

CONCEPTE-CHEIE

- *Coeficient de inteligență (I.Q. - engl.)*
- *Compensare*
- *Debilitate mintală*
- *Idioție*
- *Imbecilitate*
- *Intelect liminar*
- *Pseudodebilitate*
- *Recuperare*
- *Deficiență de vedere*
- *Acuitate vizuală*
- *Cecitatea(orbirea)*
- *Agnozia*
- *Miopia*
- *Hipermetropia*
- *Deficiență de auz*
- *Surditatea (cofoza)*
- *Hipoacuzia*
- *Muțenie (mutitate)*
- *Audiometria*
- *Demutizare*
- *Protezare (auditivă)*
- *Labioclectură*
- *Deficiență fizică*
- *Psihomotricitatea*
- *Schema corporală*
- *Lateralitate*
- *Comportament*
- *Tulburare de comportament*
- *Drogomanie (narcomanie)*
- *Suicid (sinucidere)*
- *Tulburare de limbaj*
- *Tulburare de pronunție*
- *Dislalia („pelticia” în popor)*
- *Rinolalia (în popor numită „fonfăială”, adică vorbire pe nas)*
- *Dizartria*
- *Bâlbâiala*
- *Logonevroza*
- *Tahilalia*
- *Bradilalia*
- *Aftongia*
- *Tulburările coreice*
- *Tulburările vocii*
- *Tulburările de limbaj scris-citit*
- *Alalia*
- *Afazia*
- *Polihandicap*
- *Autism*
- *Limbaj solilocvic*
- *Ecolalie întârziată*
- *Automutilare*
- *Surdocecitate*

CUPRINS

<i>Introducere</i>	7
1. DEFICIENȚA MENTALĂ	9
1.1. Caracteristicile generale ale deficientului mintal	10
1.2. Funcțiile și procesele psihice în deficiența mintală	12
1.3. Etiologia deficienței mintale	21
1.4. Tipologia handicapului mintal	27
1.5. Diagnosticarea deficienței mintale. Diagnosticul diferențial	35
1.6. Limite și posibilități în recuperare a handicapărilor mintal ...	37
2. DEFICIENȚA DE VEDERE (HANDICAPUL VIZUAL)	48
2.1. Definiția și clasificarea deficiențelor vizuale	48
2.2. Etiologia deficiențelor de vedere	54
2.3. Caracterizarea somatică și psihologică a nevăzătorului	64
2.4. Recuperarea deficienței de vedere	80
3. DEFICIENȚA DE AUZ	89
3.1. Caracterizarea generală a handicapului de auz	89
3.2. Clasificarea și etiologia handicapurilor de auz	91
3.3. Diagnosticarea handicapului de auz	96
3.4. Caracteristicile funcțiilor și proceselor psihice la handicapații de auz	99
3.5. Recuperarea și integrarea deficienților de auz	100
4. DEFICIENȚELE FIZICE ȘI PSIHOMOTORII	118
4.1. Definiția deficiențelor fizice și psihomotorii	118
4.2. Cauzele deficiențelor fizice și psihomotorii	125

4.3. Clasificarea deficiențelor fizice și psihomotorii	127
4.4. Recuperarea deficiențelor fizice și psihomotorii	131
5. TULBURĂRI DE COMPORTAMENT	154
5.1. Definiția tulburărilor de comportament	154
5.2. Caracterizarea persoanei cu tulburare de comportament ...	155
5.3. Incidența tulburărilor (devierilor) de conduită (de comportament)	158
5.4. Etiologia tulburărilor de comportament	160
5.5. Tipologizarea tulburărilor de comportament	166
5. 6. Terapia tulburărilor de comportament	176
6. DEFICIENȚELE DE LIMBAJ	184
6.1. Definiția deficiențelor de limbaj	184
6.2. Cauzele deficiențelor de limbaj	186
6.3. Clasificarea deficiențelor de limbaj	190
6.4. Caracterizarea deficiențelor de limbaj	192
6.5. Corectarea deficiențelor de limbaj	224
7. DEFICIENȚELE MULTIPLE (POLIHANDICAPUL)	245
7.1. Autismul	245
7.2. Surdocecitatea	273
<i>BIBLIOGRAFIE</i>	<i>293</i>

© Editura Fundației *România de Mâine*, 2008
Editură acreditată de Ministerul Educației, Cercetării și Tineretului
prin Consiliul Național al Cercetării Științifice din Învățământul Superior

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

AVRAMESCU, MONICA DELICIA

Defectologie și logopedie /Monica Delicia Avramescu. – Ediția a 5-a
București, Editura Fundației *România de Mâine*, 2008

ISBN 978-973-163-352-7

376(075.8)

376.36(075.8)

Reproducerea integrală sau fragmentară, prin orice formă și prin orice
mijloace tehnice, este strict interzisă și se pedepsește conform legii.

*Răspunderea pentru conținutul și originalitatea textului revine exclusiv
autorului/autorilor*

Tehnoredactor: Marcela OLARU

Bun de tipar: 18.12.2008; Coli tipar: 18,5

Format: 16/61×86

Editura Fundației *România de Mâine*
Bulevardul Timișoara nr.58, București, Sector 6
Tel./Fax: 021/444.20.91; www.spiruharet.ro
e-mail: contact@edituraromaniademaine.ro

ÎNTREBĂRI RECAPITULATIVE

1.

1. Enumerați trăsăturile psihice generale specifice deficiențelor mintale.
2. Caracterizați limbajul imbecilului.
3. Trasați obiectivele recuperării în cazul debilului mintal.
4. Realizați o paralelă între formele deficienței mintale privind palierele vieții psihice.

2.

1. Caracterizați prin comparație ambliopia și cecitatea.
2. Particularitățile psihice ale deficientului de vedere.
3. Cum s-ar putea realiza un demers recuperator în cazul unui orb congenital?

3.

1. În ce constă diferența dintre hipoacuzie și cofoză?
2. Enumerați cauzele deficienței de auz.
3. Când și cum se realizează demutizarea?
4. Ce este labiolectura și în ce situații se apelează la ea?

4.

1. Care sunt factorii-cauză ai deficiențelor fizice și cum putem preveni apariția lor?
2. Imaginați un demers recuperator în cazul unui pacient cu hemiplegie.
3. Ce obiective trebuie să urmărim în terapia de tip psihologic a deficiențelor fizice?

5.

1. Care este diferența dintre o conduită normală și o tulburare de comportament ?
2. Prin ce se remarcă în planul trăsăturilor de personalitate un adolescent cu tulburări de comportament ?
3. Care sunt factorii – cauză ai instalării handicapurilor de comportament ?
4. Imaginați un demers recuperator în cazul unui copil cu eșec școlar repetat.

6.

