

## **Direcții de abordare a abilităților instrumentale la școlarul mic cu dizabilități intelectuale - studiu de caz**

Vancea CRISTINA<sup>1</sup>

### **Abstract:**

*Knowledge and description of specific processes of instrumental functions and their implications in the development and operation of young children with intellectual disabilities, the causes that give rise to instrumental disorders, the factors that determine the areas in which they can occur, are essential in leading the preparation intervention programs that stimulate instrumental skills deficits. Ensuring early detection and appropriate therapeutic intervention for children with intellectual disabilities will eliminate these instrumental function disorders or, at least, may diminish as a result of their negative influences on personality.*

*The paper will also present some evaluation and intervention methods for children with intellectual disabilities and instrumental function disorders for better inclusion in school and in the society; the methodology of this investigation is presented in a case-study.*

**Keywords: intellectual disabilities, school age children, instrumental functions, instrumental skill deficits.**

### **Fundamentarea teoretică**

Burlea (2007, p. 38) face referință la bazele neurofiziologice în cadrul procesului de producere și organizare a comunicării prin limbaj oral și scris și definește funcțiile instrumentale „acelea cu ajutorul cărora construim imagini, cuvinte, concepte logice și cu care exprimăm aceste conținuturi ale gândirii, fiind strict determinate în raport cu organizarea și dinamica activității cortexului cerebral.” În accepțiunea autoarei funcțiile instrumentale sunt de două feluri:

- conduite expresive și simbolice;
- conduite intelectuale și conceptuale.

Asimetria funcțională interemisferică, în cazul funcțiilor instrumental-simbolice, se caracterizează prin două note specifice: relativitatea și caracterul pendulant al acestora. Ele depind în mare măsură de faptul că *funcțiile instrumental-simbolice*

*sunt reprezentate bilateral pe suprafața corticală.* În condiții patologice, funcția perturbată a unei arii cortico-cerebrale a uneia dintre emisfere poate fi preluată de aria corespunzătoare din emisfera cerebrală contralaterală, suplinind în felul acesta funcția pierdută.

Un alt aspect important legat de mecanismele simbolice cerebrale este reprezentat de *schema corporală* și *imaginea de sine*. Majoritatea specialiștilor consideră că schema corporală este un dublu proces psihofiziologic care, plecând de la datele senzoriale, ne dă conștiința propriei noastre imagini de sine, cunoașterea și orientarea propriului nostru corp în spațiu. Potrivit lui Botez (1996), schema corporală este rezultatul aferențelor vizuale, tactile, kinestezice și labirintice ale memoriei. Ea este determinată de interacțiunea permanentă dintre individ și mediu, datorită numeroaselor circuite

reverberante care se leagă de spațiul înconjurător.

Întrucât schema corporală este reprezentarea de sine ca „spațiu autocorporal”, aceasta poate fi considerată ca pe un „*model interior al propriei noastre spațialități*”, reprezentare a corporalității noastre somatice, aceste aspecte fiind demonstrate prin studiile experimentale ale lui Penfield și Roberts (1963, apud Botez, 1996, p. 96) și precum reies ele din observațiile clinice de neurologie și psihiatrie. Tot acești cercetători stabilesc pe suprafața corticală prerolandică și postrolandică proiecția schemei corporale pe care o denumește *homunculus somato-motor* și, respectiv, *homunculus somato-senzitiv*.

Un rol important în cunoașterea schemei corporale sau a imaginii de sine revin observațiilor clinice care descriu tulburărilor apărute în cazul leziunilor regiunilor cortico-cerebrale aferente acestei funcții instrumental-simbolice. Botez (1996) distinge în continuare:

- Tulburări de schemă corporală datorate leziunilor emisferei cerebrale drepte minore: sindromul Anton-Babinski caracterizat prin anozognozie, anozodiaforie și împreună formează sindromul hemiasomatognoziei;
- Bulandra (apud Botez, 1996) descrie trei etape în cadrul regresiei tulburării de schemă corporală: anozognozia, hemidisgnozia și hemiparaschematica;
- Tulburări de schemă corporală datorate leziunilor emisferei cerebrale stângi majore: sindromul Gerstmann, autopaognozia și asimbolia la durere;

– Altele: tulburările paroxistice ale schemei corporale, membrul fantomă, tulburările de maturizare a schemei corporale și tulburările difuze ale schemei corporale.

Dificultățile în învățarea citit-scrisului la clasele pregătitoare și la clasele întâi se datoresc așa-numitelor tulburări instrumentale. Termenul de „instrumental” a fost introdus în 1963 de Haim și se referă la ansamblul datelor neuro-biologice care intervin în adaptarea umană la mediul material, prin intermediul motricității și la mediul uman prin intermediul biologicului. Instrumentele constituie, după terminologia lui Ajuriaguerra (1974), echipamentul neurobiologic de bază. Lărgind definiția lui Haim, Klees-Delange (1972) clasifică tulburările de origine instrumentală în: tulburări perceptiv-motorii și de limbaj, care arată calitatea defectuoasă a proceselor neuro-fiziologice de care depinde individul pentru a înțelege și asimila lumea exterioară. Astfel, principalele tulburări instrumentale evidențiate de către Burlea (2007), sunt de următoarele feluri:

1. tulburări de percepție vizuo-spațială, audio-verbală și stereo-gnozică;
2. tulburări motorii la nivelul coordonării mișcărilor și al controlului motor;
3. tulburări perceptiv-motorii de orientare și tulburări ale structurării spațio-temporale;
4. tulburări ale schemei corporale și tulburări de lateralitate;
5. tulburări de limbaj ca rezultat al deficitului perceptiv și motor.

