

VI. TRĂSĂTURI DE PERSONALITATE

- 1) Trăsături de temperament
- 2) Trăsături de caracter
- 3) Aptitudini speciale
- 4) Motivația pentru activitate
- 5) Interese speciale

VII. APRECIERI GENERALE

- 1) Evoluția la învățătură
- 2) Atitudinea față de nota școlară
- 3) Atitudinea față de muncă
- 4) Atitudinea față de personalul didactic și de îngrijire
- 5) Participarea la viața colectivului
- 6) Particularități comportamentale
- 7) O. S. P.

VIII. RECOMANDĂRI ȘI OBSERVATII SPECIALE

- 1) Aprecieri asupra comportamentului viitor
- 2) Recomandări cu privire la atitudinea celor din jur față de subiect
- 3) Recomandări cu privire la terapia medicală și psihologică
- 4) Aprecieri cu privire la integrarea în familie, profesiune și societate

TEMЕ DE CONTROL

1. Prezentati caracteristicile activității psihice care denotă dezvoltare, stagnare sau regres la diferite categorii de handicapăti.
2. Expressați punctul de vedere psihopedagogic cu privire la educația și instrucția copiilor supradotați.
3. Analizați etapele cunoașterii și caracterizării copiilor handicapăti cu ajutorul fișei psihopedagogice.

NOTĂ : Pentru subiecții cu dublă deficiență sau pentru cei cu deficiențe senzoriale, completarea fișei se va face, pe de o parte, prin luarea în considerare a analizatorilor sănătoși, iar pe de altă parte, prin specificarea gradului de deteriorare a analizatorilor afectați. Spre exemplu, la capitolul percepție se va analiza tipul specific de modalitate senzorială a nevăzătorului, surdului, ambliopului etc. prin probe care pun în evidență particularitățile definitoare ale deficitelor respectivi. Ca atare, conținutul celor relatate trebuie să fie raportat la specificul funcțiilor psihice ale handicapătilor.

Capitolul III

HANDICAPUL DE INTELECT

Dată fiind natura plurifactorială și diversitatea handicapurilor de intelect (mintale), în lucrările de specialitate se folosește o terminologie variată cu caracter de sinonimie de la un autor la altul. Astfel, termeni ca : deficiență mintală, inapoiere mintală, întârziere mintală, insuficiență mintală, oligofrenie, encefalopatie infantilă, debilitate mintală, subnormalitate mintală etc., exprimă categoria mare a handicapătilor de intelect. În fapt, unei din acești termeni, ca : inapoiere, întârziere, provoacă confuzii, deoarece sugerează o eventuală revenire la starea normală, iar alții, oligofrenie, encefalopatie infantilă, au un pronunțat caracter medical, punând accent pe afecțiunile structurii nervoase. Oricum, nici unul din acești termeni nu semnifică gradele sau profunzimea handicapului, ceea ce ne determină să folosim conceptul generic de handicap de intelect (echivalent cu cel de deficiență de intelect).

1. PROBLEMATICA PSIHOSEDAGOGIEI HANDICAPĂTIILOR DE INTELECT

În orice abordare se simte nevoie definirii și caracterizării handicapătilor dintr-o perspectivă interdisciplinară, care să permită proiectarea unor programe educațional-recuperative ce au în vedere caracteristicile psihofizice, potențialul ce poate fi stimulat și direcția de acțiune, nivelul probabil de atins în demersul integrării sociale și profesionale. Definiția dată de psihologul R. Zazzo satisfacă, în bună măsură, această cerință : „debilitatea mintală este prima zonă a insuficienței mentale — insuficiență relativă la exigențele societății, exigențe variabile de la o societate la alta, de la o vîrstă la alta — insuficiență ai cărei factori determinanți sunt biologici (normali sau patologici) și cu efect ireversibil în studiu actual al cunoștințelor“.

