

5. PĂUNESCU C. Deficiența mintală și procesul învățării. București: EDP, 1976. 324 p.
6. POPOVICI D.V. Dezvoltarea comunicării la copiii cu deficiențe mintale. București: Pro Humanitate, 2000. 303 p.
7. POPOVICI D.V. Elevii cu tulburări de învățare. În: Educația integrată a copiilor cu handicap. București: UNICEF, 1998. 90 p.
8. RADU GH., VERZA E. Terapia limbajului în învățământul ajutat. Raportul limbaj comunicare-învățare la deficienții mintal. În: Verza E. Probleme de defectologie. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1988, 281 p.
9. ROTARU M. Cercetarea, corecția și dezvoltarea actului lexic la copiii deficienți mintal. Date experimentale, recomandări. Chișinău: UPS „I.Creangă”, 2002. 65 p.
10. ROȘCA M. Psihologia deficienților mintal. București: Editura Didactică și Pedagogică, 1967. 248 p.
11. Psihologia sec. XX: probleme vechi, viziuni noi. Culegere de articole. Chișinău: IȘE, 2001.356 p.
12. ȘOITU, L. *Pedagogia comunicării*, București, Editura Didactică și Pedagogică, 1997, p.41,p.163.
13. VERZA E. Conduita verbală a școlarii mici (normali, logopați și debili mintal). București: Ed. Didactică și Pedagogică, 1973. 156 p.
14. VERZA E. Particularități ale structurilor verbale la debilul mintal. În: Analele Universității București, Seria Psihologie, 1971,243 p.

EDUCAȚIE, DEZVOLTARE ȘI RELAȚIONARE ÎN FAMILIA CU UN COPIL BOLNAV

EDUCATION, DEVELOPMENT AND FAMILY RELATIONSHIP WITH A SICK CHILD

*Valentina Olărescu, conf., dr. în psihologie,
UPS „I. Creangă” din Chișinău*

*Valentina Olărescu, PhD, associate professor,
„I. Creangă” SPU from Chișinău*

<https://orcid.org/0000-0001-8019-8907>

CZU: 376.3+37.018.1

Abstract

The birth of a sick child (psychologic or somatic) in family is the most difficult period and it generates a big disappointment and a multitude of complementary problems. There are changes in the parent's relationship, and the marriage is on the limit of destruction, specifically if this relationship was vulnerable before the birth of the sick child, this birth can have a consolidation effect on the parent's relationship, but often this is not the case. The parents who try to educate a sick child need higher amount of physical health, spiritual equilibrium, and optimism. If the family would be more opened to society and wouldn't hide the sick child, the relationships with everybody around them would be more divarced, and through communication can adapt, socialize, and integrate the child in to society.

Key-words: disability, illness, education, development, relationships, attitude

Lumea este plină de bune intenții, și totodată, ea este conștientă de faptul, că bunele intenții nu întotdeauna se realizează. De ce, ulterior se întâmplă că oamenii cu intenții atât de bune și nobile se implică în relații disarmonioase, pline de durere, atât de contradictorii intențiilor primare. Societatea, iar în ea familia, joacă un rol enorm pentru fiecare persoană.

Spunând cuvântul “familie” omul subînțelege un complex integru de relații: relația în familie, locul său în ea, modul de viață a familiei, trecutul și viitorul ei. Familia e celula comunității, una din cele mai importante forme de organizare a vieții cotidiene, bazată pe uniunea conjugală și legăturile de rudenie, relații dintre soț și soție, părinți și copii, frați, surori. Activitatea vitală a familiei, nemijlocit legată de satisfacerea anumitor trebuințe a membrilor săi este numită funcție a familiei. Varietatea funcțiilor familiei este proporțională cu varietatea necesităților stabile și repetabile pe care le satisface. Îndeplinirea funcțiilor de către familie este importantă nu numai pentru membrii săi, dar și pentru comunitate în întregime. Disfuncționalitatea intrafamilială favorizează apariția numeroaselor dificultăți [1].

Viața de familie înaintează față de membrii ei un șir de sarcini destul de dificile: includerea în relațiile familiale și supunerea unor norme de conduită stabilite în familia dată; asigurarea materială a familiei; educația generației în creștere; soluționarea problemelor cotidiene de familie și de viață.

