

ASPECTE ALE INTEGRĂRII SOCIALE ALE PERSOANELOR CU ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL

Cucu Camelia-Daniela,
Drd., Universitatea din București
Popovici Doru Vlad,
Prof.univ.dr.emerit,
Universitatea din București

Rezumat

Persoanele care suferă la un moment dat un accident vascular cerebral (AVC) pot să aibă ulterior o serie de afectări (prezintă transformări consecutive acestuia cu caracter defavorabil evoluției ulterioare, amprentate, în absența intervenției ameliorative adaptate, de afectări de ordin anatomic, funcțional și social, caracterizate prin rezistență, demobilizare, lipsa încrederii, slabă raportare la diagnostic și schițele de tratament, aspirații diminuate etc.). Astfel, pe plan fizic, un AVC poate să producă serioase probleme de ordin neurologic, cum ar fi cele de motricitate, de vorbire sau de deglutiție. Pe de altă parte, în plan psihic-psihofuncțional, socio-afectiv și adaptativ, se produc o multitudine de modificări cauzate de afectarea directă a creierului în urma distrucției de neuroni, cât și de inabilitatea persoanei de a simți, de a gândi, așa cum o făcea înainte de AVC, pe fondul deteriorării capacității de relaționare, a independenței, a capacității de muncă, a veniturilor, a mobilității.

Summary

People who suffer, at a certain point, from a stroke, may subsequently undergo a series of consequences (they suffer from consecutive transformations, unfavorable to the later evolution, marked, in the absence of adapted ameliorative intervention, by anatomical, functional and social disorders, characterized by resistance, demobilization, lack of confidence, poor response to the diagnosis and treatment plan, diminished aspirations etc). Thus, physically speaking, a stroke can lead to serious neurological problems, such as motility, speaking or swallowing disorders. On the other hand, in the psychopsychofunctional, socio-affective and adaptive way, a series of changes occur, caused by the direct damage on the brain due to the destruction of neurons, as well as by the inability of the person to feel or think as it did before the stroke, all on the background of the deterioration of the relationship capacity, of independence ability, of work capacity, of income, of mobility.

Integrarea este definită drept ”procesul de interacțiune dintre individ sau grup și mediul social, prin intermediul căruia se realizează un echilibru funcțional al părților” (Crețu, 2006). Pentru a se integra într-un mediu dat, obișnuit, persoana care a suferit un accident vascular cerebral trebuie să depășească ea însăși anumite obstacole, să-și schimbe comportamentul, să se „ajusteze”, să se adapteze la cerințele mediului, la situația de fapt. Integrarea poate fi definită drept procesul prin care persoana cu handicap accede la toate activitățile/rolurile concetățenilor săi pentru a le efectua/exercita în aceleași instituții, condiții, contexte, împreună cu aceștia, fără discriminare. Integrarea poate fi definită și ca proces de adaptare a persoanei ce a suferit un AVC, la cerințele profesionale, de stabilire a unor raporturi afective pozitive cu membrii grupului profesional și de desfășurare cu succes a prestațiilor profesionale.

Accidentul vascular reprezintă pierderea rapidă a funcției cerebrale datorită tulburărilor aportului de sânge la creier. Etiologia poate fi ischemică – absența fluxului de sânge (AVC ischemic) cauzată de un blocaj cerebrovascular (tromboză, embolism arterial) sau hemoragică (AVC hemoragic). Acestea duc la afectări funcționale ale anumitor regiuni cerebrale. Simptomele

observate (hemiplegie, tulburări de sensibilitate, ale câmpului vizual, paralizia unuia sau mai multor nervi cranieni, afazie, tulburări de vorbire, disartrie, disfagie, depresie etc.) pot fi izolate sau asociate în diferite modalități după sediul și întinderea accidentului vascular cerebral.

"Psihomotricitatea este o funcție complexă care integrează și subsumează manifestările motrice și psihice ce determină reglarea comportamentului individual, incluzând participarea diferitelor procese și funcții psihice care asigură atât recepția informațiilor, cât și execuția adecvată a actului de răspuns" (Verza, 2009). Realizarea oricărui act motor adecvat presupune nu doar execuție și recepție, ci și prelucrare de informații, sub controlul și dominarea psihicului, implicând, așadar, participarea funcției complexe numite psihomotricitate. Aceasta are o mare însemnătate în reglarea voluntară a acțiunilor și are drept elemente componente: lateralitatea, conduitele motrice de bază, organizarea, orientarea și structura spațio-temporală, percepția și reprezentarea mișcării. Deficiențele fizice sunt definite ca abateri de la normalitate, în forma și funcțiile fizice ale organismului, care modifică aspectul exterior, reduc aptitudinile și puterea de adaptare la efortul fizic și diminuează capacitatea de muncă productivă a individului. Deficiențele fizice se caracterizează prin modificări morfologice mai mult sau mai puțin accentuate, produse în forma și structura corpului și manifestate prin deviații, deformații sau alte defecte de structură, urmate sau precedate de tulburări funcționale

