

UNIVERSITATEA DIN BUCURESTI
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE SI
ȘTIINȚELE EDUCATIEI

DEFECTOLOGIE ȘI LOGOPEDIE

MODULELE I, II ȘI III

**Conf. univ. Dr.
Florin Emil Verza**

**Editura Credis
2007**

MODULUL 1

Conținutul și sfera defectologiei și logopediei Specificul deficiențelor de intelect/mintale

Unitatea de învățare nr. 1

Conținutul și dezvoltarea defectologiei și logopediei

Unitatea de învățare nr. 2

Deficiențele de intelect/mintale

Unitatea de învățare nr. 1

Conținutul și sfera defectologiei și logopediei;

Specificul deficiențelor de intelect/mintale.

CUPRINS:

- Conținutul și dezvoltarea defectologiei și logopediei;
- Delimitări conceptuale;
- Metodele defectologiei și logopediei ;

Scopurile:

- să se înțeleagă domeniul și obiectul de studiu al defectologiei și logopediei;
- să se constituie o viziune de ansamblu asupra evoluției în timp a domeniului ;
- să se conștientizeze importanța adaptării metodelor de lucru la specificul acestor persoane cu cerințe educative speciale.

Obiective

La finalul acestei unități, studenții vor fi capabili să:

- evidențieze sarcinile specifice și precise ale defectologiei și logopediei;
- să înțeleagă locul defectologiei și logopediei în cadrul celorlalte științe psiho-pedagogice;
- să dezvolte competențe în a urmării relațiile dintre factorii determinanți în dezvoltarea defectologiei și logopediei;

1.1 Conținutul și dezvoltarea defectologiei și logopediei.

Constituirea ca știință a defectologiei și logopediei trebuie înțeleasă în relație cu evoluția științelor psihologice și pedagogice care au cunoscut un avânt semnificativ în a doua jumătate a secolului XIX și prima parte a secolului trecut. În acest context s-au constituit noi domenii ce au trecut de la latura teoretică la accentuarea caracterului aplicativ bazat pe nevoia de cunoaștere a copilului și de evaluare a capacităților psihice, în vederea adoptării unor strategii eficiente pentru sporirea influențelor procesului instructiv-educativ. S-a acreditat ideea că diferențele psihofizice dintre copii și modalitățile specifice de activitate determină adoptarea ierarhică și diferențială a educației și intervențiilor care să valorifice maximal potențialul uman restant. Ca atare, se consideră că orice ființă umană poate fi supusă unui proces pozitiv de influențare, iar pentru copiii cu dizabilități, instrucția și educația trebuie să se subordoneze scopului corectiv-recuperativ și integrativ socio-profesional. Pe acest fundal s-au diversificat noi domenii ale defectologiei și logopediei care ulterior au căpătat o extindere și dezvoltare semnificativă cu referire la întreaga problematică a tuturor categoriilor de indivizi plasați la extremele "normalității". Subliniem definiția modernă dată domeniului de către Emil Verza (1998, pg.3) : "Psihopedagogia specială sau defectologia este știința psihopedagogică ce se ocupă de persoanele handicapate, de studiul particularităților psihice, de instrucția și educația lor, de evoluția și dezvoltarea lor psihică, de modalitățile corectiv-recuperative pentru valorificarea potențialului uman existent și formarea personalității acestora în vederea integrării socio-profesionale cât mai adecvate".

Prin urmare, defectologia și logopedia, sinonim psihopedagogia specială, depășește cadrul teoretic și are profunde implicații practic-aplicative în care educația, instrucția, recuperarea și integrarea se constituie ca activități de intervenție specială care să conducă la dezvoltarea de comportamente și disponibilități ce facilitează adaptarea și inserția socială. În urma cercetărilor și studiilor aprofundate a devenit posibilă elaborarea de programe corectiv-recuperative specifice fiecărei categorii de deficiență adaptate la gravitatea acesteia, la forma de manifestare, la vârsta subiectului, la posibilitățile de compensare și dezvoltare a structurilor psihice. Rezultă, așadar, că nu pot fi utilizate în procesul instructiv-educativ aceleași metode și tehnici din școala de masă (obișnuită) pentru că ritmul și specificul activității psihice impune o metodologie adaptată la particularitățile copiilor cu diferite tulburări de dezvoltare. De altfel, și în țara noastră a fost elaborat un curriculum specific pentru învățământul special și seturi de tehnici corectiv-recuperative ce și-au dovedit eficiența de-a lungul timpului. Demersurile specializate din practica școlară a învățământului special și integrat au determinat adoptarea de programe și manuale care să răspundă

obiectivelor respective și să contribuie la sporirea eficienței pregătirii subiecților pentru viața socială.

Domeniul defectologiei și logopediei s-a dezvoltat în relație cu progresele însemnate înregistrate de nivelul unor științe adiacente precum biologia, fiziologia, medicina, lingvistica și mai ales psihologia și pedagogia etc. a făcut posibilă colaborarea interdisciplinară a specialiștilor pe direcția terapiei și educației a diferitelor categorii de persoane aflate în dificultate. În cadrul defectologiei și logopediei au apărut noi subramuri fundamentate științific ca: oligofrenopsihologia (psihologia deficiențelor de intelect) și oligofrenopedagogia (pedagogia deficiențelor de intelect) ce se centrează pe studiul activității psihice, a psihodiagnozei și evaluării personalității deficiențelor de intelect, a optimizării procesului instructiv-educativ și de mânăuire a metodologiei corectiv-recuperative pentru pregătirea acestora în vederea integrării lor în viața socială; surdopsihologia (psihologia deficiențelor de auz) și surdopedagogia (pedagogia deficiențelor de auz) prin intermediul cărora se pune în evidență problematica psihologică și pedagogică a deficiențelor de auz; tiflopsihologia (psihologia deficiențelor de vâz) și tiflopedagogia (pedagogia deficiențelor de vâz) care sunt axate pe studiul activității psihice și a optimizării procesului instructiv-educativ a deficiențelor de vedere; logopedia centrată pe studiul limbajului și a inatvertențelor sale, pe prevenirea și terapia tulburărilor de limbaj; somatopedia (psihopedagogia deficiențelor neuromotori - handicapării fizic) care se ocupă de problematica psihopedagogică și pedagogică a deficiențelor locomotor și psihopedagogia specială a deficiențelor de comportament ce vizează cunoașterea structurilor psihice a persoanelor deviate comportamental și implementarea unor programe de restabilire a comportamentelor adaptativ-integrative.

Defectologia și logopedia, s-a dezvoltat în principal prin delimitarea preocupărilor la problematica psihologică și pedagogică a persoanelor cu dificultăți în dezvoltare într-un palier sau altul al activității psihice sau fizice. În același context, psihologia și pedagogia, din perspective diferite, sunt centrate pe analiza omului "normal", dar nu se pot lipsi de exemplificări a unor cazuri sau a unor caracteristici din activitatea psihică a persoanelor ce se plasează la extremitățile normalității tocmai pentru a contura cu mai multă exactitate aspectele comune și de referință generală. De subliniat ca la extremele normalității se plasează și persoanele cu disponibilități superioare în dezvoltare, talentații, excepționali, supradotații. Aceste persoane nu au fost studiate sistematic ci doar amintite cu ocazia referințelor la performanțele lor în diferitele domenii de activitate. În recente preocupări ale unor specialiști din domeniul psihopedagogiei speciale, pe bună dreptate, se remarcă, o tendință din ce în ce mai accentuată de a include în problematica preocupărilor speciale, din perspectiva psihologică și pedagogică, aspectele de specificitate care facilitează dezvoltarea psihică și fizică de excepție și care se ridică peste media obișnuită a majorității oamenilor

1.2 Delimitări conceptuale

Defectologia și logopedia (psihopedagogia specială), se înscrie printre științele care vehiculează o terminologie extrem de variată și adeseori, disputată de specialiști. Aceasta provine din marea diversitate a persoanelor ce fac obiectul de studiu și din metodologia intervențiilor psihopedagogice menite să depășească câmpul îngust al interpretării unor fenomene limitate la particularității de conjunctură. Pe de altă parte, o serie de termeni, aparent diferiți, au același sens și semnificație date de modul în care unii autori concep mai larg și cu o tendință mai mare de generalizare a problematicii caracteristice domeniului comparativ cu alți specialiști care adoptă un punct de vedere mai riguros.

În acest context, terminologia folosită este raportată frecvent la conceptul de normalitate, chiar dacă acesta este numai aproximativ precizat. Termenului respectiv i se acordă pe de o parte, o semnificație generală ce ia în considerare întreaga dezvoltare psihofizică a persoanei în care se apreciază starea de sănătate, iar pe de altă parte, una particulară, care circumscrie o trăsătură sau un grup de însușiri (fizice, senzoriale, caracteriale, interactive etc.) de o calitate relativ bună. Sunt considerate ca fiind normale acele persoane care au o dezvoltare medie și manifestă capacități de adaptare echilibrată la condițiile mediului înconjurător. Pentru a putea fi apreciate, persoanele respective sunt raportate la grupuri de aceeași vârstă și cu același standard cultural, la tipul de activitate exercitat, la rezultatele obținute în diferitele activități, la modul de relaționare cu cei din jur, la modul cum se apreciază pe sine și pe alții, la modul în care reușesc să se adapteze și să se integreze în viața social-profesională.

Este necesar să facem mai întâi o distincție între termeni ca talent, geniu, precocitate, supradotare.

Definiție:

Prin talent înțelegem capacitatea de a îmbina potențialitățile unei persoane cu scopul de a avea un efect și o finalitate creativă. Emil Verza (1998) considera talentul ca fiind o “aptitudine naturală într-un anumit domeniu, o capacitate deosebită într-o anumită ramură de activitate”. Ca însușire a personalității unor anumiți indivizi, talentul presupune o combinație fericită de aptitudini și atitudini ce duc la o creativitate deosebită bazată pe valorificarea plenară a disponibilităților naturale ale organismului ce poate genera calitatea de geniu.

Ursula Șchiopu (1997) considera geniul ca fiind o “denumire ce se dă persoanelor ce posedă într-un mod deosebit și extrem abilități creative și dotație pregnantă ce se exprimă prin modalități originale deosebite”. Ceea ce putem spune că este interesant aici, este faptul că sunt mulți oameni cu potențial de geniu, însă nu toți aceștia vor ajunge într-adevăr genii. Importante în acest sens sunt manifestările unor condiții cum ar fi: un mediu “favorizant” alături de rolul deosebit al întâmplării și al șanselor.

Am pus cuvântul "favorizant" în ghilimele deoarece noi considerăm că nu înseamnă favorabil întotdeauna pentru un potențial geniu să beneficieze de condiții optime în ceea ce privește hrana, suportul material, educația specială și adaptată capacităților deosebite ale acestor persoane. Conform multor statistici nenumărate genii s-au "ridicat" din condiții uneori mizere, greutăți financiare, au fost orfani de un părinte etc. De asemenea este foarte importantă șansa temporalității și spațialității, un coeficient de inteligență ridicat, puternice trăsături de personalitate ca abilități naturale, persistentă încredere și forța de caracter.

A fi geniu nu înseamnă neapărat a fi o personalitate echilibrată capabilă de adaptabilitate superioară la mediu și la cei din jur. De altfel și acestea din urmă în majoritatea cazurilor nu sunt capabili să înțeleagă și să accepte aceste personalități contradictorii care sunt geniile.

După F. Galton (LAROUSSE) "geniul este acela care, dată fiind puterea sa creatoare și valoarea muncii sale, ocupă poziția de un om la un milion de alți oameni, pierderea sa fiind dureros resimțită de partea cea mai inteligentă a națiunii". Conform acestei definiții deducem că un geniu poate fi observat abia după trista sa dispariție. Se știe însă că au fost și cazuri (foarte rar cei drept) în care au fost descoperite în timpul vieții acestora. Oare acești oameni să fie mai presus decât geniile și să necesite o nouă denumire, un nou concept care să-i definească?

Prin precocitate înțelegem capacitatea de a manifesta aptitudini într-unul sau mai multe domenii încă de timpuriu înainte ca ele să se manifeste în mod obișnuit la ceilalți oameni. Precocitatea este deci și una din posibilele calități ale unui om talentat sau ale unui geniu.

Abaterile de la acestea, peste o anumită toleranță, negative sau pozitive, sunt considerate anormale. Astfel, caracteristicile diferitelor categorii de deficienți, ca și cele ce duc la stagnări sau regrese, se subsumează conceptului de anormalitate.

În accepțiunea cotidiană, anormalitatea are o încărcătură predominant negativă. Ca atare, anormalitatea are un conținut larg și se referă la toți indivizii cu insuficiențe sau retard în dezvoltare, ca și la cei cu abateri comportamentale, cum sunt delicvenții și caracterialii, la bolnavii psihici, la cei care se află în stare critică din punct de vedere senzorial, locomotor, de limbaj sau de intelect. Pe baza acestei interpretări, conceptul de anormalitate este frecvent înlocuit de cel de subnormalitate. Dar și acest concept nemulțumește prin caracterul său prea general și, ca și primul, are o semnificație negativă în planul auditiv cu toate acestea, el este folosit frecvent pentru toți indivizii care au o evoluție negativă sau pentru cei care necesită condiții speciale cu caracter educativ-recuperativ în vederea inserției sociale și care nu pot răspunde optim unor cerințe legate de activitate.

O serie de autori atenționează asupra riscului, atât în plan psihologic, cât și social etichetarea copiilor cu termenul de supranormali, deoarece este dificil de evaluat astfel de capacități, iar cei ce intră sub această incidență pot deveni infatuați, egoiști, capricioși, izolați, inadaptabili,

s.a.m.d. Trebuie, desigur, subliniat că există o categorie de copii ce manifestă posibilități și disponibilități psihofizice care necesită condiții deosebite pentru valorificarea lor maximală și care au nevoie de stimulare și intervenție calificată pentru a valorifica din plin capacitățile ce le au.

În mod obișnuit, subnormalitatea este sinonimă cu deficiența și se apreciază că definește cu mai mare exactitate pierderea sau deficitul unor funcții ori chiar a unui organ ce defavorizează desfășurarea activității. Totuși, și acest termen are o rezonanță traumatizantă, fapt pentru care conceptul de handicap este folosit frecvent, deși menține afirmarea deficitului. Trebuie subliniat în același timp că, strict științific, deficiența se referă la afecțiunea fizică sau organică ce determină o stare critică în plan psihologic, iar handicapul, fără a exclude asemenea destructurări, accentuează consecințele, dificultățile de adaptare la mediu și ia în considerare și stările critice ce apar prin educație deficitară, condițiile de mediu ce defavorizează evoluția normală, perturbările funcționale sau destructurarea lor, inadapările, obișnuințele și comportamentele neadaptative, întârzierile, retardurile și privațiunea temporară de o funcție etc. (E. Verza, 1998).

Cu o frecvență mult mai mică este folosit termenul **excepție** sau **exceptional** ce se aplică, în egală măsură și persoanelor care manifestă capacități deosebite pentru un domeniu ori altul de activitate ca și aceleora care prezintă diferite dificultăți într-un plan sau altul. Imprecizia este evidentă și cuprinde o gamă prea variată de manifestări ce sunt sugerate de conținutul termenului. O situație similară se referă și la termenii de retardați, înapoiați, întârziați, dificili sau cu dificultăți, neadaptați sau inadaptați, tulburare etc. care se găsesc sporadic în unele lucrări și au un înțeles sinonim cu conceptul de deficiență.

În abordarea problematicii persoanelor îndreptățite să primească din partea statului asistență recuperatorie și protecție socială, sintagma “persoană în dificultate” este mai preferată de unii autori în detrimentul sintagmelor aflate deja în circulație curentă cum ar fi: “persoană inadaptată”, “persoană handicapată”, “persoană cu invaliditate”, “persoană cu deficiențe”, “persoană infirmă”, “persoană cu incapacități”, “persoană cu maladie cronică”, “persoană anormală”, “persoană deviantă”, “persoană exclusă”. Termenul “persoane în dificultate” este preferat și datorită faptului că-i include pe toți ceilalți dar și pentru faptul că poate acoperi totalitatea categoriilor de persoane cu acces la sistemul protecției și asistenței sociale (inclusiv șomerii, săracii, bătrâni).

În ultimii ani este tot mai des folosit termenul de persoană cu dizabilități menit să-l cuprindă pe toți cei cu tulburări de dezvoltare și adaptare, fapt ce îi conferă acestui termen un caracter de maximă generalitate și imprecizie. Un astfel de caracter o au și termenii de “persoană cu nevoi speciale” sau “persoană cu cerințe speciale”. Această tendință a fost mai pronunțată în Anglia și în Țările Nordice ale Europei, însă soluția propusă nu s-a putut impune.

1.6. Metodele defectologiei și logopediei

Defectologia și logopedia – ca știință de graniță între psihologie și pedagogie – se folosește, în egală măsură, de metodele acestor științe raportate la tipul de deficiență studiat, gravitatea acestuia, prezența unor deficiențe asociate s.a. Sunt implicate și alte metode specifice unor domenii convergente sau de intersecție cu sfera preocupărilor psihopedagogiei speciale cum ar fi sociologia, medicina, asistența socială etc. Astfel, pentru deficienții de auz, pentru cei cu dificultăți de vorbire, metodele bazate pe probe nonverbale și pe studiul unor comportamente practic-acționale pot duce la surprinderea pertinentă a caracteristicilor activității verbale; pentru deficienții de vedere se vor evita metodele care se bazează exclusiv pe stimuli vizuali, iar la deficienții motor și de comportament se utilizează metode și tehnici combinate. În mod succint ne vom referi la metodele ce sunt folosite în mod frecvent atât pentru studiul vieții psihice cât și pentru cunoașterea subiecților respectivi.

Observația,

Care are ca scop culegerea unor date cu privire la comportamentul subiecților, caracteristicile și evoluția lor psihică, formarea deprinderilor de activitate și a aptitudinilor intelectuale, acumularea de cunoștințe și de experiențe recuperative pentru inserția socio-profesională.

Observația are avantajul de a permite studiul subiectului în condițiile normale (obișnuite) de activitate și evită situațiile artificiale. Dar, pentru a fi cât mai eficientă, cercetătorul trebuie să-și fixeze dinainte cadrul în care se desfășoară observația, scopul urmărit și să-și noteze, sub formă de protocoale, datele rezultate pe care să le prelucreze ulterior. Pe cât este posibil, să se apeleze la mijloacele tehnice de înregistrare (casetofoane, camere de luat vederi etc.) Este recomandat ca, subiectul să nu știe că este observat în mod special, pentru a-l feri de impactul cu unele modalități neobișnuite de activitate și de elaborare a răspunsurilor la variabile neprevăzute. Pentru a imprima o cât mai mare veridicitate datelor obținute, observarea subiecților trebuie să se facă în situații și activități diferite, la intervale de timp și momente diferite.

Experimentul

Are două variante: natural și de laborator. Experimentul natural se desfășoară prin introducerea unor stimuli suplimentari în activitatea derulată de subiect, la care se solicită răspuns, sau prin organizarea unor activități (ludice, de învățare, de formare a deprinderilor practice) în care apar variabile diferite ce îl pun pe subiect în situații deosebite. Spre exemplu, experimentul psihopedagogic răspunde acestor cerințe și își dovedește utilitatea mai cu seamă în procesul instructiv-educativ, când se pot preda unele cunoștințe și prin metode mai puțin obișnuite pentru a le verifica eficiența sau prin introducerea unor concepte abstracte, la o

anumită disciplină, pentru a vedea în ce măsură copiii le înțeleg și au posibilitatea să le integreze în sisteme operative ale muncii intelectuale. Prin aceste caracteristici, experimentul natural este mai apropiat de observație căci, aceasta implică și culegerea datelor despre subiect. În schimb, experimentul de laborator imprimă o notă de precizie mai mare pentru că, așa cum îi spune numele, se realizează în laboratoare dotate cu aparatură specială de creare a unui cadru stimulat și de înregistrare a reacțiilor subiectului. Există și un inconvenient legat de faptul că, subiectul este pus într-o situație artificială ce poate provoca suspiciuni și dificultăți de adaptare.

Testele

Au o mare răspândire și ele se împart cu verbale și neverbale. Pentru unele categorii de deficienți, cum sunt surdomuții, cei cu deficit sever de intelect, testele neverbale, bazate pe simboluri imagistice sau pe ansamblări de obiecte, sunt singurele edificatoare. Testele verbale operează cu cuvinte și cifre, ceea ce presupune o oarecare capacitate de a utiliza simboluri verbale. Sunt de preferat probele etalonate sau standardizate. Unele din acestea se pot aplica colectiv iar altele, individual și sunt adaptate la nivelul vârstei. În general, testele vizează o însușire, o funcție sau un proces psihic și nu ansamblul psihismului uman. Trebuie să subliniem faptul că nu toate testele ce se aplică la persoanele normale pot fi utilizate și la deficienți, deoarece unele depășesc atât nivelul de înțelegere, cât și capacitatea de a elabora răspunsuri apropiate de cerințele probei. Spre exemplu testele proiective sau cele cu un înalt grad de complexitate nu se recomandă în tulburările de dezvoltare ale intelectului. Acesta este motivul pentru care mulți specialiști au elaborat sau adaptat teste specifice condiției handicapului. Pentru a evita erorile este indicat ca rezultatele obținute să fie corelate cu cele obținute prin alte mijloace sau procedee.

Conversația

Deși aceasta se desfășoară cu dificultate la unele categorii de deficienți, prezintă avantajul că ei nu pot simula sau masca unele comportamente, sunt mai sinceri și manifestă o tendință accentuată de a răspunde cerințelor de elaborare a răspunsurilor. Important este să se folosească un limbaj adecvat nivelului de înțelegere și o formă ce poate fi receptată de subiecți (limbajul gestual și al dactilemelor pentru surdomuți, limbajul verbal, însoțit de un material ilustrativ adecvat care să stimuleze înțelegerea și verbalizarea, pentru deficienții de intelect s.a.m.d). Pentru o eficientă conversație trebuie să se creeze și un cadru adecvat (relaxat și atractiv) desfășurării ei.

Analiza produselor activității

Se raportează la nivelul de pregătire al subiecților, la stadiul formării deprinderilor și obisnuințelor în diferite forme de activitate, la metodologia corectiv-recuperativă adaptată în educația specială. Aceste

produse ale activității pot constitui nu numai mijloacele de cunoaștere, dar și de psihodiagnoză (este și cazul desenului, al produsului grafic în general). Edificatoare pentru cunoaștere sunt și rezultatele muncii practice.

Anamneza

Este deosebit de importantă pentru stabilirea momentului producerii deficienței și a cauzelor acesteia, pentru studiul evoluției subiectului și al episoadelor mai importante din viața sa. În realizarea acestei forme vor avea loc discuții cu părinții, cu rudele, cu cei din anturajul subiectului și evident, acolo unde este cazul, se iau în considerare propriile sale relatări. Pe baza anamnezei se pot marca traseele mai importante în dezvoltarea și regresul subiectului, caracteristicile favorabile sau mai puțin favorabile de mediu.

Firește că sunt și alte metode folosite în defectologie și logopedie, dar le-am reținut pe cele mai eficiente și cu o întrebuințare mai frecventă. De remarcat că în multe studii se apelează la metode diferite sau la o combinație a acestora pentru a putea cuprinde complexitatea unor fenomene psihice. Pe baza acestora se poate efectua analiza de caz, ce se realizează prin studiul subiectului cu ajutorul mai multor probe și prin observarea comportamentului în diverse ipostaze. În cadrul analizei de caz se iau în considerație toate datele personale ale subiectului, începând de la cele familiale și de etiologie, ajungând la evidențierea principalelor caracteristici psihice și terminând cu creionarea profilului psihologic în care să se stabilească diagnosticul și prognosticul evoluției probabile pe scurtă și lungă durată.

Exercițiu

Enumerați unele mijloace posibile de intervenție în vederea optimizării procesului instructiv-recuperativ și imaginați-vă un model optim ce poate fi aplicat cu rezultate pozitive la nivelul unei categorii de deficiență.

Întrebări/probleme de autoevaluare :

1. Delimitați principalele concepte cu care se operează în defectologie și logopedie.
2. Analizați conținutul și sfera defectologiei și logopediei și evidențiați importanța teoretică și practică a preocupărilor științifice în domeniul respectiv.
3. Descrieți metodele și analizați specificul acestora în defectologie și logopedie.

Bibliografie minimală:

1. JIGĂU M.,- „COPIII SUPRADOTAȚI”, BUCUREȘTI, ED.ȘTIINȚĂ ȘI TEHNICĂ, 1994
2. RACU-ROȘCA, AURELIA, - “ISTORIA PSIHOPELAGOGIEI SPECIALE – MANUAL – CRESTOMAȚIE, ED. PONTOS, CHIȘINĂU, 2003
3. RUSU C-TIN ȘI COLAB.- „DEFICIENȚĂ, INCAPACITATE, HANDICAP”, BUCUREȘTI, ED. PRO-HUMANITATE, 1997. (pg.11 – 127)
4. SILLAMY, N.- „DICTIONAR DE PSIHOLOGIE – LAROUSSE”, ED. UNIVERS ENCICLOPEDIC, (pg. 139) BUCUREȘTI, 1996
5. VERZA, E., VERZA, E.F. - „PSIHOLOGIA VÂRSTELOR”, Ed. Pro Humanitas, 2000
6. VERZA E.- „PSIHOPELAGOGIA SPECIALĂ”, BUCUREȘTI, E.D.P., 1998. (pg. 3 – 22)
7. VERZA E.F.- „INTRODUCERE ÎN PSIHOPELAGOGIA SPECIALĂ ȘI ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ”, BUCUREȘTI, ED. FUNDAȚIEI HUMANITAS, 2002. (pg. 7 – 41)

Unitatea Nr. 2

SPECIFICUL DEFICIENȚELOR DE INTELECT/MINTALE

CUPRINS :

- Conținut și perspectivă în cunoașterea deficienței de intelect;
- Etiologie și modificare în structura biopsihică;
- Clasificarea deficienței de intelect;
- Deficiența mintală de gradul I;
- Deficiența mintală de gradul II;
- Deficiența mintală de gradul III;
- Trăsături de specificitate ale deficiențelor de intelect ;
- Sindroamele deficienței de intelect ;

Scopurile unității

- să se formeze o imagine unitară asupra deficienței de intelect ;
- să se înțeleagă posibilitățile de integrare socio-profesională a persoanelor cu deficiență de intelect în funcție de gravitatea și complexitatea manifestărilor acestora.

Obiective

La finalul unității, studenții vor avea următoarele competențe:

- înțelegerea conceptului de deficiență de intelect și evoluția acestuia în timp;
- operarea cu conceptele specifice ce derivă din noțiunea de deficiență de intelect;
- cunoașterea simptomatologiei aferente deficienței de intelect în funcție de gradul acesteia, pentru a se putea opera corect cu noțiunile respective;
- conștientizarea acțiunii factorilor de diferite tipuri asupra structurii biopsihice și influența nocivă a acestora;

2.1 Conținut și perspectivă în cunoașterea handicapului de intelect/mintale

A rezultat din capitolul anterior că în literatura de specialitate se operează cu concepte variate și că există o sinonimie ce diferă de la un autor la altul în ceea ce privește denumirea anumitor domenii ale defectologiei și logopediei ca și a tipurilor de deficiență.

Astfel, termeni ca: deficiența mintală, insuficiență mintală, oligofrenie, encefalopatie infantilă, debilitate mintală, subnormalitate mintală denumesc marea categorie a deficiențelor de intelect. Trebuie să ne obișnuim să folosim conceptul de deficiență de intelect care de fapt este sinonim cu cel de handicap de intelect deoarece termenii ceilalți nu semnifică gradele sau profunzimea deficienței provocând confuzii. Termenii ca “înapoiere”, “întârziere” sugerează o eventuală revenire la starea normală iar alții ca “oligofrenie” și “encefalopatie infantilă” au un pronunțat caracter medical punând accent pe afecțiunile structurii nervoase. Deficiențele de inteligență au fost denumite și “primare” sau “idiopatice” adică cele care pot fi puse pe seama leziunilor cerebrale, infecțiilor prenatale sau postnatale și care nu sunt însoțite obligatoriu de afecțiuni mintale.

