

UNIVERSITATEA DE STAT DIN MOLDOVA

**Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației,
Sociologie și Asistență Socială**

Departamentul PSIHOLOGIE

PSIHOLOGIA DEZVOLTĂRII

Suport de curs

Ciclul I – Licență

Chișinău, 2022

CZU 159.922(075.8)

T 71

Aprobat și recomandat spre publicare de:

Departamentul Psihologie, proces-verbal nr.3 din 20.10.2021;

Comisia de asigurare a calității a Facultății de Psihologie și Științe ale Educației,

Sociologie și Asistență Socială, proces-verbal nr.3 din 02.11.2021;

Consiliul Facultății de Psihologie și Științe ale Educației, Sociologie și Asistență Socială,
proces-verbal nr.2 din 03.11.2021;

Consiliul Calității al Universității de Stat din Moldova, proces-verbal nr.2 din 18.11.2021

Recenzenți:

FRUNZE Olesea,

doctor în psihologie, conferențiar universitar,
Universitatea Pedagogică de Stat "Ion Creangă" din Chișinău

TARNOVSCHI Ana,

doctor în psihologie, conferențiar universitar,
Universitatea de Stat din Moldova

Titular de curs:

TOMA Natalia,

doctor în psihologie, lector universitar

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Toma, Natalia.

Psihologia dezvoltării: Ciclul I – Licență: Suport de curs/ Toma Natalia; Universitatea de Stat din Moldova, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației, Sociologie și Asistență Socială, Departamentul Psihologie. – Chișinău: CEP USM, 2022. – 105 p.: tab.

Aut. indicat pe vs. f. de tit. – Bibliogr.: p.104 (14 tit.). – 100 ex.

ISBN 978-9975-159-29-6

159.922(075.8)

T 71

ISBN 978-9975-159-29-6

© Toma Natalia

© USM

CUPRINS:

INTRODUCERE	4
1. Delimitări conceptuale privind domeniul psihologie dezvoltării: conceptul de dezvoltare psihică	8
2. Factorii, forțele motrice, stadiile dezvoltării psihice umane	15
3. Teoria psihanalitică. Stadiile dezvoltării sexuale la copil	25
4. Teoriile cognitiviste în domeniul dezvoltării umane: teoria lui J.Piaget – Școala psihologică din Geneva	33
5. Teoria socioculturală a dezvoltării: I.S. Vîgotski, A.N. Leontiev	44
6. Școala psihologiei genetice din paris – Henri Wallon.	49
7. Concepția formării acțiunilor mintale a lui Piotr Galperin	52
8. Modelul dezvoltării morale la copii din perspectiva lui Lawrence Kohlberg	55
9. Teoria dezvoltării psihosociale a lui E.H. Erikson	58
10. Teoria atașamentului – John Bowlby și Mary Ainsworth	67
11. Perioadele de criză în dezvoltarea ontogenetică a omului	73
12. Factorii biologici și cei stresanți de mediu care afectează dezvoltarea ființei umane	75
13. Factorii psihosociale și influența lor pre și postnatală	77
14. Particularitățile psihofizice ale dezvoltării intrauterine, travaliului și nașterii	84
BIBLIOGRAFIE	104

INTRODUCERE

Psihologia dezvoltării umane este o ramură a psihologiei care studiază particularitățile psihice ale fiecărei etape de vârstă, în relație cu factorii biologici și sociali care le influențează. Potrivit lui Ann Birch – psihologia dezvoltării reprezintă studiul modificărilor psihologice care au loc începând de la naștere și până în perioada bătrâneții („Psihologia dezvoltării”). Principalele obiective ale psihologiei dezvoltării potrivit lui Seamon și Kenrick sunt: de a descrie modul în care se dezvoltă din punct de vedere psihologic indivizii umani, cum se schimbă ei pe parcursul vieții; de a explica dezvoltarea punând în evidență factorii care determină aceste schimbări (Seamon și Kenrick, 1992). Studiul dezvoltării umane, în general și al dezvoltării copilului, în particular, surprinde particularitățile de vârstă și individuale, felul cum apar și se manifestă diversele procese și însușiri psihice. Dezvoltarea proceselor cognitive, afective, volitive, a însușirilor de personalitate se realizează în cadrul unei relaționări specifice în care putem surprinde atât particularitățile de vârstă, cât și cele individuale. Psihologia dezvoltării este o disciplină teoretică și aplicativă a sistemului științelor psihologice. Din punct de vedere teoretic preocuparea majoră vizează analiza și investigarea factorilor, influențelor, condiționărilor sub incidența cărora evoluează viața psihică a fiecărui individ (nivel de trai, număr membrii în familie etc.); studiază implicațiile psihologice ale acestor condiționări; studiază statutele specifice diferitelor vârste, conduitele reprezentative ale omului și cerințele speciale față de acestea. Principalele perspective de analiză s-au concretizat în teorii.

Disciplina „*Psihologia dezvoltării*” este destinată pentru studenții specialității de psihologie, și are scopul de a familiariza studenții cu particularitățile dezvoltării fizice, psihologice și sociale ale omului în evoluția sa ontogenetică, a posibilităților, achizițiilor, evoluției lui de-a lungul ciclurilor de viață. Psihologia dezvoltării oferă posibilitatea cunoașterii teoriilor principale ale dezvoltării și metodelor specifice; principalelor caracteristici de dezvoltare din perioada prenatală; diferențierea mecanismelor și factorilor care determină dezvoltarea, utilizarea metodelor și design-urile specifice domeniului (longitudinal și transversal); promovarea valorilor care optimizează dezvoltarea; integrarea multi-dimensională a informațiilor despre funcționarea umană.

Prin intermediul prelegerilor, seminarelor, discuției diverselor situații, disciplina psihologia dezvoltării, va servi drept ghid informativ în cunoașterea mai explicită a fenomenelor umane intrapsihice din perspectiva multitudinilor de școli psihologice, care ar înlesni structurarea cunoștințelor necesare specialistului, în centrul activității căruia este plasat omul.

Teoria și metodologia cursului se bazează pe datele științifice despre dezvoltare, existente în psihologia dezvoltării, anatomie, psihologie generală. În contextul unei mai bune asimilări a materialului, temele vor avea un caracter ascendent în complexitate și dificultate, pornind bineînțeles de la obiectul de studiu a psihologiei dezvoltării, metodologia cercetării în psihologia dezvoltării, principalele teorii referitor la dezvoltare, factori, periodizări și ansamblul de fenomene ce contribuie la dezvoltarea copilului începând cu factorii prenatali și finisând cu cei postnatali.

Prezentarea cursului ”Psihologia dezvoltării”:

Disciplina ”Psihologia dezvoltării” permite studenților să dezvolte următoarele **competențe**:

- Cunoașterea bazelor teoretice ale *Psihologiei dezvoltării* ca ramură a științelor comportamentale.
- Aplicarea cunoștințelor teoretice prin valorificarea mecanismelor psihologice de cunoaștere, reflexie, reglare, autoreglare.
- Integrarea cunoștințelor, capacităților, atitudinilor în diferite contexte, construind noi experiențe și produse cognitive.
- Asumarea responsabilității față de rezultatele activității profesionale proprii în raport cu *Codul Deontologic*.

Disciplina ”Psihologia dezvoltării” permite studenților să dezvolte următoarele **finalități**:

- A cunoaște teoriile dezvoltării și adaptarea acestora la situațiile concrete din cadrul psihologiei dezvoltării.
- A recunoaște principiile și legitățile de bază în dezvoltarea și evoluția bio-psiho-socială a omului.
- A descrie factorii ce stau la baza dezvoltării ontogenetice ale omului: factorii biologici, psihologici, și sociali.
- A identifica principiile generale de dezvoltare ale copilului din perspectiva diferitor teorii: Freud, Watson, Vîgotski, Piaget, Galperin, Erikson.
- A analiza distincțiile dintre diferite perspective teoretice de abordare a factorilor și forțelor de dezvoltare a copilului.
- A argumenta implicarea diverșilor factori ce influențează dezvoltarea în structura personalității.
- A stabili legătura dintre impactul factorilor perinatali și cei postnatali în formarea și funcționarea psihicului copilului.
- A dezvolta ideea că omul este un rezultat bio-psiho-socio-cultural din perspectiva mai multor teorii.

Primele două capitole sunt dedicate delimitărilor conceptuale privind domeniul psihologiei dezvoltării, principalelor noțiuni și stadiilor ale dezvoltării psihice. Apoi o serie de capitole sunt dedicate principalelor teorii care au avut în prim plan studierea ființei umane de la naștere și până la bătrânețe. În cadrul fiecărei teorii sunt prezentați fondatorii, principiile de bază, noțiunile principale și stadiile dezvoltării psihice. Ultimele capitole sunt dedicate vișei intrauterine precum și factorilor biologici și de mediu care au un impact major în formarea și dezvoltarea personalității umane.

Fiecare unitate de învățare începe cu competențele și termenii-cheie pentru a forma o viziune despre ce se va vorbi în capitol.

Cursul are și o bibliografie generală, care încheie această lucrare, ea cuprinde publicații importante legate de domeniul psihologiei dezvoltării și oferă studenților posibilitatea de a lărgi orizonturile cunoașterii.

Mult succes în studierea materiei!

Sarcini pentru lucru individual

Nr.	Produsul preconizat	Strategii de realizare	Criterii de evaluare
1.	<i>Glosar de termeni – cheie al cursului</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Studiu aprofundat al literaturii de referință • Extragerea termenilor-cheie • Realizarea glosarului cu definiții științifice 	<ul style="list-style-type: none"> • Respectarea cerințelor față de elaborarea unui glosar • Profunzimea analizei subiectului • Originalitatea prezentării
2.	<i>Portofoliu: teoriile dezvoltării psihice umane</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Consultarea surselor bibliografice • Analiza diferitor abordări ale subiectului • Studiu aprofundat al literaturii de referință 	<ul style="list-style-type: none"> • Respectarea cerințelor față de elaborarea unui portofoliu • Consultarea și prezentarea surselor bibliografice
3.	<i>Analiza comparativa a teoriilor dezvoltării umane</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Studiu aprofundat al literaturii de referință 	<ul style="list-style-type: none"> • Originalitatea prezentării. • Argumente convingătoare • Trimiteri la sursele bibliografice

Test nr. 1

**Pentru examenul la disciplina *Psihologia dezvoltării*
Anul I, Facultatea de Psihologie și Științe ale Educației,
Sociologie și Asistență socială**

Subiectul I. Teoria psihanalitică a lui S. Freud

- 1.1.** Numiți și descrieți stadiile dezvoltării psihosexuale după Sigmund Freud.
- 1.2.** Caracterizați structura personalității din perspectiva teoriei psihanalitice.
- 1.3.** Argumentați rolul teoriei psihanalitice în dezvoltarea psihologiei ca știință.

Subiectul II. Teoria atașamentului

- 2.1.** Descrieți conceptul de atașament și cum acesta se formează.
- 2.2.** Analizați fazele atașamentului.
- 2.3.** Stabiliți relația dintre tipul de atașament din copilărie și comportamentul adultului în raport cu partenerul de dragoste.

1. DELIMITĂRI CONCEPTUALE PRIVIND DOMENIUL PSIHOLOGIE DEZVOLTĂRII: CONCEPTUL DE DEZVOLTARE PSIHCĂ

ψ ψ ψ

Unități de competențe (obiective):

- să stabilească definiția psihologiei dezvoltării;
- să identifice esența conceptului de dezvoltare psihică și să rezume caracteristicile ei;
- să identifice metodele de cercetare în psihologia dezvoltării;
- să stabilească avantajele și limitele fiecărei metodici de cercetare în psihologia dezvoltării;
- să dezvolte o viziune de ansamblu asupra dezvoltării psihice a ființei umane;
- să estimeze importanța psihologiei dezvoltării în formarea competențelor profesionale ale unui psiholog;
- să identifice legătura dintre psihologia dezvoltării și alte domenii științifice de activitate ale omului.

ψ ψ ψ

Unități de conținut:

- ✓ Definiția psihologiei dezvoltării
- ✓ Istoricul psihologiei dezvoltării
- ✓ Descrierea și determinarea avantajelor și dezavantajelor metodelor de cercetare în psihologia dezvoltării: observația; studiul longitudinal, studiul transecțional, analiza produselor activității, metoda biografică, metodele psihometrice.
- ✓ Conceptul de dezvoltare psihică: caracteristicile dezvoltării.
- ✓ Legătura dintre psihologia dezvoltării și pedagogie, științele sociale, juridică, medicină, sport, ș.a.

ψ ψ ψ

Termeni cheie: psihologia dezvoltării, dezvoltare psihică, dezvoltare biologică, psihosocială, dezvoltare individuală, stadială, sistemică, ascendentă, conexiune, interdependență, observația; studiul longitudinal, studiul transecțional, analiza produselor activității, metoda biografică, metodele psihometrice..

ψ ψ ψ

“Omul a avut izvoare – și are vârste. Pe cele dintâi i le-au relevat mitologiile, i le-au relevat religiile. Pe cele din urmă le traversează pe cont propriu” (I. Ianoși, *Vârstele Omului*).

Despre “vârstele omului” putem vorbi din nenumărate puncte de vedere. Cei mai mulți teoreticieni au încercat să realizeze o împărțire în etape a vieții. Fiecare dintre aceștia a pornit dintr-un anumit punct. Când vorbim despre dezvoltare, despre dezvoltarea umană, nu putem să nu ne gândim la diferite faze ce trebuie parcurse, etape prin care să se realizeze dezvoltarea. Psihologia dezvoltării umane (cu alți termeni: dezvoltare umană, psihologia developmentală sau psihologia vârstelor) este o ramură a psihologiei care studiază particularitățile psihice ale fiecărei etape de vârstă, în relație cu factorii biologici și sociali care le influențează. Potrivit lui Ann Birch – psihologia dezvoltării reprezintă studiul modificărilor psihologice care au loc începând de la naștere și până în perioada bătrâneții („Psihologia dezvoltării”, pag. 13).

Ceea ce se prezintă astăzi ca unul dintre domeniile clasice ale psihologiei, *psihologia dezvoltării și a vârstelor*, își are originea în practicile imemorabile *legate de copil și copilărie*. Dacă vechimea acestora este loc comun, nu același lucru se întâmplă cu acceptarea ideii că aceste practici și reflecții au fost sensibil diferite de viziunea contemporană (*copilul = realitatea bio-psiho-socială distinctă și de sine stătătoare*).

Un cuvânt hotărâtor în schimbarea percepției copilului și practicilor care îl priveau l-a avut gândirea filosofică, leagănul psiho-pedagogiei, de altfel. Exemple: J. Locke, J.J. Rousseau.

Filosoful englez J. Locke (1632-1704) poate fi socotit un precursor al behaviorismului. În discursul său sistematic despre copil și educație, ideea de bază este că nașterea ne oferă ființa în stare de natură și doar prin cultură (educație) ea se poate desăvârși. Esența dezvoltării este în exteriorul copilului, în educația pe care o primește.

Elvețianul J.J. Rousseau (1712-1778) este considerat “coopernicianul educației” pentru că, sintetizând ideile progresiste despre educație, răstoarnă reprezentarea raportului copil-educație. Copilul este pus în centrul practicii educative, esența acesteia constând în descoperirea și dezvoltarea “naturii copilului”. Aceasta este diferită de a adultului, este “bună” prin ea însuși, este un potențial natural. Educația nu creează, ci dirijează, îndrumă această bogăție care se împlinește în etape. Întreaga pedagogie umanistă (Pestalozzi, Herbart, Montessori, Dewey) își are rădăcinile în perspectivă emergentă asupra copilului propusă de J.J. Rousseau.

Două pietre de temelie – una teoretică, alta metodologică – au imprimat un anumit curs psihologiei începutului de secol și au favorizat construirea psihologiei copilului ca disciplină științifică modernă.

Pentru psihologie, contribuția lui Ch. Darwin (1809-1882) aduce trei noutăți: de *perspectivă asupra dezvoltării* (evoluționismul), de *tematică* (“Expresia emoțiilor la om și animale”, 1877) și de *metodologie* (metoda biografică în urmărirea dezvoltării precoce a copilului).

Ideea de a putea surprinde evoluția prin intermediul copilului și pe baza unor observații sistematice a declanșat în epocă o adevărată modă a consemnării evoluției copiilor încă de la cea mai fragedă vârstă. Chiar și Ch. Darwin a făcut-o, publicându-și cartea de observații asupra propriului fiu în 1877. Lucrări de aceeași factură sunt cea a umanistului francez H. Taine (1877) sau a fiziologului german W. Preyer (1881). Cartea acestuia are, de altfel, o semnificație specială, fiind considerată *primul manual de psihologie a copilului*. Valoarea acestor lucrări este mai mult istorică, în bună parte, cele observate și, mai ales interpretările oferite fiind depășite.

Două sunt semnificațiile majore ale perspectivei evoluționiste: **teoretic**, se trece de la o viziune imuabilă, statică asupra copilului, la perceperea sa ca o *realitate procesuală, în devenire*; **metodologic**, lucrările monografice dedicate bebelușilor statuează *observația sistematică* (un prim câștig al pozitivismului) ca metodă de urmărire a dezvoltării lor.

Principalele obiective ale psihologiei dezvoltării potrivit lui Seamon și Kenrick, sunt: de a descrie modul în care se dezvoltă din punct de vedere psihologic indivizii umani, cum se schimbă ei pe parcursul vieții; de a explica dezvoltarea punând în evidență factorii care determină aceste schimbări. (Seamon și Kenrick, 1992, p.378). Studiul dezvoltării umane, în general și al dezvoltării copilului, în particular surprinde particularitățile de vârstă și individuale, felul cum apar și se manifestă diversele procese și însușiri psihice. Dezvoltarea proceselor cognitive, afective, volitive, a însușirilor de personalitate se realizează în cadrul unei relaționări specifice în care putem surprinde atât particularitățile de vârstă, cât și cele individuale. Psihologia dezvoltării este o disciplină teoretică și aplicativă a sistemului științelor psihologice. Din punct de vedere teoretic preocuparea majoră vizează analiza și investigarea factorilor, influențelor, condiționărilor sub incidența cărora evoluează viața psihică a fiecărui individ (nivel de trai, număr membrii în familie etc.); studiază implicațiile psihologice ale acestor condiționări; studiază statutele specifice diferitelor vârste, conduitele reprezentative ale omului și cerințele speciale față de acestea. Principalele perspective de analiză s-au concretizat în teorii. Implicațiile aplicative țintesc domeniul educațional (familie, școală, consiliere școlară, profesională); domeniul

organizării vieții sociale (grup, clasă, întreprindere, activitate cetățenească); în psihoterapie (identificarea Eu-lui, defulare, tratare); în activitatea profesională. La nivel intradisciplinar psihologia vârstelor întreține legături cu psihologia generală, psihologia cognitivă, psihologia cibernetică, socială, a personalității, cu antropologia și neuroștiințele. În ceea ce privește relația sa cu neuroștiințele, datele privind studierea activității creierului, a sistemului nervos periferic și central evidențiază corelațiile existente între arhitectura neuronală și manifestările psihocomportamentale. Creierul în virtutea structurii sale celulare și a activismului său bioelectric și biochimic nu poate genera psihic, sursa activității psihice o reprezintă mediul natural și social. Pedagogie generală, preșcolară, teoria instruirii sunt interesate nu numai de achizițiile cu care se prezintă copilul ci și de stările, inhibițiile, tonusul activității de învățare, de stimularea și deblocarea psihică. Legături evidente sunt și cu sociologia întrucât abordează sociabilitatea copilului, imitarea, zâmbetul, întregul proces al învățării sociale primind modelele de rol, efectele pedepselor, ale întăritoarelor.

Conceptul de dezvoltare

Dezvoltarea este definită ca ansamblu transformărilor care afectează organismele vii sau instituțiile sociale ceea ce implică și noțiunile de „continuitate”, „finalitate” și „evoluție” (Bideaud, Houde, Pedinielli, 2002, p.3).

În accepțiune generală, dezvoltarea reprezintă un ansamblu de etape determinate temporal care conduc un organism viu sau o organizație socială dintr-un stadiu primitiv către unul mai elaborat și mai complex, provizoriu sau definitiv. Dezvoltarea umană poate fi privită ca un proces de schimbări ce antrenează modificările fizice, psihice și sociale de-a lungul existenței unei persoane, implicând atât diferențieri cantitative cât și calitative cu scopul adaptării active și creative la mediul înconjurător. Dezvoltarea este un proces complex de trecere de la inferior la superior, de la vechi la nou, o succesiune de etape, de stadii, fiecare etapă reprezentând o unitate funcțională mai mult sau mai puțin încheată, cu un specific calitativ propriu. Dezvoltarea este rezultanta unor procese adaptative ; unele dintre aceste procese sunt cumulative și continue, altele inovative și discontinue. Schimbările sunt bine structurate pe vârste, deși vârsta în sine nu le explică. Transformările cantitative și calitative ce definesc dezvoltarea pot fi clasificate în trei mari categorii, în funcție de specificul dezvoltării: fizice, psihice și sociale. Există strânse corelații între tipurile de dezvoltare, dar evoluția lor este relativ independentă una de cealaltă. De exemplu, încheierea perioadei de creștere nu duce la stoparea dezvoltării psihice sau o încetinire a dezvoltării din acest punct de vedere, dar creșterea este esențială pentru fazele timpurii ale dezvoltării psihice când ritmurile de dezvoltare sunt mai apropiate. Dezvoltarea personalității se manifestă prin incorporarea și constituirea de noi conduite și atitudini

care permit adaptarea activă la cerințele mediului natural și sociocultural, permit și facilitează constituirea unor relații din ce în ce mai diferențiate și mai subtile ale ființei umane cu mediul în care trăiește și se formează. Dezvoltarea umană privește ontogeneza (dezvoltarea individului din momentul concepției până la moarte). Cuvântul “ontogeneză” provine de la cuvintele grecești *ontos* = ființă și *genesis* = dezvoltare. În ontogeneză individul se dezvoltă din punct de vedere biologic, psihic și social. Încă de la naștere și până la sfârșitul vieții omul este antrenat în procesul dezvoltării, un drum al experiențelor noi pe care îl parcurge toată viața. Fiecare parcurge acest drum într-o variantă unică, suportând influențele ereditare, ale mediului și cele educaționale. Schimbările prin care trece ființa umană se produc într-o ordine logică, fiecare achiziție pregătește noi achiziții, astfel încât, orice achiziție într-o anumită etapă de dezvoltare include achizițiile anterioare și adaugă achizițiile specifice stadiului (vârstei) de dezvoltare. Dezvoltarea organismului uman se desfășoară pe mai multe paliere, dar cu toate acestea este unitară, determinând evoluția individului în ansamblul său. Astfel, putem vorbi despre: a) dezvoltare biologică, reprezentată de schimbările fizice, morfologice și biochimice ale organismului; b) dezvoltarea psihică se concretizează în apariția, evoluția și transformarea proceselor, funcțiilor și însușirilor psihice; c) dezvoltarea socială constă în asimilarea și adaptarea conduitei la normele, cerințele mediului social.

Dezvoltarea psihică reprezintă un concept fundamental al psihologiei dezvoltării, viața psihică fiind așa cum se prezintă, la omul adult, rezultatul unui lung proces de dezvoltare multideterminat și multicondițional (T.Crețu, 2001). Dezvoltarea psihică presupune formarea în timp a proceselor, însușirilor, structurilor psihice, schimbarea, restructurarea lor la niveluri funcționale cât mai înalte. Ea are la bază încorporări și constituiri de conduite și atitudini noi ca formare de instrumente de adaptare din ce în ce mai complexe și ca formare de modalități de satisfacere de trebuințe și formare de noi trebuințe și mijloace de a le satisface. Dezvoltarea implică modificarea echilibrului între asimilarea realității și acomodare la condițiile subiective și circumstanțiale concrete ale vieții (U.Șchiopu, 1997). Dezvoltarea psihică reunește ansamblul schimbărilor sistematice bio-psiho-sociale apărute de-a lungul vieții individuale desfășurându-se ca o succesiune de transformări ce generează treceri progresive de la nivele psihice primare, puțin diferențiate, puțin specializate la nivele psihice superioare, bine diferențiate și specializate (ex. Trecerea de la senzație la percepție, trecerea de la un proces la altul sau în interiorul aceluiași proces, trecerea de la memorarea mecanică la cea logică). În cadrul dezvoltării psihice, fenomenele psihice nu sunt invariabile, date o dată pentru totdeauna, ci se află într-o continuă devenire, înregistrând momente de apariție, evoluție, maturizare, involuție.

Dezvoltarea psihică se sprijină pe terenul eredității, își extrage conținuturile din mediul socio-cultural, este ghidată de educație. Se desfășoară în contextul propriei activități a copilului, fiind impulsionată de motivație. Mecanismul ei îl reprezintă trecerea de la exterior la interior.

Caracteristicile dezvoltării psihice:

- Are un caracter plurideterminat și multifactorial, în sensul că este determinată mai întâi de caracteristicile speciei (treapta filogenetică), de caracteristicile psihoindividuale (treapta ontogenetică), de interacțiunea dintre individ și mediu (treapta psihosocială). Principalii factori ai dezvoltării psihice sunt ereditate, mediu, educație.
- Este poliformă, (deci nu liniară) și discontinuă în sensul că evoluează ca o succesiune de faze, de stadii în care perioadele de schimbări spectaculoase alternează cu cele de relaxare.
- Este întotdeauna concretă și personală, având deci particularități proprii fiecărui individ deoarece conținutul dezvoltării psihice, sensul, ritmul ei pot fi diferite de la un individ la altul, fie datorită potențialului ereditar, fie factorilor de mediu și educație. Fiecare are genotipul său, interacțiuni și împrejurări de viață diferite. Acestea vor genera ritmuri de dezvoltare diferite, dimensiuni comportamentale de amploare și semnificații adaptative diferite.
- Are în ansamblu o direcție calitativ ascendentă ea nu prezintă o desfășurare simplă, liniară, mai degrabă un curs spiralat, așa cum sublinia Wallon, care presupune ascensiune, dar și momente de revenire, de repetare, de reluare, dar pe o nouă bază, a proceselor și structurilor psihice.
- Caracterul ordonat al dezvoltării: transformările, schimbările au loc într-o anumită ordine, la anumite intervale, sub o formă stadială.
- Este sistemică și stadială. Orice schimbare cantitativă sau calitativă are efecte asupra întregului sistem specific unui stadiu de dezvoltare (ex. Particularitățile personalității la un anumit stadiu influențează reprezentările, afectivitatea etc.. Cercetările au pus în evidență stadialitatea diverselor planuri ale vieții psihice. Astfel, Wallon a urmărit stadialitatea afectivă, J. Piaget pe cea a inteligenței și S. Freud și H. Erikson pe cea a corelării afectivității cu întreaga personalitate. Prin urmare, un anumit stadiu de dezvoltare psihică se deosebește de un altul prin nivelul și proprietățile proceselor, însușirilor și structurilor psihice, prin conexiunile dintre ele și prin eficiența lor adaptativă. Dezvoltarea psihică antrenează modificări de ordin cantitativ (volumul deprinderilor, al vocabularului, al memoriei etc.); schimbări de proporții (ex. se schimbă raportul dintre ponderea

activității senzoriale și a celei de tip intelectual, dintre caracterul involuntar al diferitelor procese, fenomene psihice și cel voluntar); modificări de ordin calitativ, înlocuirea treptată a unor forme cu altele noi care le vor restructura pe cele anterioare (ex. trecerea de la senzorial la logic, de la trăiri afective fluctuante, la sentimente; trecerea de la stadiul categorial-concret (noțional) al școlarului mic, la cel abstract (conceptele)11-12 – 15-16 ani). Aceste categorii de fenomene, specifice pentru dezvoltarea psihică sunt strâns legate de creșterea fizică, de maturizarea organică-fiziologică, de influențele mediului natural, social și de educație.

ψ ψ ψ

Activități și produse de învățare (sarcini didactice):

- Analizați caracteristicile dezvoltării psihice.
- Estimați rolul studierii psihologiei dezvoltării în formarea competențelor unui psiholog.
- Stabiliți legătura dintre psihologia dezvoltării și alte ramuri ale psihologiei.

2. FACTORII, FORȚELE MOTRICE, STADIILE DEZVOLTĂRII PSIHICE UMANE

ψ ψ ψ

Unități de competențe (obiective):

- să dezvolte ideile și datele referitoare la ereditatea umană și la rolurile ei în dezvoltarea fizică și psihică a omului;
- să identifice rolurile mediului socio-cultural și a modului în care se acționează;
- să rezume caracteristicile educației care explică de ce educația are un rol hotărâtor asupra dezvoltării psihice;
- să analizeze cele trei modalități de interacțiune optimă a factorilor fundamentali ai dezvoltării psihice;
- să analizeze condițiile, forțele motrice și legitățile dezvoltării psihice;
- să evidențieze caracterul stadial al dezvoltării psihice.

ψ ψ ψ

Unități de conținut:

- ✓ Factorii în dezvoltarea psihică și formarea personalității
- ✓ Condițiile dezvoltării psihice și formării personalității
- ✓ Forțele motrice ale dezvoltării psihice și formării personalității
- ✓ Legitățile dezvoltării psihice și formării personalității
- ✓ Etapele, ciclurile și stadiile dezvoltării psihice umane.

ψ ψ ψ

Termeni-cheie: factori, condiții, forțele motrice, legitățile dezvoltării psihice, ereditate, mediu, educație, stadiu, periodizare.

ψ ψ ψ

Factorii interni și externi ai dezvoltării psihice

Deși începuturile dezvoltării psihice pot fi legate de perioada intrauterină, dezvoltarea propriu-zisă începe din prima zi de viață, când acționează pe deplin toți factorii interni, cât și externi, care o generează și o stimulează. Dezvoltarea psihică nu este predeterminată genetic, nici impusă din afară, ci este rezultatul interacțiunii trei factori: ereditate, mediu (geografic și socio-cultural) și educație.

Ereditatea

Ereditatea, însușirea fundamentală a materiei vii de a transmite, de la o generație la alta caractere dobândite de-a lungul filogenezei, reprezintă un factor fundamental al dezvoltării psihice și cel dintâi care se manifestă. Fiecare ființă umană dispune de gene ce transmit: caractere ale speciei umane (ereditatea general umană); caractere ale unor mari grupări umane (ereditatea de rasă); caractere proprii unei familii (genetică genealogică). Aceasta este cea mai bogată. Se transmit particularități: biologice (tipul somatic); fizionomice (culoarea ochilor, a părului, a tegumentului); funcționale (sistem circulator, respirator etc.); ce privesc compoziția sângelui, a sistemului neurohormonal; structurale și funcționale ale sistemului nervos și ale organelor de simț.; metabolice. Se transmit și predispoziții pentru anumite boli. Mecanismul transmiterii acestor caractere este codul genetic. Totalitatea predispozițiilor transmise prin codul genetic formează genotipul. Potențialitățile se transformă în trăsături fizice sau psihice reale în funcție de condițiile de mediu, adică se transformă în fenotip. Atunci când examinăm o persoană cunoaștem numai fenotipul său, mai puțin genotipul. Genotipul poate fi doar dedus prin examinarea rudelor persoanei respective (mai ales prin examinarea părinților, fraților). Moștenirea ereditară nu este statică, ci în continuă funcționare. La început e doar o potențialitate cu virtuți funcționale, dar direcția și calitatea dezvoltării este dată de interacțiunea cu ceilalți factori, în lipsa acestora dispozitivul nativ putându-se pierde (rămâne în stare latentă). Din perspectiva filogenetică, ereditatea umană conferă cea mai mică încărcătură de comportamente instinctive. Aceasta face din puiul de om o ființă total de dependentă de membrii propriei specii. Din acest motiv omul este singurul care își pierde specificitatea dacă, în dezvoltarea sa timpurie, este asistat de membrii altor specii: ex. Copiii crescuți de animale, s-au animalizat, în ciuda eredității de tip uman. Prin orarul proceselor de creștere și maturizare, ereditatea creează premisele unor momente de optimă intervenție din partea mediului educațional, în așa numitele perioade sensibile sau de criză. Pierderea acestor perioade influențează dezvoltarea psihică: limbaj, mers, operațiile gândirii. Creșterea sau dezvoltarea fizică privește totalitatea acumulărilor de ordin cantitativ de-a lungul ontogenezei. Are rolul de a pregăti maturizarea. Creșterea fizică se raportează la: înălțime; greutate; proporția dintre cap, trunchi și membre; raportul dintre greutatea craniului și greutatea generală a corpului. Principalii factori ce influențează creșterea fizică sunt: echipamentul ereditar; regimul alimentar; starea de igienă și sănătate; activitățile speciale destinate creșterii fizice; raportul optim între sistemul neurohormonal și fenomenul de creștere fizică. Procesul maturizării (maturus - copt, iar latinescul *maturitas* - dezvoltare deplină) condiționat de cel de creștere, reprezintă ansamblul modificărilor, chiar al salturilor calitative ce conduc la

structurarea deplină a funcțiilor anatomo-fiziologice, a vieții neuropsihice. Astfel, vorbim de maturizare în sensul maturizării intelectuale, afective, psihosociale. Maturizarea intelectuală – indicatorii specifici se referă la volumul, organizarea informației și modalitățile de operare cu aceasta. Maturizarea afectivă – urmărește adaptarea trăirilor afective la diferite situații, controlul afectiv (stăpânirea emoțiilor), echilibrul afectiv în momente dificile (să nu-ți pierzi cumpătul în fața provocărilor). Maturizarea psihosocială – vizează nivelul optim al comunicării cu ceilalți, al realizării rolurilor, statutelor, al disponibilității socio-relaționale. Nivelul maturizării se apreciază prin raportare la stadiu și la indicatorii specifici ai acestuia. Există scări de evaluare a maturizării intelectuale, afective, psihosociale care cuprind indicatori specifici pentru fiecare stadiu. Pe fondul fenomenelor menționate între anumite limite de vârstă, există un nivel al maturizării pentru toți cei care se încadrează între limitele de vârstă respective. Nivelul de maturizare delimitează stadiile dezvoltării. În dezvoltarea psihică ereditatea este o premisă naturală; ea poate oferi o șansă individului (ereditatea normală) sau o neșansă (ereditatea tarată). Dar ereditatea normală poate fi valorificată sau nu, iar ereditatea tarată în funcție de gravitate poate fi compensată sau nu. Zestrea genetică nu acționează ca o fatalitate, factorii externi pot realiza ajustări sau recuperări asupra unei eredități tarate. Dezvoltarea psihică se sprijină pe ereditate, care este premisa, își trage conținutul din datele furnizate de mediul socio-cultural și este dirijată de educație. Ereditatea conferă unicitatea biologică, ca premisă a unicității psihice.