Noțiunea de tulburare instrumentală, afirmă Klees-Delange

(1972, p. 236), este din punct de vedere simptomatic, „o disfuncție a uneia sau mai multor aptitudini funcționale” datorată, probabil, dezorganizării circuitelor cerebrale și nu unei anomalii senzoriale (prin atingere specifică sau insuficiență organică) sau unei anomalii motrice (datorată unei boli musculare sau a deficitelor de la nivelul sistemului nervos). Persistența tulburărilor instrumentale la intrarea în școală poate fi urmată de apariția dificultăților specifice și persistente în învățarea citit-scrisului.

În concluzie, funcțiile psihice instrumentale sunt acelea în a căror structură se includ simboluri și semne determinate social și istoric. Ele condiționează atât geneza limbajului (oral și scris), formarea deprinderilor de calcul sau algebrice, muzicale și a altor tipuri de abilități, precum și rezolvarea de probleme bazate pe acestea. Din complexul de fenomene încadrate în categoria tulburărilor instrumentale fac parte dislexiile, disgrafiile, disortografiile și discalculiile. Toate aceste disfuncții marchează insuficiențe ale capacității de simbolizare și fac parte din una și aceeași categorie de fenomene. După cum reiese și din denumirea lor, ele afectează în mod selectiv reușita școlară, subminând reușita elevului în cauză doar într-un anumit domeniu al activității școlare. Din această cauză, dificultățile în însușirea și în utilizarea limbajului oral și scris, împreună cu dificultățile de învățare și de utilizare a calculului, constituie dificultăți școlare electiv (instrumentale) (Kulcsar, 1978).

## **Descrierea cercetării**

### ***Scopul cercetării***

În studiul realizat în cadrul Școlii Gimnaziale Speciale Dej s-a urmărit evidențierea profilului de dezvoltare al abilităților instrumentale la copiii cu dizabilitate intelectuală din ciclul primar, precum și proiectarea și implementarea unui program psihopedagogic de stimulare a acelor tipuri de abilități disfuncționale.

### ***Obiectivele cercetării***

În baza premiselor teoretice relatate în prima parte a acestei lucrări, cercetarea prezintă își propune următoarele obiective specifice:

- Identificarea unui instrumentar psihopedagogic adecvat pentru evaluarea și diagnosticarea profilului de dezvoltare a abilităților instrumentale la copiii din ciclul primar cu dizabilitate intelectuală, din școala specială;
- Evidențierea particularităților de dezvoltare a abilităților instrumentale și depistarea abilităților deficitare la acești copii;
- Elaborarea și derularea unui program psihopedagogic vizând dezvoltarea acelor tipuri de abilități instrumentale disfuncționale.

### ***Instrumente de lucru***

Metodele de cercetare utilizate se clasifică în:

A. Metode utilizate în etapa de colectare a datelor și de evaluare:

- Metoda observației;
- Metoda analizei documentelor medicale și școlare;

- Ancheta pe bază de interviu semi-structurat;
- Metoda studiului de caz;
- Teste și probe de evaluare (Proba Bender Gestalt, Testul rapid de depistare a predispoziției spre dislexie Marosits, Proba de evaluare a abilităților instrumentale Sindelar, probe grafice hârtie-creion, probe practice).

B. Metode utilizate în etapa de intervenție:

- Programul de intervenție psihopedagogic - aplicarea unor activități adaptate după programul terapeutic Sindelar, jocuri și exerciții realizate în camera de stimulare multisenzorială Snoezelen, program de antrenament grafoterapeutic.

### ***Procedura de lucru implementată***

Cercetarea de față se bazează pe metoda studiului de caz urmărit pe durata unui an școlar (2015-2016). În conformitate cu metodologia impusă de această abordare de cercetare, design-ul studiului prezintă următoarea structură:

- prima etapă a cercetării, cea constatativă, s-a derulat prin colectarea datelor necesare cercetării și prin aplicarea testelor și probelor de evaluare; a constat în evaluarea inițială a participanților la cercetare prin utilizarea metodei observației directe, a interviului cu părinții acestor elevi și cu cadrele didactice care predau la această clasă; administrarea testelor și probelor a avut drept scop culegerea unor informații și date de referință legate de nivelul de dezvoltare al abilităților instrumentale ale elevilor

cu dizabilitate intelectuală din ciclul primar.