Pentru a contura unele caracteristici definitorii și generale, pentru toate categoriile de handicapăti, analiză acestora se realizează prin raportarea handicapătilor :

- a) la copiii normali mai mici ca vârstă cronologică și de aceeași vârstă mintală;
- b) la indivizii normali de aceeași vârstă cronologică;
- c) la copiii normali de aceeași vârstă mintală și la indivizii de aceeași vârstă cronologică;
- d) la indivizii normali de aceeași vârstă mintală, indiferent de vârstă cronologică;
- e) la alți handicapăți din aceeași categorie;
- f) la alți handicapăți cu forme diferite decât cea de intelect.

Prin urmare, se pot desprinde trăsături fundamentale pentru circumscrierea domeniului psihopedagogiei handicapătilor de intelect și pentru metodologia instruirii, educării și recuperării, utilizând tehnici, modalități de investigare și psihodiagnoză, de cunoaștere și de acțiune. Din acest demers rezultă specificitatea handicapului de intelect. În acest context, literatura de specialitate precizează unele trăsături specifice ale debilității mintale.

Una dintre acestea este *rigiditatea*, considerată de J. S. Kounin ca particularitate definitorie ce se bazează pe constatarea că, spre deosebire de copil, adulțul are un număr mai mare de „regiuni psihologice”, dar granițele dintre aceste regiuni devin tot mai rigide pe măsura înaintării în vârstă. Aceste regiuni rigide limitează influența funcțională din partea teritoriilor învecinate, determinând o inertie tipică la nivelul întregii activități psihice. Pentru handicapății de intelect, regiunile respective sunt *pregnant rigide* și nu permit schimbul funcțional normal dintre ele, corespunzător vârstei cronologice, ceea ce l-a determinat pe A. R. Luria să vorbească de *inertia patologică*. Ulterior, din planul biologic rigiditatea a fost extinsă, de unii autori, și asupra modului cum funcționează unele procese sau realități psihice, ca: rigiditatea gândirii, a memoriei, a limbajului, a comportamentului etc.

Abordând o altă caracteristică, B. Inhelder subliniază că debilul nu poate atinge stadiul gândirii formale, dată fiind nedeterminarea (psihică — n.n.) construcției sale și, de aici, prezența *viscozității genetice*, ca trăsătură specifică. Debilul nu poate recupera întârzierea sa în construcție, ceea ce îl face să atingă numai stadiul operațiilor concrete și să rămână centrat o perioadă mai lungă de timp decât normalul la nivelul punctelor fixate anterior. În genere, în plan psihic are loc o dezvoltare lentă sau se produce stagnarea, fără ca individul să poată atinge stadiile superioare. Ca atare, dezvoltarea rămâne neterminată, ducând la dificultăți în achizițiile instrumentale și de adaptare. De aici, persistența elementelor anterioare cu cele care intervin într-un stadiu superior, producând o coexistență falsă între nou și vechi, exprimată prin conceputul amintit.

O caracteristică a specificității este și cea de *heterocronie*, descrisă de R. Zazzo, el constatând că debitul se dezvoltă, din punct de vedere psihologic, diferit de la un sector la altul. Dar heterocronia cea mai evidentă se poate remarcă între dezvoltarea fizică și cea mintală, între dezvoltarea somatică și cea cerebrală. Prin urmare, diferențele funcții psihice nu se dezvoltă în mod echilibrat. Acest fapt este relativ valabil și pentru omul normal când se creează un usor decalaj la nivelul unor funcții: unii au o memorie vizuală mai bună, în timp ce alții posedă o memorie auditivă, operația de calcul poate fi mai dezvoltată decât capacitatea de

formulare verbală și invers și.m.d. Dar în timp ce la normal dezvoltarea unei funcții stimulează și structura evoluției alteia, la debilul mintal avansul unei funcții se poate realiza chiar în detrimentul celoralte.