Mediul

Mediul, ca factor al dezvoltării umane, este constituit din totalitatea elementelor cu care individul interacționează, direct sau indirect, pe parcursul dezvoltării sale. Influențele mediului pot fi studiate pe mai multe planuri: mediul natural geografic: climă, relief; mediul social: familie, grup de joacă; mediul proximal: obiecte personale, situațiile zilnice; mediul distal: influențe venite de la distanță (TV., ziare, calculator). Deși nivelul mediului natural este important, mediul social și cultural exercită cea mai mare influență. Mediul exercită o dublă influență asupra personalității individului: o influență directă prin alimentație, climă etc., sau indirectă prin grad de cultură, nivel de trai, activități dominante, tip de organizare etc. Atunci când este favorabil, mediul contribuie la realizarea sau chiar accelerarea punerii în funcție a potențialului nervos, susține dezvoltarea psihică prin procesele de creștere și maturizare a sistemului nervos, osificare, dentiție, greutate, înălțime etc. Prin influențele sa, mediul, transformă potențialul ereditar în realitate, îi conferă un conținut adaptativ fiind un factor de socializare prin intermediul căruia copilul asimilează capacități de comunicare, de asumare a rolurilor și statuturilor.

Fiecare ființă este influențată de mediul familial, de cel educațional, de mediu profesional, grupul de prieteni, al comunităților rurale sau urbane. Mediul familial are o importanță deosebit de mare pentru dezvoltarea psihosocială a copilului. Au importanță: structura familiei, nivelul intelectual, cultural, personalitatea și sănătatea membrilor familiei, metodele educative utilizate etc. Cea mai bună perioadă a exercitării influențelor stimulative ale mediului este între 2-8 ani, când se produc procesele de maturizare somatică și de funcționare generală a organismului și a sistemului nervos. Influențe puternice exercită mediul asupra formării caracterului. Modelele de conduită ale părinților, cerințele și exigențele lor, stilul de viață, climatul socio-afectiv din familie, dragostea necondiționată față de copil, constituie influențe hotărâtoare pentru punerea bazelor personalității. Expresia „cei 7 ani de acasă” sintetizează toate aceste influențe și exprimarea lor în caracterul copiilor. O importanță deosebită o are relația afectivă (de atașament) dintre mamă și copil, mai ales în primii ani de viață. Carențele afective ale acestei perioade se vor repercuta negativ asupra întregii vieți a copilului (Spitz, Bowlby). Importanța atașamentului în primii ani de viață este pusă în evidență și de faptul că în instituțiile de plasament, spitale, cămine săptămânale deși copiii primesc îngrijiri relativ corespunzătoare din punct de vedere fizic: mâncare, tratament medical etc, sunt lipsiți de legătura afectivă deoarece, cei meniți să asigure îngrijirea nu au timpul fizic și poate nici dispoziția afectivă de-a le crea un climat afectiv propice, referindu-ne aici la mângâieri, îmbrățișări, comunicare, joc etc. Studiile realizate de Mérei și V. Binét, au scos în evidență faptul că acești copiii după internare sunt agitați, plâng mult; în timp pot deveni pasivi, apatici, stare denumită de R. Spitz “hospitalism” (Mérei și V. Binét, 1972, p. 24). Datorită acestui fenomen dezvoltarea psihomotorie este afectată: merg în picioare și vorbesc mai târziu, se îmbolnăvesc frecvent, se dezvoltă mai greu din punct de vedere intelectual (Mironțov-Țuculescu, Predescu, Oancea, 1986, p.46), cei mai mulți având greutate în stabilirea relațiilor afective la vârsta tinereții. Din aceste motive, mulți dintre ei nu vor fi capabili să devină soți și părinți buni. Mamele crescute în instituții își abandonează mai frecvent copiii. Tulburări asemănătoare apar și la copiii internați în creșe sau cămine săptămânale, sau copiii proveniți din familii numeroase în care părinții, din lipsă de timp și posibilități nu pot crea un climat afectiv corespunzător unei dezvoltări optime. Atitudinea parentală (caldă sau rece), metodele educative (autoritare sau indulgente), reprezintă un alt factor important al dezvoltării. W. Becker (apud. Kulcsar, 1978, p.71) a descris 4 atitudini educative: protectoare, democratică, autocrată și indiferentă. Implicațiile fiecărui stil parental asupra dezvoltării copilului sunt următoarele: Stilul parental protector dezvoltă la copil conformismul, tendința de-a deveni pasiv, exagerat de autocontrolat. Acesta, ne fiind lăsat să se confrunte cu

viața și prin încercări și erori să învețe, să-și dezvolte propriile mecanisme de adaptare, va deveni neîncrezător în forțele proprii, timid, prudent, politicos chiar dacă are o fire deschisă. Stilul parental democratic conferă copilului un bun simț al realității, o fire deschisă; copilul este comunicativ, serviabil, vioi, sociabil, sigur pe sine și încrezător în alții, puțin nepăsător, activ. Atitudinea autoritară contribuie și ea la știrbirea încrederii în sine, ce are ca revers tendința copilului de-a deveni reținut, tăcut, rigid, sobru, închis în sine, retras, anxios. Stilul parental indiferent are următoarele implicații asupra copilului: acesta devine neliniștit, instabil, impulsiv, cu tensiuni interne și conflicte emoționale, nonconformist. Alături de familie școala și grădinița sunt factori ai dezvoltării personalității, mediul familial și școlar contribuind la dezvoltarea aspirațiilor, sistemului motivațional și la formarea idealului de viață. Școala va avea influențe hotărâtoare asupra dezvoltării capacităților, aptitudinilor, talentelor, creativității. Lipsa acestor influențe vor limita persoana, care în viitor va avea dificultăți de integrare socială.

Diferențele de dezvoltare bio-psiho-socială între indivizi ai aceleași culturi, sau din culturi diferite sunt explicate prin nișa de dezvoltare, termen introdus de Harkness (1986). Nișa de dezvoltare reprezintă totalitatea elementelor cu care un copil intră în relații la o anumită vârstă. În structura nișei de dezvoltare intră:

- obiectele și lucrurile accesibile copilului, la diferite vârste;
- răspunsurile și relațiile anturajului față de copil;
- cerințele adultului vizând competențele copilului, astfel încât acesta să fie încurajat permanent, prin solicitarea unor nivele de performanțe gradat;
- activitățile impuse, propuse copilului sau acceptate de acesta.

Witkin a realizat o paralelă între nișa de dezvoltare de tip occidental și cea tradițională africană, indicând următoarele diferențe: copilul occidental are jucării ca obiecte specifice și locul său, special amenajat – în casă; de regulă, prezența lui este exclusă din locurile și activitățile adulților; nu este implicat de timpuriu în sarcini casnice sau sarcini specifice adulților; copilul african are ca obiecte de joacă lucruri din casă, locul său special, ca spațiu fizic distinct, nu există; el este cel mai adesea apropiat de mamă, atașat chiar de trupul acesteia; acest statut de „copil la purtător” îl face prezent, extrem de timpuriu, în mai toate activitățile și locurile comunității din care face parte (muncă, petreceri, reuniuni). Astfel, rezultă că stimularea occidentală, ca factor al dezvoltării, este mai redusă pentru copilul occidental, ceea ce și explică ritmul mai lent al dezvoltării acestuia în primii 2- 3 ani de viață, față de copilul din culturile tradiționale. După această perioadă, raportul ritmului de dezvoltare se inversează, deoarece nișa de dezvoltare a copilului occidental se diversifică (creșă,

grădiniță, mass-media etc.), în timp ce nișa de dezvoltare tradițională vine cu o ofertă mai săracă și mult mai aspră, introducând de timpuriu (3 ani) munca – ca formă de activitate pentru copil (L.Iacob, 1994, p.53).

Educația

Educația reprezintă ansamblul de acțiuni și activități care integrează ființa umană, se desfășoară activ, sistematic, unitar și organizat pe durate lungi de timp, utilizând metode și strategii fundamentate științific și fiind conduse de persoane competente, special calificate. Mulți autori acordă educației rol hotărâtor în dezvoltarea personalității. Educația promovează constant norme, valori care stau la baza formării caracterului, a proiectelor de viață.

Educația face medierea între ceea ce s-ar putea (ereditatea) și ceea ce oferă (mediul). O acțiune educativă reușită armonizează cererea și oferta, deși nu există rețete. Ceea ce într-un moment și pentru un anumit individ se dovedește o educație sau o influență benefică, poate fi dăunător în următorul moment, sau pentru un alt individ. Dezvoltarea presupune menținerea unui optim între ceea ce vrea, poate, știe individul la un moment dat și ceea ce i se oferă. Oferta trebuie să fie stimulativă, o ofertă prea ridicată, sau banală, poate perturba dezvoltarea psihică. Educația este un factor conducător al dezvoltării ontogenetice, ce acționează programat. Toți indivizii umani dispun de capacitatea de a fi educați, aceștia deosebindu-se între ei prin zona proximei dezvoltări (concept introdus de L.S. Vîgotsky). Zona proximei dezvoltări desemnează gradul dezvoltării potențiale a copilului. Se măsoară pornind de la diagnosticul dezvoltării actuale a copilului, la care se adaugă capacitatea sa de învățare, dintr-o situație standard, ajutat de adult. ZPD reprezintă aria dintre nivelul de dezvoltare actual al copilului și nivelul de dezvoltare potențial care poate fi dobândit de copil cu ajutorul adultului sau al altor persoane (ex. Doi copii cu un nivel al dezvoltării actuale sensibil egal, puși în aceeași situație de învățare – învățarea cititului – prin interacțiunea cu adultul, pot avea performanțe diferite sau un copil încearcă să învețe scrisul de la frații mai mari, iar această acțiune este un stimul pentru dezvoltarea copilului). „Adulții pot și trebuie să asigure copilului activități deasupra nivelului său de dezvoltare, să-l stimuleze, fără să producă situații confuzionale sau să-l demoralizeze” (L.S. Vîgotsky).

Relația dintre factorii interni și externi în dezvoltare

În psihologie și pedagogie s-a pus de multe ori întrebarea dacă dezvoltarea individului depinde mai mult de ereditatea sa sau de influențele externe (mediul în care trăiește, educația pe care o primește). În această problemă s-au conturat trei poziții:

1. Concepțiile ineiste sau nativiste susținute de A.Gesell și N.Chomsky consideră dezvoltarea individului subordonată eredității, influențele mediului acționând numai în limitele permise de echipamentul genetic.
2. Concepțiile empiriste sau ambientaliste acordă o importanță excesivă mediului. Pentru John Locke psihicul nou-născutului este o pagină albă (tabula rasa) pe care educația poate să înscrie orice. John Watson considera că aplicând tehnici adecvate, orice se poate însuși de către oricine. Educația poate să facă din oricine orice, doctor sau avocat, cerșetor sau hoț (Hayes și Orrell, 1997, p.2).
3. Alți psihologi, (H. Wallon, P. Osterrieth, A. Anastasi) au pledat pentru interacțiunea dintre factorii ereditari și de mediu, interacțiune ce depinde de etapa de dezvoltare, cât și de natură și complexitatea proceselor psihice.

În perioadele timpurii ale vieții influența eredității este mai mare decât ulterior. În cazul funcțiilor psihice mai simple (senzații, percepții) rolul eredității este mai mare (ex. sensibilitatea analizatorilor depinde mai mult de ereditate; influența mediului, a educației este mai mică). Funcțiile psihice complexe (inteligența, memoria, voința) au o bază ereditară fără de care nu se pot forma, dar nivelul până la care se dezvoltă depind într-o măsură mai mare de mediul social decât de ereditate. Între aceste trei planuri ale dezvoltării ființei umane: ereditate, mediu și educație se petrec interacțiuni și interinfluențe multiple și variate, dezvoltarea umană având un caracter bio-psiho-social. Dezvoltarea biologică (creșterea și maturizarea) influențează dezvoltarea psihică, dar nu în mod absolut și egal de-a lungul ontogenezei. Dezvoltarea psihică e dependentă de ritm, viteză și limite cronologice mai ales în etapele timpurii. La tinerețe și mai ales la maturitate ea capătă o anumită independență față de dezvoltarea biologică, fiind influențată de dezvoltarea socială pe care o influențează la rândul ei. Mai ales în primul an de viață orice avans în dezvoltarea structurilor psihocomportamentale antrenează și condiționează nivelul relațiilor copilului cu mama, iar calitatea și cantitatea acestor interacțiuni devin hotărâtoare pentru dezvoltarea spirituală a copilului. Potrivit concepției vîgotskiene „ceea ce copilul reușește să facă mai întâi cu adultul, va putea realiza singur și astfel interacțiunea socială devine o sursă principală a dezvoltării psihice” (L.S. Vîgotsky). Deși între cele trei planuri ale dezvoltării există o strânsă interdependență între ele nu există o sincronizare absolută și corespondențe stricte, nu se contopesc una în alta, fiecare are propria sa dinamică, legi proprii de apariție și de manifestare (ex. în jurul vârstei de 15-16 ani ritmul creșterii se diminuează dar dezvoltarea psihică devine mult mai bogată decât până atunci).

Stadiile dezvoltării psihice

Noțiunea de stadiu, particularități psihosociale și individuale de vârstă

Prin stadiu (etapă sau perioadă) se înțelege un interval de vârste în care majoritatea persoanelor au însușiri psiho-comportamentale asemănătoare.

Caracteristicile stadiilor:

- se succed unele după altele, nici un stadiu neputând fi omis.; succesiunea este obligatorie.
- interacționează între ele, fiecare stadiu pregătindu-l pe următorul și la rândul său fiind pregătit de cel anterior.
- au o poziție invariabilă, nu se schimbă.
- fiecare stadiu are caracteristici ale majorității membrilor unei grupe de vârstă definită, în cadrul lor manifestându-se perioade de debut, de ascensiune sau de regresie.

Stadialitatea este prezentă atât în abordarea genetică (longitudinală) a vieții psihice (a personalității cognitive, afective, social-morale), situație în care vorbim despre stadii genetice, cât și în perspectiva transversală, atunci când se urmărește unitatea diverselor aspecte ale vieții psihice într-o etapă anume. În acest din urmă caz vorbim despre stadii de vârstă. În explicarea stadialității este necesar a se ține cont de caracteristicile vârstei și caracteristicile individuale. Trăsăturile psihosociale care caracterizează majoritatea persoanelor care se află în aceeași etapă se numesc particularități psihosociale de vârstă. Acestea se stabilesc statistic. În funcție de aceste particularități de vârstă se poate determina dacă o persoană se încadrează în limitele medii, depășește media în sens pozitiv sau este retardată. Ex. Adolescenții au anumite particularități afective. Adolescenții care au o afectivitate asemănătoare cu a celor de 12-13 ani spunem că sunt imaturi afectiv. Unii adolescenți, dimpotrivă, au însușiri afective care îi apropie de cei adulți. Fiecare persoană, pe lângă însușirile comune cu cei de vârsta sa, are și însușiri care o deosebesc de aceștia. Aceste însușiri se numesc particularități psihice individuale. Acestea (particularitățile temperamentale, motivaționale, aptitudinale, afective ș.a.) dau aspectul caracteristic al persoanei (Golu, Zlate, Verza, 1993, p.28-30, 37).

Unele dintre aceste însușiri pot depăși semnificativ limitele medii în sens pozitiv sau negativ:

- dacă este vorba despre inteligență, creativitate, aptitudini artistice sau sportive persoană poate fi supradotată, respectiv subdotată;
- dacă este vorba despre însușiri temperamentale, afectiv-motivaționale sau de voință care, deși sunt mai pronunțate, nu afectează negativ adaptarea individului

la mediu, vorbim despre personalități accentuate (Leonhard, 1979, p.12).

Acestea se includ în limitele normalității. Dacă influențează negativ integrarea socială sau creează stări afective neplăcute (anxietate, depresie, fobii etc.), atunci personalitatea devine patologică.

Stadiile implicate în ciclurile vieții și ale dezvoltării (periodizarea vârstelor)

Putem vorbi de două etape de dezvoltare: etapa prenatală și etapa postnatală, de la naștere până la moarte. Etapa postnatală cuprinde 3 cicluri:

Ciclul de creștere și dezvoltare (de la 0 – 20-24 ani) cuprinde copilăria, pubertatea și adolescența, fiecare cu substadiile corespunzătoare. Copilăria reprezintă etapa cea mai importantă pentru dezvoltarea ulterioară, întrucât în această perioadă (0 – 10 ani) se formează cele mai importante conduite ce asigură adaptarea, se elaborează structurile cele mai reprezentative de tip intelectual, afectiv, volițional, se pun bazele viitoarei personalități. În acest ciclu se dobândesc toate achizițiile energetice, fizice și psihologice ale ființei umane, se încheie construirea personalității în ceea ce are fundamental.

Acest ciclu de dezvoltare are următoarele stadii:

- stadiul sugarului (0 – 1 an) cunoscut și sub denumirea de stadiul inteligenței senzorio-motorii (J.Piaget);
- stadiul antepreșcolarității (1 – 3 ani) sau cel al primei copilării. Se pun bazele autodeplasării și ale însușirii mecanismelor verbale;
- stadiul preșcolarității (3 – 6 ani) cunoscut ca „a II-a copilărie” sau „vârsta de aur”; încep să se contureze mecanisme conștiente și voluntare. Este „vârsta jocului”;
- stadiul miciei școlarității sau „a III-a copilărie” (6 – 10 ani). Se dobândesc instrumentele intelectuale fundamentale (scris, citit, calcul). Contribuie la dezvoltarea unor trebuințe și interese dobândite, interiorizate;
- stadiul preadolescenței – are specific procesul de dezvoltare a Eu-lui și a conștiinței de sine. Este perioadă de sensibilitate, de fragilitate psihică, aspecte care se prelungesc, adeseori și în adolescență;
- stadiul adolescenței (13-14 – 18-20 ani), orientarea expresă este spre identitatea de sine;
- stadiul postadolescenței (18-20 – 24-25 ani) se consolidează toate achizițiile fizice și psihice.

Este o perioadă marcată de prelungirea adaptării și de maturizarea personalității. 2. Ciclul de adult sau de maturizare (24-25 – 65 ani). Este denumit și „vârsta a II-a”, fiind stadiul de maturizare a funcțiilor complexe (critică evaluativă, de rezolvare și creare de probleme).

Este etapa de antrenare în roluri, statute profesionale și extraprofesionale, mediată de necesitatea „învățării permanente”. Cuprinde substadiile:

- stadiul tinereții (24-25 – 35 ani) – perioadă de maximă vitalitate, de manifestare plenară a funcțiilor și caracteristicilor psihice;
- stadiul adult cu: vârsta adultă precoce (35 – 44 ani);
- vârsta adultă medie (45 – 54 ani);
- vârsta adultă prelungită (55 – 64ani). 3. Ciclul de regresie, de involuție (65 ani – moarte). Este „vârsta a III-a”, ciclul în care productivitatea scade datorită modificării funcțiilor organice și psihice, apar bolile de degenerescență. Cuprinde substadiile:
- stadiul bătrâneții timpurii (66 – 70 ani);
- stadiul bătrâneții propriu-zise (70 – 90 ani);
- stadiul mării bătrâneți (terminal) peste 90 ani.

ψ ψ ψ

Activități și produse de învățare (sarcini didactice):

- Argumentați rolul factorilor în dezvoltarea psihică și formarea personalității.
- Estimați legătura dintre factorii care influențează formarea personalității umane.
- Elaborați un tabel în care să includeți principalele etape și stadii ale dezvoltării psihice umane.

3. TEORIA PSIHANALISTĂ REFERITOR LA DEZVOLTAREA FIINȚEI UMANE. STADIILE DEZVOLTĂRII SEXUALE LA COPIL

ψ ψ ψ

Unități de competențe (obiective):

- să determine rolul concepției lui Freud referitor la dezvoltarea copilului;
- să identifice stadiile dezvoltării sexuale la copii și importanța acestora în structura personalității;
- să identifice rolul factorului libidinal în dezvoltarea și formarea armonioasă a personalității copilului;
- să identifice avantajele și dezavantajele acestei teorii.

ψ ψ ψ

Unități de conținut:

- ✓ Principiile de bază în dezvoltarea și formarea personalității copilului din perspectiva lui Freud.
- ✓ Stadiile dezvoltării sexuale la copii: oral, anal, falic, genitală.
- ✓ Importanța acestor stadii în formarea și funcționarea sănătoasă a psihicului omului.
- ✓ Avantajele și dezavantajele acestei teorii.

ψ ψ ψ

Termeni cheie: Stadiu oral, anal, falic, genital, conștient, inconștient, subconștient.

ψ ψ ψ

Sigmund Freud este una din figurile marcante ale psihologiei. De numele lui S. Freud se leagă dezvoltarea psihanalizei. Accepțiunile principale ale termenului de psihanaliză sunt: metodă psihoterapeutică, metodă de investigație, teorie a personalității, orientare în filosofie. Indiferent de limitele sale, viziunea psihanalitică asupra personalității rămâne cea mai comprehensivă și influentă teorie a personalității din toate timpurile, impactul său depășind limitele psihologiei, influențând științele sociale, umaniste, arta și societatea în general. El a deschis o nouă direcție în psihologie – psihologia abisală sau psihologia ce vizează sondarea inconștientului. Sigmund Freud, prin psihanaliză a pus în evidență existența și acțiunea inconștientului

în viața psihică și a rolului său în formarea personalității umane. Fără a avea meritul de-a descoperi inconștientul, Freud este primul care intercorelează și adună toate referirile și datele concrete care vorbeau despre existența unei alte componente a psihicului în afară de conștiință, componentă ce a fost denumită inconștient. Pe linia determinismului psihologic, Freud, a arătat faptul că ideile, sentimentele și acțiunile noastre nu numai că sunt provocate de anumite cauze, ci și că aceste cauze sunt reprezentate de tendințe nesatisfăcute și de dorințe inconștiente. În concepția freudiană inconștientul reprezintă factorul determinant al întregii dinamici psihologice a individului, cauzalitatea manifestărilor sale psihice. „Orice act comportamental își are rădăcina în inconștient” (S.Freud, 1992, p.227).

Organizarea personalității

Potrivit lui Freud, psihicul uman este determinat de forțe motivaționale inconștiente. Conținutul esențial al inconștientului este instinctul sexual (libidoul). Acesta este izvorul energiei psihice și factorul motivațional de bază al comportamentului uman. Viziunea psihanalitică a dezvoltării are la bază principiul libidoului, „iar întreaga dezvoltare a individului este o succesiune de etape ale apariției, dezvoltării și regresunii libidinale” (Constantin Enăchescu, 1998, p.36).

Personalitatea din punctul de vedere psihanalitic este organizată după un model dinamic și stratificat ierarhic, format din instanțe cu specializări funcționale. În lucrarea „Interpretarea viselor”, Freud concepe aparatul psihic ca pe un instrument optic format din mai multe lentile: inconștientul, preconștientul și conștientul (prima topică). Între cele trei instanțe există influențe reciproce care de multe ori iau forme conflictuale. Cele mai puternice conflicte sunt între conștient și inconștient.

Sub raport funcțional, inconștientul este sediul pulsioniilor și al pulsioniilor refulate, motorul energiei psihice; preconștientul este o „stație de tranzit” cu o dublă aprovizionare cu energie: de la pulsioniile din inconștient care tind să iasă și de la pulsioniile neacceptate de cenzură care sunt refulate; și conștientul - formă superioară de reflectare a realității, cuprinde cenzurile care întorc pulsioniile înapoi, nu are energie psihică. În cea de-a doua topică aparatul psihic este format din Sine (Id), Eu (Ego) și SupraEu (SuperEgo). Cea de-a doua topică vine s-o completeze pe prima care era mecanicistă; ea rezolvă problematica pulsioniilor. Cele două topici nu se suprapun.

Sinele (Id) – în întregime inconștient, conține instinctul vieții, libido și instinctul morții, al distrugerii, al negării vieții (thanatos). Comună instinctelor este căutarea necondiționată a gratificației.

Id-ul este dominat de principiul plăcerii. Sinele ia locul inconștientului din prima topică, dar inconștientul nu se reduce doar la Sine, el nu mai este o instanță ci o caracteristică a celor trei instanțe, pentru că și Eul și SupraEul sunt inconștiente, dar

pot fi conștientizabile. Sinele e inconștientul dar sub influența factorilor sociali tinde să se structuralizeze.

Eul (Ego) – partea cea mai structurată a Sinelui, apare din structurarea zestrei noastre biologice. Este un mediator între pornirile primare ale Id-ului și forțele represive ale SuperEgo-ului, înfăptuiește adaptarea rațională și este dominat de principiul realității. Pentru a se apăra de pulsunile care vin din Sine și cele din social el beneficiază de mecanisme de apărare (MAE). Căile de rezolvare a conflictului sunt: sublimarea (redirecționarea energiilor sexuale de la scopul primar către alte scopuri, acceptate social: exemplu, creații artistice) și refularea (întoarcerea pulsunii în inconștient dacă aceasta nu corespunde cenzurii; este o blocare a pulsunii, un eșec al golirii pulsionale deoarece aceasta se întoarce în inconștient cu o forță și mai mare, creându-se astfel un nou conflict inconștient).. Este inconștient dar poate fi conștientizabil prin: mariaj asortativ, insight, psihanaliză, raționalizare.

SupraEul (SuperEgo) – este inconștient, dar poate fi conștientizabil. Reprezintă partea cea mai structurată a Eului, este „arbitrul moralității”, cuprinde interdicția fiind moștenitorul Complexului Oedip. Se construiește prin interiorizarea normelor parentale la intersecția dintre Eul ideal (cea mai structurată zonă a Eului) și Idealul Eului (modelul căruia subiectul încearcă să i se conformeze). Freud consideră ca structurarea SupraEului este marcată îndeosebi de procesul de identificare, de amintire a tatălui asociată ideii de bine și rău ca și de regulile de morală proprii grupului familial în care individul se dezvoltă. SupraEul este cel care dictează Eului, acesta din urmă supunându-se sau nu ordinului de a controla și stăpâni pulsunile Sinelui.

Stadiile dezvoltării psihosexuale (stadiile sexualității infantile)

Înainte de-a intra în descrierea stadiilor dezvoltării psihosexuale se impune precizarea conform căreia pentru Freud sexualitatea infantilă nu este realizarea nemijlocită a unei activități sexuale ci este vorba în primul rând de căutarea plăcerii libidinale pe calea stimulării unui organ sau altul.

1. Stadiul oral.

Conform teoriei psihanalitice, primul stadiu în dezvoltarea personalității este cel oral, ce se întinde de-a lungul primelor 12-18 luni. În această etapă zona erogenă este centrată în jurul regiunii orale (gura, limba, buze). Suptul sânelui sau al tetinei gratifică copilul, nu doar cu hrană, ci și cu o plăcere erotică. Referindu-se la sânel mamei Freud spunea că acesta procură „satisfacția libidinală susținută de necesitatea fiziologică de-a fi hrănit”. Prin intermediul gurii copilul intră în contact cu lumea înconjurătoare. Cu timpul copilul ajunge la o auto gratificare - sugerea degetului, a jucării - el își produce o plăcere erotică. Conflictul în această perioadă este generat de încercările de înțârcare, înțârcarea fiind considerată a doua mare traumă a copilului. Dacă acestea sunt

inadecvate, copilul va dezvolta o fixație în acest stadiu de funcționare. Freud a identificat două tipuri de trăsături de personalitate care exprimă regresia la stadiul oral. Tipul de personalitate oral-receptivă, derivă din plăcerea copiilor de a primi mâncarea în gură. Dacă aceasta este considerată satisfăcătoare, indivizii cu o asemenea trăsătură dezvoltă relații de dependență față de persoanele care îi îngrijesc și îi hrănesc, sunt lipsiți de inițiativă, trăsături ce se vor perpetua și în perioada adultă. Asemenea persoane sunt mult mai sugestibile și mai ușor de păcălit decât majoritatea indivizilor, "înghițind" orice li se spune. Ei sunt de asemenea interesați să primească informații și cunoștințe și să strângă bunuri materiale. Persoanelor care le plac dulciurile, bomboanele, fumatul, sexul oral, cei obezi sunt deseori identificați în literatura psihanalitică ca oral receptivi. Dacă trebuințele orale au fost satisfăcute excesiv copilul va considera că totul i se cuvine. Dacă trebuințele orale au fost satisfăcute insuficient persoana va fi foarte exigentă, sau va avea tendința de-a se „lipi” de ceilalți. În tipul de personalitate oral - agresiv, derivat tot din plăcerile copilăriei asociate cu gura, alimentele și actul hrănirii, accentul cade pe mușcat, mestecat, pe acțiunile ce implică utilizarea dinților. Dacă înțărcarea are loc în acest stadiu copilul poate să o perceapă ca o pedeapsă pentru faptul că a mușcat sânul iar acest fapt îi poate inhiba agresivitatea. Dacă principala plăcere a copilului este mușcatul și mestecatul, iar părinții îl vor trata cu indulgență exagerată, în viața adultă acesta va deveni un individ agresiv, abuziv, sarcastic, independent, cu un optimism nejustificat. Dacă este neglijat în această perioadă poate dezvolta pesimism sau nervozitate. Persoanele aparținând acestei tipologii preferă pipele, bomboanele tari. Modul lor de a vorbi este sarcastic și argumentativ.

2. Stadiul anal

Reprezintă cel de al doilea stadiu în dezvoltarea personalității, ce se întinde în jurul vârstei de 2-3 ani. Gratificarea libidinală, este obținută prin stimularea regiunii anale. Copilul devine conștient de actul defecației - la câteva ore după masă, resimte datorită presiunii intestinale, tensiune și disconfort, dar va obține curând o plăcută relaxare prin defecație. La începutul acestui stadiu copilul nu simte dezgust față de propriile excremente, din contră se joacă cu ele, poate să se mânjească etc. Mai mult descoperirea noilor senzații pe care i le procură acest „produs” care face parte din el, iese din el și pe care îl poate manipula îl intrigată. Apoi părinții îl învață că excrementele sunt murdare, că nu trebuie atinse. Are loc un transfer al plăcerii și pulsioniilor din zona gurii în zona anorectală. Senzația procurată în timpul actului defecării, de expulzare - retenție explică de ce copilul dorește să meargă atât de des la toaletă. În această perioadă, conform teoriei psihanalitice, apare sentimentul de agresivitate care însoțește noțiunile de proprietate, putere, control, stăpânire. Este

perioada primilor pași, vârsta la care apare negativismul refuzând adesea nejustificat de a face ce i se cere (debutul autonomiei), experimentează pentru prima dată controlul asupra părinților (prin expulzare face un cadou mamei, prin retenție o pedepsește). O etapă foarte importantă a acestui stadiu îl reprezintă educația sfincteriană, considerată a treia mare traumă, care antrenează copilul și părinții în problematica conflictelor sociale și interacțiunii. Este un conflict între eliminare și retenție, între plăcere prin evacuare și plăcere prin retenție; este primul conflict crucial dintre individ și societate. Ieșirea cu bine din conflict îi va dezvolta copilului capacitatea de a se controla și a se stăpâni. Dacă copilul este învățat prea devreme să nu facă pe el, acesta nu va putea resimți puterea pe care o are asupra adulților și va dezvolta un Supraeu exacerb. Dacă educația sfincteriană este făcută prea târziu copilul ar putea dezvolta un Supraeu slab. Fixația în stadiul anal are ca implicații dezvoltarea personalității "anal masochiste – retentive". Ne referim aici la persoane care obțin plăcerea prin retenția fecalelor până în ultimul moment posibil. Acest tip de personalitate "constipat" incumbă o meticulozitate excesivă, zgârcenie și perseverență în a acumula cât mai mult, sunt chibzuiți și încăpățânați. Tipul sadic anal-expulziv - caracterizează persoanele care obțin satisfacția prin expulzare. Acest tip de personalitate reacționează împotriva persoanelor care încercă să-l limiteze, făcând ceea ce vor ei, datorită faptului că în copilărie au defecat când și unde au vrut. Caracteristicile acestui tip includ dezordine, stilul lor de viață adultă este murdar și neglijent, izbucniri emoționale. În general tulburarea obsesiv-compulsivă implică o fixație în stadiul anal, principalul mecanism de apărare fiind izolarea. Astfel de persoane sunt crispate, rigide, obsedate de curățenie (ca formațiune reacțională la gustul pentru mizerie din stadiul anal).

