

2

Grupuri sociale: Caracteristici. Statistici. Tendințe

Repere

- Interacțiunea bibliotecii cu comunitatea
- Caracteristica celor mai reprezentative grupuri dezavantajate
- Cauzele și consecințele handicapului
- Delimitări conceptuale și noționale ale categoriei "persoane dezavantajate"
- Modelul social versus modelul medical
- Demografia, componența, percepția categoriei „persoane dezavantajate”

Cuvinte-cheie

Infirmitate

Dizabilitate

Dezavantaj

Handicap asociat

Handicap invizibil

Marginalul

Toleranță

Persoane private de libertate

Model social

Deficiență

Handicap

Polihandicap

Handicap vizibil

Handicap temporar

Diversitate

Persoane înaintate în vârstă

Minorități culturale

Model medical

„Efectul unei acțiuni asupra altora nu depinde numai de caracterul acțiunii, ci și de natura fenomenului asupra căruia se exercită”¹.

2.1. Diversitatea spectrului uman

Biblioteca, ca instituție, se numără printre organizațiile care au ca obiect de exercitare a funcțiilor sale omul – omul cu necesitățile sale informaționale, educaționale și recreaționale. În relația sa zilnică și de lungă durată biblioteca intră tot mai strâns în relații de interacțiune, omul devenind chiar obiect de cercetare, subiectul determinant al scopurilor, funcțiilor, misiunii bibliotecii. Colaborarea eficientă dintre bibliotecă și om asigură o linie ascendentă de progres a biblioteconomiei, o determinantă a dezvoltării, diversificării, durabilității și evoluției ei.

În ultimul timp, se face simțită, în sens pozitiv, extensiunea acestei interacțiuni cu tot mai multe grupuri sociale, care mai înainte erau prea puțin reprezentate sau lipseau cu desăvârșire printre rândurile utilizatorilor bibliotecii – persoanele dez-

avantajate – adică omul, care se află pe coordonate mai critice decât ceilalți, în diverse dificultăți. Biblioteca integrează ascendent diverse categorii de copii și adulți afectați de diferite deficiențe, handicapuri, afectați de excluziune socială, sporindu-și capacitatea de integrare informațională, culturală, educațională, socială.

Oamenii sunt foarte diverși din punct de vedere fizic, psihic, intelectual. Omul poate fi: scund-înalt, slab-gras, alb-negru, sănătos-bolnav, român-altă naționalitate, frumos-urât, geniu-mediocru. Toate aceste criterii pot crea dezavantaje de integrare deplină în societate, de utilizare și beneficiere de serviciile publice printre care se numără și serviciile bibliotecii.

Dezavantajele sunt de ordin senzorial și intelectual, tulburări de comportament sau asociate, cauzate de diferite deficiențe sau de circumstanțe sociale, pot fi cauzate de sărăcie, educație neadecvată etc.

Dezavantajele sunt caracterizate de legități proprii diferitor deficiențe (dizabilități, handicapuri) și de determinări care le sunt specifice. Cunoașterea caracteristicilor handicapurilor/deficiențelor este pregnant necesară bibliotecarului în scopul selectării metodelor, formelor și instrumentelor de lucru cu diverse categorii afectate de dezavantaje, precum și colaborarea cu medici, pedagogi, sociologi pentru a susține o activitate de incluziune.

Este simplu, la prima vedere, să stabilești natura deficienței în cazul unei surdități, paralizii, orbiri, amputări a unor membre. Este mai greu să stabilești tulburările de comportament într-o lume a stresului, a inegalității, a sărăciei. Este foarte greu să stabilești multe deficiențe care nu se văd, așa-numitele deficiențe ascunse sau invizibile. Ponderea multor deficiențe de comportament, mintale, ascunse este atribuită mediului care poate acționa negativ pe fondul intern patogen.

Vom încerca să trecem în revistă caracteristica handicapurilor (deficiențelor) senzoriale, motorii, intelectuale, de comportament și cele asociate.

2. 2. Grupuri și caracteristici

2.2.1. Deficiențe senzoriale

Deficiențele senzoriale sunt cauzate de afectarea organelor de simț, a analizatorilor optic, auditiv, motoriu și includ: *handicapul de vedere / deficiențe de vedere / dizabilitate de vedere* (orbii sau nevăzătorii și ambliopii sau slabvăzătorii), *handicapul / deficiențe de auz/* (surdomușii și hipoacuzicii).

a) *Handicap de vedere / deficiențe de vedere / dizabilitate de vedere* (orbii sau nevăzătorii și ambliopii sau slabvăzătorii).

Cauzele deficienței de vedere sunt comune și altor handicapuri, dar există și cauze specifice ca:

- Tulburări ale refracției oculare ca miopia, astigmatismul,
- Tulburări ale retinei care diminuează acuitatea vizuală,
- Tulburări ale nervului optic,
- Tulburări ale cecității corticale (aparitia unor pete oarbe în câmpul vizual),
- Glaucomul ale cărui acțiuni sunt ireversibile,
- Traumatisme oculare,
- Strabismul (dezechilibrul în coordonarea lobilor oculari).

Toate aceste cauze pot fi prevenite prin intervenție medicală și educarea de sănătate, arie unde se include și biblioteca.

Handicapul de vedere se împarte în handicap *congenital* și cel *survenit*. Cunoașterea deosebirilor dintre ele este importantă pentru organizarea activităților cu ei în bibliotecă. În handicapul congenital nevăzătorii nu au reprezentări vizuale și experiențe optice. În cazul handicapului survenit tardiv omul are conservate imagini vizuale, care influențează viața în condițiile de handicap. Pentru bibliotecar este foarte important să știe dacă persoana dezavantajată are unele rămășițe de vedere, pentru organizarea asistenței informaționale, care necesită resurse speciale, tehnică asistivă specială, iluminare adecvată, semnaj de orientare spațială, mediu ferit de obstacole.

Ambliopii învață scrierea obișnuită de cei văzători, nevăzători, însă, utilizează alfabetul Braille. Alfabetul Braille și cartea sonoră oferă nevăzătorilor posibilitatea accesului la informație, educație, cultură, aspecte importante ale dezvoltării personalității în contextul complex al lumii înconjurătoare.

În condiții de mediu bine gândite și adaptate la cerințele de orientare, dezvoltare a handicapului de vedere, reprezentanții acestui grup pot obține rezultate edificatoare.

b) *Handicap / deficiență / dizabilitate auditivă* (surdomuții și hipoacuzicii).

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) publică periodic statistici referitoare la handicapuri pe mapamond. Datele plasate pe web arată că fiecare al 10-lea om are deficiență de auz de intensitate mică sau gravă și se consideră una din cele patru cele mai răspândite condiții de afectare a sănătății.

Acuitatea auditivă se măsoară în decibeli și poate fi de diferite grade – *atenuantă, parțială sau gravă*. Specialiștii în psihopedagogie specială clasifică dizabilitatea auditivă în felul următor:

- Între 0-30 decibeli – hipoacuzie ușoară,
- Între 30-60 decibeli – hipoacuzie medie,
- Între 60-90 decibeli – hipoacuzie severă,
- Peste 90 decibeli – surditate sau cofoză.

Calificativul „surzi” se atribuie doar ultimei categorii din această clasificare.

Deficiențele de auz pot fi ereditare sau dobândite. Cele dobândite se clasifică în: (1) *prenatale*, care pot fi cauzate de maladiile infecțioase ale gravidei, tulburări metabolice, endocrine, diabet, hemoragii; (2) *neonatale*, care pot fi cauzate de leziuni în timpul nașterii, incompatibilitatea între grupele de sânge ș.a.; (3) *postnatale*, care pot fi cauzate de infecții toxice sau traume.

