

7. POLIHANDICAPUL (DUPĂ E.F. VERZA, 2002)

7.1. Delimitări conceptuale în polihandicap

Prin polihandicap se înțelege existența a două sau mai multe forme de handicap, asociate la aceeași persoană și însoțite de o varietate de tulburări.

Diversitatea tulburărilor este dependentă de gravitatea acestora și de numărul simptomelor care sunt asociate într-o formă de bază de tip sindrom. De aceea, integrarea școlară se realizează diferit, în cele mai bune situații, parțial sau total, în funcție de profunzimea handicapului.

În cazul polihandicapului, avem de-a face cu handicapuri severe sau profunde fie într-un palier al activităților fizice și psihice, fie cu dificultăți în toate componentele principale ale activității psihofizice. Dar, putem întâlni și handicapuri singulare, reunite, și care pot fi, însă, extrem de grave (profunde) și la care componenta afectată este deteriorată total și pe toate secvențele acesteia. Astfel, apar disfuncționalități la nivel organic, care pot să afecteze, negativ, planul psihic general.

Așadar, polihandicapul se găsește în majoritatea sindroamelor handicapului de intelect, în unele deficiente fizice și în deficiente senzoriale, și mai ales în cazul asocierii lor. Dintre acestea, le vom

reține pe cele mai importante, cum sunt: toate sindroamele deficienței mintale, surdo-cecitatea, autismul.

7. 2. Sindroamele handicapului de intelect

a. Sindromul Down

Acest sindrom a fost descris, în anul 1866, de Langdon Down, și se caracterizează prin triada: dismorfie particulară, întârziere mintală și aberație cromozomială.

Aceste persoane au capul mic, prezintă branhicefalie, faciesul este rotund, aplatizat, cu absența aproape completa a pomeților. Roșeață obrajilor și a vârfulor nasului îi dă aspectul de „față de clown”.

Prezintă, de asemenea, hiperteloism, gura lor este mică, cu fisuri comisurale, permanent întredeschise, dinții neregulați implantați, cariați, inegali, limba fisurată, cu aspect lat sau îngust și ascuțit, urechi mici, neregulate, asimetrice. Gâtul este scurt, toracele este lărgit la bază, cu lordoză în poziție șezândă.

Mâinile sunt mici și scurte, late și cu degete divergente. Picioarele sunt scurte, cu degete mici.

Subiectul este lent, apatic, pasiv, stă ore întregi în aceeași poziție sau se mișcă monoton.

Instabilitatea psihomotorie consta în trecerea de la docilitate la acțiuni de auto- și heteroagresivitate.

Atenția este labilă la toate vârstele, îngreunând influențarea educațională.

Comprehensiunea este redusă, iar memorarea mecanică și limbajul apar târziu. Majoritatea acestor subiecți nu reușesc să învețe să scrie, iar desenul lor rămâne rudimentar și inestetic. Vocea este răgușită, monotonă. Vorbirea este infantilă și cu tulburări de articulație.

Gesticulația rămâne mulți ani principalul mod de exprimare.

Gândirea este la stadiul concret și nu permite decât achiziția unor elemente cu caracter de stereotipie.

Memoria este predominant mecanică și întipărirea de scurtă durată; reproduc cu greu și numai în prezenta situațiilor concrete. În aceste condiții, este interesant că au dezvoltat simțul ritmului, le place muzica și dansul. Sunt veseli și afectuoși cu persoanele cunoscute și simt nevoia să li se acorde o atenție similară din partea celor din jurul lor. Manifestă, mai ales, comportamente imitative, ceea ce presupune prezența în prejma lor a unor modele comportamentale pozitive.

Acest sindrom mai poartă denumirea de „trisomia 21” din cauza apariției unui cromozom în plus, în perechea a-21-a, astfel încât se ajunge la 47 în loc de 46 cromozomi.

Dat fiind dificultățile de dezvoltare, subiecții respectivi se încadrează în categoria de handicap sever sau profund și foarte rar în debilitatea mintală.

b. Oligofrenie fenilpiruvica (fenilcetonuria sau boala lui Folling).

Este o tulburare metabolică ereditară, o forma gravă a handicapului de intelect.

La naștere, copilul pare normal pentru primele săptămâni sau pentru primele luni. Apare apoi, o iritabilitate excesivă, o instabilitate psihomotorie, uneori crize manifestate prin convulsii.