3. Stadiul falic

Este cel de la treilea stadiu în dezvoltarea personalității plăcerea fiind localizată în zona aparatului genital. Copilul descoperă propriul sex; senzația de plăcere resimțită la atingerea propriului sex antrenează masturbarea infantilă directă sau indirectă (ipsația) plăcerile fizice și fanteziste fiind experimentate în acest mod. În acest stadiu copiii conștientizează diferențele fizice sexuale, faptul că băieții au penis, iar fetele nu. Apare întrebarea. "De ce fetele nu au penis?" În accepțiunea freudiană, răspunsul la această întrebare este acompaniat de emoții negative, de frică la băieți (angoasa de castrare) și de gelozie la fete (invidia de penis). În ambele situații, emoțiile dezvoltate conduc la schimbări calitative, semnificative ale relațiilor pe care aceștia le au cu părinții lor. Această conștientizare a sexului este însoțită de întrebări de genul „Cum se fac copiii?”. Plăcerea provenită din zona genitală conturează apariția Complexului Oedip manifestat prin atracția copilului față de părintele de sex opus. În alegerea

acestei denumiri Freud a fost inspirat de tragedia greacă a lui Sofocle, în care Oedip, fără Să-și recunoască victima, și-a ucis tatăl și s-a căsătorit cu mama sa. Sentimentele oedipiene sunt foarte puternice, fiind sursa unor severe conflicte ce includ toate aspectele unei relații de dragoste: gelozia, ura din pasiune, dorul disperat. Complexul Oedip se manifestă diferit la băieți și la fete. Băieții după ce au trecut prin faza descoperirii propriei sexualități (4-5 ani) precum și a conștientizării activității sexuale a părinților încep să-și dea seama de relația cu totul specială care există între el și cei doi părinți. Apare triangulația: băiatul devine conștient de tandrețea pe care mama o dovedește față de tată (celălalt obiect al dorinței mamei) și realizează că el nu este singurul beneficiar al preocupărilor materne. În încercarea de-a deveni singurul beneficiar al atenției materne se instalează un soi de rivalitate în raporturile dintre el și tată căutând prin toate mijloacele să-și îndepărteze tatăl și să-i ia locul. Mama devine obiectul dorinței sale, iar tatăl adversarul ce ocupă locul râvnit. În această „competiție” băiețelul încearcă să fie la fel de seducător ca tatăl, la fel de puternic. E un fel de transferare a rivalității sexuale pe terenul calităților personale. Mai mult sentimentele sunt ambivalente, pe de o parte își admiră tatăl și îl imită pe de alta îl urăște și vrea să-l suprime. În plus apar și sentimente inconștiente de vinovăție și nevoia de pedeapsă care în viziunea lui Freud este dictată de Supraeu. Ceea ce împiedică afirmarea pregnantă a dorinței de înlocuire este complexul de castrare și angoasa specifică acestuia (teama că tatăl l-ar putea pedepsi prin castrare de penis). Această teamă este atât de puternică încât duce la inhibarea dorinței de competiție, copilul nu mai dorește să-și înlocuiască tatăl ci să semene cu el, proces realizat prin identificare (formă de relație cu obiectul prin care copilul introiectează calitățile tatălui). Identificarea se petrece automat pe linie instinctuală. Copilul învață treptat să cedeze în fața autorității. Aceste identificări și interdicții vor fi încorporate în sistemul de valori al individului, contribuind la formarea și consolidarea SupraEgo-ului, care potrivit concepției freudiene este moștenitorul Complexului Oedip. La băieți complexul de castrare încheie complexul Oedip. În ceea ce privește problemele întâlnite la fete acestea sunt mai nuanțate și mai complexe. La fete complexul de castrare deschide complexul Oedip; similar băieților, fetița formează mai întâi un puternic atașament față de mamă, ca răspuns la purtarea ei plină de grijă. Fata este și ea bisexuală, având atitudini ambivalente, dragoste și gelozie pentru ambii părinți. Odată cu descoperirea faptului că nu are penis apar sentimente de inferioritate și gelozie față de băieți; apare invidia de penis, mama fiind vinovată pentru că nu le-a transmis aceste atribute falice, ceea ce conturează dorința inconștientă de a compensa presupusa sa deficiență fizică prin obținerea unui penis din partea tatălui. În aceste condiții comportamentul fetiței față de tată vine în întâmpinarea acestei dorințe, intensificându-și atașamentul față de

acesta În absența penisului fetele pot dezvolta trei atitudini: refuzul sexualității, invidia de penis și dorința de-a avea un substitut de penis. Mama este privită ca o rivală, dar, deși își urăște mama preia de la ea mijloacele de seducție pe care le perfecționează dezvoltând propriul stil de seducție. Deoarece fata nu trăiește, asemeni băiatului, amenințarea vitală și imediată a castrării, SupraEgo-ul sau este mai slab, ea are mari dificultăți în sublimare și, ca atare, are șanse mai mari să devină nevrotică. Fetele ies mai târziu din complex prin căsătorie, maternitate, funcție de conducere. În forma sa pozitivă, complexul oedipian ia forma sentimentelor de iubire față de părintele de sex opus și agresivitate și rivalitate față de părintele de același sex. În forma sa negativă, complexul se manifestă ca dragoste față de părintele de același sex și ură și sentimente ostile față de părintele de sex opus. Supraeul se cristalizează prin interdicția incestului și agresivității îndreptate asupra părinților. Formarea Supraeului este pasul final în rezolvarea Complexului Oedip. Eșecul în identificarea potrivită și astfel rezolvarea complexului oedipian are implicații importante pentru personalitatea adultă. Masculul ca fixație în stadiul falic poate deveni un Don Juan dedicându-și viața promiscuității sexuale în căutarea gratificării, negate lui ca și copil. Alternativ el poate rata asumarea caracteristicilor masculine datorate slabei identificări cu tatăl. Rezultatul poate fi orientarea feminină și o posibilă atracție față de bărbați. Conform psihanalizei, complexul Oedip joacă un rol major în structurarea personalității și în orientarea dorinței libidinale. "Îndrăznesc să spun că, dacă psihanaliza nu s-ar putea mândri cu nici o alta achiziție decât cu descoperirea complexului reprimat al lui Oedip, atunci fie și aceasta singură o îndreptățește să fie inclusă printre cele mai noi și prețioase achiziții ale omenirii." (Freud, 1940/1969).

4. Stadiul de latență

Se desfășoară de la vârsta de cinci ani până la pubertate, remarcându-se prin absența unei zone erogene distincte. Este o perioadă de tranziție liniștită, când instinctele libidinale sunt reduse ca intensitate sau îngropate, prin represie, în străfundurile inconștientului sau transformate prin sublimare și redirecționate în direcții mult mai acceptabile din punct de vedere social. Să luăm exemplul uni copil cu fixație în stadiul anal. Acesta ar putea, în mod inconștient, deveni interesat de modelare în lut, un substitut acceptabil pentru plăcerea sa, mai timpurie, de a defeca sau de a se juca cu propriile fecale, conform concepției lui Freud.

5. Stadiul genital

Numit și stadiul maturității psihosexuale este ultimul stadiu psihosexual. „După 12 ani, odată cu pubertatea, are loc retragerea libidoului de la părinți și orientarea sa către alții” (Hayes și Orrell, 1997, p.345; Gal, 2001, p.15). Acest stadiu, debutează odată cu pubertatea deosebindu-se de stadiile anterioare prin tipurile de catharsis care

PSIHOLOGIA DEZVOLTĂRII

Suport de curs

îl acompaniază. (catharsis = investirea sau atașarea libidoului (energiei), referindu-ne aici fie la un obiect real din lumea externă, fie la o fantasmă). Catharsis-urile pregenitale sunt autocentrate, în sensul că plăcerea maximă este obținută de la propriul corp, în contrast cu catharsis - urile stadiului genital care sunt direcționate mai puțin egocentric, către exterior, către orice altceva decât Sinele.

Stadii	Vârstă	Zone erogene	Fixații care apar ca și consecință
Oral	0-18 luni	Gura	Agresiv. orală:Utilizarea de guma de mestecat Pasiv. orală:Fumatul, mâncatul, sărutatul, felația
Anal	18-36 luni	Zonele de eliminare colon ,vezica urinar	Expulzare anala:asumarea de riscuri, neîngrijire, dezorganizare ,coprofilie falic
Falic	3-6 ani	Genital	Complexul Oedip
Latentă	6 ani- pubertatea	Emotii sexuale latente	Oamenii au tendința sa nu se fixeze in acest stadiu; dacă se întâmplă sunt nerealizați sexual
Genital	Pubertatea și dup	Interes sexual imatur	Frigiditate, impotenta, relații sexuale Nesatisfăcătoare.

ψ ψ ψ

Activități și produse de învățare (sarcini didactice):

- Enumerați principiile de bază în dezvoltarea și formarea personalității din perspectiva lui S. Freud.
- Stabiliți avantajele și dezavantajele teoriei psihanalitice.
- Numiți 3 idei centrale ale teoriei psihanalitice.

4. TEORIILE COGNITIVISTE ÎN DOMENIUL DEZVOLTĂRII UMANE: TEORIA LUI J. PIAGET – ȘCOALA PSIHOLOGICĂ DIN GENEVA

ψ ψ ψ

Unități de competențe (obiective):

- să identifice principiile generale de abordare ale cognitiștilor;
- să definească și să descrie conceptele de bază în dependență de abordarea conceptuală a lui J.Piaget: transformări, construcții, operații, asimilare, acomodare, adaptare;
- să analizeze stadiile: senzitivo-motor; preoperațional, a operațiilor concrete; a operațiilor formale în dezvoltarea gândirii.

ψ ψ ψ

Unități de conținut:

- ✓ Principiile organizării și dezvoltării copilului din perspectiva lui J.Piaget:
- ✓ Principiile de bază în dezvoltarea intelectuală a copilului din perspectiva Școlii psihologice din Geneva.
- ✓ Descrierea conceptelor de: transformări, construcții, operații, asimilare, acomodare, adaptare.
- ✓ Stadiile dezvoltării intelectuale la copiii și caracteristica lor.
- ✓ Avantajele și dezavantajele acestei teorii.

ψ ψ ψ

Termeni-cheie: transformări, construcții, operații, asimilare, acomodare, adaptare stadii: senzitivo-motor, preoperațional, a operațiilor concrete, a operațiilor formale.

ψ ψ ψ

Jean Piaget – psiholog, biolog, epistemolog și logician elvețian, cunoscut pentru lucrările sale cu privire la studiul copiilor, teoria dezvoltării cognitive și studiul “epistemologiei genetice,” Piaget este unul din cei mai influenți psihologi ai dezvoltării, influențând opera lui Lev Vîgotsky și a lui Lawrence Kohlberg, precum și a întregii generații de academicieni eminenți. Prin celebra sa teorie a stadiilor de dezvoltare a inteligenței, Piaget a avut un impact major asupra psihologiei și educației, marcând profund studiul psihologiei, epistemologia și lumea educației. Folosind

concepte din logică și biologie, Piaget, descrie funcționalitatea inteligenței prin termenii biologici de asimilare, acomodare, adaptare, iar structurile generate de funcționarea sa în termeni logici (structuri logico-matematice, structuri de grup). Potrivit concepției sale dezvoltarea cognitivă are loc în procesul de constituire și dezvoltare a structurilor cognitive, a acelor „hărți mentale”, scheme, sau rețele de concepte la care individul face apel pentru a înțelege și reacționa față de experiențele pe care interacțiunea cu mediul i le procură.

Factorii de bază care determină procesul dezvoltării sunt: maturizarea (oferă posibilități noi procesului de dezvoltare), experiența empirică primită de la mediul fizic, acțiunea mediului social (anturajul) și autoreglarea (orice dezvoltare biologică este un proces autoreglator). Evoluția ontogenetică a inteligenței este examinată ca o construcție progresivă ce depinde atât de factori interni (capacitățile inițiale ale individului), cât și de factori externi (caracteristicile mediului în care evoluează). Inteligența înseamnă, în primul rând, adaptare, respectiv un echilibru între organism și mediu asupra căruia copilul acționează. Copilul acționând asupra mediului, și, observând efectele pe care le produce acțiunea sa, va dezvolta scheme comportamentale, de tip cauză-efect, care conțin toate ideile, acțiunile, efectele cuprinse în interacțiunile sale cu mediul. Aceste scheme comportamentale devin experiențe cognitive, la care copilul apelează ori de câte ori întâlnește situații asemănătoare cu cele în care s-au format schemele. Pe măsură ce experiența de viață se îmbogățește, schemele respective devin mai complexe, alcătuind seturi de conduite care definesc comportamentul copilului. Prin acțiunile sale copilul realizează o modificare posibilă a realului, adică o operație.

Operația „reprezintă o structură mentală de nivel superior care nu este prezentă la naștere și de obicei, nu este dobândită până în perioada copilăriei mijlocii; operația implică copilul în cunoașterea regulilor mai complexe ale modului de desfășurare a mediului, prezentând caracteristica de a fi reversibilă” (Piaget J. 1972, p.92-94). Operația este o acțiune interiorizată ce se formează în timp pe baza unor acțiuni repetitive efectuate în mod real. Ex: clasificarea unor noțiuni este posibilă pentru că anterior copilul a clasificat, a grupat de multe ori jucării. Pe măsură ce copilul începe să stăpânească noi abilități acestea apar în procesele sale de gândire sub forma structurilor cognitive denumite scheme. O schemă conține toate ideile, amintirile, capacitățile și asocierile legate de un anumit set de operații asupra mediului (o grupare de operații). Schema, „constituie reprezentarea internă a unei anumite acțiuni fizice sau mentale specifice”, unele scheme sunt înnăscute, altele dobândite, fiind „formate în întregime când copilul răspunde mediului ambiant” (ibidem.p.92-94). Nu percepem schema, dar percepem acțiunea. Schemele perceptivă sunt cele care permit realizarea

acțiunii. De exemplu, un sugar știe cum să apuce jucăria și să o introducă în gură. A obținut această schemă. Schema adunării presupune reunirea unor obiecte (adună bețișoare, cuburi, mere etc.) inițial în plan concret, mai târziu această schemă interiorizându-se. În acest fel el poate să adune nu numai obiecte reale ci și obiecte inexistente (dinozauri). El reușește să realizeze operații mintale. Odată achiziționate, aceste scheme, sunt aplicate ori de câte ori întâlnim situații similare celor în care s-au format. Pe măsura intervenției asupra mediului schemele cognitive se modifică și se multiplică continuu, astfel încât ajung să se aplice unui domeniu mai vast ceea ce determină dezvoltarea cognitivă. Pe măsura creșterii și interacțiunii cu mediul copilul își dezvoltă și își modifică schemele în mod continuu deoarece în momentul în care aplicarea schemei existente devine imposibilă se produce o stare mentală de instabilitate denumită de Piaget dezechilibru și care este resimțită de individ ca neplăcută.

Remedierea presupune intervenția procesului psihic de echilibrare, de adaptare a schemelor prin: asimilare și acomodare. Ex: schema corporală este prima schemă pe care o învață copilul. Ea se formează atunci când acesta începe să diferențieze între el și elementele constant prezente (mână, picior) și elementele care apar doar uneori (masă, jucărie, mamă). Cu timpul va reuși să facă distincție între diferitele obiecte din mediul înconjurător adaptându-și schema prin asimilare și acomodare. Asimilarea este procesul de integrare a noilor cunoștințe în schemele existente, sau un proces de aplicare a acestor scheme pentru a oferi răspunsuri anumitor situații, provocări ale mediului.

„**Asimilarea mentală** este, deci, încorporarea obiectelor în schemele conduitei, aceste scheme nefiind altceva de cât canavaua acțiunilor susceptibile de a fi repetate în mod activ” (J. Piaget, 1998, p.11). Cu alte cuvinte asimilarea presupune aplicarea a ceea ce știi deja, deci interpretarea și construirea obiectului extern în termenii deja disponibili. De exemplu, un sugar știe cum să apuce jucăria și să o introducă în gură. A obținut această schemă. Cu timpul învață să transfere schema „apucă și introduce în gură” noului obiect, de exemplu telefonul mamei. Sau scutură întâmplător o jucărie care produce zgomot. Pe urmă va scutura și alte obiecte asimilându-le în schema de scuturare. În situația în care schema devine necorespunzătoare se produce fenomenul acomodării prin modificarea și adaptarea schemei la noua situație. Cel mai pregnant fenomen asimilator este imitația.

Acomodarea este procesul prin care schema devenită ineficientă este modificată și adaptată conform noii informații. Prin acomodare înțelegem modificarea unei scheme sau operații în funcție de noile condiții (Popescu-Neveanu, 1978, p.64, 498, 636). Cu alte cuvinte acomodarea presupune ajustarea cunoștințelor ca răspuns la

caracteristicile speciale ale unui obiect. Ex. când sugarul găsește un obiect mai mare, de exemplu o minge, va încerca vechea schemă „apucă și introduce în gură”. Aceasta nu se va potrivi noului obiect. De aceea, schema se va adapta noului obiect, apărând o nouă schema. Asimilarea și acomodarea sunt două fațete ale adaptării, termen folosit de Piaget pentru a denumi ceea ce noi numim învățare.

Adaptarea, reprezintă un „echilibru între organism și mediu, între asimilare și acomodare” (Piaget, J., 1973, p.13-14). Forma cea mai înaltă de adaptare mentală după Piaget este inteligența. Obiectivele formative ale educației și instruirii trebuie să corespundă funcțiilor esențiale ale inteligenței care „constau în a înțelege și a inventa, cu alte cuvinte, a construi structurând realul”. (J.Piaget, 1972, p.27).

Stadiile dezvoltării inteligenței

Dezvoltarea intelectuală este văzută ca o succesiune stadială a dezvoltării gândirii. Astfel, ca urmare a erorilor acumulate în înțelegerea mediului de către copil va apare, la un moment dat, un dezechilibru cognitiv ce va determina reorganizarea structurilor cognitive existente. Caracteristicile stadiilor: Stadiile sunt universale, toți indivizii parcurg cele patru stadii în aceeași ordine. Fiecare stadiu implică o modalitate superioară de gândire din punct de vedere al calității și complexității față de cel anterior, pe care îl înglobează în structura sa.

Piaget a descris următoarele **stadii ale inteligenței**:

1. *stadiul senzorio-motor* (de la naștere până la 2 ani);
2. *stadiul preoperational* (2 – 7 ani);
3. *stadiul operațiilor concrete* (7 – 11 ani);
4. *stadiul operațiilor formale* (începând cu 11 ani).

Aceste perioade cronologice sunt aproximative, nu trebuie văzute ca norme rigide.

1. Stadiul senzorio-motor (0-2 ani)

Este prima perioadă a dezvoltării cognitive în care copilul organizează și interpretează informația prin intermediul organelor de simț, percepție imediată, gândire dominată de principiul „aici și acum”. Până la vârsta de aproximativ patru luni, bebelușul nu se poate deosebi pe sine de mediu, nu diferențiază obiectele de persoane, nu este conștient că există altceva în afara câmpului său vizual. El învață treptat să deosebească oamenii de obiecte, ajungând să-și dea seama că acestea au o existență independentă de percepțiile sale imediate. În decursul acestui stadiu copilul învață prin simțuri, prin atingerea obiectului, prin manipularea lui, prin explorarea fizică a mediului, ne fiind în stare să folosească simboluri și nici de-a se angaja în gândirea superioară. Lumea lor este experiența fizică directă. Achizițiile acestei perioade sunt: dezvoltarea coordonării motorii, începe dezvoltarea schemei corporale,

se dezvoltă percepția permanenței obiectului (capacitatea de-a realiza că obiectele există în spațiu și timp chiar dacă nu sunt în câmpul nostru perceptiv), principala achiziție a copilului de această vârstă (copilul are capacitatea de-a și reprezenta obiectele în lipsa lor).

Stadiul senzorio-motor presupune șase substadii:

1. *Stadiul reflexelor înnăscute* (până la 1 lună). Este stadiul reflexelor simple, cel mai important fiind reflexul suptului, care pe parcursul acestei etape suferă modificări, îmbunătățiri datorită exercițiului funcțional. Alte reflexe sunt urmărirea cu privirea a mișcărilor sau a obiectelor interesante și închiderea mâinii când un obiect vine în contact cu palma. După 6 săptămâni aceste reflexe încep să devină acțiuni voluntare (de ex. reflexul palmar devine apucare, prindere).
2. *Stadiul reacțiilor circulare primare* (1- 4 luni). Reacția circulară este un comportament prin care se reproduce activ un rezultat obținut întâmplător (Piaget, 1965, p.147). Ex. copilul vede un obiect și îl apucă, la început întâmplător. Mai târziu, dacă vede un obiect apropiat, îl apucă, adică reproduce activ schema. Dar el nu caută obiecte pentru a le apuca, adică nu acționează intenționat. Reacțiile circulare din acest stadiu se caracterizează prin lipsa intenționalității. Copilul nu acționează pentru a atinge un scop, ci întâmplător.
3. *Stadiul reacțiilor circulare secundare* (4-6 luni). Este asociat cu dezvoltarea coordonării între privire și prindere, apucare. În acest stadiu copilul repetă oarecum intenționat gesturile care anterior au produs efecte interesante. De ex., sugarul scutură accidental o morișcă îi place și continuă să o scuture datorită satisfacției produse. El învață proceduri care fac ca lucrurile interesante să dureze. Acesta este probabil unul dintre cele mai importante stadii din dezvoltarea copilului, deoarece înseamnă „începutul” logicii (Gruber et al., 1977).
4. *În al patrulea stadiu se realizează coordonarea schemelor secundare și aplicarea lor la situații noi* (7-10 luni). Apar elemente de intenționalitate, adică scopul se conturează înaintea utilizării mijloacelor. Copilul utilizează mijloacele împrumutate de la schemele de acțiune cunoscute (apucarea, balansarea, frecarea, tragerea obiectelor) pentru a atinge anumite scopuri. Până la vârsta de 7-8 luni pentru copil obiectele au o existență situațională. Dacă sugarul dorește să apuce o jucărie și noi o acoperim cu ceva, el retrage mâna, ca și cum jucăria ar fi dispărut (nu își dă seama că obiectul există și atunci când nu îl vede). În jurul vârstei de 8 luni încep să achiziționeze schema „permanenței obiectului”, adică înțeleg că obiectele continuă să existe chiar și când ei nu le pot vedea. Ex. copilul încearcă să dea la o parte obiectul cu care am acoperit jucăria, ceea ce arată că pentru el obiectele au devenit permanente.

5. *Stadiul reacțiilor circulare terțiare* (11-18 luni). În acest stadiu copilul începe să inventeze noi mijloace de acțiune, face diferite încercări pentru a soluționa unele probleme.
6. *Stadiul internalizării schemelor* (18 și 24 de luni). În timpul acestui stadiu copiii trec la gândirea simbolică.

2. *Stadiul preoperator* (2-7 ani)

Se caracterizează prin dezvoltarea capacității de-a utiliza simboluri. Copiii încep să conceapă, cel puțin într-o formă rudimentară, lucruri pe care nu le văd și nu le ating, putând astfel distinge între fantezie și realitate.

Achizițiile acestui stadiu constau în formarea limbajului, capacitatea de imitație, de angajare în jocuri simbolice: frunzele sunt bani, cartea este masa, bățul este căluțul. Astfel, copilul începe să gândească în absența obiectelor. Limitele gândirii logice: incapacitatea de decentrare (atenția este orientată asupra unei singure trăsături a situației și ignorarea celorlalte) și conservare (conservarea masei, volumului și numărului după ce forma s-a schimbat) și ireversibilitatea (nu poate efectua operația inversă). De ex., dacă turnăm aceeași cantitate de lichid dintr-o cupă înaltă și îngustă într-un vas larg și puțin adânc, un copil în acest stadiu va spune că s-a schimbat cantitatea de lichid, în vasul larg fiind mai mică (incapacitatea de a conserva volumul). Copilul se concentrează pe înălțimea apei. Nu realizează că un obiect își păstrează aceleași proprietăți chiar dacă își modifică formă sau aspectul. Acesta se datorează incapacității copilului de-a efectua operații reversibile. Ireversibilitatea este caracteristica acestui stadiu în sensul că înțelege ușor adunarea, dar nu va aprecia că acest proces e reversibil prin scădere.

Cunoașterea și gândirea sunt limitate de egocentrism. Egocentrismul în viziunea piagetiană nu este egoism, ci incapacitatea copilului de-a adopta punctul de vedere al altuia, sau în alt mod spus credința că toți oamenii văd lumea asemenea perspectivei lui. De exemplu, un copil va ține o fotografie astfel încât doar el s-o vadă, însă se va aștepta ca ceilalți să vadă exact aceeași imagine pe care o vede el. Atunci când copilul reușește să înțeleagă că există mai multe puncte de vedere se spune că deține abilitatea cognitivă a decentrării.

Animismul marchează viața copilului: tendința copilului de a proiecta asupra obiectelor, trăiri emoționale, motive și comportamente caracteristice pentru oameni. Frecvent copilul va explica că soarele dă lumină pentru ca oameni să poată vedea, că se mișcă o dată cu copiii pentru că vrea să vadă ce fac ei și că ninge pentru ca ei să se poată juca.

3. Stadiul operațiilor concrete (7-12 ani)

Pe parcursul acestui stadiu se dezvoltă capacitatea de a gândi logic și de a aprecia perspective alternative. Copiii concep natura cauzei și a efectului. Totuși, gândirea lor continuă să rămână legată mai curând de obiecte și evenimente concrete, identificabile, decât de idei abstracte. Achiziții: copilul dobândește gândirea reversibilă, poate efectua operații reversibile. Dobândește capacitatea de-a înțelege că numerele sau obiectele pot fi schimbate și apoi să se întoarcă la forma lor originală. De aceea, copilul va fi capabil să spună rapid că, dacă $4 + 4$ egal 8 atunci $8 - 4$ egal 4, cantitatea originală. Alte achiziții vizează abilitatea de decentrare (copilul ia în considerare multiple aspecte ale unei probleme pentru a o rezolva), de a opera cu concepte, clasificări, serieri (abilitatea de a aranja obiecte într-o ordine în funcție de mărime, formă sau orice altă caracteristică), eliminarea egocentrismului (abilitatea de a vedea lucrurile dintr-o altă perspectivă decât cea proprie.)

Copiii dezvoltă abilitatea de a conserva numărul, lungimea, volumul, aria. Conservarea numărului apare mai întâi, în jur de 5-6 ani, fiind urmată de conservarea greutateii (7-8 ani) și apoi de conservarea volumului (11 ani). Limite: dificultăți în a opera cu noțiunile abstracte; pentru a le înțelege trebuie să le lege de concret, de lumea reală.

4. Stadiul operațiilor formale (11/12 ani – 14/15 ani)

În acest stadiu gândirea copilului devine asemănătoare cu cea a adultului în sensul că poate opera cu logica abstractă, elaborează raționamente ipotetico-deductive, utilizează noțiuni abstracte în gândire. Adolescentul – este în măsură să raționeze asupra posibilului, să înțeleagă sentimentul dragostei, „nuanțele de gri” și valorile.

Piaget afirmă că unii oameni nu reușesc să atingă acest stadiu și se fixează în stadiul operațiilor concrete. Chiar și cei care ating acest stadiu nu gândesc mereu la nivelul acestuia. În concepția sa dezvoltarea determină învățarea. Deși consideră că dezvoltarea cognitivă are loc prin interacțiunea individ – mediu, dezvoltarea este văzută ca un proces ereditar argumentând că o formă de gândire nu s-ar putea dezvolta dacă copilul nu ar fi pregătit din punct de vedere genetic pentru aceasta. Totuși preciza că predispoziția poate să apară mai devreme sau mai târziu în funcție de calitatea schimbărilor din mediu.

Critici ale teoriei piagetiene

Piaget însuși a recunoscut că dezvoltarea nu are loc întotdeauna atât de simplu (neted) așa cum arată teoria lui. O limită a teoriei sale este aceea că nu a investigat factorii care stau la baza diferențelor interindividuale (deși toți parcurgem stadiile dezvoltării vârsta la care o facem poate să difere) și rolul interacțiunii sociale. Cu toate că teoria lui Piaget nu ia în considerare rolul interacțiunii sociale în dezvoltarea

cognitivă a subiectului modelul piagetian rămâne însă unul de referință în psihologia dezvoltării cognitive.

Teoria lui Piaget asupra dezvoltării morale

Motto: în domeniul moral, ca și în cel intelectual, nu se posedă în mod real decât ceea ce s-a cucerit prin sine-însuși. În acest sens, morala este o logică a acțiunii (J. Piaget). Morala este formă a conștiinței sociale, care reflectă ansamblul concepțiilor, ideilor și principiilor (normelor) care călăuzesc și reglementează conduita oamenilor în relațiile personale, în familie, la locul de muncă și în societate în general. Judecata morală presupune evaluarea (și cel mai des autoevaluarea) unor comportamente și situații prin raportarea lor la cerințele morale impuse de social. Ea se formează prin învățarea socială și însușirea critică a modelelor de conduită promovate de societate. Dezvoltarea morală este un proces activ de organizare a experienței în structuri cu semnificație crescândă, prin care valorile morale sunt văzute dintr-o perspectivă nouă. Teoria judecăților morale dezvoltată de J.Piaget și apoi în SUA de L.Kohlberg a avut în atenție forma și logica faptelor, evaluarea moralei și dezvoltarea înțelegerii regulilor și a circumstanțelor în care acționează. Piaget, în lucrarea “Judecată morală la copil” (1932), a pus bazele concepției sale cu privire la dezvoltarea gândirii morale. Gândirea morală se realizează progresiv, implicând parcurgerea ordonată a unor stadii ale inteligenței, acest progres fiind caracterizat de o gândire cu o calitate particulară (J.Piaget, 1932). Un aspect important al teoriei dezvoltării cognitive a lui Piaget este acela că leagă nivelul de dezvoltare intelectual – cognitiv al copilului de moralitatea sa. Judecata morală este văzută ca dezvoltându-se în concordanță cu trecerea de la gândirea preoperațională la gândirea operațională și apoi la cea operationalformală. Astfel, dezvoltarea morală se realizează pe măsură ce copilul acționează, transformă și modifică lumea din jurul lui, fiind totodată influențat de consecințele acțiunii sale. Măsura dezvoltării gândirii în ansamblu, este prin urmare o măsură și a dezvoltării gândirii morale, în particular.

Astfel, Piaget, a ajuns la concluzia că există două stadii principale ale gândirii morale:

- stadiul moralității heteronome (realismul moral): copilul se supune cu strictețe regulilor considerate sacre și nealterabile;
- stadiul moralității autonome (relativismul moral): regulile sunt stabilite și menținute prin negociere și acceptate în cadrul grupului. Judecățile de bine și de rău se bazează pe intenții, precum și pe consecințe (G Albu op. Cât., p. 107-110). Stadiul moralității heteronome sau realismul moral (5-10 ani). În acest stadiu domină raporturile de constrângere, autoritarism, obligativități severe impuse din

exterior. Copii percep regulile morale ca fiind absolutiste, rigide și nemodificabile. Înainte de debutul acestui stadiu copiii par a înțelege destul de puțin regulile sociale. Chiar și atunci când se joacă jocuri cu reguli o fac din simpla plăcere de a se bucura, de a explora și manipula obiecte și nu sunt foarte interesați de pierdere sau câștig, sau de a-și coordona sistematic acțiunile cu cele ale celorlalți participanți la joc. În jurul vârstei de 5-6 ani, odată cu intrarea în stadiul moralei heteronome, încep să manifeste un mare interes și respect față de reguli. În viziunea lor regulile sunt fixe, predeterminate și permanente în existența lumii și pot fi gestionate doar de către autoritățile adulte. Regulile de joc nu pot fi schimbate, explicânduți ca “Doamna nu ne-a învățat noi reguli” sau “Nu se poate juca altfel”. Mulți dintre copiii mici pe care Piaget i-a intervievat au susținut că regulile sunt făcute de Dumnezeu sau de tatăl lor, sau ca aceste reguli au existat încă de la începuturile timpurilor”. Piaget consideră că această perspectivă pe care copiii o au asupra regulilor (ca fiind sfinte și de neschimbat) este rezultatul a doi factori care le limitează înțelegerea morală: 1) poziția restrictivă a autorității adulte care nu admite negocierea regulilor; 2) imaturitatea cognitivă a copiilor la această vârstă, în special a egocentrismului.

