

EDUCAȚIE PENTRU TOȚI:



**MODERNIZAREA PROCESULUI DE
INSTRUIRE, EDUCAȚIE ȘI RECUPERARE
A COPIILOR CU CERINȚE EDUCAȚIONALE
SPECIALE**



EDUCATIE PENTRU TOTI:
MODERNIZAREA PROCESULUI DE
INSTRUIRE, EDUCATIE SI
RECUPERARE A COPIILOR CU
CERINTE EDUCATIONALE SPECIALE

Chisinau 2003

Prezenta editie a fost publicata in cadrul programului ONU Moldova „Educatie pentru toti” cu suportul financiar al UNESCO Paris.

Autori: N.A. Alexandrova, E. P. Baenskaia, G.V. Cirkina, A.A. Drobinskaia, Z.M. Dunaeva, M.G. Gurevici, O.A. Kopil, E.I. Leongard, N.N.Malofeev, T.V. Nikolaeva, V. Novicikova, a.v. Pavlova, O.G. Prihodko, I.A. Razenkova, L.I. Rosteagailova, I.A. Sergheeva, N.D. Smatko, E.A. Strebeleva, L.N. Terianova, N.A. Ureadnitkaia

Consultant stiintific: Valentina Stratan, doctor, conferentiar universitar

Responsabil de editie: Larisa Virtosu, manager EPT

Design coperta: Andrei Sestacovschi

Traducere: Aleutina Saragia

Opiniile expuse in aceasta carte apartin autorilor si nu reflecta neaparat punctul de vedere al UNESCO Paris sau al ONU Moldova.

Distribuire gratuita

ONU Moldova

Cuprins

I. INVATAMINTUL INTEGRAT.....3

Conceptia instruirii integrate a persoanelor cu posibilitati limitate de sanatate (cu cerinte educationale speciale). N. N. Malofeev, E. A. Strebeleva, E. I. Leongard, N. D. Smatko, Institutul de Pedagogie Corectionala (IPC) al Academiei Invatamintului din Federatia Rusa (AIFR)

Instruirea integrata a copiilor cu cerinte educationale speciale: modelul Federatiei Ruse. N. N. Malofeev, N. D. Smatko, IPC al AIFR

Asistenta acordata copiilor cu deficiente vizuale. Situatie actuala si perspective. I. V. Novicikova, IPC al AIFR.....

Noi forme organizationale in invatamintul special prescolar. E. A. Strebeleva, IPC al AIFR

Din experienta instruirii integrate a prescolarilor cu deficiente de auz in grupe mixte. L. N. Terianova, M. G. Gurevici, Gradinita de copii nr. 1365 din or. Moscova.....

II. DEPISTAREA, DIAGNOSTICUL SI ASISTENTA PRECOCE

Strategia de modernizare a sistemului de invatamint special – oportunitatea si organizarea corecta a asistentei psihopedagogice. N. N. Malofeev, IPC al AIFR.....

Dezvoltarea sistemului de asistenta precoce a copiilor cu posibilitati limitate de sanatate in Federatia Rusa. Probleme si perspective. I. A. Razenkova, IPC al AIFR.....

Copiii de virsta anteprescolara cu defecte complexe: rezultate ale examenelor clinice. N. A. Alexandrova, IPC al AIFR.....

Depistarea tulburarilor precoce de dezvoltare afectiva. E. P. Baenskaia, IPC al AIFR

Influenta relatiilor din diada mama-copil asupra comportamentului copilului. A. A. Drobinskaia, IPC al AIFR.....

Caile de perfectionare a sistemului de depistare precoce a abaterilor in dezvoltarea copiilor. Z. M. Dunaeva, L. I. Rostegailova, IPC al AIFR.....

Din experienta asistentei psihologice a familiilor care educa copii cu tulburari complexe si multiple. O. A. Kopil, IPC al AIFR.....

Probleme ale examinarii psihopedagogice a copiilor de virsta timpurie cu tulburari de auz. T. V. Nikolaeva, IPC al AIFR.....

Despre principiile analizei psihologice a dezvoltarii personalitatii femeii in timpul sarcinii. A.V. Pavlova, USM „M.V. Lomonosov”, IPC al AIFR.....

Copiii cu tulburari motorii: asistenta precoce. O. G. Prihodko, UPSM, IPC al AIFR.....

Atitudinea materna fata de copiii de virsta timpurie cu sindromul Down: rezultate ale analizei fenomenologice. I. A. Sergeeva, IPC al AIFR.....

Depistarea si corectia precoce a dezvoltarii dereglate a copiilor: abordare complexa. E. A. Strebeleva, IPC al AIFR.....

Diagnosticul si corectia precoce a abaterilor de dezvoltare a copiilor: aspecte de profilaxie. N. A. Ureadnitkaia, IPC al AIFR.....

Profilaxia si corectia abaterilor de dezvoltare a vorbirii la copii. G. V. Cirkina, IPC al AIFR.....

Probleme de corectie pedagogica a abaterilor in dezvoltare la copiii de virsta timpurie. N. D. Smatko, IPC al AIFR.....

Depistarea copiilor cu manifestari de hipoacuzie. N. D. Smatko, IPC al AIFR.....

I. INVATAMINTUL INTEGRAT

CONCEPTIA EDUCATIEI INTEGRATE A PERSOANELOR CU POSIBILITATI LIMITATE DE SANATATE (CU CERINTE EDUCATIONALE SPECIALE)

*N. N. Malofeev, E. A. Strebeleva, E. I. Leongard, N. D. Smatko,
Institutul de Pedagogie Corectionala al
Academiei Invatamintului din Federatia Rusa*

Exprimindu-si devotamentul fata de normele si principiile dreptului umanitar international, precum si fata de legislatia Federatiei Ruse, care proclama dreptul fiecarui copil, inclusiv al celui cu handicap intelectual sau fizic, la invatatura,

remarcind interesul unui sir de structuri statale ale Rusiei de nivel federal, municipal, raional pentru rezolvarea problemei integrarii copiilor invalizi in mediul copiilor sanatosi,

recunoscind eficacitatea activitatii asociatiilor de parinti si a organizatiilor neguvernamentale in realizarea dreptului copiilor invalizi de a studia in scolile obisnuite,

bazindu-se pe cercetarile indelungate ale savantilor din tara si din strainatate si pe practicile pozitive de instruire integrata in gradinite si scoli obisnuite inregistrate la noi si peste hotare,

participantii la conferinta stiintifico-practica internationala pe tema educatiei integrate a persoanelor cu posibilitati limitate de sanatate (cu necesitati educationale speciale), care a avut loc la 29-31 ianuarie 2001 la Moscova, au adoptat Conceptia urmatoare de integrare a persoanelor cu posibilitati limitate de sanatate de diferite categorii in mediul educational al institutiilor de invatamint de tip general – institutii prescolare, scoli, institutii de invatamint mediu de specialitate si superior.

1. Fiecare persoana, indiferent de starea sanatatii sale, cu handicap fizic sau intelectual, are dreptul la studii, calitatea acestora nefiind diferita de calitatea celor obtinute de persoanele sanatoase.

2. Realizarea ideii de integrare ca una din tendintele principale de dezvoltare a sistemului de invatamint special din tara in etapa actuala (ajutor corectional, abilitare si reabilitare etc.) nu presupune in nici un caz necesitatea reducerii sistemului diferentiat de instruire a diferitelor categorii de copii. O integrare eficienta e posibila doar in conditiile unei perfectionari continue a sistemelor de invatamint general si special. E foarte important ca acest domeniu sa beneficieze de o politica de stat bine gandita, fara excese de orice fel. Principiile integrarii si al influentei profesionale in conditii special organizate trebuie imbinat cu chibzuinta.

3. Perioadele cele mai importante de dezvoltare a unui copil invalid sint pruncia si virstele timpurie si prescolara, mai cu seama primele doua. De la 0 la 7 ani copiii invalizi necesita o atentie sporita din partea statului, a societatii si a familiei, deoarece anume la aceasta virsta exista posibilitatea unica de a inlatura urmarile unei deficiente senzoriale sau intelectuale si de a evita formarea unei pozitii deosebite in mediul celor sanatosi prin normalizarea vietii copilului in familie si includerea parintilor in procesul de (re)abilitare. Trebuie elaborat pina la capat sistemul de educatie speciala pentru copiii invalizi si pentru copiii cu abateri in dezvoltare, completindu-l cu o veriga lipsa – depistarea precoce a deficientei (din perioada prunciei) si asistenta corectionala medico-psiho-pedagogica precoce (din chiar primele zile de viata).

4. Institutii medicale, sociale si de invatamint trebuie sa asigure parintii cu o informatie completa despre mijloacele de (re)abilitare medicala si psihopedagogica.

5. Lucrul cu familia incepe din momentul in care a fost depistata deficienta fizica sau intelectuala a copilului, fiind efectuat de specialistii centrelor de interventie precoce, de pedagogie curativa, de abilitare si reabilitare, ai centrelor medico-pedagogice si surdologice, de sectiile surdologice ale policlinicilor pentru copii, inclusiv de grupele cu program redus de pe langa institutiile prescolare speciale.

6. Specialistii ii ajuta pe parinti sa stabileasca contacte intre ei si sa-si integreze de timpuriu copiii cu deficiente fizice sau intelectuale in mediul de comunicare al copiilor sanatosi. Parintii sint solicitati, in calitate de parteneri egali, sa participe la elaborarea programelor individuale de (re)abilitare.

7. Din momentul depistarii unei deficiente, toti copiii trebuie sa fie asigurati cu mijloacele tehnice necesare: manjuri, aparate speciale pentru masaj, mijloace moderne de amplificare a sunetului (inclusiv aparate auditive digitale) etc.

8. La dorinta parintilor, copiii cu deficiente fizice si intelectuale de virsta timpurie si prescolara sint inclusi in institutiile prescolare de tip general de la locul de trai. Pina la includerea copilului in institutie, specialistii efectueaza o munca pregatitoare cu colectivul pedagogic si cu parintii copiilor sanatosi.

9. Modalitatea si gradul de participare a specialistului la sprijinirea copilului depinde de deficienta acestuia si de personalitatea sa.

10. Rolul parintilor in procesul de (re)abilitare se schimba din punct de vedere calitativ: ei se includ in viata colectivului de copii, in activitatea colectivului pedagogic si a celui de parinti, avind astfel posibilitatea de a obtine o informatie mai ampla despre copilul lor si de a participa la alegerea modelului optim de integrare. Parintii trebuie sa aiba dreptul de a asista la toate lectiile de grup ale educatorilor si la cele individuale ale specialistilor.

11. O cale de stabilire a unei interactiuni calitativ noi intre invatamintul special si cel general este crearea si dezvoltarea unor institutii de invatamint principial noi – institutii de tip combinat (incluziv), care sa includa grupe prescolare sau clase atit pentru copii cu dezvoltare normala, cit si pentru copii cu anumite deficiente. Anume in astfel de institutii pot fi create conditii adecvate pentru o activitate orientata spre integrarea fiecarui copil in mediul sociocultural, indiferent de handicap, pe baza unor modele diferite (integrare totala, partiala, temporara, grupe mixte s.a.).

12. Toti copiii sint asigurati, daca e nevoie, cu echipament si mijloace tehnice moderne de instruire in scoli si in institutiile de invatamint prescolar: carucioare, locuri special amenajate pentru copii cu deficiente locomotorii, dispozitive pentru citit necesare copiilor slabvazatori, mijloace moderne de amplificare a sunetului (inclusiv aparate auditive digitale) si sisteme radio (aparatura radio) pentru copiii cu probleme de auz s.a.m.d. Institutiile de invatamint trebuie sa fie dotate cu pante si/sau lifturi.

13. Toti copiii invalizi si cei cu posibilitati limitate de sanatate de virsta scolara au dreptul sa invete in scolile generale de la locul de trai, mai avantajati in acest caz fiind cei care merg la scoala impreuna cu semenii lor de la gradinita.

14. Fiecarui copil trebuie sa i se ofere posibilitatea de a se dezvolta in ritmul sau. In functie de gradul de incapacitate fizica sau intelectuala, copiii cu necesitati educationale speciale obtin studii conform programei scolii generale (in volum deplin sau redus).

15. Toti copiii cu posibilitati limitate de sanatate, tinind cont de problemele pe care le au, trebuie sa fie ajutati suplimentar de specialisti in cadrul unor ore individuale. O parte din copiii cu necesitati speciale beneficiaza de ajutorul specialistului la lectii.

16. Parintii participa activ la procesul de (re)abilitare a copiilor. Ei au dreptul sa asiste la toate orele, inclusiv la cele individuale cu specialistii, sa ia parte la pregatirea si desfasurarea tuturor actiunilor extracurriculare.

17. Pe langa instruirea integrata a unui copil cu posibilitati limitate de sanatate intr-o clasa obisnuita, se mai practica modalitatea de instruire in grup a copiilor invalizi de aceeasi categorie in clase speciale din scolile generale. In asemenea cazuri clasa speciala este dotata cu echipamentul necesar desfasurarii calitative a procesului de studii conform programei scolii generale. Trebuie sa asiguram si participarea sistematica a copiilor din clasele speciale la evenimentele culturale din scoala, la ore comune (de desen, de munca, de educatie fizica, de gimnastica ritmica, de menaj), la excursii, marsuri turistice etc.

18. Instruirea integrata va fi eficienta doar in conditiile pregatirii speciale sau perfectionarii cadrelor didactice din scolile generale si speciale (de corectie). Scopul unei astfel de pregatiri este insusirea de catre pedagogii din scolile si gradinitile generale a metodelor principale de instruire si educatie a copiilor cu dereglari fizice si intelectuale, oferindu-le posibilitatea de a obtine studii de calitate. Profesorii-defectologi trebuie sa fie special pregatiti pentru a acorda ajutor corectional in conditiile instruirii integrate.

19. Asemenea specialisti deja activeaza cu succes in centrele de interventie timpurie, de abilitare, reabilitare, de pedagogie curativa, de surdopedagogie si medico-pedagogice, in cabinetele surdologopedice de la policlinicile pentru copii, precum si in grupele si clasele speciale din cadrul gradinitelor de copii de tip general si de tip mixt sau al scolilor de cultura generala. Ei pot deveni sau au devenit deja consultanti pentru educatorii si profesorii institutiilor de invatamint general. Alti specialisti, inclusiv pedagogii-defectologi pentru institutiile speciale si cadrele pentru centrele de consultanta psiho-medico-pedagogica din scolile speciale, trebuie pregatiti in cadrul sistemului de instruire profesionala si reciclare.

20. Instruirea integrata presupune dreptul persoanelor cu posibilitati limitate de sanatate la obtinerea studiilor de specialitate in institutiile de invatamint de toate treptele, inclusiv in cele de invatamint superior, din invatamintul general. Totodata, se implementeaza programe de instruire profesionala (in corespundere cu standardul de stat) si se desfasoara activitati de reabilitare.

21. Implementarea instruirii integrate a copiilor invalizi si a celor cu cerinte educationale speciale se face treptat, pe masura pregatirii cadrelor calificate si a schimbarii atitudinii societatii fata de copiii invalizi.

22. Instruirea integrata se intemeiaza pe Legea Federatiei Ruse "Despre invatamint". Legea Federatiei Ruse "Despre instruirea persoanelor cu posibilitati limitate de sanatate (instruirea speciala)", deocamdata la nivel de proiect, trebuie sa devina actul juridic de baza pentru realizarea programului de instruire integrata. Cu toate acestea, nici adoptarea Legii in cauza nu va rezolva toate aspectele problemei reglementarii juridice a procesului de instruire integrata. E necesar de a elabora si acte cu caracter reglementar, orientate spre:

- determinarea statutului copilului integrat, statut ce i-ar asigura asistenta educationala speciala (corectionala) in volumul garantat de institutiile speciale;
- determinarea statutului institutiilor de invatamint general care integreaza copii cu cerinte educationale speciale si al diferitelor centre de abilitare, reabilitare si integrare a persoanelor cu CES, indiferent de forma lor de proprietate;
- completarea statutului institutiilor speciale pe baza acordarii de ajutor corectional copiilor integrati;
- introducerea unor modificari in actele normative care sa reglementeze asigurarea tehnico-materiala a institutiilor de invatamint general cu scopul de a crea in ele conditiile necesare pentru instruirea si educatia copiilor invalizi si a celor cu abateri in dezvoltare.

23. Ținând cont de nouitatea, importanța socială, dificultatea și complexitatea problemelor soluționate în cadrul învățământului integrat, trebuie prevăzute cercetări științifice fundamentale și aplicative cu caracter interdisciplinar. O atenție deosebită trebuie acordată creării programelor de instruire pentru părinți.

24. Realizarea instruirii integrate necesită acțiuni urgente și concertate din partea Ministerelor Învățământului, Sănătății, Muncii și Protecției Sociale.

25. Pentru implementarea concepției instruirii integrate în activitatea cotidiană e nevoie să se creeze în societate o atitudine adecvată față de persoanele cu cerințe educaționale speciale. În acest scop trebuie să-și unească eforturile cele mai largi pătri ale populației, mass-media, organizațiile de caritate, neguvernamentale, religioase, structurile comerciale etc.

26. Un rol deosebit le revine asociațiilor de părinți și celor ale persoanelor cu defecte fizice și intelectuale. Aceste organizații au dreptul să participe la luarea deciziilor cu privire la toate aspectele activității legate de instruirea integrată. Organele executive și de autoadministrare locală trebuie să acorde un sprijin multilateral acestor formațiuni sociale.

INSTRUIREA INTEGRATA A COPIILOR CU CERINTE EDUCATIONALE SPECIALE: MODELUL FEDERATIEI RUSE

*N.N. Malofeev, N.D. Smatko,
IPC al AIFR*

1. Instruirea integrată a copiilor cu cerințe educaționale speciale ca o componentă a integrării sociale

Integrarea în societate a copiilor cu cerințe educaționale speciale¹ (cu posibilități limitate de sănătate) face obiectul unor discuții aprinse pe marginea perfecționării sistemului de învățământ special. Pe de o parte, ea este privită ca rezultat sau scop final al instruirii speciale, ce presupune includerea individului în viața societății, ca pregătire de muncă care să-l facă pe invalid competitiv pe piața muncii; pe de altă parte – ca proces de educație și instruire a copiilor cu cerințe educaționale speciale împreună cu toți copiii.

Integrarea nu este o noțiune necunoscută pentru Federația Rusă. În grădinițele și școlile noastre de masă, obișnuite, învață actualmente un număr considerabil de copii cu abateri în dezvoltare, dar ei constituie un grup foarte eterogen, integrat în mediul semenilor cu dezvoltare normală în virtutea unor circumstanțe obiective. Conventional, acești copii pot fi împărțiți cel puțin în patru grupe:

1) Copii cu posibilități limitate de sănătate cărora nu le-au fost depistate abaterile în dezvoltare. Ei s-au pomenit într-o instituție de masă, dar nici părinții, nici pedagogii nu bănuiesc că au cerințe educaționale speciale.

2) Copii părinții cărora știu despre problemele pe care le au, dar, cu toate acestea, îi înscriu la instituțiile de învățământ general. Se întâmplă ca unii să poată învăța în aceste instituții, dar majoritatea, după câțiva ani de instruire neadecvată (mai bine zis de chinuri), se pomenesc în instituțiile speciale sau părăsesc sistemul de învățământ.

3) Copii care, datorită unei munci îndelungate de corecție, efectuate de pedagogii-defectologi și de părinți, au reușit să se pregătească pentru învățământul în mediul semenilor cu dezvoltare normală. Ulterior, ei apelează de regulă la asistența corecțională doar episodic, legătura dintre pedagogii-defectologi și pedagogii de la grădiniță sau școală menținându-se prin intermediul părinților.

¹Termenul "copii cu cerinte educationale speciale" a fost introdus in practica stiintifica de E.L.Goncearova si O.I.Kukuskina in 1996. Termenul "copii cu defecte de dezvoltare fizica si intelectuala", adoptat de defectologia sovietica, este inlocuit actualmente in actele oficiale ale Federatiei Ruse cu cel de "copii cu posibilitati limitate de sanatate".

4) Copii din grupele speciale prescolare si din clasele speciale ale gradinitelor si scolilor de masa, instruirea si educatia carora se face tinandu-se cont de deficientele pe care le au, dar grupele si clasele se pomenesc adesea izolate.

In Federatia Rusa procesul integrationist a capatat amploare la inceputul anilor 90 ai secolului trecut datorita reformelor din institutiile politice si transformarilor democratice din societate, care au condus la un reviriment in constiinta sociala in ceea ce priveste recunoasterea valorii in sine a personalitatii, a dreptului sau la libera alegere si autorealizare.

Tot atunci a devenit posibila familiarizarea cu versiunile straine ale integrarii (inceputa in Occident cu doua decenii mai inainte), ceea ce a permis – intii de toate parintilor copiilor invalizi – sa observe un sir de trasaturi atractive ale acestui mod de abordare. Cu efortul parintilor au fost initiate mai multe incercari de integrare a copiilor in institutiile de invatamint general. Dar modelele occidentale nu puteau fi copiate de Federatia Rusa. Deosebirile social-culturale faceau acest lucru imposibil, iar adesea nerational.

Statele in care exista societate civila au inceput integrarea sociala si instructiva in conditiile unor norme democratice consfintite juridic, intr-un context de avint economic. Rusia inasa, dimpotriva, a adoptat acest curs intr-o perioada de afirmare a normelor democratice, in etapa initiala de indeplinire a formelor legale, pe fundalul unei crize economice profunde. In Occident, examinarea chestiunilor ce tin de instruirea speciala si de integrare are loc in cadrul unei legislatii rigide, care reglementeaza procesul integrationist, pe cind in Rusia discutiile pe aceasta tema au loc in lipsa unei baze legislative. Pina la momentul actual nu este adoptata legea despre invatamintul special.

Nelipsit de importanta este si faptul ca in Occident exista traditii seculare de filantropie privata, in prezent fiind foarte dezvoltata reseaua de organizatii neguvernamentale speciale, iar filantropii bucurindu-se de inlesniri financiare fixate in legislatie. In Rusia filantropismul a fost distrus odata cu revolutia din 1917. In timpul de fata miscarea filantropica se afla intr-un stadiu incipient, nefiind stimulata de legislatia fiscala. Intr-o societate civila ideea de egalitate este impartasita de majoritatea absoluta a populatiei, in tara noastra, unde timp de decenii a fost curmata filantropia sociala si cea bisericeasca, iar pentru mass-media exista interdictia nedeclarata de a aborda problemele invalizilor, atitudinea care s-a fixat in constiinta publica fata de copiii cu devieri psihofizice a fost una de marginalizare.

Este foarte important ca in Apus ideile invatamintului integrat apar in contextul unei riposte hotarite fata de orice discriminare: rasiala, sexuala, nationala, politica, religioasa, etnica etc. In Rusia inasa integrarea este declarata de stat ca necesitate a unei atitudini umane fata de invalizi in conditiile inrautatirii bruste a vietii diferitelor paturi si grupuri sociale ale populatiei si intr-o atmosfera de permanentizare a conflictelor nationale.

2. Versiunea instruirii integrate a Federatiei Ruse

Noua interpretare a scopurilor, sarcinilor, formelor de organizare a invatamintului special e legata de reevaluarea atitudinii statului si a societatii fata de invalizi, insotita

de recunoasterea drepturilor lor la posibilitati egale cu ale celorlalti cetateni in toate domeniile vietii, inclusiv in cel al invatamintului. Instruirea integrata e o etapa fireasca a dezvoltarii sistemului de invatamint special in orice tara din lume, Federatia Rusa nefacind exceptie in acest sens. In virtutea faptului ca tara noastra s-a orientat spre integrarea sociala si instruirea integrata relativ nu demult, iar anterior a reusit sa creeze un sistem destul de productiv de invatamint special, modelul prezentat nu poate sa nu aiba deosebiri specifice.

Sistemul de invatamint al Federatiei Ruse are nevoie de un model de integrare unic in felul sau, bazat pe o conceptie care sa tina cont de specificul national ("factorul rus"): situatia economica, procesele sociale, gradul de maturitate al institutiilor democratice, traditiile culturale si pedagogice, nivelul de dezvoltare morala a societatii, atitudinea fata de copiii invalizi inradacinata in constiinta publica etc. Bazandu-se pe practicile pozitive din strainatate si pe cercetarile experimentale ale savantilor din tara, conceptia in cauza trebuie sa determine calea pe care sa se dezvolte integrarea in Rusia, orientind in acelasi timp sistemul national de instruire speciala in albia procesului mondial.

Concretizam, asa-zisul "factor rus" inseamna nu doar anumite conditii economice, sociale si culturale, ci si elaborari stiintifice fara egal in Apus, legate logic de problema integrarii. Este vorba de programele complexe de corectie psihopedagogica timpurie (din primele luni de viata) a functiilor afectate, care ii permit copilului cu posibilitati limitate de sanatate sa ajunga la un asemenea nivel de dezvoltare psihofizica incit sa se poata incadra destul de repede in invatamintul general. ***Integrarea cu ajutorul corectiei timpurii este primul si cel mai important principiu al versiunii rusesti.***

Este absolut evident ca integrarea copiilor cu dereglari senzoriale in institutiile de invatamint general nu inlatura necesitatea suportului corectional, fara de care acestia e putin probabil sa poata invata in clasele obisnuite. Va fi nevoie desigur si de asistenta psihologica, care va consta in controlul dezvoltarii copilului, al reusitei sale la invatatura, al echilibrului sau emotional. Prin urmare, in mediul educational al tarii trebuie sa functioneze o infrastructura bine organizata si pusa la punct de asistenta corectionala si psihologica specializata a copiilor cu dereglari senzoriale integrati in institutiile de invatamint general. Asadar, ***al doilea principiu al versiunii rusesti de integrare consta in existenta obligatorie a blocului corectional, care functioneaza paralel cu blocul educational*** (traditional pentru institutiile scolare si prescolare de masa.).

E clar ca trebuie sa se acorde preferinta instruirii integrate doar pentru o parte din copiii cu posibilitati limitate de sanatate, ceilalti urmind sa frecventeze institutiile speciale. Justetea unei asemenea pozitii e confirmata atat de statisticile occidentale, cit si de practica autohtona. Integrarea nu trebuie sa fie in nici un caz totala. Ea este indicata numai acelor copii care au un nivel de dezvoltare psihofizica corespunzator sau apropiat de norma la virsta respectiva. De aici necesitatea unei selectii intemeiate a copiilor carora li se recomanda instruirea integrata. Prin urmare, ***principiul al treilea al versiunii rusesti consta in indicatiile diferite pentru instruirea integrata.***

Abordarea integrata este una din directiile de perspectiva ale dezvoltarii de mai departe a sistemului de asistenta speciala. Ea este foarte importanta in aspect social.

Pentru copiii cu cerinte speciale carora le este "indicata" integrarea in scolile sau gradinitile de masa acesta poate fi primul pas spre a deveni "ca toti ceilalti". Or, socializarea timpurie se rasfringe pozitiv asupra formarii personalitatii si a adaptarii la viata.

Gratie integrarii, o parte din copiii "deosebiti", frecventind scoala de masa cea mai apropiata, nu se vor desparti de familie pe foarte mult timp, asa cum li se intimpla

copiilor care invata in scolile-internat speciale, care se afla de obicei la mare distanta de locul de trai. Astfel, parintii au posibilitate sa-si educe copilul conform principiilor lor de viata, un factor pozitiv putind fi si caracterul relatiilor din familie, modul de gospodarie etc.

Fiind, potential, una din tendintele principale ale etapei actuale de dezvoltare a sistemului de invatamint special, integrarea nu trebuie si nu va substitui sistemul in intregime. Ea constituie doar una din abordari, alaturi de celelalte – traditionale sau inovationale, nedistrugind majoritatea modelelor existente in invatamintul special si neactionind in detrimentul lor, ci presupunind reforma lor interna in conformitate cu noile cerinte socioculturale. Integrarea nu e contrapusa sistemului de invatamint special, ci este prezentata ca una dintre formele de alternativa din sinul sistemului. Integrarea e "copilul" defectologiei deoarece persoana integrata in sistemul de invatamint general ramine sub patronajul sau, fie ca invata intr-o clasa sau grupa speciala a unei institutii de masa, fie ca beneficiaza de asistenta corectionala studiind intr-o clasa/grupa obisnuita. Putem considera ca integrarea apropie cele doua sisteme de invatamint, facind permeabile hotarele dintre ele.

Fiind adeptul unei integrari productive, Institutul de Pedagogie Corectionala al Academiei Invatamintului din Federatia Rusa desfasoara consecvent timp de 15 ani cercetari orientate spre descoperirea posibilitatilor de realizare a acesteia in cadrul sistemului federal de invatamint. In contextul respectiv, este studiata experienta din domeniul instruirii integrate in astfel de tari ca SUA, Marea Britanie, Israel, Belgia, tarile scandinave, precum si situatia reala din "integrarea" spontana de la noi.

Locul central in cercetarile amintite ii revine proiectarii diferitelor modele de integrare si aprobarii lor experimentale. Astfel, timp de peste zece ani, sub conducerea colaboratorilor Institutului, in regiunile Federatiei Ruse are loc, cu titlu de experiment, instruirea integrata a copiilor cu tulburari de auz, de vedere si locomotorii. Au fost create si editate citeva indrumare pentru educatorii si profesorii in grupele sau clasele carora invata copii cu cerinte speciale.

In timpul cercetarilor stiintifice au fost stabiliti factorii principali care contribuie la integrarea eficienta a copiilor cu cerinte speciale. Acestia sint:

- depistarea timpurie a abaterilor in dezvoltare (in primii doi ani de viata) si munca de corectie din perioada neonatala;
- selectia intemeiata a copiilor carora li se propune instruirea integrata. (Se tine cont de virsta copilului, de caracterul tulburarii primare si de particularitatile manifestarilor secundare, de nivelul de dezvoltare intelectuala si de posibilitatile sale potientiale de a insusi programa de invatamint in termenele prevazute pentru scoala de masa. Se iau in calcul si particularitatile personalitatii copilului, mediul sau social, posibilitatile parintilor de a-i acorda ajutor corectional etc.);
- crearea unor modele flexibile de instruire integrata (integrare combinata, partiala si temporara in grupele prescolare speciale si in clasele speciale ale institutiilor de masa, integrare deplina in gradinitele si scolile de masa, grupe prescolare mixte);
- acordarea de asistenta corectionala fiecarui copil cu abateri in dezvoltare aflat in conditii de integrare deplina sau combinata;
- controlul sistematic al dezvoltarii copilului si al eficientei instruirii integrate a acestuia;
- asigurarea cu tehnica si aparatele necesare pentru instruirea cu succes a copilului cu abateri in dezvoltare intr-un colectiv de copii sanatosi.

Cercetarile efectuate demonstreaza ca integrarea adevarata presupune crearea unor modele care sa unifice, ci nu sa contrapuna instruirea de masa celei speciale, ca o instruire integrata eficienta nu costa mai putin decit cea speciala (diferentiata) si ca

instruirea integrată este indicată doar unei părți din copiii cu necesități speciale (celor cu o dezvoltare psihofizică corespunzătoare vârstei sau apropiată de normă).

3. Modelul instruirii integrate (bazat pe instruirea copiilor cu tulburări de auz)

Chiar și după apariția învățământului special, o parte din copiii cu tulburări de auz au învățat împreună cu cei sănătoși. Mulți dintre pedagogii ruși au o vastă experiență de pregătire a copiilor cu tulburări auditive pentru școala de masă, folosind în acest scop diferite abordări metodice. În ultimii zece ani în școlile de masă din Moscova, din regiunea Moscova și din alte orașe din Rusia și CSI au fost integrați cu succes peste 50 de copii surzi și hipoacuzici care au învățat în grupele preșcolare și în clasele experimentale ale Institutului.

Modelele eficiente de instruire integrată au două elemente structurale: instructiv și corecțional. Fiecare dintre ele, luat în parte, este necesar, dar insuficient. Fiind combinate, ele devin și necesare, și suficiente.

Scopul **componentei instructive** este de a asigura obținerea studiilor în școala de masă de către copiii cu tulburări auditive pe baze generale, în conformitate cu standardul educațional unic de stat, pe baza programelor de învățământ general și în termenii prevăzute de actele normative pentru școala de masă.

Veriga corecțională a modelului include instruirea integrată în competența defectologiei, făcând-o parte componentă a învățământului special. Scopul componentei corecționale a modelului este de a acorda copiilor surzi și hipoacuzici ajutor corecțional special în afara școlii, cum ar fi dezvoltarea vorbirii și a percepției auditive, formarea deprinderilor de pronunțare etc.

Ajutorul poate fi regulat, permanent sau episodic (pe măsura solicitărilor).

Modelele de instruire integrată trebuie să includă două sisteme de învățământ – de masă și special. În plus, ele trebuie să fie flexibile, în funcție de vârsta copiilor, de nivelul lor de dezvoltare psihofizică, auditivă și verbală, de locul de trai.

Tinând cont de factorii enumerați, pot fi propuse modelele următoare de integrare:

a) grupe și clase speciale în grădinite și școli de masă, în care se înfăptuiește o muncă orientată spre integrarea copiilor cu deficiențe de auz în colectivul semenilor auzitori tinând cont de posibilitățile fiecărui copil în parte: **integrare combinată** – copilul învață pe baze egale într-o clasă/grupă de copii auzitori, beneficiind de ajutorul corecțional adecvat al pedagogului-defectolog din clasă/grupă specială; **integrare parțială** – unii copii cu deficiențe de auz își petrec o parte din zi, de exemplu partea a doua, în grupele/clasele obișnuite; **integrarea temporară** – toți copiii surzi sau hipoacuzici din grupele și clasele speciale și copiii fără deficiențe de auz din grupele și clasele de masă participă împreună la diferite manifestări, plimbări, sărbători, întreceri, la anumite activități; **grupe preșcolare mixte**, în care se educă împreună 4-5 copii cu tulburări auditive și 8-10 copii cu auz normal și în care, alături de educatori, activează și un specialist defectolog – surdopedagogul;

b) integrarea deplină a copiilor cu tulburări auditive, al căror nivel de dezvoltare psihofizică și verboacustică corespunde vârstei și care sunt pregătiți să învețe împreună cu copiii fără deficiențe de auz; acești copii sunt incluși câte unul sau doi în grupele obișnuite de la grădinite sau în clasele din școlile de masă, beneficiind în mod obligatoriu și sistematic de asistența corecțională adecvată, organizată sub diferite forme;

c) integrarea combinată a copiilor cu tulburări de auz care au un nivel înalt de dezvoltare psihofizică și verboacustică; aceștia se includ câte unul sau doi în grupele (clasele) unei grădinite (școli) de masă, statele careia se completează cu un pedagog-defectolog care face sistematic sedințe corecționale cu copiii cu deficiențe auditive (individual sau în grupe mici), frecvențiază lecțiile grupelor/claselor de masă, ajutând la

organizarea instruirii si educatiei copiilor surzi sau hipoacuzici intr-un colectiv de copii fara probleme auditive.

Indicatii pentru instruirea integrata a copilului cu tulburari auditive

Cind se pune problema integrarii unui copil surd ori hipoacuzic in mediul copiilor auzitori trebuie sa se ia in calcul un sir de indicatori pe care ii vom numi, conventional, "interni" si "externi". Din indicatorii externi fac parte conditiile optime in care trebuie sa aiba loc instruirea si dezvoltarea copilului, iar din cei interni – nivelul sau de dezvoltare psihofizica si verboacustica.

Conditii obiective care contribuie la integrarea eficienta a copiilor cu tulburari de auz sint:

- depistarea precoce a tulburarilor de auz (in primul an de viata) si munca de corectie din primele luni de viata, intrucit doar astfel se pot obtine rezultate apreciabile, care sa-i permita copilului sa invete intr-o institutie de masa;
- dorinta parintilor de a instrui copilul cu auz scazut impreuna cu semenii sai auzitori si tendinta lor de a participa la instruirea copilului;
- posibilitatile reale de a-i oferi copilului ajutor corectional eficient;
- existenta unor modele flexibile de instruire integrata in functie de virsta copiilor, de nivelul lor de dezvoltare psihofizica si verboacustica, de locul de trai.

Din indicatorii "interni", subiectivi, care contribuie la o integrare eficienta, fac parte:

- nivelul inalt de dezvoltare psihofizica si verboacustica, corespunzator virstei sau apropiat de norma;
- capacitatea de a insusi programa de invatamint in termenele prevazute de scoala de masa;
- particularitatile individuale ale copilului (capacitatea sa de a fi activ, dorinta de a comunica, lipsa de complexe, capacitatea de munca).

Cel mai important dintre acesti indicatori, cu un rol determinant in succesul integrarii, este nivelul de dezvoltare verbala.

In momentul inscrierii in scoala de masa copiii cu tulburari auditive trebuie sa stapineasca practic limba materna, iar nivelul lor de dezvoltare verbala trebuie sa se apropie maximal de indicii de virsta - o conditie obligatorie pentru a invata intr-o scoala de acest tip. Caracteristica generala a vorbirii copilului cu deficiente auditive considerat apt pentru a se integra intr-un mediu de copii cu auz normal este urmatoarea. Copilul are un bagaj de cuvinte uzuale suficient pentru comunicarea verbala; de regula, el reproduce exact componentele sonor si morfematic; poate face legatura intre cuvinte conform regulilor gramaticale ale limbii ruse si poate alcatui propozitii corecte din punct de vedere sintactic. Copilul intelege povestile, poeziile si povestirile cu texte mai putin complicate. El poate povesti coerent cele citite, poate alcatui o povestire dupa tablou, poate reproduce continutul celor vazute la televizor si poate povesti de sine statator despre evenimentele din viata sa. Deprinderile verbale ii permit copilului sa intre in dialog, sa raspunda la replicile interlocutorului, sa puna intrebari, sa intretina o convorbire. Vorbirea sa e intru totul inteligibila, clara, interlocutorul intelegind-o de obicei cu usurinta. La rindul sau, copilul are o perceptie audio-vizuala a cuvintelor interlocutorului: in primul rind, folosindu-si posibilitatile auditive, in rindul al doilea, verificind cuvintele vorbitorului dupa miscarea buzelor (citirea pe buze). Subliniem: catre inceputul instruirii scolare copiii cu deficiente auditive trebuie sa stie, in mod obligator, a citi si a scrie (cu litere de tipar).

Pregatirea cadrelor pentru activitatea cu copiii surzi si hipoacuzici integrati in institutiile de invatamint general

Instruirea in comun a copiilor cu tulburari auditive si a celor cu auz normal in institutiile de invatamint de tip general e un fenomen relativ nou. De aceea o veriga distincta in sistemul de integrare este pregatirea speciala a cadrelor pedagogice. Scopul pregatirii respective este insusirea unor cunostinte de baza din domeniul defectologiei, care le-ar permite cadrelor didactice din gradinitele si scolile de masa sa le acorde copiilor cu deficiente auditive un ajutor calificat.

Pregatirea defectologica include un complex de sarcini legate intre ele, dintre care le vom remarca pe cele principale.

In primul rind, pedagogilor din gradinitele si scolile de masa trebuie sa li se formeze o atitudine adecvata fata de copilul cu probleme auditive: trebuie sa li se trezeasca interesul profesional fata de munca cu asemenea copii, trebuie sa se convinga de faptul ca acestia au potential si capacitati, sa ia cunostinta de particularitatile lor psihologice, individuale si de personalitate.

Ulterior pedagogii trebuie familiarizati cu sistemul actual de instruire speciala a copiilor cu tulburari auditive, ei trebuie sa ia cunostinta de metodele si formele de asistenta corectionala a copilului cu probleme de auz in cadrul sistemului prescolar si scolar de instruire integrata.

In sfirsit, trebuie studiate particularitatile dezvoltarii psihice a copiilor surzi si hipoacuzici, specificul activitatii lor cognitive. Aceste sarcini sint realizate in programa speciala destinata pregatirii pedagogilor din gradinitele si scolile de masa pentru activitatea cu copiii cu deficiente auditive integrati in institutiile de tip general. A fost pregatit un set de materiale (lucrari didactice si metodice, articole) cu scopul de a ajuta pedagogii din gradinitele si scolile de masa in care invata copii cu auzul dereglat.

4. Bazele legislative ale integrarii instructive

La momentul actual, in Rusia lipseste, practic, suportul legislativ pentru programul national de integrare, existind doar niste acte cu caracter general. Astfel, in unul din aceste acte e declarata necesitatea asigurarii "accesului copilului cu cerinte speciale la serviciile educationale in asa fel incit copilul sa fie atras plenar in viata sociala si sa i se asigure dezvoltarea personalitatii" (Conventia despre drepturile copilului, art. 23, p. 2).

Si legea "Despre invatamint", in contextul de fata, trebuie apreciata ca un act cu caracter general. Ea prevede ca parintii au dreptul sa aleaga institutia de invatamint – speciala sau de masa - in care sa-si instruiasca copiii cu deficiente accentuate.

Legea Federatiei Ruse despre invatamintul special, deocamdata la nivel de proiect, trebuie sa devina actul legislativ de baza pentru realizarea programului de instruire integrata. Ea recunoaste instruirea integrata a "persoanelor cu deficiente fizice si/sau psihice" drept una dintre modalitatile echivalente pentru ele de a obtine studii. In acest proiect de lege subiectilor Federatiei Ruse li se propune "sa contribuie la dezvoltarea invatamintului integrat in aspectele sale de baza". Documentul fixeaza o norma de drept foarte importanta: " Persoanele cu deficiente fizice si/sau psihice au dreptul la instruire integrata in corespundere cu indicatiile psihopedagogice si medicale cu conditia ca institutia de invatamint de tip general le poate asigura asistenta specializata necesara. Institutia de invatamint de tip general nu are dreptul sa refuze asemenea persoane pe motiv ca au deficiente fizice si/sau psihice daca acestea nu prezinta contraindicatii in ceea ce priveste invatatura".

Orientativ, la inceputul anului 2004 proiectul amintit va capata statut de lege, urmind sa fie elaborate si adoptate un sir de acte cu caracter reglementar, care sa reglementeze activitatea de integrare. Primii pasi in acest sens ar trebui sa fie:

- determinarea legislativa a statutului copilului integrat, inclusiv a posibilitatii sale de a beneficia de ajutor corectional adecvat si in volumul necesar in institutia in care invata;

- determinarea legislativa a statutului institutiilor prescolare si scolare care integreaza copii cu cerinte speciale (numarul maxim de elevi in grupe si clase, remunerarea suplimentara a muncii pedagogilor etc.);

- pregatirea si perfectionarea pedagogilor-defectologi pentru activitatea in noile conditii de instruire integrata, precum si pregatirea si perfectionarea pedagogilor din institutiile prescolare si scolare de invatamint general care implementeaza instruirea integrata;

- desfasurarea unei activitati bine gandite de pregatire a societatii pentru primirea in sinul sau a omului cu posibilitati limitate;

- introducerea de modificari in asigurarea tehnico-materiala a institutiilor de invatamint de masa cu scopul de a crea conditii pentru educatia si instruirea copiilor invalizi si a copiilor cu abateri in dezvoltare.

Academia Invatamintului din Federatia Rusa (AIFR) considera ca promovarea unei politici echilibrate si bine coordonate in domeniul invatamintului, care sa asigure dezvoltarea de mai departe a sistemului de invatamint special si sustinerea abordarii integrative, va permite integrarii sa se afirme drept o cale eficienta de asistenta corectionala a majoritatii copiilor cu cerinte educationale speciale.

ASISTENTA ACORDATA COPIILOR CU DEFICIENTE VIZUALE. SITUATIA ACTUALA SI PERSPECTIVE

I.B.Novicikova,

IPC al AIFR

Protectia vederii populatiei si lupta cu orbirea fac parte din problemele medico-sociale cele mai importante ale societatii contemporane, fapt conditionat nu doar de rolul unic al analizatorului optic in cunoasterea lumii, ci si de raspindirea tot mai larga a cecitatii in rindul populatiei de pe glob. Potrivit datelor Organizatiei Mondiale a Sanatatii, actualmente in lume exista 150 de milioane de persoane cu tulburari vizuale serioase, inclusiv 42 milioane de orbi. Pe parcursul ultimului deceniu numarul acestora a crescut cu 12 milioane, fiecare al patrulea dintre ei avind cecitate innascuta sau dobindita in copilarie.

In Rusia, invaliditatea cauzata de patologia organului vizual este foarte raspindita, constituind 29 de oameni la 10000 de persoane adulte. La 55 la suta din invalizii de 19-50 de ani tulburarile vizuale au survenit in copilarie. Nivelul invaliditatii infantile bazate pe deficiente de vedere este de 5 oameni la 10000 de persoane de virsta respectiva.

Astfel, in ultimul deceniu numarul persoanelor invalide din cauza problemelor de vedere a crescut in tara noastra considerabil, si in primul rind pe seama copiilor cu patologii vizuale.

Instruirea copiilor cu tulburari grave de vedere are loc, traditional, in:

- institutii de invatamint speciale (corectionale) pentru copiii orbi. Conform statisticilor din 2001, in Federatia Rusa exista 18 scoli, in care invata 2 936 de copii orbi cu o patologie vizuala grava si

- 83 de institutii de invatamint special (corectional) pentru copiii slabvazatori, cu un contingent de 10 486 de elevi.

In ultimul timp insa s-a acutizat chestiunea acordarii de asistenta medico-psiho-pedagogica copiilor cu tulburari vizuale in conditiile institutiilor de invatamint general.

Una dintre patologiile vizuale cele mai raspindite este miopia. In institutiile de invatamint de masa, acesti copii constituie, conform datelor parvenite de la oftalmologi, 65-70 la suta.

Examenele medicale din scolile de masa au aratat ca, pe langa miopie, copiii mai au si alte patologii vizuale. In general, 70 la suta dintre ei prezinta o patologie vizuala cu gravitate diferita. Cu toate acestea, depistarea tulburarilor de vedere si dispensarizarea copiilor in conformitate cu indicatiile oftalmologilor e organizata insuficient. Adesea patologia vizuala e depistata abia atunci cind copilul merge in clasa intii. In plus, asistenta acordata copilului se reduce la corectia cu ajutorul ochelarilor. Nu se urmareste evolutia patologiei, astfel incit copiii ajung in clasele terminale cu o acuitate vizuala scazuta. Investigatiile efectuate in scoli au constatat un numar mare de patologii atit in clasele primare, cit si in cele superioare, ceea ce indica o suprasolicitare a sistemului vizual in procesul invatarii. Cu toate acestea, in institutiile speciale a fost acumulata o experienta demna de luat in seama in ceea ce priveste tratarea vederii si crearea conditiilor oftalmoigienice de instruire.