Limbajul, ca funcție psihică specific umană, se află la confluența mai multor discipline, printre care filosofia, psihologia, neurobiologia, psihopedagogia specială, logopedia. Tulburările sale, fie că sunt de natură organică, funcțională sau psihologică, restrâng capacitatea de comunicare a individului și, implicit, viața lui socială. Afazia post-AVC este o afecțiune neuropsihică ce provoacă tulburări grave ale limbajului, în toate palierele sale: al înțelegerii, al exprimării, al recepției, al formulării și elaborării ideilor, fiind asociate și tulburări ale intelectului, cu cele gnozice și alte dereglări ale diferitelor procese și funcții psihice ca și dereglări la nivelul personalității și comportamentului (Verza & Verza, 2011). O altă tulburare de vorbire este dizartria ce se caracterizează printr-o articulare a fonemelor și a cuvintelor cu efort din partea subiectului. Vorbirea unui dizartric este specifică și ușor de remarcat: este monotonă, mai mult sau mai puțin sacadată, cu întreruperi, uneori explozivă, alteori foarte înceată și șoptită, cu efort mai mare sau mai mic de articulare, cu dislalie și nazonanță. Se adaugă tot felul de sincinezii și de mișcări bruște ale corpului. Dizartria nu este asociată cu tulburări de înțelegere cognitivă a limbajului.

Deficitele cognitive post-AVC constau în deteriorarea uneia sau mai multor arii cognitive și sunt în relație directă de dependență cu severitatea accidentului vascular cerebral. Deficitul cognitiv restant unui accident vascular cerebral este întâlnit în literatura de specialitate sub denumirea de deficit cognitiv vascular, termen generic ce a fost introdus pentru a descrie un spectru larg de modificări cognitive relaționate cu afecțiuni vasculare. Funcționalitatea și integritatea cognitivă este

verificată de către psihologul clinician cu scopul de a identifica pe de o parte natura disfuncțiilor și pe de altă parte specificitatea acestora. Deficitul de atenție reprezintă cea mai notabilă modificare de status cognitiv post-AVC. Deficitul de atenție și gradul de distractibilitate a atenției sunt asociate cu deficitul de echilibru și cu deficitele funcționale, influențând evoluția parametrilor fizici și nivelul de independență și participare al persoanei. Spre deosebire de tulburările cognitive de atenție, domeniul cognitiv afectat, tulburările cognitive post-AVC sunt asociate cu factori vasculari și nu afectează în principal memoria, ci un număr relativ de diferite domenii cognitive, în special funcții executive, abilitatea de comunicare, viteza de procesare, orientarea spațială.

Depresia este o tulburare de dispoziție care determină un sentiment persistent de tristețe și pierderea interesului. Simptomele depresiei pot face imposibilă desfășurarea în condiții normale a activităților de zi cu zi, pot schimba modul de percepere a propriei persoane, a lucrurilor, a mediului înconjurător, pot face ca totul să pară fără speranță și pot determina chiar sentimentul că viața nu merită trăită. Din complicațiile post-AVC una din cele mai invalidante este depresia. Dacă depresia apare în decurs de câteva zile după eveniment, aceasta este posibil uneori să se remită de la sine, în timp ce episodul depresiv diagnosticat mai târziu, adică la cel puțin trei luni, de obicei rămâne și este nevoie de a fi recunoscut și tratat ulterior. Riscul de apariție a depresiei post-AVC este legat de mai mulți factori, și anume: factori biologici, demografici, economici, psihologici, antecedente personale patologice, localizarea, tipul și volumul AVC.

Incluziunea socială reprezintă un set de măsuri și acțiuni multidimensionale din domeniile protecției sociale, ocupării forței de muncă, locuirii, educației, sănătății, informării și excluziunii sociale. Incluziunea socială solicită „adaptarea” societății la persoana cu handicap. Societatea în ansamblul ei trebuie să vină în întâmpinarea eforturilor de integrare a persoanelor cu handicap, prin adoptarea și implementarea măsurilor adecvate. Procesul transferă accentul pus pe reabilitarea persoanei pentru a se „încadra” în societate, pe concepția de schimbare a societății care trebuie să includă și să facă față cerințelor indivizilor, inclusiv a celor cu handicap. Persoana cu handicap post-AVC nu trebuie să fie discriminată. Trebuie să beneficieze de măsuri destinate să le asigure independența, integrarea și participarea la viața comunității. Trebuie asigurat sprijin pentru încadrarea în muncă, de a-și exercita drepturi, de a lua decizii independente.