1. Care este diferența dintre o vorbire normală și o tulburare de limbaj?
2. Care sunt cele mai frecvente tulburări ale limbajului și prin ce se caracterizează ele?
3. Enumerați cauze posibile ale dislaliei.
4. În ce constă deosebirea dintre mutism și muțenie?
5. Imaginați un demers de corectare a sigmatismului.

7.

1. Caracterizați comparativ cele două forme de polihandicap prezentate în acest capitol (autismul și surdocecitatea).
2. Enumerați cauzele posibile ale polihandicapurilor.
3. Imaginați un demers recuperativ pentru un copil cu surdocecitate.

REZUMATE

1.

Deficiența mintală se caracterizează în planul vieții psihice printr-o serie de trăsături generale specifice: vâscozitate genetică, heterocronie, rigiditate psihică, rigiditate a conduitei, deficiențe de comunicare, heterogenitate, heterodezvoltare intelectuală.

Toate funcțiile și procesele psihice sunt afectate, într-un fel sau altul, de existența handicapului mintal. Astfel, în **planul senzorial-perceptiv**, se remarcă dificultăți de analiză, ceea ce determină perceperea globală a obiectului sau a imaginii acestuia în detrimentul sesizării elementelor componente. În ceea ce privește **planul reprezentării**, se constată imposibilitatea deficientului mintal de a structura un câmp de reprezentare pe bază de simboluri, fapt ce dovedește funcționalitatea slabă a structurii semiotice și absența, aproape totală, a limbajului interior. **Gândirea deficientului mintal cu gradul de debilitate** este deficitară la nivelul proceselor superioare ale gândirii, putându-se evidenția anumite trăsături definitorii: gândire concretă, situativă, bazată pe clișee verbale, pe imitarea mecanică a acțiunilor și a limbajului celor din jur, lacune majore în achiziția conceptelor abstracte și o slabă capacitate de discernământ, dezordine intelectuale etc. **Imaginația** la toate formele de nedezvoltare cognitivă este săracă, neproductivă, intensitatea ei fiind invers proporțională cu gradul de gravitate a handicapului, mergând până la absența ei. La toate formele de deficiență mintală apar frecvent tulburări ale imaginației, sub forma **minciunii** și a **confabulației**. În ceea ce privește **nivelul mnezic** al deficitului mintal se poate afirma că, în majoritatea cazurilor (exceptând deficiențele severe, grave), acesta nu este modificat în mod evident. Memoria – în formele ușoare și medii ale deficienței mintale – este considerată ca având **funcție compensatorie**, suplinind insuficiența dezvoltare a proceselor cognitive superioare. **Atenția** deficientului mintal diferă de cea a normalului nu atât sub aspectul performanțelor, cât prin **modalitatea organizării**. **Limbajul**

deficientului mintal poartă amprenta caracteristicilor de concretism, rigiditate și inerție specifice nivelului gândirii. Cele mai frecvente manifestări ale tulburărilor limbajului pe fondul deficienței mintale sunt cele de tipul **dislaliei, disgrafiei și dislexiei**. Din punctul de vedere al **afectivității**, structurile specifice deficientului mintal sunt specifice psihopatologiei marginale, fiind ușor de depistat fenomene de emotivitate crescută, de puerilism și infantilism afectiv, sentimente de inferioritate și anxietate accentuate, caracterul exploziv și haotic al reacțiilor în plan afectiv, controlul limitat al acestora. Diferențe sesizabile între normal și deficientul mintal se observă și dacă ne raportăm la planul **motivațional**, la deficientul mintal predominând interesele și scopurile apropiate, trebuințele momentane, capacitatea redusă de concentrare a atenției și neputința de a prevedea momentele mai importante ale activității făcându-l pe deficientul mintal (în speță debilul mintal) să aibă dese insuccese. Aceste particularități ale activității psihice a deficientului mintal se corelează cu tulburările ce apar în **sfera psihomotricității**. Specifice pentru această deficiență sunt: timpul de reacție scăzut, viteza diminuată a mișcărilor, imprecizia lor dublată de sincinezii, imitarea deficitară a mișcărilor cu reflectarea lor în oglindă care prelungesc timpul de formare a dexterităților manuale și care au semnificație în deprinderile grafice. Putem spune, așadar, că personalitatea deficientului mintal este un **sistem decompensat** (C. Păunescu, I. Mușu, 1997).

Etiologia handicapului mintal constă în aceste stări de deficiență și/sau incapacitate mintală, care determină scăderea randamentului intelectual și adaptiv în cauză sub nivelul cerințelor minime ale contextului social dat. O clasificare a cauzelor deficienței mintale mai aproape de realitate este realizată de C. Păunescu și I. Mușu (1997), autorii desprinzând trei mari categorii (grupe) de factori cauzali ai handicapului mintal: factori biologici (ereditari, genetici), factori ecologici, factori psihosociali.

În ce privește tipologia handicapului mintal, în funcție de IQ (CI – coeficient de inteligență), există: **intelect de limită sau liminar** (la granița dintre normalitate și handicap), **debilitatea mintală** (handicap mintal ușor sau deficiență mintală moderată, de gradul I.), **handicapul mintal sever** (deficiența mintală de gradul al II-lea sau imbecilitatea), **handicapul mintal profund** (deficiența mintală de gradul al III-lea sau idioția). **Debilii mintal** formează grupa de deficiență mintală ușoară, cu

un coeficient de inteligență între 50 – 70/80, recuperabili pe plan școlar, profesional, social, educabili, perfectibili, adaptabili pe planul instrucției, educației și exigențelor societății. **Imbecilitatea**, stare mintală deficitară ireversibilă, constă în incapacitatea de a utiliza și înțelege limbajul scris-citit (fără ca acest lucru să fie consecința unei tulburări vizuale, auditive, sau motrice etc.) și de a avea grijă de propria-i întreținere. **Coeficientul de inteligență** asociat acestei forme de deficiență variază la diferiți autori între 20 – 55/60, în timp ce vârsta mintală atinsă de un imbecil se situează în intervalul 3-7 ani. **Idioția** se definește după criteriul capacității de autoprotecție, adică al capacității de a răspunde de propria securitate în viața de toate zilele, fiind încadrată în grupa deficiențelor mintale cu importante tulburări organo-vegetative, senzorio-motrice și instinctive. *Idiotul nu este decât o persoană cu deficit mintal, incapabil să vegheze asupra propriei sale siguranțe în viața cotidiană. Dezvoltarea intelectuală a idiotului se oprește la un nivel inferior celui de 3 ani, pe fondul unui IQ situat sub 20.*

Există și o formă de handicap mintal care acoperă zona de graniță dintre normal și patologic și ea este reprezentată de handicapul de intelect liminar, când vorbim despre un decalaj între vârsta mintală și vârsta cronologică de 2 ani, 2 ani și jumătate la 10 ani, decalaj care va crește treptat până la 5 ani la 15 ani. Caracteristic pentru handicapul liminar este plafonarea intelectuală la vârsta de 10-12 ani (nivelul clasei a V-a).