In legatura cu aceasta, cu scopul asigurarii procesului de restabilire si protectie a vederii, din anul 2000 au inceput sa se formeze clase speciale de protectie a vederii in institutiile de invatamint general. Aceasta presupune deschiderea de cabinete oftalmologice in scolile de masa si asigurarea asistentei corectionale psihopedagogice a copiilor cu tulburari vizuale in cadrul procesului de instruire.

La solicitarea Ministerului Invatamintului al Federatiei Ruse, a fost creat modelul complex de asistenta corectionala continua medico-psiho-pedagogica a copiilor cu tulburari de vedere care invata in scolile de masa.

La rezolvarea problemei corectiei medico-psiho-pedagogice a tulburarilor vizuale infantile contribuie diagnosticul precoce al bolilor organului vizual.

Necesitatea diagnosticului precoce al tulburarilor de vedere e determinata de faptul ca perioada senzitiva de dezvoltare a sistemului vizual al omului este foarte scurta, limitindu-se la primele sase luni de viata ale copilului. Deprivarea senzoriala a sistemului vizual in aceasta perioada poate avea consecinte grave, determinind dezvoltarea de mai departe a copilului.

Analiza cauzelor cecitatii si a vederii slabe arata ca circa 90 la suta din cazurile de vedere slaba si 80 la suta din cele de orbire au caracter innascut. Pentru preintimpinarea formelor congenitale de cecitate si vedere slaba sint oportune masurile orientate spre umanizarea asistentei acordate la nastere si corectia abaterilor patologice care insotesc dezvoltarea fatului, precum si spre profilaxia tulburarilor vizuale din mica copilarie.

Astfel, profilaxia tulburarilor de vedere la copiii de virsta anteprescolara trebuie inceputa pina la nasterea si chiar pina la conceperea lor.

Directiile principale de profilaxie a tulburarilor vizuale la copii sint:

- preintimpinarea aparitiei lor prin reducerea patologiilor perinatale, adica profilaxia primara, si
- preintimpinarea complicatiilor patologiei vizuale deja aparute (profilaxia secundara).

Profilaxia primara a tulburarilor vizuale are patru etape principale:

- preventiva, adica pina la conceptie (cind e necesar sa se ridice calitatea sanatatii parintilor potentiali, carora sa li se cultive responsabilitatea fata de soarta si sanatatea urmasilor);

- prenatala – in uterul matern (cind sint importante masurile de depistare precoce a tulburarilor in evolutia sarcinii, luarea precoce la evidenta a viitoarelor mame, tratarea afectiunilor care pot conduce la intreruperea sarcinii si la toxicoze);

- intranatala – in timpul travaliului (un aspect important in aceasta etapa este umanizarea asistentei acordate la nastere in maternitati);

- neonatala – trebuie perfectionata tehnologia asistentei medicale a nou-nascutilor, care trebuie inceputa imediat dupa nastere, si, in sfirsit,

- postnatala – pe parcursul intregii vietii, cind o conditie a profilaxiei invaliditatii infantile cauzate de tulburarile de vedere este crearea unui serviciu de tratament si consultanta bine organizat si dotat corespunzator.

In cadrul serviciului respectiv e oportuna activitatea unui oftalmolog pentru copii, care sa informeze parintii si pediatrul de sector despre grupurile de risc (adica copiii amenintati cu aparitia unor tulburari vizuale grave). Oftalmologul si specialistii in cercetarea electrofiziologica si ultrasonora a ochiului examineaza copilul si, in caz de necesitate, il trimit in stationar pentru tratament terapeutic sau chirurgical. Ulterior, copilul continua sa primeasca ajutor medico-psihipedagogic in centrele de asistenta timpurie, in gradinitile specializate, in cabinetele de protectie a vazului.

E clar ca vestea despre orbire sau vedere slaba este un factor stresant pentru toata familia, de aceea asemenea familii au nevoie de o asistenta psihopedagogica cit mai precoce.

Pornind de la cele de mai sus, trebuie remarcat ca e foarte importanta crearea unui sistem de diagnosticare, tratament si profilaxie a tulburarilor vizuale la nivel de stat. Anume abordarea sistemica si complexa va permite depistarea abaterilor in dezvoltare la copiii de virsta mica si va asigura asistenta medico-psihipedagogica a fiecarui copil.

Un astfel de sistem trebuie sa includa:

- screeningul tuturor copiilor de pina la un an cu scopul depistarii celor cu o presupusa tulburare vizuala;

- diagnosticul diferentiat cu scopul confirmarii sau infirmarii lui;

- organizarea asistentei corectionale in policlinicile pentru copii, in cabinetele de protectie a vederii, in centrele de asistenta precoce etc. din momentul suspectarii unei tulburari vizuale.

Experienta de organizare a asistentei corectionale in institutiile de invatamint special ne-a demonstrat ca tiflopedagogii si tiflopsihipologii nu sint pregatiti pentru a lucra cu copiii de virsta mica care prezinta tulburari vizuale grave.

In legatura cu aceasta se cere de urgenta:

- pregatirea si reciclarea specialistilor pentru asistenta copiilor de virsta mica care prezinta tulburari vizuale grave;

- elaborarea suportului normativ-juridic;

- asigurarea unei cooperari eficiente intre centrele de asistenta precoce si institutiile prescolare pentru copii cu tulburari de vedere, care au o atitudine rezervata fata de inscrierea copiilor cu probleme vizuale grave, mai ales a copiilor orbi.

Acestea si alte chestiuni de actualitate din domeniu fac obiectul activitatii Institutului nostru in ceea ce priveste pregatirea si reciclarea cadrelor de calificare inalta si asigurarea unui suport stiintifico-metodic pentru institutiile speciale (corectionale) de diverse tipuri.

NOI FORME ORGANIZATIONALE IN INVATAMINTUL PRESCOLAR SPECIAL

E.A. Strebeleva, IPC al AIFR

Cercetarile si experienta practica de mai multi ani a savantilor si practicienilor au demonstrat ca eficienta asistentei corectionale a tulburarilor secundare de dezvoltare depinde de urmatorii factori:

- depistarea precoce si asistenta pedagogica precoce cu scopul crearii unor *neoformatiuni* psihologice de virsta, a formelor tipice de activitate dominanta;
- continutul si metodele de instruire si educatie;
- caracterul relatiilor dintre parinti si copii;
- exigente unice fata de educatia si instruirea copilului in familie si in institutia prescolara;
- forme corecte de interactiune intre specialistii care participa la reabilitarea complexa a copilului cu abateri in dezvoltare.

In baza acestor cercetari, s-a creat posibilitatea elaborarii unor noi forme de asistenta corectionala a copiilor cu tulburari sau devieri in dezvoltare.

Astfel, a fost creat modelul complex al asistentei precoce (medico-psiho-pedagogice) a copiilor din grupul de risc si a parintilor lor in conditii de stationar. La realizarea acestui program participa diferiti specialisti: neonatologi-pediatri, neuropatologi, specialisti de cultura fizica medicala, pedagogi-defectologi, psihologi, pedagogi sociali s. a.

Pentru o abordare complexa a reabilitarii sugarilor din grupul de risc in conditii de stationar au fost stabilite formele de cooperare intre specialistii care iau parte la procesul de asanare psihofizica a micutilor, fiind fixate sarcini concrete de activitate a fiecarui specialist, inclusiv a pedagogului-defectolog.

Au fost folosite metodele urmatoare de reabilitare a copiilor cu patologii perinatale: tratament medicamentos (preparate medicamentoase traditionale si netraditionale); tratament nemedicamentos (prin mijloace fizice, artterapie, influenta pedagogico-corectionala).

Activitatea pedagogului-defectolog s-a desfasurat in doua directii. In cadrul primei directii au fost studiate particularitatile individuale ale copilului in scopul elaborarii unui program individual de corectie pedagogica, in care sa fie inclusa ulterior si mama copilului. In cadrul celei de a doua directii s-a acordat asistenta psihopedagogica mamei si altor membri ai familiei.

Scopul principal al activitatii pedagogului-defectolog consta nu doar in studierea particularitatilor de dezvoltare a copilului, ci si in stabilirea conditiilor optime de normalizare a starii sale emotionale si psihice. Pentru eficientizarea muncii de corectie, pedagogul-defectolog a elaborat programe individuale de educatie, dezvoltare si instruire, in care se luau in calcul atit necesitatile generale de invatare a copilului, cit si cele speciale; se determinau conditiile pedagogice, metodele si procedeele de lucru cu copiii care prezinta disabilitati motorii, senzoriale si intelectuale.

In etapa initiala era important sa ajutam copilul sa gaseasca reperele comportamentale aflindu-se in stare de veghe. Cu scopul acesta pedagogul, in prezenta mamei, il antrena in jocuri si exercitii fizice orientate spre dezvoltarea comunicarii emotionale, a reactiilor vizuale si auditive de orientare si a anumitor miscari. La asemenea sedinte se tinea cont de necesitatile speciale de invatare individuale, pornindu-se de la caracterul primar si gradul tulburarii.

Jocurile si exercitiile speciale au contribuit la formarea conexiunilor dintre sistemele de analizatori (optic, acustic, tactil, motor); la normalizarea starii psihice, emotionale si a reactiilor comportamentale ale copilului. Formarea legaturilor functionale in etapa timpurie a ontogenezei ca rezultat al utilizarii unui anumit program de metode de influenta pedagogica a contribuit la formarea unei atitudini active a

copilului fata de lumea inconjuratoare. In plus, pedagogul-defectolog a familiarizat mama cu tehnologiile de comunicare cu copilul, orientandu-se spre un program individual de educatie a micutului. Pedagogul-defectolog facea sedinte cu copilul in prezenta mamei, explicandu-i acesteia sarcina concreta a fiecarei sedinte; urmarea evolutia emotionala, senzoriala si motorie a copilului; observa si corecta caracterul comunicarii si interactiunii dintre mama si copil, explicandu-i ce schimbari ar trebui sa suporte acestea in alte conditii de educatie; invata femeia sa observe schimbarile de comportament ale copilului.

Dupa iesirea din stationar, copilul cu probleme era preluat de policlinica pentru copii de la locul de trai, fiind supravegheat, si el si parintii, de diferiti specialisti.

Pe baza concluziei Comisiei Medico-Psiho-Pedagogice (CPMP), precizandu-se structura tulburarilor si cerintele educationale speciale ale copilului, si pe baza unei cereri facute de parinti, micutul era inclus intr-o grupa cu aflare temporara sau intr-o grupa integrata a unei institutii de invatamint prescolar de tip compensator sau combinat.

In grupele cu aflare temporara si in cele de educatie integrata se creau conditii speciale pentru activitatile cu copilul, orientate spre crearea neoformatiunilor psihologice corespunzatoare varstei, formelor tipice de activitate dominanta, spre corectia si preintimpinarea dereglarilor secundare in dezvoltare.

Din conditiile speciale fac parte: mijloacele adecvate de comunicare dintre adult si copil, care iau in calcul capacitatile sale de comunicare, particularitatile de varsta si cele individuale, caracterul, structura si gradul de exprimare a tulburarii primare; crearea unui mediu obiectual-dezvoltativ; elaborarea programelor individuale de educatie, instruire si dezvoltare pentru fiecare copil; familiarizarea parintilor cu tehnologiile pedagogice de comunicare si interactiune cu copilul.

Programul individual e compus din doua parti. Prima parte e consacrata continutului instruirii corectional-dezvoltative a copilului; a doua - asistentei acordate parintilor de catre specialisti (pedagogul-defectolog, pedagogul-psiholog, pedagogul de muzica).

Elaborarea continutului programului de asistenta corectional-pedagogica a copilului a inceput cu examinarea psihopedagogica a directiilor principale de dezvoltare: sociala (formele de comunicare - neverbale, verbale; modalitatile de asimilare a experientei sociale - capacitatea de a actiona in comun, de a imita, de a actiona dupa model si dupa o instructiune verbala, prezenta gestului indicator); fizica (dezvoltarea miscarilor de baza, a motricitatii fine); cognitiva (dezvoltarea senzoriala, gindirea intuitiv-plastica, familiarizarea cu mediul inconjurator, dezvoltarea vorbirii, actiunile intuitiv-ludice, premisele pentru activitatea productiva). Continutul programului include sarcini, metode si modalitati de lucru care iau in calcul nivelul actual de formare a liniilor principale de dezvoltare a copilului si posibilitatile sale potentiale, adica zona proxima de dezvoltare. In plus, programul specifica timpul si tipul de activitate in care copilul interactioneaza la inceput cu un semen, iar ulterior si cu altii.

Munca specialistilor (pedagogul-defectolog, pedagogul-psiholog, pedagogul de muzica) cu familia era planificata de asemenea dupa studierea caracterului interactiunii parintilor cu copilul, tinandu-se cont de competenta pedagogica a parintilor si de conditiile in care se educa micutul in familie.

Programul individual era elaborat pe baza urmatoarelor principii:

- evidenta evolutiei ontogenetice a liniilor principale de dezvoltare;
- evidenta particularitatilor si posibilitatilor de varsta si individuale ale copilului;
- abordarea dezvoltarii personalitatii copilului prin prisma teoriei activitatii;

- orientarea corectionala a procesului educational;
- accesibilitatea, caracterul concentric al materiei propuse;
- abordarea sistemica fata de instruirea si educatia corectional-dezvoltativa (dezvoltarea sociala, dezvoltarea fizica, dezvoltarea cognitiva, dezvoltarea formelor tipice de activitate dominanta).

Ca rezultat al unei abordari complexe a reabilitarii unui numar de 300 de copii cu patologii perinatale cu grad diferit de exprimare au fost obtinute urmatoarele rezultate:

- o parte din copii (circa 30 la suta) catre virsta de 1,6 ani au o stare somatica si o dezvoltare psihica apropiate de norma de virsta si in prezent frecventeaza institutiile prescolare de invatamint general;

- alti circa 30 la suta din copii, beneficiind ulterior pe parcursul a trei ani de o reabilitare complexa, si-au stabilizat starea somatica si au atins o dezvoltare emotionala si psihica apropiata de norma de virsta. Unii dintre ei (circa 18%), dupa ce au trecut prin grupe cu aflare temporara, in care li s-a acordat asistenta pedagogico-corectionala, frecventeaza institutii prescolare de invatamint general, iar restul de 12 la suta - institutii de invatamint de tip combinat;

- 20 % din copiii amintiti prezentau, catre virsta de trei ani, devieri de dezvoltare somatica, emotionala, motorie si cognitiva. O parte dintre ei frecventeaza institutiile prescolare de tip combinat (8 %), iar alta parte (22 %) - institutii prescolare de tip compensator, adica sint inclusi in mediul educational;

- 20 % din cei 300 de copii prezentau in jurul virstei de 3 ani devieri pronuntate in dezvoltarea somatica, emotionala, senzoriala si motorie. Ei vor avea nevoie de reabilitare complexa un timp indelungat.

Desi prezentau leziuni organice grave ale sistemului nervos central, o imaturitate morfofunctionala evidenta, tulburari senzoriale, majoritatea acestor copii au o dinamica pozitiva stabila a liniilor principale de dezvoltare. Ei frecventeaza grupe cu program redus, manifestind interes pentru colaborarea cu alti adulti, avind reactii de orientare la semnale vizuale si acustice si prezentind o evolutie in dezvoltarea miscarilor de baza. Majoritatea parintilor participa activ la educatia copiilor.

In acelasi timp, copiii cu patologii perinatale care n-au beneficiat de reabilitare complexa ramin in suta la suta din cazuri cu devieri evidente in dezvoltarea somatica, emotionala, senzoriala si motorie, pierzind astfel unica sansa de a-si restabili - prin intermediul reabilitarii complexe si timpurii - sanatatea somatica si psihica si de a se include la timp in mediul educational-instructiv.

Concluzii:

1. Cercetarile in cauza ne-au permis sa stabilim ca numai combinarea chibzuita a mijloacelor medicamentoase si nemedicamentoase cu reabilitarea fizica si pedagogica regulata poate conduce la includerea unei parti din copiii cu patologii perinatale in sistemul general de invatamint prescolar.

2. O componenta importanta a muncii corectional-pedagogice cu copilul care prezinta o patologie perinatale este includerea mamei intr-o interactiune adecvata cu el, ceea ce va contribui la normalizarea situatiei sociale de dezvoltare a micutului.

3. Rezultatele cercetarilor efectuate au demonstrat ca reabilitarea complexa precoce a copiilor cu patologii perinatale permite atingerea unui nivel maxim posibil de dezvoltare generala a fiecarui copil si formarea unei pozitii active a parintilor in educatia copilului cu cerinte educationale speciale.

4. Datele experimentale ale cercetarilor noastre arata ca abordarea complexa a reabilitarii precoce a copiilor cu patologii perinatale poate contribui la scaderea nivelului invalidizarii in tara.

DIN EXPERIENTA INSTRUIRII INTEGRATE A PRESCOLARILOR CU TULBURARI DE AUZ IN GRUPE MIXTE

L.N.Terianova, M.G. Gurevici, gradinita nr. 1365 din or. Moscova

Larisa Nikolaevna Terianova este un specialist de frunte in domeniul surdopedagogiei din Rusia, care timp de 3 decenii s-a ocupat de instruirea copiilor surzi si hipoacuzici in cadrul grupelor speciale. Cu atat mai semnificativ faptul ca anume ea a fost angajata ca pedagog intr-una din primele grupe mixte din tara, in care se instruiuau copii cu auz normal si copii cu auz alterat. In cele ce urmeaza veti lua cunostinta de practica de succes a acestui pedagog in ceea ce priveste instruirea experimentală a doua grupe mixte de copii.

Marina Gheorghievna Gurevici este educatoare. Ea a lucrat impreuna cu L.N. Terianova atat in grupe speciale, cit si in grupe mixte.

Conducator al experimentului a fost N.D. Smatko, colaborator al Institutului de Pedagogie Corectionala al Academiei Invatamintului din Federatia Rusa.

Pedagogul-defectolog din grupa mixta:

1 septembrie 1996 a marcat o etapa noua in cariera mea: am inceput sa lucrez in calitate de pedagog-defectolog intr-o grupa mixta formata din copii de 3 ani - 10 dintre ei cu auz normal si 4 cu auz slab.

Anterior, lucrasem timp de 10 ani (8 promotii) in calitate de educator in grupe sau gradinite speciale pentru copii cu auz slab, dezfășurind si o vasta activitate metodică. Multi dintre absolventii mei au fost pregatiti pentru scoala de masa, pe care au terminat-o cu succes (in una dintre promotii, jumătate din cei 12 copii au intrat in scoli de invatamint general). In acei ani acordam o atentie deosebita si adaptarii sociale a copiilor hipoacuzici in mediul copiilor cu auz normal; invatam parintii sa organizeze si sa sustina comunicarea copiilor in familie, in curte, in diverse cercuri si studiouri, la odihna... Unii dintre copii alternau instruirea in grupa speciala cu frecventarea gradinitei de masa (de exemplu, peste o zi).

In ultimii ani, am lucrat ca pedagog-defectolog intr-o grupa speciala a unei gradinite de tip combinat, care numara 4 grupe pentru copii cu tulburari de auz si 8 grupe pentru copii cu auz normal. Desigur, vecinatatea copiilor fara probleme auditive facilita organizarea sistematica a contactelor acestora cu copiii hipoacuzici. Au fost elaborate si implementate diferite modele de integrare: temporara, partiala si combinata (aceasta experienta a fost descrisa detaliat in articolul sefei gradinitei nr. 1365 V.N. Svodina din publicatia "Defectologia", nr. 6, 1998).

Totusi noi, pedagogii, observam cit de greu le este copiilor din grupa speciala sa se includa in noul colectiv al copiilor cu auz normal. Aflindu-se in a doua jumătate a zilei in grupele de masa, copiii hipoacuzici asteptau sa iasa la plimbare cei din "grupa lor", rugindu-i pe educatori sa le permita sa se joace cu ei. Desigur, ne straduim in permanenta sa depasim greutatile. Remarcam insa ca se adapteaza mult mai usor la mediul semenilor auzitori copiii care vorbesc cu fraze dezvoltate, inscrisi de la bun inceput in grupele de masa.

Am acceptat cu placere propunerea de a deveni surdopedagog intr-o grupa mixta, dar imi era un pic teama: nu cunosteam programele de educatie si instruire a copiilor cu auz normal, deoarece nu lucrasem anterior cu ei, si nici nu aveam experienta de lucru in grupele mixte. Dar aveam dorinta de a crea un colectiv unit de copii si de a vedea cum vor interactiona intre ei. In plus, intelegeam ca aflarea permanenta printre copiii vorbitori va contribui la activizarea vorbirii copiilor hipoacuzici. Copiii neauzitori

trebuia sa fie in numar de 4 (si nu 8), preconizindu-se sedinte individuale cotidiene, care sa-i ridice la nivelul copiilor auzitori.

Copiii auzitori corespundeau "standardului" de dezvoltare a prescolarilor de 3 ani. Copiii cu auz scazut suferau de hipoacuzie congenitala grava sau de hipoacuzie dobindita timpuriu. La inceputul instruirii doi dintre ei nu puteau vorbi deloc, o fetita avea vorbire obiectuala saraca si un al treilea copil, datorita unor sedinte individuale anterioare, poseda o fraza scurta agramata. Toti copiii aveau intelectul pastrat. Trei dintre ei proveneau din familii ai caror membri aud, iar unul dintr-o familie in care parintii, surorile si un frate sint neauzitori.

Copiii cu auz slab se deosebeau de cei auzitori nu doar prin vorbire. Ei erau mai putin independenti, nu stiau sa se joace, se includeau cu greu chiar si in comunicarea nonverbala.

Mi s-a propus sa fac lectii de dezvoltare a vorbirii cu micutii cu auz scazut, lectii comune de formare a unor reprezentari matematice elementare si lectii de ritmica verbala in care sa-i antrenez si pe copiii auzitori cu probleme de pronuntare. Dar ce fel de lectii frontale poti face cu 4 copii? Eu eram obisnuita sa lucrez cu 8-12! De aceea chiar de la bun inceput am facut lectiile frontale cu toti copiii odata.

Lectiile frontale cu toata grupa aveau loc in prima jumatate a zilei (educatorul ma ajuta sa le organizez), iar apoi faceam sedinte individuale a cite 25-30 de minute cu fiecare copil cu tulburari auditive. Dupa-amiaza educatorul facea doua lectii frontale cu toata grupa. In timpul sedintelor individuale munceam nu doar asupra vorbirii orale a copiilor cu auz scazut, ci si asupra largirii vocabularului lor, pregatindu-i pentru asimilarea materialului predat la lectiile frontale de pedagog si educator (ceea ce i-a facut mai activi la aceste lectii). Activitatea noastra instructiva se baza atit pe programa de educatie si instruire a copiilor cu tulburari de auz, cit si pe programa pentru gradinitile de masa.

In timpul instruirii a fost folosit pe larg limbajul scris. Pe parcursul primului an de studii toti copiii cu deficiente auditive au insusit citirea analitica. Copiii cu auz normal au manifestat si ei un viu interes fata de citire - practic toti cei din grupa mare au insusit citirea pe silabe. La aceasta a contribuit si faptul ca in procesul comunicarii erau utilizate in permanenta tablite scrise cu litere de tipar; asemenea tablite-inscriptii, dupa cum se obisnuieste in grupele speciale pentru copiii hipoacuzici, erau fixate din primele zile a aflarii copiilor in grupa pe mobila, jucariile si obiectele cele mai uzuale. Cind intimpinam dificultati in predarea tehnicii citirii recurgeam la limbajul dactilologic.

Un rol activ in instruirea copiilor cu deficiente auditive au avut parintii acestora. Ei primeau sarcini zilnice si saptaminale, pe care le notau in caiete speciale pentru fiecare copil in parte. Initial, ii antrenasem in aceasta activitate si pe parintii copiilor auzitori, dar am renuntat ulterior din motivul ca acestia nu manifestau interesul cuvenit.

Grupa lucra in regim de zi, cu exceptia unei fetite neauzitoare care raminea peste noapte in grupa speciala.

Ma voi opri pe scurt la analiza rezultatelor obtinute de copiii cu deficiente de auz in dezvoltarea vorbirii. Toti copiii vorbesc cu fraze bine dezvoltate. Ei povestesc despre ce li s-a intimplat, despre ce au vazut in viata, la televizor, in sala de spectacole. Copiilor le place sa citeasca, citesc mult si inteleg bine cele citite; pot sa povesteasca, sa faca o serie de desene, sa insceneze un text. Ei stiu multe poezii, povesti, povestiri si nuvele destinate prescolarilor fara probleme de auz. Autorii lor preferati sint A.S. Puskin, K.I. Ciukovskiy, S.I. Marsak. Ei cunosc povestile lui Andersen, povestirile despre animale ale lui Jidkov, "Aventurile lui Nestiila" de Nosov. Prescolarii cu auz scazut comunica liber cu parintii, cu copiii si pedagogii din grupa, cu adultii si copiii necunoscuti. (Doar fetita din familia de neauzitori are anumite greutati de comunicare,

si asta nu atit din cauza vorbirii sale mai putin dezvoltate, cit din cauza ca lumea celor care aud nu i-a devenit familiara, ea simtindu-se mult mai confortabil printre neauzitori.) Vorbirea orala a copiilor este clara, naturala, intonata; ei pronunta defectuos doar unele foneme, in special cele siflante si cele suieratoare.

Copiii cu auz normal ne sugerau in permanenta noi teme de discutie, de exemplu: "E adevarat ca la noi e zi, iar in America noapte? Avem toti acelasi soare? Eu cred ca sint doi - unul al nostru si unul al lor. Ce inseamna curent? (un copil a atins un cablu electric si eu i-am spus: "Fii atent, are curent!")" s.a.m.d. Am vorbit despre cosmos, despre planete, despre cele create de natura si cele create de om, despre tara noastra, despre Moscova, istoria si actualitatea sa (copiii gasesc cu usurinta pe planul orasului strada pe care locuiesc), si despre multe-multe lucruri despre care nu vorbeam cu copiii hipoacuzici dintr-o grupa speciala obisnuita. Treptat, ma debarasam de inhibitiile caracteristice unui surdopedagog. La inceput insa si mie, si copiilor cu tulburari auditive ne-a fost foarte greu. Personal, trebuia sa iau in calcul nivelul diferit de dezvoltare generala si verbala a copiilor, capacitatile fiecaruia dintre ei. Eram nevoita sa muncesc suplimentar asupra materiei predate in cadrul unor sedinte individuale, sa recurg la instruirea avansata. Astfel fiecare copil hipoacuzic stia macar o parte din temele propuse. Vroiam sa arat ca prescolarii nostri stiu multe, ca se pot realiza. Toti copiii au invatat sa se bucure pentru cei care au dificultati, de exemplu pentru Kira, pentru succesele sale: "Kira a putut spune singura. Bravo!" sau: "Kira a gresit. Nu-i nimic, va invata acest lucru la scoala!".

Componenta colectivului de copii cu auz normal s-a schimbat pe parcursul celor patru ani. In grupa mijlocie a venit un nou baietel, care-i privea cu uimire pe colegii sai a caror vorbire se mai deosebea de cea normala; ei nu raspundeau intotdeauna la intrebari, mai ales atunci cind nu se uitau la vorbitor. Astfel s-a nascut o noua tema de discutie si un nou program: "Eu sint om". O data pe saptamina - martea - lucram si in cadrul acestui program, copiii aflind multe despre organismul uman si despre posibilele deficiente. Copiii au inteles ca e firesc ca cei cu probleme vizuale sa poarte ochelari, iar cei cu tulburari de auz - aparate auditive. Ei stiu ca trebuie sa le vorbeasca celor neauzitori stind cu fata spre ei, clar si raspicat, dar sa nu strige. Desigur, in comunicarea reala ei uita de aceste lucruri, deoarece copiii cu deficiente auditive nu formeaza un grup separat. E nostim sa vezi cum un copil normal ii sopteste ceva la ureche unui neauzitor, ca apoi sa rida impreuna de ceea ce li s-a intimplat. Doar si copiii deficiente din grupele mixte adopta comportamentul majoritatii, insusindu-si toate elementele caracteristice colectivului din care fac parte, inclusiv lexicul mai special: *Prostituto, ce faci? Acusi iti dau la cap. De cite ori sa-ti spun?*

Trebuie sa remarc in mod special atitudinea parintilor fata de crearea grupelor mixte. Desigur, parintii copiilor cu deficiente auditive incuviintau aceasta idee, doreau sa-si vada copiii comunicind in permanenta cu semenii lor auzitori, care vorbesc bine (parintii neauzitori au avut o pozitie neutra, ei considerau important ca fiica lor sa frecventeze gradinita si sa fie instruita).

Parintii copiilor auzitori aveau o atitudine rezervata. Nici unul dintre parintii din grupa mica din care facea parte fetita cu deficiente auditive nu a dorit sa-si dea copilul in grupa mixta, aceasta fiind formata din nou-venitii de trei ani, parintii carora n-au avut de ales - in gradinita nu erau alte locuri libere. Dar foarte curind temerile parintilor s-au spulberat, ei obisnuindu-se cu faptul ca odraslele lor se educa impreuna cu copiii neauzitori. In plus, au inceput sa trateze aceasta situatie ca pe una normala. Chiar si acum, in pragul scolarizarii, nu-si concentreaza atentia asupra caracterului deosebit al grupei si al experientei sociale prin care au trecut copiii. Ei considera ceea ce li s-a intimplat ca ceva firesc. Or, la 7 ani, toti copiii trebuie sa stie bine a citi si a numara, sa

cunoasca multe lucruri, sa povesteasca interesant despre anumite intimplari si despre cele citite, sa-i sustina pe cei care au dificultati. Dar poate ca asa e corect, si acesta e unul dintre rezultatele cele mai importante ale experimentului nostru?! Completind un formular anonim, propus la plecarea din gradinita, practic toti parintii au scris ca ar fi bine sa existe cit mai multe grupe mixte de acest fel: "in fiecare microraion". Ei afirmau ca, daca ar trebui sa-si inscrie copilul cu auz normal la gradinita, ar prefera o grupa mixta, si nu una obisnuita.

Educatorul din grupa mixta:

Mie mi-a revenit sarcina urmatoare: educind si dezvoltind copiii, sa creez un colectiv unic. La inceput, copiii neauzitori se deosebeau foarte mult de semenii lor: nu vorbeau deloc sau vorbeau prost, practic nu aveau deprinderi de igiena personala, nu stiau a minca si a se juca. Trebuia sa ma ingrijesc in permanenta de comunicarea dintre copiii auzitori si cei hipoacuzici, sa le organizez jocurile, sa-i dirijez. Dar deja spre sfirsitul instruirii in grupa medie ii invatam pe copii sa se inteleaga singuri, de sine statator. Deja ne limitam la supravegherea comunicarii dintre ei, o stimulam, dar nu o mai organizam.

Desigur, era trist cind comunicarea se bloca, iar copiii nu se jucau impreuna. In asemenea cazuri ma invinuiam: n-am izbutit, n-am facut ceva pina la capat, dar ma ambitionam sa gasesc noi modalitati de activizare a comunicarii. E de remarcat ca, desi copiii hipoacuzici comunicau, cum e si firesc, intre ei, chiar din primele zile de aflare in grupa mixta nu s-au separat niciodata de cei auzitori pentru a se juca tuspatriu impreuna.

In timpul activitatilor educationale din partea a doua a zilei (de joc, de arte plastice etc.) mi-a fost de mare ajutor relatia strinsa cu surdopedagogul, care imi dirija activitatea, ma sfatuia cum sa organizez si sa desfasor lectia astfel incit sa fie accesibila si folositoare pentru toti copiii. Cind era necesar, surdopedagogul organiza sedinte pregatitoare cu copiii hipoacuzici, ceea ce ii facea mai activi la lectiile mele, ajutindu-i sa inteleaga tot ce se petrece. La toate orele educatorului a fost folosit pe larg limbajul scris, toata grupa primind adesea sarcini individuale in scris. In asemenea cazuri, pe parcursul primilor trei ani, copiii cu tulburari auditive ii ajutau pe cei cu auz normal, deoarece citeau mai bine.

Ca rezultat al instruirii, am reusit sa formam un colectiv unic, in care copiii deficienti faceau corp comun cu ceilalti, fiind membri cu drepturi depline.

Copiii fara probleme auditive erau foarte atenti cu cei deficienti. Nu s-a intimplat niciodata ca sa-i necajeasca sau sa uite ca la lectia de muzica trebuie sa-i ajute sa-si dea scaunelul mai aproape de pian... Cind copiii neazitori au inceput sa foloseasca limbajul vorbit, am "uitat" pina si noi, pedagogii, de deficienta lor si am incetat sa-i mai menajam: ai facut o boroboata - raspunde, poti - fa singur - invata-i pe altii. Cind s-au adus in grupa patucuri cu doua nivele, la cel de sus, "mai periculos", s-au pomenit baietii. Jocurile copiilor se bazeaza pe interesele lor: fetitele se joaca cu papusile, de-a magazinul (mai ales, de-a magazinul de bijuterii), baietii - cu masinutele, de-a garajul.

Dupa terminarea instruirii experimentale in prima grupa mixta, a fost deschisa - la 1 septembrie 2000 - cea de a doua, de asemenea pentru copii de 3 ani. Ce ii preocupa in acel moment pe pedagogi, care era atitudinea lor fata de continuarea experimentului?

Pedagogul-defectolog din grupa mixta:

Mi-era teama sa incep din nou a lucra intr-o grupa mixta. Prima data e prima data (intelegem ca ii voi putea instrui pe cei 4 copii hipoacuzici nu mai rau decit in grupa speciala). Acum insa vom avea cu ce compara. In plus, multe depind de capacitatile individuale ale copiilor deficienti.

Dar iata ca sint pe sfirsite si cei 4 ani de munca in a doua grupa, din care au facut parte 4 copii cu hipoacuzie si un baietel surd. Componenta acestei grupe s-a dovedit a fi

mai complexa decit componenta grupei precedente. Toti copiii deficienti inasa, instruiti pe intreg parcursul perioadei prescolare, s-au incadrat perfect in colectivul copiilor cu auz bun, asumindu-si adesea rolul de lideri. Ei sint bine pregatiti pentru scoala si, de la anul viitor, pot fi inscrisi, la dorinta parintilor, in institutiile de invatamint general de la locul de trai.

Care grupe sint mai bune? Cred ca pe viitor e important sa pastram si sa dezvoltam atit institutiile de invatamint prescolar special, cit si gradinitele combinate, cu grupe speciale pentru copiii deficienti, dar si cu grupe mixte. In ceea ce priveste ultimele, trebuie sa-si spuna cuvintul nu numai savantii si pedagogii, ci si financiarii. Desigur, pentru multi dintre copiii cu deficiente auditive, o astfel de grupa e cea mai buna modalitate de instruire. Pentru unii inasa - nu. Prima noastra grupa, de exemplu, nu a constituit, din punct de vedere organizational, cea mai eficienta modalitate de instruire pentru fetita din familia de surzi.

CONCLUZII:

In articolul de fata e descrisa prima experienta de instruire a copiilor cu tulburari auditive in conditiile unei grupe mixte in care, alaturi de 4 copii cu dereglari auditive, au fost educati, de la virsta de 3 ani, 10 prescolari cu auz normal. In aceasta grupa au lucrat doi educatori si un pedagog special. Educatia a fost eficienta atit pentru copiii neauzitori, cit si pentru semenii lor cu auz normal.

II. DEPISTAREA, DIAGNOSTICUL SI ASISTENTA PRECOCE

STRATEGIA DE MODERNIZARE A SISTEMULUI DE INVATAMINT SPECIAL - OPORTUNITATEA SI ORGANIZAREA CORECTA A ASISTENTEI PSIHOPEDAGOGICE

N.N. Malofeev, IPC al AIFR

Invatamintul special isi are originea in Europa Occidentala a secolului XVI, cind au fost intreprinse primele incercari de instruire speciala a surdomutilor. La hotarul dintre secolele XVIII-XIX, se deschid institutiile de invatamint pentru surzi si orbi, iar la sfirsitul secolului XIX apar primele clase si scoli pentru copiii cu deficiente mintala. Si abia peste o suta de ani - in debutul secolului XX - se fac primele incercari de instruire si educatie speciala a prescolarilor. Din nou, din motive cunoscute, prioritatea apartinea surdopedagogilor [10]. Compatriotii nostri N.M. Lagovskiy, N.K. Patkanova, F.A. si N.A. Rau vorbeau despre necesitatea unei munci de corectie precoce cu copiii hipoacuzici deja la sfirsitul secolului XIX. Ei au trecut in scurt timp de la vorbe la fapte, astfel incit in 1900, cu efortul N.A. si F.A. Rau, la Moscova apare prima in Europa gradinita pentru copiii cu deficiente auditive, iar in 1904 apar institutiile similare la Petersburg (deschisa de profesorul M.V. Bogdanov-Berezovskiy) si la Kiev, deschisa de surdopedagogul N.K. Patkanova.

In 1929 este editat, intr-un tiraj de 10.000 de exemplare, indrumarul practic al Nataliei Alexandrovna Rau "Pentru mamele copiilor surzi de virsta mica" [14, 15], iar peste doi ani - intr-un tiraj de 5 mii exemplare - brosurata N.A. si F.F. Rau "Pentru mamele copiilor hipoacuzici de virsta mica" [16]. In 1930 Elena Fiodorovna Rau reuseste sa deschida in cadrul sistemului de sanatate o cresa speciala pentru surzi, in care erau primiti copii de 3-6 luni. In acelasi timp se deschid grupe prescolare experimentale pe linga Institutul pentru Surdomuti din Leningrad, iar in 1931 - pe linga

clinica Institutului de Medicina din Perm. Din cauza unor probleme de ordin ideologic si economic, modelele elaborate n-au fost utilizate pentru implementarea in toata tara, dar deja la inceputul anilor '30 surdopedagogii rusi au formulat si constientizat sarcina asistentei precoce ca o directie dintre cele mai importante a cercetarilor stiintifice si practice ale pedagogilor-defectologi.

A fost nevoie insa de mai multe decenii pentru ca in sistemul sovietic de invatamint special sa apara un nou element structural - sistemul de educatie prescolara speciala - si un nou tip de institutie de invatamint - gradinita specializata. Iata ce scrie despre acest eveniment directorul Institutului de Cercetari Stiintifice in domeniul Defectologiei al Academiei de Stiinte Pedagogice a URSS T.A. Vlasova: "In anii '60, in tara noastra a capatat o dezvoltare destul de rapida reseaua de institutii prescolare - initial datorita eforturilor B.D. Korsunskaja, pentru copiii surzi, iar mai apoi pentru copiii cu anomalii de toate categoriile". [3]

Unul dintre pionierii cercetarilor in domeniul depistarii si asistentei precoce a copiilor cu tulburari de auz de la inceputul anilor '70 a fost discipola F.F. Rau - E.I. Leongard (1963-1964). In anii '70-'80 colaboratorii Institutului de Cercetari Stiintifice in domeniul Defectologiei al Academiei de Stiinte Pedagogice a URSS N.D. Smatko si T.V. Pelimskaia desfasoara un ciclu de cercetari experimentale in domeniul depistarii precoce (din primele luni de viata) a tulburarilor de auz si al crearii unui sistem de asistenta corectionala a copiilor din primii ani de viata. Rezultatele instruirii copiilor surzi si cu auz slab au fost uimitoare. Specialistii s-au convins ca, in cazul depistarii precoce, asistentei oportune si organizarii juste a instruirii copilului cu deficiente de auz, acesta *poate atinge* nu doar un nivel mai inalt, ci *calitativ nou de dezvoltare, apropiindu-se de normativele de virsta*. Cercetarile efectuate au demonstrat ca dezvoltarea verbala a circa 25% din copii poate fi adusa in albia normala. [4, 6]

In anii '80 la Institut au inceput experimentele in domeniul asistentei precoce a copiilor cu tulburari de vedere (S.M. Horos, L.I. Solnteva).

Continuind munca experimentală cu copiii surzi si cei cu tulburari de auz, al caror nivel de dezvoltare s-a apropiat de norma datorita unei asistente precoce complexe, surdopedagogii Institutului de Cercetari Stiintifice in domeniul Defectologiei al Academiei de Stiinte Pedagogice au constientizat in mod firesc necesitatea integrarii lor in institutiile de invatamint general si a elaborarilor in domeniu. Astfel, colaboratorii Institutului au inceput investigatiile in aceasta directie cu mult inaintea recunoasterii de catre stat - comanditarul invatamintului special - a importantei integrarii pedagogice (instructive).

Lipsind interesul statului fata de asemenea cercetari (prin urmare si a organelor de conducere din invatamint), rezultatele experimentale in domeniu continuau sa fie discutate si analizate intr-un cerc ingust de savanti. Cercetarile efectuate ii convingeau din ce in ce mai mult pe unii defectologi ca sistemul national de invatamint special are nevoie de o reforma.

La sfirsitul anilor '80, a fost facuta o tentativa de a convinge guvernul de *necesitatea reorganizarii structural-functionale a sistemului de invatamint*. In acest scop a fost elaborat proiectul programului "Asistenta social-psihologica, instruirea si educatia copiilor cu deficiente intelectuale si fizice" (A.G. Asmolov, N.N. Malofeev, V.D. Sadrikov). Drept una din prioritatile programului a fost declarata "Activitatea corectional-pedagogica prescolara cu copiii anomali". In ianuarie 1990, Comitetul de stat pentru invatamintul public al URSS a aprobat proiectul propus in calitate de program complex de stat cu destinatie speciala [19], dar transformarile politice si social-economice din viata tarii nu au permis realizarea lui. Ideea modernizarii structurale a sistemului de invatamint special si-a gasit reflectare in directiile prioritare

ale investigatiilor stiintifice ale Institutului de Pedagogie Corectionala al Academiei Invatamintului din Federatia Rusa (1992). [9]

In debutul anilor '90, Institutul a efectuat o analiza stiintifica sistemica a conditiilor socioculturale care determina devenirea si dezvoltarea sistemelor nationale de invatamint special, etapele de evolutie a lor in retrospectiva istorica (N.N. Malofeev). S-a demonstrat ca periodizarea evolutiei dezvoltarii sistemelor nationale de invatamint special deriva din periodizarea evolutiei atitudinii statului si a societatii fata de copiii invalizi, fata de drepturile lor cetatenesti. [9, 10] Gratie acestei investigatii, a devenit evident ca recunoasterea valorilor societatii civile trebuie sa conduca la crearea unui sistem de educatie speciala de tip nou, care sa asigure:

- depistarea cit mai precoce a necesitatilor educationale speciale ale copilului;
- reducerea maxim posibila a discrepantei dintre momentul depistarii tulburarii primare si inceputul instruirii bine orientate a copilului, care sa includa atat componente specifice, cit si nespecifice;
- includerea obligatorie a parintilor in procesul de instruire incepind cu primii ani de viata ai copilului si pregatirea lor de catre specialisti;
- extinderea duratei de instruire speciala: limita minima - primele luni de viata;
- promovarea intregului complex de sarcini instructive speciale – corectiv-dezvoltative - , care nu intra in continutul instruirii copiilor cu dezvoltare normala de aceeasi virsta;
- existenta unui standard specializat de instruire, care sa stabileasca, pe linga realizările academice, si nivelul competentei de viata a copilului;
- posibilitatea alegerii formelor de organizare a invatamintului special;
- instruirea mai diferentiata, pas cu pas, de care nu e nevoie, de obicei, in cazul copiilor cu dezvoltare normala;
- instruirea diferentiata si individualizata mult mai accentuata decit in invatamintul de masa si organizarea deosebita a mediului de studii. [5, 7]

Una din directiile principale de reconstructie a sistemului autohton de invatamint special trebuie sa devina crearea unui nou element structural - serviciul de asistenta precoce a copiilor cu diverse devieri de dezvoltare. Convingerea noastra in ceea ce priveste necesitatea crearii unei noi temelii a sistemului de invatamint special se bazeaza pe analiza rezultatelor cercetarilor experimentale, care demonstreaza ca, la o interventie precoce, se poate micșora considerabil gradul deficienței sociale a copiilor, se poate atinge un nivel maxim posibil de dezvoltare generala, de instruire si integrare in societate in fiecare caz aparte.

Astfel, sarcina cea mai importanta este actualmente crearea unui sistem de stat flexibil de asistenta precoce complexa a copiilor cu devieri de dezvoltare si a familiilor in care acestia se educa.

Contributia Institutului de Pedagogie Corectionala al Academiei Invatamintului din Federatia Rusa consta in elaborarea asidua si constanta, pe parcursul ultimilor 12 ani, a bazei stiintifico-metodice a sistemului de asistenta precoce a copiilor cu deferite abateri in dezvoltare. O importanta principiala are faptul ca pedagogii-defectologi solutioneaza aceasta problema in cadrul unei colaborari strinse cu medicii, fiziologii si psihologii, dezvoltind si consolidind abordarea complexa - traditionala pentru scoala stiintifica rusa - a cercetarilor legate de asistenta copiilor deficienti si de instruirea acestora.

Un mare rol in solutionarea eficienta a problemelor depistarii precoce (de la 0 pina la 3 ani) si asistentei corectionale psihopedagogice oportune a copiilor cu tulburari senzoriale congenitale au avut investigatiile electroencefalografice a mecanismelor centrale de tulburare a functiilor senzoriale. [18] Complexele investigatii

electrofiziologice si pedagogice au condus la elaborarea metodelor de evaluare a gradului si caracterului tulburarilor perceptiei auditive si vizuale; a metodelor de combinare a protezarii auditive precoce si a corectiei oftalmologice cu sistemul de activitati corectionale speciale de dezvoltare a perceptiei auditive sau vizuale (L.A. Novikova, N.N. Zislina, L.P. Grigorieva, L.I. Filcikova, Z.S. Alieva, N.V. Ribalko, V.A. Tolstova, M.E. Bernadskaia). A fost deschisa calea pentru experimente pedagogice ale caror rezultate arunca o lumina noua asupra chestiunilor traditionale ale teoriei psihologiei speciale despre raportul dintre general si specific in ontogeneza functiilor psihice superioare, despre nivelurile absolute si relative ale perioadelor senzitive, despre conditiile si limitele legate de preintimpinarea tulburarilor secundare in dezvoltarea functiilor psihice superioare.