Observăm o întârziere în dezvoltarea motorie. De asemenea, o foarte accentuată întârziere în dezvoltarea vorbirii, cu debut după 3-4 ani. De cele mai multe ori, nu realizează decât 3-4 cuvinte, însoțite de fenomenul de ecolalie. Nu depășește Q. I. de 50.

Prezintă balansări de trunchi dinainte-înapoi. Mersul este cu pași mici și cu aplecare înainte. Are o tendință permanentă de mișcare a mâinilor. La 1/3 cazuri se înregistrează crize epileptice.

Are o subdezvoltare staturo-ponderală, parul blond depigmentat, ochii de culoare albastru deschis și eczeme. Pielea este foarte sensibilă și uneori cu spargeri ale unor vase de sânge. Se încadrează doar în formele de handicap profund și sever.

Se pot elabora unele comportamente elementare de autoservire, mai ales cele bazate pe formarea reflexelor condiționate.

Diagnosticarea se poate face de timpuriu, prin analiza urinei ce conține acid fenilpiruvic.

c. Idioția amaurotică (sau boala lui Tay-Sachs)

Aceasta disfuncție are o frecvență mai redusă. La naștere copilul da impresia de normalitate, pentru ca la 3-6 luni să devină apatic, cu o motricitate ce nu evoluează în mod normal.

La început, copilul este hipersensibil la lumină și la zgomote, iar mai târziu văzul se va degrada, progresiv, până la orbire. El nu poate apuca obiecte, nu poate ține capul ridicat, iar mai târziu se instalează paralizările și convulsiile.

Boala are un caracter ereditar, de aceea apariția ei poate interveni la diferite vârste, însă durata de viață este relativ scurtă.

Manifestă indiferență față de mediul ambiant, iar pe plan psihic dezvoltarea poate fi extrem de redusă, dar prin exerciții repetate poate fi posibilă elaborarea unor comportamente și activități cu caracter stereotip.

d. Gargoilismul

Se regăsește la categoriile de handicapați, de la formele cele mai ușoare până la cele mai grave.

Copilul are o statură mică, cu gât și membre scurte, prezintă o înfățișare de bătrân. Craniul are un aspect deformat, prin proeminența exagerată a regiunii occipitale. Gura este mare, cu buze groase, iar nasul în forma de șa.

e. Hipertiroidismul

Este caracterizat de plasarea laterala a ochilor cu distante mari între ei, determinând un aspect animalic. Craniul este brahicefalic și prezintă, deseori, anomalii ale maxilarului superior. Dezvoltarea psihică este minimă.

f. Sindromul Turner

Persoanele din această categorie prezintă fața rotundă, urechi late și implantate în partea de jos a craniului, spre gât, care este scurt. Este caracterizat de asemenea de absența semnelor sexuale. Toracele este în formă de scut, cu mameloane îndepărtate. Prezintă scolioză sau cifoscolioză; ca și la hipertelorism și în sindromul Turner, ochii sunt depărtați. Acest sindrom e întâlnit numai la femei.

g. Sindromul Pseudo-Turner

Prezintă caracteristici ce fac legătura cu sindromul descris mai sus. Este întâlnit la băieți. Simptomele sunt asemănătoare cu cele ale deficienței Turner clasice, părul este aspru, gura triunghiulară (gura de pește), prezintă strabism.

Deficiența mintală e mai frecventă decât în Turnerul clasic.

h. Cretinismul endemic

Este pregnant legat de mediul de viață. Apariția acestuia se datorează de proporția insuficientă a iodului în sol sau în apă, ceea ce împiedică producerea hormonului tiroidian cu efecte în dezvoltarea psihică și cea fizică. Metabolismul este redus și prezintă imaturitate sexuală. „Cretinul” este scund, greoi cu abdomenul și craniul proeminente, picioare strâmbe, cu pleoape, cu buze, limba umflată, cu pielea uscată gălbuie și rece.

Sub aspect psihic, mișcările, mimica și pantomimica sunt rigide. Pot apărea tulburări mentale grave.

Așa cum subliniază Gh. Radu (2000), numărul sindroamelor deficienței de intelect este mult mai mare (peste 100), dar ne-am limitat la prezentarea celor cu o frecvență mai mare și care pot fi întâlnite și în școlile speciale. Deși toate acestea reprezintă, în principal, deficiențe severe sau profunde, se pot obține unele

rezultate educaționale favorabile, în condițiile adoptării unor programe adaptate particularităților psihoindividuale, în cadrul intervențiilor psihopedagogice și medicale încă de la vârstele timpurii.

