

**Sinteze**

**Educatia copiilor cu CES**

**2012**

## Cursul I

### OBIECTUL DE STUDIU AL DEFECTOLOGIEI

#### 1. LOCUL SI ROLUL DEFECTOLOGIEI IN ANSAMBLUL STIINTELOR PSIHOPEDAGOGICE

**Psihopedagogia specială** a apărut ca o necesitate socială de a sintetiza, dezvolta, nuanța și adapta experiența altor științe (psihologie, pedagogie, medicină, sociologie, etc.) în vederea explicării dezvoltării persoanelor cu nevoi speciale (mai ales a celor cu dizabilități) pentru a se realiza adaptarea școlară, profesională și socială având ca reper permanent creșterea calității vieții tuturor membrilor societății.

Astfel, Psihopedagogia specială devine o știință interdisciplinară, aflată la intersecția mai multor științe, după cum reiese și din definițiile propuse de-a lungul timpului.

Defectologia este o disciplină a științelor psihopedagogice care studiază particularitățile psihologice, biologice și fizice ale persoanelor cu handicap, principiile și metodologia instruirii, educării, recuperării și formării pentru muncă și viață .

*“Psihopedagogia speciala este o știință de sinteză, care utilizează informațiile complexe furnizate de medicină (pediatrie, neurologie infantilă, oftalmologie, otolaringologie, audiologie, ortopedie, igienă, etc.), psihologie (cu toate ramurile ei), pedagogie, sociologie, științe juridice, în studierea dinamică a personalității tuturor formelor de handicap prin deficiență și inadaptare ...”.* (C-tin Păunescu, I. Mușu, 1997)

*Scopul* psihopedagogiei speciale este elucidarea cauzelor și a formelor de manifestare a anomaliilor prezente în dezvoltarea persoanelor (considerate cu nevoi speciale), stimularea proceselor compensatorii și fundamentarea intervenției educativ-terapeutice.

Psihopedagogia specială ar fi, după unii autori, denumirea “îmblânzită” a vechiului termen de “defectologie”.

“*Defectologia* (lat. “defectus” = lipsă, defect, deficiența și grec. “logos” = știință, teorie) este o disciplină în sistemul științelor pedagogice, care se ocupă de legăturile dezvoltării persoanelor deficiente, în cadrul teoriei și practicii instruirii, educării și integrării sociale, respectiv al readaptării sociale și personale a deficienților.”(Walter Roth, 1979)

*Defectologia* este “știința care studiază legăturile dezvoltării, educației și instruirii copiilor deficienți”, menționând că “prin natura sa, este o disciplină sintetică, interdisciplinară, deoarece se află la intersecția mai multor direcții de cercetare științifică, psihologie, medicină, sociologie.” (Valer Mare, 1989)

În concluzie, *psihopedagogia specială* este o știință interdisciplinară la confluența dintre psihologie, pedagogie, medicină și sociologie, care se ocupă de cunoașterea sistemului psihic al persoanelor considerate anormale sau neadaptate / inadaptate pentru a întreprinde acțiuni cu caracter formativ (educativ sau reeducativ) și corectiv – terapeutic pentru o inserție / reinsertație psihosocială eficientă.

Prin extensie, psihopedagogia specială este știința cunoașterii și normalizării persoanelor cu nevoi speciale.

Simplificând la maxim definiția psihopedagogiei speciale și plecând de la etimologia sintagmei „psihopedagogie specială” dar și a caracterului aplicativ, rezultă că:

Psihopedagogia specială este știința cunoașterii dezvoltării psihice (*psihologie specială*) pentru a se realiza educația terapeutică (*pedagogie specială*) adaptată prezenței și manifestării unei forme de dizabilitate.

## **2. DOMENIUL (RAMURILE) PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE:**

- ***PSIHOPEDAGOGIA DEFICIENȚILOR DE INTELECT***, se ocupa de studiul deficiențelor mintale.
- psihopedagogia deficiențelor de auz
- psihopedagogia deficiențelor de vâz
- psihopedagogia deficiențelor fizice și psihoneuromotorii
- logopedia

- psihopedagogia persoanelor cu tulburări psihice
- psihopedagogia persoanelor cu tulburări socio-afective și de comportament
- psihopedagogia elevilor cu tulburări de învățare (datorate sau nu deficiențelor)
- psihopedagogia diversităților etnice, culturale și lingvistice
- psihopedagogia celor cu abilități, talente și a creativilor (supradotați)

## 1. DELIMITARI CONCEPTUALE

### 2.1. Concepte și noțiuni din sfera psihopedagogiei speciale

Terminologia în domeniul studiat de noi a suferit schimbări datorită transformărilor multiple de la nivelul întregii societăți (mai ales după 1990) și mai ales a serviciilor de educație, terapie și asistență socială pentru persoanele cu dizabilități.

În literatura de specialitate există termeni specifici pentru persoanele care se abat de la normalitate, (ca semnificație generală) privind întreaga dezvoltare psihofizică a persoanei, unele aspecte rămânând în urmă (fizic, senzorial, mintal);

normal – adaptare echilibrată la mediu și raportare la grup de aceeași vârstă și mediu cultural

anormal – abateri peste standard, insuficiențe retard în dezvoltare, abateri comportamentale, afecțiuni fizice;

Expunem în continuare explicarea principalelor concepte și sintagme uzitate în acest domeniu așa cum reies din ultimul cadru normativ (*H.G. 1251 / 2005 – anexa 1*):

**Deficiență** - absența, pierderea sau alterarea unei structuri ori a unei funcții (anatomice, fiziologice sau psihice) a individului, rezultând în urma unei maladii, unui accident sau a unei perturbări, care îi împiedică participarea normală la activitate în societate.

**Incapacitate** - limitări funcționale cauzate de disfuncționalități (deficiențe) fizice, intelectuale sau senzoriale, de condiții de sănătate ori de mediu și care reduc posibilitatea individului de a realiza o activitate (motrică sau cognitivă) ori un comportament.

**Handicap** - dezavantaj social rezultat în urma unei deficiențe sau incapacități și care limitează ori împiedică îndeplinirea de către individ a unui rol așteptat de societate.

**Dizabilitate** - rezultatul sau efectul unor relații complexe dintre starea de sănătate a individului, factorii personali și factorii externi care reprezintă circumstanțele de viață ale acestui individ. Datorită acestei relații, impactul diverselor medii asupra aceluiași individ, cu o stare de sănătate dată, poate fi extrem de diferit. Dizabilitate este termenul generic pentru afectări, limitări ale activității și restricții de participare - conform CIF\*).

**Afectare** - o pierdere sau o anormalitate a structurii corpului ori a unei funcții fiziologice (inclusiv funcțiile mintale). Prin noțiunea de anormalitate înțelegem aici variațiile semnificative de la norma stabilită statistic (adică o deviație de la media populației stabilită conform normelor standard măsurate) și ea trebuie utilizată exclusiv în acest sens - conform CIF\*).

**Funcționare** - termen generic pentru funcțiile organismului, structurile corpului, activități și participare. Ele denotă aspectele pozitive ale interacțiunii dintre individ (care are o problemă de sănătate) și factorii contextuali în care se regăsește (factori de mediu și personali) conform CIF\*).

**Activitate** - executarea unei sarcini sau acțiuni de către un individ. Ea reprezintă funcționarea la nivel individual conform CIF\*).

**Participare** - implicarea unei persoane într-o situație de viață. Ea reprezintă funcționarea la nivelul societății conform CIF\*).

**Cerințe educative speciale (CES)** - necesități educaționale suplimentare, complementare obiectivelor generale ale educației adaptate particularităților individuale și celor caracteristice unei anumite deficiențe sau tulburări/dificultăți de învățare, precum și o asistență complexă (medicală, socială, educațională etc.).

**Educație specială** - formă adaptată de pregătire școlară și asistență complexă (medicală, educațională, socială, culturală) destinată persoanelor care nu reușesc să atingă temporar sau pe toată durata școlarizării nivelurile instructiv-educative corespunzătoare vârstei, cerute de

învățământul obișnuit. Educația școlară a copiilor cu cerințe educative speciale trebuie să corespundă nevoilor de dezvoltare a copiilor, prin evaluarea adecvată a potențialului de învățare/dezvoltare și prin asigurarea reabilitării / recuperării și compensării deficiențelor ori tulburărilor, dificultăților de învățare.

***Integrare școlară*** - proces de adaptare a copilului la cerințele școlii pe care o urmează, de stabilire a unor raporturi afective pozitive cu membrii grupului școlar (clasă) și de desfășurare cu succes a prestațiilor școlare. Asimilarea de către copil a statusului de elev este rezultatul unor modificări interne în echilibrul dintre anumite dominante de personalitate cu consecințe în planul acțiunii sale.

***Adaptare curriculară*** - corelarea conținuturilor componentelor curriculumului național cu posibilitățile elevului cu cerințe educative speciale, din perspectiva finalităților procesului de adaptare și de integrare școlară și socială a acestuia. Aceasta se realizează de către cadrele didactice de sprijin/itinerante împreună cu cadrul didactic de la clasă prin eliminare, substituire sau adăugare de conținuturi în concordanță cu obiectivele și finalitățile propuse prin planul de intervenție personalizat.

***Incluziune*** - procesul de pregătire a unităților de învățământ pentru a cuprinde în procesul de educație toți membrii comunității, indiferent de caracteristicile, dezavantajele sau dificultățile acestora.

***Educație incluzivă*** - proces permanent de îmbunătățire a instituției școlare, având ca scop exploatarea resurselor existente, mai ales a resurselor umane, pentru a susține participarea la procesul de învățământ a tuturor persoanelor din cadrul unei comunități.

***Școală incluzivă*** - unitate de învățământ în care se asigură o educație pentru toți copiii și reprezintă mijlocul cel mai eficient de combatere a atitudinilor de discriminare. Copiii din aceste unități de învățământ beneficiază de toate drepturile și serviciile sociale și educaționale conform principiului "resursa urmează copilul".

***Centru școlar pentru educație incluzivă*** - instituție școlară care, pe lângă organizarea, desfășurarea procesului de predare-învățare-evaluare își construiește și alte direcții de dezvoltare

instituțională: formare / informare în domeniul educației speciale, documentare/cercetare/experimentare, precum și servicii educaționale pentru/în comunitate. Centru de educație, centru de zi, centru de pedagogie curativă etc. - unități de învățământ organizate de Ministerul Educației și Cercetării sau de organizații neguvernamentale în parteneriat cu Ministerul Educației și Cercetării și au ca scop și finalitate recuperarea, compensarea, reabilitarea și integrarea școlară și socială a diferitelor categorii de copii/elevi/tineri cu deficiențe. Ele sunt considerate alternative educaționale al căror conținut se fundamentează pe anumite pedagogii experimentale (Montessori, Freinet, Steiner, Waldorf etc.).

**Centru județean de resurse și asistență educațională** unitate conexă cu personalitate juridică, subordonată Ministerului Educației și Cercetării, care desfășoară servicii de asistență psihopedagogică pentru părinți, copii, cadre didactice și care coordonează, monitorizează și evaluează, la nivel județean, activitatea și serviciile educaționale oferite de centrele școlare pentru educație incluzivă, centrele logopedice interșcolare și cabinetele logopedice, centrele și cabinetele de asistență psihopedagogică, mediatorii școlari. (**notă:** CIF\* – Clasificarea Internațională a funcționării, dizabilității și sănătății, OMS, Geneva, 2004)

La acestea trebuie să adăugăm și definiția educației.

**Educația** este o activitate continuă care urmărește dezvoltarea conștientă și performantă a potențialului individual în funcție de cerințele mediului social normat.

Așa cum se observă, se dorește ca termenii de: *invalid, irecuperabil, needucabil, inapt / incapabil de muncă* să nu mai fie folosiți în caracterizarea persoanelor cu dizabilități, deoarece ei nu reprezintă realitatea și anulează șansele de dezvoltare a personalității persoanelor etichetate astfel.

## Cursul II

### INVĂȚĂMÂNTUL SPECIAL- ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE

- **EDUCAȚIA PENTRU TOȚI**

Învățământului integrat este relativ nou în România și el constă în esență în raportarea învățământului la individ. El este garantul noilor orientări introduse de reforma învățământului în schimbarea întregii viziuni novatoare de trecere la un învățământ „centrat pe elev”.

Elevii învață în școală lucruri multe și diferite, însă unii copii învață mai repede, alții mai încet, unii mai bine, alții întâmpină probleme și necesită ajutor suplimentar. Nici un copil nu este identic cu celălalt. Despre copiii care necesită ajutor suplimentar într-o problemă se spune că prezintă cerințe educative speciale.

- ***COPIII CU CERINȚE EDUCATIVE SPECIALE*** (CES) sunt toți copiii care întâmpină dificultăți de dezvoltare și/sau de adaptare/integrare, cuprinși în sistemul de învățământ. Ei solicită o educație adaptată particularităților individuale și/sau caracteristicilor unei anumite deficiențe de învățare, precum și o intervenție specifică. Expresia desemnează acele cerințe sau nevoi specifice față de educație (derivate sau nu dintr-o deficiență) care sunt suplimentare, dar și complementare obiectivelor generale ale educației pentru un copil. Fără abordarea adecvată a acestor cerințe speciale nu se poate vorbi în mod real de egalizarea șanselor de acces, participare și integrare școlară și socială. Această sintagmă cuprinde un registru larg, de la deficiențele profunde la tulburările ușoare de învățare. Una din cerințele integrării eficiente a copiilor cu CES este crearea unor servicii de sprijin, specializate în asistență educațională de care să beneficieze atât copiii/elevii integrați cât și colectivele didactice din școlile integratoare.

Învățământul integrat se află la intersecția învățământului obișnuit ofertant de școli incluzive cu învățământul special care oferă servicii specializate de sprijin și revine ca responsabilitate ambelor subsisteme de învățământ bazându-se pe complementaritatea dintre școala specială și școala obișnuită. Școala obișnuită devine incluzivă fie prin integrarea individuală a unor



copii cu CES în clasele I-VIII, fie prin integrarea unor clase speciale compacte în cadrul instituției sale.

- **CENTRUL SCOLAR PENTRU EDUCATIE INCLUZIVA-CSEI** ( fosta Scoala Speciala)

Este o institutie de invatamant special si special- integrat de stat, care asigura servicii educationale si terapeutice elevilor cu dizabilitati si cu cerinte educative speciale.

Institutia se afla sub coordonarea Ministerului Educatiei, Cercetarii si Inovarii si a Inspectoratului Scolar Judetean si isi organizeaza activitatea plecand de la principiile generale ale invatamantului romanesc. In contextul procesului continuu de innoire si de reforma a scolii romanesti.

Centrul Scolar pentru Educatie Incluziva Brasov armonizeaza demersul educational-terapeutic la nevoile si asteptarile pietei educationale.

## **BENEFICIARI**

De serviciile **Centrului Scolar pentru Educatie Incluziva** beneficiaza:

- prescolari cu cerinte educative speciale;
- scolari din invatamantul special si special-integrat;
- parinti sau apartinatori legali ai copiilor/elevilor;
- personalul angajat in scolile integratoare sau in alte institutii care functioneaza in domeniul educatiei speciale a copiilor/elevilor;
- studenti care efectueaza module de practica pedagogica;
- membri ai comunitatii locale.

- **CONTRIBUTIA C.S.E.I.**

În contextul reformei, scoala speciala/CSEI încearcă să contribuie la :

- ✓ dezvoltarea integrală și armonioasă a personalității elevilor cu cerințe educative speciale
- ✓ însușirea cunoștințelor științifice de baza, minimale (permise de deficiența)
- ✓ formarea tehnicii de muncă și abilităților practice
- ✓ formarea elevilor, ca persoane independente, autonome din punct de vedere social.

- **OFERTA EDUCAȚIONALĂ ȘI TERAPEUTICĂ:**

este individualizată și adaptată nivelului de dezvoltare a fiecărui elev, a necesităților acestuia, dar și predicțiilor asupra dezvoltării (ținând cont de diagnosticul medical, psihologic, etc.)

- **SERVICII OFERITE COPILOR**

- Invatare scolara prin **curriculum adaptat**, programe de interventie personalizata
- Variate programe optionale stabilite prin [CDS \(curriculum la decizia scolii\)](#) - Ludoterapie si stimulare psihosenzoriala;
- Terapie educationala complexa si integrata;
- Terapie tulburarilor de limbaj;
- Psihodiagnoza, consiliere si terapii specifice;
- Activitati terapeutice corectiv-compensatorii (Terapie educationala complexa si integrata;)
- Kinetoterapie;
- Educatie logomotrica;
- Activitati educationale pentru munca si viata
- Activitati de evaluare (C.I.E.C.)
- Activitati extracurriculare
- Colaborare cu institutii si scoli din tara si strainatate

- Asistenta psihoeducationala copiilor cu cerinte educative speciale integrati in scolile de masa, prin cadrele didactice de sprijin/itinerante;

-Servicii de asistenta sociala;

-Servicii de asistenta medicala;

-Servicii sociale:

- gustare
- masa de pranz
- rechizite si echipamente

- **PROGRAMUL :**

Copiii beneficiaza de un **program prelungit** (intre 8 si 10 ore).

Intre orele **8-12** se desfasoara activitatile cognitive.

La ora **10** elevii primesc o gustare.

Intre **12.-13.30** elevii servesc masa de pranz.

- **EFFECTIVUL UNEI CLASE**

Conform Regulamentului de Functionare al Scolilor Speciale , clasele au efective de **6 -12 elevi**

- **CURRICULUM**

Curriculum-ul utilizat în Centrul Școlar pentru Educație Incluzivă este cel național aprobat prin:

- OMEC nr. 4927/08.09.2005 – Curriculum pentru grupe/clase de elvi din învățământul special sau de masă, care școlarizează elevi cu deficiențe ușoare/moderate (clasele I-IV)

- OMEC nr. 4928/08.09.2005 – Curriculum pentru grupe/clase de elvi din învățământul special, care școlarizează elevi cu deficiențe grave, severe, profunde/asociate (clasele I-X)

- OMEC nr. 5239/01.09.2008 – Curriculum pentru grupe/clase de elevi din învățământul special sau de masă, care școlarizează elevi cu dizabilități ușoare/moderate (clasele V-VIII)

**Conținuturile care se predau** sunt obiectivate în Planurile de învățământ și Programele școlare pentru învățământul special. Planul-cadru influențează strategia de alocare a resurselor umane și materiale la nivelul unității școlare.

**Principiile de politică educațională** care se regăsesc în aceste planuri sunt:

- Principiul descentralizării flexibilizării – școala are libertatea de a-și construi scheme orare proprii, cu „plaje orare“ pentru discipline obligatorii și opționale.
- Principiul decongestionării programului de studiu al elevilor, vizându-se un mai mare randament al învățării, ținându-se cont de particularitățile fiecărui elev.
- Principiul compatibilizării sistemului de învățământ special românesc cu standardele europene.

**Evaluarea** progresului școlar se face continuu, prin evaluări secvențiale ale fiecărei activități / lecții, precum și prin evaluare sumativă pe unități mai mari de învățare.

Evaluarea progresului, stagnării sau regresului pedagogic se realizează prin probe de evaluare, cum ar fi:

- probe orale de grup sau individuale
- teste de cunoștințe de grup și individuale pe arii curriculare
- fișe de lucru individualizate
- produse ale activității elevilor
- parcurgerea și însușirea conținuturilor învățării din Programul de Intervenție Personalizat
- stabilirea nivelului de dezvoltare socială pe baza Fișei de dezvoltare socială Gunzburg
- teste psihologice și grile de dezvoltare pentru stabilirea performanțelor și competențelor psihopedagogice în sfera psihomotrică, cognitivă, verbală, socio-afectivă și comportamentală.

**Continuturile învățării** sunt structurate în Planificări calendaristice anuale, proiectări didactice semestriale și Planuri de intervenție personalizată.

În cadrul activității de învățare-educare-recuperare, personalul didactic valorifică cele mai eficiente strategii, tehnici și modalități de lucru, centrându-și activitatea pe formarea, dezvoltarea unor competențe de bază, în funcție de vârstă, tipul și gradul dizabilității, elaborează programe de intervenție personalizată.

**Metodologiile didactice și terapeutice** sunt adaptate tipului și gradului dizabilității, precum și potențialului individual de dezvoltare și învățare:

- învățarea și terapia centrată pe elev
- învățarea și terapia prin joc și mișcare
- învățarea și terapia prin stimulare senzorială
- stimulare și terapie a tulburărilor de limbaj
- educație fizică
- educație logomotrică
- kinetoterapie.

Se utilizează **material didactic diversificat și personalizat** cu caracter concret-intuitiv, fișe de lucru pe domenii de intervenție psihopedagogică și terapeutică, jocuri didactice pe arii de intervenție, soft-uri educațional-terapeutice, etc.

Pentru optimizarea activității cu elevul cu dizabilități, personalul didactic elaborează și valorifică auxiliare didactice eficiente, tratând demersul didactic într-o dimensiune nouă, europeană, îndrăzneată, inovatoare, practică, interactivă.

### **Munca în echipă**

Activitatea educațională este desfășurată în săli amenajate corespunzător cerințelor educației speciale și are ca obiective: formarea și dezvoltarea unor deprinderi de autonomie

personală, asimilarea unor cunoștințe minime, comunicarea și dezvoltarea comportamentelor de relaționare și socializare.

Sunt oferite, de exemplu, terapie pentru tulburările de limbaj, kinetoterapie, terapie prin mișcare, terapie prin desen și pictură, terapie prin muzică, terapie prin joc, terapie prin stimulare psihosenzorială, învățarea și antrenarea autonomiei personale.

### **La fiecare clasă lucrează:**

- un învățător/profesor (care este și dirigintele clasei) în programul de dimineață, numit **prof. psihopedagogie specială**
- un învățător-educator/profesor-educator în programul de după-amiaza - numit **profesor terapie recuperatorie complexă și integrată**
- un logoped - **prof. terapie tulburărilor de limbaj**
- un **psihodiagnostician**
- un **kinetoterapeut**
- un prof. de **activități practice și de preprofesionalizare**
- un profesor de religie
- un profesor de ed. fizică

Munca în echipă este întregită prin activitatea desfășurată de asistentul social și de medicul școlii.

Prin toate activitățile instructiv-educative și terapeutice oferite de școală, de exemplu, terapie pentru tulburările de limbaj, kinetoterapie, terapie prin mișcare, terapie prin desen și pictură, terapie prin muzică, terapie prin joc, terapie prin stimulare psihosenzorială, **se urmărește:**

- stimularea dezvoltării
- compensarea nedevelopării unor arii
- dobândirea unei anumite autonomii și independențe în viața școlară și socială. (cel mai important aspect)

## **Profesorul de psihopedagogie speciala ( programul de dimineata)**

**Desfasoara** activitati de predare-invatare-evaluare

### **Intocmeste:**

- planificari anuale, proiectari didactice semestriale ale activitatilor si programe de interventie personalizata.

- fise de observatie psihopedagogica pentru fiecare elev precum si caietul dirigintelui in care sunt consemnate :

- anamneza
- observatiile curente
- evolutia elevului (progres/ regres / stagnare)
- predictii, aria de interventie

## **Profesor terapie recuperatorie complexa si integrata( programul de dupa-amiaza)**

Dupa-amiaza, invatatorii-educatori si profesorii-educatori organizeaza activitati de consolidare si terapie educationala complexa si integrata (autonomie personala, stimulare cognitiva, terapie ocupationala, socializare si ludoterapie).

### **Activitati de preprofesionalizare**

Activitatile desfasurate in aceste ateliere, formeaza abilitati practico-aplicative in vederea pregatirii socio-profesionale a elevilor cu dizabilitati.

-La orele de preprofesionalizare se realizeaza lucrari de traforaj, cusaturi, impletituri, colaje, decoratiuni, modelaje din lut, etc.

In **cabinetele pentru terapia tulburarilor de limbaj** se asigura terapie specifica, tratandu-se tulburarile de limbaj oral si de citit-scris ale elevilor, lucrandu-se individual sau pe grupe, in functie de tipul si de gradul dizabilitatilor de comunicare verbala si scrisa.

**Psihodiagnoza** In cabinetele de psihodiagnoza, terapie specifica si consiliere se realizeaza

-evaluari psihologice

-activitati de terapie socio-comportamentala

-consiliere de specialitate pentru cadrele didactice, elevi si parinti

### **Kinetoterapie / gimnastica medicala recuperatorie/educatie psihomotrica**

Aceste activitati se adreseaza elevilor cu tulburari de motricitate sau cu diferite deficiente fizice. Se realizeaza in cabinete dotate cu aparatura de specialitate in baza unor programe de recuperare –ameliorare individualizate.

Activitatile de **educatie fizica** urmaresc invatarea miscarii, formarea abilitatilor motrice, coordonarea actiunilor psihomotorii

Activitatile de **educatie logomotrica** urmaresc armonizarea miscarii ritmice cu vorbirea si terapia psihomotricitatii si a limbajului expresiv, prin dans ritmic.

Activitatile desfasurate in cabinetele de **kinetoterapie** se adreseaza elevilor cu tulburari de motricitate si deficiente fizice, programul desfasurandu-se pe grupe sau individual, in functie de gradul deficientei. Pentru fiecare deficianta sunt selectate si aplicate exercitii de gimnastica medicala cu caracter compensator- recuperatoriu.

- **Asistenta sociala**

**Asistentul social -asigura** o relatie functionala intre scoala, DGASPDC Bv, DMSSF Bv, ONG-uri si fundatii umanitare, profesori, parinti;



**-realizeaza:**

- ✓ fise de identificare, la o noua solicitare de scolarizare in unitatea noastra
- ✓ documentele necesare fundamentarii propunerii privind orientarea scolara si profesionala
- ✓ studii de caz si anchete sociale in cazul :

-elevilor cu probleme sociale deosebite(parinti decedati sau aflati in imposibilitatea de a se intretine)

- elevilor abandonati sau cu probleme de adaptare

-abandonului scolar

**-este** membru al Comisiei Interne de Evaluare Continua

**Asistenta medicala** este asigurata de :

- ❖ Medicul scolii
- ❖ Asistent medical
- ❖ Infirmiere

## EDUCAȚIA INCLUZIVĂ

- **Modalitati de interventie personalizata in cadrul invatamantului integrat”**

In Romania exista aproximativ 60.000 de copii cu dizabilitati diverse care traiesc in familii, si peste 1000 de copii institutionalizati.

Sta, doar in puterea noastra sa sprijinim acesti copii, oferindu-le accesul la educatie si recuperare.

Trebuie sa recunoastem ca inca nu suntem pregatiti pentru acest lucru, in special viata comunitara prezentand un serios minus in acest sens.

**Normalizarea** ca proces, reprezinta modalitatea prin care se asigura accesul la tiparele existentiale si la conditiile de viata cotidiana, pentru toate categoriile de persoane. (B.Nirje). Transferand acest fapt in perspectiva educationala, **normalizarea** pleaca de la imperativul “*toti copiii au dreptul de a fi scolarizati, intr-un mediu cat mai normal posibil, iar scoala are menirea sa valorizeze capacitatile de adaptare si dezvoltare ale acestora, fara a pune in evidenta dificultatile lor*”

**Valorizarea** unei persoane inseamna “*o crestere a valorilor*”, respectiv a ceea ce face ca ***o persoana sa fie demna de stima celorlalti.***

*Integrarea inseamna sa ti se permita sa fi capabil, sa fi tu insuti printre ceilalti.*

### IDENTIFICAREA COPIILOR CU NES (CES)

(extras din “Proiect- Planul National de Actiune, cu privire la educatie pentru copiii cu nevoi educative speciale)

Elaborarea formelor de invatare in scoala primara va trebui sa contribuie la o noua intelegere cu privire la invatare si la aprecierea performantelor elevilor. Accentul trebuie sa se mute spre incurajarea fiecarui elev in parte sa realizeze **ceea ce poate** –pe baza unor cerinte de invatare ale respectivei clase scolare. Aceasta schimbare de paradigma trebuie sa reprezinte baza viitoarei dezvoltari si imbunatatiri a evaluarii si identificarii in toate tarile europene, inclusiv in Romania.

Evaluarea si identificarea NES in Romania este eficienta in momentul de fata de Serviciile Specializate pentru evaluarea complexa pe baza unei abordari multidisciplinare, in timp ce activitatea cu copiii in scoala nu este avuta in vedere in acest proces. Nu s-a prevazut pana acum ca profesorii sau educatorii careii pregatesc pe elevi sa fie implicati in preluarea de responsabilitati in acest proces.

Pentru a se asigura sprijinul corespunzator pentru un copil nu este suficient sa fim informati cu privire la deficientele intelectuale si comportamentale. Cunostintele despre capacitatile copilului, stadiul de dezvoltare si relatia cu propriul mediu educational si social sunt foarte importante. Sistemele educationale trebuie sa fie competente si raspunzatoare pentru asigurarea unor conditii educationale speciale atat in scolile speciale, cat si in cele obisnuite.

Abordarea medicala a evaluarii nevoilor de invatare – cu folosirea conceptului de « handicap »- trebuie sa fie inlocuita printr-o abordare educationala mai diferentiata, care sa se refere la asigurarea accesului la forme corespunzatoare de programe de invatamant. Aceasta s-ar putea face prin elaborarea unui plan educational individual.

**Diagnosticul NES** trebuie sa fie o definitie precisa a nevoilor individuale speciale si ar trebui sa se afle pe baza deciziilor cu privire la procesul educatiei si la locul de sprijin. Pentru a asigura masurile de sprijin necesare, trebuie sa se stabileasca profilul psihopedagogic al elevului. Asadar, vor fi importante informatiile din urmatoarele domenii:

- Elaborarea de strategii de invatare si comportamentale ;

- Profesorii trebuie sa dobandeasca o calificare care sa le permita sa adapteze programa scolara pentru invatamantul de masa care este baza predarii pentru toti copiii din clasa la nevoile de invatare ale copiilor cu NES;
- Profesorii trebuie sa devina constienti de problema diferitelor tinte educative si trebuie sa dobandeasca o calificare care sa le dea posibilitatea sa descrie progresul la invatatura si performantelor / rezultatele copiilor cu NES;
- Profesorii trebuie sa stie sa adapteze sala de clasa, materialele didactice si intregul ambient la nevoile copiilor cu NES (mai ales a celor cu deficiente senzoriale si / sau fizice)
- Profesorii trebuie sa invete sa comunice cu parintii sau alte persoane care raspund de acel copil in afara scolii;

- **DIAGNOSTICAREA** trebuie sa cuprinda urmatoarele domenii:

### ***1. Pozitia elevului in clasa si in scoala :***

Relatia dintre elev - colegii acestuia si profesori / educatori reprezinta baza pozitiei acestuia in grupul social, competenta sa sociala. De aceea trebuie sa se clarifice daca elevul are probleme emotionale, deoarece in cazul unor relatii sociale deficitare este nevoie de o altfel de abordare. (de o schimbare)

### ***2. Nivelul de dezvoltare generala si desfasurarea activitatilor vietii zilnice***

Diagnosticul dezvoltarii fizice si mentale generale cuprinde:

- Miscarea
- Comunicarea
- Activitatile vietii zilnice
- Perceptia vizuala si auditiva
- Cunoasterea
- Relationarea sociala

*In cazul in care se pot observa discrepante considerabile trebuie sa se faca propuneri cu privire la dezvoltarea si sprijinirea copilului.*

### ***3. Nivelul de dezvoltare a cunostintelor de baza***

Toti profesorii la toate materiile trebuie sa fie capabili sa :

-*descrie nivelul de dezvoltare* in domeniul competentelor-cheie : citit, scris, aritmetica.

In cazul copiilor a caror limba materna nu este romana, *trebuie descrisa ponderea problemelor* care ar putea rezulta de aici. Daca este nevoie de un sprijin special, acesta va trebui mentionat in propunerile de sprijin.

-*sa diagnosticheze nivelul premiselor de invatare*, necesare pentru procesul de invatare a scrisului, cititului, aritmeticii ;

### ***4. Comportamentul si angajamentul in invatare***

Aptitudinea generala de invatare si comportamentul fata de invatatura reprezinta *o baza importanta* pentru procesul invatarii. Eventualele probleme franeaza procesul de invatare. Diagnosticarea aptitudinilor generale de invatare include mai mult decat o evaluare a inteligentei. Stabilirea gradului de inteligenta ne ajuta in eforturile de diagnosticare, dar nu este de ajuns pentru justificarea unor decizii pedagogice extinse sau pentru a oferi consiliere in legatura cu viitoarea cariera scolara.

### ***5. Domenii de interes si abilitati***

In ceea ce-i priveste pe copiii cu dificultati de invatare (NES) trebuie sa se gaseasca modalitati de imbunatatire a accesului la invatatura. Adesea interele comune pe care le are fiecare persoana ofera oportunitati bune. Pot fi interese si capacitati legate de materiile scolare sau alte domenii.

### ***6. Institutia recomandata***

Pe baza rezultatelor diagnosticate trebuie sa se faca o recomandare cu privire la locul cel mai potrivit pentru invatatura si la sprijinul necesar. Aceasta recomandare va fi diferentiata pe urmatoarele domenii:

***-integrare***

- a) Lectii comune
- b) Clase speciale in scolile obisnuite
- c) Scoala speciala

***- daca planul de predare cere tinte educationale sau nu***

- a) sprijin
- b) echipament special aditional

***7. Competente de analiza a lectiilor***

Pentru munca lor cu astfel de copii, profesorii vor trebui sa fie calificati pentru a recunoaste “*zona proximei dezvoltari*”, pentru a o descrie precis si a comunica in legatura cu aceasta, cu toate persoanele care raspund de dezvoltarea respectivului elev. La inceput, profesorul va trebui sa sesizeze ceea ce copilul cu NES *nu poate*(inca) sa faca in comparatie cu alt copil de aceiasi varsta. Acest copil va fi identificat ca « copil special ». Pentru planificarea pedagogica este necesar sa se *descrie cu foarte mare grija* si precizie **ce este capabil sa faca si ce interese speciale are.**

Copiii/elevii cu dificultati de invatare care urmeaza ruta profesionala alaturi de cei din scoala publica au nevoie de ajutor (de suport scolar) in vederea adaptarii, integrarii si devenirii lor ca si ceilalti elevi cu succese si insuccese, cu realizari si ratari, dar si cu rezultate incurajatoare.

*De acest aspect trebuie sa tina seama toti partenerii ce concura la sprijinul acordat acestui tip de elev.*

Pentru acest lucru este nevoie a se elabora un ***plan de educatie personalizat***, care sa raspunda tuturor nevoilor si cerintelor celor care beneficiaza de educatie speciala si asistenta psihopedagogica. Acest plan trebuie sa concretizeze:

-Obiectivele realizabile (termen scurt / termen lung)

-Tipul de servicii acordate si strategiile de rezolvare

-Programul si orarul desfasurarii programului

-Standardele de evaluare

*Programul de educatie individualizat* presupune o serie de etape, concretizate in urmatoarele componente:

*\*Cunoasterea psihopedagogica a elevului*

*\*Planul de servicii personalizat*

*\*Planul de interventie*

*\*Adaptarea curriculara*

## **PROIECTAREA INTERVENTIEI PERSONALIZATE**

Interventia personalizata poate fi proiectata in 4 pasi:

<b>I. Constituirea planului de servicii individualizat =PSI</b>	<u>Contine</u> directiile de actiune de integrare eficienta si este axat pe recomandarile continute pe certificatul de expertiza complexa. <u>Alcatuit</u> de prof.itinerant, cu specificarea : -resurselor umane si materiale -domeniile specifice de interventie
<b>II. Constituirea echipei de caz</b>	<u>E formata</u> de <u>specialisti</u> , in functie de recomandarile prevazute in certificatul de orientare scolara. Prof.itinerant, apeleaza la specialistii scolii, sau in cazul in care scoala nu are o

(de interventie)

astfel de incadrare, recomanda specialisti din cadrul Scolii Speciale.

**III. Elaborarea  
programului de  
interventie  
personalizat = PIP**  
de catre echipa de  
caz

Contine:

- ✓ Adaptarile curriculare
- ✓ Modul de aplicare al interventiei
- ✓ Sarcinile membrilor echipei de caz
- ✓ Tipurile de evaluare propuse pentru stabilirea evolutiei copilului integrat.

**IV. Interventia**

**Concreta**  
(prevazuta in PIP)

Tipurile de interventie pot varia functie de evaluarile periodice (fisa de evaluare periodica) care indica evolutia copilului : progres/ stagnare / regres

**Planul de servicii personalizat (PSP)** poate contine mai multe programe de interventie personalizata.

**Portofoliul de interventie si evaluare,**

- se constituie ca **ansamblul documentelor ce contin si orienteaza interventia.**
- se intocmeste pentru fiecare elev in parte



**Portofoliul de  
interventie si  
evaluare**

**Contine:**

- ✓ Certificat de orientare scolara elaborat de: Comisia Interna de Evaluare Continua sau de Dir.pt.Protectia copilului
- ✓ Planul de servicii individualizat
- ✓ PIP, cu adaptarile sale curriculare
- ✓ Rapoarte de evaluare (periodica si finala)
- ✓ Fisa de evaluare continua (elaborata de comisia interna de evaluare continua, din cadrul institutiei incluzive)
- ✓ Fise de munca individuala
- ✓ Certificate sau alte documente medicale in cazul in care elevii au anumite afectiuni ce pot influenta evolutia scolara (certificat de handicap, certif.med.care atesta existenta unor boli cronice)

**PLANUL DE SERVICII PERSONALIZAT (PSI)**

**P.S.I**

- ✚ **Cadru de organizare** a interventiei specializate pentru copiii cu CES inclusi intr-un program de integrare scolara ;
- ✚ **Permite** programarea si coordonarea resurselor si serviciilor individualizate
- ✚ **Asigura** coerenta si complementaritatea interventiilor, fiind focalizat pe cerintele individuale ale elevului integrat;
- ✚ **Traseaza** liniile generale de actiune;

>> **Scop final** = raspunde cerintelor copilului pentru a asigura dezvoltarea sa, mentinerea si imbunatatirea autonomiei si favorizarea integrarii sociale;

## I. ECHIPA DE CAZ ( de interventie)

<b>Echipa de interventie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✚ <b>Actioneaza simultan</b> pe toate planurile de de interventie spre care s-au facut recomandari ;</li><li>✚ Poate avea <b>componente diverse</b> incepand de la <b>3</b> (prof.itinerant, prof.tutore, parinte) la echipe <b>complexe</b>, in functie de deficientele copilului integrat ;</li><li>✚ <b>Scopul</b> &gt;&gt; acordarea intregului sprijin necesar unei bune adaptari precum si facilitarea unei dezvoltari armonioase a personalitatii copilului cu CES</li><li>✚ <b>Planifica riguros</b> procesul de integrare;</li><li>✚ <b>Elaboreaza PIP-ul</b>, facand adaptarile curriculare necesare</li><li>✚ <b>Intocmeste</b> rapoarte de evaluare periodice si finale</li></ul>
--------------------------------------	---

In general, **echipa de interventie** este compusa din:

- ❖ Invatator/profesor tutore = cadru didactic care predă la clasa
- ❖ Prof.itinerant = coordonatorul intregului program
- ❖ Parintii copilului
- ❖ Alti profesori care predau la clasa
- ❖ Psihologul scolii incluzive
- ❖ Consilieri scolari

Si dupa caz, atunci cand aceasta se impune :

- ❖ Profesor TTL (terapia tulburarilor de limbaj)
- ❖ Profesor CFM (cultura fizica medicala)
- ❖ Asistent social
- ❖ Medicul institutiei
- ❖ Specialisti pentru recuperarea deficientelor senzoriale

## PROGRAMUL DE INTERVENTIE PERSONALIZAT

PIP-ul este un

- **instrument de lucru permanent**, utilizat pentru eficientizarea activitatii de interventie si atingerea finalitatilor prevazute in planul de servicii.

- **instrument functional**, adaptat posibilitatilor reale si actuale ale copilului cu CES, care asigura demersul educational;

### Continut:

- + Obiective pe perioade delimitate
- + Activitatile propriu-zise
- + Sarcinile concrete ale membrilor echipei de caz
- + Adaptarile – curriculare, ale strategiilor, sarcinilor
- + Formele de evaluare

### Elaborare

- + Stabilirea randamentului din momentul respectiv prin **evaluarea globala** a fortelor si nevoilor copilului
- + Marcarea prioritatilor
- + Realizarea concreta, prin actiunea simultana a 2 componente:
  - **tehnici specifice** (de interventie educativa)
  - **actiunea dirijata** (realizata prin consilierea grupului integrator, a parintilor, a copilului in cauza)

### 1. Dupa durata programului

- Programe de recuperare de scurta durata ( **1-3 luni**)

## Clasificare

- -“- de durata medie (**3-6 luni**)
- -“- de lunga durata ( **1 an scolar sau mai mult**)

### 2. Dupa obiectivele de integrare

- socializare = adaptare la mediu / grup scolar
- recuperare
- integrare cu curriculum adaptat

### 3. Dupa formele de adaptare curriculara

- program bazat pe curriculumul scolii incluzive ( in recuperare)
- program cu usoare adaptari curriculare ( pt.elevi liminari)
- program cu curriculum partial adaptat ( numai la anumite discipline)
- program cu curriculum semnificativ adaptat (pt.elevi cu deficiente spre moderate)
- program cu curriculum personalizat sau puternic adaptat (pt.elevi cu deficiente asociate, permanente)

### 4.Dupa modul de interventie al profesorului de sprijin/ itinerant

- programe monitorizate –conduse de inv./prof. tutore (de la clasa)
- programe de interventie directa ( cu prof.de sprijin/itinerant)

## EVALUAREA in cadrul **PIP-ului**

Formele de evaluare educative vizeaza in aceiasi masura atat elevul, cat si contextual educational , putand fi configurate astfel:

<b>EVALUAREA VIZEAZA</b>	
<b>ELEVUL</b>	<b>CONTEXTUL</b>

-competente curriculare	-efectele deciziilor curriculare
-motivatia	-atitudinea personalului
-impactul strategiilor educationale	-organizarea clasei si a scolii incluzive
-nivelul interactiunilor sociale	

Informatiile obtinute cu privire la elev/ context, duc la perfectionarea continua a procesului de integrare a copiilor ce CES.

**Evaluarea si diagnoza** au ca **scop** *facilitarea elaborarii si aplicarii demersului terapeutic compensator si recuperator.*

<p><b><u>1.Evaluare</u></b></p> <p><b><u>initiala</u></b></p>	<p><u>Este facuta in general de:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Comisia Interna de Eval.Continua; se face la cererea invatatorului/ profesorului care a sesizat decalajul de cunostinte;</li> <li>○ Serviciul de Evaluare Complexa a Copilului; se face la cererea parintilor. Pe baza ei se recomanda/ stabileste orientarea scolara a copilului aflat in dificultate.</li> </ul> <p>✓ <b>Ofera</b> primele elemente de start in intocmirea PSI si a echipei de caz.</p> <p>✓ <b>Este completata</b> de prof.de sprijin, cu alte rezultate din observatii directe asupra comportamentului copilului, discutii cu cadrele didactice, cu parintii, in urma aplicarii unor chestionare la nivelul colectivului si chiar aplicarea unor teste psihopedagogice.</p> <p>✓ <b>Consemneaza</b> anumite observatii asupra colectivului, atitudinea acestuia fata de elevul integrat (aflat in dificultate) , observatii obtinute in urma discutiilor „class meeting”, aplicarea unor chestionare sociometrice.</p> <p>✓ <b>Sta la baza</b> intocmirii PIP-ului, indicand nivelul de start (pornire) in program, atat din perspectiva copilului cat si a contextului.</p> <p>✓ <b>Consemneaza</b> si o evaluare a cadrului didactic tutore ( de la clasa), vizand in principal <b>receptivitatea</b> acestuia la cerintele speciale ale copilului, <b>gradul de acceptanta</b> a muncii diferite pe care va trebui sa o presteze in cadrul programului personalizat, precum si <b>cunoasterea</b> particularitatilor copiilor cu dizabilitati.</p>
---	---

<p><b><u>2.</u></b> <b><u>Ev:</u></b> <b><u>periodica</u></b></p>	<p>- <b>se realizeaza</b> la sfarsitul unui program de interventie, in functie de perioada pe care acesta este proiectat. (1luna, 3luni, 6luni). Daca este proiectat pe intreg anul scolar, evaluarea se va face conform datelor stabilite in program, pentru marcarea evolutiei. (Model Fisa de cunoastere operativa – anexa....)</p> <p>- in cazul in care in PIP a fost prevazuta si interventia asupra contextului (ex. Un colectiv in care s-a observat marginalizarea copilului), evaluarea se face prin aplicarea chestionarelor, sau prin grile de observatie.(Model- raport de evaluare periodica – anexa....)</p>
<p><b><u>3.Evaluare</u></b> <b><u>formativ –</u></b> <b><u>continua</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Vizeaza</b> direct evaluarea copilului in cadrul procesului de interventie personalizata, strict pe baza activitatii individuale in clasa, in camera de resurse, cand sunt folosite materiale auxiliare : fise adaptate, caiete de munca independenta;</li> <li>✓ <b>Rol &gt;&gt; feed-back</b> a activitatii copilului in momentul respectiv</li> <li>✓ <b>Obiectiv general</b> – motivarea copilului pt.activitatea scolara si incurajarea acestuia in vederea unei participari intense si active la aceasta.</li> <li>✓ <b>Utilizeaza</b> sisteme de notare diferite decat cele utilizate la clasa: puncte rosii, stelute, vignete cu chipuri mimetice (o fata zambitoare). Sistemul de notare se stabileste de comun acord cu ,cadrul didactic tuore, precizandu-se si „convertirea”la sistemul clasic, utilizat la clasa.</li> <li>✓ <b>Efectul</b> – stimulatv pt.elevul integrat</li> <li>✓ <b>Acorda</b> o nota de exactitate raporturilor de evaluare periodice si finale, care in acest mod pot fi sustinute demonstrativ in aprecierile descriptive.</li> </ul>
<p><b><u>4.evaluare</u></b> <b><u>finala</u></b></p>	<p>-<b>se face</b> la sfarsitul anului scolar si este prezentata in cadrul Comisiei Interne de Eval.Continua (din cadrul scolii incluzive)</p> <p>- <b>arata</b> evolutia copilului in perioada anului scolar</p>

	- <b>influențează orientarea școlară</b> a copilului în anul școlar următor.(model , anexa....)
--	---

Toate tipurile de evaluări se fac **textual, descriptiv**, cuprinzând atât evoluțiile în sens pozitiv sau negativ, cât și stărnările înregistrate la învățatura, dar și d.p.d.v comportamental.

### **Comisia Internă de Eval.Continua**

- intocmește o **fisa de evaluare** , care de principiu respectă modelul , (model anexa.....), fisa care se bazează pe evaluările periodice, și pe cele finale;
- **propune orientarea școlară** a copilului pt.fiecare an școlar.

**Fisa de evaluare continua** este un document foarte important, la completarea careia participă întreaga echipă de caz, iar în forma finală va fi înaintată Comisiei pentru Protecția Copilului care va decide forma de învățământ cea mai accesibilă copilului.

### **Importanța evaluării**

**1. evaluarea complexă psihopedagogică**,se face pe tot parcursul implementării programului

- are caracter descriptiv

-este concentrată pe:

- comportamente, atitudini

- reacții care vin să argumenteze nivelul adaptării și integrării

-urmărește performanțele școlare

**2.evaluarea pedagogică** urmărește:

- nivelul de cunoștințe al copilului integrat

. În faza inițială se pot aplica :

- *grile de evaluare*, raportate la capacitatile, aptitudinile, competentele prevazute de programele scolare, pentru disciplinele unde elevul a intampinat greutati.
- *Probe de evaluare*, special concepute pentru depistarea dificultatilor.

**3. evaluarea adaptarii la mediul scolar**, se face din perspectiva elevului dar si a grupului integrator.

a. din perspectiva elevului, exista praguri ce limiteaza integrarea, numite *praguri personale*:

- *Emotionale* = evitare, respingere, teama de schimbare
- *De sociabilitate* = respingerea interrelationarii, autoizolarea, neconformarea la regulile colectivului, tulburari grave de comportament
- *De intelegere si conformare la reguli si norme*
- *Gradul de educabilitate* (in cazul deficientului mintal)

b. din perspectiva colectivului, exista deasemenea praguri care pot perturba integrarea:

- *Numerice* = raportul dintre numarul copiilor din clasa si numarul copiilor integrati
- *De acceptare* = respingere, tolerare, evitare
- Gradul de coeziune a grupului



## Cursul IV

### DEFICIENȚA MINTALĂ

#### 1. CONCEPTUL DE DEFICIENȚĂ MINTALĂ

Termenul de deficiență mintală este doar o noțiune care include variate forme și tipuri care au comun insuficiența mintală și care confirmă ideea unității în diversitate și în acest domeniu (R. Zazzo, 1963; M.S. Pevzner, 1965; M. Roșca, 1946).

Astefel Gh. Radu descrie deficiența mintală ca fiind fenomenul lezării organice sau al afectării funcționale a sistemului nervos central, cu consecințe negative asupra procesului maturizării mintale, al dezvoltării sub diferite aspecte la individul în cauză. Handicapul mintal reprezintă dezavantajul pe care deficiența mintală îl crează în planul relațiilor de adaptare și integrare ale individului respectiv în mediul social caruia îi aparține .

