

IMPLICAȚII ALE STRESULUI PARENTAL CA REACȚIE ÎN PROCESUL DE EDUCAȚIE A COPILULUI CU AFECȚIUNI NEUROMOTORII

Gavriliță Lucia,
Director Centrul Speranța, drd.

Rezumat

La nivel psihologic nașterea copilului cu dizabilitate este percepută de către părinte drept o tragedie enormă. Aceasta cauzează un stres puternic părinților, mai cu seamă mamei. Stresul care are o acțiune prelungită influențează negativ starea lor de spirit și, într-o clipă, condiționează schimbarea bruscă și traumatizantă a întregului mod de viață al familiei, înrădăcinat de ani de zile. Modul de viață al unei familii implică stilul relațiilor interpersonale deja format, relațiile membrilor ei cu mediul social, viziunea asupra lumii și orientările valorice pe care le-a adoptat fiecare dintre parteneri. Impactul dizabilității copilului se resimte în toate aceste componente descrise. Toate speranțele și așteptările părinților în legătură cu viitorul copilului devin zadarnice și se ruinează momentan, iar conștientizarea celor întâmplate și adoptarea unor noi valori de viață se pot prelungi adesea pe perioade mai lungi.

Cuvinte-cheie: stres, stres parental, stres în familie, dizabilitate, familie, copil cu „afecțiuni neuromotorii”.

Summary

At the psychological level, the birth of a child with a disability is perceived by the parent as an enormous tragedy. This causes a lot of stress for parents, especially the mother. Prolonged stress negatively affects their mood and, in an instant, conditions the sudden and traumatic change of the whole family's way of life, rooted for years. The way of life of a family involves the style of interpersonal relationships already formed, the relations of its members with the social environment, the vision of the world and the value orientations that each of the partners has adopted. The impact of the child's disability is felt in all these described components. All parents' hopes and expectations about the child's future become futile and momentarily ruined, and awareness of what happened and the adoption of new life values can often be extended over longer periods.

Keywords: stress, parental stress, family stress, disability, family, child with "neuromotor disorders".

Actualitatea temei abordate. În viața fiecărui copil, familia reprezintă primul mediu de socializare caracterizat prin securitate afectivă, susținere, sprijin, cooperare, viață comună, aspirații și interese comune. Principalele caracteristici ale familiei care influențează în mod fundamental dezvoltarea socială a copilului sunt: *legătura biologică de bază a persoanei care îi conferă identitate și îl susține în dezvoltarea intelectuală, afectivă și morală; primul grup social în care copilul exersează comportamente sociale și se descoperă pe sine; asigură climatul de securitate afectivă necesar dezvoltării armonioase și echilibrate a personalității; cadrul optim de dezvoltare a individualității și de valorizare a potențialului copilului* [6, p.282]. De aceea se consideră faptul că nașterea copilului reprezintă unul dintre principalele evenimente în viața unei familii. Părintele vede în aceasta continuitatea sa, își leagă de el speranțele, dorințele, visele neîmplinite. Dificultățile de ordin material, oboseala sunt compensate din plin prin trăirile emoționale pozitive pe care le generează această situație [10].

Cu totul altfel stau lucrurile în familia în care apare un copil cu afecțiuni neuromotorii. În majoritatea cazurilor, părinții devin „victimele” unui șoc. Ei se simt dezorientați, confuși, descurajați, aceste stări fiind secondate de o reacție de negare, condiționată de incapacitatea de a accepta pentru moment existența afecțiunii. Acești copii au aceleași nevoi de îngrijire din partea părinților ca și ceilalți copii. Ei au *nevoie de dragoste, de hrană și de a fi tratați cu respect și demnitate*. Alături de aceste nevoi, ei pot avea nevoi speciale care cer ca părinții să aibă mai mult timp, mai multe resurse materiale și anumite abilități suplimentare pentru a îngriji astfel de copii și a învăța să-i iubească. De aceea, este foarte importantă prima experiență a părinților în îngrijirea acestor copii, care contribuie la reducerea stigmei și ajută părinții și copilul cu această afecțiune să se adapteze în societate [9, p.72].

Scopul cercetării: fundamentarea teoretică privind manifestarea stresului parental ca reacție în procesul de educație a copilului cu afecțiuni neuromotorii.