Testele de inteligență indică faptul că în unele zone 5-7% din numărul total al copiilor au un coeficient de inteligență sub 70% ceea ce poate necesita luarea unor măsuri speciale de ordin educativ și medical.

Anumite cazuri mai puțin grave pot fi considerate ca îndepărtându-se de medie într-o măsură normală. Cele mai grave cazuri se datorează unui deficit de dezvoltare ale cărui cauze sunt cel mai des ignorate.

Este de reținut faptul că în demersul integrării sociale și profesionale a persoanelor aparținând diferitelor categorii de deficiență este necesară formularea unor programe educațional - recuperative care să aibă în vedere caracteristicile psihofizice, potențialul ce poate fi stimulat, vârsta cronologică și vârsta mintală.

Pentru contextul în care se desfășoară intervenția noastră este necesar să amintim una din cele mai acceptate definiții a stării de handicap de intelect și anume cea a psihologului Rene Zazzo:

Definiție:

“debilitatea mintală este prima zonă a insuficienței mintale – insuficiență relativă la exigențele societății, exigenți variabile de la o societate la alta, de la o vârstă la alta - insuficiență a cărei factori determinați sunt biologici (normali sau patologici) și cu efectul ireversibil în studiul actual al cunoștințelor” (R. Zazzo, 1979, pag. 33).

Pentru a analiza oricare dintre categoriile de deficienți în vederea surprinderii caracteristicilor generale și definitorii, este necesar să recurgem la raportarea subiecților respectivi la:

1. copiii normali mai mici ca vârstă cronologică și de aceeași vârstă mintală;

2. la indivizii normali de aceeași vârstă cronologică;
3. la copiii normali de aceeași vârstă mintală și la indivizii de aceeași vârstă cronologică;
4. la indivizii normali de aceeași vârstă mintală indiferent de vârsta cronologică;
5. la alți deficienții din aceeași categorie;
6. la alți deficienți cu forme diferite decât cea de intelect.

2.2. Etilogie și modificare în structura biopsihică

Există un număr foarte mare de factori care pot influența evoluția normală a individului, dar aceștia depind de rezistența organismului, de zestrea sa ereditară, de perioada în care acționează, de forța și durata acțiunii lor. Mulți dintre acești factori nocivi pot fi evitați în perioada de gestație a fătului și mai ales în ontogeneza timpurie.

În funcție de perioada în care acționează asupra organismului, factorii patogeni se pot împărți în endogeni (genetici) și exogeni (câștigați) prin condițiile existenței în mediul înconjurător.

În cadrul *factorilor endogeni* cele mai des întâlnite sunt anomalii cromozomiale. Consecința anomaliei cromozomiale este un dezechilibru genic care se soldează cu anomalii variate cum ar fi: encefalopatia și malformațiile somatice. Prin dezechilibru genic înțelegem un plus sau un minus de material genetic. În cazul unui minus este afectată viabilitatea oului.

Spre exemplu caracteristic unor anomalii cromozomiale este sindromul Down (în acest caz anomalia se petrece în perechea cromozomială 21) o altă cauză a sindromului Down este vârsta înaintă a mamei la nașterea copilului.

Factori exogeni.

Producerea deficienței mintale depinde de momentul intervenției factorilor în procesul evolutiv, de masivitatea agresiunii și de timpul agentului agresiv.

În cazul subdezvoltării sau nedezvoltării, factorii exogeni acționează mai eficient și mai puternic în perioadele timpurii, în special în perioada intrauterină și în primii 3 ani de viață. După etapa în care acționează acești factori putem delimita următoarele perioade:

1.prenatală

- a. progenetică (corespunzătoare perioadei formării produsului de concepție care durează câteva zile după fecundație);
- b. embrionară (0-3 luni);
- c. perinatală (în cursul travaliului și în primele zile de naștere);

d. postnatală (în primii 3 ani și ulteriori de viață);
Astfel avem:

1. Factorii prenatali (oboseala și stresul gravidei)

a. factorii progenetici:

- radiațiile (rontgen, alfa, beta, gama) care determină o lezare primară prin iradiație producând moartea celulei sau o lezare secundară producând tulburări metabolice. Exemplu: copiii născuți de către mamele iradiate în cazul bombardamentelor atomice de la Hiroșima și Nagasaki. Ei au înfățișare caracteristică cu membre lungi, capul mic, malformații și deficiență mintală profundă;
- cu procese involutive la nivelul craniului.
- șocurile psihice grave determină modificări la nivelul celulelor germinative;
- diabetul zaharat duce la o atrofiere a ovarelor și o tulburare funcțională genitală.

b. Factorii embriopatici:

- fizico-chimici (iradierile atomice, razele X oxidul de carbon, sărurile unor metale grele: nichel, zinc, cobalt, mercur, plumb);
- medicamente teratogene (citostatice, substanțele psihotrope, neuroleptice, antidepresive, tranchilizante) duc la distrugerea oului sau la mutații genetice;
- boli infecțioase, virotice (rubeola, gripa);
- boli cașectizante ale mamei (tuberculoza pulmonară, febra tifoidă, malaria, avitaminoze, alimentație carentială);

c. factori fetopatici:

- intoxicații diverse (avitaminoze, carențe alimentare, boli cașectizante);
- traumatisme fizice.

2. Factorii perinatali (ne ferim mai ales la accidentele la naștere):

- nașterea cu forceps;
- sugrumarea cu cordonul ombilical etc.

3. factorii postnatali:

- boli inflamatorii cerebrale (meningo-encefalita, TBC, encefalite);
- boli infecțioase cu complicații cerebrale (tuse convulsivă, scarlatina, varicela, variola, gripa, hepatita epidemica);
- traumatisme craniio-cerebrale;
- intoxicații acute și cronice (plumb, alcool);
- vaccinurile (antivariolic);
- neasigurarea alimentației suficiente;
- privarea afectivă a copilului împiedică achizițiile în plan intelectual și nu stimulează dezvoltarea psihică s.a.

2.3. Clasificarea deficienței de intelect

Clasificarea cea mai frecventă a acestei forme de deficiență se realizează pe baza măsurării coeficientului de inteligență cu ajutorul testelor, a coeficientului de dezvoltare psihică, a evaluării posibilităților de adaptare și integrare, de elaborare a comportamentelor comunicaționale și de relaționare cu cei din jur.

Intelectul de limită

Între normal și deficientul de intelect se interpune o categorie specifică și anume intelectul de limită sau liminar cu un QI între 80-85-90. Acesta marchează granița dintre normalitate și handicap. Noțiunea de intelect de limită este de dată mai recentă, ea apărând în ultimile două decenii. Binet și Simon indică un decalaj între vârsta mentală și vârsta cronologică de cca. 2 ½ la vârsta de 10 ani, decalaj ce crește treptat până la 5 ani la vârsta de 15 ani. Se menționează, astfel o plafonare psiho-intelectuală mai evidentă la vârsta de 10-12 ani cu ritm mai lent în planul dezvoltării proceselor cognitive superioare.

Majoritatea autorilor consideră că intelectul de limită poate fi depistat în cadrul școlii și că acesta cuprinde până la aproximativ 10% din populația școlară. Acești copii nu sunt deficienți fiind mai apropiați de normalitate. Putem distinge câteva semne definitorii după care liminari sunt relativ ușor identificați, mai ales în procesul de învățământ.

Dintre acestea remarcăm:

- acești copii întâmpină dificultăți în însușirea scris-cititului și a calculului (disgrafie, dislexie, discalculie). Adeseori, prezintă tulburări instrumentale ce trebuie să li se acorde o atenție deosebită.
- majoritatea acestora au o hiperactivitate motorie, sunt instabili, timizi, emotivi, inhibați;
- prezintă dificultăți în fluxul ideății, încetineală în gândire, au baraje ale gândirii sau lapsusuri, chiar momente de vid mintal;
- copilul liminar rezolvă sarcinile impuse doar până la un anumit nivel de complexitate și abstractizare. Drept urmare, se confruntă cu insuccese școlare care pot sta la baza unor trăiri tensionale și contradictorii ce generează tulburările de comportament;
- prezintă o imaturitate social-afectivă, dificultăți de relaționare cu ceilalți, de funcționalitate constantă a relațiilor imprevizibile și nemotivate etc.

Adeseori subiectul cu intelect de limită este confruntat cu eșecuri în activitățile desfășurate ceea ce duce la un nivel de aspirație scăzut, teama de insucces, neîncrederea în sine, atitudine negativă față de efort, izolare și frustrare.

Totuși acești copii pot fi stimulați printr-o metodologie recuperativă specială astfel încât dezvoltarea lor psihică să se apropie de nivelul colegilor lor și pot fi integrați cu succes în învățământul obișnuit. Mai târziu, ei pot parcurge formele învățământului superior dacă se

motivează pentru activitate și dacă aceasta este susținută, de un efort continuu (Gh. Radu 1999).

2.3.1. Deficiența mintală de gradul I (debilitatea mintală sau handicap de intelect ușor sau lejer)

Acești subiecți au un Q.I. între 50-85 ceea ce corespunde unei dezvoltări normale a vârstei cronologice între 7-12 ani.

Termenul de "deficiență mintală" introdus în 1909 de Dupre a fost reluat și aprofundat de Vermeulen în 1924 și are semnificația unei insuficiențe mintale.

Putem defini debilitatea mintală ca reprezentând o insuficiență mai mult sau mai puțin marcată a dezvoltării inteligenței, lăsându-i individului posibilitatea de a ajunge la autonomie socială, fără însă să-i permită să-și asume total responsabilitatea conduitelor sale.

Debilul mintal este educabil, capabil de achiziții școlare corespunzătoare vârstei sale mintale ce variază în funcție de gravitatea deficienței.

După gradul insuficienței mintale distingem debili mintali severi, mijlocii și lejeri.

La debili mintal au fost determinate o serie de particularități ale activității nervoase superioare. Astfel, formarea reflexelor condiționate prezintă oscilații intense și persistente sub aspectul timpului de latență, al forței și duratei reacției. De asemenea, particularități specifice a acestei categorii în cadrul handicapului de intelect le vom întâlni atât în procesele de cunoaștere cât și în domeniul motricității și al afectivității.

Percepția

În cadrul percepției, debili mintal prezintă deficiențe ale analizei și sintezei. Astfel, ei desprind din obiecte sau imagini foarte puține detalii ceea ce face ca percepțiile lor să fie insuficient de specifice persistând caracterul lor fragmentar și lacunar cu prezența confuziilor. Acest lucru se datorează și mascării unor elemente de către altele (se desprind mai ușor elementele periferice sau cele delimitate prin contur sau culoare decât greutatea, forma și materialul din care este confecționat obiectul).

O altă trăsătură caracteristică debilului este îngustimea câmpului perceptiv (într-un timp limitat ei pricep un număr mai mic de elemente decât normalii) ducând la o dificilă orientare în spațiu și la reduse capacități intuitive de a stabili relația dintre obiecte.

Gândirea

Debilul mintal manifestă o pregnantă lipsă de flexibilitate a activității cognitive în general și a activității perceptuale în mod special. Gândirea lui e caracterizată în primul rând prin predominarea funcțiilor de achiziție comparativ cu funcțiile de elaborare. Deci, gândirea lui nu e creativă ci reproductivă. Debilul mintal stabilește mai ușor deosebiri decât asemănările, trăsătură ce se menține până la o vârstă mai mare. Procesul înțelegerii apare cu greu din cauza modului defectuos în care se realizează integrarea datelor noi în cele existente.

Limbajul

Din punct de vedere al limbajului, acesta se dezvoltă în general cu întârziere sub toate aspectele sale. Astfel, primul cuvânt apare la debil la vârsta de 2 ani (1 an). Utilizarea propoziției în comunicare apare la 3 ani (1,7 ani). Vorbirea apare la 34,2 luni (15,7 luni).

Vocabularul copiilor debili mintal este mai limitată decât cel al normalilor, este sărac în cuvinte-noțiuni care desemnează mărimi, relații spațiale, caracteristici psihice; predomină în acest vocabular substantivele, numărul de verbe este mai mic, se întâmpină dificultăți în înțelegerea și utilizarea comparațiilor, epitetelor și metaforelor. Fraza atât în limbajul scris cât și cel oral se caracterizează printr-un număr mai mic de cuvinte și o construcție defectuasă din punct de vedere gramatical.

Cu toate dificultățile existente în planul dezvoltării psihice, comunicarea poate fi stimulată spre o evoluție pozitivă, în condițiile unor influențe educaționale adecvate. Se sugerează, în acest scop, unele programe de intervenție pentru dezvoltarea comunicării la copiii cu deficiențe mintale de gravitatea diferită Doru Popovici (2000). Asemenea programe sunt cu atât mai eficiente cu cât se are în vedere vârstele mici ale copilăriei. În formele severe se vizează, formarea unor modalități de relaționare cu cei din jur prin intermediul comunicării nonverbale ce este concepută de unii autori ca o "terapie ocupațională" pentru acești subiecți (H. Clancy, M.J. Clark, 1990).

Procese mnemice

Debilitatea mintală nu exclude posibilitatea unei memorii dezvoltate sau chiar a unei hiperamnezii însă în general memoria este deficitară sub anumite aspecte. Ca trăsături specifice ale acesteia distingem:

- memorarea nu dobândește un caracter suficient de voluntar. Debilul nu recurge la procedee de fixare intențională, nu-și elaborează un plan de organizare a materialului, însă eficiența scăzută a memoriei rezultă și dintr-o evocare în care se găsesc elemente fără legătură cu subiectul abordat;
- memoria este caracterizată din rigiditatea fixării și a reproducerii cunoștințelor ce duce la dificultăți în realizarea transferului de cunoștințe;

- o altă particularitate este lipsa de fidelitate a memoriei (când reproduc ceva, copiii debili adaugă elemente străine provenite dintr-o experiență anterioară mai mult sau mai puțin asemănătoare.

Motricitate

Din punct de vedere al motricității s-a stabilit că cu cât gradul deficienței mintale este mai mare cu atât nivelul motricității rămâne mai scăzut. Acesta este vizibilă mai ales sub următoarele aspecte: viteza mișcărilor, precizia mișcărilor (mai ales cele fine), imitarea mișcărilor (influențează negativ formarea multor deprinderi), reglarea forței musculare și altele. La debili mintal se observă mai frecvent decât la normali lateralitatea manuală stângă sau ambidextra ceea ce îngreunează manipularea unor obiecte.

Voința

În ceea ce privește activitatea voluntară putem spune că ea prezintă deficiențe în toate momentele desfășurării sale:

- scopurile pe care și le fixează debilul sunt generate de trebuințele și interesele momentane. El se abate de la scopul fixat dacă întâmpină dificultăți și execută o altă activitate mai ușoară;
- dificultățile întâmpinate în efectuarea unei acțiuni provin din insuficiența atenției pe care ei o acordă instrucției ce li se dă fiind înclinați să treacă imediat la acțiune;
- apar frecvente manifestări de negativism ca efect al capacității reduse de lucru a scoarței cerebrale.

Comportamentul

Activitatea debilului este caracterizată în primul rând de imaturitate (un copil debil mintal de vârstă școlară are manifestări proprii preșcolarilor sub aspectul emoțiilor și sentimentelor).

Conduitele afective

Manifestările emotive sunt foarte des exagerat de puternice în raport cu cauza care le-a produs. Se poate ajunge la crize de furie însoțite de reacții agresive față de cei din jur, distrugerea obiectelor, lovirea propriului corp. Dar și veselia se poate transforma în crize de răs nestăpânit și necontrolat.

Această capacitate redusă de a controla expresiile emoționale complică relațiile lor cu cei din jur și duce la efecte dezorganizatoare asupra activității.

Se observă predominarea unui anumit tip de dispoziții astfel că unii sunt mai frecvent euforici alții apatici și alții iritabili.

Integrare familială, școlară și socioprofesională

Prezența unui astfel de copil într-o familie reprezintă o grea încercare pentru părinți. Din aceste motive mulți dintre părinți nu reușesc să se împace cu acest gând. Chiar și atunci când întârzierea în dezvoltarea copilului este evidentă ei se amăgesc cu o mulțime de explicații posibile. Sunt și părinți care trăiesc un sentiment de culpabilitate față de copil, se simt răspunzători și încearcă cu disperare să găsească o soluție de ieșire din situația în care se află.

Totuși copiii debili mintal, în condițiile unei atitudini realiste a familiei, reușesc în bună măsură să se integreze în aceasta.

În ceea ce privește educația, ei pot urma școala ajutătoare uneori chiar școala de masă unde își însușesc scris-cititul și calculul elementar la nivelul a 4, 5 clase din școala generală.

Debilul mintal are posibilitatea de a-și însuși o profesie pe care o poate exercita cu succes (tâmplar, zidar, cofetar, croitor, zootehnist, viticultor, etc.).

Formele clinice:

Din punct de vedere clinic debilii mintal sunt împărțiți în două categorii:

a. Debilul armonic .

Termenul a fost introdus de Th. Simon (1924) și Vermeulen (1929) care considerau că în această formă deficitul intelectual constituie elementul ce predomină personalitatea.

Retardul intelectual se manifestă prin întârzierea în plan școlar, dificultăți în activitatea de achiziție a unor cunoștințe, dar șansele de reușită ale acestor persoane sunt bune dacă depun efort continuu și sunt susținuți afectiv de cei din jur.

Debilul armonic este muncitor, ascultător, capabil de a învăța o meserie și de a o exercita în condiții normale.

b. Debilul dizarmonic (tulburările intelectuale sunt asociate cu cele afective).

Debilul dizarmonic (Baronnei și Fay l-au denumit și "debil complet") se caracterizează prin preponderența tulburărilor afective și de comportament.

Th. Simon și G. Vermeulen consideră că debilul dizarmonic, după formele de manifestare, se împarte în:

Debilul dizarmonic instabil care este incapabil de a se concentra, nu poate fi atent, este curios, permanent agitat, mitoman, cu dificultăți de adaptare;

Debilul dizarmonic excitat ce prezintă, pe lângă tulburările caracteristice celui instabil, dar de o gravitate sporită cu manifestări legate de o agitație motrică permanentă și stări de euforie, vorbește neîncetat și este lipsit de interes;

Debilul dizarmonic emotiv. Acesta, față de cel instabil are reacții afective instabile și exagerate, dar beneficiază de un intelect superior față de cel

instabil. El caută aprobarea și acceptarea celor din jur și poate chiar fi sensibil la critică.

2.3.2. Deficiența mintală de gradul II sau deficiența de intelect severă (numită impropriu și imbecilitate)

Are un QI cuprins între 20-50 și corespunde unei dezvoltări normale a vârstei cronologice de 3 la 7 ani.

Wallon consideră că spre deosebire de "idioți", "imbecilii" ajung la un nivel la care se pot folosi de experiențele anterioare pentru a se adapta la o situație nouă.

Această categorie este predominată de o frecvență a malformațiilor somatice concretizate în aspectul displastic facio-cranian (hipertelorism, gura de lup, urechi malformate, proeminența globilor oculari).

Motricitatea

Este slab dezvoltată și insuficient diferențială. Subiectul respectiv nu poate executa o mișcare izolată (nu poate închide un singur ochi), mișcărilor sunt stângace și lipsite de finețe.

Limbajul

În ceea ce privește limbajul ei ajung să-și însușească sistemul simbolic al acestuia în vederea comunicării. Vorbirea este imperfectă, pronunția prezintă diferite tulburări, iar inteligibilitatea este redusă. Vocabularul se limitează la cuvintele uzuale iar structura gramaticală a limbii nu este însușită și datorită acestui fapt vorbirea este agramată.

Gândirea

Rămâne prin excelență concretă și situațională limitându-se la rezolvări mecanice. La nivelul dezvoltării maxime nu depășesc mecanismele gândirii conceptuale și modurile operaționale care caracterizează gândirea copilului de 7 ani. De asemenea, nu reușesc să înțeleagă relațiile spațiale și nu pot să achiziționeze noțiunea de număr.

Activitatea

Este întotdeauna foarte imatură și labilă, imaginile parentale constituie singurul lor sistem de referință, singura experiență relațională de unde și infantilismul accentuat marcant.

Ei au o mare nevoie de securitate și prezintă conduite reactive la o situație de abandon, iar pe acest fond se pot dezvolta structuri mintale obsesionale.

Comportamentul

Este dominat de emotivitate, însă este întotdeauna necontrolat. Numeroase comportamente aberante ale acestor persoane nu sunt decât reacții de insecuritate și furie sau tentative de a evita o situație de eșec.

Afectivitatea

Fondul afectiv este alcătuit din puerilism și vanitate, reacții ostile frecvente, trăsături care fac foarte dificilă integrarea socială.

Atenția și memoria

Atenția este caracterizată prin instabilitate, însă atunci când e interesat pentru scurtă vreme subiectul se poate concentra, memoria este de obicei diminuată însă poate fi în unele cazuri excepțională, ceea ce a dus la denumirea acestor persoane cu hipermnzie de "idioți savanți": sau imbecilii prodigioși ceea ce înseamnă și o dizarmonie în dezvoltarea intelectuală (rețin sute de rânduri dintr-o carte după o singură lectură sau ascultare). Dar din categoria imbecililor prodigioși mai fac parte:

- calculatorii care pot fi și ei împărțiți în cei care fac operații de adunare, înmulțire, împărțire cu o rapiditate deosebită întrecând calculatoarele electronice;
- cei care au o înclinație remarcabilă pentru desen (vestitul "Raphael al pisicilor" care a avut faimă Europeană);
- cei cu aptitudini muzicale deosebite (reproduc după ureche melodii foarte lungi și complicate);
- cei cu simț olfactiv foarte dezvoltat care pot discrimina cu ușurință diverse mirosuri

Încadrarea socială și familială.

Handicapul sever este incapabil de a se autoconduce în relațiile cu lumea și cu el însuși, de aceea el trebuie asistat permanent, având nevoie de o tutelă și o supraveghere constantă.

Cu toate acestea ei pot să fie educați să se alimenteze singuri, pot efectua o serie de munci simple sub supraveghere.

2.3.3. Deficiența mintală de gradul III (numită idiotia) sau deficiența de intelect profundă

Are un QI sub 20-25 și o dezvoltare psihică corespunzătoare vârstei normale de până la 3 ani.

Mulți autori consideră că acești deficienți nu sunt capabili decât de utilizarea reflexelor condiționate.

Ei nu-și însușesc limbajul decât în forme simple.

“Idiotul” este incapabil să se autoconducă, să se apere de eventualele pericole și chiar să se hrănească autonom.

Prezintă malformații craniene, microcefalii, hidrocefalii, hipertelorism, anomalii dentare, lordoze, cifoscolioze.

Slaba rezistență la infecții explică mortalitatea ridicată a acestor deficienți. Media lor de vârstă este de 19 ani față de a imbecililor care este de 26 ani.

Motricitatea

Structura psihomotrică este rudimentară, nediferențială și nu constă decât în balansări uniforme, contorsiuni, grimase și impulsuri motrice subite. Întreaga viață afectivă rămâne legată de instincte primitive brutale, de aderență narcisică la corp și la zonele sale erogene.

Integrarea socială în funcție de dezvoltarea psihică

Din punct de vedere al integrării sociale putem distinge idiotia completă și idiotia parțială. Idiotul complet nu prezintă decât instincte de conservare. Este fără limbaj, scoate sunete nearticulate, țipete, uneori ecolalie. Comportamentul său este alcătuit din acte pur reflexe. Inactivitatea sa globală este întreruptă de impulsuri violente sau de crize, iar afectivitatea rămâne la nivel pur autoerotic (masturbare, bulimie).

Idiotul incomplet prezintă o afectivitate uneori chiar cu o tendință către anturaj ceea ce face posibilă dresarea funcțiilor sale vegetative și motrice. În limbaj însă nu poate depăși monosilabele.

2.4.Trăsături de specificitate ale deficienților de intelect

Au rezultat deja o serie de caracteristici în raport de gravitatea deficienței. La acestea se adaugă și un grup distinct de manifestări cuprins sub denumirea de “specificitate”. Cele mai semnificative sunt următoarele:

2.4.1. Rigiditatea:

Constituie cea mai evidentă trăsătură ce se manifestă în toate activitățile desfășurate de deficientul de intelect și în special, în cele de cunoaștere. J.S. Kounin consideră această trăsătură ca fiind o particularitate definitorie a debilului mintal. Se știe că adultul are un număr mai mare de regiuni “psihologice” față de copil însă granițele dintre aceste regiuni devin tot mai rigide pe măsura înaintării în vârstă. Rigiditatea acestor regiuni și a granițelor dintre ele limitează transferul funcțional și

schimbul între teritoriile învecinate ceea ce determină o inerție la nivelul întregii activități psihice.

La deficienții de intelect aceste regiuni sunt foarte rigide nepermițând schimbul funcțional normal dintre ele, corespunzător vârstei cronologice. Ulterior termenul a fost extins, unii autori folosind singtame ca rigiditatea gândirii, a memoriei, a limbajului, a comportamentului. A.R. Luria a folosit termenul de inerție patologică pentru a arăta că activitatea este deficitară ceea ce nu permite o relaționare riguroasă între diferitele regiuni ale creierului cu consecințe în desfășurarea funcțiilor psihice dominate de inerție.

2.4.2. Vâscozitatea genetică

Este o altă trăsătură specifică introdusă de B. Inhelder care a pornit de la ideea că debilul nu poate atinge stadiul gândirii formale. El nu poate recupera întârzierea în propria construcție, ceea ce-l face să atingă doar stadiul operațiilor concrete și să rămână centrat o perioadă mai lungă de timp decât normal la nivelul punctelor fixate anterior.

În plan psihic are loc o dezvoltare lentă sau se produce stagnarea fără ca individul să poată atinge stadiile superioare. Astfel, dezvoltarea rămâne neterminată ducând la dificultăți în achizițiile instrumentale și de adaptare.

L.S. Vâgotski este de părere că pe baza vâscozității genetice handicapatului de intelect este obligat să se încadreze în "zona proximei dezvoltări" ceea ce înseamnă că dezvoltarea subiectului este limitată în raport de gravitatea deficienței.

2.4.3. Heterocronia

Se extinde în toate palierele dezvoltării psihice ale deficientului de intelect.

Termenul este introdus de R. Zazzo, care a constatat că debilul se dezvoltă diferit de la un sector la altul din punct de vedere psihologic. În cazul deficitului de intelect heterocronia cea mai evidentă apare între dezvoltarea fizică și cea mintală, între dezvoltarea somatică și cea cerebrală. Aceasta înseamnă că diferitele funcții psihice nu se dezvoltă în mod echilibrat, fapt relativ valabil și pentru omul normal. La normali, însă se creează un decalaj ușor la nivelul unor funcții, dar (unii au o memorie vizuală mai bună în timp ce alții posedă o memorie auditivă) acest decalaj poate fi recuperat atâta timp cât dezvoltarea unei funcții stimulează și evoluția alteia. La debilul mintal dezvoltarea unei funcții nu doar că nu stimulează evoluția alteia, dar se poate realiza chiar în detrimentul celorlalte funcții.

2.4.4. Fragilitatea construcției personalității.

F. Fau pornind de la ideea că vâscozitatea genetică își pune amprenta în orice situație asupra conduitei debilului mintal, dovedește că atunci când solicitările depășesc posibilitățile de răspuns, apare această caracteristică numită fragilitatea construcției personalității.

Fragilitatea poate fi disociată (manifestări de duritate, impulsivitate și lipsă de control) sau mascată (ce apare la debilizii care trăiesc într-un mediu securizat făcând posibilă disimularea trăsăturilor negative).

2.4.5. Fragilitatea și labilitatea conduitei verbale

Descrisă de E. Verza constă în neputința handicapatului de a exprima logico-gramatical conținutul situațiilor semnificative, neputința de a se menține la nivelul unui progres continuu și de a-și adapta conduita verbală la schimbările ce apar în diverse împrejurări. Mai mult, subiectul poate vorbi relativ bine la un moment dat ca ulterior, chiar la intervale mici de timp să manifeste dereglaje accentuate. Subiectul este dependent de dispozițiile ce le are și de influența unor factori din mediul înconjurător adeseori nesemnificativi. În plan semantic, este prezentă sărăcia de idei, un dezacord între ceea ce exprimă și realitatea ca și o înțelegere simplificată sau trunchiată a ideilor vehiculate.

