

UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT „ION CREANGĂ”
DIN CHIȘINĂU

MAXIMCIUC VICTORIA

**MODELE PSIHOPEDAGOGICE DE DEZVOLTARE
A SFEREI EMOȚIONAL-VOLITIVE
LA COPIII CU REȚINERE ÎN DEZVOLTAREA
PSIHICĂ**

Chișinău, 2013

Recomandat spre editare de Catedra Psihopedagogie Specială,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
Proces – verbal nr. 1 din 4 septembrie 2013

*Aprobat pentru tipar de Senatul UPS „Ion Creangă” din Chișinău
Proces – verbal nr. 1 din 26 septembrie 2013*

Referenți:

- N. Bucun**, doctor habilitat în psihologie, profesor universitar, IȘE
S. Gonciaruc, doctor în pedagogie, conf. univ., șef Catedra Științe Psihopedagogice și Socioumanistice, USEFS
A. Ciobanu, doctor în psihologie, conf.univ. Catedra Psihopedagogie Specială, UPS „Ion Creangă”

Redactor T. Osmochescu

Maketare L. Iliina

CUPRINS

ARGUMENT	4
INTRODUCERE	6
1. BAZELE TEORETICO-ȘTIINȚIFICE ALE STUDIERII	
REȚINERII ÎN DEZVOLTAREA PSIHICĂ (RDP).....	10
1.1. Analiza studiilor științifice privind reținerea în dezvoltarea psihică (RDP).....	10
1.2. Specificul dezvoltării copiilor cu RDP	18
1.3. Aspecte psihologice ale sferei emoțional-volitiv la copiii cu RDP	23
1.4. Conceptul de reglare psihologică	32
2. CERCETAREA EXPERIMENTALĂ A SFEREI	
EMOȚIONAL-VOLITIVE LA COPIII CU RDP.....	44
2.1. Metodologia cercetării sferei emoțional-volitiv la copiii cu RDP	44
2.2. Cercetarea componentelor structurale ale reglării emoționale la copiii cu RDP	55
2.3. Cercetarea reglării volitive la copiii cu RDP	78
2.4. Specificul autoreglării voluntare la copii cu RDP	87
3. DEZVOLTAREA SFEREI EMOȚIONAL-VOLITIVE	
LA COPIII CU REȚINERE ÎN DEZVOLTAREA	
PSIHICĂ ÎN CONDIȚII EXPERIMENTALE.....	97
3.1. Strategii și principii de dezvoltare a reglării emoțional-volitiv la copiii cu RDP	97
3.2. Modele psihopedagogice elaborate pentru dezvoltarea sferei emoțional-volitiv la copiii cu RDP	102
3.3. Evaluarea dezvoltării reglării emoțional-volitiv în condiții experimentale	118
ÎNCHIERE	142
LISTA ABREVIERILOR	145
ANEXA 1. Tabelul „Harta caracteristicilor autoreglării emoționale”	146
ANEXA 2. „Dezvoltarea reglării emoțional-volitiv”	148
BIBLIOGRAFIE	157

ARGUMENT

Reținerea în dezvoltare psihică (RDP) are o pondere evidentă în structura eșecului școlar. De aceea reformarea învățământului trebuie să corespundă condițiilor socio-culturale și să faciliteze învingerea dificultăților în aspectul adaptării și socializării. O altă latură este modernizarea învățământului ce trebuie să fie orientat nu numai la capacitățile intelectuale dar și la specificul sferei emoțional-volitivă și îndeosebi la reglarea emoțional-volitivă. Reformarea incorectă și negîndită a sistemului de învățământ fără a recurge la specificul dezvoltării reglării emoțional-volitivă deseori duce la dezadaptarea și tulburările de comportament.

Aplicarea diagnosticului și dezvoltarea reglării emoțional-volitivă este o strategie principală în dezvoltarea învățământului special ce va spori elaborarea sistemelor optime diferențiate în instruirea diferitor categorii de copii cu cerințe educative speciale (CES). Integrarea eficientă a copiilor cu CES va fi eficientă dacă va fi elaborat și implementat un sistem de diagnosticare privind reglarea emoțional-volitivă și asistență psihopedagogică corespunzătoare. Trebuie de menționat că educația și instruirea copiilor cu RDP se bazează pe dezvoltarea reglării emoțional-volitivă.

Cercetarea actuală prezintă unele componente ale succesului integrării și dezvoltării reglării emoțional-volitivă ca bază în formarea socializării și adaptării, a impactului psihocorecțional în dependentă de necesitățile copilului.

Lipsa cercetărilor în domeniul dat și necesitatea elaborării unor programe psihopedagogice au stat la baza studiului cercetării a componentelor structurale reglării emoțional-volitivă la copiii cu RDP. Astăzi practicienii au nevoie de aceste programe argumentate privind dezvoltarea și psihofuncționalitatea reglării emoțional-volitivă.

Abordarea complexă interprinsă în cercetare permite: argumentarea etapelor principale de diagnosticare a reglării emoțional-volitivă la acești copii; constatarea specificului structurii psihofuncționale ale reglării emoțional-volitivă; cercetarea corelării dintre emoții și voința în reglarea emoțional-volitivă și elaborarea programului complex de dezvoltare a reglării emoțional-volitivă. Sunt constatate efectele pozitive ale după aplicarea

modelelor elaborate pentru ambele form de RDP. Este necesar de atenționat ideea ca condiția principală pentru optimizarea diagnosticului este alegerea pronostică a criteriilor speciale reieșind din specificul dezvoltării reglării emoțional-volitivă la copiii cu RDP.

Importanța practică a acestei lucrări constă în crearea condițiilor de perfectare a diagnosticului, propunerea modelului diagnostic și propunerea programelor complexe.

Lucrarea prezintă interes pentru dezvoltarea psihologiei speciale, pedagogiei speciale, pedagogiei preșcolare, psihopedagogiei incluziunii, psihologiei generale, dezvoltării, sociale juridice, psihodiagnostic și psihocorecție.

Este bine venită pentru studenți, masteranzi de profil pedagogic, educatorilor, profesorilor de clasele primare, psihologilor practicieni.

Autor: **Victoria Maximciuc**,
dr. în psihologie, lector superior

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța problemei de cercetare în acest studiu este determinată de schimbările de ordin sociocultural din ultimii ani din Republica Moldova, care au un impact susținut asupra tuturor sferelor personalității, inclusiv asupra emoțiilor și voinței. Studiarea particularităților sferei emoțional-volitivă a persoanei cu RDP, care este o categorie a populației cu o poziție evident dezavantajată față de alte categorii de oameni, este una dintre problemele majore ce poate fi soluționată numai prin efortul comun al psihologilor, pedagogilor, medicilor. Cercetătorii din domeniul psihopedagogiei speciale își canalizează eforturile spre depistarea căilor de corectare a fenomenului dat în scopul depășirii reținerii în dezvoltarea psihică a copiilor, precum și pentru a găsi remediile corecționale pentru creșterea capacității de reglare emoțional-volitivă. În acest context, problema elaborării unor modele psihopedagogice de dezvoltare a sferei emoțional-volitivă la copiii cu RDP, la ora actuală, reprezintă o problemă stringentă și necesită un studiu continuu.

Reformarea învățământului trebuie să corespundă condițiilor socio-culturale, să contribuie la depășirea dificultăților în contextul adaptării și socializării copiilor cu reținere în dezvoltarea psihică, având în vedere faptul că aceștia înregistrează nereușită școlară într-un raport semnificativ. Conform datelor actuale, indicii nereușitei școlare la copii cu RDP variază după diferiți autori: 20 % Р.Д.Тригер [175], 2-20% И.И. Мамайчук, М.Н. Ильина [128], 44% П.В Безменов П.В.[48].

În ultimele decenii, problema privind dezvoltarea, adaptarea și integrarea copiilor cu dificultăți de învățare generează un interes deosebit din partea specialiștilor. Reținerea în dezvoltarea psihică (RDP) constituie unul dintre factorii eșecului școlar. Actualmente se constată o creștere a acestei forme de dizontogenii, la baza căreia stau cele mai variate cauze: majorarea cerințelor procesului instructiv-educativ, agravarea stării social-economice a societății, lipsa tehnologiilor complexe de psihocorecție etc.

În ceea ce privește aspectul sociopsihopedagogic, actualitatea cercetării este determinată și de modernizarea procesului instructiv-educativ, odată cu creșterea cerințelor față de sfera cognitivă și cea a sferei emo-

țional-volitiv, și anume a reglării emoțional-volitiv. De aceea, determinarea stării psihofuncționale a reglării emoțional-volitiv în activitate la copiii cu RDP este deosebit de importantă pentru practică. Conform cercetărilor lui O.A. Конопкин [102; 103] și A.H. Леонтьев [117], formarea capacităților de reglare emoțional-volitivă este deosebită pentru socializarea copilului.

Cercetările efectuate de către H.Л. Белопольская [49; 50] – combinarea specifică a defectului primar cu cel secundar – conduce la apariția unui dezechilibru în sistemul dinamic „personalitatea – mediul social” și are impact negativ asupra socializării personalității copilului.

Impactul îndelungat al dezadaptării educaționale rezidă în perturbări în dezvoltarea personalității, socializării și apariția unor dereglări din partea reglării emoțional-volitiv a comportamentului (E.H. Васильева [57], T.H. Князева [97], В.И. Лубовский [122; 123], У.В. Ульenkova [178; 179], И.А. Кудрявцев [108]).

Particularitățile reglării emoțional-volitiv a copiilor cu RDP prezintă specificul dezvoltării psihologice a acestei dizontogenii psihice, constată V.B. Лебединский, E.P. Баенская, M.M. Либлинг [114], H.Я. Семаго, M.M. Семаго [160; 161] și У.В. Ульenkova [149]. Se observă instabilitatea reacțiilor emoționale, lipsa vivacității emoțiilor, acești copii sunt impulsivi și nehotărâți, se constată schimbări afective condiționate de imaturitatea structurilor cerebrale și de factorii psihosociali nefavorabili. Toate aceste abateri creează un stil de comportament particular: copiii se adaptează greu la normele și cerințele colectivului.

Studiul literaturii relevă că, deși realizările în domeniul psihologiei copiilor cu RDP sunt multidimensionale și oferă noi condiții de explorare a potențialului acestora, problema reglării emoțional-volitiv a acestor copii rămâne insuficient abordată, deoarece fenomenul dat are o structură complexă și o arie mai vastă decât domeniul cognitiv. Investigația acestei teme ne-a condus la elaborarea unor modele de dezvoltare a sferei emoțional-volitiv la copiii cu RDP.

Cercetările efectuate asupra dezvoltării psihice a copiilor cu RDP atestă și demonstrează necesitatea elaborării unui set de acțiuni psihopedagogice adecvate pentru apropierea acestora de standardul de dezvoltare nor-

mală. Aspectul respectiv și-a găsit confirmare în cercetările întreprinse de unii specialiști în domeniu de peste hotare В.И. Лубовский [122; 123; 124; 125], В.В. Лебединский [113], М.С Певзнер [138], Л.С. Выготский [62], I. Străchinaru [32], D. Ungureanu [34], van Nieuwenhuijzen M. Orabio de Castro B., van Aken M.A.G., W. Matthys [224], A.A. Straus, L. Lenthinen [222], P. Wender [226], C. Warnemuende [225], K.M. Barth [1], C. Bodea [2], E. Cocadă, M. Voinea [11], D.V. Popovici [26], V. Preda [28], E. Vărzaru [36], E. Vrasmas [37,38;39], precum și în cele din Republica Moldova – N. Bucun [4; 5; 6; 7], V. Olărescu [20; 21; 22; 23; 24]; T. Mocreac [18], O. Bodrug [3], A. Ciobanu [10].

Tot mai frecvent, sfera emoțional-volitivă a copiilor cu RDP devine subiect de cercetare. Contribuții valoroase în acest domeniu au adus cercetătorii ruși М.С. Певзнер [138], Н.Л. Белопольская [49; 50], И.Ю. Кулагина [111], В.В. Ковалёв [98], Ю.Б. Максименко [127], Е.А. Порошина [146], Р.Д. Тригер [175], У.В. Ульяновка [149; 177; 178;179], ș.a.

Deși în psihologia specială se acordă o atenție considerabilă dezvoltării psihice a copiilor cu RDP, în literatura de specialitate ea este tratată controversat; pe de altă parte, reglarea emoțional-volitivă este cercetată episodic, oferind doar niște modalități de creare a condițiilor de valorificare a potențialului acestor copii și nu reflectă metodologii complexe de dezvoltare a reglajului emoțional-volitiv. Totodată, urmează să fie stabilite metodele și tehnicile dezvoltativ-corecționale de valorificare a variabilelor psihologice ale reglării emoțional-volitiv, modelele psihopedagogice de dezvoltare a sferei emoțional-volitiv la copiii cu RDP.

Actualitatea problemei de cercetare este condiționată și de către unele nepotriviri, spre exemplu:

- între cerințele instituției de învățământ preuniversitar și ale societății față de dezvoltarea reglării emoțional-volitiv, anume a reglării emoțional-volitiv și a sistemului de măsuri psihocorecționale existente;
- lipsa programelor psihocorecționale privind dezvoltarea reglării emoțional-volitiv din punct de vedere structural la copiii cu RDP la vârsta de 6-7 ani;
- între tehnologiile psihocorecționale orientate spre normalizarea reglării emoțional-volitiv din perspectiva principiului structural și

lipsa ei în sistemul lucrului psihocorecțional contemporan la această categorie de copii și la vârsta de 6-7 ani.

În acest context, cercetarea pe care am efectuat-o are o deosebită actualitate teoretică și practică. În felul acesta, elaborarea unor modele psihopedagogice de dezvoltare a sferei emoțional-volitivă la copiii cu RDP devine deosebit de actuală.

Problema științifică este determinată de contradicția ce denotă, pe de o parte, insuficiența studierii dezvoltării sferei emoțional-volitivă la copiii cu RDP, iar pe de alta, de necesitatea elaborării unor modele psihopedagogice ce ar influența pozitiv asupra dezvoltării reglării emoțional-volitivă la copiii cu RDP.

Scopul studiului a constat în elaborarea și aprobarea modelelor psihopedagogice de dezvoltare a sferei emoțional-volitivă în baza studierii particularităților sferei emoțional-volitivă la copiii cu RDP.

Prin investigația dată, am realizat următoarele **obiective operaționale**:

- studierea, interpretarea și argumentarea reperelor conceptuale privind particularitățile psihologice ale sferei emoțional-volitivă la copiii cu RDP expuse în literatura de specialitate;
- identificarea raportului dintre emoții și voință în activitatea copiilor cu RDP;
- elaborarea proiectului de cercetare și stabilirea bazei de diagnosticare a sferei emoțional-volitivă la copiii cu RDP;
- investigarea particularităților sferei emoțional-volitivă la copiii cu RDP psihogenă și cerebrogenă;
- determinarea indicilor psihofuncționali ai componentelor structurale ale reglării emoțional-volitivă și elucidarea dinamicii lor în activitatea de învățare;
- elaborarea și implementarea programului psihopedagogic complex de dezvoltare și corectare a sferei emoțional-volitivă la copiii cu RDP;
- elaborarea unor modele psihopedagogice de dezvoltare a sferei emoțional-volitivă la copiii cu RDP;
- aprobarea experimentală și evaluarea eficienței modelelor psihopedagogice de dezvoltare a reglării emoțional-volitivă în activitatea copiilor cu RDP.

1. BAZELE TEORETICO-ȘTIINȚIFICE ALE STUDIERII REȚINERII ÎN DEZVOLTAREA PSIHICĂ

1.1. Analiza studiilor științifice privind reținerea în dezvoltarea psihică (RDP)

Printre elevii ce probează nereușită școlară se relevă un grup de copii care reprezintă o mare varietate de tablouri clinice și psihopedagogice reunite sub denumirea de *reținere în dezvoltarea psihică* (RDP).

Reținerea în dezvoltarea psihică prezintă o stare limitrofă a dizontogeniei, caracterizată prin maturizarea încetinită a funcțiilor psihice. Р.Д. Триггер [175] estimează că în ultimul deceniu numărul copiilor cu RDP a crescut considerabil.

Noțiunea de RDP se include într-un termen mai larg – *intelect de limită*. Intelectul de limită este caracterizat printr-un tempo încetinit al dezvoltării funcțiilor psihice și deprinderilor personalității, se deosebește calitativ de retardul mintal și are caracter reversibil.

Problema RDP este pe larg cercetată în diferite țări. În literatura științifică de specialitate sunt prezentate o varietate de concepte referitoare la problema abordată în cercetare.

Un interes deosebit pentru psihologia specială o prezintă analiza structurii deficienței psihice. В.В. Лебединский [111], studiind defectul psihic la copiii cu RDP, constată că pentru aceștia sunt caracteristice următoarele: tablou eterogen (dezvoltare defectuoasă, subdezvoltarea proceselor psihice); afecțiune parțială cu nedezvoltarea unor funcții corticale; prevalarea sistemelor de reglare superioară, comparativ cu nedezvoltarea.

Cercetătorii ruși Т.А. Власова, К.С. Лебединская [59]; М.Г. Рейдибойм [153] demonstrează că factorul principal în dezvoltarea copiilor cu RDP este imaturitatea sferei emoțional-volitivă, cu nedezvoltarea sferei cognitive, în dependență de mecanismul etiopatogenetic.

Conform datelor recente (Н.Я. Семаро, М.М. Семаро [160; 161]), criteriul principal pentru desemnarea conceptului *reținere în dezvoltarea psihică* este dezvoltarea uniformă și întârzierea neînsemnată a tempoului formării tuturor funcțiilor psihice în comparație cu norma.

Potrivit modelului propus de autorii sus-numiți, copiilor cu RDP sincronă (infantilism constituțional) le sunt caracteristice mai multe componente psihologice (viteza activității este dependentă de tonusul psihologic și de starea somatică; reglarea activității este instabilă și depinde de motivație, instabilitatea atenției voluntare; lateralizarea nu este specifică; atitudinea critică este adecvată; învățarea nu este în normă, sfera cognitivă este imatură, dezvoltarea comportamentului afectiv corespunde normei).

În RDP asincronă (forma somatogenă), comportamentul imatur este dependent de confortul fizic; capacitatea de muncă și viteza activității sunt dependente de starea emoțională; în lateralizare predomină partea stângă; sunt prezente imaturitatea mecanismelor de reglare afectiv-emoțională, impulsivitate, orientare spațială slabă, respectarea regulilor sociale, se păstrează atitudinea critică în situații obișnuite, dar în situații noi apar reacții de protest, învățarea corespunde vârstei, sfera cognitivă se dezvoltă mai intens; formarea noțiunilor spațial-temporale corespunde la fel vârstei; în dezvoltarea comportamentului emoțional se observă tempo încetinit în dezvoltarea nivelului 1 (reactivitatea polară) și 2 (stereotipuri) și instabilitatea nivelului 4 (control emoțional).

Autorii Н.Я. Семаро și М.М. Семаро [161] consideră că copiii cu dereglări minimale ale creierului manifestă nedeveloparea parțială a fenomenelor psihice. La acești copii predomină reglarea voluntară imperfectă, orientarea defectuoasă spre scop, lipsa programării și a controlului. Acestea prezintă semne neurologice evidente. Atitudinea critică este diminuată din cauza impulsivității; atenuării orientării spre scop, a asteniei; capacitatea învățării corespunde vârstei; activitatea cognitivă este afectată de reglarea voluntară deficitară; în activitatea de joc lipsește anticiparea comportamentului altor copii drept consecință a lipsei capacității de introspectare a propriului comportament; apare agresivitatea din cauza tempoului încetinit în dezvoltarea reglării volitive; în organizarea comportamentului afectiv se constată o asincronie.

Mai mulți cercetători relevă parametrii neuropsihologi (В.В. Лебединский [111]; Ю.В. Микадзе, Н.К. Корсакова [131]; Л.М. Шипицына И.И. Мамайчук [186]. Savantul В.Ф. Шалимов [182] descrie indicii neuropsihologici esențiali în manifestarea RDP. Primul indice se caracterizea-

ză prin lipsa afecțiunii primare a proceselor psihice superioare, încetinirea în dezvoltare și organizarea funcțională odată cu înaintarea în vârstă, ceea ce se explică prin transformarea lentă a activității externe în structura planului mental al conștiinței. Din cauza reținerii în reorganizarea relațiilor intrasistemice și a dezvoltării ierarhice, apare heterocronia în maturizarea zonelor frontale, tempoparietale, occipitale, a lobului temporal, a structurilor subcorticale și transcorticale. Al doilea indice neuropsihologic constituie grupul de dereglări ale proceselor psihice superioare. Ю.В. Микадзе și Н.К. Корсакова [131], realizând studii neuropsihologice, au constatat două cauze ale eșecului școlar: iregularitatea dezvoltării copilului (deviere de la normă, lipsa unei reguli în dezvoltare fără afecțiuni ale creierului) și afecțiuni minimale ale creierului.

După cum menționează В.И. Лубовский, Г.Р. Новикова, В.Ф. Шалимов [125], problema diagnosticului diferențial al dizontogeniilor psihice, îndeosebi RDP, este permanent actuală. Acești autori au analizat și au stabilit unele lacune în clasificarea realizată de către К.С. Лебединская (vezi Tabelul 1.1.).

Tabelul 1.1. Particularitățile clinico- psihologice ale formelor de RDP abordate de către К.С. Лебединская, В.И. Лубовский, Г.Р. Новикова și В.Ф. Шалимов

Forma de RDP	К.С. Лебединская	В.И. Лубовский, Г.Р. Новикова, В.Ф. Шалимов
RDP constituțională	Este condiționată de factorii genetici; Se manifestă prin infantilism armonicosi tempo încetinit în dezvoltarea sferei motivaționale; Prezintă nematurizarea sferei cognitive ca afecțiune primară și secundară.	Imaturitatea constituțională afectează sfera emoțional-volitivă și alte componente ale activității psihice, deoarece, din punct de vedere ontogenetic, mecanismul principal este imaturitatea morfofuncțională a structurilor cerebrale complexe și noi.

RDP somatogenă	Este condiționată de factorii etiologici ai bolilor cronice somatice; Se manifestă prin astenie cronică, care facilitează diminuarea tonusului psihic și predominarea stărilor nevrotice.	Procesele de activare a tonusului psihic sunt însoțite de stările astenice, care se bazează pe diferite mecanisme patogenetice provocate de bolile somatice și factorii psihosociali, inclusiv și deprivarea, și au un tablou clinico-psihologic diferit.
RDP psihogenă	Factorii etiologici sunt educația incorectă în familie. Apar trăsături de imaturitate a sferei emoțional-volitivă.	Este analizat mai detaliat factorul psihosocial. Aici totul depinde de importanța subiectivă și conținutul acestor factori. Apare un complex de frământări psihotraumatice cu aspect emoțional negativ și, ca urmare, personalitatea formează mecanisme de protecție. Nu sunt excluse importanța bolilor somatice și deprivarea.
RDP cerebroorganică	Se caracterizează prin deficitul parțial al funcțiilor corticale și tulburări encefalopatice.	Trebuie de luat în considerare modelul clinico-dinamic al tulburărilor rezidual-organice (dinamica clinică specifică, patoplastia, specificul structurării proceselor psihice).

Autorii vizavi au elaborat un model amplu de diagnostic al RDP care include următoarele componente: psihopatologică, dizontogenetică (de-reglările de vârstă), social – funcțională, personală și comportamentală.

Diagnosticul clinico-psihologic al RDP, conform opiniei lui В.Ф. Шалимов [182], poate fi realizat după următoarele direcții: nivelul dezvoltării cronologice individuale; sindromul psihopatologic, dinamica simptomelor psihopatologice, corelarea semnelor de afectare și nedezvoltare cu schimbările funcțional – dinamice.

В.Ф. Шалимов [182] a propus trei tipuri de intelect de limită, fiecare cu subtipurile sale:

1. Tipul de retard condiționat de factorii constituțional-genetici: inclu-

de infantilismul parțial – imaturitatea personalității și sferei emoțional-volitive; nematurizarea parțială a funcțiilor psihice superioare și intelectul de limită.

2. Tipul de alterare cerebrală condiționat de afectarea rezidual- organica: include tulburări cerebroastenice simple și complexe.

3. Tipul de privațional condiționat de impactul stresului: include două subtipuri: reacția la stres de durată, varianta de retardare deprivării familiale cu tulburări cognitive ușoare.

Aplicând diverse tehnici neuropsihologice, В.Ф. Шалимов a constatat că starea funcțiilor psihice superioare în cazul formelor prezentate mai sus de RDP nu se deosebesc. Această particularitate confirmă faptul că, independent de factorii etiologici RDP este condiționată de încetinirea dezvoltării sistemului nervos central (proceselor de mielinizare, formarea sinapselor și legăturilor interanalizatorice).

Un interes deosebit îl prezintă factorii etiologici. Astfel, atenția se orientează asupra posibilei condiționări genetice la copiii cu RDP: anomaliile cromozomiale – sindromul Șereșevki-Terner, sindromul Klainfelter (К.С. Лебединская [115]). Prin intermediul metodelor neuropsihologice și genealogice Т. Глезерман [66] a depistat prezența defectului psihic, similar cu al copilului, la membrii familiei și la rudele apropiate.

Unii autori (Л.М. Шипицина și И.И. Мамайчук [186]; G.M. Senf [221], I. Corboz [202], P. John S.K. Glarge, A.Mampilly [210], Wilmshurst L. [40], K.M. Barth [1], C. Bodea [2], E. Cocadă, M. Voinea [11], D.V. Popovici [26], V. Preda [28], E. Vărzaru [36], E. Vrasmas [37; 38; 39], E. Verza [35]) menționează influența negativă a toxicozei în perioada sarcinii asupra creierului și enumără consecințele acesteia: Rh-conflictul, sarcina prematură, slăbiciunea primară a activității de naștere, asfixiile, bolile infecțioase la copii, traumele craniocerebrale în copilărie, hipotrofiile și spasmofiliile, degresiuni ale metabolismului, disfuncții primare ale sistemului endocrin.

Factorii psihosociale sunt: educația în familii incomplete, cuplurile repetate ale părinților, deprinderile dăunătoare ale părinților, decesul unui părinte, devieri în timpul educației copilului de către mamă și bunică, situația materială grea ș.a., care, de asemenea, au un rol decisiv în manifes-

tarea RDP. В.В. Ковалёв [98] menționează și complexitatea programelor școlare, debutul școlarizării la o vârstă mai mică decât cea recomandată, iar И.Л. Морозова [132] constată poluării mediului în dezvoltarea RDP, în special acesta manifestându-se asupra afectării motricității

Cercetările de ultimă oră pun în evidență aspectul epidemiologic al RDP. În 2004 В.Б. Никишина [136], a cercetat structura tipică a dizontogeniilor psihice în corelație cu factorii sociali, demografici și morali. Autoarea a constatat următoarele particularități ale difuzării RDP: 1) cu cât mai înalt este coeficientul de migrare a populației, cu atât mai mică este probabilitatea nașterii copiilor cu RDP; 2) cu cât mai mare este distanța între locurile de naștere ale părinților, cu atât probabilitatea nașterii copiilor cu RDP este mai mică.

Conform literaturii străine de specialitate, putem constata patru tipuri de abordări în cercetarea psihologică și instruirea copiilor cu RDP. Aceste patru tipuri pot fi și combinate.

1. În cercetările efectuate în Occident este reputat conceptul pedagogic care vizează copiii cu capacități insuficiente pentru instruire (*educationally disabled children with learning disabilities*). Adepții acestei abordări includ în grupul respectiv diferiți copii, al căror eșec școlar este condiționat de un șir de afecțiuni ale sistemului nervos central, defecte ale analizatorilor și de delăsarea pedagogică.

2. Cea de-a doua abordare examinează apariția eșecului școlar ca rezultat al condițiilor nefavorabile ale vieții și educației, care pe parcursul dezvoltării condiționează o limitare a experienței senzomotorii a copilului și comunicării cu cei din jur, încetinesc maturizarea dezvoltării intelectuale, creând probleme în dezvoltarea personalității. Copiii care au nevoie de studii speciale pentru a învinge condițiile nefavorabile sunt considerați ca dezadaptați (*maladjusted*), delăsați pedagogic (în literatura britanică, supuși depravării sociale – *culturale-socially and culturally deprived*). Asemenea viziuni sunt caracteristice doar pentru SUA și Marea Britanie.

3. Specialiștii din Germania califică grupurile de copii cu întârziere în dezvoltare care au nevoie de instruire specială pentru învingerea acestei întârzieri drept copii cu tulburări ale comportamentului (*Verhaltensstörungen*). În acest caz, concepția este tratată ca formă de comportament.

4. În Belgia predomină conceptul despre „*patologia mintală de grad ușor*”. Acest concept include toate dizontogeniile psihice, care în urma unor factori nocivi au semne de tempo încetinit în dezvoltare (E. Broekaert, Hove C. Van [175]). Conceptul respectiv este legat de elaborările psihiatrilor și psihoneurologilor din SUA (A. Strauss și L. Lenthin [222]). Conform acestora, multitudinea formelor de RDP, manifestate prin eșec școlar, este condiționată de stările reziduale nefavorabile și afecțiunile creierului apărute în perioada timpurie de dezvoltare. Copiii din această categorie sunt numiți copii cu dereglări cerebrale minimale.

În monografia elaborată de către A. Strauss și L. Lenthin (considerată în literatura de specialitate una clasică) sunt descrise particularitățile esențiale ale copiilor cu RDP: eșecul școlar (dacă copilul învață în școala obișnuită) și comportamentul nu întotdeauna adecvat, cu păstrarea, în majoritatea cazurilor, a capacităților intelectuale. Autorii clasifică factorul etiologic drept afecțiune timpurie neînsemnată a sistemului nervos central. Ei atenționează că, deși indicii testelor intelectuale ale mai multor copii din această categorie sunt în limitele normei, aceștia întâlnesc dificultăți în procesul de instruire.

Psihologii și pedagogii străini consideră că la majoritatea copiilor afecțiunile organice ale creierului nu se manifestă neapărat prin afecțiuni neurologice, însă ele pot condiționa dereglări în procesul de instruire (A. Strauss, L. Lenthin [222]; S.A. Kirk, W. Kirk [213; 214]). Specialiștii consideră că este nevoie de a-i diferenția pe acești copii de oligofreni, surzi, orbi, de copiii cu dereglări ale limbajului, care sunt numiți „copii cu dereglări specifice în instruire”.

Disfuncția minimală a creierului prezintă un grup polimorf de stări patologice. P. Wender [226] determină semnele primare (hiperactivitate) și secundare (impulsivitate, eșecul școlar, încăpățănare, nesupunerea regulii).

Problema respectivă și-a găsit confirmare și în cercetările întreprinse în România și în Republica Moldova. D. Ungureanu [34], la debutul cercetărilor sale, în anii 1962-1963, utilizează preponderent termenul *dizabilitate de învățare (learning disabilities)*. Ulterior, sintagma a fost înlocuită cu *dificultate de învățare*. Autorul consideră că *dificultatea* este diferită de *dizabilitate* și este mai adecvată situației.

Criteriile psihologice ale acestei dizontogenii psihice sunt sistematizate coerent de către savanții români (K.M. Barth [1], E. Vrasmas [37], D.V.Popovici [26]). Pentru K.M. Barth [1], dificultățile de învățare sunt reprezentate de tulburări în sfera învățării, care împiedică elevul să obțină performanțe școlare identice cu ale celorlalți semeni (de aceeași vârstă, cu același nivel intelectual), fără a avea vreo deficiență sau dizabilitate vizibilă și recognoscibilă.

Referitor la cauzele posibile, atestăm diferite abordări: după D. Ungureanu [34], cauzele sunt „posibile”, „presupuse”, „reale”; după E Vrasmas [38], cauzele sunt: biologice, psihologice, fiziologice, aparținând mediului educațional și necunoscute; după K.M. Barth [1], dificultățile de învățare pot fi cauzate de nede dezvoltarea sau incompleta dezvoltare a unor funcții instrumentale simple, dar și de o stimă de sine scăzută, datorată unor probleme de relaționare cu cei din jur.

A. Gherguț [17], sintetizând datele din literatura de specialitate, atenționează că dificultățile de învățare se manifestă, cu predilecție, în zona capacităților instrumentale: vorbit, scris, citit, calcul. Originea dificultăților este plasată în: disfuncții ușoare ale conduitelor perceptiv și psihomotorii; tulburări ale structurii corporale și lateralității; orientarea spațio-temporală deficitară; insuficiența de atenție și motivație; întârzierea în dezvoltarea limbajului și a proceselor psihice.

În Republica Moldova, problema RDP a fost cercetată multiaspectual de către N. Bucun [6; 7], D. Gânu [16], V. Olărescu [20; 21; 22; 23; 24], O. Bodrug [3], A. Ciobanu [10] ș.a. V. Olărescu [20] tratează problema RDP ca pe o maturizare încetinită a funcțiilor psihice, determinată de disfuncțiile minimale ale creierului. Imperfecțiunea sferei cognitive este condiționată de imaturizarea primară a sferei emoțional-volitive și a însușirilor de personalitate. Stările cerebroastenice și tulburările encefalopatie diminuează capacitatea de muncă intelectuală. Pentru RDP este caracteristică o dezvoltare specifică a sferei psihomotrice, dar și nivelul scăzut al capacității de muncă. A.Cucer și V. Olărescu [14], analizând factorii psihologici, pedagogici și sociali, propun profesorilor să folosească anumite cerințe, principii și metode pentru a îmbunătăți reușita școlară a copiilor cu RDP. O. Bodrug [3] abordează problema RDP prin prisma

imperfecțiunii structurii lexico-semantice a limbajului. Aceste dificultăți sunt determinate de dereglarea a trei tipuri de gândire: operațional-intuitivă, imaginativă și verbal-logică, ce au rol decisiv în perceperea și utilizarea structurii lexico-semantice. A. Ciobanu [10] efectuează o analiză riguroasă a multiplelor concepții științifice în care se abordează problema copiilor cu diferite forme de RDP și conchide că copiii instituționalizați de la naștere, aflați în condiții sociale deprivaționale, se dezvoltă cu tulburări de personalitate, caracteristice reținerii psihofizice. Autoarea a diagnosticat forma deprivațională a RDP și a propus un model psihopedagogic de corecție a acesteia.

O activitate deosebită de cercetare a fost dedicată clasificării formelor de RDP: după M.C. Певзнер [138], ele se clasifică în felul următor: infantilismul simplu; infantilismul complicat, cu dezvoltarea insuficientă a sferei cognitive și a limbajului. M.C. Певзнер a delimitat forma secundară condiționată de cerebrostenii. К.С. Лебединская [115] a propus următoarele forme de RDP: constituțională, somatogenă, psihogenă și cerebrogenă. К.В. Козловская și А.В. Горюнова [99] au efectuat clasificarea conform gradului maturizării funcțiilor psihice: forma ușoară – dezvoltarea deprinderilor este întârziată în limitele unei perioade de vârstă; forma medie – dezvoltarea deprinderilor locomotorii, verbale a reacțiilor emoționale și a altor funcții neuropsihice care apar ca formațiuni psihice noi la finele unei perioade de vârstă; forma gravă – dezvoltarea deprinderilor este întârziată cu două perioade de vârstă. Н.Я. Семаро și М.М. Семаро [160] evidențiază următoarele forme de rețineri în dezvoltarea psihică: reținerea uniformă în dezvoltare (infantilismul armonic); reținerea neuniformă în dezvoltare (infantilismul dizarmonic).

Putem concluziona că RDP este o stare care a determinat un șir de cercetări, în special asupra specificului de etiologie, patogeneză, dinamică și prezentarea RDP.

1.2. Specificul dezvoltării copiilor cu RDP

Literatura de specialitate înregistrează numeroase cercetări ce iau în discuție problema particularităților de dezvoltare psihică a copiilor cu RDP (В.И. Лубовский [122; 123; 124; 125], М.Л. Белопольская

[49; 50], Л.И. Переслени [139], Т.А. Власова К.С. Лебединская [59], М.А. Реидибойм [153], Р.Д. Тригер [174; 175], У.В. Ульяновка [177; 178; 179], С.Ч. Шевченко [183], К.М. Barth [1], С. Bodea [2], E. Cocadă, M. Voinea [11], D.V. Popovici [26], V. Preda [28], E. Vărzaru [36], E. Vrasmas [37; 38; 39], N. Bucun, V. Maximciuc [7], V. Olărescu [20], O. Bodrug [3], A. Ciobanu [10]).

Atenția este o condiție psihică, ce facilitează și favorizează, în cazul dezvoltării în normă, procesele psihice superioare și trăsăturile de personalitate sau, în cazul dezvoltării deficitare, le frânează. Atenția la copiii cu RDP a fost studiată multidimensional de către Л.И. Переслени [139], С.М. Понарядова [144] Л.Ф. Чупров [181], И.И. Мамайчук, М.Н. Ильина [128]. Л.И. Переслени [139], examinând psihofiziologia atenției, a demonstrat că dezechilibrul între procesele de inhibare și iritare manifestat la nivelul lobului frontal conduce la încetinirea prelucrării informației senzoriale și la selectivitatea defectuoasă a atenției.

Л.Е. Чупров [181] a atenționat că la acești copii este insuficient dezvoltată atenția voluntară, e scăzut volumul atenției drept consecință a subdezvoltării memoriei și gândirii.

С.М. Понарядова [144], studiind dinamica dezvoltării atenției la copiii cu RDP, a constatat că stabilitatea atenției apare în clasele 3-4.

И.И. Мамайчук și М.Н. Ильина [128] menționează trăsăturile principale ale atenției la copiii cu RDP: instabilitatea, lipsa de concentrare, incapacitatea de distribuție a atenției.

Dereglarea atenției conduce și la unele deficiențe ale percepției, menționează П.Б. Шошин [194] și Л.И. Переслени [139]. Autorii au constatat imperfecțiunea analizei vizuale, tactilo-kinestezice, auditive.

З.М. Дунаева [78] a constatat dezvoltarea insuficientă a percepției spațiale, lipsa orientării proprii personalității și a cunoașterii adecvate de sine, corelaționare limitată cu mediul.

Numeroși autori consideră că dereglările memoriei conduc spre eșec școlar printre aceștia fiind: Т.В. Егорова [79], М.С. Лутоян [126], В.Л. Подобед [141], В.И. Лубовский [122, 123], la rândul său, Егорова [86], a constatat atenuarea păstrării informației, instabilitatea urmelor mnemice în sistemul nervos central, dificultăți în utilizarea metodelor raționale de memorare.

M.C. Лутоян [126] a elaborat o serie de modele psihopedagogice pentru dezvoltarea memorării logice.

В.И. Лубовский [122] a constatat că pe parcursul activității de învățare se observă imprecizia reproducerii informației, diminuarea volumului materialului propus pentru memorare, dezvoltarea lentă a productivității memorării repetate, inhibiția sporită a urmelor mnezice sub influența interferenței.

Activitatea de gândire a copiilor cu RDP la diferite perioade de vârstă a fost examinată de un șir de cercetători (В.И. Лубовский [122;123], У.В. Ульenkova [177], Т.Н. Волковская [60], Т.А. Стрекалова [171; 172], care au constatat o nereușita evidentă în rezolvarea problemelor complexe, superficialitatea gândirii, orientarea spre semne ocazionale. Studiind dinamica dezvoltării gândirii la copiii cu RDP, autorii au decis că gândirea concret-acțională se dezvoltă mai intens, comparativ cu cea verbal-logică, care se află în stare de stagnare.

În literatura de specialitate atestăm un șir de publicații semnate de către У.В. Ульenkova [149; 177], care abordează aspectul experimental-psihologic al problemei cercetate. Prin investigațiile psihologice asupra fenomenului gândirii, autoarea a propus dezvoltarea nivelară a acestui proces psihic la copiii cu RDP și un program de corecție.

Т.А. Стрекалова [171; 172] consideră că acești copii întâlnesc dificultăți în generalizarea obiectelor, în trecerea de la un principiu de clasificare la altul, pot formula concluzii, dar nu le pot argumenta.

В.И. Лубовский [122; 123] estimează că reglarea gândirii prin intermediul vorbirii este atenuată, din această cauză suferă operațiile de analiză și sinteză.

М.Ю. Борякова [54], Е.С. Слепович [167; 168], В.А. Киселёва [94], О. Bodrug [3] au abordat rolul gândirii în dezvoltarea limbajului la copiii cu RDP. О. Bodrug [3], studiind limbajul (structura lexico-semantică), a ajuns la concluzia că acesta suferă din cauza imperfecțiunii gândirii (operațional-intuitivă, imaginativă, verbal-logică).

В.А. Киселёва [94] menționează următoarele trăsături specifice de dezvoltare a activității verbale la copiii preșcolari cu RDP: imaturitatea sistemică în dezvoltarea funcțiilor și a proceselor psihice superioare im-

plicate în limbaj. Aceste particularități condiționează apariția unui tablou specific de tulburări de limbaj.

E.C. Слепович [167; 168] a studiat dezvoltarea vorbirii la copii cu RDP. Autorul a constatat următoarele particularități: deosebiri evidente între volumul vocabularului activ și al celui pasiv (acest lucru este caracteristic, în special, pentru cuvinte care desemnează calitatea și atitudinea), utilizarea nediferențiată a cuvintelor, utilizarea insuficientă a cuvintelor abstracte și concrete, dificultăți în utilizarea spontană a cuvintelor.

Referințe la unele particularități ale psihomotricității putem întâlni în lucrările semnate de V. Olărescu [20] și И.В. Удлилова [176]. И.В. Удлилова [176] subliniază dezvoltarea insuficientă a motricității fine și încălcarea ritmicității mișcărilor, imperfecțiunea coordonării statice și reciproce, condiționată de infantilismul motor.

Un interes deosebit prezintă cercetarea efectuată de către V. Olărescu [20] în Republica Moldova, care vizează psihomotricitatea și capacitatea de muncă ale copiilor cu RDP. Autoarea a stabilit următoarele particularități ale variabilelor cercetate: tempo bradiritmic în rapiditatea mișcărilor; prezența dischineziilor; deautomatizarea mișcărilor este determinată de insuficiența neurodinamicii; diminuarea capacității de diferențiere și organizare a mișcărilor; prezența perseverențelor de genă premotorie, eco-praxii, tremur; imperfecție a motricității fine; nematurizarea integrității chinestezice; indicii diminuați ai organizării optico-chinestezică a mișcărilor; tempo încetinit în programarea și controlul mișcărilor; în executarea praxiei complexe s-au depistat mișcări haotice, neorientate și nedirijate, sinchinezii faciale, tremur; în executarea mișcărilor programate au fost înregistrate îndeplinire în braditempo, mișcări echopraxice, perseverenții. Autoarea menționează că tempoul încetinit în dezvoltarea funcțiilor psihice și mai cu seama dezvoltarea psihomotricității se manifestă prin scăderea și disfuncționalitatea dinamicii capacității de muncă. Conform datelor obținute în cercetare, autoarea a propus un program dezvoltativ-corecțional complex.

Un deosebit interes prezintă cercetările sferei motivaționale la copii cu RDP. Т.А. Власова și К.С. Лебединская [59] atenționează că sfera motivațională nu este dezvoltată: copilul continuă să se afle în circuitul

intereselor preșcolare, predomină motivele de joc, nu apar interese față de învățatură, nu sunt responsabili, din această cauză suferă productivitatea activității. У.В. Ульенкова [149] remarcă faptul că în structura ierarhică a dezvoltării intelectuale a copiilor cu RDP locul central îl ocupă motivul organizării procesuale a activității, motivul atragerii atenției adultului și comunicării cu el, mai puțin sunt accentuate atingerea rezultatului final, interesul față de conținutul activității, lipsește motivul de competiție.

Е.А. Поляков [142] a atenționat că în condițiile depravării sociale predomină motivația hedonistică (orientată spre satisfacere), se manifestă anxietatea, agresivitatea și autoagresiunea.

В.М. Браунфельд [55], analizând structura motivelor la adolescenții cu RDP, remarcă faptul că predomină motive de ocolire, motivul complexității, sporirea sarcinii, motive de autodeterminare, prestigiu, respect de sine, motive de prosperitate.

И.А. Конева [101] a consacrat cercetările sale dezvoltării eu-lui propriu și a menționat următoarele: se constată imaturitatea eu-lui propriu; din cauza imperfecției gândirii verbal- logice are loc o încetinire în organizarea cognitivă a eu-lui; la copiii cu RDP mai devreme apare criza de autopercepție; cauzele și manifestările acestora sunt diferite de cele ale copiilor cu dezvoltarea normală.

Pe parcursul realizării studiului, am atestat un șir de cercetări psihopedagogice ce abordează problemele preșcolarilor de vârstă mare și ale elevilor mici cu RDP. Însușirea cuvintelor noi se realizează defectuos, observă Р.Д. Тригер [174] . Suntem de acord cu observațiile făcute de autori В.А. Киселёва [95]; Костенкова Ю.А., Тригер Р.Д., Шевченко С.Г. [104], З.М Дунаева [78], D.V. Popovici [28] care constată că dificultățile în învățarea citirii sunt condiționate de imperfecțiunea funcției integrative a creierului, de imperfecțiunea legăturilor intra- și extraanalyzerice (au o dinamică pozitivă), de imperfecțiunea analizei și sintezei auditive, de insuficiența percepției optico-spațiale, de imperfecțiunea prelucrării informației senzoriale.

Е.С. Слепович [168] a studiat particularitățile activității de joc la acești copii și a constatat două tipuri de tulburări: tulburări apărute din cauza maturizării lente a activității de joc și tulburări condiționate de următo-

rele particularități psihologice ale copiilor cu RDP: dificultăți în dezvoltarea sferei motivaționale și în orientarea spre scop (imperfecțiunea etapei inițierii ideii, diminuarea varietății căilor de realizare a acțiunii, lipsa necesității de perfecționare a activității). Jocul de subiect este mai puțin activ, deoarece apariția intenției și a planului de realizare este stopată de către motivul vital, lipsește creativitatea combinată; partea operativă a jocului este dominantă (caracterul concret limitat, fixarea asupra rolului de joc și a procedurii de realizare, modelarea superficială a atitudinii față de mediu).

Comunicarea la copiii cu RDP a fost cercetată de către Н.Н. Шешукова [184], Н.В. Карпушкина [93], Е.С. Слепович și А.М. Поляков [167]. Autorii au menționat că la copiii cu RDP predomină comunicarea situațională, care are caracteristici specifice și este corelată cu jocul și cu activitatea practică. După cum subliniază Е.С. Слепович și А.М. Поляков „produsul activității comunicative este imaginea despre sine manifestată prin reprezentările insuficient generalizate, cu un set de acțiuni concrete și raționamente stereotipe de apreciere” [167, p. 67-68]).

Analizând datele din literatura consacrată aspectelor psihologice, constatăm că pentru acești copii este caracteristică o atenuare a prelucrării informației senzoriale, memoria voluntară nu este dezvoltată din cauza imperfecțiunii gândirii, predomină gândirea concret-acțională, limbajul nu se dezvoltă, deoarece gândirea este insuficient dezvoltată, solicită ajutorul adultului, nu posedă cunoștințe despre mediu, la ei predomină mai mult jocul. Toate aceste schimbări au o dinamică pozitivă sub incidența procesului instructiv-educativ și a intervenției psihologice. Am atestat foarte puține cercetări despre caracter, temperament, particularitățile moral-etice, autoapreciere. Totodată, am stabilit că există un număr mic de cercetări care ar aborda problemele caracterului, temperamentului, particularităților moral-etice, autoaprecierii copiilor cu RDP.

1.3. Aspecte psihologice ale sferei emoțional-volitive la copiii cu RDP

Studiind dezvoltarea proceselor cognitive la copiii cu RDP autorii Т.А. Стрекалова [171, 172], У.В. Ульenkova [177], А. Ciobanu [10], au constatat că deficiența de intelect este condiționată de imaturizarea sferei

emoțional-volitiv la acești copii. În literatura de specialitate, imaturizarea sferei emoțional-volitiv este numită *infantilism psihic sau psihofizic*.

