

DEZVOLTARE UMANĂ

(Note de curs)

Precizări: Temele dezvoltate în curs sunt o sinteză a cunoștințelor cuprinse în vasta lucrare de 644 de pagini, *Dezvoltarea umană*, scrisă de Diane E. Papalia, Sally Wendroks Olds și Ruth Duskin Feldman, apărută la Editura Trei, București, 2010. Face excepție tema *Adolescența* care este concepută de titularul de curs și publicată în volumul *Enciclopedia asistenței sociale*, coordonat de G. Neamțu (Editura Polirom, Iași).

Teme curs

I. Studiarea Dezvoltării umane

- I.1. Dezvoltarea umană: un domeniu în plină evoluție; perspective teoretice...p.4
- I.2. Etapele vieții...p.7
- I.3. Influențe asupra dezvoltării...p.8
- I.4. Contexte ale dezvoltării...p.8

II. Nașterea și dezvoltarea în primii trei ani de viață

- II.1. Conceperea unei vieți noi...p.10
- II.2. Dezvoltarea prenatală; nașterea..p.11
- II.3. Dezvoltarea fizică la începutul vieții...p.13
- II.4. Dezvoltarea cognitivă...15
- II.5. Dezvoltarea psihosocială...19

III. Prima copilărie

- III.1. Aspecte ale dezvoltării fizice...p.22
- III.2. Dezvoltarea cognitivă...p.23
- III.3. Dezvoltarea psihosocială...p.25

IV. Copilăria mijlocie

- IV.1. Aspecte ale dezvoltării fizice...p.28
- IV.2. Dezvoltarea cognitivă...p.29
- IV.3. Copilul la școală...p.31
- IV.4. Educarea copiilor cu nevoi speciale și a celor înzestrați...p.31
- IV.5. Dezvoltarea psihosocială...32

V. Adolescența

- V.1. Delimitări teoretice și conceptuale...p.35
- V.2. Dezvoltarea fizică în adolescență...p.38
- V.3. Dezvoltarea cognitivă...p.39
- V.4. Dezvoltarea psihosocială...p.41
- V.5. Teorii ale dezvoltării la adolescență...p.45
- V.6. Comportamente problemă la adolescenți...p.48

VI. Dezvoltarea la vârsta adultă emergentă și de adult tânăr

- VI.1. Sănătatea și forma fizică...p.57
- VI.2. Dezvoltarea cognitivă...p.60
- VI.3. Dezvoltarea psihosocială...p.62
- VI.4. Stiluri de viață conjugale și neconjugale; rolul de părinte...p.65

VII. Dezvoltarea la vârsta mijlocie

- VII.1. Dezvoltarea fizică și cognitivă...67
- VII.2. Dezvoltarea psihosocială...69

VIII. Vârsta a treia

- VIII.1. Dezvoltarea fizică și cognitivă...p.73
- VIII.2. Dezvoltarea psihosocială...p.75

IX. Confruntarea cu moartea și doliul

- IX. 1. Confruntarea cu moartea și pierderea...p.78
- IX.2. Probleme medicale, legale și etice: „dreptul la moarte”...p.79

I. Studiarea Dezvoltării umane

I.1. Dezvoltarea umană: un domeniu în plină evoluție; perspective teoretice

I.2. Etapele vieții

I.3. Influențe asupra dezvoltării

I.4. Contexte ale dezvoltării

I.1. Dezvoltarea umană: un domeniu în plină evoluție; perspective teoretice

Din momentul concepției, ființele umane încep să parcurgă un proces al schimbării ce va continua pe tot parcursul vieții lor. Fiecare om este unic, dar schimbările prin care trec ființele umane de-a lungul vieții au anumite tipare comune. Bebelușii cresc și devin copii, iar aceștia la rândul lor cresc și devin adulți. În mod similar, anumite caracteristici umane au tipare comune. De exemplu, indivizii timizi în copilărie au o probabilitate mai mare de a rămâne timizi și la vârsta adultă.

Dezvoltarea umană este știința care studiază aceste tipare de schimbare și stabilitate. Dezvoltarea este sistematică, este coerentă și organizată. Este adaptativă: scopul ei constă în confruntarea cu condițiile interne și externe de existență. Dezvoltarea poate să urmeze traiectorii diferite și poate să aibă sau nu un obiectiv clar, dar există o legătură între schimbările deseori imperceptibile care o alcătuiesc. Ce caracteristici au șanse mai mari de a rezista? Ce caracteristici e probabil să se modifice și de ce? Aceste întrebări se numără printre cele cărora caută să le răspundă studiarea dezvoltării umane. Rezultatele din acest domeniu au adesea aplicații directe în domeniul creșterii copiilor, al educației, al sănătății, al politicii sociale.

Sectoarele dezvoltării

Specialiștii în dezvoltare studiază trei sectoare principale: cel fizic, cel cognitiv și cel psiho-social. Creșterea organismului și a creierului, capacitățile senzoriale, abilitățile motorii și sănătatea fac parte din dezvoltarea fizică. Învățarea, atenția, memoria, limbajul, raționarea și creativitatea alcătuiesc dezvoltarea cognitivă. Stările emoționale, personalitatea și relațiile sociale sunt aspecte ale dezvoltării psihosociale. Cu toate că discutăm separat despre ele, aceste sectoare se află în interacțiune. Fiecare aspect al dezvoltării le influențează pe celelalte. Dacă suntem într-o formă fizică bună și gândim mai clar, și avem o dispoziție mai senină.

Progresele și regresele cognitive se află în strânsă legătură cu factori fizici, emoționali și sociali. Copilul care este precoce în însușirea limbajului ar putea să le declanșeze celor din jur reacții pozitive și astfel să dobândească un simț al valorii personale mai puternic. Adultul care nu-și amintește numele persoanelor ar putea să se simtă stângaci și reticent în contexte sociale.

Dezvoltarea psihosocială poate influența funcționarea cognitivă și pe cea afectivă. În lipsa relațiilor sociale, sănătatea fizică și cea psihică pot să sufere. Motivația și încrederea în sine sunt factori importanți ai succesului școlar, în timp ce emoțiile negative precum tristețea, furia, frica sau anxietatea pot să influențeze negativ performanța.

Perspective teoretice

În general, teoriile se încadrează în perspective de ansamblu ce pun accentul pe tipuri diferite de procese ale dezvoltării. Aceste perspective influențează întrebările pe care și le pun cercetătorii, metodele pe care le folosesc și modurile în care interpretează datele.

La baza multor cercetări și teorii influente asupra dezvoltării se află cinci perspective majore: *psihanalitică, a învățării, cognitivă, contextuală, evolutivă*.

1. Potrivit *perspectivei psihanalitice* inițiate de Sigmund Freud (1856-1939), dezvoltarea este modelată de forțele inconștiente ce motivează comportamentul uman. Freud a afirmat că personalitatea se formează prin intermediul conflictelor inconștiente din copilărie, între impulsurile inconștiente ale subconștientului și cerințele vieții civilizate. Aceste conflicte survin într-o succesiune invariabilă de cinci stadii ale dezvoltării psihosexuale:

1-*oral*, de la naștere la 12-18 luni; principala sursă de plăcere a sugarului o constituie activitățile ce implică gura: supt și hrănit;

2-*anal*, de la 12-18 luni la 3 ani; copilul obține gratificare sexuală prin reținerea și eliminarea fecalelor; zona de gratificare este cea anală, iar activitatea importantă constă în educația sfincțariană;

3-*falic*, de la 3 la 6 ani; copilul se atașează de părintele de sex opus și ulterior se identifică cu părintele de același sex; zona genitală devine zona de gratificare;

4-*latență*, de la 6 ani la pubertate; copiii își redirecționează energia sexuală în activități cum ar fi munca școlară, relațiile și interesele din timpul liber;

5-*genital*, de la pubertate până la vârsta adultă; reapar pulsionile sexuale din stadiul falic, canalizate înspre sexualitate matură, adultă.

Mulți psihanalisti de astăzi resping accentul îngust pus de Freud pe pulsionile sexuale și agresive, care a dus la excluderea altor motivații. Chiar și așa, multe dintre ideile sale au rezistat probei timpului. El ne-a făcut să conștientizăm importanța ideilor, sentimentelor și motivațiilor inconștiente, precum și rolul experiențelor din copilărie în formarea personalității.

Un alt psihanalist, Erik Erikson (1902-1994) a susținut că dezvoltarea eului continuă toată viața. El a descris opt stadii ale dezvoltării:

1-*încredere fundamentală versus neîncredere* (de la naștere la 12-18 luni); sugarul își dezvoltă impresia dacă lumea este sau nu este un loc propice și sigur; virtute: *speranța*;

2-*autonomie versus rușine și îndoială* (de la 12-18 luni la 3 ani); copilul ajunge la un echilibru între independență și autonomie, pe de o parte, și rușine și îndoială, pe de altă parte; virtute: *voința*;

3-*inițiativă versus vinovăție* (de la 3 la 6 ani); copilul își dezvoltă inițiativa când încearcă activități noi și nu este copleșit de vinovăție; virtute: *orientare către scop*;

4-*hărnicie versus inferioritate* (de la 6 ani la pubertate); copilul trebuie să învețe aptitudinile tipice culturii sale, altfel trebuie să se confrunte cu sentimentul de incompetență; virtute: *abilitatea*;

5-*identitate versus confuzia identității* (de la pubertate până la începutul vârstei adulte); adolescentul trebuie să-și clarifice conceptul despre sine (cine sunt?), altfel se lovește de confuzia privind rolurile; virtute: *fidelitatea*;

6-*intimitate versus izolare* (începutul vârstei adulte); persoana încearcă să își ia angajamente față de alții; dacă nu reușește poate să sufere din cauza izolării și a egocentrismului; virtute: *iubirea*;

7-*generativitate versus stagnare* (vârsta mijlocie), adultul matur se ocupă de crearea și îndrumarea generației următoare, altfel, se simte sărăcit; virtute: *îngrijirea*;

8-*integritate versus disperare* (vârsta a treia); adultul vârstnic ajunge să-și accepte propria viață, ceea ce permite acceptarea morții, altfel disperă din cauza incapacității de a retrăi viața; virtute: *înțelepciunea*.

2. *Învățarea*

Perspectiva învățării afirmă că dezvoltarea se produce prin *învățare*, o schimbare durabilă la nivelul comportamentului, bazată pe experiență sau pe adaptarea la mediu. Adepții acestei teorii urmăresc să descopere legi obiective care guvernează schimbările la nivelul comportamentului observabil. Ei consideră că dezvoltarea este continuă, nu stadială, și pun accentul pe schimbarea cantitativă.

Comportamentalismul susține că ființele umane de toate vârstele învață reacționând la condițiile sau aspectele mediului, pe care le receptează ca fiind plăcute, dureroase ori amenințătoare. Cercetările în acest domeniu se concentrează pe *învățarea asociativă*, prin care se formează o legătură mentală între două evenimente. Există două tipuri de învățare asociativă: *condiționarea clasică* și *condiționarea operantă*. Cea clasică (Pavlov, Watson) arată că reacția la un stimul se produce după asocieri repetate cu un stimul care declanșează în mod normal reacția. Cea operantă presupune, la fel ca prima, învățarea asociativă, dar asocierea se face între comportament și urmările lui. B.F. Skinner (1904-1990) a constatat că un organism tinde să repete reacția care a fost întărită de comportamente dezirabile și suprimă reacția care a fost pedepsită. Așadar, *întărirea* este procesul prin care se consolidează un comportament, crescând posibilitatea repetării lui. *Pedeapsa* este procesul prin care se slăbește un comportament, reducând posibilitatea repetării. Depinde de persoană dacă o consecință are efect de întărire sau de pedeapsă. Pentru copilul căruia îi place să stea singur, a fi trimis în camera lui ca pedeapsă, ar putea constitui o întărire. Întărirea are maximum de eficiență când survine imediat după un comportament.

Teoria învățării sociale (cognitivă socială) afirmă că oamenii învață comportamentele sociale adecvate în principal observând și imitând modele, adică urmărind alți oameni cum ar fi părinții, profesorii etc. Oamenii tind să aleagă modele de prestigiu, al căror comportament este prețuit în cultura lor. Imitarea modelelor este un element important al modului în care copiii și adulții învață diferite comportamente.

3. *Perspectiva cognitivă*

Aceasta se concentrează asupra proceselor de gândire și a comportamentului care reflectă acele procese. Jean Piaget (1896-1980) a avansat ideea că dezvoltarea cognitivă pleacă de la capacitatea înăscută de adaptare la mediu. După părerea sa, dezvoltarea cognitivă parcurge următoarele stadii:

1-*senzorio-motor* (de la naștere la 2 ani); sugarul devine treptat capabil să-și organizeze activități raportate la mediu, cu ajutorul activității senzoriale și motorii;

2-*preoperațional* (de la 2 la 7 ani); copilul își dezvoltă un sistem de reprezentări și folosește simboluri pentru a reprezenta oameni, locuri și întâmplări; limbajul și jocul imaginativ sunt manifestări importante ale acestui stadiu; gândirea încă nu este logică:

3-*al operațiilor concrete* (de la 7 la 11 ani); copilul poate să rezolve logic probleme, dacă acestea se referă la momentul și locul prezent, dar nu poate gândi abstract;

4-*al operațiilor formale* (de la 11 ani până la vârsta adultă inclusiv); persoana poate să gândească abstract, să lucreze cu situații ipotetice și să se gândească la posibilități.

Teoria socioculturală a lui Vîgotski pune un accent deosebit pe limbaj, nu doar ca expresie a cunoștințelor și a gândirii, ci și ca mijloc esențial de învăț și de a gândi despre lume. El privește creșterea cognitivă ca pe un proces de colaborare. Copiii învață prin interacțiune socială. Ei achiziționează abilități cognitive în cadrul intrării lor într-un cadru de viață.

Abordarea procesării informației urmărește să explice dezvoltarea cognitivă prin analiza proceselor implicate în înțelegerea informațiilor receptate și în executarea eficientă a sarcinilor; ea studiază procese ca atenția, memoria, strategiile de planificare, luarea deciziilor și stabilirea obiectivelor. Unii teoreticieni compară creierul cu un computer: intră impresii senzoriale, ies comportamente. Ei consideră că dezvoltarea este continuă și observă creșterea, în funcție de vârstă, a vitezei, complexității și eficacității procesării mentale și a cantității și diversității materialului ce poate fi stocat în memorie.

4. *Perspectiva contextuală*

Potrivit acesteia, dezvoltarea poate fi înțeleasă doar în context social. Individul nu este o parte separată care interacționează cu mediul, ci o parte inseparabilă a acestuia. Persoana nu este un simplu rezultat al dezvoltării, ci și un modelator al acesteia. Oamenii își influențează dezvoltarea prin trăsăturile lor biologice și psihologice, prin talente și aptitudini, prin dizabilități și temperamente. Această perspectivă ne amintește că e posibil ca descoperirile dintr-o anumită cultură sau dintr-un anumit grup cultural să nu se aplice în aceeași măsură oamenilor din alte societăți sau grupuri culturale.

5. *Perspectiva evoluționistă/ socio-biologică*

Influențată de teoria evoluționistă a lui Darwin, această perspectivă, propusă de E.O. Wilson, se folosește de descoperirile din antropologie, ecologie, genetică, etologie și psihologia evoluționistă pentru a explica valoarea adaptativă sau de supraviețuire a comportamentului la un individ sau la o specie. Psihologii evoluționiști studiază teme cum ar fi: strategiile pentru a fi părinte, diferențele dintre sexe în cadrul jocului și relațiile din grupul celor de-o seamă și identifică acele comportamente care sunt adaptative la fiecare vârstă.

I.2. Etapele vieții

Împărțirea vieții în etape este un construct social, concepție sau practică aparent firească și evidentă celor care o acceptă, dar care este, în realitate, invenția unei culturi sau societăți date. Nu există moment definibil în mod obiectiv în care un copil devine adult sau un tânăr devine bătrân. De fapt, chiar și copilăria poate fi privită ca un construct social. Unele dovezi

indică faptul că, în epocile anterioare, copiii erau priviți și tratați ca niște adulți mici. Totuși, această idee a fost contestată.

Există o succesiune de opt etape general acceptate în psihologia dezvoltării:

1. Perioada prenatală, de la concepție la naștere
2. Perioada de sugar și vârsta de învățare a mersului, de la naștere la 3 ani
3. Prima copilărie, de la 3 la 6 ani
4. Copilăria mijlocie, de la 6 la 11 ani
5. Adolescența, de la 11 la aproximativ 20 de ani
6. Începutul vârstei adulte și adultul tânăr, între 20 și 40 de ani
7. Vârsta mijlocie, între 40 și 65 de ani
8. Vârsta a treia, peste 65 de ani.

Această împărțire este aproximativă și oarecum arbitrară. Acest lucru este valabil în special pentru vârsta adultă, pentru care nu există repere sociale sau fizice clar definite. Pentru ca dezvoltarea umană să aibă loc, trebuie ca în fiecare etapă să fie satisfăcute anumite nevoi fundamentale de dezvoltare și să fie îndeplinite anumite sarcini de dezvoltare.

I.3. Influențe asupra dezvoltării

Ce anume face ca fiecare persoană să fie unică?

Unele influențe asupra dezvoltării își au originea preponderent în ereditate: trăsături înnăscute sau caracteristici moștenite de la părinții biologici. Alte influențe provin din mediul extern sau intern. Care dintre acești doi factori are impact mai mare asupra dezvoltării? Cercetările contemporane arată că este vorba despre o combinație de moștenire și experiență și încearcă să găsească modalități de a explica în ce mod conlucrează acești doi factori.

Numeroase schimbări tipice din perioada de sugar și prima copilărie, cum ar fi capacitatea de a merge și de a vorbi, sunt legate de maturizarea organismului și a creierului. Pe măsură ce copiii devin adolescenți și apoi adulți, diferențele individuale în ceea ce privește caracteristicile înnăscute și experiențele de viață joacă un rol important. Totuși, de-a lungul vieții, maturizarea continuă să influențeze anumite procese biologice, cum ar fi dezvoltarea creierului.

Chiar și în cazul proceselor pe care le traversează toți oamenii, ritmul și momentele dezvoltării variază. Se vorbește despre vârsta medie la care se produc anumite evenimente cum ar fi primul cuvânt rostit, primul pas, dar aceste vârste sunt doar niște medii. Vârsta reală la care survin acestea la fiecare individ variază. Numai atunci când abaterea de la medie este extremă, trebuie să considerăm că dezvoltarea este excepțional de avansată sau întârziată.

I.4. Contexte ale dezvoltării

Ființele umane sunt ființe sociale. Ele se dezvoltă într-un context social și istoric.

Familia

Familia este o unitate casnică alcătuită din unul sau doi părinți și copiii acestora, fie ei biologici, adoptați sau vitregi. În familia nucleară din multe societăți din ziua de astăzi, de

multe ori ambii părinți lucrează, iar copiii petrec o mare parte din timp în instituțiile de învățământ. Incidența crescută a divorțului a avut și ea un impact asupra familiei nucleare. Copiii părinților divorțați pot să locuiască împreună cu un părinte sau cu celălalt, ori pot să locuiască alternativ cu unul sau cu celălalt. Căminul poate să includă un părinte vitreg și frați vitregi, sau partenerul de viață al părintelui. Numărul adulților celibatari și fără copii, al părinților necăsătoriți și al căminelor întemeiate de homosexuali și lesbiene este în creștere în lumea occidentală.

În numeroase societăți din Asia, Africa, America de sud și mai puțin în Europa de est și centrală, există familia extinsă tradițională, formată din mai multe generații, alcătuită din bunici, unchi, mătuși, veri și alte rude mai îndepărtate. Deseori, adulții împart între ei responsabilitățile de câștigare a traiului și de creștere a copiilor, iar copiii mai mari se ocupă de frații și surorile mai mici.

Statutul socio-economic și cartierul

Statutul socio-economic al unei familii are la bază venitul familiei și nivelul de educație și ocupațional al adulților din interiorul ei.

Sărăcia, mai ales atunci când e de durată, diminuează binele fizic, cognitiv și psihosocial al copiilor și familiei. Efectele nocive ale sărăciei pot fi indirecte, datorindu-se impactului ei asupra stării emoționale a părinților și asupra practicilor parentale, precum și asupra mediului familial. Prosperitatea nu protejează neapărat copiii de riscuri. La acești copii există o rată mare a abuzului de substanțe, a anxietății și a depresiei.

Traiful într-un cartier sărac, cu un număr mare de șomeri, scade probabilitatea existenței unui sistem de sprijin social eficace. Totuși, dezvoltarea pozitivă poate să se producă în ciuda unor factori de risc importanți.

Cultura și etnia

Cultura înseamnă întregul mod de viață al unei societăți sau al unui grup, incluzând obiceiuri, tradiții, legi, cunoștințe, credințe, valori, limbă și produse fizice de la unelte la obiecte de artă, toate fiind comportamente și atitudini învățate, împărtășite și transmise de un grup social. Cultura se află în permanentă schimbare, deseori în contact cu alte culturi.

Un grup etnic este alcătuit din oamenii pe care îi unește o cultură, o descendență, o religie, o limbă și/sau o origine națională distinctă, toate acestea contribuind la sentimentul identității comune și la atitudini, credințe și valori comune. Tipurile etnice și culturale afectează dezvoltarea prin influența pe care o exercită asupra componenței căminului familial, asupra resurselor economice și sociale ale acestuia, asupra modului în care se poartă membrii săi unul cu altul, asupra alimentelor pe care le consumă, asupra jocurilor copiilor, asupra felului cum învață, asupra ocupațiilor pe care și le alege adulții și asupra felului în care membrii familiei gândesc și percep lumea.

II. Nașterea și dezvoltarea în primii trei ani de viață

II.1. Conceperea unei vieți noi

II.2. Dezvoltarea prenatală; nașterea

II.3. Dezvoltarea fizică la începutul vieții și în prima copilărie

II.4. Dezvoltarea cognitivă

II.5. Dezvoltarea psihosocială

II.1. Conceperea unei vieți noi

Concepția este procesul prin care spermatozoidul și ovulul, celulele sexuale masculine și feminine, se combină și creează o singură celulă numită *zigot*, care apoi se duplică în repetate rânduri prin diviziune celulară, pentru a produce toate celulele care alcătuiesc corpul viitorului copil.

Mecanismele eredității

Genetica este studiul eredității - factorii înnăscuți, moșteniți de la părinții biologici, care afectează dezvoltarea. Baza eredității constă într-o substanță numită *acid dezoxiribonucleic* (ADN) care este materialul genetic existent în toate celulele. Este alcătuit din patru substanțe chimice numite baze: *adenina, timina, citozina și guanina*, care sunt „literele” codului genetic pe care mecanismele celulare îl „descifrează”. *Cromozomii* sunt formațiuni de ADN alcătuite din segmente mai mici numite *gene* - unitățile funcționale ale eredității.

Totalitatea șirului de gene din organismul uman alcătuiește *genomul* uman. În momentul concepției, cei 23 de cromozomi de la spermatozoid și cei 23 de cromozomi de la ovul formează 23 de perechi. Dintre aceștia, 22 sunt autozomi, cromozomi fără legătură cu determinarea sexului. Perechea a 23-a sunt cromozomii sexului - unul de la tată și unul de la mamă- și aceștia hotărăsc sexul copilului. Cromozomii sexului sunt fie cromozomi X, fie cromozomi Y. Cromozomul sexului din fiecare ovul este un cromozom X, însă spermatozoidul poate să conțină sau un cromozom X, sau un cromozom Y. Cromozomul Y conține gena masculinității. Când un ovul (X) este fertilizat de un spermatozoid purtător de X, zigotul format este XX, feminin din punct de vedere genetic. Când este fertilizat de un spermatozoid purtător de Y, zigotul rezultat este XY, masculin din punct de vedere genetic.

Natură și formare: influențele eredității și ale mediului

Cercetările contemporane au demonstrat că genele și experiența sunt elemente ale unui sistem de dezvoltare complex. Începând de la concepție și pe tot parcursul vieții, la modelarea dezvoltării contribuie o combinație de factori legați de alcătuirea biologică și psihică și factori sociali, economici și culturali.

Există câteva moduri în care conlucrează moștenirea și experiența:

Intervalul de reacție: se referă la intervalul de exprimări potențiale ale unei trăsături ereditare. Spre exemplu, dimensiunile corpului depind de procese biologice care sunt reglate genetic. Chiar și așa este posibil un interval de dimensiuni, în funcție de constrângerile și

oportunităților mediului și de comportamentul persoanei. O bună nutriție poate duce la o creștere în înălțime, care o poate depăși pe cea a generațiilor anterioare. Totuși, odată ce alimentația obișnuită a unei societăți este adecvată timp de două sau mai multe generații, copiii tind să atingă prin creștere o înălțime similară cu cea a părinților. În ultimă instanță, înălțimea are limite genetice: nu vedem oameni înalți doar de 30 de cm. sau de 30 de metri.

Canalizarea. Anumite comportamente se dezvoltă pe canale care au fost „săpate” genetic; este nevoie de o schimbare extremă a nivelului mediului pentru a le modifica traseul. Spre exemplu, cogniția și personalitatea sunt mai supuse variațiilor de la nivelul experienței, cum ar fi tipul de familie în care crește copilul, școlile la care învață, oamenii pe care-i întâlnește.

Recent, oamenii de știință și-au dat seama că o experiență obișnuită sau tipică poate să traseze anumite canale pentru dezvoltare. Spre exemplu, sugarii care aud doar sunetele caracteristice limbii materne, își pierd în scurt timp capacitatea de a percepe sunetele caracteristice altor limbi.

Statutul socio-economic, condițiile din cartier și oportunitățile de educație pot modela puternic rezultatele dezvoltării, de la ritmul și complexitatea dezvoltării limbajului, până la probabilitatea de activitate sexuală timpurie și de comportament antisocial.

Interacțiunea genotip-mediul. Se referă la efectele condițiilor de mediu similare asupra indivizilor diferiți genetic. De exemplu, mulți oameni sunt expuși la praf și polen, însă cei cu predispoziție genetică au o probabilitate mai mare de a face reacții alergice.

Corelația genotip-mediul. Anumite influențe genetice și de mediu tind să acționeze în aceeași direcție. De exemplu, este probabil ca părintele cu înclinații muzicale să creeze acasă un mediu în care se ascultă cu regularitate muzică, să-i ofere copilului ore de muzică și să-l ducă la evenimente muzicale. În cazul în care copilul a moștenit talentul muzical al părintelui, înclinația lui spre muzică va reflecta o combinație de influențe genetice și de mediu.

Mediul necomun. Deși doi copii din aceeași familie ar putea să semene foarte bine fizic, între frați pot exista deosebiri foarte mari în ceea ce privește intelectul și personalitatea. Copiii dintr-o familie au un mediu comun - casa în care trăiesc, activitățile pe care le desfășoară în interiorul familiei - dar au totodată experiențe pe care nu le împărtășesc cu frații și surorile lor. Părinții și frații pot să se poarte altfel cu fiecare copil. Anumite evenimente, cum ar fi bolile sau accidentele și experiențele din afara căminului, influențează diferit pe fiecare copil.

II.2.Dezvoltarea prenatală; nașterea

Stadiile dezvoltării prenatale

Dezvoltarea prenatală se desfășoară în trei stadii: *germinal*, *embrionar* și *fetal*. Atât înainte de naștere cât și după naștere, dezvoltarea se desfășoară conform cu două principii fundamentale: creșterea și dezvoltarea motorie se produc de sus în jos și dinspre centrul corpului spre exterior. Capul și trunchiul embrionului se dezvoltă înaintea membrilor, iar brațele și picioarele înaintea degetelor.

1.Stadiul germinal (de la fertilizare la 2 săptămâni). Zigotul se divide, devine mai complex și se implantează în peretele uterin. Din celula inițială se dezvoltă cele 800 de miliarde de celule specializate, care alcătuiesc corpul uman - proces ce continuă mult după naștere. Călătoria ovulului fertilizat până la uter durează 3-4 zile. Apoi, forma lui se schimbă devenind *blastocist*,

o sferă plină cu lichid, care plutește liber în uter până în ziua a 6-a de la fertilizare, când începe să se implanteze în peretele uterin. Înainte de implantare, unele celule de la periferia blastocistului se grupează formând discul embrionar din care se va dezvolta embrionul. Celelalte părți ale blastocistului formează sacul amniotic, placenta și cordonul ombilical.

2. *Stadiul embrionar* (de la 2 la 8 săptămâni). Organele și sistemele principale ale organismului - cel respirator, cel digestiv și cel nervos - se dezvoltă cu repeziciune. Embrionii cu defecte foarte grave nu supraviețuiesc și apare avortul spontan, expulzarea lor din uter. Cam 50-70 la sută din pierderile de sarcină implică anomalii cromozomiale. Fumatul, consumul de alcool și de droguri cresc riscul de pierdere a sarcinii.

3. *Stadiul fetal* (de la 8 săptămâni până la naștere). Fetusul crește cu repeziciune, ajungând la o lungime totală de circa 20 de ori mai mare decât cea anterioară, iar organele și sistemele organismului devin mai complexe. Fătul respiră, lovește, se întoarce, își încordează corpul, se dă peste cap, strânge pleoapele, înhite, strânge mâna pumn, își sugerează degetul cel mare. Poate, de asemenea, să simtă durerea, dar e imposibil să aibă această capacitate înainte de trimestrul al treilea. Fătul reacționează la vocea și bătăile inimii mamei lui, fapt ce sugerează că aude și simte. Întrucât corpul mamei constituie mediul prenatal, practic tot ceea ce-i afectează starea de bine, de la alimentație la dispoziție, poate să modifice mediul copilului ei nenăscut și să-i influențeze creșterea. Spre exemplu, malnutriția prenatală poate avea efecte pe termen lung asupra sănătății copilului.

Medicamentele și drogurile pot să traverseze placenta, creând, la rândul lor probleme de sănătate fătului. Printre medicamentele care pot fi dăunătoare în timpul sarcinii se numără antibioticul numit tetraciclină, anumite barbiturice, opiacee, anumite medicamente contra cancerului, preparatele antiinflamatorii nesteroidiene. Consumul de alcool poate duce la sindromul alcoolismului fetal, caracterizat printr-o combinație de întârziere în creștere, malformații și afecțiuni ale sistemului nervos. Fumatul este principalul factor care determină greutatea scăzută la naștere în țările dezvoltate. Totodată, poate duce la întârziere a creșterii, la naștere de copii morți, la probleme respiratorii, neurologice, cognitive pe termen lung.

Viitorii părinți trebuie să încerce să preîntâmpine toate infecțiile: cele respiratorii, urinare, vaginale, ca și bolile cu transmitere sexuală. Sindromul imunodeficienței dobândite (SIDA) este o boală cauzată de virusul imunodeficienței umane (HIV), care subminează funcționarea sistemului imunitar. Dacă mama are acest virus în sânge, ea îl poate transmite fătului. Toxoplasmoza, cauzată de un virus care trăiește în organismul vitelor, oilor, porcilor și pisicilor, poate provoca fătului vătămări cerebrale, vedere deteriorată sau orbire, convulsii sau chiar decesul sugarului. Copiii mamelor cu diabet au o probabilitate de 2-5 ori mai mare decât copiii altor mame de a avea defecte congenitale, mai ales ale inimii și ale coloanei vertebrale.

Procesul nașterii

Travaliul este un termen adecvat pentru procesul nașterii, pentru că nașterea presupune muncă grea atât din partea mamei, cât și a copilului. Travaliul este declanșat de o serie de schimbări la nivelul uterului, al colului uterin și de altă natură, numite parturiție. Aceasta debutează cam cu două săptămâni înainte de naștere, când creșterea bruscă a nivelului de estrogen stimulează uterul să se contracte, iar colul să devină mai flexibil.

Contractiile uterine care expulzează fătul încep cam la 266 de zile de la concepție, sub forma strângerii uterului. Când vine momentul nașterii, aceste contractii devin mai puternice și se succed la intervale din ce în ce mai scurte. Capul copilului începe să intre în col prin vagin

și apoi iese din corpul mamei. Pentru că e încă legat de placenta mamei, trebuie tăiat cordonul ombilical. Aceasta este metoda obișnuită de naștere, numită și naștere vaginală. Ca alternativă, se poate folosi nașterea prin cezariană, pentru a extrage copilul din uter printr-o incizie în abdomenul mamei. Cezariana este necesară când fetusul are prezentare pelvină (cu tălpile sau cu fesele înainte), ori când capul e prea mare pentru a putea trece prin bazinul mamei.

Nou-născutul

La naștere, 95% dintre copiii născuți la termen cântăresc între 2500 și 4500 de grame și măsoară între 45 și 55 de cm. lungime. În primele zece zile, pierd cam până la 10% din greutatea corporală, din cauza pierderii de lichide, după care încep să ia în greutate. Nou-născuții au trăsături fizice distinctive, între care capul mare și bărbia teșită (care facilitează suptul).

