

# DIFICULTĂȚI DE SOCIALIZARE A COPIILOR CU DEFICIENȚE MOTORII

*Viorica ADĂSCĂLIȚĂ, dr., conf. univ.,  
Adriana POPOVICI, drd.*

## *Summary*

*Socialization process keeps going during whole individual's life coming out as in various activities undertaken, so and in communicating with the people all around us. Due to the specified process a child assimilates norms and values necessary and sufficient to be a functional member of society. Children confronting psychomotor deficiencies are integrated in socialization process more difficult, the causes being associated with both objective and subjective factors. Besides the fact that such children dispose of fewer capacities to get adapted to the social environment as compared with healthy children, in most frequent cases they are treated by adults for a tutelary position, this fact in its turn contributes to consolidation of disability status of these children. In this article I will try to outline the modes to organize socialization process of children with psychomotor disturbances.*

Procesul de socializare se produce pe tot parcursul vieții individului, atât în diverse activități în care se regăsește acesta, cât și în comunicarea cu persoanele din preajmă. Grație procesului nominalizat, copilul asimilează normele și valorile necesare și suficiente pentru a funcționa în calitate de membru al societății. Copiii care se confruntă cu deficiențe psihomotorii se încorporează mai anevoios în procesul de socializare. Cauzele fiind asociate fie unor factori de ordin obiectiv, fie de ordin subiectiv. Pe lângă faptul că asemenea copiii dispun de capacități mai reduse de adaptare la mediul social în raport cu copiii sănătoși, ei sunt tratați la modul cel mai frecvent de către adulți pentru poziția tutelară, lucrul care, la rândul său, contribuie la conservarea stării de infirmitate la acești copii. În această comunicare voi încerca să elucidez modalități de organizare a procesului de socializare a copiilor cu tulburări psihomotorii.

Adaptarea socială a copiilor cu deficiențe psihomotorii presupune asimilarea și reproducerea de către ei a comportamentului, normelor și valorilor caracteristice oamenilor obișnuiți ai societății moderne. Copii cu deficiențe psihomotorii sunt nevoiți să depună eforturi mult mai mari, în raport cu cei sănătoși, pentru a face față așteptărilor sistemului educational, în egală măsură și celui social. Deseori, socializarea copiilor cu deficiențe psihomotorii se desfășoară, mai mult sau mai puțin, izolat și/sau protejat de către cei care sunt responsabili pentru îngrijirea lor. Această izolare este condiționată, pe de o parte, de obișnuința tradițională a părinților și educatorilor de a-i proteja pe acești copii de eventualele consecințe nefaste ale impactului mediului, uneori ostil, față de acești copii, pe de altă parte - lipsa unei culturi ale toleranței și tratamentului normal din partea societății subiecților nominalizați. Izolarea respectivă se soldează, de regulă, cu diverse consecințe negative pentru copii. Una din acestea vizează modul, dinamica și calitatea asimilării de către copiii cu deficiențe psihomotorii a rolurilor sociale necesare și suficiente pentru o bună conviețuire în mediul social dat. Copii în cauză deseori dau dovadă de un număr mult mai redus de roluri sociale în raport cu copiii obișnuiți. Totodată, reproducerea unor sau altor roluri sociale de către ei, are loc într-o formă, cel puțin neobișnuită pentru cei din jur, fapt care trezește emoții controversate. O altă consecință a izolării, chiar și relative, este cea a adaptării pasive la mediul social a copiilor cu deficiențe psihomotorii. Este acel gen de adaptare care se întâlnește și la copii sănătoși, și care contribuie la instaurarea în comportamentul și așteptările copilului a unor atitudini „parazitare” în relația cu cei din jur. Este vorba despre multiplele forme de „neajutorare învățată”, prin intermediul cărora copilul se așteaptă să fie sprijinit, ajutat, sau chiar înlocuit de către alții în activitățile pe care ar trebui să le realizeze în mod autonom. Cea mai gravă consecință a izolării copiilor cu deficiențe psihomotorii vizează însă formarea deprinderilor lor sociale. Incluziunea copiilor în diverse relații amicale, de colaborare cu semenii și maturii, în asemenea cazuri, poate deveni dificilă și inefficientă [1].