Pentru prima dată termenul *infantilism* a fost utilizat de către psihiatrul francez A. Laseg în 1864, pentru a releva semnele caracteristice pentru copii, care se mențin ulterior și la adulți. Mai târziu, termenul a fost preluat și descris clinic de către cercetătorii E. Brissaud, în 1899. G. Anton a fost cel care, în 1908, pentru prima dată a utilizat acest termen pentru persoanele cu RDP. Este cazul să menționăm că termenul *infantilism* este folosit aproape în toate țările. În literatura medicală germană din domeniul psihiatriei pentru vârstă infantilă și adolescență termenul este utilizat foarte rar și cu sensuri contradictorii. Unii autori îl preferă pe cel de *reținere (Retardierung)*, în special *reținere parțială* [56].

Infantilismul psihic se manifestă prin dependență, sugestionare cu aspirația de a primi satisfacere, ceea ce reprezintă motivul esențial al conduitei persoanelor ce îl dețin, predominarea activității de joc, indiferență, diminuarea simțului datoriei și răspunderii. Acești copii nu-și pot subordona comportamentul cerințelor colectivului. Sunt caracterizați prin incapacitatea de mobilizare în depășirea dificultăților, au o impulsivitate mărită. Doar în aspect psihofizic în literatura de specialitate, infantilismul psihic este studiat pe larg de către M.C. Певзнер [138], В.В. Ковалёв [98], К.С. Лебединская [115], I. Corboz [202], М.А. Рейдибойм [153].

Conform afirmațiilor lui A. Busemann [201], persoanelor cu RDP le este caracteristică o irosire mare de energie în activități neduse la bun sfârșit și lipsa de eficiență finală. Aceasta reprezintă, într-adevăr, o particularitate evidentă nu doar pentru copiii cu RDP, dar și pentru cei cu o etiologie traumatică sau postencefalică. Procesele afective sunt prezente în întreaga viață psihică a individului, de la subconștient și inconștient până la nivelul superior – conștiința – și interacționează cu toate celelalte procese psihice și însușiri de personalitate. Se manifestă, astfel, o interacțiune complexă între latura intelectuală și cea afectivă, ele impulsionându-se și reglându-se reciproc. La persoanele cu RDP, în comparație cu persoanele normale, aceasta interacțiune este puternic bulversată, trăirile afective scăpând, adesea, de sub controlul inteligenței, iar activitatea cognitivă fiind insuficient stimulată afectiv.

De-a lungul timpului, au existat teorii care au susținut interacțiunea dintre afectivitate și voință. Referindu-se la acest aspect, Herbert A. Simon [207] consideră că emoțiile nu pot exista fără voință.

Cercetătorul român Gh. Radu [27] afirmă că, în legătură cu structura afectiva a persoanelor cu RDP, s-ar putea vorbi de o heterocronie a proceselor afective, fiind mai bine păstrate elementele primare, bazale ale afectivității; pe fundalul trăsăturilor de specificitate procesele afective superioare fiind mai puțin structurate. Numărul limitat al manifestărilor afective, mai ales al celor superioare, este efectul diminuării funcțiilor subcorticale, care duce la sărăcirea proceselor afective, atât cantitativ, cât și calitativ.

Particularitățile dezvoltării sferei emoțional-volitivă sunt cercetate pe larg de către mai mulți autori de peste hotare: Т.З. Стернина[170], Е.С. Слепович [168], А.И. Захаров [83], Л.В. Кузнецова [109], Е.В. Васильева [57], Н.П. Горбунов, М.М. Безусова, Т.А. Хамадиарова [68], М.Л. Белопольская [49; 50], И.Ю. Кулагина [111], Е.А. Медведева [130], Л.М. Беткер [53] , Н.В. Капитоненко [91], precum și de unii din Republica Moldova: Т. Мocreac [18] și А. Ciobanu [10].

Т.З. Стернина [170] a studiat stările emoționale ale persoanei prin prisma școlărilor de vârstă mică cu dereglări mintale. Autorul a constatat că copiii cu RDP determină starea emoțională (bucuria, furia, mirarea, frica, suferința) conform expresiei exterioare a feței, la fel ca și copiii cu psihicul normal, și percep diferite modalități de expresii emoționale la alte persoane, dar au dificultăți în determinarea stărilor emoționale proprii.

Е.С. Слепович [168] a cercetat imaginația emoțională și a constatat că copiii cu RDP pot manifesta doar emoții simple. Aprecierea emoțională pe parcursul ascultării povestirii este mai bună, comparativ cu analiza emoțională prezentată în imagine.

О. Авагелян [41], în studiul său empiric, atenționează asupra faptului că formarea empatiei, ca stare emoțională, se apropie de dezvoltarea normală.

Е.Н. Васильева [57] și Г.И. Ефремова [80] menționează despre unele probleme în dezvoltarea sferei moral-etice: sfera emoțiilor sociale este sărăcă în conținut, copiii cu RDP nu sunt predispuși pentru relații emoționale stenice cu semenii lor, sunt dereglate contactele emoționale cu apropiații.

Conform cercetărilor efectuate de către Л.В. Кузнецова [110] asupra temperamentului conform „scalei determinării temperamentului”, copiii cu RDP prezintă predispunere pentru dezechilibrul emoțional. Copiii cu RDP se disting prin instabilitate emoțională. În relațiile cu cei apropiați, se observă o instabilitate emoțională cu pragul scăzut al apariției fricii. S-a constatat că frecvența fricii la copilul cu RDP este de 1,5 ori mai mare, comparativ cu semenii săi. А.И. Захаров [83], Л.В. Кузнецова [110], Е.В. Васильева [57] Е.С. Слепович [168] atenționează că copilul manifestă neliniște pronunțată față de adultul de care este dependent.

Л.В. Кузнецова [116] subliniază că copiii cu RDP în momentul examinării unei imagini recunosc mai ușor starea emoțională redată prin comportamente complexe, comparativ cu expresiile mimice; totodată, ei surprind mai ușor suferința, spre deosebire de copiii cu psihicul normal.

Experiențele consacrate reacțiilor emoționale la copiii cu RDP în situații de apreciere au fost studiate și de către И.Ю. Кулагина [111]. Autoarea constată că specificul reacțiilor emoționale este determinat de influența autoaprecierii și a motivelor dominante. Supraaprecierea la acești copii condiționează apariția neliniștii și scade activitatea de muncă.

Cercetătoarea Т.Н. Павлий [137] a analizat comportamentul emoțional la copiii cu RDP conform modelului elaborat de către В.В. Лебединский, О.С. Никольская, Е.П. Баенская, М.М. Либлинг [114] pentru copiii cu autism. Autoarea a propus determinarea profilului de maturizare al sferei emoționale prin metoda proiectivă (testul de organizare a comportamentului emoțional), prezentând următorul profil emoțional al copilului cu RDP: sensibilitate sporită, contacte emoționale intense, disconfort din cauza aprecierii incorecte a schimbărilor dinamice din mediul înconjurător, sentimente nematurizate, sensibilitate sporită la aprecierea altor persoane. Dumneai atenționează că copiii cu RDP au nevoie de susținere emoțională din partea celor apropiați. Dacă această consolidare lipsește, atunci la copil scade activitatea, apare neliniștea, autoaprecierea inadecvată condiționează apariția sugestibilității.

У.В. Ульяновка [178] a efectuat un studiu comparativ consacrat specificului neliniștii la copiii cu RDP în diferite condiții de instruire pedagogică (în clasele corecționale, în școli obișnuite). Cercetătoarea a atenționat

că, pentru copiii din clasele corecționale este specifică prezența stresului social, frica de autoprezentare; în școlile obișnuite predomină frica în relațiile cu profesorii, o neliniște generală, rezistența fiziologică atenuată contra stresului.

М.П. Горбунов, М.М. Безусова și Т.А. Хамадиарова [68] au constatat că particularitatea esențială a afectivității copiilor cu RDP constă în tensiunea psihoemoțională persistentă, cu predominarea simpaticotoniei.

М.Л. Белопольская [50] și И.Ю. Кулагина [111], studiind motivația la copiii cu RDP, au sesizat că susținerea interesului față de procesul de studiu devine posibilă doar prin modificarea comportamentului emoțional.

М.Л. Белопольская [49], cercetând specificul reacțiilor emoționale în cazul insuccesului școlar la acești copii, a menționat că trebuie să ne axăm nu doar pe zona dezvoltării proxime a sferei cognitive, dar și pe sfera emoțională. Л.М. Бледнова [59] a constatat frecvența mărită a reacțiilor emoționale la copiii cu RDP, comparativ cu copiii cu psihicul normal, fapt ce se explică prin încetinirea maturizării reglării volitive. Autoarea subliniază că acest copil nu poate include conștient mecanismele reglării emoționale.

Nivelul de dezvoltare a proceselor volitive a constituit problema de studiu a cercetătorului S.Ia. Laizane [112]. În cercetările efectuate, acesta menționează că organizarea volitivă defectuoasă la copiii cu RDP rezidă în incapacitatea lor de a constitui planul intern al acțiunii.

Studiind activitatea copiilor cu RDP, Г.И. Жаренкова [81], С.А. Домишкевич [75], Н.В. Бабкина [46] au consemnat următoarele reacții ale acestor copii: impulsivitate, orientare slabă spre un anumit scop, apariția dificultății atunci când e nevoie de subordonat acțiunea conform mai multor sarcini, atenuarea autocontrolului, nematurizarea voinței.

Particularitatea esențială a sferei moral-volitive la copiii cu RDP susține Т. Мocreac [18] constă, în faptul că ei realizează sarcina parțial, dar nu în întregime, încetează să îndeplinească însărcinările după o nereușită, respectă regulile comportamentale.

În baza cercetărilor efectuate, ținând seama de factorii ce influențează constituirea personalității copiilor cu RDP (cauza plasării copilului în casa de copii, vârsta când copilul a fost plasat în casa de copii, particularitățile

sferei emoțional-volitiv) A. Ciobanu [10], a descris forma deprivățională a sferei emoțional-volitiv, care cuprinde: dereglări somatovegetative, preneurotice, anxietate, sentimentul de inferioritate, neîncredere în sine, agresivitate, toleranță la frustrare. În urma diagnosticului diferențial al formelor de RDP (deprivățională, somatogenă, psihogenă, cerebrogenă), cercetătoarea a stabilit particularitățile sferei emoțional-volitiv la acești copii. Autoarea a subliniat că activitatea voluntară în forma deprivățională, somatogenă este de nivel mediu, în cea psihogenă este relativ înaltă, în cea cerebrogenă este redusă. Gradul defavorizării emoționale este cel mai înalt în forma deprivățională; mediu, în forma somatogenă și cerebrogenă; înalt, în forma psihogenă. Diagnosticarea cauzalității fricii a demonstrat că pedeapsa din partea adulților se manifestă în formă deprivățională, somatogenă – frica medicală, psihogenă și cerebrogenă – frica de singurătate. Particularitățile toleranței la frustrare sunt: forma deprivățională ce manifestă tendința de a-i învinui pe cei din jur, somatogenă – situații frustrante ce orientează reacții spre sine, psihogenă – reacția este îndreptată în interior, manifestând un nivel mediu de toleranță în situații critice, cerebrogenă – situația frustrantă generează reacțiile spre sine, aplanarea constructivă a conflictelor în situații critice, manifestând un nivel mediu de toleranță la frustrare. Tulburările emoționale denotă nivelul cel mai înalt în RDP deprivățională; înalt – în psihogenă; nivel mediu – în RDP somatogenă și cerebrogenă.

Cercetătorii T.B. Гордеева și Т.А. Мишина [69] au constatat că la copiii cu RDP reacțiile emoționale pozitive sunt mai puține, comparativ cu cele ale copiilor cu psihicul normal. Autorii constată că diminuarea capacității diferențierii reacțiilor emoționale ale altor persoane condiționează înțelegerea imperfectă a reacțiilor emoționale proprii. Ei explică sensibilitatea mărită la frică a copiilor cu RDP prin vocabularul lor sărac.

Manifestarea agresivității la copiii cu RDP cu vârsta de 7-9 ani a fost studiată de către У.В. Ульяновка și И.К. Йокубаскайте [149]. Aceștia i-au descris pe copii în felul următor: sunt mai puțin îngăduitori, sunt violenți, supărăcioși, atacatori, răzbunători, bănuitori și nu acceptă părerea altora. Autorii menționează că toți parametrii predomină la nivelul mediu, fapt ce ne permite să afirmăm că aceste caracteristici nu s-au transformat în trăsături de personalitate.

Diferențele dintre comportamentul distructiv-agresiv și constructiv-agresiv se înregistrează prin comportament ofensiv și instabilitate. Savanții au studiat particularitățile sferei motivaționale la copiii cu RDP agresivi și au stabilit următoarele: la acești copii nu se dezvoltă motivul de atingere a scopului, deoarece ei reacționează extrapunitiv. La copiii cu comportament distructiv-agresiv predomină motivul de atingere a succesului. La copiii cu comportament constructiv-agresiv se observă inexpressivitatea reacționării, ce condiționează nedevoltarea necesității de atingere a scopului.

O cercetare actuală consacrată investigației relațiilor emoționale dintre părinți și copiii cu RDP a fost efectuată de către O.B. Суворова și E.H. Васильева [173], E.A. Медведева [130] și P.Д. Тригер [175]. Autorii au constatat următoarele particularități: trăsăturile principale ale relației emoționale ca sensibilitatea, manifestările comportamentale ale relațiilor emoționale, acceptarea emoțională la mamele care au copiii cu RDP sunt diminuate; în familii predomină atmosfera emoțională negativă (frecvent se manifestă atitudinea de oprinare); în relațiile dintre copiii cu RDP și părinții lor se atestă o atitudine autoritară, hiperprotecția și infantilizarea. Studiul acestor relații au constatat izolarea, îndepărtarea, lipsa contactului emoțional viu, sărăcia vocabularului emoțional sau indiferența emoțională, predominarea relațiilor formale cu cerințe înalte și lipsa susținerii copilului, fapt ce creează starea emoțională negativă, anxietatea și pesimismul la copil.

Specificul determinării reacțiilor emoționale după parametrii paralingvistici a fost cercetat de Л.М. Беткер [53]. Autoarea a constatat încetinirea tempoului maturizării și capacității determinării reacțiilor emoționale; probabilitatea determinării corecte la copiii cu RDP este legată cu auzul emoțional. Imperfecția determinării reacțiilor emoționale, explică savanta, este condiționată de diminuarea descrierii verbale și sărăcia lexicului emoțional.

Efectuând un studiu comparativ în privința dezvoltării sferei emoționale la diferite tipuri de dizontogenii psihice H.B. Капитоненко [91], a constatat la copiii cu RDP ceva special și anume, insuficiența dezvoltării structurilor psihologice noi ce țin de sfera emoțională care în continuare facilitează dezvoltarea comportamentului dezadaptiv.

Cercetările efectuate de către E.A. Полякова [143] au atenționat asupra specificului dezvoltării personalității copiilor cu RDP în condițiile instituționalizării. Au fost evidențiate următoarele trăsături: la copiii cu RDP persistă imaturitatea personalității, care se manifestă prin labilitatea dispoziției, nerespectarea cerințelor profesorilor, minciună, conflict, auto-confirmare, atragerea atenției asupra sa. La baza acestor particularități stau imaturitatea reglării voluntare și autocontrolului. Agresivitatea la copiii cu RDP este orientată spre alte persoane și predomină în situații frustrative reacții extrapunitive. În condițiile deprivării sociale, frica se evidențiază mai tare decât la cei educați în familie. Acest fenomen este condiționat de lipsa satisfacerii necesității de securitate emoțională. Pentru copiii cu RDP, în condițiile deprivării sociale, sunt caracteristice reacțiile agresive în timpul problemelor și dificultăților apărute în comunicare, tendința la autoagresie.

Н.Л. Белопольская și Н.П. Клейменова [51] au cercetat particularitățile calitative ale zonei proxime de dezvoltare emoțională. Autorii au menționat că însușirea înțelegerii situațiilor emoționale este corelată cu problemele instruirii și educației acestor copii, iar normalizarea comportamentului copiilor cu RDP poate fi efectuată prin instruirea emoțională și că nivelul actual de înțelegere a sensului emoțional este diminuat. Pentru a rezolva această problemă este nevoie de asistență psihologică individuală, cu accentuarea experienței anterioare, ajutorul adultului în cazul dat fiind doar organizatoric, deoarece există un decalaj dintre nivelul actual și potențialul acestor copii.

În psihologia specială sunt puține tehnici de cercetare a reglării emoțional-volitivă la copiii cu RDP, iar în literatura specială am atestat doar tehnici care cercetează separat emoțiile și voința la acești copii.

În anul 1990 У.В. Ульenkova [179] a elaborat o tehnică de cercetare a autoreglării – „Determinarea capacității generale de învățare”, pe care a aplicat-o pe 150 de copii în vârstă de 7-8 ani. Autoarea a prezentat algoritmul autoreglării activității intelectuale: $S = M + (C1 + C2 + C3)$, unde S este autoreglarea, M – motivarea activității, C – autocontrolul, C1 – autocontrolul la etapa de orientare, C2 – autocontrolul la etapa de executare, C3 – la etapa de control – apreciere. În 2007, autoarea a modificat tehnica și a

elaborat câteva etape de cercetare: 1) determinarea specificului dezvoltării autoreglării; 2) cercetarea corelațiilor dezvoltării autoreglării și particularitățile individual – tipologice de conștientizare a autocontrolului.

Altă strategie de cercetare a fost propusă de către У.В. Ульenkova în 2007 [149], pentru cercetare a dezvoltării formării planului intern de acțiune prin activitate productivă. Prin această metodă autoarea și-a pus scopul de a elabora tehnici pentru evaluarea particularităților individual – tipice ale planului intern de acțiune și a determina zona actuală și proximală de dezvoltare. Elaborarea tehnicii a fost bazată pe lucrările lui Е.И. Исаев [88] și Я.А. Пономарев [145] despre: a) motivele activității, modelarea rezultatului și surselor pentru atingerea lui; b) verbalizarea programului; c) selectarea acțiunilor obiective și sistematizarea conform programului; d) autoaprecierea. Autoarea a elaborat și scalele de evaluare.

У.В. Ульenkova și Ю.Л. Левицкая [149] au propus o tehnică constituită din mai multe componente pentru aprecierea dezvoltării capacității la studii prin desen. Elaborarea tehnicii a fost bazată pe principiile emise de către Л.С. Выготский. Prima activitate a avut scop de a evalua capacitatea de a activa după exemplul prezentat verbal. Maturul prezintă vizual obiectul și explică copiilor regulile de acțiune; 2) copiilor le-a fost prezentat obiectul în mod vizual, fără explicații; 3) aplicarea instrucției verbale cu prezentarea și fără prezentarea obiectului; 4) participarea minimală a adultului în activitate. Au fost determinate criteriile componentei motivațională, operațională și de control.

Cercetarea Е.А. Порошина [146] pentru prima dată a cercetat specificul dezvoltării activității voluntare la copiii cu RDP somatogenă prin tehnici neuropsihologice. Un studiu comparativ de dezvoltare a sferei emoționale la copiii cu diferite tipuri de dizabilități, inclusiv la copiii cu RDP, a fost efectuat de către Н.В. Капитonenko [91]. Autoarea a aplicat testul de cercetare a nivelului de anxietate (P. Tamml, M. Dorki, B. Amen), Hand-testul (A. Vagner în preluarea Н.Я. Семаро), Autoportretul (P. Berke), Animalul inexistent (М. Дукаревич). Н.А. Деревянкина în 2005 [71] a cercetat sfera emoțională prin aplicarea observației.

În 1997 Т.Н. Павлий, [137], pe baza conceptului lui В.В. Лебединский, Е.Р. Баенская și М.М. Либлинг [114], a elaborat testul reglarea emoțional-bazală. Autorii s-au bazat pe următoarele principii: 1) obiectul cerce-

tării – reacțiile emoționale ca unități ale conștientului ce reflectă relațiile copilului la influențele mediului ambiant; 2) metoda testării – caracterul proiectiv care permite determinarea experienței diferențiate și nediferențiate a experienței emoționale; 3) conținuturi în material stimulat – conținuturi prezentate în fișe ce reflectă reacțiile emoționale specifice fiecărui nivel de reglare emoțional-volitivă. Pentru elaborarea tehnicii prezentării și scalei de evaluare, Т.Н. Павлий a preluat ideile altor autori. Ideea aplicării filmului este preluată din modificarea testului Rene Julea (И.Н. Гильяшева, Н.Д. Игнатъева [65]). Ideea determinării atitudinii emoționale a persoanei față de eveniment a fost preluată din testul de cercetare a anxietății (Р.С. Немов [135]). Forma elaborării protocolului și prelucrarea datelor este preluată din tehnica proiectivă de cercetare a personalității „HAND- TEST” [148].

Cercetarea atitudinilor emoționale dintre mamă și copiii preșcolari cu RDP a fost realizată de către О.В.Суворова și Е.Н. Васильева [173]. Autorii au aplicat chestionarul atitudinii emoționale dintre copil – părinte, chestionarul atitudinii părintești, metoda observării relațiilor copil – părinte în momentul întâlnirilor, convorbirea proiectivă conform fișelor pentru determinarea așteptărilor copilului față de mamă, ancheta proiectivă pentru determinarea tipului atitudinii de apreciere și tipul motivației cererii de către mamă față de copil.

Studiind literatura din domeniu, constatăm că cercetarea dezvoltării sferei emoțional-volitivă este aplicată pe larg și se caracterizează prin nematurizare la toate nivelurile sale structurale. Cu toate acestea, putem atesta și date episodice despre mecanismele de interacțiune dintre emoții și voință la copiii cu RDP.

1.4. Conceptul de reglare psihologică

O trăsătură importantă pentru sistemul nervos central este reglarea proceselor psihice. Reglarea prezintă un proces dinamic, complex, constituit din aprobarea scopului, planificarea atingerii scopului, cu selectarea procedeelelor optimale și controlul activității.

Interacțiunile dintre emoții și voință conturează o problemă aparte în psihologia specială – cea a reglajului emoțional-volitiv la copiii cu RDP.

Cercetările realizate în domeniul reglării psihicului sub incidența voinței au condus la elaborarea conceptului de *autoreglare*, care, ulterior a determinat apariția unei noi direcții de cercetare, ce a avut drept obiect de studiu *reglarea emoțional-volitivă* (Е.П.Ильин [87], В.К. Калинин [89; 90], В.И. Селиванов [158], В.А. Иванников [85]).

După В.А. Иванников [85], reglarea emoțional-volitivă este manifestarea voinței și autoreglării voluntare a reacțiilor emoționale, stărilor emoționale și acțiunilor prin schimbarea reacțiilor emoționale și a atitudinii față de acțiune.

În psihologie există diferite viziuni asupra corelațiilor dintre reglarea volitivă și cea emoțională. Psihologii unesc emoțiile și voința într-un sistem singular pentru a consemna o formațiune psihică deosebită a elevilor mici. Totuși, în ceea ce privește această coeziune, există diferite opinii despre prioritatea emoțiilor sau voinței în reglarea emoțional-volitivă. В.К. Виллюнас [58], М.В.Аrnold [192], J. Belsky, М. Fish, R. Isabella [196], E. Dinner [203], R. S. Lasaurus [211] consideră că în structura emoțional-volitivă predomină reglajul emoțional, iar А.И. Высотский [64], В.А. Иванников [85], Е.П. Ильин [87], В.И. Селиванов [158], Т.И. Шульга [188] plasează pe primul loc, în acest caz, reglajul volitiv.

În același timp, diferențierea studiilor de specialitate conform criteriului sus-numit este una relativă, deoarece practica psihopedagogică reclamă necesitatea evidențierii resurselor de optimizare a reglării prin diminuarea emoțiilor negative. Problema reglării volitive este cercetată multiaspectual în psihologia aplicată (О.В. Дашкевич [70], Я. Рейковский [154], П.А. Рудик [156]). Esența acestor studii se rezumă la următoarele: specificul voinței constă în învingerea dificultăților afective, și anume a emoțiilor negative.

În psihologia occidentală, impactul emoțiilor asupra conduitei umane este analizat de către savanții: R.P. Bagozzi, H. Baumgartner, R. Pieters, S.P. Broun, W.L. Cron, J.W.-Jr Slocum [193] M. Perugini, M. Conner [219], J. Coștier [13], A. Nicholas, J. Kudesmaj [19], E. Stanculescu [31]. Acești cercetători presupun că există emoții proactive, care se manifestă în momentele de prognozare a rezultatelor activității. Când corelațiile dintre emoțiile pozitive și cele negative din categoria emoțiilor proactive ating masa critică, atunci sunt activate și procesele volitive.

K. Корнилов [105] menționa că emoțiile nu există în afara voinței. Emoțiile prezintă un stimulent important pentru voință. Intelectul, ca forță ce dirijează acțiunile umane, fără integrarea emoțiilor nu întotdeauna are impact asupra voinței.

Reglarea emoțional-volitivă își începe acțiunea atunci când emoțiile dezorganizează activitatea conform estimărilor lui Е.П. Ильин [87].

В.К. Калинин [90] constată că emoțiile asigură mobilizarea generală a tuturor sistemelor organismului, în același timp, reglarea volitivă asigură mobilizarea selectivă a posibilităților psihofizice ale omului. Reglarea volitivă are funcția „de schimbare conștientă a gradului includerii emoțiilor”. Divizarea reglării în emoțională și volitivă ridică probleme de interacțiune reciprocă. Savantul consideră că emoțiile și voința pot avea o coincidență după orientare sau pot crea dominante concurente. Autorul atrage atenția la relația strânsă dintre emoții și voință. Reglarea volitivă întotdeauna ține de emoții, care se schimbă în conformitate cu motivația și rezultatele activității. Calitățile volitive sunt apreciate ca structuri compensatorii ale unei stări emoționale negative: compensarea fricii este curajul, al frustrării – insistența, al neliniștii – hotărârea.

Pentru a spori funcționalitatea calităților volitive, este nevoie de o cantitate de energie psihică. Voința nu are propria sursă de energie, o astfel de sursă pentru procesele volitive sunt emoțiile. Dacă emoțiile stimulează activitatea, atunci nu este necesară dezvoltarea anumitor trăsături volitive, consideră psihologul rus Д.Б. Эльконин [189].

Problema interacțiunii dintre emoție și voință este tratată și prin prisma motivației (Я. Рейковский [154]). Motivul are coloratură emoțională, activitatea emoțională este o formă a comportamentului motivațional orientat spre un anumit scop.

Prezintă un interes deosebit concepția elaborată de В.В. Лебединский, Е.Р. Баенская, și М.М. Либлинг [114], ce vizează structura reglării emoționale a comportamentului. Această structură include următoarele niveluri: nivelul 1 (al reactivității polare) – funcția psihologică este adaptarea psihologică pasivă, reacția tonică a proceselor afective; frământările afective sunt legate cu senzațiile de confort sau de disconfort. Nivelul 2 (al stereotipurilor) – funcția psihologică este formarea stereotipurilor emo-

ționale în urma contactului cu mediul. Nivelul 3 (expansiunea) – adaptarea activă într-o situație nestabilă – este legat de atingerea scopului dorit. Nivelul 4 (controlul emoțional) – contactul emoțional cu oamenii; baza comportamentului emoțional spontan.

Urmărind scopul cercetării influenței emoțiilor asupra persoanei în general, savanții atrag atenția asupra diferitor căi și mecanisme ale acestei influențe. Una dintre direcții ține de concentrarea cercetărilor asupra modificărilor activității cerebrale, modificărilor sistemului vascular și respirator în trăirile emoționale (П.В. Симонов, Е.П. Ершов [166].).

În literatura de specialitate sunt prezentate concepțiile privind influența emoțiilor asupra proceselor cognitive. К.Іzard [86] și В.Д. Небылицин [134] au constatat că starea de frică și neliniște poate dereglă percepția informației, gândirea și coordonarea motricității spontane. Un interes deosebit îl prezintă posibilitatea de a face memorizarea mai selectivă și eficientă prin accentuarea sau diminuarea emoțiilor (В.К. Вилюнас [58], К. Izard [93]).

Este important să menționăm cercetările care iau în discuție influența emoțiilor asupra acțiunii, activității, comportamentului și personalității (E. Duffy [204], А.Н. Леонтьев [117], О.А. Конопкин [103]). Conform concepției lui А.Н. Леонтьев, emoția are funcția de prezentare a scopurilor personale în conștiința subiectului și, drept consecință, produce reglarea activității umane.

Conform opiniei lui М.Я.Басов [47], emoțiile îndeplinesc funcția de semnalizare internă, prin intermediul căreia se prezintă în conștient valoarea imediată a formațiunilor neconștientizate din punctul de vedere al motivelor activității efectuate. În mai multe publicații s-a demonstrat că emoțiile determină asimilarea informațională a persoanei (В.К. Вилюнас [58], А.Н. Леонтьев [117], iar conștientizarea informației prin intermediul verbalizării este unul dintre mecanismele transferului biologicului în social. Adepții concepției motivaționale a emoțiilor, fondatorul căreia este considerat S. Freud [206], consideră emoțiile ca o forță a activității psihice, pe care o orientează și o reglează, care organizează procesele cognitive și comportamentele ale individului. Emoțiile nu sunt date filogenetic, ci se dezvoltă în ontogeneză.

Conform teoriei lui П.К. Анохин [44], emoțiile au apărut ca senzații subiective, care apreciau trebuințele umane, influența factorilor externi, rezultatele activității și satisfăceau trebuințele interne. Satisfacerea oricărei nevoi este însoțită de frământări emoționale cu caracter pozitiv. Asociată cu finisarea succesibilă a acțiunii, emoția pozitivă se fixează în memorie și începe să joace rolul de mecanism principal în realizarea activității orientate spre un scop conștient. Emoțiile pozitive contribuie la însușirea activității corespunzătoare, iar în cazul eșecurilor în realizarea scopului inhibă activitatea și facilitează căutarea metodelor succesibile în atingerea scopului. Emoțiile, conform aserțiunilor lui П.К. Анохин, asigură desfășurarea activității.

Cercetarea funcțiilor operativ-reflective ale emoțiilor este efectuată în lucrările lui П.В. Симонов [164; 165]. Concepția informațională propusă de către savant indică spre funcția reglatoare a emoțiilor, dar și participarea lor în comportamentul orientat spre un scop. Autorul apreciază emoția ca o reflectare a oricărei trebuințe actuale, calitățile ei, dimensiunile și probabilitățile, posibilitățile satisfacerii ei, care este apreciată de către subiect pe baza experienței ereditare sau a celei dobândite. Cercetătorul demonstrează că emotivitatea sporită la copii și adolescenți se explică nu prin trăire sentimentală sau printr-o particularitate subcorticală, dar prin impertinența informațională și incapacitatea de a-și satisface trebuințele vitale.

О.А. Конопкин [102], cercetând rolul emoțiilor în activitatea de orientare, a constatat următoarele: reflectarea emoțională a realității orientează persoana în relațiile necesare cu mediul înconjurător și separarea obiectului conștientizat ca obiect de necesitate; emoțiile formează scopuri precise și apreciază consecințele atingerii lor; aprobarea scopului corelează cu trăirile emoțional-volitiv, prin intermediul cărora se menține sistemul de orientare activă; emoțiile determină succesul activității, programul acțiunilor executate și reglează trebuințele superioare ale personalității; emoțiile sunt valori personale ce se pot prezenta ca motive de actualizare care susțin activitatea.

Analizând rezultatele obținute de către alți savanți П.В. Симонов [164; 165], consideră că fiecare tip de activitate reclamă o tensiune emoțională optimă, prin intermediul căreia activitatea este realizată cel mai eficient.

În investigațiile teoretice și empirice întreprinse Б.И. Додонов [73; 74] a elaborat concepția „orientării emoționale a personalității”. Sensul acestei concepții constă în faptul că motivația comportamentelor și activității oamenilor le determină orientarea emoțională.

În 1990, J.P. Mayer și P.Salovey [216] au introdus termenul *inteligență emoțională*. Conform modelului elaborat de savanți, inteligența emoțională are patru niveluri: (1) perceperea, evaluarea și exprimarea emoțiilor; (2) facilitarea emoțională a gândirii; (3) înțelegerea și analiza emoțiilor, precum și utilizarea cunoștințelor emoționale; (4) controlul emoțional. Continuarea acestor cercetări găsim și în lucrările lui Carmen L. [10; 14]

O cercetare interesantă a fost efectuată de către В.А. Иванников și Е.В. Эйдман [85], despre structura calităților reglajului emoțional-volitiv și legătura între aceste calități: calități moral-volitve condiționate de reglarea social-normativă (răspunderea, inițiativa, independența, obligativitatea, energia); calități ce țin de reglarea emoțional-volitivă (răbdarea, stăpânirea de sine); calități volitive propriu-zise, legate de autoreglarea motivațională (fermitatea, perseverența, curajul).

Autoreglarea voluntară este un proces sistemic organizat al activității psihice interne a persoanei conform inițiativei, construcției, susținerii și conducerii diferitor forme și tipuri ale activității spontane, realizează scopul pe care și l-a propus persoana (О.А. Конопкин [103]; В.И. Мосанова [133], С.Țurcanu [33]).

О.А. Конопкин [103] a propus concepția de *autoreglare conștientă* și a descris structura ei, care include: aprobarea scopului, programul de acțiune, aprecierea criteriilor de succes, aprecierea rezultatelor și corecția acțiunilor. În opinia savantului, componentele autoreglării conștiente sunt: prezența unei structuri funcționale și formarea ei, subordonarea strictă a scopului rezultatului preconizat, factorul emoțional-relațional, capacitatea de a prelucra informația în planul intern al conștiinței.

În psihologia specială atestăm lucrări în care structura și componentele reglajului emoțional-volitiv la copiii cu dizabilități sunt elucidate episodice. Н.Ю. Кондратенко [100], studiind lexicul copiilor cu limbajul dezvoltat sub normă, a constatat următoarele: acești copii posedă cunoștințe diferențiate despre propriile emoții, se confruntă cu dificultăți în expresia

mimică a furiei, fricii și uimirii, coloratura emoțională este aplicată rar. А.Н. Шимгаев [185], studiind mecanismele declanșării fricii la copiii cu cecitate, explică că aceste mecanisme se activează grație statutului social diminuat de deprivarea vizuală și conduc spre reglaj emoțional-volitiv deficitar. Trăind această emoție – frica, copiii manifestă reacții de protecție diferite, în dependență de intensitatea situației psihotraumatice. Comportamentul de protecție duce la inhibiția proceselor cognitive. Impactul organic asupra reglajului emoțional-volitiv la copiii cu vârsta de 3 și 6 ani a fost studiat de către В.В. Лопеп [121]. Autorul a menționat următoarele: copiii cu insuficiență organică demonstrează comportament emoțional adaptiv diferit în funcție de vârstă: la copiii de 3 ani reglajul este orientat spre mama, la cei de 6 ani – spre alte persoane. Conduitele copilului depind de acțiunile mamei: în cazul hiperprotecției din partea mamei, copiii demonstrează un comportament adecvat; în cazul comportamentului sensibil din partea mamei se dezvoltă reglajul normal.

У.В. Ульenkova [149] a stabilit particularitățile autoreglării la copiii cu retard mintal: dificultăți în decodarea regulilor la etapa orientativă, orientarea preponderent spre regulile de caracter senzorial, copierea mecanică a exemplului, lipsa modernizării procesului de executare, nerespectarea unor reguli, incapacitatea comparării rezultatului obținut cu exemplul la etapa de apreciere, autocontrol slab diferențiat la toate etapele activității.

Particularitățile comportamentale ale copiilor cu RDP sunt prezentate în lucrările psihologilor Л.Э. Семёнова [163], С. Дрвота [77]. Analizând comportamentele copiilor cu RDP plasați în casa de copii, Л.Э. Семёнова [163] a dedus următorul profil psihologic al acestora: comportament situativ, lipsa experienței proprii, tempo încetinit în dezvoltarea conduitelor voluntare, lipsa propriei identități, dominarea identității de grup, raportarea la interiorul său. С. Дрвота [77] atenționează că comportamentul ostil al copiilor cu RDP se datorează faptului că le lipsește capacitatea de relaționare cu cei din jur, drept urmare, nu se pot include în activitățile sociale.

Lucrările de specialitate prezintă cercetări complexe ale proceselor psihice superioare și doar episodic elucidează procesele psihice reglative și volitive la copiii cu RDP. Sistemul elaborat de către М.Н. Фишман [180] al structurării datelor vizuale ale analizei electroencefalogramei au con-

diționat rezolvarea problemei despre specificul organizării funcționale a creierului la copiii cu RDP. Autorul a constatat că schimbările evidente ale activității cognitive, ale sferei emoțional-volitivă și ale comportamentului acestor copii se produc din cauza schimbărilor funcționale ale sistemelor de reglare superioară (trunchi cerebral, legături talamocorticale, frontotalamice, nematurizarea cortexului cerebral).

В.И. Лубовский [122; 124] și Т.В. Егорова [79] atenționează că pentru această categorie de copii sunt caracteristice nivelul scăzut al dezvoltării operațiilor de control al activității proprii, dificultățile în menținerea instrucției pentru o anumită perioadă de timp.

Reglarea deficitară se manifestă elocvent în toate momentele procesului de instruire. Г.И. Жаренкова [81] caracterizează activitatea copiilor cu RDP prin lipsa interesului stabil la realizarea sarcinilor propuse, impulsivitate; orientare slabă în sarcini, fapt ce condiționează apariția acțiunilor greșite; orientarea imperfectă spre un scop; activitate diminuată; lipsa inițiativei și a dorinței pentru ameliorarea rezultatelor obținute; înțelegerea greșelilor etc.

În investigațiile efectuate de Г.М. Капустина [92], Р.Д. Тригер [175], С.Г. Шевченко [183] s-a constatat că copiii comit multe greșeli din cauza incapacității de concentrare a atenției, de utilizare a regulilor impuse în activitate, de realizare a autocontrolului legat de efectuarea sarcinii.

Mai mulți autori remarcă diminuarea productivității proceselor psihice la copiii cu RDP în cazul lipsei sau dezvoltării deficitare a reglării volitive. De exemplu, dificultatea de a memora voluntar, diminuarea controlului pe parcursul memorizării prezintă o consecință a incapacității copiilor cu RDP de a organiza rațional lucrul și de a-l controla (Т.В. Егорова [79], В.Л. Подобед [141]).

Specificul dezvoltării structurilor autoreglării conștiente la adolescenții cu RDP a fost cercetată de Н.В. Астахова [45], și a constatat imperfecțiunea modelării condițiilor și a aprecierii rezultatelor.

Există mai multe publicații în care sunt investigate diferite aspecte ale particularităților dezvoltării autoreglării la copiii cu RDP și la cei cu psihicul normal: Е.Б. Аксёнова [42] a cercetat particularitățile autoreglării la copiii de 5-7 ani în activitatea de joc și la lecțiile de dezvoltare a vorbirii;

В.В. Князева [97] a analizat autoreglarea în structura dezvoltării gândirii independente la copiii cu RDP de vârstă școlară; Н.Л. Росина [152] a studiat particularitățile autoreglării în procesul de instruire a elevilor din clasa întâi; В.В. Кисова [96] a analizat dezvoltarea autoreglării prin surse productive la preșcolarii de vârstă mare cu RDP. Autorii au ajuns la un numitor comun: autoreglarea este în legătură directă cu dezvoltarea activității autocontrolului la toate etapele de activitate.

Г.И. Ефремова [80] a cercetat dezvoltarea psihologică specifică autoreglării moral-etice a comportamentului preșcolarilor cu RDP și a ajuns la următoarele concluzii: în cazul dezvoltării psihice asincronice nu se realizează reglarea spontană a comportamentului în diferite situații sociale, deoarece lipsesc trăsăturile de personalitate caracteristice vârstei. Tempoul încetinit al dezvoltării psihice și intelectuale, dezvoltarea încetinită a personalității are urmări asupra dezvoltării autoreglării moral-etice a comportamentului. Astfel, nu se realizează potențialul de vârstă al sferei moral-etice și al autoreglării, fapt ce împiedică dezvoltarea generală a psihicului.

În cercetările efectuate de către Н.И. Борякова [54], З.М. Дунаева [78], В.И. Лубовский [124], У.В. Ульenkova [149] s-a constatat dificultatea reglării verbale a acțiunilor. Copiii întâlnesc dificultăți în planificarea acțiunilor în plan verbal, nu întotdeauna se ghidează de o singură cerință. Dățile de seamă verbale despre acțiunile efectuate nu sunt complete, copilului îi este mai ușor să efectueze acțiuni conform instrucțiunii, decât să dea darea de seamă verbală despre lucrul efectuat. În dezvoltarea vorbirii interne, conform opiniei emise de У.В. Ульenkova [183], la copiii cu RDP există un tempo încetinit de dezvoltare a capacității de prognozare și autoreglare a activității.

Н.Л. Белопольская, Н.П. Клейманова [51], И.Ю. Кулагина [111], Т.Н. Павлий [137], В.И. Прегуда [147] și Н.П. Слободняк [169] au descris unele aspecte ale comportamentului emoțional și ale reglării voluntare. Autorii subliniază că nematurizarea și instabilitatea emoțională a copiilor cu RDP favorizează neadaptarea la condițiile de instruire, iar ajutorul oferit de către adult în activitatea comună poate ameliora semnificativ situația.

În prezent, se atestă un șir de publicații în care sunt descrise metode

și forme de organizare a intervențiilor psihologice individuale și de grup (Н.Ю. Борякова [54], С.Д. Забрамная [82], Н.Р. Локалова [120]; Н.М. Пылаева și Т.Б. Ахутина [150]; Н.П. Слободняк [169]; А.В. Семенович [162], Порошина Е.А. [146]). Totuși, elaborarea unor metode de cercetare și dezvoltare a autoreglării generale la copiii cu RDP se întâlnește sporadic.

Mai puține cercetări au fost consacrate problemelor autoreglării emoționale. Г.Д. Горбунов [67] a propus conceptul de *reglare psihologică*, menționând că funcția de reglare a emoțiilor reprezintă un sistem general de autoreglare. Acest sistem este constituit din două componente: prima componentă determină reglarea psihologică, esența căreia constă în faptul că procesele vegetative se schimbă sub incidența reglatoare a conștientului; a doua componentă semnifică faptul că reglarea psihică se atestă în comportamentul omului, în care emoțiile prezintă o unitate structurată a relațiilor subiective. Prima componentă este realizată prin intermediul programelor ereditare, a doua constă în comutarea conștientului de la o activitate reproductivă la una creativă, în situații noi, necunoscute.

Conform datelor cercetătoarei Л.В. Сафонова [157], autoreglarea emoțională conduce spre crearea stărilor necesare prin schimbarea orientării aspirației emoționale, ghidării, conștientizării și evaluării situației. Structura funcțională a procesului de autoreglare emoțională conține trei componente: aspirația emoțională, reflexia emoțională, autoaprecierea expresiei emoționale.

Aspirația emoțională, conform lui Л.Я. Дорфман [76], reprezintă unitatea percepției emoționale, orientării în formarea legăturilor de sens. În aspirația emoțională se includ perceperea emoțională, orientarea emoțională, legăturile de sens. Dezvoltarea autoreglării emoționale este prezentată în structura ierarhică, iar maturizarea emoțională se dezvoltă stadial (vezi Fig.1.1):

Primul stadiu – autoreglarea involuntară: copilului îi este caracteristic comportamentul impulsiv, formarea reacțiilor adaptive prin metoda probelor și greșelilor.

Al doilea stadiu – înțelegerea: copilul conștientizează cuvintele, noțiunile, acțiunile volitive, planurile interne, rezultatul final.

Al treilea stadiu – conștientizarea: presupune colaborarea și influențarea reciprocă a nu mai puțin de două subiecte în procesul activității (vezi Fig.1.1, p.35).

Descrierea nivelelor de autoreglare emoțională este prezentată în Anexa nr.1.

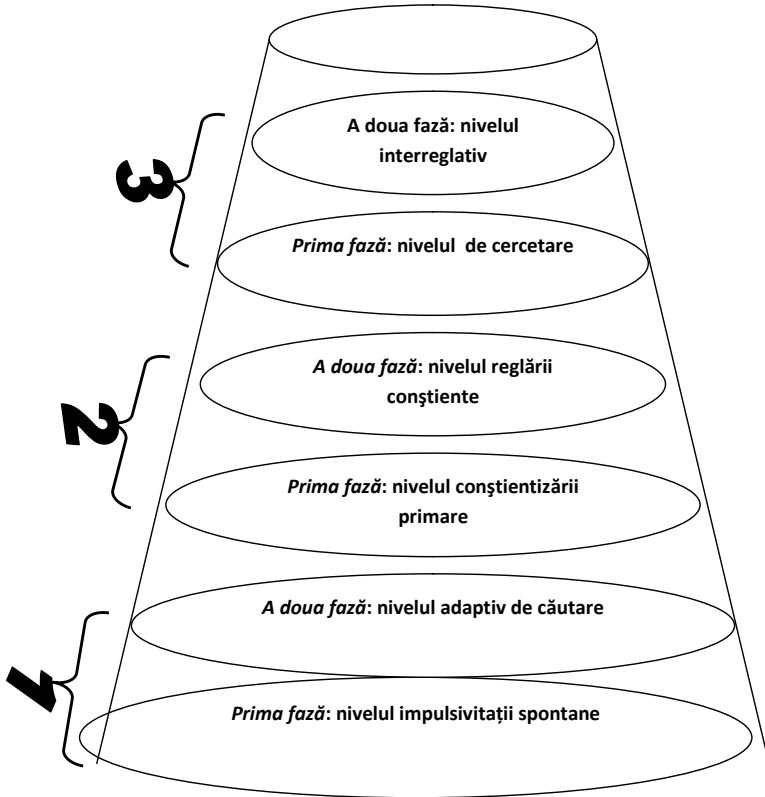


Fig.1.1. Model ierarhic de autoreglare emoțională

Studiul teoretic al problemei abordate ne-a condus spre următoarele concluzii:

- RDP cuprinde 20% după Р.Д. Тригер [175], 2-20% după И.И. Мамайчук, М.Н. Ильина [128], 44% după П.В Безменов [48] din

elevii claselor primare cu maladii psihice. Această situație solicită realizarea unor activități complexe de psihocorecție

- RDP prezintă o formă limitrofă a dizontogeniilor psihice și solicită a fi delimitată de dezvoltarea normală. Maturizarea încetinită a funcțiilor psihice determină disfuncții minimale ușoare ale creierului.
- În aspect psihologic, copiii cu RDP prezintă un complex de simptome: maturizare încetinită și lezare parțială a sistemului nervos central; imperfecțiunea sferei cognitive, a comunicării, a personalității; diminuarea capacității de muncă este condiționată de imaturitatea primară a sferei emoțional-volitivă. Stările cerebrale și dereglările encefalopatice diminuează capacitatea de muncă intelectuală, încetează tempoul de maturizare a unor funcții psihice.
- Psihologii au elaborat un șir de clasificări ale RDP, în funcție de următoarele principii: etiopatogenetic, clinico-psihopedagogic și prognostic determinat.
- Investigațiile întreprinse de cercetători au relevat indicii generali și specifici de diagnosticare și diferențiere a formelor de RDP.
- Nu am atestat cercetări complexe cu referință la dezvoltarea și corectarea reglării emoțional-volitivă în dependență de forma de RDP.
- Numeroși autori abordează problema legităților dezvoltării în caz de RDP, dezvoltarea sferei cognitive, însă până în prezent legitatea dezvoltării reglării emoțional-volitivă la copiii cu RDP n-a fost elaborată.
- Adaptarea copilului cu RDP la activitatea de învățare va fi insuficientă și nu va permite diminuarea eșecului școlar, dacă una din componentele structurale ale reglării emoțional-volitivă este dezvoltată insuficient.
- Remarcând cercetările fundamentale referitoare la problema sferei emoțional-volitivă la copiii cu RDP, trebuie menționat că reglarea emoțional-volitivă la acești copii rareori a devenit obiect de cercetare. Majoritatea cercetărilor realizate în acest domeniu sunt orientate spre constatarea stărilor și trăsăturilor sferei emoțional-volitivă. Unele reflectă particularitățile reglării emoțional-volitivă, dar nu abordează acest proces din punct de vedere structural, nu explică mecanismele de corelare dintre emoții și voință la acești copii.