Cei mai mulți nou născuți dorm cam 75% din timp, dar se trezesc o dată la 3-4 ore, ziua și noaptea, pentru a fi hrăniți. Treptat, perioadele de somn nocturn se prelungesc și unii sugari încep să doarmă toată noaptea fără întrerupere încă de la trei luni. La 6 luni sugarul doarme, de obicei, noaptea câte 6 ore fără întrerupere, însă trezirile nocturne scurte sunt normale chiar și la 2-3 ani.

Complicațiile la naștere

Cam 2 din 3 copii cu greutate mică la naștere sunt nou-născuți prematuri, înainte de încheierea săptămânii a 37-a de sarcină. Caracterul prematur și greutatea redusă la naștere cumulate constituie una din principalele cauze de deces în rândul nou-născuților. Copilul prematur și cel cu greutate mică la naștere sunt ținuți în incubator și hrăniți prin tuburi.

O mică parte din femeile însărcinate nu intră în travaliu după 42 de săptămâni de sarcină. Copilul postmatur tinde să aibă corpul lung și subțire, dar spre sfârșitul sarcinii nu beneficiază de irigare adecvată cu sânge. Întrucât feteșii postmaturi riscă vătămări cerebrale sau chiar moartea, medicii declanșează uneori nașterea pe cale medicamentoasă sau recurg la cezariană.

Nașterea fără viață, adică moartea fetusului la 20 de săptămâni de sarcină sau după, este o unire tragică a opuselor - nașterea și moartea. Uneori, moartea fetusului este decelată prenatal, alteori este descoperită în timpul travaliului sau al nașterii.

II.3. Dezvoltarea fizică la începutul vieții

Copiii cresc mai rapid în primii trei ani, mai ales în primele câteva luni, decât în tot restul vieții. Pentru o creștere sănătoasă este esențială o alimentație corespunzătoare. Hrănirea copilului este un act deopotrivă emoțional și fizic. Contactul cald cu corpul mamei stimulează formarea unei legături emoționale între mamă și copil. Din punctul de vedere al nutriției, sugarii ar trebui să fie hrăniți exclusiv la sân timp de 6 luni. Alternativa acceptabilă pentru laptele matern este laptele praf special, cu fier, pe bază de lapte de vacă.

În multe comunități cu venituri mici, malnutriția în primii ani de viață este larg răspândită și adeseori fatală. Ea joacă un rol în peste jumătate din decesele din copilărie la nivel global și mulți copii suferă vătămări ireversibile până să împlinescă 2 ani. Copiii subnutriți care supraviețuiesc primilor 5 ani au un risc mare de creștere încetinită, de sănătate șubredă și de funcționare proastă toată viața.

Dezvoltarea creierului

Creșterea creierului este un proces fundamental pentru dezvoltarea fizică, cognitivă și afectivă. La naștere, creierul are doar între o pătrime și o treime din volumul pe care îl va avea la vârsta adultă. La 6 ani are aproape dimensiunile adulte, însă anumite părți continuă să crească și să se dezvolte funcțional până la vârsta adultă. Deși dezvoltarea creierului la începutul vieții este coordonată genetic, ea este permanent modificată, și pozitiv, și negativ, de experiențele cu mediul. Termenul tehnic pentru această maleabilitate este plasticitate. Aceasta face posibilă învățarea.

În această perioadă de formare, creierul este deosebit de vulnerabil. Abuzurile și privațiunile, sărăcia stimulărilor senzoriale își pot lăsa și ele amprenta asupra creierului aflat în dezvoltare. Spre exemplu, într-un studiu, o maimuță crescută până la vârsta de 6 luni cu un ochi închis forțat, și-a pierdut definitiv vederea, aparent ca urmare a pierderii conexiunilor funcționale dintre ochiul respectiv și cortexul vizual.

Experiențele bogate pot să stimuleze dezvoltarea creierului și chiar să compenseze privațiunile anterioare. La maimuțele crescute în cuști pline cu jucării, se formează mai mulți axoni, mai multe dendrite și mai multe sinapse decât la animalele ținute în cuști goale.

Capacitățile senzoriale timpurii

Zonele posterioare ale creierului aflat în dezvoltare, cele care controlează informațiile senzoriale, se dezvoltă rapid în primele câteva luni de viață, permițându-le nou-născuților să-și dea seama destul de bine ce ating, văd, miros, gustă și aud. Primul simț care se dezvoltă este cel tactil. Când este atins pe obraz, în apropierea gurii, nou-născutul reacționează încercând să găsească sfărâcul, ceea ce este un mecanism de supraviețuire evolutiv.

Simțul olfactiv și cel gustativ încep să se dezvolte și ele încă din uter. Aromele și mirosurile alimentelor pe care le consumă mama pot fi transmise fătului prin lichidul amniotic. Preferința pentru mirosurile plăcute pare să fie deprinsă intrauterin și în primele câteva zile după naștere. Anumite preferințe gustative par a fi în mare măsură înnăscute. Nou-născuții preferă gustul dulce, gusturilor acru sau amar.

Auzul este și el funcțional înainte de naștere: fătul reacționează la sunete și pare să învețe să le recunoască. Discriminarea auditivă se dezvoltă rapid după naștere. Sugarii în vârstă de 3 zile pot să deosebească sunetele noi din vorbire de cele pe care le-au mai auzit și înainte. Întrucât auzul este esențial pentru dezvoltarea limbajului, deficiențele de auz trebuie identificate cât mai timpuriu posibil.

Vederea este simțul cel mai puțin dezvoltat la naștere, poate că din cauză că în uter nu este nimic de văzut. Ochii nou-născutului sunt mai mici decât cei ai adultului, structurile retinei sunt incomplete, iar nervul optic este insuficient dezvoltat. Ochii nou-născutului focalizează cel mai bine de la 30 de cm, distanța tipică față de persoana care îl ține în brațe.

Dezvoltarea motorie

Sugarii nu au nevoie să fie învățați anumite abilități motorii de bază, precum: apucarea, mersul de-a bușilea și mersul în picioare. Au nevoie doar de spațiu de mișcare și de libertatea de a vedea ce pot să facă. Atunci când sistemul lor nervos central, mușchii și oasele sunt pregătite, și când mediul le oferă prilejurile potrivite de exploatare și exersare, sugarii îi surprind mereu pe adulții din jur cu noi abilități. Sugarii deprind mai întâi abilități simple, apoi le combină în sisteme de acțiune tot mai complexe, care permit o gamă tot mai largă sau mai precisă de mișcări și au un control mai eficace asupra mediului.

La naștere, majoritatea bebelușilor își poate întoarce capul dintr-o parte într-alta din poziția stând întins pe spate. La aproximativ 3-4 luni, pot să apuce un obiect de mărime moderată, dar le e greu să țină în mână obiecte mai mici. Ulterior, încep să prindă obiectele cu o mână și să le transfere în cealaltă. Între 7 și 10 luni, ajung să-și coordoneze suficient de bine mâinile ca să ridice un obiect mic. La 15 luni, pot să construiască un turn din două cuburi.

După vârsta de 3 luni, sugarul începe să se întoarcă intenționat, mai întâi de pe burtă pe spate, apoi de pe spate pe burtă. Sugarul obișnuit poate să stea în șezut fără sprijin cam pe la 5 luni și se poate așeza în șezut fără ajutor cam pe la 8-9 luni. Între 6-10 luni, cei mai mulți sugari încep să meargă de-a bușilea. Ținându-se de mâna unui adult sau de altceva, copilul obișnuit poate sta în picioare la scurt timp după 7 luni. După încă vreo 4 luni, majoritatea sugarilor își desprinde mâinile și stă în picioare fără susținere. Copilul obișnuit poate să stea în picioare bine cu două săptămâni înainte de a împlini un an. În al doilea an, copiii încep să urce scări. Coborârea lor se produce ulterior. Tot acum, copiii aleargă și sar pe loc. La 3 ani și jumătate, încep să sară într-un picior.

Experiența motorie le ascute și le modifică înțelegerea perceptivă a ceea ce este probabil să se întâmple dacă se mișcă într-un anumit fel. Sugarii încep să întindă mâna după obiecte și să le apuce pe la 4-5 luni. După 5 luni și ceva, își pot adapta mișcările de prindere a obiectelor în mișcare. Ei pot să localizeze o zornăitoare nevăzută după sunetul acesteia și pot întinde mâna după un obiect luminos pe întuneric, chiar dacă nu-și pot vedea mâinile.

II.4.Dezvoltarea cognitivă

În studierea dezvoltării cognitive există 6 abordări principale:

1-*Abordarea comportamentalistă* studiază mecanica elementară a învățării, care se încadrează în domeniul dezvoltării cognitive. Pe comportamentaliști îi interesează cum se schimbă comportamentul ca reacție la experiență.

2-*Abordarea psihometrică* măsoară diferențele cantitative în privința capacităților ce alcătuiesc inteligența, folosind teste care indică aceste capacități sau fac predicții asupra lor.

3-*Abordarea piagetiană* urmărește schimbările sau stadiile calitative ale funcționării cognitive. Adepții ei sunt interesați de felul în care mintea își structurează activitățile și se adaptează la mediu.

4-*Abordarea procesării informației* se concentrează asupra percepției, învățării, memoriei și rezolvării problemelor. Ea urmărește să descopere cum procesează copiii informațiile, din momentul când le întâlnesc și până când le utilizează.

5-*Abordarea neuroștiințelor* cognitive examinează suportul fizic constituit de sistemul nervos central. Ea urmărește să identifice structurile cerebrale implicate în aspectele concrete ale cogniției.

6-*Abordarea socio-contextuală* examinează efectele aspectelor ce țin de mediu ale procesului învățării și, mai ales, rolul părinților și al altor îngrijitori.

Abordarea comportamentalistă

Pe acești teoreticieni îi interesează în principal mecanismele învățării. Ei studiază în principal două procese de învățare: *condiționarea clasică* și *condiționarea operantă*. Prin condiționarea clasică, persoana învață să reacționeze reflex, involuntar, la un stimul care,

inițial, nu declanșa acea reacție. Această condiționare le permite sugarilor să anticipeze un eveniment înainte ca el să se producă, formând asocieri între stimuli care apar împreună. Învațarea condiționată clasică se va stinge, dacă nu este întărită prin asocieri repetate. În acest tip de condiționare, cel care învață este pasiv, asimilând stimulii și reacționând automat la ei.

În condiționarea operantă, ca atunci când bebelușul învață că gânguritul îi aduce atenție iubitoare, cel care învață acționează sau operează asupra mediului. Sugarul învață să reacționeze într-un anumit fel la un stimul din mediu pentru a obține un anumit efect.

Cercetătorii folosesc adesea condiționarea operantă ca să studieze alte fenomene, cum ar fi memoria.

Abordarea psihometrică. Testarea dezvoltării și a inteligenței

Majoritatea specialiștilor consideră că un comportament inteligent este orientat spre un scop și urmărește adaptarea la circumstanțe și condițiile de viață. Inteligența le permite oamenilor să acumuleze cunoștințe, să și le amintească și să le folosească, să înțeleagă concepte și relații și să rezolve probleme cotidiene. Mișcarea modernă de testare a inteligenței a debutat la începutul secolului XX, când psihologul Alfred Binet a creat împreună cu colegul său Theodore Simone o modalitate de a-i identifica pe acei copii care nu fac față muncii școlare și au nevoie de instruire specială.

Obiectivele testării psihometrice constau în măsurarea cantitativă a factorilor despre care se consideră că alcătuiesc inteligența, cum ar fi înțelegerea și raționarea, și formularea de predicții; pe baza rezultatelor acestor măsurători fac predicții cu privire la performanțele viitoare. La copiii de vârstă școlară, testele de IQ (coeficient de inteligență) pot oferi predicții de încredere cu privire la rezultatele școlare. Testarea sugarilor și a copiilor mici însă e altceva. Cum sugarii nu ne pot spune ce știu și cum gândesc, cea mai evidentă cale de a le estima inteligența este evaluarea a ceea ce pot face. Dar când un sugar nu apucă zornăitoarea, e greu de spus dacă nu știe cum, n-are chef s-o facă, nu-și dă seama ce se așteaptă din partea lui sau doar și-a pierdut interesul.

Testele de dezvoltare, care se pot aplica sugarilor, compară performanța sugarului la o serie de sarcini pentru care norma este stabilită pe baza observațiilor asupra a ceea ce poate face un număr mare de sugari și copii mici la o anumită vârstă. Ele arată punctele forte și punctele slabe și competențele copilului în fiecare din cele 5 sectoare ale dezvoltării: cognitiv, al limbajului, motor, socio-afectiv și al comportamentului adaptativ.

Folosind instrumentul Observare la domiciliu pentru Evaluarea Mediului (HOME), (R. H. Bradley, 1989, Caldwell și Bradley, 1984), observatorii instruiți interviuează îngrijitorul principal și cotează pe o listă cu răspuns de tip da/nu stimularea și sprijinul intelectual observate în căminul copiilor. Scorurile HOME au o corelație semnificativă cu indicii dezvoltării cognitive. Un factor important evaluat este reactivitatea părinților. HOME cotează pozitiv părintele care își mângâie sau își sărută sugarul sau copilului mic și arată că există corelații pozitive între reactivitatea părinților și IQ-ul copiilor. Părinții inteligenți, educați pot avea o probabilitate mai mare de a-i oferi copilului un mediu familial pozitiv, stimulator și, întrucât îi transmit și genele lor, ar putea să existe și o influență genetică.

Alte cercetări au identificat șapte aspecte ale mediului familial timpuriu care permit dezvoltarea cognitivă și psihosocială și care ajută la pregătirea copilului pentru școală:

- încurajarea exploatării mediului;
- mentoratul în ceea ce privește abilitățile cognitive și sociale de bază;

- lăudarea progreselor în dezvoltare;
- îndrumarea în exersarea și extinderea abilităților;
- ferirea de dezaprobare, tachinare și pedepsire nepotrivită;
- comunicarea bogată și reactivă;
- ghidarea și limitarea comportamentului.

Abordarea piagetiană: stadiul senzorio-motor

Primul din cele 4 stadii ale dezvoltării cognitive descrise de Piaget este stadiul senzorio-motor (de la naștere la aproximativ 2 ani). Sugarii învață despre ei înșiși și despre lume prin intermediul activității senzoriale și motorii aflate în dezvoltare.

Substadiile stadiului senzorio-motor:

În primul substadiu, de la naștere la aproximativ o lună, nou-născutul începe să exercite un anumit control asupra reflexelor sale înnăscute, angajându-se într-un comportament chiar și atunci când stimulul normal al acelui comportament lipsește. De exemplu, nou-născutul sugere reflex atunci când i se ating buzele. Dar, în scurt timp învață să găsească sfârcul chiar și când nu e atins și sugere și în momente în care nu-i este foame.

În al doilea substadiu (de la una la patru luni), sugarul învață să repete intenționat o senzație corporală plăcută, obținută inițial întâmplător (își sugere degetul, de ex.). De asemenea începe să se întoarcă spre sunete, vădind capacitatea de a coordona tipuri diferite de informații senzoriale (de la văz și auz).

Al treilea substadiu (4-8 luni) coincide cu un nou interes față de manipularea obiectelor și aflarea proprietăților acestora. Sugarul repetă intenționat o acțiune nu doar de dragul acelei acțiuni, ci ca să obțină rezultate care nu țin de corpul lui. Ex.: scutură zornăitoarea ca să-i audă sunetul sau gângurește când apare o față prietenoasă.

Al patrulea substadiu (8-12 luni) marchează apariția comportamentului complex, orientat spre scop. Ex: merge de-a bușilea ca să ajungă la un obiect dorit.

În al cincilea substadiu (12-18 luni) copilul variază o acțiune ca să obțină un rezultat similar. Ex.: poate să strângă în mâini o rață de cauciuc care a țiuuit când a călcat pe ea.

Al șaselea substadiu (18-24 luni) reprezintă un mare progres - trecerea la stadiul preoperațional al primei copilării. Capacitatea de a reprezenta acțiuni și obiecte în memorie, în principal prin simboluri precum cuvintele, cifrele și imaginile mentale, îl eliberează pe copilul mic de experiența imediată. Este capabil de joc imaginativ, poate să se gândească la acțiuni înainte să le întreprindă.

După cum se poate vedea în descrierea acestor stadii, potrivit lui Piaget, drumul de la comportamentul reflex la începuturile gândirii este lung și se parcurge lent. Studiile actuale arată că sugarii și copiii mici par să fie mai competenți cognitiv decât a crezut Piaget. Aceasta nu înseamnă că un copil vine pe lume cu mintea complet formată. Se poate, totuși, ca Piaget să se fi înșelat când a pus accentul pe experiența motorie ca fiind motorul principal al dezvoltării cognitive. La sugar, percepțiile sunt mult mai avansate decât capacitățile motorii, așa cum arată studiile contemporane.

Abordarea procesării informațiilor: percepțiile și reprezentările

Adeptii acestei abordări analizează componentele separate ale unei sarcini complexe, cum ar fi sarcinile de căutare a obiectelor, pentru a afla care capacități sunt necesare pentru

fiecare componentă și la ce vârstă apar aceste capacități. Ei studiază obișnuirea la nou-născuți, adică acel tip de învățare în cadrul căreia expunerea repetată sau continuă la un stimul, reduce atenția acordată acelui stimul. Altfel zis, familiarizarea duce la pierderea interesului, iar sugarul sau copilul mic se obișnuiește cu stimulul. Cercetătorii estimează eficacitatea procesării informațiilor la sugar măsurând cât de rapid se obișnuiesc aceștia cu stimuli familiari, cât de rapid redevin atenți când sunt expuși la stimuli noi și cât timp petrec privind stimulul nou și pe cel vechi.

Contrar concepției lui Piaget, această abordare sugerează că la naștere sau cel puțin la scurt timp după aceea, există deja cel puțin o capacitate rudimentară de reprezentare care devine rapid mai eficientă. Când li se arată două imagini simultan, sugarii care-și mută atenția rapid de la una la cealaltă tind să aibă o memorie a recunoașterii mai bună și o preferință mai puternică către nou decât sugarii care privesc mai mult o singură imagine, pe rând.

Viteza procesării crește rapid în primul an de viață. Ea continuă să crească și în al doilea și al treilea an, când copilul devine mai capabil să diferențieze informațiile noi, de cele pe care le-a procesat deja.

Studiile privind discriminarea auditivă se bazează pe atenția preferențială. Nou-născuții pot deosebi sunetele pe care le-au mai auzit, de cele noi.

Cercetătorii analizează și felul în care se dezvoltă atenția. Între 2 și 9 luni, timpul de privit se scurtează, deoarece sugarii învață să cerceteze mai eficient obiectele și-și mută atenția. Capacitatea atenției comune, care poate să contribuie la interacțiunile sociale, la achiziția limbajului și la înțelegerea stărilor psihice ale altora, se dezvoltă între 10 și 12 luni, când sugarii urmăresc privirea adultului uitându-se într-o anumită direcție.

Abordarea neuroștiințelor cognitive

Unii cercetători au folosit tehnici de imagistică cerebrală pentru a determina care structuri cerebrale influențează care funcții. Au găsit, astfel, dovezi fizice privind localizarea a două sisteme separate ale memoriei de lungă durată, cea *explicită* și cea *implicită*, care achiziționează și stochează tipuri diferite de informații. Cea implicită, care se dezvoltă timpuriu la sugari, vizează obișnuințele și aptitudinile exercitate fără efort, iar cea explicită presupune reamintirea conștientă sau intenționată.

În prima jumătate a primului an de viață, cortexul prefrontal și circuitele conexe își formează capacitatea memoriei de lucru - stocarea de scurtă durată a informațiilor pe care creierul le procesează activ sau cu care lucrează în acel moment.

Cercetările asupra creierului au clarificat o controversă cu privire la înțelegerea relațiilor simple numerice la sugari. Monitorizarea activității cerebrale a unor sugari cu vârstă între 6 și 9 luni a arătat că aceștia detectau erorile numerice în aceeași manieră cum o fac adulții, doar că mai lent. Autorii au concluzionat că circuitele de bază cerebrale implicate în detectarea erorilor numerice funcționează deja în prima jumătate a primului an de viață.

Abordarea socio-contextuală: învățarea prin interacțiunile cu îngrijitorii

Această abordare studiază efectele contextului cultural asupra primelor interacțiuni sociale, care pot promova competența cognitivă. Participarea ghidată se referă la interacțiunile cu adulții, care ajută la structurarea activităților copilului. Implicarea directă a adultului în joaca și în învățarea copilului se poate potrivi mai bine unei comunități urbane a clasei mijlocii, unde părinții sau îngrijitorii au mai mult timp liber, aptitudini verbale mai bune și poate mai

mult interes pentru joaca și dezvoltarea copilului, decât într-o comunitate rurală dintr-o țară în curs de dezvoltare, unde copiii observă adesea și participă la activitățile adultului.

Dezvoltarea limbajului

Limbajul este un sistem de comunicare bazat pe lexic și gramatică. Odată ce ajung să cunoască cuvintele, copiii le pot folosi ca să reprezinte obiecte și acțiuni. Dezvoltarea limbajului ilustrează interacțiunea tuturor aspectelor dezvoltării în general.

Înainte să poată folosi cuvintele, sugarii își fac cunoscute nevoile și sentimentele prin sunete care progresează de la plâns la gângurit și apoi la imitația accidentală, după care la imitația deliberată. Aceste sunete sunt denumite *vorbire prelingvistică*. Lalațiunea - repetarea șirurilor de consoane și vocale, cum ar fi „ma-ma-ma-ma”, începe între 6 și 10 luni. Sugarii imită mai întâi accidental sunetele din limbaj, apoi se imită pe ei înșiși scoțând aceste sunete. Pe la 9-10 luni, încep să imite intenționat sunetele. După ce se familiarizează cu sunetele cuvintelor și ale expresiilor, ajung să le atașeze sensuri.

Sugarul obișnuit rostește primele cuvinte între 10 și 14 luni, inițiind astfel vorbirea lingvistică. La 10 luni, sugarii asociază o denumire pe care o aud cu obiectul pe care-l reprezintă și care le stârnește interesul. Pe la 18-24 de luni, copiii urmează indiciile sociale ca să învețe denumiri, indiferent de interesul pe care-l prezintă obiectele. La 18 luni, 3 din 4 copii înțeleg 150 de cuvinte, din care pot rosti 50. Între 16 și 24 de luni, copilul poate să ajungă să rostească câteva sute de cuvinte. Între 18 și 24 de luni, formulează primele propoziții simple. Totuși, există mari variațiuni de vârstă. Undeva, între 20 și 30 de luni, copiii dovedesc o competență tot mai mare în ceea ce privește sintaxa, totalitatea regulilor de alcătuire a propozițiilor în limba lor.

II.5.Dezvoltarea psihosocială

Bazele dezvoltării psihosociale

Deși sugarii au aceleași tipare de dezvoltare, fiecare vădește de la început o personalitate distinctă: combinația relativ constantă de emoții, temperament, gândire și comportament care dă unicitate fiecărei persoane.

Emoțiile, cum ar fi tristețea, frica sau bucuria, sunt reacții subiective la experiențe. Când vor sau au nevoie de ceva, sugarii plâng, când se simt sociabili, zâmbesc sau râd. Când mesajele lor primesc răspuns, sentimentul lor de legătură cu alți oameni sporește. Crește și sentimentul lor de control asupra lumii, căci văd că plânsul le aduce alinare, iar surâsul și râsul lor trezesc surâsul și râsul celorlalți.

Dezvoltarea afectivă este un proces ordonat, în care emoțiile complexe decurg din cele mai simple. La scurt timp după naștere, sugarul dă semne de mulțumire, interes și lipsă de interes. În următoarele 6 luni, apar primele emoții adevărate: bucurie, surprindere, tristețe, dezgust, iar apoi, furie și frică. Emoțiile cu conștiință de sine, cum ar fi stânjeneala, empatia și invidia, apar abia după ce copiii și-au conturat conștiința de sine. În jur de 3 ani, pot să se manifeste emoțiile de autoevaluare: mândria, vinovăția și rușinea.

Temperamentul a fost descris drept componenta *cum* a comportamentului: nu *ce* fac oamenii, ci *cum* fac. Temperamentul influențează nu doar felul în care copiii abordează lumea

exterioră, ci și felul cum își reglează funcționarea mentală, afectivă și comportamentală. Spre deosebire de emoții, temperamentul este relativ constant și durabil. Temperamentul pare a fi în mare măsură înăscut, probabil ereditar. Nou-născuții prezintă tipare diferite de somn, agitație și activitate diferite. Aceasta nu înseamnă că temperamentul este pe deplin format la naștere. El se dezvoltă pe măsura apariției unor emoții diferite și se poate schimba ca reacție la tratamentul din partea părinților și a experiențelor de viață.

Problematika dezvoltării în perioada de sugar

Bebeluşii speciei umane depind de alții în ceea ce privește hrana, protecția și însăși viața lor. Până la circa 18 luni, sugarii își formează un sentiment al măsurii, în care persoanele și obiectele din jurul lor sunt demne de încredere. Ei trebuie să-și formeze un echilibru între încredere și neîncredere.

Ataşamentul este legătura afectivă reciprocă, durabilă, dintre un sugar și îngrijitorul lui, amândoi contribuind la calitatea relației. Studiul atașamentului îi datorează mult etologului John Bowlby, pionier al studierii legăturilor afective la animale. El a susținut importanța legăturii dintre mamă și bebeluş și s-a pronunțat împotriva despărțirii mamei de bebeluş, fără a se oferi o bună îngrijire de substituție.

Copiii cu *ataşament sigur* plâng sau protestează la plecarea mamei și o întâmpină fericiți când se întoarce. O folosesc ca pe o bază sigură, plecând de lângă ea ca să exploreze, dar întorcându-se din când în când, ca să primească asigurări. De obicei, sunt cooperanți și relativ lipsiți de furie. Copiii cu *ataşament evitant* plâng rareori la plecarea mamei, dar o evită la întoarcere. Tind să fie furioși și nu se îndreaptă spre mamă când se confruntă cu o nevoie. Le displace să fie ținuți în brațe, dar le displace și mai mult să fie lăsați jos. Copiii cu *ataşament ambivalent* (anxios-rezistent) devin anxioși chiar înainte ca mama să plece și sunt foarte supărați când ea iese. La întoarcerea ei, își manifestă ambivalența căutând contactul cu ea și, în același timp, împotrivindu-i-se prin lovituri cu picioarele sau zvârcolitură. Acești copii explorează foarte puțin și sunt greu de alinat. Copiilor cu *ataşament dezorganizat-dezorientat* pare să le lipsească o strategie organizată cu ajutorul căreia să se confrunte cu o situație străină. Ei prezintă comportamente contradictorii, repetitive sau greșit direcționate (caută să se apropie de un străin și nu de mamă). Ar putea să-și primească veseli mama la întoarcere, dar apoi să-i întoarcă spatele sau să se apropie fără a o privi. Par încurcați și temători. Acest tipar poate să apară la copiii cu mame insensibile, intruzive sau abuzive.

Cu cât atașamentul unui copil față de adultul care-l îngrijește este mai sigur, cu atât e mai probabil ca acel copil să-și formeze relații bune cu alții. Între 3 și 5 ani, copiii cu atașament sigur tind să fie mai curioși, mai competenți, mai empatici, mai încrezători în sine, să se înțeleagă mai bine cu alți copii. În copilăria mijlocie și adolescență, copiii cu atașament sigur tind să aibă cele mai apropiate și mai stabile prietenii.

Copiii cu atașament nesigur au adesea inhibiții și emoții negative la vârsta învățării mersului, ostilitate față de alți copii la 5 ani și dependență în anii de școală. Cei cu atașament dezorganizat tind să aibă probleme comportamentale în toate etapele de școlarizare și tulburări psihiatrice la vârsta de 17 ani.

Problematika dezvoltării la vârsta învățării mersului

Între 4 și 10 luni, când învață să întindă mâna după obiecte, să le apuce și să declanșeze întâmplări, sugarii explorează un sentiment al puterii personale - înțelegerea că pot să controleze evenimentele externe. Cam tot în această perioadă, apare conștiința de sine-cunoașterea conștientă a propriei persoane ca ființă distinctă. Conștiința de sine poate fi testată studiind dacă sugarul își recunoaște sau nu propria imagine. Pe la 20-24 de luni, copiii încep să folosească pronumele personal la persoana întâi, ca semn al conștiinței de sine. Pe măsură ce se maturizează, copiii simt impulsul de a obține independența tocmai față de adulții de care s-au atașat. Vârsta de 2 ani constituie un semn firesc al dorinței de autonomie. De regulă, acest impuls se manifestă sub forma negativismului - tendința de a striga „Nu”, doar de dragul împotrivirii față de autoritate.

Rădăcinile dezvoltării morale: socializarea și internalizarea

Socializarea este procesul prin care copiii își formează obișnuințele, aptitudinile, valorile și motivele care îi fac să fie membri responsabili ai societății. Conformarea la așteptările părinților poate fi văzută ca un prim pas în direcția conformării la standardele de conduită ale societății.

Internalizarea acestor standarde înseamnă că cei care au avut o socializare reușită nu se mai supun regulilor sau cerințelor doar ca să obțină o recompensă sau să scape de pedeapsă, ci că au adoptat sau și-au însușit standardele societății. Conflictul constructiv cu privire la purtarea urâtă - conflict care presupune negociere, raționare și rezolvare - îi poate ajuta pe copii să-și dezvolte înțelegerea morală, dându-le posibilitatea de a sesiza un alt punct de vedere.

Contactul cu alți copii

Relațiile cu frații joacă un rol distinct în socializare. Conflictele între frați pot deveni un mijloc de înțelegere a relațiilor sociale. Lecțiile și aptitudinile învățate din interacțiunile cu frații sunt transferate în relațiile din afara casei. De regulă, bebelușii se atașează de frații mai mari. Deși poate să existe rivalitate, există și afecțiune. Cu cât frații au un atașament mai sigur față de părinți, cu atât se înțeleg mai bine între ei.

De pe la un an și jumătate până pe la trei ani, copiii vădesc tot mai mult interes față de ceea ce fac alți copii și tot mai multă înțelegere față de modul de a-i aborda. Copiii învață imitându-se reciproc. Imitarea reciprocă a acțiunilor duce la comunicări verbale mai frecvente. Desigur, unii copii sunt mai sociabili decât alții, ceea ce reflectă trăsăturile lor temperamentale. Sociabilitatea este influențată și de experiență: bebelușii care petrec timp împreună cu alți bebeluși devin sociabili mai devreme decât cei care-și petrec mai tot timpul acasă.

III. Prima copilărie

III.1. Aspecte ale dezvoltării fizice

III.2. Dezvoltarea cognitivă

III.3. Dezvoltarea psiho-socială

III.1. Aspecte ale dezvoltării fizice

Copiii cresc cu repeziciune între 3 și 6 ani, dar într-un ritm mai puțin alert ca înainte. Încep să-și piardă caracteristicile de bebeluși și să capete înfățișarea zveltă a copilăriei. Trunchiul, brațele și picioarele se lungesc. Capul este în continuare relativ mai mare, dar celelalte părți ale corpului continuă să-l ajungă din urmă. Creșterea aparatului osteo-muscular continuă, făcându-i pe copii mai puternici. Capacitatea crescută a sistemului respirator și a celui circulator oferă un plus de rezistență fizică și alături de sistemul imunitar în dezvoltare îi apără pe copii mai bine de boli.

Dezvoltarea creierului este mai puțin spectaculoasă decât în perioada de sugar. Dezvoltarea ariilor senzoriale și motorii ale scoarței cerebrale permite coordonarea mai bună între ceea ce vor copiii să facă și între ceea ce pot face. Preșcolarii progresează foarte mult în privința abilităților motorii grosiere, cum ar fi alergatul și săritul. Abilitățile motorii fine, cum ar fi încheierea nasturilor, presupun coordonarea ochi-mână și cea a mușchilor mici.

Mâna dominantă se poate vedea deja în jurul vârstei de 3 ani. Întrucât emisfera cerebrală stângă, care controlează partea dreaptă a corpului, este, de obicei, dominantă, majoritatea oamenilor este dreapta. La oamenii cu creier simetric din punct de vedere funcțional tind să domine emisfera dreaptă, astfel că sunt stângaci.

Sănătatea și siguranța

Datorită vaccinării la scară largă, multe boli ale copilăriei apar mai rar în țările occidentale dezvoltate. În lumea în curs de dezvoltare însă, unele boli ce pot fi prevenite prin vaccinare, cum ar fi rujeola, tusea convulsivă și tetanosul, continuă să facă numeroase victime.

O problemă serioasă în rândul preșcolarilor din lumea întreagă o constituie obezitatea. Creșterea ponderală excesivă ține de aportul caloric și de lipsa exercițiului fizic.

La polul opus, există copiii subnutriți. Subnutriția constituie cauza subiacentă a peste jumătate din decesele înainte de 5 ani.

Unii copii par predispuși genetic la anumite afecțiuni medicale. În plus, factorii de mediu joacă un rol major. Cu cât statutul socio-economic al unei familii este mai scăzut, cu atât copilul are risc mai mare de îmbolnăvire, accidentare și deces. Copiii săraci au o probabilitate mai mare decât ceilalți de a suferi de boli cronice. Lipsa de adăpost corespunzător unei dezvoltări normale a copiilor duce la diverse probleme de sănătate fizică, dar și depresie, anxietate, probleme școlare și de comportament.

