

UNIVERSITATEA ECOLOGICĂ DIN BUCUREȘTI

FACULTATEA DE PSIHOLOGIE

Program de studii universitare de licență: Psihologie

Forma de învățământ: cu frecvență redusă

Suport de curs la disciplina **“Psihopedagogia
copiilor cu Cerinte Educationale Speciale”**

Titular de disciplină

Conf.univ.dr.Tamara Birsanu

Bucuresti

2022-2023

Cuprins

Introducere.....	5
Date privind titularul de disciplina.....	5
Date despre disciplina.....	5
Obiectivele disciplinei.....	5
Competente acumulate după parcurgerea cursului	
Resurse și mijloace de lucru.....	7
Structura cursului.....	8
Cerinte preliminare.....	10
Durata medie de studiu individual.....	12
Evaluarea.....	14
Capitolul 1. Generalități privind Psihopedagogia copiilor cu Cerinte Educationale Speciale. Bazele teoretico-științifice ale Psihopedagogiei copiilor cu nevoi speciale.	16
Introducere.....	18
Continut.....	20
Rezumat.....	22

Test de evaluare a cunostintelor.....24

Bibliografie recomandata.....26

Teme de control-----2

Capitolul II. Particularitățile abordării persoanelor cu deficiențe, în funcție de tipul și gradul acestora.

Introducere.....28

Continut.....30

Rezumat.....31

Test de evaluare a cunostintelor.....33

Bibliografie recomandata.....34

Capitolul III. Sistemul instructiv-eduativ pentru persoanele cu C.E.S. Dezvoltarea unei mentalități corecte în abordarea problematicii complexe a persoanelor cu deficiențe.

Introducere.....36

Continut.....38

Rezumat.....40

Test de evaluare a cunosintelor.....42

Bibliografie recomandata.....	44
-------------------------------	----

Capitolul IV. Cele 6 categorii de copii cu CES.

Introducere.....	48
Continut.....	50
Rezumat.....	51
Test de evaluare a cunosintelor.....	52
Bibliografie recomandata.....	54

Capitolul V. Educatia integrata a copiilor cu CES...56

Introducere.....	58
Continut.....	60
Rezumat.....	62
Test de evaluare a cunosintelor.....	66
Bibliografie recomandata.....	68

Capitolul VI. Raportul dintre handicap, readaptare și integrare.....72

Introducere.....	74
Continut.....	76
Rezumat.....	78

Test de evaluare a cunosintelor.....	80
Bibliografie recomandata.....	82

Capitolul 1. Generalitati privind Psihopedagogia copiilor cu Cerinte Educationale Speciale. Bazele teoretico-științifice ale Psihopedagogiei copiilor cu nevoi speciale.

Actualitatea cercetării. La etapa actuală politica și practica educațională din numeroase țări ale lumii este orientată în direcția integrării copiilor cu cerințe educative speciale (CES) în medii educaționale și de viață cât mai aproape de cele obișnuite, normale ale unei comunități. Această politică este pe larg desfășurată de Convenția cu privire la Drepturile Copilului (1989), Recomandările Consiliului Europei pentru integrarea copiilor cu CES (1992), Materialele Conferinței mondiale cu privire la educația specială (Salamanca, 1994), Materialele Conferinței mondiale cu genericul „Educația pentru toți” (Dakar, 2000).

Integrarea copiilor cu CES în comunitate devine una dintre cele mai stringente probleme psihopedagogice, fiind mereu obiect al cercetării specialiștilor din diferite ramuri ale științei.

Numeroase investigații în diferite țări au vizat diverse aspecte ale problemei integrării copiilor cu CES în comunitate (E. Verza, C. Păunescu, Gh. Radu, U. Șchiopu, M. Roșca, I. Stîncă, I. Străchinaru – România; A. Galland, I. Lambert, I. Tomas, J. Puissant – Franța; T. Vlasova, M. Pevzner, A. Gozova, T. Rozanova, E. Marținovskaia, V. Lubovski, L. Șipițina, N. Malofeev – Rusia; V. Bondari, V. Siniov, I. Eriomenko – Ucraina; P. Fonagz, W. Wolfensberger, H. Grossman, D. Smith, R. Luckasson, T. Hejir – SUA). Majoritatea autorilor demonstrează prioritățile integrării, condițiile de organizare, efectele negative și pozitive ale acestui proces, posibilitățile de dezvoltare.

Problema integrării copiilor cu CES a fost cercetată de N. Bucun, N. Andronache, V. Stratan, A. Danii, A. Racu, E. Lapoșin, D. Gînu, S. Goncearuc, T. Bîrsanu, E. Zubenschi, V. Olărescu, E. Iova, V. Lichii ș.a.

Rezultatul acestor investigații a permis efectuarea unor acțiuni practice de dezvoltare continuă a procesului educației integrate și optimizării învățământului special.

Însă starea acestui proces în țară, nivelul lui de dezvoltare impun necesitatea cercetării noilor alternative de integrare în comunitate a copiilor cu CES. Actualitatea unei asemenea cercetări este condiționată, și de un șir de situații care determină starea procesului de integrare a copiilor cu CES în comunitate și anume:

- viziunile și opțiunile extrem de diferite, adeseori contradictorii, asupra modelelor de educație a copiilor cu CES;
- păstrarea în țară ca prioritate a modelului defectologic instituțional de educație integră;
- necesitatea comparării modelelor instituționalizate cu alte modele (alternative) de educație a copiilor cu CES;

- nivelul scăzut de pregătire a familiei, a școlii generale și a comunității pentru realizarea conceptelor de educație integrată a copiilor cu CES;
- lipsa strategiei și a acțiunilor prioritare pentru realizarea și dezvoltarea acestui proces.
- implementarea modelelor alternative de educație a copiilor cu CES fără a ține cont de condițiile geografice, economice, socio-culturale ale țării etc.

Aceste poziții sunt acutizate și de factorii reformatori defavorizați: discordanța dintre diferențele cantitative și calitative ale instituțiilor de învățământ care reproduc „selecția școlară violentă”; pregătirea insuficientă a personalului didactic din sistemul învățământului general; dezvoltarea insuficientă a serviciului diagnostic și de asistență socială; lipsa coerenței învățământului special și celui general etc.

Din cele menționate este evidentă problema studierii și comparării modelelor pedagogice de integrare în comunitate a copiilor cu CES, în scopul

promovării unor modele pedagogice de integrare care ar corespunde condițiilor socio-economice actuale din țară, ceea ce ar contribui la modernizarea sistemului de învățământ în ansamblu.

I.1. Tendinte fundamentale privind educatia speciala

Problematika educatiei si invatamantului pentru copiii cu anumite cerinte speciale de educatie a inregistrat in ultimii 25 de ani cateva tendinte fundamentale.

- Prima tendinta este de reformulare si schimbare a conceptelor si terminologiei de baza cu care se opereaza in domeniu: educatie speciala, handicap, cerinte educative speciale, normalizarea si valorizarea (rolurilor sociale), integrarea in comunitate.

- A doua se refera la reconsiderarea modelelor de educatie si asistenta specifica, accentuandu-se apropierea progresiva a locului si conditiilor de scolarizare a copiilor cu cerinte educative speciale

de invatamantul obisnuit (scoli sau clase/grupe obisnuite) si diversificarea formelor de integrare scolara, profesionala si sociala in comunitate.

- Cea de-a treia tendinta se regaseste in actiunea complexa de modificare a atitudinii speciale si a legislatiei cu privire la problematica generala a deficientelor/handicapurilor si – intr-un context mai larg – cu privire la diversitatea si diferentele interumane.

Clasificarea in raport cu gradul de recuperabilitate stabileste trei categorii: recuperabili (educabili), partial - recuperabili (antrenabili) si irecuperabili (cei care necesita o totala supraveghere).

a) Recuperabilii (45-70/75 Q.I) sunt acei indivizi care absolve opt clase - si in perspectiva zece clase ale scolii speciale ajutatoare si care apoi primesc o calificare in cadrul scolilor profesionale speciale. Ei devin indivizi care pot sa exercite o profesie si sa duca o viata relativ independenta.

b) Partial - recuperabilii (25-39 Q.I.) sunt acei deficienti care nu-si pot insusi o calificare

profesionala, dar pot efectua munci simple, verigi ale unei activitati mai complexe. Acesti copii necesita o permaneneta supraveghere atat in cadrul desfasurarii muncii lor, cat si in viata cotidiana.

c) Irecuperabilii (sub 25 Q.I.) sunt acei deficienti mintal incapabili de a efectua vreun fel de activitate. Ei necesita permanent ocrotire; sunt institutionalizati.

In procesul de evaluare a unei persoane deficiente apar dificultati care deriva din:

- a) lipsa unor criterii precise de masurare a deficitului mintal;
- b) variatii istorice, sociale si personale care modifica sistemul de clasificare a deficientelor.

Evaluarea corecta a unui deficient mintal cuprinde:

- a) o clasificare a persoanei respective, in functie de nivelul sau mintal (performanta obtinuta la testele de inteligenta, achizitiile scolare, nivelul de adaptare sociala);

- b) o apreciere referitoare la cauzele probabile care au determinat deficitul;
- c) elemente de prognoza a cazului;
- d) directii de ingrijire, tratament si educatie.

Identificarea deficitului mintal si evaluarea sa, presupun acceptarea unor anumite criterii; mai des utilizate au fost: criteriul nivelului intelectual (Q.I.), criteriul coeficientului de dezvoltare (C.D.), cel educational (abilitati de invatare), cel social.

Debilul mintal se poate ridica pana la etatea mintala de 9-10 ani (stabilita de testul Binet-Simon). In perspectiva conceptiei operatorii asupra inteligentei, debilitatea mintala poate fi definita printr-o constructie operatorie inceputa, dar neterminata, in raport cu starea psihica normala care se caracterizeaza printr-o constructie (structura) operatorie finisata. Astfel, debilul mintal, in cursul ontogenezei devine capabil numai de “operatii concrete”, nu si de cele “formale”, in opozitie cu normalul care, in jurul etatii cronologice

de 14-16 ani, prezinta deja o structura cognitiva operatorie formala.

Inca A.Binet si Th.Simon au pus problema simptomelor, a trasaturilor calitative, adica a “specificitatii” debilitatii mintale. Q.I.-ul a constituit prima specificitate atribuita debilului mintal in raport cu copilul normal de aceeasi varsta mintala.

Indicatorul principal al deficientei mintale este, intr-un anumit sens, functionalitatea intelectuala submedie. Q.I.-ul, desi reprezinta un mijloc de evaluare larg folosit in practica psihologica, are o valoare relativa. Copilul, inclusiv cel deficient, implica evolutie, dezvoltare. Orice cifra cu care pretindem sa evaluam complexitatea individului reprezinta o exagerare. “Dreptul de prognostic capatat de Q.I.nu e justificat de continutul acestuia. Nimeni nu poate descrie, fie si sumar un Q.I. de 60 sau 70 de puncte, de exemplu”.

Pe de alta parte, fluctuatiile de Q.I. nu coreleaza cu ideea de ireversibilitate care caracterizeaza deficitul mintal autentic, deci nu poate constitui un criteriu

unic de diagnoza. Scorurile submedii obtinute la testele de inteligenta pot avea multiple cauze; subnormalitate mintala, privare senzoriala, tulburari emotionale, carente culturale etc.

Coeficientul de dezvoltare - C.D., propus de Gesell este apreciat ca un mijloc mai adecvat de evaluare a unei întârzieri în dezvoltare, înregistrata la un moment dat; acesta evoca patru verigi ale dezvoltarii: motricitate, limbaj, înțelegere si adaptabilitate. La randul lui, coeficientul de dezvoltare se interpreteaza în functie de factorii etiologici care au generat deficitul, de factori de mediu, de experienta personala. Spre deosebire de Q.I., C.D. ofera posibilitatea de a vedea daca o persoana este întârziata pe plan global (C.D. general scazut) sau prezinta întârzieri doar pe unele aspecte (C.D. partial scazut). Diagnosticul în acest caz cuprinde în sine elementul prognostic, ceea ce ne intereseaza în primul rand, mai ales în cazul unui deficient mintal. Si, pentru surprinderea cursului

dezvoltarii, se indica examinarea repetata a copilului, la anumite intervale de timp.

Pentru ca C.D. ofera aprecieri asupra cursului dezvoltarii permitand aprecierea, atat a ritmului dezvoltarii partiale (pe cele patru laturi, separat) cat si a celei globale, se considera ca este un mijloc de evaluare riguros, adecvat varstelor mici.

Cei ce resping masuratorile intelectuale si educative spun ca cel mai bun indiciu de evaluare este cel al competentei sociale : adaptarea individului la mediul sau, capacitatea sa de a trai independent. In aceasta idee, este cunoscut faptul ca un individ poate esua în aceasta directie din variate motive: inabilitate în a-si procura satisfactia corespunzatoare; esec în a accepta standardele morale; modele invatate de comportament aberant etc. In aceste cazuri, nivelul intelectual submedie poate fi sau nu cauza a inabilitatii individului de a se adapta. Gradul de competenta sociala nu concorda întotdeauna cu cel al inteligentei.

Comportamentul adaptativ se manifesta în: maturatie, învățare și adaptare sociala. Fiecare factor are importanta deosebita la un anumit nivel al dezvoltării.

Abilitatile de învățare pot fi considerate ca facand parte din criteriul social. Cu toate acestea reusita scolara nu coreleaza întotdeauna cu competenta sociala, astfel încat nu poate fi prevazut esecul social doar pe baza nereusitei scolare. Este adevarat ca ceea ce achizitioneaza individul în scoala (cunostintele, deprinderile) duce la reusite într-o larga arie sociala.

Esecul scolar global este adeseori primul simptom care atrage atentia asupra unei functionalitati intelectuale neadecvate. Aici însă este necesara o analiza atenta a prezentei eventualelor handicapuri (motor, senzorial) sau a absenteismului care ar putea explica dificultatile de învățare.

Numai daca apar asemenea suspiciuni, esecul scolar poate fi considerat criteriu al deficientei mintale.

Esecul pe care îl înregistrează un copil deficient mintal, în școala de masă, este trăit în mod dureros de acesta. Copilul este dezarmat în fața cerințelor pentru care posibilitățile sale (intelectuale, emotionale și de adaptare) nu-i sunt suficiente, sau, în unele cazuri, nu le poate utiliza. Copilul nu înțelege sarcinile care i se dau, e demobilizat, se blochează; gândirea sa devine inertă. Aceasta duce la o mai mare fragilitate a structurilor mintale ale deficientului. Inhibiția se generalizează, blocând posibilitatea noilor achiziții, devenind un factor care frânează lentă stratificare a modurilor de adaptare a copilului.

Influența inhibiției se rasfrânge și asupra structurilor afective, dezorganizând astfel întreaga personalitate a copilului.

Pe plan afectiv apare sentimentul excluderii, ca urmare a neputinței de a depăși eșecul. Din aceasta decurge sentimentul de insecuritate, de culpabilitate. Cele două elemente (ineficiența intelectuală și dezadaptarea) își unifică efectele,

potentându-se reciproc. De aici rezulta ca, pentru a se evita o asemenea situatie si copilul deficient sa fie scutit de consecintele nefaste ale încadrării sale scolare neadecvate, se impune: depistarea precoce, diagnoza sa corecta si alcatuirea unui program de recuperare individualizat.

Evaluarea psihologica a unui copil este un proces continuu, desfasurat de-a lungul anilor. Scopul acestor continue evaluari este acela de a indica permanent directia educativa care trebuie strabatuta. Psihologului îi revine sarcina de a determina sistematic cât de mult au fost diminuate dizabilitatile copilului, cât de mult sunt utilizate resursele sale, pâna la ce nivel a fost afectata personalitatea lui. Toate acestea se pot urmări în cadrul unor programe educative si terapeutice, care sa permita totodata o continua evaluare a copilului.

Pentru a face posibile comparatii necesare între copilul debil ("debil" fiind termenul generic al scolii franceze) si copilul normal, R. Zazzo si scoala sa, formuleaza patru ipoteze fundamentale:

- a) structura psihica si deci semiologia debilului este diferita de structura copilului normal de aceeaasi vârsta mintala;
- b) structura psihica a debilului (definit prin deficitul global al dezvoltarii mintale) este diferita de structura altor tipuri de deficiente (exemplu, cele determinate de tulburari grave ale vorbirii etc.);
- c) adevarata debilitate îmbraca forme diverse;
- d) diversitatea formelor psihice ale debilitatii reale corespunde, mai mult sau mai putin direct, cu o diversitate de etiologii.