Complexitatea sindromului de deficiență mintală caracterizat prin nedezvoltarea, oprirea sau perturbarea dezvoltării mintale, în special a funcțiilor cognitive, consecință a unor cauze endocongenitale sau apărute în cursul primei copilării, impune necesitatea stabilirii **diagnosticului diferențial** sub multiple aspecte. Vorbim despre **diagnostic diferențial în cadrul sindromului de deficiență mintală** (formele clinice ale sindromului de deficiență mintală sunt extrem de multiple, în funcție de natura etiologică, de **gravitatea deficienței**, de modul de organizare a personalității), în raport cu fenomenologia psihopatologică etc.

Recuperarea ca modalitate de intervenție se referă la restabilirea, refacerea sau reconstituirea unei funcții umane, plecându-se de la premisa că aceasta s-a pierdut. Noțiunea pare astfel inoperantă în cazul deficiențelor dobândite sau al celor în care e evident imposibilă refacerea. Scopul recuperării constă așadar în valorificarea la maxim a posibilităților

individului handicapat, funcțiile psiho-fizice nealterate trebuind antrenate pentru a prelua activitatea funcțiilor afectate. Se urmărește, astfel, formarea unor abilități și comportamente care să-i permită handicapatului o integrare în viața profesională și socială. Metodologia utilizată în acest scop poate fi preponderent **psihologică, pedagogică** sau **medicală**. Principalele forme de recuperare folosite în cazul handicapului mintal sunt realizate prin: învățare, psihoterapie și terapie ocupațională. Dintre formele psihoterapiei, adecvate handicapului mintal sunt **psihoterapia sugestivă** și **psihoterapia de relaxare**, ținându-se seama de gradul crescut de sugestibilitate, influențabilitate și dependență ale handicapatului mintal. Rezultate foarte bune în recuperarea deficientului mintal oferă **terapia ludică (ludoterapia)** prin care se pot atinge toate obiectivele propuse în recuperare: dobândirea deprinderilor de viață cotidiană elementare, formarea abilităților de muncă (pentru anumite meserii), câștigarea unei autonomii personale, a posibilităților de comunicare și relaționare socială, în vederea integrării lui în colectiv și în societate. **Recuperarea prin terapie ocupațională** poate fi utilizată cu succes în toate formele de handicap mintal, sub diferite forme: **ludoterapia, arterapia, dansterapia, ergoterapia**. În toate aceste tipuri de terapii trebuie să se pună accent pe **compensare**, stimulându-se funcțiile senzoriale și psihice normale, nealterate. *Putem afirma că o intervenție de tip recuperativ în cazul unei deficiențe mintale a avut succes dacă persoana cu handicap mintal a căpătat un anumit nivel de autonomie personală, și-a însușit abilități motorii și dexterități manuale, fiind capabilă să exercite o profesie, dacă și-a format comportamente adecvate la situație, dacă poate comunica oral și în scris, dacă are format simțul autocontrolului etc.*

2.

Deficiența de vedere este o deficiență de tip senzorial și constă în diminuarea în grade diferite (până la pierderea totală) a acuității vizuale. Handicap vizual înseamnă, așadar, scăderea acuității vizuale la unul sau la ambii ochi (binocular), care are loc din perioada vieții intrauterine până la moarte. Handicapul vizual apare, așadar, din cauza insuficienței funcționării (sau chiar a eliminării) a analizatorului vizual. Deficiența de vedere se poate clasifica în funcție de mai multe criterii: *gradul (gravitatea) defectului vizual* (deficiența vizuală prezintă de la pierderea

totală a capacității vizuale și până la ambliopie diferite grade, astfel încât între cecitatea absolută și ambliopie mai există – după un termen introdus de Truc – și o „cecitate relativă”; cecitatea – orbirea reprezintă așadar un handicap major sau total de vedere, presupunând lipsa completă a văzului), *momentul instalării defectului vizual* (deosebim astfel *defecte congenitale, defecte survenite* în copilăria timpurie, la vârsta anteșcolară, preșcolară, școlară și *defecte tardive*). Orbii congenitali sunt complet lipsiți de reprezentări vizuale, iar la orbii cu defect vizual survenit – ținându-se cont de timpul care a trecut de la apariția defectului până la vârsta actuală – se păstrează o serie de imagini vizuale care pot avea o influență însemnată asupra particularităților psihologice individuale. Există și două tipuri speciale de cecitate: cecitatea isterică și agnozia vizuală. În cazul **cecității isterice**, din punct de vedere fiziologic și anatomic, analizatorul vizual nu prezintă nici o disfuncție, dar din punct de vedere psihic subiectul refuză inconștient să vadă (de ex. un traumatism/șoc emoțional în care informația vizuală a jucat un rol major – subiectul și-a văzut soția în flăcări în propria casă arzând, fără a o putea salva). **Agnozia vizuală** este fenomenul aflat la polul opus, din punct de vedere fiziologic și anatomic analizatorul vizual fiind evident afectat, însă subiectul vrea/crede că vede. Există și criteriul **etiologiei** cecității și ambliopiei, în funcție de care deosebim atâtea categorii de deficienți vizual câte cauze pot provoca defecte vizuale. **Cauzele** cecității și ale ambliopiei nu pot fi studiate separat, aceleași afecțiuni oculare putând provoca leziuni și modificări de diferite grade ale analizatorului vizual. Nu se poate vorbi în general despre cauzele deficiențelor vizuale, în această privință existând diferențe destul de pronunțate de la o epocă la alta, de la o regiune geografică a lumii la alta. În plus se poate discuta despre cauzele cecității și ale ambliopiei și în funcție de perioada de vârstă în care se manifestă cu preponderență (cauze ale cecității congenitale dobândite în copilărie, tardiv sau numai la bătrânețe). Cele mai importante cauze sunt: afecțiunile analizatorului vizual, afecțiuni organice generale care pot determina deficiența vizuală, traumatismele oculare etc.

În ce privește *particularitățile deficientului vizual* se constată o schimbare a expresiei feței, care se datorează lipsei funcției expresive a ochilor, o dezvoltare fizică întârziată (W. Dabe vorbind despre o rămânere în urmă în medie de 2 ani), atitudini deficiente globale (mai

frecvente sunt: atitudini globale rigide, atitudini cifotice și musculatura insuficient dezvoltată).

Din cauza activității motrice reduse și a deficiențelor în dezvoltarea somatică, apar și tulburări la nivelul sistemelor circulator și respirator, respirația fiind superficială, lipsită de amplitudine. Un aspect special al acestor particularități îl constituie manierismele, ticurile sau manifestările motrice negative. Literatura de specialitate descrie o serie de manierisme specifice deficiențelor vizual, denumite de literatura anglo-saxonă: *blindisme*. O altă particularitate a psihomotricității nevăzătorului constă în faptul că *schema corporală* se realizează mai târziu și mai greu decât la copilul văzător.