Rezultate și discuții. Părinții traversează stadii diferite de reacție la nașterea unui copil cu afecțiuni neuromotorii. Ei trebuie ajutați să accepte copilul cu această problemă și să nu-i creeze dificultăți suplimentare de adaptare și complexe de inferioritate. Ideea că afecțiunile neuromotorii și prezența unor anomalii anatomice vizibile sau invizibile ar putea avea consecințe asupra dezvoltării emoționale, a fost emisă încă din anul 1600 de către Francis Bacon, care arăta că efectul diformităților este în mod invariabil advers. Prima publicație medicală modernă care a abordat impactul psihologic al afecțiunilor neuromotorii ale copilului a apărut în anul 1928. Investigarea științifică a acestui fenomen în rândul copiilor cu afecțiuni neuromotorii a avut loc abia după 1960. Impactul emoțional al afecțiunii neuromotorii ar putea fi obiectivat, dacă s-ar cunoaște în toate cazurile caracterelor emoționale ale subiectului, înaintea debutului bolii [2, p.119].

Statutul de părinte al unui copil cu „*afecțiuni neuromotorii*”, se construiește în jurul unei dinamici specifice. Copilul este în același timp o sursă de bucurii, dar și o sursă de nefericire, în cazul în care el prezintă o afecțiune. Istoria și evoluția copilului cu „*afecțiuni neuromotorii*” începe în momentul apariției îndoielii și incertitudinii la prima vedere a mamei asupra copilului. La început, ea examinează integralitatea corporală, fizică, a nou-născutului, apoi se orientează asupra apartenenței la gen. Această primă privire asupra nou-născutului, în situația unui copil cu deficiențe, se încarcă cu îndoială, care, treptat, devine certitudine [12, pp.43-48].

Educația în familie a copilului cu afecțiuni neuromotorii presupune munca ambilor părinților în următoarele direcții: stimularea permanentă a dezvoltării psihice în corespundere cu particularitățile individuale și de vârstă ale copilului; crearea condițiilor favorabile pentru învățare și un mediu securizant; formarea unei interacțiuni emoționale, comunicative și practice între copil și părinți. **Atitudinilor părinților lor față de copil includ trei niveluri de manifestare: atitudinile**

partenerilor în ce privește relațiile de cuplu; atitudinile cu referire la relația părinte-copil; atitudinile și expectanțele ce vizează relația pură cu copilul.

Aceste atitudini au fost analizate de către V. Ткачева în lucrarea *Семья ребенка с отклонениями в развитии. Диагностика и консультирование*. În acest context, autoarea V.Ткачева, menționează următoarele *direcții* principale în activitate cu familia copilului cu afecțiuni neuromotorii: armonizarea relațiilor familiale; reabilitarea stării psihologice a mamei; reabilitarea relației părinți-copii; sprijin în aprecierea adecvată a potențialului copilului (atât fizic, cât și psihic); învățarea mamei a metodelor și strategiilor corecționale, necesare pentru desfășurarea activităților recuperatorii acasă; învățarea mamei a metodelor educaționale, necesare pentru dezvoltarea personalității copilului [17, p.36].

Existența unui copil cu afecțiuni neuromotorii poate avea un impact negativ asupra căsătoriei părinților, unele mame considerând normal să-și sacrifice căsnicia pentru a se ocupa în exclusivitate de suferința copilului lor. Ea poate deveni geloasă pe propriul copil sănătos. Unii părinți ascund cu grijă impactul negativ pe care afecțiunea copilului îl are asupra vieții lor, metodele de camuflare fiind variate și complexe [2, p.120].

Strategiile de rezolvare/stăpânire a situației sunt legate de abilitățile generale de a stăpâni situațiile și legate de gândirea de a dori să facă ceva și de eliminarea auto-blamării prin soluții pozitive. Să te adaptezi la copil, să ai și alte evenimente la care să faci față, să lucrezi, sunt factori care modifică efectele negative asupra mamelor care au un copil cu dizabilități sau tulburări de comportament. Majoritatea studiilor specifică importanța imaginii de sine a părinților care cresc și sprijină unui copil cu dizabilități [11, p.236].