- cea de a doua etapă a cercetării, cea experimentală, a avut caracter formativ și a constat în întocmirea și aplicarea programului psihopedagogic recuperator. Activitățile realizate în programul de intervenție au fost adaptate după programul terapeutic Sindelar și sunt structurate pe 11 domenii: dezvoltarea atenției vizuale, dezvoltarea atenției auditive, dezvoltarea percepției vizuale, dezvoltarea percepției auditive, dezvoltarea memoriei vizuale, dezvoltarea memoriei auditiv-verbale, dezvoltarea capacității de integrare intermodală (văz, auz, mișcare), dezvoltarea percepției serialității, dezvoltarea motricității verbale, dezvoltarea coordonării vizual-motrice și dezvoltarea orientării spațiale. De asemenea, în această etapă s-au desfășurat o serie de jocuri și exerciții realizate în camera de stimulare multisenzorială și un program de antrenament grafoterapeutic.

- cea de-a treia etapă a cercetării, etapa de evaluare finală, a constat în reluarea testelor și probelor de evaluare aplicate în etapa constatativă pentru a aprecia nivelul de eficacitate al programului de intervenție folosit în etapa precedentă.

### ***Direcții de intervenție din cadrul programului psihopedagogic de stimulare a abilităților instrumentale - sugestii terapeutice***

Programul de intervenție psihopedagogic de stimulare a abilităților instrumentale, elaborat și implementat la copiii cu dizabilități intelectuale din ciclul primar

din învățământul special, conține următoarele obiective:

Obiective generale:

- formarea și consolidarea conduitelor psihomotrice elementare;
- educarea comunicării orale;
- educarea și antrenarea comportamentului grafomotoric.

Obiective specifice:

- dezvoltarea percepției vizuale și auditive;
- dezvoltarea atenției vizuale și auditive;
- dezvoltarea memoriei vizuale și auditiv-verbale;
- dezvoltarea capacității de integrare intermodală (văz, auz, mișcare);
- dezvoltarea percepției serialității;
- dezvoltarea motricității verbale;
- dezvoltarea motricității grosiere și fine;
- dezvoltarea coordonării vizual-motrice;
- dezvoltarea orientării spațiale și temporale;
- dezvoltarea laturii semantice a limbajului (îmbogățirea vocabularului activ);
- crearea unor relații socio-afective favorabile, stimularea interesului copilului și creșterea motivației sale de implicare în activitățile de terapie.

***Aplicarea modalităților didactice de intervenție:***

Programul psihopedagogic de stimulare a abilităților instrumentale cuprinde următoarele tipuri de activități instructiv-educative și jocuri-exercițiu:

I. Activitățile realizate sub formă de joc au fost adaptate după **programul terapeutic de stimulare cognitivă a**

**abilităților instrumentale Sindelar** și sunt organizate pe 11 arii de dezvoltare. În continuare, vor fi exemplificate câteva tipuri de jocuri-exerciții pentru fiecare domeniu de dezvoltare:

- Atenția vizuală: privitul pe fereastră, Jocul- „Văd ceea ce tu nu vezi!”, alegerea cuburilor, sortarea nasturilor, obiecte ascuse, labirint din sfori, afiș, căutarea imaginilor perechi, căutarea formelor, imagini ascuse, copierea desenelor, căutarea steluțelor;
- Atenția auditivă: Jocul „nume-drum”, Jocul „casă-drum”, Jocul „mătușa are o pisică”, alcătuirea unui text pornind de la un cuvânt cheie, Jocul „bruiaj”;
- Percepția vizuală: jocuri Loto și Puzzle, căutarea pieselor identice, perechi din hârtie, puzzle din ziar, peticire, decorare, Jocul „unde este hoțul?”, Jocul „mozaic”, Jocul „unde este regele?”, Jocul „caută diferențele!”;
- Percepția auditivă: jocul cu marionete Ana și Ovi; Ana, Ovi și Emi; Ana, Ovi, Emi și Ucu; Călin învață să vorbească, Călin vorbește;
- Memoria vizuală: căutarea cuburilor, figuri din bețe de chibrit, memorarea imaginilor, memorarea cărților de joc, memorarea figurinelor, memorarea cuburilor, Jocul „Memory”;
- Memoria auditiv-verbală: întâmplări scurte, memorarea cuvintelor, Jocul „Îmi pregătesc rucsacul!”, compunerea unor întâmplări;
- Integrarea intermodală (văz, auz, mișcare): cântece exprimate prin mișcare, micul marinar, vorbire secretă, vorbire ultrasecretă, scrierea secretă, sciirea ultrasecretă;
- Percepția serialității: șiruri de mărgele, împletire, legarea fundiței, executarea

- comenzilor, pași de dans, jocul degetelor, ecoul, așezarea imaginilor în ordine cronologică;
- Motricitatea verbală: suflatul biluțelor din vată, șutul la poartă, pârtie de schi, Jocul „limba în cușcă”;
- Coordonarea vizuo-motrică: împușcături, aruncarea la țintă, raliu, pistă de schi, descâlcirea drumurilor;
- Orientarea spațială: Jocul atingerilor, Jocul „Mâța-n sac”, coloratul figurilor, statuia, joc de marionete, labirinturi.