Poluarea aerului este asociată cu risc de deces și boli respiratorii. Substanțele dăunătoare din mediu pot să joace un rol în apariția a numeroase boli. Copiii pot fi expuși la plumb prin concentrații mari din apă sau alimente contaminate, iar această intoxicație poate

afecta dezvoltarea cognitivă și poate duce la probleme neurologice și comportamentale ireversibile.

III.2.Dezvoltarea cognitivă

Abordarea piagetiană: copilul în stadiul preoperațional

Jean Piaget a denumit prima copilărie stadiul preoperațional al dezvoltării cognitive, deoarece, la această vârstă, copiii nu sunt încă pregătiți să efectueze operații mentale logice. Totuși, acest stadiu este caracterizat de o mare extindere a folosirii gândirii simbolice sau a capacității de reprezentare. Progresele în ceea ce privește gândirea simbolică sunt însoțite de o înțelegere tot mai bună a spațiului, a cauzalității, a identităților, a clasificării, a numerelor.

Majoritatea copiilor înțelege bine abia la vârsta de 3 ani relațiile dintre ilustrații, hărți sau machete la scară și obiectele sau spațiile pe care le reprezintă acestea. Împotriva a ceea ce credea Piaget, studiile contemporane arată că în prima copilărie copiii pot să vorbească despre relații cauzale și să înțeleagă cauzalitatea. (Ex: „Foarfecele trebuie să fie curat ca să tai mai bine cu el.”). Totuși, preșcolarii par să considere că toate relațiile cauzale sunt previzibile în mod egal și absolut. Într-o serie de experimente, copiii cu vârsta între 3 și 5 ani erau la fel de siguri că persona care nu-și spală mâinile înainte de a mânca se va îmbolnăvi.

Clasificarea îi cere copilului să identifice asemănările și deosebirile. La 4 ani, majoritatea copiilor poate să clasifice pe baza a două criterii, cum ar fi culoarea și forma. Copiii folosesc această capacitate ca să ordoneze mai multe aspecte ale vieții lor, clasificându-i pe oameni drept buni sau răi.

Una dintre principalele caracteristici ale gândirii preoperaționale este *centrarea* - tendința de concentrare asupra unui singur aspect al unei situații și de neglijare a celorlalte. Egocentrismul copiilor preșcolari este o formă de centrare. Potrivit lui Piaget, copiii mici se centrează atât de mult pe propriul punct de vedere, încât nu pot să-l ia în considerare pe cel al altcuiva. Egocentrismul poate explica de ce, uneori, copiii mici au dificultăți cu delimitarea realității de ceea ce se petrece în mintea lor și pot fi confuzi în legătură cu cauzele evenimentelor. Alt exemplu clasic al centrării este incapacitatea de a înțelege conservarea, faptul că două lucruri care sunt egale rămân egale, dacă le este modificat aspectul exterior, atâta timp cât nu se adaugă și nici nu se ia nimic.

Între 3 și 5 ani, copiii ajung să înțeleagă că gândirea se petrece în minte, că ea se poate ocupa de lucruri reale sau imaginare, că o persoană poate să se gândească la obiecte, că persoana care pare meditativă probabil se gândește și că a gândi se deosebește de a vedea, a vorbi, a ști. Însă preșcolarii cred că activitatea mentală începe și se oprește. Abia la vârsta copilăriei mijlocii înțeleg că mintea este activă în permanență.

Incapacitatea copiilor de 3 ani de a recunoaște convingerile greșite poate să izvorască din gândirea egocentrică. Copiii de 4 ani înțeleg că oamenii care văd sau aud versiuni diferite ale aceleiași întâmplări își pot forma convingeri diferite, însă abia la 6 ani își dau seama că doi oameni care văd sau aud același lucru pot să-l interpreteze diferit.

Potrivit lui Piaget, copiii încep abia de la 5-6 ani să înțeleagă diferența între ceea ce pare a fi și ceea ce este real. Alte studii au sugerat că această capacitate apare înainte de 4 ani. Copii de 3 ani cunosc diferența dintre un câine real și un câine din vis. Pot să se prefacă când

își dau seama că altcineva se preface. Chiar și așa, granița dintre fantezie și realitate pare neclară uneori.

Abordarea procesării informației: dezvoltarea memoriei

În prima copilărie, copiii înregistrează progrese în privința atenției, a vitezei și a eficienței cu care procesează informațiile și încep să-și formeze amintiri durabile.

Recunoașterea este capacitatea de a identifica un lucru întâlnit anterior. Reproducerea este capacitatea de a reda cunoștințe din memorie. Copiii preșcolari au rezultate mai bune la recunoaștere decât la reproducere, dar ambele capacități se îmbunătățesc cu vârsta.

Memoria experiențelor din prima copilărie este rareori intenționată: copiii mici își amintesc pur și simplu evenimentele care le-au lăsat o impresie puternică. Majoritatea acestor amintiri conștiente pare să aibă viață scurtă. Copiii mici pot să greșească în reproducerea exactă a detaliilor unei întâmplări repetate frecvent. Totodată, ei tind să-și amintească mai bine lucrurile pe care le-au făcut, decât pe cele pe care doar le-au văzut. Felul cum vorbesc adulții cu copiii despre experiențele comune influențează puternic memoria autobiografică, precum și alte abilități cognitive și lingvistice. Părinții tind să aibă un stil consecvent de a vorbi cu copiii despre experiențele trăite împreună.

Inteligența: abordarea psihometrică și cea a lui Vîgoțki

Dintre testele de inteligență pentru copiii mici, cel mai des folosite sunt Scalele de inteligență Stanford-Binet și Scala de inteligență Wechsler. Primele îi cer copilului să explice cuvinte, să înșire mărgelile, să construiască folosind cuburi, să identifice părțile lipsă dintr-o imagine, să rezolve labirinturi și să arate înțelegerea numerelor. Scorul ar trebui să măsoare raționarea fluentă, cunoștințele, procesarea vizual-spațială și memoria de lucru. Celălalt test dă scoruri separate pentru inteligența verbală și pentru performanță, precum și un scor combinat. Se măsoară raționarea fluentă verbală și nonverbală și viteza de procesare.

Potrivit lui Vîgoțki, copiii învață prin internalizarea rezultatelor interacțiunilor cu adulții. Ajutând copiii să devină conștienți de propriile procese cognitive, să le monitorizeze și să-și dea seama când au nevoie de ajutor, părinții îl ajută să-și asume responsabilitatea învățării.

Dezvoltarea limbajului

La 3 ani, copilul poate cunoaște și poate să folosească 900-1000 de cuvinte. La 6 ani, copilul obișnuit are un vocabular expresiv de 2 600 de cuvinte și înțelege peste 20 000. Această lărgire rapidă a vocabularului se poate produce prin descifrare rapidă, care-i permite copilului să prindă sensul aproximativ al unui cuvânt nou după ce-l aude o dată sau de două ori în conversație. Copiii pot să-și formeze, pe baza contextului, o ipoteză rapidă privind sensul cuvântului, aceasta fiind rafinată prin contactele ulterioare și prin folosire. Lingviștii nu știu sigur cum funcționează descifrarea rapidă, dar copiii se folosesc probabil de ceea ce știu despre regulile formării cuvintelor, despre cuvintele similare, despre contextul imediat și despre subiectul discutat.

Modurile în care copiii combină silabele în cuvinte și cuvintele în propoziții devine tot mai complex în prima copilărie. Între 4 și 5 ani, propozițiile conțin în medie 4-5 cuvinte și pot fi declarative, negative („Nu mi-e foame!”), interogative („De ce nu pot să merg afară?”), imperative („Prinde mingea!”). Copiii de această vârstă alcătuiesc din propoziții fraze complexe, ca de ex. „Mănânc pentru că mi-e foame!”.

Între 5 și 7 ani, vorbirea copiilor devine asemănătoare cu cea a adulților. Ei vorbesc în propoziții lungi și mai complicate. Folosesc mai multe conjuncții, prepoziții și articole. Folosesc fraze compuse și complexe. Cu toate acestea, nu stăpânesc anumite finețuri ale limbajului.

Solilocviul – vorbirea cu sine, cu voce tare, fără intenția comunicării cu alții, este normal și frecvent întâlnit în copilărie.

Aproximativ 5-8% dintre copiii preșcolari prezintă întârziere de vorbire și limbaj. Nu e întotdeauna ușor de anticipat dacă un copil care începe să vorbească târziu, va avea nevoie de ajutor. Mulți copii care încep să vorbească târziu, recuperează în cele din urmă întârzierea. Totuși, circa 40-60% dintre copiii cu întârzieri timpurii de limbaj se pot confrunta, dacă nu sunt tratați, cu urmări cognitive, sociale și afective complexe.

III.3. Dezvoltarea psihosocială

Autodefinirea copiilor, felul cum se descriu pe ei înșiși, se schimbă, de regulă, între 5 și 7 ani, reflectând dezvoltarea concepției despre sine. Copiii încep să facă legături logice între trăsăturile lor. De ex: „Pot să alerg repede și pot să mă cațăr foarte sus. Sunt și puternic. Pot să arunc mingea foarte departe, într-o zi am să intru într-o echipă.”

Stima de sine este parte autoevaluatoare a concepției despre sine, judecata pe care o emit copiii cu privire la valoarea lor generală. Stima de sine se bazează pe capacitatea cognitivă tot mai bună a copiilor de a se descrie și defini pe ei înșiși. Deși, în general, copiii încep să vorbească despre ideea valorii personale în jurul vârstei de 8 ani, cei mici arată prin comportament că o au. Când are stimă de sine ridicată, copilul este motivat să obțină performanțe bune. Însă dacă stima de sine este condiționată de reușită, copiii pot să privească eșecul sau critica drept condamnare a valorii lor și se pot simți incapabili să obțină rezultate mai bune. Copiii neajutorați se simt rușinați și renunță. Preșcolarii interpretează eșecul ca pe un semn că sunt răi. Copiii la care stima de sine este condiționată de succes tind să se demoralizeze când au un eșec.

Înțelegerea și reglarea emoțiilor

Capacitatea de a înțelege și a regla sau controla emoțiile și sentimentele este unul dintre marile progrese ale primei copilării. Copiii care își înțeleg emoțiile sunt mai capabili să controleze modul în care le manifestă și să fie sensibili la ceea ce simt alții. Autoreglarea îi ajută pe copii să-și dirijeze comportamentele și contribuie la capacitatea lor de a se înțelege cu alții. Preșcolarii pot să vorbească despre sentimentele lor și, deseori, să discearnă sentimentele altora și înțeleg că emoțiile au o legătură cu experiențele și dorințele. Ei înțeleg că persoana care obține ceea ce vrea este fericită, iar persoana care nu obține ceea ce vrea este tristă.

Unul dintre motivele confuziei copiilor cu privire la sentimentele lor este faptul că aceștia nu înțeleg că pot să aibă simultan reacții afective contare.

Emoțiile îndreptate spre propria persoană, cum ar fi vinovăția, rușinea și mândria, apar, de regulă, spre sfârșitul celui de-al treilea an de viață, după ce copiii câștigă conștiință de sine și acceptă standardele de comportament stabilite de părinți.

Jocul: ocupația din prima copilărie

Jocul are o contribuție în toate sectoarele dezvoltării. Prin joc, copiii își stimulează simțurile, își coordonează văzul cu mișcările, ajung să-și stăpânească bine corpul, iau decizii și formează noi abilități. Copiii au nevoie de timp din belșug pentru jocuri exploratorii libere. În prezent, mulți părinți își expun copiii la materiale video educative și la materiale de joc orientate spre învățarea teoretică. Aceste activități pot - sau nu - să fie valoroase în sine, dar nu și dacă afectează jocul dirijat de copil.

Copiii de vârste diferite au stiluri de joc diferite, se joacă de-a lucruri diferite și petrec intervale de timp diferite cu diferite tipuri de joc. Jocul fizic, de exemplu, debutează în perioada de sugar cu mișcări ritmice aparent fără scop. Pe măsură ce abilitățile motorii grosiere se îmbunătățesc, preșcolarii își exersează musculatura alergând, făcând salturi de pe loc, sărind într-un picior sau aruncând. Spre sfârșitul acestei perioade și până în copilăria mijlocie, jocul de-a tăvăleala, care implică lupte, lovituri cu piciorul și urmărire, devine mai frecvent întâlnit, mai ales la băieți.

Principalele categorii de jocuri din prima copilărie sunt:

-*jocul funcțional*, care constă în exersarea repetată a unor mișcări musculare ample, cum ar fi rostogolirea unei mingi;

-*jocul de construcție*, care constă în folosirea obiectelor sau a materialelor pentru a elabora ceva, cum ar fi o casă din cuburi sau un desen în carioca;

-*jocul de rol*, care presupune obiecte, acțiuni sau roluri imaginare. Un fel de joc de rol întâlnit frecvent implică tovarăși imaginari.

Comportamentul prosocial

Chiar înainte de a împlini doi ani, copiii îi ajută adesea pe alții, își împart bunurile și mâncarea și îi alină pe alții. Fetele au o înclinație mai mare decât băieții spre acest tip de comportament, dar diferențele sunt mici. Genele și mediul contribuie deopotrivă la diferențele privind comportamentul prosocial. Copiii părinților prosociali sunt ei înșiși prosociali.

Gradul în care culturile stimulează comportamentul prosocial variază. Culturile tradiționaliste, în care oamenii trăiesc în grupuri familiale extinse și muncesc în comun, par să insufle valori prosociale în mai mare măsură decât culturile ce pun accentul pe realizările individuale.

Agresivitatea

Când un copil smulge brutal mingea de la altul, pe el îl interesează doar să obțină mingea, nu să-i facă rău celuilalt. Aceasta este *agresivitatea instrumentală*, folosită ca mijloc de a atinge un scop. Între 2 și 5 ani, copiii se luptă adesea pentru jucării sau pentru controlul asupra spațiului. Agresivitatea apare în principal în timpul jocului social. Capacitatea de a manifesta un grad de agresivitate instrumentală poate fi un pas necesar în dezvoltarea socială.

Pe măsură ce-și dezvoltă mai mult autocontrolul și devin mai capabili să se exprime verbal, copiii trec, de obicei, la manifestarea agresivității prin cuvinte. În toate culturile, băieții sunt mai agresivi fizic și verbal decât fetele. Această diferență este vizibilă de la vârsta de 2 ani. Totuși, fetele pot să fie mai agresive decât par. Dacă băieții manifestă mai multă agresivitate fațășă, fetele practică, pe măsură ce cresc, mai mult o agresivitate relațională. Aceasta constă în vătămarea sau afectarea relațiilor, a reputației sau a stării de bine psihic prin tachinare, manipulare sau manevre de control. Ea poate să includă răspândirea zvonurilor, porecle, insulte sau excluderea cuiva dintr-un grup. Poate fi fațășă sau mascată - de exemplu,

strâmbăturile răutăcioase sau ignorarea cuiva. În rândul preșcolarilor tinde să fie directă și față în față. De ex: „Nu te las să vii la ziua mea, dacă nu-mi dai păpușa aceea”.

Copiii cu afectivitate intensă și autocontrol redus tind să-și exprime agresiv furia. Comportamentul părinților influențează puternic agresivitatea. Mai multe studii longitudinale au arătat că atașamentul nesigur și lipsa căldurii și afecțiunii materne în perioada de sugar constituie un factor de predicție pentru agresivitate în prima copilărie. Agresivitatea pare să rezulte dintr-o combinație de între atmosfera familială stresantă, disciplina dură, lipsa căldurii materne, contactul cu adulți agresivi, violență în cartier.

Frica

Temerile pasagere sunt frecvent întâlnite în prima copilărie. Mulți copii cu vârsta între 2-4 ani se tem de animale, mai ales de câini. La 6 ani, copiii au o probabilitate mai mare de a se teme de întuneric. Alte frici întâlnite sunt cea de tunete, de doctori și de creaturi imaginare.

Temerile copiilor mici izvorăsc în principal din viața lor fantasmatică și din tendința de a confunda aparența cu realitatea. Uneori, le e frică să nu fie abandonați.

Fricile se pot naște și din experiența personală sau din auzirea experiențelor altor oameni. Fricile provin adesea din evaluări ale pericolelor, cum ar fi probabilitatea de a fi mușcat de un câine, sau sunt declanșate de anumite evenimente (de ex.: Dacă un copil a fost lovit de o mașină, poate să înceapă să-i frică să traverseze strada).

Părinții își pot ajuta copiii să-și învingă frica liniștindu-i și încurajându-i, nu ridiculizându-i (ex: „Nu mai fi un papă-lapte!”).

IV. Copilăria mijlocie

IV.1. Aspecte ale dezvoltării fizice

IV.2. Dezvoltarea cognitivă

IV.3. Copilul la școală

IV.4. Educarea copiilor cu nevoi speciale și a celor înzestrați

IV.5. Dezvoltarea psihosocială în copilăria mijlocie

IV.1. Aspecte ale dezvoltării fizice

În copilăria mijlocie, creșterea încetinește considerabil. Între 6 și 11 ani, copiii cresc anual cu circa 5-7 cm și greutatea lor aproape se dublează în această perioadă. Pentru susținerea creșterii constante și a solicitărilor permanente, școlarii au nevoie, în medie de 2400 calorii pe zi. Nutriționiștii recomandă o alimentație variată, care să includă toate substanțele nutritive necesare creșterii armonioase. Copiii școlari sănătoși ar trebui să fie vioi pe timpul zilei. Totuși, problemele de somn, cum ar fi refuzul de a merge la culcare, insomnia și somnolența în timpul zilei sunt des întâlnite, Cauza, în general, este aceea că multor copii li se dă voie, pe măsură ce cresc, să-și fixeze singuri ora de culcare.

Jocurile și activitățile fizice

Jocurile practicate de copii în timpul pauzei tind să fie informale și organizate spontan. Un copil poate să se joace singur, în timp ce, în apropiere, câțiva colegi se fugăresc prin curtea școlii. Băieții joacă jocuri mai active fizic, în timp ce fetele le preferă pe cele care includ exprimarea verbală sau număratul cu voce tare. Aceste activități din timpul pauzei promovează creșterea agilității și a competenței sociale și stimulează adaptarea la școală.

Jocul de-a tăvăleala atinge apogeul în copilăria mijlocie și este mai des întâlnit la băieți, decât la fete. Acest joc aduce importante beneficii: dezvoltarea oaselor și a mușchilor, descărcarea agresivității și a competitivității.

Pe lângă îmbunătățirea abilităților motorii, activitatea fizică regulată are efecte benefice imediate și pe termen lung asupra sănătății: controlul greutatei, funcționarea cardiorespiratorie mai bună, stimă de sine mai bună și o stare de bine mai accentuată. Copiii activi tind să devină adulți activi.

Starea de sănătate. Afecțiuni medicale

În copilăria mijlocie, bolile tind să fie de scurtă durată. Afecțiunile medicale acute, cum ar fi virozele respiratorii, sunt frecvent întâlnite. Șase-șapte întâlniri pe an cu răceala, gripa sau virusurile sunt un lucru obișnuit, întrucât copiii își transmit germenii patogeni la școală sau la joacă. Unii copii tind să aibă afecțiuni medicale cronice: afecțiuni fizice, de dezvoltare, comportamentale sau afective ce durează trei luni sau mai mult.

Obezitatea la copii a devenit o problemă majoră de sănătate la nivel mondial. Copiii au o probabilitate mai mare de a fi supraponderali, dacă au părinți sau alte rude supraponderale. Alimentația proastă contribuie și ea, la fel și timpul excesiv petrecut la televizor și calculator. Copiii supraponderali tind să devină adulți obezi cu risc de hipertensiune, boli cardiace,

probleme ortopedice, diabet și altele. Din păcate, copiii care încearcă să slăbească nu sunt întotdeauna și cei care au nevoie s-o facă. Preocuparea legată de imaginea corpului - felul cum credem că arătăm - devine importantă în copilăria mijlocie și poate duce la apariția unor tulburări de alimentație.

Rănirile accidentale constituie principala cauză de deces la copiii de vârstă școlară. Multe dintre aceste răniri apar ca urmare a nepurtării echipamentelor de protecție necesare în activități precum ciclismul, mersul cu rolele, skateboardingul, deplasarea cu scuterul etc.

IV.2.Dezvoltarea cognitivă

Conform lui Piaget, în jurul vârstei de 7 ani, copiii intră în *stadiul operațiilor concrete*, în care pot folosi operații mentale, cum ar fi raționamentul, ca să rezolve probleme concrete. Copiii sunt capabili de gândire logică, totuși, gândirea lor este limitată la situațiile reale, „aici și acum”. Ei înțeleg mai bine decât cei mai mici conceptele spațiale, cauzalitatea, clasificarea, raționamentul inductiv și deductiv, conservarea și conceptul de număr.

Piaget a afirmat că trecerea de la gândirea rigidă, illogică, a copiilor la gândirea flexibilă depinde deopotrivă de dezvoltarea neurologică și de experiențele de adaptare la mediu.

Raționamentul moral

Piaget (1932), Piaget și Inhelder (1969) a postulat că raționamentul moral se dezvoltă în trei stadii. Copiii trec treptat de la un stadiu la altul, la vârste diferite.

Primul stadiu (aproximativ de la 2 la 7 ani), corespunzător stadiului preoperațional este caracterizat de supunerea rigidă față de autoritate. Întrucât sunt egocentrice, copiii nu-și pot imagina mai mult de o modalitate de a privi o problemă morală. Ei cred că regulile nu pot fi adaptate sau schimbate, că purtarea este fie corectă, fie greșită și că orice greșeală merită să fie pedepsită, indiferent de intenție.

Al doilea stadiu, de la 7-8 la 10-11 ani, corespunzător stadiului operațiilor concrete, este caracterizat de o flexibilitate în creștere. Pe măsură ce interacționează cu mai mulți oameni și intră în contact cu cât mai multe puncte de vedere, încep să-și formeze propriul simț al dreptății, pe baza justeței sau a tratamentului egal pentru toți.

În jurul vârstei de 11-12 ani, când devin capabili de raționament moral, credința că toți ar trebui tratați în mod egal lasă locul idealului de echitate, de a lua în calcul circumstanțele specifice.

Abordarea procesării informației: planificarea, atenția și memoria

Copiii școlari fac progrese constante în ceea ce privește capacitatea de a-și regla și menține atenția, de a procesa și reține informațiile și de a-și planifica și supraveghea comportamentul. Toate acestea contribuie la funcția executorie, controlul conștient al gândurilor, emoțiilor și acțiunilor, în vederea atingerii scopurilor sau a rezolvării problemelor.

Mediul familial contribuie și el la dezvoltarea abilităților executorii.

În ceea ce privește atenția, copiii de vârstă școlară se pot concentra mai mult timp decât cei mici și se pot focaliza pe informațiile de care au nevoie și pe care le vor, filtrând și eliminându-le pe cele irelevante. Se dezvoltă și atenția selectivă - capacitatea de canalizare deliberată a atenției și de respingere a perturbărilor.

Eficacitatea memoriei de lucru crește în copilăria mijlocie, punând bazele unei game largi de abilități cognitive. De asemenea, se îmbunătățește *metamemoria* - cunoștințele despre

procesele memoriei. Cei de vârsta clasei pregătitoare știu că oamenii rețin mai bine dacă studiază mai mult timp și că anumite lucruri se uită și că reînvățarea unui lucru este mai ușoară decât a-l învăța pentru prima dată.

Abordarea psihometrică: evaluarea inteligenței

Inteligența copiilor școlari poate fi măsurată prin teste psihometrice, fie individuale, fie de grup, dar utilizarea acestor teste este controversată. Unii cercetători susțin că acestea subestimează inteligența copiilor bolnavi sau care, dintr-un motiv sau altul, nu se descurcă bine la test. Întrucât ele au limită de timp, echivalează inteligența cu viteza și penalizează copilul care lucrează încet și cu atenție. Gradul lor de adecvare pentru diagnoza dizabilităților de învățare a fost și este pus sub semnul întrebării.

O altă critică mai importantă este aceea că testele nu măsoară direct capacitățile înăscute, ci deduc inteligența pe baza a ceea ce copiii știu deja. În plus, testele sunt validate pe baza măsurării realizărilor, cum ar fi rezultatele școlare care sunt influențate de factori ca școlarizarea și cultura.

O critică serioasă la adresa testelor IQ este aceea că se concentrează exclusiv asupra abilităților utile în școală. Ele nu evaluează alte aspecte importante ale inteligenței cum ar fi bunul simț, abilitățile sociale, intuiția creativă și cunoașterea de sine. Aceste aspecte pot deveni la fel de importante sau chiar mai importante pe parcursul vieții și pot fi considerate forme separate de inteligență.

Howard Gardner, psiholog și cercetător în domeniul educației la Universitatea Harvard, a identificat mai multe tipuri de inteligență. El a arătat că testele IQ accesează doar 3 tipuri: *inteligența lingvistică*, *logico-matematică* și cea *spațială*. Celelalte 4 care nu se reflectă în aceste teste sunt inteligența muzicală, corporal-chinestezică, interpersonală și intrapersonală.

Inteligența ridicată într-un anumit domeniu nu însoțește neapărat inteligența ridicată în vreunul din celelalte.

Limbaajul

Copiii de vârstă școlară sunt capabili în mare măsură să înțeleagă și să interpreteze comunicările orale și scrise și să se facă înțeleși. Structura frazelor, înțelegerea regulilor sintaxei, a morfologiei, devin mai elaborate.

Principalul sector al dezvoltării lingvistice în anii de școală este *pragmatica*, folosirea practică a limbajului în scopul comunicării. Când povestesc ceva, majoritatea copiilor de clasa I relatează adesea o experiență personală. Ei pot reda intriga unui material scurt-carte, film sau emisiune TV. Ei încep prin a descrie motivele și legăturile cauzale. În clasa a II-a, povestirile copiilor devin tot mai lungi și mai complexe. Copiii mai mari pregătesc, de regulă, contextul pentru informații introductive despre decor și personaje, iar pe parcursul povestirii indică clar schimbările de timp și loc. Construiesc episoade mai complexe decât copiii mici, însă cu mai puține detalii inutile.

IV.3. Copilul la școală

Primele experiențe școlare sunt esențiale în pregătirea fundalului pentru succesul sau eșecul viitor. Pentru a face progrese școlare, copilul trebuie să se implice în ceea ce se petrece la clasă. Interesul, atenția și participarea activă se corelează pozitiv cu notele acordate de profesori.

Citirea și scrierea

Copiii pot să identifice un cuvânt tipărit pe două căi. Una se numește *decodificare*: copilul articulează cuvântul, traducându-l din forma sa tipărită în cea rostită înainte de a-l recupera din memoria de lungă durată. Cealaltă metodă este *reactualizarea* pe bază vizuală: copilul se uită pur și simplu la cuvânt și apoi îl reactualizează.

Un șir lung de cercetări sprijină ideea că pentru majoritatea copiilor, conștientizarea fonemelor și instruirea fonetică timpurie sunt esențiale pentru deprinderea citirii.

Conștientizarea propriilor procese ale gândirii îi ajută pe copii să-și urmărească înțelegerea a ceea ce citesc și le permite să-și elaboreze strategii pentru eliminarea oricăror probleme - strategii cum ar fi citirea lentă, recitirea pasajelor dificile, încercarea de a vizualiza informațiile și găsirea de exemple.

Indiferent ce metodă de citire ar folosi, unii copii învață mai repede decât alții să citească. Aceste diferențe individuale reflectă o influență genetică substanțială.

Achiziția abilităților de scriere merge mână-n mână cu dezvoltarea citirii.

Influențe asupra rezultatelor școlare

Elevii cu eficacitatea personală ridicată - care cred că sunt în stare să efectueze bine munca școlară și-și reglează învățarea - au o probabilitate de succes mai mare decât cei fără încredere în capacitățile lor.

Fetele tind să obțină rezultate mai bune la școală decât băieții, au o probabilitate mai mică de a repeta o clasă, au mai puține probleme școlare.

Părinții copiilor cu rezultate superioare le creează acestora un mediu propice pentru învățare. Le furnizează un loc unde să studieze și să-și țină cărțile, le fixează un program pentru temele de acasă, urmăresc cât de mult se uită la televizor, discută cu ei despre școală.

Statutul socio-economic poate fi un factor cu influență puternică asupra rezultatelor educației, la fel și acceptarea de către cei de-o seamă. Foarte mult contează și metodele educative folosite și mărimea clasei. Majoritatea educatorilor consideră clasa cu efectiv redus drept un factor cheie al performanței școlare.

IV.4. Educarea copiilor cu nevoi speciale și a celor înzestrați

Copiii cu probleme de învățare

Retardarea mentală înseamnă funcționarea cognitivă aflată semnificativ sub nivelul normal. Ea este indicată de un IQ de 70 sau mai puțin, asociată cu deficiențe în privința comportamentului adaptativ adecvat vârstei, cum ar fi comunicare, abilitățile sociale și autoîngrijire, apărute înaintea vârstei de 18 ani. În 30-50% din cazuri, cauza retardării este necunoscută. Între cauzele cunoscute se numără bolile genetice, accidentele traumatice, expunerea prenatală la infecții sau alcool și expunerea la plumb sau mercur în concentrații mari în mediu.

Majoritatea copiilor cu retardare mentală poate beneficia de pe urma școlarizării. Persoanele cu întârziere gravă au nevoie de îngrijire și supraveghere constantă, de regulă în instituții.

Dizabilitățile de învățare

Una dintre tulburări este *dislexia* - o problemă de dezvoltare a limbajului care face ca achiziția limbajului să se situeze sub nivelul preconizat de IQ sau de vârstă.

Tulburările de învățare afectează aspecte concrete ale performanței școlare, cum ar fi ascultarea, vorbirea, cititul, scrierea sau matematica, ducând la rezultate substanțial mai slabe decât cele care ar fi așteptate. Copiii cu aceste dizabilități tind să fie mai puțin orientați spre sarcină și mai ușor de distras decât alții, sunt mai puțin organizați în învățare.

Tulburarea de hiperactivitate/deficit de atenție

Este o afecțiune cronică marcată, de regulă, de o lipsă persistentă a atenției, distragere facilă, toleranță scăzută la frustrare și foarte multă activitate la momentul și în locul nepotrivit, cum ar fi la clasă. Unii medici avertizează că tulburarea ar putea fi diagnosticată când nu e cazul, ducând la supramedicarea inutilă a copiilor pe care părinții sau profesorii nu știu cum să-i controleze.

Copiii cu această tulburare tind să-și uite responsabilitățile, să vorbească cu voce tare în loc să-și adreseze îndrumări în gând, să devină cu ușurință frustrați sau furioși și să renunțe când nu-și dau seama cum să rezolve o problemă. Părinții și profesorii ar putea să-i ajute pe acești copii descompunând sarcinile în bucăți mai mici, amintindu-le frecvent regulile și timpul și oferind recompense frecvente pentru micile realizări.

Copiii înzestrați

Criteriul tradițional al înzestrării este o inteligență generală superioară, arătând un scor IQ de 130 sau chiar mai mult. Această definiție tinde să-i excludă pe copiii foarte creativi.

Cercetările sugerează că indivizii înzestrați se nasc cu un creier neobișnuit, care le permite învățarea rapidă într-un domeniu dat. Spre exemplu, copiii înzestrați la matematică, muzică și arte plastice tind să aibă o activitate neobișnuită la nivelul emisferei cerebrale drepte în timp ce execută sarcini ce țin în mod normal de emisfera stângă.

Creativitatea este capacitatea de a vedea lucrurile într-o nouă lumină, de a produce un lucru nemaivăzut sau de a găsi soluții noi și neobișnuite la diverse probleme.

În general, programele de educare a copiilor înzestrați pun accentul fie pe îmbogățire fie pe accelerare. Programele de îmbogățire aprofundează cunoștințele și abilitățile prin activități suplimentare la clasă, proiecte de cercetare, excursii pe teren sau antrenament expert. Celelalte accelerează educația acestor copii prin intrare devansată în școală, sărirea peste clase, plasarea în clase cu ritm rapid sau la cursuri pentru avansați.

IV.5.Dezvoltarea psihosocială în copilăria mijlocie

În această perioadă, judecățile despre sine devin mai conștiente, mai realiste, mai echilibrate. Potrivit lui Erikson, copiii se află în al patrulea stadiu al dezvoltării psihosociale care se concentrează pe *hărnicie versus inferioritate*. Virtutea care apare din parcurgerea cu succes a acestui stadiu este *competența*, concepția despre sine ca persoană capabilă să deprindă aptitudini și să îndeplinească sarcini. Dacă se simt inadecvați în comparație cu cei de aceeași

vârstă, copiii se pot retrage în brațele protectoare ale familiei. Dacă, pe de altă parte devin prea harnici, pot să neglijeze relațiile sociale și pot să devină dependenți de muncă.