Pentru a verifica aceste ipoteze, R. Zazzo utilizeaza metoda profilului psihologic. El considera ca aceasta metoda implica urmatoarele avantaje:

- indica valoarea relativa a coeficientului de inteligenta;
- permite distinctia între ierarhia tipica si dizarmonie;
- faciliteaza diferentierea debililor de pseudodebili.

Ierarhizând rezultatele obținute, R. Zazzo releva o disparitate a coeficientilor de dezvoltare și formulează ipoteza heterocroniei dezvoltării debilului, considerând-o trasatură psihologică specifică acestuia. Autorul constată disproporții între vârsta cronologică și vârsta mintală; vârsta cronologică îi creează copilului debil mintal anumite avantaje (în raport cu copiii normali de aceeași vârstă mintală, deci mult mai mici ca vârstă cronologică): o forță fizică mai mare, o experiență mai bogată, performanțe fizice mai bune. Vârsta mintală însă, îi creează dezavantaje: calitatea execuției este proastă, stilul de lucru infantil, apar inexactități multiple, paralelism între erori și viteză. Viteza rămâne la nivel ridicat, și reglarea preciziei devine extrem de dificilă.

Pornind de la lucrările lui J. Piaget, asupra dezvoltării genetice a operațiilor intelectuale, B. Inhelder aplică copiilor debili mintali probe clinice, cu scopul relevării mecanismelor operatorii ale acestora. Din concluziile sale reiese faptul că stadiile dezvoltării se succed în aceeași ordine la debil, ca și la normal.

Însa evolutia debilului este mai lenta si nu se încheie: debilul nu ajunge la stadiul final (operatiile formale). Integrarea progresiva a unui studiu în celalalt - caracteristica dezvoltarii normale – ramâne fragila la debil.

Debilul regreseaza cu usurinta spre stadiile inferioare ale gândirii operatorii sub influenta factorilor perturbatori (influenta negative de mediu, emotivitate etc.). B.Inhelder explica aceasta regresie printr-o oarecare inertie a stadiului anterior, unde deficientul ramâne mai mult decât copilul normal. Acest ansamblu de aspecte este denumit de autoare “vâscozitate genetica”. Inhelder concluzioneaza ca geneza gândirii operatorii la debil este mai lenta, neterminata, iar dinamica ei este alta (mai slaba).

Scoala rusa (Luria, Dulnev) prin multiple cercetari au atras atentia asupra anumitor caracteristici psihofiziologice si psihopatologice ale deficientului mintal. Ei apreciaza ca inertia este caracteristica majora a acestuia.

Autorii au constatat ca la oligofreni, datorita transformarilor patologice determinate de leziuni ale sistemului nervos, creierul nu mai poate efectua legaturi nervoase trainice si mobile. Raportul dintre excitatie si inhibitie este perturbat; procesele nervoase îsi pierd mobilitatea; formele complexe ale inhibitiei interne devin inaccesibile; efectuarea legaturilor complexe, de ordin superior (prin mijlocirea cuvântului, ca mijloc de generalizare) devine imposibila.

R.Fau considera fragilitatea structurala trasatura esentiala a debilului mintal. Daca copilul normal exploreaza, compara, înțelege si abia în ultima instanta leaga în structura, copilul debil învata mecanic, nu compara, nu exploreaza pentru a desprinde diferente; el câștiga cunostinte, dar nu-si dezvoltă persoana. Gândirea lui ramâne incomplet dezvoltata, lipsita de suplete.

E.A.Doll subliniaza incompetenta sociala a deficientului mintal, înțelegând prin aceasta dependenta sociala a acestuia de o alta persoana.

Capacitatea lui redusă de a rezolva problemele cerute de complexitatea vieții sociale, ar constitui, după Doll, criteriul major care îl diferențiază de normal.

Specificitatea deficientului mintal, descrisă mai sus, ne conduce la ideea că în stabilirea diagnosticului trebuie ținut seama nu numai de rezultatele brute, obținute la testele de inteligență, ci trebuie avute în vedere anumite particularități psihologice care se referă fie la comportamentul global (adaptarea la mediul social în care trăiește), fie la anumite caracteristici ale proceselor intelectuale, care îl diferențiază de copilul normal.

Stabilirea diagnosticului debilității întâmpină o serie de dificultăți generate de: varietatea tablourilor clinice care uneori maschează realitatea, de intricarea unor simptome de deficit mintal cu altele (datorate carentelor culturale, deficitelor senzoriale etc.).

Astfel, debilitatea pseudosimptomatologică poate fi luată drept debilitate simptomatologică. La acești

copii se întâlnesc raspunsuri si reactii comportamentale care îmbraca aparentele debilitatii simptomatologice, însa înapoierea lor este veritabila. Factorii de mediu (elementul care determina eroarea de diagnostic) se supraadauga deficitului primar. Înlturând factorii negativi de mediu, se înregistreza la copil usoare ameliorari ale dezvoltarii, însa normalitatea nu va fi atinsa.

Alteori, cazurile de debilitate pseudosimptomatice (determinate de carente culturale, hipoacuzie, ambliopie, blocaje emotionale etc.) pot fi etichetate ca debilitate mintala autentica. Interventiile eficiente (efectuate în timp util) duc la recuperarea deficitului copilului.

În cazurile de debilitate mintala mascata copilul detine concepte, termeni care ne-ar determina sa credem ca este normal. Are achizitii mecanice, utilizeaza chiar scheme de judecata (rezultate din imitarea celor din mediul familial). Este vioi, activ. Normalitatea însa, în acest caz, este doar aparenta.

Probele care cer analiza, sinteza, abstractizare si generalizare depasesc posibilitatile lui de gândire.

Dificultatea maxima de diagnostic apare, însa, în cazurile –limita. Acestea au multe note comune cu debilitatea mintala; totusi, putinele raspunsuri care se obtin de la copil si care implica o judecata normala, îl încadreza în categoria “intelectului de limita”.

T.Kulcsar aduce în discutie notiunea “inteligenta scolara de limita”. Autorul face distinctie între inteligenta generala si globala a copilului si inteligenta lui scolara, forma particulara a inteligentei care trebuie tratata strict în “contextul sarcinilor scolare reale”; notiunea aceasta nu se suprapune aceleia de “inteligenta de limita (granita)”.

Dificultatile de diagnostic pot fi depasite daca aceste simptome sunt încadrate în ansamblul datelor obtinute, cu privire la întreaga personalitate a copilului. Un simptom sau altul capata valoare diagnostica doar raportat la cauzele care au

determinat tabloul general. De exemplu, greutatea în dobândirea cunoștințelor și deprinderilor școlare poate avea un debil mintal veritabil dar și un surdomut, un hipoacuzic, un copil cu carente culturale etc., dar deși simptomul care apare pe primul plan este același, el va capata valoare diagnostică doar integrat în ansamblul de date obținute despre copilul respectiv. Se impune, așadar, analiză calitativă a simptomelor dar și analiză dinamică a felului cum s-au dezvoltat și s-au conturat particularitățile psihologice ale copilului.

Numerosi autori au încercat să releve elemente care să facă posibilă diferențierea copiilor cu deficiență mintală autentică de copiii care, la un moment dat, prezintă aparențele unor deficite mintale.

Astfel, ireversibilitatea deficitului mintal la debili și reversibilitatea acestuia la pseudodebili, ar constitui deosebirea majoră, după G.N.Cantor. Dar, însuși autorul consideră definiția aceasta practic limitată pentru că nu poate fi utilizată în stabilirea

predictiilor; constatarea ca a fost curabil se face dupa stabilirea diagnosticului.

Cassel a observat ca diagnosticul de pseudodebilitate este retrospectiv si implica de fapt o eroare de diagnostic. Asadar, în momentul examinarii, acei indivizi diagnostici ca debili, par sa nu fi fost diferiti de debili autentici, întrucât la acea data ei functionau la acelasi nivel de dezvoltare mintala.

A.L.Benton arata ca termenul s-a utilizat în doua cai: ca o greseala de diagnostic si ca o deficiente mintala de o etiologie atipica.

Ca pseudodebilitatea mintala implica o eroare de diagnostic si stabilirea lui e retrospectiva, reprezinta punctul de vedere emis si de S.D.Porteus.

Diferentele care apar în statusul intelectual indica mai degraba faptul ca primul diagnostic a fost gresit. Orice copil care în cele din urma functioneaza la un nivel normal dovedeste de fapt ca el niciodata nu a fost debil mintal.

Atitudinea lui Dolle este similara; conditia de incurabilitate este sugerata ca o conditie necesara în deficianta mintala si ca urmare nici un diagnostic ferm nu poate fi facut (în majoritatea cazurilor) pentru multi ani.

Aceasta atitudine a fost schimbata de A.M.Clarke si A.D.Clarke care argumenteaza ca pseudodebilitatea mintala nu implica greseli de diagnostic atât timp cât majoritatea studiilor arata ca în momentul în care a fost evaluat copilul, ca nivel de functionalitate mintala, nu parea diferit de debilul mintal obisnuit, iar rezultatele obtinute la teste nu indica o infidelitate sau o subestimare. Mai degraba, se poate vorbi de un prognostic gresit facut de clinician. Deficianta mintala poate fi privita ca un termen care subsumeaza o întreaga varietate de conditii, care izvorasc dintr-un larg numar de cauze diferite. Autorii vorbesc de doua categorii de deficianta mintala: una permanenta si alta nepermanenta (în care intra cazurile usoare de deficianta - "high grade cases", sau

pseudodebilitatea mintala daca ulterior se obtin semnificative schimbari.)

P.Doussinet propune termenul de “arieratie pedagogica”, prin care el înțelege tulburari generate de factori extrinseci (insuficiente de mediu, deficiente secundare de origine externa si sociala), caracteristici intelectuale putin compatibile cu munca scolara în cadrul scolii normale.

M.Prudhomeau rezerva termenul de “inadaptati” întrucât la originea tulburarilor lor sta inadaptarea.

R.L.Masland arata ca întârziatii sunt “needucati”, copii la care, spre deosebire de veritabilii deficienti mintal, nu s-au gasit modificari organice, dar care provindin medii subculturale, copii institutionalizati etc.

Ioan Drutu definind pseudodebilitatea mintala se refera la categoriile de copii cu o întârziere sau incetinire în dezvoltarea psihica, cu blocaje emotionale, cu carente educative determinate mai ales de factori externi. Randamentul scolar al acestor copii si rezultatele obtinute de ei la unele

teste psihologice sunt similare cu cele ale deficientului mintal real. De aici rezulta ca, atât deficientul mintal real cât și pseudodeficientul se caracterizeaza la un moment dat (adica în momentul investigatiei psihodiagnostice) printr-un evident deficit intelectual. Deosebirea dintre pseudodeficientii mintal și deficientii mintal propriu-zisi consta în faptul ca “pseudodeficientii mintal pot recupera deficitul intelectual, daca interventia este prompta și de durata, pe când la deficientii mintal deficitul intelectual se considera a fi ireversibil”.

Gheorghe Radu subliniaza faptul ca pentru o buna distinctie între deficianta mintala reala și falsa deficianta mintala, poate fi utila cunoasterea teoriei elaborata de L.S.Vârgotski cu privire la “zona proximei dezvoltari”. În conceptia acestui autor, exista o “zona actuala a dezvoltarii”, care se defineste prin capacitatile active (manifeste) ale copilului în momentul dat, precum și o “zona a proximei dezvoltari” (ZPD) care se refera la potentialul de dezvoltare al copilului, adesea ascuns

observatiei directe. Într-o activitate independenta, orice copil va învăța eficient doar la nivelul dezvoltării sale actuale, adică la nivelul deja atins la momentul dat. În schimb, într-un proces de învățare dirijata, cu ajutor primit din exterior (parinte, educator, învățator) performantele copilului vor fi definitorii pentru potentialul sau de progres, reflectat în Z.P.D.

La copilul deficient mintal Z.P.D. este îngusta, puțin eficienta, iar progresele în învățarea dirijata sunt lente și adesea nesemnificative. La copilul normal cât și la cel cu falsa deficiența mintală, progresele în învățarea dirijata sunt evidente, semnificative.

Mariana Rosca face referire la o cercetare a lui Woodrow care compara un grup de copii normali cu unul de copii deficienți, considerați ca având aceeași etate mintală. În momentul când a început experimentul, cele două grupe de copii prezentau rezultate asemănătoare în activitatea de barare a literelor, a figurilor geometrice și de sortare a jetoanelor colorate. Exersarea a durat 13 zile.

Autorul considera ca cele doua grupe de copii au ajuns la o îmbunatatire egala a performantei si ca deci, n-ar exista diferente semnificative sub acest aspect. În schimb, K.Murdock, care cauta sa stabileasca comparativ volumul materialului asimilat în cursul unui an de catre copii normali si de catre cei întârziati mintal, ajunge la rezultate si concluzii diferite. În momentul începerii observatiei, cele doua grupe de copii studiatii aveau aceleasi performante la citit, socotit si la desen. Autorul concluzioneaza ca, într-un interval de timp egal, copilul normal profita mai mult de pe urma exersarii decât copilul întârziat mintal. Cauza diferentelor în rezultatele celor doua cercetari consta nu în durata, ci în natura activitatilor efectuate. M.Hurtig, de exemplu, urmareste efectele exersarii într-un interval scurt de timp si constata ca rezultatele nu sunt aceleasi la probele în care copilul este redus la propriile sale resurse intelectuale si la probele în care experimentatorul îl instruieste asupra modului de rezolvare a situatiei experimentale. Insuccesul repetat, în ciuda explicatiilor si a exersarii “ pare sa

fie o caracteristica diferentiatoare a debilului fata de copilul normal cu etate mintala egala”.

Mariana Rosca trage concluzia conform careia rezultatele obtinute de M. Hurtig confirma faptul ca, copiii ramasi în urma la învatatura (dar care au totusi un intelect normal) pot prezenta uneori aceleasi dificultati în realizarea unei activitati ca si copiii debili mintali. Acesta observatie are o mare valoare diagnostica. Cele doua grupe de copii se diferentiaza totusi prin faptul ca debili mintal profita mai putin de ajutorul dat de catre adult, de întrebările ajutatoare. Nu acelasi lucru se poate spune despre copiii cu pseudodebilitate mintala la care se observa un real progres care da dovada ca acestia profita de ajutorul dat.

Gheorghe Radu aminteste faptul ca falsii deficientimintal sunt, deci, asemanatori cu deficientii mintal propriu – zisi la nivelul zonei actuale de dezvoltare, fapt care face ca într-o investigatie psihometrica de tip clasic, în care se sondeaza dezvoltarea în momentul dat, acestia sa

nu poata fi diferentiati între ei. Prin urmare, un diagnostic stabilit doar pe baza unei singure aplicari a unui test oarecare de inteligenta fara un exercitiu de învățare “mediata”, nu poate fi un diagnostic diferential, ci doar un diagnostic prezumtiv. În schimb, sub aspectul Z.P.D., fasul deficient mintal este mai aproape de copilul normal, ceea ce îi ofera un prognostic superior al evolutiei ulterioare.

Acesta concluzie vine sa confirme ideea ca, pentru cazurile de falsa deficiente mintala - puternic ramase în urma sub aspectul dezvoltarii în momentul dat (dezvoltarea actuala), dar cu un prognostic pozitiv (dezvoltarea proxima) - sunt recomandate si acceptabile doar masurile de învățământ integrat.

I.Drutu apreciaza ca pentru elaborarea judicioasa a masurilor psihopedagogice speciale si pentru formularea prognozei dezvoltarii psihosociale este necesara punerea în evidenta a potentialitatilor, a perspectivelor dezvoltarii. Aceasta sarcina se realizeaza cu ajutorul probelor de diagnostic formativ, adica a “experimentelor instructive” care

releva capacitatea de învățare, respectiv educabilitatea deficientilor mintal.

