



**PERSPECTIVE SOCIALE ALE PERSOANELOR CU DISABILITĂȚI DETERMINATE DE
ICTUS CEREBRAL**
**SOCIAL PERSPECTIVES OF PERSONS WITH DISABILITIES DETERMINED BY
CEREBRAL ICTUS**

Aurelia Glavan, neurolog, doctor în psihologie, conf. univ. Universitatea de stat din Tiraspol,
Virlan M., dr. în psihologie, conf. univ., UPS ”Ion Creangă”

CZU 316.3 + 36

Summary

The social and professional integration of people with functional disorders is at the heart of many analyzes, the realization of this desideratum being deeply humanistic. The recovery and social inclusion of people with cerebral stroke is not only the obligation of the medical network but of society too, through a network of organizations and institutions, and it must ensure the continuity of this process. Integration takes place at several levels: physical, functional, psychic, psychosocial, family, professional and social. The assessment of the functional rest of people with cerebral stroke must be complex and include both psychological and behavioral integrity and ergonomic requirements related to the professional activity profile that people are going to carry out.

Key words: stroke, social inclusion, professional integration, psychological balance, functional rest.

Rezumat

Integrarea socială și a persoanelor cu tulburări ale funcționalității este în centrul multor analize, realizarea acestui deziderat fiind de esență profund umanistă. Recuperarea și incluziunea socială a persoanelor cu ictus cerebral suportat nu revine numai rețelei medicale, ci revine societății printr-o rețea de organisme și instituții și trebuie să asigure continuitatea acestui proces. Integrarea se realizează la mai multe niveluri: fizic, funcțional, psihic, psihosocial, familial, profesional și social. Pentru aceasta este nevoie de evaluarea complexă a restanțelor funcționale ale persoanelor cu ictus cerebral suportat, care să includă, în egală măsură, integritatea psihică și comportamentală, precum și cerințele ergonomice legate de profilul activității profesionale, pe care persoanele urmează să o desfășoare.

Cuvinte cheie: ictus cerebral, incluziune socială, integrare profesională, bilanț psihic, restanțe funcționale.

La ora actuală, integrarea socială și profesională a persoanelor cu tulburări ale funcționalității este în centrul multor analize. Integrarea ca proces complex, medical, psihologic și social se poate realiza numai prin colaborare, având ca scop asimilarea individului în unități și sisteme sociale (familie, grup, clase, colectiv de muncă, societate). Integrarea semnifică faptul că relațiile dintre indivizi sunt bazate pe recunoaștere, respect, acceptarea valorilor și a drepturilor comune, dar și a identității personale, a diferențelor individuale. Integrarea se referă la relația dintre individ și alții, individ și sine, individ și societate și constă în demersurile prin care subiectul este susținut în



încercarea de readaptare, de a se acceptă pe sine, de a fi el însuși printre ceilalți. De la simplu la complex, integrarea se realizează la mai multe niveluri: fizic, funcțional, psihic, psihosocial, familial, profesional și social.

Reabilitarea psiho-socială este un deziderat activ atât pentru persoana afectată și familie, cât și pentru profesioniștii recuperării. Recuperarea și reabilitarea persoanelor sunt strâns legate de rețelele sociale care se creează în jurul lor, de empatia și suportul social perceput din partea familiei și a prietenilor, de emoționalitatea exprimată din mediul familial, toate acestea contribuind într-o anumită măsură la reintegrarea persoanelor în societate și la starea de bine psihologică și generală a acestora. Reeducarea și readaptarea la viața cotidiană a persoanelor cu deficite neurologice după un ictus cerebral presupune însușirea tuturor deprinderilor (motrice, intelectuale, inteligența practică, personalitate, aptitudini profesionale, etc). Aceasta este sarcina principală a echipei de recuperare și cu deosebire a kinetoterapeutului, ergoterapeutului, psihoterapeutului. Reîntoarcerea în societate a persoanei cu deficiențe neurologice nu este deloc facilă și nu se realizează direct, necesitând o etapă de reintegrare în familie. Această etapă este, la rândul ei, condiționată de starea persoanei: dacă este suficient de autonom; dacă starea sa psihică este corespunzătoare, dacă la nivelul familiei există un întreținător liber care să-l preia, să-l ajute și să continue activitățile de recuperare, realizate până la acest moment de către specialiști.

