

IBDIS
Alois Gherguț

We know
books

PSIHOPEDAGOGIE SPECIALĂ



Fundamente teoretice
și perspective practice

Ediția a IV-a, revăzută și adăugită

POLIROM
2023

Cuprins

<i>Notă asupra ediției a patra</i>	11
<i>În loc de introducere</i>	13
Capitolul 1. Cadrul conceptual, perspectiva istorică, stadiul actual și tendințele privind educația, serviciile de terapie, suport și integrare socioprofesională a persoanelor cu cerințe speciale	15
1.1. Preliminarii	15
1.2. Finalitățile și cadrul conceptual al psihopedagogiei speciale	18
1.3. Perspectiva istorică asupra evoluției și dezvoltării în timp ale terminologiei și modalităților de intervenție psihopedagogică și socială pentru persoanele cu dizabilități	25
1.4. Experiența internațională	33
1.5. Experiența din România	41
<i>Întrebări și teme de reflecție</i>	62
Capitolul 2. Personalitatea și factorii care condiționează dezvoltarea copilului cu dizabilități	63
2.1. Factorii care condiționează dezvoltarea copilului cu dizabilități	63
2.2. Etapele dezvoltării ontogenetice și relevanța lor în cazul copiilor cu dizabilități	69
2.3. Particularități ale proceselor psihice la elevii cu dizabilități	74
2.4. Învățarea ca premisă a formării și dezvoltării personalității. Probleme fundamentale ale activității de învățare; învățarea școlară	83
2.5. Aspecte privind dezvoltarea personalității	93
<i>Întrebări și teme de reflecție</i>	100
Capitolul 3. Evaluarea și expertizarea persoanelor cu cerințe speciale. Metode și mijloace de investigație psihopedagogică	101
3.1. Evaluarea persoanelor cu cerințe speciale – proces continuu și complex	101
3.2. Psihodiagnoza la copiii cu cerințe speciale	109
3.3. Evaluarea în contextul intervenției educațional-recuperatorii asupra copiilor cu cerințe speciale	118
3.4. Evaluarea dinamică a copiilor cu cerințe speciale	128
3.5. Metode și mijloace de investigare psihopedagogică a persoanelor cu cerințe speciale	132
<i>Întrebări și teme de reflecție</i>	140
Capitolul 4. Dizabilitățile intelectuale	143
4.1. Delimitări conceptuale și teorii explicative asupra dizabilităților intelectuale	143
4.2. Depistarea și diagnosticul dizabilităților mintale	149
4.3. Clasificarea dizabilităților intelectuale	154
4.4. Etiologia dizabilităților mintale	156
4.5. Tabloul clinic și psihopedagogic. Tipologia dizabilităților intelectuale	162
4.6. Profilaxia și terapia medico-psihopedagogică și socială în cazul dizabilităților intelectuale	175
<i>Întrebări și teme de reflecție</i>	177

			
Capitolul 5. Dizabilitățile senzoriale			179
5.1. Dizabilitățile auditive			179
5.1.1. Clasificarea dizabilităților auditive. Aspecte privind evaluarea pierderilor de auz			181
5.1.2. Etiologia dizabilităților auditive			186
5.1.3. Tabloul clinic și psihopedagogic			188
5.1.4. Compensarea, protezarea, demutizarea, audiologia educațională și labiolectura			190
5.2. Dizabilitățile vizuale			201
5.2.1. Clasificarea dizabilităților vizuale			204
5.2.2. Etiologia dizabilităților vizuale			208
5.2.3. Tabloul clinic și psihopedagogic			209
5.2.4. Compensarea și activitățile educative			212
5.3. Surdocecitate			219
Întrebări și teme de reflecție			223
Capitolul 6. Dizabilitățile fizice, locomotorii și/sau neuromotorii și tulburările psihomotorii			225
6.1. Clasificarea dizabilităților fizice, locomotorii și/sau neuromotorii și a tulburărilor psihomotricității			226
6.2. Etiologia dizabilităților fizice, locomotorii și/sau neuromotorii și a tulburărilor psihomotricității			235
6.3. Psihomotricitatea – analiză psihopedagogică			237
6.4. Aspecte privind metodologia recuperării persoanelor cu dizabilități neuropsihomotorii			243
Întrebări și teme de reflecție			247
Capitolul 7. Tulburările de limbaj și comunicare			249
7.1. Clasificarea tulburărilor de limbaj și comunicare			250
7.2. Etiologia și tabloul clinic și psihopedagogic ale tulburărilor de limbaj			254
7.3. Prevenirea și corectarea tulburărilor de vorbire			257
Întrebări și teme de reflecție			259
Capitolul 8. Copiii/elevii cu dificultăți de învățare			261
8.1. Definiții și teorii ale dificultăților de învățare			263
8.2. Clasificarea și etiologia dificultăților de învățare			268
Întrebări și teme de reflecție			272
Capitolul 9. Tulburările de neurodezvoltare, socioafective și de comportament			273
9.1. Tulburări de neurodezvoltare			273
9.1.1. Tulburări din spectrul autist (TSA)			273
9.1.2. Deficit de atenție și hiperactivitate (<i>Attention Deficit & Hyperactivity Disorder – ADHD</i>).			291
9.2. Tulburări socioafective și de comportament			299
Întrebări și teme de reflecție			302
Capitolul 10. Dizabilitățile asociate/multiple			303
10.1. Sindromul Langdon Down			304
10.2. Paralizia cerebrală infantilă			307
Întrebări și teme de reflecție			312
Capitolul 11. Educația specială și elemente de didactică			313
11.1. Educația specială – modalități de abordare			313

11.2. Principiile didacticii, metodele și mijloacele didactice în educația specială	319
11.2.1. Principiile didacticii	319
11.2.2. Metodele didactice	322
11.2.3. Metode activ-participative în activitatea educativă a copiilor cu cerințe speciale. Învățarea prin cooperare	326
11.2.4. Mijloacele și materialele didactice	331
11.3. Formele de organizare și desfășurarea procesului de învățământ	332
Întrebări și teme de reflecție	338

Capitolul 12. <i>Terapia educațională, terapii specifice de recuperare și terapii complementare pentru copiii cu cerințe speciale</i>	339
12.1. Preliminarii	339
12.2. Stimularea cognitivă	343
12.3. Ludoterapia	349
12.4. Terapia ocupațională	356
12.5. Artterapia	362
12.6. Formarea autonomiei personale	365
12.7. Socializarea	367
12.8. Meloterapia	369
12.9. Euritmia	372
12.10. Dramaterapia (terapia prin teatru)	373
12.11. Terapia cu ajutorul camerelor multisenzoriale (terapia Snoezelen)	375
12.12. Terapia cu ajutorul animalelor	377
12.12.1. Terapia cu ajutorul delfinilor	378
12.12.2. Terapia cu ajutorul cailor (terapia ecvestră)	379
12.12.3. Terapia cu ajutorul animalelor de companie	380
Întrebări și teme de reflecție	381