Pentru a face față cu succes relațiilor conjugale cât și celor de educație a copiilor fiecare membru trebuie să posede cunoștințe, abilități, atitudini, calități psihice. Cu cât mai bine fiecare membru al familiei soluționează sarcinile revendicate de viața de familie cu atât mai bine funcționează familia ca sistem, ca tot întreg, adică în ea totul este legat, reprezentând un organism biologic și psihologic. Și totuși, se întâmplă ceva, ce se află în afara controlului și conștientizării personalității.

Părinții doresc ce-i și cum este mai bine pentru copiii lor, copiii pentru părinții lor. Părinții își formează anumite idei despre ce fel de oameni vor ei să devină copiii lor. În unele familii aceste imagini se conturează chiar înainte de nașterea copilului. Apariția în familie a unui copil bolnav (somatic sau psihic) este cea mai dificilă perioadă și generează o mare dezamăgire și o multitudine de probleme suplimentare. Se schimbă relațiile dintre soți, iar căsnicia ajunge la limita distrugerii, mai cu seamă dacă până la nașterea copilului bolnav relațiile erau vulnerabile, deși, se întâmplă și invers, nașterea copilului bolnav poate consolida relațiile dintre soți. Relațiile agresive, brutale dintre soți, învinuirile reciproce, abuzul fizic și psihic al copiilor destabilizează climatul familial și distorsionează dezvoltarea copilului bolnav. Copilul se dezvoltă neîncrezut, pasiv, timid, cu o autoapreciere joasă. Hipertutelarea copilului bolnav, deasemenea, conduce spre hiperexcitabilitate, nervozitate, iritabilitate, autoapreciere înaltă, dificultăți în adaptarea socială.

Un rol important în familiile în care se naște și se educă un copil bolnav îl joacă mama. Acolo unde mama satisface necesitățile copilului bolnav, dar totodată coordonează și satisface necesitățile proprii și ale celorlalți membri ai familiei se stabilesc relații cât de cât favorabile. O condiție obligatorie pentru ceilalți membri – să nu uite de necesitățile mamei.

Membrii familiei se diferențiază în trei grupuri de îngrijire a copilului bolnav [2].

Primul grup deseori este alcătuit dintr-o singură persoană (frecvent mama), care își asumă rolul central în îngrijirea, supravegherea bolnavului; devine elementul de legătură dintre bolnav și mediu. Tot această persoană este des învinuită de către cei din jur de comportamentul neadecvat al bolnavului, oscilațiile bolii și simptomele ei.

Alt grup de îngrijire a bolnavului este alcătuit de ceilalți membri ai familiei. Ei au o activitate (serviciu, studii), de asemenea sunt implicați emoțional, sunt neliniștiți de starea bolnavului și parțial înfricoșați că s-ar putea întâmpla să se transfere asupra lor povara îngrijirii copilului bolnav.

Al treilea grup îl constituie rudele apropiate și mai îndepărtate care cunosc suferințele bolnavului, se interesează de el, dar nu contactează zilnic. De obicei ei au opinia proprie asupra genezei și evoluției bolii, și educației bolnavului. Această opinie deseori este eronată și frecvent induce starea de culpabilitate la persoana principală care îngrijește bolnavul.

Tipul de personalitate, comportamentul real al bolnavului în multe cazuri contrazice așteptările celorlalți membri ai familiei, de aceea reacțiile emoționale la comportamentul lui sunt însoțite de revoltă, iritabilitate dar și durere, compătimire. Se pare, că nimic nu bucură mai mult membrii familiei decât un bolnav liniștit, ascultător, pregătit să facă tot pentru a se vindeca. Din păcate, frecvent bolile de origine organică conduc la demoralizare, lipsă de autocontrol, turbulență, agresivitate. Cu cât copilul bolnav este mai mic cu atât mai multe iluzii își face familia despre dezvoltarea ulterioară.