In ultimul deceniu, la Institut a avut loc un sir de cercetari teoretice si experimentale importante, ale caror rezultate deja se bucura de o larga implementare. Astfel, cercetarile in domeniul depistarii precoce si al corectiei medico-psihopedagogice a functiei auditive au aratat ca exercitarea unei influente pedagogice bine determinate in primul an de viata conduce la rezultate principial diferite in comparatie cu cele obtinute in urma muncii de corectie la virsta de 2-3 ani. [4, 6] Experienta indelungata de utilizare timpurie a programelor si metodelor de corectie complexa, elaborate in cadrul Institutului, demonstreaza ca:

15 la suta din copiii cu forme severe de hipoacuzie sau chiar surzi la virsta de 3-5 ani se apropie maximal - nu doar ca nivel de dezvoltare generala, ci si verbala - de copiii cu auz normal, ceea ce permite organizarea instruirii lor integrate in mediul copiilor auzitori fara o asistenta specializata permanenta;

10 la suta din copii obtin posibilitatea de a invata in scoala de masa, beneficiind de asistenta sistematica permanenta a surdopedagogului;

60 la suta din copii pot sa invete ulterior in scoli pentru copii cu probleme de auz.

S-a demonstrat ca asistenta corectionala precoce are o importanta deosebita pentru copiii surzi sau hipoacuzici care prezinta si alte deficiente (de exemplu, tulburari vizuale, mentale, locomotorii). Pina nu demult asemenea copii ramineau, de regula, in afara sistemului de instruire speciala. Astazi, datorita acordarii precoce a asistentei corectionale, multi dintre ei sint in stare sa invete in institutiile speciale (N.D. Smatko, T.V. Pelimskaia).

Au fost generalizate rezultatele unui experiment cu o durata de mai multi ani, orientat spre elaborarea unei abordari originale a formarii laturii vocal-ritmice a vorbirii prescolarilor surzi sau cu auzul slab, bazata pe folosirea ritmicii verbale. Aceasta abordare permite formarea unei vorbiri inteligibile si chiar destul de naturale, care poate sa le serveasca drept un mijloc sigur de comunicare cu oamenii auzitori (N.D. Smatko, O.O. Novikova).

Rezultatele cercetarilor efectuate de colaboratorii Institutului in comun cu Centrul Stiintific de Audiologie si Protezare Acustica al Ministerului Sanatatii al Federatiei Ruse au stat la baza crearii unui sistem unic de depistare precoce si de corectie a functiei auditive la copiii de 0-3 ani, aprobat de Ministerul Sanatatii al Federatiei Ruse (ordinul nr. 108 din 29.03.1996).

Sistemul unic de depistare precoce (din perioada neonatala) a copiilor cu tulburari de auz prevede:

- depistarea copiilor cu factori de risc hipoacuzic in maternitati;
- supravegherea dispensarizata a acestor copii la policlinicile de la locul de trai si screeningul auzului la virsta de 1 luna, 2 luni, 4 luni, 6 luni, 12 luni;
- examinarea audiologica si surdopedagogica aprofundata a copilului suspectat de o tulburare auditiva in cabinetele surdologice.

În cadrul acestui sistem asistentă complexă de corecție începe din momentul constatării la micuț a pragului de auz. Asistentă psihopedagogică e acordată copiilor cu tulburări auditive în cabinetele (secțiile, centrele) surdologice și în grupele de instruire la domiciliu sau cu aflare temporară de la instituțiile de învățământ prescolar special (corecțional) pentru copiii surzi și hipoacuzici. Cabinetele surdologice acordă asistentă medico-psihopedagogică de corecție pentru copiii de până la 1 an, de regulă, o dată pe lună. Începând cu vârsta de 1 an, copiii care nu frecventează o instituție specială se ocupă cu pedagogul o oră pe săptămână. În grupele de instruire la domiciliu și de aflare temporară supravegherea copiilor de până la 1 an are loc, în măsura posibilităților, acasă; după 1 an copiii pot face sedințe cu specialistul de 2-3 ori pe săptămână. Dacă familia copilului locuiește departe de instituția care acordă asistentă, părinții pot veni de 2-3 ori pe an pentru sedințe zilnice de o săptămână sau două, la care să fie familiarizați cu metodele de lucru cu copilul și să obțină consilierea de care au nevoie. [8]

Modul de organizare a depistării precoce și asistentei precoce de corecție a copiilor cu tulburări de auz poate servi drept model de intervenție precoce în dezvoltarea copiilor cu alte deficiențe (intelectuale, senzoriale, emotionale, motorii, verbale).

Drept exemplu graitor de eficiență a asistentei precoce poate servi sistemul de lucru cu copiii sugari care prezintă deficiențe psihomotorii de la casele de copii, sistem elaborat în cadrul Institutului. Rezultatele investigației experimentale au arătat că asistentă precoce și complexă de corecție pedagogică acordată copiilor orfani a condus la normalizarea evoluției psihice a 28 la sută din copii și la obținerea unor schimbări pozitive în ritmul de dezvoltare a celorlalți micuți spre sfârșitul primului an de viață (I.A. Razenkova). Au fost propuse cai de realizare a conținutului programului în ceea ce privește munca de corecție cu copiii de această vârstă prin intermediul activităților individuale. A fost demonstrată posibilitatea și necesitatea de a varia conținutul, tactica și structura sedințelor individuale, durata lor în funcție de caracterul tulburării, de starea actuală de sănătate a copilului, de reacțiile comportamentale și de posibilitățile individuale. S-a demonstrat că în cazul acestor copii privați de cămin familial, influența pedagogică complexă exercitată asupra lor la sedințele individuale trebuie să fie orientată la îmbogățirea contactelor emotionale și personale ale copiilor cu adulții și semenii lor, la satisfacerea necesităților copiilor în ceea ce privește atenția binevoitoare a maturilor (care să se transforme mai apoi în colaborare), impresiile pozitive, cunoașterea lumii materiale. A fost elaborată și prezentată metoda jocurilor corecțional-dezvoltative care pot fi folosite la sedințele individuale cu copiii în primele 6 luni de viață atât în familie, cât și în instituțiile speciale (I.A. Razenkova, I.A. Virodova). [2. 13]

În contextul proiectării sistemului asistentei psihopedagogice precoce capătă o importanță deosebită crearea instrumentelor de depistare a devierilor mintale la copii.

A fost elaborat și susținut pe larg modul de abordare a procesului de depistare a tulburărilor psihice la copiii de vârstă timpurie și prescolară, care ia în calcul neoformările psihologice caracteristice, nivelul de dezvoltare a activității dominante și formelor tipice de activitate a copiilor în fiecare perioadă de vârstă. O asemenea abordare permite nu doar depistarea devierilor psihice, ci și stabilirea căilor de reabilitare psihopedagogică precoce (E.A. Strebeleva). [17] Instrumentarul diagnostic de autor a fost aprobat experimental și se utilizează pe larg de specialiștii Consultărilor Psiho-Medico-Pedagogice din multe regiuni ale Federației Ruse.

Un aspect important al asistentei pedagogice a copiilor de vârstă mică și prescolară este educația în familie, elaborarea tipurilor și modalităților de interacțiune a familiei și specialiștilor în cadrul sistemului de asistentă corecțională a prescolarilor cu deficiențe. În timpul investigațiilor experimentale în acest domeniu au fost studiate

modalitatile pedagogice si organizationale de includere a parintilor in realizarea programelor individuale de instruire corectional-dezvoltativa elaborate de specialisti, au fost aprobate diferite modalitati de interactiune a familiei cu sistemul de asistenta corectionala. Au fost determinate sarcinile asistentei psihologice a familiei si aspectele cele mai importante ale activitatii profilactice cu parintii copilului problematic. Au fost elaborate directiile de activitate a asistentei parentale, orientate spre formarea unei atitudini adecvate a parintilor fata de copil, spre insusirea de catre acestia a unor modalitati eficiente si accesibile de interactiune cu el (E.R. Baenskaia, Z.M. Dunaeva, A.B. Zakrepina, M.M. Libling, G.A. Misina, O.K. Nikolskaia, L.I. Plaksina, O.G. Prihodko, E.A. Strebeleva, G.V. Cirkina s.a.). [1, 2, 12, 17, 18]

In ultimii ani au loc investigatii aprofundate ce tin de aspectele cele mai dificile ale etapelor timpurii ale ontogenezei – dezvoltarea afectiva (emotionala) timpurie. Au fost analizate tendinte ingrijoratoare de dezvoltare emotionala a copilului in primii doi ani de viata, caracterizate prin dificultati serioase de interactiune afectiva cu lumea din jur, fiind evidentiate cele semnificative din punct de vedere diagnostic. A fost demonstrata necesitatea observarii dinamice si studierii longitudinale a tendintelor patologice in sfera emotionala, a transformarii lor in simptome caracteristice autismului infantil precoce, care devin evidente abia in al patrulea an de viata al copilului autist. Au fost analizate si descrise cele mai caracteristice probleme de comportament ale copilului cu autism precoce si, lucru foarte important, a fost propusa o abordare diferentiata a deficientelor afective ale copiilor autisti, menita sa le diminueze (E.R.Baenskaia, O.K.Arsatskaia).

Au fost generalizate datele unei investigatii de mai multi ani menite sa stabileasca locul holding-terapiei in corectia complexa a autismului infantil precoce. A fost propusa o metodica modificata de holding-terapie, fiind descris mecanismul de includere a ei in sistemul general de asistenta corectionala a copilului autist. S-a constatat, pe baza longitudinii, ca in urma holding-terapiei parintii copilului autist isi dezvoltă contactele cu copilul, lucrind creator asupra unor forme mai complexe de interactiune cu el (M.M.Libling). [1,2]

Pe baza unei abordari care presupunea o interactiune strinsa intre asistenta curativ-recuperatorie si cea corectional-educativa in institutiile prescolare speciale pentru copiii cu tulburari de vedere, a fost stabilita pentru prima data directia corectionala a activitatilor de dezvoltare a vorbirii si de orientare in spatiu a copiilor de virsta mica, legata de necesitatea activizarii diferitelor componente ale perceptiei vizuale. A fost elaborat si fundamentat continutul activitatilor corectionale orientate spre insusirea mijloacelor neverbale de comunicare de catre prescolarii cu tulburari vizuale, au fost elaborate si aprobate materiale ilustrative care sa-i ajute pe copiii cu deficiente vizuale sa insuseasca miscarile expresive ale fetei si corpului (L.I.Plaksina, I.G.Kornilova, I.V.Novicikova s. a.).

Pe baza cercetarii legitatilor generale si particularitatilor specifice de dezvoltare a copiilor cu tulburari de vorbire au fost determinati indicii diagnostici ai deficientei verbale precoce, au fost fundamentate directiile influentei preventive si corectionale in cadrul grupelor specializate de la gradinite. In urma unui experiment de instruire a unor copii de 2-4 ani a fost elaborat un set de documente metodice: un proiect de program, planuri tematice, conspecte ale activitatilor logopedice (G.V. Cirkina, I.V. Karpuhina, L.P. Savina, A.V. Sencilo).

Institutul nostru, Academia Invatamintului din Federatia Rusa si Ministerul Invatamintului al Federatiei Ruse au inteles necesitatea crearii unui sistem de stat flexibil de asistenta complexa precoce a copiilor cu deficiente si a familiilor care-i educa. Ca rezultat, a fost infiintat, pe linga Institutul de Pedagogie Corectionala al

Academiei Invatamintului din Federatia Rusa, "Centrul de diagnostic precoce si asistenta speciala a copiilor cu deficiente" - institutie stiintifica de stat menita sa coordoneze si sa uneasca eforturile tuturor organizatiilor competente.

Desfasurind modernizarea sistemului de invatamint special in conditii economice deloc usoare si in lipsa unei legi a invatamintului special, e important sa dezvoltam sistemul fara obisnuitele pentru Rusia distrugerii revolutionare si fara o copiere oarba a modelului apusean de "interventie precoce", care a fost creat si functioneaza cu succes in alt context social-istoric, cultural, legislativ si economic. Incercarile de a ignora realitatea vor conduce neaparat la pierderi irecuperabile: sistemul va suporta un recul regretabil, iar copiii nu vor mai putea beneficia de o reabilitare de nivelul celei de la inceputul anilor '90 ai secolului trecut. Practicile pozitive din Occident pot fi utilizate cu succes doar adaptandu-le la realitatea din Rusia.

Consiliul stiintific al Institutului e ferm convins ca sarcina pusa in fata sa poate fi indeplinita, dupa cum spunea M.M. Bahtin, printr-o colaborare creatoare a celor implicati, prin concentrarea eforturilor tuturor specialistilor care se ocupa de problemele micii copilarii.

DEZVOLTAREA SISTEMULUI DE ASISTENTA PRECOCE A COPIILOR CU POSIBILITATI LIMITATE DE SANATATE IN FEDERATIA RUSA. PROBLEME SI PERSPECTIVE

I. A. Razenkova, IPC al AIFR

Pe la mijlocul anilor '90 ai secolului trecut, Ministerul Invatamintului al Federatiei Ruse a declarat drept prioritara sarcina crearii sistemului de asistenta precoce a copiilor cu probleme in dezvoltare in cadrul invatamintului prescolar special.

Sistemul de diagnostic precoce si asistenta speciala e chemat sa acorde asistenta psihopedagogica copiilor cu dereglari in dezvoltare, parintilor acestora si specialistilor. Functionind in toata tara, el va oferi fiecarei familii posibilitatea de a face un diagnostic medico-psiho-pedagogic, care sa stabileasca necesitatile psihologice si educationale speciale ale copilului. Sistemul dat va crea conditii pentru depasirea sau corectia tulburarilor de dezvoltare a copilului din primele zile de viata.

De remarcat ca in ultimii ani au aparut un sir de conditii importante pentru crearea sistemului federal de asistenta precoce. La nivel de stat, s-au luat un sir de hotariri de importanta principiala (au fost ratificate Conventii ONU, are loc discutarea Legii despre invatamintul special si a multor altor legi si acte normative despre invalizi), au fost inregistrate practici si initiative regionale, au fost obtinute rezultate importante in domeniul unor cercetari stiintifice de peste 20 de ani, care demonstreaza necesitatea si actualitatea crearii sistemului de diagnostic precoce si corectie a devierilor in dezvoltare. Nivelul inalt al elaborarilor stiintifice legate de problema diagnosticului si corectiei deficientilor la anteprescolari si prescolari permite transformarea rapida a acestora in tehnologii de asistenta precoce a copilului cu probleme si a familiei sale, in module de formare si reciclare a cadrelor.

Dar, cu toate ca a fost constientizata necesitatea, utilitatea economica si dimensiunea umana a asistentei precoce a copiilor cu probleme in dezvoltare, Rusia nu dispune inca de un sistem unitar de stat care sa asigure solutionarea acestei sarcini.

In scopul elaborarii si implementarii sistemului national de diagnostic precoce a deficientelor infantile si a asistentei psihopedagogice si medico-sociale a copiilor cu dereglari, Ministerul Invatamintului al Federatiei Ruse a creat, pe baza Institutului de Pedagogie Corectionala al Academiei Invatamintului din Federatia Rusa, institutia stiintifica de stat "Centrul de diagnosticare precoce si asistenta speciala a copiilor cu

devieri depistate in dezvoltare" (Hotarirea Colegiului Ministerului Invatamintului din Rusia din 9 februarie 1999, Ordinul nr. 575 din 18.10.1999).

Iata care sint directiile principale de activitate a Centrului:

- exercitarea functiei de organizator si coordonator federal;
- efectuarea cercetarilor cu caracter stiintific si metodic;
- elaborarea esalonata a programelor federal si regionale de diagnostic precoce si asistenta speciala;
- culegerea, analiza, acumularea, prezentarea si diseminarea informatiei;
- expertiza elaborarilor stiintifice in domeniul diagnosticului precoce si asistentei speciale a copiilor cu abateri in dezvoltare;
- organizarea instruirii si reciclarii cadrelor.

Unul dintre rezultatele cele mai importante ale activitatii Centrului in etapa initiala a fost elaborarea proiectului Programului de creare a unui sistem de stat unic de depistare timpurie (din primele luni de viata) si asistenta speciala precoce a copiilor cu abateri in dezvoltare, care a fost inclus in Programul Ministerului Invatamintului din Federatia Rusa "Dezvoltarea psihologiei practice in sistemul invatamintului" (2003-2010). Proiectul Programului a fost necesar pentru determinarea strategiei si tacticii de creare a sistemului de asistenta precoce in invatamint, pentru stabilirea sarcinilor imediate si celor de perspectiva, pentru stabilirea etapelor principale si a succesiunii lor. Se prevedeau urmatoarele sarcini:

1. examinarea chestiunii depistarii precoce si asistentei precoce complexe a copiilor cu abateri in dezvoltare si crearea unei baze informationale sigure pentru elaborarea strategiei;
2. determinarea metodologiei si elaborarea principiilor de creare a unui model de baza al sistemului de depistare si asistenta complexa precoce a copiilor cu diferite abateri in dezvoltare;
3. determinarea principiilor de creare a unor modele flexibile pornind de la modelul de baza;
4. proiectarea modelului de baza al sistemului de stat unic de depistare precoce si asistenta speciala a copiilor cu diferite abateri in dezvoltare;
5. elaborarea stiintifico-metodica a verigilor tehnologice lipsa in modelele existente pornind de la modelul de baza;
6. proiectarea, pe baza modelului general, a unor variante de modele, specifice diferitelor categorii de copii cu dereglari in dezvoltare si diferitelor conditii regionale;
7. verificarea experimentală a modelelor sistemului unic de depistare si asistenta precoce a copiilor cu dereglari in dezvoltare cu scopul perfectionarii mecanismelor de interactiune dintre diferitele componente structurale ale sistemului;
8. perfectionarea modelelor sistemului unic pe baza rezultatelor aprobarii experimentale;
9. crearea tuturor conditiilor pentru implementarea reala a sistemului unic elaborat (asigurarea cadrului normativ-legislativ, pregatirea specialistilor, asigurarea informationala, metodică si tehnologica, formarea unei atitudini adecvate a societatii fata de chestiunea depistarii si asistentei precoce a copiilor cu abateri in dezvoltare);
10. elaborarea unui Program de stat, continuu si esalonat, de masuri menite sa asigure implementarea sistemului unic de depistare si asistenta precoce a copiilor cu abateri in dezvoltare pe tot teritoriul Federatiei Ruse.

Centrul a organizat discutii interdepartamentale pe marginea proiectului de Program in toate regiunile tarii si monitorizarea activitatii serviciilor existente de asistenta precoce a copiilor cu probleme in dezvoltare.

Cele mai ample si pline de continut au fost informatiile prezentate de Comitetul Invatamintului al Administratiei regiunii Amur, de Ministerul Invatamintului Public al Republicii Baskortostan, de Departamentul Invatamintului din regiunea Kemerovo, de Comitetul Invatamintului al Administratiei regiunii Samara, de Comitetul Invatamintului din or. Sankt Petersburg, de Departamentul Invatamintului din regiunea Iaroslavl, de Directia Invatamintului din Veliki Novgorod.

Avizele pozitive si aprecierea data de experti proiectului de Program indica o vie cointeresare a specialistilor si structurilor guvernamentale in ceea ce priveste intensificarea activitati de diagnosticare si reabilitare a copiilor cu dereglari in dezvoltare de virsta mica, precum si necesitatea acuta de asemenea servicii in multe din regiunile tarii.

Discutiile pe marginea proiectului de Program si materialele obtinute in urma monitorizarii serviciilor de asistenta precoce care functioneaza in subiectele Federatiei Ruse ne-au permis sa facem o analiza prealabila a atitudinii specialistilor organelor de conducere a invatamintului din subiectele Federatiei Ruse fata de crearea sistemului de asistenta precoce si sa formulam cererea sociala in acest sens, pentru o realizare cit mai eficienta a politicii regionale in domeniul modernizarii invatamintului.

Majoritatea specialistilor organelor de conducere a invatamintului din subiectele Federatiei Ruse recunosc actualitatea si necesitatea crearii urgente a sistemului de stat de asistenta precoce in tara noastra. Aceasta necesitate este dictata in regiuni, pe de o parte, de cota tot mai scazuta de copii nascuti sanatosi, maturi din punct de vedere fiziologic, ceea ce conduce la o invalidizare crescinda a populatiei infantile, la cresterea numarului de orfani sociali, iar pe de alta parte - de cresterea cheltuielilor pentru invatamintul special prescolar si scolar in etapa actuala de dezvoltare a statului.

In plus, necesitatea crearii sistemului de diagnostic precoce si corectie a dereglarilor in dezvoltare e constientizata de specialistii organelor de conducere a sanatatii si protectiei sociale din subiectele Federatiei Ruse, precum si de specialistii din ramurile adiacente ale stiintei si practicii, gata sa infaptuiasca interactiunea interdisciplinara in aceasta sfera.

Este recunoscuta importanta deosebita si perspectivele activitatii serviciilor de asistenta precoce.

Potrivit rezultatelor monitoringului efectuat, in anii 1999-2002 au fost create peste 40 de centre si servicii de asistenta precoce a copiilor cu probleme de dezvoltare in Republica Baskortostan, regiunile Iaroslavl, Kemerovo, Samara, Leningrad, Novgorod, in orasele Sankt Petersburg, Moscova, etc. Aceste centre au fost create la initiativa organelor de conducere a invatamintului din subiectele Federatiei Ruse in colaborare cu organele de conducere a sanatatii si organele de protectie sociala ale subiectelor Federatiei Ruse cu suportul Ministerului Invatamintului din Rusia si concursul institutiei stiintifice de stat "Centrul de diagnosticare precoce si asistenta speciala a copiilor" a Ministerului Invatamintului din Rusia.

La o analiza mai detaliata s-a constatat ca au fost adoptate programe de diagnosticare precoce si asistenta a copiilor cu deficiente in Sankt Petersburg, Moscova, regiunile Samara si Novgorod.

Programul social "Abilitarea sugarilor", elaborat la Sankt Petersburg, poate servi drept model de asistenta timpurie a familiei si a copiilor din grupele de risc pentru orasele industriale. In 1998 programul a devenit parte componenta a programului social al Sankt Petersburgului "Copiii invalizi". Responsabilitatea pentru realizarea programului si-a asumat-o Comitetul Muncii si Protectiei Sociale a Populatiei, finantarea facindu-se din contul bugetului orasenesc.

In scopul crearii conditiilor pentru reabilitarea complexa si calitativa a copiilor cu probleme si pentru o cit mai buna integrare a lor in societate, Departamentul Invatamintului si Stiintei din regiunea Samara a initiat elaborarea programului regional interdepartamental cu destinatie speciala "Reabilitarea" (adoptat prin legea regiunii Samara nr. 44-GD din 15 iunie 2001), unul din compartimentele cele mai importante ale caruia este asistenta precoce a copilului cu probleme. In prezent in regiunea Samara functioneaza un laborator regional si 4 servicii teritoriale de asistenta precoce. Se presupune ca spre sfirsitul programului va fi creat un sistem alcatuit din 12 servicii teritoriale, care va satisface necesitatile intregii populatii din regiune.

Comitetul Invatamintului din regiunea Novgorod, elaborind programul regional de dezvoltare a invatamintului pe 2001-2005, a planificat crearea unui sistem regional de asistenta a copiilor cu necesitati speciale care sa deserveasca nu doar persoanele din Veliki Novgorod, ci si din centrele raionale. In prezent pe teritoriul regiunii Novgorod functioneaza 7 institutii de asistenta a copiilor de virsta mica.

De citiva ani, la Veliki Novgorod are loc verificarea unui model de asistenta infantila precoce destinat oraselor de marime medie din Federatia Rusa. Institutii pilot ale acestui serviciu sint "Consultatia psiho-medico-pedagogica" (institutie municipala de invatamint) si "Centrul de dezvoltare timpurie a copilului" (institutie neguvernamentala de invatamint).

Apar tot mai multe servicii orientate spre asistenta copiilor cu probleme si a familiilor acestora in localitatile satesti (in regiunile Novgorod, Samara s.a.).

A fost acumulata o experienta remarcabila in ceea ce priveste consilierea familiilor cu copii-problema de virsta mica in institutiile din Moscova (Centrul Consultativ-Diagnostic al Institutului de Pedagogie Corectionala al Academiei Invatamintului din Federatia Rusa; institutia stiintifica de stat "Centrul de Diagnostic Precoce si Asistenta Speciala" al Ministerului Invatamintului din Rusia; Centrul Psiho-Medico-Social al districtului de nord al or. Moscova; Centrul "Malis" ("Micutul"), Centrul de Pedagogie Curativa; Centrul de Asistenta Precoce "Downsite Up" s.a.), in institutiile din Sankt Petersburg (institutia neguvernamentala de instruire si perfectionare "Institutul de Interventie Precoce din Sankt Petersburg"; Centrul de Asistenta Psiho-Medico-Sociala al raionului Kalinin din or. Sankt Petersburg; Centrul de Abilitare a Copiilor cu Tulburari Vizuale s.a.).

Practica regionala si experienta unor institutii aparte ne permit sa evaluam deja in etapa actuala eficienta activitatii serviciilor de asistenta precoce. Cele mai importante rezultate sint micsorarea numarului de copii de 3-4 ani care necesita instruire prescolara speciala (corectionala); cresterea numarului de copii integrati in institutiile de invatamint general; imbunatatirea semnificativa a procesului de adaptare sociala a copiilor invalizi; posibilitatea de a crea mediul informational adecvat pentru activitatea cu caracter profilactic in cadrul familiilor cu copii din grupurile de risc social si medical; posibilitatea antrenarii active a parintilor si a intregii familii in procesul de asistenta corectionala a copilului; posibilitatea organizarii unei integrari armonioase a copiilor cu abateri de dezvoltare prin intermediul sistemului de asistenta precoce.

Este recunoscuta necesitatea si utilitatea economica a includerii sistemului de asistenta precoce in sistemul existent de instruire prin extinderea atributiilor institutiilor de invatamint.

Potrivit analizelor efectuate, elementele de sprijin ale sistemului pe care il edificam in regiuni sint centrele psiho-medico-sociale, centrele de reabilitare, comisiile psiho-medico-pedagogice, grupele cu aflare temporara din institutiile de invatamint general si special (corectional) de nivel regional, municipal si orasenesc. Aceste institutii sint organizate tinindu-se cont de posibilitatile economice din regiune, de

conditiile si traditiile locale, fiind plasate cit mai aproape de locul de trai. In ele e antrenat si un mare numar de specialisti de calificare inalta. Toate acestea ne permit sa ajustam sistemul de asistenta complexa precoce la structurile existente fara a crea alte structuri educationale.

Interactiunea interdepartamentala trebuie sa devina in regiuni mecanismul principal de realizare a programului de creare a sistemului de asistenta precoce a copiilor cu probleme de dezvoltare. Monitoringul efectuat a demonstrat insa ca, la nivel de politica regionala, aceasta teza nu are decit un nivel declarativ. In timpul de fata, in multe regiuni se observa clar o tendinta de izolare interdepartamentala, conditionata de taraganarea procesului de elaborare a unei abordari unice a strategiei si tacticii de dezvoltare a sistemului de asistenta precoce de catre trei ministere cointeresate: Ministerul Invatamintului, Ministerul Muncii si Ministerul Sanatatii din Rusia.

Consideram ca adoptarea programelor regionale si realizarea unor sisteme-model de asistenta precoce in anumite regiuni trebuie sa asigure, in primul rind, elaborarea unor masuri concrete de interactiune interdepartamentala a diferitelor structuri cointeresate atit in adaptarea sociala si integrarea in societate a copiilor cu probleme, cit si in folosirea rationala a bugetului regional.

Iata care sint conditiile de implementare a sistemului de depistare si asistenta precoce a copiilor cu abateri in dezvoltare in Federatia Rusa:

- elaborarea cadrului normativ-legislativ;
- crearea sistemului de pregatire si reciclare a cadrelor;
- asigurarea suportului metodic si tehnologic pentru asistenta precoce.

O conditie de maxima importanta in procesul de creare a sistemului de asistenta precoce este pregatirea si reciclarea cadrelor. Analiza comparativa a starii reale de lucruri si a perspectivelor din domeniul instruirii profesionale si al reciclarii pedagogilor si psihologilor pentru sistemul de stat in curs de formare de diagnostic precoce si asistenta speciala a copiilor cu probleme in dezvoltare a aratat ca doar unele catedre ale facultatilor de defectologie si de psihologie de la Universitatile din Sankt Petersburg si Moscova au inceput instruirea studentilor in ceea ce priveste asistenta copiilor de virsta mica:

- la Facultatea de Pedagogie Corectionala a Universitatii Pedagogice de Stat "A.I.Herten" se pregatesc surdopedagogi pentru asistenta sugarilor si a copiilor de virsta mica cu deficiente de auz (a fost creata si se realizeaza programa unui curs special);

- la Facultatea de Psihologie a Universitatii de Stat din Sankt Petersburg a fost aprobata o noua specializare – "Psihologia clinica a perioadei de sugar si a perioadei anteprescolare" – pentru studentii de la specialitatea "Psihologia clinica" (a fost elaborat planul de studii al specializarii date, care include 8 cursuri principale, au fost create si se realizeaza programele cursurilor respective);

- la Facultatea de Defectologie a Universitatii Pedagogice orasenesti din Moscova a inceput elaborarea programelor de instruire a studentilor pentru asistenta copiilor cu abateri in dezvoltare de virsta mica;

- la Facultatea de Defectologie a Universitatii Pedagogice de Stat din Moscova a fost deschisa cu mai bine de 10 ani in urma prima catedra de defectologie si psihologie prescolara; studentii acestei catedre sint pregatiti in cadrul unor cursuri speciale pentru munca cu copiii de virsta mica; catedra respectiva este un model pentru multe facultati de defectologie din tara care au inceput instruirea studentilor pentru asistenta copiilor de virsta mica si prescolara;

- la Facultatea de Psihologie a Universitatii de Stat "M.V.Lomonosov" din Moscova au fost elaborate, pentru studentii de la specialitatile "Psihologia clinica" si "Psihologia virstelor", cursuri speciale care abordeaza problematica virstei mici, a relatiilor dintre parinti si copii, a tulburarilor emotionale la copiii de virsta mica; cu toate ca se acorda, in cadrul cursurilor generale, o mare atentie virstei de sugar si celei anteprescolare ca perioade deosebite in dezvoltarea copilului, nu exista inca o specializare in domeniul virstei mici;

- la Catedra de pedagogie corectionala si psihologie speciala a Facultatii de Psihologie a Universitatii Academiei Invatamintului din Federatia Rusa se predau cursurile speciale "Depistarea precoce si corectia pedagogica precoce a abaterilor in dezvoltare" si "Tulburarile emotionale la copiii de virsta mica"; au fost elaborate programe in acest scop, materiale metodice pentru cursurile speciale; se acorda o mare atentie problemelor micii copilarii la cursurile generale de psihologie, de tiflo- si oligopsihologie etc.

Astfel, apreciind pozitiv inceputul pregatirii studentilor pentru activitatea cu copiii de virsta mica, trebuie sa remarcam totusi ca aceasta pregatire se face episodic si doar in unele institutii de invatamint superior.

O atentie mult mai mare se acorda reciclarii cadrelor – instruirii in domeniul depistarii precoce a abaterilor in dezvoltare si continutului, metodicii si organizarii corectiei medico-psiho-pedagogice precoce si complexe a pedagogilor si psihologilor care deja lucreaza in sistemele invatamintului, ocrotirii sanatatii si protectiei sociale. Dar si acest lucru se face doar de unele institutii si centre practice din Moscova si Sankt Petersburg. De exemplu, Institutul de Pedagogie Corectionala al Academiei Invatamintului din Federatia Rusa desfasoara, traditional, o vasta activitate practica cu copiii sugari si cei de virsta anteprescolara; grupele experimentale servesc drept baza pentru organizarea de stagii permanente la locul de munca. In plus, la Institut se organizeaza sistematic cursuri si seminare de ridicare a calificarii specialistilor angajati in serviciile de asistenta precoce, in grupele cu aflare temporara de la institutiile prescolare pentru copii cu abateri in dezvoltare, in centrele psiho-pedagogice si medico-sociale, in comisiile psiho-medico-pedagogice etc. Au fost elaborate programele a 13 cursuri din domeniul pedagogiei corectionale si al psihologiei speciale, care fie sint consacrate in intregime muncii cu copiii de virsta mica, fie aceasta problematica constituie compartimentul de baza al unor cursuri speciale (de exemplu, "Corectia pedagogica a tulburarilor auditive la sugari si la copiii de virsta mica", "Diagnosticul psiho-pedagogic si corectia abaterilor in dezvoltare la anteprescolari si prescolari"). Cursurile si seminarele pentru specialistii din regiuni au loc atit la Institut, cit si in teritoriu.

La institutia stiintifica de stat "Centrul de diagnosticare precoce si asistenta speciala a copiilor cu abateri depistate in dezvoltare" al Ministerului Invatamintului din Rusia se lucreaza in permanenta cu sugarii, copiii de virsta mica si cu familiile acestora. Centrul organizeaza sistematic stagii de una sau doua saptamini, in timpul carora specialistii se familiarizeaza cu activitatea practica. In plus, au fost elaborate si se desfasoara 14 cursuri de ridicare a calificarii in domeniul unor probleme diferite ale asistentei precoce (in comun cu Institutul de Pedagogie Corectionala al Academiei Invatamintului din Federatia Rusa).

In institutia neguvernamentala de ridicare a calificarii "Institutul de Interventie Precoce" au fost elaborate programe de instruire orientate spre ridicarea calificarii specialistilor angajati in serviciul de interventie precoce si spre instruirea unor echipe interdisciplinare pentru acest serviciu; institutia data organizeaza in permanenta cursuri de ridicare a calificarii atit la institut, cit si in diferite regiuni ale tarii; adapteaza si

promoveaza modele occidentale de depistare si asistenta precoce a copiilor cu diferite abateri in dezvoltare.

Pregatirea si reciclarea specialistilor necesita elaborarea suportului metodic al depistarii precoce si al corectiei psiho-pedagogice precoce a abaterilor in dezvoltare. Activitatea Institutului de Pedagogie Corectionala al Academiei Invatamintului din Federatia Rusa, a institutiei stiintifice de stat "Centrul de diagnosticare precoce si asistenta speciala a copiilor cu abateri depistate in dezvoltare" a Ministerului Invatamintului din Rusia si a Institutului de Interventie Precoce (Sankt Petersburg) e orientata spre crearea unor diverse materiale metodice si a unor noi tehnologii informatonale atit pentru munca cu micutii si cu familiile lor, cit si pentru instruirea si reciclarea specialistilor. In materialele metodice autorii sau popularizeaza cele mai populare tehnologii apusene (Institutul de Interventie Precoce din Sankt Petersburg), sau generalizeaza rezultatele investigatiilor stiintifice de mai multi ani (Institutul de Pedagogie Corectionala al Academiei Invatamintului din Federatia Rusa si institutia stiintifica de stat "Centrul de diagnosticare precoce si asistenta speciala a copiilor cu abateri depistate in dezvoltare" a Ministerului Invatamintului din Rusia). Directia a doua, dupa parerea noastra, are perspective mai bune. De aceea ne vom opri pe scurt la productia din ultimii trei ani (2001-2003) a Institutului de Pedagogie Corectionala si a Centrului amintit:

Depistarea precoce si corectia pedagogica a deficientelor auditive (CD-ROM). Autori: O.I. Kukuskina, T.K. Korolevskaia, N.D. Smatko. A fost elaborata o versiune de lucru a unei noi tehnologii informatonale in domeniul depistarii si corectiei tulburarilor auditive la copiii de pina la un an. Ea are menirea sa asigure suportul informational pentru depistarea precoce (din primele luni de viata) a copiilor cu deficiente de auz si pentru munca de corectie precoce orientata spre obtinerea unui efect reabilitational maxim intr-un timp cit mai scurt din contul folosirii perioadelor senzitive de formare a functiilor psihice superioare. Versiunea respectiva e prima de acest fel in Rusia si poate servi drept model de tehnologie informatonala in domeniul depistarii precoce a dereglarilor infantile.

Diagnosticarea si corectia tulburarilor de auz la copiii de pina la un an. Autori: G.A.Tavartkiladze, N.D.Smatko, T.G.Gvelesiani, M.E.Zagoreanskaia, T.V.Pelimskaia, M.G.Rumeanteva. In acest manual sint prezentate un model de examen audiologic menit sa depisteze tulburarile de auz la copiii de pina la un an si citeva metode de lucru cu sugarii surzi. Cartea demonstreaza convingator ca depistarea precoce a diminuarii functiei auditive si munca de corectie inceputa la timp sint conditiile cele mai importante de dezvoltare psihica a copilului.

Asistenta psihologica a tulburarilor emotionale timpurii. Autori: E.R.Baenskaia, M.M.Libling. E o carte in care se examineaza tulburarile emotionale timpurii in cazul disontogenezei autiste. Sint prezentate metode de depistare precoce a tulburarilor de interactiune a copilului cu mediul si a semnelor de denaturare a dezvoltarii sale emotionale. Se propun metode de asistenta psihocorectionala a familiilor cu asemenea copii.

Jocuri cu copiii sugari. Autor: I.A.Razenkova. Cartea descrie unele tehnologii pedagogice care dezvolta si sustin interactiunea dintre sugarul cu risc de retardare si adultul care-l ingrijeste, prezinta jocuri si exercitii orientate spre interactiunea emotionala dintre adult si micut si spre corectia abaterilor timpurii de dezvoltare psihomotorie a acestuia.

Noi: comunicarea si jocurile dintre adult si copil. Autori: E.R.Baenskaia, I.A.Razenkova, I.A.Virodova. Sint descrise particularitatile psihologice ale comunicarii dintre mama si copil, etapele formarii sferei afective a copilului si indicii de dezvoltare

benefica a acesteia. Bazindu-se pe metodele traditionale de interactiune dintre adult si copil, autorii propun un sistem de jocuri orientate spre dezvoltarea si educarea micutului.

Jocuri pentru anteprescolari cu tulburari psihofizice. Autori: E.A.Strebeleva, G.A.Misina. In carte sint prezentate jocuri didactice si exercitii special elaborate si adaptate pentru anteprescolarii cu tulburari psihofizice, care au menirea sa le sustina dezvoltarea sociala, fizica, cognitiva, verbala si muzicala.

Depistarea copiilor suspectati de hipoacuzie: perioada de sugar, virstele anteprescolara, prescolara si scolara. Autori: G.A.Tavartkiladze, N.D.Smatko, M.E.Zagoreanskaia, E.V.Mironova, T.V.Pelimskaia, M.G.Rumeanteva. Indrumarul de fata descrie metodici de examinare a auzului care pot fi utilizate in policlinici, centre de reabilitare si institutii de invatamint: screeningul comportamental (cu ajutorul testului reactiilor la sunet si al „probelor cu mazare” – ultimele sint descrise la pag....., n. trad.), examinarea auzului cu ajutorul jucariilor sunatoare si al vorbirii. Implementarea larga a acestor metodici – simple si accesibile pentru institutiile de ocrotire a sanatatii, institutiile de invatamint si organele de protectie sociala – va permite depistarea copiilor suspectati de hipoacuzie din primele luni de viata si depistarea la timp a tulburarilor de auz. Or, depistarea precoce a deficientelor este o conditie dintre cele mai importante pentru organizarea unei asistente medico-psiho-pedagogice si sociale adecvate a acestor copii.

Asistenta corectionala a copiilor de virsta mica cu leziuni organice ale sistemului nervos central in grupele cu aflare temporara. Autori: E.A.Strebeleva, I.I.Beleakova, M.V.Bratkova, I.A.Virodova, L.V.Pronina. Lucrarea descrie abordarea sistemica a asistentei corectional-pedagogice acordate anteprescolarilor cu devieri in dezvoltare. In recomandarile metodice sint prezentate obligatiile de serviciu ale specialistilor care muncesc in grupele cu aflare temporara, metodica examinarii pedagogice a copilului de virsta mica, organizarea muncii cu copiii cu tulburari psihofizice, continutul instruirii corectiv-dezvoltative individuale a anteprescolarilor cu dereglari psihofizice, educatia muzicala a acestor copii in grupele cu aflare temporara, educatia si instruirea anteprescolarilor cu tulburari auditive in aceste grupe.

Copiii cu tulburari motorii: diagnosticarea si corectia in primul an de viata. Autori: O.G.Prihodko, T.I.Moiseeva. Lucrarea contine date despre depistarea precoce a tulburarilor motorii la copiii de pina la un an si despre asistenta complexa precoce a micutilor. Ea sistematizeaza manifestarile clinice ale intirzierii in dezvoltarea functiei motrice, autorii punind in discutie o clasificare a diferitelor variante ale dezvoltarii dereglate. Sint prezentate metode de corectie a retinerii psihomotorii la copiii sugari.

Pe viitor, Centrul si Institutul de Pedagogie Corectionala ale Academiei Invatamintului din Federatia Rusa in comun cu Ministerul Invatamintului al Federatiei Ruse preconizeaza realizarea unui sir de proiecte de editare a literaturii stiintifico-metodice, ca suport pentru activitatea profesionala a specialistilor din serviciile de asistenta precoce.

In incheiere, trebuie sa subliniem ca procesul de creare a sistemului de asistenta precoce in tara si in regiuni suporta mari greutati organizatorice, legate de insuficienta specialistilor, de asigurarea metodica a activitatii serviciilor, de lipsa bazei normativ-legislative. Pina in prezent nu este aprobata legea federala "Despre instruirea persoanelor cu posibilitati limitate de sanatate (despre invatamintul special)", prima redactie a careia a avut loc in 1995. Faptul ca initiativele specialistilor din organele de conducere a invatamintului, din administratia institutiilor de invatamint prescolar, ale pedagogilor, psihologilor, lucratorilor sociali, medicilor si altor specialisti, ale parintilor nu au un suport legislativ real poate sa frineze pe mult timp dezvoltarea sistemului de

stat de asistenta precoce. Dar deja putem afirma cu incredere ca evolutiile pozitive in dezvoltarea si implementarea noilor programe si modele regionale de asistenta precoce sint ireversibile.

COPIII DE VIRSTA ANTEPRESCOLARA CU DEFECTE COMPLEXE: REZULTATE ALE EXAMENELOR CLINICE

N. A. Aleksandrova, IPC al AIFR

In ultimii zece ani se observa o crestere semnificativa a copiilor de virsta mica printre pacientii examinati de specialistii laboratorului continutului si metodelor de instruire a copiilor cu defecte complexe. Ei au constituit 40 la suta dintre pacientii cu tulburari complexe consultati de noi in 1997-2000 (pentru comparatie, in 1990 – conform datelor prezentate de G.P.Bertiny – examinarea primara a copiilor de pina la trei ani cu defecte bi- si trisenzoriale, adica tulburari profunde de vedere si auz asociate cu retardare mintala, avea loc numai in 7,3 la suta din cazuri.) Traditional, pacientii nostri erau copiii cu tulburari bisenzoriale. Cercetarile efectuate in diferiti ani atit in tara noastra, cit si peste hotare indica o frecventa inalta, dupa unii autori de pina la 40% (G.P.Bertiny, 1990), de asociere a defectului bisenzorial cu retardarea mintala. In prezent se constata destul de des asocierea tulburarilor bisenzoriale cu forme pronuntate de paralizie cerebrala infantila. In ultimii ani a fost depistat un mic grup de copii cu tulburari senzoriale asociate cu manifestari autiste si particularitati pronuntate de dezvoltare motorie, adica disontogeneza psihica de tipul dezvoltarii denaturate. Ni s-au adresat, de asemenea, parinti si pedagogi ai copiilor cu tulburari monosenzoriale asociate cu alte defecte, care complica mult educatia si instruirea copiilor in institutiile pentru surzi si hipoacuzici sau pentru orbi. Prin urmare, avem de a face cu noi forme de defecte complexe si, de remarcat, au devenit altele si cele mai raspindite cauze de aparitie a acestora.

In lucrarea de fata va propunem rezultatele analizei datelor obtinute in urma examinarii clinice a 38 de copii cu virste cuprinse intre 8 luni si 3 ani si jumătate, dintre care 24 de baietei si 14 fetite.

Cauzele depistate ale tulburarilor complexe

Majoritatea copiilor examinati (27 de persoane – 71%) s-au nascut prematur, 6 dintre ei – din sarcini multiple. Cei mai multi dintre copiii prematuri aveau gradele de prematuritate II si III (vezi tabelul 1).

Tabelul 1. Repartizarea copiilor conform gradului de prematuritate

| Gradul de prematuritate | Numarul copiilor |
|-------------------------|------------------|
| I – 34-37 saptamini | 4 |
| II – 30-33 saptamini | 13 |
| III – 27-29 saptamini | 10 |

De cresterea numarului de copii nascuti prematur e legata schimbarea cauzei principale de pierdere a vederii. Potrivit T.A.Basilova (1990), majoritatea copiilor din institutiile pentru copii cu surdocecitate si-au pierdut vederea sau auzul din cauza cataractei congenitale, in prezent acest lucru intimplindu-se din cauza retinopatiei prematurilor (vezi tabelul 2). Cauza nemijlocita a surzirii majoritatii absolute a pacientilor nostri ramina a fi leziunile congenitale ale nervilor auditivi.

Tabelul 2. Cauzele pierderii vederii

| | Copii prematuri | Copii nascuti la termen |
|--------------------------|-----------------|-------------------------|
| Retinopatia prematurilor | 16 | - |
| Atrofia nervilor optici | 7 | 4 |
| Cataracta congenitala | 1 | 4 |
| Afectiuni ale retinei | - | 2 |

La congresul oftalmologic consacrat profilaxiei si tratamentului retinopatiei prematurilor (Moscova, 2000), s-a mentionat ca masa corporala joasa si virsta gestationala (intrauterina) mica in momentul nasterii sint factori general recunoscuti de risc de retinopatie, dar n-au fost prezentate date despre leziuni oculare mai grave la copiii cu masa si termen de gestatie mai mici. In grupul de copii examinat de noi frecventa cecitatii totale sau practice crestea in functie de gradul de prematuritate (vezi tabelul 3).