Capitolul 13. <i>Educația copiilor cu dizabilități în școala incluzivă</i>	383
13.1. De la segregare în educație la educația integrată, incluziune școlară și educația cerințelor speciale – analiză teoretică și delimitări terminologice	383
13.1.1. Segregarea în educație	385
13.1.2. Integrare și educație integrată	386
13.1.3. Incluziune, educație incluzivă, școală incluzivă	389
13.1.4. Cerințe educaționale speciale vs educația pentru cerințele speciale	394
13.2. Școala incluzivă și pedagogia diversității	397
13.3. Școala incluzivă și instruirea diferențiată	403
13.4. Elemente privind managementul procesului de introducere pe scară largă a practicilor incluzive	406
13.5. Forme și modalități de înțelegere a accesului și integrării copiilor cu dizabilități și/sau cu cerințe educaționale speciale în școlile incluzive	410
13.5.1. Elevii cu dizabilități mintale/intelectuale, tulburări de învățare și dificultăți cognitive	415
13.5.2. Elevii cu dizabilități vizuale	421
13.5.3. Elevii cu dizabilități auditive	423
13.5.4. Elevii cu dizabilități fizice/locomotorii	426
13.5.5. Elevii cu cu tulburări emoționale și de comportament	429
Întrebări și teme de reflecție	433

Capitolul 14. Copilul/adultul cu cerințe speciale – calitatea vieții, familia și integrarea profesională	435
14.1. Calitatea vieții persoanelor cu dizabilități/cerințe speciale	435
14.2. Copilul cu cerințe speciale și familia	438
14.3. Consilierea și orientarea persoanelor cu dizabilități și/sau cerințe educaționale speciale	443
14.4. Integrarea profesională a persoanelor cu dizabilități	446
Întrebări și teme de reflecție	450
Capitolul 15. Noile tehnologii informatice, asistive și compensatorii pentru recuperarea și educația persoanelor cu cerințe speciale. Sisteme de comunicare alternativă și augmentativă	451
15.1. Orientări actuale în tehnologiile informatice pentru persoanele cu dizabilități	451
15.2. Tehnologiile asistive și de acces pentru elevii cu cerințe speciale. Intervențiile bionice și protezele inteligente	454
15.3. Învățarea asistată de computer în cazul elevilor cu cerințe speciale	459
15.4. Sisteme de comunicare alternativă și augmentativă	461
Întrebări și teme de reflecție	465
Capitolul 16. Instrumente și moduri de activitate/intervenție în serviciile de asistență psihopedagogică	467
16.1. Structura/conținutul psihomotricității	468
16.2. Ghidul Portage pentru evaluarea și intervenția timpurie (variante A)	471
16.3. Scala Portage pentru educație timpurie (variante B simplificată)	485
16.4. Scala Ozeretski de evaluare a dezvoltării motrice	487
16.5. Diagrama dezvoltării psihomotrice	497
16.6. Fișă de evaluare a schemei corporale, a lateralității și a deprinderilor manuale	502
16.7. Scala ECA III/BRETONNEAU III	503
16.8. Scala Vanderbilt pentru diagnosticul ADHD (<i>Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale</i>) – varianta pentru părinți	506
16.9. Ghid de apreciere a nivelului de dezvoltare a copilului școlar	508
16.10. Testul Goodenough (testul persoanei/testul omulețului)	511
16.11. Inventar de probe pentru cunoașterea vârstei psihologice a limbajului	513
16.12. Fișe pentru determinarea stadiului de dezvoltare a limbajului la copiii cu dizabilitate intelectuală	516
16.13. Fișă de evaluare analitico-sintetică	519
16.14. Fișă de evaluare inițială a parametrilor vederii restante și pentru prescrierea antrenamentului vizual	521
16.15. Probe pentru determinarea nivelului abilităților perceptive: auditive și vizuale	522
16.16. Fișă de monitorizare a copilului cu retard de limbaj	524
16.17. Evaluarea educațională în surdocecitate	526
16.18. Studiul de caz	529
16.19. Genograma și ecoharta (<i>ecomap</i>)	531
16.20. Managementul de caz	534
16.21. Fișa psihopedagogică	537
16.22. Planul de servicii personalizat (PSP)	539
16.23. Programul de intervenție personalizat (PIP)	540
16.24. Programul educațional individualizat (PEI)	541
Glosar de termeni din domeniul psihopedagogiei speciale	545
Bibliografie	567
Anexe	579

CAPITOLUL 1

Cadrul conceptual, perspectiva istorică, stadiul actual și tendințele privind educația, serviciile de terapie, suport și integrare socioprofesională a persoanelor cu cerințe speciale

1.1. Preliminarii

Dezvoltarea psihopedagogiei speciale din ultimele decenii a fost determinată de evoluția științelor psihologice și pedagogice, care a permis cunoașterea mai bună, mai detaliată a copilului și a persoanei adulte cu dizabilități/nevoi speciale, evaluarea capacităților psihice în vederea adoptării unor strategii eficiente de intervenție, compensare, recuperare și integrare școlară și profesională a acestora. În paralel, schimbările la nivel social și economic din țara noastră au avut un impact semnificativ și asupra persoanelor cu dizabilități sau aflate în dificultate.

Pentru aceste categorii de persoane, în conformitate cu cerințele internaționale, au fost promovate o serie de politici sociale și servicii de asistență și intervenție care au drept scop:

- garantarea unei participări totale și active în viața comunității a persoanelor cu diferite tipuri de dizabilități;
- asistarea persoanelor cu dizabilități sau aflate în dificultate în vederea unui trai independent, în acord cu propriile dorințe;
- prevenirea sau eliminarea apariției dizabilităților, prevenirea agravării și diminuarea consecințelor lor;
- prevenirea apariției barierelor sociale în calea persoanelor cu dizabilități și diminuarea consecințelor barierelor actuale;
- evitarea sau eliminarea oricăror forme negative de discriminare asupra persoanelor cu dizabilități.

Politicile și strategiile naționale pentru copiii și tinerii cu cerințe speciale au la bază ideea de *educație pentru toți* și, în același timp, *educația pentru fiecare*. Din această perspectivă, au fost stabilite următoarele priorități:

- școlile trebuie să includă în procesul de învățământ toate categoriile de copii, inclusiv copii cu tuburări de dezvoltare, dizabilități sau alte afecțiuni, prin promovarea și susținerea educației incluzive;
- intervenția timpurie să fie o preocupare principală și în domeniul educației speciale;

- eliminarea etichetărilor și stigmatizărilor pentru anumite grupuri de copii cu dizabilități ca fiind „noneducabili”; acest fapt atrage după sine eliminarea practicilor de excludere a anumitor persoane de la serviciile educaționale;
- alocarea resurselor materiale necesare educației copiilor cu cerințe educaționale speciale să se realizeze urmând principiul *resursa urmează copilul*, indiferent de forma de învățământ pe care o frecventează.