În toate sindroamele handicapului de intelect se găsește un mănunchi de simptome ce dau acestora configurația de handicapuri asociate (polihandicap), în care apar dereglări în activitățile psihice, personalității și comportamentului, unde dificultatea fenomenelor respective este deosebit de complexă și are semnificația de specificitate pentru categoria de handicap.

7.3. Surdo-cecitatea

Datorită asocierii surdomutității cu cecitatea se produc grave perturbări în existența individului, deoarece perceperea lumii înconjurătoare și comunicarea cu aceasta se restrânge la un număr minim de canale. La orbul surdomut sunt afectați principalii analizatori: văzul, auzul și cel verbo-motor. De aceea, socializarea și dezvoltarea psihică presupune adoptarea unor programe educaționale care să valorifice, maximal, analizatorii valizi și să determine compensarea acelor funcții specifice analizatorilor afectați. În educarea unui copil cu dublu sau triplu handicap, este foarte

importantă perioada în care se produce afecțiunea, deoarece un copil polihandicapat din naștere sau la scurt timp după, nu are reprezentări vizuale și auditive și nici deprinderi de vorbire, care să se consolideze în mod obișnuit. Pe de altă parte, survenirea orbirii și surdității, după stocarea unor imagini, face posibilă, prin antrenament și învățare, dezvoltarea compensatorie a funcțiilor specifice și a abilităților comunicaționale.

Factorii sunt, în majoritate, aceiași ca și în handicapul de vedere sau de auz, dar au o acțiune mai extinsă, mai profundă și produc modificări majore de ordin structural și funcțional (bolile infecto-contagioase, intoxicațiile, febra tifoidă, rubeola, administrarea în exces a streptomicinei, neomicinei, kanamicinei și traumatismele care afectează zonele centrale și periferice ale analizatorilor respectivi, meningitele și encefalitele).

În surdo-cecitate, deficiențele se pot instala concomitent, dar de cele mai multe ori apare mai întâi una, ca la scurt timp să urmeze și cealaltă. Este destul de greu să se depisteze aceste deficiențe de timpuriu. În primii doi ani de viață, datorită menținerii unor resturi de vedere, părinții nu sesizează starea de handicap a copilului sau se amăgesc crezând că este vorba de un fenomen trecător, și încercând tot felul de tratamente ajung să orienteze copilul spre recuperare educațională specializată abia pe la 6 - 7 ani. În cazul în care

handicapul survine la preșcolar sau la școlar, vor apărea tulburări grave, dezorientare și depresie totală la copil, ca și la părinți.

Procesul educațional - recuperativ se bazează pe posibilitățile de preluare a funcțiilor afectate de către analizatorii valizi și dezvoltarea unor capacități prin intermediul acestora, care să facă posibilă umanizarea și comunicarea cu lumea înconjurătoare. Se formează mai întâi obișnuințe, pentru satisfacerea normală a trebuințelor biologice și igienice, apoi deprinderi de recepționarea semnalelor din jur. Mai târziu, stimularea reflexului de orientare și elaborarea intereselor de cunoaștere se face prin formarea și menținerea unor reflexe condiționate. În dezvoltarea capacităților senzorial-perceptive și în organizarea cunoașterii, se respectă legitățile secvențiale de detectare, discriminare, intensificare și interpretare.

Prezența surdo-cecității, survenite la scurt timp după naștere, nu împiedică dezvoltarea capacităților intelective creative. În acest sens avem două exemple clare, Helen Keller și Olga Skorohodova, a căror handicap a survenit la 2 și respectiv 5 ani, ca urmare a meningitei și care au reușit să absolva o instituție de învățământ superior. Pe lângă proza și poezie, ele au descris etapele educației speciale, în lucrările : 'Memoriile ' și respectiv, 'Cum percep lumea exterioară', în care au pus în evidență modalitățile de relaționare cu mediul, de percepere a acestuia, contactul cu obiectele, formarea

reprezentărilor și imaginilor, a simbolurilor și comunicării verbale etc. La noi, a atins o dezvoltare remarcabilă Vasile Avramescu care, după absolvirea universității, a devenit unul dintre cei mai apreciați profesori dintr-o școală de nevăzători din Cluj-Napoca și care reușește să ducă o viață normală.