În **recuperarea persoanelor cu ambliopie** se acționează, în primul rând, asupra ocrotirii vederii restante, prin limitarea activității vizuale și evitarea condițiilor de lucru care ar putea dăuna. Conservarea vederii presupune utilizarea ei în condiții optime și de aceea un obiectiv important în recuperarea copiilor cu ambliopie este acela de a-l învăța pe elev să-și folosească posibilitățile vizuale și de a-i dezvolta capacitatea de a percepe activ și sistematic. *Recuperarea se individualizează în funcție de caz* pentru a stabili un echilibru rațional al mecanismelor compensatorii, făcând ca anumite mecanisme să devină dominante și frânând acțiunea altora inutile sau dăunătoare. Recuperarea nu se poate desăvârși numai prin exercitarea ei în procesul de învățământ, ci ea trebuie făcută permanent în funcție de gradul de handicap al fiecărui copil. Deci, educația trebuie făcută individual.

3.

Handicapul de auz aparține unei categorii mai ample de handicapuri – cele *senzoriale* (din care face parte și deficiența de vedere) și *reprezintă diminuarea sau pierderea totală sau parțială a auzului*. Atunci când handicapul de auz există de la naștere sau când apare de timpuriu (mica copilărie), dificultățile în însușirea limbajului de către copil sunt majore – vorbim despre fenomenul *muțeniei* care însoțește pierderea totală a auzului. În cazul în care degradarea auzului se produce după achiziția structurilor verbale și nu se intervine în sens recuperator, se instalează un proces de involuție la nivelul întregii activități psihice. Putem spune că, în timp ce pierderea auzului înaintea vârstei de 2-3 ani are drept consecință *mutitatea (copilul devenind surdomut)*, dispașiția

simțului auditiv la câțiva ani după însușirea limbajului de către copil determină dificultăți în menținerea nivelului atins, chiar regresii în plan verbal (din punct de vedere al vocabularului, al intensității vocii sau al exprimării gramaticale). După *gradul (gravitatea) deficitului de auz* identificăm: **hipoacuzia** (diminuarea /degradarea auzului între 0-90 dB) și **surditatea sau cofoza** (pierderea totală a auzului – peste 90 dB). Hipoacuzia poate avea, la rândul ei, grade diferite de gravitate: hipoacuzie ușoară (pierdere de auz de 0-30 dB), hipoacuzie medie (între 30-60 dB) și hipoacuzie severă sau profundă (între 60-90 dB). Termenul „pierdere de auz” sau „**hipoacuzie**” nu implică surditate totală (cofoza). O persoană surdă (cofotică) este incapabilă de a procesa sau auzi sunete cu sau fără un aparat auditiv, în timp ce majoritatea hipoacuziilor sunt compensate cu mult succes folosind un aparat de auz.

Există *cauze* ale deficienței de auz ereditare și cauze ale deficienței de auz dobândite. În prima categorie (a cauzelor deficienței de auz ereditare) includem posibilele anomalii cromozomiale transmise de la părinți la copii, în timp ce în a doua categorie (cauze ale deficienței de auz dobândite) găsim trei tipuri de cauze: a) *cauze prenatale* – care intervin pe perioada sarcinii și constau în maladii infecțioase ale gravidei, tulburări ale metabolismului, afecțiuni endocrine, hemoragii, ingerarea de substanțe toxice (de ex. alcool), incompatibilitatea factorului Rh (mamă-făt), traumatisme fizice etc.; b) *cauze perinatale (neonatale)* – constând în leziuni anatomo-fiziologice în timpul nașterii, hemoragii, anoxie sau asfizie albastră etc.; c) *cauze postnatale* – de natură toxică sau traumatică (infecții – otită, rujeolă, stări distrofice, accidente, lovituri la nivelul urechii, expuneri îndelungate la stimuli auditivi foarte puternici – ex. muzică ascultată tare la căști etc.). Cele mai frecvente *cauze ale hipoacuziilor de transmisie* se regăsesc în perioada copilăriei: dopul de cerumen, infecțiile urechii medii (otită medie), în timp ce cauzele hipoacuziei neurosenzoriale la copii sunt: congenita, trauma acustică, infecții de diferite tipuri (pojarul, oreionul, meningita sau tusea convulsivă).

În **diagnosticarea handicapului de auz** se folosește o tehnică având un grad ridicat de precizie: *audiometria*, care poate fi folosită după vârsta de 3 ani. Ea constă în măsurarea acuității auditive separat pentru fiecare ureche în parte și întocmirea audiogramei (grafic reprezentând comparativ acuitatea auditivă a ambelor urechi). Pe baza studierii audiogramei se poate depista tipul deficienței de auz și se va urmări

compensarea acolo unde este cazul. În jurul vârstei de 3 ani se pot utiliza unele *teste de auz*, cum sunt testul lui Weber, testul lui Rinner și testul lui Schwabach. Aceste teste sunt menite să diferențieze surditățile de percepție de cele de transmisie și ajută, totodată, la depistarea unor forme de cofoză mixtă, folosind ca instrument de lucru diapazonul.

Deficiența de auz afectează într-o măsură mai mare sau mai mică (în funcție de gradul pierderii auzului) toate palierele vieții psihice a individului, atât din punct de vedere cantitativ cât și calitativ. Se știe că prin ea însăși disfuncția auditivă nu are efect determinant asupra dezvoltării psihice, totuși ea duce la instalarea *mutității* care stopează dezvoltarea limbajului și restrânge activitatea psihică de ansamblu. Unele forme ale handicapului de auz pot determina și o întârziere intelectuală, cauzată de modificarea raportului dintre gândire și limbaj. Odată cu asigurarea condițiilor de **demutizare pentru surdomut și de stimulare a comunicării verbale pentru hipoacuzici** se pun bazele formării gândirii noțional-verbale și se facilitează dobândirea de experiențe, de cunoștințe, de cultură, imprimând caracter informativ și formativ activității cu handicapul de auz.

Pentru realizarea acestor deziderate, școlii și cadrelor didactice le revine sarcina de a folosi o metodologie specifică pentru formarea comunicării verbale și crearea posibilităților de învățare a limbajului. O asemenea metodologie vizează formarea comunicării verbale, care trebuie să pornească de la ideea că procesul de învățare se va baza pe mimico-gesticulație, labiolectură și, într-o oarecare măsură, pe dactileme. Dar la hipoacuzici și la surdomuții în curs de demutizare, forma principală de învățare trebuie să alterneze, în funcție de structura clasei de elevi, învățarea intelectuală și învățarea efectivă. Obiectivele generale ale **intervenției recuperatorii în deficiența de auz totală** sunt:

- realizarea demutizării;
- conservarea și dezvoltarea limbajului verbal la deficienții care au dobândit surditatea după ce au asimilat limbajul.