2.5. Sindroamele deficienței de intelect

2.5.1. Sindromul Down

Acest sindrom a fost descris în anul 1866 de Langdon Down și se caracterizează prin triada: dismorfie particulară, întârziere mintală și aberație cromozomală.

Aceste persoane au capul mic, prezintă brahicefalie, faciesul este rotund, aplatizat cu absența aproape completa a pomeților și ridicăturilor orbitare. Roșeața obrazilor și a vârfului nasului îi dă aspectul de "față de clovn".

Prezintă, de asemenea, o plasare laterală a ochilor, gura lor este mică, cu fisuri comisurale, permanent întredeschisă, dinții neregulat împlânați, cariați, inegali, limba fisurată, cu aspect lat sau îngust și ascuțit, urechi mici, nelobulate, asimetrice. Gâtul este scurt, toracele este lărgit la baza, cu lordoza în poziție șezândă.

Măinile sunt mici și scurte, late și cu degete divergente. Picioarele sunt scurte, cu degete mici.

Mongolianul (mai este numit și mongoloid) este lent, apatic, pasiv, stă ore întregi în aceeași poziție sau se mișcă monoton.

Instabilitatea psihomotore constă în trecerea de la docilitate la acțiuni de auto și heteroagresivitate.

Atenția este labila la toate vârstele îngreunând influențarea educațională.

Comprehensiunea este redusă, iar memorarea mecanică și limbajul apar târziu. Majoritatea acestor subiecți nu reușesc să învețe să scrie, iar

desenul lor rămâne rudimentar și inestetic. Vocea este răgușită, monotonă. Vorbirea este infantilă și cu tulburări de articulație.

Gândirea este la stadiul concret și nu permite decât achiziția unor elemente cu caracter de stereotipie.

Memoria este predominant mecanică și întipărită de scurtă durată, reproduc cu greu și numai în prezența situațiilor concrete. În aceste condiții, este interesant că au dezvoltat simțul ritmului, le place muzica și dansul.

Sunt veseli și afectuoși cu persoanele cunoscute și simt nevoia să li se acorde o atenție similară celor din jurul lor. Manifestă mai ales comportamente imitative ceea ce presupune prezența în preajma lor a unor modele comportamentale pozitive.

Acest sindrom mai poartă denumirea de "trisomia 21" din cauza apariției unui cromozom în plus în perioada a 21-a astfel încât se ajunge la 47 în loc de 46 cromozomi.

Dat fiind dificultățile de dezvoltare, subiecții respectivi se încadrează în categoria de handicap revers sau profund și foarte rar în debilitatea mintală.

2.5.2. Oligofrenia fenilpiruvica (fenilcetonuria sau boala lui Folling).

Este o tulburare metabolică ereditară, o formă gravă a deficienței de intelect.

La naștere copilul este normal pentru primele săptămâni sau pentru primele luni. Apare apoi o iritabilitate excesivă, o instabilitate psihomotorie, uneori crize manifestate prin convulsii.

Observăm o întârziere marcată în dezvoltarea motorie (stă în decubit dorsal la 1 an și merge după 2 ani). De asemenea, o foarte accentuată întârziere în dezvoltarea vorbirii cu debut după 3-4 ani. De cele mai multe ori nu realizează decât 3-4 cuvinte însoțite de fenomenul de ecolalie. Nu depășește QI de 50.

Prezintă balansări de trunchi dinainte-înapoi. Mersul este cu pași mici și cu aplicare înainte.

Are o tendință permanentă de mișcare a mâinilor. La 1/3 din cazuri se înregistrează crize epileptice.

Are o subdezvoltare staturo-ponderală, părul blond depigmentat, ochii de culoare albastru deschis și eczeme. Se încadrează doar în formele de handicap profund și sever.

Se pot elabora unele comportamente elementare de autoservire mai ales cele bazate pe formarea reflexelor condiționate.

Pielea este foarte sensibilă și uneori, cu spargeri de vase de sânge.

Diagnosticarea se poate face de timpuriu prin analiza urinei ce conține acid fenilpiruvic.

2.5.3. Idioția amaurotică (sau boala lui Tay-Sachs).

Aceasta disfuncție are o frecvență mai redusă. La naștere copilul dă impresia de normalitate, pentru ca la 3-6 luni să devină apatic, cu o motricitate ce nu evoluează în mod normal.

La început copilul este hipersensibil la lumina și la zgomote, iar mai târziu văzul se va degrada progresiv până la orbire. El nu poate apuca obiecte, nu poate ține capul ridicat, iar mai târziu se instalează paralizile și convulsiile.

Boala are un caracter ereditar, de aceea apariția ei poate fi la diferite vârste, însă durata de viață este relativ scurtă.

Manifestă indiferență față de mediul ambiant, iar pe plan psihic dezvoltarea este extrem de redusă, dar prin exerciții repetate este posibilă elaborarea unor comportamente și activități cu caracter stereotip.

2.5.4. Gargoilismul

Se regăsește în categoriile de deficiență de la formele cele mai ușoare până la cele mai grave.

Copilul are o statură mică, cu gât și membre scurte, prezintă o înfățișare de bătrân. Craniul are un aspect deformat prin proeminența exagerată a regiunii occipitale. Gura este mare, cu buze groase, iar nasul are formă de șa.

2.5.5. Hipertelorismul

Este caracterizat de plasarea laterală a ochilor cu distanțe mari între ei, determinând un aspect animalic.

Craniul este brahicefalic și prezintă deseori anomalii ale maxilarului superior. Dezvoltarea psihică este minimă.

2.5.6. Sindromul Turner

Persoanele din această categorie prezintă fața rotundă, urechi late și implantate în partea de jos a craniului, spre gât care este scurt. Este caracterizat, de asemenea, de absența semnelor sexuale.

Toracele este în formă de scut cu mameloane îndepărtate. Prezintă scolioză sau cifoscolioză ca și la hipertelorism și în sindromul Turner ochii sunt depărtați.

Acest sindrom este întâlnit numai la femei.

2.5.7.Sindromul Pseudo-Turner

Prezintă caracteristici ce fac legătura cu sindromul descris mai sus. Este întâlnit la băieți. Simptomele sunt aproape identice cu cele ale deficienței Turner clasice, părul este aspru, gura triunghiulară (gură de pește), prezintă strabism.

Deficiența mintală este mai gravă decât în Turnerul clasic.

2.5.8. Cretinismul endemic

Este pregnant legat de mediul de viață. Apariția acestuia se datorează existenței în proporție insuficientă a iodului în sol sau în apă ceea ce împiedică producerea hormonului tiroidian cu efecte în dezvoltarea psihică și cea fizică. Metabolismul este redus și prezintă imaturitate sexuală.

Cretinul este scund, greoi, cu abdomenul și craniul plate, pielea uscată, gălbuie și rece.

Sub aspect psihic, mișcărilor, mimica și pantomimica sunt rigide. Pot apărea tulburări mentale grave.

Așa cum subliniază, Gh. Radu (2000) numărul sindroamelor deficienței de intelect este mult mai mare (peste 100), dar ne-am limitat la prezentarea celor cu o frecvență mai mare. Deși toate acestea reprezintă în principal deficiențe severe sau profunde se pot obține unele rezultate educaționale favorabile în condițiile adoptării unor programe adaptate particularităților psihoindividuale în cadrul intervențiilor psihopedagogice și medicale încă de la vârstele timpurii.

Întrebări/probleme de autoevaluare:

1. Evidențiați principalele categorii etiologice care duc la deficiență de intelect.
2. Analizați criteriile care stau la baza clasificărilor deficienței de intelect.
3. Raportați modificările specifice din structura biopsihică la formele și sindroamele deficienței de intelect.

Bibliografie minimală

1. BINET A., -„IDEILE MODERNE DESPRE COPII”, BUCUREȘTI, E.D.P., 1975
2. POPOVICI D.V.,- „DEZVOLTAREA COMUNICĂRII LA COPIII CU DEFICIENȚE MINTALE”, BUCUREȘTI, ED. PRO-HUMANITATE, 2000. (pg. 42 – 172)
3. RADU GH.,- „PSIHOPEDAGOGIA DEZVOLTĂRII ȘCOLARILOR CU HANDICAP”,BUCUREȘTI, E.D.P., 1999
4. RADU GH.,- „PSIHOPEDAGOGIA ȘCOLARILOR CU HANDICAP MINTAL”, BUCUREȘTI, ED. PRO-HUMANITATE, 2000
5. ROȘCA MARIANA,- „PSIHOLOGIA DEFICIENȚILOR MINTALI”, BUCUREȘTI, E.D.P., 1967
6. VERZA E. – Psihopedagogie specială, București, E.D.P.,1998
7. VERZA E.F.- „INTRODUCERE ÎN PSIHOPEDAGOGIA SPECIALĂ ȘI ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ”, BUCUREȘTI, ED. FUNDAȚIEI HUMANITAS, 2002. (pg. 42 – 68)
8. ZAZZO, R., COORD. - „DEBILITĂȚILE MINTALE”, E.D.P., BUCUREȘTI, 1979. (pg 28; 40 –67; 71 – 108;110 – 135; 372 – 401)

Teme pentru referate

1. Delimitari conceptuale si etiologie la persoanele cu deficiență.
2. Specificul personalitatii si comportamentului la debilii mintal.
3. Secificul memoriei debilului mintal.
4. Caracteristici generale ale activitatatii psihice la copiii cu deficiență de intelect

MODULUL 2

DEFICIENȚELE SENZORIALE ȘI NEUROMOTORII

Unitatea de învățare nr. 1

DEFICIENȚA DE AUZ

CUPRINS:

- Istoricul deficienței de auz;
- Evoluția cunoștințelor despre deficiența de auz;
- Etiologia și clasificarea deficiențelor de auz;
- Gradele deficitului auditiv;
- Testarea auzului;
- Măsurarea intensității, scara decibelilor;
- Caracteristici ale funcțiilor și proceselor psihice;
- Protezarea deficiențelor de auz;
- Metodologia demutizării și organizarea unităților speciale;

Scopurile unității de curs

- să se dezvolte o imagine unitară asupra deficienței de auz ;
- să se înțeleagă posibilitățile de integrare socio-profesională a persoanelor cu deficiență de auz în funcție de gravitatea și complexitatea manifestărilor acestora și de posibilitățile de protezare și compensare.

Obiective

- formarea capacităților de înțelegere a semnificației deficienței de auz și evoluția persoanelor cu aceste deficiențe;
- familiarizarea cu conceptele specifice ce derivă din noțiunea de deficiență de auz;
- să se însușească simptomatologia specifică deficienței de auz, în funcție de gradul afectării auzului;
- să se conștientizeze acțiunea factorilor de diferite tipuri asupra structurii biopsihice și influența nocivă a acestora;
- să se conștientizeze nevoia și avantajele protezării pentru unele deficiențe de auz;
- să se formeze abilități de intervenție psihopedagogică în desfășurarea procesului demutizării.

1.1. Istoricul deficienței de auz

Așa cum rezultă, acest tip de deficiență face parte din categoria deficiențelor senzoriale

Literatura de specialitate consemnează existența unor preocupări foarte vechi față de deficienții senzorial în general. În lucrarea „Despre simțurile celor care simt”, Aristotel afirmă că cine s-a născut surd acela devine apoi mut. În Codicile lui Justinian se găsesc reflectate atitudinile societății față de surzi și sunt stipulate drepturile pe care aceștia le aveau. Medicul, filosoful și matematicianul Girolamo Cardano, în secolul al XVI-lea, scrie despre instrucția și educația surdomuților, bazate pe demutizare și comunicare verbală. Spaniolul Pedro Ponce de Leon este primul care a folosit limbajul oral (vorbirea articulată) ca formă a demutizării. Juan Pablo Bonet, pe la 1600, a folosit alfabetul dactil pentru formarea comunicării verbale, dar și limbajul scris, oral și mimico-gesticular. În Anglia, John Wallis sublinia rolul limbajului scris în dezvoltarea psihică a surdomutului și preciza că pentru a facilita evoluția vorbirii trebuie exclus limbajul dactil din demutizare, în schimb, labiolecturii îi acorda un rol semnificativ. Opus acestuia, în Olanda, Francisc Von Helmont pune un accent deosebit pe labiolectură și propune folosirea oglinzilor pentru demutizare. Tot în Olanda, Johan Korand Amman neagă utilizarea folosirii dactilemelor, insistând pe vorbirea orală fapt pentru care este considerat fondatorul așa-numitei școli oraliste. În Franța, Abatele Deschamps susține metoda orală și este primul care elaborează un alfabet special pentru orbii surdomuți. Reprezentantul cel mai de seamă al școlii franceze este Charles Michel de l' Epee care a întemeiat o școală pentru surdomuți și a aplicat o nouă metodă și anume „metoda mimicii”, prin intermediul căreia se fundamentează comunicarea prin mimico – gesticulație. În Polonia, Jaobs Falkowschi întemeiază un institut pentru surdomuți și orbi, unde folosește metoda gesturilor, pentru început iar apoi, adoptă în exclusivitate, metoda orală. Germanul Friedrich Moritz Hillt a încercat să organizeze învățământul surdomuților cat mai aproape de cel al copiilor normali

În secolele XIX și XX , specialiștii ruși aduc și ei o contribuție interesantă. Dintre cei mai cunoscuți, cităm pe V.I. Flery, G.A. Gurțiev, A.F.Ostogradschi, A.I.Diacikov, LV. Zankov, ș.a, care au contribuit la fundamentarea psihopedagogică a învățământului pentru copii cu deficiențe de auz.

Pe baza acestor date rezultă că pentru învățarea limbii de către persoanele handicapate de auz, s-a aplicat o tehnică bazată pe imitație , asemănătoare cu principiul învățării vorbirii la copilul mic normal, cat și o tehnică similară cu formarea deprinderii de a comunica într-o limbă străină. Ambele tehnici au fost cunoscute sub numele de

„metoda naturală „. Având în vedere toate aceste demersuri, din punct de vedere metodologic, pentru învățarea limbii au fost structurate trei metode principale:

- 1) metode care folosesc, preponderent limbajul oral (metode orale);
- 2) metode care folosesc, preponderent, limbajul scris (metode scrise);
- 3) metode combinate (metode mixte), care fac apel și la mijloacele auxiliare (dactileme-fig.1, labiolectură și mimico-gesticulație).

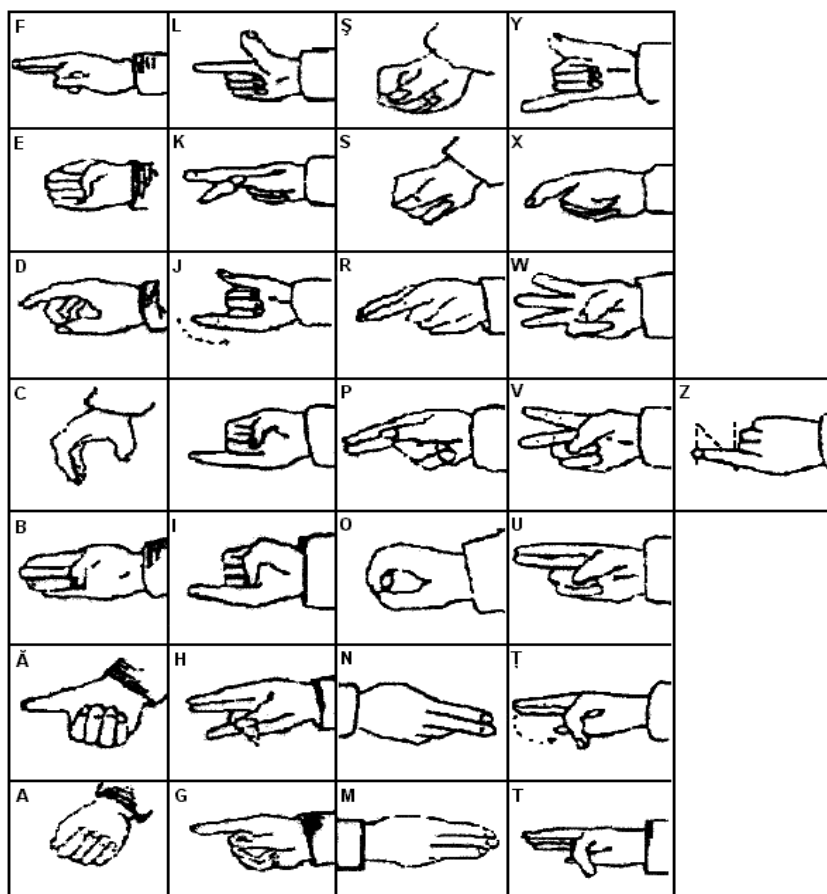


Fig.1

Este cunoscut faptul că în surdopsihopedagogie aceste metode mai poartă denumirea și după locul unde s-au dezvoltat, astfel, se remarcă metodele : italiană, franceză, germană, austriacă, belgiană, etc. Foarte cunoscută și apreciată este și metoda românească pentru demitizare preferată în multe școli europene. În țara noastră , preocupările pentru handicapații de auz există de peste 100 de ani Astfel, în 1893 ia ființă o instituție școlară pe lângă locuința Dr.Carol Davila, care devine apoi o secție a azilului „Elena Doamna “ și, ulterior , a Institutului pentru surdomuți de la Focșani (1865) . Sunt informații și cu privire la existența unui institut particular, mult mai devreme în Dumbrăveni (1828).

În 1924, în Legea învățământului se stipulează că în unele școli vor funcționa clase speciale pentru handicapați, în care vor preda absolvenți sau titulari angajați prin concurs după un stagiul preliminar de 2 ani în activități cu diferite categorii de deficienți.

În prezent, în țara noastră funcționează grădinițe, școli generale, școli profesionale și tehnice pentru hipoacuzici și surzi.

Frecvența deficiențelor de auz diferă în funcție de o serie de factori cum ar fi : geografici, ereditari, familiari, medicali, tratament medical inadecvat, epidemii, accidente, alcoolism, iradieri, malnutriție, muncă într-un mediu foarte poluat din punct de vedere auditiv.

Din datele statistice de la noi și din cele mondiale se estimează existența unui procent de 1% din locuitori pentru surditate la vârsta copilăriei. Dar odată cu înaintarea în vârstă, crește incidența cazurilor respective. La maturitate, procentul dereglărilor aparatului auditiv este peste 10%, iar la adulți de vârsta a treia, de peste 50%.

1.2. Evoluția cunoștințelor despre deficiența de auz

Terminologie

Termenii folosiți atât în știință, cât și în limbajul obișnuit, pentru a desemna persoanele cu tulburări de auz, sunt : surdo-mut, surdo-vorbitor, deficient de auz, disfuncțional auditiv, hipoacuzic, handicapat de auz, asurzit.

La început, s-a folosit termenul de surdomut, făcându-se referire la persoanele care și-au pierdut auzul înainte de însușirea limbajului verbal (până la 2-3 ani). Dar ulterior s-a conștientizat faptul că între surditate și muțenie nu există o legătură indestructibilă. Termenul surdo-vorbitor se referă la deficientul de auz demutizat și la cel asurzit, care a reușit să-și însușească vorbirea până la pierderea auzului ; hipoacuzicul este deficientul de auz cu reziduri auditive, iar surditatea totală poartă denumirea de cofoză.

Surditatea este urmarea unui deficit organic instalat la nivelul unuia din segmentele aparatului auditiv, ce poate duce la mutitate, ca o consecință a surdității.

De studierea acestui tip de deficiență și de găsirea unor metode și tehnici de recuperare și integrare socială, compensare, instrucție și educație se ocupă surdopsihopedagogia sau psihopedagogia deficitului de auz ca ramuri ale științei defectologice. Defectologia, ca știință independentă, studiază particularitățile dezvoltării psihofizice ale subiecților disfuncționalitate auditivă și mijloacele adecvate

compensatorii, instructiv- educative și recuperatorii în vederea formării personalității și a unei bune încadrări socio-profesionale.

Surdopsihopedagogia studiază și cauzele surdității, prevenirea factorilor de risc și particularitățile dezvoltării psihice a persoanelor cu deficiențe de auz; constată și explică timpul și gradul surzeniei, în vederea intervenției (timpanoplastie), tehnice (protezare) și compensator-auditivă ; elaborează principiile încadrării în sistemul școlar special și general, cât și în societate și în activitatea productivă : studiază particularitățile vieții și activității copilului cu deficiență de auz în familie, în mediul social și evidențiază importanța factorilor sociali și educativi în formarea personalității lui.

Surdopsihopedagogia se poate divide în subramurile următoare: istoria surdopedagogiei, surdodidactica, surdometodica, surdopedagogia preșcolară și școlară, iar surdopsihologia, în istoria surdopsihologiei, surdopsihologia experimentală, surdopsihologia copilului, surdopsihologia școlară, surdopsihologia generală și a muncii.

Surdopedagogia studiază și stabilește cauzele și consecințele imediate și îndepărtate ale pierderii auzului, principiile și metodele generale și speciale de demutizare, în raport cu timpul disfuncției auditive (surd, hipoacuzic, asurzit), metodologia recepției vorbirii prin labiolectură a emiterii și corectării vorbirii cu și fără ajutorul aparatului electroacustice.

Mai mult, a apărut o nouă subramură și anume, surdotehnica ce vizează descoperirea și confecționarea mijloacelor adecvate de protezare a auzului rezidual.

1.3. Etiologia și clasificarea deficiențelor de auz

În surdopsihopedagogie se utilizează o clasificare a tulburărilor de auz, în funcție de criteriile etiologice și temporale în două categorii și fiecare din acestea cuprinde o serie de forme speciale. Astfel, sunt :

- 1) surdități ereditare ;
- 2) surdități dobândite .

1).Surditățile ereditare sunt de următoarele tipuri :

- a) *Tipul Siebenmann* – presupune lezarea capsulei osoase și leziuni secundare ale celulelor senzoriale sau ganglionale de la nivelul fibrelor nervoase ;
- b). *Tipul Sheibe* – presupune atrofierea nicovalei prin lezarea senzorială a canalului cohlear, a saculei, a organului lui Corti și a vascularizării striate ;

c). *Tipul Mondini* - determinat de leziunea nucleului, dilaglionilor și a organului Corti, atrofia nervului cohlear și a ganglionilor, leziuni ale ultimelor spirale ale melcului ;

d). Tipul de *surditate genetică* - ce se poate transmite de la unul sau de la ambii părinți prin gene.

2).Surditățile dobândite cuprind:

a). surditățile prenatale

mai ales cele embrionale, dar uneori și fetale. Pot fi cauzate de maladiile infecțioase ale gravidei, viruși ai rubeolei, oreionului, pojarului, hepatitei, paludismului matern, tulburări metabolice, endocrine (hipotiroidismul familial), diabetul, hemoragiile , infecții bacteriene și prin protozoare (tuberculoza, sifilisul, medicamentele tranchilizante (morfina, cocaina, heroina, marihuana, conterganul), cauze chimice și hormonale , cum sunt avortificientele (chinina, ergotina, apa de plumb), de asemenea: iradierea mamei cu raze X, în timpul sarcinii, alcoolismul, incompatibilitatea sangvină între mamă și fetus.

b). Surdități neonatale (perinatale) ,

produse prin leziuni anatomo-patologice în timpul nașterii, hemoragii meningiene, incompatibilitatea sangvină, lezarea cohleară. Avem, de asemenea, anoxia (asfixia albastră), cauzată de neoxigenarea fetusului în timpul travaliului, datorită răsucirii cordonului ombilical, toate acestea provocând repercusiuni în dezvoltarea normală ulterioară a sistemului nervos. Traumatismele obstreticale pot și ele provoca hemoragii în urechea internă, icterul nuclear- bilirubinemia.

c). Surdități postnatale,

determinate de traumatisme cranio-cebrale, boli infecțioase (meningita, encefalita, scarlatina, rujeola, pojarul, tusea convulsivă, oreionul, febra tifoidă, etc.), otita, factori toxici (intoxicațiile), boli vasculare, subalimentația cronică, traumatismul sonor (întreprinderi zgomotoase), cauze medicamentoase (streptomycină, neomicină, canamicină, gentamicină, trombomicină și chiar aspirină și chinină doze mari). La acestea se adaugă și alte cauze cu efecte negative la nivelul urechii interne, medii sau externe.

În cazul în care leziunea se află în creier, surditatea este mult mai gravă și poartă denumirea de surditate corticală.

1.4.Gradele deficitului auditiv

Auzul normal percepe sunetele la o intensitate de la 0 – 20 și chiar 30 dB. Perceperea sunetelor la intensități de peste 20 dB indică pierderi

ușoare, medii și severe ale auzului, iar pierderile profunde se produc la peste 90 dB.

După Biroul Internațional de Audiofonologie, se estimează următoarele :
- între 0 – 20 dB - audiția este normală (poate auzi o conversație fără dificultăți) ;

- între 20 – 40 dB – deficit de auz lejer sau hipoacuzie ușoară (poate auzi conversația dacă nu este îndepărtată) ;

- între 40 + 70 dB - deficit de auz mediu sau hipoacuzie medie (poate auzi conversația de foarte aproape și cu dificultăți. Necesită proteză.

- între 70 – 90 dB – dificultate de auz severă sau hipoacuzie severă (poate auzi zgomote, vocea și unele vocale. Și acest deficit se poate proteza.

- peste 90 dB avem un deficit de auz profund, surditate sau cofoză (aude unele sunete foarte puternice dar provoacă și senzații dureroase).

Sunt și alte tipuri de surditate, utilizate în egală măsură în surdopsihopedagogie.

Alte tipuri de deficiență de auz sunt raportate la locul instalării traumei cum sunt următoarele:

1). surditate de transmisie. Aceasta constă în diminuarea auzului la o intensitate de până la 60-70 dB. Se operează și apoi se protezează cu rezultate foarte bune. Perceperea este mai bună pentru sunetele înalte în raport cu cele grave :

2). surditate de percepție. Nu se operează și necesită protezare cu aparate speciale, cât și educație ortofonică clasică. Pierderea auzului poate depăși 120 dB. Perceperea sunetelor acute este defectuoasă. Sunt diminuate și vocea șoptită și vocea tare.

3). Surditate mixtă. Prezintă atât caracteristici de transmisie (protezabile), cât și de percepție.

1.5. Testarea auzului.

1.5.1. Măsurarea intensității, scara decibelilor.

Decibelul este cea mai mică unitate de măsură convențională a intensității sunetului. Reprezintă a 10-a parte dintr-un bel și corespunde, aproximativ , foșnetului unei frunze de plop pe o vreme liniștită.

Sunetul cel mai slab pe care îl poate detecta urechea umană are o amplitudine de 20 micropascali. Urechea umană poate tolera o presiune a sunetului de 1.000.000 de ori mai mare. Scara decibelilor este logaritmică și folosește pragul auzului de 20 A drept nivel de referință sau sunet standard.

Frecvența este măsurată în Hertzi. Omul poate să audă o gamă de frecvențe de la 20-20.000 Hz.

Hz-ul reprezintă unitatea de măsură în vibrații duble pe secundă. Cu cât ceva vibrează mai repede, cu atât frecvența va fi mai mare, implicit și înălțimea. Tăria depinde de nivelul de presiune a sunetului, care este măsurată în dB.

Date fiind toate acestea, este necesară măsurarea auzului cu o cât mai mare precizie. Cercetările audiometrice confirmă faptul că peste 90% dintre surzi posedă resturi de auz în diferite grade. Acestea sunt depistate prin aplicarea unor măsuri și procedee tehnice, cum sunt :

a. Acumetria fonică (testarea auzului cu ajutorul vocii).