Formularea unei definiții unitare a deficienței mintale este foarte dificilă. Așa se explică și diversitatea termenilor utilizați de-a lungul anilor de autori diferiți. Cele mai frecvente sunt:

- **arierație mintală** - cuprinzând cele trei mari categorii (idiot, imbecil, arierat mintal);
- **amenție** - echivalent cu arierația mintală, clasificată în patru grupe:
  - amenție primară datorată unui patrimoniu ereditar;
  - amenție secundară - originea deficitului de intelect se află în condițiile de mediu familial, social, cultural;
  - mixtă - consecința ambelor cazuri
  - amenție cu origine necunoscută.
- **oligofrenie** - alt sinonim al deficienței mintale, folosit pentru a desemna formele de nedezvoltare sau oprire în dezvoltarea funcțiilor de cunoaștere, ca urmare a unor suferințe provocate de cauze eredocongenitale sau apărute în prima copilărie. Este cea mai veche denumire și într-o primă etapă a fost utilizat într-o accepțiune largă, referindu-se la toate formele de dezvoltare psihică insuficientă, iar apoi a dobândit o semnificație mai limitată, desprinzându-se de formele mai puțin grave;

- **insuficiența mintală** - termen introdus de O.M.S. (1954) pentru a îngloba deficiențele de inteligență, afectivitate, morală.

Raportul O.M.S. precizează că pentru stabilirea gradului insuficienței mintale se recurge la calificativele ușor, mediu, grav.

✓ **Înapoiere mintală** - este un termen folosit în mod curent, echivalent cu întârzierea mintală.

✓ **Retardare mintală** - este un termen folosit în ultima perioadă, în special când deficientul posedă facilitatea limbajului uzual sau o deosebită agilitate motorie.

✓ **Întârziere mintală** - termen utilizat de O.M.S., iar în țara noastră de Mariana Roșca.

**În accepția noastră, ea cuprinde categoria copiilor care manifestă o întârziere mai mult sau mai puțin importantă în dezvoltarea funcțiilor intelectuale, senzoriale, motrice, iar în accepția restrânsă, subiecții care prezintă un decalaj în pregătirea școlară în raport cu cei de aceeași vârstă.**

Lipsa de unitate a terminologiei folosite constituie dificultatea primordială în încercarea de explorare a deficienței mintale.

Cauza diversității terminologiei folosite se explică prin faptul că deficienții mintali au fost studiați din perspective diferite: medicale, psihologice, pedagogice, sociale, fiecare specialist stilizând o terminologie proprie sau una care se adecvează cel mai mult fundamentelor științei din perspectiva științei care abordează cercetarea. La aceasta se adaugă și:

- ❖ poziția pe care o au diferiți autori sau școli față de această temă;
- ❖ faptul că terminologia este strâns legată și de aspectul pe care autorul dorește să-l releve (gravitatea defectului în raport cu forma, etiologia, aspectele pedagogice și sociale, tulburările asociate sau prognosticul).

✓ **Deficiența mintală** - așa cum sugerează termenul - indică o scădere, o diminuare în funcționarea mintală.

✓ **Deficiențele mintale** definesc stări de nedezvoltare, opriri în dezvoltare sau dezvoltare incompletă a activității psihice, prin insuficiență cerebrală instalată sub acțiunea unor factori prenatali, perinatali sau postnatali.

✓ **Deficiențele mintale** constituie un complex de manifestări de o eterogenitate extremă sub aspectul cauzelor, al gradului, al complicațiilor. Trăsătura comună a tuturor celor cu deficiență mintală constă în incapacitatea de a desfășura activitatea, în special în activități ce implică în

mare măsură operațiile de abstractizare, generalizare, sau operațiile instructiv-educative la nivelul realizat de indivizi de aceeași etate și care au avut condiții similare de dezvoltare.

✓ **Deficiența mintală** utilizată ca noțiune generală cuprinde toate gradele prin care se desemnează severitatea sau gravitatea - deficiență mintală de graniță, ușoară, moderată, severă, profundă.

✓ **Deficiența mintală** e deficiență globală, ce vizează întreaga personalitate, structură, dezvoltare intelectuală, afectivitate, psihomotricitate, comportamental-adaptativă, de natură ereditară sau câștigată, în urma unor leziuni organice sau funcționale ale S.N.C. care se manifestă din primii ani de viață, în grade diferite, de gravitate, în raport cu nivelul mediu al populației, cu urmări directe în ceea ce privește adaptarea socio-profesională, gradul de competență și autonomie personală și socială.

În general dezvoltarea se caracterizează prin sindromul de inerție mintală, deficit de comunicare, disfuncție mentală, vâscozitate genetică, rigiditate psihică, rigiditatea conduitei la care se adaugă o suită de tulburări asociate (somatică, neurologică, tulburări ale activității psihice etc.).

## 2. **TERMINOLOGIA UTILIZATĂ PENTRU DESEMNAREA DEFICIENȚEI MINTALE**

Analiza literaturii de specialitate, precum și a termenilor utilizați în practica curentă, evidențiază faptul că există o diversitate în ceea ce privește terminologia utilizată pentru desemnarea deficienței mintale.

Una din cauzele care generează diversitatea termenilor utilizați o constituie faptul că deficiența mintală a fost și este abordată din perspective diferite: medicale, psihologice, pedagogice și sociale, specialiștii utilizând o terminologie proprie, adecvată fundamentelor științei din perspectiva căreia abordează deficiența mintală.

Diversitatea termenilor utilizați a rezultat și din aspectul urmărit a fi evidențiat prin termenul folosit: gravitatea deficitului intelectual în raport cu norma, etiologia, prognosticul pedagogic și social, tulburările asociate.

O altă cauză a diversității de termeni o constituie poziția diferitelor școli față de deficiența mintală, ceea ce a determinat utilizarea preferențială a unor termeni diferiți de la o țară la alta.

Consecințele varietății termenilor utilizați poate duce de multe ori la confuzii și dificultăți de rezolvare practică, mai ales atunci când pentru unul și același caz se utilizează formulări diferite.

Abordarea interdisciplinară a deficienței mintale impune tot mai mult necesitatea elaborării și stabilirii unui sistem conceptual unitar, care să permită înțelegerea între diverșii specialiști.

O privire istorică asupra apariției termenilor care desemnează deficiența mintală evidențiază că în secolul al XVIII-lea J. Esquirol utilizează termenul de "**idiotism**" pentru a diferenția cazurile de tulburări mintale de cele de demență, iar E. Seguin introduce noțiunile de "**idiot**", "**imbecil**" și "**înapoiat sau întârziat mintal**" pentru a desemna diferitele grade ale deficienței mintale.

La sfârșitul secolului al XIX-lea, o dată cu dezvoltarea orientării gnosologice în psihiatrie E. Kraepelin introduce termenul de "**oligofrenie**" pentru formele de dezvoltare psihică insuficientă.

Ulterior acestui termen de oligofrenie i s-a conferit o semnificație limitată. Astfel, M.S. Pevzner și A.R. Luria (1958, 1959, 1941) consideră oligofrenia ca o formă clinică caracterizată printr-o subdezvoltare a activității cognitive, datorită unor leziuni dobândite ale sistemului nervos central.

La începutul secolului al XX-lea Dupré (1909) introduce noțiunea de "**debilitate mintală**" pentru a desemna gradul cel mai ușor de deficit mintal, iar Brissand și Souques (1904) folosește termenul de "**encefalopatie infantilă**" pentru stările cronice sau foarte lent evolutive, ca urmare a leziunilor cerebrale din perioada intrauterină, de la naștere sau din primii ani de viață.

G. Göllnitz (1953) introduce termenul de "**sindrom de ax cerebro-organic psihic**" prin care se exprimă întârzierea în coordonarea motrică, în integrarea senzorială, în dezvoltarea psihică ca urmare a afectării timpurii a creierului.

C. Lamote de Grignon (1961) propune termenul de "**maturopatii**" în care înglobează orice boală caracterizată prin modificări în comportamentul copilului ca urmare a tulburării dezvoltării funcțiilor sistemului nervos. Autorul include în maturopatii toate encefalitele prenatale, perinatale și ale micii copilării, anumite epilepsii, precum și un grup polimorf și nedefinit al paraliziiilor cerebrale.

### 3. ETIOLOGIE

Importanța cunoașterii cauzelor deficienței mintale a determinat existența unor multiple studii din care se desprinde ideea că deficiența mintală, din punct de vedere etiologic, nu se constituie ca o categorie unitară, datorită multiplelor și variatelor cauze care merg de la cele ereditare, constituționale, lezionale, până la acelea în care rolul important aparține condițiilor psihogenezei.

Din studiile existente rezultă că factorii mai des incriminați în etiopatogenia deficienței mintale pot fi clasificați în:

1. Factori ereditari-genetici (endogeni);
2. Factori extrinseci (exogeni);
3. Factori psihogeni (psiho-sociali).

### 3.1 Factorii ereditari-genetici (endogeni)

Originea ereditară a deficienței mintale este privită de diferiți autori (S. Penrose, A. Lewinson, R.F. Tredgold) în mod diferit, unii accentuând importanța eredității, iar alții diminuându-o.

Din studiile privitoare la rolul eredității în determinarea deficienței mintale se desprinde ideea că este dificil să izolăm contribuția factorilor ereditari de cea a factorilor de mediu. De asemenea, se conturează ideea că prin ereditate nu se transmite deficiența mintală ca atare, ci se transmit doar particularitățile anatomo-fiziologice care influențează relațiile individului cu mediul. Astfel, un copil cu un deficit nativ, crescut într-un mediu social, economic, cultural deficitar, va avea o evoluție psihică mult mai deficitară, decât în cazul în care acesta ar fi optim.

Influența ereditară (genetică) are uneori un caracter mai direct asupra dezvoltării psihice. Așa este cazul **anomaliilor craniene familiare** care determină sindromul Apert, microcefalia, hidrocefalia; **a aberațiilor cromozomiale** care pot fi **gonozomale** care determină sindromul Turner, sindromul Klinefelter, hermafroditismul, sau pot fi **autozomale** care determină sindromul L. Down; sau a **ectodermozelor congenitale** care determină scleroza tuberoasă, neurofibromatoza, angiomatoza cerebrală.

Alteori, ereditatea determină apariția deficienței mintale într-un mod mai indirect prin transmiterea unor **deficiențe metabolice sau endocrine**.

În cazul **deficiențelor metabolice** putem întâlni: **dislipidoze** care determină idiozia amaurotică Tay-Sachs, maladia Niemann Pick, boala Gaucher, maladia Hurley; **disproteidoze** care determină fenilcetonuria, degenerescența hepato-lenticulară, sindromul Hartnup; **dismetabolile hidraților de carbon** care determină galactosemia, hipoglicemia idiopatică.

Din grupa **tulburărilor endocrine** putem aminti hipotiroidismul, diabetul insipid nefrogen și cretinismul cu gușă familială.

### 3.2. Factorii extrinseci (exogeni)

Factorii extrinseci se referă la acele cauze externe care duc la tulburarea activității cerebrale, fie sub forma lezării structurilor anatomice, fie sub forma tulburării mecanismelor biochimice ale sistemului nervos. În raport de momentul acțiunii, aceste cauze pot fi clasificate în: **cauze prenatale, cauze perinatale și cauze postnatale.**

#### 3.2.1. Cauzele prenatale ale deficienței mintale

Gravitatea influențelor factorilor care acționează în această perioadă depinde de vârsta sarcinii. Astfel, factorii care acționează în primele trei luni ale sarcinii duc la consecințe din cele mai grave, întrucât în această perioadă apar și se diferențiază organele separate ale fătului, iar țesuturile sunt foarte fragile și au o vulnerabilitate crescută.

Cauzele care pot acționa în această perioadă pot fi: **cauze infecțioase, cauze toxice, incompatibilitatea factorului Rh, subalimentația, radiațiile, unele boli cronice ale mamei, vârsta părinților și emoțiile puternice.**

**Cauzele infecțioase** se referă la infecțiile de natură virotică, infecțiile de natură bacteriană și infecțiile cu protozoare.

Dintre **bolile virotice** pe care le poate contracta mama în timpul sarcinii și care pot avea repercursiuni asupra sarcinii amintim: rubeola, gripa, rujeola, variola, oreonul, hepatita epidemică, tusea convulsivă.

**Infecțiile de natură bacteriană** se referă la influența pe care o poate avea asupra dezvoltării normale a sarcinii unele boli microbiene cum ar fi: streptocociile, stafilocociile, dar mai ales sifilisul.

**Infecțiile cu protozoare** se referă la toxoplasmoza congenitală, care apare ca urmare a molipsirii fătului de la mamă. Toxoplasmoza este produsă de un protozoar (toxoplasma) vehiculat de obicei de către animale.

**Factorii toxici** se referă la intoxicațiile cu CO, cu plumb, cu arsen, cu unele medicamente luate de mamă în scopul întreruperii sarcinii, cu barbiturice, care au urmări destul de grave asupra dezvoltării normale a sarcinii.

**Incompatibilitatea factorului Rh** se referă la cazul în care mama este Rh negativ iar copilul moștenește un Rh pozitiv de la tată. În acest caz se ajunge la un conflict serologic între sângele mamei și al copilului care determină apariția de anticorpi, ce produc la copil un icter grav (deosebit de cel fiziologic de la naștere).

**Subalimentația cronică** din timpul sarcinii, lipsa unor vitamine, abuzul de vitamine, o alimentație săracă în calciu, fosfor, proteine, pot duce la nedezvoltarea normală a sarcinii.

**Radiațiile**, mai ales în primele luni de sarcină, pot afecta dezvoltarea normală a fătului.

**Unele boli cronice ale mamei** cum ar fi: diabetul, hipo sau hipertirodita, maladiile cardiace, anemia, nefropatia, pot afecta dezvoltarea normală intrauterină a copilului.

În ceea ce privește **vârsta părinților**, A. Lewinson arată că numărul mamelor care au dat naștere la copii deficienți mintali crește între 30 și 48 ani.

De asemenea, există o relație și între vârsta prea fragedă a mamei și posibilitatea apariției unui copil deficient mintal.

În cazul mamelor care au o sarcină la o vârstă mai înaintată se incriminează scăderea funcțiilor reproductive. De asemenea, Penrose, Walpas, Jenkins arată că vârsta înaintată a părinților influențează frecvența apariției sindromului Down și a unor malformații ale S.N.C., cum ar fi: encefaliile, hidrocefaliile, spina bifida.

**Emoțiile puternice** din timpul sarcinii pot avea o influență negativă asupra evoluției normale a sarcinii, fie prin substanțele biochimice care se produc în timpul emoțiilor, fie prin stările generale ale mamei, care pot determina lipsa de apetit, ce duce la o subnutriție.

### **3.2.2. Cauzele perinatale ale deficienței mintale**

Dintre factorii patogeni legați de procesul nașterii care pot fi incriminați în etiologia deficiențelor mintale amintim: prematuritatea, postmaturitatea cu greutate prea mare a fătului la naștere, nașterea prin cezariană, expulzia prea rapidă, travaliul prelungit, suferința fetală, traumatismele mecanice, infecțiile, sindromul neuro-vascular.

Acești factori, care pot să apară la naștere, ne interesează în măsura în care duc fie la anoxie sau hipoxie și deci la oxigenarea anormală a S.N.C., fie la producerea unor leziuni sau hematoame la nivelul sistemului nervos central, determinând o nedezvoltare normală ulterioară.

### **3.2.3. Cauzele postnatale ale deficienței mintale**

În această perioadă ne interesează acei factori care prin intervenția lor pot afecta direct sau indirect sistemul nervos central. Printre factorii care pot acționa asupra sistemului nervos central și a căror consecințe pot determina apariția deficienței mintale de grade diferite amintim: neuroinfecțiile (meningite, encefalite), intoxicațiile (cu CO, cu plumb etc.), leziunile cerebrale post traumatice,

accidentele vasculare cerebrale, encefalopatiile de post imunizare, bolile organice cronice, subalimentația, alimentația nerațională, condițiile neigienice.

### **3.3. Factorii psihogeni (psihosociali)**

Factorii psihogeni, deși se consideră că au o semnificație secundară în apariția deficienței mintale, totuși trebuie luați în considerare întrucât acțiunea lor în primii ani de viață determină frânarea dezvoltării normale a copilului și în primul rând a dezvoltării funcțiilor psihice.

Rolul cel mai nociv îl au carențele afective și educative, care printr-o intervenție de lungă durată, în special în primii ani de viață, reușesc să producă veritabile tablouri de deficiență mintală. Mecanismele de acțiune a acestor factori constau în lipsa stimulării și activării structurilor morfofuncționale ale sistemului nervos, care trec în primii ani de viață prin stadii rapide de dezvoltare și diferențiere.

Desigur, influența factorilor psihogeni va fi mai mare la cazurile de copii care se nasc cu un deficit constituțional, determinând o reducere a posibilităților potențiale de adaptare la mediu.

## **4. CLASIFICAREA**

**În raport cu această etiologie, apar grade diferite ale handicapului de intelect iar clasificarea acestora se realizează pe baza măsurării coeficientului de intelect, a coeficientului de dezvoltare psihică, a evaluării posibilităților de adaptare și integrare, de formare a autonomiei personale, de elaborare a comportamentelor comunicaționale și relaționale cu cei din jur.**

Pe baza acestora s-a ajuns la următoarea clasificare:

- Intelectul de limită sau liminar – Q.I. – 85-90 și marchează granița dintre normalitate și handicap;
- Debilitate mintală – handicap mintal ușor – lejer – Q.I. – 50-85;
- Handicap de intelect moderat – imbecilitate – Q.I. – 20-50;
- Handicap mintal sever (profund) – idiot – Q.I. sub 20.

După manualul de diagnostic și statistică care reprezintă biblia psihologilor și psihiatrilor americani și a celor din Europa, retardarea mintală este definită astfel: *„tulburare care este caracterizată printr-o disfuncție intelectuală sub medie (Q.I. 60 sau sub 60), care debutează înainte de 18 ani și care este însoțită de existența unor deficite în funcționarea adaptativă –*



adică modul în care persoanele fac efectiv față cerințelor vieții cotidiene și standardelor comunității căreia îi aparțin”.

<b>Vârsta / Clasificare</b>	<b>Vârsta preșcolară 0-5 ani</b>	<b>Vârsta școlară 6-12 ani</b>	<b>Adulți</b>
	<b>Maturare și dezvoltare</b>	<b>Educație și învățământ</b>	<b>Competență socială și profesională</b>
Deficiență mintală profundă <b>Q.I:</b> 0-+/-20-25	Retardare profundă. Capacitate foarte slabă de funcționare în domeniul senzorio-motor. Nevoia de îngrijire permanentă.	Existența unei oarecare dezvoltări motorii. Imposibilitatea achiziționării autonomiei personale.	Dezvoltarea limbajului este nulă sau rudimentară. Necesită îngrijire permanentă.
Deficiență mintală severă <b>Q.I:</b> +/-20-25-+/-35	Slaba dezvoltare motorie. Limbaj minim, posibilități reduse de comunicare. În general, este imposibilă achiziționarea autonomiei personale.	Posibilitatea comunicării prin limbaj, a educării în vederea achiziționării obișnuințelor elementare de igienă.	Posibilitatea câștigării unei autonomii parțiale într-un mediu protejat. Necesită supraveghere constantă.
Deficiență mintală moderată. <b>Q.I:</b> +/-35-+/-50-55	Dezvoltare motorie satisfăcătoare. Posibilitatea comunicării prin limbaj. Achiziționarea unei autonomii satisfăcătoare; necesitatea acordării unei asistențe moderate.	Incapacitatea achiziționării unui număr suficient de cunoștințe școlare (în mică măsură – lectură, scris, calcul, în general în adolescență).	Capacitatea executării unei munci calificate în general într-un atelier protejat. Incapacitatea de a duce o viață independentă.
Deficiență mintală ușoară <b>Q.I:</b> +/-50-55-+/-60-65	Este dificilă distingerea de copilul normal înainte de vârsta școlară. Retard ușor în dezvoltarea senzorio-motorie și în cea a limbajului.	Capacitatea achiziționării de cunoștințe școlare care însă nu depășesc nivelor celor de cls. a VI-a.	În urma unei educații speciale se poate ajunge la o competență socială și profesională bună.

	Dezvoltare bună a contactelor sociale.		În condițiile de stres socio-economic, apare necesitatea unei asistențe, îndrumări.
Intelect de limită <b>Q.I.: +/-60-+/-85</b>	Dezvoltare psihomotorie aparent normală.	Existența unei inteligențe net inferioare față de medie. Posibilitatea existenței unor deficiențe parțiale care nu permit urmarea învățământului de masă. Este necesar un ajutor educativ adecvat.	Posibilitatea executării/practicării unor meserii simple. În perioadele dificile, necesită îndrumare, supraveghere.

Conform clasificării oferite de D.S.M. există cinci grade de retardare mintală: ușoară, moderată, severă, profundă, de severitate nespecificată.

I. **Retardarea mintală ușoară** – Q.I. cuprins între 50-55 și 60. Aceștia intră în categoria educabililor și este cel mai larg segment al retardării mintale. În această categorie intră persoanele care prezintă următoarele caracteristici: dezvoltă abilități sociale și de comunicare între 0-5 ani, suferă de afecțiuni minime la nivel senzorio-motor, pot atinge un nivel de educație minim pentru vârsta lor, în decursul perioadei adulte deprind un minim de informații necesare supraviețuirii în mediul social-economic.

Aproximativ 85% dintre retardații mental aparțin acestei categorii.

II. **Retardarea mintală moderată** – Q.I. 55-40. Se caracterizează prin: pot învăța să se autoîngrijească, în perioada adultă pot presta o muncă necalificată, sau sub supraveghere, nu pot trece de nivelul celui de-al doilea an școlar. Aceștia se adaptează la viața comunitară, de regulă în unități supravegheate.

Procentul este de cca. 10% din întreaga populație cu retard mental.

III. **Retardarea mentală severă** – Q.I. 20-25 și 35-40. Ei reprezintă 3-4% din indivizi cu retard mental și prezintă următoarele caracteristici: achiziționează deloc sau puțin din abilități de comunicare verbală, pot învăța să vorbească și să se autoîngrijească doar în primii ani de

școlaritate, pot deprinde până la o anumită limită scrisul, cititul, numărul simplu, în perioada adultă pot realiza anumite sarcini simple sub supraveghere, în instituții specializate.

IV. **Retardarea mentală profundă** – Q.I. sub 25-30, reprezentând 1-2% din totalul deficiențelor mentale. Se caracterizează prin: o afecțiune neurologică responsabilă de retardul lor, în timpul copilăriei prezintă serioase disfuncții în activitatea senzorio-motorie, unele persoane din această categorie pot realiza sarcini mai complexe sub supraveghere în unități de îngrijire.

V. **Retardarea mentală de severitate nespecificată**. Se diagnostichează atunci când există o prezumție importantă cu privire la existența retardării mintale dar inteligența persoanei în cauză este nestabilă (cazul subiecților puternic destructurați, necooperanți).

## 5. FORME CLINICE ALE DEFICIENȚEI MENTALE

**Se diferențiază calitativ prin nivelul deficitului intelectual în:**

- ✓ deficiențe de gradul I (debilitate mentală) – handicap mental ușor – Q.I. 50-85
- ✓ deficiențe de gradul II (imbecilitate) – handicap mental moderat – Q.I. 20-50;
- ✓ deficiențe de gradul III (idioți) – handicap mental sever – sub 20.

Aceste trei forme au un numitor comun dificultatea de abstractizare a noțiunilor și de previziune a fenomenelor chiar și atunci când deficientul posedă limbajul uzual sau o deosebită agilitate motorie.

Activitatea psihică în ansamblu se desfășoară în limite inferioare față de normal, stagnează. Unele funcții chiar involuează, se deteriorează, se dezorganizează.

Sunt o serie de caracteristici care privesc activitatea psihică în ansamblu comparativ cu normalul dar și diferențe specifice în evoluția lor. În handicapul sever ele sunt atât de diminuate încât e foarte greu să se poată vorbi de existența lor. Este foarte adevărat că funcțiile și procesele psihice se manifestă în raport cu gradul handicapului mental și de tipul de activitate în care este implicată persoana respectivă.

## 6. CARACTERIZAREA PSIHOLOGICĂ A DIFERITELOR GRADE DE DEFICIENȚE MENTALE

### ***IDIOTIA***

Constituie starea cea mai gravă a deficienței mintale.

Malformațiile frecvente și grave ale corpului, ale craniului, lipsa de expresivitate, fixitatea expresiei, gura întredeschisă și altele, indică de la prima vedere existența anormalității. La idioți sunt frecvente și profunde numeroase deficiențe ale motricității. Se întâlnesc numeroase cazuri de paralizii. Unii învață să meargă foarte târziu iar alții nu reușesc niciodată. Mișcările idioților sunt lipsite de precizie și de coordonare.

Deficiența mintală severă este frecvent însoțită de deficiențe ale senzațiilor. În afară de cazurile de orbire sau de surditate, constată o slabă dezvoltare a mirosului și gustului. Datorită acestor aspecte și ale lăcomiei, unii idioți mănâncă tot ce le este la îndemână.

Atenția apare numai în forma sa involuntară și numai pentru scurt timp.

Posibilitățile de comunicare cu cei din jur sunt reduse la minimum, constând doar din câteva sunete nearticulate, care indică starea lor afectivă sau trebuințele fundamentale.

Gândirea este extrem de elementară și constă în capacitatea de a stabili relații elementare între trebuințele de bază și obiectele uzuale care le pot satisface.

Emoțiile copilului idiot se reduc la manifestări elementare de bucurie în prezența persoanelor care-l îngrijesc sau la manifestări de nemulțumire și de agresivitate atunci când condițiile de viață se modifică în mod evident sau atunci când sunt constrânși. Unii idiști sunt predominant placizi, iar alții agitați.

Idiștul este inapt pentru o viață independentă, deoarece nu e capabil să se îngrijească singur, să vegheze asupra securității proprii, să se ferească de cele mai elementare pericole fizice. Durata vieții lor nu depășește de obicei 20-30 ani.

### ***IMBECILITATEA***

Reprezintă gradul intermediar al deficienței mintale.

Imbecilii încep să meargă pe la trei-patru ani și să vorbească pe la cinci-șase ani.

Mersul și mișcările se caracterizează printr-o precizie insuficientă și prin coordonare defectuoasă.

Pe plan intelectual, spre deosebire de idiști, reușesc să-și însușească sistemul simbolic al limbajului în vederea comunicării dar prezintă numeroase defecte de articulație, inteligibilitatea este redusă, vocabularul este limitat și vorbirea lor se desfășoară în fraze cu o structură gramaticală defectuoasă.

Nu toți imbecilii își pot însuși scrisul, iar dacă și-l însușesc, deprinderea este mecanică, parțială, imperfectă.

Gândirea imbecililor este o gândire concretă, situațională, restrângându-se la rezolvări mecanice. La sfârșitul dezvoltării lor, imbecilii nu depășesc mecanismele gândirii conceptuale și modurile operative de operații mintale. Unii își însușesc cu greu adunarea și scăderea cu numere mici.

Atenția se caracterizează prin instabilitate. Dacă este interesat se poate concentra pentru scurtă vreme.

Memoria este diminuată, însă uneori poate să fie hipertrofiată, excepțională (idioți savanți, imbecili calculatori). Acești imbecili cu memorie excepțională ilustrează tocmai această dizarmonie a dezvoltării intelectuale întâlnită la deficienții mintali.

Atenția, memoria, gândirea sunt dezvoltate la limita necesară unei școlarizări minime în cadrul căminelor școală.

Procesele de cunoaștere precum și motricitatea fiind mai dezvoltate decât la idioți permit pregătirea profesională a imbecililor în cămine atelier. Încadrați într-o muncă de rutină, imbecilii pot contribui la obținerea mijloacelor de subzistență. Totuși, pentru că nu sunt capabili să găsească soluții în situații neprevăzute, pentru că nu au o gândire creatoare, ei nu pot trăi fără o asistență din partea familiei sau a statului. Rămân semidependenți. Reușesc să învețe evitarea pericolelor fizice comune dar nu reușesc să facă față condițiilor complexe de viață.

Afectivitatea imbecililor este totdeauna imatură și labilă.

La imbecili se întâlnesc și manifestări psihopatice (deliruri de revendicare și persecuție, episoade de depresii anxioase în cursul cărora poate să apară suicidul. Uneori pot deveni periculoși pentru viața socială, ajungând până la crimă.

### ***Caracteristici somatice***

Și la imbecili frecvența malformațiilor somatice este ridicată:

- aspectul displastic facio-cranian (macroglosie, asimetrii craniene, gură de lup, boltă palatină ogivală, proeminența globilor oculari, nas lățit;
- tulburări de dezvoltare somatică cu deficit pondero-structural, disproporții evidente între lungimea corpului și cea a membrilor;
- modificări osteoarticulare (de statică a coloanei vertebrale, picior strâmb);
- anomalii genitale (pseudohermafroditism)

### ***Stigmat neurologice***

Se întâlnesc într-o proporție mai mare ca la debili mintali, însă mai discrete și mai constante decât la idioți. Caracteristice le sunt tulburările de motricitate (slab dezvoltată și insuficient diferențiată). Ei nu pot executa o mișcare izolată (nu pot închide un singur ochi), mișcările sunt stângace și lipsite de finețe, cu numeroase sincinezii mai ales la nivelul membrilor superioare.

Prezintă și numeroase malformații ale organelor senzoriale (vizual, auditiv).

Se întâlnesc și sindroame neurologice motorii (hemiplegii, parapareze, tulburări extrapiramidale și spinocerebeloase (ataxie, mișcări involuntare, tulburări de echilibru), atingeri de nervi cranieni (pareze faciale)).

### ***Încadrarea socială și familială a imbecililor***

Imbecilul necesită supraveghere și tutelă constantă. El poate fi utilizabil în activități nu prea complexe. În mediul rural poate face operații simple, sub control.

Insertia socială depinde de afectivitatea sa. Unii se pot supune unei discipline sociale elementare, alții însă prezintă manifestări psihopatice care fac necesară internarea.

Pot fi educați să se alimenteze singuri.

Sunt considerați parțial recuperabili dar nefiind capabili să se autoconducă, rămân dependenți sociali. De aceea, au fost create cămine școlare.

### ***DEBILITATEA MINTALĂ***

Este gradul cel mai ușor al deficienței mintale.

Absența unor anomalii fizice evidente face ca mulți debili mintal să nu se deosebească de cei normali. Debilul mintal poate trece neobservat în perioada preșcolară, mai ales dacă familia se ocupă intens de educația lui, dacă nu prezintă tulburări de conduită, datorită faptului că memoria îl ajută să achiziționeze o serie de cunoștințe elementare și cu caracter concret.

După cum declara și Binet „în mod necesar între copilul normal și cel debil există unele diferențe evidente și altele ascunse”.

Pentru a înțelege mai bine categoria copiilor debili mintal ar trebui un studiu aprofundat pe trei perioade de dezvoltare: mica copilărie, perioada preșcolară, perioada de la începutul școlarității până la adolescență. Însă primelor două perioade le-au fost consacrate prea puține studii, din condiții obiective și subiective. Extrema variabilitate a simptomelor nu permit descrierea unui tablou univoc la nivelul dat și aceasta cu atât mai mult cu cât tulburările inițiale de comportament se atenuază, uneori puțin câte puțin sau nu apar decât după un anumit timp. Sub aspectul evoluției acestor copii, studiile evidențiază că tulburările inițiale sunt premergătoare unor tulburări ulterioare, în special unei bune dezvoltări subnormale.

La vârsta preșcolară sunt greu de recunoscut, cu excepția întârzierilor grave care sunt ușor și repede recunoscute.

Nivelul redus de exigențe în examinarea copiilor de această vârstă, prudența și toleranța în diagnostic și prognostic, fac să fie trecuți neobservați sau neidentificați. Majoritatea datelor se referă la comportamente observate și sunt adesea contradictorii. Unii atrag atenția asupra tulburărilor de somn, alții la frecvența tulburărilor de alimentație și întârzierii considerabile în stabilirea disciplinei sfincteriene. Copiilor de vârstă școlară și adolescenților le-au fost consacrate însă numeroase studii.

### ***FORME CLINICE***

Grupa debililor mintali este extrem de eterogenă. Ea a fost împărțită în două mari forme clinice:

- debilul armonic la care insuficiența mintală este primordială
- debilul dizarmonic la care tulburările intelectuale sunt asociate cu cele afective.

**Debilul armonic** se caracterizează prin arierație intelectuală simplă, posibil de compensat datorită calităților afective. Ei sunt docili, muncitori, pasivi, ascultători, adaptabili la condițiile sociale inferioare, cu posibilități de integrare profesională în urma orientării corecte. Toate acestea fac ca debilul armonic să fie educabil.

Retardatul intelectual este relativ armonios și se manifestă îndeosebi ca întârziere școlară, cu dificultăți în activitatea de achiziție, fără să fie însoțită de tulburări de natură motrică, socială. În adaptarea profesională și socială debilul mintal armonic manifestă un grad relativ de independență, fiind necesare totuși asistența și supravegherea educativă.

**Debilul dizarmonic** numit și debilul complet este caracterizat prin preponderența tulburărilor de comportament și a celor afective. Retardatul intelectual este asociat cu tulburări afective estimate la un procent de 50% cu tulburări comportamentale care devin preponderente sau cu tulburări psihomotrice de o intensitate relativ mai mare sau mai mică.

Se disting mai multe forme de manifestare a debilului dizarmonic.

**A - Debilul dizarmonic instabil** care se caracterizează prin incapacitatea de a se concentra și fixa asupra unei sarcini, de a se desfășura o activitate într-un spațiu delimitat, curios fără a fi atent, interesat fără a-și fixa interesul, permanentă agitație și tendința de turbulență jenant în mediul școlar, comportament incoerent, conduită caracterizată prin minciună, fugă, vagabondaj, randament inconstant, impulsiv, atitudini dezordonate, incoerente.



**B – Debilul dizarmonic excitat** care se caracterizează prin agitație motrică permanentă, expansivitate și stare de euforie, vorbește neîncetat, comunicare aparent bună, dar caracterizată prin sărăcie, veselă, deschisă, lipsită de interese.

**C - Debilul dizarmonic emotiv** are caracteristici similare celor ale instabilului însă cu o instabilitate afectivă mai pronunțată, dar cu un nivel intelectual sensibil superior acestuia. Reacțiile sunt în general exagerate, oscilând între exuberanță excesivă și inhibiție, căutând în permanență acceptarea și aprobarea celor din jur. Sensibil la critică, stăpânit de sentimentul de inferioritate, evită competiția.

**Prostul** – este caracterizat prin capacitate mnezică bună cu o aparentă ușurință verbală, insuficiență intelectuală însoțită de tulburări comportamentale, lipsă de interes, credul, vanitos, extrem de susceptibil, lipsit de spirit critic și autocritic, randament școlar mediocru, incapabil de efort susținut.

**Leneșul** – este o consecință determinată de mecanisme diferite, fapt ce implică acceptarea a două tipuri – lenea ocazională și lenea din naștere caracterizată prin indolență, lipsa de dinamism, incapacitate de decizie.

Cu toate aceste particularități apărute în dezvoltarea diverselor categorii de debili mintali, sunt niște elemente comune caracteristice debilității mintale și anume:

- În planul senzorial-perceptiv se remarcă dificultăți de analiză. Ei au o percepere globală a obiectelor sau imaginilor, în detrimentul sesizării elementelor componente. Au tulburări evidente în distincția figură-fond. Există o importantă tendință la perseverare. Datorită debitului mintal față de activitate apar dese confuzii. Datorită sintezei deficitare reconstituirea perceptivă se realizează incomplet sau este chiar imposibilă. Se remarcă îngustimea câmpului perceptiv (percepere limitată a numărului de elemente, locului ocupat de obiecte, raportului dintre ele, distanță, poziție), dificultăți în perceperea imaginilor, percepție distorsionată.

- Gândirea reprezintă caracteristica principală pentru evaluarea gradului handicapului mintal. Sunt afectate toate operațiile gândirii. Gândirea este concret intuitivă, predominant situațională, caracterizată prin dificultăți de analiză și sinteză, generalizare și abstractizare, comparație și concretizare. Înclinație mare spre stereotipie în gândire și acțiune.

## 7. DESCRIEREA UNOR SINDROAME ÎN CARE SE ÎNTÂLNEȘTE DEFICIENȚA MINTALĂ

### *7.1. Deficiența mintală însoțită de anomalii cromozomiale*

Aberațiile cromozomiale pot fi autosomale pe care le întâlnim în cazul **sindromului L. Down**, sau pot fi gonosomale, pe care le întâlnim în **sindromul Turner**, **sindromul Klinefelter** și **hermafroditism**.

**Sindromul L. Down** constituie o formă ușor de diagnosticat, întrucât deficiența mintală este evidentă și este însoțită de anumite anomalii anatomo-morfologice cu caracter tipic.

Particularitățile morfologice ale indivizilor cu sindrom Down sunt prezente de la naștere și se accentuează cu vârsta.

**Craniul** copiilor cu sindrom Down este mic (microcefal), cu diametrul anteroposterior micșorat (brahicefal) și cu protuberanța occipitală puțin conturată. Fontanelele se închid cu întârziere.

**Fața** este rotundă, plată, nereliefată și lățită. Pomeții și ridicăturile orbitale sunt puțin proeminente, ceea ce face ca fața să fie la același plan cu fruntea. Coloratura obrajilor și a vârfului nasului îi dă aspectul de "mască de clown".

**Ochii** sunt implantați în general la o distanță mai mare între ei decât cea normală, globii oculari sunt mici (hipogenezia orbitei), fantele palpebrale sunt oblice cu marginile extreme ridicate în sus (mongoloidiene), iar colțurile interioare ale ochilor sunt acoperite cu un pliu, care cu vârsta devine mai puțin evident. Pupilele sunt excentrice, iar la periferia irisului se observă, în general, niște pete albe sau cenușii (pete Bronshfield).

**Nasul** este gros și lățit cu rădăcina seroasă și prezintă narine largi și proiectate înainte.

**Limba** este caracteristică, întrucât din cauza hipertrofiei papilelor circumvalate, ea prezintă o suprafață foarte fisurată, iar când acest fenomen este deosebit de accentuat apare o limbă scrotală. Uneori limba este lată și hipotonă și care iese din cavitatea bucală, fapt pentru care gura este în permanență întredeschisă, iar alteori poate fi îngustă și ascuțită.

**Maxilarul superior** este mic, iar mandibula este gloșică.

**Dinții** apar cu întârziere, anarhic, inegal, și sunt inegal aliniați.

**Buzele**, mai ales cea inferioară, sunt îngroșate și adeseori fisurate transversal.

**Bolta palatină** este în mod frecvent înaltă, de formă ogivală, ceea ce adăugat la particularitățile limbii, a buzelor, a anomaliilor maxilare și ale dinților determină realizarea unei vorbiri greu de înțeles.

**Urechile** sunt mici, asimetrice, nelobate, sau cu lobul aderent.

**Gâtul** este în general scurt și gros și în această situație capul pare că este implantat în torace.

**Membrele superioare și inferioare** sunt scurte, contribuind la determinarea hipertrofiei staturale. **Mâna** este lipsită de suplețe; degetele sunt scurte; degetul mare este așezat mai jos decât în mod normal, iar degetul mic este mult curbat spre interior. Nu sunt rare nici cazurile la care se întâlnește fenomenul de sindactilie (mai multe degete unite). **Palma** are un aspect caracteristic determinat de fuzionarea plicii mijlocii și a celei inferioare care formează o plică palmară transversă unică. **Membrele inferioare** sunt scurte, cu talpa piciorului plată și cu degete mici.

Particularitățile morfologice prezentate mai sus, combinându-se, dau specificul indivizilor cu sindrom Down, și-i fac să semene foarte mult între ei.

Frecvența de apariție a acestor particularități morfologice (stigmat) este diferită și se distribuie astfel:

- ochii oblici și limba fisurată apare în 88% din cazuri;
- hipotonus muscular la 84%;
- occipitalul plat la 82%;
- absența lobilor de la ureche la 80%;
- palatul ogival la 64%;
- rădăcina nasului puțin proeminentă la 62%;

Trebuie să menționăm faptul că nici una din trăsăturile morfologice amintite nu apar în mod exclusiv numai la indivizii cu sindrom Down. În mod izolat ele pot apărea și la alte cazuri de deficienți mintali, sau chiar la normali. În aceste condiții putem spune că numai combinarea mai multor trăsături morfologice plus deficitul intelectual reprezintă sindromul Down.

**Nivelul intelectual** al copiilor cu sindrom Down este scăzut, cei mai mulți plasându-se la nivelul deficienței mentale severe și profunde.

**Limbajul** se dezvoltă cu întârziere după 3 ani, și rămâne la un nivel scăzut, chiar și după o activitate educativă intensă vorbirea lor este greu înțeleasă de către o persoană care nu este familiarizată. Cu toate acestea, spre deosebire de alți deficienți mintali, copiii cu sindrom Down sunt foarte comunicativi, au inițiativă în stabilirea comunicării verbale sau a comunicării paraverbale.

**Gândirea** păstrează și la vârsta adultă un pronunțat caracter concret cu posibilități minime de generalizare și cu o pronunțată tendință spre stereotipie. În aceste condiții înțelegerea relațiilor cauzale și a legilor generale dintre fenomene rămâne incompatibilă.

**Memoria** este predominant mecanică, din care cauză aplică cu greu cunoștințele în situații noi, neobișnuite.

**Motricitatea** este pronunțat deficitară. Toate componentele motricității (stațiune, prehensiune, mersul și mișcările capului) sunt întârziate și cunosc un ritm lent de dezvoltare. Uneori se observă o hiperextensibilitate a articulațiilor, ce le permite efectuarea unor mișcări ieșite din comun.

**Sub aspect afectiv** se remarcă o predominare a unei dispoziții vesele, un atașament pronunțat și o mare docilitate față de persoanele familiare. Se întâlnesc rar cazuri de iritabilitate sau agresivitate. Manifestă în permanență tendința de sociabilitate dar fără o formulă axiologică. Datorită infantilismului afectiv apar puternice reacții de gelozie.

Lipsa de independență în muncă, nivelul scăzut al gândirii, coordonarea defectuoasă a mișcărilor, constituie un obstacol în formarea deprinderilor necesare unei munci complexe. În schimb, în munci cu caracter stereotip și executate în grup, indivizii cu sindrom Down pot fi utilizați cu succes, datorită marii lor capacități de imitare.

Datele în legătură cu frecvența indivizilor cu sindrom Down, raportate la totalul deficienților mintali sunt variate, unii autori menționează că această frecvență ar fi de 1%, iar alții că ar fi de 9%.

Durata vieții indivizilor cu sindrom Down, în general nu este mare, datorită frecvențelor anomalii congenitale ale inimii, a marii fragilități a sistemului respirator, a rezistenței scăzute față de infecții și față de schimbările de temperatură.

**Etiologia** sindromului Down nu este pe deplin stabilită. Cercetările au dovedit că la indivizii cu sindrom Down apare un cromozom în plus în perechea 21, și din această cauză mai este denumit și Trisomia 21.

Deși în sindromul Down apare o anomalie genetică, totuși se pare că nu se dobândește ereditar.

S-a emis și ipoteza că sindromul Down ar fi efectul slăbirii funcțiilor reproductive ale părinților. În primul rând s-a ridicat un semn de întrebare în legătură cu vârsta mamei, întrucât s-a constatat că frecvența copiilor cu sindrom Down este mai mare la mamele în vârstă de peste 45 ani. Alți autori acordă atenție vârstei înaintate a tatălui sau diferenței mari de vârstă dintre părinți.

În ultimul timp cercetările arată că și alți factori de gestație cum ar fi: emoțiile de durată și puternice, oboseala fizică, traumatismele mecanice sau unele boli infecțioase, pot determina apariția sindromului Down.

În cadrul formelor de deficiență mintală însoțită de anomalii cromozomiene mai întâlnim, dar mai rar, și alte sindroame la care pot apărea particularități morfologice dar la care deficiența mintală nu este întotdeauna prezentă. Aceste sindroame sunt: sindromul Klinefelter, sindromul Turner și hermafrodismul.

**Sindromul Klinefelter** constă în faptul că aberațiile cromozomiale, determinate prin examenul cromatinic și cromozomial, au loc în cromozomii care determină sexul și în consecință apar unele anomalii în particularitățile secundare ale sexului. Acest sindrom apare la băieți, la care apar unele caractere secundare feminine.

Tabloul clinic este diferit în copilărie și la pubertate. În copilărie prezintă o talie înaltă, testicule mici și necoborâte în scrot, întârziere psihică generală și deficit intelectual. La pubertate, pe lângă aspectele din copilărie se evidențiază deficitul de sexualizare. Talia rămâne superioară mediei; șoldurile sunt late de tip feminin; ginecomastia este foarte prezentă; pilozitatea slab dezvoltată și dispusă topografic de tip feminin; musculatura slab dezvoltată; organele genitale mult atrofiate; potența sexuală redusă; libidoul absent; prezența unor forme de manifestări erotice anormale.

Tulburările psihice sunt importante și constante. Deficitul intelectual se prezintă în grade diferite, în funcție de numărul de cromozoni x (cu cât numărul cromozonilor x este mai mare, cu atât intelectul este mai afectat). Sunt prezente și unele tulburări de comportament ca: forme defensive de timiditate, inhibiție, introversiune, complex de inferioritate, inadaptabilitate socială, perversiuni sexuale. Mai pot fi prezente și tulburări neurologice de tipul epilepsiei sau a ataxiei cerebeloase.

Durata vieții indivizilor cu sindrom Klinefelter este normală.

**Sindromul Turner** apare la fete și este însoțit de anomalii ovariene și de nanism și de anomalii în particularitățile secundare ale sexului.

Deficiența mintală poate fi de diferite grade, dar în general se situează în zona legeră sau moderată.

**Hermafrodismul** definit de Turpin ca un sindrom al intersexualității, este caracterizat prin prezența la același individ a gonadelor masculine și feminine, mai mult sau mai puțin anormale și nefuncționale. Proporția deficiențelor mintali hermafrodiți este necunoscută.

## **7.2. Deficiența mintală însoțită de tulburări metabolice (eredopatii metabolice)**

Cunoașterea acestor forme ale deficienței mintale prezintă importanță, întrucât diagnosticarea timpurie a tulburărilor metabolice și aplicarea unui regim alimentar previne apariția deficienței mintale.

Tulburările se pare că sunt determinate de gene anormale care împiedică formarea unor enzime necesare metabolismului anumitor substanțe.

Din varietatea tulburărilor metabolice vom prezenta pe acelea care au implicații directe în deficiența mintală.

### **7.2.1. Oligofrenia fenilpiruvică (fenilcetonuria)**

Această formă de deficiență mintală a fost descrisă de Fölling în 1934 și se pare că este cea mai frecventă.

Oligofrenia fenilpiruvică se datorește absenței unei enzime care în mod normal transformă fenilalanina în tiroxină (hormon tiroidian). În lipsa acestei enzime în sânge se acumulează fenilalanina care în concentrație mărită dobândește un caracter toxic. Fenilalanina este transformată în acid fenilpiruvic, care poate fi găsit în urina acestor copii. Acest aspect permite diagnosticarea rapidă încă din primele săptămâni de viață. Acest fapt prezintă importanță, întrucât aplicarea cât mai timpurie a unei diete speciale cu alimente din care s-a extras fenilalanina previne apariția deficienței mintale.

După o anumită vârstă dieta poate fi întreruptă și cu toate că deficiența metabolică se menține, aceasta nu mai afectează sistemul nervos. În lipsa aplicării dietei necesare acești copii prezintă o deficiență mintală gravă (65% sunt deficienți mintali profunzi, 31% sunt deficienți mintali severi sau moderați și numai 4% sunt deficienți mintali ușori).

În primele luni copilul pare normal, pentru ca ulterior să apară primele semne: iritabilitate și crize convulsive. Caracteristice sunt și unele particularități morfologice: ochii de culoare albastru deschis, pielea fină și sensibilă, părul blond. Tabloul clinic se completează ulterior cu: întârziere în achizițiile psihomotorii; stereotipii motorii; modificări ale tonusului muscular până la rigiditate; reflexe osteo-tendinoase vii, manifestări convulsive; traseu EEG de tip encefalopat cu paroxisme supravolate.

Până în prezent nu este pe deplin stabilit dacă deficiența mintală apare ca efect al toxicității fenilalaninei din sânge sau ca urmare a absenței tiroxinei. Ceea ce se admite în general, este faptul că oligofrenia fenilpiruvică este de natură ereditară.

### **7.2.2. Sindromul Hartnup**

Se caracterizează din punct de vedere biologic prin: hiperaminoaciduria constantă, importantă și permanentă; o creștere a excreției triptofanului.

Caracteristicile clinice constau în leziuni cutanate (erupție de tip pelagroid), fotosensibilitate și în tulburări neuropsihice (ataxie cerebeloasă, tremurătură intențională nistagmus), stări de tip psihiatric și deficiență mintală.

### **7.2.3. Degenerescenta hepatolenticulară**

Apare ca urmare a tulburării metabolismului cuprului (tezaurismoza cuprică).

Din punct de vedere clinic se caracterizează prin: simptome hepatice (icter, hepatosplenomegalie); simptome neurologice de tip extrapiramidal (tremurătură intențională, akinezie, convulsii, dizartrie); tulburări psihice (de comportament, de atenție, agrafie, alexie, deficit intelectual).

### **7.2.4. Galactozemia (galactozuria)**

Este determinată de lipsa unei enzime necesară în metabolismul galactozei.

Copilul pare normal la naștere, dar imediat ce este hrănit cu lapte apar vomitări, icter și simptome de subnutriție.

Adeseori la acești copii apare cataracta bilaterală zonulară și lamelară, iar uneori și sub forma nucleară. Dezvoltarea somato-ponderală și psihomotorie este încetinită, iar în dezvoltarea psihică apare deficitul intelectual. În sânge și în urină se constată cantități crescute de galactoză, fapt ce permite stabilirea diagnosticului.