Demutizarea presupune *trecerea de la limbajul mimicogesticular la cel verbal*. Limbajul mimico-gesticular presupune un ansamblu de gesturi prin care se codifică cuvinte, litere și stări de spirit. Spre deosebire de copilul surd, a cărui recuperare se bazează, așadar, pe demutizare, amplificarea sunetelor este cheia către comunicarea copilului cu hipoacuzie cu lumea înconjurătoare. Pentru a oferi stimularea auditivă de

care are nevoie, este indicat ca **protezarea auditivă** să se realizeze imediat după punerea unui diagnostic timpuriu. Bineînțeles, că un aparat auditiv nu va face ca pierderea de auz a hipoacuzicului să dispară, ci doar va amplifica sunetele prea slabe pentru a fi auzite de copil.

4.

Deficiențele fizice sunt definite ca abateri de la normalitate, în forma și funcțiile fizice ale organismului, care tulbură creșterea normală și dezvoltarea armonioasă a corpului, modifică aspectul exterior, reduc aptitudinile și puterea de adaptare la efortul fizic și diminuează capacitatea de muncă productivă a individului. **Deficiențele fizice** se constituie, deci, ca invalidități corporale care slăbesc puterea și mobilitatea organismului prin modificări patologice exterioare sau interioare, localizate la nivelul întregului corp sau numai la nivelul unor segmente ale sale. Categoria respectivă de handicap cuprinde atât **infirmii motorii sau locomotori** (de motricitate), cât și pe cei care suferă de unele **boli permanente – cronice** (boli respiratorii, cardiopatiile, diabetul etc.) ce influențează negativ capacitatea fizică a individului. În această categorie pot fi încadrate și persoanele cu **afecțiuni senzoriale** (surzii și orbii), ținând cont de particularitățile lor specifice deosebite.

Cauzele deficiențelor fizice și psihomotorii se prezintă sub o mare varietate și pot să afecteze în grade diferite organismul. Pot fi sistematizate, după **diferite criterii**, în mai multe categorii. Astfel, după un prim criteriu, al *originii*, *cauzele* pot fi împărțite în interne și externe. Cauzele **interne** sunt determinate de procesele de creștere și de dezvoltare, de natura funcțiilor somatice, organice și psihice, iar cauzele **externe** sunt raportate la condițiile de mediu, de viață și de educație ale individului. În funcție de *caracterul direct/indirect* există cauze cu **acțiune directă**, care interesează elementele proprii ale deficienței, și cauze **indirecte**, care produc o afecțiune sau o deficiență morfologică sau funcțională. Frecvent se utilizează și criteriul de împărțire a **cauzelor în predispozante (favorizante) și determinante (declanșatoare)**. Cauzele favorizante sau predispozante (care pot cauza deficiențe fizice) sunt în legătură cu *ereditatea*, cu *influențele nocive* pe care le suferă organismul fătului în *viața intrauterină* etc. **Factorii determinanți (declanșatori)** sunt cei care prin apariția și acțiunea lor **determină** dezvoltarea

deficiențelor fizice și psihomotorii. Ei pot acționa *în perioada intrauterină, în timpul travaliului sau în perioada copilăriei.*

Deficiențele fizice sunt grupate, alături de **deficiențele senzoriale**, în categoria **deficiențelor somatice** sau **biologice** după mai multe criterii: **prognosticul** (evoluția) deficienței fizice (**deficiențe neevolutive** – statice, fixate definitiv, foarte greu de corectat – și **deficiențe evolutive** – care progresează sau regresează, putând fi corectate, într-o proporție mai mare sau mai mică, mai ușor sau mai greu), **gravitatea (deficiențe fizice ușoare**, care se pot corecta destul de ușor și total – ex.: deficiența cifoasă, gâtul înclinat lateral sau înainte etc., **deficiențe de grad mediu** în care sunt înglobate defectele morfologice și funcționale staționare sau cu evoluție lentă, care se corectează parțial sau rămân nemodificate – ex.: cifoze, lordoze, deformații ale abdomenului, toracelui etc. și **deficiențe accentuate** care constau în modificări patologice ajunse într-un stadiu avansat de evoluție – ex. malformațiile aparatului locomotor), **localizarea și efectele deficienței** (deficiențe morfologice și deficiențe funcționale). Ambele categorii mari de deficiențe pot fi subîmpărțite în funcție de întinderea și de profunzimea deficienței în: **deficiențe globale** (generale sau de ansamblu) și **deficiențe parțiale** (regionale, segmentare sau locale).

E. Verza clasifică deficiențele morfologice globale în: *deficiențe de creștere, de nutriție, de atitudine, deficiențe ale tegumentelor, ale musculaturii, oaselor sau articulațiilor.* A doua categorie de deficiențe fizice morfologice sunt deficiențele morfologice parțiale în care sunt incluse: *deficiențe ale capului, ale feței, deficiențe ale gâtului, trunchiului/toracelui, ale abdomenului* etc. A doua mare clasă de deficiențe fizice este reprezentată de deficiențele funcționale în care includem: *deficiențe ale aparatului neuromuscular* (diferitele forme și grade de paralizii, tulburările de mers, de echilibru, de ritm, de coordonare a mișcărilor) și *deficiențe ale marilor aparate și funcțiuni ale organismului* (ex. ale aparatului respirator).

În ce privește **recuperarea deficiențelor fizice**, trebuie avut în vedere faptul că înainte de a corecta/trata o deficiență fizică este bine să *prevenim* apariția ei prin măsuri de îngrijire primară și secundară (ex. vaccinări – împotriva bolilor transmisibile, asanarea solului, aprovizionarea cu apă, examene medicale periodice ale gravidei și copilului, supravegherea regimului nutrițional etc.), la care se adaugă și cele cu caracter terțiar care împiedică transformarea unei incapacități în handicap

(incluse în programele de readaptare a copilului/adultului cu deficiență). Atunci când există deja o deficiență motorie (fizică), *demersul corector* debutează prin *evaluarea potențialului psihomotor al copilului*, pentru ca ulterior importantă să fie educația copilului deficient fizic, implicit și *educația familiei lui*. Pe lângă *terapia de tip psihologic* (realizată individual sau în grup – cu grup suportiv), în recuperarea deficiențelor fizice se apelează cu precădere la corectarea deficienței (acolo unde se poate) prin *exerciții de gimnastică, fizioterapie, prin kinetoterapie, reflexoterapie, acupunctură* etc. În cadrul aspectelor de consiliere psihologică trebuie să abordăm și problema **impactului psihologic al deficienței fizice asupra copilului**. Acest impact este diferit, în funcție de grupa de vârstă și de tipul handicapului. Importante sunt și **reacțiile copilului la boală și mai ales la durere**. **Recuperarea fizică** – exercițiul fizic – folosită în scop profilactic, dar mai ales corectiv, influențează nu numai forma și structura țesuturilor corpului omenesc, ci echilibrează concomitent funcțiile fiecărui organ, realizând o stare de sinergie și de solidaritate funcțională. Așadar, în funcție de tipul de deficiență fizică sau psihomotorie, de vârsta persoanei respective, de potențialul ei fizic și psihic se va proceda la o modalitate sau alta de intervenție de tip recuperator.