Deficiențele de auz pot fi provocate de foarte mulți factori și anume: meningite, encefalite, sifilis, poliomielite, difterie, pojar, herpes, tuberculoză, otite, abuzuri de antibiotice, alcoolism, droguri ș.a. Multe din ele pot fi prevenite prin intermediul informațiilor referitoare la sănătate, care trebuie să fie prezente în colecțiile bibliotecii. Ultimele cercetări medicale arată că la pierderea auzului contribuie în mare proporție artritele, hipertensiunea arterială și afecțiunile cardiace.

Hipoacuzia pune amprente serioase pe activitatea psihică, socială a omului, iar consecințele sunt blocajele (1) de însușire a comunicării verbale și (2) de dobân-

dire a experienței socioumane. Dificultatea integrării acestui grup social constă în comunicare. O comunicare eficientă cu persoana cu dificultate de auz trebuie susținută printr-un sistem de „comunicare totală” care include: *comunicarea orală, labiolectura, scrierea, citirea*. Handicapații de auz sunt un grup retras, izolat, cu puternică apartenență de grup, dețin relații interumane foarte restrânse, în virtutea situației critice de comunicare, ceea ce duce la o foarte slabă integrare socială.

Bibliotecarul trebuie să știe că surdo-mutul însușește limbajul scris-citit concomitent cu însușirea limbajului vorbit și acest proces durează o perioadă foarte lungă. În activitatea cu hipoacuzicii biblioteca va lua în considerație factorii informativi, formativi, sociali, de design universal, iar bibliotecarul va reține că fiecare persoană cu dizabilitate de auz este o personalitate și are necesitățile sale individuale care necesită ajutor diferit. Mulți din reprezentanții acestui grup pot avea dificultăți de comportament datorită dificultăților de comunicare cu alți oameni, simțindu-se frustrați de incapacitatea lor de a se exprima pe înțelesul tuturor. De aici decurg și problemele de integrare a acestui grup, comunicarea fiind un aspect important al apartenenței la o comunitate.

Pentru o activitate de succes, cu persoanele hipoacuzice și surde, biblioteca trebuie să utilizeze toate mijloacele de comunicare: vorbirea, semnele sau gesticulația, imaginile și scrisul, combinația acestora în funcție de gravitatea dizabilității pentru a transmite și recepta mesajul necesar.

2.2.2. Handicap de motricitate / dizabilitate fizică / sau deficiențe motorii (în psihopedagogia specială)

Conform datelor publicate de Organizația Mondială a Sănătății (OMS), se estimează că 4 din 10 oameni au o dizabilitate fizică, 33% de familii au un membru cu dizabilități fizice, din toți adulții fără dizabilități fizice, 50% au soție, copil, părinte, prieten apropiat, vecin cu dizabilitate fizică.

Dizabilitatea fizică este foarte variată și include: *artrite, paralizii, scleroză multiplă, distrofie musculară, spina Bifida, hemiplegii, amputări ale membrilor, anchiloze, malformații* etc. Ele pot fi de diferite grade – de la cele ușoare, care nu afectează activitatea individului, până la foarte grave, care marchează întreaga viață.

Handicapații fizic sunt, intelectual, normali, dar în virtutea situației lor sunt fragili, se simt frustrați, exagerat de sensibili la reacția celor din jur.

Cauzele handicapului fizic se împart în (1) *predispozante (ereditare)*, (2) *favorizante* (factori care influențează negativ starea de sănătate cum ar fi condițiile neadecvate de trai și existență, regimul alimentar, nivelul scăzut de aer și lumină în locuință, regimul defectuos de viață, accidente) și (3) *declanșatoare* care includ bolile cronice, convalescențe lungi, intervențiile chirurgicale grele, infecțiile etc.

Persoanele cu handicap fizic se mișcă greu, se orientează greu în structura spațială, aspect important al integrării corporale în spațiu. Aceasta duce la dezorientare, la teama de spațiile mari, de situațiile noi, datorate lipsei de încredere în forțele proprii. Biblioteca trebuie să țină cont de cerințele de acces și deplasare a persoanelor cu handicap de motricitate – intrări pentru cărucior, mese speciale, spații adecvate fără obstacole. (Vezi capitolul *Acces fizic*.)

O atenție deosebită necesită persoanele care rămân ținute la pat sau izolate care necesită educație la domiciliu. În acest caz biblioteca practică activitate extra-muros – servirea informațională la domiciliu, la locul de instituționalizare, activități de socializare în afara așezământului bibliotecii. (Vezi capitolul *Servicii*.)

2.2.3. Handicap / deficiență / dizabilitate mintală

Dizabilitatea mintală include: handicapul de intelect, handicapul de limbaj sau deficiențe de vorbire și scriere, handicapul de comportament.

În biblioteconomia internațională (IFLA, ALA și asociațiile naționale de bibliotecari din alte țări) se utilizează sintagma aceasta pentru persoane cu handicap de însușire sau dezvoltare – (*developmental disability*), înțelegere și comportament. Dizabilitățile mintale, se consideră în Occident, sunt boli psihice care afectează percepția și gândirea. Din cauza lor, oamenii pot să gândească, să acționeze și să simtă diferit decât alții. Tipurile de boli mintale includ *maladia Alzheimer, anorexia, bulimia, depresiile de diferite tipuri, panica, fobiile, schizofrenia ș.a.*, termeni cunoscuți de toți bibliotecarii.

Există diferite nivele de complexitate a handicapului mintal, dar vom urma clasificarea științifică a acestei dizabilități, așa cum o dau psihopedagogii în RM și România.

a) *Handicapuri de intelect* sau deficiențe intelectuale care survin în urma multor cauze din care: (1) leziuni sau disfuncționalități ale sistemului nervos, (2) factori ereditari, (3) vârsta prea fragedă sau prea înaintată a părinților, (4) tulburări metabolice sau degenerative cu influențe asupra dezvoltării sistemului cerebral, (5) bolile infecțioase care afectează, în consecință, circuitele nervoase sau dezvoltarea craniocerebrală, (6) traume la nivelul craniului, (7) intoxicații alcoolice sau cu alte substanțe chimice, (8) factorii stresanți în timpul sarcinii, (9) factori socio-economici care cauzează subnutriția, (10) lipsa afecțiunii de la vârstă fragedă, (11) radiațiile.

Cauzele sunt multiple și pot provoca diferite grade de handicap al intelectului la om, în dependență de rezistența organismului, perioada de acționare, de imunitatea ereditară la diferiți factori nocivi. Clasificarea handicapului de intelect se face pe baza testării coeficientului de inteligență, a coeficientului de dezvoltare psihică. Specialiștii evidențiază patru grupuri de handicap de intelect:

- Intelect de limită – cu un IQ (coeficient de inteligență) între 85-90. Acest rezultat marchează limita dintre normalitate și handicap;
- Debilitate mintală (sau handicap ușor, lejer) – cu un IQ între 50-85;
- Handicap de intelect sever (imbecilitate) – cu un IQ între 20-50;
- Handicap de intelect profund (idioțenie) – cu un IQ sub 20.

Specialiștii americani, însă, consideră dizabilitate de intelect un IQ mai jos de 75-70 de puncte.