Analizând terminologia educației speciale și a disciplinelor conexe, se poate observa că psihopedagogia specială este un domeniu interdisciplinar ce utilizează informații furnizate de psihologie, pedagogie, medicină (pediatrie, neuropsihiatrie, neuropatologie, neurologie infantilă, oftalmologie, otorinolaringologie, ortopedie, audiologie, igienă etc.), sociologie, asistență socială, științe juridice etc. Toate aceste informații sunt utilizate în studiul particularităților personalității și a specificității persoanelor cu diferite tipuri de dizabilitate (intelectuală, auditivă, vizuală, locomotorie, somatică), cu tulburări de conduită, de limbaj și comunicare, de dezvoltare psihoemoțională etc. sau a persoanelor aflate în dificultate privind integrarea și relaționarea lor cu instituțiile comunității sau cu semenii din comunitatea din care fac parte. Altfel spus, psihopedagogia specială împrumută din alte discipline termeni, concepte a căror semnificație este utilizată într-o manieră interdisciplinară distinctă, în funcție de varietatea formelor de dizabilitate și de nivelul de adaptare, funcționare și integrare socială consecutive tipului și gradului de dizabilitate.

Definiție

Psihopedagogia specială este un domeniu de studiu interdisciplinar care sintetizează, integrează și adaptează experiența altor științe (psihologie, pedagogie, medicină, sociologie etc.) cu scopul de a explica dezvoltarea și evoluția persoanelor cu cerințe speciale (mai ales a celor cu dizabilități) în perspectiva recuperării, compensării, reabilitării, educării și instruirii școlare, adaptării și integrării profesionale și sociale, având ca reper fundamental creșterea calității vieții acestora.

Domeniile/ramurile principale ale psihopedagogiei speciale sunt:

- psihopedagogia persoanelor cu dizabilități intelectuale/mintale;
- psihopedagogia persoanelor cu dizabilități de auz;
- psihopedagogia persoanelor cu dizabilități de vedere;
- psihopedagogia persoanelor cu dizabilități fizice, locomotorii și tulburări psihoneuromotorii;
- logopedia;
- psihopedagogia persoanelor cu tulburări de neurodezvoltare/dezvoltare psihică (TSA, ADHD);
- psihopedagogia persoanelor cu tulburări socioafective și de comportament;
- psihopedagogia elevilor cu dificultăți și tulburări specifice de învățare (*learning disabilities*);
- psihopedagogia persoanelor cu dizabilități multiple/asociate;
- psihopedagogia minorităților defavorizate (etnice, culturale, lingvistice etc.);
- psihopedagogia elevilor supradotați (cu abilități superioare, talentați și creativi).

Dintr-o altă perspectivă, câmpul de acțiune a psihopedagogiei speciale se situează între studiarea stării de normalitate și a stării patologice, parcurgând un traseu complex ce include prevenirea, depistarea, diagnoza, terapia, recuperarea, educarea, orientarea școlară și profesională, integrarea socioprofesională și monitorizarea evoluției ulterioare a persoanei cu dizabilități sau aflate în dificultate. Toate etapele respective pot fi incluse într-o formulă specifică acestui domeniu care justifică în mare parte caracterul pragmatic, acțional și interdisciplinar al psihopedagogiei speciale: *intervenția și asistența psihopedagogică și socială*.

Definiție

Intervenția și asistența psihopedagogică și socială a persoanelor cu cerințe speciale (*persons with special needs*) constituie un ansamblu de măsuri de natură psihologică, pedagogică și socială în vederea depistării, diagnosticării, recuperării, educării, instruirii, profesionalizării, adaptării și integrării sociale a persoanelor care prezintă o serie de dizabilități din punct de vedere intelectual, senzorial, fizic/locomotor, psihic, al tulburărilor de limbaj, al tulburărilor comportamentale, emoționale și de relaționare, precum și a persoanelor aflate în situații de risc din cauza mediului în care trăiesc, a resurselor insuficiente de subzistență sau a prezenței unor boli cronice ori a unor fenomene degenerative care afectează integritatea lor biologică, fiziologică sau psihologică¹.

Componentele fundamentale ale intervenției și asistenței psihopedagogice și sociale sunt:

a) psihologică:

- cunoașterea particularităților specifice dezvoltării psihice a persoanei și a tuturor componentelor personalității;
- evaluarea psihologică a persoanei cu dizabilitate și/sau cerințe speciale în vederea stabilirii unui diagnostic și formularea unui prognostic privind dezvoltarea viitoare;
- atitudinea și reacțiile persoanei în raport cu dizabilitatea sau cu incapacitatea sa și atitudinea și relațiile pe care le are cu cei din jur;
- modul de manifestare a comportamentului în diferite situații;
- identificarea tulburărilor de dezvoltare și a disfuncțiilor la nivel psihic;
- identificarea căilor de terapie, recuperare, compensare a funcțiilor și a proceselor psihice afectate;
- asigurarea unui cadru de securitate și confort afectiv pentru menținerea echilibrului psihic și dezvoltarea armonioasă a personalității;

b) pedagogică:

- evidențierea problemelor specifice în educarea, instruirea și profesionalizarea persoanelor cu diferite tipuri de dizabilități;
- orientarea școlară și profesională prin raportare la potențialul real și în dezvoltare al copilului cu dizabilitate și/sau cerințe speciale;

1. În edițiile anterioare s-a folosit doar sintagma „asistența psihopedagogică și socială”; având în vedere caracterul acțional-pragmatic al psihopedagogiei speciale, accentul se pune adesea pe intervenția specializată, personalizată/individualizată, susținută de diverse categorii de specialiști (diagnosticieni, terapeuți, educatori specializați etc.).

- adaptarea obiectivelor, metodelor și mijloacelor didactice la cerințele impuse de particularitățile dezvoltării psihofiziologice a persoanelor cu cerințe educaționale speciale;
- adaptarea/modificarea conținutului din domeniul învățământului în funcție de tipul de dizabilitate și de nivelul evoluției și dezvoltării biopsihice a subiecților incluși în procesul instructiv-educativ;
- asigurarea unui cadru optim de pregătire, astfel încât fiecare subiect supus educației și instruirii să asimileze un minimum de cunoștințe și deprinderi practice necesare integrării sociale (diversificarea ofertelor educaționale și dezvoltarea instituțiilor școlare de tip incluziv);

c) *socială*:

- inserția persoanei cu nevoi speciale în planul biologic, psihologic, social și cultural în raport cu realitatea socială actuală sau în schimbare pe axele: familială, școlară, profesională și socială;
- acțiuni de prevenire și combatere a manifestărilor de inadaptare socială sau de marginalizare a persoanelor cu dizabilitate;
- dezvoltarea unor politici publice, strategii și programe de susținere a incluziunii sociale și profesionale pentru persoanele cu dizabilități și/sau nevoi speciale;
- promovarea și susținerea unor acțiuni sociale coerente și flexibile, precum și organizarea unor servicii eficiente pentru protecția și asistența socială a persoanelor aflate în dificultate;
- informarea opiniei publice cu privire la responsabilitatea civică a membrilor comunității față de persoanele aflate în dificultate, precum și posibilitățile de valorificare a potențialului aptitudinal și relațional al acestor persoane în folosul comunității.