Tabelul 3. Gradul de pierdere a vederii in comparatie cu gradul de prematuritate

| | 27-28 saptamini (in total 10 copii) | 30-33 saptamini (in total 13 copii) | 34-37 saptamini (in total 4 copii) |
|--------------|--|--|---------------------------------------|
| cecitate | 9 | 6 | - |
| vedere slaba | 1 | 4 | 1 |

Gradul de surditate al copiilor nostri nu corela cu gradul de prematuritate. Gravitatea tulburarilor motorii si intelectuale de asemenea nu avea legatura cu acesta (vezi tabelul 4).

Tabelul 4. Gravitatea tulburarilor motorii si intelectuale in comparatie cu gradul de prematuritate

| | 27-28 saptamini (in total 10 copii) | 30-33 saptamini (in total 13 copii) | 34-37 saptamini (in total 4 copii) |
|-----|--|--|---------------------------------------|
| PCI | 2 | 5 | 1 |
| RDI | 2 | 2 | 1 |

Toti copiii prematuri si majoritatea celor nascuti la termen (sapte din unsprezece) aveau leziuni ale sistemului nervos central de gravitate diferita. Cauzele leziunilor sistemului nervos si ale organelor de simt erau si ele diferite. La majoritatea copiilor se asociau citiva factori patogeni, si nu in toate cazurile acestia puteau fi decelati in intregime. Cele mai clare din punct de vedere etiologic sint cazurile de infectii verificate, suportate in perioada intrauterina sau dupa nastere. Infectii virale congenitale au fost inregistrate la 9 dintre copiii examinati, iar neuroinfectii postnatale – la 8 dintre ei. In unul din aceste cazuri, o fetita cu infectie herpetica intrauterina a facut dupa nastere o meningoencefalita purulenta secundara. Infectii congenitale au fost observate

mai des la copiii nascuti la termen, iar infectii postnatale – la cei nascuti prematur (vezi tabelul 5).

| Tabelul 5. Infectii congenitale si postnatale | | |
|---|-------------------------------|-------------------------|
| | Copii nascuti prematur | Copii nascuti la termen |
| Infectii congenitale | | |
| | Rubeola | - |
| 1 | Gripa | - |
| 1 | Herpes | - |
| 1 | Neprecizate | 2 |
| 6 | In total | 2 |
| Neuroinfectii suportate dupa nastere | | |
| 2 | Meningita purulenta | 4 |
| - | Encefalita vaccinala | 1 |
| 1 | Encefalita toxica infectioasa | - |
| 3 | In total | 5 |

Copiii care au suportat meningite purulente in perioada neonatala sau in primele luni de viata au avut ulterior tulburari neurologice grave: hidrocefalie (care a necesitat interventie chirurgicala) – in doua cazuri, paralizie cerebrala infantila – in trei cazuri, retinere in dezvoltarea psihica – in trei cazuri. Doi copii care au facut meningita purulenta la virsta de 2 ani aveau doar tulburari senzoriale.

Printre alte cauze ale leziunilor sistemului nervos si ale organelor de simt la copiii examinati s-au numarat: icter patologic – 2 cazuri, viciu de dezvoltare a creierului – 1 caz, afectiune genetica (sindromul User) – 1 caz. Doi copii au avut o anamneza ereditara agravata, dar ulterior diagnosticul de boala ereditara a fost infirmat. Sindromul User, diagnosticat in urma consultarii genetice a unui copil de 8 luni, este unicul, in practica noastra, caz de stabilire atat de precoce a acestui diagnostic. Nu cunoastem cazuri analoge nici in practica colegilor de peste hotare. Consideram necesara supravegherea catamnestică si examinarea repetata a vederii acestui copil pentru confirmarea diagnosticului.

La aproape jumatate din copiii examinati (in total 18 copii, printre care 17 prematuri si unul matur) au fost depistate leziuni hipoxico-ischemice perinatale ale sistemului nervos central de gravitate diferita, alte cauze pentru tulburari complicate nemaifiind descoperite. In unele din cazuri, acest lucru se explica, probabil, prin insuficienta diagnosticului.

Aparitia defectului

Luindu-se in calcul timpul aparitiei, defectele se impart in congenitale si dobindite. In grupul dat, doar doi dintre copii aveau defecte senzoriale dobindite in urma unor neuroinfectii: unul – surdocecitate si altul – surditate asociata cu episindrom,

insuficienta cerebelara si retinere in dezvoltarea psihica. Inca un copil cu cecitate congenitala, conditionata de o retinopatie a prematurilor, suportind o meningita purulenta, s-a ales si cu surditate neurosenzoriala.

Structura defectului

Tulburarile complexe de dezvoltare (defectele complexe) inseamna doua sau mai multe defecte primare, fiecare dintre ele fiind insotite de tulburari secundare caracteristice. Noi am constatat tulburari grave in trei sfere: senzoriala, motorie si psihica. Copiii nostri aveau grave tulburari vizuale si auditive in diferite combinatii, paralizie cerebrala infantila moderata si grava, retineri in dezvoltarea psihica de diferite grade ce nu puteau fi explicate doar prin tulburarile senzoriale existente, precum si tulburari de dezvoltare psihica de tip denaturat. Tulburarile principale, care determinau specificul dezvoltarii, erau cele senzoriale. De aceea copiii examinati au fost impartiti in doua grupe – cei cu defecte senzoriale si cei fara asemenea defecte:

1. grupa tulburarilor complexe cu defect bisenzorial;
2. grupa copiilor cu vedere slaba cu tulburari complexe;
3. grupa copiilor surzi si hipoacuzici cu tulburari complexe.

Uneori printre pacientii nostri se intilnesc copii cu tulburari complexe fara defecte senzoriale. In grupa descrisa era un asemenea baietel cu paralizie cerebrala infantila si intirziere grava de dezvoltare.

In fiecare grupa, copiii erau din nou repartizati in functie de gradul de tulburare a vederii si auzului, de prezenta sau lipsa tulburarilor motorii grave si a tulburarilor de dezvoltare psihica.

I. Grupa tulburarilor complexe cu defect bisenzorial

Majoritatea pacientilor nostri este alcatuita in continuare din copii cu defect bisenzorial. In grupa investigata erau 27 de persoane, dintre ele – 18 copii prematuri si 9 – maturi. Cei mai multi (21 de copii) sufereau de semisurditate sau surditate. In functie de gradul de pierdere a vederii, grupa s-a divizat in doua parti egale: jumatate din copii avea cecitate totala sau practica, iar cealalta jumatate – vedere slaba.

Tabelul 6. Repartizarea in functie de gradul de pierdere a auzului

| Semisurditate/surditate de gr.III-IV | Semisurditate de gr.I-II/II-III Semisurditate unilaterala |
|--------------------------------------|--|
| 21 | 4 |

Tabelul 7. Repartizarea in functie de gradul de pierdere a vederii

| Vedere slaba | cecitate |
|--------------|----------|
| 13 | 14 |

In aceasta grupa de copii am constatat tulburari motorii grave si tulburari de dezvoltare psihica de tip retardat si denaturat, ultimele inregistrindu-se mai des la copiii nascuti prematur.

Tabelul 8. Numarul tulburarilor motorii grave si al tulburarilor de dezvoltare psihica la copiii cu defect bisenzorial

| | Copii prematuri | Copii maturi |
|----------|-----------------|--------------|
| In total | | |

| | | | |
|-----------------------|---|---|---|
| PCI | 4 | 1 | 5 |
| RDP | 8 | 1 | 9 |
| RDP sever | 4 | 1 | 5 |
| Dezvoltare denaturata | 3 | 1 | 4 |

Dupa gradul de manifestare a tulburarilor senzoriale copiii au fost impartiti in urmatoarele subgrupe:

- surdoorbi;
- surzi cu vedere slaba;
- orbi hipoacuzici;
- hipoacuzici cu vedere slaba.

Subgrupa copiilor surdoorbi

Din aceasta subgrupa faceau parte 10 copii care aveau semisurditate grava asociata cu cecitate. Unul dintre ei avea si o retinere grava de dezvoltare psihica, unul – paralizie cerebrala infantila si unul – paralizie cerebrala infantila plus RDP sever. Patru copii surdoorbi aveau posibilitatile primare de dezvoltare psihica pastrate. Doi erau prematuri cu leziuni hipoxico-ischemice ale sistemului nervos central. Si ultimele doua cazuri – un baietel nascut sanatos care a suportat o meningita purulenta la doi ani si o fetita cu retinopatie a prematurilor care si-a pierdut auzul de asemenea la virsta de doi ani.

Subgrupa surzilor cu vedere slaba

11 copii aveau surditate totala si vedere slaba. Printre ei era un copil cu paralizie cerebrala infantila, unul – cu RDP sever, trei – cu dezvoltare denaturata. Patru copii care suportasera infectii intrauterine (intr-un caz gripa si in trei – rubeola) aveau semne de intelect pastrat.

Subgrupa orbilor hipoacuzici

In aceasta grupa am avut trei copii, doi dintre ei cu paralizie cerebrala infantila si RDP sever.

Subgrupa hipoacuzicilor cu vedere slaba

Era alcatuita din trei copii la care nu au fost depistate tulburari suplimentare.

II. Grupa copiilor orbi cu tulburari complexe

7 copii orbi aveau auzul normal. Dintre ei 6 erau nascuti prematur si 1 – la termen. Fetita nascuta la termen suportase o infectie herpetica intrauterina si o meningoencefalita secundara in perioada neonatala, ceea ce a condus la o grava leziune a sistemului nervos central (atrofie pronuntata a zonelor frontale, temporale si parietale ale emisferelor, chisturi cerebrale, atrofie a nervilor optici). Avind reactii pupilare la lumina, fetita nu-si fixa si nu-si purta privirea. Ea avea crize frecvente de epilepsie si paralizie cerebrala infantila sub forma de tetrapareza si retinere severa in dezvoltarea psihomotorie.

Dintre copiii imaturi, 4 sufereau de paralizie cerebrala infantila (doi cu retinere in dezvoltarea psihica, unul cu retinere severa in dezvoltare, unul cu retinere denaturata a dezvoltarii). Un copil orb avea alalie cu semne de intelect pastrat si altul – o retinere severa de dezvoltare.

III. Grupa copiilor surzi si hipoacuzici cu tulburari complexe

3 copii aveau semisurditate neurosenzoriala profunda si vedere pastrata. Dintre ei, 1 – cu paralizie cerebrala infantila si retinere in dezvoltarea psihica, 1 - cu retinere in dezvoltarea psihica.

In studiul de fata am analizat datele obtinute in urma examinarii a 38 de copii cu tulburari complexe. Toti, cu exceptia unuia dintre ei, aveau tulburari mono- sau bisenzoriale, si la majoritatea (25 de persoane) aceste tulburari erau asociate cu paralizie cerebrala infantila si/sau cu tulburari de dezvoltare psihica. 12 copii cu defect bisenzorial nu aveau tulburari primare de intelect si tulburari ale sferei motorii. Dintre ei, suportasera infectii intrauterine - 4, meningite purulente in al treilea an de viata –2, leziuni perinatale ale sistemului nervos central - 5. Opt din acesti copii s-au nascut prematur: 1 - cu prematuritate de gradul I, 4 - de gradul II, 3 - de gradul III. Gradul tulburarilor senzoriale varia de la vedere slaba si auz slab pina la surdocecitate cu reziduuri de auz.

La un numar de 10 copii, pe linga tulburarile senzoriale (defect bisenzorial – 5 persoane, cecitate – 5 persoane), a fost constatata paralizie cerebrala asociata cu tulburari de dezvoltare psihica de gravitate diferita. 8 copii erau nascuti prematur. 5 dintre ei aveau tulburarile respective din cauza unor leziuni perinatale ale sistemului nervos central (intr-un caz, acestea erau asociate cu o hiperbilirubinemie grava), 2 – din cauza unor meningite purulente suportate in perioada neonatala sau in primele luni de viata, 1 – din cauza unui viciu de dezvoltare cerebrala.

Drept cauze ale tulburarilor inregistrate la 2 copii nascuti la termen au servit lezarea perinatale a sistemului nervos central – intr-un caz – si o infectie herpetica congenitala combinata cu meningoencefalita purulenta postnatala – in cazul al doilea.

Dintre copiii examinati, doar un baietel surd avea paralizie cerebrala infantila sub forma de diplegie spastica si intelectul pastrat primar. El s-a nascut cu prematuritate de gradul II si cu leziune perinatale a sistemului nervos central.

La 4 copii cu tulburari bisenzoriale de gravitate diferita au fost depistate trasaturi mai mult sau mai putin pronuntate de dezvoltare denaturata, care se manifestau printr-un caracter specific al sferei emotionale, al deprinderilor motorii si al comportamentului.

Astfel, pe baza analizei datelor obtinute in urma examenului clinic al copiilor de virsta timpurie cu defecte complexe, se pot face concluziile urmatoare:

- gravitatea si multiplicitatea tulburarilor complexe nu depinde de gradul de prematuritate;
- printre copiii cu posibilitatile primare de dezvoltare psihica pastrate sint si copii nascuti cu cel mai inalt grad de prematuritate;
- gradul de pierdere a vederii creste pe masura cresterii gradului de prematuritate;
- cele mai grave tulburari se intilnesc la copiii prematuri care au suportat in perioada neonatala sau in primele luni de viata meningite purulente si meningoencefalite;
- o evolutie mai favorabila in planul dezvoltarii au avut-o copiii cu rubeola congenitala, copiii care au suportat neuroinfectii in al treilea an de viata, precum si copiii hipoacuzici cu vedere slaba cu leziuni perinatale ale sistemului nervos central;
- majoritatea copiilor (noua din doisprezece) cu paralizie cerebrala infantila in componenta defectului complex aveau cecitate, ceea ce corespunde datelor noastre, obtinute in timpul examinarii copiilor de diferite virste cu tulburari senzoriale complexe, despre incidenta mai mare a paraliziei cerebrale infantile la copiii cu tulburari senzoriale grave si surdocecitate decit la copiii cu tulburari profunde de auz;
- copiii de virsta timpurie cu tulburari multiple pot avea tulburari de dezvoltare psihica de tip denaturat.

DEPISTAREA TULBURARILOR PRECOCE DE DEZVOLTARE AFECTIVA

E.P.Baenskaia,

IPC al AIFR

Una din conditiile cele mai importante pentru organizarea sistemului de asistenta precoce a copiilor cu tulburari de dezvoltare este elaborarea diagnosticului. La momentul actual, domeniul depistarii precoce a particularitatilor ingrijitoare ale dezvoltarii afective nu este studiat suficient. In acelasi timp, anume observarea la timp a simptomelor de disconfort afectiv al micutului si organizarea unor forme precoce de interactiune a sa cu oamenii apropiati, in primul rind cu mama, iar prin intermediul ei – cu lumea inconjuratoare, ofera cele mai mari posibilitati in planul adaptarii de mai departe a copilului, al profilaxiei unor tulburari grave de dezvoltare afectiva.

Dificultatile de dezvoltare emotionala a copiilor de virsta timpurie cuprind un spectru larg de particularitati de reactie, care complica interactiunea lor cu lumea din jur. Printre acestea se numara: irascibilitatea sporita, senzitivitatea, activitatea insuficienta in interactiunea cu mediul si saturatia rapida in contacte, inhibarea lejera, dificultatile de interactiune cu persoanele apropiate si cu oamenii necunoscuti, aparitia unor probleme timpurii de comportament: anxietate, agresivitate, atractii s. a. Toate aceste probleme sint caracteristice copiilor cu o dezvoltare care poate fi considerata drept una din variantele de disontogeneza autista.

In ultimul timp se observa tendinta parintilor cu asemenea copii de a se adresa cit mai devreme la specialisti. Dintre acestia, pediatrii si neuropatologii sint primii care pot observa particularitatile ingrijitoare de dezvoltare afectiva a copilului, particularitati ce necesita o abordare deosebita a educatiei micutului si a instruirii parintilor. Apare problema: ce particularitati de comportament, combinarea caror trasaturi este mai relevanta din punct de vedere diagnostic pentru depistarea simptomelor de dezvoltare denaturata?

Daca ne vom orienta dupa cei mai cunoscuti indicatori formali ai dezvoltarii psihice, cei care tin de formarea functiilor psihice ale copilului (cum procedeaza de obicei nu numai parintii, ci si majoritatea pediatriilor, care supravegheaza regulat copilul de virsta mica), vom vedea ca in perioada de sugar copiii autisti se incadreaza, intr-adevar, in limitele normei, iar uneori, dupa unii parametri, chiar o depasesc. De exemplu, intr-un sir de cazuri se poate remarca dezvoltarea timpurie a vorbirii si, ceea ce e caracteristic, capacitatea pronuntata de a deosebi formele geometrice, culorile, interesul aparte pentru carti.

De regula, parintii se alarmeaza la hotarul dintre 2-3 ani, cind remarca progresele mici sau chiar regresele in vorbirea copilului. Tot atunci observa ca acesta nu reactioneaza suficient cind i se adreseaza, nu imita si e foarte greu sa-l sustragi de la ocupatiile sale (nu totdeauna intelese de parinti), sa-i propui alta activitate. El incepe sa se deosebeasca tot mai mult de semenii sai, nu tinde sa interactioneze cu ei, iar daca si incearca sa stabileasca niste contacte, acestea de cele mai multe ori sint nereusite.

In alte cazuri, intirziera in dezvoltare (in primul rind, motorie si verbala) se poate produce si pina la virsta de un an. Copilul e putin activ, se misca putin, gingureste putin, nu solicita in masura convenita interactiunea persoanelor apropiate. Uneori familia pune acest lucru pe seama particularitatilor de caracter ale micutului, crezindu-l

flegmatic, delicat si foarte precaut. Intr-un sir de cazuri particularitatile respective de comportament se exprima destul de intens, ceea ce, in mod firesc, ii pune in garda pe parinti si ii face sa se adreseze specialistilor.

Analizind numeroasele date despre primele luni de viata ale copiilor autisti din diferite grupe, am constatat existenta unui specific care deosebeste dezvoltarea autista de cea normala si care se manifesta, in primul rind, in dezvoltarea afectiva precoce a copilului. Sa examinam trasaturile principale ale acestui specific.

Dupa cum am mentionat mai sus, copilul autist manifesta de timpuriu un disconfort pronuntat, in primul rind - o sensibilitate sporita (senzitivitate) fata de stimulii senzoriali. Aceasta se poate exprima in netolerarea zgomotelor de intensitate obisnuita din casa, in aversiunea fata de contactul tactil, in nesuportarea hainelor, in neacceptarea jucariilor viu colorate. Impresiile neplacute apar cu usurinta la asemenea copii si se fixeaza pe mult timp in memoria lor.

Felul particular de a reactiona la impresiile senzoriale se manifesta si in alta tendinta, foarte caracteristica, de dezvoltare a acestor copii chiar din primele luni de viata. Fiind putin activ in cercetarea lumii inconjuratoare si limitat in contactele senzoriale cu ea, copilul autist este foarte atras, coplezit de impresii aparte - tactile, vizuale, auditive, vestibulare, pe care vrea sa le obtina din nou si din nou. Adesea are perioade indelungate in care e preocupat de o singura impresie, care mai apoi e schimbata de alta, la fel de coplecitoare. De exemplu, timp de jumătate de an si mai mult, ocupatia preferata a copilului poate fi fosnetul produs de o punga de celofan, rasfoirea unei carti, jocul cu degetele, urmarirea umbrelor de pe perete sau a imaginii din sticla de la usa, contemplarea modelului de pe tapet, etc., etc. Se creeaza impresia ca micutul nu se poate rupe de la aceste lucruri, chiar daca e obosit.

Pe de alta parte, se stie ca atentia deosebita manifestata fata de impresiile repetate ritmic e ceva normal si caracteristic pentru virsta mica. In comportamentul copilului de pina la 1 an domina asa-zisele "reactii circulare" (J.Piajet), cind copilul repeta cu entuziasm de mai multe ori aceleasi actiuni pentru a obtine un anumit efect senzorial - ciocaneste cu o jucarie, cu lingura, sare, lalaieste ceva etc. Dar copilul cu dezvoltare afectiva normala ii include cu placere pe adulti in jocurile sale. Acestea ii produc mai multa bucurie si il atrag mai mult timp daca adultii il ajuta, il provoaca si reactioneaza afectiv la actiunile sale. Pe cind parintii copilului autist practic nu se pot include in activitatea micutului, ceea ce constituie diferenta principiala a acestui tip de dezvoltare. Cu cit copilul e mai atras de ocupatia sa, cu atit mai tare se opune interventiei maturilor, carora le este foarte greu sa-si propuna ajutorul sau sa-i distraga atentia si sa-l faca sa se ocupe cu altceva. Adesea micutul suporta doar prezenta pasiva a uneia dintre persoanele apropiate (uneori chiar o sollicita insistent), dar interventia activa a acesteia ii strica evident placerea pe care i-o prilejuiesc manipulatiile si senzatiile sale.

Astfel, daca in cazul dezvoltarii afective normale placerea prilejuita de stimularea senzoriala devine o componenta importanta a contactului copilului cu cei apropiati, in cazul tulburarii precoce a acestei dezvoltari, pasiunile copilului (autostimularea senzoriala) incep sa-l copleseasca si sa-l indeparteze de contactele reciproce cu familia, prin urmare - sa-i frineze dezvoltarea si sa-i complice legatura cu lumea din jur.

Particularitatile de interactiune cu persoanele apropiate, in primul rind cu mama, se observa deja la nivel instinctiv.

Simptomele disconfortului afectiv se manifesta in reactiile cele mai importante din punct de vedere etologic. Ne vom opri asupra lor mai amanuntit.

Una dintre primele forme adaptive necesare de reactie ale micutului este acomodarea la miinile mamei. Dupa cum isi amintesc mai multe mame, acest lucru le crea uneori probleme. Pruncului ii era greu in asemenea cazuri sa-si gaseasca pozitia

fireasca, confortabila. El putea fi amorf sau, din contra, foarte incordat, neflexibil - ca un "stilp". Incordarea putea fi atat de mare incit, spunea o mamica, dupa ce-si tinea copilul in brate - o durea tot corpul. Era greu sa gaseasca o pozitie confortabila si pentru ea, si pentru copil in timpul alaptarii si leganatului, nu stia cum sa-l minge etc.

O alta forma de comportament adaptiv al pruncului este fixarea privirii pe fata mamei. In mod normal, copilul manifesta de timpuriu interes fata de chipul omului, din punct de vedere etologic acesta este cel mai puternic excitant. Deja in prima luna de viata copilul isi poate petrece cea mai mare parte din starea sa de veghe in contact vizual cu mama. Comunicarea prin intermediul vazului constituie, dupa cum se stie, temelia pentru dezvoltarea formelor ulterioare de comportament comunicativ.

In cazurile de autism, greutatile in stabilirea contactului vizual sau durata scurta a acestuia se observa destul de timpuriu. Dupa cum isi amintesc persoanele apropiate ale copiilor autisti, era greu sa prinzi privirea micutului nu de aceea ca nu si-o fixau, ci din motivul ca se uitau intotdeauna pe alaturi. Doar uneori, spuneau acestia, puteai surprinde asupra ta o privire fugitiva si patrunzatoare a copilului. Potrivit cercetarilor experimentale asupra copiilor autisti de virste mai mari, fata omului este un obiect atragator si pentru copilul autist, dar el nu-i poate acorda atentie prea mult timp, fiind observata o alternare a fazelor de fixare de scurta durata a fetei cu cele de abatere a privirii.

O reactie adaptiva fireasca a pruncului sanatos este adoptarea unei poze de anticipare - intinderea minutelor spre persoana adulta, cind aceasta se inclina inspre copil. La multi copii autisti aceasta poza e putin expresiva, ceea ce inseamna lipsa dorintei de a se afla in bratele mamei si disconfort in timpul aflarii in brate.

In mod traditional, se considera drept semn al unei dezvoltari normale a afectivitatii aparitia in momentul oportun a zimbetului adresat persoanelor apropiate. In ceea ce priveste momentul aparitiei, la toti copiii autisti acesta se incadreaza in termenele prevazute. Calitatea lui insa, poate lasa mult de dorit. Conform observatiilor facute de parinti, zimbetul poate fi in egala masura datorat unor persoane apropiate sau unor impresii placute pentru copil (leganarea, muzica, lumina becului, un desen frumos de pe capotul mamei s a. m. d.). O parte din micutii autisti nu sint afectati la virsta timpurie de cunoscutul fenomen al "zimbetului contagios" (cind zimbetul altei persoane provoaca la copil un zimbet de raspuns).

Fenomenul dat se observa clar deja la virsta de 3 luni si evolueaza intr-un "complex de inviorare", prima manifestare de comunicativitate orientata a pruncului. Micutii autisti isi supradozeaza adesea aceasta comunicare, ceea ce conduce la o saturatie rapida si la indepartarea lor de adultul care incearca sa continue interactiunea.

Deoarece persoana apropiata care ingrijeste micutul este intermediarul permanent dintre el si lumea inconjuratoare (si fizic, si emotional), copilul ii diferentiaza bine expresia fetei de timpuriu. Aceasta capacitate se manifesta de obicei la 5-6 luni, desi exista date experimentale care certifica prezenta ei si la unii nou-nascuti.

In cazul unei dezvoltari afective nefavorabile, copilul apreciaza cu greu expresia fetei la persoanele apropiate, avind uneori o reactie neadecvata. El nu se orienteaza, probabil, dupa criteriul calitativ (semnul emotiei - negativ sau pozitiv), ci dupa gradul de intensitate al stimulului, ceea ce este caracteristic si normal pentru etapele mai timpurii de dezvoltare.

Capacitatea de a-si exprima emotiile si de a si le impartasi celor apropiati este de asemenea foarte importanta pentru adaptarea micutului. Chiar si mamele cu experienta insa, care aveau copii mai mari, ne-au marturisit ca le este foarte greu sa aprecieze nuantele comportamentale ale micutului autist.

Dupa cum se stie, unul dintre fenomenele cele mai semnificative pentru dezvoltarea psihica normala a copilului este cel al "atasamentului". La copiii autisti, se pot intalni manifestari frecvente de devieri ale formarii atasamentului.

Este posibila formarea unui atasament exagerat fata de o persoana - la nivelul unei legaturi simbiotice primitive. In acest caz, se creeaza impresia unei legaturi fizice inseparabile dintre mama si copil. O astfel de legatura se manifesta, in primul rind, ca o emotie negativa la separarea de mama. Cel mai mic pericol de rupere a acestei legaturi ii poate provoca copilului o reactie catastrofica la nivel somatic. In mod normal, la aceasta virsta, orice copil se alarmeaza si se indispune la plecarea mamei, dar reactia sa nu este atat de vitala, el poate fi sustras prin vorbe, angajat intr-o discutie cu alta persoana apropiata sau in vreo ocupatie placuta. In acelasi timp, reactionind atat de bolnavicios chiar si la o separare de scurta durata, micul autist poate sa nu-si demonstreze atasamentul fata de mama in conditii de confort, cind ea se afla in preajma - nu-i solicita contactul, nu se joaca impreuna, nu incearca sa-i impartaseasca emotiile pozitive, nu-i raspunde intotdeauna cind i se adreseaza.

O alta forma specifica de atasament autist este evidentierea timpurie a mamei, fata de care copilul manifesta o reactie emotiva pozitiva exagerat de puternica, dar foarte dozata in timp si care apare doar din initiativa sa proprie. De mentionat ca momentele de scurta durata de pasiune sint inlocuite de perioade de indiferenta, cind copilul poate sa nu raspunda la tentativele mamei de a comunica, de a-l "molipsi" emotiv.

Mai poate fi observata o intirziere de lunga durata in alegerea unei persoane oarecare in calitate de obiect al atasarii (uneori semnalmamentele ei se manifesta mult mai tirziu - peste un an, peste un an si jumătate), copilul manifestind o simpatie egala fata de cei care il inconjoara. Un asemenea copil e descris de parinti ca foarte comunicativ, gata sa mearga in brate la oricine. Si asta se intimpla nu doar in primele luni de viata, cind orice persoana, in mod normal, ii poate provoca micutului „complexul inviorarii”, ci si mult mai tirziu, cind o persoana necunoscuta e tratata de un copil sanatos cu precautie, cu sfiala si cu tendinta de a fi mai aproape de mama. Copiii autisti nu au „teama de straini”, caracteristica pentru virsta de 7-8 luni, ba se pare ca ii prefera, devenind mai activi si cochetind cu ei mai mult decit cu rudele.

Se constata, de asemenea, dificultati de interactiune cu cei din jur legate de dezvoltarea modalitatilor de adresare a copilului catre adulti. Se poate observa lipsa complicarii intonationale a vocalizarilor copilului odata cu virsta; nu se formeaza gestul arator.

Sint caracteristice dificultatile de organizare voluntara a copilului. Aceste probleme devin mai evidente dupa virsta de un an, iar catre 2-2,5 ani sint constientizate de parinti in deplina masura. Dar simptomele unor dificultati de concentrare voluntara, de atragere a atentiei, de orientare la aprecierea emotionala a adultului apar cu mult mai devreme, manifestindu-se in tendinte foarte caracteristice:

- Lipsa totala sau partiala de reactie cind i se adreseaza persoanele apropiate sau cind e strigat pe nume. In unele cazuri aceasta tendinta e atat de manifesta incit copilul e suspectat de slabirea auzului.
- Nu urmareste cu privirea directia in care se indreapta privirea adultului, ignora gestul arator al acestuia si chemarile sale ("Uita-te la..."). Chiar daca, intr-un sir de cazuri, copilul urmareste initial ce i se arata, treptat interesul ii scade si copilul inceteaza sa acorde atentie obiectului aratat, daca acesta nu coincide cu obiectul care il intereseaza in mod deosebit (de exemplu, becul, ceasul, masina, geamul).
- Imitare slab exprimata sau, cel mai frecvent, lipsa acesteia. De obicei parintii isi amintesc ca le venea foarte greu sa-l invete ceva pe copil, el

prefera sa priceapa totul singur. Era dificil sa-i organizeze participarea la cele mai simple jocuri cu elemente de demonstrare si repetare, de tipul "tapusele-tapusele", sa-l invete sa faca "pa" cu minuta, sa dea afirmativ din cap.

- Dependentă exagerată de influențele cimpului psihic care-l inconjoară. În jurul vârstei de un an toți copiii normali, învățând a merge, sunt influențați într-o măsură mai mare sau mai mică de tendințele din mediu, și adulții au dificultăți reale în controlarea comportamentului lor. În cazurile de autism timpuriu, copiii se lasă duși de curentul senzorial venit din afara mult mai devreme, și acest lucru concurează orientarea spre persoanele apropiate. Deseori adultul, neavând contact emoțional cu copilul, are doar rolul de instrument cu ajutorul căruia micuțul obține stimularea senzorială necesară (este legănat, învățat, gîdilă, adus la obiectul dorit etc.). Dacă părinții sînt foarte activi, insistînd să-i atragă atenția, copilul fie protestează, fie se sustrage contactului.

Particularitățile de dezvoltare a copilului autist se manifestă pregnant în timpul crizei de la 1 an. Neavînd format contactul emoțional cu cei apropiați și date fiind dificultățile de organizare a atenției sale, despartirea fizică a micuțului de mama la vîrsta de 1 an decurge foarte greu. Deseori anume în momentul acesta părinții semnalează la copil o schimbare bruscă de caracter - el pierde complet simțul limitei, devine absolut nestăpînit, neascultător, nedirijabil. El poate demonstra un regres catastrofal în dezvoltare și poate pierde acel minim de legături emoționale, de forme de contact, de deprinderi în curs de formare, inclusiv verbale, pe care le avea pînă a învăța a merge.

Particularitățile și dinamica relației copilului autist cu lumea în general și cu persoanele apropiate în particular, care, după părerea noastră, demonstrează tulburarea dezvoltării lui afective, sînt din punct de vedere diagnostic cele mai semnificative.

INFLUENȚA RELATIILOR DIN DIADA MAMA-COPIL ASUPRA COMPORTAMENTULUI COPILULUI

*A. O. Drobinskaia,
IPC al AIFR*

Motivele cele mai frecvente de adresare la medic pentru examinarea copiilor din al treilea an de viață sînt întîrzierile în dezvoltarea vorbirii și tulburările de somn. Acușele părinților sînt însă adesea de "categoria a doua": "rasfatarea", "capriciozitatea" și "caracterul dificil" al copilului. De obicei prin aceasta se subînțelege incapacitatea copilului de a-și găsi de sine statator vreo ocupație cit de scurtă, cerința de a avea în permanentă mama în preajmă și de a i se acorda atenție, comportament protestatar cu elemente de agresiune, ignorarea cerințelor adulților, dificultăți evidente, iar uneori insurmontabile de stabilire a relațiilor cu alți copii și adulți (de exemplu, la înscrierea în grădiniță).

Explicarea unor asemenea particularități de comportament prin mecanisme patofiziologice este, de regulă, neîntemeiată și nu conduce la metode de corecție suficiente pentru acest fel de tulburări. Diagnosticul "educatie greșită" are un caracter evaluativ și declarativ.

Mai constructivă ni se pare analiza unor asemenea paterne de comportament de pe pozițiile teoriei atașamentului, care a cunoscut în ultimele decenii o dezvoltare rapidă și oferă posibilitatea unei abordări corecționale. Potrivit teoriei în cauză, caracterul atașamentului dintre mama și copil în primii ani de viață ai copilului pune bazele

personalitatii in devenire, ale increderii acesteia fata de lumea inconjuratoare si ale relatiilor cu ea. Varianta optima a atasamentului dintre mama si copil se caracterizeaza prin prezenta unor relatii trainice si stabile intre ei, iar deteriorarea lor poate conduce la tulburarea maturizarii psihice a copilului, la dezadaptare si dereglari psihosomatice. Aceasta corespunde tezei lui L. S. Vigotskiy despre aceea ca orice contact al micutului cu lumea externa este intermediat de anturajul adult, semnificativ pentru el; in orice situatie de interactiune a copilului cu mediul e prezenta (direct sau indirect) o alta persoana - in primul rind mama.

In activitatea noastra practica am evidentiat trei tipuri mai frecvent intilnite si mai clar conturate de comportament "capricios" al copiilor din al treilea an de viata. Primul tip se manifesta prin asa-zisa legatura simbiotica cu mama - un atasament exagerat fata de mama in virtutea caruia copilul nu poate sa se desparta de ea nici pe o clipa. Asemenea copii au un nivel sporit de anxietate: ei nu pot ramine singuri, nu sint in stare sa-si gaseasca o ocupatie cit de scurta, suporta greu modificarile ambientale, mai ales schimbarea adultilor care ii ingrijesc, adesea adorm cu greu, se trezesc noaptea strigind sau plingind fara motiv. Lipsa mamei sau vestea ca aceasta ar putea pleca dezintegreaza starea copilului, el e trist, intreaba nelinistit unde e, nu se poate ocupa cu ceva plin de continut, cu mare greu comunica cu alti adulti.

De obicei un asemenea comportament incepe sa nelinisteasca mama pe la 2,5-3 ani, cind apare problema inscrierii copilului la o institutie pentru copii. La aceasta virsta, la copiii care se dezvoltă normal se contureaza clar tendinta spre independenta si autoafirmare, legata de dezvoltarea constiintei de sine. Copilul cu o legatura simbiotica cu mama nu numai ca nu manifesta asemenea tendinte, dar adesea devine si mai atasat, plingaret, simtind, posibil, oboseala mamei si tendinta acesteia de a se distanta de el. La acesti copii e foarte ingreunata, iar uneori imposibila adaptarea intr-un colectiv de copii, plasarea lor intr-o institutie prescolara sub deviza "va plinge si-i va trece" se termina, de regula, cu boli nevrotice sau psihosomatice.

Al doilea tip de comportament e marcat de tendinta permanenta a copilului de a atrage atentia mamei asupra sa prin toate mijloacele accesibile unui copil - de la sicieli si smiorcaieli pina la actiuni protestatar-agresive. Comportamentul copilului parca ar provoca atentia permanenta a mamei. Daca nu izbuteste sa obtina un contact pozitiv, da curs unor reactii de protest cu strigate, rostogoliri pe jos, refuz de a minca sau actiuni agresive fata de mama (piscaturi, muscaturi). De regula, asemenea actiuni se pedepsesc, dar pedeapsa conduce doar la transformarea lor in agresiune fata de subiecti mai vulnerabili (de obicei, alti copii) sau fata de sine (cum ar fi smulgerea parului). Uneori aceste actiuni compenseaza insuficienta contactului tactil: copilul se bate cu capul de anumite obiecte, etc.

Al treilea tip de comportament este opus, intr-un anumit sens, celui dintii. Mamele se pling ca micutul nu se supune actiunilor lor educationale, le ignora sau "nu le aude", si adesea reactioneaza doar la ridicarea vocii si la amenintari. In asemenea cazuri mama parca i-ar fi indiferenta copilului, acesta nu e interesat sa ia contact cu ea, sa-i ceara ajutorul, sa-i impartaseasca succesele. Un asemenea copil poate crea impresia ca e "foarte independent", poate fi mai comunicativ cu persoanele putin cunoscute, poate merge la ele in brate, zimbeste sau intra cu ele in dialog, pe cind contactul cu mama il face mai putin activ. Observatiile noastre, care coincid cu cele din literatura de specialitate, arata ca in formarea celor trei tipuri de comportament rolul principal il joaca nu numai si nu atit devierile patologice in starea copilului, cit particularitatile relatiilor mama-copil, conditionate de comportamentul matern. Luind nastere in timpul prunciei, ele se dezvoltă, se transforma si spre sfirsitul miciei copilarii capata caracterul descris de noi.

Atitudinea mamei fata de copil si comportamentul ei in situatiile tipice de interactiune cu el sint factorii principali ai stabilirii relatiilor in diada "mama-copil". Ei actioneaza nemijlocit asupra formarii atasamentului copilului si a comportamentului sau. Sint foarte importante sensibilitatea mamei fata de semnalele trimise de copil si felul de a reactiona la ele, capacitatea de a stimula un contact emotional si activ. Dereglarile de sensibilitate si de reactie ale mamei conduc la denaturarea relatiilor reciproce in diada "mama-copil" - copilul nu obtine un raspuns satisfacator la semnalele pe care le trimite in mediu si nu isi satisface in masura dorita necesitatea sa principala - de a se simti protejat si in siguranta. Drept cauza a unei asemenea denaturari a relatiilor reciproce dintre mama si copil pot servi atit particularitatile de personalitate ale mamei, inclusiv insatisfactia ei legata de statutul sau familial si de relatiile de cuplu, cit si disconfortul psihic al acesteia. In ambele cazuri, stabilirea contactului afectiv cu micutul devine mai anevoioasa.

Potrivit observatiilor noastre, in anamneza, iar adesea si in statutul psihic actual al mamelor copiilor cu primul tip de comportament se remarca semne de depresiune timida. Starea depresiva a mamei, deprimarea si disconfortul sau se manifesta in indoiala ca-si indeplineste bine rolul. Ea este mereu ingrijorata pentru micut, reactioneaza bolnavicios la cele mai mici semne, inclusiv inchipuite, de disconfort al acestuia, nu-l paraseste nici pe o clipa. Aceasta anxiozitate i se transmite si copilului, el incepe intr-adevar sa manince si sa doarma mai prost, refuza sa stea fara mama. Aceasta are deja motive reale de ingrijorare, care ii aprofundeaza sentimentul de neliniste. Intr-o diada anxioasa, copilul isi cultiva sentimentul neincrederii in sine si al insecuritatii mediului ambiant, ceea ce duce la dificultati de adaptare la schimbarile acestuia.

Asemenea mame isi considera copiii bolnaviciosi, crezind ca au nevoie de multa grija si protectie. Adevarul e ca acesti copii suporta totusi un deficit de atentie si mingiere din cauza sentimentului permanent de neliniste si tensiune interioara al mamei, care impiedica stabilirea unui contact emotional calitativ cu copilul. Mamele respective reactioneaza mai activ la plinsul copilului decit la zimbetul lui, facindu-l in felul acesta sa plinga pentru a-i atrage atentia. Despre deficitul emotional al unor asemenea relatii vorbeste si acel paradox ca micutul suporta bolnavicios despartirea de mama, plinge si face mofturi in lipsa ei, dar odata aparuta, nu manifesta dorinta de a comunica semnificativ, de parca ar avea nevoie de prezenta ei doar formal.

Al doilea tip de comportament al copilului se formeaza adesea in cazul mamelor cu depresie melancolica. O asemenea mama se distanteaza de copil, intra mai rar in contacte tactile si sonore cu el, reactioneaza incet la disconfortul acestuia, iar uneori manifesta chiar o atitudine dusmanoasa. Apare o situatie de deprivare, pe care copilul tinde sa o depaseasca cu mijloacele pe care le stapineste: atragind in permanenta atentia mamei - atit pozitiva, cit si negativa. Autostimularea si actiunile autoagresive sint mijloace excesive de depasire a deprivarii tactile si emotionale. Spre deosebire de copiii care cresc in conditii de confort psihologic, un asemenea copil se intereseaza si studiaza mai putin lumea inconjuratoare, iar contactele sale emotionale cu apropiatii sint nesatisfacatoare. Ca rezultat, sufera capacitatea sa de a-si forma legaturi afective stabile, in primul rind cu mama.

Al treilea tip de comportament, care a fost numit in literatura de specialitate "atasament de evitare", se dezvoltata adesea la copiii cu mame autoritare si insensibile la necesitatile lor. Unele pot respinge sau limita activitatea copilului, iar altele, avind un comportament inconsecvent, reactioneaza la necesitatile lui insuficient sau exagerat, in functie de dispozitie. Atitudinea celor din categoria intii poate fi numita "formala": ele sint adeptele stilului autoritar de educatie, straduindu-se sa-i impuna copilului sistemul

lor de cerinte. Asemenea mame mai mult reeduca decit educa, folosind adesea recomandari din carti. Cele din categoria a doua sint mame "ego-orientate", care se supraapreciaza, dar nu-si prea fac autocritici. Ele sint destul de inconsecvente fata de copil: ba ii acorda o atentie exagerata, ba il ignora. In asemenea cazuri, evitarea contactului cu mama devine pentru micut o modalitate de aparare de influenta distrugatoare a acesteia.

In aceasta ordine de idei, analiza cauzelor si mecanismelor comportamentului deviat al copiilor din al treilea an de viata ne face sa concluzionam ca unul din factorii principali responsabili de instalarea sa sint tulburarile survenite in relatiile dintre mama si copil. Prin urmare, normalizarea comportamentului copilului e imposibila fara diagnosticarea particularitatilor interactiunii dintre mama si copil si fara corectia (psihoterapeutica, iar in caz de necesitate - psihofarmacologica) a dereglarilor depistate. Una din dificultatile esentiale ale acestui aspect al activitatii noastre consta in faptul ca mama nu e intotdeauna deschisa unor interventii diagnostice si terapeutice, considerind ca nu ea, ci copilul are nevoie de consultatie. Alta dificultate consta in aceea ca asistenta mamei necesita de regula nu o ora, ci citeva si trebuie acordata de specialisti in domeniul psihoterapiei de familie si psihiatriei. Acestea fiind spuse, largirea hotarelor cercetarilor diagnostice in directia relatiilor de familie este absolut necesara, mai ales in domeniul psihiatriei virstei timpurii, care, dupa spusele lui V.V. Kovaliov, este de fapt "psihiatria relatiilor dintre parinti si copii".

CAILE DE PERFECTIONARE A SISTEMULUI DE DEPISTARE PRECOCE A ABATERILOR IN DEZVOLTAREA COPIILOR

Z. M. Dunaeva,

L. I. Rosteagailova,

IPC al AIFR

Munca de mai multi ani in domeniul diagnosticarii si asistentei copiilor cu abateri in dezvoltare, copii de diferite virste, ne face sa ne gindim in permanenta la imperfectiunea sistemului existent de dispensarizare a copiilor si a serviciului de consultanta medico-psiho-pedagogica.

La Centrul consultativ-diagnostic al Institutului de Pedagogie Corectionala al Academiei Invatamintului din Federatia Rusa se adreseaza anual citeva mii de pacienti. Parintii copiilor cu patologie ereditara sau cu anomalii congenitale, in majoritatea cazurilor, n-au stiut ca pot da nastere unui asemenea copil. Deocamdata nu e raspindita suficient practica consultarii genetice a sotilor cu scopul preintimpinarii abaterilor in dezvoltarea viitorului copil. Credem ca e necesara o familiarizare mai aprofundata a viitorilor parinti cu particularitatile psihofizice de dezvoltare a copilului. Uneori parintii demonstreaza o ignoranta crasa in aceste chestiuni, nepresupunind ce urmari grave pot avea chiar si tulburarile minime de dezvoltare.

Situatia asistentei medico-psiho-pedagogice e complicata in prezent si de faptul ca perioada de adaptare precoce a nou-nascutilor nu e oglindita in extrasele eliberate la iesirea din maternitate.

De regula, parintii solicita prima consultatie medico-psiho-pedagogica cind copilul are virsta de 5-6 ani, adica inainte de a incepe instruirea scolara. Aceasta se explica adesea si prin faptul ca, adresindu-se mai devreme la specialisti, ei sint sfatuiti sa astepte pina la 3 ani, virsta la care micutul poate primi ajutor intr-o institutie specializata pentru copii. Ce se intimpla insa? La virsta prescolara superioara si la virsta scolara inferioara copiii care nu au beneficiat de asistenta necesara in etapele mai timpurii de dezvoltare suporta consecintele negative ale unei astfel de deprivari.

Inca L. S. Vigotskiy scria ca in dezvoltarea copilului exista termene optime pentru fiecare tip de instruire. Parerea conform careia cu cit e mai mare copilul, cu atit e mai usor sa-l inveti, e gresita. Termenele instruirii sint determinate de perioadele senzitive de dezvoltare a fiecărei functii. Anume in aceste perioade instruirea se dovedeste a fi cea mai usoara, economa si rezultativa. Termenele optime de instruire a fiecarui copil sint determinate de zona de dezvoltare proxima a acestuia, adica instruirea se bazeaza nu numai si nu atit pe functiile maturizate ale copilului, cit pe cele in curs de maturizare.

In cazurile in care copilul totusi se pomeneste in cadrul sistemului de asistenta medico-psiho-pedagogica, el suporta problema principala a acestuia - lipsa de continuitate.

In aceste conditii, este evidenta necesitatea restructurarii intregului sistem de asistenta medico-psiho-pedagogica nu numai in ce priveste diagnosticul precoce si preintimpinarea nasterii copiilor cu probleme, ci si in ce priveste supravegherea dinamica a copiilor din grupul de risc.