Familia, care educă un copil cu deficiențe psihomotorii se situează, metaforic vorbind, pe 2 părți ale unei baricade. Pe de o parte, ea, familia, se regăsește într-o relație de afinitate cu propriul copil, pe de alta, ca un element al societății suportă efectele percepției sociale, în care copilul lor este categorisit ca o ființă inaptă pentru societate. Sentimentul de vină este una din cele mai frecvente stări afective în care se regăsește o mare parte din acești părinți. Ca o reacție de compensare, ca un comportament de compromis, părinții acceptă să practice hipertutela față de copilul-problemă [6].

Socializarea reprezintă procesul de integrare a individului pentru mediul social, prin ajustarea achizițiilor psihice ale comportamentului la cerințele mediului respectiv. Procesul integrării constituie, la rândul său, un ansamblu de acțiuni orientate spre fuziunea între elementele sistemului individului și elementele sistemului social, fuziune, care poate asigura dezvoltarea în baza unor factori purtători de valori morale, spirituale și culturale. Procesul de socializare se traduce, în viața de zi cu zi a copilului, în acte permanente de învățare și antrenament continuu. Rolul acestora se regăsește, mai târziu sau mai devreme, în diverse abilitați și competențe necesare adaptării și integrării sociale.

Socializarea copiilor care se confruntă cu diverse probleme, legate de sănătate, tulburări de orice gen etc., nu e doar un subiect pentru discuții și dezbateri. E o reală problemă, cu implicația a unor factori educaționali economici, sociali, etc. E o problemă, care ia amploare, și, prin simplu fapt, al creșterii numărului de copii nominalizați. La modul cel mai general, copilul cu nevoi speciale manifestă particularități care complică procesul lor de socializare. E cunoscut faptul că în orice cultură există anumite modele și așteptări cu referință la ceea ce poartă numele de personalitate. Evident, copiii-problemă nu pot face față plener acestor modele-așteptări. Având ca punct de plecare constatarea menționată, considerăm că procesul de socializare a copiilor cu deficiențe psihomotorii urmează să fie direcționat spre aspectele individuale ale acestor copii, spre cultivarea

și fortificarea/dezvoltarea unor sau altor aspecte individuale. Mai mult decât atât, deficiențele cu care se confruntă acești copii ar trebui să fie percepute și categorisite ca particularități individuale, la fel, cum se insistă în prezent la înlocuirea paradigmei ca boală psihică „problemă umană” [3].

Orice set de particularități individuale ale unui copil se prezintă într-o dublă ipostază. Pe de o parte, el trebuie să servească ca suport pentru organizarea activităților de socializare a copilului. Pe de altă parte – setul în cauză poate deveni unul din obiectivele majore ale procesului de socializare – în sensul perfecționării și integrării acestui ansamblu de particularități în formațiuni psihosociale mai extinse.

Respectivele particularități pot fi abordate utilizând cunoscutele paradigme ale psihoterapiilor existențiale: ipseitatea, tuitatea și ileitatea. Ipseitatea vizează modul de organizare a eului persoanei. Un loc de frunte în această organizare îl ocupă asemenea formațiuni ca autoaprecierea persoanei, nevoia de autoafirmare. Tuitatea, la rândul ei, desemnează relația persoanei cu ceilalți din preajmă. Din această relație copilul învață să se cunoască pe sine raliindu-se la celălalt, obișnuiește să trăiască și să manifeste adecvat toate trăirile caracteristice culturii umane. Ipseitatea ține de relațiile persoanei cu lumea, de căutările ei, a unor răspunsuri la întrebările/frământările de ordin existențial [1].

Or, tocmai capacitatea redusă de a construi și organiza sistemul triontic menționat de către copiii cu deficiențe psihomotorii complică, în mare măsură, demersul procesului de socializare. Ne referim aici la acel demers care are un caracter tipic pentru o anumită formațiune socială.