Margareta Stefan recunoaște de asemenea că procedeul de investigare a gândirii raționale a capatat un caracter tot mai dinamic și a luat aspectul unui test de învățare. În condițiile unui asemenea experiment dinamic, debilul mintal nu reține ceea ce a învățat și pierde ușor ceea ce a reținut.

Copilul cu pseudodebilitate mintală însă, chiar dacă pleacă de la un răspuns slab realizat (de tip debilitate mintală) reține ceea ce a învățat și transferă ceea ce a câștigat asupra unei situații similare. El învață în condițiile date dovedind suficientă plasticitate și mobilitate a proceselor nervoase, cu condiția ca să i se creeze condiții mai speciale (profesorii ar trebui să țină cont de acest lucru, pentru ca progresele să fie posibile).

Încercând o sinteză a opiniilor prezentate, putem să amintim de definiția dată de Sora Lungu-Nicolae care consideră că pseudodebilitatea este termenul

care se refera la categoriile de copii cu ramânneri în urma în dezvoltarea psihica datorita actiunii unor factori de origine externa (privari timpurii, insuficienta stimulare senzoriala si apoi cognitiva, carente afective, blocaje emotionale, institutionalizari prelungite, boli trenante, deficite senzoriale etc), copii al caror randament scolar si rezultate la unele teste sunt similare cu cele ale debilului mintal. Acesti copii însa pot recupera deficitul, daca interventia reeducativa este prompta si de lunga durata.

Din încercările specialistilor de a defini categoria de pseudodebilitate mintala, reiese faptul ca ei au în vedere fie un singur factor (de exemplu, carenta culturala), fie actiunea sumativa a mai multor factori, care pot genera deficitul, (de exemplu carenta afectiva si un deficit senzorial asociat etc.), ceea ce sugereaza ideea eterogenitatii categoriei amintite.

Sora-Lungu Nicolae trece în revista categoriile de pseudodebili, cunoscute în literatura de specialitate:

a) Debilitati achizitionate: a caror origine se afla în sfera afectivitatii (exemplu: situatii conflictuale a caror interventie precoce determina la un moment dat un blocaj emitional, cu modificari comportamentale etc.). La aceste modificari scoala se adauga ca o sursa de suprasolicitare, determinand la rândul ei inhibitie, negativism.

Performantele scolare ale acestor copii sunt slabe, asemanatoare cu ale debilului, desi în realitate ei sunt potentialitati normale. Depistarea nivelului lor real de dezvoltare intelectuala se sprijina pe un amanunt abia perceptibil.

Tot în aceasta categorie intra întârzierile prin carente afective (carenta reala, prin lipsa îngrijirilor materne; carenta relativa, prin exigente nefiresti din partea familiei sau prin neglijarea lui), influente care tulbura dezvoltarea copilului.

Unii autori sustin ca copilul institutionalizat precoce, privat de contactul afectiv cu adultul, are un tip de personalitate profund deviat. Functiile intelectuale ramân neexersate, luând aspectul unei debilitati. Tulburarile cuprind si sfera comportamentului social.

b) Categoria copiilor care provin din medii subculturale, din medii cu nivel socio-economic scazut, descrisa amplu în literatura de specialitate , prezinta dificultati în abstactizare, dificultati în vorbire, vocabular sarac si imprecis. Conditiiile lor de mediu nu le ofera posibilitati normale de dezvoltare si mai ales de achizitie; motivatia pentru scoala este slab dezvoltata.

c) Copiii cu astenie functionala generala câstigata, la care nu poate fi decelata o atingere organica a sistemulul nervos central sau a glandelor endocrine. Scaderea capacitatii functionale se datoreste îmbolnavirilor repetate din prima copilarie, bolilor cronice, lipsei de îngrijire etc. Se manifesta la acestia o slabiciune intelectuala permanenta care

devine evidenta atunci când li se cere un efort intelectual prelungit. Dar, în perioadele lor “optime” dau raspunsuri de nivel normal (ceea ce nu s-ar obtine niciodata de la un debil mintal autentic).

Subalimentatia, infectii repetate, lipsa ingrijirilor generale determina o slabiciune intelectuala permanenta care blocheaza desfasurarea activitatii intelectuale a individului si care apare mai evidenta atunci cand i se cere efort prelungit. Copilul oboseste repede, e palid, prost dispus, nu participa la jocurile libere ale grupului, decat cu o anumita rezerva. La lectii, nu poate participa activ decat pe o perioada scurta de timp. Sistematic, ramane in urma colegilor, lacunele se instaleaza, retardul scolar se accentueaza.

d)Cazurile marginale sau intelectul de “limita”, ale caror performante nu dovedesc debilitate mentala certa; ele prezinta un grad usor de întârziere, o reducere generala de performanta, în special în sfera limbajului si a comportamentului adaptativ.

lata ca “intelectul de limita” se suprapune la un moment dat cu pseudodebilitatea mintala. Cazurile marginale au la baza factori endogeni, genetici, nespecifici iar falsul debil are la baza factori exogeni (familie dezorganizata, carente afective etc.), consecinta a lipsei de stimulare in domeniu.

Copilul cu intelect de limita prezinta o scadere a randamentului intelectual, dar prin interventie timpurie si sustinuta poate fi recuperat; totusi nu ajunge niciodata la o stare de perfecta normalitate. In schimb, pseudodebilul poate ajunge la normal prin stimulare, ajutor timpuriu si de durata.

Asadar, poate exista pseudodebilitate mintala determinata de existenta unui intelect de limita dar poate exista pseudodebilitate fara a fi vorba de intelect de limita.

e) Copiii cu handicapuri fizice (tulburari de vedere, de auz) care pot antrena rezultate scolare slabe si rezultate de nivel inferior la testele de inteligenta.

f) Instabilii psihomotor, a caror atentie nu se poate concentra mult timp, rezultatele lor la teste sau la invatatura sunt foarte slabe si dispersate.

Acesti copii prezinta un prag scazut de rezistenta la frustrare, sunt lipsiti de control, nu pot suporta asteptarea, amanarea, scurgerea timpului. Cauzele instabilitatii sunt fie constitutionale, fie dobandite (encefalite, traumatisme craniene tulburari endocrine, surmenaj, pluralitatea persoanelor care sau ocupat de copil, carente de autoritate, tulburari de lateralitate) care determina tulburari de adaptare la efortul cerut de scoala.

Copilul a carui instabilitate e determinata de factori exogeni are nevoie de un climat afectiv corespunzator, care sa-l securizeze si nu sa-l descurajeze.

g) Copii cu crize comitiale care pot prezenta faze de ingustime pre sau post critice si astfel eficienta lor variaza de la o perioada de timp la alta.

h) Copilul lent , al carui ritm de gandire si achizitie si creiaza handicap in competitia scolara

G. Arthur adauga urmatoarele grupe:

i) Copii care au dizabilitati specifice (intr-un anumit domeniu) si care din aceasta cauza sunt confundati cu cei cu inteligenta generala subnormala.

j) Copii a caror dezvoltare de limbaj este intarziata, dar ale caror potentialitati nonverbale sunt normale.

k) Copii cu leziuni traumatice cerebrale care au antrenat deficite intelectuale partiale.

Este necesara determinarea specificitatii proceselor intelectuale implicate, ale posibilitatilor si dezabilitatilor specifice copilului cu pseudodebilitate mintala.

Este elementul care atrage atentia in primul rând. Inferioritatea intelectuala a pseudodebilitatii apare chiar de la intrarea in gradinita. Ei prezinta: deficiente de limbaj, deficiente de gândire, deficiente perceptiv, interese reduse. Date fiind asemenea deficiente, la intrarea in scoala ei au un start slab, care le creiaza dificultati in competitia scolara. Inabilitatile cresc pe masura ce sarcinile

scolare devin mai complexe, antrenând procese intelectuale la nivel superior. Handicapul progresează, potențialul intelectual al copilului este blocat, ceea ce duce la creșterea experienței descurajatoare; întârzierea se accentuează cu anii. Performanța lor școlară asemănătoare cu cea a debilului mintal, este influențată de factori cognitivi, motivaționali și emoționali, specifici mediului în care copiii trăiesc.

S-a constatat faptul că în cadrul competiției școlare, copilul este supus la stigmatele întârzierii în funcție de performanța lui. Dar, performanța are o determinare complexă; de aceea este necesară cunoașterea și evidențierea factorilor determinanți care au dus la diferențe în istoria experienței copiilor. Aceasta explică diferențele de performanță obținute în școală.

K.Lewin și J.Kounin formulează ideea conform căreia copilul întârziat este mai puțin diferențiat în structura cognitivă, e mai rigid, are o capacitate mai mică de înțelegere decât copilul normal. Ei

considera ca întârziatii irosesc considerabil de mult timp în rezolvarea sarcinilor lor, pentru ca persista pe tipul vechi de rezolvare.

Datele lui Zigler contrazic concluziile stabilite de Lewin și Kounin, arătând ca întârziatii nu au dificultati mai mari fata de normali, daca acestia sunt examinati cu sarcini de invatare discriminativa și inversare discriminativa. În cadrul unui experiment, subiectilor li se cerea sa invete sa aleaga unul din doi stimuli. După ce aceasta discriminare era realizata, stimulii erau inversati și subiectilor li se cerea sa schimbe raspunsurile lor mai întâi la stimulii incorecti. Contrar precizarilor lui Lewin și Kounin, copiii întârziati n-au avut dificultati mai mari, în raport cu cei normali, în realizarea inversiunii, când probele inverse erau date la o zi după invatarea originala. Aceste concluzii, în raport cu cele ale lui Lewin și Kounin creiaza confuzii.

De aceea, Zigler încearca sa depaseasca aceste contradictii, desigur tot pe baza unor cercetari experimentale. El si-a orientat atentia spre

investigarea copilului întârziat instituționalizat, comparativ cu normalul, de aceeași vârstă cronologică. Subiecților li s-a cerut să învețe două discriminări succesive, în care însă există o minimă interacțiune cu experimentatorul (care constă în întărirea, aprobarea pentru reușită). În experimentele lui Kounin răspunsul era dat în primul rând pe baza instrucțiunilor, deci nu există interacțiuni între experimentator și examinat.

Datele obținute de Zigler au arătat că diferențele în performanța ale subiecților întârziți sunt date de factorul “întărire” sau “nonîntărire”; diferențe care nu apar la subiecții normali. Autorul consideră că factorul primordial al diferenței de performanță - care apare în școală - este contactul scăzut cu adultul, nevoia aprobării acțiunilor sale de către adulți (situații care caracterizează viața copilului instituționalizat). Copiii privați de contactul cu adultul au o mai mare motivație pentru a interacționa cu acesta. Autorul conchide că rigiditatea reliefată de Lewin și Kounin este cauzată

mai curand de o privatiune sociala accentuata si nu este o rigiditate cognitiva innascuta.

L.G.Lowrey si Mc.Candless studiaza de asemenea copilul privat de mama (naturala sau adoptiva).

Lowrey aduce in discutie un experiment efectuat pe 28 de copii institutionalizati timpuriu (8-11 luni); la acestia au aparut tulburari comportamentale intre 2 si 4 ani. Dupa institutionalizare, desi li s-a acordat o asistenta medicala model, ei au contactat mai multe boli decat restul populatiei; au prezentat intarzieri crescute in limbaj; comportamental, erau adesea negativisti, ostili, prezentau accese de manie, preferau activitatile solitare. Coeficientii intelectuali erau mai coborati decat era de asteptat apreciind dupa mediul lor familial. In baza rezultatelor obtinute, Lowrey a tras concluzia ca copiii mici nu ar trebui institutionalizati, sau daca nu exista alta solutie, se recomanda un contact apropiat si continuu, cel putin cu un adult; astfel copilul isi poate dezvolta tehnici de socializare si isi poate canaliza emotiile, astfel incat sa fie capabil de autoaparare independenta pe plan social.

Mai tarziu, o alta categorie de factori influenteaza negativ dezvoltarea copilului: conditiile socio economice si culturale.

H.M.Black sustine ca familiile cu nivel socio economic si cultural scazut furnizeaza o mica cantitate de stimuli, de obiecte de joc si mai ales modele de imitat. Mai mult chiar copilul intalneste un obstacol important: intrebarile pe care le adreseaza adultilor rareori primesc raspunsuri favorabile. Oportunitatile educative sunt inferioare si acompaniate de o scazuta incurajare pentru achizitii intelectuale. Accentul se pune pe concret, ceea ce limiteaza capacitatea intelectuala a copiilor, probabil si a adultilor din acelasi mediu.

Efectele defavorabile ale mediului social devin mai severe de-a lungul anilor. Cu cat aceste conditii nefaste actioneaza mai indelungat, cu atat efectele vor fi mai durabile.

Incadrarea precoce a copiilor dezavantajati intr-un mediu superior si urmarirea modificarilor care apar atat la nivelul coeficientului intelectual, cat si pe

plan general, de personalitate, sunt concludente, atat in scop diagnostic, cat si recuperator.

Cultura sau subcultura stimuleaza dezvoltarea diferitelor modele de abilitati. Deosebiri in performanta (verbala, nonverbala, auditiva, vizuala etc.) trebuie deduse din tipul de educatie.

Termenul “rigiditate” luat in sine, nu spune nimic despre cauzele care au generat-o, sau despre constelatia psihica a copilului, apreciaza Sora-Lungu Nicolae. Autoarea apreciaza ca corelarea gradului de rigiditate a copilului intarziat cu marimea experientei privatoare de un fel sau altul, intr-o etapa timpurie sau in cea urmatoare ar putea sa elucideze specificul structurii cognitive a copilului intarziat.

Se apreciaza ca diferentele de performanta obtinute de copiii intarzati si de cei normali sunt influentate de factori motivationali.

Este cunoscut faptul ca motivatia majora a intregii activitati a copilului este dorinta de a se identifica cu adultul. Dar, intr-un mediu cu nivel cultural

scazut, aspiratiile familiei nu au menirea sa incurajeze si sa stimuleze copilul catre munca intelectuala. Chiar daca el aspira la mai mult (date fiind mijloacele de cultura superioare oferite de societate si nivelurile variate de aspiratii), performanta obtinuta se situeaza sub nivelul aspiratiei, ceea ce scade ambitia si elanul actiunilor viitoare - pe de o parte; pe de alta parte, tendintele pozitive ale copilului nu sunt sustinute, nu sunt tonificate de parinti. Studiile efectuate in acest sens gasesc aproape invariabil grade de similitudine intre atitudinile parintilor si cele ale copiilor.

Asadar, investigarea profunda a mediului in care traieste un copil intarziat gaseste explicatii pentru o mare parte a regimului educativ cu care trebuie sa se intervina si a schimbarilor motivationale care o impun. Orientarea psihoterapiei trebuie dirijata nu catre deficitul copilului, ci catre posibilitatile lui de a achizitiona, de a invata, pentru a obtine o crestere a motivatiei copilului.

Intarzierea copilului consta intr-un deficit de invatare, in absenta unei patologii detectabile. Dar invatarea este posibila doar in conditiile in care mediul socio-cultural in care copilul traieste permite achizitii, printr-un proces de imitatie corecta.

A.L.Benton subliniaza faptul ca, educabilitatea si capacitatea de invatare la copiii privati cultural trebuie privite si in functie de posibilitatile psihomotorii si plasticitatea substratului neurologic. Motricitatea joaca un rol dinamic in evolutia diferitelor stadii de dezvoltare a persoanei; ea ne da indicii asupra dezvoltarii ulterioare a copilului. Daca evolutia intelectuala tinde a se fixa la un anumit nivel, aceasta este datorita faptului ca influentele socio-culturale ale mediului au actionat in sens negativ, inhibitor.

Copiii dezavantajati cultural au intarziere psiho-motorie, debilitate motorie, instabilitate psiho-motorie, dispraxie ideo-motrica, tulburari de limbaj. Desi neurologic sunt normali, coeficientul de inteligenta se situeaza intre 55–70. Acesti copii par

de inteligenta scazuta, dar de fapt ei n-au fost stimulati spre a achizitiona. Experientele lor precoce sunt negative; ei iau cunostinta cu esecurile, cu infrangerile, foarte de timpuriu.