Administrarea unei diete timpurii și de lungă durată, care constă în excluderea laptelui din alimentație, previne nedezvoltarea normală ulterioară.

Și în acest caz se pare că este vorba de o transmitere ereditară pe cale recesivă, întrucât se întâlnesc mai multe cazuri în cadrul aceleiași familii.

### **7.2.5. Fructozuria**

de depunerea diferitelor lipide la nivelul sistemului nervos central și periferic și la nivelul vaselor sanguine.

În aceste cazuri copilul pare normal la naștere, dar după 3-6 luni devine extrem de apatic și motricitatea nu se dezvoltă (nu-și ridică capul, nu se întoarce de pe o parte pe alta, nu este capabil să apuce obiectele). De asemenea, apar tulburări fiziologice, psihice, paralizii și convulsii. Deosebit de simptomatică este hipersensibilitatea copilului față de lumină și zgomot.

La aceste cazuri, deficiența mintală devine treptat tot mai evidentă.

Manifestarea de bază, care permite diagnosticul diferențial, o constituie degradarea treptată a vederii până la orbire și modificări patologice ale fundului de ochi.

După moarte, la aceste cazuri s-au constatat acumulări de lipide în cortex, în ganglionii bazali, în cerebel și la nivelul măduvei spinării.

Și această formă se consideră că se transmite ereditar, întrucât se întâlnește la mai multe generații.

### **7.2.6. Maladia Niemann Pick**

Constă în faptul că în punctatul medular apar celulele Niemann Pick (celule reticulate de 20-90 microni, 2-3 nuclei, citoplasmă spumoasă prin acumulare de lipide).

Simptomatologia debutează în primele luni de viață prin agravarea stării generale, tulburări digestive (anorexie, vărsături, diaree), creșterea în volum a abdomenului datorită hepatosplenomegaliei, pigmentarea tegumentelor și uneori și a mucoaselor.

Tulburările neuropsihice au un caracter progresiv și constau în hipotonie musculară, scăderea acuității vizuale până la cecitate, diminuarea auzului până la surditate și deteriorarea mintală ce poate atinge gradul deficienței mintale profunde.

Examenul de laborator evidențiază: fosfatoze acide normale; lipidemie moderat crescută pe seama colesterolului, fosfolipidelor și trigliceridelor.

### **7.2.7. Boala Gaucher (cerebrozidoza sau lipidoza cu cerebrozide)**

În forma sugarului se manifestă prin tulburări precoce marcate de oprirea creșterii staturale, splenomegalie, tulburări neurologice (somniaț, spasticitate, tulburări respiratorii grave) și



evoluție spre moarte, iar în forma juvenilă are o evoluție trenantă în care semnele neurologice survin progresiv și constau în principal în convulsii, alterări EEG, deteriorare mintală.

### **7.2.8. Maladia Hurler**

În urina acestor cazuri sunt secretate cantități importante de mucopolizaharide acide. Bolnavul prezintă un facies grotesc, grosolan, cu fruntea bombată, rădăcina nasului ștearsă, narine lățite, buze groase, păr aspru și stufos, limba voluminoasă și dinții mici. Trunchiul este deformat, cu diametrul antero-posterior mărit și cifoză dorso-lombară. Aspectul membrelor este caracteristic: sunt "îndesate", mișcări articulare limitate, extensia coatelor și a genunchilor.

Vocea este răgușită și respirația este zgomotoasă. Au aspect nanic și sunt retardați mintal.

### **7.3. Formele Dizostoze Ale Deficienței Mintale**

În această categorie sunt incluse acele forme ale deficienței mintale care sunt însoțite de anomalii profunde ale sistemului osos, predominant de origine endogenă, și care au un caracter tipic.

Una dintre aceste forme o constituie **arahnodactilia**. Denumirea este dată ca urmare a prezenței degetelor foarte lungi și subțiri, atât la mâini cât și la picioare. Craniul acestora este îngust dolicocefal, cutia toracică este adâncită, iar palatul dur este extrem de înalt. Se întâlnesc în mod frecvent și anomalii ale coloanei vertebrale sub forma scoliozelor și a cifozelor. Frecvente sunt și anomaliile congenitale ale inimii și ale cristalinelor.

La acești indivizi, deficiența mintală se remarcă de timpuriu, dar nu este întotdeauna gravă.

O altă formă dizostoică o constituie **gargoilismul**.

În aceste cazuri statura copilului este subnormală, cu gâtul și membrele (în special cele superioare) foarte scurte. Datorită acestei scurtimi a membrelor și mobilității reduse a articulațiilor, acești copii au un mers greoi și mișcări lipsite de flexibilitate.

Craniul acestora este lărgit (exagerat brahicefal) și cu regiunea occipitală foarte proeminentă. Acești indivizi mai prezintă nasul în formă de șa, gură mare, cu limba și buzele groase, precum și hernie ombilicală și abdomen protuberant din cauza ficatului și a splinei foarte mărite. În unele cazuri pot apărea opacități pe cornee. În general, acești copii au un aspect bătrâncios.

Deficiența mintală la aceste cazuri poate fi de diferite grade.

O altă formă o constituie **microcefalia**, care poate fi de natură **exogenă** sau **endogenă**.

În cazul microcefaliei de natură exogenă intră formele ușoare de microcefalie determinate de factori prenatali cum ar fi: factorii infecțioși, iradiațiile sau leziunile cerebrale de la naștere.

În cazurile de microcefalie endogenă craniul este exagerat de mic și prezintă o formă curioasă, asemănătoare cu un con, având fruntea foarte teșită și regiunea occipitală foarte puțin proeminentă.

Diferitele anomalii care apar în structura sistemului nervos, cum ar fi microgiria sau porencefalia, sunt anomalii care își au originea în perioada prenatală și deci nu pot fi puse pe seama unei suturi premature a oaselor craniene.

În cazul acestei forme endogene deficiența mintală este gravă.

Acești copii au o mare capacitate de imitare și mișcări foarte vioaie, aspect ce ne determină de multe ori să avem impresia că deficiența mintală nu este așa de gravă.

Ceea ce îi distinge pe acești indivizi este faptul că sfera afectivității este relativ dezvoltată, emoțiile sunt vii, mișcările expresive și variate.

O altă formă o constituie **hipertelorismul**. Este o formă rar întâlnită la care caracteristic este faptul că distanța dintre ochi este exagerat de mare. În unele cazuri extreme ochii au o plasare pe părțile externe ale feței. Craniul este brahicefalic și prezintă anomalii ale boltei palatine.

Tot în această categorie intră și **sindromul Apert (acroencefalosindactilia)**. Aspectul specific cranio-facial al acestor cazuri este determinat de sinostozarea prematură a suturilor și hipoplazia neregulată a etajului mijlociu. Orbitalele sunt îndepărtate și orientate oblic în jos. Craniul are formă de turn. Nasul este mare și coroiat (papagal). Bolta palatină este ogivală.

La aspectul facial se asociază sindactilia, polidactilia, lățirea degetului mare și anomalii oculare (cataractă, atrofie optică, nistagmus). În general deficiența mintală nu este gravă.

O altă formă o constituie **hidrocefalia**, care se caracterizează printr-o acumulare de lichid cefalorahidian în cutia craniană și creșterea presiunii în sistemul ventricular cerebral.

Cele mai frecvente forme sunt: **hidrocefalia oclusivă** și **hidrocefalia aresorbțivă**.

**Hidrocefalia oclusivă** se produce ca urmare a blocării lichidului cefalorahidian, datorită unor obstacole la nivelul găurii Monro, a apeduncului lui Sylvius sau a găurii Magendie. Obstacolul se poate produce prin procese patologice exogene și prin lipsa de dezvoltare a orificiilor.

**Hidrocefalia aresorbțivă** este produsă de împiedicarea resorbției lichidului cefalorahidian la nivelul vilozităților arahnoidiene.

În funcție de momentul apariției distingem: **hidrocefalie congenitală** și **hidrocefalie dobândită**.

Tabloul clinic este dominat de mărimea perimetrului cranian care poate atinge valori de două ori mai mari decât cele normale; fruntea este bombată; fontanelele sunt largi; ochii în apus de soare din cauză că peretele superior al orbitei este împins în jos, astfel încât ochii coboară iar irisul este pe jumătate acoperit de pleoapa inferioară, iar deasupra irisului sclerotica este vizibilă pe o arie mare.

Pe plan neurologic se constată deficiențe motorii variabile; crize convulsive sau epileptice; mersul și vorbirea apar cu întârziere și rămân defectuoase.

Tulburările psiho-intelectuale sunt pregnante, iar gradul deficienței mintale variază în funcție de gravitatea și momentul apariției hidrocefaliei, mergând de la normalitatea lejeră la deficiența mintală profundă.

#### ***7.4. Formele xerodermice ale deficienței mintale***

Aceste forme au fost descrise de Van Bogaert (1936) sub denumirea de displazii neuroectodermice congenitale, pornind de la originea comună ectodermică a sistemului nervos și a pielii.

În categoria formelor xerodermice ale deficienței mintale putem include: sindromul Rud, sindromul Sturge-Weber și scleroza tuberoasă Bourneville.

În cazul **sindromului Rud** este vorba de o deficiență mintală gravă însoțită de ihtioză, epilepsie și infantilism, la care anormalitatea este evidentă imediat după naștere. Pielea acestor copii este uscată, de culoare galben-cenușiu și acoperită cu plăcuțe care cad ușor (ihtioză), iar părul le crește foarte greu.

Se consideră că acest sindrom se transmite ereditar și că apare frecvent în cazurile de consanguinitate.

**Sindromul Sturge-Weber** a fost descris în anul 1869 de către Sturge și completat ulterior de către Weber în anul 1922.

Deficiența mintală, în grade diferite, este însoțită de pete roșietice sau violacee pe piele (angiomatoză).

Afecțiunea vasculară (angiomatoza) este prezentă nu numai pe piele ci și în substanța cerebrală și pe meninge și în acest caz apare deficiența mintală care este însoțită de crize epileptice, afazie, hemipareze, mono- sau hemiplegii.

**Scleroza tuberoasă Bourneville** se manifestă prin deficiență mintală însoțită de epilepsie, de formarea unor noduli sclerotici în cortex și de adenoame sebacee plasate într-o dispoziție caracteristică de o parte și alta a nasului luând forma unor aripioare de fluture (fluturele lui Pringle) și au culoarea gălbuie roșietică sau neagră.

Deficiența mintală este prezentă de la naștere și progresează o dată cu vârsta mergând până la deficiența mintală profundă (idiot vegetativ).

### ***7.5. Formele endocrine ale deficienței mintale***

Dintre sindroamele endocrine cu o frecvență mai mare și cu implicații în dezvoltarea mintală vom reține **hipotiroidismul**, în cadrul căruia întâlnim **cretinismul endemic** și **cretinismul sporadic**.

**Cretinismul endemic** apare în anumite regiuni geografice din cauza concentrației insuficiente de iod în sol și apă. În aceste condiții dezvoltarea copilului este afectată încă din perioada intrauterină din cauza insuficienței iodului din organismul mamei, iod necesar în sinteza hormonilor tiroidieni.

**Cretinismul sporadic** apare fie din cauza nedevelopării glandelor tiroidiene, fie din cauza degenerării acestora. Cu cât disfuncția este mai puternică și mai timpurie, cu atât deficiența mintală este mai pronunțată.

Pe cretini îi caracterizează o statură sub normală, un craniu mare, pielea gălbuie și uscată, părul aspru, o protuberanță a abdomenului și prezența herniei ombilicale.

Indivizii din această categorie sunt extrem de apatici, au o reactivitate redusă la stimulările din mediu, iar mișcările și mimica sunt foarte reduse.

Diagnosticul foarte timpuriu și administrarea unor preparate tiroidiene însoțite de vitamina B, duc la ameliorări psihice, dar mai ales somatice.

### ***7.6. Deficiența mintală asociată unor tulburări neurologice***

În această categorie putem include **sindromul Marinescu-Sögren** la care tabloul clinic este rezultatul unei asocieri simptomatologice neurologice, psihice și oftalmologice.

În cazul sindromului Marinescu-Sögren ataxia spino-cerebeloasă se manifestă încă din primul an de viață prin mișcări involuntare, tremor intențional, nistagmus, tulburări de echilibru, hipotonie musculară cu hiporeflexie, pareze, paralizii care preced cataracta congenitală bilaterală, care la început este zonală și apoi avansează spre totală.

Deficiența mintală se manifestă tardiv și merge de la ușoară până la profundă.

Sindromul este însoțit și de alte anomalii dar care sunt asociate inconstant, cum ar fi: anomalii oculare, scheletice, genitale.

Din această grupă mai fac parte și **oligofreniile, la care întâlnim nede dezvoltarea unor regiuni din encefal.**

În aceste cazuri, pe fondul nede dezvoltării generale a psihicului se constată și tulburări ale conduitei, care țin de regiunile nede dezvoltate din encefal.

Tot în această categorie putem include și **copiii cu paralizie cerebrală**, la care se poate pune în evidență o deficiență mintală ușoară și o pronunțată disproporție între nivelul de dezvoltare a diferitelor funcții psihice.

La aceste forme clinice tipice ale deficienței mintale, pentru formarea unei imagini de ansamblu asupra varietății formelor de manifestare, trebuie să adăugăm și diversele forme care nu au un caracter tipic de prezentare și manifestare și care sunt determinate de multitudinea de factori descriși în capitolul privind etiologia deficienței mintale, care prin modul cum acționează și în funcție de etapa în care acționează determină apariția deficienței mintale ca urmare a embriopatiilor, fetopatiilor, encefalopatiilor, neuropsihopatiilor etc.

## Cursul V

### PARTICULARITĂȚI ALE COGNIȚIEI LA ȘCOLARII CU DEFICIENȚA MINTALĂ

După cum se știe din psihologia generală, palierul cognitiv al personalității este format din:

*a) cogniția primară*, cuprinzând senzațiile și percepțiile și având ca produs reprezentările, acestea din urmă fiind, totodată, veriga de legătură cu:

*b) cogniția superioară*, care cuprinde gândirea și imaginația.

Procesele psihice enumerate, adică senzația, percepția, reprezentarea, gândirea și imaginația stau la baza capacității de învățare, la rândul lor găsindu-și condiții de dezvoltare - dar și de corectare-compensare la deficienți - în activitatea conștientă, în învățarea organizată. Eficiența activităților de învățare depinde, însă, în mare măsură, și de caracteristicile altor procese și funcții psihice, care intră în structura complexă a personalității fiecărui școlar.

#### *1. Particularități ale proceselor cognitive primare la școlarii cu deficiența mintală*

##### **Senzația**

Este definită ca «proces psihic de semnalizare-reflectare, prin intermediul unui singur analizator, a proprietăților simple și separate ale obiectelor și fenomenelor în forma unor imagini directe, elementare».

Percepția este definită ca «proces psihic complex - senzorial și cu un conținut obiectual, realizând reflectarea directă și unitară a ansamblului însușirilor și structurii obiectelor și fenomenelor, în forma imaginilor primare sau a percepțelor»

Senzațiile și percepțiile nu funcționează, însă, separat, ci constituie împreună o funcție psihică senzorial-perceptivă, pe care se bazează cogniția primară. Ele sunt abordate împreună, iar stimularea și terapia lor se face printr-o intervenție unitară. Le definim și le studiem, totuși, separat, deoarece senzația reprezintă singurul proces cognitiv prezent la orice copil - desigur,

într-o formă incipientă -chiar de la naștere, în timp ce toate celelalte procese cognitive -inclusiv percepția - se formează și se dezvoltă în ontogeneză, prin învățare, într-o formă sau alta, avându-și originea în achizițiile senzoriale primare. Pe de altă parte, percepția «se distinge de senzații prin sintetism și complexitatea imaginilor, rezultate dintr-o recepție și semnalizare plurimodală».

Analizatorul este un ansamblu structural-funcțional, care face posibilă producerea senzațiilor. În alcătuirea oricărui analizator intră mai multe componente, a căror funcționare se produce reflex și este unitară. Iată aceste componente:

- **Receptorul sau segmentul periferic;** acesta captează energia excitanților din mediul înconjurător pe care o transformă în impuls nervos, pentru a putea fi transmisă mai departe, spre creier; de exemplu, în cazul analizatorului vizual, receptorul este reprezentat de retină, care conține așa-numitele «conuri și bastonașe», adică formațiuni celulare specializate în a capta energia excitantului vizual și a o transforma în influx nervos.
- **Calea de conducere sau componenta intermediară a analizatorului** asigură transmiterea influxului nervos specific. Această cale de conducere nu reprezintă o simplă fibră ascendentă, ci un mănunchi de fibre ascendent-descendente (nervul propriu-zis) care - în calea spre sau dinspre cortex - trec printr-o serie de centrii subcorticali, la nivelul cărora are loc o primă analiză și sinteză a influxurilor, deci un prim filtraj senzorial.
- **Veriga centrală** - cea mai importantă componentă a analizatorului -este reprezentată de «o zonă corticală specializată în operații de decodificare, adică de transformare a impulsurilor nervoase în fapt psihic»; în cazul analizatorului vizual, această zonă este situată în cortexul occipital. Fenomenul imposibilității apariției unor senzații sau al diminuării puternice a capacității respective are loc, mai ales, la persoanele cu deficiențe senzoriale: auditive (surzi și hipoacuziei) dar se întâlnesc frecvent și la persoanele cu deficiență mintală, la care - îndeosebi la cazurile cu etiologie exogenă - este afectată difuz scoarța cerebrală, tocmai veriga centrală a analizatorilor, ceea ce va avea consecințe negative asupra proceselor bazate pe analiză și sinteză corticală.

Capacitatea mai mare sau mai mică a fiecărui individ de-a avea senzații reprezintă sensibilitatea, aceasta fiind diferită de la o persoană la alta.

Valoarea pragurilor senzoriale este diferită de la individ la individ și se modifică în procesul dezvoltării sub influența condițiilor de mediu inclusiv a exercițiului, deci și a exersării în procesul educației organizate. Între «înălțimea» pragurilor senzoriale și sensibilitate există un raport invers proporțional - dacă pragul este mai scăzut, sensibilitatea este mai ridicată și, invers, dacă pragul este mai ridicat, sensibilitatea este mai scăzută.

N.Sillamy (1996) subliniază că sensibilitatea este dependentă de integritatea și maturitatea căilor nervoase. La copiii cu deficiență mintală - mai ales la cei cu etiologie patologică sau exogenă - există din start o mare probabilitate de diminuare a sensibilității, fapt confirmat prin dificultățile senzoriale frecvente, pe care acești copii le manifestă.

În cazul copiilor cu deficiențe senzoriale, pe baza declanșării mecanismelor compensatorii ale organismului, pragurile senzoriale (atât cel absolut, cât și cel diferențial) scad, înregistrându-se o creștere a sensibilității în analizatorii valizi. La copiii cu deficiență mintală,

ca urmare a afectării difuze a cortexului, sensibilitatea lor (îndeosebi, cea diferențială) rămâne scăzută, pe fondul unor praguri senzoriale ridicate. De asemenea, se constată, frecvent, o creștere a timpului de latență sau, dimpotrivă, o precipitare în reacțiile lor la stimuli senzoriali.

Pe lângă legea pragurilor senzoriale există și alte legi generale ale sensibilității, puse în evidență de psihologia experimentală și care, cu anumite particularități se manifestă și în activitatea senzorială a deficienților mintala. Aceste legi sunt următoarele:

- **Legea contrastului senzorial**, conform căreia asocierea (simultană sau succesivă) a doi stimuli cu caracteristici opuse facilitează scoaterea în evidență a trăsăturilor acestora.

- **Legea adaptării senzoriale**, se referă la modificarea sensibilității, în raport cu intensitatea și variațiile stimulilor. Inadecvata este supunerea persoanelor cu deficiențe la excitanți foarte puternici (zgomotele specifice unei hale, muzica stridentă), pentru ca provoacă instalarea accelerată a stării de oboseală, iar pe termen lung determină «tocirea» sensibilității, adică o creștere dăunătoare a pragurilor senzoriale.

- **Legea interacțiunii analizatorilor** se referă la faptul că o anumite îmbinare a unor stimuli, care acționează asupra câtorva analizatori, poate să determine fie o anumită intensificare, fie o anumită diminuare a sensibilității, fenomen care are la bază diferite forme de inducție ce se produce între zonele (focarele) de excitație și inhibiție corticală.

- **Legea semnificației** are în vedere influența pe care o exercită asupra sensibilității. Acțiunea unui stimul mai puternic, dar fără semnificație pentru o anumită persoană, poate «păli», adică poate fi inhibată de apariția unui alt stimul, mai slab, dar cu o mai mare încărcătură afectivă.



## Percepția

După Paul Popescu-Neveanu (1976) «percepția desemnează în sens curent atât procesul psihic de reflectare a obiectelor și fenomenelor în totalitatea însușirilor lor, cât și produsul final al acestui proces: imaginea sau perceptul. În raport cu reprezentarea care furnizează o imagine secundară, percepția fiind directă, generează o imagine primară a stimulului actual. Imaginea rezultă dintr-o serie de codificări, recodificări și se finalizează prin decodificare (modelare obiectuală) și reacție. Deci, procesul perceptiv prezintă o desfășurare dinamică în conformitate cu o serie de relații obiective și necesare»

N.Sillamy (1996) consideră că orice percepție este și o interpretare, deci o stare subiectivă, care implică întreaga personalitate. Fiind mai mult decât un simplu fenomen senzorial, percepția este o conduită psihologică mai complexă, care se bazează, într-o măsură importantă, pe experiența noastră personală și socială. «Aceasta explică de ce un obiect determinat nu va avea niciodată absolut aceeași semnificație pentru doi indivizi care, fiecare are sistemul său de referință particular»

M. Roșea (1967) evidențiază faptul că, datorită insuficiențelor de analiză ale deficienților mintala, percepțiile lor sunt vag diferențiate și insuficient de specifice, fapt care determină apariția cu ușurință a unor confuzii în actul perceptiv. «Limitarea analizei nu este efectul exclusiv al unei incapacități în sfera senzorială, ci a unei lipse de activism» de care deficientul mintala dă adesea dovadă în procesul percepției.

După S.I. Rubinstein (1970) percepția deficienților mintala se caracterizează printr-un volum limitat și o accentuată nediferențiere a celor percepute, aflate în strânsă legătură cu lipsa de activism și caracterul încetinit al actului perceptiv.

C. Păunescu și I. Mușu (1997) realizează o delimitare a caracteristicilor percepției la deficienții mintala, prin raportare la gravitatea deficitului lor intelectual și evidențiază: la debilii mintala - prezența unor frecvente tulburări ale percepției, lipsa de precizie sau inexactitatea percepțiilor, caracterul lor nediferențiat și lacunar; la imbecili - o incapacitate și mai accentuată de diferențiere, mari dificultăți în discriminarea esențialului de secundar și relevarea (denumirea, enumerarea) fără legătură logică a elementelor percepute; la idioți - sărăcia în conținut senzorial, lipsa de claritate și absența unei semnificații biologice.

## Reprezentarea

Este rezultatul experienței individuale, al învățării, având o poziție intermediară între percepție și gândire. Este un «proces cognitiv-senzorial de semnalizare, în forma unor imagini unitare, dar schematice, a însușirilor concrete și caracteristice ale obiectelor și fenomenelor, în

absența acțiunii directe a acestora asupra analizatorilor»

Reprezentările sunt imagini mintale secundare ale realității, pe care o reflectă cu un anumit grad de generalitate și selectivitate. Ne reprezentăm nu numai obiecte și fenomene, ci și procese, acțiuni, relații. Dacă reprezentările de obiecte și fenomene stau la baza constituirii noțiunilor concrete și, deci, la baza unei mari părți a vocabularului fiecărui individ, reprezentările de procese și acțiuni sunt puternic legate de caracterul operațional al activității cognitive, inclusiv de operațiile gândirii.

La copiii cu deficiență mintală, toate aspectele menționate ale interacționării reprezentărilor - pe de-o parte cu activitatea perceptivă iar pe de alta cu limbajul, gândirea și imaginația - sunt afectate iar eficiența lor în activitatea de învățare este puternic diminuată, comparativ cu cea pe care o întâlnim la copiii fără deficiențe. Cauzele obiective ale fenomenelor amintite trebuie căutate în acele condiții, prezente la toți copiii cu deficiențe, cum sunt limitarea, sub o formă sau alta, a accesului la informație, inactivismul cognitiv și pasivitatea sau dimpotrivă activismul haotic și precipitarea în desfășurarea activităților de învățare, fenomene la care ne-am referit mai pe larg într-un alt material

Există însă și cauze subiective, care împiedică interacțiunea normală între funcțiile psihice, printre acestea numărându-se insuficienta adaptare a modalităților de lucru cu deficienții la particularitățile concrete ale dezvoltării lor, inclusiv la particularitățile reprezentării.

Particularități importante ale reprezentărilor la elevii deficienți mintala:

- reproducerea în desene, cu mare greutate și inexactități a elementelor spațiale - poziție, mărime, formă - ceea ce atestă dificultățile deosebite în reprezentarea spațiului;
- caracterul lacunar, chiar fragmentar al desenelor executate, ceea ce se află în strânsă legătură cu particularitățile similare ale reprezentărilor, acestea fiind lipsite de integritate (contur precis) și de claritate; probabil este consecința modului dezordonat, poate chiar haotic (la unii dintre elevi), în care s-a desfășurat activitatea perceptivă, premergătoare activității de reproducere în desen;
- tendința de a pierde rapid noile imagini mintale, obținute în contactul nemijlocit cu obiectele reale (sau mijlocit, prin intermediul fotografiilor, a desenelor) și înlocuirea lor cu elemente mai vechi din propria experiență cu aceeași categorie de obiecte, experiență care ea însăși este săracă, inexactă și rigidă.

Mai ales, această ultimă constatare ni se pare deosebit de interesantă, ea scoțând în evidență faptul că ceea ce numim «vâscozitate genetică», legând-o, de regulă, de caracteristicile gândirii deficienteatului mintala, este de fapt un fenomen mai larg, pe care-l putem identifica și în modul de manifestare a celorlalte procese cognitive (și, desigur, nu numai) - în cazul de față,

al reprezentărilor - care și ele se dezvoltă lent, prezintă fenomene de stagnare și de recul, ajungând, probabil și la un nivel unde se plafonează.

Paul Popescu-Neveanu (1978) subliniază faptul că reprezentarea nu este doar un proces al activității cognitive, ci și un produs al acestei activități. Ca proces, ea constituie veriga intermediară între senzații-percepții pe de o parte, gândire-imaginație, pe de alta, făcând astfel legătură între cogniția primară și cea superioară. Ca produs, reprezentarea constituie prima rezultantă a activității cognitive, iar calitățile și insuficiențele sale vor influența pozitiv sau negativ obținerea, în continuare, a celor două produse - noțiunea și conceptul - prin care activitatea cognitivă își găsește valorificarea superioară.

În strânsă legătură cu această dublă ipostază - de produs al activității cognitive, dar și de proces cognitiv - Jean Piaget vorbește despre paradoxul reprezentării. Paradoxul constă în faptul că, dispunând de un conținut intuitiv, de tip senzorial (și prin aceasta fiind mai aproape de percepție) reprezentarea se întemeiază pe «un sistem de operativitate intelectuală, cu totul deosebit și chiar opus mecanismelor perceptiv» și prin aceasta este mai aproape de gândire.

Prin conținutul său, reprezentarea nu se îndepărtează prea mult de percepție, dar are, totodată, puncte apropiate și cu imaginația, în timp ce prin mecanismele formării și funcționării sale - intim legate de procesul interiorizării treptate a experienței individuale - se apropie mai mult de gândire și limbaj, fiind în strânsă legătură cu funcția de simbolizare sau semiotică. Tocmai de aceea, funcția respectivă mai este numită și funcție de reprezentare.

Definind reprezentarea ca proces cognitiv și totodată, ca produs al cogniției primare, vom înțelege mai bine complexitatea acestui fenomen psihic și importanța sa majoră ca fundament pe care se clădește edificiul cogniției superioare. Este evident că temeinicia reprezentărilor, de care dispune copilul cu posibilități normale de dezvoltare, constituie una din condițiile importante pentru formarea la acest copil a bagajului corespunzător de noțiuni și concepte. Este evident, de asemenea, că un fundament de reprezentări cu eventuale fisuri, așa cum este cel al reprezentărilor la copiii deficienți mintala -mai ales atunci când aceștia nu beneficiază de o educație timpurie, temeinic adaptată particularităților dezvoltării lor - va constitui un suport șubred pentru formarea cogniției superioare. Apare clar necesitatea stimulării și exersării temeinice a cogniției primare la copiii cu deficiențe mintalae, printr-un sistem coerent de educație senzorial-perceptivă, de formare, precizare și corectare a reprezentărilor, ceea ce se constituie într-unul dintre obiectivele centrale ale terapiei complexe la copiii respectivi, mai ales în anii preșcolarității și ai debutului școlar.

În psihologie este bine cunoscut faptul că, raportate la gradul propriu de generalizare și la ponderea celorlalte procese psihice cu care interacționează, reprezentările pot fi grupate astfel:

- reprezentări simple, la baza cărora se află experiența perceptivă repetată, pe care subiectul în cauză o are cu obiectele și fenomenele lumii înconjurătoare și în care este implicată, prioritar, activitatea unui anume analizator; astfel sunt reprezentările vizuale, auditive etc.;

- reprezentări complexe, bazate tot pe experiența individuală, dar în constituirea cărora sunt implicate procese mai complexe de interacțiune între analizatori și o participare mai intensă a operațiilor gândirii; astfel sunt reprezentările de spațiu, de timp, de mișcare etc.;

- reprezentări construite, în care, deși punctul de sprijin îl oferă tot experiența individuală - inclusiv reprezentările simple și complexe existente - imaginile sunt supuse unei intense prelucrări prin gândire și prin imaginație; din această categorie fac parte, de exemplu, reprezentările fantastice.

Gradul de accesibilitate a acestor trei tipuri de reprezentări la deficienții mintala, aflați în curs de școlarizare, este foarte diferit de la situație la situație. Astfel, în condițiile orientării intuitiv-practice sistematice a activităților de învățare și pe baza unor generalizări dirijate în cadrul acestor activități, deficienților mintala le sunt accesibile reprezentările simple și parțial, cele complexe, cu condiția antrenării lor sistematice.

Antrenarea temeinică a reprezentărilor complexe este foarte importantă, deoarece ele sunt puternic implicate în activitățile practice și în procesul pregătirii pentru muncă. Această antrenare a capacității de reprezentare complexă trebuie făcută atât prin exerciții speciale, integrate activității de terapie ocupațională, cât și în cadrul diferitelor activități și discipline școlare obișnuite, pe care le desfășurăm cu școlarii deficienți mintala:

- îndeletniciri și lucrări practice, educație fizică, geometrie elementară, geografie, vizite și excursii - îndeosebi pentru formarea, corectarea și consolidarea reprezentărilor spațiale;

- istorie, biologie, dar și activități zilnice desfășurate conform unui program (orar) stabil - pentru formarea, corectarea și consolidarea reprezentărilor de timp;

- aritmetică elementară, cânt, gimnastică și sport, activități gospodărești - pentru formarea capacității de reprezentare corectă (și de reproducere) a unor ritmuri, raporturi, proporții etc.

Se înțelege desigur, că această grupare a diferitelor discipline și activități școlare după aportul lor prioritar la formarea anumitor reprezentări este pur convențională, în realitate fiecare dintre ele putând contribui, într-o măsură mai mare sau mai mică și în strânsă corelație, la realizarea obiectivului respectiv. Important este însă ca acest obiectiv să fie urmărit sistematic și să fie integrat orientării formativ-terapeutice a întregului program de instruire și educație școlară.

Cele mai puțin accesibile deficienților mintala sunt reprezentările construite, datorită implicării imaginației care, după cum vom vedea într-un subcapitol următor, este procesul cognitiv deosebit de afectat și foarte puțin eficient (productiv) la această categorie de deficienți.

Am subliniat faptul că particularitățile percepției la deficienții mintala - descrise succint în subcapitolul anterior - sunt preluate și chiar amplificate la nivelul reprezentărilor, datorită gradului mai mare de generalizare pe care acestea îl implică, adică datorită faptului că reprezentările solicită mai intens, decât percepția, capacitatea de analiză și diferențiere.

Drept consecință, reprezentările vor reflecta nu numai calitățile și lacunele imaginilor primare (perceptelor) de la care pornesc, ci și pe cele ale proceselor cognitive superioare, care participă la prelucrarea lor.

La toți copiii deficienți mintala, într-un proces complex de profilaxie și terapie specifică, reprezentările ce se formează vor fi lacunare în dublu sens, atât sub aspectul conținutului senzorial-perceptiv, cât și al operativității specifice. De aceea, o condiție de bază a formării unor reprezentări trainice și utile la elevii cu deficiența mintala o constituie asigurarea contactului lor direct și activ cu obiectele și fenomenele studiate sau cu «înlocuitorii» acestora - modele, imagini, schițe. Este necesară, prin urmare, o permanentă orientare intuitiv-practică și activă a procesului didactic și legarea sa de interesele și preocupările elevilor. De asemenea, este necesară combaterea verbalismului în activitatea de învățare. Conversația, povestirea și explicația, fără sprijin masiv pe material concret și fără antrenarea elevilor la activități de prelucrare individuală a materialului de învățat, nu pot fi eficiente.

## ***2. Particularități ale proceselor cognitive superioare la școlarii cu deficiența mintala***

### **2.1. Gândirea**

«Se definește ca proces cognitiv de însemnătate centrală în reflectarea realului (s.n.), care prin intermediul abstractizării coordonate în acțiuni mentale, extrage și prelucrează informații despre relațiile categoriale și determinative în forma conceptelor, judecăților și raționamentelor»

Aceasta este doar una din numeroasele definiții ale gândirii, pe care le putem găsi în manualele de specialitate, în dicționare sau în alte surse bibliografice.

Rezumând ideile principale din sursele menționate, cu privire la caracteristicile gândirii, vom spune că, în general:

- gândirea reprezintă un proces psihic fundamental pentru **cunoaștere**, prin ea realizându-se conștientizarea și prelucrarea superioară atât a :

- **informației nemijlocite**, dobândită pe cale senzorial-perceptivă și transformată în imagini mintale (primare, în momentul dobândirii) iar apoi în imagini secundare

- adică în reprezentări,
- a informației mijlocite, primită prin intermediul limbajului sau al altor modalități simbolice de vehiculare;
- gândirea se bazează pe o serie de operații intelectuale ce-i sunt proprii: analiza și sinteza, abstractizarea și generalizarea, clasificarea, compararea, concretizarea etc.; ea se dezvoltă stadial, parcurgând o suită de etape ale maturizării proceselor intelectuale, etape care, în binecunoscuta concepție a lui Jean Piaget (1964) sunt: etapa inteligenței elementare senzomotorie, etapa preoperatorie, etapa operațiilor intelectuale concrete și etapa operațiilor intelectuale formale;
- gândirea accede treptat la raționamentul inductiv și la raționamentul deductiv, implică reversibilitatea sub diferitele sale aspecte realizând operațiile de transfer și căutând soluții pentru rezolvarea situațiilor-problemă; aceste soluții se bazează pe două mari categorii de formule:
  - algoritmice - propunând operații standardizate și rezolvări tip
  - euristice, propunând sisteme operaționale plastice și deschise, rezolvări originale;
- gândirea are ca rezultat formarea bagajului cognitiv bazat pe noțiuni și concepte, rezultate din prelucrarea și valorificarea superioară a produsului cogniției primare, adică a reprezentărilor, în strânsă legătură cu informația mediată prin limbaj. După cum se știe, formarea noțiunilor și a conceptelor face parte din procesul complex al învățării cognitive.

Datorită tuturor acestor caracteristici, gândirea este principala pârghie psihică, prin care individul uman - deci și școlarii aflați în plin proces de maturizare intelectuală, inclusiv școlarii deficienți mintala - realizează, mai mult sau mai puțin eficient, adaptarea conștientă la condițiile de mediu. Adaptarea se face într-un proces continuu, ciclic, în care, conform concepției piagetiene, secvențele se desfășoară în doi timpi:

- asimilarea de noi informații, dar nu printr-o simplă adăugare la vechiul bagaj cognitiv, ci printr-o interacțiune complexă cu acesta; între vechile informații și achiziții cognitive (parțial depășite) și cele noi mai complete și mai veridice apar nepotriviri și contradicții, se produce un anumit dezechilibru, care face necesară:

- «acomodarea» vechiului bagaj cognitiv la elementele de progres ale noii informații, obținându-se astfel un nou echilibru cognitiv (desigur, relativ) ceea ce determină, implicit, o mai bună adaptare (temporară). Și procesul continuă astfel prin noi secvențe cognitive.

Dar gândirea se dezvoltă nu numai prin lărgirea și precizarea bagajului informațional, pe calea descrisă - cale evident dinamică - ci și prin perfecționarea suportului operațional, aceasta accentuând și mai mult dinamismul procesului cognitiv. Este cunoscut faptul că forța motorie a acestui proces o reprezintă activitatea, în sensul larg al acestei noțiuni, și că în mod concret cogniția, activitatea de învățare, se desfășoară prin transformarea (interiorizarea) treptată a acțiunilor exterioare în acțiuni și operații mintale.

Prin caracteristicile și mecanismele sale, gândirea se profilează ca un proces psihic

extrem de complex, care în stare de normalitate, focalizează și valorifică optim întreaga activitate cognitivă a fiecărui individ, asigurându-i acestuia un echilibru stabil și adaptarea eficientă la condițiile de mediu, la solicitările multiple ale acestuia. În cazul persoanelor cu deficiență mintală, gândirea suferă o serie de afecțiuni și interacționând cu celelalte funcții și procese psihice, focalizează insuficiențele întregii activități cognitive determinând scăderea, uneori drastică (în cazurile accentuate de deficiență mintală) a eficienței intelectuale sub nivelul minim al adaptabilității.

La rândul său L.S. Vâgotski (1934, trad.1971) a demonstrat în studiile sale comparative că în raport cu dimensiunile largi ale proximei dezvoltări la copilul cu intelect normal, la copiii deficienți mintala «zona proximei dezvoltări» a inteligenței este limitată, restrânsă, cu atât mai limitată cu cât gravitatea deficitului intelectual este mai mare.

O altă trăsătură a gândirii la deficienții "mintala - poate cea mai frecvent observată în activitatea de învățare desfășurată cu acești deficienți - o reprezintă inerția proceselor gândirii. După A.R. Luria cauza acestui fenomen trebuie căutată în dereglarea accentuată a mobilității proceselor nervoase fundamentale - excitația și inhibiția - pe care se bazează activitatea nervoasă superioară. La nivelul gândirii, inerția patologică este în strânsă legătură cu «simptomul central al sindromului oligofrenic», simptom care, după M.S.Pevzner, constă în dificultăți accentuate de abstractizare și generalizare, la rândul lor acestea găsindu-și explicația în diminuarea capacității corticale de analiză și sinteză.

După S.I. Rubinstein una dintre cele mai frecvente manifestări ale dificultăților de abstractizare și generalizare, constă în concretismul excesiv al gândirii, în incapacitatea accentuată a școlarului cu deficiența mintala de a se desprinde de concretul nemijlocit, de situația trăită în momentul dat, de a face generalizări și de a verbaliza (conștientiza) propria experiență.

De asemenea, acești elevi se caracterizează printr-un scăzut spirit de observație, prin slaba manifestare a interesului cognitiv deci printr-o insuficientă curiozitate, ceea ce influențează negativ procesul antrenării lor în activitatea cognitivă, inclusiv în activitatea de învățare la clasă.

O altă caracteristică importantă o reprezintă inconsecvența gândirii (sau lipsa de coerență), mai ales la acele forme etiologice ale deficienței mintalae (de origine traumatică, postencefalitică etc.) pentru care este proprie pierderea accelerată a capacității de concentrare și efort. Școlarii cu asemenea deficiență pot începe corect o activitate - de exemplu, rezolvarea unei probleme accesibile lor - dar la prima greșală întâmplătoare, în virtutea inerției, se pot abate de la rezolvarea corectă, alunecând pe o pistă falsă, datorită unei eventuale asemănări de procedee cu care au fost deprinși anterior.

Ca urmare a caracteristicilor menționate, gândirea deficienților mintala își pierde, frecvent, rolul de coordonare asupra activității desfășurate de aceștia. Primind o sarcină (problemă) de rezolvat, ei nu o analizează, nu-și stabilesc în prealabil momentele principale de parcurs, ci trec direct (impulsiv) la rezolvare, orientându-se după elemente întâmplătoare, după

asemănări de formă cu alte situații etc. Prin urmare, școlarii cu deficiența mintală le lipsește momentul de orientare în sarcina primită, adică de judecare în prealabil, a condițiilor de rezolvare a sarcinii respective.

În activitățile școlare cotidiene, întâlnim și alte frecvente manifestări ale inerției patologice la deficienții mintali, atât în gândirea lor cât și la nivelul altor procese și funcții psihice. Așa sunt lentoarea operațiilor mintale, dar și practice, pe care elevii le efectuează cu inabilitate, numeroasele stereotipii prezente în comportament și în vorbire, repetarea fără discernământ a unor șabloane însușite mecanic, sărăcia exemplificărilor originale, dificultățile accentuate de aplicare în practică și de transfer a achizițiilor realizate anterior, lipsa de inițiativă manifestată în activitatea de învățare etc.

O manifestare a inerției la școlarii cu deficiența mintală constă în dificultățile majore pe care ei le întâmpină, mai ales în secvența acomodativă a procesului cognitiv. Ca urmare a acestui fapt, se întâmplă ca, în «depozitul mnezic» al școlarii respectivi, să coexiste fragmente de informații învechite și contradictorii cu elemente cognitive noi, având un grad mai mare de autenticitate. După C. Păunescu și I. Mușu (1998), un asemenea tip de achiziții cognitive constituie, de fapt «un fals progres», deoarece informațiile sunt înregistrate mecanic, iar reproducerea lor ulterioară se face prin simplă «recitare» și nu printr-o autentică operare.

Școlarii cu deficiența mintală, îndeosebi, cei din clasele mici, manifestă adesea stereotipii și perseverări - expresie a inerției patologice a gândirii și comportamentului lor - nu numai la lecții, ci și în timpul liber, în momente de relaxare etc. De exemplu, jocurile spontane din recreații ale acestor elevi sunt sărace în formă și conținut sau pur și simplu, sunt ocolite (desigur nu în mod conștient), locul lor fiind luat de activități care nu solicită gândirea: deplasări, fără un anumit scop dintr-un loc în altul, manipulări întâmplătoare de obiecte (aflate prin preajmă), imitarea unor activități (jocuri) ale altor copii, de regulă mai mici etc.

Particularitățile gândirii la deficienții mintal - așa cum sunt ele descrise în diferite lucrări - practic nu se întâlnesc niciodată toate împreună și nici în constelații identice la mai mulți indivizi cu deficiență mintală. Prezența, modul de îmbinare și ponderea lor depinde atât de etiologia deficienței în cazul concret dat, cât și de condițiile ulterioare de mediu și educație în care se desfășoară dezvoltarea.

În ultima perioadă, sunt exprimate puncte de vedere optimiste -fundamentate pe date de cercetare - din care se desprinde posibilitatea influențării pozitive a dezvoltării capacităților intelectuale - deci și ale gândirii - la copiii care au suferit afecțiuni cerebrale sau deprivări îndelungate de stimulare și care, conform unor evaluări complexe, se situează în zona de ineficiență mintală.,

Pentru a ilustra această afirmație, reproducem, după Ana Roth-Szamoskozi (1998), ideea că, spre deosebire de concepțiile care menționează importanța stimulării timpurii a capacităților recuperatorii, compensatorii și activatoare la persoanele cu deficiențe neurofiziologice sau datorate deprivării de stimulare, «Feuerstein și colaboratorii săi subliniază caracterul structural



modificabil al psihicului uman pe tot parcursul evoluției sale, independent de vârsta subiectului (s.n.)... în această accepțiune, termenul de modificabilitate cognitivă este foarte puternic ancorat în practica educativă, recuperatorie și stimulatorie. Feuerstein a elaborat și a validat un set de instrumente de îmbogățire cognitivă care se adresează cu mare precizie unor funcții psihice deficitare și care au ca scop fundamental creșterea modificabilității psihice, adică a capacității organismului de a profita de experiențe de învățare»

Este incontestabil necesar ca, de pe o asemenea poziție optimistă în cazul deficiențelor mintale de diferite vârste, să fie elaborate și experimentate modele diverse de intervenție, bazate pe forme accesibile ale învățării cognitive mediate, dar și ale învățării afective, ale învățării practice etc.

## **2.2. Imaginația**

Este considerată proces psihic «solidar și analog cu gândirea» aparținând deci cogniției superioare, proces «de operare cu imagini mintale, de combinare sau construcție imagistică» (s.n.), prin care «acționăm «asupra realului, posibilului, viitorului» și tindem spre «producerea noului, în forma unor reconstituiri intuitive, a unor «tablouri» mintale, planuri iconice sau proiecte»

Imaginația se află, după cum se știe în strânsă legătură cu gândirea divergentă, a cărei principală caracteristică o reprezintă mobilitatea. Implicând puternic funcția semiotică, specific umană, imaginația interacționează multiplu și cu reprezentarea, cu limbajul, cu procesele mnemonice și cu alte laturi ale personalității, contribuind din plin la imprimarea originalității acesteia. De asemenea, există o puternică legătură între imaginație și stările motivațional afective ale individului.

Imaginația face apel la operațiile generale de analiză, sinteză, clasificare, comparație etc. în același timp, ea dispune și de procedee proprii, prin care valorifică, într-un mod original, operațiile mintale. Aceste procese sunt: anticiparea, substituirea, tipizarea, aglutinarea etc., eficiența lor depinzând, însă, hotărâtor de mobilitatea gândirii. Specificul procedeelelor imaginației rezultă din felul în care se realizează rearanjarea, redistribuirea, combinarea elementelor cognitive existente în bagajul mnemonic, în experiența individului.

în raport de anumite criterii, imaginația se clasifică astfel:

- după prezența (sau absența) intenției: imaginația voluntară și imaginația involuntară;
- după activismul subiectului: imaginația activă și imaginația pasivă;
- după domeniul implicat: imaginația artistică, imaginația tehnică, imaginația militară
- după gradul de originalitate: imaginația reproductivă și imaginația creatoare.

Sub diferitele sale forme și prin procedeele sale, imaginația este implicată în activitățile de învățare și, desigur, în procesul general al adaptării.

Ca și gândirea, imaginația este puternic afectată la copiii cu deficiență mintală, datorită sărăciei și caracterului lacunar al bagajului de reprezentări, datorită caracterului rudimentar al funcției semiotice și fenomenelor de nedezvoltare a limbajului, datorită capacității mnemice limitate - îndeosebi în ceea ce privește actualizarea și prelucrarea propriilor cunoștințe - și, mai ales, datorită inerției gândirii și rigidității reacțiilor adaptative.

Ca urmare a insuficiențelor imaginației, aflate în strânsă legătură cu insuficiențele gândirii, în speță cu «simptomul central oligofrenic», adică cu afectarea puternică a capacității de abstractizare și generalizare, la deficienții mintala sunt aproape inexistente: fantezia, creativitatea, inițiativa, empatia, previziunea etc.

Având în vedere, în primul rând, tocmai categoria deficienților mintala, C. Păunescu și I. Mușu (1997) subliniază, pe bună dreptate, că «imaginația la toate formele de nedezvoltare cognitivă este săracă, reproductivă, intensitatea ei fiind invers proporțională cu gradul de gravitate, uneori până la absența totală, cu frecvente tulburări la formele de deficiență mintală»

Pe de altă parte, N. Sillamy (1995) susține, dimpotrivă, că «producțiile imaginare sunt cu atât mai bogate, cu cât controlul intelectual este mai slab» Chiar dacă această afirmație este, eventual adevărată cu referire la unele maladii psihice, ea nu poate fi raportată în nici un caz, la caracteristicile deficientului mintal, acesta prezentând mari dificultăți și limite, până și în formele cele mai accesibile ale imaginației reproductivă și ale imaginației pasive.

Așa de exemplu, «creațiile» reproductivă ale școlărilor cu deficiența mintala - de pildă, desenul prin copiere sau desenul după model -sunt sărace, lacunare, stereotipe și repetitive. De asemenea, visele din timpul somnului - ca manifestare a imaginației pasive - sunt și ele extrem de sărace, «subiectele» lor fiind în strânsă legătură cu situații cotidiene și persoane din imediata apropiere. Astfel, întrebați fiind ce anume au visat în timpul somnului, chiar și elevii din clasele mari ale școlii speciale ajutătoare, răspund frecvent: «Pe mama», «Pe Dumneavoastră», «Că mergem în excursie» etc.

C. Păunescu și I. Mușu consideră că «cele mai frecvente tulburări ale imaginației la deficienții mintala sunt minciuna și con-fabulația». Practica demonstrează că, într-adevăr, aceste două

comportamente sunt mai frecvente la deficienții mintal, decât la copiii fără deficiențe, de aceeași vârstă. Nu înclinăm însă să credem că ele ar reprezenta sau s-ar datora unor tulburări ale imaginației. Mai plauzibilă ni se pare explicația dată de LS.Vâgotski unor fenomene, ca rachiuna, lingușeala, minciuna ș.a., pe care acest autor le consideră trăsături negative de caracter, formate la deficienții mintal prin consolidarea unor scheme comportamentale negative de tip reactiv, pseudocompensator.