Un studiu întreprins în anul 1988 și-a propus să stabilească factorii care influențează atitudinea parentală după ce au fost înștiințați asupra afecțiunii copilului lor, la cât timp după nașterea unui copil cu afecțiune neuromotorii se modifică comportamentul mamei față de el. S-a căutat să se explice în ce măsură modificarea de comportament al mamei depinde de gradul de responsivitate socială a copilului, feed-back-ul pozitiv, câte dintre interacțiunile mamei cu copilul, apreciate cantitativ prin observare pot fi coroborate cu modificările clinice ale copilului, cu dorințele și expectanța ei privind acest copil. S-a căutat să se stabilească, de asemenea, în ce măsură atitudinea modificată a mamei, decepționată de afecțiunea neuromotorie a copilului întârzie progresele neuropsihice ale acestuia prin lipsa de stimulare adecvată [apud 2, p.117].

Familia în care se naște un copil cu afecțiuni neuro-motorii își va vedea dinamica influențată de această situație. Reacțiile familiilor sunt complexe și nici o familie nu reacționează la fel la nașterea unui copil cu IMC. Se disting, în general, 3 faze succesive: **1. Un șoc inițial, în primele luni de la naștere;** **2. Perioadă de luptă (împotriva infirmității);** **3. Perioadă prelungită de reorganizare și acceptare a handicapului și consecințelor sale.** Tatăl și mama influențează copilul nu numai prin

comportamentul lor individual, ci și prin natura relațiilor lor conjugale. Copilul va percepe relațiile conflictuale dintre părinți. Tulburările din interiorul cuplului vor genera la rândul lor, în mod secundar, tulburări ale copilului. S-a observat faptul că aproximativ trei sferturi dintre copiii cu tulburări caracteriale și de comportament au părinții despărțiți [3, p. 147].

Părinții reacționează în mod diferit la tulburările de dezvoltare intelectuală a propriilor copii. Unii îi acceptă așa cum sunt, făcând tot posibilul pentru a le asigura îngrijirile necesare și a le oferi șanse de afirmare, identice cu cele ale copiilor sănătoși. Alții intră în panică, acuzându-se pentru ceea ce i se întâmplă copilului și lăsând lucrurile să evolueze din rău în mai rău, ceea ce, firește, reduce drastic șansele copilului de a se dezvolta, de a-și valorifica potențialul. În funcție directă de aceste două tipuri de abordare a problemei copilului cu dizabilități severe și/sau profunde (DSP) este și atitudinea părinților față de activitatea instituțiilor de învățământ destinate acestor copii, între timp, succesul educațional depinde direct de *parteneriatul dintre instituție și familie* [12, p.42].

Stresul din familie, apărut odată cu depistarea copilului cu afecțiuni neuromotorii, înseamnă a avea nevoie de o focalizare pe întreaga familie și pe abilitatea acesteia de a face față stresului. Plecând de la cercetări medicale, sociologice sau psihologice, stresul familial a fost definit ca fiind o presiune sau o tensiune în sistemul familial, o disfuncție în starea obișnuită a familiei [15, p.16], o schimbare, uneori moderată, alteori dramatică în echilibrul familiei. O altă definiție a stresului familiei face referire la dezechilibrul (real sau imaginar) dintre solicitările cu care se confruntă o familie și abilitatea familiei de a se adapta la acele solicitări.

W. Madsen, un celebru psihoterapeut și cercetător în domeniul stresului familiei, a introdus termenul **familie stresată**. Astfel, el propune o alternativă la descrierea tradițională a familiilor cu probleme, sugerând specialiștilor să vadă membrii unei familii ca fiind separați de problemele din viața lor, să le descopere resursele existente dincolo de aceste probleme. Așadar, W. Madsen afirmă că noțiunea de *familie stresată* este o etichetă mai potrivită, pentru că ea surprinde mai bine stresorii și presiunile ce afectează familiile, noțiunea stresată definind realitatea dificilă a vieților lor, dar, în același timp, orientând către capacitățile, abilitățile și resursele pe care familiile le pot accesa pentru a face față acestor presiuni sau stresori [14].

În acest sens, teoriile și modelele generale despre educația în familie (parentalitate/educație parentală), referindu-ne la cele care explică specificul relaționării „mamă-copil”, și anume: *modelul stadial al parentalității, modelul unilateral, modelul bilateral, modelul sistemic, modelul interacțional, modelul punctelor de sprijin, teoria socioculturală a lui L. Vâgotski, teoria învățării sociale, teoria piramidală a nevoilor umane, teoria socio-emoțională, teoriile atașamentului*.