În cazul copiilor PCI se constată, deseori, o asociere la deficiențele motricității a unor dificultăți verbale și a retardului altor funcții asociate celor ale motricității. Printre acestea se numără dificultăți ale tonusului muscular, disfuncții ale actelor legate de menținerea echilibrului și ale coordonării mișcărilor, disfuncții ale motricității intrumental/manuale, care afectează fie membrele superioare, fie cele inferioare, lateral pe dreapta și/sau pe stânga [6].

Printre multitudinea de forme ale deficiențelor psihomotorii la copii, se regăsesc și deficiențele motorii manifeste în cazul copiilor cu PCI. În continuare, ne vom referi la acele cazuri care cad sub incidența unor pronosticuri favorabile în contextul planificării și desfășurării procesului de socializare. Un prim obiectiv al acestui proces urmează să fie orientat spre formarea și dezvoltarea competențelor psihomotrice și de manualitate a copiilor cu PCI. La o primă etapă, acest obiectiv ar trebui să conducă la consolidarea autonomiei personale a copiilor, la o etapă mai avansată – la cunoașterea și acomodarea cu anumite activități de muncă.

Majoritatea absolută a activităților obiectuale necesită antrenarea unor deprinderi și abilități psihomotorii. De regulă, pronosticul dezvoltării copiilor cu PCI reprezintă o ecuație cu mai multe necunoscute. Unii autori consideră că cea mai favorabilă prognoză pentru realizarea obiectivelor menționate se întâlnește în cazul copiilor cu diplegie spastică și hemiplegie [3]. Dar și în acele cazuri, în care dezvoltarea psihomotricității se desfășoară anormal conducând la efecte asociate unor dificultăți de adaptare la mediul social, dezvoltarea psihosocială a copiilor este condiționată, în ultima instanță, de diverși factori de natură socială. O confirmare în plus vine din partea autorilor T.A. Vlasova și V.I. Liubovschi, care evidențiază și descriu două grupuri de achiziții tipice pentru dezvoltarea copiilor cu deficiențe: deficiențe sau disfuncții primare și secundare. Acestea de la urmă sunt cauzate în opinia autorilor menționați de demersul dezvoltării sociale a copiilor respectivi [4].

Revenind la problema disfuncțiilor motricității copiilor cu PCI suntem nevoiți să constatăm că raportarea unui copil-problemă la o categorie sau alta de PCI poate fi doar una relativă. Spre exemplu, în studiul realizat de I.F. Marcovscaia sunt descrise 2 grupuri de copii: Primul, cu sindromul infantilismului psihic, cel de-al doilea – cu sindromul psihoorganic asociat unor tulburări intelectuale. Copiii din primul grup manifestă, de regulă, epuizare rapidă în cadrul unor activități și instabilitate a tonusului psihic, copiii din celălalt grup dau

dovadă de oboseală masivă și inerție a proceselor psihice. Se întâlnesc însă copii care dau dovadă de manifestări caracteristice pentru ambele sindroame descrise.

Socializarea copiilor cu deficiențe motorii din grupul celor cu PCI nu poate fi planificată și realizată decât prin intermediul unor activități, în mod special, activități mutuale, în grup. Anume în cadrul unor activități se formează deprinderi și abilități necesare pentru integrarea socială a copiilor.

Socializarea este, în opinia noastră, o expresie a personalității de ansamblu, nu doar a organismului. Personalitatea este implicată într-o activitate de muncă nu doar prin deprinderile și abilitățile sale, dar și prin intermediul proceselor cognitive, volitive, emoționale și motivaționale. Defectele motorii exercită, de regulă, un impact negativ asupra formării personalității copilului cu PCI. În opinia lui E. S. Calijniuc, copiii cu PCI încep a sesiza defectele legate de maladie, la vârsta de 7 /8 ani. Trăirile negative provocate de defectele în cauză se intensifică însă la vârsta adolescentă. În rezultatul unei cercetări axate pe evaluarea problemei trăirilor copiilor, derivate de pe urma conștientizării propriilor defecte / deficiențe, T. V. Esipova a reușit să evidențieze trei grupuri de copii:

- Copiii care sunt în stare să perceapă adecvat propriile deficiențe și să recurgă, în continuare, la mecanisme constructive de coping pentru a face față dificultăților cu care se confruntă.