2. CERCETAREA EXPERIMENTALĂ A SFEREI EMOȚIONAL-VOLITIVE LA COPIII CU REȚINERE ÎN DEZVOLTAREA PSIHICĂ

2.1. Metodologia cercetării sferei emoțional-volitive la copiii cu RDP

Programul de cercetare a problemei înaintate presupune o abordare complexă și este fundamentat pe pozițiile ipotetice că sfera emoțional-volitivă la copii are un impact direct asupra dezvoltării personalității și determină în mare măsură modul de organizare a procesului de învățare în școală. Modelele comportamentale ale acestor copii sunt în dependență de nivelul de dezvoltare a sferei emoțional-volitive. Colectivul de copii și influența adulților, mediul activităților determină procesul de adaptare și dezvoltare a personalității. Este bine cunoscut că în mare majoritate copiii cu RDP sunt primiți diferit de către colectivele în care sunt încadrați pentru educație.

În lucrările de specialitate, problema afectivității este tratată în strânsă legătură cu cea a voinței. Educația și instruirea copiilor cu RDP dintotdeauna a prezentat un subiect de discuție pentru specialiști. În trecut, atenția a fost orientată cu precădere asupra metodelor de asigurare a înțelegerii și asimilării cunoștințelor. Astăzi, devine tot mai evident faptul că nu se pot neglija nici alți factori, frecvent asociați cu RDP, în primul rând tulburările sferei afectiv-volitive. Organizarea corectă a învățământului presupune asigurarea condițiilor propice lichidării tulburărilor afective, fără de care succesul în munca educativ-instructivă este incomplet.

În cercetarea empirică a fost antrenat un eșantion de 99 de copii preșcolari și școlari mici, format din două loturi experimentale: primul lot experimental – 55 de copii cu RDP, care aveau vârsta cuprinsă între 6 și 7 ani: preșcolari de 6 ani din grupele preșcolare din gimnaziul-internat pentru copiii orfani și rămași fără îngrijirea părinților din or. Strășeni – 17 copii cu RDP psihogenă, 13 copii cu RDP cerebrogenă; elevi mici de 7 ani tot din instituția sus-numită din clasele primare – 18 copii cu RDP psihogenă, 7 copii cu RDP cerebrogenă; al doilea lot experimental – 44 de

preșcolari și școlari mici cu DN: 25 de copii din grădinița nr. 8 din municipiul Chișinău și 19 elevi mici de 7 ani din Liceul-teoretic „K. Sibirschi” din municipiul Chișinău. Eșantionul a fost format după principiul retenție și normalitate în dezvoltarea psihică.

În cercetarea noastră, am dat prioritate copiilor de 6-7 ani, deoarece această vârstă este un hotar cronologic în dezvoltarea copilului: se pregătește pentru a fi instruit și își schimbă activitatea dominantă. În această perioadă apare un nou motiv – „trebuie”, fapt ce conduce la apariția sentimentului de datorie și răspundere. Apare trebuința acută de a comunica cu semenii și necesitatea susținerii emoționale în grup. Paralel cu acțiunile voluntare, coexistă relații impulsive determinate de emoții puternice. La 7 ani, noua situație socială de dezvoltare se caracterizează prin activitatea de învățare, care impune sarcini complexe. Copilul trebuie să fie disciplinat, organizat, să facă ceea ce nu dorește. În aceasta perioadă apar formațiuni psihice noi precum: voluntaritatea proceselor psihice, reflexia, autocontrolul și planul interior de acțiune.

Tempoul încetinit în apariția formațiunilor psihice noi în această perioadă la copilul cu RDP sporește accentuarea nematurizării sferei emoțional-volitivă și anume a factorului ei dominant – reglarea emoțional-volitivă la copilul cu RDP. Confruntându-se cu noua situație socială de dezvoltare, copilul cu RDP nu poate să se adapteze din cauza particularităților sus- numite. De aceea, am considerat că anume în această perioadă este nevoie de cercetat particularitățile psihologice de dezvoltare a sferei emoțional-volitivă la copiii cu RDP.

În cercetarea noastră au fost implicați copii cu RDP și cu DN. Pentru a diferenția corect aceste două categorii de copii, am apelat la metoda observării orientate asupra copilului în activitate, elaborată de către И.И. Мамайчук și М.Н. Ильина [128]. Metoda dată cuprinde câteva blocuri ce diagnostichează următoarele: dezvoltarea motricității, dezvoltarea funcțiilor senzo-perceptive, dezvoltarea intelectului, dezvoltarea activității de joc, dezvoltarea deprinderilor practice. În continuare prezentăm indicii dezvoltării psihologice la copiii cu DN și la cei cu RDP la vârsta de 6-7 ani.

Tablelul 2.1. Indicii dezvoltării psihologice la copiii cu vârstă de 6 ani

(După И.И. Мамайчук și М.Н. Ильина [128])

Funcții	Copiii dezvoltați normal	Copiii cu RDP
Motricitatea	Mișcărilor sunt exacte, energice, se efectuează cu ușurință și grație. Copiii cu plăcere sar în sus, liber prind mingea cu o mână. Liber desenează cu creioane colorate, decupează cu foarfecele.	Încetinirea, neîndemânarea mișcărilor. Întâmpină dificultăți la prinderea mingii. Întâmpină dificultăți majore în decuparea cu foarfecele.
Activitatea senzoro-perceptivă	Examinează obiect în mod planificat. Cunoaște denumirea obiectelor, culorilor.	Întâmpină dificultăți în analiza planificată a obiectului. Predomină mișcările haotice și de joc în planificare. Activitatea nu este orientată spre un scop, nedezvoltarea autocontrolului
Activitatea intelectuală	Numără până la 10. Are deprinderi practice simple de adunare și scădere în mod concret. Numește zilele săptămânii consecvent, anotimpuri. Sunt formate noțiuni de gen. Generalizează obiecte prin excludere. Face concluzii pe baza fișelor. Vocabularul verbal este bogat.	Numără până la 10. Are deprinderi practice simple de adunare și scădere în mod concret. Numește zilele săptămânii consecvent, la fel și anotimpurile. Sunt formate noțiuni de gen. Generalizează obiecte prin excluderea, dar motivarea răspunsurilor neclare. Întâmpină dificultăți în reproducerea unei povești cu un vocabular verbal sărac, structura lexico-semantică a limbajului este nedezvoltată.
Activitatea de joc	Manifestă interese stabile în activitatea de joc. Au roluri și jocuri preferate. Preferă jocurile în grup.	Există însă interes față de joc, însă conținutul jocului trebuie să fie stereotip. Preferă jocuri individuale. În jocurile de grup iau rol de executor. Jocurile sunt scurte, fără idee înaintată. Nu manifestă independență și nici activism.

Comportament	Coordonează acțiunile proprii cu alți copii. Respectă reguli din poziție conștientă. În momentul respectării regulii face observații la ceilalți copii.	Lipsește controlul emoțional. În momentul conflictului apare furia. Reguli nu respectă. La unii copii se observă un negativism în comunicarea cu semenii săi. Nu manifestă interes față de jocul în grup.
Deprinderi practice	Toate deprinderile practice sunt dezvoltate conform vârstei (îmbrăcarea, igiena personală).	Deprinderile practice se dezvoltă conform vârstei, dar se observă mișcări încetinite pe parcursul deservirii. Lipsește inițiativa în autodeservire.

Tablul 2.2. Indicii dezvoltării psihologice la copiii cu vârstă de 7 ani

(După И.И. Мамайчук, М.Н. Ильина [128])

Funcții	Copiii cu dezvoltarea normală	Copiii cu RDP
Motricitatea	Este dezvoltată motricitatea fină.	Tempou încetinit în dezvoltarea motricității fine. Imperfecția coordonării mișcărilor și a echilibrului.
Activitatea senzoro-perceptivă	Diferențiază corect figurile geometrice complexe, evidențiind semne diferite și identice. Folosește în activitatea constructivă și în arta plastică culori.	În procesul diferențierii figurilor geometrice complexe predomină procedee haotice, fără orientare preventivă. Activitatea constructivă este nedezvoltată.
Activitatea intelectuală	Rezolvă probleme simple la adunare și scădere. Diferențiază corect cantitatea. Este dezvoltată generalizarea, motivând corect răspunsurile. Clasifică obiectele după diferite criterii. Formează legături cauza – efect în povestiri, remarcând componentul principal. Singur poate alcătui o povestire. Cunoaște literele, silabele, este în stare să citească un text simplu.	Întâmpină dificultăți în rezolvarea problemelor fără baza concretă. În generalizarea obiectelor se orientează pe semne principale, dar motivarea răspunsului nu este clară. Este în stare să formuleze concluzii în povestiri simple. Evidențiază legăturile cauza – efect. Întâmpină dificultăți într-o povestire desfășurată. Apar probleme la formarea silabelor din litere.

Activitatea de joc	Formează un plan al jocului. Pe parcursul activității este în stare să generalizeze și să analizeze. Manifestă creativitate în joc. Preferă jocurile în grup.	Preferă jocuri preferate și individuale. În jocuri se repetă teme, predomină imitarea.
Comportamentul	Apreciază corect faptele proprii, în aprecierea proprie frecvent se orientează la maturi. Se întăresc deprinderil de comportament comunicativ.	În aprecierile faptelor proprii se orientează către maturi sau copiii cu autoritate. Se observă un comportament imitativ, predomină reacții afective. Comportament poate fi nestabil și egocentric.
Deprinderi practice	Poate executa ordinele complexe.	Sunt dezvoltate deprinderile practice de autodeservire. În executarea ordinului lipsește inițiativa și independența. Motricitatea fină nu este dezvoltată.

Scopul experimentului de constatare constă în stabilirea particularităților psihologice ale componentelor structurale ale reglării emoțional-volitivă la copiii cu RDP.

În contextul experimentului, am avut de verificat următoarele **ipoteze**:

1. Sfera emoțional-volitivă la copiii cu RDP se caracterizează prin diferite niveluri de dezvoltare.

2. Maturizarea încetinită a afectivității și voinței provoacă schimbări în dinamica reglării emoțional-volitivă și conduce la apariția unor dificultăți în dezvoltarea reglării comportamentului copiilor cu RDP.

Lipsa unor cercetări consacrate problemei dezvoltării reglării emoțional-volitivă a activității la copiii cu RDP, lipsa metodologiei diferențiale de cercetare a reglării emoțional-volitivă și a autoreglării conștiente, lipsa cercetării interactivității dintre emoții și voință, interacțiunii dintre autoreglare și emoții ne-a permis să formulăm, la această etapă de cercetare, **următoarele obiective**:

1) investigarea particularităților specifice ale reglării emoțional-volitivă, ale autoreglării conștiente și autoreglării emoționale la copiii cu RDP și la cei dezvoltați normal (DN);

2) cercetarea raportului dintre emoții și voință în activitatea copiilor cu RDP și anume a corelațiilor dintre reglarea emoțională și volitivă, a autoreglării conștiente, intreconexiunile dintre autoreglare și emoții;

3) determinarea indicilor psihofuncționali ai reglării emoțional-volitivă și elucidarea dinamicii ei în activitate;

4) cercetarea impactului factorilor organici și psihosociali asupra reglării emoțional-volitivă, autoreglării conștiente și autoreglării emoționale la copiii cu RDP.

Pentru elaborarea și implementarea modelului complex de diagnosticare a reglării emoțional-volitivă a activității și determinarea particularităților specifice, ne-am bazat pe următoarele principii: principiul dezvoltării copilului, al umanității, al abordării complexe, al studierii integral-sistemică și al cercetării în dinamică.

În scopul realizării obiectivelor centrale ale lucrării, am structurat experimentul de constatare în trei blocuri metodologice.

Cercetarea reglării emoționale

Au fost aplicate următoarele tehnici: „Diagnosticul stărilor emoționale”, după Л. Листик [119]; „Metamorfoze”, după Н. Семаго [159]; „Reglarea bazal-emoțională”, după Т. Павлий [137]. Scopul general este cercetarea nivelului de dezvoltare a reglării emoționale și a celei emoțional-spontane.

Tehnica „Diagnosticul stărilor emoționale” are un caracter complex, deoarece studiază legăturile dintre emoții, percepție și limbaj, formarea structurilor afectiv-cognitive și impactul lor în reglarea proceselor cognitive și în comportamentul copilului. Este o tehnică de cercetare a abilității copiilor de 5-7 ani de a recunoaște stările emoționale. Scopul – studierea abilității copiilor de 5-7 ani de a recunoaște stările emoționale ale omului după expresiile faciale (mimică).

Material-stimul:

- Poze a 6 expresii faciale masculine și 6 feminine ce reflectă diferite stări emoționale: bucurie, tristețe, furie, calm, mirare, teamă.
- 12 ilustrații cu imagini din basme care reflectă emoțiile personajelor

de ambele genuri: bucurie, tristețe, furie, calm, mirare, teamă.

- 12 situații (6 despre mama și 6 despre tata) în care personajele trăiesc stări emoționale ce au fost percepute de copii în experiența anterioară.

Testul dat poate fi utilizat pentru a cerceta componentele reglării emoționale prin aprecierea nivelului de dezvoltare a reglării emoțional-motivaționale, reglării emoțional-verbale și controlului emoțional.

Au fost analizați următorii parametri: nivelul de dezvoltare a reglării emoțional-motivaționale prin variabilele: perceperea emoțională 1, perceperea emoțională 2, perceperea emoțională 3, perceperea emoțională 4; nivelul de dezvoltare a reglării emoțional-verbale: clasificarea emoțională 1, clasificarea emoțională 2; nivelul de dezvoltare a controlului emoțional: diferențierea stărilor emoționale proprii, diferențierea emoțiilor adultului 1, diferențierea emoțională 2; DSE total.

Evaluarea rezultatelor. Pentru fiecare răspuns corect se acordă câte un punct. În punctele 5) și 6) se apreciază dezvoltarea vocabularului emoțional caracteristic pentru această vârstă, punctul 7) descrierea adecvată a situației în care copilul poate fi bucurios, trist etc. Suma este constituită din punctajul total.

Nivel superior: 38-54 de puncte.

Nivel mediu: 22-37 de puncte.

Nivel inferior: mai jos de 21 de puncte.

Testul „Metamorfoze” [159] a fost elaborat de J. Ruaiier, este unul proiectiv și reprezintă o variantă complexă compusă din diferite tehnici proiective de cercetare a personalității. Testul poate fi administrat copiilor începând cu vârsta de 4-4,5 ani până la etapa preadolescentă de 13-14 ani.

Conform clasificării testelor proiective după L. Frank, metoda dată este inclusă în grupul celor catarsice, unde situația de joc este provocată de întrebări puse în situații special organizate. Răspunsurile la aceste întrebări pot confirma conflictele extrapersonale sau specificul reacționării cu emoții corespunzătoare în anumite situații concrete.

Tehnica dată se realizează în patru etape:

1. Alegerea pozitivă.
2. Alegerea negativă.

3. Întrebări suplimentare.

4. Etapa finală (trei dorințe).

Principiul tehnicii se bazează pe presupunerea că perceperea afectiv-personală poate transfera imaginea omului într-o reprezentare obiectivă.

Tehnicile proiective au fost utilizate în scopul determinării profilului tipologic al reglării emoționale, a frământărilor emoționale în situații concrete, evaluării funcției stimulatoare a emoțiilor (fobii, dorințe conștientizate sau neconștientizate, necesități).

Prin utilizarea testului am analizat următorii parametri: tipul protecție – preferință, tipul protecție – refuz, tipul demonstrativ – preferință, tipul demonstrativ – refuz, tipul autoconfirmare – preferință, tipul autoconfirmare – refuz, tipul social-aprobat – preferință, tipul social-aprobat – refuz, tipul agresiv – preferință, tipul agresiv – refuz, tipul normal-condiționat – preferință, tipul normal-condiționat – refuz, tipul protest.

Tehnica „Reglarea emoțional-bazală” (REB), după T. Павлуш [137]), a fost aplicată pentru a evalua structura nivelară a reglării emoționale la copiii cu diferite forme de RDP și la cei cu DN.

Materialul stimulator constă din 48 de fișe, pe care sunt prezentate 16 imagini, împărțite în trei variante (A, B, C). Fiecare subiect are numărul său. În partea inferioară a fișei este o ramă, unde copilul pune una din cele două fișe adăugătoare, pe care este reprezentată mimica oamenilor. Investigația se petrece în forma de joc.

Instrucțiuni: Acum, împreună cu tine, vom crea un film cu desene animate (se prezintă subiectul). În acest film ne vom imagina că eroul nostru a plecat în călătorie și vom urmări ce se va întâmpla cu el în timpul călătoriei. În această imagine sunt redată, în 3 variante, modurile în care poate să se comporte eroul nostru. Tu trebuie să alegi numai varianta care crezi că este cea mai potrivită eroului nostru. Acesta va fi primul cadru. Eroul nostru nu are față, de aceea tu trebuie să-i alegi fața care crezi că este cea mai potrivită în această situație.

Evaluarea rezultatelor

Pentru evaluarea rezultatelor, pe formular există o cheie, unde sunt marcate cu litere latine nivelurile de organizare emoțională:

PR – emoții caracteristice pentru nivelul 1 (reactivitate polară).

ST – emoții caracteristice pentru nivelul 2 (stereotipie).

E – emoții caracteristice pentru nivelul 3 (expansiune).

K – emoții caracteristice pentru nivelul 4 (control emoțional).

Fiecare nivel indică hiperfuncție, stare adecvată și hipofuncție. Hiperfuncția este prezentată în fișa A, în cheie se marchează cu litera G (de exemplu, GPR), situată în coloana stângă; reacțiile adecvate sunt înregistrate în fișa B, în cheie sunt marcate prin PR și localizate în coloana mijlocie; hipofuncția, în fișa C, se marchează cu litere mici (pr) și se localizează în coloana dreaptă.

Prin intermediu subiectelor „Tren”, „Restaurant” se examinează sensibilitatea contactului emoțional, atitudinea față de acest contact. Se apreciază structura emoțiilor 1 și 4. Varianta A se conturează în cazul când copilul are nevoie acută de emoții pozitive, varianta C apare în cazul când copilul manifestă sensibilitate în contactele emoționale.

Subiectele „Focuri”, „Odihnă”, „Ploaia” se folosesc pentru examinarea nivelelor 2, 3 de organizare emoțională. Alegerea acestor variante ne indică confortul sau disconfortul în urma satisfacerii necesităților somatice.

Prin aplicarea probelor „Foc”, „Paznic”, „Peștera”, „Incendiu” se examinează nivelul expansiunii, al reactivității polare, al stereotipelor și al controlului emoțional. Subiectele „Laudă”, „Rană” apreciază nivelul expansiunii, însă în aceste situații se simte influența nivelurilor 2 și 4.

În compartimentul „Aprecieria categoriilor” se iau în cerculeț frământările corespunzătoare ale copilului și se apreciază cu un punct. Se calculează suma conform categoriilor: normă, hiperfuncție, hipofuncție, apoi se calculează procentul răspunsurilor conform fiecărei categorii și conform numărului general al răspunsurilor (în total – 32).

Determinarea nivelului dominant în organizarea afectivă se calculează conform sumei și procentului pentru fiecare nivel și se compară indicii cantitativi (nivel care are mai mult de 4 puncte sau 25% din cantitatea generală a răspunsurilor).

Cercetarea reglării volitive

Am aplicat următoarele tehnici: „Problema nerezolvabilă”, după Н.И. Александрова și Т.И. Шульга [43]; „Da” și „Nu”, după Л. Красиль-

никова [118]. Scopul general a fost evaluarea maturizării reglării volitive și interconexiunea emoții –voință.

Cercetarea interacțiunii dintre emoții și voință a fost efectuată cu ajutorul *testului „Problema nerezolvabilă”*, după Н.И. Александрова și Т.И. Шульга.

Scopul cercetării constă în determinarea corelațiilor dintre stabilitatea emoțională și efortul volitiv în activitatea intelectuală.

Au fost analizați următorii parametri: nivelul și cauza insuccesului, numărul de încercări, stabilitatea emoțională și dezvoltarea calităților volitive.

Testul „Da” și „Nu” a fost elaborat de Л. Красильникова în scopul determinării specificului dezvoltării reglării volitive la copiii cu diferite forme de RDP și la cei cu DN.

Tehnica dată este simplă și sigură în diagnosticarea dezvoltării comportamentului volitiv la copiii de 6-7 ani și, în special, a comunicării verbale spontane.

Tehnica a fost utilizată în scopul studierii maturizării reglării volitive prin aprecierea respectării regulii.

Cercetarea autoreglării activității

Am aplicat următoarele tehnici: „Desenare pe puncte”, după А.Л. Венгер [72]; „Diagnosticul autoreglării emoționale”, după Л.В. Сафонова [157]. Scopul general a fost cercetarea autoreglării voluntare și a autoreglării emoționale.

Prin intermediul *testului „Desenare pe puncte”*, după А.Л. Венгер [72], am stabilit particularitățile autoreglării voluntare, spontaneității, planificării și controlului activității la copiii cu diferite forme de RDP și la cei cu DN.

Testul include 6 probleme prezentate pe fișe. În partea stângă este amplasat exemplul, în dreapta – puncte de diferite culori.

Evaluarea rezultatelor: fiecare element se apreciază cu câte un punct. Pentru nr. 1 și 5 se dau 0-6 puncte, pentru nr. 2, 3, 4,6 se dau 0-7 puncte.

– 33-40 puncte (5-6 probleme) – nivelul superior – copilul se orientează la sistemul de cerințe, controlează conștient activitățile proprii;

– 19-32 puncte (3-4 probleme) – nivelul mediu – orientarea la sistemul

de cerințe este dezvoltat insuficient, există imperfecțiuni în dezvoltarea spontaneității;

– mai puțin de 19 puncte (2 probleme și mai puțin) – nivelul inferior al reglării acțiunilor proprii, nu respectă cerințele propuse de către matur.

Tehnica „*Diagnosticul autoreglării emoționale*” am aplicat-o pentru a evalua particularitățile autoreglării emoționale la copiii cu diferite forme de RDP și la cei cu DN. Tehnica cercetează mecanismele reglării stărilor emoționale proprii prin aprecierea elementelor structurale ale autoreglării emoționale: aspirația emoțională, reflexia, autoaprecierea, caracteristica integrală a autoreglării emoționale. La temelia tehnicii stă conceptul lui Л.Я. Дорфман [76] și Л.В. Сафонова [157] cu privire la organizarea structural-funcțională și ierarhică a autoreglării emoționale.

Scopul cercetării rezidă în determinarea dezvoltării structurilor de autoreglare emoțională la copiii de 6-7 ani cu RDP psihogenă și cerebrogene. Au fost analizate următoarele caracteristici: aspirația, reflexia și autoaprecierea emoțională.

Pentru a valida datele experimentului de constatare, am aplicat teste statistice de comparare a datelor: Testul Mann-Whitney U și Testul Wilcoxon W. Aplicarea acestor teste este argumentată prin prezența eșantioanelor mici neparametrice. Testul Mann-Whitney U a fost folosit pentru compararea valorilor medii. Testul Wilcoxon W a fost folosit pe studiul diferențelor care apar între observații în perechi. În urma aplicării testelor comparative, s-a constatat că, dacă $z > 1,96$, avem o diferență semnificativă (indiferent de semn), p-eroare (max. 0,05).

Administrarea testelor, chestionarelor, a tehnicilor prezentate în acest paragraf ne-a permis să studiem profund procesul de dezvoltare a sferei emoțional-volitive la copiii de vârstă preșcolară și școlară mică cu RDP, factorii, componentele afectivității (agresivitatea; ostilitatea; sentimentul culpabilității; indicele urii; neliniștea; insecuritatea; sentimentalismul; bucuria; iritabilitatea; neîncrederea; negativismul; probleme comunicative; inteligența redusă; instabilitatea emoțională; dominarea; impulsivitatea; Eu – I slab dezvoltat; realismul; suspiciunea; practicitatea/inventivitatea; anxietatea; conservatismul; tensiunea internă; compensarea; conflictele interne; regresia; insecuritatea; negativismul; excitarea afectivă; retardarea

afectivă; izolarea; conflictele afective; încrederea în sine; impulsivitatea; sociabilitatea și adaptabilitatea; dificultățile în adaptare; frica de atașare; inhibiția) și particularitățile voinței (instabilitatea, reglajul volitiv slab sau absența totală a acestuia).

2.2. Cercetarea componentelor structurale ale reglării emoționale la copiii cu RDP

În scopul verificării ipotezei, *RDP se caracterizează prin diferite nive-luri de dezvoltare a sferei emoțional-volitivă; maturizarea încetinită a ace-s-tei formațiuni provoacă schimbări în dinamica reglării emoțional-volitivă și conduce la apariția unor dificultăți în dezvoltarea comportamentului*, am întreprins o cercetare empirică mai amplă a sferei emoțional-volitivă la copiii cu RDP. Pentru a surprinde mai bine particularitățile acesteia, am cercetat, mai întâi, separat, reglarea emoțională și volitivă, apoi le-am abordat integral. Pentru a cerceta componentele reglării emoționale la co-piii cu diferite forme de RDP și cei cu DN am aplicat testul „Diagnosticul stărilor emoționale” după Л. Листик [119].

Tehnica are caracter complex, deoarece studiază legăturile dintre emo-ții, percepție și limbaj (formarea structurilor afectiv-cognitive și impac-tul lor în reglarea proceselor cognitive și în comportamentul copilului (E. Izard, [86]).

Prin utilizarea acestei tehnici, am cercetat componentele reglării emo-ționale apreciind nivelul de dezvoltare a reglării emoțional-motivaționale, a reglării emoțional-verbale și a controlului emoțional.

Au fost analizați următorii parametri: nivelul de dezvoltare a reglării emoțional-motivaționale prin variabilele: perceperea emoțională 1 (atitu-dinea copilului față de un etalon emoțional, în cazul aprecierii stării emo-ționale în aspect concret-acțional și determinarea ei pe fișe cu expresii mimice feminine). Copiii cu RDP cerebrogenă au înregistrat nivel inferior – 70%, mediu – 30%, superior – 0; cu RDP psihogenă – nivel inferior – 60%, mediu – 37%, superior- 0; copiii DN – nivel inferior – 2%, mediu – 73%, superior – 25%, perceperea emoțională 2 (atitudinea copilului față de starea emoțională într-un plan concret-imaginativ și determinarea ei

pe poze cu expresia mimică feminină). Copiii cu RDP cerebrogenă – nivel inferior – 60%, mediu – 40%, superior – 0; cu RDP psihogenă – nivel inferior – 54%, mediu – 46%, superior – 0; copii cu DN – nivel inferior – 23%, mediu – 73%, superior – 4%, perceperea emoțională 3 (atitudinea copilului față de un etalon emoțional în cazul aprecierii stării emoționale în aspect concret – acțional și determinarea ei pe fișe cu expresii mimice masculine). Copiii cu RDP cerebrogenă – nivel inferior – 55%, mediu – 45%, superior – 0; copiii cu RDP psihogenă – nivel inferior – 60%, mediu – 40%, superior – 0; copii DN – nivel inferior – 5%, mediu – 57%, superior – 30%; perceperea emoțională 4 (atitudinea copilului față de starea emoțională concret-imaginativă și determinarea ei pe poze cu expresia mimică masculină). Copiii cu RDP cerebrogenă – nivel inferior – 55%, mediu – 45%, superior – 0; cu RDP psihogenă – nivel inferior – 34%, mediu – 66%, superior – 0, copii DN – nivel inferior – 25%, mediu – 30%, superior – 45%; aprecierea dezvoltării reglării emoțional-verbale – clasificarea emoțională 1 (percepția și denumirea corectă a stărilor emoționale cu expresie feminină). Copiii cu RDP cerebrogenă – nivel inferior – 70%, nivel mediu – 30%, nivel superior – 0; copiii cu RDP psihogenă – nivel inferior – 57%, nivel mediu – 43%, nivel superior – 0; copiii DN – nivel inferior – 7%, nivel mediu – 63%, nivel superior – 30%; clasificarea emoțională 2 (percepția și denumirea corectă a stărilor emoționale cu expresie masculină). Copiii cu RDP cerebrogenă – nivel inferior – 65%, nivel mediu – 35%, nivel superior – 0; cu RDP psihogenă – nivel inferior – 57%, nivel mediu – 43%, nivel superior – 0; copii DN – nivel inferior – 11%, nivel mediu – 53%, nivel superior – 36%; nivelul de dezvoltare a controlului emoțional – diferențierea stărilor emoționale proprii (comportamentul emoțional al copilului în diferite situații), diferențierea emoțiilor adultului 1 (atitudinea copilului la expresii mimice feminine), diferențierea emoțională 2 (atitudinea copilului la expresii mimice masculine); DSE (diagnosticul stărilor emoționale – total).

Analiza rezultatelor a demonstrat insuficiența dezvoltării sferei emoționale la copiii cu RDP cerebrogenă și psihogenă în comparație cu copiii cu DN. Cei cu DN au înregistrat nivel superior aproape la toți indicii cercetați.

În continuare, în Fig. 2.1. (vezi p. 49), vom prezenta grafic valorile medii obținute la copiii cu DN și la copiii cu RDP cu vârsta cuprinsă între 6 și 7 ani.

Prezentarea grafică a rezultatelor ne permite să constatăm unele diferențe între mediile obținute la copiii cu DN în vârstă de 6-7 ani și la copiii cu RDP cu vârsta de 6-7 ani la cei 9 parametri.

Studiul comparativ al rezultatelor copiilor cu DN și al celor cu RDP ne confirmă postulatele teoretice formulate în capitolul 1 al lucrării: copiii cu DN au înregistrat cote înalte, care dovedesc dezvoltarea componentelor reglării emoționale adecvate vârstei lor, iar copiii cu RDP, dimpotrivă, au dovedit cote joase, fapt ce relevă probleme de reglare emoțională, maturizarea încetinită a componentelor reglării emoționale.

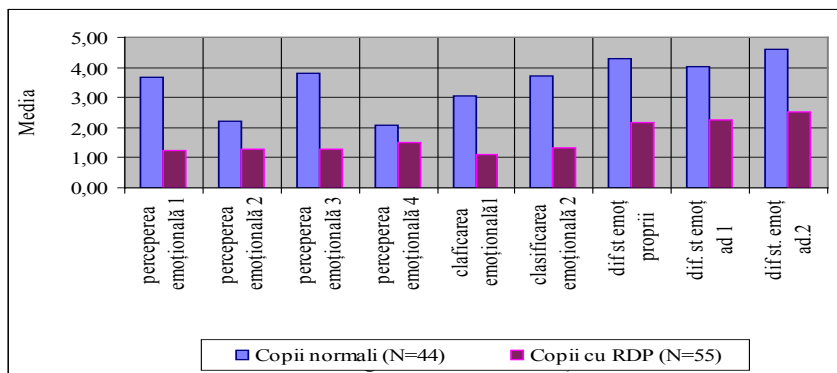


Fig.2.1. Valorile medii obținute la copiii de 6-7 ani prin utilizarea testului „Diagnosticul stărilor emoționale”

Datele obținute au fost supuse procesării statistice după metoda statistică nonparametrică Mann-Whitney. Conform scalei de evaluare, expunem, în continuare, analiza comparativă a rezultatelor obținute la copiii cu DN și la cei cu RDP în Tabelul 2.3. (vezi p.50).

În urma prelucrării statistice a rezultatelor obținute, am stabilit diferențe statistice semnificative la următorii parametri: perceperea emoțională 1: $z=-7,178$, $p=0,001$; perceperea emoțională 2: $z=-4,139$, $p=0,001$; perceperea emoțională 3: $z=-7,088$, $p=0,001$; perceperea emoțională 4:

$z=-2,201$, $p=0,001$; clasificarea emoțională 1: $z=-6,216$, $p=0,018$; clasificarea emoțională 2: $z=-6,353$, $p=0,001$; diferențierea stărilor emoționale proprii: $z=-5,218$, $p=0,001$; diferențierea stărilor emoționale ale adultului 1: $z=-5,018$, $p=0,001$; diferențierea stărilor emoționale ale adultului 2: $z=-6,028$, $p=0,001$; DSE total: $z=-7,973$, $p=0,001$. Rezultatele obținute confirmă ipoteza noastră despre nematurizarea componentelor reglării emoționale la copiii cu RDP: perceperea emoțională, imperfecțiunea clasificării emoționale, diferențierea defectuoasă a stărilor emoționale proprii și a persoanelor adulte.

Analiza comparativă a rezultatelor demonstrează că copiii cu RDP au o reținere în dezvoltarea percepției emoționale, iar aceasta, drept consecință, facilitează imaturitatea reglării emoționale prin diminuarea importanței motivaționale pentru copil. K. Izard susține: „Teoria emoțiilor diferențiale tratează emoția ca o modalitate dominantă în organizarea percepției, având importanță motivațională pentru individ. Teoria emoțiilor diferențiate atestă prezența permanentă a emoțiilor în conștiință și impactul lor asupra percepției, gândirii și comportamentului” [86, p. 101]. Constatăm că la copiii cu RDP există o imaturitate a funcției motivaționale a emoțiilor; prin urmare, putem vorbi despre componenta emoțional-motivațională. Imperfecțiunea componentei emoțional-motivaționale are impact negativ asupra comportamentului copilului. Datele noastre confirmă ideea expusă de către С.Л. Рубинштейн [155] și Я. Рейковский [154], precum că reglarea emoțională internă se formează prin includerea organică a emoțiilor în “țesutul necesităților”. Emoțiile nu activează necesitățile acestora. În cazul aprobării scopului, copiii cu RDP nu apreciază emoțional actualitatea necesității și consecințele atingerii scopului. Potențialul motivațional al scopului nu formează tonusul emoțional-volitiv necesar pentru a depăși anumite dificultăți în realizarea activității.

Sărăcia vocabularului și a expresiilor emoționale este determinată de imaturitatea reglării spontane și volitive și de lipsa interacțiunii dintre emoții și voință prin limbaj. Л.С. Выготский [63, p. 24-25] atenționează: „Prin intermediul limbajului copilul este capabil să devină stăpân pe comportamentul propriu, să se privească pe sine dintr-o parte, ca pe un

obiect. Limbajul îl ajută să perceapă acest obiect”. Incapacitatea de a vorbi, limbajul limitat reduc relaționarea copilului cu mediul înconjurător, iar comportamentul lui devine dependent și situațional.

Tabelul 2.3. Semnificația diferențelor componentelor reglărilor emoționale dintre copiii cu DN și cei cu RDP (6-7 ani)

Parametri	Mann-Whitney U	WilcoxonW	z	p
perceperea emoțională 1	210,00	1750,00	-7,178	0,001
perceperea emoțională 2	649,56	2189,50	-4,139	0,001
perceperea emoțională 3	219,00	1759,00	-7,088	0,001
perceperea emoțională 4	911,50	2451,50	-2,201	0,001
clasificarea emoțională 1	346,00	1886,00	-6,216	0,018
clasificarea emoțională 2	320,50	1860,50	-6,353	0,001
diferențierea stărilor em. pr.	478,50	2018,50	-5,218	0,001
dif. st. em. adultului 1	507,50	2047,50	-5,018	0,001
dif. st. em. adultului 2	365,50	1905,50	-6,028	0,001
DSE – total	78,50	1618,50	-7,973	0,001

Imperfecțiunea diferențierii stărilor emoționale reflectă imperfecțiunea controlului emoțional. La copiii cu RDP domină emoțiile negative, care, prin urmare, au impact negativ asupra procesului reglării percepției, gândirii și altor fenomene psihice. Pentru ca reglarea volitivă să devină funcțională, copilul trebuie să dețină o anumită cantitate de energie psihică. Emoțiile negative nu formează energie psihică, necesară pentru activarea reglării volitive la acești copii, iar voința nu are propria sursă de energie. O astfel de sursă pentru procesele volitive sunt emoțiile pozitive opinează Д.Б. Эльконин [189]. Lipsa energiei psihice pozitive denotă imaturitatea relațiilor dintre emoții și voință, insuficiența conștientizării emoționale și incapacitatea copilului de a avea atitudini pozitive versus comportamentul său din punctul de vedere al exemplului, normei, regulii.

Deoarece în lotul copiilor cu RDP am inclus preșcolari și elevi mici cu

RDP cerebrogică și psihogenică, în continuare vom prezenta analiza datelor obținute în raport cu aceștia (vezi Fig. 2.2.).

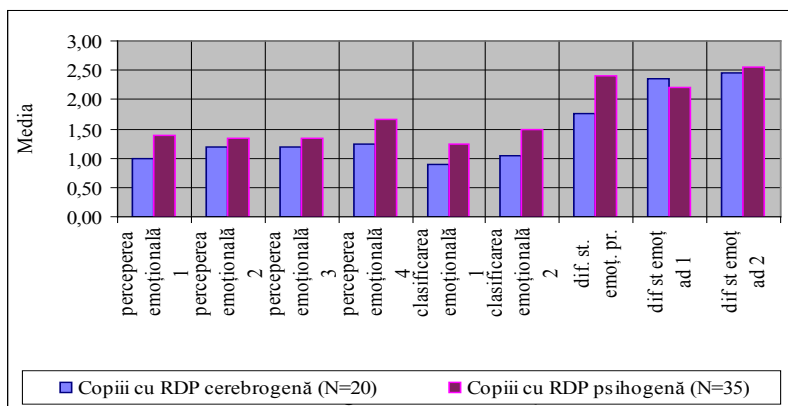


Fig. 2.2. Valorile medii obținute la copiii de 6-7 ani cu RDP cerebrogică și RDP psihogenică, „Diagnosticul stărilor emoționale”

Rezultatele prezentate în Fig. 2.2. (vezi p. 51) relevă diferențele între mediile obținute la copiii cu RDP cerebrogică și RDP psihogenică, cu vârstă cuprinsă între 6 și 7 ani la cei 9 parametri, pe care i-am considerat componente ale reglajului emoțional.

În Tabelul 2.4. prezentăm rezultatele diferențelor statistice semnificative obținute prin compararea datelor copiilor cu RDP cerebrogică de 6-7 ani și a celor cu RDP psihogenică de 6-7 ani.

În urma prelucrării statistice a rezultatelor obținute, se observă o diferență statistic semnificativă la parametrul perceperea emoțională 3: $z=-2,630$, $p=0,009$. Nu s-au demonstrat diferențe statistic-semnificative la următorii parametri: perceperea emoțională 1: $z=-1,352$, $p=0,176$; perceperea emoțională 2: $z=-1,180$, $p=0,238$; perceperea emoțională 4: $z=-0,255$, $p=0,799$; clasificarea emoțională 1: $z=-0,374$, $p=0,708$; clasificarea emoțională 2: $z=-0,927$, $p=0,354$; diferențierea stărilor emoționale proprii: $z=-1,343$, $p=0,179$; diferențierea stărilor emoționale ale adultului 1: $z=-0,284$, $p=0,776$; diferențierea stărilor emoționale ale adultului 2: $z=-0,613$, $p=0,540$; DSE – total: $z=1,020$, $p=0,308$. Rezultatele obținute ne

vorbesc despre o dezvoltare a percepției emoționale la copiii cu RDP cerebrogenă în vârstă de 6-7 ani, comparativ cu copiii cu RDP psihogenă de 6-7 ani.

Diferența între mediile la parametrul DSE la copiii de 6-7 ani cu DN și la cei cu RDP cerebrogenă și cu RDP psihogenă le prezentăm în Fig. 2.3.

Tabel 2.4. Semnificația diferențelor componentelor reglării emoționale dintre copiii cu RDP cerebrogenă și cei cu RDP psihogenă (6-7 ani)

Parametri	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	z	p
perceperea emoțională 1	289,00	499,00	-1,352	0,176
perceperea emoțională 2	326,00	536,00	-1,180	0,238
perceperea emoțională 3	332,00	542,00	-2,630	0,009
perceperea emoțională 4	274,00	484,00	-0,255	0,799
clasificarea emoțională 1	308,00	518,00	-0,374	0,708
clasificarea emoțională 2	285,00	495,00	-0,927	0,354
dif. stărilor em. Proprii	277,00	487,00	-1,343	0,179
dif. stărilor em. adultului 1	321,00	951,00	-0,284	0,776
dif. stărilor emoționale adultului 2	322,50	532,50	-0,613	0,540

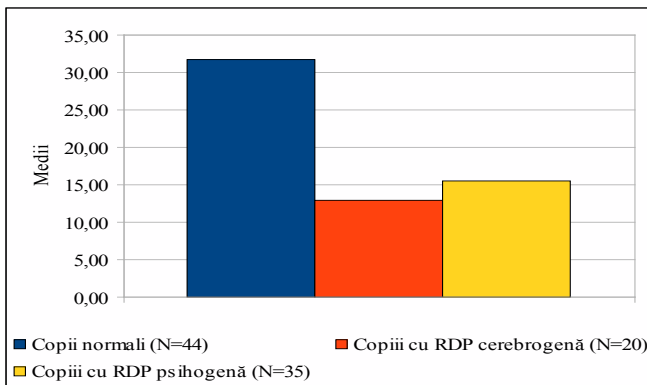


Fig. 2.3. Valorile medii obținute la copiii de 6-7 ani cu DN și cu RDP cerebrogenă și cu RDP psihogenă, la parametrul DSE, „Diagnosticul stărilor emoționale totale”

Rezultatele prezentate în Fig. 2.3. relevă diferențele între mediile obținute de copiii cu DN și de cei cu RDP cerebrogică și psihogenă la vârsta de 6-7 ani.

Analiza rezultatelor calitative ale dezvoltării componentelor reglării emoționale la copiii cu RDP denotă nematurizarea reglării emoțional-motivaționale prin perceperea emoțională, a reglării emoțional-verbale – clasificarea emoțională condiționată de reținerea în dezvoltarea reglării spontane prin limbaj, imperfecțiunea diferențierii stărilor emoționale proprii și ale maturilor din cauza nematurizării controlului emoțional și, ca urmare, reținerea în dezvoltarea interacțiunii dintre emoții și voință. Am constatat o dezvoltare neînsemnată a percepției emoționale la copiii cu RDP cerebrogică.

Pentru a evalua structura tipologică a reglării emoționale la copiii cu diferite forme de RDP și la cei cu DN, am aplicat tehnica „Metamorfoze” după H. Cemaró [159].

Acest test proiectiv prezintă o variantă complexă de test, compusă din diferite tehnici proiective de cercetare a personalității: tehnica „Animalul preferat”, elaborată de H. Pigem (1945–1949), tehnica „Metamorfoză”, propusă de J. Ruaier.

Conform clasificării testelor proiective după L. Frank [159], metoda dată este inclusă în grupul celor catarsice, unde situația de joc este provocată de întrebări puse în situații special organizate. Răspunsurile la aceste întrebări pot confirma conflictele extrapersonale sau specificul reacționării cu emoții corespunzătoare în situații concrete. Principiul tehnicii se bazează pe presupunerea că perceperea afectiv-personală poate transfera imaginea omului într-un obiect. Tehnicile proiective au fost utilizate în scopul determinării profilului tipologic al reglării emoționale, a frământărilor emoționale în situații concrete, a evaluării funcției stimulatoare a emoțiilor (fobii, dorințe conștientizate sau neconștientizate, necesități). Testul cercetează câteva tipuri de reglare emoțională: tipul de protecție (niște preferințe ale copilului când el se simte maximal protejat), tipul agresiv (alegerea de către copil a imaginilor unde el prezintă un pericol pentru cei din jur), tipul demonstrativ (sunt niște variante de comportament demonstrativ, care exprimă necesitatea de a fi în centrul atenției sau

este caracteristic pentru copiii care sunt lipsiți de atenția altor persoane), tipul autoconfirmare (acest tip prezintă libertate, independență, autoconfirmare prin conștientizarea propriei valori), tipul social-aprobat (poate avea caracter protectiv, când copilul răspunde pasiv așteptărilor adultului, sau ne informează despre o jenă a copilului în acceptarea normelor sociale), tipul protest (atitudine negativă față de acțiunile de cercetare sau o reacție de protest), tipul normal-condiționat (prezintă o atitudine obișnuită la mediul înconjurător). Fiecare tip este constituit din: preferință (dorințele copilului) și refuz (dorința copilului de a se elibera de niște trăiri negative).

Datele brute obținute au fost supuse procesării statistice. Am analizat din punctul de vedere al statisticii comparative următorii parametri: tipul de protecție – preferință, tipul de protecție – refuz, tipul demonstrativ – preferință, tipul demonstrativ – refuz, tipul autoconfirmare – preferință, tipul autoconfirmare – refuz, tipul social-aprobat – preferință, tipul social-aprobat – refuz, tipul agresiv – preferință, tipul agresiv – refuz, tipul normal-condiționat – preferință, tipul normal-condiționat – refuz, tipul protest.

În Fig. 2.4. (vezi p. 55) prezentăm rezultatele obținute de copiii cu DN și de copiii cu RDP cu vârsta cuprinsă între 6 și 7 ani. Rezultatele prezente în figura 2.4. relevă diferențe între mediile obținute la copiii cu DN și la cei cu RDP cu vârsta cuprinsă între 6 și 7 ani.

Procesul de învățare este totdeauna influențat de emoții, natura și extinderea achizițiilor corelează cu calitatea îngrijirilor și cu perceperea copilului, cu opiniile sale despre el și despre ceilalți.

Un atașament anxios se formează în cazul când responsabilitățile și atitudinile pozitive ale părinților în creșterea copilului nu sunt statornice, erorile educaționale nu sunt recuperate planificat, ci doar ocazional. Copilul percepe inconsecvența atitudinilor părintești, părinții sunt impredictibili în acțiunile și atitudinile lor. Copilul simte că este apreciat de către părinți ca valoare, dar această atitudine nu este percepută de către el ca una statornică; el atrage atenția sa către părinți, dar ea nu este obținută cu regularitate. El are nevoie de a atrage continuu atenția către sine și de a reconfirma aprecierea de sine ca valoare. Aceste circumstanțe, în care

copilul este nevoit de a atrage continuu atenția și de a depăși neîncetat anxietatea, pot conduce la o accelerare a proceselor de învățare.

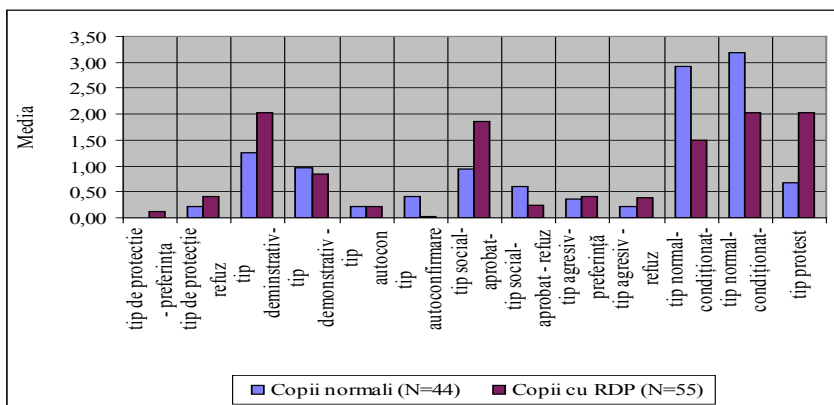


Fig. 2.4. Valorile medii obținute la copiii de 6-7 ani, "Metamorfoze"

Un atașament ambivalent se creează în cazul când principiile de creștere și educare a copilului sunt neclare, nestatornice, carențele educaționale sunt recuperate ocazional. În acest caz, senzațiile copilului sunt confuze: nesiguranță în aprecierea sa ca valoare, frică, incertitudine. El „cerșește” atenția părintească și atitudinea bună, dar aici predomină frica și închiderea în sine. Acest tip de atașament poate influența învățarea în mod variat, copilul ar putea să aibă performanțe la școală mai bune decât în cazul învățării individuale cu părinții.