Masurile de profilaxie cu scopul preintimpinarii nasterii copiilor cu abateri in dezvoltare au devenit o necesitate.

In legatura cu aceasta trebuie prevazuta consultarea psiho-genetica a sotilor din grupul de risc dupa indici medicali, precum si supravegherea medico-psihiologica a gravidelor din grupul de risc. In cazul in care s-a nascut un copil cu abateri in dezvoltare, parintii acestuia trebuie ajutati in toate etapele de adaptare vitala a acestuia, pina la maturitate. Sistemul de asistenta infantila propus de noi include etapele urmatoare:

- etapa intii - examinarea detaliata a nou-nascutilor de catre neonatolog, neurolog, genetician cu inregistrarea tuturor parametrilor de adaptare a copilului in pasaportul nou-nascutului;

- etapa a doua – masurile diagnostice si corectionale intreprinse in perioada prunciei (pina la 1 an) si expunerea lor detaliata in fisa de dezvoltare a copilului, depistarea copiilor din grupul de risc;

- etapa a treia - diagnosticul diferentiat cu stabilirea pronosticului dezvoltarii si asistenta corectionala adecvata a copiilor in virsta de la unu pina la trei ani in cadrul institutiilor respective pentru copii. In aceasta etapa e de dorit crearea unor programe corectionale individuale, care sa includa in mod obligatoriu examene clinico-psiho-pedagogice complexe cel putin o data la sase luni;

- etapa a patra - evidentierea dereglarilor dominante in dezvoltarea copilului dupa 3 ani cu scopul compensarii lor si pregatirii copilului pentru scoala (in gradinite de stat sau private pentru copii cu particularitati de dezvoltare);

- etapa a cincea - asistenta diferentiat-diagnostica si psiho-medico-pedagogica cu scopul alegerii formei adecvate de instruire pornind de la interesele si posibilitatile familiei si copilului (la virsta de 6-7 ani);

- etapa a sasea - depistarea copiilor cu dificultati de adaptare scolara (copii slabiti din punct de vedere somatic, cu probleme de adaptare psihologica, aflati sub influenta unui mediu nefavorabil, copii cu tulburari de dezvoltare de origine constitutional-genetica, precum si copii cu insuficienta cerebro-organica); corectarea programului si conditiile de instruire si educatie a elevilor dezadaptati pornindu-se de la particularitatile lor individuale depistate in timpul examenelor clinico-psiho-pedagogice; supravegherea dinamica a copiilor;

- etapa a saptea - orientarea profesionala timpurie (de la 12-13 ani) si pregatirea respectiva in scolile profesionale pentru adaptarea la munca si viata a adolescentilor;

- etapa a opta - tutelarea sociala a adolescentilor cu abateri in dezvoltare de catre angajatii serviciilor sociale de pe langa municipalitati in perioada initiala a adaptarii la munca (obtinerea unei calificari accesibile si includerea intr-un colectiv de munca).

In toate etapele trebuie sa aiba loc o interactiune complexa a specialistilor: medici, psihologi, pedagogi, juristi, lucratori sociali. Rezultatele examenului trebuie fixate in fisa de dezvoltare a copilului cu oglindirea obligatorie a tuturor etapelor de adaptare pe fundalul muncii de corectie infaptuite.

Rolul principal in rezolvarea chestiunilor de diagnostic si corectie a abaterilor in dezvoltarea copiilor trebuie sa revina serviciilor de consultanta psiho-medico-pedagogice (comisiilor, centrelor diagnostice si de reabilitare), dotate cu aparataj modern si completate cu specialisti de diferite profiluri (neurologi, psihiatri, otolaringologi, oftalmologi, ortopezi, geneticieni, paraclinicieni (neurofiziologi, audiologi), psihologi, defectologi, logopezi). Cu scopul precizarii diagnosticului in procesul supravegherii dinamice si al instruirii in serviciile de consultanta psiho-medico-pedagogica, se recomanda organizarea grupelor diagnostice pentru copiii cu diagnostic neprecizat si pentru copiii care nu pot fi instruiti si educati in nici una din institutiile de invatamint existente si care necesita programe individuale corectiv-dezvoltative. Din pacate, asistenta consultativ-diagnostica calificata poate fi acordata actualmente doar in marile orase, unde se afla institute si centre care raspund cerintelor date.

Unul dintre principiile importante de diagnostic este principiul expertizarii sistemice si complexe a copilului, orientat spre depistarea legaturilor reciproce si a interdependentei dintre anumite manifestari ale devierii in dezvoltarea psihica si tulburarile primare, spre stabilirea ierarhiei defectelor sau abaterilor depistate in dezvoltarea psihica si a corelatiei dintre tulburarile primare si secundare. Din numeroasele metodici de examinare a copiilor trebuie sa le alegem pe cele care le vor ajuta specialistilor sa raspunda la intrebarile puse si sa stabileasca cit mai clar structura si ierarhia defectelor depistate. Diagnosticul pus pe baza unui singur simptom sau sindrom patologic nu poate fi just, deoarece manifestarile externe pot avea o esenta interna diferita. Astfel, de exemplu, cauza inceputului intirziat al vorbirii copilului poate fi scaderea auzului, intirziera fiziologica a dezvoltarii verbale (copilul intelege tot ce i se vorbeste si se comporta adecvat), dezvoltarea incompleta a activitatii cognitive, abaterile in dezvoltarea sferei emotionale, tulburarile locale de vorbire. Prin urmare, pentru intelegerea intregii structuri a defectului, simptomatologia depistata trebuie analizata si sintetizata intr-un complex simptomatologic unic. In plus, diagnosticarea adecvata este imposibila fara cunoasterea unor legitati anume dupa care se dezvolta copilul, fara cunoasterea perioadelor senzitive de formare a unor sau altor functii si sisteme.

Pe baza analizei datelor obtinute in urma examinarii se face concluzia, se formuleaza diagnosticul, se prescrie tratamentul respectiv si se fac recomandari pentru parinti in ceea ce priveste educatia copiilor. Diagnosticul psiho-pedagogic e orientat nu numai si nu atat spre determinarea nivelului actual de dezvoltare, cit spre decelarea posibilitatilor potentiale ale copilului.

In concluzie, trebuie sa mentionam ca perfectionarea sistemului de depistare precoce si corectie oportuna a abaterilor in dezvoltarea copiilor va permite de a micsora numarul institutiilor speciale pentru instruirea lor, deoarece multe abateri in dezvoltare, cu tulburarile respective - secundare si tertiare -, pot fi preintimpinate luindu-se la timp masuri de reabilitare.

DIN EXPERIENTA ASISTENTEI PSIHOLOGIGE A FAMILIILOR CARE EDUCA COPII CU TULBURARI COMPLEXE SI MULTIPLE

*O. A. Kopil,
IPC al AIFR*

"Natura a facut asa ca pruncii nu-si pot alege mamele. Ei "apar" pur si simplu, iar mamele le e
dat timp pentru a se reorienta."

D.V. Vinnicott

Din 1997, Laboratorul continutului si metodelor de instruire a copiilor cu structura complexa a defectului al Institutului de Pedagogie Corectionala al Academiei Invatamintului din Federatia Rusa a desfasurat o munca sistematica in familiile in care se educa copii cu tulburari multiple, munca bazata pe experienta acumulata in pedagogia curativa antroposofica.

Cu una dintre aceste familii am facut cunostinta in septembrie 1997, cind s-a stabilit ca copilul lor de 8 luni practic orb (cu senzatie luminoasa pastrata), cu retinopatie prematura operata, sufera de hipoacuzie de gradul IV. Mergind la prima intalnire cu baietelul, aveam in minte cuvintele pe care le-am auzit nu o data la universitate - ca un copil surdoorb e „o planta care trebuie umanizata”. Stiam de asemenea ca mama se afla intr-o stare grava si are de gind, fara sa renunte la copil, sa-l duca la o casa de copii. Dar chiar de la primul examen psihologic si neurologic micutul a produs asupra noastra o impresie puternica. Era un copil cu fizic armonios, care le cerea insistent adultilor (cu vocea si miscarile sale) sa fie pus in picioare si ajutat sa mearga. Fiind atins, si-a dat seama imediat ca are de a face cu un strain, s-a incordat pe o clipa, dar peste citva timp, fiind ridicat de mine deasupra capului, incerca sa schiteze o privire si zimbea. Isi petrecea cea mai mare parte din timp leganindu-se in patuc si avind la dispozitie citeva pocnitori si o imensa piramida ghimpata cu inele demontabile. Il ingrijea bunica, mama sa incercind sa-l evite. Cererea de ajutor venea tot de la bunica, care "nu stia cum sa se ocupe de el".

Activitatea noastra era orientata in doua directii - cu baietelul, sub forma de activitati saptaminale (cu examene medicale periodice), si cu membrii adulti ai familiei - sub forma de conversatii, fotografiari, filmari, propunindu-le jucariile necesare si atragindu-i in activitatea de grup cu parintii copiilor cu tulburari grave, acordindu-le asistenta psihoterapeutica si medicala.

Activitatile cu baietelul erau orientate preponderent in directiile urmatoare:

- dezvoltarea sferei motorii;
- dezvoltarea simtului echilibrului, care sa-i permita sa ia pozitie verticala si sa o mentina;
- formarea unor ritmuri stabile in viata sa;
- formarea simtului tactil.

Tinind cont de atmosfera din familie - nefavorabila copilului, puneam accentul pe perfectionarea sferei motorii si a simtului echilibrului, ocupatie care ii producea baietelului cea mai mare bucurie si in care se regasea de la bun inceput, atragind-o treptat pe bunica, iar apoi si pe mama sa asiste si sa participe la activitati.

Acordam atentie principala crearii unei atmosfere de acceptare si colaborare intre copil si adulti. In esenta, eram intermediari intre adultii disperati si micutul talentat, creind acel spatiu vital in care poate avea loc o cunoastere activa. Nu ne-am pus scopul sa cream deprinderi, din contra, tindeam sa facem o pauza dupa fiecare actiune, pentru a-i permite copilului sa aprecieze situatia si sa-si exprime atitudinea; treptat,

interventiile directe in procesul cognitiv erau tot mai discrete. Incercam sa raspundem la orice manifestare de activitate independenta a micutului.

In legatura cu faptul ca s-a nascut in a 28-a saptamina de sarcina si ca a facut primul pas de sine statator la 1 an si 2 luni, anume aceasta virsta a copilului a fost considerata drept hotar temporal in analiza noastra.

In aceasta perioada a fost observata o inrautatare a vederii si disparitia treptata a "schitarii privirii" ca rezultat al proceselor de atrofiere in ambii ochi. Concomitent, se observa tot mai des concentrarea auditiva a micutului, de exemplu, la vocea celor apropiati.

Deosebit de interesanta a fost dezvoltarea sferei motorii. Pedalind pe dorinta vie a baiatului de a se deplasa in spatiu si pe satisfactia pe care i-o prilejuia necesitatea de a-si tine echilibrul, noi, "coborindu-l pe podea" pe toata perioada de veghe, am inceput sa-i imbogatim acest spatiu cu obiecte diferite din punct de vedere al calitatii, care de altfel puteau deveni si obstacole in calea sa - atat pentru deplasare, cit si pentru pastrarea echilibrului. Deveneam, in acelasi timp, martorii formarii la baietel a unui adevarat interes de explorator. Pe fundalul unei concentrari neobisnuite, care forma chipul unui copil sensibil la cele mai fine schimbari din exterior si din sine insusi, au aparut miscari de imitare a adultilor si miscari proprii ale copilului cu scopul de a se cunoaste pe sine si de a afla cele mai diverse insusiri ale obiectelor din jur. Micutul a inceput sa se deplaseze de sine statator prin apartament, cucerind mai intii spatiul din urma sa, apoi, treptat, si pe cel din fata, cu ajutorul unor exercitii pe care si le inventa singur (mai intii in genunchi, apoi desprinzindu-se de la suport si doar la urma facind primul pas independent inainte). Acelasi fenomen a fost observat si in sfera dezvoltarii motilitatii fine - jocurile digitale, efectuate mai intii de adulti, erau nu doar preluate, ci si complicate de baiat; spre sfirsitul primului an de viata miscarile digitale diferite ii permiteau acestuia nu doar sa ia si sa manipuleze obiectele, ci si sa le gaseasca si sa efectueze manipulatii cu ambele miini concomitent.

Anume perfectionarea miscarilor a condus la aparitia unei perceptii tactile adevarate (ca metoda de cunoastere a unor noi calitati ale obiectelor si oamenilor si ca orientare in spatiu), precum si la multiple forme de interactiune cu adultii, la reactii vocale intense in timpul manipularii obiectelor.

Spiritul activ al micutului a schimbat esential atmosfera din familie. Spre sfirsitul perioadei de sugar, dintre toate persoanele apropiate, el si-a ales anume mama (care il evita) ca obiect asupra caruia sa-si manifeste gingasia, facind-o astfel sa adopte o atitudine profund materna fata de el.

Supravegherea indelungata in conditiile unei atmosfere familiale in schimbare, ajutorul acordat pentru crearea unei situatii de dezvoltare adecvate virstei au stimulat activitatea creatoare a acestui micut care facea primii pasi spre lume si spre sine. Discutind cu adultii cele mai fine nuante de comportament al copilului, incercind impreuna sa gasim limbaj comun cu micutul privat de posibilitatea de a vedea si auzi, i-am ajutat sa treaca peste durerea si dezorientarea in care se aflau, sa se dezinhibe si sa obtina satisfactie din comunicarea cu el.

PROBLEME ALE EXAMINARII PSIHOPEDAGOGICE A COPIILOR DE VIRSTA TIMPURIE CU TULBURARI DE AUZ

*T. V. Nikolaeva,
IPC al AIFR*

Importanta instruirii timpurii a copiilor cu tulburari auditive a fost subliniata de fruntasii surdopedagogiei autohtone inca la sfirsitul secolului XIX (N. M. Lagovskiy, N. K. Patkanova, F. A. Rau). In debutul secolului XX in tara noastra ia nastere educatia

prescolara pentru copiii surzi (N. A. Rau). In anii '30 incepe studierea si instruirea copiilor cu tulburari auditive de virsta timpurie (E. F. Rau).

In ultimele decenii are loc elaborarea intensa a metodelor medicale si pedagogice de depistare precoce (din primele luni de viata) a copiilor cu tulburari de auz (Z. S. Alieva, 1998; L. D. Vasilieva, 1990; I. V. Koroliova, 2000; A. M. Maruseva, 1959; T. V. Pelimskaia, 1998; G. A. Tavartkiladze, L. D. Vasilieva, 1988; Lori J. Klein, Lynn E. Huerta, 1992; P. Watkin, 1998; s.a.). Dar, cu toate realizarile in domeniul diagnosticarii precoce a tulburarilor auditive, majoritatea copiilor sint depistati numai spre sfirsitul miciei copilarii - la 2-3 ani si mai tirziu. Anume la aceasta virsta, copiii incep, in majoritatea cazurilor, sa primeasca ajutor corectional in institutiile de ocrotire a sanatatii si de invatamint.

In prezent au fost determinate continutul si metodica muncii corectional-pedagogice cu copiii neauzitori in perioadele de sugar si anteprescolara tinindu-se cont de particularitatile psihofiziologice de virsta (E. I. Leongard, E. G. Samsonova, 1991; T. V. Pelimskaia, N. D. Smatko, 2003). Au fost create programe de stat speciale de instruire si educatie a copiilor surzi si hipoacuzici de virsta prescolara (sub conducerea L.P. Noskova, 1991), programul "Comunicarea" (sub redactia E.I. Leongard, 1995). Toate aceste programe insa si diversele sarcini si materiale pentru ore sint concepute pentru asa-zisul copil "mediu", desi se stie ca realizarea posibilitatilor potentiale ale copiilor cu tulburari auditive depinde de diagnosticarea psihopedagogica oportuna si calitativa a particularitatilor individuale de dezvoltare a fiecarui copil si de elaborarea unui program individual de asistenta corectionala.

In ultimii ani abordarea individuala a educatiei si instruirii copiilor cu posibilitati limitate este una din directiile cele mai importante de dezvoltare a pedagogiei corectionale prescolare (E.A. Strebeleva, 2000; I.A. Razenkova, 1998; s.a.). O insemnatate tot mai mare capata si chestiunea individualizarii asistentei copiilor de virsta anteprescolara si prescolara cu tulburari de auz. Multi specialisti subliniaza necesitatea crearii unor astfel de seturi de metodici psihopedagogice de examinare a copiilor neauzitori, ale caror rezultate sa serveasca drept baza pentru alcatuirea programelor individuale de corectie pentru fiecare copil in parte (N.V. Ivanova, O.I. Plotnikova, 1996; I.A. Mihalenkova, 1996; G.S. Rujina, 1996; s.a.). Realizarea acestei sarcini, dupa parerea unanima a specialistilor, e posibila doar pe baza unei studieri psihopedagogice aprofundate si complexe a copilului, in timpul careia sa fie stabilit nivelul sau general de dezvoltare psihofizica si realizarile sale pe diferite linii.

Pentru elaborarea unei programe individuale adecvate nivelului de dezvoltare a fiecarui copil e important sa stabilim atit nivelul sau initial de dezvoltare pe diferite directii: fizica, sociala, cognitiva, cit si nivelul sau de dezvoltare psihofizica generala, deoarece liniile de dezvoltare sint legate intre ele si se influenteaza reciproc. Dezvoltarea copilului este un proces integru, si nivelul de dezvoltare a fiecarei linii nu poate fi examinat izolat. Impresia generala despre copil se formeaza dintr-o multime de evaluari particulare si, inainte de toate, din evaluarea realizarilor obtinute pe directiile principale de dezvoltare. De aici importanta unei examinari psihopedagogice complexe. Daca vom merge pe o singura linie de evaluare (de exemplu, dezvoltarea fizica sau intelectuala), impresia despre copil va fi incompleta, iar potentialul sau va fi subestimat sau supraapreciat.

In etapa actuala de dezvoltare a pedagogiei si psihologiei speciale au fost stabilite principiile si cerintele fata de alcatuirea si elaborarea metodicilor de examinare a copiilor cu diferite abateri in dezvoltare, inclusiv a copiilor cu tulburari auditive (E.A. Strebeleva, 1998), dar problemele pedagogice de studiere diagnostica a copiilor neauzitori n-au fost inca solutionate. Cercetarile noastre si discutiile cu pedagogii au

aratat ca studierea psihopedagogica a copilului cu tulburari de auz se bazeaza pe abordarea intuitiv-practica, care se formeaza spontan in procesul activitatii concrete cu copiii. De regula, se face un examen pedagogic al auzului si se determina nivelul de dezvoltare a vorbirii. Studiind nivelul psihofizic de dezvoltare a copiilor, particularitatile lor individuale si gradul de pregatire pentru a invata, specialistii se confrunta cu un sir de dificultati: ce sa studieze, cum sa studieze, prin ce metode?

Metodicile destinate copiilor cu dezvoltare normala nu pot fi folosite pentru examinarea copilului cu tulburari de auz fiindca majoritatea sarcinilor continute de acestea se bazeaza pe instructiuni verbale, ceea ce le face inaccesibile pentru copiii care inca nu vorbesc. Pentru a face sarcinile intelese si accesibile micutului neuzitor trebuie folosit un mijloc adecvat de a le propune: toate aceste sarcini trebuie neaparat insotite de gesturi firesti.

Necesitatea examinarii psihopedagogice complexe a copilului e constientizata de mai mult timp. Inca in anii '70 colectivul de autori format din A.A. Vengher, G.L. Vigodskaja, E.I. Leongard a elaborat un set de sarcini cu scopul trierii copiilor de virsta anteprescolara si prescolara pentru includerea in tipul/grupa corespunzatoare de institutie prescolara speciala. Pe atunci nu se punea inca scopul special de stabilire a particularitatilor individuale ale copiilor, iar in setul respectiv de sarcini nu era prezentata in masura deplina examinarea dezvoltarii fizice.

Pina in prezent nu au fost elaborate metodici speciale de examinare psihopedagogica a copiilor cu tulburari auditive de virsta ante- si prescolara. Nu exista o schema general acceptata de examinare psihopedagogica a acestor copii nici in cadrul instruirii sau al comisiei psiho-medico-pedagogice (CPMP).

In temeiul celor spuse, ne permitem sa concluzionam ca la momentul de fata se simte o necesitate acuta de perfectionare a aparatului metodic de examinare a copiilor cu tulburari auditive pentru stabilirea unui program individual adecvat de influenta corectionala asupra fiecarui copil. Este foarte actuala sarcina elaborarii unor metodici psihopedagogice care sa aiba drept scop asigurarea **studierii integrale a copilului cu tulburari auditive**; sa stabileasca nu doar nivelul sau actual de dezvoltare, ci si zona de dezvoltare proxima si particularitatile sale individuale. Setul de materiale prezentat poate constitui una dintre aceste metodici.

La Institutul de Pedagogie Corectionala al Academiei Invatamintului din Federatia Rusa a fost elaborata si aprobata o metodica de examinare psihopedagogica complexa a copiilor din al treilea an de viata. Setul special de sarcini include examinarea copilului conform urmatoarelor **linii principale de dezvoltare²: sociala, fizica, cognitiva**. In plus, se studiaza activitatea intuitiv-ludica a copilului, se stabileste nivelul sau de dezvoltare a vorbirii si starea in care i se afla auzul. Alegerea acestor linii de dezvoltare nu este intimplatoare - anume pornind de la ele, se planifica activitatea corectional-pedagogica a institutiei prescolare.

Examinarea psihopedagogica complexa a copilului cu tulburari de auz constituie etapa initiala a instruirii sale, in timpul careia se stabileste atit nivelul actual de dezvoltare psihofizica a copilului, cit si potentialul si particularitatile sale individuale.

Examinarea include sarcini orientate atit spre stabilirea nivelului actual de dezvoltare a copilului (capacitatea sa de a indeplini sarcinile de sine statator), cit si spre determinarea zonei de dezvoltare proxima (capacitatea de a efectua sarcinile propuse cu ajutorul adultilor).

Metodele principale de studiere sint *supravegherea* copiilor in timpul diverselor activitati ale acestora si *activitatile diagnostice individuale*.

In plus, pentru a se crea o impresie cit mai exacta despre fiecare copil, se face anchetarea parintilor. Se aduna date despre componenta familiei, despre statutul auditiv

al fiecarui membru, despre dezvoltarea timpurie a copilului, despre regimul zilei la domiciliu, despre particularitatile sale de comportament si de caracter, despre ocupatiile si jucariile sale preferate etc.

Nivelul *de dezvoltare sociala a copilului* se stabileste in procesul de supraveghere a acestuia, fixindu-se urmatoarele lucruri:

- mijloacele de comunicare ale fiecarui copil (expresiv-mimice, obiectual-actionale, verbale);
- dorinta si capacitatea copilului de a stabili contacte cu adultii si copiii;
- particularitatile de comportament si ale sferei emotional-volitive a copilului;
- nivelul de formare a deprinderilor de autoservire (imbracatul, spalatul, mincatul, etc.).

2 Utilizam termenul de "linii principale de dezvoltare", introdus de colectivul de autori ai conceptiei educatiei copiilor de virsta anteprescolara si prescolara (S.L. Novosiolova, L.F. Obuhova, L.A. Paramonova s.a., 1996).

Cu scopul studierii *dezvoltarii fizice si cognitive* a copiilor au fost alcatuite seturi speciale de sarcini in functie de virsta: 2-2,5 ani si 2,5-3 ani, precum si seturi de sarcini pentru copiii de 1,5-2 ani si pentru cei de 3-4 ani. Examinarea dezvoltarii cognitive se constituie din sarcini de stabilire a nivelului dezvoltarii senzoriale (deosebirea obiectelor dupa forma, culoare, marime) si al gindirii intuitiv-actionale, sarcini de construire, de activitate plastica, de imitare. Examinarea dezvoltarii fizice are drept scop stabilirea nivelului de maturizare a miscarilor de baza ale copiilor, cum ar fi mersul, alergatul, sariturile etc.

In cazul in care copilul se achita cu succes de setul de sarcini corespunzatoare virstei i se propun altele, pentru copiii mai mari. Daca acesta insa nu rezolva sarcinile, e examinat printr-un complex de exercitii pentru copiii mai mici.

Modalitatile principale de examinare a dezvoltarii fizice si cognitive sint:

- folosirea obligatorie a instructiunii verbal-gestuale: toate insarcinarile propuse copilului sint insotite de gesturi firesti si metodic prezentarii lor trebuie sa le faca intelese copilului care inca nu vorbeste;
- utilizarea unui complex de modalitati diferite pentru a-l face pe copil sa indeplineasca sarcinile: activitati ludice ale pedagogului cu folosirea jucariilor, rezolvarea sarcinilor de catre adult in locul copilului apelind la jucariile cu subiect, antrenarea unui copil de aceeasi virsta in rezolvarea sarcinilor;
- folosirea unor moduri fixe de ajutor in toate insarcinarile: demonstrare, imitare, actiuni comune; dupa ce a fost ajutat, copilului i se propune sa rezolve sarcina de sine statator.

In procesul examinarii se acorda atentie capacitatii copilului de a contacta (dorinta de a colabora cu adultul), capacitatii de a invata in timpul examinarii si atitudinii fata de rezultatul activitatii. Se noteaza neaparat felul in care a fost indeplinita sarcina (independent, dupa prezentarea modului de actiune, dupa actiuni in comun) sau neindeplinirea ei.

Studierea nivelului *activitatii obiectual-ludice* a copiilor se face in timpul supravegherii lor in situatii de comportare libera, cind actioneaza dupa placul lor, si in conditii obisnuite (de regula in timpul jocului cu alti copii in camera comuna). In afara de aceasta, se face un control individual al fiecarui copil.

In timpul supravegherii si al controlului individual sint observate atitudinile personale fata de activitatea cu obiectele:

- a) interesul fata de jucarii;
- b) caracterul actiunilor obiectual-ludice;

- c) folosirea obiectelor-substitut;
- d) insotirea verbala a actiunilor.

In timpul supravegherii si al controlului special se stabileste **nivelul intelegerii de catre copil a vorbirii orale**: pedagogul ii propune copilului sa aleaga, din 3 jucarii, jucaria pe care o numeste. Se clarifica de asemenea **starea vorbirii de sine statatoare** a copiilor, se observa daca folosesc: fraze scurte din 2-3 cuvinte cu agramatisme, cuvinte intregi si cuvinte lalaite, cuvinte formate prin imitarea unor sunete din natura, lalatiuni necorelate, reactii vocale, strigate.

Examinarea pedagogica a auzului se face fara aparate auditive individuale conform metodicii general acceptate pentru copiii din al treilea an de viata (N.D. Smatko, 1990). Ea presupune formarea unei reactii motorii conditionate la sunetul jucariilor si al vocii. In afara de aceasta, se verifica capacitatea copiilor de a distinge, pe suport acustico-vizual si acustic, imitatiile sonore, cuvintele lalaite si cuvintele intregi dintr-un numar de cel putin 2-3.

Metodica elaborata a fost aprobata la examinarea a 25 de copii cu auz normal si a 25 de copii cu auz dereglat. Numarul copiilor fara si cu defecte auditive era acelasi in ambele grupe (de pina la 2,5 ani si de peste 2,5 ani): respectiv, cite 11 si 14 persoane. Toti copiii care nu auzeau aveau surditate sau hipoacuzie senzoneurala congenitala sau dobindita in primul an de viata (in afara de un copil care si-a pierdut auzul la 1,4 ani). Majoritatea copiilor (20 de persoane) erau educati de parinti neauzitori.

Potrivit concluziilor comisiei psiho-medico-pedagogice:

- toti copiii fara auz care au luat parte la investigatie aveau intelectul primar pastrat;

- nivelul de scadere a auzului a fost diagnosticat cu: "hipoacuzie senzoneurala bilaterala de gradul II" - 8 copii; "hipoacuzie senzoneurala bilaterala de gradul III" - 10 copii; „surzenie senzoneurala bilaterala” - 7 copii³;

- Vorbirea a 9 copii a fost apreciata ca „vocabulary obiectual lalalizat insusit”, iar a majoritatii copiilor (16 persoane) - ca " lipsa a vorbirii".

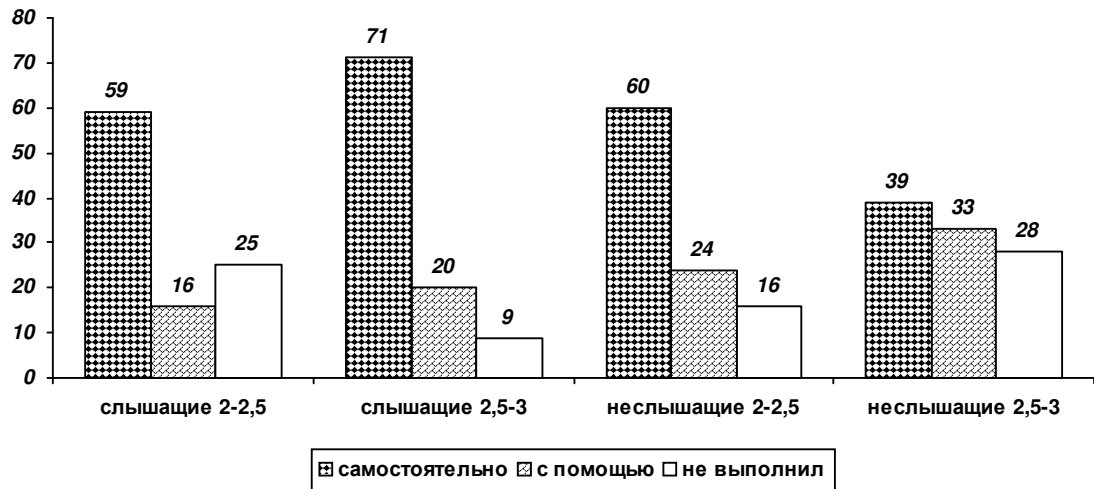
Setul elaborat de sarcini a permis, in primul rind, depistarea **particularitatilor de dezvoltare** psihofizica **specifice virstei** anteprescolare. Dupa cum era de presupus, s-au constatat deosebiri esentiale in dezvoltarea psihofizica a copiilor din cele doua grupe de virsta diferita. Astfel, copiii cu auz dereglat din grupa mai mica (pina la 2,5 ani) se apropiau dupa nivelul de dezvoltare psihofizica de normativul de virsta (daca nu luam in considerare dezvoltarea vorbirii).

In acelasi timp, incepind cu 2,5 ani, a fost constatata tendinta de crestere a diferentelor dintre copiii neauzitori si semenii lor auzitori pe toate liniile principale de dezvoltare. Daca la copiii fara probleme auditive de peste 2,5 ani a fost remarcata cresterea nivelului de dezvoltare psihofizica generala, legata de insusirea activa a vorbirii, copiii neauzitori s-au dovedit apropiati, dupa nivelul lor de dezvoltare, de copiii din grupa de virsta mai mica. Acest fapt are o importanta principala si constituie un argument in plus in favoarea instruirii corectionale cit mai precoce (nu mai tirziu de primele 6 luni ale celui de-al treilea an de viata) a copilului cu auz dereglat, cind diferentele intre el si semenii sai auzitori nu sint inca atit de evidente.

In diagramele nr. 1 si nr. 2, pe baza indeplinirii sarcinilor de imitare si de construire, sint aratate diferentele dintre copiii auzitori si cei neauzitori din grupele de virsta mai mare si mai mica.

Diagrama nr. 1. Rezultatele indeplinirii sarcinilor de imitare a miscarii de catre copiii din al treilea an de viata (%).

Диаграмма № 1. Результаты детей 3-го года жизни в выполнении заданий на подражание движениям (%)



auzitori 2-2,5

auzitori 2,5-3

neauzitori 2-2,5

neauzitori 2,5-3

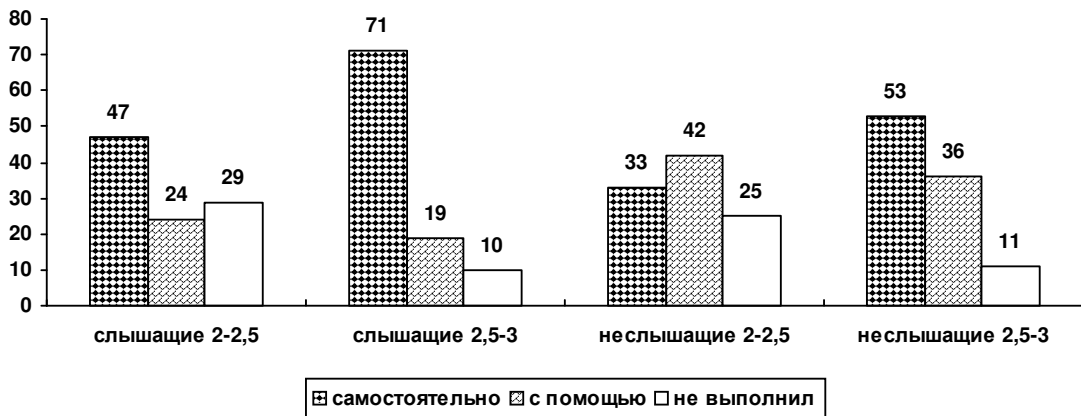
.independent

.cu asistenta

.n-a rezolvat

Diagrama nr. 2. Rezultatele indeplinirii sarcinilor de construire de catre copii din al treilea an de viata (%).

Диаграмма № 2. Результаты детей 3-го года жизни в выполнении заданий по конструированию (%)



auzitori 2-2,5

auzitori 2,5-3

neauzitori 2-2,5

neauzitori 2,5-3

.independent

.cu asistenta

.n-a rezolvat

Metodica data a permis stabilirea *nivelului individual de dezvoltare* a fiecarui copil pe toate liniile de dezvoltare. Particularitatile dezvoltarii psihofizice a copiilor neauzitori s-au manifestat in faptul ca nivelul dezvoltarii sociale, cognitive si fizice si cel al activitatii obiectual-ludice putea sa corespunda sau sa fie mai jos decit norma de virsta, iar in ceea ce priveste dezvoltarea fizica unii dintre ei chiar ii intreceau pe semenii auzitori. Ritmuri avansate de dezvoltare au fost consemnate, de regula, la copiii din parinti neauzitori.

Mai frecvent, copiii neauzitori ramineau in urma cu *activitatea obiectual-ludica*, ceea ce a fost observat si anterior (A. A. Vengher, G. L. Vigodskaja, E. I. Leongard, 1972). Daca la marea majoritate a copiilor auzitori (72%) nivelul de dezvoltare a activitatii obiectual-ludice corespundea virstei, la aproximativ acelasi numar de copii surzi si hipoacuzici (76%) acesta era sub norma de virsta.

Copiii neauzitori ramineau mult in urma semenilor fara probleme auditive si in *dezvoltarea fizica si sociala*. Numai la jumătate dintre copiii surzi si hipoacuzici indicatorii respectivi corespundeau normei de virsta. Toti copiii neauzitori care prezentau si intirzieri in dezvoltarea fizica se caracterizau prin miscari incetinite si

³Dupa clasificarea audiologo-pedagogica a lui L.V. Neiman.

stingace, incordare si dificultati de echilibru, lucruri mentionate si anterior de cercetatori (G. V. Trofimova, 1976).

Cele mai apropiate rezultate intre copiii cu auz normal si cei cu auz dereglat au fost remarcate in *dezvoltarea cognitiva*, nivelul careia corespundea normei de virsta la 76% din copiii auzitori si la tot atitii copii cu probleme de auz. Totodata, o treime din copiii auzitori (32%) si un sfert din cei surzi si hipoacuzici (24%) devansau indicatorii prevazuti pentru virsta respectiva. E de mentionat si faptul ca la copiii cu probleme auditive, dar cu un nivel cognitiv apreciat de noi drept corespunzator virstei au fost depistate particularitati individuale si specifice semnificative. Astfel, in timpul examinarii, ei aveau nevoie de ajutor mult mai des decit copiii auzitori si prezentau dificultati de coordonare vizual-motorie si de miscare digitala orientata.

In urma examinarii pedagogice a fost precizata *starea auditiva a copiilor*. La 5 dintre ei, cu diagnosticul de "hipoacuzie senzoriala bilaterala de gr. III" stabilit de CPMP, in temeiul datelor obtinute in timpul examinarii pedagogice si audiologice ulterioare s-a ajuns la concluzia ca e vorba de o pierdere mai mica a auzului (hipoacuzie de gr. II).

Metodica elaborata a permis stabilirea *nivelului de dezvoltare verbala* a fiecarui copil neauzitor. Daca, potrivit concluziei CPMP, la majoritatea copiilor a fost observata "lipsa vorbirii" sau vocabular obiectual-lalalizat insusit, metodica propusa a permis depistarea unor diferente individuale semnificative in nivelul de dezvoltare verbala - de la intelegerea vorbirii intr-o situatie special creata de selectare intuitiv-limitata si prezenta in vorbirea de sine statatoare a unor cuvinte si fraze scurte cu agramatisme pina la neintelegerea vorbirii si prezenta in vorbirea de sine statatoare doar a strigatelor si a reactiilor vocale. Dupa cum s-a mentionat deja (R.M. Boskis, 1963), nivelul de dezvoltare a vorbirii depinde de gradul de pierdere a auzului, de timpul in care s-a produs si conditiile de educatie si instruire a copilului pina la inscrierea la o institutie prescolara speciala.

Compararea nivelurilor dezvoltarii sociale, cognitive si fizice, precum si a activitatii obiectual-ludice a fiecarui copil neauzitor examinat, ne-a permis stabilirea variantelor urmatoare de dezvoltare psihofizica:

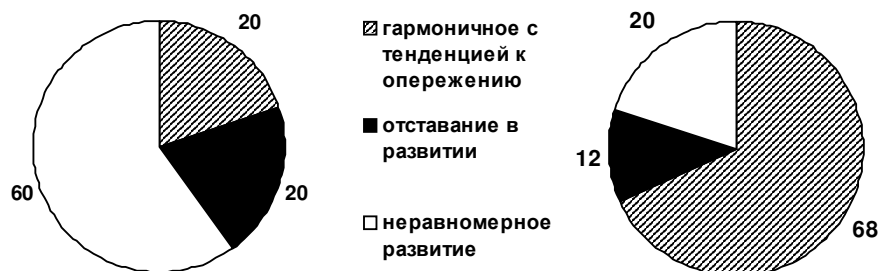
- dezvoltare psihofizica armonioasa, cind realizările copilului pe toate liniile principale s-au dovedit a fi destul de bune, iar pe unele linii (in dezvoltarea cognitiva si fizica) s-a constatat un ritm avansat de dezvoltare;

- intirziere in dezvoltarea psihofizica, pe toate liniile principale;

- dezvoltare psihofizica neuniforma, cind pe unele linii copilul avea rezultate corespunzatoare varstei sau chiar mai bune, iar pe altele - raminea putin in urma.

Ultima varianta era caracteristica majoritatii copiilor cu auz dereglat (60%), intirziera observandu-se cel mai frecvent in formarea activitatii obiectual-ludice. In acelasi timp, majoritatea copiilor auzitori se dezvolta armonios din punct de vedere psihofizic (68%).

Diagrama nr. 3. Distribuirea copiilor din al treilea an de viata (%) conform variantelor de dezvoltare



neauzitori

- armonioasa cu tendinta de avansare
- intirziere in dezvoltare
- dezvoltare neuniforma

auzitori

De mentionat ca nivelul dezvoltarii psihofizice, precum si gradul de armonie nu depindea de auzul copilului. Atit copiii cu pierderi semnificative de auz (hipoacuzici de gr. III, surzenie) cit si cei cu pierderi mai mici (hipoacuzie de gr. II) la inceputul instruirii puteau face parte din oricare din cele 3 variante de dezvoltare.

In conditii egale, copiii cu dezvoltare psihofizica armonioasa au demonstrat cel mai inalt nivel de intelegere a vorbirii atit in situatii speciale de selectare intuitiv-limitata, cit si in dezvoltarea vorbirii de sine statatoare, reprezentata de fraze scurte si cuvinte aparte. Copiii cu intirzieri in dezvoltarea psihofizica si majoritatea copiilor cu dezvoltare neuniforma aveau un nivel scazut de intelegere a vorbirii, iar vorbirea lor de sine statatoare se caracteriza de obicei prin imitatii sonore, lalait necoraportat si reactii vocale. Faceau exceptie doar copiii cu dezvoltare neuniforma care beneficiase anterior de asistenta corectionala intr-o institutie prescolara speciala: ei aveau un nivel de dezvoltare verbala relativ inalt.

Astfel, pe baza unui examen psihopedagogic complex si aprofundat apare un tablou integru al posibilitatilor pe care le are fiecare copil cu auz dereglat la inceputul instruirii sale sistematice. Metodica de examinare psihopedagogica complexa elaborata de noi permite sa se aprecieze nu doar nivelul actual de dezvoltare sociala, cognitiva si fizica a fiecarui micut, ci si activitatea sa obiectual-ludica, si zona de dezvoltare

proxima. Aceasta imagine deplina a copilului apare in urma evaluarii realizarilor sale pe toate liniile de dezvoltare. De aceea nu e de ajuns sa se studieze doar una dintre ele - in asemenea caz tabloul dezvoltarii copilului va fi incomplet, iar probabilitatea "camuflarii" unor aspecte ale dezvoltarii sale - atat pozitive, cit si negative - destul de mare. Cunoasterea diapazonului de posibilitati ale copilului pe fiecare dintre liniile principale de dezvoltare permite, la rindul sau, elaborarea programelor individuale in corespundere cu posibilitatile si necesitatile fiecarui copil. Aplicarea acestei metodici asigura individualizarea reala a procesului de educatie si instruire. Trebuie sa subliniem insa ca ea nu rezolva toate problemele legate de diagnosticul psihopedagogic diferentiat al copiilor cu auz dereglat de virsta anteprescolara. Si nici nu pretinde o abordare exhaustiva a tuturor laturilor de dezvoltare a copilului. In acelasi timp, liniile principale de dezvoltare studiate sint legate in cea mai mare masura de scopurile si sarcinile procesului corectional-educativ, iar abordarea complexa a evaluarii nivelului de dezvoltare a micutului cu auz dereglat, dupa cum s-a mentionat, permite stabilirea particularitatilor sale individuale, a capacitatilor potentiale si a variantei sale de dezvoltare psihofizica, ceea ce, la rindul sau, permite sa se creeze un program individual pentru fiecare copil, sa se tina cont de nivelul sau de dezvoltare pe o linie sau alta in timpul orelor traditionale de dezvoltare generala si de corectie din gradinitile speciale.

Metodica propusa de examinare psihopedagogica complexa poate fi utilizata in procesul activitatii corectional-pedagogice cu copiii neauzitori din diferite tipuri de institutii: in institutiile prescolare de tip compensator, in grupele speciale ale institutiilor prescolare combinate, in grupele cu aflare temporara, in cabinetele (centrele) surdologice din sistemul Ministerului Sanatatii al Federatiei Ruse, in diversele centre de reabilitare.

Aceasta metodica constituie o veriga importanta a abordarii medico-psihopedagogice sistemice in studierea copiilor cu tulburari de auz, precum si una din directiile de perfectionare a sistemului general de educatie si instruire a lor. Dupa parerea noastra, ea poate servi drept model de examinare psihopedagogica complexa a copiilor cu diferite abateri in dezvoltare. In acest caz insa, ea trebuie modificata in functie de tulburarea primara a copilului.

DESPRE PRINCIPIILE ANALIZEI PSIHOLOGICE A DEZVOLTARII PERSONALITATII FEMEII IN TIMPUL SARCINII

*A. V. Pavlova, USM "M. V. Lomonosov",
IPC al AIFR*

In prezent problemele psihologice ale femeilor insarcinate nu beneficiaza de o solutionare sistematica nici in cadrul institutiilor medicale, care supravegheaza oficial gravidele, nici in centrele prenatale de la noi.

Tehnologiile medicale considera graviditatea drept "un proces fiziologic de dezvoltare a ovulului fecundat in organismul femeii" (EMP, 1998, pag. 39). Totodata, ea e privita ca o problema medicala, ca o stare apropiata de cea patologica, care necesita interventia medicului. In acest model, nu e loc pentru aspectele psihologice, considerate ca ar fi secundare si ca ar umbri si denatura tabloul obiectiv al starii organismului. Sedintele psihoprofilactice care se fac in medicina oficiala din anii 1950 se bazeaza pe acest model si de aceea ignora starea subiectiva a femeii gravide.

Sistemele netraditionale de pregatire prenatala, aparute in tara noastra in anii '80, au constituit o alternativa la "modelul medical". Multe dintre ele acorda atentie si

aspectelor psihologice ale graviditatii, folosind metodici orientate spre normalizarea starii subiective a viitoarei mame, elaborate, in principal, de autori straini. Analiza programelor acestor centre prenatale efectuata de N. A. Ureadnitkaia (2001) a aratat ca scopurile principale ale acestor organizatii constau in transmiterea informatiei si a deprinderilor necesare atat in procesul nasterii, cit si in timpul ingrijirii micutului.

Cercetarile din ultimele decenii au aratat insa ca de starea psihologica a femeii in timpul sarcinii depinde in mare masura atat evolutia acesteia si nasterea propriu-zisa, cit si starea fatului si a nou-nascutului (Bibleisvili, 1975; Voronin s.a., 1989; s.a.). In afara de aceasta starea psihologica a femeii in timpul sarcinii e considerata un factor determinant al dezvoltarii psihice a copilului in etapele timpurii ale ontogenezei (Skoblo, Dubovik, 1992; Pines, 1997; s.a.).

In aceasta ordine de idei, chestiunea organizarii asistentei psihologice a gravidelor este foarte actuala. Elaborarea aspectelor metodice si organizationale ce tin de solutionarea ei trebuie sa se bazeze pe principii stiintifice, pe un model general al graviditatii, in care aceasta ar fi privita ca o stare fireasca, si nu patologica a femeii, care include atat evenimente fiziologice, cit si psihologice.

Necesitatea elaborarii unei abordari complexe a studierii graviditatii ca fenomen integru - in plan fiziologic si subiectiv - este sustinuta si de autorii unor sinteze ale cercetarilor efectuate de medici si psihologi in ceea ce priveste aspectele psihologice ale graviditatii (Filipova, 1999, s.a.).