În manualul de psihologie școlară, Tinca Crețu subliniază următoarele situații de învățare, în care imaginația elevilor este puternic solicitată:

- când materialul de învățat nu este accesibil cunoașterii directe sau cu ajutorul unor modalități substitutive (imagini, scheme, proiecții etc.), iar cadrele didactice recurg, cu predilecție, în transmiterea noilor cunoștințe la metode verbale: povestirea, conversația, expunerea verbală etc.;

- când se studiază procese interioare unui mecanism sau sistem, în interiorul căruia nu se poate pătrunde;

- când se studiază dinamica, în timp, a unor fenomene;

- când elevii sunt solicitați să construiască sau să reconstituie, în plan mintala, un fenomen, o suită de relații etc.

Situațiile de învățare enumerate, în care este solicitată imaginația elevilor, trebuie avute în vedere și în cazul activităților desfășurate cu școlarii deficienți mintala, tocmai datorită particularităților descrise ale imaginației acestora. Asemenea situații pot avea loc, de exemplu, la lecțiile de geografie sau de biologie, unde sunt descrise zone îndepărtate sau fenomene inaccesibile observației nemijlocite, la lecțiile de istorie, unde sunt analizate evenimentele din trecut și prezent, în înlănțuirea lor temporală și sunt folosite modele în relief, scheme, hărți, etc.

Dificultățile accentuate ale deficienților mintal, întâmpinate la disciplinele și activitățile amintite, sunt consecința capacităților lor reduse de a-și imagina o realitate descrisă verbal sau prezentată cu ajutorul altor mijloace simbolice. De exemplu, chiar dacă în clasele V-VIII, acești elevi își însușesc la geografie semnificația unor semne convenționale simple și a unor grupuri de semne convenționale, ei nu reușesc să descifreze, într-o activitate independentă, sensul unui context cartografic mai complex (de exemplu, al unui plan topografic, al unei hărți școlare), în activitățile de acest tip, ei vor trebui dirijați și sprijiniți de cadrul didactic, la început prin analize pe secvențe și prin raportare la contexte de obiecte geografice reale din teren, pentru ca apoi să se realizeze unificarea secvențelor în întregul vizat și trecerea la operarea cu reprezentări în plan mintala.

De asemenea, acești elevi nu înțeleg subtextul sau mesajul indirect al unor texte citite. De exemplu, la lecțiile de istorie, ei nu sesizează înlănțuirea cronologică între evenimentele descrise,

nu înțeleg sensul figurat al povestirilor istorice și al legendelor. La activitățile practice, în atelierelor școlare, nu reușesc să folosească independent reprezentările grafice elementare executate pe tablă sau schițele de desen tehnic întocmite de maiștrii instructori, deși acestea sunt masiv implicate în activitatea de pregătire practică pentru muncă.

Cele prezentate în legătură cu imaginația elevilor deficienți mintal nu trebuie interpretate desigur, ca un îndemn la eliminarea din programele analitice și în general, din programul lor zilnic, a activităților care solicită imaginația. Dimpotrivă, desfășurarea corespunzătoare a activităților respective poate contribui la dezvoltarea compensatorie a imaginației la elevii cu deficiența mintală - îndeosebi a formelor sale reproductivă - ceea ce presupune, însă, respectarea câtorva cerințe importante, referitoare la organizarea și desfășurarea activităților instructiv-educative și formativ-terapeutice:

- stimularea imaginației în contextul terapiei complexe, desfășurată sistematic cu școlarii deficienți mintal, o atenție aparte acordându-se ludoterapiei, meloterapiei, artterapiei etc.;
- utilizarea pe scară largă a procedurilor intuitiv-practice și activ-participative și, prin urmare, renunțarea la folosirea excesivă a metodelor verbale de predare-învățare-evaluare;
- formarea la școlarii respectivi a unor algoritmi de utilizare a mijloacelor schematice și simbolice, specifice anumitor discipline și activități școlare: citit-scris, aritmetică și geometrie elementară, desen, activități cu semne convenționale și hărți simple (exerciții ludice cu harta, călătorii imaginare pe hartă ș.a.), schițe grafice la activități de atelier etc.;

### **3. Procesele mnezice și atenția - condiții ale unei activități cognitive eficiente**

Deși în psihologia generală procesele mnezice și atenția sunt abordate, de regulă și pe bună dreptate, în capitole de sine stătătoare, noi le vom analiza aici împreună și în strânsă legătură cu procesele cognitive, ale căror funcții le facilitează și de care ele însele sunt puternic influențate.

La școlarii cu deficiența mintală, particularitățile negative ale memoriei și ale atenției, asociate particularităților descrise mai sus ale proceselor cognitive, scade și mai mult eficiența intelectuală și rezultatele lor la învățatură și în procesul adaptării. Fenomenul ineficienței mnezice și al diminuării capacității de concentrare este atât de evident, încât părinții copiilor cu deficiență mintală, adresându-se comisiilor teritoriale de expertiză pentru consult și orientare, invocă mai ales acest fenomen, pe care-l consideră principala cauză a eșecurilor înregistrate: «Copilul meu înțelege tot, dar n-are ținare de minte» sau «N-ar fi prost, dar uită repede» sau «Ar putea să învețe, dar nu este atent» etc.

La fel de adevărat și demn de subliniat este, însă, și faptul că atunci, când unii copii cu deficiență mintală dispun, totuși, de anumite potențialități ceva mai bine păstrate în domeniul memoriei și/sau în cel al atenției, atunci exersarea temeinică a acestora poate juca un important rol compensator, oferind proceselor intelectuale informațiile necesare din depozitul mnezic și asigurându-le direcționarea și un anumit grad de stabilitate în urmărirea demersului cognitiv.

### 3.1. Procesele mnezice (memoria)

I.M. Secenov considera memoria ca fiind «piatra unghiulară a dezvoltării psihice». După Paul Popescu-Neveanu, Mielu Zlate și alți autori, memoria la om este o premiză a vieții conștiente și, totodată, un produs al celorlalte funcții și procese, cu care interacționează strâns. Fără memorie nu este posibilă învățarea, conștiința, personalitatea.

În timp ce la alte viețuitoare, memoria este legată exclusiv de informația primită prin intermediul primului sistem de semnalizare și nu depășește nivelul de generalizare al reprezentărilor concrete, la om memoria se corelează puternic cu limbajul, cu gândirea abstractă și cu conștiința de sine, fiind puternic dependentă de starea funcției semiotice și de gradul înzestrării instrumentale a fiecărui individ. Memoria constituie o punte de trecere de la experiența trecutului, prin realitatea prezentului, spre imaginarea și previziunea viitorului.

Memorarea informației, în perspectiva reactualizării sale la nevoie, se bazează pe următoarele procese mnezice intercorelate: întipărirea și conservarea, recunoașterea și reproducerea. La deficienții mintala, fiecare dintre acestea se caracterizează prin anumite afecțiuni specifice, formând, așa cum consideră L.S. Vâgotski (după 106), un adevărat «nucleu de particularități ale memoriei», aceste particularități fiind:

- ritmul încetinit de însușire a noilor informații;
- instabilitatea păstrării informației;
- inexactitatea reproducerii.

S.I. Rubinștein evidențiază și incapacitatea accentuată a deficientului mintala de a prelucra activ materialul ce trebuie memorat, adică de a-l supune, în activitatea organizată, unui permanent proces de analiză, triere, clasificare, transfer și aplicare la condiții noi.

Calitatea întipăririi și a conservării informației - îndeosebi a celei cognitive, predominante în activitatea de învățare școlară - este dependentă, în mare măsură, și de caracterul voluntar sau involuntar al acestei activități. Atât la copiii cu dezvoltare intelectuală normală, cât și la cei cu deficiență mintală, memoria voluntară se dovedește a fi mai productivă, în ceea ce-i privește pe deficienții mintala,

O consecință majoră a dificultăților de întipărire și păstrare a informației în depozitul

mnezic al deficiențelor mintale o reprezintă volumul redus al memoriei, într-o activitate de memorare -inclusiv când aceasta are loc în procesul învățării școlare - deficienții respectivi rețin, de regulă, mult mai puține elemente cognitive, decât cele reținute de copiii cu intelect normal! de aceeași vârstă sau chiar de vârste mai mici. Fenomenul trebuie pus atât în legătură cu sărăcia și caracterul fragmentar al reprezentărilor și al bagajului noțional, cât și cu slaba dezvoltare a limbajului, inclusiv a limbajului interior la deficienții mintale. Noile informații pe care le dobândesc acești deficienți nu găsesc, de cele mai multe ori, în bagajul lor mnezic, materialul cognitiv cu care să relaționeze, de care să se lege, deoarece vechile cunoștințe sunt rigide și nu se «acomodează» celor nou dobândite. Memoria deficientului mintal - ca, de altfel, și gândirea acestuia - sunt dominate de inerție și «vâscozitate». Acest fenomen are consecințe negative asupra capacității lui de a realiza transferul, adică de a utiliza propriile cunoștințe în situații noi, mai ales în situații problematice, care trebuie rezolvate cu promptitudine și cu un grad mare de independență, în asemenea situații, indiferent că ele apar în școală - create în scopuri didactice - sau se nasc în contextul ambianței obișnuite, deficientului mintal îi este anevoios să-și selecteze, din propriul bagaj mnezic, cunoștințele și deprinderile necesare pentru efectuarea demersului rezolutiv ce se impune în situația dată.

Memoria mecanică reprezintă o capacitate mai bine păstrată la deficientul mintal, volumul materialului reținut prin acest tip de memorie este mai mare, comparativ cu eficiența memoriei logice. Chiar dacă acest lucru este adevărat doar parțial - adică, așa cum am spus, numai în comparație cu nivelul mai scăzut al propriei memorii logice - eficiența sa rămâne, totuși, redusă, mai ales datorită uitării, care se instalează rapid, îndeosebi la unele forme etiologice (posttraumatice, postencefalitice ș.a.) ale deficienței mintale, în strânsă legătură cu fatigabilitatea crescută la deficienții respectivi.

Referitor la volumul memoriei, dar și legat de caracterul său mecanic, uneori se fac trimiteri la exemple de hiperamnezie mecanică, întâlnite mai ales la unii copii cu deficiență mintală severă. De regulă, însă, fenomenul hiperamneziei la acești copii se manifestă într-un câmp extrem de îngust - legat, de exemplu, de «capacitatea» de-a reține și reproduce un șir de cifre, diverse date calendaristice sau fragmente de text în limbi străine, fără înțelegerea sensului.

Neavând o valoare compensatorie și de adaptare, aceste cazuri de hiperamnezie la unii deficienți mintale pot interesa doar ca simple curiozități și, eventual, pot fi valorificate în activități la circ, cu condiția ca deficienții respectivi să fie supravegheați îndeaproape și îndrumați atent, de către persoanele din anturajul apropiat. De altfel, așa cum considera, la timpul său, I.M. Secenov, «cazurile de hiperamnezie nu sunt altceva-decât manifestarea unor fenomene patologice»

Una dintre caracteristicile cele mai evidente ale proceselor mnezice la deficienții mintale, o reprezintă fidelitatea redusă a memoriei, fenomen aflat în strânsă legătură atât cu influențabilitatea accentuată a acestor deficienți, cât și cu instabilitatea atenției lor. Acest fenomen se manifestă nu numai prin inexactități în reproducere - urmare a uitării, care la

deficienții mintala este accelerată și masivă - dar și ca urmare a unor interferențe, care se produc între informații apropiate ca sens sau provenite din contexte asemănătoare.

De asemenea, diminuarea fidelității memoriei poate fi determinată și de unele greșeli comise în activitatea didactică: ritm prea rapid sau, dimpotrivă, încetinit în derularea exercițiilor de învățare, lipsa de echilibru în utilizarea mijloacelor de lucru - verbale, intuitive și practice, modul improvizat de a pune elevilor întrebări, care vizează reproducerea cunoștințelor, acordarea unei atenții insuficiente evaluării continue etc.

Rezultatele oricărei activități de învățare sunt pozitive numai dacă, la momentul oportun, cele învățate pot fi scoase (reactivate) din depozitul mnezic, pentru a fi folosite în practică.

De aceea, în activitățile de învățare - inclusiv în activitățile desfășurate cu școlarii deficienți mintala - dascălul trebuie să-i ajute pe elevi să înțeleagă conținuturile, dar și să le memoreze, organizând, în acest scop, exerciții de repetare sistematică, exerciții de transfer și aplicare în practică etc.

După J.I. Șif (1965), este foarte important ca, în activitatea de învățare cu elevii deficienți mintala, pentru a consolida cunoștințele și pentru a preveni uitarea, să se organizeze un număr suficient de repetiții. Trebuie avut în vedere că eficiența memorării nu este direct proporțională cu numărul repetițiilor efectuate. Ba mai mult, când repetițiile sunt prea numeroase și monotone, când ele se bazează pe aceleași exemple și aceleași materiale intuitive, care au fost utilizate și la lecțiile de predare, ele nu numai că nu vor aduce nimic pozitiv în plus, ci, dimpotrivă, vor contribui la consolidarea unor greșeli comise de elevi, la accentuarea inerției lor specifice. O cale esențială pentru a face ca repetițiile la care sunt antrenați școlarii cu deficiența mintala să fie eficiente - adică să consolideze informația și să prevină uitarea -constă în asigurarea varietății exercițiilor recapitulative. Făcând trimitere la cercetările efectuate de H.S. Zamski asupra caracteristicilor memoriei la deficienții mintala, J.I. Șif subliniază că «pentru a consolida mai bine în memoria elevilor materialul de învățat, este necesar să se diversifice condițiile în care este perceput și memorat, iar, în procesul repetării, să punem în fața elevilor sarcini variate» .

### **3.2. Atenția**

Reprezintă o formă superioară de activare psihofiziologică, prin care se asigură desfășurarea optimă a proceselor psihice cognitive și a oricărei activități teoretice sau practice, destinată atingerii unui scop. Ea îndeplinește o serie de funcții .

- funcția de pregătire și orientare (selectivă) a subiectului în vederea efectuării unei activități (mentale sau motorii);
- funcția de detectare și selectare a obiectului acțiunii;

- funcția de fixare și menținere în câmpul conștiinței a scopului, mijloacelor și motivației acțiunii;

- funcția de înregistrare și evaluare a rezultatelor acțiunii.

- **Funcțiile atenției**, enumerate mai sus, sunt prezente și în cazul școlarilor cu deficiența mintală, la care însă ele manifestă o serie de particularități, ce fac necesară luarea unor măsuri, care să înlesnească mai buna lor realizare.

- **Funcția de pregătire și orientare**, pe care o joacă atenția în activitățile de învățare este puternic diminuată îndeosebi la debutul școlar al elevilor cu deficiența mintală, dar și în primele clase, când acești deficienți, datorită particularităților lor neurofiziologice, nu pot fi atenți sau nu sunt deprinși să facă acest lucru, fiind ușor distrași de la activitățile de învățare-memorare, în urma acțiunii perturbatoare a unor factori întâmplători. De aceea, în faza de început a fiecărei activități de învățare, este necesar ca elevii respectivi să fie ajutați să înțeleagă rostul (obiectivele) a ceea ce urmează să efectueze, iar pe parcursul activității, atenția lor trebuie mobilizată și susținută prin conținuturi interesante și accesibile, dar și prin caracterul incitant al operațiilor (sarcinilor) de rezolvat.

De asemenea, pe termen lung, elevii cu deficiența mintală trebuie antrenați la exerciții specifice, de preferință cu caracter ludic, pentru ca astfel să fie stimulată capacitatea lor de a fi atenți, inițial involuntar, prin trezirea curiozității și a interesului, apoi și în mod voluntar, în activitatea de terapie educațională complexă și integrată, organizată cu elevii la care ne referim, astfel de exerciții, vizând antrenarea specială a atenției, trebuie să ocupe un loc bine determinat .

-**Funcția de detectare și relevare a obiectului acțiunii**, pe care o îndeplinește atenția, inclusiv în cazul școlarului cu deficiența mintală, trebuie să avem în vedere una dintre componentele «Sindromului Strauss» și anume dificultățile pe care le întâmpină acest deficiențat în distingerea unei figuri sau a unui obiect din fondul (contextul) în care el se află.

Aceasta înseamnă, desigur, și distingerea (selectarea) unui obiect oarecare, ce trebuie perceput într-o activitate de învățare intuitivă, de contextul în care obiectul respectiv este prezentat elevilor. Este evident că, pentru a înlesni această funcție a atenției, inclusiv la școlarii cu deficiența mintală, materialul intuitiv folosit la lecții trebuie prezentat într-un context cât mai simplu și însoțit de o explicație verbală accesibilă.

-**Funcția atenției de fixare și menținere** în câmpul conștiinței scopul, mijloacele și motivația acțiunii - deci, și ale oricărei activități de învățare la care participă școlarii cu deficiența mintală - este important să avem în vedere faptul că atenția acestor școlari se



caracterizează, fie prin insuficientă concentrare și stabilitate, fie, dimpotrivă, prin fixare rigidă pe anumite aspecte, ceea ce reprezintă o consecință și o manifestare a inerției oligofrenice specifice.

Cunoscând posibilitatea de apariție frecventă a unor asemenea fenomene la elevii cu deficiența mintală, vom putea iniția măsuri corespunzătoare de prevenire a manifestărilor respective sau de înlăturare a acestora, în cazul în care apariția lor s-a produs deja. Pentru prevenirea instabilității atenției este necesară înlăturarea din timp a posibilității de apariție a unor factori perturbatori, iar pentru prevenirea manifestărilor de inerție se poate dovedi utilă o anumită varietate (fără a abuza însă) în ceea ce privește conținuturile activității de învățare și a exercițiile de consolidare, precum și a materialelor demonstrative.

Aportul pe care îl are atenția, alături de gândire, la realizarea funcției de control, precum și a funcției de înregistrare și evaluare a rezultatelor activității de învățare este adesea drastic limitat la școlarii cu deficiența mintală, datorită lipsei de rezistență în fața solicitărilor intense, fatigabilității lor crescute, dar și datorită unor manifestări ale «vâscozității genetice», manifestări constând în «fuga» instinctivă de efort, în lipsa trebuinței de «feed-back» etc.

Ținând cont de aceste particularități ale școlarii cu deficiența mintală, este necesar ca atenția lor să fie întreținută și revigorată pe tot parcursul desfășurării activităților de învățare, inclusiv în partea finală a fiecărei activități, unde se trag concluziile, iar funcția de control și evaluare se situează în prim plan.

Atenția poate fi, în ceea ce privește natura reglajului, involuntară (adică, spontană) și voluntară (adică intenționată) deci autoreglată conștient. De asemenea, există și o atenție postvoluntară.

**Atenția involuntară** este cea care se naște spontan, sub influența, pe care o exercită asupra persoanei în cauză - de exemplu, asupra unui elev care participă la o activitate școlară - următoarele categorii de factori :

a) factorii externi:

- noutatea, caracterul neobișnuit, neașteptat al stimulilor;
- intensitatea cu care aceștia acționează asupra organelor de simț;
- dinamismul cu care ei acționează și mobilitatea lor;
- complexitatea stimulilor;

b) factorii interni:

- interesul pe care-l trezesc stimulii la persoana (elevul) în cauză;
- trăirea afectivă, caracterul relației dintre persoana (elevul) în cauză și categoria dată de stimuli.

La școlarul cu deficiența mintală, atenția involuntară este cea care poate fi captată și menținută cu o oarecare ușurință. Această afirmație este valabilă, însă, numai prin raportare la dificultățile mult mai mari, pe care școlarul respectiv le întâmpină atunci când i se cere sau când, prin specificul activității pe care o desfășoară, este nevoie să se concentreze printr-un efort voluntar. Sub aspectul efortului depus, atenția involuntară este mai puțin solicitantă și, deci, mai puțin obositoare pentru elevi. De aceea, în activitatea școlară cu deficienții mintala - mai ales la nivelul claselor mici și-ndeosebi la formele etiologice, pentru care este specifică instalarea accelerată a oboselii - este de preferat mobilizarea atenției involuntare, în acest scop asigurând (la lecții) prezența factorilor favorizanți amintiți mai sus: noutatea informației cognitive, operaționalitatea și dinamismul procedeelelor folosite, caracterul interesant al conținuturilor, intensitatea (medie) cu care acționează stimulii - de exemplu, sub aspectul complexității, al dimensiunilor, al coloritului materialului intuitiv utilizat -afectivizarea echilibrată a contextelor, a exemplurilor, orientarea ludică etc.

**Atenția voluntară** este cea care se obține prin reglaj conștient, deci prin participarea gândirii, prin autodirijare și verbalizare, inclusiv la nivelul limbajului intern. Este și ea favorizată de prezența unor condiții anume ;

- înțelegerea sensului activității desfășurate;
- claritatea scopurilor urmărite;
- conștientizarea, planificarea mentală a etapelor de parcurs și identificarea momentelor de dificultate;
- organizarea ambianței de desfășurare: spațiu optim de lucru, condiții de iluminat, de aerisire etc.
- eliminarea (diminuarea) factorilor perturbatori: evitarea zgomotelor, a convorbirilor colaterale, a tentațiilor exterioare activității centrale etc.

Atâta timp cât, într-o activitate anume, inclusiv în activitatea de învățare, atenția voluntară poate fi menținută, ea asigură o eficiență sporită, comparativ cu eficiența asigurată (în același tip de activitate) de către atenția involuntară. Această afirmație rămâne valabilă și în cazul școlarilor cu deficiența mintală. Atenția voluntară are însă, și un dezavantaj acela că în prezența sa oboseala apare mai repede, iar capacitatea de concentrare scade îndeosebi atunci, când nu sunt asigurate condițiile favorizante, enumerate mai sus. Prin urmare, atenția voluntară este superioară prin eficiența pe care o asigură activității psihice, îndeosebi activității cognitive, dar prezintă dezavantajul unei distrageri mai rapide, îndeosebi în cazul persoanelor cu sistem nervos fragil și fatigabilitate crescută, deci și în cazul deficienților mintala. Drept consecință, în activitatea școlară cu acești deficienți, prioritate trebuie acordată condițiilor care înlesnesc atenția spontană, involuntară, pentru că, treptat - odată cu dezvoltarea capacității de reglaj verbal - să se încerce și utilizarea mai frecventă și mai extinsă a procedeelelor de memorare intenționată,

voluntară.

**Atenția postvoluntară**, adică despre deprinderea de a fi atent, formată prin exersare îndelungată. Dar în timp ce unii psihologi pun accent pe importanța acestei exersări, subliniind că, prin obișnuința de a fi atent, se diminuează efortul depus și se evită instalarea prematură a oboselii, alții subliniază importanța satisfacției pe care o resimte persoana în cauză, ca urmare a executării cu mai multă ușurință și eficiență a unor activități care, anterior, necesitau un efort deosebit pentru realizarea concentrării atenției.

La școlarii cu deficiența mintală, exersarea îndelungată a deprinderii de a fi atent, mai ales în timpul unor activități practice, manuale, implicate inițial în contexte ludice, dar apoi, treptat, și în situații obișnuite de viață, dobândește o mare valoare compensatorie și educativă.

**Capacitatea de concentrare a atenției** sau intensitatea acesteia se concretizează în rezistența la stimuli perturbatori, îndeosebi la zgomotul din jur. Această însușire a atenției influențează puternic eficiența activităților perceptive, a celor de gândire, mnezice, dar și a celor practice manuale, asigurându-le stabilitate și precizie. Contrare capacității de concentrare sunt instabilitatea, distragerea cu ușurință a atenției, dar și fixarea ei rigidă pe un anumit conținut sau pe un anumit tip de activitate.

La școlarii cu deficiența mintală, asemenea caracteristici negative ale atenției se manifestă frecvent, datorită dereglării specifice a raportului normal dintre excitația și inhibiția corticală, insuficient corelate și lipsite de forța necesară unei concentrări optime și unei delimitări reciproce dinamice. Drept consecință, la lecții și la alte activități școlare, deficienții mintala nu reușesc să se concentreze optim pe desfășurarea principalelor etape, unii dintre ei fiind distrași de apariția unor elemente colaterale, alții rămânând fixați, datorită inerției specifice, pe una din etapele ce trebuiau să fie demult depășite, iar alții pierzând firul desfășurării logice, datorită instalării premature a oboselii.

Există o serie de factori, capabili să favorizeze concentrarea atenției într-o activitate oarecare, inclusiv în activitățile de învățare :

- importanța pentru cel în cauză a activității desfășurate;
- interesul acestuia pentru activitatea respectivă;
- gradul de structurare a activității;
- antrenament special de rezistență la factori perturbatori.

În activitățile de învățare desfășurate cu școlarii deficienți mintala, acționează aceiași factori favorizanți ai atenției, prezența lor trebuind verificată și asigurată cu și mai mare minuțiozitate.

**Stabilitatea atenției** se referă la intervalul de timp, mai mare sau mai mic, în care atenția rămâne concentrată, fapt care depinde, într-o importantă măsură, atât de caracteristicile persoanei

antrenate în activitate, cât și de natura activității sau a obiectului pentru care se solicită atenția. Factorii enumerați mai sus, ca fiind importanți pentru concentrarea atenției, rămân valabili și în sensul asigurării stabilității acestora, dar o importanță deosebită are și bogăția conținuturilor, natura activităților desfășurate, motivația pentru aceste activități.

Intervalul de timp în care, pe fondul unor condiții optime, atenția rămâne stabilă, variază puternic în raport cu vârsta, cu preocupările dominante, cu exercițiul și, desigur, cu particularitățile activității nervoase superioare a fiecărui individ. Astfel, la vârsta preșcolară -dar și la clasele de debut, în cazul școlărilor cu deficiența mintală -stabilitatea optimă a atenției nu depășește 15 minute, pentru ca la adulți, mai ales în activitățile obișnuite de muncă, să ajungă la 40-50 de minute și chiar mai mult.

În strânsă legătură cu concentrarea și stabilitatea atenției, sunt alte două însușiri importante pentru eficiența activităților de învățare: distributivitatea și mobilitatea sau flexibilitatea atenției.

**Distributivitatea atenției** este acea capacitate, care permite unei persoane să efectueze, concomitent, câteva activități, eventual legate între ele, și beneficiind de un anumit grad de automatizare. La rândul său, flexibilitatea este acea capacitate, care permite reorientarea atenției în mod operativ, adică în timp util, de la o activitate la alta, de la un obiect la altul. Munca zilnică a școlărilor - inclusiv a celor cu deficiența mintală - abundă în activități complexe, care necesită o atenție distributivă și flexibilă. De exemplu, o «banală» compunere după un tablou presupune efectuarea, aproape simultan, a cel puțin trei operații: perceperea tabloului, delimitarea componentelor principale și schițarea rapidă, în minte, a unui succint plan de expunere.

De asemenea, o problemă scrisă pe tablă, pentru a fi copiată în caiete și rezolvată de elevi, presupune transcrierea textului concomitent cu analiza conținutului, delimitarea necunoscutei care trebuie aflată și schițarea planului de rezolvare etc.

Dacă școlarii fără deficiența mintală se deprind rapid în a se orienta și rezolva, prin muncă independentă, activități și probleme complexe, care presupun comutarea operativă a atenției de pe o componentă a activităților respective pe celelalte, la școlarul deficiențat mintală acest lucru este deosebit de dificil, adesea imposibil (la clasele mici și la formele mai accentuate de deficiență) datorită uneia din trăsăturile sale fundamentale: rigiditatea reacțiilor, rezultată din inerția proceselor nervoase, în asemenea situații, soluția pe termen scurt constă în desfășurarea dirijată, pe secvențe operaționale, a procesului de rezolvare, în comutarea succesivă a atenției de pe o componentă pe alta, iar, pe termen lung, în exersarea îndelungată a unor scheme algoritmice de rezolvare.

În fine, o altă caracteristică a unei atenții eficiente o reprezintă capacitatea sa de cuprindere, cu alte cuvinte, volumul său, cantitatea de elemente asupra cărora se poate orienta și

concentra în aceeași secvență de timp.

După cum se știe din manualele de psihologie generală sau din cele de psihologie școlară, volumul mediu al atenției se situează, la școlarii cu intelect normal dezvoltat, în jurul a 5-7 elemente asupra cărora ei se pot concentra optim, aceasta depinzând, desigur, și de vârstă sau nivelul lor de școlarizare. La școlarul cu deficiența mintală, volumul atenției este mult mai redus. La ambele categorii de școlari, acest volum poate fi, însă, influențat pozitiv, adică poate fi ușor mărit prin exercițiu, dar și prin asigurarea câtorva condiții favorizatoare :

- organizarea în structuri cu sens a elementelor componente; de exemplu, un grup de litere se recepționează într-un număr mai mare, atunci când sunt incluse în componența unui cuvânt cu sens, decât aceleași litere prezentate separat;

- caracterul mai mult sau mai puțin complex al fiecăruia dintre elementele asupra cărora se concentrează atenția pentru a fi recepționate; astfel, structurile simple sunt cele mai ușor cuprinse în câmpul atenției;

- interesul deosebit, pentru categoria dată de elemente ce trebuie urmărite, mărește capacitatea subiectului în cauză de-a cuprinde, în câmpul atenției sale, un număr mai mare din elemente respective;

- antrenamentul special și experiența pot crește și menține volumul atenției.

Rămânând valabile și în cazul școlarilor cu deficiența mintală, condițiile enumerate determină, totuși, o creștere mai puțin însemnată a volumului atenției la școlarii respectivi. De aceea, la ei, timpul pentru exersarea capacității de cuprindere a atenției trebuie prelungit, iar numărul și varietatea exercițiilor trebuie crescute. De asemenea, este importantă corelarea exercițiilor de creștere a volumului atenției cu exercițiile de stimulare a capacității mnezice, a bagajului de reprezentări și a vocabularului. Această ultimă afirmație reprezintă și un argument în plus în sprijinul integrării exercițiilor de stimulare a oricărei operații sau funcții psihice în sistemul unei terapii complexe.

## CURSUL VI

### DEFICIENȚELE DE LIMBAJ - LOGOPEDIA

#### 1. OBIECTUL LOGOPEDIEI

Logopedia este o știință care a apărut din nevoia de a sintetiza pentru limbaj și pentru acumularea de procedee pentru corectarea limbajului. Și alte științe studiază problemele limbajului dar din perspectiva specificului lor. De exemplu psihologia, psiholingvistica, pedagogia realizează o perspectivă generală, fără ca nici una dintre ele să-și propună o analiză integrală a fenomenului de limbaj și comunicare. Logopedia își propune o analiză integrală a limbajului având un caracter teoretic care a izvorât din nevoia de a elucida problema complexă privind rolul limbajului în viața psihică, dar mai ales cu caracter practic pentru necesitatea de a corecta tulburările de limbaj.

Constituirea logopediei a fost posibilă ca urmare a progreselor realizate în domeniul științelor psihologice și pedagogice, dar și a progreselor din cadrul medicinei, fiziologiei, lingvisticii. Astfel logopedia înglobează cunoștințe din mai multe domenii cum ar fi:

- Pentru a înțelege mecanismul de apariție al limbajului- fiziologie;
- Pentru stabilirea aspectului exterior al limbajului- fonetică;
- Pentru stabilirea specificului tulburării de limbaj- psihologia vârstelor și psihopedagogia specială;
- Prin strânsa legătură dintre tulburările de limbaj și copil- pediatria.

Etimologic, cuvântul logopedie provine din grecescul „logos”, care înseamnă cuvânt, și „paideia”, care înseamnă educație. În sens restrâns, logopedia se ocupă cu studierea și dezvoltarea limbajului, cu prevenirea și corectarea tulburărilor acestuia.

Primul care folosește termenul de logopedie este filosoful Socrate, dar se reține accepțiunea modernă a termenului pe care o adoptă Emil Froschels (1909), când precizează că educarea limbajului tulburat se realizează în contextul în contextul stimulării întregii personalități a individului.

O serie de autori, în definirea logopediei ca știință pun accent pe caracterul ei practic.

M. E. Hatțev o definește ca fiind „o știință pedagogică specială, despre prevenirea și corectarea tulburărilor de vorbire”. M. Sovak arată că, este „o știință despre fiziologia și patologia procesului de înțelegere, de comunicare, despre prevenirea și tratamentul pedagogico-corectiv al defectelor în domeniul înțelegerii și comunicării”.

Obiectul logopediei îl constituie, cercetarea tulburărilor de limbaj, a deviațiilor de la limbaj ce îngreunează vorbirea, depistarea și corectarea lor, dar și prevenirea.

## **TULBURĂRILE DE LIMBAJ**

- ✓ Prin tulburări de limbaj înțelegem toate abaterile de la manifestările verbale unanim acceptate în limba uzuală, atât sub aspectul exprimării și recepției verbale, începând de la dereglarea diferitelor componente ale cuvântului și până la imposibilitatea verbală de comunicare orală sau scrisă. Se întind de la forme ușoare la forme grave;
- ✓ În limitele de toleranță pot exista particularități individuale în funcție de exigențele mediului în care se vorbește (vorbirea prea politicoasă, mai puțin precis articulată etc.);
- ✓ Delimitarea tulburărilor de variațiile individuale admise în limitele normalității, se realizează prin:
  - Neconcordanța dintre limbajul și vârsta cronologică (până la o anumită vârstă pronunția greșită reprezintă un lucru normal-după 6 ani se poate începe corectarea);
  - Caracterul staționar al tulburărilor , care odată apărute au tendința de a se consolida;
  - Influențe negative pe care tulburările le exercită asupra conduitei și personalității persoanei cu tulburării.
- ✓ Aprecierea tulburării se face în funcție de felul, în care limbajul își îndeplinește funcția de comunicare sau de instrument al gândirii de a înțelege și de a se face înțeles pe bază de comunicare.

## **2. SCOPUL ȘI SARCINILE LOGOPEDIEI**

### **SCOPURILE LOGOPEDIEI**

- ✓ Logopedia contemporană își definește, în prezent, menirea fără a se limita la corectarea tulburărilor de limbaj, la prevenirea și studierea lor; scopul ei este educarea și restabilirea echilibrului psiho-fizic și dezvoltarea unei integre personalități, studierea comportamentului verbal și a relației acestuia cu personalitatea umană;
- ✓ Logopedia urmărește educația pe ansamblu prin faptul că ea are un rol educativ complex și anume caracterul psihopedagogic aplicat;

- ✓ Logopedia se orientează spre vârstele de preșcolari și școlarii mici deoarece, acestea sunt vârstele când limbajul prezintă cea mai mare plasticitate față de factorii ce favorizează evoluția normală a acestuia și față de factorii care declanșează tulburarea;
- ✓ Logopedia are ca scop major îndepărtarea trăsăturilor negative care rezultă în urma tulburării; astfel importanța logopediei este evidențiată de implicațiile tulburării în viața socială a logopatului, deoarece un limbaj defectuos displace celor din jur și este înlăturat din comunitate; prin urmare copiii cu tulburării prezintă un ansamblu de corelate negative și anume: negativism, sentiment de inferioritate, instabilitate emoțională, egocentrism, timiditate;
- ✓ În cazul unor tulburări grave cum ar fi: alalia, disartria, care împiedică dezvoltarea gândirii, copiii sunt considerați debili mintali și internați în școli speciale; logopedia vine în ajutorul acestora cu metodele și procedeele de corectare specifice fiecărei tulburări în parte;
- ✓ Vorbirea incorectă se revarsă asupra scris-cititului, asupra întregii activități școlare, dar mai ales asupra personalității elevului; datorită faptului că logopatul prezintă dificultăți în exprimare acesta își va pierde interesul pentru școală și astfel limitându-se câmpul posibilităților de alegere a unor profesii;
- ✓ Logopedia contribuie la restabilirea normală a tulburării, ca factor important de încadrare a subiectului în viața școlară și alegerea profesiei.

#### **SARCINILE LOGOPEDIEI**

- Studiarea complexă a persoanelor cu tulburări și asigurarea unui climat favorabil dezvoltării limbajului;
- Prevenirea și studiul cauzelor ce pot provoca tulburarea de limbaj;
- Elaborarea unei metode de examinare și clasificare a tulburărilor de limbaj;
- Studiarea simptomatologiei, metodelor și procedeele de corectare a tulburărilor de limbaj;
- Cunoașterea limbajului, a specificului psihologic și a personalității;
- Pregătirea personalului din anturajul logopatului, pentru ca acesta să găsească sprijinul, căldura și afecțiunea necesară;
- Formarea specialiștilor logopezi, organizarea activității logopedice, dotarea cabinetelor logopedice cu aparatura de rigoare.

### **3.CAUZELE TULBURĂRILOR DE LIMBAJ**

Tulburările nu pot fi cercetate separat, izolat, ci în funcție de persoană, de gradul de maturitate al SNC și al organelor senzoriale de dezvoltare psihică, intelectuală și de interdependența cu mediul familial. De cele mai multe ori tulburarea fiind condiționată de acțiunea unor factori ce se succed sau acționează concomitent.



Aceste cauze se împart în funcție de forma ei și perioada când apar:

1. Cauze care acționează în perioada prenatală.
2. Cauze care acționează la naștere.
3. Cauze care acționează și după naștere.
4. Cauze psihosociale.

### **Cauze care acționează în perioada prenatală.**

În perioada sarcinii toate afecțiunile pot provoca leziuni ale creierului la făt ce se soldează cu urmări negative asupra dezvoltării limbajului, cum sunt următoarele:

- ❖ Infecții cu protozoare, toxoplasmoze în primele luni de sarcină;
- ❖ Unele infecții virale, bacteriene: rubeola- provoacă riscul ca copilul să se nască cu afecțiuni; sifilisul, TBC, intoxicațiile cu diferite substanțe chimice;
- ❖ Carențe nutritive ale mamei;
- ❖ Radiații, boli care pot provoca nașteri premature cu risc de accidente vasculare;
- ❖ Traumatisme mecanice;
- ❖ Incompatibilitatea factorului RH, traume psihice sau neacceptarea sarcinii provocate de: stres, regim de odihnă, spaima care pot afecta fătul;
- ❖ Alcoolismul;
- ❖ Bolile psihice.

### **2. Cauze care acționează la naștere.**

Din această categorie le menționăm pe următoarele: nașterile grele și prelungite, care pot provoca leziuni ale sistemului nervos central, asfixiile ce pot determina hemoragii la nivelul scoarței cerebrale, diferite traume fizice, cum ar fi lovirea capului de oasele pelviene, accidentele mecanice; ele alcătuiesc grupa cea mai mare.

### **3. Cauze care acționează și după naștere.**

Acestea se împart în:

1. Cauze organice.
2. Cauze funcționale.
3. Cauze psiho-neurologice.

1. Cauze organice.

- ✓ Pot fi de natură centrală și periferică;
  - ✓ Traumatisme mecanice ce afectează sistemul nervos, auzul sau organele fonoarticulare; deteriorări ale timpanului, anomalii dentomaxilopalatine;
  - ✓ Infecții și intoxicații cu substanțe chimice, medicamentoase, cu alcool, care pot afecta mecanismele neurofiziologice ale limbajului;
  - ✓ Unele boli ale primei copilării, ca meningita, encefalita, scarlatina, rujeola, pojarul, pot determina tulburări de limbaj atât pe cale centrală, cât și periferică.
2. Cauze funcționale.
- ✓ Pot produce tulburări ale limbajului în sfera receptoare cât și în cea motorie.
  - ✓ Tulburări ale proceselor de excitație sau inhibiție;
  - ✓ Insuficiențe funcționale ale sistemului nervos;
  - ✓ Tulburări de nutriție;
  - ✓ Deficiențe ale auzului fonematic.
3. Cauze psiho-neurologice.
- ✓ Aceste cauze se întâlnesc la subiecții cu handicap mintal, la cei cu tulburări de memorie și de atenție, la cei cu tulburări ale reprezentărilor optice și acustice.
  - ✓ Din această categorie fac parte și subiecții care se supraapreciază dar și cei care se subapreciază, aceste manifestări influențând negativ structurarea personalității și a limbajului.
4. Cauze psiho-sociale.
- ✓ Greșeli educaționale:
    - Încurajarea vorbirii greșite pentru amuzament;
    - Pretențiile exagerate, suprasolicitarea copilului;
    - Bilingvismul înainte de însușirea limbajului matern.
  - ✓ Modele insuficiente de vorbire, insuficienta stimulare a copilului de comunicare, tulburări verbale ale părinților, relații afective neadecvate între părinți și copii și stângăcia contrariată.

#### **4. CLASIFICAREA TULBURĂRILOR DE LIMBAJ**

Este o perioadă controversată datorită diversității criteriilor după diferiți autori care au adoptat criteriile după poziția lor. Aceste clasificări nu satisfac integral necesitățile practicii. Este necesar un diagnostic corect pentru că în funcție de el se stabilesc metodele și prognoza tulburărilor în raport cu particularitățile psihice ale subiectului.

Abordarea unui singur criteriu duce la dificultăți în stabilirea diagnosticului și deficiențe de recuperare. Pot avea cauze și efecte comune.

Exemple de clasificare lingvistică:

1. Tulburări fonetice- se referă la pronunția greșită dar fără dificultăți în a recepta.
2. Tulburări fonetico-fonematice- are dificultăți în discriminare și în pronunțare.
3. Tulburări fonetico-fonematice lexico- gramaticale, unde se găsesc dificultățile din primele două, la care se adaugă și forme, în proporții diferite, de nedezvoltare a limbajului.

Exemple de clasificare după criteriul simptomatologic (Ch. Van Riper):

1. Tulburări de ritm- bâlbâială, bolboroseală, tumultus sermonis.
2. Tulburări de articulație- dislaliile.
3. Tulburări de fonație- afonie, nazalitate, guturalitate.
4. Tulburări de simbolizare- disfaziile.

Exemple de clasificare după criteriul etiologic și cel simptomatologic (M.E. Hvatțev):

1. dislalii.
2. tulburări de ritm și cadență.
3. tulburări de limbaj cu etiologie organică cerebrală.
4. tulburări de voce.
5. tulburări de vorbire și voce psihogene.
6. tulburări de vorbire la oligofreni și nevăzători.

Clasificarea făcută de Prof. Univ. Dr. Emil Verza, clasificare care ține seama de cât mai multe criterii și anume: anatomo-fiziologic, lingvistic, etiologic, simptomatologic și psihologic. Clasificarea respectivă se rezumă la următoarele categorii de tulburări de limbaj:

**1. Tulburări de pronunție sau de articulație:**

- ✓ Dislalie
- ✓ Disartrie
- ✓ Rinolalie

**2. Tulburări de ritm și fluența vorbirii:**

- ✓ Bâlbâială
- ✓ Logonevroza
- ✓ Tumultus sermonis
- ✓ Tahilalia
- ✓ Aftongia
- ✓ Bradilalia
- ✓ Tulburări coreice

**3. Tulburări de voce:**

- ✓ Disfonie
- ✓ Afonie
- ✓ Fonastenie
- ✓ Pseudofonastenie

**4. Tulburări în plan lexico grafic scris citit:**

- ✓ Disgrafii- agrafii
- ✓ Dislexia- alexia
- 5. Tulburări polimorfe:**
  - ✓ Afazia (tulburare dobândită)
  - ✓ Alalia (surditatea verbală)- incapacitatea de a vorbi. Alalia (surditatea verbală)- incapacitatea de a vorbi.
- 6. Tulburări de dezvoltare a limbajului (întârzieri) - retard în dezvoltarea limbajului:**
  - ✓ Retardul de limbaj simplu și complex
  - ✓ Retardul la copiii autiști
  - ✓ Mutismul psihogen electiv sau voluntar
- 7. Tulburări de limbaj bazate pe disfuncții psihice:**
  - ✓ Dislogii
  - ✓ Bradifazii
  - ✓ Ecolalii
  - ✓ Jargonafazii (apare pe fondul Schizofreniei)

## **ORGANIZAREA ȘI DESFĂȘURAREA ACTIVITĂȚII LOGOPEDICE**

### **DEPISTAREA- EXAMINAREA-DIAGNOSTICUL**

Activitatea logopedică se realizează pe grupe sau în cazurile grave individual. Grupele se constituie după: vârstă, nivelul de dezvoltare psihică, instrucție, în funcție de categoria tulburării.

Grupele pot cuprinde 2-4 subiecți. Activitatea logopedică de corectare se realizează în cabinetul logopedic.

### **=CABINETUL LOGOPEDIC=**

- ✓ Trebuie să fie izolat fonic;
- ✓ Să aibă în dotare oglindă logopedică și oglindă mare;
- ✓ Să aibă o canapea logopedică unde să se facă exerciții de inspirație-respirație;
- ✓ Magnetofon pentru a se constata progresele făcute dar și pentru a-și auzi vocea - propria vorbire;
- ✓ Metronom - pentru tulburările de ritm și fluența vorbirii;
- ✓ Spirometru - pentru măsurarea capacității pulmonare;
- ✓ Scheme ale aparatului fonator;
- ✓ Album logopedic - cuprinde imagini pe baza cărora se exersează atât pentru îmbunătățirea vocabularului cât și pentru pronunția corectă;
- ✓ Instrumente de suflat: nai, muzicuță, paie.

## = ORGANIZAREA ACTIVITĂȚII LOGOPEDICE =

La începutul fiecărui an școlar activitatea logopedică se desfășoară prin depistarea copiilor cu tulburări de limbaj. În funcție de aceste depistări logopedul își organizează activitatea.

Există un anume specific în centrele logopedice interșcolare care nu corespunde cu activitatea din cabinete. La școlile speciale activitatea de depistare are o importanță mai mică deoarece logopedul are 3-4 clase din care selectează copii cu tulburări de limbaj, spre deosebire de centrele interșcolare unde activitatea de depistare se realizează printre toți copiii din școlile în raza unde funcționează cabinetul.

## = DIAGNOSTICUL =

Logopedul trebuie să cunoască, nu numai metode, ci și psihodiagnosticul, deoarece pot apărea erori. Fără posibilitatea de cunoaștere a intelectului, un copil cu alalie senzorială poate fi confundat cu un surd.

Activitatea de depistare și diagnoză se realizează în etape succesive de:

### 1. Examinare selectivă

### 2. Examinare integrală

#### 1. Examinare selectivă

- ✓ Se realizează în școli și instituții preșcolare prin aplicarea unor metode care trebuie să fie operative, fără să se facă investigații speciale pentru stabilirea tulburărilor de limbaj.
- ✓ Cuprinde activități organizatorice premergătoare și propriu zise. Ele constau în programarea unităților școlare și preșcolare la o anumită dată și alegerea unei încăperi corespunzătoare.
- ✓ Planificarea ordii în care se vor prezenta copiii (1-3 copii).
- ✓ Examinarea trebuie să se desfășoare prin convorbiri simple sau cu ajutorul diferitelor imagini, urmărindu-se ca sunetele mai dificil de pronunțat să se afle la începutul sau la sfârșitul cuvântului; în funcție de nivelul copilului se pot aplica și probe de limbaj scris citit: scrierea unei compuneri, scrierea după dictare.
- ✓ În timpul examinării logopedul nu trebuie să poarte halat alb și să fie prietenos.
- ✓ La sfârșit se informează cadrele didactice, care stabilesc datele când se vor prezenta, copiii, la cabinet.

#### 2. Examinarea integrală

- ✓ Se deosebește de prima prin scop, urmărindu-se stabilirea diagnosticului diferențial.
- ✓ stabilirea prognosticului tulburării.
- ✓ În cabinete examenul nu se limitează numai la precizarea aspectelor simptomatologice ci se extinde și asupra etiologiei; se urmărește dacă

deficiența este provocată de probleme ale aparatului fonator sau a deprinderilor defectuoase de pronunție.

- ✓ Volumul de informații necesare diferă în funcție de cazurile examinate (un copil dislalic nu solicită același volum de informații ca un copil cu disartrie).
- ✓ Examinarea se poate prelungi chiar câteva săptămâni în funcție de gravitate; datorită faptului că se poate confunda lipsa de maturitate a vorbiri cu tulburarea în acest caz adoptarea procedurilor de corectare este inutilă provocând agravarea și încurajarea deficienței.
- ✓ În stabilirea diagnosticului logopedul poate apela la endocrinologi și neurologi.

Examinarea integrală trebuie să îndeplinească următoarele condiții:

1. Să fie complexă, să cuprindă toate aspectele limbajului: pronunția, lexicul, gramatical, semantic, scris- cititul, fonetic.
2. Exersarea să fie sistematică; ea presupune precizarea componentelor afectate și interacțiunea tulburărilor de limbaj cu alte componente ale personalității sau între ele.
3. Să urmărească analiza evolutiv- dinamică a tulburării ce presupune elucidarea factorilor ce au intervenit de la apariția tulburării până la formă actuală. Fiecare tulburare poate fi cauză cât și efect a tulburării actuale.
4. Rezultatele trebuie consemnate în fișa logopedică.

### =FIȘA LOGOPEDICĂ=

Documente în care se consemnează:

- ✓ Date generale și familiale
- ✓ Date anamnestice care pot da informații asupra factorilor psihogeni sau de mediu care pot influența limbajul
- ✓ Date obținute din convorbirile cu părinții despre felul cum a decurs sarcina, evoluția copilului: dinții, dezvoltarea motorie sau bolile suferite; în urma lor concluziile trebuie trase cu prudență datorită faptului că părinți pot omite sau uita și de aceea ele trebuie confruntate cu alte date din fișele școlare.
- ✓ Datele semantice și funcționale- abateri de la normă: înălțime, greutate, conformația toracelui, a craniului.
- ✓ Date despre aparatul fonator- se examinează bolta palatină, implantarea dinților și a maxilarelor (prognatism= proeminența maxilarelor), se examinează limba (microglosie și macroglosie, anchiloglosie), vestibulul faringian, cavitatea nazală (plopții), mersul- dacă este normal sau nesigur, dacă coordonarea mișcărilor este deficitară, motricitatea facială (pareze), capacitatea respiratorie (capacitatea de a conduce aerul pe gură sau pe nas), durata expirației, calitatea respirației, tipul de respirație- toracică sau abdominală.
- ✓ Capacitatea vitală măsurată cu spirometrul- volumul de aer ce poate fi eliminat prin plămâni; lateralitatea- preferința pentru un ochi și/sau o mână (dreapta/stânga); dacă lateralitatea este sau nu afirmată.