Pe măsură ce cresc, copiii sunt tot mai conștienți de sentimentele proprii și de cele ale altora. Pe la 7-8 ani, copiii sunt, de regulă, conștienți când simt rușine și mândrie și au idei mai clare despre diferența dintre rușine și vinovăție. Aceste emoții le influențează părerea despre ei înșiși. Copiii își înțeleg totodată și emoțiile conflictuale. Ei devin conștienți și de regulile privitoare la exprimarea emoționabilă acceptabilă a culturii în care trăiesc. Copiii cu control voluntar slab tind să devină vizibil mai furioși sau frustrați când sunt întreruși să facă ceea ce vor.

Copiii tind să devină mai empatici și mai înclinați spre comportamente prosociale. Cei cu stimă de sine ridicată tind să fie mai dispuși la a se oferi voluntar să-i ajute pe alții, iar voluntarismul contribuie, la rândul său, la creșterea stimei de sine. Copiii cu comportament prosocial tind să acționeze adecvat în situațiile sociale, să aibă relativ puține emoții negative și să abordeze constructiv problemele.

În copilăria mijlocie, grupul celor de-o vârstă intră în drepturi depline. Grupurile se formează în mod firesc din copiii care locuiesc aproape unii de alții sau merg la aceeași școală. Copiii beneficiază de pe urma activităților desfășurate împreună cu cei de aceeași vârstă. Își dezvoltă abilitățile necesare pentru sociabilitate și intimitate și dobândesc un sentiment al apartenenței. Deprind abilități de comunicare, învață cooperarea și o serie de reguli și roluri. Grupul celor de-o vârstă le deschide perspective noi și le oferă posibilitatea de a judeca independent. Comparându-se cu alții de aceeași vârstă, copiii pot să-și evalueze mai realist abilitățile și capătă un sentiment mai clar al eficacității personale.

Popularitatea devine mai importantă în copilăria mijlocie. Școlarii agreeți de cei de aceeași vârstă au o probabilitate crescută să fie bine adaptați în adolescență. Copiii pot fi nepopulari (respinși, ignorați) din mai multe motive. Unii sunt agresivi, alții sunt hiperkinetici sau retrași în sine.

Copii își petrec o mare parte din timp în grupuri, însă leagă prietenii doar la modul individual. Copiii caută prieteni care le seamănă ca vârstă, sex, etnie și interese. Cele mai puternice prietenii presupun angajament egal și sprijin reciproc. Alături de prietenii lor, copiii învață să comunice și să coopereze. Certurile inevitabile îi ajută pe copii să învețe să-și rezolve conflictele. Prietenii le ajută pe copii să aibă o părere mai bună despre ei înșiși. Respingerea de către cei de-o vârstă și absența prietenilor pot avea efecte negative pe termen lung, putând duce chiar la apariția depresiei.

Agresivitatea se reduce, pe măsură ce copiii devin mai puțin egocentri, mai empatici, mai cooperanți și mai capabili să comunice. Acum pot să se pună în locul altcuiva, să înțeleagă motivele altei persoane și să găsească modalități pozitive de a se impune. Totuși, pe măsură ce agresivitatea în general scade, agresivitatea ostilă, cu intenția de a face rău altei persoane, crește proporțional, luând adesea forma verbală, nu fizică. Un număr mic de copii nu învață să-și controleze agresivitatea fizică.

Agresivitatea devine tiranizare când este îndreptată deliberat și consecvent spre o anumită țintă: o victimă. Tiranizarea poate să fie fizică, verbală sau relațională ori emoțională (bârfa, izolare). Tiranii băieți tind să folosească agresivitatea fățișă, fizică, în timp ce fetele folosesc agresivitatea relațională. Victimele tind să fie copii anxioși, deprimați, precauți, liniștiți și supuși, sau să fie certăreți și provocatori, să aibă stimă de sine scăzută. Tiranii au risc

crescut de apariție a problemelor de comportament. Tiranizarea frecventă afectează atmosfera din școală, ducând la răspândirea rezultatelor slabe, înstrăinare de școală, dureri de stomac și de cap, lipsa dorinței de a merge la școală și absențe frecvente.

Sănătatea psihică

Unii copii au probleme emoționale, comportamentale și de dezvoltare. Una dintre tulburările de conduită este *tulburarea opozițional sfidătoare*. Acest tipar este alcătuit din sfidare, nesupunere și ostilitate față de adulții cu autoritate, care durează cel puțin 6 luni și depășește granițele comportamentului normal în copilărie. Acești copii se ceartă întruna, ripostează, își pierd controlul, șterpelesc lucruri, dau vina pe alții și sunt furioși și plini de resentimente.

Copiii cu fobie de școală simt o frică lipsită de realism față de mersul la școală. Unii au motive serioase de teamă, cum ar fi un profesor sarcastic sau un coleg care îi tiranizează. În acest caz, mediul trebuie schimbat, nu copilul. Adevărata fobie de școală implică anxietate excesivă timp de cel puțin 4 săptămâni și poate fi un tip de tulburare anxioasă de separare simțită legată de persoanele de care este atașat copilul, sau poate fi o formă de fobie socială. Aceste fobii pot fi declanșate de experiențe traumatiche, cum ar fi golirea totală a minții copilului când i se cere să răspundă la oră.

Tulburările de anxietate tind să constituie o trăsătură de familie și sunt de două ori mai frecvente la fete decât la băieți.

Depresia în copilărie este o tulburare de dispoziție care depășește tristețea normală, temporară. Între simptome se numără incapacitatea de a se distra sau concentra, oboseală, activitate sau apatie extremă, probleme de somn, modificări ale greutății, acuze fizice, sentimentul lipsei de valoare, gânduri despre moarte ori sinucidere.

V. Adolescența

V.1. Delimitări teoretice și conceptuale

V.2. Dezvoltarea fizică în adolescență

V.3. Dezvoltarea cognitivă

V.4. Dezvoltarea psihosocială

V.5. Teorii ale dezvoltării la adolescență

V.6. Comportamente problemă la adolescență

V.1. Delimitări teoretice și conceptuale

Definirea adolescenței

Adolescent(ă) (din fr. *adolescent*, lat. *adolescens-ntis*) - persoană care este la vârsta adolescenței. **Adolescență** (din fr. *adolescence*, lat. *adolescencia*) - perioadă a vieții omului cuprinsă între vârsta pubertății și cea adultă, în care are loc maturizarea treptată a funcțiilor fizice și psihice ale organismului (DEX, 1998). Termenul *adolescență* se întâlnește pentru prima oară în Roma antică (*adolescencia*), având originea în verbul latin *adolescere* care înseamnă *a crește, a căpăta putere, a se dezvolta, a ajunge la maturitate*, dar nu se referă la o anumită categorie de vârstă

Adolescența este o perioadă a vieții care se situează între copilărie, pe care o continuă, și vârsta adultă. Este o „perioadă ingrătă”, marcată de transformări corporale și psihologice, care încep de la 12 sau 13 ani și se termină între 18 și 20 de ani. Aceste limite sunt vagi, deoarece apariția și durata adolescenței variază după sex, rasă, condiții geografice și mediul socioeconomic (Larousse, 2000).

Adolescența este o noțiune imprecisă, definită diferit din diverse perspective: biologică, antropologică, psihologică, pedagogică, sociologică, istorică. În rândul specialiștilor nu există un punct de vedere unitar în definirea și delimitarea acestei perioade de vârstă. Între copilul care este mic și adultul care a crescut, adolescentul este în creștere; el nu mai este copil, dar nici adult încă nu este. Transformările fizice ce însoțesc pubertatea sunt asociate, în general, cu debutul adolescenței, dar limita sa superioară, când se face trecerea la vârsta adultă, rămâne discutabilă. Invocarea unor criterii ce țin de dezvoltarea psihosocială, ca de exemplu privilegiile legale (votul, permisul de conducere), autonomia financiară, integrarea socială, maturizarea emoțională, căsătoria, nu este relevantă, deoarece există diferențe atât de la individ la individ, cât și la una și aceeași persoană.

Istoricul adolescenței

Chiar dacă pubertatea este un fenomen universal, adolescența este unul recent, apărut în lumea occidentală, odată cu industrializarea. Studiile istorice asupra tinereții ne permit să înțelegem mai bine semnificațiile adolescenței, dar nu ne pot oferi o istorie concretă a ei, deoarece ea nu se regăsește în toate perioadele istorice. În Roma antică, până în secolul al II-lea îH, viața omului era divizată în trei etape: copilăria, vârsta adultă și bătrânețea, însă, datorită mutațiilor economice și sociale, s-a născut noțiunea unui nou grup social, cel al tineretului.

Inventarea tinereții, ca perioadă de vârstă întinsă de la pubertate până la 25 de ani, a creat distincții și opoziții între tineri și adulți și coincide cu agravarea contrastelor între clasele sociale și între sexe. Altfel zis, puterea și bogăția claselor dominante se bazau pe marginalizarea claselor sociale, a categoriilor de vârstă și a femeilor (Lutte, p.16). De-a lungul Evului Mediu și în epoca preindustrială, tinerețea ca termen se întâlnește sporadic în scrierile unor clerici, cu referințe vagi la o categorie de vârstă cuprinsă între 7-10 ani și 25-30 de ani. Termenii folosiți pentru a desemna tinerii sunt mai degrabă legați de apartenența la un grup sau la o condiție socială. Abia în secolul al XIX-lea, noțiunea de adolescență apare din nou în vocabularul societăților occidentale, desemnând acea categorie de tineri școlarizați și dependenți financiar de părinții lor.

Caracterizarea îndeosebi negativă a adolescenței de către moraliști și pedagogi, ca fiind o perioadă a afirmării de sine plină de excese, marcată de criză sexuală, morală și socială, de tendințe violente, de curiozitate și entuziasm, a dus la elaborarea unei pedagogii autoritare și intervenționiste. Dezvoltarea medicinei și a psihologiei a jucat un rol covârșitor în schimbarea reprezentărilor sociale și a mentalităților asupra adolescenței. Aceste noi reprezentări au dus la promulgarea unor legi speciale pentru minorii delincvenți, la crearea tribunalelor speciale, a caselor de reeducare. În a doua jumătate a secolului al XX-lea, odată cu declinul autorității parentale, cu libertatea socială, cu mișcările sociale și politice ale tineretului, adolescenții au demonstrat că se pot integra în lumea adultă și se pot ocupa de probleme care necesită un nivel elevat de autonomie și maturitate.

Adolescența este un construct social și a devenit un fenomen global, ce îmbracă forme diferite în culturi diferite. În prezent, pubertatea este mai timpurie, perioada de școlarizare și de formare vocațională este mai lungă, căsătoria mai târzie (Papalia; Wendokos Olds; Duskin Feldman, 2010, p. 354). În societățile tradiționale, ieșirea din copilărie și admiterea în lumea adulților este marcată prin anumite ritualuri. Ceremoniile de inițiere, care pot avea o durată mai scurtă sau mai lungă, au ca puncte comune „o perioadă de izolare de restul comunității, un marcaj corporal și un anumit număr de încercări.(...). Excluderea ritualizată este considerată ca o moarte simbolică: aceea a copilăriei.(...). După ce a trecut cu bine de diferite probe și după ce a suferit diverse marcaje corporale, tânărul este reintegrat în comunitate. Este o nouă naștere, o renaștere” (Clerjet, 2008, pp.195-197). În societățile occidentale, de-a lungul timpului, riturile de trecere s-au identificat cu anumite ritualuri religioase, cu înrolarea tinerilor, cu intrarea la liceu, orientarea profesională și susținerea examenului de bacalaureat, cu intrarea în mișcări de tineret. Toate aceste rituri benefice pierd din ce în ce mai mult teren, fiind înlocuite cu altele, nefaste, cum ar fi comportamentele sexuale riscante, conduitele delincvente, comportamentele de mare risc, suicidul, prima noapte albă, prima noapte petrecută în club, primul raport sexual, prima țigară, prima beție, prima priză de hașiș. Cu toate acestea, tinerii caută noi forme de angajament, care să le ofere recunoaștere socială și să le dea sens existenței: protejarea naturii, drepturile omului, cauzele umanitare.

Abordări teoretice ale adolescenței

O influență majoră asupra teoriilor moderne ale adolescenței, a exercitat-o Jean Jacques Rousseau. El descrie dintr-o perspectivă romantică adolescența, care se întinde de la 15 la 20 de ani, ca pe o a doua naștere, ca pe o metamorfoză, ca pe o vârstă critică.

Psihologia adolescenței este o știință tânără, a cărei dezvoltare a început o dată cu apariția a unei lucrări voluminoase, cu un mare răsunet, dedicată acestui domeniu, scrisă de

Stanley Hall (1904). Autorul definește adolescența ca pe o etapă unică și specifică a dezvoltării umane, care începe odată cu primele manifestări fizice ale pubertății și a cărei cunoaștere necesită o abordare multidisciplinară. Ideea majoră pe care o impune și care va marca dezvoltarea ulterioară a acestui domeniu este că această perioadă se caracterizează printr-o criză emoțională intensă. Adolescentul se caracterizează în primul rând prin instabilitate afectivă. El trece cu ușurință de la stări de energie, exaltare, veselie, la letargie, indiferență, dezgust, melancolie. Manifestă un egoism pueril și totodată un altruism idealist, este vanitos și nu suportă să fie umilit, este curios și-i place să exploreze, are tendința de a nu respecta niciun fel de autoritate.

Inspirată din Hall, cartea lui Compayré (1909) combate tendința de a fixa date rigide asupra dezvoltării psihice, dar este dominată de biologism. Cele două lucrări ale lui Mendousse (1908, 1909) pun accent pe deosebirile existente între psihologia adolescentului și cea a copilului și a adultului. Folosirea jurnalului intim ca metodă de cercetare a vieții psihoemoționale a adolescentului, îl determină să vorbească despre fluctuațiile personalității sale și despre „anarhie mintală”. O contribuție aparte este cea a sociologului Duprat (1909) care a studiat criminalitatea la adolescență. Potrivit lui Debesse (1936, 1947), esențială în definirea pubertății este criza de originalitate.

Preluând de la tatăl său concepția despre pubertate ca recapitulare a perioadei pregenitale, Anna Freud (1936) pune în prim plan caracterul critic și patologic al acestei vârste și teoretizează despre ascetism (repudierea tuturor instinctelor) și intelectualizare (investirea intelectuală a instinctelor), ca forme de apărare ale adolescenților față de conflictele dintre pulsunile interne.

Studiile referitoare la adolescență s-au înmulțit în a doua jumătate a secolului XX, perspectivele de abordare s-au diversificat. În Germania, Remplein (1959), împarte perioada adolescenței în perioada prepubertară și adolescența propriu-zisă, Schelsky (1957) consideră că adolescentul este acel individ care a încetat să fie copil, fără a juca totuși rolul unui veritabil adult în sânul colectivității, Ziehen, specialist în psihiatria copilului și a adolescentului, adept al fiziologismului în psihologie, conectează dezvoltarea psihică a adolescentului de dezvoltarea sistemului nervos și de maturizarea sexuală. În dezacord cu acesta, Spranger, din prisma viziunii sale idealiste, este de părere că definiții pentru psihologia adolescentului sunt descoperirea eului și alcătuirea graduală a unui plan de viață.

Școala vieneză de orientare biologică, prin Bühler, face distincție între pubertate ca fază a maturizării și adolescență ca fază a afirmării și pune conceptul de criză în centrul explicațiilor referitoare la viața adolescenților. Sentimentul de solitudine, conflictul cu părinții, curiozitatea sexuală corespund unei nevoi biologice, fiind puțin influențate de condițiile sociale.

În Italia, Bianchi (1961) abordează problema crizei adolescentine și distinge trei perioade specifice adolescenței: nesupunere și rebeliune, meditație și introspecție, exaltare.

În Franța, tema adolescenței este dezbătută în lucrările a numeroși autori precum Debesse, Nallon, Inhelder, Zazzo, Neuilly, Sansonetti, Rousselet, Unger, Favez, Merlet. Debesse pune la îndoială justetea generalizării expresiei „criza adolescenței”, iar Rousselet, ca medic, atrage atenția asupra problemelor de sănătate fizică și psihică specifice adolescentului și asupra a ceea ce el numește criza morală a adolescenței, caracterizată prin revoltă, închidere în sine și exaltare.

În SUA, Gesell (1959) se axează pe dezvoltarea inteligenței și a personalității, James , Bossard și Stoke Boll (1966) caracterizează adolescența prin creștere rapidă și prin situarea ei în trei lumi sociale distincte: familia, grupul de aceeași vârstă și lumea adultului. Rogers (1962) consideră adolescența un fenomen socio-cultural, o etapă a vieții individului, în care el nu mai este un copil, dar nici nu beneficiază din plin de condiția sa în cadrul societății.

În România, primele lucrări cu privire la adolescență sunt elaborate de Niculescu, Balantof, Mureșanu (1930, 1931), Băncilă (1926), Zapan , Popescu Teiușan (1941), Zisulescu (1942). După 1950, adolescența este o temă preferată în lucrările unor psihologi renumiți precum Șchiopu, Verza, Chircev, Zisulescu. Considerând adolescența ca fiind trecerea de la copilărie la maturizare, Verza și Șchiopu (1981, p.204, 210-214) sunt de părere că ea cuprinde trei etape: preadolescența (12-14 ani), adolescența propriu-zisă (14-18/20 ani) și adolescența prelungită(18/20-25).

Cercetările asupra adolescenței s-au dezvoltat foarte mult în ultimele două decenii ale secolului XX, axându-se pe impactul practicilor instituționale asupra vieții adolescenților, pe modul în care adolescenții interacționează în diferite cadre comportamentale, pe nevoile educaționale și cele legate de sănătate (Adams, Berzonsky, 2009, p.16). Nivelul actual al cercetărilor legate de perioada adolescenței este în strânsă legătură cu descoperirile din genetica comportamentală și cu progresele din neuroștiințe,

V.2.Dezvoltarea fizică în adolescență

Schimbările biologice spectaculoase care apar la pubertate fac parte dintr-un lung și complex proces de maturizare, care începe înainte de naștere și se prelungește la vârsta adultă. În general, termenul de *pubertate* (din fr.*puberté*, lat.*pubertas*, *-ati*) este asociat cu transformările fiziologice și psihologice, ce duc treptat la maturizarea sexuală și la înfățișarea de adult. Ea se instalează ca urmare a producției sporite de hormoni corelați cu sexualitatea și durează, de regulă, trei-patru ani la ambele sexe. Schimbările hormonale sunt importante deoarece ele, pe lângă modificările fizice pe care le determină, „ pot influența stima de sine a adolescenților, fericirea, concentrarea, violența, problemele de comportament și relațiile sociale.”(Adams, Berzonsky, 2009, p. 28). După Ursula Șchiopu și Emil Verza (1981, p. 208-210), pubertatea are la rândul ei mai multe stadii: etapa prepuberală (10-12 ani), pubertatea propriu-zisă (12-14 ani) și momentul postpuberal, considerat puțin diferențiabil de momentul preadolescenței (de la 14-16/18 ani).

Pubertatea debutează mai devreme la fete decât la băieți și se încheie când persoana este capabilă de reproducere. Are loc o creștere rapidă în înălțime și greutate, se modifică proporțiile și forma corpului, se dezvoltă caracteristicile sexuale primare (organele necesare pentru reproducere și menstruația la fete, iar la băieți dezvoltarea organelor sexuale externe, a prostatei și a veziculelor seminale) și cele secundare (creșterea părului pubian și axial, modificarea vocii, dezvoltarea glandelor mamare la fete, modificarea texturii pielii, dezvoltarea accentuată a musculaturii la băieți, dezvoltarea țesutului adipos - piept, abdomen, șolduri- la fete).

Schimbările fizice au loc adesea într-o manieră bruscă, radicală. În curs de câteva luni, unii copii se transformă în cvasi-adulți; corpul devine obiect al observației, al admirației, al explorării sau al respingerii. Preadolescentul este confruntat cu un corp dublu, cel de copil, care

îi este familiar, și cel puber, nefamiliar, sexual, plin de necunoscute. Îi este dificil să unifice cele două corpuri, să renunțe la corpul de copil, care-i conferea securitate și să-și accepte noul corp și logica plăcerii din interiorul lui. Simbolic, corpul său în dubla sa ipostază este un mijloc de manifestare a conflictelor sale interioare. Din acest motiv, poate apărea o tulburare psihică numită *Deregulare dismorfică somatică* sau *Sindromul Urâteniei Imaginate*, definită drept „obsesia legată de un defect imaginat al aspectului fizic al propriei persoane” (Craggs-Hinton, 2006, p. 74). Segmentul corporal incriminat prezintă în general o morfologie normală, dar adolescentul dramatizează. Această tulburare poate fi agravată de vorbele adultului care-i spune: „nu te mai recunosc!”. Treptat, imaginea corporală se integrează în conștiința de sine și devine obiect de recunoaștere socială. Grijă față de corp are și o conotație sexuală, adesea inconștientă. Numeroși adolescenți manifestă un narcisism care este alternativ critic și împăciuitor. Uneori se plac, altele sunt total nemulțumiți de înfățișarea lor și încearcă să o ajusteze prin îmbrăcăminte, coafură, machiaj, fiindcă percepția de sine alimentează identitatea de sine.

Creșterea în înălțime a organismului este disproporționată, pentru că acest fenomen nu se desfășoară în perioade egale. Valul de creștere începe la fete între 10 și 14 ani, iar la băieți între 12/13 și 16 ani și durează aproximativ doi ani.

Chiar dacă, în general, preadolescenții și adolescenții sunt sănătoși, pot apărea numeroase tulburări somatice: spasmofilie, dureri de cap, abdominale, dorsale, tulburări de somn, oboseală, vertij, palpitații, dificultăți de înghițire, pierderea conștiinței. Creierul adolescentului nu este încă matur. Faptul că rețeaua cerebrală a controlului cognitiv se maturizează mai târziu decât cea socio-emoțională, poate explica tendința adolescenților de a avea comportamente riscante și izbucniri emoționale puternice.

O parte dintre problemele de sănătate ale adolescenților, cum ar fi obezitatea sau diabetul, sunt cauzate de alimentația necorespunzătoare, de sedentarism sau de sărăcie. Procentul adolescenților supraponderali a crescut îngrijorător în ultimele decenii. Aceștia prezintă un risc crescut de a dezvolta îndeosebi boli cardio-vasculare și diabet. Spre deosebire de adolescenții supraponderali, cei preocupați în mod excesiv de greutatea corporală pot dezvolta tulburări de alimentație ca anorexia sau bulimia.

V.3.Dezvoltarea cognitivă

Adolescența este perioada de creștere maximă a capacităților perceptivă și de reprezentare. Crește activitatea senzorială și se modifică pragul minimal și maximal al diversilor analizatori și pragurile diferențiale. Crește acuitatea vizuală, capacitatea de acomodare, vederea la distanță, se lărgeste câmpul vizual și vederea sub unghi mic, precum și vederea fină a detaliilor. Sensibilitatea auditivă se dezvoltă foarte mult pe linia reproducerii și înțelegerii nuanțelor din vorbire. Se dezvoltă gustul, mirosul, sensibilitatea cutanată. Ca urmare, se restructurează și procesele percepției. Adolescentul dispune de o percepție complexă, voluntară și perseverentă. Observația este folosită pentru a verifica, pentru a înțelege și pentru a dezvolta teme proprii de interes, percepția fiind clar potențată de interesul stârnit de un anumit domeniu, obiectiv, problemă. (Șchiopu, 1962).

Potrivit lui Piaget, la adolescență se ajunge la cel mai înalt nivel al dezvoltării cognitive, stadiul operațiilor formale. Adolescentul, în opoziție cu copilul, „este un individ care

reflectează în afara prezentului și elaborează teorii despre toate lucrurile, complăcându-se, în special, în considerații inactuale” (1965, p.191). Piaget consideră că trecerea de la gândirea concretă la cea formală este rezultatul unei combinații între maturizarea creierului și lărgirea oportunităților de mediu. El nu a dat suficientă atenție diferențelor individuale și celor exercitate de școală, societate și cultură. Totodată, nu a luat în calcul rolul metacogniției-conștientizarea și monitorizarea propriilor procese și strategii mentale, capacitatea de a te gândi la ceea ce te gândești. Așa cum există numeroși copii care prezintă, înainte de a intra la adolescență, unele aspecte ale gândirii științifice, la fel există numeroși tineri aflați la sfârșitul adolescenței, care par incapabili de gândire abstractă în sensul descris de Piaget.

Nivelul cogniției în adolescență este determinat de modificări structurale și modificări funcționale. Cele structurale se reflectă în extinderea memoriei de lucru și în creșterea cantității de cunoștințe stocate în memoria de lungă durată. „Procesele necesare pentru a obține, a manevra și a reține informații sunt aspecte funcționale ale cogniției. Între ele se numără învățarea, reamintirea și raționarea, toate acestea înregistrând îmbunătățiri în adolescență” (Papalia; Wendokos Olds; Duskin Feldman, 2010, p.374).

Spre deosebire de copii mici care au o gândire orientată spre concret, adolescenții devin capabili să utilizeze gândirea abstractă. Gândirea adolescentului operează cu noțiuni situate la un nivel crescut de abstractizare și generalizare. Adolescenții utilizează raționamentul ipotetico-deductiv care le oferă un instrument pentru rezolvarea de probleme, sesizează relațiile dintre fenomene, folosesc simboluri pentru a exprima alte simboluri, putând învăța algebra și trigonometria, aprecia metafora și alegoria, se proiectează în viitor gândind prin prisma a ceea ce ar putea să fie, confruntă critic diferite puncte de vedere, analizează situații complexe, propriile procese și strategii mentale. Dezvoltarea gândirii abstracte are și implicații emoționale, adolescenții făurindu-și idealuri de care se atașează emoțional și mental.

Memoria și atenția

Datorită maturării cortexului prefrontal, memoria de lucru, atenția executivă cunosc cea mai mare dezvoltare în adolescență. Creșterea volumului de substanță albă ajută la transmiterea mai rapidă a informațiilor din creier, eficientizând învățarea (Paus, 2005). Creșterea activității lobilor frontali și bagajul de cunoștințe acumulate le permit adolescenților să compare și să evidențieze relațiile dintre mai multe concepte în același timp, să acumuleze informații relevante, să analizeze problemele din diverse perspective, să înțeleagă logica argumentelor celorlalți.

Atenția, sub toate formele ei, voluntară, involuntară și post-voluntară devine mai eficientă. Adolescenții devin capabili de eforturi sporite pentru controlul atenției și sunt conștienți de anumite deficiențe și, relativ, în măsură a le îmbunătăți. În condițiile desfășurării unei activități îndelungate, se poate manifesta o scădere și o instabilitate a atenției.

Memoria logică, care permite însușirea cunoștințelor abstracte, generale și esențiale devine forma centrală de memorie; se dezvoltă învățarea și memorarea prin asociații, prin fixarea noțiunilor și folosirea algoritmilor, prin raportare la lumea vie. Se dezvoltă imaginația creatoare, adolescenții dovedind abilități pe plan literar și artistic. Crește ca pondere și imaginația realist-științifică, bazată pe însușirea bazelor științelor și a unor discipline de pregătire profesională.

Dezvoltarea limbajului

Vocabularul adolescentului se îmbogățește, exprimarea verbală devine mai complexă, mai fluentă, mai coerentă. Cu toate că diferențele individuale sunt foarte mari, un adolescent obișnuit, în jurul vârstei de 16-18 ani, cunoaște aproximativ 80.000 cuvinte (Owens, 1996). Crește debitul verbal și vorbirea este adaptată la structuri situaționale.

Dezvoltarea limbajului la adolescent este legată de dezvoltarea lui cognitivă. Pe măsură ce el învață să gândească abstract, va fi mai în măsură să dezvolte creații sintactice complexe pentru a explica noile concepte însușite. De asemenea, pe măsură ce se dezvoltă social, va învăța diferențele sociale subtile ale modului în care anumite grupuri comunică și va fi capabil să-și adapteze limbajul la aceste situații. Dezvoltarea gândirii abstracte le permite adolescenților înțelegerea și utilizarea unor noțiuni abstracte cum sunt libertatea și dreptatea, îi ajută să înțeleagă semnificațiile multiple ale unor cuvinte. Cu cei de seama lor, adolescenții folosesc un limbaj plin de expresii pitorești, porecle, argou. Acest limbaj face parte dintr-un cod de recunoaștere, care marchează apartenența la un grup. Lingvistul canadian Marcel Danesi (1994) argumentează că vorbirea adolescenților constituie un dialect în sine: *pubilectul*, dialectul social al pubertății. La fel ca oricare alt cod lingvistic, *pubilectul* are rolul de a întări identitatea grupului și de a-i exclude pe cei din afară (pe adulți) (Papalia; Wendokos Olds; Duskin Feldman, 2010, p.374).

Dacă prin comunicarea verbală adolescenții își exprimă nevoia de a stabili o relație cu ceilalți, prin intermediul jurnalului, care este o scriitură intimă, ei exprimă nevoia de a stabili o relație cu ei înșiși, introspecția fiind un element esențial al autocunoașterii. O caracteristică specifică a comunicării adolescenților contemporani este comunicarea personală electronică prin intermediul e. mail-ului, messenger-ului și sms-urilor. Acest tip de scriitură nu respectă regulile gramaticale, sintaxa și ortografia și este plin de acronime.

V.4.Dezvoltarea psihosocială

La preadolescenți, afectivitatea este influențată de fenomenele pubertare și de amplificarea interacțiunilor sociale din interiorul grupului de egali. Manifestările afective se caracterizează prin instabilitate, explozivitate, prin intensitate crescută, disproporționată față de evenimentele care le-au generat. Trăirea emoțiilor și a sentimentelor la cote foarte înalte, i-a determinat pe unii cercetători, începând cu Hall, să considere adolescența drept *vârsta furtunilor și a stresului*.

Una dintre problemele esențiale ale dezvoltării psihosociale din adolescență este dobândirea autonomiei. Teoriile contemporane axate pe această problemă diferă „ele propunând fie că autonomia în adolescență se formează în moduri predictive pentru toți adolescenții, fie sugerând că dezvoltarea unei autonomii comportamentale, cognitive și emoționale social-adaptative este rezultatul unui organism uman ce interacționează cu toate nivelele mediului din microsistem (de exemplu cu familia și prietenii) și din macrosistem (de exemplu politicile sociale)” (Adams, Berzonsky, 2009, p.232).

Anii adolescenței se caracterizează prin așa-numita *criză de identitate*. Erikson (1968) a definit identitatea ca pe o concepție despre sine coerentă, alcătuită din obiectivele, valorile și credințele față de care persoana este ferm atașată. Identitatea se formează treptat și presupune

rezolvarea a trei probleme majore: orientarea profesională, adoptarea unor valori călăuzitoare și conturarea unei identități sexuale satisfăcătoare .

Potrivit cercetărilor efectuate de Marcia (1966, 1980), în dezvoltarea identitară la adolescență intervin două elemente principale: criza și angajamentul. Criza este definită ca o perioadă de luare conștientă a deciziilor, iar angajamentul ca adeziune la un ansamblu de valori și credințe, ca implicare personală într-o ocupație.

Studiile contemporane abordează problema dezvoltării identității la adolescență din diverse perspective: psihologică, sociologică, psihiatrică și istorică și nu oferă o imagine unitară asupra proceselor de bază implicate în construcția și menținerea identității (Bosma, Graafsma, Grotevant, De Levita, 1994). Conceptul actual de identitate cuprinde în sine atât identitatea personală, cât și cea socială. Prin identitatea personală se înțelege faptul că, de-a lungul dezvoltării sale, individul păstrează o percepție identică despre el însuși. El are acel sentiment de continuitate existențială descris de Erikson (1968). Identitatea personală se exprimă prin nevoia de a se diferenția de ceilalți, de a fi o personalitate unică, originală și totodată recunoscută de către ceilalți. Identitatea socială se referă la sentimentul de apartenență la un grup social. Oscilarea permanentă a adolescenților între dorința de se identifica și cea de a se diferenția de ceilalți, între independență și legătură este trăită intens la nivel afectiv.

Unii autori consideră că există diferențe de gen în construirea identității, susținând concepția lui Erikson că la femei identitatea și intimitatea se dezvoltă împreună. Potrivit lui Carol Gilligan, „sentimentul de sine la femeie se dezvoltă nu atât prin atingerea unei identități distincte, cât prin crearea de relații. Fetele și femeile, spune Gilligan, se judecă pe baza felului cum își îndeplinesc responsabilitățile și a capacității lor de a se îngriji de alții și de ele însele” (Papalia; Wendokos Olds; Duskin Feldman, 2010, p. 393)

Adolescența este și perioada de formare a identității sexuale, care presupune acceptarea impulsurilor sexuale, recunoașterea orientării sexuale și implicarea în relații sexuale și /sau romantice. Primele raporturi sexuale pot duce la incapacități de circumstanță, psihologice, care îl pot neliniști pe adolescent și-i pot afecta încrederea în sine. Primul raport sexual poate fi interpretat și ca un ritual de trecere spre vârsta adultă.