Părinții care cresc un copil cu afecțiuni neuromotorie trebuie să facă față numeroaselor incertitudini despre sănătatea copilului, pronosticul, consulturilor medicale repetate și nevoilor speciale de îngrijire ale acestor copii [9, p.73].

Reacțiile comune ale părinților la vestea afecțiunii neuromotorii copilului sunt: *se simt devastați, traumatizați de aflarea veștii; șoc, negare, neîncredere; sentimente de criză și confuzie; sentimentul de pierdere a speranței pentru copilul lor; speranțele de viitor sunt distruse; sentimente de vinovăție, responsabilitate și rușine; furie puternică îndreptată spre personalul medical; scăderea stimei de sine și a eficacității în rolul de părinte; relațiile de cuplu și familiale devin încordate; rutinele familiale sunt întrerupte* [7, p.350].

Sentimentul acceptării este un element important care determină legătura afectivă părinți-copii. Antropologul *R. Rohner* a studiat efectele respingerii, neacceptării sau izolării copiilor. Concluziile sale au evidențiat faptul că: *„Sentimentul izolării duce la anxietate. Să fii izolat înseamnă să fii dat la o parte, lipsit de posibilitatea de a folosi puterile umane. Să fii izolat înseamnă să fii neajutorat, incapabil de a înfrunta lumea - lucrurile și oamenii”* [4, p.350].

Acceptarea diagnosticului, de către părinți, este factorul major în tratarea și sprijinirea copilului cu afecțiuni psihomotorii, în același timp permițându-le părinților o mai bună adaptare și funcționare psihosocială. Neacceptarea diagnosticului frânează, poate chiar blochează, posibilitățile copilului de evoluție și de cele mai multe ori izolează familia. Acceptarea diagnosticului are efect pozitiv și asupra îmbunătățirii relației părinți-copii.

Psihologii ruși *E. Мастюкова* și *A.Московкина* fac o analiză a evoluției reacțiilor părinților la diferite etape ale vieții, în procesul de acceptare a situației (vezi tabelul 1.4.).

Tabelul 1.4. Evoluția reacțiilor părinților la diferite etape ale vieții copilului lor [16, p. 55-56]

Nr.	Reacții ale părinților la auzul diagnozei medicale	
I	Negarea	Părinții pun la îndoială competența medicului care le-a comunicat vestea, încearcă să consulte mai mulți specialiști în domeniu. La baza acestui comportament parental stă speranța disperată în posibilitatea erorii privind diagnoza inițială.
II	Furia	La baza furiei stau perceperea neputinței, neajutorării, disperării și dezamăgirii în sine și în copil.
III	Culpabilizarea	Sentiment care după H. Gardner, evoluează în timp adesea într-o suferință copleșitoare, legată de conștiința plății pentru greșelile de cândva, care au dus la apariția afecțiunii. <i>„Plătesc pentru un păcat mai vechi, o greșeală”</i> este gândul de care este măcinat adesea acest părinte.
IV	Adaptarea emoțională	Etapă finală a unei adaptări specifice a părintelui. Anume acum el ajunge să conștientizeze și să accepte afecțiunea copilului <i>„și cu mintea, și cu sufletul”</i> .

Părinții au nevoie de sprijin pentru a-și asuma rolul de părinte a copilului cu afecțiuni neuromotorii. Ar trebui dezvoltat un parteneriat bazat pe sprijin și cooperare între administratorii școlari, profesori și părinți. În cadrul acestuia, părinții trebuie priviți ca parteneri activi în luarea deciziilor. Părinții trebuie încurajați să participe atât în activitățile educaționale acasă și la școală (unde pot observa tehnici eficiente și pot învăța cum să organizeze activități extracurriculare), cât și

în supravegherea și sprijinirea învățării copilului lor. Guvernele ar trebui să adopte poziția de lideri în promovarea parteneriatului cu părinții, atât prin politică, cât și prin legislația cu privire la drepturile părinților. Ar trebui promovată dezvoltarea asociațiilor de părinți, iar reprezentanții lor ar trebui implicați în proiectarea și implementarea programelor care au ca scop o mai bună educație pentru copiii lor. De asemenea, la elaborarea proiectelor și transpunerea în practică a programelor, ar trebui consultate și organizațiile persoanelor cu diverse dizabilități [5, p.213].