- Copiii, care, dezamăgindu – se obișnuiesc cu anxietatea, frustrarea sau agresivitatea – toate aceste urmând să devină obișnuințe pentru comportamentul lor.

- Copiii care acceptă propriile deficiențe, fie urmînd să le compenseze prin intermediul avantajelor de care dispun, fie grație suportului celor din preajmă [7].

Copiii din primul grup și din cel de-al treilea grup devin tentați să preia un stil unic individual de implicare în diverse situații de viață, la fel și în activitățile social utile. Fiecare copil, chiar și cel care suferă

din cauza unor defecte congenitale, dispune, în opinia cunoscutului psiholog A. Adler, de mijloacele compensatorice colosale. Sesizând inegalitatea în dezvoltarea organelor sale sau ale deficiențelor sale, copilul are de ales: să-și amplifice activitatea și eficiența organelor sănătoase protejându-le pe cele cu deficiențe sau să-și exercite și să-și consolideze la maximum organul deficitar. Uneori, grație unor eforturi colosale, un organ afectat poate deveni mult mai eficient decât unul sănătos [1].

Observațiile unor savanți confirmă tendințele compensatorice ale copiilor cu PCI. Astfel, Heisserman E. menționează că o bună parte din copii cu aptitudini intelectuale vădite suferă mai puțin din cauza deficiențelor motricității. Asemenea copii compensează prin intermediul activităților/manifestărilor intelectuale defectele fizice. E. Calijniuc vine în susținerea acestei observații, afirmând că la unii copii cu PCI are loc o intensificare pregnantă a intereselor intelectuale. Uneori, însă acești copii se regăsesc în compensații „pasive” și ineficiente pentru ei. Este vorba de evadarea în lumea fanteziilor. O. L. Romanova a demonstrat, în lucrările sale, că unii din copiii cu PCI – își edifică o autoapreciere compensatorie nejustificat de înaltă, care creează iluzia unui confort lăuntric [9].

Noi considerăm că atât mecanismul compensării, cât și celui al hipercompensării pot fi amorțate și aplicate în formarea unor deprinderi și abilități de viață la copiii cu PCI. Alegerea unui sau al altui mecanism urmează să fie făcută, luând în calcul, pe de o parte, situația copilului cu „organe defectate și organe sănătoase” și pe de altă parte – profilul psihologic general al personalității copilului.

În opinia lui L.S. Vîgotschi orice deficiență corporală distorsionează relațiile copilului cu mediul. Pentru a depăși distorsiunile respective, pentru a-l readuce pe copil la un mod de viață adaptat și eficient sunt necesare anumite compensări de natură socială [2]. Pentru aceasta urmează să fie depistate acele

mecanisme/modalități, care ar fi suficiente pentru edificarea unor relații sanatoase cu ambientul. Deoarece la copiii cu PCI deficiența principală vizează funcție locomotoră, anume ea condiționează specificul dezvoltării psihice și a socializării copiilor și cu PCI.

Socializarea copiilor cu PCI vizează facultatea/capacitatea lor de a însuși anumite tipuri de acțiuni/activități, a utiliza anumite unelte sau și aparate, de a-și edifica o motivație suficientă pentru implicarea în mediul social. Un aspect important, legat de aprecierea capacității de integrare în mediul social a copiilor cu PCI ține de evaluarea „adaptabilității funcționale” a acestor copii în raport cu defectele motricității lor [3]. Copiii al căror intelect nu este afectat manifestă o tendință pregnantă de adaptare la realitatea obiectelor, prin intermediul dezvoltării acțiunilor obiectual-practice, în pofida deficiențelor motorii, uneori destul de grave [3]. O asemenea motivație poate servi ca un suport important în procesul de formare a unor deprinderi eficiente de interacțiune cu lumea, cu condiția depistării și a susținerii la timp a acestei motivații de către adulți. În majoritatea cazurilor de PCI se înregistrează tulburări ale tonusului muscular. Acestuia îi revine în mod normal un rol primordial în planificarea și orientarea mișcărilor, stabilitatea și elasticitatea lor. Dar și în asemenea cazuri sunt posibile anumite intervenții de compensare a disfuncțiilor respective din contul intelectului copiilor cu PCI, dacă acesta nu este afectat grav.