În Tabelul 2.5. prezentăm analiza comparativă a copiilor cu DN și a celor cu RDP după parametrii enumărați mai sus (vezi p. 56).

În urma prelucrării statistice a rezultatelor obținute la copiii cu DN și la cei cu RDP, am înregistrat diferențe statistic-semnificative la următorii parametri: tipul demonstrativ – preferință: $z=-3,007$, $p=0,003$; tipul autoconfirmare – refuz: $z=-4,121$, $p=0,001$; tipul social-aprobat – preferință: $z=-4,199$, $p=0,001$; tipul social-aprobat – refuz: $z=-3,471$, $p=0,001$; tipul normal-condiționat – preferință: $z=-5,271$, $p=0,001$; tipul normal-condiționat – refuz: $z=-3,973$, $p=0,001$; tipul protest: $z=-4,166$, $p=0,001$. N-am obținut diferențe statistic-semnificative la următorii parametri: tipul de

protecție – preferință: $z=-0,377$, $p=0,706$; tipul de protecție – refuz: $z=-1,427$, $p=0,154$; tipul demonstrativ – refuz: $z=-1,054$, $p=0,292$; tipul autoconfirmare – preferință: $z=-0,374$, $p=0,708$; tipul agresiv – preferință: $z=-0,174$, $p=0,862$; tipul agresiv – refuz: $z=-1,388$, $p=0,165$. Rezultatele obținute reflectă un tablou mozaic la copiii cu DN, dar cu predominarea tipului normal-condiționat, comparativ cu copiii cu RDP, ceea ce denotă o dezvoltare normală a corelațiilor dintre emoții și voință.

Tabelul 2.5. Semnificația diferențelor structurii tipologice a reglării emoționale dintre copiii cu DN și cei cu RDP (6-7 ani)

Parametri	Mann-Whitney U	Wilcoxin W	z	p
Tipul de protecție – preferință	1182,00	2722,00	-0,377	0,706
Tipul de protecție – refuz	1052,50	2042,50	-1,427	0,154
Tipul demonstrativ – preferință	795,00	1785,00	-3,007	0,003
Tipul demonstrativ – refuz	1070,00	2610,00	-1,054	0,292
Tipul autoconfirmare – preferință	1176,00	2716,00	-0,374	0,708
Tipul autoconfirmare – refuz	846,00	2386,00	-4,121	0,001
Tipul social-aprobat – preferință	636,00	1626,00	-4,199	0,001
Tipul social-aprobat – refuz	802,50	2342,50	-3,471	0,001
Tipul agresiv – preferință	1190,50	2730,50	-174	0,862
Tipul agresiv – refuz	1057,00	2047,00	-1,388	0,165
Tipul normal-condiționat – preferință	487,50	2027,50	-5,271	0,001
Tipul normal-condiționat – refuz	658,50	2198,50	-3,973	0,001
Tipul protecție	649,50	1639,50	-4,166	0,001

Imaturitatea organizării cerebrale la copiii cu RDP se manifestă prin maturizarea încetinită a mecanismelor de inhibare a cortexului, prin intermediul căruia se efectuează reglarea și controlul activității regiunilor profunde.

Dezvoltarea la copil a reglării volitive și motivaționale a comportamentului propriu prin metode corecționale psihopedagogice condiționează maturizarea mecanismelor inhibitoare de reglare a cortexului cerebral.

Copiii cu RDP rămân în urmă, comparativ cu semenii lor cu psihicul normal, după maturizarea structurii activității cognitive. Această întârziere se manifestă prin nedezvoltarea părții operaționale a activității. Problemele cognitive sunt rezolvate la nivelul impulsului, deoarece copilul este inapt de a utiliza procedeul adecvat. Autorii menționează că activitățile corecționale trebuie să fie orientate spre dezvoltarea intereselor de instruire (motiv de sens) și a abilităților de efectuare a operațiilor cognitive în procesul efectuării sarcinilor de studiu (motiv procesual).

Dezvoltarea reglării emoțional-volitivă la elevii mici cu RDP este condiționată în mare măsură de factorii genetici, dar este modulată de enturajul și ambianța copilului. Acești factori constituie sursa de bază în formarea aptitudinilor de durată pentru învățare și pentru obținerea unei stări de bine fizice și psihologice, aceste capacități fiind corelate cu gradul de control asupra stresului, perceperea de sine, concepția relațiilor, comunicarea și viziunile preconceptuate asupra lumii.

Deoarece reglarea emoțional-volitivă a copilului cu RDP depinde de comportamentul adultului, modelul relațional părinte-copil, nivelul cultural etc., dezvoltarea copilului este profund influențată de calitatea atașamentului părintesc.

Atașamentul copilului cu RDP se formează în urma interacțiunilor dintre copil și mamă (părinte), prin perceperea vocii ei, expresiei feței, cuvintelor exprimate de către ea, prin mângâierea copilului, exprimarea dragostei și afecțiunii etc. Dezvoltarea emoțională a copilului este condiționată și de abilitățile copilului de a-și exprima necesitățile sale și, ca răspuns, de reacția părinților la aceste necesități. Armonizarea acestor interrelații, depășirea unor carențe sau defecte comportamentale părintești constituie condiții fundamentale, cu impact de durată, pentru crearea sistemului de valori al copilului, fidelității și confidenței relațiilor părinte-copil. Interacțiunile copilului cu alte persoane și modalitatea acestora influențează, la fel, procesul de învățare al copilului, la formarea „sinelui”, a comunicării verbale și a celei nonverbale.

Securitatea fizică și emoțională și reglarea stresului constituie premise importante pentru o dezvoltare optimă a copilului cu RDP. Elevul mic

dispune de un potențial limitat de autocontrol asupra stresului și necesită suport părintesc în acest domeniu.

Starea de insecuritate, în cazul neglijării emoționale din partea celor din jur, are repercusiuni de durată asupra programării și funcționării axei hipotalamus-hipofiză-suprarenale a copilului – mecanisme de bază în dezvoltarea potențialului de control și depășire a stresului. Securitatea emoțională se bazează pe o relație armonioasă părinte-copil în creșterea și educarea copilului și include unele competențe indispensabile părintești, prețuirea necondiționată a copilului ca valoare majoră, insuflarea încrederii, evitarea stărilor de teroare și frică, garantarea securității copilului.

La baza dezvoltării emoționale a copiilor cu RDP stau relațiile părinte – copil, interacțiuni cu influențe reciproce și asupra copilului, și asupra părinților. În acest context, un rol incontestabil îl are ambianța emoțională a copilului și capacitățile lui de: utilizare adecvată a relațiilor, control cognitiv și involuntar al stresului, concentrare, starea lui de spirit, dispoziția, motivarea, încrederea, abilitatea de a renunța la control sau dominare, abilitatea de a depăși stresul legat de schimbările din viață, autoaprecierea și altele. Un anturaj emoțional sănătos oferă copilului posibilitatea de a învăța deprinderi și competențe de independență, încredere, utilizare a relațiilor și atitudinilor. El își formează opinia față de sine ca valoare, capătă senzația de acceptare necondiționată din partea părinților și cea de încredere și securitate, condiții care permit o învățare optimă și care susțin formarea capacităților de flexibilitate și rezistență.

În continuare, vom prezenta valorile medii obținute de copiii cu RDP cerebrogenă și RDP psihogenă prin utilizarea testului „Metamorfoze” (vezi Fig. 2.5.).

Rezultatele prezentate în Fig. 2.5. demonstrează diferențele între mediile obținute de copiii cu RDP cerebrogenă și cu RDP psihogenă cu vârsta de 6-7 ani.

Pentru a sesiza diferențele între variabilele cercetate, am comparat datele obținute de acești copii. Analiza comparativă a rezultatelor obținute la copiii de 6-7 ani cu RDP cerebrogenă și cu RDP psihogenă este prezentată în Tabelul 2.5.

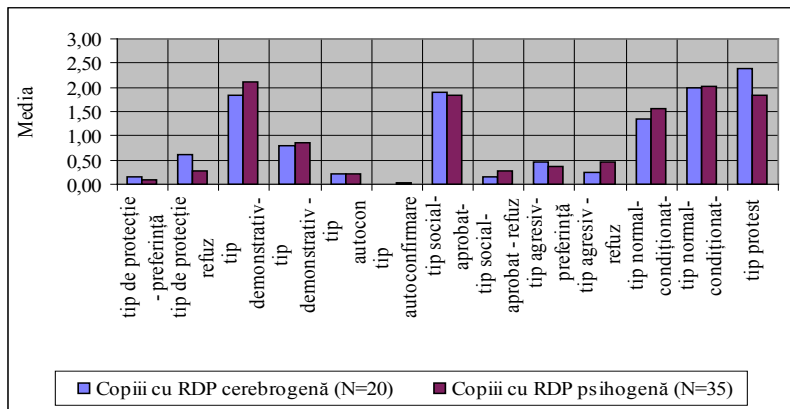


Fig. 2.5. Valorile medii la copiii de 6-7 ani cu RDP cerebrogică și RDP psihogenică stabilite prin utilizarea testului „Metamorfoze”

Tabel 2.5. Semnificația diferențelor structurii tipologice a reglării emoționale dintre copiii de 6-7 ani cu RDP cerebrogică și cei cu RDP psihogenică

Parametri	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	z	p
tip de protecție – preferință	319,00	949,00	-1,088	0,276
tip de protecție – refuz	257,00	887,00	-1,975	0,048
tip demonstrativ – preferință	317,00	572,00	-0,596	0,551
tip demonstrativ – refuz	312,50	522,50	-0,710	0,478
tip autoconfirmare – preferință	349,50	979,50	-0,014	0,989
tip autoconfirmare – refuz	340,00	550,00	-0,756	0,450
tip social-aprobat – preferință	335,00	965,00	-0,273	0,785
tip social-aprobat – refuz	329,50	539,50	-0,535	0,593
tip agresiv – preferință	290,00	920,00	-1,347	0,178
tip agresiv – refuz	300,00	510,00	-1,065	0,287
tip normal-condiționat – preferință	302,50	512,50	-0,901	0,368
tip normal-condiționat – refuz	343,50	553,50	-0,118	0,906
tip protest	309,00	939,00	-0,734	0,463

În urma prelucrării statistice a rezultatelor obținute, se poate observa diferența statistic-semnificativă la parametrul tipul protecție – refuz: $z=-1,975$, $p=0,048$. Nu s-au înregistrat diferențe statistic-semnificative la următorii parametri: tipul de protecție – preferință: $z=-1,088$, $p=0,276$; tipul demonstrativ – preferință: $z=-0,596$, $p=0,551$; tipul demonstrativ – refuz: $z=-0,710$, $p=0,478$; tipul autoconfirmare – preferință: $z=-0,014$, $p=0,989$; tipul autoconfirmare – refuz: $z=-0,756$, $p=0,450$; tipul social-aprobat – preferință: $z=-0,273$, $p=0,785$; tipul social-aprobat – refuz: $z=-0,535$, $p=0,593$; tipul agresiv – preferință: $z=-1,347$, $p=0,178$; tipul agresiv – refuz: $z=-1,065$, $p=0,287$; tipul normal-condiționat – preferință: $z=-0,901$, $p=0,368$; tipul normal-condiționat – refuz: $z=-0,118$, $p=0,906$; tipul protest: $z=-0,734$, $p=0,463$, deoarece copiii de 6-7 ani cu RDP cerebrogică se deosebesc de cei cu RDP psihogenă prin predominarea tipului de protecție – refuz, ca rezultat al dezvoltării mecanismului compensator de protecție și izolare. La acești copii, am observat tendințe dismorfofobice (prefer să fiu un fotoliu vechi, care stă în ungher și pe care nimeni nu-l observă). Acest fenomen ne confirmă faptul că la copil nu sunt dezvoltate așa sentimente ca încrederea și simpatia, deoarece nu există legături afectuoase între copil și matur (J.Bowlby [199]). Date statistice demonstrează imperfecțiunea reglării emoționale, care, drept consecință, modifică comportamentul copiilor.

Analiza rezultatelor obținute confirmă faptul că la copiii cu DN se observă un tablou mozaic, prin predominarea tipului normal-condiționat, comparativ cu copiii cu RDP. Copiii cu RDP cerebrogică se deosebesc de cei cu RDP psihogenă prin dominarea tipului de protecție – refuz.

Pentru a evalua structura nivelară a reglării emoționale la copiii cu diferite forme de RDP și la cei cu DN, am aplicat testul „Reglarea emoțional-bazală” (REB) după T. Pavlii [137].

Tehnica este bazată pe următoarele principii: 1) tulburările afective, în calitate de componente ale conștientului, reflectă interacțiunea individuală a copilului cu mediul înconjurător; 2) caracterul proiectiv reflectă imaginea nediferențiată a formelor de experiență afectiv-verbală, care apoi se includ în tulburări emoționale mai complexe; 3) materialul stimulativ provoacă diferite reacții emoționale, caracteristice pentru diferite niveluri

ale comportamentului emoțional, conform conceptului „Reglarea comportamentului emoțional-bazal”elaborat de către В.В. Лебединский, Е.Р. Баенская și М.М. Либлинг [120].

Testul este fundamentat pe următoarele idei: ideea aplicării filmului (modificarea testului Rene-Jili (И.Н. Гильшева, Н.Д. Игнатъева [65]), ideea aplicării expresiei mimice în aprecierea atitudinii emoționale (P.C. Немов [135]), forma procesului-verbal (HAND-TEST) [148].

Scopul aplicării testului a fost aprecierea specificului dezvoltării nivelare a comportamentului emoțional în mod separat, determinarea reacțiilor emotive la copiii cu RDP și la cei cu DN în diferite situații și determinarea „profilului” nivelurilor reglării afective.

Au fost analizați următorii parametri: reacția adecvată la nivelul reactivității polare – PR, la nivel de stereotipuri – ST; la nivelul expansiunii – E, la nivel de control emoțional – K; hiperfuncția nivelară – GPR, GST, GE, GK; hipofuncție – nivelară pr, st, e, k. Fiecare dintre aceste parametri prezintă o stare a reglării emoțional-volitiv: PR prezintă niște reacții primare de adaptare psihologică, ST prezintă adaptarea la mediul înconjurător și formarea stereotipurilor afective, E – adaptarea activă la niște situații neprevăzute, K– colaborarea emoțional-pozitivă, formarea mijloacelor de orientare în frământările emoționale, formarea regulilor și normelor afective. CPR – creșterea pragului sensibilității în aprecierea impactului mediului înconjurător, limitarea distanței în comunicarea cu adulții și semenii, limitarea în determinarea calității activității, diminuarea selectivității acțiunii; GST– crește diapazonul reacțiilor senzoriale primare plăcute, reprimarea aprecierii reacțiilor pozitive, apare furia și nerăbdarea, GE – apare o reacție marcată prin afect față de mediul înconjurător; GK – limitarea distanței în comunicarea cu adulții și semenii, diminuarea selectivității contactelor sociale, dispare insistența în comportamentul orientat spre scop. Pr este aprecierea neadecvată a propriei securități, disconfort emoțional; st prezintă sensibilitatea sporită la unele persoane, obiecte, situații, impresionalitatea, superselectivitatea, pierderea controlului asupra formelor stereotipice de adaptare, nehotărârea, experiența negativă în colaborarea cu mediul, dispariția dorinței trecerii prin dificultăți. K relevă diminuarea contactului emoțional, dezadaptarea individuală.

În Fig. 2.6. prezentăm rezultatele obținute la copiii cu DN și la copiii cu RDP în vârstă de 6-7 ani. Rezultatele prezentate în Fig. 2.6. relevă diferențele dintre mediile obținute la copiii cu DN și la cei cu RDP în vârstă de 6-7 ani la 12 parametri.

În cazul dezvoltării psihice asincronice nu se realizează reglarea spontană a comportamentului în diferite situații sociale, deoarece lipsesc trăsăturile de personalitate caracteristice vârstei. Tempoul încetinit al dezvoltării psihice și intelectuale, dezvoltarea încetinită a personalității are urmări asupra dezvoltării autoreglării moral-etice a comportamentului. Astfel, nu se realizează potențialul de vârstă al sferei moral-etice și al autoreglării, fapt ce împiedică dezvoltarea generală a psihicului.

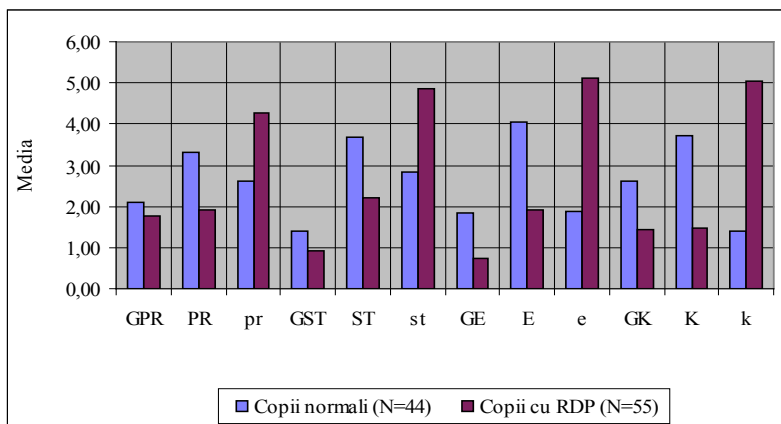


Fig. 2.6. Valorile medii obținute la copiii cu vârsta de 6-7 ani stabilite prin utilizarea testului “REB”

Copiii întâlnesc dificultăți în planificarea acțiunilor în plan verbal, nu întotdeauna se ghidează de o singură cerință. Dărilor de seamă verbale despre acțiunile efectuate nu sunt complete, copilului îi este mai ușor să efectueze acțiuni conform instrucțiunii, decât să dea darea de seamă verbală despre lucrul efectuat. În dezvoltarea vorbirii interne, conform opiniei emise de У.В. Ульяновка [149], la copiii cu RDP există un tempo încetinit de dezvoltare a capacității de prognozare și autoreglare a activității.

Dezvoltarea limbajului la copilul cu RDP se face prin explicarea de către părinți și cei din jur a sensului sunetelor auzite. Limbajul folosit este, de regulă, primitiv și sărac, fapt care conduce la o insuficientă stimulare a dezvoltării și la o reținere a dezvoltării limbajului și comunicării.

Pentru o dezvoltare optimă a limbajului la copilul cu RDP este nevoie de fortificarea continuă a cunoștințelor, prin repetări, interpretări, încurajări etc., activități absente în cazul neglijării. Strigătele nervoase, vocea ridicată, tonalitatea brutală a vorbirii pot influența înțelegerea intuitivă a semnificației unor cuvinte de către copil. Din cauza limbajului sărac, copilul cu RDP poate avea probleme de comunicare și de stabilire a relațiilor cu alți copii, dificultăți de integrare școlară și socială, autoapreciere joasă.

Evitând comunicarea, acești copii nu-și îmbogățesc vocabularul, pot realiza unele trăsături autiste de neînțelegere a sensului ascuns al cuvintelor, sarcasmului sau umorului. Vorbirea neîncetată le poate provoca senzații neplăcute, chiar de durere. În acest caz pot fi observate și dificultăți de înțelegere a limbajului cunoscut, din cauza stărilor emoționale; copilul, ca rezultat al experiențelor sale negative, poate fi concentrat doar la intonație, tonalitate, maniera de comunicare, sensul cuvintelor scăpându-i. Folosirea de către copil a unui jargon primitiv cu cuvinte murdare poate servi și ca indicator sugestiv al neglijării emoționale, abuzului. Copilul se adaptează prin autorestricții, în cazul când necesitățile sale nu sunt realizate adecvat; refuzul de a comunica servește pentru el drept instrument de control.

Comunicarea nonverbală a copilului cu RDP are și ea particularități semnificative. În

condiții normale, copilul apelează la comunicarea nonverbală din primul an de viață, la vârsta de 18 luni demonstrând capacități conștiente de modulare a răspunsului. Evitarea fixării privirii la fața răutăcioasă conduce la stagnarea însușirii semnificației mimicii și altor componente ale comunicării nonverbale. Capacitățile reduse de concentrare îl împiedică în citirea unor nuanțe subtile ce țin de achizițiile de socializare. Impulsivitatea exagerată contribuie la incapacitatea de a reacționa printr-un comportament adecvat, în special, din cauza absenței unor modalități cognitive eficiente de control, care ar fi trebuit să fie învățate de la părinți.

Frica de respingere compromite interacțiunile și comunicarea cu cei din jur. Precauția exagerată și teama de reacții negative, reacțiile inadecvate de frică, hipersensibilitatea la atingere etc. pot conduce la izolare socială. O atitudine exagerată de prietenie sau alte comportamente de protecție exagerată din partea adultului pot contribui la crearea unei impresii false de dezvoltare socială bună a copilului.

Analiza particularităților psihologice ale copiilor cu RDP duce la evidențierea pasivității intelectuale, volum redus de cunoștințe și reprezentări asupra lumii înconjurătoare, întârziere în formarea operațiilor mintale, subdezvoltarea tuturor părților vorbirii, gătița permanentă pentru conflict, incapacitatea de a rezolva situațiile tensionate, autocritică scăzută, dependență mărită a comportamentului de situație, nivel jos de reglare volitivă.

În Tabelul 2.6. prezentăm rezultatele comparative la copiii cu DN și la copiii cu RDP.

Tabelul 2.6. Semnificația diferențelor dezvoltării nivelare a reglării emoționale dintre copiii de 6-7 ani cu DN și copiii cu RDP

Parametri	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	z	p
GPR	980,00	2520,00	-1,677	0,094
PR	569,00	2109,00	-4,601	0,001
pr	392,00	1382,00	-5,892	0,001
GST	955,50	2495,50	-1,905	0,057
ST	458,00	1998,00	-5,416	0,001
st	361,00	1351,00	-6,074	0,001
GE	487,00	2027,00	-5,355	0,001
E	298,00	1838,00	-6,547	0,001
e	239,00	1229,00	-6,901	0,001
GK	521,50	2061,50	-4,980	0,001
K	213,00	1753,00	-7,130	0,001
k	115,00	1105,00	-7,807	0,001

În urma prelucrării rezultatelor obținute, am estimat diferențe statistic-semnificative la următorii parametri: PR: $z=-4,601$, $p= 0,001$; pr: $z=-5,892$, $p=0,001$; ST: $z=-5,416$, $p= 0,001$; st: $z=- 6,074$, $p= 0,001$; GE: $z=-5,355$, $p=0,001$; E: $z=-6,547$; $p=0,001$; e: $z=-6,901$, $p=0,001$; GK: $z=-4,980$, $p=0,001$; K: $z=-7,130$, $p= 0,001$; k: $z=- 7,807$, $p=0,001$. Nu am constatat diferențe statistic-semnificative la următorii parametri: GPR: $z=-1,677$, $p=0,094$; GST: $z=-1,905$, $p=0,057$, deoarece la copiii cu DN, comparativ cu copiii cu RDP, se observă o tendință spre maturizarea tuturor nivelurilor reglării emoționale și, mai cu seamă, a nivelurilor superioare care se includ în reglarea emoțional-volitivă (nivelul expansiunii și controlului emoțional).

În Fig. 2.7. prezentăm rezultatele obținute la copiii cu RDP cerebrogenă și cu RDP psihogenă cu vârsta cuprinsă între 6 și 7 ani.

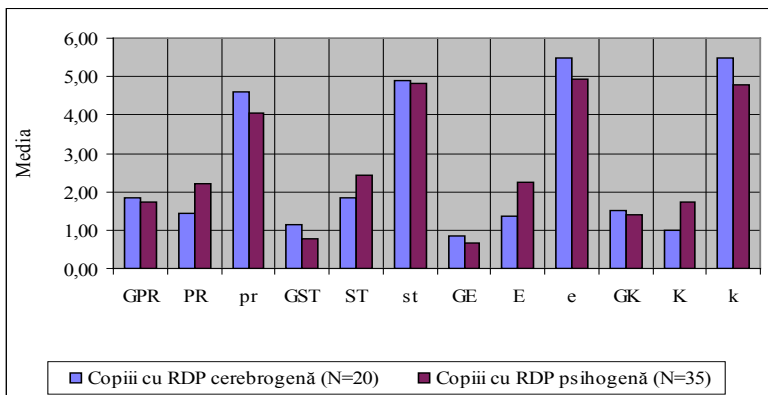


Fig. 2.7. Valorile medii la parametrii testului „REB” la copiii de 6-7 ani cu diferite forme de RDP

Rezultatele prezentate în Fig. 2.7. demonstrează diferențe între mediile obținute la copiii cu RDP cerebrogenă și cu RDP psihogenă la vârsta de 6-7 ani.

Mediile obținute nu diferă esențial, fiind aproape identice. Copiii cu ambele tipuri de RDP denotă nematurizarea reglării emoționale și incapacitatea diferențierii emoționale și, drept consecință, lipsa reglării volitive a activității dominante și acțiunilor sociale.

În tabelul 2.7. (vezi p. 65) vom reda rezultatele comparative ale dezvoltării nivelare a reglării emoționale la copiii de 6-7 ani cu RDP cerebrogenă și la cei cu RDP psihogenă.

În urma prelucrării statistice a rezultatelor obținute, am constatat diferențe statistic-semnificative la următorii parametri: PR: $z=-1,994$, $p=0,046$; E: $z=-2,345$, $p=0,019$; K: $z=-2,060$, $p=0,039$; k: $z=-2,388$, $p=0,017$. Nu am înregistrat diferențe statistic-semnificative la următorii parametri: GPR: $z=-0,346$, $p=0,729$; pr: $z=-1,802$, $p=0,072$; GST: $z=-1,304$, $p=0,192$; ST: $z=-1,650$, $p=0,099$; st: $z=-0,360$, $p=0,719$; GE: $z=-0,322$, $p=0,747$; e: $z=-1,182$, $p=0,237$; GK: $z=-0,566$, $p=0,571$. Rezultatele obținute prin prelucrarea statistică ne dovedesc că la copiii cu RDP cerebrogenă de 6-7 ani, comparativ cu copiii cu RDP psihogenă de 6-7 ani, reglarea emoțional-volitivă este neomogenă. La ei, se atestă o dezvoltare înaltă a nivelului de reactivitate polară, reținere în dezvoltarea controlului emoțional din cauza imaturității lobului frontal.

Tabelul 2.7. Semnificația diferențelor dezvoltării nivelare a reglării emoționale la copiii de 6-7 ani cu RDP cerebrogenă și la cei cu RDP psihogenă

Parametrii	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	z	p
GPR	331,00	961,00	-0,346	0,729
PR	240,00	450,00	-1,994	0,046
Pr	250,50	880,50	-1,802	0,072
GST	282,00	912,00	-1,304	0,192
ST	260,50	470,50	-1,650	0,099
St	330,00	960,00	-0,360	0,719
GE	33450	544,50	-0,322	0,747
E	222,00	432,00	-2,345	0,019
E	283,50	913,50	-1,182	0,237
GK	319,00	539,00	-0,566	0,571
K	237,00	447,00	-2,060	0,039
K	217,00	847,00	-2,388	0,017

În conformitate cu cele expuse mai sus, putem afirma că la copiii cu RDP se înregistrează o reținere în dezvoltarea tuturor nivelurilor reglării emoționale și mai cu seamă a celor care se includ în reglarea emoțional-volitivă (nivelul expansiunii și nivelul controlului emoțional). Analiza comparativă confirmă faptul că în RDP cerebrogenă, spre deosebire de RDP psihogenă, se observă o dezvoltare neomogenă, din cauza imaturității lobului frontal, care dirijează reglarea emoțional-volitivă, dezvoltarea nivelului reactivității polare, expansiunii și reținerii în dezvoltarea controlului emoțional.

O personalitate fragilă, dizarmonică, precum este copilul cu RDP, determină și raporturi instabile între elementele afective, schimbările justificate ale stărilor afective, trecerea bruscă de la o stare la alta; iar în plan comportamental, copilul manifestă reacții necontrolate, paradoxale. Din cauza caracterului exploziv, haotic, schimbător, emoțiile au influență destabilizatoare asupra vieții psihice a copilului cu RDP.

Copilul cu RDP reușește într-o măsură mică să-și evalueze trăirile și manifestările afective, ele ies de sub controlul conștient, căpătând, adesea, caracteristici discordante și sunt inadecvate în raport cu mediul, sub raportul intensității și al expresivității. Probabil, manifestările emoționale foarte puternice, neadecvate la stimulul care le-a produs, sunt efectul capacității reduse a scoarței cerebrale de a realiza un control asupra centrilor subcorticali. Dar sunt și excepții – nu toți copiii cu RDP manifestă emoții explozive. Unii dintre ei sunt placizi, au o capacitate redusă de a stabili contacte afective adecvate cu adulții sau cu copiii de aceeași vârstă.

Structurile psihice ale copilului cu RDP evoluează, ca urmare a dezvoltării trăsăturilor emoțional-volitivă, într-un mod distorsionat, urmând același traiect al personalității normale, însă incomplet și la niveluri calitative mult mai scăzute. Astfel emotivitatea copilului cu RDP trebuie să urmeze modificările caracteristice organizării personalității acestuia. Ea este modificată prin:

- organizarea deficitară generală a structurilor și funcțiunilor neuropsihice;
- autonomie marcantă a structurilor, cu predominarea structurilor energetice (biologice);
- dezorganizarea circuitelor cortico-subcorticale;

- dereglarea mecanismului endocrin;
- corticalizare slabă, care conduce la o nediferențiere a comportamentului emoțional;
- structura axiologică a comportamentului emoțional care prezintă o slabă forță de integrare valorică.

Toate aceste dereglări, în consecință, modifică structura și funcționalitatea emotivității, dar nu împiedică total manifestarea acesteia, dimpotrivă, oricât ar părea de paradoxal, dezordinea cu care este dotată organizarea personalității copilului cu RDP creează formule foarte diferite ale comportamentului emoțional, cu un grad mult mai mare de probabilitate decât în cazul copiilor normali. Acest fapt creează, pe de o parte, o mare dificultate în stabilirea categoriilor de manifestări afective, iar pe de altă parte, o complicație extremă în ceea ce privește educabilitatea copilului cu RDP. Poate mai mult decât la copilul normal, emotivitatea copilului cu RDP este legată de motivația existențială. Inserția socială a copilului cu RDP, datorită tulburărilor procesului de formare a Eu-lui, creează totdeauna o stare conflictuală. Din cele expuse mai sus, putem deduce că una din caracteristicile de bază care definesc formula emotivității copilului cu RDP este starea conflictuală.

La majoritatea copiilor cu RDP am depistat simptomul de întârziere în apariția și organizarea formelor diferențiate de reacții emoționale și de comportament emoțional, care se caracterizează prin: inhibiție (inghețare) emoțională, defensivitate, retragere, refuz, negativism. Datele demonstrează că cel mai frecvent întâlnit este negativismul, care se manifesta printr-o forță deosebită de non-participare la activitate, la relații interpersonale, la joc, lentoare accentuată, somnolență, dezinteres, apatie etc. De cele mai multe ori, originea acestor modificări de hipoemotivitate este de natură neuro-endocrină și au o consecință deosebită asupra procesului de învățare. La ei, se constată o trecere rapidă de la apatie la explozii emoționale: râs – plâns, respingere – azeziune, tristețe – bucurie etc.; instabilitate psihoemoțională relațională, hiperemotivitate, impulsivitate; insensibilitate emoțională, anxietate, depresie, frică de noutate, de schimbări de relații; tulburări ale ritmului vorbirii, ale fonației și articulației; sugestibilitate crescută, credulitate prin lipsă de discernământ axiologic.

Imaturitatea emoțională face ca un copil de vârstă școlară mică cu RDP

să aibă adeseori manifestări proprii preșcolariilor, sub aspectul emoțiilor și sentimentelor. Acești copii sunt capabili să lucreze cu eficiență numai dacă profesorul stă lângă ei, dacă îi încurajează și îi aprobă în permanență. La un nivel infantil se desfășoară și jocul lor. Copiii cu RDP, chiar și atunci când nu prezintă tulburări ale afectivității, au o gamă mai redusă de sentimente, decât normalii de aceeași vârstă.

2.3. Cercetarea reglării volitive la copiii cu RDP

Cercetând aspectul istoric al dizontogeniei sferei emoțional-volitive la copiii cu RDP, И.Ф. Марковская [129] a determinat etiologia simptomelor primare și secundare în dezvoltarea asincronă a reglării. În RDP constituțională, simptomul primar este nematurizarea inițierii și orientării spre un scop, iar cel secundar este imperfecțiunea programării și controlului; în RDP cerebrogenă, simptomul primar este lipsa capacității de programare a acțiunii (simplificarea și falsificarea), iar cel secundar – refuzul; în RDP somatogenă simptomul primar este deficitul controlului și al concentrării atenției, simptomul secundar este incapacitatea de programare a acțiunilor; în RDP psihogenă nu au fost depistate dereglări specifice, deoarece nu există date despre organizarea funcțiilor psihice superioare. Activitatea voluntară a copiilor cu RDP prezintă deficiențe în toate momentele desfășurării sale.

Scopurile pe care și le fixează copiii cu RDP sunt, în general, scopuri apropiate, generate de trebuințele sau de interesele momentane. O altă particularitate constă în faptul că copiii cu RDP se abat de la scopul ce le-a fost fixat, dacă întâmpină dificultăți în realizarea lui, și execută o altă activitate, mai ușoară. Din această cauză, la ei apare disconfortul emoțional. Acestei categorii de copii le este caracteristică utilizarea surselor de reglare externă, dar cu evaziunea de la scopul general și conformarea la scopuri limitate, de compromis. De regulă, în asemenea cazuri se conturează două tipuri de scopuri limitate: stimulator (de a finaliza mai rapid activitatea sau acțiunea) și slab stimulator (de a continua activitatea sau acțiunea).

Pentru antrenarea copiilor cu RDP într-o activitate, este importantă mobilizarea energiei lor și asigurarea cooperării acestor copii cu adulții și cu semenii.

În general, copiii cu RDP de orice grad au nevoie de susținere și încurajare în timpul apropiat executării acțiunii și pe parcursul derulării ei. Instrucțiunile frecvente, chiar dacă sunt scurte, sporesc eficiența activității. Evident, elevii cu RDP au nevoie de multe încurajări, dar nu trebuie să se exagereze în această privință, pentru a nu le dezvoltă supraaprecierea (să nu-și formeze păreri exagerat de bune despre sine). Pe măsura învingerii anumitor obstacole în realizarea scopului preconizat, copiilor li se vor fixa scopuri noi, de o complexitate mai mare.

Comunicarea verbală spontană și respectarea regulilor de acțiune sunt indici ai voinței și, totodată, condiții de dezvoltare a reglării voluntare, de aceea, pentru a atinge scopul cercetării realizate de noi, ne-am propus să cercetăm aceste variabile.

Pentru determinarea specificului dezvoltării reglării volitive la copiii cu diferite forme de RDP și la cei cu DN am aplicat testul „Da” și „Nu” după Л. Красильникова [118]. Metodica este simplă și sigură, printre tehnologiile de diagnosticare a dezvoltării comportamentului volitiv la copiii cu vârsta de 6-7 ani și în special pentru depistarea nivelului de comunicare verbală spontană.

Tehnica dată a fost utilizată în scopul studierii maturizării reglării volitive, prin aprecierea respectării regulii.

Valorile medii obținute la copiii de 6-7 ani cu DN și la cei cu RDP sunt ilustrate în Fig. 2.8.

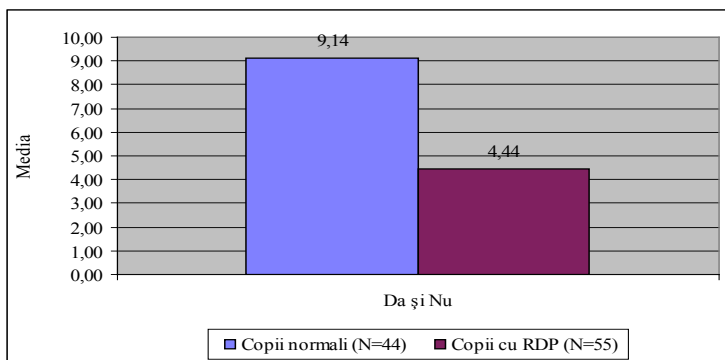


Fig. 2.8. Valorile medii obținute la parametrii testului „Da” și „Nu” la copiii de 6-7 ani DN și la cei cu RDP

Analizând rezultatele obținute la copiii cu DN și la cei cu RDP, au fost estimate diferențe statistice dintre mediile obținute la această categorie de vârstă.

Cercetarea ne-a permis să stabilim că copiii cu DN se deosebesc de copiii cu diferite forme de RDP, datele fiind prezentate în Tabelul 2.8. (vezi p. 69).

Tabelul 2.8. Semnificația diferențelor dezvoltării reglării volitive dintre copiii de 6-7 ani cu DN și cei cu RDP

	Diferența statistică
Mann-Whitney U	613,00
Wilcoxon W	2153,00
z	-4,247
p	0,001

În urma prelucrării statistice a rezultatelor, am obținut diferențe statistic-semnificative la următorii parametri: răspunsuri corecte (punctaj) și procente ale răspunsurilor corecte: $z=-4,247$, $p=0,001$, deoarece la copiii cu DN, comparativ cu copiii cu RDP, are loc maturizarea normală a reglării volitive. Copiii cu DN respectau mai frecvent regulile de desfășurare a activității, iar cei cu RDP nu le respectau întotdeauna, deoarece nu le înțelegeau sau așteptau să le fie demonstrată acțiunea de mai multe ori.

Infantilismul psihic, constată I.A. Кудрявцев [108], creează dereglări de comportament: nematurizarea voinței (neorganizare, lipsa capacității de a înfrunta dificultăți, supunerea la influențele negative, dorința acută de a primi plăceri, incapacitatea concentrării asupra acțiunii orientate spre un scop; reținerea maturizării sferei moral-etice (nedezvoltarea interzicerilor normative interne, a sentimentelor morale, relații indolente, indiferență față de unele lucruri sociale); nedezvoltarea conștiinței de sine (reflexie nefastă, insuficiență de autocontrol și autoanaliză conform cerințelor sociale, autoapreciere joasă, neconștientizarea propriilor capacități).

Rezultatele obținute confirmă faptul că reglarea volitivă prin intermediul semnului (limbajului) are un tempo încetinit în maturizarea copiilor

cu RDP. Comportamentul lor coincide cu activitatea subiectivă, este neconștientizat și nu le trezește copiilor atitudini și emoții pozitive.

În Fig. 2.9. (vezi p.70) sunt prezentate grafic rezultatele obținute de copiii de 6-7 ani cu RDP cerebrogenă și cu RDP psihogenă.

Rezultatele prezentate în Fig. 2.9. demonstrează diferențe între mediile obținute la copiii de 6-7 ani cu RDP cerebrogenă și cu RDP psihogenă.

Diferențele statistice dintre copiii de 6-7 ani cu RDP cerebrogenă și cei cu RDP psihogenă sunt prezentate în Tabelul 2.9. (vezi p. 70).

Tabel 2.9. Semnificația diferențelor dezvoltării reglării volitive dintre copiii de 6-7 ani cu RDP cerebrogenă și cei cu RDP psihogenă

	Corect
Mann-Whitney U	328,50
Wilcoxon W	538,50
z	-0,391
p	0,696

În urma prelucrării statistice a rezultatelor obținute, nu am constatat diferențe statistice semnificative la parametrul corect: $z=-0,391$, $p=0,696$, deoarece în ambele forme de RDP se constată nematurizarea reglării volitive, cauzată de factori psihosocial și organic.

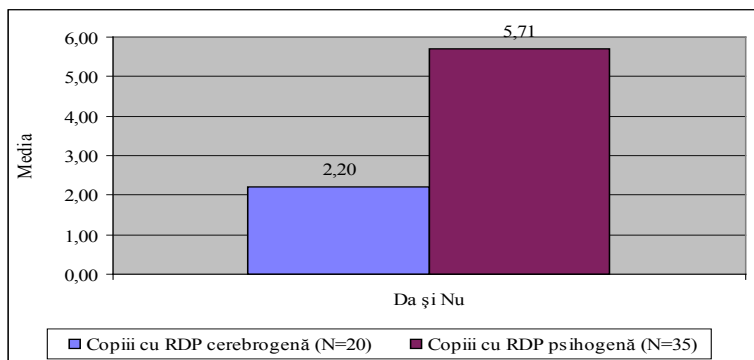


Fig. 2.9. Valorile medii la copiii de 6-7 ani cu RDP cerebrogenă și RDP psihogenă, stabilite prin utilizarea testului „Da” și „Nu”

Datele statistice obținute ne permit să concluzionăm că la copiii cu RDP, comparativ cu cei cu DN, se constată un nivel redus de reglare volitivă. Performanțele copiilor cu RDP cerebrogenă și psihogenă denotă o dezvoltare defectuoasă a reglării volitive sub incidența diferitor factori: la cei cu RDP cerebrogenă dominând factorul organic, iar la cei cu RDP psihogenă – cel psihosocial. Nematurizarea reglării volitive la copiii cu RDP cerebrogenă este condiționată de reținerea în maturizarea funcției reglatorii, localizată în lobul frontal, care este apreciată ca factor conducător ce stă la baza reținerii în dezvoltarea psihică. Factorul psihosocial determină traiectoria dezvoltării psihice generale și, respectiv, a reglării volitive la copiii cu RDP psihogenă: lipsa încurajării și susținerii din partea adultului, absența interesului față de activitatea realizată.

Reținerea în dezvoltarea reglării volitive la copiii cu RDP cerebrogenă și la cei cu RDP psihogenă denotă nematurizarea corelațiilor dintre emoții și voință. Emoțiile nu se includ în dezvoltarea spontaneității și a voinței. Regulile activității, enunțate de adult, nu le trezesc copiilor nici un fel de trăire emoțională (pozitivă sau negativă), de aceea regula nu se transformă într-un motiv cu sens personal orientat spre activitate.

Datele obținute în urma cercetării emoțiilor și voinței ne-au condus la studierea reglării emoțional-volitivă drept componentă psihologică.

Adaptarea copiilor cu RDP la cerințele mediului este deseori complicată din cauza prezenței tulburărilor emoționale. Urmările pe care le au particularitățile emoțiilor asupra eficienței activității sunt atât de însemnate, încât este dificil să se cunoască nivelul intelectual real al unui copil cu tulburări profunde în sfera emoțională.

Observațiile clinice au demonstrat existența unei categorii de copii la care anumite carențe emoționale grave blochează dezvoltarea intelectuală sau maschează posibilitățile cognitive reale. La acești copii, normalizarea vieții emoționale poate duce la o dezvoltare ulterioară normală a capacităților intelectuale sau, cel puțin, la o îmbunătățire a ei. Tulburările emoționale par a fi sursa cea mai importantă a neadaptării școlare.

În studiul realizat am cercetat interacțiunea dintre emoții și voință cu ajutorul testului „Problemă nerezolvabilă” după Н.И. Александрова și Т.И. Шульга [43]. Scopul cercetării constă în determinarea corelațiilor

dintre stabilitatea emoțională și efortul volitiv în activitatea intelectuală.

În continuare prezentăm rezultatele privind interacțiunea dintre emoții și voință la subiecții cercetați: copiii cu RDP cerebrogenă au dovedit nivel inferior 65%, mediu 35%, superior 0; cei cu RDP psihogenă – nivel inferior 43%, mediu 37%, superior 20%; copiii cu DN – nivel inferior 25%, mediu 23%, superior 52%. Distribuirea rezultatelor privind interacțiunea dintre emoții și voință la subiecții experimentați este reflectată în Fig.2.10. (vezi p. 72).

Prin utilizarea testului am analizat următoarele caracteristici: nivelul și cauza insuccesului în activitate, numărul de încercări în realizarea sarcinilor, stabilitatea emoțională și dezvoltarea calităților volitive. Toate aceste caracteristici demonstrează gradul de corelare dintre emoții și voință: nivel superior – stabilitatea emoțională, cu dezvoltarea calităților volitive, nivel mediu – instabilitatea emoțională, cu impulsivitate, nivel inferior – instabilitatea emoțională, cu nematuritatea calităților volitive; cauza insuccesului – adecvată, neadecvată, finalizare spontană a activității, numărul de încercări prezintă gradul de maturitate a insistenței.

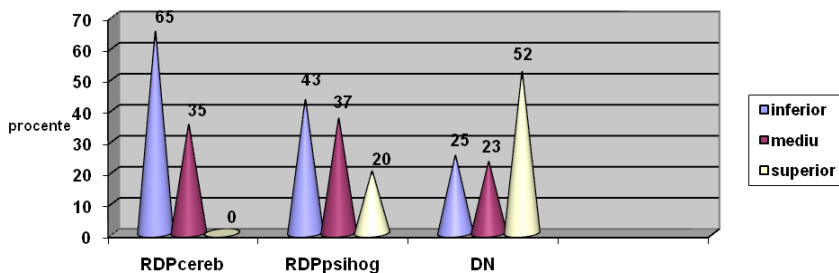


Fig.2.10. Distribuirea rezultatelor privind interacțiunea dintre emoții și voință la subiecții experimentați

În continuare, vom analiza rezultatele privind interacțiunea dintre emoții și voință la subiecții experimentali.

Rezultatele obținute de copiii cu DN și de cei cu RDP cu vârsta de 6-7 ani la parametrii interacțiunii emoții – voință sunt ilustrate în Fig. 2.11.

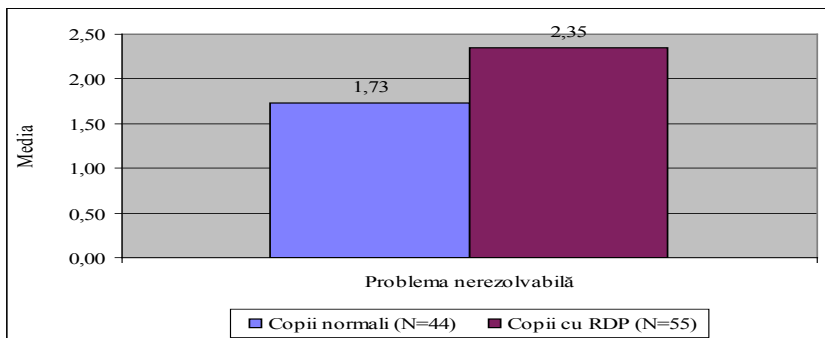


Fig. 2.11. Valorile medii obținute de copiii de 6-7 ani cu DN și de cei cu RDP stabilite prin utilizarea testului „Problemă nerezolvabilă”

Analizând valorile medii prezentate în Fig. 2.11., obținute de copiii cu DN și de cei cu RDP în vârstă de 6-7 ani, au fost estimate diferențe dintre mediile obținute la această categorie de vârstă.

Copiii cu DN au demonstrat o medie de 1,73 cote, iar cei cu RDP – 2,35 cote. Copiii cu RDP mai frecvent nu pot rezolva problemele propuse. Incapacitatea lor de concentrare și distribuție a atenției conduce spre involuntaritate în realizarea activității. Ei denotă instabilitate emoțională și impulsivitate, deoarece calitățile volitive sunt imature, spre deosebire de copiii cu DN, care mai frecvent rezolvă problemele cu care se confruntă.

În tabelul 2.10. prezentăm rezultatele comparative la copiii cu DN și la cei cu RDP.

Tabelul 2.10. Semnificația diferențelor interacțiunii emoțiilor și voinței dintre copiii cu DN și cei cu RDP (6-7 ani)

	Nivel	Cauza ins.	Nr. de încer.	Stab. emoț.
Mann-Whitney U	728,50	728,50	728,50	728,50
Wilcoxon W	1718,50	1718,50	1718,50	1718,50
z	-3,604	-3,604	-3,604	-3,604
p	0,001	0,001	0,001	0,001

În urma prelucrării statistice a rezultatelor, am obținut diferențe statistic-semnificative dintre copiii cu DN și cei cu RDP la următorii parametri:

nivelul, cauza insuccesului, numărul de încercări, stabilitatea emoțională $z=-3,604$, $p=0,001$, deoarece la copiii cu DN, comparativ cu copiii cu RDP, se constată stabilitatea emoțională cu maturizarea calităților volitive în activitatea intelectuală.