Psihologul rus *B. Tkaceva* este de părere că schimbările ce se produc în viața familiilor după apariția copilului cu dizabilitate se manifestă la trei niveluri semnificative: psihologic, social și somatic.

După *V. Tkaceva*, această situație poate fi condiționată de mai mulți factori, dintre care: *specificul de personalitate a părintelui, capacitatea lui de a accepta sau nu dizabilitatea, situația copilului și, în final, însuși copilul deficiet; complexitatea și gradul dizabilității copilului; lipsa sprijinului pozitiv din partea mediului social acordat familiei (lipsa unei relații reciproce dintre familia copilului cu dizabilitate și societate)* [17].

I. Mitrofan și D. Buzducea descriu patru sfere de răspuns al procesului stadial prin care trece familia copilului cu afecțiuni, conform tabelului 1.6.

Tabelul 1.6. Procesului stadial prin care trece familia copilului cu afecțiuni [8]

Momentul anunțării diagnosticului, momentul șocului și al negării	
STADIUL I.	<i>În faza de șoc se manifestă reacția de negare a realității. Este o stare-tampon, ca o protecție naturală pe care psihicul o folosește pentru a face față șocului. Șocul, negarea, revolta sunt răspunsuri firești la o situație de criză personală, care se răsfrânge și asupra familiei. Este stadiul întrebărilor fără răspunsuri („De ce tocmai mie?”, „De ce copilul meu?”). Unii oameni nu reușesc să facă față, nu pot accepta, nu se pot împăca cu realitatea. Ei nu admit și nu acceptă situația. O problema a negării și neacceptării o constituie faptul că poate spori vulnerabilitatea, anxietatea persoanelor aflate în această situație.</i>
Stadiul confuziei și al trecerii spre măsuri concrete pentru recuperarea și ameliorarea afecțiunii	
STADIUL II.	<i>Confuzia individuală este adesea marcată de durere suprasolicitată. Caracteristici ale suferinței: sentiment de totală neajutorare și nefericire, ruminări, suferință emoțională acută, depresie, anxietate, sentiment de abandon, vinovăție, furie, afectarea imaginii de sine și a procesului de decizie. Părinții devin preocupați de a exercita control asupra situației. Unii adulți reacționează prin depresie cronică, tulburări de somn. Ura, teama, furia, pesimismul și disperarea apar la alții. O altă parte răspunde prin anxietate, senzația de vulnerabilitate, insecuritate sau culpabilizare. Cu toate acestea, unii părinții încep încet să accepte situația și să vadă cum pot merge mai departe.</i>
Acceptarea situației	
STADIUL III.	<i>Înțelegerea și acceptarea faptului că cele întâmplate sunt ireversibile, că timpul nu mai poate fi dat înapoi și că nu se mai pot schimba multe reprezintă cel mai mare avantaj al acestui stadiu. Acceptarea condiției duce la începerea regăsirii rolului în familie, în societate și a regăsirii demnității proprii. Este momentul clarificării, dar oricând se poate reinstala o criză sufletească.</i>

Reevaluare și redresare - speranța revenirii	
STADIUL IV.	<i>Membrii familiei cu copii cu afecțiuni neuro-motorii trebuie să decidă între o existență victimizată și provocarea unor schimbări majore în viața lor, schimbări care să forțeze într-un fel mâna destinului. Începe descoperirea necesității includerii acțiunilor în planurile de recuperare a copilului. Adaptarea la contextul multiplelor pierderi suferite și acceptarea acestei realități ca fiind trecut, prezent și viitor este principalul scop al acestui stadiu. Apar provocări de cooperare și dialogare cu noua realitate. Familia are de ales între reinvestirea în sine și o smerită supraviețuire.</i>

Procesul nu suportă granițe fixe, dar în același timp ajută și la o organizare a descrierii experienței pierderii, la identificarea etapei în care se află sau s-a blocat familia și la structurarea intervenției terapeutice. Trebuie reținut însă faptul că nu toți părinții trec obligatoriu prin aceste stadii, nici în această ordine, astfel încât uneori se poate crede că ei neagă deficiența. De cele mai multe ori, procesul de adaptare nu este unul liniar; există situații în care părinții acceptă copilul dar nu acceptă deficiența. Alteori, după ce acceptă și au sentimente pozitive în ce-l privește pe copil, pot la un moment dat (spre exemplu, atunci când copilul merge la grădiniță, când își văd copilul împreună cu alții de vârsta lui) să devină din nou îngrijorați și stresați.