Activitatea sexuală a adolescenților este pândită, în lipsa protecției adecvate, de riscul de a contracta boli cu transmitere sexuală și de riscul unei sarcini nedorite.

Orientarea sexuală- atracția sexuală față de persoane de sex opus (heterosexuală), de același sex (homosexuală) sau de ambele sexe (bisexuală) - devine o problemă presantă în adolescență. Numeroși adolescenți cu identitate homosexuală sau bisexuală se simt ținta discriminării, a intoleranței și a violenței.

Căutarea identității se asociază cu nevoia adolescentului de a rupe legătura cu dorințele, idealurile, interesele și modelele de identificare din copilăria sa. Afirmarea de sine se face prin destructurare și restructurare. Se poate produce o ruptură cu mediul familial și valorile sale. Având manifestări de independență, adolescentul începe să-și făurească propriul ideal de viață, de multe ori în opoziție cu cel al părinților. Adolescentul are adesea impulsuri violente, reacții brutale și neașteptate, emoții puternice și trecătoare, perioade de reverie și solitudine. Este deseori cuprins de nemulțumire generală, de dorința de a schimba lumea, manifestă spirit critic excesiv, răspunde și insultă. Dificultatea de a se detașa de copilărie și de a-și manifesta independența, libertatea, responsabilitatea, îi aduce suferință. Pe de altă parte, sentimentul că

accede la vârsta adultă, îi provoacă bucurie. Vrea să se distingă de ceilalți, să se singularizeze, se simte unic, își dezvoltă simțul contradicției și al paradoxului, își dorește să fie original. Unii adolescenți încercă să atragă atenția asupra lor, fie prin aspectul exterior (haine, coafură, machiaj, accesorii), fie prin anumite comportamente, fie prin limbaj. Își doresc să facă impresie și nu vor să fie tratați ca niște copii. Alții se repliază pe ei înșiși, regresează la comportamente infantile, au conduite de dependență, dezvoltă mecanisme de apărare nevrotică.

Toate aceste manifestări, mai intense la începutul adolescenței, i-au determinat pe unii psihologi să vorbească despre *criza juvenilă*, criza vârstei ingrâte sau revolta adolescentină, care determină conflictul dintre generația adulților și cea a adolescenților. Criza presupune un dezechilibru grav și poate fi interpretată ca patologie. Deși ideea de criză adolescentină este adânc înrădăcinată și în mentalul colectiv, ea nu este unanim acceptată în rândul specialiștilor. Tipice crizei ar fi refuzul de a se supune autorității parentale și școlare, răzvrătirea ostentativă împotriva regulilor și valorilor adulților, insolenta, obrăznicia, impolitețea, înclinația spre scandal, diverse excese, excentricități, exaltare, inconsecvență. Adolescentul „se răzvrățește cu ostentație”, „zâmbește batjocoritor”, „nu se mai supune, din dezgustul pe care i-l provoacă ideea că i se ordonă ceva și pentru a protesta împotriva ideii de subordonare, conținută implicit în noțiunea de supunere” (Rousselet, 1969, p.118). Cercetările recente arată însă că valorile fundamentale ale adolescenților rămân în realitate destul de apropiate de cele ale părinților. Chiar dacă își caută modelele în afara familiei și preferă să-și petreacă timpul cu cei apropiați de vârsta lor, caută în mediul familial siguranța și securitatea necesare pentru a-și dezvolta independența.

În grupul de prieteni la care aderă, adolescenții se pot afirma și exprima liber, găsesc aspirații și valori comune, compasiune, consiliere, protecție. Unii dintre ei intră într-o formă de grup specifică acestei vârste - gașca. „Statutul de membru al unei găști este un construct social, un set de etichete cu ajutorul cărora tinerii împart harta socială în funcție de cartier, etnie, statut socio-economic sau alți factori” (Papalia; Wendokos Olds; Duskin Feldman, 2010, p.411).

Cercetările antropologice (Mead, 1928, 1935) și cele efectuate în societățile preindustriale (Schelegel și Barry, 1991) au arătat că această criză furtunoasă nu se manifestă atunci când cultura modelează trecerea de la copilărie la vârsta adultă. Chiar și în societățile occidentale, revolta deplină nu este atât de frecventă cum se crede, tinerii relaționând acceptabil cu părinții lor. Cu toate acestea, adolescența este o perioadă dificilă și pentru copii și pentru părinții lor. La adolescenți pot apărea, datorită conflictelor intrafamiliale, comportamente riscante sau tulburări psihoafective. Dificultatea majoră pe care o întâmpină părinții este aceea de a le acorda independență adolescenților și totodată de a-i proteja de eventualele pericole. Părinții care exercită un control adecvat asupra conduitei copilului și nu asupra a ceea ce simte el, îl ajută să se dezvolte. Parentajul dictatorial, care folosește controlul psihic, îi neagă adolescentului dreptul la propriile gânduri și sentimente, determinându-l să caute sprijinul și aprobarea celor de-o seamă. Influența celor de-o vârstă este mai puternică la începutul adolescenței, când vor să fie populari, și scade spre sfârșitul ei.

Adolescența este și timpul primelor iubiri, dragostea jucând un rol esențial la această vârstă. „Deși adulții cataloghează adesea relațiile adolescenților drept iubiri copilărești, sentimentele asociate cu îndrăgostirile și relațiile romantice pot fi intense” (Adams, Berzonsky, 2009, p.425). Relațiile de dragoste îi pot ajuta să-și dezvolte personalitatea, să-și accepte corpul și să-și definească identitatea sexuală, să devină autonomi, să dobândească încredere în forțele

proprii. Dragostea este trăită entuziast și le dă posibilitatea de a reuni tandrețea cu senzualitatea. Adesea, durata unei iubiri este invers proporțională cu intensitatea ei. Eșecul în dragoste poate fi resimțit ca o durere morală și afectivă, ce întreține un sentiment de vid profund. Durata și intensitatea durerii corespund nivelului de angajament investit în relație. Ruptura poate duce la diminuarea stimei de sine, la interiorizare, izolare, eșec școlar, depresie, consum de alcool sau de droguri. Situația poate deveni deosebit de gravă, unii adolescenți preferând să-și ia viața (Cloutier, 1996).

Dezvoltarea morală

Potrivit lui Piaget (1932, Piaget și Inhelder, 1969), există o relație directă între dezvoltarea cognitivă și dezvoltarea morală. Din această perspectivă, adolescenții, fiindcă pot să folosească gândirea abstractă, devin capabili de raționamente complexe referitoare la chestiunile morale. Totodată, sporește și tendința lor spre altruism și empatie.

Modelul dezvoltării morale propus de Kohlberg (1969) susține că stadiul de dezvoltare morală la care se află o persoană depinde de raționamentul ce se află la baza răspunsului acestei persoane la o dilemă morală. Iată de ce, potrivit acestui autor, unii adolescenți, asemenea copiilor mici, acționează moral fie din supunere, fie din cauza fricii de pedeapsă. Alți adolescenți se comportă moral, respectând normele morale și convențiile sociale, pentru a evita dezaprobarea celorlalți. Nu toți adolescenții ajung să înțeleagă că legile și normele sociale nu au valoare absolută, ci că sunt niște instrumente necesare pentru buna funcționare a unei societăți.

Cercetările recente (Eisenberg și Morris, 2004; Gibbs, 1991, 1995, Gibbs și Schnell) au arătat că dezvoltarea morală nu depinde doar de cea cognitivă, ci și de emoții, sentimente și de internalizarea normelor sociale.

În dezvoltarea morală a adolescenților o contribuție însemnată au și părinții, prietenii, colegii de serviciu, sistemul de învățământ. Cultura morală a adolescenților este în strânsă legătură și cu normele morale ale societății în care trăiesc.

Problematika educațională și vocațională

Cei mai mulți adolescenți urmează o formă de învățământ, liceal sau profesional, în vederea pregătirii fie pentru învățarea unei meserii, fie pentru înscrierea la studii superioare. Unii dintre ei renunță la visele din copilărie referitoare la cariere care păreau atrăgătoare, evaluându-și mai obiectiv orientarea profesională.

Rezultatele școlare în adolescență sunt influențate de o diversitate de factori: dificultățile sociale, statutul socio-profesional și calitatea mediului familial, practicile parentale, genul, etnia, influența anturajului, calitatea școlarizării (ritmul, orarele, programele, stilurile de predare, calitățile pedagogice și umane ale cadrelor didactice). Printre factorii ce țin de personalitatea adolescentului intră cauze de natură fizică sau psihică, care pot duce la rezultate școlare slabe sau chiar la abandon școlar, multe dintre dificultățile școlare ale adolescenților fiind o oglindă a dificultăților lor psihologice. Se pot reactiva dificultăți mai vechi de învățare, capacitatea de muncă intelectuală cunoaște fluctuații, se poate instala depresia sau anxietatea. În aceste situații, rezultatele școlare scad și adolescentul poate manifesta fie așa-numita angoasă a foii albe, fie falsul refuz școlar. Alți elevi, cărora mediul școlar li se pare ostil, ajung să manifeste chiar fobie școlară, preferând să renunțe la frecventarea școlii și să învețe acasă. O problemă mult discutată este cea a motivației personale a învățării de dragul învățării. Rezultatele din ce în ce mai slabe la bacalaureat, absenteismul,

sunt puse în unele societăți pe seama demotivării școlare. În alte culturi, rezultatele mai bune la învățătură sunt consecința faptului că educația se bazează pe datorie sau pe supunerea față de autoritate. Adesea rezultatele școlare slabe sunt consecințele unor accese de plictiseală, tristețe, repliere asupra propriei persoane. Reușita școlară, după cum arată numeroși specialiști, este în strânsă legătură și cu un nivel crescut al stimei de sine. „S-a demonstrat că nivelul stimei de sine prezice destul de bine valoarea strategiilor ce vor fi puse de copil în joc atunci când se va confrunța cu dificultăți școlare” (Andre, Lelord, 2011, p.104).

V.5. Teorii ale dezvoltării la adolescență

Problematika complexă a dezvoltării la adolescență a fost abordată din diverse perspective teoretice. Ca urmare, există mai multe teorii, fiecare dintre ele bazându-se pe ipoteze specifice. Singur, nici un punct de vedere teoretic nu poate acoperi toate aspectele legate de dezvoltarea la adolescență. Examinarea contribuțiilor principalelor teorii ne oferă o înțelegere mai adecvată a unor aspecte legate de complexitatea acestei perioade de dezvoltare umană.

Teorii ale dezvoltării cognitive

Potrivit *teoriei cognitiv-constructiviste* elaborată de Piaget, dezvoltarea cognitivă este rezultatul interacțiunilor complexe dintre maturizarea sistemului nervos și a limbajului și interacțiunile sociale și fizice cu mediul înconjurător. Funcția inteligenței este aceea de a facilita adaptarea la mediul înconjurător, realizând un echilibru între asimilare, prin care se înțelege acțiunea individului asupra mediului și acomodare, adică acțiunea mediului asupra individului. Funcția inteligenței rămâne aceeași pe parcursul întregii dezvoltări psihice, dar dezvoltarea cognitivă trece printr-o succesiune de patru stadii universale, diferite calitativ între ele: *senzorio-motor*, de la 0 la 18-24 de luni; *preoperațional*, de la 2 la 5-6 ani; al *operațiilor concrete*, de la 6 la 11-12 ani; al *operațiilor formale*, începând cu 11, 12 ani. Ordinea succesiunii stadiilor rămâne constantă. Structurile cognitive construite la o vârstă devin parte integrantă a structurilor de la vârsta următoare.

Ca stadiu final al dezvoltării cognitive, gândirea formală, ce se dezvoltă pe parcursul adolescenței, se caracterizează prin subordonarea realului posibilului. Această gândire se numește formală, deoarece validitatea ei nu depinde de conținutul raționamentului, ci de forma lui. Gândirea devine ipotetico-deductivă, deci independentă de realitatea obiectivă. Adolescenții devin capabili să rezolve mental probleme care nu au un suport material. Gândirea formală operează asupra unui material simbolic. Entitățile fundamentale pe care adolescentul le manipulează nu mai sunt datele brute ale realității, ci afirmații, formulări, propoziții care conțin aceste date (Flavell, 1963).

Piaget descrie operațiile concrete și formale ca pe niște structuri logico-matematice. Gândirea formală presupune apariția unei structuri de ansamblu, care se bazează pe un sistem combinatoriu care poate produce toate combinațiile de posibilități logice.

Teoria lui Piaget a fost obiectul a numeroase critici, unele dintre ele ajungând la contestarea validității sale (Keating, 1979). Rezolvarea unei probleme nu este numai rezultatul competențelor logice, ci și al nivelului de instruire, al bagajului de cunoștințe acumulate, al capacității mnemonice, al strategiilor utilizate pentru găsirea soluției și al altor variabile ce țin de personalitate, de cultură, de structura socio-economică. Studiile transculturale au arătat că

stadiul formal nu este o fază naturală și universală a dezvoltării, ci o formă de gândire tipică a persoanelor care au frecventat o perioadă îndelungată școala și care sunt antrenate în raționamentul matematic și științific (Lutte, p. 91).

Alți autori, pe baza unor considerații filosofice și cercetări empirice, susțin că gândirea formală nu este ultimul stadiu al dezvoltării gândirii. Astfel, Riegel (1975), studiind felul în care problemele sunt rezolvate, nu felul în care sunt puse, susține că ultimul stadiu este gândirea dialectică. Labouvie-Vief (1980) atribuie adolescenților o logică pură și adulților o logică pragmatică. Adulții folosesc logica pentru a găsi o soluție la o problemă reală, spre deosebire de adolescenți care își exercită capacitatea de a abstractiza, logica fiind pentru ei un scop în sine.

Teorii ale dezvoltării morale

Modelul dezvoltării morale oferit de Piaget (1932, Piaget și Inhelder, 1969) stabilește corelații între dezvoltarea cognitivă și cea morală a copiilor. Copilul mic adoptă moralitatea impusă de adulți și pe măsură ce crește, ajungând la vârsta pubertății, își integrează o moralitate a cooperării. Piaget consideră că raționamentul moral se dezvoltă pe parcursul a trei stadii. Primul stadiu, de la 2 la 7 ani, ce corespunde *stadiului preoperațional al gândirii*, se caracterizează prin supunerea rigidă față de autoritate. Copiii sunt egocentriți și privesc unilateral o chestiune morală. Pentru ei, regulile sunt inviolabile, aproape sacre, pentru că ele sunt impuse de către adult. O purtare este fie bună, fie rea și orice greșeală trebuie pedepsită, indiferent de intenția care a stat la baza ei.

Al doilea stadiu, de la 7-8 la 10-11 ani, corespunzător *stadiului operațiilor concrete*, este caracterizat de o flexibilitate în creștere. Copiii devin capabili să înțeleagă că greșeala și corectitudinea pot fi înțelese din mai multe puncte de vedere, pot emite judecăți morale mai subtile și-și pot dezvolta un simț propriu al dreptății.

Al treilea stadiu, de la 11-12 la 15-16 ani, corespunzător *stadiului operațiilor formale* ale gândirii, se caracterizează prin înțelegerea faptului că regulile sociale pot fi utile în coordonarea activității sociale, că acordurile de cooperare pot duce la atingerea unor obiective individuale sau comune. La vârsta adolescenței, „credința că toți ar trebui tratați în mod egal, lasă locul idealului de echitate, de a lua în calcul circumstanțele specifice” (Papalia, Wendkos Olds, Feldman Duskin, 2010, p.296).

Plecând de la ideile lui Piaget, dar având ca obiect de studiu dezvoltarea judecății morale nu doar la copil, ci și la adolescent și adult, Kohlberg (1969), a inițiat o transformare profundă a modului în care este privită dezvoltarea morală. El a vrut să arate care sunt raționamentele potrivit cărora un individ acționează în conformitate cu principii etice liber consimțite. În acest sens, a prezentat unui număr de 75 de băieți de 10, 13 și 16 ani, niște dileme etice în centrul cărora se afla conceptul dreptate, analizând răspunsurile acestora, periodic, timp de peste 30 de ani. Pornind de la acest experiment, a elaborat un model secvențial compus din trei niveluri calitativ diferite ale dezvoltării morale: *stadiul preconvențional, convențional și postconvențional*.

La nivel *preconvențional*, oamenii acționează moral potrivit mecanismelor de control externe. Ei sunt îngrijorați de consecințele concrete ale actelor lor și se supun regulilor fie de frica pedepsei, fie ca să primească recompensă, fie ca să-și satisfacă interesele. Acest nivel este caracteristic copiilor cu vârsta între 4 și 10 ani.

La nivelul *moralității convenționale* (sau moralitatea conformă cu rolul convențional), la care se ajunge de regulă la vârsta de 10 ani, persoanele se comportă potrivit așteptărilor unei mari părți a societății, familiei, grupurilor de egali sau profesionale. Conservând regulile autorităților existente, vor să aibă o imagine bună în ochii celorlalți și să mențină ordinea socială. Deși la acest nivel se ajunge în jurul vârstei de 10 ani, mulți oameni nu-l depășesc niciodată

La nivelul *moralității postconvenționale* (sau moralitatea principiilor morale autonome), comportamentul individului este ghidat de norme și valori universale. Legile și acordurile sociale sunt validate atunci când sunt fondate pe principii universale de justiție, cum ar fi egalitatea în drepturi și respectarea demnității ființei umane. Chiar dacă la acest nivel se ajunge de regulă la adolescență sau la vârsta de adult tânăr, există oameni care nu-l ating niciodată.

Teoria lui Kohlberg a suscitat numeroase critici. Sullivan (1977) a denunțat ideologia liberală care stă la baza ei, considerând-o utilă intereselor claselor dominante. Cele mai înalte niveluri ale moralității pot fi atinse doar de elitele intelectuale ce provin din clasele privilegiate. Inspirată din concepțiile despre moralitate ale lui Kant și Rawls, această teorie face abstracție de faptul că oamenii trăiesc în societate, nu izolați, că aparțin unor clase și grupuri sociale diferite și că nu pot să decidă din perspectiva egalității regulile vieții colective.

O altă obiecție constă în aceea că se supraestimează raționalitatea comportamentului moral, neluând în considerare influența motivațiilor, a emotivității și a mecanismelor de apărare care pot deforma judecata morală. Empatia, compasiunea și sentimentul de vinovăție joacă și ele un rol important în dezvoltarea moralității (Ausubel, 1954).

Alți gânditori au susținut că nu există nicio corelație între dezvoltarea gândirii raționale și dezvoltarea morală, decizia morală fiind rezultatul unor negocieri între persoane, care necesită o gândire practică și intuitivă (Haan și colaboratorii, 1982). Gilligan (1977,1979,1982) consideră că teoria lui Kohlberg este marcată de misoginism, datorită faptului că eșantionul pe care s-a făcut cercetarea a fost alcătuit doar din persoane de sex masculin și că nu abordează caracteristicile feminine ale responsabilității și preocupării față de ceilalți. Ea propune un alt model evolutiv al dezvoltării morale, specific femeilor: în primul stadiu, sinele este obiectul central al preocupărilor, în al doilea, binele constă în a se sacrifica pentru a putea fi acceptate, iar al treilea este caracterizat de non- violență și grijă față de alții.

Teorii ale dezvoltării psihosociale

Erikson (1963,1997), plecând de la teoria lui Freud, concepe dezvoltarea personalității ca o interacțiune între factori biologici, psihologici și sociali și susține că dezvoltarea Eului are loc pe parcursul întregii vieți. El descrie opt stadii ale dezvoltării, fiecare dintre ele implicând un conflict, o criză psihosocială, care, dacă nu va fi rezolvată la momentul respectiv, va rămâne într-o mare măsură o problemă tot restul vieții. Conceptul esențial în teoria lui Erikson este cel de criză de identitate, prin identitate înțelegându-se în esență un sentiment subiectiv de coerență, de continuitate pe plan spațio-temporal.

Al cincilea stadiu, adolescența, are la bază conflictul *identitate versus confuzia de identitate* sau *identitate versus confuzia de rol*. Erikson consideră adolescența ca fiind o fază de criză, cu riscuri de confuzii identitare. Traversând această criză, adolescentul este în căutarea propriei identități, determinată de adaptarea la noul său corp, la contextul social și cultural în care trăiește. Sarcina sa principală va fi aceea de a-și crea un sentiment de identitate, descris de

Erikson ca un sentiment de similitudine cu sine însuși și de continuitate existențială. El caută totodată să se înțeleagă și să-i înțeleagă și pe ceilalți. Trecând cu succes prin această criză, adolescentul devine încrezător și se poate asocia cu alții fără a-și pierde propria lui identitate. Când nu reușește, rămânând blocat în această etapă, nu va putea ajunge la maturitate emoțională.

Teoria lui Erikson a inspirat numeroase cercetări empirice, cea mai discutată teorie fiind cea elaborată de Marcia (1980). El definește identitatea ca o organizare internă construită în interiorul fiecăruia, în funcție de nevoile, capacitățile, credințele și istoria personală (1980, p.159) și descrie, în funcție de prezența sau absența crizei și angajării, patru tipuri de stare a identității: achiziția identității, prescriere, moratoriu și difuzia identității.

Adolescența este un moratoriu psihosocial, adică o perioadă în care individul este în căutarea acelor idealuri care să-i permită să-și găsească o coerență internă, o identitate, în jurul unui ansamblu unificat de valori. Încrederea în propria identitate, în valoarea sa socială dezvoltă în adolescent virtutea fidelității, capacitatea de a fi loial angajamentelor sale liber consimțite.

V.6.Comportamente problemă la adolescenți

Adolescența este o vârstă a experimentărilor determinate fie de curiozitate, fie de căutarea unor senzații noi și unele dintre comportamentele adolescenților pot constitui amenințări reale la sănătatea lor fizică și psihică. Aici pot fi incluse abandonul școlar, abuzul de alcool, tutun și droguri, comportamentele sexuale de risc, sarcina și maternitatea, suicidul, tulburările de alimentație.

Abandonul școlar(fr. *abandon scolaire*). ”Faptul de a ieși din sistemul educativ, oricare ar fi nivelul la care s-a ajuns, înaintea obținerii unei calificări sau pregătiri profesionale complete. Abandonul are o definiție legală, legată de obligația școlară. Atunci când statul controlează frecventarea școlară, abandonurile sânt rare înaintea termenului legal al școlarității și sânt adesea deghizate în *absenteism intens*” (Doron, R., Parot, Fr., 2006).

În literatura engleză se operează cu trei termeni distincți, fiecare surprinzând o dimensiune a abandonului: *dropout school*(drop - a se lăsa de, out-afară), ceea ce arată că decizia de a renunța la școală vine de la nivelul individului; *pushout school*(push - a împinge, out-afară) - face referire la cei dați afară din școală din cauza unor probleme de comportament; *disengagement* (disengage - a elibera) presupune dezangajarea elevului și respingerea reciprocă școală-elev (Kronick, Hargis, 1990).

Ungureanu (2000, p. 16) distinge între „copiii uitați” și „copiii pierduți”. În prima categorie intră cei care nu au fost niciodată la școală: copii din zonele rurale izolate, copii din medii socio-culturale sever deteriorate, copii rromi. „Copiii pierduți” sunt cei care inițial au frecventat școala, dar care s-au pierdut pe drum, pe itinerariul educativ.

Deși nu este un fenomen nou, abandonul școlar al adolescenților este un subiect de maxim interes, date fiind repercusiunile sale asupra întregii vieți a individului. În condițiile în care, în lumea contemporană, rata șomajului în rândul tinerilor este foarte crescută, se recunoaște importanța diplomei ca o condiție de acces pe piața muncii. Chiar dacă își găsesc un loc de muncă, cei care au abandonat școala nu vor fi remunerați ca cei care au absolvit o formă de învățământ.

Numeroase studii arată că adolescenții care întrerup școala prezintă un risc crescut de a avea probleme sociale, economice, dar și de sănătate fizică și mentală. În numeroase teorii abandonul școlar este un factor de risc pentru abuzul de alcool și droguri, pentru sarcina precoce, pentru delincvența juvenilă și criminalitatea la vârsta adultă (Fagan, Pabon, 1990).

În literatura de specialitate sunt descrise trei moduri de abordare a fenomenului de abandon școlar al adolescenților: *abordarea psihosocială*, care pune problema din perspectiva diferențelor psihologice și sociale dintre cei care și-au finalizat studiile și cei care le-au abandonat; cea *interacționistă*, potrivit căreia abandonul este rezultatul interacțiunii dintre caracteristicile individuale ale elevilor și mediul școlar și *teoria constrângerii externe*, care pune abandonul școlar pe seama unor factori externi, pe care adolescentul nu-i poate controla.

Factorii de risc ai abandonului școlar cuprind factori instituționali, familiali, sociali, individuali. Cercetările arată că școala ca instituție, prin calitatea instruirii, prin modul de organizare a cursurilor, prin climatul său, prin structurile sale, prin calitatea corpului profesoral, influențează experiența școlară a adolescenților. La nivelul factorilor familiali și sociali au fost evidențiate problemele specifice familiilor monoparentale (Rumberger, 1995), nivelul scăzut de educație al părinților, sărăcia, relațiile familiale conflictuale (Epstein, 1990), absența controlului parental și a susținerii afective, valorizarea redusă a educației, comunicarea inefficientă, respingerea socială (Janosz, 2000). În categoria factorilor individuali intră: probleme legate de sănătate, deficiențe ale dezvoltării psiho-intelectuale, motivație școlară scăzută, lipsă de interes față de activitatea școlară, oboseală, anxietate, sentimentele depresive, stima de sine scăzută, abilități sociale reduse.

Ca urmare a înmulțirii problemelor medicale, psihologice și socio-culturale din sistemul educativ, serviciul de asistență socială școlară a devenit o necesitate. El îndeplinește o varietate de sarcini de prevenire și combatere a abandonului școlar: identificarea precoce a elevilor care sunt în situație de risc de abandon școlar, sprijinirea elevilor cu probleme în adaptarea școlară, realizarea activităților de consiliere a elevilor și părinților, medierea conflictelor elev-profesor, părinte – profesor, servicii oferite elevilor cu cerințe educative speciale, identificarea resurselor școlare și ale comunității necesare educației școlare. (Neamțu, C., în Neamțu, G., coord. 2003, pp. 831-854).

Suicidul, sinuciderea (din latinescul *sui caedere*- *omorâre de sine*, fr. *suicid*, engl. *to commit suicide*)- „acțiunea de a se sinucide și rezultatul ei; suprimarea propriei vieți” (DEX, 1998), „acțiunea premeditată de suprimare a propriei vieți” (Gorgoș, 1992, p.329) „suprimarea intenționată a propriei vieți” (Zamfir, Vlăsceanu, coord., 1998, p. 543), „actul de autodistrugere datorita unei crize psihice puternice, pierderii oricărui sens al existenței, dificultăților de nedepășit” (Șchiopu, coord. , 1997, p.672).

Suicidul este a doua cauză de deces la adolescenți, după accidentele rutiere, fiind o problemă de sănătate publică majoră. Mult mai numeroase sunt tentativele de suicid. „Ratele sinuciderii în rândul adolescenților sunt probabil subestimate. O problemă este dificultatea de a face distincția între sinucidere și alte cauze ale morții. Fără a avea și perspectiva victimei, nu putem fi siguri că o supradoză de droguri, un accident de mașină sau orice alt accident fatal nu au fost, de fapt, o încercare a adolescentului de a se sinucide” (Adams, Berzonschy, 2009, p. 610). Mulți adolescenți au idei suicidare, dar, din fericire, nu toți le pun în practică. Cu toate că cele mai multe încercări de suicid le au fetele, la decesul prin suicid domină băieții. Cât privește metodele utilizate, fetele sunt adeptele intoxicării cu medicamente sau a secționării

venelor, băieții recurgând la mijloace mai violente și radicale cum ar fi aruncarea în gol ori sub roțile unei mașini sau armele de foc. Se estimează că, între 30 și 50 la sută dintre cei care au avut o primă tentativă, recidivează. Frecvența și gravitatea recidivelor cresc după fiecare nouă tentativă. Tentativa de suicid la adolescență denotă existența unei suferințe interioare profunde, o relaționare problematică cu ceilalți și cu sine.

Adesea cauzele suicidului unui adolescent rămân necunoscute. „Demersul adolescentului care încearcă să-și ia viața este în același timp conștient și inconștient. Printre motivele mai mult sau mai puțin conștiente regăsim agresivitatea față de propria persoană și față de alții, o chemare în ajutor, mijlocul de a se asigura că ceilalți țin la el, dorința de a-i văduvi pe ceilalți de propria prezență și dorința de a-și calma angoasele sau de a fugi de o situație blocată.(...). Este vorba și de o sfidare megalomană a morții, care fascinează la această vârstă” (Clerget, 2008, p. 266). Strigătul de ajutor al adolescenților este o încercare de a rezolva un conflict dificil, de a ieși dintr-o situație de viață pe care nu o pot tolera, de a face pe cineva să le înțeleagă sentimentele care îi copleșesc, sau de a face pe cineva să se simtă rău ori vinovat.

Una dintre cauzele suicidului la această vârstă o constituie depresia. Această tulburare de sănătate mentală provoacă dezechilibre chimice la nivelul creierului, care pot duce la apatie, letargie și deznădejde. „La tineri, depresia nu apare neapărat sub forma tristeții, ci și sub forma iritabilității, a plictiselii sau a incapacității de a simți plăcere” (Papalia; Wendokos Olds; Duskin Feldman, p. 369). Depresia se poate ascunde și sub simptome somatice cum ar fi cefaleea, durerile abdominale sau în piept, pierderea semnificativă ori creșterea în greutate, insomnie sau hipersomnie. Ea se poate manifesta și sub forma unor tulburări de comportament precum chiulul, scăderea randamentului școlar, fuga de acasă, consumul de alcool sau de droguri.

Printre factorii de risc asociați suicidului la adolescenți se pot enumera factorii individuali, problemele familiale, viața sentimentală, inserția socială deficitară., sinuciderea unui membru al familiei sau a unui prieten, conduitele de dependență, comportamentele deviante. Fragilitatea psihologică, separarea sau divorțul părinților, climatul familial rigid, violența intrafamilială, alcoolismul unui părinte sau chiar al ambilor părinți, dificultățile de comunicare, neglijarea sau abuzul, îl pot afecta foarte tare pe adolescent, determinându-l să-și dorească să moară. Relațiile amoroase neîmplinite lasă în unii adolescenți dureri profunde, care pot deveni insuportabile. Alți adolescenți se simt respinși de anturaj, se simt neînțeleși și marginalizați, au dificultăți de relaționare ce cei de-o seamă cu ei.

Morissette (1984) prezintă miturile legate de suicidul la adolescență. Primul mit susține că cei care vorbesc despre sinucidere nu-și pun în practică amenințările, urmărind doar să atragă atenția asupra lor sau să-i șantajeze emoțional pe cei dragi. În realitate, din zece adolescenți care s-au sinucis, opt și-au exprimat intențiile. Potrivit unui alt mit, cei ce se sinucid vor cu adevărat să moară. În realitate, persoana nu vrea cu adevărat să moară, ci să scape de suferința care o copleșește. Mitul curajului și al lașității lasă să se înțeleagă că gestul suicidar este fie un gest curajos, fie unul laș. Pentru sinucigaș este unica soluție, doar atât. Și cei care cred că sinuciderea se produce fără avertisment se înșeală, fiindcă adolescentul care vrea să moară transmite semnale, starea sa cronicizându-se înainte de a trece la actul propriu-zis. Nu este adevărată nici prejudecata după care toți cei care se sinucid suferă de maladii mentale, important fiind adesea contextul social și cultural. Toate aceste mituri și idei preconcepute demonstrează că suicidul la adolescență nu este totdeauna ceea ce se crede că ar fi.

În fața creșterii generale a comportamentelor suicidare la adolescenți, prevenirea suicidului necesită o atenție sporită din partea întregii societăți. Plecând de la acceptarea faptului că suicidul la adolescenți este o problemă socială, nu doar una individuală, strategiile de prevenire trebuie să se bazeze pe tratarea tulburărilor mentale prin farmacoterapie și psihoterapie, intervenții psihosociale, intervenții comunitare, școlare, la nivel societal. Un rol important îl au Centrele de prevenire a tentativelor de suicid la copii și adolescenți, a căror activitate este orientată pe prevenția primară realizată în familie prin educarea părinților, prevenția secundară realizată în rândul copiilor cu idei suicidare, prevenția terțiară în rândul adolescenților cu tentative de suicid realizate. În echipa multidisciplinară a acestor centre formată din medici, asistenți medicali, psihologi, rolul asistentului social este esențial în depistarea riscului suicidar la adolescenții neglijați sau abuzați, în consilierea adolescenților cu idei suicidare sau cu tentative de suicid, în demararea unor campanii de sensibilizare a populației și autorităților, în organizarea unor discuții gen mese rotunde între specialiștii din domeniul sănătății mintale și adolescenți, părinți, școală, autorități, în realizarea unor materiale informative pentru părinți de tipul „Ghid de bune practici”, cu referire la prevenirea suicidului. Importantă este și linia telefonică gratuită, disponibilă în orice moment, la care adolescenții cu gânduri suicidare pot suna pentru a fi consiliați, discuțiile fiind confidențiale.