Biblioteca, ca instituție cu funcții informaționale și educaționale, trebuie să susțină necesitățile de instruire ale acestor categorii de persoane care se compun din instruirea, însușirea de informații, dezvoltarea însușirilor de personalitate, formarea unor comportamente social-dezirabile. Aici biblioteca se include cu paterne pozitive din cărți, informații lejere profesionale, biblioterapie, forme care contribuie la integrarea persoanei în comunitate. Cât de gravă poate fi dificultatea de

a învăța a persoanei cu dizabilitate mintală? Trebuie să ținem minte că fiecare din ele poate învăța câte ceva, dacă i se acordă ajutor adecvat, se utilizează metodele adecvate și se comunică cu ele la nivelul adecvat lor. Asigurarea condițiilor bune de existență (adică satisfacerea nevoilor personale după Maslow) pune handicapul într-o stare de echilibru, stare care facilitează adaptarea persoanei la mediul înconjurător. Rezultatul bun în activitatea cu acest grup social depinde de atitudinea pe care o construiește biblioteca în relația cu membrii grupului.

b) *Handicap de limbaj sau deficiență de vorbire și scriere*

Handicapurile de limbaj pot apărea la oameni cu intelect normal, dar de cele mai multe ori la cei cu handicap de intelect sau senzorial. Factorii care pot influența negativ dezvoltarea limbajului acționează (a) în perioada intrauterină de dezvoltare a fătului, (b) în timpul nașterii, (c) după naștere și în perioade mult mai tardive.

Cauzele din perioada sarcinii pot fi: (1) intoxicații și infecții ale mamei, (2) incompatibilitate Rh, (3) neacceptarea psihică a sarcinii, (4) spaima, stresuri. Cele din timpul nașterii sunt: (1) nașterile grele care duc la leziuni diferite, (2) asfixiile, (3) traumele fizice și cele de după naștere care sunt cele mai multe. Cauzele se pot grupa în cauze *organice, funcționale, psihoneurologice, psihosociale*. Mulți specialiști au încercat clasificarea handicapurilor de limbaj bazate pe diferite criterii – *medicale, lingvistice, morfologice, etiologice* etc. Clasificarea care s-a impus în literatura de specialitate aparține specialistului român Emil Verza:

- Tulburări de pronunție (dislalie, rinolalie, dizartrie)
- Tulburări de ritm și fluentă (bâlbâială, logonevroză, tahilalie, bradilalie, aptonaghie, tulburări pe bază de coree)
- Tulburări de voce (afonie, disfonie, fonostenie)
- Tulburări ale limbajului citit-scris (dislaxie-alexie, disgrafie-agrafie)
- Tulburări polimorfe (afazie, alalie)
- Tulburări de dezvoltare a limbajului (mutism psihogen, electiv sau voluntar, retard sau întârziere în dezvoltarea generală a vorbirii)
- Tulburări ale limbajului bazat pe disfuncțiile psihice (dislogii, ecolalii, jargonofazii, bradifazii).

Memorizarea acestei clasificări nu este atât de importantă pentru bibliotecari, dar cunoașterea tipurilor de handicap de limbaj ajută bibliotecarul (1) la organizarea corectă a activităților cu persoanele și copiii afectați de acest handicap, (2) la constituirea calitativă a colecției despre sănătate, (3) la procesul de comunicare cu ei. (Vezi capitolul *Servicii*.)

Persoanele cu handicap de limbaj au alterată relația *limbaj-comportament-personalitate*, care se dezvoltă sub influența factorilor sociali ca familia, școala, biblioteca, comunitatea în general, ele având roluri foarte importante. Ei permanent sunt în încordare, au reticențe în relaționarea cu cei din jur, trăiesc fenomenul ca pe o dramă. Implicați în integrarea persoanelor cu handicap de limbaj, bibliotecarii trebuie să adopte un comportament pozitivist și atitudine încurajatoare de susținere, apreciere a randamentului de efort al utilizatorului în dorința de informare, socializare.

Demersul bibliotecii se construiește pe coordonate de acțiune sugestivă și de influențare pozitivă a individului orientat spre dezvoltarea încrederii individului în forțele proprii, formarea convingerii – mai întâi a bibliotecarilor și apoi furnizate in-

divizilor – că handicapul de limbaj nu-i neapărat handicap de intelect. Se impune înlăturarea atitudinii negativiste și dezvoltarea optimismului.

c) *Handicapul de comportament*, sau marginalul, include vagabonzi, copii ai străzii, delicvenți, prostituate.

Aceste categorii compun culoarele subterane ale societății. Marginalul este fenomenul mizeriei sociale, al sărăciei educaționale și cuprinde progresiv variate grupuri ale societății.

Comportamentul individului se manifestă în relația sa cu mediul înconjurător. Efectele manifestărilor comportamentale amplifică sau modifică caracteristicile care declanșează diferite acțiuni ale individului, cauzate de tulburări de ordin intern ca: anxietatea și frustrările, instabilitatea afectivă, depresia, ostilitatea și neacceptarea colaborării cu cei din jur, indiferența, izolarea și evitarea celor din jur, trăirea tensionată a unor handicapuri, dereglările unor funcții psihice. Aceste tulburări, în funcție de intensitatea lor, declanșează handicapuri comportamentale.

Multiple sunt cauzele care le generează: predispoziții înăscute, sechele dobândite în urma leziunilor cerebrale, modificări endocrine, disconfortul psihic, influențele negative ale anturajului, greșelile de educație, tratarea discriminatorie ș.a. Aceste cauze duc la inadaptare socială ca formă a handicapului de comportament.

De regulă, unul din patru copii cu handicap de învățare au de asemenea tulburări de comportament. Dar trebuie să ținem minte că ceea ce un profesor, o familie sau o bibliotecă consideră a fi un comportament inacceptabil, poate fi considerat acceptabil de alt profesor, familie sau bibliotecă. Integrarea persoanelor cu handicap de comportament depinde de mai multe componente. Una din ele, foarte importantă, este componenta (1) afectiv-motivațională. A doua componentă (2) intelectual-cognitivă poate fi realizată în colaborare cu școlile și bibliotecile care le pot oferi șanse de a achiziționa experiențe cognitive noi. Ultima componentă este cea (3) socială, care se referă la implicarea persoanei în activități comunitare, bibliotecare.

2.2.4. Polihandicapul sau deficiențele asociate include persoane cu diferite asocieri de deficiențe: orb-surdmut, orb-deficient motor, orb-oligofren-deficient motor, oligofren cu tulburări grele comportamentale etc., dintre care cele mai grave sunt surdo-cecitatea și autismul, handicap considerat ca cecitate mintală.

Cauzele polihandicapurilor sunt aceleași, pe care le-am enumerat la diferite handicapuri, dar cu incursiuni mai grave, pe care le-am enumerat în § 1, 2, 3.

Din grupurile enumerate bibliotecile pot lucra cu succes cu autiștii. Cauzele acestui handicap pot fi presupuse. Aducem aici punctul de vedere, bazat pe experiența de a avea un copil cu autism și din lecturi de specialitate, al lui Matei Călinescu, profesor la Universitatea Bloomington, SUA.