Egocentrismul face ca înțelegerea morală a copilului să fie caracterizată de realism, adică incapacitatea de a separa aspectele subiective și obiective ale experienței, cu alte cuvinte, deoarece copilul pornește de la premisa egocentrică ca toată lumea gândește ca și el, externalizează regula și își închipuie că ea e un dat fix al realității, la fel cu legea gravitației sau alte legi ale fizicii, în loc să îi perceapă subiectivitatea, faptul că e un principiu intern care poate fi modificat voluntar. Egocentrismul împreună cu realismul conduc spre o alta limitare a judecății morale a copilului: o acțiune particulară este judecată în funcție de dimensiunile consecințelor, mai degrabă decât de intențiile actorului. Astfel copilul care a spart din greșeală mai multe cești e mult mai rău decât cel care a spart o singură ceașcă intenționat. Într-un mod similar, la această vârstă se consideră că e mai vinovat un copil care a spus mamei sale că “a văzut un câine mare cât o vacă” decât altul care-i spune că a primit o notă bună la școală deși nu primise nici un fel de notă. Copilul aflat în stadiu preoperațional nu este în stare să diferențieze între minciunile deliberate, oportuniste și cele inocente. Este perioada în care copilul crede într-o justiție immanentă, în care o greșeală se îndreaptă inevitabil spre o pedeapsă. Inevitabilitatea pedepsei este cea care menține ordinea morală a lumii și se aplică în cazul tuturor experiențelor sau accidentelor, de la împiedicarea unui copil până la căzătura de pe bicicletă, schimbarea liniei de start a jocului, coșmaruri, etc. Întrebați ce s-ar întâmpla dacă ar încălca o regulă morală a jocului, copiii de vârsta asta spun că pedeapsa ar fi inevitabilă: Dumnezeu îi va pedepsi

sau vor fi loviți de o mașină etc. În final copilul heteronom are o perspectivă absolută asupra regulii – există un singur punct de vedere corect și moral într-o situație și toți cei implicați trebuie să adere la el. Stadiul moralității autonome sau relativismul moral (în jurul vârstei de 10 ani).

În acest stadiu vorbim de o morală a cooperării, în care regulile de conviețuire emană din aspectul mutual, din trăirea interioară intensă a sentimentului de egalitate, echilibru. Această morală, în condițiile dezvoltării ample a inteligenței și a slăbirii autorității părinților, se caracterizează prin flexibilitate, raționalitate și conștiință socială. Piaget acordă o atenție deosebită experienței interacțiunilor cu colegii pentru realizarea tranziției spre morala autonomă.

Experiență socială determină declinul egocentrismului infantil, în consecință copilul realizează că oameni diferiți pot să aibă perspective diferite asupra acțiunilor morale, la fel, asistăm la deplasarea interesului de pe consecințele obiective pe intențiile subiective ale acțiunilor atunci când copiii judecă care comportament e moral și care nu. Dreptatea începe să fie gândită independent de regula impusă de către adult. Povestirea folosită de Piaget: Tata îi cere unuia dintre copii să îi spună tot ce face fratele/ sora acestuia. Este corect ceea ce îi cere tatăl copilului? Rezultate: Cererea tatălui este apreciată ca incorectă, din solidaritate între frați. Egalitatea (dintre frați) se opune obedienței față de tată. Copiii din stadiul moral autonom nu mai privesc regulile ca fiind fixe și imuabile, ci ca fiind flexibile, acceptate prin unanimitate socială și care pot fi schimbate atunci când majoritatea oamenilor o doresc, drept urmare nu toate regulile formulate de adulți trebuie urmate. Câteodată există suficiente argumente pentru relativizarea, schimbarea și încălcarea unei reguli. Mai mult, înțelegerea reciprocității conduce către o nouă perspectivă asupra pedepsei, actele negative nu atrag după ele consecința inevitabilă a pedepsei; copiii în stadiul autonomiei morale cred în faptul că o pedeapsă trebuie și ea să fie bazată pe principiul reciprocității și că orice pedeapsă trebuie să fie rațional corelată cu severitatea faptei sau gravitatea intenției de încălcare a regulii. De asemenea, pedeapsa trebuie să fie o consecință logică a greșelii cerându-se o acțiune activă reparatorie sau o suportare a consecințelor naturale ale propriilor acte (un hoț care e pus să plătească daunele produse sau un mincinos să suporte faptul că nu este crezut nici chiar atunci când spune adevărul). Principiul de pedepsire trebuie să fie acela al justiției egale pentru fiecare. Totodată, atunci când copiii participă ca egali ai schimburilor sociale cu colegii lor, învață să negocieze conflictele într-o manieră mutual avantajoasă. Treptat ei devin conștienți de nevoia de reciprocitate ca principiu de organizare al relațiilor sociale de cooperare. Prin reciprocitate, Piaget înțelege idealul rațional de dreptate, preocuparea ca și

celuilalt să-i faci binele pe care și tu ți-l dorești. El crede că reciprocitatea este miezul tranziției dinspre heteronomia morală înspre funcționare autonomiei morale.

Teoriile cunoștii sociale. În cadrul acestor teorii s-au remarcat teoria relațiilor între cei de aceeași vârstă a lui Selman și teoria dezvoltării morale a lui Kohlberg. Conform teoriei lui Selman se descriu 4 stadii de comportamente sociale în relațiile cu egalii. Primul stadiu este stadiul impulsiv, cuprinzând majoritatea preșcolarilor până la vârstă de 4 ani; ei nu pot distinge între acțiuni și sentimente și nu înțeleg de ce alții interpretează același comportament diferit față de ei. Acest conflict se rezolvă impulsiv folosind forța. Între 4 și 9 ani este stadiul unilateralității în care copiii, deși știu că alții au o viziune diferită, nu pot lua în considerare perspectivă altuia. Ei rezolvă conflictul acționând unilateral, încercând să-l comande sau să-l supună pe celălalt. Stadiul reciprocității poate începe înainte de 6 ani și trece peste 12 ani. În cadrul acestui stadiu copilul înțelege și perspectiva sa și a altora. El rezolvă conflictul negociind cu celălalt. Stadiul colaborativ între 9 și 15 ani, în care rezolvă conflictele lucrând cu alte persoane, unificând ambele dorințe într-un mod în care scopurile mutuale să se atingă.

ψ ψ ψ

Activități și produse de învățare (sarcini didactice):

- Analizați principiile organizării și dezvoltării intelectuale a copilului din perspectiva lui J. Piaget.
- Comparați principiile de bază în dezvoltarea copilului în viziunea lui J. Piaget cu cele ale lui S. Freud.
- Stabiliți importanța acestei teorii.

5. TEORIA SOCIOCULTURALĂ A DEZVOLTĂRII: L.S. VÎGOTSKI, A.N. LEONTIEV

ψ ψ ψ

Unități de competențe (obiective):

- să identifice principiile generale de abordare ale cognitiștilor;
- să explice diferențele conceptuale dintre diferitele teorii din cadrul orientării cognitiviste: J.Piaget; L.S. Vîgotski; Leontiev;
- să definească și să descrie conceptele de bază în dependență de abordarea conceptuală a lui:
 - *L.S. Vîgotski*: SSD; ZPD, Perioadă critică de dezvoltare; Perioadă stabilă de dezvoltare; Neoformațiune; perioadă senzitivă.
 - *A.N. Leontiev*: comportament; conduită; individ, personalitate;
 - să integreze cunoștințele privind modelul de înțelegere a dezvoltării copilului în perioada ontogenetică din perspectiva mai multor accepțiuni teoretice.

ψ ψ ψ

Unități de conținut:

- ✓ Principiile organizării și dezvoltării copilului din perspectiva lui L.S.Vîgotski:
 - Principiile de bază în dezvoltarea și formarea personalității copilului din perspectiva lui L.S.Vîgotski
 - Descrierea conceptelor de: SSD; ZPD, Perioadă critică de dezvoltare; Perioadă stabilă de dezvoltare; neoformațiune; perioadă senzitivă.
 - Avantajele și dezavantajele acestei teorii.
- ✓ Principiile organizării și dezvoltării copilului din perspectiva lui Leontiev:
 - Principiile de bază în dezvoltarea și formarea personalității copilului din perspectiva lui Leontiev.
 - Descrierea conceptului de comportament, conduită, individ, personalitate.
 - Avantajele și dezavantajele acestei teorii.

ψ ψ ψ

Termeni cheie: SSD; ZPD, Perioadă critică de dezvoltare; Perioadă stabilă de dezvoltare; neoformațiune; perioadă senzitivă, comportament; conduită; individ, personalitate..

ψ ψ ψ

Teoria social-constructiviste ale dezvoltării L.S. Vîgotski

Cercetările întreprinse de L.S. Vîgotsky s-au axat pe problematica conștiinței, a naturii și devenirii acesteia. Detașându-se de concepțiile reduționiste sovietice (I.P.Pavlov, V. Behterev), cât și de cele americane (J. Watson, E.C. Tolman), Vîgotsky își propune să demonstreze natura psihologică și socială a conștiinței, geneza socială a psihicului uman. Conform concepției sale activitatea umană nu se reduce la o înlănțuire de reflexe sau de conduite adaptative, ci implică o componentă de interacțiune cu mediul, în cursul căreia se transformă și subiectul. Tema principală a scrierilor sale este centrată în jurul asumției că dezvoltarea cognitivă este în esență un proces social, și implicit cultural. Accesul la cultură este principalul element, care permite copilului să-și organizeze gândirea și să își regleze activitatea. Cultura, afirmă Vîgotsky (1985), este cea care „sculptează sistemul sinelui prin valori, atitudini, cunoștințe și comportamente învățate în familie și apoi reîntărite de alte medii sociale” (școală, loc de muncă, prietenii, profesori, prietene, vecini, familia lărgită). Fiecare individ învață în mod direct sau indirect cum să se comporte adecvat, ce este bine, ce este frumos, adevărat. Prin intermediul interacțiunii cu ceilalți, a schimburilor și tranzacțiilor cu cei din jur (părinții, familia în primul rând), copilul își construiește sinele. Construirea sinelui începe din copilărie și continuă la maturitate. Investigator atent al genezei gândirii și limbajului la copil, perspectiva sa asupra dezvoltării este de tip stadial, de referință rămânând raportul pe care îl stabilește între cele trei stadii genetice ale gândirii și cele 4 ale limbajului în intervalul de vârstă 0 – 7/8 ani. În plan metodologic, contribuția sa cea mai importantă a fost crearea unei strategii care să surprindă procesualitatea funcționării cognitive și dezvoltarea acesteia la vârsta copilăriei. El a elaborat propria metodă de tip experimental, cunoscută sub denumirea de tehnica dublei stimulări. Teoria lui Vîgotsky gravitează în jurul a trei idei importante: Dezvoltarea cognitivă poate fi înțeleasă numai prin raportarea la contextele culturale și experiențiale pe care le parcurge un anumit subiect. Dezvoltarea depinde așadar de sistemele de semne și simboluri (așa numitele instrumente culturale) create de o anumită cultură, pe baza cărora se structurează gândirea, comunicarea și rezolvarea de probleme a membrilor săi (limba, sistemul de scriere, sistemul de numărare). Scopurile și interesele sunt construite social. În consecință învățarea și dezvoltarea cognitivă sunt influențate de interacțiunile succesive dintre copil (elev) și o persoană mai competentă, precum și de scopurile/interesele care rezultă în urma acestor interacțiuni. Scopul educației ar trebui să fie mai degrabă accelerarea dezvoltării cognitive a copiilor, decât oferirea de experiențe situate la nivelul de maturizare atins de către un copil la un moment dat. Contemporan cu Piaget, psihologul rus se diferențiază de acesta în privința concepției sale asupra dezvoltării.

În timp ce Piaget descrie dezvoltarea ca pe o construcție internă a subiectului născută din interacțiunea coobiectele, Vîgotsky insistă asupra interacțiunii sociale. Construcția cognitivă a persoanei se realizează în contexte interactive, în cadrul cărora copilul și adultul se angajează într-o activitate comună. Cunoștințele și deprinderile copilului se dezvoltă tocmai datorită acestui proces de cooperare. Pentru Vîgotsky dezvoltarea cognitivă este rezultatul unei duble formări, externă și apoi internă, de la social la individual și nu invers. Procesele intelectuale apar prin medierea interacțiunii dintre copil și mediu. Pasul următor este interiorizarea respectivei funcții psihice de către copil „Orice funcție în dezvoltarea culturală a copilului apare de două ori: prima la nivel social și apoi la nivel individual; mai întâi între indivizi (interpsihologic) și apoi în interiorul copilului (intrapshologic). Limbajul apare mai întâi ca mijloc de comunicare între copil și adult, pentru ca apoi să se transforme în limbaj interior, trecând printr-o fază de limbaj egocentric. Dezvoltarea este concepută ca o socioconstrucție care evoluează într-o direcție inversă decât cea preconizată de Piaget. În concepția lui Piaget capacitățile de învățare depind de nivelul de dezvoltare al individului, adică dezvoltarea cognitivă condiționează învățarea. Vîgotsky susține un raport invers de cauzalitate „învățarea poate să se transforme în dezvoltare; procesele dezvoltării nu coincid cu cele ale învățării, dar le urmează pe acestea, dând naștere la ceea ce a numit „zonă a proximei dezvoltări”. Dezvoltarea presupune un permanent joc între procesele intrapsihice și cele interpsihice (interindividuale), antrenând subiectul să interiorizeze ceea ce învață cu ajutorul altcuiva. În teoria sa asupra dezvoltării cognitive în condiții cultural-istorice, Vîgotsky folosește câteva concepte importante: 1. Medierea - Subiectul își construiește cu ajutorul altei persoane instrumentele cognitive pe care apoi și le însușește prin interiorizare. Mediatorul joacă, deci, un rol deosebit de important, intercalându-se între subiect și ceea ce se învață pentru a facilita interiorizarea și asimilarea nu doar a instrumentelor gândirii dar și dezvoltarea funcțiilor psihice. 2. Procesele de internalizare- Funcțiile cognitive se dezvoltă odată cu experiențele sociale parcurse și rezultă din angajarea copilului în activități și interacțiuni verbale cu ceilalți (adulți sau alți copii cu un nivel mai ridicat de competență). Prin conștientizarea treptată a acestor interacțiuni și prin interiorizarea dialogurilor aferente lor, copiii își organizează propriul comportament și își coordonează propria activitate cognitivă. Spre deosebire de teoria lui Piaget, la Vîgotsky conceptul de internalizare primește o dimensiune socioculturală. Aceasta decurge din contextul în care are loc învățarea. Astfel cultura este transmisă de la o generație la alta prin intermediul educației copiilor. Aceasta înseamnă că, la nivel individual, un copil devine el însuși prin alții, interiorizând norme, valori, comportamente etc. 3. Zona proximală de dezvoltare (ZPD) este conceptul cheie al

teoriei lui Vîgotsky. ZPD este acea zonă de dezvoltare în care persoană poate să învețe ceea ce nu știe încă, fiind “distanța dintre nivelul de dezvoltare actual, pe care îl putem determina după modul în care copilul poate să rezolve problemele date independent și nivelul de dezvoltare potențială, pe care îl putem determina urmărind modul în care copilul rezolvă probleme atunci când este asistat de un adult sau colaborează cu alți copiii mai mari.” Cu alte cuvinte ZPD surprinde diferența dintre ceea ce individul este capabil să realizeze din punct de vedere intelectual la un moment dat al dezvoltării sale și ceea ce poate să realizeze atunci când beneficiază de medierea adultului.

4. Interacțiunea socială - Dezvoltarea umană rezultă dintr-o interacțiune dinamică între indivizi și societate. Prin această interacțiune, copiii învață treptat și în mod continuu de la părinți și profesori. Pentru a atinge nivelul maxim posibil pentru dezvoltarea cognitivă a unui individ este necesară interacțiunea socială: „Ceea ce un copil poate să facă astăzi colaborând cu celălalt, mâine va putea să facă singur” (Vîgotsky). Teoria lui Vîgotsky accentuează natura dinamică a acestei interacțiuni. Nu doar societatea are un impact asupra oamenilor, ci și oamenii au un impact asupra societății. Interacționând unii cu ceilalți sau cu adulții copiii produc nu numai organizări cognitive mai elaborate decât cele de care erau capabili înainte de interacțiune, ci ei devin, după aceasta, capabili să reia singuri coordonările.

5. Limbajul și dezvoltarea conceptelor - O primă distincție trebuie făcută între dezvoltare naturală și dezvoltare culturală. Dezvoltarea culturală se clădește pe dezvoltarea naturală, genetică, pe măsură ce individul folosește instrumente culturale și simboluri precum vorbirea și scrisul. Vorbind cu o altă persoană, copilul conștientizează funcția comunicativă a limbajului. Gândirea nu poate exista fără limbaj: omul se folosește de limbaj pentru construcția socială și pentru a se înțelege. În termenii lui Vîgotsky, vorbirea și acțiunea ca „instrumente psihologice”, permit omului să modeleze atât propriile acțiuni cât și pe ale altora.

6. Concepte științifice, concepte spontane. Conceptele spontane sunt cele care apar din propriile observații ale copilului (realizate în general acasă sau în afara școlii).

Conceptele științifice sunt cele care apar din predarea formală. Cele două tipuri de concepte se întâlnesc unele cu altele în cadrul școlii: conceptele spontane bogate, dar dezorganizate ale copilului, se întâlnesc cu abordarea sistematică și logică a adultului. În consecință, caracteristica distinctivă a teoriei lui Vîgotsky o constituie accentul pus pe influențele sociale, culturale și contextuale ale dezvoltării cognitive. Vîgotsky arăta că sistemicitatea este una din cele mai importante caracteristici ale psihogenezei (funcțiile și procesele psihice sunt interdependente).

Periodizarea dezvoltării psihice propusă de Lev Vîgotsky:

Vârsta prunciei (2 luni –1 an) - Criză de la un an

Copilăria precoce (1 –3 ani) - Criză de la 3 ani

Copilăria preșcolară (3 –7 ani) - Criză de la 7 ani

Vârsta școlară (8 –12 ani) - Criză de la 13 ani

Vârsta pubertății (14 –18 ani) - Criza la 17 ani.

Lucrările lui Vîgotsky (1962, 1978) au avut un impact substanțial asupra teoriei și practicii psihologiei dezvoltării, dar și asupra aplicațiilor acesteia în educație. Diferența dintre Piaget și Vîgotsky, pe care o regăsim în diversele abordări ale pedagogiei preșcolare, privește modul în care se face trecerea la un nivel nou de dezvoltare. La Piaget, copilul este lăsat să exploreze de unul singur, cu rare impulsuri din partea educatorului. La Vîgotsky, educatorul este cel care trebuie să-l conducă pe copil în explorările sale.

ψ ψ ψ

Activități și produse de învățare (sarcini didactice):

- Explicați conceptul de criză din perspectiva lui L.S. Vîgotski.
- Stabiliți avantajele și dezavantajele acestei teorii.
- Argumentați rolul acestei teorii pentru psihologia dezvoltării.

6. ȘCOALA PSIHOLOGIEI GENETICE DIN PARIS – HENRI WALLON

ψ ψ ψ

Unități de competențe (obiective):

- să definească repererele conceptuale ale Școlii din Paris, în special a lui Henri Wallon;
- să stabilească importanța emoțiilor în dezvoltarea psihologică a acestuia;
- să argumenteze rolul adultului în dezvoltarea copilului ca potențial intelectual și de personalitate;
- să stabilească avantajele și dezavantajele acestei teorii.

ψ ψ ψ

Unități de conținut:

- ✓ Repererele conceptuale ale Școlii din Paris. Concepția lui H.Wallon referitor la dezvoltarea copilului și a factorilor ce determină dezvoltarea acestuia.
- ✓ Locul factorului social în formarea și consolidarea personalității copilului.
- ✓ Avantaje și dezavantajele acestei teorii.

ψ ψ ψ

Termeni cheie: factorul biologic, manifestări emoționale.

ψ ψ ψ

Psihologul francez Henri Wallon (1879-1962) este, după aprecierea lui R. Zazzo, psihologul copilăriei, deoarece el și-a propus, deliberat, ca țintă, această varstă. Maniera sa de a aborda copilăria este singulară: el a avut ambiția exhaustivității, a trecerii dincolo de perspectiva parțiară. El s-a interesat în mod egal de dezvoltarea *cognitivă, afectivă, biologică și socială* a copilului, atât sub aspectul normalității cât și al patologicului. Analiza comparativă multidirecțională pe care a practicat-o ca metodologie s-a bazat pe două direcții concomitente: *comparații interne* (la nivelul aceleiași vârste, între copii cu dezvoltare normală și cei cu anumite particularități ale dezvoltării, sau între cei cu dezvoltare normală și cei cu dezvoltare patologică); *comparații externe* (între vârste: copil – adult, sau relații diferite: copil – maimuță și copil – om primitiv). *Analiza comparativă* (susținută de observație și teste) a fost în egală măsură șansa și neșansa teoriei sale. Șansa – pentru ideile de pionerat pe care i le-a permis unele, anticipări excepționale ale unor rezultate extrem de recente și actuale, neșansa – pentru imposibilitatea ca rezultatele obținute cu o astfel de

metodologie să fie luate în calculul practicienilor experimenalisti.

H. Wallon, R. Zazzo și Ph. Malrieu au propus o periodizare a dezvoltării psihice a copilului care poate fi prezentată în modul următor:

Prima etapă

(0 – 6/7 luni) este perioada formării la copil a primelor mijloace emoționale de comunicare cu omul matur. În primele 2 luni de viață adultul este prezent ca un excitant condiționat al unui număr limitat de reacții emoționale ale pruncului. Aproximativ în luna a treia de viață adultul devine factor de semnificație emoțională generalizată. Copilul începe a avea trebuința ca omul matur să fie prezent alături de sine în afara situațiilor organice. Pe baza unei reacții emoționale pozitive generalizate la copil se formează o poziție de un interes activ față de adult.

Etapa a doua

(6/7 – 12 luni) este perioada emoțional-motorie. La această vârstă comunicabilitatea copilului atinge un nivel maximal. În cadrul Comunicării emoționale inițiativa trece de partea micuțului: el cere de la adulți atenție. Treptat copilul devine tot mai mult apt de a manipula cu stările emoționale proprii, ceea ce este o argumentare în favoarea dezvoltării primelor premise ale controlului voluntar

Etapa a treia

(1 – 3 ani) se caracterizează prin mărirea independenței, autonomiei copilului, care vrea să se asemene mai mult cu adultul. O semnificație deosebită revine în această perioadă activității practice cu obiectele. În acest timp micuțul imită omul matur datorită dezvoltării limbajului, mersului. Datorită acestei imitări, copilul se evidențiază pe sine însuși din anturajul social. Către vârsta de trei ani, după H. Wallon, copilul descoperă independența „Eu” – lui propriu.

Etapa a patra

Perioada dată numită personalism – (3 – 6/7 ani) începe cu desfășurarea unui șir de conflicte. Este vorba despre desfășurarea unei crize în dezvoltare (criza de la 3 ani – „Eu singur”) După această primă fază negativă urmează faza pozitivă a personalismului, care, la rândul său, se subîmparte în două perioade. Prima perioadă (începând cu vârsta de 4 ani) se caracterizează printr-o grație în comportare. Copilul devine pentru sine obiect de cercetare. Însă, copilul este orientat tot timpul la atitudinea omului matur față de sine. În perioada a doua este caracteristică dorința copilului de a-i imita pe alții.

Etapa a cincea

(7 – 14 ani) – procesul dezvoltării personalității, după părerea lui Wallon, pare cu mult mai sărac. Copilul este mai mult orientat la mediul extern. Însușind experiența socială. O importanță mare în această perioadă au colectivele de copii, care determină

formarea personalității. În decursul acestor ani copilul depinde mult de situații și relații sociale, de parcă el s-a acomodat bine la acest mediu. După această perioadă liniștită urmează o nouă criză în dezvoltare, care începe o dată cu maturizarea sexuală.

Henri Wallon subliniază rolul societății în dezvoltarea proceselor mintale, intelectuale ale copilului. Personalitatea copilului este modelată de către societatea care îl înconjoară. El a lucrat pentru a stabili legătură între psihologie și marxism. Henri a înțeles relația între dezvoltarea copilului și societății în care subiectul era supus diferitor stimuli, subiectul uman era abordat nu ca un fenomen izolat, ci ca un tot întreg.

Piaget și Wallon deseori discutau tematica ideilor sale, Piaget încerca să găsească un echilibru între ideile sale și a lui Wallon. În timp ce Wallon considera că este mai important sublinierea diferențelor între teorii.

În timp ce Piaget încerca să găsească structuri logice în dezvoltarea copilului, care subliniază trecerea continuă de la o etapă la alta, Wallon sublinia importanța relațiilor umane în dezvoltarea copilului. Wallon susținea că există o unitate nu numai între etape, dar, de asemenea, în cadrul fiecărei etape în sine. Pentru Wallon, Piaget era doar un focar de idei și numai, dîndu-i o caracteristică ca fiind o interpretare a ideilor individualiste și egoiste a lui Rousseau, unde practica sociala este apreciată negativ. Practica lui Wallon are mult în comun cu ideile lui Vigotsky, ambii fiind influențați de marxism și utilizarea materialismului dialectic pe parcursul activității lor. Wallon, ca și Vigotsky, punea un accent puternic pe rolul limbajului ca factor a dezvoltării copilului

ψ ψ ψ

Activități și produse de învățare (sarcini didactice):

- Argumentați rolul factorului social în formarea personalității din perspectiva lui Henri Wallon.
- Găsiți 3 asemănări și 3 deosebiri ale teoriei elaborate de H. Wallon și a teoriei a lui L. Vigotski.
- Stabiliți avantajele acestei teorii.

7. CONCEPȚIA FORMĂRII ACȚIUNILOR MINTALE A LUI PIOTR GALPERIN

ψ ψ ψ

Unități de competențe (obiective):

- să definească reperele conceptuale ale lui P:Galperin;
- să descrie formarea acțiunilor mintale la om;
- să explice conceptul de BOA- baza de orientare a acțiunii;
- să identifice tipurile de BOA;
- să stabilească avantajele și dezavantajele acestei teorii.

ψ ψ ψ

Unități de conținut:

- ✓ Accepțiuni generale referitor la concepția lui Piotr Galperin.
- ✓ Descrierea procesului de transformare a acțiunilor exterioare în acțiuni mintale.
- ✓ Conceptul de BOA (baza de orientare a acțiunilor). Tipuri de BOA.
- ✓ Avantaje și dezavantajele acestei teorii.

ψ ψ ψ

Termeni cheie: BOA – baza de orientare a acțiunii. Acțiune mintală, transformare, interiorizare

ψ ψ ψ

Piotr Galperin (1902 – 1988), născut pe 2 octombrie 1902, psiholog rus cu o pregătire medicală.

Teza de bază a concepției: activitatea psihică este rezultatul transferului acțiunilor exterioare materiale în planul reflectării – în planul percepției, reprezentărilor și noțiunilor.

Transferul se efectuează trecând prin anumite etape, unde la fiecare din ele se produc transformări sistematice după patru însușiri de bază ale acțiunilor îndeplinite de om.

Însușirile primare ale acțiunilor umane sunt 4 la număr: 1) nivelul la care acțiunea se îndeplinește; 2) măsura (gradul) de generalizare; 3) complexitatea operațiilor ce se îndeplinesc; 4) măsura (gradul) de însușire, asimilare.

Pentru prima însușire Galperin deosebește trei niveluri: 1) cu obiectele materiale sau cu reprezentările materiale; 2) în limbaj, în lipsa obiectelor materiale; 3) în gând. Aceste trei sunt calea transformării acțiunii materiale în acțiune psihică.

Celelalte trei (2 – 4) însușiri determină calitatea acțiunii: ea este cu atât mai bună cu cât mai mare este generalizarea, reducerea și asimilarea acțiunii. Formarea pe etape: Etapa 0 – formarea motivației. Aici se formează motivarea pentru activitatea dată. Etapa I – învățarea acțiunii noi, necunoscute începe cu procesul preventiv de cunoaștere a problemei (însărcinării). Acțiunea la început este dezmembrată în operații care sunt accesibile pentru elev (corespund cunoștințelor, priceperilor și deprinderilor). O așa împărțire a acțiunii este numită de P. Galperin.

Baza de Orientare a Acțiunii (BOA)

Formarea ei este obiectivul și conținutul de bază al primei etape în procesul interiorizării acțiunii. Elementele BOA sunt: scopul (ce să fac?); planul (ce operații și în ce ordine?); informativ (cu ce voi face, din ce voi face?)

Tipul I – BOA este constituită numai din modelele acțiunii și ale produsului. Elevul singur caută cum să procedeze și face acest lucru încet, treptat și inconștient. În final, îndeplinirea unei însărcinări poate fi realizată destul de precis, însă acțiunea rămâne a fi instabilă față de modificarea condițiilor.

Tipul II – BOA conține nu numai modelele acțiunii și produsele ei, dar și toate indicațiile necesare cum trebuie îndeplinită corect acțiunea cu un material nou. Învățarea decurge mai rapid și cu un număr mult mai mic de erori.

Tipul III – Etapa I în prim-plan apare învățarea planificată a analizei problemelor noi, care permite evidențierea punctelor de reper, determinarea condițiilor îndeplinirii corecte a însărcinărilor. Erori se comit numai la începutul instruirii și se referă la procesul de analiză a condițiilor. Tempoul învățării crește rapid. Acțiunile formate sunt stabile (nu absolut) față de schimbările condițiilor. În cadrul aceluiași domeniu de probleme acțiunile sunt complet transferabile.

Etapa II – în continuare elevul începe îndeplinirea acțiunii în plan material.

Etapa III – reducerea operațiilor nu înseamnă transferul lor în plan mintal. Elevul mai are drept bază punctele materiale de reper. Numai după ce acțiunea a atins nivelul cel mai superior de îndeplinire în forma materială sau materializată (gradul cel mai înalt de generalizare, reducere, însușire) ea este ruptă de ultimele repere materiale. Conținutul adevărat al acestei etape constă în transferarea acțiunii în planul vorbirii în afara reperelor pe obiectele materiale. Deci, transferarea acțiunii în plan verbal semnifică nu numai exprimarea acțiunii în vorbire, dar și îndeplinirea acțiunii materiale în planul vorbirii. Limbajul este forma acțiunii materiale.

Etapa IV – începe cu transferarea treptată a acțiunii îndeplinite în planul vorbirii în plan interior și se finalizează cu pronunțarea liberă deplină a acțiunii în planul vorbirii pentru sine (vorbirea interioară). Din nou au loc aceleași transformări: la început desfășurarea deplină și până la generalizare, reducere etc.

Etapa V – din acest moment începe etapa a cincea – ultima. Aici decurge reducerea a însăși vorbirii. Rămân numai niște fragmente, rupturi separate. Vorbirea exterioară se transformă în cea interioară, care decurge automatizat și în afara introspecției. Copilul îndeplinește acțiunea în plan psihic interior.

ψ ψ ψ

Activități și produse de învățare (sarcini didactice):

- Explicați cum are loc procesul de transformare a acțiunilor exterioare în acțiuni mintale.
- Stabiliți importanța acestei teorii.

8. MODELUL DEZVOLTĂRII MORALE LA COPII DIN PERSPECTIVA LUI LAWRENCE KOHLBERG

ψ ψ ψ

Unități de competențe (obiective):

- să definească repererele conceptuale ale lui Lawrence Kohlberg;
- să descrie formarea raționamentului moral;
- să descrie stadiile formării raționamentului moral la copii;
- să stabilească avantajele și dezavantajele acestei teorii.

ψ ψ ψ

Unități de conținut:

- ✓ Accepțiuni generale referitor la formarea raționamentului moral din perspectiva lui Kohlberg.
- ✓ Nivele și stadiile formării morale la copii din perspectiva lui Kohlberg.
- ✓ Avantaje și dezavantajele acestei teorii.

ψ ψ ψ

Termeni cheie: raționamentul moral; judecată morală; nivelul preconvențional; convențional, postconvențional.