1.2. Finalitățile și cadrul conceptual al psihopedagogiei speciale

Obiectivul central al acestui domeniu de cercetare-acțiune este axat pe intervenția în scop terapeutic, recuperator, compensator și instructiv-educativ asupra persoanelor cu diferite tipuri de dizabilități, tuburări de dezvoltare sau aflate în dificultate, pentru a favoriza la maximum recuperarea, reabilitarea și (re)inserția lor socioprofesională, considerându-se ca fiind o notă comună a acestor persoane riscul apariției unor stări de instabilitate, marginalizare, dezechilibru sau, în situații mai grave, chiar ruperea totală a raporturilor dintre individ și societate. Altfel spus, obiectivul fundamental al intervențiilor și acțiunilor din câmpul de lucru al psihopedagogiei speciale este centrat pe recuperarea, (re)abilitarea, dezvoltarea și menținerea capacităților individuale necesare pentru rezolvarea unor probleme sau situații dificile pe care persoana nu le poate soluționa de una singură și asigurarea unui suport pentru persoanele care nu au posibilitatea să își dezvolte propriile capacități și competențe de autonomie personală necesare desfășurării unor activități socialmente utile și care să favorizeze integrarea lor socială, într-o măsură mai mare sau mai mică, în funcție de resursele și problematica specifică ale fiecăruia.

Obiectivele specifice au în vedere următoarele direcții:

- prezentarea analitică, descriptivă, comparativă și etiologică a diferitelor categorii de persoane cu dizabilități și/sau cerințe educaționale speciale;

- elaborarea unor criterii de clasificare pe niveluri/grade/trepte a dizabilităților sau a tulburărilor de dezvoltare întâlnite la persoanele respective;
- prezentarea particularităților specifice activității persoanelor cu dizabilități și/sau cerințele educaționale speciale, consecință a modificărilor biopsihice și/sau socioeducaționale;
- prezentarea și analiza sistemului de depistare-diagnoză-terapie-recuperare-educație/profesionalizare-adaptare-integrare socială pentru categoriile de persoane cu dizabilități sau aflate în dificultate;
- stabilirea scopurilor, metodelor și mijloacelor de activitate psihopedagogică și socială cu persoanele care prezintă dizabilități, tulburări de dezvoltare sau care se află în situații dificile de existență;
- elaborarea unui program de profesionalizare în concordanță cu cerințele pieței forței de muncă și încadrarea în unități productive sau ateliere protejate a persoanelor cu nevoi speciale/dizabilități;
- elaborarea strategiilor de integrare socială a persoanelor cu dizabilități sau aflate în dificultate, valorificând toate resursele existente la nivelul comunității;
- monitorizarea evoluției și a gradului de adaptare-integrare socială a persoanelor cu nevoi speciale în diversitatea relațiilor sociale în care sunt implicați;
- elaborarea unor strategii de intervenție pentru prevenirea și/sau ameliorarea consecințelor diferitelor tipuri de dizabilități sau a unor disfuncții la nivel familial, comunitar și social referitoare la persoanele aflate în dificultate;
- îmbogățirea volumului de cunoștințe teoretice și practice cu noi informații rezultate în urma unui permanent proces de cercetare-acțiune și de modernizare a programelor de intervenție existent în domeniul psihopedagogiei speciale și asistenței sociale.

Problematica persoanelor cu cerințe speciale constituie un câmp semantic complex și în evidentă schimbare¹. În literatura psihopedagogică se întâlnesc frecvent mai mulți termeni care, în funcție de modul de abordare a problematicii persoanelor cu cerințe speciale, pot clarifica o serie de delimitări semantice utile în înțelegerea corectă și nuanțată a situațiilor și fenomenelor avute în vedere².

1) *Dizabilitatea* este un termen de bază utilizat în diverse rapoarte și studii internaționale³, dar și în legislația⁴ și practica românească obișnuită. Dizabilitatea face parte din

1. Se dorește și se recomandă cu insistență ca unii termeni, precum *invalid*, *irecuperabil*, *needucabil*, *inapt/incapabil de muncă*, *retardat*, *alienat*, *debil* etc., să nu mai fie folosiți în caracterizarea persoanelor cu dizabilități, deoarece acești termeni nu reprezintă realitatea și aduc prejudicii imaginii și demnității persoanei. Nu de puține ori, astfel de etichete se transformă în bariere majore ce întăresc prejudecățile oamenilor cu privire la persoanele cu dizabilități, accentuând astfel distanța socială și, uneori, chiar distanța fizică dintre cei „normali” și cei „diferiți” (adică neputincioși, marginali, inferiori, dependenți etc.).
2. La finalul lucrării este prezentat un glosar care cuprinde un inventar de termeni specifici domeniului psihopedagogiei speciale, utilizați frecvent în literatura de specialitate din ultimii ani.
3. *Vezi Regulile standard pentru egalizarea șanselor persoanelor cu dizabilități* din 1993 și *Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății*, adoptată de Organizația Mondială a Sănătății în 2001.
4. Conform legislației din țara noastră, „persoanele cu dizabilități sunt acele persoane cărora mediul social, neadaptat afecțiunilor lor fizice, senzoriale, psihice, mintale și/sau asociate, le împiedică total sau le limitează accesul cu șanse egale la viața societății, necesitând măsuri de protecție în sprijinul integrării și incluziunii sociale” (Legea 448/2006, cu modificările ulterioare).

experiența umană, fiind o dimensiune a umanității; ea este una dintre cele mai puternice provocări în ceea ce privește acceptarea diversității, deoarece limitele sale sunt foarte fluide, în categoria persoanelor cu dizabilități putând intra oricine, în orice moment, ca urmare a unor împrejurări nefericite, boli sau accidente. Pentru înțelegerea corectă a acestui termen, trebuie să-l punem în relație cu alte două concepte, respectiv *starea de sănătate* (care evidențiază prezența unor boli – acute sau cronice –, tulburări, leziuni sau traume) și *funcționarea* (care se referă la funcțiile corpului, structurile corpului, la activitățile și gradul de participare a persoanei la viața cotidiană, evidențiind astfel aspectul pozitiv al interacțiunii dintre individ și factorii de mediu). În acest context, *dizabilitatea* evidențiază limitările de activitate și participare ale persoanei la viața cotidiană și relevă nivelul de interacțiune dintre individ și mediu.