Studiul demonstrează că, de regulă, familiile, în care se nasc și trăiesc asemenea copii, se confruntă cu grave probleme de ordin social-economic, culturale etc. Aceste particularități au un impact negativ asupra climatului afectiv din familie, relațiile dintre copii și părinți, dintre părinți și pedagogi fiind marcate de tensiuni, disensiuni și neînțelegeri. Copilul este cel care are de pierdut de pe urma acestei situații - ritmul de dezvoltare este încetinit, efortul școlar nu se soldează cu succesul scontat, potențialul intelectual rămâne nevalorificat, starea de retard se aprofundează.

Părinții trebuie ajutați să privească lucrurile cu maximum de realism - să nu exagereze, dar nici să nu subaprecieze situația. Și în primul, și în cel de-al doilea caz, părintele nu va fi capabil să ia deciziile corecte privind depășirea problemelor în vederea pregătirii copilului pentru integrare socială și autonomie relativă [12, p.43].

Situația părinților este destul de stresantă, ei fiind puși în fața realității: ei încep să-și trăiască drama vieții lor. Survin schimbări esențiale în viața familiei, apar numeroase probleme serioase ce se cer rezolvate. Din clipa când li s-a confirmat deficiența copilului, părinții reacționează în mod diferit, retrăind puternice emoții negative: disperare, frustrare, dezorientare, decepție, nesiguranță pentru viitor. Psihofizice ale copilului și adoptă mai multe tipuri de comportament. După lucrarea dr. hab., Aurelia Racu (1977) deosebim:

- I. Comportament favorabil pentru copil.
- II. Comportament nefavorabil pentru copil.

Comportament favorabil sau atitudine adecvată: stabilirea unor relații în familie, când copilul cu deficiențe în dezvoltarea sa este tratat ca un copil sănătos; recunoașterea statutului acestuia de membru cu drepturi depline al familiei; respectarea personalității acestuia; încrederea în

posibilitățile lui de dezvoltare; acceptarea atât a copilului, cât și a defectului său.

Comportamentul nefavorabil sau atitudinea inadecvată este de mai multe tipuri. A. Racu (1982) analizează 4 cazuri din cele întâlnite mai frecvent:

1. „Hipertutelarea” - părinții încearcă un sentiment puternic de vină față de acest copil, caută în permanență să-și răscumpere această vină. Apare un sentiment de dragoste și milă oarbă. Acești copii sunt excluși din orice activitate, lipsiți de posibilitatea de a depune vreun efort pentru rezolvarea celor mai elementare probleme. **Consecințe:** copilul devine totalmente dependent de părinții săi și inadaptat la cerințele vieții.

2. „Supraaprecierea” - părinții apreciază incorect posibilitățile psihofizice ale copilului, neagă cu vehemență deficiența prezentă. Nu vor să creadă în diagnosticele calificate ale specialiștilor, nu admit niciun fel de concluzii ale comisiilor abilitate. **Consecințe:** copilul și părinții trăiesc o situație tensionată, insistând și perseverând în atitudinea lor neadecvată. Efectul negativ al unei asemenea atitudini este foarte evident în cazul când părinții încearcă să obțină niște performanțe de dezvoltare intelectuală la copilul cu deficiență mintală mai puțin pronunțată, provocându-i copilului traume psihologice și chiar unele îmbolnăviri.

3. „Pesimismul” - îl adoptă acei părinți ce au recurs la „tactica trădării”, renunță la orice speranță, abandonează toate eforturile îndreptate spre ameliorarea situației. Este vorba despre „pierderea sensului vieții”. Acești părinți sunt convinși că toate încercările de a educa și instrui un copil cu dizabilitate sunt inutile. **Consecințe:** părinții nu-și mobilizează puterile pentru recuperarea și integrarea copilului în societate. Adeseori renunță la copil sau, dacă îl lasă în familie, nu se pot împăca cu defectul acestuia.