- ✓ Starea auzului(audiometria); starea auzului fonematic; capacitatea de reproducere a fonemelor urmărindu-se analiza și sinteza fonematică, atenția auditivă, memoria auditiv verbală (pronunțarea unui anumit tip de silabă), analiza structuri fonematice (ce sunete cuprinde cuvântul), sinteza structuri fonematice, ritmul și fluența vorbirii (ritm rapid, târăgănat, dacă prezintă sincinezi- mișcări parazite, dacă apar mișcări asociate- balansarea capului, stereotipuri verbale).
- ✓ Vocabularul activ- se examinează prin denumirea diferitelor obiecte, prin povestirea după imagini.
- ✓ Vocabularul pasiv- prin înțelegerea unor cuvinte după imagini. Se consemnează dacă este adecvat sau nu.
- ✓ Structura gramaticală- se examinează prin diferite propoziții dându-i -se cuvântul de reper sau reconstituirea propoziției din cuvinte amestecate, completarea lacunelor din propoziție. Pentru limbajul scris se dau probe de dictare și se urmăresc toate simptomele.
- ✓ Se examinează devierile de la manifestările de personalitate (CPI).

### =ACTIVITATEA DE DIAGNOZĂ=

După analiza datelor se stabilește diagnosticul diferențial și se stabilește programul terapeutic pe durata a trei /patru/cinci luni.

## TULBURARILE DE VORBIRE

### DISLALIA

#### • DEFINIȚIE

Este cea mai răspândită formă a tulburărilor de pronunție.

DISLALIE- provine din grecescul „dis” care înseamnă greu, „lalic” care semnifică vorbire.

***Tulburare caracterizată prin incapacitatea totală sau parțială de a emite sau articula corect unul sau mai multe sunete izolate sau în combinații fluente în timpul vorbirii.***

***Tulburări de pronunție (articulație), constând în deformarea, substituirea, omiterea și inversarea anumitor sunete în vorbirea spontană și în cea reprodusă.***

Dislalicul nu prezintă dificultăți în înțelegere și în exprimare, ci doar dificultăți de realizare sonoră.

În vederea pronunției corecte organele fonoarticulare adoptă anumite poziții, mișcări pentru fiecare sunet. Mișcările fiecărui organ ce participă la pronunția unui fonem se numesc ***articuleme***.

Pronunția este activitatea motrică de a exprima verbal sunetele unei limbi și este socotit a fi corectă atunci când se respectă baza specifică de articulare a limbii respective. În acest sens vorbirea dislalicului reprezintă o abatere de la normele de articulare a limbii.

- **CAUZE**

- ✓ Malformațiile organelor periferice ale vorbiri: buze, limbă, maxilare (prognatismul, implantarea defectuoasă a dinților, malformații ale limbii: microglosie, macroglosie, anchiloglosie, frenul limbi prea lung sau prea scurt).
- ✓ Leziuni organice ale analizatorului auditiv; insuficiența atenției auditive privind propria vorbire.
- ✓ Încurajarea vorbiri greșite, imitarea unor modele defectuoase.
- ✓ Deficiențe ale auzului fonematic.

- **CLASIFICARE**

**Din punct de vedere etiologic dislalia se clasifică în:**

- a. **Dislalie organică**- cauzată de modificări patologice ale organelor de vorbire și deficiențe organice ale analizatorului auditiv. Poate fi:
  - ✓ **Audiogenă**- determinată de lezări ale analizatorului auditiv; gravitatea ei este în funcție de gravitatea afecțiunii auditive. Astfel în formele ușoare ale hipoacuziei subiectul respectiv își formează un vocabular corect dar nu percepe tonalitățile înalte (s, j, ce, ci), pe care le confundă și le pronunță defectuos.
    - în formele grave tulburările se resfrâng. asupra majorității sunetelor.
  - ✓ **Mecanică**- determinată de malformații ale organelor periferice ale vorbirii. Subiectul nu realizează mișcările care sunt legate de aceste afecțiuni ale organelor periferice.
- b. **Dislalia funcțională**- determinată de incapacitatea organelor de vorbire normală de a-și îndeplini funcțiile organice.
  - nu există modificări patologice în recepția și exprimarea vorbirii ci este determinată de incapacitatea organelor de a-și îndeplini funcția. Apare pe baza unei dislalii fiziologice ale căror simptome dispar după vârsta de cinci ani. Poate căpăta o semnificație logopedică în condițiile în care părinți încurajează vorbirea greșită a copilului. Poate fi:
    - ✓ **Motorie**- apare datorită debilității musculare, dizabilităților motorii: copii neîndemânatici.
      - consecință a unei dezvoltări întârziate a analizatorului motor – componenta sa verbochinestezică.



- Subiecții pot deosebi pronunția corectă cât și cea incorectă dar prezintă dificultăți în controlul și coordonarea aparatului fonoarticular; știu ce mișcări trebuie să facă dar nu le pot coordona. La copii apar mai des omisiunile și deformările de sunet.
- ✓ **Senzorială**- apare ca urmare a deficiențelor mecanice verbale senzitive în special pe fondul auzului fonematic- incapacitatea de a discrimina sunete, analiză și sinteză chinestezică a propriilor mișcări articulatorie.
  - se caracterizează prin înlocuirea unor sunete cu altele.

**Din punct de vedere simptomatologic dislalia se caracterizează după mai multe criterii:**

A. Aspectul exterior fonetic:

- a- dislalie prin substituție
- b- dislalie prin omisiune
- c- dislalie prin deformare

B. Gradul de extindere:

- a- dislalie simplă – este afectat un singur sunet sau sunete a căror pronunție se realizează cu aceeași mișcare.
- b- dislalie polimorfă- sunt afectate sunete în diferite regiuni de articulare
- c- dislalie universală sau totală- sunt afectate majoritatea consoanelor

C. Fonemul afectat: dislalia primește numele de la denumirea în limba greacă a sunetului la care se adaugă sufixul „ism” în cazul deformărilor și omisiunilor; în cazul înlocuirii unui sunet cu altul se adaugă prefixul „para”. Exemple de deformări și omisiuni ale sunetului: „B- betacism”, „C- capacism”, „D- deltacism”, „G- gamacism”, „L- lamdacism”, „P- pitacism”, „R- rotacism”, „S- sigmatism”. Exemple de înlocuiri ale sunetului: „B- parabetacism”, „C- paracapacism”, „D- paradeltacism”, „G- paragamacism”, „L- paralamdacism”, „P- parapitacism”, „R- pararotacism”, „S- parasigmatism”. Mai frecvent deformate sunt sunetele din categoria sigmatismului și rotacismului.

**SIGMATISMUL**

Sunetul „s” este deformat datorită complexității lui articulatorii și acustice. În sfera noțiuni intră și pronunția greșită a „ș, z, ce, ci, ge, gi”. Din punct de vedere acustic aceste sunete sunt apropiate prin spectrul lor de frecvență, au o tonalitate înaltă care depășește gama celei mai fine sensibilități ale urechi umane (1000-3000 Hz); perceperea optimă este de peste 6000Hz.

din punct de vedere al frecvenței sunt percepute cu dificultate dar au și o intensitate scăzută care nu depășește 25-26 decibeli(cei cu hipoacuzie nu îl percep).

Datorită complexității acustice, articulatorii solicită un anumit angajament a structuri implicate astfel încât orice întârziere motrică chinestezică determină achiziția greșită a sunetului respectiv, aceasta consolidându-se chiar dacă se depășește această întârziere.

Această tulburare prezintă avantaje de corectare. Sunetul „s” se poate pronunța și cu vârful limbi sprijinit pe incisivi, alveolele incisivilor, incisivi inferiori, efectuându-se aspectul acustic la fel.

## **Formele sigmatismului**

### **A. Sigmatismul interdental (pelticia)**

- pronunția sunetelor se realizează siflant, cu limba între dinți;
- cauzat de lipsa dentiției, vegetați adenoide(polipi), fapt care face copilul să respire cu gura deschisă și limba iese afară. Spre deosebire de mușchi extratori, mușchi retractori nu sunt suficienți dezvoltati; astfel subiectul nu are destulă putere să tragă limba.

### **B. Sigmatismul addental**

- se realizează cu vârful limbii sprijinit pe dinți și împiedică ieșirea curentului de aer prin spațiul interdental. Copilul nu poate realiza acel jgheab și atunci aerul iese împrăștiat în formă de evantai.
- Cauze: limbă hipertonică (lipsită de mobilitate), prognatism (proeminența maxilarelor), implantarea defectuoasă a dinților. Apare pe fondul auzului fonematic.
- Formă frecventă la hipoacuzici.

### **C. Sigmatismul palatal**

- Se realizează prin retragerea limbi pe bolta palatină. Are aceleași cauze ca sigmatismul addental.

### **D. Sigmatismul lateral**

- Se realizează prin lateralizarea curentului de aer care nu se scurge pe centru, și în funcție de partea pe care se scurge avem: sigmatism lateral dexter(partea dreaptă) și sigmatism lateral sinister(partea stângă);
- Cauze: pareze unilaterale ale nervului hipoglos, afecțiuni monoaurale (ale unei singure urechi)- hipoacuzie de percepție la nivelul urechi interne. Pe acest fond subiectul are tendința să pronunțe mai aproape de urechea lezată.

### **E. Sigmatism bilateral**

- Subiectul deschide buzele și aerul se scurge prin colturile gurii.

### **F. Sigmatism strident**

- Constă într-o articulație fluerantă a siflanelor care deranjează urechea
- Cauze: limba hiperchinetă, deficiențe ale auzului fonematic.

### **G. Sigmatism labial**

- Vârful limbii nu atinge dinții și curentul de aer se strecoară printre buzele proeminente.
- Cauza: limba hipertonică- în care mușchii extensori sunt slab dezvoltati.

### **H. Sigmatismul labiodental**

- Se realizează prin frecarea curentului de aer între incisivi superiori și buza inferioară alungită pe incisivi inferiori.

### **J. Sigmatismul nazal specific rinolaliei**

- Sunetul „s” se realizează între baza limbii și peretele posterior al faringelui; în despicătura palatină când limba nu ajunge la dinți.

### **K. Sigmatism lalingual**

- Se realizează între baza limbii și coardele vocale cu participarea epiglotei, specific rinolaliei.

## **ROTACISMUL**

Rotacismul reprezintă omiterea sau deformarea sunetului „r ” care este cea mai dificilă fonemă a vorbirii intrată în limbă. Foarte mulți copii nu reușesc să-l pronunțe până la 4-5 ani; până la această vârstă nu prezintă semnificație defectologică. În 40-50% din cazuri există un pararotacism fiziologic când „r” este înlocuit cu „l”. Nu sunt necesare exerciții specifice logopedice pentru că exersarea lui prea devreme poate duce la pronunțarea lui greșită.

În limba română consoana „r” este alveolară, antelinguală, vibrantă. Forma de pronunție este apicală- cu vârful limbii. O pronunție corectă presupune încordarea și imobilizarea întregului aparat de articulare cu excepția vârfului limbii, care intră în vibrație. Sunt necesare 2-3 vibrații ale limbii în pronunțarea sunetului „r”.

Caracteristici: avantaje în perceperea lui datorită spectrului său de frecvență joasă și are o intensitate, sonoritate ridicată (40 decibeli). Datorită acestui lucru „r” este pronunțat și de hipoacuzici, această facilitate contrastează cu dificultatea realizării sale articulatorii. La pronunțarea sunetului „r” se cere o mobilitate a limbii, o proporție anatomică adecvată a ei în raport cu celelalte elemente ale aparatului fonoarticular. De aceea pronunția defectuoasă poate fi determinată de devieri anatomice ale limbii: construcția prea groasă într-o parte, frenul limbii prea scurt, macro sau microglosia, inervația insuficientă a nervului hiperglos, limba hipertonică lipsită de elasticitate luând o formă exagerat de groasă, imitarea modelelor greșite.

## Formele rotacismului

**A. Rotacismul interdental**-se realizează prin vibrarea vârfului limbii în contact cu incisivi superiori(nuanță sâsâită).

**B. Rotacismul labial**- se realizează prin vibrarea buzelor.

**C. Rotacismul labiodental**-limba nu are suficientă mobilitate și atunci buza superioară vibrează în contact cu incisivii superiori.

**D. Rotacismul bucal**- se realizează prin scurgerea aerului între limbă și obraji care intră în vibrație.

**E. Rotacismul marginal**- vibrează marginile laterale ale limbii, limba este lățită.

**F. Rotacismul apical**- prin sprijinirea vârfului limbii pe alveole, dar vibrațiile limbi sunt inadecvate, astfel există două forme ale acestui tip de rotacism:

- polivibrant- când sunt mai multe vibrații ale limbii;
- monovibrant- o singură vibrație a limbii.

**G. Rotacismul palatal**- limba alunecă spre bolta palatină .

**H. Rotacismul dorsal**- când vibrează partea din mijloc a limbii.

**I. Rotacismul velar**-când vibrează vâlul palatin.

**J. Rotacismul uvular**- când intră în vibrație omulețul sau uvula.

**K. Rotacismul faringian**- specific rinolaliei; vibrația se realizează între baza limbi și faringe.

## 2. METODEDE ȘI PROCEDEE PENTRU CORECTAREA DISLALIEI

Pentru corectarea dislaliei este necesar antrenarea organelor de articulație pentru a deveni capabile de mișcării articuloare corecte la o viteză corespunzătoare, la o fluentă a vorbirii normale. Nu este numai un proces de exersare a organelor. Aceste exerciții trebuie să fie integrate într-un sistem psihopedagogic organizat dat fiind faptul că modul de articulare este defectuos, consolidat pe baza unor modele corticale care s-au format și pe baza unor procese psihice referitoare la reprezentarea auditiv motrică a sunetelor.

Mișcările fiziologice ale organelor de vorbire nu pot fi rupte de sensul fonematic al vorbirii care sunt sunete cu încărcătură semantică și psihologică. Prin antrenare se are în vedere destrămarea experienței senzorial motrice de pronunție defectuoasă care a fost consolidată sub forma acelor modele defectuoase.

Procedeul îl constituie înlocuirea modelelor mintale defectuoase de pronunție cu modele normale prin modificări complexe atât în componenta efectoare cât și în cea receptoare aferentă. Modificările prezintă și reprezentările auditiv motrice cât și mișcărilor lor.

Orientarea timpurie pentru corectarea dislaliei este fundamentată științific prin plasticitatea mai mare a proceselor neuropsihofiziologice în legătură cu modelarea sunetului și prevenirea complicațiilor de natură psihologică.

Pentru corectarea dislaliei se folosesc metode cu caracter **general și specific**. În aplicarea lor trebuie să avem în vedere anumite aspecte care țin de:

- ✓ Simptomatologie- tulburările de pronunție se pot manifesta diferit de la un subiect la altul; se iau în vedere și particularitățile temperamentale, efectele tulburării în plan psihic.
- ✓ Cauzele care au declanșat dislalia: dacă sunt organice sau funcționale.
- ✓ Condițiile de viață și activitate- colaborarea părinților, educatorilor, învățătorilor cu logopedul.
- ✓ Vârsta și nivelul de dezvoltare psihică.
- ✓ Dacă tulburarea de pronunție este asociată cu alte tulburări- în condițiile în care este asociată cu retard sau dacă sunt în relații cu tulburări de scris- citit corectarea se realizează simultan; dacă este în relație cu tulburări de ritm și fluență se dă prioritate acestora pentru corectare (ex. bâlbâiala).

## **RINOLALIA**

### **DEFINIȚIE.**

**RINOLALIA**- este o tulburare de pronunție asociată cu tulburarea de rezonanță a sunetului fie prin comunicarea prea largă buco-nazală fie prin obstrucție nazală. Uni autori consideră că dat fiind această rezonanță a sunetului este afectată predominant vocea, este denumită rinofonie (fonfăiala), dar la persoanele cu nazalitate tulburările de fonație și articulație se condiționează reciproc. În vorbirea nazală deplasarea locului de articulație spre interiorul cavității bucale determină ca suflul de aer și modelarea lui în cavitatea buco nazală să fie modificat și prin aceasta să se scadă inteligibilitatea vorbirii, astfel încât termenul de rinolalie exprimă mai adecvat acest lucru și aceasta mai ales că în practica corectării rinolaliei predomină exerciții de modelare a vocii după modelul de realizare al sunetului: impostarea, consolidarea, diferențierea, automatizarea sunetului.

## CLASIFICARE

1. După aspectul exterior al modificării suflului de aer rinolalia prezintă trei forme:
  - a. Rinolalie deschisă- Aperta- în care suflul de aer necesar pronunției sunetelor orale în loc să se scurgă pe cale orală se scurge pe cale nazală (sunt afectate toate consoanele orale).
  - b. Rinolalie închisă- Clausa- în care unda expiratorie necesară pronunției consoanelor nazale este împiedicată să treacă pe calea nazală și se scurge pe traiectul bucal, astfel vocea are rezonanță de „fund de sac” (afectate consoanele nazale „m” și „n”).
  - c. Rinolalie mixtă- în vorbire predomină atât rinolalia deschisă cât și cea închisă.

### a. RINOLALIE DESCHISĂ.

Apare ca urmare a faptului că vâlul palatin în timpul pronunției orale nu reușește să împiedice trecerea curentului de aer pe traiectul de aer astfel încât orificiul faringo nazal rămâne deschis și aerul se scurge pe nas modificând rezonanța sunetului și schimbând locul de articulare a sunetelor.

În funcție de cauzele care o produc ea se împarte în:

1. **RINOLALIE DESCHISĂ ORGANICĂ**- apare ca urmare a paraliziei vâlului palatin (periferică și centrală) și nazalitatea este disartrică; paralizii periferice sunt consecința unor procese patologice care se soldează cu leziuni ale nervului vag, sau tumori ale nervului vag. La adulți tumorile nervului vag apar în scleroza laterală amiotrofică sau scleroza multiplică bulbară. Paralizii centrale apar mai rar la copii, fiind o paralizie pseudo- bulbară.
  - ✓ Traumatizme ale vâlului palatin care se pot produce prin plăci perforate cu obiecte ascuțite sau în urma afecțiunilor țesutului vâlului palatin ca urmare a unor boli sau malformații congenitale ale vâlului palatin.
  - ✓ Cea mai gravă formă apare în urma despicăturilor congenitale ale vâlului palatin (palatos schizis” gură de lup”). Ca urmare a complexității mai mulți autori o tratează separat de celelalte forme ale rinolaliei sub denumirea de palatolalie. Cauza nu este elucidată în totalitate.
  - ✓ Factorii pot fi grupați în factori de natură endogenă și exogenă. Factorii endogeni- modul exact de transmitere nu este cunoscut, ci se referă la tulburările de metabolism ale mamei, endocrine, unii factori nutriționali. Acești factori pot modifica ereditatea. Factorii exogeni- infecții acute- virale în perioada sarcinii- rubeola, gripa, varicela; infecții cronice: sifilisul, toxoplasmoza în perioada embrională. Factori toxici ce pot modifica:

- alcoolismul, intoxicații cu plumb, eter, nicotină; radiații; tulburări endocrine, diabetul mamei; incompatibilitatea factorului RH. Vârsta înaintată a mamei.
2. **RINOLALIE DESCHISĂ FUNCȚIONALĂ**- cauzată de incapacitatea sau mobilitatea redusă a vălului palatin și a mușchilor faringo- nazali, ei nu reușesc să închidă cavitatea nazală. Cel mai adesea ea apare ca urmare a unei ridicări insuficiente a vălului palatin la copil care articulează într-o manieră relaxată (leneșii, debili mintali).
- ✓ Provocată prin imitarea vorbirii unei rinolalii în perioada formării vorbirii. Ea mai apare în urma neexercitării vălului palatin după operații (de polipi), astfel în locul ei apare nazalitatea funcțională când vălul palatin rămâne nemișcat. Gravitatea acestei tulburări este mai redusă.

## **DISARTRIA**

### **DEFINIȚIE**

Disartria- tulburare de pronunție dislalică și rinolalică în care sunt afectate pronunția, ritmul, fluența și calitățile vocii. Ea se manifestă printr-o vorbire melodică, disritmică, disfonică, cu rezonanță nazală fiind afectată înțelegerea vorbirii. Apare în urma unor boli sau leziuni ale diferitelor zone ale sistemului nervos central care afectează conductibilitatea impulsului motrico-verbal spre efectori unde se realizează sunetele vorbirii.

Atât în cazul disartriei, cât și în cel al rinolaliei, sunt o serie de manifestări asemănătoare dislaliei, dar ele sunt mai accentuate, mai grave și cu implicații extinse în desfășurarea conduitei verbale. Această situație este determinată de etiologia disartriei, în care se remarcă, pe prim plan, disfuncționalitățile căilor centrale și afecțiunile nucleelor nervilor care iau parte la desfășurarea actului de pronunție, apărute, frecvent, în urma unor boli ale creierului sau a leziunilor de la nivelul acestuia. Ca urmare a acestei etiologii, disartria mai este numită și dislalie centrală. Fiind atât de complexă ca și efectele ei, nu se oprește numai la nivelul pronunției, ci perturbă întreaga comunicare, precum și disponibilitățile subiectului de mînuire corectă a componentelor verbale.

Afecțiunile cerebrale produse la nivelul diferitelor zone și etaje ale creierului nu perturbă numai limbajul în sine, ci și toate elementele implicate la producerea acestuia. Mișcările aparatului fonoarticulator, mișcările implicate în respirație și fonație, cele legate de kinestezia mâinii nu răspund eficient comenzilor centrale și nu pot fi controlate în toate împrejurările în care se impun, agravând neinteligibilitatea vorbirii disartricului. De cele mai multe ori, subiectul disartric este conștient de aceste dificultăți, ca și de cele care-i afectează vorbirea, ceea ce îl face să depună un efort mai mare pentru înlăturarea lor, dar, paradoxal, tensiunea psihică și neputința depășirii acestor dificultăți, determină accentuarea dereglajului verbal și psihoneuromotor.

Dat fiind existența unor tulburări de pronunție supradimensionate, diagnosticul diferențial, în disartrie, nu este atât de simplu cum pare la prima vedere. Nu este ușor de pus în evidență specificul afecțiunilor cerebrale și mai ales localizarea acestora la zone bine delimitate, implicațiile diferitelor segmente cerebrale în producerea procesului verbal, când este afectată pronunția și alte caracteristici ale limbajului.

Pentru a depăși aceste dificultăți de delimitare a disartriei de alte categorii de tulburări de limbaj și chiar de precizarea locului ocupat de acesta în cadrul tulburărilor de pronunție, o serie de autori recurg la sublinierea „complicațiilor” psihice care pot fi generate de disartrie sau de structuri neuropatologice specifice disartriei. Aceste caracteristici psihice însoțesc dificultățile verbale. Acesta este și motivul pentru care putem vorbi de dificultăți generale ale activității psihice la disartrici și de tulburări ale componentelor legate direct de funcționalitatea psihică. Se disting următoarele categorii principale de disfuncționalități-tulburări psihice care însoțesc disartria:

- a. **Retardul mintal**: acesta poate fi grav, îmbrăcând forma unei deficiențe de intelect, dar mai frecvent, o întârziere mintală determinată și de lipsa limbajului și comunicării, fără a fi o deficiență de tip oligofrenic. În acest ultim caz, subiectul face progrese și pe linie intelectuală, odată cu progresele înregistrate la nivelul limbajului și la nivelul întregii activități psihice. Totuși, trebuie subliniat că afecțiunile cerebrale, care generează fenomenul disartric, determină și alte deficiențe, inclusiv debilitatea mintală propriu-zisă.
- b. **Tulburările senzoriale**: se produc, fie prin lezarea centrilor nervoși, fie prin afecțiunea căilor senzoriale care perturbă recepția și răspunsul adecvat la stimulii din mediul înconjurător. Ca atare, însușirea și manifestarea limbajului se realizează cu dificultate.
- c. **Tulburările de motricitate și psihomotricitate**: ocupă un loc special în cadrul activității disartricului ele fiind cele mai evidente și extinse după dizabilitățile verbale. Ca atare, este afectat mersul și mișcările generale de executare a unor acțiuni localizate la nivelul unor segmente ale corpului sau pot cuprinde întreaga motricitate. Mișcările fine care se realizează sub un control central mai pronunțat, sunt cele mai afectate și cum ele sunt implicate în producerea diferitelor forme de limbaj, distorsiunile acestuia sunt direct proporționale cu tulburările psihomotricității.
- d. **Tulburările afective**: au la bază lipsa de echilibru între excitație și inhibiție, ca și imposibilitatea stăpânirii acestor procese. Trăirile afective, emoțiile, afectele, dispozițiile și sentimentele nu pot fi stăpânite, ceea ce face să nu corespundă neapărat factorului declanșator sau să se manifeste exacerbate în împrejurări neadecvate care nu pot fi desprinse din contextul general al acestor trăiri psihice, coordonate de centrii corticali superiori. La acestea se mai adaugă și faptul că, de cele mai multe ori, disartricul este conștient de dificultățile ce le întâmpină, dar nu



încearcă să le depășească și astfel, frământările și tensiunile interioare îi bulversează și mai mult planul afectiv.

- e. **Tulburările psihosociale:** privesc dificultățile subiecților disartrici în adaptarea la mediul înconjurător și în formarea autonomiei personale. De cele mai multe ori, ei nu își pot forma deprinderi de autoservire și igienico-sanitare care să le confere independență față de cei din jur, nu își dezvoltă abilități practice de activitate profesională, deoarece dificultățile motricității depășesc posibilitățile lor de autocontrol.

## CAUZE

Există mai multe categorii de factori etiologici care acționează în diferite etape ale devenirii subiectului:

1. **În etapa prenatală:** pot acționa factori nocivi de tipul infecțiilor virotice, boli ale gravidei, incompatibilitatea factorului RH, diabetul, iradierea radiologică, unele tulburări psihice grave ale gravidei care au un impact mai mare asupra fătului, cu cât vârsta acestuia este mai mică.
2. **În etapa perinatală:** dificultățile sunt determinate de nașterile grele, prelungite și de asfixii, de prematuritate.
3. **În etapa postnatală:** pot interveni mai mulți factori negativi: stări grave de icter prelungit, stări convulsive, intoxicații cu substanțe chimice, apariția unor boli somato-psihice grave.

## CLASIFICARE

După sistemul motor afectat disartria se clasifică astfel:

1. **Disartria corticală-** se produce prin apariția deficiențelor de la nivelul scoarței cerebrale, care pot avea la bază meningoencefalita, tulburări vasculare, traumatisme cranio- cerebrale. Acestea provoacă, în plan verbal nu numai dificultăți de pronunție a sunetelor și cuvintelor, dar și accentuate tulburări de ritm și fluentă a vorbirii, de voce și de melodicitate a vorbirii.
2. **Disartria subcorticală (extrapiramidală)-** în care predomină tulburările căilor extrapiramidale de unde și existența unor forme de disartrie piramidală și extrapiramidală. Ele prezintă în plan verbal o simptomatologie relativ similară. Aceasta cuprinde printre altele, tulburări de pronunție, vorbire de tipul rinonaliei, tulburări de voce, de ritm și de fluentă a vorbirii, retard verbal și dificultăți de comunicare prin mimică și gestică.
3. **Disartria cerebeloasă-** determinată de leziuni ale cerebelului și ale căilor cerebeloase. Vorbirea este afectată nu numai sub raportul articulației, ci și sub cel al intensității emiterii, dar fundamental- reprezentativ pentru această formă de disartrie este vorbirea neclară, monotonă, bolborosită, greu de înțeles.

4. **Disartria bulbară-** caracterizată prin tulburările neuronilor motorii și ai nervilor din bulb, are efecte negative în coordonarea mișcărilor limbii, a faringelui și a laringelui, acelor legate de respirație și de înervare a cavității bucale. Ca urmare a tulburărilor organice se produc paralizii bulbare cu efecte dizgrațioase asupra mișcărilor faciale care însoțesc vorbirea. În acest caz dificultățile de pronunție sunt marcate de afectarea sunetelor mai greu de pronunțat, cum este cazul siflantelor și șuierătoarelor, a sunetului „r”, acelor labiale „p”, „b”, „m” și labiodentale „f”, „v”.
5. **Disartria pseudobulbară-** este marcată de afecțiuni ale căilor cortico-bulbare de unde și apariția de paralizii totale sau parțiale la nivelul buzelor, limbii, vălului palatin și a coardelor vocale. Astfel vorbirea este tulburată sub aspectul pronunției, fonației, rezonanței, ritmicității și preciziei. În această formă de disartrie sunt prezente și tulburări de coordonare a mușchilor și un dezechilibru pronunțat la nivelul sincronizării expir-inspir, afectând astfel și mai mult emiterea verbală.

## CORECTAREA DIARTRIEI

- ✓ Este foarte important să se stabilească tipul de paralizie, dacă prezintă spasticitate, ataxie, cu tulburări de coordonare a mușchilor.
- ✓ Pentru fiecare formă se realizează alt tip de exercițiu- cei cu spasticitate efectuează exerciții de relaxare și de întărire a musculaturii.
- ✓ Prognosticul este în funcție de fiecare în parte, de particularitățile de personalitate.
- ✓ Dacă disartria este însoțită de debilitate mentală- prognosticul nu este optimist- corectarea trebuie să se realizeze timpuriu; exercițiile trebuie să se realizeze cu foarte multe pauze deoarece aceștia obosec ușor; tulburările motorii impun o atitudine grijulie pentru că nu se pot concentra asupra mișcării.
- ✓ Exerciții de chinetoterapie.
- ✓ Exerciții pentru pronunție- logopedul trebuie să știe că mișcările fiziologice sunt realizate automat, iar mișcările voluntare nu se pot realiza. Pentru stimulare pot fi folosite mișcările păstrate: pentru dezvoltarea musculaturii buzelor- poate să reacționeze când îi dai o bomboană iar dacă este solicitat să strângă buzele trebuie gândit.
- ✓ Exerciții de respirație- culcat pe canapeaua logopedică cu greutatea pe torace.
- ✓ Exerciții de pronunție- după modelul de la dislalie.
- ✓ Terapia este de durată și necesită perseverență.

## TULBURĂRILE DE RITM ȘI FLUENȚA

### BĂLBĂIALA

#### DEFINIȚIE

Bălbâiala este o tulburare de expresie verbală în care cursivitatea exprimării este afectată prin apariția unor blocaje sau spasme la nivelul aparatului fonoarticular, odată cu încercarea de rostire a cuvântului.

Dificultățile cele mai mari sunt determinate de inflexiunile verbale solicitate de elementele prozodice ale limbii: intensitate, intonație, accent, viteza de exprimare. Vorbirea este monotună.

Frecvența bălbâielii:

- ✓ Bălbâiala la băieți este mai frecventă la băieți decât la fete (3:1).
- ✓ Bălbâiala este mai mare la vârstele mici, dar mai gravă la vârstele mari.
- ✓ Bălbâiala descrește de la vest la est, datorită climatului (mai frecventă în Franța decât în Rusia).
- ✓ În funcție de factorii ambianți, bălbâiala este mai mică în anumite zone.
- ✓ În 90% din cazuri bălbâiala apare între trei și cinci ani, când copiii utilizează propoziții dezvoltate iar adulții devin mai exigenți asupra modului de exprimare.
- ✓ La o vârstă mai mare când formele limbajului sunt consolidate, bălbâiala apare când factorii perturbatori sunt puternici.

#### ETIOLOGIA

Cauzele bălbâielii sunt multiple și nu pot fi desprinse de contextul global.

Teorii cu privire la etiologia bălbâielii:

1. **Teorii pur somatice:** bălbâiala este provocată de tulburări endocrine sau de hiperaciditatea anormală a sângelui.
2. **Teorii dinamice:** bălbâiala apare ca urmare a disproporției dintre vorbire și gândire. Seeman arată că bălbâiala este provocată de modificările dinamice ale corpurilor striate în urma unor emoții puternice fără suport afectiv.
3. **Teorii distemice:** bălbâiala se dezvoltă pe bază ereditară prin modificări biochimice, bălbâiala fiind un simptom particular a unor tulburări mai complexe.
4. **Teorii ale cauzelor psihogene:** manifestările psihonevrotice fiind semnul unor tulburări de acomodare emoțională.
5. **Teorii ale dezvoltării:** bălbâiala apare în timpul dezvoltării la copii prin influențele nefavorabile.

#### a. CAUZE SOMATO-FIZIOLOGICE

✓ **Ereditatea** – mai mulți autori au semnalat în familiile bâlbâiților un număr însemnat de descendenți bâlbâiți, decât în cazurile copiilor cu familie normală. H. Gutzman a constatat ereditatea bâlbâiei în 28% din cazuri; unii autori au constatat că bâlbâiala este mai frecvent moștenită de la mamă. Autorii consideră că se transmite ereditar o anumită instabilitate emotivă ce predispune la dezorganizarea activității psihice sau o instabilitate în coordonarea neuromusculară denumită distenie; pe fondul acestei inabilității neuromusculare apar factorii bâlbâiei și se consolidează.

✓ **Cauze de dominanță centrală** – a existat părerea că stângăcii sunt mai predispuși la bâlbâială dar ea a fost infirmată. Autorii sunt de acord cu ideea lui Froshels că stângăcia controlată, prin tensiunea provocată unui copil cu lateralitate stângă poate genera bâlbâiala.

✓ **Tulburării de natură endocrină** – insuficiențele tiroidiene prin consecințele pe care le au asupra activității sistemului nervos, asupra troficității musculare și asupra mecanismului respirator pot provoca bâlbâiala. C. Parhon a pus în evidență frecvența bâlbâiei în cazurile în care există focare de gușă endemică și în cazurile cu cretinism.

✓ **Întârzieri în dezvoltarea funcțiilor motorii** – autorii explică prezența bâlbâiei prin întârzierea mielinizării a fibrelor nervoase ce intervin în coordonarea musculaturii aparatului fonoarticulator. Astfel se explică frecvența mai mare la băieți, datorită mielinizării mai tardive (2-4 ani).

✓ **Bâlbâiala apare ca urmare unui dezechilibru între procesele de excitație și inhibiție a centrilor motorii** – G. Marinescu arată că stările de excitație la nivelul centrilor motorii sunt prea slabe fiind inhibitate de focarele de excitație.

✓ **Întârzierea în dezvoltarea vorbirii** – decalajul între posibilitățile de gândire și calea de exprimare. Inabilitate în exprimarea ideilor urnește o insuficiență lingospeculativă.

#### b. CAUZE PSIHO-SOCIALE

✓ **Stările de nevroză** – autorii de concepție psihanalitică consideră că bâlbâiala este un simptom al unui sindrom nevrotic în care persoana este puternic perturbată de existența unor conflicte interne. Bâlbâiala este o perturbare emotivă provocată de privarea climatului afectiv și de stabilirea unor relații nesănătoase între copil și părinți.

✓ **Stările de anxietate** – ce provin de la mamă se imprimă în caracterul copiilor și pot determina bâlbâiala.

✓ **Greșeli de educație** – datorită nemulțumiri copiilor că nu pot satisface cerințele părinților; inabilitatea retardați din punct de vedere motor duc la fixarea bâlbâiei îngreunând posibilitățile de a se exprima. Bâlbâiala poate apărea și datorită greșelilor cadrelor didactice.

✓ **Bilingvismul înainte de însușirea limbii materne** – îngreunează însușirea limbajului.

✓ **Terapia greșită a unor tulburări** – tratarea timpurie a unei dislali fiziologice.

✓ **Stările de stres** – conflictele, spaimetele, la vârstele mici duc la un dezechilibru al copilului. În stres afectiv are loc o dezintegrare a mișcărilor verbale automatizate manifestate prin contracții musculare.

## CALSIFICARE ȘI SIMPTOMATOLOGIE

**1.Bâlbâiala tonică-** se manifestă prin spasme de lungă durată ce împiedică emiterea cuvântului iar când aceasta cedează cuvântul erupe cu forță.

**2.Bâlbâiala clonică-** se manifestă prin contracții de scurtă durată a musculaturii aparatului fonoarticulator care duc la întreruperea cursivității vorbiri, pauze, repetări de cuvinte.

**3.Bâlbâiala mixtă** – manifestări de tip clonic și tonic; în funcție de predominantă pot exista: bâlbâială tono-clonică și bâlbâială colono- tonică.

O altă clasificare împarte bâlbâiala în:

- **Bâlbâială primară-** caracterizată prin repetiții, prelungiri de sunete lipsite de efort și caracter inconștient.
- **Bâlbâiala secundară-** când bâlbâiala este conștientizată și se încearcă o corectare a ei.

## SIMPTOME

Simptomele incipiente asemănătoare cu anumite particularități specifice în perioada 3-5 ani. Copilul nu stăpânește gândurile prin cuvinte și structurile gramaticale. Copilul este neîndemânic în structurarea propozițiilor datorită faptului că formele limbajului nu sunt consolidate. Ei caută expresia și repetă silabe și cuvinte. Dacă nu sunt complicații aceste interacții dispar când se consolidează reflexele fonoarticulatorii, când copilul dobândește suficientă eficiență, securitate în exprimarea gândurilor sale. Dispariția se face dacă anturajul se comportă adecvat; în caz contrar se fixează aceste interacții. La copii care nu sunt bâlbâiți, prima disfluență poate trece neobservată pe când la cel cu bâlbâială disfluențele se repetă în continuare.

Bâlbâiala devine o manifestare patologică când fonemul inițial este pronunțat în mod spasma-fonic. Când devine conștient face greșeli, se teme să vorbească astfel bâlbâiala devine secundară. Pentru evitarea acestui lucru copilul nu trebuie să fie conștient că are o problemă pentru că apoi apar și alte tulburări de: coordonare între mișcările organelor fonatorii cu a celor respiratori și articulatori. La bâlbâiți- la nivelul faringelui- coardele vocale nu se aproprie suficient iar organele respiratori și cele articulatorii sunt pregătite de

rostirea sunetului. Din cauza lipsei de coordonare apar întreruperi a activității verbale, bâlbâii încearcă să- o înlăture prin forțarea efortului de pronunțare și de respirare, el făcând tot ceea ce nu trebuie să facă.

#### **SIMPTOME:**

- ❖ **Tulburări de natură respiratorie** – sunt frapante- în vorbirea normală aerul este folosit economicos pe când la bâlbâii, uni expiră chiar înainte de a emite sunetul. Această tulburare este vizibilă în bâlbâiala cronică. Respiră în timpul citirii, în gând vorbirea este normală dar cea fonatorie este încordată excesiv.
- ❖ **Tulburări ale mișcării fonatori** – bâlbâiții manifestă mișcări spasmatice ale laringelui, glota se închide cu forță și forțând pot apărea uni noduli verbali.
- ❖ **Tulburări ale mișcării articulatori** – pronunțarea greșită a unor cuvinte; se întâmplă ca bâlbâiții să pronunțe cuvintele ușoare mai greu, și cuvintele mai grele, mai ușor. Interacțiunile sunt mai puține când cântă datorită faptului că i se abate atenția de la articulație.
- ❖ **Mișcări asociate sau sincinezii:** clipesc, împing limba în față, scrâșnesc dinții, întorc capul, strâng pumnii, bat din picioare. Seeman a observat că uni fac sărituri sau chiar câțiva pași ceea ce atrag glume din partea celor din jur.

#### **MANIFESTĂRI:**

- ❖ Accelerarea vorbirii : în cuvinte mai lungi ;cu cât propozițiile sunt mai lungi, cu cât propoziția are mai multe cuvinte.
- ❖ Articulează corect propoziții scurte însă la cele lungi vorbirea devine neinteligibilă.
- ❖ Ritm sacadat.
- ❖ Suprimare și repetiții de silabe, omiterea, condensarea cuvintelor.
- ❖ Datorită precipitării repetă primele silabe dar și silabe accentuate din mijlocul cuvintelor.
- ❖ Pronunția este afectată datorită faptului că ritmul este prea rapid.
- ❖ Monotonia limbajului- nu sunt respectate inflexiunile prozodice ale limbii: intensitate, accent.
- ❖ Activitatea motorie generală: agitație continuă chiar și în timpul somnului; scrisul este precipitat, omițând și deformând cuvintele; locomoția se desfășoară foarte rapid, se oprește brusc.
- ❖ Din punct de vedere psihic se manifestă iritabilitate, sunt colerici, comportament inconstant, își pierd stăpânirea de sine, trece drept o persoană certăreată și lasă impresie defavorabilă.

#### **SIMPTOMELE PSIHICE**

Manifestă teamă de a vorbi (logofobie). Datorită acestei frici bâlbâitul pregătește cuvintele cu o forță exagerată, accentuând astfel, bâlbâiala. Uneori ei preferă să tacă.

Teama îl face să-și îndrepte atenția la propriile mișcări fapt care agravează tulburarea. Seeman a făcut o comparație între mișcările brațelor și mișcările organelor de articulație. El a arătat că sunt normale când sunt automatizate, inconștiente, dar atunci când sunt conștientizate ele devin anormale, cursul mișcărilor automate este tulburat și devine neîndemânatic. Tot el arată că și firescul derulării limbajului este tulburat atunci când își concentrează atenția asupra lui. Acestea devin exagerate, explozive, spasmatice și când sunt supuse la sunet se agită și se concentrează.

Bâlbâiala se observă și în scris. Gutzman a descris interacții involuntare ale grafemelor; Froschels a descris greșeli și inversări de grafeme iar în formele mai grave, apăsări spasmatice, emițând ipoteza că la bâlbâiți cuvintele scrise nu se realizează ca unități integrale ci ca unități fragmentate.

## 2.LOGONEVROZA

Logonevroza este asemănătoare cu bâlbâiala, dar se diferențiază și este mai gravă prin faptul că tulburarea este trăită dramatic.

Pe lângă manifestările specifice bâlbâielii, în logonevroză subiectul este obsedat continuu de tulburare. Fiecare acces de bâlbâială este un traumatism psihic. Subiectul suferă de teama ironiilor, are ideea fixă că fiecare remarcă imediat tulburarea sa, suferă de sentimentul de inferioritate, de închidere în sine, brutalitate, negativism.

La subiecții cu intelect normal în peste 90% din cazuri bâlbâiala capătă caracter de logonevroză. La deficientul mintal bâlbâiala se transformă mai rar în logonevroză datorită faptului că el conștientizează mai greu.

## 3.TUMULTUS SERMONIS (BATARISMUL)

Se caracterizează printr-o rapiditate exagerată a vorbirii ce duce la dezorganizarea propozițiilor, la omisiuni sau deteriorări a sunetelor, articulații imprecise. Este o tulburare de expresie verbală caracterizată printr-o disproporție dintre influxul motor și capacitățile organelor articulatorii.

Din punct de vedere al ritmului și a analizei psihologice, se poate face o comparație între bâlbâială și tumultus sermonis.

BÂLBÂIALA	TUMULTUS SERMONIS
Ritmul nu se accelerează- prin reducerea debitului verbal, limbajul nu se ameliorează.	Ritmul este accelerat- prin solicitarea vorbirii mai rare, limbajul se ameliorează.

Apar repetiții și spasme.	Apare repetiția dar nu și spasmele.
<b>Tulburării de coordonare a mișcărilor fonoarticulatorie cu cele de articulație.</b>	<b>Aceste tulburări nu apar.</b>
Subiecții cu bâlbâială își accentuează teama în fața unor persoane pe care le respectă sau de care se tem.	La subiecții cu tumultus sermonis această teamă nu se accentuează.
<b>Subiecții se tem de o serie de foneme, nu sunt siguri că pot pronunța corect, dă importanță excesivă vorbirii, când i se atrage atenția este afectat.</b>	<b>Subiecții nu sunt inhibați în comunicare, nu dau importanță vorbirii.</b>
Sa constatat că atunci când își aude propria vorbire cu întârziere manifestările sunt mai puțin evidente (efectul LI).	Nu se accentuează.

#### 4. TAHILALIA

- Ritm rapid în exprimare, constant, fără accelerare.
- Pot apărea unele interacții sau prelungiri de sunete dar vorbirea nu este monotonă.

#### 5. BRADILALIA

- Vorbirea este târăgănată, ritmul este lent.
- Afectează comunicarea-la deficienții mintali.

#### 6. AFTONGIA

- Prezintă spasme de lungă durată în timpul vorbirii.

#### 7. PSEUDOBÂLBÂIALA (BÂLBÂIALA DISARTRICĂ)

- Se încadrează la tulburările de pronunție.

#### TERAPIA BÂLBÂIELII



Terapia bâlbâielii este foarte complexă, se bazează pe exerciții combinate cu psihoterapie- ansamblul mijloacelor de recăpătare a încrederii în sine.

#### 1. Forma primară.

- În fazele incipiente ale bâlbâielii se folosesc mijloace de terapie care se deosebesc de mijloacele de terapie folosite în forma consolidată.
- Are în vedere formarea vorbirii corecte, evitând conștientizarea tulburării.
- Mijloacele de terapie se bazează pe abaterea atenției de la dificultate spre conținutul și elementele estetice ale comunicării.
- Terapia este indirectă- logopedul dă indicații asupra felului cum trebuie tratat acasă și la grădiniță.
- Bâlbâiala poate fi înlăturată cu adoptarea unor măsuri educative astfel:
  - Reducerea intensității factorilor conflictuali ce întrețin bâlbâiala și crearea condițiilor favorabile.
  - Călirea psihofiziologică pentru a deveni mai rezistent la factorii stresanți.
  - Exersarea vorbirii fluente cu întreținerea situațiilor ce stimulează siguranță și dorința de comunicare.
- Logopedul trebuie să cunoască modul de manifestare al bâlbâielii, comportamentul copilului în familie și la grădiniță.
- În familie psihoterapia urmărește:
  - Eliminarea conflictelor și a stărilor nervoase;
  - Crearea unui climat relaxant, plin de afectivitate influențarea copilului prin jocuri care dezvoltă curajul, evitând jocurile care trezesc agresivitatea; dans, muzică fără a se exagera evitându-se genurile de muzică care stârnesc agresivitatea;
  - Călirea psihofizică- program de viață, cu asigurarea orelor de somn liniștit, evitarea stărilor de agitație înainte de somn, asigurarea meselor la ore regulate, excursii, activități sportive.
  - Exersarea vorbirii fluente fără a i se atrage atenția, prin conversații cu propoziții simple, conținut accesibil, mișcări bine conturate, evitându-se tonul ridicat, întrebări bruște.
  - Atunci când copilul întâmpină dificultăți părinții trebuie „să îi ia cuvântul din gură”.
  - Nu trebuie forțat să pronunțe propoziții la care sa tulburat pentru că este făcut atent inutil.
  - Utilizarea poveștilor, a cărților ilustrate, îmbogățind astfel vocabularul copilului.

## TULBURĂRI DE VOCE

### DEFINIRE

Vocea este sunetul care rezultă din punerea în vibrație a coardelor vocale prin mecanismul glotic, de armonice, sub influența presiunii aerului respirator, sunet care este încărcat și modelat în cavitățile de rezonanță.

Sunetele vorbirii nu sunt simple ci complexe, care se pot descompune în sunetul fundamental și sunetul complementar, care se află în relații armonice cu sunetul fundamental de aceea se mai numesc și sunete armonice.

Pentru producerea vocii intervin trei sisteme:

1. Sistemul energetic.
2. Sistemul generator.
3. Sistemul rezonator.

1. Sistemul energetic.

✚ Mecanismul fonator este pus în mișcare prin efortul anumitor mușchi care se contractă: abdominali sau intercostali cu ajutorul cărora aerul pulmonar este trimis în exterior.

2. Sistemul generator- în care se produc vibrațiile sonore la nivelul glotei- aici se generează sunetul fundamental.

3. Sistemul rezonator.

✚ Se încarcă de armonice- se referă la faringe, cavitatea nazală, toracică; rezonază la fiecare persoană în alt mod.

✚ Dacă starea funcțională a acestor componente nu este afectată, vocea va fi mereu aceeași și îl va reprezenta pe subiect.

✚ Varietatea randamentului vocal este în funcție de un număr de factori de ordin constituțional, fiziologic, psihologic cum sunt: caracteristicile organelor fonatoare, forța musculaturii care participă la fonație, vârsta, starea de sănătate, capacitățile auditive, calitățile emoționale.

Funcția vocală adecvată depinde de coordonarea cât mai perfectă între respirație, mișcările laringelui, vibrația coardelor vocale, adecvarea cavităților de rezonanță vocală, suplețea mișcărilor articulatorii. O voce corectă nu solicită efort și nu obosește. Modificările la nivelul compartimentelor duc la afectarea calităților vocii: înălțimea, intensitatea și timbrul.

Înălțimea:

✚ însușirea vocii umane în emiterea de sunete grave sau acute, este în funcție de numărul de vibrații pe secundă a undelor sonore, și depinde de contracțiile efectuate de undele sonore.

✚ sunetele înalte se produc datorită unui număr mai mare de vibrații pe secundă și sunt specifice coardelor vocale mici și subțiri.

✚ coardele vocale lungi și groase corespund vocii groase și joase; acest lucru mai depinde și de influxul nervos comandat de creier.