Părinții tineri trebuie să cunoască că pe parcursul dezvoltării copilului suferind de o boală psihică vor suporta mai multe perioade critice. Aceste perioade sunt definite de însăși părinți, drept perioade de avânt și de cădere. Mulți părinți recunosc că trăirile lor, emoțiile profunde din prima perioadă de viață a copilului, chiar dacă parțial diminuează, oricum nu dispar și au tendința de a se acutiza în situații grave, când boala invalidizează copilul. Familia trăiește cumplit majoratul copilului în legătură cu reevaluarea valorilor și pronosticul viitorului copilului. Ei sunt pesimiști față de perspectiva adaptării sociale, apare întrebarea: "cine îl va îngriji după moartea lor?" Specialiștii nu prea acordă atenție gravității, profunzimii, intensității acestei crize în raport cu celelalte legate de definitivarea diagnosticului, manifestările simptomatice ale bolii, depistarea aptitudinilor diminuate la învățare [1].

O altă perioadă critică importantă este vârsta pubertară caracterizată prin stări de decompensare: excitabilitate psihomotorie ridicată, excitabilitate sexuală, comportament agresiv.

Familia în care crește un copil bolnav are nevoie de sprijinul întregii comunități la general, și în special de suport psihoterapeutic specializat. Părinții care educă un copil bolnav au nevoie într-o măsură mai mare de sănătate fizică, echilibru spiritual, optimism. Copilul bolnav întotdeauna tensionează relațiile dintre soți, iar acestea determină necesitatea intervenției psihologice. Cu cât familia va fi mai deschisă spre societate și nu va ascunde copilul bolnav cu atât relațiile cu cei din jur vor fi mai diverse, iar prin comunicare cu ei vor reuși să socializeze, adapteze și integreze copilul în comunitate [2].

Un efect psihoterapeutic asupra familiei cu un copil bolnav acordă asociațiile părinților. Schimbul de experiență, contactul emoțional cu persoane care au aceleași probleme, suportul moral permite soților și mai cu seamă mamelor care-și educă singure copilul, să se elibereze de sentimentul neajutorării și singurătății, insecurității. Toate situațiile problematice din familie nu mai sunt percepute irezolvabile. În așa fel se anticipează posibilitatea respingerii copilului bolnav, iar mama dinnou simte dragoste față de copil, reapare sentimentul matern atât de important pentru ea și pentru copil. Soții conștientizează că copilul este o sursă de bucurie care îi energizează spiritual, devenind mai empatici și înțelepți. Conștientizează faptul că fiecare are dreptul la existență, viață, dragoste, indiferent de cum sunt ei.

Există metode de tratament clasic și practici alternative atât a copilului bolnav cât și al familiei acestuia. Tratamentul se aplică în dependență de specificul bolii copilului. Nu putem face delimitare strictă care boală provoacă suferințe mai mari familiei - cea somatică sau cea psihică, depinde din care unghi de vedere va fi abordată.

În continuare voi prezenta unele direcții de tratament al bolilor somato-psihiice. Tratamentul de recuperare început după depistarea deficiențelor copilului, de preferat în primul an de viață, reprezintă un complex de măsuri medicale și psihopedagogice interdependente, aplicat cu scopul restabilirii și dezvoltării optime a tuturor capacităților - fizice, motorii, mintale, sociale ale copilului.

Actul terapeutic presupune și o latură socială – un efort comunitar, crearea unor facilități necesare pentru obținerea unui grad mai mare de independență socială. Tratamentul este aplicat de o echipă formată din medici, psihologi, pedagogi, asistenți sociali – echipă în care trebuie inclusă obligatoriu familia copilului.

Metode de tratament aplicate în procesul recuperării:

Chimioterapie – reprezintă medicația psihotropă cu acțiune asupra sistemului nervos central prin efectul sedativ, antidepresiv, hipnotic sau psihostimulant. Se recomandă în funcție de caz, numai de către medic.

Tratamentul anticonvulsiv, administrat copilului cu convulsii și epilepsie este indispensabil pentru ținerea sub control a crizelor, crize care prin repetarea lor pot duce la agravarea tulburărilor copilului.