Persoana care a suferit un AVC trebuie să trăiască în propria familie, să fie angajat sau să aibă propria afacere. Trebuie să ducă o viață normală în viața de zi cu zi, acolo unde sunt ceilalți concetățeni ai săi, fiind implicat în activitățile accesibile lui, desfășurând o muncă remunerată. Numai această viață în condiții de normalitate asigură valorizarea persoanei cu handicap, reducerea izolării, o viață demnă, dezvoltarea întregului potențial biopsihic, asigurarea autocontrolului asupra relațiilor interpersonale precum și a întregului drum în viață.

Integrarea presupune prezența în comunitate și societate a persoanei cu handicap post-AVC în calitate de cetățean cu drepturi depline, dar și un sprijin pentru a se putea adapta instituțiilor, comunității în care se integrează.. Participarea activă la viața socială este un criteriu esențial în măsurarea calității vieții, devenind un concept cheie în elaborarea metodelor terapeutice de recuperare.

Recuperarea și integrarea persoanelor cu AVC nu revine numai rețelei medicale, ci întregii societăți. Integrarea se realizează la mai multe niveluri: fizic, psihic, familial, profesional și social.

Pentru a se realiza integrarea persoanelor care au suferit un AVC nu este suficientă existența serviciilor de recuperare/reabilitare. Suportul din partea familiei, a prietenilor, angajatorilor este foarte important pentru starea de bine psihologică.

Terapeuții ocupaționali care lucrează cu persoanele care au suferit un AVC stabilesc un program axat pe obiective pentru a dezvolta abilitățile de îngrijire la viața de zi cu zi.

Activitățile de viață zilnică presupun interacțiuni cu pacientul și îngrijitorul ca să stabilească ce sarcini și ce activități poate executa. Evaluarea se face observând sarcinile de auto-îngrijire, inclusiv duș, îmbrăcat, toaleta, sarcini casnice, precum pregătirea mesei, cumpărături, curățenie, administrarea în siguranță a medicamentelor. Această evaluare se face pentru a determina capacitatea pacientului de a-și gestiona viața în siguranță.

Terapeutul ocupațional poate sugera echipamente pentru a permite persoanelor care au suferit un AVC să participe la activitățile de agrement.

Pentru serviciile de conducere, la pacienții care au condus înainte de AVC, terapeutul poate oferi informații și sfaturi cu privire la responsabilitățile lor de a conduce după AVC. Recomandările pot include echipamente specializate, modificări ale vehiculului sau necesitatea reevaluării. Când pacienții sunt în imposibilitatea de a reveni la conducerea autovehiculului ei primesc informații privind subvențiile de transport sau scheme de transport comunitar local.

Reeducarea și readaptarea la viața cotidiană a persoanelor care au suferit un AVC presupune reînvățarea limbajului, în toate palierele sale: al înțelegerii, al exprimării, al recepției, al formulării și elaborării ideilor fiind asociate și tulburări ale intelectului, cu cele gnozice și alte dereglări ale diferitelor procese și funcții psihice ca și dereglări la nivelul personalității și comportamentului (Verza & Verza, 2011).

Rezultatele terapiei complexe ale recuperării, ale utilizării serviciilor de reabilitare rămân incomplete, dacă, persoanei cu handicap, prin schimbările care au loc la nivelul comunității, prin serviciile existente nu i se oferă aceleași șanse pe care le au ceilalți cetățeni în ceea ce privește viața de familie, educația, profesiunea, securitatea personală și financiară, participarea în grupurile sociale și politice, activitatea religioasă, libertatea de mișcare.

Integrarea persoanelor care au suferit un AVC și doresc să lucreze trebuie să li se ofere o evaluare care să stabilească abilitățile lor cognitive, de limbaj și fizice în raport cu cerințelor lor de muncă. Importanța reîntoarcerii la locul de muncă are un efect benefic asupra persoanei care a suferit un AVC cât și pentru familiile lor. La începutul integrării în muncă ar trebui să fie întrebați ce activități ar dori să desfășoare, dacă doresc să facă un curs de recalificare, dacă vor să se încadreze cu jumătate de normă sau cu normă întreagă. Trebuie să se țină cont că oboseala, afectarea memoriei, dificultatea de concentrare, dizabilitățile fizice pot fi un obstacol în calea desfășurării muncii. Persoanele care doresc să se întoarcă la serviciu ar trebui să aibă acces la sfaturi cu privire la angajare, drepturi legale și beneficii. Angajatorii ar trebui încurajați să ofere recalificare și flexibilitate persoanelor care se reîntorc la muncă după un AVC, adică o revenire gradată a orelor la locul de muncă și a sarcinilor.