Incluziunea socio-profesională este o sarcină și mai dificilă. Dacă înainte de invalidare persoana avea o activitate fizică, ce se caracteriza prin mișcare și deprinderi manuale, atunci reîntoarcerea la vechiul domeniu nu se poate realiza decât în mod cu totul excepțional. Situația ar fi ceva mai favorabilă pentru activitățile intelectuale, cu condiția că persoana nu are tulburări psiho - logopedice. Chiar dacă marea majoritate a persoanelor tinere cu deficiențe neurologice după un ictus cerebral își dobândesc autonomia de deplasare și autoservire, numărul celor care pot fi reinsertați socio-profesional rămâne în continuare foarte redus. [7]

Cuantificarea deficitelor neurologice după un accident vascular cerebral și decizia de apt sau inapt socio-profesional, ce trebuie luată în cazul unei persoane, indiscutabil e nevoie să se bazeze pe un număr mare de explorări clinice și paraclinice, inclusiv teste neuropsihologice de aptitudini. Între acestea, testarea psihologică ocupă primul loc, având valoare discriminatorie. Asta deoarece prin intermediul testării psihologice pot fi prevenite erori în determinarea persoanei ca fiind aptă de muncă. Poate fi evaluat faptul, dacă persoana este capabilă, ori nu, să înțeleagă suficient de bine ce are de făcut, chiar dacă performanțele fizice a acesteia corespund activității productive pe care o are de îndeplinit. De asemenea, o mare atenție trebuie acordată semiologiei comportamentului — condiție și ea esențială pentru incluziunea socială, pentru reîntoarcerea într-o colectivitate cu



responsabilități. Consemnarea bilanțului acestei testări a restantului funcțional cu valoare de verdict și fără scala valorică, este laconică — apt sau inapt pentru incluziune socio-profesională.

Evaluarea psihologică a restantului funcțional la persoanele cu ictus cerebral suportat, se orientează spre bilanțul motor, chemat să decidă la rândul său, dacă nivelul recuperării handicapului fizic inițial permite fixarea unei valori, care să delimiteze granița de apt sau inapt reinsertiei socio-profesionale. De altfel, testarea neuromotorie nici nu poate fi creditată cu valori absolute, cerințele fiind diferite pentru muncile fizice, comparativ cu cele intelectuale, care, la rândul lor păstrează particularități pe grupe de profesii. Reîntoarcerea persoanei cu ictus cerebral suportat la vechiul său loc de muncă nu poate fi decisă numai pe baza testării neuromotorii, care nu are valoare decât orientativă. Decisive, în această direcție, trebuie considerate numai probele ergologice, deoarece verifică în mod practic, în condiții reale, sau apropiate de cerințele locului de muncă, aptitudinile și capacitățile restante. [14]

În situația plegiilor sau parezelor, restantul funcțional nu asigură pentru muncile fizice decât un număr infirm de incluziuni socio-profesionale, deoarece doar 10% din persoanele afectate își pot recupera la maximum mișcărilor. Dar la aceste persoane, chiar dacă abilitățile manuale și mersul realizează cote corespunzătoare, hipertensiunea arterială, dublată de diabetul zaharat sau obezitate, sunt în măsură să bareze reinsertia socio-profesională a persoanei. Aceiași situație se poate regăsi și în cazul profesiunilor intelectuale, în care restantul funcțional neuromotor nu este prioritar. În toate cazurile, însă, indiferent de etiologia lor, incidența tulburărilor afazice, la fel și epilepsia, se constituie ca impedimente majore în direcția reinsertiei socio-profesionale a persoanelor cu ictus cerebral suportat. Pentru reîntoarcerea la vechea profesie sau pentru deprinderea unei noi profesii, persoana cu sechele ale ictusului cerebral trebuie să-și oficializeze prezența prin alcătuirea unui dosar personal care să cuprindă următoarele documente: examenul medical, examenul psihologic, examenul personalității, examenul cunoștințelor, examenul psihotehnic, sondarea vocațională, anchetă socială, sinteza investigațiilor și protocolul final. [14]

Examenul medical se realizează după criteriile pentru angajarea în producție. Persoana trebuie să ateste că starea de sănătate, cu referire la gravitatea sechelelor și a afecțiunilor asociate, permite activitatea sau reprofesionalizarea.

Examenul psihologic de baza are drept scop evidențierea particularităților psihologice. Examenul psihologic nu trebuie să surprindă elemente statice ale personalității, ci pe cele potențiale, ce pot fi actuale, latente sau evolutive. Conținutul examenului psihologic trebuie să ofere date asupra următoarelor particularități: nivel intelectual, tip de inteligență, funcții mentale și aptitudini profesionale. [9]



Examenul personalității este absolut necesar, deoarece poate furniza indici asupra posibilităților de adaptare socio-profesională a persoanelor cu dezabilități. Eventualele deviații patologice ale personalității nu aparțin psihologului, ci trebuie îndrumate către medic psihiatru, în a cărei competență revin. Testele de personalitate sunt diferite de celelalte categorii de teste. Practica muncii a infirmat teoriile care susțineau că handicapul fizic se constituie ca o personalitate distinctă, fixă și ireversibilă, confirmând ideea, că persoana cu dezabilitate fizică poartă în ea germenul resurselor ce o poate conduce spre reclasarea sa socială [8].