Psihoterapie – se bazează pe stabilirea unei relații interpersonale particulare, în scopul producerii unor schimbări durabile a psihocomportamentelor anormale. În cadrul procesului psihoterapeutic trebuie inclusă și familia, atât prin psihoterapia de familie, cât și prin implicarea ei în procesul terapeutic. Acest tratament trebuie aplicat sistematic, separat sau în combinație cu celelalte metode de intervenție, în funcție de caz. Se bazează pe stabilirea unei relații interpersonale particulare. Terapeutul utilizează un mare număr de tehnici orientate spre schimbarea interacțiunilor în sistemul familial, potrivit necesităților tuturor membrilor. Cele mai frecvente tehnici sunt: sculptura familială, art-terapia familială, desenul familiei conjugale, gestalt-terapeutice, tehnici de joc psihologic cu copiii și părinții (separate și în grup), tehnici de vizualizare creativă, meditație, relaxare, ș.a.

Terapiile ocupaționale – se realizează prin intermediul unor activități coordonate, utile, plăcute, antrenante, care trezesc interesul, oferă destindere și contribuie în final la restaurarea personalității și a comunicării; stimulează, exersează și antrenează funcțiile deficitare, învățarea, reeducarea unor deprinderi prin exercitarea unor activități practice regulate, în scopul atenuării sau compensării deficiențelor, dezvoltării abilităților copilului, restabilind pe această cale capacitatea acestora de integrare /reintegrare familială, socială, școlar profesională. Psihoterapiile ocupaționale, prin caracterul de antrenare dinamică colectivă, atenuază traumatismul spitalicesc legat de internare, mai ales când acesta impune o durată mai mare.

În general, ca forme de terapie ocupațională, se pot distinge două activități: lucrative și creative, respectiv - ergoterapia și artterapia, adresate atât copiilor cu deficiență neuromotoră și mintală, cât și celor cu tulburări afectiv comportamentale.

Chinetoterapie – sau gimnastica medicală reprezintă un complex de exerciții și procedee practicate după anumite tehnici și principii comune, în vederea unui scop bine precizat. Chinetoterapia modernă nu se mulțumește cu o adaptare funcțională, fie ea și maximă, ci urmărește obținerea reușitei mișcării la normal sau cât mai aproape de normal. Se practică gimnastica activă și gimnastica pasivă. Gimnastica activă, bazată pe complexe de exerciții privind dezvoltarea fizică generală a copiilor se alcătuiește potrivit unei scheme motivată

pedagogic și fiziologic, contribuind la întărirea sănătății, la dezvoltarea fizică generală, la formarea unei ținute corecte. Întocmirea unui complex trebuie făcută în așa fel încât să se adreseze tuturor segmentelor corpului. El trebuie să dezvolte forța, rezistența, îndemnarea, viteza, mobilitatea fiecărei părți corporale. Alte mijloace pasive de tratament sunt: tratamentul de posturi, împachetările în apă, parafină, nămol, masajul. Gimnastica activă și pasivă se aplică folosind metode analitice de reeducare neuromotorie, recomandate în funcție de tulburările neuromotorii prezente.

Mecanoterapia, chiar dacă astăzi se pare a fi depășită, este acea formă de gimnastică medicală care se face cu ajutorul aparatelor fixe. Ea este folosită atât pentru gimnastica pasivă cât și pentru cea activă.

Balneoclimatologia – folosită la tratamentul diferitelor maladii, aplicându-se și copiilor cu deficiențe, drept tratament adjuvant. Balneologia modernă realizează o profilaxie eficientă, dar și o recuperare funcțională pentru o gamă largă de boli. Mijloacele balneofiziologice de tratament, apele minerale și gazele naturale, nămolurile terapeutice, climatoterapia, cura heliomarină, electroterapia utilizează efectele curentului electric, ale energiei cuantice și ale undelor electromagnetice în scop profilactic, curativ și de recuperare.

Activități recuperatorii logopedice – urmăresc recuperarea tulburărilor de limbaj care acompaniază frecvent tulburările motorii și mintale, dar și stimularea dezvoltării limbajului. Succesul activității logopedice depinde nu numai de metodele și procedeele aplicate, de pricepera specialistului, dar și de modul în care este organizată activitatea recuperatoare logopedică. Întregul complex de măsuri organizatorice are la bază o serie de principii izvorâte din însăși activitatea practică cu logopații, după care se ghidează însuși logopedul. Există un anumit specific al activității logopedice desfășurate în cadrul școlilor de cultură generală, deosebit de cel din cabinetele logopedice de pe lângă școlile speciale. În principiu, activitatea centrelor logopedice interșcolare se desfășoară cu subiecți logopați normali din punct de vedere psihic și senzorial, celelalte cabinete sunt frecventate de subiecți cu tulburări de limbaj ce apar pe fondul unor deficiențe psihice, organice-funcționale, senzoriale și intelectuale. Se înțelege că în funcție de aceste particularități, cât și de particularitățile de vârstă, de nivelul instrucției și culturii logopaților, sunt diferite și tipurile de activitate. Toate aceste caracteristici determină specificul activității logopedice. La ele se adaugă tipul tulburării de limbaj și modul cum aceasta influențează personalitatea și conduita logopatului.