„Din lecturile mele despre autism, multe și haotice (de la o carte de orientare psihanalitică, ca aceea mai veche și depășită a lui Bruno Bettelheim, *The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self*, care vedea autismul ca pe un blocaj traumatic construit de o experiență infantilă echivalentă cu aceea a unui prizonier într-un lagăr de exterminare nazist, la cea scrisă de doi mari etologi, cunoscuți pentru studiile lor despre comportamentul animalelor, Niko Tinbergen și Elisabeth A. Tinbergen, *Autistic Children: New Hope for a Cure*, din 1983, la aceea fundamentală – dar nu știam

pe atunci cât de importantă era – de Lorna Wing, *Early Childhood Autism*, din 1976, la studii recente, strict tehnice, din *Journal of Autism and Developmental Disorders*, pe care-l urmăream număr de număr), ajunseseam, oscilând între deznădejde, speranță și interesul pur intelectual pe care mi-l stimulau, la concluzia că autismul e un întreg spectru de afecțiuni cerebrale și psihice, mergând de la formele cele mai grave până la cele mai apropiate de „normalitate”, care se și confundau adesea cu ea; și că, lăsând la o parte alte diferențe, tipologice sau individuale, cele trei domenii psihologice în care se manifestă autismul sunt: *limbajul*, *imaginația* și *socializarea* (adică percepția semnelor comportamentale de recunoaștere tacită a mișcărilor corporale, a gesturilor, a privirilor celorlalți, care fac posibile comunicarea socială și înțelegerea nemijlocită a felului cum trebuie luate mesajele lingvistice orale: ca simple formule de politețe, în serios, în glumă, în sens figurat etc.)².

...De-a lungul anilor, am continuat să citesc despre autism și am reușit să-mi formez o imagine mai coerentă despre această afecțiune care, cum am mai spus, nu se deosebește cu nimic de «normalitate» până la vârsta de 2-3 ani și care, în anumite cazuri, poate coexista cu «normalitatea» (în sensul de funcționare «normală» în societate), în cursul unei vieți întregi. Marea enigmă rămânea însă. Ceea ce înțeleg mai bine acum – o înțelegere care a fost din nefericire neputincioasă în a-l ajuta pe *M* – e caracterul «modular» al funcțiunilor psihice, faptul că fiecare dintre ele depinde de mai multe sisteme sau subsisteme cerebrale, a căror coordonare este de o complexitate crescândă, pe măsură ce cercetarea avansează. Cărei microdisfuncții i se datorează autismul? Sunt tot felul de teorii, care au cel puțin meritul că permit ipoteze și contraipoteze, deocamdată nefalsificabile³.

„Sensul lui medical actual, precizat după Kanner și dezvoltat după aceea, e rezumat în triada de deficiențe a Lornei Wing, în *domeniul comunicării* (dificultăți de limbaj), în *domeniul socializării* (dificultăți de a interpreta limbaje neverbale, priviri, gesturi în context etc.) și în *domeniul imaginației* (greutăți în a înțelege jocuri simbolice simple, de tipul *pretend*, «ce-ar fi dac-ar fi», adică asumarea de roluri, incapacitatea de a transforma imaginativ ceva în altceva, precum și incapacitatea de a iniția acțiuni, jocuri, căutări aventuroase etc.)”⁴.

2.2.5. Alte deficiențe cu afecțiune de lungă durată (afecțiuni neuropsihice, cardiace, reumatice, diabet, T.B.C. pulmonar și osos, epilepsie etc.). Aceste handicapuri, unele din ele temporare, nu sunt incluse în categoria „persoane dezavantajate” în RM și nici în statisticile naționale ale handicapurilor epilepsia nu vrea s-o recunoască nimeni, din cei ce o au. „Epilepsia e de fapt o constelație de boli cu un spectru foarte larg... Aproximativ 30% din crizele epileptice nu pot fi controlate de medicație. Că din aceștia 30%, 1 până la 15 la 10 000 mor subit, fără explicație. Statistici, statistici, statistici. Statistici ale inexplicabilului. Cauza morții e, în astfel de cazuri, *sudden unexplained death syndrome in epilepsy*, prescurtat SUDEP. Sunt două ipoteze, neverificate și poate neverificabile: scurtcircuitul din creier paralyzează brusc centrul respiratoriu ori centrul care controlează bătăile inimii” (M. Călinescu)⁵.

Handicapurile /deficiențele / dizabilitățile se mai clasifică ca *invizibile* (hipoacuzie, epilepsie, deficiențe de limbaj, scriere, citire, însușire, handicap mintal), *vizibile* (handicap de vedere, handicap motor – persoane în cărucioare, persoane asistate

de câini însoțitori, cu cârje, bastoane, handicap fizic – Parkinson, paralizii, handicap de dezvoltare intelectuală – autism, retard mintal, schizofrenie, social – vagabonzi etc.) și *temporare* (urmări ale paraliziei, accidentelor, intervențiilor chirurgicale, traumelor, artritelor, urmări sociale – sărăcia).

2.2.6. Alte grupuri sociale care cad sub incidența sintagmei „persoane dezavantajate” includ (1) persoanele înaintate în vârstă, (2) persoanele private de libertate, (3) minoritățile culturale și lingvistice.

Aceste grupuri pot fi considerate drept grupuri aparte, cu caracteristicile lor specifice, cărora biblioteca le poate oferi servicii speciale, sau considerate persoane cu handicap, pentru că grupurile sunt neomogene și reprezintă diferite vârste, diferite handicapuri – fizice, psihice, economice.

a) *Persoanele înaintate în vârstă*

Fiecare al șaptelea din locuitorii republicii intră în categoria *adulți vârstnici*, după datele anului 2004⁶. Necesitățile, interesele și caracteristicile acestui grup schimbă și oferă oportunități pentru serviciile de informare furnizate de toate tipurile de biblioteci. Recunoașterea acestui fapt și planificarea corectă, bazată pe necesitățile și caracteristicile acestui grup, de către bibliotecarii și managerii de bibliotecă, vor permite satisfacerea acestor necesități și schimbări și asigurarea că vârstnicii pot obține mari avantaje de la bibliotecă și serviciile ei.

Servind persoanele înaintate în vârstă, bibliotecarii se confruntă și cu o varietate de caracteristici ale acestui grup social. Adulții în vârstă pot fi:

- sănătoși sau bolnavi
- fravi sau viguroși
- pensionați sau angajați
- instituționalizați sau care duc un trai independent
- mobili sau ținuiți în casă
- orbi, surzi ori cu handicap fizic sau total handicapați
- bolnavi mintal, senili sau alertați mintal.

Bibliotecarii trebuie să fie senzitivi la această diversitate, pregătiți pentru a învinge atitudinile stereotipizate și a acoperi cu servicii necesitățile lor ținând cont de caracteristicile adulților în vârstă.

b) *Persoanele private de libertate*

Grupul *Persoane private de libertate* nu este un grup eterogen, el include persoane încarcerate de diferite vârste (copii în colonii, adulți în închisori), etnii, educație (de la analfabeți până la academicieni), dizabilități (cu deficiențe de vedere, auz, motorii, intelectuale etc.). Diversitatea persoanelor private de libertate exprimă diversitatea populației generale.

c) *Minoritățile lingvistice și culturale*

RM este un stat multietnic, multicultural. Grupurile minoritare reprezentative (conform ultimului recensământ, 2004) sunt rușii – 5,9 %, ucrainenii – 8,4%, bulgarii – 1,9%, găgăuzii – 4,4% și alte etnii – 1,4% (evrei, polonezi, armeni, țigani etc.).

Legea cu privire la drepturile aparținând minorităților naționale și la statutul juridic al organizațiilor lor definește grupul *persoane aparținând minorităților naționale* ca fiind persoanele care domiciliază pe teritoriul RM, sunt cetățeni ai ei, au

particularități etnice, culturale, lingvistice și religioase prin care se deosebesc de majoritatea populației – moldoveni – și se consideră de altă origine.