5.

Comportamentul reprezintă ansamblul reacțiilor adaptative, obiectiv-observabile, pe care un organism prevăzut cu sistem nervos le execută ca răspuns la stimulii din ambianță (Tilquin). Comportamentul este, așadar, expresia exterioară a raporturilor dintre individ și mediu, a echilibrului pe care individul îl realizează în procesul dinamic de integrare în viața socială și care este obiectivat, de regulă, într-un sistem de fapte sau de acțiuni supuse unei aprecieri morale.

Tulburările de comportament sau modificările de comportament sunt forme de dezechilibru psihic, ce implică tulburări în sfera emoțional-volitivă, ca urmare a unei leziuni cerebrale pre- sau post-natale, a unor structuri psihice morbide de natură sociogenă (I. Străchinaru, 1994). Aceste devieri de conduită sunt, așadar, nu doar abateri de la normele stării de sănătate, ci și de la normele morale, cu daune resimțite în raporturile sociale normale. Putem afirma că adolescentul/tânărul cu tulburări de comportament își dezvoltă anumite **trăsături de personalitate**

specifice, diferite de cele ale individului cu un comportament normal: *modificări la nivelul structurilor morale, modificări la nivelul relațiilor afective, scăderea pragului de toleranță la frustrație, egocentrism ridicat, perturbarea sentimentelor de culpabilitate, puternice sentimente de devalorizare, de injustiție, existența contrarietăților Eu-lui, slabă consistență și echilibru intern, alterarea relaționării cu persoanele iubite, tulburări de cunoaștere, perturbările de apărare, deformarea conceptului de libertate, denigrarea sentimentelor umanitare. Imaginea de sine a tinerilor cu tulburări comportamentale este inadecvată și săracă în privința structurării conținutului ei, acest mare și grav deficit de maturizare socială generând la nivelul psihicului disfuncții și chiar diverse forme de dispersie.*

Nu există în literatura științifică suficient de multe date calculate pe întreaga populație infantilă a țării pe sexe, vârste și mediu social, pentru a putea afirma care este în România frecvența acestor tulburări de comportament. Totuși, s-au făcut studii pe adolescenți și copii (vezi I. Străchinaru sau R. Rășcanu) care au arătat că, *pe sexe*, distribuția tulburărilor de comportament se exprimă în favoarea băieților față de fete (unele studii arată un procent de 2 ori mai mari la băieți, în timp ce altele indică preponderența 9/1), în timp ce, *pe vârste*, curba frecvenței cazurilor este mai accentuată între 7 – 15 ani. *Ca răspândire teritorială*, diferența dintre mediul urban și cel rural este cu mult în favoarea primului (de 4 ori mai mare fiind procentul de copii/adolescenți cu tulburări de comportament la oraș), poate și pentru că, la sate, spre deosebire de mediul urban, supravegherea copiilor de către părinți este mai strictă, continuă, aceștia din urmă antrenându-și copiii în munci productive, dându-le astfel ocupații precise de la o vârstă fragedă. **Cauzele** incriminatorii pentru apariția tulburărilor de comportament sunt extrem de numeroase, de variate și de complexe. Ele pot fi grupate în mai multe categorii mari: *boli organice* (epilepsia, traumatismele cranio-cerebrale și oligofreniile), *boli psihice ale minorilor* (schizofrenia, psihoza maniaco-depresivă și aspectele reactive ale nevrozei), *cauze genetice* (anumite aberații cromozomiale transmise de la părinți la copii), *particularități ale mediului înconjurător* (ex. *neînțelegerile intrafamiliale, disocierea grupului familial prin boli cronice grave, absența unuia dintre părinți, divorțul etc.*), *particularități de personalitate* (o structură de personalitate dezechilibrată, imatură, ușor sugestionabilă și influențabilă, cu o imagine de sine neformată încă sau deformată în sensul

subestimării de sine, cu o slăbiciune/înclinație spre ascensiune realizare rapidă, cu minim de efort și spre atitudini și comportamente șocante, ieșite din comun, spectaculoase în sine).

Tabloul acestor tulburări comportamentale cuprinde succint: *minciuna, instabilitatea, irascibilitatea, impulsivitatea, furtul, fuga și vagabondajul, eșecul școlar, incendiile voluntare, alcoolismul și dependența de drog, devierile sexuale, omuciderea, autopuniția (auto-pedepsirea), suicidul și tentativa de suicid.*

Înainte de a interveni pentru a corecta o tulburare de comportament se va urmări prevenirea instalării ei. *Profilaxia*, alături de mijloacele medicale, implică o serie de aspecte de intervenție la nivelul structurii și relațiilor familiale ale copilului sau adolescentului, a posibilităților de influențare a familiei lui, a problemelor general-educative, ca și a celor psiho-pedagogice. O primă măsură este aceea a *sfatului genetic* acordat persoanelor predispuse sau care prezintă trăsături de personalitate evident anormale și care trăiesc într-un mediu familial deficitar în *ideea de a nu avea copii*, fapt care, practic, se realizează cu foarte mari dificultăți. *Tratamentul medicamentos* este prescris de medic în funcție de natura nosologică și clinică a tulburărilor de comportament, de stadiul evolutiv și de vârsta pacienților. Unele trăsături psihopatice, și în special reacțiile de tip excitabil, pot fi influențate de medicația psihotropă, în afara acțiunii lor propriu-zise psihotropice sporind întotdeauna permeabilitatea psihică și oferind o mai bună inducție abordărilor psihoterapeutice și o mai mare deschidere spre mijloacele psihosocioterapeutice. În funcție de simptome se pot utiliza și alte medicamente ca neurolepticele, sedative sau tranchilizantele. *Tratamentul psihotrop* efectuat în clinicile de psihiatrie este rezervat mai ales unor faze acute de decompensare comportamentală. Datorită randamentului activității prin efectele secundare pe care le produce acest tratament, se impune totodată luarea altor măsuri de ordin psihosocioterapeutic. În cazul majorității tulburărilor de comportament se utilizează *terapia de tip psihologic*, cu atât mai eficientă, cu cât este aplicată mai de timpuriu copilului sau adolescentului cu probleme.

6.