O mare parte din copiii care suferă de PCI dau dovadă de manifestări astenice: capacitate de lucru redusă, epuizare a tuturor proceselor psihice, viscozitate a percepției, volum redus al memoriei și probleme legate de comutarea eficientă a atenției. Deficiențele motorii asociate sindromului PCI afectează la rândul lor procesul de formare a personalității copiilor. Cele mai răspândite consecințe ale impactului menționat se numără tonusul emotiv scăzut, nivelul redus de auto – aprecieri, trăsături ipohondrice de caracter. Acestea de la urmă la rândul lor exercită o influență negativă asupra procesului de acaparare și



edificare a unor deprinderi și abilități legate de executarea unor activități. Acest impact se impune ca un factor negativ suplimentar, pe lângă deficiențele de ordin general, în procesul de socializare.

O importanță deosebită în procesul de învățare a unor sau altor acțiuni revine activismului motric de ansamblu, nu doar unor elemente izolate, chiar și disfuncționale ale motricității. În afară de aceasta, reușita implicării copilului în efectuarea unor sarcini este condiționată și de insistența lui, de gradul de autonomie la care aspiră el.

Pentru buna desfășurare a unei sau altei activități individul trebuie să dispună de un nivel suficient de formare a reprezentărilor temporale și spațiale. Or, tocmai la acest capitol copiii cu PCI manifestă la modul cel mai frecvent un retard accentuat [9]. Retardul menționat se datorează deficiențelor, legate de coordonarea diferitor sisteme de analizatori [2] La o mare parte din copiii cu PCI se atestă tulburări ale percepției. Acești copii nu au capacitatea de a integra diferite aspecte ale obiectului perceput într – o imagine unică [3] Acest defect este prezent, în deosebi în activitățile legate de desen și de construire [3].

Totodată, acești copii dispun de o sensibilitate redusă a senzațiilor tactile. Ei nu sunt în stare să recunoască diferite obiecte sau să le recunoască cu greu prin intermediul pipăitului [10]. Acesta se înscrie, ca un factor suplimentar negativ, în formarea acțiunilor obiectuale.

Copiii cu PCI dau dovadă de un nivel mai scăzut de cunoștințe și reprezentări în comparație cu copiii sănătoși. Diferențele sunt mai evidente în raport cu cunoștințele legate de orientarea spațială și cele practice a copiilor cu diplegie spastică. Mai puțin este afectată, la acești copii gândirea verbală. Copiii afectați de formă hemiparetică manifestă simptome care traduc agrafia vizual-spațială, tulburări legate de efectuarea unor calcule etc. Iar copiii cu hiperchinezie manifestă deficiențe ale gândirii verbale, activitatea practică rămânând totuși

neafectată. Toate tulburările menționate împiedică, într-o măsură mai mare sau mai mică, însușirea unor activități cu caracter sistematic și planificat, orientat spre scop. Ca urmare, copiii cu PCI se confruntă cu o percepție incompletă sau distorsionată a obiectelor și fenomenelor asociate sau/și necesare pentru realizarea unor sarcini de muncă [2].

Capacitatea de angajare a copiilor cu PCI în diverse sarcini este, de asemenea, influențată de interesul scăzut al acestora față de sarcini, de capacitatea lor redusă de a se concentra asupra sarcinilor și de timpul redus al reacțiilor, acțiunilor. Totodată, executarea unor sarcini, legate de implicarea gândirii de către copiii cu diplegii nu reprezintă o problemă pentru ei. Copiii cu tulburări hiperchinetice sunt destul de eficienți în contextul unor sarcini legate de orientarea vizuală, însă manifestă o capacitate redusă în raport cu sarcinile, care au un caracter verbal [2].