În baza noilor orientări conturate de *Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății* (CIF), se pot identifica o serie de implicații și consecințe care permit înțelegerea mai corectă a situației/statutului persoanei cu o formă sau alta de dizabilitate ca rezultată a interacțiunii mai multor factori: cei care țin în principal de individ (condiții de sănătate în legătură cu diverse structuri și funcții ale organismului), factori ce țin de activitate și participare, dar mai ales factorii contextuali (mediul și factorii personali). Astfel, afectarea stării de sănătate (boli, afecțiuni, traumatisme etc.) sau prezența unei infirmități poate fi o premisă, dar care nu conduce obligatoriu la dizabilitate. Practic, diagnosticul medical în sine nu mai este suficient pentru a fundamenta determinarea stării de dizabilitate¹. Acesta trebuie corelat cu rezultatele unei evaluări psihosociale care să evidențieze modul de funcționare în activitatea și participarea socială, felul în care factorii de mediu, inclusiv cei familiali, se constituie ca facilitatori sau bariere, precum și influența factorilor personali asupra evoluției și dezvoltării persoanei. De asemenea, în acest context se evidențiază cu mai multă claritate nevoia de participare socială (incluziune) și de asigurare a echității și egalității de șanse (prin programe la nivel comunitar, prin mijloace și sisteme de suport etc.) pentru copiii și persoanele cu dizabilități, ca forme de promovare a drepturilor fundamentale ale omului.

De reținut că:

- Dizabilitatea este o stare socială și nu o condiție medicală.
- În momentul de față, noile tendințe pe plan mondial impun sintagma „persoană dizabilitată” (de către societate) în locul „persoanei cu dizabilități”, tocmai pentru a sublinia faptul că dizabilitatea nu este un atribut al persoanei, ci al relației dintre persoană și mediu. Mediul neadaptat este cel care „dizabilitează” o persoană din cauza barierelor arhitecturale pe care aceasta le întâmpină.
- Potrivit Organizației Internaționale a Persoanelor cu Dizabilități, dizabilitatea este definită ca fiind „rezultatul interacțiunii dintre o persoană care are o infirmitate și barierele ce țin de mediul social și atitudinal de care ea se poate lăsa lovită”.
- Organizația Mondială a Sănătății propune următoarea definiție a dizabilității: „Dizabilitatea este reprezentată de orice restricție sau lipsă (rezultată în urma unei infirmități)

1. De exemplu, există afecțiuni, tulburări, infirmități care nu conduc la limitări de activitate sau restricții de participare (lipsa unui deget); există boli care nu conduc la limitări de activitate (infecția cu HIV), dar care generează probleme/restricții de participare, cauzate în principal de stigmatizarea și marginalizarea socială; putem avea și situații în care apar limitări de activitate și de participare fără prezența unor afecțiuni/tulburări evidente (cazul unor boli cronice sau fenomene degenerative).

IPEDIS

We know
books

a capacității (abilității) de a îndeplini o activitate în condiții considerate normale pentru o ființă umană”.

- La nivelul Uniunii Europene, dizabilitatea este văzută ca o problemă a întregii societăți; aceasta presupune pregătirea și adaptarea continuă în toate sferele vieții, pentru primirea și menținerea acestor persoane în fluxul firesc al vieții sociale.

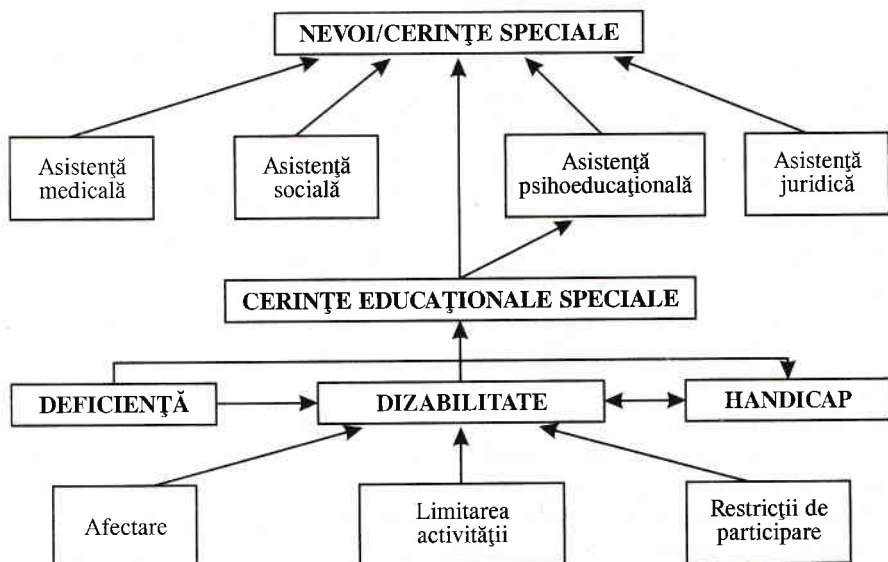
2) *Cerințe educaționale speciale* – CES (*special educational needs* – *SEN*) este o sintagmă care a fost lansată în anul 1978, în Marea Britanie, odată cu raportul Warnock ce a constituit documentul de bază al reformei educației speciale din 1981; în anii '90 a fost preluată și introdusă în terminologia UNESCO. În esență, această sintagmă se referă la anumite caracteristici, particularități întâlnite la unele categorii de persoane¹ și care sunt consecutive unor disfuncții sau dizabilități de natură intelectuală, senzorială, fiziologică, psihomotrice etc., sau ca urmare a unor condiții psihoafective, socioeconomice sau de altă natură (cum ar fi absența mediului familial, condițiile de viață precare, tulburări emoționale și comportamentale, anumite particularități ale personalității copilului etc.); aceste cerințe plasează persoana/elevul într-o stare de dificultate în raport cu ceilalți din jur, stare care nu-i permite manifestarea sau valorificarea în condiții normale/de echitate a potențialului intelectual și aptitudinal de care acesta dispune și induce adesea sentimente de inferioritate ce accentuează condiția sa de persoană cu cerințe speciale. Altfel spus, această sintagmă „desemnează necesitățile educaționale complementare obiectivelor generale ale educației școlare, necesități ce solicită o școlarizare adaptată particularităților individuale și/sau caracteristice unei dizabilități/tulburări de învățare, precum și o intervenție specifică, prin reabilitare/recuperare corespunzătoare” (Vrăsmaș, 2001, p. 27). În consecință, activitățile educative școlare și/sau extrașcolare reclamă noi modalități de proiectare și desfășurare a lor în relație directă cu posibilitățile reale ale elevilor, astfel încât să poată veni în întâmpinarea cerințelor pe care elevii respectivi le resimt în raport cu actul educațional (acest proces presupune, pe lângă continuitate, sistematizare, coerență, rigoare și accesibilizare a conținuturilor, un anumit grad de înțelegere, conștientizare, participare, interiorizare și evoluție în planul cunoașterii din partea elevilor). Cu alte cuvinte, cerințele educative speciale solicită abordarea actului educațional din poziția capacității elevului cu dizabilitate sau aflat în dificultate de a înțelege și a valorifica conținutul învățării, și nu din poziția profesorului sau a educatorului care desfășoară activitatea instructiv-educativă în condițiile unei clase omogene sau pseudoomogene de elevi. Evident că această sintagmă poate avea un înțeles anume pentru fiecare elev în parte, în sensul că fiecare elev este o individualitate și, la un moment dat, într-un domeniu sau altul al învățării, reclamă anumite cerințe educaționale specifice pentru a putea înțelege și a-și valorifica la maximum potențialul în domeniul respectiv (spre exemplu, un elev poate întâmpina dificultăți de învățare la matematică sau fizică, unde sunt necesare în special anumite categorii de operații ale gândirii la care elevul respectiv este deficitar; în schimb, la disciplinele din celelalte arii curriculare obține rezultate bune, chiar peste media clasei; la fel, un elev coleric sau hiperkinetic nu-și poate concentra atenția prea mult timp în clasă, dar poate înțelege cu ușurință conținutul lecțiilor în