ψ ψ ψ

Psiholog american L.Kolberg a elaborat modelul raționamentului moral (o replică a modelului teoriei morale a lui J.Piaget) fiind psihologul care „s-a oprit cu precădere asupra acestei abordări, extinzând cercetările asupra gândirii morale și la perioada adolescenței și apoi a maturității” (Peter Gray, 1991, p.476-477). În concepția sa dezvoltarea morală este un proces de internalizare strâns legat de vârsta persoanei respective (legătura dintre nivelul de raționament al copilului și stadiul de dezvoltare). Dezvoltarea morală evoluează de la un comportament controlat din exterior la un comportament controlat din interior, generând astfel, standarde și principii de comportament.

Periodizarea realizată de Kolberg se bazează pe o investigație de teren realizată asupra unui eșantion format din 72 de subiecți cu vârste cuprinse între 10-16 ani, ulterior cercetările sale căpătând o amprentă interculturală. În cercetările sale a utilizat o serie de dileme morale, adică povestiri scurte care descriau situații în care o persoană trebuie să ia o decizie morală. Participanții trebuiau să răspundea la o serie de întrebări deschise arătând și justificând care credeau că este cursul corect al unei

acțiuni, de ce anumite acțiuni sunt „bune” sau „rele”, corecte sau greșite. S-a axat pe justificările date de participanți, ca mod de gândire și mai puțin de soluția dată („da” sau „nu” a subiecților).

Nivelul preconvențional (4-10 ani) este caracteristic copiilor, deși sunt situații când și adulții manifestă acest nivel de judecată. Judecată moralitatea unei acțiuni prin consecințele ei directe. Primele două stadii ale dezvoltării morale se caracterizează prin egocentrism.

Stadiul întâi: orientarea spre obediență și pedeapsă. Copilul acceptă necondiționat autoritatea părinților, moralitatea faptelor sale având drept criterii supunerea la cerințele formulate de aceștia. În virtutea acestui „raționament” regulile sunt respectate pentru a evita sancțiunea (binele și răul sunt evaluate după consecințele fizice ale acțiunii: este bine ceea ce este recompensat; rău - ceea ce este pedepsit). De ex., o acțiune este percepută ca fiind negativă din punct de vedere moral, dacă persoana care o comite este pedepsită. Cu cât este mai grea pedeapsă, cu atât fapta comisă este mai „rea”. În plus, nu se recunoaște, în acest stadiu ca punctele de vedere ale celorlalți sunt diferite față de cel propriu. Acest stadiu poate fi văzut ca un fel de autoritarism.

Al doilea stadiu "orientarea spre hedonismul instrumental naiv" reflectă poziția „ce avantaje obțin eu?”. Binele și răul sunt evaluate după nevoile personale: este bine ceea ce aduce avantaje; rău este ceea ce nu aduce beneficii; orientarea se face în direcția obținerii recompensei. Judecata morală este acum condițională: “Fac ceea ce spui dacă-mi cumperi bomboane”. Copilul se conformează la normă pentru a fi recompensat. Interesul față de nevoile celorlalți este limitat, iar acest interes se manifestă doar până în punctul în care ceilalți sunt de folos (dacă mă ajuți, te ajut și eu pe tine). Grijă față de ceilalți nu se bazează pe loialitate sau pe respect intrinsec. Nivelul convențional (10-13 ani) La acest nivel copilul își “construiește” raționamentul moral pe baza asumării rolului de “copil model”, așa cum îl percepe el din experiențele trăite în familie și în celelalte grupuri sociale. Cu alte cuvinte judecata este bazată pe aprobările celorlalți, pe așteptările familiei, valorile și legile comunității. Este caracteristic adolescenților și adulților.

Stadiul trei: Moralitatea conformismului interpersonal și a bunelor relații (“good boy morality”) Principalele criterii ale raționamentului moral, în acest stadiu, sunt aprobarea sau dezaprobarea în cadrul grupurilor de referință (familia, grupul de prieteni). Copilul acceptă regulile și normele morale, se conformează standardelor de comportament prescrise de societate din dorința de a face plăcere celorlalți și de a fi recunoscut ca un băiat sau o fată “bună”. Progresul înregistrat în acest stadiu se concretizează în mărirea gradului de obiectivitate a raționamentului moral prin apariția

tendenței de apreciere, pozitivă sau negativă, a faptelor nu numai după consecințe, ci și după intenția lor.

Stadiul patru „lege și ordine morală”. Judecata morală este orientată spre respectarea ordinii și legii; autoritatea trebuie respectată și ordinea socială menținută. Se observă o deplasare a preocupărilor centrate pe familie și grupul restrâns al copilului spre o societate mai largă. Bine înseamnă să-ți faci datoria. Legile trebuie respectate cu excepția cazurilor extreme. Nivelul postconvențional al judecății morale (după 13 ani) Această etapă este cunoscută drept etapa moralității autonome. Ideea că indivizii sunt entități separate de societate devine proeminentă. Perspectiva individului trebuie văzută înaintea celei a societății. Datorită acestei caracteristici „individul înaintea societății”, acest nivel, și în special stadiul 6, este uneori confundat cu judecată de la nivelul preconvențional.

Stadiul cinci „moralitatea contractului social și al drepturilor individuale” este stadiul moralității contractuale și acceptării democratice. Se bazează pe o acceptare mutuală a legii. Legile sunt considerate contracte sociale și nu maxime rigide. Ca atare acele legi care nu promovează binele social general trebuie schimbate pentru a se asigura bunăstarea majorității. Acest obiectiv este atins prin decizia majorității și compromis inevitabil. Astfel, guvernarea democratică este, după cum se pare, bazată pe stadiul 5 de judecata morală.

Stadiul șase „principiile universale ale conștiinței”. În acest stadiu binele și răul sunt probleme ale conștiinței individuale și implică o serie de concepte abstracte ca justiția, demnitatea umană și egalitatea. Oamenii își stabilesc propriile coduri și principiile morale reflectând asupra problemelor și dezvoltându-și propriile idei. Autoblamarea, autocondamnarea sunt considerate mai puternice decât judecata celorlalți. Legile sunt valabile numai în măsura în care acestea sunt întemeiate pe dreptate. Astfel, ei pot ajunge să nu fie de acord cu unele reguli ale societății, dacă le consideră greșite din punct de vedere moral. În acest stadiu, indivizii nu sunt văzuți ca mijloace pentru a atinge un scop, ci sunt scopuri în sine.

ψ ψ ψ

Activități și produse de învățare (sarcini didactice):

- Comparați stadiile formării morale la copii dezvoltate de L. Kohlberg cu stadiile dezvoltării morale ale lui J. Piaget.
- Stabiliți dezavantajele acestei teorii.

9. TEORIA DEZVOLTĂRII PSIHOSOCIALE A LUI E.H. ERIKSON

ψ ψ ψ

Unități de competențe (obiective):

- să descrie conceptele centrale a teoriei lui Erikson;
- să identifice, definească etapele dezvoltării psihosociale;
- să interpreteze crizele cu care se confruntă individul uman în diverse etape ale vieții;
- să stabilească avantajele și dezavantajele acestei teorii.

ψ ψ ψ

Unități de conținut:

- ✓ Accepțiuni generale referitor la dezvoltării psihosociale din perspectiva lui Erikson.
- ✓ Principiile de bază a psihologiei Ego-ului a lui Erikson.
- ✓ Stadiile dezvoltării psihosociale.
- ✓ Evaluarea teoriei lui Erikson.

ψ ψ ψ

Termeni cheie: încredere, neîncredere, autonomie, îndoială, inițiativă, vinovăție, competență, inferioritate, identitate, confuzia rolului, intimitate, izolare, creație, stagnare, integritatea personalității, disperare.

ψ ψ ψ

Psiholog neofreudian Erik Erikson propune o abordare stadială a formării personalității acordând o atenție deosebită aspectelor sociale și culturale ale dezvoltării. Problematika identității reprezintă cheia explicativă a dezvoltării individuale. Dezvoltarea ființei umane este marcată de două procese opuse și complementare: socializarea și individuarea. Socializarea presupune formarea și menținerea de relații cu alte persoane, reglarea comportamentelor în funcție de norme sociale. Individuarea presupune atingerea unui maxim în dezvoltarea personală, concretizat în formarea respectului de sine și a capacității de autocontrol.

Cu alte cuvinte dezvoltarea personalității este influențată atât de factori biologici cât și de factori sociali – atât de variabilele personale cât și de cele situaționale. Deși freudian, teoria lui Erikson, exprimată în lucrarea *Childhood and Society* (1950), aduce în prim plan energia (impulsul) socială ,nevoia specific umană de

interrelaționare, spre deosebire de Freud unde energia sexuală reprezintă factorul determinant al dezvoltării personalității. Accentul cade pe dezvoltarea unei personalități sănătoase, pe nevoia de identitate (Ego sănătos) deschizând astfel o perspectivă pozitivă în psihanaliză, comparativ cu teoria freudiană axată pe rezolvarea conflictelor interioare puternice (psihologie abisală), accentul căzând pe rolul SuperEgo-ului. Dezvoltarea este văzută ca un proces evolutiv, bazat pe o succesiune de evenimente biologice, psihologice și sociale, ce are ca scop crearea identității, repararea traumelor apărute ca urmare a unor crize (accidentale și naturale), inerente dezvoltării. Dacă pentru Freud procesul construirii identității este complet la sfârșitul adolescenței, Erikson, fără a nega rolul crucial al primilor ani de viață aduce în atenție perspectivă longitudinală, continuă a dezvoltării personalității noastre, de la naștere și până la moarte, considerând că dezvoltarea ființei umane continuă pe toată durata vieții (Peter Gray, *Psychology*, Worth Publishers, Inc., New York, 1991, p. 450-45). Fiecare etapă a vieții este deschisă unei noi achiziții psihosociale, ca urmare a unei crize de dezvoltare. Crizele apar ca urmare a conflictului dintre posibilitățile de relaționare ale subiectului și cerințele mediului social. Conform teoriei eriksoniene fiecare persoană experimentează opt "crize psihosociale" (conflicte interne legate de etapele-cheie ale vieții), care contribuie la definirea și dezvoltarea personalității lui. Specific crizelor este că fiecare este caracterizată de un conflict între două poziții și atitudini (sau dispoziții sau forțe emoționale) opuse. În forma lor concretă, crizele, autentice provocări, se prezintă sub forma unor dileme: știu cine sunt?, pot să fiu autonom?, sunt capabil? etc.

Personalitatea individului este marcată de modul în care au fost soluționate aceste crize sau conflicte, fapt pentru care aceste stadii au fost numite și crize de dezvoltare (ieșirea din criză se poate face în mod pozitiv sau negativ). Persoanele incapabile de a face față crizei într-un mod acceptabil, vor întâmpina dificultăți în parcurgerea următoarelor stadii, dezvoltarea ulterioară fiind afectată. Parcurgerea cu succes a acestor stadii depinde de capacitățile adaptative ale individului, precum și de suportul social. Cu toate acestea, Erikson consideră că experiențele nesoluționate corespunzător într-un anumit stadiu pot fi compensate ulterior. Stadiile psihosociale

Primele 5 stadii descrise de Erikson reprezintă o extindere și o reformulare a etapelor de dezvoltare psihosexuală ale lui Freud. Acestea însă, se află însă într-o mișcare continuă în sensul că individul își redevoltează propria personalitate. Celelalte stadii abordează vârsta adultă cu toate etapele ei. Dimensiunile personalității sunt abordate ca un conflict între doi poli opuși, un pol pozitiv, care favorizează o dezvoltare sănătoasă pe termen lung și un pol negativ, care vulnerabilizează persoana. De cele mai multe ori, o persoană rezolvă conflictul undeva între cele două extreme.

1. **Conflictul încredere versus neîncredere (0-1 an).** Esența acestui stadiu este dezvoltarea încrederii în lumea înconjurătoare, cât și a încrederii în sine. Sugarul la naștere se confruntă cu un conflict fundamental, acela dintre neîncrederea într-o lume pe care nu o cunoaște, dependent fiind de îngrijirea parentală și tendința de -a avea încredere în acea lume. Relația cu mama este determinantă; atașamentul copilului se formează prin sentimentul de încredere, securitate față de părinți, pe sentimentul că aceștia vor fi acolo pentru el și-i pot satisface nevoile. Încrederea este un sentiment pe care fiecare mamă îl formează la copilul său în mod diferit. Dacă îngrijirea este caldă, armonioasă, dacă nevoile copilului sunt satisfăcute se constituie sentimentul de încredere căruia îi urmează sentimentul de confort și securitate. Dacă îngrijirea copilului este rece, inconsistentă, imprezvizibilă și nesigură (deseori copilul așteaptă foarte mult pentru a fi hrănit, schimbat, mângâiat și este manevrat cu gesturi aspre), atunci copilul va dezvolta un sentiment de neîncredere, insecuritate, suspiciune și teamă de viitor în general, apare anxietatea, neliniștea, agitația. În opoziție cu atașamentul este respingerea, teama de apropiere; copilul se simte abandonat și neajutorat atunci când părinții nu-i satisfac nevoile. Dacă copilul este izolat de sentimentele de normalitate va înregistra un eșec în aprecierea realității. Acesta va transfera sentimentul de neîncredere și în relațiile cu ceilalți. În concordanță cu opiniile lui Erikson cu privire la importanța încrederii, cercetările realizate de Bowlby și Ainsworth au subliniat modul în care calitatea experiențelor timpurii de atașament poate afecta mai târziu relațiile cu ceilalți.
2. **Conflictul autonomie – îndoială de sine (1-3 ani).** Este perioada încercărilor de emancipare, se dezvoltă sentimentul de autonomie, al încercării în sine. De îndată ce copilul își capătă o relativă independență, învățând să meargă, să vorbească, să se hrănească singur, capătă controlul sfincterian etc., el devine foarte activ, dorește să acționeze singur, să facă, să apuce și acest fapt naște dorința părinților de a-l controla. Autonomie înseamnă încrederea în sine, independență în gândire și acțiune. Dacă tratamentul copilului este lax, e lăsat liber să efectueze o serie de acțiuni mărunte atunci se dezvoltă autonomia. Dacă tratamentul este punitiv, copilul este criticat frecvent pentru că se murdărește, se lovește, strică jucăriile (n-ai voie, nu te interesează), dacă părinții manifestă dezaprobare pentru tot ceea ce fac copiii, ridiculizează anumite fapte, ca de exemplu atunci când copiii mai fac în pat fiind apostrofați la genul: "nu ți-e rușine, ești băiat mare și mai faci în pat?" , apare sentimentul de îndoială, de rușine față de propria capacitate de autocontrol și totodată va pierde și încrederea în propriile decizii. Rușine și îndoiala inhibă exprimarea de sine și dezvoltarea propriilor idei, opinii și a

- sentimentului de sine. Cum recunoaștem că s-a instalat rușinea la copil? Dacă copilul este în spatele fustei mamei în momentul în care vă întâlniți sau îi faceți cunoștință cu cineva, este timid, vorbește cu o voce joasă.
3. **Conflictul inițiativă versus vinovăție (3-6 ani).** În această perioadă a vieții, copilul începe să exploreze lucruri noi, apare curiozitatea de –a descoperi (curiozitate epistemică), are inițiativă de căutare dar și de distrugere (descompunere a întregului în părți). Începe să-și descopere abilități motorii, să interacționeze din ce în ce mai mult cu cei din jur, să aibă inițiativa multor activități imitând de obicei adulții. Inițiativa este capacitatea de a concepe acțiuni sau proiecte, de a avea încrederea și convingerea că este bine să facă acest lucru, chiar și cu riscul de a greși. Copiii , încep să plănuiască lucrurile în avans, frecvent încalcă interdicțiile impuse de părinți, fapt penalizat fizic sau verbal. În această etapă rolul părinților este foarte important; dacă aceștia vor fi suportivi (oferind suport, înțelegere și empatie), dar și consecvenți disciplinar în același timp, copiii vor învăța cu timpul că nu toate lucrurile le sunt permise, fără a se simți vinovați și, în același timp, vor continua să exploreze fără a se rușina de faptele lor, iar asumarea de responsabilități va conduce la dezvoltarea simțului de inițiativă. De asemenea, părinții trebuie să manifeste înțelegere față de curiozitatea sexuală specifică la această vârstă, care se corelează cu stadiul falic al lui Freud și cu complexul Oedip. Intervenția educativă necorespunzătoare va dezvolta copilului o temă de pedeapsă exagerată, considerând pe viitor că orice inițiativă personală este greșită; dacă anumite acțiuni nu au fost finalizate corespunzător, sau acțiunile lor au fost considerate inoportune se va dezvolta sentimentul de vinovăție. O mare provocare pentru părinți, frați mai mari, bone este de-a obține un echilibru între a da copiilor spațiu suficient pentru a favoriza dezvoltarea încrederii și a-i proteja împotriva pericolului, precum și de-a experimenta situații prin intermediul cărora să conștientizeze consecințele greșelilor lor pentru a nu dezvolta o tendință iresponsabilă sau nechibzuită.
4. **Conflictul încredere în sine versus inferioritate (6-12 ani).** În acest stadiu treptat, copilul, implicându-se în rezolvarea sarcinilor școlare, în treburile casei, alegerea jocurilor, achiziționează cunoștințe și deprinderi. Factorii determinanți ai acestei perioade sunt școala și grupul de joacă. Odată cu începerea școlii, apare prima comparație socială. Dacă copilul depășește cu succes noile provocări apare încrederea în sine, sentimentul competenței, abilitatea de-a rezolva problemele. Astfel, o abordare corespunzătoare din partea părinților, dar și a învățătorilor vor dezvolta un simț al competenței. Inferioritatea apare ca urmare a eșecului. Un copil care nu are rezultate pozitive, sau mai rău i se refuză posibilitatea de-a

descoperi și dezvolta propriile capacități și puncte forte ale potențialului său se va simți inferior și inutil. Reacțiile inadecvate din partea celorlalți pot cauza sentimente de inadecvare și inferioritate sensibilizând personalitatea copilului. Cea mai frecventă greșeală a părinților este de a-și compara permanent copilul cu ceilalți: "Vezi, Fănel a scris mai frumos ca tine, tu nu înveți la fel de bine ca... X" etc. Aceste comparații adâncesc sentimentul de inferioritate și inadecvare.

5. **Criza identitate de sine versus confuzia de roluri (12- 18/20 ani).** Alături de alți psihologi Erikson consideră adolescența criza centrală a întregii dezvoltări, criza de identitate fiind considerată singurul conflict puternic pe care persoana îl are de înfruntat în această viață. Principala sarcină a acestei perioade este dobândirea sentimentului identității, care poate fi definit ca: "sentimentul de a te simți acasă în propriul corp, sentimentul că știi încotro mergi, precum și certitudinea recunoașterii din partea celor care contează" (Erikson, 1950, p.165). Are loc trecerea de la stadiul de copil la stadiul de adult, perioadă ce presupune pierderea vechii identități și construirea unei noi identități personale și vocaționale. În încercarea de - a ajunge la un simț clar și coerent al identității, adolescenții se implică în diverse roluri, le testează, fiind de multe ori confuzi. Modul în care celelalte stadii au fost rezolvate își pune amprenta asupra depășirii în mod satisfăcător a crizei de identitate. În această perioadă apare și problema stimei sociale, adolescentul punându-și întrebarea firească „Este important el pentru societate?”, totul fiind trăit cu intensitate masivă, cu exacerbări emoționale. În același timp se formează comportamente specifice rolului sexual; este perioada căutărilor, a tatonărilor în care fetele se machiază și încearcă să se pună în evidență printr-o vestimentație cât mai sumară, băieții se dau cu gel, adoptă tot felul de freze în încercarea de-a se defini ca personalitate. Eșecul în dobândirea unei identități clare, durabile are ca rezultat așa numita difuziunea a rolului său potrivit lui Erikson „adolescenții trăiesc o așa numită experiență a difuziei identității, care implică un puternic sentiment de nesiguranță”, confuzie între ceea ce este și ceea ce dorește să fie. Datorită confuziei la nivelul rolurilor identitare apare frecvent întrebarea: "Cine sunt eu?".

Adolescentul manifestă totodată și un comportament indezirabil, prin însuși conflictul interior prin care trece: "să am inițiativă să fac cutare lucru?"; își dorește să aibă inițiativa într-o acțiune, dar pe de altă parte este inhibat de părinții care-i dirijează și limitează fiecare acțiune. Scopul educațional al acestei etape este formarea copilului autonom prin acordarea unei anumite independențe, oarecum controlate. O formă de dependență creată și întreținută de părinți este pusă în evidență de părintele care își însoțește copilul la examen și-l așteaptă în curtea

liceului său facultății și la această vârstă. Conform lui Adler: ”orice copil problemă este un părinte problemă”. Presiunile puternice din partea părinților sau a societății pot determina disperarea adolescentului, dezorientarea sa. Rezultatul este înstrăinarea fizică sau psihică de mediile normale, mergând până la difuziunea de roluri, astfel încât tânărul poate adopta o identitate negativă. Dezvoltarea identității la fete, comparativ cu băieții, este marcată de tendința de amânare a creării propriei identități, până la găsirea partenerului de viață, care are un rol major în determinarea statutului lor. Chiar și adolescentul cel mai bine adaptat la schimbările perioadei trăiește sentimente de difuzie a identității: majoritatea băieților și foarte multe fete trăiesc experiențe de delicvență minoră, rebeliune, sau puternice îndoieli care copleșesc tânărul. ”Stabilirea identității în adolescență reprezintă elementul-cheie în realizarea ulterioară a unor relații intime adecvate.”

6. ***Criza intimitate versus izolare (20-30/ 35ani)***. Această perioadă, denumită și stadiul maturizării timpurii, abordează persoana aflată în “floarea vârstei”, atunci când capacitățile, aptitudinile acesteia atingând cel mai înalt nivel. Potrivit lui Erikson este stadiul descoperirii și pierderii sinelui în celălalt. Pe prim plan sunt puse experiențele privind prietenia, sexualitatea, dragostea. Este perioada căutării unui partener de viață, fiecare având o trebuință afectivă și sexuală, importantă fiind, nevoia de intimitate, realizarea acestui deziderat având implicații pozitive asupra capacității adulților de a dezvolta relații apropiate și profunde cu alții, capacitatea de a iubi și de a răspunde angajamentelor față de ceilalți. Nu ești dezvoltat complet până nu cunoști și dezvolți sentimentul intimității. Stabilitatea cea mai eficientă a maturizării timpurii, bărbații o găsesc în căsătorie și în profesie. Cazurile în care individul nu și-a găsit partenerul său este părăsit, determină din partea acestuia închidere în sine, chiar izolare socială, ca urmare a depresiei ce însoțește această relaționare superficială. Chiar dacă persoana este înconjurată de alte persoane sentimentul inutilității, al eșecului în plan afectiv este pregnant determinând tulburări psihosomatice, depresii, putându-se ajunge chiar la tentative de suicid etc. Majoritatea persoanelor care solicită consiliere psihologică în această perioadă au ca problemă singurătatea. Menționăm că celibatul este o alegere voită care nu afectează viața sentimentală a persoanei, ne fiind o tulburare de comportament.
7. ***Criză: generativitate versus stagnare, (35-65 ani)***. Această perioadă, marchează reevaluarea scopurilor, aspirațiilor de viață ale omului. Se caracterizează prin generativitatea, acel sentiment al contribuției la dezvoltarea următoarei generații, exprimat prin „a avea grijă de”/ „a se ocupa de”. În prim plan este pusă nevoia

adultului de a se simți capabil, de-a se orienta către exteriorul sau/și de a-și exersa rolul profesional și/sau parental. Apare nevoia pregnantă de a avea un moștenitor cu orice preț, ca o continuitate a ceea ce este, nevoia de a împărtăși celorlalți din experiența acumulată, fapt pentru care această etapă se mai numește și "perioada meșterului"; Erikson afirmă că adulții au nevoie de copii așa cum aceștia au nevoie de adulți. În această perioadă adultul trece adesea printr-o criză, în care conștientizează că jumătate din viața sa a trecut, își pune întrebări în legătură cu realizările sale și mai ales întrebări vis-a-vis de ceea ce nu a împlinit din ceea ce și-a propus în tinerețe și întrucât visele tinereții sunt adesea irealizabile, autoaprecierea succeselor obținute până atunci, a realizărilor proprii este negativă. Problemele acestui stadiu sunt determinate de cazul când din diverse motive adultul nu a acumulat suficiente cunoștințe sau experiență sau, nu are cui împărtăși din experiențele sale; omul trece prin așa zisa criză a stagnării; de aceea părinții spun: "eu la vârsta ta... etc". Dacă individul este singur stagnarea privește relațiile sociale, are loc limitarea și exagerarea preocupărilor față de sine, apare pasivitate, rutină, stagnare în dezvoltarea personalității.

8. **Criză: integritate și disperare (de la 65 de ani).** Reprezintă ultimul stadiu, conflictul de bază fiind cel dintre integritate și disperare. Integritatea presupune un sentiment de liniște și pace cu sine și lumea; acceptare, lipsă de regrete sau acuzații. Disperarea reprezintă dispoziția opus: sentimentul de oportunități irosite, regrete, oamenii își doresc a doua șansă, să dea ceasul înapoi. Odată cu ieșirea la pensie dispare rolul profesional, iar prin plecarea copiilor la casa lor dispare și rolul parental (în cazul în care acest rol a fost îndeplinit). Această perioadă este marcată și de decesul partenerului de viață. Pe fondul acestor schimbări marcante individul este pus în fața a două probleme: viața lui a fost împlinită, realizată sau dimpotrivă anostă, pasivă. Această perioadă este marcată inevitabil de teama de moarte, a fi sau a nu mai fi, de întrebări referitoare la sensul existenței sale, este perioada bilanțului, a evaluărilor; pe acest fond ca urmare a disperării poate apare depresia bătrâneții. Rezolvarea cu succes a conflictelor din etapele anterioară va conferi persoanei un simțământ al împlinirii sau al integrității. O astfel de persoană este caracterizată de înțelepciune, privește viața într-un mod detașat, ajunge la un echilibru psihic. La cealaltă extremă, se află persoanele care au eșuat în rezolvarea crizelor din etapele anterioare, ceea ce va duce la un sentiment de disperare, neputință și amărăciune, senzația că viața a fost neîmplinită și se va sfârși neîmplinită. Atunci când privesc înapoi, unii sunt satisfăcuți de realizările lor. Alții sunt nemulțumiți, chiar sperați, deoarece nu văd decât eșecurile și

posibilitățile pierdute (Hayes, Orrell, 1997, p. 352; Șchiopu, Verza, 1995, p. 38; Gal, 2001, p. 18).

Teoria eriksoniană pune în evidență dezvoltarea Eului de-a lungul întregii vieți. Cunoașterea stadiilor de dezvoltare și identificarea rolurilor jucate de individ pe parcursul vieții, este importantă pentru cunoașterea diferitelor cauze care au generat instalarea nevrozelor, a unor tulburări afective (anxietatea, depresia etc.) sau boli psihosomatice (ulcerul gastric/duodenal, astmul bronșic etc.) . Cuvinte cheie: Criză psihosocială; Stadii psihosociale ,identitate. Temă : Realizați un studiu comparativ între teoria freudiană și teoria dezvoltării psihosociale a lui Erikson . Asemănări și deosebiri. Prezentarea stadiilor Stadii ul Criza de dezvoltare Condiții sociale semnificative Finalități psihosociale Tendință dezadaptativă 0-1 ani Încredere vs. neîncredere Mediu securizant d.p.d.v. afectiv,îngrijire și satisfacere a nevoilor vs îngrijire înstrăinată mediu inconsistent.Actorul principal mama sau substitutul matern. speranta, optimism, incredere. deformare senzorială,retragere 1-3 ani Autonomie vs. dependență. A fi protejat /a fi liber. Mediu suportiv vs mediu nesuportiv caracterizat prin cinism,exigență și control. Actorii principali : părinții. Autonomie, stimă de sine. Rușine,îndoială în legătură cu propriile abilități, impulsivitate, compulsivitate. 3-6 ani Inițiativă vs vinovăție;Explor area posibilităților sinelui sau restrângerea lor Influențe încurajare a inițiativelor de căutare/ Mediu restrictiv, critic si descurajant Agenți principali:Mediul familial. Inițiativă orientare spre scop,curaj. Vinovăție sau teama de a lua inițiative, inhibitie 6-12 ani Încredere în sine, sârguință vs. inferioritate Mediu stimulatv formării și dezvoltării/ Mediu inadecvat de formare si excesiv de critic Agenți principali:școala si grupul de joaca. Sentiment de încredere în forțele proprii, competența. Imagine de sine negativă, sentiment de inadecvare,inferioritat ce determină ulteriorul comportamentul de învățare. 12-18 identitate vs. confuzie de roluri. A fi sau a nu fi tu însuși. Mediu suportiv, care inspiră încredere ,feedback pozitiv/ mediu nesuportiv, feedback negativ. Agenți principali: grupul de prieteni, modele de rol. Identitate de sine, unitate, sistem de valori. Confuzie, imagine de sine inadecvată fanaticism, renegare. 18-35 ani intimitate vs. Izolare Descoperirea și pierderii sinelui în celălalt. Căldura , dragoste ,intimitate/ absenta intimității, abandon, respingere. Agenți principali: Prietenii, relația de cuplu. Intimitate, dragoste, mutualitate afectivă. Izolare, teamă de singurătate 35-60 ani realizare vs. stagnare. ,, A avea grijă de”/, a se ocupa de” Context favorabil pentru dezvoltare și proliferare/ inhibitiv .Agenți principali: Familia, profesia. Productivitate, creștere, grija manifestata pentru ceilalți. Stagnare, egocentrism peste 60 de ani integritate vs. disperare. Capacitatea de a face față ideii de-a muri Retrospectiva vieții produce

împlinire,mândrie/ disperare, frustrare față de ce s-ar fi putut realiza. Agenți principali: pensionarea, apusul vieții. Intelepciune, unitatea Eului. Disperare,dezgust, depresie.

ψ ψ ψ

Activități și produse de învățare (sarcini didactice):

- Analizați crizele cu care se confruntă individual uman la diverse etape ale vieții.
- Comparați stadiile dezvoltării umane conform teoriei lui E. Erikson cu stadiile dezvoltării psihice propuse de Vîgotski.

10. TEORIA ATAȘAMENTULUI – JOHN BOWLBY ȘI MARY AINSWORTH

ψ ψ ψ

Unități de competențe (obiective):

- să definească repererele conceptuale ale teoriei atașamentului – John Bowlby;
- să descrie formarea relațiilor de atașament în primii ani de viață;
- să descrie esența noilor cercetări asupra atașamentului;
- să stabilească avantajele și dezavantajele acestei teorii.

ψ ψ ψ

Unități de conținut:

- ✓ Accepțiuni generale referitor la formarea relațiilor de atașament din perspectiva lui Bowlby.
- ✓ Etapele în formarea relațiilor de atașament la copii din perspectiva lui Bowlby.
- ✓ Avantaje și dezavantaje ale acestei teorii.

ψ ψ ψ

Termeni cheie: atașament, separarepreatașament, atașament, atașament evident, proximitate, parteneriat orientat spre scop.

ψ ψ ψ

Teoria atașamentului derivă direct din sublinierea importanței deosebite a primilor ani de viață, axându-se pe relațiile interpersonale cu părinții, pe legătura emoțională creată între copil și părinte, respectiv mama sau substitutul matern.

Termenul de atașament a fost introdus de John Bowlby (1959), psihanalist englez, pentru a descrie legătura afectivă și durabilă dintre indivizi, adeseori între mamă și copil (Băiceanu L., 2004). Până la Bowlby, atașamentul era considerat un impuls secundar derivat din impulsuri primare - precum foamea. În concepția behavioristă nevoia de atașament derivă din nevoile biologice de hrană și căldură ale copilului, amândouă satisfăcute de mamă, deci preferința copilului pentru mamă este rezultatul condiționării. Influențat de studiile etologice ale lui Konrad Lorenz cu privire la imprimare (imprinting) - o formă de învățare care are loc într-o perioadă critică și care stabilește un atașament profund din partea unui animal tânăr față de părinții săi, Bowlby a dezvoltat teoria atașamentului considerând că și oamenii sunt predispuși biologic să formeze o legătură puternică și de durată cu un individ anume. Având în vedere dependența noilor născuți față de adulți, dependență născută din extrema

neajutorare a acestora, această legătură are funcție de supraviețuire. Mama reprezintă baza de securitate de la care copilul pleacă în explorarea lumii și care îl reconfortează când se întoarce. Legătura afectivă cu mama îi dă un sentiment de siguranță, de securitate. Eșecul în formarea unui atașament sănătos (mamă - copil) poate explica multe probleme ale dezvoltării viitoare. Atașamentul reprezintă o relație afecțională pe care ne-o formăm față de cineva și care persistă în timp și spațiu, în condiții de proximitate și contact, relația afectivă preferențială, selectivă stabilindu-se cu una sau mai multe persoane de referință. Este o formă de comportament ce rezultă din obținerea sau menținerea unei proximități. La copiii mici, aceasta implică apropiere și semnalizare. Siguranța pe care o produce atașamentul părinte-copil este considerată o parte importantă a dezvoltării emoționale și sociale. Calitatea atașamentului derivă din interacțiunile pe care le are copilul cu părinții, de stres și circumstanțele familiare. Această legătură formată în copilăria mică (baza de siguranță a copilului) are un rol important în dezvoltarea individului și a tipului de relații pe care acesta le va stabili ulterior cu alți indivizi de-a lungul vieții. Conform lui Bowlby, legătura mamă-copil se formează într-o perioadă critică în copilărie și este păstrată tot restul vieții în inconștient.