Pentru pacientul angajat înainte de AVC evaluarea reîntoarcerii la muncă începe cu o istorie a ocupației, adică a sarcinilor de serviciu (frecvență și durată), condițiile de muncă (ore, mediu, etc.), abilitățile cognitive, vizual-perceptive, psihologice.

Studiu de caz

Acest caz este ales din experiența mea de logoped. Am urmărit evoluția acestui caz timp de 14 luni, cu scopul de a recupera, integra în familie și societate persoana care a suferit un A.V.C.

Pacienta A.C. în vârstă de 35 ani, căsătorită, un copil, director economic la o multinațională, a suferit un A.V.C. hemoragic pe fond de hipertensiune arterială. În familia extinsă a pacientei întâlnim pe sora sa, mai mare, care își asumă rolul de îngrijire. Debutul bolii a fost brusc, în zilele precedente declanșării A.V.C. pacienta a prezentat cefalee puternică. La camera de gardă s-a prezentat cu hemiplegie dreaptă, tulburare de vorbire, hipertensiune grad III.

Demersul de intervenție în contextul afaziei este unul complex. Recuperarea în tulburările afazice trebuie să se realizeze după stabilizarea pacientului.

Prima evaluare logopedică s-a efectuat la 3 zile după A.V.C. Am folosit testul Aphasia Screening Test și a obținut un scor de 10 puncte/50 la indexul expresiv și 34 puncte/50 la indexul receptiv, total 44 puncte/100 (afazie severă). Diagnostic logopedic: afazie mixtă predominant expresivă. Prezintă dificultăți de coordonare a aparatului fonoarticulator, nu este orientată temporo-spațial și nici asupra propriei persoane, poate articula doar trei vocale „a”, „e”, „o”.

Am început terapia logopedică constând în exerciții de antrenare a abilităților motorii și respiratorii în vederea pregătirii componentelor aparatului fonoarticulator, pentru a articula fonemele, gimnastică facială pasivă. Unsprezece zile s-a lucrat la patul pacientei timp de 15-20 minute/zi.

A doua evaluare a avut loc după 14 zile de la A.V.C., interval în care pacienta s-a acomodat cu situația dată și au apărut efectele pozitive ale tratamentului și terapiei logopedice. A început să

răspundă la întrebări cu da/nu, să aibă vorbire automată, recunoaște vizual obiectele din proximitate. Momentan abilitățile de comunicare sunt afectate atât în plan receptiv, cât și în plan expresiv. Abilitățile grafomotorii și cele lexice, sunt de asemenea, deficitare. Pacienta a stat în spital 21 de zile. A beneficiat de terapie logopedică 5 zile/săptămână, câte o oră/zi.

După externare, întrucât pacienta nu se putea deplasa am continuat terapia la domiciliu, încă 6 luni, 5 zile/săptămână câte 2 ore/zi. Familia a fost foarte importantă în lucrul cu pacienta întrucât a susținut-o în totalitate, lucrând cu ea 4-5 ore/zi. Cel mai important ajutor a venit din partea surorii.

A apărut și un episod de depresie specific acestor pacienți, dar susținută mereu de familie, consiliată și monitorizată medicamentos reușește să îl depășească.

Treptat a fost încurajată să vină la cabinetul de specialitate. Terapia a continuat timp de 8 luni. Pacienta și-a recăpătat independența la mers și a început să vină singură.

Tratamentul reeducării vorbirii, are ca scop realizarea unei comunicări cât mai aproape de cea normală. Ca instrumente de recuperare am folosit: materiale înregistrate audio (pentru sonorizări de vocale, consoane, silabe, cuvinte), diferite imagini familiare (persoane, obiecte din mediu, obiecte de mobilier, obiecte de îmbrăcăminte, încălțăminte, fructe, legume, animale etc.) făcându-se asocierea verbală între nume și imagine, planșe lacunare, broșuri ce cuprind sarcini diverse, gradate ca dificultate. Când a început să citească i-am pregătit board-uri pe care sunt așezate activitățile zilnice, astfel încât pacienta să aibă un reper al zilei, succesiunea în care se desfășoară evenimentele dintr-o zi. A început să citească și să povestească mici povestiri, apoi conversațiile libere pe diverse teme au contribuit la revenirea vorbirii fluente.