Subliniind că viscozitatea genetică își pune amprenta asupra conducei debitului mintal în toate situațiile, R. Fau arată că, atunci când solicitările depășesc posibilitățile de răspuns, se manifestă o altă caracteristică numită *fragilitatea construcției personalității*. Operațiile logice, fiind la un nivel scăzut, nu facilitează constituirea de raporturi sociale stabile și evolutive, deoarece predomină fragilitatea și infantilismul în comportament. Fragilitatea poate fi, pe de o parte, *disociată*, cu manifestări de duritate, impulsivitate și lipsă de control, iar pe altă parte, *mascată*, ce apare la debilii care trăiesc într-un mediu securizant, făcând posibilă disimularea trăsăturilor negative.

Ultima trăsătură pe care o analizăm este descrisă de noi și se referă la *fragilitatea și labilitatea conduitelor verbale*. Pentru a surprinde această caracteristică de specificitate, analiza s-a efectuat în raport de performanțele limbajului și de conținutul comunicării verbale (competență) față de situațiile variate în care ea se desfășoară. Relația respectivă se manifestă prin neputința handicapătilui de a exprima logico-gramatical conținutul situațiilor semnificative, de a se menține la nivelul unui progres continuu și de a-și adapta conduită verbală la schimbările ce apar în diverse imprejurări. Retardurile și tulburările de limbaj, cu o frecvență mare, accentuează conținutul fragilității și labilității conduitelor verbale.

Există și trăsături ale debilității mentale mai restrâns care sunt analizate de specialiști, comparând simptomatologia psihică cu evoluția și dezvoltarea funcțiilor psihice ale normalului. Astfel, slabul activism în fața sarcinii și posibilitățile reduse de implicare în activitate atu la bază o motivație deficitară, concretizată în lipsa unor scopuri și aspirații reale, ce sunt însoțite de superficialitate în emiterea judecăților de valoare. De aici, apariția caracteristicii de infantilism al afectivității — cu o marcantă instabilitate în relațiile afective și cu trecere frecventă de la o stare emotivă la alta. Dar cel mai pregnant, carentele se manifestă în cadrul proceselor cognitive, pe care M. Roșca le analizează în legătură cu posibilitățile de instruire și educare ale elevilor. Din acest punct de vedere, subliniem manifestarea atenuată a unor categorii de senzații sau posibilități elementare de percepere a insușirilor esențiale ale obiectelor și fenomenelor, diferențierea cu dificultate a formei, a mărimii, a spațiului și a timpului. Mai anevoiește se observă elementele definitorii ale obiectelor ca urmare a deficiențelor atenției și a cunoștințelor insuficiente, a reprezentărilor sărace, lipsite de detaliu, și nefuncionalității combinării imaginilor. În gădire predomină sablonismul, stereotipia, inertia și neputința de a rezolva, pe căi originale, problemele. Asemenea caracteristici sunt amplificate și de înregistrarea mecanică a datelor, de deficiențele pe linia memoriei logice, de nefințelegerea datelor, fapt care nu facilitează sesizarea causalității fenomenelor și acumularea de experiențe deosebite. Cu cât formele de handicap sunt mai accentuate, ca în tipurile severe și profunde (imbecilitate și idiotie), caracteristicile psihice prezentate mai sus sunt atât de diminuate și atât de puține, încât aceste

funcții apar sporadic în manifestările individului. În unele sindroame ale formelor respective planul psihic este dublat de cel fizic, în care sunt deosebit de pregnante anomalii anatomo-fiziologice (ce vor fi descrise în paragraful 3).