În aplicarea cu succes a tratamentului un rol deosebit îl are cooperarea familiei, deoarece limbajul copilului este influențat de limbajul adulților și în mare măsură depinde de experiența verbală, de mediul verbal normal în care se educă și dezvoltă începând cu primele zile după naștere. Limbajul nu este o aptitudine înnăscută, ci se formează în procesul ontogenezei paralel cu dezvoltarea fizică și psihică. Este bine ca cei care îngrijesc copilul să cunoască particularitățile dezvoltării limbajului pe etape de vârstă, pentru a observa la timp orice abatere sau întârziere în acest proces. Cunoscând legitățile dezvoltării limbajului se vor putea desfășura activități recuperatorii logopedice, orientate exact pe defectul depistat. Unii autori diferențiază două etape de dezvoltare a limbajului: pregătitoare și spontană. Alții consideră că există patru etape: pregătitoare (până la un an), antepreșcolară (până la trei ani), preșcolară (până la șapte ani) și școlară (până la șaptesprezece ani). Evident, limitele dintre etape sunt condiționale. Dezvoltarea limbajului în corespundere cu vârsta cronologică și psihică se răsfrânge asupra dezvoltării întregii personalități a copilului, iar aceasta la rândul-i

se produce în anumite condiții: sănătate psihosomatică, aptitudini intelectuale, analizatorii de auz și vâz intacti, activism psihic adecvat, necesitate de a vorbi, mediu verbal favorabil.

Alternative la tratamentul clasic al copilului cu deficiențe se recomandă acupunctura, presopunctura, fitoterapia.

Acupunctura reprezintă terapia prin ac, reprezentată de tehnici de stimulare a unor puncte specifice, strict localizate pe corp, pentru obținerea unei reacții de răspuns a organului, de corelație prin verigi fiziologice interpușe, reacții ce reprezintă modificări de ordin bioenergetic insuficient explicate. Acupunctura intervine în reglarea echilibrului energetic, fie tonificând comportamentul energetic deficitar, fie pe cel aflat în exces, respectând anumite reguli. Acupunctura trebuie să completeze tratamentul de recuperare, nu să i se substituie. Aplicarea tratamentului se face la recomandarea unui specialist în servicii adecvate.

Presopunctura – reprezintă masajul prin presiune asupra unor puncte de pe corp, specializat într-o anumită suferință. Poate fi aplicată de pacientul însuși. Se bazează pe principiul, că pe suprafața pielii sunt proiectate toate organele corpului. Stimularea punctelor care corespund organului bolnav are cel puțin un efect analgezic, atât prin presopunctură, cât și prin acupunctură și electropunctură.

Fitoterapia – utilizează în tratarea bolilor plante medicinale. Medicamentele de origine vegetariană sunt mai bine tolerate de organismul uman, fenomenele secundare și reacțiile adverse fiind mult mai rar semnalate față de cele obținute prin sinteză. Cele mai cunoscute forme de administrare a preparatelor din plante medicinale sunt: infuzie, decoct, macerație, tincturi; comprimate din pulberi vegetale; unguente și pomezi pentru aplicații locale; soluții injectabile.

În prezent familiile tinere au posibilități de examinare genetică în situații cu antecedente în familie. Metode antenatale de diagnostic a bolilor transmisibile la făt sunt amniocenteza (examinarea lichidului amniotic), biopsia horionului, ultrasonografia. Medicul genetician oferă informații despre posibilitatea transmiterii patologiei iar soții singuri decid ce pași vor efectua în continuare, în sens - va fi sau nu întreruptă sarcina.

Întotdeauna când în familie se naște un copil cu deficiență psihică părinții sunt interesați de cauzele apariției patologiei. Cunoașterea cauzelor va direcționa în continuare activitatea recuperatoare și pronosticul dezvoltării copilului.