De mare importanță în stabilirea unor trăsături definitorii ale personalității sunt observațiile privind capacitatea și toleranța de adaptare la grup, precum și modul în care acesta își preia și satisface obligațiile umane. [16]

Examenul cunoștințelor se consideră că indispensabil în momentul în care în discuție este opțiunea pentru o nouă profesiune. Fiecare profesie impune un anumit nivel de școlarizare, elementar, mediu, sau după caz, universitar. Primul obiectiv al examenului cunoștințelor școlare este cel de a stabili nivelul de pregătire corespunzător studiilor absolvite, precum și amploarea lacunelor, dacă acestea există. Cel de al doilea obiectiv îl constituie prognosticurile pe termen scurt, de care depinde oportunitatea instituirii programului de recalificare profesională pe termen lung, ce va oferi cadrul testării profesionale, acestea înscriindu-se perfect în următoarea succesiune: cunoaștere, înțelegere, aplicație, analiză, sinteză și evaluare. [3]

Examenul psiho-tehnic abordează mai multe aspecte în strânsă relație între ele: inteligența practică, psihomotricitatea, aptitudinile tehnice și prestațiile din domeniul ergologic.

Inteligența practică se poate considera că o trăsătură definitorie a personalității, căreia îi sunt atribuite aptitudinea mecanică, aptitudinea vizuo-spațială și dexteritatea [6].

Testele folosite pentru examenul inteligenței practice constau din diverse probe ce solicită adaptarea la o anumită situație, găsirea unei soluții practice, recurgerea la ingeniozitate, etc. Examenul psihomotricității este mult mai complex, deoarece analizează reprezentarea mentală a mișcării, în contextul particularităților psihice ale persoanei cu dezabilități fizice. Examenul psihomotricității testează de asemenea și funcțiile senzoriale vizuală, auditivă, a sensibilității tactile, kinestezică și labirintică), având în vedere implicarea lor în executarea unor anumite categorii de mișcări sau anumite situații. Tot la acest capitol se includ și probele ergologice care pun persoana în condiții aproape de cele pe care le va avea în momentul reinsertiei sale profesionale, având valoare decisivă în decizia finală ce se va lua asupra persoanei testate.

Sondarea vocațională are o valoare deosebită în intențiile de reclasare profesională a persoanei cu dezabilități după un ictus cerebral. Motivația se găsește în faptul că, în timp ce pentru persoanele



sănătoase munca oferă satisfacția unor realizări materiale retribuite, pentru o persoană cu dezabilități munca este o modalitate de incluziune socială. [11]

Succesul sondării vocaționale nu rezidă numai în corectitudinea în care această a fost efectuată, deoarece ea face parte dintr - un întreg, în componența căruia intră nu numai individul, ci și societatea [2,10].

Anchetă socială se integrează armonios în practica ghidării psiho-medico-sociale a persoanei cu dezabilitate, stabilind complementaritatea disciplinelor angajate în eforturile de readaptare funcțională a acestora. [14]

În afară de condițiile de viață, situația din familie, condițiile la locul de muncă, anchetă socială trebuie să elucideze întreg trecutul persoanei. De asemenea în ancheta socială se vor nota și activități desfășurate în alte sfere de preocupare (politică, sportivă, obștească etc.). Toate acestea vor putea oferi elemente importante în reorientarea profesională a acestei categorii de pacienți. [14]

Sinteza investigațiilor are o menire importantă de a realiza un tot întreg dintr-o mare diversitate de teste, probe și examene în scopul evaluării restantului funcțional și oferirii un prognostic asupra posibilităților persoanei. Prognosticul adaptării la muncă este dificil, în special pentru persoanele de vârstă a treia, pentru persoanele cu nivel intelectual, educativ și profesional scăzut, ca și inactivitate prelungită. Acestea reprezintă factori ce influențează negativ posibilitățile de incluziune socio-profesională a categoriilor de persoane menționate. [15].