2. ETIOLOGIE ȘI CLASIFICARE ÎN HANDICAPURILE DE INTELECT

În toate formele de handicap, ca și în cel de intelect, stabilirea cauzelor constituie un demers dificil ca urmare, pe de o parte, a diversității factorilor nocivi, iar pe de altă parte, a dificultăților rezultate din faptul că una sau mai multe cauze pot provoca handicapul respectiv. Astfel, factorii etiologici acționează în diferite perioade ale evoluției individului (prenatală, perinatală, postnatală) și determină forme mai grave sau mai usoare, forme singulare sau asociate (în care, de obicei, una este predominantă, iar cealaltă, secundară). Dintre cele mai frecvente cauze cităm :

- leziuni și disfuncționalități ale sistemului nervos central care determină forme de handicap denumite, de unii autori, ca fiind exogen, patologic, dizarmonic etc.;
- factori ereditari, concretizați în aberații cromozomiale ce duc la aşa-numitele forme endogene ;
- vârstă prea fragedă sau prea înaintată a părintilor și scăderea funcției de procreație ;
- tulburările degenerative și metabolice care influențează dezvoltarea normală a sistemelor cerebrale ;
- bolile infecțioase apărute în ontogeneza timpurie conduc la stagnarea funcțională în circuitele nervoase sau împiedică dezvoltarea craniocerebrală ;
- traumele fizice de la nivelul craniului, cu efecte negative asupra sistemului nervos central ;
- intoxicațiile alcoolice sau cu diferite substanțe chimice ce au efecte negative și asupra evoluției sistemului nervos ;
- factorii stresanți și obosalea exagerată a gravidei ;
- factorii socio-economi, prin neasigurarea unei alimentații suficiente ;
- privarea afectivă a copilului la vârstele mici, care împiedică achiziții în plan intelectiv și nu stimulează dezvoltarea psihică ;
- radiațiile, care exercită o acțiune negativă asupra dezvoltării generale a organismului și a.

Prin urmare, sunt o multitudine de factori care pot influența evoluția normală a individului. Dar ei depind și de rezistența organismului, de zestreala sa ereditară, de perioada în care acționează și de gradul constituirii structurilor nervoase, de forță și durată acțiunii acestor factori etc. Cunoșcându-le acțiunea negativă, mulți factori nocivi pot fi evitați în perioada de gestație a fătului și mai cu seamă în ontogeneza timpurie a autonomiei personale, de elaborare a comportamentelor asemănătoare adulțului.

În raport de etiologia descrisă apar grade diferite ale handicapului de intelect, iar clasificarea acestuia se realizează pe baza măsurării coeficientului de inteligență (cu ajutorul testelor), a coeficientului de

dezvoltare psihică, a evaluării posibilităților de adaptare și integrare, de formare a autonomiei personale, de elaborare a comportamentelor comunicative și relaționare cu cei din jur. Ca atare, clasificarea handicapului de intelect se poate rezuma la :

1. — *intelectul de limită sau liminar*, cu un Q.I. (coefficient de inteligență) estimat între 85 și 90 marchează granița dintre normalitate și handicap ;
2. — *calcul* ~~deabilitatea mintală~~ (numită și handicap de intelect ușor sau lejer), cuprinsă între 50 și 85 Q.I., ceea ce corespunde unei dezvoltări normale a vârstei cronologice între 7 și 12 ani ;
3. — *handicapul de intelect sever* (cunoscut și sub denumirea de imbecilitate) are un Q.I. cuprins între 20 și 50 și corespunde unei dezvoltări normale a vârstei cronologice de la 3 la 7 ani ;
4. — *handicapul de intelect profund* (denumit și idioție) se circumscrie vârstei mintale, situată sub 20 Q.I. (corespunzătoare vârstei cronologice normale de până la 3 ani). *