Prin **tulburare de limbaj** înțelegem toate abaterile de la limbajul normal, standardizat, de la manifestările verbale tipizate, unanim acceptate în limba uzuală, atât sub aspectul reproducerii, cât și al perceperii, începând de la dereglarea componentelor cuvântului și până la imposibilitatea totală de comunicare orală sau scrisă (M. Guțu, 1975). Tulburările de limbaj se diferențiază de particularitățile vorbirii individuale; acestea din urmă reprezintă variații în limitele normalului ale limbajului. Handicapurile de limbaj apar prin acțiunea unor procese complexe în perioada intrauterină a dezvoltării fătului, în timpul nașterii sau după naștere.

Există **cauze** ale tulburărilor de limbaj *care pot acționa în timpul sarcinii* (ex. diferitele intoxicații și infecții, sarcină toxică, cu vărsături și leșinuri dese, bolile infecțioase ale gravidei etc.), *în timpul nașterii* (nașterile grele și prelungite, care duc la leziuni ale sistemului nervos central, asfixierile, ce pot determina hemoragii la nivelul scoarței cerebrale, hemoragiile prelungite din timpul sarcinii etc.), *cauze care acționează după naștere (post-natale)* (organice, funcționale, psiho-neurologice, psiho-sociale, alte cauze).

O **clasificare a tulburărilor de limbaj** este cea elaborată de **E. Verza** (1982), clasificare care ține seama de mai multe criterii în același timp: anatomico-fiziologic, lingvistic, etiologic, simptomatologic și psihologic, potrivit căreia există: *tulburări ale pronunției* (dislalie, rinolalie, dizartrie), *tulburări de ritm și fluență a vorbirii* (bâlbâiala, logonevroza, tahilalia, bradilalia, aftongia, tulburări pe bază de coree), *tulburări de voce* (afonia, disfonia, fonastenia), *tulburări ale limbajului citit-scris* (tulburări totale – agrafia și alexia și tulburări parțiale – disgrafia și dislexia), *tulburări polimorfe de limbaj* (afazia, alalia), *tulburări de dezvoltare a limbajului* (mutismul psihogen și retardul sau întârzierea în dezvoltarea generală a vorbirii) și *tulburări ale limbajului bazate pe disfuncții psihice* (dislogii, ecolalii, jargonofazii, bradifazii). Orice abatere de la normele prestabilite ale bazei de articulare, se situează în domeniul *tulburărilor de pronunție*, dintre care **dislalia** („pelticia” în popor) este cea mai frecventă și reprezintă 90% din totalul tulburărilor de limbaj. *Rinolalia* (în popor numită „fonfăială”, *adică vorbire pe nas*) este o formă a dislaliei, de aceea se mai numește și dislalie „organică”, *constând în pronunțarea nazonată a sunetelor*. **Dizartria** se manifestă

printr-o vorbire confuză, disritmică, disfonică, cu o pronunțată rezonanță nazală în care monotonia vorbirii se îmbină cu pronunțarea neclară. C.Stănică și E.Vrășmaș definesc **bâlbâiala** ca fiind o tulburare a vorbirii ce se manifestă prin „dezordini intermitente ale pronunției, repetări convulsive și blocaje ale unor foneme, omisiuni precipitate, urmate de dificultăți în articularea unor cuvinte”. De fapt, bâlbâiala este o tulburare de ritm a vorbirii și constă în repetarea unor silabe la începutul și mijlocul cuvântului, cu pauze între acestea, sau apariția spasmelor la nivelul aparatului fonoarticular, care împiedică desfășurarea vorbirii ritmice și cursive. *Logonevroza* este o altă tulburare de ritm și fluentă a vorbirii și presupune, pe lângă o repetare a sunetelor, silabelor și cuvintelor, de batere a tactului pe loc, o modificare a atitudinii față de vorbire, de mediul înconjurător și o prezență a spasmelor, încordării, a unei preocupări exagerate față de propria vorbire. Caracteristică acestei tulburări este *logofobia* (teama crescută de a vorbi, mai ales în public sau în condiții de stres emoțional). *Tahilalia* este caracterizată printr-o vorbire exagerat de rapidă și care apare frecvent la persoane cu instabilitate nervoasă, cu hiperexcitabilitate, în timp ce *bradilalia* se manifestă printr-o vorbire rară, lentă, încetinită, cu exagerări maxime a acestor caracteristici în oligofrenie. *Aftongia* ia naștere atunci când, în mușchii limbii, se produce un spasm tonic, de lungă durată, iar *tulburările coreice* sunt determinate de ticuri nervoase sau coreice ale mușchilor fonoarticulari, mimicii, care se manifestă concomitent cu producerea vorbirii. **Tulburările vocii sunt distorsiuni ale spectrului sonor ce se referă la: intensitatea, înălțimea, timbrul și rezonanța sunetelor**, (C.Stănică, E.Vrășmaș,1997), cele mai frecvente fiind: *vocea de cap, vocea oscilantă, vocea gravă, vocea răgușită, afonia, fonostenia* etc. **Tulburările de limbaj scris-citit sunt incapacități paradoxale totale în învățarea și formarea deprinderilor de scris-citit, cunoscute sub denumirea de alexie-agrafie, sau incapacități parțiale denumite dislexie-disgrafie ce apar ca urmare a existenței unor factori psiho-pedagogici necorespunzători sau neadecvați la structura psihică a individului, a insuficiențelor în dezvoltarea psihică și a personalității, a modificărilor morfo-funcționale de la nivelul sistemului nervos central, a deficiențelor spațio-temporale și psihomotricității, a nedezvoltării vorbirii care se manifestă prin apariția de confuzii frecvente între grafemele și literele asemănătoare, inversiuni, adăugiri, substituirii de cuvinte, sintagme, deformări de litere, nenețelegerea completă a celor**

citite sau scrise, etc. (E. Verza, 1983, p. 58). Tulburările de scris-citit se pot clasifica în: parțiale (disgrafia, dislexia) și totale (agrafia și alexia). **Tulburările de dezvoltare a limbajului** sunt de două tipuri: *mutismul electiv, psihogen sau voluntar și întârzierile în apariția și dezvoltarea limbajului*. **Tulburări de limbaj cu substrat neurologic** sunt de două tipuri: alalia și afazia, prima presupunând *imposibilitatea de a vorbi din naștere*, cu toate că nu există dificultăți de ordin senzorial sau de intelect mari care să împiedice însușirea limbajului de către copil, iar cea de-a doua *reprezentând incapacitatea de a vorbi la o persoană care înainte avea comportament verbal normal*.

În corectarea acestor deficiențe de limbaj se utilizează două categorii de metode: unele de *ordin general* (gimnastica și miogimnastica corpului și a organelor care participă la realizarea pronunției, educarea respirației și a echilibrului dintre inspir și expir, educarea auzului fonematic și educarea personalității logopatului – persoanei cu tulburare de limbaj), iar alte metode sunt specifice fiecărei categorii de handicap de limbaj în parte.