Exercițiile programului nu au fost derulate după o regulă strictă. Cu puțină imaginație au fost folosite obiecte din mediul înconjurător. În cazul în care copilul a avut vreo preferință pentru un anumit tip de joc, acesta a fost derulat de mai multe ori, iar acele jocuri care au permis s-au realizat în grup.

II. Acele tipuri de activități, din cadrul programului terapeutic Sindelar care au putut fi adaptate **camerei multisenzoriale**, s-au desfășurat îmbinându-se cu jocurile din cadrul acestei locații, alternând astfel cu terapia de tip Snoezelen. A fost aleasă această formă de terapie în cadrul acestei cercetări întrucât oferă instrumente și jocuri complexe care permit stimularea și dezvoltarea abilităților instrumentale vizate de către obiectivele acestei cercetări, astfel pentru:

- stimulare auditivă (joc de discriminare auditivă „Tuburi”);
- stimulare vizuală (Jocul „Să formăm linii!”, Jocul „Domino culori”, Jocul „Coloane colorate”, Jocul „Instruirea culorilor”);

- stimulare senzorială tactilă (panou interactiv senzorial, piscină pătrat cu bile);
- stimulare motrică și motricitate fină (placă de dezvoltare a motricității fine floare, numere, curbe simple, curbe complexe, jocuri de pregătire a scrisului);
- stimulare motrică - dezvoltare psihomotrică (set pietre de echilibru mari și mici, traseu psihomotric, Jocul „Undița”, Jocul „Ouăle de echilibru”, Jocul „Schiurile de vară”);
- stimulare cognitivă (Joc de observare „Caută și găsește”, Jocul „Detalii”, creații 3D, Jocul „Umbrelor”, Loto Audio, Loto cu Sunete);
- stimularea abilităților matematice (puzzle cu forme geometrice, forme în floare 3D);
- stimularea emoțională și dezvoltarea emoțiilor (Jocul „Sentimente și Emoții”, Jocul Emoțiilor - „Copiii lumii”);
- dezvoltarea abilităților de comunicare (Jocul educativ „Criteria”).

Astfel, aplicarea principiilor terapiei Snoezelen prin joc îi ajută pe copiii cu dizabilitate intelectuală să obțină îmbunătățiri la mai multe niveluri (educațional, terapeutic și recreativ), să faciliteze experiențe pozitive și să îmbunătățească aspecte precum stima de sine, starea de bine, sentimentul de siguranță, interacțiunile sociale și contribuie la creșterea gradului de integrare socială.

III. În cadrul **terapiei grafomotrice** s-a realizat un caiet de sarcini de lucru care a urmărit parcurgerea următoarelor tipuri de activități didactice:

- decupare;
- trasare - unire de puncte;
- imitație grafică;
- fișe de atenție;
- potrivire a umbrei;
- fișe de colorat simetric;
- contur cu foaie de calc;
- labirinturi.

Metodologia cercetării va fi prezentată sumarizat la nivelul următoarei secțiuni a acestui articol, printr-un studiu de caz.

### **Prezentarea studiului de caz**

#### ***Date personale:***

M.D., în vârstă de 8 ani este elev în clasa I. Acesta este diagnosticat cu dizabilitate intelectuală ușoară (QI= 61), întârziere în achiziția limbajului expresiv, deficit atențional, tulburări instrumentale mixte.

#### ***Date familiale:***

Copilul provine dintr-o familie în care părinții sunt divorțați. Acesta locuiește împreună cu tatăl său și cu fratele mai mare. El este al doilea copil din familie. Copilul locuiește într-o casă proprietate împreună cu bunicii săi în localitatea Dej. Relațiile dintre părinți se caracterizează prin conflicte frecvente, uneori finalizate cu episoade de violență fizică.

Locuința părinților este compusă din trei camere, o bucătărie și o baie, unde locuiesc cei cinci membri ai familiei. Familia are condiții materiale și economice satisfăcătoare întrucât sunt susținuți de cei doi bunici. Tatăl lucrează ca și zilier.

Tatăl îi acordă atenție și sprijin copilului, spre deosebire de mamă care a părăsit domiciliul de nenumărate ori, iar relațiile dintre părinți sunt disarmonice fapt care

îi afectează pe cei doi copii. M.D. se înțelege destul de bine cu fratele lui mai mare. Mama elevului și-a descris băiatul ca fiind foarte iritabil, anxios și nefericit. Analizând istoricul medical și de dezvoltare al copilului împreună cu familia acestuia, reiese faptul că sarcina a fost complicată de o infecție la rinichi, cu dese episoade de vomă în timpul primului trimestru, ceea ce a necesitat spitalizarea mamei. Nașterea a fost la termen după un travaliu de 24 de ore, iar scorul Apgar a fost de 8. Copilul a avut foarte multe colici și a fost foarte greu de alinat, cu o agitație continuă până la 16 luni. Rutina de somn a fost neregulată, cu treziri frecvente în timpul nopții și cu foarte puțin somn în timpul zilei.