1. În populația școlară, numărul elevilor cu cerințe educaționale speciale oscilează între 10 și 20%, deoarece include, pe lângă elevii cu dizabilități (care acoperă aproximativ 2-3% din populația școlară în lume), și o categorie largă de elevi care întâmpină dificultăți în activitățile școlare (forme și niveluri variate de insucces școlar).

momentele sale de atenție). Totuși, sintagma *cerințe educaționale speciale*¹ este utilizată mai ales în domeniul educației speciale, unde semnifică necesitatea unor abordări diferențiate și specializate ale educației copiilor cu dizabilități intelectuale, senzoriale sau fizice/locomotorii, ale celor cu tulburări de învățare, de limbaj, cu afecțiuni neuropsihice, neurofiziologice, somatice etc.

Pe baza definițiilor și accepțiunii propuse de CIF, putem face următoarea reprezentare a conceptelor de bază din domeniul psihopedagogiei speciale: conceptul de *nevoi/cerințe speciale* integrează înțelesul cel mai larg și presupune mai multe categorii de servicii/intervenții (asistența medicală, socială, psihoeducațională și juridică) (vezi figura de mai jos). *Dizabilitatea* poate determina apariția unor *cerințe educaționale speciale*, care, la rândul lor, solicită servicii de asistență psihoeducațională. În același timp, conceptul de *dizabilitate* înlocuiește atât *deficiența* (înțelesă ca o afectare organică sau funcțională), cât și *handicapul* (înțeles ca o consecință socială a deficienței).

Conceptul de *nevoi/cerințe speciale* este caracterizat prin afectare, limitarea activității și restricțiile de participare (adaptare după Nicolae, 2012):



3) *Normalizarea* este un termen care se referă, în principal, la asigurarea unor condiții de viață corespunzătoare pentru persoanele cu nevoi/cerințe speciale și la acceptarea acestora în cadrul societății sau comunității din care fac parte, fiind-le asigurate aceleași drepturi, responsabilități și posibilități de acces la serviciile comunitare (medicale, publice, educaționale, profesionale, de timp liber etc.) ca și celorlalți membri ai societății, în scopul dezvoltării și valorificării optime a potențialului de care dispun aceste persoane.

1. În diverse lucrări de specialitate sau în limbajul cotidian se folosește adesea și sintagma *nevoi educaționale speciale*, ca alternativă la *cerințe educaționale speciale*. În limba română s-a convenit ca expresia *nevoi speciale* să fie folosită cu precădere în domeniul asistenței sociale, cu referire la asigurarea nevoilor de bază ale persoanei pentru o viață decentă și autonomă.

Altfel spus, normalizarea se referă la sprijinul pe care componentele sistemului social îl oferă persoanelor cu nevoi/cerințe speciale astfel încât acestea să aibă un mod de viață similar cu al celorlalți membri ai societății; consecințele practice ale normalizării sunt programele și acțiunile bazate pe incluziune și echitate în educație și viața socială. Conceptul a apărut în țările nordice (Norvegia, Suedia, Danemarca, Finlanda), iar apoi s-a extins și în alte state europene, care au preluat și au adaptat sensul și semnificația acestui termen la condițiile lor specifice, ulterior, prin deciziile și acțiunile întreprinse în plan juridic, politic, socioeconomic, educațional și al serviciilor de asistență socială, punând în aplicare înțelesul acestui termen.

Transpunerea în practică a normalizării se desfășoară pe patru niveluri funcționale:

- *normalizarea fizică*: se referă la posibilitatea persoanei cu nevoi/cerințe speciale de a avea acces la mijloacele fizice necesare pentru satisfacerea nevoilor fundamentale, posibilitatea de a avea o locuință proprie, bunuri personale, îmbrăcăminte și hrană, un minimum de posibilități financiare pentru unele cheltuieli absolut necesare, posibilitatea de a avea contacte sociale, de a se asocia cu alte persoane etc.;
- *normalizarea funcțională*: constă în asigurarea accesului la serviciile publice ale societății: transport în comun, facilități de acces în școli, instituții publice și de cultură, spații comerciale, facilități de a petrece timpul liber, accesul la informații/medii de informare în masă etc.;
- *normalizarea socială*: are în vedere posibilitatea persoanei de a avea contacte sociale spontane sau permanentizate și de a fi percepută ca făcând parte dintr-un context social normal: relațiile cu membrii familiei, vecinii, prietenii, colegii de muncă, oamenii de pe stradă, funcționarii sau cu prestatorii de servicii publice etc.;
- *normalizarea societală*: se referă la nivelul participării persoanelor cu nevoi/cerințe speciale în diferite organizații, asociații, sectoare ale vieții publice sau la activități productive, având responsabilități și beneficiind de încrederea celor din jur.

4) *Echitatea și incluziunea în educație*, conform UNESCO, se referă la asigurarea dreptului la educație pentru toți copiii, astfel încât aceștia să-și poată valorifica potențialul individual și aspirațiile personale, și la stabilirea mecanismelor pentru realizarea acestor scopuri. Incluziunea poate fi definită și ca un proces de abordare și reacție a mediului școlar la diversitatea de cerințe și necesități ale tuturor elevilor, prin asigurarea condițiilor de participare a acestora la propria instruire și la viața comunitară. Unele categorii de copii (din medii sociale sau familiale, din comunitățile rurale izolate, cu tulburări de dezvoltare, cu dizabilități, reprezentanți ai minorităților etnice defavorizate, copiii din zonele afectate de conflicte etc.) sunt expuse riscului de a nu frecventa sau de a nu finaliza o formă de școlarizare și educație, ceea ce îi pune în situații vulnerabile, de discriminare și inechitate în raport cu semenii lor. Prin urmare, echitatea și incluziunea în educație reprezintă două priorități în multe țări din lume și implică modificări de conținuturi, politici și strategii educaționale, păstrând o viziune comună care cuprinde toți copiii de aceeași vârstă, având convingerea că sistemul de învățământ este responsabil de educarea tuturor copiilor, fără abordări bazate pe discriminare sau segregare.