✚ totalitatea sunetelor care pot fi emise fără efort de la nota cea mai joasă la cea mai înaltă, formează întinderea vocii umane și este de două octave aproximativ 15 note care sunt emise în trei registre: registrul grav de piept= corespunzător rezonanței sunetului în cavitatea glotică; registrul mediu= corespunzător rezonanței sunetului la nivelul glotei; registrul de cap sau înalt; corespunzător rezonanței sunetului la nivelul cavității supraglotice. Există anumite poziții care favorizează expansiunea undelor sonore la un anumit registru al capului- capul plecat cu bărbia în piept favorizează expansiunea undelor sonore în jos, favorizează registrul grav și oprește expansiunea undelor în sus; capul ridicat cu bărbia în sus favorizează drumul spre cavitatea supraglotică, favorizând registrul înalt. Trecerea de la un registru la altul se numește pasaj; o calitate esențială a vorbirii este trecerea nesensibilă de la un registru la altul.

#### Intensitatea:

✚ determinată de amplitudinea vibrațiilor coardelor vocale, forța de percuție a aerului respirator, care este în raport direct cu elasticitatea pulmonară, cu forța musculaturii abdominale și intercostale, tonusul musculaturii laringiene.

✚ gradul de forță pe care îl atinge o voce fără efort, fără să surmeneze; dincolo de ele vocea este obositoare, capătă caracter de țipăt, afectează sănătatea coardelor vocale.

#### Timbrul:

✚ particularitatea vocală proprie fiecărui individ;

✚ depinde de natura coardelor vocale și de natura centrilor de rezonanță în care sunetul fundamental produs în laringe se completează cu sunetele armonice.

✚ aceea calitate care deosebește două sunete cu aceeași intensitate și aceeași înălțime;

✚ depinde de numărul armonicilor și de repartitia acestor armonice la sunetul fundamental.

✚ specificul fundamental este determinat de specificul particular al combinației: factori musculari, osoși, cartilajinoși ce formează cavitatea de rezonanță în care se formează armonicile.

Tulburările de voce se referă la perturbarea calității vocii prin afecțiuni organice sau funcționale ale laringelui sau coardelor vocale.

## **CLASIFICAREA TULBURĂRILOR DE VOCE**

- 1. DISFONII ȘI DIZODII**
- 2. RĂGUȘEALA VOCALĂ**
- 3. FONASTENIA**
- 4. PSEUDOFONASTENIA**
- 5. MUTAȚIE PATOLOGICĂ A VOCEI**

## DISLEXIA ȘI DISGRAFIA

## 1. CONDIȚIILE LIMBAJULUI SCRIS- CITIT

În toate categoriile tulburărilor de limbaj, se poate constata existența unei terminologii variate, date de perspectiva psihopedagogiei sau cea medicală. Astfel, mai mult ca în oricare tulburare de limbaj în literatura de specialitate circulă o pluralitate de termeni, pentru desemnarea tulburărilor lexico- grafice, care își au originea etiologia producerii fenomenului și a componentei structural-funcționale afectate care determină imposibilitatea dezvoltării abilităților de scris-citit. Deși mulți autori îi folosesc, în final din punct de vedere simptomatologic, ei se referă la aceeași sferă de fenomene pe care o cuprinde azi sub denumirea de disgrafie-dislexie, pentru tulburările parțiale, și agrafie- alexie, pentru tulburările totale sau cu o arie complexă și de profunzime.

În însușirea scris-cititului relația lexem- fonem- grafem, este esențială. Scrisul se însușește prin transformarea fonemului în grafem prin mecanisme complexe în care sunt implicate în grade diferite procesele intelectuale, afective, motivaționale, voliționale și elementele motrice. Lexemul dobândește semnificație când citirea lui îl transformă în fonem.

Prin „act lexic” se înțelege capacitatea de a recunoaște, a interpreta simbolul lingvistic și capacitatea de a și-le aminti.

S. Borel-Maisonny afirmă că „actul lexic” reprezintă capacitatea de a găsi sonorizarea corespunzătoare de sens a semnului grafic.

Scrierea- reprezintă capacitatea de a transpune simboluri lingvistice în semne grafice. Scrierea presupune imp

Citirea- începe prin perceperea, prin recunoașterea semnificației literelor sau a cuvintelor și apoi urmează regăsirea în memorie a cuvântului scris.

Citirea presupune parcurgerea simultană a următoarelor secvențe:

- ⊕ identificarea indicilor vizuali ai cuvintelor- se face apel la memoria vizuală; factorii fonologi sunt ignorați;
- ⊕ lexia- presupune accesul lexic propriu-zis la semnificant; presupune decodarea lexemelor prin utilizarea corespunzătoare lexem-fonem; identificarea semnificației cuvântului scris a cărui formă fonologică este stocată în memorie; în acest segment cuvântul este recunoscut vizual și auditiv;

⊕ sesizarea și recunoașterea grupării cuvintelor într-o propoziție, ordinea cuvintelor, topica; sesizarea funcțiilor de conținut a cuvântului, funcția morfologică, rolul sintactic al cuvântului;

⊕ înțelegerea mesajului scris ca tot unitar- presupunere conexarea promptă și adecvată a noilor semnificații la cei anteriori asimilați.

Scrisul presupune parcurgerea următoarelor secvențe (aceleași ca la citire dar în altă ordine):

⊕ conceperea scrisului. Presupune alegerea cuvintelor, planificarea lor, aspectul semantic;

⊕ elementul motor apare în plus față de citit;

⊕ percepția vizuală este faza finală.

Există patru grade de dificultate în realizarea scrisului:

1. **Compunerea sau autodictarea-** presupune conceperea și elaborarea integrală a textului care se naște din limbajul intern.
2. **Dictarea** – presupune transformarea textului scris de mână a limbajului oral al altei persoane; presupune analiză acustică a sunetelor altuia, identificarea fonemelor componente și transformarea lor în grafeme.
3. **Transcrierea-** presupune transpunerea textului tipărit în text scris de mână; presupune discriminarea vizuală și grafo-motrică a literelor.
4. **Copiere sau desenare a literei.**

**În citire** sunt solicitate mecanismele vizuale, auditive, perceptiv-motorii, spațiale și temporale; înțelegerea simbolului codificat de societate; mecanismul intelectual- deficienții mintali profunzi sunt incapabili să-și însușească scris-cititul; buna funcționare a sistemului vizual pentru identificare și localizarea caracterelor scrise unele în raport cu altele, și sisteme lingvistic ce primește de la un sistem vizual informația care a fost analizată vizual și care este folosită pentru efectuarea de operații de natură lingvistică.

**În scris** sistemul lingvistic transpune sistemul motor, succesiunea de grafeme ce trebuie produse. Este nevoie de coordonare și organizare a mișcărilor, de o corectă desfășurare în spațiu și în timp.

Acțiunea achiziției actului lexico-grafic presupune anumite condiții de dezvoltare fizică și senzorială, condiții afective și sociale, condiții legate de dezvoltarea funcțiilor simbolice, funcții reprezentative care trebuie să fie dezvoltate; condiții legate de dezvoltarea limbajului oral; condiții legate de nivelul intelectual; condiții legate de perceperea spațială și temporală. Tulburările apar deoarece aceste condiții nu se îndeplinesc.

Dislexo-disgrafiile- incapacitățile parțiale și persistente de a identifica scheme motorii sau perceptiv suficiente de diferențiale care să asigure identitatea grafemelor în scris și

identificarea literelor. Incapacitatea de discriminare a semnelor în cuvântul citit și ortografiere greșită în scris.

licarea succesivă a unor procese lingvistice și de execuție sau motorii.

## CAUZELE CARE PROVOACĂ TULBURĂRILE LEXICO-GRAFICE

### 1. Cauze care țin de subiect:

✚ **Deficiențe senzoriale**-importanța auzului, văzului, a kinesteziei în actul lexico-grafic:

➤ **Auzul**- **deficiențe ale auzului fonematic**- are un rol deosebit în discriminarea fonemelor de alte forme cu sonoritate apropiată; acestea perturbă decodarea rapidă în timpul optim; în scrisul după dictare, nu se face corespondența rapidă dintre fonem și grafem.

➤ **Vizuale (lexico-ambliopie)**- provocate de afecțiuni de natură occipitală care duc la tulburări de percepție de natură centrală, care în cazuri grave provoacă agnozii vizuale-când nu poate identifica nici litere, nici persoane, nici obiecte; traectul deficitar al căilor de conducere vizuală în urma unor tulburări;

➤ **Tulburări de localizare spațială- ambliopli**- incapacitatea de a descoperii obiecte pe care trebuie să le perceapă, de a-și menține privirea asupra lui, cu dificultate de analiză și sinteză vizuală care duce la o investigație haotică a obiectului care necesită mult timp; ele sunt accentuate în nistangus- mișcării involuntare ale globilor oculari, și în strabism-deviația axului vizual;

➤ **Deficiente motrice- tulburările grafice**- apar pe fondul neîndemânării motorii generale și psihomotorii.

✚ **Deficiențe neurologice**-pot să apară pe fondul funcțiilor carențiale a S.N.C., pe fondul unor leziuni în zonele de parietale occipitale.

✚ **Tulburări de lateralitate**- Samuel Orton explică dislexo-disgrafia prin insuficiența dominanță cerebrală, ambiguă, nefixată pe fondul unei lateralități încrucișate care provoacă disociere și conflict între coordonarea vizual- motrică. După el cele două imagini ale celor doi ochi, predomină și este percepută cea din emisfera dominantă, cealaltă suferă un proces de stagnare, apărând un conflict de dominare care duce la inversarea literelor, grafemelor. Această formă este denumită **streforimbolie** și apare pe fondul lateralității contrariate.

✚ **Tulburări de orientare și structurare spațială**-apar ca urmare de schemă corporală și se manifestă prin necunoașterea termenilor spațiali, tulburare de percepție spațială sau memorie, în plan lexico-grafic se manifestă prin tulburări de memorie spațială.

➤ Se manifestă în scris la 6-7 ani prin scrierea ca în oglindă sau inversarea orizontal-vertical a grafemelor și literelor.

➤ La copii mai mari tulburările lexico- grafice se manifestă prin inversări în ghirlandă, fapt care dă naștere la o arcadă în locul unei bucle, realizarea unei bucle inferioare în loc de una superioară; se mai manifestă prin oprirea mișcării inversate și revenirea la poziția corectă când își dă seama, fapt care duce la dificultăți de legare în scris- întreruperea traseului după fiecare grafem pentru a-și fixa puncte de reper.

➤ Scris întrerupt fără legătură sau apar puncte de sudură pentru a face racorduri; dificultatea de structurare spațială, se manifestă în planul scrisului prin punerea defectuoasă în pagină, rânduri în formă de evantai sau rânduri lipite unul de altul prin spații neregulate ale grafemelor, zone rău diferențiate („l” se realizează și pe zona inferioară și superioară).

➤ **Tulburare de structurare temporală-** ordinea, succesiunea, durata tulburării acustice; sunt alcătuite din serii de elemente ce se succed în timp și aceste tulburări duc la întreruperea lor.

📌 **Tulburări de vorbire-** retard în dezvoltarea limbajului- este determinat la cei cu dislexo-disgrafie; după S. B. Maissonny aceste tulburări apar în retard în dezvoltarea vorbirii.

📌 **Tulburări de natură psihologică-** labilitate emoțională, pe fondul labilități sau instabilității, acestea duc la dezorganizarea sistemului verbal; slaba concentrare a atenției și tulburările mnezice.

#### 1. Cauze care țin de mediu:

- Slaba integrare în colectiv, nivel scăzut socio- cultural;
- Interes scăzut;
- Metodele utilizate necorespunzător;
- Cauzele care țin de subiect duc al o antrenare către eșec.

## 2. FORMELE ȘI MANIFESTĂRILOR DISLEXO-DISGRAFIEI

### =CLASIFICAREA FORMELOR DE DISLEXO-DISGRAFIE=

#### 1. Dislexo-disgrafia specifică sau propriu-zisă:

- se manifestă printr-o incapacitate paradoxală în formarea abilităților de a citi și a scrie;
- dificultățile cele mai pregnante apar în dictare și în compunere, dar subiectul poate copia unele grafeme și poate silabisi la citire;



- subiecții care se încadrează în această categorie nu pot efectua legătura dintre simboluri și grafeme, dintre sunetele auzite și literele scrise. Ca atare, ei pot scrie o altă literă decât sunetul auzit sau chiar vizualizat.
2. **Dislexo-disgrafia de evoluție sau de dezvoltare sau structurală (Critchley):**
    - se caracterizează prin aceea că, subiecții respectivi nu pot realiza progrese însemnate în achiziția scris-cititului, cu toate eforturile depuse, și se poate presupune că la baza ei stă o cauză genetică;
    - pe lângă fenomenele disortografice, se manifestă dificultăți în înțelegerea simbolurilor grafice, a literelor, cuvintelor, propozițiilor și sintagmelor;
    - apar frecvente omisiuni atât ale grafemelor, literelor, cât și ale cuvintelor, înlocuiri-substituiți, confuzii, inversiuni și adăugiri în propoziții diferite, în funcție de fiecare caz în parte.
  3. **Dislexo-disgrafia spațială sau spațio-temporală (H. Hecaen):**
    - se manifestă printr-o scriere și o citire pe diagonală, odată cu prezența unor fenomene de separare a cuvintelor în silabe și de scriere ondulantă, ceea ce dă aspect și mai mare de imprecizie în conduitele grafo-lexice.
  4. **Dislexo-disgrafia pură sau consecutivă:**
    - se constată frecvent în situații de asociere cu alte handicapuri și pe care mulți autori o neagă ca entitate de sine stătătoare și o consideră ca fiind o manifestare, în cadrul unei categorii bine delimitată, a unor dereglaje cu nu caracter mai general și mai grav;
    - asemenea forme se întâlnesc pe fondul afaziei, alaliei, hipoacuziei.
  5. **Dislexo-disgrafia motrică:**
    - apare ca urmare a tulburărilor de motricitate și psihomotricitate și duce, cel mai des, la un scris ilizibil;
    - citit- scrisul unor astfel de subiecți este neglijent, neregulat, inegal, tremurat, tensionat, rigid, cu prezența unor dificultăți de înțelegere și de raportare corectă la citit-scris.
  6. **Dislexo-disgrafia lineară:**
    - poate fi considerată ca fiind o incapacitate în trecerea de la rândul parcurs la următorul, sărirea peste unele spații, lăsându-le libere pe altele și care este mai accentuată în scris față de citit.

## =MANIFESTĂRILE DISLEXO-DISGRAFIEI=

1. Scris- cititul sacadato-silabisit în raport cu colegii- mărunțit, înghesuit; mare depășind spațiul; apare și o repulsie pentru citit; are lateralitate încrucișată sau rău afirmată.
2. Dificultăți în corelarea complexului sonor cu simbolul grafic și înțelegerea simbolismului lexiei.
  - În citit întâmpină dificultăți de identificare a cuvântului ca întreg cu semnificații și sens, prezintă dificultăți de a înțelege semnificația corectă în contextul propoziției.
  - Fac greu trecerea de la analiză la sinteză.
  - Cuvintele mai lungi sunt citite după mai multe poticneli, atenția fiind centrată pe cuvânt ca întreg.
  - Prezintă dificultăți în înțelegere și în reproducerea celor citite.
  - Ei încearcă să mențină cuvintele cât mai lungi sau adaugă cuvinte ce pot schimba sensul textului.
  - Apare pe fondul percepțiilor acustico-vizuale, proceselor cognitive cu implicații în procesele de analiză și sinteză sau ale memoriei spațiale.
3. Dificultăți în reproducerea regulilor grafice, gramaticale și caligrafice- în scris unele grafeme se alungesc, tulburări ortografice, citirea este monotona, lipsită de intonație.
4. Omisiunile de litere sau grafeme- la cei cu tulburări de pronunție apar omisiuni de litere; sunt frecvente la deficiențe ale auzului fonematic și la lipsa percepției de organizare.
5. Adăugări de litere, grafeme sau cuvinte- în citire și în scris apar pe fondul tulburărilor de ritm și fluentă, dar și pe fondul bâlbâielii; datorită slabei posibilități de concentrare a atenției- pe fondul exacerării excitației.
6. Substituirii de litere și confuziile de grafeme- datorită asemănării optice și acustice; slaba capacitate de analiză și sinteză vizuală și auditivă.
7. Contopiri și comprimări de cuvinte- se manifestă în scris, mai ales în dictări, când scrisul devine inteligibil; apar tulburări pe fondul tulburărilor de ritm și fluentă, pe fondul disartriei; comprimările apar și în scris și în citit; sunt mai frecvente la deficientul mintal care citește doar o parte a unui cuvânt.
8. Nerespectarea spațiului pagini- sărirea și suprapunerea rândurilor; la subiecții cu tulburări oculomotorii, pe fondul stângăciei contrariate, la deficienții mintali care prezintă dificultăți în percepția vizuală.
9. Scrisul servil- sau scrisul ca în oglindă- o înclinare spre dreapta sau spre stânga fapt care duce la deformarea grafemelor și la o scriere exagerată spre dreapta sau spre stânga; printr-o rotire a grafemelor și se ajunge la o imagine a cuvântului inversă pe creier. La subiecții respectivi, sistemele cerebrale nu

primesc imaginea percepută în mod normal ci deformată. Apare datorită tulburării oculomotorii- la deficienții mintali care au suferit de encefalită sau pe fondul stângăciei contrariate.

Există patru categorii de subiecți în funcție de conștientizarea tulburării:

1. Subiecți care nu conștientizează dificultățile nici la ei nici la alți.
2. Subiecții care conștientizează dificultatea la alți dar nu și la ei.
3. Subiecții care conștientizează dificultatea la alți și la ei dar au dificultăți în a se corecta.
4. Subiecții care conștientizează dificultatea la alți și la ei și fac progrese ușor.

## TULBURĂRILE POLIMORFE

### 1. ALALIA

Este o tulburare polimorfă, sindrom rar ce grupează formele cele mai severe de organizare a limbajului.

Copilul nu achiziționează nici o formă de limbaj sau numai câteva cuvinte până la 5-6 ani, în ciuda faptului că nu prezintă deficiențe auditive sau intelectuale.

În alalie, progrese ulterioare se realizează foarte lent și imperfect. În alalie, deficitul este mult mai grav. Dacă în disfazie, sistemul morfologic este grav la alalie sistemul morfologic este inexistent.

### =CLASIFICARE=

1. **Alalie motorie**- tulburare gravă de exprimare verbală cu păstrarea înțelegerii.
  - Diferiți autori au adoptat termeni cu caracter de similaritate- audiomutitate ideopatică cu retard al funcțiilor proxice- mutism fiziologic prelungit sau disfazie;
  - Mare retard în apariția vorbirii spontane- până la 5-6 ani nu emite nici un sunet. Când limbajul începe să se constituie la aceștia se realizează foarte greu, cuvintele sunt deformatate, vocabularul este redus la câțiva termeni, repetă ultima silabă, confuzii articulatorii, deformări grave ale cuvintelor;
  - Înțelegerea este inferioară unui copil de aceeași vârstă nu înțelege noțiuni abstracte, termeni de relație (unchi-nepot) sau sensul unor propoziții mai lungi;
  - Modul de gândire este normal- performanțele nonverbale sunt mai bune decât vorbirea;

- Cl. Launay a urmărit un subiect cu alalie motorie până la 20 de ani și i-a măsurat performanțele, a observat că ameliorările sunt lente și trec de la un nivel psihometric de debilitate mintală până la un nivel de performanțe în limitele normale astfel la 14 ani QI verbal era de 56 iar QI de performanță era 82. La 20 de ani QI verbal era de 66 la limită iar QI de performanță era de 106. nivelul motor este deficitar și prezintă neîndemânare motorie.
- Prin anamneză se pune în evidență că mersul apare tardiv, în mica copilărie prezintă deficiențe în a merge, apraxi și deficiențe ale aparatului fonoarticulator (mișcări ale gurii, sorbitul cu paiul deficitar) prezintă caracteristici dispraxice- repulsie pentru mișcări dar și pentru folosirea aparatului fonoarticulator dar și pentru alimentație.

După Seeman și Verza cauzele pot fi împărțite în:

- a. **Cauze generale**- alcoolismul părinților, consangvinitatea, sifilisul, TBC, rahitismul;
- b. **Cauze psihice**- lipsa imboldului de a vorbi, timiditatea exagerată, deficiențe în exprimare, aversiune față de vorbire, tonusul psihic scăzut;
- c. **Cauzele motorii**- H. Gutzman- încep să meargă întârziat- prezintă aversiune înăscută pentru mișcare; E. Froschels- retardul în alalia motorie ca urmare a rahitismului care determină imobilitatea corporală, perturbă și mobilitatea organelor limbajului- copilul care nu se joacă cu toată plenitudinea membrelor sale nu vorbește; Seeman o explică printr-o disfuncție congenitală a aparatului otolitic; acesta a făcut cercetări pe copii aflați în poziții anormale și a constatat că toți prezintă tulburări de statică a limbajului, neîndemânare în mers, în alergat, se împiedică ușor și cad la cel mai mic obstacol.

## 2. **Alalia senzorială**- surditate verbală sau agnozie auditivă, idioglosie:

- Se manifestă printr-o disfuncție în percepția mesajelor verbale, cu tulburări consecutive de exprimare. Sunt cazuri foarte rare, dar și foarte grave.
- Comprehensiunea verbală este slabă sau nulă și deși acuitatea verbală este normală se comportă în fața propriei vorbiri ca în fața unei limbi străine. Vorbirea spontană este înlocuită cu un jargon amelodic pe care nu îl înțelege nimeni. Deși este capabil să emită ecolalic diferite cuvinte, este incapabil să mențină unitățile silabice consecutive de unde marea lui dificultate pentru adaptare.
- Exprimarea este aproape nulă, sunetele par să fie prezente doar în asociații fără semnificații pentru subiect. Aparatul audiometric arată o pierdere selectivă pentru frecvențele zonei convenționale. În audiogramă se realizează o curbă în U, se ajunge la o formă deformată și apoi la dezinteres verbal. Cl. Launay limbajul are anumite frecvențe în care inteligibilitatea limbajului este maximă, aceste zone sunt perturbate total.

- Seeman- agnozie auditivă- arătând că dacă la adult o leziune distructivă în zona temporală stânga, determină pierderea înțelegerii cuvântului, prin destructurarea imaginii auditiv verbale- la copil asemenea leziuni împiedică dezvoltarea limbajului. El a prezentat cinci cazuri de agnozie auditivă și a constatat că: apare în urma encefalitei, meningoencefalită- capabil de a distinge auditiv manifestările muzicale- atât o agnozie de limbaj dar și de muzică.
  - Comportamentul copilului cu alalie senzorială- poate fi adaptat pentru că tulburarea poate fi compensată prin alte simțuri sau prin citirea pe buze, sau entuziasmul prin gesturi-aici tulburările motorii lipsesc.
3. **Alalia mixtă**- latură apraxică și de înțelegere; preia caracteristicile de la ambele forme combinate.

### =TERAPIA ALALIEI=

1. **Evaluarea terapeutică**- evaluarea vocabularului, ce sunete poate emite, cât înțelege din cuvinte, se urmărește necesitatea de exprimare verbală, raporturile emoționale.
2. **Principii terapeutice generale**- dozarea progresivă a exigenței în raport cu nivelul vorbirii; atragerea în jocuri.
3. **Principii terapeutice în alalia motorie:**
  - ☞ se urmărește întărirea sunetelor urmărite: onomatopee din repertoriu („să facă ca pisica”, să se „joace de-a trenul”), să formeze cuvinte din sunete și asocierea lor cu imagini;
  - ☞ nu trebuie forțat ci stimulat, cerința de a solicita repetarea duce la aversiune față de vorbire; logopedul trebuie să fie un model pentru el trezindu-i dorința pentru vorbire; cu timpul când începe să emită sunete acest lucru se realizează;
  - ☞ de la cuvintele pe care le pronunță se formează și altele noi apoi se trece la exersarea unor propoziții scurte, simultan cu exerciții de dezvoltare a motricității, a lateralității, de orientare spațială, exerciții fizice cu folosirea muzicii- este foarte important pentru că este influențată nu numai vorbirea ci și mișcarea și afectivitatea deoarece copilul manifestă mai multă plăcere pentru melodie.
4. **Principii terapeutice în alalia senzorială:**
  - ☞ este o terapie de lungă durată; se urmărește să distingă armonicile emise de diferite instrumente;
  - ☞ exerciții de educare a auzului după exerciții de educare a hipoacuzicilor cu resturi auditive- pot fi folosite procedee pentru demutizarea surdomuților; procedee folosite pentru demutizare- se explorează percepția vizuală cu mișcări bine conturate astfel

încât el trebuie să citească pe buze (labiolexie), se pornește de la imagini pe care el trebuie să le denumească iar după un timp imaginile i se prezintă în ordine aleatoare;

- ☛ executarea de diferite gesturi, comenzi (mergi la masă, mergi la ușă) cu mișcări bine conturate ale buzelor, la început cu ajutor gestual iar cu timpul el le suprimă; la cei cu vârstă școlară aceste exerciții trebuie să fie însoțite de exerciții de scris- citit;

- ☛ progresele sunt lente iar în caz contrar el poate rămâne mut.

## 2. AFAZIA

Afazia este o tulburare a funcției de elaborare și integrare nervoasă a limbajului cu afectarea recepției, comprehensiunii, formulării și exprimării simbolismului verbal. Este o tulburare congenitală mai frecventă.

Afazia nu se poate exprima oral sau în scris. Nu înțelege semnificația cuvintelor cu toate că nu sunt afectați mușchii sau căile nervoase implicate în articulație și nici acuitatea auditivă. Nu este afectată capacitatea de articulare ci se pierde memoria semnelor convenționale ale limbajului: foneme, grafeme, litere, cuvinte. Sunt perturbate regulile prin care se produc și se înțeleg mesajele verbale.

Afazia= alterare dobândită a limbajului, ca urmarea unei leziuni organice, diferite ca la mutismul psihogen. Aceasta apare la vârstele adulte, pe fondul unor accidente vasculare, care sunt provocate de ruptura vaselor ce irigă S.N.C.- ul sau a traumatismelor cerebrale, procese infecțioase, în urma cărora apar hemoragii cerebrale, cheaguri de sânge, tumori, hematoame.

Mecanismele producerii afaziei au fost abordate din unghiuri diferite, deoarece afectarea exprimării și a înțelegerii vorbiri sunt în multe cazuri asociate astfel încât la cele doua forme clasice de afazie diferiți autori au adăugat și altele. Mecanismele producerii au fost abordate de pe poziții localizaționiste, echipotențialiste și psihologizante.

### 1. Preocupări localizaționiste.

Sediul leziunii este sediul leziunii funcționale.

F.I. Gall- fondatorul frenologiei care considera că există anumite zone ale creierului- zona frontală care provoacă afectarea limbajului. Primii reprezentanți au fost: P. Broca- 1861- a emis pe baza unor observații clinice teza potrivit căreia sediul limbajului articulat este în a treia circumvoluțiune centrală stângă- lezarea căreia provoacă **afazia motorie** în care este afectată memoria mișcărilor ce participă la realizarea sunetului, cuvântului; S. Wernike- 1874- **afazia senzorială** care se produce ca urmare a unei leziuni ale primei circumvoluțiuni temporare stângă- centrul imaginii auditiv verbale. Prima circumvoluțiune temporară stânga reprezintă cheia de boltă a limbajului, de integritatea acestui centru depinde nu numai înțelegerea limbajului oral dar și emisia corectă care este reglată prin auz. Când imaginile auditive sunt blocate vorbirea este

afectată- posibile parafazii verbale. S. Wernike a emis și teoria asociaționistă asupra afaziei punând în evidență anumite puncte de asociere la nivelul creierului. Există legături asociative între care sunt legate imaginile auditiv verbale (B- Wernike) ele sunt centre ale imaginilor ale mișcării articulare (M, Broca). Ele sunt legate printr-un fascicul de fibre- unul dintre aceste două centre sau între căile de asociere între ele, influențează limbajul. În funcție de aceasta afazia se împarte în:

- a. Corticală
- b. Subcorticală
- c. Transcorticală
- d. De conducere

Lichthein- după acesta copilul când începe să vorbească încearcă să reproducă cuvintele auzite- faza ecolalică reflexă în care copilul are tendința de a repeta. Repetarea cuvintelor auzite se organizează în imagini acustice ale cuvintelor (A) Și imagini auditiv verbale astfel încât arcul reflex dintre A și B permite repetarea cuvintelor. Înțelegerea cuvintelor se realizează prin stabilirea unei legături între centrul A și un centru conceptual B. Trecerea de la idei la exprimarea verbală se realizează prin asocierea dintre centrul B și centrul M.

Sediul leziunii este sediul funcțiilor, astfel dacă leziunea este în centrul M subiectul cunoaște sensuri de articulare a cuvântului dar nu știe să utilizeze imaginea de articulare corespunzătoare, nu poate utiliza cuvintele pentru că nu vorbește și nu va putea nici să le scrie spontan însă poate să copieze.

Dacă leziunea este în A subiectul nu mai are memoria imaginilor acustice ale tuturor obiectelor, nu mai este capabil să înțeleagă cuvântul vorbit. Cu toate acestea el poate folosi un anume număr de cuvinte deoarece abilitățile conceptuale sunt intacte.

Dacă leziunea afectează centrele de articulație între B- M- subiectul poate exprima spontan, poate înțelege vorbirea celorlalți dar imaginile acustice nu mai exercită acțiunea corectivă asupra vorbirii, realizează decât un ocol prin B astfel încât pot apare anumite devieri fonetice de care își dă seama.

## **2. Concepția echipotentialistă:**

Piere Marie- 1906- propune renunțarea la teoria cu privire la imaginile și centrul statici ai limbajului. El este de părere că nu există decât o formă de afazie și anume cea senzorială care este cauzată de un deficit intelectual specializat pentru limbaj și care este însoțit de anartrie-tulburare particulară articulării vorbirii ce poate exista și în afara afaziei. După el nu există centrul performanți ai limbajului ci există centri adaptați limbajului arătând că la copil leziunile congenitale au survenit în prima copilărie în aceste zone când ele nu au fost adaptate; funcția limbajului nu înlătură posibilitatea ca această funcție să-și adapteze o altă regiune a creierului nealterată.

Von Monacov și Mourgue- erau de părere că nu există centrul pentru limbaj. După ei limbajul este o sistematizare infinită și complexă de excitanți și de mișcare, o melodie cINETICĂ căreia nu-i poate fi atribuită nici o localizare cerebrală pentru că limbajul pune în mișcare activitatea

întregului creier. O leziune cerebrală dereglează acordul dintre excitanți și mișcare, rupe această melodie cinetică provocând o disoluție. O leziune bruscă într-un punct al S.N.C. provoacă perturbarea în toate zonele corticale ce sunt în relație direct, sau prin căi aferente/ eferente cu fibrele din zonele lezate.

### 3. **Concepția psihologizantă:**

Jackson- 1915 propune o nouă orientare cu privire la aspectul psihologic. Conform lui limbajul este o manipulare psihologică complexă cu componente cognitive mnezice, perceptivă, articulatori. Localizarea leziunii ce afectează limbajul și locul limbajului sunt două lucruri distincte. În urma unei leziuni cerebrale funcția nu se pierde complet, astfel încât unele funcții se pierd și altele rămân posibile iar cuvintele care nu pot fi folosite într-o situație pot fi folosite în altele. Destructurările care se produc în urma unei leziuni cerebrale constituie inversiuni ale evoluției- disoluții, în acest caz este afectat ceea ce este mai fragil și mai complex, voluntar, limbajul intelectual. Limbajul automat precum și utilizarea afectivă sau lurdică este deliberat (sunt păstrate jargourile).

Nu pot fi justificate tulburările afazice prin destructurarea unor centrii ai imaginii verbale. Faptul că este privat de limbaj nu înseamnă că este privat și de cuvinte (sunt subiecți care nu pot pronunța un cuvânt la solicitare dar îl pot pronunța impulsiv).

Head consideră că limbajul este o funcție de formulare, o funcție simbolică, o activitate ce exprimă gândurile cu ajutorul semnelor. Respinge noțiunea de imagini verbale localizate în centrii și este de părere că o leziune corticală nu distruge imaginile verbale sau motorii ci va disocia aspecte ale funcției simbolice. Cu cât formularea simbolică a unei acțiuni va fi mai complexă cu atât ea va fi mai alterată. La afazici reprezentarea simbolică propriu-zisă rămâne dar este afectată exprimarea.

### **=CLASIFICAREA DUPĂ HEAD=**

Așa cum în limbaj distingem formularea verbală, înlănțuirea cuvintelor într-o sintaxă, adecvarea cuvintelor la obiecte simbolizante, perceperea intențiilor discursului, tulburările de limbaj se împart în:

1. **Afazia verbală-** perturbarea exprimării verbale care se suprapune cu afazia clasică a lui Broca.
2. **Afazia sintactică-** perturbarea înțelegerii cuvintelor și înlănțuirea cuvintelor în propoziții cu agramatism, specifică afaziei lui Wernike.
3. **Afazie nominală-** în care este afectată folosirea adecvată a cuvântului.
4. **Afazia semantică-** în care este afectată semnificația schemei propoziției.



**Concepția lui L.S. Vîgotski și a lui Luria-** după ei problema localizării corticale a devenit mai subtilă. O funcție psihologică are o localizare dinamică și nu statică. După Luria organizarea cerebrală se modifică permanent în funcție de nivelul de dezvoltare atins de o funcție.

#### =CLASIFICAREA DUPĂ LURIA (1964)=

1. **Afazia senzorială (Wernike).**
2. **Afazia motorie:**
  - a. **afazie motorie aferentă (kinesteziacă)-** devierea fonemelor în timpul exprimării.
  - b. **afazie motorie eferentă (kinetică)-** dificultăți în articularea cuvântului.
3. **Afazia semantică-** nu înțelege construcția lexico- gramaticală a propoziției.
4. **Afazia acustic- amnestică-** în care este afectată memoria verbală pe termen scurt, subiectul poate repeta cuvinte dar nu și propoziții, păstrând o proximitate a sensului.
5. **Afazia dinamică-** care se manifestă prin incapacitatea de a planifica semnificațiile limbajului.

#### =CLASIFICAREA FĂCUTĂ DE ȘCOALA GERMANĂ=

1. **Afazia motorie pură- subcorticală (P. Marie o denumea anartrie)-** este afectată numai exprimarea verbală în timp ce limbajul scris este păstrat și poate fi citit. Se face distincția între lexia receptivă de lexia reflexivă.
2. **Afazia motorie totală- corticală (Broca)- eferentă (Luria)-** exprimarea verbală este afectată, discursul este silabisit laconic, cuvintele sunt emise cu efort și nu întotdeauna găsește cuvântul potrivit. Exprimările verbale sunt mai bune în condițiile unor expresii automate. Înțelegerea vorbirii este păstrată, prezintă tulburări doar în sesizarea unor semnificații mai complexe. În citit lexia întâmpină dificultăți în înțelegerea sensurilor complexe. Dificultățile din vorbirea orală se transmit și în scris.
3. **Afazia motorie transcorticală- dinamică (Luria)-** vorbirea spontană este redusă, nu vorbește decât când este stimulat, nu răspunde decât prin propoziții scurte, poate repeta dar nu spontan. Scrisul este copiat, dictat și lexia se păstrează; se pierd legăturile dintre limbajul interior și cel extern. Este greu de corectat.
4. **Afazia senzorială totală (Wernike)- sintactică (Head)-** fluentă- înțelegerea și lexia este perturbată. Se recuperează mai repede și este un punct de sprijin în recuperarea subiectului. Vorbirea spontană este bogată, este logoreic, nu ține seama de intervenția interlocutorului. În forme grave apar fargonozii care sunt asociate cu agnozii- nu își dă seama de tulburare. În forme ușoare încearcă să facă unele corijări dar în formele grave este chiar iritat când ceilalți nu îi înțeleg jargoul folosit. Gesturi abundente, mimică bogată, dispoziție euforică, scrisul este păstrat dar greșelile sau repetițiile din cuvinte, paragrafi literale, din vorbire se transpun și în scris.

5. **Afazia senzorială pură- surditate verbală pură-** se manifestă prin faptul că numai înțelegerea verbală este afectată iar limbajul scris- citit este normal.
6. **Afazia senzorială transcorticală- semantică (Luria)-** vorbirea spontană repetată, scrisul sunt bune, este afectată înțelegerea propozițiilor complexe. Este afectat sensul semantic al propozițiilor.
7. **Afazia totală- mixtă-** este afectată vorbirea expresivă, receptivă, scris-cititul.
8. **Afazia de conducere-** înțelege dar nu poate repeta.
  - a. **afazia de conducere clasică- afazia de reproducere- afazia motorie aferentă (Luria)-** limbajul este păstrat dar exprimarea este perturbată de tulburările fonemice; cititul, scrisul sunt afectate; subiectul realizează și încearcă să se corijeze.
  - b. **afazia de repetiție- acustic- amnestică (Luria)-** limbajul spontan, scris-cititul este păstrat; limbajul repetat, memoria auditiv verbală de scurtă durată sunt afectate.

#### =ASPECTE GENERALE=

Ei păstrează sentimentul că intelectul este normal și că doar limbajul le scapă, dar după cum au arătat P. Marie și Jackson nu este așa. La afazici are loc o dezinhibare prezentă înaintea accidentului astfel încât dispare reținerea. Sunt persoane cu tendințe impulsive, violente, tendințe depresive- foarte depresivi, tendință de ordonare- este obsedat. Factorii emoționali se accentuează în dauna celui intelectual. Aceste reacții emoționale sunt folosite pentru contactul extralingvistic astfel au tendința spre comportamente infantile.

#### =TERAPIA AFAZIEI=

În vederea alegerii celor mai adecvate metode este necesară o evaluare riguroasă sub toate aspectele: valoarea vocabularului, valoarea de comunicare, capacitatea de pronunție și înțelegerea. Principiul de bază este ca recuperarea să se bazeze pe funcțiile pe care le are limbajul. S-au elaborat mai multe baterii de exerciții pentru afazici care permit evaluarea cu precizie a QI verbal. Ion Voinescu și Natalia Gheorghită, explică în „Inventar de evaluare”, analiza funcțiilor de repetare, de denumire, capacitatea de decodare, de înțelegere, examinarea lexiei, litere, cuvinte scrise, propoziții pe care să le citească. Prin aceasta se permite stabilirea formei clinice de afazie stabilindu-se gravitatea ei. În funcție de gravitate: dacă scorul este sub 20% atunci afazia este gravă, când scorul este păstrat între 20-40% sau 40-60% afazia este mijlocie, când scorul este păstrat între 60-80% afazia este slabă- ușoară.

**Obiective:** ameliorarea capacității lingvistice legate de limbaj facilitarea abilității de comunicare trebuie să înceapă mai repede atunci când el este capabil. După un timp mai îndelungat dificultățile sunt mai mari datorită stereotipiilor. Se realizează etalonarea în funcție de cultură. Colaborarea cu familia este esențială.

### =PROCEDEE=

#### 1. Procedee în afazia senzorială:

- ☞ tonalitatea relativ gravă cu amplitudinea vocii ușor superioară, cu un debit lent, cu mișcări bine conturate și cu dicție clară;
- ☞ se începe de la imagini- arătarea de imagini simple din același câmp semantic;
- ☞ se introduc informații redundante, se arată imagini aleatoriu care nu sunt din același câmp semantic;
- ☞ discuții cu propoziții simple;

#### 2. Procedee în afazia motorie:

- ☞ înțelegerea nu este afectată, exprimarea, vorbirea, scrierea sunt afectate;
- ☞ sprijinul pe lexie și ieșirea din stereotipie- bazându-se pe cuvinte pe care copilul le știe dar trebuie stimulat pentru a le folosi unde trebuie;
- ☞ stereotipiile sunt bine fixate astfel el nu găsește cuvântul potrivit;
- ☞ se exersează vocabularul, automatismele; listă de cuvinte de la ușor la greu;
- ☞ obținerea unui sunet pe care el nu-l are, de exemplu pentru sunetul „b” se folosesc cuvinte și imagini care încep cu acest sunet;
- ☞ ieșirea din stereotipie;
- ☞ se pot forma cuvinte noi din cuvinte pe care le pot pronunța;
- ☞ recuperarea diftongilor și pronunției din ruperea din alte cuvinte care se pot pronunța;
- ☞ apar stereotipii verbale care trebuie rupte prin continuarea cu altceva;
- ☞ la cei cu perifaze- sprijin pe lexie;
- ☞ datorită faptului că ei sunt susceptibili și au stări depresive pot fi astfel stimulați pentru trăirea succesului, pentru a-i capta interesul și a-i reda încrederea în sine.

## Cursul VIII

### AUTISMUL

Termenul a fost formulat de B.Bleuler, la începutul secolului. El sereferea la dereglari secundare de natura psihogenetica pe care leraporta la o categorie definitorie de tulburari primare. Acestea din urmase regasesc si în autism, si constau în dereglari ale asociatiilor de idei,întreruperea fluxului ideativ, dereglari de limbaj si stereotipii, stari de excitatie puternica, ce alterneaza cu cele depressive, dereglari neuro - vegetative, secondate de halucinatii în plan psihic. Mai târziu, conceptual de autism a fost bine conturat si definit în raport cu alte categorii de handicap, însa este considerat ca fiind controversat în raport cu caracteristicile comportamentale si manifestarea functiilor psihice ce le genereaza pe parcursul vietii individului.

În diagnoza autismului se fac frecvente confuzii si substituirii cu alte sindroame la fel de putin delimitate în teorie si practica, în care sunt prezentate unele manifestari asemanatoare sau chiar comune cu cele din autism. Astfel, termeni ca psihoza infantila, encefalopatie infantila, tulburari emotionale grave, schizofrenie infantila, oligofrenie, întârziere psihica, copii fara contact, se refera la o arie larga de fenomene , dar nu acopera starea concreta de autism.

Polihandicapul

**Bleuler defîneste autismul ca fiind o detasare de la realitate, însotita de o predominare a vietii interioare, o repliere totala asupra lumii launtrice, un mod de gândire necritic, centrat pe subiectivitate si rupt de realitate.**

Etiologic, termenul de autism provine de la cuvântul „autos”, care înseamna „însusi” sau „eul propriu”, si de la acceptiunea data autismului de I.Kanner, ca fiind retras si multumit de sine însusi.

Cu mult înainte, în descrierea autismului de tip Kanner, literatura de specialitate consemneaza o serie de date cu privire la comportamentul unor copii ce prezentau o simptomatologie asemanatoare, prin existent deficitului de comunicare, de socializare si de structurare a comportamentelor mature si armonioase.

**I. Kanner a facut posibila departajarea transanta a unui sindrom caracteristic – autismul – de toate celelalte forme de handicap. El evidentieaza o serie de trasaturi caracteristice, prin care cele mai importante ar fi :**

- Incapacitatea de a adopta o pozitie normala în timpul luarii în brate chiar si în perioada de sugar;
- exacerbare a memorarii mecanice ;
- incapacitatea de comunicare verbala;
- incapacitatea utilizarii conceptelor abstracte ;
- tema si emotii exagerate ;
- incapacitatea imaginativa în activitati ludice ;
- producerea întârziata a unor manifestari ecolalice;
- crearea impresiei de dezvoltare fizica si intelectuala normala ;
- izolarea si retragerea în sine ;
- atasament nemotivat fata de obiectele nesemnificative ;
- incapacitatea de a percepe pericolul real;
- aparitia si dezvoltarea unor componente cu caracter ritual ;
- exacerbarea unor miscari si repetarea îndelungata a acestora;
- existenta unor raspunsuri paradoxale la stimulii de lumina, de zgomot, de durere, etc.;
- prezenta unor comportamente stereotipe si repetitive;
- reactii bizare la schimbarile din mediul ambiant ;
- deficit de comunicare verbala, non-verbala, s.a.;

### **Frecventa**

S-au facut multe studii asupra frecventei cazurilor de autism. Spre exemplu, în 1964, cu ocazia unui experiment efectuat în Anglia, pe populatia infantila, cuprinsa între 8-10 ani, au fost depistati 4-5 copii la 10.000, care prezentau semne evidente de autism. Un alt studiu, facut în Danemarca, a confirmat, aproximativ, aceleasi date. Concluzia este ca în tarile dezvoltate frecventa autismului este mai mare fata de tarile subdezvoltate, ca urmare a mortalitatii infantile sporite în acestea din urma.

În literatura de specialitate se considera ca autismul are o frecventa similara cu cea a surditatii si mai mare decât cea a cecitatii. Datele recente consemneaza prevalenta autismului de tip Kanner de 1/20.000 de copii.

Raportata la sexe , frecventa este mai mare la baieti, aproximativ 3 la 1, fata de fete.

Cercetarile nu au putut demonstra transmiterea ereditara si nici existenta unui caracter genetic dominat la unul din sexe,, dar au confirmat existenta unui numar mai mare de autisti printre copiii unici la parinti sau a primilor nascuti.

Din punct de vedere etiologic, au fost elaborate trei categorii de teorii distincte, ce fac posibila explicarea autismului

### **Teoriile organice**

Acestea considera ca autismul se datoreaza unor disfunctii organice de natura biochimica sau unei insuficiente dezvoltari structurale a creierului.

### **Teoriile psihologice.**

Interpreteaza autismul ca pe un fenomen de retragere psihologica fata de tot ceea ce este perceput ca fiind rece, ostil si pedepsitor.

### **Teoriile comportamentale.**

Considera ca autismul infantil ia nastere printr-un sir de comportamente învățate si care se formeaza în urma unor serii de recompensari si pedepse întâmplatoare.

Sunt invocate în paralel, si alte cauze, cum ar fi :

- bolile infecto-contagioase ;
- traumatismele din timpul sarcinii si ale nasterii ;
- cauze ereditare ;
- anomalii ale creierului ;
- existenta hidrocefaliei, a epilepsiei, s.a. ;

Dupa cum am vazut din punct de vedere simptomatologic, paleta acestora este foarte extinsa. Sintetic ele pot fi grupate astfel :

- a) Dificultati de limbaj si comunicare ;
- b) Discontinuitate în dezvoltare si învățare ;
- c) Deficiente perceptuale si relationale ;
- d) Tulburari actionale si comportamentale ;
- e) Disfunctionalitati ale proceselor, însusirilor si functiilor psihice;

## **1. Disfuncionalitatile de limbaj si comunicare**

Sunt deosebit de pronuntate si se manifesta, de timpuriu, prin slabul interes în achizitia limbajului. Autistii nu raspund la comenzile verbale si pot prezenta o reactie întârziata la apelul numelui lor. Vorbirea se însuseste cu o întârziere mare, fata de normal si se mentine o pronunte defectuoasa aproape în toate împrejurarile. La 5 ani, pot repeta unele sunete si silabe, iar dupa însusirea relativa a limbajului, autistii au tendinta de a schimba ordinea sunetelor în cuvânt, de a nu folosi cuvinte de legatura sau de a substitui un cuvânt cu altul apropiat, ca semnificatie sau utilitate ( lingura cu furculita sau mama cu tata ).

Fenomenul ecolalic este evident si da impresia unui ecou prin repetarea sfârșitului de cuvânt sau de propozitie. Vorbirea este economicoasa si lipsita de intonatie, vocabularul este sarac, iar tulburarile de voce sunt frecvente. Comunicarea nonverbala este si ea deficitara. Propozitiile formulate sunt, adeseori bizare. Când învata o propozitie, are tendinta de a o repeta la nesfârșit.

## **Discontinuitatea în dezvoltare si învatare**

Rezulta din faptul ca autistul este incapabil de a numara, dar manifesta abilitati în realizarea operatiei de înmultire, manifesta dificultati în învatarea literelor, dar învata cu usurinta cifrele.

Ei se orienteaza bine în spatiu , dar manifesta stereotipii în formularea unor comportamente cognitive, caracteristica ce se accentueaza si prin lipsa de interes pentru achizitia unor informatii noi.

## **2. Deficientele perceptuale si relationale**

Au o mare diversitate si pot fi sesizate înca de la nasterea copilului autist. Acesta este plângacios, agitat, în majoritatea timpului, agitatie însotita de tipete sau, dimpotriva, este inhibat, fara interes si fara dorinta de a cunoaste lumea înconjuratoare. Unii autisti manifesta o adevarata fascinatie pentru lumina sau pentru un obiect stralucitor. Altii nu percep elementele componente ale obiectelor. Unii traiesc o adevarata placere pentru tact si pipairea obiectelor, în timp ce altii au reactii negative la atingerea obiectelor. În primul caz, se pot atasa, nejustificat, de unele obiecte fara semnificatie sau manipuleaza un timp îndelungat un obiect.

Ei pot deveni violenti, fiind deranjați de zgomotul produs la caderea unei gume dar nu manifesta nici o reacție la un zgomot deosebit de puternic ( aberații percepute și de relaționare ). Unora le place muzica, simt ritmul, manifesta chiar abilitați în a cânta la instrumente muzicale. Autiștii sunt incapabili să utilizeze pronumele personal, la persoana I.

### **3. Tulburările acționale și comportamentale**

Sunt cele mai spectaculoase atât prin amploare, cât și prin complexitatea lor. Acțiunile și comportamentele acestor persoane au un caracter bizar și stereotip. Dintre acestea, se remarcă acțiunea de automutilare sau autodistrugere, când autiștul produce acțiuni până la epuizare sau până la distrugerea unor părți ale corpului (autolovirea cu pumnul, cu un obiect sau lovirea cu capul de perete). Pe aceleași coordonate se înscrie și autostimularea ce se manifesta pe mai multe cai :

- kinestezică (leganatul înainte și înapoi, frecarea lobului urechii cu mâna) ;
- tactilă (lovirea coapsei cu dosul palmei , zgârierea cu unghia a ceva tare;
- auditivă ( plesnitul din limba sau emiterea neîncetată a unui sunet ;
- vizuală (învârtirea unui obiect strălucitor în fața ochilor sau privirea neîncetată a degetelor );

Alte acțiuni stereotipice :

- rotirea bratelor, ca și când ar fi pe scripete ;
- învârtirea pe loc fără să ametească ;
- mersul pe vârfuri, și uneori, chiar, cu mișcări gratioase ;

Alte curiozități se manifesta printr-o nevoie redusă de somn, reacții diminuate la durere și frig, modificarea frecvența a dispozitivelor, fără o cauză corespunzătoare.