Atașamentul este pregnant în primii ani de viață și în copilărie, dar apare în toate ciclurile vieții umane. Capacitatea de a acorda și de a căuta protecție este una din principalele caracteristici ale unei funcționări sănătoase. În mod asemănător, capacitatea copilului de a fi deschis spre nou, de a explora, izvorăște tot din legăturile afective securizante din mica copilărie pentru început și adolescență, mai apoi.

Fazele atașamentului sunt:

- *Preataşamentul - 0-2/3 luni*, caracterizat prin răspunsuri sociale nediscriminative ; copiii simt nevoia de a fi ținuti în brațe și nu exprimă preferințe față de cel care face acest lucru.
- *Ataşamentul în formare – 2/3-7 luni*, perioadă de învățare a regulilor de bază ale interacțiunilor.
- *Ataşamentul evident – 7-24 luni*, când copilul insistă clar ca ființa care îl ține în brațe să fie mama sau prima persoană care l-a îngrijit; protestează la separare, anxietate la apariția străinilor, comunicare intențională.
- *Parteneriat orientat spre scop – după 24 de luni*, moment în care relațiile devin bidirecționale și caracterizate prin empatie. (Schaffer, 2007) Mary Ainsworth a dezvoltat teoria lui Bowlby . În urma experimentului "Strânge Situation experiment", a stabilit următoarele tipuri de atașament: *securizant, evitant, ambivalent și dezorganizat.*

Atașamentul securizant: se realizează atunci când părinții sunt tot timpul “pe fază” la nevoile copiilor, când sunt responsabili.

Copiii siguri, oricât ar fi fost de tulburați de separare, erau liniștiți foarte repede după reîntâlnirea cu mama, îi adresau un zâmbet sau îi căutau privirea, lăsându-se mângâiați și își reluau jocul. Acest tip de flexibilitate pare a fi rezultatul interacțiunilor cu o mamă sensibilă, care a știut să răspundă la semnalele copilului său. De obicei, mamele cu copii siguri i-au luat în brațe repede atunci când plâneau și i-au ținut cu grijă și cu atenție, dar numai cât aceștia au vrut să fie ținuți în brațe. Aceste mame știau să îmbine propriul lor ritm cu cel al bebelușilor lor și nu le impun propriul lor plan. Comportamentul acestor mame tinde să genereze senzitivitate, acceptare și cooperare și nu lipsă de implicare, respingere sau distanțare emoțională (Ainsworth și colab, 1978). *Atașamentul anxios evitant* apare atunci când părinții nu vădesc preocupare față de nevoile, trebuințele copiilor, sunt neglijenți și chiar îi resping. În urma observațiilor realizate de Ainsworth (1978) s-a ajuns la concluzia că mamele copiilor considerați evitanți au refuzat activ ofertele de apropiere ale copiilor lor. Alți cercetători au observat că astfel de mame se retrag atunci când copiii lor pari triști. Acești copii sunt rezervați și timizi. La plecarea mamei se calmează greu, iar la reîntoarcerea acesteia, deși acceptă să fie luați în brațe, păstrează o mică barieră (fie o mână, un cot) între corpul mamei și al său, fiind vigilent, conform experiențelor anterioare. Dacă la început “cerșesc” atenția, afectivitatea părinților și/sau se revoltă, sfârșesc prin a se resemna, devenind insensibili și detașați în raporturile cu aceștia.

Atașament anxios ambivalent: Apare atunci când părinții nu răspund corect la necesitățile copilului, au comportamente contradictorii, uneori fiind plini de grijă, afecțiune, iar alteori urâcioși, agresivi, neglijenți astfel încât copilul devine nesigur, derutat; datorită incertitudinii apare anxietatea, teama de separare și copilul tinde să fie timorat din punct de vedere comportamental. Acest comportament este întărit de amenințarea cu abandonul sau cu bătaia venite din partea părinților. Astfel, sentimentul de nesiguranță se adâncește și se poate croniciza.

Cercetările lui Ainsworth (1978) au identificat două tipuri de copiii ambivalenți: cei care erau furioși și cei care erau pasivi. Ambele categorii erau prea preocupate de locul în care se află mamele lor pentru a mai putea explora liber. De asemenea, atât copiii furioși, cât și cei pasivi au reacționat la plecarea mamelor cu distress foarte puternic, astfel încât perioadele de separare au trebuit întrerupte. După reîntâlnire, copiii clasificați furioși au oscilat între o deschidere față de conexiunea cu mama și exprimări ale respingerii, iar copiii considerați pasivi au părut capabili doar de slăbiciune sau cereri implicite de consolare, ca și cum ar fi fost prea copleșiți de neajutorarea și nefericirea lor pentru a intra în contact cu mama direct. S-a descoperit

că acești bebeluși ambivalenți aveau mame care erau în cel mai bun caz disponibile ocazional și imprevizibil. S-a mai observat că mamele copiilor ambivalenți păreau să le descurajeze autonomia mai mult sau mai puțin subtil, ceea ce poate explica inhibiția explorării, caracteristică acestor copii (Ainsworth și colab, 1978). Atașamentul dezorganizat: Acest tip de atașament este o descoperire a lui Mary Main, studentă a lui Ainsworth. Aceasta în urma vizionării a 200 de casete video cu copiii studiați în „situația străină” de Ainsworth a observat că 90% dintre aceștia manifestau în prezența părintelui răspunsuri inexplicabile, bizare sau contradictorii. Acești copii, după reîntâlnirea cu mama, s-au retras de aceasta, au rămas blocați, s-au prăbușit pe podea sau și-au acoperit gura cu mâna. Main (1990) a presupus că atașamentul dezorganizat apare atunci când figura de atașament este resimțită atât ca o sursă sigură, cât și ca sursă de pericol. Acest tip de comportament contradictoriu sau lipsit de coerență, în care apar alternări între dorințe contradictorii de apropiere față de părinte sau de evitare, apare ca urmare a rezultatului interacțiunilor înfricoșătoare cu părinții, precum și al interacțiunilor în care copilul resimte părintele că înfricoșător. Urmând exemplul cercetării lui Ainsworth, o mulțime de studii au încercat să arate în ce măsură tiparele de atașament din copilăria mică au efecte pe termen lung. Experiențele de atașament au fost asociate cu rezultate ulterioare în copilărie, adolescență și vârsta adultă. Copiii cu atașament securizant dezvoltă semnificativ mai multă stimă de sine, sănătate emoțională, afecte pozitive, inițiativă, competență socială și concentrare în joc în comparație cu copiii nesiguri. Totodată vor dezvolta mecanisme de coping adecvate situațiilor dificile și vor avea relații sociale satisfăcătoare cu ceilalți. La școală, copiii siguri în copilăria mică sunt tratați cu căldură și adecvat vârstei lor de către profesori. Copiii evitanți, văzuți ca retrași, aroganți sau în opoziție, tind să scoată la iveală răspunsuri furioase, iar cei ambivalenți, văzuți ca imaturi, tind să fie răsfățați și infantilizați. Copiii evitanți se pare că frecvent îi victimizează pe alții, în timp ce copiii ambivalenți sunt adesea victimizați de către alții. Copiii siguri nu sunt nici victime, nici victimizatori (Wallin, D.J., 2010). Atașamentul evitant a fost asociat cu problemele obsesionale, narcisice și schizoide (Wallin, D.J., 2010). În ceea ce privește atașamentul dezorganizat în copilăria mică s-a dovedit a fi un factor de risc semnificativ pentru psihopatologia de după copilărie. Pacienții borderline, de exemplu, au experiențe de atașament dezorganizat. Există studii care au arătat că stilurile de atașament ale copiilor se regăsesc în relația de dragoste. Hazan și Shaver (1987) descriu următoarele stiluri ale adulților în raporturile cu partenerii de dragoste:

- ✓ Adulți siguri: ajung repede la relații apropiate cu ceilalți, caracterizând relația de dragoste ca bazată pe încredere reciprocă, prietenie. Marea majoritate și-au descris părinții că fiind grijulii, afectuoși, cu o căsnicie fericită.

- ✓ **Adulți ezitanți:** acestora le este greu să între în relații apropiate cu ceilalți, nu au încredere totală în partener. Își caracterizează cele mai importante experiențe de dragoste ca fiind plăcute dar și cu stări de neplăcere, cu gelozie și reticență, fiindu-le frică de intimitate. Își apreciază părinții că fiind mai severi, mai puțin atenți în privința îngrijirii lor.
- ✓ **Adulți anxioși/ ambivalent:** sunt dornici de o mare afecțiune, intimitate cu partenerul, dar în același timp preocupați de faptul că acesta nu le va răspunde la fel.

Descriu cele mai importante relații de iubire ca implicând emoții pozitive și negative, obsesii, dorința și preocupare maximă legată de reciprocitatea în dragoste, gelozie, atracție sexuală puternică. Își evaluează părinții că fiind severi, amestecându-se în activitățile lor și având o căsnicie nefericită. Exemplificând: dacă unui copil, sub diferite moduri, i se repetă, că nu este capabil de-a face lucruri, dacă este criticat în permanență, comparat cu ceilalți care au performanțe mai bune (părinții său frații mai mari), său dacă nu este lăsat a se descurca singur, să-și asume diferite situații potrivite vârstei, atunci acesta va dezvolta neîncredere în sine, se va îndoii de propriile lui capacități de –a se descurca de-a face față. În virtutea acestui pattern relațiile pe care le va dezvolta de-a lungul vieții cu alți indivizi vor fi de tip dependent, submisiv, tentat fiind de-a atribui celorlalți calități mai importante decât lui însuși. Copiii privați de-o minimă afecțiune, la rândul lor adulți fiind, vor fi incapabili să ofere altora această afecțiune. Cei ce au fost abuzați psihic, fizic sau sexual, vor deveni niște adulți cu o stimă de sine scăzută, împovărați de grave sentimente de vinovăție, ură și neputință, având depresii permanente sau periodice; vor fi incapabili de a construi relații armonioase cu partenerii lor, unii dintre ei devenind la rândul lor abuzatori. Ei relaționează în jurul ideii de suferință, de umilință a celuilalt, după modelul relației cu proprii părinți. Chiar dacă nu vorbim de cazuri patologice, modelul relației cu părinții și modelul relației dintre părinți vor amprenta, ce-i drept inconștient, modul în care – și vor construi viitoarele relații. Cu cât relația cu o anumită persoană este mai semnificativă din punct de vedere emoțional, cu atât va fi pus în act patternul relațional cu părinții. Relațiile mai superficiale sunt mai libere de asemenea influențe. Din perspectiva teoriei atașamentului dezvoltarea sinelui copilului are loc în cadrul relației de atașament construită cu mama. În dezvoltarea sa copilului este confruntat cu rezolvarea unor sarcini pe care la început, copilul, le depășește cu sprijinul mamei urmând ca, pe baza primelor tipare construite în relația cu ea, să devine tot mai independent în organizările sinelui.

ψ ψ ψ

Activități și produse de învățare (sarcini didactice):

- Stabiliți rolul relației de atașament a copilului pentru stabilirea relațiilor de dragoste în perioada adultă.
- Numiți 3 avantaje și 3 dezavantaje ale acestei teorii.

11. PERIOADELE DE CRIZĂ ÎN DEZVOLTAREA ONTOGENETICĂ A OMULUI

Ψ Ψ Ψ

Unități de competențe (obiective):

- să delimiteze conceptul de periodizare a dezvoltării și periodizare de criză.
- să cunoască specificul periodizării de criză în dezvoltarea ontogenetică a omului;
- să compare diverse perspective teoretice de abordare a perioadelor de criză.

Ψ Ψ Ψ

Unități de conținut:

- ✓ Conceptul de criză.
- ✓ Concepția lui Vîgotski referitor la perioadele de criză.
- ✓ Cauzele diferitor perioade de criză în dezvoltarea ontogenetică a omului.

Ψ Ψ Ψ

Termeni cheie: criză, perioade de criză.

Ψ Ψ Ψ

Trecerea de la o vârstă la alta poate fie că brusc, fie că lent treptat, pe neobservate. Această schimbare în organizarea psihicului se produce ca urmare a depășirii contradicțiilor din interiorul vârstei, care fixate în timp sunt numite perioade critice sau de criză. De remarcă că perioadele stabile se succedă cu cele critice. Și dacă vârstele au hotare mai mult sau mai puțin distincte atât al începutului cât și al sfârșitului apoi cele critice se determină în conformitate cu jumătățile de care precedează apogeul crizei și care o urmează deja în vârsta următoare. S-au stabilit următoarele perioade de criză psihologică: criza primului an, criza în jurul anului trei de viață, criza de la șapte ani, criză de la 13 ani și de la 17 ani. Acestea, bineînțeles, că nu sunt „bătute în cuie” și pot fi diferite de vârsta de pașaport, sub aspect fizic, intelectual, social, afectiv. Important este a observa întrarea în criza respectivă a copilului, a cunoaște caracteristicile acestea pentru a nedumeri mai bine în dinamica și particularitățile dezvoltării personalității.

După cum menționează L. Vîgotski, perioadele de criză sunt niște erupții psihice, frământări cognitive sau emoționale condiționate de contradicțiile dintre noile achiziții psihice și formațiunile vechi, din care considerent ele au un caracter trecător efemer, fapt care ulterior nu se păstrează așa cum au apărut în perioada critică și nu intră în

structura viitoarei personalități. Astfel zis perioadele de criză sunt manifestări firești și inevitabile, dar trăite în mod individual din punct de vedere emoțional.

Dinamica dezvoltării - dinamica trecerii de la o vârstă la alta. În unele vârste, dezvoltarea decurge lent, în mod evoluționist. Acestea sunt perioadele stabile de dezvoltare. Dezvoltarea are loc datorită schimbărilor microscopice în personalitate care se acumulează până la un moment dat și mai apoi apar prin salt în calitate de formațiuni de vârstă noi. Perioadele stabile de dezvoltare și constituie în fond copilăria. Mai puțin studiate în psihologie sunt perioadele de criză. Încercarea lui L. Vîgotski de a studia crizele este una dintre primele în psihologie. Crizele se deosebesc la exterior de perioadele stabile prin caracteristici diametral opuse. Pe parcursul unei perioade scurte de timp (cel mult până la 2 ani) au loc schimbări, transformări radicale, esențiale în personalitatea copilului. Copilul se schimbă în întregime. „Crizele sunt revoluții în dezvoltare”.

Periodizarea dezvoltării psihice propusă de L. Vîgotski:

În baza celor expuse L. Vîgotski a elaborat următoarea schemă de periodizare:

Criza de la momentul nașterii Vârsta prunciei (2 luni – 1 an)

Criza de la un an Copilăria precoce (1 – 3 ani)

Criza de la 3 ani Copilăria preșcolară (3 – 7 ani)

Criza de la 7 ani Vârsta școlară (8 – 12 ani)

Criza de la 13 ani Vârsta pubertății (14 – 18 ani)

Criza la 17 ani.

Ψ Ψ Ψ

Activități și produse de învățare (sarcini didactice):

- Stabiliți importanța crizelor în dezvoltarea ontogenetică a omului.
- Enumerați perioadele de criză propuse de L/S. Vîgotski.

12. FACTORII BIOLOGICI ȘI CEI STRESANȚI DE MEDIU CARE AFECTEAZĂ DEZVOLTAREA FIINȚEI UMANE

ψ ψ ψ

Unități de competențe (obiective):

- să stabilească rolul factorilor biologici și cei stresanți de mediu în formarea și dezvoltarea omului;
- să stabilească legătura dintre factorii biologici și cei psihologici în formarea personalității copilului;
- să descrie impactul factorilor biologici nocivi: viruși, RH, fondul genetic în formarea și dezvoltarea copilului;
- să elaboreze modele de optimizare a efectului pozitiv a factorilor biologici.

ψ ψ ψ

Unități de conținut:

- ✓ Conceptul de factor biologic
- ✓ Formele de manifestare a factorilor biologici și cei stresanți de mediu: ereditatea, viruși, RH, radiația ș.a.
- ✓ Legătura dintre factorii biologici și cei sociali.

ψ ψ ψ

Termeni cheie: factor biologic, virus, RH, radiație ș.a.

ψ ψ ψ

În psihologie și pedagogie s-a pus de multe ori întrebarea dacă dezvoltarea individului depinde mai mult de ereditatea sa sau de influențele externe (mediul în care trăiește, educația pe care o primește).

În această problemă s-au conturat trei poziții:

1. Concepțiile inexistente sau nativiste susținute de A.Gesell și N.Chomsky consideră dezvoltarea individului subordonată eredității, influențele mediului acționând numai în limitele permise de echipamentul genetic.
2. Concepțiile empiriste sau ambientaliste acordă o importanță excesivă mediului. Pentru John Locke psihicul nou-născutului este o pagină albă (tabula rasa) pe care educația poate să înscrie orice. John Watson considera că aplicând tehnici adecvate, orice se poate însuși de către oricine. Educația poate să facă din oricine orice, doctor sau avocat, cerșetor sau hoț (Hayes și Orrell, 1997, p.2).

3. Alți psihologi, (H.Wallon, P.Osterrieth, A. Anastasi) au pledat pentru interacțiunea dintre factorii ereditari și de mediu, interacțiune ce depinde de etapa de dezvoltare, cât și de natură și complexitatea proceselor psihice.

În perioadele timpurii ale vieții influența eredității este mai mare decât ulterior. În cazul funcțiilor psihice mai simple (senzații, percepții) rolul eredității este mai mare (ex. sensibilitatea analizatorilor depinde mai mult de ereditate; influența mediului, a educației este mai mică).

Funcțiile psihice complexe (inteligența, memoria, voința) au o bază ereditară fără de care nu se pot forma, dar nivelul până la care se dezvoltă depind într-o măsură mai mare de mediul social decât de ereditate. Între aceste trei planuri ale dezvoltării ființei umane: ereditate, mediu și educație se petrec interacțiuni și interinfluențe multiple și variate, dezvoltarea umană având un caracter bio-psiho-social.

Dezvoltarea biologică (creșterea și maturizarea) influențează dezvoltarea psihică, dar nu în mod absolut și egal de-a lungul ontogenezei.

Dezvoltarea psihică e dependentă de ritm, viteză și limite cronologice mai ales în etapele timpurii. La tinerețe și mai ales la maturitate ea capătă o anumită independență față de dezvoltarea biologică, fiind influențată de dezvoltarea socială pe care o influențează la rândul ei. Mai ales în primul an de viață orice avans în dezvoltarea structurilor psihocomportamentale antrenează și condiționează nivelul relațiilor copilului cu mama, iar calitatea și cantitatea acestor interacțiuni devin hotărâtoare pentru dezvoltarea spirituală a copilului. Potrivit concepției vîgotskiene „ceea ce copilul reușește să facă mai întâi cu adultul, va putea realiza singur și astfel interacțiunea socială devine o sursă principală a dezvoltării psihice”

Deși între cele trei planuri ale dezvoltării există o strânsă interdependență între ele nu există o sincronizare absolută și corespondențe stricte, nu se contopesc una în alta, fiecare are propria sa dinamică, legi proprii de apariție și de manifestare (ex. în jurul vârstei de 15-16 ani ritmul creșterii se diminuează dar dezvoltarea psihică devine mult mai bogată decât până atunci).

ψ ψ ψ

Activități și produse de învățare (sarcini didactice):

- Enumerați factorii biologici și cei de mediu care influențează dezvoltarea psihologică a ființei umane.
- Stabiliți legătura dintre factorii biologici și cei sociali.

13. FACTORII PSIHOSOCIALI ȘI INFLUENȚA LOR PRE ȘI POSTNATALĂ

ψ ψ ψ

Unități de competențe (obiective):

- să identifice rolul factorilor psihologici în dezvoltarea pre și postnatală a copilului;
- să identifice părțile constitutive ale factorilor psihologici și sociali;
- să cunoască rolul factorului emoțional în dezvoltarea psihică a copilului.

ψ ψ ψ

Unități de conținut:

- ✓ Descrierea factorilor psihosociali,
- ✓ Componentele factorilor psihosociali.
- ✓ Importanța și rolul factorilor psihosociali în dezvoltarea pre și postnatală.

ψ ψ ψ

Termeni cheie: factor psihosocial, dezvoltare prenatală, dezvoltare postnatală.
Atașament.

ψ ψ ψ

Perioada prenatală este considerată etapa primară a dezvoltării ființei umane, „începutul dezvoltării” (Berk, Laura E., 1989). Genetica și embriologia umană sunt două discipline care se ocupă, prima, cu studiul fenomenelor eredității și variabilității în organismele umane vii, cea de a doua, cu studiul embrionului uman, ambele domenii aducând clarificări esențiale în studiul dezvoltării ființei umane vii în momentul de debut al vieții.

Dezvoltarea embrionului începe cu fecundația ovulului de către spermatozoid și cu eliberarea celor 23 de perechi de cromozomi ce formează materialul genetic, baza de evoluție ulterioară a embrionului, zigotul sau celula cu 46 de cromozomi. Gemenii identici se dezvoltă atunci când zigotul se automultiplică și se dezvoltă, ca urmare, doi indivizi genetic identici. Numiți și gemeni univitelini sau monoziagoți, aceștia au același ritm de dezvoltare embrionară, se dezvoltă în aceeași placenta și asemănarea poate merge până la grupă sanguină și amprente identice. Gemenii cu aspect diferit, numiți bivitelini sau dizigoți, provin din două ovule fecundate de doi spermatozoizi

diferiți, pot atinge faze de dezvoltare embrionară diferită, dar și aceștia împart același stoc genetic. Pe de o parte, studiul gemenilor a furnizat date importante despre raportul între ereditate și mediu, iar pe de altă parte, acest tip de studii a fost inițiat de Francis Galton, ale cărui lucrări au fundamentat cercetările în psihologia diferențială. 48 Studiul dezvoltării embrionului uman pune în evidență fazele sau ciclurile embrionare, organogeneza, dezvoltarea primară a sistemului nervos, precum și primele reacții și mișcări fetale. Embriogeneza studiază și factorii ce afectează dezvoltarea prenatală, în scopul prevenirii și educării familiei privitor la factorii de risc în dezvoltarea copilului chiar de la momentul concepției. Un capitol aparte îl reprezintă factori legați de anomalii cromozomiale. Adăugate la moștenirea genetică și la genele recesive responsabile de boli ereditare, anomaliile genetice sunt una din cauzele majore ale problemelor apărute în dezvoltarea copilului.

Majoritatea defectelor cromozomiale par să fie rezultatul unor defecte ale mecanismului de duplicare a celulei, în urma căruia se mențin codul genetic și numărul de cromozomi constant de la celulă la celulă. Accidentele se referă, de exemplu, la fracționarea cromozomilor, sau la separarea incorectă a perechilor. Urmările sunt cu efecte din cele mai grave asupra dezvoltării normale a fătului, ducând la tulburări ale dezvoltării fizice și psihice.

Cea mai cunoscută anomalie cromozomială este sindromul Down, care „are o frecvență de 1 la 660” și se datorează în 90% din cazuri ratării separării celei de a 21 perechi de cromozomi sau, mai rar, când o parte desprinsă din cel de-al 21-lea cromozom se unește cu alți cromozomi. Copiii cu sindrom Down au, aparent, mai multe deficiențe separate. Acestea includ trăsături fizice caracteristice, cum ar fi o construcție îndesată și scundă, față teșită, limbă proeminentă, ochi migdalat alungiți și un pliu ce traversează podul palmei. Copiii cu sindrom Down se nasc cu probleme congenitale asociate, cum ar fi malformații ale inimii, ale tractului intestinal, cataracte ale ochilor. Diformitățile faciale conduc la dificultăți de hrănire și respirație, fapt ce conduce la „mortalitatea foarte ridicată a acestor copii în proporție de 30% până la vârsta de un an și de 50% până la vârsta de 4 ani” (Berk, Laura E., 1989, p.83).

Consecințele sindromului Down includ retardul mental, vorbire articulată săracă, vocabular limitat, dezvoltare motrică redusă. Aceste deficiențe au fost descrise ca accentuându-se cu vârsta, dezvoltarea lor fiind în comparație cu copiii normali mult mai lentă. Studii recente au arătat că o stimulare precoce a copilului cu sindrom Down și o îngrijire atentă din partea mamei pot duce la optimizări sensibile ale stării copilului. Copiii cu sindrom Down, afirmă Laura Berk, profesor la Universitatea Illinois, ce au fost incluși în programe de intervenție pe termen lung, de la naștere până

la vârsta de 3 ani, programe ce cuprind stimulare motorie, socială și intelectuală, prezintă un comportament mult îmbunătățit.

Aceste studii arată că inclusiv acolo unde este vorba de defecte genetice de origine, ca în cazul sindromului Down, factorii de mediu joacă un rol foarte important în dezvoltarea copilului.

Din anii '80 ai sec. 20, a început să se vorbească tot mai mult despre consultația genetică și diagnosticul prenatal. Observațiile privind sindromul Down, de exemplu, arată că riscul crește o dată cu vârsta mamei, frecvența fiind de 1 caz la aproape 2.000 de copii a căror mamă are media de vârstă 20, procentul crescând vertiginos până la 1caz la 12 nașteri unde mama depășește vârsta de 49 de ani (Hook & Chambers, 1977).

Studii mai recente, datând din anii '80 ai secolului trecut (Hook), arată că și vârsta tatălui este o variabilă importantă, la tații de peste 40 de ani este mult crescut procentul de risc privind descendenții lor. Disponibilitatea serviciului de consultație genetică cu metode avansate de diagnostic prenatal ajută oamenii să ia decizii în cunoștință de cauză, privind riscurile implicate în conceperea și nașterea la termen a unui copil. Consilierii genetici sunt persoane instruite în domeniul geneticii, interpretării antecedentelor genetice individuale și familiale și în tehnici de consultație psihologică. Consilierea presupune colectarea de date și informații, explicarea acestora pentru a oferi alternative corespunzătoare celor în cauză: fie asumarea riscului unei nașteri, adopție, înseminare artificială sau noi tehnici de fertilizare in vitro și transfer de embrion. În cazul persoanelor care-și asumă riscul nașterii unui copil, există o diversitate de metode de diagnostic prenatal care permit detectarea timpurie a unor probleme legate de dezvoltarea embrionului, care până acum erau imposibil de depistat înaintea nașterii.

Tehnica cea mai larg aplicată pentru diagnosticarea deficiențelor cromozomiale în faza prenatală este amniocenteza, care constă în prelevarea unui eșantion din lichidul amniotic și celule embrionare pentru a se studia materialul genetic. Restricția principală a acestei metode este că se poate face numai în săptămâna 15-16 de sarcină când există suficient lichid amniotic.

O altă tehnică de diagnostic prenatal este fetoscopia, efectuată în săptămâna 18-22 de sarcină, care constă în introducerea unui dispozitiv video special în uter, pentru a detecta posibilele malformații ale membrilor sau feței. Fetoscopia permite prelevarea unui eșantion din sângele fătului, placentă sau cordon ombilical, pe baza căruia se pot depista tulburări de hemofilie sau leucemie. Progresul tehnologic a dus la dezvoltarea unor tehnici de medicină prenatală prin care anumite probleme medicale pot fi tratate înainte de naștere: medicație specială pentru tratarea unor deficiențe metabolice ereditare sau chirurgie intrauterină pentru corectarea obstrucțiilor

ureterelor sau intervenții de natură neurologică. Aceste ultime realizări dau noi speranțe de supraviețuire copiilor cu defecte congenitale.

Alți factori care pot influența dezvoltarea prenatală sunt factorii de mediu, pe care cercetările moderne îi numesc generic teratogeni, respectiv, agenți de mediu care pot cauza deficiențe pe toată durata perioadei prenatale. Cauzele ce pot determina anomalii sau pot avea consecințe grave asupra dezvoltării copilului sunt: administrarea de medicamente, hormoni, fumatul, drogurile, alcoolul, radiațiile, poluarea, boli ale mamei și în special SIDA.

Studiul factorilor de risc evidențiază complexitatea și varietatea consecințelor acestor factori teratogeni pentru copilul nenăscut. Efectele depind de cantitate, durata expunerii, combinarea și interacțiunea cu alți agenți, constituția genetică a mamei și fătului. Efectele lor negative se complică prin posibile consecințe comportamentale – greu de identificat în perioada prenatală – evidențiate în dezvoltarea ulterioară a copilului, fie chiar și ca rezultat indirect al unor traume fizice. De exemplu, defectele anatomice severe ca urmare a consumului de droguri de către mamă în perioada prenatală afectează ulterior relația copilului cu părinții, colegii și mediul (Stechler & Halton, 1982).

În plus, influențele factorilor de mediu depind de vârsta embrionului sau a fătului în momentul expunerii. Acest lucru este mai bine înțeles prin considerarea perioadei prenatale ca un șir de secvențe definite ca perioade critice, respectiv momentele când structurile anatomice se dezvoltă cel mai rapid și, ca urmare, sunt mai sensibile atât în ceea ce privește facilitarea, cât și respingerea influențelor de mediu. Aproape toți agenții ce se dizolvă în circuitul sangvin al mamei pot trece în organismul care se dezvoltă în ciuda protecției placentei care încetinește transferul de substanțe. Medicația mamei, inclusiv aspirina, somniferele, cofeina, vitaminele etc. pot fi asociate cu diformități fizice ale embrionului, cu naștere prematură sau avort spontan (Collins, 1981; Rosenberg, 1982).

În acest moment se cunoaște foarte puțin despre consecințele asupra dezvoltării intrauterine a fătului, în cazul medicației administrate mamei în perioada de sarcină, un aspect esențial fiind dozajul. În perioada prenatală, organismul mamei secretă hormoni care afectează dezvoltarea sistemului de reproducere. Dezechilibrul și neregularitățile dintre cantitățile de hormoni feminini și masculini duc la anomalii ale organelor genitale sau la alte deficiențe. De exemplu, expunerea embrionului la contraceptive orale – în primele săptămâni, când mama nu știe că este însărcinată – este asociată cu tulburări cardiovasculare sau deformații ale membrilor. Narcoticele și dependența mamei de droguri afectează în mod cert dezvoltarea copilului. Dintre riscurile asociate consumului de droguri, cele mai grave sunt nașterea

prematură, malformațiile, tulburările respiratorii și mortalitatea la naștere. Folosirea metadonului ca antidrog reduce apariția acestor complicații (Cushner, 1981).

Cu toate acestea, copiii expuși chiar și metadonului sunt fiziologic dependenți și chiar de la naștere prezintă simptome de izolare, tremur, vomă, febră și plâns isteric ca și mamele lor, simptome care dispar în primele câteva luni de viață. Foarte frecvent, mamele dependente care au urmat tratament de dezintoxicare cu metadon pot, din cauza incapacității de a face față stresului creat de comportamentul copilului, să revină la dependență (Stechler & Halton, 1982). În ultimii ani, cercetările arată că a crescut îngrijorător numărul femeilor fumătoare, chiar și a celor însărcinate, consecința fiind greutatea scăzută la naștere a copiilor, numărul mare de avorturi spontane și creșterea ratei de mortalitate prenatală în ultimul trimestru de sarcină. Alte deficiențe corelate sunt malformații congenitale (buză și văl palatin despicate) (Finnegan, 1985 și US Department of Health and Human Services, 1980), în plus nou-născuții mamelor fumătoare prezintă diferențe comportamentale mai ales în ceea ce privește reacțiile la factorii de mediu (reacții mai lente sau mai de scurtă durată la stimulii auditivi, plâng mai mult, dificultăți de recunoaștere a imaginilor, IQ mai scăzut, probleme în primii ani de școală, creștere mai lentă în înălțime, deși se spune că încă nu sunt cu certitudine asociate cu faptul că mama a fumat în timpul sarcinii). Alcoolul generează un grup de anomalități incluse în ceea ce s-a numit sindrom alcoolic fetal – FAS (Jones, 1973).