Este o metodă rapidă și la îndemână pentru specialiști , cât și pentru părinți. Vocea utilizată la examinare este cea șoptită, cea de comunicare obișnuită sau cea de strigare. Tehnica examinării : copilul este așezat pe un scaun cu spatele la examinator cu o ureche liberă, iar cu cealaltă astupată, într-o cameră liniștită și spațioasă de minim 6 m, marcată cu cretă. Perceperea vocii obișnuite între 8-6 m presupune auz normal ; între 6-4 m presupune o scădere ușoară a auzului; între 4-1 m presiune o pierdere mijlocie a auzului ; sub 1 m presupune o pierdere foarte mare a auzului.

b. Acumetria instrumentală

este o altă metodă ce se realizează prin examinarea cu diapazoane și servește la compararea audiției pe cale osoasă cu audiția obișnuită pe cale aeriană sau timpanică. Cele mai frecvente metode de control a audiției cu ajutorul diapazoanelor sunt :

- **proba Schwabach** – prin plasarea diapazonului pe mastoidă se compară durata percepției auditive a examinatorului (presupus cu auzul normal) cu cea a examinatului ;

- **testul lui Rinne**, cu ajutorul căruia se poate realiza verificarea separată a fiecărei urechi, odată cu blocarea urechii opuse. Diapazonul, în vibrație, se aplică pe apofiza mastoidă și în cazul în care sunetul nu este perceput se apropie de meantul auditiv. Când surditatea este localizată la urechea medie, subiectul nu aude sunetul, dacă este îndepărtat de os, iar dacă auzul este normal, sunetul poate fi auzit un timp și după încetarea percepției osoase.

- **testul lui Weber** se bazează pe faptul că persoanele normale percep tonul diapazonului ce este aplicat pe frunte. Când diapazonul este

aplicat pe linia mediană a frunții unui handicapat cu surditate unilaterală a urechii medii, sunetul diapazonului va fi perceput mai puternic în urechea bolnavă, iar atunci când surditatea este provocată de afectarea labirintului sau a nervului auditiv unilateral, sunetul este auzit în urechea normală.

c. Audiometria tonală și vocală

Este o metodă avansată de măsurare a auzului pe toate frecvențele, cu ajutorul unui aparat radio- electric (audiometrul). Ea are o mare precizie , și pe baza ei se alcătuiește audiograma. Se măsoară fiecare ureche în mod separat și se notează, convențional, urechea dreaptă cu un cerculeț de culoare roșie, iar cea stângă , cu un X de culoare albastră (fig.4)

1.6. Caracteristici ale funcțiilor și proceselor psihice.

Gândirea

C. Pufan (1982) arată că surdul nedemutizat posedă o gândire obiectivă în imagini și un limbaj mimico-gesticular, dar acestea se desfășoară în anumite limite, ca urmare a faptului că ei operează cu imagini generalizate, iar analiza, sinteza, comparația, abstractizarea și generalizarea, realizate preponderent prin vizualizare, duc la o serie de caracteristici legate de concretism, rigiditate, șablonism, îngustime și inerție în desfășurarea activității de gândire.

Comparativ cu gândirea auzitorului, cea a surdomutului are un conținut concret neevoluat, iar abstractizarea este prea puțin accesibilă acestor forme de gândire. Abstractizarea va deveni, treptat, accesibilă în procesul gândirii național-verbale, care evoluează odată cu demutizarea.

În procesul demutizării, deficientul de auz trece treptat de la limbajul gestual la cel verbal și de la gândirea în imagini la cea noțional – verbală. În felul acesta, informațiile senzoriale se completează cu cele intelectuale, în care se vehiculează proprietăți de cauzalitate și esențializare ale obiectului. Pentru a ajunge într-un asemenea stadiu, gândirea handicapatului de auz trece prin faze diferite.

Ca urmare a dezvoltării gândirii și limbajului, se produc influențe pozitive la nivelul întregii activități psihice, odată cu restructurarea personalității și comportamentului subiectului pe direcția organizării, ordonării însușirilor de personalitate și de ierarhizare și adaptare a acțiunilor la situațiile date.

Reprezentarea

La surd, reprezentarea este un analog al noțiunii, dar nu și un echivalent total al ei. Prin specificul ei, imaginea generalizată asigură conținutul reflectării senzoriale și senzorial-motrice, în cazul de față având o încărcătură evident vizual - motrică. Treapta senzorială a cunoașterii (senzații și percepții) poartă pecetea limbajului mimico-gesticular și a imaginilor generalizate, adică a reprezentărilor pe plan operațional.

Memoria

Memoria are, aproximativ, aceleași caracteristici cu ale normalului auzitor în sfera afectivă și motorie. Memoria cognitiv – verbală se dezvoltă mai lent în procesul demutizării în timp ce memoria vizual – motrică și afectivă este mai bine dezvoltată.

Imaginația

Imaginația la surd, constă în capacitatea de crea reprezentări noi, pe baza ideilor, senzațiilor, percepțiilor acumulate anterior cu o evidentă specificitate vizual-motorie.

Limbajul și afectivitatea

Există o relație strânsă între limbajul oral și limbajul semnelor, de evoluția căruia depinde funcționalitatea dezvoltării comunicării și integrării subiectului în societatea auzitorilor.

Limbajul semnelor îi lipsesc pe surzi de posibilitatea inserției sociale. Prin învățarea limbajului gestual de timpuriu, se tinde spre trecerea directă de la limbajul semnelor la scriere, fără a se utiliza, ca bază de învățare, vorbirea orală. Specialistul francez J. Lillo (1986) este de părere că bilingvismul pragmatic al limbajului semnelor și al celui oral (cuvântul) trebuie să fie introdus paralel în educații precoce a deficienților de auz. Astfel, trebuie să se asigure încă din educația timpurie o comunicare eficace a copilului cu anturajul său.

Se apreciază că nivelul global al limbajului oral și al celui scris, ca și al lecturii, este foarte scăzut în cadrul celor care folosesc, preponderent, metoda orală. Prin urmare, folosirea metodei orale, pure, chiar în educația timpurie, înseamnă a lipsi copilul de o comunicare reală, atâta timp cât limbajul oral nu este bine instalat.

Pentru stimularea limbajului oral, este indicat să se asigure plasarea copilului în mediul vorbitor, încă din creșe și va continua paralel cu grădinița și școala specială; introducerea în forme de educație auditivă; educarea lecturii labiale și stimularea percepției vizuale; introducerea limbajului semnelor în educația precoce, pentru facilitarea afirmării expresiei afective, sesizarea fără efort a informației, inserția socială, dezvoltarea psihică generală, etc.

Dar trebuie precizat că exagerarea la folosirea limbajului gesturilor poate deveni un obstacol pentru învățarea limbajului oral.

1.7. Protezarea deficienților de auz

Folosirea protezelor auditive are un caracter compensator și contribuie la însușirea comunicării verbale. Această aparatură îi ajută pe hipoacuzici și face posibilă școlarizarea împreună cu auzitorii.

Protezarea este eficace, mai ales, hipoacuziile ușoare și mijlocii, și ridică o serie de probleme în handicapul auditiv sever sau la surzii cu resturi auditive.

Referitor la vârsta optimă pentru protezare, unii autori susțin ideea că protezarea trebuie făcută cât mai de timpuriu atât pentru obișnuirea copilului cu proteza, cât și pentru facilitarea achiziției limbajului, iar alții sunt de părere că protezarea trebuie făcută cu precauție și la vârste mai mari, motivând că proteza, uneori, duce la deteriorarea resturilor auditive.

După criteriul amplificării, protezele se pot împărți :

- a. cu amplificare lineară, ce sporesc nivelul audiției cu 30-40 dB pe toate frecvențele ;
- b. cu amplificare selectivă, ce amplifică numai frecvențele care sunt necesare audibilității ;
- c. prin compresie, cu ajutorul căroră se diferențiază și selectează frecvențele utile de cele inutile.

După locul amplasării, protezele pot fi: atașate de corp; la nivelul urechii externe; introduse în canalul auditiv; la nivelul urechii interne.

1.8. Metodologia demutizării și organizarea unităților speciale.

În țara noastră, organizarea unităților speciale se bazează pe gradul pierderii auzului sau pe forma deficienței. În afara grădinițelor, copii cu o pierdere parțială a auzului (hipoacuzici) beneficiază, ca și cei cu surdo-mutitate, de școli speciale. În școlile pentru hipoacuzici, metodologia instructivă este aproximativ asemănătoare cu cea pentru auzitori.

În școlile pentru surdo.- muți, centrarea se face pe procesul demutizării, pentru a transforma copilul surdo-mut în surdo-vorbitor. În ambele cazuri, dinamica procesului instructiv – educativ se realizează de la simplu la complex, de la subiectiv la obiectiv, de la prelogic la logic, de la concret la abstract, luându-se în considerare factorii dezvoltării psihice, de cultură și educație, de experiență și învățare, de potențial restant și de perspectivă a dezvoltării intelectuale.

Integrarea copilului în activitatea școlară și trecerea sa printr-un program de recuperare se bazează pe evaluarea și diagnosticul capacităților sale pentru a putea ajunge la o apreciere corectă a evoluției probabile (prognoză). Aici psihodiagnoza are rolul de a diferenția tulburările organice de cele funcționale, de a stabili rolul factorilor socio-culturali și familiali în raport cu cei ereditari, de a depista alți factori etiologici și de a estima nivelul handicapului. De asemenea, trebuie să adapteze metodologia specifică compensativ- recuperatorie ce cuprinde învățarea și educarea la acest nivel al handicapului.

Demutizarea presupune însușirea celor trei laturi ale limbajului : 1) latura fonetică (articularea fonemelor și a structurilor fonetice specifice fiecărei limbi) ; 2) lexicul ; 3) structura gramaticală.

Deficienții de auz își însușesc cele trei aspecte ale limbajului în mod dirijat, prin colaborarea strânsă dintre familie, specialist, grădiniță, școală. Demutizarea presupune, din partea specialistului, cunoștințe din domeniul ortofonic (fonetic), psiholingvistic, gramatical, acustic și surdodidactic.

Întrebări/probleme pentru autoevaluare

1. Analizați evoluția și importanța cunoștințelor cu privire la deficiența de auz.
2. Remarcați etiologia și formele deficienței de auz.
3. Subliniați metodele de testare a auzului, în vederea protezării diferitelor forme de deficit.
4. Comparați caracteristicile activității psihice la surzi și hipoacuzici odată cu sublinierea metodologiei demutizării în pregătirea subiectului pentru integrarea în societate.

Bibliografie minimală

1. LILLO J.,- „LES FINALITES ET LES MODALITE DE LA COMMUNICATION DANS L'EDUCATION DES DEFICIENTS AUDITIFS” EN BULLETIN D'AUDIOPHNOLOGIE, NO.1,1986
2. POPA MARIANA- „COMUNICARE ȘI PERSONALITATE LA DEFICIENTUL DE AUZ”, BUCUREȘTI, ED. FUNDAȚIEI HUMANITAS, 2001
3. PUFAN C.,- „PROBLEME DE SURDOPSIHOLOGIE”, VOL.I ȘI II , BUCUREȘTI E.D.P., 1972 ȘI 1982
4. ROZOREA, ANCA, - „PSIHOPEDAGOGIA DEFICIENȚILOR DE AUZ ÎN DEFICIENȚELE SENZORIALE DIN PERSPECTIVA PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE Partea a II-a”, E.D. EX PONTO, CONSTANȚA, 2003. (pg. 11 – 38; 127 – 256; 317 – 318)
5. STĂNICĂ I, POPA MARIANA, POPOVICI D.V.,- „PSIHOPEDAGOGIE SPECIALĂ- DEFICIENȚA DE AUZ”, BUCUREȘTI, ED. PRO-HUMANITATE, 2001
6. VERZA E.F.- „INTRODUCERE ÎN PSIHOPEDAGOGIA SPECIALĂ ȘI ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ”, BUCUREȘTI, ED. FUNDAȚIEI HUMANITAS, 2002.(pg. 69 – 96)

Unitatea de învățare nr. 2

DEFICIENȚA DE VEDERE

CUPRINS:

- Problematika tiflopsiopedagogiei;
- Etiologie și clasificare în deficiența de vedere;
- Tulburările refracției oculare;
- Opacitățile mediilor refringente;
- Afecțiunile retinei;
- Afecțiunile de la nivelul nervului optic și ale căilor optice intracraniene;
- Formele cecității corticale;
- Dezvoltarea psihică a persoanelor cu deficiență de vedere;
- Învățarea scris-cititului în Braille;
- Integrarea socioprofesională;
- Orientarea în spațiu și timp a deficienților de vedere;
- Problema compensării;

Scopurile unității de curs

- să se adopte o imagine unitară asupra deficienței de vedere ;
- să se înțeleagă posibilitățile de dezvoltare și de integrare socială a persoanelor cu deficiență de vedere, a posibilităților acestora de a participa în mod activ la procesul educațional-recuperativ.

Obiective

- dezvoltarea abilităților de operare cu conceptele specifice deficienței de vedere și înțelegerea evoluției acestora în decursul timpului;
- să se însușească simptomatologia specifică deficienței de vedere, pentru a cunoaște particularitățile ce îi caracterizează;

- să se conștientizeze acțiunea factorilor etiologici asupra structurii biopsihice și influența nocivă a acestora;
- să se rețină multitudinea de forme ce se desprind din deficiența de vedere;

Conținuturile de învățare

- noțiunea de handicap de vedere și evoluția acesteia;
- diversitatea de factori ce influențează dezvoltarea psihică în handicapul de vedere;
- clasificarea deficienței de vedere;
- evoluția psihică în funcție de gradul deficienței;
- învățarea scrierii și citirii în alfabetul Braille;
- specificul integrării socio-profesionale;
- limite și posibilități de orientare în spațiu a deficienților de vedere;
- probleme legate de compensare.

2.1. Problematika 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 (nevăzători 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 intră 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 educațional – 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 tiflopedagogie s-a constituit tiflotehnică, ca parte teoretico-practică a construirii și folosirii materialului didactic și a aparatului de utilizare în activitățile școlare.

Deficiența vizuală poate fi parțială, când diminuarea acuității vizuale centrale este cuprinsă între 0,05 – 0,2 (ambliopia) sau totală (cecitatea).

Unele societăți din antichitate, cât și de mai târziu, valorizau pe unii nevăzători pentru înțelepciunea de care dădeau dovadă, și din rândul lor se constituia sfatul comunității (sfetnicii). Despre Homer, autor al Iliadei și Odiseei, se spune că era nevăzător, iar justiția era înfățișată prin chipul zeiței Atena, legată la ochi. Aceiași apreciere deosebită pentru competența nevăzătorilor l-ar fi determinat pe cunoscutul filosof Democrit (460-370 î.e.n), ca la bătrânețe, să-și provoace orbirea, trăind cu convingerea că în felul acesta își ajută spiritul să pătrundă tot mai adânc în tainele cunoașterii. Mai târziu, Aristotel, preocupat de această deficiență, a încercat să explice orbirea din perspectivă filosofică și a subliniat implicațiile acesteia în dezvoltarea ființei umane. Pedagogul Komenski a demonstrat necesitatea instruirii orbilor pornind de la evidențierea capacităților lor psihice, iar filosoful francez Diderot, în lucrarea intitulată „Scrisoare asupra orbilor”, reușește să surprindă caracteristici psihice importante pentru domeniul tiflopsihologiei (prietenii ai ordinii, cunoașterea obiectelor cu ajutorul tactului, aprecierea cu precizie a timpului prin considerarea succesiunii ideilor și a acțiunilor etc.).

2.2. Etiologie și clasificare în deficiența de vedere

Nu există factori deosebiți care să determine pierderea totală sau numai parțială a vederii, și de aceea cauzele cecității și ambliopiei nu pot fi studiate separat. Astfel, gravitatea deficienței este dependentă și de modul cum sunt receptați de organism factorii respectivi, vârsta la care se produce deficiența, rezistența organismului sau fragilitatea acestuia, capacitatea individului de a depăși momentele grele, etc. Ca atare, dintre cele mai cunoscute și frecvente cauze și forme ale deficienței de vedere le menționăm pe următoarele:

2.2.1. Tulburările refracției oculare (ametropiile)

Formarea imaginii retiniene normale depinde de două elemente principale:

- în primul rând, de starea de refracție a ochiului ;
- în al doilea rând, de transparența perfectă a mediilor refringente.

Rezultă că principala condiție pentru formare corectă și adecvată a imaginilor pe retină constă în structura normală a globului ocular (fig.1) . Ochiul care prezintă o refracție normală se numește emetrop, iar tulburările de refracție se numesc ametropii, iar funcționalitatea normală depinde de integritatea tuturor elementelor externe și interne .

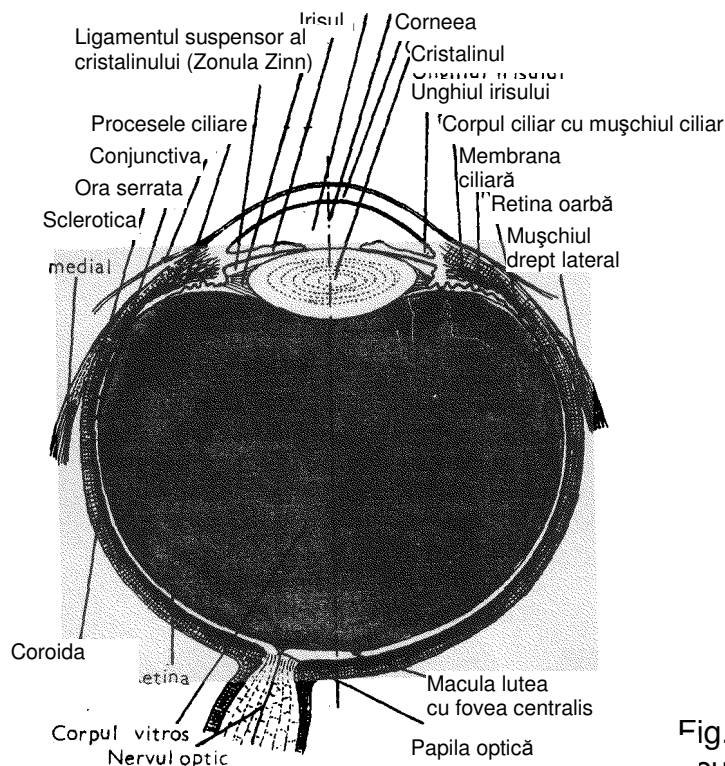


Fig. 1 – Structura globului ocular (după Eycles)

Ca ametropii putem vorbi de:

a). *Miopia.*

Ochiul miop prezintă anomalii morfofuncționale, din care rezultă formarea focarului razelor de lumină în fața retinei, astfel încât imaginea retiniană devine neclară (fig.2) .

Miopul percepe clar obiectele aflate în apropiere, acestea fiind exact reproduse pe retină, spre deosebire de obiectele aflate la distanțe mai mari, care sunt văzute difuz. Corectarea optică a miopiei se realizează cu lentile divergente, concave (notate cu minus).

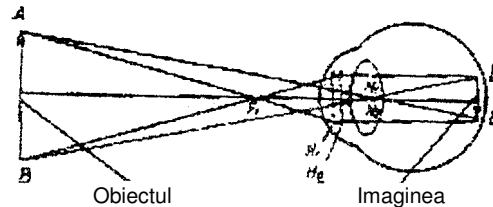


Fig 2. – Schema formării imaginii pe retină

La rândul lor , miopiile pot îmbrăca două forme :

- **miopia benignă** (sau școlară) : se caracterizează printr-o dinamică progresivă lentă. Creșterea miopiei benigne continuă, de obicei, numai până la vârsta de 20-21 ani (atât cât există tendința de creștere a întregului organism). În general, miopia benignă nu depășește 6 până la 10 dioptrii.

- cea de a doua formă de miopie este **miopia malignă** (miopie foarte progresivă) . Aceasta trebuie privită ca o afecțiune oculară gravă, prezentând o tendință progresivă, ceea ce face să se ajungă uneori la 15-40 dioptrii. În cazul miopiei ce prezintă multe dioptrii, corectarea nu se poate realiza decât parțial.

b). Hipermetropia

Constă într-o refracție diminuată sau într-o micșorare a diametrului antero-posterior al ochiului, astfel încât focarul principal al razelor de lumină se formează în spatele retinei, imaginea retinei fiind, de asemenea neclară. Obiectele sunt percepute mai clar la distanță și mai difuz în apropiere.

Copii și tinerii compensează relativ ușor hipermetropia mică și medie prin procesul acomodării, fiind vorba, în acest caz, de hipermetropie latentă (nu sunt necesare mijloace optice – lentile). În cazul hipermetropiei mai mari, care se datorează unei malformații oculare (globul ocular este mai scurt) și atunci se asociază cu ambliopie congenitală, se recomandă corijarea optică integrală (lentile convexe, notate cu +).

Hipermetropia nu trebuie confundată cu presbiopia (presbiția), care nu este un viciu de refracție, ci o manifestare fiziologică pentru vârstele de peste 45-50 ani, datorându-se pierderii elasticității cristalinului, deci a acomodării (fig.4).

c.) Astigmatismul

Datorat unei structuri deficitare a corneei care prezintă în fiecare meridian o altă putere de refracție, rezultând imagini retiniene deformate (punctul poate fi văzut ca virgulă, cercul ca un elipsoid).

Si astigmatismul poate cuprinde forme particulare de tipul miopic, hipermetropic și foarte rar astigmatism pur.

Corijarea optică se obține cu ajutorul lentilelor cilindrice. Astigmatismul mare și congenital se asociază, frecvent, cu o ambliopie înăscută.

d.) Anizometropia

Este determinată de existența unei diferențe de refracție între cei doi ochi din care unul este emetrop iar celălalt cu tulburări de refracție (ametrop). Există și posibilitatea ca ambii ochi să fie ametropi, dar cu puteri de refracție diferite.

2.2.2. Opacitățile mediilor refringente.

Opacifierea mediilor de refracție, care în mod normal sunt perfect transparente, duce, în funcție de localizare și extinderea opacităților, la deficiențe vizuale de diferite grade.

Aceste opacități ale mediilor refringente sunt determinate de traumatisme grave, procese inflamatorii grave, distrofii ireversibile, de uscarea a corneei și de factori care au acționat în viața intrauterină (factori congenitali).

Dintre traumatisme, amintim plăgile, provocate de corpi străini și arsurile, cauzate de substanțele bazice și acide. În aceste cazuri, vindecarea se face, de cele mai multe ori, cu alterări cicatriciale pronunțate.

Procesele inflamatorii care provoacă opacitățile definitive ale corneei debutează ori pe conjunctivă și se extind secundar asupra corneei, ori

apar direct pe cornee. Dintre procesele inflamatorii amintim : oftalmia blenoragică a nou-născuților, trahomul, scrofuloza corneană, keratita perenchimatoasă și ulcerul serpiginos.

a. Keratita

Se manifestă în a doua decadă de vârstă prin creșterea distorsiunii câmpului vizual și a vederii la distanță. Este recomandat transplantul de cornee (keratoplastie) și lentile de contact rigide.

b. Leucomul

Sau opacifierea corneană cicatriceală – apariția unei cicatrici groase, albe, care suprimă parțial sau total transparența corneei prin blocarea circulației umorii apoase rezultând scăderea sensibilității de contrast, a acuității vizuale și apariția scotoamelor.

c. Cataracta

Congenitală sau dobândită, constă în opacifierea totală sau parțială a cristalinului și are la bază cauze de genul intoxicațiilor medicamentoase, agenților fizici, rubeolei, etc

d. Aniridia

Lipsa membranei irisului sau subdezvoltarea acestuia – este o boală ereditară care duce la diminuarea acuității vizuale cu până la 2/10, fotofobie, îngustarea câmpului vizual, cataractă, luxație de cristalin, opacifiere de cristalin, glaucom și strabism. Necesită corijare cu lentile obscure, iluminat slab, protejare de soare.

e. Keratomalcia

Dintre procesele distrofice grave și ireversibile ale corneei trebuie amintită keratomalcia (carența vitaminei A), care se manifestă la sugarul cu distrofie generală.

f. Necroza

Uscarea corneei sau necroza constituie un fenomen secundar ce se poate manifesta după unele afecțiuni conjunctivale grave (trahom). Oprirea secreției lacrimale și lipsa umectării ochiului cu lichidul lacrimal cauzează opacifierea corneei și instalarea unui defect vizual ireversibil.

4.2.3. Afecțiunile retinei (retinopatiile) ce pot fi congenitale sau dobândite.

Retinopatiile privesc organul propriu-zis de recepție a imaginii vizuale, fiind periculoase pentru funcția vizuală. Ele diminuează acuitatea vizuală centrală, vederea cromatică și diurnă, ca și acuitatea vizuală periferică, vederea crepusculară, cu păstrarea relativă a acuității vizuale centrale. În această categorie se încadrează : atrofia optică, degenerescența retiniană ereditară și ablazia centrului retinei (*albinismul și nictalopia*).

Retinopatiile dobândite privesc dezlipirea de retină, afecțiunile vasculare ale ochiului, boli generale cu accidente retiniene și tumorile maligne ale retinei iar retinopatiile congenitale duc, de cele mai multe ori, la cecitate (orbire).

2.2.4. Afecțiunile de la nivelul nervului optic și al căilor optice intracraniene.

Aceste tulburări pot fi localizate în interiorul globului ocular, la nivelul papilei optice, sau în spatele ochiului. Ele sunt cauzate de procese inflamatorii, modificări degenerative, afecțiuni retrobulbare ale nervului optic prin intoxicații, tumori, traumatisme, afecțiuni ale traiectului optic, atrofia nervului optic.

2.2.5. Formele cecității corticale

Din tabloul clinic al afecțiunilor centrilor vizuali superiori fac parte : scotoamele (pete oarbe sau puncte albe în câmpul vizual), fotopsiile (fenomene de exercitare optică de tipul unor fulgere și scânteii), aceste epileptiforme cu halucinații vizuale, cecitatea psihică (se numește și agnozie optică și înseamnă imposibilitatea de a identifica vizual, obiectele, pacientul trebuie să recurgă la investigații tactile, auditive și olfactive).

O mențiune aparte o facem în legătură cu *glaucomul* ce este o afecțiune extrem de gravă, simptomul principal fiind creșterea tensiunii intraoculare ce duce la excavația papilei și la atrofierea globului ocular. Are caracter progresiv, leziunile apărute fiind ireversibile și constituie, de multe ori, o cauză a orbirii la vârstele adulte. Se caracterizează prin dereglări ale câmpului vizual (restrângerea acestuia), tulburări ale sensibilității cromatice, lăcrimare excesivă, fotofobie, opacifierea cristalinului. Este o boală evolutivă ce duce iremediabil la orbire. Pe parcursul evoluției bolii apar dureri ale globului ocular, stări de vertij, lărgirea petei oarbe și scotoame.

Aceeași subliniere o merită și *strabismul* ce constă în tulburări în structura orbitei, a mușchilor oculari, a fuziunii imaginilor. Strabismul poate fi latent (heterotropia) și manifest.

Strabismul latent este caracterizat de faptul că poziția strabică a ochiului nu este vizibilă, iar deviația poate fi compensată printr-un efort muscular suplimentar. Se corectează prin acoperirea unui ochi și folosirea de ochelari.

În cazul strabismului manifest (estropia), devierea ochiului este vizibilă ușor.

2.3. Dezvoltarea psihică a persoanelor cu deficiență de vedere

Dezvoltarea psihică a deficientului de vedere este relativ normală, dacă persoana își desfășoară viața într-un mediu favorabil din punct de vedere cultural și afectiv.

Percepția

Caracteristicile psihice pot fi afectate – mai mult sau mai puțin. Astfel, percepția depinde de forma și gradul deficienței, de vârstă și de dezvoltarea psihică a subiectului. Ea este fragmentată, cu prezența unor imagini neclare și frecvent distorsionate.

Desigur, dificultățile sunt legate de gravitatea deficienței de vedere. M. Ștefan (1999) subliniază, că în condițiile cecității, uneori cu resturi de vedere, caracterul sărac, incomplet și eronat al percepțiilor se accentuează și prin aceasta schemele perceptivă nu contribuie, nemijlocit, la declanșarea reprezentărilor și la actualizarea imaginilor complexe. De aici deducem că randamentul mintal 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 mintale sunt legate de componentele auditive. La deficientul tardiv sau în ambliopie, există urme ale unor imagini mentale ce sunt stimulate verbal. La nevăzători, 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 cunoștințele 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 actualizările 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 nevăzători, 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 nevăzători, 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 audiție, deosebit de importantă pentru ei. Nevăzătorul, neputând urmări cu precizia pe care o dă vederea existența 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 alta după intensitatea și semnificația stimulilor perceptivi.