Noua abordare teoretica si metodologica a graviditatii, care sa serveasca drept baza pentru cercetarile empirice si pentru elaborarea unor programe de asistenta psihologica a gravidelor, poate fi creata in spiritul traditiilor psihologiei autohtone. Acest nou model de graviditate - "psihologica" - se poate intemeia pe reprezentarea incetatenita in psihologia autohtona a personalitatii ca sistem cu nivel inalt integrativ (A.N. Leontiev, A. G. Asmolov s.a.) si pe principiul metodologic de analiza a psihicului in evolutie (L. S. Vigotskiy, B. V. Zeigarnik s.a.).

Nasterea unui copil este, fara indoiala, un eveniment dintre cele mai importante, care poate schimba esential viata femeii.

Asteptarea copilului o face sa-si reevalueze valorile si locul sau in viata, ii poate modifica personalitatea. Pentru a studia evolutia si schimbarile survenite in personalitatea femeii in timpul sarcinii e nevoie, mai intii de toate, sa ne oprim asupra notiunii de "**personalitate**". Ca definitie de lucru, poate fi luata cea adoptata in lucrarile scolii A. N. Leontiev - L. S. Vigotskiy - A. R. Luria, conform careia personalitatea este un produs relativ tirziu al dezvoltarii ontogenetice. Acesta e un sistem psihologic cu nivel inalt integrativ, care se bazeaza pe un sistem ierarhic de motive si activitati determinate de acestea. A. N. Leontiev evidentiaza trei parametri pentru evaluarea dezvoltarii personalitatii: 1) amplexarea legaturilor omului cu lumea; 2) definitivarea ierarhiei motivelor; 3) configuratia generala a sferei motivationale (structura generala a personalitatii). In abordarea data, factorii de ordin fizic nu se includ in notiunea de personalitate, ci sint considerati premise de formare si dezvoltare a acesteia. Obiectul principal al analizei intr-o investigatie aplicativa consacrata problematicii dezvoltarii personalitatii este schimbarea si dezvoltarea sferei motivationale (A. N. Leontiev, 1977).

Conform principiului dezvoltarii psihice continue, traditional pentru psihologia autohtona, femeia insarcinata este un subiect al dezvoltarii, deoarece perioada graviditatii este una obiectiva in viata sa. Traditia psihologica autohtona priveste dezvoltarea ca proces alcatuit din transformari calitative succesive si imparte ontogeneza in perioade numite virste psihologice. Conform teoriei cultural-istorice a lui L. S. Vigotskiy, **virsta** este o formatiune dinamica integra, o structura care determina rolul si greutatea specifica a fiecarei linii de dezvoltare.

Notiunea de virsta se determina prin prisma **situatiei sociale de dezvoltare** (SSD) si a neoformatiunii de virsta din sfera constiintei si personalitatii. Situatie sociala de dezvoltare este un sistem de relatii intre subiect si realitatea sociala (L. S. Vigotskiy, 1984). Structura dinamica a situatiei sociale de dezvoltare include, in primul rind, pozitia obiectiva a subiectului in sistemul relatiilor sociale si interpersonale; in rindul al doilea, o "forma ideala" de dezvoltare, conditionata de sistemul de drepturi, obligatii si cerinte fata de comportamentul si activitatea subiectului, de anumite asteptari sociale si sanctiuni de geneza socio-culturala. In al treilea rind, in structura situatiei sociale de dezvoltare intra "pozitia interioara" a subiectului, care ii oglindeste atitudinea fata de pozitia sa obiectiva in societate, refractata de sistemul de necesitati si motive, masura acceptarii si insusirii ei, caracterul inchipuirilor despre sine si despre relatiile cu altii (Bojovici, 1966). Analiza situatiei sociale de dezvoltare ofera posibilitatea de a distinge virstele stabile si critice: perioada stabila e marcata de armonia dintre mediu si atitudinea omului fata de el, iar perioada critica - de disarmonie si contradictii. In perioadele de virsta stabile schimbarile au loc treptat, amploarea lor putind fi evaluata numai intr-un interval mare de timp. In cele critice schimbarile au loc in salturi, brusc, intr-un timp scurt; in acest moment se formeaza o noua pozitie interioara, care creeaza gatinta motivationala pentru efectuarea unei noi activitati, si de aceea criza de dezvoltare schimba directia de dezvoltare psihica in intregime, fiind insotita de dezintegrarea vechii situatiei sociale si aparitia uneia noi.

Trecerea spre o noua situatie sociala de dezvoltare e conditionata de rezultatul, produsul dezvoltarii in perioada stabila de virsta - o neoformatiune, adica o noua capacitate care conduce la restructurarea personalitatii, a constiintei. "Noua structura a constiintei inseamna un nou mod de percepere a realitatii exterioare si a activitatii in cadrul ei, un nou mod de percepere a lumii interioare si a activitatii interne a functiilor psihice" (K. N. Polivanova, 2000, p. 28). Neoformatiunea psihologica si schimbarea personalitatii care apare odata cu ea conduc neaparat la contradictii in situatia sociala de dezvoltare existenta, la incalcarea armoniei dintre subiect si realitatea care il inconjoara si la necesitatea unor noi relatii intre subiect si aceasta realitate.

Ideile lui L. S. Vigotskiy, care si-au confirmat caracterul euristic in timpul analizei dezvoltarii psihice infantile, pot fi utilizate si pentru intelegerea mecanismelor de evolutie a dezvoltarii psihice a femeii in timpul sarcinii. Dupa parerea multor autori, principiile de baza utilizate de psihologia autohtona pentru analiza dezvoltarii psihice infantile pot fi utilizate pentru analiza dezvoltarii psihice la virsta adulta (Antiferova, 1981; B. V. Zeigarnic, B. S. Bratusy, 1980). Si la persoanele adulte trecerea la o noua treapta de dezvoltare e precedata de crize provocate de schimbarea situatiei sociale de dezvoltare. Fiecare noua etapa de virsta se caracterizeaza, de asemenea, prin aparitia unor neoformatiuni psihologice care reprezinta noi capacitati, ce schimba structura personalitatii din punct de vedere calitativ. In acelasi timp, dezvoltarea la adult se caracterizeaza printr-o dependenta minima a perioadelor de criza de virsta cronologica. Intr-o masura mult mai mare decat in copilarie, crizele adultilor sint determinate de circumstantele personale din viata omului: ele pot fi pregatite treptat sau pot aparea pe neasteptate in cazuri de schimbari bruste in situatia sociala de dezvoltare (B. V. Zeigarnic, B. S. Bratusy, 1980; V. V. Nikolaeva, 1987).

Noi presupunem ca graviditatea este o „virsta psihologica”, adica o perioada caracterizata de o relatie deosebita intre subiect si lumea care-l inconjoara, precum si de aparitia unor neoformatiuni necaracteristice etapelor precedente.

L. S. Vigotskiy, iar ulterior si discipolii si adeptii sai (A. N. Leontiev, L. I. Bojovici s.a.) au elaborat principiile de analiza a dezvoltarii psihice in anumite perioade de virsta. Analiza respectiva presupune:

1. caracterizarea situatiei sociale de dezvoltare deja create, a contradictiilor sale interne principale;

2. studierea procesului de constituire in sinul ei a unei noi situatii sociale de dezvoltare;

3. analiza neoformatiunilor psihice principale care apar in perioada data.

Vom incerca sa analizam perioada graviditatii bazandu-ne pe aceste principii.

Evident ca sarcina, indiferent de faptul daca a fost sau nu planificata, inseamna schimbari ce afecteaza toate sferele vitale ale femeii.

In primul rind, schimbarile au loc in starea si functionarea diferitelor organe si sisteme din organism, sarcina conducind la restructurarea organismului din punct de vedere endocrin si hemodinamic. Chiar daca aceste schimbari nu ies din limitele normei, femeia are de a face, oricum, cu schimbari ale corpului sau, ceea ce ii influenteaza starea de spirit, miscarea, adaptarea in spatiu, posibilitatile energetice etc. Aceste schimbari biologice, nefacind parte nemijlocit din situatia sociala de dezvoltare, conduc totusi la schimbari psihologice semnificative – in unele aspecte ce tin de constiinta – in structura categoriala a experientei intraceptorii, in orientarile si aprecierile legate de fizic si functiile corpului. In afara de aceasta, schimbarile fiziologice care au loc chiar in cazul unei sarcini fara complicatii presupun supraveghere medicala obligatorie, ceea ce ii confera gravidei statutul de „pacienta” si o face sa se simta vulnerabila. Bineinteles ca sarcinile complicate aprofundeaza si problemele psihologice, legate de pericolul care ameninta viata/sanatatea mamei sau a viitorului copil, de internarea in spital, de posibilele simptome fizice, de senzatiile de durere, slabiciune etc.

Atit stiinta, cit si in constiinta oamenilor s-a incetatenit convingerea ca graviditatea conduce la schimbari importante in viata afectiva a viitoarei mame: in medicina si in literatura de popularizare sint descrise anumite particularitati ale psihicului gravidei, cum ar fi vulnerabilitatea, schimbarile bruste de dispozitie, irascibilitatea, nehotarirea, sugestibilitatea, apatia, anxietatea etc. (Anfinoghenova s.a., 1986). Graviditatea fiziologica poate fi insotita de o patologie pronuntata a sferei emotionale la 7-45% din femeile insarcinate, 40% din gravide administrind diverse preparate psihotropice (Marfina, 1997; Severnii s.a., 1995). Sarcina patologica sporeste numarul tulburarilor emotionale pina la 75-100%, avind o influenta psihogena secundara asupra starii psihologice a viitoarelor mame (Marfina, 1997, s.a.).

Plasind graviditatea intr-un context mai larg – al familiei si al societatii –, observam inca un sir de schimbari suportate de femeie in legatura cu maternitatea. Dupa parerea mai multor autori, prima sarcina e un test serios pentru tinara familie (Pines, 1997, s.a.). Ea implica reevaluarea si reimpartirea rolurilor intre sotii: femeia devine mai absenta si mai introvertita,

pretinzind mai multa atentie din partea barbatului si indeplinirea obligatiei sale principale ca tata – cea de protectie. In plus, graviditatea impune anumite limite in ceea ce priveste relatiile intime. In unele familii noua situatie e acceptata si inteleasa, conducind la consolidarea relatiilor familiale si la aprofundarea respectului reciproc; in altele – degenereaza in conflicte care merg pina la destramarea familiei. Adesea sotul e gelos pe viitorul copil sau pe soacra, care devine consilierul sotiei gravide, facindu-l sa se simta izolat. Un specific aparte il constituie dificultatile din familiile incomplete – care nu sint o raritate in ultimul timp –, cind femeia, constient sau intimplator, isi asuma obligatia de a educa viitorul copil de una singura.

Schimbarea statutului social implica nu numai schimbari materiale, cresterea cheltuielilor in familie, ci si limitarea posibilitatilor de realizare profesionala (cel putin temporar) sau refacerea completa a proiectelor de viitor. Miturile sociale existente legate de maternitate presupun un grad de altruism si de renuntare la interesele proprii nemaiintilnit in alte roluri sociale. Dupa spusele sociologului O.G. Iusupova (V.I. Brutman s.a., 1996), maternitatea nu e sprijinita de nimic suplimentar – rasplata e procesul in sine, desi, la o privire mai atenta, iti dai seama ca aceasta e iluzorie: societatea nu stimuleaza raminerea copiilor, la maturitate, linga parinti, si nu fiecare mama poate spera la o sustinere materiala sau afectiva din partea copiilor la batrinete.

Asfel, graviditatea presupune schimbari fiziologice, de statut familial si profesional, de relatii cu anturajul, de structura a activitatilor in care e antrenata femeia etc., etc.

Constientizarea graviditatii de catre femeie inseamna de fapt constientizarea sfirsitului existentei sale independente si inceputul unor relatii noi: mama-copil. Pentru femeie, copilul se naste atunci cind ea ii constientizeaza existenta; adica in viata sa sociala se include un nou individ si incepe sa se formeze un nou context social, care isi ocupa locul in ierarhia contextelor sociale ce alcatuiesc situatia sociala de dezvoltare a mamei.

Din acest moment, in psihicul femeii incep sa se produca schimbari calitative. Viitorul copil trebuie sa-si ocupe locul sau in structura formatiunilor semnificative ale femeii, sa capete „valoare”. In functie de locul pe care incepe sa-l ocupe copilul in ierarhia motivelor, femeia isi construiește perspectiva de viata, se evalueaza pe sine si lumea din jur. Ea se transforma ca personalitate. In urma includerii valorii copilului in sfera semnificativa a femeii, se schimba atitudinea sa fata de realitate, formindu-se o *pozitie interioara* specifica. Acceptarea maternitatii nu doar ca rol social, ci prin formarea unei pozitii parentale interioare e privita ca o neoformatiune de personalitate din perioada sarcinii (Zaharova, 2002). Anume aceasta pozitie creeaza orientarea motivationala a femeii spre indeplinirea functiilor sale

materne in timpul graviditatii, iar ulterior – in timpul travaliului si dupa nasterea copilului (G. Filipova, 1999; E. I. Zaharova, 2002), adica asigura formarea atitudinii parentale.

Prin urmare, relatiile femeii gravide cu societatea in timpul sarcinii sint unice, iar daca n-au devenit astfel, se presupune ca vor deveni dupa nasterea copilului. Toate acestea conduc la schimbari esentiale in conceptia despre lume a femeii, punind-o in situatia de a gasi si a accepta un loc al sau in cadrul complexului sistem al relatiilor sociale, de a ocupa in el o anumita *pozitie interioara*. Acesta e un punct de cotitura in evolutia personalitatii.

Graviditatea e o perioada critica in viata femeii, o perioada de reevaluare cardinala a concepiei despre viata si a perspectivelor sale – fapt confirmat de schimbarile de personalitate sub forma de salturi, de destabilizarea structurii realitatii sociale si de specificul acesteia, de aparitia unor neoformatiuni ale personalitatii femeii, de necesitatea rezolvarii unor sarcini anume (inclusiv de dezvoltare) in termene reduse.

Privind graviditatea ca pe o perioada critica in dezvoltarea personalitatii femeii, activitatea cu gravidele trebuie organizata sub forma de asistenta psihologica intr-o perioada de criza. E important ca femeia sa constientizeze amploarea acestor transformari pina la nasterea copilului. „Daca schimbarea conditiilor de viata e resimtita de subiect ca una semnificativa pentru biografia sa de mai departe, adica situatia de tranzitie e perceputa activ, si nu reactiv, avem de a face cu o conditie de dezvoltare a personalitatii, si nu pur si simplu de adaptare” (K.N. Polivanova, 2000).

Presupunem ca in timpul sarcinii e nevoie de o autoreglare semantica interioara, care o va ajuta pe femeie nu doar sa depaseasca noua situatie, ci si sa descopere in ea noi sensuri. Actionind asupra nivelului operational-tehnic si asupra nivelului cognitiv al femeii in timpul pregatirii pentru nastere si maternitate nu se obtine schimbarea personalitatii sale. Doar existenta unor neoformatiuni personale si a unei pozitii materne interioare va conduce la o atitudine constienta si serioasa fata de indeplinirea functiilor materne, la dorinta de a obtine noi cunostinte si noi deprinderi pentru educatia copilului.

Reiesind din cele de mai sus, poate fi formulat obiectivul general al asistentei psihologice adecvate a femeii in timpul sarcinii – crearea conditiilor psihologice de dezvoltare a personalitatii femeii gravide.

COPIII CU TULBURARI MOTORII: ASISTENTA PRECOCE

*O. G. Prihodko,
UPSM, IPC al AIFR*

În ultimii ani a fost remarcată creșterea numărului de copii născuți cu semne de afectare perinatală a sistemului nervos central. Leziunile perinatale ale sistemului nervos central cuprind diverse stări patologice, condiționate de acțiunea unor factori nocivi asupra fătului în perioada intrauterină, în timpul nasterii și în perioada neonatală. Locul central în patologia perinatală a sistemului nervos central îl ocupă asfixia și traumatismele craniocerebrale obstetricale, care de cele mai dese ori afectează sistemul nervos al fătului. După datele diferiților autori, cazurile de EPP constituie până la 83,3 la suta.

Afectarea precoce a creierului se manifestă aproape întotdeauna printr-o formă sau alta de tulburare a dezvoltării. Cu toate că există o probabilitate egală de afectare a tuturor părților sistemului nervos, în caz de acțiune a factorilor patogeni asupra creierului în formare suferă, în primul rând și cel mai mult, analizatorul motor. Încetinesc și ritmurile de maturizare a creierului, se încalcă ordinea de includere a structurilor cerebrale în sistemele funcționale pe măsura maturizării lor.

EPP este un factor de risc al apariției patologiei motrice infantile. La copiii cu patologie cerebrală perinatală, pe măsura maturizării creierului, apar treptat simptome de lezare sau tulburare a dezvoltării diferitelor segmente ale analizatorului motor, precum și a dezvoltării psihice, preverbală și verbală. Cu vârsta, în lipsa unei asistențe curativ-pedagogice adecvate, se formează treptat o patologie mai gravă, tulburările de dezvoltare se fixează, ceea ce conduce la instalarea paraliziei cerebrale infantile (PCI). Majoritatea copiilor cu patologie motorie o constituie cei cu paralizie cerebrală (89%). În primul an de viață însă diagnosticul "*paralizie cerebrală infantilă*" se pune doar copiilor cu dischinezii grave foarte pronunțate: tulburări ale tonusului muscular, limitarea mobilității musculare, reflexe tonice patologice, mișcări involuntare (hiperchinezii, tremor), tulburări de coordonare a mișcărilor etc. Celorlalți copii cu patologie cerebrală li se pune diagnosticul "*encefalopatie perinatală, sindrom de paralizie cerebrală (sau sindrom dischinetic)*".

La copiii cu sindroame dischinetice și cu paralizie cerebrală infantilă se constată întârzieri sau tulburări ale tuturor funcțiilor motorii: se formează cu greu și cu întârziere funcția de tinere a capului, deprinderile de a se așeza, de a sta în picioare, de a merge, de activitate manipulatoare. Tulburările motorii, la rândul lor, au o influență negativă asupra formării funcțiilor psihice și funcției vorbirii. Anume de aceea este foarte important să se depisteze cât mai devreme tulburările sferei motorii a copilului. Nivelul de gravitate al tulburărilor motorii variază foarte mult - de la dereglări grave până la dereglări minime. Același lucru se poate spune și despre tulburările psihice și cele de vorbire.

Copiii cu paralizie cerebrală infantilă de până la 3 ani prezintă un grup foarte eterogen atât ca nivel de dezvoltare cognitivă și verbală, cât și ca grad de manifestare a tulburărilor motorii și verbomotorii (dizartrice). Totodată se observă numeroase combinații de tulburări ale diferitelor sisteme funcționale.

La majoritatea copiilor cu paralizie cerebrală se observă încetinirea ritmurilor și abateri calitative în dezvoltarea psihicului. Gradul de reținere în dezvoltarea psihică este diferit și corespunde doar parțial gravității patologiei motorii. Totodată, nu este stabilită o legătură reciprocă clară între nivelul dezvoltării psihice și nivelul dezvoltării vorbirii.

În structura defectului de vorbire veriga principală o formează tulburările verbomotorii (dizartrice), care apar la toți copiii de vârstă mică cu paralizie cerebrală infantilă și au un grad diferit de exprimare. La mulți copii ele se asociază cu întârzierea dezvoltării preverbală și verbală. În majoritatea cazurilor, nu se decelează o legătură reciprocă între nivelul dezvoltării vorbirii și gradul de exprimare a tulburării

verbomotorii. Gradul de exprimare a tulburarilor verbomotorii coreleaza cu gravitatea tulburarilor posibilitatilor functionale ale degetelor si labelor miinilor.

Structura complexa a tulburarilor de dezvoltare vorbeste despre necesitatea acordarii unei asistente corectional-dezvoltative complexe, care sa prevada influenta paralela asupra sferei motorii, asupra psihicului si a vorbirii.

Cercetarile de mai multi ani au aratat ca depistarea precoce (in primele luni de viata) a patologiei perinatale si organizarea unei asistente corectionale adecvate pot conduce la succese notorii in acest domeniu. Investigatiile lui L. O. Badalean, K. A. Semionova, E. M. Mastiukova arata ca, in conditiile unui diagnostic precoce – nu mai tirziu de 4-6 luni – si unui sprijin medico-pedagogic sistematic si adecvat se poate obtine insanatosirea practica si normalizarea diferitelor functii catre virsta de 2-3 ani in 60-70 la suta din cazuri. Atunci cind depistarea copiilor cu patologie perinatale se face mai tirziu si nu se acorda la timp sprijinul corectional adecvat aparitia unor grave tulburari motorii, psihice si de vorbire este mult mai probabila.

In prezent exista metode eficiente de diagnosticare clinica a EPP in primul an de viata. Daca se observa tulburari de dezvoltare psihomotorie care adeveresc afectarea creierului, trebuie organizata depasirea lor. Rolul principal in acest sens ii revine medicului neuropatolog. El prescrie tratamentul de reabilitare, face recomandarile de rigoare. Un rol important il au instructorul de gimnastica curativa, pedagogul-defectolog, logopedul si, desigur, parintii.

Principiile de baza, care determina sistemul si continuitatea asistentei corectional-dezvoltative a copiilor cu tulburari motorii, sint urmatoarele:

- Caracterul complex al muncii corectionale prevede evidenta permanenta a influentei reciproce dintre tulburarile motorii, psihice si de vorbire in timpul evolutiei continue a copilului. E nevoie sa se stimuleze simultan dezvoltarea tuturor functiilor motorii, cognitive, preverbale si verbale, sa se actioneze pentru prevenirea si corectia tulburarii lor.

- Debutul cit mai precoce, esalonat si consecvent din punct de vedere ontogenetic al actiunilor corectional-dezvoltative bazate pe functiile pastrate. Asistenta corectionala se bazeaza nu pe virsta, ci pe nivelul individual de dezvoltare a copilului.

- Activitatea corectional-pedagogica se infaptuieste in strinsa legatura cu masurile curative orientate spre dezvoltarea functiilor motorii (medicatie, masaj, gimnastica curativa, fizioterapie, sprijin ortopedic). E necesara coordonarea actiunilor logopedului-defectolog, neuropatologului, medicului si instructorului de gimnastica curativa, care sa aiba o pozitie comuna in examinare, stabilirea diagnosticului si corectiei medico-pedagogice. Pentru a alege cele mai adecvate si eficiente procedee de corectie trebuie luata in calcul legatura reciproca dintre tulburarile motorii, psihice si de vorbire in cazul paraliziei cerebrale infantile, caracterul comun al afectarii motilitatii generale si articulatorii (de exemplu, trebuie suprimata activitatea patologica reflexa atit in musculatura verbala, cit si in cea scheletala). Totodata, trebuie sa se infaptuiasca concomitent dezvoltarea si corectia motilitatii articulatorii si a posibilitatilor functionale a labelor si degetelor de la miini.

- Munca de corectie se organizeaza in cadrul activitatii dominante. In acest sens, se stimuleaza activitatea dominanta pentru virsta respectiva: in perioada prunciei - comunicarea emotionala a copilului cu adultul, la virsta timpurie - activitatea obiectuala.

- Dezvoltarea unui sistem coordonat de legaturi **intre analizatori**, actionind asupra tuturor analizatorilor, inclusiv si neaparat asupra celui motor-chinestezic. E de dorit atragerea concomitenta a citorva analizatori (vizual, tactil, acustic).

- Supravegherea dinamica si de durata a dezvoltarii psihofizice a copilului, care conduce la sporirea eficientei diagnostice si corectionale - lucru deosebit de important in cazul copiilor cu tulburari grave asociate.

- Combinarea chibzuita a diferitelor tipuri si forme de activitate corectionala.

Interactiunea strinsa cu parintii si intregul anturaj al copilului, care este cheiasa unei activitati corectiv-dezvoltative eficiente. E nevoie de o astfel de organizare a mediului (conditiile de trai, educatia) care sa stimuleze la maxim dezvoltarea copilului, sa atenueze influenta negativa a bolii asupra starii sale psihice.

Parintii sint veriga cea mai importanta in asistenta curativ-pedagogica a copilului cu patologii motorie. Mama trebuie sa fie foarte atenta si sa dea alarma in cazul in care observa intirzieri si tulburari nu doar motorii, ci si cognitive sau preverbale. Numai familia poate consolida la copil deprinderile care au fost obtinute in procesul activitatii de corectie cu instructorul de gimnastica curativa, logopedul, defectologul. Mama si alti membri ai familiei trebuie sa tinda sa insuseasca acele cunostinte si deprinderi de lucru corectiv-dezvoltativ care il vor ajuta pe copil sa obtina succese maxim posibile in dezvoltarea sa.

Directiile principale ale activitatii corectiv-dezvoltative la virsta prunciei (perioada preverbala) sint:

- Dezvoltarea comunicarii afective cu adultii (stimularea "complexului inviorarii", a tendintei de a prelungi contactul emotional cu adultul, a includerii comunicarii in colaborarea practica dintre copil si adult).

- Dezvoltarea proceselor senzoriale (concentrarea vizuala si urmarirea lenta; concentrarea acustica, localizarea sunetului in spatiu, perceperea diferitelor intonatii ale vocii adultului; senzatiile motor-chinestezice si sensibilitatea degetelor).

- Formarea etapelor pregatitoare de intelegere a vorbirii.

- Stimularea reactiilor vocale, a activitatii sonore si verbale (activitatea vocala nediferentiata, ginguritul, lalaitul, cuvintele lalalizate, cuvintele formate prin imitarea unor sunete din natura, cuvintele de uz general, frazele simple etc.).

- Formarea miscarilor miinii si a actiunilor cu obiectele (normalizarea pozitiei miinii si a degetelor de la miini, necesara pentru formarea coordonarii vizual-motorii; formarea miscarilor de apucare si a functiei manipulative - a manipularilor nespecifice si specifice; formarea miscarilor diferite ale degetelor miinii).

- Normalizarea tonusului muscular si a motilitatii aparatului articular (micșorarea gradului de manifestare a defectelor motorii ale aparatului fonator - pareza spastica, hiperchineziile, ataxia, tulburarile tonice etc.). Dezvoltarea mobilitatii organelor de articulare.

- Corectia alimentarii (suptului, deglutitiei, masticatiei). Stimularea reflexelor de automatism oral in primele 3 luni de viata si reprimarea automatismelor orale dupa 3 luni.

- Dezvoltarea respiratiei si a vocii (vocalizarea expiratiei, marirea volumului, duratei si puterii expiratiei, elaborarea ritmicitatii respiratiei si a miscarilor copilului).

Din primele luni de viata, un compartiment important al activitatii pedagogice corectiv-dezvoltative este stimularea comunicarii emotionale si a "complexului de inviorare" a copilului. Pentru formarea necesitatii de a comunica cu adultii, a primelor reactii emotional-comunicative, adultul incearca, aplecandu-se zimbind deasupra copilului, sa-i prinda privirea, il minge, ii confera vocii nuante tandre si melodioase. Pentru a-i forma copilului o atitudine pozitiva fata de o jucarie, i se atrage cu blindete atentia asupra fetei adultului, i se trezeste un zimbet de raspuns, apoi i se transfera atentia asupra jucariei. Treptat, vazind fata adultului sau jucaria, copilul va zimbi, va ride, se va inviora, va avea diferite reactii vocale.

Dezvoltarea perceptiei vizuale incepe cu formarea concentrarii vizuale si de urmarire a unui obiect optic. Pentru inceput, logopedul stimuleaza dezvoltarea fixarii vizuale pe fata adultului, apoi pe jucarie (care e preferabil sa aiba o silueta mai putin conturata, dar o coloratie intensa, si o dimensiune de 7x10 cm).

In continuare se porcede la antrenarea miscarilor coordonate ale capului si ochilor provocate de o urmarire usoara, nefortata a obiectului. Daca interesul copilului scade, se adauga componenta sonora.

Dezvoltarea de mai departe a perceptiei vizuale e orientata spre formarea usurintei de urmarire a obiectului in miscare, spre stabilizarea fixarii privirii la schimbarea pozitiei capului si a corpului. Sint indicate jocurile speciale, in timpul carora, apropiindu-ne si indepartandu-ne fata de copil, ii vorbim cu multa blandete. Se folosesc de asemenea jucarii care produc sunete. In timpul acesta copilul se afla in diferite pozitii (culcat, sezind, vertical - in bratele adultului).

In etapele mai tirzii ale dezvoltarii preverbale trebuie elaborate diferentierile vizuale. Pentru activitati, se aleg jucarii diferite ca marime, culoare, forma, sunet. Se atrage atentia copilului nu numai asupra jucariei, ci si asupra obiectelor si oamenilor din jur. In acest scop se recurge la diferite jocuri ("cu-cu", "de-a ascunselea", cind logopedul sau mama isi pun pe cap o broboada sau se ascund in dulap, dupa scaun sau paravan).

Dezvoltarea perceptiei acustice incepe cu formarea concentrarii auditive (asupra vocii sau sunetului). Cu acest scop se folosesc momentele in care copilul se afla in stari emotionale negative - cind plinge nu prea tare, de exemplu. Adultul se apleaca deasupra lui, ii vorbeste cu blandete, agita o jucarie sonora, straduindu-se sa-i atraga atentia si sa-l linisteasca. Excitantii sonori variaza de la sunete slabe (cele produse de sunatori sau in urma lovirii usoare a doua jucarii), pina la sunete mai puternice produse de alte jucarii.

Dezvoltarea de mai departe a perceptiei acustice se orienteaza spre formarea capacitatii de a localiza sunetul in spatiu. Drept excitanti sonori servesc jucariile cu sunet diferit (puternic - slab, inalt - jos, tipator, zinganitor) si vocea cu diverse intonatii a adultului. Propunindu-i copilului o jucarie sonora, vorbind cu el mai apoi, il invatam sa asculte sunetul jucariei si vocea adultului, iar apoi sa-si indrepte intr-acolo privirea. La inceput copilul vede jucaria si fata adultului, iar apoi acestea sint retrase din cimpul sau vizual. Daca micutul cu patologie motorie nu-si poate intoarce singur capul spre excitantul sonor, se recurge la miscarea pasiva cu ajutorul logopedului.

Pregatirea copilului pentru formarea capacitatii de intelegere a vorbirii adresate incepe de la dezvoltarea capacitatii de a percepe diferitele intonatii ale vocii adultului. Trebuie sa-l invatam nu doar a percepe aceste intonatii (blinda, tandra, bucuroasa, suparata, grosolana), ci si a reactiona la ele adecvat (zimbind, rizind, simtindu-se jignit sau plingind). Intelegerea primara a vorbirii adresate are loc atunci cind coincide pronuntarea cuvintului de catre adult cu aratarea obiectului pe care acesta il denumeste. Copilului i se propune sa memorizeze denumirile jucariilor viu colorate, care trezesc reactii de orientare destul de puternice. Pentru memorizare se folosesc cuvinte gingurite sau onomatopeice: *coca, miau, bi-bi, ham-ham*. Invatindu-l pe copil sa memorizeze denumirile jucariilor sau ale altor obiecte din jurul sau, trebuie sa le punem intotdeauna in acelasi loc, in cimpul vizual al copilului. Concomitent cu prezentarea jucariei, ii pronuntam (in momentul in care copilul isi fixeaza privirea pe ea) si denumirea. Adultul pronunta cuvintele lent, melodios, cu intonatie diferita. Totodata, el executa pasiv cu minutele copilului diferite manipulari cu jucaria (miscari de pipaire, de netezire). Invatindu-l sa caute jucaria numita, adultul obtine treptat gasirea ei de catre copil cu privirea (*Unde e coca? Iata coca! Na, ia-o!*). Daca e necesar, se intoarce pasiv

capul copilului spre jucaria numita. Dupa ce micutul a memorizat denumirea unei jucarii, se lucreaza asupra intelegerii denumirii alteia, mai indepartata in spatiu.

Dezvoltind intelegerea vorbirii adresate, se cultiva priceperile:

- memorizarea denumirilor jucariilor, a obiectelor si persoanelor din jur si gasirea lor la indicatia verbala a adultului;
- memorizarea denumirii unor miscari simple (*pa-pa, tapusele, car-car, da, na, ia mina, da mina*) si executarea acestora conform instructiunii verbale a adultului;
- includerea adecvata a copilului in jocul cu adultul (*de-a ascunselea; cu-cu; te impung, aoleu*);
- executarea unor manipulatii si actiuni diferite cu obiectele si jucariile la indicatia verbala a adultului.

Un compartiment important al muncii pedagogice este stimularea reactiilor vocale, a activitatii sonore si verbale a copilului. In timpul lucrului corectiv-dezvoltativ trebuie luate in calcul etapele de dezvoltare preverbala si verbala precoce: activitatea vocala nediferentiata, ginguritul, lalaitul, cuvintele lalalizate, cuvintele formate prin imitarea unor sunete din natura, cuvintele de uz general etc. Trebuie stimulate orice reactii accesibile: vocale, sonore, iar ulterior cuvintele copilului. Orice activitate de stimulare a ginguritului, ulterior a lalaitului incepe de la atragerea copilului intr-un contact emotional. Cu acest scop, putem face urmatoarele exercitii:

- Zimbind, ba aplecandu-se, ba indepartandu-se de fata copilului, adultul pronunta clar anumite sunete gingurite si lalalizate. Acelasi complex de sunete ("gi", "ba", "ma" s. a.) se repeta de citeva ori la intervale egale de timp, cu intonatii diferite, provocind copilul la o pronuntare imitata.

- Exeritii orientate la pronuntarea silabelor "ma", "ba", "ma" etc. Cu acest scop, in momentele de activitate vocala se include vibratia pasiva a buzei de jos. Apropierea si departarea ritmica a buzelor creeaza posibilitatea pronuntarii sunetelor labiale: *p, b, m*.

- Combinarea vocalizarii voluntare cu vibratia pasiva a buzelor. Se creeaza anumite pozitii ale buzelor pentru pronuntarea exagerata a vocalelor: *a, o, u, i*.

De exemplu, pentru a pronunta silaba *ba*, stringerea buzelor se combina cu deschiderea larga a gurii, proprie pronuntarii exagerate a sunetului *a*. Pentru silaba *bo*, buzele copilului se string sub forma de „trompa” (acest lucru poate fi facut pasiv de catre adult).

In continuare se stimuleaza pronuntarea cuvintelor lalalizate, pe care copilul le pronunta prin imitare si asociindu-le cu o anumita persoana, obiect sau actiune. Trebuie sa se staruie ca rostirea cuvintelor sa nu se faca formal, ci constientizat. Trebuie alese cuvinte accesibile copilului dupa componenta sonora si silabica (*mama, tata, baba, nana*). De asemenea, se stimuleaza pronuntarea onomatopeelor (*bi-bi, ga-ga-ga, oac-oac, mac-mac, mu-u-u, me-e-e*), aratindu-li-se in acelasi timp jucariile, obiectele sau animalele respective.

Ulterior se dezvolta pronuntarea cuvintelor de uz general sau a cuvintelor lejere. In afara de cuvintele care denumesc lucruri, copilului i se propun cuvinte care denumesc actiuni: *da, na, bah, hai*. Treptat bagajul de cuvinte pronuntate trebuie sa se laseasca. In acelasi timp, are loc stimularea permanenta a comunicarii verbale la un nivel accesibil.

Pentru a putea comunica cu cei din jur, copiilor cu intirzieri de dezvoltare preverbala si verbala trebuie sa li se formeze reactii gestuale, mimice, vocale, de pronuntare a sunetelor, sa li se creeze si consolideze deprinderi de pronuntare voluntara a unor silabe, seturi de silabe si cuvinte lejere.

Dezvoltarea posibilitatilor functionale ale labei si degetelor miinii

In activitatea curativ-pedagogica trebuie tinut cont de etapele de formare a motilitatii labei si degetelor miinii: sprijinirea pe palma, apucarea voluntara a obiectelor cu mina, apucarea cu degetele, contrapunerea degetelor, manipulari si actiuni cu obiectele din ce in ce mai complicate, miscari diferite ale degetelor etc.

Inainte de a forma posibilitatile functionale ale labei si degetelor miinii e necesar sa se insiste asupra normalizarii tonusului muscular al membrilor superioare. La destinderea muschilor contribuie scuturarea lor dupa metoda lui Felps (prinzing antebrațul copilului in partea sa de mijloc, se fac miscari usoare de leganare-scuturare). Apoi se face masaj si exercitii pasive pentru laba si degetele miinii:

- miscari de netezire, in spirala, de framintare a degetelor dinspre virfuri spre baza;

- tiparirea, ciupirea, frecarea virfurilor degetelor si a locului dintre baza degetelor (intre degete);

- netezirea si tiparirea regiunii dorsale a labei si miinii (de la degete pina la cot);

- tiparirea miinii pedagogului, pe suprafata sa moale si tare, cu mina copilului;

- invirtirea pe rind a fiecarui deget;

- miscari circulare ale labei miinii;

- miscarea labei in stinga si-n dreapta;

- miscari de supinatie (intoarcerea miinii cu palma in sus) si de pronatie (intoarcerea miinii cu palma in jos). Supinatia labei si a antebrațului faciliteaza desfacerea palmei si a degetului mare (jocurile "Arata palmele", „intoarcerea cheii in broasca”, de-a intrerupatorul etc.);

- dezdoirea pe rind a degetelor miinii, iar apoi indoirea lor (degetul mare se afla deasupra);

- opunerea degetului mare celorlalte degete (inele din degete);

- masajul cu peria (se maseaza virfurile degetelor si partea exterioara a labei de la virfurile degetelor spre articulatia radiocarpiana, ceea ce provoaca desfacerea pumnului si desfacerea degetelor sub forma de evantai); se folosesc perii din par de asprime diferita. Masajul cu peria se aplica pentru formarea miscarilor de pipaire si pentru stimularea senzatiilor proprioceptoare ale labei si degetelor miinii. Daca pumnul copilului totusi nu se desface, logopedul il ia cu mina sa si-l stringe cu toate degetele, ca sa-l faca sa se stringa si mai tare. In acelasi timp se scutura minuta copilului. Ulterior, logopedul isi desface repede mina, eliberind pumnul copilului - acesta se destinde in mod reflex si degetele se desfac (exercitiul se repeta de 2-3 ori).

Toate miscarile se executa mai intii pasiv (de catre adult), apoi pasiv-activ si, in sfirsit, treptat, se trec intr-o forma activa in cadrul unor activitati speciale, precum si in perioadele de veghe ale copilului - in timpul imbracarii, alimentarii, scaldatului.

La dezvoltarea functiei de sprijin a miinilor contribuie si un astfel de exercitiu ca rostogolirea copilului inainte pe o minge mare in pozitia culcat pe burta. Copilului ii este mai usor sa-si tina miinile pe partile laterale, proeminente, ale mingii decit deasupra; de asemenea, ii este mai usor sa-si intinda degetul mare.

Antrenarea functiei de apucare incepe in perioada neonatala. La inceput i se pun jucariile in mina, iar apoi copilul este ajutat sa le duca la gura. Obiectele care i se pun micutului in mina trebuie sa fie diferite ca forma, marime, greutate, factura, temperatura. Aceasta contribuie la distingerea lor la palpare. Ele trebuie sa fie comode pentru apucat si tinut. Apoi copilul e stimulat sa se traga spre fata adultului si spre obiectele viu colorate care atarna deasupra patucului sau pe pieptul celui care se apleaca. Copilul le pipaiete la inceput pasiv (cu ajutorul adultului), apoi activ. In diferite

pozitii (culcat pe burta, pe spate, asezat, stind in pirostria, in genunchi, in picioare), se exerseaza ajungerea si apucarea obiectelor, dispuse la distante diferite in fata copilului, din parti si deasupra lui. Trebuie sa se insiste ca micutul sa apuce obiectul nu cu degetele mic si inelar, ci cu participarea degetelor mare, aratator si mijlociu. E important sa fie invatat nu doar sa apuce obiectul, ci si sa-i dea drumul. Desfacerea palmei este facilitata de scuturarea ei inspre degetul mic prin intoarcerea miinii cu palma in sus, acelasi efect obtinandu-se daca o facem sa lunece pe o suprafata aspra sau pe nisip.

Dezvoltarea de mai departe a posibilitatilor functionale ale labei si degetelor miinii presupune formarea functiei manipulative a miinii si a miscarilor diferite ale degetelor. Copilul e provocat sa ia (sa apuce) jucariile din diferite pozitii - de jos, de sus, dintr-o parte. Adultul ii ajuta sa le cerceteze, sa le pipaie, sa le netezeasca, sa le treaca dintr-o mina in alta, sa le ia in gura. Ulterior (de la virsta de 1 an) sint dezvoltate actiunile simple obiectuale, efectuate, in functie de necesitate, pasiv sau pasiv-activ. Pot fi propuse urmatoarele actiuni:

- lasarea voluntara a jucariei din mina (in mina adultului, in caldarusa sau cutie);
- scoaterea si punerea jucariilor dintr-un loc in altul;
- deschiderea si inchiderea cutiei;
- scoaterea si punerea inelelor unei piramide;
- impingerea mingii sau a masinii;
- construirea unui turn din cubulete;
- apucarea unor obiecte mari cu toata laba (cu o mina si cu ambele);
- adunarea unor obiecte mici cu doua si cu trei degete.

In timpul activitatii corectional-logopedice de normalizare a tonusului muscular si a motilitatii aparatului articular la copiii cu tulburari motorii sint utile metodele urmatoare de actiune logopedica:

- masajul logopedic diferentiat al musculaturii faciale, labiale si linguale (de destindere sau de stimulare);
- masajul punctat;
- gimnastica pasiva si elemente de gimnastica activa articulatorie;
- contrastotermie locala artificiala (hipo - si hipertermie).

Asistenta logopedica trebuie inceputa de la slabirea tulburarilor inervatiei aparatului fonator. Largind posibilitatile de miscare a muschilor vorbirii, se poate conta pe o mai buna includere spontana a acestora in procesul de articulare. Trebuie folosite mijloace si procedee de masaj logopedic diferentiat (de destindere si de stimulare) luindu-se in calcul caracterul tulburarilor tonusului muscular si al motilitatii aparatului articular al copilului dat. In functie de starea tonusului muscular se face un masaj relaxant (in caz de spasm muscular - in scopul destinderii) sau stimulant (in caz de hipotonie - cu scopul activizarii tonusului muscular). Logopedul o poate invata, in limitele posibilitatilor, pe mama copilului procedeele elementare de masaj si de gimnastica articulatorie pasiva.

O atentie deosebita se acorda masajului musculaturii limbii - nu doar in scopul normalizarii tonusului muscular si a motilitatii aparatului articular, ci si in scopul reducerii hipersalivatiei, al dezvoltarii senzatiilor chinestezice, al consolidarii reflexului faringian. Masajul limbii se poate face in diferite feluri: cu ajutorul unor periute de dinti speciale, cu ajutorul unei spatule de lemn sau in mod manual.

Gimnastica articulatorie cu pruncii si copiii de virsta mica se face mai intii in forma pasiva, iar apoi in forma pasiv-activa. Gimnastica articulatorie pasiva se face dupa masaj. Logopedul executa miscari pasive ale organelor de articulare in scopul includerii in procesul articular a unor noi grupuri de muschi, anterior inactivi, sau in scopul sporirii activitatii

muschilor deja in functiune. Aceasta creeaza conditii pentru formarea miscarilor voluntare ale muschilor vorbirii. Directia, volumul si traiectoria miscarilor pasive sint aceleasi ca si la miscarile active. Ele se deosebesc de miscarile active prin aceea ca durata si fixarea lor se stabilesc de catre logoped.

Metoda contrastotermiei locale artificiale este o combinatie a hipotermiei locale artificiale (criomasajul) cu hipertermia (termomasajul). Aceasta metoda a fost folosita pentru reducerea spasticitatii muschilor aparatului articular si a hiperchinezilor musculaturii limbii si fetei.

Copiii cu patologii motorie beneficiaza, din primele saptamini si luni de viata, de o stimulare consecutiva din punct de vedere ontogenetic a dezvoltarii reflexe. E vorba de stimularea suptului, deglutitiei, de dezvoltarea reactiilor emotional-comunicative reflexe.

Normalizarea procesului de alimentare este vitala pentru copil. Actul suptului depinde de reflexele automatismului oral. Lipsa sau insuficienta lor necesita stimularea activitatii reflex neconditionate. Stimularea reflexelor orale se face nemijlocit inainte de hranirea copilului.

Fiecare reflex se provoaca de 2-3 ori, daca se insista mai mult – se obtin efecte contrarii. Pentru reglarea procesului de alimentare e foarte important ca aceasta sa aiba loc in aceeasi pozitie si in acelasi loc, ceea ce consolideaza reflexele neconditionate (cautarea sinului, deschiderea gurii, miscarile de sugere). In timpul alaptarii mama gaseste o pozitie in care miinile sa-i fie libere. Copilul se afla intr-o poza usor indoita, care conduce la o relaxare musculara maxim posibila.

Nemijlocit inainte de alaptare, se stimuleaza reflexele neconditionate innascute – labial, de cercetare, de „trompa”, de sugere. Pentru stimularea lor, se trece de citeva ori cu o bucatica de vata inmuata in lapte caldut, cu mamelonul sau cu degetul peste zonele reflexogene – in regiunea pliurilor nazolabiale, la colturile gurii, pe partea centrala a buzei de sus, pe partea anterioara a suprafetei limbii. Pentru provocarea reflexului de cercetare se atinge obrazul in regiunea coltului gurii; daca nu se obtine reactia de raspuns – intoarcerea capului si miscarea buzelor inspre excitant –, se face acest lucru in mod pasiv. Pentru a obtine efectul de „trompa”, se excita cu degetul mijlocul buzei de sus, ajutind copilul sa-si intinda buzele inainte sub forma de „trompa”. Daca e tulburat reflexul de deglutitie, se stimuleaza radacina limbii si peretele posterior al faringelui prin excitarea lor cu picaturi de lapte caldut sau apa indulcita. Pentru a provoca reflexul de sugere, buzele copilului trebuie strinse in jurul biberonului sau al mamelonului, dupa care, miscindu-le ritmic, i se da o mica portie de lapte. In cazul in care micutul suge, dar nu-si poate stringe buzele (din cauza afectarii muschiului orbicular al gurii) sau ii atirna mandibula, ceea ce duce la scurgerea laptelui prin colurile gurii, buzele se string in mod pasiv in jurul mamelonului sau al biberonului, iar buza inferioara si mandibula se sustin.