Bibliotecile din RM dețin colecții de publicații ce țin de trecutul și prezentul minorităților naționale pe teritoriul Moldovei, publicații ale autorilor evrei, ucraineni, ruși, bulgari, găgăuzi, editate în Moldova și peste hotare, și oferă posibilitate tuturor să cunoască istoria, literatura, cultura și tradițiile lor.

2.3. Noțiuni, terminologie

Nu există o definiție care să fie valabilă tuturor persoanelor cu handicap. Pentru bibliotecari definițiile sunt necesare pentru ca să cunoască modul în care diferite condiții ale handicapului afectează utilizarea facilităților, cum ar fi accesul la informație și la bunurile culturale. Bibliotecarii au nevoie să înțeleagă diferența dintre deficiență, dizabilitate și handicap. Organizația Mondială a Sănătății definește acești termeni astfel:

Deficiență – anormalitate a structurii corpului, aparenței (înfățișării), a unui organ sau sistem funcțional.

Dizabilitate – consecința unei deficiențe asupra activității și performanței funcționale.

Handicap – reflectarea activității și performanței funcționale în procesul de adaptare la mediul înconjurător și în interacțiune cu acesta.

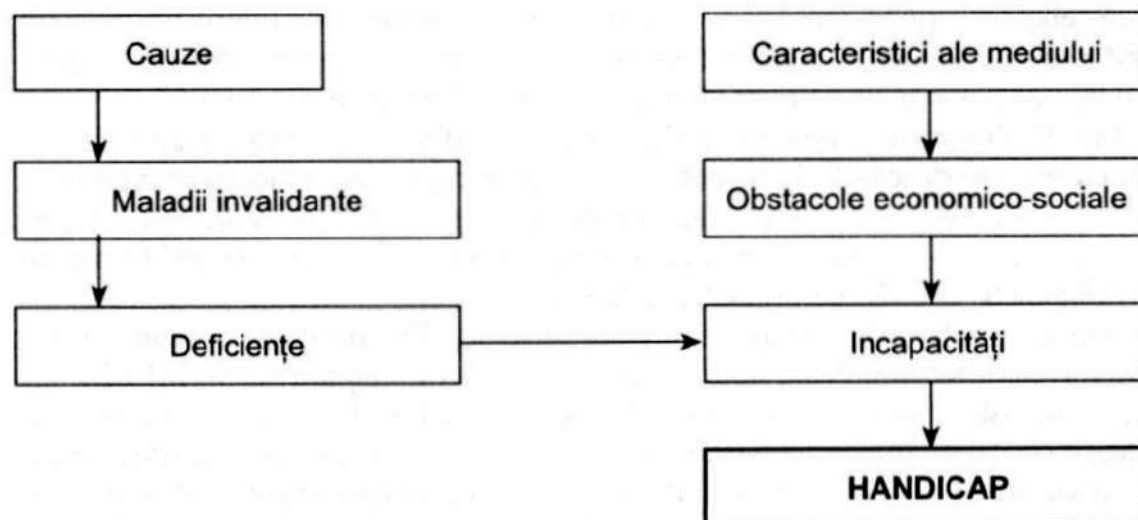


Figura 1. Handicapul

După Philip Wood (Anglia), termenul *handicap* trebuie utilizat cu semnificația sa de **dezavantaj** apărut în urma deficiențelor fizice, psihice, de orice altă natură și trebuie să i se confere pe drept cuvânt semnificația de dezavantaj, sintagma „persoană handicapată” însemnând prioritar „persoană dezavantajată”.

Conform „Declarației ONU asupra persoanelor handicapate”, termenul *handicapat* desemnează orice persoană aflată în incapacitatea de a-și asigura, în totalitate sau în parte, necesitățile unei vieți individuale sau sociale normale, datorită unei deficiențe congenitale, a incapacității sale fizice sau mintale. Conceptualizarea ONU se bazează pe propunerile lui Wood: „Handicapul este funcție a raportu-

rilor persoanelor deficiente cu mediul lor. El survine atunci când aceste persoane întâlnesc obstacole culturale, materiale, sociale, care le împiedică să accedă la diversele sisteme ale societății, disponibile pentru ceilalți cetățeni. Astfel, handicapul rezultă din pierderea sau limitarea posibilităților de participare, pe picior de egalitate cu ceilalți indivizi, la viața comunității". Aici vedem clar interpretarea noțiunii de handicap ca dezavantaj. Această interpretare a fost acceptată de IFLA (Federația Internațională a Asociațiilor Bibliotecare), ALA (Asociația Bibliotecarilor Americani) pentru conceptul persoane dezavantajate, pentru că, în primul rând, ea nu are conotație discriminatorie, ofensatorie față de grupurile de oameni care compun această categorie și, în al doilea rând, acoperă toate grupurile din comunitate, care au nevoie de șanse egale, cum ar fi bătrânii, săracii, șomerii, persoanele private de libertate.

Sfera conceptului de „persoană dezavantajată” acoperă totalitatea categoriilor care au nevoie de asistență (șomeri, săraci, bătrâni) și are avantajul de a fi lipsit de conotații depreciative. În relația sa cu utilizatorul, biblioteca, bibliotecarii, firește, trebuie să evite conotația depreciativă. Rămânem, deci, la conceptul de „persoană dezavantajată”, acceptat de forurile biblioteconomice internaționale, utilizând paralel și noțiunile „persoană în dificultate”, „persoană cu handicap”, „persoană cu deficiență”, „persoană cu dizabilitate”.

Boxa 2. Definiții

Manifestul UNESCO cu privire la bibliotecile publice identifică persoanele care formează categoria „persoane dezavantajate” – utilizatorii care, din diferite motive, nu se pot folosi de serviciile și materialele obișnuite, cum ar fi *reprezentanții minorităților lingvistice, persoanele dezavantajate fizic sau cele din spitale și închisori*".

ERIC DIGEST definește categoria „persoane dezavantajate” ca fiind un grup de oameni cu diverse *deficiențe fizice, deficiențe de vedere, de auz; persoane cu handicap mintal, persoanele care nu se pot deplasa, persoanele bolnave, persoanele private de libertate, analfabeții, oamenii înaintați în vârstă, minoritățile culturale*, indiferent de rasă, religie, cultură, vârstă, capacități intelectuale.

IFLA definește categoria „persoane dezavantajate” ca fiind *grupurile din comunitate, care din vreun motiv oarecare nu pot utiliza serviciile tradiționale de bibliotecă și include în această categorie persoanele din spitale și închisori, persoanele înaintate în vârstă, pe cei din aziluri și orfeline, persoanele ce se află în imposibilitatea de a părăsi casa, persoanele surde și cu deficiențe de auz, pe cei cu deficiențe (dizabilități) fizice, persoanele cu deficiență mintală*; la fel ca și UNESCO, susține plasarea minorităților culturale și lingvistice în categoria „persoane dezavantajate” (<http://www.ifla.org/VII>).

ALA susține definiția IFLA, dar completează această categorie cu vagabonzi, minorități religioase, minorități sexuale.

Orice acțiune de integrare socială, culturală a persoanelor dezavantajate trebuie să pornească de la cunoașterea grupurilor-țintă, cunoașterea specificului fiecărei deficiențe, cunoașterea terminologiei speciale. Acest aspect este absolut indispensabil pentru organizarea activității cu persoanele dezavantajate.

2.4. Cine sunt persoanele dezavantajate?

Identitatea persoanelor dezavantajate a suferit schimbări dramatice în ultima decadă. Cum se văd, se percep pe sine aceste persoane? Îi afectează felul lor de a fi? Cum le vedem și le percepem noi? Îi afectează felul în care-i servim?