5) *Reabilitarea* se referă la un proces destinat să le ofere persoanelor cu dizabilități posibilitatea să ajungă la niveluri funcționale fizice, psihice și sociale corespunzătoare,

furnizându-le acestora instrumentele cu ajutorul cărora își pot schimba viața, obținând un grad mai mare de autonomie personală și viață independentă. Există tendința de a utiliza în același context noțiunile *abilitare* și *reabilitare*, prima referindu-se la acele funcții ce nu mai pot fi recuperate prin intervenții de specialitate; în schimb, prin mecanismele de compensare, se pot forma acele abilități sau capacități de bază necesare autonomiei personale, integrării sociale și profesionale.

În anul 1994, Organizația Internațională a Muncii (OIM), UNESCO și OMS au elaborat un *Document de poziție comună cu privire la reabilitarea bazată pe comunitate (RBC)*¹. Aceasta reprezintă o strategie din cadrul de dezvoltare generală a comunității pentru reabilitarea, îmbunătățirea calității vieții, egalizarea șanselor și incluziunea socială a tuturor persoanelor cu dizabilități. Reabilitarea bazată pe comunitate se referă la toate categoriile de vârstă și este implementată prin eforturile concertate ale persoanelor cu dizabilități, ale familiilor acestora și ale comunităților de care aparțin, precum și ale serviciilor de educație, medicale, sociale și profesionale existente la nivelul comunității. Obiectivul principal al RBC constă în dezvoltarea și valorificarea potențialului persoanelor cu dizabilități prin intermediul serviciilor și oportunităților create la nivelul comunității, în beneficiul tuturor membrilor acesteia. De-a lungul timpului, acest concept s-a extins în numeroase țări unde a influențat atitudinea și procesul de elaborare a politicilor sociale și a strategiilor regionale și comunitare referitoare la persoanele cu dizabilități sau aflate în situații de risc.

6) *Incluziunea socială* presupune un proces amplu de transformări la nivel personal, comunitar și societal de schimbare a atitudinilor și practicilor individuale, instituționale și organizaționale, astfel încât toate persoanele, inclusiv cele percepute ca fiind „diferite” din cauza unor dizabilități, a apartenenței etnice, culturale, a condițiilor socioeconomice de viață precare etc., să poată contribui și participa în mod egal la viața și cultura comunității din care fac parte. Operațional, acest termen poate fi înțeles și astfel: *nediscriminare + acțiune pozitivă = incluziune socială*.

7) *Șanse egale sau egalizarea șanselor* (crearea de șanse egale) – descrie procesul prin care diferitele sisteme sociale și de mediu (spații școlare, spațiile publice din comunitate, infrastructură, servicii sociale, tehnologiile de informare și documentare, medii profesionale etc.) devin accesibile pentru oricine, inclusiv pentru persoanele cu dizabilități. Altfel spus, ne referim la necesitatea de a crea și/sau a promova premise și condiții egale de acces la viața comunității pentru fiecare membru, indiferent de statutul și condiția sa biopsihică, socioeconomică, culturală, religioasă etc., de a reduce și/sau a diminua impactul negativ al unor dezavantaje (spre exemplu, cele determinate de anumite boli sau dizabilități).

8) *Serviciile de sprijin* se referă la serviciile care îi asigură persoanei cu dizabilități atât independență în viața de zi cu zi, cât și exercitarea drepturilor de care dispune (dispozitive de asistare, servicii de interpretare, asistent personal, servicii de îngrijire comunitară etc.).

1. Trebuie menționat că acest concept era cunoscut și aplicat în unele țări încă din anii '80.

9) *Protecția specială* cuprinde totalitatea acțiunilor întreprinse de societate (legislație, politici și programe sociale, instituții specializate etc.) în vederea diminuării sau chiar a înlăturării consecințelor pe care o boală, o deficiență sau o afecțiune cronică ce determină o dizabilitate (considerată factor de risc social) o are asupra nivelului de trai al persoanei cu dizabilități.

1.3. Perspectiva istorică asupra evoluției și dezvoltării în timp ale terminologiei și modalităților de intervenție psihopedagogică și socială pentru persoanele cu dizabilități

În anul 1980, OMS a definit grupul terminologic *deficiență – dizabilitate (incapacitate) – handicap*, care a guvernat problematica domeniului timp de peste două decenii. Sensul acestor termeni este redat mai jos.

Aspectul medical – deficiența – se referă la deficitul stabilit prin metode și mijloace clinice sau paraclinice, explorări funcționale sau alte evaluări folosite de serviciile medicale, deficit care poate fi de natură senzorială, mintală, fizică, locomotorie, neuropsihică sau de limbaj.

Prin *deficiență*¹ se înțelege pierderea, anomalia, perturbarea cu caracter temporar sau definitiv a unei structuri fiziologice, anatomice sau psihologice și desemnează o stare de anormalitate funcțională, adesea cu semnificație patologică, manifestată pe o durată mai scurtă sau mai lungă, care afectează capacitatea și calitatea procesului de adaptare și de integrare școlară, profesională sau în comunitate a persoanei în cauză. Regulile standard (1993)² nu mai consideră termenul „deficiență” ca fiind unul de bază, analizându-l înglobat în „dizabilitate”/„incapacitate”.

Aspectul funcțional – incapacitatea – reprezintă o pierdere, o diminuare totală sau parțială a posibilităților fizice, locomotorii, mintale, senzoriale, neuropsihice etc., consecință a unei deficiențe care împiedică efectuarea normală a unor activități.

Indiferent de forma de manifestare (fizică, senzorială, mintală etc.), incapacitatea conduce la modificări ale capacității de adaptare, la un anumit comportament adaptiv, la performanțe funcționale care determină apariția unor forme, mai mult sau mai puțin grave,

1. Termenul generic *deficiență* include și o serie de alți termeni cu o semnificație și o sferă semantică mai reduse, cum ar fi: *deficitul* – desemnează înțelesul cantitativ al deficienței, adică ceea ce lipsește pentru a completa o anumită cantitate sau întregul; *defectuozitatea* – se referă la ceea ce determină un deficit; *infirmitatea* – desemnează diminuarea notabilă sau absența uneia sau mai multor funcțiuni importante care necesită o protecție permanentă, fiind incurabilă, dar care poate fi reeducată, compensată sau supracompensată. După unele date UNESCO, infirmitatea s-ar limita numai la deficiența locomotorie; *invaliditatea* – implică pierderea ori diminuarea temporară sau permanentă a capacității de muncă; *perturbarea* – se referă la abaterile de la normă.
2. *Regulile standard pentru egalizarea șanselor persoanelor cu dizabilități* (1993), text adoptat de Adunarea Generală a Națiunilor Unite prin rezoluția 48/96, sesiunea 48, anexă, 20 decembrie 1993.

de manifestare cu efecte în dezvoltarea nivelului de autonomie personală, profesională sau socială. Altfel spus, incapacitatea reprezintă perturbarea sau limitarea capacității de îndeplinire normală a unei activități sau a unui comportament; această tulburare poate avea un caracter reversibil sau ireversibil, progresiv sau regresiv.