#### ***Traseul educațional***

Pe baza evaluărilor neuropsihologice realizate întreprinse în cadrul Clinicii de Psihiatrie Infantilă din Cluj-Napoca, M.D. a fost orientat spre o instituție de învățământ special, pe care o frecventează din perioada preșcolară. În mediul școlar demonstrează un comportament puțin receptiv, dar cooperant și relaționează bine cu colegii lui. În timpul activităților școlare prezintă uneori agitație psihomotorie și teamă de insucces, aspecte oglindite la nivelul comportamentului de pe parcursul activităților. Elevul prezintă uneori relații tensionate cu colegii și profesorii, manifestând comportamente agresive. Adesea se izolează și nu participă la activitățile de grup cu ceilalți copii.

Atenția este deficitară sub aspectul comutării, inhibării și susținerii ei. În sarcini formale, care nu sunt dinamice sau cu aspecte emoționale, elevul are dificultăți în a-și comuta atenția.

Manifestă rigiditate, fapt care contribuie la manifestarea repetitivă, întărind dificultatea de a trece de la o activitate, un gând sau o stare afectivă la alta. Răspunsurile date de elev sunt imprecise, prezintă frecvent un comportament impulsiv.

Abilitatea lui de rezolvare de probleme este deficitară, din cauza unor abilități reduse de a-și ghida sau planifica acțiunile și de a utiliza raționamentul de tip cauză-efect pentru a-și organiza sarcinile. Acestea se manifestă printr-o abilitate redusă de a utiliza trecutul și viitorul pentru a-și regla comportamentul. De asemenea, nu se poate specifica cu claritate dacă manifestarea sa anxioasă, nesigură este bazată pe lipsa constanței obiectului sau pe lipsa siguranței că o persoană semnificativă va fi disponibilă din punct de vedere afectiv; sau dacă, pe lângă acestea, lipsa unei organizări temporale și secvențiale sigure a experienței lui nu îi permite să utilizeze în mod automat experiențele trecute pentru a-și oferi siguranța de care are nevoie.

Abilitățile sale senzoriale sunt bine structurate, nu prezintă dificultăți în analizarea și interpretarea senzațiilor recepționate.

Abilitățile motorii se caracterizează printr-un tonus motor scăzut și o planificare motorie deficitară. Elevul înregistrează dificultăți la sarcinile ce implică atât comportamente automate, imitarea unor mișcări complexe sau secvențiale, cât și executarea unor acțiuni pe baza unor instrucțiuni date.

În ceea ce privește funcțiile relaționate cu limbajul, la sarcinile care necesită

ascultare și înțelegere M.D. înregistrează performanțe slabe. Aspectele atenționale, așa cum au fost descrise anterior, par să interfereze, mai ales atunci când materialele sunt numeroase și cu un nivel de dificultate mai crescut. De asemenea, dincolo de dificultățile atenționale și organizaționale, aspectele receptive sunt afectate și interferează cu răspunsul la sarcini mai complexe din punct de vedere sintactic și semantic. Cele mai afectate sunt abilitățile limbajului expresiv. Comunicarea este de tip agresiv-pasiv, alternând reacțiile agresive cu cele de tip pasiv, dezvoltând frecvent comportamentul de amânare a sarcinii. În relația cu persoanele adulte, comunicarea este de regulă pasivă așteptând de la acestea inițierea comportamentului verbal-nonverbal (răspunde când este întrebat, de foarte puține ori inițiază un anumit tip de comunicare, în funcție de problema care îl frământă).

Stilul cognitiv și comportamental este unul specific. Elevul poate fi, pe de o parte, foarte absorbit de ceva, sau, pe de altă parte, foarte dezorganizat, fără focalizare atențională. Acesta fluctuează între un stil dezorganizat, impulsiv sau ușor de distras și un stil la extrema opusă, rigid, compulsiv, perseverent. Copilul fiind foarte distractibil, neputând planifica și ghida acțiuni în acord cu anumite reguli și consecințe anticipate, manifestă o tendință de a fi impulsiv și anxios în a face față unor aspecte încărcate emoțional. Datorită dificultăților în a-și comuta atenția și a manifestărilor repetitive, prezintă și instabilitate cognitivă, cu o preocupare obsesivă față de obiecte. Pe fondul intensificării stimulării elevul manifestă



agitație psihomotorie și refuz în a executa sarcinile date. Incapacitatea de a integra și de a urmări simultan diversele tipuri de input și suprastimularea imediată determină astfel o autoreglare deficitară în plan comportamental. La nivel cognitiv pot fi punctate următoarele aspecte: abilități mnemice mecanice, involuntare, predominant auditive, un stil de gândire concret-intuitiv, operațiile de analiză-sinteză sunt bine structurate, comparația parțial structurată, asemănările realizându-se mai greoi, decât deosebirea, generalizarea și rezolvarea de probleme este deficitară. În cadrul procesului psihic de imaginație nu există domenii de manifestare, este reproductivă. Creativitatea este centrată pe comportamentul în sine și mai puțin pe calitatea produsului obținut.