Cercetări ulterioare au identificat un set de handicapuri severe și complexe produse de consumul de alcool. Între acestea, retardul de creștere pre- și postnatal, anomalii particulare ale feței (ochi prea depărtați, pleoape lăsate, buza superioară mai subțire și ușoare diformități ale urechilor), la care se adaugă defecte ale dezvoltării sistemului osos, organelor interne și creierului care este subdezvoltat, iar copii manifestă retard mental. Sunt descrise probleme comportamentale precum iritabilitatea și hiperactivitatea copiilor, manifestate la naștere și care se păstrează în copilărie. Riscul de a prezenta anomalii este de două ori mai mare în 52 cazul mamelor dependente de alcool, care asociază consumului de alcool, fumatul sau drogurile și adiacent lipsa unei nutriții adecvate. Radiațiile pot avea, pe lângă mutațiile genetice, consecințe foarte grave asupra dezvoltării embrionului și fătului, inclusiv avortul spontan, microcefalee, malformații structurale severe (sistem osos, organe genitale, ochi). Chiar și expunerea minimă la radiații (în scop medical) duce la creșterea riscului de cancer infantil și la deteriorarea ireversibilă a neuronilor (Brent, 1983; Fabrikant, 1983).

Poluarea afectează toți indivizii, dar impactul acestor factori poluanți asupra dezvoltării intrauterine este relativ puțin cunoscut și se limitează la avortul spontan și anomalii structurale. Se consideră că monoxidul de carbon este cel mai periculos mai

ales în zonele urbane industrializate. Bolile maternale sunt o altă categorie de factori care afectează dezvoltarea intrauterină a copilului. Cele mai multe boli care afectează dezvoltarea intrauterină a copilului sunt cele virale, sau microorganisme toxice pentru embrion. Acestea din urmă duc la avort spontan și nu la malformații. Infecțiile virale apar în 5% din cazuri, între acestea unele fiind un real pericol pentru făt. Rubeola contractată în primul trimestru de sarcină generează probleme cardiovasculare și de vedere sau auz. Virusul rubeolei acționează după principiul perioadelor critice, riscul de malformații cardiace și de vedere fiind cel mai crescut în primele 8 săptămâni de sarcină. Contactarea virusului rubeolei în intervalul dintre săptămâna 5-15 are ca rezultat surzenia (vezi figura „perioade critice”). Virusul gripei asiatice este cunoscut drept cauză a unor probleme legate de degenerarea țesutului nervos, precum și a unor malformații congenitale (Emil Verzea, Ursula Șchiopu, 1971, p. 45).

De asemenea, infecțiile bacteriene și parazitologice (vezi tabelul „Boli infecțioase ...”, p.53) sunt responsabile pentru o serie de deficiențe de văz sau ale sistemului nervos central dacă sunt contactate în primul trimestru de sarcină. O boală relativ nouă, rapid răspândită în rândul populației, este SIDA, respectiv sindromul imuno-deficitar dobândit. Este o boală virală ce devastează sistemul imunitar. Indivizii afectați mor în final din cauza unor boli care nu mai răspund la medicație și care invadează și distrug organismul. Grupurile cu risc ridicat de contractare a bolii sunt homosexualii și bisexualii, consumatorii de droguri administrate intravenos, precum și partenerii heterosexuali ai acestora.

Transferul de fluide organice de la o persoană la alta, fie direct, fie prin folosirea în comun a acelor contaminate duce la o contaminare rapidă. Din ce în ce mai multe dovezi sprijină realitatea că infectarea intrauterină este cauza majoră a SIDA la copiii mici. Pentru că perioada de incubație a virusului bolii la persoana adultă este de până la 5 ani, femeile însărcinate – în cele mai multe cazuri consumatoare de droguri – nu știu că sunt purtătoare de virus HIV, fapt ce duce la transmiterea bolii la făt. Spre deosebire de adulți, perioada de incubație la copii este mai mică. Vârsta medie la care apare sindromul este de 6 luni de la naștere în cazul infestării intrauterine. Se manifestă la copil prin febră cronică, diaree, pierdere în greutate și mai ales prin asocierea cu alte boli infecțioase. Copiii, în acest caz, foarte rar supraviețuiesc între 5 și 8 luni (Minkoff, 1987).

Ca și în cazul altor boli infecțioase, SIDA generează serioase malformații ale embrionului și fătului (microcefalee, deformări ale craniului și feței). Cu cât malformațiile apar mai repede în primul an de viață, se presupune că infestarea cu HIV s-a produs chiar din primele săptămâni de sarcină. Malformațiile cauzate de infestarea

cu HIV diferă de cele cauzate de sindromul FAS sau de alte droguri și boli cunoscute ca generatoare de malformații prenatale.

Alți factori ce pot influența dezvoltarea intrauterină a copilului sunt factori ce țin de starea și condiția mamei, anume nutriția, stresul emoțional, vârsta, paritatea. Stresul emoțional poate fi asociat cu avortul spontan, dificultăți la naștere, naștere înainte de termen, greutatea scăzută a copilului la naștere, dificultăți respiratorii ale nou-născutului, stenoză pilorică infantilă și vâl palatin secționat. Anxietatea activează sistemul nervos autonom, care stimulează eliberarea de adrenalină în sângele mamei. Din acest motiv, sângele este distribuit în cantitate mai mare către părți ale corpului ce dezvoltă reacții defensive și în cantitate diminuată către alte organe inclusiv uter. Hormonii eliberați în condiții de stres pot pătrunde prin placentă și deci orice stres al mamei se transmite copilului. Stresul este asociat și cu un ritm slab de creștere în greutate a mamelor nu datorită alimentației, ci accelerării metabolismului ce determină o asimilare redusă; ca urmare, copilul este hrănit insuficient. Tot pe seama stresului matern sunt puse și iritabilitatea crescută, neliniștea și tulburările digestive ale nou-născutului. Este recomandată monitorizarea și sprijinirea proaspetelor mame prin consultanță de specialitate, psihologică, întrucât starea de stres se poate prelungi și după naștere, fapt ce duce la accentuarea consecințelor asupra copilului (Sameroff & Chandler, 1975).

Situațiile de stres major – decesul partenerului, violența –, suportate de mamă în timpul sarcinii, afectează dezvoltarea copilului, ducând la o mai mică capacitate a acestuia de a face față situațiilor de stres pe tot parcursul vieții.

ψ ψ ψ

Activități și produse de învățare (sarcini didactice):

- Estimați impactul factorilor psiho-sociali pentru perioada pre-natală.
- Argumentați rolul stării psiho-emoționale a mamei asupra dezvoltării psihice a copilului în perioada pre și post natală.

14. PARTICULARITĂȚILE PSIHOFIZICE ALE DEZVOLTĂRII INTRAUTERINE, TRAVALIULUI ȘI NAȘTERII

ψ ψ ψ

Unități de competențe (obiective):

- să cunoască specificul dezvoltării intrauterine al copilului;
- să identifice conceptul de matrice perinatală;
- să cunoască tipurile de matrice perinatală;
- să cunoască rolul factorului psihologic în perioada travaliului.

ψ ψ ψ

Unități de conținut:

- ✓ Impactul perioadei prenatale în dezvoltarea copilului. Teoria lui S.Groff.
- ✓ Dezvoltarea intrauterină a copilului. Caracteristici.
- ✓ Tipologia matricelor perinatale.
- ✓ Importanța și rolul factorilor psihologici și de personalitate în perioada de travaliu.
- ✓ Reflexele nou-născutului.

ψ ψ ψ

Termeni cheie: perioadă prenatală, matrice perinatală, pragul durerii etc.

ψ ψ ψ

Despre perioada prenatală, se cunosc multe aspecte de tip biologic și mai puțin aspecte de tip psihologic, această perioadă nefiind cel mai adesea tratată ca un stadiu de vârstă distinct. Cu toate acestea, viața intrauterină reprezintă perioada cea mai intensă de dezvoltare a ființei umane, iar apariția și dezvoltarea structurilor anatomo-morfologice, caracteristice acestei perioade, fac posibilă geneza funcțiilor psihice.

Viața ființei numite „om” începe cu 270-284 de zile înainte de naștere. Organele și sistemele funcționale apar într-o anumită ordine, primele fiind inima, plămâni, tubul digestiv. Țesutul muscular se dezvoltă odată cu țesutul osos, făcând posibile mișcărilor fătului. Chiar și în perioada intrauterină, fătul are o oarecare independență față de mamă, manifestată mai ales prin diferite mișcări, ceea ce ne duce cu gândul la un psihism prenatal.

Acest psihism, deși incipient, reprezintă baza în care vor fi acumulate toate achizițiile ulterioare. Este important de știut că între evenimentele externe trăite de

mama și dezvoltarea fătului există o strânsă legătură, de aceea mama trebuie să evite emoțiile, situațiile tensionate, conflictele. Acestea produc schimbări chimice în fluxul sanguin, care pot influența dezvoltarea unor organe, dezvoltarea fătului în general. Dacă factorii nocivi sunt intenși, frecvenți și mai ales la începutul vieții fătului, consecințele pot fi grave.

A. Embriologia și fazele dezvoltării intrauterine

Debutul ființei umane începe odată cu fecundarea ovulului de către spermatozoid, adică prin unirea celulei sexuale feminine cu cea masculină, fenomen care va duce la apariția oului, organism ce conține două jumătăți de seturi cromozomiale diferite.

Spermatozoidul și ovulul sunt celule embrionare sau "gameți", fiecare conținând doar câte 23 de cromozomi. Unirea acestor gameți într-o singură celulă, care conține 46 de cromozomi (standardul celulei umane), dispuși în 23 de perechi, se petrece în procesul fecundării.

Cromozomii sunt formați din gene, care împreună alcătuiesc codul genetic al individului. Codul genetic, unic pentru fiecare individ, se va traduce prin unicitatea trăsăturilor morfofuncționale ale fiecărui organism uman.

Ovulul, eliberat la ovulație, ajunge în trompa uterină. Acolo el își păstrează abilitatea de fecundare cam 6-24 de ore. Dintre milioanele de spermatozoizi ejaculați, doar unul va reuși să penetreze ovulul.

Acest fenomen se numește fecundare, iar după acest moment nu mai este posibilă pătrunderea în ovul a altui spermatozoid.

Spermatozoidul, depozitat în traiectul reproductiv feminin, are nevoie de circa 7 ore până ce enzimele sale penetrează peretele extern al ovulului. După penetrare, mai sunt necesare circa 12 ore până ce spermatozoidul, făcându-și loc prin citoplasmă, va fuziona cu nucleul ovulului, formând o singură celulă, zigotul unicelular sau celulă ou, o individualitate unică din punct de vedere genetic. Fuziunea mai durează încă 2 ore.

Din acest moment, prin aranjamentul unic al materialului genetic (ADN), este determinat sexul și toate celelalte caracteristici ale dezvoltării somatice (culoarea părului, a ochilor, fizionomia, etc) ale noii entități biologice și apar condițiile pentru diviziunea celulară, numită mitoză. Penetrarea peretelui ovulului de către spermatozoid. Dacă spermatozoidul fecundant este purtător al cromozomului Y, va apărea un organism de sex masculin; dacă spermatozoidul este purtătorul cromozomului X, organismul nou creat va fi de sex feminin.

Cam la 30 de ore după fecundare, oul se divide în două celule, apoi în patru celule, apoi în opt, și va continua să se dividă în timp ce coboară prin trompa uterină către cavitatea uterină.

Procesul de diviziune celulară începe, deci, cu o celulă dublă, apoi o celulă cvadruplă, după care progresează prin multiplii de 2 (8, 16, 32, etc) până va ajunge la cele 30.000.000 de celule ale corpului uman, în perioada sa adultă. Prima diviziune celulară are loc la circa 18 ore de la fuziune, fiecare dintre cele două celule (și următoarele) conținând, în mod identic și total, același mesaj genetic (ADN).

În ziua a 4-a, embrionul număra circa 12-16 celule, fiind denumit morulă (cuvânt preluat din latină, care înseamnă dudă) datorită aranjării în ciorchine a celulelor. El este localizat la intrarea dinspre trompa uterină în uter. Ovulul fecundat se divide în: 2 celule, 4 celule, 8 celule; ultima fotografie reprezintă morula. Acum, cele câteva sute de celule se diferențiază în două grupe principale – o grupă internă, centrală, care se va constitui în embrion, numit mai târziu făt, și o grupă periferică (trofoblastul), care se va transforma în anexele fetale, din care face parte și viitoarea placenta, prin intermediul căreia se vor asigura necesitățile fătului în timpul sarcinii. Între aceste două grupe principale de celule se formează o cavitate care se umple cu lichid. În acest stadiu, bebelușul se numește blastocist.

Blastocist În ziua a 5-a, blastocistul a ajuns deja în cavitatea uterină, și mai rămâne încă 24 de ore, căutându-și locul ideal de implantare (nidație). Sub influența hormonilor, peretele intern al uterului (endometru) se transformă într-un burete încărcat de elemente nutritive. Implantarea oului se face mai frecvent în mucoasa fundului uterin deoarece, la acest nivel, tonusul muscular este mai scăzut în săptămâna care urmează ovulației. De îndată ce oul se așează pe suprafața endometrului, structura care va determina apariția viitoarei placentă aderă la celulele superficiale ale mucoasei uterine. Blastocistul dizolvă mucoasa uterului și este înconjurat de sângele mamei, din care se hrănește, devenind un embrion. Embrionul se dezvoltă rapid. Chiar din primele zile, volumul sau crește de 8.000 ori, iar diametrul de aproximativ 20 ori și, paralel, se extinde masa celulară. Deosebit de rapid se dezvoltă celula nervoasă. Astfel, în primele săptămâni, celula nervoasă are un ritm de multiplicare de circa 20.000 neuroni/ pe minut și ajunge să crească, în luna a treia, la 30.000 neuroni/ pe minut. Creșterea masei celulare se realizează prin producerea de două tipuri de celule - celule primare (germinale) și celule exterioare (de protecție). În săptămâna a 2-a are loc, printr-un proces enzimatic, erodarea țesutului uterin superficial, cu scopul de a-i deschide embrionului drum prin mucoasa uterină. Pe tot parcursul acestei săptămâni, embrionul se afundă progresiv în endometru, până când va fi acoperit total de acesta. Acest proces se numește nidație (cuibărire). În paralel, prelungirile pornite din stratul extern al embrionului (trofoblast) încep să pătrundă prin endometru, pentru a se conecta la vasele de sânge ale mamei. Acestea vor forma ulterior placenta și cordonul ombilical. În această perioadă are loc contactul propriu-zis între organismul matern și

embrion, stabilindu-se toleranța imunitară a mamei față de acest "corp străin". Implantarea embrionului slăbește sistemul imunitar al uterului, evitând astfel respingerea sa. Nidația oului în peretele uterin. Cele câteva sute de celule ale embrionului nidat continuă să se multiplice pe timpul sarcinii, pentru a atinge cele 2 mii de miliarde de celule, care formează nou născutul. În săptămâna a 3-a, după ce embrionul se nidează cu succes, el suferă o restructurare sau diferențiere a celulelor componente, denumită "organogeneză".

Are loc o rearanjare a celulelor, care se dispun în 3 straturi: ectoderm, mezoderm și endoderm embrionar. Fiecare strat va da naștere diferitelor părți componente ale corpului bebelușului.

În dezvoltarea embrionului, descriem două perioade: o perioadă fetală timpurie, cea în care au loc numeroase modificări ce duc la formarea celor trei straturi celulare: ectoderm, mezoderm și endoderm, care se vor diferenția după cum urmează:

- din ectoderm se vor forma celulele pielii, sistemul glandular, părul și unghiile, organele senzoriale și sistemul nervos;
- din mezoderm iau naștere mușchii, straturile interne profunde ale pielii, sistemul circulator și cel excretor;
- endodermul formează stratul din care se constituie majoritatea organelor interne: plămâni, traheea, pancreasul, intestinale, glandele salivare, glandele tiroide etc.

Prin creșterea internă a placentei se vor realiza funcțiile: de protecție a embrionului, de nutriție și de oxigenare a lui.

A doua perioadă a dezvoltării embrionului este perioada fetală tardivă, în care are loc o creștere intensă în mărime a fătului și dezvoltarea organelor de simț și a motilității. Tot acum se conturează și "trăsătura primitivă" sau "primitive body axis", care determină dezvoltarea inițială a sistemului nervos și a coloanei vertebrale a embrionului. Se formează tubul cardiac primitiv, din care se va dezvolta ulterior inima, care începe să bată în ziua a 18- 21-a. Se dezvoltă rețeaua vasculară anexă și se instalează primele schimburi sanguine între circulația embrionară și sângele matern. La sfârșitul săptămânii a 4-a, embrionul măsoară circa 4,5 mm. El are o formă puternic arcuită (curbă) și un cap foarte dezvoltat în raport cu restul corpului. La o lună, embrionul este de 10.000 de ori mai mare decât oul fecundat original și se dezvoltă rapid. Inima pompează cantități tot mai mari de sânge prin sistemul circulator. Placenta formează o barieră unică, ce permite ca sângele mamei să rămână separat de embrion, dar în același timp, permite hranei și oxigenului să treacă prin ea, către embrion. Forma umană devine clar vizibilă, prin achiziția unei structuri tridimensionale. Apar primele organe de simț: ochii, urechea internă și gura. Încep să se formeze structurile care vor determina dezvoltarea mușchilor și a oaselor (în mod

special vertebrele și coastele), a pielii (dermului) și a cordoanelor nefrogene (din care ulterior se vor dezvolta rinichii). În săptămâna a 5-a, apar mugurii viitoarelor membre și a celor 5 degete de la mâini. Ochii se închid la culoare pe măsură ce se produce pigmentarea lor. Încep să se formeze emisferele cerebrale (telencefalul). Apar celulele olfactive care, înfundându-se în țesutul subiacent, determină formarea foselor nazale. Apare intestinul, ficatul și pancreasul, care vor continua să se dezvolte, căpătând o formă definitivă la sfârșitul săptămânii a 8-a. Începând cu ziua a 40 (săptămână a 6-a), se pot deosebi și înregistra undele cerebrale cu ajutorul electroencefalogrammei (EEG). De acum creierul începe să coordoneze mișcarea mușchilor și a organelor. În săptămâna a 7-a, embrionul începe să se miște spontan, iar aceste mișcări sunt vizibile cu ajutorul ecografului. La început mișcărilor nu au amplitudine dar, pe măsura dezvoltării sistemului muscular și osos, embrionul va începe să facă sărituri, să-și ducă mânuțele la gură sau să-și prindă piciorușele, să se răsucescă. Mama va simți primele mișcări abia în luna a patra (femeile care sunt la prima naștere) sau cel mai devreme la sfârșitul lunii a treia (femeile care au mai născut). Această sensibilitate tardivă a mamei se datorează faptului că mișcărilor embrionului sunt amortizate de lichidul amniotic și că, datorită dimensiunilor sale reduse, el nu presează încă asupra peretelui uterin. Tot acum se formează maxilarele, iar rădăcinile celor 20 de dinți de lapte apar în gingii. Săptămâna 7-a de dezvoltare intrauterină Începând cu săptămâna a 8-a, embrionul își schimbă denumirea, fiind numit făt, cuvânt care vine din latină și înseamnă tânăr sau copil. Fătul măsoară circa 2 cm și cântărește aproape un gram. Membrele sale au căpătat clar toate cele trei segmente (braț, antebraț, mâna/coapsă, gambă, laba piciorului), iar degetele și articulațiile sunt bine individualizate. Acum toate organele interne există. Inima bate de mai bine de o lună, stomacul produce sucuri gastrice și rinichii încep să funcționeze. Intestinul s-a diferențiat deja în părțile sale: esofag, stomac și intestinul propriu-zis. Abdomenul are deja o formă rotunjită. Aparatul respirator se dezvoltă intens și capătă o structură arborescentă, de o parte și de alta a inimii. Inima a ajuns la forma sa definitivă și la compartimentarea în patru cavități. Totuși circulația sanguină va rămâne într-o formă primitivă până la naștere, pentru că ea nu cuprinde decât marea circulație. Mica circulație, cea pulmonară, va deveni funcțională doar la naștere. Până atunci oxigenarea sângelui se va face prin placentă și nu prin plămâni. Trupul fătului răspunde la atingere. În săptămâna a 9-a, amprente sunt deja evidente în piele. Fătul își va îndoi degetele în jurul unui obiect pus în palma lui. Fizionomia este clar umană: ochii, încă foarte laterali și fără pleoape; nasul; urechile; gura, separate de fosele nazale prin vălul palatin; limba, toate sunt la locul lor. În săptămâna a 10-a, fătul se poate uita cu ochii întredeschiși, își poate mișca limba și poate înghiți, își poate încruntă fruntea. În săptămâna a 11-a, când fătul are

cam 4 cm, apare urinarea. Mișcărilor mușchilor devin mai coordonate. Încep să funcționeze mugurii gustativi. Teoretic, ar trebui să fie vizibile la ecograf organele sexuale pentru că diferențierea lor are loc începând cu această săptămână. Practic, acest lucru va fi posibil la începutul lunii a V-a. La 12 săptămâni, fătul are deja circa 30 de grame. Fătul doarme, iar când se trezește, își exersează puternic musculatura: își întoarce capul, își îndoiaie degetele de la picioare, își deschide și închide gura, face sărituri, încearcă să stea în cap. Dacă este mângâiată, palma se va strânge într-un pumn închis tare. Fătul respiră lichid amniotic, nu pentru că ar primi astfel oxigen, ci pentru a-și dezvolta sistemul respirator. Încep să crească unghiile. Curând se vor închide pleoapele, pentru a proteja ochii sensibili la lumina ai embrionului, și se vor redeschide în luna a VII-a. La 16 săptămâni, apar unele mișcări ale tractului digestiv; către 16 săptămâni (data recomandată pentru amniocenteză), fătul știe să se retragă din fața acului care penetrează uterul, pentru a se proteja. Dacă intervenția durează prea mult, bebelușul va ataca acul cu pumnii. La 16-20 de săptămâni apar mișcări ale pleoapelor, buzelor și picioarelor, iar la 32 de săptămâni, unele reacții vocale și de comunicare, acestea putând fi întârziate sau inhibitate în condițiile acțiunii unor factori nocivi asupra gravidei sau atunci când fătul nu are un mediu favorabil dezvoltării sale.

B. Dezvoltarea intrauterină a sistemului nervos

În cadrul organogenezei, sistemul nervos apare și se dezvoltă din stratul celular numit ectoderm. În a 15-a zi după concepție, se formează pe fața dorsală a embrionului, o îngroșare numită placă neurală. Aceasta posedă o porțiune cu pereții mai groși, din care se va dezvolta encefalul, iar din partea ce are forma unui șanț invaginat, ia naștere tubul neural, ce se afundă în mezoderm. Se poate aprecia că, la 14 săptămâni, creierul uman este relativ mare și proporțional dezvoltat. Aglomerările de celule devin tot mai mari și neuronii formează prelungiri, axoni și dendrite, care apoi se vor structura în contacte, sinapse funcționale, legând zonele și părțile formațiunilor nervoase. Prin dezvoltarea tubului neural se ajunge la alcătuirea întregului sistem nervos. Spre sfârșitul lunii a III-a se dezvoltă cerebelul. În săptămâna a 18-a, fătul dezvoltă sensibilitatea la lumină, iar creierul crește rapid. În săptămâna 19-a, creierul este capabil să formeze milioane de neuroni motori, astfel producându-se dezvoltarea musculară și controlul voluntar al mișcărilor. Se formează cele două emisfere, cea stângă și cea dreaptă, și neuronii senzitivi. Măduva spinării este protejată de coloana vertebrală și, pe la 4-6 luni, începe mielinizarea intensă a terminațiilor sale neuronale. În luna a V-a, se formează pe suprafața emisferelor primele șanțuri. Apar conexiuni complexe la nivelul creierului, iar perceperea senzațiilor este deja posibilă, atât la nivelul creierului, cât și al corpului. În săptămâna 22-a, fătul este capabil să distingă între diverse sunete. În săptămâna 24-a, creierul începe să regleze toate

funcțiile organismului și se activează sistemul vizual și cel auditiv. În săptămâna 25-a, sistemul nervos central reușește controlul voluntar al sistemului respirator, iar nervul optic devine capabil să identifice direcția din care provine lumina. În săptămâna 27-a, se presupune că fătul este capabil să viseze. În luna a VII-a, scoarța cerebrală dispune de 6 straturi celulare în cea mai mare parte a sa. Creierul monitorizează complet respirația și reglează temperatura corporală. Continuă să se dezvolte șanțurile emisferice. În ultimul trimestru de viață intrauterină, creierul continuă să crească și se stabilesc din ce în ce mai multe conexiuni nervoase. Mărimea creierului nou-născutului reprezintă doar un sfert din mărimea creierului unui adult.

C. Principalele etape de dezvoltare ale psihicului în perioada intrauterină

Timpe de mai multe decenii pediatrii au susținut că nou-născutul este “tabula rasa” – un creier care reprezintă doar o foaie imaculată, pe care se vor înscrie ulterior informații, amintiri și achiziții motorii, senzoriale și afective. Viața larvară a creierului fătului în perioada intrauterină este deja o teorie perimată, cercetările recente în acest domeniu demonstrând cu argumente că, până la naștere, copilul are adevărate preferințe muzicale, simțul văzului este deja prezent și, în plus, manifestă sentimente de afecțiune față de mama sa.

a. *Dezvoltarea motorie*: Primele achiziții motorii din viața intrauterină sunt de natura reflexa și au putut fi identificate la 5 săptămâni, calculând data concepției. La 7 săptămâni, au putut fi reperate primele mișcări vizibile. De fapt este vorba despre o mișcare ușoară a coloanei vertebrale. Între 7 și 12 săptămâni, fătul își poate îndoi corpul, poate lovi cu membrele, poate înghiți, sughite și își sugă degetul (mișcări motorii). Din săptămâna 10-a, sunt detectate și mișcări respiratorii. După 17 săptămâni, fătul face grimase, își încruntă sprâncenele și își strânge ochii.

b. *Dezvoltarea senzorială*: Simțul tactil apare foarte repede, datorită contactului permanent dintre trupul copilului și uter. Copilul reacționează prompt, prin strigăte și lovirii de membre, oricând cineva încearcă să îl pipăie sau să îl ciupească, prin burtică. Văzul se dezvoltă încă de timpuriu, manifestându-se prin sensibilitatea la lumina puternică. Fătul reacționează prin schimbarea poziției sau prin modificarea ritmului cardiac dacă pe burtica mamei este proiectată o lumină intensă.

Cercetătorul britanic M. Smith a efectuat câteva experimente celebre, în care a încercat să afle dacă simțul vizual se manifestă în viața intrauterină și a ajuns la concluzia că fătul vede și are și memorie vizuală. Experimentul principal a constatat în proiectarea unei lumini intermitente asupra pântecului mamei. Senzorii au detectat variații sesizabile ale ritmului cardiac al fătului și ale activității sale cerebrale. La schimbarea culorii luminii, aparatele au sesizat alți parametrii, caracteristici fiecărei lungimi de undă proiectate pe burtica mamei. Concluzia a fost că fătul nu numai că

vede, dar poate recunoaște culoarea luminii, având preferințe pentru spectrul cald. Gustul intră în funcțiune pe la 5 luni, când fătul face diferența între amar și dulce și își manifestă predispoziția pentru dulce. Mirosul acompaniază gustul și se observă diverse grimase ale fătului în momentul în care hrana ajunge la el. Aceste grimase se datorează atât percepției gustului, cât și a mirosului hranei respective. Auzul este activat precoce, aparatul auditiv este complet utilat din luna 4-a, dar ajunge la maturitate abia în luna 7-a. Certurile conjugale induc fătului tahicardie, care persistă timp de câteva zile.

Cercetările specialistului francez M.Clemente au arătat nu numai că fătul aude, dar ca el manifestă și certe preferințe muzicale. Printre compozitorii preferați se numără Mozart, Vivaldi, dar și autori contemporani de muzică. Experimentele s-au efectuat studiind ritmul cardiac al fătului, care are tendința clară de a se stabili perfect la muzica preferată, în timp ce la zgomote sau muzica ce nu îi place, apar mișcări bruște și tulburarea ritmului cardiac.

c. *Dezvoltarea comunicării*: strigătele fetale (vagitus uterinus), apar spontan și semnifică protestul fătului față de o situație neplăcută.

d. *Dezvoltarea funcțiilor psihice*: Gândirea: cercetările specialiștilor americani arată ca nou-născuții vin pe lume cu un adevărat bagaj de cunoștințe, format în lunile de dinaintea nașterii. Acest fapt reprezintă un mister pentru că, în prezent, nu se poate încă explica cum nou-născuții sunt capabili să recunoască la prima vedere obiectele ce fac parte din aceeași categorie, dar pe care nu le-au văzut niciodată. Experimentul specialiștilor americani a confirmat că, la vârsta de numai trei sau patru luni după naștere, copiii au deja anumite categorii mentale, deci sunt capabili să gândească. A fost dovedit astfel că această capacitate de a recunoaște la prima vedere obiectele care fac parte din aceeași categorie este prezentă la nou-născut. Memoria debutează din luna 7-a. Scoarța cerebrală a fătului are capacitatea de a memora cu exactitate diverse fenomene petrecute în lumea exterioară. La naștere, toate amintirile achiziționate în perioada intrauterină sunt depozitate în inconștient. Capacitatea de învățare este strâns legată de memorie. Mai întâi, fătul învață sunetul vocii mamei sale. Fiindcă sunetele din exterior străbat țesutul abdominal al mamei și lichidul amniotic din jurul fătului, vocile pe care fătul le aude, începând cu luna a 4-a, sunt suprimate și înăbușite. Dar vocea mamei reverberează prin corpul ei, ajungând la făt mult mai clar. Și pentru că fătul este cu ea tot timpul, îi aude permanent vocea.

Odată născut, bebelușul este capabil să recunoască vocea mamei și preferă să o asculte în defavoarea altor voci. Există experimente care demonstrează că bebelușii femeilor ce au urmărit o anumită telenovelă în fiecare zi a sarcinii lor recunosc coloana sonoră a serialului după ce se nasc.

Deci, fătul învață chiar și despre limba care se vorbește în lumea în care se va naște. A. Tomatis este de părere că încă din viața intrauterină se pot pune bazele învățării unei limbi. Un studiu publicat de curând arată că, din momentul nașterii, bebelușii plâng cu accentul limbii materne. Bebelușii francezi plâng pe o notă înaltă, în timp ce bebelușii germani – pe o notă joasă, imitând contururile muzicale ale acestor limbi. Din momentul nașterii, bebelușul e receptiv cel mai mult la vocea persoanei care e cel mai probabil să-l iubească – mama sa. Își modelează chiar și plânsetele pentru a suna ca limba mamei sale, ceea ce ar putea-o determina pe ea să-și îndrăgească copilul, și astfel i-ar oferi bebelușului un avantaj în sarcina dificilă de a învăța cum să înțeleagă și să vorbească limba maternă. Dar fătul învață intrauterin și despre gusturi și mirosuri. După 7 luni, papilele gustative ale fătului sunt complet dezvoltate, ca și receptorii săi olfactivi – aceasta îi permite identificarea gustului și mirosului hranei. Aromele hranei consumate de către mama sa pătrund în lichidul amniotic, care e constant înghițit de către făt. Bebelușii par să-și amintească gusturile experimentate intrauterin și preferă aceste arome odată veniți pe lume. Într-un experiment, unui grup de femei însărcinate i s-a cerut să bea mult suc de morcov în al treilea trimestru de sarcină, în timp ce un alt grup a băut numai apă. Șase luni mai târziu, bebelușii ambelor grupuri au primit cereale amestecate cu suc de morcov, iar expresiile lor faciale au fost studiate în timp ce mâncau. Copiii femeilor care au băut suc de morcovi în timpul sarcinii au mâncat mai multe cereale cu aromă de morcov, chipul lor exprimând plăcere. Deci fătul este învățat despre cultura din care va face parte prin una dintre cele mai puternice expresii culturale – mâncarea. El are acces, prin mamă, la aromele și mirosurile caracteristice bucătăriei culturii lui, chiar înainte de naștere. Lucrurile pe care o femeie însărcinată le trăiește zilnic – aerul pe care-l respiră, mâncarea și băutura consumate, chimicalele la care este expusă, chiar și emoțiile pe care le trăiește – sunt împărtășite și fătului ei. Se formează astfel un amestec de influențe unice. Fătul încorporează aceste date în propriul organism, iar la naștere el are deja informații despre mediul în care urmează să trăiască. Afectivitatea își are debutul încă de timpuriu. Din luna 6-a fătul manifestă emoții. Conștiința este sesizabilă în special spre sfârșitul sarcinii. Din luna 6-a fătul știe dacă este sau nu iubit. Somnul paradoxal apare în luna 7/8-a și este însoțit de mișcări oculare rapide, rezultând că fătul visează.

D. Factori de risc în dezvoltarea intrauterină

Starea de sănătate fizică a mamei în timpul sarcinii influențează buna dezvoltare a fătului și sănătatea viitorului bebeluș. Mama poate avea o patologie cronică, care să necesite tratament și pe durata sarcinii. Atât boala cronică a mamei, cât și tratamentul, pot influența dezvoltarea produsului de concepție. Mama poate însă veni în contact, în

timpul sarcinii, și cu o serie de infecții virale, bacteriene sau parazitare, unele dintre ele impactând dezvoltarea fătului.