O deosebită importanță în imaturitatea corelațiilor dintre emoții și voință o are instabilitatea emoțională la copiii cu RDP. Instabilitatea emoțională nu condiționează aprobarea emoțională a scopului, apare neliniștea, frica, neîncrederea în sine. Manifestarea acestei particularități duce la concentrarea asupra frământărilor proprii și sustragerea sau evitarea de la activitate. Pe de altă parte, nematuritatea calităților volitive accentuează neliniștea sau declanșează afectul. În cazul afectului, excitabilitatea emoțională inhibă comportamentul volitiv. Emoțiile nu se manifestă ca niște indicatori în aprecierea situației, ca urmare, nu este activată reglarea volitivă a emoțiilor.

Pe parcursul activității, copiii cu DN, comparativ cu cei cu RDP, în momentul confruntării cu dificultăți lucrau în liniște, căutau căi noi pentru rezolvarea problemelor, demonstrând un nivel superior de dezvoltare a calităților volitive: au avut spirit de inițiativă, insistență, independență, activism, au manifestat comportament adecvat de căutare, au realizat mai multe încercări.

În Fig. 2.12. prezentăm grafic rezultatele obținute de copiii de 6-7 ani cu RDP cerebrogenă și cu RDP psihogenă.

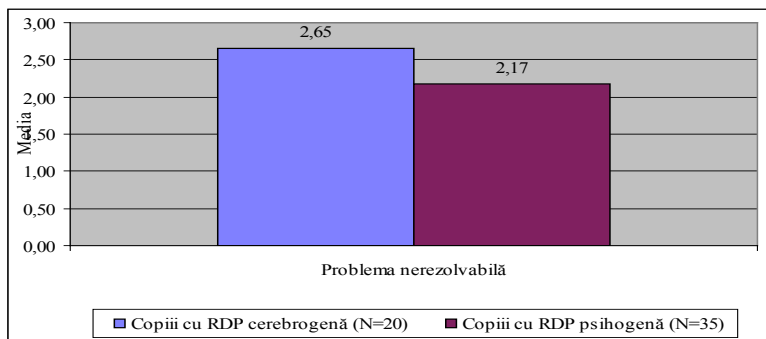


Fig. 2.12. Valorile medii la parametrii testului „Problema nerezolvabilă” la copiii de 6-7 ani cu diferite forme de RDP

Tabelul 2.11. sintetizează rezultatele comparative la copiii de 6-7 ani cu RDP cerebrogenă și la cei cu RDP psihogenă.

Tabelul 2.11. Semnificația diferențelor dintre interacțiunea emoțiilor și voinței la copiii de 6-7 ani cu RDP cerebrogenă și la cei cu RDP psihogenă

	Nivel	Cauza ins.	Nr. de încerc.	Stab. emoț.
Mann-Whitney U	234,50	234,50	234,50	234,50
Wilcoxon W	864,50	864,50	864,50	864,50
z	-2,217	-2,217	-2,217	-2,217
p	0,027	0,027	0,027	0,027

În urma prelucrării statistice a rezultatelor obținute, se constată diferențe statistic-semnificative la următorii parametri: nivelul și cauza insuccesului, numărul de încercări, stabilitatea emoțională: $z=-2,217$, $p=0,027$. La copiii cu RDP cerebrogenă, în comparație cu cei cu RDP psihogenă de 6-7 ani, are loc maturizarea încetinită a zonei frontale; drept consecință, sunt mai stabili emoțional și posedă calități volitive mai dezvoltate.

Pe parcursul desfășurării activității, copiii cu RDP psihogenă au fost instabili din punct de vedere emoțional, fapt manifestat prin comportament emoțional și atitudinea ostilă față de experimentator și materialul prezentat; se mirau des, nu erau sânguincioși, au fost încăpățânați, cu nivel superior de independență, dar nu au putut folosi aceste calități pentru învingerea dificultăților, nu vedeau cauza insuccesului în propria persoană.

Analiza cantitativă a datelor relevă că copiii cu RDP, comparativ cu copiii cu DN, sunt emoțional nestabili, calitățile volitive sunt insuficient dezvoltate, iar activitatea intelectuală nu poate fi realizată eficient. Rezultatele comparative între copiii cu RDP cerebrogenă și cei cu RDP psihogenă demonstrează o dezvoltare mai înaltă a stabilității emoționale și a calităților volitive în activitatea intelectuală la RDP cerebrogenă.

Dezvoltarea voinței, sub diferitele sale aspecte, este o sarcină importantă în educarea copiilor cu RDP. Având în vedere dificultatea întâmpinată de ei în urmărirea scopurilor complexe și îndepărtate, educatorul

va desfășura activitatea copilului secvențial, prin înseriarea scopurilor, de la cele mai simple și actuale la altele mai complexe și mai îndepărtate. Important este să i se formeze copilului obișnuința de a duce la capăt acțiunea începută.

O mare importanță, în desfășurarea activității voluntare are formarea capacității de a da o relatare cât mai completă asupra activității. Acest aspect, evident deficitar la copiii cu RDP, se poate perfecționa printr-o muncă educativă susținută.

Dezvoltarea voinței începe cu organizarea formelor externe de conduită. Educarea voinței trebuie să cuprindă toate momentele ei: să se dezvolte capacitatea de frânare a acțiunilor impulsive, să se formeze obișnuința de a delibera și a planifica acțiunea, de a fixa scopuri realiste, capacitatea de a persevera și a face eforturi pentru învingerea obstacolelor care stau în calea realizării scopurilor fixate, precum și obișnuința de a analiza critic produsele activității îndeplinite.

2.4. Specificul autoreglării voluntare la copii cu RDP

Mai puține cercetări au fost consacrate problemelor autoreglării emoționale. Г.Д. Горбунов [67] a propus conceptul de *reglare psihologică*, menționând că funcția de reglare a emoțiilor reprezintă un sistem general de autoreglare. Acest sistem este constituit din două componente: prima componentă determină reglarea psihologică, esența căreia constă în faptul că procesele vegetative se schimbă sub incidența reglatoare a conștientului; a doua componentă semnifică faptul că reglarea psihică se atestă în comportamentul omului, în care emoțiile prezintă o unitate structurată a relațiilor subiective. Prima componentă este realizată prin intermediul programelor ereditare, a doua constă în comutarea conștientului de la o activitate reproductivă la una creativă, în situații noi, necunoscute.

Reglarea emoțională oferă posibilitatea de dirijare a propriilor emoții și capacitatea modelării gândurilor, sentimentelor, dorințelor și posibilităților, capacitatea de a susține armonia procesului vitalității (Л.Я. Дорфман [76]). Conform datelor cercetătoarei Л.В. Сафонова [157], autoreglarea emoțională conduce spre crearea stărilor necesare prin schimbarea orientării aspirației emoționale, ghidării, conștientizării și evaluării situației.

Cu ajutorul testului „Desenare pe puncte”, după A.J. Behrep [72], au fost stabilite particularitățile autoreglării voluntare la copiii cu diferite forme de RDP și la cei cu DN. Autorul a propus acest test pentru cercetarea specificului menținerii cerințelor, care presupune dezvoltarea spontaneității, planificării și controlului activității.

Scopul cercetării constă în aprecierea componentelor autoreglării voluntare.

Rezultatele studiului comparativ al copiilor cu DN și al celor cu RDP sunt prezentate în Fig. 2.13..

Prezentarea grafică a valorilor medii demonstrează diferențele obținute la copiii cu DN și la cei cu RDP.

Analiza comparativă a rezultatelor (vezi fig. 2.13., p. 76; Tab. 2.12., p. 77) obținute la copiii cu DN și la cei cu RDP a relevat diferența statistic-semnificativă la parametrul puncte: $z=-5,357$, $p=0,001$, deoarece componentele autoreglării voluntare la copiii cu DN sunt mai bine dezvoltate. Copiii cu RDP nu sunt influențați de factorul emoțional-atitudinal, care este important pentru aprobarea scopului, aprecierea criteriilor de succes, aprobarea programului activităților executive.

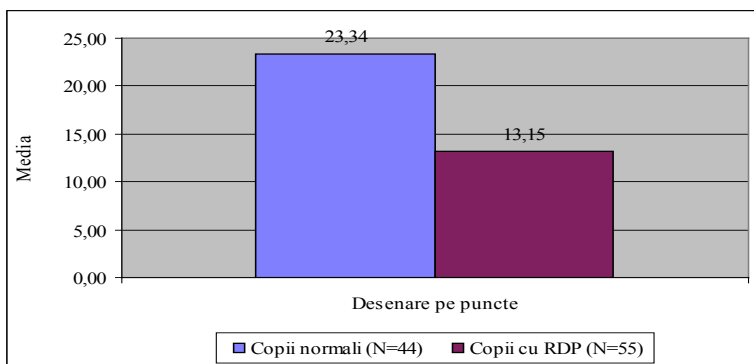


Fig. 2.13. Valorile medii obținute la copiii de 6-7 ani cu DN și la cei cu RDP stabilite prin utilizarea testului „Desenare pe puncte”

Prezentăm în figura 2.14. rezultatele obținute la copiii cu RDP cerebrogenă și cu RDP psihogenă.

Tabelul 2.12. Semnificația diferențelor dezvoltării componentelor autoreglării voluntare la copiii de 6-7 ani cu DN și la cei cu RDP

	Puncte
Mann-Whitney U	451,00
Wilcoxon W	1991,00
z	-5,357
p	0,001

Rezultatele prezentate în Fig. 2.14. demonstrează diferențele între mediile obținute la copiii de 6-7 ani cu RDP cerebrogică și cu RDP psihogenică.

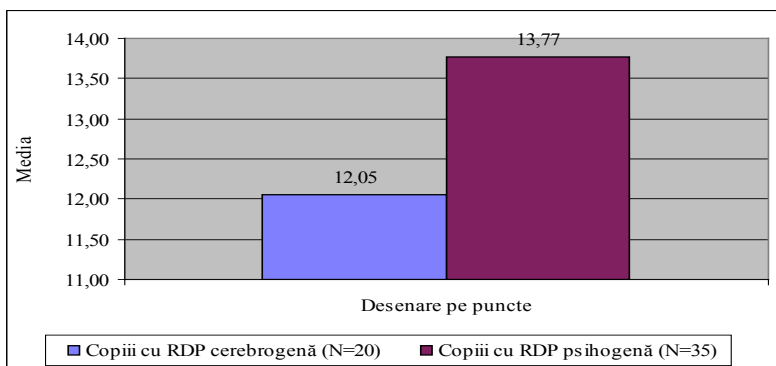


Fig. 2.14. Valorile medii la copiii de 6-7 ani cu RDP cerebrogică și la cei cu RDP psihogenică, stabilite prin aplicarea testului „Desenare pe puncte”

În Tabelul 2.13, prezentăm semnificația diferențelor dezvoltării componentelor autoreglării voluntare dintre copiii de 6-7 ani cu RDP cerebrogică și cei cu RDP psihogenică.

În urma prelucrării statistice a rezultatelor obținute se constată o diferență statistic-nesemnificativă: $z=-0,610$, $p=0,542$, deoarece în RDP cerebrogică și în RDP psihogenică (6-7 ani) se constată o reținere în dezvoltarea componentelor autoreglării voluntare, cauzată de factorul organic și de cel psihosocial.

Tabel 2.13. Semnificația diferențelor dezvoltării componentelor autoreglării voluntare dintre copiii de 6-7 ani cu RDP cerebrogenă și cei cu RDP psihogenă

	Puncte
Mann-Whitney U	315,50
Wilcoxon W	525,50
z	-0,610
p	0,542

Analiza comparativă a rezultatelor obținute confirmă faptul că la copiii cu RDP se manifestă o nematuritate a componentelor autoreglării voluntare, comparativ cu copiii cu DN. Nivelul redus al dezvoltării componentelor autoreglării voluntare în RDP cerebrogenă și psihogenă indică nematuritatea funcției reglatorii, cauzată de factorul social și de cel organic.

Pentru a evalua componentele autoreglării emoționale la copiii cu diferite forme de RDP și la cei cu DN am aplicat tehnica „Diagnosticul autoreglării emoționale”.

Tehnica se bazează pe selectarea mecanismelor reglării stării proprii prin aprecierea structurii autoreglării emoționale: aspirația emoțională, reflexia, autoaprecierea, caracteristica integrală a autoreglării emoționale. La temelia tehnicii stă conceptul teoretic al lui Л.Я. Дорфман [76] și tehnica de cercetare elaborate de către Л.В. Сафонова [157] cu privire la organizarea structural-funcțională și ierarhică a autoreglării emoționale.

Scopul cercetării rezidă în determinarea nivelului de dezvoltare a structurilor de autoreglare emoțională la copiii de 6-7 ani cu RDP psihogenă și cerebrogenă. Au fost analizate următoarele caracteristici: aspirația (prezintă o directivă de generare și schimbare a reacțiilor emoționale), reflexia (reprezintă o trăsătură procesuală de observare și autoanaliză a reacțiilor emoționale), autoaprecierea emoțională (este o caracteristică generală care include controlul emoțional, anticiparea și corecția emoțională), integralitatea autoreglării emoționale (vezi Anexa 1).

Rezultatele obținute la copiii de 6-7 ani cu DN și la cei cu RDP sunt ilustrate în Fig. 2.15. Prezentarea grafică a rezultatelor relevă diferențe în-

tre mediile obținute de copiii în vârstă de 6-7 ani cu DN și cei cu RDP la tehnica „Diagnosticul caracterului integrativ al autoreglării emoționale” (vezi p. 79).

La copiii cu RDP predomină motivul de organizare a activității și atributelor ei, motivul de atragere a atenției adultului, motivul de evitare a insuccesului; mai slab sunt pronunțate motivul atingerii rezultatului, diminuarea interesului față de conținutul problemei, lipsește motivul de competiție. Activitatea este caracterizată prin pasivitate, atitudine neadecvată față de dificultăți, au nevoie de susținerea emoțională și sprijin din partea adultului. Este dezvoltată insuficient componenta operațională: operațiile prin care se poate realiza scopul sunt dezvoltate slab sau lipsesc; prezintă nivel scăzut de efectuare a însărcinărilor, se manifestă incapacitatea folosirii exemplului și de a planifica și cea de autoapreciere și control, predomină impulsivitatea, incapacitatea de a accepta și a menține instrucția.

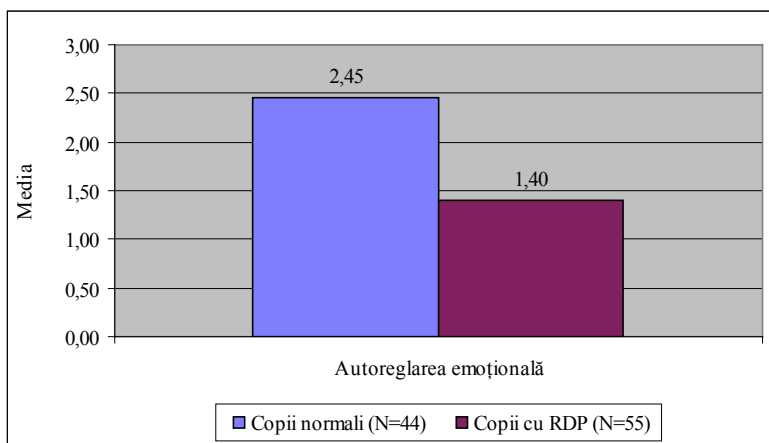


Fig. 2.15. Valorile medii obținute la copiii de 6-7 ani cu DN și la cei cu RDP stabilite prin utilizarea tehnicii „Diagnosticul caracterului integrativ al autoreglării emoționale”

În Tabelul 2.14. prezentăm rezultatele comparative ale dezvoltării structurilor autoreglării emoționale la copiii cu DN și la cei cu RDP.

Tabelul 2.14. Semnificația diferențelor dezvoltării structurilor autoreglării emoționale dintre copiii de 6-7 ani cu DN și cei cu RDP

	Puncte
Mann-Whitney U	572,00
Wilcoxon W	2112,00
Z	-5,233
P	0,001

În urma procesării statistice a rezultatelor obținute prin utilizarea tehnicii „Diagnosticul caracterului integrativ al autoreglării emoționale”, am constatat diferența statistic-semnificativă la parametrul puncte: $z=-5,233$, $p=0,001$, deoarece la copiii cu DN, comparativ cu copiii cu RDP, se observă maturizarea structurilor autoreglării emoționale. La copiii cu RDP s-a constatat nematuritatea tuturor componentelor autoreglării emoționale: lipsa colorației emoționale la nivel de aspirație, frământările emoționale haotice, autoapreciere defectuoasă, tempo încetinit în dezvoltarea controlului emoțional al stărilor proprii, al faptelor și comportamentului propriu, tempo încetinit în dezvoltarea anticipării și corecției emoționale a rezultatelor.

În Fig. 2.16. prezentăm în mod grafic rezultatele obținute la copiii de 6-7 ani cu RDP cerebrogenă și cu RDP psihogenă.

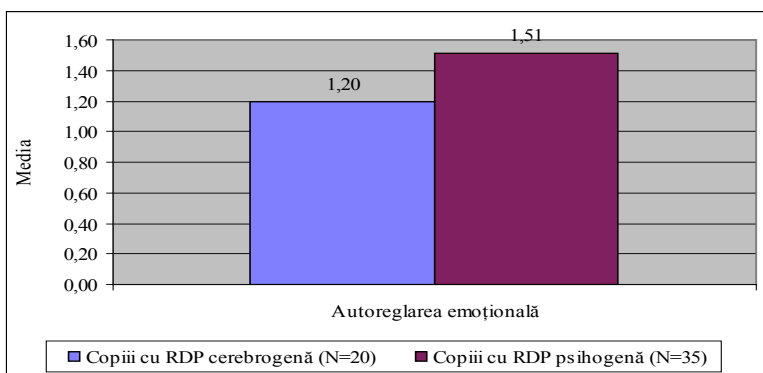


Fig.2.16. Valorile medii obținute la copiii de 6-7 ani cu RDP cerebrogenă și cu RDP psihogenă stabilite prin utilizarea testului „Diagnosticul caracterului integrativ al autoreglării emoționale”

Rezultatele prezentate în figura 2.16. relevă diferențele între mediile obținute la copiii în vârstă de 6-7 ani cu RDP cerebrogenă și cu RDP psihogenă.

În Tabelul 2.15. este prezentată semnificația diferențelor dezvoltării structurilor autoreglării emoționale la copiii de 6-7 ani cu RDP cerebrogenă și la cei cu RDP psihogenă

Tabel 2.15. Semnificația diferențelor dezvoltării structurilor autoreglării emoționale la copiii de 6-7 ani cu RDP cerebrogenă și cei cu RDP psihogenă

	Puncte
Mann-Whitney U	295,00
Wilcoxon W	505,00
z	-1,389
p	0,165

În urma prelucrării statistice am stabilit o diferență statistic-nesemnificativă la parametrul puncte: $z=-1,389$, $p=0,165$, deoarece nematurizarea structurilor autoreglării emoționale se produce la ambele forme de RDP, dar sunt cauzate de diferiți factori. Pentru ambele forme de RDP este caracteristică lipsa flexibilității emoționale, deprinderile de autoreglare sunt la nivel de imitare, autoaprecierea este accentuată, persistă impulsivitatea.

Analizând rezultatele obținute prin utilizarea tehnicii „Diagnosticul caracterului integrativ al autoreglării emoționale”, am atestat nematurizarea autoreglării emoționale la copiii cu RDP. Nu s-au demonstrat diferențe dintre RDP cerebrogenă și RDP psihogenă, deoarece nematurizarea corelației dintre emoții și voință sunt determinate de factorul social și cel organic.

La școlarii mici din clasele primare cu RDP, din cauza nematurizării zonelor frontale, se observă o insuficiență evidentă a proceselor de activizare locală, diminuarea controlului și concentrării atenției. Aceasta se manifestă prin abatere constantă, incapacitatea concentrării atenției asu-

pra unei acțiuni, dificultăți în elaborarea planului de acțiuni, diminuarea controlului asupra activității proprii. Ajutorul organizatoric efectuat de către adult stimulează activitatea zonelor frontale și, prin intermediul lor, și a altor structuri ale creierului, în rezultat copilul se include în activitate.

În urma cercetării empirice a particularităților reglajului emoțional-volitiv la copiii cu RDP putem conchide că:

- Copiii cu RDP au manifestat imaturitatea componentelor structurale ale reglajului emoțional-volitiv, spre deosebire de cei cu DN.
- Imaturitatea componentelor reglării emoționale s-a constatat prin reținere în dezvoltarea componentei emoțional-motivaționale (perceperea emoțională 1; perceperea emoțională 2; perceperea emoțională 3; perceperea emoțională 4); a componentei emoțional-verbale (clasificarea emoțională 1; clasificarea emoțională 2); a controlului emoțional (diferențierea stărilor emoționale proprii; diferențierea stărilor emoționale ale adultului 1; diferențierea stărilor emoționale ale adultului 2). Incapacitatea diferențierii stărilor emoționale reflectă imperfecțiunea controlului emoțional, drept urmare condiționează imaturitatea relațiilor dintre emoții și voință prin insuficiența conștientizării emoționale și a incapacității copilului de a avea atitudini versus comportamentul său din punctul de vedere al exemplului, normei, regulii. Percepția emoțională, în calitate de componentă a reglării emoționale, este dezvoltată la un nivel mai înalt la copiii cu RDP cerebrogenă, comparativ cu cei cu RDP psihogenă.
- La copiii cu DN, comparativ cu cei cu RDP, s-a constatat un tablou mozaic în tipologia reglării emoționale, cu predominarea tipului normal-condiționat. La copiii cu RDP cerebrogenă de 6-7 ani, comparativ cu copiii cu RDP psihogenă, predomină tipul de protecție ca rezultat al dezvoltării mecanismului compensator de protecție prin izolarea și frământările dismorfofobice ale copilului.
- La copiii cu RDP s-a manifestat nematuritatea tuturor componentelor reglării emoționale și mai cu seamă a celor care se includ în reglarea emoțional-volitivă: reactivitatea polară-PR; nivelul stereotipurilor- ST; nivelul expansiunilor- E; controlul emoțional. În RDP

cerebrogenă, comparativ cu RDP psihogenă, se observă o dezvoltare neomogenă a nivelului reactivității polare, expansiunii și reținerii în dezvoltarea controlului emoțional, din cauza tempoului încetinit în dezvoltarea lobului frontal, unde este localizată reglarea emoțional-volitivă.

- Copiii cu RDP, comparativ cu copiii cu DN, au demonstrat imaturitatea reglării volitive. Emoțiile nu se includ în dezvoltarea spontanității și a voinței. Regulile activității, enunțate de adult, nu le trezesc copiilor nici un fel de trăire emoțională (pozitivă sau negativă), de aceea regula nu se transformă într-un motiv cu sens personal orientat spre activitate. Reglarea volitivă prin intermediu semnului (limbajului) are un tempo încetinit în maturizarea copiilor cu RDP. Comportamentul lor coincide cu activitatea subiectivă, este neconștientizat și nu le trezește copiilor atitudini și emoții pozitive. Nu s-a constatat diferențe statistic semnificative în dezvoltarea reglajului volitiv la RDP cerebrogenă și la RDP psihogenă, fiindcă RDP este condiționată de imaturitatea sistemului de reglare, iar RDP psihogenă este cauzată de factorii psihosociali. Lipsa încurajării și susținerii din partea adultului determină un nivel scăzut în RDP psihogenă, copilul pierzându-și interesul față de lucrul început.
- Copiii cu RDP, comparativ cu copiii cu DN, sunt emoțional nestabili, având nedezvoltate calitățile volitive în activitatea intelectuală. Rezultatele comparative între copiii cu RDP cerebrogenă și cei cu RDP psihogenă demonstrează o dezvoltare mai înaltă a stabilității emoționale și a calităților volitive în activitatea intelectuală la RDP cerebrogenă.
- La copiii cu RDP se manifestă o nematuritate a componentelor autoreglării voluntare și autoreglării emoționale, comparativ cu DN. Nu s-au confirmat diferențele statistice între RDP cerebrogenă și RDP psihogenă. Nivelul redus al dezvoltării componentelor autoreglării voluntare și autoreglării emoționale în RDP cerebrogenă și psihogenă indică nematurizarea funcției reglatorii cauzate de factorul social și de cel organic.

- La copiii cu RDP la vârsta de 6-7 ani se constată tempo încetinit în apariția formațiunilor noi: voluntaritatea proceselor psihice și, mai cu seamă, maturizarea reglării emoțional-volitivă.

În aspect general, reglarea emoțional-volitivă la copiii cu RDP se distinge prin nematurizarea reglării emoțional-motivaționale, prin reținere în dezvoltarea percepției emoționale și a clasificării stărilor emoționale, prin nematurizarea reglării emoțional-verbale și aceasta din cauza sărăciei vocabularului emoțional activ, imperfecțiunea diferențierii stărilor emoționale proprii și ale maturilor din cauza nematurizării controlului emoțional și, ca urmare, reținerea în dezvoltarea interacțiunii dintre emoții și voință.

3. DEZVOLTAREA SFEREI EMOȚIONAL-VOLITIVE LA COPIII CU REȚINERE ÎN DEZVOLTAREA PSIHICĂ ÎN CONDIȚII EXPERIMENTALE

3.1. Strategii și principii de dezvoltare a reglării emoțional-volitive la copiii cu RDP

Psihologii au constatat că maturizarea insuficientă a autoreglării conștiente a activității este un factor ce acționează inhibitor asupra dezvoltării cognitive și a personalității și una din cauzele principale care condiționează dificultăți în activitatea instructiv-cognitivă. Nu se atestă însă studii complexe ale dezvoltării reglării emoțional-volitive la copiii cu RDP. B.B. Кисова [96] a realizat un studiu în care descrie metodologia dezvoltării auticontrolului la copiii cu RDP de vârstă școlară mică. Autoarea propune un program formativ care poate fi realizat în câteva etape: 1) dezvoltarea motivației pozitive față de activitate, 2) planificarea prealabilă, 3) dezvoltarea autocontrolului pe parcursul activității, 4) aprecierea rezultatelor activității proprii.

Un program de dezvoltare a autoreglării activității a elaborat У.В. Ульenkova [149], pe care l-a structurat în câteva etape: 1) reorientarea motivului de la activitatea de joc la cea de învățare, 2) formarea abilităților de modelare a rezultatului și de programare a activității, 3) formularea verbală a planului de acțiune, apoi trecerea la planul intern, 4) realizarea activității programate conform scopului preconizat, 5) formarea autoaprecierii adecvate.

И.Ф. Марковская [129] propune efectuarea psihocorecției conform formei de RDP și particularităților nematurizării reglării spontane. Copiilor cu RDP constituțional li se aplică motivarea prin joc, accentuarea controlului verbal și planificare prin limbaj; la cei cu RDP somatogenă se face acordarea unui ajutor (scăderea volumului sarcinii, creșterea timpului pentru prezentări ilustrative), controlul verbal, stimularea emoțională; la cei cu RDP cerebrogenă se realizează formarea abilității de desfășurare a activității pe etape.

Е.А.Порошина [146] a elaborat și ea un program complex de dezvoltare

tare a reglării voluntare la copiii cu RDP somatogenă în care a inclus următoarele aspecte: 1) formarea programării (organizarea locului de muncă, plasarea obiectelor pe foaia de hârtie); 2) formarea sistemului de apreciere (tehnici de terapie behavioristă); 3) formarea autocontrolului (obligațiuni casnice, ritual de început și sfârșit al activității, activități consacrate însușirii regulilor de comportament, jocuri cu reguli, tehnici de vizualizare, psihomotoare și de relaxare).

Datele obținute în urma realizării experimentului de constatare ne-au oferit unele sugestii metodice pentru organizarea experimentului formativ.

Programul formativ a inclus câteva modele psihopedagogice de dezvoltare a reglării emoțional-volitive la copiii cu ambele forme de RDP. Elaborarea modelelor a fost fundamentată pe următoarele rezultate empirice: 1) copiii cu RDP au un nivel mai redus de dezvoltare a reglării emoțional-volitive, comparativ cu cei cu dezvoltarea normală; 2) la copiii cu RDP se atestă nematuritatea tuturor componentelor structurale ale reglării emoțional-volitive, tempo încetinit în dezvoltarea legăturilor dintre emoții și voință; 3) copiii cu ambele forme de RDP manifestă caracteristici similare ale reglării emoțional-volitive. Respectiv, modelele elaborate urmăresc următoarele obiective:

1. dezvoltarea componentelor structurale ale reglării emoționale;
2. dezvoltarea nivelară a reglării emoționale;
3. dezvoltarea reglării volitive în context multiaspectual;
4. dezvoltarea autoreglării voluntare prin normalizarea tuturor componentelor structurale.

În organizarea experimentului formativ ne-am bazat pe următoarele postulate teoretice:

1. Reglarea emoțional-volitivă are o structură unică și este o condiție esențială pentru dezvoltarea intelectului (С.Л. Рубинштейн [155]).

2. Reglarea emoțional-volitivă este o manifestare a voinței și a autoreglării spontane a reacțiilor emoționale și a atitudinii față de activitate (В.А. Иванников [84]).

3. În activitatea psihică se atestă interrelația dintre emoții și voință (Л.С. Выготский [61]).

4. Comportamentul emoțional are o organizare nivelară (B.B. Лебединский, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг [114]).

5. Orice trăire emoțională are un tablou specific de manifestare și este însoțită de o mimică similară la toate persoanele (K. Izard [86]).

6. Principala caracteristică a reglării volitive este mobilizarea conștiență a capacităților fizice și psihice ale personalității pentru învingerea dificultăților în activitatea orientată spre un anumit scop (В.И. Селиванов [158]).

7. Dezvoltarea autoreglării conștiente la copiii cu RDP este condiția principală pentru diminuarea eșecului școlar (У.В. Ульenkova [149]).

În ultimii ani își găsește o largă aplicare în practica psihologică un grup de metode orientate spre studierea comportamentelor sociale ale personalităților. Rezultate înalte pot fi obținute în corecția datelor cercetărilor empirice prin implementarea metodelor de grup.

Itată care sunt principiile ce au stat la baza elaborării și realizării programului de dezvoltare a sferei emoțional-volitive la copii cu RDP :

Principiul diagnosticării precoce, unității corecției psihologice și psihodiagnosticului. Conform acestui principiu, obiectivele corecției psihologice pot fi formulate corect numai în baza diagnosticării psihologice integrale și identificării cauzelor și mecanismelor apariției dereglărilor. Diagnosticarea și corecția psihologică se efectuează într-o cheie unică, pe parcursul întregii etape de lucru. Procesul influenței psihologice de grup oferă posibilitatea diagnosticării particularităților comunicative și trăirilor interne ale copilului.

Principiul sistemic al sarcinilor de corectare, profilaxie și dezvoltare reflectă raportul reciproc în evoluția diferitor laturi ale personalității, care permite optimizarea procesului dat din contul intensificării altor laturi ale personalității. În afară de aceasta, programul psihologic de influență trebuie să fie orientat nu doar spre corijarea abaterilor psihologice și preîntâmpinarea lor, ci și spre crearea condițiilor favorabile pentru realizarea pleneră a personalității. În acest context, corecția sferei emoțional-volitive la copiii cu RDP s-a realizat în complex, într-un cadru mai larg de perfecționare a personalității, prin implicarea stărilor emoționale pozitive, priceperilor comunicative, voinței, încrederii în sine etc.

Principiul activismului. Fiecare metodă de intervenție psihologică presupune implicarea activă a subiecților în acțiuni special elaborate. În procesul de realizare a acestor acțiuni se creează condiții optime pentru aplanarea situațiilor de conflict și dezvoltarea emoțiilor copiilor în particular și a personalității lor în general. Acest principiu are o importanță metodologică esențială în psihologie (introdus într-o primă formulare de P. Janet [209] și dezvoltat de marii psihologi ai contemporaneității J. Piaget [218], Л.С. Выготский [61], А.Н. Леонтьев [116; 117], K. Pribram [220]). Din punct de vedere genetic, procesul de formare a unei structuri psihice noi, chiar dacă este vorba de adult, decurge mai rapid și incomparabil mai eficient, dacă se integrează în cadrul acțiunii externe cu obiecte, scheme sau imagini.

Principiul abordării patogene. Strategiile și însărcinările psihocorecționale au fost selectate în funcție de reacțiile și stările emoționale negative ale persoanelor cu RDP. Scopul prioritar al corecției constă în înlăturarea cauzelor problemelor psihologice ale clienților. Fiecare activitate efectuată în cadrul experimentului formativ trebuie să presupună implicarea activă a subiecților în acțiunile special elaborate. Activitățile propuse trebuie să prevadă dezvoltarea deprinderilor și priceperilor sociale de colaborare, de compromis etc.

Principiul atragerii active a mediului social apropiat în activitatea de corecție psihologică este determinat de rolul pe care îl are cercul apropiat semnificativ de comunicare pentru formarea personalității clientului. Sistemul de relații cu apropiații, ale căror influențe copilul le acceptă, reprezintă componenta centrală a situației sociale de dezvoltare a persoanei.

Principiul evaluării în dinamică. Programul corecțional a fost realizat respectându-se anumite exigențe, derivate din nivelul dezvoltării reglării emoțional-volitivă. Durata de timp depindea de cele menționate.

Principiul multilateralității presupune includerea și considerațiunea particularităților reglării emoțional-volitivă, corelarea dintre emoții și voință.

Principiul structuralității a concepe reglarea emoțional-volitivă ca un sistem alcătuit dintr-un șir de componente și structuri interacționale și determinate de rezultatele activității întregului sistem.

În scopul influențării asupra dezvoltării sferei emoțional-volitive la copiii cu RDP prin intermediul comunicării și interacțiunii copilului cu adultul și semenii, au fost utilizate metode și procedee de corecție psihologică elaborate în cadrul curenților psihologice de bază. Instrumentarul selectat se caracterizează prin mecanisme proprii de acțiune, acestea fiind:

Orientarea psihodinamică: 1) Abordarea psihanalitică a lui K. Jung [190] constă în utilizarea tehnicilor orientate spre „imaginarea activă”. Concepția lui K. Horney [208] este reprezentată de analiza evenimentelor esențiale din viața individului, fără o studiere temeinică a sferei emoționale. E. Bern [197] pledează pentru eliminarea stereotipurilor ce s-au format în copilărie. 2) Terapia analitică individuală, elaborată de A. Adler [191], susține dezvoltarea interesului social prin diminuarea sentimentului de inferioritate.

Orientarea umanistă: 1) *Psihoterapia nondirectivă*, sau centrată pe client (C. Rogers [223]), este orientată spre lichidarea necorespunderii dintre emoții și Eu – I persoanei, obținând perspectiva de a trăi din plin. 2) *Psihodrama* (J.L. Moreno [217]) abordează ideea despre facilitarea manifestării sentimentelor ascunse, obținerii insait-ului, crearea formelor noi și eficiente de comportament prin intermediul jocului dramatic liber. 3) *Terapia prin joc* ne-a permis utilizarea următoarelor tehnici: a) tehnica de lucru cu fanteziile, ce folosesc o vizualizare orientată și o imaginație activă; b) relatarea de povești și povestiri.

Metodele speciale, suplimentare: 1) *Terapia prin artă* ce are drept scop armonizarea dezvoltării personalității prin intermediul dezvoltării capacităților de autoexprimare și autocunoaștere. 2) *Terapia corporală*, elaborată de V. Raih [151], care considera că mecanismelor de apărare psihologică, ce frânează funcționarea sănătoasă a organismului, le poate fi opusă rezistență, modificându-le prin intermediul contactelor corporale. Terapia corporală se realizează prin intermediul exercițiilor psiho-gimnastice, legate de respirație și funcțiile motorii și chinestezia verbală, centrate pe relaxare și destindere musculară. 3) *Terapia prin muzică* este prezentat prin exerciții orientate spre mărirea încrederii în forțele proprii, spre facilitarea procesului comunicativ și spre relaxare. 4) *Terapia prin dans* este orientată spre conștientizarea propriului corp, crearea imaginii pozitive despre cor-

pul propriu, dezvoltarea capacităților comunicative, studierea emoțiilor, însușirea experienței de grup.

Programul formativ a constat din următoarele elemente componente:

- concepte-cheie (ideile principale ale fiecărei activități);
- obiectivele (adică rezultatele măsurabile ale activității);
- lista de materiale necesare;
- descrierea activităților (fiecare activitate prezintă procedee);
- întrebările pentru discuție.

3.2. Modele psihopedagogice elaborate pentru dezvoltarea sferei emoțional-volitivă la copiii cu RDP

Perceperea emoțională este o caracteristică a stereotipului comportamental emoțional propriu fiecărei persoane. Orientarea emoțională este determinată de vectorii și modalitățile selectării emoționale (pozitive sau negative).

Legăturile de sens reprezintă un sistem de criterii subiective necesare atingerii scopului (criterii de succes). Deprinderile elementare ale reglării emoționale constituie controlul emoțional, iar contactul emoțional include controlul tuturor acțiunilor și comportamentul persoanei în întregime.

Autoaprecierea expresiei emoționale este caracteristica rezultativă, care, alături de controlul emoțional, anticipează corecția emoțională și este esențială în luarea deciziilor în situații de incertitudine.

Sfera emoțional volitivă la copiii cu RDP a fost dezvoltată prin implementarea unor modele psihopedagogice special elaborate în acest sens. Modelele au fost aplicate în cadrul activităților formative.

Scopul activităților formative constă în dezvoltarea reglării emoțional-volitivă la copiii cu RDP.

Experimentul formativ s-a bazat pe **ipoteza** că dezvoltarea sferei emoțional-volitivă la copiii cu RDP va fi eficientă dacă vor fi dezvoltate componentele structurale ale reglării emoțional-volitivă, vor fi normalizate corelațiile dintre emoții și voință. Realizarea activităților psihopedagogice va duce la creșterea potențialului intelectual la acești copii.

Itată care sunt obiectivele experimentului formativ:

- elaborarea și implementarea programului psihopedagogic complex de dezvoltare și normalizare a sferei emoțional-volitivă la copiii cu RDP;
- elaborarea modelelor psihopedagogice de dezvoltare a reglării emoțional-volitivă la copiii cu RDP;
- aprobarea experimentală și evaluarea eficienței modelelor psihopedagogice de dezvoltare a reglării emoțional-volitivă în activitatea copiilor cu RDP.

Mai multe cercetări confirmă importanța studiului realizat în direcția dezvoltării sferei emoțional-volitivă la copiii cu RDP. Problema eșecului școlar este condiționată de imaturitatea emoțională și de reglarea emoțională a comportamentului (Н.Л. Белопольская [49; 50], В.И. Лубовский [123; 124], Т.А. Власова К.С. Лебединская [59], С.А. Домишкевич [75], М.С. Певзнер [138], Л.И. Переслени, Е.М. Мастюкова [140], М.А. Рейдибойм [153], У.В. Ульenkova [149]. În literatura de specialitate însă nu găsim lucrări științifice consacrate elaborării și implementării programelor de dezvoltare și normalizare a reglării emoțional-volitivă la acești copii. Deoarece literatura de specialitate nu ne oferă modalități de corecție a variabilei cercetate, am elaborat patru modele de intervenție psihopedagogică, din care a fost constituit programul formativ:

Modelele psihopedagogice sunt fundamentate pe principiile: unității diagnosticului și dezvoltării, determinismului, antrenării, complexității, individualizării și diferențierii evaluării în dinamică, multilateralității, demonstrativității, orientării spre succes, gradului de intensitate de RDP, asigurării conștientizării și activismului copiilor în procesul activităților dezvoltative.

Modelele psihopedagogice inserează obiective, conținuturi, strategii metodice și de evaluare. Mecanismul de bază al activității dezvoltativ-corecționale a fost susținerea emoțională a copiilor prin intermediul comunicării, acceptării lor, prin acordarea susținerii de către matur și obținerea încrederii în el. Anume astfel de relații ne-au permis să producem schimbări pozitive într-un timp scurt.

Mecanismele psihopedagogice fundamentale ale modelelor sunt: sati-

sfacerea trebuinței de reglare emoțional-volitivă, cunoașterii de sine; stimularea reflexiei; micșorarea discrepanței dintre succes și insucces.

Modelele au vizat formarea a patru tipuri de abilități comportamentale la subiecții participanți:

- 1) exprimarea afectivității sociale (conștientizarea sentimentelor);
- 2) răspunsul empatic (înțelegerea totală a partenerului de dialog);
- 3) comunicarea imaginilor și acțiunilor (trecerea adecvată de la exprimarea sentimentelor sociale la răspunsul empatic);
- 4) ajutorul (facilitarea).

În elaborarea *modelului „Dezvoltarea componentelor reglării emoționale”* ne-am axat pe specificul dezvoltării componentelor reglării emoționale: reglarea emoțional-motivațională – perceperea emoțională imperfectă; reglarea emoțional-verbală – vocabularul emoțional sărac din cauza experienței emoționale comunicative insuficiente, lipsa relaționării cu cei din jur; controlul emoțional – lipsa capacității de apreciere a reacțiilor emoționale proprii și a persoanelor din mediul înconjurător, reacții emoționale neadecvate.

Modelul elaborat este bazat pe teoria emoțiilor diferențiate elaborată de I. Izard [86], conform căreia emoțiile formează sistemul motivațional; fiecare emoție prezintă o manifestare specifică, emoțiile interacționează cu procesele cognitive, formând structurile afectiv-cognitive de care depinde dezvoltarea unei personalități echilibrate. Teoria motivațională a emoțiilor (E. Duffy [204], M.B. Arnold [192]) consemnează că emoțiile au un mesaj stimulator asupra comportamentului.

Pentru dezvoltarea și normalizarea componentelor reglării emoționale, am formulat obiective speciale pentru fiecare componentă: pentru reglarea emoțional-motivațională – dezvoltarea și normalizarea percepției emoționale, formarea expresiilor emoționale, formarea frământărilor emoționale; pentru dezvoltarea reglării emoțional-verbale – dezvoltarea clasificării emoționale, cunoașterea expresiilor emoționale. Pentru dezvoltarea controlului emoțional – formarea diferențierii stărilor emoționale la sine și la maturi.

Modelul psihopedagogic a fost constituit din diferite jocuri și exerciții, care corespund vârstei și au obiective speciale, și a fost realizat în câteva

etape: 1) dezvoltarea percepției conștiente a emoțiilor; 2) dezvoltarea expresiei mimice; 3) dezvoltarea clasificării emoționale; 4) dezvoltarea diferențierii emoționale.

La început, am format grupul de copii prin aplicarea jocurilor „Hora”, apoi am folosit jocuri pentru dezvoltarea percepției emoționale: „Perceperea emoțională”, „Călătorie” (vezi Anexa 2). La etapa dezvoltării frământărilor emoționale, am aplicat jocurile: „Întâlnirea cu un prieten”, „Desenul tematic”, „Ochi în ochi”. La etapa dezvoltării expresiilor mimice am recurs la jocurile: „Ghicește emoția”, „Antrenăm trăirea emoțiilor”, „Harta dispoziției”, „Culorile dispoziției”, „Situaii”. Pentru formarea clasificării emoționale sunt eficiente: „Reproducerea emoțiilor conform mimicii”, „Unu, doi, trei”, „Fotografii”, „După ciuperci”, „Apreciază dispoziția motanului”. La etapa diferențierii stărilor emoționale am aplicat terapia prin dans – „Dansul”, „Dansul animalelor” și jocurile „Ochi în ochi”, „Magicianul”, „Propoziții”.

După aplicarea modelului la copiii cu ambele forme de RDP s-a format perceperea emoțională corectă, s-a îmbogățit vocabularul emoțional, copiii au devenit apti de a diferenția stările emoționale proprii și la adulți.

În elaborarea celui de-al *doilea model psihopedagogic* ne-am bazat pe următoarele particularități constatate la copiii cu RDP la etapa de cercetare empirică: imaturitatea corelațiilor dintre emoții și voință și impactul lor negativ asupra dezvoltării personalității; tempo încetinit în dezvoltarea corelațiilor dintre emoții și voință, care se manifestă prin următoarele trăsături: tensiune emoțională, instabilitate emoțională, imaturitate în manifestarea și transformarea reacțiilor emoționale, imperfecție în reglarea reacțiilor emoționale conform cerințelor și situațiilor, atitudine emoțională negativă față de orice activitate de muncă și de instruire, autocontrol emoțional diminuat, comportament emoțional spontan imatur, adaptare defectuoasă la situații noi, reacții emoționale neadecvate pe parcursul activității, neîncredere în sine, izolare, incapacitate de a percepe adecvat dorințele și reacțiile partenerului de joc, conflictualitate, egocentrism, nerespectarea normelor și regulilor, lipsă de compasiune.

Pentru a evalua eficiența acestui model, ne-am propus realizarea următoarelor obiective: dezvoltarea nivelului reactivității polare prin dimi-

nuarea tensiunii emoționale și formarea contactului senzorial; dezvoltarea nivelului stereotipurilor prin concentrarea copilului asupra senzațiilor; reproducerea stimulilor ritmici; dezvoltarea nivelului expansiunii prin formarea spiritului de risc, competiție, concurență a capacității de apăsare a conflictelor prin formarea reacțiilor emoționale adecvate în situații afectiv-importante, cu perspectiva rezolvării pozitive; dezvoltarea nivelului controlului emoțional prin dezvoltarea parteneriatului în grup, dezvoltarea reflexiei și a autocontrolului comportamental.

Modelul a fost fundamentat pe teoria elaborată de către B.B. Лебединский, E.P. Баенская și M.M. Либлинг [114] despre structura nivelară a reglării emoționale a comportamentului, deosebind: nivelul reactivității polare, nivelul stereotipurilor, nivelul expansiunii și nivelul controlului emoțional.

După cum menționează M.M. Семаро și H.Я. Семаро [128, p. 302], fiecare nivel are funcția sa, este dotat cu mecanisme proprii de reglare, care, pe parcursul dezvoltării, se transformă, se reorganizează și introduc un colorit emoțional specific în activitatea psihică. Aceste niveluri sunt, pe de o parte, niște „unități” ale sferei emoțional-afective (M.M. Семаро, H.Я. Семаро) și, pe de altă parte, niște trepte în organizarea reglării emoțional-volitive. La fiecare nivel sunt rezolvate anumite probleme, care facilitează adaptarea personalității la condițiile schimbătoare de viață.

Nivelul reactivității polare coincide cu faza de adaptare primară a copilului cu RDP și constă în crearea unui anturaj stimulat: culori relaxante, intensitatea moderată a stimulentei luminose și cel auditiv. Reacțiile emoționale la acest nivel nu conțin aprecierea pozitivă sau negativă, ele sunt legate de perceperea confortului sau disconfortului. La o vârstă mai mare acest nivel are funcția de fondal în realizarea adaptării emoționale. Principale psihotehnici pentru formarea reglării de tonus emoțional sunt: crearea anturajului (mobila comodă, folosirea culorilor liniștite de anturaj); aplicarea unor sunete și culori. И.И. Мамайчук și М.Н. Ильина [134] au constatat că prin aplicarea luminii, sunetului și contactului tactil adecvat se formează un anumit fundal emoțional pozitiv.

Al doilea este nivelul stereotipurilor, ce îndeplinește funcția de formare a reacțiilor stereotipice. Acest nivel are un rol important în formarea

reacțiilor de adaptare în primele luni de viață. La acest nivel are loc prelucrarea informației afective importante. Pentru a forma aceste reacții, am aplicat psihotehnici speciale, orientate spre concentrarea copilului asupra senzațiilor proprii, perceperea și reproducerea mișcărilor ritmice și de balansare.

La nivelul expansiunii reacțiile emoționale au un rol deosebit în adaptarea la situații neprevăzute. Copilul capătă un interes deosebit față de un anumit obiect, se străuie să treacă prin dificultăți. Expansiunea a fost realizată prin aplicarea următoarelor psihotehnici: provocarea și trăirea emoțiilor negative prin jocuri de competiție și dramatice (înscenarea basmelor, discutarea situațiilor de conflict).