Elevul prezintă imaturitate afectivă ceea ce caracterizează întreg comportamentul. Capacitatea de adaptare este redusă, ceea ce subliniază necesitatea de consolidarea competențelor sociale. Acesta manifestă dificultăți în gestionarea emoțiilor, și anume, dificultăți de identificare și decodificare a indicatorilor emoționali, fie că aceștia sunt prezentați vizual sau verbal.

Relațiile sociale sunt marcate de manifestări violente. În cadrul relațiilor cu adulții cunoscuți și agreeți copilul manifestă un comportament echilibrat; în cazul persoanelor neagreate manifestă uneori sfidare, ostilitate (relații în context școlar). Din cele observate se constată că nu respectă regulile în contexte diferite (acasă, pe stradă, la școală), manifestând reacții exagerate fără a conștientiza consecințele acestora.

În contextul clasei ca și colectiv, M.D a început să devină mai extrovertit și mai îndrăzneț. Cu ceilalți colegi are o relație relativ bună, înțelegându-se cu toți colegii săi, neavând decât altercații minore cu aceștia. La lecții dă dovadă de cele mai multe ori de interes ridicat fiind în majoritatea timpului activ și dispus de a-și realiza activitățile cerute.

### ***Demersul evaluării***

Aplicarea Probei Bender Gestalt a avut loc în luna septembrie 2015 când copilul avea vârsta cronologică de 8 ani și 3 luni, iar evaluarea finală a avut loc după aproximativ 7 luni, la vârsta de 8 ani și 10 luni. Rezultatele obținute de către elev au fost prezentate în tabelul 1. Prin raportarea rezultatelor la etalonul probei se evidențiază faptul că nivelul de dezvoltare a funcției perceptiv-motrice este unul scăzut, în comparație cu media numărului de erori pentru clasa de vârstă corespunzătoare. În etapa de evaluare inițială M.D. obține un punctaj de 16 erori față de media vârstei de 3,9, iar în cea de a doua etapă 14 erori față de 2,6. Progresul realizat de către copil, în urma programului de intervenție implementat este unul lent, aspect demonstrat de cele două evaluări.

Interpretând calitativ rezultatele obținute de copil la această probă, pot fi delimitate următoarele aspecte: nu surprinde corect forma figurilor 1, 4, 5, 7 și 8, nici relațiile spațiale dintre elemente la figurile A, 4, 6, 7 și 8, realizează rotiri ale configurației figurii la 1, 3, 4, 5, 7 are elemente omise la figurile 2, 3, 7, scrie cercuri în loc de puncte la 1, 3; înlocuiește punctele cu linii la figura 5; apar unghiuri pentru linii curbe la figura 6; imperfecțiunile realizate în cadrul figurilor A, 4, 7 și 8. Toate aceste

aspecte ar putea fi datorate abilităților deficitare în ceea ce privește coordonarea mișcărilor fine. În interpretarea modului de realizare a figurilor, se pot aduce în discuție și tulburările de natură emoțională și anume neordonarea celor 9 figuri (acest indicator este corelat cu o slabă abilitate de planificare a activității, cu un deficit de organizare a materialului), realizarea de linii în locul cercurilor (indicator relaționat cu impulsivitatea, cu o atenție deficitară, evitarea sarcinii date, cu agresivitatea).

**Tabel 1. Rezultatele la Proba Bender obținute de M.D.**

PUNCTAJ ITEM	A								TOTAL ERORI	
	1	2	3	4	5	6	7	8		
EVALUARE INIȚIALĂ	3	2	1	2	2	2	2	1	1	16
EVALUAR E FINALĂ	2	1	1	2	2	2	1	2	1	14

La **Testul rapid de depistare a predispozițiilor pentru dislexie Marosits (1992)**, M.D. a realizat următoarele scoruri brute care au fost cuprinse în tabelul 2. Evaluarea inițială a avut loc în luna septembrie 2015, iar cea finală în luna mai 2016. Punctajul maxim obținut ce se poate acumula este de 30 de puncte. La evaluarea inițială M.D. nu reușește să depășească pragul de 20 de puncte (obținând 14 puncte), prag care reprezintă limita inferioară pentru o dezvoltare adecvată a nivelului abilităților instrumentale. Acest lucru îl realizează însă după ce s-a intervenit prin derularea

programului de intervenție, copilul atingând un scor de 20 la evaluarea finală.

Elementele mai slab dezvoltate din punct de vedere calitativ, conform acestei probe, sunt coordonarea vizuo-motrică la primul exercițiu în prima etapă de evaluare, discriminarea fond-formă la exercițiul 2, în ambele etape de examinare, identificarea formelor la exercițiul 3, în cele două etape de evaluare, orientarea spațială la exercițiul 4, în etapa finală de evaluare, relativitatea spațială la exercițiul 5, în etapa inițială de evaluare.