O perioadă destul de lungă (consecințele se mai resimt până în prezent), calea acceptată de a vedea dizabilitatea era să-i servim pe acești oameni cu bunăvoință și compasiune. În acest context, nu prea era încurajat accesul egal la servicii, nu prea s-au acordat posibilități egale persoanelor cu dizabilități. Se aștepta ca destinatarul servit să fie recunoscător, mulțumit, apologetic, ca și cum necesitățile lui fizice, intelectuale ori senzoriale ar fi fost minore.

Schimbarea a început în 1981, Anul Internațional al Persoanelor cu Dizabilități (AIPD), când întreaga atenție a opiniei publice s-a concentrat asupra subiectului și s-a aflat cu adevărat câți sunt, ce fel de dizabilități au. Doctrina *oportunități egale* s-a materializat și concentrat în obligații și angajamente ale statelor-membre. Această abordare a fost orientată spre întărirea relației cu persoanele dezavantajate, de la satisfacerea necesităților lor la atitudini non-discriminatorii față de alte grupuri de persoane. După 1995, noțiunea de dizabilitate a evoluat. S-au întâmplat multe în lume, persoanele dezavantajate erau apărute și se recunoștea că au cu ce contribui la viața comunității, au ce lua de la societate, dar și ce da societății. Această idee s-a fundamentat într-o mare mișcare mondială, a influențat schimbarea pe mapamond, a condus la implementarea Legii cu privire la Discriminare, iar mai târziu la crearea Comisiei Europene pentru drepturile persoanelor dezavantajate.

Astăzi societatea consideră persoanele dezavantajate cetățeni valoroși cu drepturi egale, care au posibilitatea să ia decizii asupra vieții lor, să aleagă ce vor, se consolidează ideea că sunt parte a societății, care influențează progresul lor. Cultura incluziunii sociale recunoaște că persoanele dezavantajate există, iar comunitatea le oferă posibilități de a-și satisface nevoile speciale și creează spații unde ei își pot demonstra contribuțiile.

Câți sunt? Statisticile, de cele mai multe ori, nu sunt corecte. *Dizabilitatea* prevalează în măsură mult mai mare decât dau statisticile, decât își închipuie oamenii, pentru că multe circumstanțe și condiții pot conduce la stare permanentă sau temporară de dizabilitate. Este foarte greu să întrebi direct ce dizabilitate are persoana, pentru că oamenii sunt influențați de factori ca jena, dificultatea, prejudecățile și opiniile de gen politic, când sunt identificați ca infirmi. Cercetările sociologice spun că fiecare al treilea dintre noi are un handicap. Dar multe persoane au mai mult de o dizabilitate (*Vezi capitolul I*).

2.4.1. Politici și drepturi

Un fenomen recent este politica dizabilității. Dizabilitatea are mai multe fețe: fața protestului și demonstrațiilor – activiști care barează transportul și demonstrează în centrele orașelor sau constituie rețele de artă a dizabilității, unde creativitatea este utilizată pentru a-și exprima identitatea.

Există și un motiv de conflict între persoanele dezavantajate care au puncte de vedere diferite față de rolul carității – unii manifestă o antipatie activă față de binefacere și caritate, alții sunt dependenți de caritate.

Alt motiv de conflict este punctul de vedere, susținut de persoanele dezavantajate, potrivit căruia organizatorii activităților de socializare, ai serviciilor pentru persoanele dezavantajate trebuie să fie tot persoane dezavantajate. Pentru a remedia această situație, a fost instituit Consiliul Național al Handicapului, care are funcția de a crea o punte de legătură între cele peste 50 de ONG-uri care reprezintă persoanele dezavantajate, de a aduna resurse și informații, de a presta servicii. (Vezi anexa nr. 4). Orice oraș, localitate, raion au astfel de ONG-uri ori grupuri. Ele sunt foarte variate în funcție de filosofia, misiunea, contextul în care funcționează.

Fiecare persoană dezavantajată are experiența sa proprie de percepție (cum este numită de alții, cum crede că trebuie să se numească). Acum tot mai mult le place să fie numiți clienți cu oportunități, care caută posibilități și obțin ce doresc. Această mișcare pozitivă a sporit numărul de utilizatori cu dizabilități care beneficiază de posibilitatea de a vizita biblioteca cu familia sau în pereche, ca persoane mult mai asertive aflate în căutarea facilităților care le-au lipsit.

2.4.2. Opțiunea de a se autodefini

În realitate, sunt mai mulți oameni dizabilitați decât cei care se numesc dizabilitați. Aici sunt mai multe explicații pentru oamenii care simt și și-au ales opțiunea de a nu se numi dizabilitați – ei au dobândit dizabilitatea pe parcursul vieții, târziu, o percep ca negativă și o acceptă cu greu. Persoanelor care au căpătat dizabilitatea odată cu înaintarea în vârstă nu le place să fie în această categorie. Cultura dizabilitată are sens doar în grup și ei nu vor să răspundă la obiectivele grupului de dizabilitați.

Alții, din contra, care nu sunt dizabilitați, luptă să se integreze deplin, influențați de istoria socială când era foarte greu să te integrezi fără ajutorul altora. Pentru aceștia contează nu percepția avantajelor să fie identificați ca dizabilitați, ci mai degrabă plenitudinea dezavantajelor (discriminarea urmează adeseori dacă te numești persoană dezavantajată). Oricum s-ar numi ei, au dreptul să aleagă. Noi percepem că persoana are o dizabilitate, dar nu insistăm s-o numim cu numele pe care noi îl alegem. Modelul social este bun, capabil, pentru că ne permite să lichidăm barierele, fără a marca persoanele care au nevoie de îmbunătățirea accesului.

2.5. Model social? Model medical?

Modelul medical, considerat acum depășit, identifică dizabilitatea ca o boală sau condiție care afectează un individ, care obligă o comportare, atitudine cu consecințe asupra acestui individ. El stabilește responsabilități persoanei cu dizabilități și celor din jurul ei să rezolve problemele legate de dizabilitate și să găsească soluțiile necesare pentru a trăi.

Modelul social identifică barierele din societate pe care le creează dizabilitatea pentru indivizi. Barierele, cum s-a arătat mai înainte, pot fi fizice, organizaționale, atitudinale. Responsabilitatea soluționării ori înlăturării lor este împărțită de toți cei implicați în orice situație sau interacțiune cu ei.

Modelul social nu refuză, nu neagă deficiența sau alte necesități medicale care survin din deficiență, dar poziționează „problema” în relație cu mediul social și fizic, nu cu deficiența.

Incluzând persoanele dezavantajate în politici, activități și creând relații, parteneriate și dialog, bibliotecile adoptă și înțeleg modelul social al dizabilității. Un simplu exemplu, deseori citat, este că modelul medical spune persoanei că nu este aptă să urce scările pentru că are o dizabilitate care înseamnă că trebuie să utilizeze căruciorul, pe când modelul social îi spune că utilizatorul căruciorului este dizabilitat de scările cu care biblioteca și-a baricadat intrarea. Scările sunt bariere. Instalarea unui lift sau rampe face posibilă utilizarea bibliotecii de către orice persoană. Modelul social este cel preferat de persoanele dezavantajate și promovat de comunități și de biblioteci.