Sora Lungu Nicolae face o descriere a modului cum se petrece invatarea. Dar pentru a intelege acest lucru, cum se dobandesc “uneltele” intelectuale, autoarea propune sa cautam sa elucidam problema mecanismelor proceselor gandirii si ale atentiei, dezvoltate in prescolaritate, in special cele conditionate de elemente ca:

- modul in care a reactionat adultul cand copilul i-a adresat intrebarea “de ce ?” (l-a pedepsit, l-a incurajat sa gandeasca, sau i-a impus un raspuns pe care si l-a insusit mecanic);
- activitati ce i-au fost prezentate ca fiind accesibile si interesante;
- sfera de activitate umana spre care i-a orientat atentia;
- mijloacele folosite pentru dezvoltarea atentiei;

- mijloacele folosite pentru a se întări și proteja achizițiile.

Organismul copilului interacționează cu factori de mediu; interacțiunea aceasta se restructurează permanent. Stimularile externe se impun copilului nu numai prin simpla lor prezență ci repetiția stimularilor duce la creșterea eficienței perceptive. La aceasta se adaugă interesul pentru anumite stimulări, pentru anumite tipuri de activitate, în raport cu orientarea anterioară. Toți acești factori concurează la maturizarea structurală. La copiii întârziati (prin carente de mediu, privare senzorială, izolare etc.) achizițiile și experiența sunt deficitare. Mediul le-a oferit puține stimulări; nu le-a pus la îndemână materialul și tehnicile necesare achizițiilor intelectuale; nu i-a orientat spre o activitate variată și bogată în conținut. Capacitatea de receptie și de selecție a stimulilor, experiența, au fost limitate la concret.

Havighurst și Neugarten B.N. precizează că acești copii n-au fost învățați “să fie atenți” (să

receptioneze), “sa asculte” ce le spune o alta persoana (adultul, profesorul), “sa observe” lucrurile ce le sunt prezentate; n-au fost incurajati “sa gandeasca”; n-au fost obisnuiti cu tehnica discutiei; nu le-a fost permis sa-si sustina si sa-si apere punctul de vedere; n-au fost obisnuiti cu lectura, cu miscarea de la faptul de observatie la generalizarea concluziei. Ei au fost obisnuiti cu rezolvari care vizau nevoile momentane, cu rezultat imediat. Conform metodelor care le-au fost oferite familiei, la acesti copii a aparut necesitatea de a vedea aplicarea concreta a ceea ce invata la senzorialitatea imediata si satisfactia actuala.

Pentru copilul pseudodebil, problema invatarii si a modificabilitatii sale este esentiala, in procesul de recuperare al acestuia, intrucat se stie ca printr-o interventie cat mai timpurie si sustinuta, se poate ajunge la starea de normalitate. Astfel, se impune o contracarare a privarii culturale, in cadrul unor sustinute experiente de invatare: se ofera copilului posibilitatea de a intalni o mare varietate de modele comportamentale corespunzatoare, de

imitat. Copilul trebuie incurajat in actiuni de manevrare a noilor obiecte pentru ca, prin asemenea experiente variate sa se influenteze dezvoltarea reprezentarii. Mai tarziu, aceasta ar putea fi referinta pentru cuvintele rostite si limbajul scris. Pentru dezvoltarea interesului pentru cunoastere si pentru conduita autonoma, copilul va fi stimulat sa intrebe, reliefandu-se raspunsurile lui bune.

Prin stimulare repetata nu este perturbata structura, ci se impun noi structuri intelectuale. Daca incercarile personale se vor solda cu reusite, se ajunge la stocaj de experienta si la cresterea interesului pentru noi achizitii, in cele din urma ducand la evolutie pe planul maturizarii structurale si la acumularea unui anumit potential.

Caracteristicile limbajului vorbit reprezinta o sursa importanta a diferentelor dintre individul normal si cel dezavantajat. Atat dezvoltarea gandirii. cat si cea a limbajului sunt influentate de familie, grupul social caruia apartine individul, gradul de civilizatie

si interesul grupului pentru o anumita sfera de activitate umana. Aceste determinante pot facilita (sau chiar limita sau bloca) dezvoltarea intelectuala a individului.

Carlton T. si Carlton L.E. remarca supunand analizei limbajul copilului deficient mintal prezenta unor caracteristici de tipul: procent scazut de propozitii bine structurate si superior elaborate; utilizarea unor forme sintactice eliptice; folosirea limitata a adjectivelor; utilizarea repetata a conjunctiilor; utilizarea unui anumit timp al verbului (rar folosit imperfectul sau mai mult ca perfectul). Asemenea caracteristici nu sunt doar o oglinda a posibilitatilor, ci ele pun in evidenta forma verbala a unor scheme de gandire deficitara.

Aceste imperfectiuni ale limbajului, amintite mai sus de autori sunt, pe de o parte oglinda gandirii, iar pe de alta parte, ingreuneaza dezvoltarea operatiilor mintale si impiedica dialogul.

Hunt Mc.V.J. si Cofer C.N. subliniaza faptul ca vitregia mediului subcultural nu antreneaza copilul

in a achizitiona precis si nuanatat limbajul; de asemenea copilul nu este antrenat nici in activitati intelectuale corelative. Mediocritatile modelelor lingvistice oferite de mediu, cat si nivelul foarte scazut al atentiei pe care acesta o acorda modului de exprimare a copilului duc la formarea unei vorbiri sarace si la un spirit neevoluat.

Iata ca saracia de stimuli in care sunt crescuti copiii, precum si absenta discutiilor care antreneaza comunicarea, in mediul subcultural, duc la blocarea abilitatilor verbale ale copiilor. Unele modele verbale oferite de parinti au diminuat direct capacitatea lor de exprimare si de receptie a ceea ce ei aud.

Nefiind obisnuiti cu utilizarea discutiilor, nefamiliarizati cu miscarea ideativa de la observatie la idee si fiind doar orientati spre rezolvarea nevoilor elementare (hrana, imbracaminte), acesti copii au oportunitati scazute pentru dezvoltarea gandirii si limbajului. Tocmai de aceea apare la acesti copii startul slab la intrarea in scolaritate,

cand apar perioade frecvente de neatenție, care duc la discontinuitate în înțelegere a ceea ce li se comunica.

După opinia lui Carlton T. și Carlton L.E. putem afirma că nu orice handicap de limbaj este un handicap veritabil. Există posibilitatea ca pseudodebilul să aibă o discriminare auditivă redusă, raționamente reduse privind timpul, spațiul, etc. care să-și aibă originea nu la nivelul receptorilor respectivi, ci la nivelul inferior de dezvoltare al deprinderilor de a auzi, a vedea, a gândi – dobândite în mediul lor.

Intrucât, deficiențele pe care le are copilul dezavantajat, pe plan verbal, nu sunt ireversibile, se recomandă dezvoltarea limbajului prin exercițiu, ceea ce duce la creșterea spontaneității și lungimii propoziției.

Fau R. atrage atenția că se discută mult despre stilul mental lent al copilului carentat cultural, care dă impresia stupidității, dar acest gen de copil poate avea potențial de bază original, inteligența lui poate

fi mai profunda decat a unui copil aparent vioi, dar mai putin dotat. Autorul subliniaza faptul ca, in general, accentul se pune pe repeziciune si ca multe forte pozitive pot fi ascunse de un ritm lent. De aceea se impune o evaluare cat mai precisa a copilului care prezinta intarzieri.

Un copil, de exemplu poate fi lent pentru ca el este prea grijuliu, prea meticulos sau prea prevazator; o alta posibilitate ar fi sa refuze sa generalizeze usor sau pentru ca se fixeaza pe o cale proprie de rezolvare a problemei si nu este flexibil.

Acest copil orientat cu precadere spre concret, intrat in scolaritate are dificultati in intelegerea unor concepte, in operatiile cu numere, in exprimarea verbala. El memoreaza cu greutate, gandeste cu efort, cu greu urmareste firul unui rationament. Acest gen de copil poate fi un lent si nicidecum un debil mintal.

Daca lentului i se va preda si i se va pretinde sa lucreze la un ritm la care posibilitatile lui s-ar adapta, succesele ar fi neindoielnice.

B.Zigler arata ca in rezolvarea problemelor puse de mediu, individul normal utilizeaza propriile procese de gandire si experienta dobandita anterior, ajungand astfel la solutii independente, in timp ce copilul intarziat are un comportament diferit. Solutiile date de el, ca raspuns la cerintele externe, au dus la repetate esecuri. Aceste experiente negative au creat ne incredere in fortele proprii si ca atare copilul a adoptat in rezolvarea problemelor sale – un stil de directionare din exterior.

Dar copilul intarziat, al carui stil mintal se caracterizeaza prin ritm lent, are nevoie pentru a progresa nu numai de metode pedagogice ci si de un climat afectiv adecvat. El are nevoie sa i se traseze drumul, sa i se indice dificultatile, sa fie stimulat pentru a achizitiona in ritmul lui. Lentul poate fi abordat pornind de la ceea ce este la indemana lui (sarcini cu continut concret) ii treptat sa fie familiarizat cu sarcini complexe cu continut abstract.

C.Paunescu si I.Musu amintesc faptul ca simptomatologia pseudodebilitatii mintale este extrem de variata. Autorii fac referire la cele mai relevante tipuri dupa A.Rey, si anume:

- o dezvoltare generala lenta, caracterizata indeosebi retardului simplu de tip Collin;
- un retard evident in ceea ce priveste volumul de informatii, cunostinte, ce caracterizeaza retardul educativ, pedagogic;
- un nucleu de tulburari instrumentale de tip disfazic (dislexie, disgrafie, disortografie), de tip praxic (nedibacia miscarilor, lipsa de precizie, discalculia, etc.).

Autorii amintiti sunt de parere ca, complexul de simptome amintit este insotit si de o constelatie eterogena formata din: pierderea apetitului de invatare, ca o consecinta a esecurilor; reactii de invatare nesigure si stereotipe; incapacitate persistenta de a retine cele invatate; reactii afective de extrema, emotivitate exagerata, inhibitie pana la mutism, timiditate, atitudine de demisie sau de

agresivitate. Toate acestea conduc la instalarea eșecului școlar.

Într-un studiu intitulat “Contradicții ale sistemului actual de instruire și educație a handicapaților mintal”, Gh. Radu- evidențiază o serie de măsuri inadecvate ale învățământului special pentru handicapații mintal.

Printre acestea, autorul citat menționează:

1.1. Nepotrivirea între structurile organizatorice tradiționale – diferențiate, chiar separate (segregate) în raport cu structurile obișnuite ale educației generale pentru normali – și obiectivul pregătirii handicapaților mintali pentru viață, pe cât posibil alături de cei normali. Deoarece această reprezintă cea mai evidentă și discutată contradicție a învățământului pentru deficienți, sunt cautate soluții (atât teoretice cât și practice) pentru rezolvarea ei. Astfel, în lucrările de specialitate sunt propuse diferite modalități de “socializare”, “de integrare” sau de “normalizare” cu scopul de a realiza o apropiere cât mai mare a educației

speciale de obiectivele si formele organizatorice obisnuite ale educatiei generale. In acest sens, in unele tari puternic dezvoltate ca: Franta, Belgia, Elvetia, Tarile Scandinave, s-au facut pasi importanti in aceasta directie, in prezent predominand formele integrate de educatie speciala: in schimb, in alte tari – printre care si Romania – continua sa predomine structurile separate de instruire si educatie pentru handicapatii mintal.

Printre argumentele invocate in literatura de specialitate impotriva structurilor de sine statatoare ale educatiei speciale, se remarca urmatoarele: aceste structuri indeparteaza handicapatii de contextul social obisnuit, in care ei vor trebui sa traiasca ulterior; de asemenea, in relatiile cu personalul educativ, cu colegii din unitatile organizate separat, copiii handicapati mintal nu reusesc sa capete acel grad de independenta absolut necesar pentru integrarea de mai tarziu in relatiile socio-profesionale obisnuite. Argumentul este valabil, insa valabilitatea lui se pastreaza si pentru situatiile in care handicapatii mintal sunt

integrati in colectivitati normale, deoarece, si in aceste colectivitati ei raman (de regula) tot izolati, deoarece colegii lor normali nu relationeaza, nu se implica in activitati comune. Exista, de asemenea, si cazuri cand chiar copiii handicapati si evita pe cei normali, deoarece in prezenta lor isi formeaza complexe de inferioritate.

Integrarea copiilor in colectivitati normale de elevi, ca modalitate de pregatire pentru integrarea socio-profesionala viitoare, nu este o problema a handicapatilor mintal, ci o problema importanta a oricarui adolescent sau tanar care se pregateste sa treaca de la stadiul copilariei protejate (de depedenta parentala) la stadiul de adult independent si responsabil. Deosebirea consta in faptul ca, in acest proces de trecere si adaptare la un statut social nou, individul normal este activ, descurcandu-se mai usor, cautand societatea si colaborarea, in timp ce handicapatul mintal este dezorganizat si instabil in relatiile cu ceilalti, avand nevoie in permanenta de indrumare, supraveghere si control. Mai mult chiar, el are nevoie de

protecție, deoarece în contactul cu normalul este permanent dezavantajat. Pornind de la această realitate, R. Peron- unul dintre adepții învățământului special de sine statator, consideră că acest învățământ oferă handicapatului mintal un cadru indispensabil, aparându-l în fața cerințelor excesive și a competenței incomparabile din învățământul pentru normali. El nu cere handicapatului mai mult decât este capabil să realizeze, dar încearcă în permanentă – ca orice învățământ – să-l ducă la autodepasire, să-l dezvolte.

Realizarea obiectivelor generale, instructiv-educative ale învățământului special nu este posibilă decât în strânsă legătură cu realizarea obiectivelor sale speciale, conditional – compensatorii.

Integrarea învățământului special în sistemul educației generale, înseamnă, în primul rând asigurarea condițiilor optime pentru realizarea obiectivului comun: pregătirea tuturor copiilor

pentru viitoarea integrare socio-profesionala la nivelul posibilitatilor reale maxime ale fiecaruia.

1.2. O alta contradictie a sistemului actual de instruire si educatie speciala a handicapatilor mintal consta in faptul ca volumul de cunostinte, priceperi si deprinderi necesare unei adaptari eficiente, cel putin la nivelul cerintelor minime ale societatii moderne, depaseste capacitatea de invatare chiar si a celor cu handicap mintal usor.

In prezent, diminuarea acestei contradictii, printr-un sistem de lucru adaptat particularitatilor dezvoltarii psihice a handicapatilor mintal reprezinta unul din dezideratele prioritare ale psihopedagogiei speciale. Se pune deci, problema elaborarii unor modele de invatare adaptate particularitatilor dezvoltarii handicapatilor mintal, dinamicii specifice acestei dezvoltari.

1.3. Contradictia dintre particularitatile activitatii cognitive a debilului mintal; pe de-o parte modul in

care sunt utilizate diferite mijloace de lucru in scoala ajutatoare si pe de alta parte tipul sarcinilor prin care elevii acestei scoli sunt antrenati la prelucrarea materialului de invatat. Desi elevii debili mintal isi insusesc un oarecare volum de informatii in activitatea de invatare, ei intampina dificultati deosebite atunci cand sunt pusi in situatia de a le utiliza eficient – fie in propria gandire, fie in activitatea practica; aceasta datorandu-se in mare masura folosirii excesive a metodelor verbale de instruire si antrenarii elevilor la sarcini frontale, nediferentiate cu materialul de invatat.

Datorita particularitatilor activitatii cognitive a debilului mintal, este necesar sa se imprime invatamantului ajutator un caracter intuitiv-practic, care sa permita antrenarea acestor deficienti operarea cu obiectele studiate, fie prin manipulare directa, fie prin intermediul unor reprezentari adecvate.

Necesitatea folosirii imbinate a mijloacelor verbale, intuitive si practice in activitatea de invatare cu

debilul mintal reprezinta una din cerintele fundamentale ale pedagogiei, ce rezulta din insasi esenta procesului de invatare in scoala, in activitatea de cunoastere dirijata.

In literatura de specialitate se remarca faptul ca sunt foarte frecvente cazurile cand, in scolile pentru debili mintali, unele lectii se bazeaza prioritar (sau chiar exclusiv) pe mijloace verbale, iar antrenarea elevilor in activitati se face mai ales prin sarcini nediferentiate, adresate clasei frontal.