4. „Indiferența” - părinții se împacă cu defectul, dar nu acceptă copilul ca atare. Sunt lipsiți de emoții, ignoră și neglijează acest copil. Sunt frecvente și cazurile de abuz fizic. Copilului nu i se acordă atenția cuvenită, el nu primește îngrijirea și educația specială. **Consecințe:** copilul nu mai figurează în calcul la acești părinți, el trece pe plan secund. În cele mai dese cazuri acești copii sunt abandonați la maternitate sau „predați” mai târziu instituțiilor speciale. Această atitudine are o influență nefastă asupra dezvoltării psihice a copilului, părinții reducând la minimum contactul cu el

Aceste extreme sunt destul de periculoase și duc la consecințe grave, nedorite în soarta copilului cu dizabilități, pot încetini procesul de corecție și recuperare, influențează negativ și posibilitățile de adaptare socială. Atitudinea incorectă sau necompetentă a părinților față de copiii cu deficiențe, cum menționa L. Vâgotski, este cauza tuturor influențelor negative ce duc la inadaptarea socială a copiilor. Numai prin apreciere justă, reală a posibilităților și capacităților copilului, se formează relații optime ce influențează favorabil evoluția procesului de adaptare. Acceptarea defectului nu înseamnă resemnare, negare sau ignorare, ci este capacitatea părinților,

rudelor de a considera acest fapt împlinit ca realitate în care se află copilul lor, acordarea atenției și sprijinului lor pe parcursul întregii vieți a copilului cu deficiențe și dizabilități.

Gestionarea stresului la mamele copiilor cu afecțiuni neuromotorii reprezintă un **element-cheie** în perspectiva diverselor argumente:

a) prezența unei probleme, a unei afecțiuni la un copil reprezintă o mare provocare pentru orice familie, dar mai ales pentru mamă;

b) creșterea și educația copilului cu AN are un impact asupra familiei, ce se poate repercuta în mai multe planuri, efectele financiare fiind semnificative, indiferent că este vorba despre costuri *directe* (un anumit regim alimentar, transport, asistent personal, medicație, echipament specializat, inclusiv diverse tehnologii asistive etc.) sau *indirecte* (stresul mamei, epuizarea părinților, divorțuri sau separări temporare, rupturi familiale, absenteism la locul de muncă etc.); costurile indirecte sunt la fel de importante ca și cele directe; deși sunt mai dificil de evaluat, prin efectele asupra tuturor dimensiunilor vieții familiale;

c) în majoritatea cazurilor, părinții copilului cu AN identifică modificări legate de exercitarea rolurilor parentale; astfel, părinții abordează o varietate de roluri, se angajează într-un număr mare de obligațiuni, care să permită satisfacerea tuturor nevoilor copilului;

d) utilizarea serviciilor specializate destinate susținerii familiilor și multiplicării rolurilor exercitate de acestea poate fi uneori o sursă de insatisfacții: indisponibilitatea serviciilor, personal insuficient/mai puțin calificat, programe de intervenție cu susținere financiară limitată, servicii educaționale fragmentate și necorelate cu necesitățile individuale ale copilului, dificultăți de incluziune școlară și/sau socială etc.[1, p.173].

Pentru a construi o relație fructuoasă cu mamele în interesul copilului specialiștii, care în virtutea statutului lor profesional se implică în viața unor asemenea familii, sunt nevoiți să acționeze în baza unor principii de etică și deontologie extrem de subtile

Concluzii:

1. Stresul familiei în care s-a născut un copil cu dizabilități este amplificat și de o serie de alte probleme. Între acestea: reducerea drastică a bugetului familiei, deoarece unul dintre părinți trebuie să renunțe la serviciu pentru a sta cu copilul; destrămarea relațiilor sociale anterioare; renunțarea la activitățile obișnuite; lipsa asistenței psihologice în vederea depășirii situației etc.
2. Situația se complică și mai mult atunci când unul dintre părinți, de regulă tatăl, abandonează familia, ceea ce se întâmplă foarte frecvent (aproximativ în 50 la sută din cazuri) în condițiile Republicii Moldova.