Protocolul final reunește sub forma unui dosar toate datele persoanei cu sechele ale ictusului cerebral, ce urmează să se includă în sfera socio-profesională. [13]

Monitorizarea incluziunii socio-profesionale a persoanei cu dezabilități în urma ictusului cerebral suportat, în raport cu sondarea vocațională în toată complexitatea ei, este absolut necesară. Această monitorizare permite specialiștilor din echipa multidisciplinară care au realizat reabilitarea să facă concluzii elocvente. [15]

În cazurile ameliorării restantului funcțional nu este recomandată sistarea recuperării medicale, fizice și psihologice de întreținere, deoarece anume aceste tactici de recuperare au efecte favorabile de sumă asupra perfecționării deprinderilor pe care locul de muncă le solicită. Se impune echipei interdisciplinare de recuperare după un ictus cerebral obligația de a stărui asupra necesității continuității programului de readaptare funcțională, care, în perioada de 2-3 ani de la debutul accidentului vascular cerebral contribuie la redobândirea funcțiilor pierdute și la menținerea ulterioară a acestora. [5]

Preocupări în acest sens există în toate țările lumii, aducându- se completări legislației mai vechi, pentru a o aduce la nivelul noilor cerințe actuale. [12]



În concluzie: Recuperarea și incluziunea socială a persoanelor cu ictus cerebral suportat nu revine numai medicilor, ci întregii societăți printr-o rețea de organisme și instituții sociale. De asemenea recuperarea și incluziunea socială a acestor persoane trebuie să fie un proces continuu. Realizarea acestui deziderat de esență profund umanistă, trebuie să dispună de un cadru organizatoric adecvat, suport legislativ și reglementări juridice bine definite. Simpla testare neuromotorie a restantului funcțional în cazul persoanelor cu ictus cerebral suportat nu poate, sub nici o formă, decide asupra posibilităților de incluziune socio-profesională. Evaluarea restantului funcțional trebuie considerată că o noțiune mult mai complexă, în care se includ, în egală măsură, integritatea psihică și comportamentală, precum și cerințele ergonomice legate de profilul activității profesionale, pe care persoanele urmează să o desfășoare.

Bibliografie:

1. Bajenaru O. et al. Ghid de diagnostic și tratament pentru bolile cerebrovasculare. Bucuresti, 2003, pp 3-156.
2. Besure J. Une chelle D-attitude relative au choix professionnel. L-Information psychologique, 1968, Nr. 18, pp. 17-65.
3. Bloom B., colab., Taxonomie des objectifs pedagogiques. Tonc 1. Domaine cognitif, Montreal, Ed. Educ. Nouvelle, 1969, pp.232.
4. Braun H. Rehabilitation of the disabled in Germany, frankfurt. Deutsch. Vereins fur offentl. Priv. Fursorge, 1966, p. 34.
5. Caprez G., Kresser H. Berufliche Wiedereingliederung von Patient mit Schadel-Hirn-Trauma-Therap. Umschan, 1987, pp. 236-240.
6. Cattell R. Description and measurement of personality, Ed. G. G. Harrap. & C., London, 1946, 602 pp.
7. Held J. P. Reeducation de hemiplegique. Concours Med. 1977, Nr.1, pp.80-86.
8. Kessler H. Rehabilitation of the physically handicaped. New York, Columbia Univ. Press, 1953, pp. 119.
9. Le reclassement des handicapes: role de l'orientation professionnelle - ses moyens — ses besoins. Rev. Belg. Sec. Soc., 1966, Nr. Nov.-Dec. 20 pp.
10. Lightfoot T. L. Guildelines for the future in the field of vocational rehabilitation of the disabled. Report, Twelfth World Congress, Sydney, Australia, 1972, pp. 5-11.
11. Nichols P. J. Functional assessment. Proc. Roy. Soc. Med. (Section Phys. Med), 1974, Nr.5, pp.406-408.
12. Seifert H. Better deal for the handicapped since the introduction of new aid laws. The German Tribune, 1977, Nr.807, pp. 6-12.
13. Tomas Gh. L. Le handicap physique. Son orientation. Ed. Press. Univ. De Bruxelles, 1973, pp. 228-229.
14. Tomas Gh. L. Methodologie des Centres psycho-medico-sociaux — 2-eme ed., Bruxelles, Min. De l'Ed. Nat. Et de la Cult. Franc., 1970, p 86.
15. Yue S. Prevocational medical evaluation of yong cerebral palsied adults. Arch. Phis. Med. Rehab., 1957, reprint 8 p.
16. Zinn W. N. Moglichkeiten, Greuzen und Finanzierung der Rehabilitation von Apoplektikern (inkl. Hilfs mittel). Therap. Umschan, 1981, Nr.38, 776-790.