Toate aceste fenomene sunt mai active în copilărie. S-a constatat că între 2-5 ani, comportamentul tipic autist este cel mai evident.

### **4. . Disfuncțiile proceselor, însușirilor și funcțiilor psihice se pot întâlni:**

Acestea se pot întâlni în oricare palier, dar planul afectiv-motivational este cel mai activ și transparent, mai cu seamă, din lipsa de interes a autiștilor pentru contactul social și față de traiurile cel din jur ( unii se atasează exagerat, față de obiecte fără semnificații, alții manifesta o frică patologică pentru lucruri obișnuite, dar nu realizează adevăratele pericole ):



Deși autiștii nu știu să mintă, ei lasă impresia că ascund ceva, datorită faptului că nu privesc în fața persoanelor din jur. Comportamentele penibile sunt și ele prezente sub forma lipsei de jenă a autiștului :

- mănâncă de pe jos sau se șterge pe mâini de parul sau de blana cuiva,
- face observații penibile, se plimbea întotdeauna pe același traseu, etc.

Afectivitatea este caracterizată de imaturitate, ca în handicapul de intelect. Ei nu stabilesc contactele afective, decât foarte rar și fără atitudini pozitive constante față de persoanele apropiate. Au tendința de izolare, de închidere în eul propriu.

Unii trăiesc stări de frustrare, anxietate și hiperexcitabilitate, de unde și posibilitatea de a căpăta anumite fobii.

Jocul autiștului demonstrează, și el, nivelul scăzut al dezvoltării psihice.

Acesta este asemănător cu cel al sugarului, ca în cazul manipulării obiectelor cu degetele, fără capacitatea de a acorda simbolul jucăriei sau de a-și propune un scop pentru finalizarea acțiunii.

## **5. Recuperare și terapie în autism**

Având în vedere înaltul grad de complexitate al autismului ce duce la afectarea tuturor palierelelor psihice și comportamentale ale subiectului, intervențiile recuperative sunt, în genere, limitate și deosebit de dificile pentru realizarea unor progrese imediate. Totuși, se pot obține unele rezultate pozitive pe linia dezvoltării psihice și mai ales pe direcția formării unor comportamente adaptative. Astfel, intervenția recuperativă are la bază utilizarea terapierilor de relaxare, de susținere și a celor comportamentale (la care ne-am referit și în alte paragrafe din text). Învățarea unor comportamente, prin exercițiu și repetarea constantă a situațiilor de învățare, se dovedește cea mai eficientă pentru subiectul autist. Exemplul personal al celor din jur constituie un bun prilej pentru imitarea și adoptarea unor forme de conduite normale.

Desigur, sunt și alte forme recuperative ce pot fi adoptate, cum ar fi terapia ocupațională, prin munca, desen, muzică, dans, modelaj, colaj etc. ce constituie modalități eficiente pentru dezvoltarea motivației în activitate, pentru formarea unor deprinderi de stăpânire de sine, de reglare a echilibrului dintre excitație și inhibiție, de disciplinare și corelare a conduitelor celor din jur ș.a..

## Cursul IX

# DEFICIENȚELE DE AUZ

### I SURDOLOGIA:

Disciplină psihopedagogică este alcătuită din 2 componente:

# **surdopedagogia** - componentă a psihologiei speciale care se ocupă cu studiul problemelor și legiților educației și instrucției deficienților auditivi;

# **surdopsihologia** – componentă a psihologiei speciale care studiază particularitățile și legițile specifice ale dezvoltării psihice a deficienților auditivi, precum și aspectele psihologice ale procesului de instrucție și educare a acestora.

### Obiective generale:

# realizarea demutizării copiilor surdomuți;

# conservarea și dezvoltarea limbajului verbal la deficienții care au dobândit surditatea după ce au asimilat limbajul.

### **Sarcini:**

- identificarea particularităților psihopedagogice ale deficientului de auz;
- adaptarea conținutului învățământului la posibilitățile reale ale deficienților de auz;
- organizarea procesului de învățare pornind de la specificul și consecințele în plan psihic determinate de tulburările de auz;
- valorificarea celor mai eficiente metode și procedee – de la caz la caz – în activitățile didactice cu deficienții de auz;
- formarea și dezvoltarea funcțiilor psihice prin dezvoltarea limbajului;

- familiarizarea deficienților de auz cu activitățile productive în scopul adaptării și integrării sociale
- asigurarea suportului psiho-afectiv necesar unei structuri armonioase a personalității.

Din punct de vedere al **dezvoltării psihofizice** și al **particularităților psihopedagogice**, pot fi identificate următoarele **trăsături ale deficienților de auz**:

# **dezvoltarea fizică generală** este **normală** în condiții de alimentație și îngrijire corespunzătoare; dezvoltarea componentelor motrice ( mișcările, mersul, scrisul, etc) prezintă o ușoară întârziere datorită absenței vorbirii și stimulului emoțional afectiv;

# orientarea de bază este diminuată sau chiar inexistentă, iar simțul echilibrului poate fi tulburat ca urmare a afecțiunilor de la nivelul urechii interne;

# gradul deficienței auditive diferă în funcție de cauza, tipul, locul, profunzimea leziunii componentelor structurale ale analizatorului auditiv;

# gesturile și mimica se însușesc în mod spontan în comunicarea deficientului de auz, constituindu-se treptat într-un limbaj caracteristic acestor persoane; însușirea limbajului verbal se face într-un mod organizat, prin activități de demutizare cu sprijinul specialistului surdolog și al familiei;

# dezvoltarea psihică prezintă o anumită specificitate, determinată de gradul exersării proceselor cognitive și de particularitățile limbajului mimico-gesticular lipsit de nuanțe și o topică simplistă, generatoare de confuzii în înțelegerea mesajului;

# primul nivel de semnalizare (senzorio-perceptiv) este influențat de specificul limbajului mimico-gesticular și al reprezentărilor generalizate pe baza achizițiilor senzoriale și senzorial motrice ( în special

vizual - motrice), instrumente cu care deficientul de auz operează până la vârste înaintate, condiționând astfel caracterul concret al gândirii sale;

# gândirea surzilor nedemutizati operează în special cu simboluri iconice ( imagini generalizate sau reprezentari), comparativ cu surzii demutizati la varste mici si a caror gândire folosește simboluri verbale saturate de elemente vizuale; operațiile logice ( analiza, sinteza, abstractizarea, generalizarea, comparația) se desfășoară de obicei la un nivel intelectual scăzut și în prezența suportului intuitiv, cu implicații negative asupra îmbogățirii nivelului de cunoștințe;

# funcțiile mnemonice sunt aproximativ asemănătoare cu cele ale unui auzitor cu deosebirea ca memoria cognitiv-verbală se dezvoltă mai lent, în timp ce memoria vizual-motrică și afectivă au o dezvoltare mai bună;

# imaginea și capacitatea de a crea noi reprezentări dovedesc, la rândul lor, evidente influențe ale dominației vizual-motorii în asimilarea informațiilor, cu limite de realizare determinate de nivelul de senzorialitate și de particularitățile judecății și raționamentelor saturate de vizualitate;

# întârzierea învățării vorbirii, pierderea perioadei optime de însușire a limbajului verbal măresc decalajul în dezvoltarea psihică între elevul surd și cel care aude, fapt care afectează relațiile sale sociale, adaptarea la cerințele școlii, integrarea într-un grup profesional, determinând conduite de izolare, sentimente de inferioritate, stări depresive, lipsă de interes, descurajare, eșecuri în plan școlar, și profesional.

## II SISTEMUL AUDITIV; ANATOMIA ȘI FIZIOLOGIA URECHII

Urechea este un organ extrem de sensibil și complicat care **preia, prelucrează și transmite** spre creier informațiile acustice din mediul ambiant. În comparație cu alte ființe, spectrul sonor al omului este cel mai sărac:

- omul : 16 - 20.000 Hz;
- oaia: 20 – 40.000 Hz;
- câinele: 15 – 50.000 Hz;
- ariciul: 250 – 60.000 Hz;
- liliacul: 1.000 – 120.000 Hz.

Aparatul auditiv cuprinde 5 părți pe care unda sonoră le străbate în drumul ei de la sursa sonoră la creier:

- 📌 **urechea externă** – pavilionul, mușchii auriculari, canalul auditiv extern;
- 📌 **urechea medie** – timpanul, lanțul de oscioare, fereastra ovală;
- 📌 **urechea internă** – melcul sau cohleea;
- 📌 **nervul auditiv**;
- 📌 **zona auditivă din creier**;

**1. URECHEA EXTERNĂ:** este formată din **pavilionul urechii (pinna)**, care include o cavitate de rezonanță numită **concha** și **canalul auditiv extern**, ce duce la membrana timpanică.

**Canalul auditiv extern** are **cili** și **glande sebacee** care secretă cerumenul, ambele cu rol în **protejarea urechii de praf și corpuri străine. Pinna și concha au rol important în susținerea olivei.**

Urechea externă are **o parte cartilaginoasă** și **una osoasă**. Cili din treimea externă a canalului, îndepărtează particulele de praf care pătrund în canal. Urechea externă este importantă în localizarea sunetelor, proeminențele pavilionului ajutând ascultătorul să-și dea seama din ce direcție vine sunetul.

**2. URECHEA MEDIE:** este o cavitate mică, plină de aer, ce se întinde de la timpan la fereastra ovală, situată în peretele osos ce separă urechea mijlocie de cea internă.

**Timpanul** este o membrană elastică de care este strâns legat lanțul de oscioare: **cican, nicovală și scărită, ce formează urechea medie.**

Ciocanul este fixat de timpan, nicovala se articulează pe de o parte cu ciocanul iar pe de altă parte cu scărița, care, la rândul ei se fizează de fereastra ovală.

**Fereastra ovală** este o membrană flexibilă care **separă urechea medie de cea internă**. Una din funcțiile lanțului de oscioare este aceea de a exercita presiune asupra ferestrei ovale, lucru important pentru funcția urechii interne.

Peretele urechii medii are o deschidere spre trompa lui Eustache făcând legătura cu nasofaringele; acest canal este în mod obișnuit închis, el se deschide în timpul deglutiției sau suflării nasului, permițând egalizarea presiunii în urechea medie.

**Rolul urechii medii este de a transmite unda sonoră primită de la timpan la urechea internă.**

**Urechea externă și cea medie formează calea de transmisie.** Când o sursă emite sunete, determină vibrații în mediul înconjurător. Sunetul este o formă de energie, produsă ori de câte ori un obiect vibrează. **Când unda sonoră ajunge la ascultător, ea se lovește de pavilionul urechii, care o direcționează prin canalul auditiv extern până la timpan. Acesta este pus în mișcare ca urmare a variațiilor de presiune, transformând energia sonoră în vibrație mecanică, pe care o transmite prin intermediul oscioarelor spre fereastra ovală.**

**3. URECHEA INTERNĂ:** este un aranjament extrem de complicat.

O parte a urechii interne, numită **cohlee**, este **responsabilă de auz** iar cealaltă parte formată din **canale semicirculare**, este **responsabilă de echilibru**.

Cohleea se află în mijlocul urechii interne, având forma unei cochilii de melc formată din 2 spire și jumătate. Fereastra ovală este situată în peretele exterior al carcasei sale osoase. În peretele urechii interne, mai jos de fereastra ovală se află fereastra rotundă. Cohleea este împărțită în 3 compartimente distincte:

- rampă vestibulară;
- rampă timpanică;
- rampă cohleară sau medie.

**Rampa vestibulară** pornește de la **fereastra ovală**, iar **rampa timpanică** pornește de la **fereastra rotundă**. Ele comunică prin helicotremă, orificiu situat în vârful spiralei. **Ambele conțin perilimfa, un lichid asemănător lichidului cefalorahidian.**

Rampa cohleară este un compartiment între cele 2 camere, care conține endolinfa, asemănătoare lichidului intercelular. Nu există legătură directă între endolimfă și perilimfă. Rampa cohleară conține terminații le nervoase ale nervului acustic, incluse în 2 membrane: membrana bazilară și membrana tectorială. Aranjamentul cililor pe membrana bazilară și structura celei de a doua membrane contribuie substanțial la discriminarea de intensitate în rampa cohleară.

Sunetele mai înalte sunt descompuse de fibra nervoasă apropiată de fereastra ovală, iar sunetele mai joase, de către fibrele situate către helicotremă. Toate terminațiile nervoase pe măsură ce părăsesc cohleea se unesc sub formă de buchet și formează nervul acustic, care conduce informația spre cortex în zona auditivă.

Vibrațiile transmise prin fereastra ovală determină vibrații ale perilimfei din camera vestibulară și sunt preluate prin membrana lui Reissner de endolimfă. Prin membrana bazilară apoi ajung în rampa timpanică de unde se transmit ferestrei rotunde. Vibrațiile ferestrei rotunde se transmit o fracțiune de secundă mai târziu în direcție opusă cu cele ale ferestrei ovale.

Undele sonore ajunse în perilimfă vor pune în vibrație membrana bazilară iar cilii celulelor senzoriale auditive vor suferi comprimări sau întinderi în funcție de frecvența undelor sonore propagate prin perilimfă

În mecanismul auzului sunt implicate deci atât mișcări mecanice sau vibrații cât și activitatea nervoasă.

**# Orice impediment în transmiterea vibrațiilor de-a lungul structurilor urechii externe sau medii va da naștere unei *deficiențe de auz de transmisie*. Diferența dintre pragurile transmiterii aeriene și cele ale transmiterii osoase se numește interval aer-os și reprezintă un indicator al gradului deficienței de transmisie.**

# Tulburările de auz ce rezultă în urma afectării urechii interne (cochleei), nervului auditiv, sau centrilor superiori din creier se numesc *deficiențe de auz de percepție (neuro-senzoriale)*. Majoritatea acestor deficiențe sunt de *origine genetică*.

### III. DEFICIENȚELE DE AUZ:

Fac obiectul surdopsihologiei, știința interdisciplinară care studiază particularitățile dezvoltării psihofizice ale persoanelor cu disfuncții auditive, stabilește cauzele și consecințele pierderii auzului, mijloacele de recuperare, compensare și educare în vederea structurării personalității și integrării lor în viața socială și profesională, principiile și modalitățile prin care deficienții de auz pot fi integrați în sistemul școlar și profesional, activitatea relatională cu familia, factorii sociali și educaționali.

*Depistarea precoce a tulburărilor auditive este o condiție fundamentală pentru evoluția ulterioară a copilului, datorită pericolului apariției mutității, adică neînsusirea limbajului ca mijloc de comunicare și instrument operațional al gândirii.* Altfel spus, deficiența auditivă nu este atât de gravă prin tipul, forma de manifestare, gradul de pierdere a auzului, cât mai ales prin influențele negative asupra proceselor de percepere a sunetelor necesare formării și dezvoltării normale a vorbirii, limbajului, gândirii copilului deficient.

Este o regulă cunoscută în literatura de specialitate care afirmă că un copil mic cu pierderi mari de auz, fără o protezare precoce, inevitabil va deveni și mut. De asemenea, disfuncțiile auditive cu cât sunt mai grave, cu atât vor influența mai mult apariția și dezvoltarea normală a vorbirii, fapt evidențiat prin frecvența crescută a tulburărilor de vorbire la copii cu grade diferite de hipoacuzie. În plus, datorită absenței comunicării prin limbaj, un copil surd este mai dezavantajat, sub raportul structurării operațiilor cognitive, decât un copil orb, dar în ambele cazuri se produc modificări esențiale ale proceselor de recepție, analiză și răspuns pentru varietatea stimulilor din mediul înconjurător, iar prin intervenția proceselor de compensare se produc transformări majore în structurarea dominanțelor perceptivă și de prelucrare a datelor la nivel cerebral care conferă anumite particularități modului de manifestare a vieții lor psihice atât din punct de vedere calitativ cât și din punct de vedere cantitativ.

Deficiențele de auz sunt, de cele mai multe ori, consecința unor malformații sau dereglări anatomofiziologice ale structurilor analizatorului auditiv.

Din această perspectivă, deficiențele de auz pot fi clasificate astfel :



## Clasificare:

1. **Surditate de transmisie sau surditatea de conducere** - se instalează datorită **dificultăților aparute** în calea undelor sonore la trecerea lor de la exterior spre urechea internă, prin malformații ale urechii externe sau medii, defecțiuni ale timpanului, obturarea sau blocarea canalului auditiv extern (de exemplu în urma prezentei unor corpuri străine sau dopuri de ceara) sau prin apariția unor afecțiuni la nivelul structurilor urechii mijlocii (de exemplu, în urma unor otite, mastoidite, infecții însoțite de secreții purulente care blochează transmiterea undelor sonore și au un efect distructiv asupra structurilor osoase și cartilajinoase de la acest nivel).

2. **Surditate de percepție** - este provocată de leziuni la nivelul urechii interne, nervului auditiv, sau centrilor nervoși de la nivelul scoartei cerebrale (surditate centrală), fiind urmată de pierderea funcției organului receptor din urechea internă sau a nervului auditiv.

3. **Surditate mixtă** - include atât elemente ale surdității de transmisie cât și ale celei de percepție, consecutive unor afecțiuni de tipul otosclerozei, sechele operatorii, traumatisme etc.

Conform clasificării utilizate de BIAP, (1996) media pierderii de auz se calculează, în audiometria tonală, pe frecvențele clasice, adoptate de OMS: 500, 1000, 2000 și 4000 Hz, suma fiind împărțită la 4. Toate frecvențele nepercepute sunt socotite la 120 dB pierdere. Calculul se face pentru fiecare ureche separat și deficiența auditivă este definită pornind de la cifra obținută pentru urechea **mai bună**.

O clasificare mai riguroasă este propusă de Rondal și Comblain (2001):

❖ **AUDIȚIA NORMALĂ**: pierderea auditivă medie este mai mică de 20 dB; nu se pun probleme de înțelegere a limbajului vorbit și nu are deci nici consecințe sociale;

❖ **DEFICIENȚA AUDITIVĂ LEJERĂ** (hipoacuzie ușoară): pierderea auditivă medie se situează între 21 și 40 dB. La intensitate normală, vorbirea este percepută, dar anumite elemente fonice îi pot scăpa copilului; sunt percepute zgomotele familiare;

❖ **DEFICIENȚA AUDITIVĂ MEDIE** (hipoacuzie medie): pierderea auditivă medie se situează între 41 și 70 dB. Rondal și Comblain fac distincție între 2 nivele diferite: pierdere tonală medie între 41 și 55 dB și

pierdere tonală medie între 56 și 70dB. Perceperea vorbirii la intensitate normală este dificilă; mesajul verbal este perceput dacă este rostit cu voce tare, aproape de ureche. În absența protezării, există dificultăți de înțelegere, sunt însă percepute zgomotele familiare. Este necesară o protezare și recuperare ortofonică.

❖ DEFICIENȚA AUDITIVĂ SEVERĂ (hipoacuzie severă): pierderea auditivă medie se situează între 71 și 90 dB. Mesajul verbal nu este perceput decât la intensitate foarte mare, foarte multe elemente acustice nefiind însă perceptibile; sunt percepute doar zgomotele puternice. Protezarea și recuperarea ortofonică sunt indispensabile. Autorii disting și aici 2 niveluri diferite: pierdere tonală medie cuprinsă între 71 și 80 dB și pierdere tonală medie cuprinsă între 81 și 90 dB. Prezența resturilor de auz permit un anumit control al vocii.

❖ DEFICIENȚA AUDITIVĂ PROFUNDĂ (hipoacuzie profundă): autorii disting trei nivele diferite: pierdere tonală medie între 91 și 100 dB, pierdere tonală medie între 101 și 110 dB și pierdere tonală medie între 111 și 119 dB. Necesită protezare dar și aportul labiolecturii.

❖ COFOZA (surditate totală) este rară (între 2 și 4%), însemnând absența resturilor auditive începând cu 500 Hz, la o intensitate de 120 dB.

În funcție de **lateralitate**, putem întâlni :

# **deficiențe unilaterale ;**

# **deficiente bilaterale.**

Dupa **momentul apariției deficienței**, întâlnim :

# **deficiențe ereditare (anomalii cromozomiale, transmitere genetica) ;**

# **deficiențe dobândite ;**

# **sau deficiențe prenatale ;**

# **deficiențe perinatale (neonatale) ;**

# **deficiențe postnatale.**

**IV. ETIOLOGIA TULBURĂRILOR DE AUZ** dobândite poate fi prezentat pornind de la momentul apariției lor astfel:

**a. în perioada prenatală :**

- infecții virale sau bacteriene ale mamei(în special cu citomegalovirus si rubella - pojar german) ;
- ingerarea de substante toxice, alcool sau a unor medicamente din grupul tranchilizantelor ;
- tentative de avort prin consumul de substanțe ca:chinina, apa de plumb, ergotina sau prin administrarea în exces de antibiotice;
- iradieri ale mamei în timpul sarcinii ;
- incompatibilitate Rh între mama si făt ;
- traumatisme în timpul sarcinii.

**b. în perioada neonatală(perinatală) :**

- traumatisme obstetricale cu produceri de hemoragii în ureche internă sau la nivelul scoarței cerebrale;
- anorexie sau asfixie albastră, urmată de insuficientă oxigenare a structurilor nervoase cerebrale ;
- bilirunemia sau icterul nuclear.

**c. în perioada postnatală:**

- boli infectioase de tipul:otita, mastoidita, encefalită,rujeolă, febră convulsivă, oreon, etc;
- traumatisme cranio-cerebrale;
- abuz de antibiotice si alte substanțe medicamentoase ;
- traumatisme sonore- acestea pot determina si unele boli profesionale ;
- stări distrofice, intoxicații, afecțiuni vasculare, etc .

# în funcție de localizarea la nivelul urechii putem identifica următoarele cauze :

**A. la nivelul urechii externe :**

- absența pavilionului urechii sau malformații ale acesteia ;
- obstrucționarea canalului auditiv extern cu dopuri de ceara sau cu alte corpuri străine ;
- excrescendele osoase ;

**B. la nivelul urechii medii :**

- otite, mastoidite, corpuri străine ;
- inflamarea trompetei lui Eustachius ;
- leziuni sau malformații ale oscioarelor, otoscleroza ;
- perforarea membranei timpanului, etc ;

**C. la nivelul urechii interne :**

- leziuni sau deformări ale labirintului cochlear ;
- leziuni ale organului lui Corti, membranei bazilare și nervului auditiv.

**V. PROGRAME DE DEPISTARE PRECOCE A TULBURĂRILOR DE AUZ ȘI LIMBAJ:**

- sunt acte de intervenție care pot permite orientarea acțiunilor de prevenire constând în :
  - sfaturi date părinților;
  - utilizarea informațiilor care provin de la medic;
  - dialoguri cu educatorii;
  - programarea unui control ulterior.
- poate furniza sugestii pentru orientarea acțiunilor de intervenție începând cu cele de examinare.
- programul cuprinde mai multe probe ce se repartizează în 4 capitole ce vor corespunde cu cele 4 plaje ale profilului care va rezulta în urma examinării:

a. Depistarea tulburarilor de auz:

- screening auditiv;
- reproducerea unei propozitii;
- proba GASP.

b. Probe pentru evaluarea limbajului oral:

- înțelegerea pe baza întrebărilor;
- expresie pe baza analizei enunțurilor.

c. Probe de articulație și de vorbire:

- repetitie de logatomi;

d. Probe instrumentale:

- reproducerea ritmului, desene, completare de imagini, scriere, etc.

## **VI. EXAMINAREA DEFICIENȚELOR DE AUZ:**

Examinarea funcției auditive este un demers esențial pentru luarea în sarcină a copilului cu deficit auditiv. Acest demers nu poate fi însă separat de examinarea psihologică cu rol în selectarea tipului de examinare audiometrică și în interpretarea rezultatelor acesteia. Vârsta cronologică reprezintă un factor important dar insuficient pentru alegerea metodei de investigație a stării funcției auditive. Cunoșcând vârsta mintală a subiectului putem stabili gradul de credibilitate al rezultatelor investigațiilor, mai ales când fac parte din categoria celor „subiective”. Examinarea complexă, a funcției auditive și cea psihologică permite realizarea diagnosticului diferențiat între cazurile de deficiențe auditive și cele care se traduc prin manifestări lingvistice și comportamente similare: anumite forme de deficiență mintală însoțite de perturbări ale dezvoltării limbajului, afazie, audio-mutitate.

### **VI.1 EXAMINARI OBIECTIVE :**

**VI.1.1 Examenul timpanometric** - permite cunoașterea stării de presiune din urechea medie prin modificarea presiunii aerului din conductul auditiv extern prin înregistrarea grafică a impedanței

timpanului. Aceasta investigație permite și cercetarea *pragului reflexului stapedian*. Permite estimarea nivelului auditivei și integritatea sistemului reflex cu origine în bulbul rahidian.

**VI.1.2 Electrocochleografia** - este o metoda standardizată de către Michael Portmann. Această metodă permite surprinderea activității electrice globale a ansamblului neuro-senzorial al urechii interne. Nu dă informații despre ce se întâmplă pe căile nervoase auditive sau la nivelul bulbului rahidian.

**VI.1.3 Potențiale auditive evocate (PEA)**. Potențialul evocat este foarte complex, el conține răspunsul nervos al urechii, din regiunea bulbară și din protuberanță.

## **VI.2 EXAMINARI SUBIECTIVE:**

Metodele audiometriei permit prin aflarea pragului auditiv (cel mai slab stimul auzit) și a pragului de disconfort (dincolo de care apare senzația de durere) o apreciere exactă a câmpului auditiv.

### **VI.2.1 AUDIOMETRIA TONALĂ:**

- măsoară cu ajutorul tonurilor sau zgomotelor produs de un generator de frecvențe, modul de funcționare a aparatului auditiv;

- scopul testării – de a stabili tipul și gradul pierderii de auz, aducând în același timp informații utile pentru dezvoltarea unor programe de recuperare;

- Pragul auditiv este acel nivel al sunetului sub care subiectul nu mai percepe sunetele sau altfel spus, este nivelul minim la care se obțin cel puțin 2 răspunsuri la 3 sau 4 prezentări ale stimulilor auditivi

- sunt mai multe variante în funcție de vârsta subiectului examinat sau scopul examinării.

- Audiometria tonală permite *obținerea curbei aeriene și osoase pentru fiecare ureche*. Audiogramele rezultate servesc la **aplicatii audioproteice, stabilirea gradului de pierdere auditivă, aprecierea evoluției surdității, realizarea prognosticului auditiv**.

- Se impun reluări periodice ale examinării audiometrice tonale, întrucât curba se precizează o dată cu vârsta.

- **audiometria liminară tonală**: permite stabilirea pragului minim de percepere a sunetelor dintr-o gamă auzibilă.

- **audiometria supraliminară**: permite surprinderea unor distorsiuni ale înălțimii, ale senzației de intensitate și punerea în evidență a sunetelor.

- **audiometria infantilă**: este un demers aparte care vizează populația infantilă; este constituit din *teste de screening auditiv*. Necesită condiționarea copilului.

**VI.2.2 AUDIOMETRIA VOCALĂ**: constă în măsurarea gradului de înțelegere a cuvântului rostit, a cărui intensitate poate fi reglată cu ajutorul unui audiometru.

- prin aplicarea audiometriei vocale se stabilesc 3 praguri diferite:

a. pragul de detectabilitate (subiectul percepe ceva dar nu recunoaște despre ce este vorba);

b. pragul de audibilitate (recunoaște sunetele, dar nu le înțelege semnificația);

c. pragul de inteligibilitate (aude și înțelege cuvântul)

- audiometrie vocală infantilă: se folosește un material accesibil copilului; se recomandă folosirea cuvintelor bisilabice fiind mai bine percepute decât cele monosilabice. Materialul verbal poate fi transmis copilului examinat prin intermediul audiometrului, fie direct de către examinator, cu trei niveluri de intensitate ale vocii.

- metodele fonetice: constau în utilizarea unui material verbal care nu este influențat de nivelul de dezvoltare al limbajului copilului.

- materialul utilizat permite realizarea unui inventar al elementelor fonetice percepute și reproduse. În acest scop sunt folosite silabele sau asociații de sunete fără semnificație: *logatomii*.

### VI.2.3 Alte metode de investigatie a funcției auditive:

- fonetograma Suzannei Borel-Maisonny: este o metodă bazată pe spectrul acustic; permite investigarea zonelor utile și necesare pentru recunoașterea sunetelor vorbirii. Nivelul acustic este limitat la trei grade de intensitate: înaltă, obișnuită, șușotită.

- metoda verbo-tonală a lui Peter Guberina : constă în aplicarea unui material vocal (consoane și vocale) cu o anumită dominantă acustică.

- **testul fonetic al lui Jean Claude Lafon:** conține liste de serii a câte 10 cuvinte alcătuite din trei foneme. Florin Constantinescu – 1964 – a fost cel care a întocmit liste de cuvinte echilibrate fonetic pentru limba română.

- testul fonetic măsoară recunoașterea structurilor fonetice elementare, corespunzând din punct de vedere articulatoriu percepției fonemelor. Această metodă poate fi folosită pentru aprecierea percepției vorbirii și pe alte căi decât cea auditivă.

### VI.2.4 Investigarea labiolecturii :

# în contextul preocupărilor actuale pentru depistarea, diagnosticarea precoce a deficientului senzorial auditiv în scopul intervenției adaptate pentru evitarea sau limitarea deficienței, se înregistrează o serie de cercetări care au condus la scăderea mediei de vârstă la care este cunoscut deficitul auditiv al copilului;

# se află în curs de evaluare teste semiautomate sau complet automatizate pentru programe de *screening neonatal* (B. Mc Cormick, 1994); printre metode mai noi amintim RETC și înregistrarea emisiilor acustice.

## VII. FORME ALE INTERVENȚIEI COMPENSATOR RECUPERATORII ÎN DEFICIENȚELE AUDITIVE.

Intervențiile compensator-recuperatorii, în deficiențe de auz sunt de trei feluri: **chirurgicale, protezice, psihopedagogice.**

- Chirurgicale: au drept scop remedierea sau ameliorarea deficiențelor cu origine organică precizată, ceea ce înseamnă că posibilitățile de intervenție sunt limitate și depind de o serie întreagă de factori . În principiu surditățile de transmisie sunt operabile dacă nervul auditiv este



idemn iar procesele inflamatorii sau degenerative otice lipsesc; intervenția chirurgicală este recomandată și în cazul implantului cohlear este mai eficient la persoanele cu surditate dobândită și nu mai devreme de 3 – 4 ani.

- Intervențiile protezice constau fie în metoda de mai sus amintită a implantului cohlear, fie în purtarea unei proteze, tipul și configurația acestora fiind stabilite în urma unui consult de specialitate.
- Intervențiile psihopedagogice : trebuie să fie imbinat într-o strategie compensator-recuperatorie.

Fundamental în ceea ce privește intervențiile psihopedagogice, este sistemul de activități cunoscut sub numele de demutizare.

Demutizarea se definește - un ansamblu de activități de învățare (de dezvoltare a comunicării prin limbaj) a copiilor cu insuficiențe grave de auz - aceste activități fiind individuale și de grup, cu conținuturi și cu tehnici de lucru specifice și diferențiale, ce se desfășoară pe tot parcursul programului zilei, în context situațional variat, în orele de clasă și în afara acestora în școală și în familie.

### **VIII. PROTEZE SI PROTEZARE:**

Purtarea de aparatură (proteze) auditive este indicată în toate cazurile de deficiență de auz care nu poate fi ameliorată medicamentos sau chirurgical.

- Scopul esențial al protezării – restabilirea cât mai complexă a capacităților de comunicare a persoanelor cu deficiențe de auz; acest scop nu poate fi atins atunci când protezarea nu se face la timp ( în cazul copiilor cu cât protezarea se face mai timpuriu cu atât rezultatele sunt mai bune) sau se face defectuos.

#### **VIII.1 Structura aparatelor auditive:**

- sunt constituite din : **receptor de sunet (microfon), un amplificator (circuit de amplificare), un emițător de sunete;**

- receptorul transformă sunetul în impulsuri electrice, acestea vor fi apoi prelucrate în amplificator în funcție de amplitudine și frecvență înainte de a fi din nou transformate în semnal acustic de către emițător;

- pe lângă microfon, aparatele auditive pot fi dotate și cu o bobină pentru receptarea undelor electromagnetice;

- în plus aparatele auditive pot avea și o intrare galvanică directă pentru conectarea la surse externe cum ar fi sistemele de transformare fără cablu – exemplu: frecvențele FM - ;

- intrarea audio este un accesoriu indispensabil pentru o cât mai bună recuperare a copiilor cu deficiențe de auz.

### **VIII.2 Tipuri de proteze:**

După FORMĂ și MODALITĂȚI de purtare:

- **aparate auditive retroauriculare;**

- **aparate auditive intreaauriculare;** (nu sunt recomandate copiilor, pentru aceștia este indicat implantul cohlear),

- **aparate auditive cu procesare analogă a sunetului:** cu reglare manuală și cu programare automată.

Protezarea nu se rezumă doar la aparate auditive; o bună protezare înseamnă pe lângă nivelul tehnic al aparatului auditiv și adaptarea, reglarea individuală a protezei auditive de care trebuie să se ocupe un acustician specializat.

Atunci când trebuie să realizăm protezarea unui copil cu deficiențe de auz, trebuie să se parcurgă următoarele etape:

**1.Consilierea părinților:** conștientizarea importanței pe care o are o protezare adecvată pentru dezvoltarea armonioasă a copilului cu deficiență de auz; se va discuta problemele legate de deficiența de auz, prezentarea posibilităților de protezare, explicarea modului de folosire și de întreținere corectă a acesteia.

**2.Otoscopia:** constă în examinarea conductului auditiv extern cu ajutorul otoscopului pentru a vedea dacă acesta este curat și liber ( un dop de cerumen care blochează canalul auditiv extern poate duce la pierderea de auz de până la 30 dB) dacă timpanul este inflammat sau perforat;

**3. Audiometria tonală:**

- prin conducția aeriană și osoasă se stabilește pragul auditiv (nivelul de intensitate sub care individul nu mai percepe sunetul), se determină apoi gradul deficienței ( ușoară, moderată, severă sau profundă) și a tipului de deficiență (de transmisie, de percepție sau mixtă) Tot prin investigație audiometrică se stabilește și pragul de intensitate neconfortabilă - important pentru reglarea protezei.

**4. Audiometria verbală:** urmărește stabilirea pragului de inteligibilitate și a pragului de distorsiune fiind important pentru controlul ulterior protezării; se alege și se reglează aparatele auditive care se va face în urma stabilirii amplificării necesare prin anumite formule de calcul;

**5. Amprentare:** (luarea mulajului) se realizează în vederea confecționării olivelor. Calitatea plivelor depinde în bună măsură de corectitudinea amprentării.

**6. Confecționarea olivei:** trebuie să respecte anumite cerințe, astfel încât oliva să fie confortabilă, bine mulată, ușor de montat și de scos. Se poate confecționa din material moale sau tare, pentru copii fiind recomandate olivele din material moale.

**7. Control periodic:** urmărește să evidențieze dacă protezele sunt eficiente în viața de zi cu zi, dacă sunt necesare ajustări sau dacă se impune schimbarea protezelor. Trebuie luate în considerare observațiile părinților și ale pedagogilor și desigur, trebuie umărite reacțiile copilului. O bună protezare impune munca în echipă și colaborarea între specialiști, cadre didactice, părinți și copii.

## **IX. Forme de comunicare în procesul educațional al copiilor cu deficiențe de auz:**

- a. Comunicare verbală: orală și scrisă; are la bază un vocabular dirijat de anumite reguli gramaticale; labiolectura este un suport important în înțelegere;
- b. Comunicare mimico-gestuală – este cea mai la îndemână formă de comunicare , de multe ori folosită într-o manieră stereotipă și de auzitori;
- c. Comunicarea cu ajutorul dactilemelor – are la bază un sistem de semne manuale care înlocuiesc literele din limbajul verbal și respectă anumite reguli gramaticale, în ceea ce privește topica formulării mesajului;
- d. Comunicarea bilingvă – comunicare verbală împreună cu comunicarea mimico-gesticulară și comunicarea verbală împreună cu comunicare cu dactileme;
- e. Comunicarea totală – folosirea tuturor tipurilor de forme de comunicare, în ideea de a se completa reciproc și de a ajuta la corectă înțelegere a mesajului.

## CURSUL X

### DEFICIENȚA DE VEDERE

- **PROBLEMATICA TIFLOPSIHOPEDAGOGIEI**

**Definiție:** Tiflopsihologia este o ramură a psihopedagogiei speciale sau a defectologiei, având ca obiect de studiu legile specifice și fenomenele ce caracterizează dezvoltarea diverselor structuri ale personalității deficienților vizuali (nevazatori și ambliopi), a instruirii și educării acestora, cu scopul fundamentării științifice a măsurilor și metodelor menite să contribuie la recuperarea și integrarea socială a diferitelor categorii de deficienți.

Inițial, deficiența de vedere produce un dezechilibru la nivel comportamental, influențând, negativ, relațiile subiectului cu mediul înconjurător. La deficienții de vedere din naștere, deși apar dificultăți de relaționare, tensiunile interioare sunt mai reduse, spre deosebire de handicapul de vedere survenit (accidente, boli) unde dezechilibrele sunt foarte puternice, iar frământările îl marchează pe individ toată viața.

Este de menționat faptul că în problematica tiflopsihologiei intra nu numai cazurile de cecitate totală, dar și categoriile de deficienți care prezintă diferite grade de diminuare a vederii, de la ambliopia ușoară până la ambliopia gravă și cecitatea practică (orbii cu vedere reziduală).

Tiflogia, cu subramurile ei, tiflopsihologia și tiflopedagogia, marchează și ea caracterul de disciplină de graniță din cadrul psihopedagogiei speciale (defectologie) și este centrată pe studiul particularităților psihice ale deficienței de vedere, evoluția activității psihice și dezvoltarea operațiilor instrumentale, constituirea structurilor de personalitate și organizarea activității instructiv – educative, a celor educaționale – recuperative în vederea pregătirii subiectului pentru viață. În acest scop, din tiflopsihologie s-a diferențiat o parte specială, denumită tiflometodică, axată pe metodologia predării disciplinelor de studiu cuprinse în programa școlară, iar din tiflopsihopedagogie s-a constituit tiflotehnica, ca parte teoretico-

practicî a construirii si folosirii materialului didactic si a aparaturii de utilizare în activitatile scolare.

Deficienta vizuala poate fi partiala, cand diminuarea acuitatii vizuale centrale este cuprinsa între 0,05 – 0,2(ambliopia) sau totala (cecitatea).

Unele societati din antichitate, cât si de mai târziu, valorizau pe unii nevazatori pentru înțelepciunea de care dadeau dovada, si din rândul lor se constituia sfatul comunitatii ( sfetnicii ).

Despre Homer, autor al

Iliadei si Odiseei, se spune ca era nevazator, iar justitia era înfatisata prin chipul zeitei Atena, legata la ochi. Aceiasi apreciere deosebita pentru competenta nevazatorilor l-ar fi determinat pe cunoscutul filosof Democrit (460-370 î.e.n ), ca la batrânete, sa-si provoace orbirea, traird cu convingerea ca în felul acesta își ajuta spiritul sa patrunda tot mai adânc în tainele cunoasterii. Mai târziu, Aristotel , preocupat de aceasta deficienta, a încercat sa explice orbirea din perspectiva filosofica si a subliniat implicatiile acesteia înde dezvoltarea fiintei umane. Pedagogul Komenski a demonstrat necesitatea instruirii orbilor pornind de la evidentierea capacitatilor lor psihice, iar filosoful francez Diderot, în lucrarea intitulata „ Scrisoare asupra orbilor „, reuseste sa surprinda caracteristici psihice importante pentru domeniul tiflopsihologiei ( prieteni ai ordinii, cunoasterea obiectelor cu ajutorul tactului, aprecierea cu precizie a timpului prin considerarea succesiunii ideilor si a actiunilor etc.).

#### • **ETIOLOGIE SI CLASIFICARE ÎN DEFICIENTA DE VEDERE**

Nu exista factori deosebiti care sa determine pierderea totala sau numai partiala a vederii, si de aceea cauzele cecitatii si ambliopiei nu pot fi studiate separat. Astfel, gravitatea deficientei este dependenta si de modul cum sunt receptati de organism factorii respectivi, vârsta la care se produce deficienta, rezistenta organismului sau fragilitatea acestuia, capacitatea individului de a depasi momentele grele , etc. Ca atare, dintre cele mai cunoscute si frecvente cauze si forme ale deficientei de vedere le mentionam pe urmatoarele:

#### • **TULBURARILE REFRACTIEI OCULARE (ametropiile )**

Formarea imaginii retiniene normale depinde de doua elemente principale:

- în primul rând, de starea de refractie a ochiului ;
- în al doilea rând, de transparenta perfecta a mediilor refrigerente.

Rezulta ca principala conditie pentru formare corecta si adecvata a imaginilor pe retina consta în structura normala a globului ocular.

Ochiul care prezinta o refractie normala se numeste emetrop, iar tulburarile de refractie se numesc ametropii, iar functionalitatea normala depinde de integritatea tuturor elementelor externe si interne . Ca ametropii putem vorbi de:

**a). Miopia.**

**Ochiul miop prezinta anomalii morfofunctionale, din care rezulta formarea focarului razelor de lumina în fata retinei, astfel încât imaginea retiniana devine neclara .**

Miopul percepe clar obiectele aflate în apropiere, acestea fiind exact reproduse pe retina, spre deosebire de obiectele aflate la distante mai mari, care sunt vazute difuz. Corectarea optica a miopiei se realizeaza cu lentile divergente, concave ( notate cu minus ).

La rândul lor , miopiile pot îmbraca doua forme :

- **miopia benigna** ( sau scolara ) : se caracterizeaza printr-o dinamica progresiva lenta. Cresterea miopiei benigne continua, de obicei, numai pâna la vârsta de 20-21 ani (atât cât exista tendinta de crestere a întregului organism ). În general, miopia benigna nu depaseste 6 pâna la 10 dioptrii.

- cea de a doua forma de miopie este **miopia maligna** (miopie foarte progresiva ) . Aceasta trebuie privita ca o afectiune oculara grava, prezentând o tendinta progresiva, ceea ce face sa se ajunga uneori la 15-40 dioptrii. În cazul miopiei ce prezinta multe dioptrii, corectarea nu se poate realiza decât partial.

**b). Hipermetropia**

**Consta într-o refractie diminuata sau într-o micșorare a diametrului antero-posterior al ochiului, astfel încât focarul principal al razelor de lumina se formeaza în spatele retinei, imaginea retinei fiind, de asemenea neclara. Obiectele sunt percepute mai clar la distanta si mai difuz în apropiere.**

Copii si tinerii compenseaza relativ usor hipermetropia mica si medie prin procesul acomodarii, fiind vorba, în acest caz, de hipermetropie latentă ( nu sunt necesare mijloace optice – lentile ). În cazul hipermetropiei mai mari, care se datoreaza unei malformatii oculare (globul ocular este mai scurt ) si atunci se asociaza cu ambliopie congenitala, se recomanda corijarea optica integrala (lentile convexe,

notate cu + ).

Hipermetropia nu trebuie confundata cu presbiopia (presbitia), care nu este un viciu de refractie, ci o manifestare fiziologica pentru vârstele de peste 45-50 ani, datorându-se pierderii elasticitatii cristalinului, deci a acomodarii

### **c.) Astigmatismul**

Datorat unei structuri deficitare a corneei care prezinta în fiecare meridian o alta putere de refractie, rezlutând imagini retiniene deformatate ( punctul poate fi vazut ca virgula, cercul ca un elipsoid).

Si astigmatismul poate cuprinde forme particulare de tipul miopic, hipermetropic si foarte rar astigmatism pur.

Corijarea optica se obtine cu ajutorul lentilelor cilindrice. Astigmatismul mare si congenital se asociaza, frecvent, cu o ambliopie înnascuta.

### **d.) Anizometropia**

Este determinata de existenta unei diferente de refractie intre cei doi ochi din care unul este emetrop iar celalalt cu tulburari de refractive (ametrop). Exista si posibilitatea ca ambii ochi sa fie ametropi, dar cu puteri de refractie diferite.

## **OPACITATILE MEDIILOR REFRINGENTE.**

Opacifierea mediilor de refractie, care în mod normal sunt perfect transparente, duce, în functie de localizare si extinderea opacitatilor , la deficiente vizuale de diferite grade .

Aceste opacitati ale mediilor refringente sunt determinate de traumatisme grave, procese inflamatorii grave, distrofii ireversibile, de uscare a corneei si de factori care au actionat în viata intrauterine (factori congenitali).

Dintre traumatisme, amintim plagile, provocate de corpi straini si arsurile, cauzate de substantele bazice si acide. În aceste cazuri, vindecarea se face, de cele mai multe ori, cu alterari cicatriciale pronuntate.

Procesele inflamatorii care provoaca opacitatile definitive ale corneei debuteaza ori pe conjunctivita si se extind secundar asupra corneei, ori apar direct pe cornee. Dintre procesele inflamatorii amintim : oftalmia blenoragica a nou-nascutilor, trahomul, scrofuloza corneana, keratita perenchimatoasa si ulcerul serpiginos.

### **a. Keratita**

Se manifesta in a doua decada de vârsta prin cresterea distorsiunii câmpului vizual si a vederii la distanta. Este recomandat transplantul de cornee (keratoplastie) si lentile de contact rigide.

#### **b. Leucomul**

Sau opacifierea corneana cicatriceala – aparitia unei cicatrici groase, albe, care suprima partial sau total transparenta corneei prin blocarea circulatiei umorii apoase rezultând scaderea sensibilitatii de contrast, a acuitatii vizuale si aparitia scotoamelor.

#### **c. Cataracta**

Congenitala sau dobândita, consta în opacifierea totala sau partiala a cristalinului si are la baza cauze de genul intoxicatiilor medicamentoase, agentilor fizici, rubeolei, etc

#### **d. Aniridia**

Lipsa membranei irisului sau subdezvoltarea acestuia – este o boala ereditara care duce la diminuarea acuitatii vizuale cu pâna la 2/10, fotofobie, îngustarea câmpului vizual, cataracta, luxatie de cristalin, opacifiere de cristalin, glaucom si strabism. Necesita corijare cu lentil obscure, iluminat slab, protejare de soare.

#### **e. Keratomalcia**

Dintre procesele distrofice grave si ireversibile ale corneei trebuie amintita keratomalcia (carenta vitaminei A ), care se manifesta la sugarul cu distrofie generala.

#### **f. Necroza**

Uscarea corneei sau necroza constituie un fenomen secundar ce se poate manifesta dupa unele afectiuni conjunctivale grave (trahom).

Oprirea secretiei lacrimale si lipsa umectarii ochiului cu lichidul lacrimal cauzeaza opacifierea corneei si instalarea unui defect vizual ireversibil.

**Afectiunile retinei (retinopatiile) ce pot fi congenitale sau dobândite. Retinopatiile privesc organul propriu-zis de receptie a imaginii vizuale, fiind periculoase pentru functia vizuala. Ele Diminueaza acuitatea vizuala centrala, vederea cromatica si diurna, ca si acuitatea vizuala periferica, vederea crepusculara, cu pastrarea relativa a acuitatii vizuale centrale. În aceasta categorie se încadreaza : atrofia optica, degenerescenta retiniana ereditara si ablazia centrului retinei (*albinismul si nictalopia*).**

Retinopatiile dobândite privesc dezlipirea de retina, afectiunile vasculare ale ochiului, boli generale cu accidente retiniene si tumorile maligne ale retinei iar retinopatiile congenitale duc, de cele mai multe ori, la cecitate(orbire).



- **AFECTIUNILE DE LA NIVELUL NERVULUI OPTIC SI AL CAILOR OPTICE INTRACRANIENE.**

Aceste tulburari pot fi localizate în interiorul globului ocular, la nivelul papilei optice, sau în spatele ochiului. Ele sunt cauzate de procese inflamatorii, modificari degenerative, afectiuni retrobulbare ale nervului optic prin intoxicatii, tumori și, traumatisme, afectiuni ale traiectului optic, atrofia nervului optic.

### **Formele cecitatii corticale**

Din tabloul clinic al afectiunilor centrilor vizuali superiori fac parte : scotoamele ( pete oarbe sau puncte albe în câmpul vizual ), fotopsiile (fenomene de exercitare optica de tipul unor fulgere si scânteii), aceste epileptiforme cu halucinatii vizuale, cecitatea psihica ( se numeste si agnozie optica si înseamna imposibilitatea de a identifica vizual, obiectele, pacientul trebuie sa recurga la investigatii tactile, auditive si olfactive ).

O mentiune aparte o facem în legatura cu *glaucomul* ce este o afectiune extrem de grava , simptomul principal fiind cresterea tensiunii intraoculare ce duce la excavatia papilei si la atrofierea globului ocular. Are caracter progresiv, leziunile aparute fiind ireversibile si constituie, de multe ori, o cauza a orbirii la vârstele adulte. Se caracterizeaza prin dereglari ale campului vizual (restrângerea acestuia), tulburari ale sensibilitatii cromatice, lacrimare excesiva, fotofobie, opacifierea cristalinelor. Este o boala evolutiva ce duce iremediabil la orbire. Pe parcursul evolutiei bolii apar dureri ale globului ocular, stari de vertij, largirea petei oarbe si scotoame.