După cum se poate observa, în cadrul aceleiași categorii pot exista grade și forme variate care privesc atât gravitatea handicapului, cât și manifestarea lui. Scara handicapului de intelect se diversifică pe o arie largă, ceea ce presupune necesitatea unei departajări cât mai exacte și riguroase, prin intermediul diagnosticului diferențial. Pe baza acestuia se vor constitui grupe și clase relativ omogene, se vor integra în unități adecvate posibilităților lor de instruire și educare, de compensare și recuperare. În principiu, se pot afirma că toți handicapății sunt recuperabili. Dar oricât de eficiente ar fi programele educationale, calitatea și cantitatea rezultatelor obținute depind și de gravitatea handicapului. Astfel, dacă persoanele ce se încadrează în ~~limitele intelectului~~ ~~liminar~~ pot ajunge la o dezvoltare psihică asemănătoare normalilor și se integrează eficient socio-profesional ~~debilitii mintale~~ ajung la formarea deprinderilor de citit-scris, de calcul aritmetic, de operare elementară în plan mental, fără a atinge nivelul gândirii formale : ei achiziționează unele cunoștințe în comunicare și comportament, se pot integra în activitate și viața socială dar, pe ansamblu, nivelul dezvoltării lor psihice și de adaptare rămâne limitat. ~~Handicapății sever~~ sunt recuperabili într-o măsură mai mică ; ~~parțial~~, ei își pot însuși mijloacele de comunicare, ~~acumulează unele cunoștințe despre lumea înconjurătoare, își însușesc cu dificultate operații elementare de adunare, scădere, de numeratie, își formează deprinderi elementare de autoservire și comportamente condițional-stereotipe~~, pot exercita unele activități, au deprinderi elementare, reclamând o asistență socială continuă ~~4~~ cei cu ~~handicap de intelect profund~~ își pot însuși ~~forme parțiale de autoservire, de comunicare~~ redusă caracteristică vârstelor infantile timpurii, de comportare și dezvoltare psihică minimă, ceea ce presupune o îngrijire permanentă și o protecție complexă din partea adulțului.

* În literatura de specialitate se pot întâlni și alte clasificări ale handicapului de intelect și mai ales valori acordate Q.I. diferite, dar noi am adoptat o clasificare ce are o circulație mai mare fiind utilizată de mulți autori și organizații specializate în domeniu.

3. SIMPTOMATOLOGIE SI STRUCTURA IN SINDROAMELE HANDICAPULUI DE INTELECT

Sunt cunoscute mai multe sindroame ale handicapului de intelect din care se pot desprinde structuri fizice si psihice caracteristice pentru sindromul respectiv dar si pentru categoria de handicap din care face parte. Astfel, le mentionam pe cele mai reprezentative si care au o frecventa mare:

1) Sindromul Down, cunoscut si sub denumirea de mongolism, dupa numele dat de cel ce a descris aceasta forma, Langdon — Down. Majoritatea indivizilor cu acest sindrom se incadreaza in categoria de handicap sever sau chiar profund si foarte rar in debilitatea mintala propriu-zisa. El sunt usor de diagnosticat si datorita structurilor morfologice ce sunt evidente inca de la nastere, dar devin tot mai pregnante, o data cu inaintarea in varsta. Ca atare, cele mai semnificative aspecte structurale privesc: craniul mic si brahicefallic, protuberanta occipitala neconaturata, fantele palpebrale au un aspect oblic si sunt orientate spre exterior, limba este fisurata (numita limba scrotala) cu un aspect lat si hipotonie sau ingust si ascutit, buzele ingrosate si fisurate transversal, prezenta frecventa a anomalilor maxilarelor si dintilor, absenta lobilor la urechi, degetele la maini sunt scurte si adeseori prezinta sindactilia s.a. Aceste caracteristici sunt tipice pentru sindromul descris, daca se gasesc in combinatie la acelasi individ: izolat, ele pot fi intalnite si in alte forme de handicap si chiar la persoanele normale.

In plan psihic, sunt putin dezvoltati: gandirea concreta nu permite decat achizitia unor elemente cu caracter de stereotipie, vorbirea este infantila si cu tulburari de articulatie, calculul elementar si citit-scrisul se insukses greu si la un nivel scazut, memoria este predominant mecanica si inteparierea de scurta durata reproduc cu greu si numai in prezenta situatiilor concrete. Este relativ dezvoltat simbolul ritmului, ceea ce face sa le plac muzica, sunt veseli si afectuozi cu persoanele cunoscute, docili: manifesta, mai cu seam, comportamente imitative.