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.

2.4. 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 sălilor 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 distanța dintre ele, grosimea și tipul lor (marină - 30 tipuri de noduri) căpătau semnificația unor litere sau cuvinte. S-a mai utilizat scrierea pe placă în relief, cât și aranjarea unor pietre sub forma unor litere așezate într-o ladă mare cu nisip. Toate aceste modalități 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 căpitan 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, alcătuind un alfabet punctiform cu 64 de semne de relief. Alfabetul creează aceleași posibilități de exprimare grafică cu cel alb-negru. La însușirea 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 ca mai apoi să poată fi transpus în scris, sub formă 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 celula plăcii de scris. Punctele sunt numerotate astfel :

4 1

5 2

6 3

Alfabetul este alcătuit pe principiul decadelor. Decada I cuprinde literele de la a – j. Aceste litere se realizează prin combinarea punctelor 1, 2, 3, 4, 5 (fig.3).

Decada II cuprinde literele de la k – t, formate din literele primei decade prin adăugarea punctului 3 (fig.3).





















DECADA I	DECADA II
 a	 k
 b	 l
 c	 m
 d	 n
 e	 o
 f	 p
 g	 q
 h	 r
 i	 s
 j	 t

Figura 3

Decada III cuprinde literele de la u – z . Acestea se obțin prin decada I + punctele 3 și 6 (fig.4)

Decada IV, formată din literele ă, â, î, ș, ț, w, se realizează prin adăugarea punctului 6 la semnele corespunzătoare din decada I (a, b, c, e, i, j) = ă = a + 6, etc. (fig.4).





















DECADA III	DECADA IV
 u	 â (în română ă)
 v	 ê
 x	 i
 y	 ô
 z	 û
 Ç(ș)	 ë
 é	 ï
 à	 ü
 è	 sc,oe (în rom. ț)
 ù	 w

Figura 4

Majusculele se formează prin punerea punctelor 4 și 6 , imediat după litera respectiv. Și semnele de punctuație se elaborează tot pe baza combinării celor șase puncte ale unei celule din plăcuța de scriere (fig.5).



















DECADA III	DECADA IV
 ,	 ”
 ;	 Apostrof, abreviație, dialog
 :	 -
 ∞	 <i>i</i>
 ?	 §
 !	 ℘
 0	 Semn de număr
 ”	 Majusculă
 *	 Puncte de suspensie

Figura 5

Pentru cifrele de la 1 – 10, se folosesc semnele primei decade și fiecare semn este precedat de un semn format din punctele 3, 4, 5, 6 (fig.6).

CIFRELE ȘI SEMNELE MATEMATICE

$\begin{array}{c} \bullet \\ \cdot \\ \cdot \\ \cdot \end{array}$ 1(a)	$\begin{array}{c} \cdot \\ \cdot \\ \cdot \\ \cdot \end{array}$ +
$\begin{array}{c} \bullet \\ \bullet \\ \cdot \\ \cdot \end{array}$ 2(b)	$\begin{array}{c} \cdot \\ \bullet \\ \bullet \\ \cdot \end{array}$ -
$\begin{array}{c} \bullet \\ \cdot \\ \cdot \\ \cdot \end{array}$ 3(c)	$\begin{array}{c} \cdot \\ \bullet \\ \bullet \\ \bullet \end{array}$ X
$\begin{array}{c} \bullet \\ \cdot \\ \bullet \\ \cdot \end{array}$ 4(d)	$\begin{array}{c} \cdot \\ \cdot \\ \cdot \\ \cdot \end{array}$:
$\begin{array}{c} \bullet \\ \cdot \\ \bullet \\ \cdot \end{array}$ 5(e)	$\begin{array}{c} \cdot \\ \bullet \\ \bullet \\ \bullet \end{array}$ ∴
$\begin{array}{c} \bullet \\ \bullet \\ \cdot \\ \cdot \end{array}$ 6(f)	$\begin{array}{c} \cdot \\ \bullet \\ \bullet \\ \bullet \end{array}$ /
$\begin{array}{c} \bullet \\ \bullet \\ \cdot \\ \cdot \end{array}$ 7(g)	$\begin{array}{c} \cdot \\ \bullet \\ \bullet \\ \bullet \end{array}$ =
$\begin{array}{c} \bullet \\ \bullet \\ \cdot \\ \cdot \end{array}$ 8(h)	$\begin{array}{c} \cdot \\ \bullet \\ \bullet \\ \cdot \end{array}$ >
$\begin{array}{c} \cdot \\ \bullet \\ \cdot \\ \cdot \end{array}$ 9(i)	$\begin{array}{c} \bullet \\ \bullet \\ \cdot \\ \bullet \end{array}$ <
$\begin{array}{c} \cdot \\ \bullet \\ \bullet \\ \cdot \end{array}$ 0(j)	$\begin{array}{c} \cdot \\ \bullet \\ \bullet \\ \bullet \end{array}$ √

Figura 6

În scrierea Braille, litera scrisă nu este similară cu litera citită, fiind opusul imaginii primei.

Se folosește o plăcuță cu căsuțe 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 ca 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 exercițiului, dar și în funcție de calitatea hârtiei de scris.

2.5. Integrarea socio-profesională a persoanelor cu handicap de vedere

Datorită deficitului pe care îl prezintă, aceste persoane simt nevoia unei ordini depline, 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, deficienții de vedere (în mod special nevăzătorii) 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, telefoniști, radiotelefoniști, acordori de instrumente muzicale, confecționeri de perii și măhuri, obiecte de nuiel, nasturi, ambalaje din carton, tapițeri, plăpumari și altele. În același timp sunt mulți nevăzători 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 instrucția 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 instrucție și educație, adaptate handicapatului și profunzimii acestuia, o serie de psihoterapii care să accelereze procesul recuperativ.

2.6. Orientarea în spațiu și în timp a deficienților 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 deficienții vizual. Orientarea la distanțe mari, ce se bazează de obicei pe informații optice, cunoaște la orbi o dereglare și restructurare profundă.

Cunoașterea generalizată a spațiului este accesibilă și deficienților vizual, cu condiția acumulării unui număr mare de reprezentări spațiale

și asigurării elementelor instructive necesare (formarea deprinderilor de măsurare și construire , studiul geometriei, utilizarea modelelor, cunoașterea planurilor și a hărților geografice).

Orientarea spațială a deficiențelor vizual este dependentă și de mărimea spațiului și de analizatorii implicați.

Simțul 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 spațială se realizează și prin perceperea curenților de aer, în locuri închise sau deschise (sunt diferențe din acest punct de vedere), pe părțile descoperite ale corpului (în special pe față și dosul palmelor), cu ajutorul zgomotelor sau vibrațiilor percepute prin intermediul pașilor 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 seamă pentru că nevăzătorul poate deveni prea dependent de aceștia).

2.7. 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, compensația se definește tocmai prin capacitatea sistemului de autoconstituire structurală și funcțională.

În domeniul producției materiale, datorită compensării, orbii își pot însuși peste 400-500 de operații ale profesiei (mecanizate, automate și semiautomate).

Dar, modul în care se realizează compensarea capătă și o serie de valențe ce sunt dependente de capacitățile subiectului. Astfel, o bună dezvoltare psihică contribuie la creșterea posibilităților de adaptare la condițiile de mediu, deoarece subiectul, pe baza experiențelor și

acumulărilor de informații, își poate elabora strategii pe care le aplică la noile situații ce le traversează. Se construiesc imagini mentale pe baza cărora se realizează adaptarea prin acțiuni și comportamente exercitate prin mișcare, ceea ce i-a făcut pe unii autori să vorbească de o „hartă itinerar” (W.Roth, 1973).

Există mai multe principii al fenomenului compensării :

1. Principiul integrării și ierarhizării stabilește, după anumite criterii de eficiență, raporturi dinamice de subordonare, comutare, succesiune, substituție între diferitele unități ale comportamentului. Așadar, integrarea și ierarhizarea asigură atât unitatea de ansamblu a comportamentului, ca o condiție necesară a echilibrării cu mediul, cât și lărgirea sferei disponibilităților de decizie și alegere în situații variabile.

Mediul social exercită o influență regulatorie asupra structurilor tulburate, lezate sau a structurilor comportamentale.

2. Principiul activismului semnifică mobilizarea subiectului într-o activitate , iar valoarea acestui principiu este confirmată de rezultatele ce se obțin în compensarea și recuperarea deficiențelor prin metoda ergoterapiei, adică a activismului psihofizic, cât și pe calea exercițiului, a activității, a învățării.

3. Principiul unității realizează integrarea, echilibrul și armonia stărilor fizice, psihice și morale, ceea ce constituie condiția esențială a integrității psihofizice a personalității.

4. Principiul analizei și sintezei prezintă importanța pentru modul cum subiectul este nevoit să analizeze obiectele și fenomenele pe secvențe sau unități, ca apoi să le reconstituie unitar în vederea unei cunoașteri cât mai depline.

Compensația exprimă capacitatea sistemului biologic de a realiza rezistență la perturbării și de a adopta forme comportamentale care să-i permită o structurare organo-funcțională și de autocontrol în raport cu influențele înconjurătoare.

Compensația se poate realiza prin :

- regenerare organică (refacere de țesuturi) ;
- vicariere (suplinire a unor funcții afectate prin altele ce sunt valide) ;
- restructurarea funcțională (transferul unor funcții de la organul afectat al nivelului sănătos).

În unele forme de ambliopie, acuitatea vizuală se remediază parțial, prin folosirea ochelarilor . Pe lângă aceste elemente de protezare, în acest domeniu s-au construit mașini de scris speciale menite să realizeze un „citat” codificat, prin folosirea unor stimuli verbali. Au fost confecționați, de asemenea, ochelari bazați pe celule fotosensibile care transformă sursa de lumină în sunet, în scopul facilitării orientării în condițiile de

mediu. Toate acestea sunt menite să contribuie la întregirea capacității individului de a se compensa și adapta la mediul înconjurător. Prin urmare, se poate vorbi de o compensație cu ajutorul mijloacelor spontane, iar alta dirijată, organizată prin educație (M.Ștefan), în care o mare importanță o au modalitățile tehnice (A. Rozorea, 1997).

Întrebări/probleme pentru autoevaluare

1. Precizați și delimitați locul tiflopsiopedagogiei în cadrul defectologiei.
2. Raportați formele deficienței de vedere la tipul de factori care le determină.
3. Analizați posibilitățile și limitele dezvoltării psihice ale persoanelor cu deficiențe de vedere.
4. Evidențiați importanța și formele compensației în vederea achizițiilor sistemului Braille, pentru accesul nevăzătorilor la cultură.

Bibliografie minimală

1. BUICĂ, B., C., - „BAZELE DEFECTOLOGIEI”, ED. ARAMIS, BUCUREȘTI, 2004. (pg. 219 – 238)
2. DAMASCHIN D.,- „DEFECTOLOGIE-DEFICIENȚA DE VEDERE”, BUCUREȘTI, E.D.P., 1972
3. RADU GH.,- „PSIHOPEDAGOGIA DEZVOLTĂRII ȘCOLARILOR CU HANDICAP”, BUCUREȘTI, E.D.P., 1999
4. ROTH W.,- „TIFLOLOGIA. PSIHOLOGIA DEFICIENȚILOR VIZUALI”, CLUJ-NAPOCA. UNIV. BABEȘ-BOLYAI, 1973
5. ROZOREA ANCA, DEFICIENȚELE SENZORIALE DIN PERSPECTIVA PSIHOPEDAGOGIEI SPECIALE, vol I și II, Ed. Ponta Constanța, 2003
6. ȘTEFAN M.- „PSIHOPEDAGOGIA COPIILOR CU HANDICAP DE VEDERE”, BUCUREȘTI, ED. PRO-HUMANITATE, 1999. (pg. 7 – 120)
7. VERZA E.F.- „INTRODUCERE ÎN PSIHOPEDAGOGIA SPECIALĂ ȘI ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ”, BUCUREȘTI, ED. FUNDAȚIEI HUMANITAS, 2002. (pg.97 – 130)

Unitatea Nr. 5

DEFICIENȚA NEUROMOTORIE

CUPRINS:

- Problematika defectologiei pentru deficienții neuromotori;
- Etiologie și simptomatologie;
- Clasificarea deficiențelor fizice;
- Terapii corectiv-recuperative și problemele protezării;

Scopurile unității de curs

- formarea unei viziuni de ansamblu asupra deficienței fizice :
- conștientizarea limitelor și perspectivelor cu privire la integrarea în muncă și în societate a deficienților neuromotori în funcție de gradul și tipul deficienței.

Obiective

- raportarea corectă la persoanele cu deficiență neuromotorie;
- familiarizarea cu conceptele specifice;
- să se însușească simptomatologia aferentă deficienței neuromotorii;
- să se rețină multitudinea de particularități ce se desprind din diversele aspecte ale acestei deficiențe.

5.1. Problematika defectologiei pentru deficienții neuromotori

Defectologia deficienților neuromotori sau somato-psiopedagogia este și ea o ramură ce studiază activitatea psihică a persoanelor cu abateri somatice de la normalitate și care generează un handicap în plan psihic, social și profesional.

În același timp, se are în vedere analiza impactului deficienței în planul evoluției personalității și comportamentului, a elaborării unor programe educațional-recuperative și a pregătirii persoanelor respective pentru viața social-profesională.

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. Această 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.

Așadar, categoria handicapurilor motrice și psihomotrice sunt prezente într-o mare varietate și se caracterizează printr-o gradație 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 deficite 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 conțină, 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 frustrației și anxietății.

3.2. 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 respectivă 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 orbii), 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 morfo-funcționale, care duc la instalarea de dezechilibre și evoluții nearmonioase. Se știe că în lipsa altor anomalii, handicapării fizic 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 frustrație 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 integrare 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 (declanșatoare). 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 deficiențe care se manifestă nu numai imediat după naștere, ci și mai târziu, cu repercusiuni în evoluția ulterioară în planul somatic și psihologic.

Se apreciază că favorizanți pentru producerea handicapurilor fizice, sunt și factorii care influențează în sens negativ starea de sănătate și funcționarea normală a organelor, mai ales la perioadele de creștere și de dezvoltare activă a copilului. Aceste cauze slăbesc rezistența organismului, determinând scăderea capacității funcționale a aparatului de sprijin și mișcare și chiar diminuează rolul reglator al sistemului nervos central. Printre aceste cauze favorizante se numără condițiile inadecvate de igienă și viață, lipsa de organizare a activității și a repaosului, regimul alimentelor necorespunzător, nivelul scăzut de aer și de lumină în locuință, hrană insuficientă, îmbrăcăminte incomodă, defectuos confecționată, dormitul în paturi prea moi, cu perne multe în care corpul se afundă și se curbează exagerat, sau dimpotrivă, tari și incomode, care nu facilitează odihna normală pentru copiii ce sunt în perioada de creștere. În aceeași ordine de idei, putem invoca lipsa unei educații raționale și un regim defectuos de viață, lipsa de supraveghere și control din partea părinților și educatorilor, care se constituie în cauze,

adeseori ignorate, dar importante mai cu seamă pentru vârstele preșcolară și școlară.

Subliniem că și bolile cronice, convalescențele lungi, intervențiile chirurgicale dificile, debilitatea fizică, tulburările cronice (organice și psihice), precum și unele anomalii senzoriale, și în special cele ale văzului și auzului, pot favoriza apariția și evoluția rapidă a deficiențelor fizice. Prin urmare, cauzele incriminate produc sau declanșează procesele patologice ce stau la baza celor mai frecvente deficiențe fizice, ele fragilizează structura și modifică funcțiunile normale ale organismului, prin facilitarea de accidente și îmbolnăviri, de apariție a unor leziuni sau dereglări în orice perioadă de vârstă a subiectului.

Factorii declanșatori, din perioada intrauterină, se împart în două mari categorii. Primele se referă la nedevoltarea sau dezvoltarea anormală a corpului întreg, dar mai ales a anumitor porțiuni, sub acțiunea unor infecții cu caracter cronic (sifilis, paludism, tuberculoza), la intoxicații lente (alcoolism, medicamente, săruri radioactive), la tulburări endocrine și neuropsihice, la carențe alimentare sau vitaminice, la boli ale sângelui și altele care sunt mai puțin studiate.

Cele din a doua categorie privesc acțiunea mediului extern nefavorabilă ce se răsfrânge asupra fătului, prin intermediul organismului matern: temperatura prea joasă sau prea ridicată, umiditatea excesivă, acțiunea razelor X, traumatizarea abdomenului gravidei, condițiile de viață și de muncă necorespunzătoare, vârsta înaintată a părinților.

Malformațiile congenitale pot constitui și ele cauza unor afecțiuni secundare, prin lipsa condițiilor normale statice și dinamice, ce nu permit dezvoltarea corespunzătoare a organismului, mai cu seamă în perioadele de creștere timpurie.

Din aceeași categorie de cauze fac parte și (tot cu acțiune nemijlocită) cele care produc efecte negative în timpul nașterilor, fie ca urmare a eforturilor excesive depuse de mamă, fie a intervențiilor traumatizante, favorizând instalarea unor congestii și hemoragii, cu urmări foarte grave pentru copil. Tot din categoria traumatismelor fac parte manevrele greșite de degajare a capului copilului, care se pot solda cu ruperea sternocleido - mastoidianului sau a unor țesuturi la diferite niveluri, cum ar fi al plexului cervicobrahial (cu consecințe grave pentru structura și funcționarea membrului superior), leziuni ale articulațiilor și ale oaselor, mai frecvente la nivelul membrelor inferioare și superioare.

O atenție specială trebuie acordată cauzelor cu acțiune defavorabilă asupra dezvoltării organismului, în perioada copilăriei. Astfel, sunt bolile și accidentele care produc anomalii morfologice și funcționale. Dintre acestea, cele mai frecvente interesează aparatul locomotor (oase, articulații, mușchi, nervi).

Scheletul osos, care constituie mijlocul cel mai important de sprijin al corpului poate deveni, prin poziția asimetrică sau deformarea

segmentelor sale, o cauză frecventă a deficienței. Fracturile vicios consolidate, osteomielitele, tuberculoza osoasă și alte afecțiuni osoase degenerative, stau la baza celor mai grave infirmități. La rândul lor, mobilitatea prea mare sau prea mică a articulațiilor, ca și mișcările anormale, pot determina deficiențe morfologice și funcționale manifestate, în special, prin reducerea posibilității de coordonare a componentelor motrice. Sunt semnificative atitudinile sau poziția incorectă, adoptată de unii elevi mai mari, care favorizează o serie de deficiențe, cum ar fi cifoza și spatele cifotic, lordoza, sau spatele lordotic, scolioza, spatele rotund. Și modificările patologice, în structura și funcțiunile mușchilor, pot produce o categorie de deficiențe. Dintre acestea menționăm: scăderea volumului tonusului și forței musculare, ca în atonii și hipotonii, sau exagerarea tonusului, ca în cazurile de contractură, rigiditate, etc. Formele respective apar pe fondul oboselii sistemului nervos central, ducând la scăderea capacității de control a scoarței, favorizând producerea unor atitudini defectuoase. Afecțiunile neuro-musculare sunt determinate și de poliomielite, encefalite meningite, care au o mare incidență în infirmități.

Din clasificarea de mai sus, nu trebuie excluse alte cauze diverse, cum ar fi: tulburările de metabolism și hormonale, leziunile prin arsuri sau degerături, chondrodistrofiile, apofizitele și epifizitele, miopatiile, atrofiile musculare progresive, ataxiile, etc.

3.3. Clasificarea deficiențelor fizice

Ca și în cazul celorlalte handicapuri, literatura de specialitate conține mai multe tipuri de clasificări, efectuate după criterii diferite. Vom insista asupra clasificărilor acceptate de specialiștii din domenii diferite, odată cu precizarea principalelor manifestări specifice. Astfel, se disting două categorii mari de handicapuri fizice:

1. **morfologice sau de structură ;**
2. **funcționale sau de activitate ;**

Si unele și altele pot fi subgruppate, în raport întinderea și profunzimea afecțiunii în :

- globale (generale sau de ansamblu);
- parțiale (regionale sau locale);

În subgrupa diferențelor morfologice globale, semnalăm următoarele caracteristici specifice :

De creștere

-reprezentate de hiposomie și nanosomie (statură foarte mică) , hipersomie și gigantism (statură foarte înaltă, exagerată), dizarmonii (când subiecții sunt înalți și subțiri sau scunzi și grași), disproporționalități (între dimensiunile de lungime, înălțime și volum ; între cap și trunchi, etc.) ;

De nutriție

-între care vom aminti obezitatea (țesut adipos abundent sau exagerat) debilitate fizică (dezvoltarea sub normal a somei, însoțită de dezechilibru nutritiv) ;

De atitudine

-care pot fi determinate de insuficiența aparatului de susținere-atitudinal global, insuficiență –rigiditate (tonus muscular exagerat), atitudine global asimetrică (poziția asimetrică a scheletului osos și a articulațiilor):

De tegumente

-caracteristice ca fiind palide, cianotice (vineții), uscate sau umede, cu pete, cicatrice sau eczeme, hipertricoz (abundența părului pe întreg corpul) :

De musculatură

-poate fi medie, redusă, foarte redusă, cu tonus normal, scăzut sau crescut ;

De oase

-care pot fi subțiri sau groase, lungi sau scurte, cu sechele traumatice, rahitism, etc. ;

De articulații

-care pot fi deformate, cu mobilitate redusă sau exagerarea mobilității ;

De comportament

-inhibat, apatic, astenic, instabil ;

Din subgrupa deficiențelor morfologice parțiale, mai importante sunt :

Deficiențe ale capului, feței și gâtului

- cap macrocefal (mai mare decât cel normal) ;
- cap microcefal (mai mic decât cel normal) ;
- brahicefal (fără proeminență occipitală), dolicocefal (cu diametru anteroposterior alungit și cu „șa” la mijloc) ;

- hidrocefal (cap exagerat de mare cu o culoare specifică pielii), cu asimetrii, cu înfundări ale fontanelor, cu proeminențe ale foselor ;

- fața ovală, alungită sau lătită, asimetrică, cu malformații, cicatrice, pareze, cu afecțiuni ale ochilor (strabism, înfundați, apropiați, etc.) ale nasului sau ale urechilor, dinți vicioși implantați, bolta palatină înfundată ;

- gâtul poate fi lung sau scurt, subțire sau gros, cifotic, lordotic sau scoliotic, înclinat și răsucit (torticolis), cu relief tiroidian accentuat sau asimetric.

Deficiențe ale trunchiului

- toracele poate fi lung sau scurt, îngust sau larg, bombat, plat, lărgit la bază sau la vârf, asimetric, cu stigmat rahitice, strangulat (supra sau sub mamar), cu stern înfundat în formă de pâlnie sau carenat ;

- abdomenul poate fi proeminent, bilobat (strangulat), cu hernii sau eventrații, tonic sau moale, elastic, etc. ;

- spatele poate fi plan, cofotic, lordotic, scoliotic, rotund, asimetric ;

- coloana vertebrală – „stâlpul de susținere” sau axa „verticalității umane” – poate suferi o serie de modificări prin accentuarea cursurilor fiziologice, cum ar fi cifozele, lordozele sau cifolordozele ; la acestea putem adăuga deviațiile în plan frontal, de tipul scoliozelor cu una sau mai multe curburi (la care se asociază asimetrii ale umerilor, etc.);

- bazinul se poate prezenta cu asimetrii , larg sau îngust, denivelat (căzut înainte și în jos, înainte și în sus, înapoi), înclinat lateral.

Deficiențe ale membrilor superioare

- în totalitate inegale (în lungime și grosime), asimetrice, deviate (în plan frontal sau sagital), proiectate înainte sau rămase înapoi, în flexie sau în extensie, în pronație sau supinație , apropiate sau depărtate de corp ;

- uneori pot fi lungi sau înguști, căzuți sau țepoși, aduși sau abduși, asimetrici ;

- brațele (partea superioară – de la umăr la cot) sunt cele care determină deficiențele și pozițiile deficitare ale membrilor superioare – în întregime ;

- coatele pot fi în flexie sau în extensie , în var (în paranteză „O”) sau în valg (în „X”) ;

- antebrățele – inegale ca lungime sau grosime, curbate, asimetrice în pronație sau în suprinație, cu sechele traumatice ;
- degetele pot fi anomalii congenitale, cu deviații, retracții , în flexie ;
- omoplații, apropiați sau depărtați , coborâți sau ridicați, lipiți sau desprinși, basculați, asimetrici ;

Deficiențe ale membrilor inferioare

- în totalitate (deficiențe și aspect dat de coapsă) ; pot fi inegale, în lungime și grosime, cu înclinări și poziții diferite, cu sechele de paralizii sau traumatisme ;
- contracturi sau deficiențe morfologice ;
- șolduri cu relief accentuat (depuneri adipoase), asimetrice (luxții sau subluxații congenitale, semianchiloze, sau anchiloze, în poziții vicioase), deformații ale capului femural, contracturi;
- genunchii în flexie sau hipertensie, cu sechele traumatice sau paralitice, asimetrice ;
- gambele recurvate, cu cicatrice posttraumatice sau sechele de paralizii, asimetrice, inegale (în lungime sau în grosime) ;
- gleznelor și picioarele pot fi asimetrice, strâmbe, în valg, planovalgii, aduse sau abdușe , scobite ;
- degetele picioarelor în „ciocan” (în flexie cu sprijin pe unghie), halaux - valgus, strâmbe, suprapuse, cu deformații, etc.

Din grupa deficiențelor, funcționale , reținem :

Deficiențe ale aparatului neuromuscular

-care cuprind diferite forme și grade de paralizie (ca manifestare a unor sindroame piramidale, piramido-extrapiramidale, etc.) , mișcări atetozice, coreatozice, tulburări de mers, echilibru, coordonare, ritm, apucare, etc.

Deficiențe și tulburări ale aparatelor și marilor funcțiuni :

- deficiențe și tulburări ale aparatului respirator(insuficiențe respiratorii) ;
- deficiențe și tulburări ale aparatului cardiovascular (insuficiențe circulatorii), care se manifestă prin ceanoze, endeme, prin subdezvoltarea copiilor (care sunt mici și slabi, lipsiți de energie, nu se adaptează la eforturi fizice, obosesc repede, etc.) ;

- deficiențe și tulburări ale aparatului digestiv și ale funcțiilor de nutriție (abdomenul proeminent, ptoza organelor interne, debilitatea fizică sau obezitatea, etc.);
- deficiențele sistemului endocrin se manifestă prin tulburări de creștere și dezvoltare (nanim hipofizar, gigantism, obezitate cu insuficiența dezvoltare a glandelor și organelor genitale, etc.) ;
- deficiențele organelor de simț (deficiențe prin tulburări de vedere, de auz, care determină în poziția corpului, o serie de abateri de la normal de tipul cifozele, scoliozele, cifoscoliozele, ș.a.m.d.-, cu toate asocierile și manifestările ce le însoțesc).

3.4. Terapii corectiv-recuperative și problemele protezării

Terapiile pot fi predominant medicale sau psihopedagogice. Dar, mai eficientă este îmbinarea celor două categorii.

Terapiile medicale privesc mijloacele culturii fizice medicale, și se aplică simultan sau consecutiv tratamentului medical. Ele cuprind exerciții fizice, special selecționate și sistematizate, în tehnici adaptate fiecărui handicap în parte.

În același timp se mai folosesc o multitudine de mijloace de tip masaj, fizioterapie, balneoterapie, climatoterapie, ș.a.m.d..

Indicațiile ce trebuie avute în vedere se circumscriu principiului „ primo non nocere „ (în primul rând să nu faci rău), și respectă demersul gradării și dozării efortului, a spiralei de la ușor la greu, de la cunoscut la necunoscut, a consolidării rezultatelor obținute prin exersare.