La nivelul al patrulea – controlul emoțional prezintă un nivel integrativ pe baza corelării și subordonării tuturor nivelelor precedente, – am aplicat psihotehnici pentru dezvoltarea colaborării, parteneriatului, empatiei, autocontrolului.

Desigur, în programul nostru noi ne-am bazat pe starea psihofuncțională a acestor nivele la copiii cercetați și am elaborat acest model sub aspect diferențiat. De exemplu, diminuarea sau afectarea unui nivel duce la dezadaptarea afectivă, iar accentuarea mecanismelor afective unuia din aceste nivele conduce spre eficiența emoțională. Accentuarea nivelului reactivității polare se manifestă prin necesitatea pronunțată față de confortul emoțional. Pronunțarea nivelului stereotipurilor la copiii cu RDP se manifestă prin legături emoționale profunde, acești copiii au o memorie afectivă pronunțată și sunt stabili în deprinderile proprii. Accentuarea nivelului expansiunii îi face pe copii curajoși îndeosebi în situații de risc. Pronunțarea nivelului controlului emoțional se manifestă prin concentrarea asupra relațiilor omenești. Acești copiii au o compătimitate pronunțată, sunt conștiințioși în respectarea regulilor, dar au un disconfort în situații nestabile, de încordare emoțională în relațiile cu persoanele, crește nivelul expansiunii.

Pentru realizarea eficientă a modelului am luat în considerare existența problemelor emoționale complexe la copiii cu RDP și am determinat fazele principale de aplicare a acestui model, care include următoarele: 1) de inițiere – organizarea colectivului de copiii, formarea predispunerii

pozitive pentru activitate, am aplicat jocuri spontane și de comunicare; 2) pregătitoare – structurarea grupului, formarea activității și independenței, dezvoltarea susținerii emoționale în grup, am aplicat jocuri de subiect și de dramatizare; 3) reconstrucțivă – corecția reacțiilor emoționale neadecvate, însușirea de a găsi forme necesare de reacționare emoțională în diferite situații, am aplicat jocuri de concurență și discutarea situațiilor problematice, metode de rezolvare a acestora; 4) de consolidare a reacțiilor emoționale adecvate în situații de conflict formarea atitudinii adecvate față de sine și cei din jur, am aplicat jocuri propuse de copii.

Pe baza structurii prezentate mai sus am elaborat obiectivele și schema modelului.

Acest model psihopedagogic a fost realizat în următoarele etape: 1) formarea unei atitudini pozitive față de activitate; 2) organizarea grupului; 3) dezvoltarea susținerii emoționale; 4) dezvoltarea reflexiei și autocontrolului emoțional; 5) consolidarea comportamentului spontan; 6) analiza emoțiilor negative; 7) dezvoltarea sentimentelor de competiție și de risc; 8) aplanarea conflictului; 9) învingerea fricii de contactul tactil; 10) dezvoltarea unor stereotipuri afective; 11) dezvoltarea atitudinii adecvate față de sine; 12) dezvoltarea percepției adecvate a despărțirii de persoanele apropiate.

La fiecare etapă am aplicat tehnici speciale (jocuri și exerciții) (vezi Anexa 2). La etapa formării unei atitudini pozitive față de activitate am aplicat „Salutul”, „Ghicește cine este”, „Pătrunde cu forța în cerc”. În urma efectuării acestora am constatat comportament spontan și dispoziție afectivă pozitivă la copii. Pentru organizarea grupului, am utilizat jocurile: „Lănțișorul”, „Crește balonul”, „Gemenii siamezi”.

La etapa dezvoltarea susținerii emoționale am organizat „Telefonul stricat”, „Rezolvă problema”. La etapa dezvoltării reflexiei și autocontrolului emoțional am folosit tehnicile: „Asociații”, „A clipi”, „Totul invers”, „Purtăm pălării”. Scopul acestei etape constă în formarea spiritului de colaborare și susținere a partenerilor, aprecierii și percepției adecvate a insucceselor proprii. Pentru a consolida comportamentul spontan, am utilizat jocurile: „Reprezentarea unui animal”, „Reprezentarea obiectelor neînsuflețite”, „Reprezentarea colectivă a unui animal”, „Până la cădere”.

La etapa de analiză a emoțiilor negative am aplicat psihotehnici orientate spre modelarea de situații cu colorație emoțională negativă, cu perspectiva rezolvării pozitive: „Povestea groaznică”, dramatizarea poveștilor „De-a ascunselea”.

Pentru dezvoltarea sentimentului de competiție și de risc, am organizat jocuri de competiție: „Cine a sărit mai departe”, „Strânge cucuie”, „Slalom gigant”. Pentru a le dezvolta copiilor abilități și priceperi de aplanare a conflictelor, am aplicat elemente de training comportamental: am discutat cu copiii niște situații de conflict. La etapa învingerii fricii de contactul tactil, am utilizat jocurile: „Palmă în palmă”, „Intră în cerc”, Gemenii siamezi”. Pentru dezvoltarea stereotipurilor afective, am executat cu copiii diferite mișcări: sărituri, lovituri ritmice, balansări. La etapa dezvoltării atitudinii adecvate față de sine, am utilizat jocurile „Sentimentele noastre”, „Eu sunt sculptor” și elemente din terapia prin artă – „Când voi deveni matur”, „Desenează-te pe tine și clasa ta”, în scopul diminuării sentimentului de neîncredere. La ultima etapă, ne-am străduit să formăm un fond emotiv pozitiv, să accentuăm rolul contactelor interpersonale, să dezvoltăm la copii încrederea în sine și să le formăm o autoapreciere adecvată, prin utilizarea tehnicilor „Alege jocul după dorință” și „Urarea”.

Pe parcursul aplicării acestui model am constatat la copii o dinamică pozitivă: a apărut susținerea în grup, reacții emoționale adecvate, fondul emoțional pozitiv, independență în activitate, încredere în sine, comportament spontan, diminuarea emoțiilor negative.

În elaborarea *modelului „Dezvoltarea reglării volitive”* am luat în considerare că imaturitatea reglării volitive are impact negativ asupra reușitei școlare. În acest scop, am specificat particularitățile reglării volitive la copilul cu RDP: lipsa atitudinii pozitive față de regulă, impulsivitatea, lipsa inițiativei, lipsa capacității de a organiza propriul comportament și dorințe conform cerințelor procesului instructiv-educativ, autocontrol imperfect, incapacitatea de a face față dificultăților, dereglări în funcționarea proceselor psihice – toate acestea din cauza tempoului încetinit în dezvoltarea reglării volitive.

Elaborarea acestui model este bazat pe câteva concepte. Primul grup de concepte este elaborat pe baza teoriilor care reflectă corelarea dintre

emoții și voință. R.P. Bagozzi, H. Baumgartner, R. Pieters, S.P. Broun, W.L. Cron, J.W.-Jr Slocum [193] M. Perugini, M. Conner [219] confirmă existența emoțiilor proactive care se manifestă în momentele de prognozare a rezultatelor activității. Când corelațiile dintre emoțiile pozitive și cele negative din categoria emoțiilor proactive ating masa critică sunt activate procesele volitive. К. Корнилов [105] afirmă că emoțiile nu există în afara voinței. Emoțiile prezintă un stimulent important pentru voință. Intelectul, ca forță ce dirijează acțiunile umane, fără integrarea emoțiilor nu întotdeauna are impact asupra voinței. Е.П. Ильин [87] susține că reglarea emoțional-volitivă își începe acțiunea atunci când emoțiile dezorganizează activitatea. В.К. Калинин [90] constată că emoțiile asigură mobilizarea generală a tuturor sistemelor organismului, în același timp, reglarea volitivă asigură mobilizarea selectivă a posibilităților psihofizice ale omului. Al doilea grup se bazează pe conceptul elaborat de I. Kuhl [215] de includere a procesului volitiv ca control la acțiune. Al treilea grup este bazat pe o serie de concepte: М.Я.Басов [47, p.14] – voința este un mecanism psihic prin intermediul căruia personalitatea își reglează funcțiile psihice proprii; R. May [87, p.39] – voința prezintă capacitatea personalității de a organiza comportamentul propriu conform scopului; Е. П. Ильин – atenția voluntară este un instrument de autocontrol, ultimul este legat de prelucrarea informației, compararea cu etalonul și evaluarea informației noi [94, p. 109]. Al cincilea grup se bazează pe conceptul elaborat de Е.П. Ильин – „voința prezintă o necesitate în învingerea dificultăților” [87, p. 43.]. Al șaselea grup se bazează pe dezvoltarea relaxării și impactul ei benefic asupra proceselor psihofiziologice ale organismului (I. Şult, E Kue, В.М. Бехтерев [128]).

Pentru realizarea modelului, am formulat următoarele obiective: 1) dezvoltarea atitudinii pozitive față de regula impusă de adult; 2) dezvoltarea capacității de respectare a regulii; 3) dezvoltarea abilității de control a acțiunii; 4) dezvoltarea capacității de a regla procesele psihice (dezvoltarea atenției voluntare); 5) dezvoltarea funcției de relaxare; 6) formarea capacității de depășire a dificultăților.

Modelul „Dezvoltarea reglării volitive” este format din șase blocuri, care corespund obiectivelor stabilite. Fiecare bloc conține jocuri și exerci-

ții conform obiectivelor sus-numite, cu excepția primului bloc. Prin aplicarea acestui model, intenționăm dezvoltarea motivației pozitive față de activitate și a corelației dintre emoții și voință prin coloratura emoțională a regulii. În acest scop, am aplicat următoarele jocuri: „Semaforul”, „Piramida și mingea”, „Figuri geometrice”.

Alte jocuri și exerciții au fost utilizate pentru: dezvoltarea capacității de respectare a regulii („Cucuveaua”, „Cășcații”, „Patru stihii”, „Focul”, „Vulpișoară, unde ești?”); dezvoltarea controlului activității („Da și Nu”, „Copierea exemplului”, „Trei culori”, „Broasca-țestoasă”, „Pătrunde prin mâini”; dezvoltarea reglării locomotorii („Încordarea și relaxarea”); dezvoltarea proceselor psihice – îndeosebi a atenției voluntare – („Caută același obiect”, „Proba de corectură”, „Dictare aritmetică”, „Măinile atente”, „Construirea conform modelului”). De asemenea, am folosit tehnici de relaxare („Fluturașii”, „Copacul”, „Floarea”, „Prinde șoarecele”) și jocuri pentru formarea capacității de depășire a dificultăților – („Foca”, „Râsul”).

După aplicarea modelului, am constatat o dinamică pozitivă în dezvoltarea și normalizarea reglării volitive. Copiii au manifestat dorința de a activa, au respectat regulile impuse, au fost insistenți în depășirea dificultăților.

Modelul al patrulea, „Dezvoltarea autoreglării voluntare” – este unul complex, deoarece vizează toate particularitățile psihologice ale activității copilului cu RDP, depistate la etapa de constatare: lipsa motivației de învățare, dominarea motivelor de joc, lipsa atitudinii emoționale pozitive față de activitate, motivul dominant al activității nu are colorație emoțională, funcțiile de orientare și operaționale slab dezvoltate, impulsivitate, lipsa capacității de a aprecia corect rezultatele muncii proprii (sunt mulțumiți de orice rezultat), pe parcursul desfășurării activității pot manifesta reacții emoționale neadecvate, funcția de planificare imatură, incapacitate de orientare spre scop conform programului de activitate, lipsa corelațiilor dintre activitatea practică și etapele de planificare, susținerea insuficientă a copilului din partea adultului pe parcursul activității, neîncredere în sine, lipsa independenței, imaturitatea reglării verbale (tempo încetinit în transformarea planului extern în unul intern), nu există interes față de activitate, nu apare planificarea prealabilă, concentrarea insuficientă asu-

pra problemei, capacitatea, numai în linii generale, de a formula ideea și a determina activitate în continuare numai cu doi pași înainte, aprecierea incorectă, neadecvată și indiferentă.

În realizarea acestui model am aplicat următoarele principii psihopedagogice: lucrul cu copiii trebuie să fie conform „zonei proxime de dezvoltare”; treptat de crescut complexitatea însărcinărilor; de avut în vedere caracteristici psihologice pentru fiecare copil, viteza și profunzimea impactului intervențiilor dezvoltativ-corecționale; de efectuat asistența psihopedagogică diferențiată la toate activitățile; de aplicat pe larg comunicarea specială orientată spre scop între copil-psiholog-semenii săi; de aplicat intens activitatea productivă.

Pentru realizarea modelului am respectat condițiile psihopedagogice necesare pentru dezvoltarea autoreglării voluntare la copiii cu RDP:

- crearea motivelor emoțional-pozitive pentru reglarea activității proprii, atragerea atenției asupra procedeele de reglare, formarea necesității în reglarea conștientă;
- dezvoltarea orientării în structura activității (etapa de orientare, executare, de control) și componentelor ei (plan, scop, procedeu de executare, aprecierea rezultatului obținut);
- formarea însușirilor de realizare conștientă pe etape a activității;
- asigurarea sistemului de algoritme de control;
- asigurarea sistemului materializat de efectuarea controlului prin sistemul semnelor sau verbală (prezentarea descrierilor);
- asigurarea unei activități active prin aplicarea situațiilor problematice, însărcinărilor netradiționale, „greșelilor profesorului”.

Modelul a fost realizat în mai multe etape. Prima etapă a avut scopul de a forma motivația emoțional-pozitivă și reorienta copilul de la motivul de joc la cel orientat spre conținutul sarcinii. Au fost utilizate următoarele jocuri: „În ospetie la creionul vesel”, „Prietenul meu cu patru picioare” „Poveste veche”.

A doua etapă a fost orientată spre formarea autoreglării voluntare a activităților executive (formarea și păstrarea procedeele acțiunii sub conducerea adultului). La această etapă, le-am propus copiilor să analizeze exemplul concret compus din elemente simple și să-l reproducă pe etape,

sub conducerea adultului, iar după aprecierea de către adult a rezultatelor activității copilului să corecteze greșelile cu ajutorul adultului. În acest scop, am aplicat jocurile: „Parcul auto”, „Cine a venit la noi” , „Cine mă laudă mai tare”, „Ghicește”.

Etapă a treia a fost orientată spre dezvoltarea autoreglării voluntare prin formarea funcției de planificare a acțiunilor. Copiii li s-a propus să realizeze desene la teme: „La zoo”, „Aleg mobila pentru camera...”, „Covor colorat” și acțiuni de elaborare a planului, de soluționare a sarcinilor cu mai multe trepte, de repartizare a funcțiilor, de cooperare în grup. Aceste activități au urmărit: planificarea împreună cu adultul a etapelor efectuării activității, apoi efectuarea de sine stătător a acestor acțiuni; aprecierea rezultatelor împreună cu adultul; corectarea greșelilor de sine stătător; darea de seamă despre activitatea prezentată pe etape.

La a patra etapă ne-am propus formarea la copii a autoreglării voluntare prin dezvoltarea capacității de a lua decizii, a-și fixa și menține scopul în activitate. Copiii au realizat activități de modelaj („Iepurașii”), desenare la o tematică („Clovni”), joc („Ajută iepurașii să se întâlnească”), aplicație tematică („Jucării pentru cei mici”), care erau orientate spre dezvoltarea capacităților de: luare a deciziei de sine stătător; planificare a consecvenței acțiunii realizate de sine stătător; efectuare a activității de sine stătător; apreciere a rezultatelor activității; depistare și corectare a greșelilor de sine stătător; a comenta cu voce tare consecutivitatea etapelor în realizarea activității pentru a atinge scopul preconizat.

Pentru dezvoltarea psihică a copilului este foarte important jocul. În joc se formează toate aspectele activității psihologice și reglarea ei. Pentru copiii cu RDP este caracteristică lipsa capacității de a desfășura jocul comun cu alți copii (fără adult), deoarece nu se conformă scopului general al jocului, nu țin cont de interesele generale, nu-și pot controla propriul comportament. Acești copii preferă jocul fără nici un fel de reguli (Л.В. Кузнецова [110], С.Г. Шевченко [183]).

Diferiți specialiști în domeniul respectiv au realizat mai multe cercetări. Е.В. Аксёнова [42] a investigat activitatea de joc a preșcolarilor de vârstă mare cu RDP și a menționat următoarele particularități de autoreglare în joc: acceptarea formală a rolului propus de către adult, înde-

plinirea rolului propus parcurge unele secvențe ale activității de joc prin intermediul jucăriilor și materialelor, copiii nu conștientizează necesitatea regulilor de joc și subordonarea comportamentului regulilor de joc. E.C. Слепович [168] a stabilit că lipsa motivației și scopului în activitatea de joc se manifestă la acești copii prin diversitatea slabă a acțiunilor de joc și a acțiunilor obiect – joc, realizarea acțiunilor după șablon, folosirea pozițiilor și acțiunilor standard în momentul realizării jocului. Copiii nu manifestă interes pentru a forma un joc comun, nu pot identifica ideea generală și căile de realizare, ei au nevoie de ajutor din partea adultului. Л.В. Кузнецова [109] tratează activitatea de joc la preșcolarii mari cu RDP ca o condiție obligatorie a pregătirii pentru școală, sub aspectul dezvoltării componentei motivațional-volitivă. Conform datelor obținute de autor, la momentul plecării la școală, motivele de joc predomină la o treime din numărul general al copiilor cu RDP. Analiza rezultatelor a arătat că jocul rămâne important și pentru școlarii mici cu RDP.

În procesul desfășurării programului formativ am intervenit creativ în cazurile depășirii efectelor de grup nedorite. Ședințele din programul formativ au fost constituite din patru etape de bază:

I. Înviorarea psihologică

Obiective: diminuarea încordării psihice și emoționale, normalizarea tonusului muscular, orientarea atenției copiilor spre activitate, stimularea copiilor la o activitate comună și spre comunicarea reciprocă.

II. Însușirea emoțiilor

Obiective: Dezvoltarea abilității de a-și înțelege propriile emoții și pe ale altora, reprezentarea lor corectă și trăirea lor. Emoțiile, stările folosite în exerciții: interes-atenție/luare-aminte; bucurie-satisfacție-admirație-mirare/surprindere; nenorocire–disperare–suferință-compătimire; furie-ură-invidie; ofensă-necaz; dispreț-silă-dezgust; frică-spaimă; rușine-vină; anxietate-frustrare; compătimire-jale-gingășie; amărăciune-tristețe. Îndeplinirea diferitor sarcini musculare prin repetări imitate ale unor exerciții; dezvoltarea abilității de menținere a atenției asupra senzațiilor, de deosebire și comparare; dezvoltarea abilității copiilor de schimbare a mișcărilor, controlul senzațiilor musculare.

Este foarte importantă consecutivitatea exercițiilor, respectarea schimbării și comparării mișcărilor în dependență de caracterul lor, prin mișcări: încordare-relaxare, brusc-lent, des-rar, fracționat-întregit, mișcări abia vizibile-încremeniri, rotiri ale corpului și sărituri, mișcări libere în mediu și ciocniri cu obiecte. Toate exercițiile sunt însoțite de încordare musculară și relaxare. O asemenea schimbare a mișcărilor influențează armonizarea activității psihice prin reglarea activității creierului, care duce la îmbunătățirea dispoziției, dispariția inerției. Diferențierea și conștientizarea tuturor senzațiilor este inaccesibilă copiilor, dar concentrarea atenției asupra cel puțin uneia la fiecare activitate se impune cu necesitate.

III. Comunicarea emoțiilor

Obiectivul: dezvoltarea abilităților generale de comunicare ca una dintre abilitățile primordiale în activitățile școlare, a abilităților de influență asupra interlocutorului.

În exerciții sunt incluse acțiuni de schimbare cu rolurile partenerilor de comunicare, de apreciere a propriilor emoții și ale partenerului. Exercițiile ajută copiii să depășească barierele în comunicare cu care se confruntă în viața reală.

IV. Comportamentul psihosocial

Obiectivul: dezvoltarea abilităților de reglare a reacțiilor de comportament; consolidarea efectului pozitiv, ce stimulează și reglează activitatea psihică și fizică a copilului, echilibrarea stării emoționale, ameliorarea dispoziției.

A fost inclusă demonstrarea situațiilor tipice ale dificultăților psihologice, evidențierea și cunoașterea formelor tipice ale comportamentului adaptat și neadaptat; formarea și întărirea comportamentelor adaptative și rezolvarea conflictelor; dezvoltarea abilităților de alegere independentă și construire a formelor reale de reacții și acțiune în diferite situații.

Activitățile de dezvoltare a sferei emoțional-volitivă la elevii mici cu RDP au fost adaptate la profilul său de dezvoltare, cu planificarea activităților pentru:

- îmbunătățirea capacităților de a crea și susține relații (contactul vizual, folosirea atenției, încredere, capacitate de a renunța la control, limbajul, comunicarea, empatia, înțelegerea ierarhiei și rolurilor so-

ciale, relații cu alți copii – capacități de negociere, de control al emoțiilor, al agresivității);

- sporirea abilităților de adaptare (toleranța la schimbări, depășirea stresului și a senzațiilor exagerate de primejdie);
- sporirea competențelor personale (motivare, autoapreciere, abilități cognitive și motorii, autoajutorare, conștiință emoțională, abilități de autoîngrijire, de concentrare, modele de învățare);
- schimbarea modelului de joc (imaginație, cooperare, jocul de roluri, capacitățile de joc, plăcerea jocului).

Este important ca aceste activități să fie inițiate după o analiză minuțioasă a factorilor de risc și cauzativi ai stării copilului (factori genetici), după o evaluare a capacităților cognitive și emoționale, a capacităților de depășire a stresului, a oportunităților de învățare (ambianță stimulată, jucării etc.), alimentației etc.

La fel, am ținut cont și de următoarele situații:

- care sunt factorii determinanți în afectarea dezvoltării sferei emoțional-volitive;
- ce poate fi schimbat, cum și cât de ușor și repede;
- dacă schimbările planificate vor fi suficiente pentru a redresa situația;
- ce factori pot afecta schimbările planificate;
- care este riscul de tergiversare a inițierii activităților;
- factorii de rezistență și factorii facilitatori ai dezvoltării sferei emoțional-volitive;
- cum ar putea copilul percepe schimbarea și îmbunătățirea sferei emoțional-volitive;
- surse de sporire a autoaprecierii;
- care sunt activitățile necesare, cine le va acorda și în ce perioade de timp.

Eficiența modelelor psihopedagogice a fost evaluată prin intermediul desfășurării experimentului de control. În experimentul formativ au fost incluși copiii cu RDP de 6-7 ani, forma psihogenă: 18 copii – grup experimental, 17 copii – grup de control; RDP – 6-7 ani, forma cerebrogenă, 10 copii – grup experimental, 10 copii – grup de control. Durata experi-

mentului formativ a fost de șase luni, de două ori pe săptămână și cu un interval al activităților de 25-35 de minute.

În continuare, prezentăm criteriile de formare a eșantionului angajat. La baza formării grupului experimental – RDP cerebrogene –, au fost puse următoarele principii, care s-au manifestat evident din punct de vedere clinic – psihologic:

1) prezența afectării organice a creierului prin examinarea documentelor medicale;

în statutul neurologic, prezența sindroamelor neurologice: a hidrocefaliei (6 copii) și a distoniei vegeto-vasculare (4 copii);

2) statutul somatic: displaziile corporale (2 copii);

3) evidențierea imaturității emoțional-volitive (infantilismul organic de tip instabil (4 copii) sau inhibitor (6 copii), cu afectarea funcției cognitive (deregările particularităților atenției – 5 copii, vocabular sărac, cu tulburări fonematice în limbaj – 6 copii);

4) afectarea motricității, îndeosebi a motricității fine, care este vizibilă prin metoda observației;

5) prezența sindroamelor encefalopatie evidente (astenia cerebrală – 7 copii, sindromul apatico-adinamic – 2 copii și psihopatic – 1 copil, sindromul convulsiv – 2 copii);

6) predominarea simptomelor de afectare (deregarea structurii activității psihice), cu încetinirea dezvoltării (tempo încetinit în formarea nivelului de vârstă al activității psihice).

În grupul de control, în cazul formei RDP cerebrogene, au fost incluși copiii cu această formă, dar cu semne clinico-psihologice mai diminuate.

Pentru RDP psihogenă, constituirea grupului experimental s-a bazat pe următoarele principii de formare, care, desigur, erau mai evidente din punct de vedere clinicopsihologic:

1) factorii psihosociali agravați;

2) importanța subiectivă pentru copil a factorului psihosocial negativ – 18 copii;

3) imaturitatea patologică a sferei emoțional-volitive (К.С. Лебединская [138]): labilitate afectivă, impulsivitate, sugestionalitate, lipsa simțului de datorie și de răspundere, nedeveloparea calităților volitive – 18 copii;

4) predominarea reacțiilor emoționale negative în cazul activității sau comunicării cu semenii – 18 copii;

5) activitatea selectivă evidentă: timp îndelungat de joacă în jocuri preferate – 18 copii;

6) diminuarea activității cognitive din cauza lipsei motivației orientată spre activitate – 18 copii.

În grupul de control, în cazul formei de RDP psihogenă, au fost incluși copiii cu semne mai diminuate, comparativ cu grupul experimental.

Considerăm oportună diferențierea orientării intervențiilor psihologice la etapa formativă în funcție de tipul de RDP: pentru RDP cerebrogenă va fi adecvată dezvoltarea componentelor reglării emoțional-volitive, pentru RDP psihogenă – normalizarea reglării emoțional-volitive. Dezvoltarea este procesul de acumulări cantitative și calitative ce se produc în fiecare nivel psihic al personalității. Normalizarea este orice acțiune de readucere la normal; în această accepție, orice readaptare tinde spre normalizarea individului.

3.3. Evaluarea dezvoltării reglării emoțional-volitive în condiții experimentale speciale

Studiind orientarea școlărilor de vârstă mică cu RDP în sarcinile de instruire, H.И. Королько [107] a demonstrat că aceștia nu înțeleg structura sarcinii, nu pot determina condițiile efectuării ei, nu percep cerințele pentru efectuarea sarcinii. Conform părerii autoarei, stabilirea unui scop clar, formarea componentelor acțiunilor de orientare (orientare sub aspect general, informațional, de căutare, planificare) prin intermediul exercițiilor în care se utilizează orientarea externă, care trece apoi în structuri interne la copiii cu RDP, e posibilă prin corecția dereglărilor de orientare în sarcina de instruire.

În lucrarea lui Ю.Б. Максименко [127], consacrată dezvoltării autocontrolului la copiii cu RDP de 6-7 ani, se constată că eficiența scăzută a activității corelează direct cu maturizarea slabă a autocontrolului. Insuficiența autocontrolului la copiii cu RDP se observă cel mai bine în cantitatea greșelilor efectuate, în multitudinea greșelilor impulsive, în incapacitatea

de a folosi instrucțiuni și metode optime de organizare a controlului. Autocontrolul se va dezvolta ascendent pe parcursul procesului de instruire dacă se vor utiliza metode și tehnici corecționale. Programul corecțional, special alcătuit de către autor, orientează spre dezvoltarea pe etape a acțiunilor de autocontrol. Fiind utilizat în activitatea de instruire, a condiționat ameliorarea evidentă a realizării sarcinii în experiment prin corecția greșelilor și perfecționarea autocontrolului.

Am apreciat eficiența modelelor psihopedagogice elaborate prin datele obținute la retestarea copiilor cu următoarele tehnici aplicate și la etapa experimentului de constatare:

- pentru *modelul „Dezvoltarea componentelor reglării emoționale”* am utilizat *tehnica „Diagnosticul stărilor emoționale”*, pentru a cerceta componentele reglării emoționale prin aprecierea nivelului de dezvoltare a reglării emoțional-motivaționale, reglării emoțional-verbale, controlului emoțional. Au fost analizați următorii parametri: nivelul de dezvoltare a reglării emoțional-motivaționale prin variabilele: perceperea emoțională 1, perceperea emoțională 2, perceperea emoțională 3, perceperea emoțională 4; nivelul de dezvoltare a reglării emoțional-verbale: clasificarea emoțională 1, clasificarea emoțională 2; nivelul de dezvoltare a controlului emoțional: diferențierea stărilor emoționale proprii, diferențierea emoțiilor adultului 1, diferențierea emoțională 2; DSE total.
- pentru *modelul „Dezvoltarea reglării emoțional-volitive”* – *„Reglarea emoțional-bazală” după T. Павлюй* –, a fost aplicată pentru a evalua structura nivelară a reglării emoționale la copiii cu diferite forme de RDP și la cei cu DN.
- pentru *modelul „Dezvoltarea reglării volitive”* – a fost utilizată *„Da” și „Nu”* în scopul determinării specificului dezvoltării reglării volitive la copiii cu diferite forme de RDP și la cei cu DN.
- pentru *modelul „Autoreglarea conștiință”* – s-a recurs la *„Desenarea pe puncte”*, cu scopul stabilirii unor particularități ale autoreglării voluntare, spontaneității, planificării și controlului activității la copiii cu diferite forme de RDP și la cei cu DN.

Modelele psihopedagogice au fost utilizate în funcție de nivelul dezvoltării

tării fiecărui copil. Rezultatele estimate în urma efectuării experimentului formativ dovedesc accesibilitatea, eficiența și necesitatea aplicării acestor modele. Aplicarea lor demonstrează creșterea indicilor psihologici măsurati la toți parametrii.

În Tabelul 3.1. sunt prezentate rezultatele analizei comparative a datelor obținute la faza experimentului de constatare și după realizarea activităților de corecție prin testul „Diagnosticul stărilor emoționale” la copiii cu RDP cerebrogenă.

Tabelul 3.1. Diferențele statistice ale datelor obținute la etapa de constatare și la cea formativă la subiecții din grupul experimental cu RDP cerebrogenă la testul „Diagnosticul stărilor emoționale”

Parametrii	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	z	p
percepția emoțională 1	0,001	55,000	-3,871	0,001
percepția emoțională 2	0,001	55,000	-3,905	0,001
percepția emoțională 3	0,001	55,000	-3,854	0,001
percepția emoțională 4	0,001	55,000	-3,886	0,001
Clasificarea emoțională 1	0,001	55,000	-3,891	0,001
Clasificarea emoțională 2	0,001	55,000	-3,838	0,001
dif. st. emoț. pr.	4,500	59,500	-3,509	0,001
dif. st. emoț. ad. 1	4,500	59,500	-3,496	0,001
dif. st. emoț. ad. 2	4,000	59,000	-3,547	0,001
DSE total	5,500	55,500	-3,609	0,001

Compararea rezultatelor obținute de grupul experimental și de cel de control, formate din copii cu RDP cerebrogenă și psihogenă, ne-a permis să evidențiem diferențe semnificative la parametrii: percepția emoțională 1: $z=3,871$, $p=0,001$; percepția emoțională 2: $z=-3,905$, $p=0,001$; percepția emoțională 3: $z=-3,854$, $p=0,001$; percepția emoțională 4: $z=-3,886$, $p=0,001$; clasificarea emoțională 1: $z=-3,891$, $p=0,001$; clasificarea emoțională 2: $z=-3,838$, $p=0,001$; diferențierea stărilor emoționale proprii: $z=-3,509$, $p=0,001$; diferențierea stărilor emoționale ale adultului 1: $z=-$

3,496, $p=0,001$; diferențierea stărilor emoționale ale adultului 2: $z=-3,547$, $p=0,001$; DSE total: $z=-3,609$, $p=0,001$.

Datele statistice prezentate mai sus probează eficiența modelului, deoarece activitățile formative au fost concentrate spre dezvoltarea componentelor la care copiii au înregistrat rezultate joase la etapa de constatare. La copiii din grupul experimental cu RDP cerebrogenă, la faza retest, au crescut evident toți parametrii, fapt ce comunică despre dezvoltarea componentei emoțional-motivațională, emoțional-verbale, a controlului emoțional.

În tabelul 3.2. prezentăm rezultatele obținute în urma analizei comparative a datelor test – retest prin tehnica „Diagnosticul stărilor emoționale” la RDP psihogenă.

Tabelul 3.2. Diferențele statistice la subiecții din grupul experimental cu RDP psihogenă obținute la etapa de constatare și la cea formativă prin tehnica „Diagnosticul stărilor emoționale”

Parametrii	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	z	p
percepția emoțională 1	9,000	180,001	-4,924	0,001
percepția emoțională 2	12,500	183,500	-4,914	0,001
percepția emoțională 3	0,001	171,000	-5,222	0,001
percepția emoțională 4	3,000	174,000	-5,173	0,001
clasificarea emoțională 1	2,500	173,500	-5,126	0,001
clasificarea emoțională 2	10,500	181,500	-4,910	0,001
dif. stărilor emoț. pr.	25,000	196,000	-4,413	0,001
dif. st. emoț. ad. 1	12,500	183,500	-4,825	0,001
dif. st. emoț. ad. 2	2,500	173,500	-5,206	0,001
DSE total	2,900	172,000	-4,173	0,001

Compararea rezultatelor obținute de grupul experimental format din copiii cu RDP psihogenă ne-a permis să evidențiem diferențe semnificative la parametrii: perceperea emoțională 1: $z=-4,924$, $p=0,001$; perceperea emoțională 2: $z=-4,914$, $p=0,001$; perceperea emoțională 3: $z=-5,222$, $p=0,001$; perceperea emoțională 4: $z=-5,173$, $p=0,001$; clasificarea emoțio-

onală 1: $z=-5,126$, $p=0,001$; clasificarea emoțională 2: $z=-4,910$, $p=0,001$; diferențierea stărilor emoționale proprii: $z=-4,413$, $p=0,001$; diferențierea stărilor emoționale ale adultului 1: $z=-4,825$, $p=0,001$; diferențierea stărilor emoționale ale adultului 2: $z=-5,206$, $p=0,001$; DSE total: $z=-4,173$, $p=0,001$.

Datorită intervențiilor psihologice, putem observa unele schimbări survenite în creșterea diferitor forme și tipuri ale comportamentelor emoțional-volitive la copiii cu ambele tipuri de RDP. La compararea rezultatelor grupurilor experimentale cu rezultatele grupurilor de control am observat că valorile copiilor din grupurile experimentale s-au mărit la majoritatea parametrilor.

În rezultat am înregistrat cote mai înalte la toți parametrii. Aplicarea unui program formativ a favorizat normalizarea componentelor reglării emoționale din punct de vedere calitativ. Contactele strânse și colaborarea permanentă cu adultul, în experimentul de formare, a favorizat dezvoltarea experienței emoționale a copiilor cu RDP psihogenă.

În continuare prezentăm datele obținute în urma comparării grupului experimental și a celui de control, cu aplicarea modelului „Dezvoltarea componentelor reglării emoționale”.

Pentru început, prezentăm în mod grafic rezultatele obținute de copiii din grupul experimental și din cel de control la aprecierea parametrilor stărilor emoționale, prin aplicarea testului „Diagnosticul stărilor emoționale” (în Fig. 3.1.).

Demonstrarea grafică relevă o diferență între medii la copiii din grupul experimental și cel de control la RDP cerebrogenă și RDP psihogenă.

Dezvoltarea este un proces continuu, învățarea și utilizarea capacităților pot varia în funcție de starea emoțională. Astfel, o viziune instantanee poate induce în eroare în decizia despre dezvoltarea copilului. Este important a se ține cont de mediul de dezvoltare și de schimbările evolutive, cu implicarea mai multor specialiști în evaluare.

Copilul poate avea abilități disproporțional avansate, ele fiind condiționate de responsabilitățile și experiențele trăite. Trebuie să atragem atenția la această dezvoltare accelerată a copilului, care ar putea fi o expresie a unor experiențe spirituale dureroase și o modalitate de a le depăși. Această creativitate distinctă a copilului are loc deseori în urma unui dezechilibru

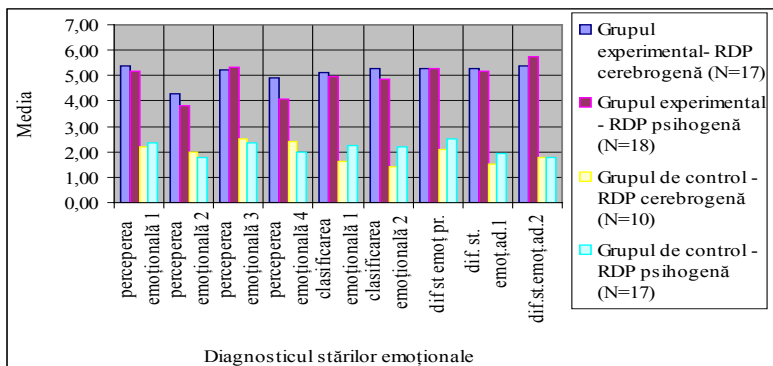


Fig.3.1. Valorile medii obținute la copiii din grupul experimental și la cei din grupul de control cu diferite forme de RDP la aplicarea testului „Diagnosticul stărilor emoționale”

familial profund, ca o reacție de depășire a realităților dure. Prin dezvoltarea unui spirit înalt de observație, asociat cu o sete nesăbuită de a atrage atenția față de sine, se accelerează și unele capacități ale copilului și modul de a reacționa.

După cum estimează datele obținute la compararea grupurilor experimentale cu cele de control, am reușit să compensăm, însă în mod diferit, particularitățile reglării emoțional-volitivă la copiii cu RDP cerebrală și la cei cu RDP psihogenă: la cei cu RDP cerebrală am reușit dezvoltarea diferitor particularități volitive și afective și, drept consecință, dezvoltarea reglării afectiv-volitivă; la cei cu RDP psihogenă s-a normalizat reglarea afectiv-volitivă. Copiii din grupurile de control manifestau neîncredere, impulsivitate, regresie, inhibiție, retardare afectivă și frica de atașare, spre deosebire de semenii lor din grupurile experimentale. Datorită implementării metodelor psihopedagogice, putem observa schimbările survenite în creșterea capacității de reglare emoțional-volitivă la copiii din ambele grupuri formative. La compararea rezultatelor grupurilor experimentale cu rezultatele grupurilor de control, am observat că valorile copiilor din grupurile experimentale au crescut la majoritatea parametrilor. Prezentăm în continuare rezultatele experimentului de control obținute prin aplicarea repetată a testului „Diagnosticul stărilor emoționale”.

Compararea rezultatelor medii ale grupurilor experimentale a copiilor cu RDP cerebrogenă și RDP psihogenă la manifestarea reglării emoțional-volitivă relevă faptul că valorile subiecților din grupurile experimentale au tendința de a se apropia la toți parametrii de rezultatele obținute de copiii cu DN. Aceste rezultate ne permit să vorbim despre faptul că, în urma organizării și realizării experimentului formativ, reglarea emoțional-volitivă la copiii din ambele grupuri experimentale a crescut, dar, în același timp, trebuie să menționăm că nu putem vorbi despre atingerea nivelului normativ de manifestare a reglării emoțional-volitivă. Prezentăm în Tabelul 3.3. (vezi p. 107) diferențele statistice ale grupului experimental și de control la copiii cu RDP cerebrogenă.

Tabelul 3.3. Diferențele statistice ale grupului experimental și cel de control cu RDP cerebrogenă stabilite prin testul „Diagnosticul stărilor emoționale”

Parametrii	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	z	p
perceperea emoțională 1	2,00	57,00	-3,713	0,001
perceperea emoțională 2	0,00	55,00	-3,905	0,001
perceperea emoțională 3	5,00	60,00	-3,457	0,001
perceperea emoțională 4	0,00	55,00	-3,924	0,001
clasificarea emoțională 1	0,00	55,00	-3,900	0,001
clasificarea emoțională 2	0,00	55,00	-3,845	0,001
dif. st. emoț. pr.	1,50	56,50	-3,737	0,001
dif. st. emoț. ad. 1	2,00	57,00	-3,689	0,001
dif. st. emoț. ad. 2	3,00	58,00	-3,617	0,001
DSE total	0,00	55,00	-3,787	0,001

Compararea rezultatelor obținute de copiii cu RDP cerebrogenă din grupul experimental și din cel de control ne-a permis să evidențiem diferențe semnificative la parametrii: perceperea emoțională 1: $z=-3,713$, $p=0,001$; perceperea emoțională 2: $z=-3,905$, $p=0,001$; perceperea emoțională 3: $z=-3,457$, $p=0,001$; perceperea emoțională 4: $z=-$

3,924, $p=0,001$; clasificarea emoțională 1: $z=-3,900$, $p=0,001$; clasificarea emoțională 2: $z=-3,845$, $p=0,001$; diferențierea stărilor emoționale proprii: $z=-3,737$, $p=0,001$; diferențierea stărilor emoționale ale adultului 1: $z=-3,689$, $p=0,001$; diferențierea stărilor emoționale ale adultului 2: $z=-3,617$, $p=0,001$; DSE total: $z=-3,787$, $p=0,001$.

Datele statistice prezentate mai sus confirmă eficiența modelului aplicat. La copiii din grupul experimental, am constatat rezultate mai înalte, comparativ cu cei din grupul de control, la parametrii: perceperea emoțională, clasificarea emoțională, diferențierea stărilor emoționale proprii și la matur. Datele obținute demonstrează că modelul psihopedagogic aplicat a favorizat dezvoltarea lobului frontal ca factor esențial în reglarea psihică.

Prezentăm în Tabelul 3.4. (vezi p. 108) est prezentată analiza comparativă la copiii din grupul experimental și din cel de control cu RDP psihogenă. Compararea rezultatelor obținute de grupul experimental și de cel de control, formate din copii cu RDP psihogenă, ne-a permis să evidențiem diferențe semnificative la parametrii: perceperea emoțională 1: $z=-4,941$, $p=0,001$; perceperea emoțională 2: $z=-4,851$, $p=0,001$; perceperea emoțională 3: $z=-5,104$, $p=0,001$; perceperea emoțională 4: $z=-4,768$, $p=0,001$;

Tabelul 3.4. Diferențele statistice dintre grupurile experimental și cel de control cu RDP psihogenă

Parametrii	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	z	p
perceperea emoțională 1	6,00	159,00	-4,941	1
perceperea emoțională 2	12,50	165,50	-4,851	0,001
perceperea emoțională 3	1,50	154,50	-5,104	0,001
perceperea emoțională 4	13,00	166,00	-4,768	0,001
clasificarea emoțională 1	2,50	155,50	-5,057	0,001
clasificarea emoțională 2	5,00	158,00	-5,001	0,001
dif. st. emoț. pr.	7,50	160,50	-4,890	0,001
dif. st. emoț. ad. 1	0,00	153,00	-5,127	0,001
dif. st. emoț. ad. 2	0,00	153,00	-5,222	0,001
DSE total	0,00	153,00	-5,066	0,001

clasificarea emoțională 1: $z=-5,057$, $p=0,001$; clasificarea emoțională 2: $z=-5,001$, $p=0,001$; diferențierea stărilor emoționale proprii: $z=-4,890$, $p=0,001$; diferențierea stărilor emoționale ale adultului 1: $z=-5,127$, $p=0,001$; diferențierea stărilor emoționale ale adultului 2: $z=-5,222$, $p=0,001$; DSE total: $z=-5,066$, $p=0,001$.

Compararea rezultatelor obținute de grupul experimental și de cel de control, formate din copii cu RDP psihogenă, ne-a permis să evidențiem diferențe semnificative la parametrii: perceperea emoțională 1: $z=-4,941$, $p=0,001$; perceperea emoțională 2: $z=-4,851$, $p=0,001$; perceperea emoțională 3: $z=-5,104$, $p=0,001$; perceperea emoțională 4: $z=-4,768$, $p=0,001$; clasificarea emoțională 1: $z=-5,057$, $p=0,001$; clasificarea emoțională 2: $z=-5,001$, $p=0,001$; diferențierea stărilor emoționale proprii: $z=-4,890$, $p=0,001$; diferențierea stărilor emoționale ale adultului 1: $z=-5,127$, $p=0,001$; diferențierea stărilor emoționale ale adultului 2: $z=-5,222$, $p=0,001$; DSE total: $z=-5,066$, $p=0,001$.

Rezultatele studiului comparativ au pus în evidență diferențe între grupul experimental și cel de control, formate din copiii cu RDP psihogenă. Modelul „Dezvoltarea componentelor reglării emoționale” a favorizat normalizarea componentelor reglării emoționale.

Activitățile de reabilitare au fost direcționate asupra modelării percepției și reacțiilor emoționale ale copilului, concomitent cu reajustarea comportamentului social.

În continuare, prezentăm diferențele între medii la parametrul DSE la copiii cu RDP cerebrogenă și psihogenă de 6-7 ani din grupul experimental și de control (Fig. 3.2, vezi p. 109). Rezultatele obținute confirmă diferențe între mediile obținute la parametrul sumar DSE pentru copiii cu RDP cerebrogenă și cei cu RDP psihogenă din grupul experimental și de control.

Compararea rezultatelor medii ale grupurilor experimentale ale copiilor cu RDP cerebrogenă și RDP psihogenă cu rezultatele grupurilor de control relevă faptul că valorile subiecților din grupurile experimentale, în urma aplicării modelului psihopedagogic, au tendința de a se apropia, la toți parametrii, de indicii normali.

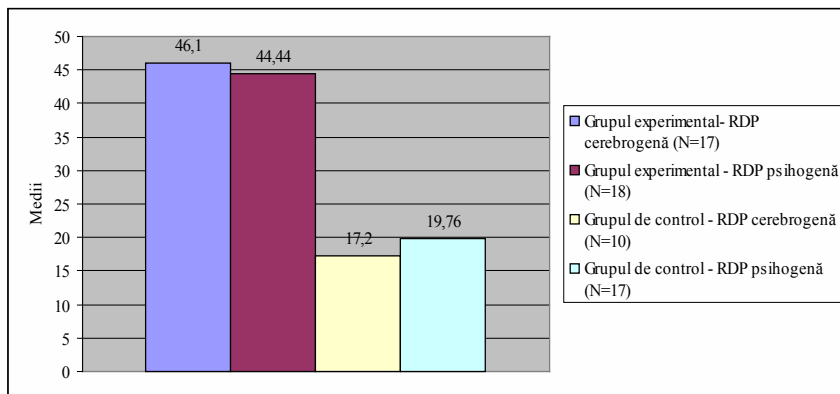


Fig.3.2. Valorile medii obținute la parametrul DSE prin utilizarea testului „Diagnosticul stărilor emoționale”

Stresul cronic are influență de durată asupra abilităților de învățare, în special în cazul afectării proceselor de programare a funcționalității axei hipotalamus-hipofiză-suprarenale. În consecință, apar tulburări de dezvoltare, inclusiv ale funcțiilor de explorare, concentrare, memorie, control al emoțiilor, comportament cu risc, particularități de înțelegere și expresie a comunicării nonverbale, dificultăți de control comportamental, de dispoziție, de integrare școlară.

Dificultățile de concentrare sunt condiționate de anturajul emoțional inadecvat. La copiii neglijați emoțional riscul tulburării hiperactivitate/deficit de atenție este semnificativ sporit, una din cauzele de bază fiind comportamentul părinților (abuzul de droguri, substanțe, crizele de furie) cu care se confruntă copilul. Însușirea capacităților de concentrare este corelată cu necesitatea copilului de a se adapta la ambianța nesigură, necesitatea de a nu lua în seamă unele comportamente și de a se concentra selectiv la altele.

În continuare, vom analiza rezultatele experimentului de control obținute prin aplicarea repetată a testului „REB”. Prezentăm în Tabelul 3.5. (vezi p. 110) rezultatele obținute de copiii cu RDP cerebrogică în faza test – retest din perspectiva testului „REB”.