Consumul și abuzul de alcool, tutun și droguri

Aflați în plină evoluție și formare, pe lângă adoptarea unor bune obiceiuri și deprinderi, numeroși adolescenți încep să consume tutun, alcool, medicamente împotriva angoasei și insomniei, etnobotanice, marijuana și alte droguri ilicite. O parte dintre ei abuzează de aceste substanțe, iar o minoritate ajunge la dependență sau adicție care poate fi fiziologică, psihică sau de ambele tipuri și se poate prelungi la vârsta adultă (Papalia, Wendkos Olds, Duskin Feldman, 2010, p.366). Adicția caracterizează dependența față de o substanță, implicând consumul acesteia și nevoia imperioasă de a repeta gestul. Cu timpul apare toleranța la produs și necesitatea de a mări doza. Dependența depinde de factori precum constituția fizică, personalitatea și starea psihoafectivă din momentul primelor prize. Adolescenții cu dependențe își neagă problema, mințindu-se pe ei înșiși și mințindu-i pe ceilalți. Cât privește părinții, aceștia subvaluează consumul acestor substanțe de către copiii lor, fiind lipsiți de o percepție realistă.

O anumită parte a adolescenților este mai predispusă la consumul de produse periculoase. Aici intră copiii străzii, cei care muncesc, cei aflați în incapacitate fizică sau mentală, cei din centre de detenție, cei care sunt victimele războaielor, ale catastrofelor naturale, cei confrunțați cu disfuncții familiale și supuși la rele tratamente, cei exploatați sexual. Acești adolescenți sunt adesea marginalizați, dezvoltă rareori legături sociale pozitive, iar anturajul nu le oferă resurse pentru a evita toxicomania.

Fumatul, consumul de alcool și de droguri au deseori rolul unui ritual de intrare în viața socială a adulților, dar abuzul acestor substanțe nocive are efecte devastatoare asupra adolescenților. Mulți adolescenți consumă alcool la presiunea grupului din care fac parte pentru a impresiona, a fi recunoscuți și a se integra. Comunicarea cu membrii grupului pare mai ușoară, iar inhibițiile pot fi depășite cu mai mare lejeritate. Astfel, ei aleg să se afirme, să evite singurătatea și tristețea, să-și reducă anxietatea, să evadeze din mediul în care trăiesc, consumând alcool. Un factor de risc important, care se explică prin mecanisme de imitație sau de identificare, este alcoolismul parental.

Dependența de alcool poate să debuteze de la o vârstă fragedă, studii recente arătând că patru din zece adolescenți de 15 ani consumă alcool în fiecare săptămână, preferințele fetelor îndreptându-se spre vin, iar ale băieților spre bere. Alcoolul este un drog puternic, acceptat în societate, care determină modificarea stării de conștiință și are efecte majore asupra sănătății fizice și emoționale a adolescenților, dar și asupra situației lor din punct de vedere legal, asupra relațiilor interpersonale și a mijloacelor de existență.

Intoxicarea cu alcool este foarte frecventă în rândul adolescenților, unii intrând în comă alcoolică. Majoritatea adolescenților care consumă alcool tind să bea compulsiv, consumând cel puțin cinci băuturi alcoolice în aceeași ocazie, consumul având loc în special vineri și sâmbătă seara (Craggs- Hinton, 2006, p. 93). Starea de ebrietate a adolescenților poate duce la asumarea unor comportamente riscante, la violență, la accidente rutiere, la raporturi sexuale nedorite sau neprotejate, la pierderea cunoștinței și ulterior înecul cu propriul vomisment și chiar la deces. Adolescenții care abuzează de alcool se deteriorează fizic și cognitiv, le este afectată capacitatea de învățare și memoria, au rezultate școlare slabe.

În fiecare zi, în lume, între 80.000 și 100.000 de tineri devin dependenți de tutun. Consumul de tutun la adolescenți este o problemă de sănătate publică majoră în lumea actuală. Mai mult de 17% dintre adolescenți cu vârste între 13 și 15 ani consumă tutun, iar un sfert dintre adolescenții între 12 și 19 ani se declară fumători convinși. Vârsta medie de inițiere este de 15 ani. Problema gravă pe care o creează tutunul este puternica dependență fizică și psihologică pe care o induce și marea sa toxicitate fizică.

Dependența de tutun consolidată în adolescență este un factor de risc în ceea ce privește apariția precoce a bolilor cardio-respiratorii și a cancerului pulmonar. Totodată, ea favorizează dezvoltarea unor tulburări de comportament, asociindu-se cu deficit de atenție, hiperactivitate, anxietate, stări depresive, abuz de alcool și diverse substanțe psihoactive. Adolescenții fumători sunt mai puțin dispuși decât adulții să renunțe la fumat, fiindcă ei nu percep în aceeași manieră riscurile pe care le implică tabagismul ca dependență, mai ales că, mai târziu se poate asocia cu alte dependențe, cum ar fi cea de alcool sau cannabis. Fumatul poate deveni rampa de lansare și pentru alte droguri mai tari.

Printre factorii care-i predispun pe adolescenți la fumat, se pot enumera apartenența la o comunitate culturală sau lingvistică, structura familiei, situația școlară, lipsa de încredere în sine, anxietatea, depresia, randamentul școlar redus, influența anturajului, modelele oferite de părinți, de rude, publicitatea. Pentru adolescenți, fumatul este un factor de coeziune socială și de solidaritate între prieteni, este o activitate majoră cu care-și umplu timpul. Dorința de a fuma este puternic legată de anturaj. Adolescenții care trăiesc printre fumători sau care frecventează medii unde fumatul este considerat o practică acceptabilă, sunt de două ori mai predispuși să se apuce de fumat de la o vârstă fragedă

Fumatul poate fi și o formă de rebeliune împotriva părinților, școlii și societății în general, dar și un mod de a face față conflictelor și stresului. Totodată, este un mijloc de afirmare a autonomiei, o modalitate ostentativă de a părea matur. Prima țigară, atât pentru băieți, cât și pentru fete, este principalul ritual ce exprimă voința de a ieși din copilărie.

Printre substanțele ilicite, cannabisul este produsul preferat în rândul adolescenților. Cannabisul este o plantă psihotropă, cânepa indiană, utilizată ca drog sub diferite forme: marijuana, hașiș, ulei, prăjituri. Principala moleculă activă a cannabisului este THC (delta 9 tetrahidrocannabinol) care este responsabil de efectele asupra sistemului nervos.

Popularitatea canabisului poate fi explicată prin disponibilitatea sa, prețul său, prin presiunea grupului sau prin dorința de a explora noi experiențe. Ca și în cazul alcoolului și tutunului, primul contact cu canabisul este inițiativ. Curiozitatea poate fi, la rândul său, un motiv întemeiat. Unii adolescenți fumează marijuana pentru a-și depăși dificultățile psihologice, iar alții ajung să aibă probleme de acest fel datorită unui consum abuziv sau cronic. Se pare că există anumite trăsături de personalitate care se pot asocia cu un risc crescut în ceea ce privește consumul de canabis, cum ar fi stima de sine scăzută și incapacitatea de a face față diverselor probleme. Efectele și consecințele consumului de canabis asupra adolescenților diferă de la o persoană la alta și trebuie făcută distincția între diferite tipuri de consum: ocazional, regulat sau excesiv. Efectele inhalării unui joint de marijuana (țigară conică ce conține frunze și flori uscate de canabis) survin în câteva minute și durează de la una la patru ore. Apare o stare de euforie, de relaxare, râs nemotivat, senzațiile fizice sunt exacerbate, se modifică percepția asupra timpului, spațiului și imaginea de sine. Consumul excesiv poate să lezeze creierul, inima, plămânii și sistemul imunitar și să provoace carențe nutriționale, infecții respiratori și alte probleme fizice. Poate agrava o depresie sau o anxietate deja existente, poate diminua performanțele cognitive, afectează motivația ducând la lipsa preocupării față de propria persoană, provoacă tulburări de atenție, de concentrare, de memorie, dificultăți școlare, izolare socială., conduite periculoase, abuz sexual. Intoxicarea puternică poate provoca apariția așa-numitei psihoze canabice, manifestată prin halucinații și idei delirante și poate fi un factor etiologic al schizofreniei.

Dependențele adolescenților reprezintă o problemă socială majoră și din acest motiv asistentul social joacă un rol important în prevenția și combaterea consumului de alcool și de droguri. La nivel social, acesta urmărește promovarea atitudinii de nediscriminare, acceptare și compasiune, iar din punct de vedere individual apără drepturile și interesele persoanelor dependente. Asistentul social trebuie să se implice în crearea rețelelor interdepartamentale, al căror scop constă în „elaborarea, implementarea și eficiența programelor de informare, de profilaxie, terapeutice și de combatere a narcomaniei” (Carată, D., 2008, p. 31). Rolul său în echipa de specialiști este acela de a-l sprijini pe adolescentul dependent în procesul de reabilitare și recuperare/insertie socială.

Mamele adolescente

La nivel mondial, anual, 16 milioane de adolescente aduc copii pe lume și aproximativ 2 milioane dintre ele au mai puțin de 15 ani. În țările mai puțin dezvoltate, complicațiile sarcinii constituie una dintre cauzele principale de deces pentru tinerele cu vârsta între 15-19 ani, iar numărul noilor-născuți decedați ai adolescentelor este cu 50% mai mare decât la femeile cu vârsta între 20-30 de ani. Una dintre cauzele acestor drame constă în faptul că 30% din fetele din aceste țări se mărită înainte de a împlini 14 ani, iar 14% înainte de 15 ani. Printre alte cauze se pot enumera sărăcia, nivelul scăzut de instruire, neutilizarea mijloacelor de contracepție, lipsa educației sexuale, violența sexuală. Sarcina la adolescență nu este o realitate prezentă numai în țările slab dezvoltate sau în mediile sociale defavorizate, ci una des întâlnită și în țările industrializate și în toate clasele sociale.

Sarcina și maternitatea precoce sunt astăzi subiectul a numeroase studii care demonstrează că au consecințe sanitare și socio-economice negative. Alte studii evidențiază modul în care numeroase adolescente au reușit să-și asume progresiv noul rol de părinte, plăcându-le să fie alături de copiii lor, fiind capabile să dezvolte un atașament puternic.

Considerată ca o problemă de sănătate publică, maternitatea precoce este abordată din perspectiva riscurilor atât pentru mamă, cât și pentru copil. Datorită vârstei biologice fragede a mamei, dar și condițiilor psihosociale și fizice în care decurge sarcina, pot apărea probleme medicale. Îngrijirea prenatală este foarte importantă și multe mame adolescente, dacă nu beneficiază de suport din partea familiei, sunt expuse riscului de a nu beneficia de ea. Organismul adolescenței fiind într-o continuă dezvoltare, afecțiunile relaționate cu sarcina sunt: traumatisme la nivelul coloanei vertebrale și al oaselor pelvine, anemie, malnutriție, hemoragie postnatală, probleme psiho-emoționale apărute din cauza modificărilor hormonale. Corpul adolescenței însărcinate este un corp între copil și adult, care poartă în el un alt copil și, din acest motiv, manifestările fizice, psihice și emoționale sunt mai accentuate decât la mamele de vârstă adultă. Depresia din timpul sarcinii și lactației, dacă persistă o perioadă prea lungă de timp, poate duce la tentative de sinucidere sau la infanticide (Cojocaru, coord., 2004, p.47). Când privește copilul, acesta se poate naște prematur, cu greutate mică, cu defecte congenitale, afecțiuni fizice sau mentale.

Consecințele maternității la adolescență se referă nu doar la problemele de sănătate, ci și la faptul că mamele adolescente au șanse reduse de finalizare a studiilor, ceea ce determină efecte negative multiple în planul profesionalizării lor. Pe plan social, unele pot fi marginalizate sau chiar excluse din familie. Multe dintre ele vor deveni mame singure cu responsabilități majore în creșterea copilului.

Numeroși factori contribuie la apariția unei sarcini la adolescență: căsătoria timpurie, comportamentul sexual riscant asociat cu alcoolismul sau toxicomania, neutilizarea mijloacelor contraceptive, abuzul sexual și, în unele cazuri, dorința conștientă de a avea un copil. Această dorință este legată uneori de înțelegerea maternității ca pe o modalitate de a accede la statutul de adult de visul de a avea o familie fericită, de emanciparea de o istorie familială haotică. Este copilul „reparație”, care vine în lumea tinerei mame pentru a-i oferi dragostea de care nu a avut parte în copilăria ei. Alteori este consecința acțiunii modelului potrivit căruia a fi femeie este identic cu a fi soție și mamă. Acest rol feminin este deosebit de valorizat în rândul celor care prețuiesc modelul patriarhal al familiei centrată pe cuplu și copiii acestuia.

Pentru multe adolescente sarcina este accidentală, vine „pe nepregătite”, fiind cauza a numeroase probleme fizice, emoționale, sociale, familiale, școlare, financiare. De cele mai multe ori se pierde legătura cu tatăl copilului, se renunță la studii, apare excluderea din familie și din grupul social, se ajunge la dependență de serviciile sociale.

Unele studii privesc mamele adolescente ca pe un grup de risc din punct de vedere psihopatologic, altele pun accentul fie pe contextul familial și social defavorizant, fie pe apartenența la o anumită rasă sau un grup etnic, fie pe nivelul redus de cultură și educație.

Sarcina la adolescență n-a fost considerată dintotdeauna ceva problematic și chiar patologic. În Evul Mediu, spre exemplu, maternitatea precoce era mai degrabă o regulă decât o excepție. În societatea actuală, cu toate că se păstrează anumite stereotipuri privind vârsta potrivită pentru a deveni mamă, mamele adolescente nu mai sunt atât de stigmatizate, multe dintre ele fiind sprijinite de familie și de comunitate prin existența unor centre și organizații specializate pe această problemă (Șerban, P., 2005, p.78).

Rolul asistentului social constă în sprijinul pe care îl acordă mamei adolescente să-și asume rolul matern, în a le prezenta aspectele legale și beneficiile pe care le pot obține. De cele mai multe ori, asistentul social reprezintă legătura între beneficiară și mediul ei familial sau

chiar al comunității căreia îi aparține. Totodată îi oferă informațiile referitoare la măsurile alternative de protecție pentru mamă și copil: adopție, plasament în centrul maternal, plasamentul copilului în regim de asistență maternală, includerea adolescenței într-un program local de sprijinire a mamei singure. Nu în ultimul rând îi oferă sprijin pentru medierea conflictelor dintre ea și familie sau dintre ea și partener.

Tulburările de comportament alimentar (engl. *eating disorders*, fr. *troubles des comportements alimentaires*) Termenul definește în medicină un grup de boli nutriționale severe în apariția cărora rolul esențial îl au factorii psihologici.

Numeroși adolescenți au sentimentul că trupul și înfățișarea lor nu sunt atractive. Unii sunt supraponderali, alții au o greutate normală, dar n-au o imagine favorabilă asupra propriului trup, alții sunt prea firavi pentru vârsta lor. Schimbările fizice apărute odată cu pubertatea, creșterea naturală în greutate, sporirea firească a țesutului adipos la fete le provoacă adolescenților angoasă și derută. Aspectul fizic este foarte important pentru adolescenți care își doresc foarte mult să fie atrăgători și mulți dintre ar da orice să fie supli și frumoși. Mulți dintre ei, din dorința de a pierde în greutate țin diete de slăbire, dorindu-și să fie aidoma modelelor de frumusețe promovate de mass-media. Potrivit unor stereotipuri promovate în societatea occidentală contemporană, o persoană zveltă este activă, inteligentă, sociabilă și de succes, iar una supraponderală este leneșă, lacomă, lipsită de voință, are probleme de integrare socială și profesională. Când respectul de sine al adolescenților scade din cauza imaginii corporale negative, pot apărea tulburările de comportament alimentar: anorexia, bulimia, hrănirea obsesivă.

Anorexia nervoasă sau autoînfoimetarea este o tulburare psihologică mai frecventă la fete decât la băieți. Este vorba de un refuz voluntar de a se alimenta, însoțit de o imagine distorsionată asupra propriului corp, persoana afectată văzându-se ca fiind grasă, în ciuda faptului că în realitate ea este drastic subponderală. Pe lângă regimul alimentar, persoana abuzează de diuretice, laxative, pilule de slăbit, asociate cu exerciții fizice epuizante. Anorexia este o problemă deosebit de gravă, pentru că multe dintre fetele anorexice decedază, fie din cauza efectelor fizice ale subalimentării, fie ca urmare a sinuciderilor.

S-ar părea că adolescentele anorexice „nu pot renunța la corpul din copilărie. Noul corp este obiectul urii și al unei tentative nebune de control absolut. În situațiile extreme, anorexicele visează să devină imateriale. S-ar spune că anorexica refuză noua ei carapace” (Stephane Clerjet, 2008, p.172.).

Efectele fizice ale anorexiei pot fi foarte grave și uneori potențial fatale: deficiențe de substanțe nutritive, slăbiciune musculară, deshidratare, probleme gastro-intestinale, întârzierea pubertății sau absența menstruelor la adolescente, scăderea imunității. Cele psihologice includ depresia, tulburări ale somnului, dificultăți de concentrare, slăbirea memoriei, sentimente de vinovăție și inutilitate.

Bulimia nervoasă se caracterizează prin episoade repetate de supraalimentare, urmate de eliminarea alimentelor ingerate. „Când începe supraalimentarea propriu-zisă, persoana respectivă intră într-o stare asemănătoare unei transe și nu mai este conștientă nici de corpul său și nici de mediul în care se află. Supraalimentarea încetează abia atunci când se simte extenuată, dacă este întreruptă sau dacă durerea reușește să ajungă în aria conștientului” (Craggs-Hinton, 2006, p.51). Principala metodă de eliminare este voma provocată voluntar,

dar se pot folosi, ca și în cazul anorexiei, diuretice și laxative în cantități foarte mari. Persoana afectată de bulimie manifestă lipsă de control asupra cantității de alimente ingerate și se simte dezgustată și rușinată de acest comportament, dar are o frică intensă de a nu crește în greutate. Adolescenții bulimici au probleme fizice, emoționale sau comportamentale, leziuni organice provocate de regurgitățile frecvente și de abuzul de laxative, anxietate, depresie, respingere sau izolare socială.

Hrănirea obsesivă, denumită și *Tulburare de Supraalimentare* este o bulimie fără eliminare. Ea constă în consumul frecvent și compulsiv al unei cantități de alimente cu mult peste necesarul metabolic al persoanei. Consecința imediată a hrănirii obsesive este creșterea excesivă în greutate. Procentul adolescenților obezi a crescut foarte mult în ultimii ani și „ei tind să fie mai puțin sănătoși, au o probabilitate mai mare de a avea dificultăți cu activitățile școlare, cu efectuarea treburilor casnice, cu activitățile ce necesită efort sau cu îngrijirea personală” (Papalia; Wendkos Olds, Feldman Duskin, 2010, p. 363). Comportamentul acestor persoane nu este determinat de foame, în sensul ei biologic. Este o formă de dependență de alimente, acestea fiind folosite ca modalitate de a face față stresului sau depresiei.

Există mai mulți factori care creează predispoziție la aceste tulburări: factori biologici și genetici, respect de sine redus, dificultăți de comunicare în interiorul familiei, probleme timpurii cu hrănirea, abuzurile și alte traume din copilărie.

Prevenirea, depistarea precoce și tratarea tulburărilor de alimentație ale adolescenților presupune crearea de servicii de specialitate (centre medicale de zi), în care să funcționeze echipele pluridisciplinare de intervenție formate din psihiatri, psihoterapeuți, nutriționiști, medici interniști, endocrinologi, asistenți sociali. Prevenția se concentrează pe reducerea factorilor de risc, cum ar fi de exemplu modificarea idealului feminin promovată de mass-media, pe împiedicarea dezvoltării tulburărilor alimentare oferind informații cu privire la natura și consecințele lor, la efectele negative ale unor comportamente de post și diete de slăbire și pe formarea aptitudinilor necesare adolescenților pentru a rezista presiunilor socio-culturale referitoare la trupul feminin.

Tratamentul acestor tulburări presupune administrarea unei medicații adecvate, uneori spitalizare, dar și consiliere profesională. De multe ori, tratamentul este necesar și pentru alte tulburări precum depresia sau complicațiile asociate obezității. Asistenții sociali pot oferi consiliere atât persoanelor care suferă de aceste tulburări, cât și familiilor lor, dat fiind faptul că prezența unor asemenea probleme pot duce la conflicte și disfuncții familiale.

Comportamente sexuale de risc

Aceste comportamente se referă la precocitatea primelor raporturi sexuale, multiparteneriatul sexual, raporturile sexuale neprotejate, raporturile sexuale neconsimțite cu sau fără violență, prostituția. Toate acestea variază în funcție de diferențele individuale și de gen, de etnie și de rasă, de mediul familial, social, cultural, de nivelul de instrucție, de presiunea grupului de egali, de antecedentele de abuz sexual, de proliferarea și consumul crescut de pornografie, de consumul de alcool sau de droguri.

Conștientizarea de către adolescenți a propriei sexualități și apariția brutală a dorinței sexuale determină creșterea interesului fie pentru sexul opus, fie pentru persoanele de același sex și tendința implicării într-o relație sexuală. Există o diferență între băieți și fete în ceea ce privește raportul dintre dorința sexuală și comportamentul sexual. Spre deosebire de băieți

căroră le este mai ușor să stabilească o diferență între sentimente și actul sexual, fetele fac legătura dintre actul sexual și sentimentul de dragoste (Stephane Clerjet, 2008, p. 283).

Numeroase studii arată că primul contact sexual are loc, în medie, la fete la 17 ani, iar la băieți la 16 ani (Papalia; Wendkos Olds, Feldman Duskin, 2010, p.398). Cât privește diferențele etnice și de rasă, tinerii afro-americani și cei hispanici tind să-și înceapă viața sexuală mai repede decât cei albi, iar cei asiatici mai târziu decât cei albi, afro-americani sau hispanici. Asumarea de riscuri sexuale este asociată cu bolile cu transmitere sexuală, cu avortul, cu sarcina și nașterea la adolescență, cu traume fizice și psihoemoționale. Multitudinea partenerilor și nefolosirea mijloacelor adecvate de protecție sunt motivele principale de dobândire a infecțiilor răspândite prin contact sexual (ITS). Cea mai temută boală cu transmitere sexuală este Virusul imunodeficienței umane (HIV) care provoacă SIDA (sindromul imunodeficienței dobândite), iar cea mai răspândită este virusul papiloma uman (HPV), principala cauză de deces de cancer de col uterin la femei. La nivel mondial, aproape jumătate din cazurile noi de infecție cu HIV apar la tinerii cu vârsta între 15 și 20 de ani.

Neutilizarea mijloacelor de contracepție face posibilă apariția sarcinilor nedorite și multe adolescente aleg să întrerupă sarcina. Această decizie este influențată de relația cu partenerul, de situația socială, de presiunile familiei, de considerații economice și religioase. Nu peste tot în lume avortul este o practică legală, ceea ce face ca numeroase adolescente, în special cele mai puțin școlarizate sau afectate de sărăcie, să folosească mijloace empirice care le pun în pericol viața. Cu cât sarcina este mai avansată, cu atât riscul complicațiilor este mai mare. Pe lângă posibilele consecințe fizice, pot apărea probleme psihoemoționale și comportamentale: scăderea stimei de sine, depresie, sentimente de vină și rușine, jelirea pierderii copilului avortat, coșmaruri, retragerea din grupul de prieteni, absenteism școlar, automutilare, consum de alcool sau droguri. În jur de 75% dintre adolescentele care au avortat intră într-un ciclu vicios de sarcini terminate prin avort (Wheeler, 1997).

Prostituția juvenilă, feminină sau masculină, se definește ca o formă de exploatare a minorilor care oferă voluntar sau prin constrângere servicii de natură sexuală în schimbul unor sume de bani sau a unor favoruri. Prostituția adolescenților este rezultatul interacțiunii unor factori personali și contextuali, care se manifestă diferit de la o persoană la alta. Unele adolescente sunt răpite, sechestrare și obligate să se prostitueze, altele sunt constrânse chiar de părinții lor să-și vândă trupul. Se folosesc și mijloace mai subtile de racolare, prin intermediul agențiilor matrimoniale, prin internet sau telefon.

Datorită comportamentelor sexuale de risc, sănătatea sexuală și reproductivă a adolescenților este o problemă de interes major și pentru serviciile de asistență socială. Un rol esențial îl are educația sexuală prin intermediul căreia asistentul social, alături de alți specialiști, ajută la transmiterea de informații corecte referitoare la dezvoltarea sexuală a adolescenților, contracepție și controlul nașterii, bolile cu transmitere sexuală, abuzul sexual.

VI. Dezvoltarea la vârsta adultă emergentă și de adult tânăr

VI.1.Sănătatea și forma fizică

VI.2.Dezvoltarea cognitivă

VI.3.Dezvoltarea psihosocială

VI.4.Stiluri de viață conjugale și neconjugale; rolul de părinte

VI.1.Sănătatea și forma fizică

Când devine un om adult? Pentru majoritatea necunoscătorilor, vârsta adultă este definită de trei criterii: acceptarea responsabilității proprii, luarea independentă a deciziilor și obținerea independenței financiare.

În prezent, calea spre vârsta adultă poate fi marcată de mai multe repere: înscrierea la facultate, serviciul, mutarea din căminul părintesc, căsătoria și nașterea copiilor, iar ordinea și momentul producerii acestor tranziții variază. Așadar, unii specialiști în dezvoltare sugerează că, pentru majoritatea tinerilor din societățile industrializate, intervalul de timp de la sfârșitul adolescenței și până la 25-29 de ani a devenit o etapă distinctă a vieții, anume *vârsta adultă emergentă*. Este o perioadă a explorării, a posibilităților, un prilej de a încerca moduri de viață noi și diferite, o perioadă când tinerii nu mai sunt adolescenți, dar încă nu și-au luat în primire pe deplin rolurile de adult.

În această perioadă de adulți emergenți și adulți tineri se pun temeliile funcționării fizice de-a lungul întregii vieți. Sănătatea poate fi influențată de gene, dar factorii comportamentali - ce mănâncă adulții tineri, dacă dorm suficient sau nu, cât de activi fizic sunt și dacă fumează, beau alcool sau consumă droguri - contribuie foarte mult la sănătatea și la starea lor de bine. Consumul excesiv de grăsimi crește riscul de afecțiuni cardiovasculare și de deces în urma bolilor cardiace coronare. Controlarea colesterolului prin alimentație și, la nevoie, prin medicație, poate reduce semnificativ acest risc. O problemă majoră de sănătate o constituie excesul ponderal și obezitatea care poate deveni morbidă. Epidemia de obezitate existentă la nivel mondial poate fi explicată prin disponibilitatea preparatelor fast-food ieftine, porțiile prea mari, alimentația bogată în grăsimi, tehnologiile care reduc efortul muncii și activitățile recreative sedentare, cum ar fi televizorul și computerul. La fel ca în copilărie și adolescență, tendința moștenită spre obezitate poate să interacționeze cu factorii de mediu și comportamentali. Obezitatea poate duce la depresie și invers, aduce cu sine riscul de hipertensiune, boli cardiace, artrită, afecțiuni osteo-musculare și riscul de a face unele forme de cancer.

Și în această perioadă de viață, activitatea fizică aduce numeroase beneficii. Astfel, ea ajută la menținerea greutateii corporale, fortifică mușchii, întărește inima și plămâni, reduce tensiunea arterială, protejează de boli cardiace, ameliorează anxietatea și depresia. Sedentarismul este o problemă de sănătate publică la nivel mondial. Stilul de viață sedentar este una din principalele 10 cauze de deces și dizabilitate în lume. Chiar și exercițiile fizice moderate sunt benefice pentru sănătate.

Al treilea și al patrulea deceniu de viață sunt o perioadă foarte încărcată, așa că nu este surprinzător faptul că numeroși adulți tineri trăiesc adesea fără somn suficient. În rândul studenților, stresul vieții de familie, împreună cu stresul academic, este asociat cu o rată ridicată a insomniei. Privarea de somn nu afectează doar sănătatea, ci și funcționarea cognitivă, emoțională și socială. Privarea de somn poate fi fatală pe șosea. Se estimează că 1 din 25 de accidente sunt cauzate de șoferi somnolenți. Lipsa de somn influențează negativ unele aspecte ale memoriei, luarea deciziilor importante, articularea vorbirii. Privarea cronică de somn - mai puțin de 6 ore de somn pe noapte timp de mai multe nopți - poate înrăutăți semnificativ performanțele cognitive. Chiar și un pui de somn scurt poate să prevină extenuarea-suprasaturația sistemelor de procesare perceptivă ale creierului.

Fumatul este adesea corelat cu cancerul pulmonar, cu risc crescut de boli cardiace și boli pulmonare cronice. Consumul intens de alcool de-a lungul vieții poate duce la ciroză hepatică, boli gastrointestinale, boli pancreatice, anumite tipuri de cancer, insuficiență cardiacă, deteriorarea sistemului nervos și altele.

Pe lângă acești factori enumerați mai sus, există și alții, indirecti, care pot influența sănătatea. Printre aceștia se numără venitul, educația, statutul socio-economic. Relațiile par și ele să aibă un rol, precum și căile pe care le urmează tinerii spre vârsta adultă. Consumul impulsiv de alcool este mai mare la studenții care trăiesc departe de casă, iar consumul de substanțe se reduce cel mai rapid la adulții tineri care sunt căsătoriți.

Legătura dintre statutul socio-economic și sănătate a fost amplu documentată. Oamenii cu venituri mai mari își cotează sănătatea ca fiind mai bună și trăiesc mai mult decât oamenii cu venit mai mic. Educația este și ea importantă. Cu cât persoana a avut parte de mai puțină învățatură, cu atât este mai mare probabilitatea să facă boli infecțioase ori cronice sau să aibă accidente. Aceasta nu înseamnă că venitul și educația determină sănătatea bună, ele sunt însă corelate cu factori de mediu și de stil de viață care tind să aibă rol cauzator. Oamenii mai bine educați și mai înstăriți tind să aibă alimentație mai sănătoasă, îngrijiri medicale preventive mai bune și tratamente medicale mai bune și fac mai multe exerciții fizice.

Relațiile sociale par a fi vitale pentru sănătate și starea de bine. Cercetările au identificat cel puțin două aspecte corelate ale mediului social care pot promova sănătatea: *integrarea socială* și *sprijinul social*.

Integrarea socială înseamnă implicarea activă într-o gamă largă de relații, activități și roluri sociale: soț, părinte, prieten, coleg, etc. Rețelele sociale pot influența starea de bine emoțional, precum și implicarea în activități sănătoase, cum ar fi exercițiile fizice, alimentația adecvată și abținerea de la substanțe dăunătoare. Integrarea socială a fost asociată cu o rată mai scăzută a mortalității. Oamenii cu rețele sociale vaste și roluri sociale multiple au o probabilitate mai mare de a supraviețui unui infarct și o probabilitate mai redusă de a suferi de anxietate sau depresie, comparativ cu oamenii cu rețele și roluri sociale mai limitate și chiar sunt mai puțin susceptibili la răceli.

Sprijinul social se referă la resursele materiale, informaționale și psihice obținute din rețeaua socială, pe care persoana poate conta ca ajutor spre a face față stresului. În situațiile foarte stresante, oamenii aflați în legătură unii cu ceilalți ar putea avea o probabilitate mai mare de a mânca și dormi judicios, de a face suficientă mișcare și de a evita abuzul de substanțe dăunătoare, de a fi deprimați și anxioși. Studiile arată și că oamenii căsătoriți, mai ales la vârsta de adult tânăr, tind să fie mai sănătoși fizic și psihic decât aceia care nu au fost niciodată

căsătoriți, cei în relație de coabitare, văduvi, despărțiți sau divorțați. Desfacerea unei căsătorii sau coabitări are efecte negative asupra sănătății fizice, psihice, dar și rămânerea într-o relație toxică are aceleași efecte.

Probleme de sănătate psihică

Trei sferturi din totalul bolilor psihice debutează înaintea vârstei de 24 de ani. Acum pot apărea depresia majoră, schizofrenia și tulburările bipolare. Libertatea de a lua decizii de viață și de a alege drumuri diverse este adeseori eliberatoare, însă responsabilitatea de a fi autonom și de a deveni independent financiar poate fi copleșitoare.

Abuzul și dependența de alcool sunt cele mai răspândite tulburări ale consumului de substanțe. Dependența de alcool, alcoolismul, este o afecțiune de lungă durată, caracterizată de băutul compulsiv, pe care o persoană nu îl poate controla. Consumul de droguri ilegale atinge apogeul la vârsta de 18-20 de ani. Rata consumului scade puternic în al treilea deceniu de viață. Cel mai popular drog este marijuana. Circa 20% din persoanele cu tulburări legate de consumul de substanțe au totodată tulburări de dispoziție (depresie) sau de anxietate și invers.