Dar înainte de toate, subliniem că nu trebuie ignorată ideea folosirii tuturor mijloacelor, precum a asigurat prevenirea instalării deficiențelor, prin alcătuirea unui regim igienic de viață și muncă, dirijarea regimului de alimentație, prevenirea suprasolicitărilor și instalării oboselii, folosirea factorilor de mediu (apă, aerul, soarele) și a exercițiilor fizice, într-o îmbinare armonioasă și echilibrată care să faciliteze o dezvoltare deplină.

Întrebări/probleme pentru autoevaluare

1. Definiți deficiența neuromotorie în contextul celorlalte forme de deficiență.
2. Evidențiați etiologia și simptomatologia deficienței fizice.
3. Precizați principalele tipuri de terapii corectiv-recuperative în deficiența fizică.

Bibliografie minimală

1. CARANTINĂ D.,- „COPII CU TULBURĂRI ÎN SFERA FIZICĂ ȘI PSIHOMOTORIE” ÎN E. VERZA, „GHIDUL EDUCATORULUI”, TIPOGRAFIA METROPOL, BUCUREȘTI, 1997. (pg. 108 – 123)
2. MOȚET D.,- „PSIHOPEDAGOGIA RECUPERĂRII HANDICAPURILOR NEUROMOTORII”, BUCUREȘTI, ED. FUNDAȚIEI HUMANITAS, 2001
3. OLERON P.,- „EDUCAȚIA COPIILOR HANDICAPAȚI FIZIC”, BUCUREȘTI, E.D.P., 1970
4. VERZA E.- „PSIHOPEDAGOGIA SPECIALĂ”, BUCUREȘTI, E.D.P., 1998. (pg. 105 - 113)
5. VERZA E.F.- „INTRODUCERE ÎN PSIHOPEDAGOGIA SPECIALĂ ȘI ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ”, BUCUREȘTI, ED. FUNDAȚIEI HUMANITAS, 2002. (pg. 131 – 143)

Teme pentru referate

4. Conținutul comunicării prin desen la copiii cu deficiență de auz ;
5. Particularități ale activității psihice la deficienții de văz; însușirea scris-cititului în Braille ;
6. Simptomatologia și terapiile corectiv-recuperative în deficiența neuromotorie.

MODULUL 3

DEFICIENȚELE DE LIMBAJ, DE COMPORTAMENT ȘI ASOCIATE

Unitatea de învățare nr. 1

DEFICIENȚELE DE LIMBAJ

CUPRINS:

- Constituirea și importanța logopediei;
- Etiologia și clasificarea tulburărilor de limbaj;
- Simptomatologia tulburărilor de limbaj;
- Tulburări de pronunție sau de articulație;
- Tulburări de ritm și fluentă ale vorbirii;
- Tulburări de voce ;
- Tulburări ale limbajului citit-scris;
- Tulburări polimorfe;
- Tulburări de dezvoltare ale limbajului;
- Tulburări ale limbajului bazate pe disfuncții psihice;
- Terapia tulburărilor de limbaj;
- Educarea personalității și facilitarea comportamentelor adaptative.

Scopurile unității de curs

- înțelegerea specificității tulburărilor respective prin raportare la alte deficiențe;
- să se înțeleagă locul și rolul logopediei în cadrul științelor psihopedagogice

Obiective

- înțelegerea cauzalității și semnificației tulburărilor de limbaj și evoluția acestora în timp;
- familiarizarea cu conceptele specifice ce derivă din noțiunea de deficiență de limbaj;
- să se însușească simptomatologia specifică a distorsiunilor de limbaj și clasificarea acestora;
- să se rețină impactul acestor tulburări asupra activității școlare și de relaționare cu cei din jur.

1.1. Constituirea și importanța logopediei

Etimologic, termenul de logopedie își are originea în grecescul "logos", care înseamnă cuvânt și "paideia", care înseamnă educație. Sensul restrictiv acordat logopediei și anume acela de a educa, de a corecta vorbirea (orală sau scrisă) tulburată și respectiv, elaborarea unor tehnici, a unei metodologii adecvate, care să facă posibilă îndeplinirea scopului într-un timp cât mai scurt a accentuat caracterul ei practic. Accepțiunea modernă a logopediei s-a extins și la prevenirea tulburărilor de limbaj și mai cu seamă, în plan teoretic, la studierea mecanismelor psihologice și neurofiziologice ale desfășurării limbajului, la condițiile obiective și subiective, a realizării comunicării verbale și importanța acesteia în dezvoltarea personalității umane.

La fel ca și alte științe, ce se sprijină pe datele acumulate în domeniile tangente, și logopedia asimilează o serie de informații din științele psihologice și pedagogice, în mod deosebit, din psihologia limbajului, surdopsihologie, oligofrenopsihologie, tiflopsihologie, psihologia medicală și psihopatologie, psihofiziologie și neurofiziologie, psiholingvistică și lingvistică, etc. Dar, odată cu progresele realizate în logopedie, sunt furnizate de către aceste date incontestabile celorlalte domenii cu privire la dezvoltarea și desfășurarea corectă a comunicării și limbajului, a modului cum pot fi evitate și corectate dezordinile de la nivelul limbajului, ale felului cum se constituie modelele optime de funcționalitate a conduitelor verbale și a modalităților de integrare a limbajului în sistemul psihic uman.

Scurt istoric

Preocupările legate de formarea vorbirii corecte și înlăturarea unor eventuale dificultăți verbale au preocupat pe oameni din cele mai vechi timpuri. Spre exemplu, grecii antici aveau un cult deosebit pentru vorbire și oratorie. Se aprecia în mod deosebit, arta de a vorbi frumos, cursiv și cât mai pe înțelesul auditorului, ceea ce a ridicat această capacitate la un rang de cinste, asigurând oratorului o poziție socială favorabilă. Operele lui Plutarh, Herodot, Heraclit, Platon, Aristotel, Hipocrat conțin considerații interesante cu privire la preocupările societății antice de a forma și dezvolta, la toți membrii ei, o vorbire cât mai agreabilă și mai eficientă. Descrierea pe care o face Plutarh, în "Vieți paralele", lui Demostene, ilustrează strălucit posibilitățile de modelare a vorbirii sub influența unor exerciții și ale unor antrenamente de tip psihoterapeutic. Rezultă, că Demostene suferea de o bâlbâială gravă, cu implicații în planul interior, marcându-l ca timid, centrat pe sine, necomunicativ, dar prin voință, exerciții sistematice de dezvoltare a vorbirii a ajuns nu numai să scape de handicapul respectiv, dar și să-și transforme întreaga personalitate, devenind marele orator al antichității.

O prețuire asemănătoare, acordată vorbirii, o găsim și la romani, prin însemnările lui Cicero, care în lucrarea " De oratorie" scrie: "dacă nu depinde de noi să avem un glas frumos, de noi depinde să-l cultivăm și să-l fortificăm, să studiem toate treptele de la sunetele grave până la cele mai înalte". Ulterior, în evul mediu, cu toate opririle la care este supusă știința, se evidențiază unele idei pozitive. Astfel, în "Canonul medicinei", Avicenna notează o serie de exerciții utilizate în scopul reglării respirației în emiterea vocii adoptate și în prezent în corectarea bâlbâielii și a altor tulburări asemănătoare.

Progresele din secolele XVIII- XIX cunoscute în toate domeniile, și în special marele avânt al științelor naturii, au stimulat dezvoltarea unor noi domenii de activitate și conturarea unor discipline ce s-au deprins din corpul științelor fundamentale. Lucrările de logopedie sunt tot mai frecvente și crește interesul pentru corectarea handicapurilor de limbaj și pentru dezvoltarea comunicării verbale la persoanele aflate în dificultate.

În țara noastră, o cronică din 1835 vorbește de vindecarea gângăviei (o formă de tulburare a fluentei verbale), dar practica logopedică s-a legiferat mult mai târziu, în 1949 și apoi în 1957. Mai întâi, iau ființă cabinetele logopedice în policlinici și în unele spitale, iar apoi centrele logopedice interșcolare și cabinetele din unitățile speciale de învățământ, unde și frecvența tulburărilor de limbaj este mai mare.

În prezent, se acordă o importanță tot mai mare dezvoltării limbajului încă din copilăria timpurie ca și față de modalitățile de înțelegere, recepționare și comunicare pentru adaptarea și integrarea persoanelor în mediu social. Chiar procesul instructiv- educativ impune, cu necesitate, formarea și dezvoltarea unor capacități verbale care să înlesnească învățarea și accesul la cultură, a dezvoltării deprinderilor de comunicare optimă și eficientă într-o lume în care informația circulă pe canale tot mai diverse.

Activitatea logopedică este centrată, în special asupra copiilor nu numai datorită frecvenței mai mari a tulburărilor de limbaj, dar și pentru faptul că la aceștia vorbirea este în continuă structurare și dezvoltare, iar dereglările apărute au tendința, ca o dată cu trecerea timpului, să se consolideze și să se agraveze sub forma unor deprinderi deficitare, ceea ce necesită un efort mai mare pentru corectarea lor și înlăturarea efectelor negative asupra comportamentului și personalității.

Scopuri

Logopedia are, în primul rând, un scop educativ; ea contribuie la formarea omului, îl ajută pe copil să depășească dificultățile școlare și de adaptare. Din aceeași perspectivă, sunt, în egală măsură, semnificative demersurile pentru prevenirea tulburărilor de limbaj și terapia lor. Vârstele preșcolară și școlară mică sunt cele mai favorabile pentru o acțiune logopedică eficientă. Desigur, că tulburările limbajului pot fi și trebuie să fie corectate și la vârstele adulte, mai cu seamă că ele

duc la dezadaptabilități sociale, la tulburări de personalitate și pot perturba poziția socială a persoanei.

1.2. Etiologia și clasificarea tulburărilor de limbaj

După cum se știe, asupra individului acționează o multitudine de factori dintre care unii sunt nocivi. Aceștia pot influența negativ dezvoltarea sa și cu cât acționează la vârstele mai mici cu atât efectele sunt mai mari. Dar organismul are o anumită rezistență ce-i permite o evoluție normală, și numai în anumite contexte acești factori determină dereglări psihice. În acest context, ne vom referi la principalele patru categorii de factori care pot influența negativ dezvoltarea limbajului.

Cauze organice

ce pot avea o natură centrală sau periferică. Aici sunt cuprinse diferitele traumatisme mecanice care influențează negativ dezvoltarea sistemului nervos central (SNC) sau afectează nemijlocit auzul și organele fonoarticulatorii. În cazul unor leziuni la nivelul sistemului nervos central se pot produce, printre alte tulburări, handicapuri ale limbajului de o mare varietate. Cu cât zona lezată este mai întinsă sau mai profundă, cu atât tulburările sunt mai complexe, deoarece sunt atinși mai mulți centri corticali implicați în diferitele funcții psihice. Așa, de exemplu, lezarea timpanului împiedică recepția corectă a limbajului și emiterea normală a vorbirii, iar anomaliile dento-maxilo-faciale nu permit o participare sincronizată a tuturor elementelor implicate în procesul vorbirii. O asemenea situație se produce și în prognatism și progenie, ca și în macroglosie sau microglosie. O anumită frecvență o au infecțiile și intoxicațiile cu substanțe chimice, medicamentoase, cu alcool, care pot afecta organic sau funcțional mecanismele neurofiziologice ale limbajului. Și unele boli ale primei copilării, ca meningita, encefalita, scarlatina, rujeola, pojarul etc, pot determina tulburări de limbaj atât pe cale centrală cât și pe cea periferică, marcându-l pe subiect pe perioade limitate sau pe toată durata vieții.

Cauze funcționale.

În urma acțiunii acestor cauze, se pot produce tulburări ale limbajului care privesc atât sfera senzorială (receptoare), cât și pe cea motorie (efectoare). Cauzele funcționale pot afecta oricare din componentele pronunțării: expirație, fonație, articulație. Ca urmare, apar dereglări ale proceselor de excitație și inhibiție, de nutriție la nivelul cortexului, insuficiențe funcționale la nivelul sistemului nervos central, insuficiențe ale auzului fonematic care, toate, sunt dificil de evidențiat, dar au implicații nemijlocite asupra evoluției limbajului și activității psihice.

Cauze psiho-neurologice

Ce-i influențează, mai ales, pe acei subiecți care, congenital, au o construcție anatomo-fiziologică fragilă sau patologică. Asemenea cauze se întâlnesc la subiecții cu deficit mintal, la alienații mintal, la cei cu tulburări de memorie și de atenție, la cei cu tulburări ale reprezentărilor optice și acustice.

Cauze psiho-sociale.

Care sunt abordate în literatura de specialitate cu mai puțină insistență, cu toate că ele nu sunt lipsite de importanță; la o analiză mai atentă vom constata că ele au o frecvență relativ mare, iar efectele lor negative împietesc nu numai asupra dezvoltării limbajului, ci și asupra întregii dezvoltări psihice a omului. Din această categorie fac parte unele metode greșite în educație (iatrogeniile sau didactogeniile), slaba stimulare a vorbirii în ontogeneza timpurie, încurajarea copilului mic în folosirea unei vorbiri incorecte pentru amuzamentul părinților (adultilor), toate conducând la formarea unor obișnuințe deficitare, imitarea unor modele cu o vorbire incorectă în perioada constituirii limbajului, trăirea unor stări conflictuale, stresante, suprasolicitățile, care favorizează oboseala excesivă ce duce la disfuncții verbale, blocaje, un nivel scăzut al antrenamentului verbal, ș.a.

Clasificări

În logopedie există mai multe tipuri de clasificări ale tulburărilor de limbaj. Aceste clasificări sunt efectuate în funcție de o serie de criterii, cum sunt cel etiologic, lingvistic, morfologic, simptomatologic. Dar considerarea unui singur criteriu nu permite decât o clasificare unilaterală care vizează numai parțial natura și varietatea handicapurilor de limbaj. Astfel de clasificări sunt echivoce și nu cuprind toate categoriile limbajului deteriorat.

Ni se pare mult mai adecvată o clasificare care să țină seama de mai multe criterii, în același timp: anatomo-fiziologic, lingvistic, etiologic, simptomatologic și psihologic. O astfel de clasificare, elaborată de E. Verza, s-a impus în literatura de specialitate, și ea se rezumă la următoarele categorii:

1. *tulburări de pronunție sau de articulație (dislalie, rinolalie, dizartrie);*
2. *tulburări de ritm și fluentă a vorbirii (bâlbâiala, logonevroza, tumultus sermones, tahilalie, bradilalie, aftongie, tulburări pe bază de coree);*
3. *tulburări de voce (afonie, disfonie, fonostenie);*
4. *tulburări ale limbajului citit- scris (dislexie- alexie și disgrafie- agrafie);*
5. *tulburări polimorfe (afazie și alalie);*
6. *tulburări de dezvoltare a limbajului (mutism psihogen, electiv sau voluntar, retard sau întârziere în dezvoltarea generală a vorbirii);*
7. *tulburări ale limbajului, bazat pe disfuncții psihice (dislogii, ecolalii, jargonofazii, bradifazii ș.a.)*

Cunoașterea unei asemenea clasificări prezintă importanță nu numai pentru activitatea de cunoaștere și terapie logopedică, dar și pentru diagnoza tulburărilor de limbaj. În activitatea de corectare, diagnosticul diferențial corect facilitează stabilirea metodologiei de lucru și fixarea cadrului general de recuperare. Nici o prognoză validă nu se poate adopta fără a ține seama de diagnosticul diferențial și evitarea unor confuzii între diferitele categorii de tulburări de limbaj. Ca atare, orice examen logopedic se corelează cu alte investigații, de tip psihologic, medical etc.

6.3 Simptomatologia tulburărilor de limbaj

6.3.1. Tulburări de pronunție sau de articulație

Așa cum a rezultat, deficiențele de limbaj pot apărea atât pe fondul intelectului normal, cât și la deficienții mintal sau senzorial când, de obicei, sunt mai profunde și mai frecvente. În cazul unor asemenea asocieri, deficitul de limbaj este o formă secundară a unui sindrom complex, dar prin existența lui accentuează dificultățile de recuperare și adaptare.

Tulburările de pronunție sau de articulație au cea mai mare frecvență față de toate categoriile prezentate în clasificarea menționată în special la copiii preșcolari și școlarii mici. Prin existența tulburărilor respective, se creează dificultăți în emiterea sunetelor, cuvintelor, propozițiilor și în înțelegerea celor enunțate. Adeseori, ele se transpun și în limbajul scris-citit, ceea ce îngreunează formarea deprinderilor grafo-lexice. Tulburările respective cuprind: dislaliile, rinolaliile și disartriile, pe o scară de la simplu la complex.

Dislalia

Se remarcă prin frecvența cea mai mare în raport cu toate handicapurile de limbaj. Totuși, ea este diferită atât sub raportul complexității cât și al frecvenței, de la o vârstă la alta. Pentru copilul antepreșcolar, tulburările de pronunție nu constituie semnale de alarmă; în schimb, la vârsta preșcolară se simte nevoia unei intervenții logopedice pentru a nu permite stabilizarea și formarea unor deprinderi deficitare de pronunție. La copilul antepreșcolar, dislalia are o natură fiziologică ca urmare a nedezvoltării suficiente a aparatului fonoarticular și a sistemelor cerebrale implicate în actul vorbirii. Dar, după vârsta de 3-4 ani, acestea devin suficient de dezvoltate pentru a putea realiza o pronunție corectă. Manifestarea tulburărilor dislalice și după această vârstă denotă existența unor cauze cu grad de risc, care tind să le transforme în obișnuințe negative, mai cu seamă când dificultățile de pronunție persistă pe o perioadă lungă de timp. Dar, dislalia poate apărea și la vârstele mai mari, datorită unei etiologii complexe incriminată în producerea handicapurilor de limbaj, în genere. Cu cât apare mai târziu, cu atât gravitatea ei sporește.

Ca orice tulburare de articulație sau de pronunție, dislalia se manifestă prin deformarea, omiterea, substituirea și inversarea sunetelor. În formele grave de dislalie, astfel de fenomene se produc și la nivelul silabelor și chiar al cuvintelor. Când deficiențele de articulație se limitează numai la nivelul unor sunete izolate și, în genere, se manifestă sub o formă ușoară, ea se numește dislalie simplă, parțială sau monomorfă. Dar atunci când sunt afectate majoritatea sunetelor și chiar grupe de silabe, ea poartă denumirea de dislalie polimorfă, iar prin alterarea tuturor sunetelor, a majorității silabelor și a cuvintelor se ajunge

la așa-numita dislalie generală sau totală, ce este caracteristică mai cu seamă disartriei.

Dintre formele cele mai frecvente de dislalii sau de disfuncționalitățile acestuia menționăm, în primul rând, grupa sigmatismelor și a parasigmatismelor care ocupă un loc central. Acestea apar atunci când au loc deformări, substituiri, omisiuni ale sunetelor siflante și șuierătoare: s, ș, j, z, ț, ce, ci, ge, gi. La copiii preșcolari și la școlarii mici, cel mai des se manifestă omisiunile și deformările, iar la logopații mai mari apar, deseori, și înlocuirile. Sunt mai multe forme de sigmatism, specifice și limbii române, dintre care remarcăm următoarele: a) **sigmatism interdental**, ce apare ca urmare a pronunțării sunetelor respective cu limba plasată între dinți. În perioada schimbării dentiției, la copil apar frecvent asemenea forme de sigmatism, care dispar - în mod normal - odată cu creșterea dinților, dar se fixează ca defect atunci când persistă prea mult sau apar și alți factori determinanți, ca de exemplu, vegetațiile adenoide și slăbirea mușchilor linguali;

b) **sigmatism lateral**, care este de trei feluri: - lateral dexter, când ieșirea aerului se face prin colțul drept al comisurilor labiale, în loc de poziția mediană; - lateral sinister, în cazul ieșirii aerului prin stânga și sigmatism bilateral, în care aerul se împrăștie pe ambele părți. Sigmatismul lateral ia naștere, adeseori, ca urmare a parezei parțiale a nervului hipoglos, când cel mai mult este afectată siflanta s, comparativ cu șuierătoarele;

c) **sigmatism addental**, produs prin sprijinirea vârfului limbii pe dinți, nepermițând astfel aerului să iasă prin spațiul interdental, cum este normal. Forma respectivă este mai frecventă la hipoacuzici, datorită percepției deficitare a pronunției, ca și în progenie și prognatism, deoarece în timpul pronunției nu se efectuează sincronizarea adecvată a mișcării maxilarelor; d) sigmatism palatal, produs prin pronunțarea sunetelor siflante și șuierătoare cu vârful limbii retras spre bolta palatină; e) **sigmatism strident**, manifestat printr-o sonoritate exagerată a siflantelor, producând perturbări la nivelul recepției;

f) **sigmatism nazal**, determinat de deficiențe ale palatului moale care nu-și poate îndeplini funcția normală, imprimând, astfel, scurgerea aerului, parțial sau total, prin intermediul căilor nazale. Sigmatismul de acest tip apare în despicăturile palatale și la cei cu un palat prea rigid, la cei cu vegetații adenoide și deviații de sept.

Remarcăm o altă formă dislalică cu o frecvență mare, rotacismul și pararotacismul ce constă în deformarea, omisiunea, inversiunea și înlocuirea sunetului "r". Consoana "r" apare, de obicei, în vorbirea copilului în urma sunetelor siflante și șuierătoare, iar emisiunea lui corectă presupune o anumită dezvoltare a aparatului fonoarticular și mișcări fine de sincronizare. Din aceste motive, la majoritatea copiilor antepreșcolari se produce afectarea sunetului "r" sau se înlocuiește cu "l", și mai rar cu "d, h, v". Fenomenele respective pot persista și în perioadele de vârstă ulterioare.

Pe lângă acestea, la baza producerii **rotacismului și pararotacismului** stau anomaliile anatomice și funcționale ale limbii, cum ar fi: micro și

macroglosia limbii, frenul prea scurt sau prea lung al limbii, leziuni ale nervului hipoglos, ca și deficiențele auzului fizic și fonematic, imitațiile deficitare ale pronunției celor din anturajul copilului, existența unor factori negativi de natură psiho-socială și culturală etc.

Ca și în cazul sigmatismului, adoptând criteriul simptomatologic și etiologic, cele mai frecvente forme de rotacism sunt: a) **rotacism interdental**- ce ia naștere prin pronunțarea sunetului r cu vibrarea vârfului limbii sprijinit pe incisivii superiori, sau, mai rar, prin atingerea limbii de buza superioară în timpul vibrării acesteia; b) **rotacism labial**- realizat printr-un joc ușor al limbii și vibrarea buzelor; c) **rotacism labiodental**- apare prin vibrarea buzei superioare în atingere cu incisivii inferiori sau vibrarea buzei inferioare în momentul atingerii incisivilor superiori; d) **rotacism apical**- recunoscut după faptul că limba se află în momentul pronunțării lipită de alveole, ceea ce nu-i permite să vibreze suficient; e) **rotacism velar**, în care nu vibrează vârful limbii așa cum este normal, ci vălul palatin; f) **rotacism nazal**- datorat faptului că orificiul palatofaringian nu se închide suficient, ceea ce face să se producă vibrații la nivelul părții posterioare a palatului moale și a peretelui posterior al faringelui, iar emisia lui r este stridentă, cu caracteristici nazale; g) **rotacism uvular**- produs prin vibrarea uvulei în articulația sunetului r; h) **rotacism bucal**- format prin scurgerea aerului pe spațiile dintre părțile laterale ale limbii, forțând obraji să intre în vibrație dând o notă dezagreabilă pronunției.

Deși cu o frecvență mai mică, se pot produce tulburări și ale celorlalte sunete. Dintre acestea, amintim: **lambdacism și paralambdacism** (când este afectat sunetul l); **betacism și parabetacism** (când este afectat sunetul b); **capacism și paracapacism** (când este afectat sunetul c); **gamacism și paragamacism** (afectarea sunetului g); **deltacism și paradeltacism** (tulburarea sunetului d); **fitacism și parafitacism** (tulburarea sunetului f); **nutacism și paranutacism** (tulburarea sunetului n); **hamacism și parahamacism** (tulburarea sunetului h); **tetacism și paratetacism** (tulburarea sunetului t); **mutacism și paramutacism** (tulburarea sunetului m); **vitacism și paravitacism** (tulburarea sunetului v) ș.a. (după E. Verza, 2003). Prin urmare, frecvența fenomenelor evidențiate depinde de etiologie, de sex și vârstă, de particularitățile psihoindividuale ale subiectului și de capacitățile sale verbale.

Pe de altă parte, în funcție de cauzele care stau la baza handicapurilor de pronunție, dislaliile se împart în *organice și funcționale*. **Dislaliile organice, numite și disglosii**, sunt provocate de deficiențele anatomofiziologice de la nivelul aparatului fonoarticular (prognatismul, progenia, despicăturile maxilo-velo-palatine etc). Există și așa-numitele **dislalii audiogene**, sunt determinate de lezarea aparatului auditiv ce nu permite o recepție normală a vorbirii și nici un autocontrol al propriei articulări.

Disartria

Din categoria tulburărilor de pronunție face parte și *disartria*, care este cea mai gravă dintre tulburările respective, fiind cauzată de afecțiunea

căilor centrale și ale nucleilor nervilor care participă la articulare. Ea se caracterizează pe lângă prezența fenomenelor dislalice, printr-o vorbire confuză, disritmică, disfonică, cu rezonanță nazală și pronunție neclară. La disartrici, apar și o serie de complicații psihice ce se produc în sfera afectivă, senzorială, mintală, psiho-socială și motrică. Dată fiind originea sa, **disartria se mai numește și dislalie centrală**. Din punct de vedere simptomatologic, unele dintre fenomenele enunțate sunt asemănătoare dislaliei obișnuite, dar mult mai grave. Dislalia centrală este mai frecventă la subiecți cu handicap de intelect. Ea poate fi pusă în evidență mai ușor la adulți față de copii, nu numai ca urmare a deteriorării componentei centrale, ci și a agravării dificultăților de vorbire.

Rinolalia

O formă intermediară în cadrul tulburărilor de pronunție, este rinolalia ce prezintă și ea manifestări specifice. Se produce ca urmare a unor malformații ce sunt localizate la nivelul vălului palatin sau a insuficiențelor dezvoltării acestuia, determinate de unele boli infecțioase, de vegetațiile adenoide, de polipi, de atonia sau paralizia vălului palatin, de despicăturile labio-maxilo-palatine, de hipoacuzie, de funcționarea defectuoasă a mușchilor sau a vălului palatin care nu pot deschide traectul nazal în timpul pronunțării sunetelor nazale etc. În rinolalie, se manifestă tulburări de pronunție specifice dislaliei, dar și deficiențe ale rezonanței sunetelor, de fonație și chiar de voce, în cazurile accentuate. Aspectul general al vorbirii este dezagreabil, prin manifestarea "fonfăielii".

Rinolalia se clasifică în aperta sau deschisă, în care suflul aerului necesar pronunțării sunetelor parcurge, predominant, calea nazală; **clauza sau închisă**, când unda expiratorie necesară pronunțării sunetelor nazale (m, n) se scurge pe traectul bucal și **mixa sau mixtă**, în care unda expiratorie trece, alternativ, atât pe cale nazală, cât și pe traectul bucal, indiferent de caracteristicile articulatorii ale sunetelor.

1.3.2. Tulburări de ritm și fluență ale vorbirii

Așa cum am văzut, din categoria tulburărilor de ritm și fluență fac parte: **bâlbâiala, logonevroza, tahilalia, bradilalia, aftongia, tulburările pe bază de coree** ș.a. Acestea sunt și ele tot tulburări ale vorbirii orale, dar sunt mai grave decât tulburările de pronunție, nu numai prin formele de manifestare, ci mai cu seamă prin efectele negative ce le au asupra personalității și comportamentului persoanei. *Bâlbâiala* a fost remarcată de către oamenii de știință din cele mai vechi timpuri, fapt ce a dus la creșterea interesului și pentru alte tulburări ale limbajului.