Cind copilul implineste 3-4 luni, logopedul nu se mai ocupa de stimularea reflexelor neconditionate precoce, ci din contra - le reprima. In acest scop, logopedul atinge usor buzele copilului cu o bucatica de vata, cu biberonul sau degetul, iar cu mina ramasa libera impiedica miscarea reflexa a buzelor. Pentru a nu stimula reflexele automatismului oral, masajul musculaturii articulatorii se face, intr-un sir de cazuri, dupa alimentarea copilului.

Un compartiment important al activitatii logopedului este dezvoltarea respiratiei si corectia tulburarilor respiratorii. Copilul bolnav e asistat din primele luni de viata, ceea ce influenteaza benefic starea sa somatica si stimuleaza reactiile vocale. Corectia tulburarilor respiratorii incepe cu exercitii generale de respiratie, scopul carora e marirea volumului, puterii si profunzimii aerului inspirat si expirat si normalizarea ritmului respiratiei. Logopedul face exercitii pasive cu micutul. In timpul gimnasticii respiratorii se poate asculta sau intona o melodie lina sau i se spune copilului ceva cu blindete. Gimnastica generala se face in diferite

pozitii: culcat, asezat, in picioare, pe cind exercitiile respiratorii – doar culcand copilul pe spate. Sint utile exercitiile respiratorii de mai jos:

- In pozitia culcat pe spate, mingingi usor corpul copilului, in primul rind centura scapulara, si scuturindu-i membrele, obtinem destinderea muschilor scheletali. Apoi, luind copilul de miini si scuturindu-i usor palmele, ii ducem miinile in laturi, in sus (inspiratie), apoi le intindem inainte, in jos, lipindu-le de corp si apasind usor asupra cutiei toracice (expiratie).
- In pozitia culcat pe spate, in ritmul respiratiei, scuturind cu atentie picioarele copilului, le intindem, le dezdoim (inspiratie), apoi indoindu-le in genunchi si aducindu-le spre burta, facem expiratia mai puternica si mai lunga. Pentru a stimula activitatea diafragmei, putem executa acest exercitiu punindu-i copilului minutele sub cap.
- Intorcind capul micutului intr-o parte, ii desfacem in acelasi sens si bratul (inspiratie). Scuturind putin mina, intoarcem mina si capul in pozitia initiala (expiratie). Acest exercitiu contribuie la elaborarea ritmicitatii miscarilor si respiratiei.
- Copilul sta culcat pe burta, cu miinile sub piept, sprijinite de o suprafata tare, si capul lasat in jos. Logopedul ii ridica micutului capul si umerii sprijinindu-l in miini (inspiratie), apoi le lasa in jos (expiratie). Trebuie sa tindem spre o participare activa a copilului, obtinand-o cu ajutorul jocului (*Iata si cocuta noastra! Cu-cu! Unde e cocuta? S-a ascuns!...*).
- Logopedul isi pune miinile pe muschii toracici ai copilului, care sta culcat sau pe sezute, examinind ritmul respiratiei. In momentul expiratiei, apasa pe cutia toracica, de parca ar impiedica inspiratia (timp de citeva secunde). Acest exercitiu contribuie la o inspiratie mai adinca si mai rapida, precum si la o expiratie prelungita.

Gradul de exprimare a tulburarilor de dezvoltare a functiilor motorii, psihice si de vorbire (de la tulburari usoare pina la foarte grave) si combinarea lor influenteaza, fara doar si poate, pronosticul dezvoltarii psihofizice. Succesul tratamentului recuperator al copiilor cu patologii cerebrale perinatale, inclusiv paralizie cerebrala infantila, e determinat de oportunitatea, complexitatea si caracterul sistematic al acestuia.

In tratarea patologiei motorii, inclusiv a paraliziei cerebrale infantile, este traditionala corectia stereotipului patologic motor deja format. In acelasi timp, functiile cognitive si de vorbire, atit de importante din punct de vedere social, ramin adesea in afara cadrului corectional. Din pacate, activitatea pedagogica de dezvoltare a functiilor psihice si de vorbire si corectia tulburarilor lor incepe foarte tirziu (dupa 3-5 ani), cind perioada senzitiva de dezvoltare a psihicului si a vorbirii este pierduta. Nu numai parintii, ci si unii specialisti care iau parte la reabilitarea copiilor cu patologii motorie nu sesizeaza importanta unei asistente corectiv-dezvoltative concomitente a tuturor sistemelor functionale.

Practica demonstreaza ca pina si copiii cu tulburari usoare de dezvoltare manifestate in primul an de viata, nebeneficiind de masurile curative si pedagogice necesare, se confrunta ulterior cu dificultati de invatare. Pe de alta parte, asistenta complexa si adecvata a copiilor cu tulburari evidente permite obtinerea unor rezultate semnificative. In plus, cu cit asistenta e mai precoce, cu atit e mai eficienta.

De remarcat ca in procesul corectiv-dezvoltativ trebuie inclusi nu numai medicii, pedagogii, masorii, ci si, ba chiar in primul rind, familia. Din pacate, multi parinti asteapta rezultate pozitive fara sa faca nimic. Pe cind anume ei, muncind cu rabdare si tenacitate in fiecare zi, pot stimula dezvoltarea unei sau altei functii a copilului. Multi parinti se dovedesc a fi buni pedagogi, creativi si inventivi, in stare sa dezvolte potentialul copilului cu probleme.

ATITUDINEA MATERNA FATA DE COPIII DE VIRSTA TIMPURIE CU SINDROMUL DOWN: REZULTATE ALE ANALIZEI FENOMENOLOGICE

I. A. Sergheeva, IPC al AIFR

Faptul ca atitudinea parentala are un rol foarte important in dezvoltarea psihica a copilului este in prezent unanim recunoscut, dar chestiunea despre factorii si mecanismele de formare a atitudinii materne si a influentei sale asupra dezvoltarii copilului este inca insuficient elucidata. Aceasta problema este deosebit de actuala in contextul interactiunii dintre mama si copilul cu tulburari de dezvoltare.

Exista cercetari consacrate studierii specificului si evolutiei atitudinii materne fata de copiii cu autism infantil timpuriu (L. S. Pecnikova, E. P. Baenskaia), fata de copiii cu tulburari ale aparatului locomotor (V. V. Tkaciova), precum si cercetari orientate spre formarea colaborarii dintre adult si copilul de virsta frageda cu abateri in dezvoltare (G. A. Misina). Cercetarea efectuata de noi reprezinta inca un pas pe calea intelegerii atitudinii parentale fata de copiii cu nevoi speciale.

Am apelat la categoria de copii care se deosebesc prin pastrarea relativa a sferei emotionale si lipsa denaturarilor in dezvoltarea social-emotionala, adica la copiii cu sindromul Down. Scopul cercetarii noastre a constat in studierea atitudinii materne fata de copiii de virsta timpurie care prezentau acest sindrom. Importanta practica a investigatiei e determinata de necesitatea elaborarii mijloacelor metodice si a modalitatilor de diagnosticare si corectie a tulburarilor de atitudine a parintilor fata de copilul cu probleme de dezvoltare, deoarece crearea programelor corectionale este de neconceput fara antrenarea familiei in aceasta activitate, si in primul rind a mamei.

Noi am presupus ca situatia creata de nasterea unui copil cu sindromul Down nu constituie unicul factor ce determina caracteristicile atitudinii emotionale a mamei fata de copil. Asupra semnului si continutului atitudinii emotional-valorice a mamei fata de copilul cu sindromul Down pot influenta, conform ipotezei noastre, particularitatile de personalitate si starea afectiva actuala a mamei, sensurile si valorile acesteia legate de copil si maternitate. In plus, speram sa confirmam existenta unei legaturi reciproce dintre nivelul de comunicare al copilului si particularitatile atitudinii materne fata de el.

Pentru cercetarea componentelor constientizate ale atitudinii parentale au fost utilizate metodicile urmatoare:

1. Ancheta pentru studierea caracteristicilor sociale ale celor investigati, precum si a circumstantelor in care s-a nascut si a decurs dezvoltarea timpurie a copilului.
2. Chestionarul interactiunii emotionale dintre parinti si copii al E. I. Zaharova.
3. Chestionarul lui E. Sefer „Evaluarea orientarilor si reactiilor parentale”, avind drept obiectiv studierea particularitatilor cele mai generale de educatie a parintilor.
4. Testul „Fraze neterminate”, elaborat de G. A. Arina si E. B. Aivazian si destinat studierii laturii semantice a maternitatii.

Pentru cercetarea indirecta a aspectelor atitudinii materne continutul carora e supus actiunii mecanismelor de aparare au fost utilizate metodicile proiective urmatoare:

5. Cromotestul atitudinilor al lui A. M. Etkind.
6. Testul „Fraze neterminate” modificat prin analogie cu „Metodica proiectiei ghidate” a lui V. V. Stolin (1983).
7. Pentru aprecierea nivelului de dezvoltare a comunicarii la copil au fost folosite datele examenului efectuat de I. A. Razenkova in laboratorul de asistenta precoce a copiilor cu abateri in dezvoltare al Institutului de Pedagogie Corectionala al Academiei Invatamintului din Federatia Rusa, pe care il conduce, conform metodicii „Diagnosticul dezvoltarii psihice a copiilor in

virsta de 0-3 ani” (E. O. Smirnova, L. N. Galiguzova, T. V. Ermolaeva, S. I. Mescereakova, 2002).

Au fost investigate 15 femei care educa micuti cu sindromul Down in virsta de la 8 luni pina la 2 ani si jumătate. Investigatia s-a desfasurat pe baza Centrului de asistenta precoce de pe linga Fondul de binefacere „Downside Up”.

Rezultatele cercetarii

Potrivit rezultatelor chestionarelor propuse de E. Sefer si E. Zaharova, atitudinea materna fata de copilul cu sindromul Down se caracterizeaza printr-o tendinta de hiperprotectie: mamele le stimuleaza acestor micuti dependenta fata de parinti, ii feresc de greutati si se tem sa nu le faca vreun rau. Ele isi apreciaza inalt capacitatea proprie de a percepe starile copilului, de a participa la trairile acestuia si de a-l sustine din punct de vedere emotional. Cu toate acestea, mamele recunosc ca nu inteleg indeajuns cauzele din care copilul are sentimente de un fel sau altul si ca nu tin cont in masura deplina de starea acestuia in timpul comunicarii cu el. Rezultate asemanatoare au fost obtinute de E. I. Zaharova (2001) in timpul aprobarii chestionarului cu pricina pe baza unor mame cu copii sanatosi de virsta prescolara. E clar ca in metodicile de acest tip mamele isi descriu acele actiuni care sint incurajate sau cel putin acceptate de societate. Rezultatele obtinute prin aplicarea metodicilor „directe” ne permit sa facem concluziile urmatoare: in societatea noastra se incurajeaza atitudinea delicata, sensibila si intelegatoare a mamei fata de copil. In acelasi timp e acceptata, si nu condamnata, strategia comportamentala a parintilor conform careia acestia nu se orienteaza suficient spre starea copilului in timpul interactiunii cu el, nu tin cont de sentimentele, dorintele si dispozitia lui, ci reies din planurile si intentiile proprii. Aceste particularitati caracterizeaza, probabil, nu doar atitudinea fata de copiii cu cerinte speciale, ci si atitudinea fata de educatie in general.

Rezultatele studierii indirecte a semnului atitudinii emotionale fata de copil pe baza metodicii proiective a cromotestului au aratat ca atitudinea emotionala fata de copilul cu sindromul Down poate fi atat pozitiva, de acceptare, cit si negativa, de respingere. Femeile examinate au fost impartite in doua grupe: mame cu atitudine emotionala pozitiva fata de copil (in care au intrat 9 femei) si mame cu o atitudine „insuficient - pozitiva” (in care au intrat 6 femei). Astfel, a fost confirmata presupunerea noastra ca situatia creata de nasterea unui copil cu sindromul Down nu reprezinta unicul factor ce determina semnul atitudinii emotionale fata de copil. E de mentionat ca rezultatele cromotestului n-au fost identice cu rezultatele chestionarii Sefer si Zaharova, ceea ce confirma presupunerea noastra ca ele reflecta modelul maternitatii acceptat in societate, si nu atitudinea emotionala fata de copil, care este, cel mai probabil, neconstientizabila.

In continuare, am incercat sa raspundem la intrebarea: de ce depinde semnul atitudinii emotionale fata de copilul cu sindromul Down?

In primul rind, a fost observata legatura dintre semnul atitudinii emotionale fata de copil si unele particularitati de personalitate ale mamei. Femeile din grupa cu atitudine pozitiva au o pozitie activa de viata, dind dovada intr-o masura mai mare de perseverenta in atingerea scopului propus, de tenacitate si optimism (conform rezultatelor cercetarii, in aceasta grupa a fost inregistrat mai des tipul stenic de reactie). Particularitatile starii emotionale actuale nu sint legate de caracteristicile atitudinii emotionale fata de copil – toate mamele copiilor cu sindromul Down au o stare de neliniste, manifestata atat in rezultatele cromotestului, cit si in cele ale chestionarii.

In al doilea rind, rezultatele cercetarii au aratat existenta unei legaturi reciproce intre semnul atitudinii emotionale fata de copil si continutul valoric al maternitatii. Pentru mamele cu atitudine pozitiva sensul maternitatii consta in grija fata de copil si in bunastarea personalitatii lui. Acest lucru s-a manifestat si in metodicile „Frazelor

neterminat” prin afirmatii de tipul: „Pentru copilul sau, ea este, in primul rind, mama, persoana afectuoasa care ii este mereu alaturi”; „Maternitatea pentru ea inseamna, in primul rind, copilul, ...fericirea lui”. Mamele din grupa a doua se vad, mai intii de toate, in rol de indrumator si pedagog. Afirmatiile lor au fost de tipul: „Pentru copilul sau, ea este, in primul rind, ...prieten si invatator, exemplu de urmat, ...indrumator care ii explica cum sa se comporte”. Aceste mame urmaresc, in primul rind, realizarea in dezvoltarea intelectuala, fizica si psihica a copilului. E de presupus ca aceste valori sint legate de imaginea unui copil ideal, creata in timpul educarii primului-nascut, care s-a dovedit a fi unul sanatos, cu dezvoltare normala. In grupa a doua erau mai multe mame cu copii sanatosi nascuti anterior decit in grupa femeilor cu atitudine pozitiva.

In rindul al treilea, a fost observata o legatura reciproca intre semnul atitudinii materne fata de copil si nivelul dezvoltarii mijloacelor si modalitatilor de comunicare ale acestuia. Astfel, copiii mamelor cu atitudine pozitiva aveau un arsenal mai mare de mijloace de comunicare cu adultii decit copiii mamelor din cealalta grupa. Dar diferentele principale dintre cele doua grupe vizeaza asemenea caracteristici ale comunicarii precum sint initiatia personala, sensibilitatea si antrenarea in comunicare. Copiii „acceptati” de mame au fost activi in toate probele, mai sensibili fata de influenta partenerului si mai capabili sa-si refaca comportamentul in corespundere cu influenta exercitata de adult. Copiii „respinsi” de mame sint activi doar ca raspuns la initiatia adultului, ignorind unele actiuni ale acestuia sau raspunzind la ele printr-o modalitate invatata mai inainte, nefiind in stare sa treaca la una noua; ei ocupa o pozitie pasiva in timpul comunicarii, neinsistind in a-i atrage atentia adultului.

Iata care sint **concluziile** pe care le putem face in urma investigatiei date:

1. Situatia creata de nasterea unui copil cu sindromul Down nu este unicul factor ce determina semnul atitudinii emotionale fata de copil, deoarece mamele copilului cu sindromul Down care au luat parte la investigatie s-au impartit in doua grupe: cu atitudine pozitiva si negativa fata de copil. Atitudinea emotionala fata de copil nu se constientizeaza si poate fi decelata numai cu ajutorul metodelor proiective. Atitudinea materna declarata este identica la toate mamele, reflectind caracteristici incuviintate si incurajate de societate.
2. Toate mamele care educa copii de virsta timpurie cu sindromul Down prezinta stari camuflata de neliniste si se disting prin instabilitate emotionala indiferent de semnul atitudinii emotionale fata de copil. Mamele care accepta copilul sint mai motivate si au o pozitie activa de viata.
3. A fost observata o legatura reciproca intre semnul atitudinii emotionale fata de copil si continutul valoric al maternitatii: mamele care „accepta” copilul vad sensul maternitatii in grija fata de micut si in bunastarea personalitatii acestuia; pe cind mamele care il „resping” isi vad rolul principal in a-i fi copilului indrumator si pedagog, iar micutul trebuie sa corespunda unei imagini ideale anume, create de o experienta anterioara de educatie a primului-nascut, cu o dezvoltare normala.

Exista o legatura reciproca intre semnul atitudinii emotionale a mamei fata de copil si nivelul dezvoltarii la acesta a mijloacelor si modalitatilor de comunicare. Se poate presupune ca, in conditiile unei atitudini materne de acceptare, copilul are posibilitati mai mari de dezvoltare eficienta a deprinderilor de comunicare si, concomitent, un nivel mai inalt de dezvoltare a comunicarii la copil poate avea o influenta pozitiva asupra formarii unei atitudini materne de acceptare.

DEPISTAREA SI CORECTIA PRECOCE A DEZVOLTARII DEREGLATE A COPIILOR: ABORDARE COMPLEXA

E. A. Strebeleva, IPC al AIFR

In etapa actuala de cercetare antropologica si de asistenta a copiilor cu posibilitati limitate de sanatate a fost constientizata necesitatea interactiunii tuturor specialistilor antrenati in diagnosticarea si corectia precoce a dezvoltarii deviate a copiilor.

In conlucrarea profesionala fiecare specialist (pediatru, fiziolog, neuropatolog, psiholog, defectolog) trebuie sa-si cunoasca rolul in fiecare etapa de dezvoltare a copilului si locul sau in sistemul comun de asistenta corectionala a copilului si a parintilor.

Dupa parerea noastra, deja la maternitate trebuie elaborata si folosita fisa de dezvoltare a copilului, in care sa fie indicati factorii de risc. Aceasta fisa, inminata parintilor la iesirea din maternitate, va determina pediatrii sa acorde o atentie sporita dezvoltarii psihofizice a unui asemenea copil.

La policlinica pentru copii se vor nota ritmul si dinamica dezvoltarii copilului din grupul de risc. Daca se inregistreaza ritmuri intirziate si tulburari de dezvoltare, e de dorit sa i se acorde sprijinul corectional adecvat in cabinetele copilului sanatos. Pediatrii cu pregatire speciala impreuna cu psihologii (sau defectologii) trebuie sa-i faca pe parinti sa adopte o pozitie activa fata de munca educativ-corectionala cu copilul. In cazurile mai complicate, de patologice evidente – leziuni organice ale sistemului nervos central, tulburari genetice, dezvoltare deviata evidenta –, pediatrul trebuie sa organizeze examinarea complexa a copilului cu scopul de a concretiza starea analizatorilor acestuia (acustic, vizual, motor), precum si starea sistemului nervos central. Daca se constata anumite tulburari, parintii trebuie sa beneficieze in permanenta de consultatii si sprijin medico-psiho-corectional din partea specialistilor (neuropatologi, psihologi, defectologi etc.). Un sprijin complex poate fi acordat doar in centrele specializate, unde sint asistati atit copiii (in plan pedagogic si corectional), cit si parintii (in plan psihopedagogic).

Policlinicile pentru copii e de dorit sa aiba o baza de date cu privire la toate institutiile specializate din microraiion si din oras.

Pentru asigurarea unui sprijin corectional sistematic, in toate institutiile prescolare specializate se poate organiza o grupa de copii cu aflare temporara, in care sa se acorde ajutorul necesar atit copiilor, cit si parintilor.

Aceasta activitate atit de complicata poate fi organizata cu succes numai in cazul in care se acorda atentia cuvenita chestiunilor pregatirii si reciclarii cadrelor din domeniul educatiei timpurii, bazata pe interactiunea strinsa dintre specialistii de diferite profiluri.

Astfel, abordarea complexa a depistarii si corectiei precoce a dezvoltarii deviate trebuie sa contina urmatoarele blocuri de baza:

- Screeningul tuturor nou-nascutilor in maternitati, cu indicarea factorului de risc in fisa de dezvoltare a copilului;
- extinderea activitatii cabinetelor copilului sanatos de la policlinicile pentru copii in sensul asistentei copiilor cu probleme de dezvoltare si a parintilor acestora;
- supravegherea bine structurata a ritmului de dezvoltare psihofizica a copilului din grupul de risc de catre pediatrul de la locul de trai;
- crearea unei echipe de specialisti pentru stabilirea caracterului abaterilor;
- organizarea „centrelor copilului” cu scopul diagnosticarii si corectiei precoce a dezvoltarii deviate si a asistentei medico-psiho-pedagogice a copilului cu probleme si a asistentei psihopedagogice a parintilor;
- inceputul precoce al muncii sistematice de corectie, inclusiv in grupele cu aflare temporara de pe linga institutiile prescolare specializate;
- pregatirea si reciclarea specialistilor de diferite profiluri pentru asistenta complexa de corectie a copiilor de virsta timpurie.

Realizarea acestei abordari prevede infaptuirea unei politici de stat bine gindite in domeniul respectiv si elaborarea unor acte instructiv-normative cu scopul crearii „centrelor copilului”.

DIAGNOSTICUL SI CORECTIA PRECOCE A ABATERILOR IN DEZVOLTARE LA COPII: ASPECTE DE PROFILAXIE

*N. A. Ureadnitkaia,
IPC al AIFR*

In prezent, problemele demografice ies in prim-planul politicii sociale a majoritatii tarilor dezvoltate din lume, fiind considerate de un numar tot mai mare de specialisti si guvernanti ca prioritare. Aceasta se explica in mare parte prin schimbarile globale in dezvoltarea umanitatii, prin aparitia si consolidarea unor noi imperative morale si sociale. In acelasi timp, ritmurile alerte de dezvoltare a civilizatiei ridica noi cerinte fata de om, fata de calitatile sale intelectuale, morale, fizice, ceea ce presupune necesitatea acordarii unei atentii sporite chestiunilor legate de educatia si instruirea copiilor. Totodata, pe fundalul unor succese importante in medicina, in particular – in ceea ce priveste mortalitatea infantila, in toate tarile dezvoltate creste numarul copiilor cu deficiente, care au nevoie de reabilitare medico-psiho-pedagogica speciala. In conditiile scaderii reproducerii populatiei, trebuie sa se acorde o atentie deosebita sanatatii copiilor care se nasc. Subliniem ca, fara adoptarea urgenta a unor masuri hotarite in acest sens, poate sa apara si sa se consolideze situatia negativa in care raspindirea mare a bolilor cronice, a problemelor legate de sarcina si nastere, a abaterilor in dezvoltare la nou-nascuti va crea un cerc vicios: fat bolnav – copil bolnav – adolescent bolnav – adult bolnav – parinte bolnav – copil bolnav. Cu fiecare generatie, patologia nou-nascutilor se acumuleaza si creste. Aceste considerente ne fac sa constientizam necesitatea luarii unor masuri de profilaxie, care nu au, de regula, un efect imediat. Multe se pot face insa deja astazi: activitatea profilactica printre femeile gravide si depistarea precoce a tulburarilor psihice si somatice in dezvoltarea copiilor creeaza posibilitatea acordarii unui sprijin oportun si adecvat, ceea ce micsoreaza simtitor riscul dezvoltarii unor patologii grave si al neadaptarii sociale in fiecare caz concret, iar in cadrul comunitatii – micsoreaza numarul de invalizi. Problema in cauza e constientizata pe deplin de specialistii din domeniul invatamintului general si special. Nu intimplator, in 1999 Ministerul Invatamintului din Federatia Rusa a fondat institutia stiintifica de stat „Centrul de diagnostic precoce si de asistenta speciala a copiilor cu abateri depistate in dezvoltare”, chemata sa elaboreze si sa implementeze sistemul de stat de interventie precoce.

In ultimii ani problemele profilaxiei, diagnosticului si corectiei precoce a abaterilor in dezvoltare la copii suscita tot mai mult interesul specialistilor din diferite sfere de activitate. Deocamdata, printre tarile din lume, pozitia de lider in domeniu le revine Statelor Unite ale Americii, unde, in toata tara, activeaza asa-zisele Programe de interventie precoce, iar suportul legislativ e asigurat din 1986, cind a fost adoptata de Congres legea respectiva. Pentru Rusia, solutionarea acestor probleme este vitala si urgenta din cauza unei situatii demografice amenintatoare: scaderea natalitatii, cresterea nivelului morbiditatii printre copiii de virsta timpurie si marirea numarului de copii cu diferite abateri in dezvoltare.

Desi are un caracter interdisciplinar, chestiunea data tine totusi in primul rind de medicina; or, anume institutiile din sistemul sanatatii se ocupa in principal de femeile gravide, asista nasterile, supravegheaza sanatatea si dezvoltarea nou-nascutilor. Multi specialisti insa constientizeaza de mult necesitatea adaugarii unei noi verigi: asistenta complexa – psiho-pedagogica si sociala – a viitoarelor mame si a copiilor nou-nascuti, in special a celor din grupul de risc. In Rusia, in cadrul sistemului de ocrotire a sanatatii mamei si copilului, ca

raspuns la necesitatile practicii din domeniu, au inceput sa fie elaborate programe de supraveghere psihoprofilactica a graviditatii si de pregatire pentru nastere inca din anii '50 ai secolului trecut. Modelul creat a fost transformat si preluat de multi specialisti si centre de peste hotare si in timpul de fata reprezinta un sistem bine pus la punct de supraveghere psihosociala a gravidelor. In afara de aceasta, dupa cum am mentionat mai sus, pe parcursul ultimelor decenii in tarile dezvoltate a fost creat la nivel de stat si se dezvolta sistemul de asazisa interventie precoce, chemat sa acorde sprijin familiilor cu copii-problema in scopul crearii conditiilor adecvate pentru dezvoltarea lor psihica si fizica. Rezultatele acestor programe sint apreciate foarte inalt de specialisti si de beneficiari, iar necesitatile practice furnizeaza noi provocari pentru investigatiile stiintifice in domeniu. Asadar, potrivit practicii internationale, un model modern de ocrotire a sanatatii, in particular in domeniul ocrotirii sanatatii mamei si copilului, trebuie sa includa servicii de supraveghere psihoprofilactica a graviditatii si un sistem de depistare si corectie precoce a abaterilor in dezvoltare la copii.

Sprijin psihosocial pentru gravide

Perioada sarcinii are o importanta critica pentru dezvoltarea de mai departe a copilului atit din punct de vedere fiziologic, cit si psihologic. Anume in acest timp se pun bazele legaturilor emotionale dintre el si parinti, caracterul carora influenteaza relatiile lor reciproce dupa nastere, formarea stereotipurilor parentale si tipul atitudinii parentale. Este dovedit faptul unitatii sistemelor hormonale al mamei si al copilului, ceea ce creeaza premisa pentru interactiunea psihoemotionala dintre mama si copil. Cunoscutul psihiatru Stanislav Groff, analizind experienta sa practica, presupune ca fatul percepe asemenea dificultati din timpul sarcinii cum ar fi anxietatea cronica, incordarea si stresul emotional al mamei, si aceste impresii prenatale trec in subconstientul sau. Investigatiile doctorului Scott au aratat inca in 1957 ca dificultatile psihologice si conflictele interpersonale care provoaca stresul femeilor gravide pot conduce la aparitia sindromului de retardare psihica si la slabirea brusca a sanatatii viitorului copil. In aceasta ordine de idei, o mare importanta are capacitatea femeii insarcinate de a se relaxa, ceea ce permite sa se reduca la minim actiunea negativa asupra starii psihice a copilului pe cale de a se naste. Mai mult decit atit, potrivit unui savant american in domeniul psihologiei prenatale, datorita unor masuri speciale de imbunatatire a dezvoltarii intrauterine a copilului, se poate obtine o crestere semnificativa a nivelului dezvoltarii sale intelectuale (B. Davlin, 1995). Acest lucru e confirmat de experienta practica a moaselor si neonatologilor: copiii nascuti de mame care au acordat o atentie speciala sanatatii lor fizice si psihice, care au avut in timpul sarcinii un statut psihologic si somatic bun, fara complicatii, sint mai maturi din punct de vedere fiziologic in comparatie cu media statistica.

Psihologia contemporana dispune de date potrivit carora graviditatea este un fenomen psihosomatic complex, componenta psihologica a caruia contine simptome echivoce, care pot prezenta un anumit pericol pentru bunastarea gravidei. Dintre ele face parte, in primul rind, simptomul deciziei (despre pastrarea sarcinii), precum si simptomul dismorfofobiei graviditatii, cind are loc restructurarea atitudinii femeii fata de corpul sau, – poate aparea o anumita nemulsumire in legatura cu schimbarea aspectului fizic; labilitatea emotionala de asemenea poate constitui un simptom traumatizant al graviditatii, daca femeia nu gaseste intelegere la cei apropiati sau nu-si poate trata adecvat starile de spirit. Este foarte importanta si trairea adecvata de catre femeie a simptomelor psihotraumatizante ale sindromului graviditatii, indeosebi a *simptomului deciziei*, si concentrarea ei asupra continutului pozitiv al simptomului „Astept un copil”, ceea ce va muta accentul si emotiile proprii pe nasterea

viitorului omulet. De regula, sprijinul psihologic acordat in aceasta perioada contribuie la trecerea cu bine a femeii prin toate treptele de dezvoltare a sindromului graviditatii.

Alt aspect nelipsit de importanta, pe care vrem sa-l elucidam in acest context, este chestiunea organizarii activitatii psihoprofilactice cu femeile gravide, in special cu cele din grupurile de risc social si medical. Din aceasta categorie fac parte viitoarele mame in virsta de pina la 18 ani, femeile din familii neasigurate material si din asa-zisele familii vulnerabile, precum si femeile in a caror anamneza medicala sint anumite complicatii.

Femeile din grupurile de risc social constituie azi o problema deosebita, legata de copiii orfani social si de cei cu abateri in dezvoltare. Anual, in Rusia, circa 2,8 mii de femei nasc pina la virsta de 15 ani; 13 mii – la 16 ani; 36,7 mii – la 17 ani. Copiii nascuti de mame care n-au atins virsta majoratului constituie in medie 3,8 la suta din numarul total al nou-nascutilor. In grupul familiilor incomplete cu mame minore se observa un nivel foarte inalt de deprivare materna; circa 1% din toti nou-nascutii devin orfani din primele zile de viata, mamele renuntind la ei chiar din maternitate.

Din al doilea grup de risc fac parte femeile cu anumite probleme de sanatate. Dupa cum s-a mentionat mai inainte, sanatatea mamei in general, iar in timpul sarcinii in special, are o influenta semnificativa asupra nivelului de bunastare fizica si psihica a copilului. Printre factorii de risc se numara anomalii genetice, bolile infectioase si cronice ale mamei, complicatiile din timpul graviditatii etc.

Astfel, munca profilactica si sociala printre femeile din grupurile de risc medical si social poate rezolva concomitent doua sarcini: reducerea numarului de orfani sociali si diminuarea invalidizarii infantile. Activitatea psihosociala si sprijinul psihologic acordat femeilor gravide constituie, intr-un anumit sens, o profilaxie a complicatiilor din perioada postnatala, contribuind si la reducerea numarului de orfani sociali, motive din care e de dorit sa fie extinsa cit mai mult.

Sprijinul psihosocial acordat copiilor de virsta timpurie si familiilor acestora

Necesitatea masurilor de diagnosticare si corectie precoce a abaterilor de dezvoltare la copii e legata de situatia demografica din tara, caracterizata nu doar prin scaderea generala a natalitatii, ci si prin scaderea progresiva a ratei copiilor nascuti sanatosi, maturi din punct de vedere fiziologic, prin cresterea numarului de nasteri complicate si al tulburarilor de dezvoltare de geneza congenitala si/sau perinatale. Conform datelor unor investigatii speciale, rata nou-nascutilor sanatosi s-a micorat in ultimii 7 ani de la 48,3% la 26,5%. Astazi pina la 80% din nou-nascuti sint imaturi din punct de vedere fiziologic, circa 70% au encefalopatie , lipsa unei corectii oportune conducind la aparitia ulterioara a tulburarilor stabile. Devierile primare de dezvoltare provoaca excluderea copilului din mediul social si cultural, legatura sa cu societatea si cultura, ca izvor de dezvoltare, fiind incalcata in mod grosolan. La fel de grosolan, in etapele cele mai timpurii, este incalcata si legatura dintre parinti si copil, deoarece purtatorul adult de cultura nu stie cum sa comunice cu copilul-problema, cum sa-i transmita experienta sociala pe care semenul sau cu dezvoltare normala si-o insuseste de la sine, nu prin mijloace, metode si cai de invatare specifice, suplimentare, special organizate.

Potrivit Raportului de Stat pe 1994 „Situatia copiilor in Federatia Rusa (1993)”, tulburarile psihoneurologice sint una dintre cauzele principale ale invaliditatii infantile. Examinarile copiilor de virsta timpurie au aratat ca cel mai frecvent intilnite sint tulburarile de vorbire – 50,5% si tulburarile sferei emotional-volitiv – 29,2%. Tot mai des se pune diagnosticul „autism infantil precoce” – 12,3%; tulburari de comportament si de atentie – 7,7%; hiperfatigabilitate si epuizare a proceselor nervoase – 9,2% (Z.M. Dunaeva, L.I. Rostegailova, 1999). Cu toate acestea, lipseste depistarea oportuna a copiilor cu asemenea

dereglari. In Raport se spune ca 38,8% din toate cazurile de incapacitate intelectuala congenitala se depisteaza abia dupa virsta de 15 ani.

Statistica de stat a invaliditatii infantile introdusa in 1997 a permis obtinerea unor noi date.

In structura nozologica a invaliditatii infantile primul loc le revine afectiunilor sistemului nervos si ale organelor de simt – 52,5 cazuri la 10 mii de copii in virsta de pina la 15 ani inclusiv, in acest grup de boli intrind: paralizia cerebrala infantila – 19,4 cazuri la 10 mii de copii, afectiunile ochiului si ale anexelor oculare – 9,67, ale urechii si apofizei mastoide – 8,5, boli ereditare si degenerative ale sistemului nervos – 3,3 cazuri la 10 mii de copii.

Pe locul doi se situeaza tulburarile psihice – 31,0 la 10 mii de copii, dintre care 21,9 revin retardarii mintale.

Locul trei apartine anomaliilor congenitale – 28,2 cazuri la 10 mii de copii.

Aceste trei clase de boli sint determinante printre cauzele invaliditatii infantile, constituind aproape 70% din ele. Restul de 30%, revin altor 12 clase de boli, dintre care 75,6 la suta – boli ale organelor de respiratie, ale sistemului osteomuscular si tesutului conjunctiv, ale sistemelor endocrin si urogenital, tulburari de nutritie, de metabolism si de imunitate, neoformatiuni, traume si intoxicatii (D.I. Zelinskaia, 2000).

Astfel, din numarul total de copii-invalizi pina la 70% sint recunoscuti invalizi, avind deficiente fizice sau psihice in urma unor cauze ce tin de perioada intrauterina sau de mica copilarie.

Tulburarea functiilor neurofiziologice denatureaza, dar nu opreste procesele de dezvoltare. Formarea psihicului copilului are loc astfel in conditii anormale, dar datorita plasticitatii deosebite a psihicului infantil, posibilitatilor sale compensatorii deosebite, este posibila atit corectia cu succes a devierilor, cit si compensarea relativa chiar a celor mai grave leziuni ale sistemului nervos, ale aparatului locomotor. Toate acestea preintimpina formarea abaterilor secundare in dezvoltare si invalidizarea copilului, iar in cazurile mai complicate – diminueaza gravitatea defectului si conditioneaza o mai buna adaptare si integrare a copilului-invalid. Micutul cu probleme in dezvoltare instruit din primele luni de viata are cele mai mari sanse sa atinga rapid nivelul maxim posibil pentru el de dezvoltare generala si sa fie inclus cit mai curind si adecvat in instruirea integrata.

Pentru asigurarea eficientei asistentei psihopedagogice a copilului cu probleme e necesar:

- sa fie depistata cit mai devreme tulburarea primara;
- sa fie acordat sprijinul special imediat dupa diagnosticarea tulburarii primare, indiferent de virsta copilului. Astfel, daca tulburarea auzului sau vazului a fost depistata la sfirsitul primei luni de viata a micutului, actiunile de corectie trebuie incepute si ele in primele luni. Este foarte periculoasa situatia cind, dupa decelarea tulburarii primare, toate eforturile adultilor se indreapta exclusiv spre reabilitarea micutului prin mijloace medicale. Or, ignorarea asistentei psihopedagogice implica pierderi irecuperabile in atingerea nivelului posibil de dezvoltare a copilului;
- in continutul actiunilor de corectie-reabilitare au fost incluse compartimente speciale orientate spre solutionarea sarcinilor de dezvoltare a copilului cu deficiente care se rezolva de semenul sau cu dezvoltare normala de la sine si nu necesita aplicarea unor metodici speciale. De exemplu, copiii surzi au nevoie de activitati speciale de citire pe buze, care le asigura perceptia adecvata a vorbirii orale; copiii surzi si hipoacuzici au nevoie de un curs special de dezvoltare a perceptiei acustice si de formare a pronuntiei, de un curs special de dezvoltare a gindirii verbal-logice; copiii cu tulburari de vedere, de intelect, cei cu tulburari

multiple necesita un compartiment special de instruire – orientarea sociala si menajul; copiii cu diferite tulburari au nevoie de ajutor in dezvoltarea social-emotionala, in formarea mecanismelor de reglare constienta a comportamentului propriu si de interactiune cu oamenii din jur etc.;

- au fost construite cai „ocolite” de instruire, s-au folosit mijloace si metode care nu se folosesc in invatamintul traditional. Astfel, mult mai devreme decit in mod normal copiii surzi de virsta prescolara sint invatati a citi, – aceasta e una din caile ocolite despre care am pomenit;
- s-a efectuat un control regulat al corespunderii programei alese de instruire realizarilor si nivelului real de dezvoltare a copilului;
- organizarea in spatiu si timp a mediului de instruire corespundea posibilitatilor copilului. De exemplu, copiii autisti au nevoie de o structurare deosebita a spatiului vital si instructiv, care sa le faciliteze intelegerea a ceea ce are loc in jurul lor si sa le ofere posibilitatea de a prevedea evenimentele si de a-si planifica comportamentul;
- toti adultii din mediul copilului au fost pregatiti si participau real la rezolvarea problemelor sale extrascolare, actiunile lor fiind coordonate;
- ajutorul si sprijinul psihopedagogic nu se stopa odata cu terminarea perioadei anteprescolare sau prescolare. Copilul cu tulburari evidente in dezvoltare are nevoie de reabilitare pe parcursul intregii perioade scolare, desi cu virsta sarcinile acestea se schimba;
- procesul de corectie si reabilitare a fost infaptuit de specialisti calificati, competenti in rezolvarea sarcinilor de dezvoltare si corectie (N.N. Malofeev, 2001).

Ajutorul si corectia oportune ofera posibilitatea exceptionala de a atenua neajunsurile si problemele de dezvoltare, iar intr-un sir de cazuri – de a le inlatura, asigurind astfel dezvoltarea deplina a copilului.

Un compartiment al asistentei sociale in domeniul ocrotirii sanatatii mamei si copilului este sprijinul psihologic acordat familiei care educa un copil cu probleme.

Nasterea unui copil cu tulburari evidente de dezvoltare inseamna intotdeauna emotii puternice pentru toti membrii familiei, schimbarea modului de trai obisnuit, mobilizarea posibilitatilor materiale si psihice. Parintii care asteptau aparitia unui copil sanatos si, legat de aceasta, o viata fericita de familie, se dovedesc nepregatiti pentru dificultatile provocate de nasterea unui copil cu probleme. Multi dintre ei nu se pot impaca un timp indelungat cu „o asemenea nedreptate”, unii nu sint in stare sa indrageasca micutul care nu corespunde asteptarilor lor.

Pot fi enumerate un sir intreg de particularitati psihologice care apar in familie odata cu nasterea unui copil cu deficiente, dar problema principala, care determina in mare dezvoltarea de mai departe a copilului, este problema acceptarii lui in familie. Parintii care accepta copilul asa cum este si ii supravegheaza atent reactiile, bucurindu-se de orice actiune de sine statatoare a acestuia, de regula obtin succese mari. Capacitatea mamei de a percepe necesitatile copilului (oricit de slab pronuntate) si de a le satisface exercita o actiune foarte mare asupra dezvoltarii lui. Este bine ca parintii sa cunoasca legitatile de dezvoltare a copiilor sanatosi si sa tinda sa urmeze aceleasi etape in educatia copilului lor, cu toate ca el va insusi lucrurile mai incet decit semenii normali.

Constientizarea faptului ca sint parintii unui copil cu dereglari si complicatii in dezvoltare este problema principala si cea mai grea a familiilor respective. Multe familii sint influentate adesea de medicii care le sfatuiesc sa abandoneze copilul bolnav, deoarece, dupa parerea lor, nu exista nici o sansa de recuperare a acestuia. De regula, asemenea medici nu stiu nimic despre caile posibile de educatie si instruire a copilului cu probleme si despre

eficienta unei asemenea munci. Ca rezultat, familia se pomeneste singura in fata nenorocirii sale si abia peste ani gaseste specialistii care sa-i acorde copilului ajutorul necesar. Dar care ajutor, pe masura inaintarii in virsta a copilului, devine, din pacate, tot mai putin eficient si nu conduce la rezultatele care ar fi putut fi obtinute in cazul unei asistente precoce. In aceasta ordine de idei, remarcam necesitatea ridicarii calificarii si a competentei psihologice a specialistilor practicieni – pediatri, neurologi si alti medici care lucreaza cu copiii. Aceasta problema trebuie solutionata de catre institutiile de invatamint superior de profil, precum si de echipele de specialisti de la centrele medicale care acorda asistenta sociala categoriilor respective de familii.

Anume in aceasta perioada parintii au nevoie de sprijinul unor specialisti care cred in posibilitatea de a ajuta copilul cu orice tulburari, care cunosc metodele de educatie a copilului cu probleme si stiu a lucra cu familia acestuia. Ei pot fi sprijiniti si de parintii care au trecut prin situatii similare si au gasit in sine fortele necesare pentru a-si educa copiii corect. In asemenea cazuri, este uneori important sa stim ca nu sintem unicele persoane care se afla intr-o asemenea situatie, ca mai sint familii in care au fost educati si se educa copii cu diverse tulburari. Posibilitatea de a se informa la timp despre specialisti si despre ajutorul acordat de acestia, despre institutiile de invatamint special inseamna foarte mult pentru parinti si le poate ameliora substantial starea psihologica.

Atmosfera constructiva din familie, acceptarea emotionala si dragostea parintilor sint o conditie absolut necesara pentru eficienta muncii corectional-reabilitationale cu micutul din primele luni de viata. Fara cointeresarea si ajutorul parintilor, fara includerea lor activa in procesul de reabilitare a copilului este imposibila realizarea cu succes a complexului de masuri orientare spre corectia precoce a tulburarilor in dezvoltare. De aici si necesitatea unei activitati bine determinate a specialistilor psihologi cu parintii copilului cu dereglari si, in masura posibilitatilor, cu tot anturajul sau social, activitate subordonata scopului unic de depasire a deficientelor copilului si de asigurare a unei dezvoltarii calitative a acestuia.

Dupa cum s-a mentionat in repetate rinduri, problemele psihice ale copilului pot fi legate de conditiile nefavorabile de educatie, una dintre variantele posibile fiind deprivarea emotionala si senzoriala timpurie. Aceasta e provocata adesea de starea psihoemotionala neadecvata a mamei in perioada de dupa nastere, in particular de depresia postnatala. Mamele care sufera de depresie postnatala sint mai putin expresive si isi stimuleaza intr-o masura mai mica pruncii (T. M. Field, 1984; T. M. Field s.a., 1985). Ele stau mai putin cu micutii si se ating mai putin de ei (T. M. Field, 1985; A. S. Fleming s.a., 1988; A. B. Livingood s.a., 1983), acestia suferind mai ales din cauza lipsei mingiierilor (A.S.Fleming s.a., 1988). Astfel, putem considera ca dezvoltarea psihica a copilului unei mame cu depresie postnatala decurge in conditii de anturaj social modificat. Asemenea mame pot fi foarte siciitoare sau chiar ostile fata de copii, ceea ce le poate afecta micutilor dezvoltarea psihoemotionala (J. F. Cohn s.a., 1990; L. Murray, 1990; T. M. Field s.a., 1998). Toti acesti factori actioneaza deosebit de nociv in cazul in care copilul are anumite abateri in dezvoltare: mamele depresive nu-l accepta emotional, el le creeaza o stare de irascibilitate si ostilitate, ceea ce le face inapte de o comunicare cointeresata, empatica cu micutul. Ele nu pot fi incluse nici in procesul de reabilitare si corectie.

Datele mentionate vorbesc convingator despre necesitatea acordarii unui sprijin psihologic parintilor, si mai ales mamelor, care se confrunta cu probleme de dezvoltare a copiilor. Acest sprijin trebuie sa devina o parte integranta a sistemului de diagnosticare si corectie precoce a abaterilor depistate in dezvoltarea copiilor.

Caile si posibilitatile de creare a asistentei psihosociale in domeniul ocrotirii sanatatii mamei si copilului in conditiile actuale din Rusia

Analiza experientei internationale in domeniul interventiei precoce ne face sa credem ca in Rusia exista conditiile necesare pentru crearea unui sistem eficient de diagnosticare si corectie precoce a dereglarilor infantile.

1. In tara noastra, datorita existentei unei largi retele de institutii de ocrotire a sanatatii si de invatamint, devine posibila realizarea unui model cost-eficient de interventie precoce, in cadrul caruia noile structuri sa poata functiona productiv pe baza celor existente (cu conditia operarii unor restructurari organizational-metodice).

2. In Rusia sistemul de diagnosticare precoce si asistenta complexa a copiilor cu abateri in dezvoltare va fi realizat in conditiile sistemului existent de asigurare medicala obligatorie, precum si al sistemului de asigurare medicala voluntara in curs de constituire. Aceasta permite, practic, elaborarea si aplicarea unor mecanisme de evaluare a dezvoltarii tuturor copiilor, incepind de la nastere, efectuarea unor masuri ample de diagnostic in cadrul carora sa nu fie trecut cu vederea nici un copil care necesita cu adevarat ajutorul specialistilor.