Tabelul 3.5. Diferențele statistice ale datelor obținute la etapa de constatare și la cea formativă la subiecții din grupul experimental cu RDP cerebrogică după testul „REB”

Parametrii	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	z	p
GPR	22,000	77,000	-2,205	0,027
PR	1,000	56,000	-3,844	1
Pr	14,000	69,000	-2,766	0,006
GST	48,500	103,000	-0,122	0,903
ST	1,500	56,500	-3,727	0,001
St	14,000	69,000	-2,768	0,006
GE	33,500	88,500	-1,347	0,178
E	0,001	55,000	-3,896	0,001
e	8,000	63,000	-3,226	0,001
GK	38,500	93,500	-0,915	0,360
K	0,001	55,000	-3,822	0,001
k	20,001	182,000	-3,565	0,001

În urma prelucrării statistice a datelor, am constatat diferențe statistic-semnificative la următorii parametri: GPR: $z=-2,205$, $p=0,027$; PR: $z=-3,844$, $p=0,001$; pr: $z=-2,766$, $p=0,006$; ST: $z=-3,727$, $p=0,001$; st: $z=-2,768$, $p=0,006$; E: $z=-3,896$, $p=0,001$; e: $z=-3,226$, $p=0,001$; K: $z=-3,822$, $p=0,001$; k: $z=-3,565$, $p=0,001$. Nu s-au manifestat diferențe statistic-semnificative la parametrii: GST: $z=-0,122$, $p=0,903$; GE: $z=-1,347$, $p=0,178$; GK: $z=-0,915$, $p=0,360$.

Experimentul de control a relevat schimbări semnificative în dezvoltarea reacțiilor emoționale la toate nivelurile, inclusiv la cele superioare. Reglarea emoțional-volitivă s-a modificat, comparativ cu datele din experimentul de constatare, deoarece modelul formativ a inclus psihotehnici speciale de dezvoltare a tuturor nivelurilor de reglare emoțională.

Prezentăm în Tabelul 3.6. (vezi p. 111) rezultatele obținute la subiecții din grupul experimental cu RDP psihogenă în faza test – retest prin utilizarea testului „REB”

Tabelul 3.6. Diferențele statistice ale datelor obținute la etapa de constatare și la cea formativă la subiecții din grupul experimental cu RDP psihogenă prin utilizarea testului „REB”

Parametrii	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	z	p
GPR	88,500	259,500	-2,433	0,015
PR	19,000	190,001	-4,594	0,001
Pr	43,500	214,500	-3,843	0,001
GST	135,000	306,000	-0,980	0,327
ST	24,500	195,500	-4,425	0,001
St	31,000	202,000	-4,000	0,001
GE	108,000	279,000	-1,858	0,063
E	10,500	181,500	-4,707	0,001
E	15,500	186,000	-4,880	0,001
GK	96,500	267,500	-2,182	0,029
K	8,500	179,500	-4,941	0,001
K	21,000	192,000	-4,565	0,001

Comparând rezultatele medii ale grupului experimental cu RDP psihogenă, obținute la etapa de constatare și la cea formativă din perspectiva testului „REB”, am estimat diferențe statistic-semnificative la următorii parametri: GPR: $z=-2,433$, $p=0,015$; PR: $z=-4,594$, $p=0,001$; pr: $z=-3,843$, $p=0,001$; ST: $z=-4,425$, $p=0,001$; st: $z=-4,000$, $p=0,001$; E: $z=-4,707$, $p=0,001$; e: $z=-4,880$, $p=0,001$; GK: $z=-2,182$, $p=0,029$; K: $z=-4,941$, $p=0,001$; k: $z=-4,565$, $p=0,001$. Nu s-au demonstrat diferențe statistic-semnificative la următorii parametri: GST: $z=-0,980$, $p=0,327$; GE: $z=-1,858$, $p=0,063$, deoarece obiectivele speciale și psihotehnicile metodologice nu au fost orientate spre dezvoltarea acestor parametrii.

Rezultatele obținute în urma prelucrării statistice a datelor confirmă dezvoltarea tuturor nivelurilor comportamentului emoțional. Cele mai evidente rezultate cantitative s-au manifestat la niveluri care se includ în reglarea emoțional-volitivă. Aceste date indică normalizarea structurii comportamentului emoțional la copiii cu RDP psihogen, comparativ cu datele obținute în experimentul de constatare.

În Fig. 3.3. și 3.4. (vezi p.112) sunt prezentate rezultatele obținute de copiii cu RDP cerebrogenă și cu RDP psihogenă din perspectiva testului „REB” la etapa de constatare și după intervențiile psihologice prin utilizarea modelelor psihopedagogice.

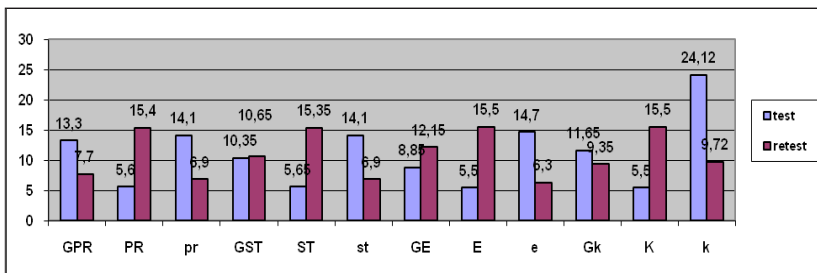


Fig. 3.3. Valorile medii la subiecții cu RDP cerebrogenă în faza test și retest, din perspectiva testului „REB”

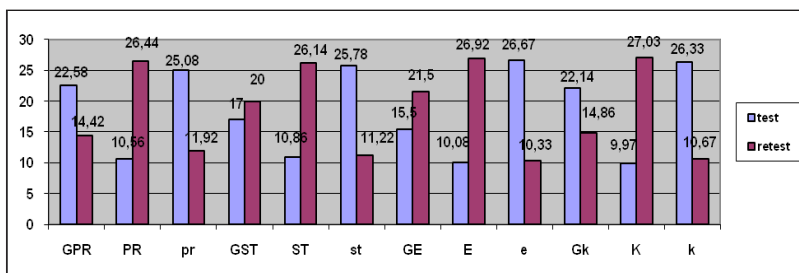


Fig. 3.4. Valorile medii la subiecții cu RDP psihogenă în faza test și retest, din perspectiva testului „REB”

Rezultatele ilustrate în Fig. 3.3., 3.4. denotă diferențele între mediile obținute de copiii cu RDP cerebrogenă și cu RDP psihogenă, din perspectiva testului „REB”, la etapa de constatare și după intervențiile psihologice.

În urma realizării intervențiilor psihologice, prin implementarea modelelor psihopedagogice, rezultatele experimentului de control confirmă o dezvoltare a reglării emoțional-volitive.

Mediile obținute de copiii cu RDP cerebrogenă și RDP psihogenă din grupurile experimentale și din cele de control sunt prezentate în Fig. 3.5. (vezi p. 113). Rezultatele prezintă diferența între mediile obținute la copiii

cu ambele forme de RDP din grupurile experimental și cel de control. Datele relevă dezvoltarea tuturor nivelurilor structurii reglării emoționale și a nivelurilor care formează structura reglării emoțional-volitive, apropierea de reacții adecvate la copiii din grupul experimental, comparativ cu cei din grupul de control cu ambele forme de RDP.

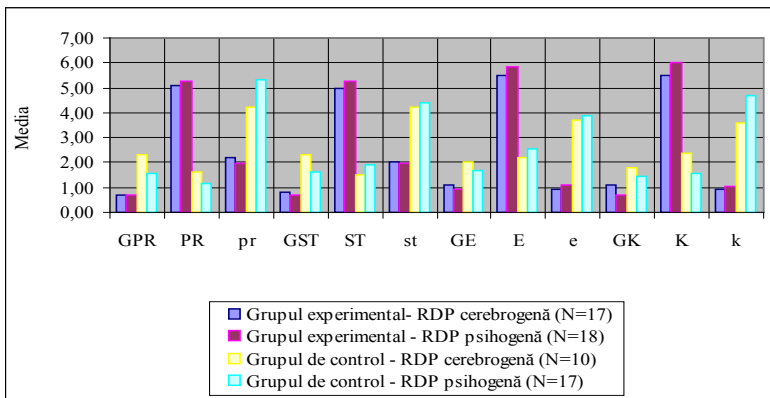


Fig. 3.5. Valorile medii obținute de copii prin aplicarea testului „REB”

Autoreglarea la acești copii este o componentă esențială a capacității de învățare și o condiție de dezvoltare a acestei capacități.

Prin intermediul metodelor speciale au fost stabilite trăsăturile generale și particulare de autoreglare la copiii de 6 ani cu RDP comparativ cu copiii cu psihic normal: realizarea unor sarcini ce nu le trezește atitudine emoțională pozitivă, lipsa unui interes stabil, orientarea numai spre obținerea imediată a rezultatului, lipsa dorinței de a efectua o activitate, renunțarea în orice moment la finisarea activității; la etapa orientării în sarcină, ei verbalizează numai scopul general al activității, regulile efectuării sarcinii și volumul necesar nu sunt conștientizate și realizate în activitatea practică; mai bine conștientizează regulile senzoriale și mai greu se formează operațiile logice. Copiii nu apreciază rezultatul în mod obișnuit, ci din punctul de vedere al problemelor puse în sarcină: ei nu ajung la rezultatul necesar, dar totuși sunt satisfăcuți de lucrul efectuat, nu aspiră la perfecționare.

Prezentăm în Tabelul 3.7. (vezi p.114) datele sintetizate ale analizei comparative a grupurilor experimentale și a celor de control cu RDP cerebrogică și RDP psihogenică. Datorită intervențiilor psihologice, putem observa schimbările survenite în reglarea emoțional-volitivă la copiii cu RDP cerebrogică. La compararea rezultatelor grupului experimental cu rezultatele grupului de control am observat că valorile obținute de copiii din grupul experimental s-au mărit la majoritatea parametrilor. Pentru grupul experimental format din copiii cu RDP cerebrogică s-au obținut diferențe statistic semnificative la următorii parametri: GPR: $z=-2,161$, $p=0,043$; PR: $z=-3,737$, $p=0,001$; pr: $z=-2,571$, $p=0,009$; GST: $z=-2,276$, $p=0,029$; ST: $z=-3,829$, $p=0,001$; st: $z=-2,366$, $p=0,019$; E: $z=-3,680$, $p=0,001$; e: $z=-3,115$, $p=0,001$; K: $z=-3,565$, $p=0,001$; k: $z=-3,526$, $p=0,001$. Nu s-au constatat diferențe statistic-semnificative la parametrii: GE: $z=-1,136$, $p=0,280$; GK: $z=-0,667$, $p=0,529$, deoarece obiectivele speciale și psihotehnicile metodologice ale modelelor elaborate nu au fost orientate spre dezvoltare acestor parametri.

Tabelul 3.7. Semnificația diferențelor dintre grupurile experimentale și cele de control cu RDP cerebrogică, obținute prin utilizarea testului „REB”

Parametrii	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	z	p
GPR	23,00	78,00	-2,161	0,043
PR	1,00	56,00	-3,737	0,001
pr	16,50	71,50	-2,571	0,009
GST	21,50	76,50	-2,276	0,029
ST	0,00	55,00	-3,829	0,001
st	19,50	74,50	-2,366	0,019
GE	35,50	90,50	-1,136	0,280
E	2,00	57,00	-3,680	0,001
e	9,50	64,50	-3,115	0,001
GK	41,50	96,50	-0,667	0,529
K	3,50	58,50	-3,565	0,001
k	5,00	60,00	-3,526	0,001

Datorită intervențiilor psihologice, putem observa schimbările survenite în reglarea emoțional-volitivă la copiii cu RDP cerebrogenă. La compararea rezultatelor grupului experimental cu rezultatele grupului de control am observat că valorile obținute de copii din grupul experimental s-au mărit la majoritatea parametrilor. Pentru grupul experimental format din copiii cu RDP cerebrogenă, s-au obținut diferențe statistic semnificative la următorii parametri: GPR: $z=-2,161$, $p=0,043$; PR: $z=-3,737$, $p=0,001$; pr: $z=-2,571$, $p=0,009$; GST: $z=-2,276$, $p=0,029$; ST: $z=-3,829$, $p=0,001$; st: $z=-2,366$, $p=0,019$; E: $z=-3,680$, $p=0,001$; e: $z=-3,115$, $p=0,001$; K: $z=-3,565$, $p=0,001$; k: $z=-3,526$, $p=0,001$. Nu s-au constatat diferențe statistic-semnificative la parametrii: GE: $z=-1,136$, $p=0,280$; GK: $z=-0,667$, $p=0,529$, deoarece obiectivele speciale și psihotehnicile metodologice ale modelelor elaborate nu au fost orientate spre dezvoltare acestor parametri.

Datele studiului comparativ confirmă diferențele semnificative dintre grupul experimental și cel de control la copiii cu RDP cerebrogenă. Eficiența modelului „Dezvoltarea reglării emoțional-volitivă” a fost confirmată prin maturizarea sistemului cerebral de reglare la acești copii.

Prezentăm în Tabelul 3.8. diferențele dintre grupul experimental și cele de control cu RDP psihogenă.

Tabelul 3.8. Semnificația diferențelor dintre grupurile experimental și cel de control cu RDP psihogenă, prin aplicarea testului „REB”

Parametrii	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	z	p
GPR	67,50	238,50	-3,015	0,004
PR	0,00	153,00	-5,117	0,001
Pr	2,00	173,00	-5,049	0,001
GST	88,50	259,50	-2,228	0,032
ST	3,00	156,00	-5,011	0,001
st	29,00	200,00	-4,150	0,001
GE	115,00	286,00	-1,312	0,219
E	3,00	156,00	-5,049	0,001
e	21,00	192,00	-4,414	0,001

GK	111,50	282,50	-1,443	0,173
K	0,00	153,00	-5,141	0,001
k	11,50	182,50	-4,770	0,001

Compararea rezultatelor medii obținute de copiii cu RDP psihogenă din grupul experimental cu rezultatele grupului de control, la dezvoltarea particularităților reglării emoțional-volitivă, relevă faptul că valorile subiecților din grupul experimental s-au mărit și au tendința de a se apropia la toți parametrii de normă. Pentru copiii cu RDP psihogenă, s-au constatat diferențe statistic-semnificative la următorii parametri: GPR: $z=-3,015$, $p=0,004$, $p<0,05$; PR: $z=-5,117$, $p=0,001$; pr: $z=-5,049$, $p=0,001$; GST: $z=-2,228$, $p=0,032$; ST: $z=-5,011$, $p=0,001$; st: $z=-4,150$, $p=0,001$; E: $z=-5,049$, $p=0,001$; e: $z=-4,414$, $p=0,001$; K: $z=-5,141$, $p=0,001$; k: $z=-4,770$, $p=0,001$. Nu s-au atestat diferențe statistic-semnificative la următorii parametri: GE: $z=-1,312$, $p=0,219$; GK: $z=-1,443$, $p=0,173$, deoarece obiective speciale și psihotehnice nu a fost orientate spre normalizarea acestui parametru.

Comparând rezultatele medii ale grupului experimental și ale celui de control din perspectiva testului „REB”, am estimat diferențe statistic-semnificative la nivelurile care se includ în reglarea emoțional-volitivă la copiii cu RDP psihogenă. Modelul „Dezvoltarea reglării emoțional-volitivă” a favorizat normalizarea structurii reglării emoțional-volitivă prin consolidarea relației copil – adult.

În continuare, vom analiza rezultatele experimentului de control, obținute prin aplicarea repetată a testului „Da și „Nu”.

În tabelul 3.9. rezultatele sunt prezentate obținute de copiii cu RDP cerebrogenă și RDP psihogenă la etapa experimentului de constatare și după implementarea modelelor psihopedagogice prin utilizarea testului „Da” și „Nu”.

În urma prelucrării statistice, au fost estimate diferențe statistic-semnificative la copiii cu RDP cerebrogenă: $z=-3,880$, $p=0,001$, la copiii cu RDP psihogenă: $z=-4,089$, $p=0,001$. În felul acesta, s-a demonstrat eficiența modelului „Dezvoltarea reglării volitive”. La copiii cu ambele forme de RDP s-a format atragerea emoțională față de regulă: regula a căpătat o

colorație emoțională pozitivă, care, în continuare, se transformă într-un motiv pozitiv. La acești copii capacitățile de menținere a regulii și de depășire a dificultăților s-au dezvoltat până la nivelul normei. Prin dezvoltarea atenției voluntare s-au maturizat mecanismele de reglare a proceselor psihice.

Tabelul 3.9. Semnificația diferențelor la copiii din grupurile experimentale cu RDP cerebrogenă și cu RDP psihogenă la etapa experimentului de constatare și după implementarea modelelor psihopedagogice stabilită prin utilizarea testului „Da” și „Nu”.

	RDP cerebrogenă	RDP psihogenă
Mann-Whitney U	0,001	35,000
Wilcoxon W	55,000	206,000
Z	-3,880	-4,089
P	0,001	0,001

Prezentăm în Fig. 3.6. (vezi p. 117) rezultatele obținute de copiii cu RDP cerebrogenă și cu RDP psihogenă din grupurile experimentale și din cele de control prin aplicarea testului „Da și „Nu”.

Rezultatele prezentate în figură relevă diferențe între mediile obținute de copiii cu RDP cerebrogenă și RDP psihogenă din grupurile experimentale și cele de control.

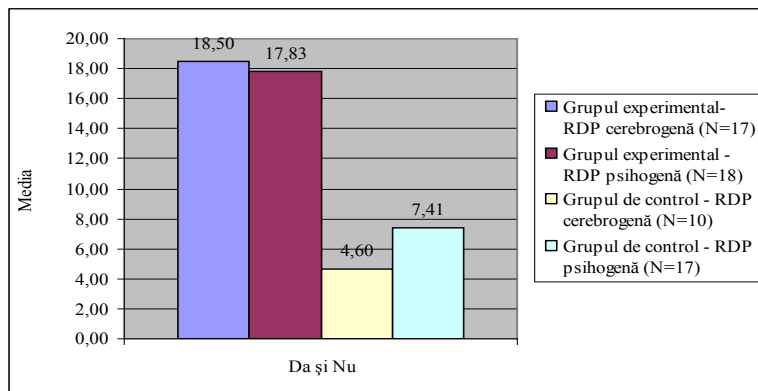


Fig. 3.6. Valorile medii la parametrii testului „Da” și „Nu”

Comparând rezultatele medii ale grupului experimental și ale celui de control la copiii cu RDP cerebrogenă și cu RDP psihogenă, din perspectiva aplicării testului „Da” și „Nu”, am estimat diferențe statistic-semnificative (Tabelul 3.10.)

Tabelul 3.10. Semnificația diferențelor dintre grupurile experimental și cel de control cu RDP cerebrogenă și cu RDP psihogenă, după testul „Da” și „Nu”

	RDP cerebrogenă	RDP psihogenă
Mann-Whitney U	1,00	1,50
Wilcoxon W	56,00	154,50
Z	-3,725	-5,059
P	0,001	0,001

La compararea grupului experimental cu cel de control al copiilor cu RDP cerebrogenă am obținut diferențe statistic-semnificative la următorii parametri: corecte: $z=-3,725$, $p=0,001$. La copiii cu RDP psihogenă, se înregistrează diferențe statistic-semnificative la parametrii corecte : $z=-5,059$, $p=0,001$.

În conformitate cu aceste rezultate, putem confirma că copiii din grupurile experimentale, comparativ cu cei din grupurile de control, incluși într-o activitate, au îndeplinit lejer această probă, învingând barierele interioare și exterioare, realizând însărcinările în mod conștient. Ei au putut să se mobilizeze, să-și fixeze scopuri conștiente și să le urmeze. Copiii din grupurile de control, conform datelor obținute la etapa experimentului de constatare, n-au putut să se conducă de scop în activitate. Activitatea acestora se caracteriza prin sustrageri frecvente, incapacitate de concentrare și de supunere la ordinele verbale ale adultului. Conform rezultatelor obținute, remarcăm creșterea reglării volitive a activității la copiii din grupurile experimentale.

În continuare, vom analiza rezultatele experimentului de control obținute prin aplicarea repetată a testului „Desenare pe puncte”.

În tabelul 3.11. prezentăm rezultatele obținute la subiecții din grupul

experimental cu RDP cerebrogenă și psihogenă la etapa de constatare și la cea formativă prin aplicarea testului „Desenare pe puncte”.

Tabelul 3.11. Semnificația diferențelor din grupul experimental la subiecții cu RDP cerebrogenă și RDP psihogenă la etapa de constatare și la cea formativă prin aplicarea testului „Desenare pe puncte”

	RDP cerebrogenă	RDP psihogenă
Mann-Whitney U	2,000	0,001
Wilcoxon W	57,000	171,000
Z	-3,662	-5,142
P	0,001	0,001

În urma prelucrării statistice a rezultatelor obținute, s-au constatat diferențe statistic-semnificative la RDP cerebrogenă: $z=-3,662$, $p=0,001$, la RDP psihogenă: $z=-5,142$, $p=0,001$. Datele obținute confirmă dezvoltarea componentelor autoreglării voluntare la copiii cu RDP cerebrogenă prin maturizarea lobului frontal. La copiii cu RDP psihogenă, componentele autoreglării voluntare au tendința de a se apropia de normă. Comparativ cu rezultatele obținute la etapa experimentului de constatare, copiii cu ambele tipuri de RDP au fost orientați spre activitate prin formularea, menținerea și realizarea scopului. Presupunem că acest lucru a devenit posibil în urma implementării modelelor psihopedagogice.

În cele ce urmează, vom prezenta analiza comparativă a datelor obținute de grupurile experimentale și cele de control cu RDP cerebrogenă și RDP psihogenă, din perspectiva testului „Desenare pe puncte”.

Rezultatele prezentate în Fig. 3.7. ilustrează diferențe între medii la grupurile experimentale și la cele de control prin aplicarea testului „Desenare pe puncte”.

Rezultatele obținute la copiii cu RDP cerebrogenă și RDP psihogenă relevă diferențe între mediile obținute. Drept consecință a realizării activităților formative, am reușit să influențăm diferite componente ale reglării emoțional-volitive, atât la copiii cu RDP cerebrogenă, cât și la cei cu RDP psihogenă, care au fost incluși în grupurile experimentale. Acești

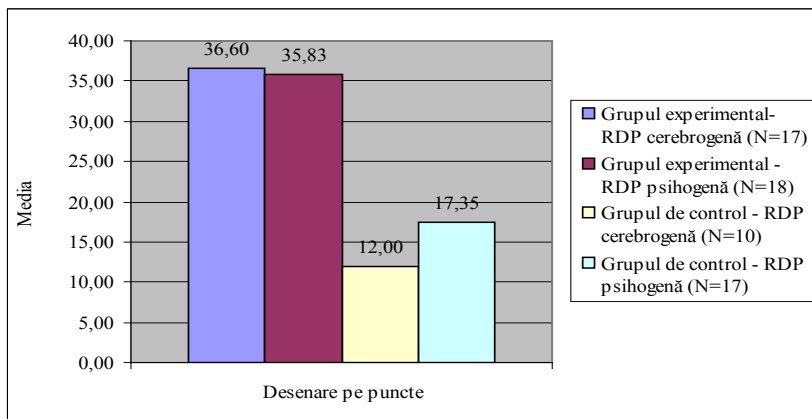


Fig.3.7. Valorile medii obținute la copiii cu RDP cerebrogenă și RDP psihogenă prin aplicarea testului „Desenare pe puncte”

copii tratează situația frustrantă ca fiind prea puțin importantă, fixându-se pe satisfacerea necesităților proprii. Ei se orientează spre finalitatea activității, învingând obstacolele de sine stătător, spre deosebire de semenii lor din grupul de control, care evită confruntarea cu obstacolele, se fixează pe ajutorul adultului exterior și pe autoapărare. Aceștia, de cele mai dese ori, așteaptă ca cineva din exterior să le soluționeze problema, manifestând forme de comportament neadaptate. Subiecților din grupul experimental, în timpul ședințelor special organizate, li s-a oferit o varietate de situații frustrante, când au fost puși în situația de a găsi răspunsuri la solicitările multiple ale mediului, având posibilitatea de a-și dezvolta capacitățile adaptive.

Astfel, este evident că, deși ambele grupuri experimentale au obținut rezultate mai înalte, în comparație cu grupurile de control, la compararea rezultatelor deținute de subiecții grupurilor experimentale, observăm că acțiunile corective sunt mai eficiente la copiii cu RDP psihogenă, la care componentele autoreglării voluntare au tendința de normalizare. La copiii cu RDP cerebrogenă, în pofida caracteristicilor reținerii, am obținut o dezvoltare a unor particularități volitive și afective și, drept consecință, dezvoltarea reglării afectiv-volitive.

Datele sintetizate obținute la experimentul de control de către copiii cu RDP cerebrogenă și RDP psihogenă sunt prezentate în Tabelul 3.12.

Tabelul 3.12. Semnificația diferențelor dintre grupurile experimental și cel de control cu RDP cerebrogenă și cu RDP psihogenă prin aplicarea testului „Desenare pe puncte”

	RDP cerebrogenă	RDP psihogenă
Mann-Whitney U	3,50	2,50
Wilcoxon W	58,50	155,50
Z	-3,545	-4,978
P	0,001	0,001

În urma prelucrării statistice, constatăm diferențe statistic-semnificative la parametrul *puncte* la copiii cu RDP cerebrogenă: $z=-3,545$, $p=0,001$; la RDP psihogenă: $z=-4,978$, $p=0,001$. Rezultatele obținute denotă faptul că cei din grupul experimental, comparativ cu cei din grupul de control, au îndeplinit această probă prin orientarea spre scop. Conform rezultatelor obținute, remarcăm creșterea autoreglării voluntare.

Pentru atingerea cu succes a scopului în cadrul activităților dezvoltative și de normalizare, am menținut o atmosferă caldă și interacțiune și comunicare emoțională pozitive, sprijin din partea colectivului, pentru stabilirea relației adult – copil, copil – copil, necesare pentru dezvoltarea reglării emoțional-volitiv.

Considerăm că activitățile dezvoltativ-corecționale au influențat pozitiv asupra reglării emoțional-volitiv a activității. În felul acesta, se justifică ipoteza noastră: cunoscând particularitățile individual-tipologice ale reglării emoțional-volitiv, putem crea condiții necesare pentru dezvoltarea acestor copii.

Generalizând rezultatele obținute în urma realizării experimentului formativ, putem formula următoarele concluzii:

- Au fost elaborate și implementate modele psihopedagogice fundamentate pe principiile: unității diagnosticului, dezvoltării, normalizării și corecției, individualizării și diferențierii, determinismului,

structuralității, complexității, demonstrativității, evaluării în dinamică, multilateralității, orientării spre succes, al nivelului de constituire a reglării emoțional-volitive.

- Modelele psihopedagogice propuse inserează obiective, conținuturi, strategii, metodică și evaluare.
- Numărul de activități de dezvoltare, de normalizare și materialul prevăzut în modelele dezvoltativ-corecționale au fost determinate de nivelul, structura și tipologia de constituire a fiecărui component al parametrilor cercetați de reglare emoțional-volitivă.
- Verificarea modelului „Dezvoltarea reglării emoționale” am efectuat-o prin testul „Diagnosticul stărilor emoționale”. Datele prezentate relevă dezvoltarea tuturor componentelor reglării emoționale, manifestate prin parametrul referitor la date comparative între grupul experimental și cel de control DSE-total.
- Evaluarea modelului „Dezvoltarea reglării emoțional-volitive” am efectuat-o prin testul „Reglarea emoțional-bazală”. Datele prezentate confirmă dezvoltarea tuturor nivelurilor și, mai cu seamă, a nivelurilor care formează structura reglării emoțional-volitive, apropierea de reacții adecvate la copiii din grupul experimental, comparativ cu cei din grupul de control cu ambele forme de RDP. La copiii cu ambele forme de RDP s-au format capacități de adaptare în situații noi neprevăzute, s-a diminuat frica, s-a dezvoltat sentimentul de competiție, s-a format imaginea pozitivă despre sine și a celor din jur, controlul emoțional, autocontrolul și reflexia comportamentului.
- Aprecierea modelului „Dezvoltarea reglării volitive” am realizat-o din perspectiva aplicării testului „Da” și „Nu”. Rezultatele confirmă faptul că copiii din grupurile experimentale, comparativ cu cei din grupurile de control, fiind incluși într-o activitate, se conduc de reguli, iar regula a primit o colorație emoțională și s-a transformat într-un motiv pozitiv. Conform rezultatelor obținute, remarcăm creșterea reglării volitive a activității la copiii din grupul experimental la RDP cerebrogică și RDP psihogenă.
- Eficiența modelului „Dezvoltarea autoreglării voluntare” am verificat-o prin testul „Desenare pe puncte”. Rezultatele obținute denotă

faptul că copiii din grupul experimental, comparativ cu cei din grupul de control, au îndeplinit această probă prin orientarea spre scop. Conform rezultatelor obținute, remarcăm creșterea autoreglării voluntare.

- Aplicarea modelelor dezvoltativ-corecționale au demonstrat la copiii din grupul experimental dezvoltarea reglării emoțional-volitivă prin dezvoltarea percepției emoționale, a categorizării și diferențierii emoționale, prin dezvoltarea reglării și autoreglării voluntare.
- Experimentul formativ ne-a permis să elucidăm posibilitățile de dezvoltare a reglării emoțional-volitivă la copiii cu RDP cerebrogenă și RDP psihogenă în urma implementării practice a modelelor elaborate.
- Compararea rezultatelor obținute de copiii din grupul experimental cu rezultatele obținute de copiii din grupul de control, iar în unele situații și a datelor experimentului de constatare, a permis estimarea schimbărilor cantitative și calitative la copiii din grupul experimental.
- Mecanismul de bază al activităților de dezvoltare și normalizare a fost colorația emoțională a activității, susținerea copilului din partea adultului pe parcursul activității, susținerea copilului din partea colectivului.
- Explicațiile decalajului descoperit justifică ipoteza înaintată de noi: cunoscând particularitățile individual-tipologice ale reglării emoțional-volitivă la copiii cu RDP, putem crea condițiile necesare pentru atingerea nivelului normal de vârstă.

ÎNCHIERE

Cercetarea efectuată, prin rezultatele teoretice și experimentale, a contribuit la **soluționarea problemei științifice importante în domeniu** – stabilirea fundamentelor psihologice teoretico-aplicative ale dezvoltării reglării emoțional-volitiv la copiii cu RDP. Studiul literaturii relevă că, deși realizările în domeniul psihologiei copiilor cu RDP sunt multidimensionale și oferă noi condiții de explorare a potențialului acestora, problema reglării emoțional-volitiv rămâne insuficient abordată. Fenomenul dat este complex și are o structură mai complicată și o cuprindere mai vastă decât domeniul cognitiv. Investigația acestei teme ne-a condus la elaborarea unor modele de dezvoltare a sferei emoțional-volitiv la copiii cu RDP.

Studiul teoretic al problemei sferei emoțional-volitiv la copiii cu RDP ne-a permis formularea următoarelor concluzii:

- Situația social-economică gravă din Republica Moldova a condus la creșterea numărului de copii cu reținere în dezvoltarea psihică în clasele primare. Principala problema psihologică a acestor copii este nematurizarea reglării emoțional-volitiv, care creează un șir de dificultăți în dezvoltarea intelectuală și personală, scade capacitatea de muncă, afectează comunicarea, generând abateri în dezvoltarea psihică generală, cu caracter specific reținerii în dezvoltarea psihică.
- Până în prezent nu au fost elaborate studii complexe cu referință la cercetarea reglării emoțional-volitiv la vârsta de 6-7 ani când copiii sunt școlarizați. Nu există modele de diagnostic prin prisma structurii reglării emoțional-volitiv, numărul de tehnici de cercetare a corelațiilor dintre emoții și voință este limitat, lipsesc modele complexe de dezvoltare a reglajului emoțional-volitiv la acești copii.

Ghidați de ideile expuse mai sus, am realizat, în cadrul cercetării, un studiu complex al sferei emoțional-volitiv la copiii cu RDP. Elaborarea modelului complex de diagnostic a reglării emoțional-volitiv și a modelelor psihopedagogice complexe cu prelucrarea datelor obținute, ne-a permis să stabilim următoarele:

– Copiii cu RDP au manifestat imaturitatea componentelor structurale ale reglajului emoțional-volitiv, spre deosebire de cei cu DN.

- Imaturitatea componentelor reglării emoționale s-a constatat prin reținere în dezvoltarea componentei emoțional-motivaționale, emoțional-verbală și control emoțional.

- La copiii cu DN, comparativ cu cei cu RDP, s-a constatat un tablou mozaic în tipologia reglării emoționale, cu predominarea tipului normal-condiționat. La copiii cu RDP cerebrogenă de 6-7 ani, comparativ cu copiii cu RDP psihogenă, predomină tipul de protecție ca rezultat al dezvoltării mecanismului compensator de protecție prin izolarea și frământările dismorfofobice ale copilului.

- La copiii cu RDP s-a confirmat nematuritatea tuturor componentelor reglării emoționale și mai cu seamă a celor care se includ în reglarea emoțional-volitivă: reactivitatea polară-PR; nivelul stereotipurilor- ST; nivelul expansiunilor- E; controlul emoțional. În RDP cerebrogenă, comparativ cu RDP psihogenă, se observă o dezvoltare neomogenă a nivelului reactivității polare, expansiunii și reținerii în dezvoltarea controlului emoțional, din cauza tempoului încetinit în dezvoltarea lobului frontal, unde este localizată reglarea emoțional-volitivă.

- Copiii cu RDP, comparativ cu copiii cu DN, au demonstrat imaturitatea reglării volitive. Emoțiile nu se includ în dezvoltarea spontaneității și a voinței. Regulile activității, enunțate de adult, nu le trezesc copiilor nici un fel de trăire emoțională (pozitivă sau negativă), de aceea regula nu se transformă într-un motiv cu sens personal orientat spre activitate. Reglarea volitivă prin intermediu semnului (limbajului) are un tempo încetinit în maturizarea copiilor cu RDP. Comportamentul lor coincide cu activitatea subiectivă, este neconștientizat și nu le trezește copiilor atitudini și emoții pozitive. Nu s-a constatat diferențe statistice semnificative în dezvoltarea reglajului volitiv la RDP cerebrogenă și la RDP psihogenă, fiindcă RDP este condiționată de imaturitatea sistemului de reglare, iar RDP psihogenă este cauzată de factorii psihosociali. Lipsa încurajării și susținerii din partea adultului determină un nivel scăzut în RDP psihogenă, copilul pierzându-și interesul față de lucrul început.

- Copiii cu RDP, comparativ cu copiii cu DN, sunt emoțional nestabili, având nedevelopate calitățile volitive în activitatea intelectuală. Rezultatele comparative între copiii cu RDP cerebrogenă și cei cu RDP psihogenă de-

monstrează o dezvoltare mai înaltă a stabilității emoționale și a calităților volitive în activitatea intelectuală la RDP cerebrogenă.

– La copiii cu RDP se manifestă o nematuritate a componentelor auto-reglării voluntare și autoreglării emoționale, comparativ cu DN. Nu s-au confirmat diferențele statistice între RDP cerebrogenă și RDP psihogenă. Nivelul redus al dezvoltării componentelor autoreglării voluntare și autoreglării emoționale în RDP cerebrogenă și psihogenă indică nematurizarea funcției reglatorii cauzate de factorul social și de cel organic.

– Analiza datelor de bază a experimentului de constatare i-au permis autorului să stabilească că la copiii cu RDP la vârsta de 6-7 ani se constată tempo încetinit în apariția formațiunilor noi: voluntaritatea proceselor psihice și, mai cu seamă, maturizarea reglării emoțional-volitive.

– Elaborarea și implementarea modelelor psihopedagogice de dezvoltare a procesului de reglare emoțional-volitivă în condiții special organizate determină creșterea potențialul psihofuncțional și favorizează dezvoltarea psihică generală, determină compensarea, corecția și tempoul dezvoltării sferei emoțional-volitive a acestor copii, confirmate de către autor.

– Modelele psihopedagogice au compensat în mod diferit particularitățile reglării emoțional-volitive la copiii cu RDP cerebrogenă și la cei cu RDP psihogenă: la cei cu RDP cerebrogenă, am obținut dezvoltarea diferitor particularități volitive și afective și, drept consecință, dezvoltarea reglării afectiv-volitive; la cei cu RDP psihogenă, reglarea afectiv-volitivă s-a normalizat.

Lucrarea se integrează în teoria și practica corecțională și reabilitară, reprezentând o viziune mai largă a diferitor aspecte caracteristice activității educaționale, care se raportează simultan la planurile psihologic și pedagogic.

Pentru viitor, se recomandă să se efectueze un studiu psihopedagogic referitor la metodologia de dezvoltare, de compensare și corectare a sferei emoțional-volitive și a interacționării ei cu alte structuri și fenomene psihice, precum și la căile de socializare a acestei categorii de copii.

LISTA ABREVIERILOR

- RDP – reținere în dezvoltarea psihică
- DN – dezvoltarea normală
- REB – reglarea emoțional- bazală
- DSE – diagnosticul stărilor emoționale

Tabelul “Harta caracteristicilor autoreglării emoționale”

Nivele	Aspirația emoțională (gradul incluziunii percepției)	Reflexia (gradul includerii conștientizării și înțelegerii)	Experiența activării primare (metodele manifestării și reglării)	Experiența colaborării (în activitate)	Experiența comunicării (specificul legăturilor reciproce)
1. Impulsivitatea spontană	Compătimire nepremediabilă	Diferențiere intuitivă, neconștientizată la nivel primitiv sau nu	Autoexpresia impulsivă, neconștientizată	Reglarea emoțională impulsivă	Apropierea emoțională lipsește
2. Adaptabilitatea	Compătimire emoțională la apelul emoțional, conștientizarea situativă	Recunoașterea emoției după denumirea ei de către adult	Expresie neconștientizată, la nivel de imitare	Căutare intuitivă de colaborare plăcută, deprinderi de reglare emoțională conștientă lipsesc	Comunicarea la nivel de manipulații
3. Conștientizarea primară	Compătimire emoțională spontană. Situativ se observă conștientizarea apelului emoțional	Recunoașterea și înțelegerea emoțiilor fundamentale	Autoexpresie spontană, cunoașterea procedurilor de expresie emoțională	Reglarea emoțională la nivel de imitare	Tendința la autoreglare emoțională ca imitare în comunicarea cu maturul

4. Reglarea conștientă	Perceperea emoțională, conștientizarea și înțelegerea este esența compătimirii. Sensibil la experiența nouă	Nivelul optim de conștientizare și înțelegere la nivel de verbalizare emoțională	Expresii emoționale spontane. Stăpânirea expresiilor emoționale	Tendința reglării emoționale pe fondal imitării ca adultul	Comunicarea standardă. Tendința spre autoreglarea emoțională
5. Căutare-cercetare	Nivel superior de compătimitate emoțională	Nivelul superior al conștientizării și înțelegerii, căutarea sinonimelor, dezvoltarea vocabularului emoțional	Expresii emoționale adecvate. Autoreglarea emoțională conștientizată	Căutarea creativă a diferitor forme de parteneriat	Empatia, sinceritatea, flexibilitatea emoțională și socială
6. Interreglativitatea	Nivel superior de compătimitate emoțională, flexibilitatea, plasticitatea	Nivelul superior de dezvoltare a reflexiei; vocabularului emoțional bogat	Manifestare creativă a expresiilor emoționale	Dezvoltarea reglării emoționale reciproce în activitate	Empatia, armonia, nivelul autoreglării emoționale reciproce în comunicare

Dezvoltarea reglării emoțional-volitiv

Modelul 1. Dezvoltarea componentelor reglării emoționale

Dezvoltarea percepției conștiente a emoțiilor

1. „Hora”. Copiii formează un cerc, se uită unul la altul în ochi și transmit în acest mod dispoziția proprie.
2. „Fraza din cerc”. Copiii stau în cerc și pronunță fraza: „Eu mă duc la școală”, exprimând dispoziție proprie.
3. „Perceperea emoțională”. Psihologul, prin expresii mimice, prezintă copiilor din grup cui îi este trist, vesel. Copiilor li se propune să numească cuvinte cu sens opus (antonime): vesel – trist, bucuros – supărat, liniștit – excitat, timid – curajos, lent – rapid.
4. „Călătorie”. Psihologul prezintă copiilor un tablou. Copiii sunt rugați să privească atent, apoi să se transpună pe sine în acest tablou. Se folosesc întrebările: Unde te găsești acuma? Ce se întâmplă pe parcursul călătoriei tale? Tu dorești să iei pe cineva cu tine?
5. „Desene”. Copiii privesc niște desene. Pentru fiecare animal caută un stăpân, unindu-i printr-o săgeată. Numesc dispozițiile copiilor.

Dezvoltarea frământărilor emoționale

1. „Întâlnirea cu un prieten”. Psihologul povestește despre un băiat și prietenul său. A venit vara, prietenul băiatului, împreună cu părinții săi, a plecat la odihnă. Băiatul a rămas singur. A devenit trist. A trecut o lună. Într-o zi, mergând pe stradă, băiatul a văzut un autobus din care coborî prietenul său. Băiatul s-a bucurat nespus de mult. Copiii încenează această situație după dorință.
2. „Desenul tematic”. Copiilor li se propune tema desenului „La școală”. Apoi se face o convorbire. Ce ai desenat tu? Ce emoții simți când desenezi?
3. „Ochi în ochi”. Psihologul propune copiilor să-și găsească o pereche și să se uite unul la altul în ochi, încercând să transmită diferite emoții. De exemplu: Eu sunt trist, ajută-mă! Eu sunt vesel, hai să ne jucăm!

Dezvoltarea expresiei mimice

1. „Ghicește emoția”. Psihologul reproduce diferite expresii mimice, iar copiii trebuie să le ghicească. Cine ghicește, conduce jocul.
2. „Antrenăm trăirea emoțiilor”. Astăzi noi ne vom pregăti să devenim actori. La școală sunt înscriși după susținerea unui examen. Trebuie să încerci să fii: po-

somorât ca norul de toamnă, supărat ca doi berbeci pe un pod, flămând ca lupul, speriat ca iepurele, sau ca puiul căzut din cuib, ca pisicul la care hămăie câinele, să zâmbești ca soarele, să faci o expresie de parcă ai fi văzut o minune.

3. „Harta dispoziției”. Copiilor li se propun cercuri în care trebuie să deseneze o dispoziție (bucurie, tristețe, mirare). Fiecare trebuie să aleagă o dispoziție a prietenului său.

4. „Culorile dispoziției”. Se alege conducătorul jocului, i se leagă ochii. Copiii, prin comportament emoțional, prezintă diferite culori (roșu, albastru, verde).

5. „Situații”. Privește desene și spune în care situații au nimerit copiii. Cum te gândești tu, ce dispoziție are fiecare copil în această situație? Desenează fețele copiilor conform dispozițiilor prezentate în poze.

Categorizarea emoțională

1. „Reproducerea emoțiilor conform mimicii”. Psihologul prezintă fotografiile copiilor cu diferite dispoziții. Copiii trebuie să le reproducă cu intonații și mimică.

2. „Unu, doi, trei”. Psihologul prezintă un tablou cu dispoziții diferite ale personajelor. La comanda: „Unu, doi, trei” copiii prezintă o anumită dispoziție înfățișată pe tablou.

3. „Fotografii”. Scufița Roșie vrea o amintire despre voi, copii. Trebuie să ne fotografiam. Copiii au diferite dispoziții pe față. Fotografatul trebuie să le memoreze. Apoi fotografatul se întoarce cu spatele, iar copiii își schimbă dispoziția. Fotografatul se întoarce cu fața spre ei și le amintește copiilor cine ce dispoziție a avut.

4. „După ciuperci”. Psihologul spune: „Am un coș, eu trebuie să-l umplu cu ciuperci comestibile și cu ciuperci necomestibile. Prezentați ciupercile prin dispoziție proprie: care sunt bune de mâncat și care nu. Cine a ghicit, este un bun ciupercar.

5. „Apreciază dispoziția motanului” pe fiecare din tabele și folosește cuvintele: liniștit, mirat, supărat.

Dezvoltarea diferențierii emoționale

1. „Dansul”. Fiecare copil își găsește o pereche. Un copil din pereche dansează un dans trist, altul – un dans vesel. Apoi copiii inversează rolurile.

2. „Dansul animalelor”. Dansați ca iepurașii veseli, ca ursul trist, ca lupul mirat.

3. „Ochi în ochi”. Copiii își găsesc perechea. Se străduie să transmită dispoziția unul altuia.

4. „Magicianul”. Copiii aleg un magician; el pierde dreptul de a vorbi. Prin intermediul mimicii și al gesturilor povestește cum a devenit magician, exprimând

starea emoțională proprie. Toate mișcările magicianului copiii le descriu cu cuvinte. Magicianul, și el își exprimă atitudinea proprie față de descriere prin cuvinte.

5. „Propoziții”. Care dintre propoziții corespund dispozițiilor copiilor? Pune lângă propoziție numărul pozei corespunzătoare.

Modelul 2 „Dezvoltarea reglării emoțional-volitive”

Formarea predisunerii pozitive la activitate

1. „Salutul”. Copiii stau în cerc și aruncă unul altuia un balon, pronunțându-și numele. Peste un timp copiilor li se propune să arunce balonul altui copil, cu care acesta dorește să se joace.

2. „Ghicește cine este”. Copilul cu ochii închiși îi atinge pe alți copii și spune cum îi cheamă.

3. „Pătrunde cu forța în cerc”. Copiii formează un cerc, se țin strâns de mâini. Unul dintre copii încearcă să pătrundă în cerc cu forța.

Organizarea grupei

1. „Lănțișorul”. Copiii îl aleg pe conducătorul lăntișorului. Aceștia formează un cerc. Conducătorul aleargă repede, în permanență schimbând direcția și distrugând cercul.

2. „Crește balonul”. Copiii formează un cerc și stau unul lângă altul ca un balon umflat. Apoi suflă în pumni și fac un pas înapoi. După câteva inspirații se iau de mâini și spun: „Crește, crește, nu te sparge”. Psihologul spune: „Balonul a plesnit!”. Toți copiii fug în diferite părți.

3. „Gemenii siamezi”. Copiii își caută perechea. Psihologul leagă mâna dreaptă a unui copil și mâna stânga a altui copil. Fiecare copil are un creion în mână. La începutul jocului copiii se înțeleg ce anume vor desena. Timpul pentru o activitate durează 5-6 minute. În continuare jocul se complică. Unui copil i se leagă ochii și cel văzător îl conduce pe cel cu ochii legați.

Dezvoltarea susținerii emoționale

1. Psihologul propune copiilor să aleagă unul din jocurile organizate la activitățile precedente. Copiii trebuie să ia o decizie.

2. „Telefonul stricat”. Psihologul alege cine va conduce jocul. Psihologul îi spune acestui copil un cuvânt în șoaptă și acesta îl transmite mai departe. Se compară cuvântul care a fost spus la început cu cel spus la urmă.

3. „Rezolvă problema”. Psihologul propune copiilor probleme din matricea lui Raven. Copiii, în mod colectiv, aleg răspunsul corect.

4. Copiii singuri propun o problemă.

Dezvoltarea reflexiei și autocontrolului emoțional

1. „Asociații”. Copiii aleg conducătorul jocului, iar acesta iese din cameră. Copiii între ei se înțeleg pe cine doresc să prezinte. Apoi intră conducătorul, întrebându-i pe copii despre acest copil. Este copac, floare, animal? Conducătorul trebuie să ghicească conform asociațiilor.

2. „A clipi”. Fiecare copil își caută perechea. Copiii se uită unul la altul în ochi și nu clipește. Învingătorul îl ia în joc pe acela cu care dorește să se joace.

3. „Totul invers”. Psihologul demonstrează niște mișcări, iar copiii trebuie să le reproducă invers. Cine greșește, iese din joc.

4. „Umblăm în pălării”. Fiecare copil își pune pe cap câte un obiect. Psihologul urmărește cum este ținuta și mersul. Copiii se străduie ca obiectul să nu cadă din cap. Jocul se complică prin aplicarea unor piedici.

Consolidarea comportamentului spontan

1. „Reprezentarea unui animal”. Psihologul alege un copil și se înțelege cu el ce animal va reprezenta. Copilul care a ghicit preia conducerea jocului.

2. „Reprezentarea obiectelor neînsuflețite” (în mod analogic).

3. „Reprezentarea colectivă a unui animal”. Participă 2-3 copii. Ceilalți copii ghicesc. Ei singuri își aleg partenerii cu care vor reprezenta animalele.