Dintre bolile cronice ale mamei cu influență în dezvoltarea fătului fac parte: hipotiroidia, diabetul zaharat, afecțiuni respiratorii grave cronice... Există însă și numeroase infecții (virale, bacteriene, parazitare) care pot afecta mama și, uneori, și fătul în timpul sarcinii. Pericolul este mare și pentru că imunitatea mamei este scăzută în timpul sarcinii, dar și pentru că sarcina însăși impune limite în tratarea gravidei, ceea ce poate duce la manifestarea unor forme grave de boală. Bariera placentară este traversată de o serie întreagă de antibiotice, care influențează fătul : penicilina, streptomicina, tetraciclina, eritromicina.

Perioada critică pentru sarcină este primul semestru, atunci când orice infecție poate pune sarcina în pericol. În primul semestru de sarcină, orice infecție virală cu viremie sau bacteriană cu bacteriemie pot avea efect teratogen asupra fătului, adică pot produce mutații genetice. În 3%-8% dintre infecțiile produse în primul trimestru de sarcină are loc creșterea activității uterine și avortul spontan.

Dintre infecțiile bacteriene care pot afecta fătul enumerăm: o infecțiile urinare ale femeii însărcinate: pot determina nașteri premature sau greutate mică la naștere a copilului; o gonoreea: poate determina avortul, nașterea prematură, se transmite la făt în timpul nașterii și poate determina, prin infecția oculară ulterioară, orbirea la bebeluș; o infecția cu clamidia: poate determina nașterea prematură, sau greutate mică la naștere a copilului, se transmite la făt în timpul nașterii și poate cauza infecții ale organelor genitale, ale plămânilor, ochilor și urechilor. În ceea ce privește infecțiile virale, unele nu au efect asupra fătului (virozele respiratorii comune, oreionul) pe când altele (rubeola, varicela, herpesul, infecția cu cytomegalovirus, hepatita B, virusul HIV, virusul gripal) pot produce malformații sau infecții congenitale grave : o rubeola contactată în primele patru luni de sarcină poate afecta grav vederea și auzul bebelușului și poate provoca defecte ale inimii și creierului. o varicela poate cauza la făt: dezvoltare anormală, insuficiență a membrilor, microcefalie (cutie craniană de dimensiuni mici, care implică și o dezvoltare anormală a creierului), afectarea gravă a văzului și a auzului, retard mental. o cercetările recente arată că o mamă infectată cu HIV poate aduce pe lume un bebeluș sănătos. Virusul poate fi transmis însă de la mama la bebeluș în timpul nașterii și al alăptării. Starea psihică a mamei este un alt factor important în dezvoltarea fătului.

Fătul va simți bucuria, tristețea, îngrijorarea mamei, stările ei emoționale, acest fapt aducând beneficii sau dezavantaje asupra dezvoltării lui. Mama însăși va observa că fătul va fi mai agitat sau mai liniștit, în funcție de stările ei emoționale. O mamă care este tristă pe parcursul sarcinii, sau care nu își dorește copilul, va transmite fătului

starea ei emoțională negativă, punându-și astfel amprenta asupra modului în care copilul va percepe lumea și a modului în care se va dezvolta el din punct de vedere psihologic. Fătul primește prin placentă semnale chimice care îi arată ce dispoziție afectivă are mama. Sistemul endocrin al copilului este influențat de cel al mamei, o serie de hormoni pot să treacă de la mamă la copil prin bariera placentară. Stresul generează o creștere a nivelului de cortizol (hormon de stres) și al adrenalinei din sângele femeii gravide, ceea ce poate avea repercusiuni asupra fătului. Adrenalina, odată bariera placentară depășită, poate provoca fătului tahicardie, extrasistole, zgomote cardiace puternice. Depresia are exact aceleași efecte și aceeași evoluție în sănătatea unei gravide ca și stresul emoțional cronic. O femeie depresivă are tendința să se neglijeze, fiind incapabilă să se îngrijească singură: hrănire deficitară, igienă deficitară, stare de sănătate precară, comportamente de risc (consum crescut de substanțe, tendințe suicidare). Toate acestea vor influența negativ dezvoltarea intrauterină a fătului.

Tot în viața intrauterină se pun și bazele atașamentului. Cercetările au arătat că legătura dintre mamă și făt, sau atașamentul emoțional prenatal, începe din a 10-a săptămână de sarcină și se dezvoltă rapid până în a 16-a săptămână de sarcină, culminând cu resimțirea mișcărilor fetale de către mamă și menținându-se la nivel ridicat până în momentul nașterii. Atașamentul prenatal corelează pozitiv și semnificativ cu dorința de a avea copii a femeii și cu faptul că mama are un partener de viață. Alte substanțe care pot traversa placentă impactând dezvoltarea fătului sunt hormonii steroizi, și opiaceele, acestea din urmă generând deprimarea centrilor nervoși fetali (scopolamina, atropina). Efectele consumului de droguri asupra fătului: Pentru femeia care ia ocazional droguri nu apar imediat probleme de sănătate, iar starea ei nu este semnificativ alterată ca urmare a contactului cu drogul. Din păcate însă, această situație este complet diferită pentru făt. Una dintre cele mai importante probleme ale consumului de droguri este aceea că, din mame consumatoare, se nasc bebeluși dependenți de droguri. În plus, aceștia au și alte probleme medicale, sunt predispuși problemelor de dezvoltare, atât cognitive cât și somatice, au tulburări de nutriție, de comportament, au o permanentă stare de iritabilitate. Astfel de substanțe periculoase pot să afecteze de asemenea și capacitatea de atenție a copilului, memoria și emoțiile sale. Bebelușii care au fost sub influența cocainei în timpul perioadei prenatale au un diametru cranian mult mai mic, ceea ce este un indicator pentru un intelect mai puțin dezvoltat și, în egală măsură, pentru un coeficient de inteligență mai mic. Bebelușii născuți din mame care au abuzat de heroină se nasc dependenți de acest drog și manifestă importante simptome ale sindromului de sevraj : iritabilitate, vărsături, diaree (ridică probleme de hidratare).

Fumatul marijuanei în timpul sarcinii crește riscul de naștere prematură și poate stopa dezvoltarea normală a fătului, ceea ce se va traduce prin greutate mică la naștere. Alte complicații sunt reprezentate de încetinirea creșterii, dar și de instalarea sindromului de abținerea la bebeluș. Acesta va fi foarte neliniștit, va plânge foarte mult, va avea frisoane etc...

Efectele fumatului asupra fătului: Femeile care fumează în timpul sarcinii vor intoxica cu nicotină, cu gudroane și substanțe carcinogene, fătul. Conform specialiștilor, femeile care fumează încă de la începutul sarcinii au un risc mult mai mare de a naște bebeluși cu malformații cardiace, inclusiv defecte de sept (există o comunicare anormală între inima stânga și inima dreapta, printr-o gaură în septul care separa cele două compartimente cardiace). Mamele care fumează pot naște fete cu greutate mică, deoarece fumatul diminuează apetitul și reduce capacitatea plămânilor de a absorbi oxigen. Fătul, deprivat de nutrienți și de oxigen, se va dezvolta slab și la naștere va avea o greutate redusă.

Efectele consumului de alcool asupra fătului: Sindromul alcoolic fetal și întregul spectru de boli alcoolice apărute la făt ca urmare a consumului de alcool în timpul sarcinii este din ce în ce mai des întâlnit, mai ales în rândul mamelor adolescente. Alcoolul este foarte periculos în special în primele săptămâni de sarcină. În organismul matern alcoolul este descompus în produși toxici de metabolism, care vor fi apoi absorbiți ca atare de către organismul fătului. Sindromul alcoolic fetal poate determina apariția unor trăsături faciale anormale, a unui craniu mic (microcefalie), a unui retard de creștere somatică și induce probleme ale sistemului nervos central. Copiii cu sindrom alcoolic fetal se pot confrunta și cu probleme de memorie, învățare, atenție, pot avea tulburări vizuale, auditive.

Efectele consumului de cafeină asupra fătului: Consumul de cafeină a fost corelat cu nașterea unor copii cu greutate mică și cu inducerea unei stări permanente de iritabilitate la bebeluși. Efectele consumului de medicamente asupra fătului: Unele medicamente se pot dovedi foarte periculoase pentru bebeluș, de aceea se recomandă monitorizarea atentă a medicamentelor consumate de către gravidă. Anticonvulsivantele (fenitoina, carbamazepina): pot determina la făt malformații congenitale (cardiace și faciale), retard mental; Aspirină, ibuprofenul și alte AINS: cresc riscul de apariție a unor hemoragii greu de controlat, atât în organismul mamei cât și al fătului. Pot influența secreția unor hormoni, astfel încât nașterea poate fi prematură sau prelungită; Anticoagulante (cele pe bază de cumarina): sunt asociate cu apariția malformațiilor faciale sau a retardului mintal. Efectele emoțiilor mamei asupra fătului: O spaimă, o mare dezamăgire, o pierdere dureroasă resimțite de către mamă în timpul sarcinii vor influența negativ fătul. Dacă sarcina nu este dorită, acest lucru

va fi resimțit de către copil ca o agresiune și îl va marca. Starea psihologică a viitoarei mame se transmite fătului prin următorul mecanism: trăirile traumatizante provoacă mamei o hipersecreție neuro hormonală (mai ales hormoni ai stresului), care, trecând în circuitul sanguin al fătului, îi declanșează acestuia modificări de chimism. Toate aceste experiențe vor fi stocate în inconștientul fătului și vor influența după naștere comportamentul și trăirile ulterioare ale copilului.

Nașterea normală se produce după circa 9 luni de sarcină și durează între 4 ore și 30 de ore, cu o medie cotată la 13 ore. Copiii normali se nasc cu o greutate cuprinsă între +/- 3.000-3.500gr, o lungime de +/- 49-50cm și perimetrul cranian de 35 cm. Aspectul noului născut la termen este relativ specific: corpul este pliabil și are tendința naturală de a sta pliat; capul este mare în raport cu lungimea corpului și dispune de 6 fontanele (porțiuni osoase moi); membrele sunt relativ scurte; pielea este roșiatică și ușor tumefiată, etc. În primele 3-5 zile are loc o scădere în greutatea inițială a nou-născutului cu 150-300gr, după care se revine la normal. Scorul APGAR pentru noul-născut se calculează la 1, 5 și 10 minute de la nașterea sa și se notează pe fișa de sănătate a bebelușului. El ține cont de: puls, respirație, tonus, reactivitate, colorația pielii, după cum urmează: A activitatea, tonusul muscular: se apreciază în funcție de mișcările active și pasive ale nou-născutului: 2 – prezența mișcărilor active, tonus muscular bun 1 – câteva mișcări de flexie ale extremităților 0 - hipotonie, musculatura este flască. P pulsul, ritmul cardiac: se apreciază numărul de bătăi cardiace pe minut: 2 – peste 100 bătăi cardiace pe minut 1 – sub 100 bătăi cardiace pe minut 0 – absența bătăilor cardiace. Grimasa, reflectivitatea/ sensibilitatea la stimuli: excitabilitatea reflexă sau reflectivitatea reprezintă răspunsul nou-născutului la stimuli externi; se apreciază prin reacția la introducerea sondei în cavitatea nazală pentru dezobstrucția căilor respiratorii: 2 - țipă, tușește sau strănută 1 – face o grimasă 0 – nu reacționează. A aspectul, culoarea pielii: culoarea tegumentelor bebelușului este importantă deoarece ea relevă gradul de oxigenare a sângelui: 2 – tegumente roz 1 – roz la nivelul trunchiului și cianotică (albastră) la extremități 0 – tegumente palide sau cianotice (albastre). R respirația, efortul respirator: se apreciază apariția spontană a respirației la nou-născut, reflectată de un țipăt sau plâns viguros și prezența mișcărilor respiratorii: 2 – mișcări respiratorii regulate, țipăt sau plâns viguros 1 – mișcări respiratorii neregulate, plâns slab 0 – respirație absentă, nu plânge Scorul optim la naștere este APGAR 10, câte 2 puncte pentru fiecare parametru reflectat. Sub scor APGAR 7, nou-născutul este profund afectat. “Cry-First” sau “Primul Strigăt” prin care copilul își anunța venirea pe lume continuă în fapt experiența strigătelor fetale.

Primul stadiu al travaliului nașterii este cel de dilatare și este împărțit la rândul său în trei faze:

- Prima fază este faza latentă, care este cea mai ușoară, dar și cea mai lungă. Conracțiile pot să fie la o distanță de 30 min, dar uneori și la 5-10 minute. Faza aceasta durează de obicei cam 8 ore la primipare, dar poate dura chiar și câteva zile.
- Faza activă este caracterizată prin contracții din ce în ce mai dese, la 3-5 minute, care durează mai mult decât cele din faza anterioară (aproximativ 45-60 sec). Faza aceasta va dura în medie cam 3-4 ore. Capul copilului va coborî și mai mult și va crea presiune asupra lichidului amniotic și asupra membranelor.
- Faza de tranziție este caracterizată prin aceea că face trecerea dintre primul stadiu al travaliului (cel de dilatare) și cel de-al doilea stadiu, cel al nașterii propriu-zise a copilului. Este faza cea mai intensă, dar și cea mai scurtă, circa 15 min. Majoritatea femeilor nu au mai mult de 15-20 de contracții pe durata acestei faze. Conracțiile sunt mult mai dese, la 1 minut, și mult mai consistente ca durată, de la un minut la un minut jumătate. În timpul acestei faze dilatația devine completă, astfel încât copilul se poate naște.

Al doilea stadiu al travaliului este cel al expulziei copilului. Conracțiile sunt prelungi și uneori cu doar o mică pauză între sfârșitul uneia și începutul alteia. Capul copilului începe să coboare prin vagin. Capul copilului apare în curând la nivelul orificiului vaginal și o bună perioadă va balansa înainte și înapoi, punând în tensiune și apoi relaxând mușchii planșeului pelvian, în rezonanță cu conracțiile uterine. Ulterior, într-o secundă, copilul se naște. Este o senzație de dublă ușurare, atât datorită faptului că nașterea s-a încheiat, cât și datorită faptului că nu mai există durere. Este benefic pentru mamă și copil ca obstetricianul să permită mamei să țină noul-născut în brațe un timp.

Al treilea stadiu al travaliului este caracterizat de expulzia placentei. Nașterea este un proces complex, în timpul căruia organismul secretă o serie de hormoni, numiți hormoni de naștere. Substanțele hormonale majore active pe timpul nașterii sunt: oxitocina (ocitocina), hormonul afectului; endorfinele, hormonii plăcerii; epinefrina și norepinefrina; prolactina, hormonul maternității. Acești hormoni se secretă la toate mamiferele în timpul nașterii și își au originea în creierul emoțional (hipotalamus, hipofiză, sistem limbic). Reacția hormonală a unei femei care naște poate fi perturbată de rigiditatea mediului spitalicesc și de practici cum ar fi folosirea de analgezice și epidurale, cezariene, folosirea forcepsului, separarea mamei de copilul său imediat după naștere. Probabil cel mai cunoscut hormon al nașterii este oxitocina, care este secretată și în timpul activității sexuale, și a orgasmului feminin și masculin, și în timpul alăptării. Oxitocina întărește sentimentele de afect și de altruism. Oxitocina

este produsă în hipotalamus și este depozitată în partea posterioară a hipofizei, de unde este eliberată în impulsuri. Ea activează contracția ritmică uterină pentru ejecția fătului din uter și, după naștere, ejecția placentei și secreția laptelui matern. Oxitocina este secretată în cantități mari și pe timpul sarcinii, având rolul de a îmbunătăți absorbția nutrienților, de a reduce stresul și de a conserva energia, prin provocarea unei stări de somnolență. Niveluri ridicate de oxitocina se păstrează și după naștere, culminând cu eliminarea placentei, după care concentrațiile scad treptat. Și copilul produce oxitocină în timpul nașterii; el poate chiar iniția nașterea în acest mod.

Astfel, în minutele de după naștere, atât mama cât și copilul dispun de o cantitate mare de hormoni de afect. În acel moment, producția continuă de oxitocina este consolidată și de contactul între cei doi prin piele și ochi, și de primul alăptat al copilului. Nivelurile mari de oxitocina vor proteja mama și de hemoragia de după naștere, prin asigurarea unor contracții uterine bune. Pentru alăptat, oxitocina mediază reflexul de eliberare al laptelui, care este eliberat în impulsuri, pe măsură ce copilul sugă. Pe perioada lunilor de lactație, oxitocina continuă să acționeze pentru a menține mama relaxată și bine hrănită.

Descoperirile legate de rolul hormonilor de naștere în relația mamă-copil susțin tot mai convingător teoria ca noul-născut, imediat după naștere, să rămână un timp alături de mama sa, pe o durată care oscilează de la câteva minute, 1 oră, 4-5 ore sau chiar 12 ore (în funcție de autor).

Consecințele sunt bilaterale:

- pentru noul-născut, deoarece îi oferă avantajul unei tranziții mai blânde într-o lume necunoscută și mult mai dură decât cea intrauterină;
- pentru mamă, întrucât prezența sugarului îi activează instinctul matern, iar pe filiera hormonală, se stimulează lactația și se opresc eventualele sângerări.

De asemenea, este de dorit și un contact precoce al tatălui cu copilul, acest contact activând rapid atașamentul dintre ei și implicarea tatălui în educație, care va fi mai promptă și mai consistentă. Prezența masculină influențează favorabil și tonusul mamei. Având în vedere că primele minute de existență postnatală influențează profund copilul, nașterea ar fi de preferat să se desfășoare într-un climat securizant și cald, cu lumină dulce, odihnitoare, pe un fond muzical discret, iar noul-născut să fie așezat imediat după naștere în contact direct cu trupul matern. Contactul piele pe piele timpuriu dintre mame și bebeluși, din minutul 30 până la 120 de minute după naștere, modifică semnificativ comportamentul mamei și al copilului până la vârsta de un an. Acești bebeluși au demonstrat o autoreglare mai bună, reciprocitate și concomitență în relația cu mama, iar mamele au dovedit o interacțiune și un interes mai mare vizavi

de copiii lor și o mai bună reciprocitate. În absența contactului piele pe piele și a alăptatului timpuriu, din minutul 30 până în minutul 120 după naștere, bebelușii au o autoreglare semnificativ mai slabă, sunt iritabili, au o reciprocitate superficială în relație cu mama, iar mamele arată un interes mai scăzut pentru bebeluși și au o interacțiune mai slabă cu aceștia.

Tipuri de naștere:

- ✓ nașterea naturală standard, pe cale vaginală;
- ✓ nașterea pelviană: în 3 % dintre sarcini, nu capul ci fesele copilului sau picioarele ies primele. Aceasta este cunoscută sub numele de naștere pelviană;
- ✓ nașterea prematură: nașterea înainte de termen; copilul are 30-32 de săptămâni de viață intrauterină. 10 % dintre copii se nasc prematur, la 7-8 luni de sarcină. În acest caz, nou-născuții au o greutate de circa 1500-2000gr și se numesc prematuri. Pentru acești copii apar dificultăți de adaptare în primele 5-6 săptămâni de viață, dar în condiții optime de dezvoltare, ei recuperează, în circa 2 luni, handicapul de la naștere;
- ✓ nașterea cu circulară de cordon (cordonul ombilical înfășurat în jurul gâtului): provoacă pentru scurt timp senzația de asfixie la copil. Ulterior pot apărea: sensibilitate exagerată la nivelul gâtului, deglutiție anevoioasă, faringite, laringite etc;
- ✓ nașterea prin cezariană: privează copilul de trăirile existente în cazul nașterii naturale. Copiii pot dezvolta carențe în percepția spațiului și a propriei scheme corporale și vor avea o nevoie exacerbată de tandrețe și căldură umană (inclusiv de contact fizic prin îmbrățișare).

Nașterile prelungite, blocarea copilului în canalul de naștere, folosirea forcepsului, eventualele injecții aplicate cu această ocazie, sunt percepute de copil ca o agresiune, putând genera sufocare, panică, frică de moarte. Copiii veniți pe lume dintr-o naștere dificilă sunt foarte agitați în special noaptea, se trezesc frecvent, plâng, țipă și se liniștesc doar atunci când sunt ținuți în brațe. Adesea separarea nou-născutului de ființa care l-a ocrotit și hrănit timp de nouă luni poate genera sentimentul de abandon. Unii copii pot prezenta dizabilități chiar dacă sunt născuți la termen, datorită faptului că asupra lor au acționat o serie de factori de risc, cum ar fi: malnutriția mamei; toxoplasmoze în organismul matern; infecții virale (la începutul sarcinii), gripe asiatice, rubeola; radiații; paraziți; ereditate parentală; cauze necunoscute.

Nașterea naturală standard versus cezariană:

În timpul nașterii, bebelușul este expus unui nivel crescut de hormoni de stres (cortizol). Acești hormoni determină modificări la nivelul creierului, modificări ce

dictează tendința către agresivitate, anxietate și tulburări de atenție. Sunt studii care arată că nivelul de cortizol aflat în cordonul ombilical al copiilor născuți prin cezariană este scăzut. Dar nașterea prin cezariană este traumatizantă, atât pentru corpul mamei, care este supus unei intervenții chirurgicale, cât și pentru copil, care este privat de prezența mamei în primele 24 de ore, cât aceasta se afla în postoperator. Ca orice intervenție chirurgicală, și aceasta poate fi periculoasă pentru mamă, dar și pentru făt. Fătul trebuie extras în maxim 4 minute de la injectarea anesteziei la mamă, pentru ca să nu fie afectat. Extracția prin cezariană bulversează fătul – acesta nu știe să elibereze hormoni specifici, cum ar fi făcut-o dacă nașterea s-ar fi produs natural. Datorită hormonilor eliberați în cursul nașterii, mamele care nasc pe cale naturală au instinct matern mult mai bine conturat și sunt mai receptive la plânsul copiilor, comparativ cu cele care nasc prin cezariană. Imaginile obținute prin scanarea detaliată a creierelor a 12 mame supuse cercetării, imediat după ce acestea au născut, au scos la iveală o activitate cerebrală mai intensă în zonele asociate emoțiilor și motivației, în cazul femeilor care au născut pe cale naturală. Explicația acestui fenomen rezidă în diferența hormonală, nașterea naturală eliberând în corpul mamei o serie de hormoni, printre care și oxitocină, care va provoca manifestările "instinctului matern". Potrivit acelorași cercetări, femeile care nasc prin cezariană sunt mai predispuse la depresii postnatale. Se pare că mamele care nasc prin cezariană sunt mai detașate de bebelușii lor decât cele care au trecut printr-o naștere naturală, urmare a cantității scăzute de hormon de atașament secretat. Un alt studiu susține că acei copii născuți natural au un IQ mai mare decât cei care vin pe lume prin cezariană. Cercetătorii susțin că, atunci când o femeie dă naștere unui copil în mod natural, în creierul bebelușilor se găsește în cantitate mai mare o anumită proteină care stimulează dezvoltarea inteligenței pe măsură ce copilul crește. Este vorba despre proteina UCP2, întâlnită la copiii născuți natural, care are capacitatea de a-i ajuta pe aceștia să își îmbunătățească memoria, atât pe termen scurt, cât și pe termen lung. Proteina în cauză mai este cunoscută și pentru capacitatea ei de a favoriza alăptarea nou-născuților.

Stări psihologice negative postpartum (postnatale) ale mamei, care influențează relația de atașament dintre mamă și copil:

- Starea de « baby-blues »: cea mai puțin gravă, ce se face simțită cam din a treia zi după naștere. Ea este determinată de modificările majore apărute în viața femeii, atât sub aspect biologic, cât și sub aspect psihologic. Poate fi recunoscută ușor după lacrimile care curg "fără motiv", tristețe, chiar părere de rău după burtica "pierdută". Mămicile se pot speria la gândul că această stare se va agrava, însă starea dispare spontan în câteva zile. Din punct de vedere psihologic apariția

acestei stări este legată de momentul când femeia realizează schimbarea survenită în viața ei și responsabilitatea pentru noul-născut.

- Depresia postpartum (postnatală): următoarea în ordinea gravității. Ea apare în primul an după nașterea copilului și nu dispare de la sine. Este o formă serioasă de depresie, dominată de sentimente de vinovăție, senzația mamei că este incapabilă să se ocupe în mod corespunzător de bebeluș, tristețe, coșmaruri și de pierderea interesului. Uneori femeia trăiește o senzație acută de vid, dorința sexuală se reduce considerabil și pot apărea chiar crize de panică. Ajutorul unui specialist este necesar, atât pentru diagnostic, cât și pentru terapie. Dat fiind faptul că este perioada alăptării, tratamentul medicamentos este exclus.
- Psihoza postpartum: forma cea mai gravă dar și cea mai rară de stare psihologică negativă postpartum, care se face simțită în primele 2 săptămâni după naștere. Este o stare patologică severă, în care femeia pierde contactul cu realitatea. Pot apărea idei delirante, hiperactivitate extremă, închidere în sine, ambivalență față de copil sau chiar idei de suicid sau infanticid. În aceste cazuri, mama este cel mai adesea separată de copil și tratată într-un serviciu de psihiatrie, pentru a nu pune în pericol viața ei sau a copilului. Efectele negative ale depresiei postnatale asupra dezvoltării bebelușului: în cazul în care nu este vorba despre ceva trecător și mama trece într-adevăr printr-o perioadă grea din punct de vedere psihologic, copilul este afectat în privința dezvoltării afective. Atașamentul, care se formează în primele luni de viață, relația emoțională cu mama, schimbul afectiv dintre cei doi, are de suferit în condițiile în care mama este deprimată, tristă, lipsită de interes sau de energie. La bebelușii ale căror mame suferă de depresie postpartum se constată mai des tulburări de tipul insomniilor, colicilor, vomei, plâns, agitație, lipsa zâmbetului, a gânguritului etc.

Trăirile copilului în timpul nașterii: Din perspectiva psihologiei transpersonală, S. Grof afirmă că experiențele trăite de copil în timpul vieții intrauterine și în timpul nașterii se vor depozita în Inconștientul Perinatal și se vor structura în Matrici Perinatale Fundamentale, « sisteme directoare dinamice, care funcționează în baza unor principii de organizare a Inconștientului, având două componente: una biologică și una spirituală » (I.Mânzat), care vor influența ulterior destinul individului. Prima Matrice Perinatală se referă la amintirile uniunii simbiotice cu mama din timpul vieții intrauterine și la amintirea unor situații asociate cu pacea, satisfacția, relaxarea și frumusețea naturală. În această etapă, afirmă S. Grof (1984), ființa trăiește experiențe care aduc cu ele absența limitelor/obstacolelor, conștiința oceanului, a unei vieți acvatice (balenă, pește, meduză), a unui spațiu fără limite și imaginile naturii în cele

mai bune aspecte ale sale: frumoasă, hrănitore... Prima Matrice Perinatală se identifică cu starea fetală pozitivă. A doua Matrice Perinatală este legată de prima fază a nașterii. Viața intrauterină, aproape perfectă, este tulburată de secrețiile hormonale și de contracțiile uterine periodice. Intensitatea acestei experiențe provoacă uneori viziunea unui vârtej gigantic și irezistibil, care aspira ființă în epicentrul său (S. Grof, 1984).

Fătul are sentimentul că e prins într-o capcană, experimentează claustrofobia, este incapabil să-și închipuie finalul și nu vede nici un mijloc de a scăpa. Sentimentele de angoasă, de singurătate, de disperare, neputința, haosul, confuzia și inferioritatea sunt componentele clasice ale acestei matrice. A treia Matrice Perinatală este legată de a doua fază clinică a nașterii. Contracțiile uterine continuă, dar colul uterin este acum dilatat și fătul poate înainta în canalul pelvino-genital. Fătul resimte puternice presiuni mecanice și adesea o sufocare intensă. Capul fragil al copilului este prins în deschiderea pelviană prin puterea contracțiilor uterine și el va răspunde cu furie la sufocare, durere și angoasă. Tema experiențelor acestei matrice este lupta moarte/renaștere. A patra Matrice Perinatală este legată de ultima fază a nașterii, expulzia fătului. Experiențele angoasante determinate de înaintarea pe filiera pelvino-genitală iau sfârșit, iar ultima intensificare a tensiunii și suferinței este urmată de o ușurare și de o relaxare bruscă. Copilul se naște și, după o perioadă prelungită de tenebre, este confruntat pentru prima oară cu intensitatea luminoasă a zilei. Cordonul ombilical este secționat, separarea fizică a copilului de mamă este încheiată, și existența noului născut ca individ începe. I.Mânzat numește această matrice separarea de mamă. Tema experiențelor acestei matrice este reprezentată de rezolvarea conflictului moarte/renaștere, în favoarea renașterii (a nașterii). Tranziția între a treia și a patra Matrice Perinatală este însoțită, într-un prim timp, de un sentiment de anihilare al ființei, atât la nivel biologic cât și emoțional, în care lumea sa cunoscută se năruie și se distruge. Dar, după ce ființă experimentează sentimentul anihilării totale, odată cu nașterea, apar sentimentele de eliberare, mântuire și salvare și copilul este copleșit de un flux de emoții pozitive cu privire la sine și la lumea cea nouă. Este prima sa mare bătălie câștigată. Din perspectivă psihanalitică - Otto Rank consideră nașterea un șoc profund resimțit la nivel psihologic și fiziologic, un traumatism care creează un rezervor de angoasă. Toate anxietățile pe care le trăiește copilul și adultul au ca prototip și sursă anxietatea de la naștere. Situându-se pe o poziție asemănătoare, René Spitz consideră nașterea prototipul reacțiilor neplăcute după care se vor modela reacțiile de neplăcere de mai târziu. Conform concepției psihanalitice omul trăiește toată viața cu nostalgia perioadei intrauterine – care este ca un fel de „paradis pierdut”. În această perioadă fătul este protejat de corpul mamei și sentimentul securității este

perfect. Un semn al acestei nostalgii ar fi, de exemplu, poziția luată uneori în timpul somnului. Copilul mic, dar uneori și adultul necăjit, se așează pe un fotoliu ghemuit, își îmbrățișează genunchii, în poziție asemănătoare cu cea fetală. Concepțiile psihanalitice referitoare la naștere au influențat organizarea asistenței medicale în țările bogate ridicându-se problema diminuării șocului produs de aceasta prin trecerea dintr-un mediu lichid, cu temperatură mai ridicată și constantă, într-un mediu gazos, cu temperatură mai redusă. Pentru a diminua neplăcerile acestei treceri s-a inventat nașterea copilului în apă și trecerea progresivă în mediul obișnuit (în aer). Nașterea are profunde implicații, atât psihologice cât și spirituale, asupra copilului. Trecerea copilului prin canalul nașterii reprezintă prima bătălie câștigată de acesta, din lungul șir de obstacole care-l așteaptă pe parcursul vieții, și îl înarmează cu o bună capacitate de a gestiona evenimente majore în viața lui.

ψ ψ ψ

Activități și produse de învățare (sarcini didactice):

- Stabiliți importanța perioadei prenatale pentru dezvoltarea psiho-emoțională a copilului.
- Argumentați rolul factorilor de personalitate în perioada de travaliu.

BIBLIOGRAFIE:

1. Albu, G. *O psihologie a educației*. Iași: Institutul European, 2005.
2. Bideaud, Houde, Pedinielli, 2002.
3. Birch, A., *Psihologia dezvoltării*. București: Editura Tehnică, 2000, ISBN 973-31-1442-1.
4. Crețu, T. *Psihologia vârstelor*. Iași: Polirom, 2009, ISBN 978-973-46-1358-8.
5. Gal, D. *Dezvoltarea umană și îmbătrânirea*. Cluj-Napoca: Presa Universitară Clujeană, 2001.
6. Gray, P. *Psychology*. New York: Worth Publishers, Inc., 1991.
7. Iacob, L., Cosmovici, A. *Psihologie școlară*. Iași: Polirom, 1998.
8. Kulcsar, T. *Factorii psihologici ai reușitei școlare*. București: Editura didactică și pedagogică, 1978.
9. Piaget, J., *Nașterea inteligenței la copil*. București: Editura didactică și pedagogică, 1973.
10. Popescu-Neveanu, P. *Dictionar de psihologie*. București: Editura Albatros, 1978.
11. Schaffer, R. *Introducere în psihologia copilului*. Editura ASCR, 2005, ISBN 973-7973-21-6.
12. Seamon, J.G., Kenrick, D.T. *Psychology*. Prentice Hall, 1992.
13. Șchiopu, U., Verza, E. *Psihologia vârstelor*. București: Editura didactică și pedagogică, 1997, ISBN 973-30-5798-3.
14. Verza, E., Verza, F. *Psihologia vârstelor*. București: Editura Pro-Humanitate, 2000, ISBN 973-99734-4-2.

TOMA Natalia

**PSIHOLOGIA
DEZVOLTĂRII**

Suport de curs

Format 70×100/16

Tiraj: 100 ex.

Comanda 11 sp

Centrul Editorial-Poligrafic al USM
str. A.Mateevici, 60, Chișinău, MD 2009