Este foarte greu pentru părinții unor astfel de copii, deoarece grija exagerată sau respingerea este dublată de faptul că nu știu cum să se comporte cu ei. Astfel, copiii ajung la vârsta școlară fără să aibă cele mai elementare deprinderi și fără să poată exprima dorințele. În acest caz este fundamental contactul cu lumea, stabilit cu ajutorul analizatorului tactil. Copilul trebuie să înțeleagă că fiecare lucru are un nume, iar folosirea limbajului presupune și înțelegerea acestuia. Înțelegerea cuvântului, ca simbol al noțiunii, presupune conștientizarea faptului că fiecare obiect sau acțiune sunt reprezentate prin cuvinte, litere sau grafeme.

În activitatea cu copiii orbi-surdo-muți, explorarea mediului înconjurător, prin plimbări și excursii, permite cunoașterea reală a obiectelor, concomitent cu învățarea în numele acestora (educatorul scrie cuvintele în palma copilului). Folosirea gesturilor este importantă, de asemenea, mai ales în cazul în care copilul are o bună capacitate de imitare.

După ce sunt însușite bazele limbajului, se trece la lectura, scris și calcul. Este de înțeles folosirea limbajului Braille și a unor proteze auditive, acolo unde este cazul. Mana joacă rolul fundamental în recepția stimulilor din mediu și îndeplinește funcția de organ de transmisie cu ajutorul gestului și dactilologiei. Formarea comunicării verbale și a gândirii verbale se bazează pe imaginile constituite prin tact și prin simbolistica gestului și a dactilemului.

În surdo-cecitate, metodologia educațională implică următoarele etape: cunoașterea nemijlocită a lumii înconjurătoare, însușirea gesticulației, formarea capacității de folosire a semnelor dactil, formarea capacității de comunicare verbală. Este important de asemenea climatul afectiv, atmosfera tonifiantă, stimularea atitudinilor pozitive și efortul constant.

Mentalitatea, atitudinile manifestate de societate față de persoanele handicapate fac parte, nemijlocit, din sistemul de șanse ce li se acordă acestora, pentru dezvoltare în mediul ambiant.

7.4. Autismul

Termenul a fost formulat de Blueuler, la începutul secolului. El se referea la dereglări secundare de natură psihogenetică pe care le raporta la o categorie definitorie de tulburări primare. Acestea din urma se regăsesc și în autism, și constau în dereglări ale asociațiilor de idei, întreruperea fluxului ideativ, dereglări de limbaj și stereotipii, stări de excitație puternică, ce alterează cu cele de depresie, dereglări neuro-vegetative, secundate de halucinații în plan psihic. Mai târziu, conceptul de autism a fost bine conturat și definit în raport cu alte categorii de handicap, însă este considerat ca fiind controversat în raport cu caracteristicile comportamentale și manifestarea funcțiilor psihice ce le generează pe parcursul vieții individului.

Etiologic, termenul de autism provine de la cuvântul grecesc 'autos' care înseamnă 'însuși' sau 'eu-l propriu' și de la accepțiunea dată autismului de L. Kanner, ca fiind retras și mulțumit de sine însuși.

S-au făcut multe studii asupra frecvenței cazurilor de autism. Spre exemplu, în 1964, cu ocazia unui experiment efectuat în Anglia, pe populația infantilă, cuprinsă între 8-10 ani, au fost depistați 4-5 copii la 10000, care prezentau semne evidente de autism. Un alt studiu,

făcut în Danemarca, a confirmat, aproximativ, aceleași date. Concluzia este ca în țările dezvoltate frecvența autismului este mai mare față de țările slab dezvoltate, ca urmare a mortalității infantile sporite în acestea din urmă.

O altă cauză a acestei concluzii este următoarea: copiii cu asemenea handicapuri grave, trebuie să-și asigure o îngrijire medicală specială, pentru a putea supraviețui.

În literatura de specialitate se consideră că autismul are o frecvență similară cu cea a surdității și mai mare decât cea a cecității. Datele recente consemnează prevalența autismului de tip Kanner de 1/20000 de copii.

Raportată la sexe, frecvența este mai mare la băieți, aproximativ 4 la 1, față de fete.

Cercetările nu au putut demonstra transmiterea ereditară și nici existența unui caracter genetic dominant la unul din sexe, dar au confirmat existența unui număr mai mare de autiști printre copiii unici la părinți sau a primilor născuți.

Din punct de vedere etiologic, au fost elaborate trei categorii de teorii distincte, ce fac posibilă explicarea autismului.