4. „Până la cădere”. Psihologul propune copiilor se facă diferite mișcări. La toate propunerile copiilor psihologul spune că dorește să continue. Psihologul nu se grăbește să arate semnul măsurii (semnul exclamării desenat pe un carton) și arată semnul doar atunci când copiii s-au plictisit.

Prelucrarea și frământarea emoțiilor negative

1. „Povestea groaznică”. Copiii, pe rând, spun povești groaznice.

2. Reprezentarea poveștilor: „Trei urși”, „Mașa și ursul”, „Scufița Roșie”. Repartizarea pe roluri. Dramatizarea poveștilor.

3. „Bețișorul”. Un copil trebuie să-l prindă pe altul și să-i transmită bețișorul.

4. „De-a ascunselea”.

Dezvoltarea sentimentului de competiție de risc

1. „Cine a sărit mai departe”.

2. „Strânge cucuie”.

3. „Slalom gigant”. Se așează un rând de scaune în paralel. Copiii din două echipe trebuie să treacă prin spațiul dintre scaune și să nu le atingă. Dacă cineva atinge un scaun, se întoarce înapoi. Câștigă acela care nu greșește.

Rezolvarea conflictului

1. Copiii joacă istoria „Cearta” cu schimbarea rolurilor. Se analizează diferite situații.
2. Doi băieți s-au certat, încearcă să îi împaci.
3. Tu și prietenul tău v-ați supărat unul pe celălalt. Încearcă să vă împăcați.
4. Copiii sunt antrenați într-un joc interesant, dar tu ai întârziat. Convinge-i că meriți și tu să te joci cu ei.

Învingerea fricii contactului tactil

1. „Palmă în palmă”. Fiecare copil își alege o pereche, își unește palmele cu palmele prietenului și ambii merg înainte până la o anumită țintă. Apoi pot fi aplicate diferite obstacole.
 2. „Intră în cerc”. Copiii formează un cerc și stau unul lângă altul. Alt copil încearcă să pătrundă în cerc.
 3. „Gemenii siamezi”. Fiecare copil își găsește o pereche. Apoi psihologul îi leagă pe fiecare de câte un picior și le propune să meargă.
- Dezvoltarea stereotipurilor afective
Se îndeplinesc diferite mișcări: sărituri, lovituri ritmice, clătănări.

Dezvoltarea atitudinii adecvate față de sine

1. „Sentimentele noastre”. Copiilor li se citește denumirea diferitor sentimente pe care ei trebuie să le reproducă vizual.
2. „Eu sunt sculptor”. Fiecare copil își caută perechea. Sculptorul îi propune partenerului să ia diferite poze și îl întreabă pe acesta pe cine reprezintă.
3. „Când voi deveni matur”. Fiecare copil se desenează pe el însuși când va fi mare.
4. „Desenează-te pe tine și clasa ta”.

Dezvoltarea percepției adecvate a despărțirii

1. Alegerea jocului după dorință.
2. „Urare”. Copiii formează un cerc și aruncă balonul unul la altul spunând urări de bine.

Pentru dezvoltarea atragerii emoționale a regulii, am aplicat interpretarea muzicală. Aflându-se într-un grup de copii atrași într-o activitate cu un scop anumit, copilul trebuia să-și formuleze singur un program concret cu anumite cerințe. Noi am aplicat prezentarea vizuală și cea verbală.

Bloc 1

1. „Semaforul”. Copilul trebuie să privească cu atenție. I se propun două seturi identice ale exemplului, dar va construi doar unul.

2. „Piramida și mingea”. Copilul trebuie să deseneze mingea și piramida respectând unele cerințe prezentate verbal de două ori, apoi repetă în sine și începe lucrul.

3. „Figuri geometrice”. Copilului i se solicită o atenție maximă, rapiditate și corectitudine și să spună ce figuri vede. În trei figuri trebuie puse următoarele semne: în cerc – minus, în triunghi – plus, în steag – punct. În alte figuri nu se pune nimic.

Bloc 2

1. „Cucuveaua”. Copiii aleg pe unul dintre ei care va juca rolul de cucuvea. Cucuveaua ziua doarme în cuib. Pe parcursul zilei copiii se mișcă. Psihologul comandă: „Noapte”. Copii înlemnesc, iar cucuveaua îi prinde pe acei care se mișcă și râd. Copilul care se mișcă și râde devine cucuvea.

2. „Da” și „Nu”. Cuvintele „Da” și „Nu” nu pot fi spuse. Copiilor li se propun întrebări provocatoare, în care cuvintele „Da” și „Nu” se interzice să fie pronunțate.

3. „Repartizează posturi”. Copiii își aleg un comandant. Comandantul stă înaintea coloanei de copii. Toți copiii merg până când comandantul nu bate din palme. De câte ori a bătut comandantul, atâția copii rămân pe loc și tot așa până când nu rămâne nici un copil.

4. „Caută tot același obiect” Copilului i se propun 6 păpuși. Trebuie căutată numai copia ei.

5. Relaxare. De umflat obrazii, apoi se dă drumul la aer, de parcă s-ar stinge o lumânare.

6. „Desenează figuri”. Copiilor li se propun fișe cu figuri. Copiii trebuie să le coloreze frumos, respectând marginile, cu câte o singură culoare (colorația monotonă).

Bloc 3

1. „Cășcații”. Psihologul spune: „Mergem conform semnului meu” (o pocnitură – mergem înainte, 4 pocnituri – mergem înapoi). Cine nu respectă regula, iese din joc.

2. „Copierea exemplului”. Copilului i se propun modele desenate pe pătrățele. Copilul trebuie să le reproducă.

3. „Proba de corectură”. Timp de 5 minute trebuie găsite anumite litere și luate în cerculeț.

4. „Dictare aritmetică”. Copilului i se oferă hârtie și creioane și i se cere să deseneze 10 triunghiuri. Psihologul îi propune copilului să coloreze triunghiurile 3 și 7, 2 și 4.

5. Relaxare „Fluturașii”. Psihologul spune: copii, închideți ochii și imaginați-vă cum zboară fluturașii de la o floare la alta.

6. „Desenează bețișoare”. Instrucția: ia creionul și desenează bețișoare exact, repede, atent.

Bloc 4

1. „Patru stihii”. Copiii formează un cerc. Psihologul comandă: „apă” – copiii întind mâinile, „aer” – mâinile sus, „pământ” – mâinile în lungul corpului, „foc” – fac rotații.

2. „Trei culori”. Copiilor li se propun trei culori ale palmei: roșie, albastră, galbenă. Psihologul arată culoarea roșie – copiii strigă, galbenă – copiii vorbesc în șoaptă, albastră – copiii înlemnesc. Cine nu respectă regula, iese din joc.

3. „Spune”. Psihologul pune diferite întrebări copiilor, însă trebuie să răspundă doar la comanda: „Spune”.

4. „Proba de corectură”. Psihologul le propune copiilor să se uite atent la obiecte. Expoziția durează 2-3 minute. Apoi psihologul acoperă obiectele și le cere copiilor să descrie forma, dimensiunile, culoarea. Psihologul fixează câte semne sunt descrise. Cine spune despre mai multe semne, acela este câștigătorul.

5. „Mâinile atente”. Psihologul citește niște cuvinte. Dacă în cuvânt există litera „i”, copiii ridică mâna dreaptă; litera „e” – ridică mâna stângă, dacă nu este nicio literă, copiii țin mâna pe genunchi.

6. Relaxare. „Copacul”. Întindeți mâinile înainte, încordați degetele și strângeți-le în pumni. Pe rând, relaxați palma și mâinile. Desfaceți degetele și clătinați cu mâinile ca crengile stejarului.

7. Jocul „Foca”. Copiii se culcă pe podea. Psihologul le leagă picioarele cu un fular, apoi aruncă balonul spre focă, care se străduie să-l prindă sau să-l arunce în coș.

Blocul 5

1. „Focul”. Copiii se așează împrejurul unui scaun care simbolizează focul. După comanda psihologului: „Fierbinte!” – copiii se îndepărtează de scaun; „E frig!” – se apropie; „Focul e mare!” – copiii se scoală și flutură din mâini. Psihologul spune: „Focul ne-a adus prietenie” – toți copiii se iau de mâini.

2. „Dezvoltarea reglării locomotorii”. Psihologul spune: „De la început încordați corpul, apoi relaxați-vă, apoi încordați mâinile”.

3. „Cameleonul”. De la început copiilor li se explică cine este cameleonul. Apoi li se pun diferite întrebări. De ce culoare este cameleonul dacă este pe iarbă? Întrebările se pun rapid. Cine spune mai repede, acela conduce jocul.

4. „Proba de corectură”. Psihologul propune copiilor niște probleme, spunându-le că trebuie să socotească în minte. Rezultatele le scriu în momentul când psihologul va spune: „Scrieți”.

5. Relaxare. „Floarea”. Vă imaginați că sunteți un sămbure. De la sămbure apare un mugure. Din mugure – o floare frumoasă. Floarea se bucură de soare. Vă întoarceți cu toții spre soare.

Blocul 6

1. „Vulpișoară, unde ești?”. Copiii formează un semicerc și închid ochii. Psihologul se apropie încetîșor de un copil, pune mâna pe spatele acestuia. Asta înseamnă că el este vulpișoara, restul sunt iepurași. Psihologul o cheamă pe vulpe de trei ori, după care ea îi prinde pe iepurași. Iepurașii prinși ies din cerc.

2. „Broasca-țestoasă”. Copiii stau la marginea covorului. La comanda psihologului, trebuie să meargă lent. Câștigă acela care vine ultimul.

3. „Pătrunde prin mâini”. Din mâini copiii fac un lacăt. Ei trebuie să treacă prin acest lacăt.

4. „Construirea conform modelului”. Din cubușoare, conform exemplului, copiii urmează să facă o imagine din poveste.

5. Relaxare. „Prinde șoarecele”. Imaginați-vă că trebuie prins șoarecele. Pentru ca să-l prindeți, vă mișcați încetîșor, fără zgomot. Dacă doriți, puteți să-l luați în mâini. Acuma vă luați la revedere și imaginați-vă cum toți șoarecii fug prin ușă.

6. „Râsul”. Fiecare copil găsește o pereche și se străduie să facă tot posibilul ca prietenul să râdă.

Modelul 4 Dezvoltarea autoreglării voluntare

Scopul: formarea motivației emoțional-pozitive și reorientarea motivației de la motivul de joc la motivul orientat spre conținutul sarcinii.

Surse: noi am aplicat activitatea de joc „În ospete la creionul vesel”, colorația desenelor conturate conform regulilor, desenul „prietenul meu cu patru picioare”, „Poveste veche” repartizarea rolurilor cu prezentarea scenică a poveștii și apoi colorația conturului eroilor din poveste și dramatizarea.

Bloc 1

1. „Autoparc”. Copiilor li s-a fost propus modele de autocarediferite după formă, marime, culori. În procesul convorbirii cu maturul copiilor li s-a lamurit că există diferite mașini, despre importanța lor și componentele principale. Copiii, studiind aceste construcții, povestesc despre ele.

2. „Cine a venit la noi”. Un copil povestește despre o jucărică ascunsă, alții ghicesc.

3. „Cine mă laudă mai tare”. Este un joc de competiție: cine din copii a numi cît mai multe trasaturi ale eroului din poveste.

4. „Ghicește”. Copii și-au pus în gînd un obiect și povestea despre el. Psihologul îi laudă pe cei care au prezentat o descriere complexă.

Blocul 2

1. „Zoo” – desen tematic. Copiilor li s-a propus niște scheme de animale. După alegerea schemei copilului i-ă se propune să prezinte consecutivitatea acțiunii pentru atingerea scopului.

2. Construirea. „Mobilei pentru camera”. Copilul poate participa în joc dacă spune altuia despre activitățile sale planificate. Copilul trebuie să aleagă fișa cu imaginea obiectului din mobilă prezentată în mod schematic. Apoi să vină la magazin și să-i lămurească vânzătorului ce construcție dorește, ce-i trebuie și cum va construi.

3. „Covor colorat”. Copiii în mod colectiv fac puzzlele, lor li s-a propus singuri să repartuzeze lucrul, de apreciat consecvența lucrului.

Blocul 3

1. Modelajul „Iepurașii”. Copiilor le-a fost prezentată schema, care a fost discutată. Apoi unul din copii trebuie să explice consecvența activităților pentru ceilalți.

2. Desenul tematic „Clovonii”. A fost introdus un control reciproc în activitatea de desenare colectivă. Clovonii avea cifră, prin intermediu căreia copii știau consecvența colorării. Până la începutul desenării copiii repatrudeau între ei creioane conform consecvenței efectuării activităților.

3. „Ajută-i pe iepurași să se întâlnească”. Copiilor le-a fost propus un labirint și o regulă: de mers numai înainte.

BIBLIOGRAFIE

1. Barth K.L. Program de intervenție pentru copiii cu dificultăți de învățare. Cluj- Napoca, 2012 [http:// doctorat.ubbduj.ro](http://doctorat.ubbduj.ro) (vizitat 17.08.2012).
2. Bodea C. Evaluarea psihologică și educațională a copiilor cu dificultăți de învățare la matematica pentru reușita incluziunii. Autoref. Tezei de dr. șt. în psihologie. Cluj- Napoca, 2011. 58 p.
3. Bodrug O. Modele psihopedagogice de dezvoltare a limbajului la copiii cu reținere în dezvoltare psihică (structura lexico-semantică). Autoref. Tezei de dr. șt. psihologie, Chisinau, 2001. 23 p.
4. Bucun N. ș.a. Modernizarea și implementarea curriculumului școlar din perspectiva școlii prietenoase copilului. In: Univers Pedagogic, 2011, №1, 63-73.
5. Bucun N. Pregătirea psihologică pentru școală a copiilor cu tulburări de limbaj. In: Univers Pedagogic, 2009, № 3, p. 68-75.
6. Bucun N., Chiperi N. Influența social psihologică a mediului instituționalizat asupra dezvoltării psihice a elevilor cu nevoi speciale. In: Univers Pedagogic, 2011, № 2, p. 45-52.
7. Bucun N., Maximciuc V. Formarea reglării emoțional-volitiv la copiii cu reținere în dezvoltarea psihică. In: Univers Pedagogic, 2010, № 3 p. 48-54.
8. Carmen L. Cojocar. Inteligența emoțională- cercetarea experimentală I. In: Revista de psihologie, 2008, № 1-2, p. 99- 106.
9. Carmen L. Cojocar. Inteligența emoțională- cercetarea experimentală II. In: Revista de psihologie, 2008, № 3- 4, p. 213- 223.
10. Ciobanu A. Diagnosticarea și diferențierea copiilor cu diferite forme de reținere în dezvoltarea psihică. Autoref. Tezei de dr. șt. psihologie. Chișinău, 2003. 24 p.
11. Cocadă E., Voinea M. Psihologia învățării. Copilul cu dificultăți de învățare. București: Editura V&Integral, 2009. 170 p.
12. Constantin T. Pregătirea și realizarea evaluării psihologice individuale: norme, metodologie și proceduri. Iași: Polirom, 2012. 234 p.
13. Coștier J. Introducere în psihologia emoțiilor și a sentimentelor. Iași: Polirom; 2002. 200 p.
14. Cucer A., Olărescu V. Aspectul psihologic al dificultăților de învățare școlară. In: Asistența psihologică, psihopedagogică și socială ca factor al dezvoltării societății. Tezele conf. științifice internaționale. Chișinău: Universitatea Pedagogică de Stat „Ion Creangă”, 2010, p. 63-68.
15. Dafinoiu I. Personalitatea. Metode calitative de abordare: observația și interviu. Iași: Polirom, 2011. 248 p.
16. Gînu D. Importanța calității pentru dezvoltarea copilului: Standarde minime de calitate pentru Casele de Copii de Tip Familial. Chișinău: PRAG-3, 2007. 96 p.
17. Gherguț A. Sinteze de psihopedagogiei specială. Iași: Polirom, 2005. 472 p.
18. Mocreac T. Diagnosticarea și diferențierea copiilor cu insucces la învățură cauzat de reținere în dezvoltarea psihică, delăsare pedagogică, devieri comportamentale. Autoref. Tezei de dr. șt. psihologie. Chișinău, 1998. 23 p.

19. Nicholas A., Kuindesma J. Imagery and emotion components of events descriptions about self and various others. In: Revista de psihologie, 2010, № 3-4, p. 197-207.
20. Olărescu V. Corecția psihomotricității și instabilității capacității de muncă la copiii cu reținere în dezvoltarea psihică. Chișinău: Elena -VI, 2008. 128 p.
21. Olărescu V. Reținere în dezvoltare psihică. Teorie – practică – terapie. Suport de curs. Chișinău: Tipografia „Elena” – VI, 1999. 93 p.
22. Olărescu V. Experiența SUA în educația persoanelor cu dificultăți de învățare. In: Revista de științe socioumane, 2010, №1 (14), p. 13-18.
23. Olărescu V. Disabilitățile de învățare: perspective istorice în SUA. In: Psihologie. Pedagogie specială. Asistența soacilă., 2009, № 3, (16), p. 49-60.
24. Olărescu V. Diferențe între dizontogenii. In: Psihologie. Pedagogie specială. Asistență socială, 2007, № 4 (9), p. 73-81.
25. Olărescu V. Implicarea în relația psihic și motrice în dizontogenia reținere în dezvoltarea psihică. In: Psihologie. Pedagogie specială. Asistență socială, 2006, № 1 (2), p. 73-80.
26. Popovici D.V. Elevii cu tulburări de învățare. In: Educația integrată a copiilor cu handicap. București: UNICEF, 1998, 90 p.
27. Radu Gh. Psihopedagogia școlărilor cu handicap mintal. Bucuresti: Pro Humanitate, 2000. 342 p.
28. Preda V. Abordări multidisciplinare în intervenție timpurie la copiii cu dizabilități. In: Dinamica educației speciale, 2010, p. 49-58.
29. Rudica T. Psihologia frustrației. Iași: Polirom, 2006. 196 p.
30. Sandra A. McIntire, Leslie A. Miler Fundamente testării psihologice. Iași: Polirom, 2010, 656 p.
31. Stanculescu E. Self – reflexive emotions. In: Revista de psihologie, 2011, № 4, p. 340- 348
32. Străchinaru I. Psihopedagogie specială. Iași: Ediția Trinitas, Vol. 1. 1994. 208 p.
33. Țurcanu C. Autocontrolul. Garanția unei vieți armonioase și pline de succes. București: Editura RAM, 1997. 188 p.
34. Ungureanu D. Copiii cu dificultăți de învățare. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1998. 291 p.
35. Verza E. Psihopedagogie specială. București: Editura didactică și pedagogică, 1998. 144 p.
36. Vărzaru E. Dificultăți de învățare ale elevilor. In: Revista învățământului preuniversitar, 2011, februarie, p. 11-13.
37. Vrasmas E. Psihopedagogia copilului cu dificultati de învățare. Manual. Proiectul Învățământului rural. 2007.198 p.
38. Vrasmas E. Dificultatii de învățare în școala. Domeniu nou de studiu si aplicatie. București: Editura V&I INTEGRAL, 2007. 191 p.
39. Vrasmas E., Vrasmas T. Succesul și insuccesul școlar. Strategii de abordare a dificultăților de învățare. Programe de intervenție individualizate. Pentru manualul pentru pregătirea gradelor didactice, MECT, iunie 2008.
40. Wilmschurst L. Psihopatologia copilului. Fundamente. Iași: Polirom, 2007. 376 p.

41. Авагелян О.К. Социально- перцептивные особенности детей с нарушениями в развитии. Челябинск: Просвещение, 1999. 356 с.
42. Аксёнова Е.Б. Формирование саморегуляции у старших дошкольников с задержкой психического развития в сюжетно-ролевой игре и на учебных занятиях. Автореф. дисс. др. психологии. Нижний Новгород, 1992. 17 с.
43. Александрова Н.И., Шульга Т.И. Изучение волевых качеств школьников с помощью методики «Нерешаемая задача». In: Вопросы психологии, 1987, № 6, с. 130-132.
44. Анохин П.К. Эмоции. In: Психология эмоций, 1984, с. 172-177.
45. Астахова Н.В. Специфика системы осознанной саморегуляции учебной деятельности подростков с трудностями в обучении. In: Дефектология, 2008, № 1, с. 14-19.
46. Бабкина Н.А. Оценка психологической готовности детей к школе. М.: Айрис-Пресс, 2006. 144 с.
47. Басов М.Я. Воля как предмет функциональной психологии. М: Алетей, 2007. 544 с.
48. Безменов П.В. Роль психопатологических расстройств в комплекск причин школьной неуспеваемости у учеников младших классов. In: Российский журнал, 2001, №4, с. 8-13.
49. Белопольская Н.Л. Коррекция эмоциональных реакций на успех у детей со сниженным интеллектом. In: Вопросы психологии, 1992, № 1-2, с. 33-42.
50. Белопольская Н.Л. Учебная мотивация с задержкой психического развития в условиях психического насыщения. In: Дефектология, 1975, № 3, с. 25-27.
51. Белопольская Н.Л., Клейманова Н.П. Исследования зоны ближайшего эмоционального развития у детей с задержкой психического развития. In: Дефектология, 2011, № 2, с. 36- 43.
52. Бледнова Л.Н. Особенности эмоциональной сферы младших школьников с задержкой психического развития. In: Проблемы психологии воли. Тезисы 1 все-союзной конференции. Рязань. 1991 с. 98-100.
53. Беткер Л.М. Психологические особенности восприятия эмоционального состояния другого человека по паралингвистическим характеристикам речи младшим школьникам с задержкой психического развития. Дисс. др. психологии. Нижний Новгород. 2009. 220 с.
54. Борякова Н.Ю. Психологические особенности дошкольников с задержкой психического развития. In: Воспитание и обучение детей с задержкой психического развития, 2000, №3, с. 23-32.
55. Брауфельд В.Н. Формирование мотивации учебной деятельности младших подростков с задержкой психического развития. In: Дефектология, 2000, № 3, с. 23-32.
56. Буянов М.И. Психический инфантизм (краткая история и современное состояние проблемы). In: Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1971, вып. 10, с. 1579-1588.
57. Васильева Е.Н. Особенности формирования положительного эмоционального

- отношения у детей старшего школьного возраста с задержкой психического развития к близким взрослым и сверстниками, Автореф. дисс. др. психологии. Нижний Новгород, 1994. 16 с.
58. Вилюнас В.К. Основные проблемы психологической теории эмоций. Психология эмоций. Москва: МГУ, 1984. с. 9- 64.
 59. Власова Т.А., Лебединская К.С. Актуальные проблемы клинического изучения задержки психического развития. In: Дефектология, 1999, №1, с. 18- 24.
 60. Волковская Т.Н. Сравнительное изучение особенностей мыслительной и речевой деятельности дошкольников с задержкой психического развития и общим недоразвитием речи. In: Логопедия, 2005, № 2. с. 17-19.
 61. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6-ти томах. Т. 3. М.: Педагогика, 1983. 328 с.
 62. Выготский Л.С. Основы общей дефектологии. Дефект и компенсация. Собр. соч.: В 6-ти т. Т. 5. Москва: Педагогика, 1983, том 5, 368 с.
 63. Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6-ти томах. Т. 6. Научное наследство Под ред. М.Г. Ярошевского. М.: Педагогика, 1984. 400 с.
 64. Высоцкий А.И. Волевая активность школьников и методы её изучения. Челябинск: Изд-во чел. пед. ин-та, 1979, 68 с.
 65. Гильшева И.Н., Игнатъева Н.Д. Методика исследования межличностных отношений. Методическое пособие. Серия: Выпуск 7. Москва: Фолиум, 1994. 64 с.
 66. Глезерман Т.Б. Применение нейропсихологического метода для генетического изучения некоторых форм задержки психического развития. In: Дефектология, 1978, № 4, с. 9-16.
 67. Горбунов Г.Д. Учитесь управлять собой. Л.: Знание, 1976. 32 с.
 68. Горбунов Н.П., Безусова Н.Н., Хамадиеров Т.А. Особенности динамики показателей вегетативного гомеостаза и психоэмоционального напряжения у подростков с задержкой психического развития. In: Дефектология, 2002, № 1, с. 26-31.
 69. Гордеева Т.В., Мишина Т.А. Роль близкого взрослого в становлении образа «я» у ребёнка с задержкой психического развития. In: Дефектология, 2005, № 1, с. 47-52.
 70. Дашкевич О.В. Эмоциональная регуляция деятельности в экстремальных условиях. Автореф. дисс. докт. хабилитат. психол. наук. Москва, 1985. 36 с.
 71. Деревянкина Н.А. Особенности эмоциональной сферы дошкольников с задержкой психического развития. Диссертация докт. психологии. Ярославль, 2007. 217 с.
 72. Диагностика учебной деятельности и интеллектуального развития детей. Под ред. Эльконина Д.В., Венгера А.Л. Москва: НИИ ОПП АПН, СССР, 1981, 157 с.
 73. Додонов Б.И. В мире эмоции. Киев: Политиздат Украины, 1987. 139 с.
 74. Додонов Б.И. Эмоция как ценность. Москва: Политиздат, 1978. 172 с.
 75. Домишкевич С.А. Продуктивность и динамические особенности интеллектуальной деятельности детей с задержкой психического развития. Автореф. дис. доктора психологии. Москва, 1977. 23 с.

76. Дорфман Л.Я. Мета индивидуальный мир: методологические и теоретические проблемы. М.: Смысл, 1993. 456 с.
77. Дрвота С. Психопатологические синдромы при легкой дисфункции мозга. In: Лёгкая дисфункция мозга в детском возрасте. М.: Медицина, 1986. с. 126-150.
78. Дунаева З.М. Формирование пространственных представлений у детей с задержкой психического развития. М.: Просвещение, 2008. 323 с.
79. Егорова Т.В. Особенности младших школьников отстающих в развитии. Москва: Педагогика, 1973. 149 с.
80. Ефремова Г.И. Формирование саморегуляции поведения у старших дошкольников с задержкой психического развития. Дисс. др. психологии. Нижний Новгород, 1997. 140 с.
81. Жаренкова Г.И. Действия детей с задержкой психического развития по образцу и словесной инструкции. In: Дефектология, 1972, № 4, с. 29-35.
82. Забрамная С.Д. Психопедагогическая диагностика нарушения развития. М.: В. Секачёв, 2007. 128 с.
83. Захаров А.И. Своеобразие психического развития детей. In: Психология детей с нарушениями и отклонениями в развитии. Санкт-Петербург: Питер, 2002, с. 93-128.
84. Иванников В.А. Психологические механизмы волевой регуляции. Москва: Питер, 2006. 208 с.
85. Иванников В.А., Эйдман Е.В. Структура волевых качеств по данным самооценки. In: Психологический журнал, 1990, № 3, с. 39-49.
86. Изард К. Психология эмоции. Санкт-Петербург: Питер, 2006. 460 с.
87. Ильин Е.П. Психология воли. Санкт-Петербург: Питер, 2009. 368 с.
88. Исаев Е.И. Психологическая характеристика способа планирования у младших школьников. In: Вопросы психологии, 1984, №5, с. 52-60.
89. Калинин В.К. Волевая регуляция деятельности. Автореф. док. хаб. психологии. Тбилиси, 1999. 35 с.
90. Калинин В.К. Волевая регуляция как проблема деятельности. In: Эмоционально-волевая регуляция поведения и деятельности. Тезисы Всесоюзной конференции молодых учёных. Симферополь, 1983, с. 101-107.
91. Капитоненко Н.В. Сравнительное исследование эмоциональной сферы старших дошкольников с нарушениями развития. Дисс. др. психологии. Москва, 2009. 206 с.
92. Капустина Г.М. Педагогическая диагностика знаний, умений и навыков дошкольников и учащихся 1-2 классов по математике. In: Диагностика и коррекция задержки психического развития у детей. Под ред. С.Г. Шевченко. Москва: АРКТИ, 2001. с. 144-171.
93. Карпушкина Н.В. Особенности общения с педагогом старших подростков с ЗПР. In: Психология и школа, 2010, № 3, с. 35-42.
94. Киселёва В.А. Речевая деятельность детей с ЗПР: своеобразие или нарушение? In: Дефектология, 2007, №3, с. 3-13.

95. Киселёва В.А. Некоторые аспекты формирования навыка чтения у детей с ЗПР. In: Дефектология, 2007, №6, с. 28-40.
96. Кисова В.Р. Формирование саморегуляции в учебной деятельности дошкольников с задержкой психического развития. Н. Нижний Новгород: 2010. 235 с.
97. Князева Т.Н. Индивидуальный образовательный маршрут ребёнка как условие осуществления психопедагогической коррекции младших школьников с ЗПР. In: Коррекционная педагогика, 2005, № 7, с. 35- 37.
98. Ковалёв В.В. Психиатрия детского возраста. Москва: Медицина, 1995. 506 с.
99. Козловская Г.В., Горюнова А.В. Задержка психического развития. Москва, 2012.http://www.nevromed.ru/consultation/psychology/papers_nps/patpsi/glava_3_zaderjki_psihicheskogo. (vizitat 24.08.2012).
100. Кондратенко Н.Ю. Формирование эмоциональной лексики у дошкольников с общим недоразвитием речи. М.: КАРО, 2006. 240 с.
101. Конева И.А. Дифференциальная психодиагностика задержки психического развития, интеллектуальной недостаточности и нормы психического развития в младшем подростковом возрасте. In: Психология и школа, 2010, № 3 с. 43-56.
102. Конопкин О.А. Участие эмоции в осознанной регуляции целенаправленной активности человека. In: Вопросы психологии, 2006, № 3, с. 39-48.
103. Конопкин О.А. Психологические механизмы регуляции деятельности. М.: Ленанд, 2011. 320 с.
104. Костенкова Ю.А., Тригер Р.Д., Шевченко С.Г. Дети с задержкой психического развития: особенности речи, письма, чтения. Москва: Школьная пресса, 2004. 124 с.
105. Корнилов К.Н. Воля и её воспитание. Москва: МГУ, 1957. 234 с.
107. Королько Н.И. Коррекция нарушений ориентировки в учебных заданиях у детей с задержкой психического развития. Автореф. дис. др. психологии. Киев, 1987. 17 с.
108. Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (научно-практическое руководство) М.: Изд-во МГУ, 1999. 497 с.
109. Кузнецова Л.В. Особенности мотивационно-волевой готовности детей с задержкой психического развития к школьному обучению. Автореф. дис. др. психологии. Москва, 1986. 22 с.
110. Кузнецова Л. В. Основы специальной психологии. М.: Академия, 2003. 480 с.
111. Кулагина И.Ю. Эмоциональные реакции у детей с задержкой психического развития в оценочной ситуации. In: Дефектология, 1987, № 3, с. 9-15.
112. Лазайне С.Я. Диагностика уровня воли и внимания у детей. In: Диагностика интеллектуального развития учащихся. Под ред. В.А. Авотиньш. Рига: АВОТС, 1980, с 60-87.
113. Лебединский В.В. Нарушение психического развития у детей. Москва: Акакадемия, 2007. 144 с.
114. Лебединский В.В., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения и их коррекция. Москва: МГУ, 1990. 197 с.

115. Лебединская К.С. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития. Москва: Педагогика, 1982. 125 с.
116. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. Москва: Смысл. Академия 2005. 352 с.
117. Леонтьев А.Н. Потребности, мотивы, эмоции. М.: МГУ, 1971. 38 с.
118. Лидерс А.Г. Развитие и коррекция произвольности и речевого общению детей 6-8 лет. In: Психолог в начальной школе. Волгоград, 1995. с. 78-88.
119. Листик Е.М. Методика изучения способности детей 5-7 – летнего возраста к распознаванию эмоциональных состояний. In: Психолог в детском саду, 2003, №4, с. 3-19.
120. Локалова Н.П. 120 уроков психического развития младших школьников. М.: Педагогическое общество России, 2002. 220 с.
121. Лорер В.В. Особенности эмоциональной регуляции у младенцев с церебрально-органической недостаточностью при взаимодействии с матерями. In: Дефектология, 2010, № 3, с. 48-52.
122. Лубовский В.И. Высшая нервная деятельность и психологические особенности детей с задержкой психического развития. In: Дефектология, 1972, № 4, с. 18-26.
123. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. Москва: Педагогика, 1989. 104 с.
124. Лубовский В.И. Специальная психология. М.: Академия, 2009. 557 с.
125. Лубовский В.И., Новикова Г.Р., Шалимов В.Ф. Принципы диагностики психического дизонтогенеза и клиническая систематика задержки психического развития. In: Дефектология, 2011, №5, с. 17-26.
126. Лутонян Н.Г. Формирование рациональных способов запоминания у детей с задержкой психического развития. In: Дефектология, 1973, № 3, с. 18-26.
127. Максименко Ю.Б. Особенности формирования самоконтроля деятельности детей с задержкой психического развития. Дис. др. психологии. Ленинград, 1986. 123 с.
128. Мамайчук И.И., Ильина М.Н. Помощь психолога ребёнку с задержкой психического развития. Санкт-Петербург: Речь, 2006. 345 с.
129. Марковская И.Ф. Типы регуляторных нарушений при задержки психического развития. In: Дефектология, 2006, № 3, с. 28-34.
130. Медведева Е.А. Формирования личности ребёнка с проблемами психического развития средствами искусства в артпедагогическом и арттерапевтическом просоранстве. М.: Институт консультирования и системных решений. 2009. 269 с.
131. Микадзе Ю.В., Корсакова Н.К. Нейропсихологическая диагностика и коррекция школьников. М.: Интелтех, 1994. 115 с.
132. Морозова И.Л. Особенности нейропсихологической структуры задержки психического развития дошкольников из экологически неблагополучной зоны Забайкалья. In: Дефектология, 2007, № 5, с. 27- 32.
133. Моросанова В.И. Саморегуляция и индивидуальность человека. М.: Наука, 2010. 520 с.

134. Небылицин В.Д. Избранные психологические труды. М: Педагогика, 1990. 408 с.
135. Немов Р.С. Психология: В 3-х книгах. Экспериментальная психология и психодиагностика. М.: Просвещение, Владос, 1995. Кн.3. 512 с.
136. Никишина В.Б. Социально- психологическая детерминация нарушений психического развития детей. Диссертация докт. хаб. психологии. Ярославль, 2004. 365 с.
137. Павлий Т.Н. Исследования особенностей аффективной сферы детей с ЗПР. Автореф. диссертации докт. психологии. Комсомольск на Амуре, 1997. 27 с.
138. Певзнер М.С. Клиническая характеристика детей с задержкой психического развития. In: Дефектология, 1972, № 3, с. 3-9.
139. Переслени Л.И. Некоторые особенности внимания у детей с отклонениями в развитии. In: Дефектология, 1972, № 4, с. 23-28.
140. Переслени Л.И., Мاستюкова Е.М. Задержка психического развития: вопросы дифференциации и диагностики. Вопросы психологии, 1989, № 1, с. 55- 59.
141. Подобед Е.Л. Особенности вербальной памяти учащихся 4 класса школы для детей с задержкой психического развития. In: Дефектология, 1988, № 6, с. 3-9.
142. Поляков Е.А. Развитие личности подростков в условиях социальной депривации и дизонтогенеза. Дисс. др. психологии. Москва, 2009. 227 с.
143. Полякова Е.А. Личностные особенности подростков – социальных сирот с нормальным развитием, ЗПР и умственной отсталостью. In: Дефектология, 2011, № 3, с. 56-62.
144. Понарядова Г.М. Динамика организованности внимания у детей с задержкой психического развития и вспомогательных школ. In: Дефектология, 1979, № 4, с. 16-20.
145. Пономарёв Я.А. Знание, мышление и умственное развитие. Москва: Просвещение, 1967. 262 с.
146. Порошина Е.А. Психокоррекционные технологии формирования произвольной регуляции психической деятельности у детей с задержкой психического развития. Дисс. др. психологии. Екатеринбург, 2011. 220 с.
147. Прегуда В.И. Особенности самоконтроля у гиперактивных детей старшего дошкольного возраста. Автореф. дис. др. психологии. Москва, 1994. 20 с.
148. Проективная методика исследования личности «HAND-TEST» (руководство по использованию). Санкт- Петербург. Г.П. «Иматон», 1995. 43 с.
149. Психологический особенности детей и подростков с проблемами в развитии. Изучение и психокоррекция. Под ред. проф. Ульяновской У.В. Санкт-Петербург: Питер, 2007. 303 с.
150. Пылаева Н.М., Ахутина Т.В. Школа внимания. Методика развития и коррекции внимания у детей 5-7 лет. М.: Теренвинф, 2001. 47 с.
151. Райх В. Анализ личности. М.: Ювента, 1999. 333 с.
152. Росина Н.Л. Формирование саморегуляции в учебной деятельности младших школьников с проблемами в развитии. In: Психологические особенности детей и подростков с проблемами в развитии, 2007, р. 223-251.

153. Рейдбойм М.Г. Задержка психического развития у детей (развитие взглядов, некоторые современные клинико-психологические представления). Дефектология, 1978, № 2 с. 15-19.
154. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. Москва: «Прогресс», 1979. 379 с.
155. Рубенштейн С.Л. Основы общей психологии. Санкт-Петербург: Питер, 2009. 592 с.
156. Рудик П.А. Воля и воспитание. Учебные записки ГЦОЛИФК. Москва: 1945, вып.1., с. 32- 46.
157. Сафонова Л.В. Педагогические условия воспитания эмоционального саморегулирования младших школьников в учебной деятельности. Дис. доктора педагогики Екатеринбург, 1999. 249 с.
158. Селиванов В.И. Волевая регуляция активности личности. Избранные психологические произведения. Рязань: Изд-во Рязан. пед. ин-та, 1992, с. 208-225.
159. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Теория и практика оценки психического развития ребёнка дошкольного и младшего школьного возраста. Санкт-Петербург: Речь, 2006. 373 с.
160. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Варианты задержанного и дисгармоничного развития. In: Школьный психолог, 2008, № 21, с. 41-47.
161. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Особенности вариантов и форм парциальной несформированности компонентов психической деятельности. In: Школьный психолог, 2008, № 20, с. 34-40.
162. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста. М.: Генезис, 2009. 319 с.
163. Семенова Л.Э. Особенности вербальной самопрезентации детей с ЗПР как гендерных субъектов. In: Дефектология, 2008, № 4 с. 25-32.
164. Симонов П.В. Высшая нервная деятельность человека: мотивационно- эмоциональные аспекты. М.: Наука, 1975. 172 с.
165. Симонов П.В. Эмоциональное возбуждение и психический мутагенез. Тезисы докладов II симпозиума по проблеме «Человек. машина». Москва: 1966, с. 28-35.
166. Симонов П.В., Ершов П.М. Темперамент. Характер. Личность. М.: Наука, 1984. 234 с.
167. Слепович Е.С., Поляков А.М. Работа с детьми с интеллектуальной недостаточностью. Санкт-Петербург: Речь. 2008. 245 с.
168. Слепович Е.С. Психологическая структура задержки психического развития в дошкольном возрасте. Автореф. дис. доктора психологии. Москва, 1994. 37 с.
169. Слободяник Н.П. Модель психологической помощи детям с отклонениями в развитии в условиях общеобразовательной школы. Дис. др. психологии. М., 2001. 167 с.
170. Стернина Т.З. Понимания эмоционального состояния другого человека детьми с задержкой психического развития. Автореф. дисс. др. психологии. Москва, 1988. 16 с.

171. Стрекалова Т.А. Особенности логического мышления у дошкольников с ЗПР. In: Дефектология, 2002, №4, с. 3-11.
172. Стрекалова Т.А. Особенности наглядного мышления у дошкольников с ЗПР. In: Дефектология, 2003, №1, с. 9-12.
173. Суворова О.В., Васильева Е.Н. Эмоциональное взаимодействие матери с детьми с ЗПР. In Психолог в детском саду, 2010, № 3 с. 87-100.
174. Тригер Р.Д. Эффективность обучения русскому языку младших школьников с задержкой психического развития. Диагностика и коррекция задержки психического развития. Под ред. С.Г. Шевченко. Москва: АРКТИ, 2001, с. 172- 205.
175. Тригер Р.Д. Психологические особенности социализации детей с задержкой психического развития. Санкт-Петербург: Питер, 2008. 192с.
176. Удилова И.В. Развитие мелкой ручной моторики у леворуких учащихся с задержкой психического развития. In: Дефектология, 2005, № 4, с. 88-89.
177. Ульяновская У.В. Об особенностях саморегуляции в интеллектуальной деятельности 6-летних детей с задержкой психического развития. In: Дефектология, 1982, № 4, с. 46-50.
178. Ульяновская У.В. Особенности личностной тревожности младших подростков с задержкой психического развития, обучающихся в разных педагогических условиях. In: Дефектология, 2004, № 1, с. 29-35.
179. Ульяновская У.В. Шестилетние дети с задержкой психического развития. Москва: Педагогика, 1990. 184 с.
180. Фишман М.Н. Нейрофизиологические механизмы отклонений в умственном развитии. М.: Экзамен, 2006. 545 с.
181. Чупров Л.Ф. Особенности произвольного внимания и познавательной деятельности у младших школьников с задержкой психического развития. In: Дефектология, 1987, № 6, с. 17-22.
182. Шалимов В.Ф. Медико-социальная помощь детям младшего школьного возраста с пограничными психическими расстройствами. Автореф. др. хаб. психологии. Москва, 2007. 34 с.
183. Шевченко С.Г. Подготовка к школе детей с задержкой психического развития. М.: Школьная пресса, 2003. 96 с.
184. Шешукова Н.Н. Особенности межличностных отношений со сверстниками младших подростков с задержкой психического развития, обучающихся в разных педагогических условиях. Дисс. др. психологии. Москва, 2009. 248 с.
185. Шимгаев А.Н. Феномен тревожности и коррекция нарушений в эмоциональной сфере у слабовидящих подростков. In: Дефектология, 2007, № 2, с. 32- 37.
186. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич. Санкт-Петербург: Дидактика Плюс, 2001. 271 с.
187. Шошин П.Б. Оpozнание простых изображений детьми с задержкой психического развития. In: Дефектология, 1972, № 4, с.35-40.
188. Шульга Т.И. Становление волевой регуляции в онтогенезе. Дис. др. хаб. психологии. Москва, 1994. 318 с.

189. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте. In: Вопросы психологии, 1971, № 4, с. 6-20.
190. Юнг К.Г. Критика психоанализа. Санкт-Петербург: Академический проект, 2000. 304 с.
191. Adler A. Social interest: A challenge to manking. New York: Capricorn Books, 1964. 123 p.
192. Arnold M.B. Emotion and personality. V. I. Psychological aspect. New York, 1960. 300 p.
193. Bagozzi R.P., Baumgartner H., Pieters R. Goal – directed emotion. Cognit. and Emotion, 1998, V. 12 (1), p. 1-26.
194. Barkley R.A. Behavioral inhibition, sustained attention and executive functions: constructing a unifying theory of attention deficit hiperactivity disorder. In: Psychopharm. Bull, 1997, vol. 121, № 1, p. 65-94.
195. Bauer R. Taghi Modarressi An ego disturbance model of minimal brain dysfunction. In: Experimental implications, 1976, № 1, p. 32-34.
196. Belsky J., Fish M., Isabella R. Continuity and discontinuity in infant negative and positive emotoinality: Family antecedents and attachment consequences. In: Developmental Psychology, 1991, vol. 27, p. 421-431.
197. Bern E. Games People Play: The Psychology of Human Relationship. New York: Grave Press, 1964. 73 p.
198. Bormann-Kischkel C, Hildebrand-Pascher S. The development of emotional concepts: A replication of a German sample. In: Inter. J. Behaviour Devel., 1990, vol. 13, p. 355-372.
199. Bowlby J. Attachment and loss. New York: Basic Books Vol. I. Attachment. 1969 567 p.
200. Brown S.P., Cron W.L., Slocun J.M. Jr. Effects of goal – directed emotions on salesperson volition, behavior, and performance: A longitudinal study In: J. Marketing, 1997, V. 61, p. 39-50.
201. Busemann A. Kindliche Intelligenzstomng in padagogischer Sicht. In: Zentralbl. f.d.g. Neurol, u. Psych., 1956, Bd. 135, s. 3-4.
202. Corboz I. Psychiatry of childhood minimal brain dysfunctions. I. Univ. Ottava, 1980, N 4, p. 307-317.
203. Dinner E., Emmans R. A. The indepedence of positive and negative affect. In: J. of Personality and Social Psychology, 1984, vol. 47 (5), p. 1105-1117.
204. Duffy E. Emotion: An example of tye need for reorientation in psychology. In: Psychological Review, 1934, nr. 41, p. 184-198.
205. Emotions in personality and psychopathology. Ed. By Carrol E. Izard. – New York: London Plenum press, 1979. 597 p.
206. Freud S. Inhibitions, symptoms and anxiety. In: J. Strackey, 1959, vol. 20, p. 77- 175.
207. Herbert A. Simon Motivation and emotional control of cognition. In: Psychological Review, vol 74, p. 29-39.
208. Horney K. Neurosis and human crowth. New York: Norton, 1970. 391 p.
209. Janet P. Fear actions as and essential element in the sentiment of melancholia. In:

- M.L. Reymert. Feeling and emotions. The Wittenberg Symposium. Worcester: Clark University Press, 1928, p. 297-309.
210. John P, George SK, Mampilly A. Handbook on Poor School Performance. In: New Delhi: Central Board of Secondary Education, 2001, p. 50-56.
211. Lasarus R.S. Emotions and adaptation: conceptual and empirical relation. 15. W.Y. Arnold (ed) Nebraska Symposium on motivation. Lincoln, 1968, vol. 6, p. 56-59.
212. Lewin K.. A dynamic theory of personality. New York: Mc Crow- Hill, 1935. 120 p.
213. Kirk S.A., Kirk W. Psycholinguistic leaning disabilities: Diagnosis and remediation champaing. IL.: University of Illinois Press, 1971. 435 p.
214. Kirk S.A., Kirk W. On defining learning disability. In: J. of learning disabilities, 1983, № 16 (1), p. 20-21.
215. Kuhl J. Volitional mediators of cognition- behavior consistency: Self-regulatory processes and action versus state orientation. In: Action control: From cognition to behavior. Berlin: Springer-Verlag, 1985. p. 101-128.
216. Mayer J.D., Salovey P. Personality moderates the effects of affect on cognition. In: Affect, cognition, and social behavior. Toronto: Hogrefe, 1988. p. 87-99.
217. Moreno J.L. Psychodrama schock therapy. Asociometric appoarch to the problem of mintal disorders. In: Jornal of Inter- Personal Relations, 1938, № 2, p. 1-30.
218. Piaget J. The original of intelligence in children. New York: International Press, 1952. 541 p.
219. Perugini M., Coner M. Prediction and understanding behavioral volitions: The interplai between goals and behavios. In: Eur. J. Soc. Psychol., 2000, vol. 30, p. 705-731.
220. Primbram K.H. On the neurology of thinging. In: Behav. Sci., 1959, № 4, p. 265- 287.
221. Senf G.M. Learning Disabilities. In Grossman HJ, ed. Pediatric Clinics of North America. Symposium on Learning Disorders. Philadelphia; WB Saunders Company, 1973, № 20, p. 607-638.
222. Strauss A.A., Lenthinen L. Psychopatology and education of the brain injured. New York: Child Crune and stratton, 1947. 545 p.
223. Rogers C. R. Die klient – bezogene Gesprächstherapie. Munchen, 1973. 214 c.
224. van Nieuwentruizen M. Orabio de Castro B., van Aken M.A.G., Matthys W. Impulse control and aggressive response generation as predictor of aggressive behaviour in children with mild intellectual disabilities and borderline intellegence. In: J. Of intellectual disability reseach, 2009, vol. 53, № 3, p. 233-242.
225. Warnemuende C. Helping parents help slow learner. In: Principal, 2008, vol.87, № 3, p. 32- 35.
226. Wender P.H. The minimal brain dysfuction syndrom in children. J. nerv. ment. Dis., 1972. V. 155, p. 55-71.