Bibliografie:

1. BONCHIȘ E. Familia și rolul ei în educarea copilului, Iași: Editura Polirom, 2011, 419 p.
2. CIOFU C. Interacțiunea părinți-copii, București: Editura medicală AMALTEA, 1998, 218 p.
3. ENĂCHESCU C. Tratat de psihanaliză și psihoterapie, Iași: Editura Polirom. 2003, 388 p.
4. FROMM E., Arta de a iubi, Anima, București, 1995, p.
5. GHERGUȚ A. Psihopedagogia persoanelor cu cerințe speciale. Strategii diferențiate și incluziv în educație, Iași: Editura Polirom, 2006, 254 p.
6. GHERGUȚ A. Sinteze în psihopedagogia specială, Iași: Editura Polirom, 2005, 409 p.
7. MITROFAN I. Cursa cu obstacole a dezvoltării umane, Polirom, Iași, 2003, 475 p.
8. MITROFAN I., BUZDUCEA D., Psihologia pierdem și terapia durerii, București: Editura Sper, 2002,
9. TURCHINĂ T., BOLEA Z., TOLSTAIA S., et. alții, Consilierea familiei și a persoanelor cu dizabilități, Chișinău: Inst. De Formare Continuă, 2011, 179 p.
10. VASIAN T. Particularitățile psihosociale ale atitudinilor parentale față de copilul cu dizabilități. Teză de doctor. Chișinău, 2013. 236 p.
11. VRASMAȘ E. Intervenția socio-educatională ca sprijin pentru părinți, București: Aramis, 2002, 176 p.
12. RACU A., DANII A., TINTIUC T. Parteneriate pentru dezvoltarea educației incluzive, Chișinău: Institutul de Formare Continuă, 2012, 208 p.
13. PORTALIER S. L'enfant handicapé dans sa famille: des relations complexes pour construire une identité originale, Reliance, 4, 2005. online la <http://www.cairn.info/revue-reliance>
14. MADSEN C. Collaborative Therapy with Multi-stressed Families, The Guildford Press, Londra, 2007
15. BOSS P. Family Stress Management. A Contextual Approach, Sage Publications, Londra, 2002
16. МАСТЮКОВА Е., МОСКОВКИНА А. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии, Москва: Владос, 2004
17. ТКАЧЕВА В. Семья ребенка с отклонениями в развитии. Диагностика и консультирование, Москва: Книголюб, 2007, p. 241

EXEMPLE DE BUNE PRACTICI ÎN ROMÂNIA - INTEGRAREA ELEVILOR CU TULBURĂRI SPECIFICE DE ÎNVĂȚARE ÎN ȘCOALA DE MASĂ

Oprișan Emilia,

Conf. Univ. Dr.,

Univ. din București, F.P.S.E.,

Departamentul de Psihopedagogie Specială

Vartic Valentina,

Lector Univ. Dr.

Univ. din București, F.P.S.E.,

Departamentul de Psihopedagogie Specială

Rezumat

Problematika tulburărilor de învățare subsumează totalitatea dificultăților de scris-citit și calcul pe care un copil le experimentează pe fondul unui intelect normal. Până nu de mult, copilul cu tulburări de învățare ajungea după scurt timp petrecut în învățământul de masă să fie obligat să frecventeze o școală specială din cauza dificultăților întâmpinate în procesul de învățare. În ultimii ani s-au produs modificări semnificative în abordarea integrării acestor copii care pot fi încadrați în categoria copiilor cu cerințe educative speciale. Prin intermediul activității susținute a asociațiilor internaționale și naționale dar și a instituțiilor de stat responsabile informarea și accesul la resursele necesare sprijinirii acestor copii a crescut considerabil și a dus la acțiuni de succes în integrarea lor școlară și socio-emoțională, care anterior nu erau posibile. Acțiunile susținute cu accent pe necesitatea integrării acestei categorii de copii în școala de masă au condus la o modificare atât în plan legislativ cât și în planul schimbării mentalității în privința acceptării diferențelor și egalității de șanse la nivelul societății. Astfel, vom prezenta o serie de bune practici atât la nivel organizatoric al structurilor legislative și de reglementare cât și la nivelul școlilor incluzive care au derulat cu succes programe de integrare a copiilor diagnosticați cu tulburări de învățare.