Aceeasi subliniere o merita si *strabismul* ce consta în tulburari în structura orbitei, a muschilor oculari, a fuziunii imaginilor. Strabismul poate fi latent (heterotropia ) si manifest. Strabismul latent este caracterizat de faptul ca pozitia strabica a ochiului nu este vizibila, iar deviatia poate fi compensata printr-un efort muscular suplimentar. Se corecteaza prin acoperirea unui ochi si folosirea de ochelari.

În cazul strabismului manifest (estropia), devierea ochiului este vizibila usor.

- **DEZVOLTAREA PSIHICA A PERSOANELOR CU DEFICIENȚA DE VEDERE**

Dezvoltarea psihica a deficientului de vedere este relativ normala, daca persoana își desfasoara viata într-un mediu favorabil din punct de vedere cultural si afectiv.

### **Perceptia**

Caracteristicile psihice pot fi afectate – mai mult sau mai puțin. Astfel, percepția depinde de forma și gradul deficienței, de vârsta și de dezvoltarea psihică a subiectului. Ea este fragmentată, cu prezenta unor imagini neclare și frecvent distorsionate.

Desigur, dificultățile sunt legate de gravitatea deficienței de vedere. M. Stefan (1999) subliniază, ca în condițiile cecității, uneori cu resturi de vedere, caracterul sărac, incomplet și eronat al percepțiilor se accentuează și prin această schemă perceptivă nu contribuie, nemijlocit, la declansarea reprezentărilor și la actualizarea imaginilor complexe. De aici deducem că randamentul mental poate fi scăzut în anumite cazuri, datorită unei dificile actualizări a imaginii, ceea ce duce la întâzieri în planul gândirii și al achiziției operațiilor instrumentale.

Există o serie de măsuri bazate pe compensare, care antrenează, perfecționează și dezvoltă percepția vizuală. Aceste măsuri se dovedesc a fi de ajutor, mai ales atunci când ele se corelează cu antrenarea altor modalități de recepție, cum sunt cele tactil-kinestezice invocându-se cât mai des experiența optică anterioară a subiectului.

### **Reprezentările**

În ceea ce privește reprezentările, caracterizarea lor se face în funcție de forma deficienței de vedere și de momentul apariției acesteia.

Reprezentările sunt dependente și de integritatea analizatorilor. Pentru persoanele cu deficit congenital, imaginile mentale sunt legate de componentele auditive. La deficientul tardiv sau în ambliopie, există urme ale unor imagini mentale ce sunt stimulate verbal. La nevazatori, are loc formarea și dezvoltarea unor reprezentări spațiale pe baza explorării tactil-kinestezice a obiectelor. Volumul, forța, cantitatea și calitatea reprezentărilor sunt în decalaj față de cunostințele verbale, ceea ce se observă în recunoașterea unor obiecte sau fenomene și în capacitatea redusă de actualizare a unor caracteristici definitorii.

### **Gândirea și limbajul**

Decalajul de care vorbeam anterior, se instalează datorită dezvoltării limbajului, a comunicării și existenței unui volum redus de imagini.

Desigur, acest fenomen apare în favoarea vorbirii, tocmai datorită dificultăților ivite în actualizarea imaginilor percepute. Acest lucru duce la o stimulare parțială a gândirii, care nu dispune de un suport intuitiv, ajungându-se la dificultăți în folosirea generalizărilor și abstractizărilor.

Este redusă și capacitatea de analiză și sinteză optică, care se accentuează când este prezent și un retard mintal, și în felul acesta apar dificultăți în însușirea operațiilor instrumentale. Atât gândirea cât și vorbirea se sprijină pe date senzoriale ale realității obiective, date cu ajutorul cărora se elaborează noțiuni, judecăți, raționamente.

La nevăzatori, lipsa acestor date senzoriale, într-o măsură mai mare sau mai mică, duce la existența unui decalaj între latura abstractă și cea concretă a cunoașterii. Ca urmare, îmbogățirea vocabularului, la nevăzatori, se face mai repede, ei folosind unele cuvinte fără a cunoaște de fapt fenomenul sau obiectul desemnat de acestea. Acest decalaj caracterizează orbii în primii ani de instruire. Datorită explorării tactile kinestezice a obiectelor prin intermediul percepțiilor și reprezentărilor tactile, nevăzătorii obțin date obiective adecvate realității.

### **Atenția și memoria**

Sunt puncte forte ale nevăzătorilor. Atenția este relativ bine dezvoltată, este favorabilă unei bune evoluții a limbajului, deci orientează activitatea mintală prin audiere, deosebit de importantă pentru ei. Nevăzătorul, neputând urmări cu precizie pe care o vede existentă unui obstacol sau evoluția în spațiu a unui obiect sau fenomen pe care-l percepe auditiv, trebuie să-și deplaseze permanent atenția, să o concentreze într-o direcție sau altă după intensitatea și semnificația stimulilor percepțivi.

Memoria are calități superioare, iar prin apelarea mereu la ea nevăzătorul sau ambliopul realizează un antrenament continuu al acesteia. Aceste persoane au posibilitatea actualizării unei mari cantități de informații acumulate, putând avea o eficiență mult mai mare în planul memoriei decât văzătorii.

#### **• ÎNVĂȚAREA SCRIS-CITITULUI ÎN BRAILLE**

În cazul ambliopilor, cu excepția celor care prezintă afecțiuni ce duc, iremediabil, la orbire, este posibilă învățarea sistemului scrierii obișnuite (alb-negru) însă se folosesc materiale didactice specifice, cum ar fi, înclinarea meselor, astfel încât vizualizarea să fie maximă, iluminarea cât mai bună a salilor și pe cât posibil aceasta să fie naturală, caiete și cărți speciale.

Nevăzătorii folosesc un sistem de scriere și citire special, în care funcția dominantă o are analizatorul tactil-kinestezic. Preocupările pentru a crea o scriere accesibilă orbilor datează din cele mai vechi timpuri. La început, s-au folosit noduri de sfori de cca. 1 – 1 ½ m care prin distanță dintre ele, grosimea și tipul lor (marina - 30 tipuri de noduri) capatau semnificația unor litere sau cuvinte. S-a mai utilizat scrierea pe placă în relief, cât și aranjarea unor pietre sub forma unor

litere asezate într-o lada mare cu nisip. Toate aceste modalitati de scriere prezentau un caracter limitativ. În 1809, Louis Braille, nevăzător în urma unui accident, a realizat un sistem logic de litere și semne punctiforme, inspirându-se din scrisoarea secretă a unui capitan din armata franceză, scriere folosită pe timpul nopții. Braille realizează un alfabet format din 76 de semne diferite, fiecare semn fiind alcătuit din 1-6 puncte în relief.

Punctele au înălțime de 1 mm și o distanță între ele de 2,5 mm (măsurată de la centru). Este interesant faptul că Braille, deși nu era psiholog, prin această înălțime și distanță între puncte a sesizat pragul maximal al sensibilității tactice. Îmbunătățindu-și propriul sistem alfabetic, el ajuns la 64 de combinații, rezultate din schimbarea poziției celor 6 puncte, alcătuiind un alfabet punctiform cu 64 de semne de relief.

Alfabetul creează aceleași posibilități de exprimare grafică cu cel alb-negru.

La însusirea scris-cititului în Braille participă 4 analizatori : auditiv, verbo-kinestezic, tactil și kinestezic. Pe baza analizatorului auditiv, se realizează discriminarea fonetică și învățarea emiterii corecte a sunetelor. Cu ajutorul analizatorului verbo-kinestezic se poate descompune cuvântul în foneme și înțelegerea lui ca unitate semantică, pentru că mai apoi să poată fi transpus în scris, sub forma de grafeme cu ajutorul analizatorilor tactil și kinestezic. Alfabetul, semnele de punctuație, cifrele se realizează prin combinarea a 6 puncte ce își găsesc locul în fiecare celulă a plăcii de scris.

- **CIFRELE ȘI SEMNELE MATEMATICE**

În scrierea Braille, litera scrisă nu este similară cu litera citită, fiind opusul imaginii primei.

Se folosește o placută cu casute în care se pot înțepa cu punctatorul, unul sau 6 puncte, iar litera apare pe partea opusă a hârtiei înțepate (carton sau hârtie cerată). Scrierea se face de la dreapta la stânga, pentru că apoi să poată fi citită de la stânga la dreapta prin întoarcerea foii. Punctatorul este utilizat, de obicei, de mâna dreaptă, în timp ce stânga, urmărind mâna dreaptă, identifică rândul următor la întoarcere.

Citirea se face prin analizatorul tactil și kinestezic al mâinii drepte, perceperea literelor făcându-se cu policile degetelor, iar mâna stângă îndeplinind rolul de control. Viteza crește pe baza exercitiului, dar și în funcție de calitatea hârtiei de scris.

- **INTEGRAREA SOCIO-PROFESIONALĂ A PERSOANELOR CU HANDICAP DE VEDERE**

Datorită deficitului pe care îl prezintă, aceste persoane simt nevoia unei ordini deplină, a așezării și păstrării obiectelor în locuri bine delimitate, bine știute pentru a putea fi ușor găsite. Sunt disciplinați și manifestă un autocontrol față de comportamentele proprii, pentru a se adapta și corela mai bine cu cei din jur.

În școlile profesionale și medii-tehnice, deficientii de vedere (în mod special nevazatorii) sunt pregătiți pentru exercitarea unor profesii în care reușesc să dea un randament maxim și în care își găsesc o deplină satisfacție. Dintre aceste meserii, menționăm următoarele: maseori, asistenți medicali, producători mobilă, telefonisti, radiotelefonisti, acordori de instrumente muzicale, confecționeri de perii și mături, obiecte de nuiele, nasturi, ambalaje din carton, tapiteri, plapumări și altele. În același timp sunt mulți nevazatori care absolvă o formă sau alta de învățământ superior (alături de colegii lor normali) și care realizează chiar performanțe superioare în domeniul respectiv.

Pentru a obține rezultate bune în instruirea și educația copilului deficient de vedere, este necesar, așa cum am mai precizat, să se facă o investigație psihologică complexă la început, iar apoi, pe baza datelor obținute, putem aplica, pe lângă o instruire și educație, adaptate handicapatului și profunzimii acestuia, o serie de psihoterapii care să accelereze procesul recuperativ.

**Orientarea în spațiu și în timp a deficientilor de vedere Prin orientarea spațială se înțelege capacitatea omului de a percepe însușirile spațiale ale obiectelor, dispunerea lor în spațiu și poziția proprie față de ele. De asemenea, orientarea spațială presupune capacitatea păstrării și restabilirii unei poziții în spațiu, precum și direcționarea mișcărilor de deplasare spre diferite repere mai apropiate, perceptibile sau îndepărtate, care nu se pot cunoaște nemijlocit.**

La orbi, numai unele dintre aceste elemente, care realizează orientarea spațială, sunt afectate mai adânc din cauza absenței controlului optic.

Cunoașterea însușirilor spațiale ale obiectelor are loc prin intermediul percepției tactile. Capacitatea păstrării și restabilirii unei anumite poziții în spațiu, care se bazează în primul rând pe senzațiile labirintice și kinestezice, nu este afectată la deficientii vizuali. Orientarea la distanță

mari, ce se bazeaza de obicei pe informatii optice, cunoaste la orbi o dereglare si restructurare profunda.

Cunoasterea generalizata a spatiului este accesibila si deficientilor vizual, cu conditia acumularii unui numar mare de reprezentari spatiale si asigurarii elementelor instructive necesare ( formarea deprinderilor de masurare si construire , studiul geometriei, utilizarea modelelor, cunoasterea planurilor si a hartilor geografice).

Orientarea spatiala a deficientelor vizuale este dependenta si de marimea spatiului si de analizatorii implicati.

Simtul olfactiv, pentru persoanele lipsite de vedere, dar mai ales pentru orbii-surzi, dobândește o semnificație deosebită, furnizând de la distanță o serie de informații necesare pentru orientare. Toate indiciile olfactive trebuie să acționeze în strânsă legătură cu informațiile provenite pe calea altor tipuri de sensibilitate pentru a fi mai eficiente.

Receptorii termici ai analizatorului cutanat furnizează și ei informații în legătură cu distanța și direcția unor repere, datorită căldurii radiante ale acestora.

O altă modalitate a orientării spațiale o constituie mecanismele vestibulare, care asigură starea de echilibru.

La un moment dat s-a pus problema existenței celui de al 6-lea simț, caracteristic nevăzătorilor. De fapt, putem spune că acest simț constă în dezvoltarea deosebită a analizatorilor sănătoși și de motivație sporită de antrenare a acestora, toate la un loc evoluând spre o cât mai bună adaptare.

Orientarea spatiala se realizeaza si prin perceperea curentilor de aer, în locuri închise sau deschise ( sunt diferite din acest punct de vedere ), pe partile descoperite ale corpului ( în special pe fata și dosul palmelor ), cu ajutorul zgomotelor sau vibrațiilor percepute prin intermediul pasilor sau a bastonului ( ce sunt și ele diferite în raport de apropierea sau îndepărtarea de un obstacol ) și mai rar cu ajutorul câinilor ( pentru că sunt costisitori, greu de dresat și mai cu seama pentru că nevăzătorul poate deveni prea dependent de acestia).

- **PROBLEMA COMPENSĂRII**

Legea compensației caracterizează întreaga mobilizare și utilizare a resurselor sistemului biologic, în cazul unor condiții critice ale organismului, ca sistem. În condițiile tulburării sau

distrugerii unor componente ale sistemului, compensatia se defineste tocmai prin capacitatea sistemului de autoconstituire structurala si functionala.

În domeniul productiei materiale, datorita compensarii, orbii își pot însusi peste 400-500 de operatii ale profesiei ( mecanizate, automate si semiautomate).

Dar, modul în care se realizeaza compensarea capata si o serie de valente ce sunt dependente de capacitatile subiectului. Astfel, o buna dezvoltare psihica contribuie la cresterea posibilitatilor de adaptare la conditiile de mediu, deoarece subiectul, pe baza experientelor si acumularilor de informatii, își poate elabora strategii pe care le aplica la noile situatii ce le traverseaza. Se construiesc imagini mintale pe baza carora se realizeaza adaptarea prin actiuni si comportamente exercitate prin miscare, ceea ce i-a facut pe unii autori sa vorbeasca de o „harta itinerar” (W.Roth, 1973).

Exista mai multe principii al fenomenului compensarii :

**1. Principiul integrării si ierarhizării** stabileste, dupa anumite criterii de eficienta, raporturi dinamice de subordonare, comutare, succesiune, substitutie între diferitele unitati ale comportamentului. Asadar, integrarea si ierarhizarea asigura atât unitatea de ansamblu a comportamentului, ca o conditie necesara a echilibrării cu mediul, cât si largirea sferei disponibilitatilor de decizie si alegere în situatii variabile.

Mediul social exercita o influenta reglatorie asupra structurilor tulburate, lezate sau a structurilor comportamentale.

**2. Principiul activismului** semnifica mobilizarea subiectului într-o activitate , iar valoarea acestui principiu este confirmata de rezultatele ce se obtin în compensarea si recuperarea deficientelor prin metoda ergoterapiei, adica a activismului psihofizic, cât si pe calea exercitiului, a activitatii, a învatării.

**3. Principiul unitatii** realizeaza integrarea, echilibrul si armonia starilor fizice, psihice si morale, ceea ce constituie conditia esentiala a integritatii psihofizice a personalitatii.

**4. Principiul analizei si sintezei** prezinta importanta pentru modul cum subiectul este nevoit sa analizeze obiectele si fenomenele pe secvente sau unitati, ca apoi sa le reconstituie unitar în vederea unei cunoasteri cât mai depline.

**Compensatia exprima capacitatea sistemului biologic de a realiza rezistenta la perturbatii si de a adopta forme comportamentale care sa-i permita o structurare organo-functionala si de autocontrol în raport cu influentele înconjuratoare.**

Compensatia se poate realiza prin :

- regenerare organica (refacere de tesuturi) ;
- vicariere (suplinire a unor functii afectate prin altele ce sunt valide );
- restructurarea functionala (transferul unor functii de la organul afectat al nivelului sanatos).

În unele forme de ambliopie, acuitatea vizuala se remediaza partial, prin folosirea ochelarilor . Pe lânga aceste elemente de protezare, în acest domeniu s-au construit masini de scris speciale menite sa realizeze un „citat” codificat, prin folosirea unor stimuli verbali. Au fost confectionati, de asemenea, ochelari bazati pe celule fotosensibile care transforma sursa de lumina în sunet, în scopul facilitarii orientarii în conditiile de mediu. Toate acestea sunt menite sa contribuie la întregirea capacitatii individului de a se compensa si adapta la mediul înconjurator. Prin urmare, se poate vorbi de o compensatie cu ajutorul mijloacelor spontane, iar alta dirijata, organizata prin educatie (M.Stefan), în care o mare importanta o au modalitatile tehnice (A. Rozorea, 1997).



## DEFICIENȚA NEUROMOTORIE

Spre deosebire de alte categorii de deficienți, cei de ordin fizic au fost mai puțin studiați din perspectiva psihopedagogiei, în timp ce pe linie medicală preocupările sunt mult mai consistente. Aceasta limitare a studiilor psihopedagogice se datorează și faptului că, aceștia prezintă multe situații similare cu cele ale normalilor și se pot adapta în mod obișnuit la condițiile vieții social-profesionale. În schimb, acționează, mai ales, o serie de cauze asociate, atunci se pot combina cu alte tulburări de dezvoltare.

Asadar, categoria handicapurilor motrice și psihomotrice sunt prezente într-o mare varietate și se caracterizează printr-o gradatie întinsă de afecțiuni, de la cele mai ușoare, care nu împiedică desfășurarea normală a activității la cele ce au o notă semnificativ defectologică și cu efecte negative asupra întregii vieți a individului. Când asemenea deficiențe sunt ușoare, nu este nevoie de o intervenție specială, copiii din această categorie reușind să se adapteze, normal, vieții social-profesionale, dar apar dificultăți la acei copii la care deficitul îi împiedică să desfășoare o activitate de competiție obișnuită cu semenii lor. La aceștia, se simte nevoia unui program diferențiat, aplicat continuu, care să continue, în egală măsură, demersuri medicale, psihopedagogice și sociale, în vederea dezvoltării întregului potențial restant, a stimulării apetitului pentru activitate și redarea încrederii în propriile posibilități, odată cu înlăturarea frustrărilor și anxietății.

**Etiologie și simptomatologie în handicapul fizic** În genere, asemenea deficiențe se manifestă ca invalidități corporale care reduc puterea și mobilitatea organismului prin modificări patologice exterioare sau interioare, care pot fi localizate la nivelul întregului corp sau numai la nivelul unor segmente.

Categoria respectiva cuprinde atât afecțiuni motorii sau locomotorii (de motricitate), cât și manifestări date de unele boli permanente (boli respiratorii, cardiopatii, diabet, etc.) care influențează negativ capacitatea fizică. În această categorie pot fi încadrați și indivizi cu afecțiuni senzoriale (surzii și orbi), deja analizați, separat, având în vedere particularitățile lor specifice deosebite în plan biologic și psihologic.

Handicapurile fizice, ca de altfel toate celelalte handicapuri, se constituie ca abateri de la normalitate, prin producerea unor dereglări morfofunctionale, care duc la instalarea de dezechilibre și evoluții neharmonioase. Se știe că în lipsa altor anomalii, handicapatii fizici sunt normali, din punct de vedere al capacităților intelectuale, dar, prin situația lor de excepție, și, mai ales când trăiesc într-un mediu nefavorabil, personalitatea lor poate deveni fragilă, cu pronunțate note de frustrare și anxietate, cu conflicte și tensiuni interioare, cu succesibilități și sensibilizări excesive, care fac și mai dificilă adaptarea și relaționarea cu cei din jur și integrarea în viața socio-profesională.

Cauzele handicapurilor fizice prezintă o mare varietate și pot afecta, în grade diferite, organismul. Ele pot fi sistematizate, după diferite criterii, în mai multe categorii. Astfel, după un prim criteriu, pot fi împărțite în interne și externe : cele interne sunt determinate de procesele de creștere și dezvoltare, de natura funcțiilor somatice, organice și psihice, iar cele externe sunt raportate la condițiile de mediu și viață.

Există o categorie de cauze cu acțiune directă, care interesează elementele proprii ale deficienței, sau indirecte, care produc o afecțiune ori o deficiență morfologică sau funcțională. Ele pot să afecteze întregul organism și să producă deficiențe globale sau totale ori să se limiteze la anumite regiuni, segmente sau porțiuni ale corpului și să determine deficiențe regionale, segmentare sau locale, mai mult sau mai puțin profunde.

Frecvent, se utilizează și criteriul de împărțire a cauzelor în predispozante, favorizante și determinante (declansatoare). Cauzele favorizante, ori predispozante sunt raportate la ereditate. Descendenții prezintă, de regulă, asemănări morfologice și funcționale cu ascendenții și colateralii (frații, surorile și rudele apropiate). Acest fenomen biologic este și mai evident atunci când tipurile constituționale ale înaintașilor sunt relativ identice și când condițiile de mediu și de viață sunt relativ similare. Tot în această grupă, a cauzelor predispoziționale, se pot include și influențele nocive pe care le suferă organismul fătului în viața intrauterină. Debilitatea congenitală și imaturitatea, nașterea prematură și accidentele obstetricale pot constitui baza unor

deficiente care se manifesta nu numai imediat dupa nastere, ci si mai târziu, cu repercusiuni în evolutia ulterioara în planul somatic si psihologic.

Se apreciaza ca favorizanti pentru producerea handicapurilor fizice, sunt si factorii care influenteaza în sens negativ starea de sanatate si functionarea normala a organelor , mai ales la perioadele de crestere si de dezvoltare activa a copilului. Aceste cauze slabesc rezistenta organismului, determinând scaderea capacitatii functionale a aparatului de sprijin si miscare si chiar diminueaza rolul reglator al sistemului nervos central. Printre aceste cauze favorizante se numara conditiile inadecvate de igiena si viata , lipsa de organizare a activitatii si a repaosului , regimul alimentelor necorespunzator, nivelul scazut de aer si de lumina în locuinta, hrana insuficienta, îmbracaminte incomoda, defectuos confectionata , dormitul în paturi prea moi, cu perne multe în care corpul se afunda si se curbeaza exagerat , sau dimpotriva, tari si incomode , care nu faciliteaza odihna normala pentru copiii ce sunt în perioada de crestere. În aceeasi ordine de idei, putem invoca lipsa unei educatii rationale si un regim defectuos de viata, lipsa de supraveghere si control din partea parintilor si educatorilor, care se constituie în cauze, adeseori ignorate, dar importante mai cu seama pentru vârstele prescolaritatii si socolaritatii.

Subliniem ca si bolile cronice, convalescentele lungi, interventiile chirurgicale dificile, debilitatea fizica , tulburarile cronice (organice si psihice), precum si unele anomalii , senzoriale, si în special cele ale vazului si auzului, pot favoriza aparitia si evolutia rapida a deficientelor fizice. Prin urmare, cauzele incriminate produc sau declanseaza procesele patologice ce stau la baza celor mai frecvente deficient fizice, ele fragilizeaza structura si modifica functiunile normale ale organismului, prin facilitarea de accidente si îmbolnaviri, de aparitie a unor leziuni sau dereglari în orice perioada de vârsta a subiectului.

Factorii declansatori, din perioada intrauterina, se împart în doua mari categorii. Primele se refera la nedezvoltarea sau dezvoltarea anormala a corpului întreg, dar mai ales a anumitor portiuni, sub actiunea unor infectii cu caracter cronic (sifilis, paludism, tuberculoza), la intoxicatii lente (alcoolism, medicamente, saruri radioactive), la tulburari endocrine si neuropsihice, la carente alimentare sau vitaminice, la boli ale sângelui si altele care sunt mai putin studiate.

Cele din a doua categorie privesc actiunea mediului extern nefavorabila ce se rasfrânge asupra fatului, prin intermediul organismului matern :

temperatura prea joasa sau prea ridicata, umiditatea excesiva, actiunea

razelor X, traumatizarea abdomenului gravidei, conditiile de viata si de munca necorespunzatoare, vârsta înaintata a parintilor.

Malformatiile congenitale pot constitui si ele cauza unor afectiuni secundare, prin lipsa conditiilor normale statice si dinamice, ce nu permit dezvoltarea corespunzatoare a organismului, mai cu seama în perioadele de crestere timpurie.

Din aceeasi categorie de cauze fac parte si (tot cu actiune nemijlocita) cele care produc efecte negative în timpul nasterilor, fie ca urmare a eforturilor excesive depuse de mama, fie a interventiilor traumatizante, favorizând instalarea unor congestii si hemoragii, cu urmari foarte grave pentru copil. Tot din categoria traumatismelor fac parte manevrele gresite de degajare a capului copilului, care se pot solda cu ruperea sternocleido - mastoidianului sau a unor tesuturi la diferite niveluri, cum ar fi al plexului cervicobrahial (cu consecinte grave pentru structura si functionarea membrului superior), leziuni ale articulatiilor si ale oaselor, mai frecvente la nivelul membrelor inferioare si superioare.

O atentie speciala trebuie acordata cauzelor cu actiune defavorabila asupra dezvoltarii organismului, în perioada copilariei. Astfel, sunt bolile si accidentele care produc anomalii morfologice si functionale. Dintre acestea, cele mai frecvente intereseaza aparatul locomotor (oase, articulatii, muschi, nervi).

Scheletul osos, care constituie mijlocul cel mai important de sprijin al corpului poate deveni, prin pozitia asimetrica sau deformarea segmentelor sale, o cauza frecventa a deficientei. Fracturile vicios consolidate, osteomielitele, tuberculoza osoasa si alte afectiuni osoase degenerative, stau la baza celor mai grave infirmitati. La rândul lor, mobilitatea prea mare sau prea mica a articulatiilor, ca si miscarile anormale, pot determina deficiente morfologice si functionale manifestate, în special, prin reducerea posibilitatii de coordonare a componentelor motrice. Sunt semnificative atitudinile sau pozitia incorecta, adoptata de unii elevi mai mari, care favorizeaza o serie de deficiente, cum ar fi cifoza si spatele cifotic, lordoza, sau spatele lordotic, scolioza, spatele rotund. Si modificarile patologice, în structura si functiunile muschilor, pot produce o categorie de deficiente. Dintre acestea mentionam: scaderea volumului tonusului si fortei musculare, ca în atonii si hipotonii, sau exagerarea tonusului, ca în cazurile de contractura, rigiditate, etc. Formele respective apar pe fondul oboselii sistemului nervos central, duce la scaderea capacitatii de control a scoartei, favorizând producerea unor atitudini

defectuoase. Afectiunile neuro-musculare sunt determinate si de poliomielite, encefalite meningite, care au o mare incidenta în infirmitati.

Din clasificarea de mai sus, nu trebuie excluse alte cauze diverse, cumar fi : tulburarile de metabolism si hormonale leziunile prin arsuri sau degeraturi. chondrodistrofiile, apofizitele si epifizitele, miopatiile, atrofiile musculare progresive, ataxiile, etc.

### **Clasificarea deficientelor fizice**

Ca si în cazul celorlalte handicapuri, literatura de specialitate contine mai multe tipuri de clasificari, efectuate dupa criteriile diferite. Vom insista asupra clasificarilor acceptate de specialistii din domenii diferite, odata cu precizarea principalelor manifestari specifice. Astfel, se disting doua categorii mari de handicapuri fizice :

#### **1. morfologice sau de structura ;**

#### **2. functionale sau de activitate ;**

Si unele si altele pot fi subgrupate, în raport întinderea si profunzimea afectiunii în :

- globale (generale sau de ansamblu );
- partiale (regionale sau locale );

### **În subgrupa diferentelor morfologice globale, semnalam urmatoarele caracteristici specifice :**

#### **De crestere**

- reprezentate de hiposomie si nanosomie (statura foarte mica) ,
- hipersomie si gigantism (statura foarte înalta, exagerata ),
- dizarmonii(când subiectii sunt înalti si subtiri sau scunzi si grasi ),
- disproportionalitati (între dimensiunile de lungime, înaltime si volum între cap si trunchi, etc.) ;

#### **De nutritie**

- între care vom aminti obezitatea (tesut adipos abundent sau exagerat )
- debilitate fizica (dezvoltarea sub normal a somei, însotita de dezechilibru nutritiv ) ;

### **De atitudine**

care pot fi determinate de insuficienta aparatului de sustinere-atitudinal global, insuficienta –rigiditate ( tonus muscular exagerat ), atitudine global asimetrica (pozitia asimetrica a scheletului osos si a articulatiilor):

### **De tegumente**

-caracteristice ca fiind palide, cianotice (vinetii ), uscate sau umede, cupete, cicatrice sau eczeme, hipertricoz (abundenta parului pe întreg corpul ) :

### **De musculatura**

-poate fi medie, redusa, foarte redusa, cu tonus normal, scazut sau crescut ;

### **De oase**

-care pot fi subtiri sau groase, lungi sau scurte, cu sechele traumatice, rahitism, etc. ;

### **De articulatii**

-care pot fi deformate, cu mobilitate redusa sau exagerarea mobilitatii ;

### **De comportament**

-inhibat, apatic, astenic, instabil ;

### **Din subgrupa deficientelor morfologice partiale, mai importante sunt :**

#### **Deficiente ale capului, fetei si gâtului**

- cap macrocefal ( mai mare decât cel normal ) ;
- cap microcefal ( mai mic decât cel normal ) ;
- brahicefal ( fara proeminenta occipitala ), dolicocefal (cu diametru anteroposterior alungit si cu „sa” la mijloc ) ;
- hidrocefal (cap exagerat de mare cu o culoare specifica pielii ),cu asimetrii, cu înfundari ale fontanelor, cu proeminente ale foselor ;

- fata ovala, alungita sau latita, asimetrica, cu malformatii, cicatrice, pareze, cu afectiuni ale ochilor (strabism, înfundati, apropiati, etc.) ale nasului sau ale urechilor, dinti viciosi implantati, bolta palatine înfundata ;
- gâtul poate fi lung sau scurt, subtire sau gros, cifotic, lordotic sau scoliotic, înclinat si rasucit (torticolis), cu relief tiroidian accentuat sau asimetric.

### **Deficiente ale trunchiului**

- toracele poate fi lung sau scurt, îngust sau larg, bombat, plat, largit la baza sau la vârf, asimetric, cu stigmatе rahitice, strangulate (supra sau sub mamar), cu stern înfundat în forma de pânne sau carenat;
- abdomenul poate fi proeminent, bilobat (strangulat), cu hernia sau eventratii, tonic sau moale, elastic.
- spatelile poate fi plan, cofotic, lordotic, scoliotic, rotund, asimetric ;
- coloana vertebrala – „stâlpul de sustinere” sau axa „verticalitatii umane” – poate suferi o serie de modificari prin accentuarea cursurilor fiziologice, cum ar fi cifozelile, lordozelile sau cifolordozelile ; la acestea putem adauga deviatii în plan frontal, de tipul scoliozelor cu una sau mai multe curburi ( la care se asociaza asimetrii ale umerilor, etc.);
- bazinul se poate prezenta cu asimetrii , larg sau îngust, denivelat (cazut înainte si în jos, înainte si în sus, înapoi ), înclinat lateral.

### **Deficiente ale membrilor superioare**

- în totalitate inegale ( în lungime si grosime), asimetrice, deviate (în plan frontal sau sagital), proiectate înainte sau ramase înapoi, în flexie sau în extensie, în pronatie sau supinatie , apropiate sau departate de corp ;
- uneori pot fi lungi sau îngusti, cazuti sau teposi, adusi sau abduși, asimetrici ;
- bratele (partea superioara – de la umar la cot ) sunt cele care determina deficientele si pozitii deficitare ale membrilor superioare – în întregime ;
- coatele pot fi în flexie sau în extensie , în var ( în paranteza „O” ) sau în valg (în „X” ) ;
- antebratele – inegale ca lungime sau grosime, curbate, asimetrice în pronatie sau în suprinatie, cu sechele traumatice ;

- degetele pot fi anomalii congenitale, cu deviatii, retractii , în flexie;
- omoplatii, apropiati sau departati , coborâti sau ridicati, lipiti sau desprinsi, basculati, asimetrici ;

### **Deficiente ale membrelor inferioare**

- în totalitate (deficiente si aspect dat de coapsa ); pot fi inegale, în lungime si grosime, cu înclinari si pozitii diferite, cu sechele de paralizii sau traumatisme ;
- contracturi sau deficiente morfologice ;
- solduri cu relief accentuat ( depuneri adipoase ), asimetrice ( luxatii sau subluxatii congenitale, semianchiloze, sau anchiloze, în pozitii vicioase ), deformatii ale capului femural, contracturi;
- genunchii în flexie sau hipertensie, cu sechele traumatice sau paralitice, asimetrice ;
- gambele recurbate, cu cicatrice posttraumatice sau sechele de paralizii, asimetrice, inegale ( în lungime sau în grosime );
- gleznele si picioarele pot fi asimetrice, strâmbe, în valg, planovalgii, aduse sau abduse , scobite ;
- degetele picioarelor în „ciocan” (în flexie cu sprijin pe unghie) halaux - valgus, strâmbe, suprapuse, cu deformatii, etc.

### **Din grupa deficientelor, functionale , retinem :**

#### **Deficiente ale aparatului neuromuscular**

- care cuprind diferite forme si grade de paralizie ( ca manifestare a unor sindroame piramidale, piramido-extrapiramidale, etc. ) , miscari atetozice, coreatozice, tulburari de mers, echilibru, coordonare, ritm, apucare, etc.

#### **Deficiente si tulburari ale aparatelor si marilor functiuni :**

- deficiente si tulburari ale aparatului respirator (insuficiente respiratorii );
- deficiente si tulburari ale aparatului cardiovascular (insuficiente
- circulatorii ), care se manifesta prin ceanoze, endeme, prin subdezvoltarea copiilor (care sunt mici si slabi, lipsiti de energie, nu se adapteaza la eforturi fizice, obosesc repede, etc. );



- deficiente si tulburari ale aparatului digestiv si ale functiilor de nutritie ( abdomenul proeminent, ptoza organelor interne, debilitatea fizica sau obezitatea, etc.);
- deficientele sistemului endocrin se manifesta prin tulburari de crestere si dezvoltare ( nanism hipofizar, gigantism, obezitate cu insuficienta dezvoltare a glandelor si organelor genitale, etc.)
- deficientele organelor de simt ( deficiente prin tulburari de vedere, de auz, care determina în pozitia corpului, o serie de abateri de la normal de tipul cifozelor, scoliozelor, cifoscoliozelor, s.a.m.d.-, cu toate asocierile si manifestarile ce le însotesc).

### **Terapii corectiv-recuperative si problemele protezarii**

Terapiile pot fi predominant medicale sau psihopedagogice. Dar, mai eficienta este înbinarea celor doua categorii.

Terapiile medicale privesc mijloacele culturii fizice medicale, si se aplica simultan sau consecutiv tratamentului medical. Ele cuprind exercitii fizice, special selectionate si sistematizate, în tehnici adaptate fiecarui handicap în parte.

În acelasi timp se mai folosesc o multitudine de mijloace de tip masaj, fizioterapie, balneoterapie, climatoterapie, s.a.m.d..

Indicatiile ce trebuie avute în vedere se circumscriu principiului „ primo non nocere „ ( în primul rând sa nu faci rau ), si respecta demersul gradarii si dozarii efortului, a spiralei de la usor la greu, de la cunoscut la necunoscut, a consolidarii rezultatelor obtinute prin exersare. Dar înainte de toate, subliniem ca nu trebuie ignorata ideea folosirii tuturor mijloacelor, precum a asigurat prevenirea instalarii deficientelor, prin alcatuirea unui regim igienic de viata si munca, dirijarea regimului de alimentatie, prevenirea suprasolicitatilor si instalarii oboselii, folosirea factorilor de mediu ( apa, aerul, soarele ) si a exercitiilor fizice, într-o înbinare armonioasa si echilibrata care sa faciliteze o dezvoltaredeplina.

## DEFICIENȚELE DE COMPORTAMENT

### 1.1. Delimitari conceptuale în deficiențele de comportament

Pentru început, este bine să precizăm distincția ce trebuie făcută între comportament și conduită, deoarece ele nu sunt total sinonime (Piaget, Wallon), așa cum sunt luate în majoritatea cazurilor. Astfel, sfera noțiunii de comportament este mai amplă decât a conceptului de conduită (Claparede).

#### Obiective

- înțelegerea semnificației psihosociale a tulburărilor de comportament;
- familiarizarea cu conceptele specifice;
- să se constientizeze acțiunea factorilor de diferite tipuri asupra structurii biopsihice și influența nocivă a acestora în plan comportamental;

**Multi autori considera comportamentul ca fiind ansamblul reacțiilor globale ale organismului aflat în interacțiune cu mediul (conține și mișcarea instinctuală a insectelor spre lumină, a animalelor spre surse alimentare). Conduită, mai restrictiv, este considerată ca fiind un ansamblu de reacții stereotipe, însușite și învățate pe parcursul experienței individului.**

De asemenea, P. Janet consideră conduită ca fiind superioară comportamentului, deoarece ea reprezintă o acțiune conștientă, complicată, însoțită de o anumită participare afectivă, spre deosebire de reacțiile comportamentale văzute ca acțiuni primare sau ca reflexe simple și elementare ce definesc relația dintre subiect și lumea înconjurătoare. Dar, comportamentul poate capăta, la om, valențe superioare, înglobând conduitele și atunci, reglajul, controlul și autocontrolul însoțesc individul în toate acțiunile întreprinse.

**Privind comportamentul ca expresie a relației dintre dezvoltarea psihică, dintre dezvoltarea personalității și mediul ambiant în care trăiește individul putem defini tulburările de comportament ca fiind abateri de la normele și valorile umane pe care le promovează un anumit tip de societate.**

Aceste abateri comportamentale se înscriu în categoria largă a fenomenelor de inadaptare și pot apărea la toate nivelurile de vârstă fiind determinate de o varietate de cauze. În limbajul științific, ca apoi și în cel cotidian, handicapurile de comportament sunt cuprinse în mod sintetic în conceptul de *delicvență* și uneori în cel de *infracțiune* (mai cu seamă în științele juridice).

Acesti termeni desemneaza comportamente nonconformiste care pot produce efecte negative atât pentru individ, cât si pentru societate. Din punct de vedere psihologic indivizii, care produc astfel de comportamente aberante prezinta dezechilibre sau o stare deficitara în unul sau în toate palierele: maturizarii psihice, structurarii constiintei de sine si a constiintei sociale, asimilarii normelor si valorilor social- culturale, structurarii motivational- caracteriale, maturizarii sociale.

Comportamentul este dependent de nivelul intelectului, de cunostintele si experienta de viata a individului, de caracteristicile organizarii sociale si functionalitatea relatiilor intersubiective. Unele comportamente aberante se produc si prin fixarea obisnuintelor negative sau prin repetarea unor experiente negative pe care individul pe percepe ca avantajoase, fara a face o evaluare de ansamblu a situatiei si fara sa ia în consideratie efectele pe care le au asupra celor din jur.

## **1.2. Cauze si forme ale deficientei de comportament**

Odata produse, manifestarile comportamentale sunt traite în plan intern si au un efect circular. Ele se repercuteaza asupra subiectului, mentinând sau modificând caracteristicile ce au stat la baza declansarii actiunilor respective. În acest fel, subiectul va fi definit ca fiinta unica pe lângă însusirile de personalitate si de un tipar comportamental. Toate formele comportamentului (afectiv, cognitiv, verbal, ludic, psihomotor) se coreleaza cu structurile dominante ale personalitatii.

Putem vorbi de o categorie de tulburari în planul intern, cum ar fi: anxietati si frustrari prelungite, instabilitate afectiva si depresii, ostilitate si neacceptarea colaborarii cu cei din jur, slaba dezvoltare afectiva si indiferenta, trairia unor tensiuni exacerbate, prin constientizarea unor handicapuri, repulsie fata de activitate, dereglari ale unor functii psihice.

Acestea determina handicapuri comportamentale de forme si intensitati diferite, în functie de profunzimea dereglarilor interioare si se concretizeaza, în exterior, prin: reactii afective instabile (frica, mânie, furie, râs si plâns nestapânit), agitatie motorie si miscari dezorganizate, negativism si apatie, teribilism si infatuare, furt si vagabondaj, cruzime si aberatii sexuale.

Referindu-se la tulburarile de comportament specifice perioadelor copilariei, Mariana Neagoe (1997) subliniaza ca ele apar pe fondul unor tulburari de dezvoltare care determina o

încetinire a dezvoltării prin menținerea infantilismului, o dezvoltare inegală în unele paliere psihice și, în fine, o afectare a dezvoltării sau distorsionarea acesteia.

Toate acestea pot avea la baza o multitudine de cauze care acționează asupra subiectului în diferite perioade de vârstă. De asemenea, putem vorbi și de predispoziții înnascute, sechele datorate leziunilor cerebrale, ca urmare a meningo-encefalitelor sau a traumatismelor, modificări endocrine produse brusc în condițiile de mediu nefavorabil și chiar disconfortul psihic și influențele negative ale anturajului. Lipsa de supraveghere a copiilor, lipsa de autoritate sau autoritatea tiranică a părinților, împreună cu neantrenarea în activitate, pot duce la parasirea domiciliului și chiar la vagabondaj. Astfel de fenomene se asociază, aproape întotdeauna, cu carente afective ce determină trasaturi egocentrice sau subestimarea eului.

### **Frecvența**

Tulburările de comportament au o frecvență diferită de la o perioadă de vârstă la alta. Unii autori (1970) consideră că handicapurile de comportament au cea mai mare frecvență între 14-16 ani, după care se atenuază, iar când se manifestă la vârstă adultă capătă forme caracterizate cu tendințe spre stabilizare și repercusiuni antisociale.

În literatura de specialitate (U. Schiopu, E. Verza, 1997) s-a pus în evidență și relația dintre infracționism și conduitele sexuale aberante, la baza cărora se află frecvent experiențe negative de tipul:

- incidente sexuale negative, produse în copilărie prin reacția unui homosexual, a incestului sau a violului, generează imaturitatea în conduite;
- lipsa unor modele sexuale corecte în familie, cu care să se identifice, determină sporirea riscului pe direcția apariției conduitelor aberante;
- izolarea excesivă față de alți copii și lipsa de educație socială determină teama față de sexul opus și dificultăți de stabilire a relațiilor interpersonale;
- imaturitatea și lipsa de responsabilitate determină dependența de ceilalți și sugestibilitate crescută la influențele negative;
- teama și anxietatea excesivă din familie și școală, duc la tensiuni și hiperacțiuni sexuale;
- viața austeră și deprivarea de relații sociale creează situații de risc în adaptarea comportamentelor mature și armonice.

În cazul baietilor, manifestarile cu caracter aberant sunt mai evidente si au frecventa mai mare fata de cele ale fetelor, dar, si într-un caz si în altul, implicatiile complexe sunt evidente în viata sociala.

### **Minciuna**

Este o abatere comportamentala simpla, care semnifica formarea, particularitatilor negative ale personalitatii. Ea evolueaza diferit în functie de vârsta. Daca în perioada anteprescolara minciuna nu poate fi luata ca o nota specifica a unui caracter negativ ci doar ca o forma de adaptare la conditiile noi, cu timpul, prin repetare, devine o obisnuinta si se poate transforma într-o caracteristica negativa a personalitatii.

### **Furtul**

Este o alta abatere comportamentala cu consecinte mult mai grave. La baza acestuia se afla un sentiment de frustrare cu pronuntate note de anxietate. Furtul efectuat în banda îmbraca forme mai grave si cu pronuntate note de teribilism, mai ales la tineri. În ontogeneza timpurie, în forma sa incipienta, furtul se manifesta prin însusirea fortata sau brutala a jucariei partenerului, ca mai târziu sa ia forma însusirii obiectului dorit pe furis, cu o nuanta de lasitate.

### **Jaful**

Ca forma de comportament foarte grava, are loc sub amenintare sau ca act de violenta. Situatia devine tragica si complexa când jaful se produce în banda, evidentiind caracteristicile personalitatii dizarmonice, a unei dezvoltari psihice scazute în care discernamântul este limitat.

### **Fuga de acasa si vagabondajul**

Ca forme de manifestare a unui comportament tulburat, apar pe acelasi fond. Un asemenea fenomen are loc în cazul copiilor introvertiti, emotivi, anxiosi, dar si la cei agitati, frustrati afectiv, neadaptati la colectiv, conflictuali si labili.

### **Vagabondajul**

Ca deteriorare comportamentala grava, se asociaza adeseori cu alte forme aberante cum ar fi prostitutia si perversiunile sexuale.

Oboseala provocata de un consum nervos rapid duce la scaderea activitatii intelectuale, ceea ce atrage dupa sine instalarea unor alte feluri de tulburari de comportament. O asemenea oboseala faciliteaza instalarea fenomenelor astenice, ce determina tulburari în plan psihic: diminuarea

activitatii mnezice, scaderea capacitatii de concentrare si incapacitatea de a îndeplini sarcini complexe.

### **1.3. Efectele tulburarilor de comportament în plan scolar si social**

În ceea ce priveste planul efectelor produse de anomalii comportamentale în cadrul scolii si a profesiei, se constata ca acestea au la baza o multitudine de factori. Acestea încep, de cele mai multe ori, si apoi se extind, de la greselile parintilor, manifestate prin lipsa de preocupare fata de copii, indiferenta afectiva, nestimularea dezvoltarii personalitatii copilului pâna la mediul scolar tensionat, lipsa de tact pedagogic, favoritism, descurajarea unor elevi, esecurile scolare repetate etc. Toate acestea duc la absentism, hoinareala, lene, negativism fata de activitatea scolară, opozitie fata de efort si atitudini negative la adresa colectivului si de obstructionare a activitatii altora. Ei constituie grupul elevilor care nu se pot adapta la viata scolară odata cu prezentarea unor disonante între capacitatile psihice si calitatea efortului depus, dar si între nivelul cerintelor si exigentele procesului instructiv-educativ.

Prin urmare, rezulta ca fenomenul neadaptarii se asociaza cu factorii subiectivi (cei ce tin de dezvoltarea fizica si mintala, de evolutia afectiva, de însusirile caracteriale si temperamentale) si obiectivi (cei familiali, scolar-pedagogici, culturali, morali, economico-sociali), determinând perturbarea echilibrului dintre elev si scoala.

Se considera ca la vârsta de 6-7 ani, circa 8-10% din copii nu au maturitatea necesara pentru a corespunde exigentelor unei învățari organizate si riguroase. Astfel, pot apărea forme de inadaptare scolară de tipul imaturitatii (copiii progresa lent, nu pot sustine un efort îndelungat, oboresc mai repede decât ceilalti, sunt agitati psihic si motor sau dimpotriva, apatici, trec cu greu de la o activitate la alta si cu timpul, prin trairea tensionata si conflictuala a esecurilor repetate, le scade interesul pentru învățare si încep sa evite scoala).

Factorii mentionati mai sus determina un tip de insucces scolar, bazat pe stari anxioase în care fobia fata de scoala influenteaza structurarea personalitatii si comportamentul copilului. Anxietatea se instaleaza ca o trasatura dominanta în timp si astfel genereaza neliniste si panica, reactii emotionale exagerate si labilitate afectiva, fatigabilitate si cefalee.

Inadaptarea nu este doar de tip scolar, ci poate cuprinde toate sferile activitatii si relatiile umane implicate. Dupa C. Gonet (1968), exista trei categorii de copii inadaptati:

- 1) inadaptatii psihic (cuprinzând deficientii de intelect);
- 2) inadaptatii fizic (cuprinzând deficientii senzoriali);

3) inadaptații social (cuprinzând delincvenții, psihopatii, psihoticii).

Dacă la vârsta copilăriei predomină formele inadaptației școlare cu manifestări de complexitate redusă, mai târziu, vor apărea dificultăți în adaptarea socială și profesională, cu efecte negative pentru individ și societate. Acestea își pun amprenta asupra întregii personalități și astfel se ajunge la stabilizarea handicapurilor comportamentale în care societatea intervine, de cele mai multe ori, prea târziu pentru a le anihila și a-l recupera pe individ. Când handicapurile de comportament se instalează pe fondul altor handicapuri sau se asociază cu acestea, ele devin mult mai grave și implică un mare grad de dificultate pentru înlăturarea lor.

#### **1.4. Prevenția, educarea și integrarea în viața socială a deficienților de comportament**

Măsurile psihopedagogice de prevenire a handicapurilor de comportament, aplicate de timpuriu, sunt deosebit de importante deoarece îl scutesc pe copil de multe neajunsuri, asigurându-l dezvoltarea armonioasă a personalității.

În condițiile în care devierea conduitei este deja produsă, este necesară aplicarea cât mai devreme cu putință a unor intervenții educaționale cu caracter recuperativ-corectiv pentru a nu permite cronicizarea acestora.

În ambele cazuri, alături de familie, educatoarea și învățătoarea au un rol fundamental. Fazele procesului educațional vor fi raportate la particularitățile psihoindividuale și de vârstă ale copiilor și implică demersuri pedagogice clare, odată cu antrenarea copilului în activități ce permit afirmarea sa. Într-o primă fază, se creează un confort psihic la nivel de colectiv și se acordă importanță componentei afectiv-motivationale, stimulându-se atât sensibilitatea copilului și receptivitatea față de trăirile altora, cât și dezvoltarea unor motivații complexe pentru activitate și pentru împlinirea scopurilor acesteia. Se urmărește formarea maturității în raporturile colective și școlare, iar acolo unde relațiile interpersonale și activitățile organizate contribuie la dezvoltarea personalității, se insistă pe acestea și se creează un cadru favorabil intervențiilor psihologice de consiliere și îndrumare a subiectului.