Însușirea unor sau altor activități de către copiii cu PCI este condiționată, la modul general, de activismul limitat al acestora. Nivelul redus al activismului persistă, de regulă, din cauza unei motivații insuficiente, necesară pentru mobilizarea și desfășurarea unor mișcări, acțiuni etc. Situația copiilor cu PCI se complică, la rândul ei, și prin faptul asocierii la motivația menționată a unor impulsuri proprioceptive scăzute și, în ultima instanță, a lipsei de experiență, legată de motricitate [2].

O problemă majoră legată de formarea unor deprinderi noi la copiii cu PCI constă în faptul că acești copii dispun deja de anumite deprinderi, formate de la sine, în mod spontan. Acelea, fiind ajustate la deficiențele individuale, au, de regulă, un caracter patologic. Astfel, formarea unor deprinderi eficiente, în contextul unor sau altor activități, urmează să se desfășoare pe fundalul celor patologice [4]. Astfel, copiii ajung să dispună de, cel puțin, două sisteme de deprinderi, care se vor regăsi, în situația lor într-o concurență acerbă, dintre deprinderile ineficiente deja formate și deprinderile noi, eficiente. Pentru aceasta, în procesul de învățare a unor deprinderi noi copiii trebuie să fie excluși

din situațiile lor obișnuite. Iar situațiile noi pot avea în calitate de suport gândirea și trăirile copiilor – pe lângă scopurile urmărite în cadrul unor activități concrete [4].

Din cele relatate anterior, putem conchide că anume, incoerența, consecutivitatea formării unor sau altor deprinderi la copiii cu PCI reprezintă una din cele mai dificile probleme. În situația copiilor sănătoși, în formarea unor deprinderi, se iau în calcul deprinderile deja formate. Această distincție vizează și suportul cognitiv, care poate servi ca punct de plecare în formarea unor deprinderi noi. La copiii sănătoși acesta este, de obicei, memoria. La copiii cu PCI, memoria poate fi un impediment în formarea unor deprinderi eficiente în detrimentul celor patologice [4]. În asemenea situații, doar gândirea se poate dovedi a fi eficientă pentru desfășurarea procesului de formare a unor deprinderi noi.

Învățarea, formarea și dezvoltarea comportamentelor de autonomie personală și socială la copiii cu deficiențe psihomotorii pot fi realizate prin intermediul unor programe complexe și integratoare de recuperare. La baza activităților legate de procesul de recuperare trebuie să se regăsească, în cazul copiilor cu deficiențe psihomotorii, programe pentru învățarea și dezvoltarea structurilor și conduitelor perceptiv – motrice, programe pentru formarea reprezentărilor corecte ale schemei corporale, programe pentru însușirea procesului de orientare spațio-temporală etc, fiecare din acestea, fiind la rândul său ajustat la particularitățile individuale ale fiecărui copil.

### **Bibliografie**

1. Gherguț, Alois, Sinteze de psihopedagogie specială, București, 2005.
2. Дерябина, Г.И., Методологические особенности коррекции двигательных нарушений подростков с ДЦП на основе комплексного использования средств адаптивной физической культуры и телесно-ориентированных практик, ТГУ, Тамбов, 2012.

3. Детский церебральный паралич. Хрестоматия / Составители Л.М. Шипицына, И.И., СПб., Дидактика-Плюс, Мамайчук, 2003.
4. Зельдин, Л.М., Развитие движений при различных формах ДЦП, Перевинор, Москва, 2012.
5. Ипполитова, М.В. и др., Воспитание детей с церебральным параличом в семье, М., 1980.
6. Ипполитова, М.В., Бабенкова, Р.Д., Мастюкова, Е.М., Воспитание детей с церебральным параличом в семье, Москва, 1993,
7. Калижнюк, Э.С., Клиническое обоснование принципов коррекционно-педагогической работы с детьми дошкольниками, страдающими церебральными параличами, М., 1978.
8. Калижнюк, Э.С., Клиническое обоснование принципов коррекционно-педагогической работы с детьми дошкольниками, страдающими церебральными параличами, М., 1978.
9. Калижнюк, Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах, Киев, 1987.
10. Мастюкова, Е.М., Физическое воспитание детей с церебральным параличом, Москва, 1991.