Bâlbâiala

Perturbă relațiile logopatului cu cei din jur și se prezintă ca un handicap relativ grav. Deși preocupările față de această tulburare au fost intense de-a lungul timpului, explicația științifică, prin evidențierea simptomatologiei și etiologiei bâlbâielii ca și dezvoltarea concepției cu privire la terapia complexă în corectarea ei, a fost posibilă abia în secolul

nostru, ca urmare a progresului realizat în științele psihopedagogice, progres realizat și la nivelul logopediei, mai ales pe plan practic-recuperativ.

Bâlbâiala se manifestă prin repetarea unor sunete sau silabe la începutul și mijlocul cuvântului, cu prezentarea unor pauze între acestea sau prin repetarea cuvintelor ori prin apariția spasmelor la nivelul aparatului fonoarticulator care împiedică desfășurarea vorbirii ritmice și cursive. În primul caz, bâlbâiala se numește **clonică**, iar în cel de-al doilea, **tonică**. Când se manifestă atât prin prima formă, cât și prin a doua, ea se numește **mixtă sau clonotonică și respectiv tonoclonică**, în funcție de aspectul care predomină. Formele cele mai grave se manifestă la adult și adolescent. Dar cel mai frecvent, bâlbâiala apare între 2-3¹/₂ ani și, de obicei, poate fi considerată fiziologică, în lipsa unor factori favorizanți care să o mențină și s-o consolideze. Când persistă și în perioada preșcolară, constituie un semnal de alarmă pentru că are tendința de a se croniciza.

Logonevroza

Este strâns legată de bâlbâială, atât prin natura, cât și prin forma ei. Din punct de vedere simptomatologic, ele sunt foarte asemănătoare, dar de cele mai multe ori logonevroza este mai accentuată decât bâlbâiala, care, apoi, se poate transforma în logonevroză. Bâlbâiala se transformă în logonevroză, atunci când există sau apare un fond nevrotic ca urmare a conștientizării tulburării și a trăirii acesteia ca o dramă, ca un moment de frustrare a posibilităților pe care le are individul. Bâlbâiala este un fenomen mai mult de repetare a sunetelor, silabelor și cuvintelor, iar logonevroza presupune pe lângă acestea și modificarea atitudinii față de vorbire și a modului cum este trăită dificultatea respectivă prin prezența spasmelor, a grimaselor, a încordării și a anxietății, determinate de teama că va greși în timpul vorbirii. La persoanele nevrozate sau psihonevrozate factorii nocivi (mai cu seamă traumele psihice, stresurile) pot provoca direct logonevroza, ceea ce accentuează starea generală de nevrozism și drept urmare nu se mai trece printr-o dereglare ușoară de tipul bâlbâielii.

Celelalte tulburări de ritm și fluentă ale vorbirii pot exista ca sindrom separat, dar și ca simptom al bâlbâielii.

Aftongia

la naștere atunci când în mușchii limbii se produce un spasm tonic, de lungă durată, și însoțește de cele mai multe ori bâlbâiala; tulburări de vorbire pe bază de coree (tic, boli ale creierului mic), determinate de ticuri nervoase sau coreice ale mușchilor aparatului fonoarticulator, ale fizionomiei ce se manifestă concomitent cu producerea vorbirii;

Tahilalia

Caracterizată printr-o vorbire exagerat de rapidă, apare mai frecvent la persoanele cu instabilitate nervoasă, cu hiperexcitabilitate;

Bradilalia

Opusă tahilaliei se manifestă prin vorbire rară, încetinită cu exagerări maxime ale acestor caracteristici în handicapurile accentuate de intelect sau în cazurile de dominare excesivă a inhibiției etc.

1.3.3. Tulburări de voce

Spre deosebire de tulburările de ritm, care afectează cadența vorbirii, tulburările de voce perturbă melodicitatea, intensitatea și timbrul vocii.

Mutația patologică a vocii.

Ea apare ca urmare a transformărilor de la nivelul sistemului endocrin, manifestate prin schimbarea funcției hipofizare și prin modificarea hormonilor sexuali care influențează nu numai structura anatomo-funcțională a laringelui, dar și modalitățile de reacționare ale sistemului nervos central ce determină o adaptare lentă la condițiile biomecanice. În cazul tulburărilor endocrine, cum este acromegalia, copilul capătă o voce bărbătească, iar în diferite forme de insuficientă dezvoltare a aparatului (din naștere), apare mutația vocii înainte de vârsta obișnuită (la 8-11 ani). Opusul acestui fenomen este întârzierea în procesul de schimbare a vocii, dându-i o notă de infantilism cu prezența unei voci bârâite, cu oscilații de la un ton la altul și cu diferențe minime între vocea fetelor și a băieților.

Răgușeala vocală

Face parte din această categorie și se manifestă prin pierderea expresivității și a forței vocii. Asemenea cazuri sunt frecvente în îmbolnăvirile laringelui, ale căilor respiratorii (prin răceală, gripă) și ale ganglionilor fixați pe coardele vocale. Răgușeala poate îmbrăca o formă organică, când vocea se îngroașă și se întrerupe în timpul vorbirii, și alta, funcțională ce determină un caracter șuierat și înăbușit al vocii. De obicei, răgușeala funcțională apare în stările emoționale puternice și în folosirea excesivă a vocii ceea ce conduce la oboseala componentelor articulatorii.

Fonastenia și pseudofonastenia

Au de cele mai multe ori o natură funcțională. Folosirea incorectă (în special la cântăreți) și abuzivă a vocii (cântăreți, profesori, oratori), ca și laringitele pot da naștere la fonastenie. Pseudofonastenia apare cu o oarecare frecvență la unii preșcolari, ca urmare a suprasolicitării vocii, dar mai cu seamă în stările emoționale puternice. În majoritatea cazurilor, fonastenia este însoțită de o serie de dereglări de ordin psihic (frustrare, nesiguranță, teamă, frică), care o mențin și chiar o accentuează. Toate formele de fonastenie duc la scăderea intensității vocii, pierderea calităților muzicale, întreruperea și rateul vocii, tremurul și obosirea prea devreme a vocii.

Disfonia

Apare în urma tulburărilor parțiale ale mușchilor laringelui, ale coardelor vocale, și a anomaliilor produse de nodulii bucali și de polipi. În această situație, vocea este falsă, bitonală, monotonă, nazală, tușită, voalată, scăzută în intensitate, cu timbrul inegal etc. Dereglările și spasmele respiratorii, produse fie ca urmare a tonusului muscular slab, fie pe baza tracului, a emoțiilor, a șocului, a angoasei, pot determina instabilitatea vocii, inhibiția ei, monotonia și caracterul șters, nediferențiat sau chiar șoptit, prin scăderea intensității.

Afonia

Este cea mai gravă tulburare de voce. Ea apare în îmbolnăvirile acute și cronice ale laringelui, cum sunt parezele mușchilor sau procesele inflamatorii. Vocea, în astfel de situații, dacă nu dispare complet, se produce numai în șoaptă, din cauza nevibrării coardelor vocale. Inițial, vocea se manifestă prin răgușeală, scăderea în intensitate, șoptirea, ca în final să dispară complet. În cazul acesta, se instalează tensiunea, agitația, și chiar unele tulburări psihice. Pe de altă parte, afonia poate fi determinată și de dereglări psihice puternice, prin emoții, șoc, stresuri, complexe de inferioritate, care acționează pe un fond de hipersensibilitate sau fragilitate a sistemului nervos, afectând personalitatea și comportamentul subiectului.

1.3.4. Tulburări ale limbajului citit-scris.**Dislexia și disgrafia**

Constituie tulburări parțiale ale citit- scrisului ce își pun amprenta pe dezvoltarea psihică a copilului și mai cu seamă pe rezultatele sale la învățătură. Însușirea citit-scrisului, ca achiziție recentă în condițiile instruirii, presupune din partea copilului o participare intenționată, voită, afectivă și conștientă. Când se produc dificultăți în elaborarea deprinderilor lexo-grafice, se dereglează integrarea socială prin manifestarea - în mai multe cazuri - a unor comportamente neadaptate la mediu, datorită unor eșecuri și conflicte permanente (în viața școlară), cât și datorită instalării unor trăsături caracteriale negative, ca: negativismul, anxietatea, descurajarea, inerția, nepăsarea, izolarea. La preadolescenți și adolescenți, aceste caracteristici se accentuează prin prezența agresivității și a dezinteresului față de activitatea intelectuală în general. De remarcat și existența altor forme mai grave ale dereglărilor citit-scrisului ce se manifestă sub forma *alexiei și agrafiei*, exprimând imposibilitatea producerii actului lexo-grafic. Dar acestea apar pe fondul altor handicapuri grave sau în unele boli psihice și nu sunt caracteristice persoanelor cu intelect normal.

Există un complex de cauze care stau la baza dislexiei și disgrafiei, dintre care mai importante sunt: insuficiențele funcționale în elaborarea limbajului, ale îndemănării manuale, ale schemei corporale și ale

ritmului, lipsa omogenității în lateralizare, stângăcia însoțită de o lateralizare încrucișată, tulburările spațio-temporale, influența eredității, afecțiunile corticale și, nu în ultimul rând, factorii pedagogici inoportuni, concretizați într-o metodologie instructiv-educativă neadecvată, ce duce la formarea unor deprinderi grafo-lexice deficitare și care se corectează ulterior foarte greu.

Dislexia și disgrafia se manifestă, la școlar, prin incapacitatea sa paradoxală, mai mult sau mai puțin accentuată, de a învăța citirea și scrierea în mod corect. În cazul acesta, au loc confuzii constante și repetate între fonemele asemănătoare acustic, literele și grafemele lor, inversiuni, adăugiri și omisiuni de litere și grafeme, omisiuni, inversiuni și adăugiri de cuvinte și chiar de propoziții, dificultăți în combinarea cuvintelor în unități mai mari de limbaj, tulburări ale lizibilității, ale laturii semantice etc. La unii disgrafici, grafemele sunt plasate defectuos în spațiul paginii, sunt inegale ca mărime și formă și, în general, au o orânduire dezordonată. Datorită neîndemânării de a scrie, textul este scurt, lacunar și fără unitate logică. Din cauza neînțelegerii celor citite și a chiar a propriului lor scris, redarea la dislexici și disgrafici este lacunară, plină de omisiuni, sau, în alte cazuri, conține adăugiri de elemente ce nu figurau în textul parcurs. (E. Verza, 1983).

La elevii nevăzători, care învață în Braille, se poate constata că manifestările disgrafiei au unele particularități specifice, dar caracteristicile generale sunt asemănătoare cu ale disgraficilor ce scriu în alb-negru. Dintre fenomenele comune, atât în scrierea al-negru, cât și în Braille, putem cita următoarele: omisiuni de litere și silabe, omisiuni de cuvinte, omisiuni de propoziții și sintagme, contopiri de cuvinte, substituiri de grafeme, substituiri și deformări de cuvinte, adăugiri de grafeme și cuvinte, disortografii, rânduri libere sau suprapuse etc. Totodată, în Braille, se poate evidenția o dependență mai mare a dificultăților prezentate de exercițiu (antrenament) și de nivelul dezvoltării intelective a subiectului.

1.3.5. Tulburări polimorfe

Din această categorie a tulburărilor de limbaj fac parte **alalia și afazia**, ce se caracterizează printr-o maximă gravitate cu implicații complexe, negative, nu numai în comunicarea și relaționarea cu cei din jur, dar și în evoluția psihică a logopaților. Astfel, alalia și afazia afectează atât limbajul impresiv cât și pe cel expresiv.

Alalia

Din punct de vedere etimologic, termenul de alalie provine din grecescul "alales", care înseamnă fără vorbire sau muțenie. Ca urmare, tulburarea respectivă mai este denumită și prin termenii de audimutitate, întârziere înăscută a vorbirii, muțenia auzitorilor, muțenia idiopatică ș.a.

Dar vorbirea alalicală nu se confundă cu lipsa de vorbire a deficientilor de intelect profund, a surdomuților, a disartricilor sau a afazicilor. Deși pot exista întârzieri mintale, alalia nu presupune deficit de intelect de tip

oligofrenic, cu toate că sunt evidente tulburările de percepție, de gândire și imaginație, de comunicare și de îndemânare motorie. Aceste caracteristici sunt și în funcție de forma alaliei. În așa-numita alalie motorie, alalicul înțelege sensul cuvintelor și îl reține, dar nu le poate pronunța. Execută ordinele verbale și poate arăta obiectele indicate. Poate emite unele sunete nearticulate și chiar cuvinte mono și bisilabice. În altă formă de alalie, cea senzorială, dimpotrivă, alalicul nu înțelege sensul vorbirii, dar poate repeta sunete și unele cuvinte cu o structură mai simplă. Deși pot să audă bine, au dificultăți de percepție a direcției sunetelor. Forma cea mai gravă de alalie este cea mixtă, în care predomină, fie caracteristicile din prima, fie din cea de-a doua.

Se pot reține o serie de caracteristici generale, comune, pentru toți alalicii, indiferent de forma alaliei pe care o au. Dintre acestea, menționăm: lipsa de expresivitate, rigiditate în mișcări și comportament, dezinteres pentru activitate, voință scăzută, deficite de atenție și de percepție, slabă dezvoltare a motricității, o întârziere generală în evoluția psihică, ca urmare a lipsei comunicării verbale etc.

Afazia

După cum am văzut, în alalie subiectul este lipsit de posibilitatea achiziției limbajului, în timp ce afazia se produce după dobândirea comportamentului verbal și este mai frecventă la persoanele adulte sau la bătrânețe, dat fiind faptul că persoanele respective sunt supuse mai frecvent factorilor nocivi care o provoacă. Specialiștii i-au acordat o importanță deosebită, pentru că afazia determină modificări profunde în sfera limbajului (impresiv și expresiv), iar la nivelul personalității se produc destructurări masive. Afazia poate fi cauzată de accidente vasculare cerebrale produse prin leziunile de la nivelul sistemului nervos central și gravitatea ei este dependentă de întinderea și profunzimea acestor leziuni. Deși, în principal, deteriorarea privește sfera comportamentului verbal, au loc, mai mult sau mai puțin, dereglări la nivelul întregului psihism. Astfel, se pot păstra cuvinte parazite, interjecțiile, înjurăturile și, în general, limbajul trivial. În același timp, vocabularul devine sărac, un cuvânt poate îndeplini rolul de propoziție, adică se manifestă așa numitul stil telegrafic în vorbire. La unii afazici apare o vorbire "academică", cu multe prețiozități și un scris servil, ce se remarcă prin înclinarea exagerată spre dreapta sau spre stânga, tulburări ale accentului și agramatisme. Dificultățile în enumerarea automată, ca și perseverarea și așa-numitele "intoxicații" cu cuvinte ocupă un loc aparte în vorbirea afazicului. Ca tulburări secundare, apar afecțiuni ale vocii, dereglări ale respirației și emoții exagerate. De cele mai multe ori, acestea se asociază cu o serie de dereglări de la nivelul memoriei. De pildă, la afazici se manifestă o scădere a memoriei iar reproducerea este mai slabă ca recunoașterea și învățarea. De asemenea, memoria auditivă este mai scăzută decât cea vizuală. Amploarea acestor tulburări din afazie este dependentă și de caracteristicile personalității subiectului înaintea apariției afaziei, de instrucția sa, de cultura ce o posedă, de vârstă etc. Și eficiența recuperării se raportează la aceste caracteristici și mai ales la mediul de

viață, pentru că afazicul are nevoie de înțelegere și afecțiune, de susținerea moralului, prin crearea unui tonus psihic pozitiv.

1.3.6. Tulburări de dezvoltare ale limbajului

Mutismul electiv

Pe acest plan se remarcă o gamă extinsă de dereglări, dar ne referim, în principal, la două categorii de tulburări. Astfel, este vorba de *mutismul electiv*, numit și *voluntar sau psihic*, care se manifestă prin refuzul parțial sau total din partea subiectului de a comunica cu unele persoane, iar în forme grave acest refuz se extinde asupra întregului mediu înconjurător. "Muțenia" este temporară, și poate dura de la câteva săptămâni, la luni sau chiar ani de zile. De obicei, mutismul electiv apare la copiii hipersensibili și este însoțit de tulburări comportamentale în care încăpățânarea, timiditatea, brutalitatea, irascibilitatea ocupă un loc important. În majoritatea cazurilor, handicapul este determinat de atitudinile greșite în educație care traumatizează afectiv copilul. Dar și emoțiile șoc, stresurile, eșecurile repetate frustrările pot duce la un astfel de mutism. Deși nu comunică, copiii cu mutism electiv înțeleg vorbirea și nu manifestă deficiențe de ordin intelectual. Dar persistența pe o perioadă mai mare a lipsei comunicării duce la rămânere în urmă pe linia dezvoltării vocabularului și a exprimării logico-gramaticale, cu repercusiuni în plan intelectual.

Retardurile în dezvoltarea limbajului

O extindere și o frecvență mai mare o au handicapurile de limbaj; acestea se înscriu în categoria întârzierilor sau retardurilor în dezvoltarea generală a vorbirii ce se pot întâlni la acei subiecți care nu reușesc să atingă nivelul de evoluție al limbajului, raportat la vârsta cronologică. De obicei, ele există ca fenomene secundare în mai toate handicapurile de intelect și senzoriale și chiar în unele tulburări de vorbire descrise mai sus, dar se pot manifesta și de sine stătător. Întârzierile în dezvoltarea vorbirii se recunosc după sărăcia vocabularului și după neputința de a se exprima coerent, logic în propoziții și fraze. Frecvent, retardurile verbale cuprind atât aspectele fonetice, lexicale, cât și gramaticale. Datorită acestor fenomene, și înțelegerea vorbirii celor din jur se realizează cu dificultate, ceea ce influențează negativ evoluția psihică generală și comportamentală.

Asemenea retarduri verbale pot fi determinate de carențele sistemului nervos central provocate de hemoragii cerebrale în timpul nașterii, de eventualele boli grave, de lipsa de stimulare a comunicării în perioada primei copilării. Deficiențele senzoriale și de intelect pot avea efecte similare, deoarece nu facilitează o dezvoltare normală a limbajului, iar cauzele specifice acestora influențează negativ și modul de evoluție și de structurare a limbajului.

1.3.7. Tulburări ale limbajului bazate pe disfuncții psihice

Dereglările care se produc la nivelul oricărei componente psihice au repercusiuni și asupra celorlalte componente și în egală măsură și asupra limbajului. Așadar, tulburările de la nivelul limbajului sunt dependente, din această perspectivă, de gravitatea afecțiunii psihice și chiar de etiologia incriminată în cazul dat. De aici, existența unei categorii largi de tulburări care are în componență o serie de fenomene relativ asemănătoare prin forma de manifestare și prin efectele negative în exprimarea conținutului ideativ (dislogii, ecolalii, jargonafazii, bradifazii etc).

Caracteristic pentru toate sunt, așadar, dereglările generale în formulare, expresie verbală deficitară și reducerea cantitativă a înțelegerii comunicării.

1.4. Terapia tulburărilor de limbaj

Eficiența corectării tulburărilor de limbaj este dependentă de o serie de condiții subiective (dependente de subiect) și obiective (dependente de situație, mediu, corectitudinea și precizia metodelor folosite etc). Pe acest plan, subliniem că activitatea corectiv-recuperativă trebuie să înceapă, în primul rând, cu copiii preșcolari și școlari mici, pentru a evita transformarea tulburărilor de vorbire în deprinderi negative și pentru a înlesni desfășurarea procesului instructiv-educativ în condiții adecvate. În aceeași ordine de idei, remarcăm că la vârstele mici tulburările de vorbire sunt mai frecvente și corectarea lor este mult mai facilă în raport cu perioadele înaintate. Dar aceasta nu înseamnă că vor fi neglijați puberii, adolescenții și chiar adulții care manifestă tulburări de limbaj, cu atât mai mult cu cât, se știe, că la aceștia, frământările lăuntrice care le provoacă sunt mai accentuate și influențează negativ structurile de personalitate și elaborarea comportamentelor adaptative.

Metodele și procedeele folosite în terapia logopedică sunt specifice fiecărei categorii de tulburări, iar alegerea lor este în funcție de fiecare caz în parte, de tipul de tulburare și de gravitatea acestuia, de vârsta și nivelul de dezvoltare psihică ale subiectului, de etiologia și simptomatologia acestuia. Stabilirea diagnosticului logopedic este esențială pentru încadrarea subiectului în activitate și adoptarea complexului terapeutic. Un asemenea demers presupune o examinare precisă a capacităților verbale ale subiectului și a perspectivei corective (prognozei) la care este bine să se adauge și examenul psihologic și medical.

În terapia limbajului tulburat există două categorii mari de metode și procedee. Dintre acestea, unele sunt generale și comune pentru toate categoriile de handicapați, iar altele sunt specifice și se adoptă în raport de fiecare tulburare în parte. dar în cele mai multe cazuri, ele se aplică combinat și vizează, în egală măsură, aspectele corective ale limbajului

ca și stimularea activității psihice în ansamblu. Cele din a doua categorie sunt de competența exclusivă a specialistului, dat fiind gradul lor de complexitate și dificultate. Din prima categorie de metode și procedee fac parte acelea care contribuie indirect la corectarea tulburărilor de limbaj și pregătesc subiectul pentru aplicarea celei de-a doua categorii și anume metodele și procedeele specific logopedice. Aceasta nu înseamnă că metodele și procedeele cu caracter general din prima categorie nu sunt eficiente, ci din potrivă, ele au o mare importanță pentru întreaga terapie.

1.5. Educarea personalității și facilitarea comportamentelor adaptive

După cum se știe, una din funcțiile esențiale ale limbajului este cea reglatorie și autoreglatorie. În handicapurile de limbaj scade funcționalitatea unei asemenea funcții și, ca atare, se produc perturbații în organizarea și sistematizarea activității psihice, ceea ce face să se reducă încrederea în forțele proprii și să apară o stare de încordare, de neliniște și de teamă față de impresia ce o produce asupra celor din jur. Tulburările de limbaj accentuate, care afectează atât latura expresivă, cât și cea impresivă a limbajului nu numai că determină reticențe în relaționarea cu cei din jur, dar integrarea logopatului în activitate devine anevoioasă. Ca atare, structurarea însușirilor de personalitate poate îmbrăca forme negative care duc la comportamente neintegrative. Cu cât tulburarea de limbaj este mai grav, cu atât tensiunea crește, iar subiectul va trăi acest fenomen în planul psihic ca pe o dramă. Într-o cercetare efectuată de E. Verza, asupra unui lot de subiecți cu handicapuri de limbaj, format din 150 dislalici, 63 bâlbâiți, 32 cu tulburări de voce și 65 cu deficit asociat-dislexie-disgrafie au fost constatate tulburări comportamentale la 104 dislalici, la 56 bâlbâiți, la 14 dintre cei cu tulburări de voce și la 58 dislexici- disgrafici. Numărul relativ mare al subiecților la care au apărut tulburări comportamentale se explică tocmai prin trăirea dramatică a handicapului de limbaj pe fondul hipersensibilității și atitudinilor nefavorabile pe care logopatul le percepe ca pe respingeri și marginalizări ale celor din jur.

Întrebări/probleme pentru autoevaluare

1. Subliniați momentele importante ale constituirii logopediei ca știință și a locului acesteia în sistemul științelor psihopedagogice.
2. Actualizați criteriile care stau la baza clasificării tulburărilor de limbaj.
3. Sistematizați etiologia și simptomatologia specifică fiecărei categorii de tulburări ale limbajului.
4. Relevați specificul și importanța metodelor și procedeele corectiv-terapeutice.

Bibliografie

1. VERZA E.- „PSIHOPELAGOGIA SPECIALĂ”, BUCUREȘTI, E.D.P., 1998.
(pg. 73 – 104)
2. VERZA E.- „TRATAT DE LOGOPEDIE – VOLUMUL I”, EDITURA FUNDAȚIEI HUMANITAS, BUCUREȘTI, 2003. (pg. 23 – 63; 124 – 151; 212 – 219; 281 – 323)
3. VERZA E.F.- „INTRODUCERE ÎN PSIHOPELAGOGIA SPECIALĂ ȘI ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ”, BUCUREȘTI, ED. FUNDAȚIEI HUMANITAS, 2002.
(pg. 144 – 186)

Unitatea de învățare nr. 2

DEFICIENȚELE DE COMPORTAMENT

CUPRINS:

- Delimitări conceptuale în deficiențele de comportament;
- Cauze și forme ale deficiențelor de comportament;
- Efectele tulburărilor de comportament în plan școlar și social;
- Prevenția, educarea și integrarea în viața socială a deficienților de comportament;

Scopurile unității de curs

- să se formeze o imagine unitară asupra deficiențelor de comportament ;
- să se înțeleagă posibilitățile de integrare socio-profesională a persoanelor cu tulburări de comportament în funcție de gravitatea și complexitatea manifestărilor.

Obiective

- înțelegerea semnificației psihosociale a tulburărilor de comportament;
- familiarizarea cu conceptele specifice;
- să se conștientizeze acțiunea factorilor de diferite tipuri asupra structurii biopsihice și influența nocivă a acestora în plan comportamental;

2.1. Delimitări 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).

Mulți autori consideră 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). Conduita, mai restrictiv, este considerată ca fiind un ansamblu de reacții stereotipe, însușite și învățate pe parcursul experienței individului.

De asemenea, P. Janet consideră conduita 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 căpăta, 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 vârste 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 *infrațiune* (mai cu seamă în științele juridice). Acești termeni desemnează comportamente nonconformiste care pot produce efecte negative atât pentru individ, cât și pentru societate. Din punct de vedere psihologic indivizii, care produc astfel de comportamente aberante prezintă dezechilibre sau o stare deficitară în unul sau în toate palierele: maturizării psihice, structurării conștiinței de sine și a conștiinței sociale, asimilării normelor și valorilor social- culturale, structurării motivațional- caracteriale, maturizării sociale.

Comportamentul este dependent de nivelul intelectului, de cunoștințele și experiența de viață a individului, de caracteristicile organizării sociale și funcționalitatea relațiilor intersubiective. Unele comportamente aberante se produc și prin fixarea obișnuințelor negative sau prin repetarea unor experiențe negative pe care individul le percepe ca avantajoase, fără a face o evaluare de ansamblu a situației și fără să ia în considerație efectele pe care le au asupra celor din jur.

2.2. Cauze și forme ale deficienței de comportament

Odată produse, manifestările comportamentale sunt trăite în plan intern și au un efect circular. Ele se repercutează asupra subiectului, menținând sau modificând caracteristicile ce au stat la baza declanșării acțiunilor respective. În acest fel, subiectul va fi definit ca ființă unică pe

lângă însușirile de personalitate și de un tipar comportamental. Toate formele comportamentului (afectiv, cognitiv, verbal, ludic, psihomotor) se corelează cu structurile dominante ale personalității.

Putem vorbi de o categorie de tulburări în planul intern, cum ar fi: anxietăți și frustrări prelungite, instabilitate afectivă și depresii, ostilitate și neacceptarea colaborării cu cei din jur, slaba dezvoltare afectivă și indiferență, trăirea unor tensiuni exacerbate, prin conștientizarea unor handicapuri, repulsie față de activitate, dereglări ale unor funcții psihice. Acestea determină handicapuri comportamentale de forme și intensități diferite, în funcție de profunzimea dereglărilor interioare și se concretizează, în exterior, prin: reacții afective instabile (frică, mânie, furie, râs și plâns nestăpânit), agitație motorie și mișcări dezorganizate, negativism și apatie, teribilism și infatuare, furt și vagabondaj, cruzime și aberații sexuale.

Referindu-se la tulburările de comportament specifice perioadelor copilăriei, Mariana Neagoe (1997) subliniază că ele apar pe fondul unor tulburări de dezvoltare care determină 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 bază o multitudine de cauze care acționează asupra subiectului în diferite perioade de vârstă. De asemenea, putem vorbi și de predispoziții înnăscute, 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 părăsirea domiciliului și chiar la vagabondaj. Astfel de fenomene se asociază, aproape întotdeauna, cu carențe afective ce determină trăsături egocentrice sau subestimarea eului.