1. Teoriile organice

Acestea considera ca autismul se datorează disfuncții organice., de natura biochimica sau insuficiente dezvoltări structurale a creierului.

2. Teoriile psihogene

Interpretează autismul ca pe un fenomen de retragere psihologica fata de tot ceea ce este perceput ca fiind rece, ostil și pedepsitor.

3. Teoriile comportamentale

Considera ca autismul infantil ia naștere printr-un șir de comportamente învățate și care se formează în urma serii de recompensări și pedepse întâmplătoare.

Sunt invocate, în paralel, și alte cauze, cum ar fi:

- bolile infecto-contagioase;
- traumatismele din timpul sarcinii și ale nașterii;
- cauze ereditare;
- anomalii ale creierului;
- existența hidrocefaliei, a epilepsiei ș.a.

După cum am văzut, din punct de vedere simptomatologic, paleta acestora este foarte extinsă. Sintetic, ele pot fi grupate astfel:

- a) dificultăți de limbaj și comunicare;
- b) discontinuitate în dezvoltare și învățare;

- c) deficiente perceptuale și relaționale;
- d) tulburări acționale și comportamentale;
- e) disfuncționalități ale proceselor, însușirilor și funcțiilor psihice .

a) Dificultățile de limbaj și comunicare sunt deosebit de pronunțate și se manifesta, de timpuriu, prin slabul interes în achiziția limbajului. Autiștii nu răspund la comenzile verbale și pot prezenta o reacție întârziată la apelul numelui lor. Vorbirea se însușește cu o întârziere mare, fata de normal și se menține o pronunție defectuoasă aproape în toate împrejurările. La 5 ani, pot repeta unele sunete și silabe, iar după însușirea relativă a limbajului, autiștii au tendința de a schimba ordinea sunetelor în cuvânt, de a nu folosi cuvinte de legătura sau de a substitui un cuvânt cu altul apropiat, ca semnificație sau utilitate (lingura cu furculița sau mama eu tata).

Fenomenul ecolalic este evident și dă impresia unui ecou prin repetarea sfârșitului de cuvânt sau de propoziție. Vorbirea este economicoasă și lipsită de intonație, vocabularul este sărac, iar tulburările de *voce* sunt frecvente. Comunicarea nonverbală este și ea deficitară. Propozițiile formulate sunt, adeseori, bizare. Când învață o propoziție, are tendința de a o repeta la nesfârșit.

b) Discontinuitatea, în dezvoltare în învățare rezulta din faptul ca autistul este incapabil de a număra, dar manifesta abilitați

în realizarea operației de înmulțire, manifesta dificultăți în învățarea literelor, dar învață cu ușurință cifrele.

Ei se orientează bine în spațiu, dar manifesta stereotipii în formarea de comportamente cognitive, caracteristica ce accentuează și prin lipsa de interes pentru achiziția unor informații noi.

c) Deficiențele perceptuale și relaționale au o mare diversitate și pot fi sesizate încă de la nașterea copilului autist. Acesta este plângăcios, agitat, în majoritatea timpului, agitație însoțită de țipete sau, dimpotrivă, este inhibat, fără interes și fără dorința de a cunoaște lumea înconjurătoare. Unii autiști manifesta o adevărată fascinație pentru lumina sau pentru un obiect strălucitor. Alții nu percep elementele componente ale obiectelor. Unii trăiesc o adevărată plăcere pentru tact și pipăirea obiectelor, în timp ce alții au reacții negative la atingerea obiectelor. În primul caz, se pot atașa, nejustificat, de unele obiecte fără semnificație sau manipulează un timp îndelungat un obiect. Ei pot deveni violenți, fiind deranjați de zgomotul produs la căderea unei; . gume, dar nu manifesta nici o reacție la un zgomot deosebit de puternic (aberații perceptuale și de relaționare . Unora le place muzica, simt ritmul, manifesta chiar abilitați în a cânta, la instrumente muzicale.