Concluzii

Integrarea persoanelor dezavantajate în societate, fiind un proces multidisciplinar, revine multor organizații și instituții comunitare începând cu cele medicale și de sănătate publică, sociale, culturale, informaționale, educaționale, iar factorul comun al reușitei este colaborarea, complementând mijloacele, formele și metodele specifice fiecărei instituții. Metodele și mijloacele de activitate cu persoanele dezavantajate se bazează pe principiile general umane și biblioteconomice enumerate în capitolul *Servicii*.

Pentru a le aplica eficient bibliotecarul trebuie să recunoască și să conștientizeze că:

- Persoanele cu handicap sunt indivizi, persoane, oameni;
- Handicapurile pot fi temporare sau permanente;
- Oamenii pot avea una sau mai multe dizabilități;
- Oricând, orice om prosper, sănătos, abil poate deveni dizabilitat, dezavantajat;
- Persoanele cu handicap din zonele rurale pot fi multiplu dezavantajate (deficiență, distanță de instituțiile care ar putea contribui la socializarea lor, sărăcia, lipsa cunoașterii sau familiarizării cu practicile bibliotecare);
- Nu toate dizabilitățile pot fi observate.

Viziunea biblioteconomică a relației bibliotecă-persoană dezavantajată este determinată de implicațiile pe care le au informația și educația. Biblioteca, privită în contextul societal, are tot mai mari perspective de implicare în procesele de integrare. Având mijloacele sale specifice, diferite de celelalte instituții, este *independentă în dependență*.

Audit

1. Ați comparat componența utilizatorilor bibliotecii dvs. cu componența grupurilor sociale din comunitatea pe care o serviți?
2. Dacă *da*, v-ați întrebât de ce multe grupuri sociale și persoane dezavantajate nu frecventează biblioteca?
3. Ați discutat în colectiv necesitatea, imperativitatea diversificării publicului bibliotecii dvs.?
4. De ce trebuie să cunoască bibliotecarii caracteristicile persoanelor dezavantajate?
5. Sunt incluse subiectele referitoare la grupuri și caracteristici în programul de instruire a bibliotecii dvs.?

ctivități practice

Activitatea 1. *Experiențe cu persoanele dezavantajate*

Scop: cimentarea cunoștințelor despre grupuri dezavantajate.

Necesar: foi de hârtie, pixuri.

Rugați toți participanții să-și amintească orice experiență pe care au avut-o cu persoane cu handicap intelectual și să scrie pe o foaie trei gânduri despre experiențele care au avut cea mai mare, mai puternică impresie asupra lor.

Conduceți discuția asupra punctelor de vedere ale participanților despre tachinările, bătaia de cap și tulburările pe care le-ați sesizat din experiențele lor, impresiile pe care le-au lăsat acestea.

Rugați participanții să dea o definiție colectivă a handicapului intelectual.

Discutați diferențele dintre handicapul intelectual și handicapul mintal. De exemplu: handicapul intelectual – sindromul Down, autismul. Handicapul mintal/psihiatric – schizofrenia, anorexia.

Activitatea 2. *Atitudinea față de persoanele cu dizabilități*

Scop: demonstrarea felului în care atitudinile influențează percepția persoanelor dezavantajate.

Necesar: foi, pixuri, flipchart.

Activitate individuală:

1. participanții scriu, într-o coloană, toate asocierile legate de cuvântul „persoană”,
2. în altă coloană scriu toate asocierile legate de cuvântul “dizabilitate”,
3. participanții completează lista utilizând asocierile altor membri ai grupului,
4. în baza acestor asocieri participanții scriu minimum 5 îmbinări de cuvinte respectând următoarea condiție: în fiecare îmbinare să fie folosite asocieri din ambele coloane,
5. participanții formulează definiția „persoane cu dizabilități” utilizând minimum trei îmbinări de cuvinte,
6. participanții compară definiția lor cu cele ale celorlalți membri ai grupului.

Discuții ale participanților:

- compară definiția lor cu definițiile afișate pe flipchart: deficiență, dizabilitate, handicap,
- evidențiază asocierile corecte,
- evidențiază asocierile inacceptabile,
- argumentează asocierile greșite.

Formatorul declanșează discuții despre conceptele ONU, europene și IFLA referitoare la persoanele cu dizabilități, le recomandă pentru asociațiile aprobate de forul profesional IFLA în cadrul activității profesionale.

Activitatea 3. Atelier de lectură 1. Nu râde de mine

Scop: delimitarea conceptelor *dizabilitate = diferabilitate*

Necesar: mai multe copii (pentru fiecare participant) ale poeziei ***Nu râde de mine***

Sunt un băiețel cu ochelari
 Poreclit de colegi „fraier”,
 Sunt o fetiță și nu zâmbesc nicicând,
 Pentru că port un dispozitiv dentar,
 Și mai știu cum e
 Să plângi până adormi.

Iar eu sunt copilul cu gândire înceată
 Care-i ales ultimul, în orice joacă,
 Și care are o mamă ce vrea să-și uite trecutul...
 Nu te silesc să-mi fii prieten,
 Îți cer doar atât:
 Nu râde de mine,
 Nu mă porecli,
 Nu te bucura de nevoia mea,
 Căci în fața lui Dumnezeu suntem cu toții egali,
 Și într-o zi pe aripi divine
 Noi vom zbura...
 Nu-ți bate joc de mine.
 Sunt cerșetorul de la colțul de stradă
 Și tu treci pe lângă mine în fiecare zi,
 N-aș cerși dacă aș avea de mâncare.
 Să nu crezi că nu văd,
 Că ochii noștri nu se întâlnesc niciodată...
 Sunt gras.
 Sunt slab.
 Sunt scund.
 Sunt înalt.
 Sunt surd.
 Sunt orb.
 Gândesc mai încet.
 Dar așa ni-i dat să fim:
 Diferiți!

1. participanții citesc poezia,
2. apoi scriu pe marginea foii ideile care le vin în minte (emoțiile, comentariile, analogiile),
3. discută cu colegii mesajul poeziei și ideile sugerate,
4. comentează următoarea afirmație: „persoanele dezavantajate în SUA primesc indemnizații nu pentru că sunt cu dizabilități, ci pentru că sunt cetățeni ai acestui stat”...

Activitatea 4. Atelier de lectură 2: Infirmitate⁷

Necesar: copii destule ale textului.

Activitate individuală.

„Poate că părinții sunt vinovați. Poate că educatorii, poate că lecturile. Nu am înțeles niciodată dacă te naști în felul acesta sau dacă totul apare pe urmă. La început ești lăudat, și obții nota zece la purtare – disprețul colegilor e încă amestecat cu o vagă invidie, bănuiala infirmității se topește într-un sentiment ambiguu de mulțumire, de orgoliu infantil. Pentru că, atunci, binele nu e încă despărțit de rău, pentru că nu se știe încă dacă învingător în lume este răul sau binele. Când, în sfârșit, înțelegi, nu se mai poate face nimic, este demult prea târziu.

Așa cum unii văd și alții n-au grai, tu nu poți lovi, nu ești în stare să jignești. Este o incapacitate organică și voința nu ajută la nimic. Este o trăsătură nefirească, evadată de sub imperiul legilor naturale, pentru că tu ești incapabil să lovești, dar și să întorci o lovitură. Universalul instinct de conservare este înlocuit prin atât de fragilul gest al întinderii celui alt obraz. Ciudat, greu de înțeles este că malformația, dureroasa incapacitate, se naște nu din neputință, ci din forță. Este nevoie de forță, de o uriașă forță pentru a te încăpățâna să nu învingi, este nevoie de o imensă forță pentru a-ți fi milă de cel care te lovește, pentru a rezista disprețului celui pe care nu l-ai lovit. Superioritatea față de o lume în care nu reușești să te integrezi este ridicolă și infirmă, dacă infirmitatea înseamnă a nu putea fi asemeni celorlalți.