Problematica sexualității și a reproducerii

Activitățile sexuale și de reproducere constituie deseori o preocupare de primă importanță la vârsta adultului emergent și a adultului tânăr. Adulții emergenți tind să aibă mai mulți parteneri comparativ cu grupele de vârstă mai mari. Sexul întâmplător este destul de întâlnit, mai ales în campusurile universitare. O problemă a acestei grupe de vârstă este agresiunea sexuală asupra femeilor. O altă mare problemă o constituie bolile cu transmitere sexuală.

O parte din tinerele cupluri se confruntă cu infertilitatea. Fertilitatea feminină începe să scadă spre sfârșitul celui de-al patrulea deceniu de viață. Infertilitatea poate constitui o povară emoțională într-o relație, dar este asociată cu suferința psihică de lungă durată atunci când duce la lipsa definitivă și involuntară a copiilor.

VI.2.Dezvoltarea cognitivă

Deși Piaget a descris stadiul operațiilor formale drept punctul culminant al achizițiilor cognitive, unii specialiști susțin că schimbările la nivelul cogniției se prelungesc dincolo de acest stadiu.

Gândirea reflexivă, descrisă pentru prima dată de John Dewey (1910-1991), este o formă complexă de cogniție ce presupune cumpănirea atentă, activă și insistentă a informațiilor sau a convingerilor, prin prisma dovezilor care le susțin și a concluziilor la care duc. Extinzând stadiul operațiilor formale descrise de Piaget, cei cu gândire reflexivă pot crea sisteme intelectuale complexe, ce reconciliază idei sau considerații aparent conflictuale (de ex: adună laolaltă diferite teorii dintr-un domeniu într-o singură teorie supraordonată). Această capacitate pare să-și facă apariția între 20-25 de ani. Deși această capacitate se dezvoltă la aproape toți adulții, puțini ajung la gradul optim de competență în ceea ce privește această aptitudine. La mulți tineri, învățământul universitar stimulează această capacitate.

Tot la vârsta adultului tânăr se ajunge la un stadiu superior al cogniției numit *gândire postformală*. Această gândire este flexibilă, deschisă, adaptativă și individualistă. Ea face apel la înuiție și emoții, nu doar la logică, pentru a le permite oamenilor să facă față unei lumi

aparent haotice. Ea aplică metodele experienței în situații ambigue. Această gândire este relativistă și acționează adeseori într-un context social și emoțional.

Schaie: un model al dezvoltării cognitive pe toată durata vieții

Acest model elaborat de K. Warner Schaie (1977-1978) privește utilizările în curs de dezvoltare ale intelectului într-un context social. El descrie 7 stadii:

1. *Stadiul achiziției* (copilărie și adolescență). Se achiziționează informații și abilități în principal ca scop în sine sau ca pregătire pentru implicarea în societate.

2. *Stadiul realizărilor* (de la sfârșitul deceniului al doilea de viață sau începutul celui de-al treilea, până la începutul deceniului al patrulea). Adulții tineri folosesc ceea ce știu pentru a atinge obiective, cum ar fi familia și cariera.

3. *Stadiul responsabilităților* (de la sfârșitul deceniului al patrulea până la începutul deceniului al șaptelea). Oamenii de vârstă mijlocie își folosesc mintea pentru a rezolva problemele practice asociate cu responsabilitățile față de alții, cum ar fi membrii familiei sau angajații.

4. *Stadiul executiv* (din deceniul al patrulea sau al cincilea de viață, de-a lungul vârstei mijlocii). Oamenii au de-a face cu relații complexe, la numeroase niveluri.

5. *Stadiul reorganizării* (sfârșitul vârstei mijlocii, începutul vârstei a treia). Oamenii care se pensionează își reorganizează viața și energia intelectuală în jurul ocupațiilor semnificative pentru ei, care iau locul muncii remunerate.

6. *Stadiul reintegrării* (vârsta a treia). Adulții vârstnici ar putea să se confrunte cu schimbări biologice și cognitive și tind să fie mai selectivi în ceea ce privește sarcinile în care investesc efort.

7. *Stadiul creării moștenirii* (ultima parte a vârstei a treia). Vârstnicii ar putea să elaboreze instrucțiuni cu privire la împărțirea bunurilor de valoare, să dispună cu privire la serviciul funerar, să ofere istorii orale sau să-și consemneze în scris povestea vieții ca moștenire pentru cei dragi.

Nu toți oamenii traversează aceste stadii în perioadele de timp postulate.

Stenberg: intuiție și pricepere

În viața adultă, intuiția și inteligența practică sunt foarte importante pentru ca adultul să se poată descurca. Un aspect important al inteligenței practice constă în *cunoașterea tacită*. Aceasta înseamnă cunoștințele de bun simț cu privire la cum să ieși în avantaj în diferite situații, cum ar fi o promovare. Cunoașterea tacită poate să includă gestionarea personală (a ști cum să-ți organizezi timpul și energia, a ști să te motivezi), gestionarea sarcinilor (a ști cum să scrii o lucrare de examen) și gestionarea celorlalți (a ști cum să-ți recompensezi sau să-ți critici subordonații).

Desigur, cunoașterea tacită nu e singurul lucru necesar pentru reușită, căci contează și alte aspecte ale inteligenței.

Inteligența emoțională

În 1990, doi psihologi, Peter Salovey și John Mayer, au inventat termenul de inteligență emoțională. El se referă la patru aptitudini corelate: capacitatea de a percepe, folosi, înțelege și gestiona emoțiile - cele proprii și cele ale altora - pentru a atinge obiective. Inteligența emoțională îi permite persoanei să-și țină în frâu emoțiile, pentru a se confrunța în mod mai eficient cu mediul social. Ea necesită conștientizarea tipului de comportament care este adecvat

într-o situație socială dată. Inteligența emoțională influențează calitatea relațiilor personale, dar și eficacitatea la serviciu.

Judecata morală

Experiența îi poate determina pe adulți să-și reevalueze criteriile privind ceea ce este drept și corect. Unii adulți își oferă spontan experiențele personale ca răspuns la dilemele lor morale.

Două experiențe care impulsionează judecata morală la adulții tineri sunt întâlnirea cu valori conflictuale atunci când se află departe de casă (facultate, străinătate) și deținerea responsabilității pentru binele altora (cum se întâmplă când se căsătoresc și devin părinți).

Caroll Gilligan a avansat ipoteza că dilema morală principală a femeii este conflictul între nevoile ei și nevoile altora. Ea a conchis că femeile se gândesc mai puțin decât bărbații la dreptatea și corectitudinea abstractă și mai mult la responsabilitățile lor față de oameni concreți. O analiză mai recentă, făcută de alți cercetători (Jafee și Hyde, 2000), a ajuns la o concluzie ceva mai nuanțată, arătând că, deși femeile aveau o probabilitate mai mare de a gândi prin prisma îngrijirii, iar bărbații prin prisma dreptății, aceste diferențe sunt mici, mai ales la studenți. Cert este, așa cum arată numeroase studii, că responsabilitatea față de alții este cel mai înalt stadiu al dezvoltării morale, iar compasiunea și îngrijirea altora este foarte importantă pentru ambele sexe.

Educația și munca

Spre deosebire de tinerii din generațiile trecute, care se puteau aștepta, de regulă, să treacă de la școală direct la muncă și la independență financiară, în prezent, tinerilor le lipsește o traiectorie clară a carierei. Unii oscilează între educație și muncă, alții le fac pe amândouă în același timp. Alții combină căsnicia și creșterea copiilor cu facultatea. Mulți tineri care studiază sau care locuiesc în casa părinților lor sunt dependenți financiar de aceștia.

Contactul cu un nou mediu de învățământ sau de muncă oferă ocazia de a perfecționa abilități, de a pune la îndoială presuposiții vechi și de a încerca noi moduri de a privi lumea.

Facultatea este o cale tot mai importantă spre vârsta adultă și ea poate fi o perioadă a descoperirilor intelectuale și a dezvoltării personale, mai ales în ceea ce privește aptitudinile verbale, gândirea critică și judecata morală.

Cei care intră în câmpul muncii se confruntă cu o imagine în schimbare rapidă. Natura muncii se schimbă, iar condițiile de muncă devin tot mai variate și mai instabile. Aceste schimbări, împreună cu competitivitatea crescută a pieței muncii și cu nevoia de forță de muncă bine instruită fac educația și instruirea mai importante ca oricând.

VI.3.Dezvoltarea psihosocială

Caracterizare generală

Traseele spre vârsta adultă sunt mult mai variate decât în trecut. Unele sarcini de dezvoltare tradiționale, cum ar fi găsirea unui loc de muncă stabil și formarea de relații de dragoste de lungă durată pot fi amânate până în al patrulea deceniu de viață sau chiar mai mult. Traseele individuale către vârsta adultă sunt influențate de factori precum genul, abilitățile academice, atitudinile timpurii față de educație, așteptările spre sfârșitul adolescenței și clasa socială. Adulții emergenți de ambele sexe își prelungesc tot mai mult studiile și amână conceperea copiilor. Unii adulți emergenți au mai multe resurse -financiare și de dezvoltare-

decât alții. Multe depind de dezvoltarea eului: o combinație a capacității individului de a se înțelege pe sine și lumea în care trăiește, de a integra și sintetiza ceea ce percepe și știe și de a-și asuma planificarea cursului vieții. Unii adulți tineri au eul mai bine dezvoltat decât alții și, ca urmare, sunt mai pregătiți să învețe să stea pe propriile picioare.

Dezvoltarea identității la vârsta de adult emergent

Vârsta adultă emergentă oferă un *moratoriu* sau o pauză de la presiunile dezvoltării și libertatea de a experimenta diferite roluri și tipuri de viață, dar reprezintă totodată un punct de cotitură, în timpul căruia se cristalizează angajamentele rolului de adult.

Termenul propus pentru procesul aflat la baza trecerii la identitatea adultă este cel de *recentrare*. Recentrarea este un proces cu trei stadii, prin care puterea, responsabilitatea și luarea deciziilor trece treptat din seama familiei de origine în seama adultului tânăr independent.

-În stadiul I, începutul vârstei emergente, individul continuă să fie încorporat în familia de origine, dar așteptările de autonomie și autodirecționare încep să sporească.

-În stadiul II, în timpul vârstei adulte emergente, individul rămâne legat și poate dependent financiar de familia de origine, dar nu mai este încorporat în ea. Implicarea temporară și exploatarea într-o varietate de cursuri, servicii și relații marchează acest stadiu. Spre sfârșitul stadiului, individul se îndreaptă spre angajamente serioase și obține resurse pentru a le susține.

-În stadiul III, de obicei în jurul vârstei de 30 de ani, individul ajunge la vârsta de adult tânăr. Acest stadiu este marcat de independența față de familia de origine și angajarea față de o carieră, un partener și, poate, copii.

Societatea contemporană le oferă adulților emergenți prea puțină îndrumare și presiuni mai reduse de a se maturiza. Ca urmare, aceștia trebuie să recurgă la propriile resurse. Trebuie să-și construiască traseul vieții din oportunitățile și constrângerile pe care le găsesc în jurul lor. Nu toți sunt la fel de înzestrați pentru această sarcină. Unii ajung la o stare de fundătură numită *tinerețe prelungită*, o alternativă mai mult sau mai puțin permanentă la vârsta adultă.

Formarea relațiilor adulte cu părinții

Când pleacă de acasă, tinerii trebuie să-și redefinească relația cu părinții ca pe una între adulți. Părinții incapabili să accepte această schimbare ar putea încetini dezvoltarea copiilor lor. Chiar dacă nu mai sunt copii, adulții emergenți au în continuare nevoie de acceptarea, empatia și sprijinul părinților, iar atașamentul față de aceștia rămâne un ingredient cheie al stării de bine.

Sprijinul financiar din partea părinților, mai ales pentru studii, îmbunătățește șansele de reușită în rolurile de adult ale adulților emergenți.

Eșecul de lansare

Numeroși adulți emergenți locuiesc cu unul dintre părinți sau cu ambii. Între motive se numără costurile implicate de urmarea studiilor universitare și greutatea găsirii unui loc de muncă. Acești copii adulți care continuă să locuiască cu părinții ar putea avea dificultăți în a negocia relația cu aceștia. Procesul poate fi unul treptat, care durează mai mulți ani, mai ales atunci când copilul ajuns adult are nevoie în continuare de sprijinul financiar al părinților.

Dezvoltarea personalității: patru concepții

a. Modelele stadiilor normative

Aceste modele afirmă că adulții traversează o succesiune de modificări psihosociale corelate cu vârsta. Modificările sunt normative, datorită faptului că pot fi întâlnite la majoritatea membrilor unei populații.

Erikson: intimitate versus izolare

Dacă nu se pot angaja profund și personal față de alții, spunea Erikson, adulții tineri tind să devină excesiv de izolați și de preocupați de sine. Totuși, au nevoie de un anumit grad de izolare ca să reflecteze la viața lor. Relațiile intime cer sacrificiu și compromis. Rezolvarea acestui stadiu duce la virtutea iubirii: devotamentul reciproc a doi parteneri care au ales să-și unească viețile, să aibă copii pe care să-i crească și să-i îngrijească. Această teorie a fost criticată pentru că nu ia în considerare oamenii necăsătoriți, celibatarii și homosexualii.

b. Modelele tipologice

Aceste modele analizează personalitatea ca întreg funcțional. Cercetătorii au identificat trei tipuri de personalitate: cei cu *eu rezilient*, *controlată excesiv* și *insuficient controlată*. Cele trei tipuri se deosebesc prin reziliența eului sau adaptabilitatea în condiții de stres și prin controlul eului sau autocontrol. Oamenii cu eu rezilient sunt bine adaptați, încrezători în sine, independenți, cu exprimare facilă, atenți, serviabili, cooperanți și orientați spre sarcină. Oamenii controlați excesiv sunt timizi, tăcuți, anxioși și de încredere, tind să-și păstreze pentru sine gândurile, să se retragă din conflicte și sunt cei mai expuși la depresie. Oamenii insuficient controlați sunt activi, energici, impulsivi, încăpățânați și ușor de distras.

Desigur, toate acestea nu înseamnă că personalitatea nu se schimbă niciodată sau că anumiți oameni sunt condamnați la o viață de inadaptare.

c. Modelul bazat pe momentul producerii evenimentelor

Acest model (Newgarten, Moore și Lowe) afirmă că traiectoria dezvoltării depinde de momentul când survin anumite evenimente în viața oamenilor. Dacă evenimentele, cum ar fi căsătoria, intrarea în rolul de părinte, în cel de bunic, pensionarea etc.) se produc la timp, dezvoltarea se desfășoară lin. Dacă nu, poate apărea stresul. Stresul poate fi provocat și de evenimente neșteptate precum pierderea serviciului, a partenerului de viață, imposibilitatea de a avea copii, etc. Diferențele de personalitate influențează mult modul în care oamenii reacționează la evenimentele de viață.

d. Modelul trăsăturilor: cei cinci factori descriși de Costa și McCrae

Cei 5 factori sunt: *nevrotismul*, *extraversiunea*, *deschiderea față de experiență*, *conștiințiozitatea* și *amabilitatea*.

Nevrotismul este un grup de șase trăsături care indică instabilitatea emoțională: anxietatea, ostilitatea, depresia, timiditatea, impulsivitatea și vulnerabilitatea. Extraversia are și ea șase fațete: căldură, spirit gregar, asertivitate, activitate, căutarea senzațiilor tari și emoții pozitive. Oamenii care sunt dispuși spre experiență sunt dispuși să încerce lucruri noi și să adopte idei noi. Oamenii conștiințioși sunt cei cu rezultate deosebite, sunt competenți, ordonați, hotărâți, disciplinați și-și respectă îndatoririle. Oamenii amabili sunt încrezători, direcți în exprimare, altruști, supuși, modești și ușor de influențat.

Desigur, unii oameni se schimbă mai mult sau mai puțin și nu toate schimbările sunt pozitive. Toți acești factori enumerați par să fie corelați cu diferite aspecte ale sănătății și stării de bine.

VI.4. Stiluri de viață conjugale și neconjugale; rolul de părinte

Regulile actuale privind stilurile de viață acceptabile sunt mai flexibile decât erau în urmă cu câteva decenii. Oamenii se căsătoresc mai târziu sau deloc; mai mulți oameni au copii în afara căsătoriei sau nu fac copii deloc; mai mulți oameni își desfac căsătoria. Mulți divorțează și devin părinți unici, alții rămân fără copii, alții se recăsătoresc. Unii oameni rămân necăsătoriți, alții trăiesc cu un partener de sex opus sau de același sex.

Dacă unii adulți tineri rămân necăsătoriți din cauză că nu și-au găsit un partener, alții aleg voit această situație. În prezent, cele mai multe femei se întrețin singure și presiunea socială de a se căsători este mai redusă.

Coabitarea este un stil de viață tot mai răspândit, în cadrul căruia partenerii necăsătoriți, implicați într-o relație sexuală, trăiesc împreună. Înmulțirea acestui tip de relație în ultimele decenii reflectă caracterul explorator al vârstei adulte emergente și tendința spre amânarea căsătoriei.

În majoritatea societăților, căsătoria este considerată cea mai bună cale de a asigura protecția și creșterea copiilor. Ea permite diviziunea muncii și împărțirea bunurilor materiale. La modul ideal, oferă intimitate, angajare, prietenie, afecțiune, împlinire sexuală precum și surse noi de identitate și stimă de sine. Tinerii din ziua de azi nu mai cred în căsătoria tradițională, cu rolurile ei de gen rigide și pun accent mai mare pe prietenie și compatibilitate. În loc să vadă căsătoria ca pe un pas inevitabil spre vârsta adultă, ca în trecut, adulții tineri de azi tind să creadă că, pentru a se căsători, individul trebuie să fie deja adult. Cei mai mulți intenționează să se căsătorească, dar numai atunci când se simt pregătiți, și consideră că obținerea independenței financiare și stabilizarea într-un serviciu sau o carieră reprezintă obstacole formidabile.

Oamenii căsătoriți tind să fie mai fericiți decât cei necăsătoriți, excepție făcând cei cu căsătorii nefericite. Poate că fericirea mai mare a oamenilor căsătoriți reflectă tendința mai mare a oamenilor fericiți de a se căsători.

Rolul de părinte ca experiență a dezvoltării

Primul copil marchează o tranziție majoră în viața părinților. Această persoană nou sosită, absolut dependentă, îl scimbă pe bărbat, o schimbă pe femeie, schimbă relația dintre cei doi. Pe măsură ce se dezvoltă copiii, se dezvoltă și părinții. Îngrijirea unui copil presupune responsabilitate, dedicarea timpului și a energiei. Sarcina și recuperarea după naștere pot afecta relația cuplului, uneori sporind intimitatea, alteori creând bariere.

Părinții de astăzi simt o presiune mai mare de a investi timp și energie în creșterea copiilor. Și simt nevoia de a-și supraveghea mai atent copiii, din cauza grijilor legate de infracționalitate, violență și influențe negative. Tații tineri de astăzi sunt mai implicați ca oricând în creșterea copiilor, dar și în treburile gospodărești. Chiar și așa, cei mai mulți tați sunt mai puțin implicați decât mamele.

De regulă, mulțumirea conjugală scade în anii creșterii copilului. Este posibil ca tinerii părinți să se confrunte cu factori de stres care le pot afecta sănătatea și dispoziția.

Combinarea rolurilor de muncă și de familie este, de obicei, prielnică pentru sănătatea psihică și fizică, atât a femeilor, cât și a bărbaților. Totuși, cuplurile cu serviciu ar putea să se confrunte cu un consum suplimentar de timp și energie, cu conflicte între muncă și familie, cu

posibila rivalitate între soți și cu anxietatea și vinovăția legate de împlinirea nevoilor copilului. Cerințele familiei sunt cele mai mari, îndeosebi pentru femeile care lucrează cu normă întreagă, atunci când există copii mici. În numeroase țări, tații beneficiază de concediu de paternitate plătit, de care pot beneficia când partenera lucrează din diverse motive și nu-și ia concediu de maternitate.

VII. Dezvoltarea la vârsta mijlocie

VII.1.Dezvoltarea fizică și cognitivă

VII.2.Dezvoltarea psihosocială

VII.1.Dezvoltarea fizică și cognitivă

Vârsta mijlocie: un construct social

În prezent, în societățile industriale, vârsta adultă de mijloc este considerată stadiu distinctiv al vieții, cu propriile norme sociale, roluri, oportunități și dificultăți. Totuși, unele societăți tradiționale nu recunosc existența unui stadiu mijlociu al vârstei adulte. Ca urmare, unii oameni de știință descriu această vârstă ca pe un construct social.

Cronologic, această perioadă este cuprinsă între 40 și 65 de ani, dar această delimitare este arbitrară și nu există consens cu privire la începerea și sfârșitul ei. Odată cu îmbunătățirea stării de sănătate și a duratei de viață, numeroși adulți de 65-70 de ani și unii din cei trecuți de 70 de ani se consideră de vârstă mijlocie. Totuși, cei cu un statut socio-economic scăzut tind să plaseze mai devreme aceste limite temporale, poate din cauza sănătății șubrede sau a trecerii mai rapide la pensionare.

Anii de mijloc sunt marcați de cele mai multe diferențe individuale și de o multitudine de traiectorii ale vieții. Unii oameni la această vârstă pot alerga la maraton, alții simt că li se taie respirația după ce urcă o scară abruptă. Ceea ce fac oamenii și felul cum trăiesc are mult de-a face cu felul în care îmbătrânesc.

Modificări fizice. Sănătatea fizică și psihică

Deși unele modificări fiziologice sunt rezultatul direct al îmbătrânirii biologice și al alcătuirii genetice, stilul de viață din perioada tinereții poate influența starea fizică de mai târziu. Cei care devin activi de timpuriu în viață culeg beneficiile unei rezistențe și reziliențe mai bune și după 60 de ani.

De la începutul tinereții și până în anii de mijloc, modificările la nivel senzorial și motor sunt aproape imperceptibile, până când, într-o zi, o persoană de 45 de ani poate constata că nu vede bine, iar una de 60 de ani că nu mai poate merge cu iuțeala ei obișnuită.

Problemele vizuale corelate cu vârsta apar în principal în 5 sectoare: vederea de aproape, vederea dinamică (citirea semnelor în mișcare), sensibilitatea la lumină, căutarea vizuală (de ex. localizarea unui semn) și viteza de procesare a informațiilor vizuale. Mulți oameni de peste 40 de ani au nevoie de ochelari pentru citit, pentru că suferă de prezbitism – reducerea capacității de focalizare pe obiectele apropiate – afecțiune asociată cu îmbătrânirea. Incidența miopiei – deteriorarea vederii la distanță – crește și ea pe parcursul vârstei mijlocii.

Pierderea treptată a auzului se accelerează în deceniul al cincilea de viață și e mai rapidă la bărbați decât la femei. Această afecțiune, prezbiacuzia, este limitată în mod normal la sunetele cu înălțime mai mare decât cele folosite în vorbire.

Sensibilitatea gustativă și cea olfactivă încep în general să scadă la vârsta mijlocie, ceea ce face ca alimentele să pară mai insipide. Femeile tind să-și păstreze aceste simțuri mai mult timp decât bărbații.

Adulții încep să-și piardă sensibilitatea tactilă după 45 de ani, iar pe cea la durere, după 50 de ani. Totuși, oamenii devin mai puțin capabili să tolereze durerea.

Forța și coordonarea scad treptat de la nivelul de apogeu din deceniul al doilea de viață. Până la 60 de ani poate să dispară 10-15% din forța maximă. Motivul constă în pierderea de fibre musculare, care sunt înlocuite de grăsime. Totuși declinul nu este inevitabil: antrenarea forței la vârsta mijlocie poate să preîntâmpine pierderea de masă musculară și chiar să ducă la redobândirea forței.

Rezistența se păstrează adesea mult mai bine decât forța. Pierderea rezistenței se datorează unei scăderi treptate a metabolismului bazal (folosirea energiei pentru întreținerea funcțiilor vitale) după vârsta de 40 de ani. Abilitățile folosite mai des sunt mai rezistente la efectele îmbătrânirii, decât cele folosite mai puțin.

În general, dexteritatea manuală devine mai puțin eficientă după vârsta de 35 de ani, deși unii pianști, precum Vladimir Horowitz, au continuat să interpreteze strălucit chiar și după 80 de ani.

La vârsta mijlocie, pot deveni observabile unele schimbări ale aspectului fizic. În al cincilea sau al șaselea deceniu de viață, pielea poate deveni mai puțin întinsă și netedă, deoarece stratul adipos de sub ea se subțiază, moleculele de colagen sunt mai rigide, iar fibrele de elastină, mai casante. Oamenii de vârstă mijlocie tind să se îngrașe ca urmare a acumulării de grăsime și să piardă în înălțime, din cauza micșorării discurilor intervertebrale. Totodată, se confruntă și cu o pierdere de masă osoasă, care se produce mai rapid la femei decât la bărbați. Articulațiile pot deveni mai rigide, ca urmare a solicitărilor acumulate.

La unii adulți, inima începe să bată mai lent și mai neregulat în jurul vârstei de 55 de ani, iar pereții arteriali pot să se îngroașe și să devină mai rigizi. Bolile cardiace ajung să fie mai frecvente de la sfârșitul deceniului al patrulea sau de la începutul deceniului al cincilea de viață. Capacitatea vitală – volumul maxim de aer pe care îl pot inspira și expira plămâni, poate să scadă în jurul vârstei de 70 de ani. Termoreglarea și reacțiile imunitare pot începe să slăbească, iar somnul poate deveni mai superficial.

Între aproximativ 45-55 de ani, la femei se produce menopauza – ovulația și menstruația încetează și nu mai pot concepe copii. Multe femei se confruntă cu anumite simptome în timpul tranziției de menopauză, dar unele nu au deloc simptome. Cel mai frecvent declarate sunt bufeurile și transpirațiile nocturne, tulburări de dispoziție (depresie, anxietate, iritabilitate).

La bărbați, nivelul de testosteron scade treptat odată cu înaintarea în vârstă și această scădere a fost asociată cu o reducere a densității osoase și a masei musculare, cu excesul ponderal, instabilitatea emoțională și dispoziția depresivă.

Un motiv de îngrijorare tot mai important începând de la jumătatea vieții este hipertensiunea, ca factor de risc pentru bolile cardiovasculare și renale. În ultimile decenii, incidența hipertensiunii a crescut destul de mult, boala manifestându-se și la tineri.

Și incidența diabetului a crescut îngrijorător, această boală fiind a patra cauză de deces la vârsta mijlocie.

Starea de sănătate a adultului de vârstă mijlocie poate fi influențată de anumite comportamente, de statutul socio-economic, de rasă și etnie. Oamenii care nu fumează, fac exerciții fizice, beau alcool doar cu moderație, consumă fructe și legume din belșug au un risc de patru ori mai mic de mortalitate la vârsta mijlocie și la bătrânețe (echivalentul unei diferențe de 14 ani).

Oamenii cu statut socio-economic (SSE) inferior tind să aibă o sănătate mai șubredă, speranță de viață mai mică, mai multe limitări ale activității din cauza bolilor cronice, o stare de bine mai redusă și acces mai puțin la îngrijiri medicale, decât oamenii cu statut socio-economic superior. Motivele legăturii dintre SSE și sănătate pot fi, în parte, psihosociale. Oamenii cu SSE inferior tind să aibă mai multe emoții și gânduri negative și să trăiască în medii mai stresante.

Stresul este vătămarea care se produce atunci când solicitările percepute din mediu, adică agenții stresori, depășesc capacitatea persoanei de a le face față. Capacitatea organismului de a se adapta la stres implică creierul care percepe pericolul (real și imaginar), glandele suprarenale, care mobilizează corpul pentru a se lupta cu el, și sistemul imunitar, care furnizează mijloace defensive. Oamenii de vârstă mijlocie tind să resimtă niveluri de stres mai ridicate, mai frecvent, și tipuri diferite de agenți de stres față de cele la care reacționează adulții mai tineri sau mai vârstnici. Principalii agenți stresori sunt relațiile de familie, munca, banii și locuința, plecarea de acasă a copiilor adulți, bolile personale sau ale celor din familie. Cercetările arată că stresul este un factor corelat cu boli precum hiperstensiunea, afecțiunile cardiace, AVC, diabetul, ulcerul gastric, depresia, etc.

Adulții de vârstă mijlocie au o probabilitate mai mare decât adulții mai tineri sau mai vârstnici de a suferi tulburări psihice serioase: tristețe extremă, neliniște, agitație, disperare și sentimente de lipsă de valoare.

Dezvoltarea cognitivă

Adulții maturi dovedesc mai multă competență în rezolvarea problemelor din domeniul pe care și l-au ales, datorită cunoștințelor specializate sau a experienței, care sunt o formă a inteligenței cristalizate. Ca urmare, deși oamenii de vârstă mijlocie pot avea nevoie de ceva mai mult timp decât cei mai tineri ca să proceseze informațiile noi, în rezolvarea problemelor din domeniul lor compensează cu prisosință acest lucru prin judecata formată prin experiență.

Adulții maturi integrează logica, intuiția și emoția; integrează date și idei conflictuale și integrează informațiile noi în ceea ce știu deja.

Funcționarea cognitivă poate fi influențată și de munca desfășurată. Oamenii cu gândire flexibilă tind să obțină servicii ce presupun muncă complexă, care necesită gândire și judecată independentă. Acest tip de muncă, la rândul ei, stimulează o gândire mai flexibilă, iar aceasta sporește capacitatea de a efectua munci mai complexe.

Adulții își pot influența activ dezvoltarea cognitivă viitoare prin alegerile ocupaționale pe care le fac. Cei care caută mereu oportunități mai stimulatoare este probabil să-și păstreze agerimea minții.

VII.2. Dezvoltarea psihosocială

Schimbările de personalitate și de stil de viață din perioada 40-45 de ani sunt atribuite deseori unei crize la jumătatea vieții, perioadă presupus stresantă, inițiată de analiza și reevaluarea propriei vieți. Criza de la jumătatea vieții a fost conceptualizată ca o criză de identitate. Mulți oameni își dau seama la această vârstă că nu vor putea să-și îndeplinească visurile din tinerețe sau că nu au ajuns la mulțumirea pe care și-o doreau. Știu că dacă vor să

schimbe direcția, trebuie să acționeze rapid ca să-și restructureze viața. Totuși, termenul *criza de la jumătatea vieții* este considerat în prezent o reprezentare incorectă a experiențelor majorității oamenilor la jumătatea vieții. Unii oameni ar putea să se confrunte cu o criză sau frământări, dar alții se simt la apogeul puterilor. Alții s-ar putea amplasa undeva între – fără criză și fără apogeu – ori ar putea să treacă deopotrivă prin experiența crizei sau cea a competenței în momente diferite sau în sectoare diferite ale vieții.

Se pare că jumătatea vieții este doar unul dintre punctele de cotitură ale vieții – tranziții psihologice care presupun schimbări sau transformări semnificative în privința sensului, scopului sau direcției percepute a propriei vieți. Punctele de cotitură implică deseori o analiză introspectivă și reevaluarea valorilor și a priorităților. Analiza la jumătatea vieții poate fi un moment al bilanțului, ce prilejuiește revelații cu privire la propria persoană și determină corectări din mers ale proiectului și traiectoriei vieții.

Dezvoltarea identității

Potrivit teoriei proceselor identității formulate de S.K. Whibourne, identitatea este alcătuită din percepții despre sine acumulate. Aceste percepții sunt mereu revizuite, ca reacții la informațiile primite, care pot veni din relații intime, din situații legate de serviciu, din activități în comunitate și din alte experiențe.

Oamenii își interpretează interacțiunile cu mediul cu ajutorul a două procese: *asimilarea în identitate* și *acomodarea identității*. Asimilarea în identitate este încercarea de a păstra un sentiment de sine consecvent, în condițiile unor experiențe noi, care nu se potrivesc cu schema existentă. Acomodarea identității este adaptarea schemei pentru a se potrivi cu experiențele noi. Folosirea excesivă a asimilării sau a acomodării este nesănătoasă. Oamenii care asimilează constant sunt inflexibili și nu învață din experiență. Cei care se acomodează constant sunt slabi și foarte vulnerabili la critici, iar identitatea lor este ușor de subminat. Cel mai sănătos este echilibrul identității, care-i permite persoanei să-și păstreze un sentiment de sine stabil și totodată să-și adapteze schemele despre sine în așa fel încât să încorporeze informațiile noi, cum ar fi efectele îmbătrânirii.

Cei care folosesc excesiv asimilarea ar putea încerca, poate în mod lipsit de realism, să-și păstreze o imagine de sine tinerească și să ignore ceea ce se petrece în corpul lor. Cei care folosesc excesiv acomodarea ar putea să reacționeze exagerat la semnele timpurii ale îmbătrânirii, ar putea deveni pesimiști, ceea ce le-ar grăbi declinul fizic și cognitiv. Cei care folosesc echilibrarea identității încearcă să controleze ceea ce poate fi controlat și să accepte ceea ce nu poate fi.