Autiștii sunt incapabili să utilizeze pronumele personal, la persoana I.

d) Tulburările acționale și comportamentale sunt cele mai spectaculoase atât prin amploare, ca și prin complexitatea lor. Acțiunile și comportamentele acestor persoane au un caracter bizar și stereotip. Dintre acestea, se remarcă acțiunea de automutilare sau autodistrugere, când autistul produce acțiuni până la epuizare sau până la distrugerea unor părți ale corpului (autolovirea cu pumnul, cu un obiect sau lovirea cu capul de perete). Pe aceleași coordonate se înscrie și autostimularea ce se manifestă pe mai multe căi:

- kinesteziacă (legănatul înainte și înapoi, frecarea lobului urechii cu mână);

- tactilă (lovirea coapsei cu dosul palmei, zgârierea cu unghia a ceva tare);

- auditivă (plesnitul din limbă sau emiterea neîncetată a unui sunet);

- vizuală (învârtirea unui obiect strălucitor în fața ochilor sau privirea neîncetată a degetelor);

Alte acțiuni stereotipice se pot manifesta prin:

- rotirea brațelor, ca și când ar fi pe scripete;

- învârtirea pe loc fără să amețească

- mersul pe vârfuri, și uneori, chiar cu mișcări grațioase.

Alte curiozități se manifestă printr-o nevoie redusă de somn,

reacții diminuate la durere și frig, modificare: frecvența a dispozițiilor, fără o cauză corespunzătoare. Toate aceste fenomene sunt mai active în copilărie. S-a constatat ca între 2-5 ani, comportamentul tipic autist este ce mai evident.

Autiștii au o mare rezistență la substanțe sedative hipnotizante.

e) Disfuncționalitățile proceselor, însușirilor funcțiilor psihice se pot întâlni:

- în oricare palier, dar planul afectiv-motivațional este cel mai activ și transparent, mai cu seamă, din lipsa de interes a autiștilor pentru contactul social și față de trăirile celor din jur (unii se atașează, exagerat, față de obiecte fără semnificații, alții manifestă o frică patologică pentru lucruri obișnuite, dar nu realizează adevăratele pericole).

Deși autiștii nu știu să mintă, ei lasă impresia că ascund ceva, datorită faptului că nu privesc în față persoanele din jur. Comportamentele penibile sunt și ele prezente sub forma lipsei de jenă a autistului: mănâncă de pe jos sau se șterge pe mâini de părul sau de blana cuiva, fac observații penibile, se plimba, întotdeauna, pe același traseu etc.

Afectivitatea e caracterizată de imaturitate ca în handicapul de intelect. Ei nu stabilesc contacte afective decât foarte rar și fără

atitudini pozitive constante fata de persoanele apropiate. Au tendința de izolare, de închidere în eu-l propriu.

Unii trăiesc stări de frustrare, anxietate și hiperexcitabilitate, de unde și posibilitatea de a căpăta anumite fobii.

Jocul autistului demonstrează, și el, nivelul scăzut al dezvoltării psihice. Acesta este asemănător cu cel al sugarului, ca în cazul manipulării obiectelor cu degetele fără capacitatea de a acorda simbol jucăriei sau de ași propune un scop pentru finalizarea acțiunii.

Și din aceasta rezulta ca de multe ori autiștii se asociază cu formele deficienței mintale severe.

Memoria mecanica este relativ buna și în unele cazuri chiar exacerbata, dar ea se dezvoltă în' detrimentul celei logice. Astfel, sunt capabili sa- și reamintească și sa reproducă expresii verbale, auzite în diverse împrejurări, poezii, sa recunoască melodii, încăperi în care au fost cu ani în urmă.

Toate aceste caracteristici au efecte negative în planul personalității și al evoluției în dezvoltarea psihică generală.

8. TULBURĂRILE DE ÎNVĂȚARE

(după D.V. Popovici, 1998)

8.1. Delimitări conceptuale

Sintagma „tulburări de învățare” este cunoscută în literatura de specialitate sub denumiri sinonime cum ar fi: deficiențe de învățate, greutate sau dificultăți de învățare.

Preocupările pentru definirea, caracterizarea și recuperarea copiilor cu tulburări de învățare sunt relativ recente și datează de la începutul anilor 60.

Elucidarea diverselor aspecte, legate de tulburările de învățare a suscitat un interes deosebit în rândul specialiștilor din diferite domenii de activitate: domeniul medical, pedagogic, psihologic, asistență socială, cât și în rândul familiilor acestor elevi.

Complexitatea deosebită a problematicii în discuție a necesitat soluționarea acesteia într-o anumită manieră interdisciplinară.

Sintagma tulburări (deficiențe) de învățare a fost introdusă în literatura de specialitate anglo-saxonă în 1963, la întâlnirea unui grup de părinți americani cu copii cu dificultăți de învățare.

Grupuri din ce în ce mai numeroase de cercetători din Europa de Vest și Canada au continuat și amplificat investigațiile începute de cercetătorii americani.