7.

Polihandicapul reprezintă *o asociere de două sau mai multe handicapuri la una și aceeași persoană, cele două deficiențe fiind, de regulă, consecutive una celeilalte*. Cele mai importante și grave în același timp polihandicapuri sunt **autismul și surdocecitatea**.

Autismul („autos” → gr. înseamnă „sine însuși”) *reprezintă o închidere în sine a persoanei ducând la o desprindere a acesteia de realitate și la o intensificare a vieții sale imaginative*. Putând apărea foarte de timpuriu (înaintea vârstei de 2 ½ ani) și fiind mai frecvent la băieți decât la fete (de 2 până la 4 ori mai mult), acest polihandicap presupune o serie de **caracteristici specifice**: *existența unor dificultăți de limbaj și de comunicare, a unor discontinuități în dezvoltare și învățare, a unor deficiențe perceptuale și relaționale, a unor tulburări acționale și comportamentale*, precum și *disfuncționalități ale proceselor, însușirilor și funcțiilor psihice*. Copilul autist se caracterizează prin lipsa nevoii de comunicare, limbajul acestuia având un accentuat caracter *solilocvic* și o structură gramaticală imatură. Sunt prezente frecvent ecolalia întârziată, verbalizările și inversarea pronumelor („tu” în loc de „eu”), existând o discrepanță între posedarea vocabularului și abilitatea de a-l folosi ca

mijloc de comunicare socială. Specifice acestui polihandicap sunt *dificultățile perceptuale* (ex.: lipsa reacțiilor la stimuli foarte puternici, atracția pentru obiecte/stimuli nerelevanți pentru un copil normal), *dezvoltarea paradoxală* pe diferite paliere (ex.: învață ușor să facă înmulțiri, dar nu poate să numere până la 10), *tulburările acționale și comportamentale* (stereotipii – gestuale sau sub forma activităților repetitive – comportamente de automutilare și de autostimulare – tactilă, kinestezică, auditivă, vizuală). La autist, întreaga *activitate psihică* presupune disfuncționalități, acestea manifestându-se la nivel afectiv-motivațional (lipsă de interes pentru contact social sau pentru trăirile celor din jur, imaturitate afectivă), cognitiv (anomalii în dezvoltarea aptitudinilor cognitive) etc.

Etiologia autismului a stârnit serioase controverse între partizanii organogenezei și cei ai psihogenezei, în fapt geneza acestui polihandicap fiind multifactorială. Teoriile psihogene (*B. Bettlheim, M. Mahler, Tustin* etc.) susțin interpretarea autismului ca retragere a subiectului față de tot ceea ce a fost perceput rece, ostil și pedepsitor în mediul înconjurător, cauza fiind reprezentată de carențele educaționale și afective ale copilului. Cercetările recente arată totuși că nu se poate stabili o legătură absolută între autismul infantil și comportamentul părinților. Teoriile organogenetice (*A. Van Kreveken, L. Bender, Rimland* etc.) analizează autismul ca rezultat al unor disfuncții de natură biochimică sau de dezvoltare insuficientă a creierului. Potrivit acestor abordări, autismul apare ca rezultat al unui defect înăscut sau precoce achiziționat în echipamentul biologic al copilului. Teoriile comportamentale (*Fester, J.K. Wing* etc.) iau drept origine a sindromului autist exteriorul, mediul, polihandicapul luând naștere dintr-un șir de comportamente învățate, pe fondul unor recompensări și pedepse aplicate repetitiv copilului de către adult.

Pentru **tratarea autismului** trebuie cunoscute *evoluția* lui, *prognosticul*, precum și *factorii* care-l influențează (IQ – coeficientul de inteligență al copilului, etiologia polihandicapului, vârsta copilului, depistarea precoce a semnelor specifice acestei polideficiențe etc.). În abordarea recuperatorie a cazurilor de autism există mai multe modalități de intervenție: *abordarea psihomedicală* (tratamentul fiind axat pe diminuarea anxietății și a agitației copilului autist și bazat pe folosirea *chimioterapiei*, a *electroșocurilor* – de către unii psihiatrii – tehnică puternic combătută astăzi, a „*masajului sugarului*”, cu origine în masajul

indian), **abordarea psihologică** a autismului (cu variantele ei: *psihodinamică* – presupunând îndepărtarea copilului de acasă și plasarea lui într-un alt mediu, unde va întâlni un consultant „mama” înțeleghător și de încredere, deschis la nevoile copilului, *metoda comportamentală*, aplicată atât copiilor autiști – sistem întărire – stingere – pedepsire, cât și părinților lor – aceștia învățând să fie terapeuți pentru proprii copii și *metoda existențial-umanistă*, ce presupune plasarea autistului într-un mediu cald, potențial furnizor de resurse pozitive pentru copil. În afara acestor abordări mari în tratarea autismului, există și alte strategii de tratament, focalizate pe atingerea următoarelor *obiective*: stimularea dezvoltării normale a copilului autist, dezvoltarea motricității lui, căpătarea autonomiei personale, creșterea calității relațiilor sale sociale, dezvoltarea cognitivă pe fondul reducerii rigidității și înlăturării sau reducerii problemelor de comportament non-specific (de somn, de nutriție, accese de furie, angoase, comportamente distructive etc.), dezvoltarea limbajului etc. Pentru a atinge aceste scopuri este necesară **dezvoltarea jocului** la acești copii cu polideficiență, jocul fiind poate fi cel mai eficient mijloc de intervenție recuperatorie în cazul autismului.

Surdocecitatea, polihandicap ca și autismul, este însă o **deficiență multisenzorială**, constând în coexistența la aceeași persoană a două sau mai multe tipuri de deficiențe de ordin senzorial (de văz și de auz). Așadar, surdocecitatea presupune lezarea celor trei canale de comunicare a individului cu mediul: văzul, auzul și canalul verbal. Persoanele cu acest polihandicap au un anumit grad de deficiență în folosirea simțurilor de distanță (de telerecepție), un prag scăzut de tolerare a senzațiilor tactile, dificultăți și întâzieri în învățarea deprinderilor de igienă corporală, sunt frecvent frustrate și au comportamente de tip indisciplină, precum și perturbări în sfera socio-afectivă și cea cognitivă. *Alte caracteristici* posibile sunt: acțiunile negative și contrareacțiile, comportamentele de tip autostimulare etc. **Recuperarea** în cazul **surdocecității** urmărește învățarea copilului să-și folosească vederea – auzul reziduale (acolo unde există potențial) și să-și dezvolte deprinderile motorii esențiale, modalități eficiente de comunicare, deprinderi de viață elementare etc. Pentru aceasta este necesar un mediu stimulativ-reacțional și nu unul dirijat, dialogul cu copilul cu surdocecitate trebuind să se realizeze constant și cât mai adecvat cu putință.