Lucrurile se petrec așa nu pentru că vor fi răsplătite după alte criterii într-o altă lume, ci pentru că nu se pot petrece altfel. Preceptele morale au înflorit din ele, nu ele urmează litera rotunjită a preceptelor. Cu ucigătoare ironie vei continua să primești nota zece la purtare și cu înțeleaptă tristețe vei ști că acesta este consemnul, cunoscut de toți, al infirmității tale. Nu vei mai încerca să ascunzi nimic și, dacă ai umor, îți vei lipi în partea stângă a pieptului o grațioasă țintă de tir. Totul este cum este, numai credința că vreodată va fi altfel te face să continui să-ți porți prin lume disproporționata forță.”

Se citește de sine stătător textul.

Formatorul lansează o discuție desfășurată ca răspuns la întrebările euristice elaborate din timp. Formatorul ghidează discuția prin alte întrebări reieșite din răspunsurile date de participanți. Discuția se poate desfășura și în baza unei singure întrebări. Răspunsurile nu se apreciază, dar se monitorizează participarea tuturor, solicitând comentarii de la cei reticenți. Formatorul se abține de la expunerea propriei păreri și de la concluzionări premeditate.

Note

¹ Reibinstein, S. Principiul determinismului și teoria psihologică a gândirii. În: Psihologia în U.R.S.S., București, Editura Științifică, 1963, p. 143.

² M. Călinescu. Portretul lui M., p. 42.

³ Ibidem, p. 45.

⁴ Ibidem, p. 109.

⁵ Ibidem, p. 39.

Activitatea 4. Atelier de lectură 2: Infirmitate⁷

Necesar: copii destule ale textului.

Activitate individuală.

„Poate că părinții sunt vinovați. Poate că educatorii, poate că lecturile. Nu am înțeles niciodată dacă te naști în felul acesta sau dacă totul apare pe urmă. La început ești lăudat, și obții nota zece la purtare – disprețul colegilor e încă amestecat cu o vagă invidie, bănuiala infirmității se topește într-un sentiment ambiguu de mulțumire, de orgoliu infantil. Pentru că, atunci, binele nu e încă despărțit de rău, pentru că nu se știe încă dacă învingător în lume este răul sau binele. Când, în sfârșit, înțelegi, nu se mai poate face nimic, este demult prea târziu.

Așa cum unii văd și alții n-au grai, tu nu poți lovi, nu ești în stare să jignești. Este o incapacitate organică și voința nu ajută la nimic. Este o trăsătură nefirească, evadată de sub imperiul legilor naturale, pentru că tu ești incapabil să lovești, dar și să întorci o lovitură. Universalul instinct de conservare este înlocuit prin atât de fragilul gest al întinderii celui alt obraz. Ciudat, greu de înțeles este că malformația, dureroasa incapacitate, se naște nu din neputință, ci din forță. Este nevoie de forță, de o uriașă forță pentru a te încăpățâna să nu învingi, este nevoie de o imensă forță pentru a-ți fi milă de cel care te lovește, pentru a rezista disprețului celui pe care nu l-ai lovit. Superioritatea față de o lume în care nu reușești să te integrezi este ridicolă și infirmă, dacă infirmitatea înseamnă a nu putea fi asemeni celorlalți.

Lucrurile se petrec așa nu pentru că vor fi răsplătite după alte criterii într-o altă lume, ci pentru că nu se pot petrece altfel. Preceptele morale au înflorit din ele, nu ele urmează litera rotunjită a preceptelor. Cu ucigătoare ironie vei continua să primești nota zece la purtare și cu înțeleaptă tristețe vei ști că acesta este consemnul, cunoscut de toți, al infirmității tale. Nu vei mai încerca să ascunzi nimic și, dacă ai umor, îți vei lipi în partea stângă a pieptului o grațioasă țintă de tir. Totul este cum este, numai credința că vreodată va fi altfel te face să continui să-ți porți prin lume disproporționata forță.”

Se citește de sine stătător textul.

Formatorul lansează o discuție desfășurată ca răspuns la întrebările euristice elaborate din timp. Formatorul ghidează discuția prin alte întrebări reieșite din răspunsurile date de participanți. Discuția se poate desfășura și în baza unei singure întrebări. Răspunsurile nu se apreciază, dar se monitorizează participarea tuturor, solicitând comentarii de la cei reticenți. Formatorul se abține de la expunerea propriei păreri și de la concluzionări premeditate.

Note

- ¹ Reibinstein, S. Principiul determinismului și teoria psihologică a gândirii. În: Psihologia în U.R.S.S., București, Editura Științifică, 1963, p. 143.
- ² M. Călinescu. Portretul lui M., p. 42.
- ³ Ibidem, p. 45.
- ⁴ Ibidem, p. 109.
- ⁵ Ibidem, p. 39.

“...Autismul cu triada lui de disfuncții (în ce privește socializarea, comunicarea și imaginația), ar fi cauzat, după Uta Frith, de dificultăți în prelucrarea informației, dificultăți care afectează o funcție centrală a minții, aceea de a impune coerența. Minteă autistului este esențial fragmentară pentru că nu reușește să stabilească configurații coerente mai largi, mai ales în informația de tip social care-i vine din lumea înconjurătoare. (Cu precizarea importantă că stabilirea de coerențe locale, prelucrarea de informație acontextuală și funcțiile logice ale minții nu sunt atinse.)

Cheia enigmei autismului e, după Frith, o disfuncție a capacității de a reprezenta mintal – de a ghici sau de a „citi” – stările mentale ale unor oameni. Cu alte cuvinte, copilul autist nu știe intuitiv ce e în capul celorlalți (părinții, îngrijitorii, colegii de clasă, alți copii cu care ar vrea să se joace). El nu poate „citi” semnalele sociale: e, în fața lor, ca un analfabet care nu poate descifra numele de pe placa străzii pe care se află, strada pe care o caută fără s-o găsească. E rătăcit. Analfabetul poate însă citi semnalele sociale (poate interpreta corect semiotica gesturilor, fețelor, hainelor, tonurilor de voce etc.; e, cu alte cuvinte, „normal”), pe când autistul trecut prin școală poate foarte bine citi literele și e un literalist – și în acest sens restrâns, și într-unul mai general. Cu mare greutate și după multe explicații poate înțelege ironia, metafora, analogia simbolică. O persoană cu autism nu-și dă seama, bunăoară, când ceea ce-i spune unei alte persoane devine plicticos sau inapropiat sau fără sens din punctul de vedere al acesteia. Pe de altă parte, autistul nu percepe sensul global al lucrurilor care i se spun, aluziile, implicațiile, ce se așteaptă din partea lui, ce ar trebui să facă spre a fi pe placul altora, ce părere ar putea avea altcineva despre el. Este vorba de ceea ce Frith numește opusul greșelii pe care-o face jucătorul de ruletă.

Autismul este, cum spune Frith, o lipsă sau o deprindere subtilă, dar tragică. E, ca s-o citez din nou, „mai asemănătoare prin natură cu orbicia sau surzenia decât, să zicem, timiditatea” (p.183). („Imaginați-vă că ați crește un copil orb fără să vă dați seama că este orb”; ceea ce ar fi imposibil, dar nu în cazul cecității mentale, adeseori doar parțiale, pe care o reprezintă autismul.)”