Starea de bine psihic și sănătatea psihică pozitivă

Sănătatea psihică nu înseamnă doar absența bolilor psihice. Ea implică o stare de bine psihic, care merge mână-n mână cu un sentiment de sine sănătos.

Numeroase studii au constatat o scădere treptată a emoțiilor negative la vârsta mijlocie. Totuși, femeile au declarat ceva mai multă emoționalitate negativă: furie, frică, anxietate. În special oamenii stabili emoțional (cu nevrotism scăzut), activi fizic și social și foarte conștiințioși tind să se simtă cel mai fericiți.

Sprijinul social - prietenii și partenerul de viață – și religiozitatea sunt factori importanți care contribuie la mulțumirea față de viață.

Un studiu mondial pe două milioane de oameni din 80 de țări (Blanchflower și Oswald, 2008) a descoperit că oamenii tind să fie cel mai fericiți la începutul vieții și spre sfârșitul ei, și cei mai nefericiți la începutul vârstei mijlocii. În general, starea de bine începe să crească din nou după 50 de ani. La europeni, mulțumirea față de viață este cea mai scăzută la ambele sexe în jurul vârstei de 45 de ani.

Carol Ryff și colegii săi (1999) au elaborat un model care cuprinde șase dimensiuni ale stării de bine: acceptarea de sine, relațiile pozitive cu alții, autonomia, stăpânirea mediului, scopul în viață și dezvoltarea personală. Potrivit lui Ryff, oamenii sănătoși psihic au atitudini pozitive față de ei înșiși și de alții. Ei iau decizii singuri, au obiective care dau sens vieții și încearcă să exploreze și să se dezvolte cât mai mult posibil.

Relațiile la vârsta mijlocie

Pentru majoritatea adulților de vârstă mijlocie, relațiile sunt cea mai importantă cheie a stării de bine. Ele pot fi o sursă principală de sănătate și mulțumire. Totuși, relațiile pot să implice și solicitări stresante, care tind să împovăreze cel mai mult femeile. Sentimentul responsabilității și grija față de alții pot afecta starea de bine a femeii când partenerul de viață, copiii, părinții, prietenii sau colegii de serviciu se confruntă cu probleme sau nenorociri. Acest stres resimțit în numele altora poate să explice de ce femeile de vârstă mijlocie sunt deosebit de susceptibile la depresie și la alte probleme de sănătate psihică și de ce tind să fie mai nemulțumite de căsnicia lor, decât bărbații. Analiza unui număr mare de studii sugerează că disputele conjugale pot contribui la probleme grave de sănătate, mai ales la femei, care tind să fie mai afectate de calitatea emoțională a relației.

Așa cum arată teoria lui Carstensen, rețelele sociale tind să devină mai mici și mai intime la jumătatea vieții. Calitatea prietenilor compensează adesea lipsa în ceea ce privește timpul petrecut împreună. Mai ales în timpul unei crize, cum ar fi divorțul sau o problemă cu un părinte vârstnic, adulții se îndreaptă spre prieteni pentru sprijin emoțional, sfaturi practice, alinare, tovarășie și conversații. Conflictele cu prietenii se centreză deseori pe deosebirile în ceea ce privește valorile, convingerile și stilul de viață. Prietenii pot rezolva aceste conflicte prin discuții, menținându-și demnitatea și respectul reciproc.

În mod ironic, oamenii aflați în cele două perioade ale vieții corelate de gândirea populară cu crizele emoționale – adolescența și vârsta mijlocie – locuiesc deseori în același cămin. De regulă, părinții de vârstă mijlocie sunt părinții copiilor adolescenți. O sarcină importantă a părinților constă în a-și accepta copiii așa cum sunt, nu așa cum speraseră părinții că vor fi. Pentru majoritatea părinților, schimbările normative ale adolescenței trezesc o combinație de emoții pozitive și negative.

Când copiii pleacă de-acasă, unele femei au probleme cu adaptarea la cuibul gol, dar pentru altele plecarea este eliberatoare. Cuibul gol poate aduce ușurarea de ceea ce Gutmann (1987) numea „urgenta cronică de a fi părinte”. Femeile pot să se ocupe de interesele proprii și să se mândrească cu realizările copiilor plecați. În prezent, reumplerea cuibului gol prin întoarcerea copiilor acasă poate fi mult mai stresantă.

Cuibul gol nu semnaleză încheierea rolului de părinte, ci constituie tranziția spre o etapă nouă: relația dintre părinți și copiii adulți. În general, părinții de vârstă mijlocie le oferă copiilor lor mai mult ajutor și sprijin decât obțin de la ei, în timp ce tinerii își încep cariera și își întemeiază familia. În același timp, problemele copiilor adulți diminuează starea de bine a

părinților. Părinții și copiii adulți tind să se înțeleagă cel mai bine atunci când copiii au serviciu și locuiesc separat.

În ceea ce privește relațiile cu părinții vârstnici, acestea sunt în general calde, bazate pe contacte frecvente, ajutor reciproc, sentimente de atașament și valori comune. Fiicele și mamele vârstnice tind să fie deosebit de apropiate. Unii părinți depind însă de copiii lor de vârstă mijlocie în luarea deciziilor, în privința sarcinilor cotidiene și a ajutorului financiar. De regulă, generațiile se înțeleg cel mai bine atâta timp cât părinții sunt sănătoși și viguroși. Când vârstnicii devin infirmi - mai ales dacă suferă o deteriorare mentală sau schimbări ale personalității, povara îngrijirii lor poate aduce tensiune în relație. Pretutindeni în lume, îngrijirea este, de regulă, un rol feminin. Când mama suferindă rămâne văduvă, cel mai probabil este ca fiica ei să preia rolul îngrijirii.

A îngrijii pe cineva poate fi o sursă de stres. Pentru mulți îngrijitori, sarcina este o povară fizică, emoțională și financiară, mai ales dacă au serviciu cu normă întreagă ori resurse financiare limitate sau le lipsește sprijinul și ajutorul. Părinții vârstnici pot deveni dependenți într-o perioadă când adulții de vârstă mijlocie trebuie să-și pornească copiii pe drumul lor. Membrii acestei generații aflate la mijloc, numită uneori *generația sandwich*, pot fi prinși într-o situație dificilă între aceste nevoi concurente și resursele lor limitate de timp, bani și energie. În plus, adultul mijlociu care s-ar putea pregăti de pensionare, ar putea să nu-și permită costul suplimentar al îngrijirii unei persoane vârstnice și fragile, ori s-ar putea să aibă propriile probleme de sănătate. Uneori, din cauza suprasolicitării, îngrijitorul se îmbolnăvește fizic sau psihic. Până și cel mai răbdător și iubitor îngrijitor poate ajunge să simtă frustrare, anxietate sau resentimente, sub povara constantă a împlinirii nevoilor aparent nesfârșite ale unei persoane vârstnice. Deseori, rudele și prietenii nu admit faptul că îngrijitorii au dreptul de a se simți descurajați, frustrați și exploatați. Uneori trebuie luate alte măsuri, cum ar fi instituționalizarea, existența asistată sau împărțirea responsabilităților între frați. Îngrijirea poate fi și un prilej de dezvoltare personală în ceea ce privește competența, compasiunea, cunoașterea de sine și transcendența de sine.

Legăturile dintre frați sunt cele mai longevive relații din viața majorității oamenilor. Relațiile cu frații pot fi esențiale pentru starea de bine la jumătatea vieții. Confruntarea cu îngrijirea părinților vârstnici poate să-i apropie mai mult pe frați, dar poate și să provoace resentimente și conflicte.

Numeroși adulți de vârstă mijlocie devin bunici și o parte dintre ei contribuie la îngrijirea nepoților sau chiar sunt singurii și principalii îngrijitori ai acestora, atunci când părinții lor sunt plecați la muncă în străinătate sau au decedat, ori copilul este urmarea unei sarcini la adolescență. Unii dintre acești bunici care îngrijesc copii sunt divorțați sau văduvi și trăiesc dintr-un venit fix.

VIII. Vârsta a treia

VIII.1. Dezvoltarea fizică și cognitivă

VIII.2. Dezvoltarea psihosocială

VIII.1. Dezvoltarea fizică și cognitivă

Teorii ale dezvoltării

Majoritatea concepțiilor despre îmbătrânirea biologică se încadrează în două grupuri de teorii: *teoriile programării genetice* și *teoriile ratei variabile*.

Teoriile programării genetice susțin că organismul oamenilor îmbătrânește potrivit unui program de dezvoltare normal, înscris în gene. Studiile pe gemeni au arătat că diferențele genetice justifică aproximativ un sfert din variabilitatea duratei de viață a omului adult.

Teoriile ratei variabile susțin că îmbătrânirea presupune deteriorarea în urma erorilor întâmplătoare survenite în organismele biologice sau în urma atacurilor mediului asupra acestora. Unele dintre aceste teorii se concentrează asupra metabolismului – procesul prin care corpul transformă hrana și oxigenul – care ar putea să influențeze direct și continuu ritmul îmbătrânirii.

Teoria uzurii susține că organismul îmbătrânește ca urmare a deteriorărilor acumulate ale sistemului, la nivel molecular. Pe măsură ce îmbătrânesc, oamenii sunt mai puțin capabili de reparația sau înlocuirea componentelor deteriorate.

Teoria radicalilor liberi se concentrează asupra efectelor nocive ale acelor atomi sau molecule de oxigen cu instabilitate foarte mare, formate pe parcursul metabolismului, ce reacționează cu membranele celulare, cu proteinele, lipidele, carbohidrații celulelor și chiar cu ADN-ul și le pot deteriora. Vătămările produse de radicalii liberi au fost asociate cu artrita, distrofia musculară, cancerul, diabetul, boala Parkinson.

Teoria ratei vieții sugerează că organismul poate îndeplini doar o cantitate limitată de muncă; cu cât lucrează mai rapid, cu atât folosește mai multă energie și se epuizează mai rapid.

Teoria autoimunității sugerează că sistemul imunitar îmbătrânit eliberează anticorpi care atacă chiar celulele organismului.

O teorie actuală care le încorporează pe cele descrise anterior susține că selecția naturală a determinat resurse de energie suficiente doar pentru a întreține organismul până la reproducere. După reproducere, energia rămasă este insuficientă pentru a menține în continuare integritatea celulelor și a sistemelor organismului. Cu timpul, acestea se deteriorează aleatoriu, ducând la vulnerabilitate mai mare față de boli și moarte.

Schimbări fizice

Unele schimbări fizice asociate cu îmbătrânirea sunt vizibile: ridarea pielii, încărunțirea și rădirea părului, scăderea în înălțime ca urmare a deteriorării discurilor intervertebrale.

Modificările din funcționarea organelor și sistemelor variază foarte mult atât de la o persoană la alta, cât și la aceeași persoană. Unele sisteme organice se deteriorează rapid, altele aproape deloc. Îmbătrânirea împreună cu stresul cronic pot reduce funcționarea imunitară, făcându-i pe vârstnici mai vulnerabili la infecții respiratorii. Ritmul inimii tinde să devină mai lent și mai neregulat.

La oamenii normali și sănătoși, schimbările survenite la nivelul creierului îmbătrânit sunt, în general, subtile. La vârsta a treia, volumul și greutatea creierului se reduc treptat, scade numărul sau densitatea neurotransmițătorilor de dopamină, ca urmare a pierderii de sinapse. Această schimbare duce la un timp de reacție mai lung.

Nu toate schimbările la nivelul creierului sunt distructive. Cercetătorii au descoperit că în creierele vârstnice pot să crească noi celule nervoase.

Modificările cerebrale pot avea deopotrivă consecințe sociale și cognitive. Diminuarea funcției executoare la nivelul cortexului poate reduce capacitatea de a inhiba gândurile irelevante sau nedorite. Ca urmare, adulții vârstnici ar putea să vorbească despre lucruri aparent fără legătură cu subiectul conversației. Pe partea pozitivă, amigdala, nucleul cerebral care controlează emoțiile, prezintă reacții mai slabe la întâmplările negative, dar nu și la cele pozitive, ca urmare, adulții vârstnici tind să abordeze mai constructiv decât cei tineri rezolvarea conflictelor.

Diferențele individuale de dezvoltare senzorială și motorie cresc cu vârsta. Unii vârstnici se confruntă cu deteriorări marcate, alții constatată că abilitățile lor sunt practic neschimbate. Un bărbat de 80 de ani poate să audă fiecare cuvânt dintr-o conversație șoptită, altul nu aude soneria de la ușă. O femeie de 70 de ani poate merge kilometri întregi, alta nu poate merge până la capătul străzii. Problemele de vedere și de auz îi pot priva de relațiile sociale și de independență, iar deficitul motorii pot să limiteze activitățile cotidiene.

În general, adulții pierd 10-20% din forță până la 70 de ani și mai mult după aceea. Rezistența scade treptat cu vârsta, mai ales la femei. Reducerea forței musculare și a puterii poate fi cauzată de o combinație între îmbătrânirea firească, nivelul mai scăzut de activitate și boală. Aceste pierderi pot fi parțial reversibile dacă se face antrenament de forță și rezistență.

Sănătatea fizică și psihică

Principalele cauze de deces la vârsta a treia sunt afecțiunile cronice: bolile cardiace, cancerul, AVC, boala cronică a căilor respiratorii inferioare, diabetul și gripa/pneumonia.

Șansele de a rămâne sănătos și în formă fizică bună la bătrânețe depind adesea de stilul de viață, îndeosebi de exercițiile fizice și de alimentație. Exercițiul fizic regulat poate să întărească inima și plămânii și să reducă stresul. Poate proteja de hipertensiune, întărirea arterelor, boli cardiace, osteoporoză și diabet. Reduce riscul de accidente, făcând articulațiile și mușchii mai puternice și mai flexibile. Nutriția sănătoasă poate reduce riscul de obezitate, precum și cel de hipertensiune și colesterolul ridicat.

O parte dintre vârstnici declară suferințe psihice frecvente. Perturbările psihice și comportamentale care apar pot determina afectarea funcțională a activităților majore, precum și deteriorarea cognitivă. Depresia de care suferă unii vârstnici poate să accelereze declinul fizic al îmbătrânirii; diagnosticarea corectă, prevenirea și tratamentul ei i-ar putea ajuta pe mulți oameni să fie mai activi și să trăiască mai mult. Depresia poate fi tratată cu medicație antidepressivă, psihoterapie sau cu ambele.

Demența, o altă afecțiune psihică întâlnită la vârstnici, înseamnă deteriorarea cognitivă și comportamentală cu cauze fiziologice, suficient de marcată pentru a afecta activitățile cotidiene. O parte de cazurile de demență sunt cauzate de boala Alzheimer, iar altele de boala Parkinson. Boala Alzheimer este una dintre cele mai răspândite și mai temute boli letale la persoanele vârstnice. Această afecțiune degenerativă progresivă a creierului le răpește treptat pacienților inteligența, capacitatea de conștientizare și chiar capacitatea de a-și controla funcțiile organismului – și, în cele din urmă, îi omoară. Boala Parkinson presupune degenerare neurologică progresivă și este caracterizată prin tremor, rigiditate, mișcări încetinite și postură instabilă.

Aspecte ale dezvoltării cognitive

Abilitățile cognitive la vârsta a treia diferă mult de la un individ la altul. Viteza de procesare a informațiilor, una din primele capacități care se diminuează, are legătură cu starea sănătății, cu echilibrul și mersul și cu efectuarea activităților cotidiene. O altă capacitate care tinde să încetinească cu vârsta este ușurința comutării atenției de la o sarcină sau funcție la alta.

Instruirea poate mări viteza de procesare a adulților – capacitatea lor de a procesa informații mai multe și mai complexe, în intervale de timp tot mai scurte. De regulă, instruirea presupune exersare, feedback și învățarea de strategii specifice sarcinilor.

Memoria mai slabă este considerată deseori un semn al îmbătrânirii. Cercetătorii evaluează memoria de scurtă durată cerând persoanei să redea un șir de numere, fie în ordinea în care au fost prezentate, fie în ordine inversă. Prima sarcină necesită folosirea memoriei senzoriale, care își păstrează eficacitatea pe tot parcursul vieții. A doua necesită folosirea memoriei de lucru, care se reduce treptat după vârsta de 45 de ani.

În ceea ce privește memoria de lungă durată, aceasta cuprinde *memoria episodică*, *memoria semantică* și *memoria procedurală*. A ține minte ce ai mâncat dimineața, ține de memoria episodică. Aceasta are cea mai mare probabilitate de a se deteriora cu vârsta.

Memoria semantică conține cunoștințele stocate despre fapte istorice, poziționări geografice, obiceiuri sociale, sensul cuvintelor și altele asemănătoare. Acest tip de memorie prezintă o deteriorare mai mică decât cea episodică.

Amintirea mersului pe bicicletă este un exemplu de memorie procedurală. Aici se includ aptitudinile motorii, obișnuințele și procesele care, odată învățate, pot fi activate fără efort conștient. Această memorie rămâne relativ neafectată de vârstă, deși vârstnicii ar putea fi nevoiți să compenseze o anumită încetinire a reacțiilor corelată cu vârsta.

VIII.2. Dezvoltarea psihosocială

Potrivit lui Erikson, adulții vârstnici se află în al optulea și ultimul stadiu al vieții: *integritate versus disperare*. Ei trebuie să-și evalueze și să-și accepte viața, ca să poată accepta moartea. Ei se luptă să ajungă la un sentiment al coerenței și integrității, în loc să cadă pradă disperării. Virtutea care poate apărea acum este înțelepciunea, adică acceptarea vieții trăite, fără regrete majore, acceptarea imperfecțiunii proprii, a părinților, a copiilor și a vieții. Firește, un anumit grad de disperare este inevitabil. Oamenii au nevoie să jelească – nu doar propriile nenorociri și ocazii pierdute, ci și vulnerabilitatea și caracterul trecător al condiției umane.

Copingul și sănătatea psihică

Copingul înseamnă gândirea sau comportamentul care urmărește să reducă sau să înlăture stresul determinat de condiții dăunătoare, amenințătoare sau problematice. El este în aspect important al sănătății psihice. Vârstnicii care prezintă cea mai bună adaptare psihosocială sunt cei care, anterior, la vârsta adultă, au folosit mecanisme de apărare adaptative mature, precum altruismul, umorul, reprimarea (păstrarea tăriei în fața adversităților), anticiparea (construirea de planuri pentru viitor) și sublimarea (canalizarea emoțiilor negative spre scopuri productive).

Modele ale îmbătrânirii frumoase sau optime

Dat fiind faptul că viteza îmbătrânirii este influențată de anumiți factori modificabili, rezultă că unii oameni pot să îmbătrânească mai frumos decât alții. În legătură cu acest fapt, există câteva teorii și cercetări clasice și actuale:

Teoria dezimplicării versus teoria activității

Prima teorie (Cumming și Henry, 1961) susține că îmbătrânirea aduce în mod normal o reducere treptată a implicării sociale și o preocupare mai mare pentru propria persoană. Potrivit celeilalte teorii, cu cât vârstnicii rămân mai activi, cu atât îmbătrânesc mai frumos. Prima teorie nu a obținut o susținere din partea cercetătorilor și aproape că a dispărut din literatura empirică. Dar și teoria activității (Neugarten, Havinghurst și Tobin, 1968), care corelează activitatea cu mulțumirea de viață, este discutabilă. Pentru unii oameni satisfacția vine din dezimplicare, ceea ce arată că generalizările cu privire la un anumit tipar al îmbătrânirii frumoase pot fi riscante. O versiune mai specifică a acestei teorii (Lenon, Bengtson și Peterson, 1972) postulează că frecvența și gradul de intimitate socială a activităților sunt importante pentru mulțumirea față de viață.

Teoria continuității (Atchley, 1989) subliniază nevoia oamenilor de a păstra o legătură între trecut și prezent. Din această perspectivă, activitatea nu este important în sine, ci în măsura în care reprezintă continuarea unui stil de viață. Pentru adulții vârstnici care au fost mereu implicați și activi, ar putea fi important să aibă în continuare un nivel ridicat de activitate.

Rolul productivității

Unii cercetători se concentrează asupra activităților productive, plătite sau neplătite, considerate o cheie a îmbătrânirii frumoase. Vârstnicii care se simt utili altora au o probabilitate mai mare de a rămâne în viață și sănătoși. Totuși, unii cercetători sugerează că implicarea frecventă în activități de timp liber poate fi la fel de benefică pentru sănătate și starea de bine, la fel ca implicarea frecventă în activități productive.

Optimizarea selectivă

Acest model, conturat de Batles și colegii săi (2005), descrie strategiile care le permit oamenilor să se adapteze la echilibrul schimbător al dezvoltării și al declinului pe tot parcursul vieții. La bătrânețe, resursele sunt canalizate mai mult spre păstrarea sănătății și spre gestionarea pierderilor. Vârstnicii pot să-și conserve resursele selectând activități și obiective mai puține și mai semnificative spre care să-și canalizeze eforturile, optimizând, adică exploatarea la maximum resursele de care dispun pentru a-și atinge obiectivele și compensând pierderile prin mobilizarea resurselor în modalități alternative de a-și atinge obiectivele. (ex: folosirea aparatelor auditive pentru a compensa pierderea auzului).

Relațiile personale spre sfârșitul vieții

Pe măsură ce îmbătrânesc, oamenii tind să petreacă mai puțin timp împreună cu alții. Oamenii care sunt pensionați mai de mult timp au mai puține contacte sociale decât cei pensionați recent sau decât cei care încă lucrează. Infirmitățile fac ca unii vârstnici să iasă și să socializeze mai greu. Chiar dacă au rețele sociale mai mici decât cele ale adulților tineri, ei tind să aibă tot atâtea relații foarte strânse și să fie mai mulțumiți cu cele pe care le au. Sentimentele lor pozitive față de vechii lor prieteni sunt la fel de puternice ca ale adulților tineri, iar sentimentele pozitive față de rudele lor sunt mai puternice. Sprijinul emoțional și legăturile pozitive îi ajută pe vârstnici să-și păstreze mulțumirea față de viață, în ciuda stresului și a traumelor, cum ar fi pierderea soțului sau a unui copil. Relațiile dificile, marcate de critică, respingere pot fi agenți stresori cronici.

În ceea ce privește căsnicia, modul în care cuplurile rezolvă conflictele este o cheie a mulțumirii conjugale pe tot parcursul vieții adulte. Oamenii căsătoriți, cu multe neînțelegeri în căsnicie, tind să fie mai puțin mulțumiți cu viața lor și să aibă o stimă de sine mai scăzută. Capacitatea mai bună a cuplurilor vârstnice de a-și regla emoțiile reduce gravitatea conflictelor. Dacă pentru bărbații vârstnici, faptul de a fi căsătoriți pare a fi benefic pentru sănătate, sănătatea femeilor vârstnice pare a fi corelată mai mult cu calitatea căstoriei. La bătrânețe, căsnicia poate fi pusă drastic la încercare de vârsta înaintată și de bolile fizice, deși o relație conjugală apropiată poate să modereze efectele psihologice negative ale dizabilităților funcționale, prin reducerea anxietății și a depresiei și sporirea stimei de sine. Soții care trebuie să-și îngrijească partenerul invalid se pot simți izolați, furioși și frustrați, mai ales dacă au la rândul lor o sănătate șubredă.

Femeile vârstnice au o probabilitate mai mare de văduvie decât bărbații, dar și o probabilitate mai mică de căsătorie decât bărbații. Adulții vârstnici văduvi au o probabilitate tot mai mare de coabitare.

Relațiile cu copiii adulți sunt foarte importante la bătrânețe. Copiii oferă o legătură cu alți membri ai familiei, îndeosebi cu nepoții. Părinții care au o legătură bună cu copiii lor adulți au o probabilitate mai mică de a suferi de singurătate și de a fi deprimăți. Mulți copii adulți oferă sprijin și îngrijiri directe părinților lor vârstnici. Părinții vârstnici care își permit, continuă adesea să ofere sprijin financiar copiilor sau îi ajută la treburile gospodărești ori la îngrijirea copiilor lor. Părinții vârstnici continuă să manifeste o preocupare intensă pentru copiii lor. Tind să sufere dacă aceștia au probleme grave și ar putea să considere aceste probleme drept un semn al eșecului lor ca părinți. Mulți vârstnici ai căror copii adulți sunt bolnavi psihic, au retardare mentală, o dizabilitate fizică sau sunt afectați de o boală gravă, îndeplinesc rolul de îngrijitori primari.

Frații și surorile joacă roluri importante în rețeaua de sprijin a vârstnicilor. Ei oferă mai mult sprijin emoțional decât prietenii.

Unii adulți vârstnici ajung străbunici. Srăbunicii, ca urmare a sănătății șubrede și a împrăștierii familiei, tind să fie mai puțin implicați în viața stănepoților.

IX. Confruntarea cu moartea și cu doliul

IX.1. Confruntarea cu moartea și cu pierderea

IX.2. Probleme medicale, legale și etice: „dreptul la moarte”

Moartea este o realitate biologică, dar are totodată aspecte sociale, culturale, istorice, religioase, juridice, psihologice, de dezvoltare, medicale și etice.

Între aspectele culturale ale morții se numără îngrijirea muribunzilor și a morților și comportamentului față de ei, contextul în care survine de obicei moartea și ritualurile de jelire a morților.

IX.1. Confruntarea cu moartea și cu pierderea

Chiar și fără boli identificabile, oamenii aflați în jurul vârstei de 100 de ani – aproape de limita actuală a duratei vieții umane – tind să se confrunte cu declin funcțional, să-și piardă interesul față de mâncare și lichide și să moară din cauze firești. Scimbări de acest fel au fost observate și la oamenii mai tineri care se apropie de moarte

Scăderea terminală sau declinul terminal se referă în mod specific la o deteriorare frecvent observată a capacităților cognitive, cu puțin timp înaintea morții.

În activitatea ei de pionierat cu oameni muribunzi, Elisabeth Kubler-Ross (1969, 1970), medic psihiatru, a descris cinci stadii ale procesului de împăcare cu moartea: *negarea* („Nu poate să mi se întâmple asta!”), *furia* („De ce eu?”), *târguirea pentru un plus de timp* („Dacă aș putea să mai trăiesc să-mi văd fata măritată, nu mai cer nimic altceva!”), *depresia* și, în final, *acceptarea*.

Deși emoțiile descrise de ea sunt frecvent întâlnite, nu toți oamenii traversează cele cinci stadii și nici nu le parcurg neapărat în aceeași ordine. Moartea, la fel ca viața, este o experiență personală.

Tipare ale doliului

Pierdere grea – pierderea unei persoane apropiate și procesul adaptării la ea – poate afecta practic toate aspectele vieții unui supraviețuitor. Pierdere grea aduce și o schimbare de statut și rol, de exemplu de la soție la văduvă sau de la fiu (fiică) la orfan. Ea poate avea consecințe sociale și economice – pierderea unor prieteni și, uneori, a venitului.

Doliul, la fel ca moartea, este o experiență extrem de personală. Unii oameni își revin relativ repede după o pierdere grea, alții niciodată.

Modelul clasic al travaliului de doliu

1. *Șoc și refuzul de crede*. Imediat după un deces, supraviețuitorii se simt adesea pierduți și confuzi. Pe măsură ce conștientizează pierderea, amărârea inițială lasă locul unor sentimente copleșitoare de tristețe și acceselor frecvente de plâns. Acest stadiu poate dura câteva săptămâni.

2. *Preocuparea față de memoria persoanei decedate* (între 6 luni și aproximativ 2 ani). Supraviețuitorul încearcă să se împace cu decesul, dar încă nu-l poate accepta. Văduva ar putea să re trăiască moartea soțului ei și întreaga lor relație.
3. *Rezolvarea*. Persoana care a suferit o pierdere își recapătă interesul față de problemele cotidiene. Amintirile despre decedat trezesc sentimente de afecțiune amestecată cu tristețe.

Deși travaliul de doliu descris mai sus este des întâlnit, el nu urmează neapărat o traiectorie directă de la șoc la rezolvare. Doliul cronic poate fi extrem de dureros, iar acceptarea, extrem de dificilă. Alți îndoliați trec treptat de la o suferință intensă la o suferință redusă, iar alții nu resimt suferință intensă imediat și nici mai târziu.

Stresul văduviei afectează deseori sănătatea fizică și psihică. Pierderea grea poate să determine funcționarea mai proastă a sistemului imunitar, ducând la dureri de cap, amețeală, indigestie sau dureri toracice. De asemenea, ea presupune riscuri mai mari de dizabilitate, consum de medicamente, spitalizare și chiar moarte. Riscul de moarte din cauze naturale sau sinucidere este maxim în primele luni după o pierdere și este mai ridicat la adulții mai tineri. Pierderea grea poate duce totodată la probleme de memorie, la pierderea apetitului și dificultăți de concentrare și mărește riscul de anxietate, depresie, insomnie și disfuncție socială.

Văduvia poate să creeze și probleme practice. Văduvele ai căror soți fuseseră principalii asiguratorii ai traiului se pot confrunta cu dificultăți economice sau cad pradă sărăciei. Văduvia ar putea fi nevoiți să plătească pentru serviciile casnice pe care le asigura soția. În situația în care ambii soți aveau venituri, pierderea unuia dintre ele poate fi dificilă.

Pierderea unui părinte este dificilă oricând, chiar și la vârsta adultă. Adultul care a suferit această pierdere poate să-și asume mai multă responsabilitate față de părintele supraviețuitor și față de păstrarea familiei laolaltă. Frații se pot apropia mai mult, ca urmare a emoțiilor intense ale pierderii sau se pot înstrăina din cauza neînțelegerilor care au apărut în timpul ultimei boli a părintelui. Moartea celui de-al doilea părinte poate avea un impact deosebit de mare. Copilul adult poate avea un sentiment mai acut al mortalității acum, că tamponul generației vârstnice a dispărut.

Pierderea unui copil este un șoc extrem de crud, un eveniment prematur care, în ordinea firească a lucrurilor, n-ar trebui să se întâmple niciodată. Părinții care au pierdut un copil, mai ales mamele, au un risc sporit de a fi internați pentru boli psihice. Stresul pierderii unui copil poate chiar să grăbească moartea părintelui lui.

IX.2. Probleme medicale, legale și etice: „dreptul la moarte”

Au oamenii dreptul la moarte? Dacă da, în ce condiții? Persoanei bolnave în stadiu terminal care vrea să se sinucidă ar trebui să i se permită acest lucru sau să i se dea ajutor pentru a o face? Medicul ar trebui să prescrie medicamente care vor ușura durerea, dar ar putea scurta viața pacientului? Dar să administreze o injecție letală pentru a pune capăt suferinței pacientului? Aceste sunt câteva din chestiunile morale, etice și legale spinoase cu care se confruntă indivizii, familia, medicii și societatea – chestiuni legate de calitatea vieții și de natura și circumstanțele morții.

Până acum câteva decenii, ideea de a ajuta pe cineva drag și suferind să grăbească moartea era practic ceva nemaiauzit. Schimbarea atitudinii față de grăbirea morții poate fi

atribuită în mare măsură repulsiei față de tehnologiile care țin pacienții în viață împotriva voinței, în ciuda suferințelor intense și uneori chiar după ce creierul încetează practic să mai funcționeze.

*Eutanasi*e înseamnă moarte bună. *Eutanasia pasivă* înseamnă neadministrarea sau întreruperea deliberată a tratamentului care ar putea prelungi viața unei persoane bolnave în stadiu terminal, cum ar fi medicația, sistemele de asistare a vieții sau tuburile de hrănire. În schimb, în *eutanasia activă* (numită uneori ucidere din compasiune), sunt luate măsuri directe și deliberate pentru scurtarea unei vieți. Totuși, eutanasia activă este, în general, ilegală; în anumite condiții, eutanasia pasivă nu este.

Sinuciderea asistată - în care medicul sau altcineva ajută persoana să-și provoace moartea – se referă la situațiile în care oamenii cu boli incurabile în stadiu terminal cer ajutor ca să-și pună capăt vieții. Sinuciderea asistată este ilegală în multe locuri, dar în ultimii ani a intrat în prim-planul dezbaterilor publice.

Argumentele etice în favoarea sinuciderii asistate au la bază principiul autonomiei și cel al autodeterminării: persoanele în deplinătatea facultăților mentale ar trebui să aibă dreptul de a controla calitatea vieții proprii și momentul și natura morții lor. Adepții sinuciderii asistate atribuie mare valoare păstrării demnității și al statutului de persoană al ființei umane muribunde.

Argumentele etice împotriva sinuciderii asistate se centrează pe două principii:

- 1-credința că a pune capăt unei vieți, chiar și cu consimțământ, este o greșeală;
- 2-grija față de apărarea celor dezavantajați.

Cei care se opun arată că autonomia este limitată deseori de sărăcie, dizabilitate sau apartenența la un grup stigmatizat social și se tem că persoanele din aceste categorii ar putea fi presate în mod subtil să aleagă sinuciderea.

Între argumentele medicale împotriva sinuciderii asistate se numără posibilitatea diagnosticării greșite, posibila existență în viitor a unor tratamente noi, probabilitatea prognozei greșite și credința că a ajuta pe cineva să moară este incompatibil cu rolul de vindecător al medicului.