*Tabel 2. Rezultatele la Testul Marosits obținute de M.D.*

PUNCTAJ ITEM	A						TOTAL SCOR
	1	2	3	4	5	6	
EVALUARE INIȚIALĂ	2	0	0	6	0	6	14
EVALUARE FINALĂ	3	2	3	3	3	6	20

La **Proba de evaluare a abilităților instrumentale Sindelar, Sedlak (2002)** datele brute sunt schițate în tabelul 3., iar acestea relevă faptul că elevul nu au reușit să depășească scorul brut de 140 care presupune un nivel ridicat de dezvoltare a abilităților instrumentale. Scorul maxim care poate fi obținut la această testare este de 170. Evaluarea inițială a avut loc în luna octombrie 2015, iar cea finală în luna iunie 2016.

Tabel 3. Rezultatele la Proba Sindelar, Sedlak obținute de M.D.

NR. CRT.	DOMENIUL DE DEZVOLTARE	PUNCTAJ EV. INIȚIALĂ	PUNCTAJ EV. FINALĂ
1.	DIFERENȚIERE VIZUALĂ (PERECHI DE FIGURI)	8/10	10/10
2.	DIFERENȚIERE VIZUALĂ (PERECHI DE FORME)	9/10	9/10
3.	DISCRIMINARE VIZUALĂ (RECUNOAȘTERE DE FIGURI ASCUNSE)	3/10	6/10
4.	DIFERENȚIERE AUDITIV-VERBALĂ (PERECHI DE CUVINTE)	3/10	10/10
5.	DIFERENȚIERE AUDITIV-VERBALĂ (PERECHI DE SILABE FĂRĂ SENS)	3/10	10/10
6.	DIFERENȚIERE AUDITIV-VERBALĂ (RECUNOAȘTEREA UNEI SILABE INCLUSE)	2/10	10/10
7.	INTEGRARE INTERMODALĂ (ASOCIEREA DE CUVINTE IMAGINILOR)	2/5	5/5
8.	INTEGRARE INTERMODALĂ (ASOCIEREA DE IMAGINI CUVINTELOR)	3/5	5/5
9.	MEMORIA VIZUALĂ - SERIALITATEA (MEMORAREA SUCCESIUNII IMAGINILOR)	4/8	4/8
10.	MEMORIA VIZUALĂ - SERIALITATEA (MEMORAREA SUCCESIUNII FORMELOR)	3/8	4/8
11.	MEMORIA AUDITIV-VERBALĂ (MEMORAREA UNUI ȘIR DE CUVINTE)	4/4; 2/4	4/4; 3/4
12.	MEMORIA AUDITIV-VERBALĂ (MEMORAREA UNUI ȘIR DE SILABE FĂRĂ SENS)	3/4; 1/4	4/4; 1/4
13.	MEMORIA INTERMODALĂ/SERIALĂ (EVOCAREA DE IMAGINI PRIN CUVINTE)	1/4	3/4
14.	MEMORIA INTERMODALĂ/SERIALĂ (EVOCAREA DE CUVINTE PRIN IMAGINI)	2/4	2/4
15.	MOTRICITATE VERBALĂ (REPETARE DE CUVINTE)	8/10	10/10
16.	COORDONARE OCULO-MOTORIE (TRASAREA DE LINII)	12/15	15/15
17.	STABILITATEA ATENȚIEI VIZUALE (RECUNOAȘTEREA FORMEI)	15/15	15/15
18.	CONCENTRAREA ATENȚIEI AUDITIVE (RECUNOAȘTEREA CUVÂNTULUI DIN TEXT)	2/10	8/10
19.	SCHEMA CORPORALĂ/ORIENTARE SPAȚIALĂ (IMITAREA MIȘCĂRILOR)	3/10	10/10

Din analiza datelor obținute, după etapa de evaluare inițială, se poate spune faptul că nivelul de dezvoltare al abilităților instrumentale este foarte bun în următoarele arii de dezvoltare cu un procent de peste 80%: diferențiere vizuală (perechi de figuri și forme), motricitate verbală (repetarea de cuvinte), coordonarea ocularo-motorie (trasarea de linii) și stabilitatea atenției vizuale (recunoașterea formei). Restul ariilor de

dezvoltare sunt insuficient achiziționate sau antrenate. Având în vedere aceste considerente, programul de intervenție pentru M.D. s-a axat pe dezvoltarea componentelor atenției auditive, percepției vizuale și a schemei corporale, dezvoltării abilităților de orientare spațială, iar exercițiile pentru dezvoltarea acestor abilități au fost cuprinse în programul terapeutic de stimulare cognitivă a abilităților instrumentale

Sindelar. Aceste activități au fost exersate pe toată durata celor 6 luni de intervenție. Pe durata vacanțelor tatăl lui M.D. a primit un set de exerciții pentru antrenarea următoarelor arii: percepția și memoria vizuală, codarea intermodală și dezvoltarea percepției serialității. Elevul M.D. a obținut următoarele punctaje în cele două etape de examinare, de 93, respectiv 148.