In ultima perioada, se constata o anumita imbunatatire a raportului dintre mijloacele de lucru utilizate, atat in scolile ajutatoare, cat si in cele normale. Lectiile se desfasoara pe baza imbinarii mijloacelor de lucru verbale, intuitiv-concrete, intuitiv-schematice sau simbolice, intuitiv-iconice si in conditiile antrenarii elevilor la sarcini individuale (uneori chiar diferite) cu materialul de invatat.

1.4. O alta contradictie in invatamantul ajutator este cea dintre modul de organizare a activitatilor

de invatare – reflectat in structura si durata lectiilor – si particularitatile ritmului de activitate si al capacitatii de efort care diferentiaza insemnat debilul mintal de copilul normal de aceeaasi varsta si chiar de copilul normal mai mic ca varsta dar aflat la un nivel echivalent de scolarizare.

Solutia pentru rezolvarea acestei contradictii trebuie cautata in “economisirea” capacitatii de efort intelectual la elevii scolilor ajutatoare, printr-un regim de munca rational organizat, in promovarea unor modalitati moderne de realizare si desfasurare a activitatilor de invatare de lectii, a caror structura, durata si dotare cu mijloace de lucru trebuie permanent raportata la principalele particularitati psihice ale debililor mintal si la stadiul real de pregatire atins in fiecare etapa.

Psihopedagogia integrarii si normalizarii este o ramura a psihopedagogiei speciale, care studiaza sistemul de invatamant bazat pe scolile inclusive, menit sa satisfaca necesitatile educationale speciale ale tuturor copiilor.

Constituindu-se in anii '60, ca o replica data sistemului de invatamant clasic, bazat pe institutii traditionale, incapabile sa satisfaca, prin modul de organizare si caracteristicile educationale oferite, psihopedagogia integrarii si normalizarii a fost determinata sa apara din necesitatea respectarii Drepturilor Fundamentale ale Omului, dreptului fundamental la educatia egala pentru toti.

Din punct de vedere psihologic, E. Verza apreciaza ca, prin educatia integrata a copiilor cu handicap se urmareste dezvoltarea la acestia a unor capacitati fizice si psihice care sa-i apropie cat mai mult de copiii normali. Astfel, se stimuleaza potentialul restant prin implementarea unor programe cu caracter corectiv - recuperativ, permitand dezvoltarea compensatorie a unor functii menite sa le suplineasca pe cele deficitare, creand climatul afectiv pentru formarea motivatiei pentru activitate, in general, si pentru invatare in special. Se urmareste de asemenea asigurarea unui progres continuu in achizitia comunicarii si a cognitiei si dezvoltarea unor comportamente adaptative si a

insusirilor pozitive ale personalitatii, care sa faciliteze normalizarea deplina.

Autorul concluzioneaza faptul ca educatia integrata are un scop nobil, ce vizeaza o egalizare a sanselor pentru toti copiii si asigurarea demnitatii personale.

E.Paun subliniaza ca egalizarea sanselor educationale se obiectiveaza pe trei paliere:

a) Egalitatea sanselor de acces in toate formele de instruire si educatie, atat pe orizontala, cat si pe verticala. Aceasta reprezinta doar premisa (necesara dar nu si suficienta) a realizarii egalitatii si dreptului la educatie.

b) Egalitatea sanselor de instruire si educatie care presupune asigurarea tuturor oportunitatilor si conditiilor (resurse materiale, umane, dar mai ales pedagogice) pentru dezvoltarea normala, libera si completa a fiecarui copil; eliminarea obstacolelor de natura sa introduca disfunctii in acest domeniu. Se urmareste accesul copilului in scoli egale (sau relativ egale) sub raport calitativ. A asigura aceleasi oportunitati educationale presupune dreptul si

posibilitatea copiilor de a le exploata in interesul dezvoltarii lor, in limitele circumscrise de posibilitatile si ritmurile proprii.

c) Egalitatea sanselor de integrare sau reusita scolara. Este criteriul de referinta pentru judecarea sau evaluarea gradului de realizare a egalitatii in educatie.

Facand referire la cele prezentate mai sus, putem spune ca educatia integrata ofera sansa copilului pseudodebil de a-si dezvalui adevaratul potential, prin intermediul unei instruirii si educatii in cadrul invatamantului de masa; sansa de a accesa la zona proximei dezvoltari si de a realiza progrese in invatare, reusind in cele din urma sa recupereze deficitul intelectual.

Adeptii integrarii sunt de parere ca odata cu integrarea in scolile de masa, copiii cu handicap sunt stimulati de mediul competitional si de performantele scolare cu expectatiile existente in conditiile obisnuite. Iata ca tocmai aceasta stimulare de catre mediu se produce, permitandu-i

pseudodebilului mintal, in conditii de abordare diferentiata, sa avanseze mai viori, sa realizeze progrese si deci sa ajunga la reusita scolara.

“De aceea se considera ca educatia integrata presupune o pedagogie de tip suportiv pentru elevi. Aceasta implica tratarea copilului ca ansamblu de resurse specifice ce trebuie dezvoltate, considerarea mediului ca ansamblu de resurse ce trebuie valorificat nediscriminativ dar diferentiat, dezvoltarea unui climat educational suportiv, bazat pe motivare, sustinere si incredere, punerea in actiune a unor modalitati pedagogice de lucru cu elevii, initierea unui parteneriat comunitar cu parintii elevilor si cu autoritatile locale.”.

Conceptia romaneasca cu privire la “integrare”, a inclus prioritar ideea de recuperare, instructie si educatie, care sa valorifice maximal potentialul psihofiziologic al handicapatilor si sa-i pregateasca pe acestia pentru o insertie social-profesionala deplina. De aceea, date fiind conditiile concrete din tara noastra, social-economice si sistemul

metodologic propriu invatamantului special ca si personalul implicat in procesul recuperativ-educational, nu este indicata desfiintarea structurilor actuale ale invatamantului special, cu atat mai mult cu cat nu exista cadrul organizational care sa-l inlocuiasca si care sa conduca la modalitatile mai eficiente de transformare si pregatire a persoanelor handicapate.

Este necesara adoptarea unei forme de integrare concretizata la situatia din tara noastra si care sa serveasca interesele subiectilor handicapati, in vederea unei adaptari cat mai apropiate de viata normalilor.

Modul in care se realizeaza integrarea handicapatilor depinde de:

- nivelul recuperarii acestora;
- pregatirea unor abilitati socio-profesionale;
- organizarea unor activitati in institutiile respective, care sa creeze un confort psihic adecvat;

- obisnuirea handicapatilor cu contactul direct cu lumea normalilor (prin joc, petrecerea timpului liber, vizite etc.);
- transmiterea unei experiente cu caracter informativ-formativ, care sa permita formarea de motivatii si aspiratii apropiate de cele ale normalilor;
- conceperea intregului sistem instructiv-educativ care sa faca din toate activitatile ce se deruleaza in unitatile speciale modalitatile stimulative pentru transparenta la lumea obisnuita.

Ghe. Radu arata ca practica ne demonstreaza ca deficienta mintala reala, mai ales atunci cand nu este abordata corespunzator si de timpuriu, poate provoca un handicap stabil. Falsa deficienta mintala poate provoca si ea fenomenul de handicap – indeosebi de handicap scolar – dar la acesti copii, handicapul este mai usor si are un caracter temporar care, deci, poate fi depasit in conditii de abordare diferentiata.

Acest handicap poate aparea la falsii debili, in situatiile in care acestia nu sunt diagnosticati corect de timpuriu si sunt orientati spre scolile speciale ajutatoare, unde, in loc sa valorifice potentialul de care dispun, dezvolta starea de handicap, care cu timpul se accentueaza si devine din ce in ce mai greu de actionat in directia recuperarii.

Manifestarile de moment in falsa deficienta sunt asemanatoare cu cele ale deficientilor reali. De aceea, pseudodebilitii sunt orientati spre scolile ajutatoare, unde antrenati in activitati de invatare mult mai usoare, desfasoara un proces de dezvoltare in pasi marunti. Un semnal ca ar exista o pseudodeficienta, poate avea profesorul din partea elevului atunci cand acesta din urma, profitand de o invatare “mediata”, la un moment dat, obtin rezultate mult mai bune.

Tocmai de aceea, Ghe. Radu concluzioneaza faptul ca este evidenta necesitatea perfectionarii metodologiei diagnosticului diferential intre deficienta mintala reala si falsa deficienta.

Autorul este de parere ca una din directiile de perfectionare a psihodiagnosticului diferential consta in orientarea formativa a acestuia. Se propune sondarea nivelului actual al dezvoltarii si evidentierea posibilitatilor de progres, adica sa se realizeze un prognostic al posibilitatilor de avans spre zona proximei dezvoltari si sa actioneze ameliorativ in aceasta zona.

Importanta psihodiagnosticului diferential este majora in procesul de dezvoltare a copilului cu pseudodeficienta, intrucat acesta, daca petrece prea mult timp in institutii speciale, fara a fi diagnosticat corespunzator si orientat fie spre procese de ameliorare, fie spre forme integrate de invatamant, sansele sale de reusita scad in mod dramatic.

Dupa C. Paunescu si I. Musu intarzierea mintala este o insuficienta determinata de un deficit de dezvoltare avand insa o structura mentala normala, un potential intelectual ce nu poate fi valorificat ca o consecinta a unor carente educative (neexersare

educativa), a unui mediu socio-cultural deficitar si caracterizat prin insecuritate, a unor carente de natura afectiva sau a abandonului familial (sau hiperprotectie in familie). Dificultatea de diferentiere intre pseudodeficienta si reala deficienta consta in faptul ca falsa deficienta nedepistata la timp, fara a fi supusa unui tratament pedagogic adecvat, poate dobandi configuratia deficientei mintale propriu-zise, devenind in consecinta ireductibila.

De aceea, Ghe. Radu aminteste ca in practica psihopedagogica exista principiul conform caruia este mai bine sa gresesti supraapreciind copilul si orientandu-l initial spre forme integrate decat sa-i subapreciezi capacitatile reale, orientandu-l cu usurinta spre invatamantul special separat.

Din aceasta tragem concluzia ca prin intermediul unui psihodiagnostic diferential bine perfectionat, copilul pseudodebil se recomanda a fi integrat in scoala de masa chiar de la inceputul scolaritatii, intrucat drumul de intoarcere dinspre invatamantul

special spre cel obisnuit – inclusiv spre formele integrate – este adesea barat de marile decalaje care se creiaza in raport cu avansul copiilor ramasi in fluxul normal al scolii obisnuite.

Tocmai acest fenomen este urmarit in aceasta cercetare. Facand comparatie intre falsii debili din scolile ajutatoare si falsii debili din invatamantul de masa, vom observa ca acestia din urma, profitand de conditiile si resursele materiale, umane si nu in ultimul rand pedagogice, reusesc sa faca progrese, avansand in procesul dezvoltarii cu o usurinta mai mare decat cei din scolile ajutatoare, unde datorita ritmului mai lent in activitatile de invatare, se instaleaza handicapul; de aceea, acestia ajung la esec scolar, ca un produs al scolii.

T. Kulcsar a abordat, intr-o maniera complexa – inclusiv sub aspectul mijloacelor psihodiagnostice si de cunoastere dinamica – fenomenul de esec scolar, de insucces la invatatura la elevii din scoala obisnuita. Autorul, realizand un demers comparativ, a studiat in paralel elevi din scoala obisnuita cu

rezultate bune la invatatura, elevi cu insucces scolar si elevi handicapati mintal. S-au folosit probe operatorii piagetiene care au o valoare predictiva ridicata.

Demersul psihodiagnostic derulat de autor descrie trei faze:

- stadiul constatativ (investigarea nivelului actual al dezvoltarii intelectuale);
- stadiul formativ (sondarea “nivelului potential” al dezvoltarii);
- stadiul aplicativ (evaluarea prin exercitii practice-aplicative a operatiilor mintale insusite).

T.Kulcsar descrie acest psihodiagnostic formativ care poate fi asemuit cu o “suita de imagini in miscare, pe baza carora se poate intrevedea si, mai ales, se poate influenta activ desfasurarea ulterioara.”

De aceea acest tip de psihodiagnostic este foarte util in investigarea falsului debil, intrucat acesta este ajutat sa-si depaseasca dificultatile, sa invete

operatiile urmarite in testare si sa-si imbunatateasca treptat performantele, in conformitate cu capacitatile reale. El reuseste sa valorifice cu usurinta ajutorul care i se acorda.

Ghe. Radu conchide ca “diagnosticul formativ are o dubla calitate: este diferential si stimulativ”.

Marg. Stefan a realizat o cercetare, in care incuraja ideea claselor diferite pentru scolarizarea copiilor cu “dezvoltari intelectuale de limita” (clase “diferentiate” sau “de recuperare”).

Autoarea apreciaza ca ideea claselor diferite pentru aceasta categorie de copii amintita ar fi fost apreciata la vremea respectiva de specialistii in invatamant, pshiatree, medici scolari, insa activitatea lor se desfasura fara nici un control sau indrumare metodologica, rezultatele nu erau analizate in mod special la finalul anului scolar iar experientele pozitive nu erau popularizate.

Dupa opinia lui Ghe. Radu, integrarea scolara nu ar trebui abordata doar din perspectiva formulelor organizatorice, intrucat, daca masurile de integrare

se iau abia la cativa ani de esec scolar, solutia se demonstreaza a fi tardiva. Autorul apreciaza mai eficiente masurile anticipative, care au menirea sa pregateasca integrarea organica a copiilor in fluxul normal al activitatilor din scoala obisnuita, chiar inainte de a fi declarati handicapati mintal.

Doua aspecte de o importanta deosebita se desprind de aici si se dovedesc a fi deosebit de utile:

- Initierea unor masuri de stimulare generala, la nivelul varstei prescolare, in familie sau gradinita:

Neajutati sa-si depaseasca eventuale insuficiente si dificultati pe care le au in plan senzorial, psihomotor, de limbaj, de sanatate generala, de educatie s.a., acesti copii, la debutul scolaritatii vor constitui procentul cel mai mare de copii cu pseudodeficienta mintala. Exemplu negativ ar fi familiile care, observand un deficit, fie de limbaj, fie de educatie etc., nu actioneaza in nici o directie, si asteapta debutul scolar, crezand ca problemele se vor rezolva de la sine odata cu acesta.

- Pregătirea temeinică a debutului școlar al tuturor copiilor, accentul punându-se pe cei de vârstă de șase ani care manifestă deficiențe în comunicare, în activitatea grafică, în orientare. Grupa mare de grădiniță pregătitoare pentru școală va trebui să insiste pe anticiparea debutului școlar, pentru a preîntâmpina situația de orientare a acestor copii din școală de masă, spre școlile speciale ajutoare.

Putem spune că forma ideală a integrării școlare a copiilor debili este integrarea în cadrul școlii de masă încă de la începutul școlarității și urmărirea îndeaproape a cursului dezvoltării acestora, realizându-se o legătură strânsă școală-familie. Acțiunea acestor factori trebuie să meargă corelat, pentru a preîntâmpina fluxul nejustificat de copii dinspre școală obișnuită spre școală specială ajutoare.

Începutul educației integrate se observă în structurarea personalității. Organizarea acțiunii în cadrul personalității reprezintă scopul fundamental al dezvoltării în contextul social.

N. Munn (1965) stabilește tendința fundamentală în dezvoltare, și anume participarea individuală la viața socială. Personalitatea umană nu poate fi definită obiectiv decât ca o formă complexă a relațiilor individului cu societatea. Structura socială este cea care creează condiții pentru o dinamică specială a relațiilor dintre individ și valoare, dintre relațiile interpersonale și relațiile sociale.

După P. Secord și W. Backmann structura socială determină în primul rând frecvențele interacționare între subiect și alte persoane, dar și o gamă întreagă de mișcări ale individului în spațiul social existential.

După cum se vede în această schemă, structura socială determină un sistem întreg de control al comportamentului celui alt față de un anumit subiect și al subiectului față de ceilalți. Toate aceste

mișcări produse de structura socială se transferă mediului interpersonal care realizează la nivelul eu-lui un proces de congruență. Comportamentul final, care este forma de integrare socială operantă, nu este altceva decât o restructurare permanentă a raportului dintre eu și structura socială, restructurare care se obiectivează în fiecare moment într-un program de comportament din ce în ce mai adaptat structurii sociale care-l determină.