Costurile relativ mici ale serviciilor medicale le face accesibile tuturor categoriilor de populatie, ceea ce contribuie, de asemenea, la desfasurarea cu succes a actiunilor de testare a copiilor si la depistarea la timp a celor care au nevoie cu adevarat de asistenta si corectie speciala.

Faptul ca toata populatia stie carte este un factor esential, care va permite, practic, sa examinam dezvoltarea psihica a tuturor copiilor cu ajutorul activ al parintilor. In plus, parintii vor putea face de sine statator o examinare prealabila a dezvoltarii psihice a copiilor, rezultatele careia vor fi evaluate de specialisti, fiind depistati pe baza lor copiii cu abateri semnificative de la norma, care vor fi supusi ulterior unui examen diagnostic mai detaliat.

Abordarile metodologice general recunoscute, baza metodologica in domeniul asistentei speciale a copiilor de virsta timpurie cu abateri in dezvoltare, elaborata de citeva generatii de pedagogi si psihologi speciali autohtoni, permit deja azi desfasurarea activitatii practice. E nevoie insa de implementarea unor programe de ridicare a calificarii, de reciclare si instruire a specialistilor in domeniul interventiei precoce.

Crearea unui sistem unic de depistare precoce si de asistenta speciala a copiilor cu abateri in dezvoltare, care sa functioneze in toata federatia, necesita operarea unor schimbari, si mai intii de toate in domeniul ocrotirii sanatatii.

Se are in vedere, in primul rind, organizarea **asistentei obstetricale**. E necesar sa se elaboreze si sa se aplice in activitatea practica a maternitatilor fisa de dezvoltare a copilului, in care sa se indice factorii de risc si care, dupa externarea din maternitate, sa fie prezentata pediatriilor de la policlinicile de la locul de trai. Totodata, trebuie sa extindem si sa precizam obligatiile medicilor neonatologi din maternitati. Anume ei trebuie sa-si asume *functia depistarii precoce* (in cadrul unui screening) a copiilor din grupul de risc si a copiilor cu devieri in dezvoltare si pe cea a trimiterii lor ulterioare la un examen diagnostic diferentiat. Cu toate ca este de obicei foarte scurta si trebuie sa se incadreze in perioada aflarii copilului la maternitate (sau in sectiile pentru prematuri si subponderali), aceasta etapa de activitate este una foarte importanta, daca nu una-cheie, pentru startul intregului mecanism de depistare precoce si corectie a deficientelor. Fara aceasta veriga primara sistemul de diagnosticare precoce si de asistenta speciala a copiilor cu abateri in dezvoltare se poate dovedi putin eficient.

Ulterior, trebuie elaborat un mecanism functional de interactiune informational-organizationala in cadrul sistemului de asistenta medicala – intre maternitati, ca veriga primara de depistare a copiilor cu probleme, pe de o parte, si **pediatrii si specialistii de profil de la policlinicile pentru copii**, ca veriga de *diagnostic diferentiat si de terapie medicamentoasa si nemedicamentoasa*, pe de alta parte.

In acelasi timp, trebuie stabilita o legatura strinsa si operativa cu specialistii si institutiile de invatamint special, si anume cu **pedagogii speciali si psihologii**, care isi vor asuma *corectia psihopedagogica a copiilor cu abateri in dezvoltare si asistenta psihologica a*

familiilor lor. Aceasta veriga este una de baza in cadrul sistemului, deoarece specialistii de aici supravegheaza copilul si familia timp de citiva ani, pina la transmiterea copilului in institutiile adecvate de instruire pentru copii.

Acest mecanism de tranzitie trebuie pus la punct si rodat, astfel incit micutii care au beneficiat de corectia precoce sa nu se pomeneasca in afara atentiei specialistilor atunci cind vor intra intr-o noua etapa de virsta. Trebuie precizata si strict determinata lista **institutiilor speciale de invatamint prescolar (si scolar)**, care inscriu copii cu deficiente de un fel sau altul si continua sa le acorde *asistenta psihopedagogica complexa*. Trebuie, de asemenea, formalizat la maxim si simplificat mecanismul de transmitere a copilului in aceste institutii. Mecanismul respectiv trebuie sa fie accesibil atit parintilor copilului, cit si specialistilor care l-au supravegheat si sa se bazeze pe datele activitatii lor cu copilul si pe recomandarile pe care le fac.

E de mentionat ca la eficientizarea masurilor de corectie la virsta timpurie contribuie esential participarea activa si cointeresata a familiei copilului. Anume parintii sint comanditarii principali ai muncii corectiv-dezvoltative cu copilul. Ei trebuie sa fie bine informati, cointeresati in rezultatele acestei munci si sa adopte o pozitie de colaborare activa cu specialistii. Tinind cont de faptul ca competenta psihologica a majoritatii parintilor in tara noastra e destul de mica, sint necesare *masuri de informare si culturalizare* in domeniu, cu **atragerea mass-media**.

Informarea parintilor este o masura importanta de profilaxie si, la modul ideal, ar trebui inceputa cu mult inainte de nasterea copilului (cel tirziu in perioada sarcinii). Pe linga mass-media, aceasta functie si-o pot asuma **institutiile** respective **de ocrotire a sanatatii** in colaborare cu **scolile si institutiile de invatamint superior**.

O conditie a realizarii cu succes a strategiei in domeniul programului de stat de asistenta precoce a copiilor cu abateri in dezvoltare este **pregatirea, reciclarea si ridicarea calificarii specialistilor** din sistemul invatamintului, ocrotirii sanatatii si protectiei sociale.

Dupa cum am mentionat mai sus, parintii sint persoanele cele mai interesate in dezvoltarea copilului si in corectia deficientei sale, ei sint comanditarii principali ai acestei munci. De aceea ar fi logic sa admitem posibilitatea acordarii unor servicii cu plata in acest domeniu. Cu alte cuvinte, pe linga serviciile de stat de diagnostic precoce si asistenta speciala, pot exista structuri **analogice**, licentiate si acreditate, in **sectorul privat**. Activitatea lor in acest domeniu ar avea, dupa parerea noastra, un rol pozitiv, contribuind la rezolvarea, cel putin, a doua probleme esentiale.

In primul rind, se va atrage atentia parintilor asupra problemelor de dezvoltare a copiilor de virsta timpurie: existenta unor servicii cu plata in acest domeniu va contribui la constituirea unor noi standarde si stereotipuri sociale pozitive, sporind valoarea subiectiva si prestigiul asistentei precoce a copilului. In plus, faptul ca serviciile respective sint platite, intaresc motivarea comanditarului, in cazul de fata – parintii, facindu-i membri cu drepturi depline ai echipei care ajuta copilul, orientindu-i spre rezultate, spre respectarea recomandarilor si indeplinirea lor constiincioasa. In sfirsit, existenta serviciilor alternative va permite pastrarea si perfectionarea cadrelor, va introduce concurenta sanatoasa in domeniu si le va asigura parintilor posibilitatea de a alege.

Acestate fiind spuse, vom mentiona citeva sarcini de prima importanta, care trebuie solutionate in scopul crearii conditiilor necesare pentru activitatea eficienta a sistemului de diagnostic si corectie precoce a dereglarilor infantile:

1. Elaborarea fiselor de dezvoltare a copilului si aplicarea lor in activitatea practica a medicilor neonatologi de la maternitati;
2. Rodarea mecanismelor de interactiune organizationala si informationala dintre medicii neonatologi de la maternitati si specialistii policlinicilor pentru copii de la locul de trai;

3. Rodarea mecanismelor de interactiune organizationala si informationala dintre medicii neonatologi si specialistii de la policlinicile pentru copii si cei de la institutiile specializate de invatamint si de reabilitare;
4. Elaborarea principiilor normative de interactiune dintre institutiile specializate pentru copii si cele de invatamint general;
5. Infaptuirea unor ample masuri de informare cu scopul ridicarii nivelului competentei parintilor si motivarii lor pentru crearea conditiilor de dezvoltare armonioasa a copilului;
6. Elaborarea si implementarea programelor de pregatire, reciclare si ridicare a calificarii specialistilor din domeniul depistarii precoce si corectiei deficientelor infantile;
7. Elaborarea documentelor normative pentru licentierea si acreditarea institutiilor si organizatiilor de stat si neguvernamentale care activeaza in domeniul diagnosticului precoce si corectiei copiilor cu abateri in dezvoltare.

In ceea ce priveste programele de asistenta psihoprofilactica a gravidelor, e de remarcat activitatea desfasurata in acest domeniu de institutiile neguvernamentale. Asa-numitele centre perinatale se bazeaza pe elaborarile stiintifice existente, dar si pe cunostintele din diferite religii si din medicina populara. Ar fi rational sa se uneasca eforturile acestor specialisti cu ale celor din medicina traditionala, ceea ce ar permite elaborarea unui complex de actiuni care sa conduca la satisfacerea mai deplina a necesitatilor clientilor.

PROFILAXIA SI CORECTIA ABATERILOR IN DEZVOLTAREA VORBIRII LA COPII

G. V. Cirkina, IPC al AIFR

Problema diagnosticului si corectiei precoce a tulburarilor de vorbire la copii este prezentata insuficient in logopedia contemporana. Se considera, traditional, ca influenta logopedica trebuie exercitata in cazurile retinerii evidente in dezvoltarea vorbirii in comparatie cu normativele de virsta. Exceptie fac doar copiii cu defecte congenitale ale aparatului articulador, cei cu paralizie cerebrala infantila si alte abateri in dezvoltarea psihomotorie diagnosticate de timpuriu. Pentru acest grup de tulburari exista si recomandari metodice respective.

Sint elaborate insuficient chestiunile ce tin de depistarea si diagnosticarea abaterilor in dezvoltarea activitatii verbale la copiii cu premise pastrate de dezvoltare intelectuala si cu auz pastrat, majoritatea carora e calificata drept grup de risc cu patologii verbale la virsta de 4-5 ani. Dezvoltarea si functionarea institutiilor logopedice e orientata de asemenea spre aceasta virsta.

In prezent se contureaza o tendinta de examinare mai timpurie si mai aprofundata a dezvoltarii psihomotorii si comunicative a copilului, ceea ce permite depistarea la timp si corectarea simptomelor timpurii de nedevelopare verbala.

In ultimii ani se desfasoara activitati experimentale de studiere a particularitatilor dezvoltarii verbale timpurii a copiilor si de elaborare a unor recomandari metodice destinate normalizarii si corectiei vorbirii in cresele-gradinite nr. 815 si 1901 din orasul Moscova.

Au fost stabiliti indicatorii cei mai importanti de dezvoltare lingvistica a copiilor, care permit determinarea timpurie a intirzierii sau tulburarii premiselor anatomo-fiziologice ale activitatii verbale. Printre ei se numara:

- intelegerea vorbirii in perioada senzomotorie de dezvoltare si caracterul succesiv al stadiilor de insusire a vorbirii imresive;

- productia vocala prelingvistica (virsta si etapele vocalizarii, repertoriul consoanelor, organizarea sunetelor lalalizate dupa tipul iteratiei, structura silabelor, prozodia);
- primele combinatii dintre gest si cuvint; actele verbale de afirmare si rugaminte (prin cuvinte aparte sau prin imbinari din doua cuvinte); aparitia intentiilor de comunicare;
- inceputul vorbirii active (volumul vocabularului si particularitatile nominalizarilor infantile; sintaxa timpurie; vorbirea acompaniata; motivarea vorbirii prin actiuni si situatii);
- insusirea structurii fonemate a vorbirii (diferentierea succesiva a fonemelor dupa criterii acustice si articulatorii; caracterul transformarilor fonetice).

Aceste caracteristici se compara cu datele examenelor clinico-psihologice si cu particularitatile conditiilor microsociale si pedagogice de formare a vorbirii copilului in fiecare caz aparte.

Este foarte greu, la virsta prescolara inferioara, sa se dea un raspuns ferm la intrebarea daca lipsa unitatilor lingvistice de virsta inseamna o patologie lingvistica sub forma de nedezvoltare generala a vorbirii sau o retinere de ritm. E necesara o studiere dinamica a caracterului si ritmului dezvoltarii diferitelor componente ale activitatii verbale nu numai in cadrul unor examene repetate, ci si prin focalizarea logopedului pe schimbarile pozitive obtinute in cadrul activitatilor corectionale de la cresele-gradinite.

Activitatea corectionala cu aceasta categorie de copii se intemeiaza pe o anamneza riguroasa si o analiza aprofundata a perioadei de dezvoltare preverbala; pe examene logopedice multiaspectuale; pe examene neurologice si neuropsihologice; pe aprecierea complexelor simptomatologice din punct de vedere al normativelor de virsta (E. N. Vinarskaia, E. M. Mastiukova); pe supravegherea procesului de comunicare a copiilor cu adultii si intre ei, efectuata de logoped si educator; pe fixarea permanenta a evolutiilor pozitive in comunicare.

Schema metodica a supravegherii psihopedagogice a copilului in procesul instructiv-educativ a fost elaborata de Institutul de Pedagogie Corectionala al Academiei Invatamintului din Federatia Rusa in corespundere cu principiile metodei neuropsihologice de analiza a tulburarilor functiilor psihice tinandu-se cont de factorii psihofiziologici principali ce intra in componenta activitatii psihice a copilului: de reglare a activitatii psihice; optic-spatial; verboacustic; verbomotor cu componentele articulator si dinamic (cinetic).

Datele observatiilor psihopedagogice erau comparate cu rezultatele examenului neuropsihologic al functiilor psihice superioare: diferitele tipuri de praxis, coordonarea acusticomotorie, gnozia optica, memoria verboacustica si vizuala etc., conform unei scheme adaptate la virsta copiilor (A. G. Alle).

Rezultatele examinarii copiilor de virsta prescolara inferioara cu abateri in dezvoltarea vorbirii in cadrul experimentului desfasurat la cresele-gradinite nr. 815 si 1901 din orasul Moscova confirma caracterul adecvat al modului de stabilire a diagnosticului propus de noi.

Pe baza generalizarii datelor obtinute au fost elaborate directiile principale de influenta corectionala timpurie si proiectul unui program de corectie a nedezvoltarii vorbirii la copiii de virsta prescolara inferioara.

Au fost determinate continutul si metodele de dezvoltare a laturii impresive a vorbirii, a structurii fonetice a limbii ruse, a vocabularului, a formelor elementare de vorbire prelingvistica si monologata. O atentie deosebita s-a acordat formarii functiei comunicative cu ajutorul bagajului de cuvinte acumulat. Pe baza programului, au fost pregatite conspecte pentru activitatile logopedice (A. V. Sencilo).

Datele obtinute pot fi utilizate pentru recomandari in vederea restructurarii sistemului de depistare si corectie precoce a copiilor cu retinere in dezvoltarea vorbirii si a capacitatii comunicative cu diferite cauze etiopatogenetice.

Consideram ca trebuie acordata o atentie aparte domeniului influentei logopedice preventive, orientind asistenta logopedica spre o virsta mai frageda. E necesara o larga diseminare a practicilor de succes din domeniul activitatii corectionale cu copiii de virsta timpurie pe calea

creării în cadrul creșelor a unor grupe de diagnostic precoce bazat pe un suport metodic corespunzător.

PROBLEME DE CORECTIE PEDAGOGICA A ABATERILOR IN DEZVOLTARE LA COPIII DE VIRSTA TIMPURIE

*N. D. Smatko,
IPC al AIFR*

Se știe că asistența corecțională precoce – din primele luni de viață – permite obținerea unor rezultate foarte bune în dezvoltarea copiilor cu dereglări de dezvoltare. Astfel, grație corecției precoce – din primele luni de viață – a copiilor cu hipoacuzie evidentă și chiar cu surditate se reușește să se transforme gînguritul în lălat și să i se dea micutului – pentru prima dată în istoria surdopedagogiei – șansa să însușească vorbirea în mod natural. Deja la vîrsta de 3-5 ani atît nivelul de dezvoltare generală a acestor copii, cit și cel de dezvoltare verbală poate fi apropiat la maximum de nivelul semenilor lor cu auz normal, ceea ce permite integrarea eficientă, deja în perioada prescolară, în mediul acestora. Nu întimplător primul și cel mai important principiu al Concepției autohtone de instruire integrată este integrarea prin intermediul corecției precoce (1).

Corecția precoce ca prioritate

Corecția precoce (din prima lună de viață) a dereglărilor de dezvoltare la copii este în toată lumea o direcție prioritara a psihologiei și pedagogiei speciale. În opera de creare a sistemului autohton de corecție precoce trebuie să ținem cont de experiența Occidentului, dar, în același timp, să nu neglijăm elaborările specialiștilor noștri, care se sprijină pe realitatea din țară.

Este foarte important să cream, la nivel de stat, un asemenea sistem care ne-ar permite să depistăm dereglările de dezvoltare infantile începînd cu perioada neonatală și să asigurăm corecția medico-psiho-pedagogică a oricărui copil care o necesită. Din punctul nostru de vedere, un asemenea sistem ar trebui să includă:

- screeningul tuturor copiilor de pînă la un an cu scopul depistării celor suspectați de o abatere sau altă de dezvoltare (care nu se încadrează în normele de vîrstă);
- diagnosticarea diferențiată cu scopul infirmării sau confirmării diagnosticului (timpul în care se concretizează diagnosticul urmînd a fi redus la minim);
- organizarea asistenței corecționale din momentul apariției primelor suspiciuni, aceasta urmînd a fi acordată cit mai aproape de locul de trai al familiei (la policlinica pentru

copii, la centrele de reabilitare, inclusiv la cele de interventie precoce). In plus, corectia trebuie sa fie specifica, in functie de dereglarea pe care o are copilul.

De mentionat ca in Rusia deja functioneaza sistemul de stat de depistare a tulburarilor de auz din perioada neonatala. In corespundere cu Ordinul Ministerului Sanatatii din Rusia nr. 108 din 23.03.96 „Despre introducerea screeningului audiologic al nou-nascutilor si al copiilor de pina la 1 an”, a fost propus sistemul de stat de depistare precoce a copiilor suspectati de pierdere a auzului, care prevede:

- in maternitati – depistarea copiilor din grupul de risc de hipoacuzie si surditate cu indicarea factorului (factorilor) de risc;
- in policlinicile pentru copii de la locul de trai – examinarea auzului copiilor cu factori de risc la 1, 2, 4 si 6 luni dupa o metoda–screening speciala cu ajutorul unui audiometru portativ (daca acesta lipseste, poate fi folosita o metoda de examinare a auzului ce nu necesita aparataj special). In cazul in care reactia micutului la testul respectiv nu corespunde normei de virsta, inseamna ca e vorba de o scadere a auzului, copilul urmind a fi trimis la o institutie medicala specializata, cum ar fi cabinetele, centrele sau sectiile surdologopedice;
- in cabinetele surdologopedice – examinarea audiologica (inregistrarea emisiei otoacustice, a reflexului acustic etc.) cu scopul stabilirii sau infirmarii diagnosticului.

Din momentul stabilirii diagnosticului, se iau masuri medicale, se face (daca nu exista contraindicatii) protezarea acustica a copilului. In acelasi timp, incepe corectia pedagogica a functiei auditive tulburate cu ajutorul defectologilor si psihologilor de la cabinetele surdologice (3).

Din punctul nostru de vedere, modul de organizare a depistarii si corectiei deficientelor de auz poate fi luat drept model pentru crearea serviciilor de depistare si corectie a altor deficiente infantile din cadrul sistemului de asistenta de stat.

In ultimul deceniu, Institutul de Pedagogie Corectionala al Academiei Invatamintului din Federatia Rusa a acordat, in cadrul directiilor prioritare de cercetare, o atentie deosebita elaborarii unor metodici de depistare si corectie medico-psiho-pedagogica complexa a abaterilor in dezvoltare incepind cu primele luni de viata. Actualmente, abordarile metodologice propuse se implementeaza pe larg in activitatea practica a institutiilor de invatamint si de sanatate din tara.

Grupele cu aflare temporara – o noua forma de asistenta corectionala

Pe parcursul ultimului deceniu, s-au cautat modalitatile organizationale optime de asistenta corectionala a sugarilor, a copiilor de virsta anteprescolara si prescolara cu abateri in dezvoltare. Una din aceste modalitati sint grupele cu aflare temporara pentru copiii care nu invata in institutii speciale (13). In timpul de fata, datorita sprijinului venit din partea Ministerului Invatamintului din Federatia Rusa (Scrisoarea nr. 129/32-16 „Despre organizarea grupelor cu aflare temporara pentru copiii cu abateri in dezvoltare in cadrul institutiilor de invatamint prescolar” din 26.06.99), astfel de grupe se creeaza pe linga institutiile de invatamint prescolar de tip compensator si combinat. Sarcinile principale ale grupelor respective sint: activitatile corectionale cu copiii, instruirea parintilor in domeniul tehnologiilor de colaborare cu copilul, procedeele si metodele de educatie si instruire a acestuia in cadrul familiei, asistenta psihoterapeutica. Forma principala de asistenta corectionala sint activitatile individuale sau in grupe mici (de 2-3 copii) cu prezenta obligatorie a parintilor.

In grupele cu aflare temporara se inscriu (pe baza concluziei comisiei psiho-medico-pedagogice si a cererii parintilor) copii in virsta de la citeva luni si pina la 7-8 ani, care prezinta deficiente ce corespund profilului institutiei date. O atentie deosebita trebuie sa se acorde asistentei copiilor sugari si celor de virsta timpurie (primii 2-3 ani). In aceste grupe se acorda ajutor corectional si copiilor cu abateri pronuntate (de exemplu, cu tulburari profunde de intelect), prescolarilor cu tulburari complexe, combinate, precum si copiilor cu tulburari de dezvoltare nesemnificative.

Activitatile corectionale individuale se fac, de obicei, de doua ori pe saptamina. In caz de necesitate sau la cererea parintilor, ele pot avea loc mai des – peste o zi sau zilnic – ori mai rar (o data la una sau doua saptamini). Parintii care locuiesc departe de institutie (de exemplu, in alt oras) pot sa vina cu copilul de 2-4 ori pe an, pe o saptamina sau doua, pentru activitati zilnice de corectie. Activitatile individuale cu copiii de pina la 1 an (cu copiii orbi – pina la 3 ani), precum si cu prescolarii care prezinta tulburari grave ale aparatului locomotor trebuie sa se faca, in masura posibilitatilor, la domiciliu, nu mai rar de 1-2 ori pe luna.

In cadrul acestor grupe, copiii beneficiaza de asistenta calificata a diferitilor specialisti: pedagogul-defectolog, pedagogul-psiholog, profesorul de muzica, specialistul de educatie fizica, surdotehnicianul, precum si de asistenta medicala – in caz de necesitate – din partea medicilor si a surorilor medicale. Pedagogul-defectolog si pedagogul-psiholog viziteaza copilul la domiciliu (in masura posibilitatilor, de 2-3 ori pe an), mentin legatura cu institutia

de invatamint prescolar general pe care o frecventeaza (daca o frecventeaza) copilul din grupa in care lucreaza.

Posibilitatile instruirii si educatiei integrate

In ultimul deceniu, s-a acordat o mare atentie crearii conditiilor care sa permita integrarea precoce a copiilor cu dereglari in dezvoltare. Cu acest scop, au fost elaborate si aprobate modele de integrare pentru diferite nivele. S-a demonstrat ca cele mai bune conditii de educatie si instruire integrata sint oferite de institutiile de invatamint de tip combinat, care includ atat grupe pentru copii cu dezvoltare normala, cit si grupe pentru copii cu abateri in dezvoltare. Astfel, fiecare copil, indiferent de gradul sau de dezvoltare generala si verbala, are posibilitatea sa se integreze, fiind aleasa forma, modelul si gradul de integrare folositoare si accesibila copilului: integrare deplina, partiala sau temporara (14, 15, 16).

In ultimul timp, au aparut primele grupe mixte in care copiii cu dezvoltare normala si cei cu anumite deficiente (cu tulburari auditive, vizuale, intelectuale sau motorii) sint educati impreuna. Grupele se completeaza in asa fel incit copiii cu dezvoltare normala sa alcatuiasca 2/3, iar cei cu un defect concret – 1/3 din numarul total, care nu trebuie sa depaseasca 12-15 persoane. De educatia si instruirea acestor copii se ocupa doi educatori si un pedagog-defectolog.

Specialistii care muncesc in asemenea grupe – doi educatori si un pedagog-defectolog – creeaza posibilitati unice pentru copiii cu dereglari in dezvoltare, si anume: de a beneficia zilnic de ajutor specializat de calitate si de a se integra de timpuriu printre semenii lor cu dezvoltare normala (17, 18). Din punctul nostru de vedere, este foarte important ca micutii deficienti sa aiba defecte de acelasi fel, in caz contrar – va fi greu sa li se acorde ajutor calificat si se va ingreuna adaptarea copiilor cu dezvoltare normala la o componenta a grupei atat de pestrita.

Activitatea primelor grupe mixte din Moscova a fost inalt apreciata de autoritatile din invatamint si de pedagogii-defectologi care le-au vizitat in cadrul lucrarilor conferintei stiintifico-practice pe tema instruirii integrate din ianuarie 2001. Pe baza activitatii primelor grupe de acest fel, a fost elaborata scrisoarea metodica a Ministerului Invatamintului din Federatia Rusa „Despre educatia si instruirea integrata a copiilor cu abateri in dezvoltare in cadrul institutiilor de invatamint prescolar” (03-51-5/23-03 din 15.01.02), in care se recomanda infiintarea grupelor mixte pentru copiii cu diferite abateri in dezvoltare.

Asemenea grupe, potrivit recomandarilor Ministerului Invatamintului, pot fi create si pentru copiii de virsta timpurie (de 2-3 ani) care nu au tulburari accentuate de dezvoltare, dar care prezinta anumite intirzieri fata de norma de virsta. Prima experienta de acest fel (la gradinita nr. 1537 din or. Moscova) a fost foarte eficienta: la 5-6 ani toti copiii cu asemenea probleme si-au ajuns din urma semenii si invata actualmente cu succes in scoli de masa (18).

Astfel, in cadrul cercetarilor efectuate la Institutul de Pedagogie Corectionala al Academiei Invatamintului din Federatia Rusa, au fost elaborate si se aplica pe larg in practica metodici de depistare si corectie timpurie complexa (din primele luni de viata) a dereglarilor infantile, precum si modele de integrare a copiilor cu abateri in dezvoltare. In acelasi timp, asemenea elaborari stiintifice si metodice au loc in multe alte institutii stiintifice si practice din Rusia. In tara se desfasoara diferite programe de interventie precoce, apar si se dezvolta diverse forme de asistenta a familiilor care au copii cu un defect sau altul (centre de abilitare, de reabilitare etc.), precum si asociatii de parinti, rolul carora devine tot mai important.

Tendinte ingrijoratoare

Rezultatele stiintifice si practice obtinute in domeniul corectiei precoce subliniaza necesitatea stringenta de unire a eforturilor medicilor, psihologilor, pedagogilor, asistentilor sociali in vederea depistarii precoce (din perioada neonatala) a abaterilor de dezvoltare a copiilor si a asigurarii fiecarui copil si a fiecarei familii cu ajutorul si corectia medico-psiho-pedagogica necesara. In acelasi timp, desfasurarea sistemului de asistenta precoce a copiilor cu abateri in dezvoltare a scos la iveala un sir de tendinte ingrijoratoare.

Problema corelarii ajutorului specific si nespecific

Acordindu-se, in ultimul timp, tot mai multa atentie dezvoltarii generale a copiilor, au inceput sa se inregistreze anumite „pierderi” in domeniul asistentei specifice de corectie si, ca urmare, in satisfacerea necesitatilor speciale de instruire a copiilor cu diferite abateri in dezvoltare. Iata citeva exemple din practica pedagogica de corectie a tulburarilor de auz. Munca de corectie cu un copil neauzitor de virsta timpurie presupune:

- asigurarea unei comunicari armonioase a micutului cu persoanele apropiate;
- asigurarea unor conditii de dezvoltare fizica si psihica corespunzatoare virstei;

- asistenta speciala de dezvoltare a vorbirii si a perceptiei acustice.

Daca una din aceste sarcini este neglijata, actiunea pedagogica asupra copilului este neeficienta. Din pacate inasa, parintii acorda adesea atentie doar masurilor de corectie, subestimandu-le pe cele de dezvoltare generala, din care cauza nu se obtin rezultatele asteptate in dezvoltarea vorbirii si a auzului. Specialistii in domeniul interventiei precoce pun accentul pe comunicare si pe munca, de regula foarte eficienta, de dezvoltare psihofizica a copilului. Dar fara o instruire bine determinata, intemeiata pe metodici speciale de invatare a vorbirii, copilul ajunge la virsta de 2-3 ani fara sa inceapa a vorbi. Mai mult decat atat, i se rapeste pentru totdeauna posibilitatea de a insusi vorbirea pe o cale apropiata la maxim de cea pe care se formeaza vorbirea la copiii cu auz normal. Ulterior, surdopedagogul il va invata sa vorbeasca pe cai ocolite, cind perioada senzitiva de dezvoltare preverbala si verbala va fi scapata, desi, formal, munca de corectie a fost inceputa de timpuriu – pina la virsta de un an sau in jurul acestuia.

Tendinta de neglijare a necesitatilor speciale de instruire a copiilor de virsta timpurie cu diferite abateri in dezvoltare e caracteristica pedagogilor si psihologilor din sistemul de interventie precoce, precum si specialistilor ludotecilor, care au inceput sa apara si pe la noi. La aceasta concluzie s-a ajuns pe baza luarilor de cuvint la diferitele seminare si conferinte din ultimii ani, pe baza inregistrarilor video din domeniu. Explicatia consta, probabil, in faptul ca contingentul de baza al institutiilor date e format din copii din grupul de risc, cu intirzieri in dezvoltare psihomotorie si verbala. Continutul, metodicile si formele de organizare a educatiei si instruirii sint prevazute anume pentru ei. Copiii cu tulburari senzoriale si motorii constituie minoritatea. Acestia sint inclusi de obicei in grupe formate din copii de alta virsta, cu deficiente de alt tip (desi, pentru o dezvoltare armonioasa, ar trebui inclusi in grupe de copii cu dezvoltare normala de seama lor sau cu o mica diferenta de virsta). De necesitatile speciale de instruire ale acestor copii nu se tine cont in deplina masura nici in cadrul activitatilor cu ei, nici in timpul pregatirii specialistilor.

Totodata, in activitatea noastra de organizare a asistentei corectionale a micutilor in cadrul institutiilor speciale de invatamint, specializate in educatia si instruirea prescolarilor cu anumite abateri in dezvoltare (grupele cu aflare temporara), ne confruntam cu faptul ca pedagogii-defectologi si pedagogii-psihologi nu sint gata sa lucreze cu copiii de virsta timpurie. Ei au pregatirea necesara pentru activitatea cu prescolarii, adica incepind cu virsta de 2-3 ani.

In legatura cu aceasta, se impun doua obiective: pregatirea si reciclarea cadrelor si asigurarea unei interactiuni strinse intre centrele de asistenta a copiilor de virsta timpurie cu dereglari in dezvoltare si institutiile prescolare de tip compensator si combinat.

Determinarea continutului si metodelor de asistenta corectionala

A doua tendinta ingrijoratoare consta in libertatea exagerata de determinare a continutului si metodelor de asistenta corectionala precoce a copiilor cu diferite abateri in dezvoltare, in discrepanta dintre acestea si metodicile bine elaborate, aprobate, care si-au demonstrat eficienta in domeniul educatiei si instruirii anteprescolarilor si prescolarilor.

Continutul, organizarea si metodele de asistenta corectionala a copiilor de virsta timpurie trebuie orientate la satisfacerea necesitatilor speciale de instruire a acestora. Ele trebuie sa asigure continuitatea instruirii, adica sa ia in calcul instruirea de mai departe – prescolara si scolara – a copilului. Rezolvarea acestor probleme rezida in elaborarea unor programe de educatie si instruire bazate pe metodologia respectiva. Pentru o parte din copiii de virsta timpurie (cei cu tulburari auditive, de exemplu) au fost deja elaborate primele programe (20, 6, 12).

In ultimul timp, au aparut si se propun in calitate de practici de succes in domeniul interventiei precoce unele metodici fie prevazute pentru toti copiii cu dereglari de virsta timpurie (adica nu se iau in calcul cerintele educationale specifice), fie alcatuite eclectic din abordari, care uneori se exclud reciproc, a instruirii copiilor cu deficiente diferite. Ca exemplu poate servi folosirea vorbirii gestuale in activitatea cu copiii care prezinta diferite abateri in dezvoltare. Vom elucidata aceasta chestiune pe exemplul copiilor cu tulburari de auz.

In surdopedagogie, in temei in cea occidentala, sint destul de raspindite sistemele metodice in care se foloseste pe larg vorbirea mimico-gesticulatorie (bilingvismul, comunicarea totala). In abordarea bilingvistica, vorbirea mimico-gesticulatorie este forma initiala de vorbire, instruirea construindu-se in asa fel incit anume ea devine limba materna, prima limba a copilului surd. Abordarea in cauza trezeste multe discutii in contradictoriu printre surdopedagogi si parinti. In Rusia ea este aplicata cu titlu de experiment (sub conducerea G.L. Zaiteva) in citeva clase ale unei scoli pentru surzi, precum si intr-o grupa de prescolari surzi. Rezultatele acestui experiment inca n-au fost puse in discutie.

Desigur, instruirea copiilor surzi cu folosirea vorbirii mimico-gesticulatorii poate avea loc doar cu acordul parintilor, mai bine zis, cind acestia fac alegerea in cauza. Ea insa nu poate fi propusa tuturor parintilor ca unica si cea mai eficienta abordare pentru copiii de virsta

timpurie. Actualmente in Rusia are loc o crestere continua a posibilitatilor de depistare precoce (din perioada neonatala) a tulburarilor auditive la copii, s-au schimbat substantial si aparatele acustice moderne de uz individual, care ii permit pina si copilului surd sa auda multe sunete anterior inaccesibile auzului sau. Daca protezarea acustica este ineficienta, micutului surd i se poate face o implantare cohleara (implantarea de electrozi in cohlee). Au fost elaborate si si-au demonstrat eficienta metodicile pedagogice de educatie si instruire a copiilor de virsta timpurie cu dereglari auditive care presupun dezvoltarea vorbirii orale. Capata o raspindire tot mai larga integrarea copiilor hipoacuzici si surzi in mediul semenilor cu auz normal. A fost remarcata eficienta inalta a instruirii copiilor cu auz tulburat in grupe mixte.

Trebuie sa intelegem ca folosirea vorbirii gestuale nu este un adaos la directiile date de reabilitare, ci o cale principial noua de dezvoltare a copilului. Optind pentru ea, nu trebuie sa ne argumentam pozitia cu gesturile naturale, care se folosesc pe larg in educatia si instruirea oricarui copil, inclusiv a celui cu auz dereglat (ca si mimica faciala). Dar aceste gesturi se numesc naturale pentru ca le poseda orice om, fara sa fie invatat a le face. Atunci insa cind un gest este legat de un cuvint concret, el se transforma foarte repede din natural in artificial.

Obiectii deosebite trezeste nu atit folosirea vorbirii gestuale in munca cu copiii hipoacuzici de virsta timpurie, cit faptul ca nu se propune un sistem integru de bilingvism sau comunicare totala, ci un element scos din context care nu se leaga in nici un fel cu instruirea de mai departe a copilului in perioadele prescolara si scolara.

Tendintele sus-mentionate, legate probabil de perioada de devenire a sistemului de asistenta precoce a copiilor cu abateri in dezvoltare, trebuie discutate si analizate.

Corectia medico-psiho-pedagogica precoce constituie astazi o chestiune de cea mai mare actualitate in domeniul pedagogiei corectionale si al psihologiei speciale. Sub ochii nostri si cu aportul nostru se dureaza o noua fundatie a invatamintului special, de care depinde soarta intregii constructii, iar principalul – soarta copilului cu dereglari in dezvoltare, posibilitatile sale de a se integra plener in mediul semenilor cu dezvoltare normala, iar mai tirziu – in viata tarii.

Creind sistemul de asistenta precoce, trebuie sa tinem minte ca acesta nu e un organism independent, ci o parte a unui intreg mai mare, in particular – a sistemului de invatamint special, de reabilitare prin instruire. Important e ca realizarile specialistilor in domeniul interventiei precoce sa devina un bun al defectologilor. In acelasi timp, sistemul de asistenta precoce trebuie consolidat prin realizarile defectologilor in domeniul educatiei si instruirii copiilor cu diferite abateri in dezvoltare.

DEPISTAREA COPIILOR CU MANIFESTARI DE HIPOACUZIE

N. D. Smatko, IPC al AIFR

E general cunoscut ca o tulburare neinsemnata de auz poate provoca abateri in dezvoltare. De aceea e nevoie sa se examineze auzul tuturor copiilor, mai ales al celor cu risc de hipoacuzie si surditate si al celor cu intirzieri in dezvoltare. Odata suspectat de pierderea auzului, copilul trebuie trimis la o institutie medicala specializata pentru o diagnosticare diferentiata aprofundata a functiei sale auditive. In Rusia functioneaza in prezent peste 200 de asemenea institutii – cabinete (sectii, centre) surdologopedice – in toate centrele republicane, de tinut, regionale si in multe dintre orasele mari ale tarii.

Auzul sugarilor poate fi controlat cu ajutorul metodei „probelor cu mazare” (1). Pentru examen e nevoie de patru borcanase de masa plastica. O treime din volumul a trei borcanase se umple in felul urmator: primul – cu mazare necuratata, care, la agitare, creeaza un sunet cu intensitatea de 70-80 decibeli; al doilea – cu hrisca (intensitatea sunetului – 50-60 decibeli, al treilea – cu gris (intensitatea sunetului – 30-40 decibeli). Al patrulea borcanas ramine gol.

Miculul sta pe o masuta sau in bratele mamei. Persoana care-l examineaza – in fata copilului, ca sa observe reactiile acestuia la stimulii sonori. Examinatorul agita borcanasele la o distanta de 20-30 centimetri de urechea dreapta si de urechea stinga a micutului, tinind, pe rind, intr-o mina borcanasele cu crupe (in ordinea gris → hrisca → mazare), iar in cealalta – borcanasul gol. Miscarile miinilor trebuie sa fie simetrice. Pentru controlarea urechii a doua, borcanasul gol se ia in mina cealalta si se repeta procedura. Examinatorul observa reactiile de orientare neconditionate ale copilului la semnalul sonor: incremeneste, isi activeaza miscarile, clipeste din ochi, cauta sursa sonora etc. Daca micutul reactioneaza clar la sunetul produs de borcanasul cu gris si poate localiza sunetul, adica poate determina directia acestuia, nu mai e nevoie de celelalte probe (cu hrisca si mazare).

Un copil de peste 4 luni cu auz normal are reflexe neconditionate de orientare la sunetul produs de toate cele trei borcanase: cu gris, hrisca si mazare; el determina directia sunetului, adica intoarce capul (sau ochii) inspre borcanasul cu un continut sau altul. Pina la 4 luni,

micutul reactioneaza doar la sunetul borcanaselor cu hrisca si mazare, dar nu-l localizeaza; la aceasta virsta, el nu reactioneaza, de obicei, la sunetul borcanasului cu gris.

Copilul trebuie examinat in cabinetul surdologic:

- pina la 4 luni, daca nu reactioneaza la sunetul produs de borcanasele cu hrisca si mazare (sau are o reactie neclara: ba da, ba nu);
- dupa 4 luni, daca nu reactioneaza la sunetul produs de cel putin un borcanas, de exemplu de cel cu gris, sau nu poate localiza sursa sonora.

Examinarea auzului cu ajutorul vorbirii

Auzul copilului care a insusit intr-o masura oarecare vorbirea trebuie controlat soptindu-i, de la o distanta de 6 metri, cuvinte bine cunoscute (2).

Cele mai mari dificultati apar la examinarea copilului de 1-2 ani. Daca micutul vorbeste, i se poate controla auzul cu ajutorul unor exercitii ludice. Trebuie sa intrebam mai intii mama ce cuvinte si fraze intelege copilul, cum numeste el insusi obiectele si actiunile. Punem jucariile in fata lui (o papusa, un iepuras, un ursulet, un catelus) si pronuntam in soapta fraze de tipul: *Arata ursuletul; Unde e catelusul?; Arata minutele papusii (sau gura, ochii); Unde e coada catelusului?* Mai intii frazele se pronunta linga copil, iar apoi de la o distanta de 6 metri (sau 3 metri, daca micutul sta cu spatele). Daca copilul nu indeplineste insarcinarile (sau denumirile cuvintelor, jucariilor) pronuntate in soapta, atunci insarcinarile (cuvintele) se pronunta cu voce obisnuita, colocviala, de la o distanta nu prea mare de el. In caz de succes, aceeași fraza se pronunta in soapta de la 6 metri.

Auzul copilului de peste 3 ani se controleaza cu ajutorul unor cuvinte bine cunoscute de el cu sunet de frecventa joasa sau inalta, de tipul celor propuse de L.V. Neiman (in 1954). Se fac doua liste a cite cinci cuvinte cu frecventa inalta si joasa. In timpul controlului, cuvintele din fiecare lista se rostesc in ordine intimplatoare.

Examinatorul se instaleaza in dreapta sau in stinga copilului. Urechea neexaminata se astupa cu un tampon de vata inmuata cu un unguent, de exemplu cu vaselina.

Examinatorul ii spune copilului sa repete cuvintele pe care le va sopti. Primele doua cuvinte se pronunta linga copil, iar apoi de la 6 metri (sau de la 3 metri, daca micutul sta cu spatele). Copilul poate sa se incapatineze ori sa se jeneze si sa nu vrea sa repete cuvintele. In acest caz, i se propune sa arate desenele respective, care se plaseaza pe masa din fata sa. Daca micutul n-a inteles cuvintul rostit in soapta, acesta se repeta cu voce colocviala, iar apoi in

soapta. Dupa prezentarea celorlalte cuvinte, se repeta cuvintul care a creat dificultati. La fel se procedeaza cu urechea cealalta, folosindu-se cuvintele din lista a doua.

Daca micutul are un nivel general sau verbal de dezvoltare ce nu permite examinarea sa cu ajutorul vorbirii, el se trimite la un centru surdologic pentru a fi examinat prin metode obiective (3).

In cazul in care copilul de virsta prescolara sau scolara reactioneaza adecvat (in timpul examinarii, pe rind, a ambelor urechi) la cuvintele cu sunet de frecventa inalta si joasa rostite in soapta de la o distanta nu mai mica de 6 metri, se considera ca auzul sau corespunde normativelor fiziologice.

Copilul care reactioneaza sau nu la cuvintele soptite de la o distanta mai mica poate fi suspectat de hipoacuzie si trebuie trimis pentru examenul respectiv la un centru surdologopedic.

▫ **Bibliografie:**

- 1. Баенская Е.Р., Выродова И.А., Разенкова Ю.А. Мы: общение и игра взрослого с младенцем – 2002.
- 2. Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Психологическая помощь при ранних нарушениях эмоционального развития - М., 2001.
- 2. Выявление детей с подозрением на снижение слуха: младенческий, ранний, дошкольный и школьный возраст //под ред. Г.А.Таваркиладзе и Н.Д.Шматко. М.: Полиграф сервис, 2002.
- 3. Диагностика и коррекция нарушенной слуховой функции у детей первого года жизни /сост. Г.А.Таваркиладзе и Н.Д.Шматко. М.: Полиграф сервис, 2001.
-
- 6. Дорофеева И.И., Гиндина Е.А., Лосева Л.Л., Теплоухова И.А. Из опыта экспериментальной работы по интеграции детей с нарушенным слухом. Дефектология, № 1 , 2003.
- 4. Диагностика и коррекция нарушенной слуховой функции у детей первого года жизни /сост. Г.А.Таваркиладзе и Н.Д.Шматко. М., 2001.
- 5. Игры для детей раннего возраста с психофизическими нарушениями // под ред. Стребелевой Е.А., Мишиной Г.А. М., 2002.
- 6. Королева И.В. Современные подходы к диагностике периферических и центральных нарушений слуха у детей //учебное пособие. – С.-Петербург, 2000.
- 7. Кулевая Б.М., Леонгард Э.И., Стребелева Е.А., Шматко Н.Д. Международная научно-практическая конференция по проблемам интегрированного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья (с особыми образовательными потребностями) – Актуальные проблемы интегрированного обучения // Материалы Международной научно-практической конференции по проблемам интегрированного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья (с особыми образовательными потребностями). – М.: Права человека, 2001.
- 8. Леонгард Э.И. Самсонова Е.Г. Развитие речи детей с нарушенным слухом в семье. М., 1991
- 9. Малофеев Н.Н. Актуальные проблемы специального образования. – Дефектология, № 1, 1994.
- 10. Малофеев Н.Н. Перспективы развития учебных заведения для детей с особыми образовательными потребностями, Начальная школа: плюс – минус, № 12, 2000.
-
- 11. Моисеева Т.Ю., Приходько О.Г. Коррекционная помощь детям с двигательными нарушениями на первом году жизни – в печати
- 12. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: пути помощи/ М.,1998
- 13. Педагогическая помощь детям с нарушенным слухом в сурдологических кабинетах // инструктивно-методическое письмо. М., 1990.
- 14. Разенкова Ю.А. Игры с детьми младенческого возраста. - М., 2000.
- 15. Сводина В.Н. Интегрированное воспитание дошкольников с нарушенным слухом (из опыта работы), Дефектология, № 6, 1998.
- 16. Стребелева Е.А. Новые организационные формы в специальном дошкольном образовании. - Воспитание и обучение детей с нарушениями развития, № 3, 2002.
- 17. Терьянова Л.Н., Гуревич М.Г. Из опыта обучения детей с нарушенным слухом в смешанной группе, Дефектология, № 2, 2001.
- 18. Шматко Н.Д. Новые формы организации коррекционной помощи детям с отклонениями в развитии. - Дошкольное воспитание, N 3, 1998.
- 19. Шматко Н.Д. Для кого может быть эффективным интегрированное обучение. – Дефектология, № 1 и 2, 1999.
- 20. Шматко Н.Д., Пельмская Т.В. Если малыш не слышит. М., 1995; 2003.