### Concluzii

Elevul M.D. prezintă dificultăți în domeniul de dezvoltare al percepției și atenției vizuale și auditiv-verbale, de memorie vizuală, de orientare spațio-temporală. La nivel grafic, se observă neîndemânarea ca și caracteristică a deformărilor, poticnirilor în desfășurarea actului grafic, deficitara organizare a scrisului în pagină (manifestată prin elemente împrăștiate pe pagină, spațiul dintre rânduri și litere neregulat, scrisul dezordonat, orizontala rândului nerespectată), erori de formă și proporții (elemente pregrafice cu dimensiuni prea mari sau prea mici, bastonașe cu cozi prea mici sau prea atrofiate, alipiri, zone rău diferențiate, grafeme confuze, aplatizate, telescopări, corecturi neregulate, rânduri frânte), tulburări de orientare (scrisul în oglindă, dificultăți de legare a scrisului), tulburări de orientare spațială (rânduri care fac ondulații, dimensiuni neregulate ale semnelor pregrafice, literelor). Nivelul deficitar de dezvoltare a auzului fonematic își pune amprenta asupra abilităților reduse în discriminarea sunetelor vorbirii în cadrul fluxului verbal, a percepției auditiv-verbale, toate aceste aspecte concurând la structurarea deficitară a abilităților instrumentale la acest copil. Totuși se

poate menționa faptul că M.D. a făcut unele progrese în acest sens având un scris mult mai lizibil, recunoaște mai ușor literele și numerele învățate, un vocabular activ mai bogat în cuvinte, atenția este mai stabilă, memorează mai ușor poeziile și cântecele care îi plac.

Elevul mai are încă dificultăți de adaptare la mediul clasei și de autoreglare comportamentală, iar multe sarcini le poate îndeplini doar cu ajutor din partea cadrelor didactice, capacitatea lui de integrare școlară s-a îmbunătățit, de asemenea. Elevul a început să aibă mai multă încredere în el văzând că poate să îndeplinească și singur anumite sarcini chiar dacă sunt mai grele, văzând că reușitele lui sunt apreciate de cei din jur și știind că este sprijinit atunci când are nevoie.

Se recomandă colaborarea cu familia, cu profesorul educator al clasei în activitățile de stimulare cognitivă; profesorul logoped este important și benefic să continue activitățile pentru dezvoltarea vocabularului și a laturii expresive a limbajului; profesorul psihodiagnostician a cuprins elevul în activitățile de consiliere derulate pentru a beneficia de un management de autocunoaștere și dezvoltare personală, de îmbunătățirea competențelor emoționale. Toate aceste direcții de abordare au ca ultim scop îmbunătățirea abilităților elevului de comunicare verbală și non-verbală și adoptarea unui comportament asertiv.

S-a constatat un nivel redus de dezvoltare al abilităților instrumentale la copiii cu dizabilitate intelectuală din ciclul primar din școala specială și că acest aspect le afectează negativ capacitatea de însușire a deprinderilor de

scriere-citire-calcul matematic, așadar cu implicații și asupra rezultatelor lor școlare. S-au obținut rezultate slabe la sarcinile corespunzătoare Probei Bender Gestalt, la testul de identificare rapidă a predispozițiilor pentru dislexie Marosits și la proba de evaluare a abilităților instrumentale Sindelar, Sedlak. Deși au fost semnalate unele progrese după aplicarea programului de intervenție, totuși au persistat o serie de abilități disfuncționale la toți copiii incluși în studiu, nu doar la elevul prezentat în studiul de caz de mai sus. Acest lucru se poate datora și duratei scurte în care a avut loc procesul de intervenție, ceea ce înseamnă, ca în viitor, elaborarea acestor programe de intervenție să fie realizată pentru intervale temporale mai mari.

### **Bibliografie**

Ajuriaguerra, J. de (1974). *Manuel de psychiatrie de l'enfant*, Paris: Masson.

Burlea, G. (2007). *Tulburări ale limbajului scris-citit*, Iași: Editura Polirom.

Botez, M.I. (1996). *Neuropsihologie clinică și neurologia comportamentului*, București: Editura Medicală.

Klees-Delange, M. (1972). *Psychologic evaluation of motor disturbances in children*, Acta Paediatric Belgique, 26(3), p. 89-111.

Kulcsar, T. (1978). *Factorii psihologici ai reușitei școlare*, București: Editura Didactică și Pedagogică.

Marosits, I. (1992). *A diszlexia veszlyesztetseg jelei az ovodaskorban*, Fejlesztő Pedagogia, 1-2, Budapest.

Sedlak, F., Sindelar, B. (2002). *De jo, mar en is tudom*, ELTE ED., Budapest.

<http://www.sindelar.at/>

<https://annetharesseconsulting.wordpress.com>

---

<sup>1</sup> Prof. logoped Școala Gimnazială Specială Dej E-mail: [ronicris19@yahoo.com](mailto:ronicris19@yahoo.com)