Incapacitatea poate fi evaluată, în funcție de natura deficienței care o determină, prin:

- probe care conduc la stabilirea coeficientului de inteligență, la evaluarea gradului de diminuare a acuității auditive, a coeficientului de vedere, a gradului de dezvoltare motorie etc.;
- investigații de natură medicală ce întregesc informațiile cu privire la gravitatea sau prognoza socioprofesională a incapacității respective;
- investigații sociologice ce urmăresc consecințele incapacității asupra relațiilor și vieții sociale a persoanei cu deficiență.

Aspectul social rezumă consecințele deficienței și ale incapacității, cu manifestări variabile în raport cu gravitatea deficienței și cu exigențele mediului. Aceste consecințe pe plan social erau incluse în noțiunile de handicap¹, respectiv de inadaptare, și se pot manifesta sub diverse forme: inadaptare propriu-zisă, marginalizare, inegalitate, segregare, excludere.

Handicapul unei persoane era considerat un dezavantaj social, rezultat dintr-o deficiență sau incapacitate care limitează sau împiedică îndeplinirea unui rol într-un context social sau cultural, în funcție de vârsta, sexul sau profesia persoanei respective. Altfel spus, handicapul era perceput ca o particularitate a relației dintre persoanele cu incapacitate și mediul lor de viață, fiind evidențiat atunci când aceste persoane întâlnesc bariere culturale, fizice sau sociale, împiedicându-le accesul la diferite activități sau servicii sociale care le sunt disponibile în condiții normale celorlalte persoane din jurul lor².

Dificultățile întâlnite de persoanele cu dizabilități multiple și complexe sunt determinate de foarte mulți factori, ceea ce face dificilă sistematizarea lor.

O sistematizare aproximativă a condus la următoarea clasificare a grupelor de dificultăți:

a) *dificultăți de ordin general:*

- dificultăți de deplasare și mișcare, pentru cei cu dizabilități fizice;
- dificultăți de exprimare și comunicare, pentru cei cu dizabilități senzoriale;
- dificultăți de adaptare la modul de viață cotidian și la rigorile vieții sociale, pentru cei cu dizabilități mintale/intelectuale;
- dificultăți de întreținere pentru persoanele lipsite de resurse și venituri sau care au venituri mici;

1. În limbajul curent (cel puțin în cultura românească, dar și în alte culturi), acest termen are adeseori un sens peiorativ, fapt care, în ultimii ani, a determinat identificarea unor termeni sau sintagme noi care să înlocuiască termenul *handicap*; astfel, s-au impus termeni ca *deficiență*, *dizabilitate* sau sintagme ca *persoană cu nevoi speciale*, *persoană cu dizabilitate*, *persoană dizabilitată* etc.
2. În esență, *handicapul/dizabilitatea* apare în definiția OMS (1980) drept o consecință a unei boli, ceea ce a reprezentat un pas înainte față de concepția strict medicală de până atunci.

b) *dificultăți de ordin profesional:*

- dificultăți legate de instruirea și pregătirea profesională a persoanelor cu diferite forme și grade de dizabilitate;
- dificultăți de plasare în locuri de muncă adecvate profesiei sau absența unor locuri de muncă în condiții protejate (atelier protejate, secții speciale de producție pentru persoane cu dizabilități etc.);

c) *dificultăți de ordin psihologic și social:*

- bariere psihologice ce apar între persoanele cu și fără dizabilități ca urmare a dificultăților întâmpinate în activitățile cotidiene, profesionale sau sociale, precum și din cauza unor prejudecăți sau a unor reprezentări deformate cu privire la posibilitățile și activitatea persoanelor cu dizabilități.

Așadar, putem spune că, în acord cu terminologia propusă de OMS în 1980, deficiența poate determina o dizabilitate care, la rândul ei, antrenează o stare de incapacitate ce face ca persoana cu deficiență să suporte cu dificultate exigențele mediului în care trăiește, mediu ce poate asimila, tolera sau respinge persoana cu o anumită deficiență; de aici rezultă o serie de urmări atât asupra echilibrului vieții interne a persoanei respective, cât și în planul relațiilor cu cei din jur, fapt ce poate determina includerea persoanei cu deficiență într-un cerc vicios, afectând, uneori destul de puternic, procesul dezvoltării și structurării armonioase și echilibrate a personalității acesteia.

În anul 2001, OMS a lansat *Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății* (CIF), prin care s-a urmărit stabilirea unui limbaj standardizat și unitar, precum și a unui cadru general de descriere a stării de sănătate și a celorlalte stări adiacente stării de sănătate întâlnite la categoriile de persoane care prezentau diverse boli/afecțiuni, tulburări de dezvoltare, traumatisme sau fenomene degenerative. Practic, CIF nu mai este doar o clasificare a „consecințelor unei boli” (în comparație cu versiunea din 1980), ci a „componentelor sănătății”, prin care se identifică elementele constitutive ale sănătății, în timp ce consecințele se concentrează pe impactul sau pe rezultatul ulterior al bolilor sau al altor stări de sănătate. Cu alte cuvinte, CIF se bazează pe integrarea a două modele opuse – medical și social; pentru a reda esența integrării diverselor perspective ale funcționării, este utilizat un model biopsihosocial care cuprinde o sinteză asupra tuturor perspectivelor sănătății: din punct de vedere biologic, individual și social (la fel ca în definirea personalității, ca un concept central al psihologiei).

În anul 2007 apare și *Clasificarea Internațională a funcționării, dizabilității și sănătății pentru copii și tineri* (CIF-CT), care derivă din CIF (OMS, 2001) și este concepută pentru a evidenția caracteristicile copilului aflat în proces de dezvoltare și influența mediului în care acesta trăiește. CIF-CT aparține „familiei” de clasificări internaționale realizate de OMS pentru a fi aplicate diverselor aspecte legate de sănătate, poate fi utilizată de furnizorii de servicii, consumatori și orice alte persoane preocupate de sănătatea, educația și bunăstarea copiilor sau a tinerilor și are la bază cadrul conceptual al CIF, utilizând un limbaj și o terminologie comune pentru a înregistra problemele ce implică funcțiile și structurile organismului, limitările de activitate și restricțiile de participare care se manifestă în primele luni de viață, în copilărie și în adolescență, precum și factorii de mediu relevanți.