Pentru terapia limbajului scris am făcut exerciții pentru a exersa musculatura fină a mâinii în vederea pregătirii pentru scriere. Am început cu scrierea corectă, lizibilă a literelor, cuvintelor, propoziții simple, dezvoltate, precum și a textelor.

Probele pentru evaluarea abilităților de numerație, de calcul sunt foarte importante. Aceste probe surprind abilitățile lingvistice, cât și implicațiile cognitive.

Utilizarea tehnicilor computerizate, artterapia, meloterapia au avut implicații pozitive asupra procesului de recuperare.

Reluarea activităților obișnuite a reprezentat pentru pacientă și familie o mare realizare.

După 15 luni de A.V.C. și-a reluat activitatea în compania la care lucra. Timp de 3 luni a lucrat câte 4 ore/zi, apoi și-a reluat activitatea normală.

Reabilitarea și integrarea persoanelor care au suferit un AVC necesită un efort susținut și coordonat, de la o echipă numeroasă, incluzând pacientul, familia, prietenii, angajatorii, cei care îl îngrijesc (medici, asistenți, terapeuți fizici și ocupaționali, logopezi, psihologi, nutriționiști, asistenți sociali, etc.). Comunicarea și coordonarea între acești membri ai echipei sunt esențiale în maximizarea eficacității și eficienței reabilitării și integrării. Fără comunicare și coordonare, este

puțin probabil ca eforturile de incluziune și integrare a persoanelor care au suferit un AVC să-și atingă potențialul maxim.

Bibliografie:

1. CREȚU VERGINIA (2006). *Incluziunea socială și școlară a persoanelor cu handicap. Strategii și metode de cercetare*. București
2. MARIN ANDREEA GEORGIANA (2016). *Teză de doctorat: Optimizare cognitivă pentru creșterea calității vieții la persoanele cu și fără afazie post accident vascular cerebral*. București: Universitatea de medicină și farmacie „Carol Davila”
3. POPOVICI, D.V., RACU, A. (coord) (2014). *Psihopedagogia integrării. Ed. a II-a, revăzută și completată*, Tipografia Centrală, Chișinău, Republica Moldova
4. VERZA, E. (2009). *Tratat de logopedie volumul II*. București: Editura Semne
5. VERZA, E., & VERZA, F.E. (2011). *Tratat de Psihopedagogie specială*. București: Editura Universității din București

FERESTRE CĂTRE COPILUL CU CERINȚE EDUCAȚIONALE SPECIALE

Pop Violeta,
profesor logoped grad I,
Centrul Școlar pentru Educație Incluzivă Brașov

Rezumat

În lumea contemporană, profesorilor le revine sarcina nu doar de a educa elevii, ci de a-și pune umanitatea la bătaie, pentru a lua decizii pentru fiecare caz în parte, adică pentru a personaliza intervenția educațională. Asemeni elevilor lor, profesorii sunt și ei unici, ceea ce determină unicitatea relației profesor-elev. Această unicitate a relației este necesară în activitatea cu copiii cu cerințe speciale, care au nevoie de o mai mare flexibilitate a relațiilor interumane. Profesorul își pregătește elevii pentru viitor într-o lume care evoluează într-un ritm amețitor. Modelul educațional unic, care se potrivește tuturor este condamnat să eșueze chiar și în cazul elevilor tipici, cu atât mai mult în cazul elevilor cu dizabilități.

Cuvinte-cheie: dezvoltare psihică, deficiență mintală, terapie, potențial, abilități, afecțiuni, încredere în sine.

Summary

In the contemporary world, a teacher's duty is not only to teach it's students, but to put it's humanity to the test, to make decisions for each case, so that they can personalize the educational interventions. Just like the students, their teachers are also unique, fact that lead to a unique bond between the teacher and it's student. This unique bond is necessary in the activity with children with special needs, children who need a bigger flexibility of interpersonal relationships. The teacher prepares it's students for a future in a world who is rapidly evolving. The unique educational model fits everyone but is deemed to fail even with normal students, even more so in the case of special needs students.

„Emoțiile unui copil formează miezul ființei lui. Când sentimentele sale nu sunt validate, nici el nu este valid. Când sentimentele lui sunt desconsiderate, ridiculizate, când li se caută mereu o explicație plauzibilă, când li se răspunde cu asprime, copilul se simte profund respins(...) Își închide simțurile, își contractă mușchii, reține și blochează exprimarea, își îngreșește mintea. Simțul sinelui devine unul difuz, iar copilul se angajează într-o diversitate de comportamente defensive ”

(Oaklander Violet, Comoara ascunsă – o hartă către sinele copilului)