P. Secord și W. Backmann introduc factorii neprevăzuți alături de mișcările din structura socială,. Aceștia apar în imaginea personalității decompensate și în relațiile ei cu mediul social în cadrul integrării, fapt ce creează cele mai grave tensiuni motivaționale. Structura socială unitară admite un număr limitat de factori neprevăzuți, care sunt în general anihilați printr-o formă de compensare. Personalitatea decompensată constituie ea însăși unul dintre cei mai perturbați factori neprevăzuți din structura socială.

Factorii neprevăzuți apar în cadrul interacțiunilor complexului social. În primul rând, produc schimbarea frecvențelor în interacțiune. În al doilea rând, produc schimbări în comportamentul celorlalți față de subiect. Cu alte cuvinte, produc modificări în relația personalității normale cu personalitatea decompensată. Fără să ne dăm seama, noi proiectăm o diferențiere clară, foarte vizibilă în modul în care ne comportăm față de un copil normal și față de un copil cu CES. Datorită factorilor neprevăzuți intervin schimbări în rolurile în care este plasat copilul cu CES. Hiperprotecționismul, învățământul special, atitudinea de dispreț, etichetele mai mult sau mai puțin științifice care sunt atribuite acestei categorii de indivizi determină o considerabilă schimbare defavorabilă de roluri sociale. Perturbarea rolurilor nu este acceptată de către tendința fundamentală competitivă de participare la viața socială, pe care o remarcă N. Munn(1965).

Din cercetările lui C. Păunescu (1976) reiese că rolurile în care copilul cu CES dorește să se plaseze

nu sunt mult deosebite de rolurile în care se plasează copiii normali. Impunerea unui alt rol intră în contradicție profundă cu motivația existențială a copilului, care este dirijată către rolul acceptat afectiv, rol care îl angajează cu tot potențialul energetic. Cele mai grave schimbări care stau la baza unui conflict permanent între copilul normal și copilul cu CES sunt schimbările în viziunea despre esența umană, despre relația afectivă și axiologică a lumii copiilor cu CES. Eul se formează, se structurează și își exercită funcția de echilibru al personalității și al conștiinței, în cadrul dinamicii relaționale a copilului cu societatea, cu existența. În cadrul acestui proces are loc pe de-o parte integrarea în personalitatea copilului a valorilor existente în mediul social și pe de altă parte stabilirea unei valori proprii. Această valoare este rezultatul unui proces relațional competitiv. Societatea sancționează, prin evaluare și conferirea unei valori de o intensitate, de un grad și de o formă diferită, fiecare comportament uman și fiecare personalitate.

N. Munn (1965) spune că majoritatea comportamentelor motivației învățate, fie că se bazează sau nu pe trebuințe fiziologice, au origine socială. Aceasta înseamnă că ele sunt condiționate de comportamentul altora. În cadrul relațiilor interpersonale sau relațiilor sociale, copilul valorifică și se valorifică pe sine. Cel mai dificil proces în cadrul educației este cel care determină formarea acestor comparații în propria conștiință a copilului. Schimbările de perspectivă impuse de modul de inserție socială a copilului cu CES și modificarea viziunii despre om creează în conștiința lui o reprezentare nonvalorică a propriului eu, alături de o hipertrofieri a valorii celor din afară. Motivația existențială declanșează și la copilul cu CES nevoia de a reprezenta o anumită valoare și de a fi recunoscut ca atare, în timp ce toate acțiunile exterioare acționează în sens invers, adică în sensul demonstrării că el este o nonvaloare. Aceste două direcții, extrem de puternice, creează conflictul motivațional axiologic.

K.Lewin (1935) pornește de la premisa că între nivelul de aspirație (care este o consecință a funcției de dezvoltare a personalității) și nivelul de realizare obiectivă, adică de dezvoltare eficientă, rămâne totdeauna un decalaj de forțe, care produce fie un conflict cu propulsie spre eșuare, fie, atunci când există o motivație puternică, un impuls către depășirea limitelor zonei capacității individuale, care marchează un alt nivel de dezvoltare, deci un grad de echilibru al personalității. Una dintre direcțiile de decompensare a personalității copilului cu CES este cea a eșecului, a nereușitei. După R. Perron (1968) copilul cu CES, de cele mai multe ori, își fixează pentru sine un nivel de aspirație foarte apropiat de cel al copilului normal. El are tendința de a merge spre nivelul de aspirație dorit, dar limita capacității sale îi deviază forțele în sens contrar – spre limita inferioară a acestora. Se creează astfel o mare discordanță între reușita/succes a copilului normal și a celui cu CES. Acest impas decompensator se datorează unei optici de performanță, nu de dezvoltare a personalității, ca

sistem. Eșecul constituie al doilea nucleu conflictual al personalității care are o dublă importanță:

- a) amplifică emițătorul inițial conflictual reprezentat de imaginea eu-lui prin relația de eșec de integrare;
- b) deschide în altă zonă a personalității un nou emițător conflictual.

Formula personalității decompensate este dată de tulburările de organizare, reglare și perfecționare ale sistemului personalității copilului cu CES.

Cauzele propriu-zise, realitatea dinamică psihologică, rezidă în tipul și nivelul de organizare (dezorganizare), evoluție și integrare a personalității.

Demonstrarea modului de decompensare a personalității copilului cu CES ne dă posibilitatea de a înțelege complexitatea lui pentru integrare și a preconiza un sistem educațional compensator luând în considerație fundamentul psihologic al integrării. Acest proces compensator nu poate fi dimensionat în afara sistemului educațional, cu atât mai mult că

nivelul procesului de compensare determină realizarea integrării.

R. Lafon definește compensarea ca un „proces psihologic general care conduce orice individ să neutralizeze o insuficiență sau deficiență fizică fie prin căutarea unei complementarități sau a unei diversiuni, fie prin perfecționarea a ceea ce este insuficient“.

A. Kreindler spune că la baza acestei stări psihologice stau procese perceptuale elementare, legate de structuri, deci entități morfofuncționale pe care le putem defini până la o anumită limită, mai ales în aspectul lor patologic. Percepțiile acestea sunt semnale concrete din ambele lumi, proprioceptive și exteroceptive. Procesele perceptuale sunt unități esențiale în curentul proceselor conștiente, unități care sunt integrate de către anumite structuri cerebrale foarte complicate.

W. Penfield și H. Jasper consideră că procesul integrării depinde în mare măsură de funcțiile de autoreglare și echilibrare.

B. Bernstein (1961) susține existența unui veritabil „sindrom școlar” care are coduri specifice diferitelor medii socioculturale: un cod elaborat, utilizat în mediile socioculturale superioare și un cod restrâns propriu claselor sociale inferioare.

Elevul se adaptează la fiecare situație școlară concretă cu întreaga lui personalitate. În procesul dinamic al adaptării, implicarea diverselor componente ale personalității variază de la o situație la alta, de la o activitate la alta. Eșecul sever și repetat în urma unei deficiențe favorizează agresivitatea, conduitele dezorganizate, regresive care la rândul lor constituie inhibitori ai dezvoltării proceselor intelectuale. În literatura de specialitate este discutată pe larg inadaptația școlară ca piedică în formarea pentru integrare. T. Vlasova (1970), A. Gozova (1984), V. Lubovski (1994), M. Pevzner (1979), N. Malofeev (1996), N. Bucun (1998), A. Racu (2000), T. V. Stratan (2000), E. Iova (1998), T. Vrășmaș (1996), T. Tintiuc (1998), D. Popovici (1986), L. Șipițina (2000), T. Leongrad (2001) ș.a. susțin că inadaptația este privită ca un ansamblu de

manifestări psihocomportamentale care pun în evidență lipsa temporară sau dificultatea de integrare sau acomodare la mediu.

De-a lungul istoriei, după cum subliniază I. Mușu, P. Daunt, T. Vrășmaș, copiii cu CES au fost izolați de sistemul învățământului general în instituții separate, de obicei rezidențiale, care făceau parte din sistemul învățământului special.

Un rol important în modificarea atitudinii față de problema educației copiilor cu CES l-au avut rezultatele unor cercetări care demonstau cu certitudine că acei copii care au fost educați în instituții speciale nu fac progrese mai mari comparativ cu cei rămași în medii educaționale obișnuite (N. Aubin(1970), A. Abraham (1976), M. Wolf (1981), M. Ainscow (1994, 1995), B. Bettelhem (1974), M. Dumitriana (1992), E. Erikson (1993), P. Ionescu (1987) ș.a.).

Opiniile lor au fost împărtășite și de alți specialiști preocupați de problema educației copiilor cu CES. Datorită acestui fapt, în secolul XX, modelul

educației segregate, destinat tuturor categoriilor de copii cu probleme în dezvoltare, a fost supus unor critici severe și cercetat din punct de vedere al acțiunii asupra copiilor. Comportamentul social al copilului instituționalizat, dezvoltarea în interiorul instituției, efectele adverse generate de instituții, tulburările personalității au devenit obiectul de studiu al numeroșilor cercetători: N. Aubin (1970), A. Abraham (1976), M. Wolf (1981), B. Bettelhem (1974), E. Erikson (1993), P. Ionescu (1987), C. Dragoi (1981), R. Fenerstein (1988), J. Gorland (1972), R. K. Green (1972), M. Lewis (1981), E. Macavei (1989), E. Pikler (1976), D. Prugn (1962), J. Rozer (1984), R. Spitz (1945), G. Stangvik (1991), A. Troia (1997), S. Wolff (1981) ș.a.

G. Stansvik precizează principalele argumente ale modelului normalizării educației și asistenței speciale ca o abordare multidisciplinară bazată pe comunicare. Acestea sunt:

- argumentul drepturilor civile – instituțiile speciale privează subiecții de drepturile lor civile (egalitate, participare etc.);
- argumentul calității vieții – persoanele cu cerințe educative speciale sunt private de condițiile normale de viață ale unor oameni obișnuiți;
- argumentul psihosocial – într-o instituție segregată lipsește stimularea necesară satisfacerii nevoilor elementare ale omului (apartenența la grupul social, conștiința identității de sine, etc.) care pot fi atinse în mediul obișnuit de viață sau educație;
- argumentul eficienței – instituțiile separate nu oferă o educație eficientă în comparație cu cele obișnuite.

Adepții concepției integraționiste subliniază, pe de-o parte, importanța interacțiunii dintre copilul cu deficiență și cel fără, benefică pentru ambii, și pe de altă parte copiii cu o anumite deficiențe sunt cuprinși în categoria „copii anormali”. Roger Peron consideră că toate ființele umane percepute ca anormale generează două atitudini opuse, dar

legate strâns între ele: valorizare – devalorizare, respingere – ocrotire. Autorul reprezintă respingerea ca o reacție de bază având trăsături similare xenofobiei, rasismului și intoleranței față de orice formă de manifestare a diversității umane.

Specialiștii au în vedere două modele fundamentale de organizare și educare a copiilor cu probleme în dezvoltare (modelul integrării copiilor cu CES în sistemul învățământului general și modelul separării copiilor cu CNSD în sistemul special de învățământ) care nu sunt neapărat succesive, uneori coexistând. Ele depind, în mare măsură, de tradițiile țărilor respective. Aceste modele nu au existat în totalitate în fiecare țară. Înclinarea spre modelul integrării are la bază o filozofie bazată pe încrederea în copil și în capacitățile sale. Concepția sociopedagogică este promovată prin adaptarea școlii la copil și tratament egal, bazat pe o pedagogie în care discriminarea pozitivă este o coordonată de bază.

Perioada contemporană se caracterizează prin deplasarea accentului de la diagnosticul

predominant medical la o evaluare multidisciplinară. Numeroși autori, printre care P. Daunt, I. Mușu, N. Bucun (1996, 2000), N. Andronache (1997), apreciază că deficiența nu mai trebuie să fie considerată o boală, deși poate fi consecința ei, ci mai degrabă o diferență între oameni.

V. Preda (1988, 1998), D. V. Popovici (1999), G. Radu (1978, 1999) susțin ideea că tipologia copiilor cu CES este foarte largă și prezintă o varietate vastă de forme care nu au nimic patologic și care cer o abordare individualizată și personalizată pentru a declanșa o dezvoltare adecvată și optimă perioadei, etapei de creștere și dezvoltare a copilului.

Sistemul de educație al copiilor cu probleme în dezvoltare datează de o perioadă relativ scurtă de timp (după al doilea război mondial) și are la bază modelul sistemului special de învățământ. Pentru a analiza managementul evoluției acestui model de învățământ pe plan mondial, pentru a observa dezvoltarea conceptelor de educație a copiilor cu

probleme în dezvoltare, se poate porni de la lucrările autorilor T. Vrășmaș, E. Vrășmaș, A. Gherguț.

I.7. Modelele educației integrate

La nivel internațional se observă diferențe nete în ceea ce privește procentul copiilor cuprinși în structuri integrate sau în instituții de educație specială de sine stătătoare. Explicația acestor diferențe poate fi dată de tradiția și experiența privind politica educațională din țările respective, de deosebirile existente la nivelul curriculumului școlar, varietatea formelor de evaluare a progresului școlar practicate în sistemele de învățământ respective, modalitățile de interpretare a noțiunii de CES sau a flexibilității sistemelor privind transferul elevilor dintr-o clasă în alta, etc.

Modelele de bază ale educației integrate, folosite în practica internațională contemporană, sunt modelul cooperării școlii speciale cu școala obișnuită, modelul bazat pe organizarea unei clase speciale în cadrul școlii generale, modelul bazat pe amenajarea

În școala obișnuită a unei camere de instruire și resurse, modelul integrat, modelul comun.

Modelul cooperării școlii speciale cu școala obișnuită – școala obișnuită coordonează procesul integrării și stabilește un parteneriat activ între cadrele didactice din cele două școli care vor experimenta și susține un nou mod de desfășurare a procesului educațional. Cadrele didactice pregătesc împreună conținutul lecțiilor adaptând materialele și mijloacele de învățare la necesitățile individuale ale elevilor. Acest model are avantajul că permite valorificarea resurselor și experiențelor deja existente în cele două tipuri de școli fără a necesita cheltuieli suplimentare, însă constituie o formă restrânsă de integrare deoarece elevul cu CES își va continua activitatea extrașcolară în școlile speciale de care aparține.

Modelul bazat pe organizarea unei clase speciale în cadrul școlii generale presupune integrarea copiilor cu CNSD în școli obișnuite. Acest model este criticat de unii specialiști care nu consideră o integrare

reală constituirea unei clase speciale într-o școală obișnuită. Chiar și practica a demonstrat dificultatea unui astfel de program.

Modelul bazat pe amenajarea în școala obișnuită a unei camere de instruire și resurse pentru copiii deficienți integrați individual în clase obișnuite din școala respectivă – în acest caz, există profesori care se ocupă de elevii deficienți atât în acel spațiu special amenajat în școală, cât și în clasă, în timpul orelor de curs, atunci când situațiile impun acest lucru.

Modelul integrat favorizează integrarea într-o școală obișnuită a unui număr mic de copii cu CES (1-3 elevi), care domiciliază în apropierea școlii (evitându-se astfel dezavantajul deplasării copilului pe distanțe mari) și care sunt sprijiniți de un profesor itinerant (specializat în munca la domiciliul copilului cu un anumit tip de deficiență).

Modelul comun este asemănător cu cel precedent, cu deosebirea că în acest caz profesorul itinerant este responsabil de toți copiii cu deficiențe de un

anumit tip și oferă sprijin copilului și familiei acestuia.

Un criteriu fundamental de diferențiere a formelor de integrare se referă la durata prezenței copilului cu CES în școala obișnuită. Astfel, putem întâlni:

- integrare totală – elevii cu CES petrec tot timpul în școala obișnuită, cu excepția perioadelor în care participă la programe terapeutice care se pot desfășura în spații special destinate acestui scop;
- integrare parțială – elevii cu CES petrec doar o parte din timpul lor în școala obișnuită; pot frecventa doar disciplinele școlare la care fac față;
- integrare ocazională – participarea în comun la diferite excursii, serbări, întreceri sportive, spectacole etc.

