilor
- b) surzilor *
- c) ambliopilor
- d) debililor mintal.

18. Cofoza reprezinta pierderea totala a:

- a) auzului *
- b) simtului tactil
- c) vederii.

19. Dintre deficientele fizice pot fi corectate (total sau intr-o anumita masura):

- a) cele neevolutive
- b) cele evolutive. *

20. Deficientele de crestere sunt deficiente:

- a) morfologice *
- b) functionale.