2) Oligofrenia fenilpiruvica este, de asemenea, o forma gravă a handicapului de intelect, imbracand forme profunde si severe. Nivelul intelectual este extrem de scazut, dar se pot elabora unele comportamente elementare de autoservire, mai cu seamă de tipul celor bazate pe formarea reflexelor conditionate. Acest sindrom se datoreste absentei unei enzime din organism, fapt care duce la acumularea exagerata de fanilalanina ce capata un caracter toxic. Prin transformarea fenilalaninei in acid fenilpiruvic, acesta patrunde in urina copiilor, ceea ce face posibila diagnosticarea timpurie. La precizarea diagnosticului contribuie si prezenta unor caracteristici morfologice, cum ar fi aspectul de blond accentuat, ochi pronuntat albastri si pielea foarte sensibila.

3) Idiotia amaurotica (denumita si boala Tay-Sachs) are o frecventa mai redusa; la nastere copilul da impresia ca este normal, pentru ca la 3-6 luni sa devină apatic, cu o motricitate ce nu evolueaza in mod normal. Astfel, nu poate apuca obiectele, nu poate tine capul ridicat si, ulterior, se instaleaza paraliziile si convulsiile. Copilul este hipersensibil la lumina si la zgomote ca apoi sa i se degradeze, progresiv, vazul pană la orbire. Caracterul ereditar al acestei anomalii face posibila aparitia ei la diferite vâ-

ste, dar indivizii au o durata de viata relativ scurta. Pe plan psihic, dezvoltarea este extrem de redusa, dar prin exercitii repetate sunt posibile elaborarea de comportamente si activitati cu caracter stereotip.

4) Gargolismul cuprinde categorii de handicapuri de la formele cele mai usoare pana la cele mai grave. In raport de dezvoltarea psihica diferita, de heterogenitatea grupului respectiv, programele recuperativ-educaionale trebuie sa fie adaptate la posibilitatile si caracteristicile fiecaruia.

Din punct de vedere fizic, copilul nu creste normal, avand o statura mica, cu gât si membre scurte, ceea ce-i dă o infatigare de bătrân. Craniul are un aspect deformat prin proeminenta exagerata a regiunii occipitale. Faciesul se remarcă printr-o gură mare si buze groase, iar nasul are formă de şa.

5) Hiperotelorismul se referă la persoanele cu o dezvoltare psihica minima si cu o infatigare fizica tipica, caracterizata prin plasarea laterală a ochilor cu distanțe mari între ei, determinând un aspect animalic; craniul este brahicefallic si sunt prezente, adeseori, anomalii ale maxilarului superior.

O amplasare in exterior a ochilor o intalnim si in sindromul Turner, la care se adaugă prezența urechilor late si implantate jos spre gât, față rotundă, gât scurt si absența semnelor sexuale.

Forme grave ale deteriorarii intelectului apar si in cretinismul endemic, a căruia aparitie se datoreste existentei in proportie insuficienta a iodului in sol sau in apa, ceea ce impiedica producerea hormonului tiroidian cu efecte in dezvoltarea psihica; in galactosemie, fructozurie, sucrozurie, datorate lipsei unei enzime sau a netolerarii fată de unele substante ce intră in componența metabolismului s.a.m.d.

TEMES DE CONTROL

1. Characterizați handicapul de intelect prin descrierea trăsăturilor de specificitate.
2. Enunțați principali factori etiologici ai handicapului de intelect.
3. Descrieți clasificarea și scară handicapului de intelect.
4. Analizați structural — morfologic și simptomatologic — principalele sindroame ale handicapului de intelect.