În diferite state există diferite variante ale acestor modele.

Modelul în cascadă, lansat în 1974 în SUA, aparține lui B. R. Geaheari și este structurat pe mai multe nivele:

- nivelul 1 – clasă obișnuită, cu un institutor obișnuit, într-o școală de cultură generală;
- nivelul 2 – clasă obișnuită, cu servicii de sprijin pentru cadre specializate care lucrează cu elevii cu CES;
- nivelul 3 - asemănător nivelului 2, se acordă sprijin elevilor care întâmpină dificultăți în programul școlar;
- nivelul 4 – elevul cu CES participă într-o clasă obișnuită la anumite momente ale programului școlar alături de alți colegi aflați în aceeași situație și la un program de terapie și recuperare condus de specialiști în domeniu;
- nivelul 5 – în școli obișnuite se organizează o clasă specială; elevul cu CES participă la anumite activități alături de elevii normali;
- nivelul 6 – elevul cu CNSD urmează programul învățământului special într-o școală specială, renunțându-se la ideea integrării;

- nivelul 7 – în cazul în care elevul cu CES nu se poate deplasa la școală, institutorul vine la domiciliu acestuia unde se desfășoară programul educativ și recuperatoriu.

În Austria au fost testate patru modele de integrare:

- în clase integrate care cuprind circa 20 de copii obișnuiți și 4 copii cu cerințe speciale a căror activitate este coordonată de 2 profesori, dintre care unul cu pregătire specială;
- în clase cooperante, respectiv o clasă de învățământ special și una de învățământ obișnuit, care cooperează între ele, fiecare urmându-și curriculumul propriu;
- în clase cu efective mici (6 – 11 copii) în școli obișnuite, organizate mai ales pentru elevii cu dificultăți la învățare;
- susținerea copiilor cu CES din învățământul obișnuit de către profesori de sprijin (în medie, un profesor la patru copii).

Un interes deosebit prezintă modelul temporar al lui J. Hunderi, elaborat în 1982. acesta cuprinde trei faze:

- faza A – pregătirea copilului cu CES pentru a fi integrat;
- faza B – pregătirea cadrelor didactice din școala obișnuită (selectarea tehnicilor, metodelor specifice de învățământ, proiectarea didactică etc.);
- faza C – faza de tranziție – aplicarea treptată a principiului educației integrate.

Este evident faptul că nu pot exista modele care să răspundă în totalitate la problemele și nevoile copiilor cu probleme în dezvoltare integrați în învățământul de masă. În plus, apar probleme care țin de contextul socio-economic, geografic al sistemului de învățământ și care trebuie luate în considerație, iar deontologia și dreptul fiecărui copil de a avea șanse egale la educație cer valorificări noi în știința psihopedagogică.

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 mintală. În prezent se cunosc mai mult de 200 tipuri de aberații cromozomiale, care provoacă oligofreniile. Cea mai des întâlnită dintre ele este boala Down (trisomia în perechea 21 de autosomi întâlnită la 1/700 nou-născuți). Dintre anomaliile cromozomiale este mai des întâlnit sindromul Turner Seresevschi 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 enzimopatice 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 enzimopatice se întâlnesc foarte rar. Multe forme ale oligofreniilor enzimopatice se evidențiază printr-o evoluție progresivă, de aceea creșterea deficienței mintale este condiționată. Patogeneza enzimo-patiilor, supusă cercetărilor minuțioase, ușurează selectarea terapiilor. 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 nede dezvoltării neuro-psihice;

2) ierarhia ei.

Noțiunea de totalitate înseamnă că sunt în stare de nede dezvoltare toate funcțiile neuro-psihice și somatice, începând de la anomalia congenitală a unor organe interne (viciile cardiace, anomalia organelor tractului gastro-intestinal și a altor sisteme), reținerea în creștere a sistemului osos și muscular, infantilismul senzorial al motricității, al

emoțiilor elementare și nede dezvoltării funcțiilor psihice superioare cum ar fi: limbajul, gândirea, formarea personalității în întregime.

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

El a evidențiat încetinirea funcțiilor scoarței cerebrale, dificultă-rea 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 nedezvoltarea 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.

Nedezvoltarea motricității la oligofreni are loc și în lipsa afectării primare a aparatului locomotor.

Paralel cu încetinirea, neritmicitatea, plasticitatea defectuoasă se evidențiază în dezvoltarea 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 inapoierii 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 deficiente 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 deficienței mintale, menționându-se stagnarea, încetinirea sau lipsa de achiziție în dezvoltare, pentru a evita riscul unor confuzii între deficiența reală și falsă (sau pseudo) deficiența mintală.

T.Kulcsar - consideră că termenul de deficiență mintală desemnează o realitate complexă, un fenomen bio-psiho-social de o eterogenitate extremă sub aspectul cauzelor, al gradului, al tulburărilor secundare asociate. Termenul de deficiență mintală nu se referă la o entitate, la un sindrom, la un tablou clinic unitar, deci nu corespunde vreunei unități structural-funcționale de ordin biologic sau psihologic și, de aceea, este dificil de oferit un profil psihologic al deficientului mintal.

Astăzi se conturează, din ce în ce mai mult, concepția conform căreia deficiența mintală nu constă doar în tulburarea inteligenței, ci a întregii personalități. Nivelul scăzut al inteligenței este doar un simptom al dezvoltării psihice generale.

Tabloul psihopatologic al deficienței mintale nu rezulta numai dintr-un complex de elemente de natură intelectuală deficitară, ci și din anumite modificări în sfera motivațională, afectivă, volitivă etc. La rândul lor, modificările din sfera motivațională, afectivă și volitională nu pot fi înțelese decât în contextul deficiențelor de natură intelectuală.

Diversitatea definițiilor prezentate se explică, în primul rând, prin faptul că autorii au criterii diferite de identificare a deficitului mintal. Încercarea de a da o definiție modernă deficienței mintale presupune să avem în vedere cauze diverse care pot determina deficitul, criterii multiple de apreciere a stării prezente și elemente prognostice care să pledeze pentru recuperabilitatea individului.

În domeniul deficienței mintale, terminologia utilizată variază de la o țară la alta, de la o categorie de specialiști (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 trumatizanti pentru cei in cauza; totodata, implica multiple criterii de referinta.

Cunoasterea factorilor si a conditiilor care au generat deficitul este necesara psihologului si defectologului, pentru a putea contribui in mod

eficient la recuperarea si compensarea lui, tinand seama de limitele si posibilitatile copilului.

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

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

- Factorii endogeni sunt factori primari, ereditari, familiali. Acestia sunt implicati in formele de deficiente 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 deficianta 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. Influentele 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

disproporționat. Ritmul de dezvoltare este în primul rând afectat. Dezvoltarea psihică a copilului este perturbată, deformată în ansamblul ei.

O altă clasificare este în raport cu gradul de deficit și stabilește “retardare mintală”, ca termen generic, cuprinsă între 0-85 limitele Q.I., cu subcategoriile:

- de graniță, cu Q.I. între 70-84;
- ușoară, cu Q.I. între 55-69;
- moderată, cu Q.I. între 40-54;
- severă, cu Q.I. între 25-39;
- profundă, cu Q.I. sub 25.

Se consideră că pentru a accepta această clasificare, ar trebui aduse unele modificări, și anume:

- Termenul generic adecvat este cel de “deficiență mintală”.
- Deficitul mintal de graniță trebuie scos din afara acestei condiții; includerea lui fără rezerve în “deficiență mintală” nu ține seama de următoarele 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;

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

- a) deficianta mintala usoara: 55-70(75) Q.I.;

- b) deficianta mintala moderata: 40-54 Q.I.;

c) deficiencia mintala severa: 25-39 Q.I.;

d) deficiencia mintala profunda: sub 25 Q.I..

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

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

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

a) idioti (0-22 Q.I.);

b) imbecili (23-49 Q.I.);

c) moroni (debili mintali) 50-69 Q.I.

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

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

- Idiotul este “fiinta care nu poate comunica cu semenii lui prin limbaj; el nu vorbeste si nu intelege; el corespunde nivelului de inteligenta situat intre nastere si doi ani.”;
- Imbecilul este “incapabil sa comunice cu semenii sai prin limbaj scris; el nu poate sa citeasca si sa inteleaga ceea ce se citeste. In ceea ce priveste nivelul pe scara, se intinde de la doi ani la sapte ani. Debilitatea incepe la sapte ani.”
- “Debilul mintal poate comunica atat verbal cat si scris, limbajul lui purtand insa pecetea handicapului.”

E.Verza - descrie clasificarea handicapului de intelect astfel:

- intelectul de limita sau liminar, cu un Q.I. estimat între 85-90 și marchează granița dintre normalitate și handicap;
- debilitatea mintală, (numită și handicap de intelect ușor sau lejer), cuprinsă între 50-85 Q.I., ceea ce corespunde unei dezvoltări normale a vârstei cronologice între 7-12 ani;
- handicapul de intelect sever (cunoscut și sub denumirea de imbecilitate) are un Q.I. cuprins între 20-25 și corespunde unei dezvoltări normale a vârstei cronologice de la 3 la 7 ani;
- handicapul de intelect profund (denumit și idiotie) are etate mintală situată sub 20 Q.I. corespunzătoare vârstei cronologice normale de până la 3 ani.

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

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

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

L. Vîgotski și colaboratorii săi (1956), au demonstrat că la acești copii există o nedezvoltare 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 regressive.

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

J. Piaget și B. Inelder consideră că pentru copii 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 paletelor emoționale, deci o monotonie emoțională, neputința opunerii rezistenței în fața problemelor. Emoția apare doar în fața problemelor de moment (vâscozitate emoțională). Incapabilitatea de a opune rezistență efectului, se manifestă deseori prin impulsivitate și reacții afective (excese de furie, stări agresive). O imaturitate generală a personalității se manifestă printr-un nivel mic al activității de cunoaștere, o diminuare rapidă a interesului de cunoaștere. Se evidențiază o fragilitate a motivației, o sugestibilitate mărită, diminuare a inițiativei, 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, emo-țiile, personalitatea în întregime.

Oligofrenia - ierarhizarea ei

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

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

Referitor la percepția informației suferă nivelul legat de analiză și sinteză. Se evidențiază dificultăți

În evidențierea principalelor semnificații și proprietăți obiectuale tipologice.

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

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

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

S-a demonstrat că atenția pasivă la oligofreni este mai 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 nedezvoltate mișcările mai fine și mai concrete, formulele locomotorii mai complicate și este slăbită flexibilitatea motorie.

Nedezvoltarea porțiunii superioare a funcției psihice se manifestă în special în nedezvoltarea 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 nedezvoltarea 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 nede dezvoltarea lobilor frontali ai creierului. După cum se știe, în cazul tulburării ontogenezei de tipul nede dezvoltării 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 nede dezvoltare 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 nede dezvoltării părților frontal-parietale ale creierului se datorează insuficienței acestor funcții psihice superioare.

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

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

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

În acest context clasic este aprecierea unui psiholog încă din 1894, conform căreia un bolnav de oligofrenie, grad de idioțenie care manifestă o atașare vădită de personalul care-l îngrijea, bucurie,

când era lăudat, neliniște când era dojenit. Autoservirea la idioți lipsește, iar comportamentul este mărginit de niște reacții impulsive la excitanții externi sau sunt subordonați necesităților instinctuale.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Etiologia lor este deseori de origine natală (asfixia și traumele la naștere) și postnatale (infecțiile în primii ani de viață). În aceste cazuri, afectarea mai târzie a creierului este cauzată nu numai de nede dezvoltarea, dar și de afectarea sistemelor care se află într-o

anumită perioadă senzitivă. Aceasta se manifestă prin dereglări encefalopatice care acționează asupra dezvoltării intelectuale. De exemplu, în caz de sindrom cerebralo-astenic, activitatea de muncă a bolnavului este scăzută. Copilul nu poate asimila acel bagaj de cunoștințe, care este potențial accesibil pentru gândirea lui. Sindroamele neurotice (frica, bâlbâiala, ticurile) frânează activitatea, inițiativa copilului, nu întotdeauna poate fi de sine stătător în acțiuni, este afectată comunicarea, apare neîncrederea în sine și în activitatea sa.

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

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

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

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

Această clasificare a oligofreniei, în oligofrenia complicată și 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 nede dezvoltarea tiroidei (Pevzner M., 1972) nu este evidențiată ierarhizarea nede dezvoltării. În primul caz este dereglată orientarea în activitate, iar în al doilea caz suferă gândirea.

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

Defectele locale ale creierului duc la asincronitate din cauza ne-dezvoltării funcțiilor psihice fiind în perioada sa senzitivă de dezvoltare. Cercetările

clinice și neuropsihologice ale oligofreniei atipice, care se mai numește și oligofrenia frontală (M. Pevzner, 1958, Y. Marcovschi, 1978) au demonstrat prezența tulburărilor funcțiilor reglatorii (scăderea orientării în activitate, mărirea abaterilor în activitate, scăderea posibilităților de generalizare elementară).

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

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

O reținere în dezvoltarea și formarea funcțiilor psihice se evidențiază chiar și la formele ușoare ale oligofreniei. În primul an de viață, la acești copii

este caracteristică întârzierea formării funcțiilor perceptive: reacțiile la lumină, sunete, jucării, „complexul de bucurie” la vederea mamei, tatei și a celorlalți apropiați. Reținerea în dezvoltarea motricității se manifestă prin încetinirea deprinderilor locomotorii (ținerea capului, apucarea obiectelor, șezutul, târâitul caracteristic pentru casele de copii – unicul avantaj fiind spațiul mai mare), mersul și în special mersul de-a-buzelea, etc.

La 2-3 ani se evidențiază mai mult întârzierea însușirii deprinderilor de autoservire, se manifestă foarte clar nedezvoltarea 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

sterotipice 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 nedezvoltare a structurilor ierarhice, care se manifestă nu numai prin tulburări ale activității de cunoaștere, dar și de comportament.

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

În manifestările asincronice ale dezvoltării, domină simptomele retardării cu reducă unor etape. În structura clinico-psihologică a formelor grele de oligofrenie, manifestările dezontogenetice legate de aspectul nedezvoltării, 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 nedezvoltare dură, ireversibilă, ci de o încetinire a tempoului dezvoltării, care se depistează mai des atunci când copilul merge la școală și se manifestă prin insuficiența de cunoștințe, neprezentări, infantilismul gândirii, dominația activității de joc, după vârsta de 7 ani când ar trebui să domine interesul pentru învățătură. Dar, spre deosebire de copiii oligofreni, acești copii sunt destul de pricepuți în limita posibilităților lor de cunoaștere, productivitatea la învățătură este mai bună și cel mai important este că primesc ajutorul. În unele cazuri, se remarcă reținerea în dezvoltarea sferei emoționale (diverse tipuri de infantilism), dar tulburările în sfera intelectuală nu sunt atât de evidente. În alte cazuri poate domina reținerea în sfera intelectuală.

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

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

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

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

2. RDP cauzat de stările îndelungate astenice și cerebrostenice.

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

- a) RDP de origine constituțională
- b) RDP de origine somatogenă
- c) RDP de origine psihogenă

d) RDP de geneză cerebralo-organică.

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

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

sferei emoționale împiedică adaptarea socială la toate etapele vârstei. Condițiile nefavorabile de viață pot cauza o formare patologică a personalității de tip instabil.

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

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

temporară complexă și sprijin psihologic permanent.

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

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

- în condițiile psihotraumatice ale educației, unde domină autoritatea dură, deseori se formează o personalitate 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-psiho-pedagogice și a altor remedii speciale profilactice și de tratament.

Cauzele ce duc la RDP cerebalo-organic, ca de exemplu: patologiile gravidității (edemul gravidic, nefropatia, preeclampsia, și eclampsia), infecțiile, intoxicațiile, traumele S.N.C. Într-o oarecare măsură, în primii ani de viață, cauzele se suprapun cu cele ale oligofreniei, grad de 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 sferele inclusiv cea somatică. Investigațiile cercetătorilor dovedesc că din 100 de copii cu RDP, din clasa I a școlilor speciale, la 32% s-a determinat o reținere în dezvoltarea fizică (în special a funcțiilor locomotorii). Aceste funcții erau 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 perceperilor deja formate, care pot deveni apoi instabile.