Frecvență

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 vârsta adultă capătă forme caracteriopate cu tendințe spre stabilizare și repercusiuni antisociale.

În literatura de specialitate (U. Șchiopu, 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 dependență de ceilalți și sugestibilitate crescută la influențele negative;
 - teama și anxietatea excesivă din familie și școală, duce la tensiuni și hiperacțiuni sexuale;
 - viața austeră și deprivarea de relații sociale creează situații de risc în adaptarea comportamentelor mature și armonice.
- În cazul băieților, manifestările cu caracter aberant sunt mai evidente și au frecvență mai mare față de cele ale fetelor, dar, și într-un caz și în altul, implicațiile complexe sunt evidente în viața socială.

Minciuna

Este o abatere comportamentală simplă, care semnifică formarea, particularităților negative ale personalității. Ea evoluează diferit în funcție de vârstă. Dacă în perioada antepreșcolară minciuna nu poate fi luată ca o notă specifică a unui caracter negativ ci doar ca o formă de adaptare la condițiile noi, cu timpul, prin repetare, devine o obișnuință și se poate transforma într-o caracteristică negativă a personalității.

Furtul

Este o altă abatere comportamentală cu consecințe mult mai grave. La baza acestuia se află un sentiment de frustrare cu pronunțate note de anxietate. Furtul efectuat în bandă îmbracă forme mai grave și cu pronunțate note de teribilism, mai ales la tineri. În ontogeneza timpurie, în forma sa incipientă, furtul se manifestă prin însușirea forțată sau brutală a jucăriei partenerului, ca mai târziu să ia forma însușirii obiectului dorit pe furiș, cu o nuanță de lașitate.

Jaful

Ca formă de comportament foarte gravă, are loc sub amenințare sau ca act de violență. Situația devine tragică și complexă când jaful se produce în bandă, evidențiind caracteristicile personalității dizarmonice, a unei dezvoltări psihice scăzute în care discernământul este limitat.

Fuga de acasă și vagabondajul

Ca forme de manifestare a unui comportament tulburat, apar pe același fond. Un asemenea fenomen are loc în cazul copiilor introvertiți, emotivi, anxioși, dar și la cei agitați, frustrați afectiv, neadaptati la colectiv, conflictuali și labili.

Vagabondajul

Ca deteriorare comportamentală gravă, se asociază adeseori cu alte forme aberante cum ar fi prostituția și perversiunile sexuale. Oboseala provocată de un consum nervos rapid duce la scăderea activității intelectuale, ceea ce atrage după sine instalarea unor alte feluri de tulburări de comportament. O asemenea oboseală facilitează instalarea fenomenelor astenice, ce determină tulburări în plan psihic: diminuarea activității mnezice, scăderea capacității de concentrare și incapacitatea de a îndeplini sarcini complexe.

2.3. Efectele tulburărilor de comportament în plan școlar și social

În ceea ce privește planul efectelor produse de anomaliile comportamentale în cadrul școlii și a profesiei, se constată că acestea au la bază o multitudine de factori. Acestea încep, de cele mai multe ori, și apoi se extind, de la greșelile părinților, manifestate prin lipsa de preocupare față de copii, indiferență afectivă, nestimularea dezvoltării personalității copilului până la mediul școlar tensionat, lipsa de tact pedagogic, favoritism, descurajarea unor elevi, eșecurile școlare repetate etc. Toate acestea duc la absenteism, hoinăreală, lene, negativism față de activitatea școlară, opoziție față de efort și atitudini negative la adresa colectivului și de obstrucționare a activității altora. Ei constituie grupul elevilor care nu se pot adapta la viața școlară odată cu prezentarea unor disonanțe între capacitățile psihice și calitatea efortului depus, dar și între nivelul cerințelor și exigențele procesului instructiv-educativ. Prin urmare, rezultă că fenomenul neadaptării se asociază cu factorii subiectivi (cei ce țin de dezvoltarea fizică și mintală, de evoluția afectivă, de însușirile caracteriale și temperamentale) și obiectivi (cei familiali, școlar-pedagogici, culturali, morali, economico-sociali), determinând perturbarea echilibrului dintre elev și școală.

Se consideră că la vârsta de 6-7 ani, circa 8-10% din copii nu au maturitatea necesară pentru a corespunde exigențelor unei învățări organizate și riguroase. Astfel, pot apărea forme de inadaptare școlară de tipul imaturității (copiii progresează lent, nu pot susține un efort îndelungat, obosesc mai repede decât ceilalți, sunt agitați psihic și motor sau dimpotrivă, apatici, trec cu greu de la o activitate la alta și cu timpul, prin trăirea tensionată și conflictuală a eșecurilor repetate, le scade interesul pentru învățare și încep să evite școala).

Factorii menționați mai sus determină un tip de insucces școlar, bazat pe stări anxioase în care fobia față de școală influențează structurarea personalității și comportamentul copilului. Anxietatea se instalează ca o trăsătură dominantă în timp și astfel generează neliniște și panică, reacții emoționale exagerate și labilitate afectivă, fatigabilitate și cefalee. Inadaptarea nu este doar de tip școlar, ci poate cuprinde toate sferele activității și relațiile umane implicate. După C. Gonnet (1968), există trei categorii de copii inadaptați:

- 1) inadaptații psihic (cuprinzând deficienții de intelect);
- 2) inadaptații fizic (cuprinzând deficienții senzoriali);
- 3) inadaptații social (cuprinzând delincvenții, psihopații, psihoticii).

Dacă la vârsta copilăriei predomină formele inadaptării 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.

2.4. 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-i 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-motivaționale, 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.

Întrebări/probleme pentru autoevaluare

1. Analizați comportamentul uman prin raportarea la conduită și la dereglările posibile;
2. Evidențiați cauzele și formele deficienței de comportament.
3. Precizați impactul handicapului de comportament asupra subiectului și societății, pentru a sublinia nevoia de prevenție și reeducare

Bibliografie minimală

1. GONNET C.,- „LES ECOLIERS INADAPTES”, PARIS, P.U.F., 1968
2. NEAGOE MARIA,- „COPIII CU HANDICAP DE COMPORTAMENT. ETIOLOGIE, FORME ȘI ROLUL EDUCAȚIONAL ÎN PREVENIREA ACESTUIA, ÎN EDUCAREA ȘI RECUPĂERAREA COPIILOR VULNERABILI” ÎN E. VERZA „GHIDUL EDUCATORULUI”, BUCUREȘTI, TIPOGRAFIA METROPOL, 1997
3. RĂDULESCU,M.,S., - ANOMIE, DEVIANȚĂ ȘI PATOLOGIE SOCIALĂ, ED. HYPERION, BUCUREȘTI, 1991
4. ȘCHIOPU, URSULA, VERZA, E.- „PSIHLOGIA VÂRSTELOR – CICLURILE VIETII”, E.D.P., BUCUREȘTI, 1997
5. VERZA E.- „PSIHOPEDAGOGIA SPECIALĂ”, BUCUREȘTI, E.D.P., 1998. (pg.114 – 122)
6. VERZA E.F.- „INTRODUCERE ÎN PSIHOPEDAGOGIA SPECIALĂ ȘI ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ”, BUCUREȘTI, ED. FUNDAȚIEI HUMANITAS, 2002. (pg. 187 –196)

Unitatea de învățare nr. 3

DEFICIENȚE ASOCIATE (POLIHANDICAPUL)

CUPRINS:

- De la handicap la polihandicap;
- Surdocecitatea;
- Autismul;

Scopurile unității de curs

- formarea unei imagini unitare asupra condițiilor asocierii deficiențelor;
- înțelegerea diferențelor între conceptul de handicap și cel de polihandicap ;
- înțelegerea metodologiilor educațional-recuperative în surdocecitate și autism.

Obiective

- înțelegerea conceptului de surdocecitate în contextul asocierii celor două handicapuri senzoriale de auz și de vâz ;
- să se conștientizeze acțiunea factorilor ereditari și dobândiți asupra gravității acestui polihandicap (surdocecitatea) ;
- raportarea conceptului de autism la alte polihandicapuri;
- să se conștientizeze acțiunea factorilor ereditari și dobândiți asupra gravității acestui polihandicap (autismul);
- asimilarea principalelor simptome ce caracterizează sindromul autist ;

3.1. De la handicap la polihandicap

Prin polihandicap se înțelege existența a două sau mai multe forme de handicap(deficiențe), asociate la aceeași persoană și însoțite de o varietate de tulburări.

Diversitatea tulburărilor este dependentă de gravitatea acestora și de numărul simptomelor care sunt asociate într-o formă de bază de tip sindrom. De aceea, integrarea școlară se realizează diferit, în cele mai bune situații, parțial sau total, în funcție de profunzimea handicapului.

În cazul polihandicapului, aveam de-a face cu deficiențe severe sau profunde fie într-un palier al activităților fizice și psihice, fie cu dificultăți în toate componentele principale ale activității psihofizice. Dar, putem întâlni și deficiențe singulare „renunite”, și care pot fi, însă extrem de grave (profunde) și la care componenta afectată este deteriorată total și pe toate secvențele acesteia. Astfel, apar disfuncționalități la nivel psihic sau la nivel organic, care pot să afecteze, negativ, planul psihic general.

Așadar, polihandicapul se găsește în majoritatea sindroamelor deficientului de intelect, în unele deficiențe fizice și în deficiențe senzoriale, și mai ales în cazul asocierii lor. Dintre acestea, le vom reține pe cele mai importante, cum sunt : surdo-cecitatea, autismul, toate sindroamele deficienței mintale, la care ne-am raportat deja.

Surdo-cecitatea

Datorită asocierii surdomutității cu cecitatea se produc grave perturbări în existența individului, deoarece perceperea lumii înconjurătoare și comunicarea cu aceasta se restrânge la un număr minim de canale. La orbul surdomut sunt afectați principalii analizatori : văzul, auzul și cel verbomotor. De aceea, socializarea și dezvoltarea psihică presupune adoptarea unor programe educaționale care să valorifice, maximal, analizatorii valizi și să determine compensarea acestor funcții specifice analizatorilor afectați. În educarea unui copil cu dublu sau triplu handicap, este foarte importantă perioada în care se produce afecțiunea, deoarece un copil polihandicapat din naștere sau la scurt timp după, nu are reprezentări vizuale și auditive și nici deprinderi de vorbire, care să consolideze în mod obișnuit. Pe de altă parte, survenirea orbirii și surdității, după stocarea unor imagini, face posibilă, prin antrenament și învățare, dezvoltarea compensatorie a funcțiilor specifice și a abilităților comunicaționale.

Factorii

Sunt, în majoritate, aceiași ca și în deficiența de vedere sau de auz, dar au o acțiune mai extinsă, mai profundă și produc modificări majore de ordin structural și funcțional (bolile infecto-contagioase, intoxicațiile, febra tifoidă, rubeola, administrarea în exces a streptomicinei, neomicinei, canamicinei și traumatismele ce afectează zonele centrale și periferice ale analizatorilor respectivi, meningitele și encefalitele).

În surdo-cecitate, deficiențele se pot instala concomitent, dar de cele mai multe ori apare mai întâi una, ca la scurt timp să urmeze și cealaltă. Este destul de greu să se depisteze, timpuriu, aceste deficiențe. În primii doi ani de viață, datorită menținerii unor resturi auditive sau de vedere, părinții nu sesizează starea de deficit a copilului sau se amăgesc crezând că este vorba de un fenomen trecător, și

încercând tot felul de tratamente ajung să orienteze copilul spre recuperare educațională specializată abia pe la 6-7 ani.

Procesul educațional - recuperativ

Se bazează pe posibilitățile de preluare a funcțiilor afective de către analizatorii valizi și dezvoltarea unor capacități prin intermediul acestora, care să facă posibilă umanizarea și comunicarea cu lumea înconjurătoare. Se formează mai întâi obișnuințe, pentru satisfacerea normală a trebuințelor biologice și igienice, apoi deprinderi de recepționare a semnalelor din mediu, în vederea raportării la cei din jur. Mai târziu, stimularea reflexului de orientare și elaborarea intereselor de cunoaștere se face prin formarea și menținerea unor reflexe condiționate. După parcurgerea cunoașterii nemijlocite a obiectelor, se trece la elaborarea „imaginilor” și la realizarea unor reprezentări pe baza percepțiilor. Activitatea practică rămâne dominantă pentru semnificația relației organism-mediu. În dezvoltarea capacităților senzorial-perceptive și în organizarea cunoașterii, se respectă legitățile secvențiale de detectare, discriminare, intensificare și interpretare.

Prezența surdo-cecității, survenite la scurt timp după naștere, nu împiedică dezvoltarea capacităților intelective – creative. În acest sens, avem două exemple clare, Helen Keller și Olga Skorohodova, a căror deficiență a survenit la 2 și, respectiv, 5 ani, ca urmare a meningitei și care au reușit să absolve o instituție de învățământ superior. Pe lângă proză și poezie, ele au descris și etapele educației speciale, în lucrările : „Memoriile” și respectiv, „Cum percep lumea exterioară”, în care au pus în evidență modalitățile de relaționare cu mediul, de percepere a acestuia, contactul cu obiectele, formarea reprezentărilor și imaginilor, a simbolurilor și comunicării verbale, etc. La noi, a atins o dezvoltare remarcabilă Vasile Adamescu care, după absolvirea universității, a devenit unul din cei mai apreciați profesori dintr-o școală de nevăzători din Cluj-Napoca și care reușește să ducă o viață normală.

Este foarte greu pentru părinții unor astfel de copii, deoarece grija exagerată sau respingerea este dublată de faptul că nu știu cum să procedeze cu ai. Astfel, copiii ajung la vârsta școlară fără să posede cele mai elementare deprinderi și fără a-și putea exprima dorințele. În acest caz, este fundamental contactul cu lumea, stabilit cu ajutorul analizatorului tactil. Copilul trebuie să înțeleagă că fiecare lucru are un nume, iar folosirea limbajului presupune și înțelegerea acestuia. Înțelegerea cuvântului, ca simbol al noțiunii, presupune conștientizarea faptului că fiecare obiect sau acțiune sunt reprezentate prin cuvinte, litere sau grafeme.

În activitatea cu copiii orbi-surdo-muți, explorarea mediului înconjurător, prin plimbări și excursii, permite cunoașterea reală a obiectelor, concomitent cu învățarea numelui acestora (educatorul scrie cuvintele în palma copilului). Folosirea gesturilor este importantă, de asemenea, mai ales în cazul în care copilul are o bună capacitate de imitare și unele resturi de vâz.

După ce sunt însușite bazele limbajului, se trece la lectură, scris și calcul. Este de înțeles folosirea limbajului Braille și a unor proteze auditive, acolo unde este cazul. Mâna joacă rolul fundamental în recepția stimulilor din mediu și îndeplinește funcția de organ de transmisie cu ajutorul gestului și dactilologiei. Formarea comunicării verbale și a gândirii verbale se bazează pe imaginile constituite prin tact și prin simbolistica gestului și a dactilemului.

În surdo-cecitare, metodologia educațională implică următoarele etape: cunoașterea nemijlocită a lumii înconjurătoare, însușirea gesticulației, formarea capacității de folosire a semnului dactil, formarea deprinderilor de citire și scriere, formarea capacității de comunicare verbală. Este important, de asemenea, climatul afectiv, atmosfera tonifiantă, stimularea atitudinilor pozitive și efortul constant.

Mentalitatea, atitudinile manifestate de societate față de persoanele handicapate fac parte, nemijlocit, din sistemul de șanse ce li se acordă acestora, pentru dezvoltare și integrare în mediul ambiant. Acestea aparțin igienei mintale de care, în egală măsură, este interesată știința și societatea. C. Enăchescu (1996, pg.190) afirmă că „Acțiunea psihoigienei în problema deficienților are câteva aspecte caracteristice, pe care le redăm mai jos: protejarea psihică și socială a acestora, prin atribuirea unui statut social care respectă demnitatea umană, locul lor în societate, drepturile lor, măsuri privind adaptarea școlară, profesională, familială și socială a deficienților, măsuri speciale de școlarizare și profesionalizare, în raport cu capacitățile de care dispun deficienții; măsuri de protezare compensatorie a deficienților”.

3.3. Autismul

Termenul a fost formulat de B. Bleuler, la începutul secolului. El se referea la dereglări secundare de natură psihogenetică pe care le raporta la o categorie definitorie de tulburări primare. Acestea din urmă se regăsesc și în autism, și constau în dereglări ale asociațiilor de idei, întreruperea fluxului ideativ, dereglări de limbaj și stereotipii, stări de excitație puternică, ce alternează cu cele depresive, dereglări neuro-vegetative, secondate de halucinații în plan psihic. Mai târziu, conceptul de autism a fost bine conturat și definit în raport cu alte categorii de handicap, însă este considerat ca fiind controversat în raport cu caracteristicile comportamentale și manifestarea funcțiilor psihice ce le generează pe parcursul vieții individului.

În diagnoza autismului se fac frecvente confuzii și substituiri cu alte sindroame la fel de puțin delimitate în teorie și practică, în care sunt prezentate unele manifestări asemănătoare sau chiar comune cu cele din autism. Astfel, termeni ca psihoză infantilă, encefalopatie infantilă, tulburări emoționale grave, schizofrenie infantilă, oligofrenie, întârziere psihică, copii fără contact, se referă la o arie largă de fenomene, dar nu acoperă starea concretă de autism.

Bleuler definește autismul ca fiind o detașare de la realitate, însoțită de o predominare a vieții interioare, o repliere totală asupra lumii lăuntrice, un mod de gândire necritic, centrat pe subiectivitate și rupt de realitate.

Etiologic, termenul de autism provine de la cuvântul „autos”, care înseamnă „însuși” sau „eul propriu”, și de la accețiunea dată autismului de I.Kanner, ca fiind retras și mulțumit de sine însuși.

Cu mult înainte, în descrierea autismului de tip Kanner, literatura de specialitate consemnează o serie de date cu privire la comportamentul unor copii ce prezentau o simptomatologie asemănătoare, prin existența deficitului de comunicare, de socializare și de structurare a comportamentelor mature și armonioase.

I. Kanner a făcut posibilă departajarea tranșantă a unui sindrom caracteristic – autismul – de toate celelalte forme de handicap. El evidențiază o serie de trăsături caracteristice, prin care cele mai importante ar fi :

- Incapacitatea de a adopta o poziție normală în timpul luării în brațe chiar și în perioada de sugar ;
- o exacerbare a memorării mecanice ;
- incapacitatea de comunicare verbală;
- incapacitatea utilizării conceptelor abstracte ;
- temă și emoții exagerate ;
- incapacitatea imaginativă în activități ludice ;
- producerea întârziată a unor manifestări ecologice;
- crearea impresiei de dezvoltare fizică și intelectuală normală ;
- izolarea și retragerea în sine ;
- atașament nemotivat față de obiectele nesemnificative ;
- incapacitatea de a percepe pericolul real;
- apariția și dezvoltarea unor componente cu caracter ritual ;
- exacerbarea unor mișcări și repetarea îndelungată a acestora;
- existența unor răspunsuri paradoxale la stimulii de lumină, de zgomot, de durere, etc.;
- prezența unor comportamente stereotipe și repetitive;

- reacții bizare la schimbările din mediul ambiant ;
- deficit de comunicare verbală, non-verbală, ș.a.;

Frecvență

S-au făcut multe studii asupra frecvenței cazurilor de autism. Spre exemplu, în 1964, cu ocazia unui experiment efectuat în Anglia, pe populația infantilă, cuprinsă între 8-10 ani, au fost depistați 4-5 copii la 10.000, care prezentau semne evidente de autism. Un alt studiu, făcut în Danemarca, a confirmat, aproximativ, aceleași date. Concluzia este că în țările dezvoltate frecvența autismului este mai mare față de țările subdezvoltate, ca urmare a mortalității infantile sporite în acestea din urmă.

În literatura de specialitate se consideră că autismul are o frecvență similară cu cea a surdității și mai mare decât cea a cecității. Datele recente consemnează prevalența autismului de tip Kanner de 1/20.000 de copii.

Raportată la sexe, frecvența este mai mare la băieți, aproximativ 3 la 1, față de fete.

Cercetările nu au putut demonstra transmiterea ereditară și nici existența unui caracter genetic dominat la unul din sexe,, dar au confirmat existența unui număr mai mare de autiști printre copiii unici la părinți sau a primilor născuți.

Din punct de vedere etiologic, au fost elaborate trei categorii de teorii distincte, ce fac posibilă explicarea autismului

Teoriile organice

Acestea consideră că autismul se datorează unor disfuncții organice de natură biochimică sau unei insuficiente dezvoltări structurale a creierului.

Teoriile psihologice.

Interpretează autismul ca pe un fenomen de retragere psihologică față de tot ceea ce este perceput ca fiind rece, ostil și pedepsitor.

Teoriile comportamentale.

Consideră că autismul infantil ia naștere printr-un șir de comportamente învățate și care se formează în urma unor serii de recompensări și pedepse întâmplătoare.

Sunt invocate în paralel, și alte cauze, cum ar fi :

- bolile infecto-contagioase ;
- traumatismele din timpul sarcinii și ale nașterii ;

- cauze ereditare ;
- anomalii ale creierului ;
- existența hidrocefaliei, a epilepsiei, ș.a. ;

După cum am văzut din punct de vedere simptomatologic, paleta acestora este foarte extinsă. Sintetic ele pot fi grupate astfel :

- a) Dificultăți de limbaj și comunicare ;
- b) Discontinuitate în dezvoltare și învățare ;
- c) Deficiențe perceptuale și relaționale ;
- d) Tulburări acționale și comportamentale ;
- e) Disfuncționalități ale proceselor, însușirilor și funcțiilor psihice;

3.3.1. Disfuncționalitățile de limbaj și comunicare

Sunt deosebit de pronunțate și se manifestă, de timpuriu, prin slabul interes în achiziția limbajului. Audiții nu răspund la comenzile verbale și pot prezenta o reacție întârziată la apelul numelui lor. Vorbirea se însușește cu o întârziere mare, față de normal și se menține o pronunțe defectuoasă aproape în toate împrejurările. La 5 ani, pot repeta unele sunete și silabe, iar după însușirea relativă a limbajului, audiții au tendință de a schimba ordinea sunetelor în cuvânt, de a nu folosi cuvinte de legătură sau de a substitui un cuvânt cu altul apropiat, ca semnificație sau utilitate (lingură cu furculiță sau mamă cu tată).

Fenomenul ecolalic este evident și dă impresia unui ecou prin repetarea sfârșitului de cuvânt sau de propoziție. Vorbirea este economicoasă și lipsită de intonație, vocabularul este sărac, iar tulburările de voce sunt frecvente. Comunicarea nonverbală este și ea deficitară. Propozițiile formulate sunt, adeseori bizare. Când învață o propoziție, are tendința de a o repeta la nesfârșit.

3.3.2. Discontinuitatea în dezvoltare și învățare

Rezultă din faptul că autistul este incapabil de a număra, dar manifestă abilități în realizarea operației de înmulțire, manifestă dificultăți în învățarea literelor, dar învață cu ușurință cifrele.

Ei se orientează bine în spațiu , dar manifestă stereotipii în formularea unor comportamente cognitive, caracteristică ce se accentuează și prin lipsa de interes pentru achiziția unor informații noi.

3.3.3. Deficiențele perceptuale și relaționale

Au o mare diversitate și pot fi sesizate încă de la nașterea copilului autist. Acesta este plângăcios , agitat, în majoritatea timpului, agitație

însoțită de țipete sau, dimpotrivă, este inhibat, fără interes și fără dorință de a cunoaște lumea înconjurătoare. Unii autiști manifestă o adevărată fascinație pentru lumină sau pentru un obiect strălucitor. Alții nu percep elementele componente ale obiectelor. Unii trăiesc o adevărată plăcere pentru tact și pipăirea obiectelor, în timp ce alții au reacții negative la atingerea obiectelor. În primul caz, se pot atașa, nejustificat, de unele obiecte fără semnificație sau manipulează un timp îndelungat un obiect. Ei pot deveni violenți, fiind deranjați de zgomotul produs la căderea unei gume dar nu manifestă nici o reacție la un zgomot deosebit de puternic (aberații percepute și de relaționare). Unora le place muzica, simt ritmul, manifestă chiar abilități în a cânta la instrumente muzicale.

Autiștii sunt incapabili să utilizeze pronumele personal, la persoana I.

3.3.4. 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 autistul 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 manifestă pe mai multe căi :

- kinestezică (legănatul înainte și înapoi, frecarea lobului urechii cu mâna) ;

- tactilă (lovirea coapsei cu dosul palmei , zgârierea cu unghia a ceva tare;

- auditivă (plesnitul din limbă sau emiterea neîncetată a unui sunet ;

- vizuală (învârtirea unui obiect strălucitor în fața ochilor sau privirea neîncetată a degetelor);

Alte acțiuni stereotipice :

- rotirea brațelor, ca și când ar fi pe scripete ;

- învârtirea pe loc fără să amețească ;

- mersul pe vârfuri, și uneori, chiar, cu mișcări grațioase ;

Alte curiozități se manifestă printr-o nevoie redusă de somn, reacții diminuate la durere și frig, modificarea frecvență a dispozițiilor, 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.

3.3.5. Disfuncțiile proceselor, însușirilor și funcțiilor psihice se pot întâlni:

- Acestea se pot întâlni în oricare palier, dar planul afectiv-motivațional este cel mai activ și transparent, mai cu seamă, din lipsa de interes a autiștilor pentru contactul social și față de trăirile cel din jur (unii se atașează exagerat, față de obiecte fără semnificații, alții manifestă 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 față persoanele din jur. Comportamentele penibile sunt și ele prezente sub forma lipsei de jenă a autistului: mănâncă de pe jos sau se șterge pe mâini de părul sau de blana cuiva, face observații penibile, se plimbă întotdeauna pe același traseu, etc.

Afectivitatea e 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 autistului 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.

3.3.6. 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 muncă, 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 cu cei din jur ș.a..

Întrebări/probleme pentru autoevaluare

1. Analizați semnificația polihandicapului, comparativ cu cea a handicapului, prin evidențierea caracteristicilor comune și specifice celor două categorii.
2. Specificați etapele procesului instructiv-educativ în surdocecitate.
3. Accentuați caracteristicile definitorii ale dezvoltării psihice la persoanele cu surdocecitate.
4. Evidențiați câteva simptome mai des întâlnite în depistarea autismului și recuperarea acestuia.

Bibliografie minimală

1. ENĂCHESCU C-TIN,- „TRATAT DE IGIENĂ MINTALĂ”, BUCUREȘTI, E.D.P., 1996
2. POPOVICI D.V. – “DEZVOLTAREA COMUNICĂRII LA COPIII CU DEFICIENȚE MINTALE”, BUCUREȘTI, ED. PRO HUMANITATE, 2000.
3. VERZA E.- „PSIHOPELAGOGIA SPECIALĂ”, BUCUREȘTI, E.D.P., 1998. (pg.123 – 136)
4. VERZA E.F.- „INTEGRAREA ȘCOLARĂ A COPIILOR CU HANDICAP ASOCIAT, SEVER ȘI PROFUND” ÎN E. VERZA ȘI E. PĂUN (COORD.) „EDUCAȚIA INTEGRATĂ A COPIILOR CU HANDICAP”, IAȘI, TIPOGRAFIA MULTIPRINT, 1998. (pg. 143 – 144)
5. VERZA E.F.- „INTRODUCERE ÎN PSIHOPELAGOGIA SPECIALĂ ȘI ÎN ASISTENȚA SOCIALĂ”, BUCUREȘTI, ED. FUNDAȚIEI HUMANITAS, 2002.. (pg. 197 – 210)
6. VERZA E., VERZA E. F. – PSIHLOGIA VÂRSTELOR, BUCUREȘTI, ED. PRO HUMANITATE, 2000

Teme pentru referate

1. Relatia dintre tulburarile de pronuntie si tulburarile de scris la diferite categorii de handicapati ;
 2. Modalitati de prevenire si educare a tulburarilor de comportament ;
 3. Specificul gandirii si limbajului la surdomuti ;
- Simptomatologia specifică sindromului autist.