Integrarea școlară este un obiectiv important, prin care este permis accesul la educație în școli publice al copiilor suferinzi somatic sau psihic (cu deficiență mintală și asociate). Integrarea în școli de masă a persoanelor cu deficiență are ca efecte îmbunătățirea învățării, dezvoltarea abilităților de comunicare, de adaptare la medii normale de viață, conștientizarea imaginii de sine, creșterea încrederii în forțele proprii, însușirea cunoștințelor de bază, dezvoltarea potențialului mental, afectiv și social.

Expunerea punctului de vedere propriu, format în decursul experienței practice cu familii care educă copii suferinzi somatic sau psihic, oferă certitudinea utilității celor relatate.

BIBLIOGRAFIE

1. Psihosociologia relației copil – profesionist în domeniul social : Suport de curs: Instruirea profesioniștilor din cadrul serviciilor sociale pentru copii în situație de risc și copiii separați de părinți / Viorica Dumbrăveanu, Corneliu Țăruș, Cristina Triboi [et. al.] ; coord.: Diana Cheianu-Andrei [et. al.]; Ch: Tipogr. „Bons Offices”, 2016. 272 p. ISBN 978-9975-87-079-

5. https://msmps.gov.md/sites/default/files/document/suport_de_curs_rom.pdf (vizitat 05.03.2021)
2. Studiul Național. Cunoștințele, Atitudinile și Practicile familiilor în domeniul îngrijirii și dezvoltării timpurii a copiilor. Raport sumar. Chiș., 2009
<https://www.unicef.org/moldova/media/1411/file/ECD-KAP-study-2010-RO.pdf> (vizitat 05.03.2021)

DEZVOLTAREA LATURII LEXICO-SEMANTICE ÎN CAZUL TULBURĂRILOR DE LIMBAJ LA PREȘCOLARI

DEVELOPMENT OF THE LEXICO-SEMANTICAL SIDE IN THE CASE OF LANGUAGE DISORDERS IN PRESCHOOL SCHOOLS

*Dorina Ponomari, dr., lector univ.,
UPS „Ion Creangă” din Chișinău
Dorina Ponomari, PhD, university lecturer,
"Ion Creanga" SPU of Chisinau
<https://orcid.org/0000-0002-0795-3889>*

CZU: 376.37

Abstract

The article presents methods for assessing language, namely the lexical and semantic side of language. The results of the evaluation of a sample of preschoolers with language disorders and the language developed according to age allowed the elaboration of a complex program of psycho-speech therapy intervention. The implementation of the developed program has demonstrated its efficiency and proposes it for application by those concerned.

Key-words: preschool age, language, speech therapy intervention, development of the lexical and semantic side of the language.

Activitatea de vorbire, după Л.Ф. Спинова, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина, implică o interacțiune și interconectare complexă a tuturor componentelor sale: fonetică, lexico-semantică, gramaticală [2]. Pentru a avea o perspectivă completă asupra limbajului și asupra direcțiilor diagnostice și terapeutice, este potrivită abordarea structuralista a limbajului (I.Munteanu, C. Hațegan). Conform acestei abordări, limbajul poate fi analizat componential prin prisma laturilor, componentelor sale: latura fonetico-fonologică; latura morfologică; latura sintactică; latura lexico-semantică; latura sintactică; latura pragmatică [1, p.59].

Pentru evaluarea limbajului și anume a laturii lexico-semantică a limbajului au fost selectate un șir de metode care sunt prezentate în continuare.

Testul Cunoașterea vârstei psihologice a limbajului, după Alice Descoedress. Testul conține 7 probe, aplicabile copiilor cu vârste între 3 și 7 ani, fiecare fiind însoțită de o instrucțiune clară și materiale demonstrative (obiecte reale sau în imagine). Copilul trebuie să deosebească proprietățile contrarii ale obiectelor reale sau din imagini, să completeze lacunele dintr-un text vorbit, să repete șiruri de numere, să cunoască din ce sunt făcute o serie obiecte, să înțeleagă sensul și să găsească contrariul unor termeni (antonime), să numească și să diferențieze culorile, să explice sensul verbelor-acțiune mimate de experimentator.