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

De aceea, spre deosebire de oligofrenie „grad debilitate” în structura RDP întâlnim dereglări encefalopatice dintre care: cerebrostenice, 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 vegetatică, etc.

O simptomatcă 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 trunchiilor

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 greutăți în aprecierea unei situații. În timpul efectuării unei sarcini, își însușesc cu greu scopul, sunt impresionați de mimică, gesturi și intonația vocii învățătorului. La acești copii lipsește asiduitatea și procesul îndeplinirii sarcinilor este deseori întrerupt de întrebări referitoare la probabilitatea aprecierii.

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

neastâmpărați, răspund la obiecții cu făgăduințe de corectare, dar uită imediat.

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

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

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

Paralel cu infantilismul sferei emoțional volitive menționat mai sus, un rol în formarea RDP de 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 nereușitei școlare sunt legate deseori de insuficiențe în dezvoltarea la acești copii a funcțiilor motorii, olfactive și auditive. Rezultatele investigațiilor savanților au dovedit încetinirea procesului de asimilare și prelucrare a informației, și a determinat o insuficiență a orientării spațiale.

Acești copii suferă deseori de tulburări în vorbire, iar dificultățile întâlnite la citit-scris sunt legate de defectele în pronunțare, nivelul scăzut al inteligibilității cuvântului, suferind și reglarea verbală a acțiunii. Unii savanți consideră drept cauză a dificultăților întâlnite de această categorie de copii la citit-scris - nedezvoltarea 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 auste-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 dife-rențierea

patogenetică în structura clinico-psihiologică 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 deosebit demența reziduală, atunci când retardarea mintală reflectă sechelele traumei cerebrale, intoxicației, și o demență progresivă, manifestată prin așa-numitele procese organice în urma meningitei, encefalitei, tumorilor cerebrale, bolile genetice degenerative, scleroza cerebrală progresivă, etc.

Clarificarea demențelor după etiologie: demența epileptiformă, postencefalitică, traumatică, sclerotică, etc. se bazează pe specificul structurii clinico-psihiologice a fiecărei. Factorul dinamicii procesului patologic are o importanță primordială, deoarece demența progresivă complicată, apărută

la vârsta copilăriei, nu se poate atribui anomaliilor în dezvoltare, deoarece în aceste cazuri se petrece o decădere a funcțiilor psihice, cauzată nu de o anomalie în dezvoltare ci de un progres dur al procesului de afectare. Numai în cazul demenței reziduale putem vorbi despre o anomalie în dezvoltare, neținând cont de manifestările afectării, iar oprirea procesului dă unele posibilități dezvoltării normale, care a fost foarte dereglată până la etapa dată.

Pentru 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 accentuate locale, corticale și subcorticale, tulburări ale gnozisului spațial, tulburări ale motricității, vorbirii, etc. De multe ori se întâlnesc tulburări ale memoriei, în special cele mecanice, cauzate de traume cranio-cerebrale după vârsta de 2-3 ani. Aceste defecte apar deoarece în timpul contuziei creierului sunt

afectate formațiunile limbice care au un rol important în organizarea procesului de memorie. Deseori întâlnim combinații deficitare de afecțiuni atât corticale, cât și subcorticale. Afectarea porțiunilor subcorticale în caz de demență organică este mai pronunțată decât la oligofrenie grad debilitate F70, din acest motiv suferind procesele neurodinamice, în urma cărora apare o gândire încetinită, istovire pronunțată generată, etc.

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

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

Schimbările personalității în majoritatea cazurilor se asociază cu nivelul decăderii intelectuale. În unele

cazuri, schimbările personalității se manifestă prin afecțiuni scăzută față de apropiați, lipsa resentimentului de jenă, compătimire și a altor emoții simpatice. În alte cazuri, dereglările personalității sunt mai puțin pronunțate decât dereglările intelectuale.

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

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

creierului tulburările encefalopatice sunt întotdeauna prezente.

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

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

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

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

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

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 poliomelită). Dereglări specifice ale dezvoltării motricității pot avea loc și în cazul privației emoționale.

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

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

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

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

O însemnătate deosebită are dereglarea tonusului, rolul căruia este dominant în preformarea și preorientarea mișcării, a stabilității ei, ținutei, elasticității, accentuării formeii, 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 de-zontogenezei 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, mișcărilor automatizate și de apărare.

Patologia nivelului cortical formează o simptomatică diversă a dezvoltării motrice, care depinde în special

de localizarea afecțiunii. În cazul afectării zonelor nucleare ale porțiunilor senzoriomotorii suferă unele componente ale mișcării ca: puterea (parezele și paraliziile), precizia și viteza mișcării. Iar în cazul patologiilor suferă atât porțiunile premo-torii, cât și postcentrale ale creierului, având loc tulburarea integrității actelor motore, numite apraxii.

În normă, sistemele premotorii au funcția de mediator care for-mează 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”, dezautomatizată, compusă din elemente separate.

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

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

Deseori are loc o simptomatică difuză, care îmbină fenomenele afecțiunii din sfera motorie cu nede dezvoltarea ei. Dintre fenomenele nede dezvoltării seremarcă sinchineziile - 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 men-ținere stabilă.

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

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

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

după mână și ochi poate împiedica însușirea scrisului și cititului.

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

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

Sechelele unei astfel de corecții compensatorii ar fi fost nefavo-rabile. 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

nu-mărilor 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 nedeveloparea unor reflexe caracteristice copilăriei timpurii (sinchinezile), 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 nedevelopare motrică a copiilor cu tulburări organice ale SNC includ în sine și o nedevelopare mintală de tipul oligofrenic, dar într-o formă mai puțin pronunțată. Majoritatea se

manifestă și la RDP de geneză organică și la multe alte anomalii în dezvoltare.

Paralizia cerebrală infantilă

Etiologia paraliziei cerebrale infantile (PCI) este foarte variată. Un rol important îl dețin leziunile organice ale creierului, ca rezultat al infecțiilor intrauterine, intoxicațiilor, incompatibilitatea sângelui mamei și fătului (grupa RH), consangvinitatea părinților, asfixiile, hemoragiile traumatiche 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, paraliziile și tulburările de tonus muscular.

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

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

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

3. Forma hiperchinetică este aceea în care diversele hiperchinezii pot să fie imbinat cu pareze și

paralizii sau să se manifeste ca o tulburare separată. Intellectul, în majoritatea cazurilor, este dezvoltat normal.

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

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

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

proportionalității 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 nedevelopării reflexelor staticinetice.

Tulburările motrice în copilărie duc la nedeveloparea 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 apărea la acești copii din cauza afecțiunilor cerebralostenice, dar dereglarea atenției, concentrarea asupra îndeplinirii sarcinii pot fi cauzate și de greutatea în fixarea privirii, în urmărirea mișcării obiectelor.

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

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

reținere emoțională generală paralelă cu RDP menționat.

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

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

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

manifesta din cauza hipertutelării și lipsei cerințelor față de copilul bolnav.

În cazul spitalizărilor îndelungate, pe fondul unei educații proaste poate apare deprivarea 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 „aju-torului 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 apărea 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 nedezvoltarea unor funcții separate, strâns legate de defectul primar și terminând cu formațiunile com-plexe ale personalității condiționate social.

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

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

Coordonata tulburării de bază este de „jos în sus”, dar după cum s-a menționat, în condiții nefavorabile, în lipsa sau insuficiența corecției este caracteristică dezvoltarea patologică a personalității în întregime, agravarea defectului primar, putând

avea loc și coordonata nede dezvoltării de „sus în jos” din lipsa corecției defectelor secundare.

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

În structura defectului sunt caracteristici și alți parametri ai dezontogenezei. În caz de tulburări ale văzului, sunt caracteristice insuficienta legătură dintre vorbire și acțiune, manifestări asincronice ale dezvoltării: corelarea retardării și accelerării (de exemplu nivelul de manipulare în activitatea de joc pe fondul unui limbaj bogat la orbi). Sunt caracteristice instabilități ale diferitor funcții apropiate de cele defecte, apariția tendințelor regresive. Dar, totodată, pe planul altor analizatori păstrați și al posibilităților intelectuale în întregime poate avea loc o compensare optimală. Dar în caz

de afectarea cerebrală generală, cauzată de defectul analizatorului dat, se va evidenția o tulburare generală în dezvoltare sau o tulburare funcțională, de tipul RDP, sau mai gravă – organică – de tipul F70.

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 de 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 aminăm 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 demon-strat 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 nedezvoltare dură a vorbirii. Insuficiența funcției aparatului vestibular cauzează și nedezvoltarea orientării în spațiu, dar în cazul deteriorării auzului după vârsta de 3 ani nedezvoltarea 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 fluenței, etc.

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

o slăbire a actului apucării, întârzierea diferențierii mișcărilor, mișcări stereotipe în plus ale capului și mâinilor sau oprirea cu obiectul în mână, etc.

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

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

Persoanele cu deficiențe auditive se împart în:

- 1) surzi,
- 2) asurziți timpuriu,

3) asurziți tardiv,

4) hipoacuzici: - a) cu nede dezvoltarea 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 greutate 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, nedezvoltarea sferei emoționale este legată cu insuficiența sau lipsa percepției văzului, mimicii și a gestului. Acestea, la rândul lor, frânează dezvoltarea formelor de comunicare în etapele timpurii de dezvoltare a copilului.

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

Cele menționate confirmă teoria lui L. Vîgotski despre mecanisme 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 legițile 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 rezulta-telor.

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 deprivației 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 chinestezi 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, Calmannnn-Lévy, Paris, 1975.
6. Ball, B., Leçons sur les maladies mentales, Asselin et Honzeau, Paris, 1890.
7. B. Zeigarnic, Psihopatologie, Moscova, 1999.
8. Barrucand, D., La catharsis dans le théâtre et la psychothérapie, Ed. EPI, Paris, 1970.
9. Baruk, H., Traité de psychiatrie, Vol. I-II, Masson, Paris, 1959.
10. Bastide, G., Sociologie des maladies mentales, Flammarion, Paris, 1965.
11. Baudouin, Ch., Psychanalyse de l'art. Alcan, Paris, 1929.

12. Belaval, Y., Les philosophes et leur langage, Gallimard, Paris, 1952.
13. C. Enăchescu, Tratat de psihopatologie, Editura Tehnică, București, 2001.
14. B. Zeigarnic, Psihopatologie infantilă, Moscova, 2000.
15. Canguilhem, G., Le normal et le pathologique, PUF, Paris, 1966.
16. Cargnello, D., Alterità e alienità, Feltrinelli, Milano, 1966.
17. Chaslin, Ph., La confusion mentale primitive, Asselin et Honzeau, Paris, 1895.
18. Clérambault, G., Oeuvre psychiatrique, Vol. I-II, PUF, Paris, 1942.
19. C. Oancea, Tehnici de sfătuire și consiliere, Editura Vavila Edinf S.R.L., București, 2002.
20. Dagonet, H., Traité des maladies mentales, J. B. Baillière, Paris, 1878.

21. Damaye, H., Psychiatrie et civilisation, Alcan, Paris, 1934.
22. Delay, J., Pichot, P., Abrégé de psychologie, Masson, Paris, 1969.
23. Déscartes, R., Pasiunile sufletului, Ed. Științifică, București, 1984.
24. D. W. Winnicott, Consultația terapeutică a copilului, Editura Fundației Generația EPG, București, 2002.
25. Dan Pelipceanu, Radu Mihăilescu, Radu Teodorescu, Tratat de sănătate mintală, Editura Enciclopedică, București, 2000.
26. Enăchescu, C., Igiena mintală și recuperarea bolnavilor psihici, Ed. Medicală, București, 1979.
27. Enăchescu, C., Neuropsihologie, Ed. Victor, București, 1996.
28. Eramiane, R., Psychoprosopologie, Vol. I-IV, Paris, 1963.
29. Falret, J., Etudes cliniques sur les maladies mentales et nerveuses J. B. Baillière, Paris, 1890.

30. Florian, M., Arta de a suferi, Socec, București, f.a.
31. Foucault, M., Maladie mentale et psychologie, PUF, Paris, 1966.
32. Freud, S., Essais de psychanalyse, Payot, Paris, 1927.
33. G. Ionescu, Psihiatrie clinică, Editura Univers Enciclopedic, București, 2000.
34. G. Radu, Psihopedagogia dezvoltării școlarilor cu handicap, Editura Didactică și Pedagogică, București, 1999.

Teste grila la disciplina Psihopedagogia copiilor cu cerinte educationale speciale

1. Psihopedagogia speciala este o stiinta aliata:

- **Psihologiei**
- **Pedagogiei**
- sociologiei
- medicinei

2. Etiologia se ocupa cu studiul:

- simptomelor prin care se manifesta diferite tulburari:
- tratamentul tulburarilor
- **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. 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.**

6. IQ in cazul unui imbecil se situeaza intre:

- a) 50 – 70/80
- b) 80 – 90
- c) 20 – 50.**

7. Dintre formele deficientei mintale, cel care este capabil de limbaj scris/citit este:

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

8. Deficienta de vedere totala se mai numeste si:

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

9. Hipoacuzia reprezinta o dficienta partiala :

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

10. Demutizarea se utilizeaza in cazul recuperarii:

- a) ambliopilor
- b) hipoacuzicilor
- c) surzilor.**
- d) asurzitorilor tîrziu

11. Proteza auditiva este folosita de catre persoanele cu:

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

12. Gandirea deficientului mintal este o gandire:

- a) concreta**
- b) abstracta.

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

- a) concretizare**
- b) abstractizare.

14. Labiolectura este o tehnica folosita in cadrul recuperarii:

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

15. Care tipar de limbaj suplimentar utilizeaza in comunicare surzii?

- a) Dactilologia
- b) limbajul mimico-gesticular
- c) labiolectura
- d) limbajul oral

16. Cofoza reprezinta pierderea totala a:

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

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

- a) cele neevolutive
- b) cele evolutive.

18. Deficientele de crestere sunt deficiente:

- a) morfologice
- b) functionale.

19. Dislalia este o tulburare a limbajului:

- a) scris
- b) citit
- c) oral.

20. Gandirea deficientului de auz se evidentiaza prin:

- a) concretism
- b) abstractizare**
- c.) flexibilitate.

21. Tulburarea de articulare a sunetului "s" se numeste:

- a) stigmatism
- b) sigmatism**
- c) sitacism.

22. Tulburarea de articulare a sunetului "r" se numeste:

- a) Sigmatisc
- b) Rotocism**
- c) Tetacism
- d) Detacism
- c) Nutacism

23. Tulburarea de articulare a sunetului "d" se numeste:

- a) Pitacism
- b) Nutacism
- d) Detacism**

24. Dislalia caracterizata prin anomalile organelor periferice (dinți, limbă, boltă, buze, maxilare) se numeste:

a) Dislalia simplă sau monomorfă

b) Dislalia polimorfă

c) Dislalia organică

25. Care dintre stiinte se ocupa cu studiul limbajului la copii ?

a) Defectologia

b) Logopedia

c) Oligofrenopedagogia

d) Surdopedagogia

26. In ce institutie de invatamint este orientat sa fie instruit copilul cu deficianta de auz – surditatea cofoza?

a) Scoala pentru hipoacuzici

b) Scoala pentru surzi

c) Scoala ajutatoare

27. In ce institutie de invatamint este orientat sa fie instruit copilul cu deficianta de vedere – cecitate si oligofrenie, grad debilitate?

a) Scoala pentru copii cu tulburari de vedere, clasa speciala

b) Scoala pentru copii cu deficient mintale

c) Scoala ajutatoare.

28. Care dintre ministere se ocupa de persoanele cu handicap sever?

a) Ministerul Educatiei

b) Ministerul Sanatatii

c) Ministerul Muncii si Protectiei Sociale

29. Care copii cu deficinte nu pot fi integrati in invatamintul general?

- a) Copii cu dislalie functionala
- b) Copii cu usoare deficiente a aparatului locomotor
- c) Copii cu elemente de autism
- d) Copii cu tetrapareza spastica.**

30. Totalitatea afectarii creierului este caracteristica carei tulburari?

- a) Cecitatei
- b) Oligofreniei**
- c) Dizartriei
- d) Dislaliei